Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης
Hellenic journal of Nursing Science



Τόμος 12, Τεύχος 1, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ - ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ - ΜΑΡΤΙΟΣ 2019

Volume 12, Issue 1, JANUARY - FEBRUARY - MARCH 2019

ΑΝΤΙ ΑΡΘΡΟΥ ΣΥΝΤΑΞΗΣ – INSTEAD OF EDITORIAL

Εφαρμογή του αντιμικροβιακού χαλκού στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου

The implementation of antimicrobial copper in the Intensive Care Unit of Volos General Hospital

Μιχαήλ Σεμιλιέτωφ, Αικατερίνη Χαρανά, Χρήστος Βαφειάδης, Σπυριδών Νόνης, Βασιλική Σούλια, Αγγελική Βαλωτή, Αντιγόνη Καραθάνου

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ – REVIEWS

Οργανωσιακή κουλτούρα στις υπηρεσίες υγείας: χαρακτηριστικά, πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα

Organizational culture in healthcare services: characteristics, advantages and disadvantages

Αγορίτσα Κουλούρη

Η εφαρμογή των εναλλακτικών θεραπειών στην αντιμετώπιση του καρκίνου

The implementation of alternative therapies in cancer management

Μιχαήλ Ζουμάκης, Ελισάβετ Καϊταλίδου, Ιωάννης Πέτρου

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ - RESEARCH ARTICLES

Διερεύνηση της αναγκαιότητας διακομιδής ασθενών, με πλωτά ή εναέρια μέσα, από τέσσερα Κέντρα Υγείας σε Δευτεροβάθμιο Νοσοκομείο στο Νότιο Αιγαίο (2013 με 2016)

Investigating the necessity of transferring patients, by sea or air, from four Healthcare Centers to a Secondary General Hospital in the South Aegean sea (2013 to 2016)

Απόστολος Ευκαρπίδης, Άννα Πέτρου, Μαρουσώ Μπάλλιου

Χορήγηση φαρμάκων περί την ανακοπή και κατά τη διάρκεια της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης: Μελέτη των γνώσεων ειδικευόμενων καρδιολόγων και νοσηλευτικού προσωπικού του αναισθησιολογικού και καρδιολογικού τμήματος, της μονάδας εμφραγμάτων και του τμήματος επειγόντων περιστατικών

Medication administration prior to cardiac arrest and during cardiopulmonary resuscitation: a comparative study on the knowledge of cardiology residents and nursing personnel working in anaethetics department, cardiology ward, coronary care unit and emergency department

Δημήτριος Μπαρουξής, Γεώργιος Μανομενίδης, Αγνή Δαμιανού, Αθανάσιος Χαλκιάς, Νικολέττα Ιακωβίδου, Θεόδωρος Ξάνθος

Διερεύνηση και αξιολόγηση της ποιότητας ζωής ασθενών με διαβητικό πόδι

Investigation and evaluation of diabetic foot patient's quality of life

Ελισσάβετ Λυκούδη, Γεωργία Φασόη, Ευαγγελία Μεϊμέτη, Χαρίκλεια Λούπα, Ελένη Αρβανιτίδου, Γεώργιος Βασιλόπουλος

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: **ΤΖΑΝΝΗΣ ΠΟΛΥΚΑΝΔΡΙΩΤΗΣ, ΜΙΧΑΗΛ ΜΑΤΖΑΝΑΣ**

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, **Μάρθα Κελέση**, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, **Μαρία Μαλλιαρού,** Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, **Στέφανος Μαντζούκας**, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, **Αθανάσιος Μαστροκώστας**, PhD, **Ευγενία Μηνασίδου**, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης,**Ιωάννα Παπαθανασίου**, Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, **Τζαννής Πολυκανδριώτης,** MSc, ΨΝΑ «Δαφνί», **Βασιλική Ρόκα**, PhD, **Μαρία Σαρίδη**, PhD, **Ελένη Χριστοδούλου**, PhD, **Χρύσα Χρυσοβιτσάνου**, PhD

ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ:
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 Θεόδωρος Ξάνθος, Καθηγητής Φυσιολογίας & Παθολογικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή, Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, **Dr Theodoros Koutroubas,** Professor, UC Louvain, Brussels, Belgium, **Dr Irena Papadopoulos,** Professor of Transcultural Health and Nursing, Head of Research Centre for Transcultural Studies in Health, Middlesex University, London, UK, **Dr Denise 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, **Dr Lorendana Sasso,** Associate Professor, Universita degli Studi di Genova, Italy, **Cecilia Sironi,** RN, BSc, MSc, Universita degli Studi dell' Isubria-Varese, Italy, **Dr Rocco Gennaro,** Professor, Head of the Nursing School, Catholic University Our Lady of Good Counsel, Director of Centre of Excellence for Nursing Scholarship, Rome, Italy, **Dr Thomas Kearns**, Professor, Executive Director of Faculty of Nursing & Midwifery, Royal College of Surgeons, Ireland, **Dr Helene Kelly,** International Consultant, Vice President Florence Network, University College Sealand, Denmark, **Dr Vilma Zydziunaite,** RN, MSc, MEdSc, PhD, Professor-Researcher, Vytautas Magnus University, Klaipeda State College, Lithuania, **Dr Carlos Melo-Dias,** Professor of Nursing, 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, **Leonardo 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

ΑΝΤΙ ΑΡΘΡΟΥ ΣΥΝΤΑΞΗΣ – INSTEAD OF EDITORIAL

Εφαρμογή του αντιμικροβιακού χαλκού στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου
The implementation of antimicrobial copper in the Intensive Care Unit of Volos General Hospital
Μιχαήλ Σεμιλιέτωφ, Αικατερίνη Χαρανά, Χρήστος Βαφειάδης, Σπυριδών Νόνης, Βασιλική Σούλια, Αγγελική Βαλωτή, Αντιγόνη Καραθάνου 3

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ – REVIEWS

Οργανωσιακή κουλτούρα στις υπηρεσίες υγείας: χαρακτηριστικά, πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα
Organizational culture in healthcare services: characteristics, advantages and disadvantages
Αγορίτσα Κουλούρη 5

Η εφαρμογή των εναλλακτικών θεραπειών στην αντιμετώπιση του καρκίνου
The implementation of alternative therapies in cancer management
Μιχαήλ Ζουμάκης, Ελισάβετ Καϊταλίδου, Ιωάννης Πέτρου 13

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ - RESEARCH ARTICLES

Διερεύνηση της αναγκαιότητας διακομιδής ασθενών, με πλωτά ή εναέρια μέσα, από τέσσερα Κέντρα Υγείας σε Δευτεροβάθμιο Νοσοκομείο στο Νότιο Αιγαίο (2013 με 2016)
Investigating the necessity of transferring patients, by sea or air, from four Healthcare Centers to a Secondary General Hospital in the South Aegean sea (2013 to 2016)
Απόστολος Ευκαρπίδης, Άννα Πέτρου, Μαρουσώ Μπάλλιου 23

Χορήγηση φαρμάκων περί την ανακοπή και κατά τη διάρκεια της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης: Μελέτη των γνώσεων ειδικευόμενων καρδιολόγων και νοσηλευτικού προσωπικού του αναισθησιολογικού και καρδιολογικού τμήματος, της μονάδας εμφραγμάτων και του τμήματος επειγόντων περιστατικών
Medication administration prior to cardiac arrest and during cardiopulmonary resuscitation: a comparative study on the knowledge of cardiology residents and nursing personnel working in anaethetics department, cardiology ward, coronary care unit and emergency department
Δημήτριος Μπαρουξής, Γεώργιος Μανομενίδης, Αγνή Δαμιανού, Αθανάσιος Χαλκιάς, Νικολέττα Ιακωβίδου, Θεόδωρος Ξάνθος 31

Διερεύνηση και αξιολόγηση της ποιότητας ζωής ασθενών με διαβητικό πόδι
Investigation and evaluation of diabetic foot patient's quality of life
Ελισσάβετ Λυκούδη, Γεωργία Φασόη, Ευαγγελία Μεϊμέτη, Χαρίκλεια Λούπα, Ελένη Αρβανιτίδου, Γεώργιος Βασιλόπουλος 44

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ & ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ 53

ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ 55

Εφαρμογή του αντιμικροβιακού χαλκού στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου

The implementation of antimicrobial copper in the Intensive Care Unit of Volos General Hospital

Μιχαήλ Σεμιλιέτωφ[1], Αικατερίνη Χαρανά[2], Χρήστος Βαφειάδης[3], Σπυρίδων Νόνης[3], Βασιλική Σούλια[4], Αγγελική Βαλωτή[5], Δρ Αντιγόνη Καραθάνου[6]

1.Υποδιευθυντής Ν.Υ. Χειρουργικού Τομέα, Γ.Ν. Βόλου, 2.Διευθύντρια Ν.Υ., Γ.Ν. Βόλου, 3.Νοσηλευτής ΜΕΘ, Γ.Ν. Βόλου, 4. Νοσηλεύτρια ΜΕΘ, Msc, Γ.Ν. Βόλου, 5.Προϊσταμένη ΜΕΘ, Γ.Ν. Βόλου, 6.Διευθύντρια ΜΕΘ, M.D., Αναισθησιολόγος – Εντατικολόγος, Γ.Ν. Βόλου

Η αύξηση της μικροβιακής αντοχής στα αντιβιοτικά και η εκτεταμένη εμφάνιση των νοσοκομειακών λοιμώξεων αποτελεί ένα διεθνές φαινόμενο και έχει προκαλέσει την άμεση κινητοποίηση της επιστημονικής κοινότητας και των φορέων υγείας. Οι κατεξοχήν χώροι ανάπτυξης του μικροβιακού φορτίου είναι οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), κυρίως λόγω της αυξημένης χρήσης αντιβιοτικών, της ανάπτυξης της τεχνολογίας και της βαρύτητας της υγείας των νοσηλευόμενων στις ΜΕΘ. Στην προσπάθεια αντιμετώπισης των νοσοκομειακών λοιμώξεων φαίνεται ότι έχει θέση πλέον και ο αντιμικροβιακός χαλκός, αφού η βιβλιογραφία επιβεβαιώνει την αντιμικροβιακή δράση του σε εργαστηριακό επίπεδο, τόσο για κοινά μικρόβια όσο και για τα δύσκολα και πολυανθεκτικά ενδονοσοκομειακά μικρόβια (von Dessauer et al 2016) .

Με το όραμα να γίνει μια ΜΕΘ του μέλλοντος, η ΜΕΘ του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου (Γ.Ν. Βόλου) πραγματοποιεί αρκετές ενέργειες προς την κατεύθυνση της πρόληψης των λοιμώξεων. Στο πλαίσιο λοιπόν αυτό της συνεχούς επαγρύπνησης, το 2015, κατά την τοποθέτηση των νέων αναπνευστήρων, παρατηρήθηκε από το νοσηλευτικό προσωπικό η ύπαρξη χαλκού σε ορισμένα σημεία του εσωτερικού κυκλώματος. Ερευνώντας τη διεθνή βιβλιογραφία που δείχνει ότι ο αντιμικροβιακός χαλκός είναι ένα εύπλαστο υλικό που προσαρμόζεται σε όλες τις επιφάνειες και αποτελεί αδιαμφισβήτητα την πιο αποτελεσματική επιφάνεια επαφής στην πρόληψη των λοιμώξεων, οι νοσηλευτές σκέφτηκαν την πιθανότητα τοποθέτησης του αντιμικροβιακού χαλκού στη ΜΕΘ.

Έτσι, για την υλοποίηση αυτής της ιδέας, συστάθηκε μια επιστημονική ομάδα από εξειδικευμένους νοσηλευτές της ΜΕΘ που συνέλεξε επιστημονικά δεδομένα για την αντιμικροβιακή δράση του χαλκού. Σύμφωνα με τα ευρήματα, ο χαλκός μειώνει τη μικροβιακή χλωρίδα πάνω από 95% στα σημεία εφαρμογής, ενώ με το φαινόμενο του φωτοστέφανου υπάρχει μείωση κατά 70-75% σε ακτίνα άνω των 50 εκατοστών. Σύμφωνα με έρευνα που δημοσιεύτηκε στην εφημερίδα ελέγχου λοιμώξεων της νοσοκομειακής επιδημιολογίας SHEA, ο αντιμικροβιακός χαλκός είναι ο μόνος που έχει επιστημονικά αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα, η οποία δεν εξαρτάται από την ανθρώπινη συμπεριφορά (Michels et al 2015).

Τα κυριότερα μικροβιακά στελέχη που καταστρέφονται από το χαλκό είναι: E.coli O157:H7 , MRSA, Clostridium difficile, ιός της γρίπης Α (H1N1), αδενοϊοί και μύκητες. Οι επιστήμονες υποστηρίζουν ότι οι επιφάνειες χαλκού ή των κραμάτων του επηρεάζουν τα βακτήρια σε δύο διαδοχικά στάδια: το πρώτο βήμα είναι μια άμεση αλληλεπίδραση των ιόντων χαλκού μεταξύ της επιφάνειας και της βακτηριακής εξωτερικής μεμβράνης, προκαλώντας ρήξη της μεμβράνης. Το δεύτερο σχετίζεται με τους διαύλους στην εξωτερική μεμβράνη, μέσω των οποίων το κύτταρο χάνει ζωτικά θρεπτικά συστατικά και νερό, προκαλώντας γενική εξασθένισή του (Souli et al 2013).

Τα τρία κοινά αναφερόμενα χαρακτηριστικά του αντιμικροβιακού χαλκού είναι:

1) Η συνεχής εξόντωση των μικροβίων: Έχει αποδειχθεί ότι η αποτελεσματικότητα του ως αντιμικροβιακός παράγοντας είναι κατά πολύ μεγαλύτερη από τις ανοξείδωτες (stainless steel) επιστρώσεις. Είναι η μόνη στερεά αντιμικροβιακή επιφάνεια επαφής που έχει εγκριθεί από την Υπηρεσία Προστασίας Περιβάλλοντος της Αμερικής (US Environmental Protection Agency -EPA).

2) Είναι άφθαρτο υλικό με συνεχή και σταθερή αντιμικροβιακή δράση και η φυσική οξείδωση δεν επηρεάζει την αποτελεσματικότητα.

3) Είναι ασφαλές στη χρήση, αφού είναι ένα φυσικό χωρίς χημικές ουσίες υλικό, μη επιβλαβές για τον άνθρωπο και το περιβάλλον (Salgado et al 2018).

Για την υλοποίηση του έργου στη ΜΕΘ του Γ.Ν. Βόλου πραγματοποιήθηκαν τα ακόλουθα βήματα:

Α) Εισήγηση τεκμηριωμένης πρότασης στη διευθύντρια της ΜΕΘ από τον προϊστάμενο της ΜΕΘ. Ακολούθησε εισήγηση της διευθύντριας στη Διοίκηση του Γ.Ν. Βόλου και πρόσκληση ειδικής ομάδας μελέτης του Ελληνικού Ινστιτούτου Ανάπτυξης Χαλκού (ΕΙΑΧ) προκειμένου να πραγματοποιήσει δωρεάν μελέτη εφαρμογής του χαλκού στο χώρο της ΜΕΘ.

Β) Επιστημονική και διοικητική έγκριση: Μετά την επιτόπια αυτοψία του συγκεκριμένου χώρου ακολούθησε εισήγηση με τεκμηριωμένη πρόταση από το ΕΙΑΧ προς το Επιστημονικό Συμβούλιο του νοσοκομείου. Η επιστημονική επιτροπή συνυπολογίζοντας το κόστος του έργου και το προσδοκώμενο όφελος υπέρ της υγείας των ασθενών αμέσως ενέκρινε τη μελέτη, η οποία εν τέλει κατατέθηκε τον Ιούνιο του 2016 στη Διοίκηση του Νοσοκομείου. Με τη διεπιστημονική συνεργασία της Τεχνικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου και του προσωπικού της ΜΕΘ έγινε δευτερογενής επεξεργασία της μελέτης για να προσαρμοστεί πλήρως στις ανάγκες και τις δυνατότητες της ΜΕΘ. Η τελική μορφή της μελέτης έγινε δεκτή από τη Διοίκηση του νοσοκομείου.

Γ) Εφαρμογή του έργου: Ο αντιμικροβιακός χαλκός τοποθετήθηκε το Φεβρουάριο του 2017 σε συγκεκριμένες επιφάνειες της ΜΕΘ, οι οποίες αφενός είναι οι πλέον συχνά χρησιμοποιούμενες και αφετέρου οι πιο επιβαρημένες από μικροβιακό φορτίο. Πιο συγκεκριμένα, ο αντιμικροβιακός χαλκός τοποθετήθηκε στα ατομικά τροχήλατα νοσηλείας των ασθενών, στις βάσεις των αντλιών έγχυσης φαρμάκων, στις κεντρικές μονάδες νοσηλείας, στον κεντρικό πάγκο της αίθουσας, σε όλα τα τροχήλατα τραπέζια επεμβατικών διαδικασιών και περιποίησης ασθενών, στα πόμολα, στις βρύσες και σε όλους του διακόπτες των φώτων.

Δ) Αξιολόγηση του έργου: Κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης (έτη 2016-2017) χρησιμοποιήθηκαν μετρήσιμοι δείκτες και τα πρώτα αποτελέσματα παρουσιάστηκαν στο 31ο Πανευρωπαϊκό Συνέδριο Εντατικής Θεραπείας στο Παρίσι, τον Οκτώβριο του 2018. Συνοπτικά, αναφέρθηκε η μείωση των συνολικών αποικισμών, η μεγάλη μείωση της συνδεόμενης με τον αναπνευστήρα πνευμονίας (VAP) (έως 50%), η παράταση στην ημέρα εμφάνισης του 1ου αποικισμού και η μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης. Τα αποτελέσματα αυτά επιτεύχθηκαν με την εφαρμογή δέσμης μέτρων πρόληψης της VAP και επιπλέον με την τοποθέτηση του αντιμικροβιακού χαλκού που αποτελεί τη δεύτερη και συμπληρωματική γραμμή άμυνας ενάντια στις λοιμώξεις (Karathanou et al 2018).

Η διαδικασία εφαρμογής αυτής της καινοτόμου ιδέας πραγματοποιήθηκε με την άριστη συνεργασία των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού της ΜΕΘ, της Τεχνικής Υπηρεσίας και της Διοίκησης του Νοσοκομείου. Η ΜΕΘ ΤΟΥ Γ.Ν. Βόλου συνεχίζει να εφαρμόζει όλες τις μεθόδους πρόληψης των λοιμώξεων, καθώς ο αντιμικροβιακός χαλκός δρα συμπληρωματικά και δεν υποκαθιστά τις υπόλοιπες πρακτικές. Παρόλα αυτά, η επιτυχία αυτού του έργου αποτελεί εφαλτήριο και για μελλοντικές καινοτόμες δράσεις της μονάδας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Karathanou A., Kouskouni E., Efstathiou P., Manolidou Z., Tsikriki S., Topalis T., Antoniou A., Pentheroudaki A., Vaitsi E., Pamouki S., Zigra M. & Kokoris I. (2018). Bronchial colonization from multidrug-resistant pathogens and ventilator-associated pneumonia in ICU in a 3-years period: Preventive measures and innovation. *Intensive Care Medicine Experimental*. 6(Suppl 2):204

Michels H.T., Keevil C.W., Salgado C.D. & Schmidt M.G. (2015). From laboratory research to a clinical trial: Copper Alloy Surfaces Kill Bacteria and Reduce Hospital-Acquired Infections. *Journal of Health Environments Research & Design*. 9:64-79

Salgado C.D., Morgan A., Sepkowitz K.A., John J.F., Cantey J.R., Attaway H.H., Plaskett T., Steed L.L., Michels H.T., Schmidt M.G. (2010). A pilot study to determine the effectiveness of copper in reducing the microbial burden (MB) of objects in rooms of intensive care unit (ICU) patients. *Proceedings of 5th Decennial International Conference on Healthcare- Associated Infections*. p.65.

Souli M., Galani I., Plachouras D., Panagea T., Armaganidis A., Petrikkos G., Giamarellou H. (2013). Antimicrobial activity of copper surfaces against carbapenemase-producing contemporary Gram-negative clinical isolates. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. 68:852-857

Von Dessauer B., Navarrete M.S., Benadof D., Benavente C. & Schmidt M.G. (2016). Potential effectiveness of copper surfaces in reducing health care-associated infections rates in a pediatric intensive and intermediate care unit: A non-randomized controlled trial. *American Journal of Infection Control*. 44:e133-e139

Αναφορά του άρθρου ως: Σεμιλιέτωφ Μ., Χαρανά Α., Βαφειάδης Χ., Νόνης Σ., Σούλια Β., Βαλωτής Α. & Καραθάνου Α. (2019). Εφαρμογή του αντιμικροβιακού χαλκού στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 12(1): 3-4

Citation: Semilietof M., Charana A., Vafeiadis C., Nonis S., Soulia V., Valotis A. & Karathanou A. (2019). Implementation of antimicrobial copper in the Intensive Care Unit of Volos General Hospital. *Hellenic Journal of Nursing Science* 12(1): 3-4

Οργανωσιακή κουλτούρα στις υπηρεσίες υγείας: χαρακτηριστικά, πλεονεκτήματα και μειονεκτήμα

Αγορίτσα Κουλούρη
Νοσηλεύτρια Ψυχικής Υγείας, MSc, MSc, PhD, Κέντρο Υγείας Σαλαμίνας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η οργανωσιακή κουλτούρα, οριζόμενη ως ένα σύνολο κανόνων, αξιών και συμπεριφορών των μελών ενός οργανισμού, έχει αναγνωριστεί ως βασικός παράγοντας που σχετίζεται με τη λειτουργικότητα, την απόδοση και την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχει. Η οργανωσιακή κουλτούρα αποτελεί την προσωπικότητα του οργανισμού. Είναι ένα δομημένο σύνολο από βασικές παραδοχές που έχουν εφευρεθεί, ανακαλυφθεί ή αναπτυχθεί από μια ομάδα του οργανισμού, στην προσπάθειά της να αντιμετωπίσει προβλήματα εξωτερικής προσαρμογής ή εσωτερικής ολοκλήρωσης. Η οργανωσιακή κουλτούρα δημιουργεί μια αίσθηση ταυτότητας για κάθε υγειονομικό σχηματισμό, ενώ παράλληλα αποτελεί το πλαίσιο αναφοράς για αποφάσεις και ενέργειες. Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι η παρουσίαση του εννοιολογικού πλαισίου της οργανωσιακής κουλτούρας υπό το πρίσμα της ύπαρξής της στους οργανισμούς υγείας. Επιπρόσθετα, θα αναπτυχθούν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της, καθώς επίσης και η θετική ή και αρνητική συμβολή της - πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα - στον τρόπο λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας. Η οργανωσιακή κουλτούρα χαρακτηρίζεται από δυσκολία στον ακριβή προσδιορισμό των συστατικών στοιχείων της ανά περιβάλλον, αντιμετωπίζει αντίσταση στις αλλαγές και χρειάζεται χρόνο για να εφαρμοστεί.

Λέξεις κλειδιά: Οργανωσιακή Κουλτούρα, Πλεονεκτήματα και Μειονεκτήματα, Υπηρεσίες Υγείας, Χαρακτηριστικά

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Αγορίτσα Κουλούρη
Κέντρο Υγείας Σαλαμίνας
e-mail: ritsa_koulouri@yahoo.gr

Ημερομηνία υποβολής: 15/06/2018
Ημερομηνία δημοσίευσης: Ιανουάριος 2019

Αναφορά του άρθρου ως: Κουλούρη Α. (2019). Οργανωσιακή κουλτούρα στις υπηρεσίες υγείας: χαρακτηριστικά, πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 12(1): 5-12

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ:

- **Η οργανωσιακή κουλτούρα αντανακλά ένα σύνολο αξιών, πεποιθήσεων και ενεργειών, αποτελώντας το συνεκτικό κρίκο για την ομάδα υγείας**
- **Είναι προϊόν κοινωνικής μάθησης, εξελίσσεται και κοινοποιείται, εφόσον είναι λειτουργική.**
- **Η δέσμευση, η παρακίνηση και η ενεργοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού αποτελούν πλεονεκτήματα της οργανωσιακής κουλτούρας.**
- **Βασικό μειονέκτημα της υιοθέτησής της αποτελεί η αντίσταση στην αλλαγή.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η οργανωσιακή κουλτούρα και η ποιότητα είναι δυο έννοιες άμεσα συνυφασμένες, με την πρώτη να αποτελεί το ευρύτερο σύνολο εντός του οποίου, αναπτύσσεται η δεύτερη. Στο πλαίσιο των υπηρεσιών υγείας ο όρος κουλτούρα, περιλαμβάνει τις κοινές αντιλήψεις που υπάρχουν και έχουν γίνει αποδεκτές από τους εργαζόμενους, ώστε να εξασφαλίζεται όχι μόνο η επιβίωση, αλλά και η εύρυθμη λειτουργία και ανάπτυξή τους (Κάργας 2014).

Η οργανωσιακή κουλτούρα αποτελεί την προσωπικότητα ενός υγειονομικού οργανισμού. Εμπεριέχει μια δυναμική για όλους όσους καλούνται να την υπηρετήσουν και ταυτόχρονα είναι αυτοί που την διαμορφώνουν και αποτελούν το έμψυχο δυναμικό του οργανισμού. Η οργανωσιακή κουλτούρα είναι ο ιδιαίτερος τρόπος δράσης μιας υπηρεσίας, είναι αυτό που την καθιστά διαφορετική από μια άλλη, είναι οι διαφορετικές πρακτικές, οι διαδικασίες και το ιδιαίτερο στίγμα της. Διαφοροποιείται καθώς αλλάζουν οι άνθρωποι και δημιουργείται από τις ενέργειες των υπαλλήλων, τις αποφάσεις και την μεταξύ τους επικοινωνία. Επηρεάζει τόσο τις καθημερινές δραστηριότητες, όσο και τη γενικότερη εικόνα της (Πλουμή 2018).

Για να καθοριστεί η σχέση της με την απόδοση και την ποιότητα της φροντίδας, έχει αναπτυχθεί ένα σύνολο εργαλείων σχεδιασμένων ώστε να μετρούν την οργανωσιακή κουλτούρα. Μέσα από αυτά, η κουλτούρα αναδυκνείεται, ως ένα σύνολο γνωρισμάτων, που είναι κοινά για τα μέλη μιας κοινωνικής μονάδας ή «ως ένα σύστημα κοινών αξιών και πιστεύω που παράγει κανόνες και συμπεριφορές, οι οποίες διαμορφώνουν και ορίζουν έναν τρόπο ζωής μέσα στο πλαίσιο του οργανισμού» (Shortell et al 2000). Η μελέτη της αφορά, όχι μόνο την καταγραφή της παρούσας οργανωσιακής κουλτούρας, αλλά και αυτής που τα μέλη του οργανισμού επιθυμούν. Η αλλαγή της κουλτούρας στις υπηρεσίες και τους οργανισμούς του υγειονομικού τομέα, είναι μια αναγκαιότητα διότι πρέπει να ευθυγραμμίζεται με τα βασικά δεδομένα του χώρου της υγείας, τη νέα επιστημονική γνώση και τις πολιτικές υγείας οι οποίες μεταβάλλονται. Η διαδικασία, οι ρόλοι, οι μέθοδοι και τα εργαλεία της αλλαγής της κουλτούρας πρέπει να εξειδικεύονται, καθώς η αλλαγή της είναι εξαιρετικά δύσκολη και χρονοβόρα (Παπατσάκωνας 2015).

Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης ήταν η μελέτη της οργανωσιακής κουλτούρας στις υπηρεσίες υγείας, η εννοιολογική προσέγγισή της και η αποτύπωση των χαρακτηριστικών της στοιχείων, με έμφαση στα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα που επιφέρει στους οργανισμούς υγείας.

Οργανωσιακή κουλτούρα, ορισμοί

Ο όρος κουλτούρα αναφέρεται στο σύνολο των πρακτικών, των γνώσεων, των τρόπων συμπεριφοράς και των κωδίκων επικοινωνίας ενός ατόμου, μιας κοινωνίας, ενός οργανισμού. Η κουλτούρα αποτελεί το θεμελιώδες συστατικό στοιχείο που χαρακτηρίζει τόσο μεμονωμένα άτομα, όσο και ομάδες ατόμων ή οργανισμούς καθώς προσδιορίζει τον τρόπο που σκέπτονται και δρουν. Έχει περιγραφεί με πολλούς τρόπους, ως θεσμική τελειότητα, κλίμα, ενδυνάμωση και διοίκηση ολικής ποιότητας και ανθρώπινου δυναμικού (Κελαϊδίτου 2012).

Η κουλτούρα είναι ένα δομημένο σύνολο από βασικές παραδοχές, που έχουν ανακαλυφθεί – εφευρεθεί ή αναπτυχθεί από μια δεδομένη ομάδα καθώς αυτή μαθαίνει να αντιμετωπίζει προβλήματα εξωτερικής προσαρμογής ή εσωτερικής ολοκλήρωσης – οι οποίες έχουν αποδώσει ικανοποιητικά στο παρελθόν ώστε να θεωρούνται ότι ισχύουν γενικά, και επομένως μπορούν να διδαχθούν σε νέα μέλη ως ο σωστός τρόπος αντίληψης, σκέψης και αίσθησης σχετικά με τα προβλήματα αυτά. Αυτό το σύνολο των υποθέσεων/παραδοχών έχει επεξεργασθεί τόσο καλά ώστε να θεωρείται αξιόπιστο για να διδάσκεται στα νέα μέλη της ως ο ενδεδειγμένος τρόπος αντίληψης και αντιμετώπισης των ζητημάτων της προσαρμογής στους εξωγενείς παράγοντες και σύνθεσης των εσωτερικών παραγόντων (Schein 1985).

Η κουλτούρα είναι κάτι το οποίο μαθαίνεται και σύμφωνα με τους Boyd & Richerson (2009) ορίζεται ως η μεταβίβαση από γενιά σε γενιά, μέσω διδασκαλίας και μίμησης, γνώσεων, αξιών και άλλων παραγόντων

που επηρεάζουν τη συμπεριφορά. Για έναν οργανισμό η εφαρμογή της «κατάλληλης κουλτούρας» μπορεί να προσδώσει σειρά ανταγωνιστικών πλεονεκτημάτων.

Σύμφωνα με τον Huber (2001), το σύνολο των αξιών, των πεποιθήσεων, αλλά και των προσδοκιών που είναι ευρέως διαδεδομένες και αποδεκτές στον εκάστοτε οργανισμό, συνθέτουν την οργανωσιακή του κουλτούρα. Ο ορισμός αυτός, προσδίδει μία διαφορετική οπτική στην προσέγγιση της οργανωσιακής κουλτούρας, καθώς περιλαμβάνει τις προσδοκίες που γεννά στους εργαζομένους, ο ίδιος ο οργανισμός. Η έκφραση αυτών των προσδοκιών αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα επιτυχίας της στοχοθεσίας και λειτουργίας του οργανισμού, καθώς παρέχει κίνητρα στους εργαζομένους και δέσμευση απέναντι στους σκοπούς του οργανισμού.

Ο Chu (2003) υποστηρίζει ότι η οργανωσιακή κουλτούρα αντανακλά, όχι μόνο το ασυνείδητο από κοινού αίσθημα των εργαζομένων για το τι είναι καλό και κακό, επιθυμητό και ανεπιθύμητο, αλλά και το σύνολο των αξιών, πεποιθήσεων και ενεργειών. Θεωρεί ότι η κουλτούρα αποτελεί «τον ρυθμιστή» των λειτουργιών και των ενεργειών στις οποίες προβαίνουν οι εργαζόμενοι.

Ο Large (2007) σε μια προσπάθεια σύνθεσης όλων των ορισμών της οργανωσιακής κουλτούρας, τους χαρακτήρισε αποδεκτούς και θεμιτούς, καθώς εκφράζουν τις διαφορετικές οπτικές αντιμετώπισης του θέματος από τους ερευνητές. Τους θεωρεί φυσιολογικούς καθώς για αυτόν ο οργανισμός, μπορεί να παρουσιαστεί ως ένα παγόβουνο με διαφορετική σύνθεση σε κάθε επίπεδο. Στην κορυφή του παγόβουνου, βρίσκονται οι στόχοι, οι δομή, η τεχνολογία, οι ικανότητες και οι χρηματοοικονομικοί πόροι, ενώ κάτω από την επιφάνεια, βρίσκονται τα δομικά στοιχεία της οργανωσιακής κουλτούρας (αξίες, πεποιθήσεις, πιστεύω, στάσεις, παραδοχές). Ανάλογα με τη θέση που ο κάθε ερευνητής εκφράζει, ως προς το οργανωσιακό αυτό παγόβουνο, δίνει και έναν διαφορετικό ορισμό, ο οποίος χωρίς να είναι λάθος, αποτελεί μέρος και όχι το όλον του παρατηρούμενου ή διερευνούμενου οργανισμού.

Η ποικιλία των ορισμών παρέχει τη δυνατότητα στους μελετητές να τονίσουν της διαφορετικές πτυχές του φαινόμενου της οργανωσιακής κουλτούρας. Θεωρείται ότι παρόλη την ποικιλία και τη διαφορετικότητα των ορισμών, όλοι περιγράφουν το ίδιο φαινόμενο ειδομένο από διαφορετική οπτική γωνία. Η ποικολομορφία οφείλεται στους διαφορετικούς τύπους δεδομένων που συλλέγονται από τους ερευνητές και με βάση τους οποίους προσπαθούν να ερμηνεύσουν την οργανωσιακή κουλτούρα γενικεύοντας ή εξειδικεύοντας σε κάποιον οργανισμό (Κάργας 2014).

Οργανωσιακή κουλτούρα στις υπηρεσίες υγείας

Στο περιβάλλον των συστημάτων υγείας, η οργανωσιακή κουλτούρα έχει συνδεθεί με στοιχεία που συμβάλλουν στην ποιότητα των υπηρεσιών, όπως η ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα και την ασφάλεια του ασθενούς, τη διάθεση των μελών για βελτίωση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας του οργανισμού, την ικανοποίηση από την εργασία καθώς και την ικανοποίηση των μελών από την κάλυψη των υλικών και των κοινωνικών αναγκών τους (Boan 2003 & Scott 2003).

Η οργανωσιακή κουλτούρα που υιοθετούν οι εργαζόμενοι ενός οργανισμού, έχει αναγνωριστεί ως ο κυρίαρχος παράγοντας ο οποίος επηρεάζει την απόδοση του ίδιου του οργανισμού, και κατά συνέπεια την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, αφού δίνει μία αίσθηση ταυτότητας και ενισχύει το βαθμό δέσμευσης προς το σύνολο. Οι διάφοροι τύποι της οργανωσιακής κουλτούρας ευνοούν ή δυσχεραίνουν τη λειτουργικότητα του οργανισμού, επηρεάζοντας είτε θετικά είτε αρνητικά τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Η κουλτούρα ως προϊόν κοινωνικής μάθησης, δεν δημιουργείται ξαφνικά, ούτε μεταλλάσσεται από τη θέληση όσων αφορά, αλλά εξελίσσεται και κοινοποιείται, εφόσον είναι λειτουργική (Παπάνης & Ρόντος 2005).

Για το λόγο αυτό, η μέτρηση της οργανωσιακής κουλτούρας των υγειονομικών σχηματισμών έχει προσελκύσει την αυξανόμενη προσοχή μεταξύ των ερευνητών, προκειμένου να καθοριστεί η σχέση της με την απόδοση, την ικανοποίηση και την ποιότητα της φροντίδας (Davies 2000 & Shortell 2000).

Τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα ερωτηματολόγια είναι το ερωτηματολόγιο Organizational Culture Profile (OCP) των O'Reilly και Chatman (1986) που μετρά τους συμπεριφορικούς κανόνες, το Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI) των Cameron και Quinn (2006) που στηρίζεται στη θεωρία του πλαισίου των ανταγωνιστικών αξιών και το ερωτηματολόγιο Μέτρησης του Κλίματος Ασφάλειας των Sorra και Nieva (2004) που αξιολογεί τις αντιλήψεις του προσωπικού σχετικά με την ύπαρξη ή μη, αισθήματος ασφάλειας στο εργασιακό περιβάλλον.

Επίσης, το ερωτηματολόγιο της Οργανωσιακής Κουλτούρας FOCUS των Van Muijen et al (1999) που μετρά τις ακολουθούμενες πρακτικές και αξίες του οργανισμού και το Organizational Culture Inventory (OCI) των Cooke & Lafferty (1987) που μετρά τους συμπεριφορικούς κανόνες που επικρατούν μέσα σε ένα οργανισμό και αποτελούν έναν τρόπο εκδήλωσης της κουλτούρας του.

Ο Robbins (2001) υποστηρίζει ότι, η οργανωσιακή κουλτούρα δρα ως συνεκτικός κρίκος για την ομάδα υγείας, αυξάνοντας τόσο τη συνοχή της, όσο και το μεταξύ της αίσθημα εμπιστοσύνης. Η αντίληψη των εργαζομένων εστιάζει στην ιδέα του ¨ανήκειν¨ ως μέλη σε μία «εταιρεία/κοινότητα» που έχει συγκεκριμένες αξίες, πεποιθήσεις και ιδέες. Ο τρόπος αυτός συμβάλει στην από-

κτηση και υιοθέτηση μιας κοινής αίσθησης δέσμευσης σε κάτι ευρύτερο από το ατομικό τους συμφέρον, συνειδητοποιώντας το διαχωρισμό του φορέα τους από άλλους παρόμοιους. Ο ιδιαίτερος αυτός μηχανισμός ελέγχει, νοηματοδοτεί, καθοδηγεί και διαμορφώνει τόσο τις στάσεις, όσο και τις συμπεριφορές των εργαζομένων.

Ο Martin (2002) υποστηρίζει ότι οργανισμοί, όπως τα νοσοκομεία, χαρακτηρίζονται ως πολυπολιτισμικές οντότητες, με δική τους κουλτούρα, αλλά και με ένθετες υποκουλτούρες στο εσωτερικό τους, οι οποίες τείνουν να σχηματίζονται μέσα από τη διαφορετική φύση της εργασίας, τα επίπεδα ιεραρχίας, τους διαφορετικούς στόχους, και λειτουργίες. Σύμφωνα με τους Μερκούρη (2008) & Mallidou (2011) περιλαμβάνουν όλες τις βασικές αξίες της επικρατούσας κουλτούρας του οργανισμού, αλλά επιπλέον περιλαμβάνουν και κάποιες άλλες αξίες που τις διαφοροποιούν. Αποτέλεσμα αυτών είναι να συνυπάρχουν και να αλληλεπιδρούν ανεξάρτητα, να είναι σε αρμονία ή και σε σύγκρουση μεταξύ τους.

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αμερική σε διοικητικά στελέχη ενενήντα εννέα νοσοκομείων, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η οργανωσιακή κουλτούρα είχε επίδραση στην ικανοποίηση των εργαζομένων και η βελτίωσή της ήταν συνδεδεμένη με την ικανοποίηση των ασθενών, αλλά και τη συνολική απόδοση των υγειονομικών σχηματισμών (Gregory 2009).

Επίσης, σε μελέτες των Aiken et al (2002) & Callen et al (2007) αναφορικά με τη συνεργασία των ομάδων και την κουλτούρα, βρέθηκε ότι αυτές οι παράμετροι συνδέονται άμεσα με το σχεδιασμό και την εφαρμογή των προγραμμάτων βελτίωσης της ποιότητας. Έρευνα των Gregory et al (2009) έδειξε ότι η οργανωσιακή κουλτούρα επιδρά στην ικανοποίηση των ασθενών και κατ' επέκταση στην οργανωσιακή αποτελεσματικότητα.

Στην χώρα μας έρευνες αναφορικά με τη μελέτη της οργανωσιακής κουλτούρας στα δημόσια νοσοκομεία έδειξε ότι, αυτά χαρακτηρίζονται από ιεραρχικές κουλτούρες και κουλτούρες οικειότητας (Παπαγεωργίου & Χονδροκούκης 2010), όπου η αξιοποίηση των ευκαιριών του περιβάλλοντος, οι πειραματισμοί και η ανάληψη ρίσκου, είναι συμπεριφορές στις οποίες ο οργανισμός δίνει λιγότερη έμφαση (Bellou 2008 & 2010).

Επίσης, βρέθηκε ότι ο προσανατολισμός στην ομάδα και η αποφασιστικότητα δεν ανήκουν στα χαρακτηριστικά των δημόσιων υγειονομικών σχηματισμών στη χώρα μας. Αντίθετα, η ακρίβεια, ο προσανατολισμός στους κανόνες, ο σεβασμός στα ατομικά δικαιώματα, η εύκολη μετάβαση, η ικανότητα προσαρμογής, η προβλεψιμότητα και η ανοχή αποτελούν τα πιο σημαντικά χαρακτηριστικά στοιχεία (Καστανιώτη και συν 2011). Σε έρευνα που έγινε στο προσωπικό των Κέντρων Υγείας της Κρήτης (Ροβίθης 2015) βρέθηκε ως επικρατών τύπος κουλτούρας ο συνδυασμός της επιθετικής-παθητικής και της παθητικής-αμυντικής κουλτούρας. Η κουλτούρα ενός οργανισμού υγείας, επιδρά επίσης και στην οικονομική λειτουργία του, καθώς επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο γίνεται η διαχείριση των πόρων του, ανθρώπινων και μη, αλλά και τον τρόπο που εξυπηρετούνται οι ασθενείς του (Παπαγεωργίου & Χονδροκούκης 2010).

Χαρακτηριστικά της οργανωσιακής κουλτούρας

Κατά τον Kilmann (2011), η κουλτούρα διαμορφώνεται σχετικά γρήγορα, σύμφωνα με την αποστολή, τις ρυθμίσεις και τις απαιτήσεις του οργανισμού και έχει τρία χαρακτηριστικά.

- Τη διεύθυνση, που δείχνει τον δρόμο που ακολουθεί μια υπηρεσία υπό την επίδραση της κουλτούρας και τις αποφάσεις που θα πρέπει να λάβει.
- Την έκταση, που δείχνει πόσο είναι διαδεδομένη η κουλτούρα, πόσοι την έχουν αφομοιώσει και την ύπαρξη ή όχι της ενιαίας άποψης της κατάστασης και τις κοινές αξίες που υπάρχουν.
- Την ένταση, που αποτελεί την πίεση που ασκεί η κουλτούρα στα μέλη της ομάδας.

Πολλά άτομα εξαιτίας της ιδιαίτερης προσωπικότητάς τους αποτελούν πρότυπα για τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας, επηρεάζουν πράγματα και καταστάσεις και προβάλλουν με το καλύτερο τρόπο τις αξίες της οργανωτικής κουλτούρας. Οι Maull et al (2001) όπως αναφέρεται στον Irani et al (2004) υποστηρίζουν ότι, τα στοιχεία που καθορίζουν την κουλτούρα μιας ομάδας αποτελούν: η δομική σταθερότητα, δηλαδή η συγκεκριμένη δομή κάθε οργανισμού, τα δεδομένα χαρακτηριστικά γνωρίσματα και η διοίκηση η οποία έχει τους δικούς της τρόπους για την επίτευξη των στόχων της. Το βάθος της κουλτούρας, σύμφωνα με το οποίο η δυναμική της μειώνει τις συλλογικές ανασφάλειες, καθιερώνει την ιεραρχία, δίνει την αίσθηση της συνέχειας και διαιωνίζει τις αρχές της. Το εύρος τα κουλτούρας που αφορά τόσο την εξέταση των αρχών και των στόχων της, όσο και τις εσωτερικές της διαδικασίες. Και τέλος, τη διαμόρφωση ή ολοκλήρωση ως χαρακτηριστικό της κουλτούρας, που συνδέει στοιχεία όπως το εργασιακό κλίμα και τις αξίες της επιχείρησης και επηρεάζει τις συμπεριφορές των μελών της διαμορφώνοντάς τες σε ένα ενιαίο σύνολο.

Ο Schein (1985) τονίζει ότι υπάρχουν διάφορες εξηγήσεις για τον τρόπο σχηματισμού της κουλτούρας και αναφέρει τρία ρεύματα/θεωρίες που συμβάλουν στον σχηματισμό της. Την ψυχοδυναμική θεωρία ή δυναμική της ομάδας, τη θεωρία της ηγετικής συμπεριφοράς και τη θεωρία μάθησης. Ο πίνακας 1 παρουσιάζει τα δέκα χαρακτηριστικά που Robbins (1999) αποδίδει στην κουλτούρα.

Η οργανωσιακή κουλτούρα αποτελεί τον τυποποιημένο τρόπο σκέψης, αίσθησης και αντίδρασης που εντοπίζοντα σ' έναν οργανισμό υγείας. Αποτελεί τον προγραμ-

ματισμό που επιβάλλεται και απαιτείται να υιοθετηθεί από τα μέλη του με τις κάτωθι παραμέτρους/χαρακτηριστικά (Αλεξάνδρου 2005).

- Οι άνθρωποι αναπτύσσουν αξίες κατά τη διάρκεια της κοινωνικοποίησής τους ώστε να προσαρμοστούν στους τύπους των οργανώσεων της κοινωνίας.
- Οι διαδικασίες επιλογής αποκλείουν πολλούς που μπορεί να μην ταιριάζουν και η οργανωτική κοινωνικοποίηση αλλάζει εκείνους που πράγματι ταιριάζουν τόσο ώστε να αναπτύσσεται κάποιου βαθμού ομοιογένεια προσωπικοτήτων σε κάθε οργανισμό.
- Οι ανταμοιβές στους οργανισμούς επιλεκτικά ενισχύουν κάποιες συμπεριφορές και στάσεις και όχι κάποιες άλλες.
- Οι αποφάσεις προαγωγής λαμβάνουν υπόψη τόσο την απόδοση όσο και την προσωπικότητα των υποψηφίων.

Αντίστοιχα ο Tsai (2011) υποστηρίζει ότι η συνοχή και τα κοινά στοιχεία που καθορίζουν τη συνεκτικότητα ενός οργανισμού συγκροτούνται από χαρακτηριστικά όπως, οι κοινές αξίες και οι παραδοχές και αντιλήψεις που έχουν επιλέξει να υιοθετήσουν τα μέλη του. Με τον τρόπο αυτό τα άτομα όχι μόνο διεκπεραιώνουν τα καθήκοντα που τους έχουν ανατεθεί αλλά αντλούν και ικανοποίηση από την οργανωσιακή κουλτούρα που διέπει την εργασία τους.

Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της οργανωσιακής κουλτούρας στις υπηρεσίες υγείας

Η οργανωσιακή κουλτούρα ενός οργανισμού υγείας μπορεί να επηρεάσει θετικά τη λειτουργία του επιφέροντας μια μορφή επιθυμητής σταθερότητας (Λαμπρινού 2005, Kilmann 2011). Επίσης, προσδίδει στο ανθρώπινο δυναμικό, αλλά και στο εξωτερικό περιβάλλον του οργανισμού, μια αίσθηση ταυτότητας. Εντάσσει τους εργαζομένους σε ένα ευρύτερο συλλογικό πλαίσιο για το οποίο ενδιαφέρονται και δεσμεύονται για την καλύτερη δυνατή λειτουργία του. Επιπλέον, λειτουργεί ως πλαίσιο αναφοράς στο οποίο οι εργαζόμενοι μπορούν να ανατρέχουν χρησιμοποιώντας το ως οδηγό στις συμπεριφορές τους, προσφέροντας ταυτόχρονα σταθερότητα. Μειώνει τις κοινωνικές αβεβαιότητες και οδηγεί τα άτομα σε κοινή κατεύθυνση και συνεργασία.

Οι κοινές αξίες, πεποιθήσεις, σημασίες, έννοιες, αρχές και άτυποι κανόνες δημιουργούν κοινά πρότυπα και κριτήρια σε όλους τους εργαζομένους σχετικά με το τι είναι σωστό ή λάθος, τι είναι καλό και τι κακό, τι είναι σημαντικό και τι ασήμαντο, τι είναι επείγον και τι μη επείγον. Μειώνουν έτσι την αβεβαιότητα ως προς το ποιες είναι κατάλληλες ή ακατάλληλες αποφάσεις και συμπεριφορές. Επιπρόσθετα εξασφαλίζει την ατομική πρωτοβουλία και την αυτοπειθαρχία καθώς προάγει την πειθαρχημένη σκέψη και δράση χωρίς εξωτερικούς ελέγχους δίνοντας την ελευθερία στα άτομα να χρησιμοποιήσουν την κρίση και τη δημιουργικότητά τους. Ενισχύει τη δέσμευση, την παρακίνηση και την ενεργοποίηση του δυναμικού του οργανισμού αποτελώντας ένα από τα πιο θεμελιώδη στοιχεία της ταυτότητας/εικόνας του (Kilmann 2011).

Σύμφωνα με τους Martins & Terblanche (2003), οι επιτυχημένοι οργανισμοί έχουν την ικανότητα να απορροφούν την καινοτομία στις οργανωτικές τους διαδικασίες κουλτούρας και διαχείρισης. Μια κουλτούρα που ενθαρρύνει τη δημιουργικότητα και την καινοτομία για την επίλυση προβλημάτων, θεωρεί τη δημιουργικότητα ως επιθυμητή και αυτονόητη αλλά και ευνοεί τα καινοτόμα άτομα ως πρότυπα προς μίμηση (Lock & Kirkpatrick 1995).

Εκτός από πλεονεκτήματα η οργανωσιακή κουλτούρα μπορεί να επιφέρει και λιγότερο επιθυμητά αποτελέσματα σε έναν οργανισμό. Ειδικότερα, βασικό μειονέκτημα αποτελεί η δημιουργία εμποδίων στην αλλαγή. Μια ισχυρή οργανωσιακή κουλτούρα με ξεκάθαρες συμπεριφορές και αξίες που είχαν λειτουργήσει στο παρελθόν με επιτυχία, τείνει να απορρίπτει δομικές αλλαγές, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να προσαρμοστεί στις καινούριες συνθήκες. Η επιχείρηση μένει προσκολλημένη στην κουλτούρα και στους συγκεκριμένους κανόνες, αντί να ακολουθήσει την αλλαγή και τις ανάγκες του εξωτερικού περιβάλλοντος. Στη μόνη περίπτωση που η αντίσταση στις αλλαγές δεν δημιουργεί πρόβλημα, είναι σε επιχειρήσεις που λειτουργούν κάτω από συνθήκες σταθερότητας και που απαιτούν αξιόπιστες, επαναλαμβανόμενες και προβλέψιμες αποδόσεις (Λαμπρινού 2005).

Άλλο μειονέκτημα της οργανωσιακής κουλτούρας είναι ότι μπορεί να προκαλέσει συγκρούσεις μέσα στον οργανισμό. Οι υποκουλτούρες που δημιουργούνται μέσα σε αυτόν μπορεί να είναι τόσο ισχυρές που να αναπτύσσουν αξίες τόσο διαφορετικές, ικανές να διαχωρίσουν την υποομάδα από τον υπόλοιπο οργανισμό. Επιπλέον, δυσλειτουργία μπορεί να θεωρηθούν οι υποκουλτούρες που ήδη υπάρχουν σε έναν οργανισμό. Αυτές μπορούν να προσαρμόζονται στις αλλαγές με διαφορετική ταχύτητα από τις νέες με αντίκτυπο τόσο στον εσωτερικό συντονισμό που μειώνεται, όσο και στις εξωτερικές σχέσεις του οργανισμού.

Επίσης, είναι δυνατό να εμφανιστούν δυσλειτουργίες και προβλήματα εσωτερικής συνοχής, όταν η οργανωτική κουλτούρα δεν αντικατοπτρίζει τη φύση της παρούσας κουλτούρας που αναπτύσσεται μέσα στον οργανισμό και αν ο οργανισμός – όσον αφορά την ανάπτυξη και την εξέλιξή του - δεν μπορεί να τη διαχειριστεί σαν ομάδα. Παρά την ύπαρξη πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων, η οργανωσιακή κουλτούρα ενός οργανισμού επηρεάζει τη λειτουργία και τη γενικότερη ευημερία του. Κανένας τύπος οργανωσιακής κουλτούρας δεν θεωρείται καλύτερος από κάποιον άλλο, καθώς η αξία κάθε τύπου καθορί-

ζεται με βάση τη συνολική ευημερία του οργανισμού, την ικανοποίηση των εργαζομένων, την ικανοποίηση των λη-πτών των υπηρεσιών υγείας που παρέχει, την εύρυθμη λειτουργία του και την επίτευξη των στόχων του (Kotter & Heskett 1992).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας είναι σαφές ότι η οργανωσιακή κουλτούρα περιλαμβάνει κοινές πε-ποιθήσεις αναφορικά με τους σκοπούς του οργανισμού, τα κριτήρια απόδοσης, τη θέση της αρχής, τις νόμιμες βά-σεις δύναμης, τους προσανατολισμούς στη λήψη αποφά-σεων, το στυλ ηγεσίας, τη συμμόρφωση, την αξιολόγηση και την υποκίνηση των εργαζομένων της.

Η κουλτούρα είναι η συλλογική «πνευματική κα-τάσταση» του υγειονομικού σχηματισμού που υπαγο-ρεύει τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται αλλά και ανταποκρίνεται το σύνολό του (ηγεσία και εργαζόμενοι) στις προκλήσεις του περιβάλλοντος. Η αποτελεσματική ανταπόκριση στις περιβαλλοντικές πιέσεις, προϋποθέτει ότι η κουλτούρα του οργανισμού έχει αναπτυχθεί με μια ρεαλιστική αντίληψη για τις επικρατούσες κοινωνικές, πολιτικές και πολιτιστικές διαδικασίες. Καθοριστικό στοι-χείο για την ανάπτυξη μιας κουλτούρας η οποία ανταπο-κρίνεται στα κοινωνικά ερεθίσματα, είναι το προσωπικό παράδειγμα των ηγετών και των managers που μέσω της διοίκησης ασκούν επιρροή στα μέλη του οργανισμού (Chu 2003).

Η αίσθηση ταυτότητας και το πλαίσιο αναφοράς απο-τελούν από τα πλέον θετικά σημεία προσφοράς της οργα-νωσιακής κουλτούρας στους εργαζόμενους ενός οργανι-σμού. Παράλληλα, αρνητικό σημείο αποτελεί η αντίσταση στην αλλαγή, όταν η επικρατούσα κουλτούρα είναι τόσο ισχυρή που λειτουργεί ως φραγμός στην είσοδο νέων τρόπων εργασίας και αναστέλει την προσαρμογή σε νέες συνθήκες.

Η σημαντική συμβολή της οργανωσιακής κουλτούρας στις υπηρεσίες υγείας αναδεικνύει την ανάγκη περαιτέ-ρω έρευνας αλλά και μέτρησης των παραμέτρων που την επηρεάζουν. Επίσης η αποτύπωση της επικρατούσας και της επιθυμητής κουλτούρας καθώς η κατανόησή της, θα συμβάλει στην ικανοποίηση των εργαζομένων και στην αύξηση της παροχής ποιοτικών υπηρεσιών υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Aiken L.H., Clarke S.P. & Sloane D.M. (2002). Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings. *Nursing Outlook* 50(5):187-194.

Bellou V. (2008). Identifying Organizational culture and subcultures within Greek public hospitals. *Journal of Health Organization and Management* 22(5):496-509.

Bellou V. (2010). Organizational culture as a predictor of job satisfaction: The role of gender and age. *Career Development International* 15(1):4-19.

Boan D. & Funderburk F. (2003). Healthcare quality improvement and organizational culture. *EASTON MD*: Delmarva Foundation.

Callen JL., Braithwaite J & Westbrook JI. (2007). Cultures in hospitals and their influence on attitudes to, and satisfaction with, the use of clinical information systems. *Soc Sci Med* 65:635-639.

Cameron K. & Quinn R. (2006). Diagnosing and changing organizational culture. *Jossey-Bass* San Francisco, 95:23-30.

Chu K.F. (2003). An organizational culture and the empowerment for change in SMEs in the Hong Kong manufacturing industry," *Journal of materials processing technology* 139:505.

Cooke R.A. & Lafferty J.C. (1995). Organizational culture inventory. Plymouth, MI: *Human Synergistic International.*

Davies H.T.O., Nutley S.M. & Mannion R. (2000). Orga*nizational culture and quality of health care*. Quality in Health Care 9:111–119.

Gregory BT., Harris SG., Armenakis AA. & Shook CL. (2009). Organizational culture and effectiveness: A study of values, attitudes, and organizational outcomes. *J Bus Res* 62:673–679.

Huber G. (2001). Transfer of knowledge in knowledge management systems: unexplored issues and suggested studies. *European journal of information systems: an official journal of the Operational Research Society* 10:72-79.

Irani Z., Beskese A. & Love P. (2004). Total quality management and corporate culture: constructs of organizational excellence. *Elsevier* 24(8):643-650.

Karel De Witte., Jaap J. & van Muijen. (1999). Organizational Culture. *Journal European Journal of Work and Organizational Psychology* 8(4).

Kilmann R.H. (2011). Quantum Organizations: A New Paradigm for Achieving Organizational Success and Personal Meaning. Newport Coast, *CA: Kilmann Diagnostics* 97–107.

Kotter P. & Heskett J.L. (1992). Corporate culture and performance. New York: *The Free Press.*

Large M. (2007). Change, How to Do it and Make it Work, Tools and Techniques for Managing Change. *A Joint Working Publication*

Lock E.A. & Kirkpatrick S.A. (1995). Promoting creativity in organizations, in Ford C.M., Gioia D.A. (Eds), Creative Action in Organizations: Ivory Tower Visions & Real World Voices, *Sage*, London:115□20.

Mallidou AA., Cummings GG., Estabrooks CA. & Giovannetti PB. (2011). Nurse Specialty subcultures and patient outcomes in acute care hospitals: A multiple-group structural equation modeling. *Int J Nurs Stud* 48:81–93.

Martin J. (2002). Organizational culture: Mapping the terrain. Thousand Oaks, CA, *Sage Publications Inc.*

Martins E.C. & Terblanche F. (2003). Building organizational culture that stimulates creativity and innovation. *European Journal of Innovation Management* 6(1):64-74.

Maull R., Brown P. & Cliffe R. (2001). Organizational culture and quality improvement. *International Journal of Operations & Production Management* 21: 302-326.

O'Reilly C.A. & Chatman J. (1986). Organizational commitment and psychological attachment: The effects of compliance, identification, and internalization on prosocial behavior. *Journal*

of Applied Psychology 71:492-499.
Robbins S.P. (1999.) Essentials of Organizational Behavior. *Pearson College Division. Business & Economics.*
Robbins S.P. (2001). Basic Motivation Concepts, Organizational Behavior. *Prentice Hal*, New Jersey, 6:155-209
Schein E.N. (1985). Organizational culture and leadership. San Francisco: *Jossey-Bass.*
Scott T., Mannion R., Davies H. & Marshall M. (2003).The quantitative measurement of organizational culture in health care: A review of the available instruments. *Health Services Res* 38:923–945.
Shortell S.M, Jones R.H., Rademaker A.W., Gillies R.R., Dranove D.S., Hughes E.F., Budetti P.P., Reynolds K.S. & Huang C.F. (2000). Assessing the Impact of Total Quality Management and Organizational Culture on Multiple Outcomes of Care for Coronary Artery Bypass Graft Surgery Patients. *Medical Care* 38(2):207–17.
Sorra J.S. & Nieva V.F. (2004). Hospital Survey on Patient Safety Culture. Rockville, MD: *Agency for Healthcare Research and Quality.*
Tsai Y. (2011). Relationship between organizational culture, leadership behavior and job satisfaction. *BMC Health Services Res* 14(11):98.
Αλεξάνδρου Ζ. (2005). Οργανωτική κουλτούρα. ΑΤΕΙ Πρεβέζης, Τμήμα Χρηματοοικονομικής και ελεγκτικής. Διπλωματική εργασία
Κάργας Α. (2014) Οργανωσιακή Δομή, Επιχειρησιακή Στόχευση, Δείκτες και Προβλέψεις στην Τηλεπικοινωνιακή Αγορά. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Διδακτορική διατριβή.
Καστανιώτη Α., Σιουρούνη Ε., Μαυριδόγλου Γ. & Πολύζος, Ν. (2011). Συγκριτική αξιολόγηση οργανωσιακής κουλτούρας μονάδων υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 28(1):70-78.
Κελαϊδίτου Θ. (2012). Αξιολόγηση οργανωτικής κουλτούρας ΩΚΚ. Πανεπιστήμιο Πειραιώς. Διπλωματική εργασία.
Λαμπρινού Ι. (2005). Οργανωτική κουλτούρα. ΑΤΕΙ Πρεβέζης, Διπλωματική Εργασία.
Μερκούρης Α. (2008). Διοίκηση νοσηλευτικών υπηρεσιών. *Εκδόσεις Έλλην* 1:147–160.
Παπαγεωργίου Α. & Χονδροκούκης Γ. (2010). Ποσοτική Προσέγγιση της Οργανωσιακής Κουλτούρας στο χώρο των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων. *Επιθεώρηση Κλινικής Φαρμακολογίας και Φαρμακοκινητικής* 28:269-278.
Παπάνης Ε., & Ρόντος Κ. (2005). Ψυχολογία-Κοινωνιολογία της εργασίας και διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού. Θεωρία και εμπειρική έρευνα. *Εκδόσεις Σιδέρης*
Παπατσάκωνας Α. (2015). Οργανωσιακή κουλτούρα και ηγετικά χαρακτηριστικά εργαζομένων. Μια εφαρμογή στο χώρο της υγείας. Πανεπιστήμιο Πειραιώς. Διπλωματική εργασία.
Πλουμή Α. (2018). Το οργανωσιακό κλίμα του Δημοσίου Τομέα στην Ελλάδα. Η εργασιακή ενσωμάτωση & ικανοποίηση των εργαζομένων με αναπηρία, στο Δημόσιο. Οργανωσιακή κουλτούρα. ΑΤΕΙ Πειταιά ΤΤ. Διπλωματική εργασία.
Ροβίθης Μ., (2005). Μέτρηση της οργανωτικής κουλτούρας, της ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων στο προσωπικό των Κέντρων Υγείας της Κρήτης. Πανεπιστήμιο Κρήτης, Τμήμα Ιατρικής. Διπλωματική εργασία.

Πίνακας 1: Χαρακτηριστικά της κουλτούρας κατά τον Robbins (1999)

Χαρακτηριστικά της κουλτούρας
Έμφαση στην ομάδα: πόσο καλά οργανωμένοι είναι οι εργαζόμενοι σε ομάδες
Ολοκλήρωση των ομάδων: πόσο αλληλοεξαρτημένα λειτουργούν τα τμήματα του οργανισμού
Εστίαση στους ανθρώπους: σε τι βαθμό λαμβάνουν υπόψη την επίδραση του αποτελέσματος τα μέλη έργο των οποίων είναι η λήψη αποφάσεων
Ταυτότητα του μέλους: πόσο ταυτίζονται οι εργαζόμενοι με την οργάνωση ως ολότητα και όχι μόνο με τον τομέα απασχόλησής τους
Έλεγχος: πόσο οι κανονισμοί χρησιμεύουν στον έλεγχο της συμπεριφοράς
Κριτήρια αμοιβών: σε τι βαθμό το σύστημα αμοιβών παρακινεί ένα εργαζόμενο να αυξήσει την παραγωγικότητα του και πόσο αυτά καθορίζονται με βάση την απόδοση του και όχι την παλαιότητα του
Ανοχή στο κίνδυνο: πόσο καινοτόμοι είναι οι εργαζόμενοι και πόσο ενθαρρύνονται να είναι, πόσο αισθάνονται ότι εργάζονται σε ένα πλαίσιο προστατευτικό για αυτούς
Ανοχή στη διαφωνία: πως αντιμετωπίζονται η κριτική και η διαφωνία από τα μέλη μέσα στον οργανισμό
Προσανατολισμός στο στόχο: ο βαθμός εστίασης στο αποτέλεσμα και την επίτευξη της στρατηγικής
Εστίαση στο ανοιχτό σύστημα: πόσο καλά ανταποκρίνεται ο οργανισμός στις μεταβολές του εξωτερικού περιβάλλοντος

REVIEW

Organizational Culture in Healthcare Services: Characteristics, Advantages and Disadvantages

Agoritsa Koulouri
RN, RMHN, MSc, MSc, PhD, Health Centre, Salamis

ABSTRACT
Organizational culture - a system of rules, values and behaviors of an organization's – is a key factor of the functionality, performance and quality of the services it provides. Organizational culture is the personality of the organization. It is a structured set of key assumptions that have been invented, discovered or developed by a team of the organization in order to cope with problems of external adaptation or internal integration. Organizational culture creates a sense of identity for every health formation, while it is serving as a reference frame for decisions and actions. The purpose of this review is to present the conceptual framework of organizational culture in the light of its existence in health organizations. Additionally, the development of its special characteristics as well as its positive and/or negative contribution (advantages and disadvantages) to the way the health services operate are examined. Organizational culture is characterized by difficulty in identifying its components in regards to every environment, it is facing resistance in change and needs time to be implemented.

Keywords: Advantages and Disadvantages, Health Services, Organizational Culture

Correspondence: Agoritsa Koulouri
Health Centre Salamis, Greece
e-mail: ritsa_koulouri@yahoo.gr

Submission Date: 15/06/2018
Publication Date: January 2019

Citation: Koulouri A. (2019). Organizational culture in Healthcare services: characteristics, advantages and disadvantages. *Hellenic Journal of Nursing Science* 12(1): 5-12

Η εφαρμογή των εναλλακτικών θεραπειών στην αντιμετώπιση του καρκίνου

Μιχαήλ Ζουμάκης[1], Ελισάβετ Καϊταλίδου[1], Ιωάννης Πέτρου[2]
1. Ιατρός, MSc(c), Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
2. Ομότιμος καθηγητής Κοινωνιολογίας & Ηθικής, Τμήμα Θεολογίας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος αποτελεί, ίσως, τη μεγαλύτερη παγκόσμια απειλή για την ανθρώπινη υγεία. Στη σύγχρονη εποχή, κάθε άνθρωπος που πάσχει από καρκίνο υφίσταται ένα τεράστιο συναισθηματικό στρες και ζει καθημερινά με την αγωνία ενός μελλοντικού πρόωρου θανάτου. Από την άλλη πλευρά, η συμβατική θεραπεία της νόσου μπορεί να έχει σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες, η πλειοψηφία των οποίων ενδέχεται να ταλαιπωρήσουν τον ασθενή και να δυσκολέψουν σημαντικά την καθημερινή του διαβίωση. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, φαντάζει απολύτως εύλογη η στροφή που κάνουν πολλοί ογκολογικοί ασθενείς σε εναλλακτικές μορφές θεραπείας, οι οποίες συμπληρώνουν ή αντικαθιστούν τις καθιερωμένες προσεγγίσεις της επικρατούσας συμβατικής ιατρικής. Οι πανάρχαιες τεχνικές της βοτανοθεραπείας, του βελονισμού, του μασάζ, καθώς και η πίστη στο μεταφυσικό, διαχρονικά ισχυρίζονται ότι προσφέρουν ανακούφιση από τα συμπτώματα της νόσου και ενδεχομένως πλήρη ίαση. Παράλληλα, σύγχρονα σκευάσματα βιταμινών, ιχνοστοιχείων και συμπληρωμάτων διατροφής έχουν κάνει την εμφάνισή τους διεκδικώντας και αυτά μία θέση στον αλγόριθμο της θεραπείας του καρκίνου. Πράγματι, ορισμένες μορφές εναλλακτικής ιατρικής, όπως είναι ο βελονισμός και το μασάζ, όταν εφαρμόζονται ταυτόχρονα με τη συμβατική θεραπεία φαίνεται να ανακουφίζουν από ορισμένα συμπτώματα της νόσου και βελτιώνουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των ατόμων με καρκίνο. Ωστόσο, τα υπάρχοντα επιστημονικά δεδομένα σχετικά με τον ακριβή μηχανισμό δράσης των εναλλακτικών θεραπειών και το αντικειμενικό όφελος που προσφέρουν είναι ανεπαρκή και αμφισβητούμενα. Επιπλέον, η εφαρμογή τους δεν είναι άμοιρη ανεπιθύμητων ενεργειών και πρέπει να γίνεται από ειδικά εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας. Τελικά, χρειάζονται περαιτέρω έρευνες και κλινικές μελέτες προκειμένου να επιτευχθεί με ασφάλεια η ένταξη της εναλλακτικής ιατρικής στην καθημερινή κλινική πράξη.

Λέξεις κλειδιά: βελονισμός, βότανα, εναλλακτικές θεραπείες, καρκίνος

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Ζουμάκης Μιχαήλ
e–mail: michailzoumakis@hotmail.com

Ημερομηνία υποβολής: 12/03/2018
Ημερομηνία δημοσίευσης: Ιανουάριος 2019

Αναφορά του άρθρου ως: Ζουμάκης Μ., Καϊταλίδου Ε. & Πέτρου Ι. (2019). Η εφαρμογή των εναλλακτικών θεραπειών στην αντιμετώπιση του καρκίνου. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 12(1): 13-22

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ:

- **Μεγάλος αριθμός ασθενών με καρκίνο παγκοσμίως κάνει χρήση μεθόδων εναλλακτικής ιατρικής.**
- **Οι εναλλακτικές θεραπείες ωφελούν μόνο όταν εφαρμόζονται μαζί με τη συμβατική αγωγή.**
- **Ο βελονισμός και το θεραπευτικό μασάζ ανακουφίζουν αισθητά τους ασθενείς με καρκίνο.**
- **Οι εναλλακτικές θεραπείες πρέπει να εφαρμόζονται από εξειδικευμένο προσωπικό υγείας.**
- **Η εναλλακτική ιατρική δεν μπορεί ακόμα να ενταχθεί με ασφάλεια στην κλινική πράξη.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι εναλλακτικές θεραπείες για τον καρκίνο είναι αρκετά δημοφιλείς τα τελευταία χρόνια (Olchowska – Kotala 2013, Tsai et al 2014, Akpunar et al 2015). Αυτή η παγκόσμια απήχησή τους, έχει να κάνει, κυρίως, με την ευρεία διάδοση των παραδοσιακών μορφών ιατρικής των δύο μεγάλων ασιατικών χωρών, Κίνας και Ινδίας, στον υπόλοιπο κόσμο, φαινόμενο ιδιαίτερα έντονο κατά τον 21ο αιώνα, όπου οι εν λόγω χώρες γνώρισαν ταχεία οικονομική και επιστημονική ανάπτυξη (Lakshmi et al 2015). Οι παραδοσιακές εναλλακτικές θεραπείες των χωρών αυτών χρησιμοποιούνται από τα πολύ παλιά χρόνια τόσο για την αντιμετώπιση απλών νοσημάτων, όσο και για την ανακούφιση των συμπτωμάτων από χρόνιες παθήσεις, κυρίως του σακχαρώδη διαβήτη, της αρθρίτιδας, της νεφρικής ανεπάρκειας και των ψυχιατρικών διαταραχών (Nagashekhara et al 2015). Σήμερα, οι πιο χαρακτηριστικές μορφές εναλλακτικών θεραπειών της Ανατολής, είναι η παραδοσιακή κινέζικη ιατρική, η παραδοσιακή ιατρική της Ινδονησίας (Jamu) και η παραδοσιακή ιατρική της Ινδίας (Αγιούρ Βέντα, «Η επιστήμη της ζωής» – Ayurveda). Τεχνικές που εφαρμόζονται στο πλαίσιο των παραπάνω παραδοσιακών μορφών ιατρικής είναι η βοτανοθεραπεία, η αρωματοθεραπεία, οι βιταμίνες, τα συμπληρώματα διατροφής, η γιόγκα, ο διαλογισμός, η μουσικοθεραπεία και η ομοιοπαθητική (Truant et al 2015, Mazzocut et al 2016). Ο βαθμός χρήσης τους ποικίλει ανάλογα με τη χώρα, ενώ για τα ανίατα νοσήματα, όπως είναι ο καρκίνος και το AIDS, το ποσοστό των πασχόντων που εφαρμόζει κάποια μορφή εναλλακτικής θεραπείας μπορεί να ξεπεράσει ακόμα και το 90% των περιπτώσεων (Perlman et al 2013, Sait et al 2014, Rausch Osian et al 2015).

Στη σύγχρονη ιατρική επιστήμη, με τον όρο «συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική» θεωρείται κάθε ιατρική υπηρεσία, μέθοδος, ή προϊόν που δεν αποτελεί μέρος των καθιερωμένων πρακτικών της επικρατούσας συμβατικής ιατρικής (Truant et al 2015). Στο πλαίσιο των παραπάνω παραδοσιακών μορφών ιατρικής, οι περισσότερο διαδομένες μέθοδοι που εφαρμόζονται για τη θεραπεία του καρκίνου είναι ο βελονισμός, η βοτανοθεραπεία, οι βιταμίνες, τα συμπληρώματα διατροφής, το μασάζ και οι διαφόρου τύπου ψυχοπνευματικές παρεμβάσεις (Rausch Osian et al 2015, Truant et al 2015, Muecke et al 2016). Η σύγχρονη ιατρική αντίληψη για τη θεραπεία του καρκίνου, ακόμα και στις χώρες της Ανατολής, αφορά σε κάθε περίπτωση στη χορήγηση της συμβατικής θεραπευτικής αγωγής, δηλαδή του χειρουργείου, της ακτινοθεραπείας και της χημειοθεραπείας. Ωστόσο, ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών με καρκίνο, παγκοσμίως, επιλέγει να κάνει ταυτόχρονη χρήση και κάποιας εναλλακτικής θεραπείας (Yu et al 2015, Muecke et al 2016). Αν και ο στόχος της τελευταίας είναι να βελτιώσει, όσο αυτό καθίσταται δυνατό, τη συνολική επιβίωση και την ποιότητα της ζωής των ογκολογικών ασθενών, η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια που έχουν οι διάφορες μορφές της δεν έχουν ακόμα σαφώς προσδιοριστεί (Rosen et al 2013, Salaga et al 2014).

Οι σημαντικότεροι λόγοι για τους οποίους οι ογκολογικοί ασθενείς συνήθως επιλέγουν τις μεθόδους της εναλλακτικής ιατρικής είναι η έλλειψη εμπιστοσύνης απέναντι στο θεράποντα ιατρό και ο φόβος για τις ανεπιθύμητες ενέργειες της συμβατικής θεραπευτικής αγωγής (Salamonsen 2013). Επιπλέον, εξαιτίας της εκτεταμένης παραπληροφόρησης από τον κοινωνικό περίγυρο και από το διαδίκτυο, πολλοί ασθενείς υπερεκτιμούν τα ενδεχόμενα οφέλη της εναλλακτικής ιατρικής, κυρίως επειδή η τελευταία δεν έχει πάντα εμφανείς ανεπιθύμητες ενέργειες και δεν απαιτεί τακτικές εισαγωγές στο νοσοκομείο, όπως συμβαίνει με την αντίστοιχη συμβατική αγωγή (Citrin et al 2012). Οι λόγοι για τους οποίους ενδέχεται ένας ασθενής με καρκίνο να διακόψει μία εναλλακτική θεραπεία, συνοψίζονται στον Πίνακα 1 (Kim et al 2013).

Ποια είναι όμως η πραγματικότητα; Οι αρχαίες ιατρικές τέχνες που προέρχονται από τα βάθη της μακρινής Ανατολής, προσφέρουν όντως θεραπευτικό όφελος για τον ασθενή με καρκίνο, ή πρέπει να θεωρηθούν ξεπερασμένες, αν όχι επικίνδυνες, σε μια εποχή που η τεχνολογία εξελίσσεται αλματωδώς; Και εάν τελικά δεχτεί κανείς ότι μπορεί να επιτευχθεί συμβιβασμός ανάμεσα στη συμβατική και στις εναλλακτικές θεραπείες, προκύπτουν, ή όχι, βιοηθικοί προβληματισμοί που αφορούν στην υγεία

του ατόμου; Τα παραπάνω ερωτήματα αποτέλεσαν το ερέθισμα για τη συγγραφή της παρούσας ανασκόπησης. Αρχικά, γίνεται μια εκτενής αναφορά στις δημοφιλέστερες μεθόδους εναλλακτικής ιατρικής που χρησιμοποιούν οι ασθενείς με καρκίνο. Με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία, αναλύονται οι βασικές αρχές αυτών των μεθόδων, οι πιθανοί μηχανισμοί δράσης τους ενάντια στον καρκίνο, καθώς και οι ενδεχόμενες ανεπιθύμητές τους ενέργειες. Τέλος, παρουσιάζονται οι κυριότεροι βιοηθικοί προβληματισμοί που έχουν προκύψει.

Βοτανοθεραπεία

Η παραδοσιακή κινέζικη ιατρική, που βασίζεται στη χρήση βοτάνων, είναι μία από τις περισσότερο διαδεδομένες μορφές εναλλακτικής ιατρικής στην οποία καταφεύγουν οι ασθενείς με καρκίνο, παγκοσμίως (Weeks et al 2014, Liu et al 2016). Σύμφωνα με τις αρχές της, ο καρκίνος είναι μία συστηματική νόσος η οποία προκύπτει όταν οι εσωτερικές λειτουργίες του οργανισμού απορρυθμίζονται, με αποτέλεσμα αφενός την κακή κυκλοφορία του αίματος και αφετέρου τη συσσώρευση τοξίνων και περιττού θερμικού φορτίου στο ανθρώπινο σώμα. Έτσι, η παραπάνω παθολογική κατάσταση καθιστά τον οργανισμό ανίκανο να αντισταθεί και να αμυνθεί απέναντι σε εξωτερικούς καρκινογόνους παράγοντες. Με βάση την παραπάνω αρχή, η παραδοσιακή κινέζικη βοτανοθεραπεία προσπαθεί να θεραπεύσει εμπειρικά τον καρκίνο στηριζόμενη σε συγκεκριμένους θεραπευτικούς συνδυασμούς, ορισμένοι εκ των οποίων παρουσιάζονται στον Πίνακα 2 (Lee et al 2014).

Πέραν όμως αυτών των εμπειρικών θεραπευτικών συνδυασμών του Πίνακα 2, υπάρχει ένα τεράστιο πλήθος φυτών και βοτάνων που κατά καιρούς έχουν μελετηθεί για τις αντικαρκινικές τους ιδιότητες (Agbarya et al 2014). Ενδεικτικά, μερικά από αυτά είναι το σκόρδο *(Allium sativum),* η αννώνη η πορφυρώδης *(Annona muricata)*, η αρτεμισία *(Artemisia capillaries)*, η δέρρις *(Derris scandens),* το παντζάρι (Beta vulgaris), ο αμάραν-θος *(Amaranthus paniculatus)*, το μελισσόχορτο *(Melissa officinalis)*, το άγριο καρότο *(Daucus carota)*, η ντομάτα *(Lycopersicum esculentum)* και πλήθος άλλων. Ωστόσο, δεν έχει ακόμα σαφώς απαντηθεί το ερώτημα εάν τα περισσότερα από αυτά τα φυτά πράγματι διαθέτουν συγκεκριμένους μηχανισμούς αντικαρκινικής δράσης, οι οποίοι μπορούν να αξιοποιηθούν θεραπευτικά κατά την αντιμετώπιση του καρκίνου. Μέχρι τώρα υπάρχουν μόνο ενδεικτικοί μηχανισμοί που περιγράφουν την αντικαρκινική τους δράση, χωρίς όμως αυτοί να είναι πλήρως κατανοητοί και χωρίς να μπορούν να μεταφραστούν σε σαφές θεραπευτικό όφελος για τους ασθενείς με καρκίνο (Li et al 2013, Sultana et al 2014).

Επίσης, αναπόσπαστο κομμάτι της παραδοσιακής ανατολίτικης ιατρικής τέχνης είναι το τσάι. Για το πράσινο τσάι, το οποίο παράγεται από τα φύλλα του φυτού Camellia sinensis, έχουν γραφεί και ειπωθεί πάρα πολλά σχετικά με τις θεραπευτικές του ιδιότητες (Philippou et al 2013). Όσον αφορά όμως την πρόληψη και τη θεραπεία του καρκίνου, οι πολυάριθμες μελέτες που έχουν γίνει σχετικά με την αντικαρκινική του δράση, λόγω της περιεκτικότητας του τσαγιού σε πολυφαινόλες, ιδιαίτερα σε γαλλική–επιγαλλοκατεχίνη–3 (EGCG) έχουν καταλήξει σε αντικρουόμενα αποτελέσματα (Lambert 2013). Οι δυσκολίες που εμφανίζονται στην πράξη προκειμένου να σχεδιαστούν αξιόπιστες πληθυσμιακές μελέτες εστιάζονται κυρίως στις διαφορετικές συνήθειες που έχει ο υπό μελέτη πληθυσμός, κυρίως όσον αφορά τη διατροφή, την κατανάλωση αλκοόλ, το κάπνισμα, καθώς και το αν καταναλώνει πράσινο ή μαύρο τσάι, ζεστό ή παγωμένο (Yuan 2013).

Διεθνείς έρευνες που έχουν γίνει σχετικά με τη χρήση των βοτάνων από τους ασθενείς με καρκίνο, έχουν δείξει ότι οι ογκολογικοί ασθενείς έχουν ουσιαστικό όφελος μόνο όταν τα βότανα αυτά χορηγούνται ταυτόχρονα με τη συμβατική θεραπευτική αγωγή (Li et al 2015, Yang et al 2015). Όμως, οι συγκεκριμένες μέθοδοι δεν είναι πάντα άμοιρες ανεπιθύμητων ενεργειών ή ακόμα και σοβαρών κινδύνων για την ίδια τη ζωή των ασθενών (Akbulut et al 2014, Susilawati et al 2016, Christina et al 2016). Πιο συγκεκριμένα, πολλές έρευνες υποστηρίζουν ότι η λήψη χημειοθεραπευτικής αγωγής, σε συνδυασμό με εναλλακτική θεραπεία φαρμακευτικού τύπου, μπορεί να προκαλέσει διαταραχές στην ενζυμική δραστηριότητα του κυτοχρώματος P450 που βρίσκεται στο ήπαρ (Sweet et al 2013). Ως αποτέλεσμα, αυξάνονται οι πιθανότητες για μεγαλύτερη τοξικότητα από τη χημειοθεραπεία, ελάττωση των επιπέδων του χημειοθεραπευτικού φαρμάκου στον οργανισμό κάτω του θεραπευτικού ορίου (δηλαδή υποθεραπεία της νόσου), καθώς και αυξημένη συχνότητα εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών, κυρίως πυρετού, υποκαλιαιμίας, αιμορραγίας, νεφρικής ανεπάρκειας και ηπατικής δυσλειτουργίας (Smith et al 2014).

Συμπληρώματα διατροφής

Πολλοί άνθρωποι, ακόμα και υγιείς, καταναλώνουν τακτικά σκευάσματα βιταμίνων και ιχνοστοιχείων, ελπίζοντας ότι με τον τρόπο αυτό θα αποτρέψουν ή θα θεραπεύσουν διάφορες παθολογικές καταστάσεις. Για τον καρκίνο, τα πράγματα είναι αρκετά ξεκάθαρα από την υπάρχουσα διεθνή βιβλιογραφία (John et al 2016). Όταν δεν υπάρχει ένδειξη για ανεπάρκεια κάποιας συγκεκριμένης βιταμίνης ή ιχνοστοιχείου, η λήψη τέτοιων σκευασμάτων απαγορεύεται κατά την περίοδο υποβολής του ασθενή σε χημειοθεραπεία. Ο κυριότερος λόγος είναι ότι τα εν λόγω σκευάσματα περιέχουν τις ουσίες αυτές σε πολύ υψηλές δόσεις, γεγονός το οποίο δεν προσφέρει κανένα προστατευτικό ή θεραπευτικό όφελος στα άτομα

με καρκίνο που δεν εμφανίζουν έλλειψη της αντίστοιχης βιταμίνης ή ιχνοστοιχείου. Αντίθετα, έχει διαπιστωθεί ότι οι υψηλές δόσεις αντιοδειξωτικών, ιδιαίτερα της βιταμίνης Α, είναι δυνατό να μειώσουν την αποτελεσματικότητα των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων επί των καρκινικών κυττάρων. Όσον αφορά τη βιταμίνη C, φαίνεται ότι προκαλεί in–vitro απόπτωση των καρκινικών κυττάρων, ενώ ταυτόχρονα αφήνει τα φυσιολογικά κύτταρα ανέπαφα. Ωστόσο, για τη συνήθη καθημερινή πρόσληψη μέσω τη διατροφής δεν μπορεί να τεκμηριωθεί in–vivo θεραπευτικό όφελος στους ογκολογικούς ασθενείς, ενώ για υψηλότερες δόσεις υπάρχει ο κίνδυνος για ανταγωνιστική ή συνεργική δράση με τη συμβατική θεραπεία. Μάλιστα, η συστηματική χορήγηση ορισμένων βιταμινών σε υψηλές δόσεις, όπως έδειξαν σχετικές μελέτες για την περίπτωση της συγχορήγησης β-καροτενίου με βιταμίνη Α και βιταμίνη Ε, σε περιπτώσεις καρκίνων του γαστρεντερικού συστήματος, μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες, ακόμα και στο θάνατο. Από τα ιχνοστοιχεία που χρησιμοποιούνται στα συμπληρώματα διατροφής, μόνο το σελήνιο και το μαγνήσιο έχουν ένδειξη για συστηματική χορήγηση κατά τη διάρκεια των χημειοθεραπειών, αφού προηγηθεί η τακτική μέτρηση των επιπέδων τους στο αίμα (Hübner & Hanf 2013). Τέλος, είναι σημαντικό να τονίσει κανείς ότι κανένας διατροφικός συνδυασμός ή συμπλήρωμα διατροφής δεν μπορεί να θεραπεύσει τον καρκίνο. Αντιθέτως, η προσκόλληση σε συγκεκριμένους διαιτητικούς κανόνες, πλην όσων έχει υποδείξει ο θεράπων ιατρός, μπορεί να οδηγήσει σε υποθρεψία και επιδείνωση της ήδη υπάρχουσας καχεξίας που οφείλεται στην ίδια τη νόσο ή άλλες διατροφικές διαταραχές (Deng & Cassileth 2014).

Βελονισμός

Ο βελονισμός είναι μία από τις κυριότερες θεραπευτικές μεθόδους της κινέζικης ιατρικής. Για περισσότερο από 4.000 χρόνια, χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση ποικίλων συμπτωμάτων, αλλά και νοσημάτων. Η βασική αρχή του βελονισμού αφορά στη διαδερμική είσοδο βελόνων σε συγκεκριμένα σημεία του ανθρωπίνου σώματος (energy points ή acupoints), μέσω των οποίων επιχειρείται η διέγερση, προκλητή ή αυτόματη, συγκεκριμένων νευρικών οδών. Ο ακριβής μηχανισμός με τον οποίο αυτή η διαδικασία ωφελεί τον οργανισμό παραμένει άγνωστος, αν και στη βιβλιογραφία αναφέρονται πιθανοί μηχανισμοί θεραπευτικής δράσης (Πίνακας 3) (Kilian et al 2016). Η πιο δημοφιλής θεωρία θέλει την παραπάνω νευρική διέγερση να οδηγεί στην απελευθέρωση νευροδιαβιβαστών, όπως είναι για παράδειγμα η ενδορφίνη, οι οποίοι με τη σειρά τους προκαλούν ποικίλες μεταβολές συναισθηματικού τύπου στους ασθενείς (Poder & Lemieux 2013). Μικρότερης εμβέλειας είναι η άποψη που υποστηρίζει, ότι τα acupoints (τα σημεία διέγερσης-βελονισμού) σχετίζονται με ανατομικά σημεία καίρια για τη χαλάρωση του συνδετικού ιστού του ανθρωπίνου σώματος. Ο βελονισμός μπορεί να εφαρμοστεί είτε σε συνδυασμό με κάποια άλλη, μη συμβατική, θεραπευτική παρέμβαση, όπως είναι για παράδειγμα τα κινέζικα βότανα, είτε εφαρμόζεται μαζί με διάφορες παραλλαγές του, όπως είναι η θερμοθεραπεία με μόξα (μοξοθεραπεία) και η διαδερμική ηλεκτρική νευρική διέγερση (Lau et al 2016). Η μοξοθεραπεία περιλαμβάνει την εφαρμογή θερμότητας στο δέρμα, μέσω της τοπικής καύσης μίγματος βοτάνων κοντά στα σημεία τοποθέτησης των βελόνων του κλασικού βελονισμού (Smith et al 2014). Από την άλλη πλευρά, η διαδερμική ηλεκτρική νευρική διέγερση είναι η νευρική διέγερση μέσω της εφαρμογής ρεύματος χαμηλής τάσης με ηλεκτρόδια σε δερματικά σημεία που ταυτίζονται ή βρίσκονται κοντά σε αυτά του κλασικού βελονισμού (Ernst et al 2004). Αυτές οι μέθοδοι μπορούν να εφαρμοστούν τόσο ξεχωριστά, όσο και ταυτόχρονα, με τη χρήση των βελόνων της παραδοσιακής μεθόδου (Lau et al 2016).

Στη διεθνή βιβλιογραφία, υπάρχουν αρκετές μελέτες οι οποίες καταδεικνύουν το όφελος που προσφέρει η εφαρμογή των μεθόδων του βελονισμού, ταυτόχρονα με τη συμβατική θεραπεία, στους καρκινοπαθείς που βρίσκονται υπό παρηγορητική αγωγή. Ο βελονισμός ελαττώνει τον καρκινικό πόνο, μειώνει την καταβολή δυνάμεων και γενικά βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ατόμων με καρκίνο που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της νόσου (Towler et al 2013). Αντίθετα, δεν προσφέρει σημαντικό όφελος, έναντι της συμβατικής αγωγής, όσον αφορά στην καταπολέμηση των συμπτωμάτων της ανορεξίας, της αϋπνίας, της ξηροστομίας, της δυσκοιλιότητας, των οιδημάτων, αλλά και της νευροτοξικότητας, τα οποία είτε εμφανίζονται εξαιτίας της νόσου, είτε οφείλονται στη συμβατική θεραπεία που έχουν ήδη λάβει οι συγκεκριμένοι ασθενείς (Wu et al 2015). Βέβαια, η χρήση του βελονισμού για τα άτομα με καρκίνο δεν περιορίζεται μόνο στο πλαίσιο της παρηγορητικής αγωγής. Την τελευταία πενταετία, υπάρχουν πλήθος ερευνητικών μελετών που συστήνουν το βελονισμό ως μία αποτελεσματική μέθοδο για την αντιμετώπιση της ναυτίας και του εμέτου που προκαλεί η συμβατική χημειοθεραπευτική και αναλγητική αγωγή (Sullivan et al 2015).

Ωστόσο, οι ίδιες μελέτες τονίζουν σαφώς, ότι στις περιπτώσεις αυτές ο βελονισμός μπορεί να χρησιμοποιηθεί αποκλειστικά και μόνο σε συνδυασμό με τη συμβατική θεραπευτική αγωγή και σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να την υποκαταστήσει. Η ένδειξή του περιορίζεται στην ανακούφιση των συμπτωμάτων που οφείλονται σε ανεπιθύμητες ενέργειες της συμβατικής θεραπείας, δηλαδή του χειρουργείου, της ακτινοθεραπείας, της χημειοθεραπείας, καθώς επίσης και των αναλγητικών φαρμάκων, όπως είναι για παράδειγμα η μορφίνη. Η εφαρμογή του βελονισμού στον καρκίνο δεν έχει συνδεθεί με κα-

μία απολύτως σοβαρή ανεπιθύμητη ενέργεια (Wang & Litscher 2015).

Θεραπευτικό μασάζ

Παγκοσμίως, πάνω από 10.000.000 ογκολογικοί ασθενείς υποφέρουν από συμπτώματα που οφείλονται είτε στη νόσο, είτε σε ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπευτικής αγωγής (Bauml et al 2015). Ο καρκινικός πόνος είναι παρών στο 25% των νέων ασθενών που διαγιγνώσκονται με τη νόσο, ενώ η παρουσία του αυξάνεται στο 33% των περιπτώσεων κατά τη διάρκεια της ενεργούς συμβατικής θεραπείας. Στο τελικό στάδιο της νόσου, περισσότεροι από το 75% των ασθενών με καρκίνο υποφέρει από καρκινικό πόνο (Lu & Rosenthal 2013). Στο πλαίσιο της προσπάθειας για μία μη συμβατική αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος, πολλές επιστημονικές μελέτες έχουν καταδείξει την ευεργετική επίδραση που έχει η εφαρμογή μασάζ στους ογκολογικούς ασθενείς, ταυτόχρονα με τη λήψη της συμβατικής θεραπευτικής αγωγής. Βελτιώνει σημαντικά την ποιότητα του ύπνου και μειώνει το σωματικό πόνο, το άγχος και το συναισθηματικό στρες (Poder & Lemieux 2013). Ωστόσο, η εφαρμογή του μασάζ θα πρέπει να γίνεται από ειδικά εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας, ή από εξειδικευμένους θεραπευτές. Ο λόγος είναι ότι στον καρκίνο απαγορεύεται αυστηρά το μασάζ σε περιοχές του σώματος όπου υπάρχουν δερματικές αλλοιώσεις, οιδήματα, φλεγμονώδεις και τραυματικές εξεργασίες, φλεβική θρόμβωση, αλλά και οστικές μεταστάσεις (Deng & Cassileth 2014). Οι πιθανές παρενέργειες από τη μη σωστή εφαρμογή του θεραπευτικού μασάζ πάνω σε αυτές τις περιοχές του σώματος, είναι η πνευμονική εμβολή, τα παθολογικά κατάγματα, οι μώλωπες, η έντονη καταβολή δυνάμεων και ο πονοκέφαλος. Όλα τα παραπάνω ενδέχεται να μειώσουν δραματικά την ποιότητα ζωής των ασθενών, με άμεση συνέπεια να προκληθούν τα ακριβώς αντίθετα αποτελέσματα από τα επιδιωκόμενα (Somani et al 2013).

Θρησκεία και ψυχοπνευματικές παρεμβάσεις

Η θρησκεία και γενικότερα η πίστη στο μεταφυσικό, είναι πολύ σημαντική πτυχή της καθημερινότητας για πάρα πολλούς ανθρώπους παγκοσμίως. Είναι δυνατό να αποτελέσει καταφύγιο και ελπίδα θεραπείας για μεγάλη μερίδα ογκολογικών ασθενών (Movafagh et al 2017). Χαρακτηριστικά, στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (Η.Π.Α.) περίπου το 70% των καρκινοπαθών αναφέρει ότι προσεύχεται τακτικά για την υγεία του, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στο γενικό πληθυσμό είναι μόλις 45%. Θεωρείται γενικά, ότι η υιοθέτηση κάποιου είδους θρησκευτικότητας ή ψυχοπνευματικής θεραπευτικής προσέγγισης, μπορεί να προσφέρει όφελος μέσω δύο οδών–του αυτοελέγχου και της διαχείρισης του συναισθηματικού στρες (Peteet & Balboni 2013).

Ο αυτοέλεγχος ενδέχεται να συμβάλλει στην αποφυγή επιβλαβών συνηθειών για την υγεία, όπως είναι για παράδειγμα το αλκοόλ, το κάπνισμα, η χρήση απαγορευμένων ουσιών, η άστατη σεξουαλική ζωή και η κακή διατροφή. Από την άλλη πλευρά, η αποτελεσματική διαχείριση του συναισθηματικού στρες αφήνει χώρο για θετικά συναισθήματα και προσδίδει πίστη και ελπίδα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα της συμβατική θεραπείας, γεγονός που ενισχύει και τη διάθεση του ασθενή για συμμόρφωση. Πρόσφατη μετα–ανάλυση σε 32.000 άτομα με καρκίνο στις Η.Π.Α., έδειξε ότι το θρησκευτικό συναίσθημα και οι ψυχοπνευματικές παρεμβάσεις σχετίζονται όντως με την καλύτερη ποιότητα ζωής. Ωστόσο, αξίζει να τονιστεί ότι τα όποια οφέλη προέκυψαν από αυτή τη μελέτη, βασίστηκαν στις δηλώσεις των ίδιων των ασθενών, δηλαδή αφορούσαν υποκειμενικά μετρούμενες παραμέτρους της ποιότητας ζωής τους. Κανένα όφελος δεν υπήρξε όσον αφορά την εξαφάνιση των αντικειμενικών συμπτωμάτων της νόσου, τη συχνότητα υποτροπής του καρκίνου, καθώς και τη συνολική επιβίωση (Jim et al 2015).

Ηθικοί προβληματισμοί

Με τις εναλλακτικές θεραπείες να διεκδικούν ενεργά μία θέση στην καθημερινότητα ολοένα και περισσότερων ατόμων με καρκίνο, η σύγχρονη ιατρική επιστήμη βρίσκεται αντιμέτωπη με ένα μεγάλο παράδοξο. Από τη μία πλευρά, υπάρχει η προσωπική θέληση των ίδιων των ασθενών να τις χρησιμοποιήσουν (Jacobson & Cain 2009). Συνεπώς, ακόμα και εάν οι θεραπείες αυτές λειτουργούν ως placebo, το γεγονός ότι σε αρκετές μελέτες οι ασθενείς δηλώνουν ότι ανακουφίζονται από τα συμπτώματά τους, όπως είναι για παράδειγμα ο καρκινικός πόνος, είναι κάτι που δεν μπορεί εύκολα να αμφισβητηθεί (AlBedah & Khalil 2015). Από την άλλη πλευρά, όμως, πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι η προσωπική επιλογή του ασθενή στις εναλλακτικές θεραπείες είναι ένα επίπλαστο δικαίωμα, το οποίο, συχνά, θέτει σε κίνδυνο την προσωπική και τη δημόσια υγεία, ιδιαίτερα μάλιστα αν η επιλογή αυτή λαμβάνει χώρα μετά από παραπληροφόρηση του ατόμου (Anlauf et al 2015). Το πρώτο πράγμα που θίγουν έχει να κάνει με την προσβολή της συναίνεσης του ασθενή σε μία θεραπευτική παρέμβαση. Οι ερευνητές τονίζουν ότι, απαραίτητη προϋπόθεση για την έγκυρη και ελεύθερη συναίνεση του ασθενή είναι η προηγούμενη πλήρης και ουσιαστική του ενημέρωση. Μάλιστα, ο πιστοποιημένος επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να είναι σε θέση να εξηγήσει τόσο το σκοπό, όσο και τον επιστημονικά τεκμηριωμένο λόγο για τον οποίο επιλέχθηκε για την περίπτωσή του η συγκεκριμένη θεραπεία και όχι κάποια άλλη (Ernst et al 2004). Δεδομένου του ότι η φύση ορισμένων εναλλακτικών θεραπειών, όπως είναι για παράδειγμα ο βελονισμός και η βοτανοθεραπεία, είναι ελάχιστα κατανοητοί από τα έως τώρα επιστημονικά

δεδομένα, αρκετοί είναι οι ιατροί που θεωρούν ότι μία έγκυρη συναίνεση σε αυτές τις περιπτώσεις είναι πρακτικά αδύνατον να επιτευχθεί (Patuzzo & Ciliberti 2017).

Ένας δεύτερος προβληματισμός σχετίζεται με το κατά πόσον είναι εφικτό να περιοριστεί η ενδεχόμενη χειραγώγηση των ευαίσθητων ομάδων του πληθυσμού, ιδιαίτερα των παιδιών, προς τη χρήση προϊόντων και υπηρεσίων της εναλλακτικής ιατρικής. Λαμβάνοντας υπόψη ότι πολλές από αυτές τις υπηρεσίες και τα προϊόντα έχουν αβέβαιη αποτελεσματικότητα και ασφάλεια, σε αρκετές περιπτώσεις μπορεί να γίνει λόγος για ενδεχόμενη εξαπάτηση του κοινού (Smith et al 2016). Ωστόσο, ένας τέτοιος περιορισμός δεν είναι πάντα εύκολο να επιτευχθεί, καθώς αυτή τη στιγμή πολλά βότανα και φυσικά προϊόντα πωλούνται ελεύθερα στην αγορά προς κατανάλωση, όπως ακριβώς και τα τρόφιμα. Συνεπώς, παρόμοια σκευάσματα δεν μπορούν να ενταχθούν αμιγώς στην κατηγορία των προϊόντων της εναλλακτικής ιατρικής, καθώς υπάρχουν και άλλα κριτήρια, πλην αυτών της υγείας, με τα οποία ένας καταναλωτής προβαίνει στην αγορά τους. Καταλαβαίνει, λοιπόν, κανείς ότι η όποια προσπάθεια περιορισμού των φαινομένων της αθέμιτης χρήσης της εναλλακτικής ιατρικής μπορεί στην πράξη να αποδειχθεί αρκετά περίπλοκη (Cayton 2007).

Προκειμένου να γίνει αντιληπτό το μέγεθος του προβλήματος που έχει προκληθεί από την αδόκιμη χρήση της εναλλακτικής ιατρικής, αξίζει να αναφερθεί ότι σε πλήρως θεραπεύσιμες μορφές καρκίνου συχνά η εφαρμογή εναλλακτικών θεραπειών οδηγεί στη μη συμμόρφωση στη συμβατική αγωγή ή στην πλήρη διακοπή της. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα του καρκίνου του μαστού, μιας σχετικά συχνής νόσου για το γυναικείο πληθυσμό (Greenlee et al 2016). Η νόσος αυτή, αν και κακοήθης, με τη σωστή και έγκαιρη διάγνωση σε πρώιμο στάδιο καθίσταται θεραπεύσιμη, καθώς η συμβατική θεραπευτική αγωγή εγγυάται εξαιρετική πρόγνωση, έως και πλήρη ίαση (Naja et al 2015). Ωστόσο, παράδοξο μοιάζει το γεγονός ότι το ποσοστό των γυναικών που πάσχουν από καρκίνο του μαστού και καταφεύγουν σε εναλλακτικές μορφές θεραπείας, είτε ως μονοθεραπεία είτε ταυτόχρονα με τη συμβατική, ξεπερνάει το αντίστοιχο κάθε άλλου νεοπλασματικού νοσήματος και μπορεί να φτάσει και το 90% των περιπτώσεων, ανάλογα με τη μελέτη (Kang et al 2014). Υπό αυτό το πρίσμα, η αλόγιστη φρενίτιδα που επικρατεί, ακόμα και στις χώρες του δυτικού κόσμου, σχετικά με τη χρήση μεθόδων εναλλακτικής ιατρικής, οδηγεί πολλές γυναίκες με καρκίνο του μαστού να αρνούνται εξ' ολοκλήρου κάθε είδος συμβατικής θεραπευτικής αγωγής (Salamonsen 2013).

Η μη αποτελεσματική επικοινωνία που υπάρχει πολλές φορές μεταξύ του ογκολογικού ασθενή και του θεράποντα ιατρού φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στην παραπάνω απόρριψη της συμβατικής αγωγής και τη στροφή προς τις εναλλακτικές θεραπείες (Salamonsen 2013). Οι λιγοστές μελέτες που υπάρχουν σχετικά με το συγκεκριμένο ζήτημα είναι ενδεικτικές (Keim – Malpass et al 2013). Οι γυναίκες που απορρίπτουν πλήρως τη συμβατική θεραπευτική αγωγή, το κάνουν όχι μόνο από έλλειψη εμπιστοσύνης απέναντι στο θεράποντα ογκολόγο, αλλά και εξαιτίας της παραπληροφόρησης που κυριαρχεί στο διαδίκτυο και στις καθημερινές κοινωνικές συναναστροφές (Citrin et al 2012). Φοβούνται τις ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας, την οποία χαρακτηρίζουν ως «δηλητήριο», πιστεύουν ότι ο ογκολόγος τους επιδεικνύει παγερή αδιαφορία απέναντι στο πρόβλημά τους και ότι δεν σέβεται τις προσωπικές τους επιθυμίες, ενώ παράλληλα υπερεκτιμούν τις δυνατότητες της εναλλακτικής ιατρικής, αγνοώντας ότι σε όσες επιστημονικές μελέτες εφαρμόστηκε ως μονοθεραπεία κατά του καρκίνου, τα αποτελέσματα ήταν πάρα πολύ πτωχά (Citrin et al 2012, Salamonsen 2013).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά, αξίζει να τονιστεί ότι όλο και περισσότεροι ασθενείς με καρκινο καταφεύγουν στην εφαρμογή τουλάχιστον μίας εναλλακτικής θεραπείας. Η συντριπτική τους πλειοψηφία τη χρησιμοποιεί είτε ταυτόχρονα, είτε μετά την ολοκλήρωση της συμβατικής θεραπευτικής αγωγής, δηλαδή του χειρουργείου, της ακτινοθεραπείας ή της χημειοθεραπείας. Η βοτανοθεραπεία και το θεραπευτικό μασάζ εμφανίζονται αποτελεσματικές όσον αφορά στην ανακούφιση συγκεκριμένων συμπτωμάτων του καρκίνου. Ωστόσο, η εφαρμογή τους πρέπει να γίνεται με προσοχή και από ειδικά εκπαιδευμένο επαγγελματία υγείας ή εξειδικευμένο ιατρό δεδομένου ότι μπορούν να εμφανιστούν αρκετές ανεπιθύμητες ενέργειες. Επίσης, ο βελονισμός, όταν εφαρμόζεται με τη συμβατική θεραπευτική αγωγή, είναι αρκετά αποτελεσματικός για την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου, της καταβολής δυνάμεων, αλλά και της ναυτίας και των εμέτων που προκαλεί η χημειοθεραπεία. Ο βελονισμός θεωρείται γενικά ασφαλής μέθοδος και δεν έχει συσχετιστεί με κάποια σοβαρή ανεπιθύμητη ενέργεια. Όσον αφορά στα συμπληρώματα διατροφής και τις ψυχοπνευματικές παρεμβάσεις, τα υπάρχοντα επιστημονικά δεδομένα είναι ασαφή ως προς το εάν προσφέρουν κάποιο όφελος στους ογκολογικούς ασθενείς. Στη σημερινή εποχή η επιστημονική τεκμηρίωση των εναλλακτικών θεραπειών φαίνεται να συναντά αρκετές δυσκολίες με αποτέλεσμα η στάση της σύγχρονης ιατρικής κοινότητας απέναντί τους να καθίσταται τουλάχιστον αμυντική, αν όχι εντελώς αρνητική, παρά το γεγονός ότι η εναλλακτική ιατρική χαίρει μεγάλης εκτίμησης από τους ογκολογικούς ασθενείς. Είναι σημαντικό να υλοποιηθούν οι απαραίτητες κλινικές μελέτες που να επιτρέπουν την ένταξή της με ασφάλεια στην καθημερινή κλινική πράξη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Agbarya A., Ruimi N., Epelbaum R., Ben – Arye E. & Mahajna J. (2014). Natural products as potential cancer therapy enhancers: A preclinical update. *SAGE Open Medicine* 2: 2050312114546924.

Akbulut S., Yagmur Y., Gumus S., Babur M. & Can M.A. (2014). Alternative medicine for management of breast masses: more harm than good. *The American Journal of Case Reports* 15: 304-307.

Akpunar D., Bebis H. & Yavan T. (2015). Use of complementary and alternative medicine in patients with gynecologic cancer: A systematic review. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 16: 7847-7852.

AlBedah A.M. & Khalil M.K. (2015). Cancer patients, Complementary medicine and Unmet needs in Saudi Arabia. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 16: 6799.

Anlauf M., Hein L., Hense H.W., Köbberling J., Lasek R., Leidl R. & Schöne – Seifert B. (2015). Complementary and alternative drug therapy versus science – oriented medicine. *German Medical Science* 13: Doc05.

Bauml J.M., Chokshi S., Schapira M.M., Im E.O., Li S.Q., Langer C.J., Ibrahim S.A. & Mao J.J. (2015). Do attitudes and beliefs regarding complementary and alternative medicine impact its use among patients with cancer? A cross – sectional survey. *Cancer* 121: 2431-2438.

Cayton E. (2007). Complementary and alternative medicine: Ethics, the patient, and the physician, edited by Lois Snyder. *Proceedings (Baylor University Medical Center)* 20: 430-431.

Christina J., Abigail W. & Cuthbertson L.A. (2016). Nurses' knowledge and attitudes toward complementary therapies for cancer: A review of the literature. *Asia – Pacific Journal of Oncology Nursing* 3: 241-251.

Citrin D.L., Bloom D.L., Grutsch J.F., Mortensen S.J. & Lis C.G. (2012). Beliefs and perceptions of women with newly diagnosed breast cancer who refused conventional treatment in favor of alternative therapies. *Oncologist* 17: 607-612.

Deng G. & Cassileth B. (2014). *Integrative oncology: an overview. American Society of Clinical Oncology educational book.* United States of America: American Society of Clinical Oncology.

Ernst E., Cohen M.H. & Stone J. (2004). Ethical problems arising in evidence based complementary and alternative medicine. *Journal of Medical Ethics* 30: 156-159.

Greenlee H., Sardo Molmenti C.L., Falci L., Ulmer R., Deming – Halverson S., DeRoo L.A. & Sandler D.P. (2016). High use of complementary and alternative medicine among a large cohort of women with a family history of breast cancer: the Sister Study. *Breast Cancer Research and Treatment* 156: 527-538.

Hübner J. & Hanf V. (2013). Commonly used methods of complementary medicine in the treatment of breast cancer. *Breast Care (Basel)* 8: 341-347.

Jacobson G.M. & Cain J.M. (2009). Ethical issues related to patient use of complementary and alternative medicine. *Journal of Oncology Practice* 5: 124-126.

Jim H.S., Pustejovsky J.E., Park C.L., Danhauer S.C., Sherman A.C., Fitchett G., Merluzzi T.V., Munoz A.R., George L., Snyder M.A. & Slasman J.M. (2015). Religion, spirituality, and physical health in cancer paitents: A meta – analysis. *Cancer* 121: 3760-3768.

John G.M., Hershman D.L., Falci L., Shi Z., Tsai W.Y. & Greenlee H. (2016). Complementary and alternative medicine use among US cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship* 10: 850-864.

Kang D.H., McArdle T. & Suh Y. (2014). Changes in complementary and alternative medicine use across cancer treatment and relationship to stress, mood, and quality of life. *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 20: 853-859.

Keim – Malpass J., Albrecht T.A., Steeves R.H. & Danhauer S.C. (2013). Young women's experiences with complementary therapies during cancer described through illness blogs. *West Journal of Nursing Research* 35: 1309-1324.

Kilian – Kita A., Puskulluoglu M., Konopka K. & Krzemieniecki K. (2016). Acupuncture: could it become everyday practice in oncology? *Contemporary Oncology (Poznań, Poland)* 20: 119-123.

Kim S.Y., Kim K.S., Park J.H., Shin J.Y., Kim S.K., Park J.H., Park E.C. & Seo H.G. (2013). Factors associated with discontinuation of complementary and alternative medicine among korean cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 14: 225-230.

Lakshmi J.K., Nambiar D., Narayan V., Sathyanarayana T.N., Porter J. & Sheikh K. (2015). Cultural consonance, constructions of science and co-existence: a review of the integration of traditional, complementary and alternative medicine in low – and middle – income countries. *Health Policy and Planning* 30: 1067-1077.

Lambert J.D. (2013). Does tea prevent cancer? Evidence from laboratory and human intervention studies. *American Journal of Clinical Nutrition* 98: 1667S-1675S.

Lau C.H., Wu X., Chung V.C., Liu X., Hui E.P., Cramer H., Lauche R., Wong S.Y., Lau A.Y., Sit R.S., Ziea E.T., Nq B.F. & Wu J.C. (2016). Acupuncture and related therapies for symptom management in palliative cancer care: systematic review and meta – analysis. *Medicine (Baltimore)* 95: e2901.

Lee Y.W., Chen T.L., Shih Y.R., Tsai C.L., Chang C.C., Liang H.H., Tseng S.H., Chien S.C. & Wang C.C. (2014). Adjunctive traditional Chinese medicine therapy improves survival in patients with advanced breast cancer: a population – based study. *Cancer* 120: 1338-1344.

Li B., Gan R., Yang Q., Huang J., Chen P., Wan L. & Guo C. (2015). Chinese herbal medicines as an adjunctive therapy for unresectable pancreatic cancer: A systematic review and meta – analysis. *Evidence – Based Complementary and Alternative Medicine* 2015: 350730.

Li S.G., Chen H.Y., Ou – Yang C.S., Wang X.X., Yang Z.J., Tong Y. & Cho W.C. (2013). The efficacy of Chinese herbal medicine as an adjunctive therapy for advanced non – small cell lung cancer: a systematic review and meta – analysis. *PLoS One* 8: e 57604.

Liu J.M., Lin P.H., Hsu R.J., Chang Y.H., Cheng K.C., Pang S.T. & Lin S.K. (2016). Complementary traditional Chinese medicine therapy improves survival in patients with metastatic prostate cancer. *Medicine (Baltimore)* 95: e4475.

Lu W. & Rosenthal D.S. (2013). Acupuncture for cancer pain and related symptoms. *Current Pain and Headache Reports* 17: 321.

Mazzocut M., Truccolo I., Antonini M., Rinaldi F., Omero P., Ferrarin E., De Paoli P. & Tasso C. (2016). Web conversations about complementary and alternative medicines and cancer: Content and sentiment analysis. *Journal of Medical Internet Research* 18: e120.

Movafagh A., Heidari M.H., Abdoljabbari M., Mansouri N., Taghavi A., Karamatinia A., Mehrvar N., Hashemi M. & Ghazi M. (2017). Spiritual therapy in coping with cancer as a complementary medical preventive practice. *Journal of Cancer Prevention* 22: 82-88.

Muecke R., Paul M., Conrad C., Stoll C., Muenstedt K., Micke O., Prott F.J., Buentzel J. & Huebner J., PRIO (Working Group Prevention and Intergrative Oncology of the German Cancer Society). Complementary and alternative medicine in palliative care: A comparison of data from surveys among patients and professionals. *Integrative Cancer Therapies* 15: 10-16.

Nagashekhara M., Murthy V., Mruthyunjaya A.T. & Li Ann L. (2015). An empirical study on traditional, complementary and alternative medicine usage among Malaysian cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 16: 6237-6241.

Naja F., Fadel R.A., Alameddine M., Aridi Y., Zarif A., Hariri D. Mugharbei A., Khalil M., Nahleh Z. & Tfayli A. (2015). Complementary and alternative medicine use and its association with quality of life

among Lebanese breast cancer patients: a cross – sectional study. *BioMed Central Complementary and Alternative Medicine* 15: 444.

Olchowska – Kotala A. (2013). Individual differences in cancer patients' willingness to use complementary and alternative medicine. *Advances in Clinical and Experimental Medicine* 22: 855-860.

Patuzzo S. & Ciliberti R. (2017). Non – conventional practice versus evidence – based medicine. A scientific and ethical analysis of the Italian regulation. *Acta Bio – medica* 88: 143-150.

Perlman A., Lontok O., Huhmann M., Parrott J.S., Simmons L.A. & Patrick – Miller L. (2013). Prevalence and correlates of postdiagnosis initiation of complementary and alternative medicine among patients at a comprehensive cancer center. *Journal of Oncology Practice* 9: 34-41.

Peteet J.R. & Balboni M.J. (2013). Spirituality and religion in oncology. *CA: A Cancer Journal for Clinicians* 63: 280-289.

Philippou Y., Hadjipavlou M., Khan S. & Rane A. (2013). Complementary and alternative medicine (CAM) in prostate and bladder cancer. *British Journal of Urology International* 112: 1073-1079.

Poder T.G. & Lemieux R. (2013). How effective are spiritual care and body manipulation therapies in pediatric oncology? A systematic review of the literature. *Global Journal of Health Science* 6: 112-127.

Rausch Osian S., Leal A.D., Allmer C., Maurer M.J., Nowakowski G., Inwards D.J., Macon W.R., Ehlers S.L., Weiner G.J., Habermann T.M., Cerhan J.R. & Thompson C.A. (2015). Widespread use of complementary and alternative medicine among non – Hodgkin lymphoma survivors. *Leukemia & Lymphoma* 56(2): 434 – 9

Rosen J.E., Gardiner P., Saper R.B., Filippelli A.C., White L.F., Pearce E.N., Gupta – Lawrence R.L. & Lee S.L. (2013). Complementary and alternative medicine use among patients with thyroid cancer. *Thyroid* 23: 1238-1246.

Sait K.H., Anfinan N.M., Eldeek B., Al – Ahmadi J., Al – Atlas M., Sait H.K., Basalamah H.A., Al – Ama N. & El – Sayed M.E. (2014). Perception of patients with cancer towards support management services and use of complementary alternative medicine -- a single institution hospital – based study in Saudi Arabia. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 15: 2547-2554.

Salaga M., Zatorski H., Sobczak M., Chen C. & Fichna J. (2014). Chinese herbal medicines in the treatment of IBD and colorectal cancer: a review. *Current Treatment Options in Oncology* 15: 405-420.

Salamonsen A. (2013). Doctor – patient communication and cancer patients' choice of alternative therapies as supplement or alternative to conventional care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 27: 70-76.

Smith K., Ernst E., Colquhoun D. & Sampson W. (2016). 'Complementary & alternative medicine' (CAM): Ethical and policy issues. *Bioethics* 30: 60-62.

Smith P.J., Clavarino A., Long J. & Steadman K.J. (2014). Why do some cancer patients receiving chemotherapy choose to take complementary and alternative medicines and what are the risks? *Asia – Pacific Journal of Clinical Oncology* 10: 1-10.

Somani S., Merchant S. & Lalani S. (2013). A literature review about effectiveness of massage therapy for cancer pain. *Journal of Pakistan Medical Association* 63: 1418-1421.

Sullivan A., Gilbar P. & Curtain C. (2015). Complementary and alternative medicine use in cancer patients in rural australia. *Integrative Cancer Therapies* 14: 350-358.

Sultana S., Asif H.M., Nazar H.M., Akhtar N., Rehman J.U. & Rehman R.U. (2014). Medicinal plants combating against cancer -- a green anticancer approach. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 15: 4385-4394.

Susilawati D., Sitaresmi M., Handayani K., Ven Pv., Sutaryo., Kaspers G. & Mostert S. (2016). Health care providers' and parents' perspectives on complementary alternative medicine in children with cancer in Indonesia. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 17: 3235-3242.

Sweet E.S., Standish L.J., Goff B.A. & Andersen M.R. (2013). Adverse events associated with complementary and alternative medicine use in ovarian cancer patients. *Integrative Cancer Therapies* 12: 508-516.

Towler P., Molassiotis A. & Brearley S. G. (2013). What is the evidence for the use of acupuncture as an intervention for symptom management in cancer supportive and palliative care: an integrative overview of reviews. *Supportive Care in Cancer* 21: 2913-2923.

Truant T.L., Balneaves L.G. & Fitch M.I. (2015). Integrating complementary and alternative medicine into cancer care: Canadian oncology nurses' perspectives. Asia – Pacific Journal of Oncology Nursing 2: 205-214.

Tsai S.J., Ruan Y.X., Lee C.C., Lee M.S., Chiou W.Y., Lin H.Y., Hsu F.C., Su Y.C., Hsu T.W. & Hung S.K. (2014). Use of Chinese medicine among colorectal cancer patients: a nationwide population – based study. *African Journal of Traditional, Complementary, and Alternative Medicine* 11: 343-349.

Wang G. & Litscher G. (2015). Acupuncture for neoplasms: An update from the Pubmed database. *Medical Acupuncture* 27: 151-157.

Weeks L., Balneaves L.G., Paterson C. & Verhoef M. (2014). Decision – making about complementary and alternative medicine by cancer patients: intergrative literature review. *Open Medicine* 8: e54-e66.

Wu X., Chung V.C., Hui E.P., Ziea E.T., Ng B.F., Ho R.S., Tsoi K.K., Wong S.Y. & Wu J.C. (2015). Effectiveness of acupuncture and related therapies for palliative care of cancer: overview of systematic reviews. *Scientific Reports* 5: 16776.

Yang X., Hao J., Zhu C.H., Niu Y.Y., Ding X.L., Liu C. & Wu X.Z. (2015). Survival benefits of western and traditional Chinese medicine treatment for patients with pancreatic cancer. *Medicine (Baltimore)* 94: e1008.

Yuan J.M. (2013). Cancer prevention by green tea: evidence from epidemiologic studies. *The American Journal of Clinical Nutrition* 98: 1676S-1681S.

Yu J.S., Kim C.B., Kim K.K., Lee J.E. & Kim M.Y. (2015). Behaviors of providers of traditional Korean medicine therapy and complementary and alternative medicine therapy for the treatment of cancer patients. *Journal of Pharmacopuncture* 18: 27-35.

Πίνακας 1: Αιτίες διακοπής μίας εναλλακτικής θεραπείας στους ασθενείς με καρκίνο

Λόγος διακοπής	Ποσοστό
Μη αποτελεσματική θεραπεία	23.9 %
Μεγάλη οικονομική επιβάρυνση	22.9 %
Αλλαγή γνώμης του ασθενή	15 %
Αντίθετη γνώμη του θεράποντος ιατρού	13.7 %
Παρενέργειες της θεραπείας	5.5 %
Ανακούφιση των συμπτωμάτων / Ολοκλήρωση της θεραπείας	4.8 %
Επιδείνωση των συμπτωμάτων	3.0 %
Αντίθετη γνώμη της οικογένειας του ασθενή	0.7 %
Άλλοι λόγοι	10.5 %

Πίνακας 2: Συνδυασμοί βοτάνων της παραδοσιακής κινέζικης ιατρικής

Βότανο	Συστατικά και Κοινή Ονομασία
Jia Wei Xiao Yao San	Τζίνσενγκ (Angelica sinensis), ατρακτυλώδες (Atractylodes macrocephala), κινέζικο Thorowax (Bupleurum chinensis), γαρδένια η ιασμοειδής (Gardenia jasminoides), κινέζικη γλυκόριζα (Glycyrrhiz auralensis), μέντα (Mentha haplocalyx), λευκή παιώνια (Paeonia lactiflora), μανιτάρι «πόρια η κόκος» (Poria cocos), ζιγγίβερις η φαρμακευτική (Zingiber officinale)
Pu Gong Ying	πικραλίδα (Taraxacum mongolicum)
Bai Hua She She Cao	βότανο Heydyotis (Oldenlandia diffusa)
Huang Qi	αστράγαλος (Astragalus membranaceus)
Dan Shen	κόκκινο φασκόμηλο (Salvia miltiorrhiza)
Ban Zhi Lian	σκαφίδιο (Scutellaria barbata)
Ban Xia	Ρίζωμα Pinellia ternata (Pinellia ternata)

Πίνακας 3: Πιθανοί μηχανισμοί θεραπευτικής δράσης του Βελονισμού

Πιθανοί μηχανισμοί δράσης του Βελονισμού	Επίπτωση
Τοπική φλεγμονώδης αντίδραση Έκκριση ισταμίνης, προσταγλανδινών και χημειοκινών	Προκαλείται διαστολή των τριχοειδών αγγείων, αυξάνεται η αιματική ροή στην περιοχή, προσέρχονται τα φαγοκύτταρα και αυξάνουν την έκκριση των μεσολαβητών της φλεγμονής
Κυτοκίνες Ελάττωση της έκκρισης IL – 6, βNGF, TIMP – 1, καθώς και μείωση των προφλεγμονωδών κυτοκινών IL – 1, IL – 6 και TNF – α	Αντιφλεγμονώδης δράση και ανακούφιση του πόνου φλεγμονώδους αρχής
Αυτόνομο Νευρικό Σύστημα Βελτιώνει το συγχρονισμό μεταξύ του συμπαθητικού και του παρασυμπαθητικού συστήματος, Ρυθμίζει την καρδιακή συχνότητα	Πετυχαίνει τη συνολική ρύθμιση της ψυχολογικής κατάστασης του ασθενή
Βλαστικά κύτταρα Αυξάνει τα προγονικά βλαστικά κύτταρα CD133+ και CD34 – στον ορό του αίματος μετά από τραυματισμό της σπονδυλικής στήλης Προάγει τον πολλαπλασιασμό και τη διαφοροποίηση των νευρικών βλαστικών κυττάρων, καθώς και τη σύνθεση αυξητικών παραγόντων	Κινητοποιεί τα βλαστικά κύτταρα της σπονδυλικής στήλης Προφυλλάσει τον εγκέφαλο μετά από ισχαιμία και προάγει την αναγέννηση των νεύρων

REVIEW

The implementation of alternative therapies in cancer management

Michail Zoumakis [1], **Elisavet Kaitalidou** [1], **Ioannis Petrou** [2]
1. MD, MSc(c), Faculty of Medicine, Aristotle University of Thessaloniki
2. Professor Emeritus of Sociology and Ethics, Theological School, Aristotle University of Thessaloniki

ABSTRACT
Cancer is probably the greatest threat to human societies globally. Currently, the majority of cancer patients suffer daily from a tremendous emotional stress and agony due to an expected premature death in the near future. On the other hand, the conventional treatment of the disease has many types of side effects, which can easily torture patients and have a negative influence on their everyday life. It is therefore reasonable that many oncology patients, globally, are seeking a cure to alternative methods of cancer treatment. Throughout the centuries, the ancient techniques of herbal medicine, acupuncture, massage and spirituality claim that they can relief cancer patients, while in many cases they even offer a complete cure. Meanwhile, modern manufactured products containing vitamins, tracing elements or dietary products have appeared and try to find their place in cancer treatment. Indeed, applying conventional medicine along with alternative therapies, such as acupuncture and massage, may offer a symptom relief to cancer patients and improve significantly their quality of life. However, scientific evidence elucidating alternative medicine's mechanisms of anticancer action and supporting its clinical benefit are currently inadequate or controversial. Furthermore, this type of medicine is not always safe and it is necessary to be practiced by authorized health care personnel in order to avoid serious side effects. All in all, further research and clinical trials are needed in order to include alternative medicine into every day clinical practice.

Key words: acupuncture, alternative therapies, cancer, herbs

Corresponding author:
Zoumakis Michail
e – mail: michailzoumakis@hotmail.com

Submission date: 12/03/ 2018
Publication date: January 2019

Citation: Zoumakis M., Kaitalidou E. & Petrou I. (2019). The implementation of alternative therapies in cancer management. *Hellenic Journal of Nursing Science* 12(1): 13-22

Διερεύνηση της αναγκαιότητας διακομιδής ασθενών, με πλωτά ή εναέρια μέσα, από τέσσερα Κέντρα Υγείας σε Δευτεροβάθμιο Νοσοκομείο στο Νότιο Αιγαίο (2013 με 2016)

Απόστολος Ευκαρπίδης [1], Άννα Πέτρου [2], Μαρουσώ Μπάλλιου[3]
1. Νοσηλευτής MSc, Χειρουργικός Τομέας, Γενικό Νοσοκομείου Σύρου
2. Νοσηλεύτρια MSc, Παθολογικός Τομέας, Γενικό Νοσοκομείο Σύρου
3. Νοσηλεύτρια MSc, Αιμοδοσία, Γενικό Νοσοκομείο Σύρου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Οι πρωτοβάθμιες υγειονομικές υπηρεσίες των νησιών παρέχουν μεταφορά ασθενών και πρόσβαση σε ειδικευμένες υγειονομικές υπηρεσίες, που δεν διατίθενται σε τοπικό επίπεδο. Η έγκαιρη μεταφορά και αντιμετώπιση των βαρέως πασχόντων ασθενών σε οργανωμένα κέντρα υγειονομικής περίθαλψης είναι δυνατό να βελτιώσει την έκβαση της υγείας τους και να αυξήσει τα ποσοστά επιβίωσης.

Σκοπός: Η διερεύνηση της αναγκαιότητας διακομιδής ασθενών που μεταφέρθηκαν, με πλωτά ή εναέρια μέσα, από τέσσερα Κέντρα Υγείας (ΚΥ) διαφορετικών νησιών, σε δευτεροβάθμιο νοσοκομείο στο Νότιο Αιγαίο.

Μεθοδολογία: Αναδρομική μελέτη αρχείου για την αναγκαιότητα διακομιδής 1329 ασθενών από τέσσερα περιφερειακά Κέντρα Υγείας νησιών σε δευτεροβάθμιο Νοσοκομείο του Αιγαίου τα έτη 2013 έως 2016. Η στατιστική ανάλυση έγινε με τα προγράμματα Microsoft excel και SPSS 20. Έγινε συσχέτιση των ατόμων που εξήλθαν την επόμενη της εισαγωγής ημέρα, με την έλλειψη συνάφειας του αιτίου διακομιδής και της διάγνωσης εξόδου από το νοσοκομείο (p <001).

Αποτελέσματα: Περίπου 1 στα 3 διακομισθέντα περιστατικά έλαβαν εξιτήριο την επόμενη ημέρα της διακομιδής. Επίσης, για περίπου 1 στα 2 περιστατικά δεν εντοπίστηκε ταύτιση της αρχικής διάγνωσης με τη διάγνωση εξιτηρίου από το νοσοκομείο. Τέλος, υπήρξε υψηλή συσχέτιση των περιστατικών που έλαβαν εξιτήριο την επομένη της διακομιδής, με εκείνα χωρίς συνάφεια της διάγνωσης διακομιδής με τη διάγνωση εξόδου από το Νοσοκομείου (p<001).

Συμπεράσματα: Διαφαίνεται ότι μεγάλος αριθμός περιστατικών διακομίστηκε στο δευτεροβάθμιο νοσοκομείο και έλαβε εξιτήριο την επόμενη μέρα. Το γεγονός αυτό συσχετίζεται πολύ ισχυρά με την έλλειψη συνάφειας του αιτίου διακομιδής με τη διάγνωση εξόδου από το νοσοκομείο. Η ριζική αναθεώρηση του συστήματος διακομιδής ασθενών από θαλάσσης από ιδιώτες παρόχους υπηρεσιών διακομιδών, καθώς και η καθολική χρήση της τηλεϊατρικής, πιθανόν να συμβάλλουν στη μείωση ή/και εξάλειψη του φαινομένου.

Λέξεις κλειδιά: Διακομιδή με πλωτά μέσα, νησιά, πρωτόκολλα διακομιδής, τηλεϊατρική.

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας: Απόστολος Ευκαρπίδης
Διεύθυνση: Μεσολογγίου 31, Ερμούπολη Σύρος, Τ.Κ. 84100
e-mail: apostolosefkarpidis@yahoo.gr

Ημερομηνία υποβολής: 14/03/2018
Ημερομηνία δημοσίευσης: Ιανουάριος 2019

Αναφορά του άρθρου ως: Ευκαρπίδης Α., Πέτρου Α. & Μπάλλιου Μ. (2019). Διερεύνηση της αναγκαιότητας διακομιδής ασθενών, με πλωτά ή εναέρια μέσα, από τέσσερα Κέντρα Υγείας σε δευτεροβάθμιο Νοσοκομείο στο Αιγαίο (2013 με 2016). *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 12(1): 23-30

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Η κατοικία σε νησί επιδρά στην υγεία των πολιτών, είτε θετικά είτε αρνητικά. Παράλληλα, οι πολιτικές για την υγεία που αναπτύσσονται πρέπει να στοχεύουν στην αναίρεση των αρνητικών επιδράσεων**
- **Την ευθύνη διαχείρισης και επείγουσας μεταφοράς ασθενών έχει το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ)**
- **Είναι πρωταρχικής σημασίας να διερευνάται το όφελος σε σχέση με το κόστος (όσον αφορά κυρίως την επιβάρυνση της κατάστασης του ασθενούς) σε κάθε διακομιδή και να αναζητηθούν οι λόγοι και οι τρόποι μείωσής του**
- **Η εφαρμογή της τηλεϊατρικής και η χρήση πρωτοκόλλων διακομιδών συμβάλλουν τόσο στη διαχείριση του επείγοντος, όσο και στη μείωση των μη απαραίτητων διακομιδών.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η γεωγραφική περιοχή των Κυκλάδων κατοικείται από 113.000 κατοίκους και αποτελείται από 34 κύρια νησιά, εκ των οποίων 24 είναι κατοικημένα. Πρωτεύουσα του νομού είναι η Ερμούπολη της Σύρου. Αποτελείται από 3 δευτεροβάθμια Νοσοκομεία, 7 Κέντρα Υγείας (ΚΥ) (συμπεριλαμβανομένου του Γενικού Νοσοκομείο-ΚΥ Νάξου και Σαντορίνης), 17 Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία (ΠΠΙ) και 21 Περιφερειακά Ιατρεία (ΠΙ) (www.2dype.gr).

Η ασυνέχεια του νησιωτικού χώρου υποχρεώνει τα νησιά σε μια ιδιότυπη φυσική απομόνωση. Με βάση τα γεωμορφολογικά δεδομένα των Κυκλάδων, οι αναπτυσσόμενες πολιτικές πρέπει να προσανατολίζονται στην «αναίρεση» των επιδράσεων της νησιωτικότητας στον τομέα της υγείας και την εδραίωση αισθήματος ασφάλειας στους κατοίκους (Μωραϊτάκη & Βασιλάκης 2007).

Οι Gravelle and Sutton (2001) αναφέρουν ότι τα νησιά πρέπει να αντιμετωπίζονται ως προέκταση της ηπειρωτικής χώρας και όχι ως αποκομμένα τμήματά της, ενώ πρέπει να επιδιώκεται η λειτουργική κατάργηση, ή έστω η άμβλυνση, της γεωγραφικής ιδιαιτερότητας και η εξασφάλιση ισότιμης πρόσβασης, απαλείφοντας γεωγραφικές ανισότητες στον τομέα της υγείας.

Ωστόσο, σύμφωνα με τους Binns et al (2010), ο συνδυασμός φυσικής, συγκοινωνιακής και μετεωρολογικής απομόνωσης, αποφέρει ποικίλου βαθμού μείωση της προσβασιμότητας των κατοίκων σε δευτεροβάθμιου και τριτοβάθμιου επιπέδου υπηρεσίες υγείας. Για το σκοπό αυτό, όλο το νησιωτικό σύμπλεγμα της χώρας και οι Κυκλάδες, άσχετα αν κάποια νησιά διαθέτουν δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια νοσοκομεία, είναι υπό την κάλυψη των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας. Οι δε υπηρεσίες επείγουσας μεταφοράς ανήκουν στο Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ) το οποίο έχει την ευθύνη για τη διαχείριση κάθε κλήσης για διακομιδή ασθενούς.

Ωστόσο, σύμφωνα με τη Μαριόλα (2012), ο γιατρός του Ε.Κ.Α.Β. οφείλει να υποδεικνύει στον αναγγέλλοντα το περιστατικό να εξαντλεί τη δυνατότητα αντιμετώπισης του προβλήματος πρώτα από τον ίδιο και μετά από τους πλησιέστερους τοπικούς υγειονομικούς σχηματισμούς, όπως και τη δυνατότητα μεταφοράς με άλλα μέσα, δεδομένου ότι το κόστος μιας αεροδιακομιδής είναι πολύ μεγάλο.

Πληθώρα μελετών καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η απόφαση για τον τρόπο μεταφοράς τόσο για τους ασθενείς, όσο και για την υγειονομική μονάδα στην οποία θα μεταφερθεί, βασίζεται στην παραδοχή ότι ο χρόνος για την οριστική φροντίδα και την ποιότητα της περίθαλψης είναι ζωτικής σημασίας για την επίτευξη των καλύτερων αποτελεσμάτων. Η μεταφορά δε επείγοντος περιστατικού από αέρος αποτελεί σημαντική παράμετρο για τα συστήματα υγείας, καθώς είναι ένα σημαντικό συμπλήρωμα της προνοσοκομειακής φροντίδας, ειδικά λόγω του ότι τα πληρώματα των εναέριων μέσων παρέχουν εξειδικευμένο επίπεδο φροντίδας κατά τη μεταφορά (Fleet et al 2015, Golden & Odoi 2015, Gałązkowski et al 2015, Alshahrani 2017, Gunnarsson et al 2017, Arrate et al 2017).

Είναι πρωταρχικής σημασίας να διερευνάται το όφελος σε σχέση με το κόστος (όσον αφορά κυρίως την επιβάρυνση της κατάστασης του ασθενούς), σε κάθε διακομιδή και να αναζητηθούν οι λόγοι και οι τρόποι μείωσης τους (Millin et al 2011). Σύμφωνα με την Εκτελεστική Επιτροπή του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ 2010), για το σκοπό αυτό υιοθετήθηκαν πρωτόκολλα από το ΕΚΑΒ, και αποφασίστηκε η καταγραφή και η διαχρονική παρακολούθηση τους σε επίπεδο επικράτειας, με στόχο την αναζήτηση των αιτίων, την αξιολόγηση της ασφάλειας τους και χρησιμοποίησή τους ως εργαλείο για την συνεχή βελτίωση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών επείγουσας ιατρικής φροντίδας στη χώρα μας.

Οι Allgaier et al (2017), επισημαίνουν ότι τα υπερβολικά αυστηρά κριτήρια στα πρωτόκολλα διακομιδής μπορεί να αποτρέψουν την ταχεία μεταφορά επειγόντων περιστατικών. Αντίστοιχα, λιγότερο αυστηρά κριτήρια μπορεί να επιτρέψουν την ιδιαίτερα δαπανηρή διακομιδή ασθενή

με μη απειλητική για τη ζωή κατάσταση. Για τις περιπτώσεις αυτές, οι Olascoaga Arrate et al (2017) σημειώνουν ότι υπάρχουν καταστάσεις όπου μη κλινικοί παράγοντες όπως η ευκολία, η κοντινή απόσταση, οικονομικοί παράγοντες ή, ακόμη, και πολιτικές παρεμβάσεις μπορεί να επηρεάζουν την ιατρική απόφαση για διακομιδή, κάτι που είναι συχνά σε βάρος του ασθενή, αλλά και του συστήματος υγείας. Αντίστοιχα, σύμφωνα με τον Bhasale (1998), είναι πιθανό να εντοπιστούν διαγνωστικά λάθη, κυρίως λόγω σφαλμάτων στην αξιολόγηση του περιστατικού.

Η χρήση των πρωτοκόλλων διακομιδής, βοηθά στη σωστή αξιολόγηση των περιστατικών με τις κατάλληλες ερωτήσεις, ώστε να υπάρχει η ενδεδειγμένη ανταπόκριση και η αναγκαία προτεραιότητα στη χρήση των μέσων διακομιδής. Η συστηματοποίηση της αξιολόγησης και αντιμετώπισης καθίσταται πιο αποτελεσματική, διευκολύνοντας τις υπηρεσίες διαχείρισης της διακομιδής και εξυπηρετώντας καλύτερα τον ασθενή (Tsuchiya et al 2016).

Η εφαρμογή υπηρεσιών τηλεϊατρικής σε αποκεντρωμένες περιοχές και η σύνδεση με κέντρα εξειδικευμένης φροντίδας αναιρεί την επαγγελματική απομόνωση των επαγγελματιών υγείας (Τσαγκάρης και συν 2000), προσφέροντας δυνατότητες εξ αποστάσεως διάγνωσης και παρέμβασης, μειώνοντας τη συχνότητα πολυδάπανων διακομιδών και, συνεπώς, το κόστος αντιμετώπισης (Τσαγκάρης και συν 2000, Hicks et al 2001, Tsitlakidis et al 2005).

Μια αναδρομική μελέτη των Haskins et al (2002), κατέδειξε το ρόλο της τηλεϊατρικής στον προσδιορισμό της ανάγκης μεταφοράς, αποδεικνύοντας ότι σε 345 ασθενείς που μεταφέρθηκαν σε τέσσερα νοσοκομεία θα μπορούσε να αποφευχθεί το 14,7% των περιπτώσεων, εάν γίνονταν χρήση των υπηρεσιών τηλεϊατρικής.

Σκοπός της παρούσας μελέτης της ήταν η διερεύνηση της αναγκαιότητας διακομιδής περιστατικών που μεταφέρθηκαν με πλωτά ή εναέρια από τέσσερα Κέντρα Υγείας, σε δευτεροβάθμιο γενικό νοσοκομείο νησιωτικής περιοχής, κατά τα έτη 2013 έως 2016. Τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν ήταν:

1) Ποιο το ποσοστό επί του συνόλου των περιστατικών που διακομίστηκαν από τα τέσσερα Κέντρα Υγείας στο δευτεροβάθμιο νοσοκομείο έλαβαν εξιτήριο την επόμενη μέρα της διακομιδής τους;

2) Υπήρχε συνάφεια του ιατρικού αιτίου διακομιδής των συγκεκριμένων περιστατικών που έλαβαν εξιτήριο την επόμενη μέρα και της διακομιδής με το αναγραφόμενο αίτιο νοσηλείας στο εξιτήριο από το νοσοκομείο;

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σχεδιασμός

Πρόκειται για αναδρομική ποσοτική μελέτη αρχείου του δευτεροβάθμιου νοσοκομείου (ΓΝ Σύρου), καθώς και των φύλλων διακομιδής του ΕΚΑΒ των οποίων αντίγραφα διατηρεί το νοσοκομείο.

Δείγμα μελέτης

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 1304 από 1349 ασθενείς που διακομίστηκαν στο νοσοκομείο από τέσσερα Κέντρα Υγείας μεταξύ των ετών 2013 – 2016. Τα περιστατικά αυτά διακομίστηκαν ως επί το πλείστον με ιδιωτικά πλωτά ασθενοφόρα, και ελάχιστα με εναέρια μέσα.

Ενδεικτικά αναφέρονται τα αίτια διακομιδής κάποιων ασθενών, όπως αιμορραγία πεπτικού, χρόνια αναπνευστική πνευμονοπάθεια, αναιμία, γαστρεντερίτιδα, άλγος επιγαστρίου, εξάρθρημα ώμου, κάταγμα άνω και κάτω άκρου, οσφυαλγία, κωλικός νεφρού, στένωση ουρήθρας, οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου.

Από τη μελέτη αποκλείστηκαν εκείνα τα περιστατικά τα οποία χαρακτηρίστηκαν ως επείγοντα και έλαβαν εξιτήριο μετά την αντιμετώπισή τους, όπως για παράδειγμα οι περιπτώσεις σκωληκοειδεκτομής ή συστροφής όρχεως, καθώς επίσης και οι περιπτώσεις που οι ασθενείς διακομίστηκαν εκ νέου σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο ή απεβίωσαν κατά τη διακομιδή στο ΤΕΠ ή στο νοσηλευτικό τμήμα την ίδια ή την επόμενη μέρα.

Συλλογή δεδομένων

Μελετήθηκαν τα αντίγραφα των εγγράφων διακομιδής του ΕΚΑΒ που παραδόθηκαν στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του δευτεροβάθμιου νοσοκομείου και αφορούσαν όλους τους ασθενείς που διακομίστηκαν από τα προαναφερθέντα Κέντρα Υγείας κατά τα έτη 2013 έως και 2016.

Τα βασικά στοιχεία που μελετήθηκαν από τα αρχεία ήταν το αίτιο διακομιδής και η κλινική στην οποία έγινε εισαγωγή. Τα στοιχεία αυτά διασταυρώθηκαν με τα στοιχεία που διατηρούνται στο πληροφοριακό σύστημα του νοσοκομείου και αφορούσαν τους συγκεκριμένους ασθενείς και κυρίως τις ημέρες νοσηλείας και τη διάγνωση εξόδου.

Ως δείκτες αξιολόγησης της αναγκαιότητας για διακομιδή του κάθε ασθενή ήταν: α) εξιτήριο από το νοσοκομείο την επόμενη μέρα της διακομιδής και β) η συνάφεια της διάγνωσης διακομιδής από το Κέντρο Υγείας με τη διάγνωση εξιτηρίου από το νοσοκομείο. Επισημαίνεται ότι τα Κέντρα Υγείας δεν υπολείπονται στη δυνατότητα διαγνωστικής προσέγγισης.

Θέματα ηθικής και δεοντολογίας

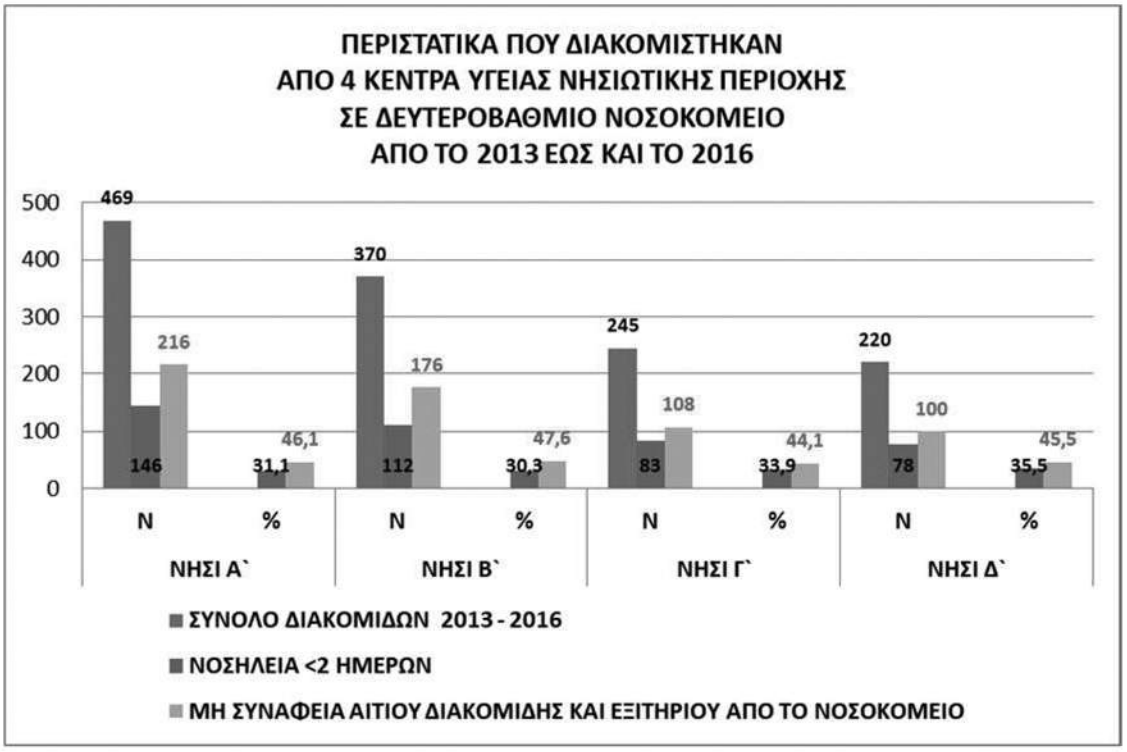
Η ερευνητική ομάδα έλαβε την άδεια να διενεργήσει την έρευνα από τη Διοίκηση του νοσοκομείου και το επιστημονικό συμβούλιο, ύστερα από σχετικό αίτημά της.

Στατιστική ανάλυση

Η ανάλυση των στοιχείων έγινε με το πρόγραμμα

επεξεργασίας λογιστικών φύλλων excel, καθώς και με το πρόγραμμα στατιστικής ανάλυσης spss, ver. 20 Με τη βοήθεια των στατιστικών προγραμμάτων έγινε ο διαχωρισμός και η κωδικοποίηση των διακομισθέντων περιστατικών σε αυτά που έλαβαν ή δεν έλαβαν εξιτήριο την επόμενη μέρα και σε αυτά που είχαν ή δεν είχαν συνάφεια αιτίου διακομιδής με το εξιτήριο από το νοσοκομείο.

Γράφημα 1: Συνολικές ροές περιστατικών που διακομίσθηκαν από τα 4 Κέντρα Υγείας κατά τα έτη 2013 έως και 2016. Σύνολα και ποσοστά των περιστατικών αυτών με νοσηλεία < 2 ημερών και έλλειψη συνάφειας διάγνωσης διακομιδής και αναγραφόμενης διάγνωσης στο εξιτήριο του Νοσοκομείου.



ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Όπως φαίνεται στο γράφημα 1, περίπου 1 στα 3 περιστατικά από κάθε ένα από Κέντρα Υγείας των νησιών εξήλθε την επόμενη μέρα, ενώ περίπου σε 1 στα 2 δεν υπήρχε συνάφεια του ιατρικού αιτίου διακομιδής και του εξιτηρίου από το Νοσοκομείο.

Με τη δοκιμασία συσχέτισης κατά Pearson, μεταξύ των μεταβλητών της μικρότερης των 2 ημερών νοσηλείας και της μη συνάφειας ιατρικού αιτίου διακομιδής με το εξιτήριο του Νοσοκομείου Σύρου, διαφάνηκε η πολύ υψηλή συσχέτιση (.852) με στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ τους (p<001).

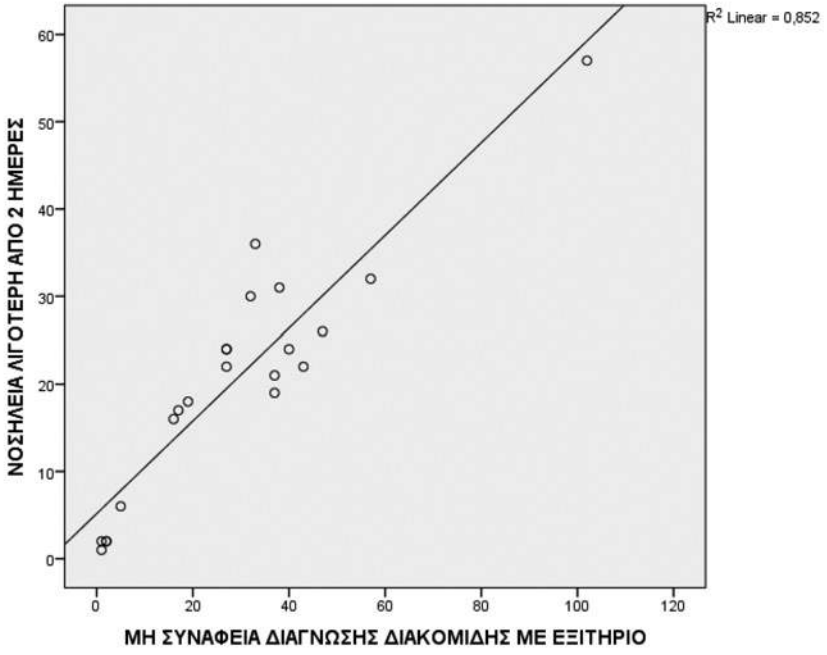
Στο γράφημα 2 απεικονίζεται η καμπύλη συσχέτισης μεταξύ των δύο μεταβλητών, της μικρότερης των 2 ημερών νοσηλείας και της μη συνάφειας ιατρικού αιτίου διακομιδής με το εξιτήριο του Νοσοκομείου.

Πίνακας 1: Μέση τιμή, Τυπική απόκλιση και Συσχέτιση Pearson, μεταξύ των μεταβλητών της μικρότερης των 2 ημερών νοσηλείας και της μη συνάφειας ιατρικού αιτίου διακομιδής με το εξιτήριο του Νοσοκομείου Σύρου.

	Μη συνάφεια διάγνωσης διακομιδής με το εξιτήριο	Νοσηλεία < 2 ημερών
	1	**2**
1 Μη συνάφεια διάγνωσης διακομιδής με το εξιτήριο	1	**,852****
2 Νοσηλεία < από 2 ημέρες		1
Μέση τιμή	29,05	3,90
Τυπική Απόκλιση	23,47	2,77

*** Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed)*

Γράφημα 2: Απεικόνιση του συντελεστή συσχέτισης Pearson μεταξύ των δύο μεταβλητών, της μικρότερης των 2 ημερών νοσηλείας και της μη συνάφειας ιατρικού αιτίου διακομιδής με το εξιτήριο του Νοσοκομείου.



ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η μελέτη αποκαλύπτει τη συχνότητα διακομιδής επειγόντων περιστατικών από Κέντρα Υγεία νησιωτικής περιοχής προς δευτεροβάθμιο νοσοκομείο. Παρόλα αυτά, όμως, σημαντικός αριθμός των διακομιδών εξέρχονται την επόμενη μέρα της άφιξής τους στο τμήμα επειγόντων περιστατικών, ενώ, επίσης, ένα πολύ μεγάλο ποσοστό εμφανίζουν έλλειψη συνάφειας του ιατρικού αιτίου διακομιδής με τη διάγνωση εξόδου από το Νοσοκομείο. Το φαινόμενο αυτό δημιουργεί πληθώρα ερωτηματικών, άλλα παράλληλα και προβλημάτων στο σύστημα υγείας και στους πολίτες που μεταφέρονται, καθώς διαφαίνεται ότι πληθώρα διακομιδών, από τις συγκεκριμένες μονάδες υγείας προς το Νοσοκομείο κατά την τετραετία της μελέτης, πιθανόν να μπορούσε να αποφευχθεί.

Ήδη από τη δεκαετία του 1970 οι Webb & Christoforo (1970), απέδειξαν ότι οι ιατρικά περιττές μεταφορές ασθενών συμβάλλουν στην αύξηση των δαπανών για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και αντιπροσωπεύουν σημαντικό μέρος του κόστους που διατίθεται από τρίτους, ενώ παράλληλα με τις οικονομικές συνέπειες, περιορίζουν τη διαθεσιμότητα των μέσων σε άλλους ασθενείς των οποίων η υγεία ή η ζωή είναι πιθανό να απειλείται περισσότερο.

Τα κόστη αυτά αφορούν: α) το άμεσο υγειονομικό κόστος (αξία των πόρων φροντίδας όπως φάρμακα, υλικά, προσωπικό υγείας, ιατρικός εξοπλισμός), β) το άμεσο μη υγειονομικό κόστος (λειτουργικό κόστος κτιρίων, απόσβεση μηχανημάτων κλπ), γ) το έμμεσο κόστος (απώλεια παραγωγικότητας που σχετίζεται με τις χαμένες ημέρες εργασίας), δ) το διαφορικό κόστος (εναλλακτική παρέμβαση ή πρόγραμμα μείον το κόστος μιας άλλης παρέμβασης ή προγράμματος), καθώς και ε) το άυλο ή κρυφό κόστος (Intangible Cost) του ασθενή και του περιβάλλοντος του, που περιλαμβάνει το κόστος πόνου, ταλαιπωρίας ή αγωνίας και θλίψης. Το κόστος αυτό είναι εξαιρετικά δύσκολο να μετρηθεί και συνήθως παραλείπεται στις οικονομικές έρευνες, ωστόσο υφίσταται σε υψηλότατα μεγέθη (Γείτονα 2004).

Σύμφωνα με τον Rachlis (1995), η σωστή διαδικασία διαλογής των ασθενών για θεραπεία και μεταφορά είναι ζωτικής σημασίας, καθώς η αποτελεσματική και γρήγορη μεταφορά ασθενών σε νησιωτικές περιοχές, όπου ο συνδυασμός φυσικής, συγκοινωνιακής και μετεωρολογικής απομόνωσης καθιστά τις επείγουσες διακομιδές εκτός από πολυδάπανες και επισφαλείς.

Αποτελεί θέμα ενίσχυσης της διαγνωστικής ικανότητας του ιατρού της πρωτοβάθμιας φροντίδας, όπως επισημαίνουν και οι Taylor et al (2013), ή ενυπάρχουν άλλοι λόγοι που επηρεάζουν τη λήψη της απόφασης διακομι-

δής, όπως π.χ το καθεστώς εφημέρευσης, η επάρκεια ή μη ειδικοτήτων και λοιπού προσωπικού, ή ακόμη το καθεστώς λειτουργίας του συστήματος διακομιδών μέσω συμβάσεων με πλωτά μέσα, που διευκολύνουν ίσως την απόφαση για διακομιδή;

Οι Pappa et al (2006), αναφέρουν ότι αποτελεί εν τέλει ένα δεδομένο μη προβλέψιμο και χωρίς δυνατότητα ορθής διαχείρισης κόστους, μια και η δημιουργία κοινωφελών υπηρεσιών σε νησιά επιβαρύνεται εξ ορισμού με υψηλό κόστος λόγω των γεωγραφικών ιδιαιτεροτήτων που επικρατούν, καθώς η, περιορισμένης κλίμακας, πληθυσμιακή μάζα που αποτελεί το μόνιμο πληθυσμό ενός νησιού, γεννά ζητήματα αποδοτικότητας κατά το σχεδιασμό των υπηρεσιών αυτών.

Στόχος ενός αποτελεσματικού συστήματος προνοσοκομειακής περίθαλψης και επείγουσας διακομιδής, όπως επισημαίνουν οι Hafner et al (2012), θα πρέπει να είναι η παροχή καθολικής επείγουσας περίθαλψης, ενώ η δυνατότητα επείγουσας διακομιδής πρέπει να είναι διαθέσιμη μόνο σε όλους όσοι την χρειάζονται, καθώς η προ-νοσοκομειακή περίθαλψη πρέπει να ακολουθεί βασικές στρατηγικές με αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα.

Ο υπερδεκαπλασιασμός του πληθυσμού στο Αιγαίο κατά τους θερινούς μήνες, αλλά και η συνεχής γήρανση του πληθυσμού που σύμφωνα με την αναφορά της Ευρωπαϊκής Ένωσης (European Commission 2015) θα αποτελέσει μια από τις βασικές προκλήσεις που θα κληθεί να αντιμετωπίσει η χώρα μας τις επόμενες δεκαετίες, προκαλεί περαιτέρω αύξηση των αναγκών επείγουσας ιατρικής λόγω οξέων συμβάντων σε έδαφος χρόνιων παθήσεων.

Σύμφωνα με τον Πλάτση (2015), το Εθνικό Δίκτυο Τηλεϊατρικής (ΕΔιΤ) στη χώρα μας, έχει στόχο να καλύψει τις ανάγκες της 2ης Υγειονομικής Περιφέρειας Πειραιώς και Νήσων Αιγαίου για ισότιμη πρόσβαση του εξυπηρετούμενου πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας υψηλού επιπέδου, ανεξάρτητα από τον τόπο κατοικίας του. Ωστόσο η συστηματική διασύνδεση όλων των νησιών στην καθημερινή κλινική πρακτική με τα εξειδικευμένα κέντρα δεν έχει ακόμη επιτευχθεί για το σύνολο των ιατρικών αναγκών στον τομέα της αντιμετώπισης του επείγοντος περιστατικού. Ακόμη όμως και σε επίπεδο τηλεσυμβουλευτικής και τηλεπαρακολούθησης, υπάρχουν συνεχώς αυξανόμενες ενδείξεις ότι ασθενείς με χρόνιες παθήσεις μπορούν να λάβουν αποτελεσματικά αυτού του είδους τη φροντίδα στο σπίτι, κάτι που ενισχύει τη σημασίας των πολιτικών επένδυσης στην τηλεϊατρική που αυξάνουν την αποδοτικότητα και μειώνουν στο μέγιστο βαθμό τις μη αναγκαίες μετακινήσεις για ιατρικούς λόγους (2η ΔΥΠΕ Πειραιώς και Αιγαίου).

Η μελέτη των Vontetsianos et al (2005) σε ασθενείς με προχωρημένη Χρόνια Αναπνευστική Ανεπάρκεια που είχαν τουλάχιστον τέσσερις εισαγωγές για νοσηλεία στα προηγούμενα δύο χρόνια και παρακολουθήθηκαν από ειδικό ιατρό στο σπίτι, μέσω τηλεϊατρικής, έδειξε μείωση των νοσηλειών έκτακτης ανάγκης και ως εκ τούτου, περιττής κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας σε Νοσοκομείο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα νησιά, λόγω της μικρής πληθυσμιακής τους μάζας, αντιπροσωπεύουν μια περιορισμένη οικονομική αγορά και αποτελούν κατεξοχήν πεδία άσκησης κοινωνικής πολιτικής υγείας, όπου η παρουσία και η ανάπτυξη του δημόσιου τομέα είναι καθοριστική.

Ωστόσο στην παρούσα μελέτη διαφάνηκαν στρεβλώσεις στη διαχείριση περιστατικών που διακομίστηκαν σε δευτεροβάθμιο Νοσοκομείο νησιωτικής περιοχής από περιφερειακά Κέντρα Υγείας, όπως αποδείχτηκαν από την έξοδο από το νοσοκομείο την επόμενη μέρα της διακομιδής, αλλά και τη μη συνάφεια του ιατρικού αιτίου διακομιδής με τη διάγνωση εξόδου από το Νοσοκομείο.

Η μελέτη δεν προχώρησε στη συσχέτιση ανάλογα με την ηλικία των ασθενών, ούτε στη διερεύνηση των λόγων που επέδρασαν στη λήψη των αποφάσεων για διακομιδή των συγκεκριμένων ασθενών, όπως δεν προχώρησε και σε οικονομική αξιολόγηση. Τα πεδία αυτά θα μπορούσαν να αποτελέσουν αντικείμενα περαιτέρω έρευνας.

Θα πρέπει να επισημανθεί η αναγκαιότητα της αλλαγής του συστήματος διακομιδών, που τις ημέρες που γράφεται η μελέτη λαμβάνει χώρα, τόσο με την μόνιμη εγκαθίδρυση ελικοπτέρου στη Σύρο, όσο και με την διακήρυξη για δραστική μείωση των διακομιδών από θαλάσσης με ιδιωτικά πλωτά ασθενοφόρα και την αντικατάστασή τους από πλωτά που ανήκουν στο ελληνικό δημόσιο. Ωστόσο, τα κριτήρια χρήσης των μέσων αυτών για την αντιμετώπιση του επείγοντος, φαίνεται να χρειάζονται επαναπροσδιορισμό, όπως επίσης και τα κριτήρια λήψης της απόφασης για διακομιδή από τον υπεύθυνο ιατρό.

Τα συστήματα τηλεϊατρικής, και η ολοκλήρωση του έργου που αυτή τη στιγμή επίσης είναι σε εξέλιξη στο Αιγαίο, μπορούν να συμβάλλουν και αυτά σε σημαντικό βαθμό στην ορθή διαχείριση του επείγοντος περιστατικού στον τόπο που βρίσκεται, κάτι που μπορεί να αποτελέσει πεδίο και πρόκληση για μελλοντική έρευνα όταν το Εθνικό Δίκτυο Τηλεϊατρικής θα είναι σε πλήρη λειτουργία.

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

Agency for Healthcare Research and Quality (2013). Building Quality Improvement Capacity in Primary Care. Available at: https://www.pcmh.ahrq.gov/sites/default/files/attachments/pcmhqi2.pdf

Allgaier R., Laflamme L. & Wallis A. (2017). Operational demands on pre-hospital emergency care for burn injuries in a middle-income setting: a study in the Western Cape, South Africa. *International Journal of Emergency Medicine* 10:2-8.

Alshahrani M. (2017). Effect of private versus emergency medical systems transportation in motor vehicle accident victims: Trauma Center Experience in Saudi Arabia. *Journal of Family & Community Medicine* 24(1):30-33.

Olascoaga Arrate A., Freijo Guerrero M., Frenandez Maiztegi C., Azkune Calle I., Silvarino Fernandez R., Fernandez Rodriguez M., Vazquez Naviera P., Anievas E., Itarraspe Gonzalez I., Perez Diaz Y., Ruiz Fernandez R. (2017). Use of emergency medical transport and impact on time to care in patients with ischaemic stroke. *Neurologia* S0213-4853(16):30245-30246.

Bhasale A. (1998). The wrong diagnosis: identifying causes of potentially adverse events in general practice using incident monitoring. *Family Practice* 15(4):308–318.

Binns C.. Hokama T. & Low W.Y. (2010). Island Health: Hope and Challenges for Public Health. *Asia-Pacific Journal of Public Health* 22(1):19-24.

Γείτονα Μ. (2004). *Οικονομική αξιολόγηση της τεχνολογίας υγείας, φαρμακοοικονομία και λήψη αποφάσεων*. Βόλος: Πανεπιστημιακές εκδόσεις Θεσσαλίας

2η ΔΥΠΕ Πειραιώς και Αιγαίου. Υπηρεσίες Τηλεϊατρικής. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://edit.gov.gr/ypiresies [Ανάκτηση 29 Ιουλίου 2018].

European Commission (2015). The 2015 Ageing Report. Economic and Budgetary projections for the 28 EU Member States (2013 – 2060). Available at: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2015/pdf/ee3_en.pdf [Accessed: 18 July 2016].

Fleet R., Poitras J., Archambault P., Tounkara F.K., Chauny J.M., Ouimet M., Gauthier J., Dupuis G., Tanguay A., Levesque J.F., Simard-Racine G., Haggerty J. & Legare F. (2015). Portait of rural emergency departments in Quebec and utilization of the provincial emergency department management guide: cross sectional survey. *BMC Health Service Research* 15:572-577.

Gałązkowski R., Pawlak A., Rabczenko D., Michalak G., Farkowski MM., Danielewicz R. & Sterliński M. (2015). The Role of Medical Air Rescue Services in Medical Transport of Organ Recipients in Poland: Organizational Solutions Supporting Transplantation Medicine. *Annals of Transplantation* 20:627-33.

Golden AP. & Agricola Odoi A. (2015). Emergency medical services transport delays for suspected stroke and myocardial infarction patients. *BMC Emergency Medicine* 15: 34-36.

Gravelle, H. & Sutton M. (2001). Inequality in the geographical distribution of general practitioners in England and Wales 1974-1995. *Journal of health services research and policies* 6(1):6-13.

Gunnarsson S., Mitchell J., Busch M., Larson B., Gharacholou S., Li Z. & Raval A. (2017). Outcomes of Physician-Staffed Versus Non-Physician-Staffed Helicopter Transport for ST-Elevation Myocardial Infarction. *Journal of the American Heart Association.* 6(2):e004936.

Hafner J., Downs M., Cox K., Johncox J. & Schaefer T. (2012). Inappropriate Helicopter Emergency Medical Services Transports: Results of a National Cohort Utilization Review. *Prehospital Emergency Care* . 16(4):434-442.

Haskins PA., Ellis DG. & Mayrose J. (2002). Predicted utilization of emergency medical services telemedicine in decreasing ambulance transports. *Prehospital Emergency Care* 6:445–448.

Hicks L., Boles K., Hudson S., Madsen R., Kling B., Tracy J., Mitchell J. & Webb, W. (2001). "Using telemedicine to avoid transfer of rural emergency department patients" *The Journal of Rural Health* 17(3):220-228.

Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (2010). Πρακτικά της 2ης συνεδρίασης της ομάδας εργασίας για την οργάνωση των διακομιδών διασωληνωμένων. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.icu.gr/5_XRHSIMOI_SYNDESMOI/5_b_DIETNEIS_ODHGIES-THESEIS_EEETH/DIAKOMIDES_BPA.pdf [Ανάκτηση: 5 Αυγούστου 2016]

Μαριόλα Α. (2012). Διακομιδές και ο ρόλος του ΕΚΑΒ. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.2dype.gr/images/stories/SYNEDRIA/2_imerida/Parousiasi_Mariola.ppt
[Ανάκτηση: 5 Αυγούστου 2016].

Millin M., Brown L. & Schwartz B. (2011). EMS provider determinations of necessity for transport and reimbursement for EMS response, medical care, and transport: combined resource document for the National Association of EMS Physicians position statements. *Prehospital Emergency Care* 15(4):562-569.

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

Pappa E., Kontodimopoulos N., Papadopoulos A.A. & Niakas D. (2006). Assessing the socio-economic and demographic impact on health-related quality of life: evidence from Greece. *International Journal of Public Health* 54(4):241-249.

Πλάτσης Χ. (2015). Η τηλεϊατρική ως εργαλείο για την ισότιμη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας για τον πληθυσμό της νησιωτικής Ελλάδας. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: file:///C:/Users/User/Downloads/%CE%94%CE%AF%CE%BA%CF%84%CF%85%CE%BF%20%CE%A4%CE%B7%CE%BB%CE%B5%CF%8A%CE%B1%CF%84%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82%20(1).pdf [Ανάκτηση: 20 Απριλίου 2017].

Rachlis M.M. (1995) Defining basic services and de-insuring the rest: the wrong diagnosis and the wrong prescription. *Canadian Medical Association Journal* 152(9):1401-1405.

Τσαγκάρης Μ., Χατζηπανταζή Π., Τσαρούχη Α. & Τσαντούλας, Δ. (2000). Τηλεϊατρική: η εμπειρία του Σισμανόγλειου νοσοκομείου. *Επίκαιρα Θέματα, Επιστημονικά Χρονικά Σισμανογλείου*, 1(1):41-45.

Tsitlakidis C., Mylonakis J. & Niakas D. (2005). Economic evaluation of telemedicine for a remotely located population: the case of two Greek islands. *International Journal of Electronic Healthcare* 1(3):243-260.

Tsuchiya A., Tsutsumi Y. & Yasunaga H. (2016). Outcomes after helicopter versus ground emergency medical services for major trauma-propensity score and instrumental variable analyses: a retrospective nationwide cohort study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 24(1):140-143.

Vontetsianos Th., Giovas P., Katsaras Th., Rigopoulou A., Mpirmpa G., Giaboudakis P., Koyrelea S., Kontopyrgias G. & Tsoulkas B. (2005). Telemedicine-assisted home support for patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease: preliminary results after nine-month follow-up. *Journal of telemedicine and telecare* 11(Suppl 1):86-88.

Webb SB Jr. & Christoforo J. (1974). The use and mis-use of ambulance services by the population using the emergency department at the Hospital of St. Raphael. *Connecticut Medicine* 38(4):195-8.

RESEARCH STUDY

Investigating the necessity of transferring patients, by sea or air, from four Healthcare Centers to a Secondary General Hospital in the South Aegean sea (2013 to 2016)

Apostolos Efkarpidis[1], Anna Petrou[2], Marousso Balliou[3]
1. RN, MSc, Surgical Department, General Hospital of Syros, Greece
2. RN, MSc, Medical Department, General Hospital of Syros, Greece
3. RN, MSc, Blood Bank, General Hospital of Syros, Greece

ABSTRACT

Introduction: The islands' primary healthcare services provide patient transportation and access to specialized healthcare services, which are not available locally. The early transfer and treatment of severely ill patients in organized healthcare facilities can improve their outcome and increase survival rates.

Objective: To investigate the necessity of patients' transfer, by sea or air, from four Healthcare Centers of different islands, to a Secondary Hospital in South Aegean sea.

Methods: Retrospective archive study investigating the necessity of 1329 patients' transfer from four regional Healthcare Centers to a secondary hospital in South Aegean sea during 2013 to 2016. Statistical analysis was performed with Microsoft Excel and SPSS 20 programs. There was a correlation of the subjects who were discharged on the next day of addition, with the lack of relevance of the transfer cause and discharge diagnosis (p <001).

Results: Approximately one in three transferred patients was discharged the next day of transportation. In addition, for approximately one in two cases there was no affinity between the initial and discharge diagnosis. Finally, there was a high correlation of patients discharged on the day after transportation, with those without affinity between the two diagnosis (p <001).

Conclusions: It appears that a large number of incidents were transported to the secondary hospital and were discharged the next day. This fact is very strongly correlated with the lack of relevance between the cause of transfer and discharge diagnosis. The revision of patients' transfer by private sea vessels, as well as the wide use of telemedicine, may contribute to reducing or even eliminating this phenomenon.

Key words: Patients' transfer by sea vessels, transfer protocols, telemedicine.

Correspondence author: Apostolos Efkarpidis
Address: Mesologiou 31, Ermoupolis, Syros, 84100
e-mail: apostolosefkarpidis@yahoo.gr

Submission date: 14/03/2018
Publication date: January 2019

Citation: Efkarpidis A., Petrou A. & Balliou M. (2019). Investigating the necessity of transferring patients, by sea or air, from four Healthcare Centers to a Secondary General Hospital in the South Aegean sea (2013-2016). *Hellenic Journal of Nursing Science* 12(1): 23-30

Χορήγηση φαρμάκων περί την ανακοπή και κατά τη διάρκεια της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης: Μελέτη των γνώσεων ειδικευόμενων καρδιολόγων και νοσηλευτικού προσωπικού του αναισθησιολογικού και καρδιολογικού τμήματος, της μονάδας εμφραγμάτων και του τμήματος επειγόντων περιστατικών

Δημήτριος Μπαρουξής[1], Γεώργιος Μανομενίδης[2], Αγνή Δαμιανού[3], Αθανάσιος Χαλκιάς[4], Νικολέττα Ιακωβίδου[5], Θεόδωρος Ξάνθος[6]

1. Νοσηλευτής, MSc, PhD, Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ», Μέλος ΔΣ Ελληνικής Εταιρείας Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης

2. Νοσηλευτής, MSc, PhD, Γραφείο Επιτήρησης Λοιμώξεων ΓΝ Πτολεμαΐδας, Instructor BLS/AED Ελληνικής Εταιρείας Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης,

3. Νοσηλεύτρια, MSc(c) ,Αναπληρώτρια προϊσταμένη, Α΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ», Instructor BLS/AED Ελληνικής Εταιρείας Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης,

4. Επίκουρος Καθηγητής Αναισθησιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Μέλος ΔΣ Ελληνικής Εταιρείας Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης,

5. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδιατρικής-Νεογνολογίας, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Course Director NLS, Μέλος ΔΣ Ελληνικής Εταιρείας Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης,

6. Καθηγητής Φυσιολογίας & Παθολογικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή, Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Υπάρχει αυξημένο ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας για την καταγραφή και εκτίμηση του επιπέδου των γνώσεων των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με την Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση (ΚΑΑ), κυρίως λόγω της μεγάλης συχνότητας εμφάνισης φαινομένων καρδιακής ανακοπής (ΚΑ). Τα ευρήματα μελετών που υπάρχουν αναδεικνύουν την έλλειψη γνώσεων των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τη χρήση φαρμάκων κατά τη διάρκεια της ΚΑ και της ΚΑΑ.

Σκοπός: Η διερεύνηση της γνώσης των ειδικευόμενων ιατρών, νοσηλευτών και βοηθών νοσηλευτών στη χρήση φαρμάκων κατά την ΚΑ και την ΚΑΑ.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη σε τέσσερα μεγάλα τριτοβάθμια νοσοκομεία και σε ένα μεγάλο επίσημο εκπαιδευτικό κέντρο αναζωογόνησης της Αττικής, το Νοέμβριο και Δεκέμβριο 2016. Συνολικά στη μελέτη συμμετείχαν 256 επαγγελματίες υγείας, νοσηλευτικό προσωπικό και ιατροί, που εργάζονται σε διάφορους τομείς. Οι συμμετέ¬χοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε 14 ερωτήσεις γνώσεων σχετικά με τα φάρμακα που χορηγούνται στην ΚΑ και κατά τη διάρκεια της ΚΑΑ. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 20. Η στατιστική διαφορά ορίστηκε στο $p<0,05$.

Αποτελέσματα: Η πλειοψηφία του δείγματος ήταν γυναίκες (77,3%), με το 57% να έχει παρακολουθήσει κάποιο από τα εξειδικευμένα σεμινάρια υποστήριξης της ζωής. Οι συσχετίσεις μεταξύ δημογραφικών παραγόντων και συνολικού σκορ σωστών απαντήσεων, έδειξαν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ ηλικίας ($p<0,05$), τίτλου σπουδών ($p=0,011$), ετών προϋπηρεσίας ($p=0,033$) και της παρακολούθησης σεμιναρίου εξειδικευμένης αναζωογόνησης ($p<0,01$) με το συνολικό σκορ σωστών απαντήσεων. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε, επίσης, ανάμεσα στο συνολικό σκορ του ερωτηματολογίου μεταξύ των γιατρών και των νοσηλευτών, με τους γιατρούς να παρουσιάζουν υψηλότερα σκορ ($p<0,05$).

Συμπεράσματα: Η εκπαίδευση, μέσω σεμιναρίων και συνεχιζόμενης επανεκπαίδευσης, επιδρά θετικά στις γνώσεις αντιμετώπισης σε φαρμακολογικό επίπεδο στην ΚΑ και την ΚΑΑ. Κρίνεται απαραίτητη η τυποποίηση της κατάρτισης, σε επίπεδο προπτυχιακών προγραμμάτων σπουδών, όλων των επαγγελματιών υγείας στη γνώση της φαρμακοκινητικής για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του βαρέως πάσχοντα κατά την ΚΑΑ στην κλινική πράξη.

Λέξεις κλειδιά: ιατροί, καρδιακή ανακοπή, καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, νοσηλευτές, φάρμακα

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Γεώργιος Μανομενίδης,
email: george.mano@yahoo.gr,

Ημερομηνία Υποβολής:23/4/2018
Ημερομηνία Δημοσίευσης: Ιανουάριος 2019

Αναφορά του άρθρου ως: Μπαρουξής Δ., Μανομενίδης Γ., Δαμιανού Α., Χαλκιάς Α., Ιακωβίδου Ν. & Ξάνθος Θ. (2019). Χορήγηση φαρμάκων περί την ανακοπή και κατά τη διάρκεια της αναζωογόνησης: Μελέτη των γνώσεων ειδικευόμενων καρδιολόγων και νοσηλευτικού προσωπικού του αναισθησιολογικού και καρδιολογικού τμήματος, της μονάδας εμφραγμάτων και του τμήματος επειγόντων περιστατικών. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 12(1): 31-43

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Η γνώση των δεξιοτήτων της αναζωογόνησης ακόμη είναι ελλιπής στην Ελλάδα, παρόλα τα εκπαιδευτικά προγράμματα που προσφέρονται.**
- **Η γνώση των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση των ρυθμών πριν την ανακοπή και κατά τη διάρκεια της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης, αποτελεί ένα από τα σημεία κλειδιά για την επιτυχή έκβαση της αντιμετώπισης των επικίνδυνων αρρυθμιών.**
- **Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και επανεκπαίδευση, σε συνδυασμό με την κλινική εμπειρία, μπορεί να επιδράσει θετικά στην απόδοση των ιατρών και νοσηλευτών κατά την αντιμετώπιση ενός ασθενή με απειλητικό για τη ζωή σύμβαμα.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η καρδιακή ανακοπή (ΚΑ) αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου σε πολλές χώρες του κόσμου και υπολογίζεται ότι περισσότερο από 6 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως εμφανίζουν κλινική εικόνα καρδιακής ανακοπής (Nehme et al 2017). Η συχνότητα των ανακοπών εντός νοσοκομείου αναφέρεται ότι κυμαίνεται από 1-5 περιπτώσεις ανά 1000 εισαγωγές. Η επιβίωση, με καλή νευρολογική πρόγνωση, μέχρι την έξοδο από το νοσοκομείο μετά από ΚΑ κυμαίνεται μεταξύ 3-25% (Lindner et al 2011) για ασθενείς που υπέστησαν εξωνοσοκομειακή ΚΑ και 13,5% για ασθενείς που εμφάνισαν ΚΑ κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους (Soar et al 2015). Πολλοί ασθενείς με ΚΑ εντός νοσοκομείου χαρακτηρίζονται από συνυπάρχουσα παθολογία, η οποία επηρεάζει τον αρχικό ρυθμό περί την ανακοπή (Girotra et al 2012). Σε αυτές τις περιπτώσεις επιβάλλεται η εφαρμογή των τεχνικών και δεξιοτήτων για την πρόληψη της ΚΑ.

Οι γνώσεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με ζητήματα που σχετίζονται με την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση (ΚΑΑ) έχουν διερευνηθεί από μελέτες τόσο σε εθνικό επίπεδο (Kozamani et al 2012) όσο και διεθνώς (Almeida et al 2011). Είναι πολύ σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας να έχουν την ικανότητα να πραγματοποιούν ΚΑΑ με τις απαιτούμενες γνώσεις και πληροφορίες, καθώς η ΚΑ είναι πολύ συχνή στην καθημερινή επαγγελματική τους πρακτική (Olajumoke et al 2012).

Οι Osinaike et al (2007) κατέδειξαν τη σημασία της έλλειψης εκπαιδευτικού υλικού και βοηθημάτων για την ΚΑΑ για τη βελτίωση της γνώσης των επαγγελματιών υγείας. Μελέτες αποκάλυψαν πως οι γνώσεις σχετικά με την ΚΑΑ ήταν περιορισμένες στους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας, και ιδιαίτερα φτωχές μεταξύ των νοσηλευτών (Solagberu 2002; Sadoh & Osariogiagbon 2009). Σύμφωνα με μελέτη των Chaudhary et al (2011) οι ιατροί, οι οδοντίατροι και οι νοσηλευτές παρουσίαζαν σοβαρή έλλειψη στην εντόπιση της ΚΑ και στις γνώσεις σχετικά με την ΚΑΑ. Σε μελέτη στον Ελλαδικό χώρο σχετικά με τις γνώσεις ιατρών και νοσηλευτών στη βασική (BLS) και εξειδικευμένη υποστήριξη της ζωής (ALS) εντοπίστηκαν κενά γνώσεων και αδυναμία, που σε κάποιες περιπτώσεις θεωρήθηκε επισφαλής για τον ίδιο τον ασθενή (Passali et al 2011).

Παρά την πλούσια βιβλιογραφία που υπάρχει για τη γνώση των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με τις κλινικές δεξιότητες κατά την αντιμετώπιση ΚΑ, δεν υπάρχουν μελέτες που να έχουν επικεντρωθεί στη διερεύνηση της γνώσης των επαγγελματιών υγείας στη χρήση των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται περί και κατά τη διάρκεια της ΚΑ. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί η γνώση των ειδικευόμενων ιατρών, νοσηλευτών και βοηθών νοσηλευτών στη χρήση των φαρμάκων περί την ΚΑ, και κατά τη διάρκεια της ΚΑΑ, καθώς και των παραγόντων που την καθορίζουν.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Πρόκειται για συγχρονική, περιγραφική μελέτη το δείγμα της οποίας αποτελείται από επαγγελματίες υγείας που εργάζονταν σε τέσσερα μεγάλα τριτοβάθμια νοσοκομεία της Αττικής και από υποψήφιους εκπαιδευόμενους επαγγελματίας υγείας από μεγάλο επίσημο εκπαιδευτικό κέντρο του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου Αναζωογόνησης και της Αμερικανικής Καρδιολογικής Εταιρείας στην Ελλάδα, το χρονικό διάστημα 1/11/2016 έως 30/12/2016.

Ερευνητικά Εργαλεία

Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη χρήση αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου το οποίο αποτελείται από δυο μέρη και κατασκευάστηκε από τους ερευνητές, καθώς δεν υπάρχει αντίστοιχο στη βιβλιογραφία. Το πρώτο μέρος περιελάμβανε ερωτήσεις που αφορούν σε κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης, έτη προϋπηρεσίας), στοιχεία σχετικά με την εκπαίδευση των συμμετεχόντων στην ΚΑΑ, καθώς και το είδος του σεμιναρίου και το φορέα πιστοποίησης. Το δεύτερο μέρος περιελάμβανε 14 ερωτήσεις γνώσεων σχετικά με τα φάρμακα που χορηγούνται σε ασθενείς με ΚΑ βάση των κατευθυντήριων οδηγιών

του 2015 του ευρωπαϊκού συμβουλίου αναζωογόνησης. Στις ερωτήσεις θεωρητικών γνώσεων υπήρχε μια σωστή απάντηση, από τις τέσσερις εναλλακτικές, δίχως να υπάρχει αρνητική βαθμολόγηση. Η ανώτερη συνολική βαθμολογία ήταν το 14. Για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου απαιτούνταν 15 λεπτά.

Για την εκτίμηση του επιπέδου κατανόησης των ερωτήσεων ακολουθήθηκε η διαδικασία της γνωστικής ανασκόπησης που αφορούσε τον προέλεγχο του ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε πιλοτικά σε άτομα με τριετή, τουλάχιστον, κλινική και εκπαιδευτική εμπειρία. Πιο συγκεκριμένα, η πιλοτική μελέτη περιελάμβανε υπευθύνους σεμιναρίων αναζωογόνησης, ειδικευόμενους ιατρούς καρδιολογίας, κλινικούς νοσηλευτές και αρχηγούς ομάδων σεμιναρίων αναζωογόνησης. Τα ερωτήματα που θεωρήθηκαν ότι δεν ήταν σαφή αφαιρέθηκαν, ώστε να διαμορφωθεί η τελική μορφή του ερωτηματολογίου. Οι συμμετέ¬χοντες κλήθηκαν να απαντήσουν στην τελική μορφή του ερωτηματολογίου.

Αξιοπιστία ερωτηματολογίου

Το πιλοτικό δείγμα αποτελούνταν από 25 άτομα τα οποία δε συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Όλοι οι συμμετέχοντες στην πιλοτική έρευνα διαπίστωσαν ότι οι ερωτήσεις ήταν σαφείς και ορθά διατυπωμένες σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του ευρωπαϊκού συμβουλίου αναζωογόνησης του 2015. Η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου επικυρώθηκε με δευτερογενή έλεγχο. Κατά τη διάρκεια αυτού του ελέγχου 12 άτομα επιλέχθηκαν τυχαία από τους συμμετέχοντες στην πιλοτική έρευνα, και συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο ένα μήνα μετά την πρώτη τους επαφή με αυτό. Η συμφωνία μέσου επιπέδου στις απαντήσεις ήταν 85% μεταξύ των δύο ομάδων που ελέχθησαν (εύρος 80-100%, τυπική απόκλιση 2%). Η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου επιβεβαιώθηκε με τον υπολογισμό του δείκτη ευαισθησίας Cronbach's alpha (α=0,732) και του συντελεστή συσχέτισης Pearson (r=90%).

Δείγμα μελέτης και διαδικασία συλλογής δεδομένων

Το δείγμα ευκολίας της έρευνας αποτέλεσαν 256 επαγγελματίες υγείας (ποσοστό απαντητικότητας 83,5%). Κριτήρια εισόδου για τη συμμετοχή στη μελέτη ήταν: οι συμμετέχοντες να είναι ειδικευόμενοι ιατροί καρδιολογίας, νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών που εργάζονταν στο τμήμα επειγόντων περιστατικών, το αναισθησιολογικό τμήμα, την καρδιολογική κλινική και τη μονάδα εμφραγμάτων, να εργάζονται σε τριτοβάθμια δομή και να είναι άνω των 22 ετών και να μην έχουν παρακολουθήσει σεμινάριο εξειδικευμένης υποστήριξης της ζωής, έως μέχρι τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Κριτήριο αποκλεισμού αποτέλεσαν οι συμμετέχοντες να είναι επιμελητές ιατροί και οι επαγγελματίες υγείας που δεν

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά

	N	Ποσοστό
Φύλο		
Άντρας	58	22,7%
Γυναίκα	198	77,3%
Ηλικία		
≤30 ετών	45	17,6%
31-40 ετών	171	66,8%
≥41 ετών	40	15,6%
Εργασιακή απασχόληση		
Ιατρός	58	22,7%
Νοσηλευτής/Β.Νοσηλευτή	197	77,3%
Τίτλος σπουδών		
Ιατρική	58	22,7%
Νοσηλευτική ΑΕΙ/ΤΕΙ	172	67,2%
Νοσηλευτική ΔΕ	26	10,2%
Τομέας απασχόλησης (Νοσηλευτές)		
Καρδιολογική κλινική	50	25,3%
Μονάδα εμφραγμάτων	51	25,8%
Εξωτερικά ιατρεία	46	23,2%
Αναισθησιολογικό	51	25,8%
Έτη υπηρεσίας		
≤5 έτη	34	13,7%
5-10 έτη	95	38,2%
11-15 έτη	85	34,1%
≥16 έτη	35	14,1%
Παρακολούθηση ILS σεμιναρίου		
ΟΧΙ	186	72,7%
ΝΑΙ	70	27,3%
Παρακολούθηση ALS σεμιναρίου		
ΟΧΙ	208	81,3%
ΝΑΙ	48	18,8%
Παρακολούθηση ACLS σεμιναρίου		
ΟΧΙ	228	89,1%
ΝΑΙ	28	10,9%
Φορέας πιστοποίησης		
ERC	115	73,2%
ΑΗΑ/Άλλο	42	26,8%

Πίνακας 2. Περιγραφικοί στατιστικοί δείκτες για τις εξαρτημένες μεταβλητές

	N	Ποσοστό
1. Σε ασθενή με ένσφυγμη κοιλιακή ταχυκαρδία, ο οποίος δεν χαρακτηρίζεται από σημεία αστάθειας, χορηγείται		
Αδενοσίνη 6 mg iv ταχέως	110	43,0
Αμιωδαρόνη 300 mg iv σε 20-60 min	119	46,5
Αδρεναλίνη 1 mg iv	13	5,1
Διγοξίνη 0,5 mg iv	14	5,5
2. Σε ασθενή με πολύμορφη κοιλιακή ταχυκαρδία χορηγείται:		
Αμιωδαρόνη 300 mg iv σε 20-60 min	112	43,8
Αδρεναλίνη 1 mg iv	37	14,5
Διγοξίνη 0,5 mg iv	25	9,8
MgSO4 2 gr σε 10 min iv	82	32,0
3. Σε ασθενή με σταθερή υπερκοιλιακή ταχυκαρδία, χορηγείται:		
Αδενοσίνη 6 mg iv ταχέως και επί αποτυχίας ανάταξης 12 mg iv ταχέως	36	14,1
Αδενοσίνη 6 mg iv ταχέως και επί αποτυχίας ανάταξης χορηγείται συνολικά 24mg iv	49	19,2
Αδενοσίνη 6 mg iv ταχέως, 12 mg iv ταχέως, 12 mg iv ταχέως, αναλόγως της ΗΚΓ παρακολούθησης	162	63,5
Αμιωδαρόνη 150 mg iv ταχέως	8	3,1
4. Σε ασθενή με κολπικό πτερυγισμό, ο έλεγχος της συχνότητας γίνεται με:		
Β-αναστολέα	169	66,0
Διγοξίνη 1 mg iv	69	27,0
Αμιωδαρόνη 900 mg iv σε 24 h έγχυση	16	6,3
Αντιπηκτικά, αν η διάρκεια είναι πάνω από 72 h	2	0,8
5. Σε ασθενή με ασταθή φλεβοκομβική βραδυκαρδία και εν ελλείψη διαδερμικού βηματοδότη, χορηγείται:		
Ατροπίνη 0,5 mg iv και επί αποτυχίας, η συνολική δόση είναι 3 mg	166	65,1
Ατροπίνη 1 mg iv	59	23,1
Ντοπαμίνη 2,5 - 10 mcg	22	8,6
Αδρεναλίνη 1 mg iv	8	3,1
6. Σε ασθενή με 2ου ή 3ου βαθμού κολποκοιλιακό αποκλεισμό και σημεία αστάθειας, όταν δεν υπάρχει ατροπίνη και διαθέσιμος διαδερμικός βηματοδότης		
Ντοπαμίνη 2,5 - 10 mcg / Kgr / min iv	91	35,5
Ισοπρεναλίνη 10 mcg / Kgr / min iv	136	53,1
Θεοφυλλίνη 100 - 200 mg σε ταχεία έγχυση iv	24	9,4
Αδρεναλίνη 1 mg iv ταχέως	5	2,0
7. Σε ηλεκτροκαρδιογραφική εικόνα κοιλιακής μαρμαρυγής, μετά τον 3ο απινιδισμό, χορηγείται:		
Αδρεναλίνη 1 mg iv ταχέως	56	22,0
Αμιωδαρόνη 300 mg iv ταχέως	73	28,6
Αδρεναλίνη 1 mg iv ταχέως και αμιωδαρόνη 300 mg iv ταχέως	121	47,5
Ατροπίνη 1 mg iv ταχέως	5	2,0

Πίνακας 2. Περιγραφικοί στατιστικοί δείκτες για τις εξαρτημένες μεταβλητές (συνέχεια)

	N	Ποσοστό
8. Σε άσφυγμη κοιλιακή ταχυκαρδία, μετά τον 3ο απινιδισμό, χορηγείται:		
Αδρεναλίνη 1 mg iv ταχέως και αμιωδαρόνη 300 mg iv ταχέως	189	74,1
Ατροπίνη 1 mg iv ταχέως	18	7,1
Αδρεναλίνη 1 mg iv ταχέως	23	9,0
Αμιωδαρόνη 300 mg iv ταχέως	25	9,8
9. Σε ασθενή με άσφυγμη ηλεκτρική δραστηριότητα χορηγείται:		
Αδρεναλίνη 1 mg iv άμεσα	162	63,3
Ατροπίνη 1 mg iv μετά τον 1ο κύκλο ΚΑΡΠΑ	54	21,1
Αδρεναλίνη 1 mg iv μαζί με ατροπίνη 1 mg iv	33	12,9
Διττανθρακικό νάτριο 50 mmol κάθε 5 min iv	7	2,7
10. Σε ασθενή με ηλεκτροκαρδιογραφικό ρυθμό ασυστολίας, χορηγείται		
Ατροπίνη 1 mg iv άμεσα	42	16,4
Αδρεναλίνη 1 mg iv άμεσα	151	59,0
Αδρεναλίνη 1 mg iv και ατροπίνη 1 mg iv άμεσα	49	19,1
Χλωριούχο ασβέστιο 10 ml iv κάθε 10 min	14	5,5
11.Σε ασθενή με ΗΚΓ 12 απαγωγών που χαρακτηρίζεται από υπερκαλιαιμία, με τιμή καλίου στον ορό 5,5 - 5,9 mmol/L χορηγείται:		
Ιοντοανταλλακτική ριτίνη 15-30 gr per os ή από το ορθό	100	39,4
Φουροσεμίδη 2 mg/kgr iv σε αργή έγχυση	89	35,0
Σαλβουταμόλη κάθε 15-30 min σε νεφελοποιητή	45	17,7
Ινσουλίνη 10 iu iv σε ταχεία έγχυση	20	7,9
12. Σε ασθενή με ΗΚΓ 12 απαγωγών που χαρακτηρίζεται από υπερκαλιαιμία με τιμή καλίου στον ορό 6 - 6,4 mmol/L, χορηγείται:		
10 iu ινσουλίνης βραχείας δράσης με 25 gr γλυκόζης iv σε 15-30 min	158	62,0
Σαλβουταμόλη 10 mg σε νεφελοποιητή	72	28,2
Φουροσεμίδη 2 mg/kgr σε αργή iv έγχυση	13	5,1
Διττανθρακικό νάτριο iv 50 mmol σε 5-15 min	12	4,7
13. Σε ασθενή που βρίσκεται σε καρδιακή ανακοπή λόγω υπερκαλιαιμίας, χορηγείται		
Αμιωδαρόνη 300 mg iv	23	9,0
Χλωριούχο ασβέστιο 10 ml iv σε ταχεία έγχυση	107	41,8
Διττανθρακικό νάτριο 100 mmol iv σε ταχεία έγχυση	104	40,6
Σαλβουταμόλη 5 mg σε νεφελοποιητή.	22	8,6
14. Σε ασθενή με ΗΚΓ εύρυμα επιπέδωσης των κυμάτων Τ και αλλαγής του διαστήματος ST επί εδάφους υποκαλιαιμίας, χορηγείται:		
20 mmol/h KCl	79	30,5
5 mmol/min KCl για 10 min και στη συνέχεια 20 mmol/min KCl για 20 min	153	59,1
MgSO4 1 gr iv ταχέως	21	8,1
Διττανθρακικό νάτριο 50 mmol iv σε 5-15 min	6	2,3

ανήκαν στις παραπάνω κατηγορίες.

Ο ερευνητής ενημέρωσε πλήρως όλους τους συμμετέχοντες ατομικά σχετικά με την ανωνυμία και την εμπιστευτικότητα των προσωπικών δεδομένων, καθώς και για τη δυνατότητα να αποσυρθούν από τη μελέτη σε οποιαδήποτε στιγμή. Όλοι οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν ένα έντυπο πληροφορημένης συγκατάθεσης.

Στατιστική Ανάλυση

Κατά την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν εργαλεία περιγραφικής στατιστικής για τη συνοπτική παρουσίαση των δεδομένων. Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση και οι μέγιστες και ελάχιστες τιμές υπολογίστηκαν για κάθε μεταβλητή. Μέσω δοκιμών t-test και ανάλυσης One Way Anova ελέχθηκε η επίδραση διαφόρων ανεξάρτητων μεταβλητών (φύλο, ηλικία, έτη προϋπηρεσίας, τύπος σεμιναρίου κ.λπ.) στο επίπεδο γνώσεων σχετικά με τη χορήγηση των φαρμάκων. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο $p<0,05$.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το 77,3% του δείγματος ήταν γυναίκες. Το νοσηλευτικό προσωπικό αποτέλεσε το 77,3% του δείγματος και το 22,7% γιατροί, με τους περισσότερους να έχουν πέντε

Πίνακας 3. Αποτελέσματα t-test ανεξάρτητων δειγμάτων για την επίδραση του φύλου στις εξαρτημένες μεταβλητές.

	Φύλο	N	Μ.Ο.	Τ.Α.	t-value
Ερ.1	Άρρεν	58	1,79	0,744	0,715
	Θήλυ	198	1,71	0,808	
Ερ.2	Άρρεν	58	1,95	1,191	-2,339*
	Θήλυ	198	2,4	1,336	
Ερ.3	Άρρεν	58	2,62	0,671	0,788
	Θήλυ	197	2,54	0,798	
Ερ.4	Άρρεν	58	1,55	0,68	1,731
	Θήλυ	198	1,38	0,632	
Ερ.5	Άρρεν	58	1,53	0,941	0,352
	Θήλυ	197	1,49	0,733	
Ερ.6	Άρρεν	58	1,84	0,745	0,801
	Θήλυ	198	1,76	0,677	
Ερ.7	Άρρεν	58	2,41	0,795	1,287
	Θήλυ	197	2,26	0,838	
Ερ.8	Άρρεν	58	1,66	1,132	0,944
	Θήλυ	197	1,51	0,972	
Ερ.9	Άρρεν	58	1,84	0,988	0,944**
	Θήλυ	198	1,46	0,745	
Ερ.10	Άρρεν	58	2,29	0,795	1,822
	Θήλυ	198	2,09	0,728	
Ερ.11	Άρρεν	58	2,03	0,991	0,831
	Θήλυ	196	1,91	0,927	
Ερ.12	Άρρεν	58	1,71	0,918	1,982*
	Θήλυ	197	1,47	0,753	
Ερ.13	Άρρεν	58	2,5	0,843	0,123
	Θήλυ	198	2,48	0,759	
Ερ.14	Άρρεν	58	1,81	0,545	-0,281
	Θήλυ	198	1,84	0,701	

p<0,05, 2.p<0,01.*

Πίνακας 4. Αποτελέσματα t-test ανεξάρτητων δειγμάτων για την επίδραση της εργασιακής απασχόλησης στο συνολικό σκορ.

	Εργασιακή απασχόληση	N	Μ.Ο.	Τ.Α.	t-value
Score	Ειδικευόμενος γιατρός	58	8,41	2,248	2.199*
	Νοσηλευτής/Β. Νοσηλευτή	197	7,67	2,316	

p<0.05, 2.p<0.01.*

έως δέκα έτη προϋπηρεσία (38,2%). Το 27,3% του δείγματος είχε παρακολουθήσει σεμινάριο άμεσης υποστήριξης της ζωής (Immediate Life Support, ILS), το 18,8% σεμινάριο εξειδικευμένης υποστήριξης της ζωής (Advanced Life Support, ALS) και το 10,9% σεμινάριο εξειδικευμένης καρδιολογικής υποστήριξης της ζωής (Advanced Cardiac Life Support, ACLS). Για το 73,2% του δείγματος ο φορέας πιστοποίησης είναι το Ευρωπαϊκό Κέντρο Αναζωογόνησης (European Resuscitation Centre, ERC). Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και οι περιγραφικοί δείκτες για τις εξαρτημένες μεταβλητές παρατίθενται αναλυτικά στον Πίνακα 1 και 2, αντίστοιχα.

Συσχετίσεις αναφορικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στη συσχέτιση της γνώσης χορήγησης φαρμάκων στην ΚΑ με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές αναφορικά με το φύλο. Συγκεκριμένα, φάνηκε ότι οι άντρες τείνουν να απαντούν ορθότερα για τη χορήγηση φαρμάκου σε ασθενή με πολύμορφη κοιλιακή ταχυκαρδία (t=-2,339, p<0,05), ενώ οι γυναίκες απαντούν ορθότερα σχετικά με τη χορήγηση φαρμάκου σε άσφυγμη ηλεκτρική δραστηριότητα (t=0,944, p<0,01) και τη χορήγηση φαρμάκου σε ασθενή με υπερκαλιαιμία (6-6,4 mmol/L) που εντοπίζεται σε ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ) (t=1,982*, p<0,05) (Πίνακας 3). Δεν βρέθηκε καμία συσχέτιση μεταξύ του φύλου και του συνολικού σκορ σωστών απαντήσεων του ερωτηματολογίου.

Κατά τη συσχέτιση της ηλικίας με το συνολικό σκορ του ερωτηματολογίου (F=2,808, p=0,026) οι επαγγελματίες ηλικίας 41-50 ετών απαντούν ορθότερα από τους επαγγελματίες που βρίσκονται σε ηλικία μικρότερη ή ίση των 30 ετών (μέση διαφορά=-1,644, p=0,025). Ως προς την ειδικότητα των επαγγελματιών υγείας τις περισσότερες σωστές απαντήσεις στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου έδωσαν οι γιατροί του δείγματος (t=2,199, p<0,05) (Πίνακας 4), ενώ στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε κατά τη συσχέτιση των σωστών απαντήσεων με τον τίτλο σπουδών (F=4,268,p=0,015). Συγκεκριμένα, οι απόφοιτοι Ιατρικής απαντούν ορθότερα από τους βοηθούς νοσηλευτές (μέση διαφορά=1,576, p=0,011).Τέλος, σημαντική στατιστική διαφορά βρέθηκε μεταξύ της επίδρασης των ετών προϋπηρεσίας και του συνολικού σκορ απαντήσεων (F=2,671, p=0,033).

Η διερεύνηση της επίδρασης της συμμετοχής σε σεμινάρια ΚΑ και συνολικού σκορ σωστών απαντήσεων έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της παρακολούθησης του σεμιναρίου εξειδικευμένης υποστήριξης (ALS) και του συνολικού σκορ σωστών απαντήσεων (t=-2,735, p<0,01), καθώς και του σεμιναρίου εξειδικευμένης καρδιακής υποστήριξης (ACLS) στο συνολικό σκορ (t=-3,423,p<0,01). Επιπλέον, διαπιστώθηκε πως όσοι έχουν παρακολουθήσει το σεμινάριο ACLS τείνουν να παρουσιάζουν υψηλότερα σκορ από αυτούς που έχουν παρακολουθήσει το ILS, αλλά και το ALS.

Στον Πίνακα 5 παρουσιάζεται η κατανομή των συμμετεχόντων στα σεμινάρια ΚΑΑ ανάλογα με τον τίτλο σπουδών τους, με τους βοηθούς νοσηλευτών να παρουσιάζουν πολύ χαμηλά ποσοστά συμμετοχής σε όλα τα σεμινάρια, ενώ δεν συμμετέχουν καθόλου στο ACLS. Οι νοσηλευτές αποτελούσαν το 74,3% των συμμετεχόντων στο ILS, το 45,8% στο ALS και το 32,1% στο ACLS. Εντελώς αντίθετη είναι η τάση στους ιατρούς, αποτελώντας το 22,9% των συμμετεχόντων στο ILS, το 43,8% στο ALS και το 67,9% στο ACLS.

Πίνακας 5. Κατανομή των συμμετεχόντων στα σεμινάρια ΚΑΑ ανάλογα με τον τίτλο σπουδών τους.

Τίτλος σπουδών	Παρακολούθηση ILS	Παρακολούθηση ALS	Παρακολούθηση ACLS
Ιατρική	22,9%	43,8%	67,9%
Νοσηλευτική ΑΕΙ/ΤΕΙ	74,3%	45,8%	32,1%
Νοσηλευτική ΔΕ	2,9%	10,4%	0,0%
Σύνολο	100,0%	100,0%	100,0%

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης αναδεικνύουν το έλλειμμα γνώσης των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με τη χορήγηση φαρμάκων στην ΚΑΑ. Περισσότερο από το 40% του δείγματος απάντησε σωστά μόνο στις μισές ερωτήσεις και σχεδόν τα 2/3 απάντησαν σωστά στις 8 από τις 14 ερωτήσεις. Το συγκεκριμένο εύρημα είναι σύμφωνο και με μελέτη που παρουσιάζει περιορισμένες γνώσεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την ΚΑΑ (Osinaike et al. 2007). Συγκεκριμένα, έχουν παρουσιαστεί υψηλά ποσοστά συμμετοχής των ιατρών σε σεμινάρια υποστήριξης της ζωής, κυρίως λόγω έλλειψης γνώσεων, ενώ τα επίπεδα γνώσης του συνόλου των επαγγελματιών υγείας, ανεξαιρέτως τίτλου σπουδών, καταγράφονται ως χαμηλά. Ακόμη, αναφέρονται χαμηλά επίπεδα ευαισθητοποίησης των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με τη ΚΑΑ (Olajumoke et al 2012). Μελέτη στον Ελλαδικό χώρο, παρουσιάζει, επίσης, ελλιπείς γνώσεις των νοσηλευτών και ιατρών όσον αφορά την ΚΑΑ (Passali et al 2011).

Παρά το γεγονός ότι το φύλο φάνηκε να επιδρά στις απαντήσεις που δόθηκαν σε τρία από τα 14 ερωτήματα γνώσεων σχετικά με τη χορήγηση φαρμάκων στην ΚΑΑ, ωστόσο δεν επιδρά συνολικά στο επίπεδο των γνώσεων. Το ίδιο συμβαίνει και με το χώρο εργασίας. Καμία διαφοροποίηση των γνώσεων δεν βρέθηκε μεταξύ των εργαζομένων στους διαφορετικά τμήματα και μονάδες που μελετήθηκαν. Σε αντίστοιχες έρευνες του εξωτερικού, δε βρέθηκε καμία συσχέτιση του φύλου των επαγγελματιών υγείας με τις γνώσεις αναφορικά με την ΚΑΑ (Olajumoke et al 2012).

Αντίθετά, η ηλικία φάνηκε να επιδρά σημαντικά στο επίπεδο γνώσεων για την ΚΑΑ, με τους μεγαλύτερους ηλικιακά επαγγελματίες να απαντούν ορθότερα στις ερωτήσεις σχετικά με το υπό διερεύνηση θέμα. Αυτό, ίσως, μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι μαζί με την ηλικία συνήθως αυξάνεται και η κλινική εμπειρία. Το εν λόγω εύρημα είναι σύμφωνο και με τη μελέτη των Passali et al (2011) που εντοπίζει ότι η εμπειρία στην αντιμετώπιση περιστατικών ΚΑ βελτιώνει τις θεωρητικές γνώσεις. Επίσης, αξίζει να σημειωθεί ότι η ηλικία φαίνεται να διαδραματίζει αντίστροφο ρόλο σχετικά με τη χρήση μηχανημάτων στην ΚΑΑ, καθώς έχει βρεθεί ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας που ξέρουν να χειρίζονται μια συσκευή Αυτόματου Εξωτερικού Απινιδιστή (Automatic External Defibrilator) είναι νεαρής ηλικίας (30-40 ετών) (Steen & Kramer-Johansen 2008).

Όπως προαναφέρθηκε, σημαντική ήταν η επίδραση των ετών προϋπηρεσίας στις γνώσεις για την ΚΑΑ. Για παράδειγμα, αποδείχθηκε ότι η συνεχής συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας στη διαδικασία της αναζωογόνησης συμβάλει στην καλύτερη γνώση των απαιτούμενων δεξιοτήτων και της χρήσης φαρμάκων. Σε παρόμοια έρευνα στο εξωτερικό παρατηρήθηκε ότι η προηγούμενη εμπειρία στην ΚΑΑ βελτίωνε το επίπεδο γνώσεων σχετικά με τις διαδικασίες που απαιτούνται (Elif & Zeynep 2003). Η κλινική εμπειρία στην παρούσα μελέτη φάνηκε να είναι αντιστρόφως ανάλογη των γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού στην ΚΑΑ. Η διεθνής επιστημονική κοινότητα αναφέρει ότι η μεγαλύτερη επαγγελματική εμπειρία δεν αποτελεί πανάκεια των νοσηλευτών για αποτελεσματική ΚΑΑ και της χορήγησης των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της ΚΑ, εάν δεν ακολουθείται από παρακολούθηση σεμιναρίων βασικής φαρμακολογίας, της ΚΑΑ και από επανεκπαίδευση. (Mohsenpour et al 2010; Reza Pourmirza et al 2017).

Σημαντική ήταν η συμβολή σεμιναρίων ACLS στη βελτίωση των γνώσεων ως προς τη χρήση φαρμάκων, ενώ ακολουθούν το ALS και το ILS, δεδομένα που είναι σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία. Σε μελέτη στη Νιγηρία (Olajumoke et al 2012) βρέθηκε ότι η ανεπαρκής γνώση των χορηγούμενων, στην ΚΑΑ, φαρμάκων οφείλεται κυρίως στην περιορισμένη προσέλευση των επαγγελματιών υγείας σε σεμινάρια ΚΑΑ, καθώς αυτοί που συμμετέχουν σε σεμινάρια ΚΑΑ κατέγραφαν περισσότερες γνώσεις. Ομοίως, μελέτη έδειξε ότι οι ιατροί που έχουν προϋπηρεσία πάνω από δέκα χρόνια και έχουν παρακολουθήσει σεμινάριο εξειδικευμένης αναζωογόνησης, είναι σε θέση να δώσουν σωστή φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση της ΚΑ (Heitmiller et al 2008).

Ως προς τον τίτλο σπουδών, οι ιατροί φαίνεται να έχουν καλύτερα επίπεδα γνώσης από τους νοσηλευτές και, κυρίως, από τους βοηθούς νοσηλευτών. Τα ευρήματα αυτά είναι σύμφωνα με τους Passali et al (2011), οι οποίοι εντόπισαν ότι οι νοσηλευτές παρουσίαζαν ελλιπείς γνώσεις στην εξειδικευμένη υποστήριξη της ζωής σε σχέση με τους ιατρούς, αλλά καλύτερες γνώσεις στη βασική υποστήριξη της ζωής (BLS). Από την άλλη πλευρά τα αποτελέσματα στην Ευρώπη δεν είναι ξεκάθαρα, καθώς οι ιατροί φαίνεται να έχουν καλύτερες γνώσεις από τους νοσηλευτές, αλλά αυτό μπορεί να εξηγηθεί από τη διάρθρωση του εκάστοτε συστήματος υγείας, του προγράμματος σπουδών των ιατρών και νοσηλευτών και άλλων εθνικών παραγόντων (Chaudhary et al 2011).

Οι ιατροί του δείγματος που παρακολουθήσαν σεμινάριο εξειδικευμένης αναζωογόνησης απάντησαν ορθά στις περισσότερες ερωτήσεις και αυτό αποδεικνύει τη σημαντικότητα της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στον τομέα της επείγουσας παρέμβασης (Grześkowiak et al 2008). Σε έρευνα στον ελλαδικό χώρο φάνηκε πως οι νέοι καρδιολόγοι δεν είναι σε θέση να υποδείξουν τη σωστή δόση των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται στην αναζωογόνηση. Λόγω αλλαγής του νομοθετικού πλαισίου είναι απαραίτητη, πλέον, η σύσταση ομάδων αναζωογόνησης εντός κάθε νοσηλευτικού ιδρύματος (Pantazopoulos et al 2011).

Η μελέτη περιέγραψε την ικανότητα των ειδικευόμενων καρδιολόγων, μετά από εκπαίδευση, να χορηγούν φάρμακα με ασφάλεια και στη σωστή δόση κατά τη διάρκεια της ΚΑΑ. Παρόλα αυτά, η έλλειψη δεξιοτήτων ηγεσίας μπορεί να οδηγήσει σε καθυστέρηση του χρόνου έναρξης χορήγησης τους. Έτσι, αποδεικνύεται απαραίτητη η κωδικοποιημένη εξειδικευμένη εκπαίδευση των ειδικών και ειδικευόμενων ιατρών, με συνεχή αξιολόγηση και θετική ανατροφοδότηση, για τις φαρμακευτικές ουσίες που χορηγούνται στην ΚΑΑ. Η επικαιροποίηση των κατευθυντήριων οδηγιών, ανά τακτά διαστήματα, είναι, επίσης, απαραίτητη (Høyer et al 2009).

Στη Σουηδία φάνηκε ότι οι νοσηλευτές κάνουν λάθη στη χορήγηση φαρμάκων στην ΚΑΑ, κυρίως στη δόση του φαρμάκου (13%), λόγω του ελλείμματος γνώσης (Björkstén et al 2016). Στην παρούσα έρευνα το κενό γνώσης διαφαίνεται να είναι μεγαλύτερο, με τους βοηθούς νοσηλευτών να έχουν τις περισσότερες ελλείψεις, με αποτέλεσμα την αυξημένη πιθανότητα νοσηλευτικού λάθους. Σε αντίστοιχη μελέτη σε μαίες φάνηκε η ανεπαρκής γνώση στην ΚΑΑ νεογνών, κυρίως στις περιπτώσεις που δεν είχαν παρακολουθήσει σεμινάρια νεογνικής ανάνηψης (Khalid et al 2015). Λιγότερες από τις μισές μαίες που μελετήθηκαν φάνηκαν να έχουν γνώσεις ΚΑΑ, ενώ τα 2/3 του δείγματος είχαν ανεπαρκείς γνώσεις των δεξιοτήτων και των φαρμάκων που είναι απαραίτητα κατά τη διάρκεια της νεογνικής ανάνηψης. Τα παραπάνω επιβεβαιώνουν τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας και αποδεικνύουν ότι οι ιατροί και νοσηλευτές όλων των νοσηλευτικών τμημάτων, όπου μπορεί να απαιτηθεί άμεση υποστήριξη της ζωής, έχουν κενά γνώσης. Ο χώρος εργασίας δεν σχετίζεται με τη γνώση της φαρμακολογίας αν δεν έχουν παρακολουθήσει σεμινάριο ΚΑΑ.

Τέλος, ο φορέας πιστοποίησης ΚΑΑ δεν επηρεάζει την απόκτηση των γνώσεων των επαγγελματιών υγείας. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί από τις συνθήκες που καλούνται οι εκπαιδευόμενοι να εκπαιδευτούν από τον φορέα τους, όπως και από τα κίνητρα που μπορεί να έχουν ο καθένας προσωπικά. Για παράδειγμα, σε έρευνα φάνηκε ότι οι νοσηλευτές που έχουν παρακολουθήσει σεμινάρια του Αμερικανικού Κολλεγίου Επείγουσας Ιατρικής είχαν καλύτερες επιδόσεις, καθώς επιθυμούσαν να μεταναστεύσουν σε κάποια Δυτική χώρα και έπρεπε να αποδείξουν στον υποψήφιο φορέα απασχόλησης τους ότι κατέχουν τις συγκεκριμένες γνώσεις (Madavan et al 2016).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το σύνολο των επαγγελματιών υγείας παρουσιάζει έλλειμμα γνώσης σχετικά με τη χορήγηση φαρμάκων στην ΚΑΑ. Το φύλο, το αντικείμενο και ο τομέας απασχόλησης δεν διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στις γνώσεις της ΚΑΑ. Η ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας διαδραματίζουν θετικό ρόλο στις γνώσεις των φαρμάκων της ΚΑΑ και η εκπαίδευση μέσω σεμιναρίων και συνεχιζόμενης επανεκπαίδευσης επιδρά θετικά στις γνώσεις αντιμετώπισης σε φαρμακολογικό επίπεδο στην ΚΑ. Δεδομένης της συχνότητας και της βαρύτητας των περιστατικών ΚΑ, είναι απαραίτητο να τυποποιηθεί η κατάρτιση στη χρήση φαρμάκων για την αντιμετώπιση του βαρέως πάσχοντα, αλλά και στην ΚΑΑ. Σημαντικό είναι τέτοιου είδους εκπαίδευση να ενταχθεί στο προπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών όλων των επαγγελμάτων υγείας.

Συμβολή συγγραφέων

ΔΜ: Συμμετείχε στη σύλληψη και στο σχεδιασμό της μελέτης, στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων και στη συγγραφή του κειμένου. ΓΜ: Συμμετείχε στο σχεδιασμό, την ερμηνεία των αποτελεσμάτων και στη συγγραφή του κειμένου. ΑΔ: Συμμετείχε στη συλλογή, καταγραφή, στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων ΑΧ: Συμμετείχε στη σύλληψη και το σχεδιασμό της μελέτης και στη συγγραφή του κειμένου. ΝΙ και ΘΞ: Συνολική καθοδήγηση και συμβουλευτική σε όλα τα στάδια της μελέτης. Όλοι οι συγγραφείς αξιολόγησαν κριτικά και ενέκριναν την υποβολή του τελικού κειμένου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Almeida A.O. de, Araújo I.E.M., Dalri M.C.B. & Araujo S. (2011). Theoretical knowledge of nurses working in non-hospital urgent and emergency care units concerning cardiopulmonary arrest and resuscitation. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(2), 261–268.

Boonmak P, Boonmak S, Srichaipanha S, Poomsawat S (2004). Knowledge and skill after brief ACLS training. *Journal of Medical Association Thai.* 87:1311-4.

Björkstén KS,, Bergqvist M, Andersén-Karlsson E, Benson L, Ulfvarson J. (2016). Medication errors as malpractice-a qualitative content analysis of 585 medication errors by nurses in Sweden. *BMC Health Services Research.* 24;16:431.

Casey WF. (1984). Cardiopulmonary resuscitation: A survey among junior hospital doctors. *Journal of Royal Society of Medicine.*77:921–4.

Celia, M., Dalri, B. (2008). Theoretical knowledge of nurses working in Non-Hospital Urgent and Emergency Care Units Concerning Cardiopulmonary Arrest and Resuscitation. *International Journal of Obstetric Anesthesia.*17: 238-42.

Chaudhary A, Parikh H, Dave V. (2011). Current scenario: Knowledge of basic life support in medical college. *National Journal of Medical Research*1:80–82.

Elif AA, Zeynep K. (2003). Knowledge of basic life supports a pilot study of the Turkish population by Baskent University in Ankara. *Resuscitation.* 58:187–192.

Girotra, S., Nallamothu, B. K., Spertus, J. A., Li, Y., Krumholz, H. M., & Chan, P. S. (2012). Trends in Survival after In-Hospital Cardiac Arrest. *New England Journal of Medicine*, 367(20),1912–1920.

Grześkowiak M, Bartkowska-Śniatkowska A, Rosada-Kurasińska J. (2008). A survey of anaesthesiology residents' knowledge of resuscitation guidelines *Resuscitation.* 79: 499-505.

Heitmiller ES, Nelson KL, Hunt EA, Schwartz JM, Yaster M, Shaffner DH (2008). A survey of anesthesiologists' knowledge of American Heart Association Pediatric Advanced Life Support *Resuscitation Guidelines. Pediatric Emergency Care. Resuscitation.* 79: 499-505.

Høyer CB, Christensen EF, Eika B. (2009). Junior physician skill and behavior in resuscitation: a simulation study. *Resuscitation.*80:244-8.

Kalhori RP, Jalali A, Naderipour A, Almasi A, Khavasi M, Rezaei M, Abbasi M. (2017). Assessment of Iranian Nurses and Emergency Medical Personnel in Terms of Cardiopulmonary Resuscitation Knowledge Based on the 2010 Guideline. *Iran Journal of Nursing Midwifery Res.* 22:184–189.

Khalid N, Ahmad M, Tahir A, Mahmood H, Saleem S, Saleem S. (2015). Basic neonatal resuscitation, knowledge assessment at primary health care centers of district sheikhupura in pakistan -- a cross-sectional study *Journal of Pakistan Medical Association.*65: 990-4.

Kozamani, A., Kapadochos, T., & Kadda, O. (2012). Factors that influence nursing staff attitudes towards initiating CPR and in using an automatic external defibrillator when outside of a hospital. Health Science Journal, 6(1).88

Lindner, T. W., Søreide, E., Nilsen, O. B., Torunn, M. W., & Lossius, H. M. (2011). Clinical Paper: Good outcome in every fourth resuscitation attempt is achievable—An Utstein template report from the Stavanger region. *Resuscitation*,82,1508–1513.

Madavan Nambiar, Nisanth Menon Nedungalaparambil, and Ottapura Prabhakaran Aslesh. (2016). Is current training in basic and advanced cardiac life support (BLS & ACLS) effective? A study of BLS & ACLS knowledge amongst healthcare professionals of North-Kerala. *World Journal of Emergency Medicine.* 7: 263–269.

Mohsenpour M, Imani Z, Abdolkarimi M. (2010). The effect of education of cardiopulmonary resuscitation (CPR) on knowledge of nursing staff and CPR team members in a hospital in Kerman provenance. *Journal of Quality Research in Health Science* 9:2.

Muhamed A, Muhamed N. (1990). Cardiopulmonary resuscitation skills of medical professionals. *Resuscitation.* 20:31–39.

Nehme, Z., Andrew, E., Nair, R., Bernard, S., & Smith, K. (2017). Recurrent out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation*, 121:158–165

Olajumoke, T., Afolayan, J., Raji, S., & Adekunle, M. (2012). Cardiopulmonary resuscitation - knowledge, attitude & practices in Osun state, Nigeria. *Journal of the West African College of Surgeons*, 2: 23–32.

Osinaike BB, Aderinto DA, Oyebamiji EO, et al. (2007). Evaluation of knowledge of doctors in Nigeria tertiary hospital about CPR. *Nigerian Medical Practitioner* 52:16–18.

Pantazopoulos I, Aggelina A, Barouxis D, Papapanagiotou P, Troupis G, Kotsiomitis E, Demestiha T, Xanthos T. (2011). Cardiologists' knowledge of the 2005 American Heart Association Resuscitation Guidelines: The Athens Study Heart Lung. 40:278-84.

Passali, C., Pantazopoulos, I., Dontas, I., Patsaki A.,Barouxis D., Troupis G., Xanthos T. (2011). Evaluation of nurses' and doctors' knowledge of basic & advanced life support resuscitation guidelines. *Nurse Education In Practice* 11: 365-369.

Sadoh WE, Osariogiagbon W. (2009). Knowledge and Practice of Cardiopulmonary Resuscitation Amongst Doctors and Nurses in Benin City, Nigeria *Nigerian Hospital Practice* 3:1-2.

Sankar J, Das RR, Mahapatro S, Sankar MJ. (2011). Effect of a Training Strategy in Improving Medication Fallacies During Pediatric Cardiopulmonary Resuscitation: A Before-and-After Study From a Developing Country. *Heart Lung.* 40:278-84.

Skinner DV, Camm AJ, Miles S. (1985). Cardiopulmonary resuscitation skills of preregistration house officers *British Medical Journal (Clin Res Ed)* 290:1549–50.

Soar J, Nolan JP, Bottiger BW, Perkins GD, Lott C, Carli P, Pellis T, Sadroni C, Skrifvars MB, Smith GB, Sunde K, Deakin CD. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Section 3. Adult Advanced Life Support. *Resuscitation* 95: 99-146.

Solagberu BA. (2002) Knowledge and practice of Cardiopulmonary Resuscitation among Nigerian Doctors. *The Nigerian Journal of Surgical Research.* 4:1-2.

Steen PA, Kramer-Johansen J. (2008). Improving cardiopulmonary resuscitation quality to ensure survival *Current Opinion Critical Care.*14:299–304.

Medication administration prior to cardiac arrest and during cardiopulmonary resuscitation: a comparative study on the knowledge of cardiology residents and nursing personnel working in anesthetics department, cardiology ward, coronary care unit and emergency department

Dimitrios Barouxis[1], Georgios Manomenidis[2], Agni Damianou[3], Athanasios Chalkias[4], Nikoletta Iakovidou[5], Theodoros Xanthos[6]

1. RN, MSc, PhD, Cardiology Department, General Hospital "Laiko", Hellenic Society of Cardiopulmonary Resuscitation executive committee member,
2. RN, MSc, PhD, Infection control office, General Hospital Ptolemaida, BLS/AED Instructor, Hellenic Society of Cardiopulmonary Resuscitation executive committee member,
3. RN, MSc(c), Charge Nurse, 1st Internal Medicine Ward, General Hospital "Laiko", BLS/AED Instructor of Hellenic Society of Cardiopulmonary Resuscitation
4. Assistant Professor of Anesthesiology, Medical School, University of Thessaly, Hellenic Society of Cardiopulmonary Resuscitation executive committee member,
5. MD, PhD, Associate Professor of Pediatric-Neonatology, Medical School, National and Kapodistrian University of Athens, NLS Course Director, Hellenic Society of Cardiopulmonary Resuscitation executive committee member,
6. MD, MSc, PhD, Professor of Physiology and Pathophysiology, Medical School, European University Cyprus, Nicosia, Cyprus, President of Hellenic Society of Cardiopulmonary Resuscitation

ABSTRACT

Introduction: There is increased interest of the scientific community in assessing the level of knowledge on Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) among health care professionals, mainly due to the high prevalence of cardiac arrest (CA). Research data demonstrate the health care professionals' lack of knowledge regarding medication used in CA and during CPR.

Aim: To assess health care professionals' knowledge (residents, nurses and nurse assistants) on medication in CA and during CPR.

Methods: A cross-sectional study was conducted in four big tertiary hospitals in Athens, Greece and in a large resuscitation educational center, in November and December 2016. Two hundred fifty six healthcare professionals, nursing personnel and doctors, working in various wards participated in the study. The participants completed a 14 questions research tool, assessing knowledge regarding medicine administration in CA and during CPR. Data were analyzed using statistical package SPSS 20. The statistical difference was set to $p<0,005$.

Results: The majority of the sample was female (77,3%), with 57% of respondents having attended advanced life support training. The correlations between demographic characteristics and total score of correct answers showed statistical significance with age ($p<0,05$), educational level ($p=0,011$), years of working experience ($p=0,033$) and attendance of advanced life support seminar ($p<0,01$) with total score of correct answers. There was also statistically significance between total score of correct answers among nurses and doctors, with doctors showing higher score ($p<0,05$).

Conclusions: Continuous education through seminars has a positive impact on health professionals' knowledge on medicines used during CA and CPR. It is necessary to standardize undergraduate healthcare professionals' education on pharmacokinetics aiming at the optimal management of the critically ill patient during CPR in clinical settings.

Keywords: Cardiac arrest, cardiopulmonary resuscitation, doctors, medication, nurses

Corresponding author: Georgios Manomenidis,
email: george.mano@yahoo.gr,

Submission Date: 23/4/2018
Publication Date: January 2019

Citation: Barouxis D., Manomenidis G., Damianou A., Chalkias A., Iakovidou N. & Xanthos T. (2019). Medication administration prior to cardiac arrest and during cardiopulmonary resuscitation.: a comparative study on the knowledge of cardiology residents and nursing personnel working in anesthetics department, cardiology ward, coronary care unit and emergency department. *Hellenic Journal of Nursing Science* 12(1): 31-43

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Διερεύνηση και αξιολόγηση της ποιότητας ζωής ασθενών με διαβητικό πόδι

Ελισσάβετ Λυκούδη[1], Γεωργία Φασόη[2], Ευαγγελία Μεϊμέτη[3], Χαρίκλεια Λούπα[4], Ελένη Αρβανιτίδου[5], Γεώργιος Βασιλόπουλος[6]

1. Νοσηλεύτρια, MSc , DHI Global Medical Group,
2. Αναπληρώτρια καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
3. Νοσηλεύτρια MSc, PhD, ΜΕΘ Εμφραγμάτων, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «Σισμανόγλειο-Αμαλία Φλέμιγκ», Νοσοκομειακή Μονάδα «Αμαλία Φλέμιγκ»,
4. Παθολόγος, Λοιμωξιολόγος, Ιατρείο Φροντίδας Διαβητικού Ποδιού «Δημήτρης Βογιατζόγλου», Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «Σισμανόγλειο-Αμαλία Φλέμιγκ», Νοσοκομειακή Μονάδα «Αμαλία Φλέμιγκ»,
5. Νοσηλεύτρια, MS(c), Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου»,
6. Επίκουρος καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι ένα χρόνιο νόσημα που προκαλεί πολλαπλές βλάβες στον οργανισμό. Ο επιπολασμός της νόσου είναι ιδιαίτερα αυξημένος σε διεθνές και εθνικό επίπεδο. Εκδηλώνεται με αύξηση των επιπέδων της γλυκόζης στο αίμα, ενώ επιβάλλεται η ιατρική παρακολούθηση. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται στις επιπλοκές της νόσου στον οργανισμό, οι οποίες μπορεί να είναι η αμφιβληστροειδοπάθεια, η νεφροπάθεια, η περιφερική νευροπάθεια και το διαβητικό πόδι.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με διαβητικό πόδι.

Μεθοδολογία: Πρόκειται για μια ερευνητική μελέτη, στον πληθυσμό της οποίας συμπεριλήφθηκαν 102 ασθενείς σε 6 διαβητολογικά κέντρα δημόσιων νοσοκομείων της Αττικής. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Diabetic Foot Ulcer Scale: Patient (DFS). Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο SPSS15.

Αποτελέσματα: Στην έρευνα έλαβαν μέρος 102 άτομα, από τα οποία οι 80 ήταν άνδρες (78.4%) και οι 22 ήταν γυναίκες (21.6%). Κατά την ανάλυση των δεδομένων εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ηλικίας των ασθενών και της σωματικής εξουθένωσης (p=0.045), της συναισθηματικής τους κατάστασης (p=0.028) καθώς και της μη συμμόρφωσης τους ως προς τις ιατρικές οδηγίες για τη φροντίδα του έλκους τους (p=0.002). Ακόμα, βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές θετικές συσχετίσεις στη ταξινόμηση κατά Wagner (σύστημα ταξινόμησης εξελκώσεων διαβητικού ποδιού) σε αρκετούς τομείς της ποιότητας ζωής του δείγματος.

Συμπεράσματα: Από τη διεξαγωγή της ερευνητικής μελέτης προέκυψε πως η ταξινόμηση Wagner παρουσίασε ισχυρές συσχετίσεις σε αρκετούς τομείς που αφορούσαν την ποιότητα ζωής των ασθενών. Παράλληλα, επιβαρύνονταν η οικονομική κατάσταση των ασθενών λόγω των ελκών και επιπλέον υπήρχαν δυσκολίες στη συμβίωση τους με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας τους. Η σοβαρότητα της κατάστασης του έλκους επηρέαζε αρνητικά την ποιότητα ζωής των ασθενών.

Λέξεις κλειδιά: διαβητικό πόδι, έλκος, ποιότητα ζωής, σακχαρώδης διαβήτης

Υπεύθυνη αλληλογραφίας: Ευαγγελία Μεϊμέτη
e-mail: e.meimeti@gmail.com

Ημερομηνία Υποβολής: 13/06/2018
Ημερομηνία Δημοσίευσης: Ιανουάριος 2019

Αναφορά του άρθρου ως: Λυκούδη Ε., Φασόη Γ., Μεϊμέτη Ε., Λούπα Χ., Αρβανιτίδου Ε. & Βασιλόπουλος Γ. (2019). Διερεύνηση και αξιολόγηση της ποιότητας ζωής ασθενών με διαβητικό πόδι. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης 12(1): 44-52

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ:

- **Οι ασθενείς με διαβητικό πόδι αισθάνονται λιγότερη σωματική εξουθένωση και εξάντληση όσο αυξάνεται η ηλικία τους.**
- **Η παρουσία του έλκους για μεγάλο χρονικό διάστημα αυξάνει τη δυσαρέσκεια των ατόμων αναφορικά με το οικονομικό κόστος της φροντίδας του έλκους.**
- **Η επιδείνωση της κατάστασης του έλκους έχει αντίκτυπο σχεδόν σε όλους τους τομείς της ποιότητας ζωής των ασθενών.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο σακχαρώδης διαβήτης συγκαταλέγεται στα πιο σοβαρά προβλήματα υγείας, λόγω αυξημένου επιπολασμού, τόσο στην Ελλάδα όσο και παγκοσμίως. Η νόσος ευθύνεται για πολλές βλάβες στον ανθρώπινο οργανισμό που προκαλούνται, μειώνοντας το προσδόκιμο επιβίωσης των ασθενών ανεξαρτήτου ηλικίας. Απαιτείται συνεχής ιατρική παρακολούθηση και φροντίδα των ασθενών με απώτερο στόχο τον περιορισμό όχι μόνο των οξέων επιπλοκών, αλλά και των μακροπρόθεσμων (Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία 2012).

Σύμφωνα με την Αμερικάνικη Διαβητολογική Εταιρεία (2014), σακχαρώδης διαβήτης ορίζεται ως μία ομάδα μεταβολικών ασθενειών, με βασικό γνώρισμα την υπεργλυκαιμία, ως αποτέλεσμα της ελλιπούς έκκρισης ινσουλίνης, της δράσης της ινσουλίνης ή και των δύο μαζί. Βέβαια, η χρόνια επίδραση της υπεργλυκαιμίας του διαβήτη είναι απόλυτα συνυφασμένη με μακροχρόνιες βλάβες και δυσλειτουργίες διαφόρων οργάνων, όπως τα μάτια, οι νεφροί, τα αιμοφόρα αγγεία και άλλα. Τα συμπτώματα που μαρτυρούν την υπεργλυκαιμία περικλείουν καταστάσεις, όπως την πολυουρία, την πολυδιψία, την απώλεια βάρους με ορισμένες φορές συνυπάρχουσα πολυφαγία, και τέλος τη θάμβος της όρασης. Βέβαια, οι χρόνιες διαβητικές επιπτώσεις στον οργανισμό περιλαμβάνουν την αμφιβληστροειδοπάθεια, με το ενδεχόμενο της απώλειας της όρασης, τη νεφροπάθεια, που οδηγεί σε νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου, την περιφερική νευροπάθεια, που με τη σειρά της εγκυμονεί κινδύνους, όπως την εμφάνιση του έλκους στα κάτω άκρα, τον ακρωτηριασμό και την αρθροπάθεια Charcot, και τέλος την αυτόνομη νευροπάθεια με σύνοδες παθήσεις στο γαστρεντερικό, ουροποιητικό, καρδιαγγειακά συμπτώματα και σεξουαλική δυσλειτουργία (American Diabetes Association 2014).

Η ανεπαρκής διαχείριση του σακχαρώδη διαβήτη έχει ως αποτέλεσμα σοβαρές επιπλοκές, ακόμη και πρόωρο θάνατο του ασθενούς. Ωστόσο, με μια σωστά δομημένη και καλά σχεδιασμένη διαχείριση της νόσου και την υποστήριξη από επαγγελματίες υγείας, οι ασθενείς θα μπορούν να ζήσουν μια υγιή ζωή για πολλά χρόνια (International Diabetes Federation 2015).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υποστηρίζει πως 422 εκατομμύρια ενήλικα άτομα έπασχαν από σακχαρώδη διαβήτη το 2014, συγκριτικά με 108 εκατομμύρια άτομα που είχαν τη νόσο το 1980. Ακόμα, αναφέρει ότι για τον 21ο αιώνα ότι ο διαβήτης αποτελεί την μεγαλύτερη έκτακτη ανάγκη υγείας. Τέλος, θεωρεί ότι τα υψηλά επίπεδα γλυκόζης το αίμα είναι αυτά που ευθύνονται για πρόωρη θνησιμότητα, ακολουθώντας την αρτηριακή πίεση και το κάπνισμα (World Health Organization 2016).

Σύμφωνα με τους Yazdanpanah et al (2015) ο σακχαρώδης διαβήτης προκαλεί την πιο καταστροφική επιπλοκή στους διαβητικούς ασθενείς, η οποία δεν είναι άλλη από το έλκος στα κάτω άκρα, καθώς επηρεάζει τη ζωή τους κατά 15%. Ο επιπολασμός του διαβητικού ποδιού ανέρχεται σε 4%-10% σε ασθενείς που νοσηλεύονται. Επίσης, το 25% των ατόμων με διαβήτη, στη διάρκεια της ζωής τους, διατρέχουν κίνδυνο να εμφανίσουν κάποιο έλκος στα κάτω άκρα (Yekta et al 2011).

Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης ήταν να καταγραφεί η ποιότητα ζωής των ασθενών με διαβητικό πόδι. Ακόμα, να παρουσιαστεί κατά πόσο επηρεάζεται η καθημερινότητά τους εξαιτίας αυτής της επιπλοκής. Στόχοι της μελέτης αποτέλεσαν η περιγραφή της υπάρχουσας κατάστασης και του μεγέθους του προβλήματος σχετικά με τη επίδραση του διαβητικού έλκους ποδιού στην ποιότητα ζωής του ασθενή. Ακόμα, η καλύτερη ενημέρωση των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη προκειμένου να βελτιωθούν τομείς της ποιότητας ζωής τους.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σχεδιασμός

Πρόκειται για μια ποσοτική έρευνα που διεξήχθη σε έξι διαβητολογικά κέντρα δημόσιων νοσοκομείων της Αττικής. Της ερευνητικής μελέτης προηγήθηκε ανασκόπηση περιεχομένου από τη σχετική ελληνική, αλλά και διεθνή, βιβλιογραφία στις ηλεκτρονικές βάσεις αποδελτίωσης βιβλιογραφικών δεδομένων.

Πραγματοποιήθηκε χρήση του εργαλείου Diabetic Foot Ulcer Scale: Patient. Το οριστικό ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για τη δειγματοληψία έγινε καθ' υπόδειξη των όρων από την άδειας χρήσης της Mapi Research Trust. Το συγκριμένο (DFS) ερωτηματολόγιο αποτελείται από 64 στοιχεία εκ των οποίων τα 58 κατηγοριοποιούνται σε 11 κλίμακες. Τα υπόλοιπα στοιχεία που απομένουν αναφέρονται στην επαγγελματική απασχόληση και δεν βαθμολογούνται.

Αναλυτικότερα τα στοιχεία του ερωτηματολογίου είναι: Ελεύθερος Χρόνος (5 στοιχεία, ερωτήσεις 1.1-1.5), Σωματική Υγεία (6 στοιχεία, ερωτήσεις 2.1-2.6), Καθημερινές Δραστηριότητες (6 στοιχεία, ερωτησεις3.1-3.6), Συναισθηματική Κατάσταση (17 στοιχεία, ερωτήσεις 4.1-4.17), Μη Συμμόρφωση (2 στοιχεία, ερωτήσεις 5.1-5.2), Οικογένεια (5 στοιχεία, ερωτήσεις 6.1-6.5), Φίλοι (5 στοιχεία, ερωτήσεις 7.1-7.5), Θεραπεία (4 στοιχεία, ερωτήσεις 8.1-8.4), Ικανοποίηση (1 στοιχείο ερώτηση 9.1), Θετική Στάση (5 στοιχεία ερωτήσεις 10.1-10.5) και Χρηματοοικονομικά δεδομένα (2 στοιχεία, ερωτήσεις 11,12).

Δείγμα

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 102 εξωτερικοί ασθενείς άνδρες και γυναίκες ηλικίας από 36 έως 95 ετών, στα εξής διαβητολογικά κέντρα της Αττικής: Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού Γ.Ν. Μελισσίων «Α. Φλέμιγκ», Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού Γ.Ν. Αθηνών «Λαϊκό», Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού Γ.Ν. Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός-Οφθαλμιατρείο Αθηνών-Πολυκλινική», Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού Γ.Ν. Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων», Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο» και Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού της Β'ΠΠΚ του Π.Γ.Ν. «Αττικόν».

Ο τρόπος συλλογής των δεδομένων ήταν η τυχαία δειγματοληψία διάρκειας από Μάιο έως Σεπτέμβριο του 2016. Αποκλείσθηκαν ασθενείς με ακρωτηριασμό ποδιού, καθώς και τα άτομα με έλκος κάτω άκρου χωρίς, όμως, σακχαρώδη διαβήτη. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε με συνέντευξη από τους ερευνητές.

Θέματα ηθικής και δεοντολογίας

Κατά τη διάρκεια της διεξαγωγής της έρευνας διασφαλίστηκε η προστασία του απορρήτου των προσωπικών δεδομένων των ασθενών, όπως προβλέπεται από την Οικουμενική Διακήρυξη της UNESCO για τη Βιοηθική και τα Ανθρώπινα Δικαιώματα. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν με τη συγκατάθεση του ασθενούς και με κωδικό αριθμό αντί του ονοματεπώνυμου τους.

Στατιστική ανάλυση

Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS15. Πραγματοποιήθηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση για τις ποσοτικές μεταβλητές με τον υπολογισμό μέτρων κεντρικής τάσης [μέση τιμή (Μ), διάμεσος (Δ)] και μεταβλητότητας [τυπική απόκλιση (Τ.Α.), ελάχιστο, μέγιστο]. Επίσης, για τις εννοιολογικές κατασκευές του ερωτηματολογίου υπολογίστηκε ο συντελεστής Cronbach alpha για να ελεγχθεί η εσωτερική εγκυρότητα (internal validity) και αξιοπιστία (reliability) κάθε εννοιολογικής κατασκευής. Τέλος, για τον έλεγχο υποθέσεων για τις ποσοτικές/διατάξιμες μεταβλητές του συνόλου δεδομένων και των εννοιολογικών κατασκευών έγινε χρήση του συντελεστή συσχέτισης του Spearman. Σε όλους τους στατιστικούς ελέγχους υποθέσεων ορίστηκε ως όριο αποδοχής/απόρριψης της μηδενικής υπόθεσης το επίπεδο σημαντικότητας α= 0.05.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έδωσε τη δυνατότητα καταγραφής και αξιολόγησης των παρακάτω στοιχείων που αφορούσαν το φύλο, την ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, την οικονομική κατάσταση, τον τόπο διαμονής, την οικογενειακή και επαγγελματική κατάσταση, την ταξινόμηση κατά Wagner, την εντόπιση του έλκους, τη διάρκεια και το μέγεθος του, τη μέτρηση επιπέδων της γλυκόζης στο αίμα, τον τύπο του σακχαρώδη διαβήτη και, τέλος, τα επουλωμένα και μη επουλωμένα έλκη.

Υπολογίστηκαν οι συχνότητες εμφάνισης και οι ποσοστιαίες συχνότητες εμφάνισης για κάθε επίπεδο των κατηγορικών μεταβλητών του συνόλου δεδομένων (Πίνακας 1), ενώ για τις ποσοτικές μεταβλητές υπολογίστηκαν τα μέτρα κεντρικής τάσης (μέση τιμή, διάμεσος, τυπική απόκλιση, ελάχιστο, μέγιστο) (Πίνακας 2). Ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman, για τον έλεγχο των υποθέσεων για τις ποσοτικές/διατάξιμες μεταβλητές του συνόλου δεδομένων και των εννοιολογικών κατασκευών παρουσιάζεται στον Πίνακα 3.

Από την ανάλυση των δεδομένων φάνηκε ότι αύξηση του βαθμού αξιολόγησης στην ταξινόμηση κατά Wagner προκαλεί μεγαλύτερο εμπόδιο για τους ασθενείς στις ψυχαγωγικές τους δραστηριότητες στον ελεύθερο τους χρόνο ($r(102)=0.459$, $p<0.001$). Επίσης, φάνηκε ότι προκαλεί αύξηση της σωματικής εξουθένωσης και εξάντλησης ($r(102)=0.574$, $p<0.001$). Ακόμα, βρέθηκε ότι η αύξηση της ηλικίας επηρεάζει λιγότερο τη σωματική εξουθένωση και την εξάντληση ($r(102)=-0.199$, $p=0.045$). Ενώ, αντίθετα, η αύξηση του μεγέθους του έλκους φάνηκε ότι αυξάνει τη σωματική εξουθένωση και την εξάντληση ($r(102)=0.258$, $p=0.025$).

Επιπρόσθετα, βρέθηκε ότι με την αύξηση της ηλικίας των ασθενών μειωνόταν η ανησυχία, η απογοήτευση, αλλά και ο θυμός για το μέλλον του έλκους τους ($r(102)=-0.218$, $p=0.028$). Ενώ, αντίθετα, οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς προσέδιδαν περισσότερη προσοχή στις ιατρικές οδηγίες για τη φροντίδα του έλκους και τη διατροφή τους ($r(102)=-0.302$, $p=0.002$).

Επιπλέον, με την αύξηση του βαθμού αξιολόγησης της ταξινόμησης κατά Wagner παρατηρήθηκε πως αυξανόταν η εξάρτηση των ασθενών από άλλα άτομα για την πραγματοποίηση των καθημερινών τους δραστηριοτήτων (r(102)=0.528, p<0.001), καθώς επίσης μεγιστοποιούνταν το αίσθημα ανησυχίας, απογοήτευσης, αλλά και θυμού για το μέλλον του έλκους τους (r(102)=0.447, p<0.001). Ακόμα, βρέθηκε ότι προέκυπταν περισσότεροι διαπληκτισμοί και εντάσεις των ασθενών με μέλη της οικογένειάς τους (r(102)=0.278, p=0.005) και ότι περιορίζονταν η κοινωνική τους ζωή με το φιλικό τους περιβάλλον (r(102)=0.358, p<0.001). Βέβαια, με την αύξηση του βαθμού αξιολόγησης της ταξινόμησης κατά Wagner παρατηρήθηκε ότι οι ασθενείς δεν ακολουθούσαν τις ιατρικές οδηγίες φροντίδας του έλκους και τη διατροφή τους (r(102)=0.294, p=0.003) και ότι μεγιστοποιούνταν η ενόχληση τους με τη θεραπεία και την εμφάνιση του έλκους τους (r(102)=0.480, p<0.001). Τέλος, με την αύξηση αυτής της κλίμακας ταξινόμησης μεγιστοποιούνταν η δυσαρέσκεια των ασθενών αναφορικά με τις δαπάνες που οφειλόταν στη φροντίδα του έλκους τους (r(102)=0.347, p<0.001) και, ταυτόχρονα, η δυσαρέσκεια τους βρέθηκε ότι ενισχύονταν με τη μακροχρόνια εμφάνιση του έλκους (r(80)=0.266, p=0.017).

Ολοκληρώνοντας την ανάλυση των δεδομένων, φάνηκε ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών βελτιωνόταν καθώς αυξανόταν η ηλικία τους (r(102)=-0.247, p=0.012), ωστόσο χειροτέρευε με την αύξηση του βαθμού αξιολόγησης της ταξινόμησης κατά Wagner (r(102)=0.534, p<0.001).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Οι ασθενείς με έλκος διαβητικού ποδιού που έχει επουλωθεί έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής συγκρινόμενοι με εκείνους που το έλκος τους δεν έχει επουλωθεί ακόμα. Ενώ, όπως είναι αναμενόμενο, τα άτομα με έλκος κάτω άκρου έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής από τα άτομα που έχουν υποστεί ακρωτηριασμό (Ribu et al 2008).

Επιπλέον, η βιβλιογραφία αναφέρει ότι τα διαβητικά έλκη κάτω άκρων επιδρούν αρνητικά στη σωματική υγεία των ασθενών και περιορίζουν κατ' επέκταση τη φυσική τους δραστηριότητα. Ενώ, τα άτομα που έχουν αντιμετωπίσει αποτελεσματικά το έλκος κάτω άκρου έχουν μεγαλύτερη συμμετοχή σε φυσικές και κοινωνικές δραστηριότητες (Ribu et al 2008).

Η πρόληψη, μέσω της εκπαίδευσης του ασθενή, έχει καταδείξει πως μπορεί να μειώσει την εμφάνιση των ελκών κάτω άκρου και των ακρωτηριασμών. Ακόμα, έχουν ελαχιστοποιηθεί όχι μόνο οι λοιμώξεις σε διαβητικούς ασθενείς με έλκη, αλλά και οι χειρουργικές επεμβάσεις αντιμετώπισης των προβλημάτων αυτών (Monami et al 2015).

Οι ασθενείς με διαβητικό έλκος στα κάτω άκρα έχουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής, σε σωματικό και ψυχικό επίπεδο, από εκείνους οι οποίοι δεν έχουν εμφανίσει έλκος κάτω άκρου (Valensi et al 2005, Mazlina et al 2011). Οι Fejfarová et al (2014) βρήκαν πως η κατάθλιψη σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης διαβητικού ποδιού, πιθανώς λόγω χαμηλής συμμόρφωσης στις ιατρικές οδηγίες, ενώ οι García-Morales et al (2011) βρήκαν πως στους ασθενείς που αναγκάζονται να εγκαταλείψουν την εργασία τους, αυξάνονται παράλληλα και οι ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις της νόσου.

Σε μελέτη των Alzahrani και Sehlo (2013) διαπιστώθηκε ότι με την αύξηση της χρονικής διάρκειας του έλκους η ποιότητα ζωής των ασθενών μειώνονταν, ενώ παρατηρήθηκε ότι μεγάλο ποσοστό αυτών των ασθενών ήταν καπνιστές. Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε, ότι με την αύξηση της χρονικής διάρκειας του έλκους αυξανόταν η δυσαρέσκεια των ασθενών σχετικά με τις δαπάνες για την αντιμετώπιση του προβλήματος (p=0.017), καθώς αυξάνονταν και η σωματική εξάντληση και εξουθένωση που ένιωθαν (p=0.025) επηρεάζοντας αρνητικά τη συνολική ποιότητα ζωής τους. Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι η εξουθένωση και κούραση (p=0.045) που βίωναν οι συμμετέχοντες στη μελέτη μειωνόταν καθώς αυξανόταν η ηλικία τους. Ταυτόχρονα, όσο αυξανόταν η ηλικία αισθάνονταν λιγότερη ανησυχία και απογοήτευση για το μέλλον (p=0.028).

Περιορισμοί της μελέτης

Κρίνεται απαραίτητο να αναφερθούν οι περιορισμοί της παρούσας έρευνας. Οι περισσότεροι ασθενείς χρησιμοποιούσαν ειδικό υπόδημα αποφόρτισης off-loading, το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια της σωματικής λειτουργίας, ιδίως της κινητικότητας. Έτσι, θα μπορούσε να επηρεαστεί η φυσική δραστηριότητα και η ποιότητα ζωής.

Ακόμα, περιορισμοί της μελέτης αποτελούν το γεγονός πως δεν αξιολογήθηκε η συννοσυρότητα, καθώς και η ακριβής μέτρηση του μεγέθους του έλκους. Οι περισσότεροι ασθενείς δεν επιθυμούσαν να εξετασθούν με ακρίβεια ως προς αυτό.

Τέλος, παράγοντας αδυναμίας της μελέτης αποτελεί και η αυτομέτρηση της γλυκόζης, εφόσον οι πιο πολλοί ασθενείς είχαν πραγματοποιήσει τη μέτρηση στο σπίτι και όχι τη χρονική στιγμή της συμπλήρωσης του ερωτηματολόγιου, προκαλώντας εύλογα ερωτήματα ως προς την ακρίβεια της μέτρησης και του αποτελέσματος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από τη διεξαγωγή της ερευνητικής μελέτης προκύπτει ότι η επιδείνωση της κατάστασης του έλκους σύμφωνα με την ταξινόμηση κατά Wagner, έχει αντίκτυπο σχεδόν σε όλους τομείς της ποιότητας ζωής των

ασθενών. Επιπρόσθετα, τα προβλήματα του έλκους δυσκολεύουν τη συμβίωση των ασθενών με τα μέλη των οικογενειών τους, αυξάνοντας τις εντάσεις και τους διαπληκτισμούς ανάμεσα τους. Επιπλέον, επιβαρύνεται η οικονομική κατάσταση των διαβητικών ασθενών εξαιτίας των προβλημάτων του έλκους, τα οποία χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης και σημαντικής οικονομικής δαπάνης. Παράλληλα, με την ελλιπή φροντίδα του διαβητικού έλκους επιβαρύνεται το Εθνικό Σύστημα Υγείας, λόγω της συχνής προσέλευσης για αντιμετώπιση με ταυτόχρονη αύξηση της υγειονομικής δαπάνης. Παρατηρήθηκε, επίσης, πως τα νεαρότερα άτομα επηρεάζονται περισσότερο αρνητικά τόσο σε σωματικό επίπεδο, όσο και σε ψυχικό, από το έλκος σε σχέση με τους ηλικιωμένους, με αποτέλεσμα να εμφανίζουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής. Τέλος, φάνηκε πως η σοβαρότητα της κατάστασης του έλκους επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής όλων των ασθενών.

Συμπερασματικά, προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι επιδράσεις των προβλημάτων του έλκους του διαβητικού ποδιού και να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των ασθενών, προτείνεται η εκπαίδευση των ασθενών σε θέματα φροντίδα των ποδιών με στόχο τη συμμετοχή στη φροντίδα και τη βελτίωση της υγείας τους. Ακόμα, συστήνεται να χρησιμοποιείται η ταξινόμηση Wagner καθημερινώς προκειμένου να ανιχνευτούν άμεσα έλκη διαβητικού ποδιού και συνάμα να παρακολουθείται το διαβητικό πόδι των ασθενών, με στόχο να αποφθεχθεί η επιδείνωση της κατάστασης του ασθενή και, κατ' επέκταση, η ποιότητα ζωής τους.

Σε αυτό το σημείο, δεν θα μπορούσαν να μην συμπεριληφθούν στις στρατηγικές αντιμετώπισης διαρκή προγράμματα εκπαίδευσης και ενημέρωσης για το σακχαρώδη διαβήτη με στόχο την καλύτερη ενημέρωση της κοινωνίας. Επίσης, καλό θα ήταν, να δοθεί κατάλληλη εκπαίδευση στους φροντιστές των ποδιών δεδομένου ότι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση και φροντίδα του έλκους. Παράλληλα, η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στη φροντίδα του διαβητικού ποδιού κρίνεται απαραίτητη για την έγκαιρη και αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των πιθανών προβλημάτων από τα κάτω άκρα.

Η υιοθέτηση προγράμματος φροντίδας του διαβητικού ατόμου στο σπίτι στοχεύει στη μείωση της ταλαιπωρίας του ασθενή και την καλύτερη παρακολούθηση της κατάστασής του έλκους, ενώ παράλληλα, θα αποτρέψει το συνωστισμό στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων.

Επιπρόσθετα, η δημιουργία εξατομικευμένου προγράμματος άσκησης για τον ασθενή με σακχαρώδη διαβήτη θα βοηθήσει στη βελτίωση της φυσικής του λειτουργίας και κινητικότητας στοχεύοντας στην αποφόρτιση για την ταχύτερη επούλωση του έλκους, με ταυτόχρονη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενή. Παράλληλα, καλό θα ήταν να ενισχυθεί η συμμετοχή σε προγράμματα ψυχοθεραπείας τα οποία επικεντρώνονται σε τεχνικές γνωστικής συμπεριφοράς, συμπεριφορικής οικογενειακής θεραπείας, δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων για τους ασθενείς ώστε να μειώσουν το άγχος και την ψυχολογική φόρτιση που προκαλεί η χρόνια νόσος και οι επιπλοκές της.

Επομένως, κατάλληλες στρατηγικές και συντονισμένες δράσεις μπορούν να αποτελέσουν πολλαπλασιαστή δύναμη αντιμετώπισης του διαβητικού έλκους στο πόδι με στόχο την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με διαβητικό πόδι.

Συμβολή συγγραφέων

Η ΕΛ είχε την ευθύνη του σχεδιασμού της μελέτης, τη συλλογή και ανάλυση των δεδομένων, οι ΕΜ., ΧΛ., ΓΦ., ΕΑ., και ο ΓΒ., συμμετείχαν στην κριτική αξιολόγηση και διόρθωση της εργασίας. Όλοι οι συγγραφείς συνέβαλαν στη συγγραφή αυτής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Alzahrani H.A. & Sehlo M.G. (2013). The Impact of Religious Connectedness on Health-Related Quality of Life in Patients with Diabetic Foot Ulcers. *Journal of Religion and Health* 52:840–850.

American Diabetes Association. (2014). Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, *Diabetes Care* 37(1): 81-90.

Fejfarová V., Jirkovská A., Dragomirecká E., Game F., Bém R., Dubský M., Wosková V., Křížová M., Skibová J. & Wu S. (2014). Does the diabetic foot have a significant impact on selected psychological or social characteristics of patients with diabetes mellitus? *Journal of Diabetes Research* 2014:1-7

García-Morales E., Lázaro-Martínez J.L., Martínez-Hernández D., Aragón-Sánchez J., Beneit-Montesinos J.V. & González-Jurado M.A. (2011). Impact of Diabeti Foot Related Complications on the Health Related Quality of Life (HRQol) of Patients - A Regional Study in Spain. *The International Journal of Lower Extremity Wounds* 10(1):6–11.

International Diabetes Federation. (2015). *IDF Diabetes Atlas* (7th Edition), pp 22-29.

Mazlina M., Shamsul A.S. & Jeffery F.A.S. (2011). Health-related quality of life in patients with diabetic foot problems in Malaysia. *The Medical journal of Malaysia* 66(3):234–8.

Monami M., Zannoni S., Gaias M., Nreu B., Marchionni N. & Mannucci E. (2015). Clinical Study Effects of a Short Educational Program for the Prevention of Foot Ulcers in High-Risk Patients: A Randomized Controlled Trial *International Journal of Endocrinology* 2015:1-5.

Ribu L., Birkelandb K., Hanestadc B. R., Moumd T. & Rustoena T. (2008). A longitudinal study of patients with diabetes and foot ulcers and their health related quality of life: wound healing and quality-of-life changes. *Journal of Diabetes and Its Complications* 22:400– 407.

Valensi P., Girod I., Baron F., Moreau-Defarges T. & Guillon P. (2005). Quality of life and clinical correlates in patients with diabetic foot ulcers. *Diabetes & Metabolism* 31(3):263–271.

World Health Organization. (2016). Global Report on Diabetes, pp20-31.

Yazdanpanah L., Nasiri M. & Adarvishi S. (2015). Literature review on the management of diabetic foot ulcer. *World Journal Diabetes* 6(1):37-53.

Yekta Z., Pourali R., Nezhadrahim R., Ravanyar L. & Ghasemi-rad M. (2011). Clinical and behavioral factors associated with management outcome in hospitalized patients with diabetic foot ulcer. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy* 2011(4):371–375.

Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία. (2012). Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Πρόληψη και Αντιμετώπιση του Σακχαρώδους Διαβήτη και των Επιπλοκών του, σελ1-55.

Πίνακας 1. Περιγραφική στατιστική για κατηγορικές μεταβλητές

	Μεταβλητή	N	%
Φύλο	Άνδρας	80	78.4
	Γυναίκα	22	21.6
	Σύνολο	102	100.0
Επίπεδο Εκπαίδευσης	Υποχρεωτική Εκπαίδευση	39	38.2
	Λύκειο	28	27.5
	Σχολές Επαγγελματικής Κατάρτισης	15	14.7
	Πτυχίο Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος	5	4.9
	Πτυχίο Πανεπιστημίου	11	10.8
	Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Ειδίκευσης	2	2.0
	Διδακτορικό	2	2.0
	Σύνολο	102	100.0
Οικονομική Κατάσταση	Χαμηλή	72	70.6
	Μέτρια	23	22.5
	Υψηλή	7	6.9
	Σύνολο	102	100
Τόπος Διαμονής	Πόλη	83	81.4
	Κωμόπολη	12	11.8
	Προάστια	7	6.9
	Σύνολο	102	100.0

Πίνακας 1. Περιγραφική στατιστική για κατηγορικές μεταβλητές (συνέχεια)

	Μεταβλητή	N	%
Οικογενειακή Κατάσταση	Άγαμος/η	15	14.7
	Έγγαμος/η	76	74.5
	Χήρος/α	2	2.0
	Διαζευγμένος/η	9	8.8
	Σύνολο	102	100.0
Επαγγελματική Κατάσταση	Ιδιωτικός/ή Υπάλληλος	17	16.7
	Δημόσιος Υπάλληλος	4	3.9
	Άνεργος/η	18	17.6
	Συνταξιούχος	63	61.8
	Σύνολο	102	100.0
Ταξινόμηση (Wagner Ulcer)	Βαθμός 0 Απουσία Έλκους	24	23.5
	Βαθμός 1 Πιθανή παρουσία ανατομικής δυσμορφίας, κυτταρίτιδας	10	9.8
	Βαθμός 2 Επιφανειακό	48	47.1
	Βαθμός 3 Επέκταση έλκους	13	12.7
	Βαθμός 4 Βαθύ έλκος	4	3.9
	Βαθμός 5 Γάγγραινα	3	2.9
	Σύνολο	102	100.0
Εντόπιση Έλκους	Δάκτυλο	45	44.1
	Μετατάρσιο	12	11.8
	Μέσου/Οπίσθιου Πόδα	42	41.2
	Πολλαπλές Εντοπίσεις	3	2.9
	Σύνολο	102	100.0
Σακχαρώδης Διαβήτης	Τύπου 1	11	10.8
	Τύπου 2	82	80.4
	Απροσδιόριστος	9	8.8
	Σύνολο	102	100.0
Έλκος	Επουλωμένο	24	23.5
	Μη Επουλωμένο	78	76.5
	Σύνολο	102	100.0

Πίνακας 2. Περιγραφική στατιστική για κατηγορικές μεταβλητές

	N		M	Δ	Τ.Α.	Ελάχιστο	Μέγιστο
	Έγκυρες	Ελλείπουσες					
Ηλικία	102	0	61.90	62.50	11.20	36.00	95.00
Διάρκεια Έλκους (Μήνες)	80	22	14.47	6.00	24.16	0.10	120.00
Μέγεθος Έλκους (cm^2)	75	27	2.03	2.00	1.20	0.30	6.00
Επίπεδο Γλυκόζης	78	24	130.24	124.00	33.68	50.00	220.00

Πίνακας 3. Ανάλυση συσχετίσεων

		Ηλικία	Διάρκεια Έλκους (Μήνες)	Μέγεθος Έλκους (cm2)	Επίπεδο Γλυκόζης	Ταξινόμηση (Wagner Ulcer)
Ελεύθερος Χρόνος	r	-0.160	0.051	-0.008	-0.055	0.459
	p	0.108	0.650	0.944	0.634	0.000
	N	102	80	75	78	102
Σωματική Υγεία	r	**-0.199**	0.148	**0.258**	-0.104	0.574
	p	**0.045**	0.189	**0.025**	0.366	0.000
	N	102	80	75	78	102
Καθημερινές Δραστηριότητες	r	-0.109	0.005	0.204	-0.199	0.528
	p	0.277	0.968	0.079	0.081	0.000
	N	102	80	75	78	102
Συναισθηματική Κατάσταση	r	**-0.218**	0.089	0.044	-0.098	0.447
	p	**0.028**	0.434	0.709	0.392	0.000
	N	102	80	75	78	102
Μη συμμόρφωση	r	**-0.302**	-0.068	0.145	-0.026	0.294
	p	**0.002**	0.549	0.215	0.823	0.003
	N	102	80	75	78	102
Οικογένεια	r	-0.176	0.106	0.036	-0.066	0.278
	p	0.077	0.348	0.761	0.567	0.005
	N	102	80	75	78	102
Φίλοι	r	-0.141	0.160	0.082	-0.149	0.358
	p	0.157	0.155	0.483	0.192	0.000
	N	102	80	75	78	102
Θεραπεία	r	-0.065	0.243	0.261	-0.107	0.480
	p	0.515	0.030	0.024	0.350	0.000
	N	102	80	75	78	102
Θετική Στάση	r	**-0.254**	0.076	0.142	-0.040	0.050
	p	**0.010**	0.503	0.224	0.727	0.619
	N	102	80	75	78	102
Χρηματοοικονομικά	r	-0.168	**0.266**	-0.020	-0.030	0.347
	p	0.092	**0.017**	0.866	0.792	0.000
	N	102	80	75	78	102
Ικανοποίηση	r	0.030	0.087	-0.047	-0.007	0.024
	p	0.766	0.441	0.692	0.952	0.813
	N	102	80	75	78	102
Σύνολο	r	**-0.247**	0.174	0.138	-0.127	0.534
	p	**0.012**	0.122	0.238	0.268	0.000
	N	102	80	75	78	102

RESEARCH STUDY

Investigation and evaluation of diabetic foot patient's quality of life

Elissavet Lykoudi[1], Georgia Fasoi[2], Evangelia Meimeti[3], Chariklia Loupa[4], Eleni Arvanitidou[5], Georgios Vassilopoulos[6]

1. Nurse, MSc, DHI Global Medical Group,
2. Associate Professor, Department of Nursing, University of Western Attica, Greece
3. Nurse, MSc, PhD, General Hospital of Athens "Sismanoglio-Amalia Fleming", "Amalia Fleming" Hospital Unit
4. Pathologist, Infection specialist, Diabetic Foot Care Clinic "Dimitris Vogiatzoglou", Athens General Hospital "Sismanoglio-Amalia Fleming", "Amalia Fleming" Hospital Unit,
5. Nurse, MS (c), General Hospital of Thessaloniki "G. Papanikolaou"
6. Assistant Professor, Department of Nursing, University of Western Attica

ABSTRACT

Introduction: Diabetes mellitus is a chronic disease that causes multiple lesions in the human body. The prevalence of the disease is particularly increased at international and national level. It is manifested by high blood glucose levels, while medical monitoring is required. Particular attention is needed to diabetes complications which may be retinopathy, nephropathy, peripheral neuropathy and diabetic foot.
Aim of the present study was to investigate the quality of life of patients with a diabetic foot.

Methods: The research sample were 102 patients in 6 diabetic centers of public hospitals in Athens, Greece. The Diabetic Foot Ulcer Scale: Patient (DFS) was used to collect the data in GreeK. The statistical analysis was performed with the SPSS15.

Results: The sample consisted of 102 people, 80 males (78.4%) and 22 females (21.6%). Statistical analysis showed a significant difference between the patients' age and physical exhaustion (p=0.045), emotional state (p=0.028) and non-compliance to medical guidelines for ulcers self-care (p=0.002). In addition, statistically significant positive correlations were found in the Wagner classification (classification system for diabetic foot ulcers) in several areas of quality of life.

Conclusions: The present research study concluded that the Wagner classification had strong correlations in several areas of patients' quality of life. At the same time, the patients' financial status was affected by the ulcers, and there were also difficulties in cohabiting with other family members. The severity of the ulcer negatively affected the patients' quality of life.

Keywords: diabetes mellitus, diabetic foot, quality of life, ulcer

Corresponding author: Evangelia Meimeti
e-mail: e.meimeti@gmail.com
Telephone: 0030 697 7188145

Submission date: 13/06/2018
Publication date: January 2019

Citation: Lykoudi E., Fasoi G., Meimeti E., Loupa C., Arvanitidou E. & Vassilopoulos G. (2019). Investigation and evaluation of diabetic foot patients' quality of life. *Hellenic Journal of Nursing Science* 12(1): 44-52

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: ΤΖΑΝΝΗΣ ΠΟΛΥΚΑΝΔΡΙΩΤΗΣ, ΜΙΧΑΗΛ ΜΑΤΖΑΝΑΣ

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,
Μάρθα Κελέση, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο, Δυτικής Αττικής,
Μαρία Μαλλιαρού, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
Στέφανος Μαντζούκας, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
Αθανάσιος Μαστροκώστας, PhD,
Ευγενία Μηνασίδου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης,
Ιωάννα Παπαθανασίου, Επίκουρη Καθηγήτρια Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
Τζαννής Πολυκανδριώτης, MSc, ΨΝΑ «Δαφνί»
Βασιλική Ρόκα, PhD,
Μαρία Σαρίδη, PhD,
Ελένη Χριστοδούλου, PhD,
Χρύσα Χρυσοβιτσάνου, PhD

ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ

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 Μεϊμέτη
Νικόλαος Μπακάλης
Δημήτριος Μπαρουξής
Λάμπρος Μπίζας
Ιωάννης Μωϋσογλου
Δήμητρα Παλητζήκα
Νίκη Παυλάτου
Δημήτριος Πιστόλας
Γεώργιος Ποντισίδης,
Νικόλαος Στεφανόπουλος
Γεώργιος Σιδηράς,
Αγγελική Σταθαρού,
Ευαγγελία Σταματοπούλου,
Αναστάσιος Τζεναλής
Αικατερίνη Τόσκα
Ευάγγελος Φραδέλος
Καλλιόπη Χατζίκα

ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Dr Θεόδωρος Ξάνθος, Καθηγητής Φυσιολογίας & Παθολογικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή, Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου
Dr Theodoros Koutroubas, Professor, UC Louvain, Brussels, Belgium
Dr Irena Papadopoulos, Professor of Transcultural Health and Nursing, Head of Research Centre for Transcultural Studies in Health, Middlesex University, London, UK
Dr Denise 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
Dr Lorendana Sasso, Associate Professor, Universita degli Studi di Genova, Italy
Cecilia Sironi, RN, BSc, MSc, Universita degli Studi dell' Isubria-Varese, Italy,
Dr Rocco Gennaro, Professor, Head of the Nursing School, Catholic University Our Lady of Good Counsel, Director of Centre of Excellence for Nursing Scholarship, Rome, Italy
Dr Thomas Kearns, Professor, Executive Director of Faculty of Nursing & Midwifery, Royal College of Surgeons, Ireland
Dr Helene Kelly, International Consultant, Vice President Florence Network, University College Sealand, Denmark
Dr Vilma Zydziunaite, RN, MSc, MEdSc, PhD, Professor-Researcher, Vytautas Magnus University, Klaipeda State College, Lithuania
Dr Carlos Melo-Dias, Professor of Nursing, 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
Leonardo 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

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 12 - ISSUE 1
JANUARY - FEBRUARY - MARCH
2019

Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης
Hellenic journal of Nursing Science

http://journal-ene.gr/

ΤΟΜΟΣ 12 - ΤΕΥΧΟΣ 1
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ
2019

ENE
ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
www.enne.gr