Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης
Hellenic journal of Nursing Science



Τόμος 14, Τεύχος 1, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ - ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ - ΜΑΡΤΙΟΣ 2021

Volume 14, Issue 1, JANUARY - FEBRUARY - MARCH 2021

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ – REVIEWS

Η σχέση ιατρού-ασθενή κατά τη διαδικασία διαμόρφωσης των ιατρικών αποφάσεων και η διαχείριση της «καθησύχασης» σε ογκολογικούς ασθενείς
The physician-patient relationship in medical decisions and managing «reassurance» in oncology patients
Άννα Πατσοπούλου, Στυλιανός Τερζούδης, Στέργιος Κραβαρίτης, Γεώργιος Κεσίσογλου

Πλεονεκτήματα της νυχτερινής αιμοκάθαρσης στην κλινική έκβαση και στην ποιότητα ζωής ασθενών με Χρόνια Νεφρική Νόσο Τελικού Σταδίου συγκριτικά με την κλασική αιμοκάθαρση
Advantages of nocturnal hemodialysis on clinical outcomes and quality of life of patients with End-stage Chronic Kidney Disease compared to classic dialysis
Μιχάλης Τσανασίδης, Σοφία Θεοφανίδου, Θεοδώρα Καυκιά

ΒΡΑΧΕΙΕΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ – SHORT COMMUNICATIONS

Εφαρμογή πρωτοκόλλου EarlyRecoveryAfterSurgery (ERAS) σε επεμβάσεις ήπατος: μία ανασκόπηση της σύγχρονης βιβλιογραφίας
Application of Early Recovery After Surgery (ERAS) after liver surgery: a review of current literature
Οδυσσεύς Ι. Μπότσης

ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ/ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΝΑΣΚΟΠΗΣΗ – SYSTEMATIC REVIEW

Η χρήση του υπερβαρικού οξυγόνου στην αντιμετώπιση των χειρουργικών τραυμάτων
The use of hyperbaric oxygen in surgical wounds treatment
Μαρία Κιρκέτσου, Ευάγγελος Α. Κωνσταντίνου

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ - RESEARCH ARTICLES

Η αξιολόγηση του άγχους ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας σε άτομα που έχουν υποστεί εργασιακή παρενόχληση
Assessing of anxiety as a trait personality in people who have been harassed in the workplace
Μαρία Μανιού, Σοφία Ζυγά

Πολλαπλή Σκλήρυνση και Θρησκευτικότητα
Multiple Sclerosis and Religiosity
Κωνσταντίνα Μεταξούλη, Ελένη Σπηλιοπούλου, Αθανάσιος Τζιάτζιος, Σωτήριος Πλακάς, Ολυμπία Κωνσταντακοπούλου, Θωμάς Δόγρανλης

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: **ΤΖΑΝΝΗΣ ΠΟΛΥΚΑΝΔΡΙΩΤΗΣ**
ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗΣ: **Δρ Θεοδώρα Καυκιά,** Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ: **ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΑΒΡΑΜΙΔΗΣ**

Το ΔΣ της ΕΝΕ:
Πρόεδρος: Δημήτριος Σκουτέλης, Αντιπρόεδρος Α΄: Απόστολος Κωτσής, Αντιπρόεδρος Β΄: Γεώργιος Αρβανίτης,
Γενικός Γραμματέας: Τζαννής Πολυκανδριώτης, Αναπληρωτής Γραμματέας: Κωνσταντία Μπελαλή,
Ταμίας: Λάμπρος Μπίζας, Οργανωτικός Γραμματέας: Γεώργιος Αβραμίδης

Μέλη:
Αριστείδης Δάγλας, Δημήτριος Πιστόλας, Ειρήνη Κολώνια, Μιχαήλ Μαντζανάς, Γεώργιος Δόντσιος,
Παναγιώτης Κοσκινάς, Ευτυχία Γιάγκου, Μαρία Μηλάκα

ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ:
Δρ Μιχαήλ Κουράκος, Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Μαιευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Μακεδονίας
Δρ. Γεώργιος Κριτσωτάκης, Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων και Τουρισμού, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο

ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ:
Ιωάννης Κυριόπουλος, Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας, Κοσμήτωρ ΕΣΔΥ
Αλέξιος Παραράς, Δικηγόρος, Δημοσιολόγος, Νομικός Σύμβουλος ΕΝΕ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ
Παρασκευή Αποστολάρα, Λέκτορας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, **Μαρία Γκριζιώτη**, MSc, **Αθηνά Καλοκαιρινού**, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ, **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, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος, **Ιωάννα Παπαθανασίου**, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, **Τζαννής Πολυκανδριώτης**, MSc, ΨΝΑ «Δαφνί», **Μαρία Σαρίδη**, Επίκουρος Καθηγήτρια, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, **Χρύσα Χρυσοβιτσάνου**, MSc,PhD, Αιγινήτειο Νοσοκομείο

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΡΙΤΩΝ
Γεώργιος Αργυρίου, Αριστείδης Βασιλόπουλος, Αικατερίνη Βενέτη, Μαρία Γέραλη, Γεώργιος Ελεσνίτσαλης, Ευτυχία Ευαγγελίδου, Γεώργιος Ευλαβής, Μιχαήλ Ζωγραφάκης-Σφακιανάκης, Αγγελική Καραΐσκου, Νικόλαος Κοντοδημόπουλος, Αγορίτσα Κουλούρη, Βαΐα Κωνσταντικάκη, Θεοχάρης Κωνσταντινίδης, Ελένη Λαχανά, Πολυξένη Λιαμοπούλου, Πολυξένη Μαγγούλια, Γεώργιος Μανομενίδης, Ευαγγελία Μεϊμετη, Νικόλαος Μπακάλης, Δημήτριος Μπαρουξής, Λάμπρος Μπίζας, Δήμητρα Παλητζήκα, Νίκη Παυλάτου, Δημήτριος Πιστόλας, Γεώργιος Ποντισίδης, Γεώργιος Σιδηράς, Αγγελική Σταθαρού, Ευαγγελία Σταματοπούλου, Νικόλαος Στεφανόπουλος, Αναστάσιος Τζενάλης, Αικατερίνη Τόσκα, Ευάγγελος Φραδέλος

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

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ – REVIEWS

Η σχέση ιατρού-ασθενή κατά τη διαδικασία διαμόρφωσης των ιατρικών αποφάσεων και η διαχείριση της «καθησύχασης» σε ογκολογικούς ασθενείς

The physician-patient relationship in medical decisions and managing «reassurance» in oncology patients

Άννα Πατσοπούλου, Στυλιανός Τερζούδης, Στέργιος Κραβαρίτης, Γεώργιος Κεσίσογλου 3

Πλεονεκτήματα της νυχτερινής αιμοκάθαρσης στην κλινική έκβαση και στην ποιότητα ζωής ασθενών με Χρόνια Νεφρική Νόσο Τελικού Σταδίου συγκριτικά με την κλασική αιμοκάθαρση

Advantages of nocturnal hemodialysis on clinical outcomes and quality of life of patients with End-stage Chronic Kidney Disease compared to classic dialysis

Μιχαήλ Τσανασίδης, Σοφία Θεοφανίδου, Θεοδώρα Καυκιά 16

ΒΡΑΧΕΙΕΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ – SHORT COMMUNICATIONS

Εφαρμογή πρωτοκόλλου Early Recovery After Surgery (ERAS) σε επεμβάσεις ήπατος: μία ανασκόπηση της σύγχρονης βιβλιογραφίας

Application of Early Recovery After Surgery (ERAS) after liver surgery: a review of current literature

Οδυσσεύς Ι. Μπότσης 22

ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ/ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ – SYSTEMATIC REVIEW

Η χρήση του υπερβαρικού οξυγόνου στην αντιμετώπιση των χειρουργικών τραυμάτων

The use of hyperbaric oxygen in surgical wounds treatment

Μαρία Κιρκέτσου, Ευάγγελος Α. Κωνσταντίνου 28

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ - RESEARCH ARTICLES

Η αξιολόγηση του άγχους ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας σε άτομα που έχουν υποστεί εργασιακή παρενόχληση

Assessing of anxiety as a trait personality in people who have been harassed in the workplace

Μαρία Μανιού, Σοφία Ζυγά 39

Πολλαπλή Σκλήρυνση και Θρησκευτικότητα

Multiple Sclerosis and Religiosity

Κωνσταντίνα Μεταξούλη, Ελένη Σπηλιοπούλου, Αθανάσιος Τζιάτζιος, Σωτήριος Πλακάς, Ολυμπία Κωνσταντακοπούλου, Θωμάς Δόγρανλης 52

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ & ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ 59

ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ 61

Η σχέση ιατρού-ασθενή κατά τη διαδικασία διαμόρφωσης των ιατρικών αποφάσεων και η διαχείριση της «καθησύχασης» σε ογκολογικούς ασθενείς

Άννα Πατσοπούλου[1], Στυλιανός Τερζούδης[2], Στέργιος Κραβαρίτης[3], Γεώργιος Κεσίσογλου[4]

1. Νοσηλεύτρια, Καθηγήτρια Φυσικής Αγωγής, Τεχνολόγος Ιατρικών Εργαστηρίων, PhD, MSc, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας

2. Οικονομολόγος, MSc

3. Διοικητικός Υπάλληλος, MSc, Υπεύθυνος Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, 5η Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας

4. Κοινωνικός Ψυχολόγος, Μέλος ΣΕΠ ΕΑΠ – ΜΔΥ «Διοίκηση Μονάδων Υγείας»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η σύγχρονη θεώρηση για τη θεραπεία του καρκίνου συνδέεται άρρηκτα με την επικοινωνία του κλινικού ιατρού με τον ασθενή και την από κοινού λήψη αποφάσεων, αφού η θεραπεία του καρκίνου επηρεάζει την ποιότητα ζωής του ασθενή ακόμα και αρκετά χρόνια μετά τη διάγνωση. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι α) η διερεύνηση των τύπων επικοινωνίας ιατρού-ασθενή καθώς και τα εμπόδια που σχετίζονται με την επικοινωνία, β) η αναφορά στην από κοινού συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων σε ογκολογικούς ασθενείς, αναλύοντας τα βήματα του πρωτόκολλου «PREPARED» και γ) η παρουσίαση μεθόδων ενημέρωσης με επίκεντρο την μέθοδο «SPIKES», καθώς και αναφορά στην έννοια της καθησύχασης του ογκολογικού ασθενή. Για τη δυαδική σχέση επικοινωνίας ιατρού-ασθενή έχουν προταθεί ποικίλα μοντέλα ένα εκ των οποίων είναι αυτό των Szasz και Hollender, κάνοντας λόγο για πατερναλιστική, πληροφοριακή και συνεργατική επικοινωνία. Η από κοινού λήψη αποφάσεων φαίνεται να επηρεάζει την επικοινωνία του κλινικού ιατρού με τον ογκολογικό ασθενή, ενώ η μέθοδος ενημέρωσης «SPIKES» καταδεικνύεται η πιο κατανοητή, εύχρηστη και αποτελεσματική. Συμπερασματικά η αμοιβαία συμμετοχή στην επικοινωνία ιατρού και ογκολογικού ασθενή, η από κοινού λήψη αποφάσεων, η αποτελεσματική μέθοδος ενημέρωσης βασισμένη στις δεξιότητες των ιατρών, στην ενσυναίσθηση και στην καθησύχαση φαίνεται να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαχείριση του καρκίνου.

Λέξεις Κλειδιά: Επικοινωνία ιατρού-ασθενή, καθησύχαση, λήψη απόφασης, μέθοδοι ενημέρωσης

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Άννα Πατσοπούλου
e-mail: pats.anna@yahoo.com

Ημερομηνία υποβολής: 23/09/2019
Ημερομηνία δημοσίευσης: Ιανουάριος 2021

Σημείωμα εκδότη: Η παρούσα δημοσίευση εκφράζει την προσωπική άποψη των συγγραφέων.

Αναφορά του άρθρου ως: Πατσοπούλου Α., Τερζούδης Σ., Κραβαρίτης Σ. & Κεσίσογλου Γ. (2021). Η σχέση ιατρού-ασθενή κατά τη διαδικασία λήψης των ιατρικών αποφάσεων και η διαχείριση της «καθησύχασης» σε ογκολογικούς ασθενείς. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 14(1): 3-15. https://doi.org/10.24283/hjns.202111

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ:

- **Η επικοινωνία ιατρού-ασθενή**
- **Η από κοινού λήψη απόφασης ιατρού-ασθενή**
- **Το σύστημα δομημένης συνεργασίας «PREPARED»**
- **Μέθοδοι ενημέρωσης σε ογκολογικούς ασθενείς**
- **Η έννοια της καθησύχασης**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η επικοινωνία μεταξύ ιατρών και ασθενών αποτελεί μία σύνθετη αλληλεπίδραση με διαφορετικές γνώσεις και στόχους μεταξύ τους, η οποία επηρεάζει την έκβαση της ιατρικής επίσκεψης (Ong et al 1995). Η μετατόπιση από το βιοϊατρικό μοντέλο προς την ανθρώπινη πλευρά της ιατρικής (βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο) δημιουργεί ένα πλαίσιο στο οποίο η ενημέρωση και η συμμετοχή των ασθενών αποτελούν σημαντικά ζητήματα έρευνας (Engel 1980).

Ως επικοινωνία ορίζεται η «διαδικασία ανταλλαγής πληροφοριών μεταξύ των ατόμων εν μέσω ενός κοινού συστήματος συμβόλων, σημάτων ή τρόπων συμπεριφοράς» (DeVito 2006). Η επικοινωνία είναι μια πολυδιάστατη έννοια καθώς περιλαμβάνει στοιχεία λεκτικά και μη λεκτικά (Τσούνης & Σαράφης 2014). Οι δεξιότητες επικοινωνίας του ιατρού ως προς την αντιμετώπιση των προκλήσεων είναι ζωτικής σημασίας στο πλαίσιο του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης (Manthey 2012), σύμφωνα και με τις τοποθετήσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO 1993, WHO 2011).

Τα δυνατά σημεία της αποτελεσματικής επικοινωνίας ασθενή-ιατρού αφορούν τη συναισθηματική εξισορρόπηση των ασθενών, την αναγνώριση των αναγκών, τη δυνατότητα κατανόησης των ιατρικών πληροφοριών, τη συνειδητή υπακοή στη θεραπεία και στις ιατρικές οδηγίες, την παροχή χρήσιμων πληροφοριών που συμβάλλουν στην ακριβή διάγνωση, την εξάλειψη των παραπόνων και του εργασιακού άγχους (Fong Ha & Longnecker 2010). Εν τούτοις, δεν υφίσταται ένα σαφές οριοθετημένο πλαίσιο συμφωνίας αναφορικά με το περιεχόμενο της αποτελεσματικής επικοινωνίας μεταξύ ιατρού-ασθενή (Ishikawa et al 2013). Γενικές κατευθυντήριες γραμμές περιλαμβάνουν στοιχεία όπως η ανταλλαγή των πληροφοριών, η συμμετοχή του ασθενή στη λήψη απόφασης, η συνεργασία μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας (π.χ δομημένο πρόγραμμα «PREPARED»), καθώς και η διαχείριση της αβεβαιότητας και της άρνησης (Zolnierek & DiMatteo 2009).

Όσον αφορά τους ογκολογικούς ασθενείς η διεπιστημονική προσέγγιση στη θεραπεία του καρκίνου συνδέεται με τη συμμετοχή τους στη λήψη απόφασης ως βασικό στοιχείο της περίθαλψης και επικοινωνίας με επίκεντρο τον ασθενή (Katz & Hawley 2013, Kane et al 2014). Οι ανάγκες των ογκολογικών ασθενών είναι αυξημένες και ιδιαίτερα η ανάγκη δημιουργίας σχέσης και υποστήριξης από τον θεράποντα ιατρό (Ong et al 2000, Michie e al 2003, Epstein & Street 2007, Prip et al 2018), αφού η θεραπεία του καρκίνου επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών ακόμα και αρκετά χρόνια μετά τη διάγνωση (Given & Sherwood 2005). Τα οφέλη της αποτελεσματικής επικοινωνίας μεγιστοποιούνται μέσω της υιοθέτησης της από κοινού λήψης αποφάσεων με τους ασθενείς και της ανάπτυξης των επικοινωνιακών δεξιοτήτων των ιατρών κατά την ανακοίνωση νοσημάτων με δυσμενή πρόγνωση, διασφαλίζοντας, παράλληλα, την αυτονομία των ασθενών (Stiggelbout et al 2012, Fujimori et al 2014).

Στη συνέχεια, η δομή της μελέτης θα βασιστεί σε τρεις άξονες. Αρχικά θα γίνει αναφορά στους τύπους επικοινωνίας ιατρού-ασθενή και προσπάθεια διερεύνησης των παραγόντων που σχετίζονται με το βαθμό συμμετοχής του ασθενή στην επικοινωνία με τον θεράποντα ιατρό, στη συνέχεια η μελέτη θα εστιάσει στην από κοινού συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων σε ογκολογικούς ασθενείς, αναλύοντας και τα βήματα του πρωτόκολλου «PREPARED», ενώ τέλος θα παρουσιαστούν οι μέθοδοι ενημέρωσης των ασθενών, εστιάζοντας στη μέθοδο «SPIKES» και στην έννοια της καθησύχασης.

Τύποι επικοινωνίας ιατρού-ασθενή και παράγοντες που σχετίζονται με το βαθμό επικοινωνίας

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση καταδεικνύει ότι για τη δυαδική σχέση ιατρού-ασθενή έχουν συζητηθεί ποικίλα μοντέλα (Emanuel & Emanuel 1992, Deber 1994), τα οποία με την πάροδο του χρόνου βασίστηκαν σε νέες προσεγγίσεις για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης, όπως για παράδειγμα η από κοινού λήψη αποφάσεων (Emanuel & Emanuel 1992, Charles et al 1997) και οι προσεγγίσεις με επίκεντρο τον ασθενή (Mead & Bower 2000).

Μια από τις σημαντικότερες και πολυσυζητημένες οριοθετήσεις της αλληλεπίδρασης των δύο εμπλεκόμε-

νων πλευρών έχει προταθεί από τους Szasz & Hollender (1956) προτείνοντας τρία βασικά μοντέλα επικοινωνίας σχετικά με το βαθμό παθητικότητας του ασθενή. Το πρώτο μοντέλο είναι η «ενεργητικότητα-παθητικότητα», το δεύτερο η «καθοδηγούμενη συνεργασία» και τέλος η «αμοιβαία συμμετοχή». Τα δύο πρώτα μοντέλα, όπως παρουσιάζονται στον Πίνακα Ι, θέτουν ως επίκεντρο τον ιατρό, ενώ το τελευταίο δίνει μεγαλύτερη βαρύτητα στην ιατρική αντιμετώπιση με επίκεντρο τον ασθενή (Kaba & Sooriakumaran 2007).

Πίνακας Ι: Μοντέλα Επικοινωνίας κατά Szasz και Hollender

ΜΟΝΤΕΛΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	ΡΟΛΟΣ ΓΙΑΤΡΟΥ	ΡΟΛΟΣ ΑΣΘΕΝΗ	ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΠΡΩΤΟΤΥΠΟ ΜΟΝΤΕΛΟ
Ενεργητικότητας-Παθητικότητας	Απόλυτος έλεγχος	Ανίκανος να αντιδράσει	Χειρουργείο, παιδιατρική Μονάδα Εντατικής θεραπείας, κώμα, καταπληξία	Σχέση γονέα και απροστάτευτου βρέφους
Καθοδηγούμενης Συνεργασίας	Καθοδηγεί τον ασθενή	Συνεργάζεται με τυφλή υπακοή	εμπύρετες καταστάσεις, οξείες διαταραχές, λοιμώξεις, μολύνσεις	σχέση γονέα με το ανήλικο παιδί
Αμοιβαίας Συμμετοχής	Βοηθάει τον ασθενή να βοηθήσει τον εαυτό του, ενσυναίσθηση	Συνεργατική συμμετοχή	διαβήτης, άσθμα, μυασθένεια, ογκολογικοί ασθενείς, ψυχιατρικούς ασθενείς	σχέση ενήλικα με ενήλικα

Ιδία προσαρμογή από Kaba & Sooriakumaran (2007).

Αναλυτικά, στο πρώτο μοντέλο της «ενεργητικότητας-παθητικότητας» δεν υφίσταται κανένα είδος αλληλεπίδρασης αφού πραγματεύεται περιπτώσεις όπου ο ίδιος ο ασθενής είναι παθητικός και ακινητοποιημένος λόγω της σοβαρότητας και κρισιμότητας της υγείας του, αδυνατώντας να συμμετάσχει στη λήψη αποφάσεων για την αποκατάσταση της υγείας του. Οι Kaba & Sooriakumaran (2007) υποστηρίζουν ότι ο ασθενής θεωρείται αβοήθητος και η απόφαση για τη θεραπεία που απαιτείται εξαρτάται από την εξειδικευμένη γνώση του ιατρού, μια κατάσταση που είναι απολύτως δικαιολογημένη στο πλαίσιο έκτακτης ιατρικής ανάγκης, διότι ο χρόνος που απαιτείται για να εμπλακεί ο ασθενής στη λήψη αποφάσεων θα έθετε σε κίνδυνο την υγεία του. Αυτός ο τύπος σχέσης παραχωρεί στον ιατρό τον απόλυτο έλεγχο της κατάστασης. Χαρακτηριστικές μορφές αυτής της σχέσης παρατηρούνται στα επείγοντα, στο χειρουργείο, στην παιδιατρική κλινική και στη μονάδα εντατικής θεραπείας σε ασθενείς με καταστολή και καταπληξία, ενώ παρομοιάζεται με τη σχέση γονέα και απροστάτευτου βρέφους (Σαραντοπούλου 2017).

Στο μοντέλο της «καθοδηγούμενης συνεργασίας», ο ασθενής έχει λιγότερο παθητικό ρόλο ακολουθώντας πιστά τις οδηγίες του θεράποντος ιατρού χωρίς, όμως, να έχει τη δυνατότητα απόφασης για τη διάγνωση και τη θεραπεία του. Χρησιμοποιείται σε καταστάσεις που είναι λιγότερο οξείες. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου το άτομο που μπορεί να είναι άρρωστο και να βιώνει άγχος, είναι πρόθυμο να «συνεργαστεί» και να τοποθετήσει τον ιατρό σε θέση εξουσίας. Ως εκ τούτου, ο ιατρός θα μιλήσει καθοδηγητικά και αναμένει ότι ο ασθενής θα συνεργαστεί και θα υπακούσει χωρίς αμφιβολία. Η σχέση αυτή αναφέρεται σε εμπύρετες καταστάσεις, σε οξείες διαταραχές, σε λοιμώξεις και μολύνσεις, ενώ το υπόδειγμα αυτό ταυτίζεται με την σχέση του γονέα με το ανήλικο παιδί του (Kaba & Sooriakumaran 2007, Σαραντοπούλου 2017).

Το τελευταίο μοντέλο της «αμοιβαίας συμμετοχής» χαρακτηρίζεται από την αμφίδρομη σχέση των από κοινού αποφάσεων και της ευθύνης ιατρού - ασθενούς, καθώς και στη διττή εισαγωγή πληροφοριών. Συνήθως αυτός ο τύπος αλληλεπίδρασης χρησιμοποιείται σε χρόνιες καταστάσεις (σακχαρώδης διαβήτης, άσθμα, μυασθένεια, ογκολογικοί ασθενείς, κλπ), σε ψυχιατρικούς ασθενείς και σε δραστηριότητες αγωγής υγείας, με τον ασθενή να διαδραματίζει ενεργό ρόλο στη διαχείριση της ασθένειάς του. Αυτό το μοντέλο παρέχει στον ασθενή μεγαλύτερο βαθμό ευθύνης, χαρακτηρίζεται από υψηλό βαθμό ενσυναίσθησης και στη βάση της είναι μια τυπική σχέση ενήλικα με ενήλικα (Ha & Longnecker 2010).

Όπως προειπώθηκε, το μοντέλο της «αμοιβαίας συμμετοχής» ενδείκνυται για την περίπτωση των ογκολογικών ασθενών. Σύμφωνα με τους Βενιού και Τεντολούρη (2013), η δυαδική σχέση ιατρού-ασθενούς είναι σημαντική για την ικανότητα των ασθενών να αντιμετωπίσουν τον καρκίνο και έχει αντίκτυπο στην ικανοποίηση της φροντίδας, πιστοποιώντας έτσι την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Donabedian 1988). Έρευνες υποστηρίζουν ότι οι ογκολογικοί ασθενείς έχουν ανάγκη από σχέσεις υποστηρικτικές και φροντίδας από τους ιατρούς επειδή η θεραπεία του καρκίνου επηρεάζει την ποιότητα ζωής του ασθενούς τόσο βραχυχρόνια όσο και μακροχρόνια (Bakker et al 2001, Epstein & Street 2007). Οι Grünloh και συν (2018), αναφέρουν ότι η συμμετοχή

των ασθενών θεωρείται ως μέσο για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών και βασικό στοιχείο του επανασχεδιασμού της υγειονομικής περίθαλψης, ενώ αρκετοί παράγοντες φαίνεται να σχετίζονται με το βαθμό συμμετοχής τους στην επικοινωνία με το θεράποντα ιατρό τους (Street et al 2005). Αυτοί οι παράγοντες, σύμφωνα με τους Street και συν (2005) αφορούν τα κοινωνικά χαρακτηριστικά, όπως η ηλικία, το φύλο, η εθνικότητα, το μορφωτικό επίπεδο, η κοινωνική τάξη και η φυλή (λευκή ή νέγρικη). Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι από τη μία οι ασθενείς έδειχναν προτίμηση σε λευκούς φροντιστές και ιδιαίτερα στις γυναίκες που είναι πιο υποστηρικτικές, και παράλληλα συμμετείχαν ενεργά στη θεραπεία τους όταν ο ιατρός τους ήταν περισσότερο μορφωμένος (βεβαιότητα για τη διάγνωση και τη θεραπεία), ενώ από την άλλη οι ιατροί ήταν πιο υποστηρικτικοί με τους λευκούς ασθενείς.

Εκτός από την κατηγοριοποίηση που αναλύθηκε παραπάνω, έχουν προταθεί και άλλες παραλλαγές, οι οποίες παρουσιάζονται συνοπτικά στον Πίνακα ΙΙ (DiMatteo & Martin 2011). Με βάση το κριτήριο των ιατρικών αναγκών και των αντιλήψεων διατυπώθηκαν τα μοντέλα των Ballard-Reisch και Rotter et al, ενώ ενσωματώνοντας και τα τεχνικά κριτήρια της επικοινωνίας έχει προταθεί το 1997 μία νέα ταξινόμηση με βάση τους Roter και συν (DiMatteo & Martin 2011).

Πίνακας ΙΙ. Λοιπά μοντέλα επικοινωνίας ιατρών-ασθενών

ΜΟΝΤΕΛΟ	ΕΤΟΣ	ΤΥΠΟΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ				
Ballard-Reisch	1990	Απόσεισης Ευθυνών	Αυτονομίας Ασθενούς	Συνεργασίας	Τερματισμού Σχέσης	
Rotter et al	1992	Πατερναλι-στικός	Καταναλωτικός	Πολύ περιορισμένης σχέσης	Αμοιβαιότητας	
Rotter, Steward, Lipkin, Stiles & Inui	1997	Αμιγώς βιοϊατρικός	Διευρυμένος βιοϊατρικός	Βιοψυχοκοινωνικός	Ψυχοκοινωνικός	Καταναλωτικός

Ιδία προσαρμογή από DiMatteo & Martin (2002)

Ο προσδιορισμός των παραγόντων που επηρεάζουν τη συμμετοχή του ασθενή αποτελεί σημαντικό βήμα κατά την προσπάθεια επίτευξης της αμοιβαίας συμμετοχής που θεωρείται το ιδανικό μοντέλο. Δύο είναι διαχρονικά οι παράγοντες που διαμορφώνουν το επικοινωνιακό πλαίσιο: α) τι μπορεί να συνεισφέρει η κάθε πλευρά και β) τι θεωρεί η κάθε πλευρά ότι είναι χρηστικό για τη θεραπευτική σχέση (DiMatteo & Martin 2011). Αναλυτικά, η φύση της ασθένειας και ο τρόπος οργάνωσης του εκάστοτε συστήματος υγείας επηρεάζουν σημαντικά τη στάση του ασθενή στην επικοινωνία με τον ιατρό, ενώ η εμπειρία της ασθένειας (ως υποκειμενική διάσταση) διαμορφώνεται από μια σειρά μεταβλητών όπως η οικογένεια, η ηλικία, το φύλλο, η οικονομική και κοινωνική κατάσταση (Street et al 2005). Η ηλικία του ασθενή, για παράδειγμα, δείχνει να σχετίζεται με την ανάκληση πληροφοριών. Σε έρευνα των Jansen et al (2008) και στις περιπτώσεις όπου λήφθηκε υπόψη ο συνολικός όγκος των πληροφοριών διαπιστώθηκε ότι η αύξηση της ηλικίας μειώνει τη δυνατότητα ανάκλησης πληροφοριών. Σε περιπτώσεις ογκολογικών ασθενών παρατηρήθηκε ότι οι ηλικιωμένοι προτιμούν πιο παθητικό ρόλο στη θεραπευτική διαδικασία. Ομοίως, αυξημένες πιθανότητες παθητικού ρόλου συγκεντρώνουν οι γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες (Kane et al 2014). Στοιχεία όπως, η πνευματικότητα του ασθενούς, οι πολιτισμικές του καταβολές και οι θρησκευτικές του αντιλήψεις, θεωρούνται εξίσου σημαντικά.

Επιπρόσθετα, η διαφορά του κοινωνικού επιπέδου ιατρού και ασθενή δυσχεραίνει σημαντικά την επικοινωνία μεταξύ τους. Άτομα που προέρχονται από χαμηλή κοινωνική τάξη ή αποτελούν μειονότητα, δυσκολεύονται να εκφράσουν το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν και να αντιληφθούν τους ιατρικούς όρους. Μελέτες αποδεικνύουν ότι τα άτομα με διαφορετική εθνικότητα όπως για παράδειγμα, ασθενείς με αφρικανική καταγωγή δεν έχουν την απαιτούμενη ενημέρωση από τους ιατρούς. Επίσης, μειωμένη πληροφόρηση λάμβαναν και ασθενείς χαμηλής εκπαίδευσης και εισοδήματος που έπασχαν από καρκίνο (Βενιού & Τεντολούρης 2013). Στη μεταβίβαση της πληροφορίας η μη λεκτική επικοινωνία υπό τη μορφή των εκφράσεων του προσώπου και του τόνου της φωνής, συμπληρώνει τη λεκτική επικοινωνία. Έρευνα των Coelho και Galan (2012) κατέδειξε ότι η αδυναμία αποκρυπτογράφησης των μη λεκτικών μηνυμάτων του ασθενή αποτέλεσε καθοριστικό παράγοντα μη ικανοποίησής του και ειδικά σε περιπτώσεις ατόμων με διαφορετική κουλτούρα προέλευσης.

Σύμφωνα με τους Longtin και συν (2010), τα εμπόδια στη συμμετοχή των ασθενών μπορούν να χωριστούν σε

παράγοντες συνδεόμενους α) με τον ασθενή και β) με τους επαγγελματίες υγείας. Μεταξύ των επαγγελματιών του τομέα της υγείας, τα κύρια εμπόδια στη συμμετοχή των ασθενών είναι η επιθυμία να διατηρηθεί ο έλεγχος, η έλλειψη χρόνου, οι προσωπικές πεποιθήσεις και η ανεπαρκής εκπαίδευση στη σχέση ασθενή-φροντιστή (Longtin et al 2010). Ακριβώς σε αυτή την ιδιαίτερη σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ ασθενή και θεράποντος ιατρού αναφέρονται πολλοί ερευνητές και εστιάζουν στην ενσυναίσθηση (Σαραντοπούλου 2017) και στις δεξιότητες επικοινωνίας του επαγγελματία υγείας που είναι ζωτικής σημασίας για την αντιμετώπιση των προκλήσεων στο πλαίσιο του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης (Prip et al 2018). Η ενσυναίσθηση έχει οριστεί πρωταρχικά από τον Rogers (1975, σελ. 3) ως «η είσοδος στον ιδιωτικό κόσμο του άλλου ανθρώπου και η εξοικείωση πλήρως με αυτόν» και περιλαμβάνει «ένα γνωστικό (σε αντίθεση με το συναισθηματικό) χαρακτηριστικό που αφορά την κατανόηση των εσωτερικών εμπειριών και των αντιλήψεων του ασθενή, σε συνδυασμό με την ικανότητα να «μεταδίδεται και να γίνεται αντιληπτή αυτή η κατανόηση από τον ασθενή» (Hoyat et al 2002). Αν και ο Rogers αναφερόταν στην ψυχοθεραπεία, οι ενσυναισθητικές σχέσεις επαγγελματιών υγείας και ασθενών χαρακτηρίζονται από τις ακόλουθες αντίστοιχες πρακτικές επικοινωνίας: την εκμαίευση συναισθημάτων, την παράφραση και την αντανάκλαση, τη χρήση της σιωπής, την ακρόαση αυτών που λέει ο ασθενής, αλλά και όσων δεν μπορεί να πει, την ενίσχυση και τη μη-λεκτική συμπεριφορά (Ong et al 1995). Αυτές οι πρακτικές μπορούν να διδαχθούν και να αναπτυχθούν από τους επαγγελματίες, εστιάζοντας στις τρεις συνιστώσες της ενσυναίσθησης, την γνωστική, τη συναισθηματική και την επικοινωνιακή (Bertman & Krant 1977).

Πολλές μελέτες διαπίστωσαν ότι οι ογκολογικοί ασθενείς δίνουν μεγαλύτερη βαρύτητα στην αλληλεπίδραση και στη σχέση με τον ιατρό τους, σε σχέση με την ίδια την ιατρική περίθαλψη, διότι η συμπεριφορά, η φροντίδα των συναντήσεων, η ενθάρρυνση και η προσοχή του φροντιστή τους μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά τη θεραπεία τους (Arraras et al 2013, Collado-Borrell et al 2018).

Πρόσφατες μελέτες αναδεικνύουν ως εμπόδιο στη σχέση συνεργασίας με το ιατρό την έλλειψη πρόσβασης των ασθενών στο ηλεκτρονικό αρχείο υγείας τους (Collado-Borrell et al 2018, Grünloh et al 2018). Επίσης, οι Barello et al (2016) υποστηρίζουν ότι η τεχνολογία της ηλεκτρονικής υγείας (eHealth) έχει τεράστιες δυνατότητες για την προώθηση της ενεργούς συμμετοχής των ασθενών, τη βελτίωση των αποτελεσμάτων της υγείας αλλά και τη μείωση του άγχους τους (Rexhepi et al 2016).

Το μοντέλο της αμοιβαίας συμμετοχής των Szasz & Hollender (1956) έχει φανεί ότι επιτυγχάνει την ικανοποίηση των ασθενών μέσω της ενημέρωσης και της ενεργούς συμμετοχής αυτών στη λήψη των αποφάσεων και κατά συνέπεια θα πρέπει να επιλέγεται από τους ιατρούς στις περιπτώσεις που είναι αυτό εφικτό. Τα ιδιαίτερα ατομικά χαρακτηριστικά του ασθενή, το υπόβαθρό του και η υποκειμενική του θεώρηση, αποτελούν βασικούς παράγοντες που θα πρέπει να αναδείξει ο ιατρός μέσω των δεξιοτήτων του, δίδοντας στον ασθενή ενεργό ρόλο στη συνεργασία τους και στην από κοινού λήψη αποφάσεων η οποία αναλύεται παρακάτω.

Από κοινού λήψη απόφασης ιατρού-ασθενή και το σύστημα δομημένης συνεργασίας «PREPARED»

Η από κοινού λήψη αποφάσεων μεταξύ ιατρών και ασθενών αποτελεί μία διαδικασία, η οποία είναι ευρέως αποδεκτή από τους επαγγελματίες υγείας, κυρίως όσον αφορά τις ευαίσθητες περιπτώσεις των ογκολογικών ασθενών (Stiggelbout et al 2015). Η συμμετοχή του ασθενή θεωρείται σημαντική όχι μόνο γιατί καθίσταται αποδοτική στην έκβαση της θεραπείας, αλλά και γιατί στηρίζεται στις αρχές της αυτονομίας και της δικαιοσύνης (Beauchamp & Childress 2013).

Οι άνθρωποι που έρχονται αντιμέτωποι με σοβαρές ασθένειες, όπως είναι ο καρκίνος επιβάλλεται να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στη διαδικασία λήψης αποφάσεων (Stacey et al 2010, Chewning et al 2012). Η από κοινού λήψη απόφασης (Shared Decision Making, SDM) αναφέρεται σε μια ασθενοκεντρική περίθαλψη (Barry & Edgman-Levitan 2012) και ορίζεται ως η διαδραστική διαδικασία λήψης απόφασης μεταξύ ασθενή και κλινικού ιατρού βασισμένη σε επιστημονικά στοιχεία, στις αξίες και προτιμήσεις του ασθενή, ώστε ο τελευταίος να είναι σε θέση να σταθμίσει τους κινδύνους και τα οφέλη των θεραπευτικών και διαγνωστικών επιλογών του (Elwyn et al 2010, Shay & Lafata 2015, Frerichs et al 2016). Μελέτες κατέδειξαν ότι η SDM συσχετίζεται με βελτίωση της ποιότητας ζωής (Hack et al 2006), με μειωμένο φόβο (Ernst et al 2011), με αυξημένη ικανοποίηση του ασθενή (Kane et al 2014) και με μείωση της αλόγιστης χρήσης θεραπευτικών επιλογών (Whitney et al 2008).

Σύμφωνα με τους Kane και συν (2014) η SDM είναι μια διαδικασία 6 βημάτων, τα οποία αναλύονται στον Πίνακα ΙΙΙ. Πρόκειται για συγκεκριμένα βήματα υλοποίησης που χρησιμοποιούνται από τους φροντιστές υγείας περιλαμβάνοντας τις προτιμήσεις των ασθενών, τις διαθέσιμες επιλογές, τους κινδύνους, τα οφέλη και την αβεβαιότητα (Singh et al 2010, Politi et al 2012).

Στην περίπτωση των ασθενών με καρκίνο, το μοντέλο της κοινής λήψης αποφάσεων θεωρείται το καταλληλότερο, διότι η επέμβαση είναι επείγουσα, οι εναλλακτικές θεραπείες είναι πολλές με διαφορετικά

αποτελέσματα και παρενέργειες και με σημαντικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία (Charles et al 1997). Επίσης, στους ασθενείς σε προχωρημένο στάδιο δίνεται η δυνατότητα να αποκαλύψουν τις προτιμήσεις τους μεταξύ επιθετικής θεραπείας και παρηγορητικής φροντίδας (Maida et al 2010). Τα τελευταία έτη έχει δοθεί ιδιαίτερη σημασία στην ποιότητα ζωής των συγκεκριμένων ασθενών. Η βελτίωση της επικοινωνίας μέσω εκχώρησης αυτονομίας στους ασθενείς κατά τη λήψη των αποφάσεων συμβάλλει τόσο στην αύξηση της ποιότητας ζωής τους, όσο και στην τελική έκβαση της ασθένειας (Adamakidou & Kalokerinou 2011).

Πίνακας ΙΙΙ: Τα Βήματα της Από Κοινού Λήψη Απόφασης (SDM)

ΒΗΜΑΤΑ ΤΗΣ SDM	ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑΤΡΟΥ ΠΡΟΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ
1ο Βήμα Ο γιατρός καλεί τον ασθενή να συμμετέχει	Κατά γενική ομολογία οι ασθενείς δεν συνειδητοποιούν ότι έχουν περισσότερες από μία επιλογές θεραπείας και ότι οι στόχοι και οι ανησυχίες τους αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της διαδικασίας λήψης αποφάσεων	Μερικές φορές τα πράγματα στην ιατρική δεν είναι τόσο σαφή όσο οι περισσότεροι άνθρωποι σκέφτονται. Ας δουλέψουμε μαζί για να μπορέσουμε να βρούμε την απόφαση που είναι σωστή για εσάς.
2ο Βήμα Παρουσίαση των επιλογών	Πριν από την λήψη τεκμηριωμένης απόφασης, οι ασθενείς πρέπει να γνωρίζουν όλες τις επιλογές που τους έχουν στη διάθεσή τους.	Ας πάρουμε μερικά λεπτά για να εξετάσουμε τις επιλογές έχεις
3ο Βήμα Παροχή πληροφοριών (πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα) για κάθε επιλογή	Παρέχετε ισορροπημένες πληροφορίες σχετικά με τα οφέλη και τους κινδύνους. Χρησιμοποιήστε αριθμούς αντί για λέξεις όταν μπορείτε. Χωρίς αυτούς, οι ασθενείς τείνουν να υπερεκτιμούν τα οφέλη και να υποτιμούν τον κίνδυνο και να έχουν λιγότερο ρεαλιστικές προσδοκίες	Ας δούμε τα οφέλη και τους κινδύνους των επιλογών που σκέφτεστε. Θέλω να είμαι σίγουρος ότι έχω εξηγήσει καλά τα πράγματα. Παρακαλώ πείτε μου τι καταλάβατε σχετικά με τα οφέλη και τους κινδύνους της επιλογής σας
4ο Βήμα Παροχή βοήθειας στον ασθενή να αξιολογήσει τις επιλογές με βάση τους στόχους και τις ανησυχίες του	Αξιολόγηση των επιλογών τους με βάση τις προτιμήσεις τους.	Ακριβώς όπως οι άνθρωποι είναι διαφορετικοί, καμία απόφαση δεν είναι σωστή για όλους. Όπως σκέφτεστε για τις επιλογές σας, τι είναι σημαντικό για σας;
5ο Βήμα Διευκόλυνση της συζήτησης και της λήψης αποφάσεων	Διευκόλυνση της συζήτησης και της λήψης απόφασης	Λαμβάνοντας υπόψη τα όσα συζητήσαμε, προτιμάτε την κατεύθυνση που ακολουθούμε;
6ο Βήμα Βοήθεια με την εφαρμογή της επιλογής	Κλείστε τη συνομιλία θέτοντας τα επόμενα βήματα για τον ασθενή.	Ας πάρουμε μια στιγμή για να μιλήσουμε για τα επόμενα βήματα.

Ιδία προσαρμογή

Ωστόσο, απαραίτητη προϋπόθεση είναι η πλήρης ενημέρωση των ασθενών, ώστε να εκτιμήσουν την κατάσταση και στη συνέχεια να αναπτύξουν την επιθυμία να λάβουν πιο ενεργό ρόλο, καθώς όσο σοβαρότερη είναι η ασθένεια τόσο μεγαλύτερη παρουσιάζεται η απροθυμία (Van Tol-Geerdink et al 2006). Η παροχή λεπτομερειών για τη θεραπεία και η εύρεση του βέλτιστου τρόπου μετάδοσης των πληροφοριών κατά το στάδιο της ενημέρωσης μεταβάλλουν, συνήθως, τις αρχικές προτιμήσεις των ασθενών με θετικά αποτελέσματα στην έκβαση της νόσου (Elwyn et al 2010). Για να είναι αποδοτική η επικοινωνία μεταξύ των δύο ατόμων απαιτείται όχι μόνο η φιλικότητα του ιατρού, αλλά και η παροχή εκείνου του βαθμού ενημέρωσης που επιθυμεί ο ασθενής, καθώς και η δημιουργία ενός μεθοδολογικού πλαισίου που θα βασίζεται στις επικοινωνιακές δεξιότητες του ιατρού (Zolnierek & DiMatteo 2009).

Οι ιατροί κατά τη συζήτηση οφείλουν να αναγνωρίζουν τους ασθενείς που είναι αδύναμοι να συμμετάσχουν, ώστε να αυξάνουν την ενημέρωση, δίνοντας περισσότερες πληροφορίες μέσω e-mail, έγκυρων διαδικτυακών πηγών και δυνατότητα τηλεφωνικής επικοινωνίας τη χρονική στιγμή που ο ασθενής θα είναι καταλληλότερα προετοιμασμένος (Hardavella et al 2017). Οι ασθενείς που είναι πιο ενημερωμένοι και ιδιαίτερα εκείνοι που πάσχουν από κάποιο είδος καρκίνου τείνουν να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι, να βελτιώνεται η ποιότητα ζωής τους, αλλά και να αυξάνονται οι

πιθανότητες ευνοϊκότερης έκβασης (Ong et al 2000).

Η εφαρμογή όμως της από κοινού λήψης ιατρικών αποφάσεων σε ογκολογικές νόσους αποτελεί μια πολύπλοκη διαδικασία, γι' αυτό η χρήση ενός προκαθορισμένου πλαισίου βημάτων μειώνει το άγχος, τις αμφιβολίες και βελτιώνει την ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής των ασθενών μεγιστοποιώντας παράλληλα την ικανοποίησή τους (Kane et al 2014). Η υιοθέτηση ενός συγκεκριμένου πλαισίου με προκαθορισμένα βήματα δεν μεγαλώνει το χρόνο των συναντήσεων, καθώς η στοχευμένη πρακτική ελαχιστοποιεί τις παρερμηνείες, την ανάγκη επαναλήψεων, βελτιώνει τη σχέση και την εμπιστοσύνη με τον ιατρό, με συνέπεια η θεραπεία να διεξάγεται αποτελεσματικότερα (Stiggelbout et al 2015).

Πολλές έρευνες υποστηρίζουν ότι η συμμετοχή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων για την περίθαλψη και τη θεραπεία τους στον υγειονομικό τομέα αποτελεί πολιτική αναγκαιότητα (Vahdat et al 2014, Land et al 2017, Trevena et al 2017). Ένα από τα πιο γνωστά και ευρέως χρησιμοποιούμενα συστήματα δόμησης της συνεργασίας μεταξύ ιατρού και ασθενή είναι το διάγραμμα ροής «PREPARED» (Gambone & Reiter 1997, Gambone 2006). Πρόκειται για ένα ακρωνύμιο όπου κάθε γράμμα αντιστοιχεί σε ένα συγκεκριμένο στάδιο της διαδικασίας λήψης αποφάσεων. Το πρώτο γράμμα «P» αντιστοιχεί στη λέξη διαδικασία (procedure) ή συνταγή (prescription), το «R» στο λόγο που γίνεται η συγκεκριμένη διαδικασία (reason), το «E» στις προσδοκίες (expectations),το «P» στην πιθανότητα επίτευξης του στόχου (probability), το «A» στις εναλλακτικές λύσεις (alternatives), το «R» στους κινδύνους (risks), το «E» στα έξοδα και το κόστος (expenses) και το «D» στη θεραπευτική απόφαση (decision). Στον Πίνακα IV παρουσιάζονται αναλυτικά τα βήματα και η πρότυπη εφαρμογή του σε ογκολογικό ασθενή.

Πίνακας IV:Διαδικασία λήψης απόφασης βάσει ακρωνυμίου PREPARED

ΑΚΡΩΝΥΜΙΟ	ΒΗΜΑ	ΑΚΡΩΝΥΜΙΟ PREPARED ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΙΑ ΛΕΞΗΣ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΕ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ
P	1ο	Procedure (διαδικασία) ή Prescription (ιατρική συνταγή)	Καθορισμός αρχικής θεραπείας	Κανονίζω να χειρουργηθώ, Χρειάστηκε να κάνω pet scan
R	2ο	Reason (αιτία)	Οι ανατομικές και λειτουργικές αλλοιώσεις που έχει επιφέρει στα όργανα ο μεταστατικός καρκίνος (προκύπτει και από τις απεικονιστικές εξετάσεις όπως το pet scan)	Καρκίνος στο συκώτι
E	3ο	Expectation (προσδοκία)	Προσδοκία του ασθενούς να καταστήσει το νόσημα χρόνιο. Βελτίωση επιπέδου ζωής, αλλαγή τρόπου θεώρησης πραγμάτων.	Όχι στην ίαση, να καταστήσω το νόσημα χρόνιο
P	4ο	Probability (πιθανότητα)	Προσμέτρηση των πιθανοτήτων θετικής έκβασης ευελπιστώντας και στην πρόοδο της ιατρική επιστήμης	Η ιατρική εξελίσσεται, αντιμετωπίζω τον καρκίνο με δύναμη
A	5ο	Alternative (εναλλακτική επιλογή)	Διερεύνηση εναλλακτικών επιστημονικών πρακτικών συμπεριλαμβανομένης ίσως και της αναμονής	Επικοινωνία με το γιατρό, ξεκίνησα ακτινοβολίες και χημειοθεραπεία.
R	6ο	Risk (ρίσκο)	Εξέταση των πιθανών κινδύνων από την εφαρμογή της προτεινόμενης θεραπείας-ποσοστό επιβίωσης και ανεπιθύμητες παρενέργειες	θάνατος
E	7ο	Expense (δαπάνη)	Αξιολόγηση του κόστους (χρηματικού ή μη) που προκύπτει από την εφαρμογή της θεραπείας	Κόστος για τις ακτινοβολίες και τη χημειοθεραπεία
D	8ο	Decision (επιλογή)	Λήψη απόφασης	Αποφάσεις από κοινού με το γιατρό, εισακούομαι στις επιθυμίες μου

Ιδία προσαρμογή

Εκτός όμως από τη χρήση ενός δομημένου πλαισίου για την επιτυχή εφαρμογή της από κοινού λήψης αποφάσεων, απαιτείται ο ιατρός να λαμβάνει υπόψη του το μέγεθος της συμμετοχής που επιθυμεί να έχει ο ασθενής στην παραπάνω διαδικασία και τις ιδιαίτερες πολιτισμικές του αξίες (Kane et al 2014).

Μέθοδοι ενημέρωσης ογκολογικών ασθενών και η έννοια της καθησύχασης

Οι ογκολόγοι, κατά γενική ομολογία, αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην επικοινωνία με τους ασθενείς σχετικά με την πρόγνωση, την περίθαλψη και τη θεραπεία (Grainger et al 2010). Οι συνομιλίες αυτές είναι ιδιαίτερα αγχωτικές για τους νέους ειδικευόμενους στην ογκολογία, οι οποίοι είναι σχετικά άπειροι και αντιμετωπίζουν συχνά στέρηση ύπνου και έλλειψη υψηλού βαθμού ανεξαρτησίας (Epner & Baile 2014). Στην περίπτωση αυτή παρά τη σπουδαιότητα των δεξιοτήτων επικοινωνίας που απαιτούνται, η ιατρική εκπαίδευση δίνει έμφαση στη βιοϊατρική γνώση, με επακόλουθο οι ιατροί να στερούνται αυτές τις δεξιότητες και δεν είναι λίγες οι φορές που πολλοί ιατροί αποφεύγουν να γίνουν αγγελιοφόροι κακών ειδήσεων, αφού οι συζητήσεις για το τέλος της ζωής είναι ιδιαίτερα δύσκολες και χρονοβόρες (Epner & Baile 2014).

Αρκετές μελέτες υποστηρίζουν ότι η επικοινωνία περιλαμβάνει διακριτές δεξιότητες που μπορούν να διδαχθούν και ακόμη και αν αρκετοί κλινικοί ιατροί είναι καλύτεροι στην επικοινωνία από άλλους, όλοι μπορούν να βελτιωθούν με καλή καθοδήγηση και πρακτική (Back et al 2009, Stiefel et al 2010, Kissane et al 2012). Η αποτελεσματική επικοινωνία έχει συνδεθεί με βελτίωση της ψυχολογικής λειτουργίας του ασθενή, την προσήλωση του στη θεραπεία, την ικανοποίησή του, ενώ στην αντίθετη περίπτωση αυξάνεται το στρες του φροντιστή, η σύγχυση του ασθενή και μειώνεται η ικανοποίηση του ιατρού από την εργασία (Stiefel et al 2010).

Τις τελευταίες δεκαετίες έχουν διαμορφωθεί αρκετές μέθοδοι για την ενημέρωση ατόμων με καρκίνο, όπως είναι η μέθοδος «SPIKES», η μέθοδος «ABCDE», η μέθοδος του «Hitoshi Okamura» και η μέθοδος των «Maguire-Faulkner» (Αλαμάνου και συν 2017). Οι δύο πρώτες είναι οι πιο σημαντικές, αφού έχουν τη μορφή ακρωνυμίου-πρωτοκόλλου με σταδιακή διαβάθμιση συγκεκριμένων βημάτων, με αυτή της μεθόδου «SPIKES» να χρησιμοποιείται από την πλειοψηφία των ερευνητών, ενώ οι δύο άλλες αποτελούν κατευθυντήριες γραμμές για αποτελεσματική ενημέρωση.

Η μέθοδος «SPIKES» δημιουργήθηκε από τους Baile και συν το 2000, και αποτελεί ένα πρωτόκολλο έξι σταδίων που αποσκοπεί στην καθοδήγηση του κλινικού θεραπευτή ως κοινωνού δυσάρεστων πληροφοριών, στη διαχείριση της αντίδρασης του ασθενή και στην παρότρυνση του ασθενή για συμμετοχή στο θεραπευτικό πλαίσιο. Οι βασικοί στόχοι του επαγγελματία υγείας είναι: α) η εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή σχετικά με την ικανότητά του να ακούσει τα δυσάρεστα νέα, β) η ιατρική ενημέρωση προσαρμοσμένη στις ανάγκες του ασθενή, γ) η υποστήριξη του μετά την ενημέρωση και τέλος δ) η εμπλοκή του ασθενή στη διατύπωση των θεραπευτικών στόχων. Στον ακόλουθο Πίνακα V παρουσιάζεται αναλυτικά η μέθοδος «SPIKES».

Πίνακας V. Πρωτόκολλο SPIKES (Baile et al 2000)

ΒΗΜΑΤΑ	ΑΚΡΩΝΥΜΙΟ SPIKES	ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ	ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ
1ο ΒΗΜΑ	**S** etting up	Ετοιμάζω την συνέντευξη	Νοητή πρόβα ενημέρωσης του ασθενούς
2ο ΒΗΜΑ	**P** erception	Εκτίμηση της ικανότητας αντίληψης του ασθενούς	Τι σας έχουν πεισχετικά με την κατάσταση της υγείας σας έως τώρα;
3ο ΒΗΜΑ	**I** nvitation	Πρόσκληση του ασθενούς για συζήτηση	Πώς θα θέλατε να σας ενημερώσω για τα αποτελέσματα των εξετάσεών σας;
4ο ΒΗΜΑ	**K** woledge	Παροχή πληροφοριών στον ασθενή. Δίνω γνώση και πληροφορία	Δυστυχώς, έχω να σας κοινοποιήσω κάποια δυσάρεστα νέα
5ο ΒΗΜΑ	**E** motions	Απευθύνομαι στα συναισθήματα του ασθενή και ανταποκρίνομαι με Ενσυναίσθηση	Παρατήρηση για κάθε συναίσθημα από την πλευρά του ασθενούς
6ο ΒΗΜΑ	**S** trategy & summary	Στρατηγική και Συνοπτική έκθεση	Συζητούν τις θεραπευτικές επιλογές και συνοψίζουν

Ιδία προσαρμογή

Στη συνέχεια παρατίθεται ένα μικρό κείμενο που απευθύνεται σε νέους ειδικευόμενους ογκολόγους βασισμένο στη μέθοδο «SPIKES» (Baile et al 2000, ιδία προσαρμογή):

Βήματα κατευναστικής επικοινωνίας (Εφαρμογή του Πρωτοκόλλου SPIKES)

1. Φροντίστε για κάποια ιδιωτικότητα. Το ιδανικό θα ήταν σε ένα γραφείο και να έχετε κοντά σας χαρτομάντιλα σε περίπτωση που χρειαστεί. Δώστε στον ασθενή την επιλογή να φέρει μαζί του και κάποιο μέλος της οικογένειας του αν το επιθυμεί. Χαιρετίστε τον ασθενή με εγκάρδιο τρόπο και καθίστε για να συζητήσετε, χωρίς να υπάρχουν εμπόδια ανάμεσα σε εσάς και τον ασθενή. Με τον τρόπο αυτό δείχνετε ότι δεν θα βιαστείτε και θα αφιερώσετε τον ανάλογο χρόνο με αποτέλεσμα ο ασθενής να χαλαρώσει. Συνδεθείτε με τον ασθενή είτε μέσω βλεμματικής επαφής είτε κρατώντας του το χέρι.

2. Πριν συζητήσετε τα ιατρικά ευρήματα, χρησιμοποιήστε ερωτήσεις ανοιχτού τύπου για να έχετε μια ακριβή εικόνα πως ο ασθενής αντιλαμβάνεται την ιατρική κατάσταση (π.χ. κατανοείτε το λόγο που υποβληθήκατε σε μαγνητική τομογραφία;).

3. Ο ασθενής πρέπει να ερωτηθεί αν επιθυμεί ή όχι να γνωρίζει όλες τις λεπτομέρειες της κατάστασής του. Οφείλετε να γνωστοποιήσετε στον ασθενή ότι θα ακολουθήσουν άσχημα νέα μειώνοντας έτσι το πιθανό σοκ μετά την ενημέρωση (π.χ. Δυστυχώς έχω κάποια άσχημα νέα να σας πω).

4. Χρησιμοποιήστε απλό και κατανοητό λεξιλόγιο χωρίς υπερβολές (π.χ. αν δεν προχωρήσετε στη θεραπεία θα πεθάνετε). Δώστε τις πληροφορίες σταδιακά ελέγχοντας κάθε φορά τις αντιδράσεις του ασθενή. Αν η πρόγνωση είναι κακή αποφύγετε εκφράσεις που δηλώνουν ότι δεν μπορείτε να κάνετε κάτι για να τους βοηθήσετε. Εδώ η ενσυναίσθηση είναι σημαντική, παρατηρήστε τον ασθενή και δώστε του χρόνο να εκφράσει τα συναισθήματα του.

5. Στη συνέχεια ρωτήστε τον ασθενή αν είναι σε θέση να συζητήσετε εκείνη τη χρονική στιγμή τις θεραπευτικές επιλογές, διότι έτσι θα του δημιουργήσετε την αντίληψη ότι οι επιθυμίες του είναι σημαντικές και θα τον κάνετε και συν-κοινωνό της ευθύνης για τη λήψη της απόφασης της θεραπείας του.

Η καθησύχαση ως παράγοντας βελτίωσης της ικανοποίησης των ογκολογικών ασθενών

Στην κατευναστική επικοινωνία ο ιατρός αρκετές φορές χρησιμοποιεί την έννοια της καθησύχασης η οποία φαίνεται να βοηθάει γενικά στη διαχείριση του άγχους. Οι Gasteiger και συν (2018), με τον όρο καθησύχαση αναφέρονται στις διαβεβαιώσεις που εκφράζει ο κλινικός θεραπευτής προς τον ασθενή με σκοπό τη μείωση της ανησυχίας του δεύτερου και η οποία επιτυγχάνεται με τη χρήση λεκτικών και μη λεκτικών μηνυμάτων. Η μέθοδος της καθησύχασης εφαρμόζεται σε συστήματα περίθαλψης με επίκεντρο τον ασθενή (Pincus et al 2013). Η επιτυχημένη καθησύχαση, που είναι μια βασική δεξιότητα, όχι μόνο μειώνει το άγχος, αλλά συμβάλλει στην κατανόηση της διάγνωσης, στη μείωση άσκοπων επισκέψεων και στην εκπαίδευση του ασθενή (Linton et al 2008, Pincus et al 2013). Οι Pincus και συν (2013) διαχωρίζουν την καθησύχαση σε συναισθηματική και γνωστική (με τη δεύτερη να υπερτερεί) θέτοντας νέα ερωτήματα για τον τρόπο και το βαθμό στον οποίο πρέπει να εφαρμόζεται. Ωστόσο, οι Stark και συν (2004) θεωρούν ότι η καθησύχαση, αν και αποτελεί χρήσιμο εργαλείο για τους ογκολόγους, δεν έχει εφαρμογή σε όλους τους ασθενείς καθώς υπάρχει και ένα ποσοστό ασθενών που δεν ωφελούνται (Price 2000).

Οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται για την καθησύχαση είναι η προφορική παροχή πληροφοριών, η καθοδήγηση μέσω οδηγιών και η προσπάθεια πειθούς (Linton et al 2008). Ωστόσο, όταν τα παραπάνω μέσα βασίζονται μόνο στην ένδειξη συμπάθειας και κατανόησης, παρουσιάζονται μόνο βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα μείωσης του άγχους και αύξησης της εμπιστοσύνης. Αντίθετα η καθησύχαση, που βασίζεται στην παροχή εκπαίδευσης, παρουσιάζει και μακροχρόνια αποτελέσματα, όπως η βελτίωση της υγείας, κυρίως δια μέσου της μικρότερης επίδρασης των συμπτωμάτων στη ζωή του ασθενή (Pincus et al 2013).

Σε ασθενείς με αυξημένα επίπεδα άγχους ενδείκνυται μία στάση αναμονής μέχρι να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα για το είδος των ανησυχιών τους (Stark et al 2004). Ενώ, στις περιπτώσεις που η καθησύχαση παρουσιάσει αντίθετα αποτελέσματα, η παραπομπή των ασθενών σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας κρίνεται επιβεβλημένη. Οι εσφαλμένες αντιλήψεις των ασθενών σχετικά με τη νόσο που αντιμετωπίζουν επηρεάζουν αρνητικά το αποτέλεσμα της καθησύχασης, ακόμη και όταν τα αποτελέσματα δείξουν απουσία νοσήματος (Gasteiger et al 2018). Σ' αυτές τις περιπτώσεις, η ενημέρωση και η καθησύχαση πρέπει να προηγείται του διαγνωστικού ελέγχου.

Επομένως, η καθησύχαση αποτελεί ένα σημαντικό εργαλείο στην τόνωση της αυτονομίας, στη μείωση του άγχους και στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής του ασθενή. Ωστόσο, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να διαθέτουν την ικανότητα, μέσω της εκπαίδευσής τους, ώστε να την εφαρμόζουν την κατάλληλη χρονική στιγμή και να αναγνωρίζουν τις περιπτώσεις στις οποίες απαιτείται παραπομπή σε επαγγελματίες ψυχικής υγεί-

ας. Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σε προγράμματα επικοινωνιακών δεξιοτήτων, μπορεί, επίσης να βοηθήσει σημαντικά στη βελτίωση του τρόπου παροχής της καθησύχασης μέσω της μείωσης χρήσης ιατρικών όρων και άσκοπων διακοπών κατά τη συζήτηση (Sheldon 2011).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η σύγχρονη θεώρηση της υγείας με επίκεντρο τον ασθενή δίνει βαρύτητα στο είδος επικοινωνίας ιατρού-ασθενή, στην από κοινού λήψη αποφάσεων και στην εφαρμογή νέων μεθόδων ενημέρωσης. Όλα τα παραπάνω φαίνεται να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαχείριση του πόνου και του άγχους ιδιαίτερα σε ογκολογικούς ασθενείς.

Επιπλέον, η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας δεν πρέπει να είναι καθαρά βιοϊατρική αλλά να πραγματεύεται και δεξιότητες επικοινωνίας, όπως η ενσυναίσθηση και η καθησύχαση, για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της ασθένειας. Η αναμόρφωση του εκπαιδευτικού προγράμματος των σχολών υγείας με ενσωμάτωση μαθημάτων επικοινωνίας κρίνεται αναγκαία. Η εκπαίδευση θα πρέπει είναι συνεχής, είτε μέσω βιωματικών σεμιναρίων σε νοσοκομεία είτε μέσω της μεταπτυχιακής εκπαίδευσης.

Στην Ελλάδα, η ενεργός συμμετοχή του ασθενή στη θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου κατόπιν ενημέρωσης, δεν έχει μελετηθεί στο βαθμό που πρέπει. Επιπλέον μελέτες και έρευνες κρίνονται αναγκαίες. Επίσης, απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση των νέων παραγόντων που επηρεάζουν τη συμμετοχή του ασθενή στη λήψη ιατρικών αποφάσεων, όπως είναι η αύξηση της χρήσης του διαδικτύου, η οποία αποτελεί αφετηρία για συμμετοχή, αλλά, ταυτόχρονα, ενδέχεται να αυξήσει τις ανησυχίες τους. Τέλος, κρίνεται χρήσιμη η ύπαρξη μεγαλύτερης διασύνδεσης των επιθυμιών των ασθενών με τη διαδικασία ανακοίνωσης των δυσμενών προγνώσεων και τη διαδικασία της καθησύχασης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Adamakidou T. & Kalokerinou A. (2011). Quality of Life and cancer patient (Part I): meaning and concept. *Balkan Military Medical Review* 14:289-302.

Arraras J.I., Illarramendi J.J., Viudez A., Ibanez B., Lecumberri M.J., De la Cruz S., Hernandez B., Zarandona U., Cambra K., Martinez M., Salgado E., Lainez N. & Vera R. (2013). Determinants of patient satisfaction with care in a Spanish oncology day hospital and its relationship with quality of life. *Psychooncology* 22:2454-2461.

Back A.L., Arnold R.M, Baile W.F., Tulsky J., Barley G., Pea R. & Fryer-Edwards K. (2009). Faculty development to change the paradigm of communication skills teaching in oncology. *Journal of Clinical Oncology* 27:1137-1141.

Baile F.W., Buckman R., Lenzi R., Glober G., Beale E.A. & Kudelka A.P. (2000). SPIKES – A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *Oncologist* 5:302-311.

Bakker D.A., Fitch M.I., Gray R., Reed E. & Bennett J. (2001). Patient–health care provider communication during chemotherapy treatment: the perspectives of women with breast cancer. *Patient Education and Counselling* 43:61-71.

Barello S., Triberti S., Graffigna G., Libreri C., Serino S., Hibbard J. & Riva J. (2016). eHealth for patient engagement : a systematic review. *Frontiers in Psycology* 6:1-13.

Barry M.J. & Edgman-Levitan S. (2012). Shared decision making-prinnacle of patient-centered care. The *New England Journal of Medicine* 366:780-781.

Beauchamp T.L. & Childress J.F. (2013). *Principles of biomedical ethics.* 7th ed. New York: Oxford University Press, pp.10-25.

Charles C., Gafni A. & Whelan T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social science & medicine* 44:681-692.

Chewning B., Bylund C.L., Shah B., Arora N.K., Gueguen J.A. & Makoul G. (2012). Patient preferences for shared decisions: A systematic review. *Patient Education Counseling* 86:9-18.

Coelho K.R. & Galan C. (2012). Physician cross-cultural nonverbal communication skills, patient satisfaction and health outcomes in the physician-patient relationship. *International Journal of Family Medicine* (376907):2090-2042.

Collado-Borrell R., Escudero-Vilaplana V., Calles A., Garcia-Martin E., Marzal-Alfaro B., Gonzalez-Haba E., Herranz-Alonso A. & Sanjurjo-Saez M. (2018). Oncology patient interest in the use of new technologies to manage their disease: Cross-sectional survey. *Journal of Medical Internet Research* 23:20:e11006.

Deber R.B. (1994). Physicians in health care management: 7. The patient-physician partnership: changing roles and the desire for information. *Canadian Medical Association Journal* 151:171-176.

DeVito J.A. (2006). *Human Communication: the basic course.* 10th ed. New York: Pearson Education Inc. pp. 404.

DiMateo R. & Martin L. (2011). *«Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας»*, Επιμέλεια Αναγνωστόπουλος Φ. & Ποταμιάνος Γ., Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο, σελ: 96-101, 107-112, 125-134, 137-141, 161-197.

Donabedian A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA* 260:1743-1748.

Elwyn G., Laitner S., Coulter A., Walker E., Watson P. & Thomson R. (2010). Implementing shared decision making in the NHS. *The British Medical Association* 341:971-975.

Emanuel E.J. & Emanuel L.L. (1992). Four models of the physician-patient relationship. *Journal of the American Medical Association* 267:2221–2226.

Engel G.L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *The American Journal of Psychiatry* 137 535-544.

Epner D.E. & Baile W.F. (2014). Difficult Conversations: Teaching Medical Oncology Trainees Communication Skills One Hour at a Time. *Academic Medicine* 89:578-584.

Epstein R.M. & Street R.L. (2007). *Patient-centered Communication in Cancer Care: Promoting Healing and Reducing Suffering.* Bethesda, MD: US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health.

Ernst J., Kuhnt S., Schwarzer A., Aldaoud A., Niederwieser D., Mantovani-Loffler L., Kuchenbecker D. & Schroder C. (2011). The desire for shared decision making among patients with solid and hematological cancer. *Psychooncology* 20:186-193.

Frerichs W., Hahlweg P., Müller E., Adis C. & Scholl I. (2016). Shared Decision-Making in Oncology-A Qualitative analysis of healthcare provider's views on current practice. *Plos One* 11:e0149789.

Fujimori M., Shirai Y., Asai M., Kubota K., Katsumata N. & Uchitomi Y. (2014). Effect of communication skills training program for oncologists based on patient preferences for communication when receiving bad news: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology* 32:2166-2172.

Gambone J.C. & Reiter R.C. (1997). Hysterectomy: improving the patient's decision-making process. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 40:868-77.

Gambone J.C. (2006). Women and Wellness. *American Osteopathic Association* 3:23-34.

Gasteiger C., Sherriff R., Fraser A., Shedden-Mora M.C., Petrie K.J. & Serlachius A.S. (2018). Predicting patient reassurance after colonoscopy: The role of illness beliefs. *Journal of Psychosomatic Research* 114:58-61.

Given B.A. & Sherwood P.R. (2005). Nursing-sensitive patient outcomes - a white paper. *Oncology Nursing Forum* 32:773-784.

Grainger M.N., Hegarty S., Schofield P., White V. & Jefford M. (2010). Discussing the transition to palliative care: Evaluation of a brief communication skills training program for oncology clinicians. *Palliative & Supportive Care* 8:441-447.

Grünloh C., Myreteg G., A. & Rexhepi H. (2018). "Why Do They Need to Check Me?" Patient Participation Through eHealth and the Doctor-Patient Relationship: Qualitative Study. *Journal of Medical Internet Research* 15(20):e11.

Ha J.F. & Longnecker N. (2010). Doctor-patient communication: A review. *Ochsner Journal* 10:38-43.

Hack T.F., Degner L.F., Watson P. & Sinha L. (2006). Do patients benefit from participating in medical decision making? Longitudinal follow-up of women with breast cancer. *Psychooncology* 15:9-19.

Hardavella G., Aamli-Gaagnat A., Frille A., Saad N., Niculescu A. & Powell P. (2017). Top tips to deal with challenging situations: doctor–patient interactions. *Breathe* 13:129-135.

Hoyat, M., Gonnella, J.S., Nasca, T.J., Mangione, S., Veloksi, J.J., Magee, M. (2002). The Jefferson Scale of physician empathy: further psychometric data and differences by gender and specialty at item level. *Academy of Medicine* 77(10):S58–S60.

Jansen J., Butow P.N., Van Weert C.M., Van Dulmen S., Devine J., Heeren T., Bensing J.M. & Hersall M. (2008). 'Does age really matter? recall of information presented to newly referred patients with patient with cancer'. *Journal of Clinical Oncology* 26:5450-5457.

Kaba R. & Sooriakumaran P. (2007). The evolution of the doctor-patient relationship. *International Journal of Surgery* 5:57-65.

Kane H.L., Halpern M.T., Squiers L.B., Treiman K.A. & McCormack L.A. (2014). Implementing and evaluating shared decision making in oncology practice. *CA Cancer Journal of Clinicians* 64:377-388.

Katz S.J. & Hawley S. (2013). The value of sharing treatment decision making with patients: expecting too much? *JAMA* 310:1559-1560.

Kissane D.W., Bylund C.L., Banerjee S.C., Bailer P., Levin T., Maloney E. & D'Agostino T. (2012). Communication skills training for oncology professionals. *Journal of Clinical Oncology* 30:1242-1247.

Land V., Parry R. & Seymour J. (2017). Communication practices that encourage and constrain shared decision making in health-care encounters: Systematic review of conversation analytic research. *Health Expectations* 20(6):1228-1247.

Linton S.J., McCracken L.M. & Vlaeyen J.W. (2008). Reassurance: help or hinder in the treatment of pain. *Pain* 134:5-8.

Longtin Y., Sax H., Leape L.L., Sheridan S.E., Donaldson L. & Pittet D. (2010). Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clinics Proceeding* 85:53-62.

Maida V., Peck J., Ennis M., Brar N. & Maida A.R. (2010). Preferences for active and aggressive intervention among patients with advanced cancer. *BMC Cancer* 10:1-10.

Manthey M. (2012). Foundations of interprofessional communication and collaboration. *Creative Nursing* 18:64-67.

Mead N. & Bower P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science Medicine* 51:1087-1110.

Michie S., Miles J. & Weinman J. (2003). Patient-centredness in chronic illness: What is it and does it matter? *Patient Education and Counselling* 51:197-206.

Ong L.M.L., De Haes J.C.J.M., Hoos A.M. & Lammes F.B. (1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social science & medicine* 40:903-918.

Ong L.M.L., Visser M.R.M. & Lammes de Haes. J. (2000). Doctor–Patient communication and cancer patients' quality of life and satisfaction. *Patient Education and Counselling* 41:145-156.

Pincus T., Holt N., Vogel S., Underwood M., Savage R., Walsh D. & Taylor S.J. (2013). Cognitive and affective reassurance and patient outcomes in primary care: a systematic review. *Pain* 154:2407-2416.

Politi M.C., Studts J.L. & Hayslip J.W. (2012). Shared decision making in oncology practice: what do oncologists need to know? *Oncologist* 17: 91-100.

Price J.L. (2000). Managing physical symptoms: the clinical assessment as treatment. *Journal of Psychosomatic Research* 48:1-10.

Prip A., M⌀ller K.A., Nielsen D.L., Jarden M., Olsen M.H. & Danielsen A.K. (2018). The Patient–Healthcare Professional Relationship and Communication in the Oncology Outpatient Setting: A Systematic Review. *Cancer Nursing* 41:E11-E22.

Rexhepi H., Ahlfeldt R., Cajander A. & Huvila I. (2016). Cancer patients' attitudes and experiences of online access to their electronic medical records: a qualitative study. *Health Informatics Journal* 19:1-10.

Rogers, C. R. (1975). Empathic: An unappreciated way of being. *Counseling Psychologist* 5:2–10.

Roter D.L., Hall J.A. & Aoki Y. (2002). Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *JAMA* 288:756-764.

Shay L.A. & Lafata J.E. (2015). Where is the evidence? A systematic review of shared decision making and patient outcomes. *Medical Decision Making* 35:114-131.

Sheldon L.K. (2011). An evidence-based communication skills training programme for oncology nurses improves patient-centred communication, enhancing empathy, reassurance and discussion of psychosocial needs. *Evidence-Based Nursing* 14:87-88.

Singh S., Butow P., Charles M. & Tattersall M.H. (2010). Shared decision making in oncology: assessing oncologist behavior in consultations in which adjuvant therapy is considered after primary surgical treatment. *Health Expectations* 13:244-257.

Stacey D., Paquet L. & Samant R. (2010). Exploring cancer treatment decision-making by patients: a descriptive study. *Current Oncology* 17:85-93.

Stark D., Kiely M., Smith A., Morley S., Selby P. & House A. (2004). Reassurance and the anxious cancer patient. *British Journal of Cancer* 91:893-899.

Stiefel F., Barth J., Bensing J., Fallowfield L., Jost L., Razavi D. & Kiss A. (2010). Communication skills training in oncology: A position paper based on a consensus meeting among European experts in 2009. *Annual Oncology* 21:204-207.

Stiggelbout A.M., Pieterse A.H. & De Haes J.C. (2015). Shared decision making: concepts, evidence and practice. *Patient Education and Counseling* 98:1172-1179.

Stiggelbout A.M., Van der Weijden T.V., Wit M.P.T.D., Frosch D., Legare F., Montori V.M., Trevena L. & Elwyn G. (2012). Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. *British Medical Journal* 344:e256.

Street R.L., Gordon S., Ward M.M., Krupat E. & Kravitz R.L. (2005). Patient participation in medical consultations: why some patients are more involved than others. *Medical care* 43:960-969.

Szasz T.S. & Hollender M.H. (1956). A contribution to the philosophy of medicine. *Archives of Internal Medicine* 97:585-592.

Trevena, L., Shepherd, H.L., Bonner, C., Jansen, J., Cust A.E., Leask J., Shadbolt N., Del Mar C., McCaffery K. & Hoffmann T. (2017). Shared decision making in Australia in 2017. *Zeitxchrift Evidenz, Fortbildung und Qualitat im Gesundhwesen* 123-124:17-20.

Vahdat S., Hamzehgardeshi L., Hessam S. & Hamzehgardeshi Z. (2014). Patient involvement in healthcare decision making: a review. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 16(1):e12454.

Van Tol-Geerdink J.J., Stalmeier P.F.M., Van Lin E.N.J.T., Schimmel E.C., Huizenga H., Van Daal W.A.J. & Leer J.W. (2006). Do prostate cancer patients want to choose their own radiation treatment? *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics* 66:1105-1111.

Whitney S.N., Holmes-Rovner M., Brody H., Schneider C., McCullough L.B., Volk R.J. & McGuire A. (2008). Beyond shared decision making: An expanded typology of medical decisions. *Medical Decision Making* 28:699-705.

World Health Organization. (1993). *Division of Mental Health: «Doctor-patient interaction and communication»*. WHO, Geneva. Available at: http://apps.who.int/iris/handle/10665/60263 [accessed 17 June 2019].

World Health Organization. (2011). *Meeting of Experts on Doctor-Patient Relationship.* WHO-SEARO, NewDelhi. Available at: http://apps.who.int/iris/handle/10665/126663 [accessed 18 June 2019].

Zolnierek K.B.H. & DiMatteo M.R. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Medical Care* 47:826-834.

Αλαμάνου Δ., Φώτος Ν., & Μπροκαλάκη-Πανανουδάκη Η. (2017). Μέθοδοι ενημέρωσης ασθενών με καρκίνο και η ενημερωμένη συναίνεση. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 34:151-164.

Βενιού Α. & Τεντολούρης Ν. (2013). Παράγοντες που επηρεάζουν την επικοινωνία ιατρού-ασθενούς. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 30:613-618.

Ishikawa H., Hashimoto H. & Kiuchi T. (2013). The evolving concept of "patient-centeredness" in patient–physician communication research. *Social Science & Medicine* 96:147-153.

Σαραντοπούλου Ζ. (2017). Η σημασία της επικοινωνίας μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών για την αποτελεσματική διαχείριση της ασθένειας. Η έννοια της ενσυναίσθησης. *Επιστημονικά Χρονικά* 22:238-246.

Τσούνης Α. & Σαράφης Π. (2014). Η επικοινωνία ιατρού-ασθενούς ως παράμετρος καθορισμού της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 31:53-540.

REVIEW

The physician-patient relationship in medical decisions and managing «reassurance» in oncology patients

Anna Patsopoulou[1], Stylianos Terzoudis[2], Stergios Kravaritis[3], Georgios Kesisoglou[4]
1. RN, MSc, PhD, University General Hospital of Larissa, Physical Education Teacher, Medical Laboratory Technician
2. Economist, MSc.
3. Administrative staff, MSc, Data Protection Officer, 5th Heath Region of Thessaly & Sterea Ellada
4. Social Psychologist, MSc Associate Lecturer/Tutor, "Healthcare Management", Hellenic Open University

ABSTRACT
Modern cancer treatment is inextricably linked to the clinician's communication with the patient and decision-making, as cancer treatment affects the quality of life of the patient even for many years after diagnosis. Within this context, the purpose of this paper was to: a) investigate the types of physician-patient communication and the barriers associated with communication, b) reference to joint decision-making in oncology cases, also analyzing the steps of the "PREPARED" protocol and (c) the presentation of information methods focusing on the "SPIKES" method and a reference to the concept of oncology patient reassurance. A variety of models have been proposed for the binary doctor-patient relationship, one of which is that of Szasz and Hollender, referring to paternalistic, informative and collaborative communication. In addition, joint decision-making seems to affect the clinical physician's communication with the oncologist, while the "SPIKES" method of information is shown to be the most comprehensible, easy to use and effective. In conclusion, mutual involvement in physician and oncology patient communication, joint decision-making, effective methods of information based on physicians' skills, empathy and reassurance appear to play an important role in cancer management.

Key words: decision making, information methods, patient-physician communication, reassurance

Corresponding author: Anna Patsopoulou
e-mail: pats.anna@yahoo.com

Submission date: 23/09/2019
Publication date: January 2021

Citation: Papatsopoulou A., Terzoudis S., Kravaritis S. & Kesisoglou G. (2021). The physician-patient relationship in the process of medical decisions and managing «reassurance» in oncology patients. *Hellenic Journal of Nursing Science* 14(1): 3-15. https://doi.org/10.24283/hjns.202111

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Πλεονεκτήματα της νυχτερινής αιμοκάθαρσης στην κλινική έκβαση και στην ποιότητα ζωής ασθενών με Χρόνια Νεφρική Νόσο Τελικού Σταδίου συγκριτικά με την κλασική αιμοκάθαρση

Μιχαήλ Τσανασίδης[1], Σοφία Θεοφανίδου[2], Θεοδώρα Καυκιά[3]
1. Νοσηλευτής, MSc, «ΙΑΣΙΣ» Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης, Βέροια
2. Νοσηλεύτρια, MSc, PhD(c), Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»
3. Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο τελικού σταδίου υποβάλλονται σε Θεραπείες Υποκατάστασης της Νεφρικής Λειτουργίας για την εξασφάλιση της επιβίωσης τους. Η αιμοκάθαρση είναι η πιο διαδεδομένη μέθοδος υποκατάστασης στην Ελλάδα. Οι συνεδρίες αιμοκάθαρσης σε βάθος χρόνου συνδέονται με αυξημένη νοσηρότητα, θνησιμότητα και μειωμένα ποσοστά λειτουργικότητας και ευζωίας. Το συμβατικό σχήμα αιμοκάθαρσης περιλαμβάνει, συνήθως, τρεις τετράωρες συνεδρίες εβδομαδιαίως. Η νυχτερινή αιμοκάθαρση αποτελεί μια νέα πρωτοποριακή μέθοδο εντατικής εξωνεφρικής κάθαρσης. Συγκριτικά με τη συμβατική αιμοκάθαρση, έχει μεγαλύτερη διάρκεια, συχνότητα και δόση υγρών υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας. Επίσης, υπάρχει βελτίωση στους βιοχημικούς παράγοντες, στα επίπεδα ουρίας και στο καρδιαγγειακό σύστημα. Παρατηρείται ελάττωση στη χορήγηση φαρμάκων, όπως αντιυπερτασικών και φωσφοροδεσμευτικών. Οι ασθενείς έχουν την ευκαιρία να κοιμούνται κατά τη νύχτα και να έχουν βελτιωμένη ποιότητα ύπνου. Έχει παρατηρηθεί αύξηση της επιβίωσης και ύφεση συμπτωμάτων. Παρά το γεγονός ότι δεν εφαρμόζεται ευρέως, έχει φανεί πως προσφέρει καλύτερα κλινικά αποτελέσματα για τους ασθενείς και βελτιώνει το επίπεδο ποιότητας ζωής σε σχέση με ασθενείς που υποβάλλονται σε συμβατική αιμοκάθαρση.

Λέξεις Κλειδιά: νυχτερινή αιμοκάθαρση, ποιότητα ζωής, συμβατική αιμοκάθαρση

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Μιχαήλ Τσανασίδης
e-mail: tsanas_matsouka@hotmail.com

Ημερομηνία υποβολής: 27.12.2020
Ημερομηνία δημοσίευσης: Ιανουάριος 2021

Σημείωμα εκδότη: Η παρούσα δημοσίευση εκφράζει την προσωπική άποψη των συγγραφέων.

Αναφορά του άρθρου ως: Τσανασίδης Μ., Θεοφανίδου Σ. & Καυκιά Θ. (2021). Πλεονεκτήματα της νυχτερινής αιμοκάθαρσης στην κλινική έκβαση και στην ποιότητα ζωής ασθενών με Χρόνια Νεφρική Νόσο Τελικού Σταδίου συγκριτικά με την κλασική αιμοκάθαρση. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 14(1): 16-21. https://doi.org/10.24283/hjns.202112

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ:

- **Η νυχτερινή αιμοκάθαρση είναι μια νέα μέθοδος κάθαρσης**
- **Καλύτερη κλινική έκβαση και ποιότητα ζωής σε σύγκριση με την κλασική αιμοκάθαρση**
- **Δυνατότητα επιλογής μεταξύ διαφορετικών μεθόδων κάθαρσης**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η χρόνια νεφρική νόσος (ΧΝΝ) και η νεφρική νόσος τελικού σταδίου προκαλούν αύξηση της θνησιμότητας και της νοσηρότητας και επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα ζωής και την ευζωία των ασθενών. Με δεδομένο ότι η αιμοκάθαρση εφαρμόζεται ως θεραπεία για την επιβίωση των ασθενών με χρόνια και επιδεινούμενη απώλεια της φυσιολογικής τους νεφρικής λειτουργίας εδώ και πολλές δεκαετίες, είναι σημαντική η διερεύνηση των αποτελεσμάτων της εφαρμογής της και η βελτιστοποίησή τους.

Η νυχτερινή αιμοκάθαρση (nocturnal hemodialysis) δεν είναι μια νέα μέθοδος, όμως λιγότερο από 1% ασθενών με ΧΝΝ παγκοσμίως έχουν πρόσβαση σε αυτή. Η διάρκειά της είναι μεγαλύτερη από αυτή της συμβατικής αιμοκάθαρσης και αναφέρεται ως πιο εντατική μέθοδος. Δύναται να εφαρμοστεί σε μονάδα τεχνητού νεφρού, αλλά και στο σπίτι. Παράλληλα, φαίνεται ότι οι ασθενείς που υποβάλλονται σε νυχτερινή αιμοκάθαρση παρουσιάζουν βελτιωμένα κλινικά αποτελέσματα και έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής.

Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι η ανάδειξη των πλεονεκτημάτων της νυχτερινής αιμοκάθαρσης συγκριτικά με την εφαρμογή συμβατικής μεθόδου αιμοκάθαρσης, δίνοντας έμφαση στην επίδραση στην ποιότητα ζωής των ασθενών που υποβάλλονται σε αυτή. Τα αποτελέσματα προκύπτουν από αναζήτηση σε πρόσφατη διεθνή βιβλιογραφία σε βάσεις δεδομένων, όπως PUBMED και SCOPUS.

ΝΥΧΤΕΡΙΝΗ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Εφαρμογή της νυχτερινής αιμοκάθαρσης

Η νυχτερινή αιμοκάθαρση περιγράφεται ως μια εντατική μέθοδος εξωνεφρικής κάθαρσης, η οποία έχει μεγαλύτερη δόση, διάρκεια και συχνότητα στην εφαρμογή της. Διαρκεί 6-8 ώρες για 5-6 φορές την εβδομάδα ή ανά δύο ημέρες 7-8 ώρες ανά συνεδρία (Pauly et al 2009). Πραγματοποιείται τόσο σε κέντρα εξωνεφρικής κάθαρσης, όσο και κατ' οίκον και δίνεται η ευκαιρία στους ασθενείς να κοιμούνται κατά τη διάρκεια της συνεδρίας (Koh 2019). Χορηγούνται κατά προσέγγιση 30 λίτρα υγρών υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας. Τα διττανθρακικά του διαλύματος είναι σε μικρότερη συγκέντρωση συγκριτικά με τη συμβατική αιμοκάθαρση (30-35 mEq/L), ενώ παρατηρείται υψηλότερη συγκέντρωση καλίου (3-3,5 mEq/L) (Lockridge et al 2015, Jansz et al 2018).

Είναι χαρακτηριστική η χρήση φίλτρων μικρότερης επιφάνειας (0,7 m2), οι ροές αίματος που κυμαίνονται στα 200-300 ml/λεπτό και οι ροές διαλυμάτων στα 100-300 ml/λεπτό (Lockridge et al 2015, Jansz et al 2018). Τα μηχανήματα αιμοκάθαρσης έχουν τη δυνατότητα, εκτός από την εξωσωματική κυκλοφορία και κάθαρση του αίματος, ανίχνευσης τυχόν διαφυγή αίματος ή διαλύματος. Επίσης, πραγματοποιούν αυτόματη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης με αυτόματο συναγερμό σήμανσης όταν ανιχνεύεται πτώση της (Ranganathan & John 2012). Η αιμοκάθαρση πραγματοποιείται είτε με τη χρήση μόνιμου φλεβικού καθετήρα διπλού αυλού είτε μέσω αγγειακής προσπέλασης (αρτηριοφλεβική αναστόμωση ή μόσχευμα). Όσον αφορά σε ασθενείς με αυτόχθονη αρτηριοφλεβική αναστόμωση (fistula), η παρακέντηση πραγματοποιείται με μονή ή διπλή βελόνα κατά περίπτωση (Πιερράτος και συν 2013).

Σύγκριση νυχτερινής και συμβατικής αιμοκάθαρσης

Οι ασθενείς οι οποίοι υποβάλλονται σε συμβατική αιμοκάθαρση παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά νοσηρότητας, θνησιμότητας και εισαγωγής στο νοσοκομείο (Mathew et al 2018). Οι συνεδρίες, συνήθως, πραγματοποιούνται τρεις φορές εβδομαδιαίως, με χρονική διάρκεια 3-5 ωρών. Η καρδιαγγειακή νόσος αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου ασθενών σε αιμοκάθαρση. Η συμβατική αιμοκάθαρση φαίνεται πως προκαλεί διακυμάνσεις στον όγκο των ενδαγγειακών υγρών και σε βιοχημικούς παράγοντες (Lacson et al 2012, Koh 2019). Η υπερφόρτωση υγρών προκαλεί την εμφάνιση υπερτροφίας της αριστερής κοιλίας, η οποία είναι δείκτης μείωσης της επιβίωσης αιμοκαθαιρόμενων ασθενών, ενώ η γρήγορη απομάκρυνση υγρών κατά τη συνεδρία έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της ιστικής αιμάτωσης και την αρτηριακή υπόταση (Jansz et al 2018).

Η νυχτερινή αιμοκάθαρση σχετίζεται με μακροπρόθεσμα οφέλη και επιβίωση σε σύγκριση με τη συμβατική αιμοκάθαρση (Garg et al 2017, Mathew et al 2018, Koh 2019). Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αυτού του είδους τη θεραπεία, παρουσιάζουν βελτιωμένους βιοχημικούς παράγοντες, όπως ουρία, κρεατινίνη και φωσφο-

ρικά, και απαιτείται λήψη μικρότερης ποσότητας φωσφοροδεσμευτικών ουσιών (Πιερράτος και συν 2013, Wong et al 2017). Επίσης, η κάθαρση της β2-μικροσφαιρίνης είναι 4 φορές μεγαλύτερη (Πιερράτος και συν 2013).

Βελτιώνεται η ρύθμιση της αρτηριακής υπέρτασης λόγω της σταδιακής ελάττωσης του βάρους έπειτα από τη συνεδρία, με αποτέλεσμα να μειώνεται η αντιυπερτασική αγωγή ή να διακόπτεται η χορήγηση της σε πολλές περιπτώσεις (Πιερράτος και συν 2013, Wong et al 2017, Koh 2019). Κατά το εντατικό σχήμα θεραπείας, αφαιρούνται λιγότερα υγρά και ο χρόνος είναι συντομότερος και δεν παρατηρείται υπερυδάτωση. Επίσης, ο χρόνος που χρειάζεται ο ασθενής για να επανακάμψει (recovery time) σε ασθενείς που ακολουθούν συμβατική αιμοκάθαρση υπολογίζεται στις 2-3 ώρες, ενώ όταν είναι συχνότερες οι συνεδρίες είναι τουλάχιστον μια ώρα λιγότερη (Garg et al 2017). Με το εντατικό σχήμα αιμοκάθαρσης οι ασθενείς παρουσιάζουν αιμοδυναμική σταθερότητα, μειώνονται τα υποτασικά επεισόδια και βελτιώνεται η λειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος (Τρίγκα και συν 2013). Έχει παρατηρηθεί ελάττωση των επιπέδων νοραδρεναλίνης και μείωση της δραστηριότητας του Συμπαθητικού Νευρικού Συστήματος με αποτέλεσμα τη μείωση των περιφερικών αντιστάσεων (Pauly et al 2009, Koh 2019). Η υπερτροφία της αριστερής κοιλίας υποχωρεί με την εφαρμογή της νυχτερινής αιμοκάθαρσης (Πιερράτος και συν 2013, Koh 2019).

Συγκριτικά με την κλασική αιμοκάθαρση, σε νυχτερινές συνεδρίες προσφέρουν καλύτερο έλεγχο της ουραιμίας (Πιερράτος και συν 2013). Έχει φανεί ότι δύναται να επιτευχθεί Kt/V μεγαλύτερο του τέσσερα (μονοδιαμερισματική κατανομή) και μείωση του λόγου ουρίας (Urea Reduction Rate, URR) περισσότερο από 90%, το οποίο πρακτικά σημαίνει ότι τα επίπεδα ουρίας προ κάθε συνεδρίας αιμοκάθαρσης είναι χαμηλότερα (Πιερράτος και συν 2013, Lockridge et al 2015, Broers et al 2018). Το «ουραιμικό περιβάλλον» (uremic milieu) προκαλεί αύξηση του κινδύνου φλεγμονώδους κατάστασης που επιδρά στην εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου, της ενδοθηλιακής δυσλειτουργίας και στην υποθρεψία (Netti et al 2020). Το ουραιμικό σύνδρομο χαρακτηρίζεται από μη ειδικά συμπτώματα, όπως η ναυτία, η απώλεια όρεξης, η αυξημένη κόπωση, αλλά και από συμπτώματα όπως η εγκεφαλοπάθεια και η περικαρδίτιδα (Ranganathan & John 2012). Έχει παρατηρηθεί αύξηση στα επίπεδα κατεχολαμινών στους ιστούς και στο πλάσμα, επηρεάζοντας τη δράση του συμπαθητικού συστήματος και συσχέτιση με δυσλειτουργία του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος (Τρίγκα και συν 2013). Επίσης, η ουραιμία προκαλεί διαταραχές των αιμοπεταλίων και της επιβίωσης των ερυθροκυττάρων, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να παρουσιάζουν απώλεια αίματος, ελάττωση των επιπέδων σιδήρου και μειωμένη δυνατότητα ερυθροποίησης (Babitt & Lin 2012).

Η αναιμία σε ασθενείς με ΧΝΝ απαντάται συχνά και είναι κακός προγνωστικός δείκτης για την πορεία της νόσου. Αποτελέσματα μελετών συσχετίζουν τη νυχτερινή αιμοκάθαρση με αμετάβλητα ή υψηλότερα επίπεδα αιμοσφαιρίνης και βελτίωση της απόκρισης της ερυθροποιητίνης, άρα και καλύτερη διαχείριση της αναιμίας (Babitt & Lin 2017, Koh 2019).

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό ότι για κάθε 30 λεπτά αύξησης στη διάρκεια της αιμοκάθαρσης παρατηρήθηκε ελάττωση της θνησιμότητας κατά 7%. Η δεκαετής επιβίωση ασθενούς που υποβάλλεται σε νυχτερινή αιμοκάθαρση είναι σχεδόν ίδια με αυτή ασθενή που έχει υποβληθεί σε μεταμόσχευση από πτωματικό δότη (Ranganathan & John 2012, Μαυροματίδης & Πασαδάκης 2014). Βρέθηκε ότι η υπολειπόμενη νεφρική λειτουργία είναι σε καλύτερα επίπεδα σε ασθενείς που πραγματοποιούν νυχτερινές συνεδρίες (Mathew et al 2018).

ΝΥΧΤΕΡΙΝΗ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Επίδραση της νόσου στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής

Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής (ΠΖ) και της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής (ΣΥΠΖ) προάγει ένα ασθενοκεντρικό μοντέλο διαχείρισης της νόσου και των αναμενόμενων αποτελεσμάτων. Η έκπτωση των ζωτικών λειτουργιών και της ευεξίας επηρεάζουν αρνητικά την ικανοποίηση και την προσκόλληση στη θεραπευτική διαδικασία με επίπτωση στην επιβίωση των ασθενών με χρόνια νοσήματα (Pei et al 2019).

Οι ασθενείς με ΧΝΝ και τελικού σταδίου νεφρική νόσο αντιμετωπίζουν ποικίλες ψυχολογικές και κοινωνικοοικονομικές δυσκολίες. Η κλινική επιδείνωση, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, οι λοιμώξεις και η ύπαρξη συννοσηροτήτων σε συνδυασμό με τη μειωμένη λειτουργικότητα προκαλούν σε σημαντικό βαθμό μείωση του επιπέδου ποιότητας ζωής τους (Joshi 2014, Pei et al 2019). Οι περιορισμοί στον τρόπο ζωής λόγω της νόσου άλλα και της θεραπείας, επιφέρουν μεταβολές στην πρόσληψη τροφής και υγρών, κόπωση, νοσηρότητα, απομάκρυνση από την εργασία και απώλεια εισοδήματος (Koh 2019, Pei et al 2019).

Νυχτερινή αιμοκάθαρση και ποιότητα ζωής

Η συχνότητα, η διάρκεια, οι επιπλοκές της αιμοκάθαρσης αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία ως παράγοντας που σχετίζεται με τη μείωση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής σε ασθενείς με νεφρική νόσο (Broers et al 2018). Επίσης, βρέθηκε πως ο συντομότερος χρόνος συνεδρίας βελτιώνει τη γενική υγεία (Garg et al 2017). Η μεγαλύτερη συχνότητα συνεδριών έχει ως αποτέλεσμα μεγαλύτερη απώλεια υγρών και διαλυμάτων εβδομαδιαίως, ενώ ορισμένες μελέτες δείχνουν συσχέτι-

ση με βελτιωμένη ΣΥΠΖ (Garg et al 2017). Ο βελτιωμένος έλεγχος της ουραιμίας έχει ως αποτέλεσμα και μείωση των περιορισμών στη δίαιτα, με αποτέλεσμα την αύξηση στην πρόσληψη πρωτεΐνης (Ranganathan & John 2012, Πιερράτος και συν 2013). Επίσης, αναφέρεται πως οι ασθενείς έχουν καλύτερη φυσική δραστηριότητα (Dam et al 2019).

Οι διαταραχές του ύπνου αναφέρονται ως συνήθεις σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς και συνδέονται με μειωμένη επιβίωση (Chen et al 2016). Επίσης, η υπνική άπνοια απαντάται στο 50 % των ασθενών αυτών (Πιερράτος και συν 2013). Για τους ασθενείς που υποβάλλονται σε νυχτερινές συνεδρίες ο ύπνος είναι βελτιωμένος και μειώνεται η άπνοια και η υποξαιμία (Πιερράτος και συν 2013, Μαυροματίδης & Πασαδάκης 2014). Ο έλεγχος των υγρών και η υψηλότερη δόση κάθαρσης εκτιμάται πως περιορίζει την υπνική άπνοια (Koh 2019).

Η μείωση των επιπέδων νοσηρότητας και των ποσοστών νοσηλείας βοηθούν στο να περιοριστούν τόσο οι σωματικές όσο και οι ψυχολογικές επιπτώσεις της νόσου (Broers et al 2018). Με τη διενέργεια των συνεδριών κατά τη νύχτα απελευθερώνεται χρόνος κατά τη διάρκεια της ημέρας (Jansz et al 2018). Η ύφεση των συμπτωμάτων και των επιπλοκών προάγουν την καλύτερη ποιότητα ζωής. Με τον τρόπο αυτό, επιτρέπεται στους ασθενείς να διατηρήσουν σε ικανοποιητικά επίπεδα τη λειτουργικότητα τους και να εξακολουθήσουν την καθημερινότητά τους (Dam et al 2019). Τέλος, το αίσθημα απομόνωσης, το άγχος και η κατάθλιψη ελαττώνονται και ανακτάται ο αυτοέλεγχος (Chen et al 2016, Broers et al 2018, Pei et al 2019).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα άτομα με ΧΝΝ τελικού σταδίου θα πρέπει να λαμβάνουν γνώση για όλο το φάσμα των θεραπευτικών τους επιλογών. Η εκτίμηση της ΠΖ και της ΣΥΠΖ των ασθενών είναι σημαντική παράμετρος για την επιλογή της μεθόδου, καθώς είναι απαραίτητη η διατήρηση της λειτουργικότητας τους, της ευεξίας τους και της ψυχικής τους υγείας. Οι εναλλακτικές μορφές αιμοκάθαρσης, όπως η νυχτερινή, αν και εφαρμόζονται σε μικρή κλίμακα, παγκοσμίως, φαίνεται ότι προσφέρουν καλύτερα αποτελέσματα για τους ασθενείς τόσο κλινικά, όσο και για τη βελτίωση της ΠΖ τους. Βιβλιογραφικά αναφέρονται περιορισμοί και μειονεκτήματα στην εφαρμογή της νυχτερινής αιμοκάθαρσης, τα οποία θα μπορούσαν να μετριαστούν ή να ξεπεραστούν από την περαιτέρω έρευνα και την τεχνογνωσία, καθώς, επίσης, από την εκπαίδευση του προσωπικού και των ασθενών και τον εκσυγχρονισμό του εξοπλισμού.

Με την παρούσα ανασκόπηση δίνεται η ευκαιρία για μελλοντική ερευνητική μελέτη για τα πλεονεκτήματα της νυχτερινής αιμοκάθαρσης και την επίδρασή της στην ποιότητα ζωής ασθενών με ΧΝΝ και τελική νεφρική νόσο, η οποία δεν έχει μελετηθεί στο παρελθόν εγχώρια.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Babitt J.L. & Lin H.Y. (2012). Mechanisms of Anemia in CKD. *Journal of American Society of Nephrology* 23:1631-1634.

Broers N.J.H., Martens R.J.H., Canaud B., Cornelis T., Dejagere T., Diederen N., Hermans M., Konings C., Stifft F., Wirtz J., Leunissen K., Van der Sande F. & Kooman J. (2018). Health-related quality of life in end-stage renal disease patients: the effects of starting dialysis in the first year after the transition period. *International Urology and Nephrology* 50: 1131-1142.

Chen S.S., Mawed S.A. & Unruh M. (2016). Health-Related Quality of Life in End-Stage Renal Disease Patients: How Often Should We Ask and What Do We Do with the Answer? *Blood Purification* 41: 218-224.

Dam M., Weisj P.J.M., van Ittersum F.J. & van Jaarsveld B.C. (2019). Physical performance in patients treated with nocturnal hemodialysis- a systematic review of the evidence. *BMC Nephrology* 20:317-323.

Garg A.X., Suri R.S., Eggers P., Finkelstein F.O., Greene T., Kimmel P., Kliger A., Larive B., Lindsay R., Pierratos A., Unruh M. & Chertow G. (2017). Patients receiving frequent hemodialysis have better health-related quality of life compared to patients receiving conventional hemodialysis. *Kidney International* 76:746-754.

Jansz T.T., Bonenkamp A.A., Boereboom F.T.J., Van Reekum F.E., Verhaar M. & Jaarsveld B. (2018). Health-related quality of life compared between kidney transplantation and nocturnal hemodialysis. *PLOSONE* 13(9):e0204405.

Jansz T.T., Ozyilmaz A., Grooteman M.P.C., Hoekstra T., Romijin M., Blankestijn P., Bots M. & Van Jaarsveld B. (2018). Long-term clinical parameters after switching to nocturnal haemodialysis: a Dutch propensity-score matched cohort study comparing patients on nocturnal haemodialysis with patients on three-times-a week haemodialysis/haemofiltration. *BMJ Open* 8(3):e019900.

Joshi V.D. (2014). Quality of life in end stage renal disease. *World Journal of Nephrology* 3(4):308-316.

Koh T.K. (2019). Nocturnal hemodialysis: improved quality of life and patient outcomes. *International Journal of Nephrology and Renovascular Disease* 12:59-68.

Lacson E., Xu J., Suri R.S., Nesrallah G., Lindsay R., Garg A., Lester K., Ofsthun N., Lazarus M. & Hakim R. (2012). Survival With Three-Times Weekly In-Center Nocturnal Versus Conventional Hemodialysis. *Journal of American Society of Nephrology* 23(4):687-695.

Lockridge R., Cornelis T. & Van Eps C. (2015). Prescriptions for home hemodialysis. *Hemodialysis International* 19:S112-127.

Mathew A., McLeggon J.A., Mehta N., Leung S., Barta V., McGinn T. & Nesrallah G. (2018). Mortality and Hospitalizations in Intensive Dialysis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Canadian Journal of Kidney Health and Disease* 5:1-8.

Netti G.S., Rotondi M., Di Lorenzo A., Papantonio D., Teri A., Schirone M., Spadaccino F., Croce L., Infante B., Perulli R., Coperchini F., Rocchetti M.T., Iannelli G., Fortunato F., Prato R., Castellano G., Gesualdo L., Stallone G., Ranieri E. & Grandaliano G. (2020). Nocturnal hemodialysis is associated with a reduced occurrence of low triiothyronine serum levels in hemodialysed patients. *Clinical Kidney Journal* 13(3):450-460.

Pauli R.P., Asad R.A., Hanley J.A., Pierratos A., Zaltzman J., Chery A. & Chan C.T. (2009). Long-term clinical outcomes of nocturnal hemodialysis patients compared with conventional hemodialysis post-renal transplantation. *Clinical Transplantation* 23:47-55.

Pei M., Aguiar R., Pagels A.A., Heimburger O., Stenvinkel P., Barany P., Medin C., Jacobson S., Hylander B., Lindholm B. & Qureshi A. (2019). Health-related quality of life as predictor of mortality in end-stage renal disease patients: an observational study. *BMC Nephrology* 20:144-150.

Ranganathan D. & John C.T. (2012). Nocturnal Hemodialysis. *Indian Journal of Nephrology* 22(5):323-332.

Wong B., Collister D., Muneer M., Storie D., Courtney M., Lloyd A., Campbell S. & Pauly R. (2017). In-Center Nocturnal Hemodialysis Versus Conventional Hemodialysis: A Systematic Review of the Evidence. *American Journal of Kidney Disease* 70(2):218-234.

Μαυροματίδης Κ. & Πασαδάκης Π. (2014). Εξωνεφρική κάθαρση. Θεσσαλονίκη: Ροτόντα.

Πιερράτος Α., Λέκκα Π. & Ντόμπρος Ν.Β. (2013). Ημερήσια και νυχτερινή αιμοκάθαρση. *Ελληνική Νεφρολογία* 25: 23-35.

Τρίγκα Κ., Δουζδαμπάνης Π., Chan C. & Oreopoulos D.G. (2013). Ευεργετικά αποτελέσματα της νυχτερινής αιμοκάθαρσης σε αιμοδυναμικά ασταθή ασθενή με AL-αμυλοείδωση. *Ελληνική Νεφρολογία* 25:94-98.

REVIEW

Advantages of nocturnal haemodialysis on clinical outcomes and quality of life of patients with End-Stage Chronic Kidney Disease compared to classic haemodialysis

Michael Tsanasidis[1], Sofia Theofanidou[2], Theodora Kafkia[3]
1. RN, MSc "IASIS" Chronic Hemodialysis Unit, Veroia
2. RN, MSc, PhD(c),General Hospital of Athens "G. Gennimatas"
3. Assistant Professor, Nursing Faculty, International Hellenic University

ABSTRACT
Patients with chronic kidney disease and end-stage renal disease receive Renal Replacement Therapies in order to ensure their survival. In the long run, dialysis sessions are associated with increased morbidity, mortality and diminished functionality and well-being. Conventional dialysis regimen is, usually, consisted of three four hours sessions per week. Nocturnal hemodialysis is a new novel intensive dialysis method. Compared to conventional hemodialysis it has longer duration, higher frequency and dose of dialysate. Moreover, there are improved biochemical factors, urea levels and cardiovascular system enhancement. Drugs administration, such as antihypertensives and phosphate binding agents, is reduced. Patients have the chance to sleep during the night and they show improved quality of sleep. It is observed an increase in survival and symptom remission. Despite the fact that it is not widely implemented, it has been shown to offer to the patients better clinical outcomes and improved quality of life compared to those undergoing conventional hemodialysis treatment.

Key-words: conventional hemodialysis, nocturnal hemodialysis, quality of life

Corresponding author: Michael Tsanasidis
e-mail: tsanas_matsouka@hotmail.com

Submission date: 27.12.2020
Publication date: January 2021

Citation: Tsanatsidis M., Theofanidou S. & Kafkia T. (2021). Advantages of nocturnal haemodialysis on clinical outcomes and quality of life of patients with End-Stage Chronic Kidney Disease compared to classic haemodialysis. *Hellenic Journal of Nursing Science* 14(1): 16-21. https://doi.org/10.24283/hjns.202112

Εφαρμογή πρωτοκόλλου Early Recovery After Surgery (ERAS) σε επεμβάσεις ήπατος: μία ανασκόπηση της σύγχρονης βιβλιογραφίας

Οδυσσεύς Ι. Μπότσης
Center for Digestive Diseases, Karolinska University Hospital, Huddinge, Sweden

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η περιεγχειρητική φροντίδα για τη χειρουργική ήπατος έχει υποστεί αλλαγές που αφορούν ολόκληρη την ομάδα υγείας και τη χειρουργική τεχνική. Πλήθος ερευνών προτείνουν ριζικές μετατροπές στη μέχρι πρότινος περιεγχειρητική φροντίδα του ασθενή. Έγκαιρη εντερική σίτιση, κινητοποίηση του ασθενή την ημέρα της επεμβάσης και αλλαγές στη μέθοδο αναλγησίας είναι μόνο λίγες από τις προτεινόμενες αλλαγές, τα αποτελέσματα των οποίων είναι, μεταξύ άλλων, συντομότερη παραμονή στο νοσοκομείο, βελτιωμένη ποιότητα ζωής των ασθενών και σπανιότερες επιπλοκές Για την επίτευξη των αποτελεσμάτων αυτών απαιτείται εκ μέρους του υγειονομικού προσωπικού περισσότερη συμμετοχή στη φροντίδα του ασθενή, θέληση και ετοιμότητα για αλλαγή της πρακτικής του, καθώς και επικαιροποίηση των γνώσεων του.

Λέξεις Κλειδιά: Early Recovery After Surgery, μείωση μετεγχειρητικών επιπλοκών, χειρουργική ήπατος

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Οδυσσεύς Ι. Μπότσης
e-mail: odyssefsbotsis@gmail.com

Ημερομηνία υποβολής: 09/01/2020
Ημερομηνία δημοσίευσης: Ιανουάριος 2021

Σημείωμα εκδότη: Η παρούσα δημοσίευση εκφράζει την προσωπική άποψη των συγγραφέων.

Αναφορά του άρθρου ως: Μπότσης Ο. (2021). Εφαρμογή πρωτοκόλλου Early Recovery After Surgery (ERAS) σε επεμβάσεις ήπατος: μια ανασκόπηση της σύγχρονης βιβλιογραφίας. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 14(1): 22-27. https://doi.org/10.24283/hjns.202113

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ:

- **Μείωση του χρόνου νοσηλείας**
- **Βελτιωμένη αναλγησία**
- **Σύντομη μετεγχειρητική εντερική σίτιση**
- **Μείωση των νοσοκομειακών εξόδων**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ξεκινώντας από το 2005, όταν δημοσιεύθηκε για πρώτη φορά, το πρωτόκολλο σύντομης μετεγχειρητικής ανάρρωσης (Early Recovery After Surgery protocol, ERAS) έχει υποστεί αρκετές μεταβολές και επικαιροποιήσεις φτάνοντας στη σημερινή μορφή του (ERAS® Society 2019). Ένα πρωτόκολλο ERAS είναι ένα σύνολο κατευθυντήριων οδηγιών για την προ-, δια- και μετεγχειρητική φάση της φροντίδας του ασθενή στο οποίο προσαρμόζονται μεταξύ άλλων η σίτιση, η κινητοποίηση και η αναλγησία των ασθενών, με στόχο τη βέλτιστη δυνατή ανάρρωση αυτών μετά από χειρουργικές επεμβάσεις. Το σύνολο των επεμβάσεων στις οποίες ένα τέτοιο πρωτόκολλο μπορεί να εφαρμοστεί είναι ευρύ. Υφίστανται για παράδειγμα πρωτόκολλα εξειδικευμένα σε: βαριατρική, χειρουργική εντέρου, γυναικολογία, ουρολογία, χειρουργική κεφαλής και τραχήλου και χειρουργική ήπατος (ERAS® Society 2019).

Οι οδηγίες αυτές έχουν στόχο να βελτιώσουν τη διατροφή, την αναλγησία δίχως τη χρήση οπιοειδών και να μειώσουν τις διαταραχές του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών προωθώντας ταχεία μετεγχειρητική κινητοποίηση και σίτιση. Επιπλέον, θετικά αποτελέσματα της εφαρμογής αυτών των πρωτοκόλλων αποτελούν ο μειωμένος χρόνος παραμονής στο νοσοκομείο μετεγχειρητικά, μειωμένη εμφάνιση επιπλοκών, βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, μειωμένα επίπεδα πόνου και τέλος μείωση των εξόδων του ασφαλιστικού φορέα (Pędziwiatr et al 2018).

Σκοπός του παρόντος άρθρου είναι να παρουσιάσει και να ενημερώσει για τις παγκόσμιες εξελίξεις σχετικά με την περιεγχειρητική φροντίδα ασθενών μετά από επεμβάσεις ήπατος, καθώς, επίσης, και να θέσει τις βάσεις για περαιτέρω διερεύνηση και βελτίωση της κλινικής πρακτικής.

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΩΝ ERAS ΜΕ ΥΠΑΡΧΟΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Τα πρωτόκολλα ERAS έχουν αλλάξει διεθνώς και σε σημαντικό βαθμό την πορεία της περιεγχειρητικής φροντίδας σε σχέση με τις μέχρι πρότινος ακολουθούμενες κατευθυντήριες οδηγίες. Με σκοπό να δημιουργηθεί μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα σχετικά με τις διαφορές των πρωτοκόλλων ERAS εν συγκρίσει με τα παρόντα πρωτόκολλα, ακολουθούν τα αποτελέσματα από έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε Κινεζικό νοσοκομείο, συγκρίνοντας δύο ομάδες ασθενών που επρόκειτο να υποβληθούν σε λαπαροσκοπική ηπατεκτομή. Η πρώτη ακολούθησε τη παρούσα περιεγχειρητική φροντίδα ενώ η δεύτερη τα πρωτόκολλα ERAS. Οι διαφορές αυτών παρουσιάζονται επιγραμματικά στον πίνακα 1.

ΗΜΕΡΑ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΠΕΜΒΑΣΗ	
Οι ασθενείς της πρώτης ομάδας δεν λάμβαναν τροφή από το απόγευμα της προηγούμενης της επέμβαση μέρα μέχρι και τη στιγμή της επέμβασης	Οι ασθενείς της δεύτερης ομάδας μπορούσαν να λάβουν τροφή το απόγευμα πριν την επέμβαση χωρίς περιορισμό. Ύστερα από καθορισμένη ώρα σταματούσε η σίτιση και επιτρεπόταν μόνο η λήψη υγρών. Οι ασθενείς επιτρεπόταν να πιούν υγρά που περιείχαν υδατάνθρακες έως και 2 ώρες προεγχειρητικά
ΗΜΕΡΑ ΤΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ	
Τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα και κοιλιακής παροχέτευσης, σύμφωνα με το πρωτόκολλο και απουσία περιορισμού χορήγησης ενδοφλεβίων υγρών στην πρώτη ομάδα	Κατά το δυνατόν αποφυγή τοποθέτησης ρινογαστρικού καθετήρα, καθώς και αποφυγή τοποθέτησης κοιλιακών παροχετεύσεων Λήψη νερού έξι ώρες μετεγχειρητικά και περιορισμός των ενδοφλεβίων υγρών στη δεύτερη ομάδα στα 2- 2,5 λίτρα

1Η ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΗΜΕΡΑ	
Απουσία διαιτητικού πλάνου, διατήρηση καθετήρα ούρων και ανάπαυση για τις ασθενείς της πρώτης ομάδας	Κινητοποίηση ασθενή δύο φορές την ημέρα, αφαίρεση καθετήρα κύστης, μείωση ενδοφλέβιων εγχύσεων και από του στόματος κατανάλωση πόσιμων υποκατάστατων τροφής της ασθενείς της δεύτερης ομάδας
2Η ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΗΜΕΡΑ	
Οι ασθενείς της πρώτης ομάδας έλαβαν ενδοφλέβια κατ' επίκληση αναλγησία (Patient Controlled Intravenous Anaesthesia, PCIA), διατροφή αποκλειστικά με υγρά και κινητοποίηση επί κλίνης	Στους ασθενείς της δεύτερης ομάδας διακόπηκε η ενδοφλέβια αναλγησία και αντικατάσταση με από του στόματος αναλγητικά, λήψη ημιυδαρούς διατροφής, τέσσερις φορές την ημέρα κινητοποίηση, αφαίρεση κεντρικού φλεβικού καθετήρα και τέλος αφαίρεση της παροχέτευσης εάν αυτό ήταν δυνατό (Xiao Liang et al 2016)

Πίνακας 1: Σύγκριση πρωτοκόλλου ERAS με υπάρχον πρόγραμμα φροντίδας

Τα πρωτόκολλα ERAS προσαρμόζονται βάσει του μεγέθους και του τρόπου πραγματοποίησης της επέμβασης (π.χ. ύστερα από εκτομή ενός λοβού ή τριών λοβών, λαπαροσκοπικά ή μη), καθώς και από την κατάσταση της υγείας του κάθε ασθενή. Κατά συνέπεια μεταβάλλονται και οι περιεγχειρητικές παρεμβάσεις ώστε να προσαρμοστούν βάσει αυτών των δεδομένων.

Οι διαφορές στην παρούσα περιεγχειρητική φροντίδα σαφώς ποικίλουν από χώρα σε χώρα και μεταξύ των συστημάτων υγείας. Εφόσον η παρούσα εργασία δεν έχει σκοπό να παρουσιάσει σε βάθος τις διαφορές των πρωτοκόλλων ERAS και παρούσας περιεγχειρητικής φροντίδας, αποκλειστικός σκοπός της ανωτέρω σύγκρισης είναι να εντοπίσει κάποιες από τις διαφορές που υπάρχουν μεταξύ των δύο προσεγγίσεων.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΩΝ ΔΥΟ ΟΜΑΔΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η μετεγχειρητική πορεία των ασθενών που ακολούθησαν πρωτόκολλα ERAS αποδείχθηκε αποτελεσματικότερη και οι ίδιοι οι ασθενείς δήλωσαν περισσότερο ικανοποιημένοι με την παρεχόμενη φροντίδα. Έρευνες δείχνουν πως ενώ τα μετεγχειρητικά οφέλη υπερτερούν, υπάρχουν και μειονεκτήματα κατά την εφαρμογή των πρωτοκόλλων ERAS.

Προβληματισμοί σχετικά με τα πρωτόκολλα ERAS

Με τη δημιουργία και εφαρμογή νέων στοιχείων στο χώρο της υγείας -παραδείγματι τα πρωτόκολλα ERAS- παρατηρούνται εμπόδια τα οποία εμποδίζουν την εφαρμογή τους και κατ' επέκταση την καταγραφή των θετικών τους αποτελεσμάτων. Κάποια από αυτά τα προβλήματα διατυπώνονται στη συνέχεια.

Ένα από τα μείζονα εμπόδια στην εφαρμογή των ERAS υπήρξε η αντίσταση στην αλλαγή της πρακτικής, από το ίδιο το προσωπικού και της εφαρμογής των βημάτων των πρωτοκόλλων αυτών, σύμφωνα με τη μελέτη των Pędziwiatr et al (2018). Οι αιτίες για την περιορισμένη εφαρμογή των πρωτοκόλλων ήταν, σύμφωνα με τους εργαζόμενους, εμπόδια σχετιζόμενα με το ίδρυμα παροχής υγειονομικής φροντίδας, όπως για παράδειγμα ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό και οικονομικής φύσης θέματα. Κάποιοι εργαζόμενοι επιπλέον σχολίασαν πως αίτια για την ατελή εφαρμογή των πρωτοκόλλων, υπήρξε η έλλειψη επικοινωνίας και συνεργασίας μεταξύ των μελών της υγειονομικής ομάδας (Pearsall et al 2015). Επιπροσθέτως βρέθηκε στη μελέτη των Kisielewski et al (2017), πως ενώ οι χειρουργοί ακολουθούσαν ορισμένες από τις οδηγίες που περιλαμβάνονταν στα εν λόγω πρωτόκολλα (όπως περιορισμός της μετεγχειρητικής χορήγησης οξυγόνου, αποφυγή χρήσης ρινογαστρικού καθετήρα, κ.α.), κάποια βήματα των πρωτοκόλλων δεν ακολουθούνταν επαρκιβώς. Ειδικότερα, βρέθηκε από την ιδία έρευνα πως οι προαναφερθέντες δεν ήταν διατεθειμένοι να αλλάξουν την καθημερινή πρακτική τους, αλλά δεν είχαν αντίρρηση σε αλλαγές που αφορούσαν τη περιεγχειρητική αναισθησία (Kisielewski et al 2017).

Στη δημοσίευση των Vandana & Divatia (2019) σχετικά με την εφαρμογή των πρωτοκόλλων ERAS, παραθέτουν οι συγγραφείς κάποιους προβληματισμούς σχετικά με τη χρήση τους. Μεταξύ άλλων, περιγράφεται η χρήση επισκληρίδιας αναισθησίας -η οποία και αποτελεί θεμελιώδη προσέγγιση των πρωτοκόλλων ERAS- καθώς υπάρχει κίνδυνος για εμφάνιση επιπλοκών, π.χ. οι διαταραχές πήξης του αίματος οφειλόμενες στην επέμβαση στο ήπαρ ενδέχεται να προκαλέσουν προβλήματα κατά την αφαίρεση του επισκληρίδιου καθετήρα. Στην ίδια δημοσίευση και σύμφωνα με μελέτη από τους Siniscalchi et al (2016) όπως αναφέρθηκε από τους Vandana & Divatia (2019, σελ. 121), δεν καταγράφηκαν προβλήματα κατά την εισαγωγή και εξαγωγή των επισκληριδίων καθετήρων σε αυτή την ομάδα ασθενών (Siniscalchi et al 2016, Vandana & Divatia 2019). Υφίσταται επίσης, σύμφωνα με τους συγγραφείς, κίνδυνος για οξεία νεφρική βλάβη από τη χρήση επισκληριδίου αναισθησίας, κάτι το οποίο παρατηρήθηκε στο 10% των ασθενών που έλαβαν αυτή

τη μορφή αναισθησίας, και κυρίως ύστερα από μείζονες επεμβάσεις στο ήπαρ. Παρ΄ όλα αυτά μόνο το 0,8% των ασθενών χρειάστηκε θεραπεία υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας (Vandana & Divatia 2019).

Σαφώς όταν υιοθετείται μια νέα πρακτική και ο τρόπος εργασίας ολόκληρης της υγειονομικής ομάδας καλείται να αλλάξει, είναι αναμενόμενο να παρουσιαστεί κάποιο είδος αντίστασης. Πρέπει εντούτοις οι εργαζόμενοι να τεθούν υπέρ των εξελίξεων και των αλλαγών στην εργασία, όσο δύσκολο και αν είναι, εφόσον αυτές στηρίζονται επιστημονικά και έχουν θετικά αποτελέσματα.

Οφέλη από την εφαρμογή των ERAS

Τα οφέλη από την εφαρμογή των ERAS υπερτερούν των προβλημάτων που παρουσιάστηκαν, και για αυτό αυτά τα πρωτόκολλα έχουν χαρακτηριστεί ασφαλή για εφαρμογή σύμφωνα με αρκετές έρευνες. Κάποια από αυτά τα οφέλη παρουσιάζονται περιληπτικά στη συνέχεια.

Ύστερα από ανάλυση τεσσάρων τυχαιοποιημένων μελετών, οι Rouxel & Beloeil (2019) συμπέραναν πως αφού ακολουθήθηκαν τα πρωτόκολλα ERAS ύστερα από ηπατεκτομή, η μετεγχειρητική παραμονή στο νοσοκομείο, καθώς και η εμφάνιση επιπλοκών ήταν σημαντικά μικρότερες συγκριτικά με ασθενείς που ακολούθησαν τα τρέχοντα πρωτόκολλα, ενώ η επανειλημμένη εισαγωγή των ασθενών στα νοσοκομεία όπως και η θνησιμότητα δεν επηρεάστηκαν (Rouxel & Beloeil 2019).

Τα δεδομένα σχετικά με το μικρότερο χρόνο παραμονής υποστηρίζει έρευνα από τους Pędziwiatr et al (2018), οι οποίοι αναφέρουν στο άρθρο τους πως η εφαρμογή των πρωτοκόλλων ERAS περιεγχειρητικά για επεμβάσεις κοιλίας, όχι μόνο μείωσε τη μετεγχειρητική νοσηρότητα, αλλά και την περίοδο νοσηλείας κατά 2-3 ημέρες. Οι ίδιοι συγγραφείς αναφέρουν, επίσης, πως μέσω εφαρμογής αυτών των πρωτοκόλλων μειώθηκαν τα έξοδα νοσηλείας, τα επίπεδα πόνου που βίωναν οι ασθενείς και τέλος, επετεύχθηκε καλύτερη ποιότητα ζωής για τους ασθενείς. Στην ίδια δημοσίευση αναφέρεται, επίσης, πως η έγκαιρη σίτιση των ασθενών με από του στόματος διατροφή συνδέθηκε απευθείας με το μειωμένο χρόνο παραμονής στο νοσοκομείο και όχι με εμφάνιση επιπλοκών (Pędziwiatr et al 2018).

Περισσότερες επιπλοκές μετά από λαπαροσκοπική ηπατεκτομή εμφάνισαν οι ασθενείς που ακολούθησαν το συνηθισμένο παρόν περιεγχειρητικό πρόγραμμα συγκριτικά με όσους ακολούθησαν το πρωτόκολλο ERAS (43,9% έναντι 22,5%). Μεταξύ αυτών των επιπλοκών 6 ασθενείς από την πρώτη ομάδα εμφάνισαν εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση, ενώ από την ομάδα που ακολούθησε πρωτόκολλο ERAS, κανένας. Όσον αφορά την εμφάνιση πόνου, η ομάδα στην οποία εφαρμόστηκε πρόγραμμα ERAS εξέφρασε σημαντικά μικρότερα επίπεδα άλγους, χαμηλότερα επίπεδα CRP (C αντιδρώσα πρωτεΐνη), ενώ ο μέσος χρόνος νοσηλείας μετεγχειρητικά ήταν 3,6-8,8 ημέρες για τους ασθενείς που ακολούθησαν πρωτόκολλο ERAS και 4-15,8 ημέρες για τους ασθενείς που ακολούθησαν το σύνηθες περιεγχειρητικό πρόγραμμα (Xiao Liang et al 2016).

Η εφαρμογή των πρωτοκόλλων ERAS μετά από επεμβάσεις ηπατεκτομής έχει θετικό αντίκτυπο και αυτός έχει καταγραφεί από πλήθος ερευνών πέρα των προαναφερθέντων. Ο χρόνος νοσηλείας αναφέρεται μειωμένος σύμφωνα με αποτελέσματα ερευνών (Damania & Cocieru 2017, Zhao et al 2017, Chong et al 2019, Teixeira et al 2019) καθώς και σπανιότερη παρατήρηση επιπλοκών ύστερα από ηπατεκτομή (Zhao et al 2017).

Δίχως αμφιβολία, τα πρωτόκολλα ERAS έχουν μεταβάλλει ραγδαία την περιεγχειρητική νοσηλεία ύστερα από επεμβάσεις στο ήπαρ, λαπαροσκοπικές και μη. Συντομότερος χρόνος νοσηλείας, μειωμένος κίνδυνος εμφάνισης επιπλοκών, μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασθενών από τη μετεγχειρητική πορεία τους, καλύτερη μετεγχειρητική αποκατάσταση και τέλος μειωμένο κόστος νοσηλείας. Όλα αυτά τα θετικά αποτελέσματα στηρίζουν την εφαρμογή των πρωτοκόλλων ERAS, και δείχνουν το δρόμο για τη μελλοντική πορεία της περιεγχειρητικής νοσηλείας για ασθενείς που θα υποβληθούν σε επέμβαση ήπατος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η εμφάνιση νέων προσεγγίσεων στην υγεία και στη φροντίδα αποτελεί αδιαμφισβήτητα κάτι το οποίο μπορεί να κάνει σκεπτικούς πολλούς επαγγελματίες υγείας ως προς την υιοθέτηση νέων πρωτοκόλλων και την αποδοχή τους. Υπό το φως νέων επιστημονικών ανακαλύψεων σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας, γίνεται εμφανές πως η καλύτερη συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και η πιστή εφαρμογή των νέων πρακτικών αποτελούν τους ακρογωνιαίους λίθους για την επίτευξη βέλτιστων δυνατών αποτελεσμάτων.

Η παρούσα ανασκόπηση παρέχει έγκυρη και σύγχρονη γνώση προωθώντας τις τελευταίες εξελίξεις σχετικά με τη περιεγχειρητική φροντίδα στη χειρουργική ήπατος. Δίνεται, επίσης, έναυσμα στους συναδέλφους επαγγελματίες υγείας για περαιτέρω διερεύνηση, βελτίωση και επικαιροποίηση της κλινικής πρακτικής βάσει των τελευταίων επιστημονικών δεδομένων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Agarwal V. & Divatia J. (2019). Enhanced recovery after surgery in liver resection: current concepts and controversies. *Korean Joural of Anesthesiology* 72(2):119-129.

Chong C.C., Chung W.Y., Cheung Y.S., Fung A.K., Fong A.K., Lok H.T., Wong J., Lee K.F., Chan S.K. & Lai P. (2019). Enhanced recovery after surgery for liver resection. *Hong Kong Medical Journal* 25(2):94-101.

Damania R. & Cocieru A. (2017). Impact of enhanced recovery after surgery protocols on postoperative morbidity and mortality in patients undergoing routine hepatectomy: review of the current evidence. *Annals of Translational Medicine* 5(17):341-347.

ERAS® Society (2019). Available at: http://erassociety.org/ [Πρόσβαση 8 Ιούλιος 2019].

Kisielewski M., Rubinkiewicz M., Pedziwiatr M., Pisarska M., Migaczewski M., Dembinski M., Major P., Rembiasz K. & Budzynski A. (2017). Are we ready for the ERAS protocol in colorectal surgery? *Videosurgery and Other Miniinvasive Techniques* 12(1):1-6.

Liang X., Ying H., Wang H., Xu H., Yu X., Cai L., Wang Y., Tong Y., Ji L., Luo R. & Cai X.J. (2016). Enhanced Recovery Program Versus Traditional Care in Laparoscopic Hepatectomy. *Medicine* 95(8):1-6.

Pearsall E.A., Meghji Z., Pitzul K.B., Aarts M.A., McKenzie M., McLeod R.S. & Okrainec A. (2015). A qualitative study to understand the barriers and enablers in implementing an enhanced recovery after surgery program. *Annals of Surgery* 261(1):92-96.

Pędziwiatr M., Mavrikis J., Witowski J., Adamos A., Major P., Nowakowski M. & Budzynski A. (2018). Current status of enhanced recovery after surgery (ERAS) protocol in gastrointestinal surgery. *Medical Oncology* 35(15):1-8.

Pędziwiatr M., Mavrikis J., Witowski J., Adamos A., Major P., Nowakowski M. & Budzynski A. (2018). Current status of enhanced recovery after surgery (ERAS) protocol in gastrointestinal surgery. *Medical Oncology* 35(6):95-8.

Rouxel P. & Beloeil H. (2019). Enhanced recovery after hepatectomy: A systematic review. *Anaesthesia Critical Care Pain Medicine* 38(1):29-34

Siniscalchi A., Gamberini L., Bardi T., Laici C., Gamberini E., Fancorsi L. & Faenza S. (2016). Role of epidural anesthesia in a fast track liver resection protocol for cirrhotic patients - results after three years of practice. *World Journal of Hepatology* 8(26):1097-1104.

Teixeira U.F., Waechter M.B.,Sampaio J.A., Mendes F.F. & Fontes P.R. (2019). Enhanced recovery (ERAS) after liver surgery: comparative study in a Brazilian terciary center. ABCD *Arquivos Brasilieros de Cirurgia Digestiva* 21(1):1-5.

Zhao Y., Qin H. Wu Y. & Xiang B. (2017). Enhanced recovery after surgery program reduces length of hospital stay and complications in liver resection: A PRISMA-compliant systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Medicine* 96(31):1-7.

Application of Early Recovery After Surgery (ERAS) after liver surgery: a review of current literature

Odyssefs I. Botsis
Center for Digestive Diseases, Karolinska University Hospital, Huddinge, Sweden

ABSTRACT
The perioperative care for liver surgery has undergone changes and these changes involve the entire health group. Numerous researches suggest radical changes in patient care in all phases of perioperative care. Short intestinal feeding, mobilization of the patient on the day of intervention and changes in the method of anesthesia are only few of the proposed changes. The results of those interventions are among other things shorter hospital stay, improved patients quality of life and rarer complications. Achieving these results requires from the healthcare workers more involvement in the patientcare, willingness, and readiness to change their practice and update their knowledge.

Key-words: Early Recovery After Surgery, liver surgery, reduction of post-operative complications

Corresponding author: Odyssefs I. Botsis
e-mail: odyssefsbotsis@gmail.com

Submission date: 09/01/2020
Publication date: January 2021

Citation: Botsis O. (2021). Application of Early Recovery After Surgery (ERAS) after liver surgery: a review of current literature. *Hellenic Journal of Nursing Science* 14(1): 22-27. https://doi.org/10.24283/hjns.202113

Η χρήση του υπερβαρικού οξυγόνου στην αντιμετώπιση των χειρουργικών τραυμάτων

Μαρία Κιρκέτσου[1], Ευάγγελος Α. Κωνσταντίνου[2]
1. Νοσηλεύτρια MSc, Μ.Ε.Θ., Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Γ.Γεννηματάς
2. Νοσηλευτής, MSc, PhD, Γραφείο Χειρουργικής Νοσηλευτικής Ειδικότητας, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Γ.Γεννηματάς

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η υπερβαρική οξυγονοθεραπεία αποτελεί ένα είδος θεραπείας των χειρουργικών τραυμάτων κατά την οποία επιτυγχάνεται η διόρθωση της υποξαιμίας και η διατήρηση των επιπέδων του οξυγόνου στο αρτηριακό αίμα εντός φυσιολογικών τιμών.

Σκοπός: Ο σκοπός της δεδομένης ανασκοπικής βιβλιογραφικής εργασίας είναι η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της υπερβαρικής οξυγονοθεραπείας στην αντιμετώπιση των χειρουργικών τραυμάτων.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση στις βάσεις δεδομένων Pubmed και Google Scholar για το χρονικό διάστημα 2006-2016. Τα κριτήρια ένταξης των άρθρων ήταν η αγγλική γλώσσα γραφής και η εφαρμογή της σε ανθρώπους.

Αποτελέσματα: Η εφαρμογή του υπερβαρικού οξυγόνου αποτέλεσε ωφέλιμη δίοδο στη μείωση των οιδηματοποιημένων χειρουργικών πληγών, του μικροβιακού φορτίου και του ποσοστού των μετεγχειρητικών φλεγμονών. Επιπλέον, παρατηρείται μείωση του χορηγούμενου όγκου αίματος κατά τη διάρκεια των χειρουργικών παρεμβάσεων, των ακρωτηριασμένων μελών και των απορριφθέντων μοσχευμάτων.

Συμπεράσματα: Η χρήση της νέας αυτής τεχνικής αποτέλεσε σημαντική προσφορά για την αντιμετώπιση των χειρουργικών τραυμάτων είτε ως κύρια είτε ως συμπληρωματική παρέμβαση.

Λέξεις Κλειδιά: Κάκωση, υπερβαρικό οξυγόνο, χειρουργικό τραύμα

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Μαρία Κιρκέτσου
e-mail: mksag8@hotmail.com

Ημερομηνία υποβολής: 29/05/2019
Ημερομηνία Επαναυποβολής 15/01/2020
Ημερομηνία δημοσίευσης: Ιανουάριος 2021

Σημείωμα εκδότη: Η παρούσα δημοσίευση εκφράζει την προσωπική άποψη των συγγραφέων.

Αναφορά του άρθρου ως: Κιρκέτσου Μ. & Κωνσταντίνου Ε. (2021). Η χρήση του υπερβαρικού οξυγόνου στην αντιμετώπιση των χειρουργικών τραυμάτων. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 14(1): 28-38. https://doi.org/10.24283/hjns.202114

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ:

- **Η χρήση της υπερβαρικής οξυγονοθεραπείας συμβάλει στην έγκαιρη ρύθμιση της αιμοδυναμικής και οξεοβασικής ισορροπίας.**
- **Παρατηρείται ανεκτική αποδοχή των μοσχευμάτων, σημαντική συρρίκνωση των οιδηματοποιημένων πληγών και ελαχιστοποίηση των μετεγχειρητικών φλεγμονών.**
- **Εξαλείφεται το ποσοστό θνησιμότητας και της χρονικής παραμονής των ασθενών στο χώρο του νοσοκομείου.**
- **Η θεραπεία με υπερβαρικό οξυγόνο συμβάλει στην μείωση της ανάγκης μηχανικού αερισμού σε διασωληνωμένους ασθενείς.**
- **Αποτελεί την αποτελεσματικότερη θεραπεία σε ασθενείς που αρνούνται να λάβουν οποιαδήποτε άλλη μορφή μετεγχειρητικής αποκατάστασης των επιπλοκών.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ως υπερβαρική οξυγονοθεραπεία ορίζεται η θεραπεία κατά την οποία ο ασθενής αναπνέει 100% οξυγόνο με πίεση μεγαλύτερη της ατμοσφαιρικής, σε ειδικά σχεδιασμένους υπερβαρικούς θαλάμους. Στόχο έχει τη διόρθωση της υποξαιμίας και τη διατήρηση της μερικής πίεσης του οξυγόνου στο αρτηριακό αίμα σε επίπεδα ασφαλή για την επαρκή οξυγόνωση των ιστών (Mac Farlane et al. 2000, Φιλντίσης και συν. 2005, Barili et al. 2007). Το οξυγόνο είναι ένα αέριο άχρωμο, άοσμο, άγευστο και το μοναδικό αέριο στήριγμα της ζωής. Ανευρίσκεται στην ατμόσφαιρα, στο νερό και στο στερεό φλοιό της γης. Έχει ως σύμβολο το O2, ατομικό αριθμό 8. Επιπλέον, απαντάται ελεύθερα στην ατμόσφαιρα αποτελώντας το 21,8% του όγκου της και τα 23% του βάρους της.

Στην ιατρική χρησιμοποιείται σε πνευμονολογικές παθήσεις, όπως στην οξεία αρτηριακή ανοξία (υποξαιμία) λόγω κυψελιδικού υποαερισμού, σε μείγμα με διοξείδιο του άνθρακα σε περιπτώσεις δηλητηριάσεων και ασφυξίας, καθώς και ως αναισθητικό (Γεωργίου και συν. 2000, Πλέσσας και συν. 2006).

Ιστορική αναδρομή

Η πρώτη χρήση της υπερβαρικής οξυγονοθεραπείας χρονολογείται νωρίτερα του 1662, όταν ο Henshaw χρησιμοποίησε συμπιεσμένο αέρα προκειμένου να θεραπεύσει ποικίλες ασθένειες. Ακολούθησε ο καθηγητής της χειρουργικής Boerema, ο οποίος την εφάρμοσε το 1956 στο Άμστερνταμ, για να παρατείνει τη διάρκεια της διακοπής της καρδιακής λειτουργίας σε καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, πριν τη εφαρμογή της εξωσωματικής κυκλοφορίας αίματος. Κατά τη ίδια χρονική περίοδο χρησιμοποιήθηκε στην Μεγάλη Βρετανία από τους Churchill και Davidson, ως μέθοδος ενισχυτικής της ακτινοθεραπείας νεοπλασματικών όγκων. Επίσης, ο Brummelkamp, στην Ολλανδία, απέδειξε τη θεραπευτική επίδρασή της στις αναερόβιες λοιμώξεις όπως της αερογόνου γάγγραινας. Παράλληλα, στη Σκωτία ασθενείς που υπέστησαν δηλητηρίαση από μονοξείδιο του άνθρακα αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς με υπερβαρικό οξυγόνο (Μαρβάκη και συν. 2008, Eskes et al. 2013).

Δράση υπερβαρικής οξυγονοθεραπείας

Η δράση της υπερβαρικής οξυγονοθεραπείας βασίζεται σε δύο μηχανισμούς. Ο πρώτος είναι αποτέλεσμα της αυξημένης βαρομετρικής πίεσης η οποία προκαλεί ελάττωση του όγκου των φυσαλίδων αζώτου και ταχύτερη απομάκρυνση τους από τον οργανισμό. Ο δεύτερος μηχανισμός βασίζεται σε υπεροξυγόνωση και αύξηση της παροχής οξυγόνου, αύξηση που έχει σαν αποτέλεσμα την αυξημένη διαλυτότητα του οξυγόνου στο αίμα (Φιλντίσης 2013).

Ειδικότερα το υπερβαρικό οξυγόνο δρα αποκαθιστώντας τη μιτοχονδριακή λειτουργία, ενισχύοντας τη φαγοκυττάρωση των λευκών αιμοσφαιρίων, αυξάνοντας την παραγωγή της νευροτροπίνης και την τριχοειδή αγγειογένεση, βελτιώνοντας την κυτταρική σύνθεση, προάγοντας τη γονιδιακή έκφραση, προκαλώντας την αύξηση της ενδοκυτταρικής πρωτεΐνης και μειώνοντας την πίεση στα τριχοειδή αγγεία.

Επιπρόσθετα, αναπλάθει και βελτιώνει την επιθηλιοποίηση των τραυματισμένων ιστών, προάγει την οστική ενοποίηση, αποτρέπει την ιστική υποξαιμία, ενισχύει την ιστική αιμάτωση, διατηρεί σε ισορροπία τη θερμοκρασία του σώματος, προάγει τη σύνθεση κολλαγόνου, προκαλεί τον πολλαπλασιασμό των ινοβλαστών, αυξάνει την ιστική οξυγόνωση, ενδυναμώνει το ανοσοποιητικό σύστημα, ενισχύει την εξουδετέρωση των βακτηριδίων από τον οργανισμό (κυρίως Gram αρνητικών και Gram θετικών), μειώνει την ποσότητα υγρού-αίματος στον εγκέφαλο, αυξάνει την ικανότητα του οστού να συνδεθεί με μεταλλικό μόσχευμα και, σε αιφνίδια απώλεια της ακοής, προκαλεί βελτίωση της ακουστικής λειτουργίας σε επίπεδα ικανοποιητικά για τον ασθενή (MacFarlane et al. 2000).

Ενδείξεις υπερβαρικής οξυγονοθεραπείας

Οι ενδείξεις θεραπείας με υπερβαρικό οξυγόνο διακρίνονται σε οξείες και χρόνιες, ανάλογα με την επείγουσα ή μη ανάγκη νοσηλείας (Φιλντίσης 2013). Στις οξείες ενδείξεις, συμπεριλαμβάνονται παθήσεις στις οποίες η συμμετοχή του υπερβαρικού οξυγόνου κατέχει καθοριστικό ρόλο στην επιβίωση του ασθενή και συμβάλλει στην πρόληψη σοβαρών επιπλοκών. Αυτές είναι οι ακόλουθες: νόσος δυτών-ορέων, αρτηριακή εμβολή αέρα, δηλητηρίαση από μονοξείδιο του άνθρακα, κλωστηριδιακή μυοσίτιδα και μυονέκρωση, βλάβες οστών-μαλακών μορίων από ακτινοβολία, υπερβολική απώλεια αίματος, επούλωση επιπλεγμένων τραυμάτων και τραυμάτων λόγω αποτυχημένων χειρουργικών επεμβάσεων, νεκρωτικές φλεγμονές μαλακών μορίων, οστεονέκρωση–οστεοπόρωση-οστεοπενία, θερμικά εγκαύματα, υποξικές πληγές, αερογόνος γάγγραινα, οξεία κώφωση, επαπειλούμενα δερματικά μοσχεύματα, μεταμόσχευση οργάνων, τροχαία ατυχήματα και σύνδρομο σύνθλιψης, σύνδρομο διαμερίσματος και άλλες οξείες τραυματικές ισχαιμίες (Dambro 1997).

Στις χρόνιες ενδείξεις, συμπεριλαμβάνονται κυρίως σύνδρομα στα οποία η θεραπευτική συμμετοχή του υπερβαρικού οξυγόνου έχει ως σκοπό τη διέγερση και τη λειτουργία των επανορθωτικών μηχανισμών άμυνας και αποκατάστασης των ιστών. Στις χρόνιες ενδείξεις συγκαταλέγονται οι εξής ασθένειες: χρόνια έλκη (διαβητικών ποδιών, αγγειιτιδικά, έλκη κατακλίσεων), ραδιονεκρώσεις ή χρόνιες βλάβες από ακτινοβολία, ενδοκρανιακά αποστήματα, χρόνια-επιπλεγμένη οστεομυελίτιδα και δερματικά ισχαιμικά μοσχεύματα (MacFarlane et al. 2000).

Επιπροσθέτως, υπάρχουν ενδείξεις για σύνδρομα που χρήζουν κλινικής έρευνας προκειμένου να εξεταστεί η αποτελεσματικότητα του υπερβαρικού οξυγόνου ως προς αυτές τις παθήσεις οι οποίες είναι: ισχαιμία αμφιβληστροειδούς, περιγεννετική ασφυξία, ισχαιμία μυοκαρδίου, κακώσεις Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, αποκατάσταση επιπλεγμένων καταγμάτων, ανοξική εγκεφαλοπάθεια, αθλητιατρικές κακώσεις, κυστοειδές οίδημα της ωχράς κηλίδας και αιμορραγική κυστίτιδα λόγω ακτινοβολίας (Φιλντίσης και συν. 2005).

Υπερβαρικοί θάλαμοι

Το επίτευγμα της σύγχρονης ιατρικής τεχνολογίας αποτελεί η οργάνωση και η δημιουργία των Μονάδων Υπερβαρικής Ιατρικής, οι οποίες διαθέτουν θαλάμους αποσυμπίεσης. Ο υπερβαρικός θάλαμος είναι ένας θάλαμος μέσα στον οποίο ασκείται υψηλή πίεση και μοιάζει με καταδυτικό σκάφος, ικανό να φιλοξενήσει ένα ή περισσότερα άτομα με σκοπό την παροχή ιατρικής θεραπευτικής αγωγής. Το σχήμα των θαλάμων είναι συνήθως κυλινδρικό, για να είναι ανθεκτικοί στην αυξημένη πίεση. Το μέγεθος, το είδος και η αντοχή στην πίεση διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των διαφόρων τύπων. Υπάρχουν δύο είδη θεραπευτικών θαλάμων, οι πολύχωροι και οι μονόχωροι.

Πολύχωροι θάλαμοι: Φιλοξενούν δύο ή και περισσότερους ασθενείς (έως 20 άτομα) συμπεριλαμβανομένου και των ατόμων παροχής ιατρονοσηλευτικής φροντίδας (MacFarlane et al. 2000). Πλεονεκτούν στο γεγονός ότι είναι μειωμένος ο κίνδυνος πυρκαγιάς, υπάρχει δυνατότητα φυσικοθεραπείας εντός θαλάμου, δύναται η αύξηση της πίεσης έως 6 ατμόσφαιρες (ΑΤΑ) (σε ειδικές περιπτώσεις όπως εμβολή αέρα και στη νόσο αποσυμπίεσης) και υπάρχει η δυνατότητα εκτέλεσης περιορισμένων χειρουργικών επεμβάσεων εντός του θαλάμου. Σε αντίθεση, ως μειονεκτήματα είναι ότι αποτελούν βαριές μεταλλικές κατασκευές που κοστίζουν ακριβά, καταλαμβάνουν μεγάλο χώρο, μετακινούνται δύσκολα και απαιτούν ειδική εγκατάσταση. Η αναπνοή σε αυτού του τύπου θαλάμου γίνεται μέσω μάσκας που καλύπτει το στόμα και τη μύτη ή μέσω της μάσκας Hood που καλύπτει όλο το κεφάλι. Οι ασθενείς εισπνέουν 100% οξυγόνο μέχρι 6 ΑΤΑ. Η μάσκα Hood προτιμάται σε περιπτώσεις σοβαρών κακώσεων, ανοιχτά τραύματα, εγκαύματα στο κεφάλι και σε μικρά παιδιά όπου είναι αδύνατη η εφαρμογή της απλής μάσκας. Οι συγκεκριμένοι θάλαμοι διαθέτουν προθάλαμο και θυρίδες όπου χορηγούνται φάρμακα, τροφές ή άλλα απαραίτητα είδη προς την ολοκλήρωση της θεραπείας. Είναι δυνατή η εκτέλεση διαφόρων ιατρικών πράξεων, όπως διασωλήνωση, απινιδισμός, παροχέτευση υπεζωκότα κλπ (Yanagita et al. 1998, MacFarlane et al. 2000, Φιλντίσης και συν. 2005, Eskes et al. 2013).

Μονόχωροι θάλαμοι: Θεραπεύουν αποκλειστικά έναν ασθενή. Είναι κατασκευασμένοι από μέταλλο και διαφανές ακρυλικό υλικό. Υπάρχουν δύο τύποι θαλάμων που σχετίζονται με τη χορήγηση του οξυγόνου. Ο πρώτος είναι ο συνεχούς παροχής οξυγόνου, στον οποίο χορηγείται σταθερή ροή οξυγόνου με αποβολή στο εξωτερικό περιβάλλον. Ο δεύτερος τύπος είναι ανακυκλωμένης παροχής. Σε αυτόν τον τύπο γίνεται ολική ή μερική ανακύκλωση των αερίων που χρησιμοποιούνται, αφού έχει προηγηθεί καθαρισμός και αποβολή του διοξειδίου του άνθρακα και των υδρατμών (MacFarlane et al. 2000, Φιλντίσης και συν. 2005, Eskes et al. 2013). Πλεονεκτούν στο ότι προσφέρουν εξατομικευμένη θεραπεία των ασθενών, είναι ιδανικοί για μονάδες εντατικής θεραπείας, δεν απαιτείται χρήση μάσκας, δεν υπάρχει κίνδυνος διαρροής οξυγόνου, είναι ιδανική λύση για άτομα καθηλωμένα στο κρεβάτι, δεν απαιτείται ειδική διαδικασία συμπίεσης, επιτυγχάνεται οικονομία χώρου και κόστους, είναι δυνατή η μεταφορά του θαλάμου εντός του νοσοκομείου και απαιτείται λιγότερο προσωπικό. Τα κυριότερα μειονεκτήματα είναι ότι είναι αδύνατη η πρόσβαση στον ασθενή, έλλειψη χώρου για τους συνοδούς,

ο κίνδυνος ανάφλεξης-πυρκαγιάς είναι αυξημένος και δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί φυσικοθεραπεία λόγω περιορισμένου χώρου.

Ωστόσο, υπάρχουν και οι κινητοί μονοθέσιοι και πολυθέσιοι θάλαμοι οι οποίοι μπορούν να μεταφερθούν, είναι ασφαλείς, άνετες και ελαφριές κατασκευές, είναι ιδανικοί για κλινική χρήση και έρευνα, καθώς και είναι χρήσιμοι στην στρατιωτική ιατρική. Σε περίπτωση πολέμου, δύναται να μεταφερθούν σε νοσοκομείο βάσης δια αέρος και δια θαλάσσης.

Οι ασθενείς εντός του υπερβαρικού θαλάμου παρακολουθούνται με τους παρακάτω τρόπους: Άμεσο οπτικό έλεγχο, συστήματα ενδοεπικοινωνίας δύο κατευθύνσεων που υπάρχουν σε όλους τους τύπους θαλάμων, συσκευές παρακολούθησης εντός και εκτός θαλάμου και με άμεση παρακολούθηση από το εξειδικευμένο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό εντός πολυθέσεων θαλάμων. Το επίπεδο παρακολούθησης εξαρτάται από τη σοβαρότητα και το είδος της νόσου (MacFarlane et al. 2000, Φιλντίσης και συν. 2005, Goldman et al. 2009).

Αντενδείξεις υπερβαρικής οξυγονοθεραπείας

Η εφαρμογή υπερβαρικής οξυγονοθεραπείας αντενδείκνυται σε ορισμένες παθήσεις. Οι αντενδείξεις διακρίνονται σε απόλυτες και σχετικές. Στις σχετικές αντενδείξεις ανήκουν η παρουσία χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας, κυρίως πνευμονικού εμφυσήματος, λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος, κυρίως ωτίτιδες και παραρρινοκολπίτιδες, παρουσία αδιευκρίνιστων πνευμονικών σκιάσεων στην ακτινογραφική απεικόνιση, χειρουργικές επεμβάσεις ωτός, κατά τη διάρκεια επιληπτικών κρίσεων, υψηλός πυρετός αγνώστου αιτιολογίας ο οποίος μπορεί να οδηγήσει σε επιληπτικές κρίσεις, ενεργή νεοπλασματική νόσος, καθώς προκαλείται περαιτέρω ανάπτυξη καρκινικών κυττάρων, κατά τη κυοφορία λόγω πρόκλησης συγγενών ανωμαλιών κυρίως στο 1ο τρίμηνο της κύησης, οπτική νευρίτιδα λόγω του κινδύνου τύφλωσης και σε περιπτώσεις κλειστοφοβίας εξαιτίας πιθανών προκλήσεων κρίσεων πανικού. Αντιθέτως, η μόνη απόλυτη αντένδειξη θεωρείται η παρουσία πνευμοθώρακα (MacFarlane et al. 2000, Φιλντίσης και συν. 2005, Barili et al. 2007).

Ανεπιθύμητες ενέργειες-επιπλοκές υπερβαρικού οξυγόνου

Όταν το οξυγόνο χρησιμοποιείται σε συγκεντρώσεις μεγαλύτερες αυτών του ατμοσφαιρικού αέρα θα πρέπει να θεωρείται ως φαρμακευτική ουσία, η οποία πλην της διόρθωσης της σωματικής βλάβης είναι ικανή να προκαλέσει πληθώρα παρενεργειών. Οι επιπλοκές της υπερβαρικής οξυγονοθεραπείας είναι το ακουστικό-πνευμονικό βαρότραυμα, η μυωπία-καταρράκτης, επιληπτικές κρίσεις, επιλόχεια κατάθλιψη, υπογλυκαιμία, θρομβοπενία, νόσος ταχείας αποσυμπίεσης και μείωση της ζωτικής χωρητικότητας του πνεύμονα.

Η υπερβαρική οξυγονοθεραπεία θα πρέπει να εφαρμόζεται με βάση τα καθορισμένα πρωτόκολλα, όπως η πίεση οξυγόνου να μην υπερβαίνει τις 3 ATA, ο χρόνος θεραπείας να ολοκληρώνεται εντός 120 λεπτών και οι συνεδρίες να μην ξεπερνούν τις 30 στο σύνολο. Η χρήση αυτού του είδους οξυγονοθεραπείας θεωρείται απόλυτα ασφαλής με ποσοστό παρενεργειών κατώτερο του 1% και ποσοστό θνησιμότητας μικρότερη του 66%. Ειδικότερα είναι ιδιαιτέρως αποτελεσματική εάν πραγματοποιηθεί εντός του πρώτου εικοσιτετραώρου από την εμφάνιση του προβλήματος (Riseman et al. 1990).

Σκοπός της εργασίας

Σκοπός της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης είναι η μελέτη της υπάρχουσας βιβλιογραφίας σχετικά με την αποτελεσματικότητα της εφαρμογής της υπερβαρικής οξυγονοθεραπείας στην αντιμετώπιση των χειρουργικών τραυμάτων, είτε ως κύρια είτε ως συμπληρωματική θεραπευτική αγωγή.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Διενεργήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση στις βάσεις δεδομένων Pubmed και Google Scholar για το χρονικό διάστημα διεξαγωγής 2006-2016, με τις ακόλουθες λέξεις-κλειδιά: hyperbaric oxygen and surgical breakdown, damage, failure, lesion, trauma, wound.

Για κάθε μελέτη συμπληρώθηκε ένα έντυπο αξιολόγησης που περιλάμβανε την παραπομπή δημοσίευσης, όνομα πρώτου συγγραφέα, έτος δημοσίευσης, χώρα διεξαγωγής της μελέτης, είδος μελέτης, χρονικό διάστημα διεξαγωγής της μελέτης, συμμετέχοντες, προσδιοριστή, έκβαση και αποτελέσματα.

Οι μελέτες που κρίθηκαν ως αποδεκτές για τη βιβλιογραφική ανασκόπηση ήταν πρωτογενή άρθρα στην αγγλική γλώσσα που περιέγραφαν την ύπαρξη σχέσης μεταξύ της χρήσης της υπερβαρικής οξυγονοθεραπείας και της αντιμετώπισης χειρουργικών τραυμάτων σε ανθρώπους.

Τα κριτήρια αποκλεισμού των άρθρων ήταν τα ακόλουθα:

1. Έλλειψη στοιχείων επικοινωνίας με τους συγγραφείς των άρθρων,
2. Έλλειψη μέτρου σχέσης της προ-υπερβαρικής κατάστασης του ασθενή με την μετα-υπερβαρική κατάστασή του (μη αναφορά του p value),
3. Χρήση και η αποτελεσματικότητα της υπερβαρικής οξυγονοθεραπείας στην αντιμετώπιση χειρουργικών τραυμάτων δεν αποτελούσε την κύρια θεματολογία των άρθρων,
4. Η χρήση του υπερβαρικού οξυγόνου αναφερόταν επιγραμματικά (ορισμός-ενδείξεις-αντενδείξεις) και δεν αναλυόταν σε βάθος,

5. Αναφορά της χρησιμότητας του υπερβαρικού οξυγόνου ως συμπληρωματική αγωγή και όχι ως κύρια αγωγή για την αντιμετώπιση των μετεγχειρητικών επιπλοκών των ασθενών.

Τα κριτήρια εισαγωγής στη μελέτη ήταν οι ασθενείς να έχουν ηλικία άνω των 18 ετών, να έχουν υποβληθεί σε οποιαδήποτε είδους χειρουργικής επέμβασης και να έχουν υποβληθεί στην κύρια θεραπευτική αντιμετώπιση της ασθένειάς τους χωρίς αποτέλεσμα.

Από το σύνολο των 17 άρθρων αποκλείστηκαν 10 και συμπεριελήφθησαν 7 πρωτογενείς ερευνητικές μελέτες με βάση τα παραπάνω κριτήρια εισαγωγής–αποκλεισμού. Τέλος, οι ερευνητικές μελέτες που χρησιμοποιήθηκαν για την πραγματοποίηση της δεδομένης εργασίας αναλύθηκαν στο πρόγραμμα στατιστικής ανάλυσης κοινωνικών επιστημών (SPSS) με στατιστική σημαντικότητα να ορίζεται το p=0,05.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τη μελέτη της υπάρχουσας βιβλιογραφίας ανευρέθηκαν και αναλύθηκαν τα παρακάτω αποτελέσματα. Στην πειραματική μελέτη του Barili (2007) και του Feng Sun (2008) υπογραμμίζεται η σπουδαιότητα του υπερβαρικού οξυγόνου ως προς τη μείωση μετεγχειρητικών φλεγμονώδων αντιδράσεων, την υγιή ανάπτυξη ιστικού υμένα και την πλήρη επιθηλιοποίησή του άνευ ανάπτυξης μικροβιακού φορτίου με ταυτόχρονη μείωση των επιπέδων C-αντιδρώσας πρωτεΐνης λόγου χρήσης της υπερβαρικής οξυγονοθεραπείας (3,4 μg/ml – 20,68 μg/ml) με 0% ποσοστό θνησιμότητας, εν αντιθέσει της ομάδας ελέγχου που εμφάνιζε 33,3% (p=0,024). Ακόμη, η ενδονοσοκομειακή παραμονή των ασθενών στην πειραματική ομάδα παρατηρείται μικρότερη (52,6 ημέρες σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου 73,6 ημέρες) (p=0,026).

Κατά τον Tahmaz (2009) η εφαρμογή της υπερβαρικής οξυγονοθεραπείας σε ασθενή 68 ετών με δυσουρικά προβλήματα, όπως η απόφραξη της ουρηθρικής οδού με εμφανές οίδημα, εμφανίστηκε μείωση της αποφρακτικής συμπτωματολογίας και του οιδήματος με φυσιολογικό ρυθμό αποβολής του περιεχομένου (8ml/sec σε σχέση με την προ-υπερβαρική κατάστασή του 4ml/sec).

Η μείωση της παραμονής των ασθενών, στην πειραματική ομάδα, σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (2,7 ημέρες) σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (10,5 ημέρες) (p<0,05), η εναλλασσόμενη χρήση επεμβατικού αερισμού στην πειραματική ομάδα (1,5 ημέρες) σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (8,3 ημέρες) (p<0,05) και του ελαττωμένου ποσοστού θνησιμότητας στους χρήστες υπερβαρικού οξυγόνου (p<0,05) δείχνει μια στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της υπερβαρικής οξυγονοθεραπείας και της αντιμετώπισης των μετεγχειρητικών επιπλοκών στερνοτομής κατά την πειραματική μελέτη του Wen-Kung (2011).

Κατά τον Slotman (2011) η αποτελεσματικότητα της υπερβαρικής οξυγονοθεραπείας στην επιμόλυνση του χειρουργικού τραύματος και τη μαζική απώλεια αίματος είναι αξιοσημείωτη, καθώς το 17% στην πειραματική ομάδα έναντι της ομάδας ελέγχου 63% (p=0,008) νοσεί από τέτοιου είδους μετεγχειρητικές επιπλοκές. Ακολούθως, η διαχείριση περίπτωσης μαζικής απώλειας αίματος, άνω των 800ml και η ανάγκη χορήγησης άνω των δύο φιαλών αίματος τείνει να χρήζει η ομάδα ελέγχου (62,5%) σε σύγκριση με την πειραματική ομάδα (26%) με p=0,045.

Στις πειραματικές μελέτες του Roje (2008) και του Inanmaz (2014) αποδεικνύεται η θετική επίδραση της οξυγονοθεραπείας στην αντιμετώπιση επερχόμενης φλεγμονής χειρουργικού τραύματος λόγω χρήσης επιμολυσμένων χειρουργικών εργαλείων σε συνύπαρξη με την υψηλού βαθμού οστικής καταστροφής κατά τους χειρουργικούς χειρισμούς. Συγκεκριμένα, διαπιστώνεται ότι η λοίμωξη των εν των βάθει τραυμάτων μειώνεται κατά δύο φορές στους χρήστες της υπερβαρικής οξυγονοθεραπείας σε σύγκριση με τους μη χρήστες (p<0,001), η νέκρωση μοσχεύματος (15-147 άτομα p<0,001) και η λύση δερματικού μοσχεύματος (23-151 άτομα p<0,001) παρατηρείται σε χαμηλά επίπεδα στην πειραματική ομάδα έναντι της ομάδας ελέγχου. Ακόμη, η ανάπτυξη οστεομυελίτιδας δεν αποτελεί συχνή μετεγχειρητική επιπλοκή στους ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε υπερβαρικές συνεδρίες (62 άτομα σε σύγκριση 214 ατόμων, p<0,03). Τέλος, παρατηρείται μικρότερη χρονική διάρκεια επώασης με διαφορά 18,3 μηνών επώασης και 11,1% ποσοστού μετεγχειρητικής φλεγμονής.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σύμφωνα, με την ανασκόπηση των ερευνητικών δεδομένων φαίνεται ότι η εφαρμογή της υπερβαρικής οξυγονοθεραπείας είναι αρκετά αποτελεσματική στην αντιμετώπιση χειρουργικών τραυμάτων και επιπλοκών. Ωστόσο, άξιο παρατήρησης είναι ότι οι μελλοντικές ερευνητικές προσπάθειες θα πρέπει να στραφούν κυρίως στην επιβεβαίωση της αποτελεσματικότητας της μεθόδου στην αντιμετώπιση των επιπλοκών. Ειδικότερα, οι επόμενες μελέτες θα μπορούσαν να περιλαμβάνουν μεγαλύτερο δείγμα το οποίο θα πρέπει να επιλεχθεί με βάση την τυχαιοποίηση.

Η διερεύνηση της σχέσης της υπερβαρικής οξυγονοθεραπείας στην αντιμετώπιση των τραυματισμών της ουρήθρας, καθώς, επίσης, και η διαταραχή της ιστικής αιμάτωσης, η υποξαιμία ή η καταστροφή της αγγείωσης που προκαλεί προβλήματα στην επούλωση τραυμάτων. Τέλος, μια άλλη κατεύθυνση της έρευνας θα μπορούσε να είναι η διερεύνηση του οφέλους της υπερβαρικής οξυγονοθεραπείας σε τραύματα πολέμου.

Συγκεντρωτικοί πίνακες

ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗΣ, ΟΝΟΜΑ 1ΟΥ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ, ΕΤΟΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗΣ	ΧΩΡΑ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ	ΕΙΔΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ	ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ	ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΗΣ	ΕΚΒΑΣΗ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Google scholar, Barili Fabio, 2007	Ιταλία	Προοπτική μελέτη	Ιανουάριος 1999-Δεκέμβριος 2005	34 άτομα, 60-69 έτη, Αστική γεωγραφική καταγωγή, Χώρος διεξαγωγής νοσοκομείο Πειραματική ομάδα 14 άτομα (12 άνδρες, 2 γυναίκες), Ομάδα ελέγχου 18 άτομα (14 άνδρες, 4 γυναίκες) 2 άτομα αποκλείστηκαν από την μελέτη λόγω πολυοργανικής νόσου και υψηλού κινδύνου πνευμοθώρακα	Η χρήση της υπερβαρικής οξυγονοθεραπείας	Η αξιολόγηση της επίδρασης του υπερβαρικού οξυγόνου σε μετεχγειριτικές επιμολύνσεις ασθενών που υποβλήθηκαν σε καρδιακή χειρουργική επέμβαση που απαιτήθηκε στερνοτομή.	Ποσοστό υποτροπής της φλεγμονής στην πειραματική ομάδα (0%) σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (33,3%) με ρ=0,024 Η χρονική διάρκεια της ενδοφλέβιας χρήσης αντιβιοτικής αγωγής στην ομάδα ελέγχου ήταν (67,6 ημέρες) σε αντίθεση της πειραματική ομάδα (47,8 ημέρες) ρ= 0,036 Η ενδονοσοκομιακή παραμονή των ασθενών στην πειραματική ομάδα ήταν μικρότερη (52,6 ημέρες) σε σχέση μα την ομάδα ελέγχου (73,6 ημέρες) ρ=0,026
Pubmed, Sun I-Feng, 2008	Ταϊβάν	Περιγραφική (μελέτη περίπτωσης)	Απρίλιος 2007 – Ιανουάριος 2008	1 άτομο, 47 έτη, Άρρεν, Χώρος διεξαγωγής νοσοκομείο, Άστική γεωγραφική περιοχή	Η χρήση της υπερβαρικής οξυγονοθεραπείας	Η αποτελεσματικότητα της υπερβαρικής οξυγονοθεραπείας στην αντιμετώπιση της θωρακικής οστεομυελίτιτδας ως επιπλοκή της εγχείρησης παράκαμψης στεφανιαίας αρτηρίας	Διαπιστώθηκε υγιής ανάπτυξη ιστικού υμένα, μείωση των επιπέδων C αντιδρώσας πρωτεΐνης (3,54 μg/ml) σε σύγκριση πριν από την εφαρμογή της (20.68 μg/ml), πλήρης επιθηλιοποίηση τραύματος και με άνευ ύπαρξης-ανάπτυξης βακτηριακού φορτίου
Pubmed, Tahmaz Lutfu, 2009	Τουρκία	Περιγραφική (μελέτη περίπτωσης)	2005-2009	1 άτομο, Άρρεν, 68 ετών, Τουρκικής εθνικότητας, Αστική γεωγραφική περιοχή, Άνευ συνυπαρχουσών παθήσεων	Η χρήση της υπερβαρικής οξυγονοθεραπείας	Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας προς ανακούφιση της συμπτωματολογίας του ασθενή (συμπτωματολογία απόφραξης ουρηθρικής οδού όπως δυσουρία και οίδημα λόγω μετακίνησης του ενδονάρθηκα)	Διαπιστώθηκε μείωση των αποφρακτικών συμπτωμάτων, φυσιολογική αποβολή του περιεχομένου με ροή 8ml/sec σε σύγκριση με την προ-υπερβαρική κατάστασή του όπου η ροή ήταν 4.3 ml/sec

ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗΣ, ΟΝΟΜΑ 1ΟΥ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ, ΕΤΟΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗΣ	ΧΩΡΑ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ	ΕΙΔΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ	ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ	ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΗΣ	ΕΚΒΑΣΗ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Pubmed, Yu Wen-Kuang, 2011	Ταϊβάν	Αναδρομική μελέτη	Ιανουάριος 2002-Δεκέμβριος 2009	12 άτομα, 59 έτη, Αστική γεωγραφική περιοχή, Χώρος διεξαγωγής νοσοκομείο	Η χρήση της υπερβαρικής οξυγονοθεραπείας	Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας σε ασθενείς με οστεομυελίτιδα ως προς τη μείωση, της διάρκειας παραμονής σε Μ.Ε. Θ., της χρήσης επεμβατικού μηχανικού αερισμού και της νοσοκομειακής θνησιμότητας	Από τα 12 άτομα της έρευνας τα 6 που έλαβα υπερβαρική οξυγονοθεραπεία παρουσίασαν μείωση της παραμονής τους σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (2,7 ημέρες) σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (10,5 ημέρες) ρ<0,05 Μέσος όρος ημερών επεμβατικού αερισμού στην πειραματική ομάδα ήταν 1,5 ημέρες και στην ομάδα ελέγχου 8,3 ημέρες με ρ<0,05 Ενδονοσοκομειακή θνησιμότητα στην πειραματική ομάδα (0 θάνατοι) στην ομάδα ελέγχου (3 θάνατοι) ρ<0,05
Pubmed, Slotman G.J, 2011	Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής	Πιλοτική μελέτη	28 μήνες	43 άτομα, 34-37 έτη, Αστική γεωγραφική περιοχή, Χώρος διεξαγωγής πανεπιστήμιο	Η χρήση της υπερβαρικής οξυγονοθεραπείας	Η αξιολόγηση της χειρουργικής επέμβασης με Nd:YAG λέιζερ σε συνδυασμό μετεγχειρητικής λήψη υπερβαρικής οξυγονοθεραπείας σε ασθενείς με αφαιρούμενο πλακώδες καρκίνωμα εγκεφάλου και τραχήλου	Το ποσοστό των μετεγχειρητικών επιπλοκών (επιμόλυνση, απόρριψη μοσχεύματος) στην πειραματική ομάδα ήταν 17% σε αντίθεση με την ομάδα ελέγχου που ήταν 63% με ρ=0,008 Σημαντική απώλεια αίματος >800ml παρατηρήθηκε στην ομάδα ελέγχου με ποσοστό 88% σε σύγκριση με την πειραματική ομάδα που φέρνει 43% με ρ =0,023 Ένδειξη χρήσης >2 φιάλες αίματος χρήζει η ομάδα ελέγχου με ποσοστό 62,5% αντιθέτως της πειραματικής με ποσοστό 26% με ρ=0,045

ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗΣ, ΟΝΟΜΑ 1ΟΥ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ, ΕΤΟΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗΣ	ΧΩΡΑ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ	ΕΙΔΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ	ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ	ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΗΣ	ΕΚΒΑΣΗ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Pubmed, Roje Zdravko, 2008	Κροατία	Αναδρομική μελέτη	1991-1995	388 άτομα, 19-56 έτη, Άρρεν	Η χρήση της υπερβαρικής οξυγονοθεραπείας	Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας στην μείωση της λοίμωξης εν τω βάθει τραυμάτων, οστεομυελίτιδας, νέκρωση μοσχεύματος και λύση του δερματικού μοσχεύματος σε πληγές πολέμου	Τα 99 που έλαβαν υπερβαρική οξυγονοθεραπεία παρουσίασαν μείωση της συμπτωματολογίας των λοιμώξεων εν τω βάθει τραυμάτων κατά 2 φορές λιγότερο σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου ρ<0,001 έκρωση μοσχεύματος παρατηρήθηκε σε 15 άτομα της πειραματικής ομάδας σε αντίθεση των 147 ατόμων της ομάδας ελέγχου ρ<0.001 Λύση του δερματικού μοσχεύματος εμφάνισαν 151 άτομα στην ομάδα ελέγχου σε σχέση με την πειραματική 23 ρ<0,001 Ενεργή οστεομυελίτιδα εμφάνισαν 62 άτομα σε σχέση με 214 άτομα μη χρήσης ρ<0,03 Ο μέσος όρος αποκατάστασης των ιστών στην πειραματική ομάδα είναι 9 μέρες σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου όπου είναι 12 μέρες ρ<0,001
Pubmed, Inanmaz Mustafa Erkan, 2014	Τουρκία	Αναδρομική μελέτη	2006-2011	42 άτομα, 8-32 ετών, Τουρκικής καταγωγής, Αστικής γεωγραφικής καταγωγής, Χώρος διεξαγωγής σε πανεπιστημιακό νοσοκομείο	Η χρήση της υπερβαρικής οξυγονοθεραπείας	Η αποτελεσματικότητα της θεραπεία στην μείωση της ανάπτυξης φλεγμονής του χειρουργικού τραύματος σχετιζόμενη με τη χρήση επιμολυσμένων χειρουργικών εργαλείων και το βαθμό οστικής καταστροφής κατά τη διάρκεια χειρουργικής εξερεύνησης	Από τα 42 άτομα της έρευνας τα 18 που έλαβα υπερβαρική οξυγονοθεραπεία (100%O2 σε 2,4 ATA για 30 συνεδρίες) χρειάστηκαν 20,4 μήνες προς επώαση της συμπτωματολογίας τους σε αντίθεση με την ομάδα ελέγχου (24 άτομα) που απαιτήθηκαν 38,7 μήνες επώασης. Το ποσοστό μετεχγειρητικής φλεγμονής στη πειραματική ομάδα είναι 5,5% σε σύγκριση με της ομάδας ελέγχου που είναι 16,6% Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στη πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου ως προς τη διάρκεια της επέμβασης ρ=0,544 , την διεχγειριτική αιμορραγία ρ=0,543 και τον αριθμό των κακώσεων ρ=0,974

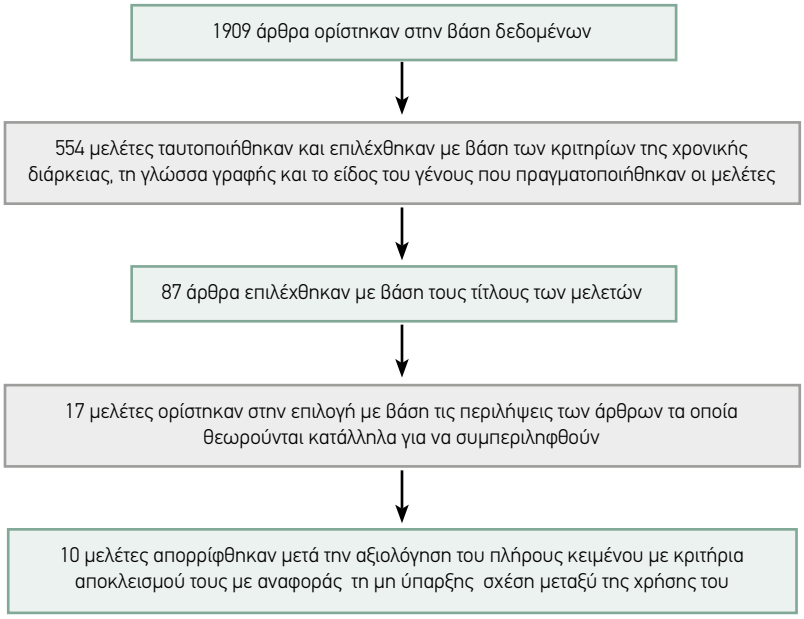
Συνεισφορά ερευνητών

ΚΕ: συμμετείχε στη σύλληψη και στο σχεδιασμό της μελέτης.

ΚΜ: συμμετείχε στη συλλογή δεδομένων, στη σύλληψη και στο σχεδιασμό της μελέτης, καθώς και στη συγγραφή του κειμένου.

Όλοι οι συγγραφείς αξιολόγησαν κριτικά και ενέκριναν την υποβολή του τελικού κειμένου.

Διάγραμμα ροής



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Barili F., Polvani G., Topkara V.K., Dainese L., Cheema F.H., Roberto M., Naliato M., Parolari A., Alamanni F. & Biglioli P. (2007). Role of Hyperbaric Oxygen Therapy in the Treatment of Postoperative Organ/Space Sternal Surgical Site Infections. *World Journal of Surgery* 31(8):1702-1706.

Dambro M.R. (1997). Griffith's Πλήρης Κλινική Συμβουλή σε 5' λεπτά. Τόμος 2ος, Ηνωμένες πολιτείες της Αμερικής, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης.

Eskes A., Vermeulen H., Lucas C. & Ubbink DT. (2013). Hyperbaric oxygen therapy for treating acute and traumatic wounds. *Cochrane Database Systematic Reveview* Issue 12.

Goldman R.J. (2009). Hyperbaric Oxygen Therapy for Wound Healing and Limb Salvage: A Systematic Review. *American Academy of Physical Medicine and Rehabilation* 1(5):471-489.

Hill D.S., O'Neill J.K., Toms A. & Watts A.M. (2011). Pyoderma gangrenosum: A report of a rare complication after knee arthroplasty requiring muscle flap cover supplemented by negative pressure therapy and hyperbaric oxygen. *Journal of Plastic Reconstructive & Aesthetic Surgery* 64:1528-1532.

Hiriji S.A., Haney J.C., Welsby I., Lombard F.W. & Berry M.F. (2015). Hyperbaric Oxygen Therapy for Treatment of Neurologic Sequela after Artioesophageal Fistula. *Annals of Thoracic Surgery* 99(2):681-682.

Huang K.C., Tsai Y.H. & Hsu R.W.W. (2007). Hyperbaric oxygen therapy facilitates surgery on complex open elbow injuries: Preliminary results. *Journal of Shoulder & Elbow Surgery* 455 (4):454-460.

Inanmaz M.E., Kose K.C., Isik C., Atmaca H. & Basar H. (2009). Can hyperbaric oxygen be used to prevent deep infections in neuromuscular scoliosis surgery? *BMC Surgery* 14:85-89.

Jurič D.M., Šuput D. & Brvar M. (2016). Hyperbaric oxygen preserves neurotrophic activity of carbon monoxide-exposed astrocytes. *Toxicology Letters* 253:1-6.

Kessler L., Bilbault P., Ortega F., Grasso C., Passemard R., Stephan D., Pinget M. & Schneider F. (2003). Hyperbaric Oxygenation Accelerates the Healing Rate of Nonischemic Chronic Diabetic Foot Ulcers. *Diabetes Care* 26(8):2378-2382.

MacFarlane C., Cronje F.J. & Benn C.A. (2000). Hyperbaric oxygen in Trauma and Surgical Emergencies. *Journal of Royal Army Medical Corps* 146(3):185-190.

Millar I.L., McGinnes R.A., Williamson O., Lind F., Jansson K.-Å., Hajek M., Smart D., Fernandes T., Miller R., Myles P. & Cameron P. (2015). Hyperbaric Oxygen in Lower Limb Trauma (HOLLT); protocol for a randomised controlled trial, *BMJ Open* 11:5-6.

Riseman J.A., Zamboni W.A., Curtis A., Graham D.R., Konrad H.R. & Ross D.S. (1990). Hyperbaric oxygen therapy for necrotizing fasciitis reduces mortality and the need for debridements. *Surgery* 108(5):847-850.

Roje Z., Roje Z., Eterović D., Druzijanić N., Petrićević A., Roje T. & Capkun V. (2008).
Influence of Adjuvant Hyperbaric Oxygen Therapy on Short-term Complications During Surgical Reconstruction of Upper and Lower Extremity War Injuries: Retrospective Cohort Study. *Croatia Medical Journal* 49(2):224-232.

Slotman G.J, Matthews M., Fahey L., Thom S., Clark J. & Hardy K. (2011). Operative Nd:YAG laser plus postoperative hyperbaric oxygen reduces surgical morbidity after radical head and neck cancer surgery and complex reconstruction. *Undersea Hyperbaric Medicine* 38(3):159-165.

Stock C., Gukasyan N., Muniappan A., Wright C. & Mathisen D. (2014). Hyperbaric oxygen therapy for the treatment of anastomotic complications after tracheal resection and reconstruction. *Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery* 147(3):1030-1035.

Sun I.F., Lee S., Chiu C., Lin S. & Lai C. (2008). Hyperbaric Oxygen Therapy with Topical Negative Pressure: An Alternative Treatment for the Refractory Sternal Wound Infection. *Journal of Cardiac Surgery* 23(6):677-680.

Tahmaz L., Irkilata H.C., Simsek K., Zor M., Basal S. & Ay H. (2009). Urethral Stripping Caused by Stent Removal And Its Successful Treatment With Hyperbaric Oxygen Therapy: A Case Report. *Kaohsiung Journal of Medical Science* 25(6):334-337.

Villanueva E., Bennett M.H., Wasiak J. & Lehm J.P. (2004). Hyperbaric oxygen therapy for thermal burns. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3):CD004727.

Wang C., Schwaitzberg S., Berliner E., Zarin D.A., Lau J. (2003). Hyperbaric Oxygen for Treating Wounds: A Systematic Review of the Literature. *Archives of Surgery* 138(3):272-279.

Yanagita N. & T. Nakashima. (1998). Hyperbaric Oxygen Therapy in Otorhinolaryngology, Japan, Karger Books.

Yu W.K., Chen Y.W., Shie H.G., Lien T.C., Kao H.K. & Wan G.J.H.. (2011). Hyperbaric oxygen therapy as an adjunctive treatment for sternal infection and osteomyelitis after sternotomy and cardiothoracic surgery. *Journal of Cardiothoracic Surgery* 17;6:141-143.

Μαρβάκη Χ. & Κοτανίδου Α. (2008). Επείγουσα νοσηλευτική, Τόμος Α', Ελλάδα Εκδόσεις Έλλην.

Πλέσσας Σ. & Κανέλλος Ε. (2006). Φυσιολογία του ανθρώπου 1, Δεύτερη έκδοση, Ελλάδα Εκδόσεις Φαρμακον-Τύπος.

Φιλντίσης Γ. & Μπαλτόπουλος Γ. (2005). Ισοβαρική και Υπερβαρική Οξυγονοθεραπεία, Ελλάδα, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης.

Φιλντίσης Γ. (2013). Υπερβαρική Οξυγονοθεραπεία σε Ειδικές Λοιμώξεις, 16ο Θεματικό Συνέδριο Εντατική Θεραπεία και Επείγουσα Ιατρική: Ειδικές Θεραπείες, Ελλάδα, 1139-1146.

SYSTEMATIC REVIEW

The use of hyperbaric oxygen in surgical wounds' treatment

Maria Kirketsou[1], Evangelos A. Konstantinou[2]
1. RN, MSc, ICU, General Hospital of Athens G.Genimatas
2. RN, MSc, PhD, Surgical Nursing Specialty Office, General Hospital of Athens G.Genimatas

ABSTRACT
Introduction: Hyperbaric oxygen therapy is a type of surgical wound treatment in which hypoxemia is corrected and arterial blood oxygen levels are maintained within normal values.
Aim: The purpose of this literature review is to investigate the efficacy of hyperbaric oxygen therapy in the treatment of surgical wounds.
Methods: A systematic literature review was performed on the Pubmed and Google Scholar databases for the period 2006-2016. The criteria for the articles were English language writing and its application **to people.**
Results: The application of hyperbaric oxygen was a useful way to reduce the swollen surgical wounds, the microbial load and the percentage of postoperative inflammations. In addition, there is a reduction in the volume of blood donated during surgeries, amputated limbs and rejected implants.
Conclusions: The use of this new technique has been an important contribution to the treatment of surgical wounds, either as primary or additional intervention.

Key-words: Hyperbaric Oxygen, injury, surgical wound

Corresponding author: Maria Kirketsou
e-mail: mksag8@hotmail.com

Submission date: 29/05/2019
Re-submission date: 15/01/2020
Publication date: January 2021

Citation: Kirketsou M. & Konstantinou E. (2021). The use of hyperbaric oxygen in surgical wounds' treatment. *Hellenic Journal of Nursing Science* 14(1): 28-38. https://doi.org/10.24283/hjns.202114

Αξιολόγηση του άγχους ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας σε άτομα που έχουν υποστεί εργασιακή παρενόχληση

Μαρία Μανιού[1], Σοφία Ζυγά[2]
1. Νοσηλεύτρια – Μηχανικός Πληροφορικής, Επιστημονικός συνεργάτης, Τμήμα Νοσηλευτικής, Μεσογειακό Πανεπιστήμιο
2. Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Σύμφωνα με τον Spielberger, το μόνιμο ή ιδιοσυγκρασιακό άγχος (trait anxiety) είναι μια αποκτημένη συμπεριφορική προδιάθεση. Θεωρείται στοιχείο της προσωπικότητας του ατόμου. Αναφέρεται στην προδιάθεση του ατόμου να αντιλαμβάνεται συγκεκριμένες καταστάσεις ως απειλητικές και να αντιδρά με άγχος σε αυτές με ποικίλα επίπεδα μόνιμου άγχους, δυσανάλογο στην ένταση σε σχέση με το μέγεθος του αντικειμενικού κινδύνου. Η εργασιακή παρενόχληση στον τομέα της υγείας είναι υπαρκτό πρόβλημα.

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν η διερεύνηση της ύπαρξης του ιδιοσυγκρασιακού ή μόνιμου άγχους και των φαινομένων εργασιακής παρενόχλησης σε νοσηλευτικό προσωπικό.

Μεθοδολογία: Διενεργήθηκε έρευνα στην Κρήτη, από τον Αύγουστο 2017 έως τον Ιανουάριο 2018, σε δεκατέσσερα Κέντρα Υγείας, δύο Πρωτοβάθμια Εθνικά Δίκτυα Υγείας, τέσσερα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) και έντεκα Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Στη μελέτη, συμμετείχαν 213 άτομα. Έγινε χρήση των ερωτηματολογίων Leymann Inventory of Psychological Terror και της Κλίμακα Άγχους του Spielberger (Ενότητα 2).

Αποτελέσματα: Το 45.5% του δείγματος εργάζεται σε ΜΕΘ, το 24.9% σε ΤΕΠ και το 29.6% σε Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ). Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 41.73(±7.33). Ο βαθμός Cronbach a του ιδιοσυγκρασιακού άγχους βρέθηκε 0.907. Η μέση τιμή του ιδιοσυγκρασιακού άγχους για το συνολικό δείγμα της μελέτης ήταν 39.03. Από τη σύγκριση των μέσων τιμών της αξιολογικής μεταβλητής «δομή» ως προς την εμφάνιση του ιδιοσυγκρασιακού άγχους, προέκυψε ότι στη ΜΕΘ το ιδιοσυγκρασιακό άγχος ήταν 40.27, στα ΤΕΠ 39.66 και στην ΠΦΥ 36.58. Συγκεκριμένα, τις υψηλότερες τιμές ιδιοσυγκρασιακού άγχους συγκέντρωσε η ΜΕΘ. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ ιδιοσυγκρασιακού άγχους και της ηλικία των συμμετεχόντων στη μελέτη ($p< 0.05$). Ενώ, αναφορικά με τα χρόνια υπηρεσίας στο τμήμα που εργαζόταν το νοσηλευτικό προσωπικό τη δεδομένη στιγμή της μελέτης, προέκυψε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα με το ιδιοσυγκρασιακό άγχος ($p<0.05$). Από το συνολικό δείγμα της έρευνας διαπιστώθηκε ότι 24 άτομα είχαν εκτεθεί σε τουλάχιστον μία συμπεριφορά εργασιακής παρενόχλησης τους τελευταίους 12 μήνες και για τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα και για τουλάχιστον 6 μήνες. Αυτά τα 24 άτομα εμφάνιζαν μέση τιμή ιδιοσυγκρασιακού άγχους 44.87.

Συμπεράσματα: Από την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό της μελέτης αντιμετώπιζε ιδιοσυγκρασιακό άγχος ήπιας έντασης. Τα άτομα τα οποία υπέστησαν εργασιακή παρενόχληση αντιμετώπισαν ιδιοσυγκρασιακό άγχος μέτριας έντασης. Κρίνεται απαραίτητη η εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού στη διαχείριση των συμπτωμάτων άγχους.

Λέξεις Κλειδιά: Εργασιακή παρενόχληση, Ιδιοσυγκρασιακό Άγχος, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Μαρία Μανιού
e-mail: mmaniou@hotmail.com

Ημερομηνία υποβολής: 15/05/2019
Ημερομηνία δημοσίευσης: Ιανουάριος 2021

Σημείωμα εκδότη: Η παρούσα δημοσίευση εκφράζει την προσωπική άποψη των συγγραφέων.

Αναφορά του άρθρου ως: Μανιού Μ. & Ζυγά Σ. (2021). Αξιολόγηση του άγχους ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητα σε άτομα που έχουν υποστεί εργασιακή παρενόχληση. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 14(1): 39-51. https://doi.org/10.24283/hjns.202115

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ:

- **Η μέση τιμή του ιδιοσυγκρασιακού άγχους για το συνολικό δείγμα της μελέτης ήταν 39.03.**
- **Τις υψηλότερες τιμές ιδιοσυγκρασιακού άγχους συγκέντρωσε η ΜΕΘ, με μέση τιμή 40.27.**
- **Το ιδιοσυγκρασιακό άγχος συσχετίζεται με τα χρόνια υπηρεσίας στο τμήμα που εργάζεται το νοσηλευτικό προσωπικό τη δεδομένη στιγμή.**
- **11.27% του νοσηλευτικού προσωπικού εκτέθηκαν σε τουλάχιστον μία συμπεριφορά εργασιακής παρενόχλησης τους τελευταίους 12 μήνες, για τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα και για τουλάχιστον 6 μήνες.**
- **Τα άτομα που υπέστησαν εργασιακή παρενόχληση εμφάνιζαν μέση τιμή ιδιοσυγκρασιακού άγχους 44.87.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το άγχος είναι ένα σύνθετο συναίσθημα το οποίο συναντάται αργότερα στην ανάπτυξη του ανθρώπου και εμφανίζεται χωρίς σαφή σημαντική για τη ζωή απειλή. Η ενεργοποίηση του άγχους περιλαμβάνει πολλές παραμέτρους που έχουν να κάνουν με τη συνειδητή και μη συνολική ψυχική ζωή, τη σχέση με το σύστημα αξιών, τον τρόπο ερμηνείας των πραγμάτων, τις απαιτήσεις του κοινωνικού περιβάλλοντος και τη δυνατότητα ανταπόκρισης σε αυτές, αλλά και με ποικίλους βιολογικούς παράγοντες. Το άγχος μπορεί να είναι φυσιολογικό και χρήσιμο στοιχείο της προσωπικότητας ενός ατόμου. Με αυτό, οι πνευματικές και σωματικές επιδόσεις αυξάνονται και ενδυναμώνονται. Σε φυσιολογικό βαθμό αποτελεί την ψυχολογική ετοιμότητα προς επαγρύπνηση και προετοιμασία του ατόμου για να δράσει εφόσον μια κατάσταση αποτελεί απειλή για την ψυχοσωματική του συγκρότηση. Σε μεγάλο βαθμό, όμως, το άγχος είναι μία εκδήλωση που περιέχει νοσηρότητα, χαρακτηριστική διαταραχή της ικανότητας που έχει το άτομο να προσαρμόζεται (Barlow 2000).

Σύμφωνα με τον Matteson, το άγχος αποτελεί μια *«προσαρμοστική απάντηση, που μετριάζεται από ατομικές διαφορές, δηλαδή τη συνέπεια κάθε ενέργειας, κατάστασης ή γεγονότος, που απαιτεί ιδιαίτερες απαιτήσεις από το άτομο»* (Antoniou & Athinaiou 2015). Κατά τον Freud, το άγχος αποτελεί μια δυσάρεστη κατάσταση που βιώνει το άτομο και το διαχωρίζει από τα υπόλοιπα συναισθήματα, καθώς υπάρχει αλληλεπίδραση με φαινομενολογικούς και ψυχοσωματικούς παράγοντες (Παπάνης και συν 2011).

Σύμφωνα με τον Spielberger, καταγράφεται το **παροδικό άγχος** το οποίο αναφέρεται στην *«υποκειμενική συναισθηματική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από ένταση και νευρικότητα»*, το **μόνιμο ή ιδιοσυγκρασιακό άγχος** το οποίο αναφέρεται στην *«προδιάθεση του ατόμου να αντιλαμβάνεται συγκεκριμένες καταστάσεις ως απειλητικές και να αντιδρά με άγχος σε αυτές»*. Θεωρείται χαρακτηριστικό της προσωπικότητας του ατόμου (Μητρούση 2014). Ο Spielberger σχετικά με το ιδιοσυγκρασιακό και παροδικό άγχος, θεωρεί πως οι προσλαμβάνουσες του ατόμου τόσο από τα εσωτερικά, όσο και από τα εξωτερικά ερεθίσματα, εκλαμβάνονται ως απειλητικές με αποτέλεσμα να πυροδοτούν αντιδράσεις παροδικού άγχους. Οι αισθητηριακοί και οι γνωστικοί μηχανισμοί ανατροφοδότησης είναι αυτοί που προκαλούν τα υψηλά επίπεδα παροδικού άγχους να αναγνωρίζονται ως δυσάρεστα από το άτομο. Η αντίδραση του παροδικού άγχους, είναι ανάλογη του μεγέθους της έντασης της απειλής. Αντιστοίχως, η διάρκεια της έντασης, επιδρά στη μονιμότητα της αντίδρασης του παροδικού άγχους. Επισημαίνει, επίσης, πως τα άτομα με υψηλό επίπεδο ιδιοσυγκρασιακού άγχους αντιλαμβάνονται περισσότερες καταστάσεις ως απειλητικές και αντιδρούν με πιο έντονες αντιδράσεις παροδικού άγχους (Μητρούση 2014).

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε νοσηλευτικό προσωπικό των Κέντρων Υγείας της Θεσσαλίας το 2009, το μόνιμο ή ιδιοσυγκρασιακό άγχος (trait anxiety) που αισθάνονται οι Νοσηλευτές Τεχνολογικής Εκπαίδευσης βρέθηκε να έχει μέση τιμή 38.83(±10.45), ενώ για τους Νοσηλευτές Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης βρέθηκε μέση τιμή 40.64(±12.08) (p=0.442). Πάνω από τη μέση τιμή του μόνιμου ή ιδιοσυγκρασιακού άγχους του υγιούς πληθυσμού βρίσκονται οι τρείς στους δέκα νοσηλευτές του συνολικού δείγματος (Φακή και συν 2009).

Κατά τον Σουηδό Leymann (1990), έχει αποδοθεί ένας ορισμός για τη συνεχόμενη και επιθετική συμπεριφορά που δέχεται ένα άτομο, στον εργασιακό του χώρο και διατυπώνεται ως εξής: *«Η ψυχική τρομοκρατία ή η παρενόχληση στην επαγγελματική ζωή σημαίνει εχθρική και ανήθικη επικοινωνία, η οποία στρέφεται συστηματικά από έναν ή περισσότερους ανθρώπους κυρίως προς ένα άτομο»*. Η εργασιακή παρενόχληση αναγνωρίζεται ελάχιστα και αυξάνει τις αρνητικές επιπτώσεις στο χώρο εργασίας, σχετικά με την σωματική και ψυχική υγεία του νοσηλευτή λόγω συσσώρευσης των αρνητικών συναισθημάτων (Speedy 2006, Σάκουλα και συν 2014).

Οι ψυχολογικές επιπτώσεις της παρενόχλησης στον εργαζόμενο προκαλούν έντονο άγχος (Παπαδάκη και συν 2007). Μελέτη των Einarsen et al (1999), σε 102 θύματα μακροχρόνιας παρενόχλησης στον εργασιακό χώρο, στη Νορβηγία, αναφέρει ότι το 75% των θυμάτων εμφάνισε συμπτώματα άγχους, που υποδήλωναν μετατραυματική διαταραχή άγχους. Επιπρόσθετα, σύμφωνα με πρόσφατη έκθεση της Eurofound (2015), οι εργαζόμενοι θύματα εργασιακής παρενόχλησης έχουν κατά 28% περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν κατάθλιψη σε σχέση με τους υπόλοιπους εργαζόμενους, κατά 40% περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν προβλήματα ύπνου και κατά 52% περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν άγχος (Κουβουτσάκη 2017). Έχει καταγραφεί, επίσης, πως το 47% των θυμάτων εργασιακής παρενόχλησης, αναφέρουν αγχωτικά εργασιακά καθήκοντα (Μακράκης 2009).

Έρευνα που διεξήχθη σε 7 νοσοκομεία της 6ης ΥΠΕ, σχετικά με την επίδραση της εργασιακής παρενόχλησης στους νοσηλευτές, κατέδειξε πως το 71% έπεσε θύμα εργασιακής παρενόχλησης, με συνέπεια το 54.3% του δείγματος να εμφανίσει ψυχοσωματικά συμπτώματα (Κοΐνης και συν 2016).

Θα πρέπει να αναφερθεί ότι έως τη στιγμή εκπόνησης της δεν είχαν εντοπιστεί προηγούμενες έρευνες στην Ελλάδα σχετικά με τον συσχετισμό της εργασιακής παρενόχλησης με το μόνιμο ή ιδιοσυγκρασιακό άγχος στο νοσηλευτικό προσωπικό.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της ύπαρξη ιδιοσυγκρασιακού άγχους και φαινομένων εργασιακής παρενόχλησης (mobbing) σε νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε δομές στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) και σε Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ).

Πληθυσμός μελέτης

Για την πληρέστερη εφαρμογή του σχεδιασμού μελέτης αποφασίστηκε η επιλογή του πληθυσμού μελέτης να είναι από νοσηλευτικό προσωπικό που εργαζόταν σε 21 δομές της ΠΦΥ, τόσο από τα αστικά κέντρα, όσο και από τις απομακρυσμένες περιοχές από την ευρύτερη περιοχή της Κρήτης. Πιο συγκεκριμένα, επιλέχθηκαν 14 Κέντρα Υγείας από τους τέσσερις νομούς της Κρήτης και 2 δομές Πρωτοβάθμιων Εθνικών Δικτύων Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) από το Ν. Ηρακλείου. Επιπρόσθετα, για την εξασφάλιση του κριτηρίου της διασποράς του πληθυσμού μελέτης από νοσηλευτικό προσωπικό των ΤΕΠ επιλέχθηκαν και τα τέσσερα τμήματα που λειτουργούν στα νοσοκομεία της Κρήτης (2 από το νομό Ηρακλείου, 1 από το νομό Ρεθύμνου και 1 από το νομό Χανίων). Τέλος, για τη συλλογή δείγματος από νοσηλευτικό προσωπικό των ΜΕΘ επιλέχθηκαν και οι 11 μονάδες που λειτουργούν στα νοσοκομεία της Κρήτης (6 στο νομό Ηρακλείου, 1 από το νομό Ρεθύμνης, 3 από το νομό Χανίων και 1 από το νομό Λασιθίου) (Πίνακας 1).

Πίνακας 1. Δομές που συμμετείχαν στην μελέτη

Περιοχή	Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (Π.Φ.Υ.)	Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.)	Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.)
Νομός Ηρακλείου	• Κέντρο Υγείας Αγίας Βαρβάρας • Κέντρο Υγείας Αρκαλοχωρίου • Κέντρο Υγείας Χάρακα • Κέντρο Υγείας Βιάννου • Κέντρο Υγείας Καστελλίου Πεδιάδος • Κέντρο Υγείας Μοιρών • Π.Ε.Δ.Υ. Ηρακλείου • Π.Ε.Δ.Υ. Τοπικό ιατρείο Αλικαρνασσού	• Μ.Ε.Θ. Γ.Ν. Ηρακλείου «Βενιζέλειο Πανάνειο» • Μ.Ε.Θ Νεογνών..Γ.Ν. Ηρακλείου «Βενιζέλειο Πανάνειο» • Μ.Ε.Θ. Πανεπιστημιακό Γ.Ν. Ηρακλείου • Μ.Ε.Θ.,,Νεογνών Πανεπιστημιακό Γ. Ν. Ηρακλείου • Στεφανιαία Μονάδα Πανεπιστημιακό Γ. Ν. Ηρακλείου • Μ.Ε.Θ. Παίδων Πανεπιστημιακό Γ.Ν. Ηρακλείου	• Τ.Ε.Π. Γ.Ν. Ηρακλείου «Βενιζέλειο Πανάνειο» • Τ.Ε.Π. Πανεπιστημιακό Γ. Ν. Ηρακλείου
Νομός Ρεθύμνου	• Κέντρο Υγείας Ανωγείων • Κέντρο Υγείας.Αγίας Φωτεινής ο Κέντρο Υγείας Σπιλίου • Κέντρο Υγείας Περάματος	• Μ.Ε.Θ. Γ.Ν. Ρεθύμνου	• Τ.Ε.Π...Γ.Ν. Ρεθύμνου
Νομός Χανίων	• Κέντρο Υγείας Βάμου • Κέντρο Υγείας Κισσάμου • Κέντρο Υγείας Κανδάνου	• Μ.Ε.Θ...Γ.Ν. Χανίων • Μ.Ε.Θ Νεογνών...Γ.Ν. Χανίων • Στεφανιαία Μονάδα..Γ.Ν. Χανίων	• Τ.Ε.Π..Γ.Ν Χανίων
Νομός Λασιθίου	• Κέντρο Υγείας Τζερμίαδου	• Μ.Ε.Θ. Γ.Ν. Αγίου Νικολάου	• Τ.Ε.Π..Γ.Ν Χανίων

Σύμφωνα με τα κριτήρια επιλογής, εντάχθηκε στη μελέτη νοσηλευτικό προσωπικό, οποιασδήποτε εκπαιδευτικής βαθμίδας με οποιαδήποτε σχέση εργασίας από όλες τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών και τις δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της Κρήτης που είναι ενταγμένες στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) και ακολουθούσαν το ίδιο σύστημα εφημεριών, ώστε να διασφαλίζεται η ομοιογένεια του πληθυσμού μελέτης. Τέλος, απαραίτητη ήταν η γραπτή συγκατάθεση του νοσηλευτικού προσωπικού για τη συμμετοχή του στη μελέτη. Τέλος, σύμφωνα με τα κριτήρια αποκλεισμού αποφασίστηκε να αποκλειστούν οι σπουδαστές ή φοιτητές Νοσηλευτικής οποιασδήποτε εκπαιδευτικής βαθμίδας.

Συλλογή δεδομένων

Η διανομή όλων των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε από τη κύρια ερευνήτρια, αφού γινόταν λεπτομερής επεξήγηση, όπου ζητήθηκαν διευκρινίσεις. Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο των γενικών πληροφοριών με δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του υπό μελέτη πληθυσμού το οποίο έχει κατασκευαστεί από την ερευνήτρια. Τα υπόλοιπα ερωτηματολόγια χρησιμοποιήθηκαν μετά από άδεια των δημιουργών τους και/ή των επιστημόνων που είχαν πραγματοποιήσει τη στάθμιση στην Ελλάδα. Έτσι, χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Άγχους του Spielberger (STAI), που αποτελεί ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο, το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς σε ερευνητικό επίπεδο και στην κλινική πρακτική. Η δημιουργία του STAI ξεκίνησε το 1964 από τους C.D. Spielberger και R.L. Gorsuch, ενώ η μορφή STAI X εκδόθηκε το 1970 (Spielberger et al 1970). Βάσει των συσσωρευμένων γνώσεων που αποκτήθηκαν από την εκτενή έρευνα με το STAI, το 1979 ξεκίνησε η αναθεώρηση της κλίμακας και τελικά το 1985 εκδόθηκε η μορφή STAI Y (Fountoulakis et al 2006).

Η κλίμακα άγχους του Spielberger Ενότητα 2 (Spielberger 1983) αποτελείται από 20 διαπιστώσεις, οι οποίες αναφέρονται σε μια υποκλίμακα, τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου γενικότερα, δηλαδή το ιδιοσυγκρασιακό άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας. Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με την αντιπροσωπευτικότητα του περιεχομένου των προτάσεων για τον εξεταζόμενο, στη βάση μιας τετράβαθμης κλίμακας τύπου Likert (1-2-3-4). Η μέση τιμή για τη δεύτερη υποκλίμακα ήταν 42.79. Οι μέσοι όροι που αναφέρονται προέρχονται από τη δεύτερη στάθμιση της κλίμακας (Αναγνωστοπούλου 2002). Το ερωτηματολόγιο έχει ήδη προσαρμοστεί στον ελληνικό πληθυσμό και παρουσιάζει επαρκή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής, καθώς και ικανοποιητική αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας και επαναληπτικών μετρήσεων (Λιάκος & Γιαννίτση 1984, Αναγνωστοπούλου 2002).

Τέλος, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Leymann Inventory of Psychological Terror (LIPT). Ο Σουηδός ψυχολόγος και καθηγητής πανεπιστημίου Heinz Leymann ανέπτυξε αυτό το ερωτηματολόγιο το 1990. Το ερωτηματολόγιο απαριθμεί 45 δράσεις εργασιακής παρενόχλησης (ηθικής παρενόχλησης) στο χώρο εργασίας. Ένα άτομο θεωρείται ότι υπόκειται σε ηθική παρενόχληση εάν μία ή περισσότερες από τις 45 δράσεις συμβαίνουν τουλάχιστον μία φορά ανά εβδομάδα, για μια περίοδο τουλάχιστον ενός έτους. Οι 45 συμπεριφορές παρενόχλησης προέρχονται από 300 προσωπικές συνεντεύξεις που διεξήγαγε ο Leymann, μεταξύ του 1981 και 1984.

Σύμφωνα με την τυπολογία του Leymann οι 45 χαρακτηριστικές συμπεριφορές «εργασιακής παρενόχλησης» οι οποίες κατηγοριοποιούνται σε 5 ομάδες:

1) παρεμπόδιση έκφρασης και επικοινωνίας,
2) επιθέσεις στις κοινωνικές σχέσεις,
3) επιθέσεις στη φήμη,
4) επιθέσεις στην ποιότητα ζωής και στην επαγγελματική θέση, και
5) επιθέσεις στην υγεία του ατόμου.

Κάθε ερώτηση αναφέρεται σε ένα συγκεκριμένο τύπο ψυχολογικής παρενόχλησης, για την οποία ζητείται να καταγραφεί πόσο συχνά παρουσιάζεται τους τελευταίους 6 μήνες. Όλες αυτές οι συμπεριφορές δεν παρουσιάζονται σε όλες τις περιπτώσεις (Σπυριδάκης 2009).

Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας

Η ερευνήτρια υπέβαλλε το ερευνητικό πρωτόκολλο για εξασφάλιση των απαιτούμενων γραπτών αδειών από τις επιτροπές έρευνας, ηθικής και δεοντολογίας των προαναφερόμενων υγειονομικών δομών και της 7ης Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης (ΥΠΕ). Οι εγκρίσεις από τους παραπάνω φορείς δόθηκαν με την προϋπόθεση, η οποία και τηρήθηκε, ότι θα προσκομιζόταν περίληψη των αποτελεσμάτων της μελέτης στη Διοίκηση της 7ης ΥΠΕ. Κατά την εκπόνηση της μελέτης τηρήθηκαν οι αρχές που διέπουν την έρευνα με ανθρώπινα υποκείμενα. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν γραπτά, αλλά και προφορικά ότι η συμμετοχή τους ήταν οικειοθελής και προαιρετική και η συμπλήρωση των ερωτηματολόγιων ήταν ανώνυμη, διασφαλίζοντας με αυτόν τον τρόπο το απόρρητο των δεδομένων τους.

Στατιστική ανάλυση

Αναφορικά με την αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας η οποία και εξετάστηκε για κάθε κλίμακα και υποκλίμακα έγινε χρήση του δείκτη Cronbach's alpha (Cronbach 1951). Τιμές του συντελεστή μεγαλύτερες του 0.70 είναι επιθυμητές, τιμές μεγαλύτερες του 0.80 θεωρούνται πολύ καλές και τιμές που είναι μεγαλύτερες του 0.90 είναι άριστες.

Αναφορικά με τη στατιστική ανάλυση, οι ποσοτικές

μεταβλητές αναφέρθηκαν με βάση τη μέση τους τιμή και τυπική απόκλιση (mean±sd), καθώς και με τη διάμεση τιμή (median) και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος (IQR), ενώ για τις ποιοτικές χρησιμοποιήθηκαν οι αντίστοιχες συχνότητες και τα ποσοστά. Στην περίπτωση που δεν μπορούσε να ικανοποιηθεί η υπόθεση της κανονικότητας για τις ποσοτικές μεταβλητές, βάσει των κατάλληλων στατιστικών ή/και γραφικών ελέγχων, τότε χρησιμοποιήθηκε η διάμεσος και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος (median, IQR) ως αντιπροσωπευτικά περιγραφικά μέτρα. Εφαρμόστηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Spearman.

Για την ανάλυση των δεδομένων της μελέτης χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα IBM SPSS 22.0.

Πιλοτική έρευνα

Με την πιλοτική έρευνα δοκιμάστηκαν οι ερευνητικές τεχνικές και μέθοδοι, προκειμένου να διαπιστωθεί η αποτελεσματικότητα τους. Στο στάδιο αυτό, κατά το οποίο τέθηκε σε δοκιμή η λειτουργικότητα του ερωτηματολογίου ως εργαλείου έρευνας για τη συλλογή δεδομένων, επιδιώχθηκε η συλλογή εμπειριών και διαπιστώσεων, τα οποία θα συνέβαλαν στην αποτελεσματικότερη διεξαγωγή της κυρίως έρευνας. Κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της πιλοτικής φάσης, προτεραιότητα είχε να εξασφαλιστεί η πρακτικότητα, η εγκυρότητα, η αξιοπιστία και η οικονομία του ερωτηματολογίου.

Η πιλοτική φάση της παρούσας έρευνας είχε διάρκεια μία εργάσιμη ημέρα. Τα τμήματα του νοσοκομείο, στο οποίο διανεμήθηκαν τα ερωτηματολόγια δεν συμπεριλήφθησαν στη δειγματοληψία της οριστικής έρευνας. Τον πληθυσμό μελέτης αποτέλεσε νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο παρουσίαζε χαρακτηριστικά παρόμοια με εκείνα των ατόμων που θα συμμετείχαν στο τελικό δείγμα (νοσηλευτικό προσωπικό χειρουργείου και τακτικών εξωτερικών ιατρείων).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Έλεγχος αξιοπιστίας και εγκυρότητα των ερευνητικών εργαλείων

Ο βαθμός αξιοπιστίας και εγκυρότητας των ερευνητικών εργαλείων της παρούσας έρευνας για το συνολικό πληθυσμό της μελέτης ήταν άριστος (>0.90). Συγκεκριμένα, ο βαθμός Cronbach's a του ιδιοσυγκρασιακού άγχους STAI (Ενότητα 2, trait anxiety) βρέθηκε 0.907 και του ερωτηματολογίου για την εργασιακή παρενόχληση Leymann Inventory of Psychological Terror (LIPT) βρέθηκε 0.905.

Δημογραφικά στοιχεία

Στη μελέτη συμμετείχαν 213 άτομα, μέσης ηλικίας 41.73(±7.33), προερχόμενα από τρεις διαφορετικές δομές, ΜΕΘ (45.5%), ΠΦΥ (29.6%) και ΤΕΠ (24.9%). Η πλειοψηφία των ατόμων της μελέτης ήταν γυναίκες (89.2%). Το μεγαλύτερο ποσοστό εξ αυτών ήταν έγγαμοι (75.1%) και απόφοιτοι ΤΕΙ (64.8%). Τα έτη εργασίας στην υπηρεσία ήταν κατά μέσο όρο 15.78(±8.49), ενώ η διάμεση τιμή των ετών υπηρεσίας στο παρόν τμήμα ήταν 8.00 (IQR=10.50). (Πίνακας 2).

Πίνακας 2: Δημογραφικά χαρακτηριστικά των 213 ατόμων της μελέτης

Χαρακτηριστικά		n (%)
Δομές		
	ΜΕΘ	97 (45.5)
	ΠΦΥ	63 (29.6)
	ΤΕΠ	53 (24.9)
Φύλο		
	Άνδρας	23 (10.8)
	Γυναίκα	190 (89.2)
Οικογενειακή κατάσταση		
	Έγγαμος/η	160 (75.1)
	Άγαμος/η	49 (23.0)
	Διαζευγμένος/η	4 (1.9)
Εκπαιδευτικό επίπεδο		
	Απόφοιτος/η λυκείου ΕΠΑΛ, ΙΕΚ	43 (20.2)
	Απόφοιτος/η ΤΕΙ	138 (64.8)
	Απόφοιτος/η ΑΕΙ	13 (6.1)
	Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου και απόφοιτος ΤΕΙ	16 (7.5)
	Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου και απόφοιτος ΑΕΙ	2 (0.9)
	Κάτοχος Διδακτορικού τίτλου	1 (0.5)
Ηλικία (έτη)		41.73±7.33*
Χρόνια στην υπηρεσία		15.78±8.49*
Χρόνια υπηρεσίας στο τμήμα που εργάζεστε τώρα		8.00 (10.50)**

** Τυπική απόκλιση ± sd*
*** Ενδοτεταρτημοριακό Εύρος (IQR)*

Συνεχίζοντας, θα πρέπει να αναφερθεί ότι η μέση τιμή στην Κλίμακα Άγχους του Spielberger (Ενότητα 2) ήταν 39.03(±10.06) (Πίνακας 3). Από το ερωτηματολόγιο του LIPT (Leymann Inventory of Psychological Terrorization) η ανάλυση των δεδομένων έδειξε ότι οι συνηθέστερες συμπεριφορές εργασιακής παρενόχλησης που αναφέρθηκαν μεταξύ των συμμετεχόντων του συνολικού πληθυσμού της μελέτης ήταν: *«μιλάνε άσχημα για εσάς πίσω από την πλάτη σας»* (15.0%), *«Άλλα άτομα σας εμποδίζουν να εκφραστείτε»* (14.6%), *«Δέχεστε περιφρονητικές ματιές ή/και περιφρονητικές χειρονομίες»* (14.6%), ακολουθεί, *«διαδίδουν ψεύτικες φήμες για εσάς»* (12.2%), *«σας υβρίζουν και σας φωνάζουν»* (11.3%), *«επικρίνουν την εργασία σας»* (11.3%) και τέλος *«σας διακόπτουν διαρκώς ενώ εκφράζεστε»* (10.3%). Αντίθετα, οι λιγότερο συχνές συμπεριφορές εργασιακής παρενόχλησης που εντοπίστηκαν ανάμεσα στο νοσηλευτικό προσωπικό ήταν: *«σας απειλούν με σωματική βία»* (0.9%), *«δεν σας αναθέτουν κανένα καθήκον, δεν έχετε εργασία»* (0.9%), *«σας προκαλούν έξοδα προσπαθώντας να σας βλάψουν οικονομικά* (0.9%)», *«απευθύνονται σε εσάς μόνο γραπτώς* (0.5%)», *«σας έχουν επιτεθεί σεξουαλικά»* (0.0%) (Πίνακας 4).

Πίνακας 3: Κλίμακα άγχους του Spielberger (STAI) Ενότητα 2

		ΣΧΕΔΟΝ ΠΟΤΕ %	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ %	ΣΥΧΝΑ %	ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ %
1	**Αισθάνομαι ευχάριστα.**	1.9	23.9	54	20.2
2	**Κουράζομαι εύκολα.**	12.2	54.9	23.9	8.9
3	**Βρίσκομαι σε συνεχή αγωνία.**	29.1	48.8	18.8	3.3
4	**Εύχομαι να μπορούσα να είμαι τόσο ευτυχισμένος/η όσο φαίνεται να είναι άλλοι.**	47.4	37.1	10.3	5.2
5	**Μένω πίσω στις δουλειές μου, γιατί δεν μπορώ να αποφασίσω αρκετά γρήγορα.**	60.1	29.1	8.9	1.9
6	**Αισθάνομαι αναπαυμένος/η.**	21.1	46	21.1	11.7
7	**Είμαι ήρεμος/η, ψύχραιμος/η και συγκεντρωμένος/η.**	4.7	31	42.7	21.6
8	**Αισθάνομαι πως οι δυσκολίες συσσωρεύονται και δε μπορώ να τις ξεπεράσω.**	43.7	44.1	9.9	2.3
9	**Ανησυχώ πάρα πολύ για κάτι που στην πραγματικότητα δεν έχει σημασία.**	37.1	41.3	16.4	5.2
10	**Βρίσκομαι σε συνεχή υπερένταση**	40.4	44.1	11.3	4.2
11	**Έχω την τάση να βλέπω τα πράγματα δύσκολα**	39.9	38	16.4	5.6
12	**Μου λείπει η αυτοπεποίθηση**	40.8	42.7	11.3	5.2
13	**Αισθάνομαι ασφαλής.**	10.3	27.7	35.7	26.3
14	**Προσπαθώ να αποφύγω την αντιμετώπιση μιας κρίσης ή μιας δυσκολίας.**	53.5	32.4	9.4	4.7
15	**Βρίσκομαι σε υπερδιέγερση.**	53.1	34.7	7.5	4.7
16	**Είμαι ικανοποιημένος/η.**	5.6	25.8	44.6	23.9
17	**Κάποια ασήμαντη σκέψη μου περνά από το μυαλό και με ενοχλεί.**	33.3	41.8	20.2	4.7
18	**Παίρνω τις απογοητεύσεις τόσο πολύ στα σοβαρά, ώστε δεν μπορώ να τις διώξω από τη σκέψη μου.**	39	39.4	13.1	8.5
19	**Είμαι ένας σταθερός χαρακτήρας.**	5.2	15	31	48.8
20	**Έρχομαι σε μια κατάσταση έντασης ή αναστάτωσης, όταν σκέφτομαι τις τρέχουσες δυσκολίες και τα ενδιαφέροντα μου**	21.1	52.6	19.2	7

Πίνακας 4: Leymann Inventory of Psychological Terror (κλίμακα εργασιακής παρενόχλησης, n=213)

	Ναι (%)
Σε ότι αφορά τις εργασιακές σας σχέσεις	
Ο άμεσα προϊστάμενος σας, σας απαγορεύει να εκφραστείτε	8.5
Σας διακόπτουν διαρκώς ενώ εκφράζεστε	10.3
Άλλα άτομα σας εμποδίζουν να εκφραστείτε	14.6
Σας υβρίζουν και σας φωνάζουν	11.3
Σας ασκούν μία συνεχή αρνητική κριτική σε σχέση με τη δουλειά σας	9.4
Σας ασκούν μία συνεχή αρνητική κριτική σε σχέση με την προσωπική σας ζωή	5.2
Σας παρενοχλούν τηλεφωνικά	5.2
Δέχεστε λεκτικές απειλές	7.5
Δέχεστε γραπτές απειλές	2.3
Δέχεστε περιφρονητικές ματιές ή/ και περιφρονητικές χειρονομίες	14.6
Αδιαφορούν για την παρουσία σας απευθυνόμενοι αποκλειστικά σε άλλους	9.4
Σας απομονώνουν συστηματικά	
Δεν σας απευθύνουν το λόγο	5.6
Δεν θέλουν να τους πλησιάζετε	3.3
Σας έχουν τοποθετήσει σε μία εργασιακή θέση η οποία σας απομονώνει από τους άλλους	3.3
Απαγορεύουν στους συναδέλφους σας να σας μιλούν	1.9
Κάνουν σαν να μην υπάρχετε	5.2
Απευθύνονται σε εσάς μόνο γραπτώς	0.5
Τα επαγγελματικά σας καθήκοντα έχουν τροποποιηθεί ως τιμωρία	
Δεν σας αναθέτουν κανένα καθήκον, δεν έχετε εργασία	0.9
Σας αναθέτουν καθήκοντα που δεν έχουν ενδιαφέρον	7.5
Σας αναθέτουν καθήκοντα πολύ κατώτερα των ικανοτήτων σας	6.1
Σας αναθέτουν διαρκώς καινούργια καθήκοντα	8.5
Σας αναθέτουν ταπεινωτικά καθήκοντα	2.8
Σας αναθέτουν καθήκοντα πολύ ανώτερα των ικανοτήτων σας	7.5
Επιθέσεις στο πρόσωπο σας	
Μιλούν άσχημα για σας πίσω από την πλάτη σας	15.0
Διαδίδουν ψεύτικες φήμες για σας	12.2
Σας γελοιοποιούν μπροστά σε άλλους	4.7
Αφήνουν υπόνοιες ότι είστε ψυχικά ασθενής	1.9
Θέλουν να σας υποχρεώσουν να κάνετε ψυχιατρική εξέταση	1.9
Σας κοροϊδεύουν για μία αδυναμία (σωματική ή ψυχική) που έχετε	4.2
Μιμούνται την εμφάνιση, τη φωνή και τις χειρονομίες σας για να σας γελοιοποιήσουν	5.6
Επιτίθενται στις πολιτικές και θρησκευτικές σας απόψεις	3.3
Σας επιτίθενται ή σας κοροϊδεύουν για την καταγωγή σας	3.8
Είστε υποχρεωμένος/η να εκτελείτε εργασίες που πλήττουν τη συνείδηση σας	8.9
Κρίνουν τη δουλειά σας με τρόπο άδικο και επιζήμιο	11.3
Αμφισβητούν τις αποφάσεις σας	8.9
Σας προσβάλλουν χρησιμοποιώντας άσεμνες ή εξευτελιστικές εκφράσεις	2.8
Σας κάνουν προφορικούς υπαινιγμούς ή προτάσεις σεξουαλικού περιεχομένου	2.3
Βία και απειλές βίας	
Σας υποχρεώνουν να εκτελείτε καθήκοντα που βλάπτουν την υγεία σας	4.7
Παρά την κακή σας υγεία, σας υποχρεώνουν να κάνετε κάποια εργασία που βλάπτει την υγεία σας	7.0
Σας απειλούν με σωματική βία	0.9
Χρησιμοποιούν ήπιας μορφής βία απέναντι σας ως προειδοποίηση	2.8
Σας κακομεταχειρίζονται σωματικά (σπρωξίματα)	1.4
Σας προκαλούν έξοδα προσπαθώντας να σας βλάψουν οικονομικά	0.5
Έχουν προκαλέσει ζημιές στο σπίτι ή στο χώρο εργασίας σας	1.9
Σας έχουν επιτεθεί σεξουαλικά	0.0

Σύμφωνα με τον Leymann, το σύνδρομο εργασιακής παρενόχλησης ορίζεται ως η έκθεση του εργαζομένου σε έστω και μία συμπεριφορά ηθικής παρενόχλησης τουλάχιστον για μία φορά την εβδομάδα τους τελευταίους 12 μήνες. Βάσει αυτού του ορισμού, προκύπτουν τα παρακάτω αποτελέσματα. Ένα ποσοστό 44.6% (n=95) έχει δηλώσει ότι εκτέθηκε σε τουλάχιστον μία, εκ των 45, συμπεριφορά εργασιακής παρενόχλησης τους τελευταίους 12 μήνες (Πίνακας 5). Επίσης, ένα ποσοστό 32.43% (n=74 άτομα) των ερωτώμενων ήρθε αντιμέτωπο με μία ή περισσότερες από αυτές τις καταστάσεις τους τελευταίους 12 μήνες. Η διάμεση τιμή του χρονικού διαστήματος για το οποίο είχε έλθει κάποιος/κάποια αντιμέτωπος/η με αυτές τις καταστάσεις ήταν 12 μήνες (IQR=51.75). Τέλος, το ποσοστό των ερωτώμενων που ανέφεραν ότι έχουν έλθει αντιμέτωπος/η με μία ή περισσότερες από τις πιο πάνω καταστάσεις τους τελευταίους 12 μήνες τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα / Σχεδόν καθημερινά / Καθημερινά ήταν 11.3% (n=24) και αυτά τα άτομα σύμφωνα με τον Leymann ορίζονται ως θύματα εργασιακής παρενόχλησης (Πίνακας 6).

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων, προέκυψε σημαντική συσχέτιση του ιδιοσυγκρασιακού άγχους (STAI, Ενότητα 2) με τα χρόνια υπηρεσίας στο τμήμα που εργαζόταν τη στιγμή συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου (p=0.037) για το συνολικό πληθυσμό μελέτης. Ενώ, για το συνολικό πληθυσμό μελέτης, δεν προέκυψε σημαντική συσχέτιση του ιδιοσυγκρασιακού άγχους (STAI, Ενότητα 2) με τα χρόνια υπηρεσίας, την ηλικία και το εκπαιδευτικό επίπεδο (p=0.213, p=0.353, p=0.955, αντίστοιχα) (Πίνακας 7).

Πίνακας 5: Φαινόμενο «εργασιακή παρενόχληση» και δομές

			Έκθεση σε τουλάχιστον μια συμπεριφορά εργασιακής παρενόχλησης		Σύνολο
			Όχι	Ναι	
ΔΟΜΕΣ	ΜΕΘ	N	53	44	97
		%	54.6%	45.4%	100.0%
	ΠΦΥ	N	43	20	63
		%	68.3%	31.7%	100.0%
	ΤΕΠ	N	22	31	53
		%	41.5%	58.5%	100.0%
ΣΥΝΟΛΟ		N	118	95	213
		%	55.4%	44.6%	100.0%

x2(2)=8.374, p=0.016

Πίνακας 6: Συχνότητα «εργασιακή παρενόχληση» και δομές

			Πόσο συχνά έχετε έλθει αντιμέτωπος/η με μία ή περισσότερες από τις πιο πάνω καταστάσεις τους τελευταίους 12 μήνες;		Σύνολο
			Σπάνια / Τουλάχιστον μια φορά το μήνα	Τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα / Σχεδόν καθημερινά / Καθημερινά	
ΔΟΜΕΣ	ΜΕΘ	N	23	10	33
		%	69.7%	30.3%	100.0%
	ΠΦΥ	N	12	4	16
		%	75.0%	25.0%	100.0%
	ΤΕΠ	N	15	10	25
		%	60.0%	40.0%	100.0%
ΣΥΝΟΛΟ		N	50	24	74
		%	67.6%	32.4%	100.0%

x2(2)=1.125, p=0.625

Πίνακας 7: Συσχετίσεις του ιδιοσυγκρασιακού άγχους (κλίμακα STAI, Ενότητα 2) με την ηλικία, τα χρόνια στην υπηρεσία, τα χρόνια υπηρεσίας στο τμήμα τωρινής εργασίας και το εκπαιδευτικό επίπεδο στο σύνολο του δείγματος

		STAI Ενότητα 2
Ηλικία (έτη)	r_s p-value	-0.064 0.353
Χρόνια στην υπηρεσία	r_s p-value	-0.086 0.213
Χρόνια υπηρεσίας στο τμήμα που εργάζεστε τώρα	r_s p-value	-0.143 0.037
Εκπαιδευτικό επίπεδο	r_s p-value	0.004 0.955

Συσχέτιση Spearman r_s

Αναφορικά με τη δεύτερη υποκλίμακα για την αξιολόγηση του ιδιοσυγκρασιακού άγχους (κλίμακα STAI, Ενότητα 2) για τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου γενικότερα, βάσει της δοκιμασίας ANOVA, δε παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στο μέσο score της ενότητας αυτής και των τριών δομών, καθώς βρέθηκε ΜΕΘ 40.28(±10.58), ΠΦΥ 36.59(±8.50) και ΤΕΠ 39.66(±10.44) (F(2.210)=2.752, p=0.066). Ενώ, οι υψηλότερες τιμές ιδιοσυγκρασιακού άγχους σημειώθηκαν στους εργαζόμενους της ΜΕΘ. Βάσει του Tukey HSD test για συγκρίσεις ανά δύο των δομών, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ΜΕΘ-ΠΦΥ (p=0.060), ούτε μεταξύ των ΜΕΘ-ΤΕΠ (p=0.930), ούτε μεταξύ των ΠΦΥ-ΤΕΠ (p=0.226) (Πίνακας 8).

Παράλληλα, σε ότι αφορά το φαινόμενο εργασιακή παρενόχληση, έγινε χρήση του chi-square ελέγχου για τη διερεύνηση στατιστικά σημαντικής διαφοράς μεταξύ των τριών δομών, στα ποσοστά αυτών που είχαν δηλώσει

Πίνακας 8: Περιγραφικά αποτελέσματα για τις κλίμακες STAI (Ενότητα 2) ως προς τις διαφορετικές δομές, για το σύνολο του πληθυσμού μελέτης

ΔΟΜΗ		STAI Ενότητα 2
ΜΕΘ	40.2784 10.58669 40.0000 22.00 70.00	40.2784 10.58669 40.0000 22.00 70.00
ΠΦΥ	36.5873 8.50168 37.0000 22.00 60.00	36.5873 8.50168 37.0000 22.00 60.00
ΤΕΠ	39.6604 10.44573 40.0000 24.00 66.00	39.6604 10.44573 40.0000 24.00 66.00
Σύνολο	39.0329 10.06178 38.0000 22.00 70.00	39.0329 10.06178 38.0000 22.00 70.00
p-value		**0.066**

ότι εκτέθηκαν σε τουλάχιστον μία συμπεριφορά εργασιακής παρενόχλησης, εκ των 45, τους τελευταίους 12 μήνες. Ο έλεγχος έδωσε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα (p=0.016), με τα ΤΕΠ να έχουν το μεγαλύτερο ποσοστό έκθεσης σε τουλάχιστον μια συμπεριφορά ηθικής παρενόχλησης (58.5%), ενώ το μικρότερο η ΠΦΥ (31.7%). Σε ότι αφορά τη συχνότητα εργασιακής παρενόχλησης, συγκριτικά στις δομές, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά (p=0.625).

Αναφορικά με τα 24 άτομα (2 άνδρες, 22 γυναίκες), που είχαν δηλώσει ότι εκτέθηκαν σε τουλάχιστον μία, εκ των 45, συμπεριφορά εργασιακής παρενόχλησης τους τελευταίους 12 μήνες και για τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα για έξι μήνες ή περισσότερο, προέκυψε ότι η μέση τιμή στην κλίμακα του μόνιμου ή ιδιοσυγκρασιακού άγχους (trait anxiety) για την ενότητα STAI-Ενότητα 2) για τα 24 θύματα εργασιακής παρενόχλησης ήταν 44.87(±11.06).

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε ανάλυση διερευνώντας για στατιστικά σημαντικές διαφορές του score της κλιμάκας Spielberger (Ενότητα 2) ως προς ορισμένα χαρακτηριστικά των 24 ατόμων. Λόγω του μικρού αριθμού ατόμων, χρησιμοποιήθηκαν μόνο μη παραμετρικοί έλεγχοι. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές της ενότητας 2 της STAI μεταξύ των τριών δομών (p=0.674, p=0.875, p=0.919 και p=0.918, αντίστοιχα).

Επίσης, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις της κλίμακας STAI (Ενότητα 2) με την ηλικία, τα χρόνια στην υπηρεσία και τα χρόνια υπηρεσίας στο τμήμα τωρινής εργασίας για τα 24 θύματα εργασιακής παρενόχλησης. Επιπλέον, δεν εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση των κλιμάκων με το εκπαιδευτικό επίπεδο (θεωρούμενο ως διατάξιμη μεταβλητή), βάσει τη συσχέτιση Spearman για τα 24 θύματα εργασιακής παρενόχλησης (πίνακας 9).

Πίνακας 9: Συσχετίσεις της κλίμακας STAI (Ενότητα 2) με ηλικία, χρόνια στην υπηρεσία, χρόνια υπηρεσίας στο τμήμα τωρινής εργασίας, εκπαιδευτικό επίπεδο (n=24)

		STAI Ενότητα 2
Ηλικία (έτη)	rs p-value	.294 .164
Χρόνια στην υπηρεσία	rs p-value	.136 .526
Χρόνια υπηρεσίας στο τμήμα που εργάζεστε τώρα	rs p-value	-.052 .809
Εκπαιδευτικό επίπεδο	rs p-value	-.028 .896

Συσχέτιση Spearman r_s

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης, σε ότι αφορά τα εργασιακά χαρακτηριστικά των ατόμων, διαπιστώθηκε ότι τα περισσότερα άτομα εργάζονταν στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) και τα λιγότερα στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ). Ο μέσος χρόνος προϋπηρεσίας του συνολικού πληθυσμού της μελέτης ήταν 15.78 χρόνια και ο μέσος χρόνος προϋπηρεσίας στο τμήμα που εργάζονταν, τη στιγμή που διεξαγόταν η έρευνα, ήταν 8 χρόνια. Στο συγκεκριμένο δείγμα, κυριαρχούσαν οι έγγαμοι σε ποσοστό 75.1% και ακολουθούσαν οι άγαμοι σε ποσοστό 23.2%. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν τα 41.73 έτη. Σε ότι αφορά τα εκπαιδευτικά χαρακτηριστικά του νοσηλευτικού προσωπικού διαπιστώθηκε ότι οι περισσότεροι ήταν απόφοιτοι Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (64.8%) και οι λιγότεροι απόφοιτοι Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης (6.1%), ενώ το 8.4% ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών και μόνο ένας ήταν κάτοχος διδακτορικού τίτλου.

Στην παρούσα μελέτη, από την ανάλυση των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου STAI, διαπιστώθηκε ότι

η μέση τιμή του ιδιοσυγκρασιακού άγχους ήταν 39.03. Η έρευνα των Μαρνέρα και συν (2010) είχε βασικό σκοπό την αξιολόγηση της εργασιακής ικανοποίησης και του παροδικού και ιδιοσυγκρασιακού άγχους των νοσηλευτών που εργάζονταν σε νεφρολογικά τμήματα. Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής συμφωνούν με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης.

Στην παρούσα έρευνα, τα άτομα που εκτέθηκαν σε τουλάχιστον μία συμπεριφορά εργασιακής παρενόχλησης τους τελευταίους 12 μήνες και για τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα, σχεδόν καθημερινά ή καθημερινά, και για έξι μήνες ή περισσότερο (Leymann 1996), ήταν το 11.3% (n=24) του δείγματος και χαρακτηρίζονται ως θύματα εργασιακής παρενόχλησης. Σε παρόμοια συμπεράσματα καταλήγει και η μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Κύπρο, το 2014, και τον πληθυσμό μελέτης αποτέλεσαν 136 επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στη Λευκωσία (Χείρα και συν 2014).

Επίσης, και σε άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε πάλι στην Κύπρο, το 2015, και τον πληθυσμό μελέτης αποτέλεσαν 2264 άτομα (γενικοί γιατροί και νοσηλευτές) που εργαζόταν σε δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στη Λευκωσία και σε μεγάλα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου, το 5.9% ανέφερε έκθεση σε τουλάχιστον μία συμπεριφορά παρενόχλησης τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα και για τουλάχιστον 6 μήνες (Zachariadou et al 2017).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης των Fontes et al (2010), στη Βραζιλία, το 11.6% των νοσηλευτών του πληθυσμού μελέτης είχαν υποστεί ηθική παρενόχληση κατά τους τελευταίους 12 μήνες. Παρόμοιο αποτέλεσμα, με βάση τα ίδια κριτήρια, διαπιστώθηκε μεταξύ των νοσηλευτών που εργάζονταν στο δημόσιο τομέα στην Πορτογαλία, με ποσοστό που ανήλθε στο 13% (Sá et al 2008).

Η παρούσα έρευνα, έδειξε ότι δεν σχετίζεται θετικά η ηλικία με το μόνιμο ή ιδιοσυγκρασιακό άγχος ($p< 0.05$) ενώ, σε παλιότερη έρευνα δεν βρέθηκε κάποια στατιστική σημαντικά επίδραση της ηλικίας στην εκδήλωση του ιδιοσυγκρασιακού άγχους (Μητρούση 2014). Σε δημόσιο νοσοκομείο της Kuala Lumpur, σε πληθυσμό μελέτης 114 νοσηλευτών από πέντε διαφορετικά τμήματα, δεν βρέθηκε κάποιος συσχετισμός στατιστικά αξιοσημείωτος ανάμεσα στο εργασιακό άγχος και την ηλικία (Dua 1994).

Από τη σύγκριση των δομών της δεδομένης έρευνας, προέκυψε ότι τις υψηλότερες τιμές ιδιοσυγκρασιακού άγχους είχε η ΜΕΘ. Μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα διαπιστώθηκαν, επίσης, υψηλότερες τιμές ιδιοσυγκρασιακού άγχους στη ΜΕΘ (Μητρούση 2014).

Τέλος, σε ότι αφορά στο φαινόμενο της εργασιακής παρενόχλησης μεταξύ των τριών, υπό μελέτη, δομών ο έλεγχος έδωσε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα ($p=0.016$). Παρατηρήθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό έκθεσης σε τουλάχιστον μια συμπεριφορά ηθικής παρενόχλησης αναφέρεται στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (58.5%), ενώ το μικρότερο στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (31.7%). Σε ότι αφορά τη συχνότητα εργασιακής παρενόχλησης, συγκριτικά στις δομές, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά. Βάσει του ορισμού της ψυχολογικής παρενόχλησης στην εργασία, προέκυψε (οριακά) στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τριών δομών ($p=0.047$), με το μεγαλύτερο ποσοστό να αναφέρεται στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (26.4%). Μελέτη η οποία πραγματοποιήθηκε στην Αίγυπτο, και συγκεκριμένα στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Mansoura, το 2013, έδειξε ότι το υψηλότερο επίπεδο διαφορετικών τύπων εργασιακής παρενόχλησης εντοπίστηκε σε νοσηλευτές που εργάζονται στο ΤΕΠ. Διαπιστώθηκε ότι το 54.7% των νοσηλευτών που εργάζονται στο ΤΕΠ, έδειξε ότι ανησυχούν πολύ σε σύγκριση με το 6.8% των νοσηλευτών που δεν εργάζονται στο συγκεκριμένο τμήμα, αλλά σε άλλα τμήματα του νοσοκομείου. Υπήρχε στατιστικά σημαντικά διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων σε ότι αφορά στην ανησυχία και τον τύπο της παρενόχληση (Abou-ElWafa et al 2014). Άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε εργαζόμενους στον τομέα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην πόλη Mugla, για να διερευνήσει εάν υπάρχει σχέση μεταξύ των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών, των συνθηκών εργασίας και της παρενόχλησης, βρέθηκε ότι το 31.1% των εργαζομένων ότι είχε αντιμετωπίσει παρενόχληση κατά το τελευταίο έτος (Picakciefe 2015).

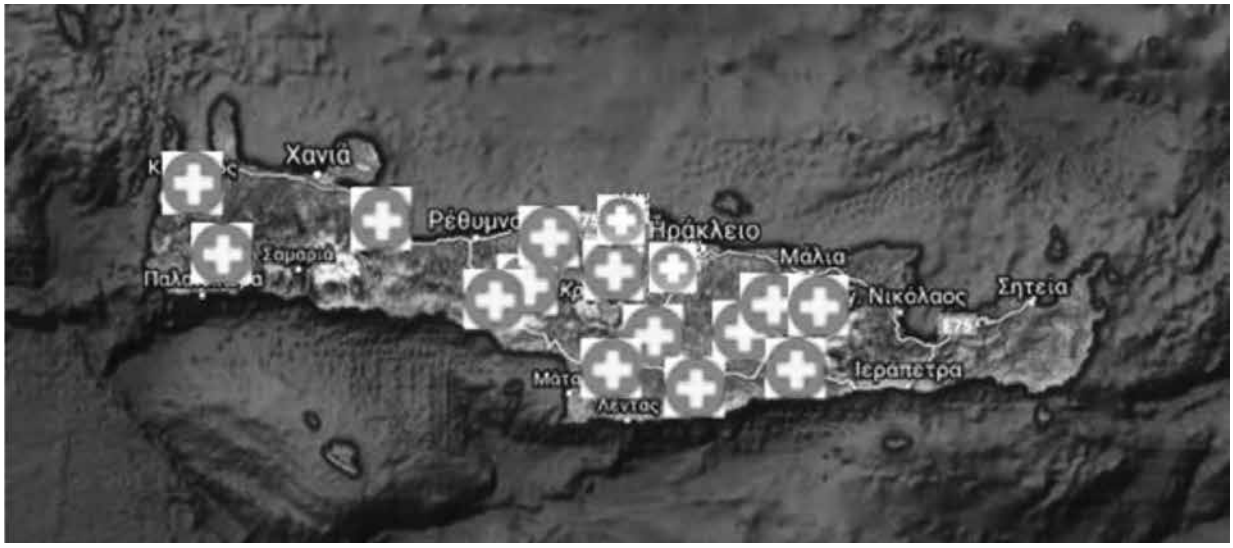
Στην παρούσα μελέτη τα άτομα που διαπιστώθηκαν να είναι θύματα εργασιακής παρενόχλησης στην πλειοψηφία τους ήταν γυναίκες, ενώ το συνολικό score της Κλίμακας Άγχους του Spielberger (STAI) για τα θύματα εργασιακής παρενόχλησης ήταν 44.87. Η εργασιακή παρενόχληση σχετίζεται με το εργασιακό άγχος, την επαγγελματική εξουθένωση και συνιστούν σοβαρό κίνδυνο για την υγεία των ατόμων (Hanse et al 2010). Μελέτη που πραγματοποιήθηκε για την εργασιακή παρενόχληση σε νοσηλευτικό προσωπικό σε δημόσιο και ιδιωτικό Νοσοκομείο, φανέρωσε ότι η πιο σοβαρή ψυχολογική επίπτωση της παρενόχλησης στους νοσηλευτές είναι το άγχος (47.2%) και η μειωμένη αντοχή σε αυτό (23.9%) (Παπαδάκη και συν 2007).

Σύμφωνα με τους Gates et al (2011), η εργασιακή παρενόχληση είναι σημαντικός στρεσογόνος παράγοντας. Το 94% των νοσηλευτών παρουσίασαν τουλάχιστον ένα μετατραυματικό σύμπτωμα διαταραχής άγχους μετά από ένα βίαιο γεγονός. Επίσης, υπήρξαν έμμεσες σχέσεις μεταξύ συμπτωμάτων άγχους και παραγωγικότητας στην εργασία. Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνεται και από τις πρόσφατες έρευνες που έχουν γίνει. Έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε επτά νοσοκομεία της 6ης ΥΠΕ, έδειξε

ότι οι νοσηλευτές ανεξαρτήτως φύλου ή επιπέδου σπουδών, ήταν θύματα εργασιακής παρενόχλησης κατά τη διάρκεια του προηγούμενου έτους (71%) και ότι εμφάνισαν συμπτώματα που σχετίζονται με το άγχος, όπως άγχος (53.4%), κεφαλαλγίες (52%), διαταραχές ύπνου (32.6%), ατονία (41.5%), άρνηση για εργασία (28%), επιθετικότητα (11.9%), κατάθλιψη (16.3%) και έλλειψη επικοινωνίας (7.7%) (Μπακέλλα και συν 2013).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων προκύπτει ότι το νοσηλευτικό προσωπικό του συνολικού δείγματος της μελέτης αντιμετωπίζει ιδιοσυγκρασιακό άγχος ήπιας έντασης. Τα άτομα τα οποία υπέστησαν εργασιακή παρενόχληση αντιμετωπίζουν ιδιοσυγκρασιακό άγχος μέτριας έντασης. Είναι απαραίτητη η εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού στη διαχείριση των συμπτωμάτων άγχους.



Εικόνα 1: *Διασπορά του πληθυσμού μελέτης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Τα σηματάκια με το κόκκινο σταυρό υποδεικνύουν τις δομές «Κέντρα Υγείας» και τα σηματάκια με το μπλε σταυρό υποδεικνύει τις δομές Π.Ε.Δ.Υ. Συνολικά συμμετείχαν 14 Κέντρα Υγείας και 2 δομές Π.Ε.Δ.Υ. (1 κεντρικό κατάστημα και 1 τοπικό ιατρείο).*



Εικόνα 2: *Διασπορά του πληθυσμού μελέτης στα νοσοκομεία. Τα κόκκινα σηματάκια υποδεικνύουν τα νοσοκομεία. Συνολικά συμμετείχαν 5 νοσοκομεία (4 Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών και 11 Μονάδες Εντατικής Θεραπείας)*

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abou-ElWafa S., El-Gilany A., Abd-El-Raouf S., Abd-Elmouty S. & El-Sayed Hassan El-Sayed R. (2014). Workplace Violence Against Emergency Versus Non-Emergency Nurses in Mansoura University Hospitals, Egypt. *Journal of Interpersonal Violence* 30(5):857–872.

Antoniou A.S. & Athinaiou M. (2015). Organizational communication, conflict and job stress: Ethical and psychological perspectives. In Antoniou AS. (Ed.). Promoting Work Well-being Professional Burnout & Occupational Stress. Nicosia, Cyprus: Broken Hill Publishers Ltd.

Barlow (2000). Ψυχολογία και Παθολογική Συμπεριφορά: Μια σύνθετη Βιοψυχοκοινωνική Προσέγγιση. Α' τόμος. Αθήνα: Έλλην.

Cronbach L.J. (1951). "Coefficient alpha and the internal structure of tests". *Psychometrika* 16(3):297–33.

Dua J.K. (1994). Job stressors and their effects on physical health, emotional health, and job satisfaction in a university, *Journal of Educational Administration* 32(1):59-78.

Einarsen S., Matthiesen S.B. & Mikkelsen E.G. (1999). Tiden leger alle sar? Senvirkninger av mobbing i arbeidslivet (PhD Thesis). University of Bergen: Norway.

Fontes K.B., Santana R.G., Pelloso S.M. & Carvalho M.D., de Barros J. (2013). Factors associated with bullying at nurses' workplaces Rev. *Latino-Am. Enfermagem* 21(3):758-64.

Fountoulakis K.N., Papadopoulou M., Kleanthous S., Papadopoulou A., Bizeni V., Nimatoudis I., Iacovides A. & Kaprinis G.S. (2006). Reliability and psychometric properties of the Greek translation of the State - Trait Anxiety Inventory form Y: Preliminary data. *Annals of General Psychiatry* Vol 5:2-8.

Gates D.M., Gillespie G.L. & Succop P. (2011). Violence against nurses and its impact on stress and productivity, *Nurs Econ* 29(2):59-66.

Hänsel A., Hong S. & Cámara RA. (2010). Inflammation as a psychophysiological biomarker in chronic psychosocial stress. *Neurosci Biobehav Rev* 35:115–21.

Khoo S.B. (2010). Academic mobbing: Hidden health hazard at workplace. *Malaysian Family Physician* 5(2):61-67.

Picakciefe M., Acar G., Colak Z. & Kilic I. (2015). The Relationship Between Sociodemographic Characteristics, Work Conditions, and Level of "Mobbing" of Health Workers in Primary Health Care. *J Interpers Violence* 32(3):373-398.

Sá L. & Fleming M. (2008). Bullying, Burnout, and Mental Health Amongst Portuguese Nurses, Issues in Mental Health Nursing. *J Interpers Violence* 29(4):411-426.

Salin D. (2003). Ways of explaining workplace bullying: a review of enabling, motivating and precipitating structures and processes in the work environment. *Human Relations* 56:1213–1232.

Sexual harassment at the workplace in the European Union. (1998). Ανακτήθηκε από http://www.un.org/womenwatch/osagi/pdf/shworkpl.pdf

Speedy S. (2006). Workplace violence: the dark side of organisational life. *Contemp Nurse* 21(2):239-50.

Spielberger C.D. (1983). Manual for the State-Trait-Anxiety Inventory: STAI (form Y). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Spielberger C.D., Gorsuch R.L. & Lushene R.E. (1970). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Zachariadou T.H., Zannetos S., Chira S.E, Gregoriou S. & Pavlakis A. (2018). Professionals in Cyprus: Greek Version of "Leymann Inventory of Psychological Terror". *Instrument af Health Work* 9(3):339-346.

Κοΐνης Α., Βελονάκης Ε., Τζαβέλλα Φ. & Τζιαφέρη Σ. (2016). Η επίδραση του φαινομένου mobbing (ηθική παρενόχληση) στην ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 15(4):380– 393.

Κουβουτσάκη Π. (2017). Η Έννομη Προστασία για την Αντιμετώπιση του Φαινομένου της Ηθικής Παρενόχλησης στο Χώρο της Εργασίας (Πτυχιακή εργασία). Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών: Αθήνα.

Λιάκος Α. & Γιαννίτση Σ. (1984). Αξιοπιστία και εγκυρότητα της τροποποιημένης Ελληνικής κλίμακας άγχους του Spielberger. *Εγκέφαλος* 21:71-76.

Μακράκης Χ. (2009). Ηθική παρενόχληση στον εργασιακό χώρο: εξετάζοντας το παράδειγμα ενός ιδιωτικού και ενός δημόσιου νοσοκομείου στα Χανιά (Πτυχιακή εργασία). ΤΕΙ Κρήτης: Ηράκλειο.

Μαρνέρας Χ. & Αρβανίτης Γ. (2015). Η συζήτηση ως αποτελεσματικός τρόπος επικοινωνίας στην καθημερινή νοσηλευτική πράξη. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης* 4 (1):57-61.

Μητρούση Σ. (2014). Επίδραση του άγχους στη σωματική και ψυχική υγεία των νοσηλευτών (Διδακτορική διατριβή). Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου: Σπάρτη.

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

Παπαδάκη Μ., Χουστουλάκη Ε. & Τσιράκος Δ. (2007). Διερεύνηση του "Συνδρόμου Mobbing" (εργασιακή παρενόχληση) στο νοσηλευτικό προσωπικό δημοσίων νοσοκομείων νομού Ηρακλείου. Συγκριτική μελέτη μεταξύ των δύο μεγάλων δημόσιων νοσοκομείων Βενιζέλειου-Πανάνειου και ΠΑΓΝΗ (Πτυχιακή εργασία). ΤΕΙ Κρήτης: Ηράκλειο.

Παπάνης Ε., Γαβρίμης Π. & Μπαλάσα Κ. (2011). Άγχος, επαγγελματική εξουθένωση, ποιότητα ζωής των εργαζόμενων και εργασιακή ικανοποίηση, στο συλλογικό έργο: Έρευνα και εκπαιδευτική πράξη στην ειδική αγωγή. Αθήνα: Εκδόσεις Ι. Σιδέρης.

Σάκουλα Ζ., Μπελαλή Κ. & Σταθαρού Α. (2014). Σύνδρομο mobbing. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας* 6:123-127.

Σπυριδάκης Μ. (2009). Εξουσία και παρενόχληση στην εργασία. Αθήνα: Εκδόσεις Διόνικος.

Φακή Μ., Γκούβα Μ., Παπαθανασίου Ι., Πράπα Π., Πάσχου Δ., Πράπα Ε. & Κοτρώτσιου Ε. (2009). Το Άγχος Σε Εργαζόμενους Σε Δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας* 1:9-15.

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

Assessing of anxiety as a trait personality in people who have been harassed in the workplace

Maria Maniou[1], Sofia Zyga[2]
1. Nurse – Computer Engineer, Research Fellow, Faculty of Nursing – Mediterranean University
2. Professor, Faculty of Nursing, University of Peloponnese, Sparta

ABSTRACT

Introduction: According to Spielberger, state anxiety or trait anxiety is an acquired behavioral predisposition. It is considered an element of personality. It refers to the person's predisposition to perceiving specific situations as threatening and reacting with anxiety to those with varying levels of trait anxiety, disproportionate to the intensity in relation to the size of the objective risk. Work-related harassment in the healthcare services is a real problem.

Aim: The main aim of this study was to examine the existence of trait anxiety and phenomena of work-related harassment.

Methods: A study was carried out in the area of Crete between August 2017 and January 2018 in fourteen Healthcare Centers, two Primary National Health Networks, four Emergency Departments (ED) and eleven Intensive Care Units (ICU). The study involved 213 nurses. The Leymann Inventory of Psychological Terror and the State-Trait Anxiety Inventory (Unit 2, Trait anxiety) has been used.

Results: The 45.5% of the total participants worked in ICU, the 24.9% in ED and the 29.6% in Primary Care (PC). The average age of the participants was 41.73 (±7.33). The reliability of State -Trait Anxiety Inventory (Unit 2, trait anxiety) by Cronbach α was 0.907. The mean value of trait anxiety was 39.03 for the total study sample. The participants were exposed to at least one mobbing behavior in the past 12 months, and for at least once a week, almost daily or daily and for at least 6 months the 11.3% of the total sample. Comparing the mean values of the variable "structure" to the occurrence of trait anxiety, it was found that in ICU the trait anxiety was 40.27, in ED 39.66 and in PC 36.58. In particular, the higher values of trait anxiety appeared in the ICU. No statistical significance was found between trait anxiety and age ($p<0.005$). In addition, while studying the total years of working experience in the present department, a statistically significant result was found ($p<0.05$). From the total sample of the survey it was found that 24 people were exposed to at least one harassment behavior in the last 12 months and at least once a week and for at least 6 months. These 24 persons had a mean trait anxiety of 44.87.

Conclusions: The evaluation of the results showed that the nursing personnel of the present study faced trait anxiety with mild intensity. Nurses who have been harassed have trait anxiety with moderate intensity. It is necessary to provide education for the nursing personnel in managing anxiety symptoms.

Key-words: Emergency Department, Intensive Care Unit, Primary Care, Trait anxiety, Work-related harassment

Corresponding author: Maria Maniou
e-mail: mmaniou@hotmail.com

Submission date: 15/05/2019
Publication date: January 2021

Citation: Maniou M. & Zyga S. (2021). Assessing of anxiety as a trait personality in people who have been harassed in the workplace. *Hellenic Journal of Nursing Science* 14(1): 39-51. https://doi.org/10.24283/hjns.202115

Πολλαπλή Σκλήρυνση και Θρησκευτικότητα

Κωνσταντίνα Μεταξούλη[1], Ελένη Σπηλιοπούλου[1], Αθανάσιος Τζιάτζιος[2], Σωτήριος Πλακάς[3], Ολυμπία Κωνσταντακοπούλου[4], Θωμάς Δόγρανλης[5]

1. Νοσηλεύτρια Τ.Ε., MSc, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων»
2. Νοσηλευτής Τ.Ε., MSc, Επιστημονικά υπεύθυνος Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών «Δαφνί»
3. Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
4. Οικονομολόγος, MSc, PhD, Ερευνήτρια/Επιστημονικός Συνεργάτης του Εργαστηρίου Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
5. Ψυχολόγος, MSc, Γενικό Νοοσοκομείο Ελευσίνας «Θριάσιο»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η Πολλαπλή Σκλήρυνση (ΠΣ) είναι μια χρόνια, προοδευτική νευροανοσολογική πάθηση, που επηρεάζει μεγάλο αριθμό ασθενών παγκοσμίως. Η ομαλή προσαρμογή των ασθενών αποτελεί σημαντικό τρόπο για να προαχθεί η βελτίωση της ποιότητας ζωής τους, καθώς εκτιμάται από τους ίδιους ότι είναι χειρότερη από των υγιών ατόμων. Παρά τις σημαντικές επιπτώσεις που μπορεί να έχει η νόσος στην υγεία, καλύτερη προσαρμογή σημαίνει καλύτερη ποιότητα ζωής. Η θρησκευτικότητα, ως παράγοντας, ενισχύεται στις χρόνιες ασθένειες και υπό αυτή την οπτική θα μπορούσε να δώσει νόημα στη ζωή και να συμβάλλει στην αντιμετώπιση της νόσου.

Σκοπός: Να διερευνηθεί η ποιότητα ζωής των ασθενών με ΠΣ που επισκέπτονται τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων και να γίνει προσπάθεια εντόπισης των παραγόντων από τους οποίους αυτή επηρεάζεται. Ιδιαίτερα αναζητήθηκε η επίδραση της θρησκευτικότητας στην ποιότητα ζωής, καθώς και στις παραμέτρους της σωματικής και ψυχικής υγείας.

Μεθοδολογία: Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από τον Ιούνιο έως και τον Οκτώβριο του 2018. Το δείγμα αποτέλεσαν 72 ασθενείς με ΠΣ που επισκέφθηκαν τα εξωτερικά ιατρεία των γενικών νοσοκομείων Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων» και «Ευαγγελισμός», και 32 ασθενείς που συμπλήρωσαν ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο. Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής έγινε μέσω της ελληνικής έκδοσης του ερωτηματολογίου για την ποιότητα ζωής "Multiple Sclerosis Quality of Life - 54 (MSQOL-54)", και η εκτίμηση για τη θρησκευτικότητα μέσω του σταθμισμένου στα ελληνικά ερωτηματολογίου Centrality of Religiosity Scale-15 (CRS-15).

Αποτελέσματα: Στο επίπεδο 0,05 η θρησκευτικότητα ($p<0,001$) συσχετίζεται θετικά με την ποιότητα ζωής, τη σωματική (0,014) και την ψυχική υγεία (0,029) των ατόμων με ΠΣ, ιδιαίτερα οι γυναίκες ($p=0,021$). Το εκπαιδευτικό επίπεδο συσχετίζεται θετικά με την ποιότητα ζωής των ατόμων με ΠΣ (0,038).

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα δείχνουν πως οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη θρησκευτική διάθεση, η θρησκευτικότητα βελτιώνει την ποιότητα ζωής, τη σωματική και την ψυχική υγεία, με την πάροδο του χρόνου μειώνεται η ψυχική υγεία, ενώ το εκπαιδευτικό επίπεδο συμβάλλει στην καλύτερη ποιότητα ζωής. Ένα επιμέρους εύρημα ότι οι γυναίκες είχαν χαμηλότερη βαθμολογία σύνθετης κλίμακας σωματικής υγείας από τους άνδρες ($p=0,046$ στο επίπεδο 0,05) χρειάζεται περαιτέρω έρευνα γιατί έρχεται σε αντίθεση με διεθνή ερευνητικά στοιχεία.

Λέξεις Κλειδιά: Θρησκευτικότητα, πολλαπλή σκλήρυνση, ποιότητα ζωής

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Μεταξούλη Κωνσταντίνα
e-mail: konmetaxouli@yahoo.gr

Ημερομηνία υποβολής: 04/12/2019
Ημερομηνία δημοσίευσης: Ιανουάριος 2021

Σημείωμα εκδότη: Η παρούσα δημοσίευση εκφράζει την προσωπική άποψη των συγγραφέων.

Αναφορά του άρθρου ως: Μεταξούλη Κ., Σπηλιοπούλου Ε., Τζιάτζιος Α., Πλακάς Σ., Κωνσταντακοπούλου Ο. & Δόγρανλης Θ. (2021). Πολλαπλή Σκλήρυνη και Θρησκευτικότητα. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 14(1): 52-58. https://doi.org/10.24283/hjns.202116

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ:

- **Επίδραση της θρησκευτικότητας στην ποιότητα ζωής των ασθενών με πολλαπλή σκλήρυνση**
- **Οι θρησκευτικές πεποιθήσεις βελτιώνουν την ψυχική και τη σωματική υγεία**
- **Οι γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερη προσήλωση στις θρησκευτικές πρακτικές σε σχέση με τους άνδρες**
- **Η ποιότητα ζωής αυξάνεται ανάλογα με την θρησκευτικότητα, καθώς και με το εκπαιδευτικό επίπεδο.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Πολλαπλή Σκλήρυνση (ΠΣ) είναι μια ανοσολογική διαταραχή με κύρια χαρακτηριστικά την καταστροφή μυελίνης που περιβάλει τους άξονες των νευρώνων, με αποτέλεσμα την απομυελίνωση και την δημιουργία απομυελινωτικής πλάκας, και την ποικιλία στο χρόνο εμφάνισης της βλάβης (Misulis et al 2012). Στην Ελλάδα νοσούν περίπου 10.000 άτομα, ενώ η ΠΣ είναι αιτία σοβαρής αναπηρίας για άτομα παραγωγικής ηλικίας αφού πλήττει, συνήθως, ηλικίες μεταξύ 20 και 40 ετών (Βοζίκης & Σωτηροπούλου 2012). Την ίδια στιγμή πάνω από 2,5 εκατομμύρια πάσχουν σε όλο τον κόσμο. Η νόσος πλήττει με διπλάσια συχνότητα τις γυναίκες από τους άντρες, ενώ μειώνει το προσδόκιμο ζωής κατά 5-10 έτη. Η επίπτωση στις γυναίκες είναι 3,6/100.000 ανθρωπο-έτη, ενώ στους άνδρες είναι 2,0/100.000 ανθρωπο-έτη (Υφαντόπουλος και συν 2013)

Ποιότητα ζωής και θρησκευτικότητα

Καθώς η πολλαπλή σκλήρυνση επηρεάζει μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού παγκοσμίως, πολλοί είναι οι ερευνητές που μελετούν την ποιότητα ζωής των ασθενών. Οι νοσηλευτές, που εργάζονται περισσότερο με ασθενείς με χρόνια νοσήματα, όπως την πολλαπλή σκλήρυνση, έχουν ενεργό ρόλο στο να τους βοηθήσουν να διαχειριστούν καλύτερα τη νόσο τους. Οι ασθενείς με πολλαπλή σκλήρυνση έρχονται καθημερινά αντιμέτωποι με μια σειρά από προκλήσεις που έχουν σχέση με τη νόσο και εκτείνονται σε τομείς τόσο της προσωπικής όσο και της κοινωνικής τους ζωής Καλύτερη προσαρμογή, παρά τις σημαντικές επιπτώσεις που μπορεί να έχει η νόσος στην υγεία τους, σημαίνει καλύτερη ποιότητα ζωής (Σαρρής 2001). Σήμερα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προσδιορίζει την ποιότητα ζωής ως την αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή και τις αξίες που αποδέχεται, σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες και τα πρότυπα που επιδιώκει, καθώς και το βαθμό που τα επιτυγχάνει. Αλλά και η πίστη, τουλάχιστον ως εσωτερική αυθυποβολή και σαν έκφραση του θρησκευτικού συναισθήματος, συσχετίζεται θετικά με την ψυχική υγεία (Vizehfar & Jaberi 2017).

Ως θρησκευτικότητα ορίζεται ένα σύνολο πεποιθήσεων οι οποίες εκφράζονται με συγκεκριμένες στάσεις και τελετουργίες. Φαίνεται ότι η θρησκευτικότητα αποτελεί φυσική ανάγκη του ανθρώπου αφού προσπαθεί να απαντήσει στις υπαρξιακές του αναζητήσεις (Γιανναράς 2006). Η θρησκεία μπορεί να δώσει νόημα στη ζωή (Nielsen 2002), και λόγω αυτής της διαπίστωσης, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας θεωρεί ότι η θρησκεία, η πνευματικότητα και οι προσωπικές πεποιθήσεις συμβάλλουν αποφασιστικά στην ποιότητα ζωής των ανθρώπων (Culliford 2002). Η ικανοποίηση των θρησκευτικών αναγκών θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη από τους επαγγελματίες υγείας. Ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νοσήματα, πολλές φορές επιθυμούν την προφύλαξη των θρησκευτικών εκφράσεών τους περισσότερο από την προφύλαξη των βιολογικών ή σωματικών τους αναγκών (Μηνασίδου 2016).

Σκοπός της εργασίας ήταν να διερευνηθεί η ποιότητα ζωής των ασθενών με πολλαπλή σκλήρυνση που επισκέπτονται τα εξωτερικά ιατρεία-νευρολογικές κλινικές των δημόσιων νοσοκομείων και να εξαχθούν συμπεράσματα για τους παράγοντες από τους οποίους αυτή επηρεάζεται. Ιδιαίτερα αναζητήθηκε η επίδραση της θρησκευτικότητας στην ποιότητα ζωής, καθώς και στις παραμέτρους της σωματικής και ψυχικής υγείας.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής έγινε με ερωτηματολόγια και δειγματοληψία ευκολίας (convenience sampling). Για τη συγκεκριμένη εργασία χορηγήθηκαν τα σταθμισμένα στην Ελλάδα ερωτηματολόγια Multiple Sclerosis Quality of Life - 54 (MSQOL-54), καθώς και το ερωτηματολόγιο που αφορά την κλίμακα θρησκευτικότητας Centrality of religiosity scale-15 (CRS-15). Η κλίμακα MSQOL-54 χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Περιλαμβάνει δύο σύνθετες βαθμολογίες που αφορούν τη σωματική και την ψυχική υγεία (Καπίνα 2009). Η κλίμακα θρησκευτικότητας (CRS-15) είναι ένα πολύτιμο και αξιόπιστο ερωτηματολόγιο που

μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση της θρησκευτικότητας στον ελληνικό πληθυσμό. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αποτελείται από δύο παράγοντες. Ο πρώτος αντιστοιχεί σε θρησκευτικές πρακτικές και ο δεύτερος σε θρησκευτικές πεποιθήσεις και εμπειρίες (Fradelos et al 2017).

Συλλογή δεδομένων

Απαραίτητη προϋπόθεση όσων συμμετείχαν ήταν να γνωρίζουν την Ελληνική γλώσσα, για να μπορούν να διαβάσουν και να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο. Συμπληρώθηκαν 104 ερωτηματολόγια. Ο αναμενόμενος χρόνος συμπλήρωσης ήταν περίπου τα 15 λεπτά. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν σε ήσυχο περιβάλλον με τον απαραίτητο χρόνο για τους συμμετέχοντες για να τα συμπληρώνουν χωρίς να επηρεάζονται. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε το δεύτερο εξάμηνο του 2018. Τα νοσοκομεία προσέλευσης ήταν δύο από τα μεγαλύτερα νοσοκομεία της Αττικής, ενώ άλλα δόθηκαν ταυτόχρονα, μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου σε μέλη συλλόγων με πολλαπλή σκλήρυνση. Προτιμήθηκε η έρευνα να διεξαχθεί και να συμπεριλάβει τους καλοκαιρινούς και φθινοπωρινούς μήνες κατά τους οποίους σημειώνεται αύξηση των περιστατικών που εμφανίζουν υποτροπή εξαιτίας της ζέστης. Δεν υπήρξαν πηγές χρηματοδότησης. Κατά την εκπόνηση της μελέτης τηρήθηκαν οι βασικές αρχές ηθικής και δεοντολογίας. Οι αποφάσεις των επιστημονικών συμβουλίων των Νοσοκομείων εξασφάλισαν την ηθική και τη δεοντολογία για να διεξαχθεί η έρευνα. Οι μελετώμενοι ενημερώθηκαν ότι η συμμετοχή τους ήταν εθελοντική, ανώνυμη, ότι δεν θα δημοσιευτεί κάποιο προσωπικό τους δεδομένο και ότι οι πληροφορίες που δόθηκαν αφορούν αποκλειστικά τη συγκεκριμένη μελέτη.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Το 62,5% των συμμετεχόντων ασθενών στη μελέτη ήταν γυναίκες. Η μέση ηλικία των ασθενών του δείγματος ήταν τα 43,4(±11,0) έτη. Το 34,6% ήταν απόφοιτοι λυκείου, το 21,2% απόφοιτοι Πανεπιστημίου, το 18,3% ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ, το 11,5% ήταν απόφοιτοι ΙΕΚ, το 5,8% ήταν απόφοιτοι γυμνασίου, το 4,8% ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος, το 1,9% ήταν απόφοιτοι δημοτικού και το 1,9% δεν είχε ολοκληρώσει το δημοτικό. Το 61,2% ήταν έγγαμοι/-ες, το 29,1% ελεύθεροι, το 7,8% διαζευγμένοι και το 1,9% χήροι/-ες. Το 92,3% ήταν από την Ελλάδα. Το 61,4% είχε παιδιά, εκ των οποίων το 58,1% είχε 2 παιδιά, το 35,5% είχε 1 παιδί και το 6,5% είχε 3 παιδιά. Το 22,3% έμενε μόνος-η στο σπίτι και το 66,7% είχε κάποια βοήθεια στο σπίτι. Το 50% ήταν καπνιστής/ρια, το 16,5% έκανε χρήση αλκοόλ και μόλις το 1% έκανε χρήση ουσιών. Το 48,1% είχε ως ενδιαφέρον το διάβασμα, το 31,7% το σινεμά, το 17,3% το θέατρο, το 15,4% το χορό, το 22,1% τη γυμναστική, το 36,5% τις εκδρομές και το 57,35 να περνά χρόνο στο σπίτι με φίλους. Το 6,9% έκανε ως εναλλακτική θεραπεία την ομοιοπαθητική, το 11,1% βελονισμό, το 27,1% διατροφική αγωγή, το 13,2% βοτανοθεραπεία, το 34% έπαιρνε κατάλληλα διατροφικά συμπληρώματα, το 36,1% έκανε κινησιοθεραπεία – φυσικοθεραπεία και το 9,9% ρεφλεξολογία. Το 32,8% πίστευε ότι ωφελήθηκε αρκετά και το 20,2% πολύ/πάρα πολύ. Το 63,9% ξόδευε περίπου 1.000€ ανά έτος εξαιτίας της πολλαπλής σκλήρυνσης, το 18,6% περίπου 2.000€ το 12,4% περίπου 4.000€ και το υπόλοιπο 5,25% περίπου 3.000€.

Θρησκευτικότητα- Σωματική και Ψυχική Υγεία- Ποιότητα Ζωής

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p<0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας της διάστασης «Θρησκευτικές πρακτικές» και 2 ανεξάρτητων μεταβλητών (φύλο, εκπαιδευτικό επίπεδο), μεταξύ της βαθμολογίας συνολικής ποιότητας ζωής και 5 ανεξάρτητων μεταβλητών (ηλικία, φύλο, εκπαιδευτικό επίπεδο, ύπαρξη παιδιών, συνολική βαθμολογία της κλίμακας θρησκευτικότητας), μεταξύ της βαθμολογίας της σύνθετης κλίμακας σωματικής υγείας και 7 ανεξάρτητων μεταβλητών (ηλικία, φύλο, εκπαιδευτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση, ύπαρξη παιδιών, συνολική βαθμολογία της κλίμακας θρησκευτικότητας, βαθμολογία διάστασης «Θρησκευτικά πιστεύω και εμπειρίες») και μεταξύ της βαθμολογίας της σύνθετης κλίμακας ψυχικής υγείας και 5 ανεξάρτητων μεταβλητών (ηλικία, φύλο, ύπαρξη παιδιών, συνολική βαθμολογία της κλίμακας θρησκευτικότητας, βαθμολογία διάστασης «Θρησκευτικά πιστεύω και εμπειρίες»). Για το λόγο αυτό εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προέκυψε ότι οι γυναίκες είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στη διάσταση «Θρησκευτικές πρακτικές» σε σχέση με τους άνδρες ($p=0,021$) και μικρότερη βαθμολογία σύνθετης κλίμακας σωματικής υγείας σε σχέση με τους άνδρες ($p=0,046$). Η αύξηση του εκπαιδευτικού επιπέδου σχετιζόταν με αύξηση της βαθμολογίας συνολικής ποιότητας ζωής ($p=0,038$) και η αύξηση της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας θρησκευτικότητας σχετιζόταν με αύξηση της βαθμολογίας συνολικής ποιότητας ζωής ($p<0,001$). Παράλληλα, η αύξηση της βαθμολογίας της διάστασης «Θρησκευτικά πιστεύω και εμπειρίες» σχετιζόταν με αύξηση της βαθμολογίας σύνθετης κλίμακας σωματικής υγείας ($p=0,014$) και της βαθμολογίας της σύνθετης κλίμακας ψυχικής υγείας ($p=0,029$).

	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία της διάστασης «Θρησκευτικές πρακτικές»			
Φύλο	0,570	0,089 έως 1,051	**0,021**
Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία συνολικής ποιότητας ζωής			
Εκπαιδευτικό επίπεδο	2,602	0,145 έως 5,058	**0,038**
Συνολική βαθμολογία της κλίμακας θρησκευτικότητας	6,509	3,206 έως 9,812	**<0,001**
Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία σύνθετης κλίμακας σωματικής υγείας			
Φύλο	-8,502	-16,854 έως -0,150	**0,046**
Βαθμολογία διάστασης «Θρησκευτικά πιστεύω και εμπειρίες»	4,570	0,932 έως 8,208	**0,014**
Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία σύνθετης κλίμακας ψυχικής υγείας			
Βαθμολογία διάστασης «Θρησκευτικά πιστεύω και εμπειρίες»	4,505	0,466 έως 8,543	**0,029**

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα μελέτη το 62,5% των συμμετεχόντων ασθενών ήταν γυναίκες και το 37,5% ήταν άντρες, ποσοστό αναμενόμενο αφού η νόσος είναι πιο συχνή στις γυναίκες, όπως έχει φανεί σε άλλες μελέτες (Σφάγγος & Τριανταφύλλου 2001). Η μέση ηλικία των ασθενών του δείγματος ήταν τα 43,4 έτη. Το μεγαλύτερο ποσοστό 34,6% ήταν απόφοιτοι λυκείου, ακολουθούσαν με 21,2% οι απόφοιτοι Πανεπιστημίου, με 18,3% οι απόφοιτοι ΤΕΙ. Το υπόλοιπο μικρότερο ποσοστό αφορούσε κατόχους μεταπτυχιακού διπλώματος, απόφοιτους ΙΕΚ, γυμνασίου, δημοτικού και αυτών που δεν είχαν ολοκληρώσει το δημοτικό.

Η αύξηση του εκπαιδευτικού επιπέδου σχετίστηκε με αύξηση της βαθμολογίας συνολικής ποιότητας ζωής (p=0,038). Το εύρημα αυτό συμφωνεί και με παλιότερες αλλά και πιο σύγχρονες μελέτες, όπου η εκπαίδευση έχει μεγάλη επιρροή στην ποιότητα ζωής. Το επίπεδο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένη συνειδητοποίηση της νόσου και σε μια καλύτερη ικανότητα αντιμετώπισης των προκλήσεων μιας χρόνιας ασθένειας όπως η ΠΣ (Pittock et al 2004, Patti et al 2007). Άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι το επίπεδο της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, η διαρκής απασχόληση και η ανάπτυξη προγραμμάτων επαγγελματικής αποκατάστασης αποτελούν σημαντικό παράγοντα βελτίωσης των επιπέδων σωματικής και ψυχικής υγείας των ασθενών (Miller & Dishon 2006, Šabanagić - Hajrić & Alajbegović 2015).

Η αύξηση της βαθμολογίας της διάστασης «Θρησκευτικά πιστεύω και εμπειρίες» σχετίστηκε με αύξηση της βαθμολογίας σύνθετης κλίμακας σωματικής υγείας (p=0,014). Παρόμοια ήταν τα αποτελέσματα άλλων ερευνών που έχουν διαπιστώσει ότι η πίστη καταστέλλει το συμπαθητικό νευρικό σύστημα, ενισχύει το ανοσοποιητικό και περιορίζει τις σωματικές εκδηλώσεις σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα (Dalmida 2006, Chida et al 2009). Υπάρχουν αρκετές μελέτες σε γυναίκες ασθενείς με καρκίνο του μαστού, όπου παρατηρήθηκε υψηλότερη βαθμολογία συσχέτισης μεταξύ της πνευματικότητας και του λειτουργικού πεδίου. Η θρησκευτικότητα, όπως φαίνεται σε ασθενείς της Ιορδανίας, συμβάλει στην αύξηση της λειτουργικής, κοινωνικής και σωματικής ευεξίας και ενισχύει τη συνολική υγεία και ποιότητα ζωής των γυναικών (Al-Natour et al, 2017). Η θρησκευτικότητα σε ασθενείς με καρδιαγγειακές παθήσεις στις ΗΠΑ συνδέεται με βελτίωση της σωματικής υγείας και της ποιότητας ζωής (Trevino & McConnell 2014). Δύο ανασκοπήσεις για ασθενείς με καρδιολογικά προβλήματα και με χρόνια νεφρική νόσο, συγκλίνουν στο ότι οι θρησκευτικές διαστάσεις μπορούν να επηρεάσουν θετικά την ποιότητα ζωής, να αυξήσουν το ποσοστό επιβίωσης και να βελτιώσουν την κατάσταση υγείας τους (Abu et al 2018, Pilger et al 2016).

Η αύξηση της βαθμολογίας της διάστασης «Θρησκευτικά πιστεύω και εμπειρίες» σχετίστηκε με αύξηση της βαθμολογίας της σύνθετης κλίμακας ψυχικής υγείας (p=0,029). Στον ελλαδικό χώρο αποτελέσματα ερευνών έχουν δείξει πως υπάρχει θετική συσχέτιση της θρησκευτικότητας ειδικότερα με την ψυχική ευεξία (Μηνασίδου και συν 2016). Από την άλλη πλευρά, άτομα χωρίς πίστη έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα για μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο. Φαίνεται ότι η αυξημένη θρησκευτικότητα μειώνει τον κίνδυνο της κατάθλιψης και του αυτοκτονικού ιδεασμού (Κιούλος & Μπεργιαννάκη 2014). Το εύρημα αυτό συμφωνεί με έρευνα που έγινε στο Πανεπιστήμιο Ιατρικών Επιστημών στο Ιράν σε ασθενείς με ΠΣ, η οποία έδειξε ότι η θρησκεία συσχετίζεται θετικά με την ψυχική υγεία (Vizehfar & Jaberi 2017). Επίσης, σε μια πρόσφατη δεκαετή προοπτική μελέτη φάνηκε ότι η θρησκευτικότητα έχει προστατευτική επίδραση, κυρίως, στην υποτροπή καταθλιπτικού επεισοδίου και μάλιστα πιο σημαντική εκεί όπου υπήρχε γενετική επιβάρυνση (Miller et al 2012). Μελέτες σε ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας με σοβαρά χρόνια νοσήματα, αλλά και στους φροντιστές

τους, δείχνουν ότι η θρησκευτική συμμετοχή είναι ένας σημαντικός παράγοντας αντιμετώπισης του άγχους από την ασθένεια και τις επιπλοκές της (Koenig 2009).

Όσον αφορά τη διάσταση «θρησκευτικές πρακτικές», οι γυναίκες είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία σε σχέση με τους άνδρες (p=0,021). Το εύρημα επιβεβαιώνεται και από άλλες έρευνες στην Ελλάδα (Plakas et al 2011, Τσιρώνης 2012, Τζούνης και συν 2009). Αλλά και σε άλλες έρευνες στο εξωτερικό φαίνεται οι γυναίκες να έχουν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες, όπως στη μελέτη του Πανεπιστημίου Witten/Herdecke στην Γερμανία (Bussing et al 2005).

Η αύξηση της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας θρησκευτικότητας σχετίστηκε με αύξηση της βαθμολογίας συνολικής ποιότητας ζωής (p <0,001). Το αποτέλεσμα συμφωνεί με ευρήματα που υποδηλώνουν ότι η θρησκευτικότητα έχει θετική επίδραση στο άτομο για να αντιμετωπίζει την ασθένεια, τον πόνο και την επικείμενη κατάθλιψη (Χατζηνικολάου 2018). Σε μελέτη του Πανεπιστημίου του Duke αναδείχθηκε ότι η ανάγκη για πίστη σε μια ανώτερη δύναμη διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη ζωή των ηλικιωμένων. Μετά από εξαετή παρατήρηση βρέθηκε ότι οι κάτοικοι της Βόρειας Καρολίνας που παρευρίσκονταν σε θρησκευτικές τελετές έστω και μια φορά τη βδομάδα, είχαν πιθανότητα θανάτου 46% χαμηλότερη από εκείνους που παρευρίσκονταν σπάνια. Επιπλέον το ποσοστό θνησιμότητας των ηλικιωμένων που πήγαιναν στην εκκλησία ήταν 28% χαμηλότερο από εκείνους που δεν πήγαιναν καθόλου (Roberts et al 1997).

Ένα ακόμα σημαντικό εύρημα στην παρούσα έρευνα ήταν ότι οι γυναίκες είχαν στατιστικά σημαντική χαμηλότερη βαθμολογία σύνθετης κλίμακας σωματικής υγείας από τους άνδρες (p=0,046 στο επίπεδο 0,05). Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με διεθνή ερευνητικά δεδομένα όπου σε ασθενείς με ΠΣ οι γυναίκες βρέθηκαν να έχουν καλύτερη σωματική υγεία από τους άντρες (McCabe et al 2009, Miller & Dishon 2006). Αυτό πιθανόν να οφείλεται στο διαφορετικό πλαίσιο των ερευνών αυτών, σε διαφορετικές χώρες, διαφορετικούς πολιτισμούς και συστήματα υγείας, είναι όμως ένα εύρημα το οποίο χρήζει διερεύνησης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η συγκεκριμένη έρευνα των 104 συμμετεχόντων – ασθενών με ΠΣ διεξήχθη σε δύο αθηναϊκά γενικά δημόσια νοσοκομεία, με αναλογία ανδρών γυναικών 1:2 και περισσότερους από τους μισούς να είναι απόφοιτοι Λυκείου και Πανεπιστημίου. Από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά φάνηκε πως το ανώτερο εκπαιδευτικό επίπεδο και τα προγράμματα επαγγελματικής κατάρτισης βοήθησαν στο να αντιμετωπιστεί καλύτερα η νόσος, τόσο από άποψη δεξιοτήτων, όσο και προσαρμογής της καθημερινής οπτικής τους, αλλά και διαχείρισης του συναισθηματικού τους κόσμου. Σχολιάζοντας τις θρησκευτικές πεποιθήσεις, η συγκεκριμένη έρευνα συνοδοιπόρησε με πολλές άλλες που σχεδόν αποδείκνυαν ότι η ύπαρξη πίστης συνυπάρχει με καλύτερη σωματική και ψυχική υγεία, και με καλύτερη ποιότητα ατομικής και κοινωνικής ζωής.

Όσον αφορά την τήρηση των θρησκευτικών καθηκόντων, οι γυναίκες παρουσιάστηκαν πιο τυπικές από τους άνδρες, ενώ η αύξηση της συνολικής κλίμακας της θρησκευτικότητας σχετίστηκε ευκρινώς με αύξηση της συνολικής ποιότητας ζωής. Η θρησκευτικότητα έδειξε θετικά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση της νόσου και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων που βιώνουν μια χρόνια και απειλητική για τη ζωή τους ασθένεια. Η σημαντικότητα της πίστης σε άτομα που ξαφνικά βρέθηκαν αντιμέτωπα με μια σοβαρή νευρολογική νόσο μελετήθηκε σε χώρες που οι περισσότερες έρευνες σε αυτές τις περιοχές, χαρακτηρίζονται από έντονη θρησκευτικότητα. Από όσο είναι σε θέση να γνωρίζει η συγγραφική ομάδα,δεν έχουν γίνει ανάλογες έρευνες σε χώρες με χαμηλή θρησκευτική πίστη. Με βάση τα ευρήματα, τέλος, θα ήταν θεμιτό να υπάρχει διευκόλυνση και σεβασμός των θρησκευτικών αναγκών των ασθενών από τους επαγγελματίες υγείας.

Συμβολή συγγραφέων

Όλοι οι συγγραφείς που αναφέρονται έχουν συνεισφέρει στη συγγραφή της έρευνας. Όλοι οι συγγραφείς αξιολόγησαν κριτικά και ενέκριναν την υποβολή του τελικού κειμένου. Συγκεκριμένα η ΚΜ ανέλυσε τα δεδομένα και συνέβαλε στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων και στη συγγραφή του κειμένου, η ΕΣ συνέβαλε στη συλλογή των δεδομένων από το Γ.Ν.Ν.Π., ενώ ο ΑΤ από τον Γ.Ν.Α.Ε., ο ΣΠ είχε μαζί με τους τρεις πρώτους τη σύλληψη και το σχεδιασμό της μελέτης καθώς και την διόρθωση αυτής, η ΟΚ είχε τη στατιστική ανάλυση και ο ΘΔ ασχολήθηκε με την δημιουργία του ερωτηματολογίου στο google drive, τη συμπλήρωση των αποτελεσμάτων, το συντακτικό έλεγχο και τη μορφοποίηση όλου του κειμένου.

Ευχαριστίες

Για την παρούσα μελέτη θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά τους ασθενείς με ΠΣ που δέχτηκαν, εθελοντικά, να συμμετάσχουν στην έρευνα, για την εμπιστοσύνη και την ευγένεια που μας έδειξαν. Ιδιαίτερες ευχαριστίες θα θέλαμε να εκφράσουμε προς τους επιστημονικά υπεύθυνους διευθυντές των Νευρολογικών τμημάτων που πραγματοποιήθηκε η μελέτη, καθώς και στο νοσηλευτικό προσωπικό των τμημάτων αυτών.

Προηγούμενη ανακοίνωση

Το συγκεκριμένο άρθρο παρουσιάστηκε ως προφορική ανακοίνωση στο 20ο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο της ΠΑΣΥΝΟ-ΕΣΥ 5-8.12.2019 στην Καστοριά.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abu O., Ulbricht C., Ding E., Allison J., Salmoirago-Blotcher E., Goldberg J. & Kiefe I. (2018). Association of religiosity and spirituality with quality of life in patients with cardiovascular disease: a systematic review. *Quality of Life Research* 27(11):2777-2797.

Al-Natour A., Al Momani SM. & Qandil A. (2017). The Relationship Between Spirituality and Quality of Life of Jordanian Women Diagnosed with Breast Cancer. *Journal of Regious Health* 56(6):2096-2108.

Bussing A., Ostermann T. & Matthiessen P.F. (2005). Role of religion and spirituality in medical patients: confirmatory results with the SpREUK questionnaire. *Health and Quality of Life Outcomes* 3:10-15.

Chida Y., Steptoe A. & Powell H. (2009). Religiosity/spirituality and mortality. *Psychotherapy and Psychosomatics* 78: 81–90.

Culliford L., (2002). Spirituality and clinical care. *British Medical Journal* 325:1434–1435.

Dalmida S.G. (2006). Spirituality, mental health, physical health, and health-related quality of life among women with HIV/AIDS: integrating spirituality into mental health care. *Issues in Mental Health Nursing* 27(2):185-198.

Fradelos E., Kourakos M., Zyga S., Tzavella F., Christodoulou E., Daglas A. & Papathanasiou I. (2017). Measuring Religiosity in Nursing: Reliability, Validity and Psychometric Properties of the Greek Translation of the Centrality of Religiosity Scale -15. *American Journal of Nursing Science* 7(3-1):25-32.

Koening Hg. (2009). Research on religion, spirituality, and mental health: A review. *Canadian Journal of Psychiatry* 54:283–291.

McCabe M.P., Stokes M. & McDonald E. (2009). Changes in quality of life and coping among people with multiple sclerosis over a 2 year period. *Psychology Health Medicine* 14(1):86-96.

Miller A., Wickramaratne P., Gameroff MJ., Sage M., Tenke C.E. & Weissman, M. (2012). Religiosity and major depression in adults at high risk: A ten-year prospective study. *American Journal of Psychiatry* 169:89–94.

Miller A. & Dishon S. (2006). Health-related quality of life in multiple sclerosis: The impact of disability, gender and employment status. *Quality of Life Research* 15(2):259-271.

Misulis K.E. & Thomas C. (2012). Σύνοψη Νευρολογίας, Επιμ. Ελλ.Έκδ. Παπαθανασόπουλος, Π., Παν/μειο Πάτρας, Εκδόσεις Gotsis, Σελ: 315.

Nielsen K. (2002). Εισαγωγή στη φιλοσοφία της θρησκείας. Μετάφραση: Αδραχτάς, Β., Εκδόσεις Ψυχογιός, Αθήνα, Σελ:33.

Patti F., Pozzilli C., Montanari E., Pappalardo A., Piazza L., Levi A., Onesti E. & Pesci I. (2007). Effects of education level and employment status on HRQoL in early relapsing-remitting multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis* 13(6):783-791.

Pittock S.J., Mayr W.T., McClelland R.L., Jorgensen N.W., Weigand S.D., Nosworthly J.H. & Rodriguez M. (2005). Quality of life is favorable for most patients with multiple sclerosis: a population based cohort study. *Archives of Neurology* 61: 679-86.

Plakas S., Boudioni M., Fouka G. & Taket A. (2011). The role of religiosity as a coping resource for relatives of critically ill patients in Greece. *Contemporary nurse* 39(1):95-105.

Roberts J.A., Brown D., Elkins T. & Larson D.B. (1997). Factors influencing the views of patients with gynecological cancer about end of life decision. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 176:166–172.

Šabanagić-Hajrić S. & Alajbegović A. (2015). Impacts of education level and employment status on health-related quality of life in multiple sclerosis patients. *Med Glas (Zenica)* 12(1):61-67.

Trevino M. & McConnell T.R. (2014). Religiosity and religious coping in patients with cardiovascular disease: change over time and associations with illness adjustment. *Journal of Religious Health* 53(6):1907-1917.

Vizehfar F. & Jaberi A., (2017). The Relationship Between Religious Beliefs and Quality of Life Among Patients With Multiple Sclerosis. *Journal of Religious Health* 56(5):1826-1836.

Βοζίκης Α. & Σωτροπούλου Ε. (2012) Πολλαπλή σκλήρυνση κατά πλάκας στην Ελλάδα. Ανάλυση των ιδίων πληρωμών. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 29(4):448-453.

Γιανναράς Χ. (2006). Ενάντια στη θρησκεία. Εκδόσεις Ίκαρος, Αθήνα,1-5.

Καπίνα Β. (2009) Η δυνατότητα προς εργασία των ασθενών με Πολλαπλή Σκλήρυνση: Συσχέτιση με κλινικά, ψυχομετρικά και νευρολογικά δεδομένα. Διδακτορική Διατριβή, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ, Αριθμός Διατρ. 2432, Σελ: 72-85.

Κιούλος Κ. & Μπεργιαννάκη Ι. (2014). Θρησκευτικότητα, πνευματικότητα και κατάθλιψη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 31(3):265-264.

Μηνασίδου Ε., Σπανούδη Κ. & Καυκιά Θ. (2016). Πνευματικότητα/ θρησκευτικότητα και σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνια και απειλητικά για τη ζωή νοσήματα. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης* 9(1):30-37.

Σαρρής Μ. (2001). Κοινωνιολογία της υγείας και Ποιότητα Ζωής. Αθήνα, Παπαζήση.

Σφάγγος Κ. & Τριανταφύλλου Ν. (2001). Σκλήρυνση κατά πλάκας. Αποκλειστική διάθεση: βιβλιοπωλείο: η γωνιά του βιβλίου. Αθήνα, Σελ: 6-9.

Τζούνης Ε., Τζούνη Μ., Γκούβα Μ., Παπασταύρου Ε., Κοτρώτσιου Ε. & Γουργουλιάνης Κ. (2009). Πνευματικότητα και θρησκευτικότητα: Ποιοτική ανάλυση σε ένα γενικό πληθυσμό της Θεσσαλίας. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας* 1(2):67-76.

Τσιρώνης Ν. (2012). Οι έρευνες για τη θρησκευτικότητα στη σύγχρονη Ελλάδα. Επιστημολογικά προλεγόμενα. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Σελ:67-82.

Υφαντόπουλος Γ., Παπαθανασόπουλος Π., Τσιμούρτου Β., Χατζάρας Α., Χατζίκου Μ. & Βικελής Μ. (2013) Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με Σκλήρυνση κατά Πλάκας στην Ελλάδα. Μελέτη STORMS. 26ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ελλήνων Νευρολόγων της Ελληνικής Νευρολογικής Εταιρίας, Θεσσαλονίκη, 20-23 Ιουνίου.

Χατζηνικολάου Κ. (2018). Η επίδραση της θρησκευτικότητας στους ασθενείς με καρκίνο. Περιεγχειρητική Νοσηλευτική 7(3):189-196.

Multiple Sclerosis and Religiosity

Konstantina Metaxouli[1], Eleni Spiliopoulou[1], Athanasios Jiajios[2], Sotirios Plakas[3], Olibia Konstantakopoulou[4], Thomas Dogranlis[5]

1. RN, MSc, General Hospital of Nikaia "Saint Panteleimon"
2. RN, MSc, Scientific responsible Psychiatric Hospital of Athens "Dafni"
3. Assistant Professor, Department of Nursing, University of West Attica
4. Economist, MSc, PhD, Research Fellow, Center for Health Services Management and Evaluation, Department of Nursing, National and Kapodistrian University of Athens
5. Psychologist, MSc, General Hospital of Elefsis "Thriasio"

ABSTRACT

Introduction: Multiple Sclerosis (MS) is a chronic, progressive neuroimmunological disease which affects a large number of patients worldwide. Gradual patient adjustment is an important means to improve Quality of Life (QoL), as it is estimated from the patients themselves that it is lower than of healthy people. Despite the significant health effects of the disease, better adaptation means better QoL. Religiosity, as a factor, is reinforced in chronic diseases and under this perspective it could give meaning to life and contribute to the patient's management of the disease.

Aim: The aim of the present study was to investigate the QoL of patients with Multiple Sclerosis who visit outpatient clinics of public hospitals and to find out the factors that affect it. In particular, the effects of religiosity on QoL, as well as on the parameters of physical and mental health were sought.

Methods: Data collection lasted from June 2018 to October 2018. The sample was constituted of 72 patients with Multiple Sclerosis who visited the outpatient clinics of the general hospital of Nikaia "Saint Panteleimon" and the general hospital of Athens "Evangelismos", and 32 patients who responded to an electronic questionnaire. The QoL was assessed with the Greek version of Multiple Sclerosis Quality of Life-54 (MSQOL-54) questionnaire and the estimation of religiosity with the validated Centrality of Religiosity Scale-15 (CRS-15).

Results: At the level of 0.05, religiosity ($p < 0.001$) correlated positively with QoL, physical (0.014) and mental health (0.029) of people with MS, especially women ($p = 0.021$). The educational level was positively correlated with QoL (0.038).

Conclusions: The results of the study showed that women had a greater religious involvement, religiosity improved QoL, physical and mental health. Over time, mental health levels decreased, while the educational level contributed to a better QoL. The finding that women had a lower physical health score than men ($p=0.046$), contradicts findings from international research and needs further study.

Key-words: Multiple Sclerosis, Quality of life, Religiosity

Corresponding author: Konstantina Metaxouli
e-mail: konmetaxouli@yahoo.gr

Submission date: 04/12/2019
Publication date: January 2021

Citation: Metaxouli K., Spiliopouloy E., Jiajios A., Plakas S., Konstantakopoulou O. & Dogranlis T. (2021). Multiple Sclerosis and Religiousness. *Hellenic Journal of Nursing Science* 14(1): 52-58. https://doi.org/10.24283/hjns.202116

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: ΤΖΑΝΝΗΣ ΠΟΛΥΚΑΝΔΡΙΩΤΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗΣ: Δρ Θεοδώρα Καυκιά, Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ: ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΑΒΡΑΜΙΔΗΣ

ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ
Δρ Μιχαήλ Κουράκος, Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Μαιευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Μακεδονίας
Δρ. Γεώργιος Κριτσωτάκης, Επίκουρος Καθηγήτης, Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων και Τουρισμού, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο

ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ
Ιωάννης Κυριόπουλος, Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας, Κοσμήτωρ ΕΣΔΥ
Αλέξιος Παραράς, Δικηγόρος, Δημοσιολόγος, Νομικός Σύμβουλος ΕΝΕ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ
Παρασκευή Αποστολάρα, Λέκτορας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
Μαρία Γκριζιώτη, MSc
Αθηνά Καλοκαιρινού, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ
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, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος
Ιωάννα Παπαθανασίου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
Τζαννής Πολυκανδριώτης, MSc, ΨΝΑ «Δαφνί»
Μαρία Σαρίδη, MSc, PhD, Επίκουρος Καθηγήτρια, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
Χρύσα Χρυσοβιτσάνου, MSc,PhD, Αιγινήτειο Νοσοκομείο

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΡΙΤΩΝ
Γεώργιος Αργυρίου
Αριστείδης Βασιλόπουλος
Αικατερίνη Βενέτη
Μαρία Γέραλη
Γεώργιος Ελεσνίτσαλης
Ευτυχία Ευαγγελίδου
Γεώργιος Ευλαβής
Μιχαήλ Ζωγραφάκης-Σφακιανάκης
Αγγελική Καραΐσκου
Νικόλαος Κοντοδημόπουλος
Αγορίτσα Κουλούρη
Βαΐα Κωνσταντικάκη
Θεοχάρης Κωνσταντινίδης
Ελένη Λαχανά
Πολυξένη Λιαμοπούλου
Πολυξένη Μαγγούλια
Γεώργιος Μανομενίδης
Ευαγγελία Μεϊμετη
Νικόλαος Μπακάλης
Δημήτριος Μπαρουξής
Λάμπρος Μπίζας
Δήμητρα Παλητζήκα
Νίκη Παυλάτου
Δημήτριος Πιστόλας
Γεώργιος Ποντισίδης
Γεώργιος Σιδηράς
Αγγελική Σταθαρού
Ευαγγελία Σταματοπούλου
Νικόλαος Στεφανόπουλος
Αναστάσιος Τζενάλης
Αικατερίνη Τόσκα
Ευάγγελος Φραδέλος

ΜΕΛΗ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ 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
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 14 - ISSUE 1
JANUARY - FEBRUARY - MARCH
2021

Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης
Hellenic journal of Nursing Science

http://journal-ene.gr/

ΤΟΜΟΣ 14 - ΤΕΥΧΟΣ 1
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ
2021

ΕΝΕ
ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
www.enne.gr