Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης
Hellenic journal of Nursing Science



Τόμος 14, Τεύχος 2, ΑΠΡΙΛΙΟΣ - ΜΑΪΟΣ - ΙΟΥΝΙΟΣ 2021
Volume 14, Issue 2, APRIL - MAY - JUNE 2021

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ – REVIEWS

Η βία στον χώρο των νοσοκομείων ως επαγγελματική μάστιγα στον 21ο αιώνα
Violence in the hospital area as a professional scourge in the 21st century
Κωνσταντίνος Γάτσιος, Μάρθα Σταυροπούλου-Κελέση, Γεωργία Φασόη

Πολιτισμικές διαφορές, στάσεις και αντιλήψεις σχετικά με την εμπειρία της εμμηνόπαυσης
Cultural differences, attitudes and perceptions regarding menopause
Κωνσταντίνα Κατσιγιάννη, Χαρά Θεοδωρίδου, Παρασκευή Αποστολάρα

First Aid during Civil Aviation Flights: Peculiarities in the COVID-19 era
George Intas, Despoina-Maria Lianaki, Eleni Lahana, Pantelis Stergiannis

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ - RESEARCH ARTICLES

Γνώσεις, στάσεις και προθέσεις για τη δωρεά οργάνων σώματος σε Γενικό Νοσοκομείο της Βόρειας Ελλάδας
Knowledge, attitudes and behavioural intentions regarding organ donation in a General Hospital of Northern Greece
Χρυσή Αλιμπάκη, Ιωάννης Αποστολάκης, Φίλιππος-Ριχάρδος Δομάγερ, Παύλος Σαράφης

Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και δείκτες ποιότητας σε Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ)
Quality in Healthcare Services and quality indexes in the Emergency Department (ED)
Εμμανουέλα Αγγελή, Γεώργιος Μπαλιόζογλου

Παράγοντες που επηρεάζουν την Ποιότητα Ζωής εξαρτημένων ατόμων που βρίσκονται σε πρόγραμμα υποκατάστασης με τη χρήση μεθαδόνης
Factors affecting the quality of life of drug dependent people under methadone maintenance treatment
Γεώργιος Μανομενίδης, Παναγιώτης Τζουράκης, ΠολυξένηΛιαμοπούλου, Θάλεια Μπελλάλη

Τεύχος 2ο 2021

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 βία στον χώρο των νοσοκομείων ως επαγγελματική μάστιγα στον 21ο αιώνα
Violence in the hospital area as a professional scourge in the 21st century
Κωνσταντίνος Γάτσιος, Μάρθα Σταυροπούλου-Κελέση, Γεωργία Φασόη **3**

Πολιτισμικές διαφορές, στάσεις και αντιλήψεις σχετικά με την εμπειρία της εμμηνόπαυσης
Cultural differences, attitudes and perceptions regarding menopause
Κωνσταντίνα Κατσιγιάννη, Χαρά Θεοδωρίδου, Παρασκευή Αποστολάρα **12**

First Aid during Civil Aviation Flights: Peculiarities in the COVID-19 era
George Intas, Despoina-Maria Lianaki, Eleni Lahana, Pantelis Stergiannis **21**

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ - RESEARCH ARTICLES

Γνώσεις, στάσεις και προθέσεις για τη δωρεά οργάνων σώματος σε Γενικό Νοσοκομείο της Βόρειας Ελλάδας
Knowledge, attitudes and behavioural intentions regarding organ donation in a General Hospital of Northern Greece
Χρυσή Αλιμπάκη, Ιωάννης Αποστολάκης, Φίλιππος-Ριχάρδος Δομάγερ, Παύλος Σαράφης **29**

Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και δείκτες ποιότητας σε Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ)
Quality in Healthcare Services and quality indexes in the Emergency Department (ED)
Εμμανουέλα Αγγελή, Γεώργιος Μπαλιόζογλου **39**

Παράγοντες που επηρεάζουν την Ποιότητα Ζωής εξαρτημένων ατόμων που βρίσκονται σε πρόγραμμα υποκατάστασης με τη χρήση μεθαδόνης
Factors affecting the quality of life of drug dependent people under methadone maintenance treatment
Γεώργιος Μανομενίδης, Παναγιώτης Τζουράκης, Πολυξένη Λιαμοπούλου, Θάλεια Μπελλάλη **49**

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ & ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ **59**

ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ **61**

Η βία στον χώρο των νοσοκομείων ως επαγγελματική μάστιγα στον 21ο αιώνα

Κωνσταντίνος Γάτσιος[1], Μάρθα Κελέση-Σταυροπούλου[2], Γεωργία Φασόη[3]
1. Φοιτητής Τμήματος Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
2. Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
3. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το φαινόμενο της εργασιακής βίας αφορά όλα τα επαγγέλματα και όλες τις χώρες. Πλήθος ερευνών και μελετών που ασχολούνται με την εργασιακή βία απέναντι στους επαγγελματίες υγείας δείχνουν την έκταση του προβλήματος στο συγκεκριμένο χώρο. Το φαινόμενο είναι εντονότερο στα τμήματα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) στα οποία η βία είναι αναπόφευκτο κομμάτι της επαγγελματικής ζωής. Οι επαγγελματίες υγείας βρίσκονται σε υψηλότερο κίνδυνο από το διοικητικό προσωπικό. Ειδικά για τους εργαζομένους των ΤΕΠ η εργασιακή βία μπορεί να οδηγήσει σε επαγγελματική εξουθένωση. Τα αίτια ποικίλλουν, ξεκινούν με τον υπερβολικό χρόνο αναμονής, εξαιτίας της έλλειψης προσωπικού, και καταλήγουν στην ανεπαρκή πολιτική που διαθέτουν τα περισσότερα νοσοκομεία για την εργασιακή βία. Το φαινόμενο της εργασιακής βίας υπονομεύει την περίθαλψη και την ασφάλεια των ασθενών, ενώ και το νοσηλευτικό προσωπικό για να ανταποκριθεί στο δύσκολο έργο του έχει ανάγκη από ένα ασφαλές περιβάλλον. Ο φόρτος εργασίας, η έλλειψη προσωπικού και οι ανεκπλήρωτες προσδοκίες ασθενών και συνοδών δε συμβαδίζουν με την ενδεδειγμένη νοσηλευτική αντιμετώπιση των ασθενών.

Λέξεις Κλειδιά: εργασιακή βία, επαγγελματίες υγείας, επιθετικότητα στα νοσοκομεία, τμήματα επειγόντων

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Κωνσταντίνος Γάτσιος
e-mail: gatsioskostas96@gmail.com

Ημερομηνία υποβολής: 1.10.2019
Ημερομηνία δημοσίευσης: Απρίλιος 2021

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

Αναφορά του άρθρου ως: Γάτσιος Κ., Σταυροπούλου-Κελέση Μ. & Φασόη Γ. (2021). Η βία στο χώρο των νοσοκομείων ως επαγγελματική μάστιγα στον 21ο αιώνα. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 14(2): 3-11. doi: https://doi.org/10.24283/hjns.202121

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ:

- **Το φαινόμενο της εργασιακής βίας είναι παγκόσμιο και αποτελεί πρόκληση για την ευημερία και υγεία των επαγγελμάτων υγείας, κυρίως εκείνων που εργάζονται στα τμήματα επειγόντων περιστατικών.**
- **Τα αίτια είναι κυρίως ο χρόνος αναμονής, η ανεπαρκής πολιτική για την εργασιακή βία, η έλλειψη προσωπικού και οι ανεκπλήρωτες προσδοκίες των ασθενών και των συγγενών τους.**
- **Οι επιπτώσεις της βίας είναι σημαντικές τόσο για τους ίδιους τους εργαζόμενους και τη διατήρηση της δουλειάς τους, όσο και για την φροντίδα των ασθενών.**
- **Η αντιμετώπιση της εργασιακής βίας μπορεί να επιτευχθεί με επαρκή αριθμό προσωπικού και εκπαίδευση του για την υιοθέτηση μια ήρεμης στάσης και συμπεριφοράς.**
- **Η βία στο χώρο των νοσοκομείων υπονομεύει την περίθαλψη των ασθενών, ενώ οι επαγγελματίες υγείας για να ανταποκριθούν σωστά στο δύσκολο έργο τους πρέπει να εργάζονται σε ένα ασφαλές περιβάλλον.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το φαινόμενο της εργασιακής βίας αφορά όλες τις χώρες. Σε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας παρατηρείται πληθώρα δημοσιευόμενων μελετών, ερευνών και άρθρων που αποδεικνύουν την έκταση του προβλήματος της βίας απέναντι στους επαγγελματίες υγείας (Chapman & Styles 2006, Farrell et al 2006, Παπαδοπούλου 2009). Ως εργασιακή βία ορίζονται περιστατικά όπου το προσωπικό μπορεί να δεχθεί κακομεταχείριση, απειλές ή επιθέσεις υπό συνθήκες που σχετίζονται με την εργασία τους, συμπεριλαμβανόμενων των περιστατικών που αφορούν και την καθημερινή μετακίνηση προς και από την εργασία. Περιλαμβάνει μια ρητή ή σιωπηρή πρόκληση για την ασφάλεια, την ευημερία και την υγεία του προσωπικού (Krug et al 2002).

Σύμφωνα με τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας (ΠΟΥ) η εργατική βία μπορεί να χαρακτηριστεί ως σωματική, ψυχολογική (συναισθηματική), σεξουαλική και φυλετική. Η σωματική και η ψυχολογική βία είναι πιο κοινές, αλλά η ψυχολογική φαίνεται να υπερτερεί (Lau et al 2004).

Οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας είναι 16 φορές πιο πιθανό να παρουσιάσουν φαινόμενα εργατικής βίας σε σχέση με τους άλλους εργαζόμενους, ενώ οι νοσηλευτές έχουν τρεις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να δεχθούν βία σε σχέση με άλλους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας (Smith-Pittman & McKoy 1999). Οι διεθνείς εκθέσεις (Kwok et al 2006) δείχνουν ότι περίπου το 10-50 % του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης είναι εκτεθειμένο στη βία κάθε χρόνο. Σε ορισμένες περιπτώσεις το ποσοστό αυτό μπορεί να φτάσει πάνω από 85%. Μελέτες έχουν δείξει (Fernandes et al 1999, Lau et al 2004, Taylor & Rew 2011, Gillespie et al 2013) ότι στο χώρο εργασίας η βία έχει σημαντικές συνέπειες για τους εργαζόμενους, για τους ασθενείς αλλά και για το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Τα τμήματα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) είναι ένας από τους τομείς υψηλότερου κινδύνου στους νοσοκομειακούς χώρους. Οι νοσηλευτές των ΤΕΠ όπως αναφέρουν οι Shields & Wilkins (2009), Pich et al (2011), Pich & Kable (2014) εκτίθενται σε υψηλά επίπεδα σωματικής και λεκτικής βίας και αυτό έχει γίνει αναμενόμενο και αποδεκτό μέρος της εργασίας για πολλούς από αυτούς.

Επομένως, σκοπός της παρούσας ανασκόπησης ήταν αφενός η αναγνώριση της εργατικής βίας στο νοσοκομειακό χώρο ως φαινόμενο και η κατανόηση αυτού, καθώς και η ανάλυση των παραγόντων με τους οποίους σχετίζεται. Αφετέρου, η ανάδειξη των περιστατικών εργασιακής βίας στους νοσηλευτές των ΤΕΠ και οι επιπτώσεις του φαινομένου, καθώς και (προτεινόμενοι) τρόποι διαχείρισης και αντιμετώπισης.

ΒΙΑ ΣΤΑ ΤΜΗΜΑΤΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ - ΑΙΤΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Σύμφωνα με την μελέτη των Hamdan & Hamra (2015) που έγινε σε 14 τμήματα επειγόντων στα νοσοκομεία της Παλαιστίνης με τη χρήση ερωτηματολογίων και συμμετείχαν συνολικά 444 άτομα (161 νοσηλευτές – 142 γιατροί – 141 διοικητικό προσωπικό): το 76,1% δέχτηκε μια μορφή βίας την τελευταία χρονιά. Από αυτούς το 35,6% δέχτηκε σωματική βία ενώ το 71,2% μη φυσική επίθεση. Από το 71,2%, το 69,8% ήταν λεκτική βία, το 48,4% απειλές και το 8,6% σεξουαλική βία. Οι δράστες της φυσικής και μη βίας ήταν οι επισκέπτες-συγγενείς των ασθενών σε ποσοστά 85,4% και 79,5%, αντίστοιχα.

Τα αίτια πιστεύεται ότι είναι ο χρόνος αναμονής, η έλλειψη μέτρων πρόληψης και οι ανεκπλήρωτες προσδοκίες ασθενών και οικογενειών. Η ανάλυση δείχνει ότι οι γιατροί – νοσηλευτές και μάλιστα το νεότερο προσωπικό βρίσκεται σε υψηλότερο κίνδυνο από το διοικητικό. Επίσης, τα χαμηλά επίπεδα αναφοράς των βίαιων περιστατικών οφείλονται στα ελλιπή μέτρα πρόληψης και στο φόβο των συνεπειών (Hamdan & Hamra 2015).

Μια προηγούμενη μελέτη από τους Magnavita & Heponiemi (2012) ανέφερε ότι περισσότερο από το ήμισυ του συνόλου των καταγεγραμμένων κρουσμάτων της σωματικής και λεκτικής βίας είχε σημειωθεί στον τομέα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και των τμημάτων επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ). Η βία κατά του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης είναι εξίσου σημαντικό πρόβλημα στην Τουρκία, όπου μελέτη διαπίστωσε ότι το 44,7% του συνόλου υπόκεινται σε βία κάθε χρόνο. Κατά την τελευταία δεκαετία, πέντε γιατροί σκοτώθηκαν από τους ασθενείς ή τους συγγενείς των ασθενών. Σύμφωνα με τους Baykan et al (2015), η βία κατά των γιατρών συναντάται πιο συχνά στα ΤΕΠ της χώρας.

Σε αντίστοιχη έρευνα των Bayram et al (2017) στα τμήματα επειγόντων περιστατικών της Τουρκίας συμμετείχαν 713 γιατροί όπου, το 78,1% είχε υποστεί κάποιο είδος βίας το τελευταίο έτος και 65,9% πάνω από μια φορά το χρόνο, ενώ το 8,1% ανέφερε βία σε κάθε βάρδια και το 28,2% σχεδόν σε κάθε βάρδια. Πιο συχνές ήταν οι προσβολές με 94,5% και οι απειλές με 76,4%.Το 31% των συμμετεχόντων ανέφερε φυσική βία, ενώ το 5,6% επίθεση με αιχμηρά αντικείμενα - όπλα. Οι παράγοντες κινδύνου έχουν άμεση σχέση με την ηλικία, το μεγάλο ποσοστό εισδοχής ασθενών, τις υπερωρίες, το επίπεδο εμπειρίας και το είδος του νοσοκομείου.

Τα αίτια όπως τονίζουν οι Baykan et al (2015), Pinar et al (2015) φαίνονται να είναι οι μη ρεαλιστικές προσδοκίες των ασθενών και των οικογενειών τους από τους γιατρούς, η ανεπαρκής πολιτική και νομοθεσία για τη βία, ενώ σχετίζονται και με τα προσωπικά χαρακτηριστικά των γιατρών.

Σε μελέτη των Ramacciatia et al (2018) που έγινε στην Ιταλία το 2016 στάλθηκαν διαδικτυακά ερωτηματολόγια σε 15.618 νοσηλευτές των ΤΕΠ, σε 20 περιοχές της Ιταλίας. Ανταποκρίθηκαν 1.100 νοσηλευτές και 265 απάντησαν στο ερώτημα πως αντιλαμβάνονται τη βία οι ίδιοι, ότι: είναι μέρος της δουλειάς τους, συνηθίζουν σε αυτά τα περιστατικά, πολλά δεν δηλώνονται, ενώ παρόλο που είναι ένα ευρέως γνωστό πρόβλημα του χώρου δεν έχει ακόμα μελετηθεί σωστά και κατανοηθεί πλήρως. Στο ερώτημα που αφορά τους παράγοντες της βίας σχετικά με τους ίδιους απάντησαν ότι δημιουργείται μια σύγκρουση μεταξύ του νοσηλευτή και του ασθενή που δεν χρήζει επείγουσας φροντίδας, καθώς και αδύναμες επικοινωνιακές ικανότητες. Στο ερώτημα που αφορά τους παράγοντες της βίας σχετικά με τους ασθενείς απάντησαν ότι ευθύνονται οι κακοί τρόποι και τα ξεσπάσματα θυμού και απογοήτευσης προς τους νοσηλευτές, καθώς είναι οι πρώτοι που έρχονται σε επαφή με τους ασθενείς με αποτέλεσμα να γίνονται στόχοι. Επίσης, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η κοινωνική εικόνα που έχει σχηματίσει ο ασθενής για το νοσηλευτή, καθώς θεωρεί ότι ακολουθεί απλά εντολές και δεν παίζει ρόλο κλειδί στον καθορισμό αποφάσεων της νοσηλείας του και έτσι αισθάνεται ελεύθερα να του συμπεριφερθεί ανάρμοστα. Τέλος, στο ερώτημα που αφορά τους παράγοντες της βίας σχετικά με την οργάνωση απάντησαν ότι ευθύνεται η αδιαφορία των ανωτέρων που δεν παρέχουν προστασία στους επαγγελματίες υγείας, η υποτίμηση των γεγονότων και η έλλειψη προσωπικού.

Οι Picha et al (2017) με αφορμή άρθρο που αναζητά τους λόγους της βίας από ασθενείς στο ΤΕΠ ερεύνησαν όλα τα μέλη του κολλεγίου επειγόντων νοσηλευτών της Αυστραλίας το 2010. Από τις 537 απαντήσεις διαπιστώθηκε πως η βία σχετιζόμενη με ασθενείς προς τους νοσηλευτές ανήλθε στο 87% το τελευταίο εξάμηνο και στο 40% την προηγούμενη εβδομάδα. Το 63% ανέφερε 1-10 περιστατικά το τελευταίο εξάμηνο, ενώ το 37% πάνω από 10 περιστατικά το τελευταίο εξάμηνο. Η λεκτική βία ήταν η πιο κοινή μορφή βίας στο 95% με μέσο όρο 12 επεισόδια ανά μήνα ανά νοσηλευτή. Οι μεγαλύτεροι και πιο έμπειροι νοσηλευτές είχαν μειωμένο ρίσκο για βία.

Στην ανάλυση παραγόντων η διαλογή σημειώθηκε ως υψηλότερος παράγοντας για τους νοσηλευτές και ο χώρος διαλογής ως η τοποθεσία στο τμήμα με τον υψηλότερο κίνδυνο. Επίσης, παίζει ρόλο η κακή επικοινωνία, η κακή διαχείριση και οι πολλές ώρες αναμονής και καθυστέρησης. Παρατηρήθηκε ότι κυρίως οι ασθενείς με δηλητηρίαση από αλκοόλ, κατάχρηση ουσιών ή προβλήματα ψυχικής υγείας αναγνωρίστηκαν ως οι ομάδες με το μεγαλύτερο κίνδυνο για χρήση βίας. Το μεγαλύτερο μέρος των νοσηλευτών που εργάζονται στα ΤΕΠ, ανέφερε βία σχετιζόμενη με τους ασθενείς και οι παράγοντες κινδύνου φαίνεται να είναι αναπόφευκτο κομμάτι στην επαγγελματική τους ζωή (Picha et al 2017).

ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ ΒΙΑΣ

Τα τμήματα επειγόντων των νοσοκομείων είναι ανοιχτά 24 ώρες την ημέρα, 7 ημέρες την εβδομάδα και παρέχουν φροντίδα στους ασθενείς από όλες τις ηλικιακές ομάδες και σε ολόκληρο το φάσμα της ασθένειας. Έτσι, αποτελούν τις "ανοιχτές πόρτες" κάθε νοσοκομείου με αποτέλεσμα να έχουν υψηλότερο κίνδυνο έκθεσης στην εργασιακή βία (Gerberich 2004, Pich et al 2011, Bowden 2017, Olding 2017). Οι επιπτώσεις αυτές τις βίας είναι σημαντικές τόσο για τους ίδιους τους εργαζόμενους και τη διατήρηση της δουλειάς τους, όσο και για την φροντίδα των ασθενών.

Οι επαγγελματίες υγείας σε αυτές τις περιπτώσεις νιώθουν εγκαταλελειμμένοι και απογοητευμένοι, καθώς θεωρούν ότι υφίσταται «θυματοποίηση» των ασθενών. Συχνά κατηγορούν τους νοσηλευτές ως υπεύθυνους για την πρόκληση του φαινομένου, ενώ οι ανώτεροι δεν τους πιστεύουν και παίρνουν το μέρος του πελάτη/ασθενή. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να νιώθουν σαν να βρίσκονται σε μια συνεχή διαμάχη-πόλεμο με

τους ασθενείς, ειδικά όταν εργάζονται μόνοι τους στις βάρδιες με αποτέλεσμα να οδηγούνται σε ψυχολογική και επαγγελματική εξουθένωση, το φαινόμενο του «burnout» (Ramacciatia et al 2018).

Ενδεικτικά, οι επιπτώσεις αυτές σύμφωνα με την Stathopoulou (2007) μπορεί να είναι η μείωση της ευχαρίστησης που τους προσφέρει η εργασία ή ακόμα η πτώση του ηθικού και έλλειψη κινήτρου για εργασία. Επίσης, η ύπαρξη συναισθημάτων θυμού, φόβου, ενοχής και τα αυξημένα επίπεδα στρες που οδηγούν σε προσωρινή ή μόνιμη ανικανότητα για εργασία. Τέλος, παρατηρείται αύξηση απουσιών και αναρρωτικών αδειών και μείωση της αυτοπεποίθησης και αυτοεκτίμησης καθώς και της εμπιστοσύνης στις ατομικές τους ικανότητες.

Η βία, ωστόσο, φαίνεται να επηρεάζει αρνητικά και τις διαπροσωπικές σχέσεις των επαγγελματιών υγείας με αποτέλεσμα τη μείωση της εμπιστοσύνης προς τη διοίκηση και τους συνεργάτες και τη δημιουργία ενός εχθρικού εργασιακού περιβάλλοντος, ενώ το ίδιο το νοσοκομείο καλείται να αντιμετωπίσει τις δικές του συνέπειες με τη διάθεση μεγάλων χρηματικών ποσών για την εγκατάσταση και διατήρηση του εξοπλισμού ασφαλείας (Claravall 1996).

Τέλος, μελέτη από τους Lanza et al (2005) για το κόστος της εργασιακής βίας απέναντι στους νοσηλευτές, που συμπεριλαμβάνει απουσίες από την εργασία, συναισθηματικές διαταραχές και ιατρικά έξοδα υπολογίστηκε σε 35.000 δολάρια για κάθε σχετιζόμενο με επίθεση ή τραυματισμό.

ΑΣΚΗΣΗ ΒΙΑΣ ΠΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Πραγματοποιήθηκε έρευνα των Ferri et al (2016) σε γενικό νοσοκομείο της Ιταλίας, όπου δόθηκαν σε 745 επαγγελματίες υγείας (γιατροί, προϊστάμενοι νοσηλευτές, νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών) φόρμες καταγραφής των βίαιων περιστατικών. Το 56% (419/745) εκείνων ανταποκρίθηκαν, με το 45% να δηλώνουν ότι έχουν βιώσει ένα τουλάχιστον επεισόδιο βίας. Συχνότερα έρχονται αντιμέτωποι με επεισόδια βίας οι νοσηλευτές με 67%, ακολουθούν οι βοηθοί με 18%, ενώ οι γιατροί με 12%. Η συχνότητα των περιστατικών παρουσιάζεται σημαντικά διαφορετική μεταξύ των τμημάτων νοσοκομείου, καθώς στην πρώτη θέση βρίσκεται το ψυχιατρικό τμήμα με 86%, δεύτερο το τμήμα επειγόντων με 71% και τρίτο το γηριατρικό τμήμα με 57%. Θύτες των φαινομένων αυτών είναι κυρίως οι ασθενείς και κατά κανόνα είναι άντρες. Σε αντίθεση με τα θύματα που βιώνουν τα περιστατικά βίας είναι οι γυναίκες επαγγελματίες υγείας του χώρου. Η λεκτική βία (51%) ήταν εκείνη που χρησιμοποιούνταν πιο συχνά από διαυγείς και συνειδητοποιημένους ανθρώπους, ενώ σωματική βία (49%) ασκούσαν δράστες που έπασχαν από άνοια, νοητική υστέρηση ή άλλες ψυχιατρικές διαταραχές ή που είχαν κάνει κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών. Τονίζεται ότι η βία είναι ένα σημαντικό φαινόμενο, με τους επαγγελματίες υγείας να βρίσκονται σε κίνδυνο να την υποστούν μαζί με τις καταστροφικές της συνέπειες. Αναφέρεται, επίσης, ότι η εργασιακή βία παρουσιάζει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που σχετίζονται με τις τοποθεσίες περίθαλψης, εκεί δηλαδή που λαμβάνει χώρα η επιθετικότητα.

Παρόμοια έρευνα από τους Jiao et al (2015) για την εργασιακή βία ενάντια των νοσηλευτών δημοσιεύτηκε στην Κίνα το 2015. Ένα σύνολο 588 νοσηλευτών παρείχαν πληροφορίες μέσω ερωτηματολογίων, ενώ συνέντευξη σε βάθος πραγματοποιήθηκε σε 12 νοσηλευτές, 7 διοικητικούς υπαλλήλους του νοσοκομείου και 6 ανώτερους συμβούλους της υγείας. Συγκεκριμένα, υπήρξαν 190 ερωτηθέντες με ένα έως πέντε χρόνια νοσηλευτικής εμπειρίας από τους οποίους το 41,5% δήλωσε υπερβολικό άγχος σχετιζόμενο με την εργασιακή βία. Τον τελευταίο χρόνο 7,8% των νοσηλευτών δήλωσαν περιστατικά σωματικής βίας και το 71,9% μη φυσικής βίας. Όσον αφορά την μη φυσική βία το 68,9% άνηκε στα φαινόμενα της λεκτικής επίθεσης, το 35,5% στις απειλές και το 12,8% στις σεξουαλικές παρενοχλήσεις. Αμφότεροι το 54,3% των θυμάτων της σωματικής βίας και το 30,7% της μη φυσικής βίας δήλωσαν ότι τα περιστατικά θα ήταν δυνατόν να είχαν αποφευχθεί εάν είχαν παρθεί τα κατάλληλα μέτρα. Υπαίτιοι και στις δυο περιπτώσεις ήταν οι ασθενείς όμως σε μερικές περιπτώσεις ήταν συνάδελφοι (1,6%) ή ανώτερο στην ιεραρχία προσωπικό (1,9%). Τα θύματα των βίαιων εκδηλώσεων αυτών τονίζεται ότι υπέφεραν από αξιοσημείωτα συμπτώματα μετα - τραυματικού στρες. Τελικά βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές που αλλάζουν συχνά βάρδιες αντιμετωπίζουν περισσότερα περιστατικά μη φυσικής βίας από εκείνους με σταθερά ωράρια και βάρδιες.

ΒΙΑ ΠΡΟΣ ΦΟΙΤΗΤΕΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Το φαινόμενο της βίας ταλανίζει και τους φοιτητές επιστημών υγείας αφού και εκείνοι φαίνεται να έρχονται αντιμέτωποι με την επιθετικότητα και όλες τις μορφές της βίας στο χώρο εκπαίδευσης τους και μελλοντικό εργασιακό τους χώρο, δηλαδή τα νοσοκομεία. Υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός ερευνών - όπως οι παρακάτω - που φανερώνουν το πρόβλημα της βίας η οποία προέρχεται κυρίως από το προσωπικό του νοσοκομείου ή από τους κλινικούς τους εκπαιδευτές, ή και από τους δυο.

Πιο συγκεκριμένα, μελέτη των Tee et al (2016) στο Ηνωμένο Βασίλειο το 2015, μέσω ενός διαδικτυακού ερωτηματολογίου, χρησιμοποίησε την προσέγγιση μιας έρευνας για τον εντοπισμό, τη συχνότητα, του τύπου και του αποτελέσματος του εκφοβισμού και άλλων μη πολιτισμένων συμπεριφορών που έχουν βιώσει οι φοιτητές νοσηλευτικής κατά την διάρκεια των κλινικών τους

εκπαιδεύσεων στους χώρους παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Ύστερα από την ανάλυση των απαντήσεων 657 φοιτητών νοσηλευτικής βρέθηκε ότι οι πλειοψηφία τους ήταν γυναίκες, 18-27 χρονών και γεννημένοι στο Ηνωμένο Βασίλειο. Το τελευταίο έτος, κατά τη διάρκεια της κλινικής εκπαίδευσης το 42,1% των συμμετεχόντων ανέφεραν προσωπικό εκφοβισμό ή/και παρενόχληση. Το 25,4% είχε παρατηρήσει πολλάκις τέτοια περιστατικά στο νοσοκομείο, το 30,4% παρατήρησε εκφοβισμό προς τους άλλους φοιτητές και το 19,6% δήλωσε ότι στα περιστατικά συμμετείχαν και νοσηλευτές του νοσοκομείου. Οι φοιτητές επισήμαναν ότι είχαν βιώσει διάφορους τύπους εκφοβισμού όπως σωματικός, σεξουαλικός και λεκτικός με το 7,6% να σχετίζεται με την κοινωνική τάξη, το 5,8% με τη σεξουαλικότητα, το 5,8% με τη φυλή και το 7,6% με το φύλο. Το αντίκτυπο των ανεπιθύμητων αυτών συμπεριφορών γίνεται ξεκάθαρο όταν το 19,8% των φοιτητών σκέφτηκε να εγκαταλείψει τη νοσηλευτική και ποσοστό 10,2% δήλωσε επανειλημμένα απών, ενώ το 20,1% φοβόταν να ελέγξει τις οδηγίες όταν δεν ήταν σίγουροι για κάτι με αποτέλεσμα το ρίσκο της ασφάλειας των ασθενών.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι ενώ το 51,4% ήξεραν πως και που θα έπρεπε να αναφέρουν τα περιστατικά, μόνο το 19% είχε ενεργά αναφέρει τα επεισόδια αυτά είτε στο πανεπιστήμιο είτε στο νοσοκομείο. Τα δεδομένα, λοιπόν, έδειξαν ότι σχεδόν το μισό δείγμα πληθυσμού έχει βιώσει περιστατικά βίας και ακόμα και εάν υπήρχαν κομμάτια υπερβολής εκ μέρους των φοιτητών τα αποτελέσματα παραμένουν μη αποδεκτά και θα έπρεπε να κάνουν τους υπεύθυνους να αναλογιστούν τις περαιτέρω ενέργειες.

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Hakojärvi et al (2012) στη Φινλανδία, ασχολήθηκε με την περιγραφή των προσωπικών εμπειριών των φοιτητών επιστημών υγείας, όσον αφορά τις εκδηλώσεις και τις επιπτώσεις της βίας και του εκφοβισμού από το προσωπικό του νοσοκομείου και τους καθηγητές τους στην κλινική άσκηση. Η ανάλυση των πληροφοριών που συγκεντρώθηκαν έδειξε ότι η πλειοψηφία των φοιτητών έχει υποστεί φυσική και λεκτική βία. Συγκεκριμένα, αναφέρουν ότι έχουν υποτιμηθεί παρουσία του προσωπικού και κατηγορούν τους εκπαιδευτές για άρνηση καθοδήγησης και συνεχή επίπληξη με αποτέλεσμα να αισθάνονται κοινωνικά αποκλεισμένοι από την κοινότητα των εργαζομένων. Συχνά χρησιμοποιούνται ως εξιλαστήρια θύματα για τα λάθη των εργαζόμενων νοσηλευτών, ενώ σύμφωνα με συγκεκριμένη αναφορά έχουν ονομαστεί «σκλάβοι». Υπεύθυνοι για τις πράξεις αυτές, συνήθως, ήταν οι κλινικοί εκπαιδευτές ή άλλα μέλη του προσωπικού με 7 φοιτητές να αναγνωρίζουν έναν διοικητικό υπάλληλο του νοσοκομείου ως υπεύθυνο. Η έρευνα κατέδειξε τις καταστροφικές συνέπειες της βίας προς τους φοιτητές, οι οποίες σχετίζονταν με ψυχολογικά συμπτώματα όπως θυμό, χαμηλό ηθικό, έλλειψη αυτοπεποίθησης, αγχώδεις διαταραχές, αλλά και σωματικές όπως διαταραχές ύπνου, πονοκεφάλους, έντονη εφίδρωση και στομαχικές διαταραχές. Έτσι, η σχέση τους με το επάγγελμα επηρεάζεται αρνητικά και αμφισβητείται η επιλογή καριέρας που οι ίδιοι επέλεξαν.

ΤΡΟΠΟΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ ΒΙΑΣ

Σύμφωνα με άρθρο της Stathopoulou (2007) που αναλύει το θέμα της βίας και της επιθετικότητας προς τους επαγγελματίες υγείας υπάρχουν κάποιες προτάσεις που μπορούν να βοηθήσουν στην πρόληψη του φαινομένου αυτού. Όσον αφορά την οργάνωση του νοσοκομείου είναι η έγκαιρη και αποτελεσματική διαχείριση των μικρότερων περιστατικών βίας ώστε να αποφευχθεί η εξάπλωση της έντασης και ο καθορισμός ακριβούς ωραρίου των επισκεπτών και ταυτοποίηση τους. Ο επαρκής αριθμός προσωπικού ώστε να μειώνεται η ένταση και ο χρόνος αναμονής στα ΤΕΠ και η εγκατάσταση κλειστού κυκλώματος παρακολούθησης, ενώ χρήσιμη θα ήταν η ανάπτυξη πρωτοκόλλου που θα εφαρμοστεί στη διαχείριση βίαιων ανθρώπων.

Όσον αφορά το φυσικό περιβάλλον του νοσοκομείου είναι η ύπαρξη επαρκών θέσεων στις αίθουσες αναμονής και επαρκής φωτισμός σε όλους τους χώρους με πρόβλεψη για υλικό που θα αποσπά την προσοχή τους (περιοδικά, τηλεοράσεις). Τέλος, η απαγόρευση εισόδου στο κοινό στους χώρους αποκλειστικής χρήσης για το προσωπικό και η χρήση μιας κεντρικής εισόδου του νοσοκομείου ελεγχόμενη από τις υπηρεσίες ασφαλείας αποτελούν δικλείδα ασφαλείας (Stathopoulou 2007).

Όσον αφορά το προσωπικό του νοσοκομείου, η ευρωπαϊκή επιτροπή τονίζει ότι είναι υποχρέωση του προσωπικού να διαχειριστεί την εργατική βία ως ένα παράγοντα κίνδυνου (American College of Emergency Physicians 2003). Έτσι, δόκιμο θα ήταν να επιμορφωθεί με προγράμματα εκπαίδευσης που θα περιλαμβάνουν την αποτελεσματική χρήση επικοινωνιακών ικανοτήτων, τεχνικών αποκλιμάκωσης, επίλυσης συγκρούσεων, τις μεθόδους χειρισμού βίαιων επεισοδίων, την πιθανή αναγνώριση εν δυνάμει επιθετικών και βίαιων ανθρώπων ή καταστάσεων (Stathopoulou 2007). Για παράδειγμα, η υιοθέτηση μιας ήρεμης στάσης και συμπεριφοράς εκ μέρους του προσωπικού που θα συνάδει με ένα ευθύ και σταθερό τόνο ομιλίας που θα θέτει όρια. Επίσης, η προσπάθεια αναγνώρισης των βαθύτερων αιτιών της επιθετικής συμπεριφοράς των ασθενών και η επίδειξη συμπόνιας προς αυτούς (Stathopoulou 2007).

Αντιθέτως, η Stathopoulou (2007) αναφέρει ότι δεν θα πρέπει να φέρεται με εξευτελιστικό τρόπο στους

ασθενείς, να μην δίνει διαταγές, να μην χρησιμοποιεί απειλές και να μην αγνοεί τις απειλές που δέχεται, αλλά να ακούει αυτόν που φωνάζει και απειλεί και να προσπαθεί να κατανοήσει τις ανάγκες του.

Σε μια προσπάθεια διαχείρισης και αποτροπής της εργασιακής βίας στα ΤΕΠ πραγματοποιήθηκε έρευνα σε δείγμα 37 νοσηλευτών ηλικίας 25-69, όπου τους ζητήθηκε να μιλήσουν για τις εμπειρίες τους σχετικά με το θέμα αυτό. Ύστερα από ανάλυση της έρευνας πρόεκυψαν οι εξής προτάσεις για την αντιμετώπιση των περιστατικών απειλής ή βίας: η ανταπόκριση των ανωτέρων προς το προσωπικό να είναι όσο το δυνατόν περισσότερο υποστηρικτική και ενθαρρυντική, ενώ παράλληλα οφείλουν να ακολούθουν πολιτικές που θα λύνουν το θέμα της ασυμβατότητας μεταξύ των προσδοκιών του ασθενούς και των υπηρεσιών που προσφέρονται. Καλό θα ήταν να υπάρχει όσο το δυνατόν αρτιότερη προετοιμασία των νοσηλευτών και ελαχιστοποίηση του κινδύνου να εργάζονται μόνοι τους (Stathopoulou 2007).

Άλλοι τρόποι αντιμετώπισης που έχουν προταθεί από τους ίδιους τους εργαζόμενους σε έρευνα των Ramacciatia et al (2018) στην Ιταλία, είναι η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών μέσω της εξάσκησης στην διαχείριση βίαιων επεισοδίων και η συνειδητοποίηση του προβλήματος και ταυτόχρονα αλλαγές στο εργασιακό περιβάλλον, ώστε να γίνει κατάλληλο και ασφαλές. Η ενημέρωση των πολιτών μέσω εκπαιδευτικών προγραμμάτων στο πώς να κάνουν σωστή χρήση του ΤΕΠ για περισσότερη προστασία και 24ωρη αστυνομική φύλαξη ή ύπαρξη υπηρεσίας φύλαξης.

Σε έρευνα των. Taylor & Benger (2004), έχει αποδειχθεί ότι η έλλειψη πληροφορίας, η κακή συνεννόηση και η μη κατανόηση της διαδικασίας που ακολουθείται στα ΤΕΠ επηρεάζουν και προκαλούν τη βίαιη συμπεριφορά. Για να επιλυθεί αυτό το πρόβλημα η ομάδα του Ballarat Health Service Emergency Department (See & Catterson 2017) ανέπτυξε κάποια εργαλεία παροχής πληροφοριών όπως:

1) Μια ταμπέλα που θα περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικά με τις διαδικασίες που θα μπορεί να αναμένει ένας ασθενής στις καθορισμένες περιοχές του νοσοκομείου.
2) Ένα βίντεο στην αίθουσα αναμονής που θα εξηγεί το ταξίδι του ασθενή στα ΤΕΠ.
3) Ενημερωτικά φυλλάδια.
4) Ηλεκτρονικό πίνακα που θα αναφέρει περίπου το χρόνο που θα χρειαστεί να περιμένουν.
5) Ένα κιόσκι αυτοεξυπηρέτησης.

Αφού αξιολογήθηκε το αντίκτυπο των αλλαγών αυτών μέσω ερωτηματολόγιων που δόθηκαν σε νοσηλευτές και ασθενείς οι See & Catterson (2017) παρατήρησαν τα εξής: το 34% των νοσηλευτών των ΤΕΠ ανέφερε μείωση της μη συνεργασίας των ασθενών και του επιθετικού λεξιλογίου και 40% των επιθετικών τόνων. Το 26% ανέφερε μείωση στη μη φυσική βία και επιθετικότητα. Το 49% των νοσηλευτών ένιωσε μεγαλύτερη ασφάλεια και ηρεμία. Τέλος, το 79% τόνισε ότι οι αλλαγές αυτές θα επηρεάσουν την απόφαση τους για το αν θα συνεχίσουν να δουλεύουν εκεί.

Ενώ, από τους ασθενείς οι See & Catterson (2017) επισημαίνουν ότι το 80% είδε τον ηλεκτρονικό πίνακα και την ταμπέλα, κάτω από το 50% είδαν το βίντεο για το ταξίδι, τα φυλλάδια και το κιόσκι. Ύστερα από ερώτηση, το 97% απάντησε ότι η εμπειρία τους ήταν κανονική – συνηθισμένη και πάνω από το 20% είπαν ότι ήταν εξαιρετική. Παρομοίως, το 80% είπε ότι αντιλήφθηκαν καλύτερα τι συμβαίνει γύρω τους στο χώρο των ΤΕΠ, το 66% είπε ότι η ταμπέλα λειτούργησε και ήταν ακριβής και 65% ανέφερε ότι αυτές οι στρατηγικές αντιμετώπισης τους έκαναν να νιώθουν λιγότερο απογοητευμένοι και αγχωμένοι.

Επισημαίνεται η ανάγκη ενίσχυσης της πολιτικής για την πρόληψη της βίας και τη βελτίωση του συστήματος αναφοράς των περιστατικών αυτών όπως αναγνωρίζουν οι Hamdan & Hamra (2015). Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης στα ΤΕΠ πρέπει να είναι εξοικειωμένοι με την τοπική νομοθεσία και τα πρότυπα που σχετίζονται με την υποχρέωση να προειδοποιήσουν τρίτους, όταν μια βίαιη απειλή πραγματοποιείται από έναν ασθενή. Η εκτίμηση κίνδυνου μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μέρος της κλινικής απόφασης σε αυτές τις καταστάσεις για να βοηθήσει με τη διάθεση και τη διαχείριση (Ramacciatia et al 2018).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η εργασιακή βία είναι ένα παγκόσμιο φαινόμενο, η όποια αποτελεί πρόκληση για την ασφάλεια, την ευημερία και την υγεία του προσωπικού. Οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας και κυρίως των ΤΕΠ γίνονται αποδέκτες σημαντικού επίπεδου λεκτικής σωματικής βίας. Για αυτό σκοπός της εργασίας ήταν η κατανόηση και η ανάλυση του φαινομένου αυτού καθώς και προτάσεις αντιμετώπισης του.

Από την αναζήτηση της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι οι γιατροί, οι νοσηλευτές και μάλιστα το νεότερο προσωπικό βρίσκεται σε υψηλότερο κίνδυνο από το διοικητικό. Εκτεθειμένοι είναι κυρίως οι νοσηλευτές - ειδικότερα εκείνοι που αλλάζουν συχνά βάρδιες και δεν έχουν σταθερά ωράρια - και λιγότερο οι γιατροί. Οι θύτες είναι κυρίως άντρες, ενώ τα θύματα είναι κυρίως γυναίκες. Τα τμήματα που επηρεάζονται συχνότερα είναι το ψυχιατρικό, το ΤΕΠ και το γηριατρικό. Ειδικά για τους εργαζομένους των ΤΕΠ η μείωση της αυτοπεποίθησης τους σε συνδυασμό με το στρες και το εχθρικό περιβάλλον μπορεί να οδηγήσει σε πτώση του ηθικού τους, σε

αύξηση απουσιών και αδειών και τελικά σε ψυχολογική και επαγγελματική εξουθένωση.

Τα αίτια ποικίλλουν από το χρόνο αναμονής, τις ανεκπλήρωτες και μη ρεαλιστικές προσδοκίες των ασθενών και των οικογενειών τους, έως τις ελλείψεις προσωπικού και μέτρων πρόληψης και καταπολέμησης. Ακόμη η αδιαφορία των ανωτέρων καθώς και η ανεπαρκής πολιτική για την εργασιακή βία αποτελούν αίτια του φαινομένου αυτού.

Δεν θα ήταν σωστό να παραλειφτεί και η εργασιακή βία από τους κλινικούς εκπαιδευτές ή το εργαζόμενο προσωπικό προς τους σπουδαστές και φοιτητές, με αποτέλεσμα το χαμηλό ηθικό ή την απουσία αυτοπεποίθησης εκ μέρους τους και έτσι να επηρεάζεται η σχέση τους με το επάγγελμα ή ακόμα και να θέτουν σε αμφισβήτηση την επιλογή καριέρας που οι ίδιοι επέλεξαν.

Το φαινόμενο της εργασιακής βίας υπονομεύει την περίθαλψη και την ασφάλεια των ασθενών, ενώ το νοσηλευτικό προσωπικό για να ανταποκριθεί σωστά στο δύσκολο έργο του πρέπει να εργάζεται σε ένα ασφαλές περιβάλλον.

Τα νοσοκομεία μέσω της οργάνωσης τους οφείλουν να διαχειρίζονται έγκαιρα και αποτελεσματικά τα περιστατικά βίας ώστε να αποφύγουν την εξάπλωση τους. Ταυτόχρονα, θα πρέπει να παρέχεται ικανοποιητικός αριθμός προσωπικού με αποτέλεσμα τη μείωση της έντασης και του χρόνου αναμονής στα ΤΕΠ. Όσον αφορά το φυσικό περιβάλλον του νοσοκομείου θα ήταν σωστό να παρέχονται επαρκείς θέσεις στις αίθουσες αναμονής και επαρκής φωτισμός σε όλους τους χώρους με πρόβλεψη για υλικό που θα αποσπά την προσοχή των ασθενών και συνοδών. Το προσωπικό του νοσοκομείου καλό θα ήταν να εκπαιδευτεί για την κατάλληλη αντιμετώπιση των περιστατικών σε αντίστοιχα προγράμματα. Ο θυμός και η βία οφείλεται να αντιμετωπίζεται με ήρεμη στάση και σταθερή συμπεριφορά.

Κάθε νοσηλευτής έχει ευθύνη να αναφέρει συμβάντα εργασιακής βίας και να είναι εξοικειωμένος με τη σχετική νομοθεσία, κυρίως, όμως, αποτελεί ηθική υποχρέωση των νοσοκομείων να δώσουν βάρος στις στρατηγικές πρόληψης τέτοιων φαινομένων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

American College of Emergency Physicians. (2003). Protection from physical violence in the emergency department. *Advanced Emergency Medicine* [Online]. Available at: http://newsroom.acep.org/2009-01-04-emergency-department-violence-fact-sheet [Accessed: 21 May 2019].

Baykan Z., Öktem İ.S., Çetinkaya F. & Nacar M. (2015). Physician exposure to violence: a study performed in Turkey. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics* 21:291-297.

Bayram B., Çetin M., Çolak Oray N. & Can I.O. (2017). Workplace violence against physicians in Turkey's emergency departments: a cross sectional survey. *British Medical Journal Open* 7:e013568.

Bowden E. (2017). Nurse taken hostage by knife-wielding patient at Royal Melbourne Hospital. In: *The Age* [Online]. Available at: https://www.theage.com.au/national/victoria/nurse-taken-hostage-by-knifewielding-patient-at-royal-melbourne-hospital-20170413-gvk0vq.html [Accessed: 21 May 2019].

Chapman R. & Styles I. (2006). An epidemic of abuse and violence: Nurse on the front line. *Accident and Emergency Nursing* 14:245-249.

Claravall L. (1996). Healthcare violence: A nursing administration perspective. *JONA: The Journal of Nursing Administration* 26:41-46.

Farrell GA., Bobrowski C. & Bobrowski P. (2006). Scoping workplace aggression in nursing: Findings from Australian study. *Journal of Advanced Nursing* 55:778-787.

Fernandes C.M., Bouthillette F., Raboud J.M., Bullock L., Moore C.F, Christenson J.M., Grafstein E., Rae S., Ouellet. L. & Gillrie C. (1999). Violence in the emergency department: a survey of health care workers. *Canadian Medical association Journal* 161:1245-1248.

Ferri P., Silvestri M., Artoni A. & Di Lorenzo R. (2016). Workplace violence in different settings and among various health professionals in an Italian general hospital: a cross-sectional study. *Psychology Research and Behavior Management* 23:263-275.

Gerberich S.G., Church T.R., McGovern P.M., Hansen H.E., Nachreiner N.M., Geisser M.S., Ryan A.D., Mongin S.J. & Watt G.D. (2004). An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. *Occupational and Environmental Medicine* 61:495-503.

Gillespie G.L., Bresler S., Gates D.M. & Succop P. (2013). Posttraumatic stress symptomatology among emergency department workers following workplace aggression. *Workplace Health Safety* 61:247-254.

Hakojärvi H., Salminen L. & Suhonen R. (2012). Health care students' personal experiences and coping with bullying in clinical training. *Nurse Education Today* 34:138-144.

Hamdan M. & Hamra A. (2015). Workplace violence towards workers in the emergency departments of Palestinian hospitals: a cross-sectional study. *Human Resources for Health* 7(13):28-32.

Jiao M., Ning N., Li Y., Lijun G., Yu C., Hong S., Zheng K., Libo L., Qunhong W.V. & Yanhua H. (2015) Workplace violence against nurses in Chinese hospitals: a cross-sectional survey. *British Medical Journal Open* 5: e006719.

Krug E.G., Dahlberg L.L., Mercy J.A., Zwi A.B. & Lozano R. (2002). World report on violence and health. Geneva: World Health Organization [Online]. Available at https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/ [Accessed: 21 May 2019]

Kwok R., Law Y., Li K., Ng Y., Cheung M., Fung V., Kwok T., Tong J.M., Yen P.F. & Leung W.C. (2006). Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong. *Hong Kong Medical Journal* 12:6-9.

Lanza M., Demaio J. & Benedict M. (2005). Patient assault support group: achieving educational objectives. *Issues in Mental Health Nursing* 26:643-660.

Lau J.B., Magarey J. & Mc Cutcheon H. (2004). Violence in the emergency department: a literature review. *Australasian Emergency Nursing Journal* 7:27-37.

Lau J.B.C., Magarey J. & McCutcheon H. (2004). Violence in the emergency department: a literature review. *Australian Journal of Emergency Nursing* 7:27-37.

Magnavita N. & Heponiemi T. (2012). Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italy: a repeated cross-sectional study. *BMC Health Services Research* 2(12):108-110.

Olding R. (2017). Hospital security crisis: Nurses 'held hostage with meat cleaver' at Wyong. *The Sydney Morning Herald* [Online]. Available at: https://www.smh.com.au/national/nsw/hospital-security-crisis-nurses-held-hostage-with-meat-cleaver-at-wyong-20170410-gvhrtd.html [Accessed: 21 May 2019]

Pich J. & Kable A. (2014). Patient-related violence against nursing staff working in emergency departments: a systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* 12:398-453.

Pich J., Hazelton M., Sundin D. & Kable A. (2011). Patient-related violence at triage: a qualitative descriptive study. *International Emergency Nursing* 19:12–19.

Pinar T., Acikel C., Pinar G., Karabulut E., Saggun M., Bariskin E. & Guidotti T.L. (2015). Workplace violence in the health sector in Turkey: a national study. *Journal of Interpersonal Violence* 32:2345-2365.

Ramacciatia N., Ceccagnolib A., Addeyb B. & Raseroa L. (2018). Violence towards Emergency Nurses. The Italian National Survey 2016: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies* 81:21-29.

See J.A. & Catterson P. (2017) Can improving information to patients about emergency department processes reduce aggressive behavior towards staff? *Emergency Medicine Australasia* 29:597-606.

Shields M. & Wilkins K. (2009). Factors related to on-the-job abuse of nurses by patients. *Health Reports* 20:7-19.

Smith-Pittman M.H. & Mckoy Y.D. (1999). Workplace violence in healthcare environments. *Nursing Forum* 34:5-13.

Stathopoulou Ch. (2007). Violence and aggression towards health care professionals. *Health Science Journal* 1:1-5.

Taylor C. & Benger J. (2004). Patient satisfaction in emergency medicine. *Journal of Emergency Medicine* 21:528–352.

Taylor J.L. & Rew L. (2011) A systematic review of the literature: workplace violence in the emergency department. *Journal of Clinical Nursing* 20:1072-1085.

Tee S., Üzar Özçetin Y. & Russell-Westhead M. (2016). Workplace violence experienced by nursing students: A UK survey *Nurse Education Today* 41:30-35.

Picha J., Kableb A. & Hazelton M. (2017). paper Antecedents and precipitants of patient-related violence in the emergency department: Results from the Australian VENT Study (Violence in Emergency Nursing and Triage). *Australasian Emergency Nursing Journal* 20:107-113.

Παπαδοπούλου Δ. (2009). Βία στο Χώρο Εργασίας Νοσηλευτικού Προσωπικού. *Νοσηλευτική* 48:379-387.

REVIEW

Violence in the hospital area as a professional scourge in the 21st century

Konstantinos Gatsios[1], Martha Stauropoulou-Kelesi[2], Georgia Fasoi[3]
1. Student, Faculty of Nursing, University of West Attica
2. Professor, Faculty of Nursing, University of West Attica
3. Assistant Professor, Faculty of Nursing, University of West Attica

ABSTRACT
The phenomenon of violence in the working environment concerns all professions and all countries. Several researchers and studies dealing with violence in the working environment towards health professionals shows the extent of the problem. This phenomenon is more pronounced in the emergency departments (EDs) where violence is an inevitable part of professional life. Healthcare professionals are at higher risk than administrative staff. Especially for ED workers, violence in the working environment can lead to burnout. The causes vary, starting with the excessive waiting time due to lack of staff and ending up in the inadequate policy that most hospitals have for violence in the working environment. The phenomenon of workplace violence undermines the care and safety of patients, while nursing staff in order to fulfill their difficult tasks need a safe environment. Workload, lack of staff and unfulfilled expectations of patients and escorts are not consistent with the proper patients nursing management.

Key words: Aggression in hospitals, emergency departments, health professionals, workplace violence

Corresponding author: Konstantinos Gatsios
e-mail: gatsioskostas96@gmail.com

Submission date: 1.10.2019
Publication date: April 2021

Citation: Gatsios K., Stavropoulou-Kelesi M. & Fasoi G. (2021). Violence in the hospital area as a professional scourge in the 21st century. *Hellenic Journal of Nursing Science* 14(2): 3-11. doi: https://doi.org/10.24283/hjns.202121

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Πολιτισμικές διαφορές, στάσεις και αντιλήψεις σχετικά με την εμπειρία της εμμηνόπαυσης

Κωνσταντίνα Κατσιγιάννη[1], Χαρά Θεοδωρίδου[1], Παρασκευή Αποστολάρα[2]
1. Νοσηλεύτρια, Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
2. Λέκτορας Κοινοτικής Νοσηλευτικής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εμμηνόπαυση, σε πολλά μέρη του κόσμου, θεωρείται ως ένα σημαντικό γεγονός στη ζωή μιας γυναίκας. Σηματοδοτείται από τη μόνιμη διακοπή της εμμήνου ρύσης και αποτελεί μια περίοδο μετάβασης και προσαρμογής σε μια νέα κατάσταση που χαρακτηρίζεται από έλλειψη οιστρογόνων και απώλεια της αναπαραγωγικής ικανότητας της γυναίκας. Η μετάβαση σε αυτή τη νέα πραγματικότητα συνοδεύεται από μια σειρά βιολογικών και ψυχοκοινωνικών αλλαγών με πληθώρα συμπτωμάτων, τόσο σωματικών όσο και ψυχολογικών. Όπως κάθε γυναίκα είναι διαφορετική, έτσι και η εμπειρία της εμμηνόπαυσης διαφέρει. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία παρόλο που η εμφάνιση των συμπτωμάτων αποτελεί ένα παγκόσμιο φαινόμενο, γυναίκες από διαφορετικά πολιτισμικά υπόβαθρα αναφέρουν διαφορετικά συμπτώματα. Το ίδιο ισχύει και για τις αντιλήψεις σχετικά με την έννοια της εμμηνόπαυσης. Σκοπός του συγκεκριμένου άρθρου είναι η διερεύνηση, μέσα από πρόσφατα βιβλιογραφικά δεδομένα, αυτών των διαφορετικών αντιλήψεων και συμπτωμάτων που αποδίδουν οι γυναίκες διαφορετικών πολιτισμών στην εμπειρία της εμμηνόπαυσης. Η ανασκόπηση έδειξε σημαντικές διαφορές μεταξύ γυναικών διαφορετικών χωρών, αλλά και μεταξύ γυναικών που ζουν στην ίδια χώρα.

Λέξεις Κλειδιά: Αντιλήψεις, εμμηνόπαυση, εμπειρίες, κουλτούρα, πολιτισμικές διαφορές, στάσεις

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Κωνσταντίνα Κατσιγιάννη
e-mail: konkats29@gmail.com

Ημερομηνία υποβολής: 04.10.2019
Ημερομηνία δημοσίευσης: Απρίλιος 2021

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

Αναφορά του άρθρου ως: Κατσιγιάννη Κ., Θεοδωρίδου Χ. & Αποστολάρα Π. (2021). Πολιτισμικές διαφορές, στάσεις και αντιλήψεις σχετικά με την εμπειρία της εμμηνόπαυσης. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 14(2): 12-20. doi: https://doi.org/10.24283/hjns.202122

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ:

- **Η εμμηνόπαυση είναι ένα αναπόφευκτο ορόσημο στην αναπαραγωγική ζωή των γυναικών της μέσης ηλικίας.**
- **Οι γυναίκες από διαφορετικούς πολιτισμούς μπορεί να αναφέρουν διαφορετικά συμπτώματα και μπορεί να έχουν διαφορετικές προσεγγίσεις στη διαχείριση των συμπτωμάτων.**
- **Η στάση της γυναίκας απέναντι στις αλλαγές της μετάβασης στην εμμηνόπαυση θα καθορίσει την εμπειρία της, η οποία καθορίζεται από τις πολιτισμικές νόρμες της καταγωγής και από το περιβάλλον στο οποίο ζει.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εμμηνόπαυση ορίζεται ως η μόνιμη διακοπή της εμμήνου ρύσεως που προκύπτει από την απώλεια της ωοθυλακικής δραστηριότητας των ωοθηκών (WHO 1981). Είναι ένα φυσιολογικό στάδιο στη ζωή μιας γυναίκας και φυσικό μέρος της γήρανσης που συνήθως εμφανίζεται μεταξύ 45 και 55 ετών, όταν τα επίπεδα των κυριότερων αναπαραγωγικών ορμονών μειώνονται (Ramakuela et al 2014, NHS 2018). Ένα διάστημα αμηνόρροιας για 12 μήνες συνήθως χρησιμοποιείται για να υποδείξει το γεγονός ότι η εμμηνόπαυση έχει συμβεί. Η περίοδος αυτή χαρακτηρίζεται ενδοκρινολογικά από την ένδειξη της μείωσης της ωοθηκικής δραστηριότητας, βιολογικά με τη μείωση της γονιμότητας και κλινικά από μεταβολές των διαστημάτων του κύκλου της εμμηνόρροιας και από μια ποικιλία συμπτωμάτων (WHO 1981).

Παρόλο που υπάρχουν διάφορες ερμηνείες σχετικά με την εμμηνόπαυση, αναμφισβήτητα το βιοϊατρικό μοντέλο κυριαρχεί στην τρέχουσα αντίληψη των δυτικών πολιτισμών, υποστηριζόμενο από τα μέσα ενημέρωσης, τις ευρέως διαδεδομένες πληροφορίες για την υγεία και τον επιστημονικό τύπο. Αυτό το μοντέλο «ανεπάρκειας ορμονών» βλέπει τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης ως βιολογικά καθορισμένα που θεραπεύονται με ορμονοθεραπεία (Sergeant & Rizq 2017).

Είναι αδιαμφισβήτητο ότι η εμμηνόπαυση είναι ένα σημαντικό συμβάν ζωής που μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την ποιότητα ζωής μιας γυναίκας (Minkin et al 2015). Ως αποτέλεσμα του αυξημένου προσδόκιμου ζωής, οι περισσότερες γυναίκες αναμένεται να διανύσουν το ένα τρίτο ή περισσότερο της διάρκειας ζωής τους στην εμμηνόπαυση (Ghazanfarpour et al 2015). Η εμμηνόπαυση είναι μια κατάσταση σχεδιασμένη από τη φύση και δεν πρέπει να θεωρείται ως κάποιο είδος διαταραχής ή ασθένειας (Ramakuela et al 2014). Είναι ένα βιοψυχοκοινωνικό φαινόμενο που μπορεί να επηρεάσει τη ζωή μιας γυναίκας σε μεγάλο βαθμό ανάλογα με τον τρόπο που γίνεται αντιληπτή. Όλες οι γυναίκες σε όλο τον κόσμο, ανεξάρτητα από την κουλτούρα και τη χώρα προέλευσης, θα βιώσουν την εμμηνόπαυση και τη γήρανση. Οι μελέτες δείχνουν ότι η κουλτούρα επηρεάζει τη στάση των γυναικών προς την εμμηνόπαυση. Επειδή η εμμηνόπαυση έχει διαφορετικές έννοιες σε διαφορετικούς πολιτισμούς, αυτό κάνει την εμπειρία και το νόημα της να είναι μοναδικά για κάθε γυναίκα (Hakimi et al 2016).

Σκοπός της ανασκόπησης είναι η διερεύνηση των αντιλήψεων και η αναφορά των διαφορών των συμπτωμάτων που εμφανίζουν οι διάφορες κουλτούρες σε σχέση με την εμμηνόπαυση.

ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ ΚΑΙ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ

Τα εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά τις καθημερινές δραστηριότητες που είναι σημαντικές για την ποιότητα ζωής, συμπεριλαμβανομένων των εργασιακών και συναισθηματικών σχέσεων. Ο τύπος, η σοβαρότητα και η διάρκεια των συμπτωμάτων μπορεί να καθορίσουν τη συνολική επίδραση της εμμηνόπαυσης στη ζωή των γυναικών (Minkin et al 2015).

Τα συνήθη συμπτώματα της εμμηνόπαυσης περιλαμβάνουν: εξάψεις, νυχτερινές εφιδρώσεις, διαταραχές ύπνου, προβλήματα με τη μνήμη και τη συγκέντρωση, πονοκεφάλους, αλλαγές στη διάθεση, όπως πεσμένη διάθεση ή άγχος, μειωμένη σεξουαλική ορμή, κολπική ξηρότητα και πόνο, κνησμό ή δυσφορία κατά τη διάρκεια του σεξ, αίσθημα παλμών, δυσκαμψία και πόνους στις αρθρώσεις, μειωμένη μυϊκή μάζα, μεταβολές του δέρματος και των τριχών, μεταβολικές αλλαγές και αλλαγές στο βάρος και άλλα (Monteleone et al 2018, NHS 2018). Τα κυριότερα όμως συμπτώματα της εμμηνόπαυσης είναι τα αγγειοκινητικά. Τα συμπτώματα αυτά είναι επεισόδια αυξημένης θερμότητας που συνοδεύονται από εφίδρωση και έξαψη, και παρατηρούνται κυρίως γύρω από το κεφάλι, το λαιμό, το στήθος και το άνω μέρος της πλάτης (Thurston & Joffe 2011).

Τα συμπτώματα αυτά διαφέρουν μεταξύ των γυναικών από διαφορετικές χώρες, μεταξύ των γυναικών διαφορετικής προέλευσης που ζουν στην ίδια χώρα, και μεταξύ των γυναικών που γεννιούνται στον ίδιο τόπο, αλλά ζουν σε διαφορετικές χώρες (Hakimi et al 2014). Η επικράτηση και η σοβαρότητα των συμπτωμάτων ποικίλλουν ανάλογα με το γεωγραφικό, κοινωνικοοικονο-

μικό και πολιτισμικό πλαίσιο στο οποίο ζουν οι γυναίκες (Minkin et al 2015).

Οι χώρες της Ασίας διαφέρουν τόσο στην κουλτούρα, την γεωγραφική τους θέση, την οικονομία τους όσο και σαν έθνη, οπότε εμφανίζουν διαφορές στα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης άλλα και στη συχνότητα εμφάνισης τους τόσο με τη δύση, άλλα και μεταξύ τους (Baber 2014). Σε μία μελέτη που αφορούσε διάφορες χώρες της Ασίας τα σωματικά συμπτώματα ήταν τα πιο συχνά εμφανιζόμενα και στη συνέχεια τα ψυχολογικά, τα αγγειοκινητικά και τα σεξουαλικά (Islam et al 2015). Οι Ruan et al (2016) διαπίστωσαν ότι τα συχνότερα συμπτώματα που αναφέρθηκαν από τις Κινέζες που αναζήτησαν βοήθεια για «κλιμακτηριακά συμπτώματα» ήταν η κόπωση, η αϋπνία, η ευερεθιστότητα, το αίσθημα παλμών και η καταθλιπτική διάθεση, παρά τα αγγειοκινητικά συμπτώματα. Σε μία συγχρονική μελέτη η οποία έγινε στο Νεπάλ σε 2000 γυναίκες, φάνηκε ότι οι περισσότερες γυναίκες είχαν ελάχιστες γνώσεις σχετικά με τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης. Επίσης, στη μελέτη αναφέρεται ότι ο πόνος στις αρθρώσεις, οι εξάψεις και η ακανόνιστη αιμορραγία, ήταν τα συνηθέστερα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης (Rajbhandari et al 2017). Σε άλλη μελέτη που διεξήχθη στην Ινδία, η συντριπτική πλειονότητα των συμμετεχουσών ανέφερε ότι υπέφεραν από συμπτώματα όπως άγχος, κατάθλιψη, απώλεια σεξουαλικής επιθυμίας, κόπωση, πόνο στις αρθρώσεις, ευερεθιστότητα, προβλήματα στη μνήμη, αίσθημα παλμών, ακράτεια ούρων, μούδιασμα των άκρων, χαμηλή συγκέντρωση, διαταραχή του ύπνου, διαρροές ούρων κατά τη διάρκεια του βήχα και του γέλιου, νυχτερινή εφίδρωση, πονοκέφαλο, ζάλη, συχνουρία, εξάψεις κ.λπ. κατά φθίνουσα σειρά συχνότητας (Dasgupta & Ray 2013). Σε μια άλλη πολιτεία της Ινδίας, οι Borker et al (2013) έδειξαν ότι τα κυριότερα συμπτώματα στις γυναίκες, κατά φθίνουσα σειρά, ήταν τα συναισθηματικά προβλήματα (κλάματα, κατάθλιψη, ευερεθιστότητα), η κεφαλαλγία, ο λήθαργος, η δυσουρία, προβλήματα στη μνήμη, τα μυοσκελετικά προβλήματα (πόνος στις αρθρώσεις, μυϊκός πόνος), τα σεξουαλικά προβλήματα (μειωμένη λίμπιντο, δυσπαρευνία), προβλήματα στα γεννητικά όργανα (κνησμός, κολπική ξηρότητα) και οι μεταβολές στη φωνή. Το 22,4% δεν αισθανόταν την ανάγκη να επισκεφθεί γιατρό για αυτά, επειδή έκριναν ότι δεν ήταν δυνατόν να αντιμετωπιστούν αυτά τα συμπτώματα. Αξιοσημείωτο είναι πως στη μελέτη καμία γυναίκα δεν ανέφερε εξάψεις ή νυχτερινές εφιδρώσεις ως μετεμμηνοπαυσιακά συμπτώματα.

Οι εξάψεις και οι νυχτερινές εφιδρώσεις είναι τα κύρια συμπτώματα που αναφέρθηκαν στις δυτικές κουλτούρες και οι γυναίκες τείνουν συχνά να αναζητούν βοήθεια για αυτά μαζί με τις διαταραχές στον ύπνο, τη συγκέντρωση και την κόπωση (Carpenter et al 2015, Hunter & Edozien 2017). Στη μελέτη των Constantine et al (2016), οι εξάψεις είναι το πιο συχνά εμφανιζόμενο σύμπτωμα σε γυναίκες στη Γαλλία, τη Γερμανία, την Ιταλία, το Ηνωμένο Βασίλειο και την Ισπανία. Επίσης στη μελέτη των Grigoriou et al (2013) σε 1025 Ελληνίδες γυναίκες, το 29,8% των γυναικών ανέφεραν μέτρια έως σοβαρά εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα. Ειδικότερα, 39,2% ανέφεραν αγγειοκινητικά, 21,3% ψυχολογικά, 6,3% ψυχοσωματικά και 34,5% σεξουαλικά συμπτώματα. Η μελέτη των Minkin et al (2015) έδειξε ότι η κολπική ξηρότητα, οι εξάψεις, οι νυχτερινές εφιδρώσεις, ο διαταραγμένος ύπνος και η αύξηση του βάρους είναι τα πέντε πιο συχνά συμπτώματα που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες στη Βόρεια Αμερική και την Ευρώπη. Ακόμη, το πιο συχνό σύμπτωμα σύμφωνα με τους Taher et al (2013) σε γυναίκες στη Λιβύη ήταν οι εξάψεις και οι πόνοι στους μύες και τις αρθρώσεις, ενώ, επίσης, στις γυναίκες στην Τουρκία σε μελέτη των Fıskin et al (2015) τα πιο συχνά αναφερθέντα παράπονα περιελάμβαναν τις εξάψεις, την εφίδρωση, την αυξημένη ευερεθιστότητα, την ξηρότητα του κόλπου, τη δυσπαρευνία και τον πόνο στη μέση.

Οι γυναίκες της Ευρώπης και της Λατινικής Αμερικής φάνηκε να έχουν υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης εξάψεων, αϋπνίας, μεταβολών της διάθεσης, ευερεθιστότητας και μειωμένης σεξουαλικής επιθυμίας από ότι γυναίκες άλλων εθνικοτήτων, ενώ οι Αμερικάνες αφρικανικής καταγωγής παρουσιάζουν αγγειοκινητικά συμπτώματα που επιμένουν. Οι κλιματολογικοί παράγοντες, όπως οι υψηλότερες θερμοκρασίες ή τα χαμηλότερα υψόμετρα, σχετίζονται, επίσης, με υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης εξάψεων και νυχτερινής εφίδρωσης. Επιπλέον, η μειωμένη έκθεση στο ηλιακό φως οδηγεί στην εμφάνιση οστεοπόρωσης πιο συχνά στις χώρες της Βόρεια Ευρώπης (Monteleone et al 2018). Όμως, η μελέτη των da Silva & d'AndrettaTanaka (2013), έδειξε ότι μεταξύ των γυναικών της Βραζιλίας, τα άτυπα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης ήταν τα πιο συχνά αναφερόμενα. Η ευερεθιστότητα ήταν το συχνότερο σύμπτωμα, ακολουθούμενη από αρθρική και μυϊκή δυσφορία και άγχος. Η ίδια μελέτη ανέδειξε πως τα σοβαρά συμπτώματα της εμμηνόπαυσης ήταν πιο πιθανά σε γυναίκες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, με αυτοαντιλαμβανόμενη κακή υγεία και στη μεταβατική φάση της εμμηνόπαυσης. Ένα αξιοσημείωτο εύρημα, επίσης, ήταν ότι οι εξάψεις αναφέρθηκαν από ένα σχετικά μεγάλο ποσοστό των γυναικών και θεωρήθηκαν σοβαρές από κάποιες γυναίκες, υπογραμμίζοντας ότι το σύμπτωμα, αν και όχι το κύριο παράπονο στην έρευνα αυτή, παραμένει ένα από τα συχνότερα συμπτώματα που εκδηλώνεται στις γυναίκες, ιδίως μεταξύ των δυτικών χωρών.

Αντίθετα, σε έναν αστικό πληθυσμό γυναικών ηλικίας 40 έως 60 ετών από το Μεξικό, οι εξάψεις και οι νυχτερινές εφιδρώσεις δεν ήταν τα συχνότερα αναφερόμενα συμπτώματα. Τα δώδεκα πιο συνηθισμένα συμπτώματα που αναφέρθηκαν, κατά φθίνουσα σειρά συχνότητας, ήταν η

κούραση, ο πόνος των μυών και των αρθρώσεων, η νευρικότητα, τα προβλήματα συγκέντρωσης, το καταθλιπτικό συναίσθημα, η δυσκολία στον ύπνο, οι πονοκέφαλοι, η αίσθηση μυρμηγκιάσματος στο δέρμα, η απώλεια ενδιαφέροντος για σεξ, η ακράτεια ούρων, και τέλος οι εξάψεις και οι νυχτερινές εφιδρώσεις (Sievert et al 2018). Επίσης, σε μια άλλη μελέτη που έγινε στο Μεξικό, οι γυναίκες που ερωτήθηκαν δεν συσχέτισαν τις εξάψεις με αρνητικές ή προβληματικές πτυχές της εμμηνόπαυσης. Ακόμη, αξίζει να σημειωθεί πως στο Μεξικό οι γυναίκες «ζουν τα συμπτώματα». Η φράση «viven los syptomas» υποδηλώνει ότι τα συμπτώματα είναι πλήρως ενσωματωμένα σε μια αίσθηση του σώματος ως σύνολο (Huicochea-Gomez et al 2017).

Αυτά τα διαφορετικά πρότυπα αναφοράς των συμπτωμάτων αποτελούν παραδείγματα της ποικιλίας της εμμηνοπαυσιακής εμπειρίας. Συνεπώς, η κουλτούρα, η καταγωγή, οι διαφορές του περιβάλλοντος και ο τρόπος ζωής μπορούν να επηρεάσουν τα συμπτώματα τα οποία οι γυναίκες αντιλαμβάνονται και σχετίζουν με την εμμηνόπαυση (Grigoriou et al 2013, Sievert 2014).

ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ

Η στάση της γυναίκας απέναντι στις αλλαγές της μετάβασης στην εμμηνόπαυση θα καθορίσει την εμπειρία της. Αυτές σίγουρα επηρεάζονται από τις πολιτισμικές νόρμες της καταγωγής και από το περιβάλλον στο οποίο ζει (Erbil 2017).

Οι Ελληνοκύπριες γυναίκες, σύμφωνα με τη μελέτη της Christoforou (2018) συνήθως ερμηνεύουν και βιώνουν το σώμα στην εμμηνόπαυση ως ανεξέλεγκτο, ως αυτόνομο σώμα πάνω στο οποίο ο εαυτός δεν έχει πάντοτε τον έλεγχο. Οι αλλαγές που αποδίδουν οι γυναίκες στην εμμηνόπαυση, όπως οι ανωμαλίες του κύκλου, η βαριά αιμορραγία, οι εξάψεις, οι εφιδρώσεις, η κατάθλιψη και τα νεύρα, καθώς και ο συνδυασμός της εμμηνόπαυσης και της γήρανσης αποτελούν κρίσιμους παράγοντες στην ερμηνεία της εμμηνόπαυσης ως δυσάρεστη εμπειρία. Αρνητικές αντιλήψεις για θέματα γύρω από την εμμηνόπαυση και τη γήρανση είχε η πλειονότητα των συμμετεχουσών που προέρχονταν από αγροτικές περιοχές της Νότιας Αφρικής (Ramakuela et al 2014). Οι γυναίκες συσχέτισαν την παύση της εμμήνου ρύσεως με τη γήρανση και όχι με την εμμηνόπαυση, ενώ μόλις σταματούσε η έμμηνος ρύση τότε κάποια θεωρούνταν μεγάλη, γεγονός που σύνδεε τη γήρανση με την τιμωρία. Αξιοσημείωτο είναι ότι μύθοι που επικρατούν στην περιοχή απαγορεύουν στις γυναίκες αυτές να κάνουν σεξ στην εμμηνόπαυση, καθώς αυτό θα μπορούσε να οδηγήσει στην εμφάνιση διόγκωσης της κοιλιακής χώρας και έτσι, οι άνδρες μπορούν να ασκούν την πολυγαμία για την προστασία των συζύγων τους. Σε μελέτη που έγινε στην Ινδία, το 22,4% των γυναικών θεώρησε ότι ο κύριος λόγος της εμμηνόπαυσης οφειλόταν στο Θεό, ενώ το 9,3% δεν γνώριζε κανένα συγκεκριμένο λόγο εμμηνόπαυσης. Οι υπόλοιπες γνώριζαν ότι οι φυσιολογικές ορμονικές αλλαγές που εμφανίζονται στις γυναίκες είναι ο λόγος που οδηγεί στην εμμηνόπαυση (Borker et al 2013).

Η αποδοχή της εμμηνόπαυσης ως φυσική διαδικασία βοήθησε κάποιες γυναίκες να έχουν μια ουδέτερη στάση απέναντι στην εμμηνόπαυση με αποτέλεσμα να παρουσιάζουν τόσο αρνητικά όσο και θετικά συναισθήματα και στάσεις απέναντι στην εμμηνόπαυση (Hakimi et al 2016). Ομοίως, σε μελέτη που έγινε σε μεγάλη πόλη της Ινδίας οι συμμετέχουσες στην πλειοψηφία τους δήλωναν ότι η εμμηνόπαυση είναι μια φυσική διαδικασία κάτι που εξηγεί την ουδέτερη στάση που είχαν για την εμμηνόπαυση και τη γήρανση (Dasgupta & Ray 2013). Αντιθέτως, για τις γυναίκες της Τουρκίας παρόλο που η εμμηνόπαυση ορίστηκε ως μια φυσιολογική διαδικασία, σήμαινε, επίσης, τη γήρανση και το τέλος της γονιμότητας (Fıskin et al 2015). Από την άλλη οι αρνητικές στάσεις σχετικά με το γήρας και το τέλος της νιότης, ο περιορισμός της ελευθερίας, οι αλλαγές στο σώμα και η ευαισθησία στις ασθένειες οδήγησαν τις Ιρανές σε αρνητικά συναισθήματα όπως ο φόβος και η ανησυχία (Hakimi et al 2016). Παρόμοια στη Βραζιλία, η απουσία εμμηνόρροιας, το σύμβολο της γονιμότητας, θεωρήθηκε από μερικές γυναίκες ως σταυροδρόμι μεταξύ μιας υγιούς ζωής και μιας μετατόπισης προς τη γήρανση και τις σοβαρές ασθένειες (da Silva & d'Andretta Tanaka 2013). Ακόμη στη μελέτη των Hakimi et al (2016) φάνηκε πως η καθαριότητα, η άνεση και η δυνατότητα συμμετοχής σε θρησκευτικές τελετές συνέβαλαν στη θετική στάση των Ιρανών γυναικών απέναντι στην εμμηνόπαυση. Σύμφωνα με τους ισλαμικούς νόμους, απαγορεύεται στις γυναίκες να προσεύχονται, να νηστεύουν, να απαγγέλλουν το ιερό Κοράνι ή να εισέρχονται σε ιερούς χώρους, όπως τζαμιά, με εμμηνόρροια. Μετά την εμμηνόπαυση ήταν ελεύθερες να εκτελέσουν τα θρησκευτικά τους καθήκοντα και ανέφεραν ότι από τότε που βιώνουν την εμμηνόπαυση είχαν στενότερες σχέσεις με το Θεό. Παρόμοια οι μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες αραβικής καταγωγής στο Κατάρ ήταν κοινωνικά πιο ενεργές από ότι πριν και μπόρεσαν να συμμετάσχουν σε θρησκευτικές δραστηριότητες που προηγουμένως δεν μπορούσαν να παρακολουθήσουν κατά τη διάρκεια της εμμήνου ρύσεως. Στην ίδια μελέτη, η πλειοψηφία των γυναικών θεωρούσε την περίοδο της εμμηνόπαυσης ως περίοδο ωριμότητας και σοφίας που είχε θετικές πτυχές, παρόλο που ο όρος «εμμηνόπαυση» μεταφράζεται και σημαίνει στα αραβικά «η απελπιστική ηλικία». Αξίζει να αναφερθεί ότι οι σύζυγοι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζουν οι γυναίκες την εμμηνόπαυση, δηλαδή το επίπεδο υποστήριξής τους καθόριζε κατά πόσο η εμμηνόπαυση θα ήταν μια θετική ή

αρνητική εμπειρία (Murphy et al 2013).

Σε πόλεις της Ταϊλάνδης υπάρχει η πεποίθηση ότι η εμμηνόπαυση αντιπροσωπεύει ένα νέο στάδιο ζωής το οποίο συνδέεται με τη γήρανση και τη φυσική φθορά του σώματος όπως στο δέρμα, στην ενέργεια και στη σεξουαλική επιθυμία. Οι συμμετέχουσες στη μελέτη ασπάζονταν το Βουδισμό κατά τον οποίο η εμμηνόπαυση σημαίνει γήρανση και είναι ένα από τα τέσσερα στάδια της ζωής: γέννηση, γήρανση, ασθένεια, θάνατος (Sriprasert et al 2017). Παρομοίως στην Κορέα οι γυναίκες θεωρούν την εμμηνόπαυση ως ένα φυσιολογικό στάδιο που επέρχεται με το πέρας της ηλικίας. Επίσης, νιώθουν πιο άνετα αφού δεν έχουν έμμηνο ρύση και η πιθανότητα να κάνουν και άλλα παιδιά εξαφανίζεται. Υπάρχει βέβαια και η αρνητική άποψη ότι η εμμηνόπαυση έχει ως επακόλουθο την εξαφάνιση της θηλυκότητας και την εμφάνιση των πρώτων σημαδιών της γήρανσης (Chae et al 2014).

Αλλά και οι γυναίκες στη Χαβάη, σε μελέτη το 2014, είχαν μια γενικά θετική εμπειρία για την εμμηνόπαυση και δεν τη θεωρούν ως ένα πρόβλημα υγείας που χρειάζεται ιατρική παρέμβαση, αλλά ως ένα κύκλο ζωής και μια προσωπική αναγέννηση που έχει πολλά ωφέλιμα αποτελέσματα. Το τέλος της εμμήνου ρύσεως, και κατά συνέπεια το τέλος της γονιμότητας, επέτρεψε στις γυναίκες να επαναδημιουργήσουν την ταυτότητά τους ως «σοφότερης» γυναίκας που «εισέρχεται σε μια νέα γυναικεία φύση». Η έλλειψη μηνιαίων κύκλων ήταν «απελευθερωτική» παρά την απροβλεψιμότητα και πολλές, επίσης, αισθάνθηκαν ανακουφισμένες χωρίς πλέον εμμηνόρροια (Morrison et al 2014). Ομοίως, στο Νεπάλ οι περισσότερες από τις γυναίκες εξέλαβαν την εμμηνόπαυση ως μέρος του κύκλου ζωής και όχι ως ασθένεια, η οποία χρειάζεται κάποια θεραπεία. Έτσι εξηγείται και το γεγονός ότι δεν αναζήτησαν θεραπεία για τα συμπτώματα τους. Επίσης, το ποσοστό αναλφαβητισμού στη συγκεκριμένη χώρα είναι πολύ υψηλό και επηρεάζει τη στάση των γυναικών απέναντι στην εμμηνόπαυση (Rajbhandari et al 2017). Μια παρόμοια μελέτη η οποία έγινε στο Χονγκ Κονγκ σε γυναίκες κινέζικης καταγωγής, έδειξε ότι οι γυναίκες κρατούσαν μια θετική στάση απέναντι στην εμμηνόπαυση και τη θεωρούσαν φυσιολογική πορεία στη ζωή τους. Επίσης, αισθάνονταν ανακούφιση γιατί η εμμηνόπαυση είναι σημάδι γήρανσης και στην κινέζικη κουλτούρα το γήρας συνδέεται με την αύξηση της δύναμης και του σεβασμού (Li et al 2016). Ακόμη στην Αυστραλία αναγνωρίστηκε ευρύτερα ο όρος «αλλαγή ζωής» που αντανακλά την αντίληψη ότι η εμμηνόπαυση θεωρείται μια φυσική μετάβαση στη ζωή μιας γυναίκας που σήμανε τη διαδικασία της γήρανσης και ένα συναφές κέρδος σεβασμού στην τοπική κοινότητα (Jurgenson et al 2014). Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι σε μερικούς πολιτισμούς, η εμμηνόπαυση αντιπροσωπεύει μια σημαντική αλλαγή που γενικά παρέχει σεβασμό, εξουσία και ωριμότητα με τη διαδικασία της γήρανσης (da Silva & d'Andretta Tanaka 2013).

Αντιθέτως, οι γυναίκες της Χιλής αντιλαμβάνονταν την εμμηνόπαυση ως την αρχή της γήρανσης, εστιάζοντας στο τέλος της γονιμότητας και στην κοινωνική σημασία που συνεπάγεται αυτός ο νέος ρόλος. Η έννοια της εμμηνόπαυσης για τις γυναίκες της μελέτης συνδέεται κυρίως με το τέλος της αναπαραγωγικής ζωής και της γονιμότητας και με την αρχή της γήρανσης. Στις λατινικές κουλτούρες ο ρόλος της γυναίκας συνδέεται στενά με την έννοια της μητρότητας και με το ρόλο της γονικής μέριμνας. Το τέλος της γονιμότητας γίνεται αντιληπτό ως μια πτυχή της ωριμότητας στην οποία οι γυναίκες αναγνωρίζουν την ανεξαρτησία των παιδιών τους ως αποτέλεσμα της παύσης του ρόλου της ανατροφής και, ως εκ τούτου, μιας πτυχής που επηρεάζει την αντίληψή τους για την ελευθερία και την εστίαση της προσοχής τους εαυτούς τους (Araya et al 2017). Παρομοίως η Melby (2015) δείχνει ότι όταν απελευθερωθούν από τις ευθύνες φροντίδας, οι σύγχρονες γυναίκες της Ιαπωνίας προσδοκούν μια νέα ζωή στην οποία μπορούν να αφοσιωθούν περισσότερο στον εαυτό τους μέσω της εργασίας ή της προσωπικής/κοινωνικής ανάπτυξης.

Επιπλέον, και σε μια μελέτη σε 58 Κινέζες, Μαλαισιανές και Ινδές γυναίκες που ζούσαν στην Σιγκαπούρη έδειξε ότι υπήρχε η γνώση ότι η εμμηνόπαυση σημαίνει τέλος της αναπαραγωγικής ηλικίας. Οι γυναίκες περιέγραψαν μια στάση αποδοχής απέναντι στην εμμηνόπαυση, καθώς και στις αλλαγές που συσχετίζονται με αυτήν. Παρόλη τη θετική στάση δεν έλειπε ο φόβος και η ανασφάλεια, όπως για τις σωματικές αλλαγές, άλλα και την απώλεια του «εαυτού». Επίσης έβλεπαν την εμμηνόπαυση ως σημάδι γήρανσης. Οι γυναίκες πήραν δύναμη από την θρησκεία και την προσευχή για να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματα κατά τη διάρκεια αυτής της μετάβασης. Θεώρησαν ότι η εμμηνόπαυση είναι μια φυσική φάση της ζωής την οποία μια γυναίκα δεν έχει άλλη επιλογή παρά να περάσει (Mackey et al 2014).

Η έλλειψη γνώσεων για την εμμηνόπαυση προκαλεί μια λανθασμένη ή αρνητική αντίληψη προς αυτήν. Αυτό με τη σειρά του οδηγεί σε αρνητική ή ουδέτερη στάση απέναντι στην εμμηνόπαυση. Από την άλλη πλευρά, αν οι γνώσεις σχετικά με την εμμηνόπαυση είναι επαρκείς και κατανοητές μεταξύ των γυναικών, θα υπάρχει ορθή αντίληψη που μπορεί να οδηγήσει σε θετική στάση απέναντι στην εμμηνόπαυση (Hoëbes & Matengu 2014). Στο πλαίσιο αυτό επίσης έχει φανεί πως τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης είναι λιγότερο συχνά σε κοινωνίες όπου η εμμηνόπαυση θεωρείται θετικό και όχι αρνητικό γεγονός. Ενώ γυναίκες με αρνητική στάση απέναντι στην εμμηνόπαυση εμφανίζουν συχνότερα και σοβαρότερα συμπτώματα κατά τη διάρκεια της μετάβασης στην εμμηνόπαυση (Ayers et al 2010, Yanikkerem et al 2012, Hakimi et al 2014).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η εμμηνόπαυση είναι ένα αναπόφευκτο ορόσημο στην αναπαραγωγική ζωή των γυναικών της μέσης ηλικίας. Αποτελεί παγκόσμιο γεγονός αφού κάθε γυναίκα θα σταματήσει τελικά την εμμηνόρροια σηματοδοτώντας έτσι τη μετάβαση από την παραγωγική, στη μη παραγωγική ηλικία. Με την αύξηση του προσδόκιμου ζωής, οι γυναίκες περνούν το ένα τρίτο της ζωής τους σε αυτή τη φάση. Η βιοϊατρική οπτική τείνει να θεωρεί την εμμηνόπαυση ως καθολική με συγκεκριμένα συμπτώματα και κινδύνους εφόσον οι γυναίκες εμφανίζουν σχετικά παρόμοιες ενδοκρινικές αλλαγές, όμως οι μελέτες διαπιστώνουν ότι οι εμμηνοπαυσιακές εμπειρίες των γυναικών απέχουν πολύ από το καθολικό αφού τα συμπτώματα που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες, η σημασία της εμμηνόπαυσης, η στάση τους απέναντι στην εμμηνόπαυση και το αν επιδιώκουν ή όχι θεραπεία ποικίλλουν μεταξύ των πολιτισμών. Φαίνεται λοιπόν ότι η εμμηνόπαυση διαμορφώνεται έντονα από κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες.

Η αυξανόμενη ποικιλομορφία των πληθυσμών των χωρών υπογραμμίζει τη σημασία της κατανόησης του τρόπου με τον οποίο οι πολιτισμικές διαφορές μπορούν να επηρεάσουν τον τρόπο με τον οποίο οι γυναίκες βιώνουν την εμμηνόπαυση. Απαιτείται περισσότερη έρευνα σε αυτόν τον τομέα για την καλύτερη κατανόηση των διαφορών. Τέτοιες μελέτες συμβάλλουν στην ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας να εξετάζουν το πολιτισμικό και κοινωνικό υπόβαθρο μιας γυναίκας όταν συζητούν για την εμμηνόπαυση και τη διαχείριση των συμπτωμάτων. Οι γυναίκες από διαφορετικούς πολιτισμούς μπορεί να αναφέρουν διαφορετικά συμπτώματα και μπορεί να έχουν διαφορετικές προσεγγίσεις στη διαχείριση των συμπτωμάτων, συνεπώς η εμμηνόπαυση θα πρέπει να εξετάζεται στο πλαίσιο της προσωπικής ιστορίας ζωής της κάθε γυναίκας. Επιπλέον, οι συζητήσεις μεταξύ επαγγελματιών υγείας και εμμηνοπαυσιακών γυναικών πρέπει να περιλαμβάνουν την παροχή πληροφοριών που θα βοηθήσουν τις γυναίκες σε αυτή τη μετάβαση να δημιουργήσουν μια υγιή στάση απέναντι στην εμμηνόπαυση. Πρωταρχικός στόχος είναι να εξασφαλιστεί ότι οι γυναίκες έχουν ακριβείς, σχετικές και έγκαιρες πληροφορίες από την αρχή της αναπαραγωγικής ηλικίας μέχρι το τέλος και πέρα από αυτό. Ακόμη η προσέγγιση δεν πρέπει να αφορά μόνο τις γυναίκες αλλά και τους συντρόφους τους. Καθοριστικής σημασίας είναι η οργάνωση προγραμμάτων ευαισθητοποίησης για τις γυναίκες στην εμμηνόπαυση για να αυξήσουν τις γνώσεις τους σχετικά με την εμμηνόπαυση η οποία θα πρέπει να εξετάζεται στο πλαίσιο της πολιτισμικής καταβολής της κάθε γυναίκας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Araya A.X., Urrutia M.T., Dois A. & Carrasco P. (2017). Menopause, the beginning of aging for Chilean women: A qualitative study. *Investigación y Educaciónen Enfermería* 35(1):95-99.

Ayers B., Forshaw M. & Hunter M.S. (2010).The impact of attitudes towards the menopause on women's symptom experience: A systematic review. *Maturitas* 65(1):28-36.

Baber R.J. (2014). East is east and West is west: perspectives on the menopause in Asia and The West. *Climacteric* 17(1):23-28.

Borker S.A., Venugopalan P.P. & Bhat S.N (2013). Study of menopausal symptoms, and perceptions about menopause among women at a rural community in Kerala. *Journal of Mid-Life Health* 4(3):182-187.

Carpenter J.S., Woods N.F., Otte J.L., Guthrie K.A., Hohensee C., Newton K.M., Joffe H, Cohen L., Sternfeld B., Lau R.J., Reed S.D. & LaCroix A.Z. (2015). MsFLASH participants' priorities for alleviating menopausal symptoms. *Climacteric* 18(6):859-866.

Chae H.D., Choi S.Y., Cho E.J., Cho Y.M., Lee S.R., Lee E.S. & Park H.M. (2014). Awareness and Experience of Menopausal Symptom and Hormone Therapy in Korean Postmenopausal Women. *Journal of Menopausal Medicine* 20(1):7-13.

Christoforou A. (2018). Uncontrollable bodies: Greek Cypriot women talk about the transition to menopause. *Women's Studies International Forum* 70:9-16.

Constantine G.D., Graham S., Clerinx C., Bernick B.A., Krassan M., Mirkin S. & Currie H. (2016). Behaviours and attitudes influencing treatment decisions for menopausal symptoms in five European countries. *Post Reproductive Health* 22(3):112-122.

Da Silva A.R. & d'Andretta Tanaka A.C. (2013). Factors associated with menopausal symptom severity in middle-aged Brazilian women from the Brazilian Western Amazon. *Maturitas* 76(1):64-69.

Dasgupta D. & Ray S. (2013). Attitude Toward Menopause and Aging: A Study on Postmenopausal Women of West Bengal. *Journal of Women & Aging* 25(1):66-79.

Erbil N. (2017). Attitudes towards menopause and depression, body image of women during menopause. *Alexandria Journal of Medicine* 54(3):241-246.

Fıskin G., Sahin N. & Guler I. (2015). Perceptions and attitudes toward the menopause among climacteric aged women from Turkey. *Maturitas* 81(1):144-190.

Ghazanfarpour M., Kaviani M., Abdolahian S., Bonakchi H., Najmabadi Khadijeh M., Naghavi M. & Khadivzadeh T. (2015). The relationship between women's attitude towards menopause and menopausal symptoms among postmenopausal women. *Gynecological Endocrinology* 31(11):860-865.

Grigoriou V., Augoulea A., Armeni E., Rizos D., Alexandrou A., Dendrinos S., Panoulis K. & Lambrinoudaki I. (2013). Prevalence of vasomotor, psychological, psychosomatic and sexual symptoms in perimenopausal and recently postmenopausal Greek women: association with demographic, life-style and hormonal factors. *Gynecological Endocrinology* 29(2):125-128.

Hakimi S., Simbar M. & Ramezani Tehrani F. (2014). Perceived Concerns of Azeri Menopausal Women in Iran. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 16(5):111-117.

Hakimi S., Simbar M., Ramezani Tehrani F., Zaiery F. & Khatami S. (2016). Women's perspectives toward menopause: A phenomenological study in Iran. *Journal of Women & Aging* 28(1):80-89.

Hoëbes K.H. & Matengu K. (2014). Knowledge and Understanding of Menopause and Menopausal Symptoms: A Namibian Perspective. *International Journal of Health Sciences* 2(2):163-183.

Huicochea-Gómez L., Sievert L.L., Cahuich-Campos D. & Brown D., (2017). An investigation of life circumstances associated with the experience of hot flashes in Campeche, Mexico. *Menopause* 24(1):52-63.

Hunter M.S. & Edozien L.C. (2017). Special Issue on biopsychosocial perspectives on the menopause. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 38(3):159-160.

Islam M.R., Gartoulla P., Bell R.J., Fradkin P. & Davis S.R. (2015). Prevalence of menopausal symptoms in Asian midlife women: a systematic review. *Climacteric* 18(2):157-176.

Jurgenson J.R., Jones E.K., Haynes E., Green C. & Thompson S.C. (2014). Exploring Australian Aboriginal Women's experiences of menopause: a descriptive study. *BMC Women's Health* 14:47-50.

Li S., Ho S.C. & Sham A. (2016). Relationship between menopause status, attitude toward menopause, and quality of life in Chinese midlife women in Hong Kong. *Menopause* 23(1):67-73.

Mackey S., Teo S.S., Dramusic V., Lee H.K. & Boughton M. (2014). Knowledge, Attitudes, and Practices Associated With Menopause: A Multi-ethnic, Qualitative Study in Singapore. *Health Care for Women International* 35(5):512-528.

Melby M.K. (2015). Lessons on aging: Hopes and concerns of Japanese women at midlife. *Journal of Women & Aging* 28(2):127-140.

Minkin M.J., Reiter S. & Maamari R. (2015). Prevalence of postmenopausal symptoms in North America and Europe. *Menopause* 22(11):1231-1238.

Monteleone P., Mascagni G., Giannini A., Genazzani A.R. & Simoncini T. (2018). Symptoms of menopause - global prevalence, physiology and implications. *Nature Reviews Endocrinology* 14(4):199-215.

Morrison L.A., Brown D.E., Sievert L.L., Reza A., Rahberg N., Mills P. & Goodloe A. (2014). Voices From the Hilo Women's Health Study: Talking Story About Menopause. *Health Care for Women International* 35(5):529-548.

Murphy M.M, Verjee M.A., Bener A. & Gerber L.M. (2013). The hopeless age? A qualitative exploration of the experience of menopause in Arab women in Qatar. *Climacteric* 16(5):550-554.

NHS (2018). Overview Menopause [Online] Available at: https://www.nhs.uk/conditions/menopause/ [Accessed: 2 October 2019].

NHS (2018). Symptoms Menopause [Online] Available at: https://www.nhs.uk/conditions/menopause/symptoms/ [Accessed: 2 October 2019].

Rajbhandari S., Subedi R.K., Dangal G., Phuyal A., Vaidya A., Karki A., Tuladhar H., Gurung B.S., Joshi L. & Shrestha S. (2017). Menopausal Health Status of Nepalese Women. *Journal of the Nepal Medical Association* 56(205):107-111.

Ramakuela N.J., Akinsola H.A., Khoza L.B., Lebese R.T. & Tugli A. (2014). Perceptions of Menopause and aging in rural villages of Limpopo Province, South Africa. *Health SA Gesondheid* 19(1):1-8.

Ruan X., Cui Y., Du J., Jin F. & Mueck A.O. (2016). Prevalence of climacteric symptoms comparing perimenopausal and postmenopausal Chinese women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 38(3):161-169.

Sergeant J. & Rizq R. (2017). 'Its all part of the big CHANGE': a grounded theory study of women's identity during menopause. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 38(3):189-201.

Sievert L.L. (2014). Menopause across cultures: clinical considerations. *Menopause* 21(4):421-423.

Sievert L.L., Huicochea-Gómez L., Cahuich-Campos D., Ko'omoa-Lange D.L. & Brown D.E. (2018). Stress and the menopausal transition in Campeche, Mexico. *Women's Midlife Health* 4(9):1-15.

Sriprasert I., Pantasri T., Piyamongkol W., Suwan A., Chaikittisilpa S., Sturdee D., Gupta P. & Hunter M.S. (2017). An International Menopause Society study of vasomotor symptoms in Bangkok and Chiang Mai, Thailand. *Climacteric* 20(2):171-177.

Taher Y.A., Ben Emhemed H.M. & Tawati, A.M. (2013). Menopausal

age, related factors and climacteric symptoms in Libyan women. *Climacteric* 16(1):179-184.

Thurston R.C. & Joffe H. (2011). Vasomotor Symptoms and Menopause: Findings from the Study of Women's Health across the Nation. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* 38(3):489-501.

World Health Organization (WHO) (1981) Research on the Menopause. WHO Technical Report Series No.670. Geneva: World Health Organization.

Yanikkerem E., Koltan S.O., Tamay A.G. & Dikayak Ş. (2012). Relationship between women's attitude towards menopause and quality of life. *Climacteric* 15(6):552-562.

REVIEW

Cultural differences, attitudes and perceptions regarding menopause

Konstantina Katsigianni[1], Chara Theodoridou[1], Paraskevi Apostolara[2]
1. RN, MSc(c), National and Kapodistrian University of Athens
2. Lecturer, Faculty of Nursing, University of West Attica

ABSTRACT
Menopause, in many parts of the world, is considered as an important issue in a woman's life. It begins with the permanent cessation of menstruation and is a period of transition and adaptation to a new condition characterized by lack of estrogen and loss of reproductive capacity of the woman. The transition to this new reality is accompanied by a series of biological and psychosocial changes with a variety of physical and emotional symptoms. As every woman is different, so the experience of menopause varies. According to the literature, although the emergence of symptoms is a global phenomenon, women from different cultural backgrounds report different symptoms. The same applies to perceptions about the meaning of menopause. The aim of the present paper was to investigate, through recent literature data, these different perceptions and symptoms that women of different cultures attribute to menopause. The review showed important differences between women of different countries but also between women living in the same country.

Key-words: attitudes, cultural differences, culture, experiences, menopause, perceptions

Corresponding author: Konstantina Katsigianni
e-mail: konkats29@gmail.com

Submission date: 04.10.2019
Publication date: April 2021

Citation: Katsigianni K., Theodoridou C. & Apostolara P. (2021). Cultural differences, attitudes and perceptions regarding menopause. *Hellenic Journal of Nursing Science* 14(2): 12-20. doi: https://doi.org/10.24283/hjns.202122

REVIEW

First Aid during Civil Aviation Flights: Peculiarities in the COVID-19 era

George Intas[1], Despoina-Maria Lianaki[2], Eleni Lahana[3], Pantelis Stergiannis[4]
1. Senior manager of Nursing, General hospital of Nikaia "Agios Panteleimon"
2. Cabin crew
3. Associate Professor, Faculty of Nursing, University of Thessaly
4. Senior manager of Nursing, Oncology hospital "Agioi Anargyroi"

ABSTRACT

The rising average age of passengers, the chronic illnesses that passengers suffer from and the stress of flying are just some of the factors that contribute to emergencies in flight. Passengers at risk are those with heart or respiratory problems. Cardiopulmonary arrest, burns and gastrointestinal problems are the main reasons for first aid. The purpose of this review is to present the most common emergency health problems that may occur during a flight, as well as the first aid equipment available on the aircraft. To achieve this goal, a literature review of articles related to this field in Pubmed and Google Scholar databases was carried out in the period 2010-2020. Most conditions are treated by the crew with a simple painkiller. However, there are more complex conditions that require a different treatment, such as oxygen administration to patients with respiratory problems. In some cases, medical advice and assistance is sought from passengers who are healthcare professionals. Some companies require crews to be trained and certified every two years for the use of automated external defibrillators, as well as cardiopulmonary resuscitation. All aircrafts have an emergency medical kit with a limited number of drugs and universal precaution kit in cases where there is a risk of communicable disease. Due to the spread of COVID-19, the World Health Organization has issued specific guidelines for both protecting crews from the virus and treating a passenger who may have been infected with the virus.

Key-words: Aircraft, COVID-19, emergency health problems, first aid, flight.

Corresponding author: George Intas
e-mail: intasgeo@yahoo.gr

Submission date: 08.06.2020
Publication date: April 2021

Editor's note: The present paper expresses the personal opinion of the authors.

Citation: Intas G., Lianaki D.M., Lahana E. & Stergiannis P. (2021). First Aid during Civil Aviation Flights: Peculiarities in the COVID-19 era. *Hellenic Journal of Nursing Science* 14(2): 21-28. doi: https://doi.org/10.24283/hjns.202123

INTRODUCTION

The number of emergencies during flight is constantly increasing. This is linked to the steadily rising passenger traffic, the rising average age of passengers and the chronic illnesses that passengers suffer from. In addition, flight stress contributes to crashes in flight time (Mahony et al 2011). According to Sand et al (2009) it is reported that by 2030 the average age of half the passenger population will be over 50, while the changes in aircraft seating which provide them with less space as well as the safety stress of flying can cause more and more health problems.

There may be many emergency medical problems on the flight as the cabin pressure is maintained at 7.000-8.000 feet. Due to the compression of the cabin, passengers receive less oxygen compared to the ground, which can lead to hypoxia. Healthy people are not affected, however if a passenger has heart or respiratory problems they may experience severe discomfort. In addition, many passengers have gastrointestinal problems on the flight due to the different food and drink offered to them. Many studies have shown that heart failure, burns and gastrointestinal problems are the main causes for first aid (Kim et al 2017).

The term "medical incident on a flight" refers to a series of illnesses that range from simple headaches to deaths during flight. Most of the incidents are treated by the crew with a simple painkiller. However, there are more complex conditions that require a different approach, such as administering oxygen to patients with respiratory problems. In some cases, medical advice and assistance is sought from passengers belonging to the industry (Mahony et al 2011).

It is estimated that 44.000 cases occur during a flight in one year. However, most cases are treated without disturbing the flight by the crews themselves, using the equipment provided by the aircraft (Peterson et al 2013).

Kodama et al (2018) report that a study of data from a medical consulting firm that serves airlines on the ground in North America showed that the occurrence of a flight emergency is estimated at 16 accidents per one million passengers. A similar survey in Europe, following in two years, resulted in 1.312 incidents on 10 million passengers, or 1 in 77.000 passengers. The top five most common health problems occurring on the flight are syncope (37.4%), respiratory problems (12.1%), nausea or vomiting (9.5%), heart problems (7.7%) and panic attacks (5.8%). However, it is difficult to determine the "emergency" in flight as data from airlines are incomplete (Kodama et al 2018).

From 2009 to 2013, 2.818 cases were reported, and the incidence of emergencies per 1 million passengers increased from 5.2 in 2009 to 52 in 2013. First aid from crew members was given to 1,471 cases, the most common causes being injuries and burns. In addition, they analyzed 2471 cases that required follow-up after the flight. In 1215 cases where first aid was provided by cabin crews, 1,086 cases were resolved during the flight, while only 129 had to be transported to hospital, which led to the adequacy of the crews in providing first aid (Kim et al 2016).

TRAINING OF CABIN CREWS IN PROVIDING FIRST AID

Providing first aid on the plane is not easy. The medical procedures at 38.000 feet and while the patient is in a sitting position makes it even more difficult. The conditions of the aircraft make the diagnosis often impossible. The use of a stethoscope is often not possible, the atmosphere is noisy and the cabin light does not give a clear picture of the patient. Transferring the patient to a hospital may take hours until the aircraft lands and the patient is transported. That is why there are cabin crews trained to provide first aid on the aircraft with all the means at their disposal (Cocks 2007).

IATA is requesting that cabin crews should be trained in first aid. However, each company follows its own rules in employee training. In other words, no specific way and time of training is provided. At this point, it should be emphasized that airlines cannot have a doctor on a flight by flight basis, so they rely on volunteers (Ruskin 2009).

The administration of the federal aviation authority defines as a basic part of the crew training the coordination of crew members to manage an emergency, the knowledge of the pharmaceutical material and equipment of the aircraft, their use and location. Some companies require crews to be tested every two years for the use of automated external defibrillators, as well as cardiopulmonary resuscitation. In this training, it is considered that flying attendants cannot have the same knowledge as healthcare professionals (Ruskin 2008).

The European Union Aviation Safety Agency (EASA), through legislation, stipulates that the training of cabin crews must include:

1. The physiology of flight, including oxygen and hypoxia needs.
2. Emergency treatment in aviation including: asthma, choking, heart attack, allergic reactions, panic attacks, shock, stroke, epilepsy, diabetes, hypothermia, gastrointestinal disorders and emergency delivery.
3. The application of cardiopulmonary resuscitation using a mannequin taking into account the environment of the aircraft.
4. Basic survival first aid training including care in

case of burns, wounds, fractures and soft tissue injuries.

5. Travel health, which includes the risk of contact with infectious diseases, especially when the company operates in tropical and subtropical regions.

In addition, crew training includes on-board hygiene, death on the aircraft, handling of clinical waste, disinfection of aircraft and management of fatigue, difficult schedules, sleep physiology and time zone. Finally, the use of aircraft equipment, including first aid kits, emergency medical supplies such as oxygen, is part of the training (EASA EU-OPS 1.1005/1.1010/1.1015). In a Downdall study, three-quarters of emergency flights were handled by crews without the help of healthcare professionals (Cocks 2007).

In the event of an injury or illness during a flight:

1. Call for emergency assistance if available from the company.

2. Seek the help of a healthcare professional or volunteer if they are on the flight.

3. If there are no healthcare professionals on the plane, follow the procedures listed on the first aid kit.

4. Make the passenger feel comfortable.

5. Provide oxygen if instructed in the first aid kit or recommended by a healthcare professional.

6. Write in the flight report:

a) The name of the passenger

b) The condition of the passenger and the symptoms he had

c) If a stretcher or wheelchair is required when disembarking

d) The medicines given.

Finally, in case of suspected infectious disease, the captain should be informed and additional procedures should be followed (IATA 2018).

Airlines are ubiquitous on the plane as they participate in all emergency flights. Not only are they trained in first aid and cardiopulmonary resuscitation, but in many companies, they are now also using the automated external defibrillator. They are the ears and eyes of the cockpit in the cabin and they are the ones who immediately transmit the information to the captain to make the right decision. They also help recruit volunteers, while creating space for better patient management (Kodama et al 2018).

The American Heart Association advised that the planes should be equipped with an automated external defibrillator as the patient's survival after a heart attack is around 74% if used within the first three minutes. That's why long-haul planes began placing the defibrillator on aircraft, and crew training began. Since 1991, British Airways, Qantas, Virgin Atlantic and American Airlines have installed the defibrillator on their aircraft. The successful selection of this intervention in flight is shown by the data collected by Qantas, as they successfully treated five of the six cases of heart failure (Offerrer et al 2002).

However, according to Mahony et al (2007) there are currently no internationally agreed standards for the training of cabin crew members, with the result that other companies are training their crew members more adequately. It is worth emphasizing that there is a large variation in terms of duration and content.

LEGAL RESPONSIBILITY FOR FIRST AID IN FLIGHT

The most common cases reported during a flight are respiratory problems, nausea and symptoms of the cardiovascular system. As mentioned, they are usually successfully treated by crews or flight health professionals. However, taking responsibility for any incident in the air is great as there may not be the necessary means to deal with it and the consequences may be very serious for the patient's health. The legislature has envisioned a good Samaritan law in 1998, protecting people who volunteer to provide assistance as well as cabin crews themselves, recognizing that they are not doctors and do not have the necessary means or education (Peterson et al 2013).

IATA, in order to avoid legal liability for any death in flight, first aid covers passengers, whether they are health professionals or not (e.g. Red Cross volunteers), with the above law. This law stipulates that an individual cannot be charged or prosecuted for attempting to provide first aid on a flight, unless there is fraud in his actions. In addition, the law protects the provider from omissions that are characterized by simple negligence. Simple negligence is defined as "not using standard of care or not being able to exercise due to limited means" (Bukowski 2015).

Volunteering in first aid as mentioned is acceptable, but subject to conditions. Healthcare professionals need to evaluate their condition well before doing anything. They must not have consumed alcohol or sedatives. Healthcare professionals who take action must assure the captain that continuing the journey will not harm the sick or injured passenger and that the safety of other passengers (in the event of a communicable disease) is not compromised (Ruskin et al 2008).

In order to understand the importance of volunteers in flight, it is enough to mention the fact that the treatment of emergencies by volunteer doctors is around 40%-50%, by volunteer nurses 5%-25%, while cabin crews are treated only 45% of cases (Kodama et al 2018).

FIRST AID ON THE PLANE

The development of first aid in aviation

The evolution of first aid in the field of aircraft has

changed radically over the years as until 1997 there were no international standards. According to Jagoda and Pietrzak, one of the most shocking stories in aviation history in relation to first aid on the plane occurred in May 1995 and was the reason for their development. A female passenger on British Airways felt severe breathing difficulty combined with cyanosis. Two doctors, passengers, diagnosed a pneumothorax and, using a scalpel, a knife, a fork, a hanger, a urine catheter, brandy and water, successfully placed an endotracheal tube to decongest the pneumothorax. After this incident, the passenger public began to wonder what resources would be used by other companies (Jagoda & Pietrzak 1997).

There were no international standards for medical equipment and medicines that each company was required to have on its aircraft, and there were no international standards for first aid training for cabin crews as crews were nurses at the beginning of aviation (Jagoda & Pietrzak 1997).

Now ICAO (International Civil Aviation Organization), the international civil aviation organization, which is a specialized service of the United Nations and is responsible for creating rules that regulate the safety of flights internationally, has taken care of exactly what aircraft should have. This is done by establishing international standards, which are then applied by each country. An ICAO standard, which is mandatory for all airlines for medical flight events, establishes adequate medical supplies for medicines and materials. It is worth noting that the ICAO standards, if not applied by all companies, then receive similar sanctions. Specific requirements for companies are determined secondarily by the relevant national aviation regulatory authority. ICAO determines the number and types of kits, which are similar in all airlines, in terms of substances. The content of the kits, however, may vary depending on the national aviation regulatory authority to which each company belongs. For international travel, IATA and ASMA recommend the same content (ASMA 2018).

First Aid Kit (FAK)

In 1998, IATA, in collaboration with the Air Transport Medicine, recommended that the Civil Aviation Authority have an emergency medical kit (Figure 1), with a limited number of medicines, so that cabin crews could provide basic first aid. This was revised in 2002, when the kit included additional drugs, which are used exclusively by a health professional who may be on the aircraft. Drugs on the kit can treat the most common serious illnesses, such as an allergic shock in flight, until the plane makes a forced landing at another destination (diversion) to be picked up by the passenger by the emergency care services (Thibeault et al 2007). The kits, according to IATA, must withstand adverse conditions, their packaging must be made of hard materials, so that cabin crews can use them in emergencies, such as the evacuation of aircraft and remain unchanged (IATA 2018).



Picture 1. First Aid Kit

A research which conducted by two European airlines highlighted the most common incidents during a flight, helping companies to know the percentage and types of incidents they will be called upon to deal with. However, he points out that there is a lack of data on the number of illnesses caused by passengers during flight, which does not help aviation in general, so that aircraft can supply the appropriate drugs and not have unnecessary equipment (Ruskin 2009).

The FAKs that all aircraft must have as formulated by IATA must contain the following as shown in Table 1 (IATA 2018):

Antiseptic coatings (10 packs)	Adhesion of adhesive strips
Bandage, gauze 7.5 X 4.5 cm	Double sided cover 100 cm
Bandage for burns 10 X 10 cm	Sterile gauze 7.5 X 12 cm
Sterile gauze 10.4 X 10.4cm	adhesive tape 2.5 cm
Plastic stitches	Padme shield or eye tape
Scissors 10 cm (if permitted by applicable regulations)	Surgical adhesive tape 1.2 cm X 4.6 m
Tweezers	Resuscitation mask with single-way valve
First Aid Manual (the carrier may decide to have one manual per aircraft in an easily accessible location)	Incident recording form

Table 1. The First Aid Kid

The first aid kit should not include ammonia inhalations. It should be noted that since some countries do not allow any medication to be taken on the first aid kit, some airlines carry an extra kit containing medicines used at the request of the passenger. The crew may not suggest that the passenger take any medication, whatever it may be, as the passenger may develop an allergy if he has not taken it again. This kit usually includes medications such as: mild to moderate analgesic for adults and children, antiemetic pills, nasal decongestant, antihistamine pills, pills for food poisoning or diarrhea (IATA 2018).

Universal Precaution Kit

In case a passenger vomits in the area of the aircraft outside the toilet (seat, corridor-carpet) and there is a risk of contagious disease, IATA has provided the universal precaution kit (Figure 2). It is a necessary equipment of the aircraft and includes the following as shown in Table 2 (IATA 2018):

Dry powder envelope that turns vomiting into granular gel	Disinfectant wipes for cleaning surfaces
Antimicrobial face mask	One-use gloves
Absorbent towel	Scraper collection scraper
Biological hazardous waste bag	Instructions for use

Table 2. Universal Precaution Kit



Picture 2. Universal Precaution Kit

Emergency Medical Kit

Due to the increased number of emergencies during the flight, the many hours a trip can take and the time it takes for an aircraft to land, especially if the trip is, for example, transatlantic, many airlines have increased medical care with the emergency medical kit that even contains an automated external defibrillator (Thibeault 2015).

This kit is based on the recommendations of the Aerospace Medical Association (AsMA). This kit is checked before each flight and if it is not sealed there is a possibility that the flight will not take off as it is considered a non-go item (Chandra 2013). As a non go item, a part of the equipment is defined, in the absence of which the flight cannot take place.

IATA in the last revised manual of 2018 announced a list of what the kit should contain, provided that this kit is used only by healthcare professionals and is spatially located in the cockpit, so that there is no possibility of access by unskilled people (IATA 2018). The contents of the emergency kit are shown in Table 3:

Electronic sphygmomanometer	Stethoscope
Oropharyngeal airway (various sizes)	Syringes (of various sizes)
Needles (of different sizes)	Intravenous catheters (of various sizes)
Intravenous fluid supply system	Antiseptic wipes
Venous tourniquet	One-use gloves
Urine catheter with sterile lubricating gel	Sponge-gauze
Tape Tracheal emergency catheter or large-scale intravenous tube	Surgical mask Umbilical cord clamp
Thermometer	Lens and batteries (operator can choose to have one per aircraft in an easily accessible location)
Adult rejuvenation bag	Basic life support cards

Table 3. Emergency Medical Kit

Note: the transfer of an automated external defibrillator will be determined by the operator based on the risk of evaluation, taking into account all relevant factors (IATA, 2018).

The most significant changes in the substance of the aircraft were made in 2002. In particular, glucose is not available in many countries, so the term "equivalent" was added to make it a drug. Intravenous analgesic has been replaced by oral administration, as oral analgesia covers most emergencies and can be given by the crew as opposed to intravenous. Lidocaine has been removed from the list, as research has shown that it is not and will not be used in the future based on current protocols. Glucose control strips were removed from the aircraft. If first aid is needed in a diabetic, it is done with drinking sugar or glucose. An analgesic is allowed in a kit that is accessible, such as the first aid kit, in countries that allow it (Thibeault 2007).

The amount of kits that aircraft must have is determined by the number of seats they have and not by the number of passengers on the flight. There should be one first aid kit per 100 seats. The universal precaution kit should be one but companies operating flights to countries with increased infectious diseases can have whatever they want. Finally, the emergency kit is one. Companies cannot deviate from the law. However, it is up to them if they want to have more, but certainly not less than expected (ICAO 2019).

Proper use of kits depends on four factors. First, the level of knowledge of the kit user must be evaluated. In addition to legal parameters, the aircraft environment is a deterrent to proper diagnosis due to noise and vibration. Therefore the user should be able to know how to operate under these conditions. The choice of medication should not exceed the diagnostic capacity of the doctor on the flight, which in turn is limited to the area of the aircraft due to the equipment provided. Even the terminology of the substances should be common worldwide as the kits are potentially used by different nationalities. The kit must be in a safe place so that passengers do not have eye contact or contact, as it is not uncommon for passengers to steal their equipment from the plane, such as life jackets or belts. In addition, the procedures for terminating or updating the content should be specified by the company. Finally, before opening the kit for use, the crew should make sure that the person using it is indeed a doctor or healthcare professional, as many passengers falsely claim to be doctors. This can be checked from the list of passengers, as many state their status as evidence (Mills & Harding 1983).

In addition to kits, aircraft are required to have oxygen cylinders. The bottles have a capacity of 120 and 310 liters and are provided with a mask which is connected to the bottle. This mask is -almost similar to the one that falls in front of passengers from the fuselage in case of decompression. Oxygen supply is based on high (high) 4l /minute and low (low) flow of 2l / minute (Kodama et al 2018).

Land assistance process

Most airlines, and especially airlines that travel long hours and cross the ocean, where it is difficult to land immediately, have an underground center to provide medical assistance. The same companies cannot rely on the possibility of a doctor on the flight and have twenty-four hours of medical help at their disposal. These doctors have been trained to provide adequate and detailed information on medications or the procedure that crews must follow during an event. When this happens, crews and flight health professionals help (Gendreau & De John 2002).

Delta has signed a contract with the University of Pittsburgh for such situations. Most companies, however, are served by the telemedicine support service for aircraft, such as MedAir. In case of intervention by a MedAir doctor, the captain does not necessarily obey the orders to divert the flight to another airport for the immediate transfer of the passenger to a hospital, as it may endanger the lives of other passengers due to the weather conditions, which may prevail at the airport of compulsory landing. At the time of communication, MedAir informs the captain of the nearest airports and medical facilities based on the data they have. It is worth noting that MedAir has data for more than 5.000 cities worldwide. This helps to allow the flight to be diverted immediately, if necessary (O' Ferrer et al 2002).

In a study of 32 European airlines from 2002 to 2007, only four were able to provide such data for research with similar medical reports, while the rest did not accept it for political reasons. These data showed that out of the emergency situations recorded only 279 flights out of a total of 10.189 patients were diverted. During 2007, the 58% diversions were on intercontinental flights, while 42% were on flights within mainland Europe. The most common causes of diversion were myocardial infarction (22.7%), stroke (11.3%) and seizures (9.4%). In the same year, according to the survey, the percentage of doctors-passengers who were present at the diversion of the aircraft was 77.4% (Sand et al 2009).

The availability of such a service, benefits the avoidance of unnecessary diversions of flights, which in addition to being time consuming and inconvenient for other passengers are also extremely expensive for companies. However, the final decision is always up to the flight attendant. It is worth noting that terrestrial assistance reduced flight deviations to 70% (Gendreau & De John 2002). Deviation of an aircraft to another destination is recommended mainly when the patient reports incessant chest pain, shortness of breath or uninterrupted abdominal pain (Ruskin 2008).

The process of talking to the treating physician is done according to the procedures followed by each company. One way is through satellite, where the conversation with the treating physician is immediate. The other way is by connecting a crew member, the doctor and the cockpit, using a written telemedicine list (Kodama et al 2018).

INSTRUCTIONS FOR COVID-19

Due to the spread of COVID-19, the World Health Organization (WHO) in collaboration with ICAO, has issued specific guidelines for both the protection of crews from viruses and the treatment of a passenger

who may have been infected. According to WHO, the virus is transmitted from person to person through droplets entering through the respiratory tract, or through direct contact with an infected person (WHO 2020).

Due to the spread of this virus, additional equipment has been added to the aircraft, including dry powder that converts liquids into sterile granulated gel, disinfectants and alcohol wipes for cleaning, life jackets, aircraft masks, face masks. It is also recommended that crews wear long-sleeved uniforms if available, otherwise wear a cardigan (WHO 2020).

WHO guidelines state that if a passenger develops, during a flight, symptoms of an acute respiratory infection or shows symptoms compatible with a communicable disease, including that virus, efforts should be made by the crew to make close contact with as few people as possible. The instructions given to the crews by IATA are to separate the patient from the other passengers, at least one meter or to have two empty seats in all directions from the infected passenger and therefore to change the seats of the adjacent passengers wherever they are possible. In addition, the sick passenger should be asked to wear a medical mask and be especially careful when sneezing or coughing. If the mask is not tolerated by the passenger throughout the flight, then the crew must provide him with tissues to cover his mouth and nose. The used tissues should be thrown in a specific bag for biological hazardous waste. In case of not having the appropriate bag, the crews should use a plastic bag which should be tied tightly and then wash hands thoroughly. The crew must be very careful not to touch other objects used to serve passengers, if they had not been washed (WHO 2020).

This particular passenger should only be served by a crew member, who should, as far as possible, be trained in preventive measures, always using virus self-protection measures (mask, gloves) to reduce the likelihood of dispersal of the virus to more people. In addition, a specific toilet must be designated for use by that particular passenger (WHO 2020).

CONCLUSIONS

During routine flights, various emergencies can occur in patients, such as cardiopulmonary arrest, burns, and gastrointestinal problems. Most conditions are treated by the crew with a simple painkiller. However, there are more complicated situations that need a different approach. In some cases, medical advice and assistance is sought from passengers who are healthcare professionals. The conditions of the aircraft make the diagnosis often impossible. Pilots and flight attendants are required by airlines to participate in first aid training programs. All aircrafts have an emergency medical kit with a limited number of drugs and a kit to reduce the spread of communicable diseases.

Due to the proliferation of COVID-19, additional equipment has been added to the aircraft, including dry powder that converts liquids into sterile granulated gel, disinfectants and alcohol wipes, life jackets, airbags, face mask, while crews are still advised to wear a long-sleeved outfit if available, otherwise wear a cardigan.

REFERENCES

Aerospace Medical Association Air Transport Medicine Committee (ASMA). (2016). Guidance Document. Medical emergencies: managing in-flight medical events.

Bukowski J.H. & Richards J.R. (2015). Commercial airline in-flight emergency: medical student response and review of medicolegal issues. *The Journal of emergency medicine*. 50:74-78.

Cocks R. & Liew M. (2007). Commercial aviation in-flight emergencies and the physician. *Emergency Medicine Australasia* 19:1-8.

EASA. (2008). Official Journal of the European Union, Commission regulation, No 859/2008.

Gendreau M.A. & DeJohn C. (2002). Responding to medical events during commercial airline flights. *The New England Journal of Medicine* 346:1067-73.

IATA. (2018). Medical Manual., 11thedition.

ICAO Annex 6, Chapter 6, 6.2.2 a MEDICAL SUPPLIES

Jagoda A. & Pietrzak M. (1997). Medical Emergencies in Commercial Air Travel. Emergency Medicine *Clinics of North America* 15:251-260.

Kim J.H., Choi-Kwon S. & Park Y.H. (2017). Comparison of in-flight first aid performed by cabin crew members and medical volunteers. *Journal Travel of Medicine* 24:1-6.

Kodama D., Yanagawa B. & Ackery A.D. (2018). Is there a doctor on board?: Practical recommendations for managing in-flight medical emergencies. *Canadian Medical Association Journal* 190:E217-E222.

Mahony P.H, Griffiths R.F., Larsen P. & Powell D. (2007). Retention of knowledge and skills in first aid and resuscitation by airline cabin crew, Training and Educational Paper, Department of Aviation Medicine, Wellington School of Medicine, University of Otago, Wellington, New Zealand.

Mahony P.H, Myers J.A, Larsen P.D., Powell D.M.C., Griffiths R.F. (2011). Symptom-Based Categorization of In-Flight Passenger Medical Incidents. *Aviation, Space and Environmental Medicine* 82:1131-1137.

Mills F.J. & Harding R.M. (1983). Aviation Medicine, Medical emergencies in the air: Equipment and Prevention. *British Medical Journal* 286:1204-1206.

O' Ferrer-Roca R., Dōaz de Leon F.J., de Latorre M., Suarez-Delgado L. & Di Persiaand M. (2002). Aviation medicine: challenges for telemedicine. *Journal of Telemedicine and Telecare* 1:1-4.

Peterson D.C., Martin-Gill C., Guyette F.X., Tobias A.Z., McCarthy C.E., Harrington S.T., Delbridge T.R. & Yealy D.M. (2013). Outcomes of medical emergencies on commercial airline flights. *New England Journal Medicine* 368:2075-2083.

Ruskin K.J. (2009). In-flight medical emergencies: time for a registry? Yale School of Medicine.

Ruskin K.J., Hernandez K. & Barash P. (2008). Management of In-flight Medical Emergencies. *The American Society of Anesthesiologists* 108:749-755.

Sand M., Bechara F.G., Sand D. & Mann B. (2009). Surgical and medical emergencies on board European aircraft: a retrospective study of 10189 cases. *Critical Care* 13:R3.

Thibeault C. & Evans A. for Air Transport Medicine Committee. (2007). Emergency Medical Kit for Commercial Airlines: An Update, Aerospace Medical Association.

World Health Organization. (2020). Operational considerations for managing COVID-19 cases or outbreak in aviation, Interim Guidance.

Γνώσεις, στάσεις και προθέσεις για τη δωρεά οργάνων σώματος σε Γενικό Νοσοκομείο της Βόρειας Ελλάδας

Χρυσή Αλιμπάκη[1,2], Ιωάννης Αποστολάκης[1,3], Φίλιππος-Ριχάρδος Δομάγερ[1,4], Παύλος Σαράφης[1,5]
1. Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Ελλάδα
2. Νοσηλεύτρια, MSc(c), Γενικό Νοσοκομείο Πέλλας-Νοσοκομειακή Μονάδα Έδεσσας, Ελλάδα
3. Ιατρική Πληροφορική, PhD, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθήνας, Ελλάδα
4. Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, MD, MHA, MSc, PhD
5. Επίκουρος καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η δωρεά οργάνων σώματος θεωρείται σε πολλές περιπτώσεις ως μοναδική θεραπευτική λύση. Παγκοσμίως, η έλλειψη δωρητών, οδηγεί στην έρευνα των παραγόντων που επηρεάζουν τη διαμόρφωση ανθρώπινης συμπεριφοράς με στόχο την τροποποίηση της, ιδίως στη χώρα μας που συναντάται μεγάλο ερευνητικό κενό και μειωμένος αριθμός δωρητών.

Σκοπός της συγκεκριμένης ποσοτικής έρευνας αποτελεί η ανεύρεση των παραγόντων που επηρεάζουν τις στάσεις και αντιλήψεις του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού του Γενικό Νοσοκομείο Έδεσσας, αναφορικά με τη δωρεά οργάνων, καθώς και η πρόβλεψη της πρόθεσης τους να εκδώσουν κάρτα δωρητή οργάνων.

Μεθοδολογία: Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με διανομή 283 ερωτηματολογίων, βασισμένων στη Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς. Προκειμένου να ενισχυθεί η αντιπροσωπευτικότητα στον πληθυσμό, πραγματοποιήθηκε στάθμιση των δεδομένων, ώστε οι Ιατροί και οι Νοσηλευτές να έχουν στο αρχείο δεδομένων ίσα ποσοστά με αυτά του πληθυσμού.

Αποτελέσματα: Η πρόθεση συζήτησης με την οικογένεια συνδέθηκε θετικά με τους ηθικούς κανόνες, ενώ η πρόθεση έκδοσης κάρτας δωρητή οργάνων σώματος συνδέθηκε θετικά και με την υποκειμενική αντίληψη άσκησης ελέγχου. Το φύλο, το επάγγελμα, το εκπαιδευτικό επίπεδο και η προηγούμενη σχετική εμπειρία αποτελούν τους πιο σημαντικούς παράγοντες διαφοροποίησης.

Συμπεράσματα: Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του Γ.Ν. Έδεσσας εμφανίζει χαμηλή πρόθεση έκδοσης κάρτας δωρητή οργάνων σώματος και συζήτησης με την οικογένεια, ωστόσο η στάση στην ιδέα της δωρεάς είναι θετική. Η πρόθεση και στάση των ιατρών είναι θετικότερη συγκριτικά με τους νοσηλευτές στο θέμα. Η επαγγελματική ιδιότητα αποτελεί την πιο σημαντική υπό μελέτη μεταβλητή, καθώς διαφοροποιεί τις στάσεις και προθέσεις του υγειονομικού προσωπικού. Τέλος, κρίνεται αναγκαία η προώθηση της ιδέα της δωρεάς μέσα από κοινωνικούς φορείς.

Λέξεις Κλειδιά: Δωρεά οργάνων σώματος, Θεωρία Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Αλιμπάκη Χρυσή
e-mail: alib1@otenet.gr

Ημερομηνία υποβολής: 17.12.2019
Ημερομηνία δημοσίευσης: Απρίλιος 2021

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

Αναφορά του άρθρου ως: Αλιμπάκη Χ., Αποστολάκης Ι., Δομάγερ Φ.Ρ. & Σαράφης Π. (2021). Γνώσεις, στάσεις και προθέσεις για τη δωρεά οργάνων σώματος σε Γενικό Νοσοκομείο της Βόρειας Ελλάδας. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 14(2): 29-38.
doi: https://doi.org/10.24283/hjns.202124

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ:

- **Η πρόθεση για έκδοση κάρτας δωρητή συνδέεται θετικά κυρίως με την πρόθεση για συζήτηση.**
- **Η επαγγελματική ιδιότητα αποτελεί το σημαντικότερο χαρακτηριστικό προς μελέτη κατά την διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν τη διαμόρφωση στάσεων και προθέσεων στον τομέα των μεταμοσχεύσεων.**
- **Υπάρχει θετική σχέση μεταξύ γνώσεων και ηθικών κανόνων με τη διαμόρφωση στάσης.**
- **Οι ηθικές αρχές επηρεάζουν την διαμόρφωση πρόθεσης.**
- **Οι άντρες, οι γιατροί και οι πρώην αιμοδότες είναι πιο θετικοί στα θέματα που αφορούν τη δωρεά οργάνων.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η δωρεά οργάνων και ιστών αποτελεί σύμφωνα με τον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων «ύψιστη μορφή εθελοντικής προσφοράς» και μοναδική θεραπευτική λύση για την ανεπάρκεια τελικού σταδίου καίριων οργάνων, παρά την έως σήμερα ανάπτυξη της ιατρικής τεχνολογίας (ΕΟΜ 2018). Αφορά τη μεταμόσχευση οργάνων από έναν νεκρό ή ζώντα δότη προς τον πάσχοντα.

Η έλλειψη οργάνων λόγω ποικίλων προβληματισμών αποτελεί διεθνώς σημαντικό εμπόδιο για εκατομμύρια ανθρώπους. Οι πιο κοινοί αποτελούν τα ηθικά διλήμματα (De Groot et al 2016), τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, άλλα και ο φόβος (Georgiadou et al 2012, López et al 2012, Tsavdaroglou 2013). Επιπρόσθετα, σημαντικό παράγοντα αποτελούν οι πεποιθήσεις των ιατρών και συγγενών των δωρητών, σε συνδυασμό με τα συναινετικά συστήματα των κρατών κ.α. (Youngner 2016).

Στη χώρα μας, οι έρευνες σχετικά με τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας στο θέμα της δωρεάς οργάνων είναι περιορισμένες. Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση ανευρέθηκαν μόνο επτά, που βασίζονταν στη μελέτη των αντιλήψεων του υγειονομικού προσωπικού (Batsolaki et al 2013, Καρτέρη και συν 2015, Πουλίση 2015, Ανδόνη 2018, Ζησιμοπούλου 2018, Ιωάννου 2018, Ριζόπουλος και συν 2018). Σύμφωνα με αυτές, παρόλο που η πρόθεση για δωρεά είναι υψηλή, ένα μεγάλο ποσοστό των νοσηλευτών και γιατρών δεν διαθέτει κάρτα δωρητή οργάνων σώματος, ενώ ιδιαίτερο ενδιαφέρον εμφανίζει η έλλειψη γνώσεων σχετικά με το ισχύον νομικό καθεστώς της χώρας στον τομέα αυτό.

Διεθνώς, γίνονται προσπάθειες με στόχο την αύξηση των οργάνων σώματος προς δωρεά. Η θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς (ΘΠΣ) ανήκει στα κυρίως χρησιμοποιούμενα κοινωνικό-γνωστικά μοντέλα και συμβάλλει στην πρόβλεψη μιας ανθρώπινης συμπεριφοράς και τη δημιουργία επιτυχημένων προληπτικών προγραμμάτων υγείας (Dawson et al 2015, Di Sarra et al 2015, Roncancio et al 2015, Cook & Artino 2016, Iyigun et al 2016, Tola et al 2016, Alanazi et al 2017, Choi & Duffy 2017, Najafi et al 2017). Βέβαια η συμβολή της δεν έχει άκρως κατοχυρωθεί, καθώς μεταξύ άλλων, αξιολογεί κυρίως το αίσθημα του ελέγχου στη συμπεριφοράς (Ajzen 2011, Τσούνης & Σαράφης 2014).

Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση των γνώσεων, στάσεων και προθέσεων ιατρών και νοσηλευτών για τη δωρεά οργάνων σώματος, καθώς και των προγνωστικών παραγόντων της πρόθεσης έκδοσης κάρτας δωρητή και συζήτησης με την οικογένεια περί δωρεάς οργάνων.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η ποσοτική έρευνα απευθύνθηκε σε όλο το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό του Γ.Ν. Έδεσσας, και βασίστηκε στη διανομή 283 ερωτηματολογίων βάσει του δυναμολογίου του. Το ερωτηματολόγιο (Τσίμου 2018), σχεδιάστηκε σύμφωνα με τα πρότυπα που αναφέρονται στα εγχειρίδια των Francis et al (2004) και έχει ελεγχθεί ως προς την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του. Έπειτα ακολούθησε έλεγχος αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου (Πίνακας 1) σημειώνοντας υψηλό δείκτη alpha του Cronbach στις ομάδες των ερωτήσεων (>0,7) επαληθεύοντας την αξιοπιστία του.

Πίνακας 1: Αποτελέσματα ελέγχου αξιοπιστίας μέσω του δείκτη alpha του Cronbach.

Ομάδα	Ερωτήσεις	Τιμή του δείκτη
Πρόθεση για έκδοση κάρτας	1-3	0,978
Πρόθεση για συζήτηση	4-5	0,972
Στάση απέναντι στη δωρεά οργάνων	6-8	0,914
Υποκειμενικοί κανόνες	9-11	0,833
Άσκηση ελέγχου	12-14	0,703
Ηθικοί κανόνες	15-17	0,796
Γνώσεις	18-23	0,756

Αρχικά περιλάμβανε δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, επάγγελμα, φύλο, εκπαίδευση, οικογενειακή κατάσταση, εισόδημα, ύπαρξη προηγούμενης εμπειρίας ως αιμοδότες), και ακολουθούσαν 23 κλειστές ερωτήσεις διαβαθμισμένης κλίμακας (7 βαθμών) τύπου Likert που βαθμολογείται από το 1= εξαιρετικά απίθανο, έως το 7=εξαιρετικά πιθανό), που βασίζονταν στη Θεωρία Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς (ΘΠΣ).

Οι 23 ερωτήσεις κλειστού τύπου ομαδοποιήθηκαν σε 7 κατηγορίες. Στην πρόθεση έκδοσης κάρτας (Μέσα στους επόμενους μήνες σκοπεύω να εκδώσω κάρτα δωρητή), Πρόθεση για συζήτηση (μέσα στους επόμενους μήνες σκοπεύω να συζητήσω με τους σημαντικούς ανθρώπους για εμένα..), Στάση (το να γίνω δωρητής είναι..), Υποκειμενικοί κανόνες συμπεριφοράς (οι περισσότεροι άνθρωποι που είναι σημαντικοί για εμένα θα αποδέχονταν να γίνω δωρητής), Υποκειμενική αντίληψη ελέγχου (είναι εύκολο για εμένα να εκδώσω κάρτα), με βάση τη ΘΠΣ και επιπλέον μελετώνται οι Ηθικοί κανόνες και οι Γνώσεις.

Στόχευαν στην τελική πρόβλεψη της πρόθεσης έκδοσης κάρτας δωρητή και συζήτηση με τους οικείους για το θέμα, μέσα από τις απαντήσεις τους στους παραπάνω προγνωστικούς παράγοντες. Παράλληλα, συνοδεύονταν από ειδικό έντυπο συναίνεσης των συμμετεχόντων, όπου αναγράφονταν ο φορέας διεξαγωγής της μελέτης, καθώς και το θέμα, ο σκοπός και η σχετική άδεια για την πραγματοποίησή της.

Δείγμα μελέτης

Ο υπό μελέτη πληθυσμός περιλάμβανε 283 άτομα, που αποτελούνταν από το νοσηλευτικό (207) και ιατρικό προσωπικό (76) του Γ.Ν. Έδεσσας. Δέχθηκαν να συμμετάσχουν 181 άτομα (132 νοσηλευτές και 49 γιατροί). Οι υπόλοιποι αρνήθηκαν λόγω της φύσης του αντικειμένου, δηλαδή θεώρησαν ότι το θέμα δεν τους αφορά, ενώ μόνο έξι άτομα δήλωσαν ότι έχουν κάρτα δωρητή, γι' αυτό και αποκλείσθηκαν.

Προκειμένου να ενισχυθεί η αντιπροσωπευτικότητα στον πληθυσμό, τα δεδομένα σταθμίστηκαν ως προς το επάγγελμα (Cohen 2011), ώστε να αποδειχθεί ότι τα ποσοστά των συμμετεχόντων σε νοσηλευτικό (73%) και ιατρικό (27%) προσωπικό, είναι σχεδόν όμοια με εκείνα στον υπό μελέτη πληθυσμό (νοσηλευτικό 73,14% και ιατρικό 26,86%).

Συλλογή δεδομένων

Η συγκεκριμένη ποσοτική έρευνα διεξήχθη τον Φεβρουάριο του 2018, εντός του νοσοκομείου και επιλέχθηκε η διανομή ερωτηματολογίων, καθώς θεωρείται η καλύτερη μέθοδος διερεύνησης στάσεων και αντιλήψεων, καθώς και επιβεβαίωσης θεωριών. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν στα τμήματα, σύμφωνα με τον αριθμό του προσωπικού τους και μετά το πέρας τεσσάρων εβδομάδων συλλέχθηκαν από την ερευνήτρια.

Θέματα ηθικής δεοντολογίας

Η μελέτη, τήρησε τους κανόνες της ερευνητικής δεοντολογίας έχοντας λάβει άδεια χρήσης του ερωτηματολογίου από την δημιουργό του (Τσίμου 2018), καθώς και την έγκριση εκπόνησης ερευνητικής εργασίας από τη Διοίκηση 3ης Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας, όπως και του Επιστημονικού Συμβουλίου του Γ.Ν. Έδεσσας. Επίσης, τηρήθηκαν οι όροι του Ευρωπαϊκού Γενικού Κανονισμού 2016/679 και του Ν.2472/1997, περί διατήρησης της ανωνυμίας των συμμετεχόντων και του απορρήτου και μη παρακώλυσης της λειτουργίας του νοσοκομείου.

Στατιστική ανάλυση

Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία t για τον έλεγχο δύο ομάδων και η τεχνική Kolmogorov-Smirnov για τον έλεγχο της κανονικότητας των τιμών τους. Στην περίπτωση της μη κανονικής κατανομής χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann-Whitney (Τσαγρής 2014). Για τον έλεγχο περισσότερων των δύο ομάδων ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε η Ανάλυση Διακύμανσης κατά ένα παράγοντα (one-way ANOVA), και όταν παραβιάζονταν οι προϋποθέσεις, η μη παραμετρική δοκιμασία Kruskal-Wallis. Επίσης, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman για τον έλεγχο σχέσης ανάμεσα στην ηλικία και τους παράγοντες της έρευνας, αλλά και για τον έλεγχο συσχέτισης μεταξύ των παραγόντων. Το περιθώριο σφάλματος υπολογίστηκε στο 5%. Τέλος, πραγματοποιήθηκε γραμμική παλινδρόμηση ώστε να ελεγχθεί η ταυτόχρονη επίδραση πολλών ανεξάρτητων μεταβλητών σε μια εξαρτημένη. Για όλα τα παραπάνω χρησιμοποιήθηκε το πακέτο στατιστικής επεξεργασίας SPSS 24.0.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες, 41-51 ετών, απόφοιτοι ΑΕΙ/ΑΤΕΙ, ενώ το ¼ των συμμετεχόντων αποτελούνταν από ιατρούς και τα ¾ από νοσηλευτές. Επίσης, το 70% ήταν έγγαμοι, και οι περισσότεροι ανέφεραν ετήσιο οικογενειακό εισόδημα 15.000-30.000 ευρώ. Επίσης, το 54,2% των μελών είχαν προηγούμενη εμπειρία ως αιμοδότες, με τους άντρες να εμφανίζουν το μεγαλύτερο ποσοστό (86,3%), και το ιατρικό προσωπικό (73,1%) να προηγείται έναντι του νοσηλευτικού. Επίσης, το μεγαλύτερο ποσοστό αιμοδοτών (58%) εμφανίστηκε στην ηλικιακή ομάδα 41-50 ετών (Πίνακας 2).

Οι συμμετέχοντες εμφάνισαν χαμηλή πρόθεση έκδοσης κάρτας δωρητή οργάνων σώματος (Μ.Τ=2,56), και

συζήτησης με την οικογένεια (Μ.Τ=2,79), ενώ η στάση τους στη δωρεά ήταν θετική (Μ.Τ=6,15). Χαμηλές τιμές εμφάνισαν οι υποκειμενικοί κανόνες (Μ.Τ=4,29), οι γνώσεις (Μ.Τ=3,33) και η εμπιστοσύνη (Μ.Τ=2,57) στο νομικό καθεστώς της χώρας (Πίνακας 3).

Τα αποτελέσματα των ελέγχων συσχέτισης μεταξύ των συνολικών βαθμολογιών κατέληξαν στη θετική συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων που αφορούν τη δωρεά και ιδιαίτερα μεταξύ γνώσεων (r=0,254. p<0,001) και ηθικών κανόνων (r=0,388. p<0,001) στη διαμόρφωση στάσης, άλλα και μεταξύ πρόθεσης έκδοσης κάρτας και συζήτησης με την οικογένεια (r=0,869. p<0,001) (Πίνακας 4).

Οι μονοπαραγοντικές συσχετίσεις των δημογραφικών χαρακτηριστικών με τους υπό μελέτη παράγοντες παρουσιάζονται στον Πίνακα 5. Οι άντρες εμφάνισαν πιο θετική στάση, μεγαλύτερο αίσθημα άσκησης ελέγχου, ενώ η ηλικία συνδέθηκε θετικά με τη διαμόρφωση στάσης. Οι γιατροί εμφάνισαν μεγαλύτερη πρόθεση συγκριτικά με

Πίνακας 2: Κοινωνικό-δημογραφικά και αιμοδοτικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

Χαρακτηριστικά	N	Ποσοστό
Φύλο	181	100%
Άνδρες	42	23,3%
Γυναίκες	139	76,7%
Ηλικία		
21-30 ετών	14	7,9%
31-40 ετών	30	16,4%
41-50 ετών	72	40%
51 και άνω ετών	65	35,7%
Εκπαίδευση		
Δευτεροβάθμια	59	32,6%
Πτυχίο ΑΕΙ/ΑΤΕΙ	109	60,4%
Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	13	7%
Επάγγελμα		
Νοσηλευτής	132	73,1%
Ιατρός	49	26,9%
Οικογενειακή κατάσταση		
Έγγαμος	125	68,9%
Άγαμος	39	21,7%
Διαζευγμένος	13	7,2%
Χήρος	4	2,2%

Χαρακτηριστικά	N	Ποσοστό
Οικογενειακό εισόδημα		
<15.000€	40	22,2%
15.000€ έως 30.000€	126	69,5%
> 30.000 €	15	8,3%
Αιμοδότες		
Αιμοδότες	98	54,2%
Ναι	83	45,8%
Όχι	36	86,3%
Άνδρες αιμοδότες	62	44,5%
Γυναίκες αιμοδότες	36	73,1%
Γιατροί αιμοδότες	62	47,3%
Νοσηλευτές αιμοδότες		
Σχέση ηλικίας με αιμοδοσία		
21-30 ετών	5	35,9%
31-40 ετών	16	52,8%
41-50 ετών	40	55%
51 και άνω ετών	38	58%

Πίνακας 3: Αποτελέσματα περιγραφικής στατιστικής.

Χαρακτηριστικά	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση
Χαμηλή πρόθεση έκδοσης κάρτας	1	7	2,56	1,853
Χαμηλή πρόθεση συζήτησης με την οικογένεια	1	7	2,79	1,982
Μειωμένη εμπιστοσύνη στο σύστημα	1	7	2,57	1,743
Θετική στάση στη δωρεά	1	7	6,15	1,345
Αυξημένη αποδοχή εγκεφαλικού θανάτου	1	7	5,05	2,239
Υποκειμενικοί κανόνες	1	7	4,29	1,972
Μειωμένο αίσθημα άσκησης ελέγχου	1	7	4,31	2,175
Μειωμένο αίσθημα ηθικών αρχών	1	7	3,94	2,268
Μειωμένες γνώσεις νομικού καθεστώτος	1	7	3,33	1,743
Ελλιπείς γνώσεις για την αποδοχή από τη θρησκεία	1	7	4,78	2,197

(1=Εξαιρετικά απίθανο, 2=Απίθανο, 3=Λίγο απίθανο, 4=Ούτε πιθανό/απίθανο, 5=Λίγο πιθανό, 6=Πιθανό, 7=Εξαιρετικά πιθανό)

Πίνακας 4: Αποτελέσματα των ελέγχων συσχέτισης μεταξύ των συνολικών βαθμολογιών.

	Π.Ε.	Π.Σ.	ΣΤ.	Υ.Κ.Σ.	Υ.Α.Α.Ε.	Η.Κ.	ΓΝ.
Π.Ε.							
Π.Σ.	0,869*						
ΣΤ.	0,294*	0,339*					
Υ.Κ.Σ.	0,407*	0,418*	0,405*				
Υ.Ε.Α.Ε.	0,455*	0,427*	0,306*	0,480*			
Η.Κ.	0,546*	0,572*	0,388	0,568*	0,598		
Γ.Ν.	0,198*	0,217*	0,254*	0,280*	0,524*	0,393*	

**Η σχέση κρίνεται στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 1%.Οι παράγοντες που ελέγχονται είναι οι εξής: Πρόθεση για έκδοση κάρτας δωρητή (Π.Ε.), Πρόθεση για συζήτηση με την οικογένεια (Π.Σ.), Στάσεις (ΣΤ.), Υποκειμενικοί κανόνες συμπεριφοράς (Υ.Κ.Σ.), Υποκειμενική αντίληψη άσκησης ελέγχου (Υ.Α.Α.Ε.), Ηθικοί κανόνες (Η.Κ.), Γνώσεις (ΓΝ)*

Πίνακα 5: Σχέση δημογραφικών χαρακτηριστικών με υπό μελέτη παράγοντες.

Χαρακτηριστικά	Π.Ε.	Π.Σ.	ΣΤ.	Υ.Κ.Σ.	Υ.Α.Α.Ε.	Η.Κ.	ΓΝ.
Ηλικία							
Spearman Rho	-0,061	-0,132	0,174	0,045	0,019	-0,083	0,068
p-value	0,416	0,076	**0,019***	0,550	0,797	0,264	0,362
Φύλο							
Mann-Whitney U	-1,965	-1,277	-1,595	-0,509	-3,322	-0,444	-3,472
p-value	**0,049***	0,202	0,111	0,611	**0,001****	0,657	**0,001****
Επάγγελμα							
Mann-Whitney U	-1,882	-1,864	-2,073	-1,021	-4,314	-0,159	-5,842
p-value	0,060	0,062	**0,038***	0,307	**0,000****	0,874	**0,000****
Εκπ/δευση							
Kruskal-Wallis H	5,717	6,141	2,685	0,140	10,908	3,743	7,313
p-value	0,057	**0,046***	0,261	0,932	**0,004****	0,154	**0,026***
Οικ/κή κατάσταση							
Kruskal-Wallis H	0,299	0,887	4,166	3,364	0,490	0,235	1,527
p-value	0,861	0,642	0,125	0,186	0,783	0,889	0,466
Οικ/κό εισόδημα							
Kruskal-Wallis H	3,641	5,228	1,365	0,044	4,728	0,497	0,928
p-value	0,162	0,073	0,505	0,978	0,094	0,780	0,629
Αιμοδότης στο παρελθόν							
Mann-Whitney U	-2,587	-2,640	-2,156	-1,493	-2,839	-1,899	-1,365
p-value	**0,010***	**0,008****	**0,03***	0,135	**0,005****	0,058	0,172

**Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας 5%. Οι παράγοντες που ελέγχονται είναι οι εξής: Πρόθεση για έκδοση κάρτας δωρητή (Π.Ε.), Πρόθεση για συζήτηση με την οικογένεια (Π.Σ.), Στάσεις (ΣΤ.), Υποκειμενικοί κανόνες συμπεριφοράς (Υ.Κ.Σ.), Υποκειμενική αντίληψη άσκησης ελέγχου (Υ.Α.Α.Ε.), Ηθικοί κανόνες (Η.Κ.), Γνώσεις(ΓΝ.)*

τους νοσηλευτές, οι άντρες σχετικά με τις γυναίκες, όπως και οι αιμοδότες σε σχέση με τους συμμετέχοντες χωρίς προηγούμενη σχετική εμπειρία στη δωρεά (Πίνακας 6).

Στον Πίνακα 7, μελετήθηκε η προβλεπτική ικανότητα της ΘΠΣ στην πρόθεση έκδοσης κάρτας δωρητή οργάνων σώματος και συζήτησης με την οικογένεια, χρησιμοποιώντας ως ανεξάρτητες μεταβλητές τους παράγοντες της θεωρίας. Το 31,7% της διακύμανσης της πρόθεσης έκδο-

Πίνακας 6: Μέσες τιμές (Μ.Τ.) και τυπικές αποκλίσεις (Τ.Α.) των παραγόντων ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Χαρακτηριστικά	Πρόθεση έκδοσης κάρτα δωρ/τη	Πρόθεση για συζήτηση με οικογένεια	Στάσεις	Υποκειμε-νικοί κανόνες	Υποκειμενική αντίληψη άσκησης ελέγχου	Ηθικοί κανόνες	Γνώσεις–Αντιλήψεις
	Μ.Τ. (Τ.Α.)	**Μ.Τ. (Τ.Α.)**	**Μ.Τ. (Τ.Α.)**	**Μ.Τ. (Τ.Α.)**	**Μ.Τ. (Τ.Α.)**	**Μ.Τ. (Τ.Α.)**	**Μ.Τ. (Τ.Α.)**
Φύλο							
Άνδρας	2,88 (1,77)	3,05 (1,92)	6,49 (0,79)	4,26 (1,66)	5,35 (1,45)	4,12 (1,9)	4,67 (1,51)
Γυναίκα	2,37 (1,74)	2,72 (1,99)	6,32 (0,82)	4,08 (1,79)	4,40 (1,69)	3,97 (1,8)	3,85 (1,40)
Επάγγελμα							
Νοσηλευτής	2,35 (1,71)	2,64 (1,93)	6,29 (0,84)	4,04 (1,80)	4,30 (1,72)	3,99 (1,7)	3,67 (1,41)
Ιατρός	**2,87 (1,84)**	**3,21 (2,07)**	**6,55 (0,74)**	**4,35 (1,64)**	**5,51 (1,21)**	**4,05 (2,0)**	**5,03 (1,13)**
Εκπ/δευση							
Δευτεροβάθμια	2,52 (1,8)	2,63 (2,03)	6,42 (0,66)	4,07 (1,91)	4,29 (1,85)	4,01 (1,8)	3,91 (1,35)
Πτυχίο ΑΕΙ/ΑΤΕΙ	2,34 (1,6)	2,73 (1,90)	6,30 (0,90)	4,09 (1,72)	4,62 (1,58)	3,89 (1,9)	3,96 (1,53)
Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	3,67 (1,9)	4,05 (2,10)	6,61 (0,77)	4,34 (1,44)	5,94 (1,10)	4,94 (1,6)	5,09 (0,88)
Οικ/κή κατάσταση							
Έγγαμος	2,53 (1,8)	2,74 (1,97)	6,36 (0,88)	3,99 (1,74)	4,58 (1,68)	3,99 (1,6)	3,96 (1,55)
Άγαμος	2,48 (1,5)	3,00 (1,87)	6,26 (0,72)	4,39 (1,75)	4,78 (1,69)	4,16 (1,6)	4,31 (1,20)
Διαζευγμένος	2,31 (1,9)	2,88 (2,35)	6,68 (0,54)	4,75 (1,76)	4,64 (1,63)	3,98 (1,0)	4,00 (1,31)
Χήρος	1,95 (1,9)	2,19 (2,47)	6,47 (0,42)	3,59 (2,25)	4,52 (2,57)	3,14 (2,0)	4,02 (1,77)
Οικ. εισόδημα							
< 15.000 €	2,21 (1,6)	2,55 (1,89)	6,40 (0,67)	4,05 (1,95)	4,15 (1,71)	3,88 (1,7)	3,97 (1,28)
15.000 έως 30.000	2,65 (1,7)	2,99 (2,01)	6,37 (0,87)	4,13 (1,69)	4,79 (1,68)	4,08 (1,8)	4,08 (1,54)
> 30.000 €	1,91 (1,6)	1,86 (1,63)	6,20 (0,72)	4,20 (1,85)	4,52 (1,56)	3,76 (2,1)	3,87 (1,36)
Αιμοδότης στο παρελθόν							
Ναι	**2,82 (1,8)**	**3,18 (2,08)**	**6,52 (0,64)**	**4,31 (1,58)**	**4,95 (1,61)**	**4,24 (1,8)**	**4,16 (1,48)**
Όχι	2,10 (1,5)	2,34 (1,76)	6,17(0,96)	3,89 (1,93)	4,24 (1,71)	3,73 (1,8)	3,90 (1,44)
Σύνολο	2,49 (1,7)	2,80 (1,98)	6,36 (0,82)	4,12 (1,76)	4,63 (1,69)	4,01 (1,8)	4,04 (1,46)

Πίνακας 7: Πολλαπλή Γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την Πρόθεση έκδοσης κάρτας και συζήτησης με την οικογένεια.

	R^2	Adj R^2	F	β	t	p
Πρόθεση για έκδοση κάρτας	0,317	0,298	16,278			**0,000****
Στάσεις				0,096	1,364	0,174
Υποκειμενικοί κανόνες συμπεριφοράς				0,034	0,411	0,682
Υποκειμενική αντίληψη άσκησης ελέγχου				0,198	2,273	**0,024***
Ηθικοί κανόνες				0,389	4,554	**0,000****
Γνώσεις - Αντιλήψεις				-0,075	-1,011	0,313
Πρόθεση για συζήτηση με την οικογένεια	0,333	0,314	17,453			**0,000****
Στάσεις				0,115	1,654	0,100
Υποκειμενικοί κανόνες συμπεριφοράς				0,059	0,726	0,469
Υποκειμενική αντίληψη άσκησης ελέγχου				0,113	1,313	0,191
Ηθικοί κανόνες				0,434	5,134	**0,000****
Γνώσεις - Αντιλήψεις				-0,057	-0,780	0,437

**Υπάρχει στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.*
*** Υπάρχει στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο σημαντικότητας 1%*

σης κάρτας ερμηνεύτηκε από τις ανεξάρτητες μεταβλητές του μοντέλου 1 πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (όπου εξαρτημένη μεταβλητή είναι η πρόθεση έκδοσης κάρτας δωρητή οργάνων), ενώ το μοντέλο 2 ερμήνευσε το 33,3% της διακύμανσης της πρόθεσης για συζήτηση με την οικογένεια (εξαρτημένη μεταβλητή).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Κατά την περιγραφική στατιστική οι συμμετέχοντες εμφάνισαν χαμηλή πρόθεση έκδοσης κάρτας δωρητή οργάνων και συζήτησης με την οικογένεια. Ωστόσο, μεταξύ των παραγόντων που επηρεάζουν σημαντικά την πρόθεση συζήτησης και έκδοσης κάρτας, αναδείχθηκαν και πάλι οι ηθικοί κανόνες, που σημαίνει ότι άτομα με υψηλό αίσθημα προσφοράς, έχουν σημαντικά μεγαλύτερη πρόθεση για συζήτηση με την οικογένειά τους, σχετικά με το θέμα της δωρεάς οργάνων. Η ανάγκη ανάδειξης και άλλων παραγόντων που μπορεί να επηρεάζουν την ανθρώπινη συμπεριφορά στο θέμα αυτό είναι επιτακτική.

Είναι σημαντικό το γεγονός πως το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων έχει κατανοήσει την έννοια του εγκεφαλικού θανάτου, δηλαδή ότι ισούται με κάτι οριστικό, οπότε η μειωμένη πρόθεση για συζήτηση και έκδοσης κάρτας δωρητών πιθανόν να συνδέεται με την άγνοια του προσωπικού ως προς το νομικό καθεστώς της χώρας (McGlade & Pierscionek, 2013), καθώς και την έλλειψη εμπιστοσύνης στη λειτουργία του ισχύοντος μεταμοσχευτικού συστήματος, ή με το γεγονός ότι δεν είναι σύνηθες να συζητά κανείς για το θάνατο. Επίσης, ανασταλτικό παράγοντα συζήτησης πιθανόν να αποτελεί η νοοτροπία της ελληνικής οικογένειας, το χαμηλό αίσθημα ηθικής υποχρέωσης, καθώς και οι υποκειμενικοί κανόνες συμπεριφοράς των συμμετεχόντων.

Ωστόσο, οι συμμετέχοντες εμφάνισαν θετική στάση για τα άτομα που είναι δωρητές, άλλα και για την αξία της συζήτησης του θέματος με την οικογένεια. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με έρευνες (Bøgh et al 2005, Schaeffner et al 2004, Hu & Huang 2015, Ζησιμοπούλου 2018, Ιωάννου 2018, Montero 2018), όπου οι επαγγελματίες υγείας εμφανίζουν θετική στάση στη δωρεά, παρά το μειωμένο ποσοστό πρόθεσης έκδοσης κάρτας δωρητή.

Το εκπαιδευτικό επίπεδο φάνηκε να επιδρά στην πρόθεση για συζήτηση και έκδοση κάρτας, καθώς και στην υποκειμενική αντίληψη άσκησης ελέγχου, τις γνώσεις και τους ηθικούς κανόνες των συμμετεχόντων. Οι κάτοχοι μεταπτυχιακού εμφάνισαν την υψηλότερη πρόθεση έκδοσης κάρτας και συζήτησης μεταξύ των συμμετεχόντων.

Στην επαγωγική στατιστική που ακολούθησε οι συμμετέχοντες διαφοροποιήθηκαν ως προς το φύλο και εμφάνισαν διαφορές ως προς την πρόθεση έκδοσης κάρτας, τις γνώσεις και την υποκειμενική αντίληψη ελέγχου. Οι άντρες εμφάνισαν πιο θετική στάση, μεγαλύτερο αίσθημα άσκησης ελέγχου, και περισσότερες γνώσεις του νομικού πλαισίου της δωρεάς, ενώ από τους κοινωνικούς παράγοντες η οικογενειακή κατάσταση και το εισόδημα δεν φάνηκε να παίζει σημαντικό ρόλο. Ωστόσο, οι έγγαμοι δήλωσαν έτοιμοι να εκδώσουν κάρτα δωρητή οργάνων, ενώ οι άγαμοι είχαν πιο θετική στάση στη συζήτηση με την οικογένεια, και υψηλότερη βαθμολογία στην υποκειμενική αντίληψη άσκησης ελέγχου και τους ηθικούς κανόνες. Το συμπέρασμα αυτό έρχεται σε αντίθεση με την έρευνα των Bedenko et al (2016), που καταλήγει στο συμπέρασμα ότι οι γυναίκες είναι πιο θετικές στη ιδέα της δωρεάς έναντι των αντρών.

Η αύξηση της ηλικίας συνδέθηκε με την διαμόρφωση θετικής στάσης απέναντι στη δωρεά. Αντιθέτως, η έρευνα των Lin et al (2018), ανέδειξε το αίσθημα του αλτρουισμού, ως το πιο σημαντικό παράγοντα διαμόρφωσης στάσης. Ομοίως, η έρευνα των Cohen et al (2008), σύνδεσε τις μεγαλύτερες ηλικίες με τη θετικότερη στάση, ωστόσο κατέληξε και αυτή πως το εργασιακό περιβάλλον, όπως η εργασία σε ΜΕΘ, και το εκπαιδευτικό επίπεδο, επηρεάζουν θετικά την πρόθεση για δωρεά και κατοχή κάρτας δωρητή. Αντιθέτως, η έρευνα των Ju et al (2018), κατέληξε στην θετική συσχέτιση μεταξύ γνώσεων και στάσεων για τη δωρεά οργάνων. Σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξε και η έρευνα των Schaeffner et al (2004), όπου η ιατρική εκπαίδευση συνδέθηκε με θετικότερη στάση απέναντι στη δωρεά.

Από την παραπάνω επεξεργασία γίνεται εμφανής η διαφορά που υπάρχει στο νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό του Νοσοκομείου Έδεσσας ως προς τη στάση, υποκειμενική αντίληψη άσκησης ελέγχου και γνώσεις απέναντι στη δωρεά οργάνων. Οι γιατροί εμφάνισαν θετικότερη στάση, μεγαλύτερη πρόθεση συγκριτικά με τους νοσηλευτές, ενώ φαίνεται να έχουν περισσότερες γνώσεις στο θέμα της δωρεάς και το νομικό σύστημα της χώρας. Τα αποτελέσματα συμφωνούν με εκείνα των Akgün et al (2003), στην Τουρκία, και των Hu & Huang (2015), στην Κίνα. Επίσης, τα αποτελέσματα παρόμοιων ερευνών που εκπονήθηκαν στην Ελλάδα μεταξύ των επαγγελματιών υγείας (Batsolaki et al 2013, Πουλίση 2015, Καρτέρη και συν 2015, Ανδόνη 2018, Ζησιμοπούλου 2018, Ιωάννου 2018, Ριζόπουλος και συν 2018), φαίνεται να συμφωνούν με τα ευρήματα της συγκεκριμένης έρευνας, καθώς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά δε φαίνεται να σχετίζονται με την πρόθεση, άλλα κυρίως με την αυξημένη γνώση που συναντάται στο ιατρικό προσωπικό, έναντι του νοσηλευτικού. Η εμπιστοσύνη στο σύστημα μεταμοσχεύσεων παραμένει χαμηλή σε όλες τις προηγούμενες έρευνες, όπως και στη συγκεκριμένη.

Ακόμη, γίνεται εμφανής η επίδραση της συμμετοχής στην αιμοδοσία, στη διαμόρφωση θετικής στάσης, σχετικά με τη δωρεά οργάνων και ιστών. Επιπλέον, η ύπαρξη προηγούμενης σχετικής συμπεριφοράς εμφανίζει θετική

σχέση με την αύξηση της ηλικίας, όπως και στην έρευνα των Kirk & Haegele (2018).

Τα αποτελέσματα των δύο μοντέλων της Γραμμικής παλινδρόμησης για την πρόθεση για έκδοση κάρτας δωρητή οργάνων και πρόθεση για συζήτηση είναι παρόμοια με έρευνα που αναδεικνύει ως στατιστικά σημαντικότερο παράγοντα τους ηθικούς κανόνες (Τσίμου 2018).

Οι περιορισμοί της έρευνας αφορούν κυρίως στην μικρή κλίμακα των συμμετεχόντων και στον περιορισμό σε ένα νοσοκομείο, καθώς και στους περιορισμούς της ΘΠΣ, που βασίζεται στην υποκειμενική αντίληψη των ατόμων. Επίσης, με τη στάθμιση του ποσοστού των συμμετεχόντων ενισχύεται η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος, έτσι ώστε παρά τη μικρή εμβέλεια της, την καθιστούν σημαντική καθώς εισάγει νέα δεδομένα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το προσωπικό του Νοσοκομείου Έδεσσας εμφανίζει χαμηλή πρόθεση έκδοσης κάρτας δωρητή οργάνων σώματος και συζήτησης με την οικογένεια παρά την θετική στάση.

Οι άντρες, οι γιατροί και οι πρώην αιμοδότες είναι πιο θετικοί και στους 7 υπό μελέτη παράγοντες, ενώ το επάγγελμα αποτελεί το πιο ενδιαφέρον δημογραφικό χαρακτηριστικό προς μελέτη. Επιπλέον, επαληθεύτηκε η θετική σχέση μεταξύ γνώσεων και ηθικών κανόνων με τη διαμόρφωση στάσης, και επιβεβαιώθηκε η αξία των ηθικών αρχών στην πρόθεση. Επίσης, επαληθεύθηκε η χρησιμότητα της ΘΠΣ ως προς τις βασικές μεταβλητές, αλλά επισημαίνεται η αναζήτηση περαιτέρω παραγόντων που επηρεάζουν την πρόθεση. Επιπλέον, παρατηρήθηκε μειωμένη εμπιστοσύνη των συμμετεχόντων στο σύστημα μεταμοσχεύσεων και μειωμένη ηθική υποχρέωση στη δωρεά οργάνων, γεγονός που χρήζει περισσότερης μελέτης και έρευνας.

Στοχεύοντας στην αύξηση των κατόχων κάρτας δωρητή, προτείνεται η καλλιέργεια και η προώθηση της ιδέας της μεταμόσχευσης από μικρή ηλικία, μέσα από την εκκλησία και την εκπαίδευση, ώστε να ενισχυθούν οι ηθικοί κανόνες, και να αυξηθούν οι γνώσεις, που θα οδηγήσουν μακροπρόθεσμα στην ανοιχτή συζήτηση του θέματος με την οικογένεια, στην αύξηση της οικογενειακής συναίνεσης στη δωρεά, και το ποσοστό των δωρητών στην Ελλάδα. Επιπλέον, κρίνεται απαραίτητη η περαιτέρω εκπαίδευση και κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας, και ιδίως των νοσηλευτών. Τέλος, προτείνεται η εκπόνηση ανάλογων ερευνών μεγαλύτερης εμβέλειας, όπως η μελέτη και των υπόλοιπων Νοσοκομείων του Νομού ή άλλων Νομών, για να διαπιστωθεί αν η περιοχή επιδρά σημαντικά στις απόψεις των νοσηλευτών και ιατρών, άλλα και να μελετηθούν και άλλοι παράγοντες. Επίσης, η έρευνα σε ιδιωτικές κλινικές θα μπορούσε να δώσει σημαντικά ευρήματα για τη στάση των ιδιωτικών και δημοσίων υπαλλήλων-επαγγελματιών υγείας, απέναντι στη δωρεά οργάνων και ιστών.

Συνεισφορά ερευνητών

Η ΑΧ είχε την ευθύνη του σχεδιασμού της μελέτης, τη συλλογή και ανάλυση των δεδομένων. Οι ΑΙ (Α' επιβλέπων), ΔΦΡ και ΣΠ συμμετείχαν στην κριτική αξιολόγηση και βελτιωτικές παρατηρήσεις της εργασίας. Όλοι οι συγγραφείς συνέβαλαν στη συγγραφή αυτής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ajzen I. (2011). The theory of planned behaviour: Reactions and reflections. *Psychology and Health* 26(9):1113-1127.

Akgün H.S., Bilgin N., Tokalak I., Kut A. & Haberal M. (2003). Organ donation: a cross-sectional survey of the knowledge and personal views of Turkish health care professionals. *In Transplantation proceedings* 35(4):1273-1275.

Alanazi N.H., Lee J.W., Dos Santos H., Job J.S. & Bahjri K. (2017).The use of planned behavior theory in predicting cigarette smoking among Waterpipe smokers. *Tobacco induced diseases* 15:29.

Batsolaki M., Marneras C., Karpouchtsi I., Koumantou K., Nisidi D. & Boulala F. (2013). Beliefs and Attitudes of Nurses Working in Renal Centers Towards Organ Donation and Transplantation.

Nosileftiki 52(1):30-38.

Bedenko R.C., Nisihara R., Yokoi D. S., Candido V. D. M., Galina I., Moriguchi R. M. & Salvalaggio P. (2016). Analysis of knowledge of the general population and health professionals on organ donation after cardiac death. *Revista Brasileira de terapia intensiva* 28(3):285-293.

Bøgh L. & Madsen M. (2005). Attitudes, knowledge, and proficiency in relation to organ donation: a questionnaire-based analysis in donor hospitals in northern Denmark. *In Transplantation proceedings* 37(8):3256-3257.

Choi S.H. & Duffy S.A. (2017). Analysis of Health Behavior Theories for Clustering of Health Behaviors. *Journal of addiction nursing* 28(4):203-209.

Cohen J., Ami S. B., Ashkenazi T. & Singer P. (2008). Attitude of health care professionals to brain death: influence on the organ donation process. *Clinical transplantation* 22(2):211-215.

Cohen L., Manion L. & Morrison K. R. B. (2011). Research methods in education. Oxon, UK: Routledge.

Cook D.A. & Artino A.R. Jr. (2016). Motivation to learn: an overview of contemporary theories. *Medical education* 50(10):997-1014.

Dawson L., Mullan, B. & Sainsbury K. (2015).Using the theory of planned behaviour to measure motivation for recovery in anorexia nervosa. *Appetite* 84:309-15.

De Groot J., van Hoek M., Hoedemaeker, C., Hoitsma A., Schilderman H., Smeets W., Vernooij-Dassen M. & Evert van Leeuwen E. (2016). Request for organ donation without donor registration: a qualitative study of the perspectives of bereaved relatives. *BMC medical ethics* 17(1):38-43.

Di Sarra L., Ghezzi V., Eastland T.Y., Antonini F., Scialó G., Zega M. & Alvaro R. (2015). Applying the Theory of Planned Behavior to Explain Women's Role in Prostate Cancer Screening. *Research and theory for nursing practice* 29(3):200-13.

Francis J., Eccles M., Johnston M., Walker A., Grimshaw J., Foy R., Kaner E., Smith L. & Bonetti D. (2004). *Constructing questionnaires based on the theory of planned behavior, a manual for health researchers.* City University of London Institutional Repository.

Georgiadou E., Sounidakis N., Mouloudi E., Giaglis P., Giasnetsova T., Marmanidou, K. & Gritsi-Gerogianni N. (2012). Attitudes and behavior toward organ donation in Greece. *Transplant proceedings*, 44(9):2698-701.

Hu D. & Huang H. (2015). Knowledge, attitudes, and willingness toward organ donation among health professionals in China. *Transplantation* 99(7):1379-1385.

Iyigun E., Tastan S., Ayhan H., Kose G. & Acikel C. (2016). Validity and reliability analysis of the planned behavior theory scale related to the testicular self-examination in a Turkish context. *Postgraduate medicine* 128(5):496-501.

Ju M. K., Sim M. K. & Son S. Y. (2018). A Study on Nursing Students' Knowledge, Attitude, and Educational Needs for Brain-Death Organ Transplantation and Donation and Intent to Donate Organs. *Transplantation proceedings*, 50, (4):1187-1191.

Kirk T. & Haegele J. (2018). Theory of Planned Behavior in Research Examining Physical Activity Factors Among Individuals With Disabilities: A Review. *Adapted physical activity quarterly:* 1-19 (ahead of print).

Lin M. M., Hsu Y. N., Wang Y. W., Weng L. C. & Chin Y. F. (2018). Factors Associated With the Willingness of Clinical Health Care Professionals for Living Organ Donation. In *Transplantation proceedings* 50(8):2320-2322.

Lopez J.S., Valentino M.O., Scandroglio B., Coll E., Martin M.J., Sagredo E., Martinez J.M., Serna E. & Matesanz R. (2012). Factors related to attitudes toward organ donation after death in the immigrant population in Spain. *Clinical Transplantation Journal* 26(3):E200-212.

McGlade D. & Pierscionek B. (2013). Can education alter attitudes, behavior and knowledge about organ donation? A pretest-pro-test study. *British Medical Journal* 3(12):e003961.

Montero S.A., Martínez-Isasi S., Fieira C. E., Fernández G. A., Castro D. D. & Fernández G.D. (2018). Knowledge and attitudes toward organ donation among health professionals in a third level hospital. *Revista espanola de salud publica* 92:e201804007.

Najafi M., Ardalan A., Akbarisari A., Noorbala A., & Elmi H. (2017). The Theory of Planned Behavior and Disaster Preparedness. PLoS *Currents* 9:ecurrents.dis.4da18e0f1479bf6c0a94b29e0dbf4a72.

Roncancio A.M, Ward K.K., Sanchez I.A., Cano M.A., Byrd T.L., Vernon S.W., Fernandez-Esquer M.E. & Fernandez M.E. (2015). Using the Theory of Planned Behavior to Understand Cervical Cancer Screening Among Latinas. *Health education & behavior* 42(5):621-6.

Schaeffner E.S., Windisch W., Freidel K., Breitenfeldt K. & Winkelmayer W. C. (2004). Knowledge and attitude regarding organ donation among medical students and physicians. *Transplantation* 77(11):1714-1718.

Tola H.H., Shojaeizadeh D., Tol A., Garmaroudi G., Yekaninejad M.S., Kebede A., Ejeta L.T., Kassa D. & Klinkenberg E. (2016). Psychological and Educational Intervention to Improve Tuberculosis Treatment Adherence in Ethiopia Based on Health Belief Model: A Cluster Randomized Control Trial. *PLoS One,* 11(5):27-37.

Tsavdaroglou T., Paleolouga X., Droulia P., Tsavdaroglou A., Fotos N. & Brokalaki H. (2013). Attitude and Knowledge of Nursing Students towards Donation and Transplantation of Organs and Tissues. *Nosileftiki* 52(2):215-222.

Youngner S.J. (2016). How to Communicate Clearly about Brain Death and First-Person Consent to Donate. *AMA Journal of Ethics* 18(2):108-114.

Αηδόνη Ζ. (2018). Γνώσεις, στάσεις και συμπεριφορά του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σε πανεπιστημιακό νοσοκομείο σχετικά με τον εγκεφαλικό θάνατο-δωρεά οργάνων. (Διπλωματική εργασία). Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων (2018). Η ιδέα της δωρεάς οργάνων. Available at: http://www.eom.gr/i-idea-tis-doreas-organon-kai-iston/

Ζησιμοπούλου Μ. (2018). Η στάση του ιατρό-νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στη δωρεά και τη μεταμόσχευση οργάνων και η συσχέτιση της με το κοινωνικό κεφάλαιο. (Διπλωματική εργασία). Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Ιωάννου Κ. (2018). Γνώσεις και στάση των νοσηλευτών όσον αφορά τη δωρεά οργάνων στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωάννινων. (Διπλωματική εργασία). Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστήμων Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.

Καρτέρη Α., Κελιμπάρη Κ. & Κικέρη Γ. (2015). Γνώσεις και πεποιθήσεις των νοσηλευτών σχετικά με τη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων και ιστών. (Πτυχιακή εργασία). Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Δυτικής Ελλάδας. Σχολή Επαγγελμάτων Υγείας και Πρόνοιας. Τμήμα Νοσηλευτικής.

Πουλίση Α. (2015). Οι γνώσεις και οι στάσεις των νοσηλευτών όσον αφορά τη δωρεά οργάνων. (Πτυχιακή εργασία). Τεχνολογικό εκπαιδευτικό ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης.

Ριζόπουλος Ρ., Μοιρασγεντή Μ., Τούφας Κ. & Γκαράνη-Παπαδάτου Τ. (2018). Εγκεφαλικός θάνατος Γνώσεις και στάσεις των νοσηλευτών μονάδων εντατικής θεραπείας της βόρειας Ελλάδας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 35(3):392-399.

Τσαγρής Μ. (2014). Στατιστική με τη χρήση του πακέτου IBM SPSS 22. Available at: https://mathbooksgr.files.wordpress.com/2014/03/spss-22.pdf

Τσίμου Ο. (2018). Δωρεά οργάνων και ιστών: Μελέτη των στάσεων και των προθέσεων του πληθυσμού του Νομού Αττικής (Διπλωματική Εργασία). Ελληνικό Ανοιχτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.

Τσούνης Α. & Σαράφης Π. (2014) Πρόληψη καρκίνου του μαστού και θεωρία της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας 6(3):108-115.

Knowledge, attitudes and behavioural intentions regarding organ donation in a General Hospital of Northern Greece

Chrysi Alibaki[1,2], Ioannis Apostolakis[1,3], Philip-Richard Domeyer[1,4], Pavlos Sarafis[1,5]
1. School of Social Sciences, Hellenic Open University, Greece
2. RN, MSc (c), General Hospital of Pella-Edessa Unit, Greece
3. Medical Informatics, PhD, Medical School, National and Kapodistrian University of Athens, Greece
4. General Practitioner/Family Physician, MD, MHA, MSc, PhD
5. Assistant Professor, Department of Nursing, School of Health Sciences, Cyprus University of Technology, Cyprus

ABSTRACT

Introduction: Organ donation is considered in many cases as the only therapeutic solution. The lack of donors throughout the world, leads to the need of a survey of the factors affecting the formation of the human behavior in order to change it, in particular in our country, where there is a significant research gap and a reduced number of donors.

Aim: The aim of the specific quantitative survey is the detection of the factors affecting the attitude and perceptions of the nursing and medical staff of the General Hospital (G.H.) of Edessa, with regards to organ donation, as well as the prediction of their willingness to issue an organ donor card.

Methods: The survey was based on the collection of 283 questionnaires, based on the Theory of Planned Behavior. In order to enhance the representation amongst people, data were weighted so that both doctors and nurses could have equal rates to such of the population.

Results: The intention to discuss with the family was positively associated with moral rules, while the intention to issue a donor card was positively associated with morality and subjective perception of control. Gender, profession, educational level and previous relevant behavior are the most important factors of differentiation.

Conclusions: The medical and nursing staff of the G.H. of Edessa presents a low intention to issue a donation card, however, they are very positive to the idea of donation. The attitude and intention of the medical doctors is more positive comparison to the nursing. The professional status is the most important variable under study, as it differentiates attitudes and intentions of health care workers. It is necessary to promote the idea of donation through social services.

Key-words: Organ donation, Theory of Planned Behavior, transplantation.

Corresponding author: Alibaki Chrysi
e-mail: alib1@otenet.gr

Submission date: 17.12.2019
Publication date: April 2021

Citation: Alibaki C., Apostolakis I., Domeyer P.R. & Sarafis P. (2021). Knowledge, attitudes and behavioural intentions regarding organ donation in a General Hospital of Northern Greece. *Hellenic Journal of Nursing Science* 14(2):29-38. doi: https://doi.org/10.24283/hjns.202124

Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και δείκτες ποιότητας σε Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ)

Εμμανουέλα Αγγελή[1], Γεώργιος Μπαλιόζογλου[2]
1. Νοσηλεύτρια, MSc, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
2. Νοσηλευτής, MSc, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το Ελληνικό Δημόσιο και οι Οργανισμοί Υγείας τα τελευταία χρόνια μέσα από τη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management), επιχειρούν να εμφυσήσουν και να προάγουν τη βελτίωση της ποιότητας, αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των Νοσοκομειακών Οργανισμών.

Σκοπός: ο καθορισμός των αποτελεσμάτων της βελτιωτικής αυτής προσπάθειας μέσα από δείκτες μέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών εστιάζοντας σε ασθενείς που προσέρχονται σε τμήματα επειγόντων περιστατικών.

Μεθοδολογία: Για τη συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε πρωτογενής, τυχαιοποιημένη έρευνα και χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο. Έλαβαν μέρος (N=200) άτομα ηλικίας 20 - >60 ετών οι οποίοι προσήλθαν ως επισκέπτες – ασθενείς στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του Ιπποκράτειου Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης κατά το χρονικό διάστημα 1/10/18 - 31/12/2018. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν με βάση την πενταβάθμια κλίμακα Likert ως εξής: 1=Καθόλου, 2=Λίγο, 3=Αρκετά, 4=Πολύ, 5=Πάρα πολύ. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο SPSS Statistics v.24.0 έκδοση για Windows.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα υπογραμμίζουν τη σημασία της αξιολόγησης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας η οποία δεν είναι άλλη από την εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών μέσω δεικτών στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του Ιπποκράτειου Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης. Ειδικότερα, η ικανοποίηση των ασθενών στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών εντοπίζεται σε μικρότερο βαθμό στο διοικητικό προσωπικό καθώς προέκυψε αρκετά υψηλό επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών από τις ιατρικές και τις νοσηλευτικές υπηρεσίες που τους παρασχέθηκαν και χαμηλότερο από το διοικητικό λόγω έλλειψης προσωπικού.

Συμπεράσματα: Διαπιστώθηκε ότι παρά τις ελλείψεις του νοσοκομείου το γενικό επίπεδο όσον αφορά την ποιότητα των υπηρεσιών λειτουργίας του κρίνεται αρκετά καλό σε όλους τους τομείς. Επομένως, οι πιθανές βελτιώσεις ποιότητας των υπηρεσιών θα μπορούσαν να αποτελέσουν και πιθανές προτάσεις προς τη διοίκηση της νοσοκομειακής μονάδας και να οδηγήσουν στη γενικότερη βελτίωση της εμπειρίας των επισκεπτών – ασθενών.

Λέξεις Κλειδιά: Δείκτες ποιότητας, Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, ικανοποίηση ασθενών, Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. Υπηρεσίες Υγείας.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Εμμανοέλα Αγγελή
e-mail: manouelg@yahoo.gr

Ημερομηνία υποβολής: 19.02.2020
Ημερομηνία δημοσίευσης: Απρίλιος 2021

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

Αναφορά του άρθρου ως: Αγγελή Ε. & Μπαλιόζογλου Γ. (2021). Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και δείκτες ποιότητας σε Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ). *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 14(2): 39-48. doi: https://doi.org/10.24283/hjns.202125

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ:

- **Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) αποτελεί μέσο συνεχούς βελτίωσης στους οργανισμούς υγείας.**
- **Η καταμέτρηση της συνολικής ποιότητας στα ΤΕΠ, συνδέεται με την έννοια της ικανοποίησης των ασθενών.**
- **Χρήση δεικτών μέτρησης της ποιότητας υπηρεσιών υγείας του ανθρώπινου δυναμικού στα ΤΠΕ.**
- **Στόχοι μέτρησης της ΔΟΠ είναι η εξάλειψη λαθών, η εφαρμογή ιατρονοσηλευτικών θεραπευτικών πρωτοκόλλων, η αποτελεσματική θεραπεία, αποφυγή καθυστερήσεων, αναμονών, διασφάλιση σεβασμού, ισότητας, δίκαιης μεταχείρισης απαλλαγμένης από διακρίσεις.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στο παρόν άρθρο η ποιότητα συγκαταλέγεται και μελετάται στο πλαίσιο της γενικής «ομπρέλας» της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) μέσω της εφαρμογής ειδικών δεικτών μέτρησης, με στόχο την ικανοποίηση του πελάτη εσωτερικού και εξωτερικού και βάση των θεμελιωδών αρχών που διακατέχουν τους νοσοκομειακούς οργανισμούς. Σύμφωνα με τους Al-Dhaafri et al (2016) η βασική φιλοσοφία της διαχείρισης της ποιότητας ορίζει, ότι έχει τη δυνατότητα να οδηγεί και να λειτουργεί έναν οργανισμό με επιτυχία, με ένα συγκεκριμένο συστηματικό και διαφανή τρόπο που δίνει στους εργαζομένους την αίσθηση της καθοδήγησης και του ελέγχου. Γενικότερα, στη βιβλιογραφία μπορούν να εντοπιστούν δύο τύποι ορισμών της ποιότητας, οι γενικοί και οι αναλυτικοί. Οι γενικοί ορισμοί της ποιότητας μπορεί να είναι σύντομες φράσεις, όπως μηδενικά ελαττώματα (Mosadeghrad 2014), χρήσιμα αποτελέσματα (Juran 1988) και ικανοποίηση του πελάτη (Al-Dhaafri et al 2016). Ο αναλυτικός ορισμός είναι πιο συγκεκριμένος, και σύμφωνα με τον Crosby «ποιότητα είναι η συμμόρφωση με τις προδιαγραφές και επιτυγχάνεται με πρόληψη και όχι με διαπίστωση της αστοχίας. Ο στόχος είναι τα μηδέν λάθη όχι περίπου μηδέν» (Marshall & Murdoch 2001).

Ανάλογα και οι Khanam et al (2016) αναφέρουν ότι η ΔΟΠ είναι η κουλτούρα ενός οργανισμού που δεσμεύεται στην πλήρη ικανοποίηση του πελάτη/χρήστη μέσω της συνεχούς βελτίωσης. Στόχος της είναι η εισαγωγή καινοτόμων δομών, διεργασιών, οράματος, συνεργατικού περιβάλλοντος και ουσιαστικής επικοινωνίας μεταξύ των εμπλεκόμενων μελών του, συνεισφέροντας στην εφαρμογή και ενσωμάτωση συστημάτων ποιότητας, εργαλείων ελέγχου και Πιστοποίηση ISO των Οργανισμών. Σε μια τέτοια κουλτούρα, οι πόροι, τα υλικά, ο εξοπλισμός και τα συστήματα ποιότητας είναι οικονομικά αποδοτικά και χρησιμοποιούνται πλήρως. Πλέον σύμφωνα με τους Akgun et al (2014), η ανάπτυξη μιας κουλτούρας στην οποία όλα τα μέλη μιας ομάδας μπορούν να αισθάνονται ευχαριστημένα, επιτυγχάνεται συμβάλλοντας, παράλληλα ενεργά στην αποδοτικότερη και αποτελεσματικότερη παροχή ποιοτικών υπηρεσιών. Ένας από τους θεωρητικούς ειδικούς της ποιότητας ο Deming (1986) υποστήριξε, ότι η «ικανοποίηση των αναγκών των πελατών είναι στην ουσία ο ορισμός της ποιότητας».

Οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης χρησιμοποιούν όλο και περισσότερο σύγχρονα εργαλεία και τεχνικές διαχείρισης, όπως η ΔΟΠ ανασχεδιασμός (Business Process Reengineering) διαδικασιών, που επιφέρει ριζικές βελτιώσεις, συγκριτική αξιολόγηση (benchmarking), υιοθέτηση λειτουργιών από άλλους οργανισμούς που έχουν επιδείξει έργο, διαχείριση αλυσίδας εφοδιασμού και τα Six Sigma για να ικανοποιήσουν τόσο τους εσωτερικούς όσο και τους εξωτερικούς πελάτες-ασθενείς. Ειδικά το μοντέλο Six Sigma εισήχθη στη νοσοκομειακή περίθαλψη με σκοπό τη βελτίωση της διαχείρισης της θνησιμότητας και της νοσηρότητας (Dey et al 2006). Επιπλέον, ο κύκλος PDCA (Plan-Do-Check-Act) του Deming, η αναθεώρηση και η διαχείριση της χρήσης έχουν προταθεί για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας από ερευνητές, όπως οι Calabrese & Corbo (2015). Τα τμήματα τα οποία καλύπτονται από το σύστημα ποιότητας είναι οι υποδομές ενός οργανισμού υγείας, το περιβάλλον, οι εγκαταστάσεις (facilities), το ανθρώπινο κεφάλαιο με την τεχνογνωσία, οι μέθοδοι και τεχνικές που εφαρμόζονται σε κλινικές – εργαστήρια, η διατμηματική αντιμετώπιση περιστατικών, και οι δείκτες οι οποίοι αφορούν μετρήσεις αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας (Κυριόπουλος και συν 2003).

Επιπλέον, οι Calabrese and Corbo (2015) πρότειναν ότι αν και διάφορα προγράμματα βελτίωσης των επιδόσεων συμβάλλουν στη βελτίωση των επιδόσεων και της ποιότητας των υπηρεσιών, η αποτελεσματικότητά τους εξαρτάται από το πόσο αποτελεσματικά μπορούν να ενσωματωθούν στις οργανωτικές στρατηγικές και τις πρακτικές διαχείρισης έργων ενός οργανισμού υγείας. Οι Williams et al (2012), αντίστοιχα, έδειξαν ότι η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας σε διεθνές επίπεδο σχετίζεται κατά κύριο λόγο με τα νοσοκομεία, τόσο ιδιωτικά όσο και δημόσια. Ο προσδιορισμός της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας σε σχέση με την ικανοποίηση των πολιτών

πραγματοποιείται σύμφωνα με κάποιους δείκτες, οι βασικότεροι εκ των οποίων αφορούν την άμεση παροχή της υπηρεσίας, την καταλληλότητα, την αξιοπιστία, την ευκολία πρόσβασης σε αυτήν, καθώς και την υποστήριξη που παρέχεται έπειτα από την διάθεση της. Πέρα από αυτούς τους δείκτες υφίστανται και άλλοι με πρόσθετους παράγοντες επιρροής.

Πιο συγκεκριμένα, η καταμέτρηση της συνολικής ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, συνδέεται εκτός από την έννοια της ικανοποίησης των ασθενών και με την έννοια της ποιότητας ζωής. Σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) (2003) ποιότητα ζωής είναι η υποκειμενική αντίληψη των ασθενών σχετικά με την υγεία τους μέσα στο γενικότερο φάσμα των κοινωνικών αξιών, των πολιτισμικών πεποιθήσεων και αξιών που συμπορεύονται με τις προσωπικές τους αξίες, πιστεύω και επιδιώξεις (Gaeber et al 2012).

Η μέτρηση της ποιότητας ζωής πραγματοποιείται με τη βοήθεια ενός δείκτη που ονομάζεται Ποιοτικά Σταθμισμένα Έτη Ζωής ή QALYs (Qualitive Adjusted Life Years). Η μέθοδος αυτή σχετίζεται και συνδυάζει την κλινική τεκμηριωμένη επιλογή με αυτό που προσδοκά ως ποιότητα ζωής το άτομο. Η μέθοδος εφαρμόστηκε από το 1970 και έπειτα στις υγειονομικές υπηρεσίες, καταμετρούσε και αξιολογούσε τις δραστηριότητες και προχωρούσε σε σύγκριση με την αποτελεσματικότητα και το κόστος της παρέμβασης. Ο δείκτης QALYs ουσιαστικά αποτυπώνει το αποτέλεσμα υγείας που προκύπτει μέσα από την αλληλεπίδραση τόσο της ποιότητας ζωής, όσο και της ποιότητας των προσδοκώμενων ετών ζωής των ατόμων, δηλαδή ο χρόνος επιβίωσης των ατόμων σε συσχετισμό με την ποιότητα της ζωής τους (Weinstein & Stason 1977). Τέλος, σύμφωνα με τους Nelson and Niederberger (1990) διαπιστώνεται, ότι ο προσανατολισμός στις ανάγκες των πελατών - ασθενών συνηγορεί στην ανάγκη μέτρησης τους μέσω δεικτών και στη συνέχεια αξιολόγησης της ικανοποίησής τους με την αποτύπωση αποτελεσμάτων απόδοσης των νοσηλευτικών τμημάτων.

Σκοπός παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η διερεύνηση της ικανοποίησης των αναγκών των πολιτών, οι οποίοι προσήλθαν στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) του Ιπποκράτειου Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης λόγω ενός εκτάκτου συμβάντος στην υγεία τους. Οι επιμέρους ερευνητικοί στόχοι της μελέτης σχετίζονται με τη διερεύνηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας εστιάζοντας σε ασθενείς που προσήλθαν σε τμήματα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ).

Όσον αφορά τη διερεύνηση της ποιότητας των υπηρεσιών του ΤΕΠ του Ιπποκράτειου Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης εφαρμόστηκαν δείκτες μέτρησης στο ανθρώπινο δυναμικό, οι οποίοι προσδιόρισαν αποτελέσματα σχετικά με τις ερευνητικές υποθέσεις όπως: την ικανοποίηση των ασθενών στο πλαίσιο ασφάλειας της υγείας τους, την εξάλειψη λαθών, την εφαρμογή ιατρονοσηλευτικών θεραπευτικών πρωτοκόλλων για αποτελεσματική θεραπεία χωρίς καθυστερήσεις, αναμονές ή σπατάλες χρόνου διασφαλίζοντας ταυτόχρονα το αίσθημα της ισότητας, του σεβασμού και της δίκαιης μεταχείρισης απαλλαγμένης από διακρίσεις.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σχεδιασμός

Ο σχεδιασμός της μελέτης ήταν περιγραφικός και βασίστηκε στη μέτρηση της ικανοποίησης χρηστών υπηρεσιών οι οποίοι προσήλθαν ως ασθενείς στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του Ιπποκράτειου Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης εξαιτίας κάποιου έκτακτου περιστατικού υγείας. Το συγκεκριμένο τμήμα επιλέχθηκε με το σκεπτικό ότι αποτελεί την κεντρικότερη μονάδα τμήματος ενδονοσοκομειακού, είναι το πολυπληθέστερο τμήμα και κατά συνέπεια, ιδανικό από άποψη συλλογής πολυποίκιλων πληροφοριών και δεδομένων προς ερευνητική επεξεργασία. Η σημασία του σχεδιασμού της έρευνας γεννάται από τη σχέση της ανάμεσα στη θεωρία, τα επιχειρήματα και τις απαντήσεις σε ερωτήματα που ενισχύουν την έρευνα και τα δεδομένα που συγκεντρώνονται. Κατά συνέπεια, ο ερευνητικός σχεδιασμός είναι αυτός που επιτρέπει στους ερευνητές να δώσουν τεκμηριωμένες απαντήσεις σε ερωτήματα που μελετώνται σε κάθε έρευνα (Cohen et al 1993).

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, ένας από τους πλέον συνήθεις τρόπους μέτρησης αξιολόγησης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας είναι η εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών. Έρευνες των Κωσταγιόλας και συν (2008) και Καϊτελίδου και συν (2006) σχετικές με την ικανοποίηση που λαμβάνουν οι ασθενείς από τις υπηρεσίες σε τμήμα επειγόντων περιστατικών ΤΕΠ οδηγούν στο συμπέρασμα ότι σημεία – κλειδιά που συμβάλλουν στη διαμόρφωση της άποψης των εξωτερικών ασθενών για την ποιότητα της φροντίδας τους στο τμήμα επειγόντων περιστατικών και αποτελούν πεδίο εφαρμογής δεικτών ποιότητας, είναι:

1. Η ετοιμότητα του προσωπικού να εξυπηρετήσει τον ασθενή, όπως και η ταχύτητα άμεσης επέμβασης.
2. Η αποτελεσματικότητα της πρώιμης διάγνωσης.
3. Η αποτελεσματικότητα διαλογής.
4. Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας και η επιτυχής ανταπόκριση στο πρόβλημα τους, έτσι ώστε να μη χρειαστεί να επανέλθουν για τον ίδιο λόγο.

Δείγμα μελέτης

Για τη συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε πρωτογενής, τυχαιοποιημένη έρευνα και το δείγμα μελέτης (N=200) αποτέλεσαν επισκέπτες - εισερχόμενοι ασθενείς του ΤΕΠ του Ιπποκράτειου Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης. Το μέγεθος του δείγματος (n=200)

πληροί τις προϋποθέσεις σύμφωνα με τις προτάσεις των ερευνητών Gorusch (1983), Hatcher (1994) σχετικά με το γεγονός ότι πρέπει να υπάρχει αναλογία 5:1 μεταξύ του κάθε οριζόμενου διερευνητικού παράγοντα και των πέντε προτιμήσεων της κλίμακας Likert ώστε να διασφαλιστεί η ύπαρξη τουλάχιστον ενός υποψήφιου για κάθε μια επιλογή. Ως μέθοδος επιλογής δείγματος επιλέχθηκε η δειγματοληψία ευκολίας λόγω του γεγονότος, ότι η συγγραφέας της παρούσας έρευνας εργάζεται ως νοσηλεύτρια στο συγκεκριμένο νοσοκομείο και μπόρεσε έτσι να προσεγγίσει το δείγμα ευκολότερα.

Συλλογή δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων όπως αναφέρθηκε και παραπάνω έγινε σε άτομα που προσήλθαν ως επισκέπτες - ασθενείς στο τμήμα επειγόντων περιστατικών, του Ιπποκράτειου Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, για λόγους κάποιου έκτακτου περιστατικού υγείας κατά το χρονικό διάστημα (1/10/2018 - 31/12/2018). Ως προς τη διαδικασία υλοποίησης η έρευνα πραγματοποιήθηκε κατά τη διάρκεια γενικών εικοσιτετράωρων εφημεριών του συγκεκριμένου νοσοκομείου.

Κάποιες από τις ημέρες εφημερίας το Ιπποκράτειο εφημέρευε μόνο του, χωρίς τη συμμετοχή άλλου νοσοκομείου εντός του νομού της Θεσσαλονίκης, με αποτέλεσμα να καλείται να καλύψει τις ανάγκες του πληθυσμού ολόκληρου του νομού αλλά και της Περιφέρειας. Από τα συνολικά 200 ερωτηματολόγια τα 80 απαντήθηκαν σε πρωινό ωράριο εφημερίας, τα 80 σε απογευματινό ωράριο εφημερίας, ενώ τα υπόλοιπα 40 σε βραδινές εφημερίες. Η κύρια ερευνήτρια ήταν διαθέσιμη για οποιαδήποτε απορία των ασθενών, καθώς συνέλεγε τα ερωτηματολόγια. Οι ασθενείς ήταν από όλα τα τμήματα (καρδιολογικό, χειρουργικό, παθολογικό, νευρολογικό, ορθοπεδικό παιδιατρικό, οφθαλμολογικό, ΩΡΛ, κ.τ.λ.). Θα πρέπει να τονιστεί, η φιλική και καλή διάθεση των περισσότερων ασθενών να συνεργαστούν και να αφιερώσουν χρόνο στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, να σχολιάσουν και να προχωρήσουν σε προτάσεις βελτίωσης του νοσοκομειακού οργανισμού τις οποίες η συγγραφέας κατέγραψε.

Ως ερευνητικό εργαλείο συλλογής και μέτρησης των στοιχείων χρησιμοποιήθηκε δομημένο αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο ποσοτικής έρευνας. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται συνολικά από τριάντα ερωτήσεις και διαχωρίζεται σε τρεις ενότητες: Η πρώτη ενότητα του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει ερωτήσεις δημογραφικών στοιχείων. Πιο συγκεκριμένα, ερωτήθηκαν τα δημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, υπηκοότητα) και πλέον προστέθηκε μια ερώτηση η οποία αφορούσε στον τρόπο μετάβασης στο νοσοκομείο, όπως και αν ο ερωτώμενος συμπλήρωνε το ερωτηματολόγιο για τον ίδιο ή άλλο πρόσωπο. Η δεύτερη ενότητα του ερωτηματολογίου αποτελείται από ερωτήσεις σχετικές με την προσέλευση των ασθενών στο νοσοκομείο και τις πρώτες στιγμές στο τμήμα επειγόντων περιστατικών. Όπως, για παράδειγμα, εάν βρήκαν εύκολα το ΤΕΠ και πόση ώρα περίμεναν οι ερωτώμενοι μέχρι τη διάγνωση. Η τρίτη ενότητα των ερωτηματολογίου περιέχει ερωτήσεις οι όποιες αφορούν στην ικανοποίηση των ασθενών από το τμήμα επειγόντων. Ενδεικτικά οι ασθενείς ερωτήθηκαν για το πως αξιολογούν το περιεχόμενο του ιατρικού έργου, του νοσηλευτικού έργου, τους χρόνους αναμονής και άλλα. Πλέον οι συμμετέχοντες ασθενείς του δείγματος κλήθηκαν να απαντήσουν με βάση την πενταβάθμια κλίμακα Likert ως εξής: 1=Καθόλου, 2=Λίγο, 3=Αρκετά, 4=Πολύ, 5=Πάρα πολύ.

Θέματα ηθικής - Δεοντολογίας

Η παρούσα ερευνητική μελέτη ανταποκρίθηκε στις θεμελιώδεις δεοντολογικές αρχές, οι οποίες διέπουν τη διεξαγωγή μιας έρευνας. Έγκριση ζητήθηκε και δόθηκε τόσο από την επιστημονική επιτροπή του νοσοκομείου, όσο και από το διευθυντή του ΤΕΠ. Ειδικότερα, τηρήθηκε πλήρης εχεμύθεια και κατοχυρώθηκε η ανωνυμία ως προς τις πληροφορίες που αφορούν τους συμμετέχοντες ασθενείς, όπως διαφυλάχθηκε και η ασφάλεια του σχετικού υλικού. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν μέσα από τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά και μόνον για τους σκοπούς της συγκεκριμένης μελέτης.

Στατιστική Ανάλυση

Προκειμένου να πραγματοποιηθεί η στατιστική ανάλυση και η επεξεργασία δεδομένων που προέκυψαν από το ερωτηματολόγιο έγινε κωδικοποίησή των στοιχείων. Στην κωδικοποίηση των δεδομένων αυτών κάθε ερώτηση πήρε έναν κωδικό και κάθε πιθανή απάντηση αυτής της ερώτησης έλαβε μια αριθμητική τιμή. Ειδικότερα, για την ερώτηση του φύλου η κωδικοποίηση είναι GEN και οι δύο απαντήσεις λαμβάνουν τις τιμές άνδρας=1, γυναίκα=0. Η αξιοπιστία των μετρήσεων σαφώς επηρεάζει την αξία των ερευνητικών αποτελεσμάτων και γι' αυτό το λόγο το παραπάνω ερωτηματολόγιο προσαρμόστηκε στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης.

Έγινε μια πρώτη πιλοτική προσέγγιση στατιστικής ανάλυσης σε δείγμα δέκα πέντε (15) τυχαίων ασθενών του δείγματος και τους ζητήθηκε να σημειώσουν τον αριθμό των ερωτήσεων που έκριναν ως ασαφείς ή μη κατανοητές. Εν κατακλείδι, οι αξιολογήσεις των ασθενών αυτών αξιοποιήθηκαν για τη βελτίωση του ερευνητικού εργαλείου. Αξίζει να σημειωθεί ότι μικρές βελτιωτικές αλλαγές που πραγματοποιήθηκαν, αφορούσαν στο γλωσσικό ύφος χωρίς να αλλοιωθεί ή να αλλαχθεί το περιεχόμενο των ερωτήσεων. Συνολικά, η εσωτερική συνάφεια του τελικού ερωτηματολογίου υπήρξε ικανοποιητική για το συγκεκριμένο δείγμα με Cronbach's α=0,68.

Η ανάλυση της έρευνας, ξεκίνησε ως απλή περιγραφική και στη συνέχεια έγινε η ερμηνεία των αποτελεσμάτων της, η οποία διενεργήθηκε με την περιγραφή των στατιστικών πινάκων, που δημιουργήθηκαν στα διάφορα βήματα της διαδικασίας. Συγκεκριμένα εξετάστηκαν και αναλύθηκαν οι περιγραφικοί δείκτες των μεταβλητών. Έγινε χρήση των βασικών μέτρων θέσης και διασποράς, καθώς και των συχνοτήτων για την περιγραφή των δημογραφικών χαρακτηριστικών και των ερωτήσεων που σχετίζονται με τη διερεύνηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας εστιάζοντας στην ικανοποίηση ασθενών που προσήλθαν σε τμήματα επειγόντων περιστατικών ΤΕΠ. Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS v.25 της IBM (Στατιστικό Πακέτο για Κοινωνικές Επιστήμες).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η ανάλυση των δεδομένων των ερωτηματολογίων έδωσε τα παρακάτω αποτελέσματα:

Από τον πίνακα 1 προκύπτει, ότι το 53,5% (n=107) του δείγματος συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο για τον εαυτό του, ενώ για άλλον το 38% (n=76). Για το παιδί του συμπλήρωσε μόνο το 8,5% (n=17). Οι γυναίκες αποτελούν το 51,5% (n=103) του δείγματος, ενώ οι άνδρες το 48,5% (n=97) (πίνακας 2). Όσον αφορά την ηλικία του δείγματος παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό 27% (n=54) ήταν 30-39 ετών, 40-49 ετών το 32% (n=64) και 50-59 ετών το 25% (n=50). Πρέπει να σημειωθεί ότι το εύρος της ηλικίας του δείγματος ήταν από 10 έως 93 ετών. Παρατηρείται ότι το 95% (n=190) του δείγματος είναι Έλληνες πολίτες, ενώ μόλις το 5% (n=10) είναι υπήκοοι άλλου κράτους.

Επιπλέον, ως προς την ευκολία πρόσβασης προς το ΤΕΠ βρέθηκε ότι η πλειοψηφία του δείγματος 53% (n=106) απάντησε αρκετά εύκολο και μόλις το 8,5% (n=17) απάντησε λίγο δύσκολο. Τέλος, το 38,5% (n=77) απάντησαν πολύ εύκολο (πίνακας 3). Αναφορικά με την αξιολόγηση της άμεσης καταχώρησης των ατομικών στοιχείων των ασθενών η πλειοψηφία του δείγματος (97%, n=194) απάντησε αρνητικά, το 0,5% (n=1) απάντησε θετικά και το 2,5% (n=5) απάντησαν ότι τα στοιχεία τους καταχωρήθηκαν με καθυστέρηση (πίνακας 4).

Πίνακας 1. Για ποιόν συμπληρώνετε το ερωτηματολόγιο

Για ποιον συμπληρώνετε το ερωτηματολόγιο;		N	Ποσοστό (%)
Valid	Για τον εαυτό σας	107	53,5
	Για το παιδί σας	17	8,5
	Άλλον (συγγενή, φίλο, γνωστό)	76	38,0
	Total	200	100,0

Πίνακας 2. Δημογραφικά στοιχεία

	N	Ποσοστό (%)
Φύλο ασθενούς		
Γυναίκα	103	51,5
Άνδρας	97	48,5
Ηλικία ασθενούς		
20 - 29 ετών	20	10,0
30 - 39 ετών	54	27,0
40 - 49 ετών	64	32,0
50 - 59 ετών	50	25,0
άνω των 60 ετών	12	6,0
Υπηκοότητα ασθενούς		
Αλλοδαπή	10	5,0
Ελληνική	190	95,0

Πίνακας 3. Ευκολία πρόσβασης προς το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ)

Πόσο εύκολο ήταν να βρείτε το ΤΕΠ;		N	Ποσοστό (%)
Valid	Λίγο δύσκολο	17	8,5
	Αρκετά εύκολο	106	53,0
	Πολύ εύκολο	77	38,5
	Total	200	100,0

Πίνακας 4. Άμεση καταχώρηση των ατομικών στοιχείων των ασθενών

Καταχωρήθηκαν άμεσα τα ατομικά σας στοχεία από τον υπάλληλο;		N	Ποσοστό (%)
Valid	Ναι	1	,5
	Όχι	194	97,0
	Με καθηστέρηση	5	2,5
	Total	200	100,0

Φάνηκε, επίσης, ότι το μόνο το 1,5% (n=3) του δείγματος απάντησε ότι το προσωπικό δεν ήταν καθόλου ευγενικό απέναντι στους ασθενείς, οι υπόλοιποι είχαν θετικά σχόλια (πίνακας 5). Περισσότεροι από τους μισούς ερωτώμενους (56%, n=112) απάντησαν ότι δεν περίμεναν καθόλου ώσπου να εκτιμηθεί αρχικά η κατάσταση της υγείας του ασθενούς από τη διαλογή (triage). Επίσης, ποσοστό 28,5% (n=57) του δείγματος απάντησε καθόλου ως προς το χρόνο αναμονής ώσπου να εξεταστεί τελικά από τον ιατρό εφημερίας, ενώ το 13% (n=26) ανέφερε ότι

Πίνακας 5. Απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο σε κλίμακα Likert

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
Το προσωπικό του νοσοκομείου ήταν ευγενικό απέναντί σας;	1,5 (n=3)	4,5 (n=9)	40 (n=80)	23 (n=46)	31 (n=62)
Πόσο περιμένατε έως ότου εκτιμηθεί αρχικά η κατάσταση της υγείας σας (triage);	56 (n=112)	20,5 (n=41)	21,5 (n=43)	1,5 (n=3)	0,5 (n=1)
Πόσο περιμένατε ώσπου να εξεταστείτε τελικά από τον ιατρό εφημερίας;	28,5 (n=57)	26 (n=52)	30,5 (n=61)	13 (n=26)	2 (n=4)
Θεωρείτε ότι το προσωπικό στο χώρο υποδοχής είχε καλό συντονισμό και οργάνωση, ώστε να εξυπηρετηθείτε όσο το δυνατόν πιο γρήγορα;	3,5 (n=7)	12,5 (n=25)	51,5 (n=103)	25 (n=50)	7,5 (n=15)
Ενημερωθήκατε σχετικά με την κατάσταση της υγείας σας, αλλά και τις αποφάσεις που πάρθηκαν και αφορούσαν την ιατρονοσηλευτική φροντίδα;	7 (n=14)	9 (n=18)	48,5 (n=97)	27,5 (n=55)	8 (n=16)
Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό σας εξήγησε την αγωγή που θα ακολουθήσετε αναλυτικά και οι οδηγίες ήταν αρκετά κατανοητές για εσάς;	7 (n=14)	9,5 (n=19)	48 (n=96)	27 (n=54)	8,5 (n=17)
Νιώσατε ότι κάποια στιγμή το προσωπικό στο ΤΕΠ σας παραμέλησε ή σας αγνόησε για κάποιο χρόνο;	85,5 (n=171)	7 (n=14)	5 (n=10)	2,5 (n=5)	0
Αντιμετωπιστήκατε με σεβασμό και αξιοπρέπεια σε όλη τη διάρκεια παραμονής σας στο Τ.Ε.Π.;	3,5 (n=7)	5 (n=10)	26,5 (n=53)	50,5 (n=101)	14,5 (n=29)
Πόσο ικανοποιημένοι είστε γενικά από την εξυπηρέτηση κατά την άφιξή σας στο νοσοκομείο;	3 (n=6)	7 (n=14)	32,5 (n=65)	46,5 (n=93)	10,5 (n=21)
Η οικογένειά σας ενημερώθηκε σχετικά με την κατάσταση της υγείας σας και την μετέπειτα θεραπεία σας μετά από συναίνεσή σας;	10,5 (n=21)	9 (n=18)	41,5 (n=83)	30,5 (n=61)	8,5 (n=17)
Η θεραπεία και οι οδηγίες που σας έδωσαν σχετικά με την εξέλιξη της υγείας σας, ήταν αποτελεσματικές;	6 (n=12)	7,5 (n=15)	50 (n=100)	29,5 (n=59)	7 (n=14)

περίμενε πολύ και τέλος το 2% (n=4) πάρα πολύ. Από τον πίνακα φαίνεται ότι το 3,5% (n=7) του δείγματος θεώρησε ότι δεν υπήρχε οργάνωση και συντονισμός του προσωπικού για όσο το δυνατόν πιο γρήγορη εξυπηρέτηση, το 51,5% (n=103) αρκετά, το 25% (n=50) πολύ και τέλος το 7,5% (n=15) απάντησε πάρα πολύ. Ποσοστό 7% (n=14) του δείγματος απάντησε ότι δεν είχε καθόλου σαφή ενημέρωση για την κατάσταση της υγείας του ασθενή, αλλά και τις αποφάσεις που πάρθηκαν και αφορούσαν την ιατρονοσηλευτική φροντίδα, ενώ οι υπόλοιποι απάντησαν από λίγο (9%, n=18), αρκετά (48,5%, n=97), πολύ (27,5%, n=55) και τέλος πάρα πολύ (8%, n=16).

Στη συνέχεια φαίνεται ότι το 7% (n=14) του δείγματος απάντησε ότι δεν πήρε καθόλου αναλυτικές επεξηγήσεις σχετικά την αγωγή που θα ακολουθήσει ο ασθενής, ενώ το 48% (n=96) αρκετά, το 27% (n=54) πολύ και τέλος το 8,5% (n=17) του δείγματος απάντησε πάρα πολύ. Στον πίνακα παρατηρείται ότι το 85,5% (n=171) του δείγματος απάντησε καθόλου ως προς την αδιαφορία από το προσωπικό του ΤΕΠ. Αναφορικά με το σεβασμό και αξιοπρέπεια που έλαβε σε όλη τη διάρκεια παραμονής στο ΤΕΠ, το 3,5% (n=7) του δείγματος απάντησε καθόλου, το 5% (n=10) απάντησε λίγο, ενώ το 50,5% (n=101) απάντησε πολύ και τέλος το 14,5% (n=29) απάντησε πάρα πολύ. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ποσοστό 3% (n=6) του δείγματος απάντησε καθόλου ως προς την ικανοποίηση από την εξυπηρέτηση κατά την άφιξή σας στο νοσοκομείο. Ανάλογα, παρατηρείται ότι το 10,5% (n=21) του δείγματος απάντησε καθόλου ως προς την ενημέρωση της οικογένειας σχετικά με την κατάσταση της υγείας του ασθενούς και την μετέπειτα θεραπεία του. Σημαντικό είναι ότι ποσοστό 6% (n=12) του δείγματος απάντησε ότι δεν ήταν καθόλου αποτελεσματικές οι οδηγίες για θεραπεία που δόθηκαν σχετικά με την εξέλιξη της υγείας του ασθενούς.

Επιπλέον, ποσοστό 38,5% (n=77) του δείγματος φάνηκε να είναι ικανοποιημένο γενικά από το ιατρικό έργο και απάντησε ότι αυτό εντοπίζεται ως επί το πλείστο στο χρόνο που διέθετε ο γιατρός. Επίσης, αξιόλογο ποσοστό του δείγματος 24% (n=48) εκφράζει ικανοποίηση στην έγκαιρη ενημέρωση και στο σεβασμό που έλαβε από το ιατρικό έργο, καταδεικνύοντας με ποσοστό 13,5% (n=27) το γεγονός της έλλειψης γιατρών (πίνακας 6).

Τέλος, φάνηκε ότι ποσοστό 57% (n=114) ήταν ικανοποιημένο από το νοσηλευτικό έργο εστιάζοντας στη φιλικότητα και ευγένεια του νοσηλευτικού προσωπικού, με ποσοστό 13,5% (n=27) να καταδεικνύει το γεγονός ότι υπήρχε έλλειψη νοσηλευτών στο τμήμα επειγόντων του νοσοκομείου (πίνακας 7). Κλείνοντας, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος 52% (n=104) ανέφερε ότι υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να συστήσει το Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης σε άλλους. Αξιοσημείωτο είναι και το γεγονός ότι ποσοστό 17,5% (n=35) του δείγματος εξέφρασε την άποψη να μην εφημερεύει μόνο αυτό το νοσοκομείο, ενώ μόλις 9% (n=18) δήλωσε ότι δεν έχει καλή εντύπωση από το τμήμα επειγόντων του νοσοκομείου (πίνακας 8).

Πίνακας 6. Ικανοποίηση από το ιατρικό έργο

Πως αξιολογείτε το ιατρικό έργο;			
		N	Ποσοστό (%)
Valid	Διαθέσιμος χρόνος του γιατρού	77	38,5
	Φιλικότητα, ευγένεια και ενδιαφέρον από το γιατρό στις ερωτήσεις και τις ανησυχίες μου	40	20,0
	Έγκαιρη ενημέρωση και σεβασμός από το γιατρό για την κατάσταση της υγείας μου	48	24,0
	Άλλο	8	4,0
	Υπάρχει έλλειψη γιατρών	27	13,5
	Total	200	100,0

Πίνακας 7. Ικανοποίηση από το νοσηλευτικό έργο

Πως αξιολογείτε το ιατρικό έργο;			
		N	Ποσοστό (%)
Valid	Φιλικότητα και ευγένεια από το νοσηλευτικό προσωπικό	114	57,0
	Άμεση ανταπόκριση, φιλική διάθεση και παροχή εξατομικευμένης φροντίδας	29	14,5
	Έγκαιρη ενημέρωση από το νοσηλευτικό προσωπικό για την κατάσταση της υγείας μου	22	11,0
	Άλλο	8	4,0
	Υπάρχει έλλειψη νοσηλευτών	27	13,5
	Total	200	100,0

Πίνακας 8. Συνολική αξιολόγηση του ΤΕΠ

Συνολική αξιολόγηση του ΤΕΠ του νοσοκομείου			
		N	Ποσοστό (%)
Valid	Πολύ καλή όψη-λειτουργικότητα του περιβάλλοντος ΤΕΠ	10	5,0
	Πολύ καλή συνεργασία κι επικοινωνία του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού για φροντίδα	33	16,5
	Μεγάλη πιθανότητα σύστασης του νοσοκομείου σε άλλους	104	52,0
	Όχι καλή	18	9,0
	Να μην εφημερεύει μόνο του	35	17,5
	Total	200	100,0

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα παραπάνω αποτελέσματα υπογραμμίζουν τη σημασία της αξιολόγησης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας η οποία δεν είναι άλλη από τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών στο ΤΕΠ του Ιπποκράτειου Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης. Ειδικότερα, από την επισκόπηση των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου, φάνηκε ότι ποσοστό 36% (n=72) του δείγματος κατά την προσέλευση του στο τμήμα επειγόντων δήλωσε ότι το διοικητικό προσωπικό ήταν ευγενικό αλλά ολιγομελές. Ποσοστό 48,5% (n=97) στην ερώτηση για την καθαριότητα δήλωσε ότι ο χώρος ήταν λειτουργικός και ποσοστό 37,5% (n=75) του δείγματος δήλωσε ότι το προσωπικό του παρείχε αναλυτικές πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους και την αναγκαία θεραπεία. Επιπλέον, ποσοστό 37% (n=74) δήλωσε ότι έλαβε πληροφορίες κατά τη διάρκεια των εξετάσεων καθώς και οδηγίες για τη θεραπεία στο σπίτι. Τέλος, ποσοστό 43% (n=86) των ερωτώμενων απάντησε ότι έλαβε οδηγίες και σχετική ενημέρωση για τη διευθέτηση των υπηρεσιών παροχής φροντίδας στο σπίτι.

Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα με άλλες έρευνες φαίνεται ότι η έλλειψη ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού ήταν κάτι το οποίο δε πέρασε απαρατήρητο από τους εισερχόμενους ασθενείς κατά την προσέλευσή τους στο νοσοκομείο. Ειδικότερα, όσον αφορά στο διοικητικό προσωπικό αποτελούμενο από ένα άτομο, αλλά και του ιατρού διαλογής (γενικής ιατρικής), επίσης, έναν σε αριθμό, αξιολογήθηκε από τους ασθενείς ανεπαρκές για να καλύψουν και να ανταπεξέλθουν στους γρήγορους ρυθμούς ροής προσέλευσης, καταγραφής και αξιολόγησης των ασθενών, σύμφωνα με το βαθμό βαρύτητας της υγείας τους. Παράλληλα, όσον αφορά στη

συμπεριφορά του προσωπικού δεν παρατηρήθηκαν και δεν καταγράφηκαν αρνητικά σχόλια, θεωρήθηκαν ότι λειτούργησαν με αρκετά αρμονικής συνεργασίας, τεχνικές αποκλιμάκωσης και διαχείρισης συγκρούσεων. Η διαπίστωση αυτή συμφωνεί και με τα ευρήματα προγενέστερης έρευνας που πραγματοποιήθηκε στον ελληνικό χώρο, όπως αυτή που μελέτησε την ικανοποίηση 4.209 ασθενών που νοσηλεύτηκαν σε 118 νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Gnardellis and Niakas 2005), καθώς προέκυψε υψηλό επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών από τις ιατρικές και τις νοσηλευτικές υπηρεσίες που τους παρασχέθηκαν και χαμηλότερο από το διοικητικό προσωπικό και τις εγκαταστάσεις.

Ειδικότερα, όσον αφορά τις ιατρονοσηλευτικές υπηρεσίες, παρά το γεγονός ότι οι ερωτώμενοι ασθενείς του δείγματος δήλωσαν ικανοποιημένοι σε αρκετά μεγάλο ποσοστό από την επιστημονική, επαγγελματική δεξιότητα και ικανότητα των ιατρών - νοσηλευτών σε σχέση με αντιμετώπιση και την ενημέρωση που τους παρείχαν, όμως, αξιολόγησαν με υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης τη φιλικότητα/ευγένεια του νοσηλευτικού προσωπικού και την έγκαιρη ενημέρωση και το σεβασμό που έλαβαν από το ιατρικό προσωπικό για την κατάσταση της υγείας τους. Παρόμοια αποτελέσματα σχετικά με τις διαπροσωπικές σχέσεις και συμπεριφορές που αναπτύσσονται από τους νοσηλευτές και γιατρούς σε σχέση με τους ασθενείς εξήχθησαν από έρευνα που υλοποίησαν οι Di Paula and Long et al (2002) σε Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών του Αμερικανικού υγειονομικού συστήματος, και από άλλες μελέτες σε εξωτερικούς ασθενείς (Vivanti et al 2007) από τις οποίες προέκυψε ότι η γενική ικανοποίηση των ασθενών αυξάνεται όσο αυξάνεται η ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεών τους με το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό.

Οι παραπάνω δύο επισημάνσεις υπογραμμίζουν την ανάγκη για φιλικότερη αντιμετώπιση του ασθενή, ανάπτυξη δεξιοτήτων ανακούφισης και αποκλιμάκωση άγχους των ασθενών, απαντήσεις στις πιθανές ερωτήσεις και προβληματισμούς σχετικά με την υγεία τους. Συνολικά εντοπίστηκε μεγάλη πιθανότητα να συστήσουν οι ερωτώμενοι το συγκεκριμένο νοσοκομειακό οργανισμό σε άλλους συμπολίτες τους, καθώς είναι και εύκολα προσβάσιμο και παρέχει αρκετά ικανοποιητικά σε ποιότητα τις απαιτούμενες υπηρεσίες υγείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά, διαπιστώθηκε ότι παρά τις ελλείψεις του νοσοκομείου το γενικό επίπεδο όσον αφορά την ποιότητα των υπηρεσιών λειτουργίας του κρίνεται αρκετά καλό σε όλους τους τομείς. Αυτό επιβεβαιώνεται και από το γεγονός ότι η πλειοψηφία των ερωτώμενων θα σύστηνε το νοσοκομείο σε άλλους στο μέλλον.

Εντοπίστηκαν σημαντικά σημεία και συλλέχθηκαν στοιχεία που θα μπορούσαν να αποτελέσουν προτάσεις βελτίωσης προς τη διοίκηση του νοσοκομείου. Αναφορικά με την προσέλευση στο νοσοκομείο βρέθηκε πως ήταν από αρκετά έως πολύ εύκολο για τους επισκέπτες - ασθενείς να βρουν το δρόμο τους προς το ΤΕΠ, γεγονός που συγκαταλέγεται στα θετικά στοιχεία της εμπειρίας των ασθενών. Αντιθέτως, σχεδόν ποτέ δεν πραγματοποιήθηκε καταχώρηση των ατομικών στοιχείων των ερωτώμενων άμεσα από τον διοικητικό υπάλληλο, γεγονός που ενδεχομένως μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια δεδομένων και μη χρήση τους σε περιπτώσεις που αυτό απαιτείται. Η σημαντικότητα των πληροφοριών είναι δεδομένη σε ένα περιβάλλον όπου ο στόχος είναι η παροχή όσο το δυνατόν υψηλότερου επιπέδου υπηρεσιών. Επομένως, θα μπορούσε να προταθεί προς τη διοίκηση του νοσοκομείου να υπάρχει ένα εκτενές και οργανωμένο σύστημα καταγραφής πληροφοριών, στο οποίο θα έχουν πρόσβαση όλοι όσοι απασχολούνται στη διαμόρφωση της στρατηγικής και της λειτουργίας του νοσοκομειακού οργανισμού. Το σύστημα αυτό θα μπορούσε να παρέχει τις απαραίτητες πληροφορίες για το σχηματισμό προτάσεων για την όσο το δυνατόν υψηλότερου επιπέδου εξυπηρέτηση των ασθενών.

Ακολούθως, θετικές ήταν οι απόψεις των ερωτώμενων για την ευγένεια του προσωπικού, τη μικρή αναμονή, την καλή οργάνωση και το συντονισμό του προσωπικού στο χώρο υποδοχής, την απουσία αισθήματος παραμέλησης, την αντιμετώπιση με σεβασμό, και την ικανοποιητική ενημέρωση οικογενείας. Αντιθέτως θα μπορούσαν να υπάρξουν βελτιώσεις αναφορικά με την ενημέρωση για την κατάσταση των ασθενών και τις αποφάσεις που πάρθηκαν, την καθαριότητα του περιβάλλοντος και την αποτελεσματικότητα της παρεχόμενης θεραπείας. Επομένως, οι πιθανές βελτιώσεις ποιότητας των υπηρεσιών θα μπορούσαν να αποτελέσουν πιθανές προτάσεις προς τη διοίκηση της νοσοκομειακής μονάδας και να οδηγήσουν στη γενικότερη βελτίωση της εμπειρίας των επισκεπτών – ασθενών, καθώς και σε υψηλότερη ικανοποίηση από τη γενικότερη εξυπηρέτησή τους στο νοσοκομείο.

Σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών στο ΤΕΠ αυτή εντοπίζεται σε μικρότερο βαθμό στο ιατρικό έργο αναφορικά με τη φιλικότητα, την ευγένεια, και το ενδιαφέρον του γιατρού στις ερωτήσεις και τις ανησυχίες των επισκεπτών. Σχετικά με το νοσηλευτικό έργο χαμηλότερη ικανοποίηση υπάρχει από την έγκαιρη ενημέρωση από το νοσηλευτικό προσωπικό για την κατάσταση της υγείας των ασθενών. Επομένως, οι παραπάνω δύο επισημάνσεις υπογραμμίζουν την ανάγκη για φιλικότερη αντιμετώπιση του ασθενή, απαντήσεις στις πιθανές ερωτήσεις, αλλά και γρηγορότερη ενημέρωση από το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό για την κατάσταση της υγείας των ασθενών. Τέλος, συνολικά εντοπίστηκε μεγάλη πιθανότητα να συστήσουν οι ερωτώμενοι το νοσοκομείο σε άλλους, καθώς είναι και εύκολα προσβάσιμο και παρέχει

αρκετά ικανοποιητικά τις απαιτούμενες υπηρεσίες υγείας. Επομένως, συμπερασματικά μπορεί να ειπωθεί πως οι παρεχόμενες υπηρεσίες βρίσκονται σε υψηλό επίπεδο, με την πλειοψηφία των επισκεπτών - ασθενών να παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης. Κλείνοντας, θα πρέπει να τονιστεί η ανάγκη να κατανοήσουν οι πολίτες ότι το Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης είναι το μοναδικό που διεξάγει κάποιες εφημερίες το μήνα μόνο του χωρίς την αρωγή άλλων νοσοκομείων, παρόλα αυτά, η διοίκηση του νοσοκομείου και το ανθρώπινο δυναμικό που το απαρτίζουν καταβάλουν κάθε δυνατή προσπάθεια για να μπορέσει να ανταπεξέλθει άριστα στις πολυποίκιλες ανάγκες των χρηστών της υγείας.

Συνεισφορά συγγραφέων

Ε.Α: Συλλογή των δεδομένων από το δείγμα συμμετεχόντων στο ΤΕΠ του Ιπποκράτειου Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, στατιστική ανάλυση και ερμηνεία των αποτελεσμάτων, συγγραφή του κειμένου.

Γ.Μ.: συγγραφή του κειμένου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Akgün A.E., Ince H., Imamoglu S.Z., Keskin H. & Kocoglu İ. (2014). The mediator role of learning capability and business innovativeness between total quality management and financial performance. *International Journal of Production Research* 52(3):888-901.

Al-Dhaafri H.S., Al-Swidi A.K. & Yusoff R. Z. B. (2016). The mediating role of TQM and organizational excellence, and the moderating effect of entrepreneurial organizational culture on the relationship between ERP and organizational performance. *The TQM Journal* 28(6):991-1011.

Calabrese A. & Corbò M. (2015). Design and blueprinting for total quality management implementation in service organisations. *Total Quality Management & Business Excellence* 26(7-8):719-732.

Cohen S. & Brand R. (1993). Total Quality Management in government: *A practical guide for the real world San Fransisco.* Jossey-Bass

Deming W.E. (1986). Out of the crisis Cambridge. *MIT Center of Advanced Engineering Study.*

Dey P.K., Hariharan S. & Brooks N. (2006). Managing quality using logical framework analysis. *Managing Services Quality* 16(2):203-22.

Gaeber W., Becker T., Janssen B., Munk-Jorgensen P., Musalek M., Rossler W., Sommerlad K., Tansella M., Thornicroft G. & Zielasek J. (2012). EPA guidance on the quality of mental health services. *European Psychiatry* 27(2):87–113.

Gorusch L. (1983). *Factor Analysis 2nd edn. Hillsdale, NJ.* Edition Lawrence Erlbaum Associates.

Hatcher L. (1994). *A Step-by-Step Approach to Using the SAS System for Factor Analysis and Structural Equation Modeling.* SAS Institute, Inc., Cary, NC.

Juran J.M. (1988). *Juran on leadership for quality.* New York: Mc Graw-Hill.

Khanam S., Siddiqui J. & Talib F. (2016). Role of information technology in total quality management: a literature review. *International Journal of Advanced Research in Computer Engineering and Technology* 2(8):2433-2445.

Marshall G. & Murdoch L. (2001). *Service quality in consulting marketing engineers.* Oxford: Oxford Brookers University.

Mosadeghrad A. (2014). Essentials of total quality management: a meta-analysis. *International journal of health care quality assurance* 27(6):544-558.

Nelson C.W. & Niederberger J. (1990). Patient satisfaction surveys: An opportunity for total quality improvement. *Hops Health Service Administration* 35:409-427.

Vivanti A., Ash S. & Hulcombe J. (2007). Validation of a satisfaction survey for rural and urban outpatient dietetic services. *Journal of Human Nutrition & Dietics* 20(1):41-49.

Weinstein M.C. & Stason W.B. (1977) Foundations of Cost- Effectiveness Analysis for Health and Medical Practices. *New England Journal of Medicine* 296:716-721.

Williams J., Leamy M., Bird V., Harding C., Larsen J., Le Boutillier C., Oades L. & Slade M. (2012). Measures of the recovery orientation of mental health services: systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 47(11):1827–1835.

Καϊτελίδου Δ., Χατζοπούλου Μ., Πατηράκη Ε. & Σίσκου Ο. (2006). Ο έλεγχος της ποιότητας των νοσηλευτικών υπηρεσιών σε ογκολογικούς ασθενείς. *Ελληνική Ογκολογία* 42:221-231.

Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ. & Σουλιώτης Κ. (2003). *Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας.* Αθήνα: Εκδόσεις Θεμέλιο.

Κωσταγιόλας Π., Καϊτελίδου Δ. & Χατζοπούλου Μ. (2008). *Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας.* Αθήνα: Εκδόσεις Παπασωτηρίου.

Π.Ο.Υ. (2003). Βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, Διαθέσιμο στο: www.mohaw.gr/GR/healthgr/mh/mh.htm

Quality in Healthcare Services and quality indexes in the Emergency Department (ED)

Emmanouela Angeli [1], George Baliozoglou[2]
1. RN, MSc, Ippokratio General Hospital Thessaloniki
2. RN, MSc, Psychiatric Hospital Thessaloniki

ABSTRACT

Introduction: In recent years, the Greek Government and Health Organizations have tried to inspire and promote the improvement of quality, effectiveness and efficiency of hospitals through Total Quality Management (TQM).

Aim: The aim was to define the results of this improvement effort using quality indexes of hospital unit services and focusing on patients coming to hospital's emergency rooms (ER).

Methods: Firstly, randomized and anonymous questionnaires were used to collect the data. Participants (N = 200), aged 20 to 60 years, came as patients in the Emergency Department of Hippocratio, Thessaloniki's General Hospital during from 1/10/18 to 31/12/2018. Participants in the survey were asked to answer on a 5-point Likert scale as follows: 1=Not at all, 2=Little, 3=Pretty much, 4=Very much, 5=Very much. Statistical analysis of the survey data was performed with the IBM statistical package - SPSS Statistics v. 24.0 version for Windows.

Results: The results emphasize the importance of evaluating the quality of care provided by assessing patients' satisfaction through indicators in the Emergency Department of Hippocratio General Hospital in Thessaloniki. In particular, patients' satisfaction as they enter the Emergency Department was found higher concerning the medical-nursing services provided than the interaction with the administrative staff due to lack of staff.

Conclusions: Despite the shortcomings of the hospital, the general level of quality of its services was considered to be sufficient in all areas. Therefore, potential improvements in service quality could be suggested to hospital unit management and lead to a general improvement in the visitor - patient experience.

Key-words: Emergency Department, Healthcare Services, Patient Satisfaction, Quality Indicators, Total Quality Management

Corresponding author: Emmanouela Angeli
e-mail: manouelg@yahoo.gr

Submission date: 19.02.2020
Publication date: April 2021

Citation: Angeli E. & Baliozoglou G. (2021). Quality in Healthcare Services and quality indexes in the Emergency Department (ED). *Hellenic Journal of Nursing Science* 14(2): 39-48. doi: https://doi.org/10.24283/hjns.202125

Παράγοντες που επηρεάζουν την Ποιότητα Ζωής εξαρτημένων ατόμων που βρίσκονται σε πρόγραμμα υποκατάστασης με τη χρήση μεθαδόνης

Γεώργιος Μανομενίδης[1], Παναγιώτης Τζουράκης[2] , Πολυξένη Λιαμοπούλου[3], Θάλεια Μπελλάλη[4]

1. Νοσηλευτής, MSc, PhD, Προϊστάμενος Παθολογικού Τμήματος, Γενικό Νοσοκομείο Πτολεμαΐδας

2. Ψυχολόγος, MSc

3. Λέκτορας Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος

4. Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Οι βασικές μορφές θεραπείας για την αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης είναι οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις («στεγνά» προγράμματα), η θεραπεία με υποκατάστατα και η σωματική αποτοξίνωση ως μέρος των «στεγνών» προγραμμάτων. Η πιο διαδεδομένη ουσία που χορηγείται ως υποκατάστατο είναι η μεθαδόνη.

Σκοπός: Η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την υποκειμενική αντίληψη των εξαρτημένων ατόμων (ΕΑ) που βρίσκονται σε θεραπευτικό πρόγραμμα υποκατάστασης με μεθαδόνη, σχετικά με την ποιότητα της ζωής τους (ΠΖ).

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε συγχρονική αναλυτική μελέτη, με δείγμα ευκολίας 209 ΕΑ που παρακολουθούν το πρόγραμμα μεθαδόνης του Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) μέσω της χορήγησης ερωτηματολογίου που περιελάμβανε: α) ερωτήσεις κοινωνικο-δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών, β) το ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής SF-12 (Short Form 12-Item Health Survey) και γ) την κλίμακα εκτίμησης της ψυχολογικής λειτουργικότητας (Symptom Checklist-90-R) (SCL-90-R).

Αποτελέσματα: Η μέση τιμή των υποκλιμάκων της σωματικής και της ψυχικής υγείας στην κλίμακα της ΠΖ ήταν 47.4±8.8 και 38.6±9.2 αντίστοιχα, που δείχνει χαμηλό επίπεδο ΠΖ των ΕΑ. Οι μέσες τιμές για τις υποκλίμακες των εννέα συμπτωματολογικών διαστάσεων και των τριών συνολικών δεικτών ψυχοπαθολογίας της κλίμακας της ψυχολογικής λειτουργικότητας, έδειξαν υψηλή βαθμολογία που ερμηνεύεται από την ύπαρξη συννοσηρότητας εξάρτησης και ψυχιατρικής διαταραχής. Η παράταση του χρόνου παραμονής των ΕΑ στο πρόγραμμα μεθαδόνης πέρα των δυο ετών βρέθηκε να σχετίζεται, επίσης, με την επιδείνωση της ΠΖ τους. Οι θεραπευόμενοι με τη μεγαλύτερη διάρκεια παραμονής στο πρόγραμμα απεξάρτησης είχαν υψηλότερες τιμές στις υποκλίμακες της σωματοποίησης (p=0.051), της ψυχαναγκαστικής-καταναγκαστικής συμπτωματολογίας (p=0.013), στο γενικό δείκτη συμπτωμάτων (p=0.041), καθώς και στον δείκτη της έντασης της ενόχλησης των συμπτωμάτων (p=0.033). Τέλος, οι παράγοντες φύλο (γυναίκα), η ηλικία έναρξης χρήσης ουσιών (μικρότερη ηλικία) και η έκτιση ποινής σε φυλακή, βρέθηκαν να σχετίζονται θετικά με την εμφάνιση ψυχολογικών δυσλειτουργικών στοιχείων. Η παράταση του χρόνου παραμονής των ΕΑ σε πρόγραμμα απεξάρτησης με χρήση μεθαδόνης, θα πρέπει να επαναπροσδιοριστεί, μέσα από την αναθεώρηση της διάρκειας των συγκεκριμένων προγραμμάτων.

Λέξεις Κλειδιά: Απεξάρτηση, μεθαδόνη, ουσιοεξάρτηση, ποιότητα ζωής.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Θάλεια Μπελλάλη
e-mail: bellalithalia@yahoo.com

Ημερομηνία υποβολής: 3/1/2021
Ημερομηνία δημοσίευσης: Απρίλιος 2021

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

Αναφορά του άρθρου ως: Μανομενίδης Γ., Τζουράκης Π., Λιαμοπούλου Π. & Μπελλάλη Θ. (2021). Παράγοντες που επηρεάζουν την Ποιότητα Ζωής εξαρτημένων ατόμων που βρίσκονται σε πρόγραμμα υποκατάστασης με τη χρήση μεθαδόνης. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 14(2): 49-58. doi: https://doi.org/10.24283/hjns.202126

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εξάρτηση από ουσίες αποτελεί ένα από τα πιο σύνθετα και πολύπλευρα προβλήματα που καλείται να αντιμετωπίσει το υγειονομικό σύστημα κάθε σύγχρονης χώρας. Οι συνέπειες της ουσιοεξάρτησης έχουν επιπτώσεις, τόσο στη σωματική και ψυχολογική υγεία του ατόμου, όσο και στην κοινωνική υγεία του ιδίου και της ευρύτερης κοινωνίας στην οποία ζει (Μαντζάνα και Μπελλάλη 2014).

Σύμφωνα με την Αμερικανική Εταιρεία Ψυχιατρικής (APA) ως εξάρτηση ορίζεται «η περίπλοκη κατάσταση ή νόσος του εγκεφάλου η οποία εκδηλώνεται από μια καταναγκαστική χρήση ουσίας παρά τις βλαβερές συνέπειες (Psychiatry.org 2020). Το εξαρτημένο άτομο αφιερώνει το μεγαλύτερο μέρος της καθημερινότητας του στην ικανοποίηση της εξαρτητικής του συμπεριφοράς. Είναι ανίκανο να στρέψει τη προσοχή του σε άλλα πιο θετικά ερεθίσματα, με αποτέλεσμα να κινείται γύρω από το φαύλο κύκλο της ικανοποίησης της εξάρτησής του (Γκόλνα και συν 2014). Σε πρόσφατη Ευρωπαϊκή έκθεση σχετικά με τη χρήση των συνθετικών οπιοειδών, αναφέρεται πως το 27.4% του ενήλικου πληθυσμού έχει δοκιμάσει έστω για μια φορά στη ζωή του κάνναβη, το 5.4% κοκαΐνη, το 3.7% αμφεταμίνες και το 4.1% μεθυλενεδιοξυμεθαμφεταμίνη (MDMA) (EMCDDA 2019). Στην Ελλάδα, σύμφωνα με στοιχεία του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά, η χρήση της κάνναβης κατέλαβε την πρώτη θέση στις προτιμήσεις των χρηστών ουσιών, ενώ στη δεύτερη θέση βρίσκονται οι χρήστες κοκαΐνης με μέσο όρο κατανάλωσης τις 20 ημέρες, σε αντιδιαστολή με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης που είναι οι 16 ημέρες (Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν. 2019). Το φαινόμενο της αύξησης της χρήσης της κάνναβης στους Έλληνες μαθητές μαζί με τα διαρκώς αυξανόμενα ποσοστά των εξαρτημένων ατόμων (ΕΑ) καθιστούν το φαινόμενο της τοξικοεξάρτησης ιδιαίτερα ανησυχητικό. Σε ό,τι αφορά στα κοινωνικο-δημογραφικά δεδομένα, το 2017 οι ασθενείς που προσήλθαν για θεραπεία απεξάρτησης ήταν κυρίως άνδρες (84.5%), με μέση ηλικία τα 34.4 χρόνια, άνεργοι (56.4%), με μη σταθερή στέγη διαμονής (85.3%) και με ανολοκλήρωτη δευτεροβάθμια εκπαίδευση (47.4%) (Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν. 2019).

Τα προγράμματα που έχουν διαμορφωθεί, τόσο στην Ελλάδα, όσο και στο εξωτερικό σχετικά με την αντιμετώπιση του φαινομένου της ουσιοεξάρτησης διακρίνονται σε δυο βασικές κατηγορίες: τα «ανοιχτά» (Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης-ΜΟΘΕ) με επίσημο αναγνωρισμένο φορέα τον Οργανισμό Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ), στα οποία χορηγούνται φαρμακευτικά υποκατάστατα οπιοειδών και στα «κλειστά» ή «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα (Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων-ΚΕΘΕΑ), στα οποία παρέχονται αποκλειστικά και μόνο ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, με σκοπό τη σταδιακή αναδόμηση της προσωπικότητας του εξαρτημένου και την κοινωνική του επανένταξη. Ωστόσο, επιπλέον αυτών, υπάρχουν και τα προγράμματα σωματικής αποτοξίνωσης ως τμήμα κυρίως των «στεγνών» προγραμμάτων, καθώς και τα προγράμματα ανταγωνιστών (π.χ. ναλτρεξόνη) (Ζαφειρίδης 2009). Το δίκτυο των ΜΟΘΕ του ΟΚΑΝΑ αριθμείται σε 56 Μονάδες σε όλη την Ελλάδα, εκτείνεται στο μεγαλύτερο μέρος της χώρας, και συγκεκριμένα το 41% των μονάδων βρίσκονται στην Αττική, το 21% στη Θεσσαλονίκη, ενώ το υπόλοιπο 38% σε διάφορες πόλεις της Ελλάδας. Η συνολική δυναμικότητα των παραπάνω μονάδων για το 2017 ήταν 8.411 θέσεις (Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν. 2019).

Στα «ανοιχτά» προγράμματα οι κύριες φαρμακευτικές ουσίες που χορηγούνται είναι η μεθαδόνη και η βουπρενορφίνη. Έχει βρεθεί πως οι συγκεκριμένες ουσίες συμβάλουν σημαντικά στη μείωση της εξάρτησης από τα οπιοειδή ναρκωτικά σε συνδυασμό πάντα με ψυχοκοινωνική υποστήριξη και αντιμετώπιση της ψυχικής και σωματικής συννοσηρότητας (Σουλιώτης και συν 2014). Στοιχεία για το έτος 2017, δείχνουν πως ο συνολικός αριθμός των θεραπευομένων που παρακολούθησαν το πρόγραμμα ΜΟΘΕ ήταν 9.270 άτομα, εκ των οποίων το 23.6% (2.186 άτομα) στις μονάδες μεθαδόνης και το 76.4% (7.084 άτομα) στις μονάδες βουπρενορφίνης. Από το σύνολο των εισαγωγών (1.496 άτομα) μέσα στο 2017, το 12.8% αντιστοιχεί σε μονάδες μεθαδόνης και το 87.2% σε μονάδες βουπρενορφίνης (Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν. 2019).

Σε μελέτη των Dematteis et al (2017) διαπιστώθηκε πως οι ασθενείς που λάμβαναν θεραπεία με αγωνιστές οπιοειδών (μεθαδόνη και βουπρενορφίνη) και συμμετείχαν σε ψυχολογικές-κοινωνικές παρεμβάσεις είχαν λιγότερες πιθανότητες να μολυνθούν από HIV, να πεθάνουν πρόωρα και να εμπλακούν σε παράνομες δραστηριότητες. Σε παρόμοια μελέτη των Ca et al (2020), βρέθηκε πως τα προγράμματα μεθαδόνης συνδέονταν θετικά με τη μείωση στη χρήση παράνομων ναρκωτικών ουσιών, στη μείωση μετάδοσης του HIV, καθώς και με λιγότερα ποσοστά παραβατικής συμπεριφοράς. Τέλος, σε μελέτη των Schwartz et al (2020) οι κρατούμενοι οι οποίοι δέχτηκαν να ξεκινήσουν τη θεραπευτική χρήση της μεθαδόνης παρουσίασαν στη συνέχεια αυξημένη πιθανότητα να συνεχίσουν την θεραπεία τους σε επίπεδο κοινότητας.

Τα τελευταία χρόνια, το επιστημονικό ενδιαφέρον της παγκόσμιας επιστημονικής κοινότητας γύρω από τους ασθενείς που βρίσκονται σε πρόγραμμα υποκατάστασης με μεθαδόνη, έχει στραφεί στη μελέτη της ποιότητας ζωής (ΠΖ) τους, καθώς πρόκειται για μια «χρόνια» νόσο όπως αποκαλείται, η οποία δημιουργεί ιδιαίτερα προβλήματα σε βάθος χρόνου, ιδιαίτερα μάλιστα όταν δεν είναι ιάσιμη, αλλά απλώς διαχειρίσιμη. Η ΠΖ αποτελεί μια πολυσύνθετη έννοια, η οποία επηρεάζεται από τα εκάστοτε κοινωνικά, οικονομικά και πολιτικά δεδομένα της εποχής, κα-

θώς και από τις ισχύουσες αξίες ζωής (Cummins 1997). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η ΠΖ αναφέρεται ως *«η προσωπική άποψη που έχει το κάθε άτομο για τη θέση του στη ζωή, λαμβάνοντας υπόψη, αφενός τα πολιτισμικά και κοινωνικά δεδομένα, καθώς και τις αξίες του πλαισίου στο οποίο ζει, αφετέρου τα προσωπικά του ενδιαφέροντα, τις επιθυμίες και το επίπεδο διαβίωσής του»* (WHO 1997).

Η ΠΖ στη διαδικασία της απεξάρτησης συνήθως αποτελεί μια έννοια, η οποία δεν διερευνάται ενδελεχώς, κυρίως λόγω της επικρατούσας άποψης πως οι ωφελούμενοι στα προγράμματα απεξάρτησης θα «πρέπει» απλά να επιβιώνουν (Μαντζάνα και Μπελλάλη 2014). Σε μελέτη των Cheng et al (2019) η οποία αφορούσε στην επίδραση του αυτο-στιγματισμού και της ψυχολογικής δυσφορίας στην ΠΖ ασθενών που βρίσκονταν σε πρόγραμμα μεθαδόνης παρατηρήθηκε πως αυτός επηρεάζει αρνητικά την ΠΖ και την ψυχολογική υγεία των ασθενών. Επίσης, σε μελέτη των Fei et al (2016) διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς που λάμβαναν θεραπεία σε πρόγραμμα μεθαδόνης εμφάνιζαν βελτίωση στη κοινωνική τους λειτουργικότητα και στα σωματικά συμπτώματα και είχαν καλύτερη ΠΖ μετά την εισαγωγή τους στο εν λόγω πρόγραμμα. Τα αποτελέσματα της μελέτης των Chang et al (2019), επίσης, έδειξαν ότι οι εξαρτημένοι οι οποίοι λάμβαναν θεραπεία με αγωνιστές οπιοειδών, με το πέρασμα των ετών σημείωσαν βελτιωμένα επίπεδα ΠΖ σε σύγκριση με εξαρτημένους που δεν είχαν λάβει ανάλογη θεραπεία με υποκατάστατα. Σε αντίστοιχα ευρήματα κατέληξε και η έρευνα των Nosyc et al (2015) στην οποία, η θεραπεία με μεθαδόνη ή βουπρενορφίνη ή ναλοξόνη βρέθηκε να επηρεάζει θετικά την ΠΖ ασθενών εξαρτημένων από ηρωίνη, αν και η θετική αυτή επίδραση δεν φάνηκε να διατηρείται μετά από μακροχρόνια παραμονή στο πρόγραμμα. Τέλος, αντίστοιχα ήταν και τα ευρήματα της μελέτης των Krebs et al (2016), όπου τα θετικά αποτελέσματα της επίδρασης των προγραμμάτων μεθαδόνης και των άλλων υποκαταστάτων βρέθηκαν να μη διατηρούνται σε βάθος χρόνου και δεν παρέτειναν σημαντικά τη βελτίωση της ΠΖ των εξαρτημένων ασθενών.

Στην Ελλάδα, σε μελέτη του Ρέντα (2018) που αξιολόγησε την επίδραση των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών και τη συννοσηρότητα (διαταραχές διάθεσης και προσωπικότητας, άγχος, ψύχωση, διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητα) στην ΠΖ ασθενών χρηστών ηρωίνης που ήταν ενταγμένοι σε πρόγραμμα μεθαδόνης, διαπιστώθηκε πως η ΠΖ επηρεάστηκε αρνητικά από την απουσία εισοδήματος, την εξάρτηση από τα επιδόματα, την ανεργία και τη συννοσηρότητα ψυχικής διαταραχής. Σημαντικό εύρημα της μελέτης αυτής, επίσης, ήταν ότι η ΠΖ των ασθενών βρισκόταν σε χαμηλότερα επίπεδα σε σύγκριση με την ΠΖ του γενικού πληθυσμού. Παρόμοια ήταν και τα ευρήματα σε μελέτη της Ρηγανά (2016) όπου βρέθηκε πως η ΠΖ των ασθενών που ήταν ενταγμένοι σε πρόγραμμα μεθαδόνης εμφάνιζαν υψηλότερο επίπεδο ΠΖ σε σχέση με τους ασθενείς που ήταν ενταγμένοι σε πρόγραμμα βουπρενορφίνης, όχι όμως συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί το επίπεδο της ΠΖ, καθώς και οι παράγοντες που επηρεάζουν την υποκειμενική αντίληψη των ασθενών που βρίσκονται σε θεραπευτικό πρόγραμμα υποκατάστασης με μεθαδόνη, σχετικά με την ΠΖ τους. Στο σκεπτικό αυτό διερευνήθηκαν παράγοντες όπως τα κοινωνικό- δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, συνοσηρότητες με άλλες χρόνιες νόσους, με στοιχεία ψυχοπαθολογίας των συμμετεχόντων, όπως και με χαρακτηριστικά της χρήσης και της θεραπείας τους, π.χ. ηλικία έναρξης χρήσης, διάρκεια παραμονής στο πρόγραμμα κ.α.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σχεδιασμός

Πραγματοποιήθηκε συγχρονική αναλυτική μελέτη σε δείγμα ασθενών, που παρακολουθούσαν το πρόγραμμα μεθαδόνης του ΟΚΑΝΑ στην Αττική και τη Θεσσαλονίκη.

Δείγμα και διαδικασία συλλογής δεδομένων

Το δείγμα ευκολίας αποτέλεσαν 209 ασθενείς (ποσοστό ανταπόκρισης 87%). Οι συμμετέχοντες προσκλήθηκαν προφορικά να συμμετάσχουν στη μελέτη μετά από ενημέρωση που έγινε από τους ερευνητές.

Εργαλείο συλλογής δεδομένων

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο που περιελάμβανε: α) ερωτήσεις δημογραφικών χαρακτηριστικών (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, απασχόληση, παιδιά, τόπος κατοικίας) και ερωτήσεις αναφορικά με τη χρήση ουσιών και τη συνοσηρότητα (π.χ. διάρκεια παραμονής στο πρόγραμμα, ηλικία έναρξης άλλες χρόνιες νόσοι, εμπειρία φυλάκισης), β) το ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής SF-12 (Short Form 12-Item Health Survey), στην ελληνική σταθμισμένη του εκδοχή (Kontodimopoulos et al 2007), καθώς και γ) η σταθμισμένη κλίμακα αξιολόγησης συμπτωμάτων Symptom Checklist 90-R (SCL 90-R) (Σταλίκας και συν 2002), η οποία καταγράφει 9 υποκλίμακες που περιγράφουν διάφορες μορφές ψυχοπαθολογίας (τη σωματοποίηση, τη ψυχαναγκαστικότητα-καταναγκαστικότητα, τη διαπροσωπική ευαισθησία, την κατάθλιψη, το άγχος, το θυμό-επιθετικότητα, το φοβικό άγχος, τον παρανοειδή ιδεασμό και τον ψυχωτισμό) και αποτελείται από 90 διαπιστώσεις που περιγράφουν ψυχολογικές, συμπεριφορικές και σωματικές αιτιάσεις. Από την SCL 90-R, εκτός των 9 υποκλιμάκων εξάγονται και 3 συνολικοί δείκτες ψυχοπαθολογίας: α) ο γενικός δείκτης συμπτωμάτων (ΓΔΣ) που συνδυάζει πληροφορίες για τον αριθμό των συμπτωμά-

των και την ένταση της ενόχλησης από αυτά, β) το σύνολο θετικών συμπτωμάτων (ΣΘΣ) που δίνει πληροφορίες μόνο για τον αριθμό των συμπτωμάτων και γ) ο δείκτης ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ) που αποτελεί ένα μέτρο της έντασης της ενόχλησης.

Θέματα ηθικής - δεοντολογίας

Για την εκπόνηση της παρούσας μελέτης διασφαλίστηκε η έγκριση από το χώρο των θεραπευτικών μονάδων ΟΚΑΝΑ, ενώ τηρήθηκαν οι αρχές της ανωνυμίας και εμπιστευτικότητας όλων των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων που συμπλήρωσαν το ερευνητικό εργαλείο που χορηγήθηκε.

Στατιστική ανάλυση

Όλες οι μεταβλητές περιγράφηκαν με τη χρήση μεθόδων περιγραφικής στατιστικής. Για τις ποιοτικές, υπολογίστηκε η απόλυτη συχνότητα (frequency), καθώς και η σχετική συχνότητα (percent) στο σύνολο των ερωτηθέντων. Στην επόμενη φάση ελέγχθηκε η κανονικότητα της κατανομής των μεταβλητών με τη βοήθεια του Kolmogorov-Smirnov Test. Στην αναλυτική στατιστική για τις συνεχείς μεταβλητές οι οποίες είχαν κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκαν οι παραμετρικές δοκιμασίες Indepentet t-test και One-way-Anova, ενώ για τις μεταβλητές που δεν είχαν κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκαν οι μη παραμετρικές δοκιμασίες Mann-Whitney U test και Kruskal Wallis Test. Για τον έλεγχο του βαθμού συσχέτισης μεταξύ δύο συνεχών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν οι συντελεστές συσχέτισης Pearson r correlation και Spearman's rho correlation και χρησιμοποιήθηκε το μοντέλο γραμμικής λογαριθμιστικής παλινδρόμησης (Linear Logistic Regression). Ο έλεγχος όλων των υποθέσεων έγινε για επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p<0.05$ και η ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό (IBM SPSS), έκδοση 24.0.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τους 209 ασθενείς που βρίσκονταν σε πρόγραμμα χορήγησης μεθαδόνης στις μονάδες υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ και συμμετείχαν στη μελέτη, η πλειοψηφία ήταν άνδρες (88.9%) με το 55.1% να έχει μέση τιμή ηλικίας μεταξύ 41 με 50 ετών. Το 53.3% των ασθενών ήταν έγγαμοι και άνεργοι (69.4%). Περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς (65%) είχαν 6 με 10 έτη διάρκεια παραμονής στο πρόγραμμα απεξάρτησης και ανέφεραν ότι ξεκίνησαν τη χρήση ουσιών στην ηλικία των 13 με 17 ετών (46.8%). Το 78.4% των χρηστών ανέφεραν ότι είχαν εκτίσει τουλάχιστον μία φορά ποινή φυλάκισης. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τα χαρακτηριστικά του δείγματος σε σχέση με τη χρήση ουσιών, το πρόγραμμα απεξάρτησης και άλλες χρόνιες νόσους παρουσιάζονται στο Πίνακα 1.

Οι δείκτες αξιοπιστίας Cronbach's alpha των κλιμάκων και υποκλιμάκων της μελέτης όπως και οι μέσες

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά και χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων σε σχέση με τη χρήση ουσιών, το πρόγραμμα απεξάρτησης και άλλες χρόνιες νόσους

Χαρακτηριστικά	N (%)	Χαρακτηριστικά	N (%)	Χαρακτηριστικά	N (%)
Φύλο		**Τόπος Κατοικίας**		**Φυλάκιση**	
Γυναίκες	23 (11.1)	Ν. Αττικής	165 (78.9)	Ναι	164 (78.4)
Άντρες	186 (88.9)	Ν. Θεσσαλονίκης	44 (21.4)	Όχι	45 (21.6)
Ηλικία		**Διάρκεια Παραμονής στο πρόγραμμα απεξάρτησης**		**Ηλικία έναρξης χρήσης ουσιών**	
				8-12 ετών	9 (0.4)
20-40	76 (36.3)	1-5 έτη	52 (24.8)	13-17 ετών	98 (46.8)
41-60	108 (51.7)	6-10 έτη	136 (65)	18-22 ετών	48 (22.9)
>60	25 (12)	11-15 έτη	21 (10.2)	23-27 ετών	24 (11.4)
				>27 ετών	30 (18.5)
Οικογενειακή κατάσταση		**Εργασία**			
Έγγαμος	133 (63.6)	Άνεργος	105 (50.2)		
Άγαμος	41 (19.6)	Εργαζόμενος	44 (21)		
Διαζευγμένος	31 (14.8)	Συνταξιούχος	60 (28.8)		
Χήρος	4 (2)				
Παιδιά		**Χρόνιο Νόσημα**			
Ναι	95 (45.5)	HIV	116 (55.5)		
Όχι	114 (54.5)	Ηπατίτιδα C	42 (20)		
		Ηπατίτιδα B	39 (18.6)		
		Άλλο νόσημα	12 (5.9)		

τιμές της κλίμακας αξιολόγησης συμπτωμάτων, καθώς και των τριών συνολικών δεικτών ψυχοπαθολογίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 2.

Από τις διμεταβλητές συσχετίσεις βρέθηκε πως οι θεραπευόμενοι με τη μεγαλύτερη διάρκεια παραμονής στο πρόγραμμα απεξάρτησης (11-15 έτη) είχαν υψηλότερες τιμές στις υποκλίμακες της σωματοποίησης (p=0.051), της ψυχαναγκαστικής-καταναγκαστικής συμπτωματολογίας (p=0.013), καθώς και στο γενικό δείκτη συμπτωμάτων (p=0.041) και του δείκτη ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων (p=0.033) (Πίνακας 3).

Πίνακας 2. Αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας και μέσες τιμές των κλιμάκων και των υποκλιμάκων της μελέτης

Κλίμακες και Υποκλίμακες	Cronbach's Alpha	Μέσες Τιμές	Τ.Α.
PCS[a]	0.794	47.4	8.8
MCS[b]	0.632	38.6	9.2
Σωματοποίηση	0.893	19.6	8.8
Ψυχαναγκαστικότητα-Καταναγκαστικότητα	0.861	18.9	8.6
Διαπροσωπική Ευαισθησία	0.839	14.7	6.1
Κατάθλιψη	0.820	29.3	10.6
Άγχος	0.896	14.5	8.2
Θυμός-Επιθετικότητα	0.873	7.7	6.7
Φοβικό Άγχος	0.792	6.9	3.2
Παρανοειδής Ιδεασμός	0.798	13.6	4.6
Ψυχωτισμός	0.778	12.8	6.0
Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων (ΓΔΣ)		2.4	1.6
Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων (ΣΘΣ)		66.3	184
Σύνολο Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ)		2.1	1.2

[a] *Συνοπτική σωματική υγεία* [b] *Συνοπτική ψυχική υγεία*

Πίνακας 3. Σύγκριση της κλίμακας ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist 90-R (SCL-90-R) με τη διάρκεια παραμονής στο πρόγραμμα απεξάρτησης

Χαρακτηριστικά	Διάρκεια παραμονής στο πρόγραμμα απεξάρτησης			P
	1-5 έτη	6-10 έτη	11-15 έτη	
Σωματοποίηση	11.4±7.7	19.3±9.2	22.9±9.2	0.051
Ψυχαναγκαστικότητα-Καταναγκαστικότητα	9.3±6.2	18.9±7.3	19.8 ±8.7	0.013
Διαπροσωπική ευαισθησία	11.6±7.2	14.1 ±8.7	13.0 ±9.8	0.593
Κατάθλιψη	215±9.9	22.2±9.9	21.3±7.5	0.341
Άγχος	8.2±6.9	15.1±8.4	19.9±7.5	0.291
Θυμός-Επιθετικότητα	4.3±3.3	7.9±4.3	8.3 ±6.3	0.447
Φοβικό άγχος	3.5±1.4	6.6 ±2.5	8.6 ±4.9	0.278
Παρανοειδής ιδεασμός	8.6±4.5	11.4±4.9	13.8 ±2.7	0.542
Ψυχωτισμός	9.6±5.7	11.8±6.9	12.2±7.6	0.879
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	1.4±0.6	1.6±0.6	1.9 ±0.6	0.041
Σύνολο θετικών συμπτωμάτων	54.5±23.1	61.1 ±15.8	62.2 ±16,5	0.485
Δείκτης ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων	1.2±0,4	1.6±0.6	2.4 ±0.7	0.033

Στη σύγκριση μεταξύ των φύλων βρέθηκε ότι οι γυναίκες σημείωσαν υψηλότερες τιμές στις υποκλίμακες της ψυχαναγκαστικότητας-καταναγκαστικότητας, (p=0.012) της κατάθλιψης (p=0.019), του άγχους (p=0,032) και του δείκτη ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων (p= 0.045). Ως προς την σύγκριση με την ηλικία, η μικρή ηλικία έναρξης χρήσης ουσιών παρουσίασε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις υποκλίμακες του ψυχωτισμού (p=0.045), της κατάθλιψης (p=0.024), του άγχους (p=0.033) και του δείκτη ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων (p=0.029). Οι θεραπευόμενοι οι οποίοι είχαν εκτίσει ποινή φυλάκισης είχαν σε όλες τις υποκλίμακες του SCL-90-R υψηλότερες τιμές. Παρόλα αυτά, μόνο στις υποκλίμακες της κατάθλιψης και του φοβικού άγχους ανιχνεύθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά (p=0.026) και (p=0.028) αντίστοιχα.

Από τον έλεγχο της σχέσης της υποκλίμακας της σωματικής υγείας του SF-12 με τις υποκλίμακες του SCL-90-R βρέθηκε μία μέτρια αρνητική συσχέτιση με τις υποκλίμακες της ψυχαναγκαστικότητας (rho=-0.342, p<0.001), της κατάθλιψης (r=-0.414, p=0.005), του άγχους (rho=-0.265, p=0.006), και των δυο μεγάλων υποκλιμάκων του γενικού δείκτη συμπτωμάτων (r=-0.298, p=0.03) και του συνόλου των θετικών συμπτωμάτων (rho=-0.226, p=0.03). Όσον αφορά στην υποκλίμακα της ψυχικής υγείας του SF-12 βρέθηκε να έχει μία μέτρια έως υψηλή αρνητική στατιστικά σημαντική συσχέτιση με όλες τις υποκλίμακες του SCL-90-R.

Για να ελεγχθεί κατά πόσο τα έτη παραμονής στο πρόγραμμα απεξάρτησης προβλέπουν την ΠΖ των ατόμων που συμμετέχουν σε αυτό χρησιμοποιήθηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση. Τα ευρήματα έδειξαν πως για κάθε πενταετία παραμονής στο πρόγραμμα απεξάρτησης παρατηρήθηκε αύξηση α) στο γενικό δείκτη συναισθημάτων κατά 0.8 (p=0.002), β) στο σύνολο των θετικών συναισθημάτων κατά 7.7 (p=0.04), γ) στο δείκτη ενόχλησης των θετικών συναισθημάτων κατά 0.6 (p=0.025), δ) στην υποκλίμακα της σωματοποίησης κατά 6.9 (p=0.042), ε) στην υποκλίμακα της ψυχαναγκαστικής-καταναγκαστικής συμπεριφοράς κατά 2.6 (p=0.015) και μείωση α) στην κλίμακα της σωματικής υγείας (PCS) κατά 4.3 (p=0.042) και β) στην κλίμακα της ψυχικής υγείας (MCS) του SF-12 κατά 6.4 (p=0.015) (Πίνακας 4).

Πίνακας 4. Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης για τον έλεγχο της σχέσης μεταξύ της διάρκειας παραμονής στο πρόγραμμα απεξάρτησης και την ΠΖ των ασθενών

Ανεξάρτητη Μεταβλητή	Συντελεστής Β	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Σωματοποίηση	6.9	0.6/10.2	0.042
Ψυχαναγκαστικότητα-Καταναγκαστικότητα	2.6	2.2/7.2	0.015
Διαπροσωπική Ευαισθησία	2.6	-1.4/4.8	0.256
Κατάθλιψη	3.7	-1.3/11.6	0.980
Άχγος	5.7	-0.4/9.7	0.457
Θυμός-Επιθετικότητα	2.5	-0.4/4.4	0.568
Φοβικό Άχος	2.9	-1.8/4.3	0.342
Παρανοειδής Ιδεασμός	1.9	-0.9/5.2	0.274
Ψυχωτισμός	0.6	-2.1/4.6	0.779
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	0.8	0.06/0.7	0.002
Σύνολο θετικών συμπτωμάτων	7.7	-2.1/14.6	0.040
Δείκτης ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων	0.6	0.3/0.8	0.025
PCS	-4.3	-8.3/2.7	0.042
MCS	-6.4	-11.4/-3.3	0.015

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα μελέτη είχε ως σκοπό να διερευνήσει το επίπεδο της ΠΖ, αλλά και τους παράγοντες που επηρεάζουν την υποκειμενική αντίληψη των ασθενών που βρίσκονται σε θεραπευτικό πρόγραμμα υποκατάστασης με μεθαδόνη σχετικά με την ΠΖ τους. Η σωματική και ψυχική υγεία στην κλίμακα της ΠΖ βρέθηκε να είναι χαμηλή και οι ασθενείς παρουσίασαν υψηλή βαθμολογία στις υποκλίμακες των συμπτωματολογικών διαστάσεων και των συνολικών δεικτών ψυχοπαθολογίας

της κλίμακας της ψυχολογικής λειτουργικότητας, που ερμηνεύεται από την ύπαρξη συννοσηρότητας μεταξύ εξάρτησης και ψυχιατρικής διαταραχής.

Αναφορικά με την επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών στην ΠΖ των ασθενών βρέθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ του γυναικείου φύλου και των τιμών στις υποκλίμακες της ψυχαναγκαστικότητας-καταναγκαστικότητας, της κατάθλιψης, του άγχους και του δείκτη ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων της κλίμακας ψυχοπαθολογίας SCL-90-R. Σε μελέτη του Tsirigoti (2019) η οποία αφορούσε στη διερεύνηση της επίδρασης του φύλου σε εξαρτημένα άτομα ως προς την εκδήλωση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, διαπιστώθηκε πως οι γυναίκες είχαν υψηλότερη πιθανότητα έμμεσης εκδήλωσης αυτής της συμπεριφοράς. Αντίθετα, σε μελέτη του Ρέντα (2018) διαπιστώθηκε πως το 74.5% των εξαρτημένων ανδρών παρουσίαζε ψυχιατρική συννοσηρότητα σε αντιδιαστολή με το 25.5% των εξαρτημένων γυναικών.

Η προηγούμενη έκτιση ποινής φυλάκισης βρέθηκε να συμβάλει στην κατάθλιψη και το φοβικό άγχος των θεραπευομένων. Η κατάθλιψη είναι η πιο συχνή μορφή ψυχικής διαταραχής σε αυτούς που έχουν εκτίσει ποινή φυλάκισης, σε ποσοστό πολύ υψηλότερο από αυτό του γενικού πληθυσμού, καθώς ο εγκλεισμός αποτελεί ένα ιδιαίτερο βίωμα, οι επιπτώσεις του οποίου μπορεί να συμβάλλουν σε ένα ευρύ φάσμα ψυχοπαθολογίας (Jarrett et al 2016). Επιπλέον, ο εγκλεισμός μπορεί να επιφέρει διαταραχές στην ικανότητα διαχείρισης των προβλημάτων, αλλά και να επιτείνει αγχώδεις διαταραχές, όπως το φοβικό άγχος (Bebbington et al 2017). Επιπλέον, περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς (55,5%) πάσχουν από χρόνια ηπατίτιδα C και η συνοσηρότητα της ασθένειας αυτής εξηγεί την επιπρόσθετη επιβάρυνση στη σωματική υγεία των θεραπευομένων, αλλά και στην εμφάνιση αυξημένης ψυχοπαθολογίας (Υφαντόπουλος & Σαρρής 2001).

Αξιοσημείωτο, επίσης, είναι να αναφερθεί ότι η μικρή ηλικία έναρξης χρήσης ουσιών βρέθηκε να συσχετίζεται σημαντικά με την εμφάνιση κατάθλιψης, ψυχωτισμού, άγχους και ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων, εύρημα που ωστόσο δεν εντοπίστηκε σε παρόμοια μελέτη στη βιβλιογραφία.

Σημαντικό εύρημα, επίσης, της παρούσας μελέτης ήταν ότι οι ασθενείς με τη μικρότερη διάρκεια παραμονής στο πρόγραμμα απεξάρτησης με μεθαδόνη εμφάνιζαν καλύτερο επίπεδο σωματικής υγείας, ενώ η αύξηση της διάρκειας παραμονής στο πρόγραμμα συνοδεύονταν από επιδείνωση της ψυχικής τους υγείας. Το εύρημα αυτό έρχεται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα της μελέτης των De Maeyer et al (2011), όπου βρέθηκε πως πέντε χρόνια μετά την εισαγωγή σε πρόγραμμα μεθαδόνης, τα εξαρτημένα άτομα σημείωσαν χαμηλές τιμές στις μετρήσεις που αφορούσαν την ΠΖ τους. Σε αντίστοιχη μελέτη των Fei et al (2014) διαπιστώθηκε πως η ΠΖ των εξαρτημένων δεν βελτιωνόταν με την παράταση της παραμονής τους στο πρόγραμμα μεθαδόνης. Σε ανάλογη μελέτη των Ubuguyu et al (2016) διαπιστώθηκε θετική επίδραση της θεραπείας υποκατάστασης με μεθαδόνη στην ΠΖ των ασθενών όταν αυτή εφαρμόστηκε για μικρή χρονική περίοδο, καθώς ο χρόνος παραμονής στο πρόγραμμα φαίνεται πως επηρεάζει αρνητικά τις προσδοκίες και την προοπτική των ασθενών εξαιτίας της σύνδεσης με το στίγμα του πρώην χρήστη. Οι εμπειρίες του στίγματος και των διακρίσεων έχουν σημαντικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των θεραπευομένων, όπως, επίσης, και στην προσπάθειά τους να συνεχίζουν τη θεραπεία τους στο πρόγραμμα, διότι μπορεί να απειλήσουν την παραμονή και τη συνέχιση της θεραπείας υποκατάστασης τους (Earnshaw et al 2013). Σε μελέτη των Cheng et al (2019) βρέθηκε, επίσης, πως το στίγμα συνδέεται με την ψυχολογική δυσφορία των ατόμων αυτών.

Οι ασθενείς με παρατεταμένη διάρκεια παραμονής στο πρόγραμμα απεξάρτησης, εμφάνισαν, επίσης, υψηλότερες τιμές στις υποκλίμακες της σωματοποίησης και της ψυχαναγκαστικής-καταναγκαστικής συμπεριφοράς. Αντίστοιχα, σε συστηματική ανασκόπηση για την εκτίμηση της συννοσηρότητας μεταξύ της χρήσης ουσιών, της διάθεσης και των διαταραχών άγχους, διαπιστώθηκε πως υπάρχει ισχυρή σχέση μεταξύ των παραπάνω ψυχολογικών διαταραχών και της παρατεταμένης τοξικοεξάρτησης (Lai et al 2015). Σε αντίστοιχη μελέτη των Le et al (2019) βρέθηκε ότι τα άτομα που λάμβαναν θεραπεία μεθαδόνης μακρόχρονης διάρκειας σε δημόσιες δομές υγείας, εμφάνιζαν σε υψηλότερο ποσοστό συμπτώματα ψυχολογικών διαταραχών, σε σύγκριση με τα άτομα που απευθύνονταν σε ιδιωτικές δομές υγείας. Αυτό θα μπορούσε να ερμηνευθεί ως συνέπεια του «ιδρυματισμού», που εμφανίζεται κατά την παραμονή των ασθενών στο πρόγραμμα, καθώς η σχέση εξάρτησης του θεραπευόμενου που αναπτύσσεται με το πρόγραμμα μεθαδόνης παραπέμπει σε τέτοιας μορφής ιδρυματικό φορέα.

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Βασικοί περιορισμοί της παρούσας μελέτης ήταν ότι τα αποτελέσματα στηρίζονται σε αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια και επομένως δεν μπορεί να καθορισθεί η αιτιότητα μεταξύ των μεταβλητών, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν άνδρες και η μελέτη πραγματοποιήθηκε στο πρόγραμμα μεθαδόνης σε συγκεκριμένες δομές της Αττικής και της Θεσσαλονίκης, τα αποτελέσματα δεν είναι αντιπροσωπευτικά για όλη τη χώρα. Συνεπώς, προτείνεται η διεξαγωγή μεγαλύτερων, αντιπροσωπευτικών μελετών στον τομέα των

θεραπευτικών προγραμμάτων χρήσης μεθαδόνης για ασθενείς με ουσιοεξάρτηση στην Ελλάδα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Αναφορικά με την ΠΖ και το χρόνο παραμονής στο πρόγραμμα μεθαδόνης, βρέθηκε ότι όσο αυξάνεται η διάρκεια παραμονής σε αυτό, τόσο επιδεινώνεται η ΠΖ των ασθενών, ενώ η ταυτόχρονη παρουσία ψυχολογικών δυσλειτουργικών στοιχείων π.χ. άγχους, κατάθλιψης και ιδεοψυχαναγκαστικής-καταναγκαστικής συμπεριφοράς, επιβαρύνουν σε σημαντικό βαθμό τη συνολική ΠΖ τους. Το στίγμα, η ανεργία, η απουσία κατάλληλου υποστηρικτικού δικτύου και η ψυχολογική ευαλωτότητα διαδραματίζουν κομβικό ρόλο στη σωματική και ψυχολογική υγεία του θεραπευομένου και για αυτό η επαναδιαμόρφωση των προγραμμάτων μεθαδόνης θεωρείται αναγκαία, προκειμένου να επέλθει βελτίωση της συνολικής λειτουργικότητάς του. Κρίνεται απαραίτητη, επίσης, η ύπαρξη διασύνδεσης με φορείς εκπαίδευσης, με φορείς βελτίωσης επαγγελματικών δεξιοτήτων και εύρεσης εργασίας, καθώς και διαρκής ψυχολογική αξιολόγηση των εξαρτημένων ατόμων, αλλά και παροχή εξατομικευμένων υπηρεσιών ψυχοθεραπευτικού τύπου.

Συμβολή συγγραφέων

Ο ΓΜ συμμετείχε στην ανάλυση των δεδομένων της παρούσας μελέτης, στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων και στη συγγραφή του κειμένου. Ο ΠΤ και η ΛΠ συνέβαλαν στη συλλογή των δεδομένων και στη συγγραφή του κειμένου. Η ΘΜ συμμετείχε στη σύλληψη του σκοπού και στο σχεδιασμό της μελέτης, συνέβαλε στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων, καθώς και στη συγγραφή του κειμένου, ενώ είχε τη γενική εποπτεία της μελέτης. Όλοι οι συγγραφείς αξιολόγησαν κριτικά και ενέκριναν την υποβολή του τελικού κειμένου.

Ευχαριστίες

Ευχαριστούμε την ψυχολόγο-ψυχοθεραπεύτρια Μαρία Μαντζάνα για τη συμβολή της στη μελέτη, με την παραχώρηση δεδομένων που συνέλεξε από ασθενείς σε δομές απεξάρτησης με μεθαδόνη στην Αττική.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Bebbington P., Jakobowitz S., McKenzie N., Killaspy H., Iveson R., Duffield G. & Kerr M. (2017). Assessing needs for psychiatric treatment in prisoners: 1. Prevalence of disorder. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 52:221-229.

Ca X., Lin C., Wang C. & Wu Z. (2020). The National Methadone Maintenance Treatment Program. In *HIV/AIDS in China* (pp. 177-200). Singapore. Springer.

Chang K., Lee K.Y., Lu T.H., Hwang J.S., Lin C.N., Ting S.Y. & Wang J.D. (2019). Opioid agonist treatment reduces losses in quality of life and quality-adjusted life expectancy in heroin users: Evidence from real world data. *Drug and alcohol dependence* 201:197-204.

Cheng C.M., Chang C.C., Wang J.D., Chang K.C., Ting S.Y. & Lin C.Y. (2019). Negative impacts of self-stigma on the quality of life of patients in methadone maintenance treatment: The mediated roles of psychological distress and social functioning. *International journal of environmental research and public health* 16:1299-1302.

Cummins R.A. (1997). Self rated quality of life scales: Measuring quality of life of people with an intellectual disability. Journal of *Applied Research in Intellectual Disabilities* 10:199-217.

De Maeyer J., Vanderplasschen W., Lammertyn J., Van Nieuwenhuizen C., Sabbe B. & Broekaert E. (2011). Current quality of life and its determinants among opiate-dependent individuals five years after starting methadone treatment. *Quality of life research* 20:139-150.

Dematteis M., Auriacombe M., D'Agnone O., Somaini L., Szerman N., Littlewood R. & Daulouede, J.P. (2017). Recommendations for buprenorphine and methadone therapy in opioid use disorder: a European consensus. *Expert opinion on pharmacotherapy* 18:1987-1999.

Earnshaw V., Smith L. & Copenhaver M. (2013). Drug Addiction Stigma in the Context of Methadone Maintenance Therapy: An Investigation into Understudied Sources of Stigma. *International journal of mental health and addiction* 11(1):110-122.

EMCDDA. (2019) Ευρωπαϊκή Έκθεση για τα Ναρκωτικά. [Ηλεκτρονικό]. (Ημερομηνία ανάκτησης 10/6/2020) https://www.emcdda.europa.eu

Fei J.T.B., Yee A., Habil M.H.B. & Danaee M. (2016). Effectiveness of methadone maintenance therapy and improvement in quality of life following a decade of implementation. *Journal of substance abuse treatment* 69:50-56.

Jarrett M., Valmaggia L., Parrott J., Forrester A., Winton-Brown T., Maguire H. & Craig T.K.J. (2016). Prisoners at ultra-high-risk for psychosis: a cross-sectional study. *Epidemiology and psychiatric sciences* 25:150-160.

Kontodimopoulos N., Pappa E., Niakas D. & Tountas Y. (2007). Validity of SF-12 summary scores in a Greek general population. *Health and quality of life outcomes* 5:5-60.

Krebs E., Kerr T., Wood E. & Nosyk B. (2016). Characterizing long-term health related quality of life trajectories of individuals with opioid use disorder. *Journal of substance abuse treatment* 67:30-37.

Lai H.M.X., Cleary M., Sitharthan T. & Hunt G.E. (2015). Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990–2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug and alcohol dependence* 154:1-13.

Le T.A., Le M.Q.T., Dang A.D., Dang A.K., Nguyen C.T., Pham H.Q. & Tran T.H. (2019). Multi-level predictors of psychological problems among methadone maintenance treatment patients in difference types of settings in Vietnam. *Substance abuse treatment, prevention, and policy* 14:39-42.

Nosyk B., Bray J.W., Wittenberg E., Aden B., Eggman A.A., Weiss R.D. & Schackman B.R. (2015). Short term health-related quality of life improvement during opioid agonist treatment. *Drug and alcohol dependence* 157:121-128.

Psychiatry.org.(2020) What is Addiction? (Cited 1 October 2020). Available from: https://www.psychiatry.org/patients-families/addiction/what-is-addiction

Schwartz R.P., Kelly S.M., Mitchell S.G., O'Grady K.E., Sharma A. & Jaffe J.H. (2020). Methadone treatment of arrestees: A randomized clinical trial. *Drug and Alcohol Dependence* 206:107-680.

Tsirigotis K. (2019). Gender differentiation of indirect self-destructiveness in drug addicted individuals (indirect self-destructiveness in addicted women and men). *Psychiatric Quarterly* 90:371-383.

Ubuguyu O., Tran O.C., Bruce R.D., Masao F., Nyandindi C., Sabuni N. & Lambdin B.H. (2016). Improvements in health-related quality of life among methadone maintenance clients in Dar es Salaam, Tanzania. *International Journal of Drug Policy* 30:74-81.

World Health Organization (WHO). (1997). Measuring quality of life. [Ηλεκτρονικό]. (Ημερομηνία ανάκτησης 10/6/2020) www.who.int

Γκόλνα Χ., Μαλλιώρη Μ., Σουλιώτης Κ. & Παπαδημητρίου Γ.Ν. (2014). Εξάρτηση από οπιοειδή, Επίπτωση εξάρτησης από οπιοειδή, κοινωνικό και οικονομικό κόστος. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 31:13-18.

Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν. (2019). Η Κατάσταση του Προβλήματος των Ναρκωτικών και των Οινοπνευματωδών στην Ελλάδα: Ετήσια Έκθεση 2018. Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά. Αθήνα.

Ζαφειρίδης Φ. (2009). Εξαρτήσεις και κοινωνία - θεραπευτικές κοινότητες - Ομάδες αυτοβοήθειας. Αθήνα: Εκδ. Κέδρος.

Μαντζάνα Μ. & Μπελλάλη Θ. (2014). Προγράμματα μεθαδόνης και ποιότητα ζωής: Μια βιβλιογραφική ανασκόπηση. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης* 7:6-14.

Ρέντας Δ. (2018). Διερεύνηση συννοσηρότητας (διπλή διάγνωση) της χρήσης ουσιών και ψυχικών διαταραχών και της συσχέτισης με ποιότητα ζωής χρηστών ναρκωτικών ουσιών, ενταγμένων σε πρόγραμμα υποκατάστασης με μεθαδόνη στην Αθήνα. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Πάτρα: Ελληνικό Ανοιχτό Πανεπιστήμιο.

Ρηγανά Π. (2016). Εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ουσιοεξαρτημένων ατόμων ενταγμένων σε θεραπευτικά προγράμματα υποκατάστασης μεθαδόνης, βουπρενορφίνης στον Οργανισμό Κατά των Ναρκωτικών. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Πάτρα: Ελληνικό Ανοιχτό Πανεπιστήμιο.

Σουλιώτης Κ., Γκόλνα Χ., Γείτονα Μ., Τούντας Γ. & Μαλλιώρη Μ. (2014α). Φαρμακευτικά υποστηριζόμενη θεραπεία της εξάρτησης από οπιοειδή. Μια ανθρωπιστικά αναγκαία και οικονομικά αποτελεσματική επιλογή πολιτικής υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 31:13-18.

Σταλίκας Α., Τριλίβα Σ. & Ρούσση Π. (2002). *Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα.* Αθήνα. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

Υφαντόπουλος Γ. & Σαρρής Μ. (2001). Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Μεθοδολογία μέτρησης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 18(3):218-229.

Factors affecting the quality of life of drug dependent people under methadone maintenance treatment

Georgios Manomenidis1, Panagiotis Tzourakis2, Polixeni Liamopoulou3, Thalia Bellali3
1. RN, MSc, PhD, Department of Pathology, General Hospital of Ptolemaida
2. Psychologist, MSc
3. Clinical Lecturer, Faculty of Nursing, International Hellenic University
4. Professor, Faculty of Nursing, International Hellenic University

ABSTRACT

Introduction: Treatment approaches for drug addiction are classified into several general types: psychosocial interventions as a part of drug-free programs, opioid maintenance treatment programs and detoxification programs. Methadone maintenance treatment (MMT) is one of the most common therapeutic approaches.

Aim: To investigate the factors that affect drug dependent people's subjective Quality of Life (QOL) under MMT.

Methods: A cross sectional study was conducted in a convenience sample of 209 drug dependent people under MMT provided by a substitution treatment unit (OKANA). They completed a questionnaire that included: a) demographic/occupational characteristics, b) the Short Form 12-Item Health Survey questionnaire (SF-12) and c) the Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R). Data analysis was carried out using the statistical package SPSS 24.0.

Results: Mean scores for the physical (PCS) and the mental (MCS) subscale of SF-12 were 47.4(±8.8) and 38.6(±9.2) respectively, displaying lower level of drug dependent people' QOL. High mean scores of the nine symptomatic dimensions and the three global indices of the SCL-90-R demonstrate existence between addiction and psychiatric disorder. Prolonged time period over two years under MMT was associated with deterioration in their QOL. Drug dependent people with the longest stay under MMT had higher scores in the subscales of somatization (p =0.051), the obsessive-compulsive disorder (p =0.013), the Global Severity Index (p=0.041) and the Positive Symptoms Total (p=0.033). Findings indicate that female sex, the age of initiation of drugs (younger age) and previous

Conclusions: In line with drug dependent people's subjective QOL, prolonged time under MMT was associated with poor QOL. Therefore, changing MMT program's philosophy is essential to cover drug dependent people's further psychosocial needs.

Key-words: Detoxification, methadone, quality of life, substance abuse.

Corresponding author: Thalia Bellali
e-mail: bellalithalia@yahoo.com

Submission date: 3/1/2021
Publication date: April 2021

Citation: Manomenidis G., Tzourakis P., Liamopoulou P. & Bellali T. (2021). Factors affecting the Quality of Life of drug dependent people under methadone mainitanance treatment. *Hellenic Journal of Nursing Science* 14(2): 49-58. doi: https://doi.org/10.24283/hjns.202126

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 2
APRIL - MAY - JUNE
2021

Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης
Hellenic journal of Nursing Science

http://journal-ene.gr/

ΤΟΜΟΣ 14 - ΤΕΥΧΟΣ 2
ΑΠΡΙΛΙΟΣ
ΜΑΪΟΣ
ΙΟΥΝΙΟΣ
2021

ΕΝΕ
ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
www.enne.gr