Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης
Hellenic journal of Nursing Science



Τόμος 15, Τεύχος 3, ΙΟΥΛΙΟΣ - ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ - ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2022
Volume 15, Issue 3, JULY - AUGUST - SEPTEMBER 2022

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ – RESEARCH ARTICLES

Ικανοποίηση των ασθενών από την υπηρεσία Κατ'οίκον Νοσηλείας του νοσοκομείου «Άγιοι Ανάργυροι»
Patient satisfaction from the 'Agioi Anargiroi' home health care service
Αθηνά Δεληδάκη, Ευάγγελος Μήττας, Ευστράτιος Τσελάς, Σοφία Γεωργοσοπούλου, Πέτρος Γαλάνης, Μαργαρίτα Γιαννακοπούλου, Αθηνά Καλοκαιρινού, Θεοδούλα Αδαμακίδου

Η συμβολή της μουσικής στην προαγωγή υγείας και τη δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος στην κοινότητα
The contribution of music to health promotion and the creation of a therapeutic environment in the community
Ανδριάνα Σταθοπούλου, Άννα Καυγά, Ευριδίκη Καμπά, Γεωργία Φασόη

Οι προσδοκίες των εθελοντών αιμοδοτών και η παρακίνηση για συνεχιζόμενη αιμοδοτική δράση
The expectations of voluntary blood donors and the motivation for continued blood donation action
Θεοδώρα Καμπέρη, Μαρία Κηπουροπούλου

Scheduled screening of patency of permanent central venous dialysis catheters
Dimitra Giannaraki, Konstantinos Mavromatidis

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ – REVIEWS

Κυστεοκολπικά συρίγγια: Διάγνωση και αντιμετώπιση
Vesicovaginal fistulas: Diagnosis and treatment
Κωνσταντίνος Ζαχαρής, Χριστίνα Ι. Μεσσήνη

Γνώσεις και Εκπαιδευτικές Ανάγκες Επαγγελματιών Υγείας σχετικά με την ετοιμότητά τους σε κρίσεις και μαζικές καταστροφές: Περιγραφική Ανασκόπηση
Perceptions, knowledge and training needs of health professionals regarding their preparedness for crisis and mass disasters: a descriptive review
Μυρσίνη Σπυρέλη

Τεύχος 3ο 2022

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: Power Graphics
Αγνώστων Ηρώων 101, Νέα Ιωνία, 142 31
Τηλ.: 210 2717979, e-mail: info@powergraphics.gr

ΕΚΔΟΤΗΣ: ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΣΚΟΥΤΕΛΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ: ΛΑΜΠΡΟΣ ΜΠΙΖΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗΣ: ΔΡ. ΣΟΦΙΑ ΤΑΝΗ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ: ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΑΒΡΑΜΙΔΗΣ

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

Μέλη:
**Γεώργιος Κούρτης, Γεώργιος Αρβανίτης, Ευτυχία Γιάγκου, Παναγιώτης Κοσκινάς, Μαρία Κωστίκου, Μιχαήλ Μαντζανάς,
Ευάγγελος Ναλμπάντης, Σταύρος Πανόπουλος**

ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ:
Δρ. Μαρία Καπρίτσου, RN, BSc, MSHCM, PhD, Postdoc, Πρόεδρος Ελληνικής Περί Αναισθησιολογικής Εταιρείας, Προϊσταμένη Αναισθησιολογικού Τμήματος, Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Άγιος Σάββας»
Δρ. Βάϊα Κωνσταντικάκη, MSc, PhD, ΑΝΘ Θεαγένειο

ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ:
Αλέξιος Παραράς, Δικηγόρος, Δημοσιολόγος, Νομικός Σύμβουλος ΕΝΕ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ
Αθηνά Καλοκαιρινού, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ, **Μαρία Μαλλιαρού,** Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, **Ιωάννης Κουτελέκος,** Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΠΑΔΑ, **Στέφανος Μαντζούκας,** Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, **Ευγενία Μηνασίδου,** Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος, **Νικόλαος Μπακάλης,** Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πατρών, **Θάλεια Μπελλάλη,** Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος, **Παύλος Μυριανθεύς,** Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ, **Τζαννής Πολυκανδριώτης,** MSc, ΨΝΑ «Δαφνί»

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΡΙΤΩΝ
Ελένη Αλμπάνη, Γεώργιος Αργυρίου, Μαρία Γέραλη, Γεώργιος Ελεσνίτσαλης, Ευτυχία Ευαγγελίδου, Γεώργιος Ευλαβής, Μιχαήλ Ζωγραφάκης-Σφακιανάκης, Αγγελική Καραΐσκου, Γεώργιος Κριτσωτάκης, Θεοχάρης Κωνσταντινίδης, Γαβριήλ Λάζος, Ελένη Λαχανά, Πολυξένη Λιαμοπούλου, Ασπασία Λούτα, Πολυξένη Μαγγούλια, Γεώργιος Μανομενίδης, Ευαγγελία Μεϊμέτη, Δημήτριος Μπαρουξής, Δήμητρα Παλητζήκα, Νίκη Παυλάτου, Δημήτριος Πιστόλας, Γεώργιος Σιδηράς, Αγγελική Σταθαρού, Ευαγγελία Σταματοπούλου, Νικόλαος Στεφανόπουλος, Αναστάσιος Τζεναλής, Αικατερίνη Τόσκα, Άρης Υφαντής

ΜΕΛΗ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ
Dr Θεόδωρος Ξάνθος, Καθηγητής Φυσιολογίας & Παθολογικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή, Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, **Dr Theodoros Koutroubas,** Professor, UC Louvain, Brussels, Belgium, **Dr Irena Papadopoulos,** Professor of Transcultural Health and Nursing, Head of Research Centre for Transcultural Studies in Health, Middlesex University, London, UK, **Dr Denise McEnroe-Petitte,** Associate Professor, Nursing, Kent State University Tuscarawas, Associate Degree Nursing Program, New Philadelphia, USA, **Dr Betty Chung Pui Man,** Lecturer, Health Sciences Syd, Nursing Faculty, Polytechnic University, Hong Kong, PRC, **Dr Evridiki Papastavrou,** Assistant Professor, Department of Nursing, Cyprus University of Technology, **Dr Lorendana Sasso,** Associate Professor, Universita degli Studi di Genova, Italy, Cecilia Sironi, RN, BSc, MSc, Universita degli Studi dell' Isubria-Varese, Italy, **Dr Rocco Gennaro,** Professor, Head of the Nursing School, Catholic University Our Lady of Good Counsel, Director of Centre of Excellence for Nursing Scholarship, Rome, Italy, **Dr Thomas Kearns,** Professor, Executive Director of Faculty of Nursing & Midwifery, Royal College of Surgeons, Ireland, **Dr Helene Kelly,** International Consultant, Vice President Florence Network, University College Sealand, Denmark, **Dr Vilma Zydziunaite,** RN, MSc, MEdSc, PhD, Professor-Researcher, Vytautas Magnus University, Klaipeda State College, Lithuania, **Dr Carlos Melo-Dias,** Professor of Nursing, Nursing School of Coimbra, Researcher in Health Sciences, Research Unit: Nursing (UICISA:E), Researcher in Portugal Centre for Evidence-Based Practice: an Affiliate Centre of the Joanna Briggs Institute, Coimbra, Portugal, **Leonardo J Labrague,** Lecturer, Department of Fundamentals and Administration, College of Nursing, Sultan Qaboos University, Muscat, Sultanate of Oman, **Dr Viktor Vus,** Psychologist, Associate Professor, Department of Psychology, Head of International Academic Mobility Centre, Interregional Academy of Personnel Management, Ukraine, **Dr Christina Papachristou,** Dipl. Psych., MPH, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Charite-Universitatsmedizin, Berlin, Germany

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ – RESEARCH ARTICLES

Ικανοποίηση των ασθενών από την υπηρεσία Κατ'οίκον Νοσηλείας του νοσοκομείου «Άγιοι Ανάργυροι»
Patient satisfaction from the 'Agioi Anargiroi' home health care service
Αθηνά Δεληδάκη, Ευάγγελος Μήττας, Ευστράτιος Τσελάς, Σοφία Γεωργοσοπούλου, Πέτρος Γαλάνης, Μαργαρίτα Γιαννακοπούλου, Αθηνά Καλοκαιρινού, Θεοδούλα Αδαμακίδου **5**

Η συμβολή της μουσικής στην προαγωγή υγείας και τη δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος στην κοινότητα
The contribution of music to health promotion and the creation of a therapeutic environment in the community
Ανδριάνα Σταθοπούλου, Άννα Καυγά, Ευριδίκη Καμπά, Γεωργία Φασόη **17**

Οι προσδοκίες των εθελοντών αιμοδοτών και η παρακίνηση για συνεχιζόμενη αιμοδοτική δράση
The expectations of voluntary blood donors and the motivation for continued blood donation action
Θεοδώρα Καμπέρη, Μαρία Κηπουροπούλου **25**

Scheduled screening of patency of permanent central venous dialysis catheters
Dimitra Giannaraki, Konstantinos Mavromatidis **36**

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ – REVIEWS

Κυστεοκολπικά συρίγγια: Διάγνωση και αντιμετώπιση
Vesicovaginal fistulas: Diagnosis and treatment
Κωνσταντίνος Ζαχαρής, Χριστίνα Ι. Μεσσήνη **41**

Γνώσεις και Εκπαιδευτικές Ανάγκες Επαγγελματιών Υγείας σχετικά με την ετοιμότητά τους σε κρίσεις και μαζικές καταστροφές: Περιγραφική Ανασκόπηση
Perceptions, knowledge and training needs of health professionals regarding their preparedness for crisis and mass disasters: a descriptive review
Μυρσίνη Σπυρέλη **50**

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

Ικανοποίηση των ασθενών από την υπηρεσία Κατ'οίκον Νοσηλείας του νοσοκομείου «Άγιοι Ανάργυροι»

Αθηνά Δελνδάκη[1], Ευάγγελος Μήττας[2], Ευστράτιος Τσελάς[2], Σοφία Γεωργοσοπούλου[3], Πέτρος Γαλάνης[4], Μαργαρίτα Γιαννακοπούλου[5], Αθηνά Καλοκαιρινού[5], Θεοδούλα Αδαμακίδου[6]

1. Νοσηλεύτρια, Προϊσταμένη Υπηρεσίας Κατ'οίκον Νοσηλείας, ΓΟΝΚ Άγιοι Ανάργυροι
2. Νοσηλευτής/τρια, Υπηρεσία Κατ'οίκον Νοσηλείας, ΓΟΝΚ Άγιοι Ανάργυροι
3. Επισκέπτρια υγείας, Υπηρεσία Κατ'οίκον Νοσηλείας, ΓΟΝΚ Άγιοι Ανάργυροι
4. MPH, PhD, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας
5. Καθηγήτρια, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής
6. Επίκουρη Καθηγήτρια, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εργαστήριο Νοσηλευτική Αποκατάσταση Χρονίως Πασχόντων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών στα πλαίσια ενός συστήματος υγείας αποτελεί χρήσιμο εργαλείο στην προσπάθεια βελτίωσης και τον καλύτερο σχεδιασμό στην παροχή των υπηρεσιών υγείας.

Σκοπός: Η διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών από την υπηρεσία Κατ'οίκον Νοσηλείας του νοσοκομείου Άγιοι Ανάργυροι.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη, με δείγμα τους χρήστες της υπηρεσίας Κατ'οίκον Νοσηλείας του νοσοκομείου ΓΟΝΚ Άγιοι Ανάργυροι, στην χρονική περίοδο ενός έτους (Οκτώβριος 2017 - Μάρτιος 2018). Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε το Home Care Client Satisfaction Instrument-Revised (HCCSI-R) για την αξιολόγηση της ικανοποίησης των χρηστών καθώς και τα κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Η στατιστική ανάλυση διενεργήθηκε με το στατιστικό πακέτο Statistical Package for Social Sciences (SPSS) v.21 σε επίπεδο σημαντικότητας p≤0, 05.

Αποτελέσματα: Το δείγμα αποτέλεσαν 121 χρήστες των υπηρεσιών κατ'οίκον νοσηλείας, 62, 4% ήταν γυναίκες και 37, 6% άρρενες. Το 69, 8% είχε ηλικία μεγαλύτερη των 70 ετών, 71, 1% διαγνώστηκε με καρκίνο, το 46, 6% παρακολουθούνταν από την υπηρεσία στο διάστημα εντός του 6μήνου και το 38, 7% ελάμβανε υπηρεσίες κατ'οίκον μια φορά στις 15 ημέρες, ενώ το 58, 4% είχε άτυπους φροντιστές τα παιδιά τους. Το μέσο σκορ στις τρεις ερωτήσεις συνολικής ικανοποίησης ήταν 9, 49 στη 10βαθμη κλίμακα Likert. Το μέσο σκορ στις ερωτήσεις ικανοποίησης από τη συμπεριφορά, τις στάσεις, τις δεξιότητες του προσωπικού και την οργάνωση της φροντίδας ήταν 56, 53 (μέγιστο 60). Στις μονοπαραγοντικές αναλύσεις ο χρόνος παρακολούθησης από την υπηρεσία και η φροντίδα από τα παιδιά τους βρέθηκε να σχετίζονται με την ικανοποίηση από τη συνολική φροντίδα (p<0, 001 και p=0, 03 αντίστοιχα) και την πρόθεση σύστασης της υπηρεσίας σε άλλους (p<0, 001 και p=0, 03 αντίστοιχα). Ο χρόνος παρακολούθησης βρέθηκε να σχετίζεται με την ανταπόκριση στις προσδοκίες (p<0, 001).

Συμπεράσματα: Αυξημένη είναι η ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες κατ'οίκον νοσηλευτικής φροντίδας. Οι πολιτικές υγείας πρέπει να επικεντρωθούν στην ανάπτυξη και υποστήριξη των υπηρεσιών κατ'οίκον νοσηλευτικής φροντίδας, και την υποστήριξη των νοσηλευτών και των άτυπων φροντιστών.

Λέξεις Κλειδιά: ικανοποίηση ασθενών, κατ'οίκον νοσηλευτική φροντίδα, κατ'οίκον φροντίδα, ποιότητα

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Θεοδούλα Αδαμακίδου
e-mail: adamakidou@yahoo.gr

Ημερομηνία υποβολής: 16/03/2020
Ημερομηνία δημοσίευσης: Σεπτέμβριος 2022

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

Αναφορά του άρθρου ως: Δελνδάκη Α., Μήττας Ε., Τσελάς Ε., Γεωργοσοπούλου Σ., Γαλάνης Π., Γιαννακοπούλου Μ., Καλοκαιρινού Α. & Αδαμακίδου Θ. (2022). Ικανοποίηση των ασθενών από την υπηρεσία Κατ'οίκον Νοσηλείας του νοσοκομείου «Άγιοι Ανάργυροι». Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης 15(3), https://doi.org/10.24283/hjns.202231

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Η ικανοποίηση των χρηστών είναι δείκτης ποιότητας από την υπηρεσία κατ'οίκον νοσηλείας**
- **Το επίπεδο συνολικής ικανοποίησης των χρηστών ήταν πολύ υψηλό**
- **Αυξημένη είναι η ικανοποίηση από τη συμπεριφορά, τις στάσεις και τις δεξιότητες του προσωπικού**
- **Μεγάλη διάρκεια παρακολούθησης σχετίζεται με αυξημένη ικανοποίηση από τη συνολική φροντίδα**
- **Η συμμετοχή των παιδιών στη φροντίδα σχετίζεται με αυξημένη ικανοποίηση από τη συνολική φροντίδα**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ποιότητα αποτελεί σήμερα βασικό κριτήριο κάθε καταναλωτικής, αλλά και επιχειρηματικής συμπεριφοράς για αγαθά και υπηρεσίες. Η σημασία της ποιότητας για τις υπηρεσίες υγείας έχει ακόμη μεγαλύτερη σημασία διότι σχετίζεται με το πολυτιμότερο ανθρώπινο αγαθό, την υγεία. Η προσπάθεια αναζήτησης της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας αντικατοπτρίζεται στον Ιπποκράτη ο οποίος στον 5ο αιώνα π.Χ. διατύπωσε το «ωφελείν ή μη βλάπτειν» και στη νοσηλεύτρια Florence Nigthngale στον Κριμαϊκό πόλεμο (1853-1856) η οποία κατέγραφε δεδομένα σχετικά με τη θνησιμότητα.

Σύμφωνα με το Donabedian (1980) ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας είναι η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη τα κέρδη και τις ζημιές που υπάρχουν σε μια διαδικασία περίθαλψης και η ικανοποίηση του ασθενούς είναι η επιθυμητή έκβαση της φροντίδας. Ένας τρόπος αξιολόγησης και μέτρησης της ποιότητας είναι η εκτίμηση της ικανοποίησης των χρηστών-καταναλωτών των υπηρεσιών υγείας (Ραφτόπουλος 2009).

Όσον αφορά την εκτίμηση της ικανοποίησης των χρηστών από τις υπηρεσίες κατ'οίκον νοσηλευτικής φροντίδας και κατ'οίκον φροντίδας υγείας, οι πρώτες αναφορές στη διεθνή βιβλιογραφία γίνονται στη δεκαετία του 1980 (Laferriere 1993). Γενικότερα, οι ασθενείς βρέθηκε να είναι πολύ ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες κατ'οίκον φροντίδας υγείας (Laferriere 1993; Foley et al 1995; Struyk et al 2006; Dale et al 2011). Διαστάσεις της φροντίδας που σχετίζονται με αυξημένη ικανοποίηση είναι η τεχνική ποιότητα της φροντίδας, η επικοινωνία, η διαπροσωπική σχέση με το χρήστη, η παροχή των υπηρεσιών (Laferriere 1993), η συμπεριφορά των επίσημων φροντιστών (φιλικότητα, ασφάλεια, αξιοπιστία, επαγγελματισμός, ενημέρωση, ευαισθησία) (Olsson & Ingvad 2001; Karlsson et al 2013; Kwak et al 2017), η εφαρμογή της διαδικασίας αξιολόγησης/επαναξιολογησης (Nakatani & Shimanouchi 2004) και εκφράζονται με υψηλά ποσοστά πρόθεσης σύστασης της υπηρεσίας σε άλλους (Foley et al 1995). Οι Kroposki & Alexander (2006) συνοψίζουν ότι ένα θετικό περιβάλλον εργασίας, σε συνδυασμό με τη χρήση πρωτοκόλλων και την αναγνώριση και ικανοποίηση των ψυχοκοινωνικών αναγκών των χρηστών αυξάνουν την ικανοποίηση.

Διαστάσεις της φροντίδας που σχετίζονται με μειωμένη ικανοποίηση είναι η μειωμένη συμμετοχή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων (Törnquist et al 2000), η απουσία σταθερότητας στο προσωπικό που κάνει τις επισκέψεις στον ίδιο ασθενή, η έλλειψη χρόνου και η έλλειψη πληροφόρησης και επικοινωνίας, η αδυναμία κάλυψης των αναγκών για φροντίδα (Dale et al 2011; Riccio 2001). Η μειωμένη λειτουργικότητα σχετίζεται και αυτή με μειωμένη ικανοποίηση (Geron et al 2000; Karlsson et al 2013), ενώ οι χρήστες των υπηρεσιών κατ'οίκον φροντίδας υγείας βρέθηκε ότι ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από τη φροντίδα σε σύγκριση με αυτούς που διέμεναν σε ιδρύματα μακροχρόνιας φροντίδας, στη Σουηδία και την Κορέα (Karlsson et al 2013; Kwak et al 2017).

Συστηματική ανασκόπηση, επισημαίνει μια μη συντονισμένη προσπάθεια εκτίμησης της ικανοποίησης των χρηστών από τις υπηρεσίες κατ'οίκον νοσηλευτικής φροντίδας, η οποία αντικατοπτρίζεται στη μεγάλη ποικιλία εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν (Abusalem et al 2013).

Όσον αφορά στην Ελλάδα, εμπειρικά δεδομένα μαρτυρούν ότι ο αριθμός των χρηστών στις υπηρεσίες κατ'οίκον νοσηλευτικής φροντίδας αυξάνεται σταθερά όπως και οι ανάγκες αυτών. Η εκτίμηση της ικανοποίησης των χρηστών είναι πολύ σημαντική για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της φροντίδας και κατ' επέκταση της ίδιας της υπηρεσίας, δεδομένης της φύσεώς της. Εκ των πραγμάτων απουσιάζει η καθημερινή επαφή του παρόχου της φροντίδας με το χρήστη για την αξιολόγηση των αναγκών φροντίδας του και εστιάζεται στην προαγωγή της αυτοφροντίδας, την εκπαίδευση και ενδυνάμωση της συμμετοχής στη φροντίδα των ίδιων των χρηστών και των άτυπων φροντιστών τους, τη διεπιστημονική συνεργασία για την αντιμετώπιση των αναγκών και προβλημάτων των χρηστών εξαιτίας της υγείας τους (Marrelli 2012, Καλοκαιρινού & Αδαμακίδου 2014).

Εντούτοις, παρόλες τις ιδιαιτερότητες της υπηρεσίας και τις δύσκολες συνθήκες λειτουργίας των υπηρεσιών αυτών στη χώρα μας, βρέθηκε υψηλό επίπεδο συμφωνίας μεταξύ ασθενών με καρκίνο που ελάμβαναν κατ'οίκον νοσηλευτική φροντίδα και των νοσηλευτών που εργάζονταν στην υπηρεσία κατ'οίκον νοσηλείας όσον αφορά

την ποιότητα ζωής των πρώτων (Adamakidou et al 2015). Βρέθηκε αυξημένη ικανοποίηση των χρηστών από την υπηρεσία Νοσηλεία στο Σπίτι του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού (Ζάγγα & Δρόσος 2012) αλλά και τις υπηρεσίες που εξυπηρετούν ασθενείς με καρκίνο (Αδαμακίδου 2009; Kouli et al 2013). Οι χρήστες φαίνεται να είναι ενήλικες >55 ετών (Ζάγγα & Δρόσος 2012) και ηλικιωμένοι (Αδαμακίδου 2009; Kouli et al 2013). Στη μελέτη των Ζάγγα & Δρόσος (2012) ο μέσος δείκτης ικανοποίησης για το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν 99, 48%, για τις παρεχόμενες υπηρεσίες 99, 38% και 98, 89% για την εξυπηρέτηση. Στη μελέτη των Kouli et al (2013) το μέσο σκορ ικανοποίησης ήταν 54, 3 (μέγιστο=60) ενώ 9 ήταν το μέσο σκορ για τις ερωτήσεις συνολικής ικανοποίησης στην 10βαθμη κλίμακα Likert.

Η συνεχής μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών στα πλαίσια ενός συστήματος υγείας συμβάλει στην εκτίμηση της ποιότητας, τη σύγκριση διαφορετικών προγραμμάτων –συστημάτων, τον εντοπισμό των δυσαρεστημένων χρηστών που πιθανόν μελλοντικά να εγκαταλείψουν το συγκεκριμένο (κρατικό) φορέα και μακροπρόθεσμα αποτελεί χρήσιμο εργαλείο για την προσπάθεια βελτίωσης των υπηρεσιών, καθώς και τον καλύτερο σχεδιασμό στην παροχή των υπηρεσιών υγείας. Στην εξασφάλιση των ανωτέρω πλεονεκτημάτων στοχεύει η παρούσα έρευνα με την αποτύπωση της ικανοποίησης των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα από την Υπηρεσία Κατ'οίκον Νοσηλείας του νοσοκομείου ΓΟΝΚ «Άγιοι Ανάργυροι».

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών που ελάμβαναν κατ'οίκον νοσηλευτική φροντίδα από την υπηρεσία Κατ'οίκον Νοσηλείας του νοσοκομείου ΓΟΝΚ «Άγιοι Ανάργυροι».

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σχεδιασμός

Πρόκειται για μια συγχρονική μελέτη στη οποία χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο με κλειστές ερωτήσεις. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε από τον Οκτώβριο του 2017 έως τον Μάρτιο του 2018, σε χρήστες/ασθενείς που ελάμβαναν κατ'οίκον νοσηλευτική φροντίδα από την υπηρεσία Κατ'οίκον Νοσηλείας του νοσοκομείου «Άγιοι Ανάργυροι».

Δείγμα μελέτης και διαδικασία συλλογής των δεδομένων

Το μελετώμενο πληθυσμό αποτέλεσαν όλοι οι χρήστες/ασθενείς (289 ασθενείς) της υπηρεσίας κατ'οίκον νοσηλευτικής φροντίδας του νοσοκομείου ΓΟΝΚ «Άγιοι Ανάργυροι» τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 121 χρήστες/ασθενείς (41, 8% ανταπόκριση) οι οποίοι πληρούσαν τα κριτήρια εισόδου στη μελέτη, δηλαδή έπρεπε να είχαν λάβει τουλάχιστον τρεις ή περισσότερες κατ'οίκον επισκέψεις, να μπορούσαν να διαβάζουν, να ομιλούν και να κατανοούν την ελληνική γλώσσα και να απουσίαζε διαταραγμένη σωματική και ψυχολογική λειτουργικότητα που εμπόδιζε την επικοινωνία. Συγκεκριμένα, 54 ασθενείς ήταν σε σοβαρή κλινική κατάσταση και αρνήθηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο, 46 ασθενείς δέχθηκαν λιγότερες από 3 επισκέψεις, 37 ασθενείς απεβίωσαν πριν τους δοθεί το ερωτηματολόγιο, 15 ασθενείς παρότι δήλωσαν προφορικά την υψηλή ικανοποίησή τους από την υπηρεσία δεν μπορούσαν να διαβάσουν και να κατανοήσουν τις ερωτήσεις, οπότε αποκλείστηκαν και 16 έλαβαν εξιτήριο.

Κατά την κατ'οίκον επίσκεψη ο νοσηλευτής/τρια που διεξήγαγε την κατ'οίκον επίσκεψη ενημέρωνε τον ασθενή για το σκοπό και τη διαδικασία διεξαγωγής της μελέτης. Με τη διασφάλιση της συναίνεσης του χρήστη, ο νοσηλευτής άφηνε το ερωτηματολόγιο στο σπίτι του χρήστη για να το συμπληρώσει μόνος του. Στην επόμενη κατ'οίκον επίσκεψη ο χρήστης τοποθετούσε το συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο σε κουτί συγκέντρωσης όλων των ερωτηματολογίων, το οποίο έφερε μαζί του ο νοσηλευτής στην κατ'οίκον επίσκεψη.

Επιλέχθηκε αυτός ο τρόπος συλλογής των ερωτηματολογίων προκειμένου να διασφαλιστεί η ανωνυμία του ασθενούς και να αποφευχθούν ψευδείς απαντήσεις λόγω εξάρτησης των ασθενών από την υπηρεσία. Δεν επιλέχθηκε η ταχυδρομική αποστολή φακέλου λόγω των μικρών ποσοστών ανταπόκρισης και του αυξημένου κόστους (Αλετράς, Ζαχαράκη, Νιάκας, 2007), διότι η μελέτη διεξήχθη χωρίς καμία οικονομική υποστήριξη.

Εργαλείο έρευνας

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση της ικανοποίησης των χρηστών ήταν το Home Care Client Satisfaction Instrument-Revised (HCCSI-R), το οποίο δημιουργήθηκε από την Westra (Westra et al 1995) και έχει μεταφραστεί και εγκυροποιηθεί στην ελληνική γλώσσα από τους Kouli et al (2013). Το HCCSI-R περιλαμβάνει 12 ερωτήσεις με απαντήσεις σε 5-βαθμη κλίμακα Likert, όπου 1 είναι πολύ δυσαρεστημένος/η έως 5 πολύ ευχαριστημένος/η. Οι ερωτήσεις αφορούν συγκεκριμένες διαστάσεις της φροντίδας όπως η ικανοποίηση από τις στάσεις και δεξιότητες του προσωπικού (προθυμία, ενδιαφέρον, σεβασμό, εμπιστοσύνη, δυνατότητα επιλογών, αίσθημα ασφάλειας). Υπάρχουν και ερωτήσεις που αφορούν στην οργάνωση της παρεχόμενης φροντίδας όπως η δυνατότητα επιλογών στη φροντίδα, ο προγραμματισμός της φροντίδας (π.χ. ημέρες και ώρες επισκέψεων), η σταθερότητα του προσωπικού-νοσηλευτή που διεξάγει την επίσκεψη. Επιπρόσθετα το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει και 3 ερωτήσεις με απαντήσεις σε 10-βαθμη κλίμακα Likert οι οποίες αφορούν στην συνολική ικανοποίηση από τη φροντίδα. Συγκεκριμένα, την

ικανοποίηση από την ανταπόκριση της υπηρεσίας στις προσδοκίες των ασθενών, την ικανοποίηση από τη συνολική φροντίδα και την πρόθεση σύστασης της υπηρεσίας σε άλλους. Ο χρόνος συμπλήρωσής του κυμαινόταν στα 7-10 λεπτά. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν επίσης και το ερωτηματολόγιο με τα κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, εκπαίδευση, οικογενειακή κατάσταση, μηνιαίο εισόδημα, άτυπος φροντιστής) και τα κλινικά δεδομένα (χρόνος παρακολούθησης από την υπηρεσία, συχνότητα επισκέψεων, διάγνωση, είδος κακοήθειας, αξιολόγηση λειτουργικότητας με την ECOG Performance status scale).

Θέματα Δεοντολογίας

Στην παρούσα μελέτη τηρήθηκαν οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας που διέπουν την έρευνα. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για το σκοπό της μελέτης και λήφθηκε εγγράφως η συναίνεσή τους. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν ότι μπορούσαν να αποχωρήσουν οποιαδήποτε χρονική στιγμή. Επίσης, για τη διεξαγωγή της έρευνας εξασφαλίστηκε έγκριση από το Επιστημονικό Συμβούλιο του νοσοκομείου Αγ. Ανάργυροι (Απόσπασμα Πρακτικού ΔΣ 35ης/14.09.2017) καθώς επίσης και από τη δημιουργό του ερωτηματολογίου.

Ανάλυση των δεδομένων

Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως αριθμός ατόμων (n) και ποσοστά (%), ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή, τυπική απόκλιση, διάμεση τιμή, ελάχιστη τιμή και μέγιστη τιμή. Ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov test και τα διαγράμματα κανονικότητας χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών.

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t-test. Επιπλέον, για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας κατηγορικής μεταβλητής με >2 κατηγορίες χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διασποράς. Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο ποσοτικών μεταβλητών που δεν ακολουθούσαν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman rho.

Στην περίπτωση που η εξαρτημένη μεταβλητή ήταν ποσοτική και ≥2 ανεξάρτητες μεταβλητές προέκυψαν στατιστικά σημαντικές στο επίπεδο του 0, 2 (p<0, 2) στη διμεταβλητή ανάλυση, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση. Στην περίπτωση αυτή, εφαρμόστηκε η μέθοδος της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με την προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών.

Τα δημογραφικά, κοινωνικά και κλινικά χαρακτηριστικά αποτέλεσαν τις ανεξάρτητες μεταβλητές, ενώ εξαρτημένες μεταβλητές ήταν οι βαθμολογίες στις 3 ερωτήσεις των οποίων οι απαντήσεις είναι σε 10-βαθμη κλίμακα Likert και αφορούν στην συνολική ικανοποίηση από τη φροντίδα.

Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0, 05, οπότε σχέσεις με p<0, 05 θεωρήθηκαν ως στατιστικά σημαντικές. Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι στατιστικά σημαντικές σχέσεις που προέκυψαν από τις συσχετίσεις, δηλαδή οι σχέσεις με p<0, 05. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το IBM SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το δείγμα αποτέλεσαν 121 χρήστες των υπηρεσιών κατ'οίκον νοσηλείας. Το 69, 8% είχε ηλικία μεγαλύτερη των 70 ετών, ήταν έγγαμοι 54, 2% και απόφοιτοι του δημοτικού 54, 6%. Το 53, 8% είχε εισόδημα 501-700€, το 46, 6% παρακολουθούνταν από την υπηρεσία στο διάστημα εντός του 6μήνου και το 38, 7% ελάμβανε υπηρεσίες κατ'οίκον μια φορά στις 15 ημέρες. Οι κύριοι φροντιστές ήταν τα παιδιά τους (58, 4%). Το μεγαλύτερο ποσοστό 71, 1% είχε διάγνωση καρκίνου, με συχνότερο (23, 1%) τον καρκίνο του πεπτικού, ενώ 28, 9% δεν είχε διάγνωση κακοήθειας. Σε ποσοστό 30, 6% η λειτουργικότητα των χρηστών ήταν σταδίου 3 (περνούσαν περισσότερο από το 50% του χρόνου που ήταν ξύπνιοι σε καρέκλα ή στο κρεβάτι) και 29, 8% σταδίου 4 κατά ECOG, δηλαδή ήταν ολοκληρωτικά ανίκανοι για αυτοφροντίδα και εξολοκλήρου περιορισμένοι στο κρεβάτι ή την καρέκλα. Αναλυτικά τα δημογραφικά και κλινικά δεδομένα των χρηστών παρουσιάζονται στον Πίνακα 1.

Στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται τα περιγραφικά αποτελέσματα για τις ερωτήσεις (1εως 12) του ερωτηματολογίου των οποίων οι απαντήσεις ήταν σε 5-βαθμη κλίμακα Likert. Η μέση τιμή του σκορ της ικανοποίησης για τις ερωτήσεις 1-12 ήταν 56, 53 (μέγιστη τιμή=60) (ΤΑ=3, 74). Στον Πίνακα 3 παρουσιάζονται οι τιμές σχετικά με τις ερωτήσεις (13 έως 15) του ερωτηματολογίου οι οποίες αναφέρονταν στη συνολική ικανοποίηση των χρηστών από την υπηρεσία κατ'οίκον νοσηλευτικής φροντίδας. Η μέση τιμή του σκορ στις ερωτήσεις συνολικής ικανοποίησης των χρηστών (13 έως 15) ήταν 9, 49, στη κλίμακα των 10 σημείων. Ο συντελεστής εσωτερικής αξιοπιστίας Cronbach alpha ήταν 0, 894.

Στις μονοπαραγοντικές συσχετίσεις (Πίνακας 4) όσον αφορά στην ανταπόκριση των προσδοκιών των χρηστών δεν βρέθηκε να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με το φύλο, το είδος των φροντιστών και την οικογενειακή κατάσταση καθώς και τα άλλα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά. Η ικανοποίηση των χρηστών από τη συνολική φροντίδα και η πιθανότητα να συστήσουν οι χρήστες την υπηρεσία σε άλλους βρέθηκε να σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με το είδος του φροντιστή (p=0,

036 και p=0, 031 αντίστοιχα). Το φύλο και η οικογενειακή κατάσταση καθώς και τα άλλα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά δεν βρέθηκε να επηρεάζουν την ικανοποίηση των χρηστών από τη συνολική φροντίδα και την πρόθεσή τους να συστήσουν την υπηρεσία σε άλλους.

Όσον αφορά τις άλλες συσχετίσεις (Πίνακας 4), η αύξηση του εισοδήματος συσχετίστηκε με αύξηση της ανταπόκρισης των προσδοκιών των χρηστών χωρίς η σχέση αυτή να είναι στατιστικά σημαντική (r=0, 12, p=0, 2). Υπάρχει επίσης, ισχυρή θετική συσχέτιση της ανταπόκρισης των προσδοκιών των χρηστών με το χρόνο παρακολούθησης από την υπηρεσία κατ'οίκον νοσηλείας (r=0, 44, p<0, 001). Η πιθανότητα οι χρήστες να συστήσουν την υπηρεσία σε άλλους βρέθηκε να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά μόνο με το χρόνο παρακολούθησης (r=0, 326, p<0, 001).

Στην ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (Πίνακας 4) με εξαρτημένη μεταβλητή την ικανοποίηση από τη συνολική φροντίδα βρέθηκε ότι αυτή σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την οικογενειακή κατάσταση (p=0, 042) και το χρόνο παρακολούθησης από την υπηρεσία (p<0, 001). Όταν εξαρτημένη μεταβλητή ήταν η πρόθεση των χρηστών να συστήσουν την υπηρεσία σε άλλους βρέθηκε ότι αυτή σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με το εισόδημα (p=0, 048), το χρόνο παρακολούθησης από την υπηρεσία (p=0, 006) και σχετίζονταν αρνητικά με το είδος του φροντιστή (p=0, 042).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα μελέτη διερεύνησε την ικανοποίηση των χρηστών από τη φροντίδα που ελάμβαναν από την υπηρεσία της Κατ'οίκον Νοσηλείας του νοσοκομείου ΓΟΝΚ «Άγιοι Ανάργυροι». Διαπιστώθηκαν υψηλές βαθμολογίες ικανοποίησης τόσο στις ερωτήσεις συμπεριφορών, στάσεων και οργάνωσης της φροντίδας (ΜΤ=56, 53, μέγιστη τιμή=60) όσο και στις ερωτήσεις συνολικής ικανοποίησης (ΜΤ=9, 49 στην 10βαθμη κλίμακα). Παρόμοια υψηλά ποσοστά αναφέρονται και σε άλλες μελέτες (Laferriere 1993; Foley et al 1995; Struyk et al 2006; Ζάγγα & Δρόσος 2012; Dale et al 2011; Kouli et al 2013;)

Στις ερωτήσεις ικανοποίησης από τη συμπεριφορά, τις στάσεις και τις δεξιότητες του προσωπικού (διάθεση και προθυμία, προσοχή και ενδιαφέρον, εμπιστοσύνη, σεβασμός, ασφάλεια, ανταπόκριση στις ανάγκες) το ποσοστών των χρηστών οι οποίοι εξέφρασαν «ικανοποιημένοι/πολύ ικανοποιημένοι» ήταν στο 100%, αναδεικνύοντας την υψηλή ποιότητα της συμπεριφοράς και των δεξιοτήτων του προσωπικού. Παρόμοια υψηλό ποσοστό (70%) για την ικανοποίηση των χρηστών από τη συμπεριφορά του προσωπικού βρέθηκε και στη μελέτη των Kouli et al (2013), στην οποία χρησιμοποιήθηκε το ίδιο ερωτηματολόγιο με την παρούσα μελέτη. Μάλιστα, έχει επισημανθεί η σημασία των συμπεριφορών του προσωπικού (φιλικότητα, ασφάλεια, αξιοπιστία, επαγγελματισμό, ενημέρωση, ευαισθησία) ως κύριοι παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την ικανοποίηση από την υπηρεσία κατ'οίκον φροντίδας υγείας (Kwak et al, 2017). Σε άλλες έρευνες (Karlsson et al 2013; Kwak et al 2017) οι χρήστες των υπηρεσιών κατ'οίκον νοσηλείας ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από τις συμπεριφορές του προσωπικού σε σύγκριση με τους χρήστες που διέμεναν σε οργανωμένη δομή (π.χ. μονάδα φροντίδας ηλικιωμένων), γεγονός το οποίο υποκινεί, σε επίπεδο λήψης αποφάσεων, σε μια προσπάθεια ανάπτυξης και υποστήριξης (στελέχωση, εξοπλισμός, αυτοκίνητα, κ.α) αυτών των υπηρεσιών και στη χώρα μας, δεδομένης της αποδεδειγμένης αποδοτικότητά τους (Kouli et al 2008).

Στις ερωτήσεις ικανοποίησης από την οργάνωση της κατ'οίκον φροντίδας υγείας (γνώση του προσωπικού για το πρόβλημα υγείας, δυνατότητα επιλογών στο πλάνο φροντίδας, ενημέρωση, ανταπόκριση στις ανησυχίες, προγραμματισμός του πλάνου φροντίδας και δυνατότητα φροντίδας από το ίδιο προσωπικό σε σταθερή βάση) η ικανοποίηση είναι λίγο μικρότερη καθώς ένα μικρό ποσοστό (0, 8%-6, 6%) των χρηστών επέλεξαν την απάντηση «αδιάφορο». Στην παρούσα μελέτη δεν υπήρξαν αρνητικές αξιολογήσεις των χρηστών. Στην μελέτη των Kouli et al (2013) οι χρήστες δήλωσαν «δυσαρεστημένοι» στις επιλογές που σχετίζονται με τη φροντίδα τους (7, 5%) και στη δυνατότητα προγραμματισμού του πλάνου φροντίδας (5, 2%). Συνεπώς, διαστάσεις της φροντίδας στις οποίες είναι χαμηλότερη η ικανοποίηση των χρηστών μπορούν να αποτελέσουν κίνητρο, για όσους λαμβάνουν αποφάσεις, με σκοπό τη βελτίωσή τους και συνεπώς και τη βελτίωση της ικανοποίησης των χρηστών.

Η επίσκεψη και φροντίδα από το ίδιο προσωπικό σε σταθερή βάση, θεωρείται ένας από τους δείκτες ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας και αποτελεί προϋπόθεση στον τρόπο οργάνωσης των υπηρεσιών αυτών (Marrelli 2012). Η συγκεκριμένη υπηρεσία φροντίζει να ικανοποιεί αυτό το δείκτη ποιότητας με τον τρόπο λειτουργίας της. Εντούτοις, στην παρούσα μελέτη 6, 6% (n=8) των χρηστών επέλεξαν την απάντηση «αδιάφορο» ως προς την ικανοποίηση από τη δυνατότητα να τους φροντίζει το ίδιο προσωπικό σε σταθερή βάση. Μια πιθανή εξήγηση για το εύρημα αυτό είναι ότι οι χρήστες δεν είχαν την εμπειρία μιας υπηρεσίας όπου οι επαγγελματίες υγείας εναλλάσσονται τακτικά, με αποτέλεσμα να απουσιάζει το μέτρο σύγκρισης. Στη μελέτη των Dale et al (2011) ηλικιωμένοι χαρακτήρισαν την έλλειψη σταθερότητας στο προσωπικό ως απουσία συνέχειας στη φροντίδα. Μια άλλη εξήγηση είναι ότι οι χρήστες της υπηρεσίας εξυπηρετούνται από το λιγοστό προσωπικό (3 νοσηλευτές) το οποίο τη στελεχώνει και πιθανές εναλλαγές του προσωπικού, σε εξαιρετικές περιπτώσεις, σήμαιναν ότι δύο ακόμη πρόσωπα εμπλέκονταν στη φροντίδα.

Στην παρούσα μελέτη δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με το φύλο και την ηλικία, όπως σε προηγούμενες μελέτες στον ελληνικό πληθυσμό (Ζάγγα & Δρόσος 2012; Kouli et al 2013). Βέβαια, από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας διαπιστώνεται ότι η κύρια πληθυσμιακή ομάδα η οποία κάνει χρήση των υπηρεσιών κατ'οίκον νοσηλευτικής φροντίδας είναι οι ηλικιωμένοι, στην Ελλάδα (Ζάγγα & Δρόσος 2012; Kouli et al 2013) και διεθνώς, στην Κορέα (Kwak et al 2017), την Αμερική (Laferriere 1993; Geron 2000), τη Σουηδία (Karlsson et al (2013).

Το είδος του άτυπου φροντιστή, και συγκεκριμένα η φροντίδα των χρηστών από τα παιδιά τους ως άτυπους φροντιστές βρέθηκε να σχετίζεται θετικά και στατιστικά σημαντικά με αυξημένη ικανοποίησή τους από τη συνολική φροντίδα και αυξημένη πιθανότητα να συστήσουν την υπηρεσία σε άλλους, σε σύγκριση με την περίπτωση που οι άτυποι φροντιστές ήταν οποιοιδήποτε άλλοι εκτός από τα παιδιά τους (συγγενείς, φίλοι, γείτονες, εκκλησία, μη-κυβερνητικές οργανώσεις, άλλο). Πιθανή ερμηνεία αυτού του ευρήματος μπορεί να αφορά στο γεγονός ότι οι άτυποι φροντιστές στην κατ'οίκον φροντίδα υγείας αναλαμβάνουν όχι μόνο δραστηριότητες μακροχρόνιας βοήθειας (διαχείριση οικονομικών, προσωπική φροντίδα, φροντίδα του σπιτιού, κ.α) αλλά διενεργούν και ιατρονοσηλευτικές πράξεις μετά από κατάλληλη εκπαίδευση (φροντίδα τραύματος, διαχείριση φαρμακευτικής αγωγής και εξοπλισμού, κ.α) (National Research Council 2011). Η φροντίδα από την οικογένεια έρχεται να συμπληρώσει παρά να υποκαταστήσει τις δημόσιες υπηρεσίες και κυρίως όταν υπάρχει συγκατοίκηση (Dale et al 2011). Άλλωστε η οικογένεια θεωρείται ως το βασικό πλαίσιο για την ανάπτυξη σχέσεων φροντίδας αλλά και το αντίστροφο, δηλαδή οι αξίες της φροντίδας συνδέονται στενά με την οικογένεια (Weicht 2019). Σύμφωνα με τους Dale et al (2011) ακόμη και το πιο ανεπτυγμένο και γενναιόδωρο σύστημα πρόνοιας μιας χώρας δεν μπορεί να υποκαταστήσει τη φροντίδα από την οικογένεια. Συνεπώς, υπάρχει δυνατότητα με την κατάλληλη στενή συνεργασία επίσημων και ανεπίσημων/ οικογενειακών φροντιστών, οι χρήστες να συνεχίσουν να λαμβάνουν φροντίδα υγείας στο σπίτι τους. Από την άλλη, οι χρήστες άλλοτε επιθυμούν και νιώθουν άνετα με τη συμμετοχή της οικογένειας στη φροντίδα (Crist 2005) και άλλοτε αισθάνονται ότι αποτελούν βάρος στην οικογένεια (Johnson et al 2007).

Επιπρόσθετα, το γεγονός ότι η ικανοποίηση των χρηστών σχετίζεται με την ποιότητα της συμπεριφοράς των επίσημων φροντιστών αλλά και τη συμμετοχή της οικογένειας στη φροντίδα, υποδηλώνει αφενός την αναγκαιότητα της επάρκειας των επίσημων φροντιστών σε γνώσεις, ικανότητες και δεξιότητες για την κάλυψη όλων των αναγκών κατ'οίκον (Kwak et al 2017) και αφετέρου υποδηλώνει την αναγκαιότητα εκπαίδευσης των οικογενειακών φροντιστών με σκοπό την κατάλληλη εμπλοκή τους στη φροντίδα (Lim and Hwang 2011) και συνεπώς τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας κατ'οίκον.

Ένα άλλο εύρημα το οποίο προέκυψε από την παρούσα μελέτη ήταν η θετική συσχέτιση μεταξύ του χρόνου παρακολούθησης και φροντίδας από την υπηρεσία, και της ικανοποίησης από τη συνολική φροντίδα, της ανταπόκρισης της υπηρεσίας στις προσδοκίες των χρηστών, και της πιθανότητας να συστήσουν την υπηρεσία σε άλλους. Πιθανή εξήγηση αυτών των συσχετίσεων, δηλαδή την αύξηση της βαθμολογίας συνολικής ικανοποίησης στο πέρασμα του χρόνου, είναι ότι οι χρήστες είχαν την ευκαιρία να συνειδητοποιήσουν στο μέγιστο βαθμό τα οφέλη από την παρακολούθησή τους από την υπηρεσία. Οφέλη τα οποία εκτός από αυτά που σχετίζονται άμεσα με τη φροντίδα είναι και οικονομικά τόσο για τους ίδιους τους χρήστες όσο και για το σύστημα υγείας (Kouli et al 2013). Οι Nakatani & Shimanouchi (2004) αναφέρουν ότι η ποσότητα των υπηρεσιών που λαμβάνουν οι χρήστες αυξάνεται από τους 3 στους 6 μήνες με αποτέλεσμα να βελτιώνεται η φροντίδα και το επίπεδο ανεξαρτησίας των χρηστών. Επιπλέον, με το πέρασμα του χρόνου οι χρήστες είχαν την ευκαιρία να αναπτύξουν σχέσεις εμπιστοσύνης και ασφάλειας με τους νοσηλευτές, γεγονός το οποίο επηρεάζει σημαντικά την ικανοποίηση τους από τη φροντίδα (Olsson & Ingvad 2001). Μάλιστα, αναφέρεται ότι η μειωμένη εμπλοκή στη λήψη αποφάσεων σχετίζεται με αυξημένη δυσαρέσκεια (Törnquist et al 2000). Γενικότερα, τα υψηλά επίπεδα της εκληφθείσας ποιότητας και ικανοποίησης του χρήστη από μια υπηρεσία φαίνεται να διαμορφώνουν θετικά τη στάση του προς αυτή, η οποία στη συνέχεια εκδηλώνεται με την πρόθεσή του να τη χρησιμοποιήσει ξανά ή να τη συστήσει σε άλλους (Ραφτόπουλος 2009).

Οι Kahanpää et al (2016) αναφέρουν ότι η υψηλού βαθμού εξάρτηση στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σχετίζεται με χαμηλή αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας και ότι επιδείνωση του επιπέδου λειτουργικής ανεξαρτησίας σχετίζεται με την ποσότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (Nakatani & Shimanouchi (2004). Στην παρούσα μελέτη παρότι 61, 2% του δείγματος είχε λειτουργική κατάσταση κατά ECOG σταδίου 3 και 4, εντούτοις δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις.

Γενικότερα, διαπιστώνεται υψηλή βαθμολόγηση των χρηστών όσον αφορά την ικανοποίησή τους από την υπηρεσία, όπως και στις άλλες μελέτες σε εθνικό επίπεδο. Το εύρημα αυτό ενδεχομένως να σχετίζεται με τη φύση της υπηρεσίας και τη σχέση εξάρτησης των χρηστών από την υπηρεσία, με αποτέλεσμα οι απαντήσεις τους να αντικατοπτρίζουν και την επιθυμία τους να συνεχίσουν να λαμβάνουν υπηρεσίες υγείας κατ'οίκον. Κρίνεται σκόπιμο να αναφερθεί ότι η ικανοποίηση των χρηστών επηρεάζει άμεσα την ικανοποίηση των επίσημων φροντιστών

καθώς ενδυναμώνει την ικανοποίηση που βιώνουν από την εργασία τους, αυξάνει την αφοσίωση και την παραγωγικότητά τους (White Paper 2010). Συνεπώς πρόκειται για μια αμφίδρομη σχέση με πολλαπλούς αποδέκτες (χρήστης, επίσημος φροντιστής, υπηρεσία, κράτος) στην οποία βασίζονται αλλά και καλλιεργούν οι υπηρεσίες κατ'οίκον νοσηλευτικής φροντίδας.

Βέβαια, παρά την αυξημένη βαθμολογία ικανοποίησης των χρηστών, υπάρχει και ένα μικρό ποσοστό που απάντησαν ότι έμειναν λιγότερο ικανοποιημένοι από κάποιες διαστάσεις της φροντίδας. Το γεγονός αυτό καταδεικνύει ότι υπάρχουν ακόμη περιθώρια για βελτίωση. Τα μέτρα που μπορούν να ενεργοποιηθούν για τη βελτίωση του βαθμού ικανοποίησης μπορούν να εστιάζουν είτε σε στάσεις και δεξιότητες του προσωπικού (προθυμία, ενδιαφέρον, σεβασμό, εμπιστοσύνη, δυνατότητα επιλογών, αίσθημα ασφάλειας) είτε στον τρόπο οργάνωσης και παροχής της φροντίδας (εξοπλισμός, στελέχωση, τεχνολογία, κ.α).

Περιορισμό της παρούσας έρευνας συνιστά ο συγχρονικός σχεδιασμός της, γεγονός που καθιστά αδύνατη την εύρεση αιτιακών σχέσεων. Επιπλέον, ο μικρός αριθμός των συμμετεχόντων από μία μόνο υπηρεσία αποτελεί περιορισμό και συνεπώς τα αποτελέσματα αυτής πρέπει να αξιολογηθούν με προσοχή. Επιπρόσθετα, η συμπλήρωση ερωτηματολογίων αποτελεί πάντοτε μια υποκειμενική εκτίμηση των συμμετεχόντων με αποτέλεσμα να υπάρχει κίνδυνος για συστηματικό σφάλμα πληροφορίας.

Ωστόσο, παρά τους περιορισμούς, η μελέτη αυτή ήταν η πρώτη που προσπάθησε να προσεγγίσει την ικανοποίηση των χρηστών σε μια συγκεκριμένη υπηρεσία και να αναδείξει την ποιότητα του έργου της. Προτείνεται, περαιτέρω μελέτη του θέματος να γίνει με ταυτόχρονη χρήση ποιοτικών και ποσοτικών μεθόδων καθώς και με μεγαλύτερο και περισσότερο αντιπροσωπευτικό δείγμα για όλες τις υπηρεσίες κατ'οίκον νοσηλευτικής φροντίδας στην ελληνική επικράτεια αλλά και με τη διερεύνηση της ικανοποίησης των άτυπων και των επίσημων φροντιστών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα της μελέτης αντανακλούν τη σπουδαιότητα της εκτίμησης της ικανοποίησης των χρηστών από την υπηρεσία κατ'οίκον νοσηλευτικής φροντίδας ως ένα δείκτη της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας αλλά και υποδεικνύουν προς στρατηγικές ανάπτυξης και ενίσχυσης των εν λόγω υπηρεσιών. Σε επίπεδο πολιτικών υγείας η παρακαταθήκη με τα αποτελέσματα των εθνικών μελετών οφείλει να αξιολογηθεί και να κατευθύνει αποφάσεις οι οποίες ενισχύουν τόσο τους νοσηλευτές με την εξειδίκευσή τους στην κοινοτική νοσηλευτική, όσο και τους άτυπους οικογενειακούς φροντιστές με τη δημιουργία προϋποθέσεων για κατάλληλη εκπαίδευση και υποστήριξή τους από δημόσιες δομές.

Συμβολή των συγγραφέων

ΑΔ: σύλληψη και σχεδιασμός της μελέτης, συλλογή των δεδομένων και ερμηνεία των αποτελεσμάτων, ΕΜ, ΕΤ, και ΣΓ: συλλογή των δεδομένων, ΠΓ: στατιστική ανάλυση, ΜΓ: ερμηνεία των αποτελεσμάτων και συγγραφή του κειμένου, ΑΚ: κριτική αξιολόγηση και βελτιωτικές παρατηρήσεις, ΘΑ: σύλληψη και σχεδιασμός της μελέτης, ερμηνεία των αποτελεσμάτων, συγγραφή του κειμένου, και τελικός έλεγχος του κειμένου προς δημοσίευση. Όλοι οι συγγραφείς αξιολόγησαν κριτικά και ενέκριναν την υποβολή του τελικού κειμένου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abusalem S., Myers J. A., & Aljeesh Y. (2013). Patient satisfaction in home health care. Journal of clinical nursing, 22(17-18), 2426-2435.

Adamakidou T. & Kalokerinou A. (2016). Home health nursing services in Greece during the economic crisis. International Nursing Review, DOI: 10.1111/inr.12329.

Adamakidou T., Galanis P., Kallergis G., Katostaras T., Patiraki E., Kalokerinou A. (2015). Assessing health related quality of life in the Greek home health care setting: comparing cancer patients' and nurses' assessment. Home Health Management and Practice. 27(3): 135-141.

Aletras VH., Kostarelis A., Tsitouridou M., Niakas D., & Nicolaou A. (2010). Development and preliminary validation of a questionnaire to measure satisfaction with home care in Greece: an exploratory factor analysis of polychoric correlations. BMC Health Services Research, 10(1), 189.

Crist JD. (2005). The meaning for elders of receiving family care. Journal of Advanced Nursing, 49(5), 485–493.

Donabedian A. (1995) Explorations in Quality Assessment and Monitoring: Vol 1 The Definition of Quality and the Approaches to its Assessment. MI: Health Administration Press.

Foley ME., Fahs MC., Eisenhandler J., & Hyer K. (1995). Satisfaction with home healthcare services for clients with HIV: preliminary findings. Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 6(5), 20-25.

Genet N, Hutchinosn A, Maiditch M, et al (2012) Management of the care process. In Genet N, et al (eds) Home care across Europe. World Health Organization, Copenhagen, Denmark.

Geron S.M., Smith K., Tennstedt S., Jette A., Chassler D., & Kasten, L. (2000). The home care satisfaction measure: a client-centered approach to assessing the satisfaction of frail older adults with home care services. The Journals of Gerontology Series B:

Psychological Sciences and Social Sciences, 55(5), S259-S270.
Jackson J., Chamberlin J., Kroenke K. (2001). Predictors of patient satisfaction. Soc Sci Med, 52: 609-620.
Johnson J.O., Sulmasy D.P., & Nolan M.T. (2007). Patients' experiences of being a burden on family in terminal illness. Journal of Hospice and Palliative Nursing, 9(5), 264–269.
Kahanpää A., Noro A., Finne - Soveri H., Lehto J., & Perälä M.L. (2016). Perceived and observed quality of long-term care for residents. Does functional ability account?. International journal of older people nursing, 11(3), 194-203.
Karlsson S., Edberg A.K., Jakobsson U., & Hallberg I.R. (2013). Care satisfaction among older people receiving public care and service at home or in special accommodation. Journal of Clinical Nursing, 22(3-4), 318-330.
Kouli E., Kalokairinou A., Prezerakos P., Lemonidou C., Galanis P., Tziaferi S., & Kaitelidou D. (2013). Patients' Satisfaction with Home Care Services in Greece. International Journal for Health Research and Innovation, 1(1), 47-54.
Kouli E., Kaitelidou D., Kalokerinou A., Siskou O. (2008) The cost of home care for patients with malignant neoplasms. Home Healthcare Nurse 26(10):594-9.
Kroposki M., Alexander J. (2006). Correlation among client satisfaction, nursing perception of outcomes, and organizational variables. Home Healthcare Nurse, 24(2): 87 – 94.
Kwak C., Lee E., & Kim H. (2017). Factors related to satisfaction with long-term care services among low-income Korean elderly adults: A national cross-sectional survey. Archives of gerontology and geriatrics, 69, 97-104.
Laferriere R. (1993). Client satisfaction with home health care nursing. Journal of Community Health Nursing, 10(2), 67-76.
Lim H.S., & Hwang H.S. (2011). Analysis of causes affecting the subjective wellbeing of the degree of satisfaction of the service of long-term care facilities. Journal of Welfare for the Aged, 54, 237–261.
Marrelli T.M. (2012). Home health standards: quality, documentation and reimbursement. 5th edition, Missuri, Elsevier.
Nakatani H., & Shimanouchi S. (2004). Factors in care management affecting client outcomes in home care. Nursing & Health Sciences, 6(4), 239-246.
National Research Council. (2011). Health Care Comes Home: The Human Factors. Committee on the Role of Human Factors in Home Health Care, Board on Human-Systems Integration, Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: The National Academies Press.
Olsson E., & Ingvad B. (2001). The emotional climate of care-giving in home-care services. Health and Social Care in the Community, 9(6), 454–463.
Riccio P. A. (2001). Quality evaluation of home nursing care: perceptions of patients, physicians, and nurses. Journal of Nursing Care Quality, 15(2), 58-67.
Skaperdas I., Lavdaniti M., Dimitriadou A., Psychogiou M., Sgantzos M., Krepia V., & Sapountzi - Krepia D. (2010). Satisfaction from the 'Help at Home' programme in a prefecture of central Greece. International journal of nursing practice, 16(4), 342-351.
Struyk R., Alexandrova A., Belyakov I., & Chagin K. (2006). Client satisfaction with home care services in rural Russia. Journal of Aging & Social Policy, 18(1), 87-105.
Smith L. M., Anderson W. L., Kenyon A., Kinyara E., With S. K., Teichman L., ... & Goldstein E. (2015). Racial and ethnic disparities in patients' experience with skilled home health care services. Medical Care Research and Review, 72(6), 756-774.
Törnquist L. Gardulf A., & Strender L.-E. (2000). Patients' satisfaction with the care given by district nurses at home and at primary health care centres. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 14, 67–74.
Wagner D. (1988). Who defines quality: Consumers or professionals? Caring, 7, 26-28.
Weicht B. (2019). Το νόημα της φροντίδας. Αθήνα, εκδόσεις Κωνσταντάρας
Westra B.L., Cullen L., Brody D., Jump P., Geanon L., Milad E. (1995) Development of the Home Care Client Satisfaction Instrument. Public Health Nursing, 12(6):393-399.
White Paper. (2010). The critical role of patient satisfaction in attracting and retaining home health care workers. Press Ganey Associates Inc.
Αδαμακίδου Θ. & Καλοκαιρινού Α. (2007) Κατ'οίκον νοσηλευτική φροντίδα σε διαφορετικά συστήματα υγείας. Νοσηλευτική 46(4): 501-513
Αδαμακίδου Θ. (2009) Αυτοαξιολόγηση ποιότητας ζωής ογκολογικών ασθενών που λαμβάνουν κατ'οίκον νοσηλεία και σύγκρισή της με τη νοσηλευτική αξιολόγηση. Διδακτορική διατριβή, Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ, Αθήνα
Αδαμαντίδου Τ. (2004) Παράγοντες που προσδιορίζουν την Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας, Επιθεώρηση Υγείας, 89(7-8).
Αλετράς Β., Ζαχαράκη Φ., Νιάκας Δ. (2007). Ερωτηματολόγιο μέτρησης της ικανοποίησης των επισκεπτών των εξωτερικών ιατρείων οφθαλμολογικής κλινικής ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 24(1):89-96.
Ζάγγα Α. & Δρόσος Δ. (2012) Μέτρηση Ικανοποίησης των Πολιτών από τη Χρήση της Υπηρεσίας Νοσηλεία στο Σπίτι του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού με τη χρήση πολυκριτηρίων μεθόδων ανάλυσης. Πρακτικά 2ου Πανελλήνιου Φοιτητικού Συνεδρίου ΕΕΕΕ, ΤΕΙ Πειραιά.
Καλοκαιρινού Α. & Αδαμακίδου Θ. (2014) Κατ'οίκον νοσηλευτική φροντίδα: έννοιες, δεξιότητες και εφαρμογές. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.
Κωσταγιόλας Π, Καϊτελιδου Δ, Χατζοπούλου Μ (2008). Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Αθήνα, Παπασωτηρίου.
Κωσταρέλης Α. & Τσιτουρίδου Μ. (2006). Πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» ικανοποίηση εξυπηρετούμενων. Μεταπτυχιακή εργασία, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Διοίκηση Μονάδων Υγείας.
Κωστοπούλου Ν. (2008). Παρουσίαση του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι» και διερεύνηση της ικανοποίησης των εξυπηρετουμένων στους δήμους της Ναυπακτίας. Μεταπτυχιακή εργασία, Σχολή Οικονομικών, Επιχειρηματικών και Διεθνών Σπουδών. Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιώς
Λαζάρου Π. (2001). Μέτρηση Ικανοποίησης Ασθενών: Απλή σφυγμομέτρηση ή εργαλείο αποτίμησης και διασφάλισης της ποιότητας; Επιθεώρηση Υγείας, 68(1-2).
Μερκούρης Α. (1996) Η ικανοποίηση του αρρώστου κριτήριο ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών. Διδακτορική διατριβή, ΕΚΠΑ, Αθήνα.
Ραφτόπουλος Β. (2009). Τα θέλω και τα μπορώ της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Λευκωσία.
Υπουργική απόφαση Φ.Ε.Κ.917/τβ΄/17-10-1997 Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι.

Πίνακας 1. Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος

		N	%
Φύλο	Άρρεν	44	37, 6
	Θήλυ	73	62, 4
Ηλικία	21-30	0	, 0
	31-40	1	, 9
	41-50	5	4, 3
	51-60	6	5, 0
	61-70	23	19, 8
	71-80	39	33, 6
	81+	42	36, 2
Εκπαίδευση	Αναλφάβητος	2	1, 7
	Δημοτικό	65	54, 6
	Γυμνάσιο	10	8, 4
	Λύκειο	25	21, 0
	ΤΕΙ	5	4, 2
	ΑΕΙ	11	9, 2
	Αλλο	1	, 8
Οικογενειακή κατάσταση	Όχι έγγαμος (άγαμος, χήρος, διαζευγμένος)	54	45, 7
	Έγγαμος	64	54, 2
Εισόδημα	300 euro	8	6, 7
	301-500 euro	4	3, 4
	501-700 euro	64	53, 8
	701-900 euro	25	21, 0
	901+ euro	18	15, 1
Παρακολούθηση	6 μήνες	54	46, 6
	7-12 μήνες	29	25, 0
	13-24 μήνες	11	9, 5
	25-36 μήνες	10	8, 6
	36+	12	10, 3
Επισκέψεις	1/Εβδομάδα	14	11, 8
	2-3/Εβδομάδα	13	10, 9
	1/15 μέρες	46	38, 7
	1/μήνα	25	21, 0
	Άλλο	21	17, 6
Φροντιστές	Παιδιά	66	58, 4
	Οποιοσδήποτε άλλος εκτός από τα παιδιά (Συγγενείς, φίλοι, γείτονες, εκκλησία, ΜΚΟ, άλλο)	47	41, 6
Διάγνωση	Κακοήθεια	86	71, 1
	Μη-κακοήθεια	35	28, 9
Είδος κακοήθειας	Ca πεπτικού	28	23, 1
	Ca γεννητικού	6	5, 0
	Ca αναπνευστικού	10	8, 3
	Ca στόματος και χειλέων	1	, 8
	Ca οστών & αρθρικών χόνδρων	4	3, 3
	Ca λεμφικού & αιμοποιητικού	0	, 0
	Ca ουροποιητικού	10	8, 3
	Ca θυρεοειδούς & ενδοκρινών αδένων	1	, 8
	Ca μαστού	25	20, 7
	MDS	1	, 8
ECOG	0	6	5, 0
	1	22	18, 2
	2	19	15, 7
	3	37	30, 6
	4	37	30, 6

ΜΚΟ= μη- κερδοσκοπική μη-κυβερνητική οργάνωση

Πίνακας 2. Ικανοποίηση ασθενών στις ερωτήσεις 1-12 του ερωτηματολογίου HCCSI-R

Ερωτήσεις	*Πολύ δυσαρε-στημένος/η* *n (%)*	*Δυσαρε-στημένος/η* *n (%)*	*Αδιά-φορος/η* *n (%)*	*Ικανοποι-ημένος/η* *n (%)*	*Πολύ ικανο-ποιημένος/η* *n (%)*
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την διάθεση και την προθυμία του προσωπικού να σας βοηθήσει;	0 (0)	0 (0)	0 (0)	24, 8 (30)	75, 2 (91)
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την προσοχή και το ενδιαφέρον του προσωπικού για τις ανησυχίες σας σχετικά με την κατάσταση της υγείας σας;	0 (0)	0 (0)	0 (0)	29, 8 (36)	70, 2 (85)
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την εμπιστοσύνη που σας εμπνέει το προσωπικό;	0 (0)	0 (0)	0 (0)	17, 4 (21)	82, 6 (100)
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με το σεβασμό με τον οποίο σας συμπεριφέρεται το προσωπικό;	0 (0)	0 (0)	0 (0)	6, 6 (8)	93, 4 (113)
Πόσο ικανοποιημένος/νη είστε με τη γνώση που έχει το προσωπικό για τα προβλήματα της υγείας σας;	0 (0)	0 (0)	0, 8 (1)	33, 1 (40)	80 (66, 1)
Πόσο ικανοποιημένος/νη είστε με τη δυνατότητα επιλογών που έχετε στο πλάνο της φροντίδας σας;	0 (0)	0 (0)	0, 8 (1)	47, 9 (58)	51, 2 (62)
Πόσο ικανοποιημένος/νη είστε με την ασφάλεια που αισθάνεστε κατά την παροχή φροντίδας στο σπίτι;	0 (0)	0 (0)	0 (0)	18, 2 (22)	81, 8 (99)
Πόσο ικανοποιημένος/νη είστε με την ενημέρωση που έχετε από την υπηρεσία κατ'οίκον νοσηλείας για το άτομο με το οποίο πρέπει να επικοινωνείτε όταν έχετε κάποιο πρόβλημα ή απορία;	0 (0)	0 (0)	0, 8 (1)	23, 1 (28)	76 (92)
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την ανταπόκριση των παρεχόμενων υπηρεσιών κατ'οίκον νοσηλείας στις ανάγκες σας;	0 (0)	0 (0)	0 (0)	30, 6 (37)	69, 4 (84)
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την ανταπόκριση του προσωπικού στις ανησυχίες σας;	0 (0)	0 (0)	0, 8 (1)	23, 1 (28)	76, 0 (92)
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τη δυνατότητα προγραμματισμού του πλάνου φροντίδας σας (π.χ των επισκέψεων στο σπίτι) τις ώρες που επιθυμείτε;	0 (0)	0 (0)	1, 7 (2)	48, 8 (59)	49, 6 (60)
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τη δυνατότητα να σας φροντίζει το ίδιο προσωπικό σε σταθερή βάση;			6, 6 (8)	19, 8 (24)	73, 6 (89)

Οι τιμές εκφράζονται ως % (ν)

Πίνακας 3. Ικανοποίηση ασθενών στις ερωτήσεις 13-15 του ερωτηματολογίου HCCSI-R

	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστη - Μέγιστη τιμή
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την ικανότητα ανταπόκρισης της υπηρεσίας κατ'οίκον νοσηλείας στις προσδοκίες σας για την παρεχόμενη φροντίδα υγείας.	9, 34	0, 069	10	8-10
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τη συνολική φροντίδα που σας παρέχεται.	9, 44	0, 065	10	8-10
Πόσο πιθανό είναι να συστήσετε σε άλλους τη συγκεκριμένη υπηρεσία κατ'οίκον νοσηλείας.	9, 70	0, 048	10	8-10

Πίνακας 4. Μονοπαραγοντικές συσχετίσεις της ικανοποίησης με δημογραφικά χαρακτηριστικά

	Ικανοποίηση από την ανταπόκριση στις προσδοκίες			Ικανοποίηση από το σύνολο της φροντίδας			Πιθανότητα σύστασης της υπηρεσίας σε άλλους		
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Τιμή p	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Τιμή p	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0, 787[α]			0, 501[α]			0, 35[α]
Άρρεν	9, 34	0, 8		9, 48	0, 73		9, 75	0, 48	
Θήλυ	9, 30	0, 74		9, 38	0, 72		9, 66	0, 55	
Ηλικία		-0, 05[β]	0, 6[β]		-0, 034[β]	0, 7[β]		-0, 13[β]	0, 15[β]
Εκπαίδευση		0, 019[β]	0, 8[β]		0, 07[β]	0, 43[β]		0, 08[β]	0, 34[β]
Οικογενειακή κατάσταση			0, 24[α]			0, 06[α]			0.12[α]
Όχι έγγαμος	9, 24	0, 77		9, 30	0, 72		9, 61	0, 6	
Έγγαμος/η	9, 41	0, 75		9, 55	0, 71		9, 77	0, 5	
Εισόδημα		0, 11[β]	0, 2[β]		0, 18[β]	0, 05[β]		0, 2[β]	0, 02[β]
Χρόνος Παρακολούθησης από την υπηρεσία		0, 5[β]	0, 000[β]		0, 4[β]	0, 000		0, 32[β]	<0, 001[β]
Συχνότητα επισκέψεων		0, 02[β]	0, 8[β]					-0, 12[β]	0, 23[β]
Φροντιστές			0, 116[α]			0, 036[α]			0, 031[α]
Παιδιά	9, 50	0, 6		9, 62	0, 62		9, 82	0, 46	
Οποιοσδήποτε άλλος εκτός από παιδιά	9, 28	0, 7		9, 34	0, 73		9, 6	0, 57	
Διάγνωση			0, 9[α]			0, 9[α]			0, 1[α]
Κακοήθεια	9, 34	0, 75		9, 44	0, 73		9, 76	0, 48	
Μη-κακοήθεια	9, 34	0, 80		9, 43	0, 70		9, 57	0, 61	
ECOG		0.04[β]	0.6[β]			0, 02[β]	0, 8[β]	-0, 04[β]	0, 6[β]

α έλεγχος t
β συντελεστής συσχέτισης Spearman

RESEARCH ARTICLE

Patient satisfaction from the 'Agioi Anargiroi' home health care service

Athina Delidaki[1], Evaggelos Mittas[2], Sophia Georgosopoulou[3], Efstratios Tselas[2], Petros Galanis[4], Athina Kalokairinou[5], Margarita Giannakopoulou[5], Theodoula Adamakidou[6]

1. RN, Head of Home Health Care Unit, "Agioi Anargiri" Hospital
2. RN, Home Health Care Unit, "Agioi Anargiri" Hospital
3. HV, Home Health Care Unit, "Agioi Anargiri" Hospital
4. MPH, PhD, National and Kapodistrian University of Athens, Faculty of Nursing, Center for Health Services Management and Evaluation
5. Professor, National and Kapodistrian University of Athens, Faculty of Nursing, Laboratory of Community Nursing
6. Assistant Professor, University of West Attica, Nursing Department, Laboratory of Nursing Rehabilitation of Chronically Ill

ABSTRACT

Introduction: Measuring patient satisfaction within a healthcare system is a useful tool for better planning as well as improving the services provided.

Aim: Investigation of user's satisfaction from the home health care service of General Oncology Hospital of Kifisia 'Agioi Anargiroi'.

Methods: A cross-sectional study was conducted. The sample included users of the 'Agioi Anargiroi' Hospital home health care service, from October 2017 to March 2018. The questionnaire included the Home Care Client Satisfaction Instrument-Revised (HCCSI-R) for assessing user satisfaction as well as the socio-demographic and clinical characteristics of the participants. The statistical program SPSS v.21 was used for data analysis. The significance level of the study was set at $p \leq 0.05$.

Results: The sample consisted of 121 users of the home health care service. 62.4% were female, 69.8% were older than 70 years old, 71.1% had a cancer diagnosis, 46.6% were receiving care for a period of 6 months, 38.7% had a home visit once every 15 days while their children were the informal caregivers of 58.4%. The mean score of the three questions of overall satisfaction was 9.49 in a 10-point Likert scale. The mean score of questions about satisfaction with staff behavior, attitudes and skills as well as the home care organization was 56.53 (maximum 60). In univariate analysis, the time period that users were receiving care by the service as well as care by their children, were both found to be related to the overall care satisfaction ($p<0.001$ and $p=0.03$ respectively) and the likelihood to recommend the home health care service to others ($p<0.001$ and $p=0.03$ respectively).The time period during which users were receiving care by the service was found to be positively related to the service's ability to meet their expectations ($p<0.001$).

Conclusions: Users of home health care nursing services are highly satisfied with the services provided. Health policies should focus on developing and supporting home health care services as well as staff and informal caregivers.

Key words: home care, home health care nursing, quality, patient satisfaction

Corresponding author: Theodoula Adamakidou
e-mail: adamakidou@yahoo.gr

Date of submission: 16/03/2020
Publication date: September 2022

Citation: Delidaki A., Mittas E., Georgosopoulou S., Tselas E., Galanis P., Kalokairinou A., Giannakopoulou M. & Adamakidou T. (2022). Patient satisfaction from the 'Agioi Anargiroi' home health care service. Hellenic Journal of Nursing Science 15(3), https://doi.org/10.24283/hjns.202231

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

Η συμβολή της μουσικής στην προαγωγή υγείας και τη δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος στην κοινότητα

Ανδριάνα Σταθοπούλου[1], Άννα Καυγά[2], Ευριδίκη Καμπά[2], Γεωργία Φασόη[3]

1. Νοσηλεύτρια, MS (c) ΠΜΣ: Κοινοτικής Νοσηλευτικής και Νοσηλευτικής Δημόσιας Υγείας
2. Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
3. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η αξία της τέχνης και ειδικά της μουσικής μπορεί δυνητικά να προσεγγίσει πολύπλευρα το άτομο και να συμβάλλει σημαντικά στην διατήρηση της υγείας του αποκτώντας μέσα από αυτή την αλληλεπίδραση καθοριστικό ρόλο για την προαγωγή της υγείας γενικότερα.

Σκοπός: Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στη διερεύνηση της χρήσης της μουσικής για την υγεία στην κοινότητα και του βαθμού ενίσχυσης της κοινωνικο-συναισθηματικής εμπιστοσύνης που μπορεί να οικοδομηθεί, συμβάλλοντας αποτελεσματικά στο έργο του νοσηλευτή.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε ποσοτική μελέτη με δειγματοληψία σκοπιμότητας από άτομα που επισκέπτονται δύο διαφορετικούς φορείς στην Αττική και πάσχουν από ήπια ή σοβαρή ψυχική διαταραχή. Το δείγμα αποτέλεσαν 120 άτομα (N=120) ενώ το ποσοστό ανταπόκρισης στην έρευνα ήταν 80%. Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο, δομημένο, αυτό-συμπληρούμενο ερωτηματολόγιο. Η εξέταση της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας του ελέγχθηκε με πιλοτική μελέτη που περιλάμβανε 20 άτομα (N=20).

Αποτελέσματα: Η μουσική αναδεικνύεται ως σημαντικός παράγοντας υγείας για το άτομο χωρίς να προϋποθέτει την ύπαρξη ειδικών γνώσεων καθώς είναι έμφυτη στον άνθρωπο. Επιβεβαιώνεται ο πολύπλευρος και πολυδιάστατος χαρακτήρας της μουσικής και η συμμετοχή της στην αυτοδιαχείριση δύσκολων καταστάσεων για την απόκτηση θετικής στάσης ζωής. Η δυναμική της φαίνεται να ισχυροποιείται και η αποτελεσματικότητά της να εντείνεται μέσα από την ομάδα και την εμπειρία της συλλογικότητας.

Συμπεράσματα: Από την παρούσα μελέτη προκύπτει ότι η μουσική έχει μια ιδιάζουσα δύναμη και με την κατάλληλη αξιοποίησή της προσφέρει πολύπλευρα οφέλη στο άτομο. Η απλότητα της εφαρμογής της δίνει την δυνατότητα να χρησιμοποιηθεί με αποτελεσματικότητα στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην κοινότητα αλλά και στους υπόλοιπους τομείς της φροντίδας υγείας προάγοντας την δημόσια υγεία.

Λέξεις Κλειδιά: θεραπευτικό περιβάλλον, μουσική, νοσηλευτικές παρεμβάσεις, προαγωγή υγείας, τέχνες

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Ανδριάνα Σταθοπούλου
e-mail: annast0721@gmail.com

Ημερομηνία υποβολής: 06/04/2020
Ημερομηνία δημοσίευσης: Σεπτέμβριος 2022

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

Αναφορά του άρθρου ως: Σταθοπούλου Α., Καυγά Α, Καμπά Ε. & Φασόη Γ. (2022). Η συμβολή της μουσικής στην προαγωγή υγείας και τη δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος στην κοινότητα. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης 15(3), https://doi.org/10.24283/hjns.202232

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Η μουσική μπορεί να επηρεάσει θετικά την υγεία του ατόμου**
- **Η μουσική μπορεί να ενταχθεί στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην Κοινότητα**
- **Η μουσική μπορεί να συνεισφέρει σημαντικά στην Προαγωγή της Δημόσιας Υγείας**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η μουσική έχει σημαντικό ρόλο στη ζωή του ανθρώπου. Είναι ο τρόπος ομιλίας και χροιάς των λέξεων καθώς και ο μη λεκτικός τρόπος επικοινωνίας. Η ικανότητα ανταπόκρισης στη μουσική και η δυνατότητα έκφρασης μέσω της μουσικής είναι έμφυτη σε όλους τους ανθρώπους ακόμα και στις πιο σοβαρές αναπηρίες (Ευαγγέλου 2018).

Σήμερα υπάρχουν διάφορες μουσικές δραστηριότητες που χρησιμοποιούνται σε πολλούς τομείς της ιατρικής επιστήμης για να ανταποκριθούν στις σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και διανοητικές ανάγκες των ατόμων. Τα θετικά αποτελέσματα που προκύπτουν από την χρήση της μουσικής ως συμπληρωματικής και μη φαρμακευτικής μεθόδου, συμβάλουν σημαντικά τόσο στη βελτίωση της υγείας όσο και στη μείωση του κόστους φροντίδας (Saadatmandetal 2013).

Ιστορικά ήδη από τη δεκαετία του 1850 η Florance Nightingale αναγνώρισε τη δύναμη της μουσικής στα νοσοκομειακά κέντρα ως βοηθητικό παράγοντα στην θεραπεία στρατιωτών που τραυματίστηκαν στον πόλεμο. Η Nightingale σημείωσε επίσης τα αποτελέσματα διαφορετικών τύπων μουσικής καθώς και τον τρόπο που επηρέαζαν την διαδικασία της αποκατάστασης (Ekholmetal 2015). Η μουσική μπορεί να συμπεριληφθεί στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις και να συμβάλλει ουσιαστικά στην αποτελεσματική προσέγγιση των ασθενών (Dunn 2004). Οι νοσηλευτές μέσω της μουσικής αποκτούν μεγαλύτερη επικοινωνία με τους ασθενείς και αυτός ο παράγοντας τους βοηθά ιδιαίτερα όσον αφορά τη διαχείριση των προβλημάτων που συναντούν κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους.

Ειδικότερα, η μουσική στην Κοινότητα είναι ένας νέος τομέας έρευνας ο οποίος χρησιμοποιεί γνώσεις και πρακτικές από διάφορες επιστήμες όπως η μουσικολογία, η ψυχολογία, η κοινωνιολογία και η παιδαγωγική. Έχει στην βάση της μια ανοιχτή συνεργατική φόρμα υποδοχής που καλωσορίζει χωρίς διακρίσεις τον καθένα που θα θελήσει να συνεισφέρει σε αυτήν την κατεύθυνση, ενώ τα κύρια σημεία ενδιαφέροντος που την χαρακτηρίζουν είναι (Veblen 2007):

- Προασπίζει τα ανθρώπινα δικαιώματα
- Διεκδικεί την πρόσβαση στο σύνολο χωρίς αποκλεισμούς
- Δίνει έμφαση στην θέληση και στην ενεργή συμμετοχή και όχι στις δεξιότητες και στις ειδικές γνώσεις
- Ενισχύει την κοινωνικότητα και την συλλογικότητα
- Προάγει την δια βίου μάθηση

Η χρήση της μουσικής στην πράξη μπορεί να ενισχύσει την δημιουργικότητα και την συντροφικότητα των συμμετεχόντων και να ικανοποιήσει μεγάλο μέρος των αναγκών τους για έκφραση. Οι συναντήσεις μπορούν να γίνονται είτε σε ατομικό είτε σε ομαδικό πλαίσιο και να περιλαμβάνουν θεωρητικές και πρακτικές προσεγγίσεις της μουσικής με δραστηριότητες όπως το τραγούδι, η οργανοχρησία, ο αυτοσχεδιασμός, η χορωδία, η ορχήστρα και η σύνθεση.

Μέσω της μουσικής ο συντονιστής, ο οποίος δεν χρειάζεται απαραιτήτως να κατέχει εξειδικευμένες μουσικές γνώσεις, δημιουργεί γέφυρες επικοινωνίας με την ομάδα του αναπτύσσοντας συνεργασίες μεταξύ των μελών, αυξάνοντας την αυτοπεποίθησή τους και μειώνοντας τον φόβο για το λάθος και την απόρριψη. Έτσι εδραιώνονται ολοένα και περισσότερο τα θετικά συναισθήματα και ενδυναμώνεται η προσωπικότητα που επιθυμεί και αναζητά την αλλαγή, προσπαθώντας συνεχώς για το καλύτερο. Έμμεσα λειτουργεί και θεραπευτικά, βελτιώνοντας την υγεία υποκειμενικά αλλά και αντικειμενικά (McCaffrey 2012).

Η μουσική μέσα από την απλότητά της μπορεί να ενισχύσει θετικά την επίτευξη του στόχου των προγραμμάτων στην κοινότητα που αφορούν την ψυχική υγεία (μονάδες αποκατάστασης, πλαίσιο συμβουλευτικής και υποστήριξης), Μονάδες ηλικιωμένων, μειονότητες (ρομά, πρόσφυγες, μουσουλμάνοι), Μονάδες απεξάρτησης και Κέντρα ειδικής αγωγής. Η δύναμή της αναγνωρίζεται ως παράγοντας κοινωνικής ανάπτυξης καθώς μεταφέρει υψηλής σημασίας αξίες όπως ο αμοιβαίος σεβασμός και η αλληλεγγύη έχοντας την ικανότητα να συσπειρώνει τα μέλη της κοινότητας απέναντι στις δυσκολίες και τα προβλήματα εκφράζοντας και μετατρέποντας τα από κοινού αισθήματα σε κοινωνικές απόψεις και πράξεις. 'Η μουσική εκπαίδευση είναι αναγκαία περισσότερο από οτιδήποτε άλλο καθώς ο ρυθμός και η αρμονία επηρεάζουν το ενδότερο κομμάτι του εαυτού μας, το οποίο θα πρέπει να γνωρίζουμε πώς να το χαλιναγωγήσουμε' (Κωνσταντινίδης & Παρισινός 2006).

Οι κυριότεροι στόχοι που τίθενται προς επίτευξη μέσω της μουσικής "αντανάκλασης" είναι: η έκφραση

των συναισθημάτων - επικοινωνία, η ψυχολογική στήριξη, η κοινωνικοποίηση, η δημιουργικότητα – αναζήτηση νέων δεξιοτήτων, η ενίσχυση της αυτοπεποίθησης - περιορισμός του φόβου για το λάθος, η ανάπτυξη ενός περιβάλλοντος εμπιστοσύνης - αλληλοσεβασμού και η ψυχαγωγία (Ansdell 2015).

Έμμεσα αλλά και άμεσα σε ανάλογες περιπτώσεις μπορούν να εξυπηρετηθούν θεραπευτικοί σκοποί μέσω της μουσικής από τον νοσηλευτή, ενισχύοντας την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών που παρέχει και βελτιώνοντας τον τρόπο και την ποιότητα ζωής των ατόμων στην κοινότητα.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σχεδιασμός

Χρησιμοποιήθηκε περιγραφικό μοντέλο έρευνας για να διερευνηθούν οι επιδράσεις της μουσικής και οι δυνατότητες που παρέχει στον νοσηλευτή ως εργαλείο παρέμβασης για την δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος.

Δείγμα μελέτης

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν ενήλικες που πάσχουν από μία ήπια ή σοβαρή ψυχική διαταραχή και επισκέπτονται κάποιο από τα δύο Ειδικά Κέντρα που επιλέχθηκαν για τους σκοπούς της έρευνας και βρίσκονται εντός Αττικής. Κριτήρια αποκλεισμού κατά την επιλογή των μονάδων του δείγματος δεν τέθηκαν πέραν της συναίνεσης συμμετοχής σε αυτήν και της προϋπόθεσης ότι ο συμμετέχοντας είναι ενήλικες. Συνολικά διανεμήθηκαν 150 ερωτηματολόγια και το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 80%.

Συλλογή δεδομένων

Πραγματοποιήθηκε ποσοτική έρευνα με χρήση δομημένου αυτοσυμπληρούμενου έντυπου ερωτηματολόγιου με ερωτήσεις κλειστού τύπου. Η μέθοδος συλλογής των δεδομένων ήταν η δειγματοληψία σκοπιμότητας.

Θέματα ηθικής - Δεοντολογίας

Για την διεξαγωγή της παρούσας έρευνας κατατέθηκε και εγκρίθηκε το πρωτόκολλο και χορηγήθηκε κατόπιν έγγραφης αίτησης σχετική άδεια από τους επιστημονικά υπεύθυνους και τις Διευθύνσεις των Φορέων. Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν ανώνυμη και εθελοντική με την προϋπόθεση της υπογραφής του εντύπου συναίνεσης, διασφαλίζοντας τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας. Υπήρξε πρόβλεψη για την ασφαλή φύλαξη, αποθήκευση και καταστροφή του πρωτογενούς υλικού με την ολοκλήρωση της διεξαγωγής των αποτελεσμάτων της έρευνας.

Στατιστική Ανάλυση

Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων της μελέτης έγινε χρήση της εφαρμογής minitab 19.2.0 για Windows ενώ το επίπεδο σημαντικότητας των ελέγχων υπόθεσης ορίστηκε α<0, 05 για αμφίπλευρο έλεγχο. Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση χωρίς όμως να βρεθεί κάποιο ερωτηματολόγιο το οποίο θα εξυπηρετούσε τους σκοπούς της έρευνας. Για το ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε ελέγχθηκε η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής με τον συντελεστή alpha Cronbach ο οποίος έδωσε τιμή α=0, 855. Ο έλεγχος σταθερότητας απέδωσε κατά την πιλοτική εφαρμογή συντελεστή συσχέτισης Pearson rp=0, 830 (p<0, 001) στην πρώτη μέτρηση (test) και τιμή rp=0, 815 (p<0, 001) στην δεύτερη μέτρηση (re-test) η οποία πραγματοποιήθηκε μετά από χρονικό διάστημα δέκα ημερών. Για την αποφυγή της περίπτωσης του ερευνητικού σφάλματος από την πιθανή απομνημόνευση της σειράς των ερωτήσεων κατά την δεύτερη μέτρηση οι ερωτήσεις τοποθετήθηκαν σε διαφορετική σειρά από αυτήν που είχαν στην πρώτη μέτρηση. Για την εγκυρότητα του ερωτηματολογίου ζητήθηκε συμβουλευτικά, η συνδρομή από δύο ειδικούς οι οποίοι διέθεταν θεωρητικές γνώσεις και πρακτική εμπειρία επί του θέματος όπως και η επιβεβαίωση από είκοσι άτομα που συμμετείχαν στην πιλοτική εφαρμογή σχετικά με τον απαιτούμενο χρόνο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου αλλά και την σαφήνεια διατύπωσης των ερωτημάτων. Για την διερεύνηση της στατιστικής συσχέτισης των ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ παραμέτρων, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής Spearman (p < 0.001). Για την ανάλυση των δεδομένων επιλέχθηκε να χρησιμοποιηθούν οι μέσες τιμές των μεταβλητών. Για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών επιλέχθηκε το τεστ Ryan-Joiner σε διάστημα εμπιστοσύνης 95%. Για τον έλεγχο ισότητας στις διασπορές χρησιμοποιήθηκε το Levene F test ενώ για την διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t-test.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το δείγμα περιλάμβανε 120 άτομα. Υπήρξαν συμμετέχοντες και από τα δύο φύλα με περισσότερους τους άνδρες (66%), το 74, 16% των συμμετεχόντων στην έρευνα είχαν ηλικία 31 έως 50 ετών, περίπου οι μισοί ανήκαν στην κατηγορία οικογενειακής κατάστασης άγαμος (53, 33%) ενώ το 50% των συμμετεχόντων ήταν απόφοιτοι Λυκείου.

Για την ανάλυση των δεδομένων επιλέχθηκε αρχικά να χρησιμοποιηθούν οι μέσες τιμές των μεταβλητών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα (Πίνακας 1) οι μέσες τιμές των ερωτήσεων που αφορούσαν τα οφέλη της μουσικής, με πεντάβαθμη κλίμακα αξιολόγησης αύξουσας θετικότητας κυμαίνονται από 3, 03 έως 3, 98 με τυπικές αποκλίσεις κοντά στο 1.

Συνεπώς το δείγμα θεωρεί αρκετά έως πολύ σημα-

ντική την πολύπλευρη διάσταση της μουσικής. Η αξιολόγηση των επιμέρους ρόλων της μουσικής ταξινομώντας τις απαντήσεις που δόθηκαν με πρώτη εκείνη με την υψηλότερη μέση τιμή (μ.τ) έδωσε τα εξής αποτελέσματα:

- ο ρόλος της μουσικής για την βελτίωση της διάθεσης (μ.τ. 3, 98)
- ο ρόλος της μουσικής στην έκφραση των συναισθημάτων (μ.τ. 3, 79)
- ο ρόλος της μουσικής για την καταπολέμηση του άγχους και του στρες (μ.τ. 3, 63)
- ο ρόλος της μουσικής για την δραστηριοποίηση του ατόμου (μ.τ. 3, 61)
- ο ρόλος της μουσικής για την αποτελεσματική διαχείριση του θυμού (μ.τ. 3, 15)
- ο ρόλος της μουσικής για την κοινωνικοποίηση του ατόμου (μ.τ. 3, 03)

Στην αξιολόγηση της πρότασης που αναφέρεται στην σημαντικότητα της μουσικής για το ίδιο το άτομο η μέση τιμή ήταν 3, 60 με sd=0, 9194 σε CI 95% ενώ σχετικά με την συχνότητα που ασχολείται κάποιος με την μουσική η μέση τιμή ήταν 3, 13 με sd=0, 96 σε CI 95%.

Σύμφωνα με τον έλεγχο κανονικότητας Ryan-Joiner οι απαντήσεις των προτάσεων - μεταβλητών προσεγγίζουν την κανονική κατανομή (Πίνακας 1) καθώς με Ho: το δείγμα προέρχεται από πληθυσμό με κανονική κατανομή, σε διάστημα εμπιστοσύνης 95% παρατηρείται p-value >0, 05. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής έδωσε συντελεστή alpha Cronbach α=0, 8598.

Πραγματοποιήθηκε στατιστικός έλεγχος με την μέθοδο t-test (Πίνακας 2) μεταξύ των μεταβλητών που αφορούν τα οφέλη της μουσικής και της πρότασης που κατέγραφε αν υπήρχε εμπειρία συμμετοχής σε ομάδα μουσικής προκειμένου να διερευνηθεί πιθανή συσχέτιση. Ο έλεγχος για την ισότητα στις διασπορές έγινε με το levene F test (Ho = οι διασπορές είναι ίδιες / p-value=0, 78).Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα άτομα που είχαν συμμετάσχει σε ομάδα μουσικής είχαν σημαντικά θετικότερη άποψη για τα οφέλη της μουσικής.

Σχετικά με την ευκολία στην χρήση της, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα (91, 67%) απάντησε ότι καθημερινά τουλάχιστον για μία ώρα έρχεται σε επαφή με την μουσική είτε ενεργητικά είτε παθητικά. Η αποδοχή της ως θεραπευτικό μέσο κατέγραψε ποσοστό 75, 83% ενώ μόλις το 8, 33% απάντησε αρνητικά. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό καθώς η πλειοψηφία βιώνει θετικά την επίδραση της μουσικής και τα οφέλη που μπορεί να προσφέρει αυξάνοντας την αποτελεσματικότητά της ως μέσο παρέμβασης ακόμα και στην περίπτωση που δεν προϋπάρχουν ειδικές μουσικές γνώσεις (correlation 0, 359 έλεγχος Spearman Πίνακας 3).

Στην πρόταση που μελετούσε την πτυχή της πληροφόρησης το 46, 67% του δείγματος απάντησε ότι δεν γνωρίζουν αν πραγματοποιούνται προγράμματα μουσικής στην κοινότητά τους και συνεπώς θα ήταν χρήσιμο να σχεδιαστούν στοχευμένες δράσεις και ενέργειες οι οποίες θα ενημερώνουν ανάλογα το κοινό.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης δείχνουν ότι η μουσική ως έννοια αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της ζωής του ατόμου έχοντας πολύπλευρες εφαρμογές και διαστάσεις συμφωνώντας με τις προτάσεις των Davis, Gfeller και Thaut (2008) οι οποίοι καταγράφουν συγκεκριμένα μουσικά ερεθίσματα που επηρεάζουν την ανθρώπινη συμπεριφορά εμπλέκοντας επιμέρους λειτουργίες του εγκεφάλου που συμμετέχουν στην μνήμη, στην μάθηση και στον συναισθηματισμό του ατόμου. Η μουσική μπορεί να αυξάνει την συγκέντρωση, την αντοχή μέσω του ρυθμικού συντονισμού των ενεργειών, να βοηθά στην ανάρρωση, να μειώνει τα επίπεδα του στρες, του άγχους, του πόνου να δημιουργεί ισχυρές γέφυρες επικοινωνίας και σχέσεις εμπιστοσύνης, συμβάλλοντας ενεργητικά στην ψυχική, πνευματική και σωματική υγεία του ατόμου. Οι απόψεις αυτές έρχονται σε συμφωνία και με την πρόσφατη έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας η οποία βασίστηκε σε πλήθος επιστημονικών μελετών που έχουν πραγματοποιηθεί σχετικά με τις τέχνες και την συμβολή τους στην προαγωγή της Υγείας, αναφέροντας πως ιδιαίτερα η μουσική ενεργεί δυναμικά ως καθοριστικός παράγοντας για την διατήρηση και την θωράκιση της Υγείας συνολικά. Τονίζεται μάλιστα ότι θα είναι αμοιβαία επωφελής για την Υγεία και τις τέχνες η ανάπτυξη νέων διατομεακών προγραμμάτων που θα περιλαμβάνουν συνέργεια μεταξύ τους. Προτείνεται η συνταγογράφηση και η παραπομπή ατόμων που χρήζουν βοήθειας σε κατάλληλα προγράμματα τέχνης καθώς οι συστηματικές ανασκοπήσεις και έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στην κατεύθυνση αυτή έδειξαν εκτός των άλλων και οικονομικά οφέλη από τις παρεμβάσεις των τεχνών ως εναλλακτική μορφή θεραπείας (Fancourt & Finn 2019).

Τα υψηλά επίπεδα αποδοχής της μουσικής ως θεραπευτικό μέσο που κατέγραψε η παρούσα έρευνα (75, 83%) ακόμα και στην περίπτωση που το άτομο δεν κατέχει εξειδικευμένες μουσικές γνώσεις ή δεξιότητες συμφωνούν με τα συμπεράσματα της έρευνας των Brunk και Coleman (2000) σύμφωνα με τους οποίους η μουσική βελτιώνει την ποιότητα ζωής του ατόμου χωρίς να απαιτούνται εξειδικευμένα εργαλεία, παρά μόνο μια προσχεδιασμένη διαδικασία. Η εφαρμογή (της μουσικής) στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι εύκολη ενώ μπορεί να χαρακτηριστεί ως οικονομικά αποδοτική και χαμηλού κινδύνου ενναλακτική μέθοδος θεραπείας με υψηλά επίπεδα ανταπόκρισης σε όλες τις ηλικιακές ομάδες (Cigerci et al 2019).

Μελετώντας τα αποτελέσματα της μελέτης η μουσική βοηθά σε βαθμό πολύ ή και περισσότερο, στην βελτίωση

της διάθεσης (75%), στην έκφραση των συναισθημάτων (60%) και στην καταπολέμηση του στρες και του άγχους (54%). Ενώ σε βαθμό τουλάχιστον αρκετά, στην μετάδοση θετικής ενέργειας (93%), στην διαχείριση του θυμού (83%) και στην κοινωνικοποίηση (70%). Τα ευρήματα αυτά, συμφωνούν με την διεθνή βιβλιογραφία όπου αναφέρεται ότι η μουσική μπορεί να προκαλέσει την έκκριση σεροτονίνης και άλλων νευροδιαβιβαστών που σχετίζονται με την διάθεση, ρυθμίζοντάς την (Kandel et al. 2000) όπως και να βοηθήσει το άτομο να εκφράσει και να απελευθερώσει τα συναισθήματά του (Zentner 2008). Επίσης σύμφωνα με σχετική συστηματική ανασκόπηση βρέθηκε ότι η επίδραση της μουσικής έχει ευεργετική δράση για το άτομο, αλλάζοντας το επίπεδο της κορτιζόλης στο σώμα και μειώνοντας σημαντικά το άγχος και το στρες (Cigerci et al. 2019). Ανάλογα είναι και τα ευρήματα έρευνας που αφορούσε την αποτελεσματικότητα της μουσικής για την διαχείριση του θυμού (Hakvoort 2002) όπως και η μελέτη του Kreutz (2014) η οποία επικεντρώνεται και αναδεικνύει τον τρόπο με τον οποίο η μουσική και ειδικά το τραγούδι μέσα σε μια μουσική ομάδα ενισχύει το συναίσθημα της συμμετοχής και της συνοχής βελτιώνοντας την κοινωνικοποίηση του ατόμου.

Βάσει της παρούσας μελέτης η μουσική σε ποσοστό 84% οικοδομεί δεσμούς εμπιστοσύνης με τους γύρω σε βαθμό πολύ ή και περισσότερο, στοιχείο με ιδιαίτερη σημασία καθώς οι βελτιώσεις και οι αλλαγές στα πλαίσια μιας θεραπευτικής σχέσης συντελούνται πάντα με την προϋπόθεση της ανάπτυξης μιας αλληλεπίδρασης που στηρίζεται αυτούσια στην αμοιβαία εμπιστοσύνη. Γενικότερα η συστηματική χρήση της μουσικής στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις συμβάλει θετικά στην επικοινωνία μεταξύ ασθενούς και νοσηλευτή βελτιώνοντας άμεσα το επίπεδο της παρεχόμενης φροντίδας (Batt-Rawden & Sund-Storlien 2019).

Όλα τα παραπάνω σωρευτικά και επαγωγικά αναδεικνύουν την σχέση της ενεργούς χρήσης της μουσικής με τις παραμέτρους που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του ατόμου και τα οφέλη που παράγονται μέσα από την συμμετοχή σε ομαδικά προγράμματα που περιλαμβάνουν μουσικές δράσεις, επαληθεύοντας τις ερευνητικές υποθέσεις που είχαν τεθεί. Η μουσική τεκμηριωμένα σχετίζεται με την σωματική και ψυχική ευεξία του ατόμου και την διατήρηση της υγείας του (Theorell & Kreutz 2012). Ο νοσηλευτής της κοινότητας μπορεί να χρησιμοποιήσει την μουσική για την δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος υγείας ως μέσο για την βελτίωση της δημόσιας υγείας στοχεύοντας στην διαμόρφωση μιας νέας ενιαίας κουλτούρας που θα ενισχύει την θετική στάση ζωής και θα προασπίζεται το δικαίωμα της πρόσβασης χωρίς διακρίσεις και αποκλεισμούς.

Περιορισμοί της μελέτης

Το δείγμα το οποίο χρησιμοποιήθηκε ήταν σχετικά περιορισμένο και προερχόταν από δύο δομές στις οποίες λειτουργούν κοινοτικά τμήματα με δραστηριότητες μουσικής γεγονός που πιθανόν να επηρέασε τις απαντήσεις που δόθηκαν από ότι θα συνέβαινε σε μια αντίθετη περίπτωση. Συνεπώς τα αποτελέσματα θα πρέπει να αξιολογηθούν ανάλογα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μέσα από την παρούσα μελέτη αναγνωρίζεται η αξία που προσθέτει η μουσική στην διατήρηση και προαγωγή της υγείας ο ενισχυτικός ρόλος της στην ανάπτυξη θετικών τρόπων επικοινωνίας, έκφρασης και αγωγής, παράγοντας ερεθίσματα για το άτομο που το κινητοποιούν ολιστικά προς την κατεύθυνση όπου ευνοείται η προστασία και ο έλεγχος της ψυχικής, πνευματικής και σωματικής υγείας. Τα πορίσματα της μελέτης, μπορούν να συμβάλλουν στον εμπλουτισμό των εργαλείων και των μεθόδων που προσφέρονται για χρήση από τον νοσηλευτή για την δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος, βελτιώνοντας την ποιότητα της φροντίδας υγείας, λαμβάνοντας υπόψη τα θετικά αποτελέσματα που προκύπτουν από την συνέργεια της μουσικής και της υγείας.

Συμβολή των συγγραφέων

ΑΣ: συμμετείχε στη συγγραφή του κειμένου, στο σχεδιασμό της μελέτης, στη συλλογή και στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων

ΑΚ: συμμετείχε στη συγγραφή του κειμένου και τον σχεδιασμό της μελέτης

ΕΚ: συμμετείχε στη συγγραφή του κειμένου

ΓΦ: συμμετείχε στη συγγραφή του κειμένου

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ansdell G. (2015). How music helps in music therapy and everyday life. Surrey: Ashgate

Batt-Rawden K. & Sund-Storlien M. (2019). Systematic use of music as an enviromental intervention and quality of care in nursing homes: a qualitative case study in Norway. Medicines. 6(1), 12

Brunk B. & Coleman K. (2000). Development of a special education music therapy assessment process. Music therapy perspectives. 18(1). pp. 59-68.

Cigerci Y., Kisacik O., Ozyurek P. & Cevik C. (2019). Nursing music intervention: A systematic mapping study. Complementary Therapies in Clinical Practice. 35(1). pp. 109-120

Davis W., Gfeller K.& Thaut M. (2008). An introduction to music therapy: theory and practice. Usa: American Music Therapy Association Inc.

Dunn K. (2004). Music and the reduction of post-operative pain, Nurs Stand. 18(36). pp. 33-39

Ekholm O., Juel K. & BondeL. (2015). Music and public health – An empirical study of the use of music in the daily life and the health implications of musical particiption. Arts and health. 8(2). pp.154-168

Fancourt D. & Finn S. (2019). What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review. Health Evidence Network (HEN.) report 67. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Hakvoort L. (2002). American music therapy association, a music therapy management program for forensic offenders. Music therapy perspectives. 20(2). pp. 123-132

Kandel E., Schwartz J. & Jessell T. (2000). Νευροεπιστήμη και συμπεριφορά. Ηράκλειο: Πανεπιστημιακές εκδόσεις Κρήτης

Kreutz G. (2014). Does singing facilitate social bonding? Music and medicine. 6(2). pp. 51-60

McCaffrey R. (2012).Music Listening as a Nursing Intervention: A Symphony of Practice. New York: Aspen Publishers

Saadatmand V., Rejeh N. & Heravi-KarimooiA. (2013), Effect of nature-based sounds intervention on agitation, anxiety, and stress. Nurs. Stud. 50 (3). pp. 895–904

Theorell T. & Kreutz G. (2012). Epidemiology of the relationship between musical experiences and public health. In MacDonald R., Kreutz G. & Mitchell L. (Eds.). Music health and wellbeing. Oxford: Oxford University Press

Veblen K. (2007). The many ways of community music. International Journal of Community Music. 1(1). pp. 5-21

Zentner M., Grandjean D. & Scherer K.R. (2008). Emotions evoked by the sound of music: characterization, classification and measurement. Emotion. 8(4). pp. 494-521

Ευαγγέλου Π. (2018). Σεμιναριακός κύκλος στη Μουσικοθεραπεία. Αθήνα: Ωδείο Φίλιππος Νάκας

Κωνσταντινίδης Α. & Παρισινός Μ. (2006). Οι Αντιλήψεις των Δασκάλων για το Μάθημα της Μουσικής Αγωγής στα Δημοτικά Σχολεία. Πρακτικά από το 9ο Συνέδριο Παιδαγωγικής Εταιρείας Κύπρου. Λευκωσία: Παιδαγωγική Εταιρεία Κύπρου.

Πίνακας 1 (Αποτελέσματα διερεύνησης των ωφελημάτων της μουσικής για την υγεία)

Διερεύνηση πρότασης με κλίμακα αξιολόγησης **1:** καθόλου **2:** λίγο **3:** αρκετά **4:** πολύ **5:** πάρα πολύ	Μέση τιμή	95% ΔΕ		SD	CI	Ryan-Joiner Test
		κάτω άκρο	άνω άκρο			
Πόσο σημαντική είναι η μουσική για εσένα	3, 6083	3, 443	3, 772	0, 919	0, 164	0, 999
Πόσο συχνά επιλέγεις να ακούς μουσική	3, 1333	3, 012	3, 253	0, 963	0, 154	0, 994
Σε τι βαθμό θεωρείς ότι η μουσική μπορεί να βελτιώσει την διάθεσή σου	3, 9833	3, 840	4, 126	0, 799	0, 142	1, 000
Σε τι βαθμό θεωρείς ότι η μουσική σου δίνει ενέργεια	3, 6083	3, 455	3, 761	0, 853	0, 152	0, 997
Σε τι βαθμό η μουσική σε εκτονώνει όταν αισθάνεσαι θυμό ή εκνευρισμό	3, 1500	3, 011	3, 288	0, 774	0, 138	1, 000
Σε τι βαθμό η μουσική σε χαλαρώνει όταν αισθάνεσαι πίεση ή άγχος	3, 6333	3, 488	3, 778	0, 808	0, 144	1, 000
Σε τι βαθμό η μουσική σε βοηθά να εκφράσεις τα συναισθήματά σου	3, 7917	3, 613	3, 969	0, 994	0, 178	0, 999
Σε τι βαθμό η μουσική σε βοηθά να γνωρίσεις καινούρια πρόσωπα και να επικοινωνείς	3, 0333	2, 861	3, 205	0, 960	0, 171	0, 998

Πίνακας 2 (Αποτελέσματα συσχέτισης των ωφελημάτων της μουσικής και της συμμετοχής σε ομάδα μουσικής)

Two sample T-test

Σε τι βαθμό θεωρείς ότι η μουσική μπορεί να βελτιώσει την διάθεση σου (1 – 5)									
Έχεις συμμετάσχει σε κάποια μουσική ομάδα	N	Mean	StDev	SE Mean	Difference	Pooled StDev	95% CI	T-Value	P-Value
Ναι	38	4, 342	0, 669	0, 11	0, 525	0, 764	(0, 228; 0, 822)	3, 50	0, 001
Όχι	82	3, 817	0, 803	0, 089					
Σε τι βαθμό θεωρείς ότι η μουσική σου δίνει ενέργεια (1 – 5)									
Έχεις συμμετάσχει σε κάποια μουσική ομάδα	N	Mean	StDev	SE Mean	Difference	Pooled StDev	95% CI	T-Value	P-Value
Ναι	38	4, 105	0, 764	0, 12	0, 727	0, 786	(0, 422; 1, 033)	4, 72	0, 001
Όχι	82	3, 378	0, 796	0, 088					
Σε τι βαθμό η μουσική σε εκτονώνει όταν αισθάνεσαι θυμό ή εκνευρισμό (1 – 5)									
Έχεις συμμετάσχει σε κάποια μουσική ομάδα	N	Mean	StDev	SE Mean	Difference	Pooled StDev	95% CI	T-Value	P-Value
Ναι	38	3, 526	0, 762	0, 12	0, 551	0, 773	(0, 266; 0, 836)	3, 83	0, 001
Όχι	82	2, 976	0, 720	0, 079					
Σε τι βαθμό η μουσική σε χαλαρώνει όταν αισθάνεσαι πίεση ή άγχος (1 – 5)									
Έχεις συμμετάσχει σε κάποια μουσική ομάδα	N	Mean	StDev	SE Mean	Difference	Pooled StDev	95% CI	T-Value	P-Value
Ναι	38	3, 895	0, 831	0, 13	0, 383	0, 792	(0, 075; 0, 690)	2, 46	0, 015
Όχι	82	3, 512	0, 774	0, 085					
Σε τι βαθμό η μουσική σε βοηθά να εκφράσεις τα συναισθήματά σου (1 – 5)									
Έχεις συμμετάσχει σε κάποια μουσική ομάδα	N	Mean	StDev	SE Mean	Difference	Pooled StDev	95% CI	T-Value	P-Value
Ναι	38	4, 342	0, 745	0, 12	0, 806	0, 925	(0, 446; 1, 165)	4, 44	0, 001
Όχι	82	3, 537	0, 996	0, 11					
Σε τι βαθμό η μουσική σε βοηθά να γνωρίσεις καινούρια πρόσωπα και να επικοινωνείς (1 – 5)									
Έχεις συμμετάσχει σε κάποια μουσική ομάδα	N	Mean	StDev	SE Mean	Difference	Pooled StDev	95% CI	T-Value	P-Value
Ναι	38	3, 526	0, 830	0, 13	0, 721	0, 904	(0, 370; 1, 073)	4, 07	0, 001
Όχι	82	2, 805	0, 935	0, 10					

Πίνακας 3 (Αποτελέσματα συσχέτισης της αποδοχής της μουσικής ως θεραπευτικό μέσο και της ύπαρξης ειδικών μουσικών γνώσεων)

Spearman correlation

Sample 1	Sample 2	N	Correlation	95% CI for ρ	P-Value
Ερ. a	Ερ. b	120	0, 359	(0, 187; 0, 510)	0, 000
ρ: pairwise Spearman correlation Number of rowsused 120			Πιστεύεις ότι η μουσική αποτελεί θεραπευτικό μέσο		
Γνωρίζεις να χρησιμοποιείς κάποιο μουσικό όργανο			0, 359		

RESEARCH ARTICLE

The contribution of music to health promotion and the creation of a therapeutic environment in the community

Andriana Stathopoulou[1], Anna Kavga[2], Evridiki Kampa[2], Georgia Fasoi[3]

1. Nurse, MS (c): Postgraduate Program in Community Nursing and Nursing Public Health
2. Assistant Professor. Department of Nursing, University of West Attica. Athens, Greece
3. Associate Professor. Department of Nursing, University of West Attica. Athens, Greece

ABSTRACT

Introduction: The value of art, and especially music, can potentially approach a person in a multifaceted way and make a significant contribution to maintaining his or her health by acquiring through this interaction a decisive role in promoting health.

Aim: The aim of this study was to investigate the use of music for community health screening and the degree of reinforcement of socio-emotional trust that it can build, contributing effectively to the work of the nurse.

Methodology: A quantitative study was carried out with a feasibility sampling of people visiting two different institutions in Attica and suffering from mild or severe mental disorder. The sample size was 120 (N = 120) with a response rate of 80%. An anonymous, structured, self-completed questionnaire was used to collect the data. The validity and reliability of the test was tested by a pilot study involving 20 subjects (N = 20).

Results: Music has emerged as an important health factor for the individual without even requiring specific knowledge as it is inherent in man. Its versatile and multi-dimensional character is confirmed, and it helps the individual to manage various difficulties and gain a positive attitude in life. Its potential seems to be strengthened and its effectiveness enhanced through the team and the group experience.

Conclusions: The present study shows that music hides a unique power and with its proper utilization offers multiple benefits to the individual. The simplicity of its implementation enables it to be used effectively in community nursing interventions and in other areas of health care while promoting public health.

Key words: therapeutic environment, music, nursing interventions, health promotion, arts

Corresponding author: Andriana Stathopoulou
e-mail: annast0721@gmail.com

Date of submission: 06/04/2020
Publication date: September 2022

Citation: Stathopoulou A., Kavga A., Kampa E. & Fasoi G. (2022). The contribution of music to health promotion and the creation of a therapeutic environment in the community. Hellenic Journal of Nursing Science 15(3), https://doi.org/10.24283/hjns.202232

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

Οι προσδοκίες των εθελοντών αιμοδοτών και η παρακίνηση για συνεχιζόμενη αιμοδοτική δράση

Θεοδώρα Καμπέρη[1], Μαρία Κηπουροπούλου[2]

1. Νοσηλεύτρια, Υπεύθυνη τμήματος αιμοδοσίας ΓΝ Φλώρινας
2. Νοσηλεύτρια, MSc, Γραφείο Εκπαίδευσης ΓΝ Φλώρινας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η επένδυση για την διατήρηση της εμπιστοσύνης των αιμοδοτών, η ασφάλεια του αίματος και των προϊόντων του και η αποτελεσματικότητα που επιδεικνύουν οι επαγγελματίες υγείας, είναι ζωτικής σημασίας, διότι με τον τρόπο αυτό μπορεί να ενισχυθεί η προσέλκυση δοτών.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας έρευνας, είναι η ανάδειξη των σημαντικότερων παραγόντων που ευθύνονται για την προσέγγιση και κινητοποίηση των εθελοντών αιμοδοτών.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε, μικτό ερευνητικό σχέδιο στο οποίο χρησιμοποιήθηκαν ποσοτικές και ποιοτικές μέθοδοι στην Μονάδα Αιμοδοσίας του Νοσοκομείου. Το δείγμα αποτέλεσαν 416 αιμοδότες εθελοντές και μη. Διατυπώθηκαν ερευνητικά ερωτήματα για το έτος 2020. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με την μορφή ειδικά διαμορφωμένου ερωτηματολογίου. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το λογισμικό πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (IBMSPSS), έκδοση 22.0.

Αποτελέσματα: Σε ποσοστό [70, 7%] οι δότες αίματος στη πλειοψηφία τους ήταν άνδρες, ηλικίας 36-50 ετών. Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της μελέτης έδειξε ότι οι δότες αίματος ήταν εθελοντές σε ποσοστό [82.9%], ενώ το υπόλοιπο ποσοστό [17,1%] αναγκάστηκε να δώσει αίμα, λόγω ανάγκης συγγενικού προσώπου.

Συμπεράσματα: Τα ευρήματα της μελέτης καταδεικνύουν την ανάγκη ουσιαστικών παρεμβάσεων, εφαρμογή βέλτιστων τεχνικών και μεθόδων προσέγγισης, αλλά και διατήρησης των αιμοδοτών. Η παρότρυνση των ατόμων για αιμοδότηση, αποτελεί μια διαδικασία μείζονος σημασίας που απαιτεί συνεχείς προσπάθειες. Η επάρκεια αίματος εξασφαλίζεται μόνο με σταθερούς συστηματικούς αιμοδότες.

Λέξεις Κλειδιά: Αιμοδότης, προσέλκυση αιμοδοτών, συνεχιζόμενη παρακίνηση για αιμοδότηση

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Μαρία Κηπουροπούλου
e-mail: marikip@hotmail.com

Ημερομηνία υποβολής: 23/04/2021
Ημερομηνία δημοσίευσης: Σεπτέμβριος 2022

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

Αναφορά του άρθρου ως: Καμπέρη Θ. & Κηπουροπούλου Μ. (2022). Οι προσδοκίες των εθελοντών αιμοδοτών και η παρακίνηση για συνεχιζόμενη αιμοδοτική δράση. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης 15(3), https://doi.org/10.24283/hjns.202233

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Η προσέλκυση αιμοδοτών, είναι μια δραστηριότητα εξειδικευμένη και απτή, η οποία απασχολεί την ελληνική πραγματικότητα καθώς η εθελοντική αιμοδοσία εξελίσσεται με αργούς ρυθμούς**
- **Η διαμόρφωση αιμοδοσιακής συνείδησης, σταδιακά από τα νεότερα τμήματα του πληθυσμού, δηλαδή τα παιδιά και τους εφήβους, αναδεικνύουν την αντιληπτή ευθύνη της πληροφόρησης και την υποχρέωση της δωρεάς**
- **Η αποτελεσματική εφαρμογή προγραμμάτων στρατολόγησης νέων δοτών, αλλά και διατήρησης των εθελοντών απαιτούν βαθιά θεωρητική γνώση και εμπειρία**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ικανοποίηση των αιμοδοτών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες είναι άμεσα συνυφασμένη με την οργάνωση των υγειονομικών δομών. Κάθε νοσοκομειακή υπηρεσία αιμοδοσίας είναι μια συλλογική οντότητα ανθρώπων που υπάγονται σε ένα σύστημα συμβουλευτικής υποστήριξης προς τους αιμοδότες. Συγχρόνως εργάζεται συντονισμένα για την επίτευξη ενός βέλτιστου εργασιακού περιβάλλοντος συμπαράστασης προς τους πολίτες που ανησυχούν για θέματα όπως τα αποτελέσματα των εξετάσεων πριν την αιμοδότηση (J. GREENBERG–R. ABARON 2013).

Βασική αρχή της Μονάδας Αιμοδοσίας είναι η προσέλκυση και η διατήρηση αιμοδοτών. Εγχείρημα δύσκολο, διότι στο χώρο πρωταγωνιστεί ο παράγοντας άνθρωπος, ένας παράγοντας κατ' εξοχήν μεταβλητός και αστάθμητος (Ελληνική Αιματολογική Εταιρεία 1999).

Οι άνθρωποι, είναι γεγονός ότι ανέχονται όλο και λιγότερο υπηρεσίες μη ποιοτικές και μη ασφαλείς. Ωστόσο, η προσέλκυση και η διατήρηση ικανοποιητικού αριθμού αιμοδοτών αγκαλιάζει σε όλη του την έκταση το φάσμα των δραστηριοτήτων της Αιμοδοσίας, καθόσον αφορά την πηγή του αίματος που είναι ο αιμοδότης. Γίνεται πλέον φανερό πως είναι αναγκαίο να ακολουθηθεί από τους εργαζόμενους μια πολιτική κινήτρων προς τους αιμοδότες σε αυτή τη κατεύθυνση, καθώς προέκυψε ότι ένας βασικός παράγοντας για την κατανόηση της συμπεριφοράς του αιμοδότη είναι οι «στάσεις».

Ο όρος «στάσεις», αναφέρεται σε σχετικά σταθερές ομάδες συναισθημάτων, πεποιθήσεων και προσδοκιών. Ο ορισμός «σχετικά σταθερές» αναφέρεται σε κάτι μη εφήμερο ενώ από τη στιγμή που διαμορφώνεται τείνει να εμμένει. (Theodorakis, 1992).

Η προσέλκυση αιμοδοτών, είναι μια έννοια συγκεκριμένη και απτή, τόσο στην εργαστηριακή πράξη, όσο και στην κλινική εμπειρία. Είναι δύσκολο να προσδιοριστεί επακριβώς η ψυχολογία του κάθε δωρητή, ωστόσο έγινε σοβαρή προσπάθεια για την διεξαγωγή συμπερασμάτων. Η παρακίνηση των πολιτών για αιμοδότηση προϋποθέτει ασφαλείς συνθήκες, ευχάριστο περιβάλλον το οποίο θα επιδεικνύει παράλληλα επαγγελματισμό. Όλα αυτά συνιστούν βασικές αξίες που πρέπει να καθοδηγούν τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας.

Η διεθνής βιβλιογραφία κάνει σαφές ότι οι άνθρωποι που ωθούνται να συμμετέχουν στην διαδικασία της αιμοδοσίας αποτελούν αντικείμενο του ενδιαφέροντος τόσο στο θεωρητικό, όσο και στο ερευνητικό κομμάτι του ενήλικα πληθυσμού. Ως κατάλληλη μεταβλητή θεωρείται ο συνδυασμός περιβαλλοντικών παραγόντων (κοινωνική πίεση) και προσωπικών χαρακτηριστικών (πεποιθήσεις, ανάγκη για αυτοεκτίμηση ή αναγνώριση) (Hidi & Renninger, 2006).

Το κίνητρο είναι μια εσωτερική κατάσταση ή συνθήκη, που εγείρει τη δράση και κατευθύνει τη συμπεριφορά ενός ατόμου (Brophy, 1998). Υπάρχουν όμως και τα εξωγενή κίνητρα που ενεργοποιούν το άτομο επειδή τα εσωτερικά κίνητρα δεν επαρκούν από μόνα τους. Με άλλα λόγια τα κίνητρα είναι ένας σημαντικός παράγοντας για τη διατήρηση της ικανοποίησης των αιμοδοτών στο περιβάλλον του νοσοκομείου (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, Α. 1998).

Η ανάγνωση των αποτελεσμάτων υπογραμμίζει τη σημασία ενίσχυσης των αντιλήψεων συμπεριφοράς και των στάσεων των αιμοδοτών, από κάποιες θεωρητικές απόψεις.

Η θεωρία της TPB (θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς) αναπτύχθηκε από τον Aizen (985, 1991)και είναι η εξέλιξη της θεωρίας της αιτιολογημένης δράσης. Υποστηρίζει ότι τα άτομα λαμβάνουν λογικές αποφάσεις, που επηρεάζουν τη συμπεριφορά τους, βάσει των διαθέσιμων δεδομένων και των προσωπικών εκτιμήσεών τους. Σχεδιάστηκε ώστε να συμπεριλάβει συμπεριφορές που δεν υπόκεινται σε πλήρη εθελοντικό έλεγχο (Messer 2008). Εκείνο που προηγείται άμεσα μιας συμπεριφοράς, είναι η «πρόθεση» του ατόμου να την εκτελέσει. Όσο πιο δυνατή είναι η πρόθεση, τόσο πιο πιθανό είναι το άτομο να προσπαθήσει να πραγματοποιήσει τη συμπεριφορά. Η πρόθεση, προτάθηκε να ενεργεί ως καθοριστικός παράγοντας της ενεργούμενης συμπεριφοράς (π.χ. ενεργά επίπεδα συμμετοχής).

Η θεωρία προτείνει, ότι η πρόθεση του ατόμου να

ασχοληθεί με μία συγκεκριμένη δραστηριότητα καθορίζεται από: α) τις στάσεις (attitude) ως προς τη συγκεκριμένη συμπεριφορά, στο βαθμό της θετικής ή αρνητικής αντιμετώπισης από τα άτομα, αναφέρεται στη συνολική αξιολόγηση της δράσης. β) Ο όρος Υποκειμενικό Πρότυπο (subjectnorms) είναι ένας παράγοντας, που δηλώνει την κοινωνική πίεση προκειμένου να εκτελεστεί ή όχι από κάποιο άτομο, κάποιου είδους συμπεριφορά και επηρεάζεται από πολιτισμικούς, δημογραφικούς και ψυχολογικούς παράγοντες. γ)Η μεταβλητή του Αντιληπτικού Έλεγχου Συμπεριφοράς (perceived behavioral control), αφορά τις αντιλήψεις συμπεριφοράς, που βασίζονται σε προϋπάρχουσες πεποιθήσεις και εξαρτώνται από το βαθμό σύμφωνα με τον οποίο είναι επιθυμητή μία συμπεριφορά. Ασκεί τη μεγαλύτερη επιρροή, τόσο στην ατομική πρόθεση για υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς, όσο και στην καθιέρωση αυτής (Ajzen 1991).

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να εξεταστούν αποτελεσματικά οι προσδοκίες των εθελοντών ή περιστασιακών αιμοδοτών από τους επαγγελματίες υγείας, των κινήτρων παρακίνησης αλλά και των αιτιών που οδήγησαν στα επίπεδα προσδιορισμού του συγκεκριμένου αποτελέσματος.

Η συγγραφή του εν λόγω άρθρου βασίστηκε στην υπάρχουσα βιβλιογραφία, και σε θεωρητικές προσεγγίσεις που θα μπορούσαν να προσδιοριστούν ως μοντέλα δράσης (action models). Σημαντική θέση κατέχει η θεωρία της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς επειδή μας παρέχει ένα πλαίσιο οργάνωσης της υπάρχουσας γνώσης, έτσι ώστε να καταλήξουμε σε συμπεράσματα μέσα από το δυνητικά τεράστιο εύρος των πληροφοριών σχετικά με την ανθρώπινη πραγματικότητα. Μεταβάλλοντας τους τρεις συγκεκριμένους προγνωστικούς παράγοντες μπορούμε να ενισχύσουμε την πρόθεση του ατόμου να δράσει κατά τον επιθυμητό τρόπο και κατά συνέπεια να αυξηθεί η πιθανότητα πραγματοποίησης της συγκεκριμένης συμπεριφοράς. Στη συνέχεια έχουν παρατεθεί τα συμπεράσματα της έρευνας και κάποιες ενδεικτικές προτάσεις.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σχεδιασμός

Η συγκεκριμένη μελέτη είναι ένα μικτό ερευνητικό σχέδιο ποσοτικής ανάλυσης με ποιοτικά χαρακτηριστικά, καθώς βασίζεται σε αριθμητικά δεδομένα που ενδιαφέρονται για το νόημα και τον τρόπο που οι άνθρωποι βιώνουν τα γεγονότα. Διεξήχθη στο τμήμα αιμοδοσίας του νοσοκομείου.

Δείγμα μελέτης

Τον υπό μελέτη πληθυσμό αποτέλεσαν εθελοντές αιμοδότες και μη. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 416 δότες. Διανεμήθηκαν συνολικά 500 ερωτηματολόγια. Ως μέθοδος δειγματοληψίας εφαρμόστηκε η cohort που στόχευσε στη μελέτη της ανάδειξης της παρακίνησης των αιμοδοτών, στη διάρκεια του χρόνου. Η σύμπραξη και η αποδοχή της συμμετοχικής διάθεσης στην έρευνα, θεωρήθηκε ως κριτήριο συναίνεσης στη μελέτη.

Συλλογή δεδομένων

Το χρονικό διάστημα εφαρμογής της έρευνας αφορά το έτος 2020, ενώ πεδίο εφαρμογής αποτέλεσε το τμήμα αιμοδοσίας του νοσοκομείου. Η διατύπωση της ερευνητικής υπόθεσης συνοψίστηκε σε ερωτηματολόγια. Το ερωτηματολόγιο ήταν αυτοσυμπληρούμενο και έγινε προσπάθεια, ώστε να μην είναι περίπλοκο με αποτέλεσμα να δυσκολέψει τον ερωτώμενο. Η δομή του ερωτηματολογίου στο πρώτο μέρος περιλάμβανε τα δημογραφικά στοιχεία και στο δεύτερο μέρος οι ερωτήσεις αφορούσαν την παρακίνηση των αιμοδοτών για συνεχιζόμενη αιμοδοτική δράση.

Το σχέδιο της έρευνας αποτέλεσε η εργασία, η οποία πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια της στοχοθεσίας του τμήματος αιμοδοσίας και χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή και την ανάλυση των στοιχείων. Οι ερευνητικές ερωτήσεις που διατυπώθηκαν απέβλεπαν κυρίως στην επίτευξη των στόχων και των σκοπών της έρευνας. Η επιλογή της κατάλληλης μεθόδου είναι μείζονος σημασίας για την εκτίμηση των παραγόντων.

Τα ερωτηματολόγια αξιοποιήθηκαν με ομαδοποίηση του δείγματος των ερωτήσεων. Ως καταλληλότερη μέθοδος επιλέχτηκε η παραγοντική ανάλυση των κυρίων συνιστωσών, επειδή παρέχει την δυνατότητα, με την τεχνική της αλληλεξάρτησης να βρεθεί ένας τρόπος που να συμπυκνώνει σε ένα μικρότερο σύνολο τις αρχικές μεταβλητές. Αυτές ονομάζονται παράγοντες (factors), ώστε η πληροφορία που προέρχεται από τις αρχικές μεταβλητές του συνόλου, να έχει όσο το δυνατόν μικρότερη απώλεια.

Θέματα ηθικής - Δεοντολογίας

Για την πραγματοποίηση της παρούσας μελέτης χορηγήθηκε έγκριση από το Επιστημονικό Συμβούλιο του νοσοκομείου, όπου διεξήχθη η έρευνα. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και δεν άπτονταν θεμάτων ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων. Πριν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, ο κάθε ερωτώμενος ενημερωνόταν προφορικά για τον σκοπό της έρευνας, την σημασία συμμετοχής, αλλά και την δυνατότητα άρνησης.

Στατιστική ανάλυση

Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα (IBMSPSS version 22.0). Ακολούθησε περιγραφική και επαγωγική ανάλυση ώστε να δημιουργηθούν οι πίνακες συχνοτήτων για τις υπό εξέταση μεταβλητές. Οι μεταβλητές που αφορούσαν την ηλικία και το φύλο αποτυπώθηκαν με τη χρήση της περιγραφικής στατιστικής συχνότητας (Frequency) καθώς και με τη σχετική συχνό-

τητα (Percent) στο σύνολο των ερωτηθέντων.

Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου που αφορούν την ικανοποίηση και τις προσδοκίες των εθελοντών αιμοδοτών ομαδοποιήθηκαν με τη χρήση της παραγοντικής (factor) ανάλυσης και με τη μέθοδο (Principal Components-PCA) με περιστροφή Varimax. Αυτό έγινε για να μελετηθεί όλη η υπάρχουσα διακύμανση, ενώ συγχρόνως υπολογίστηκαν οι συντελεστές συσχέτισης των μεταβλητών του ερωτηματολογίου. Η καταλληλότητα των δεδομένων και η συσχέτιση ελέγχθηκε χρησιμοποιώντας τη στατιστική δοκιμασία των Kaiser Meyer Olkin (KMO) σύμφωνα με την οποία, εξετάζεται αν τα δεδομένα είναι κατάλληλα για παραγοντική ανάλυση. Το KMO παίρνει τιμές μεταξύ 0 και 1. Αν KMO>0.6 συνεχίζουμε την παραγοντική ανάλυση. Στην εν λόγω έρευνα το KMO ήταν 0.943 άρα επιβεβαιώνεται η καταλληλότητα [Πίν. 4].

Για την εξακρίβωση αν οι μεταβλητές μπορούν να θεωρηθούν ως μια ομάδα που μετράει αυτό για το οποίο έχει κατασκευαστεί, αλλά και της σταθερότητας των απαντήσεων έγινε εκτίμηση αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας (internal consistency). Η εκτίμηση της αξιοπιστίας έγινε μέσω του συντελεστή αξιοπιστίας α του Cronbach's. Τιμές του δείκτη μεγαλύτερες του 0, 7 ή του 0, 8 θεωρούνται συνήθως ικανοποιητικές. Συγχρόνως χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα Excel για τα στατιστικά αποτελέσματα των αιμοληψιών σε βάθος πενταετίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τους 416 αιμοδότες που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο σε ποσοστό 70, 7% ήταν άνδρες ενώ σε ποσοστό 29, 9% αφορούσε γυναίκες [Πίν. 1]. Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 51, 2%, καθώς αποτελεί την πλειοψηφία των αιμοδοτών [Πίν. 2]. Ικανοποιητική είναι η συμμετοχή των ηλικιών 18-35 στους οποίους βασίζονται (ως μελλοντικούς αιμοδότες) οι σταθμοί αιμοδοσίας της χώρας. Το ποσοστό ανταπόκρισης (response rate) του δείγματος ανέρχεται συνολικά στο 83, 2%. Από το πλήθος των δεδομένων προκύπτει, ότι σε ποσοστό 82, 9% ήταν εθελοντές αιμοδότες, ενώ το 17, 1% προέρχονταν από το συγγενικό ή φιλικό περιβάλλον των ασθενών [Πίν. 3].

Από τον [Πίν 4] συμπεραίνουμε ότι η γενική εικόνα είναι ικανοποιητική. Τα σημεία που πρέπει να βελτιωθούν είναι ο χρόνος αναμονής και η τεχνική της αιμοληψίας. Ένα ποσοστό αιμοδοτών το οποίο ανέρχεται στο 10, 73% δεν δέχτηκε να απαντήσει στο ερωτηματολόγιο, ήταν βιαστικοί, αλλά και μετά την αιμοδοτική διαδικασία δεν ήθελαν να παραμείνουν στον χώρο, παρ' όλες τις παροτρύνσεις για την δική τους ασφάλεια. Οι απαντήσεις των αιμοδοτών που αφορούν τις προσδοκίες των δοτών αίματος, εμφανίζουν ποσοστό μεταβλητότητας μεταξύ 0 και 1 στην κάθε ιδιοτιμή (όρια αποδοχής) και ερμηνεύεται από τον αριθμό των παραγόντων που προσαρμόστηκε. Η πρώτη στήλη (Initial) είναι 1 αφού χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος των κύριων συνιστωσών. Η χαμηλότερη τιμή είναι 0, 684 ενώ η υψηλότερη 0, 993 που σημαίνει ότι το προσαρμοσμένο μοντέλο είναι αρκετά ικανοποιητικό.

Σε βάθος πενταετίας οι αιμοληψίες είχαν την ακόλουθη πορεία. Παρατηρείται μια μείωση της αιμοδότησης παρ' όλες τις προσπάθειες του προσωπικού. Από το έτος 2016 έως το έτος 2020 υπήρξε μείωση σε ποσοστό 17, 8, ενώ από το έτος 2019 έως το 2020 το ποσοστό ελάττωσης υπολογίστηκε στο 8, 5% [Πίν 8].

Ποιοτική ανάλυση

Ο [Πίν 5] παρουσιάζει με συνοπτικό τρόπο την ικανοποίηση των αιμοδοτών. Αυτή κυμαίνεται σε υψηλά επίπεδα. Οι μεταβλητές έχουν υψηλή συσχέτιση, εκτός από την πρώτη μεταβλητή της οποίας η τιμή είναι, 019. Αν διδόταν μια πιο ελεύθερη ερμηνεία, θα έπρεπε να αποκλειστεί από την παραγοντική ανάλυση καθώς έρχεται σε αντίφαση με την τέταρτη μεταβλητή της οποίας η τιμή φορτίζει με, 826.

Στη συνέχεια ο [Πίν 6] Total Variance Explained περιέχει στη στήλη Initial Eigen values τις ιδιοτιμές και το ποσοστό της διακύμανσης η οποία ερμηνεύει κάθε κύρια συνιστώσα. Στη στήλη Extraction Sums of Squared Loadings το ποσοστό της διακύμανσης εξηγείται από τον κάθε παράγοντα με κριτήριο προσδιορισμού τον αριθμό των παραγόντων Kaiser. Τέλος η στήλη Rotation Sums of Squared Loadings εμφανίζει ο ποσοστό της διακύμανσης το οποίο ερμηνεύεται από τους παράγοντες μετά την περιστροφή. Επομένως έχουμε τέσσερεις παράγοντες που έχουν την ιδιοτιμή 69, 1% της συνολικής διακύμανσης.

Ένας δεύτερος τρόπος προσδιορισμού των παραγόντων είναι το γράφημα (Scree Plot) [Πίν 7] στο οποίο διαπιστώνεται ότι μόνο ένας παράγοντας έχει ιδιοτιμή δηλαδή διασπορά συνιστώσας μεγαλύτερης της μονάδας. Μετά τον δεύτερο παράγοντα παρατηρείται τάση ευθυγράμμισης της γραμμής που ενώνει τις ιδιοτιμές με τους επόμενους υποψήφιους παράγοντες. Ωστόσο στον [Communalities Πίν 5] οι μεταβλητές 2 και 3 δείχνουν μειωμένο ποσοστό διακύμανσης.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Από το σύνολο των αιμοδοτών που συμμετείχαν προκύπτει ότι το ποσοστό 82, 9% [Πίν 3] ήταν εθελοντές αιμοδότες και είναι αυτοί οι οποίοι καλύπτουν τις αιμοδοτικές ανάγκες κατά το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Μόλις το 17, 1% ήταν μη τακτικοί δότες, που προσήλθαν μετά από έκλυση κάποιου συγγενή. Η έννοια της παρακίνησης των αιμοδοτών για συνεχιζόμενη αιμοδοτική δράση, έχει αποτελέσει αντικείμενο μελέτης πολλών επιστημόνων, οι οποίοι προσπαθούν να απαντήσουν ποιοι είναι οι παράγοντες και ποια είναι τα εμπόδια για συνεχιζόμενη αιμοδοσία. Η όσο το δυνατόν πιο έγκαιρη έναρξη αιμοδοτικής τακτικής διασφαλίζει σε μεγάλο βαθμό την συνεχιζόμενη

προσέλευση αιμοδοτών για πολλά χρόνια (Αποστολίδου και συν 2013).

Σύμφωνα με την ανακοίνωση του Εθνικού Οργανισμού Υγείας (2020) στα πλαίσια ης Παγκόσμιας Ημέρας Εθελοντικής Αιμοδοσίας, η προσέλευση των αιμοδοτών μειώθηκε σταδιακά σε ποσοστό 25%-60%, με αποτέλεσμα την αδυναμία κάλυψης των αναγκών σε αίμα και την ανάγκη ενίσχυσης των δράσεων εθελοντικής αιμοδοσίας να καθίσταται ως επιτακτική.

Στη συγκεκριμένη ανασκόπηση έγινε προσπάθεια να ελεγχθούν αποτελεσματικά τα κίνητρα προσέλκυσης των αιμοδοτών, της διατήρησης του αριθμού των εθελοντών, αλλά και της μετατροπής τους σε τακτικούς αιμοδότες. Αφετηρία της προσέλκυσης είναι η πληροφόρηση του γενικού πληθυσμού και η μετατροπή του σε ενημερωμένο κοινό. Δεν αρκεί όμως μόνο η πληροφόρηση για την επιτυχία της προσέλκυσης.

Πολλοί παράγοντες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο σ' αυτό το έργο. Μερικοί από αυτούς είναι: οι κατάλληλες συνθήκες αιμοδοσίας, το ευχάριστο περιβάλλον, η θετική εμπειρία, η δυνατότητα πρόσβασης σε κινητό συνεργείο αιμοδοσίας, τροποποίηση του ωραρίου λειτουργίας των αιμοδοσιών, ώστε να εναρμονιστούν με τις ανάγκες του κοινού. Εξάλλου οι καλύτεροι και πειστικότεροι προσελκυτές είναι οι ικανοποιημένοι αιμοδότες.

Επίσης αναφορικά με την ικανοποίηση των αιμοδοτών από το προσωπικό της αιμοδοσίας και τη διαδικασία της αιμοδότησης οι απαντήσεις ήταν θετικές Πίν 10].

Τα ευρήματα της ίδιας μελέτης συμφωνούν και με άλλες έρευνες της θετικής εικόνας που δημιουργείται στους αιμοδότες. Αυτά μπορεί να έχουν μεγαλύτερη σημασία για την προσέλκυση νέων δοτών, καθώς μπορεί να καταστήσουν την αιμοδοσία ενδιαφέρουσα παρά αδιάφορη πράξη (Sojka & Sojka 2003).

Από τις απόψεις των αιμοδοτών που περιγράφουν την αιμοδοτική τους εμπειρία [Πίν 9, διαπιστώνεται πως η πληθυσμιακή ομάδα των εθελοντών γνώριζε πολύ περισσότερα για την διαδικασία της αιμοδοσίας από τους μη εθελοντές. Το αποτέλεσμα αυτό συμφωνεί με το εύρημα άλλης μελέτης που δείχνει πως οι αιμοδότες έχουν πολύ περισσότερες γνώσεις για τη δωρεά αίματος από τους μη δότες (Sojka & Sojka 2003).

Στην ίδια μελέτη επίσης αναφέρεται ότι οι άνθρωποι είναι πιο πιθανό να αιμοδοτούν παρακινούμενοι από εσωτερικά κίνητρα και όχι από εξωτερικά. Αυτό το αποτέλεσμα συνάδει με την θεωρία της αυτοδιάθεσης (Suen-LKP, etal).

Αναλύοντας τον [Πίν 10] απεικονίζεται μια ευνοϊκή στάση για την αιμοδοσία από τον πληθυσμό της πόλης. Επιπροσθέτως εκτός από τις ενημερώσεις των πολιτών για εθελοντική αιμοδοσία, η ικανοποίηση των αιμοδοτών θα μπορούσε να βασιστεί στη διαπροσωπική επικοινωνία, ώστε να μεταφερθούν εξατομικευμένα μηνύματα σε πιθανούς δότες.

Τα ευρήματα της δημογραφικής περιγραφής των αιμοδοτών έδειξαν πως η συμμετοχή της ηλικιακής ομάδας 18-35 ανέρχεται σε ποσοστό 32, 9% [Πίν 2]. Σε αυτήν την πληθυσμιακή ομάδα θα πρέπει να εστιάσει περισσότερο η έρευνα όσων αφορά την ενημέρωση, ώστε να ευαισθητοποιηθεί στην αναγκαιότητα της εθελοντικής αιμοδοσίας. Κατά τις υποδείξεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και του Συμβουλίου της Ευρώπης, ένα σύστημα αιμοδοσίας πρέπει να στηρίζεται, κατά το δυνατόν, περισσότερο σε εθελοντές, μη αμειβόμενους τακτικούς αιμοδότες (Dhingra 2002) &(Council of Europe 2003).

Οι παραδοσιακές παρεμβάσεις, όπως οι υπενθυμίσεις, κίνητρα, φροντίδα του αιμοδότη, βελτιώσεις μέσω της συμπλήρωσης ερωτηματολογίων, αποστολή ευχαριστηρίων, σχέσεις εμπιστοσύνης και εμπιστευτικότητας, είναι ευρέως διαδεδομένες. Έχουν όμως μικρή επίδραση στην επιστροφή των χορηγών αίματος. Τα ανωτέρω χρειάζεται να συμπληρωθούν με προσεγγίσεις που αντιμετωπίζουν πρακτικά ζητήματα όπως η ευκολία πρόσβασης και διαδικασίας της αιμοδότησης, η ασφάλεια της κοινότητας ή ακόμη και τα προσωπικά οφέλη (Epub 2007).

Παρόμοια σε άλλη μελέτη διαπιστώθηκε πως η χρήση μιας σύνθετης ταξινόμησης για την αξιολόγηση της κανονικότητας των εθελοντών αιμοδοτών παρέχει ακριβέστερες πληροφορίες οι οποίες θα επιτρέψουν τη βελτίωση της ευαισθητοποίησης και της διατήρησης των δωρητών καθώς και την πιθανή αποκατάσταση των πρώην δοτών (PanAfrMed J. 2020).

Άλλη μελέτη αποκάλυψε ότι το 80, 0% των προπτυχιακών φοιτητών επιστημών υγείας είναι μη δότες, αλλά είναι διαθέσιμοι να δωρίσουν αίμα κατόπιν αιτήματος. Οι εκστρατείες και οι μέθοδοι διαφήμισης που επικεντρώνονται στις αναδυόμενες ανάγκες για αιμοδοσία θα μπορούσαν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην πρόσληψη νέων δωρητών (Gomes' MJ, et al 2019).

Αν και υπάρχει αλληλοεπικάλυψη μεταξύ των παραγόντων που προβλέπουν την έναρξη και τη διατήρηση της συνήθειας της αιμοδότησης, προτείνεται ότι οι αλλαγές στο κίνητρο και η ανάπτυξη της ταυτότητας ως δότη αίματος, είναι ζωτικής σημασίας (Transfus Medanau 2008).

Το δείγμα μελέτης των ηλικιών 36-50 εμφανίζει τη συχνότητα 84, 1%, [Πίν 3]. Αποτελεί το μεγαλύτερο ποσοστό συστηματικών αιμοδοτών στον Ελλαδικό αλλά και στον παγκόσμιο χώρο (Τσιάτσιου 2008). Σε αυτό το σημείο είναι σημαντικό να αναφερθεί η ανάγκη ανάπτυξης δραστηριοτήτων και προγραμμάτων για τη διατήρηση των τακτικών αιμοδοτών (Gillespie & Hillyer 2002).

Όσον αφορά τις απόψεις των δοτών αίματος, σχετικά με την λήψη του ιστορικού και την καθαριότητα του χώρου καταγράφονται μέτρια επίπεδα ικανοποίησης. Οι δύο αυτές παράμετροι θα μπορούσαν να συσχετιστούν με τα αποτελέσματα του [Πίν 4 Communalities] ώστε το προ-

σωπικό της αιμοδοσίας να εργαστεί και να βασιστεί στον προσδιορισμό των παραγόντων, οι οποίοι συνδέονται με την επιστροφή των αιμοδοτών.

Για την αύξηση των αιμοληψιών η στοχοθεσία του τμήματος αιμοδοσίας βασίστηκε σε διάφορες θεωρίες μια εκ των οποίων είναι η Θεωρία της Αυτοαποτελεσματικότητας. Η θεωρία αυτή διατυπώνει ότι τα άτομα παρουσιάζονται με στοιχεία που απεικονίζουν διαφορετικά επίπεδα απαιτήσεων διαδικασιών και αξιολογούν τη δύναμη της πίστης τους στην ικανότητά τους να εκτελέσουν τις απαιτούμενες δραστηριότητες. Τα στοιχεία είναι διατυπωμένα από την άποψη του μπορώ να κάνω παρά θα κάνω. (Bandura. 1997).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συνοψίζοντας τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, γίνεται φανερό από τον [Πίν 5 Rotated Component Matrix[a]] ότι η ικανοποίηση των αιμοδοτών κυμαίνεται σε υψηλά επίπεδα. Δημοφιλής είναι η προσέγγιση για τη βελτίωση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών προς τους πολίτες. Παράλληλα η προσέγγιση αυτή αναφέρεται και στις τεχνικές αποτελεσματικών τρόπων βελτίωσης της εργασιακής ζωής των εργαζομένων.

Παρόλο που έχουν γίνει προσπάθειες προς αυτές τις κατευθύνσεις τα αποτελέσματα του [Πίν 4 Communalities] στις απαντήσεις των ερωτήσεων που αφορούν τον χρόνο αναμονής και την δυνατότητα που δόθηκε στους αιμοδότες για διευκρινιστικές ερωτήσεις πριν την αιμοληψία, δεν είναι ικανοποιητικά.

Η συλλογή των πληροφοριών τονίζει τη σημασία της υψηλής ποιότητας παροχής φροντίδας. Στις ήδη υπάρχουσες αντιλήψεις του πληθυσμού για την εθελοντική προσφορά αίματος, θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή και στον χώρο αναμονής των αιμοδοτών, ώστε να είναι πιο άνετος και ευχάριστος. Χώροι κατακλυσμένοι από κόσμο, θορυβώδης, σκοτεινοί ή με κακής ποιότητας αέρα αποτελούν ανατρεπτικό παράγοντα και δίνουν την αίσθηση ότι ο χρόνος δεν κυλάει. Η διαχείριση ποιότητας σε ένα αποδοτικό τμήμα αρχίζει στην πραγματικότητα από την προσέλκυση και την φροντίδα των αιμοδοτών.

Οι εργαζόμενοι θα πρέπει να αναπτύξουν τεχνικές βελτίωσης της επικοινωνίας με πραγματικό ενδιαφέρον προς τους αιμοδότες. Η προσέλκυση νέων αιμοδοτών έχει θεμελιώδη σημασία για τη λειτουργία του τμήματος. Εξίσου σημαντική είναι και η διατήρηση των ήδη υπαρχόντων αιμοδοτών, ιδιαίτερα για την επίτευξη του διπλού στόχου της ασφάλειας και της επάρκειας αίματος.

Επίσης η διακύμανση των αιμοληψιών της τελευταίας πενταετίας από το 2016 έως το 2020 [Πίν 11] αποτελεί ένα σημαντικό εργαλείο που αποτυπώνει την επίδραση των μεθόδων που εφαρμόστηκαν. Η μελέτη των ερευνητικών δεδομένων ανά έτος ανέδειξε μείωση των αιμοληψιών. Με την έναρξη της πανδημίας COVID-19 και την εφαρμογή των πρώτων μέτρων στα νοσοκομεία, οι νοσοκομειακές υπηρεσίες αιμοδοσίας βρέθηκαν μπροστά σε μια πρωτοφανή πρόκληση, με συνεχώς μεταβαλλόμενα δεδομένα. Παρόλη την προσπάθεια και ενημέρωση που έγινε πως οι συνθήκες είναι ασφαλείς με τήρηση των μέτρων ατομικής προστασίας, αλλά και ξεχωριστής εισόδου πρόσβασης στο Τμήμα Αιμοδοσίας, η μείωση της δωρεάς αίματος συνεχίστηκε.

Λαμβάνοντας υπόψη τους παράγοντες που αναδείχτηκαν από την συγκεκριμένη έρευνα, πρέπει να υπογραμμιστεί η αναγκαιότητα ουσιαστικών παρεμβάσεων εφαρμογής βέλτιστων τεχνικών και μεθόδων προσέγγισης των αρχάριων και περιστασιακών αιμοδοτών σε τακτικούς αιμοδότες, αλλά και η διατήρηση των είδη υπαρχόντων. Στη διαμόρφωση των σημερινών συνθηκών έχει καθιερωθεί μια νέα αντίληψη, σύμφωνα με την οποία η εξυπηρέτηση και η ικανοποίηση των αιμοδοτών έχουν υψηλή αξία, καθώς είναι μία πολύ βασική παράμετρος για την κάλυψη των αιμοδοτικών αναγκών της χώρας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αποστολίδου Κ., Ρεκλείτη Μ., Σαρίδη Μ., Τόσκα Α., Σουλιώτης Κ., Ζηλίδης Χ., 92013) Διερεύνηση των στάσεων και των κινήτρων εθελοντών αιμοδοτών.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ – ΤΜΗΜΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ – ΑΦΑΙΡΕΣΗ – ΗΜΕΡΙΔΑ 1998 (Διασφάλιση Ποιότητας Αθήνα 5 Δεκεμβρίου 1998)

Θεοδωράκης, Ι., Δογάνης, Γ., Μπαγιάτης, Κ., Γούδας, Μ., & Τσαρτσαπάκης, Ι. (1992). Πρόβλεψη της συμπεριφοράς με βάση τη θεωρία της «Αιτιολογημένης Δράσης.

Κοντακίδου, Ε.(2016)Προσέλκυση και διατήρηση αιμοδοτών: κατανοώντας και επηρεάζοντας τη συμπεριφορά των υποψήφιων αιμοδοτών.

Κουλιεράκης Γ. (2015) Προσέλκυση αιμοδότη και εθελοντών δοτών αιμοποιητικών κυττάρων. Σεμινάριο αιμοδοσίας για Νοσηλευτές και Τεχνολόγους « Η Αιμοδοσία το 2015». Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας».

Κωσταρίδου-Ευκλείδη, Α. (1998), Ψυχολογία Κινήτρων, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, σ. 17.

Μαλλιαρού Μ. & Σαράφης Π. (2012). Οικονομική κρίση. Τρόπος επίδρασης στην υγεία των πολιτών και στα συστήματα υγείας. Το βήμα του Ασκληπιού.

Οδηγός για την Παρασκευή, τη χρήση και τη διασφάλιση της ποιότητας των
προϊόντων αίματος – Σύσταση αρ. R (95) 15- Αθήνα, 2005). Εκδόθηκε από τις Εκδόσεις Συμβουλίου της Ευρώπης http://book.coe.int

ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ J.GREENBERG-R BARON ΕΚΔΟΣΕΙΣ GUTENBERG ΕΝΑΤΗ ΕΝΔΟΣΗ

Τάτσης Ν.Χ., (1997) Κοινωνιολογία. Ιστορική Εισαγωγή και Θεωρητικές Θεμελιώσεις. Αθήνα, Οδυσσέας

Τσιάτσιου, Π.(2008). Τάσεις Απόψεων και Κίνητρα Αιμοδοτών σε συνάρτηση με την ποιότητα και την ασφάλεια του μεταγγιζόμενου αίματος. Διπλωματική Εργασία, Ανοιχτό Πανεπιστήμιο Σχολή Κοινωνικών Επιστημών. Πάτρα σελ 9, 11, 80-81.

AjzenI. (1991). The Theory of Planned Behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50, 179-211.

Watson, W. Stewart, W. H. Jr.&Bar Nir, A. (2003. The effects of human capital, organizational demography, and interpersonal processes on venture partner perceptions of firm profit and growth. Journal of Business Venturing. 18, 145-164.

Tsui, A. S., Egan. D., &O'Reilly, C. A. III 1992) Being different: Relational demography and organizational attachment. Administrative Science Quarterly, 37, 549-579.

Rosenstock, I. M. (1960). "What Research in Motivation Suggests for Public Health." American Journal of Public Health, 50, 295–302.

Becker, M. H. (1974). "The Health Belief Model and Personal Health Behavior." Health Education Monographs, 2, 324–473.

Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. Medical Care, 13, 10-24.

Marcus, B. H., King, T. K., Clark, M. M., Pinto, B. M., & Bock, B. C. (1996). Theories and techniques for promoting physical activity behaviors. Sports Medicine, 22(5), 321-331.

Hidi, S. & Renninger, A. K. (2006). The Four-Phase Model of Interest Development, Educational Psychologist, 41 (2), 112.

Brophy, J. (1998). Motivating students to learn. Boston: Allyn & Bacon.

Ferreira, M., Cardosob, A. P., Abrantesc, J. L. (2011). Motivation and Relationship of the Student with the School as Factors Involved in the Perceived Learning. Procedia - Social and Behavioral Sciences, 29, 1707–1714.

Bandura A. (1997). Self-efficacy: the exercise of control. New York: Freeman

P. Brest (2010). «The Power of Theories of Change». Stanford Social Innovation Review Spring.

Bandura, A. (Ed.) (1995). Self-efficacy in changing societies. New York: Cambridge
University Presse.

Godin, G. (1994a). Social Cognitive Models. In R. K. Dishman, (Ed.), Advances in Exercise Adherence. Champaign, Illinois: Human Kinetics.

Masser BM., White KM., and Hyde MK., Terry DJ. (2008) The psychology of blood donation: current: research and future directions. Transfuse Med Rev.; Jul; 22 (3):215-233

Dzewaltoski, D. A., Noble, J. M., & Shaw, J. M. (1990). Physical activity participation: Social cognitive theory versus the theories of reasoned action and planned behavior. 12, 388-405.

Armitage, C. J., Conner, M., Loach, J., & Willettw, D. (1999). Different perceptions of control. Applying an extended theory of planned behavior to legal and illegal drug use. Basic and Applied Social Psychology, 21, 301-316.

Nguyen, D.D., DeVita, D.A., Hirscher, N.V. and Murphy, E.L. (2008). Blood donor 249 satisfaction and intention to future donation. Transfusion: 48, 742-748.

Parasuramanetal, 1985.

Dhingra D.N., (2002). Blood safety in the developing world and who initiative. Vox Sanguinis, 83;173-177

Council of Europe: (2003). Recommendation No. R (95)15. Guide to the Preparation, Use and Quality Assurance of Blood Components, 9th edn. Strasbourg, France, Council of Europe Publishig, (ISBN92-871 `-5075-3)

Gillespie, T.W. και Hillyer, C.D. (2001) Αιμοδότες και παράγοντες που επηρεάζουν την απόφαση αιμοδοσίας. Μεταγγίσεις Ιατρική Κριτικές, 16, 115-130.

Suen LKP, et al. BMJ Ανοιχτό. 2020. PMID: 31959604 Δωρεάν άρθρο PMC Transfus Apher Sci. 2016 Απρ. 54 (2): 303-8.
doi: 10.1016 / j. transci.2015.11.001. Epub 2015 1 Δεκεμβρίου

Sojka, B.N., & Sojka, P., (2003).Η εμπειρία της αιμοδοσίας αντιληπτός σωματικός, ψυχολογικός και κοινωνικός αντίκτυπος της αιμοδοσίας στον δότη. Πρώτη δημοσίευση 28/2/2003. doi: 10.1016/j.transci.2015.11.001. Epub 2015 Dec 1

Pan Afr Med J.2014 22 Απριλίου 17: 306. doi:10.11604 / pamj.2014.17.306.2663. eCollection 2014.

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18572097/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31959604/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17894795/

Πίνακας 1.
ΦΥΛΟ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΑ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΑΝΔΡΑΣ	294	70, 7	70, 7	70, 7
	ΓΥΝΑΙΚΑ	122	29, 3	29, 3	100, 0
	Total	416	100, 0	100, 0	

Πίνακας 2.
ΗΛΙΚΙΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΑ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18-35	137	32, 9	32, 9	32, 9
	36-50	213	51, 2	51, 2	84, 1
	51-65	66	15, 9	15, 9	100, 0
	Total	416	100, 0	100, 0	

Πίνακας 3.
ΕΙΣΤΕ ΕΘΕΛΟΝΤΗΣ ΑΙΜΟΔΟΤΗΣ;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	345	82, 9	82, 9	82, 9
	ΟΧΙ	71	17, 1	17, 1	100, 0
	Total	416	100, 0	100, 0	

Πίνακας 4.
Communalities ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ ΔΟΤΩΝ ΑΙΜΑΤΟΣ

	Initial	Extraction
ΣΑΣ ΔΟΘΗΚΑΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ?	1.000	.993
ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ	1.000	.684
ΤΡΟΠΟΣ ΛΗΨΗΣ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ	1.000	.717
ΤΡΟΠΟΣ ΑΙΜΟΛΗΨΙΑΣ	1.000	.683
ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΗΝ ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΙΜΟΛΗΨΙΩΝ	1.000	.816
ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ ΧΩΡΟΥ	1.000	.817
ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΠΟΥ ΣΑΣ ΔΟΘΗΚΑΝ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΙΜΟΛΗΨΙΑ	1.000	.731
ΘΑ ΞΑΝΑΔΩΣΕΤΕ ΑΙΜΑ?	1.000	.809
ΠΩΣ ΗΤΑΝ Η ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ?	1.000	.750
	1.000	.777

Πίνακας 5.
Rotated Component Matrix[a]
ΑΙΜΟΔΟΤΙΚΗ ΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

	Component	
	1	2
ΣΑΣ ΔΟΘΗΚΑΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ?	-.019	.996
ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ	.824	-.070
ΤΡΟΠΟΣ ΛΗΨΗΣ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ	.846	.047
ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΠΟΥ ΣΑΣ ΔΟΘΗΚΕ ΓΙΑ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ - ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΕΙΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΑΙΜΟΛΗΨΙΑ	.826	.039
ΤΡΟΠΟΣ ΑΙΜΟΛΗΨΙΑΣ	.903	.013
ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΗΝ ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΙΜΟΛΗΨΙΩΝ	.903	-.047
ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ ΧΩΡΟΥ	.850	-.094
ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΠΟΥ ΣΑΣ ΔΟΘΗΚΑΝ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΙΜΟΛΗΨΙΑ	.899	.018
ΘΑ ΞΑΝΑΔΩΣΕΤΕ ΑΙΜΑ?	.866	-.003
ΠΩΣ ΗΤΑΝ Η ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ?	.879	-.063

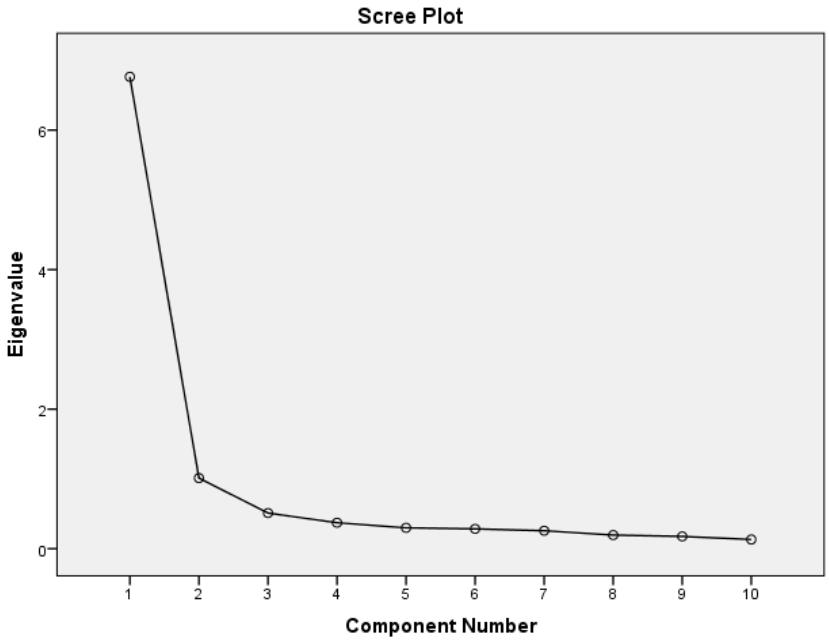
Total Variance Explained

Πίνακας 6.

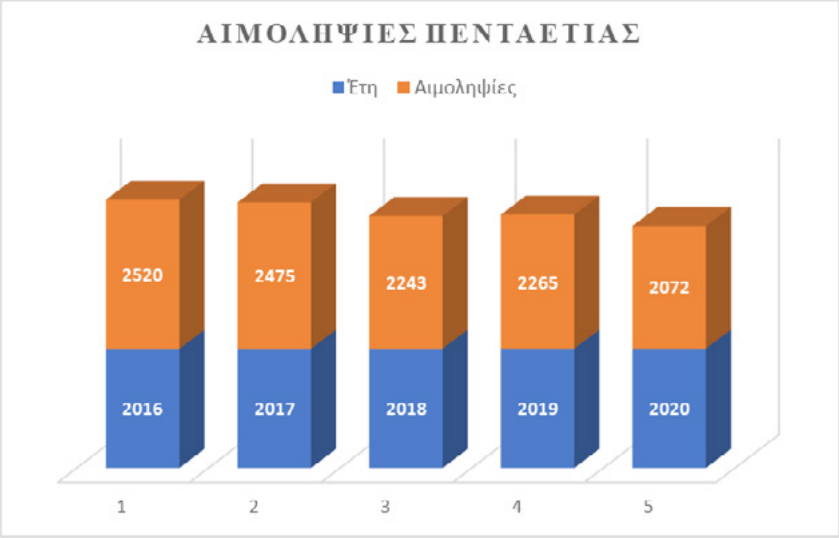
Component	Initial Eigen values			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	6.778	45.189	45.189	6.778	45.189	45.189	6.767	45.110	45.110
2	1.436	9.571	54.761	1.436	9.571	54.761	1.439	9.593	54.704
3	1.133	7.554	62.314	1.133	7.554	62.314	1.114	7.428	62.132
4	1.032	6.880	69.195	1.032	6.880	69.195	1.059	7.063	69.195
5	.938	6.253	75.448						
6	.845	5.636	81.084						
7	.670	4.465	85.549						
8	.494	3.296	88.845						
9	.369	2.457	91.303						
10	.294	1.957	93.260						
11	.272	1.815	95.075						
12	.253	1.685	96.759						
13	.184	1.228	97.988						
14	.172	1.150	99.137						
15	.129	.863	100.000						

Πίνακας 7.

ScreenPlot



Πίνακας 8
ΑΙΜΟΛΗΨΙΕΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑΣ



Πίνακας 9.
ΓΝΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΙΜΟΔΟΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΑΙΜΟΛΗΨΙΑΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΜΑΛΛΟΝ ΚΑΚΕΣ	21	32, 7	32, 7	32, 7
	ΑΔΙΑΦΟΡΕΣ	136	50, 0	50, 0	82, 7
	ΜΑΛΛΟΝ ΚΑΛΕΣ	208	5, 0	5, 0	87, 7
	ΠΟΛΥ ΚΑΛΕΣ	37	8, 9	8, 9	96, 6
	ΑΡΙΣΤΕΣ	13	3, 1	3, 1	99, 8
	66, 00	1	, 2	, 2	100, 0
	Total	416	100, 0	100, 0	

Πίνακας 10.
ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΔΙΝΟΝΤΑΣ ΑΙΜΑ;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5, 00	212	51, 0	51, 0	51, 0
	6, 00	204	49, 0	49, 0	100, 0
	Total	416	100, 0	100, 0	

Πίνακας11.
ΘΑ ΔΙΝΑΤΕ ΑΙΜΑ ΕΠΕΙΔΗ ΣΑΣ ΖΗΤΗΘΗΚΕ;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5, 00	280	67, 3	67, 3	67, 3
	6, 00	136	32, 7	32, 7	100, 0
	Total	416	100, 0	100, 0	

RESEARCH ARTICLE

The expectations of voluntary blood donors and the motivation for continued blood donation action

Theodora Kamberi[1], Maria Kipouropoulou[2]

1. Nurse, responsible for the blood donation department of the General Hospital of Florina.
2. Nurse, MSc. Education Office of the General Hospital of Florina

ABSTRACT

Introduction: Investing in maintaining the trust of blood donors, the safety of blood and blood products and the effectiveness of health professionals is vital because it can enhance the attraction of donors.

Purpose: The main purpose of this research is to highlight the most prevalent motivational factors of blood donation.

Methodology: A mixed research project was conducted after quantitative and qualitative methodologies were used in the blood donation unit of the hospital with a sample of 416 blood donors, volunteers and non-volunteers. Research questionnaires were formulated for the year 2020.The data was collected in the form of a specially designed questionnaire. The statistical analysis was performed with the software program Statistical Package for Social Sciences (IBMSPSS), version 22.0.

Results: In a percentage of 70.7%, the majority of blood donors were men, aged 36-50 years old. The evaluation of the study results showed that the blood donors were volunteers in a percentage of 82.95%, while the remaining percentage of 17.1% were urged to donate blood, due to a need of a relative.

Conclusions: The findings of the study show the need for substantial interventions, application of better techniques and approach methods as well as maintenance of blood donors. The urge of people to donate blood constitutes a procedure of great importance which requires constant efforts. The sufficiency of blood is ensured only with constant, systematic blood donors.

Key words: Blood donor, attracting blood donors, ongoing motivation for blood donation

Corresponding author: Maria Kipouropoulou
e-mail: marikip@hotmail.com

Date of submission: 23/04/2021
Publication date: September 2022

Citation: Kamberi T. & Kipouropoulou M. (2022). The expectations of voluntary blood donors and the motivation for continued blood donation action. Hellenic Journal of Nursing Science 15(3), https://doi.org/10.24283/hjns.202233

RESEARCH ARTICLE

Scheduled screening of patency of permanent central venous dialysis catheters

Dimitra Giannaraki[1], Konstantinos Mavromatidis[2]

1. Nurse, Renal Department, Gen. Hospital of Komotini, Greece
2. Director Renal Unit «Dimocrition», Komotini, Greece

ABSTRACT

Background: The number of hemodialysis patients is being increased year by year throughout the world, due to the increase in the life expectancy of the population, as well as the increase in incidences of hypertension and diabetes among them, but also due to the fact that many of the patients with heart and renal failure are now being dialyzed. Hemodialysis requires vascular access. But diabetics, hypertensives, as well as the elderly patients, usually have no vessels (arteries and veins) capable enough to give a satisfactory blood flow via a fistula, so the catheter is the only choice.

Objective-Design: A well-functioning catheter is a prerequisite for the quality of the clearance provided. In the present study, control of the catheter patency was performed in a monthly basis. If the blood supply remained high (at least >300 ml/min) the catheter was considered to function satisfactorily.

Participants-Results: The study examined the patency of permanent dialysis catheters in 34 patients (19F, 15M). The catheter survival was found to be good in all cases (100%) with a blood supply of at least >300 ml/min for 17 months. Furthermore, 75% of the catheters had a good blood supply for 20 months, while 6 catheters survived with good function for 25 months and continue to operate satisfactorily even now.

Conclusion: The study found out that the method of controlling the patency of permanent dialysis catheters was easy and efficient for the timely detection of those that were malfunctioning and that the results from their use were satisfactory, compared to those of other researchers in the literature.

Key words: hemodialysis catheter dysfunction, patency hemodialysis catheter, permanent hemodialysis catheter

Corresponding author: Konstantinos Mavromatidis
e-mail: mavromatidisk@gmail.com

Date of submission: 15/03/2021
Publication date: September 2022

Editor's note: The authors are expressing their personal view in the present paper.

Citation: Giannaraki D. & Mavromatidis K. (2022). Scheduled screening of patency of permanent central venous dialysis catheters. Hellenic Journal of Nursing Science 15(3), https://doi.org/10.24283/hjns.202234

Highlights/key points

- **The catheter may be the only choice for hemodialysis patients such as diabetics, hypertensives, as well as the elderly patients, who usually have no vessels (arteries and veins) capable enough to give a satisfactory blood flow via a fistula**
- **The method of controlling the patency of permanent dialysis catheters was easy and efficient for the timely detection of those that were malfunctioning**
- **The results from their use were satisfactory, compared to those of other researchers in the literature**

INTRODUCTION

In the United States, due to inadequate planning in creating permanent vascular access (fistula), most patients (>80%) are begin dialysis using catheters. Similarly, in Canada over 70% of patients with end-stage renal disease (ESRD) are begin dialysis with central venous catheterization (while 33% continue to be dialyzed with double lumen catheters) (Mendelssohn et al 2006), despite the recommendations of K/DOQI that only 10% of patients should be dialyzed with a permanent dialysis catheter (Vascular Access 2006 Work Group 2006). For a variety of reasons, the number of catheterized patients has been increased, which is the cause of increased complications (thrombosis, infections and reduced provided clearance), as well as the cause of higher mortality and increased costs of ESRD (Allon et al 1998, Arnold 2000).

The aim of the study was to investigate each dysfunctional catheter in time, in order to mobilize the respective team of doctors/nurses and to restore the patient's vascular access as soon as possible, for the seamless continuation of extrarenal dialysis.

PATIENTS - METHODS

Patients

All dialyzed patients in our unit who had a permanent central venous catheter were included in the study. A total of 34 dialyzed patients (19F, 15M) with ESRD were studied. Their average age was 75.24 years (range 22-92 years).

Thirty (30) patients underwent conventional dialysis and four (4) were on on-line HDF, with polysulfone (n = 30) and polymerized polyester (n = 4) filters. The surface area of the filters was 2.1 m^2 (n = 4), 2 m^2 (n = 29) and 1.8 m^2 (n = 1), while the heparin that we used during the dialysis session was of low molecular weight (n = 33), at a dose of 2, 500-3, 500 IU/session or classic (n = 1), at a dose of 2, 000 IU at the begging followed by 1, 000 IU/hourly. The filter was heparinized with 5, 000 IU of classic heparin/L.

Methods

In patients, the catheter tubes were closed after the end of each session with classic heparin (1, 000 IU/ml). The patency of the catheters was checked every month (or when necessary in cases of emergency), in order to be on time determining the proper or improper function of the catheters. Setting the blood pump to 600 ml/min for 5 min, if the flow remained high (at least >300 ml/min and the [negative] blood pressure was <-250 ml/min), the catheter was considered to be in a good condition. This is a common procedure in the management of patients undergoing dialysis. As a result, potentially dysfunctional catheters were detected early (blood supply <300 ml/min), before low clearance problems occurred in the patient.

In cases of catheter dysfunction, suction was performed initially, followed by injection of 0.9% NaCl into the lumen to remove a possible clot. If patency was not restored, 1 mg of recombinant tissue plasminogen activator (tPA) (Actylise) was placed in the lumen, which was left to act for 1 hour. An attempt was then made to remove the solution and check the lumen patency and blood supply. If tPA could not be aspirated, the contents of the tube were injected into the circulation with a syringe and the catheter was closed again with tPA (1 mg/tube) until the next use (usually the following day).

The catheter that was malfunctioning and had a constant blood supply <300 ml/min, in a short time (usually within 1-2 days), was replaced with a new one in the same or a different vein.

Statistics

The statistical analysis was performed with SPSS 2019 V26. The viability of the catheter was checked over time (Kaplan-Meier). During the analysis, patients who ended up with a working catheter, patients that changed a dialysis method (peritoneal), those that had a transplant or those that were transferred to another renal unit with a working catheter, all were considered to have a good functionally catheter.

RESULTS

Satisfactory patency of all catheters (100%) with the method described above (blood supply at least >300 ml/

min) was confirmed for 17 months. Furthermore, 75% of the catheters had a good supply for 20 months, while 6 catheters survived with efficient operation for 25 months and continue to be in a satisfactory condition. Figure 1, shows the catheter survival in a Kaplan Meier format.

DISCUSSION

According to the K/DOQI guidelines, only 10% of patients under dialysis should have a permanent dialysis catheter (Vascular Access 2006 Work Group 2006). However, in clinical practice that is impossible. Therefore, many patients are dialyzed with permanent central venous hemodialysis catheters, for various reasons including inability to create a fistula due to lack of satisfactory veins or arteries, heart failure etc., shouldering the consequences of their use, which are plenty and serious.

Permanent venous dialysis catheter dysfunction is a common problem in dialysis patients with catheter infections being another very important complication of their use. The removal or replacement of 50% of the catheters is caused by these two complications.

A catheter is considered to malfunction if its blood supply is on average <300 ml/min during a dialysis session (Vascular Access 2006 Work Group 2006), so that adequate clearance is not provided (others consider catheter malfunction when the maximum blood flow is <200 ml/min for at least 30 min or when the maximum blood flow is <250 ml/min during two consecutive dialysis sessions) (Wang et al 2015).

Catheter dysfunction can be caused either by complete occlusion of the lumen (in which case the session is not possible to be completed as planned) or of partial occlusion (due to fibrin deposition in the lumen, occlusion of its lateral holes and nostrils by clots or due to pericatheter sheath). It is noted that clots form and are located, both in the lumen and the surroundings of the catheter (Besarab & Pandey 2011).

The most important causes of catheter dysfunction include the formation of a thrombus (intralumen or extralumen), pericatheter sheath or a combination of those causes. In particular, in cases of sheath in dogs, in the inner jugular vein of which a catheter was placed, it was found within 14-28 days, that all had a sheath, which of course did not reach to the tip of the catheter, and in some cases thickening of the inner layer of the vein was observed (Wang et al 2015). The sheath consists of endothelial cells, smooth muscle cells, fibrinogen, albumin, lipoprotein, collagen (Beathard 2001) and surrounds the catheter (Lee et al 2011). This appeared to be generated from the first 24 hours of implantation, entered from the exit point or the cuff and showed a tendency to migrate down the catheter, covering the catheter and the holes of tip within 3-7 days (Crain et al 1998), leading to malfunction and reduced clearance. This is responsible for 13-75% of dysfunctional catheters (Goldberg et al 1985, Terotosa et al 1997, Crain et al 1998).

The sheath is the response of the organism to the foreign body, which irritates the vascular wall (Schon & Whittman 2003). As a result, it surrounds the catheter, starting at the site of catheter entry till the tip (Dinwiddie 2004). In a randomized controlled trial by Oliver et al. 70% of patients with catheter dysfunction had a fibrous sheath (Oliver et al 2007), as was also observed by other researchers (Chan 2008).

Thrombi are the other most common cause of occlusion of dialysis catheters (some claim that they are responsible for 46% of malfunctioning catheters) (Terotosa et al 1997) and are an independent factor associated with the optimum dialysis clearance (Sehgal et al 1998). It is noted that thrombi can move to the right atrium and the superior vena cava, but can also reach the lung (pulmonary embolism) (Shapiro et al 2002). Risk factors for blood clots include hypovolemia, hypotension, hypercoagulopathy, injury of the vein from catheter entry, bad positioning of the catheter tip and administration of drugs through the catheter or parenteral nutrition (Deitcher et al 2002).

In a study of 75 patients, over a period of 26 weeks (6.5 months), 87% of catheters (CentrosFlo) had a blood supply >300 ml/min (Agarwal et al 2016). In another study (n=472 patients), where catheter dysfunction was defined as a mean blood flow <250 ml/min, it was shown that the catheters in the right internal jugular vein had a good blood flow of 51% for 26 weeks. The study also found satisfactory catheter patency for all catheters up to 202 days (Shingarev et al 2013). Furthermore, the study by Rocklin et al. reported that 50% of permanent dialysis catheters had a good mean catheter patency of 3 months (Rocklin et al 2001). In our study, 100% of the catheters had a good blood supply (>300 ml/min) for about 17 months. Finally, from all the studies in comparison to our results, it seems that the maintenance of catheter patency was significantly better in our patients.

Early detection of catheter dysfunction is important. Its purpose is to provide a safe and satisfactory blood supply. Thus, a dysfunctional catheter can be easily assessed in the patient's bed. Indications for its dysfunction are the reduction of blood supply (<300 ml/min) as well as negative blood arterial pressure (<-250 mmHg). In a malfunctioning catheter the monthly urea reduction rate (URR=urea reduction rate) is <65% and the Kt/V<1.2.

Of course, the catheter malfunction is perceived by the reduced blood supply, the frequent sound of alarms

(arterial or venous pressure) and the poor efficiency of dialysis based on the URR and Kt/V. As a result of those, reduced attributed clearance is observed, which in turn may affect the patient's quality of life and survival rate.

Although the blood supply achieved now with permanent dialysis catheters may increase, the doses of clearance they deliver continue to be lower than those achieved with fistula or vascular grafts. This may be related to a lower blood supply and a higher number of catheter-related complications (infections, malfunctions) (Moist et al 2006), causes that may reduce the survival rate of the patients.

In fact, it is known that an additional clearance time of 30-60 min is required after the completion of the session with a catheter in order to achieve the same Kt/V in comparison to a fistula (Maduell et al 2008). This is particularly important, given that the average age of hemodialysis patients is gradually increasing (80% of whom are over 65 years old), which means that there is a need for dialysis catheters to be used more frequently.

If though the blood supply from the catheter is not sufficient, then the given clearance is even lower. However, Moist et al. who studied 259 dialyzed patients with permanent catheters, found a reduced blood supply (<300 ml/min) in 22.2% of the cases, not all of whom had URR <65% (Moist et al 2006).

The study showed that the method of controlling the patency of permanent dialysis catheters is efficient for the timely detection of those that malfunction and that the results from their use are very satisfactory compared to those in the literature.

Conflict of interest: The authors declare that they have no conflict of interest.

Contribution of the authors: D. G.: conception and design of the study and analysis and interpretation of the data. K. M.: drafting the article and final approval of the version to be submitted.

REFERENCES

Agarwal A.K., Ash S.R., Principal Investigators of the CentrosFLO Trial (2016). Maintenance of blood flow rate on dialysis with self-centering CentrosFLO catheter: A multicenter prospective study. Hemodial Intern 20, 501-509.

Allon M., Bailey R., Ballard R., et al (1998). A multidisciplinary approach to hemodialysis access: prospective evaluation. Kidney Int 53, 473-479.

Arnold W.P. (2000). Improvement in hemodialysis vascular access outcomes in a dedicated access center. Semin Dial 13, 359-363.

Beathard G.A. (2001). Catheter thrombosis. Semin Dial 14, 441-445.

Besarab A. & Pandey R. (2011). Catheter management in hemodialysis patients: delivering adequate flow. Clin J Am Soc Nephrol 6(1), 227-234.

Chan M.R. (2008). Hemodialysis central venous catheter dysfunction. Semin Dial 21(6), 516-521.

Crain M.R., Horton M.G., Mewissen M.W. (1998). Fibrin sheaths complicating central venous catheters. Am J Radiol 171, 341-346.

Deitcher S.R., Fesen M.R., Kiproff P.M., et al (2002). Cardiovascular thrombolytic to open occluded lines-2 investigators. Safety and efficacy of alteplase for restoring function in occluded central venous catheters: results of the cardiovascular thrombolytic to open occluded lines trial. J Clin Oncol 20, 317-324.

Dinwiddie L.C. (2004). Managing catheter dysfunction for better patient outcomes: a team approach. Nephrol Nurs J 31, 653-660.

Dowling K., Sansivero G., Stainken B., et al (2004). The use of tissue plasminogen activator infusion to re-establish function of tunneled hemodialysis catheters. Nephrol Nurs J 31, 199-200.

Goldberg J.P., Contiguglia S.R., Mishell J.L., et al (1985). Intravenous streptokinase for thrombolysis of occluded arteriovenous access. Arch Intern Med 145, 1405e1408.

Lee T., Mokrzycki M., Moist L., et al (2011). Standardized definitions for hemodialysis vascular access. Semin Dial 24, 515-524.

Maduell F., Vera M., Arias M., et al (2008). How much should dialysis time be increased when catheters are used? Nefrologva 6, 633-636.

Mendelssohn D.C., Ethier J., Elder S.J., et al (2006). Haemodialysis vascular access problems in Canada: Results from the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS II). Nephrol Dial Transplant 21, 721-728.

Moist L.M., Hemmelgarn B.R., Lok C.E. (2006). Relationship between blood flow in central venous catheters and hemodialysis adequacy. Clin J Am Soc Nephrol 1, 965-971.

Vascular Access 2006 Work Group (2006). Clinical practice guidelines for vascular access, 2006. Am J Kidney Dis 48, S248-S257.

Oliver M.J., Mendelssohn D.C., Quinn R.R., et al (2007). Catheter patency and function after catheter sheath disruption: a pilot study. Clin J Am Soc Nephrol 2, 1201-1206.

Rocklin M.A., Dwight C.A., Callen L.J., et al (2001). Comparison of cuffed tunneled hemodialysis catheter survival. Am J Kidney Dis 37, 557-563.

Schon D. & Whittman D. (2003). Managing the complications of long-term tunneled dialysis catheters. Semin Dial 16(4), 314-322.

Seddon P.A., Hrinya M.K., Gaynord M.A., et al (1998). Effectiveness of low dose urokinase on dialysis catheter thrombolysis. ASAIO J 44, M559-M561.

Sehgal A.R., Snow R.J., Singer M.E., et al (1998). Barriers to inadequate delivery of hemodialysis. Am J Kidney Dis 31, 593-601.

Shapiro M.A., Johnson M., Feinstein S.B. (2002). A retrospective experience of right atrial and superior vena caval thrombi diagnosed by transesophageal echocardiography. J Am Soc Echocardiogr 15, 76-79.

Shingarev R., Barker-Finkel J., Allon M. (2013). Natural history of tunneled dialysis catheters placed for hemodialysis initiation. J Vasc Interv Radiol 24, 1289-1294.

Stas K.J., Vanwalleghem J., De Moor B., et al (2001). Trisodium citrate 30% vs heparin 5% as catheter lock in the interdialytic period

in twin- or double-lumen dialysis catheters for intermittent haemodialysis. Nephrol Dial Transplant 16, 1521-1522.

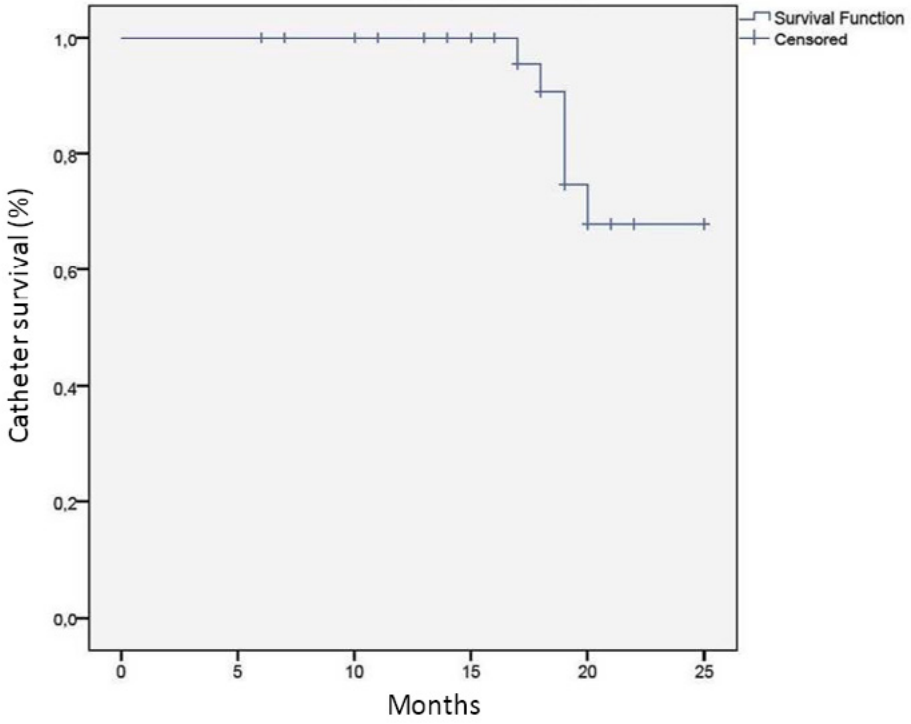
Svoboda P., Barton R.P., Barbarash O.L., et al (2004). Recombinant urokinase is safe and effective in restoring patency to occluded central venous access devices: a multiple-center, international trial. Crit Care Med 32, 1990-1996.

Terotosa S.O., Johnson M.S., Harris V.J., et al (1997). Outcome of tunnelled haemodialysis catheters placed via the right internal jugular vein by interventional radiologists. Radiology 203(2), 489e495.

Wang L.H., Wei F., Jia L., et al (2015). Fibrin sheath formation and intimal thickening after catheter placement in dog model: role of hemodynamic wall shear stress. J Vasc Access 16(4), 275-284.

Zacharias J.M., Weatherston C.P., Spewak C.R., et al (2003). Alteplase versus urokinase for occluded hemodialysis catheters. Ann Pharmacother 37, 27-33.

Figure 1:
Months of catheter survival



Κυστεοκολπικά συρίγγια: Διάγνωση και αντιμετώπιση

Κωνσταντίνος Ζαχαρής[1], Χριστίνα Ι. Μεσσήνη[1]

1. Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το κυστεοκολπικό συρίγγιο αποτελεί ανώμαλη επικοινωνία μεταξύ της ουροδόχου κύστης και του κόλπου. Σκοπός της μελέτης είναι η περιγραφική ανασκόπηση της μέχρι τώρα βιβλιογραφίας σχετικά με τις διαγνωστικές και θεραπευτικές προσεγγίσεις των κυστεοκολπικών συριγγίων. Έγινε αναζήτηση βιβλιογραφίας μέσω PubMed, με τη μέθοδο της συνδυασμένης αναζήτησης, χρησιμοποιώντας ως λέξεις κλειδιά: "vaginal fistula", "vesicovaginal fistula", "urogenital fistula" και συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση 29 άρθρα. Από τη μελέτη μας συμπεραίνουμε ότι απαιτούνται πολυδύναμες θεραπευτικές στρατηγικές στη φροντίδα ασθενών με κυστεοκολπικό συρίγγιο. Όταν χρησιμοποιείται μια συνδυασμένη αντιμετώπιση, απαρτιζόμενη από γυναικολόγους και ουρολόγους, δεν μπορεί παρά να επέλθει βελτίωση της ποιότητας ζωής. Ωστόσο, απαιτούνται περισσότερες και μεγαλύτερου μεγέθους τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες οι οποίες να συγκρίνουν τις θεραπευτικές προσεγγίσεις των κυστεοκολπικών συριγγίων.

Λέξεις Κλειδιά: διάγνωση, θεραπεία, κυστεοκολπικό, συρίγγιο

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Κωνσταντίνος Ζαχαρής
e-mail: zaxarisk@yahoo.com

Ημερομηνία υποβολής: 10/06/2020
Ημερομηνία δημοσίευσης: Σεπτέμβριος 2022

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

Αναφορά του άρθρου ως: Ζαχαρής Κ. & Μεσσήνη Χ. Ι. (2022). Κυστεοκολπικά συρίγγια: Διάγνωση και αντιμετώπιση. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης 15(3), https://doi.org/10.24283/hjns.202235

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Το κυστεοκολπικό συρίγγιο ορίζεται ως ανώμαλη επικοινωνία μεταξύ της ουροδόχου κύστης και του κόλπου, με αποτέλεσμα τη συνεχή και ακούσια απώλεια ούρων μέσω του κόλπου**
- **Τα αίτια των κυστεοκολπικών συριγγίων είναι μαιευτικά, χειρουργικά, μετά από ακτινοβολία, σχετιζόμενα με νεοπλασία, με πιο συχνή αιτία τον εργώδη τοκετό**
- **Η διάγνωση των κυστεοκολπικών συριγγίων απαιτεί λεπτομερές ιστορικό και ενδελεχή κλινική εξέταση της ασθενούς**
- **Επιπρόσθετες διαγνωστικές εξετάσεις όπως η κυστεοσκόπηση με ή χωρίς ταυτόχρονη ενδοσκόπηση κόλπου, η κυστεο-ουρηθρογραφία, η ουρογραφία και η απεικόνιση με μαγνητική ή αξονική τομογραφία, μπορούν να βοηθήσουν στην περαιτέρω αξιολόγηση του συριγγίου και στον σχεδιασμό του θεραπευτικού πλάνου**
- **Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις περιλαμβάνουν χειρουργικές και μη χειρουργικές μεθόδους, αναλόγως της σοβαρότητας και της εντόπισης του κυστεοκολπικού συριγγίου**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το συρίγγιο ορίζεται ως ανώμαλη επικοινωνία μεταξύ δύο επιθηλιοποιημένων επιφανειών, το οποίο μπορεί να σχηματιστεί μετά από τραυματισμό ή φλεγμονή. Τα συρίγγια μπορούν να αναπτυχθούν μεταξύ του γεννητικού συστήματος της γυναίκας (κόλπος, σώμα μήτρας) και του γαστρεντερικού σωλήνα (λεπτό ή παχύ έντερο), του ουροποιητικού συστήματος (ουροδόχος κύστη, ουρήθρα, ουρητήρες) ή του δέρματος [Brown et al 2012]. Τα συρίγγια της πυέλου αποτελούν σύνθετες καταστάσεις της ανθρώπινης υγείας, που μπορεί να επηρεάσουν σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα ζωής των ασθενών που τα αντιμετωπίζουν.

Το κυστεοκολπικό συρίγγιο είναι μία ανώμαλη επικοινωνία μεταξύ της ουροδόχου κύστης και του κόλπου, με αποτέλεσμα τη συνεχή και ακούσια απώλεια ούρων μέσω του κόλπου [Malik et al 2018]. Είναι από τις πιο ενοχλητικές και κοινωνικά άβολες καταστάσεις μεταξύ των γυναικών και εμφανίζεται συνηθέστερα ως αποτέλεσμα μαιευτικού ή γυναικολογικού τραυματισμού, επηρεάζοντας δυσμενώς την ποιότητα ζωής [Stamatakos et al 2014]. Η συχνότητα εμφάνισης των κυστεοκολπικών συριγγίων είναι σπάνια στον ανεπτυγμένο κόσμο. Ωστόσο, ο επιπολασμός τους στις αναπτυσσόμενες και υπανάπτυκτες χώρες είναι δραστικά μεγάλος. Οι εκτιμήσεις δείχνουν ότι 30.000-130.000 νέες περιπτώσεις κυστεοκολπικών συριγγίων παρουσιάζονται κάθε χρόνο μόνο στην Αφρική. Έχει αναφερθεί ότι, στις υπανάπτυκτες χώρες τουλάχιστον 3 εκατομμύρια γυναίκες εμφανίζουν ένα μη-θεραπευμένο κυστεοκολπικό συρίγγιο [Wall et al 2006].

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Οι αιτίες των κυστεοκολπικών συριγγίων ποικίλουν και μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε μαιευτικές, χειρουργικές, μετά από ακτινοβολία, σχετιζόμενες με νεοπλασία και διάφορες [Stamatakos et al 2014].

Η πιο συχνή αιτία δημιουργίας κυστεοκολπικών συριγγίων είναι ο εργώδης τοκετός. Το κυστεοκολπικό συρίγγιο που οφείλεται σε παρατεταμένο και εργώδη τοκετό, είναι αποτέλεσμα μαζικού τραυματισμού της περιοχής λόγω συμπίεσης από την προβάλλουσα μοίρα του εμβρύου. Στις υπανάπτυκτες χώρες, πάνω από 90% των κυστεοκολπικών συριγγίων είναι μαιευτικής αιτιολογίας [Hilton 2001]. Στο βιομηχανοποιημένο κόσμο, η κυριότερη αιτία (>75%) των κυστεοκολπικών συριγγίων είναι ο τραυματισμός της ουροδόχου κύστης κατά τη διενέργεια γυναικολογικής, ουρολογικής ή άλλης χειρουργικής επέμβασης στην πύελο. Ο χειρουργικός τραυματισμός στο κατώτερο τμήμα του ουροποιητικού συστήματος συμβαίνει συνήθως κατά τη διενέργεια υστερεκτομής ή μπορεί να είναι απότοκος χειρουργικών παρεμβάσεων όπως πρόσθιας κολπορραφίας, αποκατάστασης κυστεοκήλης ή άλλων ουρολογικών επεμβάσεων [Armenakas et al 2004].

Το 3 με 5 % των κυστεοκολπικών συριγγίων σχηματίζονται ως αποτέλεσμα τοπικά προχωρημένης κακοήθειας στην πύελο. Οι τρεις κυριότερες μορφές κακοήθειας που έχουν συσχετιστεί με δημιουργία κυστεοκολπικών συριγγίων, όταν η νόσος έχει πλέον επεκταθεί, είναι ο καρκίνος του τραχήλου, του κόλπου και του ενδομητρίου. Τα οφειλόμενα σε ακτινοβολία συρίγγια είναι δυνατόν να εμφανιστούν μετά από πολλά χρόνια από την ακτινοθεραπεία [Stamatakos et al 2014]. Η επακόλουθη ίνωση σε συνδυασμό με την οζώδη αρτηρίτιδα και την μειωμένη παροχή αίματος, οδηγεί σε ιστική νέκρωση, κυτταρική απόπτωση και τελικά στο σχηματισμό συριγγίου [Davila 2006].

Άλλες αιτίες κυστεοκολπικών συριγγίων αποτελούν η χρήση ουρολογικών ή γυναικολογικών εργαλείων (εφαρμογή μεταλλικών εμβρυουλκών, βιοψία ουροδό-

χου κύστης με βελόνη), οι οπισθοπεριτοναϊκές ή διαδερμικές παρεμβάσεις στην περιοχή οι λοιμώξεις και οι φλεγμονώδεις νόσοι. Επιπλέον, ένα ξένο σώμα μπορεί να οδηγήσει στο σχηματισμό κυστεοκολπικού συριγγίου, όπως ένας παραμελημένος κολπικός πεσσός. Τέλος, ο τραυματισμός κατά τη σεξουαλική επαφή η εξωτερική βία και οι laser επεμβάσεις στον κόλπο έχουν αναφερθεί ως αιτίες [Davila 2006].

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η τυπική κλινική εικόνα του κυστεοκολπικού συριγγίου είναι η συνεχής και ακούσια απώλεια ούρων μέσω του κόλπου. Εάν το κυστεοκολπικό συρίγγιο είναι μικρό, τότε παρατηρείται εκροή υδαρούς περιεχομένου δια του κόλπου, η οποία ακολουθείται από κανονική κένωση της ουροδόχου κύστης [Davila 2006, Stamatakos et al 2014, Malik et al 2018].

Το σύνηθες χρονικό διάστημα, για την εμφάνιση των συμπτωμάτων, είναι 7 με 10 ημέρες μετά από χειρουργείο στην περιοχή της πυέλου. Μπορεί όμως να παρουσιαστούν άμεσα μετεγχειρητικά έως και 6 εβδομάδες αργότερα.

Εάν το κυστεοκολπικό συρίγγιο σχετίζεται με υστερεκτομή, μπορεί να εμφανισθεί στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο, μετά την αφαίρεση του ουροκαθετήρα, και συνήθως οφείλεται σε διεγχειρητικό τραυματισμό του τοιχώματος της ουροδόχου κύστης, ο οποίος δεν έγινε αντιληπτός και δεν αποκαταστάθηκε. Αν παρουσιαστεί μετά από 10 με 14 ημέρες, το κυστεοκολπικό συρίγγιο πιθανό να είναι αποτέλεσμα αιματώματος ή αποστηματοποίησης ράμματος του κολπικού κολοβώματος. Επιπλέον, ο χρόνος για την εμφάνιση ενός κυστεοκολπικού συριγγίου, μετά από ακτινοβολία της περιοχής, κυμαίνεται από μήνες έως και χρόνια [Davila 2006].

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΥΣΤΕΟΚΟΛΠΙΚΩΝ ΣΥΡΙΓΓΙΩΝ

Ένα πλήρες ιστορικό και μία ενδελεχής κλινική εξέταση είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για την αξιολόγηση των κυστεοκολπικών συριγγίων. Το ιστορικό πρέπει να περιλαμβάνει λεπτομέρειες του γυναικολογικού και μαιευτικού ιστορικού, ιστορικό χειρουργικών επεμβάσεων, κακοήθειας της πυέλου, ακτινοβολίας ή χρήσης κολπικού πεσσού. Η εξέταση της κοιλίας μπορεί να αποκαλύψει κοιλιακή ευαισθησία λόγω ουρητηρικής απόφραξης ή οπισθοπεριτοναϊκής εξαγγείωσης ούρων. Κατά τη γυναικολογική εξέταση, ο κόλπος θα πρέπει να επισκοπείται προσεκτικά με τη χρήση μητροσκοπίου. Αν είναι δύσκολο αυτή να διενεργηθεί στο ιατρείο, τότε η εξέταση πρέπει να διενεργείται υπό αναισθησία. Στην οξεία φάση του κυστεοκολπικού συριγγίου, ο βλεννογόνος του κόλπου είναι εξέρυθρος και με εικόνα φλεγμονής. Σε χρονίζοντα κυστεοκολπικά συρίγγια, μπορεί απλώς να παρατηρηθεί ένα χάσμα στον κολπικό βλεννογόνο. Κατά την επισκόπηση του τραχήλου, μπορεί να παρατηρηθεί κατακράτηση υγρού στο ανώτερο τμήμα του κόλπου ή στους κολπικούς θόλους [Mellano & Tarnay 2014]. Για την επιβεβαίωση της διαρροής ούρων, απαιτείται η μέτρηση ουρίας και κρεατινίνης στο υγρό που ανευρίσκεται στον κόλπο. Τα επίπεδα ουρίας και κρεατινίνης στα ούρα είναι πολλαπλάσια από τα επίπεδά τους στον ορό της ασθενούς. Επιπλέον, είναι απαραίτητη η δακτυλική εξέταση από το ορθό για ανάδειξη μάζας ή όγκου στην περιοχή της ελάσσονος πυέλου [Davila 2006].

ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΚΥΣΤΕΟΚΟΛΠΙΚΩΝ ΣΥΡΙΓΓΙΩΝ

Τα κυστεοκολπικά συρίγγια ταξινομούνται ως ακολούθως. Απλό ονομάζεται το κυστεοκολπικό συρίγγιο το οποίο είναι μικρό σε μέγεθος (≤0, 5 cm) και παρουσιάζεται ως μεμονωμένο, μη σχετιζόμενο με ακτινοβολία. Από την άλλη πλευρά, ως σύνθετο κυστεοκολπικό συρίγγιο θεωρείται το μεγάλο σε μέγεθος (≥2, 5 cm), το μη ανταποκρινόμενο στη θεραπεία και ακόμα συχνότερα τα οφειλόμενα σε χρόνιες παθήσεις ή ακτινοβολία. Τα κυστεοκολπικά συρίγγια μεσαίου μεγέθους (από 0, 5 έως 2, 5 cm) αντιμετωπίζονται επίσης ως σύνθετα [Stamatakos et al 2014, Malik et al 2018].

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Η ακριβής διάγνωση των κυστεοκολπικών συριγγίων απαιτεί, όπως προαναφέρθηκε, λεπτομερές ιστορικό και ενδελεχή κλινική εξέταση της ασθενούς. Εάν η αιτία της ακράτειας ούρων δεν είναι δυνατόν να διαγνωστεί, τότε μπορεί να χρησιμοποιηθεί η μέθοδος της διάτασης της ουροδόχου κύστης με κυανούν του μεθυλενίου και η ταυτόχρονη τοποθέτηση γάζας-ταμπόν στον κόλπο. Συγκεκριμένα, γίνεται καθετηριασμός της ουροδόχου κύστης και τοποθετούνται 100 ml διαλύματος κυανούν του μεθυλενίου και η ασθενής επανεξετάζεται δύο ώρες μετά· αν η γάζα έχει βαφτεί μπλε τίθεται η διάγνωση του κυστεοκολπικού συριγγίου. Η συνολική ευαισθησία και ειδικότητα της μεθόδου είναι άγνωστες και μια γάζα που δεν βάφεται δεν αποκλείει την ύπαρξη συριγγίου. Παράλληλα, η μέθοδος αυτή σε συνδυασμό με την από του στόματος χορήγηση φαιναζοπυριδίνης χρησιμοποιείται για τη διαφοροδιάγνωση του κυστεοκολπικού από του ουρητηροκολπικό συρίγγιο (double dye test). Ακολουθείται η διαδικασία που αναφέρθηκε προηγουμένως και ταυτόχρονα χορηγούνται στην ασθενή 400 mg υδροχλωρικής φαιναζοπυριδίνης. Εάν η γάζα χρωσθεί πορτοκαλί πρόκειται για ουρητηροκολπικό συρίγγιο [Mellano et al 2014, Malik et al 2018].

Κυστεοσκόπηση

Η κυστεοσκόπηση αποτελεί διαγνωστική μέθοδος πρώτης επιλογής για τους ουρολόγους, καθώς επιτρέπει τη χαρτογράφηση του κυστεοκολπικού συριγγίου και

αποτελεί σημαντικό εργαλείο για τον περαιτέρω σχεδιασμό του θεραπευτικού πλάνου. Με την κυστεοσκόπηση ταυτοποιείται η παρουσία του συριγγίου, αναγνωρίζεται το μέγεθός του και η σχέση του με το κυστικό τρίγωνο και τα ουρητηρικά στόμια [Malik et al 2018]. Η κυστεοσκόπηση είναι χρήσιμη στη διερεύνηση των μικρών κυστεοκολπικών συριγγίων, καθώς μπορεί να προωθηθεί ένας ουρητηρικός καθετήρας δια του συριγγίου για να εξετασθεί αν εξέρχεται από το κολπικό στόμιο [Stamatakos et al 2014]. Επιπλέον, είναι χρήσιμη και στη διάγνωση των σύνθετων συριγγίων όταν η πορεία του συριγγίου είναι δαιδαλώδης και με πολλαπλούς συριγγώδεις πόρους [Mellano et al 2014].

Τα κυστεοκολπικά συρίγγια που δημιουργούνται ως επιπλοκή της υστερεκτομής εντοπίζονται κατά την κυστεοσκόπηση τυπικά μεταξύ του πρόσθιου κολπικού θόλου και της μεσοουρητηρικής πτυχής. Τα κυστεοκολπικά συρίγγια που είναι απότοκα ακτινοβολίας για κακοήθεια της περιοχής ανευρίσκονται συνήθως στο ουραίο τμήμα του κυστικού τριγώνου και σε απόσταση από τη μεσοουρητηρική πτυχή. Στις περιπτώσεις κυστεοκολπικών συριγγίων σε έδαφος κακοήθειας κρίνεται απαραίτητη η λήψη βιοψιών κατά την κυστεοσκόπηση [Davila 2006].

Ταυτόχρονη ενδοσκόπηση κόλπου με κυστεοσκόπηση

Κατά τη διενέργεια της κυστεοσκόπησης, υπό αναισθησία, είναι δυνατόν να γίνει ταυτόχρονη ενδοσκόπηση του κόλπου. Αποτελεί μια εξειδικευμένη διαγνωστική προσέγγιση, η οποία επιτρέπει να αξιολογηθεί ταυτόχρονα το κολπικό στόμιο του συριγγίου. Επίσης, εκτιμάται ο κολπικός βλεννογόνος γύρω από το συρίγγιο για πιθανή κολπική αντιμετώπιση του συριγγίου μελλοντικά [Andreoni et al 2003].

Κυστεο-ουρηθρογραφία

Η ανιούσα κυστεο-ουρηθρογραφία και η κυστεο-ουρηθρογραφία κένωσης αποτελούν πρώτης γραμμής διαγνωστικά εργαλεία για τα κυστεοκολπικά συρίγγια. Η κυστεο-ουρηθρογραφία χρησιμοποιείται επίσης για τη διάγνωση των κυστεομητρικών και ουρηθροκολπικών συριγγίων [Yu et al 2004].

Ενδοφλέβια πυελογραφία (ουρογραφία)

Η ενδοφλέβια πυελογραφία μπορεί να διενεργηθεί κατά τη διαγνωστική προσέγγιση ενός κυστεοκολπικού συριγγίου. Στις ασθενείς με κυστεοκολπικό συρίγγιο, ένα ποσοστό 25% μπορεί να εμφανίζει ουρητηροϋδρονέφρωση, με ένα ποσοστό 10% να συνυπάρχει ουρητηροκολπικό συρίγγιο. Επομένως, η ενδοφλέβια πυελογραφία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη διάγνωση ενός συνυπάρχοντος ουρητηροκολπικού συριγγίου [Yu et al 2004, Davila 2006].

Διακοιλιακό υπερηχογράφημα

Το διακοιλιακό υπερηχογράφημα σε συνδυασμό με έγχρωμο Doppler αποτελεί ένα χρήσιμο διαγνωστικό εργαλείο στην αξιολόγηση και στη μετεγχειρητική παρακολούθηση των κυστεοκολπικών συριγγίων. Συγκεκριμένα, σε μία μελέτη συμπεριλήφθησαν 12 γυναίκες με αιφνίδιας έναρξης συνεχή ακράτεια ούρων. Διενεργήθηκε κοιλιακό υπερηχογράφημα μετά από πλήρωση της ουροδόχου κύστης με 100 έως 200 ml φυσιολογικό ορό για τον έλεγχο μικροφυσαλίδων στην ύποπτη περιοχή. Εν συνεχεία, ακολούθησε έγχυση σκιαγραφικού μέσου και με τη χρήση έγχρωμης Doppler υπερηχογραφίας μπορούσε να αποκαλυφθεί η ροή από το οπίσθιο τοίχωμα της ουροδόχου κύστης προς τον κόλπο, η οποία δημιουργούσε ένα μπλε «θόρυβο» (blue jet phenomenon). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι σε 11 από τις 12 ασθενείς που χρησιμοποιήθηκε το διακοιλιακό υπερηχογράφημα διαπιστώθηκε η ύπαρξη κυστεοκολπικού συριγγίου, ποσοστό επιτυχούς διάγνωσης 92% [Volkmer et al 2000].

Διακολπικό υπερηχογράφημα

Το διακολπικό υπερηχογράφημα μπορεί να απεικονίσει ξεκάθαρα την ακριβή εντόπιση, το μέγεθος και την πορεία του κυστεοκολπικού συριγγίου. Είναι μια διαδικασία καλά ανεκτή από την ασθενή, λιγότερο επικίνδυνη και παρέχει περισσότερες πληροφορίες συγκριτικά με άλλες συμβατικές μεθόδους. Παρόλα αυτά, εξαρτάται από την δεξιότητα του ιατρού και για τους μη εξοικειωμένους μπορεί να μην είναι εύκολη [Qureshi et al 2004].

Μαγνητική τομογραφία και αξονική τομογραφία

Η απεικόνιση με μαγνητική ή αξονική τομογραφία, μπορεί να μην είναι απαραίτητη για τη διάγνωση ενός κυστεοκολπικού συριγγίου, αλλά μπορεί να βοηθήσει στο σχεδιασμό της θεραπευτικής προσέγγισης. Στόχος των συγκεκριμένων απεικονιστικών εξετάσεων είναι να δώσουν στον κλινικό ιατρό μία σαφή εικόνα της ανατομικής θέσης και της πορείας του συριγγίου. Η μαγνητική συριγγογραφία αποτελεί μια εξειδικευμένη αλλά ακριβή μέθοδο, ενώ η ελικοειδής αξονική τομογραφία παρέχει ακριβή χαρτογράφηση της πορείας του συριγγίου, απαιτεί όμως τη χρήση ενδοφλέβιας σκιαγραφικής ουσίας [Malik et al 2018]. Η επιλογή της απεικονιστικής μεθόδου εξαρτάται από την εντόπιση του συριγγίου, τα διαθέσιμα μέσα και τις προτιμήσεις του χειρουργού [Mellano et al 2014].

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Ο χρόνος, οι τεχνικές και η θεραπευτική προσέγγιση ενός κυστεοκολπικού συριγγίου παραμένουν αμφιλεγόμενα. Οι χειρουργοί πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους το μέγεθος, την εντόπιση, το ατομικό ιστορικό της γυναίκας και τα διαθέσιμα μέσα όταν σχεδιάζουν το θεραπευτικό πλάνο της ασθενούς [Moses & Gormley 2017].

Στο παρελθόν, υπήρχε διαμάχη σχετικά με το χρόνο αντιμετώπισης ενός κυστεοκολπικού συριγγίου ιατρογενούς αιτιολογίας. Μερικοί μελετητές προτείνουν καθυστέρηση στην αποκατάσταση έως και έξι μήνες, ειδικά για τα μεγάλα συρίγγια. Από την άλλη πλευρά, άλλοι συγγραφείς συστήνουν τα ιατρογενή κυστεοκολπικά συρίγγια να αντιμετωπίζονται άμεσα ή μέσα σε δύο έως έξι εβδομάδες από τη στιγμή της διάγνωσης [Lee et al 2010]. Αν και αρκετά συχνά τα κυστεοκολπικά συρίγγια που είναι αποτέλεσμα χειρουργικής παρέμβασης στην περιοχή, αναγνωρίζονται μετά το πέρας αρκετών ημερών ή και εβδομάδων έχοντας έτσι παρέλθει το χρονικό περιθώριο της βέλτιστης ιστικής αποκατάστασης [Cohen & Gousse 2007]. Τυπικά, όταν διαγνωστεί ένα απλό κυστεοκολπικό συρίγγιο, το οποίο έπεται μίας γυναικολογικής επέμβασης, προτείνεται άμεση αποκατάσταση.

Συντηρητική αντιμετώπιση

Για τα μικρά συρίγγια, μεγέθους μικρότερου των 5 mm, η συντηρητική αντιμετώπιση πρέπει να αποτελεί επιλογή για τον κλινικό ιατρό. Αυτή η μέθοδος χαρακτηρίζεται από μία περίοδο μόνιμου καθετηριασμού της ουροδόχου κύστης. Αυτόματη σύγκλειση της ανώμαλης επικοινωνίας μεταξύ ουροδόχου κύστης και κόλπου, μπορεί να λάβει χώρα σε μονήρη, μικρά σε μέγεθος και μη σχετιζόμενα με ακτινοβολία συρίγγια [Moses & Gormley 2017]. Μία πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι έως και 39% των συριγγίων θα κλείσουν αυτόματα μόνο με συνεχή κένωση της κύστης με μόνιμο ουροκαθετήρα [Fouad et al 2017]. Εάν μετά από καθετηριασμό της ουροδόχου κύστης για 30 ημέρες δεν υπάρξει ίαση, τότε ο κλινικός ιατρός θα πρέπει να σκεφτεί τη χειρουργική αποκατάσταση, καθώς υπάρχει κίνδυνος λοιμώξεων από τον παρατεταμένο καθετηριασμό.

Επίσης, τα κυστεοκολπικά συρίγγια μπορούν να θεραπευτούν κατά τη στιγμή της διάγνωσης, με τον καυτηριασμό με ηλεκτροδιαθερμία ή εκτομή με λέιζερ κατά τη διενέργεια κυστεοσκόπησης [Singh et al 2016].

Ποικίλοι παράγοντες έχουν χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία των κυστεοκολπικών συριγγίων σε συνδυασμό με καθετηριασμό της ουροδόχου κύστης. Η κόλλα ινικής, η οποία αναστέλλει τη θρομβόλυση και προωθεί τη μετατροπή των ινοβλαστών σε επουλωτικό συνδετικό ιστό, αποτελεί το συχνότερο χρησιμοποιούμενο μέσο. Η χρήση κόλλας ινικής σε συνδυασμό με πλάσμα πλούσιο σε αιμοπετάλια φάνηκε να οδηγεί σε πλήρη ίαση 11 ασθενών έως και έξι μήνες μετά τη θεραπεία [Shirvan et al 2013]. Επιπλέον, η κυανοακρυλική κόλλα προτείνεται ως ένα επιπρόσθετο μέσο ιστικής επούλωσης σε ασθενείς με ουρολογικά συρίγγια [Muto et al 2005].

Τέλος, σε ασθενείς με βεβαρυμμένο ιατρικό ιστορικό και βεβαρυμμένη κλινική κατάσταση, οι οποίες δεν μπορούν να υποβληθούν σε χειρουργική επιδιόρθωση του κυστεοκολπικού συριγγίου, προτείνεται ένας εναλλακτικός τρόπος συντηρητικής αντιμετώπισης. Προτάθηκε η χρήση ενός εμμηνορροϊκού κυπέλλου σιλικόνης με ενσωματωμένο σωλήνα παροχέτευσης, το οποίο αποτρέπει τη διαρροή ούρων διαμέσου του κόλπου και ανακουφίζει από τα συμπτώματα των ασθενών με κυστεοκολπικό συρίγγιο, στους οποίους η χειρουργική επέμβαση δεν αποτελεί επιλογή [Russell et al 2016].

Χειρουργική αντιμετώπιση

Στις αναπτυγμένες χώρες, η χειρουργική αντιμετώπιση των κυστεοκολπικών συριγγίων παρουσιάζει αδιαμφισβήτητη εξέλιξη. Παρόλα αυτά, καμία προσέγγιση, κολπική ή κοιλιακή, ανοιχτή ή λαπαροσκοπική, με χρήση κρημνού ή όχι, δεν υπερέχει κατηγορηματικά. Η επιτυχής έκβαση σχετίζεται συχνότερα με το μέγεθος και την εντόπιση του συριγγίου, ενώ εξαρτάται και από την κλινική εμπειρία του χειρουργού [Moses & Gormley 2017].

Κολπική προσπέλαση

Η κολπική αποκατάσταση των κυστεοκολπικών συριγγίων αποτελεί την μέθοδο επιλογής καθώς πλεονεκτεί της κοιλιακής προσπέλασης λόγω του μικρού χειρουργικού χρόνου, της σύντομης νοσηλείας, του μειωμένου μετεγχειρητικού άλγους και της μικρής απώλειας αίματος. Οι αρχές πάνω στις οποίες στηρίζεται η κολπική προσέγγιση είναι η δημιουργία κρημνού από το πρόσθιο κολπικό τοίχωμα και η πολυστρωματική σύγκλειση χωρίς τάση. Είναι ιδανική για συρίγγια τα οποία εντοπίζονται χαμηλά στο πρόσθιο κολπικό τοίχωμα ή στον αυχένα της ουροδόχου κύστης. Η κολπική προσπέλαση δεν απαιτεί την αφαίρεση του πόρου του συριγγίου [Lee & Zimmern 2019].

Τα απλά κυστεοκολπικά συρίγγια που βρίσκονται ψηλά στον κολπικό θόλο μπορούν να αντιμετωπιστούν διακολπικά με τη μέθοδο της μερικής κολπόκλεισης, γνωστή και ως τεχνική κατά Latzko. Η μέθοδος αυτή προτείνεται σε συρίγγια με μέγεθος μικρότερο από 1, 5 cm. Δεν περιλαμβάνει εκτομή του συριγγίου ή τοποθέτηση ενδοκυστικών ραμμάτων και ως εκ τούτου μειώνει τη πιθανότητα μεταφύτευσης του ουρητήρα. Η διαδικασία απαιτεί μικρή περίοδο νοσηλείας. Όμως τα μειονεκτήματα της μερικής κολπόκλεισης είναι η βράχυνση του κόλπου της γυναίκας και η δυσλειτουργία κατά τη σεξουαλική επαφή.

Κατά την κολπική προσπέλαση όταν ο πόρος του συριγγίου είναι μεγάλος αυτός αφαιρείται και ακολουθεί σύγκλειση με αλληλοεπικάλυψη των στρωμάτων αφού πρώτα έχει προηγηθεί ευρεία κινητοποίηση των γύρω υγιών ιστών. Η σύγκλειση της ουροδόχου κύστης γίνεται με συνεχή ραφή και η ηβοτραχηλική περιτονία συγκλείεται σε δύο στρώματα.

Το κολπικό ταμπόν αφαιρείται την πρώτη ημέρα μετά την επέμβαση. Η ασθενής λαμβάνει περιεγχειρητική

αντιβιοτική αγωγή σε συνδυασμό με αντιχολινεργικά για να αποφευχθεί ο σπασμός της ουροδόχου κύστης. Δύο εβδομάδες αργότερα, διενεργείται κυστεογραφία και εάν δεν αναδειχθεί το κυστεοκολπικό συρίγγιο αφαιρείται ο ουροκαθετήρας. Εάν το συρίγγιο παραμένει, παραμένει και ο καθετήρας για δύο με τρεις εβδομάδες ακόμη και ακολουθείται η ίδια διαδικασία [Davila 2006, Dorairajan et al 2008, Moses & Gormley 2017].

Κοιλιακή προσπέλαση

Η κοιλιακή προσέγγιση συστήνεται σε περιπτώσεις κυστεοκολπικών συριγγίων των οποίων το στόμιο είναι ψηλά στο οπίσθιο τοίχωμα της ουροδόχου κύστης, σε γυναίκες με στενό κόλπο, σε συνυπάρχουσα παθολογία της πυέλου ή σε υποτροπιάζοντα συρίγγια. Η πλέον αποδεκτή μέθοδος αντιμετώπισης των κυστεοκολπικών συριγγίων είναι η τεχνική O'Connor, η οποία παρέχει ευρεία κινητοποίηση των ιστών της περιοχής και κινητοποίηση του επιπλόου. Κατά την τεχνική αυτή, διενεργείται οβελιαία τομή στην ουροδόχο κύστη, αφαιρείται ο συριγγώδης πόρος και διανοίγεται ο κυστεοκολπικός χώρος. Ακολουθεί σύγκλειση του κόλπου σε δύο στρώματα ενώ η συρραφή της ουροδόχου κύστης γίνεται με βραδείας απορρόφησης ράμμα. Τέλος, ο κόλπος διαχωρίζεται από την ουροδόχο κύστης με κρημνό περιτοναίου ή μέσω καθήλωσης τμήματος επιπλόου [Davila 2006, Malik et al 2018, McKay et al 2019].

Η διακυστική προσπέλαση αποτελεί επίσης μία επιλογή κατά την οποία η κύστη ανοίγεται με κάθετη τομή. Στη συνέχεια τοποθετείται ένας μικρής διαμέτρου καθετήρας Foley εντός του πόρου του συριγγίου και το μπαλόνι πληρούται με ορό και το συρίγγιο έλκεται προς τα μπρος. Ο χώρος μεταξύ κόλπου και ουροδόχου κύστης διανοίγεται με ψαλίδι και ακολουθεί σύγκλειση και των δύο ξεχωριστά χωρίς να παρεμβάλλεται κάποιος ιστός μεταξύ τους. Ταυτόχρονα γίνεται καθετηριασμός και των δύο ουρητηρικών στομίων διακυστικά και η ουροδόχος κύστη παραμένει κενή ούρων, με την τοποθέτηση ενός μεγάλης διαμέτρου καθετήρα Foley τριπλού αυλού [Malik et al 2018].

Αξιολόγηση χειρουργικής αντιμετώπισης

Σε μία αναδρομική μελέτη περιπτώσεων αξιολογήθηκε η χειρουργική αντιμετώπιση κυστεοοκολπικών συριγγίων σε 15 ασθενείς. 8 από τις ασθενείς αντιμετωπίστηκαν διακολπικά, ενώ σε 6 ακολουθήθηκε η διακοιλιακή αποκατάσταση και σε μία περίπτωση διαπιστώθηκε αυτόματη σύγκλειση του συριγγίου. Οι μελετητές συμπεραίνουν ότι και οι δύο μέθοδοι έχουν καλή έκβαση. Η κολπική αντιμετώπιση είχε μεγαλύτερη συχνότητα υποτροπής του συριγγίου και εμφάνισης ακράτειας ούρων μετεγχειρητικά. Παρόλα αυτά, αποτελεί μέθοδο εκλογής και προτιμάται της κοιλιακής προσπέλασης καθώς είναι λιγότερο επεμβατική, έχει μικρότερο χρόνο ανάρρωσης και δεν συσχετίζεται με υπερδραστήρια κύστη μετεγχειρητικά, χωρίς αυτό να είναι στατιστικά σημαντικό [Lo et al 2019].

Λαπαροσκοπική/Ρομποτική αντιμετώπιση

Η λαπαροσκοπική αντιμετώπιση των κυστεοκολπικών συριγγίων εισήχθη στη δεκαετία του 1990, ενώ η ρομποτική χειρουργική χρησιμοποιήθηκε πρώτη φορά το 2005 και συσχετίστηκαν με μικρότερου μεγέθους χειρουργικά τραύματα, μικρότερο χρόνο ανάρρωσης και χαμηλότερη νοσηρότητα [Moses & Gormley 2017].

Μια πρόσφατη αναδρομική μελέτη σύγκρινε 13 ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν λαπαροσκοπικά με 13 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ανοιχτή αποκατάσταση λόγω κυστεοκολπικών συριγγίων μικρότερων των 3 cm σε μέγεθος. Οι μελετητές συμπέραναν ότι η απώλεια αίματος ήταν μικρότερη, απαιτούνταν μικρότερη νοσηλεία και λιγότερη χρήση αναλγητικών και τέλος η αφαίρεση του ουροκαθετήρα ήταν γρηγορότερη στην ομάδα των ασθενών που αντιμετωπίστηκαν λαπαροσκοπικά· συγκεκριμένα αφαιρέθηκε στις 11, 5 ημέρες κατά μέσο όρο, ενώ στην ομάδα που χειρουργήθηκε ανοιχτά παρέμεινε κατά μέσο όρο 27 ημέρες (P=0.0001) [Ghosh et al 2016].

Οι ενδείξεις λαπαροσκοπικής ή ρομποτικής αντιμετώπισης είναι οι ίδιες με αυτές της διακοιλιακής αποκατάστασης των κυστεοκολπικών συριγγίων. Αντενδείξεις της λαπαροσκοπικής μεθόδου αποτελούν το ευμέγεθες αιμάτωμα της πυέλου και η ενεργός λοίμωξη του ουροποιητικού [Sotelo et al 2012].

Μία προτεινόμενη τεχνική κατά την λαπαροσκοπική αντιμετώπιση περιλαμβάνει τη χρήση τριών εισόδων από την κοιλία, την περιορισμένη τομή στην ουροδόχο κύστη και τη συρραφή την ουροδόχου κύστης σε ένα στρώμα χωρίς ξεχωριστό κλείσιμο του κόλπου. Τα αποτελέσματα ορίζονται ως επιτυχή με την απουσία ακράτειας έως και δεκαοχτώ μήνες μετά την αποκατάσταση [Javali et al 2015].

Σε μία αναδρομική μελέτη σειράς περιπτώσεων αξιολογήθηκε η ρομποτική αποκατάσταση κυστεοκολπικών συριγγίων με ταυτόχρονη καθήλωση επιπλόου μεταξύ κόλπου και ουροδόχου κύστης. Η έκβαση ήταν επιτυχής και για τις 5 γυναίκες, ο μέσος χειρουργικός χρόνος ήταν 147 λεπτά, η μέση απώλεια αίματος ήταν 49 ml και δεν υπήρξε καμία υποτροπή (Sanderson et al 2018).

Τέλος μία μετα-ανάλυση συμπεριέλαβε 44 μελέτες, οι οποίες αξιολογούσαν τις λαπαροσκοπικές και ρομποτικές αποκαταστάσεις κυστεοκολπικών συριγγίων για 20 χρόνια (Ιανουάριος 1994-Μάρτιος 2014). Ως επιτυχία ορίστηκε η απουσία ακράτειας ούρων κατά την μετεγχειρητική παρακολούθηση των ασθενών. Αποδείχθηκε ότι το συνολικό ποσοστό επιτυχίας της λαπαροσκοπικής αποκατάστασης κυμαίνεται μεταξύ 80 και 100% με μια περίοδο παρακολούθησης από 1 έως 74 μήνες (Miklos et al 2015).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα κυστεοκολπικά συρίγγια παραμένουν παγκοσμίως η σημαντικότερη μορφή ουροποιογεννητικών συριγγίων. Η προσέγγισή τους απαιτεί ακριβή διάγνωση και εξειδικευμένες χειρουργικές ικανότητες για αποτελεσματική θεραπεία. Παρατηρείται ολοένα αυξανόμενο ενδιαφέρον στις ελάχιστα επεμβατικές τεχνικές για την αποκατάσταση των κυστεοκολπικών συριγγίων. Προς το παρόν, δεν υπάρχουν τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες οι οποίες να συγκρίνουν τις θεραπευτικές προσεγγίσεις των κυστεοκολπικών συριγγίων. Κρίνεται αναγκαίο, οι χειρουργοί να εφαρμόζουν τις γενικές αρχές αντιμετώπισης των κυστεοκολπικών συριγγίων, που προαναφέρθηκαν, ανεξαρτήτως της εμπειρίας τους στις λαπαροσκοπικές ή ρομποτικές τεχνικές. Μέτρα για την πρόληψη των κυστεοκολπικών συριγγίων περιλαμβάνουν την καθολική εκπαίδευση των ιατρών στις τεχνικές αντιμετώπισης τους και την παροχή βελτιωμένων και προσβάσιμων υπηρεσιών υγείας.

Συμβολή των συγγραφέων: Οι δύο συγγραφείς έχουν συνεισφέρει εξίσου στη συλλογή των πληροφοριών και στη συγγραφή του άρθρου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Andreoni, C., Bruschini, H., Truzzi, J. C., Simonetti, R., & Srougi, M. (2003). Combined vaginoscopy-cystoscopy: a novel simultaneous approach improving vesicovaginal fistula evaluation. The Journal of urology, 170(6 Pt 1), 2330–2332.

Armenakas, N. A., Pareek, G., & Fracchia, J. A. (2004). Iatrogenic bladder perforations: longterm followup of 65 patients. Journal of the American College of Surgeons, 198(1), 78–82. https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2003.08.022

Brown, H. W., Wang, L., Bunker, C. H., & Lowder, J. L. (2012). Lower reproductive tract fistula repairs in inpatient US women, 1979-2006. International urogynecology journal, 23(4), 403–410. https://doi.org/10.1007/s00192-011-1653-3

Cohen, B. L., & Gousse, A. E. (2007). Current techniques for vesicovaginal fistula repair: surgical pearls to optimize cure rate. Current urology reports, 8(5), 413–418. https://doi.org/10.1007/s11934-007-0040-6

Davila G.W. (2006). Surgical Therapy: Mutual and Combined Aspects. In: G. Willy Davila G.W., Ghoniem G.M., & Wexner S.D. Pelvic Floor Dysfunction A Multidisciplinary Approach. Publ: Springer, pp 321-333.

Dorairajan, L. N., Khattar, N., Kumar, S., & Pal, B. C. (2008). Latzko repair for vesicovaginal fistula revisited in the era of minimal-access surgery. International urology and nephrology, 40(2), 317–320. https://doi.org/10.1007/s11255-007-9252-4

Fouad, L. S., Chen, A. H., Santoni, C. J., Wehbe, C., & Pettit, P. D. (2017). Revisiting Conservative Management of Vesicovaginal Fistula. Journal of minimally invasive gynecology, 24(4), 514–515. https://doi.org/10.1016/j.jmig.2016.07.011

Ghosh, B., Wats, V., & Pal, D. K. (2016). Comparative analysis of outcome between laparoscopic versus open surgical repair for vesico-vaginal fistula. Obstetrics & gynecology science, 59(6), 525–529. https://doi.org/10.5468/ogs.2016.59.6.525

Hilton P. (2001). Surgical fistulae and obstetric fistulae. In: Cardozo LD, Staskin D, editors. Textbook of female urology and urogynaecology. London: Isis Medical Media Ltd; pp. 691–719.

Javali, T. D., Katti, A., & Nagaraj, H. K. (2015). A simplified laparoscopic approach to repair vesicovaginal fistula: the M.S. Ramaiah technique. Urology, 85(3), 544–546. https://doi.org/10.1016/j.urology.2014.11.014

Lee, D., & Zimmern, P. (2019). Vaginal Approach to Vesicovaginal Fistula. The Urologic clinics of North America, 46(1), 123–133. https://doi.org/10.1016/j.ucl.2018.08.010

Lee, J. H., Choi, J. S., Lee, K. W., Han, J. S., Choi, P. C., & Hoh, J. K. (2010). Immediate laparoscopic nontransvesical repair without omental interposition for vesicovaginal fistula developing after total abdominal hysterectomy. JSLS: Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons, 14(2), 187–191. https://doi.org/10.4293/108680810X12785289143918

Lo, T. S., Chua, S., Wijaya, T., Kao, C. C., & Uy-Patrimonio, M. C. (2019). Clinical relevance and treatment outcomes of vesicovaginal fistula (VVF) after obstetric and gynecologic surgery. Taiwanese journal of obstetrics & gynecology, 58(1), 111–116. https://doi.org/10.1016/j.tjog.2018.11.021

Malik, M. A., Sohail, M., Malik, M. T., Khalid, N., & Akram, A. (2018). Changing trends in the etiology and management of vesicovaginal fistula. International journal of urology: official journal of the Japanese Urological Association, 25(1), 25–29. https://doi.org/10.1111/iju.13419

McKay, E., Watts, K., & Abraham, N. (2019). Abdominal Approach to Vesicovaginal Fistula. The Urologic clinics of North America, 46(1), 135–146. https://doi.org/10.1016/j.ucl.2018.08.011

Mellano, E. M., & Tarnay, C. M. (2014). Management of genitourinary fistula. Current opinion in obstetrics & gynecology, 26(5), 415–423. https://doi.org/10.1097/GCO.0000000000000095

Miklos, J. R., Moore, R. D., & Chinthakanan, O. (2015). Laparoscopic and Robotic-assisted Vesicovaginal Fistula Repair: A Systematic Review of the Literature. Journal of minimally invasive gynecology, 22(5), 727–736. https://doi.org/10.1016/j.jmig.2015.03.001

Moses, R. A., & Ann Gormley, E. (2017). State of the Art for Treatment of Vesicovaginal Fistula. Current urology reports, 18(8), 60. https://doi.org/10.1007/s11934-017-0708-5

Muto, G., D'Urso, L., Castelli, E., Formiconi, A., & Bardari, F. (2005). Cyanoacrylic glue: a minimally invasive nonsurgical first line approach for the treatment of some urinary fistulas. The Journal of urology, 174(6), 2239–2243. https://doi.org/10.1097/01.ju.0000181809.51544.20

Qureshi, I. A., Ullah, H., Akram, M. H., Ashfaq, S., & Nayyar, S. (2004). Transvaginal versus transabdominal sonography in the evaluation

of pelvic pathology. Journal of the College of Physicians and Surgeons--Pakistan: JCPSP, 14(7), 390–393.

Russell, K. W., Robinson, R. E., Mone, M. C., & Scaife, C. L. (2016). Enterovaginal or Vesicovaginal Fistula Control Using a Silicone Cup. Obstetrics and gynecology, 128(6), 1365–1368. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001745

Sanderson, D. J., Rutkowski, J., Attuwaybi, B., & Eddib, A. (2018). Robotic Repair of Supratrigonal Vesicovaginal Fistula with Sigmoid Epiploica Interposition. JSLS: Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons, 22(4), e2018.00055. https://doi.org/10.4293/JSLS.2018.00055

Shirvan, M. K., Alamdari, D. H., & Ghoreifi, A. (2013). A novel method for iatrogenic vesicovaginal fistula treatment: autologous platelet rich plasma injection and platelet rich fibrin glue interposition. The Journal of urology, 189(6), 2125–2129. https://doi.org/10.1016/j.juro.2012.12.064

Singh, R., Schmitt, J. J., Knoedler, J. J., & Occhino, J. A. (2016). Management of a vesicovaginal fistula using holmium laser ablation. International urogynecology journal, 27(6), 969–971. https://doi.org/10.1007/s00192-016-3002-z

Sotelo, R., Moros, V., Clavijo, R., & Poulakis, V. (2012). Robotic repair of vesicovaginal fistula (VVF). BJU international, 109(9), 1416–1434. https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2012.10148.x

Stamatakos, M., Sargedi, C., Stasinou, T., & Kontzoglou, K. (2014). Vesicovaginal fistula: diagnosis and management. The Indian journal of surgery, 76(2), 131–136. https://doi.org/10.1007/s12262-012-0787-y

Volkmer, B. G., Kuefer, R., Nesslauer, T., Loeffler, M., & Gottfried, H. W. (2000). Colour Doppler ultrasound in vesicovaginal fistulas. Ultrasound in medicine & biology, 26(5), 771–775. https://doi.org/10.1016/s0301-5629(00)00210-6

Wall L. L. (2006). Obstetric vesicovaginal fistula as an international public-health problem. Lancet (London, England), 368(9542), 1201–1209. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69476-2

Yu, N. C., Raman, S. S., Patel, M., & Barbaric, Z. (2004). Fistulas of the genitourinary tract: a radiologic review. Radiographics: a review publication of the Radiological Society of North America, Inc, 24(5), 1331–1352. https://doi.org/10.1148/rg.245035219

REVIEW

Vesicovaginal fistulas: Diagnosis and treatment

Konstantinos Zacharis[1], Christina I. Messini[1]

1. Department of Obstetrics-Gynecology, University General Hospital of Larissa, School of Health Sciences, Faculty of Medicine, University of Thessaly, Larissa

ABSTRACT

Vesicovaginal fistula is an abnormal connection between the vagina and the bladder. The aim of the present study is to reiterate the diagnostic and therapeutic management of vesicovaginal fistulas through a systematic literature review. Pubmed was used as a search machine using as keywords: "vaginal fistula", "vesicovaginal fistula", "urogenital fistula" and finally 29 articles were included. As a result of the study, an integrated approach is considered necessary and will best serve the needs of women with vesicovaginal fistula. When a multidisciplinary team approach, consisting of urologists and gynecologists, is used, improvements in quality of life and patient satisfaction can be greater. Although more randomized clinical trials are required in order to compare therapeutic approaches of vesicovaginal fistulas.

Key words: diagnosis, treatment, vesicovaginal, fistula

Corresponding author: Konstantinos Zacharis
e-mail: zaxarisk@yahoo.com

Date of submission: 10/06/2020
Publication date: September 2022

Citation: Zacharis K. & Messini C. I. (2022). Vesicovaginal fistulas: Diagnosis and treatment. Hellenic Journal of Nursing Science 15(3), https://doi.org/10.24283/hjns.202235

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Γνώσεις και Εκπαιδευτικές Ανάγκες Επαγγελματιών Υγείας σχετικά με την ετοιμότητά τους σε κρίσεις και μαζικές καταστροφές: Περιγραφική Ανασκόπηση

Μυρσίνη Σπυρέλη

Υπλγος(ΥΝ), MSc, 401 ΓΣΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Τα τελευταία χρόνια τα φαινόμενα μαζικών καταστροφών έχουν αυξηθεί σε ένταση και συχνότητα, με μεγάλη επίπτωση τόσο στο κοινωνικό σύνολο όσο και στη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας. Σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση τους κατέχουν οι επαγγελματίες υγείας. Ωστόσο οι αντιλήψεις, οι γνώσεις και οι εκπαιδευτικές τους ανάγκες, σχετικά με την ετοιμότητά τους σε κάποια κρίσιμη κατάσταση, δεν είναι πλήρως αποσαφηνισμένες.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης ήταν η διερεύνηση των αντιλήψεων, των γνώσεων και των αναγκών σε εκπαιδευτικό επίπεδο σχετικά με την ετοιμότητα των επαγγελματιών υγείας, στην αντιμετώπιση μαζικών καταστροφών.

Μέθοδος: Διενεργήθηκε αναζήτηση της βιβλιογραφίας αναφορικά με την διαχείριση κρίσεων και επειγουσών καταστάσεων από το υγειονομικό προσωπικό, στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Pubmed, Medline, Cochrane Library και Google Scholar. Κριτήρια ένταξης αποτέλεσαν η αγγλική και ελληνική γλώσσα και το χρονικό διάστημα δημοσίευσης των άρθρων (από το 2005 και μετά). Επιπλέον οι μελέτες έπρεπε να αφορούν μόνο σε επαγγελματίες υγείας. Τελικά στην ανασκόπηση συμπεριλήφθησαν 20 μελέτες.

Αποτελέσματα: Το επίπεδο γνώσεων ως προς τη θέση και το ρόλο της κάθε υγειονομικής ειδικότητας σε περίπτωση κρίσης, ή μαζικής καταστροφής, και συνεπώς ως προς την ετοιμότητα των επαγγελματιών υγείας βρέθηκε ικανοποιητικό. Σε πολλές περιπτώσεις η συχνή εμφάνιση καταστροφικών γεγονότων σε ορισμένες περιοχές οδήγησε στην ανάπτυξη του επιπέδου ετοιμότητας του υγειονομικού προσωπικού και συνέβαλε στον καλύτερο σχεδιασμό. Όμως καταγράφηκαν κενά γνώσεων ως προς την ψυχολογική υποστήριξη των θυμάτων και διατυπώθηκαν ανάγκες για περαιτέρω εκπαίδευση, με ειδικά σενάρια προσομοίωσης των επαγγελματιών υγείας.

Συμπεράσματα: Οι επαγγελματίες υγείας έχουν αυξημένες ανάγκες για άσκηση και εκπαίδευση ως προς την αντιμετώπιση κρίσεων και μαζικών καταστροφών. Ο σχεδιασμός και η παρακολούθηση των κατάλληλων εκπαιδευτικών προγραμμάτων θα βελτιώσει την ετοιμότητα και αποδοτικότητά τους σε τέτοιες καταστάσεις.

Λέξεις Κλειδιά: γνώσεις, διαχείριση κρίσεων, εκπαίδευση, ετοιμότητα, καταστροφές, στάσεις

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Μυρσίνη Σπυρέλη
e-mail: mirsiman@yahoo.gr

Ημερομηνία υποβολής: 03/09/2021
Ημερομηνία δημοσίευσης: Σεπτέμβριος 2022

Σημείωμα εκδότη: Η παρούσα δημοσίευση εκφράζει την προσωπική άποψη της συγγραφέως.

Αναφορά του άρθρου ως: Σπυρέλη Μ. (2022). Γνώσεις και Εκπαιδευτικές Ανάγκες Επαγγελματιών Υγείας σχετικά με την ετοιμότητά τους σε κρίσεις και μαζικές καταστροφές: Περιγραφική Ανασκόπηση. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης 15(3), https://doi.org/10.24283/hjns.202236

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Η συχνή εμφάνιση καταστροφικών γεγονότων σε ορισμένες περιοχές συμβάλλει στην ανάπτυξη του επιπέδου ετοιμότητας του υγειονομικού προσωπικού**
- **Οι επαγγελματίες υγείας έχουν αυξημένες ανάγκες για άσκηση και εκπαίδευση ως προς την αντιμετώπιση κρίσεων και μαζικών καταστροφών**
- **Ο σχεδιασμός και η παρακολούθηση των κατάλληλων εκπαιδευτικών προγραμμάτων θα βελτιώσει την ετοιμότητα και αποδοτικότητά τους σε τέτοιες καταστάσεις**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία χρόνια τα φαινόμενα μαζικών καταστροφών έχουν αυξηθεί σε ένταση και συχνότητα, προκαλώντας αποδιοργάνωση τόσο στο κοινωνικό σύνολο όσο και στη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας, που καλούνται να έχουν πρωταρχικό ρόλο στη διαχείριση των θυμάτων (Alzahrani F, 2017). Ασύμμετρες απειλές τρομοκρατικών επιθέσεων, σεισμοί μεγάλης κλίμακας και πυρκαγιές, αντιπροσωπεύουν κάποιες μόνο από τις διαστάσεις του προβλήματος, που το προσωπικό των Νοσοκομείων πρέπει να είναι σε ετοιμότητα να αντιμετωπίσει. Σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση μίας μαζικής καταστροφής κατέχουν οι επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι θα βρεθούν στο χώρο της καταστροφής από την πρώτη κιόλας στιγμή. Τα καθήκοντά τους στην φροντίδα των ασθενών και στην ασφαλή εκκένωση του νοσοκομείου αυξάνονται. Οι απαιτήσεις των συνθηκών που δημιουργεί μια μαζική καταστροφή στο πλαίσιο της κοινωνίας, είτε τα αίτια της είναι ανθρωπογενή, είτε φυσικά, είναι εξειδικευμένες και κατά κανόνα υπεράριθμες του ανθρώπινου δυναμικού και των υλικών πόρων μίας μονάδας υγείας (Takayo et al., 2018), καθιστώντας το υγειονομικό προσωπικό αναπόσπαστο τμήμα της ομάδας διαχείρισης κρίσεων. Για την επιτυχή διαχείριση της κρίσης που προκαλεί μία μαζική καταστροφή είναι σκόπιμη η επιστημονική κατάρτιση του υγειονομικού προσωπικού, με την εφαρμογή βασικών αλλά και εξειδικευμένων γνώσεων και ικανοτήτων σε περιβάλλοντα δυναμικά μεταβαλλόμενων συνθηκών και πόρων, για τη διαλογή, την αντιμετώπιση των αναγκών περίθαλψης και ψυχοκοινωνικής στήριξης των θυμάτων (Nofal, 2018). Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η αρμονική συνεργασία των επαγγελματιών υγείας με τις κυβερνητικές υπηρεσίες, τις κοινοτικές ομάδες και τις ανθρωπιστικές οργανώσεις. Το επίπεδο εκπαίδευσης του προσωπικού, η ορθή γνώση των καθηκόντων του στη διαχείριση των ασθενών και των διαθέσιμων υλικών πόρων, η άσκηση του στο σχεδιασμό και την αποτελεσματική ανταπόκριση σε επείγουσες καταστάσεις ορίζονται σύμφωνα με τα σχέδια ασφαλείας που έχουν δημιουργήσει εθνικοί και διεθνείς οργανισμοί και τα οποία οφείλει να γνωρίζει και να εφαρμόζει κάθε υγειονομική μονάδα (Leaning & Guha-Sapir, 2013).

Διεθνώς εφαρμόζονται από τις υγειονομικές μονάδες οδηγίες για την αποτελεσματική αντιμετώπιση καταστροφών με σημαντικό κοινωνικό αντίκτυπο, βάσει σχεδίου που έχει εκπονηθεί από τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας WHO, όπως και από τον Ο.Η.Ε. (Ο.Η.Ε, 2015).Το σχέδιο περιλαμβάνει τρέχουσες αρχές διαχείρισης έκτακτων περιστατικών και βέλτιστες πρακτικές με βάση το νοσοκομείο, ενσωματώνοντας ενέργειες προτεραιότητας που απαιτούνται για την ταχεία και αποτελεσματική αντιμετώπιση ενός κρίσιμου συμβάντος και απαντά σε όλα τα ατυχήματα (World Health Organisation, 2017).

Το ζήτημα της ετοιμότητας του υγειονομικού προσωπικού σε καταστάσεις κρίσης έχει μελετηθεί με ποικίλα εργαλεία και έχει αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα επεμβατικών μηχανισμών με ασκήσεις σε σενάρια καταστροφών (Tavan, et al., 2016). Χαρακτηριστική είναι η άσκηση επιχειρησιακού επιπέδου, γνωστή ως το «Μοντέλο πέντε (5) ασκήσεων που εφαρμόστηκε στις ΗΠΑ, ως μέρος ενός προγράμματος διαχείρισης κρίσεων (Baird, 2010). Στόχος της άσκησης ήταν η προετοιμασία του προσωπικού (Veenema, 2013). Επίσης έχουν γίνει μελέτες σχετικά με τους άξονες της εκπαίδευσης και της ετοιμότητας του υγειονομικού προσωπικού στη διαχείριση κρίσεων ενδονοσοκομειακά που κατέληξαν σε συμπεράσματα, σχετικά με τα οφέλη τους (Rivers, 2010).

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας περιγραφικής ανασκόπησης ήταν η διερεύνηση των αντιλήψεων, των γνώσεων και των αναγκών σε εκπαιδευτικό επίπεδο των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με την ετοιμότητά τους στην αντιμετώπιση και διαχείριση κρίσεων και μαζικών καταστροφών.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Εκπονήθηκε περιγραφική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και αναζήτηση όλων των διαθέσιμων σχετικών άρθρων στις επιστημονικές βάσεις δεδομένων Pubmed, Medline, Cochrane Library και Google Scholar. Οι λέξεις - κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν για την αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων ήταν: επαγγελματίες υγείας

(healthcare professionals), διαχείριση κρίσεων (disaster management), ετοιμότητα (preparedness), μαζικές καταστροφές (mass casualties).

Για την επιλογή των κατάλληλων μελετών τέθηκαν τα εξής κριτήρια αποκλεισμού: η Αγγλική και η Ελληνική γλώσσα και το έτος δημοσίευσής τους, αποκλείοντας όσα είχαν δημοσιευτεί πριν το 2005. Από τα 475 αποτελέσματα της αναζήτησης, αφαιρέθηκαν αρχικά τα διπλότυπα άρθρα, στη συνέχεια τα άρθρα που δεν πληρούσαν τα κριτήρια αποκλεισμού, και από τα εναπομείναντα άρθρα, αφού ελέγχθηκαν ως προς την καταλληλόλητά τους, τελικά κρίθηκαν κατάλληλα τα 20. Τα άρθρα αυτά ήταν τυχαιοποιημένες πειραματικές μελέτες, δημοσκοπήσεις, συγχρονικές και ποιοτικές μελέτες με αποκλειστικό αντικείμενο τη διερεύνηση των γνώσεων και των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την ετοιμότητά τους στη διαχείριση κρίσιμων καταστάσεων, αλλά και το απαραίτητο εκπαιδευτικό πλαίσιο κατάρτισής τους, για την βέλτιστη αντιμετώπιση τους.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι δύο κατηγορίες, σύμφωνα με τις οποίες τα 20 άρθρα αναλύθηκαν, ήταν αντιπροσωπευτικές και των σημαντικών θεμάτων που προέκυψαν από τη σύνθεση των μελετών:α) αξιολόγηση των γνώσεων και των αντιλήψεων επαγγελματιών υγείας στη διαχείριση κρίσεων, β) αξιολόγηση της ετοιμότητας επαγγελματιών υγείας στη διαχείριση κρίσεων, γ) αξιολόγηση των εκπαιδευτικών αναγκών των επαγγελματιών υγείας στη διαχείριση κρίσεων.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΓΝΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΝΤΙΛΗΨΕΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ

Μία μελέτη που αφορούσε στις βασικές γνώσεις διαχείρισης κρίσεων του υγειονομικού προσωπικού των ελληνικών νοσοκομείων, με πειραματικό σχεδιασμό, αξιολόγησε την αποτελεσματικότητα της εκπαίδευσης του προσωπικού ενός νοσοκομείου διανέμοντας το ίδιο ερωτηματολόγιο σε τρεις φάσης της έρευνας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γνώσεις του προσωπικού βελτιώθηκαν με την παρέμβαση του προγράμματος. Συγκεκριμένα, αμέσως μετά την εκπαίδευση η μέση βαθμολογία της απόδοσης ήταν σημαντικά υψηλότερη (86±2) από ό, τι πριν από το πρόγραμμα παρέμβασης (44, 5 ±1, 7). Ένα μήνα αργότερα, όταν τα ίδια ερωτηματολόγια μοιράστηκαν εκ νέου στα ίδια άτομα, η μέση τιμή ήταν φανερά χαμηλότερη (77, 2± 2, 3) από την προηγούμενη τιμή της, αλλά παρέμενε υψηλότερη από αυτήν πριν από την εκπαίδευση. Παρατηρήθηκε ότι δεν υπήρξε αξιοσημείωτη συσχέτιση με το χρονικό διάστημα και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Τα αποτελέσματα των γνώσεων, εκείνων που είχαν συμμετάσχει σε σεμινάριο διαχείρισης κρίσεων κάποια φορά στη ζωή τους είχε σημαντικά υψηλότερο μέσο όρο από εκείνους που δεν παρακολούθησαν τέτοια σεμινάρια (50, 7 ±3, 4 έναντι 42 ±1, 8, P = 0, 02), ωστόσο κανένα άλλο δημογραφικό χαρακτηριστικό δεν επηρέαζε τα αποτελέσματα μετά την εκπαίδευση συγκριτικά με τα αρχικά (Bistaraki, et al., 2011).

Σε μία ανάλογη μελέτη, που διενεργήθηκε το 2018 στην Κροατία, εκτιμήθηκαν ποσοτικά, οι γνώσεις και η εμπειρία ως προς την ετοιμότητα και την αντιμετώπιση καταστάσεων έκτακτης ανάγκης για την υγεία και την ευαισθητοποίηση σε θέματα κινδύνου των οικογενειακών γιατρών. Τα ερωτηματολόγια απάντησαν 80 συμμετέχοντες, από τους οποίους οι 43 ερωτηθέντες εργάζονταν σε περιοχές που βρίσκονταν κοντά στα νοσοκομεία, ενώ οι 36 ασκούσαν το επάγγελμά τους σε αγροτική τοποθεσία. Στο πρώτο τμήμα της έρευνας όλοι οι γιατροί συμφώνησαν ότι κάθε ιατρείο θα πρέπει να έχει ένα πρωτόκολλο αντιμετώπισης μαζικών καταστροφών, αλλά και να έχει οργανώσει σχέδια στρατηγικής για καταστάσεις αντιμετώπισης κρίσεων. Στο δεύτερο τμήμα της έρευνας από τους συμμετέχοντες, οι περισσότεροι συμφώνησαν σχετικά με την ετοιμότητα τους σε περίπτωση ενεργοποίησης του συστήματος εκτάκτου ανάγκης, ότι σε εθνικό επίπεδο (mean=3, 02) και σε τοπικό επίπεδο (mean=3, 16), βρίσκεται σε μέτριο επίπεδο, με δυσκολότερη διαδικασία να θεωρούν τη διαλογή. Το 73, 8% των γιατρών δήλωσαν ότι δεν έχουν λάβει επιμόρφωση σχετική με τις κρίσεις τα τελευταία δύο χρόνια, ενώ 82.5% δεν είχε λάβει ποτέ σχετική εκπαίδευση. Οι μισοί από αυτούς πίστευαν ότι μία τέτοια εκπαίδευση θα έπρεπε να είναι υποχρεωτική, για την διατήρηση των αδειών ασκήσεων επαγγέλματος. Δημογραφικά τόσο άντρες όσο και γυναίκες παρουσίασαν ομοιότητες στις γνώσεις και στάσεις τους απέναντι στην εκτίμηση κινδύνου. Επίσης δεν υπήρχαν ουσιαστικές διακυμάνσεις στις απαντήσεις των διαφορετικών ηλικιακών ομάδων, ούτε και λόγω διαφορετικού χρόνου άσκησης του επαγγέλματος. Η μόνη παρατήρηση ήταν ότι οι άντρες σε σχέση με τις συναδέλφους τους διατύπωσαν εντονότερο ενδιαφέρον συμμετοχής τους στη διαδικασία της διαλογής σε έκτακτη ανάγκη, σύμφωνα με δική τους αυτοαξιολόγηση (Pekez-Pavlisko, et al., 2018).

Μία άλλη μελέτη που κατέγραψε τόσο τις γνώσεις επείγουσας νοσηλευτικής, όσο και αυτές της διαχείρισης κρίσεων και μαζικών καταστροφών νοσηλευτικού προσωπικού. Στο πρώτο μέρος της μελέτης, ως κύρια δεξιότητα επικράτησε η χορήγηση φαρμάκων. Ακολούθησαν η παροχή πρώτων βοηθειών και η χορήγηση οξυγόνου (80%), οι συνολικοί χειρισμοί προφύλαξης από λοιμώξεις, η ενδοτραχειακή διασωλήνωση, η ακινητοποίηση και μεταφορά τραυματιών (75, 9%), η παροχή καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης (ΚΑΡΠΑ), η φροντίδα τραυματιών σε κατάσταση κώματος (67, 9%) και η κλινική εξέταση (60%). Στο δεύτερο μέρος, καταχωρήθηκαν στοιχεία με την θετικότερη και αρνητικότερη συμφωνία του νοσηλευτικού προσωπικού για τις επιτακτικές γνώσεις για τη διαχείριση κρίσεων. Το 42, 7% των συμμετεχόντων απάντησαν ότι «είναι ικανοί να αναγνωρίζουν σημεία και

συμπτώματα τραυματικής βλάβης, όταν ανταποκρίνονται στις καταστροφές» και το 41, 7% τους ότι, «μπορούν να αντιμετωπίσουν τις καταστροφές αλλά θεωρούν ότι οι κυβερνητικοί πόροι δεν διαμοιράζονται επαρκώς σε κάθε ασθενή». Βρέθηκαν ακόμη χαμηλά ποσοστά θετικών απαντήσεων των νοσηλευτών, ως προς στοιχεία όπως «θεωρώ ότι ο σχεδιασμός είναι απαραίτητος κατά την εισροή ασθενών, τη διαδικασία εκκένωσης και την παροχή φροντίδας σε ασθενείς κατά τη διάρκεια μίας καταστροφής» (Basal & Ahmed, 2018).

Επιπλέον στη μελέτη των Bahrami, μελετήθηκαν οι γνώσεις των νοσηλευτών τμήματος επειγόντων περιστατικών, στο Ιράν, στις ενέργειες και πρακτικές της νοσηλευτικής των καταστροφών καθώς και οι εκπαιδευτικές τους ανάγκες για την αποτελεσματική διαλογή και υποστήριξη της ζωής. Οι συμμετέχοντες ήταν 40 νοσηλευτές τμήματος επειγόντων περιστατικών και η έρευνα εκτυλίχθηκε μέσω αντικειμενικά δομημένης εξέτασης σε κλινικό περιβάλλον. Εξετάστηκαν οκτώ διαφορετικά γνωστικά αντικείμενα κατηγοριοποιημένα ως εξής: διαλογή, διαχείριση αεραγωγού και πρώτες βοήθειες, αλλά και βασικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις όπως αγγειακή προσπέλαση, χορήγηση υγρών, συρραφή και περιποίηση τραυμάτων, καθετηριασμό ουροδόχου κύστεως, τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα και παροχέτευση υγρού από την υπεζωκοτική κοιλότητα.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, οι νοσηλευτές υστερούσαν σε γνώσεις υποστήριξης της ζωής και διαχείρισης του αεραγωγού ενώ κρίθηκαν μέτριοι γνώστες των τεχνικών διαλογής και βασικών νοσηλευτικών παρεμβάσεων. Οι συμμετέχοντες είχαν επαγγελματική προϋπηρεσία 9, 7 χρόνια κατά μέσο όρο, προηγούμενη εμπειρία αντιμετώπισης καταστροφών, κυρίως σεισμούς και πλημμύρες, και εμπειρία περίθαλψης βαρέως πασχόντων εξαιτίας καταστροφικών φαινομένων. Σχεδόν 93% από αυτούς δεν είχαν λάβει ποτέ κάποια εκπαίδευση, ή δε συμμετείχαν σε σχετική με κρίσεις άσκηση. Με γνώμονα τα μη ικανοποιητικά αυτά αποτελέσματα, η γενική αξιολόγηση της έρευνας οδήγησε στο συμπέρασμα ότι οι νοσηλευτές στο Ιράν είχαν χαμηλές επιδόσεις όσον αφορά στο αντικείμενο της μελέτης και δεν υπήρχαν προγράμματα ουσιαστικής εκπαίδευσης και ενίσχυσης της ετοιμότητας (Bahrami, et al., 2014).

Σε μία άλλη έρευνα για την εκτίμηση της διαφοράς των γνώσεων και αντιλήψεων του νοσηλευτικού προσωπικού σε στρατιωτικά και κρατικά νοσοκομεία επιλέχθηκε δείγμα 600 επαγγελματιών νοσηλευτών από τμήματα επειγόντων περιστατικών, μονάδες εντατικής θεραπείας και χειρουργικές μονάδες, με κύρια κριτήρια επιλογής την εργασιακή εμπειρία άνω του ενός έτους, την ικανότητα ανάγνωσης και γραφής στα αγγλικά, και την ηλικία άνω των 18 ετών. Ο συνολικός μέσος όρος των ερωτήσεων (4, 16), έδειξε ότι το επίπεδο του νοσηλευτικού προσωπικού ήταν μέτριο ως προς τις σχετικές γνώσεις και ότι χρειαζόταν καλύτερη εκπαίδευση στην ετοιμότητα. Παρά το γεγονός ότι οι νοσηλευτές ήταν σχετικά προετοιμασμένοι σε μέτριο βαθμό για την αντιμετώπιση καταστροφών, τα αποτελέσματα της έρευνας ανέδειξαν την έντονη επιθυμία τους να συμμετάσχουν ενεργά σε προγράμματα εκπαίδευσης και να καταρτιστούν κατάλληλα, με ως προς τη νοσηλευτική καταστροφών.

Η διαφορά που εντοπίστηκε στις γνώσεις του στρατιωτικού και πολιτικού προσωπικού αφορούσε στην πεποίθηση ότι ήταν καλύτερα προετοιμασμένοι για την αντιμετώπιση καταστροφών οι πρώτοι και πιο συγκεκριμένα σε θέματα όπως: η συμμετοχή στο σχέδιο εκτάκτου ανάγκης, η ευελιξία στην αναζήτηση ερευνών σχετικά με την ετοιμότητα για καταστροφές, η κατοχή ενός καταλόγου επαφών από τον περίγυρό τους καθώς και τηλέφωνων αναγκαίων σε κάποια κρίση, η ανάγνωση άρθρων περιοδικών σχετικών με καταστροφές και τέλος η άσκηση σε σχετικά προγράμματα. Όλο το προσωπικό έλαβε τις γνώσεις του από σχετικά σεμινάρια και μαθήματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης. 115 ερωτηθέντες δήλωσαν ότι έλαβαν γνώσεις νοσηλευτικής καταστροφών στο μεταπτυχιακό κύκλο σπουδών τους, ενώ μόλις 108, δήλωσαν ότι γνώριζαν από το προπτυχιακό τους πρόγραμμα τις βασικές γνώσεις για την αντιμετώπιση των καταστροφών, ενώ 113 από αυτούς απέκτησαν τις γνώσεις τους από συμμετοχή σε καταστροφικά συμβάντα. Είναι αξιοσημείωτο ότι εμφανώς περισσότερες γνώσεις κατείχαν όσοι είχαν παρακολουθήσει μαθήματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και σεμινάρια (Thobaity, et al., 2015).

Ερευνητικό ενδιαφέρον απέκτησε για τους Alzahrani και Kyratsis, ένα γεγονός στην πόλη Μέκκα της Σαουδικής Αραβίας, που εκτυλίσσεται κάθε χρόνο, το ιερό προσκύνημα Χατζ. Η σύρραξη τόσο μεγάλου αριθμού πιστών Μουσουλμάνων ενεργοποιεί κάθε φορά τους μηχανισμούς και τις υπηρεσίες της πολιτικής προστασίας της περιοχής για τον έλεγχο δυνητικών κινδύνων, που μπορεί να οδηγήσουν σε ατυχήματα, τραυματισμούς, εμφάνιση ασθενειών και εξάπλωση της νοσηρότητας, ή και τρομοκρατικές ενέργειες (Hammad, 2011). Οι ερευνητές αξιολόγησαν την αντίληψη των ρόλων των νοσηλευτών ΤΕΠ ως προς την ανάγκη συμμετοχής τους σε γεγονότα μαζικών καταστροφών που σχετίζονται συγκέντρωση μεγάλου αριθμού ατόμων.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι περισσότεροι νοσηλευτές των δημοσίων νοσοκομείων της Μέκκα είχαν γνώσεις και αυτοπεποίθηση για τη θέση τους σε μαζικές καταστροφές. Τα συνολικά ποσοστά έδειξαν για τις πεποιθήσεις των νοσηλευτών ότι: 82, 9% πίστευαν πως έχουν καθοριστικό ρόλο στη διαχείριση κρίσεων, 79, 8% πίστευαν πως αποτελούν την άμεση απάντηση σε επείγουσες καταστάσεις και 82, 1% θεωρούσαν ότι βασικός ρόλος τους είναι η φροντίδα των ασθενών. Στην ποσοστιαία σειρά των απαντήσεων ακολούθησαν η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση και η διαλογή. Επιπλέον βρέθηκε ότι

στις μείζονες καταστροφές, το 73, 3% των συμμετεχόντων θεώρησε ότι οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι για την κλινική ανταπόκριση, ενώ τα χαμηλότερα ποσοστά σημειώθηκαν στην επιτήρηση επιδημιών, την πρόληψη, την ηγεσία και την ψυχολογική υποστήριξη παρόλο που αναφέρονται στη βασική φροντίδα στα σχέδια εκτάκτου ανάγκης.

Η ετοιμότητα του υγειονομικού προσωπικού, της Κεντρικής Σαουδικής Αραβίας εκτιμήθηκε σε δεκατρία νοσοκομεία, το 2015 από τους Shalhoub και συν., προσαρμόζοντας ένα ερωτηματολόγιο του Παγκόσμιου οργανισμού Υγείας. Όλα τα νοσοκομεία είχαν αναπτύξει σχέδιο για τη διαχείριση νεκρών, διέθεταν δικό τους φαρμακείο, και οκτώ από αυτά είχαν στα φαρμακεία τους αποθέματα αντιδότων. Σχεδόν όλα, είχαν σχέδιο νοσοκομειακής ετοιμότητας σε περίπτωση καταστροφών, που αφορούσαν τόσο εσωτερικές όσο και εξωτερικές καταστροφές. Εκτός από τέσσερα τα υπόλοιπα είχαν συμφωνήσει στην υποδοχή θυμάτων στις εγκαταστάσεις τους. Όλα τα νοσοκομεία είχαν προσδιορίσει ποιος θα ήταν ο υπεύθυνος για την εκπαίδευση και την άσκηση του προσωπικού σχετικά με το σχέδιο ασφαλείας των νοσοκομείων, ώστε να γνωρίζουν όλοι τους ρόλους τους και να είναι εξοικειωμένοι με την εφαρμογή του. Μόνο σε δύο από τα εξεταζόμενα νοσοκομεία υπήρχε ενημέρωση του προσωπικού και έμπρακτη εκπαίδευση μέσα στο τελευταίο έτος, στα όσα συντάσσονταν στα σχέδια εκτάκτου ανάγκης (Shalhoub, et al., 2017).

Σε μία άλλη σχετική έρευνα για την ετοιμότητα νοσηλευτών κατά τη διαχείριση κρίσεων που διεκπεραιώθηκε στην Ινδονησία, ρωτήθηκαν 1341 άτομα. Αξιολογήθηκε η αντίληψή τους σχετικά με την ετοιμότητα, εξαρτώμενη από δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, όπως η ηλικία, η εκπαίδευση και η προϋπηρεσία εργασίας, και η ικανότητά τους να αντιμετωπίζουν μια κρίση.

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι η ηλικία και το χρονικό διάστημα εργασίας δεν επηρέασε τις αντιλήψεις του νοσηλευτικού προσωπικού στην Ινδονησία στην αντιμετώπιση των μαζικών καταστροφών. Το εκπαιδευτικό επίπεδο και η προηγούμενη εμπειρία σε συνδυασμό με τις ασκήσεις ετοιμότητας και ανταπόκρισης στη διαχείριση κρίσεων, έδειξαν σημαντική διαφοροποίηση στις «δεξιότητες» των συμμετεχόντων αλλά όχι και στις αντιλήψεις τους σχετικά με την αντιμετώπιση των καταστροφών. Η επάρκεια γνώσεων σχετιζόταν με το γεγονός ότι οι νοσηλευτές είχαν εκπαιδευτεί στην διαχείριση κρίσεων στους χώρους εργασίας τους, με προγράμματα που διεξάγονταν από τα ίδια τα νοσοκομεία ή τα εκπαιδευτικά ιδρύματα του τομέα της υγείας στο βασικό πρόγραμμα σπουδών τους που ενσωμάτωνε την νοσηλευτική των καταστροφών και τη διαχείριση κρίσεων (Martono, et al., 2019).

Για την αξιολόγηση του επιπέδου ετοιμότητας του ιατρικού προσωπικού στα Τμήματα επειγόντων περιστατικών της Ιταλίας, έγινε μελέτη με τη χρήση τηλεφωνικών συνεντεύξεων, που περιλάμβαναν ερωτήσεις σταθμισμένου εργαλείου. Το 41% των συμμετεχόντων πίστευαν ότι γνώριζαν ποιος είχε την ισχύ ενεργοποίησης του σχεδίου έκτακτης ανάγκης του νοσοκομείου και μόλις 38% γνώριζαν ποιος είχε την ευθύνη για όλες τις ενδονοσοκομειακές παρεμβάσεις. Συγκρίνοντας το επίπεδο των γνώσεων με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, πριν τη συμμετοχή στα μαθήματα διαχείρισης κρίσεων, βρέθηκε ότι όσοι είχαν συμμετέχει στο παρελθόν σε μαθήματα είχαν καλύτερη αντίληψη από όσους δεν είχαν λάβει καμία εκπαίδευση σχετικά με τις καταστροφές. Ωστόσο δε βρέθηκε άλλη διαφορά μεταξύ επιπέδου κατάρτισης, γεωγραφικής κατανομής και επίπεδου ετοιμότητας σε έκτακτη ανάγκη. Υψηλότερη βαθμολογία συγκέντρωσε η γενική χειρουργική ειδικότητα συγκριτικά με οποιαδήποτε άλλη ειδικότητα, λόγω του μικρού αριθμού συμμετεχόντων από αυτές (Paganini, et al., 2016).

Στην Ιορδανία το 2015, για πρώτη φορά εκτιμήθηκε το υγειονομικό προσωπικό ως προς τις γνώσεις και τις δεξιότητες του σχετικά με την ετοιμότητά του για την αντιμετώπιση μαζικών καταστροφών. Οι συμμετέχοντες έπρεπε να έχουν ένα τουλάχιστον χρόνο εργασιακής εμπειρίας και προέρχονταν από όλες τις μονάδες υγειονομικής περίθαλψης της χώρας, επιλέχθηκαν με τυχαιοποίηση 207 άτομα και αποκλείστηκαν όσοι γιατροί, νοσηλευτές ή μαίες βρίσκονταν στο στάδιο της εκπαίδευσης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 39, 8 έτη, κατά μέσο όρο εργάζονταν 39 ώρες σε εβδομαδιαία βάση και ο μέσος όρος προϋπηρεσίας τους ήταν 14, 7 έτη. Από αυτούς μόλις το 10, 6% είχε εμπειρία (γνώσεις, δεξιότητες) στην αντιμετώπιση καταστροφών. Μέτρια προετοιμασμένοι δήλωσαν η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας, όσον αφορά στη διαχείριση κάποιας κρίσης. 31% δήλωσε ότι απέκτησε τις γνώσεις της διαχείρισης κρίσεων στο προπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών, 13% στις μεταπτυχιακές του σπουδές, 24, 6% από σεμινάρια συνεχιζόμενης εκπαίδευσης ενώ 78 συμμετέχοντες (37, 7%) από την εκπαίδευση που στο χώρο εργασίας τους. Οι άντρες συμμετέχοντες, βρέθηκε, ότι θεωρούσαν τους εαυτούς τους περισσότερο έτοιμους να δράσουν σε μία κρίση από ότι οι γυναίκες, καθώς επίσης ότι ένιωθαν πιο άρτιοι γνωστικά και ως προς τις αντιλήψεις τους για την αντιμετώπιση μιας καταστροφής. Όσον αφορά στην ετοιμότητα, οι συμμετέχοντες που είχαν βρεθεί σε κάποιο καταστροφικό γεγονός είχαν σαφώς καλύτερα ποσοστά σε σχέση με όσους δεν είχαν προηγούμενη εμπειρία, παρόλο που σε γνωστικό επίπεδο δεν διέφεραν. Κατηγοριοποιώντας τους ερωτηθέντες στις ειδικότητες τους παρατηρήθηκε ότι οι νοσηλευτές είχαν περισσότερη σιγουριά για την ετοιμότητά τους από το προσωπικό μαιευτικής, και οι γιατροί ένιωθαν πιο σίγουροι από ότι οι νοσηλευτές για το βαθμό ετοιμότητας τους σε περίπτωση εμφάνισης μίας μαζικής καταστροφής (Al-Ali & Ibaid, 2015).

Στην πιο πρόσφατη μελέτη των King, διερευνήθηκε

ο βαθμός ετοιμότητας του στρατιωτικού υγειονομικού προσωπικού των Ηνωμένων Πολιτειών. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκε σταθμισμένο τμήμα από τις ερωτήσεις του Disaster Preparedness Evaluation Tool (DPET), σε ένα δείγμα ευκολίας 154 ατόμων εν ενεργείας στρατιωτικού προσωπικού, με ηλικίες από 17 έως 60 ετών, όλων των ειδικοτήτων του υγειονομικού σώματος. Ελέγχθηκε η ετοιμότητα τους ενόψει εμπλοκής τους σε κάποιο ζήτημα-βάση για την ανάπτυξη της παγκόσμιας υγείας, μιας και απαιτούνταν ο μέγιστος βαθμός ετοιμότητας του προσωπικού. Το 56% των συμμετεχόντων ήταν άντρες και το 44% ήταν γυναίκες, με μέσο όρο ηλικίας 32.8 ± 9.07, και το 79, 5% εργαζόταν σε στρατιωτική μονάδα περίθαλψης υγείας. Από τους ερωτηθέντες ποσοστό 19, 6% είχαν βιώσει κάποιο καταστροφικό συμβάν, και 70, 4% γνώριζαν τα σχέδια εκτάκτου ανάγκης στους χώρους εργασίας τους, και περισσότεροι από τους μισούς 62% δήλωσαν ότι λαμβάνουν εκπαίδευση σε τακτική βάση στο εργασιακό τους περιβάλλον σχετικά με τις καταστροφές. Στην υποκλίμακα της ετοιμότητας, η ερώτηση με το χαμηλότερο μέσο όρο ήταν «να θεωρηθεί ως βασική ηγετική φιγούρα στην κοινότητα». Στην υποκλίμακα της αντιμετώπισης μίας καταστροφής τόσο το γνωστικό επίπεδο, όσο και οι ερωτήσεις για τη διαχείριση ασθενών, κυμαίνονταν από 3, 76 έως 4, 29, δηλαδή καταγράφηκε ικανοποιητικά θετικό επίπεδο του συνόλου. Ακολούθως ο μέσος όρος των απαντήσεων στην υποκλίμακα της ανάκαμψης από μία καταστροφή, ήταν από 3.47 έως 4.29, που αποτελούσε ένα ικανοποιητικά θετικό αποτέλεσμα (King, et al., 2019).

Επίσης σε άλλη έρευνα από τη Σαουδική Αραβία, μελετήθηκε η ετοιμότητα νοσηλευτών τμήματος επειγόντων περιστατικών, σε δύο νοσοκομεία, και σε άτομα που γνώριζαν αγγλικά και είχαν περισσότερο από ένα χρόνο εργασίας στο τμήμα. Τα αποτελέσματα αφορούσαν επτά υποκατηγορίες. Σχεδόν όλοι οι ερωτηθέντες (95%) γνώριζαν τη θέση τους στο σχεδίου καταστροφών. Το 50% δήλωσε ότι είχε παρακολουθήσει κάποιο είδος εκπαίδευσης στην αντιμετώπιση καταστροφών τον τελευταίο χρόνο. Περίπου τα δύο τρίτα (63, 2%) των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι είχαν ασκηθεί στην ανταπόκριση σε καταστροφές στο νοσοκομείο. Από τους ερωτηθέντες που συμμετείχαν σε μια πραγματική καταστροφή, το 42, 9% αυτών αντιμετώπισε μαζικά ατυχήματα και το 35, 7% κλήθηκε σε κάποια φυσική καταστροφή, όπως μια πλημμύρα. Σε γενικές γραμμές, όλοι οι συμμετέχοντες απάντησαν ότι είχαν την ετοιμότητα σε παρόμοια επίπεδα τόσο για την αντιμετώπιση φυσικών καταστροφών, όσο και γεγονότων μαζικών ατυχημάτων. Γενικότερα η μεγάλη πλειοψηφία των ερωτηθέντων αντιλήφθηκε την σπουδαιότητα της εκπαίδευσης (Alshehri, 2016).

Σε μερική αντίθεση με τα παραπάνω έρχονται τα δεδομένα που αντλήθηκαν από τη μελέτη των Hammad, που διεξάχθηκε στην Αυστραλία. Σε αυτήν, επισημαίνεται το γεγονός ότι υπάρχει μία σύγχυση ανάμεσα στο νοσηλευτικό προσωπικό όσον αφορά στην διάκριση των ρόλων τους σε μία μαζική καταστροφή, παρεμποδίζοντας την σωστή αντιμετώπισή της. Στην αξιολόγηση των γνώσεων των νοσηλευτών, και της ετοιμότητας συμμετοχής τους στην αντιμετώπιση των κρίσεων, σημειώθηκε σύγχυση στην πηγή λήψης οδηγιών, στο να διακρίνουν δηλαδή τον εντολέα, καθώς και κατά συνέπεια να διακρίνουν τη δική τους θέση στην διαχείριση της καταστροφής. Σχεδόν οι μισοί από τους συμμετέχοντες δεν ήταν σε θέση να προσδιορίσουν συγκεκριμένα τον υπεύθυνο διαχείρισης της κατάστασης. Το 20% απάντησε ότι στη θέση αυτή είναι είτε κάποιο προϊστάμενο κλιμάκιο με νοσηλευτική ιδιότητα, το 19% ομάδα απαρτιζόμενη από ειδικούς ιατρούς και νοσηλευτές και το 10% κάποιος ιατρός. Επιπρόσθετα, ανέφεραν τέσσερις κατηγορίες ρόλων που είναι πιθανό να τους ανατεθούν και που μπορεί να είναι γενικοί ρόλοι διαχείρισης καταστροφών, βασικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις, ρόλοι που σχετίζονται με την καταστροφή και τη χρονική στιγμή εξέλιξης της καταστροφής και άλλα σε ποσοστό 8%. Οι απαντήσεις τους έδειξαν ασάφεια στις γνώσεις, ανάγκη καλύτερης προετοιμασίας και στοχοθέτηση βελτίωσης στο στάδιο της πρόληψης των καταστροφών (Hammad, et al., 2011).

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ

Ερευνητικά, το 2009 αξιολογήθηκε το επίπεδο ανταπόκρισης των νοσηλευτών τμήματος επειγόντων περιστατικών στην Αυστραλία, ως προς την τεχνική και θεωρητική τους κατάρτιση πριν και μετά την εκπαίδευσή τους με κατάλληλα διαμορφωμένο πρόγραμμα. Συμμετείχαν 152 νοσηλευτές που εργάζονταν σε τμήμα επειγόντων περιστατικών και βρέθηκε ότι μόνο το 60% κρίθηκε ότι βρισκόταν σε ικανοποιητική ετοιμότητα. Η έρευνα, λοιπόν, κατέδειξε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό αντιλήφθηκε ότι έχει μειωμένο επίπεδο ετοιμότητας, χαμηλή αυτοπεποίθηση, και σχετική ενημέρωση για τις μαζικές καταστροφές, που ενδεχομένως οφείλεται στις περιορισμένες ευκαιρίες εκπαίδευσης και στην μικρή προηγούμενη εμπειρία αντιμετώπισης κρίσεων (Duong, 2009).

Σε μία μελέτη που διεξήχθη σε πανεπιστήμια της Κωνσταντινούπολης στην Τουρκία και της Μιγιαζάκι στην Ιαπωνία διερευνήθηκαν γνωστικά οι προπτυχιακοί φοιτητές σχετικά με την ετοιμότητά τους και την ικανότητα αντίδρασης σε μαζικές καταστροφές, αλλά και οι γνώσεις και δεξιότητες που θα μπορούσαν να αποκτήσουν μετά από σχετική εκπαίδευση. Οι συμμετέχοντες ήταν 1031, οι 740 φοιτητές από την Τουρκία και οι 291 φοιτητές από την Ιαπωνία.

Το μεγαλύτερο ποσοστό απαντήσεων που σχετιζόταν με τις ικανότητές τους ήταν η «παροχή πρώτων βοηθειών και φροντίδα υγείας» και η « επίλυση προβλημάτων και διαχείρισης κρίσεων». Σε ίδια αναλογία και για τις δύο πόλεις αλλά με τα μικρότερα ποσοστά αναφορικά με τις

γνώσεις των συμμετεχόντων είχαν η «εκπαίδευση ανακούφισης από καταστροφές και ασκήσεις προσομοίωσης», «υποστήριξη σε θύματα καταστροφών», «σύμπνοια και συνεργασία» και «επιδημιολογική αξιολόγηση» (Oztekin, et al., 2014).

Σε μία γενικότερη εικόνα των αποτελεσμάτων, παρατηρεί κανείς πόσο σημαντική είναι η πλαισίωση ενός επαγγελματία υγείας με γνώσεις σε άριστο βαθμό, ώστε να μπορέσει να τις ανακαλέσει στο μέγιστο, όταν σε μία κατάσταση εκτάκτου ανάγκης, όπως μία κρίση, θα του ζητηθεί η ετοιμότητα και πληρότητα στο γνωστικό του αντικείμενο. Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας πρέπει να είναι συνεχιζόμενη και να αξιολογείται, για να δημιουργείται μία ανθεκτική, γραμμή υποστήριξης των κρίσεων.

Την ίδια περίπου χρονική περίοδο διεξήχθη μία μελέτη στο Ιράν, που διερεύνησε δείγμα 23 νοσηλευτών με προηγούμενη εμπειρία αντιμετώπισης μαζικών καταστροφών, με εφαρμογή συνεντεύξεων, στις οποίες σημειώθηκαν μεταξύ άλλων οι κλινικές δεξιότητες στις οποίες θεωρήθηκε ότι έπρεπε να εκπαιδευτεί το προσωπικό.

Μία από τις κλινικές αυτές δεξιότητες ήταν η αυτό-διαχείριση του στρες και συνεπώς η ανακούφιση από αυτό, με σκοπό να αποφεύγεται η αρνητική επίδραση του στο λειτούργημα που διατελεί το προσωπικό. Ασχολήθηκαν με το ζήτημα της ψυχολογικής και διανοητικής υποστήριξης πασχόντων, θυμάτων από μία καταστροφή και κατά βάση με όλο το εμπλεκόμενο προσωπικό παροχής υγείας και περίθαλψης, οι οποίοι στην περίοδο μίας κρίσης, βιώνουν έντονο ψυχολογικό και σωματικό στρες, σε βαθμό τέτοιο που πολλές φορές να μην είναι σε θέση να λειτουργήσουν προς όφελος όσων τους έχουν ανάγκη (Moghaddam, et al., 2014).

Στις βασικές κλινικές δεξιότητες για την αντιμετώπιση μαζικών καταστροφών, εκτιμήθηκαν ικανότητες όπως η διαλογή τραυματιών και η παροχή πρώτων βοηθειών, η περιποίηση και συρραφή τραυμάτων, ο έλεγχος της αιμορραγίας, χορήγηση ενδοφλέβιας αγωγής κυρίως σε παιδιά, ο καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως, καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση και διασωλήνωση με χρήση μηχανημάτων αναπνευστικής υποστήριξης, περίθαλψη και μεταφορά τραυματιών από το χώρο της καταστροφής στο υπαίθριο νοσοκομειακό χώρο που υποστηρίζει την περιοχή της καταστροφής (Moghaddam, et al., 2014).

Άλλη σημαντική δεξιότητα θεωρήθηκε η επικοινωνία, με την καλή χρήση και κατανόηση ξένων γλωσσών, κυρίως για τη συνεννόηση και ανταλλαγή πληροφοριών με αλλοδαπούς πληθυσμούς, που ίσως χρήζουν βοήθειας στον χώρο της καταστροφής, και επιπρόσθετα για την λήψη πληροφοριών (μέσω διαδικτύου) σημαντικών για τον τόπο και το χρόνο εκτύλιξης των γεγονότων (Moghaddam, et al., 2014). Η πραγματοποίηση των όσων διερευνήθηκαν, θεωρείται ότι συνδράμει στην προετοιμασία των νοσηλευτών, στην αποτελεσματική τους συνεργασία και στην βέλτιστη απόδοση στο έργο τους.

Σε μία ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα μελέτη, του Πεσιρίδη, 2015, έγινε τυχαιοποιημένη πειραματική μελέτη επαναλαμβανόμενων μετρήσεων τύπου Switching Replications, επιδιώκοντας να διερευνήσουν την ικανότητα κατοχής και συντήρησης του γνωστικού επίπεδου στην πάροδο του χρόνου, στην Ελλάδα. Στόχος των ερευνητών ήταν η ανάπτυξη, εφαρμογή και αξιολόγηση ενός εκπαιδευτικού προγράμματος για νοσηλευτικό προσωπικό, που σχετιζόταν με την πρόληψη και παροχή υπηρεσιών υγείας κατά τη διάρκεια μαζικών καταστροφών. Επιχείρησαν να εκτιμήσουν το βασικό επίπεδο ικανοτήτων και την διάθεση των ερωτηθέντων να συμμετέχουν στην παροχή υπηρεσιών υγείας στα πλαίσια της διαχείρισης κρίσεων, την ανάπτυξη ενός κατάλληλα διαμορφωμένου προγράμματος για επαγγελματίες νοσηλευτές, τη αύξηση των γνώσεων για αποδοτική απάντηση σε μία κρίση και την αξιολόγηση της επίδρασης του προγράμματος στα παραπάνω σε τρεις χρόνους: πριν από το πρόγραμμα, κατά τη διάρκεια του και έξι μήνες μετά.

Το δείγμα ήταν 207 νοσηλευτές που κατανεμήθηκαν τυχαία σε δύο ομάδες, ομάδα παρέμβασης (N=112) και ομάδα ελέγχου (N=95), για να παρακολουθήσουν την εκπαίδευση διάρκειας 8 ωρών και να απαντήσουν στο σταθμισμένο ερωτηματολόγιο για τις τρεις διαφορετικές χρονικές στιγμές που περιγράφηκαν. Τα αποτελέσματα της έρευνας δεν ήταν ικανοποιητικά αφού φάνηκε χαμηλό επίπεδο γνώσεων στους νοσηλευτές πριν την εκπαίδευση. Το προσωπικό που είχε συμμετάσχει τα προηγούμενα πέντε χρόνια σε σχετικά προγράμματα διαχείρισης κρίσεων, σημείωσε στατιστικά σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία συγκριτικά με το νοσηλευτικό προσωπικό που δεν είχε προηγούμενη εμπειρία($p<0, 001$). Μετά την εκπαίδευση παρατηρήθηκε αύξηση στη μέση βαθμολογία γνώσεων και στις δύο ομάδες, τόσο κατά τη δεύτερη όσο και κατά την τρίτη μέτρηση, δηλαδή αμέσως μετά την εκπαίδευση αλλά και μετά από ένα εξάμηνο, αντίστοιχα. Συγχρόνως παρατηρήθηκε βελτίωση μεταξύ των ομάδων στις μετρήσεις πριν την εκπαίδευση και αμέσως μετά από αυτήν που ήταν στατιστικά σημαντικά αυξημένη ($p<0, 001$).

Κατά την ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν από τις δύο ομάδες βρέθηκε ότι οι υποκειμενικές αντιλήψεις, ο τρόπος που αντιλαμβάνονται τον έλεγχο της συμπεριφοράς και η βασική κατάρτιση με γνώσεις της νοσηλευτικής καταστροφών είχαν πολύ στενή συσχέτιση μεταξύ τους, αιτιολογώντας το 70% της διακύμανσης στη πρόθεση των νοσηλευτών να συμμετέχουν στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε πάσχοντες και θύματα κατά τη διάρκεια των καταστροφών. Ωστόσο, δεν άλλαξε τίποτα στην πρόθεση του νοσηλευτικού προσωπικού ούτε μετά την εκπαίδευση του σεμιναρίου, ούτε έξι μήνες αργότερα ($p=0, 26$) για παροχή υπηρεσιών υγείας, αλλά ούτε και

στη μέση βαθμολογία της ανάμεσα στα δύο γκρουπ (p=0, 1) σε συγχρονικές συγκρίσεις. Συνεπώς κάθε περιορισμός στην επιμόρφωση και άσκηση των νοσηλευτών στη διαχείριση κρίσεων έχει αρνητική επίδραση στη μετάδοση γνώσης, ενώ αντίθετα η ενίσχυση αυτών έχει θετική επίδραση στην διατήρηση της και την εξέλιξή της σε βάθος χρόνου (Pesiridis, et al., 2015).

Σε μία προσπάθεια εκπαίδευσης του υγειονομικού προσωπικού στη Βραζιλία συγκρίθηκαν δύο μέθοδοι, η εξ αποστάσεως τηλεϊατρική εκπαίδευση και μαθήματα δια ζώσης, σχετικά με τις μαζικές καταστροφές. Συμπεριλήφθηκαν 157 άτομα, ανάμεσά τους φοιτητές ιατρικής και νοσηλευτικής, επαγγελματίες υγείας και πυροσβέστες, οι οποίοι συμπλήρωσαν ένα συγκεκριμένο σταθμισμένο ερωτηματολόγιο πριν και μετά την εκπαίδευση που έλαβαν. Στα μαθήματα τηλεϊατρικής εξ αποστάσεως, η μέση βαθμολογία πριν την εκπαίδευση ήταν 7.000 ± 1.599, και αυξήθηκε σε 8.000 ± 1.340 μετά τον κύκλο μαθημάτων. Παρατηρήθηκε ότι 93, 2% χαρακτήρισαν την εκπαίδευση μέσω βιντεοσυνομιλίας, «καλή» ή «τέλεια» και 88, 6% χαρακτήρισαν στο σύνολό του τον κύκλο μαθημάτων «καλό» έως «τέλειο». Σχετικά με τα δια ζώσης μαθήματα, πριν αυτά γίνουν, βρέθηκε μια μέση βαθμολογία στις απαντήσεις των συμμετεχόντων 7.000 ± 1.679, ενώ αφού αυτά ολοκληρώθηκαν η μέση βαθμολογία στις απαντήσεις του ίδιου ερωτηματολογίου αυξήθηκε σε 9.000 ± 1.224. Η σύγκριση του οφέλους από τις δύο μεθόδους εκπαίδευσης έδειξε ότι στα δια ζώσης μαθήματα υπήρχε μεγαλύτερη αύξηση (p<0.05). Ωστόσο και τα δύο μοντέλα εκπαίδευσης στην ετοιμότητα κατά των καταστροφών βρέθηκαν αποτελεσματικά και κανένα δεν υπερτερούσε του άλλου στατιστικά σημαντικά (Dorigatti, et al., 2018).

Όταν μελέτησαν και αξιολόγησαν την εκπαίδευση σχετικά με την ετοιμότητα, τις αντιλήψεις και γνώσεις των επαγγελματιών υγείας στην Υεμένη, σημειώθηκε ότι οι εκπαιδευτικές ανάγκες ήταν τεράστιες και το επίπεδο γνώσεων ανεπαρκές. Δείγμα αποτέλεσαν 531 επαγγελματίες υγείας, 231 από αυτούς συμπλήρωσαν την ηλεκτρονική μορφή του ερωτηματολογίου της μελέτης και οι υπόλοιποι 300 την έντυπη. Τα μέσα ενημέρωσης ήταν το συχνότερο μέσο πληροφόρησης για το 35, 6% των ερωτηθέντων σχετικά με καταστροφές, ενώ 3, 9% δήλωσε ότι ενημερωνόταν με προσωπικό του διάβασμα. Το 41% των συμμετεχόντων δεν είχαν ποτέ διδαχθεί το σχεδιασμό για την αντιμετώπιση των καταστροφών. Περισσότεροι από τους μισούς (58.9%), δεν είχαν ασκηθεί ποτέ στην επείγουσα αντιμετώπιση καταστροφών και οι υπόλοιποι είχαν λάβει μαθήματα για τη διαλογή και για την απάντηση σε καταστροφικά συμβάντα μαζικής εμβέλειας, όπως πυρκαγιά ή εκκένωση κτιρίου, καθώς και σε σεμινάρια πρώτων βοηθειών. Στις ερωτήσεις γνωστικού περιεχομένου διακρίθηκαν σε καλύτερο επίπεδο όσοι είχαν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών, αλλά δεν υπήρξε διαφοροποίηση σε σχέση με το επίπεδο εργασιακής εμπειρίας. Όσον αφορά στις υποκατηγορίες των επαγγελματιών υγείας δεν υπήρξε διαφοροποίηση τέτοια που να απασχολήσει το ερευνητικό ενδιαφέρον. Στο τμήμα της έρευνας που σχετιζόταν με αντιλήψεις και στάσεις στη διαχείριση κρίσεων, ενδιαφέρον είχαν τα εξής ευρήματα: οι επαγγελματίες υγείας με μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών είχαν καλύτερη βαθμολογία στις σχετικές ερωτήσεις, οι ερωτηθέντες με μεγαλύτερο χρονικό διάστημα εργασίας είχαν πιο έντονη επιθυμία ένταξης της εκπαίδευσης και των σχεδίων εκτάκτου ανάγκης στο χώρο εργασίας τους, ανάμεσα στις υποκατηγορίες των ειδικοτήτων που συμμετείχαν στην έρευνα οι καθηγητές ιατρικής κατείχαν καλύτερα ορολογίες όπως «η εκτίμηση κινδύνου», «ο σχεδιασμός», «η επίβλεψη», και τα προϊστάμενα κλιμάκια είχαν καλύτερη αντίληψη της άσκησης στον ενδονοσοκομειακό χώρο αλλά και στο χώρο του συμβάντος (Naser & Saleem, 2018).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η επιστημονική κοινότητα πρέπει να δεσμευτεί στο σχεδιασμό προγραμμάτων έρευνας και εκπαίδευσης, που να αφορούν τη διαχείριση κρίσεων και να εμπλουτίζουν το γνωστικό χάρτη των επαγγελματιών υγείας με διεθνώς αποδεκτούς αλγορίθμους και ασκήσεις, στο βασικό πρόγραμμα σπουδών κάθε υγειονομικής ειδικότητας. Διεπιστημονική συνεργασία πανεπιστημιακών ιδρυμάτων μπορεί να συμβάλει στην δημιουργία άρρηκτων σχέσεων μεταξύ των μελών της διευρυμένης ομάδας διαχείρισης κρίσεων, με προγράμματα δια βίου μάθησης και ασκήσεις προσομοίωσης. Με τον τρόπο αυτό μειώνονται τα σφάλματα σε πιθανές πραγματικές συνθήκες, αφού με την συνεχή εκπαίδευση αυξάνεται η αυτοπεποίθηση, μειώνονται τα γνωστικά κενά, διατηρείται η επαφή με τα σχέδια εκτάκτων αναγκών και βελτιώνεται η επικοινωνία των μελών της ομάδας διαχείρισης κρίσεων. Από τοπικό έως και διεθνές επίπεδο οριοθετούνται οι απαιτήσεις μιας μαζικής καταστροφής και η σύμπνοια γίνεται θεμέλιος λίθος της επιτυχίας. Η ανάπτυξη επομένως στάσης επίγνωσης και σύμπνοιας μεταξύ των ερευνητών, θα συνδράμει στη διεπιστημονική συνεργασία για την καθιέρωση εκπαιδευτικών προγραμμάτων, μεθόδων βελτίωσης της ετοιμότητας και κατ' επέκταση στην επαύξηση των γνώσεων του υγειονομικού προσωπικού σχετικά με τη διαχείριση μαζικών καταστροφών, την ετοιμότητα, τη μείωση, και την αποκατάσταση μετά από ένα καταστροφικό γεγονός.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Al-Ali, N. & Ibaid, A. A., 2015. Health-care providers' perception of knowledge, skills and preparedness for disaster management in primary health-care centres in Jordan. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 13 May, pp. 713-721.

Albrecht, F., 2017. The Social and Political Impact of Natural Disasters. *Uppsala: Acta*, pp. 18-29.

Alshehri, B., 2016. Emergency nurses' preparedness for disaster in the Kingdom of Saudi. *Journal of Nursing Education and Practice*, 13 November, pp. 101-114.

Alshehri, B., 2016. Emergency nurses' preparedness for disaster in the Kingdom of Saudi Arabia. *Journal of Nursing Education and Practice*, 29 March, pp. 101-114.

Alzahrani F, K. Y., 2017. Emergency nurse disaster preparedness during mass gatherings: a cross-sectional survey of emergency nurses' perceptions in hospitals in Mecca, Saudi Arabia.. *BMJ Publishing Group Limited*, 11 April.

Andrew, C., 2008. *A dictionary of Psychology.* 3 επιμ. s.l.:Oxford University Press.

Bahrami, M., Aliakbari, F. & Aein, F., 2014. Iranian nurses' perception of essential competences in disaster response: A qualitative study. *Journal of Education and Health Promotion*, Αύγουστος, pp. 1-8.

Baird, M. E., 2010. *The "Phases" of Emergency Management,* Memphis: Intermodal Freight Transportation Institute (IFTI).

Basal, A. A. & Ahmed, R. E., 2018. Percepton of Nurses' Regarding Role, Preparedness and Management Skills During Hospital Disasters. *International Journal of Novel Research in Healthcare and Nursing*, Issue 5, pp. 151-161.

Bazyar, J., Farrokhi, M. & Khankeh, H., 2019. Triage Systems in Mass Casualty Incidents and Disasters: A Review Study with A Worldwide Approach. *Open Access Maced J Med Sci.*, 12 February, p. 7(3): 482–494..

Bistaraki, A. , Waddington, K., Galanis, P., 2011. The effectiveness of a disaster training programme for healthcare workers in Greece. *International Nursing Review*, Σεπτέμβριος, pp. 341-345.

Boin, A., Hart, P., Stern, E. & Sundelius, B., 2016. *The Politics ofCrisis Management.* 2nd επιμ. s.l.:Cambridge University Press.

Bolin, R., 1993. Household and community Recovery after Earthquakes. *Boulder, University of Colorado.*

Brock, W., 2001. Chaos Theory. Στο: *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences.* s.l.:N. J. Smelser P. B. Baltes, p. 17500.

Bundy, J., Pfarrer, M. D., Short, C. E. & Coombs, T., 2016. Crises and Crisis Management: Integration, Interpretation, and Research Development. *Journal of Management*, 8 12, pp. 1661-1692.

Castrigiano, D. & Hayes, S. A., 2004. *Catastrophe Theory.* 2nd επιμ. s.l.:Boulder.

Coombs, W., 2007. *Ongoing Crisis Communication: Planning, Managing and Responding.* 2nd επιμ. Thousand Oaks: CA: Sage.

Cordoba, J. D. & Luchnow, D., 2010. *Fierce earthquake rocks Haiti.The Wall Street Journal limited.* [Ηλεκτρονικό] Available at: http://online.wsj. [Πρόσβαση 17 Μάρτιος 2020].

Corrigan, S., 2012. Disaster preparedness in an Australian urban trauma center: staff knowledge and perceptions.. *Prehosp Disaster Med*, pp. 432-438.

Daley, B., 2020. With costs approaching 100billion dollars, the fires are Australias costliest natural disaster. *The Conversation*, January.

Dorigatti, A. E. και συν., 2018. In-person and telemedicine course models for disaster: a comparative analysis. *Rev Col Bras Cir.,* p. 45(3):e1710.

Duong, K., 2009. Disaster Education and Training of Emergency Nurses in South Australia. *Australasian Emergency Nursing Journal.*, pp. 86-92.

Eskenazi, B., Mocarelli, P., Warner, M. & Needham, L., 2004. Relationship of Serum TCDD Concentrations and Age at Exposure of Female Residents of Seveso, Italy. *Environmental Health Perspectives*, January, pp. 112 (1): 22-7.

Garbutt, S., Peltier, J. & Fitzpatrick, J., 2008. Evaluation of an Instrument to Measure Nurses' Familiarity With Emergency Preparedness.. *Military Medicine*, pp. Vol. 173, 11, pp. 1073-1077.

Goleman, D., 2011. *Συναισθηματική Νοημοσύνη.* Αθήνα: Πεδίο.

Hammad, K. &. A. P. &. G. K., 2011. Emergency nurses and disaster response: An exploration of South Australian emergency nurses' knowledge and perceptions of their roles in disaster response. *Australasian Emergency Nursing Journal*, Μάϊος.

Hammad, K., Arbon, P. & Gebbie, K., 2011. Emergency Nurses and Disaster Response Response: An Exploration of South Australian Emergency Nurses' Knowledge and Perceptions of Their Roles in Disaster Response. *Australas Emerg Nurs Journal*, pp. 87-94.

Himayatullah, Giurca, L. & Asmatullah, x.x. DISASTER MANAGEMENT CYCLE – A THEORETICAL. *Revista publicata sub egida Societatii Academice de Management din Romania*, pp. 44-49.

Hsiang, S. M. a. A. S. J., 2014. The causal effect of environmental catastrophe on long-run economic evidence from 6, 700 cyclones.. *National Bureau of Economic Research.*

Humanitarian Action, R. a. R., x.x. *Preparedness and the disaster cycle.* [Ηλεκτρονικό] Available at: https://www.futurelearn.com/courses/humanitarian-action-response-relief/0/steps/60986 [Πρόσβαση Μάρτιος 2020].

ICN, 2017. Disaster Nursing. Στο: *International Catalogue Nursing Disaster.* Geneva, Switzerland: ICN, pp. 2-22.

Igorevich, A. V., 1992. *Catastrophe Theory.* 3rd επιμ. Berlin: Springer-Verlag.

Jiang, L. και συν., 2015. Knowledge, attitudes and competence in nursing practice of typhoon disaster relief work among Chinese nurses: a questionnaire survey.. *Int J Nurs Pract*, pp. 21: 60-69..

Kent, R. C., Program., U. D. M. T. & Programme, U. D. M. T., x.x. Disaster preparedness: trainer's guide.. Στο: *Disaster preparedness: trainer's guide..* Geneva, Switzerland: Disaster Management Training Programme.

King, H. C., Spritzer, N. & Al-Azzeh, N., 2019. Perceived Knowledge, Skills and Preparedness for Disaster Management Among Military Health Care Personnel. *MILITARY MEDICINE.*

Krejsa, D. P., 1997. *UNISDR.* [Ηλεκτρονικό] Available at: https://www.unisdr.org/2006/ppew/whats-ew/pdf/report-on-ew-for-technological-hazards.pdf [Πρόσβαση 18 Μάρτιος 2020].

Larry, B., 2010. *Chaos and Fractals.* [Ηλεκτρονικό] Available at: http://www.stsci.edu/~lbradley/seminar/butterfly.html [Πρόσβαση 15 Φεβρουάριος 2020].

Leaning, J. & Guha-Sapir, D., 2013. Natural Disasters, Armed Conflict, and Public Health. *The New England Journal of Medicine*, 07 ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ.

Lerbinger, O., 1997. *The Crisis Manager: Facing Risk and Responsibility.* Mahwah: NJ: Erlbaum.

Livepedia, 2008. *Βικιπαίδεια.* [Ηλεκτρονικό] Available at: https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%9C%CE%B5%CF%84%CE%B1%CE%BD%CE%AC%CF%83%CF%84%CE%B5%CF%85%CF%83%CE%B7

Maiani, F., 2016. *Ενωση Διοικητικών Δικαστών.* [Ηλεκτρονικό] Available at: https://www.edd.gr/images/views/maiani-article.pdf

Martono, M. και συν., 2019. Indonesian nurses' perception of disaster management preparedness. *Chinese Journal of Traumatology*, pp. 41-46.

Moghaddam, M. N., Saeed, S., Khanjani, N. & Arab, M., 2014. Nurses' Requirements for Relief and Casualty Support in Disasters: A Qualitative Study. *Nurs Midwifery Stud.*, pp. 1-8.

Naser, W. N. & Saleem, H. B., 2018. Emergency and disaster management training; knowledge and attitude of Yemeni health professionals- across-sectional study. *BMC Emergency Magazine*, 06 August, pp. 1-12.

Nofal, A., Alfayyad, I. & Khan, A., 2018. Knowledge, attitudes, and practices of emergency department staff towards disaster and emergency preparedness at tertiary health care hospital in central Saudi Arabia. *Saudi Med Journal*, 26 September, pp. 1123-1129.

Noori, N. S., 2016. Dynamics of coordination-clusters in long-term rehabilitation. *Journal of Humanitarian Logistics and Supply Chain Management*, December, pp. 296-328.

Okuda, Y. και συν., 2009. The Utility of Simulation in Medical Education: What is the Evidence?. *Mt Sinai J Med N Y*, pp. Vol. 76, 4, pp. 330-343.

Organization, W. H., 2020. *WHO.* [Ηλεκτρονικό] Available at: www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline [Πρόσβαση 20 July 2020].

Oztekin, S. D., Larson, E. E., Altun Ugras, G. & Yuksel, S., 2014. Educational Needs Concerning Disaster Preparedness and Response: A Comparison of Undergraduate Nursing Students From Istanbul, Turkey, and Miyazaki, Japan. *Japan Journal of Nursing Science*, pp. 94-101.

Paganini, M. και συν., 2016. Assessment of disaster preparedness among emergency departments in Italian hospitals: a cautious warning for disaster risk reduction and management capacity. *Scandinavian Journal of Trauma.*

Parihar, R., 2011. *Nursing: The Profession of Selfessness.* [Ηλεκτρονικό] Available at: https://pariharraj.wordpress.com/2011/01/20/disaster-nursing/ [Πρόσβαση 18 Μάρτιος 2020].

Pattillo, M., 2006. Teaching Disaster Nursing Response Using Simulations. *Clin Simul Nurs*, pp. e49-e51.

Pekez-Pavlisko, T., Racic, M. & Jurisic, D., 2018. A questionnaire study on the attitudes and previous experiences of Croatian family physicians towardtheir preparedness for Disaster. *Bull Emergency Trauma*, 17 Φεβρουάριος, pp. 163-167.

Pesiridis, T., Sourtzi, P., Galanis, P. & Kalokairinou, A., 2015. Development, Implementation and Evaluation of a Disaster Training Programme for Nurses: a Switching Replications Randomized Controlled Trial. *Nurse Education in Practice*, pp. 63-67.

Poisson, B. G. M. a. P. R., 2009. The 2004 December 26 Indian Ocean tsunami impact on Sri Lanka: cascade modelling from oceans to city scales. *Geophysics Journal International*, pp. 1080-1090.

Rene, T., 1985. *MODELES MATHEMATIQUES DE LA MORPHOGENESE.* s.l.:ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΣ.

Rivers, F. &. S. S. &. D. P. K. &. L., 2010. A Review of Nurses in Disaster Preparedness and Response: Military and Civilian Collaboration.. *Journal of Homeland Security and Emergency Management.*, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ.

Rogers, E., 2003. *The Diffusion of Innovations.* 5η επιμ. s.l.:Simon and Schuster.

Roth, F., 2017. *The Conversation.* [Ηλεκτρονικό] Available at: https://theconversation.com/understanding-the-root-causes-of-natural-disasters [Πρόσβαση 18 Μάρτιος 2020].

Segger, M., Sellnow, T. & Ulmer, R., 1998. "Communication, organization, and crisis". *Annals of the International Communication Association*, pp. 231-275.

Sellnow, T., Seeger, M. & Ulmer, R., 2002. Chaos Theory, Informational Needs and Natural Disasters. *Journal of Applied Communication Research*, pp. 269-292.

Seneviratne, K., Baldry, D. & Pathirage, C., 2010. Disaster knowledge factors in managing disasters. *International Journal of Strategic Property*, pp. 376-390.

Shalhoub, A. A. B., Khan, A. A. & Alaska, Y. A., 2017. Evaluation of disaster preparedness for mass casualty incidents in private hospitals in Central Saudi Arabia. *Saudi Med Journal*, pp. 302-306.

Shoaf & Kimberley, 2000. Public health impact of disasters. *Australian Journal of Emergency Management*, pp. 58-62.

Siegel, Shoaf & Bourque, 2000. Post- Traumatic Stress Disorders in Urban Earthquakes. *International Journal of Mass Emergencies and Disasters.*

Slepski, L., 2007. Emergency Preparedness and Professional Competency Among Health Care Providers During Hurricanes Katrina and Rita: Pilot Study Results. *Disaster Manage Response*, pp. 99-110.

Stefanidis, D. και συν., 2012. Simulator Training to Automaticity Leads to Improved Skill Transfer Compared With Traditional Proficiency-Based Training. *Ann Surg.*, pp. Vol. 225, 1, pp. 30-37.

Takayo, M., Sayaka, K., Nobuko, M. & Huebner, C., 2018. Developing a scale to measure Japanese nurses' individual readiness for deployment to disasters. *Nursing and Health Sciences*, 12 Οκτώβριος, p. 346.

Tavan, και συν., 2016. Development and Validation of a Questionnaire to Measure Iranian Nurses' Knowledge, Attitude and Practice Regarding Disaster Preparedness.. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 01 Αύγουστος.

Thobaity, A. A., Plummer, V., Innes, K. & Copnell, B., 2015. Perceptions of knowledge of disaste rmanagement among military and civilian nurses in Saudi Arabia. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 13 March, pp. 156- 164.

Thubaity, A., Plummer, V., Innes, K. & Copnell, B., 2015. Perceptions of knowledge of disaster management among military and civilian nurses in Saudi Arabia.. *Australas Emergency Nursing Journal*, 18 Αυγουστος, pp. 154-64.

UNDDR, 2020. *UNITED NATIONSOFFICE for DISASTER RISK REDUCTION.* [Ηλεκτρονικό] Available at: https://www.undrr.org/ [Πρόσβαση Μάρτιος 2020].

UNISDR, 2009. [Ηλεκτρονικό] Available at: https://www.unisdr.org/files/7817_UNISDRTerminologyEnglish.pdf [Πρόσβαση Νοέμβριος 2019].

UNISDR, 2017. *Terminology-Disaster Impact.* [Ηλεκτρονικό] Available at: https://www.unisdr.org/we/inform/terminology [Πρόσβαση 20 Μάρτιος 2020].

UNISDR, x.x. *Terminology.* [Ηλεκτρονικό] Available at: https://www.unisdr.org/we/inform/terminology#letter-v [Πρόσβαση 29 Φεβρουάριος 2020].

Veenema, T. G., 2013. Leadership and Coordination in Disaster Health Care Systems: the U.S. National Response Framework. Στο: *DISASTER NURSING AND EMERGENCY PREPAREDNESS FOR CHEMICAL, BIOLOGICAL, AND RADIOLOGICAL TERRORISM AND OTHER HAZARDS.* 3η επιμ. s.l.:Springer Publishing Company, LLC, pp. 21-41.

Venette, S., 2003. *Risk communication in a High Reliability Organization: APHIS PPQ's inclusion of risk in decision making.* s.l.:North Dakota State University.

W.R. Crandall, J. P. J. S. S., 2014. *Crisis Management: Leading in the New Strategy Landscape.* 2nd επιμ. Los Angeles: Public Relation Review.

Wagner, J. & Dahnke, M., 2015. Nursing Ethics and Disaster Triage: Applying Utilitarian Ethical Theory. *Journal of Emergency Nursing*, pp. Vol. 41, 4, pp. 300-306..

Wikipedia, x.x. *Wikipedia.* [Ηλεκτρονικό] Available at: https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_natural_disasters_by_death_toll [Πρόσβαση 10 March 2020].

Wilkerson, W. και συν., 2008. Using Immersive Simulation for Training First Responders for Mass Casualty Incidents. *Acad Emerg Med*,

pp. 1152-1159.
Witting, M., 2012. *Detecting Disaster Root Causes-A Framework and an Analytic Tool for Practitioners.* s.l.:Bonn: German Committee for Disaster Reduction (DKKV).
World Health Organisation, 2017. *World Health Organisation.* [Ηλεκτρονικό] Available at: https://extranet.who.int/sph/sites/default/files/document-library/document/Preparedness-9789241511827-eng.pdf [Πρόσβαση 12 ΙΟΥΝΙΟΣ 2019].
World.Health.Organization, 2002. *WHO.* [Ηλεκτρονικό] Available at: http://www.who.int/environmental_health_emergencies/complex_emergencies/en/ [Πρόσβαση 10 Μάρτιος 2020].
Wouter, B., Olivier, D. & Mark, S., 2019. The Economic Impacts of Natural Disasters: A Review of Models and Empirical Studies. *Review of Environmental Economics and Policy*, pp. 167-188.
Yehua Xu, X. Z., 2016. Necessity for disaster-related nursing competency training of emergency nurses in China. *international journal of nursing sciences*, pp. 198-201.
Zhong, S., Clark, M. & Hou, X.-Y., 2014. Validation of a Framework for Measuring Hospital Disaster Resilience Using Factor Analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, pp. 6335-6353.
A.Nofal, A. I. A. K. Z. A. A., 2018. Knowledge, attitudes, and practices of emergency department staff towards disaster and emergency preparedness at tertiary health care hospital in central Saudi Arabia. *Saudi Med J*, 23 11, pp. Vol. 39 (11): 1123-1129.
Βικιπαίδεια, 2018. *el.wikipedia.gr.* [Ηλεκτρονικό] Available at: https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A3%CF%85%CE%BD%CE%B1%CE%B9%CF%83%CE%B8%CE%B7%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AE_%CE%BD%CE%BF%CE%B7%CE%BC%CE%BF%CF%83%CF%8D%CE%BD%CE%B7
Γενική ΓραμματείαΠολιτικής Προστασίας, 2003. *Civil Protection.* [Ηλεκτρονικό] Available at: https://www.civilprotection.gr/el/%CE%B3%CE%B5%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CF%8C-%CF%83%CF%87%CE%AD%CE%B4%CE%B9%CE%BF-%CF%80%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82-%CF%80%CF%81%CE%BF%CF%83%CF%84%CE%B1%CF%83%CE%AF%CE%B1%CF%82 [Πρόσβαση 12 ΙΟΥΝΙΟΣ 2019].
Δανδουλάκη, Μ., χ.χ. *Καλλικράτης: Πολλιτική Προστασία και αυτοδιοίκηση.* s.l.:ΕΕΤΑΑ.
Εγκυκλοπαίδεια, Β. n. Ε., 2018. *wiki pedia.* [Ηλεκτρονικό] Available at:https://el.wikipedia.org/wiki/Φυσικός_κίνδυνος [Πρόσβαση 15 Μάρτιος 2020].
Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2015. *ec.europa.eu.* [Ηλεκτρονικό] Available at: https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/what-we-do/policies/european-agenda-migration/background-information/docs/communication_on_the_european_agenda_on_migration_el.pdf [Πρόσβαση 13 5 2015].
Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2015. *Διάσκεψη κορυφής για τη μετανάστευση - Βαλέτα, 11-12/11/2015.* Βαλέτα, Ευρωπαϊκή Ένωση.
Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2017. *Ενίσχυση της ενωσιακής διαχείρισης των καταστροφών: rescEU αλληλεγγύη με υπευθυνότητα.* Βρυξέλλες: s.n.
Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2018. *Ευρωπαϊκή Ένωση.* [Ηλεκτρονικό] Available at: https://www.consilium.europa.eu/el/policies/ceas-reform/
Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2019. *Μεταναστευτική πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης.* [Ηλεκτρονικό] Available at: https://www.consilium.europa.eu/el/policies/migratory-pressures/
Ευρωπαϊκό Συμβούλιο, 2019. *Ευρωπαϊκή Ένωση.* [Ηλεκτρονικό] Available at: https://www.consilium.europa.eu/el/policies/migratory-pressures/ [Πρόσβαση 07 03 2019].
Κωφίδης, Ν., 2002. *Ψυχιατρική και Μαζικές Καταστροφές.*. [Ηλεκτρονικό] Available at: http://414snen.army.gr/erevnes/2002/hmerida.psixokoinonikis.merimnas.Kofidis.pdf [Πρόσβαση 17 Φεβρουάριος 2020].
Μίχος, Ν., χ.χ. *EDCM.* [Ηλεκτρονικό] Available at: https://edcm.edu.gr/images/news/hdrrf/presentations/29_EKEPY-Swstratos-Michos-2HDRRF.pdf [Πρόσβαση 06 ΙΟΥΝΙΟΣ 2019].
Ο.Η.Ε, 2015. *UNISDR.* [Ηλεκτρονικό] Available at: https://www.unisdr.org/who-we-are/what-is-drr [Πρόσβαση 12 ΙΟΥΝΙΟΣ 2019].
Πείνα., 2018. *Πείνα στον Κόσμο.* [Ηλεκτρονικό] Available at: http://www.env-edu.gr/packs/peinastonkosmo/3_2_peina.html [Πρόσβαση 17 Μαρτίος 2010].
Στεργίου, Ε., 2007. «Πώς η γνώση καθορίζει τη ζωή μας». *Καθημερινή.*
Συμβούλιο Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2017. Πλαίσιο της ΕΕ για την επανεγκατάσταση: το Συμβούλιο είναι έτοιμο να αρχίσει διαπραγματεύσεις. *Συμβούλιο της ΕΕ/Δελτίο τύπου.*

REVIEW

Perceptions, knowledge and training needs of health professionals regarding their preparedness for crisis and mass disasters: a descriptive review

Mirsini Spireli

Leutenant, RN, MSc, 401 General Military Hospital

ABSTRACT

Introduction: In recent years, the incidents of mass disasters have increased in intensity and frequency, with a great impact both on society as a whole and on the operation of health services. Health professionals have an important role in their treatment. However, their perceptions, knowledge and educational needs, regarding their preparedness in a critical situation, are not fully clarified.

Purpose: The purpose of this review was to investigate the perceptions, knowledge and educational needs regarding the preparedness of health professionals in the face of mass disasters.

Method: A complex search of the literature regarding crisis and emergency management by healthcare personnel was conducted between November 2018 and July 2020 in the online databases Pubmed, Medline, Cochrane Library, Google Scholar and the National Archive of Doctoral Dissertations. Inclusion criteria were the English and Greek language and the period of publication of the articles (from the year 2000 onwards). In addition, the studies should include only health professionals. Exclusion criteria were: the exclusive focus of the subject on vulnerable groups. Ultimately 20 studies were included in the review.

Results: The level of knowledge regarding the position and role of each health specialty in the event of a crisis or mass disaster, and therefore regarding the preparedness of health professionals, was found to be satisfactory. In many cases the frequent occurrence of catastrophic events in certain areas has led to the development of the level of preparedness of health personnel and contributed to better planning. However, there were recorded gaps in knowledge regarding the psychological support of victims and as a result there were formulated needs for further training, with specific simulation scenarios for health professionals.

Conclusions: Health professionals have increased needs for training and education in dealing with crises and mass disasters. Designing and monitoring appropriate training programs will improve their preparedness and effectiveness in such situations.

Key words: perceived knowledge, crisis management, healthcare professionals response, educational needs and, disaster preparedness, attitudes

Corresponding author: Mirsini Spireli
e-mail: mirsiman@yahoo.gr

Date of submission: 03/09/2021
Publication date: September 2022

Citation: Spireli M. (2022). Perceptions, knowledge and training needs of health professionals regarding their preparedness for crisis and mass disasters: a descriptive review. Hellenic Journal of Nursing Science 15(3), https://doi.org/10.24283/hjns.202236

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 15 - ISSUE 3
JULY - AUGUST - SEPTEMBER
2022

Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης
Hellenic journal of Nursing Science

http://journal-ene.gr/

ΤΟΜΟΣ 15 - ΤΕΥΧΟΣ 3
ΙΟΥΛΙΟΣ
ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ
2022

ΕΝΕ
ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
www.enne.gr