ΕΠΝΕ

Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης

Hellenic Journal of Nursing Science

Τόμος 18, Τεύχος 1, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ - ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ - ΜΑΡΤΙΟΣ 2025

VOLUME 18, ISSUE 1, JANUARY - FEBRUARY - MARCH 2025



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

ΕΚΔΟΤΗΣ: ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΣΚΟΥΤΕΛΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ: ΛΑΜΠΡΟΣ ΜΠΙΖΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗΣ: ΜΑΡΙΑ ΚΑΠΡΙΤΣΟΥ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ: ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΑΒΡΑΜΙΔΗΣ

Το ΔΣ της ΕΝΕ:
Πρόεδρος: Σκουτέλης Δημήτριος, Αντιπρόεδρος Α΄: Μπίζας Λάμπρος, Αντιπρόεδρος Β΄: Μπαλιόζογλου Γεώργιος, Γενικός Γραμματέας: Πολυκανδριώτης Τζαννής, Αναπληρωτής Γραμματέας: Μπελαλή Κωνσταντία, Ταμίας: Πανόπουλος Σταύρος, Οργανωτικός Γραμματέας: Αβραμίδης Γεώργιος
Μέλη:
Αρβανίτης Γεώργιος, Γιάγκου Ευτυχία, Κοσκινάς Παναγιώτης, Κούρτης Γεώργιος, Κωστίκου Μαρία, Μαντζανάς Μιχαήλ, Ναλμπάντης Ευάγγελος, Τάνη Σοφία

ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗΣ:
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», Σοφία Τάνη RN, MSc, PhD, Μέλος Διοικητικού Συμβουλίου Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος, Προϊσταμένη, Υπεύθυνη Γραφείου Εκπαίδευσης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας ΓΝΑ ΚΑΤ, Μέλος Επιστημονικού Συμβουλίου ΓΝΑ ΚΑΤ, Γενική Γραμματέας ΠΑΣΥΝΟ-ΕΣΥ Ν. Αττικής, Αναπληρώτρια Γενική Γραμματέας ΠΑΣΥΝΟ-ΕΣΥ, Αναπληρωματικό μέλος Εθνικού Συμβουλίου Ανάπτυξης Νοσηλευτικής

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, Χρήστος Μαρνέρας, Ευαγγελία Μεϊμέτη, Δημήτριος Μπαρουξής, Δήμητρα Παλητζήκα, Παρθενόπη Παντελίδου, Νίκη Παυλάτου, Δημήτριος Πιστόλας, Γεώργιος Σιδηράς, Αγγελική Σταθαρού, Ευαγγελία Σταματοπούλου, Νικόλαος Στεφανόπουλος, Φρίξος Τάχιας, 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

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ - EDITORIAL

Biomarkers as Diagnostic Tools in Sepsis Care
Maria Kapritsou **5**

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ – RESEARCH ARTICLES

Οι Διαγνωστικές Ομοιογενείς Κατηγορίες (DRGS) ως εργαλείο χρηματοοικονομικού management: Μελέτη περίπτωσης χειρουργικών ογκολογικών περιστατικών δημοσίου νοσοκομείου
Diagnosis related groups (DRGS) as a financial management tool: A case study on surgical oncological cases in public hospital
Αναστάσιος Δαρδόγιαννος **7**

Ανοσολογική απάντηση μεταμοσχευμένων με νεφρό ασθενών μετά τη χορήγηση του εμβολίου BNT162b2
Immune response of kidney transplant recipients after vaccination with BNT162b2
Μαρία-Λόις Ορέμο, Αικατερινη Μπαλάσκα, Δημήτριος Πιστόλας, Ιωάννα-Μαρία Δημοπούλου, Στυλιανός Ορφανός, Αναστασία Κοτανίδου **18**

Σεξουαλική παρενόχληση και λεκτική βία σε ιατρούς και νοσηλευτές δημοσίων νοσοκομείων του Νομού Αττικής
Sexual harassment and verbal violence against doctors and nurses in public hospitals in the prefecture of Attica
Μαρία Παπαδοπούλου, Πολυξένη Μαγγούλια, Βενετία-Σοφία Βελονάκη, Αθηνά Καλοκαιρινού **24**

Διερεύνηση των γνώσεων των Σχολικών Νοσηλευτών σχετικά με το Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 1
Investigation of School Nurses' knowledge of Type 1 Diabetes Mellitus
Ευάγγελος Σακκάς **43**

Η διερεύνηση των απόψεων και των στάσεων των νοσηλευτών σε Κύπρο και Ελλάδα για την προσφορά μεταμόσχευσης οργάνων
The investigation of the opinions and attitudes of nurses in Cyprus and Greece regarding the offer of organ transplantation
Αντωνία Καλλή, Δημήτρης Λάμνισος, Μαρία Λεωνίδου, Σταυρούλα Ανδρεά –Αποστολίδου **43**

Διερεύνηση προσέλευσης εθελοντών αιμοδοτών πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την πανδημία Covid-19
Exploration of the attendance of voluntary blood donors before, during and after the Covid-19 pandemic
Χριστίνα Μανδάνη, Ευσταθία Μακρή, Μαρία Μελισσηνού, Βασιλική Τσιρώνη, Αγγελική Μαμουρέλη, Μαρία Κοντάκη, Ηλιάνα Τσαμπούλα **51**

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ – REVIEWS

Η παρηγορητική φροντίδα ως ανθρώπινο δικαίωμα στις χώρες της Ευρώπης
Palliative care as a human right in Europe
Αγγελική Παύλου, Ιωάννης Π. Κιουμής, Καλλιόπη Χατζίκα, Πασχαλίνα Κοντού **59**

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Biomarkers as Diagnostic Tools in Sepsis Care

Maria Kapritsou RN, MSc, MSHCM, PhD, PBA(c), Post doc

Editor in Chief of Hellenic Journal of Nursing Science
Chair of the Hellenic Perianaesthesia Nursing Organization
Deputy Director of Oncological Nursing Sector, Hellenic Anticancer Institute, "Saint Savvas" Hospital, Athens, Greece

Corresponding author:
Maria Kapritsou
email: mariakaprit@gmail.com

Severe sepsis is still a leading cause of morbidity and death globally, with a higher impact in environments with limited and intermediate resources. Sepsis as a modern concept has been validated by the importance of the inflammatory response in the development of illness. An immunosuppressive phase that appears as numerous organ failure and makes patients vulnerable to nosocomial infection follows a hyper-inflammatory reaction. Sepsis biomarkers might enable early action that lowers the chance of death, but mostly supportive measures.

Currently availability of extended-spectrum medicine and state-of-the-art medical care, sepsis remains one of the most important causes of mortality and morbidity. Biomarkers provide useful tools for early detection, identification of hyper-compatible patient populations, monitoring disease progression, selection of the best treatment method, and providing a crucial assessment for improving patient outcomes. A large number of biomarkers are currently available for clinical use in sepsis. However, their limited sensitivity and specificity in characterizing the presence of infection and the complexity of immune and inflammatory processes, as well as their inability to divide patients into homogeneous groups for targeted therapy, often limit their effectiveness. Recent advances in molecular technology have facilitated the identification of new biomarkers, from metabolites and compounds found in body fluids to genes and proteins in circulating blood cells (Faix, 2013).

According to databases, biomarkers for sepsis are a hot topic. About 5,000 studies on biomarkers in sepsis have been published in the last 10 years, revealing 178 biomarkers that were evaluated in sepsis settings, while fewer than 3,000 papers were published in total before 2007. Many medical specialties use biomarkers in clinical practice, including cardiology (troponin T in myocardial infarction), vascular medicine (D-dimer in patients with suspected pulmonary embolism), and especially oncology. Meanwhile, the use of biomarkers in sepsis care is relatively new (Barichello et al., 2022).

Nowadays, patients are enrolled in about 100 research studies to investigate the biomarkers of sepsis. Although there are several biomarkers for sepsis, the recently updated guidelines of the Survival Sepsis campaign envisage only a minor role for procalcitonin (PCT) as a biomarker in clinical practice (Purcarea and Sovaila, 2020). Even if patients are monitored frequently during hospitalization, there may not be a single biomarker that accurately reflects the rapidly changing nature of the potentially bacterial condition. This is an important point because PCT does not obtain meaningful data if it is used as the only biomarker in the TRANSITION study. Many researchers have documented attempts to adopt a biomarker panel to more accurately identify at-risk patients (Rello et al., 2017).

The Human Genome Project and other recent developments in omics technology show promise as a useful tool in the search for new and practical sepsis biomarkers. The therapeutic application of biomarkers in sepsis is still in its early stages, especially compared to other fields such as oncology and vascular medicine. Research on biomarkers in sepsis has so far focused primarily on distinguishing between infectious and non-infectious conditions. The cause of a serious illness and the prognosis of sepsis (Sims et al., 2016).

According to biochemical and/or immunological profiles, biomarkers can also be used to stratify sepsis patients. This could help identify key pathophysiological mechanisms and future therapeutic targets for each patient. By associating expression with specific challenges and consequences at the level of RNA, proteins, and metabolites, the new technology is quite useful. While it could be measured in readily available samples such as blood and urine, it is an array of these biomarkers that form biomarkers and mimic pathophysiological processes in various body parts (Cecconi et al., 2018; Sims et al., 2016).

Recurrence assessment and sepsis treatment of a

number of biomarkers showing deviations from the host response pathway, which have proven effective in potentially directing the registration of patients who may benefit from targeted therapy and monitoring the effects of therapy on this target, can be selectively modified by the targeted drug (Komorowski et al., 2022).

The important thing is the health professionals to be capable of using fast bedside tests that do not require a professional laboratory and require very little practical time. Individualized treatment will be given according to pathology-specific methodologies within the scope of this individualized medical approach, rather than relying solely on clinical presentation. Perhaps a panel of anti-inflammatory biomarkers will be the most useful for diagnosing sepsis or predicting the likelihood of developing severe sepsis. Immunosuppressive conditions due to sepsis caused by hyperinflammatory conditions undoubtedly account for a high rate of hospital infections due to the reactivation of opportunistic bacteria and/or potential viral infections in patients. But many organ dysfunctions are also caused by immunosuppression, and if so, what? The immune system is really trying to compensate for the previous overreaction by putting the body into an immunosuppressive state. Experimental and clinical data show that when the roots of downregulation of congenital and adaptive immunity are planted relatively early, the proinflammatory phase occurs (Pierrakos et al., 2020).

In recent years, improvements have been observed in the definition, such as early diagnosis, characterization, prognosis, and personalization of sepsis treatment through the application of data-based methodologies. Identifying or evaluating digital signatures or biomarkers of sepsis or sepsis sub-phenotypes is one of them. The identification of these is expected to increase the speed and accuracy of diagnosis, suggest physiological pathways and therapeutic goals, guide the registration of certain participants in clinical trials, and improve clinical care. A panel of biomarkers or models including biomarkers and clinical data is necessary due to the intricacy of the sepsis response. Specific data analysis techniques, which are mainly in machine learning, are also required (Komorowski et al., 2022; Pierrakos et al., 2020).

Sepsis biomarkers ought to be used as multi-marker panels comprising anti-inflammatory biomarkers. Finding the ideal combination would require major research. Even though current supporting treatments have been successful in lowering mortality. Robust methods to measure these biomarkers would be crucial to the success of the novel treatment options for sepsis, as most of them focus on specific biomarkers.

No conflict of interest

References

Barichello, T., Generoso, J.S., Singer, M. and Dal-Pizzol, F. (2022), "Biomarkers for sepsis: more than just fever and leukocytosis-a narrative review.", Critical Care (London, England), England, Vol. 26 No. 1, p. 14, doi: 10.1186/s13054-021-03862-5.

Cecconi, M., Evans, L., Levy, M. and Rhodes, A. (2018), "Sepsis and septic shock.", Lancet (London, England), England, Vol. 392 No. 10141, pp. 75–87, doi: 10.1016/S0140-6736(18)30696-2.

Faix, J.D. (2013), "Biomarkers of sepsis.", Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences, England, Vol. 50 No. 1, pp. 23–36, doi: 10.3109/10408363.2013.764490.

Komorowski, M., Green, A., Tatham, K.C., Seymour, C. and Antcliffe, D. (2022), "Sepsis biomarkers and diagnostic tools with a focus on machine learning.", EBioMedicine, Netherlands, Vol. 86, p. 104394, doi: 10.1016/j.ebiom.2022.104394.

Pierrakos, C., Velissaris, D., Bisdorff, M., Marshall, J.C. and Vincent, J.-L. (2020), "Biomarkers of sepsis: time for a reappraisal.", Critical Care (London, England), England, Vol. 24 No. 1, p. 287, doi: 10.1186/s13054-020-02993-5.

Purcarea, A. and Sovaila, S. (2020), "Sepsis, a 2020 review for the internist.", Romanian Journal of Internal Medicine = Revue Roumaine de Medecine Interne, Germany, Vol. 58 No. 3, pp. 129–137, doi: 10.2478/rjim-2020-0012.

Rello, J., Valenzuela-Sánchez, F., Ruiz-Rodriguez, M. and Moyano, S. (2017), "Sepsis: A Review of Advances in Management.", Advances in Therapy, United States, Vol. 34 No. 11, pp. 2393–2411, doi: 10.1007/s12325-017-0622-8.

Sims, C.R., Nguyen, T.C. and Mayeux, P.R. (2016), "Could Biomarkers Direct Therapy for the Septic Patient?", The Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics, United States, Vol. 357 No. 2, pp. 228–239, doi: 10.1124/jpet.115.230797.

Citation: Kapritsou M., Biomarkers as Diagnostic Tools in Sepsis Care. Hellenic Journal of Nursing Science 18(1): 5-6, https://doi.org./10.24283/hjns.202511

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

Οι Διαγνωστικές Ομοιογενείς Κατηγορίες (DRGS) ως εργαλείο χρηματοοικονομικού management: Μελέτη περίπτωσης χειρουργικών ογκολογικών περιστατικών δημοσίου νοσοκομείου

Αναστάσιος Δαρδόγιαννος
Νοσηλευτής, MSc, Κεντρική Αποστείρωση, Α.Ν. Θεσσαλονίκης «Θεαγένειο»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το σύστημα Diagnosis Related Groups (DRGs) θεωρείται μια από τις σπουδαιότερες μεταρρυθμίσεις που πραγματοποιήθηκαν στο χώρο της υγείας διεθνώς τα τελευταία 30-40 χρόνια, και αποτελεί ένα σύγχρονο μηχανισμό αποζημίωσης και ελέγχου του νοσοκομειακού κόστους, ο οποίος χρησιμοποιείται από τις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου με επί μέρους παραλλαγές. Στις αρχές του 2012 η μέθοδος αυτή εισήχθη και στην Ελλάδα με τη μορφή των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (ΚΕΝ).

Σκοπός: Να μελετηθεί η εφαρμογή των Διαγνωστικών Ομοιογενών Κατηγοριών (DRGs) στην Ελλάδα και να διερευνηθεί η δυνατότητα αξιοποίησής τους ως εργαλείο χρηματοοικονομικού Management στα Νοσοκομεία της χώρας.

Παρουσίαση περίπτωσης: Η μελέτη περίπτωσης αφορούσε 6.100 χειρουργικά ογκολογικά εξιτήρια του έτους 2019 που καταγράφηκαν στο Α.Ν.Θ. ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ. Σε μεγάλο βαθμό οι τιμές αποζημίωσης των εξεταζόμενων ΚΕΝ καθώς και η μέση διάρκεια νοσηλείας παρουσιάζουν σημαντική απόκλιση από τις καθορισμένες τιμές, γεγονός που οδηγεί στη διαπίστωση που έχει εκφραστεί και από άλλους ερευνητές: η εφαρμογή τεχνικών μικροκοστολόγησης αντικατοπτρίζει καλύτερα το πραγματικό κόστος της θεραπείας. Παρατηρήθηκαν επίσης λανθασμένες ταξινομήσεις σύμφωνα με τη συνήθη πρακτική στα δημόσια νοσοκομεία για τη σύνδεση της συντριπτικής πλειονότητας των περιπτώσεων με λίγους κωδικούς ΚΕΝ ή ακόμα και με έναν μόνο. Το σύστημα ΚΕΝ δεν μπορεί να αξιολογηθεί διότι δεν τηρήθηκαν οι βασικές αρχές ενός συστήματος DRG (cost weight, base rate, case mix Index). Ωστόσο το επερχόμενο σύστημα Gr-DRG θα μπορούσε να αξιοποιηθεί ως ένα σημαντικό εργαλείο συντονισμού Οικονομικού Management στα Νοσοκομεία της χώρας μας με την ανάπτυξη διεργασιών ελέγχου (Controlling) και επιτήρησης (Monitoring), εσωτερικής και εξωτερικής σύγκρισης των νοσοκομείων (Benchmarking), και προσαρμογής των διαδικασιών της παραγωγής προς όφελος του ασθενή και του νοσοκομείου. Το νέο σύστημα ίσως θα πρέπει να «ανταμείβει» τα νοσοκομεία υψηλής απόδοσης και αυτά που αντιμετωπίζουν πιο περίπλοκες περιπτώσεις.

Λέξεις κλειδιά: DRGs, αποζημίωση, Ελληνικό Ινστιτούτο DRG, ΚΕΝ

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:
Αναστάσιος Δαρδόγιαννος, e-mail: tasosdar@hotmail.com

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

Αναφορά του άρθρου ως: Δαρδόγιαννος Α. (2025). Οι Διαγνωστικές Ομοιογενείς Κατηγορίες (DRGS) ως εργαλείο χρηματοοικονομικού management: Μελέτη περίπτωσης χειρουργικών ογκολογικών περιστατικών δημοσίου νοσοκομείου. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης 18(1): 7-17, https://doi.org./10.24283/hjns.202512

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πανδημία COVID-19 έχει διαταράξει όλες τις πτυχές της κοινωνίας, συμπεριλαμβανομένης της προόδου και της καθολικής κάλυψης της υγείας και οι κυβερνήσεις όλων των χωρών αναγκάζονται να αυξήσουν τις δημόσιες δαπάνες για την υγεία. Η οικονομική ύφεση, το έντονο δημογραφικό πρόβλημα των χωρών, η παγκοσμιοποίηση και οι τεχνολογικές εξελίξεις θέτουν σε κίνδυνο τη βιωσιμότητα της χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας και κάνουν επιτακτική την ανάγκη να προσδιοριστούν και να απαντηθούν ηθικά ζητήματα σχετικά με το ποιος χρηματοδοτεί το σύστημα υγείας, πώς μπορεί να διατηρηθεί αυτή η χρηματοδότηση, πού χρειάζονται περισσότερες δαπάνες, σε ποιους απευθύνεται αυτή η χρηματοδότηση και με ποιον εισπρακτικό φορέα (WHO 2007, Liaropoulos & Goranitis 2015).

Εξάλλου η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας είναι ο ακρογωνιαίος λίθος κάθε συστήματος υγείας και αφορά τόσο τον πληρωτή όσο και τους μηχανισμούς και τα κριτήρια με τα οποία χρηματοδοτούνται ή αποζημιώνονται οι υπηρεσίες υγείας. Οι συνέπειες μιας αναποτελεσματικής πρακτικής αποζημίωσης, μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο την οικονομική βιωσιμότητα του συστήματος υγείας, δημιουργώντας ελλείμματα και χρέη. Μπορεί ίσως να οδηγήσουν σε προκλητή ζήτηση υπηρεσιών, σε μεταφορά επιλογής μεταξύ των ιατρικών πράξεων, σε άδικη κατανομή των διαθέσιμων οικονομικών πόρων, καθώς και σε περιπτώσεις διαφθοράς (Polyzos et al 2013, Bizopoulou et al 2017).

Η επιλογή της κατάλληλης μεθόδου αποζημίωσης εξασφαλίζει την δίκαιη και επαρκή χρηματοδότηση των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης, ενώ παράλληλα εξασφαλίζει την αποδοτική χρήση των πόρων και τον αποτελεσματικό έλεγχο του κόστους. Παρατηρήθηκε επίσης πως η μέθοδος της αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας δημιουργεί κίνητρα και αντικίνητρα, τα οποία επηρεάζουν τη συμπεριφορά των προμηθευτών υγείας. Ως εκ τούτου οι τεχνικές αποζημίωσης επηρεάζουν το ύψος και τον ρυθμό αύξησης της δαπάνης υγείας άμεσα, επηρεάζοντας το επίπεδο της τιμής και έμμεσα, επηρεάζοντας την ποσότητα (τον όγκο) των παρεχόμενων υπηρεσιών (Kutzin 2001). Η πλειοψηφία των ερευνητών σήμερα υποστηρίζει ότι ο τρόπος αποζημίωσης είναι καθοριστικός για τη βιωσιμότητα των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και την ικανοποίηση των πολιτών και τη λύση τις τελευταίες δεκαετίες φαίνεται να δίνουν οι Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες (Diagnosis Related Group - DRGs) αφού αποτελούν το κύριο μέσο αποζημίωσης για τις πληρωμές των νοσηλευτικών ιδρυμάτων σε Ευρώπη, Αμερική και Αυστραλία και με σημαντική ανάπτυξη σε χώρες της Ασίας και της Αφρικής. (Busse et al 2013).

Το σύστημα DRG βασίζεται στη συλλογή έγκυρων δεδομένων κατά την έξοδο των ασθενών από το νοσοκομείο, με σκοπό την ταξινόμηση τους σε διαχειρίσιμο αριθμό κατηγοριών περιστατικών, οι οποίες είναι ιατρικά ομοιογενείς και προσομοιάζουν σε επίπεδο χρήσης πόρων. Με αυτό τον τρόπο καθίσταται ορατή η υγειονομική παρεχόμενη υπηρεσία και διευκολύνεται η σύγκριση του νοσοκομειακού κόστους, της ποιότητας και της αποδοτικότητας, συμβάλλοντας έτσι στην ενίσχυση της διαφάνειας στα νοσοκομεία (Busse et al 2011).

Τα DRG εφαρμόστηκαν αρχικά στις ΗΠΑ το 1983 ως σύστημα αποζημίωσης για το πρόγραμμα υγείας Medicare και σταδιακά από τη δεκαετία του 1990 αποτέλεσαν το κύριο μέσο αποζημίωσης των νοσοκομείων στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες. Το νέο σύστημα πληρωμών παρέχοντας έναν ορισμό για τα «νοσοκομειακά προϊόντα» επέτρεψε συγκρίσεις που διαφορετικά δεν θα ήταν δυνατές όπως η συγκριτική αξιολόγηση (Benchmarking) της απόδοσης και του παραγόμενου έργου των νοσοκομείων. Επιπλέον αύξησε τη αποτελεσματικότητα των νοσοκομείων, βελτίωσε σημαντικά τη διαφάνεια στο σχεδιασμό και τη διαχείριση των νοσοκομειακών υπηρεσιών, συνέβαλλε στη μείωση του κόστους νοσηλείας, στη συγκράτηση των δαπανών υγείας και στην ορθολογική κατανομή των διαθέσιμων πόρων συσχετίζοντας το είδος και τη βαρύτητα των ασθενών (case mix) ενός νοσοκομείου με τη δαπάνη που προκύπτει για τη θεραπεία τους (Busse et al 2013, Quinn 2014, Stadhouders et al 2019, WHO 2020).

Η Ελλάδα είναι μία από τις τελευταίες χώρες της Ευρώπης που υιοθέτησε την εισαγωγή των DRGs στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, το οποίο αποδείχθηκε δύσκολο αλλά αναπόφευκτο έργο για τη μείωση του κόστους ύστερα και από τις πιέσεις της Τρόικας (Polyzos et al 2013). Το νέο σύστημα αποζημίωσης άρχισε να εφαρμόζεται στα νοσοκομεία της χώρας από τις αρχές του 2012 με τη μορφή των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (ΚΕΝ), χωρίς όμως να διαθέτει τα βασικά συστατικά στοιχεία ενός συστήματος DRG και ουσιαστικά να αποτελεί ένα γενικευμένο τιμοκατάλογο νοσηλειών, ο οποίος καθορίζει το κόστος και τη Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΔΝ) για κάθε κατηγορία νοσηλείας.

Ωστόσο στόχοι του υπουργείου ήταν ο έλεγχος του κόστους μέσω της μείωσης της χρηματοδότησης των δημοσίων νοσοκομείων από τον κρατικό προϋπολογισμό, η σταθερή αποζημίωση των λειτουργικών εξόδων των νοσοκομείων, η ορθότερη και αποτελεσματικότερη διαδικασία καταρτισμού κλειστών προϋπολογισμών, η εξοικονόμηση ανθρώπινων πόρων, η καταγραφή της δραστηριότητας των νοσοκομείων και η μέτρηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας του συστήματος υγείας (Υπουργείο

Υγείας 2011). Μετά από αρκετά χρόνια προσαρμογής και προετοιμασίας των πληροφοριακών συστημάτων των νοσοκομείων της χώρας, από τις αρχές του 2021 άρχισε η μετάβαση στο νέο ολοκληρωμένο Σύστημα Κοστολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών (Συ.Κ.Ν.Υ) ή Gr-DRGs. Τα βελτιωμένα και ολοκληρωμένα πια Gr-DRGs έχουν αρχίσει να εφαρμόζονται καθολικά από τα νοσοκομεία της 7ης Υγειονομικής Περιφέρειας, ενώ έχει γίνει προγραμματισμός για την ένταξη 10 νοσοκομείων με ηλεκτρονικό φάκελο για το 2022 (ΚΕ.ΤΕ.Κ.Ν.Υ 2022).

Σκοπός της παρούσας μελέτης περίπτωσης είναι να μελετηθεί η εφαρμογή των DRGs στην Ελλάδα και να διερευνηθεί η δυνατότητα αξιοποίησής τους ως εργαλείο συντονισμού Οικονομικού Management στα Νοσοκομεία της χώρας. Για την επίτευξη του συγκεκριμένου σκοπού πραγματοποιήθηκε μελέτη και ανάλυση των χειρουργικών ογκολογικών εξιτηρίων του έτους 2019 που καταγράφηκαν σε δημόσιο αντικαρκινικό νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης και τιμολογήθηκαν βάσει του προκαθορισμένου νοσηλίου (προοπτική χρηματοδότηση) ανά διαγνωστική κατηγορία. Επιλέχτηκε η συγκεκριμένη χρονιά διότι ήταν πιο αντιπροσωπευτική από τις χρονιές που ακολούθησαν, λόγω του ότι η εμφάνιση της πανδημίας COVID-19, δημιούργησε πολλά εμπόδια στην ομαλή λειτουργία των νοσοκομείων. Τα ερευνητικά δεδομένα που θα εξαχθούν από τη συγκεκριμένη μελέτη περίπτωσης, μπορούν να κατευθύνουν τις έρευνες σε νέα πεδία που δεν έχουν μελετηθεί επαρκώς, αλλά και να συμβάλουν στη διατύπωση προτάσεων για την αξιοποίηση των DRGs ως ένα σημαντικό εργαλείο συντονισμού οικονομικού Management και κλινικής διακυβέρνησης για τις διοικήσεις των νοσοκομείων της χώρας.

ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Παρόλο που τα ΚΕΝ δε διαθέτουν τα βασικά συστατικά στοιχεία ενός συστήματος DRG, η μελέτη τους μπορεί να καταστεί οδηγός για την επικαιροποιημένη και καθολική εφαρμογή ενός νέου τρόπου αποζημίωσης βάσει δραστηριότητας (Activity Based Payments), των Gr-DRGs (Συ.Κ.Ν.Υ), που ήδη έχουν αρχίσει να εφαρμόζονται από την 7η Υγειονομική Περιφέρεια.

Σύμφωνα με την Υ4α/οικ.18051/27.3.2012 κοινή υπουργική απόφαση (ΦΕΚ 946/Β /2012), «στην έννοια του Κλειστού Ελληνικού Νοσηλίου (ΚΕΝ) περιλαμβάνεται κάθε ιατρική και νοσηλευτική προς τον άρρωστο συνδρομή, που παρέχεται από το Νοσοκομείο καθώς και η σχετική δαπάνη που πραγματοποιείται για την παροχή σε αυτόν των ανωτέρω υπηρεσιών. Σε κάθε εξιτήριο ασθενούς χρεώνεται το ΚΕΝ της κύριας νοσηλείας και σε περίπτωση δεύτερης χρεώνονται μέχρι δύο ΚΕΝ, με το κύριο ΚΕΝ να τιμολογείται κανονικά και το δεύτερο ΚΕΝ να τιμολογείται στο 50% του κόστους του».

Σχετικά με την κωδικοποίηση των ΚΕΝ το πρώτο γράμμα δηλώνει την κατηγορία που ανήκει (ΤΚΑ), το δεύτερο και το τρίτο γράμμα δηλώνει τον αριθμό του ΚΕΝ, ενώ το τέταρτο έχει τις παρακάτω επεξηγήσεις:

Το Μ δηλώνει καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις και επιπλοκές.

Το Χ δηλώνει χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις και επιπλοκές.

Το Α δηλώνει χωρίς (άνευ) άλλες ενδείξεις.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Πρόκειται για μία διερευνητική μελέτη περίπτωσης ποσοτικού τύπου που πραγματοποιήθηκε με δείγμα ηλεκτρονικών καταλόγων προερχόμενα από το γραφείο κίνησης ασθενών ενός δημόσιου αντικαρκινικού νοσοκομείου.

Το δειγματολογικό πλαίσιο περιλάμβανε ηλεκτρονικούς καταλόγους με εξιτήρια των παθολογικών και χειρουργικών κλινικών του νοσοκομείου και τον αντίστοιχο κωδικό ΚΕΝ που συνόδευε το κάθε εξιτήριο. Το δείγμα αποτέλεσαν τα εξιτήρια όλων των χειρουργικών ογκολογικών κλινικών για το έτος 2019 συνοδευόμενα από τα Κ.Ε.Ν. που αντιστοιχούν (χρεώθηκαν) στους ασθενείς των κλινικών αυτών. Για την εκπόνηση της παρούσας μελέτης διασφαλίστηκε η έγκριση της Επιστημονικής Επιτροπής και η σύμφωνη γνώμη του Διοικητικού Διευθυντή, της Προϊσταμένης του τμήματος Κίνησης ασθενών και του Προέδρου της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας του Νοσοκομείου. Η απόφαση της έγκρισης επικυρώθηκε με την 34η/23-10-2020 Συνεδρίαση του Διοικητικού Συμβουλίου.

Τα πρωτογενή δεδομένα που συλλέχθηκαν από το τμήμα Κίνησης ασθενών του νοσοκομείου κατόπιν της σχετικής έγκρισης, ήταν σε ηλεκτρονική μορφή και περιλάμβαναν δεδομένα για το χρονικό διάστημα από τον Ιανουάριο έως το Δεκέμβριο του έτους 2019 χωρίς να γίνεται αναφορά σε προσωπικά στοιχεία, ήταν δηλαδή ανώνυμα σε σχέση με την ταυτοποίηση του ασθενή, αποσκοπώντας στην προστασία των προσωπικών δεδομένων και στη διασφάλιση του ιατρικού απορρήτου. Οι χειρουργικές κλινικές του νοσοκομείου που θα χρησιμοποιηθούν ως μελέτη περίπτωσης (case study), καθώς και το μείγμα και ο όγκος των νοσηλευόμενων περιστατικών των χειρουργικών κλινικών θεωρήθηκε ότι ήταν κατάλληλα για την άντληση του πρωτογενούς υλικού. Το σύνολο των πληροφοριών και των δεδομένων που συλλέχθηκαν σχετίζονται κυρίως με την αποζημίωση των νοσηλειών που πραγματοποιήθηκαν από τις χειρουργικές ογκολογικές κλινικές του νοσοκομείου και αφορούν 6.100 χειρουργικά εξιτήρια, το σύνολο των ημερών νοσηλείας, τον κωδικό και την τιμή του κάθε ΚΕΝ, τον αριθμό των εξιτηρίων εντός και εκτός της προσδιορισμένης Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας (ΜΔΝ) βάσει ΚΕΝ, επιμέρους χρεώσεις οι οποίες περιλαμβάνουν χρεώσεις

σε νοσήλια, φάρμακα, υλικά και ιατρικές πράξεις, καθώς και το συνολικό ποσό χρέωσης. Για την ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκε το πακέτο εργαλείων στατιστικής ανάλυσης του Microsoft Excel. Για την εξαγωγή συμπερασμάτων χρησιμοποιήθηκαν μέθοδοι περιγραφικής στατιστικής, εξετάστηκε ο μέσος όρος, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή, το άθροισμα και η διακύμανση ενώ τα αποτελέσματα παρουσιάζονται με τη συμβολή και τη χρήση πινάκων και γραφημάτων.

ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ

Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία δείγματος

Την εξεταζόμενη περίοδο καταχωρήθηκαν 6.100 εξιτήρια από τις χειρουργικές κλινικές του νοσοκομείου και συνολικά 23.828 ημέρες νοσηλείας. Τα 3.536 εξιτήρια και σε ποσοστό 58% ήταν εντός της καθορισμένης βάσει ΚΕΝ μέσης διάρκειας νοσηλείας, ενώ τα 2.564 και σε ποσοστό 42% ήταν εκτός της καθορισμένης μέσης διάρκειας νοσηλείας. Τα εκτιμώμενα έσοδα του νοσοκομείου από την αποζημίωση των χειρουργικών περιστατικών με την τιμή που καθορίζεται από κάθε ΚΕΝ ήταν 5.172.524€, ενώ ο ΕΟΠΥΥ κατέβαλε άλλα 1.240.863,14€ για τις επιπλέον χρεώσεις που αφορούσαν νοσήλια, φάρμακα, υλικά και ιατρικές πράξεις (Πίνακας 1). Ο μηνιαίος καταμερισμός όπως παρουσιάζεται στο Γράφημα 1 εμφανίζει μία σχετική σταθερότητα. Ωστόσο παρατηρείται μία μικρή αύξηση το μήνα Σεπτέμβριο και Οκτώβριο (592 και 608 αντίστοιχα) και μία αναμενόμενη μείωση το μήνα Αύγουστο (211 εξιτήρια).

Στον Πίνακα 2 περιγράφονται τα εξιτήρια των χειρουργικών ογκολογικών κλινικών χωρισμένα σε 3 κατηγορίες σύμφωνα με τον κωδικό βαρύτητας των ΚΕΝ. Συγκεκριμένα από το σύνολο των 6.100 χειρουργικών περιστατικών, τα 2.325 τιμολογήθηκαν με ΚΕΝ βαρύτητας Α (άνευ άλλων ενδείξεων) και ποσοστό 28,1% του συνόλου, τα 3.636 τιμολογήθηκαν με ΚΕΝ βαρύτητας Χ (χωρίς επιπλοκές) και ποσοστό 59,6% και μόνο 139 περιστατικά τιμολογήθηκαν με ΚΕΝ βαρύτητας Μ (με επιπλοκές) και ποσοστό 2,3%.

Η κατηγορία που εμφανίζει τα περισσότερα εξιτήρια (1.819) και χρησιμοποιείται πιο πολύ για τις χρεώσεις (30%) είναι η κατηγορία ΤΚΑ 23 με τον κωδικό (Χ) «Παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση υγείας και την επαφή με τις υπηρεσίες υγείας». Ακολουθεί η ΤΚΑ 09 με τον κωδικό (Δ) «Παθήσεις και βλάβες του δέρματος, του υποδόριου ιστού και του μαστού» με 1220 εξιτήρια και ποσοστό εμφάνισης (20%). Παρόμοια ποσοστά (19%) με 1139 εξιτήρια εμφανίζει και η ΤΚΑ 11με τον κωδικό (Υ) «Παθήσεις και διαταραχές νεφρού και ουροποιητικού συστήματος». Οι κατηγορίες που σπάνια επιλέγονται για την τιμολόγηση των χειρουργικών περιστατικών είναι η ΤΚΑ 03 (Ω) «Παθήσεις και διαταραχές ωτός, ρινός, στόματος και λάρυγγος» και η ΤΚΑ 07 (Η) «Παθήσεις και διαταραχές του ηπατοχολικού συστήματος και του παγκρέατος» σε ποσοστό 1% και με 45 και 50 χρεώσεις εξιτηρίων αντίστοιχα (Γράφημα 2).

Ανάλυση Διάρκειας Νοσηλείας των εξιτηρίων του δείγματος

Ο μέσος όρος της ΜΔΝ των ΚΕΝ (προτεινόμενη ΜΔΝ) δε φαίνεται να παρουσιάζει σημαντικές διαφορές με την πραγματική ΜΔΝ των περιστατικών του δείγματος όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 2. Συγκεκριμένα ο μέσος όρος της προτεινόμενης ΜΔΝ των ΚΕΝ ανέρχεται σε 4,01 ημέρες ενώ ο μέσος όρος της πραγματικής ΜΔΝ των νοσηλειών που ανέρχεται σε 3,9 ημέρες. Ο χαμηλός αυτός μέσος όρος μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι τα χειρουργικά εξιτήρια ημερήσιας νοσηλείας ανέρχονται σε 2.824 περιστατικά, καταγράφοντας 3.132 ημέρες νοσηλείας, εκ των οποίων οι 2.596 ημέρες είναι εντός ΜΔΝ και μόνο οι 228 ημέρες είναι εκτός ΜΔΝ (Πίνακας 1).

Ωστόσο η καταγραφή των 10 πιο συχνών χειρουργικών εξιτηρίων σε σχέση με τη ΜΔΝ (Πίνακας 3) φανέρωσε ότι στα 6 από τα 10 πιο συχνά εξιτήρια, ένα μεγάλο ποσοστό αυτών (85% - 98%) υπερβαίνει την καθορισμένη ΜΔΝ ενώ μόνο ένας κωδικός ΚΕΝ (Χ21Χ) βρίσκεται εντός της καθορισμένης ΜΔΝ. Παρατηρείται επίσης ότι κανένας από αυτούς τους κωδικούς ΚΕΝ δεν περιέχει το γράμμα (Μ) που σημαίνει ότι το περιστατικό παρουσίασε επιπλοκές, γεγονός που θα δικαιολογούσε ίσως την υπέρβαση της ΜΔΝ.

Ανάλυση κόστους των εξιτηρίων του δείγματος

Ένας από τους στόχους της παρούσας μελέτης είναι ο προσδιορισμός της πιθανής απόκλισης μεταξύ της τιμής που αποδίδεται για την αποζημίωση κάθε εξιτηρίου του δείγματος βάσει ΚΕΝ και του πραγματικού χρηματικού ποσού που καλείται να καταβάλλει ο πληρωτής (ΕΟΠΥΥ).

Τα εκτιμώμενα έσοδα του παρόχου υγειονομικής περίθαλψης προερχόμενα από τα 6.100 εξιτήρια ΚΕΝ των χειρουργικών κλινικών ανέρχονται σε 5.172.524€ με το μέσο όρο εσόδων ανά ΚΕΝ να προσδιορίζεται στα 847,95€. Σε κάποιους κωδικούς ΚΕΝ τιμολογήθηκαν επιπλέον χρεώσεις του ποσού των 1.240.863,14€ με το μέσο όρο του πραγματικού κόστους ανά περιστατικό να ανέρχεται σε 1.051,37€ επιβαρύνοντας τον πληρωτή με μέσο όρο 203,42€ επιπλέον για κάθε περιστατικό (Πίνακας 1).

Με δεδομένη την οικονομική επιβάρυνση του πληρωτή για τα περιστατικά που υπερβαίνουν τη καθορισμένη διάρκεια νοσηλείας βάσει ΚΕΝ, επιχειρείται η διερεύνηση των εξιτηρίων που επιβάρυναν περισσότερο τον πληρωτή. Τα πιο κοστοβόρα ΚΕΝ παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 4. Τα εξιτήρια που εμφανίζονται πιο κοστοβόρα και με μεγάλη συχνότητα εμφάνισης, είναι το ΚΕΝ Α01Χ «Μείζονες επεμβάσεις θώρακος χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις- επιπλοκές», το οποίο επιβαρύνει τον πληρωτή με 541.137,21€ συνολικά και με το επιπλέον μέσο κόστος ανά περιστατικό να αγγίζει

τα 1.261,4€, καθώς και το ΚΕΝ Δ07Α «Ελάσσονες επεμβάσεις για παθήσεις μαστού» με τη συνολική επιβάρυνση προς τον πληρωτή να φτάνει τις 130.152,86€, με το επιπλέον μέσο κόστος ανά περιστατικό να αγγίζει τα 227,54€. Σημαντική συνολική επιβάρυνση παρουσιάζει και το ΚΕΝ Δ06Α «Μείζονες επεμβάσεις για παθήσεις μαστού» με 82.723,31€ και με επιπλέον μέσο κόστος 367,66€.

Ανάλυση χειρουργικών εξιτηρίων ΚΕΝ ανά κλινική προέλευσης

Η μελέτη και η ανάλυση των χειρουργικών εξιτηρίων (ΚΕΝ) ανά κλινική προέλευσης θα μπορούσε να δώσει χρήσιμα συμπεράσματα για την ορθότερη κλινική διακυβέρνηση (Clinical Governance) του κάθε νοσοκομείου, η οποία μπορεί να συνεισφέρει με τη σειρά της στον προγραμματισμό, την παρακολούθηση, την ανάλυση και την αξιολόγηση των οικονομικών ροών και μεγεθών, κυρίως όμως στην κατεύθυνση του ορθού σχεδιασμού σε «Μίκρο» και «Μάκρο» επίπεδο.

Για τη μελέτη και σύγκριση των ΚΕΝ που τιμολογήθηκαν σε κάθε χειρουργική κλινική από το γραφείο κίνησης ασθενών του νοσοκομείου, οι κωδικοί κατηγοριοποιήθηκαν σύμφωνα με την ΤΚΑ που ανήκουν. Η καταγραφή και η ανάλυση των κατηγοριών πραγματοποιήθηκε με την αντιστοίχιση στις 6 χειρουργικές κλινικές του νοσοκομείου. Η ΤΚΑ 23 με τον κωδικό (Χ) «Παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση υγείας και την επαφή με τις υπηρεσίες υγείας» αξιολογήθηκε χωριστά, χωρίς την αντιστοίχιση της σε κάποια κλινική, λόγου του ότι σε αυτή την κατηγορία τιμολογούνται ΚΕΝ από όλες τις κλινικές του νοσοκομείου (Πίνακας 5). Όπως προαναφέρθηκε το γραφείο κίνησης ασθενών επιλέγει αυτή τη κατηγορία για την εύκολη και άμεση τιμολόγηση των περιστατικών εξαιτίας της αδυναμίας αντιστοίχισης ορισμένων ιατρικών διαγνώσεων και ιατρικών πράξεων σε κάποιο κωδικό ΚΕΝ.

Η ανάλυση των χειρουργικών εξιτηρίων (ΚΕΝ) ανά κλινική προέλευσης φανέρωσε διαφορές στην παραγωγικότητα και την αποτελεσματικότητα μεταξύ των χειρουργικών τμημάτων. Ωστόσο ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η μελέτη των εξιτηρίων της κλινικής Β όπως αναλύονται στον πίνακα 8. Η συγκεκριμένη κλινική καταγράφει 625 εξιτήρια, με το 84% αυτών (524 εξιτήρια) να είναι εκτός ΜΔΝ και με τη μέση τιμή της πραγματικής ΜΔΝ να εμφανίζει διπλάσια τιμή (8,8 ημέρες) από την μέση τιμή της καθορισμένης διάρκειας νοσηλείας (4 ημέρες). Όσον αφορά τις επιπλέον χρεώσεις, ο ΕΟΠΥΥ επιβαρύνεται σε ποσοστό 44% επιπλέον του καθορισμένου ποσού της αποζημίωσης, το οποίο μεταφράζεται σε 622.452,59€.

Εντύπωση επίσης προκαλεί η ανάλυση της ειδικής κατηγορίας ΤΚΑ23 (Χ) «Παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση υγείας και την επαφή με τις υπηρεσίες υγείας» (Πίνακας 5) και ο αρκετά μεγάλος αριθμός εξιτηρίων που τιμολογούνται σε αυτή την κατηγορία (1819 εξιτήρια). Σε αυτή την κατηγορία παρατηρούνται μόνο 218 εξιτήρια εκτός ΜΔΝ, με τον μέσο όρο της πραγματικής διάρκειας νοσηλείας να φτάνει στις 1,65 ημέρες, λόγω των 1449 εξιτηρίων ημερήσιας νοσηλείας, έναντι 4 ημερών που είναι ο μέσος όρος της προβλεπόμενης ΜΔΝ. Για άλλη μια φορά ο πληρωτής καλείται να καταβάλλει 14% επιπλέον αποζημίωση στο νοσοκομείο που αναλογεί στο ποσό των 70.784,51€.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα παραπάνω αποτελέσματα υπογραμμίζουν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των χειρουργικών ογκολογικών εξιτηρίων, δηλώνοντας τα ειδικά χαρακτηριστικά του νοσοκομείου και τονίζουν ότι η συλλογή κλινικών και οικονομικών δεδομένων αποτελεί βασικό προαπαιτούμενο για τη ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου συστήματος πληρωμών τύπου DRG.

Η μηνιαία ανάλυση των εξιτηρίων που πραγματοποιήθηκε αρχικά μπορεί να βοηθήσει τους προϊσταμένους και τους διευθυντές των χειρουργικών κλινικών στον καλύτερο προγραμματισμό των αδειών, στις συντηρήσεις των ιατροτεχνολογικών μηχανημάτων καθώς και στον καλύτερο σχεδιασμό της εφοδιαστικής αλυσίδας του νοσοκομείου, σύμφωνα με την νοσοκομειακή παραγωγή.

Αναφορικά με τη βαρύτητα των περιστατικών, σύμφωνα με τον κωδικό ΚΕΝ που τιμολογήθηκε, η ανάλυση έδειξε ότι αν και πρόκειται για αντικαρκινικό νοσοκομείο, που δε θα μπορούσε να ακολουθήσει την πρακτική της εκλεκτικής επιλογής ασθενών με απλές παθήσεις χωρίς επιπλοκές, αλλά θα δικαιολογούσε αρκετές επιπλοκές στις νοσηλείες των περιστατικών, μόνο 139 περιστατικά τιμολογήθηκαν με ΚΕΝ βαρύτητας Μ (με επιπλοκές) και ποσοστό 2,3% συνδυάζοντας την παραγωγικότητα με την αποτελεσματικότητα. Το πολύ μικρό ποσοστό των χειρουργικών εξιτηρίων βαρύτητας (Μ) φανερώνει ότι το νοσοκομείο δεν χρησιμοποιεί τεχνικές DRG creep / up coding, δηλαδή να κατατάσσονται περιστατικά σε υψηλότερες διαγνωστικές κατηγορίες και κωδικούς από αυτές που πραγματικά ανήκουν με σκοπό την αύξηση της αποζημίωσης. Τέτοια περιστατικά, όπως αναφέρουν και οι έρευνες των Busse et al (2013), Mihailovic et al (2016), Van Herwaarden et al (2020) έχουν καταγραφεί σε πολλές χώρες όπως η ΗΠΑ, η Αγγλία, η Γαλλία, η Γερμανία, η Πορτογαλία, η Ολλανδία. Εξάλλου σε αντίστοιχη μελέτη (Polyzos 2012), διαπιστώθηκε ότι το Αντικαρκινικό νοσοκομείο Θεσσαλονίκης και το Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, από τον πρώτο χρόνο εφαρμογής των ΚΕΝ και της διαδικτυακής πλατφόρμας στατιστικών δεδομένων (ESY.Net) πέτυχαν βελτίωση της απόδοσης και κατάφεραν να καταταχθούν στις υγειονομι-

κές μονάδες βέλτιστων πρακτικών.

Ωστόσο η κατηγορία που χρησιμοποιείται πιο πολύ για τις χρεώσεις σε ποσοστό 30% είναι η κατηγορία ΤΚΑ 23 με τον κωδικό (Χ) «Παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση υγείας και την επαφή με τις υπηρεσίες υγείας». Αυτό θα μπορούσε να εξηγηθεί από το γεγονός ότι υπάρχουν ιατρικές διαγνώσεις οι οποίες δεν αντιστοιχούν σε κάποιο κωδικό ΚΕΝ και το γραφείο κίνησης επιλέγει αυτή τη κατηγορία για την εύκολη και άμεση τιμολόγηση των περιστατικών, δηλώνοντας άλλη μία αδυναμία των ΚΕΝ.

Σημαντικό εύρημα είναι η παρουσία ενός μεγάλου αριθμού χειρουργικών εξιτηρίων ημερήσιας νοσηλείας κατεβάζοντας σημαντικά τον μέσο όρο της πραγματικής ΜΔΝ των νοσηλειών που ανέρχεται σε 3,9 ημέρες. Θα μπορούσε να υποθέσει κανείς ότι το νοσοκομείο επιλέγει περιστατικά ημερήσιας νοσηλείας προς όφελός του, μειώνοντας έτσι τον γενικό μέσο όρο της ΜΔΝ. Η μεγάλη όμως συχνότητα εμφάνισης αυτών των εξιτηρίων θα μπορούσε να εξηγηθεί από το γεγονός ότι πρόκειται για ογκολογικό νοσοκομείο που τιμολογεί αρκετά ΚΕΝ που αντιστοιχούν αφενός σε επεμβάσεις με σκοπό τη διάγνωση του καρκίνου όπως η διαγνωστική απόξεση (Γ10Α), η βρογχοσκόπηση (Α12Α), η κακοήθεια του δέρματος (Δ29Α) και η ουρηθροκυστεοσκόπηση (Υ21Α), αφετέρου σε επεμβάσεις που προηγούνται της εισαγωγής για την διενέργεια θεραπείας (π.χ. χημειοθεραπεία) όπως η τοποθέτηση διαδερμικής νεφροστομίας και η τοποθέτηση μόνιμου φλεβικού καθετήρα (port-a-cath),».

Ωστόσο όπως παρουσιάστηκε και στον Πίνακα 1 του κεφαλαίου, στο 42% των νοσηλειών η διάρκεια νοσηλείας υπερέβαινε την προτεινόμενη τιμή της υποδηλώνοντας την ανάγκη για περαιτέρω αποζημίωση. Ανάλογα ήταν και τα ευρήματα από τα πρώτα χρόνια ακόμη της εφαρμογής των ΚΕΝ, με χαρακτηριστική την μελέτη των Polyzos et al (2013) σε ένα δείγμα n=133 νοσοκομείων όλων των Υγειονομικών Περιφερειών της χώρας. Σε αυτή τη μελέτη βρέθηκε ότι για το 33,1% των περιστατικών, η διάρκεια νοσηλείας υπερέβαινε την προτεινόμενη τιμή της.

Στο πλαίσιο αυτό επιχειρήθηκε η καταγραφή των 10 πιο συχνών χειρουργικών εξιτηρίων, η υπέρβαση της προτεινόμενης τιμής της διάρκειας νοσηλείας τους και σε ποιο ποσοστό (πίνακας 5). Από την ανάλυση που προηγήθηκε παρατηρείται ότι στα 6 από τα 10 πιο συχνά εξιτήρια, ένα μεγάλο ποσοστό αυτών (85% - 98%) υπερβαίνει την καθορισμένη ΜΔΝ. Παρόμοια αποτελέσματα ανέδειξε και η έρευνα των Panagiotopoulos et al (2019) σε ένα επιλεγμένο δείγμα 13 πιο συχνών ΚΕΝ που χρεώθηκαν σε ογκολογικούς ασθενείς του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Ιπποκράτειο». Η μελέτη έδειξε ότι τα 10 από τα 13 ΚΕΝ του δείγματος υπερβαίνουν την καθορισμένη διάρκεια νοσηλείας σε ποσοστό από 20% έως 68%. Τα ευρήματα φανερώνουν ότι η ΜΔΝ που καθορίζεται σε κάθε ΚΕΝ δεν αντικατοπτρίζει την πραγματική διάρκεια νοσηλείας των περιστατικών που εξετάστηκαν. Γεγονός που σημαίνει ότι το σύστημα των ΚΕΝ από τα πρώτα χρόνια της εφαρμογής τους μέχρι και σήμερα, δεν ενημερώθηκε ποτέ και δεν πραγματοποιήθηκε καμία προσπάθεια αναθεώρησης και προσαρμογής τους σε νέα δεδομένα. Δε λήφθηκαν ποτέ υπόψη οι διαφορές που παρουσιάζουν τα δημόσια νοσοκομεία της χώρας όπως είναι το μέγεθος, η τοποθεσία και η εξειδίκευσή τους, απουσίασε η συστηματική διαδικασία της εκπαίδευσης αλλά και της πιστοποίησης των χρηστών που διενεργούν τις κωδικοποιήσεις, και δεν έχει προβλεφτεί μέχρι σήμερα κάποιος υποστηρικτικός μηχανισμός διαχείρισης και επίλυσης προβλημάτων που προκύπτουν καθημερινά.

Από την ανάλυση της υπέρβασης του κόστους και από τη διερεύνηση των εξιτηρίων που επιβάρυναν περισσότερο τον πληρωτή (Πίνακας 7) διαπιστώνεται η ανάγκη παρακολούθησης και επανατιμολόγησης ειδικά κάποιων συγκεκριμένων ΚΕΝ αν όχι στο σύνολό τους. Είναι επίσης φανερό ότι λόγω της μη ύπαρξης αναλυτικών δεδομένων κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών εντός του νοσοκομείου και της μη ύπαρξης διαφοροποίησης του κόστους βαρύτητας (cost weight) υπερκοστολογούνται ή υποκοστολογούνται αρκετές ιατρικές πράξεις και ομάδες νοσηλείας. Κρίνεται λοιπόν αναγκαία η ύπαρξη ενός μόνιμου μηχανισμού παρακολούθησης και ανάλυσης όλων των νοσηλειών που διενεργούνται στα νοσοκομεία της χώρας με σκοπό την επανεξέταση του ποσού αποζημίωσης λαμβάνοντας όμως υπόψη τα ειδικά χαρακτηριστικά του κάθε νοσοκομείου και το case mix των περιστατικών.

Αξιοσημείωτο είναι επίσης να αναφερθεί ότι η ανάλυση των χειρουργικών εξιτηρίων ανά κλινική προέλευσης έδειξε ότι η προτεινόμενη ΜΔΝ των περιστατικών που διαχειρίστηκαν οι χειρουργικές κλινικές δεν ανταποκρίνεται στην πραγματική διάρκεια νοσηλείας με εξαίρεση βέβαια τα περιστατικά ημερήσιας νοσηλείας. Ωστόσο η ανάλυση των εξιτηρίων της κλινικής Β φανερώνει μεγάλη υπέρβαση της διάρκειας νοσηλείας, με την πραγματική να αγγίζει τις 8,8 ημέρες αντί 4 ημέρες που είναι η καθορισμένη βάσει ΚΕΝ. Όσο αφορά το κόστος τη μεγαλύτερη υπέρβαση παρουσιάζει για άλλη μία φορά η κλινική Β με τον πληρωτή να χρεώνεται με 44% επιπλέον του καθορισμένου ποσού αποζημίωσης. Αυτά τα αποτελέσματα πιθανόν θα έπρεπε να στρέψουν την προσοχή των υπευθύνων (διοικητή νοσοκομείου & πληρωτή) σε παράγοντες που ευθύνονται για αυτήν υπέρβαση. Η ελλιπής εκπαίδευση των χρηστών που κάνουν την αντιστοίχηση και η βαρύτητα των περιστατικών (π.χ. μεταστατικοί καρκίνοι) θα πρέπει να επανεξεταστούν και να αναθεωρηθεί η ΜΔΝ και το κόστος σε αυτά τα περιστατικά. Θα μπορούσε επίσης ο πληρωτής να συγκρίνει

τους συγκεκριμένους κωδικούς ΚΕΝ που χρησιμοποιούνται από την κλινική Β, με κλινικές από άλλα ογκολογικά νοσοκομεία της χώρας που χρεώνουν στους ίδιους κωδικούς και να προβεί σε χρήσιμα συμπεράσματα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Παρότι τα ΚΕΝ παρουσίασαν πολλές αδυναμίες, αποτέλεσαν το στάδιο προσαρμογής και εξοικείωσης του νέου τρόπου αποζημίωσης και χρηματοδότησης των νοσηλευτικών ιδρυμάτων της χώρας των Gr-DRG. Ωστόσο δεν μπορούν να αξιολογηθούν σαν ένα ολοκληρωμένο σύστημα διαγνωστικών ομοιογενών κατηγοριών διότι δε διαθέτουν τα βασικά συστατικά στοιχεία ενός συστήματος DRG (cost weight, base rate, case mix Index).

Το βασικό στοιχείο για την πετυχημένη εφαρμογή των GR-DRG ίσως θα έπρεπε να είναι η μεταφορά όλων των δαπανών σε έναν και μοναδικό πληρωτή (ΕΟΠΥΥ) ο οποίος θα πληρώνει σύμφωνα με συγκεκριμένες διαδικασίες, όπως να αποζημιώνει σε πραγματικές τιμές. Η ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου συστήματος μπορεί να οδηγήσει σε ακριβέστερη εσωτερική τιμολόγηση λόγω της σαφήνειας της εικόνας κόστους. Παράλληλα, στο κόστος να συμπεριλαμβάνεται και η μισθοδοσία του προσωπικού. Τα νοσοκομεία με αυτό τον τρόπο ίσως αποκτήσουν διοικήσεις με σχετική αυτονομία χωρίς κομματικές παρεμβάσεις και κυρίως η χρηματοδότησή τους να γίνεται βάσει των δραστηριοτήτων τους (απόδοσης) και όχι με βάση του υπηρετούντος προσωπικού. Διασφαλίζεται έτσι η δίκαιη κατανομή του προσωπικού μεταξύ κλινικών τμημάτων, νοσοκομείων και περιφερειών και τίθεται η βάση εξισορρόπησης των τιμών μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα.

Επίσης, να υπάρχει σταθερός συντελεστής βαρύτητας για τον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα εξασφαλίζοντας την ισότιμη πρόσβαση των πολιτών σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, ενισχύοντας τον υγιή ανταγωνισμό μεταξύ των παρόχων αποζημιώνοντας όμως τις καινοτομίες και τις σύγχρονες τεχνολογίες που διαθέτει ο κάθε πάροχος. Σε αντίθεση με τα ΚΕΝ δε θα επιτρέπεται η είσπραξη διαφορών, εκτός βέβαια από αυτές που ορίζονται από το σύστημα DRG. Όταν αναπτυχθεί ένα πλήρες και ολοκληρωμένο σύστημα DRG θα μπορούσε να αξιοποιηθεί ως ένα σημαντικό εργαλείο συντονισμού Οικονομικού Management στα Νοσοκομεία της χώρας δίνοντας τη δυνατότητα για την προσαρμογή όλων των διαδικασιών παραγωγής προς όφελος του ασθενή (ασφάλεια και ποιότητα υπηρεσιών) και του νοσοκομείου (μείωση της σπατάλης), την ανάπτυξη διεργασιών ελέγχου (Controlling) και επιτήρησης (Monitoring), την σύγκριση και την αξιολόγηση της κλινικής πρακτικής και του παραγόμενου έργου μεταξύ κλινικών αλλά και νοσοκομείων και στην αποτύπωση των διαφορών στην παροχή φροντίδας μέσω του Benchmarking που σε διαφορετική περίπτωση είναι δύσκολο να αποτυπωθεί, την κατάρτιση τεκμηριωμένων νοσοκομειακών προϋπολογισμών και για την αποτελεσματική παρακολούθηση και έλεγχο της εκτέλεσης του προϋπολογισμού και τον αποτελεσματικό ετήσιο σχεδιασμό με αξιόπιστη και τεκμηριωμένη πρόβλεψη των αναγκών και στον καλύτερο σχεδιασμό της εφοδιαστικής αλυσίδας σύμφωνα με την νοσοκομειακή παραγωγή.

Ωστόσο για την εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου συστήματος GR-DRG απαιτείται μακροχρόνιος επιχειρησιακός σχεδιασμός, κάτι το οποίο δε συνέβη στην περίπτωση των ΚΕΝ, επαρκής χρονικά και ποσοτικά εκπαίδευση των ατόμων που θα κληθούν να εφαρμόσουν το νέο σύστημα, ολοκληρωμένα πληροφοριακά συστήματα νοσοκομείων, κωδικοποιήσεις νόσων και ιατρικών πράξεων, πολύ καλός ιατρικός φάκελος και τεκμηρίωση όλων των διαδικασιών που ακολουθούνται. Είναι, επίσης, αναγκαία η ύπαρξη ενός φορέα (Ελληνικό Ινστιτούτο DRG) για την ενοποίηση και διαχείριση του συνόλου της πληροφορίας της νοσοκομειακής δαπάνης στην Ελλάδα, για την ανατροφοδότηση του συστήματος (feedback) με πιθανή την ετήσια αναθεώρηση κόστους και των συντελεστών βαρύτητας και την βελτίωση των ιατρικών κωδικοποιήσεων. Τέλος από την πλευρά του πληρωτή θα πρέπει να υπάρχει ένας ελεγκτικός μηχανισμός για την επεξεργασία των πληρωμών και για τον έλεγχο τυχόν τεχνικών λαθών, παραλείψεων και της τήρησης των προτύπων των κωδικοποιήσεων.

Η παρούσα μελέτη διενεργήθηκε με ένα σχετικά μικρό δείγμα ογκολογικών χειρουργικών εξιτηρίων ΚΕΝ από ένα δημόσιο νοσοκομείο και πιθανόν τα αποτελέσματα να μην έχουν την δυνατότητα γενίκευσης, αφήνοντας έτσι περιθώρια για μία μελλοντική μελέτη ενός μεγαλύτερου δείγματος που να συμπεριλαμβάνει τα παθολογικά εξιτήρια αλλά και το σύνολο των ογκολογικών νοσοκομείων της χώρας. Θα παρουσίαζε επίσης ενδιαφέρον η μελέτη να πραγματοποιηθεί μετά την καθολική εφαρμογή του νέου συστήματος GR-DRG ώστε να γίνουν ορατές οι δυνατότητες του νέου συστήματος κοστολόγησης νοσοκομειακών υπηρεσιών και τις διαφορές που θα παρουσιάζει με το σύστημα των ΚΕΝ.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Bizopoulou, A., Mangita, A., Chardalias, C., Coutonias, P., & Diomidous, M. (2017). Health Professionals Information for Diagnostics Related Groups (DRGs) with the Use of a Website. Acta Informatica Medica, 25(3): 195.

Busse, R., Geissler, A., Aaviksoo, A., Cots, F., Hakkinen, U., Kobel, C., Mateus, C., Or, Z., O'Reilly, J., Serden, L., Street, A., Tan, S. & Quentin, W. (2013). Diagnosis related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals?.

BMJ, 347.

Liaropoulos, L., & Goranitis, I. (2015). Health care financing and the sustainability of health systems. International Journal for Equity in Health, 14(1): 1-4.

Mihailovic, N., Kocic, S., & Jakovljevic, M. (2016). Review of diagnosis-related group-based financing of hospital care. Health services research and managerial epidemiology, 3:1-8.

Panagiotopoulos, P., Maniadakis, N., Papatheodoridis, G., & Pektasidis, D. (2020). An Evaluation of Diagnosis-Related Group (DRG). Implementation Focused on Cancer DRGs in Greek Public Hospitals. Pharmaco Economics-open, 4(1): 61-69.

Polyzos, N. (2012). A three-year performance evaluation of the NHS hospitals in Greece. Hippokratia, 16(4): 350

Polyzos, N., Karanikas, H., Thireos, E., Kastanioti, C., & Kontodimopoulos, N. (2013). Reforming reimbursement of public hospitals in Greece during the economic crisis: implementation of a DRG system. Health policy, 109 (1): 14-22.

Stadhouders, N., Koolman, X., van Dijk, C., Jeurissen, P., & Adang, E. (2019). The marginal benefits of healthcare spending in the Netherlands: Estimating cost-effectiveness thresholds using a translog production function. Health economics, 28(11): 1331-1344.

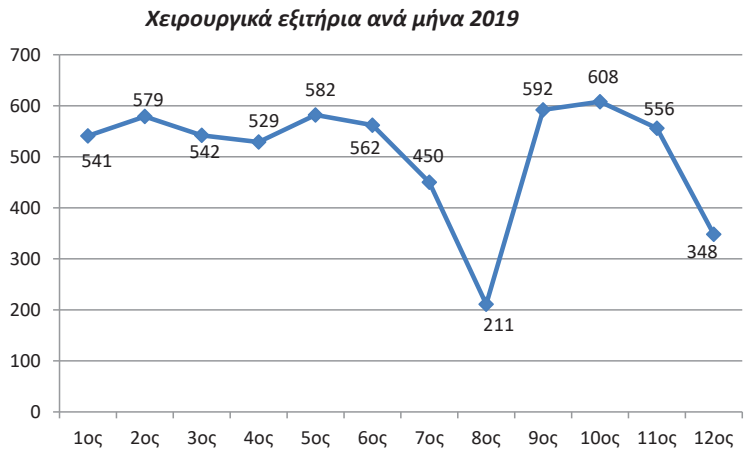
Van Herwaarden, S., Wallenburg, I., Messelink, J., & Bal, R. (2020). Opening the black box of diagnosis-related groups (DRGs): unpacking the technical remuneration structure of the Dutch DRG system. Health Economics, Policy and Law, 15(2): 196-209.

WHO. (2020). Diagnosis-related groups: a question and answer guide on case-based classification and payment systems. Διαθέσιμο σε https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333717/9789240006713-eng.pdf. (Ανακτήθηκε 3 Απριλίου 2021).

Πίνακας 1. Συνοπτική περιγραφή δείγματος

Αριθμός χειρουργικών εξιτηρίων για το 2019	Ημέρες νοσηλείας χειρουργικών περιστατικών	Εντός ΜΔΝ	Εκτός ΜΔΝ	Εκτιμώμενα έσοδα εντός ΚΕΝ	Επιπλέον χρεώσεις (Νοσήλια, φάρμακα, Υλικά & Ιατρικές πράξεις)
6.100	23.828	3.536 (58%)	2.564 (42%)	5.172.524	1.240.863,14 (19,3%)
Συνολικός αριθμός εξιτηρίων	**Αριθμός εξιτηρίων με ΜΔΝ 1 ημέρα**	**Ημέρες νοσηλείας**	**Εντός ΜΔΝ**	**Εκτός ΜΔΝ**	**Συνολικός αριθμός εξιτηρίων**
6.100	2.824	3.132	2.596	228	6.100
Αριθμός χειρουργικών εξιτηρίων για το 2019	**Εκτιμώμενα έσοδα εντός ΚΕΝ**	**Μέσος όρος εσόδων ανά περιστατικό**	**Επιπλέον χρεώσεις (Νοσήλια, φάρμακα, Υλικά & Ιατρικές πράξεις)**	**Μέσος όρος πραγματικού κόστους**	**Υπέρβαση τιμής ΚΕΝ**
6.100	5.172.524€	847,95€	1.240.863,14€	1.051,37€	203,42€ (24%)

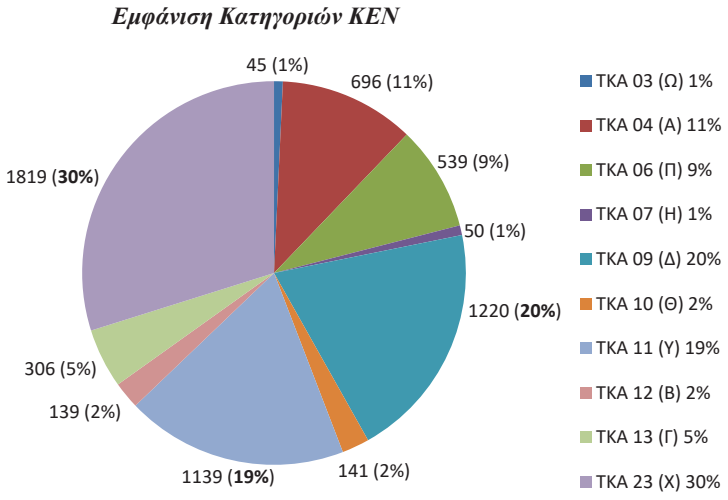
Γράφημα 1. Μηνιαίος καταμερισμός χειρουργικών εξιτηρίων



Πίνακας 2. Διαχωρισμός χειρουργικών εξιτηρίων σύμφωνα με τον κωδικό βαρύτητας των ΚΕΝ

ΚΩΔΙΚΟΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΚΕΝ	ΕΞΙΤΗΡΙΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
(Α) Άνευ άλλων ενδείξεων	2325	38,1%
(Χ) Χωρίς επιπλοκές	3636	59,6%
(Μ) Με επιπλοκές	139	2,3%
Συνολικός αριθμός χειρουργικών εξιτηρίων 2019	Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΔΝ) ΚΕΝ (μέσος όρος σε ημέρες)	Πραγματική ΜΔΝ χειρουργικών περιστατικών 2019 (μέσος όρος σε ημέρες)
6100	4,01	3,9

Γράφημα 2. Κατηγορίες ΚΕΝ χρέωσης χειρουργικών κλινικών



Πίνακας 3. Τα 10 πιο συχνά σε εξιτήρια ΚΕΝ σε σχέση με τη ΜΔΝ

ΚΩΔΙΚΟΣ ΚΕΝ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	ΜΔΝ ΚΕΝ (ημέρες)	ΕΞΙΤΗΡΙΑ	ΕΚΤΟΣ ΜΔΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Χ21Χ	Σημεία και συμπτώματα, ημερήσια νοσηλεία	1	1334	-	0%
Δ07Α	Ελάσσονες επεμβάσεις για παθήσεις μαστού	2	658	572	87%
Α01Χ	Μείζονες επεμβάσεις θώρακος χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις- επιπλοκές	7	507	429	84,6%
Χ01Χ	Χειρουργικές επεμβάσεις για διαγνώσεις που σχετίζονται με άλλη χρήση υπηρεσιών υγείας χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις-επιπλοκές	2	337	190	56%
Δ06Α	Μείζονες επεμβάσεις για παθήσεις μαστού	3	230	225	98%
Υ07Χ	Διουρηθρικές επεμβάσεις εκτός της προστατεκτομής χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	2	149	134	90%

Π02Χ	Μείζονες επεμβάσεις λεπτού και παχέος εντέρου χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	8	139	39	28%
Δ29Α	Κακοήθεια του δέρματος, ημερήσια νοσηλεία	1	131	61	46,5%
Θ06Χ	Επεμβάσεις θυρεοειδούς χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	2	126	109	86,5%
Γ10Α	Διαγνωστική απόξεση ή διαγνωστική υστερο-σκόπηση	1	112	99	88%

Πίνακας 4. ΚΕΝ με υψηλό κόστος για τον πληρωτή. (Τα 12 πιο κοστοβόρα ΚΕΝ)

ΚΕΝ	Εξιτήρια	ΕΚΤΟΣ ΜΔΝ	Υπέρβαση (σε €)	Κόστος από 1/3/2012 (σε €)	Επιπλέον μέσο κόστος ανά περιστατικό (σε €)
Α01Χ	507	429	541.137,21	2.465	1.261,4
Δ07Α	658	572	130.152,86	600	227,54
Δ06Α	230	225	82.723,31	1.380	367,66
Χ01Χ	337	190	60.617,66	531	319,04
Υ03Χ	75	68	42.130,56	2.709	619,56
Α22Χ	24	16	32.097,7	573	2.006,1
Υ07Χ	149	134	25.275,93	643	188,6
Π02Χ	139	39	23.465,34	2.519	601,66
Π03Μ	18	6	22.683,51	6.280	3.780,58
Γ20Χ	42	39	18.714,23	1.100	779,85
Π11Α	37	36	12.774,86	514	354,85
Π12Μα	8	7	7.994,72	3.797	1.142,1

Πίνακας 5. Ανάλυση εξιτηρίων ανά κλινική προέλευσης

ΚΛΙΝΙΚΕΣ	Εξιτήρια	Εντός ΜΔΝ	Εκτός ΜΔΝ	ΜΔΝ ΚΕΝ	Πραγματική ΜΔΝ	Έσοδα εντός ΚΕΝ	Επιπλέον χρεώσεις
ΚΛΙΝΙΚΗ Α	45	20	25	4	5,91	62.392€	14.334,21€ (+23%)
ΚΛΙΝΙΚΗ Β	696	172	524	4	8,8	1.418.685€	622.452,59€ (+44%)
ΚΛΙΝΙΚΗ Γ	1.220	318	902	3,5	4,47	910.818€	226.259,88€ (+25%)
ΚΛΙΝΙΚΗ Δ	1.275	921	354	4	2,44	669.819€	117.703,36€ (+ 17,5%)
ΚΛΙΝΙΚΗ Ε	306	57	249	4	4,9	265.256€	63.164,42€ (+24%)
ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΤ	739	447	292	4	5,87	1.348.977€	189.328,59€ (+14%)
ΤΚΑ 23 (Χ)	1819 *(1449 ημερήσιας νοσηλείας)	1601	218	4	1,65	496.577€	70.784,51€ (+14%)

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

Diagnosis related groups (DRGS) as a financial management tool: A case study on surgical oncological cases in public hospital

Anastasios Dardogiannos
RN, MSc, Central Sterilization Supply Department (CSSD), "Theagenio" Anticancer Hospital of Thessaloniki

ABSTRACT
Introduction: The DRGs system is considered one of the most important reforms in the field of health worldwide in the last 30-40 years, and is a modern mechanism for compensation and control of hospital costs, which is used by most developed countries in the world with individual variants. At the beginning of 2012, this method was introduced in Greece in the form of Hospital Consolidated Cost (KEN).
Aim: To study the implementation of DRGs in Greece and to investigate the possibility of their use as a tool for coordinating Financial Management in the country's hospitals.
Case report: This study included the entire set of discharges from surgical departments of the "Theagenio" Anticancer Hospital of Thessaloniki in 2019. The reimbursement values of the examined KEN as well as their standard length largely strongly deviate from the actual figures leading to a simple proposal already made by other researchers: the application of micro-costing techniques better reflects the actual cost of treatment. It was also observed misclassifications hidden under the usual practice at public hospitals to link many cases to a few KEN codes or even one. The analysis also revealed differences in productivity and efficiency among surgical departments. It is rather complicated to assess the KEN system as a genuine DRG system as it has not followed its basic principles (cost weight, base rate, case mix index). However, the upcoming Gr-DRG system could be used as an important tool for coordinating financial management in Greek hospitals, presupposing the development of controlling and monitoring processes, internal and external comparison of hospitals (benchmarking), and adaptation of production processes for the benefit of the patient and the hospital. Thus, the new system should "reward" high-performance and high-profile hospitals treating more complex cases.
Key Words: DRGs, Hellenic DRG Institute, KEN, Reimbursement.

Corresponding author:
Anastasios Dardogiannos
e-mail: tasosdar@hotmail.com

Citation: Dardogiannos A. (2025). Diagnosis related groups (DRGS) as a financial management tool: A case study on surgical oncological cases in public hospital. Hellenic Journal of Nursing Science 18(1): 7-17, https://doi.org./10.24283/hjns.202512

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

Ανοσολογική απάντηση μεταμοσχευμένων με νεφρό ασθενών μετά τη χορήγηση του εμβολίου BNT162b2

Μαρία-Λόις Ορέμο [1], Αικατερινη Μπαλάσκα [1], Δημήτριος Πιστόλας [1], Ιωάννα-Μαρία Δημοπούλου [2], Στυλιανός Ορφανός[2], Αναστασία Κοτανίδου [2]

1 Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός»
2Α΄ Κλινική Εντατικής Θεραπείας Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Οι μεταμοσχευμένοι με νεφρό ασθενείς αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου όσο αναφορά τον ιό SARS–CoV-2. Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της ύπαρξης αντισωμάτων έναντι του ιού SARS–CoV-2 μετά τον εμβολιασμό με το mRNA BNT162b2 και η συσχέτιση της ανοσολογικής απάντησης με την ανοσοκατασταλτική αγωγή.

Μέθοδος – Υλικό: Δείγμα αποτέλεσαν 83 ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε επιτυχή μεταμόσχευση νεφρού σε Μονάδα Μεταμόσχευσης Οργάνων (ΜΜΟ) ενός ελληνικού Γενικού Νοσοκομείου και περιλάμβανε 60 άνδρες και 23 γυναίκες (μέση ηλικία 54,7 έτη, εύρος 22-73 έτη). Οι μετρήσεις των αντισωμάτων έναντι του κορονοϊού πραγματοποιήθηκαν σε 2 χρονικές στιγμές: α) έπειτα από τον αρχικό πλήρη διπλό εμβολιασμό (πρώτη μέτρηση) και β) πριν την πρώτη αναμνηστική δόση (δεύτερη μέτρηση). Οι μετρήσεις έγιναν χρησιμοποιώντας τη μέθοδο της μικροσωματιδιακής χημειοφωταύγειας (CMIA) Διαχωριστικό όριο για τα αντισώματα ήταν η τιμή 50, έτσι οι ασθενείς με τιμές ≥50 θεωρήθηκαν ως πλήρως ανοσοποιημένοι έναντι του κορονοϊού. Επιπροσθέτως διενεργήθηκε δομημένη συνέντευξη με τους ασθενείς προκείμενου να καταγραφεί το ατομικό τους ιστορικό, η φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνουν καθώς και οι ανεπιθύμητες ενέργειες του εμβολιασμού

Αποτελέσματα: Παρά το γεγονός ότι η ανοσολογική απάντηση αυξήθηκε μετά την δεύτερη μέτρηση, εξακολούθησε να είναι φτωχή. Το 39,8% (ν=33) των ασθενών είχαν ≥50 έπειτα από την πρώτη μέτρηση , ενώ το ποσοστό αυτό αυξήθηκε σε 43,4% (ν=36) έπειτα από τη δεύτερη μέτρηση. Η διαφορά αυτή δεν ήταν στατιστικά σημαντική (p=0.664). Όσον αφορά την ανοσοκατασταλτική αγωγή κανένα από τα φάρμακα δεν επηρέασε τις μεταβολές στις τιμές των αντισωμάτων στις δύο μετρήσεις με τις τιμές p για όλα τα φάρμακα να είναι μεγαλύτερες από 0,05.

Συμπεράσματα: Η ανοσολογική απάντηση των μεταμοσχευμένων ασθενών παρουσιάστηκε μειωμένη. Για το λόγο αυτό χρειάζονται επιπρόσθετα μέτρα προστασίας στον πληθυσμό αυτό με τη χορήγηση αναμνηστικών δόσεων.

Λέξεις κλειδιά: ανοσοκατασταλτική αγωγή, BNT16b2, SARS–CoV-2

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:
Ορέμο Μαρία-Λόις
email: marialoisoremo@gmail.com

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

Αναφορά του άρθρου ως: Ορέμο Μ.Λ., Μπαλάσκα Α., Πιστόλας Δ., Δημοπούλου Ι.Μ., Ορφανός Στ., Κοτανίδου Α. (2025). Ανοσολογική απάντηση μεταμοσχευμένων με νεφρό ασθενών μετά τη χορήγηση του εμβολίου BNT162b2. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης 18(1): 18-23, https://doi.org./10.24283/hjns.202513

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου σε ότι αφορά στη λοίμωξη από τον νέο κορονοϊό SARS-COV-2 και αυτό γιατί το οξύ αναπνευστικό σύνδρομο που προκαλείται από τον κορονοϊό συνοδεύεται από αποδεδειγμένο υψηλό κίνδυνο θνησιμότητας σε λήπτες νεφρικών μεταμοσχεύσεων [1-3]. Για το λόγο αυτό η συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα ήταν από τις πρώτες στην οποία παραχωρήθηκε προτεραιότητα στην χορήγηση του εμβολίου [4].

Το εμβόλιο BNT162b2 κατά της COVID-19 χρησιμοποιεί τεχνολογία mRNA και είχε καταχωρηθεί για Χρήση Έκτακτης Ανάγκης (Emergency UseListing) από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ/ WHO). Τα διαθέσιμα δεδομένα σχετικά με την αποτελεσματικότητα, την ανοσογονικότητα ή την ασφάλεια για αυτήν την ομάδα του πληθυσμού ήταν περιορισμένα [5] όμως η εμφάνιση της πανδημίας και η άμεση ανάγκη για την αντιμετώπιση της οδήγησε στη χρήση του σε ανθρώπους.

Η μέτρηση των αντισωμάτων αποτελεί ένα πρώτο κριτήριο για την αποτελεσματικότητα του εμβολίου καθώς μας δείχνουν την ανταπόκριση του οργανισμού στο εμβόλιο. Εκτός όμως από τις τιμές των αντισωμάτων είναι σημαντικό να γνωρίζουμε αν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στην ανοσολογική απάντηση, την ανοσοκατασταλτικη αγωγή και τα κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών (φύλο, ηλικία, είδος ΜΤΧ, έτη από την ΜΤΧ, συννοσηρότητα, επίπεδα φαρμάκου).

Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των αντισωμάτων του εμβολίου των BNT16b2 έναντι του SARS-COV-2. Ενώ επιμέρους στόχοι είναι να μελετήσαμε κατά πόσο σχετίζεται η ανοσοκατασταλτική αγωγή με την ανοσολογική τους απάντηση και πιο συγκεκριμένα κατά πόσο επηρεάζει το είδος της ανοσοκατασταλτικής αγωγής την ανοσολογική απάντηση.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Πραγματοποιήθηκε προοπτική μελέτη σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε επιτυχή μεταμόσχευση νεφρού σε ΜΜΟ ενός ελληνικού γενικού νοσοκομείου τουλάχιστον 6 μήνες πριν τη χορήγηση του εμβολίου των BNT16b2.

Το δείγμα της έρευνας αποτελεί δείγμα ευκολίας και περιλάμβανε 60 άνδρες και 23 γυναίκες (μέση ηλικία 54,7 έτη, εύρος 22-73 έτη). Αφού εξασφαλίστηκε η πληροφορημένη συγκατάθεσή τους πραγματοποιήθηκαν λήψεις δειγμάτων αίματος προκειμένου να προσδιοριστούν τα επίπεδα των αντισωμάτων. Οι μετρήσεις τίτλων αντισωμάτων έγιναν σε 2 χρονικές στιγμές χρησιμοποιώντας τη μέθοδο της μικροσωματιδιακής χημειοφωταύγειας (CMIA), η πρώτη μέτρηση έγινε 15 μέρες μετά την ολοκλήρωση του αρχικού εμβολιασμού και η δεύτερη μέτρηση έγινε πριν από την αναμνηστική δόση που κρίθηκε αναγκαία για τους ανοσοκατασταλμένους. Επιπλέον διενεργήθηκε δομημένη συνέντευξη προκειμένου να συγκεντρωθούν και να καταγραφούν τα δημογραφικά τους στοιχεία, το ιστορικό υγείας τους, η φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνουν και οι ανεπιθύμητες ενέργειες από τον εμβολιασμό.

Οι ασθενείς που νόσησαν με SARS-CoV-2 καθώς και αυτοί που δεν προσήλθαν και στις 2 μετρήσεις αποκλείστηκαν από την μελέτη. Τόσο η διενέργεια των συνεντεύξεων όσο και η συγκέντρωση των δεδομένων πραγματοποιήθηκαν από τον ίδιο ερευνητή. Σχετική άδεια για την μελέτη των συγκεκριμένων ασθενών του νοσοκομείου έχει παραχωρήσει το επιστημονικό συμβούλιο του νοσοκομείου καθώς και ο διευθυντής της ΜΜΟ.

Στατιστική ανάλυση

Στην περίπτωση των ποσοτικών μεταβλητών υπολογίστηκαν η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η διάμεση τιμή, η ελάχιστη τιμή και η μέγιστη τιμή. Στην περίπτωση των κατηγορικών μεταβλητών υπολογίστηκαν η απόλυτη και η σχετική συχνότητα. Ο έλεγχος κανονικότητας των ποσοτικών μεταβλητών πραγματοποιήθηκε με τον έλεγχο Kolmogorov-Smirnov.

Οι κατανομές των αντισωμάτων δεν ακολουθούσαν την κανονική κατανομή. Έτσι, για να διερευνηθεί η μεταβολή τους μεταξύ των εμβολιασμών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Wilcoxon για παρατηρήσεις ανά ζεύγη. Χρησιμοποιώντας ως διαχωριστικό όριο για τα αντισώματα την τιμή 50, οι ασθενείς με τιμές ≥50 θεωρήθηκαν ως πλήρως ανοσοποιημένοι έναντι του κορονοϊού. Έτσι, για να διερευνηθεί η μεταβολή τους μεταξύ των εμβολιασμών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος McNemar.

Όπως προαναφέρθηκε, οι κατανομές των αντισωμάτων δεν ακολουθούσαν την κανονική κατανομή. Για τον λόγο αυτόν, υπολογίστηκαν οι λογάριθμοι των αντισωμάτων οι οποίοι ακολουθούσαν την κανονική κατανομή και έτσι μπορέσαμε στη συνέχεια να διερευνήσουμε την επίδραση της ανοσοκατασταλτικής αγωγής και των κλινικών χαρακτηριστικών στις τιμές των αντισωμάτων χρησιμοποιώντας παραμετρικές μεθόδους. Έτσι, χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος της ανάλυσης διασποράς για επαναλαμβανόμενες μετρήσεις (repeated measures of analysis of variance).

Η επίδραση των κορτικοστεροειδών (πρεδνιζόνη) δεν μπορούσε να διερευνηθεί, καθώς λάμβαναν όλοι οι ασθενείς. Το χρησιμοποιούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (a), σε όλες τις στατιστικές δοκιμασίες, ορίστηκε στο 0,05. Η επεξεργασία και η στατιστική ανάλυση των εμπειρικών δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του λογισμικού πακέτου SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences) για Windows.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι συχνότερες αιτίες Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας (ΧΝΑ) ήταν οι σπειραματονεφρίτιδες (20,5%), η πολυκυ-

στική νόσος (14,5%), η υπέρταση (14,5%), οι νεφροπάθειες (7,2%), ο σακχαρώδης διαβήτης (7,2%), οι πολυκυστικοί νεφροί (6%) και οι πυελονεφρίτιδες (3,6%). Το 74,7% των ασθενών είχαν λάβει μόσχευμα από πτωματικό δότη, το 24,1% από ζωντανό δότη και το 1,2% τόσο από πτωματικό όσο και από ζωντανό δότη. Ο μέσος αριθμός ετών που είχαν παρέλθει από την μεταμόσχευση ήταν 7,7, ενώ ο μικρότερος αριθμός ετών ήταν ένα και ο μεγαλύτερος αριθμός ετών ήταν 20. Το 71,1% των ασθενών έπασχαν και από ένα ακόμη τουλάχιστον νόσημα, ενώ το 28,9% δεν έπασχαν από κάποιο άλλο νόσημα. Η μέση τιμή κρεατινίνης ήταν 1,39, η διάμεση τιμή ήταν 1,40, ενώ η μικρότερη τιμή ήταν 0,60 και η μεγαλύτερη τιμή ήταν 2,90.

Όλοι οι ασθενείς λάμβαναν κορτικοστεροειδή (πρεδνιζόνη), το 69,9% λάμβαναν τακρόλιμους, το 61,4% λάμβαναν μυκοφαινολάτη μοφετιλ, το 28,9% λάμβαναν μυκοφαινολικό όξυ, το 18,1% λάμβαναν mTOR αναστολείς και το 14,5% λάμβαναν κυκλοσπορίνη. Το 92,8% των ασθενών λάμβαναν τρία φάρμακα, ενώ το 7,2% των ασθενών λάμβαναν δυο φάρμακα. Φυσιολογικά επίπεδα φαρμάκου καταγράφηκαν στο 90,4% των ασθενών.

Τα περιγραφικά αποτελέσματα για τις δυο μετρήσεις των αντισωμάτων έναντι του κορονοϊού παρουσιάζονται στον Πίνακα 1. Οι κατανομές των αντισωμάτων δεν ακολουθούσαν την κανονική κατανομή. Η διάμεση τιμή αντισωμάτων στην δεύτερη μέτρηση ήταν μεγαλύτερη από ότι στην πρώτη μέτρηση. Η διαφορά αυτή δεν ήταν στατιστικά σημαντική ($p = 0,509$). Η επίδραση της ανοσοκατασταλτικής αγωγής και των κλινικών χαρακτηριστικών στις μεταβολές των τιμών των αντισωμάτων στις δυο μετρήσεις παρουσιάζεται στον Πίνακα 2. Κανένα από τα φάρμακα δεν επηρέαζε τις μεταβολές των τιμών των αντισωμάτων στις δυο μετρήσεις με όλες τις τιμές p για όλα τα φάρμακα να είναι μεγαλύτερες από 0,05. Επιπλέον, η μεταβολή των αντισωμάτων στον χρόνο δεν ήταν στατιστικά σημαντική ($p = 0,856$).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η ανοσολογική απάντηση των ασθενών που έχουν υποβληθεί σε επιτυχή μεταμόσχευση νεφρού είναι φτωχή [6-10]. Όσον αφορά τα κλινικά χαρακτηριστικά η μόνη μεταβλητή που επηρεάζει τις μεταβολές των τιμών των αντισωμάτων είναι η ηλικία ($p=0,047$) κάτι που έχει αναδειχθεί και σε άλλες μελέτες [11 - 13]. Στις επιμέρους μετρήσεις η διαπίστωση ότι οι ασθενείς που λαμβάνουν αντιμεταβολίτες (μυκοφαινολάτη μοφετιλ, μυκοφαινολικό όξυ) έχουν λιγότερα αντισώματα συναντάται και σε άλλες μελέτες [11 - 16] με αποτέλεσμα να υπάρχει συζήτηση για την ανάγκη ρύθμισης της συγκεκριμένης αγωγής. Η συσχέτιση της καλύτερης ανοσολογικής απάντησης (αύξηση των αντισωμάτων και διέγερση των anti-SARS-CoV-2 κυτταρων Τ) των ασθενών που λαμβάνουν mTOR αναστολείς [12,17] σε σχέση με αυτούς που λαμβάνουν άλλο ανοσοκατασταλτικό φάρμακο δεν επιβεβαιώνεται από τη δική μας μελέτη. Βέβαια εδώ θα πρέπει να σημειώσουμε ότι κατά την δεύτερη μέτρηση που έγινε πριν την αναμνηστική δόση δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην ανοσοκατασταλτική αγωγή και στις τιμές των αντισωμάτων.

Οι περιορισμοί αυτής της μελέτης περιλαμβάνουν την ύπαρξη δείγματος ευκαιρίας που μπορεί να στερείται εξωτερικής εγκυρότητας καθώς και έλλειψη ομάδας ελέγχου ατόμων που δεν λαμβάνουν ανοσοκαταστολή. Χρειάζονται περαιτέρω μελέτες προκειμένου να καταλήξουμε σε γενικά συμπεράσματα για τους παράγοντες της ανοσοκατασταλτικής αγωγής που επηρεάζουν την ανοσολογική απάντηση του συγκεκριμένου πληθυσμού.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Είναι γενικά αποδεκτό ότι η ανοσοκατασταλτική αγωγή επηρεάζει την ανταπόκριση του οργανισμού στον εμβολιασμό καθώς και την παραγωγή αντισωμάτων [10,18]. Για το λόγο αυτό υπάρχει ανάγκη για έλεγχο παρουσίας αντισωμάτων και μετά την αναμνηστική δόση καθώς και ανεύρεση εναλλακτικών στρατηγικών προστασίας του πληθυσμού των ανοσοκατασταλμένων ασθενών που έχουν υποβληθεί σε ΜΤΧ νεφρού όπως ρύθμιση της ανοσοκατασταλτικής αγωγής σε αυτούς που δεν ανταποκρίνονται [19 - 21], πρόσθετα μη φαρμακευτικά μέσα και χορήγηση αντιϊικών [22]. Παρά την μειωμένη ανοσολογική απάντηση παρατηρήσαμε ότι οι τίτλοι των αντισωμάτων μετά τον αρχικό εμβολιασμό και πριν την αναμνηστική δόση αυξάνονται όμως χρειάζονται επιπλέον αναμνηστικές δόσεις προκειμένου να προστατευθούν οι μεταμοσχευμένοι ασθενείς [23 - 25].

Συμβολή συγγραφέων

ΟΜ-Λ : ανέλυσε τα δεδομένα και συνέβαλε στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων και στη συγγραφή του κειμένου. ΜΑ: συμμετείχε στο σύλληψη και στο σχεδιασμό της μελέτης. ΠΔ: συμμετείχε στη συλλογή των δεδομένων. ΔΙ-Μ και ΟΣ συμμετείχαν στο σχεδιασμό της μελέτης και στη συλλογή των δεδομένων. ΚΑ συνέβαλε στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων.

Προηγούμενες δημοσιεύσεις

Θεσσαλονίκη 30/09/2021-03/10/2021 14ο Πανελλήνιο Επιστημονικό Επαγγελματικό Νοσηλευτικό Συνέδριο της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδας. Ελεύθερη Ανακοίνωση με θέμα: Ανοσολογική Απάντηση Ασθενών που έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού μετά την χορήγηση του εμβολίου της Pfizer-BioNTech.

Θεσσαλονίκη 02/12/2021-04/12/2021 21ο Συνέδριο Μεταμοσχεύσεων με e-poster με τίτλο : «Ανοσολογική απάντηση ασθενών με μεταμόσχευση νεφρού μετά τη χορήγηση του εμβολίου PfizerBioNTech.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

MahalingasivamV , Craik A , Tomlinson LA , et al. Μια συστηματική ανασκόπηση του COVID-19 και της μεταμόσχευσης νεφρού .Kid neyIntRep . 2021 ; 6 (1): 24 - 45

Centers for Disease Control and Prevention. People with certain medical conditions. March 8, 2021 (https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medical-conditions.html. opens in new tab).

Aziz F, Mandelbrot D, Singh T, et al. Early report on published outcomes in kidney transplant recipients compared to nontransplant patients infected with coronavirus disease 2019. Transplant Proc 2020; 52:2659-2662.

ECDC . COVID - 19 στρατηγικές εμβολιασμού και ιεράρχησης στην EE/EOX .https://www.ECDC.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-vaccination-and-prioritisation-strategies.pdf

Grupper A, Rabinowich L, Schwartz D, et al. Am J Transplant. 2021 Aug;21(8):2719-2726. doi: 10.1111/ajt.16615. Epub 2021 May 7.PMID: 33866672 Reduced humoral response to mRNA SARS-CoV-2 BNT162b2 vaccine in kidney transplant recipients without prior exposure to the virus, American Journal of Transplantation

Chukwuma A C , Kassir M , Safa E, et al. PMID: 35271655 PMCID: PMC8912185 Evaluating the antibody response to SARS-COV-2 vaccination amongst kidney transplant recipients at a single nephrology centre

Korth J, Jahn, M, Dorsch O et al., Impaired humoral response in renal transplant recipients to SARS-CoV-2 vaccination with BNT162B2 (Pfizer-BioNTech), Viruses,2021 Apr 25;13(5):756. doi: 10.3390/v13050756.PMID: 33923063 PMCID:PMC8146144 DOI: 10.3390/v13050756

Danthu Cl, Hantz S, Dahlem A et al., Humoral Response after SARS-CoV-2 m -RNA vaccination in a cohort of hemodialysis patients and kidney transplant recipients, J Am Soc Nephrol2021 Sep;32(9) :2153-2158

Galmiche s, Luong Nguyen L B, Tartour E et al. Immunological and clinical efficacy of COVID-19 vaccines in immunocompromised populations: a systematic review in Microbiol Infect 2022 Feb:28(2): 163-177

Mossad SB. Reduced humoral response to mRNA SARS-CoV-2 BNT162b2 vaccine in kidney transplant recipients without prior exposure to the virus: No cause for alarm

Am J Transplant. 2021 Aug;21(8):2908. doi: 10.1111/ajt.16687. Epub 2021 Jun 4. PMID: 33998136

Rozen-Zvi B, Yahav D, Agur T, Zingerman et al. Antibody response to SARS-CoV-2 mRNA vaccine among kidney transplant recipients: a prospective cohort study. Clinical Microbiology and Infection 2021 Aug;27(8): 1173.e1-1173-1173.e4.doi: 10.1016/j.cmi.2021.04.028 Epub2021 May3.PMID:33957273

Lopez V, Polo C, Schuldt R, et al. Humoral response after SARS-CoV-2 vaccination in kidney transplant recipients: Role of Immunosuppression Therapy. Transplant Proc. 2022 Nov;54(9):2454-2456. doi: 10.1016/j.transproceed.2022.09.019. Epub 2022 Oct 3. PMID: 36273957

Lammert A, Schnuelle P, Rabenau HF, et al. SARS-CoV-2 Vaccination in kidney transplant recipients- Stratified Analysis of the Humoral Immune Response. Transplant Direct. 2022 Oct 14;8(11): e1384. doi: 10.1097/TXD.0000000000001384. eCollection 2022 Nov.PMID: 36259077

Hod T, Ben-David A, Olmer L, et al. Humoral response of renal transplant recipients to the BNT162b2 SARS-Cov-2 m RNA vaccine using both RBD IgG and neutralizing antibodies. Transplantation2021Nov1;105(11):e234243.doi10.1097/TP0000000000003889

Boyarsky B, Werbel W, Avery R et al. Antibody Response to 2-Dose SARS-CoV-2 mRNA Vaccine Series in Solid Organ Transplant Recipients JAMA 2021 Jun 1; 325(21): 2204–2206. doi: 10.1001/jama.2021.7489 PMCID: PMC8100911 PMID: 33950155

Iryaningrum M.R. Cahyadi A Damara FA, et al. Seroconversion rates in kidney transplant recipients following SARS-CoV-2 vaccination and its association with immunosuppressive agents: a systematic review and meta-analysis.Clin Exp Vaccine Res.2023 Jan 31.doi: 10.7774/cevr.2023.12.1.13

Netti G, Infante B, Troise D et al. m TOR inhibitors improve both humoral and cellular response to SARS-CoV-2 messenger RNA BNT16b2 vaccine in kidney transplant recipients. Am J Transplant 2022 May doi: 10.1111/ajt.16958. Epub 2022 Jan 28.

Marinaki S , Adamopoulos S. Degiannis D et al. Immunogenicity of SARS-CoV-2 BNT162b2 vaccine in solid organ transplant recipients Am J Transplant 2021 August:21(8):2913-2915 doi: 10.1111/ajt.16607 PMCID: PMC8250574 PMID: 33864722

Quante M., Brake L., Tolios A. et al SARS-CoV-2 in Solid Organ Transplant Recipients: A Structured Review of 2020 Transplat Proc 2021 Oct; 53(8): 2421–2434 doi: 10.1016/j.transproceed.2021.08.019 PMCID: PMC8364801 PMID: 34551880

Abedon AT, Teles MS, Alejo JL et al. Improved Antibody Response After a Fifth Dose of a SARS-CoV-2 Vaccine in Solid Organ Transplant Recipients: A Case Series. Transplantation. 2022 May 1;106(5): e262-e263. doi: 10.1097/TP.0000000000004092. Epub 2022 Feb 15. PMID: 35175241

Kantauskaite M, Muller L, Kolb T et al. Intensity of mycophenolate mofetil treatment os associated with impaired immune response to SARS-CoV-2 vaccination in kidney transplant recipients. Am J Transplant 2022.Feb;22(2):634-639. doi: 10.1111/ajt.16851.

Callaghan C., Mumford L., Curtis R. et al. Real-world Effectiveness of the Pfizer-BioNTech BNT162b2 and Oxford-AstraZeneca ChAdOx1-S Vaccines Against SARS-CoV-2 in Solid Organ and Islet Transplant Recipients Transplantation 106(3):p 436-446, March 2022. | DOI: 10.1097/TP.0000000000004059

Drenko P, Kacer M, Kielberger L, et al. Safety and efficacy of one and two booster doses of SARS-CoV-2 mRNA vaccines in kidney transplant recipients: A randomized clinical trial.Transplnt Infect Dis2023 Oct;25(5):e14150. doi: 10.1111/tid.14150. Epub 2023 Sep 19.

Kuniduzi Y, Chen B, Zeng J, Sun X, et al. Efficacy and safety of a fourth dose of the COVID-19 vaccine in kidney transplant recipients: A systematic review and meta-analysis Transpl Immunol. 2023 Aug; 79:101864. doi: 10.1016/j.trim.2023.101864. Epub 2023 May 23. PMID: 37230397

Kho MML, Messchendorp AL, Frölke SC, et al. Alternative strategies to increase the immunogenicity of COVID-19 vaccines in kidney transplant recipients not responding to two or three doses of an mRNA vaccine (RECOVAC): a randomised clinical trial. Lancet Infect Dis. 2023 Mar;23(3):307-319. doi: 10.1016/S1473-3099(22)00650-8. Epub 2022 Oct 27. PMID: 36354032

Πίνακας 1. Τα περιγραφικά αποτελέσματα για τις δυο μετρήσεις των αντισωμάτων έναντι του κορονοϊού.

Μέτρηση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Τιμή p[α]
Πρώτη	254,6	761,7	16,9	0	5386	0,509
Δεύτερη	1752,7	8344,5	29	0	44.532	

[α] έλεγχος Wilcoxon για παρατηρήσεις ανά ζεύγη

Πίνακας 2. Η επίδραση της ανοσοκατασταλτικής αγωγής και των κλινικών χαρακτηριστικών στις μεταβολές των τιμών των αντισωμάτων στις δυο μετρήσεις.

Μεταβλητές	Τιμή p[α]
Φύλο	0,982
Ηλικία	0,047
Είδος μεταμόσχευσης	0,320
Έτη από τη μεταμόσχευση	0,202
Συννοσηρότητα	0,917
Κρεατινίνη	0,404
Μυκοφαινολάτη μοφετιλ	0,387
Μυκοφαινολικό όξυ	0,752
Τακρόλιμους	0,424
Κυκλοσπορίνη	0,999
mTOR αναστολέας	0,873
Φυσιολογικά επίπεδα φαρμάκου	0,717
Χρόνος	0,856

Immune response of kidney transplant recipients after vaccination with BNT162b2

Maria-Lois Oremo 1, Aikaterini Balaska 1, Dimitrios Pistolas 1, Ioanna-Maria Dimopoulou 2, Stilianos Orfanos 2, Anastasia Kotanidou 2

1 General Hospital of Athens «Evaggelismos»

2 A' Intensive Care Unit National and Kapodistrian University of Athens

ABSTRACT

Background: Kidney Transplant Recipients (KTRs) are a high-risk group as far as SARS-CoV-2 disease is concerned. The object of this study was to evaluate the immune response of a cohort of KTRs after 2 doses of mRNA BNT16b2 and to determine if there is any correlation between the immune response and immunosuppressive therapy.

Material - Methods: Our patient cohort consists of 83 KTRs of an Organ Transplant Unit of a General Hospital of Greece and included 60 men and 23 women (mean age 54,7 range 22-73 years). Two measurements of SARS-CoV-2 antibodies were conducted: a) after the initial 2dose vaccination (first measurement) and b) before the second booster dose (second measurement). The antibody response was measured using chemiluminescent microparticle immune assay (CMIA). Dividing line for the antibodies was value 50, KTRs with value ≥50 was considered fully immunized. Furthermore, structured interviews were conducted to obtain information about the medical history of KTRs, their treatment and vaccination's adverse reactions.

Results: Even though the immune response increased after the second measurement it continued to be poor. A 39,8% (n=33) of KTRs had antibodies ≥50 after the first measurement and this percentage became 43,4% after the second measurement. This difference was not statistically important (p=0,664). As far as the immunosuppressive treatment is concerned, none of the medications affected the change in the antibody titers in the two measurements with p value for all medications being bigger than 0,05.

Conclusions: Immune response of KTRs decreased. For this reason, boosters are needed to protect this group.

Key words: BNT16b2 vaccine, immunosuppressive treatment, SARS–CoV-2

Corresponding author:
Oremo Maria-Lois
email: marialoisoremo@gmail.com

Citation: Oremo M.L., Balaska A., Pistolas D., Dimopoulou I.M., Orfanos St., Kotanidou A. (2025). Immune response of kidney transplant recipients after vaccination with BNT162b2. Hellenic Journal of Nursing Science, 18(1): 18-23, https://doi.org./10.24283/hjns.202513

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

Σεξουαλική παρενόχληση και λεκτική βία σε ιατρούς και νοσηλευτές δημοσίων νοσοκομείων του Νομού Αττικής

Μαρία Παπαδοπούλου 1, Πολυξένη Μαγγούλια 2, Βενετία-Σοφία Βελονάκη 3, Αθηνά Καλοκαιρινού 4

1. Νοσηλεύτρια MSc, M.M.M.O., Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα
2. Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ, Αθήνα
3. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ, Αθήνα
4. Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ, Αθήνα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Οι επαγγελματίες υγείας έχουν 16 φορές περισσότερες πιθανότητες να βιώσουν βία στον χώρο εργασίας σε σχέση με άλλες ομάδες επαγγελματιών. Η λεκτική κακοποίηση αποτελεί τον πιο συχνό τύπο κακοποίησης. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια έχει βρεθεί ότι οι επαγγελματίες υγείας, ιδιαίτερα οι νοσηλεύτριες, υφίστανται σεξουαλική παρενόχληση στο χώρο εργασίας τους.

Σκοπός: Η διερεύνηση της συχνότητας λεκτικής κακοποίησης και σεξουαλικής παρενόχλησης στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό δημόσιων νοσοκομείων του νομού Αττικής.

Μέθοδος - Υλικό: Πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη από τον Μάιο έως Ιούλιο του 2023 σε 342 ιατρούς και νοσηλευτές δύο δημόσιων νοσοκομείων. Για την αξιολόγηση της λεκτικής βίας χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Verbal Abuse Scale, ενώ για την σεξουαλική παρενόχληση το ερωτηματολόγιο Sexual Experiences Questionnaire (SEQ).

Αποτελέσματα: Το 82,1% των συμμετεχόντων ήταν νοσηλευτές. Το 88,9% του δείγματος ήταν αποδέκτες λεκτικής βίας τουλάχιστον μία φορά το χρόνο. Οι υβριστές ήταν συγγενείς ασθενών (36,8%), ασθενείς (33,0%), κάποιος ανώτερος (28,3%) και ο άμεσος προϊστάμενος (20,70%). Οι πιο συχνές συμπεριφορές ήταν η έντονη κριτική, η επίρριψη ευθυνών και κατηγοριών και η προσβολή συγκεκαλυμμένη σε αστείο. Ακόμη, το 70,2% των συμμετεχόντων είχαν δεχθεί τουλάχιστον μία από τις 24 συμπεριφορές σεξουαλικής παρενόχλησης του ερωτηματολογίου SEQ. Οι δράστες ήταν κυρίως άνδρας ιατρός (48,3%), ασθενής (28,5%), συνοδός ασθενής (20,5%), και άνδρας νοσηλευτής (17,9%). Μόνο το 7,9% ανέφεραν το περιστατικό. Ακόμη, το 38,4% αντιμετώπισαν κάποιο σωματικό πρόβλημα, 46,7% κάποιο ψυχικό πρόβλημα, ενώ στο 43,8% επηρεάστηκε η εργασιακή τους απόδοση.

Συμπεράσματα: Ένα μεγάλο ποσοστό του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού είχαν υποστεί λεκτική βία και σεξουαλική παρενόχληση και δεν το ανέφερε. Αυτό τονίζει την ανάγκη να εφαρμοστούν δραστικά μέτρα εκ μέρους των υπευθύνων χάραξης πολιτικής της υγείας για να βοηθηθούν τα θύματα να μιλήσουν χωρίς το φόβο αρνητικών συνεπειών. Οι διοικήσεις των νοσοκομείων καλούνται να εφαρμόσουν αποτελεσματικές πολιτικές κατά της σεξουαλικής παρενόχλησης και της λεκτικής βίας.

Λέξεις-Κλειδιά: επαγγελματίες υγείας, εργασιακή παρενόχληση, λεκτική βία, νοσηλευτές, σεξουαλική παρενόχληση

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:
Μαρία Παπαδοπούλου
email: mp2219320@gmail.com

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

Αναφορά του άρθρου ως: Παπαδοπούλου Μ., Μαγγούλια Π., Βελονάκη Β.Σ., Καλοκαιρινού Α. (2025). Σεξουαλική παρενόχληση και λεκτική βία σε ιατρούς και νοσηλευτές δημοσίων νοσοκομείων του Νομού Αττικής. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης 18(1): 24-42, https://doi.org./10.24283/hjns.202514

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η βία επηρεάζει τους ανθρώπους σε όλα τα επίπεδα της κοινωνίας και μπορεί να συμβεί οπουδήποτε: στο σπίτι, στους δρόμους, στα σχολεία και στους χώρους εργασίας (Adler et al., 2021). Το National Institute for Occupational Safety and Health ορίζει τη βία στο χώρο εργασίας (workplace violence, WPV) ως «κάθε πράξη ή απειλή βίας, που κυμαίνεται από λεκτική έως σωματική κακοποίηση, ή και ακόμη θανατηφόρα επίθεση, σε άτομα κατά τη διάρκεια εκτέλεσης των εργασιακών τους καθηκόντων» (Nikathil et al 2017). Η βία στον χώρο εργασίας είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη στις κοινωνικές υπηρεσίες και ιδιαίτερα στους χώρους παροχής υγειονομικής φροντίδας (Kahsay et al 2020). Πιο συγκεκριμένα, έχει βρεθεί ότι οι επαγγελματίες υγείας έχουν 16 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να βιώσουν βία στο χώρο εργασίας σε σχέση με άλλες ομάδες εργασίας (Hahn et al 2012). Ακόμη, το 2018 το 73% όλων των μη θανατηφόρων τραυματισμών και ασθενειών στον χώρο εργασίας λόγω βίας αφορούσαν σε επαγγελματίες υγείας (Lim et al 2022).

Η πιο συχνή μορφή βίας που παρατηρείται στους επαγγελματίες υγείας σε χώρους υπηρεσιών υγείας είναι η λεκτική κακοποίηση. Ένας επαγγελματίας υγείας έχει τρεις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να δεχτεί λεκτική βία απ' ότι σωματική βία (Al-Qadi 2021). Στη μελέτη των Silwal & Joshi (2019) βρέθηκε ότι ο επιπολασμός της λεκτικής κακοποίησης ήταν 36,9%. Κύριοι δράστες της λεκτικής κακοποίησης ήταν συγγενείς των ασθενών (48,9%), μέλη του προσωπικού (23,77%) και οι ασθενείς (17,6%). Οι νοσηλευτές ανέφεραν ότι οι πιο συχνές συνέπειες της λεκτικής κακοποίησης ήταν ενοχλητικές αναμνήσεις, σκέψεις ή μια εικόνα που τελικά μείωσε την ικανοποίηση από την εργασία (Silwal & Joshi, 2019). Ακόμη, στη μελέτη των Toska et al (2023), όπου το δείγμα αποτέλεσαν 185 νοσηλευτές και 60 γιατροί, βρέθηκε ότι το 38,3% των ιατρών είχαν υποστεί λεκτική κακοποίηση μία φορά την εβδομάδα, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στους νοσηλευτές ήταν 12,4%. Οι πιο κοινές μορφές λεκτικής κακοποίησης για τους γιατρούς ήταν η κατηγορία και η ενοχοποίηση, ενώ η κριτική αποτελούσε την πιο συχνή μορφή στους νοσηλευτές (Toska et al., 2023).

Τα τελευταία χρόνια έχει βρεθεί ότι οι επαγγελματίες υγείας, ιδιαίτερα οι νοσηλεύτριες, υφίστανται σεξουαλική παρενόχληση στο χώρο εργασίας τους. Ειδικότερα, ένας στους τέσσερις νοσηλευτές δέχεται σεξουαλική παρενόχληση (Kahsay et al., 2020). Οι νοσηλευτές φαίνεται να εκτίθενται συχνότερα σε προσβλητικές συμπεριφορές στο χώρο εργασίας τους σε σχέση με άλλους επαγγελματίες υγείας (Spector et al., 2014). Αυτό πιθανόν να οφείλεται στο ότι οι νοσηλευτές έρχονται σωματικά και συναισθηματικά κοντά με τους ασθενείς και τα άλλα μέλη του προσωπικού (Lamesoo, 2013). Στη μελέτη του Papantoniou (2021), όπου το δείγμα αποτέλεσαν 1217 νοσηλεύτριες από την Ελλάδα, βρέθηκε ότι το 70% των νοσηλευτριών είχαν βιώσει σεξουαλική παρενόχληση τουλάχιστον μία φορά στην επαγγελματική τους ζωή, ενώ ο πιο συχνός τύπος ήταν η παρενόχληση λόγω φύλου. Οι άνδρες ιατροί ήταν οι συχνότεροι θύτες. Οι νοσηλεύτριες που εργάζονταν σε ιδιωτικά νοσοκομεία και οι νεότερες σε ηλικία είχαν περισσότερες πιθανότητες να υποστούν σεξουαλική παρενόχληση. Το 30% των νοσηλευτριών δεν ανέφερε σεξουαλική παρενόχληση λόγω του φόβου των αρνητικών συνεπειών και των πεποιθήσεων ότι δε θα ληφθούν μέτρα εναντίον του δράστη (Papantoniou 2021).

Σε μία άλλη μελέτη, των Bruschini et al (2023), όπου το δείγμα αποτέλεσαν 251 νοσηλευτές και φοιτητές νοσηλευτικής, το 95,6% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι βίωσε σεξουαλική παρενόχληση οποιουδήποτε τύπου τουλάχιστον μία φορά τους τελευταίους 12 μήνες. Ο πιο συνηθισμένος τύπος παρενόχλησης ήταν η λεκτική σεξουαλική παρενόχληση. Συγκεκριμένα, η σεξουαλική παρενόχληση ήταν στατιστικά σημαντικά πιο συχνή σε νοσηλευτές μικρότερης ηλικίας και σ' εκείνους που εργάζονταν σε μονάδες οξείας φροντίδας ενηλίκων από ό,τι σε παίδων. Η σεξουαλική παρενόχληση από ασθενείς προς νοσηλευτές είναι πολύ συχνή (Bruschini et al., 2023). Ακόμη, σε μία άλλη μετα-ανάλυση 43 μελετών παρατήρησης, που περιλαμβάναμε 52.345 νοσηλευτές, βρέθηκε ότι ο επιπολασμός της σεξουαλικής παρενόχλησης προς τους νοσηλευτές ήταν 12,6% τους τελευταίους 12 μήνες και 53,4% κατά τη διάρκεια της συνολικής τους προϋπηρεσίας. Το φύλο, το οικονομικό επίπεδο της χώρας και η μέση ηλικία των συμμετεχόντων συσχετίστηκαν σημαντικά με τον επιπολασμό της σεξουαλικής παρενόχλησης (Lu et al 2020).

Η βία κατά των επαγγελματιών υγείας αποτελεί μια διεθνή έκτακτη ανάγκη που υπονομεύει τα ίδια τα θεμέλια των συστημάτων υγείας και έχει σημαντικό αντίκτυπο στην υγεία του ασθενούς (World Medical Association 2020). Οι επαγγελματίες υγείας που βιώνουν λεκτική κακοποίηση και σεξουαλική παρενόχληση στο χώρο εργασίας τους έχουν σημαντικές επιπτώσεις, τόσο στη δική τους σωματική και ψυχική υγεία, όσο και στην υγεία των ασθενών (Kahsay et al 2020). Για παράδειγμα, τα θύματα σεξουαλικής παρενόχλησης μπορεί να υποστούν σημαντικές ψυχολογικές επιπτώσεις, όπως άγχος, κατάθλιψη, διαταραχές ύπνου, απώλεια ή αύξηση βάρους, ναυτία, μειωμένη αυτοεκτίμηση και σεξουαλική δυσλειτουργία (Kahsay et al 2020). Ακόμη, η σεξουαλική παρενόχληση μειώνει την ικανοποίηση από την εργασία, την οργανωτική δέσμευση, την παραγωγικότητα και την απόδοση, και αυξάνει το άγχος και την εξάντληση. Παράλληλα, βλάπτει τις διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ των εργαζομένων, οδηγώντας σε περαιτέρω επιπτώσεις που σχετίζονται με την εργασία. Τέλος, τα θύματα σεξουαλικής παρενόχλησης αντιμετωπί-

ζουν σωματικά προβλήματα, όπως πονοκέφαλο, εξάντληση, ζάλη, γαστρεντερικά προβλήματα, ναυτία, δυσκολίες ύπνου, διαταραχές της εμμήνου ρύσεως και μυϊκό πόνο. Η σεξουαλική παρενόχληση έχει επίσης βρεθεί να σχετίζεται με αυτοκτονική συμπεριφορά (Papantoniou, 2021).

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της συχνότητας λεκτικής κακοποίησης και σεξουαλικής παρενόχλησης στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό δημόσιων νοσοκομείων του νομού Αττικής.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Ερευνητικός σχεδιασμός

Πρόκειται για μία συγχρονική μελέτη (cross-sectional study), η οποία διεξήχθη από τον Μάιο έως τον Ιούλιο του 2023, σε δύο δημόσια γενικά νοσοκομεία της Αττικής. Το 1ο νοσοκομείο αποτελείται από 943 κλίνες και το 2ο από 710 κλίνες. Η επιλογή των νοσοκομείων ήταν ευκολίας.

Δείγμα μελέτης

Στη μελέτη συμμετείχαν 342 επαγγελματίες υγείας από τα δύο υπό μελέτη νοσοκομεία. Για την επιλογή του δείγματος χρησιμοποιήθηκε δειγματοληψία ευκολίας. Τα κριτήρια ένταξης των συμμετεχόντων στη μελέτη ήταν:

1. οι συμμετέχοντες ήταν μόνιμο ή επικουρικό ή ειδικευόμενο προσωπικό των δύο υπό μελέτη νοσοκομείων,
2. οι συμμετέχοντες ανήκαν στο ιατρικό ή νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων,
3. οι συμμετέχοντες είχαν καλή γνώση της ελληνικής γλώσσας, και
4. οι συμμετέχοντες επιθυμούσαν την εθελοντική συμμετοχή τους στη μελέτη.

Συλλογή δεδομένων

Για την αξιολόγηση της λεκτικής βίας χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Verbal Abuse Scale (VAS) (Budin et al 2013; Μαλλιαρού et al 2015), ενώ για την αξιολόγηση της σεξουαλικής παρενόχλησης το ερωτηματολόγιο Sexual Experiences Questionnaire (SEQ) (Gutek et al., 2004; Papantoniou, 2021). Ακόμη, χρησιμοποιήθηκε ένα έντυπο δημογραφικών, κοινωνικών και επαγγελματικών δεδομένων.

Το ερωτηματολόγιο Verbal Abuse Scale (VAS) (Budin et al 2013; Μαλλιαρού et al 2015) αξιολογεί τη λεκτική βία στο εργασιακό περιβάλλον. Το εργαλείο αποτελείται από 11 ομάδες ερωτήσεων, εκ των οποίων οι έξι πρώτες αφορούν στην καταγραφή της συχνότητας που θεωρούν οι εργαζόμενοι ότι έγιναν αποδέκτες προφορικής κακοποίησης, την εργασιακή σχέση με τον θύτη, εάν έγινε παρουσία άλλων, πόσο εργασιακό άγχος δημιούργησε η λεκτική βία και εάν ο θύτης γνώριζε το αποτέλεσμα της συμπεριφοράς του. Οι υπόλοιπες ομάδες ερωτήσεων σχετίζονται με τη συχνότητα και τη σοβαρότητα δέκα διαφορετικών περιπτώσεων λεκτικής κακοποίησης, την αντίδραση στο περιστατικό λεκτικής βίας, τον τρόπο αντιμετώπισης – διαχείρισης της κατάστασης από το θύμα, τη σοβαρότητα των επιπτώσεων της προφορικής κακοποίησης και τέλος, τα συναισθήματα που ένιωσε το θύμα βιώνοντας την εμπειρία της λεκτικής βίας. Στην ομάδα των ερωτήσεων αυτών, η απάντηση δίνεται σε 5βαθμη κλίμακα Likert (Μαλλιαρού et al 2015).

Η σεξουαλική παρενόχληση αξιολογήθηκε με το ερωτηματολόγιο Sexual Experiences Questionnaire (SEQ), που αποτελεί αξιόπιστο εργαλείο για τη διερεύνηση της σεξουαλικής παρενόχλησης. Το SEQ αποτελείται συνολικά από 2 μέρη. Το πρώτο μέρος αποτελείται από 29 ερωτήσεις που διερευνούν τη συχνότητα της παρενόχλησης λόγω φύλου, της ανεπιθύμητης σεξουαλικής προσοχής και του σεξουαλικού εξαναγκασμού μέσω μιας μέσω μιας 5βάθμιας κλίμακας τύπου Likert (1: πολύ συχνά, 2: συχνά, 3: περιστασιακά, 4: σπάνια, 5: ποτέ). Το Β μέρος αποτελείται από 16 ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής που διερευνούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του θύτη, το μέρος όπου σημειώθηκε η σεξουαλική παρενόχληση και οι κύριοι λόγοι για τους οποίους τα θύματα δεν ανέφεραν εμπειρίες. Επίσης, υπήρχαν δύο ερωτήσεις που εξέταζαν εάν τα θύματα ανέφεραν τις εμπειρίες τους, καθώς και εάν το νοσοκομείο διεξήγαγε εσωτερική έρευνα (Gutek et al 2004; Papantoniou 2021).

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε από την κύρια ερευνήτρια. Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν από την ερευνήτρια στους συμμετέχοντες κατά τη διάρκεια της βάρδιας της εργασίας τους, χωρίς όμως να παρεμποδίζεται η εύρυθμη λειτουργία των κλινικών/ τμημάτων. Η ερευνήτρια ενημέρωνε προφορικά και γραπτά (έντυπο ενημέρωσης) τους συμμετέχοντες για το σκοπό της μελέτης, τον εθελοντικό χαρακτήρα συμμετοχής, την ανωνυμία των δεδομένων και τη διαχείριση των προσωπικών δεδομένων, και τη δυνατότητα αποχώρησης από τη μελέτη οποιαδήποτε στιγμή το επιθυμούν χωρίς καμία επίπτωση στην εργασία τους και εξασφαλιζόταν η πληροφορημένη συναίνεση των συμμετεχόντων στη μελέτη. Η ερευνήτρια παρέμεινε για μισή ώρα στο τμήμα/ κλινική των συμμετεχόντων για να διευκρινίσει τυχόν ερωτήσεις ή απορίες των συμμετεχόντων, έπειτα αποχωρούσε, και επέστρεφε μετά από 1 εβδομάδα για να συλλέξει τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια. Η επιστροφή των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων γινόταν σε αδιαφανή κλειστό φάκελο.

Θέματα ηθικής και δεοντολογίας

Η μελέτη διεξήχθη σύμφωνα με τις αρχές ηθικής και δεοντολογίας, όπως διατυπώνονται από τη Διακήρυξη του Ελσίνκι. Η μελέτη εγκρίθηκε από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Τμήματος Νοσηλευτικής του Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (αρ. πρωτ. 440,19/12/2023). Επιπλέον, εξασφαλίστηκε η γραπτή άδεια από το επιστημονικό και διοικητικό συμβούλιο των νοσοκομείων για τη διεξαγωγή της προτεινόμενης μελέτης στο χώρο των νοσοκομείο. Για τη χρησιμοποίηση

των κλιμάκων λήφθηκαν άδειες από τους συγγραφείς των ερωτηματολογίων. Της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων προηγήθηκε προφορική και γραπτή ενημέρωση των συμμετεχόντων σχετικά με τον σκοπό και το περιεχόμενο της μελέτης και τον εθελοντικό χαρακτήρα αυτής. Σε κανένα ερωτηματολόγιο δεν καταγραφόταν το όνομα του συμμετέχοντα ώστε να μην είναι δυνατόν η ταυτοποίηση των στοιχείων των συμμετεχόντων μέσα από τις απαντήσεις τους.

Στατιστική ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS v.28. Ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε το α=0,05. Αρχικά, πραγματοποιήθηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση. Οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή (ΜΤ) και τυπική απόκλιση (ΤΑ) ή ως διάμεσος και 25η – 75η εκατοστιαία θέση. Ο έλεγχος της κανονικότητας των ποσοτικών μεταβλητών έγινε με το Kolmogorov-Smirnov test ή Shapiro Wilk test και με την κατασκευή του ιστογράμματος των μεταβλητών. Οι ποιοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτη (Ν) ή σχετική (%) συχνότητα.

Εν συνεχεία, πραγματοποιήθηκαν διμεταβλητές αναλύσεις. Ειδικότερα, χρησιμοποιήθηκαν: α) το t-test για τη σύγκριση μιας ποσοτικής μεταβλητής που ακολουθούσε κανονική κατανομή με μία διχότομη μεταβλητή, β) το Mann-Whitney test για τη σύγκριση μιας ποσοτικής μεταβλητής που δεν ακολουθούσε κανονική κατανομή με μία διχότομη μεταβλητή, γ) το chi-square test για τη σύγκριση κατηγορικών μεταβλητών.

Τέλος, πραγματοποιήθηκε ανάλυση πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης (multiple logistic regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/ αφαίρεσης (stepwise) για την εύρεση των ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τη συχνότητα της σεξουαλικής παρενόχλησης. Στα αποτελέσματα παρουσιάζονται το OR, το 95% διάστημα εμπιστοσύνης του OR, και το p-value.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 342 επαγγελματίες υγείας, εκ των οποίων οι 144 (42,1%) εργάζονταν στο νοσοκομείο 1 και οι 198 (57,9%) εργάζονταν στο νοσοκομείο 2. Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Από τους 342 συμμετέχοντες, οι 284 (83,0%) ήταν γυναίκες. Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 38,7 (±9,89) έτη. Ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, η πλειονότητα του δείγματος ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ (28,7%), ενώ το 44,4% των συμμετεχόντων ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού ή διδακτορικού. Η πλειονότητα του δείγματος ήταν νοσηλευτές/ βοηθοί νοσηλευτών (82,1%), ενώ μόνο το 17,9% των συμμετεχόντων ήταν ιατροί. Αναφορικά με το τμήμα εργασίας των συμμετεχόντων, το 38,8% των συμμετεχόντων εργαζόταν σε κλινική, το 34,8% σε ΜΕΘ/ ΜΑΦ, το 16,7% σε ΤΕΠ/ Εξωτερικά ιατρεία, και το 9,7% σε χειρουργείο/ αναισθησιολογικό. Η κατανομή των συμμετεχόντων ανάλογα με το τμήμα εργασίας διέφερε στατιστικά σημαντικά μεταξύ των δύο νοσοκομείων (p<0,001). Το μέσο συνολικό χρονικό διάστημα εργασίας των συμμετεχόντων ήταν 14,97 (±10,54) έτη, ενώ το μέσο χρονικό διάστημα εργασίας των συμμετεχόντων στο συγκεκριμένο τμήμα εργασίας ήταν τα 6,13 (±7,47) έτη. Οι συμμετέχοντες που εργάζονταν στο νοσοκομείο 1 είχαν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη προϋπηρεσία στο επάγγελμα (p=0,040), καθώς και περισσότερα έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο τμήμα (p<0,001) από τους συμμετέχοντες που εργάζονταν στο νοσοκομείο 2.

Λεκτική κακοποίηση

Συχνότητα λεκτικής κακοποίησης

Το 88,9% των συμμετεχόντων ανέφεραν ότι είχαν γίνει αποδέκτες λεκτικής βίας τουλάχιστον μία φορά το χρόνο, με το 21,9% των συμμετεχόντων να γίνονται αποδέκτες λεκτικής βίας τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα. Το 78,3% των συμμετεχόντων που ήταν αποδέκτες λεκτικής βίας δήλωσαν ότι το επεισόδιο λεκτικής βίας έγινε παρουσία άλλων.

Τα αποτελέσματα από τη σύγκριση των δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών του δείγματος με τη συχνότητα της λεκτικής βίας έδειξαν ότι η συχνότητα της λεκτικής βίας δεν διέφερε στατιστικά σημαντικά ανάλογα με το φύλο (p=0,508), την ηλικία (p=0,784), το επίπεδο εκπαίδευσης (p=0,335), την οικογενειακή κατάσταση (p=0,275), την επαγγελματική ιδιότητα (p=0,206), το τμήμα εργασίας (p=0,206), τα συνολικά έτη προϋπηρεσίας (p=0,693), τα έτη προϋπηρεσίας (p=0,990) στο συγκεκριμένο τμήμα εργασίας και το υπό μελέτη νοσοκομείο (p=0,081). Το ποσοστό του ιατρικού προσωπικού που είχε υποστεί λεκτική βία ήταν 93,4%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού ήταν 87,8% (Πίνακας 2).

Χαρακτηριστικά και ιδιότητα υβριστή

Επίσης, το 62,6% των συμμετεχόντων ανέφεραν ότι ο υβριστής γνώριζε το αποτέλεσμα της πράξης του, ενώ το 55,2% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι το επεισόδιο της βίαιης λεκτικής συμπεριφοράς ήταν πολύ έως εξαιρετικά πολύ αγχωτικό. Ως προς την ιδιότητα του υβριστή, στην πλειονότητα των περιπτώσεων λεκτικής βίας, ο υβριστής ήταν συγγενής ασθενούς (36,8%), ασθενής (33,0%), κάποιος ανώτερος εκτός του προϊστάμενου (28,3%) και ο άμεσος προϊστάμενος (20,70%) (Πίνακας 3).

Συμπεριφορές λεκτικής βίας

Οι πιο συχνές συμπεριφορές λεκτικής βίας ήταν η έντονη κριτική [3,23 (±1,38)], η επίρριψη ευθυνών και κατηγοριών [3,16 (±1,37)] και η προσβολή συγκεκαλυμμένη σε αστείο [3,00 (±1,35)]. Από την άλλη, οι πιο σοβαρές συμπεριφορές λεκτικής βίας ήταν η επίρριψη ευθυνών και

κατηγοριών [3,25 (±1,44)], η έντονη κριτική [3,21 (±1,44)], ο ευτελισμός, εκχυδαϊσμός και η υποτίμηση [3,02 (±1,54)] (Πίνακας 3).

Συνέπειες και διαχείριση λεκτικής βίας

Οι κυριότεροι τρόποι διαχείρισης της λεκτικής βίας από τους συμμετέχοντες ήταν: «Προσπάθησα να ξεκαθαρίσω πιθανή παρανόηση» [3,17 (±1,31)], «Αποστασιοποιούμαι από την κατάσταση» [2,73 (±1,41)], «Βρήκα θετικές ασχολίες που μείωσαν την ένταση μου» [2,55 (±1,29)], «Μιλάω στον εαυτό μου με καθησυχαστικό τρόπο.» [2,48 (±1,34)], και «Προσπάθησα να δω την κατάσταση με προοπτική» [2,42 (±1,28)] (Πίνακας 3).

Οι πιο συχνές συνέπειες της λεκτικής επίθεσης ήταν η μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία [2,56 (±1,39)], η επιδείνωση της σχέσης με τον συνάδελφο [2,51 (±1,28)], η μείωση του αισθήματος άνεσης/ευεξίας στον χώρο εργασίας [2,48 (±1,32)], οι επιπτώσεις στην ψυχική υγεία [2,21 (±1,28)] και η μείωση της εμπιστοσύνης και υποστήριξης στον χώρο εργασίας [2,12 (±1,24)] (Πίνακας 3).

Σεξουαλική παρενόχληση

Συχνότητα σεξουαλικής παρενόχλησης

Όσον αφορά στη σεξουαλική παρενόχληση, από τους 342 συμμετέχοντες, οι 151 ανέφεραν ότι έχουν υποστεί σεξουαλική παρενόχληση (44,2%). Ωστόσο, κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολόγιου «Sexual Experiences Questionnaire», από τους 342 συμμετέχοντες, 240 (70,2%) ανέφεραν ότι έχουν δεχθεί έστω και μία φορά τουλάχιστον μία από τις 24 συμπεριφορές σεξουαλικής παρενόχλησης του ερωτηματολογίου. Από τη σύγκριση των δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών του δείγματος με τη συχνότητα της σεξουαλικής παρενόχλησης βρέθηκε ότι το ποσοστό των ανδρών που ανέφεραν ότι έχουν υποστεί σεξουαλική παρενόχληση ήταν στατιστικά σημαντικά μικρότερο από το αντίστοιχο ποσοστό των γυναικών (27,6% έναντι 47,9%, p=0,0005). Ακόμη, το ποσοστό των συμμετεχόντων που είχε υποστεί σεξουαλική παρενόχληση διέφερε στατιστικά σημαντικά ανάλογα με το τμήμα εργασίας των συμμετεχόντων (p=0,028). Αναλυτικότερα, το ποσοστό των συμμετεχόντων που είχαν υποστεί σεξουαλική παρενόχληση και εργάζονταν σε κλινική ήταν 39,8%, σε χειρουργείο/ αναισθησιολογικό 25,0%, σε ΤΕΠ/ Εξωτερικά ιατρεία 54,5% και σε ΜΕΘ/ ΜΑΦ 48,7%. Η συχνότητα της σεξουαλικής παρενόχλησης δεν διέφερε στατιστικά σημαντικά ανάλογα με την ηλικία (p=0,217), το επίπεδο εκπαίδευσης (p=0,534), την οικογενειακή κατάσταση (p=0,090) και την επαγγελματική ιδιότητα (p=0,552). Το ποσοστό του ιατρικού προσωπικού που είχε υποστεί σεξουαλική παρενόχληση ήταν 41,0%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στο νοσηλευτικό προσωπικό ήταν 45,2% (Πίνακας 4).

Στον Πίνακα 5 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη συχνότητα της σεξουαλικής παρενόχλησης. Οι γυναίκες έχουν 3,356 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αναφέρουν ότι έχουν υποστεί σεξουαλική παρενόχληση σε σχέση με τους άνδρες (p=0,003). Επίσης, οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε ΤΕΠ/ Εξωτερικά Ιατρεία έχουν 2,696 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αναφέρουν ότι έχουν υποστεί σεξουαλική παρενόχληση σε σχέση με εκείνους που εργάζονται σε κλινική (p=0,015) (Πίνακας 5).

Συμπεριφορές σεξουαλικής παρενόχλησης

Οι 5 πιο συχνές συμπεριφορές σεξουαλικής παρενόχλησης ήταν: «Έχει συμπεριφερθεί διαφορετικά λόγω του φύλου σας;» [2,12 (±1,24)], «Ήταν συγκαταβατικός/η μαζί σας λόγω του φύλου σας;» [1,82 (±1,13)], «Έχει κάνει προσβλητικά, σεξιστικά σχόλια» [1,79 (±1,10)], «Έχει πει επανειλημμένως ιστορίες ή αστεία με σεξουαλικό περιεχόμενο που ήταν προσβλητικά για εσάς;» [1,68 (±1,01)], «Έχει κάνει προσβλητικά, ανάρμοστα και σεξουαλικά σχόλια είτε δημόσια είτε σ' εσάς ιδιωτικά;» [1,62 (±0,96)] (Πίνακας 6).

Χαρακτηριστικά δράστη

Αναφορικά με την ιδιότητα του δράστη οι πιο συχνά αναφερόμενες ήταν άνδρας ιατρός (48,3%), ασθενής (28,5%), συνοδός ασθενή (20,5%), και άνδρας νοσηλευτής (17,9%). Το 53% των συμμετεχόντων που είχαν υποστεί σεξουαλική παρενόχληση ανέφεραν ότι ο δράστης είχε ανώτερη θέση σε σχέση με εκείνους (Πίνακας 7). Επίσης, το 32,5% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι ο δράστης είχε κατώτερη θέση, και το 31,1% ότι ο δράστης είχε ίση θέση με το θύμα. Οι κυριότεροι χώροι που συνέβησαν οι συμπεριφορές σεξουαλικής παρενόχλησης ήταν: η μονάδα φροντίδας ασθενών (37,7%), ο διάδρομος (34,4%), το γραφείο του δράστη (24,5%), ο χώρος εξέτασης των ασθενών (22,5%) και εκτός χώρων εργασίας (15,2%).

Συνέπειες και αντίδραση θυμάτων

Οι πιο συχνοί τρόποι αντίδρασης των θυμάτων στις συμπεριφορές σεξουαλικής παρενόχλησης ήταν: η αγνόηση της συμπεριφοράς και η αποφυγή του δράστη (52,0%), η απάντηση στο δράστη ότι η συμπεριφορά του είναι λάθος (40,1%), να μην μιλήσουν – να μην αντιδράσουν – να μην αναφέρουν το περιστατικό/α (38,2%), η αναφορά της συμπεριφοράς σε μέλος της οικογένειας ή σε φιλικό πρόσωπο εκτός εργασίας (33,6%), και η αναφορά του περιστατικού σε συνάδελφο (32,2%) (Πίνακας 7).

Οι δέκτες σεξουαλικής παρενόχλησης βιώσαν τα εξής συναισθήματα: άβολα (52,0%), αμηχανία (47,4%), θυμό (43,4%), απογοήτευση (36,2%) και νευρικότητα (34,2%). Από τους 151 συμμετέχοντες που δήλωσαν ότι έχουν υποστεί σεξουαλική παρενόχληση, οι 58 (38,4%) ανέφεραν ότι αντιμετώπισαν κάποιο σωματικό πρόβλημα. Τα πιο συχνά σωματικά προβλήματα ήταν ο πονοκέφαλος (43,1%), οι δυσκολίες στον ύπνο (37,9%) και ο στομαχόπονος (34,5%). Γενικά, 59 (38,8%) συμμετέχοντες ανέφεραν ότι η σωματική υγεία τους επηρεάστηκε λίγο αρνητικά ή πολύ αρνητικά.

Ακόμη, από τους 151 συμμετέχοντες που δήλωσαν ότι έχουν υποστεί σεξουαλική παρενόχληση, οι 70 (46,7%) ανέφεραν ότι αντιμετώπισαν κάποιο ψυχικό πρόβλημα. Τα πιο συχνά ψυχικά προβλήματα ήταν το άγχος (62,9%), η αρνητική διάθεση (62,9%), η μειωμένη αυτοπεποίθηση (37,1%) και οι ενοχές (30,0%). Γενικά, 68 (44,8%) συμμετέχοντες ανέφεραν ότι η ψυχική τους υγεία επηρεάστηκε λίγο αρνητικά ή πολύ αρνητικά.

Επίσης, από τους 151 συμμετέχοντες που δήλωσαν ότι έχουν υποστεί σεξουαλική παρενόχληση, οι 66 (43,8%) ανέφεραν ότι επηρεάστηκε η εργασιακή τους απόδοση. Οι κυριότεροι τρόποι που επηρεάστηκε η εργασιακή τους απόδοση ήταν «η αποφυγή συνεργασίας με κάποιους συναδέλφους» (54,5%), «το αίσθημα χαμηλής ικανοποίησης από την εργασία» (53,0%), η επιδίωξη λιγότερων επαφών με τους συναδέλφους (40,9%), και η αντιμετώπιση δυσκολιών στη συγκέντρωση των καθηκόντων (36,4%). Γενικά, 45 (29,6%) συμμετέχοντες ανέφεραν ότι η εργασιακή τους απόδοση επηρεάστηκε λίγο αρνητικά ή πολύ αρνητικά.

Τέλος, μόνο 12 συμμετέχοντες (7,9%) ανέφεραν το περιστατικό στο τμήμα ανθρωπίνου δυναμικού ή σε κάποιον υπεύθυνο. Μεταξύ αυτών των 12 συμμετεχόντων, οι 6 (50,0%) δήλωσαν ότι διεξήχθη ενδελεχής έρευνα στο χώρο εργασίας. Οι κυριότεροι λόγοι μη αναφοράς του περαστικού στο τμήμα ανθρωπίνου δυναμικού ή σε κάποιον υπεύθυνο ήταν «Θεώρησα ότι δε θα υπάρξει κάποιο αποτέλεσμα» (N=68, 44,7%), «Φόβος μήπως κατηγορηθώ για υπερβολική αντίδραση» (N=43, 30,7%), «Φόβος ότι δε θα με πιστέψουν» (N=32, 21,1%), «Λόγω μη τήρησης του απορρήτου» (N=31, 22,1%), και «Φόβος ότι θα απειληθούν οι εργασιακές σχέσεις με συναδέλφους ή ανωτέρους» (N=28, 20,0%),

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σε παγκόσμιο επίπεδο, οι επαγγελματίες, και ιδιαίτερα οι νοσηλευτές, επηρεάζονται από τη σεξουαλική παρενόχληση στον χώρο εργασίας (Lu et al 2020). Η σεξουαλική παρενόχληση αφορά οποιαδήποτε συμπεριφορά με σεξουαλική αναφορά ή με βάση το φύλο, που είναι ανεπιθύμητη από τη μία πλευρά και παραβιάζει την αξιοπρέπεια του εν λόγω ατόμου (Bruschini et al 2023). Παράλληλα, η λεκτική βία στους οργανισμούς υγείας είναι κεντρικό χαρακτηριστικό της συμπεριφοράς εργασίας. Έχει υποστηριχθεί ότι λεκτική βία είναι μια λιγότερο ακραία, αλλά πιο διαδεδομένη μορφή βίας στο χώρο εργασίας που υπήρξε εμπειρικά παραμελημένη σε σύγκριση με τη μελέτη των σωματικών επιθέσεων (Γιαννακούλη 2019). Η παρούσα μελέτη είχε ως στόχο να εξετάσει τη συχνότητα της λεκτικής κακοποίησης και της σεξουαλικής βίας σε επαγγελματίες υγείας.

Ένα από τα κυριότερα ευρήματα της παρούσας μελέτης ήταν ότι 7 στους 10 επαγγελματίες υγείας είχαν δεχθεί τουλάχιστον μία συμπεριφορά σεξουαλικής παρενόχλησης. Οι 5 πιο συχνές συμπεριφορές σεξουαλικής παρενόχλησης ήταν ότι ο θύτης είχε συμπεριφερθεί διαφορετικά λόγω του φύλου τους, ήταν συγκαταβατικός/η λόγω του φύλου τους, έκανε προσβλητικά, σεξιστικά σχόλια, είπε επανειλημμένως ιστορίες ή αστεία με σεξουαλικό περιεχόμενο που ήταν προσβλητικά για εκείνους και είχε κάνει προσβλητικά, ανάρμοστα και σεξουαλικά σχόλια είτε δημόσια είτε κατ' ίδιαν. Δηλαδή, οι επαγγελματίες υγείας υφίσταντο συχνότερα σεξουαλική παρενόχληση λόγω φύλου και λεκτική σεξουαλική παρενόχληση. Παρόμοια αποτελέσματα αναφέρονται και σ' άλλες μελέτες, όπως τη μελέτη των Papantoniou (2021), όπου το 70% των νοσηλευτριών είχαν βιώσει σεξουαλική παρενόχληση τουλάχιστον μία φορά στην επαγγελματική τους ζωή, ενώ ο πιο συχνός τύπος ήταν η παρενόχληση λόγω φύλου (Papantoniou 2021). Σε μία άλλη, των Bruschini et al (2023), το 95,6% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι βίωσε σεξουαλική παρενόχληση οποιουδήποτε τύπου τουλάχιστον μία φορά τους τελευταίους 12 μήνες, ενώ ο πιο συνηθισμένος τύπος παρενόχλησης ήταν η λεκτική σεξουαλική παρενόχληση (Bruschini et al 2023).

Ο επιπολασμός της σεξουαλικής παρενόχλησης και οι δράστες της διαφέρουν ανά χώρα, περιοχή, πολιτισμό και περιβάλλον φροντίδας. Για παράδειγμα, στον Παγκόσμιο Βορρά, όπως η Ελβετία, η σεξουαλική παρενόχληση προέρχεται συχνότερα από ασθενείς, ενώ στον Παγκόσμιο Νότο, άλλες ομάδες δραστών μπορεί να είναι πιο διαδεδομένες, όπως οι συνάδελφοι, οι συγγενείς ασθενών ή οι γιατροί. Οι όροι «Παγκόσμιος Βορράς» και «Παγκόσμιος Νότος» περιγράφουν πιο ανεπτυγμένες, πλουσιότερες χώρες και λιγότερο ανεπτυγμένες, φτωχότερες χώρες, αντίστοιχα. Αν και η ολοένα και μεγαλύτερη σεξουαλική παρενόχληση και η βία θεωρούνται σημαντικά ζητήματα επαγγελματικής ασφάλειας και υγείας, είναι σε μεγάλο βαθμό αόρατα και δεν αναφέρονται. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα αν σκεφτεί κανείς ότι πολλοί επαγγελματίες υγείας αποτυγχάνουν να αναφέρουν περιστατικά παρενόχλησης, ανεξάρτητα από το ποιος έφταιγε (Kahsay et al 2020).

Ένα άλλο εύρημα της μελέτης μας ήταν ότι η συχνότητα της σεξουαλικής παρενόχλησης ήταν παρόμοια μεταξύ των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού. Γενικότερα, σε σύγκριση με άλλα επαγγέλματα, οι νοσηλευτές είναι πιο πιθανό να βιώσουν σεξουαλική παρενόχληση στο χώρο εργασίας. Αυτό συμβαίνει επειδή η καθημερινή εργασία των νοσηλευτών περιλαμβάνει ουσιαστική σωματική επαφή. Επιπλέον, συχνά αλληλοεπιδρούν με άτομα που βρίσκονται υπό μεγάλο στρες ή σε κατάσταση μέθης (Nielsen et al 2017).

Ακόμη, στη μελέτη μας βρέθηκε ότι οι γυναίκες είχαν 3,356 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αναφέρουν ότι έχουν υποστεί σεξουαλική παρενόχληση σε σχέση με τους

άνδρες. Παρόμοια ευρήματα αναφέρονται και στη μελέτη του Papantoniou, βρέθηκε ότι 67% των γυναικών νοσηλευτών έχουν υποστεί σεξουαλική παρενόχληση τουλάχιστον μία φορά κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής τους ζωής, ενώ το ίδιο ποσοστό για τους άνδρες νοσηλευτές είναι 41% (Papantoniou 2022). Παράλληλα, οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονταν σε ΤΕΠ/ Εξωτερικά Ιατρεία έχουν 2,696 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αναφέρουν ότι έχουν υποστεί σεξουαλική παρενόχληση σε σχέση με εκείνους που εργάζονται σε κλινική. Η συχνότητα της σεξουαλικής παρενόχλησης έχει συσχετιστεί με διάφορους παράγοντες. Για παράδειγμα, σε μία μελέτη βρέθηκε ότι η σεξουαλική παρενόχληση ήταν στατιστικά σημαντικά πιο συχνή σε νοσηλευτές μικρότερης ηλικίας και σ' εκείνους που εργάζονταν σε μονάδες οξείας φροντίδας ενηλίκων από ό,τι σε παίδων (Bruschini et al 2023). Επίσης, στη μελέτη των Weldesenbet et al (2022) η σεξουαλική παρενόχληση ήταν 4,64 φορές πιο πιθανό να συμβεί σε ανύπαντρες νοσηλεύτριες παρά σε παντρεμένες. Ακόμη, οι νοσηλεύτριες ηλικίας 20-25 ετών είχαν περίπου 4,7 φορές περισσότερες πιθανότητες να υποστούν σεξουαλική παρενόχληση από εκείνες με ηλικία >40 (Weldesenbet et al 2022).

Ταυτόχρονα, η παρούσα μελέτη έδειξε ότι στην πλειονότητα των περιστατικών σεξουαλικής παρενόχλησης ο δράστης ήταν άνδρας ιατρός, ασθενής, συνοδός ασθενούς και άνδρας νοσηλευτής. Ομοίως στη μελέτη των Papantoniou et al (2021), οι άνδρες ιατροί ήταν οι πιο συνηθισμένοι δράστες. Σε μία μελέτη, όπου το δείγμα αποτέλεσαν άνδρες νοσηλευτές, βρέθηκε ότι οι πιο συχνοί δράστες ήταν οι συνάδελφοι νοσηλευτές και οι ασθενείς (34,3%) (Jeong & Chang 2022). Επιπρόσθετα, στη ανασκόπηση των Kahsay et al (2020), βρέθηκε ότι δράστες της σεξουαλικής παρενόχλησης κατά των νοσηλευτριών ήταν ασθενείς, οικογένειες ασθενών ή επισκέπτες, γιατροί, νοσηλευτές και άλλοι συνάδελφοι. Το 46,59% των συμμετεχόντων παρενοχλήθηκαν από ασθενείς, το 27,74% από την οικογένεια, το 41,12% από ιατρούς δράστες, το 20% παρενοχλήθηκε από νοσηλευτές, το 17,8% από άλλους συναδέλφους (Kahsay et al 2020).

Όσον αφορά στους τρόπους αντίδρασης των θυμάτων, 1 στους 2 επαγγελματίες υγείας αγνόησαν τη συμπεριφορά και απέφυγαν τον δράστη, ενώ 4 στους 10 απάντησαν ότι η συμπεριφορά του είναι λάθος. Άλλοι συχνοί τρόποι αντίδρασης των θυμάτων ήταν να μην μιλήσουν – να μην αντιδράσουν – να μην αναφέρουν το περιστατικό, η αναφορά της συμπεριφοράς σε μέλος της οικογένειας ή σε φιλικό πρόσωπο και η αναφορά του περιστατικού σε συνάδελφο. Σε μία άλλη μελέτη, οι πιο συχνοί τρόποι αντιμετώπισης της σεξουαλικής παρενόχλησης ήταν «απλά γέλασα» (32,3%), «δεν εξέφρασα τίποτα» (12,5%) και «απέφυγα την κατάσταση» (9,4%), ενώ μόνο το 15,6% εξέφρασε τη δυσαρέσκειά του (Jeong & Chang 2022).

Ένα άλλο εύρημα της παρούσας μελέτης ήταν ότι 4 στους 10 νοσηλευτές που είχαν υποστεί σεξουαλική παρενόχληση αντιμετώπιζαν κάποιο σωματικό πρόβλημα ή ψυχικό πρόβλημα, ενώ το 43,6% ανέφερε ότι επηρεάστηκε η εργασιακή τους απόδοσης. Σχεδόν το 70% των νοσηλευτών που επηρεάζονται από τη σεξουαλική παρενόχληση αναφέρουν αρνητικές ψυχολογικές και σωματικές συνέπειες, όπως άγχος, ταπείνωση, απογοήτευση, γαστρεντερική δυσφορία, πονοκεφάλους, αϋπνία και εξάντληση (Spector et al 2014). Επιπλέον, πολλές μελέτες έχουν επιβεβαιώσει τις αρνητικές επιπτώσεις της σεξουαλικής παρενόχλησης στο χώρο εργασίας στην εργασιακή απόδοση και την ποιότητα της φροντίδας των νοσηλευτών (Maghraby et al 2020; Nielsen et al 2017). Σε μία ανασκόπηση βρέθηκε ότι το 42,8% των νοσηλευτριών ανέπτυξαν προβλήματα ψυχικής υγείας, όπως άγχος και κατάθλιψη. Σχεδόν το ένα τρίτο (30,19%) των νοσηλευτριών είχαν προβλήματα σωματικής υγείας λόγω σεξουαλικής παρενόχλησης, όπως πονοκέφαλο, αίσθημα εξάντλησης, ζάλη, συμπτώματα από γαστρεντερικό (απώλεια όρεξης, αύξηση όρεξης, ναυτία, έμετο, αύξηση του βάρους, μείωση του βάρους) και δυσκολία στον ύπνο. Περισσότερες από τις μισές (61,26%) νοσηλεύτριες ανέφεραν ότι είχαν επιπτώσεις σε συναισθηματικό επίπεδο. Οι νοσηλεύτριες μπορεί να ένιωθαν θυμό, νευρικότητα, φόβο, απογοήτευση, αίσθημα ντροπής και αμηχανίας, και αίσθημα ταπείνωσης (Kahsay et al 2020).

Στη μελέτη μας, μόνο το 7,9% των επαγγελματιών υγείας ανέφεραν το περιστατικό σεξουαλικής παρενόχλησης στο Τμήμα Ανθρωπίνου Δυναμικού ή σε κάποιον υπεύθυνο. Οι νοσηλευτές συχνά αισθάνονται ότι η αναφορά δεν θα έχει συνέπειες ή ντρέπονται πολύ να μιλήσουν γι' αυτό (Nelson 2018). Στη μελέτη μας οι κυριότεροι λόγοι μη αναφοράς του περιστατικού ήταν ότι «Θεώρησαν ότι δε θα υπάρξει κάποιο αποτέλεσμα», «Φοβήθηκαν μήπως κατηγορηθώ για υπερβολική αντίδραση», «φοβήθηκαν ότι δε θα σας πιστέψουν» και «Λόγω μη τήρησης του απορρήτου». Σε άλλη μελέτη, το 30% των νοσηλευτριών δεν ανέφερε σεξουαλική παρενόχληση λόγω του φόβου των αρνητικών συνεπειών και των πεποιθήσεων ότι δε θα ληφθούν μέτρα εναντίον του δράστη (Papantoniou 2021).

Αξίζει να σημειωθεί ότι υπάρχει έλλειψη κατευθυντήριων γραμμών, τεκμηριωμένων παρεμβάσεων και προληπτικών μέτρων κατά της σεξουαλικής παρενόχλησης στον χώρο εργασίας (Bruschini et al 2023). Επιπλέον, υπάρχουν λίγα εκπαιδευτικά προγράμματα για νοσηλευτές σχετικά με τη σεξουαλική παρενόχληση στο χώρο εργασίας. Σύμφωνα με τους Kim et al. (2018) και Nielsen et al. (2017), η εκπαίδευση σχετικά με τη σεξουαλική παρενόχληση μπορεί να βοηθήσει τους νοσηλευτές να αναπτύξουν ατομικές στρατηγικές αντιμετώπισης και να αντιμετωπίσουν τα αισθήματα της κατάθλιψης ή της ανασφάλειας.

Όσον αφορά στη λεκτική κακοποίηση, στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι 9 στους 10 επαγγελματίες υγείας είχαν γίνει αποδέκτες λεκτικής βίας τουλάχιστον μία φορά το χρόνο. Η συχνότητα της λεκτικής βίας δε διέφερε μεταξύ των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού. Στη μελέτη της Γιαννακούλη (2019), βρέθηκε ότι το 79,4% των ιατρών και 91,7% των νοσηλευτών έχουν βιώσει λεκτική βία (Γιαννακούλη 2019). Ακόμη, στη μελέτη των Toska et al (2023), όπου το δείγμα αποτελέσαν 185 νοσηλευτές και 60 γιατροί, το 38,3% των ιατρών είχαν υποστεί λεκτική κακοποίηση μία φορά την εβδομάδα και το αντίστοιχο ποσοστό στους νοσηλευτές ήταν 12,4% (Toska et al 2023).

Ως προς τη μορφή της λεκτικής βίας, οι πιο συχνές συμπεριφορές ήταν η έντονη κριτική, η επίρριψη ευθυνών και κατηγοριών και η προσβολή συγκεκαλυμμένη σε αστείο. Παρόμοια αποτελέσματα αναφέρονται και στη μελέτη της Εργαζάκη (2019), όπου το δείγμα αποτέλεσαν 236 επαγγελματίες υγείας που εργάζονταν σ' ένα δημόσιο νοσοκομείο της Κρήτης. Σ' αυτή τη μελέτη η κυριότερη αναφερόμενη μορφή λεκτικής βίας ήταν η έντονη κριτική και η επίρριψη ευθυνών και κατηγοριών. Ακόμη, στη μελέτη των Toska et al (2023), η κατηγορία και η ενοχοποίηση αποτελούσαν τις πιο κοινές μορφές λεκτικής κακοποίησης για τους γιατρούς, ενώ η κριτική αποτελούσε την πιο συχνή μορφή στους νοσηλευτές. Στη μελέτη της Γιαννακούλη, η αδιαφορία και η επίρριψη ευθυνών και κατηγοριών αναφέρθηκαν ως τα πιο συχνά είδη της λεκτικής βίας, ενώ η απειλή και ο ευτελισμός, εκχυδαϊσμός και η υποτίμηση ως τα πιο σοβαρά είδη της λεκτικής βίας (Γιαννακούλη 2019).

Ένα άλλο εύρημα της παρούσας μελέτης ήταν ότι ο υβριστής ήταν συγγενής ασθενούς, ασθενής, κάποιος ανώτερος εκτός του προϊστάμενου και ο άμεσος προϊστάμενος. Στη μελέτη των Silwal & Joshi (2019), οι δράστες της λεκτικής κακοποίησης ήταν συγγενείς των ασθενών (48,9%) ακολουθούμενοι από μέλος του προσωπικού (23,77%) και τον ασθενή (17,6%). Παρόμοια αποτελέσματα αναφέρονται και στη μελέτη της Toska et al (2023) όπου το 26,7% των γιατρών απάντησε ότι ο θύτης ήταν άλλο ένα ανώτερο στέλεχος του προσωπικού, ενώ το ποσοστό για τους νοσηλευτές ήταν ελαφρώς υψηλότερο (31,9%). Γενικά, οι πηγές βίας για τους γιατρούς είναι συνήθως οι ασθενείς ή οι συγγενείς. Από την άλλη, για τους νοσηλευτές είναι οι γιατροί, οι οποίοι συχνά εκτονώνουν την ένταση και το άγχος τους στους συναδέλφους τους καθώς και οι ασθενείς και οι συγγενείς ασθενών, οι οποίοι είναι πιο πιθανό να ασκήσουν σωματική βία στο νοσηλευτικό προσωπικό, θεωρώντας τους συχνά υπεύθυνους για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Η προέλευση της βίας από διαφορετικές πηγές υπογραμμίζει την ανάγκη βελτίωσης και αποτελεσματικής διαχείρισης βίαιων περιστατικών στο περιβάλλον υγειονομικής περίθαλψης (Toska et al 2023).

Ακόμη, βρέθηκε ότι οι πιο συχνές συνέπειες της λεκτικής επίθεσης ήταν η μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία, η επιδείνωση της σχέσης με τον συνάδελφο, η μείωση του αισθήματος άνεσης/ευεξίας στον χώρο εργασίας, οι επιπτώσεις στην ψυχική υγεία και η μείωση της εμπιστοσύνης και υποστήριξης στον χώρο εργασίας. Στη μελέτη των Silwal & Joshi (2019), οι κυριότερες συνέπειες της λεκτικής κακοποίησης ήταν ενοχλητικές αναμνήσεις, σκέψεις ή μια εικόνα που τελικά μείωσε την ικανοποίηση από την εργασία. Ομοίως, στη μελέτη της Γιαννακούλη (2019), η λεκτική κακοποίηση είχε ως συνέπεια την επιδείνωση της σχέσης με το συνάδελφο και τη μείωση του αισθήματος άνεσης/ ευεξίας στο χώρο εργασίας. Επίσης, στη μελέτη των Toska et al (2023) βρέθηκε ότι η επιδείνωση των εργασιακών σχέσεων αποτελούσε το κυριότερο αποτέλεσμα της λεκτικής βίας. Φαίνεται, λοιπόν, ότι η λεκτική βία επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα της φροντίδας λόγω της αναταραχής που δημιουργεί και της διαταραχής της συνοχής της ομάδας εργασίας, που οδηγεί σε μειωμένη απόδοση, αυξημένα ποσοστά απουσιών, ακόμη και εγκατάλειψη του χώρου εργασίας.

Οι νοσηλευτές δεν μπορούν να παρέχουν αποτελεσματική φροντίδα στους ασθενείς τους κατά τη διάρκεια ή μετά τη βία. Η λεκτική βία που διακόπτει τη διαδικασία νοσηλευτικής φροντίδας θεωρείται ως κύρια αιτία χαμένης νοσηλευτικής φροντίδας. Το Missed Nursing Care (MNC) είναι ένα καθολικό πρόβλημα και αναφέρεται σε παραληφθείσα, αναβληθείσα ή ελλιπή φροντίδα που χρειάζεται ο ασθενής και είναι αποδεκτή ως δείκτης ασφάλειας του ασθενούς και ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας (ALBashtawy & Aljezawi 2016). Σε μία μελέτη βρέθηκε ότι τα είδη λεκτικής βίας που αντιμετωπίζουν συχνότερα οι νοσηλευτές ήταν βρισιές, προσβολές, φωνές και απειλές. Τα ευρήματα της μελέτης ταξινομήθηκαν σε τρία κύρια θέματα: (i) απάντηση στη λεκτική βία, (ii) χαμένες εμπειρίες νοσηλευτικής φροντίδας και (iii) προτάσεις για την αντιμετώπιση της λεκτικής βίας. Οι συνήθεις συμπεριφορές των νοσηλευτών, ως απάντηση στη λεκτική κακοποίηση ήταν να αγνοούν, να συνηθίζουν και να επιθυμούν να ξεφύγουν. Τα παραδείγματα της χαμένης φροντίδας περιελάμβαναν τη χρήση μη θεραπευτικής επικοινωνίας, την αναβολή της φροντίδας ή την απόσυρση από τη φροντίδα. Συμπερασματικά, η λεκτική βία προκάλεσε αρνητικές συναισθηματικές και συμπεριφορικές αντιδράσεις στους νοσηλευτές, οι οποίες, με τη σειρά τους, επηρέασαν αρνητικά την αλληλεπίδραση νοσηλευτή-ασθενούς. Αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι η λεκτική βία μπορεί να ανοίξει το δρόμο για χαμένη νοσηλευτική φροντίδα (Bayram et al 2023).

Παρά τα σημαντικά ευρήματα της παρούσας μελέτης σχετικά με τη λεκτική κακοποίηση και σεξουαλική παρενόχληση σε επαγγελματίες υγείας σε δημόσια νοσοκομεία, η μελέτη χαρακτηρίζεται από μερικούς περιορισμούς, που

δεν επιτρέπουν τη γενίκευση των αποτελεσμάτων. Αρχικά, η επιλογή των νοσοκομείων και των συμμετεχόντων ήταν ευκολίας. Το δείγμα αποτέλεσαν κυρίως γυναίκες και νοσηλεύτριες, ενώ η συμμετοχή των ανδρών και των ιατρών ήταν μικρή. Ένας άλλος περιορισμός ήταν η μεγάλη έκταση του ερωτηματολογίου. Δεδομένου ότι οι επαγγελματίες υγείας συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο στο χώρο εργασίας τους, πιθανόν να μην αφιέρωναν τον απαραίτητο χρόνο για τη συμπλήρωση του, λόγω αυξημένου φόρτου εργασίας

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά, λοιπόν, στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι 9 στους 10 επαγγελματίες υγείας είχαν υποστεί λεκτική κακοποίηση, ενώ 7 στους 10 είχαν υποστεί σεξουαλική παρενόχληση. Η συχνότητα της λεκτικής κακοποίησης και της σεξουαλικής παρενόχλησης ήταν παρόμοια μεταξύ των ιατρών και των νοσηλευτών. Οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε ΤΕΠ/ Εξωτερικά Ιατρεία και οι γυναίκες είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναφέρουν ότι έχουν υποστεί σεξουαλική παρενόχληση. Επιπρόσθετα, βρέθηκε ότι τα θύματα λεκτικής κακοποίησης ή/ και σεξουαλικής παρενόχλησης είχαν υιοθετήσει παθητική στάση, και μόνο ένα μικρό ποσοστό των συμμετεχόντων ανέφερε το περιστατικό στο τμήμα ανθρωπίνου δυναμικού ή σε κάποιον υπεύθυνο. Παράλληλα, τα περιστατικά βίας επηρέασαν τη σωματική και την ψυχική υγεία των θυμάτων, καθώς και την εργασιακή τους απόδοση.

Γίνεται κατανοητό ότι υπάρχει ανάγκη για σωστή ευαισθητοποίηση και αναγνώριση ακολουθούμενη από σαφώς καθορισμένα μέτρα ελέγχου και πρόληψης της βίας στο χώρο εργασίας σε χώρους υγειονομικής περίθαλψης για την πρόληψη των αρνητικών επιπτώσεων της βίας στο χώρο εργασίας τόσο στο προσωπικό όσο και στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Αυτά τα μέτρα είναι επίσης ζωτικής σημασίας για να διασφαλιστεί ότι όλοι οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης απασχολούνται σε ένα ασφαλές εργασιακό περιβάλλον, ώστε οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης να μπορούν να λειτουργούν ομαλά προς όφελος της κοινότητας (Vento et al 2020).

Συμβολή των συγγραφέων

Η ΜΠ συμμετείχε στη συλλογή και ανάλυση των δεδομένων, συνέβαλε στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων, καθώς και στη συγγραφή του κειμένου.

Η ΠΜ συμμετείχε στη σύλληψη και στο σχεδιασμό της μελέτης, στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων και στη συγγραφή του κειμένου.

Η Β/ΣΒ συμμετείχε στη σύλληψη και στο σχεδιασμό της μελέτης, καθώς και στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων.

Η ΑΚ συμμετείχε στη σύλληψη του σκοπού και στο σχεδιασμό της μελέτης, ενώ είχε τη γενική εποπτεία της μελέτης. Όλοι οι συγγραφείς αξιολόγησαν κριτικά και ενέκριναν την υποβολή του τελικού κειμένου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Adler, M., Vincent-Höper, S., Vaupel, C., Gregersen, S., Schablon, A., & Nienhaus, A. (2021). Sexual Harassment by Patients, Clients, and Residents: Investigating Its Prevalence, Frequency and Associations with Impaired Well-Being among Social and Healthcare Workers in Germany. International journal of environmental research and public health, 18(10), 5198. https://doi.org/10.3390/ijerph18105198

Al-Qadi M. M. (2021). Workplace violence in nursing: A concept analysis. Journal of occupational health, 63(1), e12226. https://doi.org/10.1002/1348-9585.12226

ALBashtawy, M., & Aljezawi, M. (2016). Emergency nurses' perspective of workplace violence in Jordanian hospitals: A national survey. International emergency nursing, 24, 61–65. https://doi.org/10.1016/j.ienj.2015.06.005

Bayram, A., Özsaban, A., & Torun Kiliç, Ç. (2023). Verbal violence and missed nursing care: A phenomenological study. International nursing review, 70(4), 544–551. https://doi.org/10.1111/inr.12882

Budin, W. C., Brewer, C. S., Chao, Y. Y., & Kovner, C. (2013). Verbal abuse from nurse colleagues and work environment of early career registered nurses. Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing, 45(3), 308–316. https://doi.org/10.1111/jnu.12033

Bruschini, M. M., Hediger, H., & Busch, A. K. (2023). Patients' sexual harassment of nurses and nursing students: A cross-sectional study. International Journal of Nursing Studies Advances, 5, 100121. https://doi.org/10.1016/J.IJNSA.2023.100121

Gutek, B. A., Murphy, R. O., & Douma, B. (2004). A review and critique of the Sexual Experiences Questionnaire (SEQ). Law and human behavior, 28(4), 457–482. https://doi.org/10.1023/b:lahu.0000039335.96042.26

Hahn, S., Hantikainen, V., Needham, I., Kok, G., Dassen, T., & Halfens, R. J. (2012). Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: a cross-sectional survey. Journal of advanced nursing, 68(12), 2685–2699. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.05967.x

Jeong, S., & Chang, H. E. (2022). Workplace sexual harassment toward male nurses in South Korea: a cross-sectional online survey. BMC nursing, 21(1), 303. https://doi.org/10.1186/s12912-022-01091-x

Kahsay, W. G., Negarandeh, R., Dehghan Nayeri, N., & Hasanpour, M. (2020). Sexual harassment against female nurses: a systematic review. BMC nursing, 19, 58. https://doi.org/10.1186/s12912-020-00450-w

Kim, M., Kim, T., Tilley, D. S., Kapusta, A., Allen, D., & Cho, H. S. M. (2018). Nursing students' experience of sexual harassment during clinical practicum: A phenomenological approach. Korean Journal of Women Health Nursing, 24(4), 379–391. https://doi.org/10.4069/kjwhn.2018.24.4.379

Lamesoo, K. (2013). "Some Things Are Just More Permissible for Men": Estonian Nurses' Interpretations of Sexual Harassment. NORA - Nordic Journal of Feminist and Gender Research, 21(2), 123–139. https://doi.org/10.1080/08038740.2013.795190

Lim, M. C., Jeffree, M. S., Saupin, S. S., Giloi, N., & Lukman, K. A. (2022). Workplace violence in healthcare settings: The risk factors, implications and collaborative preventive measures. Annals of medicine and surgery (2012), 78, 103727. https://doi.org/10.1016/j.

amsu.2022.103727
Lu, L., Dong, M., Lok, G. K. I., Feng, Y., Wang, G., Ng, C. H., Ungvari, G. S., & Xiang, Y. T. (2020). Worldwide prevalence of sexual harassment towards nurses: A comprehensive meta-analysis of observational studies. Journal of advanced nursing, 76(4), 980–990. https://doi.org/10.1111/jan.14296
Maghraby, R. A., Elgibaly, O., & El-Gazzar, A. F. (2020). Workplace sexual harassment among nurses of a university hospital in Egypt. Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives, 25, 100519. https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100519
Nielsen, M. B. D., Kjær, S., Aldrich, P. T., Madsen, I. E. H., Friborg, M. K., Rugulies, R., & Folker, A. P. (2017). Sexual harassment in care work - Dilemmas and consequences: A qualitative investigation. International journal of nursing studies, 70, 122–130. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.02.018
Nikathil, S., Olaussen, A., Gocentas, R. A., Symons, E., & Mitra, B. (2017). Review article: Workplace violence in the emergency department: A systematic review and meta analysis. Emergency medicine Australasia : EMA, 29(3), 265–275. https://doi.org/10.1111/1742-6723.12761
Papantoniou P. (2021). Sexual harassment and organisational silencing in nursing: a cross-sectional study in Greece. BMJ open, 11(11), e050850. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050850
Papantoniou P. (2022). Comparative analysis of sexual harassment between male and female nurses: A cross-sectional study in Greece. Journal of nursing management, 30(6), 1470–1481. https://doi.org/10.1111/jonm.13419
Silwal, K., & Joshi, S. (2019). Verbal Abuse among Nurses in Tertiary Care Hospitals. JNMA; journal of the Nepal Medical Association, 57(218), 243–247. https://doi.org/10.31729/jnma.4571
Spector, P. E., Zhou, Z. E., & Che, X. X. (2014). Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: a quantitative review. International journal of nursing studies, 51(1), 72–84. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.01.010
Toska, A., Saridi, M., Christakis, A., Gotsi, S., Fradelos, E. C., Papageorgiou, G., & Souliotis, K. (2023). Frequency and Impacts of Verbal Abuse on Healthcare Workers in a Secondary Healthcare Structure in Greece. Cureus, 15(2), e35406. https://doi.org/10.7759/cureus.35406
Vento, S., Cainelli, F., & Vallone, A. (2020). Violence Against Healthcare Workers: A Worldwide Phenomenon With Serious Consequences. Frontiers in public health, 8, 570459. https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.570459
World Medical Association. (2020). 73rd World Health Assembly, Agenda Item 3: Covid-19 Pandemic Response. World Medical Association. https://www.wma.net/wp-content/uploads/2020/05/WHA73-WMA-statement-on-Covid-19-pandemic-response-.pdf
Γιαννακούλη, Α. (2019). Λεκτική βία στο χειρουργείο: Μελέτη περίπτωσης 3 Γενικών Νοσοκομείων της Περιφέρειες Πελοποννήσου. Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου.
Εργαζάκη, Β. (2019). Η Διερεύνηση της Λεκτικής Βίας Ανάμεσα στους Επαγγελματίες Υγείας σε Δημόσιο Νοσοκομείο": Μια Εμπειρική Μελέτη. Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο Κρήτης.
Μαλλιαρού, Μ., Καραθανάση, Κ., Σαράφης, Π., Κουτελέκος, Ι., Πρεζεράκος, Π., & Ζυγά, Σ. (2015). TRANSLATION INTO GREEK of the VERBAL ABUSE SCALE (VAS- GR). Perioperative Nursing - Quarterly Scientific, Online Official Journal of G.O.R.N.A., Volume 4 (2015)(Volume 2 May-August 2015), 73–82. https://doi.org/10.5281/zenodo.17475

Πίνακας 1: Δημογραφικά και Επαγγελματικά Χαρακτηριστικά Συμμετεχόντων

	Συνολικό Δείγμα N=342		Νοσοκομείο 1 N=144		Νοσοκομείο 2 N=198		Στατιστικός έλεγχος
Χαρακτηριστικά	N	%	N	%	N	%	
Φύλο							$X^2(1)=1,768$ p=0,181
Άνδρας	58	17,0	29	20,1	29	14,6	
Γυναίκα	284	83,0	115	79,9	169	85,4	
Ηλικία (έτη)	206	38,7 (±9,89)*	144	38,80 (±9,95)*	198	38,68 (±9,89)*	t=0,083, df=204 p=0,934
Επίπεδο Εκπαίδευσης							$X^2(2)=0,822$ p=0,663
Απόφοιτος ΑΕΙ	98	28,7	45	31,3	53	26,8	
Απόφοιτος ΤΕΙ	173	50,6	70	48,6	103	52,0	
Διετούς Εκπαίδευσης	71	20,8	29	20,1	42	21,2	
Κάτοχος M.Sc./ PhD (Απόφοιτοι ΑΕΙ/ ΤΕΙ)							$X^2(1)=1,974$ p=0,160
Όχι	150	55,6	69	60,5	81	51,9	
Ναι	120	44,4	45	39,5	75	48,1	
Οικογενειακή Κατάσταση							$X^2(2)=1,702$ p=0,427
Άγαμος/-η	156	47,1	61	43,6	95	49,7	
Έγγαμος/-η	137	41,4	60	42,9	77	40,3	
Διαζευγμένος/-η	38	11,5	19	13,6	19	9,9	
Επαγγελματική Ιδιότητα							$X^2(1)=0,148$ p=0,700
Ιατρικό προσωπικό	61	17,9	27	18,9	34	17,3	
Νοσηλευτικό προσωπικό	279	82,1	116	81,1	163	82,7	
Επαγγελματική σχέση με το νοσοκομείο							$X^2(1)=1,245$ p=0,265
Μόνιμο προσωπικό	203	59,4	90	63,4	113	57,4	
Επικουρικό προσωπικό/ Συμβασιούχος/ Ειδικευόμενος	136	39,8	52	36,6	84	42,6	
Τμήμα Εργασίας							$X^2(3)=96,796$ p<0,001
Κλινική	128	38,8	87	64,9	41	20,9	
Χειρουργείο / Αναισθησιολογικό	32	9,7	20	14,9	12	6,1	
ΤΕΠ/ Εξωτερικά Ιατρεία	55	16,7	17	12,7	38	19,4	
ΜΕΘ/ ΜΑΦ	115	34,8	10	7,5	105	53,6	

Έτη προϋπηρεσίας στο επάγγελμα	342	14,97 (±10,54)*	144	16,18 (14,44 – 17,93)+	198	14,16 (12,63 – 15,68)+	Mann-Whitney p=0,041
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο τμήμα εργασίας	342	6,13 (±7,47)*	144	8,41 (6,87 – 9,95)+	198	4,63 (3,75, 5,52)+	Mann-Whitney p<0,001

*Μέση τιμή (±Τυπική Απόκλιση) + Μέση τιμή (95% ΔΕ)

Πίνακας 2: Σύγκριση Δημογραφικών Επαγγελματικών Χαρακτηριστικών του είγματος με τη Συχνότητα Λεκτικής Βίας

Δημογραφικά/ Επαγγελματικά Χαρακτηριστικά	Λεκτική Κακοποίηση: Όχι		Λεκτική Κακοποίηση: Ναι		Στατιστικός έλεγχος, p-value
	N	%	N	%	
Φύλο					
Άνδρας	5	8,6	53	91,4	$X^2(1)=0,439$ p=0,508
Γυναίκα	33	11,6	251	88,4	
Ηλικία (έτη)	39,25 (±9,41)*		38,65 (±9,97)*		t=0,274, df=421 P=0,784
Επίπεδο Εκπαίδευσης					
Απόφοιτος ΑΕΙ	7	7,1	91	92,9	$X^2(2)=2,190$ p=0,335
Απόφοιτος ΤΕΙ	22	12,7	151	87,3	
Διετούς Εκπαίδευσης	9	12,7	62	87,3	
Κάτοχος M.Sc./ PhD					
Όχι	18	12,0	132	88,0	$X^2(2)=0,558$ p=0,455
Ναι	11	9,2	109	90,8	
Οικογενειακή Κατάσταση					
Άγαμος/-η	21	13,5	135	86,5	$X^2(2)=2,583$ p=0,275
Έγγαμος/-η	13	9,5	124	90,5	
Διαζευγμένος/-η	2	5,3	36	94,7	
Επαγγελματική Ιδιότητα					
Ιατρικό προσωπικό	4	6,6	57	93,4	$X^2(1)=1,598$ p=0,206
Νοσηλευτικό προσωπικό	34	12,2	254	87,8	

Επαγγελματική σχέση με το νοσοκομείο					
Μόνιμο προσωπικό	23	11,3	180	88,7	$X^2(1)=0,007$ p=0,931
Επικουρικό προσωπικό / Συμβασιούχος / Ειδικευόμενος	15	11,0	121	89,0	
Τμήμα Εργασίας					
Κλινική	9	7,0	119	93,0	$X^2(3)=4,567$ p=0,206
Χειρουργείο / Αναισθησιολογικό	4	12,5	28	87,5	
ΤΕΠ/ Εξωτερικά Ιατρεία	7	12,5	48	87,3	
ΜΕΘ/ ΜΑΦ	18	15,8	97	84,3	
Συνολικά έτη προϋπηρεσίας στο επάγγελμα	15,69 (±11,38)		14,89 (±10,45)		Mann-Whitney p=0,693
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο τμήμα εργασίας	7,23 (±9,10)		6,00 (±7,27)		Mann-Whitney p=0,990
Νοσοκομείο					
Νοσοκομείο 1	11	7,6	133	92,4	$X^2(1)=3,036$ p=0,081
Νοσοκομείο 2	27	13,6	171	86,4	

Πίνακας 3: Χαρακτηριστικά υβριστή, συμπεριφορές λεκτικής βίας και συνέπειες

Εργασιακή σχέση με τον υβριστή	N	%
Άμεσος προϊστάμενος	62	20,7
Άλλος ανώτερος	86	28,3
Άμεσα υφιστάμενος	33	11,0
Άλλος κατώτερος	14	4,7
Συγγενής ασθενούς	112	36,8
Ασθενής	99	33,0
Επισκέπτης	51	16,8
Συνάδελφος	31	10,2

Συμπεριφορές λεκτικής βίας	Συχνότητα, ΜΤ (ΤΑ)		Σοβαρότητα, ΜΤ (ΤΑ)	
1. Βίαιος θυμός	276	2,53 (±1,37)	261	2,87 (±1,47)
2. Συγκατάβαση	248	2,23 (±1,18)	243	2,12 (±1,14)

3. Προσβολή συγκεκαλυμμένη σε αστείο	275	3,00 (±1,35)	267	2,81 (±1,33)
4. Αδιαφορία	262	2,71 (±1,37)	256	2,60 (±1,41)
5. Ευτελισμός, εκχυδαϊσμός, υποτίμηση	268	2,69 (±1,45)	254	3,02 (±1,54)
6. Επίρριψη ευθυνών και κατηγοριών	279	3,16 (±1,37)	272	3,25 (±1,44)
7. Έντονη κριτική	280	3,23 (±1,38)	270	3,21 (±1,44)
8. Απόρριψη, αποδοκιμασία	269	2,63 (±1,38)	259	2,85 (±1,47)
9. Απειλή	269	2,20 (±1,36)	261	2,62 (±1,57)
10. Σεξουαλική παρενόχληση	251	1,73 (±1,21)	244	1,99 (±1,44)
Τρόπος διαχείρισης της λεκτικής επίθεσης				
1. Προσπάθησα να δω την κατάσταση με προοπτική.		2,42 (±1,28)		
2. Ζήτησα βοήθεια και υποστήριξη από άλλους.		2,32 (±1,31)		
3. Προσπάθησα να ξεκαθαρίσω πιθανή παρανόηση.		3,17 (±1,31)		
4. Βρήκα θετικές ασχολίες που μείωσαν την ένταση μου.		2,55 (±1,29)		
5. Μιλάω στον εαυτό μου με καθησυχαστικό τρόπο.		2,48 (±1,34)		
6.Μιλάω απευθείας στον γιατρό για το επεισόδιο.		2,16 (±1,34)		
7. Δεν μιλάω με τον υβριστή γιατρό.		1,99 (±1,24)		
8. Αποστασιοποιούμαι από την κατάσταση.		2,73 (±1,41)		
9. Κρατώ τα αισθήματα για τον εαυτό μου.		2,52 (±1,37)		
10. Βρήκα αμφιλεγόμενες ασχολίες που μειώνουν το άγχος μου		2,10 (±1,17)		
11. Τείνω να κατηγορώ τον εαυτό μου.		1,49 (±0,87)		
12. Έχω ευσεβείς πόθους ότι όλα θα βελτιωθούν.		2,19 (±1,19)		
13. Προσπάθησα να δω την κατάσταση με χιούμορ		2,33 (±1,32)		
Συνέπειες της λεκτικής επίθεσης				
1. Επιδείνωση της σχέσης με τον συνάδερφο.		2,51 (±1,28)		
2. Επιδείνωση των σχέσεων με άτομα εκτός του εργασιακού περιβάλλοντος.		1,83 (±1,14)		
3. Επιδείνωση της σχέσης με το υπόλοιπο προσωπικό.		1,64 (±0,95)		
4. Μείωση της εμπιστοσύνης και υποστήριξης στον χώρο εργασίας.		2,12 (±1,24)		
5. Μειωμένη αυτοεκτίμηση.		1,72 (±1,07)		
6.Μειωμένη εμπιστοσύνη στον εαυτό σου.		1,64 (±1,02)		
7.Επιπτώσεις στην ψυχική υγεία.		2,21 (±1,28)		

8. Μειωμένη απόδοση και ανταπόκριση στις επαγγελματικές απαιτήσεις (αύξηση λαθών).	1,70 (±1,01)
9. Επιβάρυνση της υγείας.	2,03 (±1,25)
10. Μείωση του αισθήματος άνεσης/ευεξίας στον χώρο εργασίας.	2,48 (±1,32)
11. Μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία	2,56 (±1,39)
12. Αύξηση των ωρών αποχής από την εργασία.	1,51 (±0,97)
13. Διαμαρτυρία των υπολοίπων εργαζομένων αφού επωμίζονται την αποχή του λεκτικά κακοποιημένου συναδέλφου	1,58 (±0,92)

Πίνακας 4: Σύγκριση Δημογραφικών Επαγγελματικών Χαρακτηριστικών του Δείγματος με τη Συχνότητα Σεξουαλικής Παρενόχλησης

Δημογραφικά/ Επαγγελματικά Χαρακτηριστικά	Λεκτική Κακοποίηση: Όχι		Ναι		Στατιστικός έλεγχος, p-value
	N	%	N	%	
Φύλο					
Άνδρας	42	72,4	16	27,6	$X^2(1)=8,039$ p=0,005
Γυναίκα	148	52,1	136	47,9	
Ηλικία (έτη)	39,53 (±10,60)*		37,82 (±9,00)*		t=1,238 , df=204 P=0,217
Επίπεδο Εκπαίδευσης					
Απόφοιτος ΑΕΙ	59	60,2	39	39,8	$X^2(2)=1,487$ p=0,534
Απόφοιτος ΤΕΙ	91	52,6	82	47,4	
Διετούς Εκπαίδευσης	40	56,3	31	43,7	
Κάτοχος M.Sc./ PhD					
Όχι	90	60,0%	60	40,0	$X^2(1)=2,700$ p=0,100
Ναι	60	50,0%	60	50,0	
Οικογενειακή Κατάσταση					
Άγαμος/-η	89	57,1	67	42,9	$X^2(2)=4,821$ p=0,090
Έγγαμος/-η	81	59,1	56	40,9	
Διαζευγμένος/-η	15	39,5	23	60,5	
Επαγγελματική Ιδιότητα					
Ιατρικό προσωπικό	36	59,0	25	41,0	$X^2(1)=0,354$ p=0,552
Νοσηλευτικό προσωπικό	153	54,8	126	45,2	

Επαγγελματική σχέση με το νοσοκομείο					
Μόνιμο προσωπικό	114	56,2	89	43,8	$X^2(1)=0,100$ p=0,751
Επικουρικό προσωπικό / Συμβασιούχος / Ειδικευόμενος	74	54,4	62	45,6	
Τμήμα Εργασίας					
Κλινική	77	60,2	51	39,8	
Χειρουργείο / Αναισθησιολογικό	24	75,0	8	25,0	$X^2(3)=9,099$ p=0,028
ΤΕΠ/ Εξωτερικά Ιατρεία	24	45,5	30	54,5	
ΜΕΘ/ ΜΑΦ	59	51,3	56	48,7	
Έτη προϋπηρεσίας στο επάγγελμα	15,99 (±10,73)		13,72 (±10,21)		Mann-Whitney p=0,064
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο τμήμα εργασίας	6,58 (±7,55)		5,58 (±7,36)		Mann-Whitney p=0,154
Νοσοκομείο					
Νοσοκομείο 1	86	59,7	58	40,3	$X^2(1)=1,749$ p=0,186
Νοσοκομείο 2	104	52,5	94	47,5	

Πίνακας 5: Αποτελέσματα πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την συχνότητα της σεξουαλικής παρενόχλησης

	OR	95% OR	p-value
Φύλο			
Άνδρας		Κατηγορία αναφοράς	
Γυναίκα	3,356	1,517 – 7,424	0,003
Τμήμα Εργασίας			
Κλινική		Κατηγορία αναφοράς	
Χειρουργείο / Αναισθησιολογικό	0,627	0,237 – 1,663	0,349
ΤΕΠ/ Εξωτερικά Ιατρεία	2,696	1,216 – 5,977	0,015
ΜΕΘ/ ΜΑΦ	1,646	0,901 – 3,007	0,105

Πίνακας 6: Συχνότητα Συμπεριφορών Σεξουαλικής Παρενόχλησης

	Στον τελευταίο χρόνο:	ΜΤ (±ΤΑ)
1.	Έχει συμπεριφερθεί διαφορετικά λόγω του φύλου σας;	2,12 (±1,24)
2.	Έχει εμφανίσει, χρησιμοποιήσει ή διανείμει σεξιστικό υλικό την οποία θεωρήσατε ως προσβλητική;	1,44 (±0,88)

3. Έχει κάνει προσβλητικά, σεξιστικά σχόλια	1,79 (±1,10)
4. Ήταν συγκαταβατικός/η μαζί σας λόγω του φύλου σας;	1,82 (±1,13)
5. Έχει πει επανειλημμένως ιστορίες ή αστεία με σεξουαλικό περιεχόμενο που ήταν προσβλητικά για εσάς;	1,68 (±1,01)
6. Σας έχει «σφυρίξει» ή προσφωνήσει με σεξουαλικό τρόπο;	1,53 (±0,93)
7. Έχει προβεί σε ανεπιθύμητες προσπάθειες να σας παρασύρει σε συζητήσεις σεξουαλικού περιεχομένου;	1,49 (±0,88)
8. Έχει κάνει προσβλητικά, ανάρμοστα και σεξουαλικά σχόλια είτε δημόσια είτε σ' εσάς ιδιωτικά;	1,62 (±0,96)
9. Έχει προβεί σε προσβλητικά σχόλια αναφορικά με την εμφάνιση, το σώμα ή τις σεξουαλικές σας δραστηριότητες;	1,57 (±0,93)
10. Έχει χρησιμοποιήσει χειρονομίες ή την γλώσσα του σώματος κατά τρόπο με τον οποίο σας ντρόπιασε ή σας πρόσβαλε;	1,47 (±0,85)
11. Σας έχει παρατηρήσει, κοιτάξει επίμονα ή με περίεργο τρόπο που σας έκανε να νοιώσετε άβολα;	1,67 (±1,04)
12. Έχει εκθέσει ή έχει κάνει επίδειξη κάποιου μέρους του σώματος του σ' εσάς κατά τρόπο με τον οποίο νιώσατε ντροπή ή προσβολή;	1,31 (±0,75)
13. Έχει κάνει ανεπιθύμητες προσπάθειες να δημιουργήσει ρομαντική σχέση μαζί σας παρά τις προσπάθειες σας να τον απομακρύνετε;	1,31 (±0,74)
14. Σας έχει ζητήσει επανειλημμένως να βγείτε οι δυο σας για ραντεβού, για δείπνο, για ποτό, κ.α., παρόλο που έχετε πει «Όχι»;	1,36 (±0,82)
15. Σας έχει ακουμπήσει με τρόπο που σας έκανε να νιώσετε άβολα;	1,42 (±0,82)
16. Έχει κάνει ανεπιθύμητες προσπάθειες να σας χαϊδέψει ή να σας φιλήσει;	1,23 (±0,62)
17. Έχει επιχειρήσει να έρθει σε σεξουαλική επαφή μαζί σας χωρίς τη θέληση ή τη συγκατάθεση σας, χωρίς όμως επιτυχία;	1,12 (±0,48)
18. Έχει προβεί σε σεξουαλική επαφή μαζί σας, χωρίς όμως επιτυχία;	1,10 (±0,50)
19. Έχει προβεί σε σεξουαλική επαφή μαζί σας, χωρίς τη συγκατάθεση και τη θέλησή σας;	1,09 (±0,46)
20. Σας έχει κάνει να νοιώσετε ότι θα δωροδοκηθείτε με κάποιου είδους ανταμοιβή ή ιδιαίτερη μεταχείριση, ώστε να πάρουν σεξουαλική ανταλλάγματα;	1,20 (±0,61)
21. Σας έχουν δημιουργήσει την αίσθηση απειλής με κάποιου είδους αντίποινα επειδή δεν ενδίδετε σεξουαλικά (για παράδειγμα απειλή μέσω επερχόμενης αξιολόγησης);	1,13 (±0,55)
22. Σας έχουν συμπεριφερθεί άσχημα επειδή αρνηθήκατε σεξουαλική επαφή;	1,17 (±0,64)
23. Έχει υπαινιχθεί κάποια προαγωγή ή καλύτερη μεταχείριση αν ενδώσετε σεξουαλικά;	1,18 (±0,64)
24. Σας έχει προκαλέσει το φόβο ότι μπορεί να δεχτείτε άδικη και άσχημη μεταχείριση αν δεν ενδώσετε σεξουαλικά;	1,15 (±0,58)

Πίνακας 7: Χαρακτηριστικά δράστη και τρόπος αντίδρασης στη σεξουαλική παρενόχληση

Ιδιότητα του δράστη που παρενόχλησε σεξουαλικά	N	%
Νοσηλευτής	27	17,9
Νοσηλεύτρια	10	6,6
Άνδρας ιατρός	73	48,3
Γυναίκα ιατρός	4	2,6
Ασθενής	43	28,5
Συνοδός ασθενή	31	20,5

Προϊστάμενος/η	8	5,3
Διοικητικό προσωπικό	12	7,9
Παραϊατρικό προσωπικό	13	8,6
Άλλος συνάδελφος που δεν είναι επαγγελματίας υγείας	24	10,0
Τρόπος αντίδρασης	N	%
Δεν μιλήσατε – δεν αντιδράσατε – δεν αναφέρατε το περιστατικό/α	58	38,2
Αναφέρατε τις συμπεριφορές σε μέλος της οικογένειας ή σε φιλικό πρόσωπο εκτός εργασίας	51	33,6
Απαντήσατε στο δράστη ότι η συμπεριφορά του είναι λάθος	61	40,1
Αγνοήσατε τις συμπεριφορές και αποφύγατε τον δράστη	79	52,0
Αναφέρατε το περιστατικό/α σε συνάδελφο	49	32,2
Αναφέρατε το περιστατικό/α σε κάποιον ανώτερο	18	11,8
Αναφέρατε τη σεξουαλική σας παρενόχληση στο τμήμα Ανθρώπινου Δυναμικού	8	5,3
Εγκαταλείψατε τον οργανισμό δηλώνοντας παραίτηση	4	2,6
Αναφέρατε την παρενόχληση στις αρμόδιες αρχές	6	3,9
Αναζητήσατε βοήθεια εκτός του οργανισμού	5	3,3

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

Sexual harassment and verbal violence against doctors and nurses in public hospitals in the prefecture of Attica

Maria Papadopoulou 1, Polyxeni Mangoulia 2, Venetia-Sofia Velonaki 3, Athina Kalokairinou4

1. Registered Nurse, MSc, Evangelismos Hospital, Athens
2. Assistant Professor, Faculty of Nursing, National and Kapodistrian University of Athens
3. Associate Professor, Faculty of Nursing, National and Kapodistrian University of Athens
4. Professor, Faculty of Nursing, National and Kapodistrian University of Athens

ABSTRACT

Introduction: Healthcare professionals are 16 times more likely to experience workplace violence than other work groups. Verbal abuse is the most common type of abuse. However, in recent years it has been found that healthcare professionals, especially nurses, are sexually harassed in their workplace.

Aim: To explore the frequency of verbal abuse and sexual harassment among the medical and nursing staff of public hospitals in the prefecture of Attica.

Material - Methods: A cross-sectional study was conducted from May to July 2023 in 342 doctors and nurses of two public hospitals. The Verbal Abuse Scale was used to assess verbal violence, while the Sexual Experiences Questionnaire (SEQ) was used for sexual harassment.

Results: The 82.1% of participants were nurses. The 88.9% of the sample was the recipient of verbal abuse at least once a year. Abusers were relatives of patients (36.8%), patients (33.0%), someone superior (28.3%) and the direct supervisor (20.70%). The most common behaviors were harsh criticism, blaming and blaming, and insults disguised as a joke. Furthermore, 70.2% of the participants had received at least one of the 24 sexually harassing behaviors of the SEQ questionnaire. The perpetrators were mainly a male doctor (48.3%), a patient (28.5%), an accompanying patient (20.5%), and a male nurse (17.9%). Only 7.9% reported the incident. Furthermore, 38.4% faced some physical problems, 46.7% some mental problems, while 43.8% had their work performance affected.

Conclusions: A large percentage of medical and nursing staff suffer verbal violence and sexual harassment without mention it. This highlights the need to implement drastic measures on the part of health policy makers to help victims speak out without fear of negative consequences. Hospital administrations are urged to implement effective policies against sexual harassment and verbal abuse.

Keywords: Health professionals, workplace violence, verbal abuse of nurses, sexual harassment

Corresponding author:
Maria Papadopoulou
email: mp2219320@gmail.com

Citation: Papadopoulou M., Mangoulia P., Velonaki V.S., Kalokairinou A. (2025). Sexual harassment and verbal violence against doctors and nurses in public hospitals in the prefecture of Attica. Hellenic Journal of Nursing Science 18(1): 24-42, https://doi.org./10.24283/hjns.202514

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

Διερεύνηση των γνώσεων των Σχολικών Νοσηλευτών σχετικά με το Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 1

Ευάγγελος Σακκάς
MSc, Σχολικός Νοσηλευτής

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 εμφανίζεται συχνά σε παιδιά, επισημαίνοντας τη σημασία της ασφάλειας στο σχολικό περιβάλλον για την καλή πρόοδο. Τα παιδιά με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 απαιτούν εξειδικευμένη ιατρική φροντίδα, συμπεριλαμβανομένων νοσηλευτών εξειδικευμένων στον διαβήτη. Οι έφηβοι με σακχαρώδη διαβήτη τ1 κινδυνεύουν από ανεπαρκή γλυκαιμικό έλεγχο, υπογραμμίζοντας τη σημασία του ρόλου των σχολικών νοσηλευτών στη διαχείριση του νοσήματος. Οι γνώσεις των νοσηλευτών πρέπει να αξιολογούνται τακτικά για την αποτροπή επιπλοκών, ενώ είναι ουσιώδες να διατηρούν ενημερωμένες και αξιόπιστες γνώσεις σχετικά με τη φροντίδα και τη διαχείριση του διαβήτη.

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνήσει και να αξιολογήσει το επίπεδο γνώσεων των σχολικών νοσηλευτών σχετικά με τη διαχείριση παιδιών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1.

Μέθοδος - Υλικό: Το δείγμα της έρευνας περιλαμβάνει 150 νοσηλευτές και νοσηλεύτριες του κλάδου ΠΕ 87.02 ή ΠΕ25 από όλη την Ελλάδα. Η συλλογή των πληροφοριών έγινε μέσω ενός ανώνυμου ερωτηματολογίου, το οποίο περιλάμβανε ερωτήσεις σχετικά με τα δημογραφικά στοιχεία και ερωτήσεις που σχετίζονται με τη διαχείριση της φροντίδας του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1. Το ερωτηματολόγιο δομήθηκε σε google forms, η διάρκεια της δυνατότητας να απαντηθεί το ερωτηματολόγιο ήταν ένας μήνας, πιο συγκεκριμένα από τα μέσα του Νοεμβρίου 2023 έως τα μέσα του Δεκέμβρη 2023. Για την ανάλυση των δεδομένων, έγινε χρήση του Στατιστικού Πακέτου Ανάλυσης Κοινωνικών Επιστημών SPSS v26.0 (Statistical Package for Social Sciences, SPSS v26.0)

Αποτελέσματα: Στην έρευνα συμμετείχαν 91% γυναίκες με μέση ηλικία 33,36 έτη. Περίπου το 58,6% έχει μεταπτυχιακό, με μέση προϋπηρεσία τα 4,4 έτη. Οι σχολικοί νοσηλευτές εργάζονται κυρίως στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση (66,6%). Στο δεύτερο μέρος, ποσοστό 89,3% θεωρεί την έλλειψη ινσουλίνης κύρια αιτία Σακχαρώδους Διαβήτη τύπου 1. Περίπου 69% ανησυχεί για τη διαχείριση μαθητών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 σε απουσία τους. Παρατηρούνται διαφορές στις απαντήσεις ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο και την επιπλέον επιμόρφωση.

Συμπεράσματα: Οι σχολικοί νοσηλευτές οι οποίοι έχουν μεταπτυχιακό στην φροντίδα και διαχείριση του σακχαρώδη διαβήτη υπερτερούν σε γνώσεις σε σχέση με τους σχολικούς νοσηλευτές που είτε έχουν παρακολουθήσει κάποιο σεμινάριο ή ΚΕΔΙΒΙΜ είτε έχουν συμβουλευτεί γονείς. Τα έτη προϋπηρεσίας δεν συμβάλουν σε αντίστοιχο βαθμό στο θέμα των γνώσεων των Σχολικών νοσηλευτών που καλούνται να αναλάβουν παιδιά με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1

Λέξεις κλειδιά: σακχαρώδης διαβήτης, σχολικός νοσηλευτής, γνώση, μαθητές

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:
Ευάγγελος Σακκάς, email: vagelisgfree@windowslive.com

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

Αναφορά του άρθρου ως: Σακκάς Ε. (2025). Διερεύνηση των γνώσεων των Σχολικών Νοσηλευτών σχετικά με το Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 1. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης 18(1): 43-50, https://doi.org./10.24283/hjns.202515

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 (ΣΔ1) είναι μια χρόνια πάθηση που επηρεάζει παιδιά και ενήλικες παγκοσμίως (Elamin et al., 1992). Χαρακτηρίζεται από την αδυναμία του σώματος να παράγει ινσουλίνη, οδηγώντας σε υψηλά επίπεδα σακχάρου στο αίμα. Αυτή η κατάσταση απαιτεί προσεκτική διαχείριση και παρακολούθηση για την πρόληψη επιπλοκών και τη διατήρηση της συνολικής υγείας. Ενώ η ακριβής αιτία του ΣΔ1 στα παιδιά πιστεύεται ότι είναι αποτέλεσμα γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων.

Το 2021, η 10η έκδοση της Διεθνούς Ομοσπονδίας Διαβήτη επιβεβαιώνει ότι ο ΣΔ είναι ένα μείζον ζήτημα υγείας και μία από τις ταχύτερα αναπτυσσόμενες παγκόσμιες συνθήκες που επηρεάζουν την υγεία. Εκτιμάται ότι, περίπου 537 εκατομμύρια ενήλικες ζουν με την πάθηση και ο αριθμός θεωρείται ότι θα αυξηθεί σε 643 εκατομμύρια μέχρι το 2030. Στην Ελλάδα, ο αριθμός των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη εκτιμάται περίπου 739 χιλιάδες και αναμένεται να αυξηθεί σε 783 χιλιάδες μέχρι το 2045. Η Ευρώπη έχει τον μεγαλύτερο αριθμό παιδιών και εφήβων με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 με περίπου 295 χιλιάδες παιδιά και έφηβους, ενώ στην Ελλάδα ο αριθμός αυτός ανέρχεται σε 2.905 παιδιά και έφηβους 0-19 ετών (International Diabetes Federation, 2021).

Ο σχολικός νοσηλευτής (ΣΝ) παίζει καθοριστικό ρόλο στην απρόσκοπτη παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας σε παιδιά και νέους. Ο αριθμός μαθητών που εισέρχονται σε σχολεία και έχουν χρόνιες παθήσεις που απαιτούν διαχείριση κατά τη διάρκεια της σχολικής ημέρας, συνεχώς αυξάνεται. Ο ΣΝ είναι αναπόσπαστο μέλος της ομάδας στην παροχή προληπτικών υπηρεσιών, τον έγκαιρο εντοπισμό προβλημάτων, τις παρεμβάσεις και τις παραπομπές για την προαγωγή της υγείας και της εκπαιδευτικής επιτυχίας. Η βέλτιστη φροντίδα για τα παιδιά, η προετοιμασία και η συνεχιζόμενη εκπαίδευση των σχολικών νοσηλευτών είναι σημαντικοί παράγοντες για την επιτυχία. Τα παιδιά και οι έφηβοι με ΣΔ1 πρέπει να φοιτούν σε δημόσια εκπαιδευτικά ιδρύματα (Driscoll et. al., 2015; Wodrich, et al., 2011). Επομένως, η σωστά οργανωμένη φροντίδα του διαβήτη για ένα παιδί με ΣΔ1 στο σχολείο ή στο νηπιαγωγείο είναι πολύ σημαντική για τη σωστή ατομική και κοινωνική ανάπτυξη του παιδιού. Ο ΣΝ είναι ένας από τους ανθρώπους που συμμετέχουν στη φροντίδα και βελτιώνει την ασφάλεια των παιδιών με ΣΔ1 στο σχολείο (Driscoll et al., 2015; Owens-Gary & Allweiss, 2013; Wodrich et al., 2011).

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να διερευνήσει και να αξιολογήσει το επίπεδο γνώσεων των ΣΝ σχετικά με τη διαχείριση παιδιών με ΣΔ1.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Το δείγμα της παρούσας διπλωματικής εργασίας περιλαμβάνει νοσηλευτές του κλάδου ΠΕ 87.02 ή ΠΕ25 που εργάζονται στην Πρωτοβάθμια και Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση, τόσο στην ειδική όσο και στην τυπική αγωγή, ανά την Ελλάδα. Η επιλογή αυτών των νοσηλευτών έγινε με τυχαίο τρόπο, μέσα από σελίδες κοινωνικής δικτύωσης.

Ακόμη, για τη συμμετοχή των νοσηλευτών στη μελέτη θα έπρεπε να πληρούνται ορισμένα κριτήρια όπως: να εργάζονται στο σχολείο ως μόνιμοι ή αναπληρωτές, να έχουν ή να είχαν υπό την επίβλεψή τους στο παρελθόν παιδί με ΣΔ1. Δεν μπορούσαν να λάβουν μέρος νοσηλευτές που απασχολούνται στην εκπαίδευση αλλά σε διαφορετικό πόστο. Η συλλογή των πληροφοριών έγινε μέσω ενός ανώνυμου ερωτηματολογίου, το οποίο περιλάμβανε ερωτήσεις σχετικά με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, καθώς και ερωτήσεις που σχετίζονται με τη διαχείριση της φροντίδας για το ΣΔ1.

Το ερωτηματολόγιο δομήθηκε σε ειδική πλατφόρμα (google forms) και στάλθηκε με μορφή υπερσύνδεσμου (link) σε σελίδες κοινωνικής δικτύωσης που χρησιμοποιούν οι Νοσηλευτές του κλάδου ΠΕ 87.02 ή ΠΕ25. Η διάρκεια της δυνατότητας να απαντηθεί το ερωτηματολόγιο ήταν ένας μήνας, πιο συγκεκριμένα από τα μέσα του Νοεμβρίου 2023 έως τα μέσα του Δεκέμβρη 2023. Μετά το πέρας της χρονικής διάρκειας ενός μήνα το ερωτηματολόγιο αδρανοποιήθηκε και δρομολογήθηκε η επόμενη διαδικασία, η οποία περιελάβανε την κωδικοποίηση και ανάλυση των δεδομένων.

Ηθικά ζητήματα

Σε όλη την διάρκεια της μελέτης εφαρμόστηκαν οι αρχές της ηθικής για την έρευνα σε ανθρώπους που περιλαμβάνονται στη Διακήρυξη του Ελσίνκι (Declaration of Helsinki, 2013). Για την διεξαγωγή της μελέτης δεν ήταν απαραίτητη η λήψη κάποιας άδειας. Στον πληθυσμό της μελέτης έγινε γραπτή ενημέρωση και ζητήθηκε συναίνεση για την συμμετοχή στην μελέτη και την χρήση δεδομένων από τα ερωτηματολόγια που απαντήθηκε. Ειδικότερα, οι συμμετέχοντες ενημερωθήκαν για το σκοπό της μελέτης και τα οφέλη που θα προκύψουν από αυτή, την ανωνυμία, την εμπιστευτικότητα των πληροφοριών, την εθελοντική συμμετοχή και το δικαίωμα της άρνησης της συμμετοχής τους.

Στατιστική ανάλυση

Για την ανάλυση των δεδομένων, εφαρμόστηκαν στατιστικές μέθοδοι περιγραφικής και επαγωγικής στατιστικής. Οι αναλύσεις αυτές πραγματοποιήθηκαν με τη χρήση του Στατιστικού Πακέτου Ανάλυσης Κοινωνικών Επιστημών SPSS v26.0 (Statistical Package for Social Sciences, SPSS v26.0).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Περιγραφική στατιστική ανάλυση

Το ερωτηματολόγιο της έρευνας αποτελούνταν από δύο ενότητες. Το πρώτο τμήμα αφορά στα δημογραφικά και προσωπικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων του δείγματος και περιλαμβάνει συνολικά 12 ερωτήσεις.

Το 91%, του δείγματος ήταν γυναίκες ενώ οι άντρες αντιπροσωπεύουν μόνο το 9% του συνόλου. Ο μέσος όρος ηλικίας του δείγματος ήταν τα 33.36 έτη (±5,12). Ο νεότερος ΣΝ ήταν 24 ετών, ενώ ο μεγαλύτερος ηλικιακά ΣΝ ήταν 47 ετών. Η πλειονότητα των ΣΝ ήταν άγαμοι σε ποσοστό 52% και η αμέσως επόμενη κατηγορία ήταν οι έγγαμοι με παιδιά σε ποσοστό 30,7%. Μικρότερα ποσοστά καταλάμβαναν οι επόμενες κατηγορίες οικογενειακής κατάστασης όπως, οι έγγαμοι 12%, οι διαζευγμένοι 3,3% , οι μονογονεϊκές οικογένειες 1,3% και οι χήροι 0,7%. Η πλειονότητα των ΣΝ ήταν κάτοχοι Μεταπτυχιακού διπλώματος σε ποσοστό 58,6%, κάτοχοι βασικού τίτλου σπουδών ήταν το 40% ενώ ένα αρκετά μικρό ποσοστό 1,3% κατείχε διδακτορικό δίπλωμα ενώ μια μικρή μερίδα των ΣΝ είναι κάτοχοι και δεύτερου προπτυχιακού διπλώματος σπουδών (12,6%). Ο μέσος όρος προϋπηρεσίας στην Εκπαίδευση των ΣΝ είναι τα 4 έτη (±2,37) με τον νεότερο σχολικό νοσηλευτή να εργάζεται για πρώτη φορά, και ο μεγαλύτερος είχε προϋπηρεσία 8 ετών στην εκπαίδευση. Ο μέσος όρος υποστηριζόμενων μαθητών με ΣΔ1 που έχουν αναλάβει έως σήμερα οι ΣΝ είναι τα 2,65 (±1,94). Ο νεότερος ΣΝ δουλεύει για πρώτη φορά, ενώ ο μεγαλύτερος ΣΝ έχει αναλάβει 10 παιδιά. Το μεγαλύτερο μέρος των ΣΝ είναι αναπληρωτές, με ποσοστό 94%, ενώ οι μόνιμοι αντιπροσωπεύουν μόνο το 6% του συνόλου. Το μεγαλύτερο μέρος των ΣΝ απασχολούνται σε γενικά σχολεία πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, με ποσοστό 66,6%. Η αμέσως επόμενη κατηγορία στην οποία απασχολούνται οι σχολικοί νοσηλευτές. είναι τα γενικά σχολεία δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, με ποσοστό 24%. Με ποσοστό μικρότερο του 5% κατατάσσονται οι ΣΝ στα ειδικά σχολεία και των δύο βαθμίδων.

Το μεγαλύτερο μέρος των σχολικών νοσηλευτών έχει λάβει επιπρόσθετη επιμόρφωση σχετικά με το ΣΔ1, με ποσοστό 71,3%, ενώ ένα μόνο μικρό ποσοστό της τάξης του 26,7% δεν έχει λάβει. Το μεγαλύτερο μέρος των ΣΝ έχει λάβει την επιπλέον επιμόρφωση από το ιατρικο-νοσηλευτικό προσωπικό της οικογένειας του εκάστοτε παιδιού, με ποσοστό 33,6%. Τα κέντρα δια βίου μάθησης κατέχουν την δεύτερη θέση σε επιλογή για επιμόρφωση των ΣΝ με ποσοστό 26,3% και στην τρίτη θέση έρχονται τα μεταπτυχιακά προγράμματα για τον ΣΔ, με ποσοστό 14,5%. Το 11,8% των ΣΝ αναφέρουν ότι έχουν λάβει την επιμόρφωση τους από το προπτυχιακό επίπεδο σπουδών τους. Ένα ποσοστό της τάξης του 10% αναφέρει ότι έχει λάβει τις απαραίτητες πληροφορίες από τους γονείς του εκάστοτε παιδιού. Τέλος, ένα μικρό ποσοστό 3,6% των σχολικών νοσηλευτών γνωρίζει της απαραίτητες πληροφορίες για τον σακχαρώδη διαβήτη από το ευρύτερο οικογενειακό του περιβάλλον.

Το δεύτερο τμήμα (Πίνακας 1) συγκροτείται από 27 ερωτήσεις με σκοπό τη καταγραφή των γνώσεων των σχολικών νοσηλευτών σχετικά με τον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1.

Πίνακας 1. Ερωτηματολόγιο Γνώσεων για ΣΔ1

	Λάθος	Σωστό
Η κύρια αιτία σακχαρώδη διαβήτη είναι η έλλειψη ινσουλίνης στον ανθρώπινο οργανισμό.	10,7%	89,3%
Ο ΣΔ προκαλείται από την αποτυχία των νεφρών να αποβάλλουν τη γλυκόζη μέσω των ούρων.	86%	14%
Ο ΣΔ1 μπορεί να θεραπευτεί.	96,7%	3,3%
Ο καλύτερος τρόπος για τον έλεγχο του ΣΔ είναι η γενική εξέταση ούρων.	93,3%	6,7%
Η τακτική άσκηση αυξάνει την ανάγκη για ινσουλίνη ή για άλλα αντιδιαβητικά φάρμακα.	80,8%	19,3%
Εάν κάποιος έχει αυτοάνοσο νόσημα όπως ο ΣΔ1, σημαίνει ότι το ανοσοποιητικό του σύστημα δεν λειτουργεί σωστά και είναι πιο πιθανό να παθαίνει κρυολογήματα και άλλες συνήθεις ασθένειες.	62,7%	25,3%
Εάν κάποιος έχει αυτοάνοσο νόσημα όπως ο ΣΔ1, μπορεί να κινδυνεύει με άλλες αυτοάνοσες καταστάσεις όπως η νόσος του θυρεοειδούς ή η κοιλιακάκη.	26%	52,7%
	Όχι	Ναι

Υπάρχει διαθέσιμη γλυκαγόνη στο σχολείο σας;	25%	72%
Πιστεύετε ότι η πληροφόρηση για το ΣΔ1 είναι αναγκαία;	0%	100%
Στο σχολείο σας υπάρχουν συγκεκριμένα μέτρα προφύλαξης, ώστε να βοηθήσουν τα παιδιά με ΣΔ1;	55,3%	44,7%
Το προσωπικό του σχολείου έχει λάβει ειδική εκπαίδευση για άτομα με ΣΔ και τη διαχείρισή τους;	76%	24%
Πιστεύετε ότι το σχολείο σας είναι ικανό να διαχειριστεί μαθητές με ΣΔ1 σε περίπτωση απουσίας ΣΝ;	69,3%	14,7%
Συμπτώματα όπως τρόμος (τρέμουλο), υπνηλία, εφίδρωση, πείνα και ζάλη είναι σημάδια:	Υπογλυκαιμία 91,3%	Άλλες επιλογές 5,7%
Εάν η γλυκόζη στο αίμα είναι 60 mg/dL:	Υδατάνθρακας 84,7%	Άλλες επιλογές 12%
Η ένεση γλυκαγόνης δίνεται:	Απώλεια συνείδησης 92%	Άλλες επιλογές 8%
Τα επίπεδα της HbA1c αντιπροσωπεύουν τη μέση τιμή της γλυκόζης στο αίμα:	3 μηνών 64,7%	Άλλες επιλογές 35,3%
Πώς λειτουργεί η ινσουλίνη;	Μειώνει γλυκόζη 75,3%	Άλλες επιλογές 24,7%
Η ταχείας δράσης ινσουλίνη πρέπει να χορηγείται:	Πριν από γεύμα 84%	Άλλες επιλογές 16%
Ο λόγος ινσουλίνης προς υδατάνθρακες σας είναι 1 μονάδα για κάθε 10 γραμμάρια υδατάνθρακα. Σας έχει 60 γραμμάρια υδατάνθρακες. Πόσες μονάδες ταχείας ινσουλίνης θα πρέπει να δώσετε για την ποσότητα των υδατανθράκων που θα καταναλωθούν;	6 μονάδες 92%	Άλλες επιλογές 8%
Ένα Σχέδιο Επείγουσας Δράσης-Φροντίδας	Αναπτύσσεται από τον ΣΝ 56%	Άλλες επιλογές 44%
Η ινσουλίνη παράγεται:	Πάγκρεας 100%	
Στο ΣΔ1, χωρίς ινσουλίνη, τα επίπεδα γλυκόζης θα	Αυξάνονται 66,7%	Άλλες επιλογές 33,3%
Στο ΣΔ1 το ανοσοποιητικό σύστημα	Επιτίθεται στο πάγκρεας 76%	Άλλες επιλογές 24%
Ένα άτομο με ΣΔ1	Ζαχαρούχα τρόφιμα 86%	Άλλες επιλογές 14%
Η Διαβητική Κετοξέωση (ΔΚΟ) είναι μια έκτακτη κατάσταση. Τα συμπτώματα είναι	Πόνος 72%	Άλλες επιλογές 28%

ΕΠΑΓΩΓΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Ακολούθως, εφαρμόστηκε ο στατιστικός έλεγχος Chi – Square για όλες τις ερωτήσεις του δεύτερου μέρους του ερωτηματολογίου με τρεις βασικές δημογραφικές ερωτήσεις που είναι το εκπαιδευτικό επίπεδο, η επιπρόσθετη μόρφωση και τα έτη προϋπηρεσίας των ΣΝ σε

Πίνακας 2. Αποτελέσματα μελέτης συσχετίσεων για το Εκπαιδευτικό επίπεδο

	p-value		
	Εκπαιδευτική Βαθμίδα	Επιμόρφωση στο ΣΔ1	Έτη Προϋπηρεσίας ΣΝ με παιδιά ΣΔ1
Η κυριά αιτία ΣΔ είναι η έλλειψη ινσουλίνης στον ανθρώπινο οργανισμό.	0,148	0,507	0,769
Ο ΣΔ προκαλείται από την αποτυχία των νεφρών να αποβάλλουν τη γλυκόζη μέσω των ούρων.	0,058	0,303	0,059
Ο ΣΔ1 μπορεί να θεραπευτεί.	<0,001*	0,141	0,527
Ο καλύτερος τρόπος για τον έλεγχο του ΣΔ είναι η γενική εξέταση ουρων.	0,043*	0,121	0,394
Η τακτική άσκηση αυξάνει την ανάγκη για ινσουλίνη η για άλλα αντιδιαβητικά φάρμακα.	0,198	0,092	0,160
Υπάρχει διαθέσιμη γλυκαγόνη στο σχολείο σας;	0,774	0,543	0,127
Πιστεύετε οτι η πληροφόρηση για το ΣΔ1 είναι αναγκαία;	-	-	-
Στο σχολείο σας υπάρχουν συγκεκριμένα μέτρα προφύλαξης, ώστε να βοηθήσουν τα παιδιά με ΣΔ1;	0,013*	<0,001*	0,014*
Το προσωπικό του σχολείου έχει λάβει ειδική εκπαίδευση για άτομα με ΣΔ και τη διαχείριση τους;	0,039*	0,577	0,079
Πιστεύετε ότι το σχολείο σας είναι ικανό να διαχειριστεί μαθητές με ΣΔ1 σε περίπτωση απουσίας ΣΝ;	0,638	0,403	0,005*
Συμπτώματα όπως τρόμος (τρέμουλο), υπνηλία, εφίδρωση, πείνα και ζάλη ειναι σημάδια:	0,009*	0,947	0,965
Εάν η γλυκόζη στο αίμα ειναι 60 mg/dl:	<0,001*	0,066	0,215
Η ένεση γλυκαγόνης δίνεται:	0,863	0,371	0,760
Τα επίπεδα της hba1c αντιπροσωπεύουν τη μέση τιμή της γλυκόζης στο αίμα:	<0,001*	0,292	0,286
Πως λειτουργεί η ινσουλίνη;	0,230	0,682	0,850
Η ταχείας δράσης ινσουλίνη πρέπει να χορηγείται:	0,525	0,049*	0,426
Ο λόγος ινσουλίνης προς υδατάνθρακες σας ειναι 1 μονάδα για κάθε 10 γραμμάρια υδατάνθρακα. Σας έχει 60 γραμμάρια υδατάνθρακες. Πόσες μονάδες ταχείας ινσουλίνης θα πρέπει να δώσετε για την ποσότητα των υδατανθράκων που θα καταναλωθούν;	<0,001*	0,820	0,282
Η σωστή φροντίδα του ΣΔ μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο	<0,001*	0,643	0,544

Εάν κάποιος έχει αυτοάνοσο νόσημα οπως ο ΣΔ1, σημαίνει ότι το ανοσοποιητικό του σύστημα δεν λειτουργεί σωστά και είναι πιο πιθανό να παθαίνει κρυολογήματα και άλλες συνήθεις ασθένειες	0,022*	0,358	0,014*
Εάν κάποιος έχει αυτοάνοσο νόσημα οπως ο ΣΔ1, μπορεί να κινδυνεύει με άλλες αυτοάνοσες καταστάσεις όπως η νόσος του θυρεοειδούς η κοιλιακάκη	0,650	0,382	0,10
Ένα σχέδιο επείγουσας δράσης - φροντίδας	0,165	0,419	0,824
Η ινσουλίνη παράγεται	-	-	-
Στο ΣΔ1, χωρίς ινσουλίνη, τα επίπεδα γλυκόζης θα:	<0,001*	0,272	0,305
Στο ΣΔ1, το ανοσοποιητικό σύστημα:	0,714	0,354	0,694
Ένα άτομο με ΣΔ1	0,013*	0,467	0,262
Η διαβητική κετοξέωση είναι μια έκτακτη κατάσταση. Τα συμπτώματα είναι	0,589	0,928	0,166

Μόνο σε τρείς ερωτήσεις διαπιστώθηκε ότι η εμπειρία των σχολικών νοσηλευτών επηρεάζει σημαντικά τον τρόπο που απάντησαν. Αυτές οι ερωτήσεις αφορούν τα μέτρα προφύλαξης που υπάρχουν στα σχολεία (p=<0,001), την ικανότητα του σχολείου να διαχειριστεί έναν μαθητή με ΣΔ1 όταν λείπει ο ΣΝ (p=0,005) και τον τρόπο λειτουργείας του ανοσοποιητικού συστήματος (p=0,014).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα έρευνα φάνηκε ότι η πλειονότητα των ΣΝ διαπιστώνει ότι η έλλειψη ινσουλίνης στον ανθρώπινο οργανισμό αποτελεί την κύρια αιτία του ΣΔ1 με εκπληκτικό ποσοστό 89,3%. Επίσης, οι περισσότεροι ΣΝ (14%) θεωρούν ότι η ασθένεια οφείλεται στην ανικανότητα των νεφρών να αποβάλλουν τη γλυκόζη μέσω των ούρων. Παράλληλα, το υψηλό ποσοστό του 96,7% των ΣΝ θεωρεί ότι ο ΣΔ1 δεν μπορεί να θεραπευτεί. Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι η πλειονότητα (93,3%) δεν θεωρεί τη γενική εξέταση ούρων ως τον καλύτερο τρόπο ελέγχου του ΣΔ1.

Στο πλαίσιο των σχολικών μονάδων, η ενημέρωση και εκπαίδευση για το ΣΔ1 αναδεικνύονται ως αναγκαίες, καθώς το 100% των ΣΝ εκφράζει την πεποίθηση ότι πρέπει να υπάρχει ενημέρωση για αυτήν τη μορφή διαβήτη. Οι ΣΝ εκφράζουν σημαντικές ανησυχίες σχετικά με τη διαχείριση μαθητών με ΣΔ1, σε περίπτωση απουσίας του ΣΝ. Συγκεκριμένα, το 69% των σχολικών νοσηλευτών δηλώνει ότι το σχολείο δεν μπορεί να ανταπεξέλθει στη διαχείριση των μαθητών με ΣΔ1 σε απουσία τους, ενώ το 16% δηλώνει έλλειψη πληροφοριών επ› αυτού. Μόνο το 14,6% των σχολικών νοσηλευτών πιστεύει ότι το σχολείο είναι σε θέση να διαχειριστεί μαθητές με ΣΔ1 σε περίπτωση απουσίας σχολικού νοσηλευτή. Σχετικά με τα συμπτώματα της υπογλυκαιμίας, το 91,3% των σχολικών νοσηλευτών θεωρεί ότι ο τρόμος, η υπνηλία, η εφίδρωση, η πείνα και η ζάλη οφείλονται σε χαμηλά επίπεδα γλυκόζης στο αίμα. Ενώ το 85,6% των σχολικών νοσηλευτών προτιμά να παρέχει 10-15 γραμμάρια γρήγορων υδατανθράκων για την αντιμετώπιση της υπογλυκαιμίας, το 10% επιλέγει να προσφέρει το επόμενο γεύμα νωρίτερα, ενώ το 3,33% προτιμά να περιμένει και να ελέγχει τη γλυκόζη στο αίμα.

Επιπλέον, σχετικά με τη χρήση γλυκαγόνης, το 92% των σχολικών νοσηλευτών υποστηρίζει τη χορήγησή της σε περίπτωση απώλειας συνείδησης και πολύ χαμηλής γλυκόζης, ενώ το 64,6% των σχολικών νοσηλευτών θεωρεί ότι οι τιμές της HbA1c αντιπροσωπεύουν τη μέση τιμή της γλυκόζης στο αίμα των προηγούμενων 3 μηνών. Οι απαντήσεις των ΣΝ αποκαλύπτουν ένα υψηλό ποσοστό, περίπου 96%, που αναφέρει την γνώση όλων των προσφερόμενων επιλογών για τη φροντίδα του σακχαρώδη διαβήτη. Ωστόσο, παρατηρείται ένα μικρό ποσοστό, περίπου 1,33%, που εκφράζει αμφιβολίες σχετικά με τη σωστή φροντίδα, ενώ το ίδιο ποσοστό εκφράζει πίστη στο ότι η φροντίδα μπορεί να συμβάλει στη μείωση του κινδύνου προβλημάτων, ειδικότερα στους νεφρούς. Το ποσοστό του 0,6% εκφράζει την άποψη ότι η κατάλληλη φροντίδα μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο προβλημάτων στα μάτια, ενώ το ίδιο ποσοστό αναφέρει παρόμοιο αποτέλεσμα και για την καρδιά.

Ως προς τις απόψεις σχετικά με τη σχέση του ΣΔ1 με τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, το 62,6% των ΣΝ θεωρεί ότι δεν υπάρχει απαραίτητη συσχέτιση, ενώ το 25,3% πιστεύει το αντίθετο και το 12% διατηρεί αμφιβολίες. Περίπου το 52,6% των σχολικών νοσηλευτών πιστεύει ότι ο ΣΔ συνδέεται με άλλες αυτοάνοσες καταστάσεις, όπως παθήσεις του θυρεοειδούς ή κοιλιοκάκη, ενώ το 26% διαφωνεί με αυτήν την άποψη. Το 56% των ΣΝ πιστεύει ότι υπάρχει ένα σχέδιο επείγουσας δράσης-φροντίδας για το σακχαρώδη διαβήτη, που αναπτύσσεται από τον σχολικό νοσηλευτή. Ωστόσο, το 16% πιστεύει ότι το σχέδιο ανα-

πτύσσεται σε συνεργασία με την οικογένεια και την ομάδα υγείας, ενώ το 15,3% περιγράφει τα μέτρα που λαμβάνει η σχολική μονάδα για την ασφάλεια του παιδιού με διαβήτη.

Διερευνώντας τη σχέση μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου και των απαντήσεων των σχολικών νοσηλευτών σε όλες τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου παρατηρήθηκε ότι η αντίληψη των ΣΝ σχετικά με τη θεραπεία του ΣΔ1, τη χρήση της γενικής εξέτασης ούρων, τα μέτρα προφύλαξης στα σχολεία, την εκπαίδευση του προσωπικού, τα σημάδια του ΣΔ, τα επίπεδα γλυκόζης, τον υπολογισμό των υδατανθράκων, τη μείωση του κινδύνου, τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, τα επίπεδα ινσουλίνης, και την προσοχή που πρέπει να έχει ένα άτομο με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 σχετίζονται σημαντικά με το μορφωτικό επίπεδο.

Η επιπλέον επιμόρφωση που λαμβάνουν οι σχολικοί νοσηλευτές από διάφορους φορείς εξετάστηκε σε σχέση με τις απαντήσεις τους και προέκυψε ότι μόνο σε δύο ερωτήσεις υπάρχει σημαντική επίδραση της επιπλέον επιμόρφωσης στις απαντήσεις. Η εμπειρία των ΣΝ επηρεάζει σημαντικά τον τρόπο που απαντούν σε τρείς συγκεκριμένες ερωτήσεις, οι οποίες αφορούν στα μέτρα προφύλαξης στα σχολεία, στη δυνατότητα του σχολείου να διαχειριστεί έναν μαθητή με ΣΔ1 σε περίπτωση απουσίας του σχολικού νοσηλευτή. και στον τρόπο λειτουργίας του ανοσοποιητικού συστήματος παιδιών με ΣΔ1.

Περιορισμοί Μελέτης

Στους περιορισμούς της μελέτης ανήκει το δείγμα ευκολίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα συμπεράσματα αυτής της μελέτης δείχνουν ότι οι ΣΝ οι οποίοι έχουν μεταπτυχιακό στην φροντίδα και διαχείριση του ΣΔ υπερτερούν σε γνώσεις σε σχέση με τους ΣΝ που είτε έχουν παρακολουθήσει κάποιο σεμινάριο ή κέντρα δια βίου μάθησης είτε έχουν συμβουλευτεί γονείς. Τα έτη προϋπηρεσίας δεν συμβάλουν σε αντίστοιχο βαθμό στο θέμα των γνώσεων των ΣΝ που καλούνται να αναλάβουν παιδιά με ΣΔ1 καθώς είτε ορισμένοι από αυτούς δεν έχουν αναλάβει ακόμα κάποιο περιστατικό είτε αναλαμβάνουν για πρώτη φορά. Στην Ελλάδα, υπάρχουν ελάχιστα μεταπτυχιακά προγράμματα που να σχετίζονται με την εξειδίκευση στη σχολική νοσηλευτική και πολύ λίγα μεταπτυχιακά που ασχολούνται με την φροντίδα στο σακχαρώδη διαβήτη. Είναι σημαντικό λοιπόν να αναπτυχθούν τέτοιου είδους προγράμματα ώστε να υιοθετηθούν οι ορθές γνώσεις, αντιλήψεις και στάσεις κατά τη διαχείριση παιδιών και εφήβων με σακχαρώδη διαβήτη τύπου Ι στο σχολικό περιβάλλον.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Driscoll, K. A., Volkening, L. K., Haro, H., Ocean, G., Wang, Y., Jackson, C. C., Clougherty, M., Hale, D. E., Klingensmith, G. J., Laffel, L., Deeb, L. C., & Siminerio, L. M. (2015). Are children with type 1 diabetes safe at school? Examining parent perceptions. Pediatric Diabetes, 16(8), 613–620. https://doi.org/10.1111/PEDI.12204

Elamin, A., Omer, M. I. A., Zein, K., & Tuvemo, T. (1992). Epidemiology of Childhood Type I Diabetes in Sudan, 1987–1990. Diabetes Care, 15(11), 1556–1559. https://doi.org/10.2337/DIACARE.15.11.1556

International Diabetes Federation. (2021). IDF Diabetes Atlas 10th edition. www.diabetesatlas.org

Owens-Gary, M. D., & Allweiss, P. (2013). Addressing diabetes and depression in the school setting: the role of school nurses. NASN School Nurse (Print), 28(1), 15–19. https://doi.org/10.1177/1942602X12467650

Wodrich, D. L., Hasan, K., & Parent, K. B. (2011). Type 1 diabetes mellitus and school: a review. Pediatric Diabetes, 12(1), 63–70. https://doi.org/10.1111/J.1399-5448.2010.00654.X

Wood, J., Peters, A., Berg, E. G., Zacharatos, M. Z., Mccarren, M., & Wahowiak, L. (2018). TYPE 1 DIABETES Self-Care Manual. https://doi.org/10.2337/9781580406208

World Medical Association declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects' (2013) JAMA - Journal of the American Medical Association, 310(20), pp. 2191–2194. doi: 10.1001/JAMA.2013.281053

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

Investigation of School Nurses' knowledge of Type 1 Diabetes Mellitus

Evangelos Sakkas
MSc, School Nurse

ABSTRACT

Introduction: Type 1 diabetes mellitus often occurs in children, highlighting the importance of safety in the school environment for good progress. Children with T1D require specialized medical care, including diabetes nurses. Adolescents with T1D are at risk of poor glycemic control, highlighting the importance of the role of school nurses in managing the disease. Nurses' knowledge needs to be assessed regularly to prevent complications, and it is essential that they maintain up-to-date and reliable knowledge about diabetes care and management.

Aim: The aim of this research is to investigate and evaluate the level of knowledge of School Nurses regarding the management of children with Type 1 Diabetes Mellitus.

Material - Methods: The sample of this research includes 150 nurses of the field PE 87.02 or PE25 from all over Greece. The information was collected through an anonymous questionnaire, which included questions about demographics and questions related to the management of Type 1 Diabetes Mellitus care. The questionnaire was structured in google forms, the duration to answer the questionnaire was one month, more precisely from mid-November 2023 to mid-December 2023. For the analysis of the data, the Statistical Package for Social Sciences (SPSS v26.0) was used.

Results: The survey reveals that School Nursing is predominantly female-dominated (91%) with an average age of 33.36 years. 58.6% have a master's degree, with an average experience of 4.4 years. School Nurses work mainly in primary education (66.6%). In the second part, 89.3% consider insulin deficiency to be the main cause of Type 1 Diabetes Mellitus. About 69% are concerned about managing students with Type 1 Diabetes Mellitus in their absence. There are differences in answers depending on educational attainment and further training.

Conclusions: School Nurses who have a Master's degree in the care and management of Type 1 Diabetes Mellitus are superior in knowledge compared to School Nurses who have either attended a seminar or KEDIVIM or have consulted parents. The years of experience do not contribute to a similar degree to the issue of the knowledge of School nurses who are called to take care of children with Type 1 Diabetes Mellitus.

Key words: diabetes mellitus, school nurse, knowledge, students

Corresponding author:
Oremo Maria-Lois
email: marialoisoremo@gmail.com

Citation: Sakkas E. (2025). Investigation of School Nurses' knowledge of Type 1 Diabetes Mellitus. Hellenic Journal of Nursing Science 18(1): 43--50, https://doi.org./10.24283/hjns.202515

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

Διερεύνηση προσέλευσης εθελοντών αιμοδοτών πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την πανδημία Covid-19

Χριστίνα Μανδάνη[1], Ευσταθία Μακρή[2], Μαρία Μελισσηνού[1], Βασιλική Τσιρώνη[3], Αγγελική Μαμουρέλη[1], Μαρία Κοντάκη[4], Ηλιάνα Τσαμπούλα[1]

1. RN, MSc, PhD(c), Τμήμα Αιμοδοσίας Π.Γ.Ν. «Αττικόν»
2. Τεχνολόγος Ιατρικών Εργαστηρίων, Τμήμα Αιμοδοσίας Π.Γ.Ν. «Αττικόν»
3. Επισκέπτρια Υγείας, Τμήμα Αιμοδοσίας Π.Γ.Ν. «Αττικόν»
4. Παρασκευάστρια Ιατρικών Εργαστηρίων, Τμήμα Αιμοδοσίας Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Τα κέντρα μετάγγισης αίματος αντιμετώπισαν πολύ δύσκολες στιγμές κατά τη διάρκεια της παγκόσμιας πανδημίας COVID-19. Ως απάντηση σε αυτήν την πανδημία στη χώρα μας, η κυβέρνηση και οι υγειονομικές αρχές έλαβαν μέτρα για τη μείωση της μετάδοσης του κορωνοϊού και εφάρμοσαν μέτρα για την αύξηση της παροχής αίματος και την προστασία των εργαζομένων στον τομέα της υγείας, των αιμοδοτών και των ασθενών που έχρηζαν μετάγγισης.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης αποτέλεσε η διερεύνηση της προσέλευσης των αιμοδοτών πριν, μετά και κατά την περίοδο της πανδημίας του COVID-19.

Υλικό και Μέθοδος: Η παρούσα αναδρομική μελέτη πήρε έγκριση από το Επιστημονικό Συμβούλιο Γενικού και Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου της Αττικής με αριθμό πρωτοκόλλου 526 και ημερομηνία 12/7/2023. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν εθελοντές αιμοδότες που είχαν προσέλθει για να αιμοδοτήσουν από τον Ιανουάριο 2018 έως τον Δεκέμβριο του 2023. Τα επίπεδα σημαντικότητας ήταν αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα STATA 13.0.

Αποτελέσματα: Συνολικά, καταγράφηκαν στοιχεία από 54.168 άτομα που προσήλθαν για αιμοδοσία από το 2018 μέχρι και το 2023. Το 34,9% αυτών προσήλθε στην προ-Covid περίοδο (2018-2019), το 28,2% στην περίοδο του Covid (2020-2021) και το 36,9% μετά τον Covid (2022-2023). Τα ποσοστά αυτά διέφεραν σημαντικά μεταξύ τους ($p<0,001$).

Συμπεράσματα: Το ποσοστό προσέλευσης για αιμοδοσία μετά τον Covid ήταν σημαντικά υψηλότερο σε σύγκριση με αυτό που ήταν προ-Covid γεγονός το οποίο οδηγεί στο συμπέρασμα πως τα προληπτικά μέτρα για την προστασία της κοινότητας κέρδισαν την εμπιστοσύνη των αιμοδοτών οι οποίοι με την κοινωνική τους ευαισθησία συνεχίζουν και στηρίζουν τον ευγενή θεσμό της αιμοδοσίας.

Λέξεις - Κλειδιά: Αιμοδοσία, Εθελοντές Αιμοδότες, Προσέλευση, COVID-19, Πανδημία.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:
Μαρία Μελισσηνού, email: m.mel81@hotmail.com

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

Αναφορά του άρθρου ως: Μανδάνη Χρ., Μακρή Ε., Μελισσηνού Μ., Τσιρώνη Β., Μαμουρέλη Α., Κοντάκη Μ., Τσαμπούλα Η. (2025). Διερεύνηση προσέλευσης εθελοντών αιμοδοτών πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την πανδημία Covid-19. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης 18(1): 51-58, https://doi.org./10.24283/hjns.202516

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι μεταγγίσεις αίματος αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της υγειονομικής περίθαλψης σε όλους τους ιατρικούς κλάδους. Κατά μέσο όρο, περισσότερες από 118,5 εκατομμύρια μονάδες αίματος συλλέγονται ετησίως σε παγκόσμιο επίπεδο (Chiemetal., 2021; Guptaetal., 2020).Υπολογίζεται ότι το ποσοστό αιμοδοσίας είναι τρεις φορές υψηλότερο στις ανεπτυγμένες χώρες από ότι στις χώρες του τρίτου κόσμου. Μια πραγματικά δύσκολη περίοδο αντιμετώπισαν τα κέντρα μετάγγισης αίματος κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 παγκοσμίως (Kasanga et al., 2020). Το σύστημα της αιμοδοσίας επλήγη άμεσα, καθώς δεν υπήρχε προσέλευση εθελοντών αιμοδοτών υπό τον φόβο της ενδεχόμενης μόλυνσης από τον ιό (Silva-Malta et al.,2021).

Πιο συγκεκριμένα, η αναλογία της αιμοδοσίας μειώθηκε σημαντικά από 40% έως 67%, αφού οι εθελοντές αιμοδότες δεν προσέρχονταν σε κάποιο κέντρο μετάγγισης αίματος και έτσι, επηρεάστηκε σε μεγάλο βαθμό η ομαλή λειτουργία των υγειονομικών υπηρεσιών (Vassallo et al., 2021). Για την αντιμετώπιση αυτής της πρωτοφανούς πανδημίας στη χώρα μας η κυβέρνηση και οι υγειονομικές αρχές κλήθηκαν να λάβουν μέτρα για να ελαττώσουν την έξαρση των κρουσμάτων του κορωνοϊού και μέτρα για να αυξήσουν την προσφορά αίματος προστατεύοντας τους υγειονομικούς, τους αιμοδότες και τους μεταγγιζόμενους ασθενείς από τη μόλυνση του ιού (Delabranche et al.,2021; Bharat et al., 2021).

Ένα από τα πιο διαδεδομένα μέτρα ήταν ο περιορισμός της κυκλοφορίας (εγκλεισμός). Σημαντικό μέτρο ήταν η συνεργασία του Ε.Ο.Δ.Υ. με φορείς (τηλεοπτικούς σταθμούς, περιφέρειες, Πανελλήνια Ομοσπονδία Συλλόγων Εθελοντών Αιμοδοτών) για την πραγματοποίηση αιμοληψιών σε χώρους εκτός νοσοκομείων, όπου τηρούνται αυστηρώς τα πρωτόκολλα ασφάλειας της αιμοληψίας (π.χ. τήρηση της απόστασης των 2 μέτρων, χρήση αντισηπτικού υγρού και μάσκας) (Hakami et al., 2022; Raturi et al., 2020). Παρόλο που σύμφωνα με μελέτες, αποδείχθηκε ότι ο COVID-19 δεν μεταδίδεται από τη διαδικασία της μετάγγισης του αίματος, εάν ένας εθελοντής αιμοδότης έχει έρθει σε επαφή με επιβεβαιωμένο κρούσμα, τότε αποκλείεται από την αιμοδοσία 28 ημέρες από την τελευταία επαφή με τον ιο (Kandasamy et al.,2022; Dutt et al., 2022; Divya et al., 2021; Ogar et al., 2021). Ο υπεύθυνος ιατρός της αιμοδοσίας συμβουλεύει τα άτομα που έχουν διαγνωστεί ή είναι ύποπτα ότι έχουν COVID-19 να μην αιμοδοτήσουν τουλάχιστον 10 ημέρες μετά την πλήρη υποχώρηση των συμπτωμάτων ή, εάν ήταν ασυμπτωματικοί, τουλάχιστον 10 ημέρες μετά τη θετική διάγνωση, σύμφωνα με τον Οργανισμό Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) (Damulak et al., 2020; Grandone et al., 2020; Quaglietta et al.,2021). Τα άτομα στα οποία χορηγήθηκε οποιοδήποτε από τα 3 εμβόλια κατά του κορωνοϊού, που είναι εγκεκριμένα στις Η.Π.Α., μπορούν να αιμοδοτήσουν αμέσως μετά τον εμβολιασμό (García-Erce et al., 2021; Wang et al., 2020). Πρέπει να τονιστεί ότι σύμφωνα με τις πρόσφατες αναθεωρημένες οδηγίες του FDA των Η.Π.Α., η χρήση εργαστηριακών εξετάσεων για τον έλεγχο των εθελοντών αιμοδοτών για COVID-19 δεν συνιστάται (Tagny et al., 2021; Politis et al., 2020). Επομένως, εφόσον είναι γεγονός ότι οι κανόνες ασφάλειας τηρούνται και η προσφορά αίματος είναι ασφαλής, είναι επιτακτική ανάγκη να συνεχίσει να αιμοδοτεί κάποιος. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί η προσέλευση των αιμοδοτών πριν, μετά και κατά την περίοδο της πανδημίας του COVID-19.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η παρούσα αναδρομική μελέτη πήρε έγκριση από το Επιστημονικό Συμβούλιο Γενικού και Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου της Αττικής με αριθμό πρωτοκόλλου 526 και ημερομηνία 12/7/2023. Η παρούσα μελέτη ξεκίνησε τον Σεπτέμβριο του 2023 και ολοκληρώθηκε τον Αύγουστο του 2024. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν εθελοντές αιμοδότες που είχαν προσέλθει για να αιμοδοτήσουν από τον Ιανουάριο 2018 έως τον Δεκέμβριο του 2023. Προκειμένου να προχωρήσει στην αιμοδοτική διαδικασία ο εθελοντής αιμοδότης συμπληρώνει το «Ατομικό Ιστορικό Αιμοδότη» όπου η πρώτη ενότητα αφορά τα Δημογραφικά του χαρακτηριστικά. Από την συμπλήρωση των δημογραφικών χαρακτηριστικών των εθελοντών αιμοδοτών συλλέχθηκαν και τα αποτελέσματα της εν λόγω ερευνητικής μελέτης. Το δείγμα των συμμετεχόντων ήταν ευκολίας. Η επιλογή του βασίστηκε στην εύκολη και σύντομη πρόσβαση στο δείγμα. Συνολικά έγινε ανασκόπηση 54.168 φακέλων που περιείχαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εθελοντών αιμοδοτών ανά ημερομηνία και ανά έτος.

Η μελέτη και τα αποτελέσματα αυτής χωρίστηκαν σε τρεις περιόδους:

Περίοδος προ της πανδημίας: Έτος 2018 έως 2019.
Περίοδος της πανδημίας: Έτος 2020 έως 2021.
Περίοδος μετά την πανδημία: Έτος 2022 έως 2023.

Εργαλείο μέτρησης

Το εργαλείο μέτρησης αποτέλεσε το Ατομικό Ιστορικό Αιμοδότη που συμπληρώνετε από όλους τους εθελοντές αιμοδότες που προσέρχονται για να προσφέρουν αίμα σε όλες τις υπηρεσίες αιμοδοσίας παγκοσμίως. Τα αποτελέσματα της μελέτης συλλέχθηκαν από την ενότητα Στοιχεία Ταυτότητας Αιμοδότη (Εικόνα1). Με το πέρας της διαδικασίας αιμοδοσίας τα Ατομικά Ιστορικά Αιμοδότη φυλάσσονται κλειδωμένα στο αρχείο της Αιμοδοσίας (Δημόσιος χώρος φυλασσόμενος) και πρόσβαση σε αυτά έχει μόνο το εξουσιοδοτημένο προσωπικό της Αιμοδοσίας.

Εικόνα 1. Ατομικό Ιστορικό Αιμοδότη – Στοιχεία Ταυτότητας Αιμοδότη.



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ _____
ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ ΑΙΜΟΛΗΨΙΑΣ _____

Ημ/νία: _____

Barcode

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΙΜΟΔΟΤΗ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (Συμπληρώνεται από τον αιμοδότη)

Επώνυμο:		Όνομα:	
Πατρώνυμο:		Μητρώνυμο:	
Ημ/νια γέννησης:	____/____/____	Φύλο:	Ο Άρρεν / Ο Θήλυ
Τόπος γέννησης (Χώρα – Περιφέρεια):		Μορφωτικό επίπεδο:	
Διεύθυνση (οδός – αρ.):		Τ.Κ. - Πόλη:	
Τηλ.:	Κιν.:	Email:	
Αρ. Εθνικού Μητρώου Αιμοδότη:		ΑΜΚΑ:	

Δίνω αίμα: (Συμπληρώνεται από τον αιμοδότη)

□ 1. Εθελοντικά	
□ 2. Για Σύλλογο Εθελοντών Αιμοδοτών	Αρ. Μητρώου Συλλόγου/Ομάδας Εθελοντών Αιμοδοτών: _____
□ 3. Για Ομάδα Εθελοντών Αιμοδοτών	Σύλλογος/Ομάδα Εθελοντών Αιμοδοτών: _____
□ 4. Για Ασθενή	Ονοματεπώνυμο ασθενή: _____ Νοσοκομείο νοσηλείας: _____
□ 5. Για Ένοπλες Δυνάμεις	Στρατόπεδο αιμοληψίας: _____
□ Δηλώνω ότι επιθυμώ να εκδοθεί στο όνομά μου ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΕΘΕΛΟΝΤΗ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (δεν ισχύει για όσους προσφέρουν αίμα για συγγενικό περιβάλλον)	

Ζητήματα Ηθικής και Δεοντολογίας

Η παρούσα ερευνητική μελέτη έχει λάβει έγκριση από το Ερευνητικό και Επιστημονικό Συμβούλιο Γενικού και Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου της Αττικής με αριθμό πρωτοκόλλου 526 και ημερομηνία 12/7/2023. Στην πίσω σελίδα του Ατομικού Ιστορικού Αιμοδότη αναγράφονται αναλυτικά οι κάτωθι πληροφορίες:

Δηλώνω ότι διάβασα και κατανόησα το εκπαιδευτικό υλικό που μου δόθηκε, μου δόθηκε η δυνατότητα να υποβάλλω ερωτήσεις, έλαβα ικανοποιητικές

απαντήσεις και συγκατατίθεμαι εν επιγνώσει να προβώ στη διαδικασία αιμοδοσίας.

Βεβαιώνω ότι τι αίμα μου, είναι στη διάθεση της Υπηρεσίας Αιμοδοσίας γιο κάθε ασθενή που θα το χρειάζεται.

Βεβαιώνω ότι όλες οι πληροφορίες που παρέχω είναι ακριβείς βάσει όσων γνωρίζω.

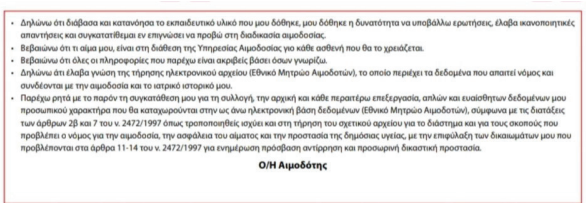
Δηλώνω άτι έλαβα γνώση της τήρησης ηλεκτρονικού αρχείου (Εθνικό Μητρώο Αιμοδοτών), το οποίο περιέχει τα δεδομένα που απαιτεί νόμος και συνδέονται με την αιμοδοσία και το ιατρικό ιστορικό μου.

Παρέχω ρητά με το παρόν τη συγκατάθεση μου για τη συλλογή, την αρχική και κάθε περαιτέρω επεξεργασία, απλών και ευαίσθητων δεδομένων μου προσωπικού χαρακτήρα που θα καταχωρούνται στην ως άνω ηλεκτρονική

βάση δεδομένων (Εθνικό Μητρώο Αιμοδοτών), σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 2β και 7 του ν. 2472/1997 όπως τροποποιηθείς ισχύει και στη τήρηση του σχετικού αρχείου για το διάστημα και για τους σκοπούς που προβλέπει ο νόμος για την αιμοδοσία, την ασφάλεια του αίματος και την προστασία της δημόσιας υγείας, με την επιφύλαξη των δικαιωμάτων μου που προβλέπονται στα άρθρα 11-14 του ν. 2472/1997 για ενημέρωση πρόσβαση αντίρρηση και προσωρινή δικαστική προστασία.

Έπειτα ζητείτε η υπογραφή του εθελοντή αιμοδότη ότι συναινεί στα όσα προαναφέρθηκαν (Εικόνα 2).

Εικόνα 2. Συναίνεση Επεξεργασίας Ατομικού Ιστορικού Αιμοδότη.



- Δηλώνω ότι διάβασα και κατανόησα το εκπαιδευτικό υλικό που μου δόθηκε, μου δόθηκε η δυνατότητα να υποβάλλω ερωτήσεις, έλαβα ικανοποιητικές απαντήσεις και συγκατατίθεμαι εν επιγνώσει να προβώ στη διαδικασία αιμοδοσίας.
- Βεβαιώνω ότι τι αίμα μου, είναι στη διάθεση της Υπηρεσίας Αιμοδοσίας γο κάθε ασθενή που θα το χρειάζεται.
- Βεβαιώνω ότι όλες οι πληροφορίες που παρέχω είναι ακριβείς βάσει όσων γνωρίζω.
- Δηλώνω ότι έλαβα γνώση της τήρησης ηλεκτρονικού αρχείου (Εθνικό Μητρώο Αιμοδοτών), το οποίο περιέχει τα δεδομένα που απαιτεί νόμος και συνδέονται με την αιμοδοσία και το ιατρικό ιστορικό μου.
- Παρέχω ρητά με το παρόν τη συγκατάθεσή μου για τη συλλογή, την αρχική και κάθε περαιτέρω επεξεργασία, απλών και ευαίσθητων δεδομένων μου προσωπικού χαρακτήρα που θα καταχωρούνται στην ως άνω ηλεκτρονική βάση δεδομένων (Εθνικό Μητρώο Αιμοδοτών), σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 2β και 7 του ν. 2472/1997 όπως τροποποιηθείς ισχύει και στη τήρηση του σχετικού αρχείου για το διάστημα και για τους σκοπούς που προβλέπει ο νόμος για την αιμοδοσία, την ασφάλεια του αίματος και την προστασία της δημόσιας υγείας, με την επιφύλαξη των δικαιωμάτων μου που προβλέπονται στα άρθρα 11-14 του ν. 2472/1997 για ενημέρωση πρόσβαση αντίρρηση και προσωρινή δικαστική προστασία.

Ο/Η Αιμοδότης

Στατιστική ανάλυση

Οι απόλυτες (n) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των κατηγορικών και των διατάξιμων μεταβλητών. Για τον έλεγχο κατανομής των ποσοστών αιμοδοσίας στο χρόνο έγινε x^2 έλεγχος ομοιογένειας. Για τη σύγκριση των χαρακτηριστικών του δείγματος μεταξύ των περιόδων και μεταξύ των εποχών χρησιμοποιήθηκε το Pearson's x^2 test. Για τον έλεγχο του σφάλματος τύπου Ι, λόγω των πολλαπλών συγκρίσεων χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση κατά Bonferroni σύμφωνα με την οποία το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,05/κ (κ= αριθμός των συγκρίσεων). Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα STATA 13.0.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Συνολικά, καταγράφηκαν στοιχεία από 54.168 άτομα που προσήλθαν για αιμοδοσία από το 2018 μέχρι και το 2023. Το 34,9% αυτών προσήλθε στην προ-Covid περίοδο (2018-2019), το 28,2% στην περίοδο του Covid (2020-2021) και το 36,9% μετά τον Covid (2022-2023). Τα ποσοστά αυτά διέφεραν σημαντικά μεταξύ τους (p<0,001). Συγκεκριμένα, το ποσοστό στην περίοδο του Covid ήταν σημαντικά χαμηλότερο από τα αντίστοιχα ποσοστά στις περιόδους πριν (p<0,001) και μετά (p<0,001) τον Covid. Επίσης, το ποσοστό προσέλευσης για αιμοδοσία μετά τον Covid ήταν σημαντικά υψηλότερο σε σύγκριση με αυτό που ήταν προ-Covid (p<0,001).

Σημαντική εποχιακή διακύμανση υπήρξε σε κάθε περίοδο. Πιο αναλυτικά, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι, πριν τον Covid, το ποσοστό προσέλευσης ήταν σημαντικά υψηλότερο το φθινόπωρο (27,8%) σε σύγκριση με όλες τις άλλες εποχές και το ποσοστό τον χειμώνα ήταν σημαντικά υψηλότερο από αυτό του καλοκαιριού (25,3% vs 23%, p<0,001). Στην περίοδο του Covid, το ποσοστό προσέλευσης ήταν σημαντικά υψηλότερο το χειμώνα (28,5%) σε σύγκριση με όλες τις άλλες εποχές και το ποσοστό το καλοκαίρι ήταν σημαντικά υψηλότερο από αυτό του φθινοπώρου (24,9% vs 22,7%, p<0,001). Μετά τον Covid, το ποσοστό προσέλευσης ήταν σημαντικά υψηλότερο το φθινόπωρο (28,2%) σε σύγκριση με όλες τις άλλες εποχές και ακολουθεί αυτό της άνοιξης (26,8%) που ήταν σημαντικά υψηλότερο από αυτό του χειμώνα και του καλοκαιριού. Εντός της κάθε εποχής, βρέθηκαν σημαντικές μεταβολές μεταξύ των τριών περιόδων (p<0,001). Συγκεκριμένα, τα ποσοστά του φθινοπώρου και της άνοιξης ακολουθούσαν το μοτίβο των συνολικών ποσοστών, δηλαδή ήταν σημαντικά χαμηλότερα στην περίοδο του Covid (22,7% για το φθινόπωρο και 23,9% για την άνοιξη) και σημαντικά υψηλότερα στην περίοδο μετά τον Covid (28,2% για το φθινόπωρο και 26,8% για την άνοιξη). Τα ποσοστά του χειμώνα (28,5%) και του καλοκαιριού (24,9%) κατά την περίοδο του Covid ήταν σημαντικά υψηλότερα σε σύγκριση τόσο με πριν όσο και με μετά τον Covid, ενώ μεταξύ των περιόδων πριν και μετά τον Covid δεν υπήρξαν σημαντικές διαφορές.

Σε όλες τις περιόδους, η πλειονότητα των αιμοδοτών ήταν άντρες (76,2% στην προ-Covid, 75,7% στην Covid και 74,2% στην μετά-Covid περίοδο) και έδωσαν αίμα για κάποιον ασθενή (49,9% στην προ-Covid, 48,4% στην Covid και 48,6% στην μετά-Covid περίοδο). Οι ηλικίες που ήταν οι περισσότεροι αιμοδότες ήταν 21-50 ετών σε όλες τις περιόδους. Συγκρίνοντας τις περιόδους μεταξύ τους βρέθηκε ότι τα ποσοστά των αιμοδοτών 1ης φοράς ήταν σημαντικά υψηλότερα στην Covid περίοδο (12,9%) σε σύγκριση τόσο με την πριν (9,7%, p<0,001) όσο και με την μετά-Covid περίοδο (11,4%, p<0,001) και το ποσοστό στην πριν-Covid περίοδο ήταν σημαντικά χαμηλότερο από αυτό της μετά-Covid περιόδου (p<0,001). Ακόμα, διέφεραν σημαντικά το φύλο, η ηλικία και οι λόγοι αιμοδοσίας μεταξύ των περιόδων. Πιο αναλυτικά, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι το ποσοστό των γυναικών μετά τον Covid ήταν σημαντικά υψηλότερο σε σύγκριση με πριν (25,8% vs 23,8%, p<0,001) και με την περίοδο του Covid (25,8% vs 24,3%, p=0,001).

Ακόμα, η ηλικία των αιμοδοτών στην περίοδο του Covid ήταν σημαντικά μεγαλύτερη σε σύγκριση με πριν (p<0,001) και η ηλικία μετά τον Covid ήταν σημαντικά μεγαλύτερη σε σύγκριση τόσο με πριν (p<0,001) όσο και με την ηλικία κατά τη διάρκεια του Covid (p<0,001). Το ποσοστό εθελοντικής αιμοδοσίας ήταν υψηλότερο κατά την περίοδο του Covid (27,3%) σε σύγκριση τόσο με πριν (19,7%) όσο και με μετά (22,7%), ενώ το ποσοστό αιμοδοσία λόγω συλλόγου

εθελοντών αιμοδοσίας ήταν χαμηλότερο κατά την περίοδο του Covid (24,3%) σε σύγκριση με τις άλλες δύο περιόδους (30,3% πριν και 28,7% μετά τον Covid). Επίσης, το ποσοστό εθελοντικής αιμοδοσίας μετά τον Covid ήταν υψηλότερο από αυτό που ήταν πριν τον Covid.

Το φύλο, η ηλικία, τα ποσοστά αιμοδοτών 1ης φοράς και ο λόγος αιμοδοσίας διαφοροποιούνταν σημαντικά ανάλογα με την εποχή (p<0,001). Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni, βρέθηκε ότι το ποσοστό των γυναικών την άνοιξη (20,9%) ήταν χαμηλότερο από τα αντίστοιχα ποσοστά του φθινοπώρου (26,1%, p<0,001) και του καλοκαιριού (24,8%, p<0,001) και το ποσοστό των γυναικών το φθινόπωρο ήταν σημαντικά υψηλότερο από αυτό του χειμώνα (26,1% vs 23,1%, p=0,001). Επιπροσθέτως, η ηλικία των αιμοδοτών την άνοιξη ήταν χαμηλότερη από όλων των υπολοίπων εποχών, όπως και η ηλικία των αιμοδοτών το χειμώνα σε σύγκριση με το φθινόπωρο και το καλοκαίρι. Το ποσοστό αιμοδοτών 1ης φοράς το φθινόπωρο (7,9%) ήταν σημαντικά χαμηλότερο από τα αντίστοιχα του χειμώνα (10%, p<0,001), της άνοιξης (11%, p<0,001) και του καλοκαιριού (9,9%, p<0,001), ενώ μεταξύ των υπολοίπων εποχών δεν υπήρξαν σημαντικές διαφορές (p>0,05) .Το ποσοστό εθελοντικής αιμοδοσίας το καλοκαίρι (25,9%) ήταν σημαντικά υψηλότερο από όλων των υπολοίπων εποχών και ακολουθεί το αντίστοιχο ποσοστό την άνοιξη (19,5%) που ήταν σημαντικά υψηλότερο από τα αντίστοιχα το φθινόπωρο (17,6%) και το χειμώνα (16,7%).

Η ηλικία, το ποσοστό αιμοδοτών 1ης φοράς και ο λόγος αιμοδοσίας διαφοροποιούνταν σημαντικά ανάλογα με την εποχή (p<0,001), ενώ δεν υπήρξε σημαντική διαφοροποίηση ως προς το φύλο (p>0,05). Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni, βρέθηκε ότι η ηλικία των αιμοδοτών το φθινόπωρο ήταν σημαντικά υψηλότερη από όλων των υπολοίπων εποχών, ενώ η ηλικία των αιμοδοτών το χειμώνα ήταν σημαντικά χαμηλότερη σε σύγκριση με την άνοιξη (p=0,001) και το καλοκαίρι (p=0,007). Επιπλέον, το ποσοστό αιμοδοτών 1ης φοράς ήταν σημαντικά υψηλότερο το φθινόπωρο (16,3%) σε σύγκριση με όλες τις άλλες εποχές (p<0,001), ενώ μεταξύ των υπολοίπων εποχών δεν υπήρξαν σημαντικές διαφορές (p>0,05). Το ποσοστό αιμοδοσίας εξαιτίας συλλόγου εθελοντών το χειμώνα (30,2%) ήταν σημαντικά υψηλότερο από όλων των υπολοίπων εποχών και το ποσοστό εθελοντικής αιμοδοσίας ήταν σημαντικά υψηλότερο το φθινόπωρο (30,8%) και την άνοιξη (32,4%) σε σύγκριση με τις άλλες εποχές.

Αναφορικά για την μετά-Covid περίοδο, το φύλο, η ηλικία, το ποσοστό αιμοδοτών 1ης φοράς και ο λόγος αιμοδοσίας διαφοροποιούνταν σημαντικά ανάλογα με την εποχή (p<0,05). Πιο αναλυτικά, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι το ποσοστό γυναικών το φθινόπωρο (27,9%) ήταν σημαντικά υψηλότερο από το αντίστοιχο ποσοστό των υπολοίπων εποχών. Οι αιμοδότες του καλοκαιριού ήταν σημαντικά μεγαλύτερης ηλικίας σε σύγκριση με τις υπόλοιπες εποχές και οι αιμοδότες του χειμώνα ήταν σημαντικά μικρότερης ηλικίας σε σύγκριση με του φθινοπώρου και της άνοιξης. Το ποσοστό αιμοδοτών 1ης φοράς ήταν σημαντικά χαμηλότερο το καλοκαίρι (10,3%) σε σύγκριση με το χειμώνα (12,2%, p=0,004) και την άνοιξη (12,1%, p=0,006). Το ποσοστό αιμοδοσίας εξαιτίας συλλόγου εθελοντών το φθινόπωρο (33,6%) ήταν σημαντικά υψηλότερο από όλων των υπολοίπων εποχών και το αντίστοιχο του χειμώνα (29,9%) ήταν σημαντικά υψηλότερο από αυτό της άνοιξης (26,9%) και του καλοκαιριού (23%).

Σχετικά με τους αιμοδότες 1ης φοράς, σε όλες τις περιόδους, η πλειονότητα των 1ων αιμοδοτών ήταν άντρες, χωρίς να ποσοστά τους να διαφοροποιούνται σημαντικά μεταξύ των τριών περιόδων (p>0,05). Η ηλικία και ο λόγος αιμοδοσίας των αιμοδοτών 1ης φοράς διέφεραν σημαντικά μεταξύ των τριών περιόδων (p<0,001). Πιο αναλυτικά, το ποσοστό εθελοντικής αιμοδοσίας μειωνόταν σημαντικά από περίοδο σε περίοδο (p<0,001). Επίσης, προ-Covid η ηλικία αιμοδοτών 1ης φοράς ήταν σημαντικά υψηλότερη σε σύγκριση με τις άλλες περιόδους και μετά-Covid η ηλικία αιμοδοτών 1ης φοράς ήταν σημαντικά χαμηλότερη σε σύγκριση με τις προηγούμενες περιόδους. Σημαντική διαφοροποίηση υπήρξε και στις εποχές που έδιναν αίμα για πρώτη φορά οι συμμετέχοντες, μεταξύ των τριών περιόδων. Συγκεκριμένα, πριν τον Covid τα υψηλότερα ποσοστά αιμοδοτών 1ης φοράς καταγράφηκαν το χειμώνα (26,3%) και την άνοιξη (27,3%), κατά την περίοδο του Covid τα υψηλότερα ποσοστά ήταν το φθινόπωρο (28,8%) και το χειμώνα (27,3%) και μετά τον Covid τα υψηλότερα ποσοστά καταγράφηκαν το φθινόπωρο (27,1%) και την άνοιξη (28,3%).

Όσον αφορά τους λόγους που προσήλθαν για αιμοδοσία οι αιμοδότες 1ης φοράς ανάλογα με την ηλικία τους βρέθηκαν τα κάτωθι αποτελέσματα. Τόσο συνολικά (δηλαδή σε όλες τις περιόδους) όσο και ανά περίοδο οι μικρότερης ηλικίας αιμοδότες 1ης φοράς, δηλαδή όσοι ήταν κάτω των 20 ετών, έδωσαν αίμα εξαιτίας κάποιου συλλόγου εθελοντών αιμοδοσίας ή εθελοντικά, ενώ τα μεγαλύτερης ηλικίας άτομα έδωσαν κατά κύριο λόγο για συγκριμένο ασθενή.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Αναμφισβήτητα, η ανάγκη για αίμα είναι μια από τις σημαντικότερες προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι χώρες παγκοσμίως. Για τον λόγο αυτό, η διεξαγωγή της παρούσας ερευνητικής μελέτης αποσκοπούσε στη διερεύνηση της προσέλευσης των εθελοντών αιμοδοτών προ , μετά και κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Αναμφίβολα όπως έχει προκύψει από αρκετές μελέτες την περίοδο έξαρσης του COVID, η προσέλευση των αιμοδοτών μειώθηκε αισθητά αποτέλεσμα που πιστοποιείται και από την παρούσα μελέτη (Gkirtsou et al., 2022; Kandasamy et al.,2022; Dutt et al., 2022; Hakami et al., 2022; Rubin,

2022; Chiem et al., 2021; Silva-Malta et al.,2021; Vassallo et al., 2021; Delabranche et al., 2021; Bharat et al., 2021; Divya et al., 2021; Ogar et al., 2021; Quaglietta et al.,2021; García-Erce et al., 2021; Tagny et al., 2021 Dinardo et al., 2021; Loua et al., 2021; Gammon et al.,2021; Kasanga et al., 2020; Stanworth et al.,2020; Raturi et al., 2020; Damulak et al., 2020; Wangetal., 2020; Politis et al., 2020). Έχει φανεί και από παλαιότερα στοιχεία μελετών ότι τον χειμώνα και την άνοιξη η προσέλευση για αιμοδοσία είναι αρκετά υψηλότερη από το καλοκαίρι και τους φθινοπωρινούς μήνες (Piersma et al.,2017; Chassé et al., 2016; Wevers et al., 2014; Lattimore et al., 2015; Glynn et al., 2002; Leibrecht e tal., 1976).

Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι πριν την πανδημία το ποσοστό προσέλευσης ήταν σημαντικά υψηλότερο το φθινόπωρο σε σύγκριση με όλες τις άλλες εποχές και το ποσοστό τον χειμώνα ήταν σημαντικά υψηλότερο από αυτό του καλοκαιριού ενώ την περίοδο του Covid, το ποσοστό προσέλευσης ήταν σημαντικά υψηλότερο το χειμώνα γεγονός που έρχεται σε συμφωνία με παρόμοιες μελέτες (Quaglietta et al.,2021; García-Erce et al., 2021; Tagny et al., 2021; Damulak et al., 2020; Wang et al., 2020; Politis et al., 2020).

Μετά τον Covid, το ποσοστό προσέλευσης ήταν σημαντικά υψηλότερο το φθινόπωρο σε σύγκριση με όλες τις άλλες εποχές και ακολουθούσε αυτό της άνοιξης που ήταν σημαντικά υψηλότερο από αυτό του χειμώνα και του καλοκαιριού. Η χαμηλή προσέλευση που παρατηρείται το καλοκαίρι αποτελεί μείζον πρόβλημα καθότι οι ανάγκες για αίμα δε σταματούν ποτέ και ιδιαίτερα το καλοκαίρι που λόγω τουρισμού χρειάζεται να υπάρχει και επιπλέον απόθεμα για να καλυφθούν και τυχόν ατυχήματα και έκτακτα περιστατικά. Από την παρούσα μελέτη προέκυψε ότι η πλειονότητα των αιμοδοτών ήταν άντρες σε όλες τις περιόδους μέτρησης γεγονός που συμφωνεί και με άλλες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί στο παρελθόν (Piersma et al.,2017; Chassé et al., 2016; Wevers et al., 2014; Lattimore et al., 2015; Glynn et al., 2002; Leibrecht e tal., 1976).

Στην παρούσα μελέτη σε όλες τις περιόδους, η πλειονότητα των αιμοδοτών ήταν άντρες, χωρίς να ποσοστά τους να διαφοροποιούνται σημαντικά μεταξύ των τριών περιόδων. Το ποσοστό εθελοντικής αιμοδοσίας ήταν υψηλότερο κατά την περίοδο του Covid (27,3%) σε σύγκριση τόσο με πριν (19,7%) όσο και με μετά (22,7%), ενώ το ποσοστό αιμοδοσία λόγω συλλόγου εθελοντών αιμοδοσίας ήταν χαμηλότερο κατά την περίοδο του Covid (24,3%) σε σύγκριση με τις άλλες δύο περιόδους (30,3% πριν και 28,7% μετά τον Covid). Το συγκεκριμένο εύρημα είναι απόλυτα λογικό δεδομένου του γεγονότος ότι την περίοδο του COVIDδεν διενεργούνταν κινητά συνεργεία για την εξυπηρέτηση συλλόγων και εταιρειών εξωτερικά από τις δομές αιμοδοσίας. Επίσης, το ποσοστό εθελοντικής αιμοδοσίας μετά τον Covid ήταν υψηλότερο από αυτό που ήταν πριν τον Covid εύρημα που μας επιτρέπει να συμπεράνουμε ότι η παγκόσμια αυτή υγειονομική κρίση κέντρισε την ευαισθησία των πολιτών για προσφορά προς τους συνανθρώπους μας που έχουν ανάγκη. Τέλος, οι μεγαλύτεροι σε ηλικία αιμοδότες έδιναν αίμα στην πλειοψηφία τους για κάποιο ασθενή σε όλες τις περιόδους που εξετάστηκαν ενώ τα πιο νέα άτομα αποδείχθηκε πως προσέφεραν αίμα σε εθελοντική βάση πιο συχνά από τους μεγαλύτερους εύρημα που συμφωνεί και με παρόμοιες μελέτες που πραγματοποιήθηκαν (Gkirtsou et al., 2022; Rubin, 2022; Tagny et al., 2021; Gammon et al.,2021; Dinardo et al., 2021; Loua et al., 2021; Politis et al., 2020; Stanworth et al.,2020).

Περιορισμοί Μελέτης

Στους περιορισμούς της μελέτης θα πρέπει να αναφερθεί πως τα αποτελέσματα που αναφέρθηκαν αφορούν ένα νοσοκομείο της Αττικής και τα συμπεράσματα δεν μπορούν να γενικευθούν και να προσδώσουν μια πλήρη εικόνα της επίπτωσης του COVID σε ολόκληρη τη χώρα. Στους περιορισμούς της παρούσας εργασίας θα μπορούσε να συμπεριληφθεί το ότι πρόκειται για αναδρομική μελέτη. Οι αιμοπεταλιοδότες δεν συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Στα δημογραφικά στοιχεία των αιμοδοτών αναφέρεται και το μορφωτικό επίπεδο το οποίο όμως είναι προαιρετικό πεδίο και αρκετοί εθελοντές δε το συμπλήρωναν με αποτελέσματα αυτή η μεταβλητή να μη συμπεριλαμβάνεται στη μελέτη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα μελέτη αποτελεί ένα ακόμα στοιχείο που δείχνει ότι η πανδημία COVID-19 είχε αρνητικό αντίκτυπο στην αιμοδοσία. Ωστόσο, τα μέτρα που ελήφθησαν εγκαίρως από τους αρμόδιους φορείς σιγά σιγά κέρδισαν πίσω την εμπιστοσύνη των εθελοντών αιμοδοτών που επέστρεψαν και μάλιστα αύξησαν το ποσοστό προέλευσης που είχε καταγραφεί προ της πανδημίας. Με την ισορροπία μεταξύ προσφοράς και ζήτησης αίματος να αποδεικνύεται τόσο εύθραυστη, οι τράπεζες αίματος σε όλο τον κόσμο αναζητούν πιο αποτελεσματικούς τρόπους για την προσέλκυση νέων δοτών. Τα πιο κοινά κίνητρα για αιμοδοσία παγκοσμίως είναι ο αλτρουισμός, η κοινωνική ευθύνη, η φιλανθρωπία και η στήριξη ασθενούς που προέρχεται από το άμεσο οικογενειακό περιβάλλον του εθελοντή. Η κατανόηση των άμεσων κινήτρων των αιμοδοτών θα συμβάλει στην ενίσχυση της στρατολόγησής τους. Η προσέλκυση νεότερων ατόμων και περισσότερων γυναικών είναι στις άμεσες προτεραιότητες των αρμόδιων φορέων που ασχολούνται με την επάρκεια αίματος. Η πανδημία του COVID-19 έχει δώσει πολλά μαθήματα σχετικά με την παροχή και την επάρκεια αίματος. Τα διδάγματα που αντλήθηκαν μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να αντιμετωπιστούν μελλοντικές πανδημίες, κρούσματα και έκτακτα περιστατικά δημόσιας υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Bharat, S., Rahul, K., Indraneel, D., Anubha, S., Atul, P., Preeti, E. and Rajendra, C., 2021. Impact of COVID-19 pandemic on the pattern of blood donation and blood safety: experience from a hospital-based blood center in North India. Asian Journal of Transfusion Science, 15, pp.119–124.

Chassé, M., McIntyre, L., English, S.W., Tinmouth, A., Knoll, G., Wolfe, D., Wilson, K., Shehata, N., Forster, A., van Walraven, C. and Fergusson, D.A., 2016. Effect of blood donor characteristics on transfusion outcomes: a systematic review and meta-analysis. Transfusion Medicine Reviews, 30(2), pp.69–80.

Chiem, C., Alghamdi, K., Nguyen, T., Han, J.H., Huo, H. and Jackson, D., 2021. The impact of COVID-19 on blood transfusion services: a systematic review and meta-analysis. Transfusion Medicine and Hemotherapy, 30, pp.1–12.

Damulak, O.D., Lugos, M.D., Ayuba, Z., Ma'an, V.T., Jatau, E.D., Gaya, F. and Rumji, E., 2020. Coronavirus pandemic: the impact on the zonal blood service of a developing country. Africa Sanguine, 22, pp.11–17.

Delabranche, X., Kientz, D., Tacquard, C. et al., 2021. Impact of COVID-19 and lockdown regarding blood transfusion. Transfusion, 61, pp.2327–2335.

Dinardo, C.L., Vieira, M.J., Rocha, V. and Mendrone-Júnior, A., 2021. Changes in blood donation and utilization secondary to Covid-19 outbreak. Transfusion and Apheresis Science, 60, p.103102.

Divya, N.S., Vanishree, H.R., Jaikar, S.K.B. et al., 2021. Impact of COVID 19 pandemic on blood transfusion services at a rural based district Hospital Blood-Bank, India. Indian Journal of Pathology and Oncology, 8, pp.50–54.

Dutt, N., Sharma, S. and Sidhu, M., 2022. Impact of COVID-19 outbreak on the blood donation and utilization and strategies adopted to combat it in a tertiary care center of Jammu province. International Journal of Research in Medical Sciences [online], 10, pp.341–346.

Gammon, R.R., Prichard, A.B., Gannett, M.S. and Yordanov, B., 2021. The effect of COVID-19 on blood donation habits. Transfusion, 61, pp.1134–1140.

García-Erce, J.A., Romón-Alonso, Í., Jericó, C. et al., 2021. Blood donations and transfusions during the COVID-19 pandemic in Spain: impact according to autonomous communities and hospitals. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18, p.3480.

Gkirtsou, C., Konstantinidis, T., Cassimos, D., Konstantinidou, E.I., Kontekaki, E.G., Rekari, V., Bezirtzoglou, E., Martinis, G. and Stergiannis, P., 2022. Views and attitudes of blood donors toward blood donation during the COVID-19 pandemic in Thrace Region, Greece. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(9), p.4963.

Glynn, S.A., Kleinman, S.H. and Schreiber, G.B., 2002. Motivations to donate blood: demographic comparisons. Transfusion, 42, pp.216–225.

Grandone, E., Mastroianno, M., Caroli, A. and Ostuni, A., 2020. Blood supply and transfusion support in southern Italy: findings during the first four weeks of the SARS-CoV-2 pandemic. Blood Transfusion, 18, pp.230–232.

Gupta, A.M., Ojha, S., Poojary, M., S.H.S., Nagaraju, P. and Dhokle, R., 2020. Organization of the outdoor blood donation drives amid novel coronavirus pandemic and national lockdown: an experience from a tertiary care oncology institution in India. Transfusion and Apheresis Science, 59, p.102878.

Hakami, N.Y., Al-Sulami, A.J., Alhazmi, W.A. et al., 2022. Impact of COVID-19 on blood donation and supply: a multicenter cross-sectional study from Saudi Arabia. BioMed Research International, 2022, p.1474426.

Kandasamy, D., Shastry, S., Chenna, D. and Mohan, G., 2022. COVID-19 pandemic and blood transfusion services: the impact, response and preparedness experience of a tertiary care blood center in southern Karnataka, India. Hematology, Transfusion and Cell Therapy, 44, pp.17–25.

Kasanga, M., Mudenda, S., Gondwe, T., Chileshe, M., Solochi, B. and Wu, J., 2020. Impact of COVID-19 on blood donation and transfusion services at Lusaka provincial blood transfusion centre, Zambia. Pan African Medical Journal, 35, p.74.

Lattimore, S., Wickenden, C. and Brailsford, S.R., 2015. Blood donors in England and North Wales: demography and patterns of donation. Transfusion, 55, pp.91–99.

Leibrecht, B.C., Hogan, J.M., Luz, G.A. and Tobias, K.I., 1976. Donor and nondonor motivations. Transfusion, 16, pp.182–189.

Loua, A., Kasilo, O.M., Nikiema, J.B., Sougou, A.S., Kniazkov, S. and Annan, E.A., 2021. Impact of the COVID-19 pandemic on blood supply and demand in the WHO African Region. Vox Sanguinis, 116, pp.774–784.

Ogar, C.O., Okoroiwu, H.U., Obeagu, E.I., Etura, J.E. and Abunimye, D.A., 2021. Assessment of blood supply and usage pre- and during COVID-19 pandemic: a lesson from non-voluntary donation. Transfusion Clinique et Biologique, 28, pp.68–72.

Piersma, T.W., Bekkers, R., Klinkenberg, E.F., De Kort, W.L.A.M. and Merz, E.M., 2017. Individual, contextual and network characteristics of blood donors and non-donors: a systematic review of recent literature. Blood Transfusion, 15(5), pp.382–397.

Politis, C., Richardson, C., Hassapopoulou-Matamis, H. et al., 2020. Strategies for blood collection and optimization of the blood supply chain during the COVID-19 pandemic in Greece. ISBT Science Series, 15, pp.386–392.

Quaglietta, A., Nicolucci, A., Posata, R., Frattari, A., Parruti, G. and Accorsi, P., 2021. Impact of Covid-19 epidemic on the activities of a blood centre, transfusion support for infected patients and clinical outcomes. Transfusion Medicine, 31, pp.160–166.

Raturi, M. and Kusum, A., 2020. The blood supply management amid the COVID-19 outbreak. Transfusion Clinique et Biologique, 27, pp.147–151.

Rubin, R., 2022. COVID-19 and blood donation. JAMA, 327(7), pp.615.

Silva-Malta, M.C., Rodrigues, D.O., Chaves, D.G., Magalhães, N.N., Ribeiro, M.A., Cioffi, J.G. and Martins, M.L., 2021. Impact of COVID-19 in the attendance of blood donors and production on a Brazilian Blood Centres. Transfusion Medicine, 31, pp.206–212.

Stanworth, S.J., New, H.V., Apelseth, T.O., Brunskill, S., Cardigan, R., Doree, C., Germain, M. et al., 2020. Effects of the COVID-19 pandemic on supply and use of blood for transfusion. The Lancet Haematology, 7, pp.e756–e764.

Tagny, C.T., Lendem, I., Ngo Sack, F. et al., 2021. Trends in blood donations, blood donors' knowledge, practices and expectations during the COVID-19 pandemic in Cameroon. Vox Sanguinis, 116, pp.637–644.

Vassallo, R.R., Bravo, M.D. and Kamel, H., 2021. Pandemic blood donor demographics - do changes impact blood safety? Transfusion, 61, pp.1389–1393.

Wang, Y., Han, W., Pan, L. et al., 2020. Impact of COVID-19 on blood centres in Zhejiang province China. Vox Sanguinis, 115, pp.502–506.

Wevers, A., Wigboldus, D.H.J., De Kort, W.L.A.M. et al., 2014. Characteristics of donors who do or do not return to give blood and barriers to their return. Blood Transfusion, 12, pp.s37–s43.

Yahia, A.I., 2020. Management of blood supply and demand during the COVID-19 pandemic in King Abdullah Hospital, Bisha, Saudi Arabia. Transfusion and Apheresis Science, 59, p.102836.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

Exploration of the attendance of voluntary blood donors before, during and after the Covid-19 pandemic

Christina Mandani[1], Efstathia Makri[2], Maria Melissinou[1], Vasiliki Tsironi[3], Angeliki Mamoureli[1], Maria Kontaki[4], Iliana Tsamboula[1]

1. RN, MSc, PhD(c), Department of Hematology, Attikon National University
2. Medical Laboratory Technologist, Department of Hematology, Attikon National University
3. Health Visitor, Department of Hematology, Attikon National University
4. Medical Laboratory Technician, Department of Hematology, Attikon National University

ABSTRACT

Introduction: Blood transfusion centres have faced very difficult times during the global COVID-19 pandemic. In response to this unprecedented pandemic in our country, governments and health authorities have taken measures to reduce the transmission of the coronavirus and implemented measures to increase blood supply and protect health workers, blood donors and patients who needed transfusion.

Aim: The aim of this research study was to investigate the attendance of blood donors before, after and during the period of the COVID-19 pandemic.

Material and Methods: This retrospective study was approved by the Scientific Council of the General and University Hospital of Attica with protocol number 526 and date 12/7/2023. The sample of the study was voluntary blood donors who had come to donate blood from January 2018 to December 2023. Significant levels were two-sided and statistical significance was set at 0.05. The statistical program STATA 13.0 was used for the data analysis.

Results: In total, data was recorded from 54,168 people who came to donate blood from 2018 to 2023. 34.9% of them came in the pre-Covid period (2018-2019), 28.2% in the Covid period (2020-2021) and 36.9% post-Covid (2022-2023). These percentages differed significantly from each other ($p<0.001$).

Conclusions: The attendance rate for blood donation after Covid was significantly higher compared to what was pre-Covid, a fact that allows us to conclude that the preventive measures to protect the community won the trust of blood donors whoshow their social sensitivity and support the noble institution of blood donation.

Keywords: Blood Donation, Voluntary Blood Donors, Attendance, COVID-19, Pandemic.

Corresponding author:
Maria Melissinou
email: m.mel81@hotmail.com

Citation: Mandani Chr., Makri E., Melissinou M., Tsironi V., Mamoureli A., Kontaki M., Tsampoula H. (2025). Exploration of the attendance of voluntary blood donors before, during and after the Covid-19 pandemic. Hellenic Journal of Nursing Science 18(1): 51-58, https://doi.org./10.24283/hjns.202516

Η παρηγορητική φροντίδα ως ανθρώπινο δικαίωμα στις χώρες της Ευρώπης

Αγγελική Παύλου[1], Ιωάννης Π. Κιουμής[2], Καλλιόπη Χατζίκα[3], Πασχαλίνα Κοντού[4]

1. Νοσηλεύτρια Msc «Εξειδίκευση στη Νοσηλευτική των ΜΕΘ», «Διαχείριση γήρανσης και χρόνιων νοσημάτων», Νοσηλεύτρια παιδιατρικής κλινικής, ΓΝΘ «Γ. Γεννηματάς»
2. Ομότιμος Καθηγητής Πνευμονολογίας-Λοιμωξιολογίας ΑΠΘ, Διευθυντής Καρδιοχειρουργικής ΜΕΘ, «Γενική Κλινική Θεσσαλονίκης»
3. Νοσηλεύτρια MSc PhD, Τομεάρχης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, ΓΝΘ «Γ. Παπανικολάου»
4. Πνευμονολόγος-Εντατικολόγος PhD, Διευθύντρια ΕΣΥ Α΄ ΜΕΘ, ΓΝΘ «Γ. Παπανικολάου»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Παρά την ανάπτυξη της παρηγορητικής φροντίδας σε ευρωπαϊκό επίπεδο, η ανησυχία των πολιτών σχετικά με την ποιότητα της φροντίδας που τους παρέχεται στο τέλος της ζωής τους εξακολουθεί να είναι μεγάλη. Οι ανάγκες για παρηγορητική φροντίδα ποικίλλουν σε κάθε χώρα. Επιχειρήθηκε μία ανασκόπηση αφηγηματικού κυρίως χαρακτήρα που σκοπό είχε την καταγραφή της υπάρχουσας κατάστασης και την παράθεση των τάσεων εξέλιξης στον τομέα της παρηγορητικής φροντίδας στα διάφορα κράτη της Ευρώπης καθώς και η σχέση τους με τα θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα. Μελετήθηκαν 19 χώρες της Ευρώπης με 3 πεδία μελέτης: την παροχή υπηρεσιών παρηγορητικής φροντίδας, την πρόσβαση σε αναλγητικές θεραπείες και την διαχείριση πρακτικών τέλους ζωής. Συνοπτικά διαπιστώθηκε ότι η πρόσβαση στην παρηγορητική φροντίδα είναι καθολική σε όλες σχεδόν τις χώρες που μελετήθηκαν, υπάρχει όμως άνιση κατανομή ανάλογα με την περίπτωση των ασθενών που την χρειάζονται. Ανισότητες στην παροχή παρηγορητικής φροντίδας υπάρχουν και όσον αφορά τη γεωγραφική κατανομή ενώ λίγες είναι οι χώρες με προγράμματα παρηγορητικής φροντίδας σε παιδιατρικούς ασθενείς. Οι περισσότεροι θάνατοι σημειώνονται σε περιβάλλον νοσοκομείου ή ξενώνα σε όλες τις χώρες που μελετήθηκαν παρά την αντίθετη επιθυμία των ασθενών. Παρατηρήθηκε ανεπαρκής αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου με οπιοειδή φάρμακα κυρίως σε χώρες της Ανατολικής Ευρώπης. Τέλος, στον τομέα της ευθανασίας και της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας δεν υπάρχει ενιαία στρατηγική στην Ευρώπη. Η ανασκόπηση αυτή, έχει αφηγηματικό χαρακτήρα και δεν προορίζεται για ανάλυση ή σύνθεση. Όμως παρέχει ένα ολοκληρωμένο υπόβαθρο για την κατανόηση της τρέχουσας κατάστασης της παρηγορητικής φροντίδας ανά την Ευρώπη.

Λέξεις κλειδιά: αναλγησία, ανθρώπινα δικαιώματα, διαχείριση τέλους ζωής, ευθανασία, Ευρωπαϊκή Ένωση, παρηγορητική φροντίδα.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:
Αγγελική Παύλου, email: pav_angel@hotmail.com

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

Αναφορά του άρθρου ως: Παύλου Α., Κιουμής Ι.Π., Χατζίκα Κ., Κοντού Π. (2025). Η παρηγορητική φροντίδα ως ανθρώπινο δικαίωμα στις χώρες της Ευρώπης. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης 18(1): 59-69, https://doi.org./10.24283/hjns.202517

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρηγορητική φροντίδα είναι μία προσέγγιση που βελτιώνει την ποιότητα της ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους όταν αντιμετωπίζουν προβλήματα που σχετίζονται με ασθένειες που περιορίζουν τη ζωή ανακουφίζοντάς τους παράλληλα από τον πόνο και τα ενοχλητικά συμπτώματα της νόσου. Ορίζεται ως η ολιστική διαχείριση των σωματικών, ψυχολογικών, κοινωνικών, πνευματικών και νομικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν τα άτομα αυτά. Η παρηγορητική φροντίδα έχει αναγνωριστεί ως κρίσιμο μέρος της ολοκληρωμένης ανθρωποκεντρικής υγείας, είναι ένα ανθρώπινο δικαίωμα και είναι πολύ σημαντικό να παρέχεται από την αρχή της διάγνωσης, παράλληλα με την κύρια θεραπεία. Καθώς ο πληθυσμός της Ευρώπης γερνάει σταθερά και αυξάνονται τα ποσοστά επιβίωσης ατόμων με απειλητικές για τη ζωή ασθένειες, η ανάπτυξη της παρηγορητικής φροντίδας κρίνεται κάτι περισσότερο από αναγκαία. Ενώ όμως η ανάπτυξη των υπηρεσιών παρηγορητικής φροντίδας φαίνεται να έχει βελτιωθεί σημαντικά και η ειδικότητα της παρηγορητικής ιατρικής να έχει αναγνωριστεί από τις περισσότερες χώρες, η ανησυχία των πολιτών σχετικά με την ποιότητα της φροντίδας που τους παρέχεται στο τέλος της ζωής τους εξακολουθεί να είναι μεγάλη (Davies et al 2014).

Η παρηγορητική φροντίδα και οι ανάγκες για παρηγορητική φροντίδα ποικίλλουν ανάλογα με την γεωγραφική θέση, την πολιτική, κοινωνική και οικονομική κατάσταση καθώς και με την κουλτούρα της κάθε χώρας. Καθώς όλες οι χώρες οφείλουν να σέβονται τις αρχές των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, έχουν υποχρέωση και πρέπει να προσπαθήσουν να ενσωματώσουν την παρηγορητική φροντίδα στα συστήματα υγείας τους με τον καλύτερο δυνατό τρόπο έτσι ώστε αυτή να είναι αποτελεσματική για το περιβάλλον της εκάστοτε χώρας. Όμως, οι στρατηγικές για την διασφάλιση της παρηγορητικής φροντίδας πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τις μεγάλες διαφορές που υπάρχουν μεταξύ των χωρών σε οικονομικό, πολιτικό, πολιτισμικό και κοινωνικό επίπεδο. Κατά συνέπεια, το περιεχόμενο αυτής της ειδικής φροντίδας δεν μπορεί να είναι απόλυτα συγκεκριμένο αλλά πιο γενικό με διαφορετική καθοδήγηση για κάθε χώρα. Σε κάθε περίπτωση, οι αρχές του ανθρωπισμού και ο σεβασμός στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια επιβάλλουν την παροχή της κατάλληλης φροντίδας σε όλους τους ασθενείς συμπεριλαμβανομένων και αυτών που βρίσκονται στο τέλος της ζωής τους (Pourghazian et al 2022). Με την παρούσα μελέτη επιχειρήθηκε μία ανασκόπηση της σύγχρονης βιβλιογραφίας, αφηγηματικού κυρίως χαρακτήρα, που σκοπό είχε την καταγραφή της υπάρχουσας κατάστασης και την παράθεση των τάσεων εξέλιξης στον τομέα της παρηγορητικής φροντίδας στα διάφορα κράτη της Ευρώπης καθώς και η σχέση τους με τα θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα.

Επιλέχθηκαν έρευνες από το 2010 και μετά, τόσο από ποιοτικές όσο και από ποσοτικές μελέτες. Η αναζήτηση των άρθρων έγινε ηλεκτρονικά μέσα από τις πλατφόρμες του PubMed και του Google Scholar καθώς και από επίσημες ιστοσελίδες των υπουργείων υγείας των διαφόρων χωρών. Δεδομένα επίσης συλλέχτηκαν και από τις ιστοσελίδες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) και της Ευρωπαϊκής Ένωσης Παρηγορητικής φροντίδας. Οι χώρες που μελετήθηκαν ήταν αυτές με ικανό αριθμό δημοσιευμένων άρθρων και κατηγοριοποιήθηκαν με γεωγραφικά κριτήρια. Η μελέτη εστίασε κυρίως σε 3 πεδία: την παροχή υπηρεσιών παρηγορητικής φροντίδας, την πρόσβαση σε αναλγητικές θεραπείες και την διαχείριση πρακτικών τέλους ζωής.

Η ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΩΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ

Το 1990 αναγνωρίστηκε για πρώτη φορά η πρόσβαση στην παρηγορητική φροντίδα και τη διαχείριση του πόνου ως ζήτημα που αφορά τα ανθρώπινα δικαιώματα. Μετά από μία δεκαετία, τον Αύγουστο του 2000, η επιτροπή οικονομικών, κοινωνικών και πολιτιστικών δικαιωμάτων του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ) όρισε την παρηγορητική φροντίδα ως συστατικό του ευρύτερου δικαιώματος στην υγεία. Συγκεκριμένα, για το δικαίωμα στο υψηλότερο επίπεδο υγείας, όρισε ρητά ότι: «τα κράτη έχουν την υποχρέωση να σέβονται το δικαίωμα στην υγεία αποφεύγοντας να αρνούνται ή να περιορίζουν την ίση πρόσβαση για όλα τα άτομα στις προληπτικές, θεραπευτικές και ανακουφιστικές υπηρεσίες υγείας». Υπογράμμισε επίσης τη σημασία της «προσοχής και φροντίδας για τα χρόνια και τελικώς άρρωστα άτομα, απαλύνοντάς τους από πόνους που μπορούν να αποφευχθούν και δίνοντάς τους τη δυνατότητα να πεθάνουν με αξιοπρέπεια». Ωστόσο, η απαραίτητη προσοχή στην παρηγορητική φροντίδα από τα Όργανα και τις Χώρες του ΟΗΕ, δόθηκε μόλις τα τελευταία 10 χρόνια (Ezer et al 2018).

Η παρηγορητική φροντίδα είναι άμεσα συνδεδεμένη με τις αρχές των ανθρωπίνων δικαιωμάτων όσο αφορά την περίθαλψη των ασθενών. Δυστυχώς όμως με βάση τα στοιχεία του ΠΟΥ μόνο το 14% του παγκόσμιου πληθυσμού λαμβάνουν επαρκώς την παρηγορητική φροντίδα που χρειάζονται. Εκατομμύρια άνθρωποι κάθε χρόνο που υποφέρουν από μέτριο έως σοβαρό πόνο, δεν έχουν πρόσβαση στο κατάλληλο φάρμακο, συμπεριλαμβανομένων και των ασθενών με καρκίνο τελικού σταδίου. Αυτό σε συνδυασμό με την ολοένα και μεγαλύτερη αύξηση του μέσου όρου ζωής, καθιστούν την παρηγορητική φροντίδα κάτι περισσότερο από αναγκαία. Για αυτό το λόγο, η οργάνωση «Παγκόσμια Συμμαχία για την Παρηγορητική Φροντίδα» (Worldwide Palliative Care Alliance) έκανε σύσταση σε όλες τις κυβερνήσεις για ένταξη της παρηγορητικής φροντίδας στα συστήματα υγείας τους, παράλληλα με τη θεραπευτική φροντίδα.

Καθώς οι διεθνείς συμβάσεις τονίζουν το δικαίωμα του ατόμου να είναι απαλλαγμένο από βασανιστήρια όπως και από σκληρή, απάνθρωπη ή ταπεινωτική μεταχείριση, η αναλγητική θεραπεία κρίνεται απαραίτητη. Σύμφωνα με εισηγητές του ΟΗΕ, εάν η άρνηση πρόσβασης στην κατάλληλη αναλγητική θεραπεία προκαλεί έντονο πόνο και ταλαιπωρία στον ασθενή, τότε μπορεί να είναι ισοδύναμη της σκληρής, απάνθρωπης και ταπεινωτικής μεταχείρισης και συνεπώς

να καταπατείται το συγκεκριμένο ανθρώπινο δικαίωμα. Στο πλαίσιο δικαιωμάτων των ασθενών για την παρηγορητική φροντίδα, συγκαταλέγονται εκτός των άλλων, το δικαίωμα στη σωματική ακεραιότητα το οποίο συνδέεται με την αυτονομία και την αυτοδιάθεση του ασθενή καθώς και το δικαίωμα στη μη διάκριση και ισότητα. Με βάση αυτά, θεωρείται παράνομη οποιαδήποτε ιατρική πράξη που γίνεται ερήμην του ασθενή, χωρίς την ενημερωμένη συγκατάθεσή του και χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι επιθυμίες του σχετικά με τη θεραπεία. Παράνομη θεωρείται επίσης η στέρηση παρηγορητικής θεραπείας για λόγους όπως θρησκευτικούς, φυλετικούς, πολιτικούς και κοινωνικούς (Barros de Luca et al 2017).

Είναι γεγονός ότι το μεγαλύτερο κομμάτι της παρηγορητικής φροντίδας αφορά τους ηλικιωμένους. Το 2014 διορίζεται από τον ΟΗΕ, η Χιλιανή καθηγήτρια Rosa Kornfeld-Matte, ως η πρώτη ανεξάρτητη εμπειρογνώμονας για την εξασφάλιση όλων των ανθρωπίνων δικαιωμάτων από τους ηλικιωμένους. Από τότε υπάρχει εξέλιξη στον τομέα των δικαιωμάτων των ηλικιωμένων με ορόσημο την Διαμερικανική σύμβαση για τα δικαιώματα των ηλικιωμένων που υιοθετήθηκε το 2015. Είναι η πρώτη συνθήκη που αναφέρεται ρητά στην παρηγορητική φροντίδα και που εκτός των άλλων επιβάλλει στις χώρες την θέσπιση διαδικασιών οι οποίες θα επιτρέπουν στα ηλικιωμένα άτομα να εκφράζουν εκ των προτέρων την θέλησή τους σχετικά με τις παρεμβάσεις της υγειονομικής περίθαλψης. Στην Ευρώπη, εγκρίθηκε το 2014 από το Συμβούλιο της Ευρώπης μία σειρά από μη δεσμευτικές συστάσεις για την προαγωγή των ανθρώπινων δικαιωμάτων των ηλικιωμένων. Μία ενότητα αυτών των συστάσεων αναφέρεται στην παρηγορητική φροντίδα και ορίζει το δικαίωμα πρόσβασης των ηλικιωμένων ατόμων στην παρηγορητική φροντίδα «σε ένα περιβάλλον που συνάδει με τις ανάγκες και τις προτιμήσεις τους, συμπεριλαμβανομένου του κατ΄ οίκον και σε χώρους μακροχρόνιας φροντίδας».

Τέλος, δεν μπορεί να παραληφθεί η αναφορά στην παρηγορητική φροντίδα σε συνδυασμό με τα δικαιώματα των παιδιών. Η παρηγορητική φροντίδα ως σημαντικό συστατικό της υγείας των παιδιών είναι αναγνωρισμένη από την επιτροπή των Ηνωμένων Εθνών για τα δικαιώματα του παιδιού. Ωστόσο είναι γεγονός ότι το ζήτημα αυτό σπάνια εξετάζεται στις ανασκοπήσεις των εκθέσεων των χωρών. Η σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τα δικαιώματα του παιδιού αναφέρεται σε σημαντικά δικαιώματα όπως για παράδειγμα το δικαίωμα του παιδιού να συμμετέχει σε αποφάσεις που επηρεάζουν την φροντίδα του καθώς και το δικαίωμα της σωστής ενημέρωσής του για την ασθένειά του λαμβάνοντας υπόψη τις επιθυμίες, την ηλικία και την ικανότητα που έχει να κατανοεί. Οι αρχές αυτές αντικατοπτρίζονται από τον «Χάρτη των Δικαιωμάτων για τα παιδιά με περιορισμένη διάρκεια ζωής και τα παιδιά με απειλητικά για τη ζωή νοσήματα» καθώς και από την Χάρτα της Τεργέστης που επικεντρώθηκαν ειδικά στα δικαιώματα του ετοιμοθάνατου παιδιού. Δυστυχώς όμως, παρόλο που ο τομέας της παρηγορητικής φροντίδας σε σχέση με τα δικαιώματα των ηλικιωμένων έχει προχωρήσει, στον τομέα που αφορά τα δικαιώματα των παιδιών δεν δίνεται η απαραίτητη σημασία από τις διάφορες χώρες με συνέπεια να χρειάζονται ακόμη πολλά για να φτάσει στο επιθυμητό επίπεδο (Ezer et al 2018).

Η ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Στην Ευρώπη η ενοποίηση των πρωτοβουλιών παρηγορητικής φροντίδας και των εθνικών συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης έρχεται αντιμέτωπη με ποίκιλες προκλήσεις κυρίως λόγω των διαφορετικών ιστορικών και πολιτισμικών πλαισίων. Για παράδειγμα σε διοικητικό επίπεδο, η παρηγορητική φροντίδα έχει θεωρητικά την κατάλληλη χρηματοδότηση αλλά αυτή χορηγείται με διαφορετικούς τρόπους για κάθε χώρα η κάθε μία εκ των οποίων αντιμετωπίζει παρόμοιες προκλήσεις. Δηλαδή ενώ η κάθε χώρα μπορεί να επιλέξει διαφορετικές δομές και διαδικασίες για την ενσωμάτωση της παρηγορητικής φροντίδας, όλες οφείλουν να ευθυγραμμίσουν τις αξίες, τα ενδιαφέροντα και τις κοινωνικές σχέσεις μεταξύ των φροντιστών (Gurp et al 2022).

Όπως ήδη αναφέρθηκε, ο αριθμός των ατόμων με χρόνια ασθένεια συνεχώς αυξάνεται και ιδιαίτερα στην Ευρώπη που ως γνωστόν «γερνάει». Καθώς οι ασθενείς με περιορισμένο προσδόκιμο επιβίωσης συνεχώς αυξάνονται, αναπόφευκτα αυξάνονται και οι ανάγκες σε παρηγορητική φροντίδα αυτών των ασθενών. Νοσήματα που παλαιότερα οδηγούσαν σε γρήγορο θάνατο τώρα έχουν γίνει χρόνια και οδηγούν σε αναπηρία, ανεπάρκεια πολλαπλών οργάνων, χρόνια κόπωση, χρόνιο πόνο και πολλαπλές συνοσυρρότητες. Επομένως αυξάνονται δραματικά και οι ανάγκες φροντίδας αυτών των ασθενών σε οργανωμένο επίπεδο. Πολλές μορφές καρκίνου σήμερα αντιμετωπίζονται πιο αποτελεσματικά και οδηγούν σε ασθενείς χρονίως πάσχοντες που χρήζουν υποστήριξης.

Η ευρωπαϊκή οργάνωση για την παρηγορητική φροντίδα (EAPC), ήδη από το 2003, έχει εκδώσει τον Ευρωπαϊκό άτλαντα παρηγορητικής φροντίδας παρέχοντας στοιχεία και νόρμες για σύγκριση στον τομέα της ανακουφιστικής φροντίδας μεταξύ χωρών της Ευρώπης, αλλά και κατευθυντήριες οδηγίες στην οργάνωση και την παροχή παρηγορητικής φροντίδας σε χρόνιους πάσχοντες, ασθενείς τελικού σταδίου και ηλικιωμένους ασθενείς. Οι οδηγίες αυτές τίθενται σε συνεχή έλεγχο και αναθεώρηση με σκοπό την εναρμόνιση στις συνεχώς αυξανόμενες ανάγκες του πληθυσμού και στην εισαγωγή νέων τεχνολογικών και πληροφοριακών συστημάτων στις δομές υγείας (Radbruch & Payne 2010). Η συνεχής ανάπτυξη στον τομέα της παρηγορητικής φροντίδας στην Ευρώπη αποτελεί μια πρόκληση για τους υπεύθυνους λήψης πολιτικών και διοικητικών αποφάσεων ώστε να αποφασίσουν που και πότε θα αναπτυχθούν τέτοιες υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας αλλά και πως πρέπει να εξοπλιστούν και να διαμορφωθούν οι πάροχοι αυτής της φροντίδας. Όσον αφορά το διοικητικό και πολιτικό κομμάτι ο στόχος είναι πάντα η μείωση του κόστους και η διατήρηση επαρκούς ποιότητας παροχής υπηρεσιών.

Η EAPC ήδη από το 2009 έχει εστιάσει στην παροχή κανόνων και όχι προτύπων στην παροχή παρηγορητικής φροντίδας. Η εφαρμογή κοινών κανόνων βοηθά στην επίτευξη κοινών στόχων για την αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας ενώ τα πρότυπα συνήθως οδηγούν στο ελάχιστο αποτέλεσμα κάτω από το οποίο η παροχή παρηγορητικής φροντίδας δε θα ήταν δυνατή.

Προκειμένου να αναπτυχθεί αποτελεσματικά και να ενσωματωθεί η παρηγορητική φροντίδα στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, ο ΠΟΥ πρότεινε ένα υγειονο-δημοσιονομικό μοντέλο. Αυτό το μοντέλο περιλαμβάνει συμβουλές και κατευθυντήριες γραμμές προς τις κυβερνήσεις για την εφαρμογή της εθνικής παρηγορητικής φροντίδας με βάση τέσσερα στοιχεία:

1) Την παροχή κατάλληλων πολιτικών
2) Την επαρκή χρήση φαρμάκων
3) Την εκπαίδευση των εργαζομένων στον τομέα της υγείας αλλά και του κοινού και
4) Την εφαρμογή υπηρεσιών παρηγορητικής φροντίδας σε όλα τα επίπεδα της κοινωνίας.

Αυτή η διαδικασία ενσωματώνεται πάντα στο πολιτιστικό πλαίσιο, τα δημογραφικά στοιχεία, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της κάθε χώρας. Στόχος της θέσπισης αυτών των κοινών κανόνων είναι η επίτευξη κοινών στόχων στην παροχή παρηγορητικής φροντίδας υγείας, όπως οι παρακάτω:

- Η προώθηση της ποιότητας και η μείωση των διαφορών στα νέα αλλά και στα υφιστάμενα προγράμματα.
- Η ανάπτυξη της παρηγορητικής φροντίδας σε όλες τις δομές υγείας.
- Η διασύνδεση των προγραμμάτων παρηγορητικής φροντίδας στην κοινότητα, σε ξενώνες και σε ένα ευρύ φάσμα άλλων υπηρεσιών υγείας.
- Η ανάπτυξη προγραμμάτων και η συνεχής βελτίωση της κλινικής παρηγορητικής φροντίδας.
- Η καθιέρωση ομοιόμορφων και αποδεκτών ορισμών που αναφέρονται στα βασικά στοιχεία της ανακουφιστικής φροντίδας έτσι ώστε να γίνει εφικτή η προώθηση της ποιότητας, της συνέπειας και της αξιοπιστίας αυτών των υπηρεσιών σε όλα τα επίπεδα περίθαλψης.
- Η θέσπιση εθνικών στόχων για πρόσβαση σε μια ποιοτική παρηγορητική φροντίδα.
- Η ενίσχυση της μέτρησης της απόδοσης και η παροχή πρωτοβουλιών βελτίωσης της ποιότητας παροχής υπηρεσιών (Davies & Higginson 2004).

Καθώς η «απόλαυση του υψηλοτέρα εφικτού επιπέδου υγείας» αποτελεί ένα από τα θεμελιώδη δικαιώματα του κάθε ανθρώπου, η Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας το 2014 αποφάνθηκε ότι η παρηγορητική φροντίδα αποτελεί δεοντολογική ευθύνη των συστημάτων υγείας. Είναι ηθικό καθήκον των επαγγελματιών υγείας να ανακουφίζουν τον ασθενή από τον πόνο και την κάθε είδους ταλαιπωρία ανεξάρτητα από το αν η ασθένειά του είναι θεραπεύσιμη. Ως εκ τούτου, η ενσωμάτωση της παρηγορητικής φροντίδας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη καθώς και η ενσωμάτωσή της στην κατ' οίκον φροντίδα κρίνεται κάτι περισσότερο από απαραίτητη. Ενώ όμως τα εκάστοτε συστήματα υγείας πρέπει να λαμβάνουν υπόψη όχι μόνο το βάρος της ασθένειας αλλά και το ευρύτερο βάρος της ταλαιπωρίας, οι εκτιμήσεις που είναι διαθέσιμες σχετικά με το βάρος της ταλαιπωρίας που σχετίζεται με τις ανίατες ασθένειες αλλά και με την προσβασιμότητα των ασθενών στην παρηγορητική φροντίδα είναι πολύ λίγες (Krakauer et al 2023).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα ανασκόπηση μελετήθηκαν 19 χώρες της Ευρώπης, κατανεμημένες κυρίως γεωγραφικά, σχετικά με την παροχή τους σε υπηρεσίες παρηγορητικής φροντίδας, την πρόσβαση των ασθενών σε επαρκή αναλγητική θεραπεία και το νομικό πλαίσιο περί ευθανασίας και ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Τα κυριότερα μοντέλα παρηγορητικής φροντίδας των περισσότερων χωρών, περιλαμβάνουν νοσηλείες κατ οίκον, νοσοκομειακή περίθαλψη και περίθαλψη σε ξενώνες. Αρκετές από τις χώρες έχουν επίσης και ομάδες συμβουλευτικής, οι οποίες δίνουν συμβουλές για την παρηγορητική φροντίδα σε ασθενείς, φροντιστές αλλά και σε επαγγελματίες υγείας.

Η πρόσβαση στην παρηγορητική φροντίδα είναι στις περισσότερες περιπτώσεις ενταγμένη στα Εθνικά Συστήματα Υγείας των χωρών και θεωρητικά είναι δωρεάν. Εξαίρεση αποτελεί η Ελβετία, όπου πολλές φορές η παρηγορητική φροντίδα δεν καλύπτεται από την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας και το κόστος επιβαρύνει τον ασθενή (Biller-Andorno & Zeltner 2015). Παρόλο που η πρόσβαση στην παρηγορητική φροντίδα είναι καθολική σε όλες σχεδόν τις χώρες που μελετήθηκαν, φαίνεται ότι υπάρχει άνιση κατανομή σε πολλές περιπτώσεις. Αυτό έχει ως απόρροια, οι ογκολογικοί ασθενείς να έχουν καλύτερη και ευκολότερη πρόσβαση σε παροχές παρηγορητικής φροντίδας σε σχέση με ασθενείς που πάσχουν από άλλες χρόνιες και απειλητικές για τη ζωή ασθένειες στην πλειοψηφία των χωρών. Επίσης, άνιση είναι η παροχή παρηγορητικής φροντίδας όσον αφορά τη γεωγραφική κατανομή ακόμα και σε χώρες με υψηλό επίπεδο παρηγορητικής φροντίδας όπως το Ηνωμένο Βασίλειο και η Ελβετία (Bradley et al 2022; Campling et al 2022; Bavelaar et al 2022; Sleeman et al 2021; French et al 2021; Macgregor et al 2021; Burbeck et al 2014; Twamley et al 2014).

Μεγαλύτερο πρόβλημα αντιμετωπίζουν χώρες με μεγάλες εκτάσεις και μεγάλη πληθυσμιακή διασπορά όπως οι Σκανδιναβικές, χωρίς όμως να εξαιρούνται και άλλες χώρες όπως για παράδειγμα η Ελλάδα και η Ιταλία. Η χαμηλή κοινωνικοοικονομική θέση επηρεάζει αρνητικά την πρόσβαση ασθενών στην παρηγορητική φροντίδα όπως φαίνεται στην περίπτωση της Δανίας και της Ελλάδας σε αντίθεση με το Ηνωμένο Βασίλειο όπου δεν υπάρχουν στοιχεία να τη συσχετίζουν (Anagnostou et al 2023; Bavelaar et al 2022; Panagiotou et al 2022; Scaccabarozzi et al 2019; Giannouli et al 2019; Timm et al 2017).

Τέλος είναι λίγες οι χώρες που έχουν συμπεριλάβει στα προγράμματα παρηγορητικής φροντίδας τους παιδιατρικούς ασθενείς. Η Ιταλία, η Δανία, το Ηνωμένο Βασίλειο και η Πολωνία είναι από τις χώρες με υπηρεσίες παρηγορητικής φροντίδας παίδων, αν και όπως φαίνεται δεν παρέχουν επαρκή φροντίδα στις περισσότερες περιπτώσεις. Η Ουγγαρία την τελευταία δεκαετία έχει παρουσιάσει σημαντική εξέλιξη στην παρηγορητική φροντίδα για παιδιά και ειδικά η κατ' οίκον παρηγορητική φροντίδα είναι διαθέσιμη στο 40% περίπου του παιδιατρικού πληθυσμού. Από την άλλη πλευρά, χώρες όπως το Λουξεμβούργο, που συγκαταλέγεται ανάμεσα στις κορυφαίες χώρες της Ευρώπης στον τομέα της παρηγορητικής φροντίδας, δεν έχουν αναπτύξει καθόλου τον παιδιατρικό τομέα της (Nissen et al 2022; Voetmann et al 2022; Földesi et al 2022; Zemplényi et al 2020; Jespersen et al 2014; Twamley et al 2014).

Σε πολλές χώρες της Ευρώπης, οι άνθρωποι εξακολουθούν να μην μπορούν να στηρίξουν την παρηγορητική φροντίδα, καθώς δεν είναι εξοικειωμένοι με την έννοια του θανάτου. Αυτή η μη αποδοχή του θανάτου έχει ως συνέπεια σημαντικές δυσκολίες στην οικογένεια του ασθενούς η οποία δεν είναι πάντα πρόθυμη να δεχτεί την παρηγορητική φροντίδα στο σπίτι. Έτσι, ενώ μεγάλο ποσοστό των ασθενών εκφράζει την επιθυμία να πεθάνει σε οικείο περιβάλλον, οι περισσότεροι θάνατοι σημειώνονται σε περιβάλλον νοσοκομείου ή ξενώνα σε όλες τις χώρες που μελετήθηκαν. Η ευαισθητοποίηση και η ενημέρωση του κοινού σε θέματα παρηγορητικής φροντίδας και θανάτου σχετίζεται εκτός των άλλων και με πολιτιστικά και κοινωνικά ταμπού και επηρεάζει τις αποφάσεις των ασθενών και των φροντιστών τους αλλά και τον τομέα της εθελοντικής δράσης σε πολλές περιπτώσεις. Εξαίρεση αποτελεί το Ηνωμένο Βασίλειο και η Πολωνία. Η τελευταία μάλιστα έχει αναπτύξει μία σειρά εθνικών εκστρατειών με τίτλο «Το Hospice is also life» που έκανε την κοινωνική εκπαίδευση σε θέματα ζωής και θανάτου αλλά και τη γνώση σχετικά με την παρηγορητική φροντίδα ευρέως διαδεδομένη. Επίσης στη Σουηδία το πρόγραμμα DoBra έχει δημιουργηθεί για τον ίδιο σκοπό (Guzowski et al 2024; Lachowski et al 2023; Campling et al 2022; Burbeck et al 2014; Lindqvist & Tishelman 2016; Tishelman 2018).

Όσο αφορά την εθελοντική δράση, φαίνεται να είναι διαδεδομένη στον τομέα της παρηγορητικής φροντίδας σε αρκετές χώρες, ανάμεσά τους και η Ελλάδα, η οποία βασίζει μεγάλο τμήμα του τομέα της παρηγορητικής φροντίδας της στους εθελοντές. Στη Σουηδία οι περισσότεροι ξενώνες παρηγορητικής φροντίδας διευθύνονται από μη κυβερνητικούς οργανισμούς αλλά και στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι ξενώνες στηρίζονται σε φιλανθρωπίες σε ποσοστό πάνω από 70%. Στην Πολωνία, ήδη από το 1970 οι ξενώνες παρηγορητικής φροντίδας είχαν τις ρίζες τους στην αλληλεγγύη και τον εθελοντισμό ενώ και στην Ρουμανία ο φιλανθρωπικός οργανισμός Hospice Casa Sperantei, ξεκίνησε τις υπηρεσίες παρηγορητικής φροντίδας σε μη κυβερνητικό επίπεδο από το 1992 παρέχοντας δωρεάν υπηρεσίες για τους δικαιούχους και τις οικογένειές τους. Αντίθετα, η Ουγγαρία έχει πολύ χαμηλά ποσοστά εθελοντών (Ågren et al 2023; Nieszporska 2022; Bavelaar et al 2022; Zemplényi et al 2020; Westerlund et al 2018; Mosoiu et al 2014).

Παρά τη διεθνώς αναγνωρισμένη ιατρική ανάγκη για την αντιμετώπιση του χρόνιου καρκινικού και μη πόνου και την ένταξη των οπιοειδών αναλγητικών στην παρηγορητική θεραπεία για την αντιμετώπισή του, ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού έχει μικρή ή και καθόλου πρόσβαση σε αυτά. Η νομοθεσία συχνά φέρει μεγάλα εμπόδια όσο αφορά τη συνταγογράφηση, τη διάθεση και τη διανομή κυρίως σε χώρες όπως η Ελλάδα και η Πολωνία ενώ αντίθετα στις περισσότερες χώρες της Κεντρικής και Βόρειας Ευρώπης η χρήση οπιοειδών αναλγητικών ως μέρος της παρηγορητικής θεραπείας, είναι ευρέως διαδεδομένη. Η ετυμολογία και η ερμηνεία της λέξης και ο φόβος ανεπιθύμητων παρενεργειών φαίνεται επίσης να αποτελεί εμπόδιο τόσο στη συνταγογράφηση όσο και στη χρήση τους από τους ασθενείς σε πολλές χώρες κυρίως της Ανατολικής Ευρώπης, επειδή εκεί τα κοινωνικά και πολιτισμικά ταμπού είναι ακόμη πολύ ισχυρά (Schwarz et al 2024; Camartin & Björkhem-Bergman 2022; Maréchal et al 2022; Engi et al 2022; Verthein et al 2020; Bedene et al 2019; Csikos et al 2018; Borgsteede et al 2009).

Καινοτόμο στην αντιμετώπιση του χρόνιου και σοβαρού πόνου είναι το Ηνωμένο Βασίλειο. Εκτός από την συνταγογράφηση των οπιοειδών η οποία γίνεται από ιατρούς και εξειδικευμένους στην παρηγορητική φροντίδα νοσηλευτές, υπάρχουν και τα κοινωνικά φαρμακεία τα οποία ιδρύθηκαν για να παρέχουν απόθεμα αλλά και συμβουλές σχετικά με τη χρήση τέτοιων φαρμάκων για αναλγησία (Bradley et al 2022; Campling et al 2022).

Στον τομέα της ευθανασίας και της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας δεν υπάρχει ενιαία αντιμετώπιση ανάμεσα στις χώρες της Ευρώπης. Οι περισσότερες από τις χώρες θεωρούν την ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία έγκλημα και σε πολλές περιπτώσεις και αμάρτημα. Ωστόσο, το δικαίωμα του ασθενή στην άρνηση της θεραπείας είναι αναγνωρισμένο από την πλειοψηφία των χωρών. Η Ολλανδία είναι η πρώτη χώρα που νομιμοποίησε την ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία ήδη από το 2002. Ακολούθησε το Βέλγιο, το Λουξεμβούργο, η Ισπανία και τον Μάιο του 2023 και η Πορτογαλία. Η Ολλανδία παραμένει πρωτοπόρα στον τομέα με τη νομιμοποίηση της ευθανασίας και σε ανήλικους ασθενείς κάτω των 12 ετών. Η Ελβετία παρότι δεν έχει νομιμοποιήσει την ευθανασία, επιτρέπει την υποβοηθούμενη αυτοκτονία εδώ και δεκαετίες ακόμα και σε πολίτες άλλων χωρών, καθιστώντας την προορισμό για ασθενείς από όλη την Ευρώπη που θέλουν να προβούν σε έναν τέτοιο θάνατο. Οι νομοθετικές ρυθμίσεις στις παραπάνω χώρες είναι σαφής και αυστηρές και απόλυτα συμβατές με την Ευρωπαϊκή Διακήρυξη για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα (Ramos-Pozón et al 2023; Espericueta 2023; Huemer et al 2021; Dierickx et al 2018; Reis-Pina et al 2018; Preston 2018; Leget 2017; Hoek et al 2015; Chambaere et al 2015).

Οι χώρες που μελετήθηκαν ανήκουν όλες στο Χριστιανικό Δόγμα. Όμως αν και θα περίμενε κανείς σε θέματα σχετικά με τον τερματισμό της ζωής η θρησκεία να παίζει πρωταρχικό ρόλο, φαίνεται ότι κοινωνικοί και πολιτιστικοί παράγοντες έχουν εξίσου σημαντικό ρόλο. Έτσι βαθιά θρησκευόμενες χώρες όπως η Πορτογαλία και η Ισπανία είναι υπέρ της ευθανασίας ενώ οι Ελβετοί περιορίστηκαν στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Από την άλλη πλευρά, χώρες όπως οι Σκανδιναβικές, όπου φημίζονται για τις φιλελεύθερες ιδεολογίες τους και θεωρούν τα πνευματικά ζητήματα πιο προσωπικά, είναι αντίθετες σε τέτοιες πρακτικές. Τέλος χώρες της Ανατολικής Ευρώπης όπως η Πολωνία (Καθολικοί) και η Ρουμανία (Ορθόδοξοι) είναι τελείως αντίθετες με πρακτικές τερματισμού της ανθρώπινης ζωής. Ειδικά στη Ρουμανία η Εκκλησία φαίνεται να έχει ισχυρή επιρροή σε όλες τις πτυχές της κοινωνικής και πολιτικής της ζωής και δεν έχει λάβει επίσημη θέση στο θέμα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Στην Πολωνία αν και η απόσυρση ή η διακοπή της μάταιης θεραπείας είναι αναγνωρισμένο δικαίωμα του ασθενή, πολλές φορές θεωρείται από πολλούς επαγγελματίες υγείας αντίστοιχη της ευθανασίας (Guzowski et al 2024; Lachowski et al 2023; Huemer et al 2021; Rogobete et al 2021;Reis-Pina et al 2018).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ- ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ

Συμπερασματικά, ο τομέας της παρηγορητικής φροντίδας αν και έχει παρουσιάσει σημαντική πρόοδο σε όλη σχεδόν την Ευρώπη χρειάζονται ακόμη περισσότερες κοινωνικές και πολιτικές ζυμώσεις και συστηματική προσπάθεια για να καλύψουν όλες τις πτυχές των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και τις ανισότητες που προκύπτουν. Καθώς υπάρχουν ακόμα διαφορές όχι μόνο μεταξύ των χωρών αλλά και μεταξύ των διάφορων περιοχών της ίδιας χώρας, ηλικιακές ανισότητες και διαφορετικές ευκαιρίες ανάμεσα σε ασθενείς με διαφορετικές νόσους, είναι εύλογο να αναρωτιέται κανείς αν τελικά τα θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα πολλές φορές καταπατώνται στο βωμό διαφόρων παραγόντων.

Δεδομένου ότι η ανασκόπηση αυτή, έχει αφηγηματικό χαρακτήρα, περιλαμβάνει όλους τους διαφορετικούς τύπους εργασιών και δεν προορίζεται για ανάλυση ή σύνθεση καθώς οι εργασίες δεν αξιολογήθηκαν βάση της μεθοδολογικής τους αυστηρότητας. Η παρούσα μελέτη αποτελεί μία μη συστηματική ανασκόπηση στην οποία η επιλογή των πρωτογενών άρθρων ήταν υποκειμενική με απουσία ρητών κριτηρίων αποκλεισμού και επιλογής άρθρων γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε μεροληπτικές ερμηνείες και συμπεράσματα.

Ο υποκειμενικός τρόπος συλλογής των άρθρων, η ανομοιογένεια στην ποιότητα των μελετών και στη μέθοδο συλλογής των δεδομένων καθώς και το γεγονός ότι οι αφηγηματικές ανασκοπήσεις στερούνται την ενσωμάτωση επικαιροποιημένων επιστημονικών ενδείξεων, οδηγεί στην ανάγκη διενέργειας συστηματικών ανασκοπήσεων. Παρόλα αυτά στην παραπάνω μελέτη επιχειρήθηκε μία κατά το δυνατόν ευανάγνωστη σύνοψη των αντικειμένων που μελετήθηκαν με στόχο να παρέχει ένα σαφές και σχετικά ολοκληρωμένο υπόβαθρο για την κατανόηση της τρέχουσας κατάστασης της παρηγορητικής φροντίδας στις χώρες της Ευρώπης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ågren, A., Krevers, B., Cedersund, E. and Nedlund, A. C. (2023). Policy Narratives on Palliative Care in Sweden 1974-2018. Health Care Analysis, 31(2), pp. 99-113.

Anagnostou, D., Katsaragakis, S., Panagiotou, I., Patiraki, E. and Tserkezoglou, A. (2023). Translation and cultural adaptation of the Greek integrated palliative care outcome scale (IPOS): challenges in a six-phase process. BMC Palliative Care, 22(1), p. 168.

Barros de Luca, G., Zopunyan, V., Burke-Shyne, N., Papikyan, A. and Amiryan, D. (2017). Palliative care and human rights in patient care: an Armenia case study. Public Health Reviews, 38, p. 18.

Bavelaar, L., McCann, A., Cornally, N., Hartigan, I., Kaasalainen, S., Vankova, H., Di Giulio, P., Volicer, L., Arcand, M., van der Steen, J. T. and Brazil, K.; mySupport study group (2022). Guidance for family about comfort care in dementia: a comparison of an educational booklet adopted in six jurisdictions over a 15 year timespan. BMC Palliative Care, 21(1), p. 76.

Bedene, A., Lijfering, W. M., Niesters, M., van Velzen, M., Rosendaal, F. R., Bouvy, M. L., Dahan, A. and van Dorp, E. L. A. (2019). Opioid Prescription Patterns and Risk Factors Associated With Opioid Use in the Netherlands. JAMA Network Open, 2(8), p. e1910223.

Biller-Andorno, N. and Zeltner, T. (2015). Individual Responsibility and Community Solidarity--The Swiss Health Care System. New England Journal of Medicine, 373(23), pp. 2193-2197.

Borgsteede, S. D., Deliens, L., Zuurmond, W. W., Schellevis, F. G., Willems, D. L., Van der Wal, G. and van Eijk, J. T. (2009). Prescribing of pain medication in palliative care. A survey in general practice. Pharmacoepidemiology and Drug Safety, 18(1), pp. 16-23.

Bradley, N. M., Dowrick, C. F. and Lloyd-Williams, M. (2022). A survey of hospice day services in the United Kingdom & Republic of Ireland : how did hospices offer social support to palliative care patients, pre-pandemic? BMC Palliative Care, 21(1), p. 170.

Burbeck, R., Low, J., Sampson, E. L., Bravery, R., Hill, M., Morris, S., Ockenden, N., Payne, S. and Candy, B. (2014). Volunteers in specialist palliative care: a survey of adult services in the United Kingdom. Journal of Palliative Medicine, 17(5), pp. 568-574.

Camartin, C. and Björkhem-Bergman, L. (2022). Palliative Sedation-The Last Resort in Case of Difficult Symptom Control: A Narrative Review and Experiences from Palliative Care in Switzerland. Life, 12(2), p. 298.

Campling, N., Birtwistle, J., Richardson, A., Bennett, M. I., Meads, D., Santer, M. and Latter, S. (2022). Access to palliative care medicines in the community: An evaluation of practice and costs using case studies of service models in England. International Journal of Nursing Studies, 132, p. 104275.

Chambaere, K., Vander Stichele, R., Mortier, F., Cohen, J. and Deliens, L. (2015). Recent trends in euthanasia and other end-of-life practices in Belgium. New England Journal of Medicine, 372(12), pp. 1179-1181.

Csikos, A., Busa, C. and Muszbek, K. (2018). Hospice Palliative Care Development in Hungary. Journal of Pain and Symptom Management, 55(2S), pp. S30-S35.

Davies, E. and Higginson, I. J. (2004). Better palliative care for older people. World Health Organization. Regional Office for Europe.

Davies, N., Maio, L., van Riet Paap, J., Mariani, E., Jaspers, B., Sommerbakk, R., Grammatico, D., Manthorpe, J., Ahmedzai, S., Vernooij-Dassen, M. and Iliffe, S.; IMPACT research team (2014). Quality palliative care for cancer and dementia in five European countries: some common challenges. Aging and Mental Health, 18(4), pp. 400-410.

Dierickx, S., Deliens, L., Cohen, J. and Chambaere, K. (2018). Involvement of palliative care in euthanasia practice in a context of legalized euthanasia: A population-based mortality follow-back study. Palliative Medicine, 32(1), pp. 114-122.

Engi, Z., Benkő, R., Soós, G., Szok, D., Csenki, M., Csüllög, E., Balog, A.,

Csupor, D., Viola, R. and Doró, P. (2022). Trends in opioid utilization in Hungary, 2006-2020: A nationwide retrospective study with multiple metrics. European Journal of Pain, 26(9), pp. 1896-1909.
Espericueta, L. (2023). First official report on euthanasia in Spain: A comparison with the Canadian and New Zealand experiences. Medicina Clínica, 161(10), pp. 445-447.
Ezer, T., Lohman, D. and de Luca, G. B. (2018). Palliative Care and Human Rights: A Decade of Evolution in Standards. Journal of Pain and Symptom Management, 55(2S), pp. S163-S169.
Földesi, E., Zörgő, S., Nyirő, J., Péter, G., Ottóffy, G., Hauser, P. and Hegedús, K. (2022). Medical Communication during the Transition to Palliative Care in Pediatric Oncology in Hungary-The Parents' Perspective. Children, 9(5), p. 651.
French, M., Keegan, T., Anestis, E. and Preston, N. (2021). Exploring socioeconomic inequities in access to palliative and end-of-life care in the UK: a narrative synthesis. BMC Palliative Care, 20(1), p. 179.
Giannouli, V., Ivanova, D., Stoyanova, S. and Drugas, M. (2019). When is a person with dementia in need of palliative care? Opinions of healthcare professionals and university students from three South East European countries. Psychiatria Danubina, 31(4), pp. 465-472.
Gurp, J., van Wijngaarden, J., Payne, S., Radbruch, L., van Beek, K., Csikós, Á., Herder-van der Eerden, M., Hasselaar, J. and Research Consortium IF (2022). Integrating Palliative Care by Virtue of Diplomacy: A Cross-sectional Group Interview Study of the Roles and Attitudes of Palliative Care Professionals to Further Integrate Palliative Care in Europe. International Journal of Health Policy and Management, 11(6), pp. 786-794.
Guzowski, A., Fiłon, J. and Krajewska-Kułak, E. (2024). Strength of Religious Faith and Attitude Towards Euthanasia Among Medical Professionals and Opinion Makers. Journal of Religion and Health, 63(2), pp. 1075-1090.
Hoek, P., Grandjean, I., Verhagen, C. A., Jansen-Landheer, M. L., Schers, H. J., Galesloot, C., Vissers, K. C., Engels, Y. and Hasselaar, J. G. (2015). Addressing Palliative Sedation during Expert Consultation: A Descriptive Analysis of the Practice of Dutch Palliative Care Consultation Teams. PLoS One, 10(8), p. e0136309.
Huemer, M., Jahn-Kuch, D., Hofmann, G., Andritsch, E., Farkas, C., Schaupp, W., Masel, E. K., Jost, P. J. and Pichler, M. (2021). Trends and Patterns in the Public Awareness of Palliative Care, Euthanasia, and End-of-Life Decisions in 3 Central European Countries Using Big Data Analysis From Google: Retrospective Analysis. Journal of Medical Internet Research, 23(9), p. e28635.
Jespersen, B. A., Clausen, N. and Sjøgren, P. (2014). [Paediatric palliative care in Denmark should be strengthened]. Ugeskrift for Laeger, 176(36), p. V03140181.
Krakauer, E. L., Kwete, X. J., Rassouli, M., Arreola-Ornelas, H., Ashrafizadeh, H., Bhadelia, A., Liu, Y. A., Méndez-Carniado, O., Osman, H. and Knaul, F. M. (2023). Palliative care need in the Eastern Mediterranean Region and human resource requirements for effective response. PLOS Global Public Health, 3(11), p. e0001980.
Lachowski, S., Łuszczki, J., Lachowska, B. and Florek-Łuszczki, M. (2023). Euthanasia in opinions of students of medicine. Annals of Agricultural and Environmental Medicine, 30(1), pp. 148-155.
Leget, C. (2017). The relation between cultural values, euthanasia, and spiritual care in the Netherlands. Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej, 127(4), pp. 261-266.
Lindqvist, O. and Tishelman, C. (2016). Going public: reflections on developing the DöBra research program for health-promoting palliative care in Sweden. Progress in Palliative Care, 24(1), pp. 19-24.
Macgregor, A., Rutherford, A., McCormack, B., Hockley, J., Ogden, M., Soulsby, I., McKenzie, M., Spilsbury, K., Hanratty, B. and Forbat, L. (2021). Palliative and end-of-life care in care homes: protocol for codesigning and implementing an appropriate scalable model of Needs Rounds in the UK. BMJ Open, 11(2), p. e049486.
Maréchal, N., Six, S., Clemmen, E., Baillon, C., Tack, A., Bauwens, S., Noppen, M., Distelmans, W., Beyer, I. and Bilsen, J. (2022). Reporting of Palliative Sedation and Use of Opioids at the End of Life in a Belgian University Hospital: A Pilot Study. Journal of Palliative Medicine, 25(5), pp. 742-748.
Mosoiu, D., Dumitrescu, M. and Connor, S. R. (2014). Developing a costing framework for palliative care services. Journal of Pain and Symptom Management, 48(4), pp. 719-729.
Nieszporska, S. (2022). Grey systems in the management of demand for palliative care services in Poland. Health Economics Review, 12(1), p. 3.
Nissen, N., Rossau, H. K., Pilegaard, M. S. and la Cour, K. (2022). Cancer rehabilitation and palliative care for socially vulnerable patients in Denmark: an exploration of practices and conceptualisations. Palliative Care and Social Practice, 16, p. 26323524221097982.
Panagiotou, I., Liva, E., Kappos, I. and Skliros, E. (2022). Attitudes of primary care providers on early palliative care, in new community settings of Attica, Greece; a qualitative analysis. Journal of Family Medicine and Primary Care, 11(6), pp. 2327-2333.
Pourghazian, N., Mahmoud, L. and Hammerich, A. (2022). Strengthening palliative care in the WHO Eastern Mediterranean Region. Eastern Mediterranean Health Journal, 27(8), pp. 553-554.
Preston, R. (2018). Death on demand? An analysis of physician-administered euthanasia in The Netherlands. British Medical Bulletin, 125(1), pp. 145-155.
Radbruch, L. and Payne, S. A. (2010). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part 1. European Journal of Palliative Care, 17(1), pp. 22-33.
Ramos-Pozón, S., Terribas-Sala, N., Falcó-Pegueroles, A. and Román-Maestre, B. (2023). Persons with mental disorders and assisted dying practices in Spain: An overview. International Journal of Law and Psychiatry, 87, p. 101871.
Reis-Pina, P., Lawlor, P. G. and Barbosa, A. (2018). Moderate to Severe Cancer Pain: Are We Taking Serious Action? The Opioid Prescribing Scenario in Portugal. Acta Médica Portuguesa, 31(9), pp. 451-453.
Rogobete, S. E., Francis, L. J. and McKenna, U. (2021). Examining the Connection between Religion and Attitude toward Socio-Economic Human Rights and Attitude toward Euthanasia and Abortion among Romanian Orthodox Adolescents: Contrasting the Effects of Intrinsic and Extrinsic Religiosity. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(20), p. 10837.
Scaccabarozzi, G., Lovaglio, P. G., Limonta, F., Peruselli, C., Bellentani, M. and Crippa, M. (2019). Monitoring the Italian Home Palliative Care Services. Healthcare, 7(1), p. 4.
Schwarz, T., Anzenberger, J., Busch, M., Gmel, G., Kraus, L., Krausz, M., Labhart, F., Meyer, M., Schaub, M. P., Westenberg, J. N. and Uhl, A. (2024). Opioid agonist treatment in transition: A cross-country comparison between Austria, Germany and Switzerland. Drug and Alcohol Dependence, 254, p. 111036.
Sleeman, K. E., Timms, A., Gillam, J., Anderson, J. E., Harding, R., Sampson, E. L. and Evans, C. J. (2021). Priorities and opportunities for palliative and end of life care in United Kingdom health policies: a national documentary analysis. BMC Palliative Care, 20(1), p. 108.
Timm, H., Mikkelsen, T. B. and Jarlbæk, L. (2017). [Specialized palliative care in Denmark lacks capacity and accessibility]. Ugeskrift for Laeger, 179(26), p. V02170094.
Tishelman, C. (2018). Lessons we are learning: using participatory action research to integrate palliative care, health promotion and public health through the DöBra research program in Sweden. Annals of Palliative Medicine, 7(Suppl 1), p. AB003.
Twamley, K., Craig, F., Kelly, P., Hollowell, D. R., Mendoza, P. and Bluebond-Langner, M. (2014). Underlying barriers to referral to paediatric palliative care services: knowledge and attitudes of health care professionals in a paediatric
Verthein, U., Buth, S., Daubmann, A., Martens, M. S. and Schulte, B. (2020). Trends in risky prescriptions of opioid analgesics from 2011 to 2015 in Northern Germany. Journal of Psychopharmacology, 34(11), pp. 1210-1217.
Voetmann, S. S., Hvidt, N. C. and Viftrup, D. T. (2022). Verbalizing spiritual needs in palliative care: a qualitative interview study on verbal and non-verbal communication in two Danish hospices. BMC Palliative Care, 21(1), p. 3.
Westerlund, C., Tishelman, C., Benkel, I., Fürst, C. J., Molander, U., Rasmussen, B. H., Sauter, S. and Lindqvist, O. (2018). Public awareness of palliative care in Sweden. Scandinavian Journal of Public Health, 46(4), pp. 478-487.
Zemplényi, A. T., Csikós, Á., Csanádi, M., Mölken, M. R., Hernandez, C., Pitter, J. G., Czypionka, T., Kraus, M. and Kaló, Z. (2020). Implementation of palliative care consult Service in Hungary - integration barriers and facilitators. BMC Palliative Care, 19(1), p. 41.

Palliative care as a human right in Europe

Aggeliki Pavlou[1], Ioannis P. Kioumis[2], Kalliopi Chatzika[3], Paschalina Kontou[4]
1. Nurse MSc "Specialization in ICU Nursing", "Management of Aging and Chronic Diseases", Pediatric Clinic Nurse, GNTH "G. Gennimatas"
2. Emeritus Professor of Pulmonology-Infectious Diseases, AUTH, Director of Cardiothoracic ICU, "General Clinic of Thessaloniki"
3. Nurse MSc PhD, Head of the Nursing Service, GNTH "G. Papanikolaou"
4. Pulmonologist–Intensivist PhD, Director of National Health System, 1st ICU, GNTH "G. Papanikolaou"

ABSTRACT
Despite the development of palliative care at the European level, citizens remain highly concerned about the quality of care provided at the end of life. Palliative care needs vary from country to country. A primarily narrative review was undertaken with the aim of documenting the current status and outlining the development trends in the field of palliative care across various European countries, as well as its relationship to fundamental human rights. Nineteen European countries were studied across three areas: the provision of palliative care services, access to analgesic treatments, and the management of end-of-life practices. In summary, it was found that access to palliative care is generally universal across nearly all countries studied, though there is unequal distribution depending on the patients' specific conditions. Inequalities also exist in terms of geographical distribution, and only a few countries have palliative care programs for pediatric patients. Most deaths occur in hospital or hospice settings in all studied countries, despite patients' preferences to the contrary. There was insufficient management of chronic pain using opioid medications, especially in Eastern European countries. Finally, in the area of euthanasia and assisted suicide, there is no unified strategy across Europe. This review is narrative in nature and is not intended for analytical synthesis. However, it provides a comprehensive foundation for understanding the current state of palliative care across Europe.
Keywords: analgesia, human rights, end-of-life management, euthanasia, European Union, palliative care.

Corresponding author:
Aggeliki Pavlou
email: pav_angel@hotmail.com

Citation: Pavlou A., Kioumis I.P., Chatzika K., Kontou P. (2025). Palliative care as a human right in Europe. Hellenic Journal of Nursing Science 18(1): 59-69, https://doi.org./10.24283/hjns.202517

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
www.enne.gr

VOLUME 18, ISSUE 1, JANUARY - FEBRUARY - MARCH 2025

Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης

ΕΝΕ
ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
www.enne.gr

Τόμος 18, Τεύχος 1, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ - ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ - ΜΑΡΤΙΟΣ 2025