

Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης

Hellenic Journal of Nursing Science

Τόμος 18, Τεύχος 3, ΙΟΥΛΙΟΣ - ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ - ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2025

VOLUME 18, ISSUE 3, JULY - AUGUST - SEPTEMBER 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

Διοίκηση ή Ηγεσία; Αναζητώντας Ισορροπία στην Νοσηλευτική
Management or Leadership? Seeking Balance in Nursing
Lampros Bizas **5**

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ – RESEARCH ARTICLES

Διερεύνηση της επίδρασης του στυλ ηγεσίας στην ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού από την εργασία τους: Μία συγχρονική μελέτη
Investigating the effect of leadership style on nursing staff job satisfaction; A cross-sectional study
Παντελής Στεργιάννης, Παναγιώτης Θεοδώρου, Δήμητρα Σωτηρακοπούλου, Γεώργιος Ίντας **7**

Το ψυχολογικό βίωμα των ασθενών με Σκλήρυνση κατά Πλάκας
The psychological experience of patients with Plaque Sclerosis
Μαρία Αγγελική Μοιρέα, Ιωάννης Μαυρογιαννάκης, Παναγιώτης Θεοδώρου, Γεώργιος Μανομενίδης **17**

Διάγνωση και διαχείριση οξέος θωρακικού αορτικού διαχωρισμού: Μελέτη περίπτωσης
Diagnosis and management of an acute thoracic aortic dissection: A case study
Μαρία Νάτσιου, Φλωρέντιος Παύλου, Ειρήνη Αγγελίδου, Παρθενόπη Παντελίδου, Γεώργιος Θ. Καραπαναγιωτίδης, Μάρθα Κυριάκου **27**

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ – REVIEWS

Πρακτική βασισμένη σε ενδείξεις στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας: Η Νοσηλευτική Προσέγγιση
Evidence based practice in Intensive Care Units; A Nursing Approach
Παναγιώτης Μπαρούτας, Παρθενόπη Παντελίδου, Κωνσταντία Κοτσάνη, Ιωάννα Β. Παπαθανασίου **33**

Υπηρεσίες Μακροχρόνιας Φροντίδας και ο Ρόλος της Άτυπης Φροντίδας
Long-Term Care Services and the Role of Informal Care
Ιλιάδα Κορακίδη, Ιωάννης Αποστολάκης, Παύλος Σαράφης **43**

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Διοίκηση ή Ηγεσία; Αναζητώντας Ισορροπία στην Νοσηλευτική

Λάμπρος Μπίζας
Νοσηλευτής, Ψυχολόγος, MSc, PhD(c)
Α' Αντιπρόεδρος της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος (ΕΝΕ)
Πρόεδρος του 1ου Περιφερειακού Τμήματος Αττικής και Νήσων του Αιγαίου της ΕΝΕ
Treasurer of the European Nursing Council

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας:
Λάμπρος Μπίζας
email: lamprosbizas@yahoo.gr

Στον τομέα της Νοσηλευτικής, ιδίως μέσα στο πλαίσιο της ελληνικής πραγματικότητας, η διαρκής συζήτηση για το αν είναι πιο σημαντική η διοίκηση ή η ηγεσία παραμένει ζωντανή και επίκαιρη. Αυτές οι δύο πτυχές αποτελούν συμπληρωματικά στοιχεία του ίδιου σκοπού, έχοντας καθεμία τον δικό της ουσιαστικό ρόλο στη δημιουργία ενός αποτελεσματικού, ανθρώπινου και λειτουργικού συστήματος υγείας. Παρόλα αυτά, προσωπικά πιστεύω ότι η αληθινή πρόοδος επιτυγχάνεται μόνο όταν υπάρχει ισορροπία μεταξύ τους και όχι όταν το ένα υπερτερεί εις βάρος του άλλου.

Η διοίκηση εστιάζει στην οργάνωση, τη διαχείριση πόρων, την εφαρμογή κανονισμών και τη διασφάλιση της ομαλής λειτουργίας των διαδικασιών. Σε ένα νοσοκομείο ή μια κλινική, η απουσία αποτελεσματικής διοίκησης οδηγεί στο χάος: οι βάρδιες δεν καλύπτονται σωστά, οι διαθέσιμοι πόροι κατασπαταλούνται, οι προμήθειες δεν επαρκούν κι οι εργαζόμενοι βρίσκονται αντιμέτωποι με αβεβαιότητα και σύγχυση. Ιδίως στην Ελλάδα, όπου το δημόσιο σύστημα υγείας βρίσκεται υπό συνεχείς πιέσεις λόγω έλλειψης προσωπικού και περιορισμένων χρηματοδοτικών πόρων, η αξία μιας καλά οργανωμένης διοίκησης αποδεικνύεται καθοριστική για τη διατήρηση της λειτουργικότητας. Ωστόσο, όταν η διοίκηση περιορίζεται σε μια γραφειοκρατική προσέγγιση με έμφαση μόνο στους κανόνες, κινδυνεύει να αποξενώσει τους νοσηλευτές από τον ουσιαστικό τους ρόλο, μετατρέποντάς τους σε απλούς «εκτελεστές οδηγιών».

Από την άλλη πλευρά, η ηγεσία φέρνει στο προσκήνιο την έμπνευση, το όραμα και την ικανότητα παρακίνησης των άλλων. Ηγέτης στη Νοσηλευτική δεν είναι απαραίτητα ο προϊστάμενος ή ο διευθυντής· μπορεί να είναι οποιοδήποτε άτομο που καταφέρνει να εμψυχώνει την ομάδα του, να υποστηρίζει τους συναδέλφους του και να προάγει ένα περιβάλλον εμπιστοσύνης. Ειδικά στην ελληνική νοσηλευτική πραγματικότητα, όπου συχνά επικρατούν συνθήκες έντονης πίεσης, υπερβολικού φόρτου εργασίας και ψυχολογικής εξάντλησης, η παρουσία ηγετικών μορφών στις ομάδες γίνεται πιο απαραίτητη από ποτέ. Η ηγεσία προσφέρει νόημα στις καθημερινές δυσκολίες, ενισχύει τη συνεργασία και δίνει μια ανθρώπινη διάσταση στο σύστημα υγείας.

Παρά ταύτα, ούτε η ηγεσία από μόνη της μπορεί να επιλύσει τα προβλήματα. Ένας χαρισματικός ηγέτης που στερείται διοικητικών δεξιοτήτων ίσως εμπνεύσει την ομάδα του, αλλά δεν θα μπορέσει να οργανώσει αποτελεσματικά τις βάρδιες ή να εξασφαλίσει τους απαραίτητους πόρους, καταλήγοντας εν τέλει σε αποτυχία. Αντίστροφα, ένας αποτελεσματικός διοικητής χωρίς ικανότητες ηγεσίας μπορεί να κρατά τις διαδικασίες σε τάξη, έχοντας όμως απέναντί του μια ομάδα εξαντλημένη και απογοητευμένη. Το μεγαλύτερο πρόβλημα στην Ελλάδα είναι ότι τείνουμε συχνά να δίνουμε έμφαση αποκλειστικά στη μία πτυχή: άλλοτε επικεντρωνόμαστε στις τυπικές διοικητικές διαδικασίες κι άλλοτε αναζητάμε «χαρισματικά» πρόσωπα, χωρίς να εξετάζουμε αν μπορούν να επιτύχουν τη ζωτική ισορροπία ανάμεσα στις δύο αυτές λειτουργίες.

Η Νοσηλευτική, ως επάγγελμα που συνδυάζει τεχνική και ανθρωπιστική διάσταση, προϋποθέτει μια λεπτή ισορροπία μεταξύ αυτών των δύο πτυχών. Ο Νοσηλευτής χρειάζεται ένα καλά οργανωμένο και ξεκάθαρο πλαίσιο, προκειμένου να ασκεί το έργο του με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα. Παράλληλα, όμως, απαιτείται ένα ενθαρρυντικό περιβάλλον που να του προσφέρει κίνητρα και

ψυχική ενδυνάμωση, ώστε να μπορεί να ανταπεξέρχεται στις προκλήσεις και να συνεχίζει να παρέχει φροντίδα με ποιότητα και ανθρωπιά. Πιστεύω ότι σε αυτό το σημείο βρίσκεται το κλειδί: η διοίκηση παρέχει τη δομή, ενώ η ηγεσία δίνει την ψυχή.

Η ελληνική πραγματικότητα συχνά φανερώνει παραδείγματα όπου αυτή η ισορροπία είναι ανύπαρκτη. Υπάρχουν νοσοκομεία με εξαιρετική οργάνωση, όπου όμως το προσωπικό δείχνει εξουθενωμένο και αποστασιοποιημένο, εξαιτίας της απουσίας της ανθρώπινης διάστασης. Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν τμήματα με θερμό κλίμα συναδελφικότητας και υποστήριξης, τα οποία όμως υποφέρουν από έλλειψη διοικητικής συνέπειας, οδηγώντας σε χρόνιες δυσκολίες και συγκρούσεις. Η πραγματική πρόκληση βρίσκεται στην εξεύρεση ενός σημείου συνέργειας: μια δομή χωρίς σκληρότητα και μια ανθρωποκεντρική προσέγγιση που δεν διολισθαίνει στην αταξία.

Γι' αυτόν τον λόγο, στην περίπτωση της Νοσηλευτικής στην Ελλάδα, η απάντηση στο ερώτημα «διοίκηση ή ηγεσία;» δεν είναι διλημματική αλλά απόλυτα συμπληρωματική. Ο σύγχρονος Νοσηλευτής χρειάζεται διοικητικές δεξιότητες για να ανταποκρίνεται στην πολυπλοκότητα του χώρου στον οποίο εργάζεται, παράλληλα με ηγετικές ικανότητες που του επιτρέπουν να εμπνέει, να στηρίζει και να καθοδηγεί τους συνεργάτες του. Είναι απαραίτητο η εκπαίδευση των Νοσηλευτών να εστιάζει εξίσου σε αυτές τις δύο πλευρές. Όπως μαθαίνουμε να διαχειριζόμαστε περιστατικά υγείας, είναι εξίσου σημαντικό να καλλιεργηθεί η ικανότητα διαχείρισης ομάδων ανθρώπων – με οργανωμένο τρόπο αλλά και με ενσυναίσθηση.

Η ισορροπία ανάμεσα στη διοίκηση και την ηγεσία δεν αποτελεί πολυτέλεια αλλά είναι ζωτικής σημασίας για τη Νοσηλευτική στην Ελλάδα. Χωρίς διοίκηση ενσκήπτει το χάος. Χωρίς ηγεσία κυριαρχεί η αδιαφορία. Όταν όμως τα δύο αυτά στοιχεία λειτουργούν αρμονικά, μπορούμε να δημιουργήσουμε ένα σύστημα υγείας που όχι μόνο αποδίδει πρακτικά, αλλά ταυτόχρονα εμπνέει όλους όσοι συμμετέχουν σε αυτό.

Αναφορά του άρθρου ως: Μπίζας Λ. (2025). Διοίκηση ή Ηγεσία; Αναζητώντας Ισορροπία στην Νοσηλευτική. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης 18(3): 5-6, 18(4): 5-6, https://doi.org./10.24283/hjns.202541

Management or Leadership? Seeking Balance in Nursing

Lampros Bizas
Nurse, Psychologist, MSc, PhD(c), 1st Vice President of the Hellenic Nurses Association (ENE)
Chair of the 1st Regional Section of Attica and Aegean Islands of ENE
Treasurer of the European Nursing Council

Corresponding author:
Lampros Bizas
email: lamprosbizas@yahoo.gr

Citation: Bizas L. (2025). Management or Leadership? Seeking Balance in Nursing. Hellenic Journal of Nursing Science 18(3): 5-6, 18(4): 5-6, https://doi.org./10.24283/hjns.202541

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

Διερεύνηση της επίδρασης του στυλ ηγεσίας στην ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού από την εργασία τους: Μία συγχρονική μελέτη

Παντελής Στεργιάννης[1], Παναγιώτης Θεοδώρου[2], Δήμητρα Σωτηρακοπούλου[3], Γεώργιος Ίντας[4]

1. Επίκουρος καθηγητής, ΕΚΠΑ, Τμήμα Νοσηλευτικής

2. Μέλος ΣΕΠ, ΔΜΥ, Ελληνικό Ανοιχτό Πανεπιστήμιο

3. Νοσηλεύτρια, Γενικό Νοσοκομείο Άγιος Ανδρέας, Πάτρα

4. Νοσηλευτής, Γενικό Νοσοκομείο Άγιος Παντελεήμων – Γ.Ν.Δ.Α. Η Αγία Βαρβάρα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η έννοια της ηγεσίας ενός οργανισμού συνδέεται με την αποδοτικότητα του οργανισμού αυτού, καθώς και με την ικανοποίηση που απολαμβάνουν οι εργαζόμενοι από τις συνθήκες και τη φύση της εργασίας τους. Το στιλ της μετασχηματιστικής ηγεσίας έχει χαρακτηρισθεί ως το καταλληλότερο για την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού που στελεχώνει τις δομές υγείας.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διεύρυνση του στυλ ηγεσίας που ασκείται στο νοσηλευτικό προσωπικό και η πιθανή συσχέτισή του με την ικανοποίηση από την εργασία τους.

Μεθοδολογία: Η παρούσα μελέτη ήταν συγχρονική. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη χρήση δύο ερωτηματολογίων, το πολυπαραγοντικό ερωτηματολόγιο ηγεσίας Multifactor Leadership Questionnaire – MLQ και το ερωτηματολόγιο Job Satisfaction Survey.

Αποτελέσματα: Στο συγκεκριμένο νοσοκομείο ασκείται κατά κύριο λόγο μια ηγεσία συναλλακτικού/διεκπεραιωτικού στυλ (3,04±0,57) με πολύ λίγα στοιχεία μετασχηματιστικής ηγεσίας (2,35±0,76), η οποία φαίνεται να ικανοποιεί σε γενικές γραμμές το νοσηλευτικό προσωπικό (2,71±1,08). Η ηγεσία αυτή φαίνεται να συνδέεται θετικά με την εποπτεία/προϊστάμενο (r=0,20, p=0,02), με τους συναδέλφους (r=0,219, p=0,009) και με τη φύση εργασίας (r=0,289, p=0,001), ενώ αντίθετα φαίνεται να συσχετίζεται αρνητικά με την επικοινωνία (r= -0,180, p=0,032). Ακόμα, προκύπτει πως το νοσηλευτικό προσωπικό είναι μέτρια ή αρκετά ικανοποιημένο από τις ενδεχόμενες ανταμοιβές (4,01±1,03), από τις συνθήκες λειτουργίας (4,13±0,89), από τους συναδέλφους (4,14±0,82), από τη φύση της εργασίας (4,12±0,83).

Συμπεράσματα: Συμπερασματικά, στο συγκεκριμένο νοσοκομείο φαίνεται πως ασκείται μια ηγεσία που προσιδιάζει περισσότερο στο είδος της συναλλακτικής ηγεσίας και αξιολογείται στο σύνολό της ως ικανοποιητική, ενώ αντίστοιχα αρκετά ικανοποιητικός κρίνεται και ο τρόπος με τον οποίο ο ηγέτης θέτει εις πέρας το ρόλο του και ασκεί την ηγεσία αυτή.

Λέξεις – κλειδιά: ηγεσία, επαγγελματική ικανοποίηση, νοσηλευτικό προσωπικό, νοσοκομείο

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

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:
Ίντας Γεώργιος
Email: intasgeo@yahoo.gr

Αναφορά του άρθρου ως: Στεργιάννης Π., Θεοδώρου Π., Σωτηρακοπούλου Δ., Ίντα Γ. (2025). Διερεύνηση της επίδρασης του στυλ ηγεσίας στην ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού από την εργασία τους: Μία συγχρονική μελέτη. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης 18(3): 7-16, https://doi.org./10.24283/hjns.202532

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι νοσοκομειακές μονάδες δεν αποτελούν παρά είδη κοινωνικών συστημάτων, των οποίων η επιτυχία και η επίτευξη των στόχων που έχουν θέσει, συνδέεται άρρηκτα με το ανθρώπινο δυναμικό που τα στελεχώνει. Όπως κάθε κοινωνικό σύστημα, έτσι και τα νοσοκομεία χαρακτηρίζονται από πολυπλοκότητα, η οποία οφείλεται τόσο στις απαιτήσεις της εργασίας που οφείλουν να φέρουν εις πέρας οι εργαζόμενοι (εν προκειμένω, το νοσηλευτικό προσωπικό) όσο και στις σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ των τελευταίων (Σαρίδη και συν., 2016). Αυτό συμβαίνει επειδή η συχνή επαφή που έχουν οι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία με ιδιαίτερα στρεσσογόνες καταστάσεις, η διαχείριση του πόνου των ασθενών και της οικογένειάς τους, η διαχείριση του θανάτου, αλλά και οι πολλές και απαιτητικές ή και ασταθείς ώρες εργασίες μπορούν να απειλήσουν την ικανοποίηση από την εργασίας τους και συνακόλουθα την αποτελεσματικότητά τους. Στους προαναφερθέντες παράγοντες θα πρέπει να προστεθεί και η ανεπαρκής στελέχωση των δημόσιων νοσοκομείων της χώρας σε συνδυασμό με τις πολλές ελλείψεις σε υλικοτεχνική υποδομή τις οποίες έχει επιτείνει η οικονομική κρίση που βιώνει η Ελλάδα τα τελευταία χρόνια. Σύμφωνα με τους Suresh et al (2015), η ικανοποίηση των εργαζομένων στο χώρο της υγείας θεωρείται καταλυτικής σημασίας για την ποιότητα και αποτελεσματικότητα της υγειονομικής περίθαλψης που παρέχεται στον πληθυσμό και την ικανοποίηση του τελευταίου από τις δομές υγείας.

Οι νοσηλευτές αποτελούν την πολυπληθέστερη ομάδα εργαζομένων στον τομέα της υγείας, οι οποίοι, μάλιστα, καλούνται να εργαστούν σε ένα-πολλές φορές- συναισθηματικά φορτισμένο περιβάλλον και να εξασφαλίσουν την ποιότητα της περίθαλψης. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, τα συναισθήματα που αναπτύσσει το νοσηλευτικό προσωπικό λόγω των επαγγελματικών υποχρεώσεών του και απέναντι στις υποχρεώσεις αυτές, αποφάσεις που συνδέονται εν πολλοίς με την ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων που αναπτύσσουν στο εργασιακό τους περιβάλλον, μπορεί να έχει συνέπειες και στις αποφάσεις που θα λάβουν αναφορικά με την περίθαλψη των ασθενών (Smith et al, 2009). Στο πλαίσιο αυτό, τα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν πως όσο μεγαλύτερος είναι ο βαθμός ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού από την εργασία τους, τόσο αυξάνει η αποτελεσματικότητα αυτής, ενώ, την ίδια στιγμή, αναμένεται να συμβάλουν περαιτέρω στη βελτίωση της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης (Kleinman, 2004).

Αντιλαμβάνεται κανείς πως ο ρόλος της ηγεσίας στην εξασφάλιση της ικανοποίησης, επομένως και της αποδοτικότητας του νοσηλευτικού προσωπικού είναι κεντρικής σημασίας και για το λόγο αυτό τίθεται στο επίκεντρο του ερευνητικού ενδιαφέροντος κατά τα τελευταία χρόνια (Ζυγά, 2010). Αυτό σημαίνει πως οι σύγχρονες νοσηλευτικές μονάδες χρειάζονται ηγέτες, οι οποίοι δύνανται να αναγνωρίζουν τα κίνητρα που επηρεάζουν την συμπεριφορά του ανθρώπινου δυναμικού (Κανελλόπουλος, 2012). Απαιτείται, πλέον, η ύπαρξη μιας αποτελεσματικής ηγεσίας, η οποία να είναι ικανή να εξασφαλίζει τη βιωσιμότητα και την ανταγωνιστικότητα της εκάστοτε νοσοκομειακής μονάδας, παράλληλα με την επίτευξη των στόχων που έχει θέσει κάθε νοσοκομειακή μονάδα (Τούντας, 2008). Στο πλαίσιο αυτό, μάλιστα, αρκετές έρευνες καταδεικνύουν το μετασχηματιστικό στιλ ηγεσίας ως το καταλληλότερο, ώστε να επιτευχθεί η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού που στελεχώνει τα δημόσια νοσοκομεία της χώρας και να δύναται το νοσηλευτικό προσωπικό (και οι επαγγελματίες υγείας, εν συνόλω) να επιτελέσουν το σύνθετο νοσηλευτικό τους έργο (Sullivan & Decker, 2009).

Σκοπός της παρούσας μελέτης, λοιπόν, είναι η διεύρυνση του στυλ ηγεσίας που ασκείται στο νοσηλευτικό προσωπικό και η πιθανή συσχέτισή του με την ικανοποίηση από την εργασία τους.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σχεδιασμός

Η παρούσα μελέτη ήταν συγχρονική.

Δείγμα και διαδικασία συλλογής δεδομένων

Το δείγμα αποτέλεσαν 168 νοσηλευτές όλων των κατηγοριών (ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ) από το σύνολο των 468 συνολικά νοσηλευτών όλων των ειδικοτήτων που εργάζονται σε ένα δημόσιο νοσοκομείο.

Εργαλείο συλλογής δεδομένων

Το ερευνητικό εργαλείο της έρευνας αποτέλεσε το «Ερωτηματολόγιο Πλέγμα και Ηγεσία στη Νοσηλευτική: ιδανική και πραγματική συμπεριφορά» (Grid & Leadership in Nursing: ideal and actual behavior). Πρόκειται για ένα εργαλείο το οποίο αποτελείται από δύο επιμέρους εργαλεία, τα οποία αξιοποιούν τις θεωρίες του πλέγματος. Το ένα εργαλείο εξετάζει την ιδανική ηγετική συμπεριφορά των νοσηλευτών και για το λόγο αυτό, θα δοθεί στον προϊστάμενο νοσηλευτή κάθε μονάδας. Το δεύτερο εργαλείο μετρά και αξιολογεί τις πραγματικές απόψεις του νοσηλευτικού προσωπικού ως προς την ηγετική συμπεριφορά και για το λόγο αυτό θα διανεμηθεί στο υφιστάμενο νοσηλευτικό προσωπικό κάθε μονάδας. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 25 ερωτήσεις, με τέσσερις επιλογές απάντησης [εντελώς επιθυμητή (τέσσερα σημεία),επιθυμητή (τρία σημεία), ανεπιθύμητη (δύο σημεία) και εντελώς ανεπιθύμητη (ένα σημείο)]. Η κάθε απάντηση αντιστοιχεί και σε ένα διαφορετικό στιλ ηγεσίας. Ο δείκτης αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου βρέθηκε a= 0.814

Για τη διερεύνηση του στιλ ηγεσίας χρησιμοποιήθηκε το πολυπαραγοντικό ερωτηματολόγιο ηγεσίας Multifactor Leadership Questionnaire – MLQ, το οποίο αποτελείται από 45 ερωτήσεις. Μέσω του συγκεκριμένου ερευνητικού εργαλείου εκτιμώνται 12 διαστάσεις της ηγεσίας. Οι διαστάσεις που αφορούν την μετασχηματιστική ηγεσία είναι η εξιδανικευμένη επιρροή/χαρακτηριστικά, η εξιδανικευμένη επιρροή/συμπεριφορά, η εμψυχωτική παρακίνηση, η διανοητική διέγερση και το εξατομικευμένο ενδιαφέρον. Οι διαστάσεις που αφορούν στην συναλλακτική/ διεκπεραιωτική ηγεσία είναι η εξαρτημένη ανταμοιβή και η διοίκηση κατ`εξαίρεση (ενεργητική). Οι διαστάσεις που αφορούν στην παθητική/αποφευκτική ηγεσία είναι η διοίκηση κατ΄εξαίρεση (παθητική) και η ελευθεριάζουσα ηγεσία. Τέλος, οι διαστάσεις της έκβασης ηγεσίας είναι η μεγαλύτερη προσπάθεια, η αποτελεσματικότητα και η ικανοποίηση (Avolio & Bass, 2004). Ο δείκτης αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου βρέθηκε a=0,917

Για την μέτρηση και την αξιολόγηση της εργασιακής ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού θα χρησιμοποιηθεί το ερωτηματολόγιο Job Satisfaction Survey (JSS), το οποίο περιλαμβάνει 36 ερωτήσεις κλειστού τύπου. Οι 9 αυτές διαστάσεις της εργασιακής ικανοποίησης αφορούν τον μισθό, την προαγωγή, την εποπτεία/ προϊστάμενο, τα προνόμια/οφέλη, τις ενδεχόμενες ανταμοιβές, τις συνθήκες λειτουργίας, τους συναδέλφους, τη φύση της εργασίας και την επικοινωνία. Ο δείκτης αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου βρέθηκε a= 0.705

Θέματα ηθικής και δεοντολογίας

Τα ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν ήταν ανώνυμα. Πριν τη διανομή των ερωτηματολογίων ζητήθηκε άδεια από το Επιστημονικό και Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου. Τηρήθηκε πλήρης ανωνυμία και για αυτό το λόγο οι συμμετέχοντες δεν έγραψαν πουθενά το ονοματεπώνυμό τους ή οποιοδήποτε άλλο στοιχείο, το οποίο θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για την αναγνώρισή τους.

Στατιστική Ανάλυση

Το πρώτο μέρος της στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων περιλαμβάνει την απλή περιγραφική ανάλυση, υπολογίζοντας τις συχνότητες και τα ποσοστά που αντιστοιχούν στις ποιοτικές μεταβλητές και το μέσο όρο και την τυπική απόκλιση στις ποσοτικές μεταβλητές. Στη συνέχεια, ακολουθεί η επαγωγική στατιστική, όπου χρησιμοποιήθηκε t-test και one way ANOVA analysis για τη σύγκριση δύο ή περισσότερων των δύο μεταβλητών μεταξύ τους, αντίστοιχα. Για τις ανάγκες της ανάλυσης χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο της IBM SPSS έκδοση 27.0.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η πλειοψηφία του δείγματος ήταν γυναίκες (72,6%), ηλικίας 43,1±8,3 έτη, απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (54,2%) με έτη υπηρεσίας 18,6±4,9.

Στο συγκεκριμένο νοσοκομείο φαίνεται πως ασκείται η συναλλακτική/διεκπεραιωτική ηγεσία (3,04±0,57), με μεγαλύτερη τάση να έχει η Διοίκηση κατ΄ Εξαίρεση (3,58±0,68) και μικρότερη η εξαρτημένη ανταμοιβή (2,46±0,80). Αναφορικά με τις διαστάσεις της μετασχηματιστικής ηγεσίας, προκύπτει πως αυτή ασκείται μέτρια προς αρκετά (2,35±0,76), ενώ επικρατεί κυρίως η εξιδανικευμένη επιρροή (2,64±0,92) και λιγότερο το εξατομικευμένο ενδιαφέρον (2,08±0,95). Όπως προκύπτει από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων νοσηλευτών/-τριών, στο συγκεκριμένο νοσοκομείο δεν ασκείται παρά ελάχιστα ή σε μέτριο βαθμό

η παθητική/αποφευκτική ηγεσία (1,37±0,88). Συγκεκριμένα, φαίνεται πως η διάσταση του στιλ αυτού ηγεσίας που αφορά στην διοίκηση κατ΄ εξαίρεση (παθητική) ασκείται μέτρια (1,55±0,94), ενώ σε ακόμα μικρότερο βαθμό ασκείται η διάσταση της παθητικής ηγεσίας που αφορά στη ελευθεριάζουσα ηγεσία (1,17±1,04). Η βαθμολογία στα στυλ ηγεσίας και των επιμέρους διαστάσεών της παρουσιάζονται στον Πίνακα 1.

Πίνακας 1.

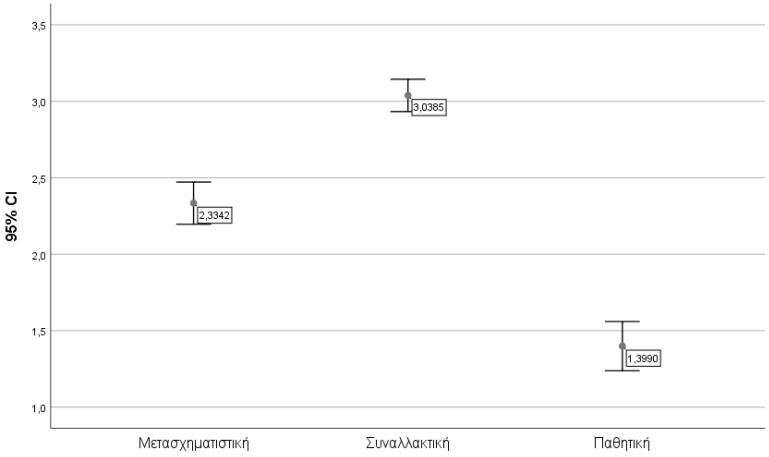
Αποτελέσματα των στυλ ηγεσίας και των διαστάσεών της

Στυλ Ηγεσίας	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος±ΤΑ
Μετασχηματιστική	**0,20**	**3,75**	**2,3514±0,76**
Εξιδανικευμένη_Επιρροή	0,00	4,00	2,6406±0,92
Εξιδανικευμένη_Συμπεριφορά	0,00	3,75	2,3631±0,67
Εμψυχωτική_Παρακίνηση	0,00	4,00	2,4429±0,89
Διανοητική_Διέγερση	0,00	4,00	2,3397±0,83
Εξατομικευμένο_Ενδιαφέρον	0,00	4,00	2,0854±0,95
Συναλλακτική	**1,00**	**4,13**	**3,0405±0,8**
Εξαρτημένη_Ανταμοιβή	0,00	4,25	2,4652±0,68
Διοίκηση_Κατέξαίρεση	1,00	5,00	3,5833±0,57
Παθητική	0,00	3,50	1,3684±0,88
Κατεξαίρεση_Παθητική	0,00	4,00	1,5465±0,94
Ελευθεριάζουσα_Ηγεσία	0,00	4,25	1,1682±1,03

Μεταξύ των τριών στιλ ηγεσίας βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά (F (2,242)=57,6, p<0,001, n2 p= 0,32). Η άσκηση της μετασχηματιστική ηγεσίας είναι σημαντικά μικρότερη από την άσκηση της συναλλακτικής/ διεκπεραιωτικής ηγεσίας (μέση διαφορά= -0,704, p=0,000) και σημαντικά μεγαλύτερη από την άσκηση της παθητικής/ αποφευτικής ηγεσίας (μέση διαφορά= 0,935, p=0,000). Αντίστοιχα, η άσκηση της συναλλακτικής/διεκπεραιωτικής ηγεσίας είναι σημαντικά μεγαλύτερη τόσο από την άσκηση της μετασχηματιστικής ηγεσίας (μέση διαφορά= 0,704, p=0,000) όσο και από την άσκηση της παθητικής/ αποφευκτικής ηγεσίας (μέση διαφορά= 1,640, p=0,000). Το γράφημα 1 απεικονίζει τα σφάλματα των τριών συνθηκών της ανεξάρτητης μεταβλητής ηγεσία.

Γράφημα 1.

Διάγραμμα σφαλμάτων για τις 3 συνθήκες της ανεξάρτητης μεταβλητής Ηγεσία



Στο νοσηλευτικό προσωπικό βρέθηκε ότι ασκείται αρκετά ικανοποιητική ηγεσία (2,71±1,08). Οι νοσηλευτές είναι ικανοποιημένοι σε μέτριο ως αρκετό βαθμό από την ηγεσία του νοσοκομείου και τον τρόπο που ασκείται αυτή (2,82±1,62), ενώ σε μέτριο ως αρκετό βαθμό θεωρούν πως ο ηγέτης του νοσοκομείου είναι αποτελεσματικός στον τρόπο άσκησης της ηγεσίας (2,77±0,92). Ακόμη, το νοσηλευτικό προσωπικό που συμμετείχε στην έρευνα αισθάνεται πως παρακινείται από τον ηγέτη σε μέτριο ή αρκετό βαθμό να καταβάλλει μεγαλύτερη προσπάθεια στην άσκηση του νοσηλευτικού έργου (2,56±1,11).

Το νοσηλευτικό προσωπικό βρέθηκε να είναι κυρίως ικανοποιημένο από τους συναδέλφους τους (4,14±0,82), από τις συνθήκες λειτουργίας του νοσοκομείου (4,13±0,89), από τη φύση της εργασίας τους (4,12±0,83) και από τις ενδεχόμενες ανταμοιβές (4,01±1,03). Αντίθετα, φαίνεται να είναι λιγότερο ικανοποιημένο από την εποπτεία που τους ασκεί ο προϊστάμενός τους (3,62±0,60), από τα προνόμια/οφέλη που μπορούν να αποκομίσουν από την εργασία τους (3,44±1,46), από την επικοινωνία που αναπτύσσεται στο χώρο της εργασίας τους (3,43±0,85) και από το μισθό με τον οποίο αμείβονται (3,39±0,77). Τα αποτελέσματα των διαστάσεων της επαγγελματικής ικανοποίησης παρουσιάζονται στον Πίνακα 2.

Πίνακας 2.

Περιγραφικά αποτελέσματα για τις διαστάσεις της εργασιακής ικανοποίησης

Διάσταση	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος±ΤΑ
Μισθός	1,25	5,25	3,3939±0,77
Προαγωγή	1,00	5,25	2,9824±0,8
Εποπτεία Προϊστάμενος	1,75	5,00	3,6186±0,6
Προνόμια Οφέλη	1,25	19,50	3,4437±1,46
Ενδεχόμενες Ανταμοιβές	1,00	11,00	4,0077±1,03
Συνθήκες Λειτουργίας	1,50	6,00	4,1258±0,89
Συνάδελφοι	1,50	5,75	4,1420±0,82
Φύση εργασίας	1,25	7,00	4,1242±0,83
Επικοινωνία	1,25	5,50	3,4348±0,85

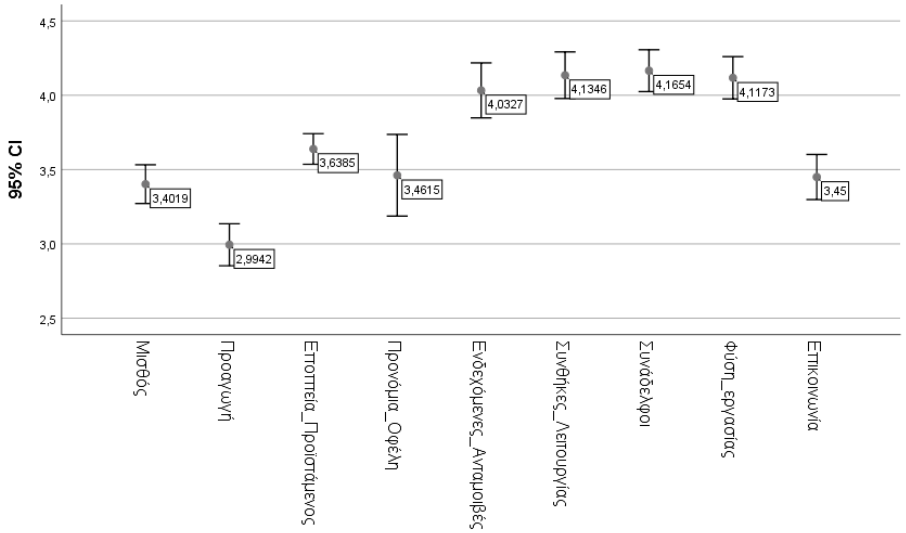
Μεταξύ των 9 διαστάσεων της εργασιακής ικανοποίησης βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά (F (8,1032)=30,706,p<0,001, n2 p= 0,192). Επίσης, βρέθηκε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό είναι περισσότερο ικανοποιημένο από το μισθό σε σχέση με τις δυνατότητες προαγωγής (μέση διαφορά= 0,408, p<0,001) και λιγότερο ικανοποιημένο από το μισθό σε σχέση με τις ενδεχόμενες ανταμοιβές (μέση διαφορά= -0,631, p=0,000), τις συνθήκες λειτουργίας (μέση διαφορά= -0,733, p=0,000), τους συναδέλφους (μέση διαφορά= -0,763, p<0,001) και τη φύση της εργασίας (μέση διαφορά= -0,715, p<0,001).

Το νοσηλευτικό προσωπικό βρέθηκε να είναι λιγότερο ικανοποιημένο από τις δυνατότητες και ευκαιρίες προαγωγής σε σχέση με την εποπτεία που ασκεί ο προϊστάμενος (μέση διαφορά= -0,644, p<0,001), τα προνόμια/οφέλη που δύνανται να αποκομίσουν (μέση διαφορά= -0,467, p=0,043), τις ενδεχόμενες ανταμοιβές (μέση διαφορά= -1,038, p<0,001), τις συνθήκες λειτουργίας (μέση διαφορά= -1,140, p=0,000), τους συναδέλφους (μέση διαφορά= -1,171, p=0,000), τη φύση της εργασίας (μέση διαφορά= -1,123, p<0,001) και την επικοινωνία (μέση διαφορά= -0,456, p<0,001).

Οι συμμετέχοντες είναι λιγότερο ικανοποιημένοι από την εποπτεία που ασκεί ο προϊστάμενος σε σχέση με τις ενδεχόμενες ανταμοιβές (μέση διαφορά= -0,394, p=0,002), τις συνθήκες λειτουργίας του νοσοκομείου (μέση διαφορά= -0,496, p<0,001), τους συναδέλφους (μέση διαφορά= -0,527, p<0,001) και τη φύση της εργασίας (μέση διαφορά= -0,479, p<0,001).

Αντίστοιχη συσχέτιση παρατηρείται και όσον αφορά στη διάσταση της ηγεσία που αφορά στα προνόμια/οφέλη. Και αυτό γιατί, πέραν όσων έχουν ήδη αναφερθεί, φαίνεται πως το νοσηλευτικό προσωπικό που συμμετείχε στην έρευνα είναι λιγότερο ικανοποιημένο από τα προνόμια/οφέλη σε σχέση με τις ενδεχόμενες ανταμοιβές (μέση διαφορά= -0,671, p=0,032), τις συνθήκες λειτουργίας (μέση διαφορά= -0,673, p<0,001), τους συναδέλφους (μέση διαφορά= -0,704, p<0,001), καθώς και σε σχέση με τη φύση της εργασίας (μέση διαφορά= -0,656, p=0,002). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στο γράφημα 2.

Γράφημα 2.
Διάγραμμα σφαλμάτων για τις 9 συνθήκες της ανεξάρτητης μεταβλητής Εργασιακή Ικανοποίηση



Η μετασχηματιστική ηγεσία συσχετίζεται θετικά με τον μισθό (r=0,168, p=0,048) και αρνητικά με τις ενδεχόμενες ανταμοιβές (r= -0,173, p=0,045), και με την επικοινωνία (r= -0,178, p=0,039). Η συναλλακτική/διεκπεραιωτική ηγεσία συσχετίζεται θετικά με την εποπτεία/προϊστάμενο (r=0,204, p=0,017), με τους συναδέλφους (r=0,219, p=0,009) και με τη φύση εργασίας (r=0,289, p=0,001). Αντίθετα, η συναλλακτική/ διεκπεραιωτική ηγεσία συσχετίζεται αρνητικά με την επικοινωνία (r= -0,180, p=0,032). Η παθητική/αποφευκτική ηγεσία συσχετίζεται θετικά με την προαγωγή (r=0,284, p=0,001), με τις ενδεχόμενες ανταμοιβές (r=0,174, p=0,035) και με την επικοινωνία (r=0,239, p=0,004). Οι συσχετίσεις παρουσιάζονται στον Πίνακα 3.

Πίνακας 3.
Αποτελέσματα συσχέτισης μεταξύ στιλ ηγεσίας και εργασιακής ικανοποίησης

		Μετασχηματιστική	**Συναλλακτική**	**Παθητική**
Μισθός	**Pearson r**	0,168	0,085	0,061
	Sig.	0,048	0,309	0,463
Προαγωγή	**Pearson r**	-0,124	-0,161	0,284
	Sig.	0,155	0,059	0,001
Εποπτεία	**Pearson r**	0,014	0,204	0,014
	Sig.	0,285	0,017	0,269
Προνόμια/Οφέλη	**Pearson r**	0,028	0,064	-0,002
	Sig.	0,744	0,453	0,977

Ενδεχόμενες ανταμοιβές	**Pearson r**	-0,173	-0,078	0,174
	Sig.	0,045	0,355	0,035
Συνθήκες λειτουργίας	**Pearson r**	-0,067	0,110	0,034
	Sig.	0,445	0,199	0,688
Συνάδελφοι	**Pearson r**	0,029	0,219	-0,019
	Sig.	0,742	0,009	0,819
Φύση εργασίας	**Pearson r**	0,027	0,289	-0,087
	Sig.	0,752	0,001	0,300
Επικοινωνία	**Pearson r**	-0,178	-0,180	0,239
	Sig.	0,039	0,032	0,004

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της εργασίας αυτής ήταν να διερευνηθεί το στυλ ηγεσίας που ασκείται στο νοσηλευτικό προσωπικό που στελεχώνει δημόσιο νοσοκομείο της Ελλάδας και στη συνέχεια να διερευνηθεί μια πιθανή συσχέτιση μεταξύ του στυλ αυτού ηγεσίας και της επαγγελματικής ικανοποίησης των νοσηλευτών. Αναφορικά με το είδος ηγεσίας που ασκείται στο νοσηλευτικό προσωπικό προέκυψε πως ασκείται κατά κύριο λόγο μια ηγεσία που προσιδιάζει περισσότερο στο είδος της συναλλακτικής/διεκπεραιωτικής ηγεσίας, καθώς στο είδος αυτό σημειώθηκε και ο μεγαλύτερος βαθμός συμφωνίας των συμμετεχόντων. Πρόκειται για εκείνο το είδος της ηγεσίας στο οποίο η έμφαση δίνεται στην αλληλεπίδραση μεταξύ του ηγέτη και των υφιστάμενών του, καθώς οι τελευταίοι ακολουθούν τις επιθυμίες του ηγέτη, γεγονός που συνοδεύεται από κάποιου είδους ανταμοιβή, χωρίς όμως να επιδιώκεται η αλλαγή της υφιστάμενης κατάστασης που χαρακτηρίζεται τον εκάστοτε οργανισμό στον οποίο ασκείται η ηγεσία αυτή (Μπουραντάς, 2015).

Έτσι, στο συγκεκριμένο νοσοκομείο ασκείται τόσο η διοίκηση κατ΄ εξαίρεση, όσο και η εξαρτημένη ανταμοιβή. Αυτό σημαίνει πως ο ηγέτης στο πλαίσιο της συναλλακτικής ηγεσίας που ασκεί καταφέρνει σε σημαντικό βαθμό να αξιοποιήσει τη θετική ανταμοιβή των εργαζομένων που καταφέρνουν να ολοκληρώσουν το έργο που έχουν αναλάβει, συμβάλλοντας στην ικανοποίηση του κοινού στόχου. Την ίδια στιγμή, προκύπτει πως στο πλαίσιο της συναλλακτικής αυτής ηγεσίας που ασκείται στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, δίνεται η δυνατότητα στον ηγέτη να προβαίνει στην αξιολόγηση των υφιστάμενών και να κρίνει αν οι τελευταίοι τηρούν τους κανόνες. Αντίθετα, φαίνεται πως η μετασχηματιστική ηγεσία, με τις μορφές της εξιδανικευμένης επιρροής, της εμψυχωτικής παρακίνησης, της εξιδανικευμένης επιρροής/συμπεριφοράς, της διανοητικής διέγερσης και του εξατομικευμένου ενδιαφέροντος, ασκείται σε μικρότερο βαθμό από αυτόν στον οποίο ασκείται η συναλλακτική ηγεσία. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, πρόκειται για εκείνο το είδος της ηγεσίας στο οποίο η έμφαση δίνεται στις σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ του ηγέτη και των υφιστάμενών του, ώστε μέσω της ανάπτυξης σχέσης εμπιστοσύνης και αμοιβαιότητας να παρακινηθούν οι τελευταίοι να επιτύχουν υψηλότερες αποδόσεις, οι οποίες εκφράζουν περισσότερα τα προσωπικά οράματα και τις προσωπικές αξίες του ηγέτη (Burns, 2011).

Στο συγκεκριμένο νοσοκομείο προκύπτει πως ο ηγέτης σε μικρότερο βαθμό εμπνέει τους υφιστάμενούς του να αποκτήσουν τα ίδια ιδανικά και τις ίδιες αξίες με τον ίδιο ώστε επιτύχουν τον κοινό στόχο. Αντίστοιχα, προκύπτει πως στο συγκεκριμένο νοσοκομείο σε μικρότερο βαθμό ο ηγέτης καταφέρνει να ενισχύσει την προσπάθεια των υφιστάμενών του δημιουργώντας τους την πεποίθηση ότι μπορούν να επιτύχουν τον κοινό στόχο, ενώ την ίδια στιγμή σε μικρότερο βαθμό ο ηγέτης προβαίνει στην δημιουργία νέων τρόπων επίτευξης των στόχων που έχουν τεθεί ώστε στην συνέχεια να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα που τυχόν ανακύπτουν. Ακόμα, προκύπτει πως στο συγκεκριμένο νοσοκομείο ο ηγέτης σε μικρότερο βαθμό ασχολείται με τον κάθε υφιστάμενο χωριστά, ώστε να αξιολογήσει τις ικανό-

τητες και τις ανάγκες του και τελικά να του δώσει τις αρμοδιότητες που αντιστοιχούν στις ικανότητες αυτές.

Προγενέστερες έρευνες έχουν δείξει πως το είδος ηγεσίας που ασκείται στα νοσηλευτικά ιδρύματα είναι αυτό της μετασχηματιστικής ηγεσίας κι όχι αυτό της συναλλακτικής, όπως βρέθηκε στην συγκεκριμένη έρευνα. Για παράδειγμα, στην έρευνα των Richard et al (2012) φάνηκε πως το νοσηλευτικό προσωπικό αντιλαμβάνεται και αξιολογεί το στυλ ηγεσίας που του ασκείται ως μετασχηματιστικό. Αντίστοιχα, η έρευνα της Κωνσταντίνου (2014) έδειξε πως το νοσηλευτικό προσωπικό του οποίου τη γνώμη ερεύνησε αξιολογεί το στυλ ηγεσίας που του ασκείται ως μετασχηματιστικό, ενώ αντίστοιχα στην έρευνα της Κανελλοπούλου (2019) βρέθηκε ότι ασκείται συναλλακτική ηγεσία με στοιχεία συναλλακτικής/αποφευκτικής ηγεσίας.

Στην παρούσα μελέτη, επίσης, βρέθηκε συσχέτιση ανάμεσα στο στυλ ηγεσίας και την ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού. Συγκεκριμένα, φαίνεται πως η συναλλακτική/διεκπεραιωτική ηγεσία που ασκείται κατά βάση στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, σχετίζεται θετικά με την ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού από την εποπτεία/προϊστάμενο και τη φύση της εργασίας, ενώ το ίδιο στυλ ηγεσίας συσχετίζεται αρνητικά με την επικοινωνία που αναπτύσσεται εντός του χώρου εργασίας, ένα εύρημα το οποίο επιβεβαιώνεται και από την έρευνα της Κανελλοπούλου (2019).

Αντίστοιχα, προκύπτει πως η μετασχηματιστική ηγεσία, η οποία ασκείται σε μικρότερο βαθμό στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, συσχετίζεται θετικά με τον μισθό με τον οποίο αμείβεται το νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ συσχετίζεται αρνητικά με τις ενδεχόμενες ανταμοιβές και με την επικοινωνία. Η έρευνα της Κανελλοπούλου (2019), αντίθετα, έδειξε πως υπάρχει μια θετική συσχέτιση μεταξύ της μετασχηματιστικής ηγεσίας και της εποπτείας, της συνεργασίας με τους συναδέλφους, τη φύση της εργασίας και της επικοινωνίας που αναπτύσσεται εντός του νοσοκομείου, στοιχεία τα οποία στην παρούσα έρευνα φάνηκε ότι συσχετίζονται θετικά με την συναλλακτική ηγεσία.

Η παρούσα έρευνα έδειξε πως η παθητική ηγεσία, η οποία δεν ασκείται παρά ελάχιστα στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, σχετίζεται θετικά με τις δυνατότητες προαγωγής και τις ενδεχόμενες ανταμοιβές, καθώς και με την επικοινωνία που αναπτύσσεται εντός του χώρου εργασίας του συγκεκριμένου νοσοκομείου, ένα εύρημα το οποίο επιβεβαιώνεται και από την έρευνα της Κανελλοπούλου (2019).

Περιορισμοί της μελέτης

Η συγκεκριμένη έρευνα υπόκειται σε ορισμένους περιορισμούς που δεν επιτρέπουν την γενίκευση των αποτελεσμάτων. Ο πρώτος βασικός περιορισμός αφορά στο δείγμα της έρευνας, το οποίο αποτέλεσαν νοσηλευτές που στελεχώνουν ένα δημόσιο νοσοκομείο. Το γεγονός αυτό σημαίνει πως οι απόψεις που καταγράφτηκαν και παρουσιάστηκαν στην εργασία αυτή αντανακλούν μόνο την κατάσταση που επικρατεί στο συγκεκριμένο νοσοκομείο και ως εκ τούτου δεν είναι δυνατή η γενίκευση των αποτελεσμάτων.

Περιορισμό θέτει και τα ίδια τα ερευνητικά εργαλεία τα οποία αξιοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα. Πρόκειται για αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια με ερωτήσεις κλειστού τύπου, γεγονός που σημαίνει πως ενδεχομένως να μην μπορούν να αποτυπώσουν πλήρως και σε βάθος τις απαντήσεις των συμμετεχόντων και τις απόψεις τους σχετικά με το στυλ ηγεσίας που επικρατεί στο νοσοκομείο το οποίο στελεχώνουν καθώς και με το βαθμό στον οποίο είναι πραγματικά ικανοποιημένοι από την εργασία τους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι νοσηλευτές στο υπό μελέτη νοσοκομείο είναι γενικά ικανοποιημένοι από την ηγεσία που ασκείται. Πρόκειται για μια ηγεσία, η οποία προσιδιάζει περισσότερο στην συναλλακτική ηγεσία με ορισμένα στοιχεία της μετασχηματιστικής ηγεσίας. Αντίθετα, στο συγκεκριμένο νοσοκομείο δε φαίνεται να ασκείται παρά σε ελάχιστο βαθμό η παθητική/αποφευκτική ηγεσία. Ικανοποίηση προέκυψε, ακόμα, και από το ρόλο και το έργο του ηγέτη, καθώς και από την φύση της εργασίας και από τις σχέσεις με τους συναδέλφους.

Από την άλλη μεριά, όμως, φάνηκε πως το νοσηλευτικό προσωπικό που στελεχώνει το συγκεκριμένο νοσοκομείο δεν είναι ικανοποιημένο από την εποπτεία που ασκείται από τον προϊστάμενό τους, από τα προνόμια και τα οφέλη που μπορούν να αποκομίσουν από την εργασία τους, καθώς και από την επικοινωνία που αναπτύσσεται εντός του χώρου εργασίας τους. Μικρός βαθμός ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού προκύπτει και αναφορικά με το μισθό που λαμβάνουν. Ακόμα μικρότερος βαθμός ικανοποίησης των νοσηλευτών προκύπτει και αναφορικά με τις δυνατότητες προαγωγής που θεωρεί πως έχει το νοσηλευτικό προσωπικό.

Τα παραπάνω ευρήματα προκαλούν προβληματισμό δεδομένου ότι πρόκειται για παράγοντες που δύνανται να επηρεάσουν την αποτελεσματικότητα των εργαζομένων και συνακόλουθα την καλή λειτουργία του νοσοκομείου και την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρει. Με άλλα λόγια, φαίνεται πως υπάρχει η ανάγκη για μια αλλαγή στον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας του συγκεκριμένου νοσοκομείου σε συνδυασμό με τον προσανατολισμό της ηγεσίας περισσότερο προς την κινητοποίηση και ενθάρρυνση των εργαζομένων, ώστε να συναισθανθούν το κοινό όραμα και να εντείνουν την προσπάθειά τους για βελτίωση του έργου τους. Προκύπτει η ανάγκη να δοθούν τα απαραίτητα κίνητρα στους εργαζομένους στον τομέα υγείας, συμπεριλαμβανομένων και των ανταμοιβών τους, ώστε να επέλθει αυτή η αλλαγή στο βαθμό ικανοποίησής τους και ως εκ τούτου στην λειτουργία του συγκεκριμένου νοσοκομείου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Διεθνής βιβλιογραφία

Avolio, B. J., & Bass, B. M. (2004). Multifactor Leadership Questionnaire. Manual and Sampler Set (3rd ed.). Redwood City, CA: Mindgarden.

Bush, T. (2011). Theories of educational leadership and management (4th edition). London: Sage Publications.

Kleinman, C. (2004). The relationship between managerial leadership behaviors and staff nurse retention. Hospital Topics: Research and Perspectives on Healthcare, 82(4): 2–9.

Richard David C.S., Robinson P., Celano, P. & Hallaron, J. (2012). International Journal of Nursing Studies, 49, pp. 1103–1111.

Smith, B. K., Profetto-McGrath J. & Cummings G. (2009). Emotional intelligence and nursing: An integrative literature review. International journal of nursing studies, 46, 1624–1636.

Sullivan, E.J. & Decker, P.J. (2009). Effective Leadership and Management in Nursing.7th edn. Pearson Education, Upper Saddle River, New Jersey.

Suresh S., Kodikal R. &Kar S. (2015). Measuring job satisfaction and impact of demographic characteristics among Doctors of Teaching Hospitals. International Multispecialty Journal of Health, 1 (9).

Ελληνική βιβλιογραφία

Ζυγά, Σ. (2010). Εισαγωγή στη Νοσηλευτική Επιστήμη. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ, Αθήνα.

Κανελλόπουλος Δ. (2012). Θεωρίες παρακίνησης του ιατρικού προσωπικού στα νοσοκομεία. Το βήμα του Ασκληπειού, 11(2), 182-189.

Κανελλοπούλου, Ε. (2019). Ο ρόλος της ηγεσίας στην επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού. Διπλωματική Εργασία. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Κωνσταντίνου, Χ. (2014). Διερεύνηση συσχέτισης μεταξύ του ύφους ηγεσίας των προϊσταμένων Νοσηλευτών και της επαγγελματικής ικανοποίησης του υφιστάμενου νοσηλευτικού προσωπικού στο Νοσοκομείο της Καλαμάτας. Διπλωματική εργασία. Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου.

Μπουραντάς, Δ. (2015). Οι μεγάλοι φιλόσοφοι και το προσωπικό management. Αθήνα: Πατάκης.

Σαρίδη Μ., Καρρά Α. & Σουλιώτης Κ. (2016). Εργασιακό stress και επαγγελματίες υγείας σε περίοδο οικονομικής κρίσης. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 33(1), 73-83.

Τούντας Γ. (2008). Υπηρεσίες Υγείας. Αθήνα: εκδ. Οδυσσέας/Νέα Υγεία.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

Investigating the effect of leadership style on nursing staff job satisfaction; A cross-sectional study

Pantelis Stergiannis[1], Panagiotis Theodorou[2], Dimitra Sotirakopoulou[3], Georgios Intas[4]
1. Assistant Professor, NKUA, Department of Nursing
2. Member of the Scientific Advisory Board, National Institute of Health, Hellenic Open University
3. Nurse, Agios Andreas General Hospital, Patras
4. Nurse, Agios Panteleimon General Hospital – G.H.W.A. Agia Varvara

ABSTRACT

Introduction: The concept of leadership of an organization seems to be related to the efficiency of this organization, as well as to the satisfaction that employees enjoy from the conditions and nature of their work. The style of transformational leadership has been characterized as the most appropriate, in order to achieve the development of human resources that staff the health structures and to perform their work more effectively.

Aim: Aim of this study was to expand the leadership style of nursing staff and its possible correlation with job satisfaction.

Methodology: This was a cross-sectional study. The data collection was done using The Multifactor Leadership Questionnaire - MLQ leadership questionnaire and the Job Satisfaction Survey questionnaire.

Results: The results showed that in this hospital there is mainly a leadership of transactional / processing style (3.04±0.57) with very few elements of transformational leadership (2.35±0.76), which seems to satisfy in general the nursing staff (2.71±1.08). This leadership seems to be positively associated with the supervisor / boss (r=0.20, p=0.017), with colleagues (r = 0.219, p=0.009) and with the nature of work (r=0.289, p=0.001), while on the contrary it seems to be negatively correlated with communication (r=-0,180, p=0,032). Furthermore, it appears that the nursing staff is mediocre or quite satisfied with the possible rewards (4.01±1.03), with the operating conditions (4.13±0.89), with the colleagues (4.14±0, 82), by the nature of the work (4.12±0.83).

Conclusions: In conclusion, in this hospital it seems that a leadership is exercised that is more specific to the type of transactional leadership and is evaluated as a whole as satisfactory, while the way in which the leader performs his role and exercises this leadership is considered quite satisfactory.

Keywords: leadership, job satisfaction, nursing staff, hospital

Corresponding author:
Intas Georgios
Email: intasgeo@yahoo.gr

Citation: Stergiannis P., Theodorou P., Sotirakopoulou D., Intas G.. Investigating the effect of leadership style on nursing staff job satisfaction; A cross-sectional study. Hellenic Journal of Nursing Science 18(3): 7-16, https://doi.org./10.24283/hjns.202532

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

Το ψυχολογικό βίωμα των ασθενών με Σκλήρυνση κατά Πλάκας

Μαρία Αγγελική Μοιρέα[1], Ιωάννης Μαυρογιαννάκης[2], Παναγιώτης Θεοδώρου[3], Γεώργιος Μανομενίδης[4]
1. Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Τμήμα Ιατρικής
2. Φοιτητής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Τμήμα Ιατρικής
3. Συνεργαζόμενο Εκπαιδευτικό Προσωπικό, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας
4. Επίκουρος Καθηγητής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Τμήμα Νοσηλευτικής

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η σκλήρυνση κατά πλάκας (ΣΚΠ) δεν αποτελεί απλά μια ιατρική πάθηση αλλά ισοδυναμεί και με μια συναισθηματική και καθόλα παρεμβατική πάθηση στη ζωή του ασθενή καθώς οδηγεί σε μια προοδευτική αναπηρία. Η αβεβαιότητα της θεραπευτικής παρέμβασης και ο υψηλός κίνδυνος εμφάνισης αναπηρίας και παρενεργειών, δυσχεραίνουν την ψυχολογική προσαρμογή και επηρεάζουν δραματικά τη ψυχική υγεία.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση του ψυχολογικού βιώματος ασθενούς με ΣΚΠ.

Μεθοδολογία: Για τη διερεύνηση του φαινομένου επιλέχθηκε η ποιοτική μεθοδολογία μελέτης περίπτωσης. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με ημι-δομημένη συνέντευξη που περιλάμβανε ερωτήσεις ανοιχτού τύπου. Ακολουθήθηκε η συμβατική ανάλυση περιεχομένου (thematic analysis) ενώ για τη διασφάλιση της πιστότητας και της σταθερότητας των ευρημάτων, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της τριγωνοποίησης, με τη συμμετοχή τριών διαφορετικών ερευνητών, που ασχολήθηκαν με την κωδικοποίηση και την ανάλυση των δεδομένων.

Αποτελέσματα: Από τα αποτελέσματα προέκυψε πως οι πρώτες σκέψεις και τα συναισθήματα τη στιγμή της διάγνωσης περιλαμβάνουν τον φόβο για το άγνωστο και την άρνηση αποδοχής, που όμως με την πάροδο του χρόνου οδηγούν στο συμβιβασμό και την παραδοχή. Οι προκλήσεις που καλείται να αντιμετωπίσει ο ασθενής με ΣΚΠ έχουν να κάνουν κυρίως με τα σωματικά προβλήματα, τους περιορισμούς που επιβάλλει η ασθένεια αλλά και τις αντιδράσεις των άλλων. Στο δύσκολο αυτό δρόμο της ασθένειας, οι πηγές στήριξης για τον ασθενή με ΣΚΠ είναι το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον ενώ πηγή άντλησης δύναμης είναι η πίστη στα θεία και η πίστη στον ίδιο τον ασθενή.

Συμπεράσματα: Για τη διαχείριση της ασθένειας των ασθενών με ΣΚΠ, συμβάλλει σημαντικά το υποστηρικτικό δίκτυο του ασθενή καθώς αποτελεί πηγή άντλησης δύναμης. Κρίνεται επιτακτική η ανάγκη παροχής ψυχολογικής και κοινωνικής υποστήριξης στους ασθενείς με ΣΚΠ σε όλα τα στάδια της ασθένειας τους.

Λέξεις Κλειδιά: Μελέτη περίπτωσης, προκλήσεις, σκλήρυνση κατά πλάκας, ψυχολογικό βίωμα

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

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:
Θεοδώρου Παναγιώτης
e-mail: panostheodor@yahoo.gr

Αναφορά του άρθρου ως: Μοιρέα Μ.Α., Μαυρογιαννάκης Ι, Θεοδώρου Π., Μανομενίδης Γ. (2025). Το ψυχολογικό βίωμα των ασθενών με Σκλήρυνση κατά Πλάκας. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης 18(3): 17-26, https://doi.org./10.24283/hjns.202533

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σκλήρυνση κατά πλάκας (ΣΚΠ) είναι η πιο γνωστή αυτοάνοση - φλεγμονώδης νόσος του κεντρικού νευρικού συστήματος που χαρακτηρίζεται από τη χρόνια απομυελίνωση, δηλαδή την καταστροφή του έλυτρου μυελίνης των νευρικών κυττάρων (Rivera-Navarro et al 2007). Αν και δεν μπορεί να θεωρηθεί θανατηφόρος νόσος, μπορεί να έχει μια απρόβλεπτη πορεία εξάρσεων και υφέσεων (Patten & Metz 1997). Ο επιπολασμός της ανέρχεται σε 2.500.000 παγκοσμίως (Ghafari et al 2015) με το γυναικείο φύλο να κυριαρχεί στις διαγνώσεις (Bassi et al 2019) και τη θεραπεία της να εξακολουθεί να παραμένει άγνωστη (Malcomson et al 2007). Η διάγνωση γίνεται συνήθως σε νεαρή ηλικία, κυρίως μεταξύ 20-45 ετών, αν και η έναρξη της ασθένειας δεν έχει σαφή χρονικό εντοπισμό, καθότι η παθογένεια της θεωρείται πολύπλευρη (Rivera-Navarro et al 2007). Η μαγνητική τομογραφία αποτελεί ένα εξαιρετικά χρήσιμο εργαλείο για τη διάγνωση της ΣΚΠ. Η πολλαπλή σκλήρυνση λαμβάνει διάφορες μορφές, με κύρια την υποτροπιάζουσα-διαλείπουσα η οποία ορίζεται ως «μία χρόνια νόσος με τουλάχιστον δύο υποτροπές» (Brassat 2012). Η δευτερογενής προϊούσα ΣΚΠ είναι προοδευτική και δεν σχετίζεται με την παρουσία κλινικών υποτροπών.

Η ΣΚΠ δεν θεωρείται απλά μία ιατρική πάθηση αλλά ισοδυναμεί και με μία συναισθηματική και καθόλα παρεμβατική πάθηση στη ζωή του ασθενή (Malcomson et al 2007). Είναι μία εξουθενωτική νόσος προοδευτικής αναπηρίας (Sesel et al 2018), η οποία σχετίζεται με μία σειρά από σωματικά συμπτώματα, συμπεριλαμβανομένων του πόνου, της κόπωσης, της μυϊκής αδυναμίας, της γνωστικής δυσλειτουργίας, τις διαταραχές στην ούρηση, της μειωμένης σεξουαλικής διάθεσης (Cadden et al 2018) αλλά και των συναισθηματικών συμπτωμάτων όπως του άγχους και της κατάθλιψης (Janssens et al 2003). Λόγω της αβεβαιότητας της συγκεκριμένης ασθένειας, της πολυμορφίας των συμπτωμάτων, της δυσκολίας στη διάγνωση και την πρόγνωση όπως επίσης και στην απουσία μόνιμης θεραπείας, η ΣΚΠ σχετίζεται με μειωμένη ψυχοκοινωνική προσαρμογή τόσο στην προσωπική όσο και στην επαγγελματική ζωή του ασθενή (Bassi et al 2019, Hakim et al 2000). Οι ασθενείς στις περισσότερες περιπτώσεις δεν έχουν καμία προηγούμενη γνώση σχετικά με την ΣΚΠ και μόνο όταν τίθεται η διάγνωση της ασθένειας μπαίνουν στη διαδικασία ενημέρωσης και πληροφόρησης σχετικά με το τι θα πρέπει να περιμένουν (Ghafari et al 2015).

Οι ασθενείς με ΣΚΠ αναφέρουν χαμηλό επίπεδο ποιότητας ζωής, σε σύγκριση με τους πληθυσμούς άλλων χρόνιων νευρολογικών ασθενειών (Patten & Metz 1997). Η αβεβαιότητα της θεραπευτικής παρέμβασης και ο υψηλός κίνδυνος εμφάνισης αναπηρίας και παρενεργειών, δυσχεραίνουν τη ψυχολογική προσαρμογή των ασθενών και επηρεάζουν δραματικά τη ψυχική τους υγεία (Minden et al 2013). Οι ψυχικές διαταραχές στη ΣΚΠ σχετίζονται με χαμηλή ποιότητα ζωής ως αποτέλεσμα της απώλειας της υγείας (Berrigan et al 2016), την προοδευτική αναπηρία (McKay et al 2018) και τη θνησιμότητα (Buchanan et al 2010).

Σε πρόσφατη μελέτη (Cadden et al 2018), η πλειονότητα των ασθενών με ΣΚΠ ανάφερε τουλάχιστον ένα περιστατικό κοινωνικού ρατσισμού (π.χ. αδιάκριτα βλέμματα λόγω του αμαξιδίου), χωρίς ωστόσο να έχει μελετήσει την ψυχολογική επίδραση του κοινωνικού στίγματος στη συγκεκριμένη ομάδα ασθενών. Ο κοινωνικός ρατσισμός οδήγησε σε κοινωνική απομόνωση, διακρίσεις ή απώλεια θέσης, και σε κάποιες περιπτώσεις σε περιορισμένη πρόσβαση σε σημαντικούς πόρους (π.χ. απασχόληση, στέγαση, ιατρική περίθαλψη) που επηρεάζουν την υγεία (Cadden et al 2018). Το στίγμα της ασθένειας δύναται να περιορίσει τους ψυχολογικούς πόρους των ασθενών με ΣΚΠ, γεγονός το οποίο μπορεί να ευθύνεται για την ευαλωτότητά τους στις διάφορες ψυχικές διαταραχές όπως είναι η κατάθλιψη (Arnett 2006).

Παρά την ύπαρξη αβεβαιότητας σχετικά με την εξέλιξη και την πορεία της ασθένειας στο πρώιμο στάδιο της και τα προβλήματα προσαρμογής που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με ΣΚΠ, ελάχιστα είναι τα σχετικά ερευνητικά δεδομένα (Berrigan et al 2016). Εξίσου περιορισμένα είναι και τα ερευνητικά δεδομένα σχετικά με την καταγραφή των εμπειριών των ασθενών με ΣΚΠ (Ghaidar et al 2022) αλλά και το πως αυτοί αντιμετωπίζονται από το σύστημα υγείας, τις δυνατότητες πρόσβασης που έχουν και την ποιότητα της φροντίδας που λαμβάνουν (Gaille 2019).

Ειδικότερα, σε μελέτη που διερεύνησε την προσαρμογή των ασθενών στο πρώιμο στάδιο της ΣΚΠ, πολλοί ασθενείς βρέθηκαν να προσαρμόζονται αρκετά καλά στις απαιτήσεις και τα νέα δεδομένα που προκαλεί η ασθένεια (Dennison et al 2011). Σε παρόμοια μελέτη (Tur 2016), οι ασθενείς στο πρώιμο στάδιο της ΣΚΠ ανέφεραν ότι η προσαρμογή είναι συνήθως δύσκολη αλλά διαχειρίσιμη καθώς με κατάλληλες στρατηγικές διαχείρισης μπορεί να επιτραπεί στον ασθενή να έχει ένα σχετικά καλό επίπεδο κανονικότητας στη ζωή του. Ωστόσο, η γενικότερη προσαρμογή του ασθενούς στην πάθησή του, θα εξαρτηθεί από τη τρέχουσα και την εν δυνάμει εξελικτική της πορεία (Faraclas et al 2022). Οι χρόνιες παθήσεις δεν είναι απλοί στρεσογόνοι παράγοντες στους οποίους τα άτομα προσαρμόζονται εύκολα και γρήγορα αλλά θεωρούνται πολύπλοκοι και αλλάζουν διαρκώς δημιουργώντας στους ασθενείς συνεχείς προκλήσεις (Malcomson et al 2007). Στο κομμάτι της ψυχολογικής προσαρμογής του ασθενή στη νέα πραγματικότητα της ασθένειας, πολύ σημαντικό ρόλο φαίνεται να παίζουν δύο παράγοντες, δηλαδή το κοινωνικό πλαίσιο και η στάση του ασθενή απέναντι στη χρονιότητα της ΣΚΠ. Το πλαίσιο αφορά τη στήριξη που μπορεί να παρέχει το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον προκειμένου το άτομο να μπορεί να προσαρμοστεί όσον το δυνατόν καλύτερα στην ασθένεια. Η στάση και η αντίληψη των ασθενών απέναντι στην ΣΚΠ που έχει διαμορφωθεί πριν τη διάγνωση της ασθένειας, θα επηρεάσει και την διαδικασία προσαρμογής τους (Janssens et al 2003). Στις περισσότερες μελέτες που έχουν διερευνήσει

την προσαρμογή των ασθενών στην ΣΚΠ, φαίνεται πώς η πλειονότητα των ασθενών, παρά τις διαρκείς προκλήσεις, ανταπεξέρχεται με ικανοποιητικούς τρόπους στην καθημερινότητά του, γεγονός που τους επιτρέπει να διατηρήσουν μια καλή ποιότητα ζωής (Hakim et al 2000, Mohr et al 1999). Τη στιγμή της διάγνωσης η ΣΚΠ αντιμετωπίζεται σχεδόν πάντα ως ένα καταστροφικό γεγονός, το οποίο συνοδεύεται από αισθήματα θλίψης, κατάθλιψης και φόβου, τα οποία αρχίζουν να περιορίζονται όταν τα συμπτώματα της ΣΚΠ επιβεβαιώνονται (Edwards et al 2008). Η κατάθλιψη ωστόσο στην ΣΚΠ σχετίζεται ορισμένες φορές με την ενέσιμη θεραπεία ιντερφερόνης-βήτα (Arnett 2006) που λαμβάνει η πλειονότητα των ασθενών. Η έλλειψη υποστήριξης και η ανεπάρκεια πληροφόρησης των ασθενών, σχετικά με την ΣΚΠ από την πλειονότητα των επαγγελματιών υγείας, αποτελούν σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες αύξησης της δυσφορίας των ασθενών στα πρώτα στάδια της νόσου (Edwards et al 2008).

Σε ποιοτική μελέτη που διερεύνησε τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με ΣΚΠ (Koch & Kelly 1999), βρέθηκε πως οι γυναίκες έχουν να διαχειριστούν πολλαπλές απώλειες στην καθημερινή τους ζωή και συχνά αναγκάζονται να κάνουν αλλαγές στον τρόπο ζωής τους προκειμένου να αντιμετωπίσουν την ασθένεια τους. Οι συγκεκριμένες αλλαγές αφορούσαν στη μετάβαση από την ανεξαρτησία και την ελευθερία, στην εξάρτηση από τους άλλους. Επιπλέον, δήλωσαν ότι δεν μπορούσαν πλέον να εμπιστευτούν τον εαυτό τους στις καθημερινές τους δραστηριότητες και εξέφρασαν το άγχος τους για την δυνατότητα να προχωρήσουν σε μελλοντικά σχέδια που φαινόταν σημαντικά για εκείνες (Olsson et al 2008).

Σε άλλη ποιοτική μελέτη σχετικά με τις εμπειρίες των ατόμων με ΣΚΠ, υποστηρίχθηκε ότι η στήριξη από τους άλλους αλλά και το οικογενειακό περιβάλλον ήταν πολύ σημαντική, ιδιαίτερα στην καθημερινή πρακτική (Persson et al 2023). Μεγάλη έμφαση δόθηκε στη συναισθηματική υποστήριξη, που αφορούσε στο μοίρασμα των ανησυχιών και των συναισθημάτων που ελάμβαναν από το κοινωνικό τους δίκτυο, καθώς αυτό συνέβαλλε ουσιαστικά στην αντιμετώπιση των προβλημάτων της ασθένειας τους. Η εξάρτηση από την οικογένεια και τα παιδιά λειτούργησαν ως ισχυρή δύναμη για να παλέψουν στην καθημερινότητά τους.

Στην Ελλάδα διαγιγνώσκονται περίπου 5000 περιπτώσεις το χρόνο με ΣΚΠ. Η περιορισμένη γνώση στην Ελλάδα σχετικά με τις ψυχικές επιπτώσεις που έχει η ΣΚΠ στην ψυχική υγεία των ασθενών τη στιγμή της διάγνωσης και μετέπειτα κατά τη διάρκεια της προσαρμογής, αποτελεί πεδίο ερευνητικού ενδιαφέροντος. Σκοπός της παρούσας ποιοτικής μελέτης ήταν η διερεύνηση του βιώματος των ασθενών με ΣΚΠ. Για την επίτευξη αυτού του σκοπού τέθηκαν τα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

α) Ποιες είναι οι σκέψεις, οι αντιδράσεις και τα συναισθήματα του ασθενούς από την στιγμή της διάγνωσης μέχρι σήμερα;

β) Ποιες είναι οι προκλήσεις που αντιμετώπισε στη ζωή του;

γ) Ποιες είναι οι πηγές στήριξης του;

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σχεδιασμός

Για την διερεύνηση του φαινομένου επιλέχθηκε η ποιοτικής μεθοδολογίας μελέτη περίπτωσης η οποία διεξήχθη με προσωπική συνέντευξη.

Δείγμα μελέτης

Επιλέχθηκε με σκόπιμη δειγματοληψία μια γυναίκα ασθενής 38 ετών, με επίσημη διάγνωση ICD-10 την ΣΚΠ, την οποία φέρει εδώ και 14,5 χρόνια.

Συλλογή δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων έγινε με ημι-δομημένη συνέντευξη που περιλάμβανε ερωτήσεις ανοιχτού τύπου. Η διάρκεια της συνέντευξης κυμάνθηκε στα 45 λεπτά και πραγματοποιήθηκε τον Ιούνιο του 2023. Η συνέντευξη μαγνητοφωνήθηκε και στη συνέχεια απομαγνητοφωνήθηκε σε γραπτό λόγο.

Θέματα ηθικής-Δεοντολογίας

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στο σπίτι της ασθενούς η οποία αφού ενημερώθηκε για το σκοπό, το περιεχόμενο και τη διάρκεια της συνέντευξης, υπέγραψε το σχετικό έντυπο συγκατάθεσης. Η συνέντευξη διεξήχθη από έμπειρο μέλος της ερευνητικής ομάδας στην ποιοτική έρευνα. Στην έναρξη της συνέντευξης επιβεβαιώθηκε η τήρηση του απορρήτου και λήφθηκε η άδεια ηχογράφησης

Ανάλυση δεδομένων

Στην παρούσα ποιοτική μελέτη επιλέχθηκε η θεματική ανάλυση και ακολουθήθηκε η συμβατική ανάλυση περιεχομένου. Για την ανάλυση των δεδομένων ακολουθήθηκαν τα παρακάτω βήματα κατά Braun & Clarke (2006): α) αρχικά επιχειρήθηκε η όσο το δυνατόν καλύτερη εξοικείωση με τα δεδομένα μέσω της ανάγνωσης και της επανάληψης των δεδομένων, πραγματοποιώντας σημειώσεις πάνω στις αρχικές ερμηνείες, β) δημιουργήθηκαν οι πρώτοι κωδικοί και πραγματοποιήθηκε σύγκριση με τα δεδομένα που σχετίζονται με κάθε κώδικα ξεχωριστά με συστηματικό τρόπο, γ) οι κωδικοί ομαδοποιήθηκαν σε πιθανά θέματα και διενεργήθηκε έλεγχος αν τα θέματα αυτά συσχετίζονταν με τα αποσπάσματα της συνέντευξης και γενικότερα με το σύνολο των δεδομένων και τέλος δ) ορίστηκαν τα τελικά θέματα και υποθέματα.

Για τη διασφάλιση της πιστότητας και της σταθερότητας των ευρημάτων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της τριγωνοποίησης (triangulation). Η τριγωνοποίηση αφορά τη χρήση διαφόρων μεθόδων στο πλαίσιο μιας μελέτης με στόχο την επιβεβαίωση ή την επίτευξη της πληρότητας κατανόησης του υπό μελέτη φαινομένου (Methley et al 2017). Η τριγωνοποίηση διασφαλίστηκε από τη συμμετοχή τριών διαφορετικών ερευνητών που ασχολήθηκαν με την κωδικοποίηση και την ανάλυση των δεδομένων που προέκυψαν.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Με βάση τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης, τα αποτελέσματα έδειξαν πως η ασθενής βίωσε πλήθος σκέψεων και συναισθημάτων από την στιγμή της ανακοίνωσης της ασθένειας και αντιμετώπισε πλήθος προκλήσεων, θετικών και αρνητικών. Επίσης γίνεται αναφορά και στο υποστηρικτικό κοινωνικό δίκτυο του περιβάλλοντός της. Τα αποτελέσματα υποστηρίζονται και από τα σχετικά αποσπάσματα.

Σχετικά με τις σκέψεις και τα συναισθήματα που δημιουργήθηκαν από τη στιγμή της διάγνωσης μέχρι σήμερα, προέκυψαν 2 θέματα και 4 υποθέματα (Πίνακας 1).

Ο φόβος για το άγνωστο

Η ανακοίνωση της διάγνωσης από το γιατρό δημιούργησε στην ασθενή έντονο φόβο και άγχος για το τι έχει να περιμένει. Δυσάρεστες σκέψεις και αβεβαιότητα για το μέλλον ήταν οι πρώτες αντιδράσεις.

«..ήμουν πάρα πολύ αγχωμένη, φοβόμουν πάρα πολύ, δεν ήξερα τι μου συμβαίνει...»

«..ένιωθα χάλια, είχα συμπτώματα...και δεν ήξερα τι μου συμβαίνει...έκλαιγα συνέχεια από το φόβο και η διάθεση και η ψυχολογία μου είχαν πέσει πάρα πολύ και ο φόβος για το άγνωστο με κυρίευε».

Τα αρνητικά συναισθήματα

Η ασθενής μετά την αναγγελία της αρχικής διάγνωσης κυριεύθηκε από έντονα καταθλιπτικά συμπτώματα και έντονα κλάματα και αρνητικές σκέψεις σχετικά με την έκβαση της πορείας της υγείας της.

«..η ψυχολογία μου άρχισε να μην είναι καλά, θυμάμαι τον εαυτό μου να με έχει πάρει από κάτω, όλη αυτή η διάγνωση που έγινε...ήμουν συνέχεια καταθλιπτική, έκλαιγα συνέχεια...».

«..έβγαινα μόνη μου βόλτες τα βράδια στην Πάτρα όπου σπούδαζα, με κλάματα μέχρι που θυμάμαι ότι ένα βράδυ πήρα το γιατρό τηλέφωνο και του είπα ότι δεν είμαι καθόλου καλά και μου έδωσε μέχρι και αντικαταθλιπτικά χάπια, τα οποία τα αγόρασα αλλά δεν τα πήρα ποτέ, φοβήθηκα..».

«..σκέψεις και ερωτήματα κυριαρχούσαν στο μυαλό μου, γιατί σε μένα;, θα πεθάνω;».

Η άρνηση της αποδοχής

Στο άκουσμα της διάγνωσης, η ασθενής κυριεύτηκε από σοκ και μούδιασμα. Ήταν σαν να μην αφορούσε την ίδια, όλη αυτή η κατάσταση και παρά την διαβεβαίωση του γιατρού ότι η ασθένειά της είναι σε αρχικό στάδιο και η πορεία της μπορεί να είναι καλή, η ίδια πίστευε πως μόνο τα χειρότερα μπορούσαν να της συμβούν.

«..στην αρχή δεν μπορούσα να αποδεχτώ ότι έχω σκλήρυνση...ήμουν σε σοκ...ένιωθα μουδιασμένη και χρειαζόμουν χρόνο...μόλις μου το επιβεβαίωσε ο νευρολόγος με έπιασαν τα κλάματα μέσα στο ιατρείο και αμέσως σκέφτηκα τα χειρότερα, πως θα καθηλωθώ σε αμαξίδιο, ο γιατρός προσπάθησε να με καθησυχάσει λέγοντας μου ότι θα κάνω για δυο χρόνια θεραπεία και μετά θα είμαι μια χαρά».

Ο συμβιβασμός

Τη δυσκολία της αποδοχής ακολούθησε ο συμβιβασμός και η απόφαση για συνέχιση της ζωής μέσα από μια καθημερινότητα που θα πρέπει να περιέχει την αισιοδοξία και την παραδοχή μιας κατάστασης η οποία δεν μπορεί να αλλάξει.

«..από τη στιγμή που το αποδέχτηκα, σταμάτησα να αναρωτιέμαι γιατί σε μένα και γιατί σε μένα..».

«..μπήκα στη νέα καθημερινότητα όπου προσπαθώ να βλέπω τα πράγματα πιο αισιόδοξα και να μη σκέφτομαι την παλιά μου ζωή, πώς ήμουνα, τι μπορούσα να κάνω κι όλα αυτά, απλά πορεύομαι με τα νέα δεδομένα μετά τη σκλήρυνση..».

«..από τη στιγμή που το παίρνεις απόφαση νομίζω πώς απλά πορεύεσαι με αυτό και κοιτάς να κάνεις την καθημερινότητά σου καλύτερη και καταλαβαίνεις πώς ζεις με αυτό..».

Όσον αφορά τις προκλήσεις που κλήθηκε να αντιμετωπίσει η ασθενής ζώντας με την ΣΚΠ, προέκυψαν 2 θεματικές και 4 υποθεματικές ενότητες (Πίνακας 2).

Η θεματική προσωπικές δυσκολίες περιλάμβανε τα σωματικά συμπτώματα, τους περιορισμούς και τις παρενέργειες από τη θεραπεία.

Τα σωματικά συμπτώματα

Τα οργανικά προβλήματα, απόρροια της προοδευτικότητας της ασθένειας, επηρέασαν την καθημερινότητα της ασθενούς, η οποία κλήθηκε να αντιμετωπίσει τις νέες αυτές προκλήσεις ώστε να μπορεί να λειτουργήσει ικανοποιητικά.

«...έχουν υπάρξει πολλές αλλαγές στην καθημερινότητά μου δεν μπορώ να κάνω όλα όσα έκανα πριν...τα συμπτώματα είναι αρκετά και επηρεάζουν την καθημερινότητα μου...».

«ιδιαίτερα το καλοκαίρι έπρεπε να διατηρώ το σώμα μου δροσερό, οπότε όταν πηγαίνω στη θάλασσα τις ώρες που μου επιτρέπεται, πρέπει να βουτάω συνέχεια ή να βρίσκομαι υπό σκιά...γενικότερα η θερμοκρασία του σώματος μου πρέπει να διατηρείται σταθερή..».

«δεν μπορώ να τρέξω, δεν έχω τις αντοχές που είχα παλιά με δυσκολεύει σε ορισμένα πράγματα, θα κουραστώ πιο πολύ, θα κάνω μια δουλειά που ένας φυσιολογικός άνθρωπος την κάνει σε 10 λεπτά εμένα θα μου πάρει λίγο παραπάνω συνήθως το διπλάσιο».

«στην εργασία μου βλέπω πώς τα τελευταία χρόνια δεν συγκεντρώνομαι τόσο εύκολα, μπορεί να ξεχνάω πράγματα ή λόγω του αριστερού μου χεριού που ενυπάρχει δυσκολία στην κίνηση των δαχτύλων καθυστερώ να πληκτρολογήσω σε σύγκριση με κάποιον».

«έπρεπε να διαχειριστώ πώς δεν θα είμαι όπως πριν».

«κουράζομαι πιο εύκολα με το παιδί, βλέπεις το σώμα σου να είναι αδύναμο και να μην μπορεί να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις της καθημερινότητας ή ακόμα και στις ανάγκες που έχει ένα παιδί».

Οι περιορισμοί από τη θεραπεία

Η νέα πραγματικότητα, όπως αυτή καθορίστηκε από το θεραπευτικό σχήμα που έπρεπε να ακολουθήσει η ασθενής,

επέφερε παράλληλα και περιορισμούς στην καθημερινότητά της καθώς τις επέβαλλε συγκεκριμένες τροποποιήσεις αναφορικά με το χώρο που θα μπορούσε να κινηθεί αλλά και το χρόνο που θα έπρεπε να πάρει τη θεραπεία της.

«έντονη αλλαγή για μένα ήταν η θεραπεία ιντερφερόνης που ξεκίνησα, η οποία ήταν ενέσιμη τρεις φορές την εβδομάδα, συγκεκριμένη ώρα την ημέρα και δυσκόλευε την καθημερινότητά μου».

«γενικά έπρεπε να ρυθμίζω την εβδομάδα μου με βάση τις ημέρες που λάμβανα την θεραπεία και να παραμένω στο σπίτι για τουλάχιστον κάποιες ώρες γιατί δεν αισθανόμουν πολύ καλά».

Οι παρενέργειες από τη θεραπεία

Το θεραπευτικό σχήμα έφερε στη ζωή της ασθενούς παρενέργειες σωματικές που επηρέασαν την ποιότητα της καθημερινότητάς της ενώ παράλληλα κλήθηκε να αντιμετωπίσει και τον κοινωνικό περίγυρο, που την έφερε συχνά σε δύσκολη θέση με τις ερωτήσεις του, σχετικά με τις παρενέργειες που αντιμετωπίζει από τη θεραπευτική αγωγή που λαμβάνει.

«στο σημείο της ένεσης έβγαζα κοκκινίλες οι οποίες φαινόντουσαν έντονα και συνήθως έδινα την εντύπωση ότι κάτι με έχει τσιμπήσει».

«οι ανεπιθύμητες παρενέργειες της θεραπείας με έκαναν να παίρνω παυσίπονα όταν ανέβαζα πυρετό συνήθως δέκατα ή πονούσαν τα κόκκαλα μου».

«η θεραπεία μου δημιουργούσε παρενέργειες που ορισμένες φορές με έφερναν σε δύσκολη θέση όσον αφορά κάποιες αδιάκριτες ερωτήσεις που λάμβανα...».

Η θεματική αντίδραση από τους άλλους περιλάμβανε την υποθεματική της αμηχανίας.

Πέραν από τα σωματικά προβλήματα που δημιουργεί η ίδια η ασθένεια, η ασθενής κλήθηκε να αντιμετωπίσει την αντίδραση και από τον κοινωνικό της περίγυρο και ειδικότερα τα αδιάκριτα βλέμματα, τις προκαταλήψεις και τις επιπτώσεις της θεραπείας πάνω της.

«...όταν είχα πάει διακοπές και είχα μαζί μου την ένεση και έπρεπε επειδή είχα πάει στην παραλία να τη βάλω στο ψυγείο μέχρι την ώρα που θα την έκανα, δεν θα επέστρεφα καθόλου, με έφερε σε δύσκολη θέση κάποιος από το μαγαζί που την έδωσα, με κοίταξε λίγο περίεργα, με ρώταγε τι είναι αυτό μέσα και επέμενε να του πω ακριβώς τι είναι».

«.. η δεύτερη φορά ήταν όταν με ρωτάγανε λόγω των ενέσεων που έβγαζα διάφορα κόκκινα σημάδια, στα σημεία της ένεσης, τι είναι αυτά τα σημάδια, αν με έχει τσιμπήσει κάτι, εκεί με φέρνανε σε δύσκολη θέση»

«μέσα σε όλα είχα να διαχειριστώ και ορισμένες αντιδράσεις στον κοινωνικό περίγυρο ευτυχώς σε μένα μόνο δύο φορές μου έχει προκληθεί αμηχανία ή στιγμή που αισθάνθηκα άβολα».

Όσον αφορά τις πηγές από τις οποίες αντλούσε στήριξη η ασθενής από τη στιγμή της διάγνωσης, προέκυψαν 3 θεματικές και 6 υποθεματικές ενότητες.

Η θεματική κοινωνικό δίκτυο περιλάμβανε την οικογένεια, το κοινωνικό-φιλικό περιβάλλον και τους επαγγελματίες υγείας.

Η οικογένεια

Το οικογενειακό περιβάλλον έπαιξε πολύ σημαντικό ρόλο στην πορεία της ασθενούς από τη στιγμή της διάγνωσης καθώς λειτουργούσε υποστηρικτικά στις διάφορες δυσκολίες που συνάντησε πρακτικά αλλά και στις συναισθηματικές μεταπτώσεις που παρουσίασε.

«...η αλήθεια είναι ότι μεγάλη στήριξη έλαβα από τον πατέρα μου ο οποίος όλα αυτά τα χρόνια που ήταν εν ζωή προσπαθούσε να με καθησυχάζει, να μου μιλάει ώστε να μην αγχώνομαι, να μη στενοχωριέμαι για πράγματα που δεν είχαν μεγάλη σημασία, είχα μεγάλη στήριξη. Ο πατέρας μου με προστάτευε ήταν σαν να με είχε βάλει σε μία γυάλα από την οποία βγήκα απότομα όταν πέθανε. Ήταν το στήριγμά μου από εκείνον έπαιρνα δύναμη για να ανταπεξέλθω...»

«αντλώ δύναμη από το παιδί μου πλέον μετά και την απώλεια του πατέρα μου, με κάνει να ξεχνιέμαι και μου δίνει ζωντάνια».

Το φιλικό-κοινωνικό περιβάλλον

Το στενό φιλικό περιβάλλον αποτέλεσε πηγή ψυχολογικής στήριξης καθώς έδωσε τη δυνατότητα στην ασθενή να μοιρασθεί τους προβληματισμούς και τις ανησυχίες της σχετικά με την πορεία της ασθένειάς της αλλά και να καταφέρει να διαχειριστεί τα συναισθήματά της. Οι συμβουλές και η ενθάρρυνση που έλαβε ήταν καθοριστικής σημασίας.

«βέβαια, έλαβα μεγάλη στήριξη από την κολλητή μου, θεωρώ πώς αν δεν είχα την κολλητή μου, θα είχα επισκεφτεί κάποιο ψυχολόγο που μου προτείνανε γιατί είναι μεγάλο το σοκ της αλλαγής, αλλά η δουλειά που έχω κάνει με την κολλητή μου, το να με ακούει, να της μιλάω, δηλαδή ήταν πολύ καλή στο να με ακούει, να με συμβουλεύει και να με ενθαρρύνει. Νομίζω ήταν καλύτερη και από ψυχολόγο. Αν έχεις έναν άνθρωπο δίπλα σου, ο οποίος να ξέρει να σε στηρίξει και να σου μιλάει είναι ότι καλύτερο».

Οι επαγγελματίες υγείας

Πολύ σημαντικό ρόλο στην υποστήριξη της ασθενούς είχε και η επαγγελματική ομάδα που την πλαισίωσε ιατρικά, από τη στιγμή της διάγνωσής της και κάθε φορά που αυτή χρειάστηκε τη βοήθειά της. Μέσα από την ενημέρωση που της παρείχε, μπόρεσε να επαναπροσδιορίσει την καθημερινότητά της καθώς και τις προσδοκίες της από την ασθένειά της.

«στην τελική μου προσαρμογή μου στη σκλήρυνση έτσι ώστε η καθημερινότητα μου να επαναπροσδιοριστεί με βοήθησε πολύ ο γιατρός μου...».

«ήταν εκεί (εννοεί την ιατρική ομάδα) να μου λύσει κάθε απορία και να με κατευθύνει σωστά ως προς τη συνέπεια που πρέπει να ακολουθείται στη συγκεκριμένη θεραπεία, αλλά και να μου τη διαμορφώσει όποτε χρειαζόταν».

Η θεματική πίστη περιλάμβανε τις υποθεματικές πίστη στα θεία και πίστη στον ίδιο τον εαυτό.

Η πίστη στα θεία

Η πίστη στα θεία συμβάλλει στην καλύτερη διαχείριση των δύσκολων καταστάσεων που προκύπτουν είτε από τα σωματικά συμπτώματα είτε από τις ψυχικές δυσκολίες.

«πιστεύω πολύ στο Θεό και η πίστη μου με κράτησε όσες φορές τα έβλεπα μαύρα και δύσκολα».

Η πίστη στον εαυτό

Αλλά και η πίστη που αντλείται από το ίδιο το άτομο μπορεί να του δώσει δύναμη να αντιμετωπίσει καταστάσεις που υπό άλλες συνθήκες δε θα μπορούσε να αντιμετωπίσει.

«θεωρώ ότι με την πίστη στον εαυτό καταφέρνεις να κάνεις πράγματα που σε αντίθετη περίπτωση δεν θα μπορούσα, όμως βρίσκεις τη δύναμη και τα κάνεις».

«...βέβαια και η πίστη στον εαυτό ότι μπορώ να τα καταφέρω...».

Η σωματική δραστηριότητα

Η φυσική άσκηση ως πηγή στήριξης έχει μεγάλη επίδραση στην καθημερινότητα του ατόμου καθώς το βοηθά να βγαίνει από την απομόνωση που προκαλείται από τη φύση της ίδιας της ασθένειας ενώ παράλληλα έχει και προστατευτική δράση έναντι των σωματικών δυσκολιών που προκαλούνται από τη χρονιότητά της.

«η αλήθεια είναι ότι η γυμναστική είναι κάτι το οποίο βοηθάει πάρα πολύ τα άτομα με σκλήρυνση..».

«σωματικές δραστηριότητες που σε χαλαρώνουν, όπως το κολύμπι, σε βοηθούν και συμβάλλουν στην αποτροπή της επιδείνωσης της ασθένειας καθώς ενισχύουν και τη ψυχολογία σου αφού καταλαμβάνει το 80% του ρόλου που διαδραματίζει στην ασθένεια».

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Αυτή η ποιοτική μελέτη διερεύνησε το βίωμα ασθενούς με ΣΚΠ. Τα βασικά ευρήματα δείχνουν ότι υπάρχουν ψυχικές μεταπτώσεις και εναλλαγές συναισθημάτων από τη στιγμή της διάγνωσης και σε όλη τη διάρκεια της ασθένειας ενώ ο ασθενής που πάσχει από ΣΚΠ αντιμετωπίζει πολλαπλές προκλήσεις που έχουν να κάνουν τόσο με τη φύση της θεραπείας και της ίδιας της ασθένειας όσο και με τον τρόπο που διαχειρίζεται ο ίδιος την κατάστασή του.

Αρχικά, η ασθενής βίωσε την ΣΚΠ ως μία κατάσταση μέσα στην οποία κυριαρχούσε ο φόβος για το άγνωστο, οι δυσάρεστες σκέψεις, η αβεβαιότητα για το μέλλον και ανέπτυξε μια πληθώρα αρνητικών συναισθημάτων, συμπεριλαμβανομένων και των καταθλιπτικών, τα οποία ανέστειλαν την ομαλή προσαρμογή της στην ασθένεια. Σύμφωνα με πρόσφατες ποιοτικές μελέτες (Ghafari et al 2015, Faraclas et al 2022), η διάγνωση της ΣΚΠ μπορεί να επηρεάσει τη ψυχική και συναισθηματική υγεία των ασθενών τόσο λόγω των απρόβλεπτων δυσάρεστων συμπτωμάτων όσο και λόγω της αβεβαιότητας που δημιουργείται από την εξέλιξή της. Για το λόγο αυτό, όλα τα άτομα με ΣΚΠ θα πρέπει να ελέγχονται για προβλήματα ψυχικής και συναισθηματικής υγείας κατά τη στιγμή της διάγνωσης.

Ταυτόχρονα, η ασθενής ως μηχανισμό άμυνας απέναντι στη διάγνωση της ΣΚΠ ανέπτυξε την άρνηση αποδοχής, παρά τις συνεχείς διαβεβαιώσεις του γιατρού της για την ομαλή πορεία της. Τα δεδομένα της μελέτης επιβεβαιώνονται και από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας (Dennison et al 2011, Calandri et al 2017) καθώς στις περισσότερες περιπτώσεις, όταν πρόκειται για απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις, ο ασθενής χρησιμοποιεί μηχανισμούς άρνησης και απώθησης με σκοπό να περιορίσει το στρες και να κερδίσει χρόνο προκειμένου να αντιληφθεί τι συμβαίνει και ποια θα είναι η μελλοντική εξέλιξη της ασθένειάς του. Ωστόσο, ο Telford et al (2006), υποστηρίζει πώς οι στρατηγικές που περιλαμβάνουν την άρνηση θεωρούνται προσαρμοστικές βραχυπρόθεσμα αλλά μη βοηθητικές και παθολογικές μακροπρόθεσμα.

Την άρνηση αποδοχής της ΣΚΠ για την ασθενή διαδέχτηκε ο συμβιβασμός και η απόφαση για συνέχιση της ζωής της μέσα από μια καθημερινότητα, στην οποία θα κυριαρχούν αισιόδοξα συναισθήματα και η αποδοχή μιας κατάστασης που δεν μπορεί να μεταβληθεί. Παρά την ιδιαιτερότητα της ΣΚΠ, η πλειονότητα των ερευνών επιβεβαιώνουν τα δεδομένα της παρούσας μελέτης, καθώς αναφέρουν πώς οι περισσότεροι ασθενείς παρά τις συναισθηματικές προκλήσεις που δημιουργεί η ΣΚΠ ανταποκρίνονται με τρόπους που μπορούν να διατηρήσουν μια καλή ποιότητα ζωής (Ghaidar et al 2022, Gaille 2019, Dennison et al 2011).

Κατά τη διάρκεια της προσαρμογής, η ασθενής βρέθηκε αντιμέτωπη με προκλήσεις που αφορούσαν τόσο τα σωματικά συμπτώματα, δηλαδή οργανικά προβλήματα απόρροια της προοδευτικότητας της πάθησης, τους περιορισμούς και τις παρενέργειες, απόρροια του θεραπευτικού σχήματος όσο και προκλήσεις που αφορούσαν την δημιουργία αμηχανίας από τους άλλους. Αντίστοιχη ποιοτική μελέτη αναφέρει πώς από της στιγμή της διάγνωσης, οι ασθενείς πέρα από την επιβάρυνση της ίδιας της ασθένειας, επωμίζονται και τον τρόπο που τους βλέπουν (Mohr et al 1999). Οι Ghafari et al (2015), επιβεβαιώνουν τη δημιουργία πολλαπλών προκλήσεων που δημιουργεί η ΣΚΠ καθώς τα απρόβλεπτα συμπτώματα, τα δύσκολα θεραπευτικά σχήματα όπως και οι παρενέργειες από τα φάρμακα, έρχονται να διαταράξουν τους στόχους της ζωής του ασθενή και καθιστούν δυσκολότερη την όποια προσαρμογή του μετά τη διάγνωση.

Σύμφωνα με τον Toombs (2004), όταν το παρόν και το μέλλον ενός ασθενή χαρακτηρίζονται από αβεβαιότητα, ολόκληρη η ζωή του μπορεί να απειλείται. Η αντιμετώπιση του γεγονότος ότι ζει με μια ασθένεια που δεν έχει θεραπεία προκαλεί την πιο θεμελιώδη απώλεια ελέγχου ενώ παράλληλα είναι υπεύθυνη για τη δημιουργία του αισθήματος της ανικανότητας. Όπως αναφέρθηκε από την ασθενή, οι αρνητικές της σκέψεις αφορούσαν την γενικότερη απώλεια της ζωής της και την ανικανότητά της να συμμετέχει σε δραστηριότητες που μέχρι πρότινος συνήθιζε. Η χρόνια προοδευτική ασθένεια απειλεί να διαταράξει τόσο τους επαγγελματικούς όσο και τους προσωπικούς ρόλους, μέσα από μια μείωση της προσωπικής τους αξίας. Στην περίπτωση αυτής

της ασθενούς, η ΣΚΠ φάνηκε να δυσκολεύει αισθητά το ρόλο της ως μητέρας, με τα αισθήματα ματαίωσης να κυριαρχούν ενώ εμφάνισε δυσκολίες και στον επαγγελματικό της ρόλο αφού πλέον δεν μπορούσε να αποδώσει όπως παλαιότερα.

Οι προκλήσεις που καλείται να διαχειριστεί ένας ασθενής με ΣΚΠ δεν περιορίζονται μόνο στις άμεσες επιπτώσεις που μπορεί να έχει η ΣΚΠ στη ζωή του, όπως διαπιστώθηκε από τα ευρήματα μας, αλλά επεκτείνονται και στις κοινωνικές αντιδράσεις των άλλων. Έτσι η ΣΚΠ αποτελεί μια σωματοψυχοκοινωνική ασθένεια που δεν σταματά τη στιγμή της διάγνωσης αλλά εξελίσσεται και μπορεί να επηρεάσει πολλούς τομείς της ζωής του ασθενή. Το Εθνικό Ινστιτούτο Κλινικής Αριστείας (NICE) αναγνωρίζει ότι η ψυχοκοινωνική διαχείριση πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη φροντίδα των ατόμων με ΣΚΠ (Malcomson et al 2007). Η ασθενής επισήμανε διαρκώς την συνεχή ανάγκη των ασθενών με ΣΚΠ για ψυχολογική ενδυνάμωση τονίζοντας το σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει η ψυχολογία στην επιτυχή έκβαση της τελικής προσαρμογής.

Οι σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις της ασθένειας δημιούργησαν την ανάγκη για υποστήριξη, η οποία προήλθε τόσο από το οικογενειακό, φιλικό-κοινωνικό περιβάλλον όσο και από την ιατρική ομάδα η οποία στάθηκε αρωγός στην τελική προσαρμογή της ασθενούς στην ΣΚΠ. Σύμφωνα με τους Edwards et al (2008), η επίλυση απορίων και η σωστή καθοδήγηση από την πλευρά των ιατρών βοηθούν τους ασθενείς να αντιληφθούν την ενεργή παρουσία των ιατρών στη θεραπευτική διαδικασία και μειώνουν τα συναισθήματα ανασφάλειας και άγχους. Εξάλλου, όπως προαναφέρθηκε, η έλλειψη υποστήριξης και η ανεπαρκής πληροφόρηση από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας αποτέλεσαν σημαντικές παραμέτρους αύξησης της δυσφορίας καθ' όλη τη διάρκεια πορείας της νόσου.

Το οικογενειακό και φιλικό-κοινωνικό περιβάλλον αποτέλεσε σημαντική πηγή υποστήριξης σύμφωνα με την ασθενή, όπως επιβεβαιώνονται από τα δεδομένα της βιβλιογραφίας, σύμφωνα με την οποία, οι άτυποι φροντιστές διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στην υποστήριξη των ατόμων με ΣΚΠ, σε ένα φάσμα εργασιών το οποίο επεκτείνεται από απλές δραστηριότητες καθημερινής ζωής έως την ουσιαστική συναισθηματική υποστήριξη (Bassi et al 2019). Αλλά και σε παρόμοια σχετική έρευνα, όλοι οι ασθενείς ζήτησαν συναισθηματική και φυσική υποστήριξη από την οικογένεια και τους φίλους (Ghafari et al 2015).

Σημαντική πηγή υποστήριξης πέρα από το οικογενειακό, φιλικό-κοινωνικό περιβάλλον και την ιατρική ομάδα αποτέλεσε για την ασθενή η πίστη της στο Θεό καθώς συνέβαλε στην ανακούφισή της από τις αρνητικές σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις της ασθένειάς της ενώ παράλληλα της έδωσε δύναμη και κουράγιο για να την διαχειριστεί. Όπως βρέθηκε και στη μελέτη των Ghafari et al (2015), οι περισσότεροι ασθενείς με έντονο το χαρακτηριστικό της θρησκευτικότητας και της εμπιστοσύνης στο Θεό καταφεύγουν σε εμπειρίες προσαρμογής όπως η προσευχή ή η συμμετοχή στη θεία λατρεία, αποτελώντας αποτελεσματικό παράγοντα για την απόκτηση ηρεμίας, γαλήνης και αποδοχής της νόσου. Παράλληλα, η φυσική άσκηση ως πηγή στήριξης, συμβάλλει στη βελτίωση των σωματικών συμπτωμάτων αλλά και στην καταπολέμηση των επίμονων συμπτωμάτων της ασθένειας. Τα ευρήματα της βιβλιογραφίας επιβεβαιώνουν τα αποτελέσματα και της παρούσας μελέτης καθώς η ασθενής επισήμανε το σημαντικό ρόλο που έχει η φυσική άσκηση στη ζωή της (Faraclas et al 2022).

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Περιορισμός της παρούσας μελέτης είναι η δυσκολία γενίκευσης των αποτελεσμάτων. Ένα μεγαλύτερο δείγμα θα μπορούσε να επιβεβαιώσει, να εμπλουτίσει και να γενικεύσει τα ευρήματα στον γενικό πληθυσμό. Επίσης η ασθενής που συμμετείχε στη μελέτη είναι γυναίκα, με διαφορετικούς ρόλους στην καθημερινότητα σε σχέση με κάποιον άνδρα ασθενή με ΣΚΠ και ενδεχομένως με διαφορετική αντίληψη και τρόπο διαχείρισης των καταστάσεων. Ωστόσο, πέρα από τους περιορισμούς της μελέτης, έχουν εξαχθεί πολύτιμα αποτελέσματα σχετικά με το πως βιώνεται η ΣΚΠ από την αρχή της διάγνωσής της και σε όλη την εξέλιξη της ασθένειας. Οι συγγραφείς ευελπιστούν η παρούσα μελέτη να δώσει το έναυσμα για περαιτέρω έρευνα αναφορικά με τη μελέτη των δυσκολιών και των προκλήσεων που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με ΣΚΠ καθώς και των μέτρων που πρέπει να ληφθούν ώστε να βοηθηθούν περισσότερο οι ασθενείς αυτοί.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ΣΚΠ είναι μια ασθένεια η οποία αποτελεί πρόκληση για την ευεξία των ασθενών. Οι ασθενείς με ΣΚΠ βιώνουν ένα ευρύ φάσμα συναισθημάτων άγχους, φόβου και κατάθλιψης από τη στιγμή της ανακοίνωσης της ασθένειας αλλά και σε όλη τη διάρκεια αυτής, τα οποία σε συνδυασμό με τις εξάρσεις και υφέσεις της πάθησης καθιστούν δύσκολη την προσαρμογή των ασθενών σε αυτή. Προς την κατεύθυνση διαχείρισης της ασθένειας συμβάλλει σημαντικά το υποστηρικτικό δίκτυο του ασθενή καθώς αποτελεί πηγή άντλησης δύναμης. Κρίνεται επιτακτική επομένως η ανάγκη παροχής ψυχολογικής και κοινωνικής υποστήριξης στους ασθενείς με ΣΚΠ σε όλα τα στάδια της ασθένειάς τους.

ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

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

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Arnett PA (2006). Longitudinal course of depression symptoms in multiple sclerosis. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry 77: 606–610.

Bassi M., Cilia S., Falautano M., Grobberio M., Negri L., Niccolai C., Pattini M, Pietrolongo E., Quartuccio ME., Viterbo RG., Allegri B., Amao M., Benin M., DeLuca G., Gasperini C., Minacapelli E., Patti F., Trojano M., Fave AD (2019). The caring experience in multiple sclerosis: Caregiving tasks, coping strategies and psychological well‐being. Health & Social Care in the Community 28: 236-246.

Berrigan LI., Fisk JD., Patten SB., Tremlett H., Wolfson C., Warren S., Fiest KM., McKay KA., Marrie RA & CIHR Team in the Epidemiology and Impact of Comorbidity on Multiple Sclerosis (ECoMS) (2016). Health‐related quality of life in multiple sclerosis: Direct and indirect effects of comorbidity. Neurology 86: 1417–1424.

Brassat, D (2012). When does multiple sclerosis start? Three case reports and a review of the literature. Revue Neurologique (Paris) 168: 846–851.

Braun V & Clarke V (2006). Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology 3: 77–101.

Buchanan RJ., Minden SL., Chakravorty BJ., Hatcher W., Tyry T &Vollmer T (2010). A pilot study of young adults with multiple sclerosis: Demographic, disease, treatment, and psychosocial characteristics. Disability and Health Journal 3: 262–270.

Cadden MH., Arnett PA., Tyry TM & Cook JE (2018). Judgment hurts: The psychological consequences of experiencing stigma in multiple sclerosis. Social Science & Medicine 208: 158–164.

Calandri E., Graziano F., Borghi M & Bonino S (2017). Coping strategies and adjustment to multiple sclerosis among recently diagnosed patients: The mediating role of sense of coherence. Clinical Rehabilitation 31: 1386–1395.

Dennison L., Yardley L., Devereux A & Moss-Morris R (2011). Experiences of adjusting to early stage Multiple Sclerosis. Journal of Health Psychology 16: 478–488.

Edwards RG., Barlow HJ & Turner AP (2008). Experiences of diagnosis and treatment among people with multiple sclerosis. Journal of Evaluation in Clinical Practice 14: 460–464.

Faraclas E., Merlo A., Lynn J & Lau JD (2022). Perceived facilitators, needs, and barriers to health related quality of life in people with multiple sclerosis: a qualitative investigation. Journal of Patient Reported Outcomes 6: 89.

Gaille M (2019). Patient's lived experience. Medicine, Health Care and Philosophy 22: 339–342.

Ghafari S., Fallahi- Khoshknab M., Nourozi K & Mohammadi E (2015). Patients' experiences of adapting to multiple sclerosis: a qualitative study. Contemporary Nurse 50: 36–49.

Ghaidar D., Sippel A., Riemann-Lorenz K., Kofahl C., Morrison R., Kleiter I., Schmidt S., Dettmers C., Schulz H & Heesen C (2022). Experiences of persons with multiple sclerosis with rehabilitation-a qualitative interview study. BMC Health Services Research 22:770.

Hakim E., Bakheit AMO., Bryant TN., Roberts MWH., McIntosh-Michaelis SA., Spackman AJ., Martin JP & McLellan DL (2000). The social impact of multiple sclerosis - a study of 305 patients and their relatives. Disability and Rehabilitation 22: 288–293.

Janssens A., van Dorn P., de Boer J., van Der Meche F., Passchier J & Hintzen R (2003). Impact of Recently Diagnosed Multiple Sclerosis on Quality of Life, Anxiety, Depression and Distress of Patients and Partners. Acta Neurologica Scandinavica 108: 389–395.

Koch T & Kelly S (1999). Identifying strategies for managing urinary incontinence with women who have multiple sclerosis. Journal of Clinical Nursing 8: 550–559.

Malcomson KS., Dunwoody L & Lowe-Strong AS (2007). Psychosocial interventions in people with multiple sclerosis. Journal of Neurology 254: 1–13.

McKay KA., Tremlett H., Fisk JD., Zhang T., Patten SB., Kastrukoff L., Campbell T., Marrie RA & CIHR Team in the Epidemiology and Impact of Comorbidity on Multiple Sclerosis (2018). Psychiatric comorbidity is associated with disability progression in multiple sclerosis. Neurology 90: e1316–e1323.

Methley AM., Chew-Graham CA., Cheraghi-Sohi S & Campbell SM (2017). A qualitative study of patient and professional perspectives of healthcare services for multiple sclerosis: Implications for service development and policy. Health and Social Care in the Community 25: 848–857.

Minden SL., Ding L., Cleary PD., Frankel D., Glanz BI., Healy BC & Rintell DJ (2013). Improving the quality of mental health care in multiple sclerosis. Journal of the Neurological Sciences 335: 42–47

Mohr DC., Dick LP., Russo D., Pinn J., Boudewyn AC., Likosky W & Goodkin DA (1999). The Psychosocial Impact of Multiple Sclerosis: Exploring the Patient's Perspective. Health Psychology 18: 376–382.

Olsson M., Lexell J & Söderberg S (2008). The meaning of women's experiences of living with multiple sclerosis. Health Care for Women International 29: 416–430.

Patten SB & Metz LM (1997). Depression in multiple sclerosis. Psychotherapy and Psychosomatics 66: 286–292.

Persson S., Andersson AC., Gäre BA., Lindenfalk B & Lind J (2023). Lived experience of persons with multiple sclerosis: A qualitative interview study. Brain and Behavior 13: e3104.

Rivera-Navarro J., Morales-González J., Benito-León J & Mitchell A (2007). The social and familial dimension: experiences of caregivers and people with multiple sclerosis. The GEDMA study. Revista de Neurologia 47: 281–285.

Sesel AL., Sharpe L & Naismith SL (2018). Efficacy of Psychosocial Interventions for People with Multiple Sclerosis: A Meta-Analysis of Specific Treatment Effects. Psychotherapy and Psychosomatics 87: 105–111.

Telford K., Kralik D & Koch T (2006). Acceptance and Denial: Implications for People Adapting to Chronic Illness: Literature Review. Journal of Advanced Nursing 55: 457–464.

Toombs SK (2004). Living and dying with dignity: Reflections of lived experience. Journal of Palliative Care 20: 193–200.

Tur C (2016). Fatigue Management in Multiple Sclerosis. Current Treatment Options in Neurology 18: 26.

Πίνακας 1. Θέματα και υποθέματα σχετικά με τις σκέψεις και τα συναισθήματα στη διάρκεια της ασθένειας

Θέματα	**Υποθέματα**
1. Οι αρνητικές σκέψεις	Ο φόβος για το άγνωστο
	Τα αρνητικά συναισθήματα
2. Η παραδοχή	Η άρνηση της αποδοχής
	Ο συμβιβασμός

Πίνακας 2. Θέματα και υποθέματα σχετικά με τις προκλήσεις που αντιμετώπισε η ασθενής στη διάρκεια της ασθένειας

Θέματα	**Υποθέματα**
1. Οι προσωπικές δυσκολίες	Τα σωματικά συμπτώματα
	Οι περιορισμοί από τη θεραπεία
	Οι παρενέργειες από τη θεραπεία
2. Η αντίδραση από τους άλλους	Η αμηχανία

Πίνακας 3. Θέματα και υποθέματα σχετικά με τις πηγές στήριξης της ασθενούς

Θέματα	**Υποθέματα**
1. το κοινωνικό δίκτυο	Η οικογένεια
	Το φιλικό- κοινωνικό περιβάλλον
	Οι επαγγελματίες υγείας
2. Η πίστη	Η πίστη στα θεία
	Η πίστη στον ίδιο τον εαυτό
3. Η σωματική δραστηριότητα	Η φυσική άσκηση

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

The psychological experience of patients with Plaque Sclerosis

Maria Angeliki Moirea[1], M Ioannis avrogiannankis[2], Panagiotis Theodorou[3], Georgios Manomenidis[4]

1. BSc, MSc, Aristotle University of Thessaloniki, Department of Medicine
2. BSc, University of Crete, Department of Medicine
3. Academic Tutor, Hellenic Open University, Postgraduate Course - Health Care Management
4. Assistant Professor, Democritus University of Thrace, Nursing Department

ABSTRACT

Introduction: Multiple Sclerosis (MS) is not just a medical condition but it is also an emotional and quite intrusive condition in the life of the patient as it leads to progressive disability. The uncertainty of permanent therapeutic intervention and the high risk of disability and side effects make patient's psychological adjustment difficult and dramatically affect mental health.

Aim: The aim of the study was to explore the psychological experience of a patient with MS.

Methods: To explore the under-study phenomenon, a qualitative thematic analysis was conducted using a semi-structured interview. To enhance the credibility and validity of findings, the strategy of triangulation was adopted. Three different researchers analyzed and compared the evidences.

Results: The results showed that the first thoughts and feelings at the time of diagnosis included fear of the unknown and denial of acceptance, but over time led to compromise and acceptance. The challenges that the MS patient has to face were mainly related to the physical problems, the limitations imposed by the disease and the reactions of others. In this difficult path of the disease, the sources of support for the MS patient were the family and friendly environment, while the source of strength was faith in god and faith in the patient himself.

Conclusions: Effective management of MS could be achieved through patients' supportive environment. The need to provide psychological and social support to MS patients at all stages of their disease is considered imperative.

Keywords: Case study, challenges, multiple sclerosis, psychological experience

Corresponding author:
Theodorou Panagiotis
E-mail: panostheodor@yahoo.gr

Citation: Moirea M.A., Mavrogiannakis I., Theodorou P., Manomenidis G. (2025). The psychological experience of patients with Plaque Sclerosis. Hellenic Journal of Nursing Science 18(3): 17-26, https://doi.org./10.24283/hjns.202533

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

Διάγνωση και διαχείριση οξέος θωρακικού αορτικού διαχωρισμού: Μελέτη περίπτωσης

Μαρία Νάτσιου[1], Φλωρέντιος Παύλου[2], Ειρήνη Αγγελίδου[1], Παρθενόπη Παντελίδου[3], Γεώργιος Θ. Καραπαναγιωτίδης[4], Μάρθα Κυριάκου[5]

1. RN, MSc, Καρδιοθωρακοχειρουργική Μονάδα Εντατικής παρακολούθησης Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ
2. RN, Advanced Clinical Practitioner, MSc(c), Royal Victoria Hospital- Belfast Health and Social Care Trust
3. RN, PhD, Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ
4. MD, PhD, Επίκουρος Καθηγητής Α.Π.Θ., Καρδιοθωρακοχειρουργική Κλινική Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ
5. RN, PhD, Λέκτορας Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Οι παθήσεις της αορτής, όπως ο οξύς αορτικός διαχωρισμός τύπου Α (ATAAD), είναι απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις που απαιτούν άμεση διάγνωση και θεραπεία. Η συγκεκριμένη κατάσταση εμφανίζει υψηλή θνητότητα, ιδιαίτερα λόγω της απρόβλεπτης φύσης της και της κλινικής ποικιλομορφίας. Παρόλο που επηρεάζει κυρίως ηλικιωμένους άνδρες, οι γυναίκες ασθενείς συχνά παρουσιάζουν άτυπα συμπτώματα, γεγονός που δυσχεραίνει τη διάγνωση και τη θεραπευτική προσέγγιση. Η μελέτη αυτή παρουσιάζει μια κλινική περίπτωση γυναίκας ασθενούς κάτω των 60 ετών με διάγνωση ATAAD.

Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού γυναίκας ασθενούς με στόχο την ανάδειξη της σημασίας της έγκαιρης διάγνωσης, της διεπιστημονικής φροντίδας και της ολιστικής προσέγγισης στην αποκατάσταση.

Παρουσίαση περίπτωσης: Μια 58χρονη γυναίκα με ιστορικό ρευματοειδούς αρθρίτιδας, υπέρτασης και δυσλιπιδαιμίας παρουσίασε διαξιφιστικό θωρακικό πόνο και μεταφέρθηκε επειγόντως σε Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο. Η κλινική εικόνα της περιλάμβανε υποξία και σοβαρή υπόταση. Κατά την διερεύνηση ανευρέθηκαν υψηλά επίπεδα τροπονίνης κι ο αορτικός διαχωρισμός επιβεβαιώθηκε με αξονική τομογραφία και υπερηχοκαρδιογράφημα, και η ασθενής υποβλήθηκε άμεσα σε χειρουργική επέμβαση. Μετεγχειρητικά, παρουσίασε αιμορραγία κι αιμοδυναμική αστάθεια, οι οποίες αντιμετωπίστηκαν. Σταδιακά σταθεροποιήθηκε και ξεκίνησε πρόγραμμα αποκατάστασης, ενώ τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας παρείχαν εκπαίδευση και ψυχολογική υποστήριξη. Η ασθενής νοσηλεύτηκε 50 μέρες, εκ των οποίων οι 30 ήταν στην Καρδιοθωρακοχειρουργική Μονάδα Εντατικής Παρακολούθησης, και στην συνέχεια μεταφέρθηκε σε κέντρο αποκατάστασης.

Λέξεις - κλειδιά: αποκατάσταση, διεπιστημονική ομάδα, καρδιοχειρουργική επέμβαση, ολιστική φροντίδα, οξύς αορτικός διαχωρισμός,

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

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:
Μαρία Νάτσιου
Email: marianatsiou@hotmail.com

Αναφορά του άρθρου ως: Νάτσιου Μ, Παύλου Φ., Αγγελίδου Ε, Παντελίδου Π., Καραπαναγιωτίδης Γ.Θ., Κυριάκου Μ. (2025). Διάγνωση και διαχείριση οξέος θωρακικού αορτικού διαχωρισμού: Μελέτη περίπτωσης. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης 18(3): 27-32, https://doi.org./10.24283/hjns.202534

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις παραμένουν η κύρια αιτία θανάτου στην Ευρώπη, κι ευθύνονται για σχεδόν 1,8 εκατομμύρια θανάτους ετησίως επιβαρύνοντας σημαντικά τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και τις οικονομίες σε παγκόσμιο επίπεδο (Weibel et al., 2016). Οι παθήσεις της αορτής μαζί με τις παθήσεις του μυοκαρδίου και τις περιφερικές αρτηριοπάθειες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στο φάσμα των αρτηριακών νόσων, οι οποίες περιλαμβάνουν νοσήματα όπως το ανεύρυσμα αορτής και τα οξέα αορτικά σύνδρομα, συμπεριλαμβανομένου και του αορτικού διαχωρισμού (Erbel et al., 2014).

Σύμφωνα και με άλλες αρτηριακές παθήσεις, οι παθήσεις της αορτής μπορούν να εξελιχθούν υποκλινικά για μεγάλα χρονικά διαστήματα ή να εκδηλωθούν οξέος. Συχνά, το οξύ αορτικό σύνδρομο αποτελεί την πρώτη ένδειξη της νόσου, απαιτώντας γρήγορη διάγνωση και άμεση παρέμβαση για τη μείωση της εξαιρετικά κακής πρόγνωσης (Erbel et al., 2014; Weibel et al., 2016). Οι συνεχιζόμενες δημογραφικές αλλαγές στις ανεπτυγμένες χώρες αναμένεται να επηρεάσουν την επικράτηση τόσο των οξέων όσο και των χρόνιων νοσημάτων της αορτής, τοποθετώντας το πεδίο αυτό στην αιχμή της εξειδικευμένης φροντίδας σε ειδικά κέντρα αορτής (Nienaber and Clough, 2015).

Ο αορτικός διαχωρισμός, μια σοβαρά απειλητική για τη ζωή καρδιαγγειακή πάθηση, εμφανίζει ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό θνητότητας, αυξανόμενο κατά 1% ανά ώρα στα αρχικά στάδια (Liu et al., 2022). Ο διαχωρισμός της θωρακικής αορτής είναι πιο συχνός στους άνδρες, με αναλογία ανδρών προς γυναικών 2–4:1, και με συχνότητα περίπου 5–10 περιστατικά ανά 100.000 ανθρωποέτη (Zhou et al., 2022). Ο αορτικός διαχωρισμός παρουσιάζει υψηλό ποσοστό θνητότητας και επηρεάζει κυρίως ηλικιωμένους άνδρες. Αν και η διάταση της αορτής αυξάνει τον κίνδυνο για την εμφάνιση διαχωρισμού, δεν αποτελεί προϋπόθεση για κάθε περίπτωση. Η κλινική του εικόνα μπορεί να ποικίλλει σημαντικά, γεγονός που καθιστά τη διάγνωση δύσκολη (Natraj et al., 2019). Οι ασθενείς με διαχωρισμό αορτής τύπου Α βρίσκονται γενικά σε πιο κρίσιμη κατάσταση από εκείνους με διαχωρισμό τύπου Β, καθιστώντας την έγκαιρη και αποτελεσματική διάγνωση και θεραπεία του οξέος αορτικού διαχωρισμού τύπου Α απαραίτητη (Weibel et al., 2016).

Στο παρόν άρθρο παρουσιάζεται κλινική περίπτωση γυναίκας ασθενούς κάτω των 60 ετών με διάγνωση οξέος θωρακικού διαχωρισμού της αορτής τύπου Α.

ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Γυναίκα 58 ετών προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) με διαξιφιστικό θωρακικό πόνο, δυσαρθρία και έμετο. Το ατομικό της ιστορικό περιλάμβανε ρευματοειδή αρθρίτιδα (υπό θεραπεία με μεθοτρεξάτη), δυσλιπιδαιμία και μη ελεγχόμενη υπέρτασης. Επίσης, ήταν πλήρως αυτοεξυπηρετούμενη στις καθημερινές δραστηριότητες, μη καπνίστρια, και με δείκτη μάζας σώματος 29 kg/m^2. Μεταφέρθηκε άμεσα από περιφερειακό επαρχιακό νοσοκομείο σε Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο με Καρδιοχειρουργική κλινική.

Κατά την κλινική εξέταση, η ασθενής παρουσίαζε ταχύπνοια (συχνότητα αναπνοής = 25/min), κορεσμό οξυγόνου 95%, βύθιους καρδιακούς ήχους κατά την ακρόαση, ενώ ήταν υποτασική (Α/Π= 91/62 mmHg) με διάταση στις σφαγίτιδες φλέβες (JVPs). Το ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ) έδειξε φλεβοκομβική βραδυκαρδία με 60 παλμούς ανά λεπτό, και ο χρόνος τριχοειδικής επαναιμάτωσης ήταν 3sec (εικ.1). Κατά την νευρολογική αξιολόγηση η κλίμακα Γλασκόβης ήταν 15/15, τα επίπεδα γλυκόζης 96 mg/ml και η θερμοκρασία 36. Κατά την κλινική εκτίμηση, η ασθενής εμφάνιζε εφίδρωση και ψυχρά άκρα. Οι παραπάνω παρατηρήσεις οδήγησαν στη διάγνωση οξέος αορτικού διαχωρισμού τύπου Α (ATAAD).

Η ασθενής μεταφέρθηκε για αξονική τομογραφία αορτής (CT scan) για επιβεβαίωση του ATAAD. Πραγματοποιήθηκε διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα (ΤΤΕ) για να αποκλειστεί ο διαχωρισμός ή το ανεύρυσμα της θωρακικής αορτής. Η αρχική τιμή τροπονίνης ορού ήταν 1,7 ng/ml, υψηλότερη από τις φυσιολογικές τιμές. Ο διαχωρισμός της θωρακικής αορτής επιβεβαιώθηκε με αξονική τομογραφία (εικ. 2, 3, 4) και ΤΤΕ. Η ασθενής μεταφέρθηκε για επείγουσα χειρουργική επέμβαση.

Η ασθενής εισήχθη στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) για μετεγχειρητική φροντίδα, διασωληνωμένη σε μηχανική υποστήριξη της αναπνοής, υπό καταστολή και αναλγησία. Τις πρώτες 24 ώρες ήταν αιμοδυναμικά ασταθής, υποστηριζόμενη με ινότροπα φάρμακα. Στη συνέχεια παρουσίασε αιμορραγία, η οποία αντιμετωπίστηκε με μετάγγιση παραγώγων αίματος και ενδοφλέβια χορήγηση υγρών για τη διατήρηση της πίεσης. Η ασθενής σταθεροποιήθηκε αιμοδυναμικά για 48 ώρες μετά την επέμβαση και αποσωληνώθηκε 48 ώρες μετεγχειρητικά, όντας αιμοδυναμικά σταθερή. Η αποκατάσταση άρχισε στη ΜΕΘ σε συνεργασία με φυσικοθεραπευτές και η κινητοποίηση πραγματοποιήθηκε την 4η μετεγχειρητική ημέρα.

Η διεπιστημονική ομάδα παρείχε στην ασθενή φαρμακολογική και μη θεραπεία συμπεριλαμβανομένης της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης μετά το αιφνίδιο οξύ σύμβαμα. Η απρόσμενη αλλαγή στην κατάσταση υγείας καθώς και η χειρουργική θεραπεία που απαιτήθηκε, άλλαξε την αυτοεικόνα της νοσηλευόμενης, επηρέασε τον γονεϊκό της ρόλο, οδηγώντας σε αυξημένο άγχος και απροθυμία να ακολουθήσει το πρόγραμμα αποκατάστασης. Η διεπιστημονική ομάδα προχώρησε στην ενημέρωση και εκπαίδευση της ασθενούς για την νέα κατάσταση της υγείας της, με τελικό σκοπό την ενδυνάμωση της στο πρόγραμμα αποκατάστασης. .

Η ασθενής παρέμεινε στη ΜΕΘ για 30 ημέρες και συνέχισε τη νοσηλεία της στην κλινική για άλλες 20 ημέρες, προτού μεταφερθεί σε κέντρο αποκατάστασης. Προγραμματίστηκαν ραντεβού παρακολούθησης δύο φορές τον χρόνο.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Παρά τις σημαντικές προόδους στη βελτίωση των βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων εκβάσεων για ασθενείς με διαχωρισμό της θωρακικής αορτής, τα ποσοστά θνητότητας παραμένουν υψηλά, κυρίως λόγω της απρόβλεπτης

φύσης της διάσπασης και της ρήξης (Natraj et al., 2019; Zhou et al., 2022). Ο οξύς αορτικός διαχωρισμός είναι μία απειλητική για τη ζωή κατάσταση που παρουσιάζει διαγνωστικές και θεραπευτικές προκλήσεις. Οι ασθενείς συχνά προσέρχονται σε σοβαρή κατάσταση, παρουσιάζοντας πληθώρα σημείων και συμπτωμάτων, πολλά από τα οποία μοιάζουν με άλλες επείγουσες καταστάσεις, όπως η ισχαιμία του μυοκαρδίου ή η πνευμονική εμβολή, γεγονός που απαιτεί υψηλό δείκτη υποψίας για την ακριβή διάγνωση. Οι βιοδείκτες αναμένεται να διαδραματίσουν μελλοντικά σημαντικό ρόλο στην έγκαιρη διαφοροδιάγνωση, συνεισφέροντας στην επιτυχή διάγνωση και διαχείριση και των γυναικών ασθενών (Liu et al., 2022). Για παράδειγμα, σε αυτή τη μελέτη περίπτωσης, η ασθενής παρουσίαζε αυξημένα επίπεδα τροπονίνης, ένας παράγοντας που σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο λανθασμένης διάγνωσης, καθυστέρηση στην χορήγηση της θεραπείας και του πλάνου φροντίδας σύμφωνα με την τρέχουσα βιβλιογραφία.

Ένα ακόμη βασικό σημείο ενδιαφέροντος σε αυτή την κλινική μελέτη περίπτωσης είναι ο σημαντικός ρόλος της διεπιστημονικής ομάδας, η οποία παρείχε εξατομικευμένη και ολιστική φροντίδα στην επαναφορά της ασθενούς στην προγενέστερη κατάσταση της. Υποστηρίχθηκε όχι μόνο η ομαλή ανάρρωση, αλλά και η προσαρμογή της ασθενούς στη νέα κατάσταση της υγείας της. Αυτό το είδος παρέμβασης αντιπροσωπεύει την ανθρωποκεντρική φροντίδα, εστιάζοντας όχι μόνο στη επιστημονική γνώση και στις κατευθυντήριες γραμμές, αλλά και στην ολιστική προσέγγιση προς την ασθενή (Drach-Zahavy, 2009). Όπως αποδεικνύεται από τη μελέτη των Weibel et al. τα θετικά αποτελέσματα μπορούν να μετριάσουν τις ανησυχίες σχετικά με το χρόνο των αρχικών παρεμβάσεων, οι οποίες σε αυτήν την περίπτωση έλαβαν χώρα εντός των πρώτων 48 ωρών στη ΜΕΘ. Οι ασθενείς φαίνονταν ιδιαίτερα δεκτικοί σε αυτή την προσέγγιση, πιθανώς λόγω της οξείας κατάστασης τους, ενισχύοντας τη συμμετοχή και την ανταπόκρισή τους στη φροντίδα (Weibel et al., 2016).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η μελέτη της συγκεκριμένης περίπτωσης προσφέρει πολύτιμες γνώσεις για τη διαχείριση οξέων αορτικών συνδρόμων, αναδεικνύοντας κρίσιμες πτυχές που σχετίζονται με την ταχεία διάγνωση και τη παρεχόμενη διεπιστημονική φροντίδα. Η σύνδεση της κλινικής πορείας με βιοδείκτες, όπως τα αυξημένα επίπεδα τροπονίνης, αναδεικνύει την ανάγκη περαιτέρω έρευνας για την ανάπτυξη νέων διαγνωστικών εργαλείων που μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο της λανθασμένης τελικής διάγνωσης. Ειδικά για τις γυναίκες ασθενείς, οι οποίες παρουσιάζουν συχνά άτυπα συμπτώματα, η εστίαση στη διαφοροποίηση των διαγνωστικών προσεγγίσεων θα μπορούσε να ενισχύσει την επιτυχία της έγκαιρης θεραπείας, βελτιώνοντας τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα.

Επιπλέον, η μελέτη τονίζει τη σημασία της ανθρωποκεντρικής και εξατομικευμένης φροντίδας, όπως εφαρμόστηκε από τη διεπιστημονική ομάδα. Οι παρεμβάσεις που εστιάζουν όχι μόνο στη σωματική αποκατάσταση, αλλά και στην ψυχολογική και κοινωνική ενδυνάμωση των ασθενών, αναδεικνύει την ανάγκη αναθεώρησης των παρόντων πρακτικών αποθεραπείας. Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να διερευνήσουν πώς τέτοιες ολιστικές προσεγγίσεις επηρεάζουν τη συμμόρφωση των ασθενών και τη συνολική ποιότητα ζωής τους. Παράλληλα, η ανάγκη δημιουργίας κέντρων εξειδικευμένης φροντίδας αορτικών νοσημάτων καθίσταται επιτακτική, με στόχο την ενίσχυση της πρόληψης και τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

ΝΜ: Συμμετείχε στην επιλογή του περιστατικού, στην συλλογή των δεδομένων και στην συγγραφή της παρουσίασης του περίπτωσης

ΠΦ: Συμμετείχε στην συγγραφή της εισαγωγής, των συμπερασμάτων και στην μελέτη των δεδομένων.

ΑΕ: Συμμετείχε στην συγγραφή των Περιλήψεων και των λέξεων κλειδιών

ΠΠ: Συμμετείχε στην συγγραφή της μελέτης περίπτωσης

ΚΓ: Συμμετείχε στην συλλογής των απεικονιστικών εξετάσεων και στην συγγραφή της συζήτησης

ΚΜ: Συμμετείχε στην συγγραφή της συζήτησης, των συμπερασμάτων και στην μελέτη των δεδομένων

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

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Drach-Zahavy, A. (2009) 'Patient-centred care and nurses' health: The role of nurses' caring orientation', Journal of Advanced Nursing, 65(7), pp. 1463–1474. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05016.x.

Erbel, R. et al. (2014) '2014 ESC guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases', European Heart Journal, 35(41), pp. 2873–2926. doi: 10.1093/eurheartj/ehu281.

Liu, S. et al. (2022) 'Elevated cardiac troponin I and short-term mortality in patients with acute type A aortic dissection', European Heart Journal. Acute Cardiovascular Care, 11(8), pp. 597–606. doi: 10.1093/ehjacc/zuac070.

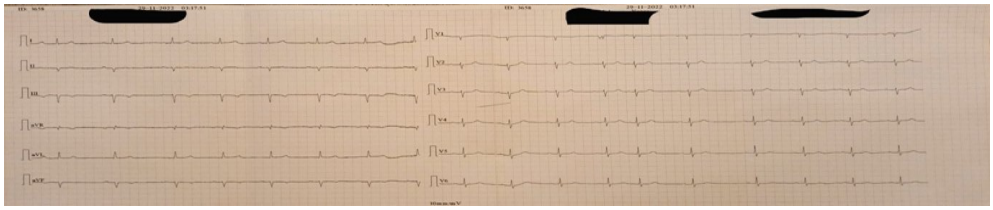
Natraj, N. S. et al. (2019) 'Rare case of aortic aneurysm with type A dissection (extending to right coronary artery) and severe AR in a nonhypertensive and non pregnant female', International Journal of Surgery Case Reports. Surgical Associates Ltd, 63, pp. 113–117. doi: 10.1016/j.ijscr.2019.09.021.

Nienaber, C. A. and Clough, R. E. (2015) 'Management of acute aortic dissection', The Lancet, pp. 800–811. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61005-9.

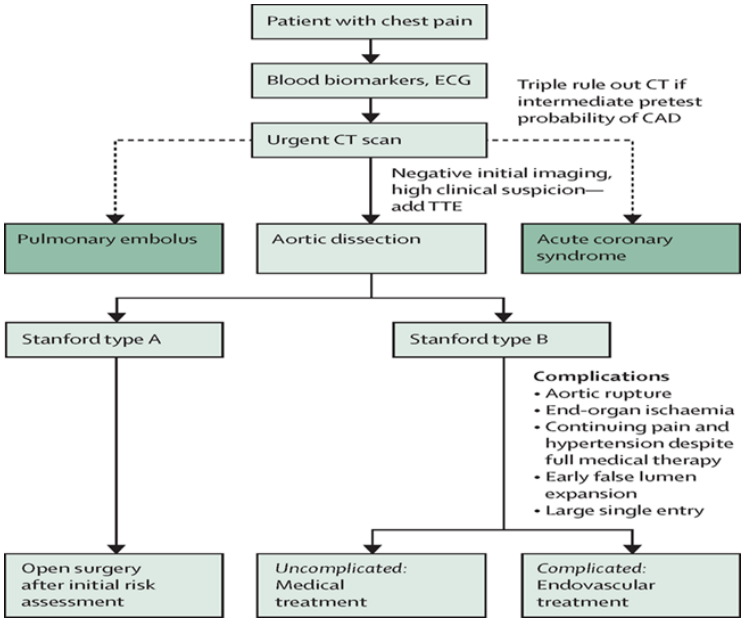
Weibel, L. et al. (2016) 'Early education and counselling of patients with acute coronary syndrome. A pilot study for a randomized controlled trial', European Journal of Cardiovascular Nursing, 15(4), pp. 213–222. doi: 10.1177/1474515114556713.

Zhou, Z. et al. (2022) 'Risk Factors for Thoracic Aortic Dissection', Genes, 13(10). doi: 10.3390/genes13101814.

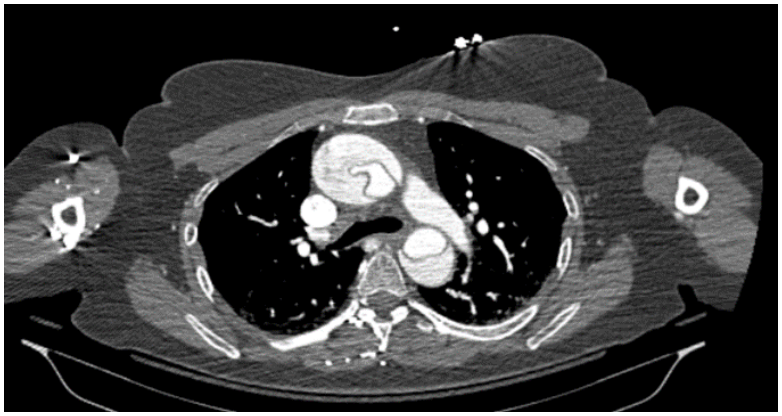
Εικόνα 1. ΗΚΓ κατά την προεγχειρητική κλινική εξέταση



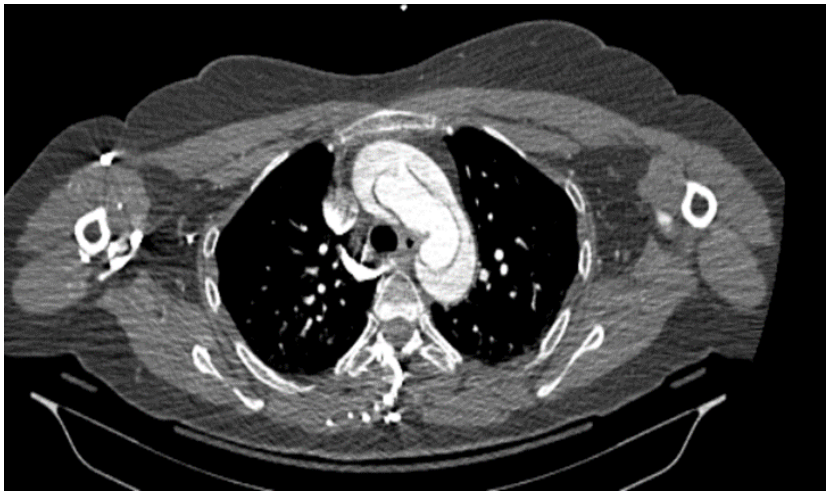
Σχήμα 1. Διάγραμμα ροής της διαχείρισης του αορτικού διαχωρισμού, (Nienaber and Clough, 2015)



Εικόνα 2. Αξονική τομογραφία του διαχωρισμό στο τμήμα της ανιούσας και της κατιούσας αορτής.



Εικόνα 3. Αξονική τομογραφία του διαχωρισμού αορτής στο αορτικό τόξο



Εικόνα 4. Αξονική τομογραφία του διαχωρισμού στη ρίζα της αορτής.



ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

Diagnosis and management of acute thoracic aortic dissection: A case study

Maria Natsiou[1], Florentios Pavlou[2], Irini Angelidou[1], Parthenopi Pantelidou[3], George Th. Karapanagiotidis[4], Martha Kyriakou[5]

1. RN, MSc, Cardiothoracic Surgery Intensive Care Unit, University Hospital of Thessaloniki, AHEPA
2. RN, Advanced Clinical Practitioner, MSc(c), Royal Victoria Hospital- Belfast Health and Social Care Trust
3. RN, PhD, Director of Nursing Service, University Hospital of Thessaloniki, AHEPA
4. MD, PhD, Assistant Professor, University Hospital of Thessaloniki, Cardiothoracic Surgery Clinic, University Hospital of Thessaloniki, AHEPA AHEPA
5. RN, PhD, Lecturer European University of Cyprus

ABSTRACT

Introduction: Aortic diseases, such as acute thoracic aortic dissection type A (ATAAD), are life-threatening conditions that require prompt diagnosis and treatment. This condition exhibits high mortality, particularly due to its unpredictable nature and clinical variability. Although it primarily affects elderly men, female patients often present with atypical symptoms, complicating diagnosis and treatment approaches. This study presents a clinical case of a female patient under 60 years of age diagnosed with ATAAD.

Aim: Presentation of a case with a female patient highlighting the importance of early diagnosis, multidisciplinary care, and a holistic approach.

Case Presentation: A 58-year-old woman with a medical history of rheumatoid arthritis, hypertension, and dyslipidemia presented with sharp chest pain and was urgently transferred to a University Hospital. Her clinical condition included hypoxia and severe hypotension. Investigations revealed elevated troponin levels, and the diagnosis of aortic dissection was confirmed via computed tomography and echocardiography. The patient underwent immediate surgical operation. Postoperatively, she had bleeding and she was hemodynamically unstable, which were successfully managed. Gradually, her condition stabilized, and she began a rehabilitation program. The multidisciplinary team provided psychological support to the patient and educated her about her new health condition. The patient was hospitalized for 50 days, 30 of which were in the Cardiothoracic Intensive Care Unit, and then transferred to a rehabilitation center.

Keywords: acute aortic dissection, multidisciplinary team, holistic care, rehabilitation, cardiac surgery

Corresponding author:
Maria Natsiou
Email: marianatsiou@hotmail.com

Citation: Natsiou M., Pavlou F., Angelidou I., Pantelidou P., Karapanagiotidis G.Th., Martha Kyriakou M. (2025). Diagnosis and management of an acute thoracic aortic dissection: A case study. Hellenic Journal of Nursing Science 18(3): 27-32, https://doi.org./10.24283/hjns.202534

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Πρακτική βασισμένη σε ενδείξεις στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας: Η Νοσηλευτική Προσέγγιση

Παναγιώτης Μπαρούτας[1], Παρθενόπη Παντελίδου[2], Κωνσταντία Κοτσάνη[2], Ιωάννα Β. Παπαθανασίου[3]

1.Msc

2.Π.Γ.Ν.Θ Α.Χ.Ε.Π.Α

3.Πανεπιστημιακός Υπότροφος Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση εξετάζει τη σημασία της Πρακτικής Βασισμένης σε Ενδείξεις (Evidence-Based Practice, EBP) στη νοσηλευτική, με έμφαση στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Η EBP, μέσω της σύνθεσης ποιοτικών και ποσοτικών δεδομένων, προάγει τη λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων, βελτιώνοντας την ποιότητα φροντίδας, μειώνοντας τη θνησιμότητα και περιορίζοντας τις επιπλοκές. Η μεθοδολογία περιλάμβανε αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων MEDLINE, ELSEVIER και SCOPUS για μελέτες που δημοσιεύθηκαν από το 2000 και έπειτα. Τα αποτελέσματα ανέδειξαν σημαντικές παρεμβάσεις, όπως η πρόληψη λοιμώξεων, η διαχείριση του σηπτικού σοκ, η πρόληψη ελκών πίεσης και η φροντίδα ασθενών στο τέλος της ζωής. Επιπλέον, η χρήση τηλεϊατρικής και τεχνητής νοημοσύνης προάγει την ενσωμάτωση της EBP στη νοσηλευτική πρακτική. Παρά τις εξελίξεις, η ανασκόπηση υπογραμμίζει προκλήσεις, όπως η έλλειψη χρόνου, η ανεπαρκής εκπαίδευση και η περιορισμένη διοικητική υποστήριξη. Προτείνονται στρατηγικές, όπως η συνεχής εκπαίδευση, η τεχνολογική υποστήριξη και η ενίσχυση της κλινικής πρακτικής μέσω πληροφοριακών συστημάτων. Τα ευρήματα αναδεικνύουν ότι η πλήρης ενσωμάτωση της EBP μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική βελτίωση της ποιότητας φροντίδας και των κλινικών αποτελεσμάτων στις ΜΕΘ, αποτελώντας βασικό εργαλείο για την παροχή υψηλού επιπέδου νοσηλευτικής φροντίδας.

Λέξεις κλειδιά: Πρακτική Βασισμένη σε Ενδείξεις, Μ.Ε.Θ., Νοσηλευτικές παρεμβάσεις, Κλινικά αποτελέσματα

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

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:
Μπαρούτας Παναγιώτης
email: panosmpar18@gmail.com

Αναφορά του άρθρου ως: Μπαρούτας Π., Παντελίδου Π., Κοτσάνη Κ., Παπαθανασίου Ι. Β. (2025). Πρακτική βασισμένη σε ενδείξεις στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας: Η Νοσηλευτική Προσέγγιση. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης 18(3): 33-42, https://doi.org./10.24283/hjns.202535

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Πρακτική Βασισμένη σε Ενδείξεις (Evidence-Based Practice, EBP) αποτελεί κεντρικό πυλώνα για τη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας και των κλινικών αποτελεσμάτων στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) και ευρύτερα στον τομέα της υγείας. Η EBP βασίζεται στη συστηματική χρήση της καλύτερης διαθέσιμης επιστημονικής τεκμηρίωσης, της κλινικής εμπειρίας και των προτιμήσεων των ασθενών, ώστε να εξασφαλιστεί η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων (Lu et al 2013). Οι συστηματικές ανασκοπήσεις και οι μετα-αναλύσεις αποτελούν τα θεμελιώδη εργαλεία της EBP, καθώς συνθέτουν δεδομένα υψηλής ποιότητας, μειώνοντας την πιθανότητα σφαλμάτων και ενισχύοντας τη στατιστική ισχύ (Brown Epstein 2012).

Η εφαρμογή της EBP στις ΜΕΘ είναι ιδιαίτερα κρίσιμη λόγω της πολυπλοκότητας των κλινικών περιστατικών και της ανάγκης για άμεση λήψη αποφάσεων. Παρόλο που η EBP έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στη βελτίωση της φροντίδας, η ενσωμάτωσή της συναντά προκλήσεις όπως η έλλειψη χρόνου, πόρων, και η περιορισμένη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας (Rosner 2012). Επιπλέον, η αντίσταση στις αλλαγές και η απουσία συστηματικής υποστήριξης από τους διοικητικούς φορείς αποτελούν πρόσθετα εμπόδια που πρέπει να ξεπεραστούν(Lu et al 2013). Η αξιοποίηση τεχνολογικών καινοτομιών, όπως τα πληροφοριακά συστήματα και η τεχνητή νοημοσύνη, μπορεί να ενισχύσει την πρόσβαση σε τεκμηριωμένη γνώση, διευκολύνοντας τη λήψη αποφάσεων και βελτιώνοντας την πρακτική εφαρμογή της EBP(Huter et al 2020, Long et al 2016, Raman 2015).

Ο σκοπός αυτής της ανασκόπησης ήταν να αναδείξει τη σημασία της EBP και να εξετάσει τις εφαρμογές της στις ΜΕΘ, εστιάζοντας στις συστηματικές ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις ως κύριους μοχλούς τεκμηρίωσης. Επίσης, διερευνήθηκαν οι προκλήσεις και οι τεχνολογικές λύσεις που μπορούν να υποστηρίξουν την υιοθέτηση της EBP, διασφαλίζοντας ότι οι κλινικές αποφάσεις βασίζονται στα πιο αξιόπιστα δεδομένα. Μέσω της ανάλυσης αυτών των στοιχείων, η εργασία επιδιώκει να προτείνει πρακτικές στρατηγικές για την προώθηση της EBP και τη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας στις ΜΕΘ.

ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΒΑΣΗ ΤΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΒΑΣΙΣΜΕΝΗΣ ΣΕ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Η EBP ορίζεται ως η συνειδητή, σαφής και ορθολογική χρήση της καλύτερης διαθέσιμης επιστημονικής γνώσης, συνδυασμένη με την κλινική εμπειρία και τις προτιμήσεις των ασθενών, για τη λήψη αποφάσεων σχετικά με την παροχή φροντίδας. Σύμφωνα με τον Sackett και συνεργάτες (1996), η EBP αποτελεί μια δυναμική διαδικασία που προσαρμόζεται στις νέες γνώσεις και τεχνολογίες, ενσωματώνοντας ποικίλες μορφές ενδείξεων πέρα από τις τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές (RCTs) και τις μετα-αναλύσεις (Vincent 2004). Έχει τις ρίζες της στην Ιατρική Βασισμένη σε Ενδείξεις (Evidence-Based Medicine, EBM), που αναπτύχθηκε τη δεκαετία του 1990 ως μέθοδος αξιολόγησης του μεγάλου όγκου επιστημονικών δεδομένων. Ωστόσο, η EBP εξελίχθηκε περαιτέρω για να προσαρμοστεί στις ανάγκες της νοσηλευτικής, εστιάζοντας όχι μόνο στη χρήση ποσοτικών δεδομένων αλλά και στη συμπερίληψη ποιοτικών στοιχείων που αντικατοπτρίζουν τις ατομικές ανάγκες και αξίες των ασθενών (Scott and McSherry 2009, Vincent 2004). Παρά την κοινή φιλοσοφία τους, η EBP και η EBM διαφέρουν ως προς την εφαρμογή και το πεδίο εστίασής τους. Η EBM βασίζεται κυρίως σε RCTs, θεωρώντας τις ως το «χρυσό πρότυπο» για την αξιολόγηση των παρεμβάσεων. Αντίθετα, η EBP στη νοσηλευτική υιοθετεί μια πιο ολιστική προσέγγιση, ενσωματώνοντας ποιοτικά δεδομένα, όπως εμπειρίες ασθενών, και εστιάζοντας στη νοσηλευτική θεωρία και πρακτική. Σύμφωνα με τους Scott και McSherry (2009), η νοσηλευτική βασισμένη σε ενδείξεις δεν περιορίζεται στην εφαρμογή επιστημονικών δεδομένων αλλά προάγει τη χρήση κλινικής κρίσης, συνεργασίας και εξατομικευμένης φροντίδας. Επιπλέον, ενώ η EBM δίνει έμφαση στις μετρήσιμες εκβάσεις, η EBP υπογραμμίζει τη σημασία της ανθρώπινης σχέσης και της ενσυναίσθησης στη νοσηλευτική φροντίδα (Scott and McSherry 2009, Vincent 2004). Η νοσηλευτική θεωρία αποτελεί θεμέλιο της EBP, παρέχοντας τις απαραίτητες κατευθυντήριες γραμμές για την ενσωμάτωση της επιστημονικής γνώσης στην πρακτική. Οι Scott και McSherry (2009) τονίζουν ότι η θεωρία βοηθά στη γεφύρωση του χάσματος μεταξύ της έρευνας και της κλινικής εφαρμογής. Ειδικότερα, προσφέρει ένα πλαίσιο για τη σύνθεση δεδομένων, επιτρέποντας στους νοσηλευτές να προσαρμόζουν τις παρεμβάσεις στις μοναδικές ανάγκες των ασθενών. Η νοσηλευτική θεωρία προάγει την κατανόηση της πολυπλοκότητας της φροντίδας, ενσωματώνοντας πολιτισμικές, ηθικές και κοινωνικές παραμέτρους που συχνά αγνοούνται από την EBM. Αυτή η σύνθεση θεωρίας και ενδείξεων ενισχύει την αποτελεσματικότητα της φροντίδας και ενδυναμώνει τους ασθενείς, υπογραμμίζοντας τη σημασία της ολιστικής φροντίδας (Scott & McSherry 2009). Η θεωρητική βάση της EBP αναδεικνύει την ανάγκη για μια πολυδιάστατη προσέγγιση στη νοσηλευτική, που συνδυάζει την επιστημονική τεκμηρίωση με την ανθρωποκεντρική φροντίδα. Μέσω της εστίασης στη νοσηλευτική θεωρία και την κλινική πρακτική, προσφέρει ένα ισχυρό εργαλείο για τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας και των αποτελεσμάτων των ασθενών (Scott and McSherry 2009, Vincent 2004).

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Η εκπαίδευση στην EBP είναι θεμελιώδης για την προώθηση της τεκμηριωμένης νοσηλευτικής πρακτικής και τη βελτίωση των κλινικών αποτελεσμάτων. Η ανάπτυξη δεξιοτήτων για την εφαρμογή της εξαρτάται από την παροχή συστηματικής και ποιοτικής εκπαίδευσης, η οποία

γεφυρώνει το χάσμα μεταξύ θεωρίας και πράξης (theory-practice gap)(Sin & Bliquez 2017, Stavropoulou 2019). Οι φοιτητές της νοσηλευτικής και οι επαγγελματίες υγείας συχνά εκφράζουν θετική στάση απέναντι στην EBP, αλλά η περιορισμένη αυτοπεποίθηση και γνώση τους εμποδίζουν την αποτελεσματική εφαρμογή της. Η Ryan (2016) διαπίστωσε ότι, παρόλο που οι φοιτητές έχουν ενθουσιασμό για τη χρήση ερευνητικών δεδομένων, η έλλειψη χρόνου και η ανεπαρκής υποστήριξη στο κλινικό περιβάλλον αποτελούν σημαντικά εμπόδια (Ryan 2016, Stone & Rowles 2007). Οι Fiset et al. (2017) επισημαίνουν ότι η εκπαίδευση στην EBP πρέπει να εστιάζει στην ενίσχυση της κριτικής σκέψης και της χρήσης επιστημονικών δεδομένων, με στόχο να προετοιμάσει τους φοιτητές για την εφαρμογή της EBP στις κλινικές μονάδες (Fiset et al 2017).

Ενδεικτικά, η Σταυροπούλου (2019) προτείνει την ενσωμάτωση πέντε εκπαιδευτικών ενοτήτων σε προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για να επικαιροποιηθεί η γνώση των επαγγελματιών νοσηλευτών (Sin & Bliquez 2017, Stavropoulou 2019). Στην έως τώρα βιβλιογραφία διάφορες στρατηγικές εκπαίδευσης έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές. Πιο συγκεκριμένα:

- Εργαστήρια και Εργασίες Εφαρμογής: Η ανάγκη των φοιτητών να συμμετέχουν σε εργαστήρια που συνδυάζουν θεωρία και πρακτική, ενώ ολοκληρώνουν ερευνητικές εργασίες βασισμένες σε πραγματικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν στις κλινικές μονάδες (Sin and Bliquez 2017, Stone & Rowles 2007).
- Ενσωμάτωση της EBP στα Προγράμματα Σπουδών: Σύμφωνα με τη Σταυροπούλου (2019) οι φοιτητές πρέπει να εισάγονται στα πέντε βασικά βήματα της EBP (Ask, Acquire, Appraise, Apply, Assess) μέσα από διαλέξεις και πρακτικές δραστηριότητες. Η χρήση εργαλείων όπως η μέθοδος PICO διευκολύνει την ανάπτυξη κλινικών ερωτημάτων και τη λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων (Stavropoulou 2019).
- Διαδραστική Μάθηση και Συνεργατικά Έργα: Οι φοιτητές θα πρέπει να χωρίζονται σε ομάδες και να αναλαμβάνουν τη μελέτη συγκεκριμένων κλινικών περιπτώσεων, ενθαρρύνοντας τη συνεργασία και την ανταλλαγή γνώσεων. Η Σταυροπούλου (2019) αναφέρει ότι τέτοιες μέθοδοι ενισχύουν την αυτοπεποίθηση και τις δεξιότητες των φοιτητών στην EBP (Stavropoulou 2019).
- Πρακτική Άσκηση με Εστίαση στην EBP: Σύμφωνα με τη Ryan (2016), η κλινική πρακτική πρέπει να υποστηρίζεται από επαγγελματίες που είναι κατάλληλα εκπαιδευμένοι στην EBP. Η διαρκής καθοδήγηση από κλινικούς μέντορες συμβάλλει στη βελτίωση της εφαρμογής της EBP από τους φοιτητές (Stone & Rowles 2007).

Παρά τις θετικές προσπάθειες, οι φοιτητές και οι επαγγελματίες νοσηλευτές αντιμετωπίζουν σημαντικά εμπόδια όπως η έλλειψη χρόνου και πόρων όπου οι φοιτητές συχνά αναφέρουν περιορισμένη πρόσβαση σε βάσεις δεδομένων και δυσκολίες στην εξισορρόπηση της εκπαίδευσης με την πρακτική (Stone & Rowles 2007). Ακόμη, η έλλειψη καθοδήγησης από επαγγελματίες και η αντίσταση στις αλλαγές περιορίζουν την εφαρμογή της EBP (Sin & Bliquez 2017).

ΙΕΡΆΡΧΗΣΗ ΤΗΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΊΑΣ ΚΑΙ ΠΥΡΑΜΊΔΑ ΣΥΝΘΕΣΗΣ ΤΩΝ ΕΝΔΕΙΞΕΩΝ

Η ιεράρχηση των μελετών βάσει της ποιότητας, της αξιοπιστίας και της δυνατότητας γενίκευσης των αποτελεσμάτων τους καθώς και της χρησιμότητάς τους στην τεκμηριωμένη πρακτική πραγματοποιείται μέσω της πυραμίδας σύνθεσης των αποδείξεων που απεικονίζει την ιεραρχία των επιστημονικών μελετών. Ξεκινά από τη βάση με τις λιγότερο αξιόπιστες πηγές δεδομένων και κορυφώνεται με τις πιο τεκμηριωμένες και συνθετικές μορφές γνώσης. Στην κορυφή της πυραμίδας βρίσκονται οι τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές (Randomized Controlled Trials, RCTs), οι συστηματικές ανασκοπήσεις και οι μετα-αναλύσεις, που θεωρούνται οι πιο αξιόπιστες πηγές δεδομένων λόγω της αυστηρής μεθοδολογίας και της ικανότητάς τους να συνθέτουν αποδεικτικά στοιχεία (Brown Epstein 2012). Πιο συγκεκριμένα, στη βάση της πυραμίδας βρίσκονται οι in vitro μελέτες οι οποίες αποτελούν εργαστηριακές μελέτες που πραγματοποιούνται σε ελεγχόμενο περιβάλλον, παρέχουν σημαντικά δεδομένα αλλά τα αποτελέσματά τους δεν μπορούν εύκολα να γενικευθούν σε ανθρώπους. Ανεβαίνοντας στην πυραμίδα συναντάμε μελέτες χαμηλής τεκμηρίωσης όπως μελέτες περίπτωσης (case reports) και σειράς περιπτώσεων (case series) όπου γίνονται αναφορές συγκεκριμένων περιπτώσεων ή σειράς παρόμοιων περιπτώσεων και παρέχουν περιγραφικά δεδομένα και ιδέες για περαιτέρω έρευνα, αλλά δεν μπορούν να αποδείξουν αιτιακές σχέσεις καθώς είναι μελέτες που βασίζονται σε γνώμες ειδικών και περιλαμβάνουν προσωπικές απόψεις και υποθέσεις ειδικών (Rosner 2012).

Στην αμέσως επόμενη βαθμίδα βρίσκονται οι case-control studies οι οποίες συγκρίνουν άτομα με συγκεκριμένη ασθένεια (cases) με άτομα χωρίς αυτήν τη συγκεκριμένη ασθένεια με σκοπό την αναγνώριση των παραγόντων κινδύνου αναδρομικά. Αυτού του είδους οι μελέτες είναι πολύ σημαντικές για την αναγνώριση των παραγόντων σε σπάνιες ασθένειες καθώς ξεκινούν με σημείο αναφοράς τη νόσο ωστόσο είναι επιρρεπείς στην εισαγωγή συστηματικού σφάλματος (Rosner 2012). Ανεβαίνοντας ακόμη ένα επίπεδο στην πυραμίδα της τεκμηρίωσης βρίσκονται οι μελέτες κοόρτης (cohort studies) οι οποίες μελετούν ομάδες ατόμων με κοινά χαρακτηριστικά ή έκθεση σε κοινούς παράγοντες κινδύνου παρακολουθώντας τις εκβάσεις του. Αυτού του τύπου οι μελέτες παρέχουν περισσότερο αξιόπιστα αποτελέσματα καθώς μπορούν να επιφέρουν αιτιακές σχέσεις καθώς συνδέουν ένα χαρακτηριστικό ή μια παρακολουθούμενη έκθεση με ένα μεταγενέστερο αποτέλεσμα (Rosner 2012).

Στην κορυφή της ποιότητας σύνθεσης των αποτελε-

σμάτων βρίσκονται οι τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες (RCTs) και οι συστηματικές ανασκοπήσεις και μετα αναλύσεις που χρησιμοποιούν μεθόδους για την εξάλειψη της πιθανότητας εισαγωγής συστηματικού σφάλματος και την μεγιστοποίηση του μελετώμενου δείγματος για την μείωση του τυπικού σφάλματος και την μεγιστοποίηση της αξιοπιστίας και στατιστικής σημαντικότητας αντίστοιχα (Rosner 2012). Λαμβάνοντας ως οδηγό και χρησιμοποιώντας αυτή την πυραμίδα ως κατευθυντήρια αρχή για την ιεράρχηση της τεκμηριωμένης γνώσης, παρέχεται η βάση για την ανάπτυξη κατευθυντήριων γραμμών και τη λήψη κλινικών αποφάσεων μειώνοντας την πιθανότητα εισαγωγής σφαλμάτων και εφαρμόζοντας ασφαλέστερα τα ευρήματα στην κλινική πράξη (Rosner 2012).

ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ ΜΕΤΑ - ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ

Στο επίκεντρο αυτής της πρακτικής βρίσκονται οι συστηματικές ανασκοπήσεις και οι μετα-αναλύσεις, που παρέχουν ολοκληρωμένες και τεκμηριωμένες απαντήσεις σε κρίσιμα κλινικά ερωτήματα. Οι συστηματικές ανασκοπήσεις αποτελούν μεθοδολογικές προσεγγίσεις για τη σύνοψη ερευνητικών δεδομένων, ενώ οι μετα-αναλύσεις ποσοτικοποιούν αυτά τα δεδομένα, ενισχύοντας τη στατιστική ισχύ και την εγκυρότητα των συμπερασμάτων (Stevens 2001).

Οι συστηματικές ανασκοπήσεις έχουν ενισχύσει τη δυνατότητα των επαγγελματιών υγείας να βασίζονται σε αξιόπιστα δεδομένα για τη λήψη αποφάσεων. Στη νοσηλευτική, διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο στη βελτίωση της φροντίδας, αντιμετωπίζοντας την ποικιλομορφία των ασθενών και των συνθηκών φροντίδας. Παρά το γεγονός ότι η ενσωμάτωση κλινικών δοκιμών προσφέρει την υψηλότερη ποιότητα αποτελεσμάτων, σύμφωνα με τους Evans & Pearson (2001) η συμπερίληψη περιγραφικών και ποιοτικών μελετών στις συστηματικές ανασκοπήσεις μπορεί να προσφέρει πολύτιμες πληροφορίες για την κατανόηση του ανθρωποκεντρικού χαρακτήρα της φροντίδας (Evans & Pearson 2001). Στην ιατρική, η μετα-ανάλυση βοηθά στην επίλυση αντιφάσεων μεταξύ μελετών, παρέχοντας καθαρότερα συμπεράσματα για την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων. Οι Sauerland & Seiler (2005) τονίζουν ότι οι μετα-αναλύσεις μειώνουν την προκατάληψη δημοσίευσης και ενισχύουν τη δυνατότητα γενίκευσης των ευρημάτων, προσφέροντας στους γιατρούς μια σαφή εικόνα για την εφαρμογή νέων θεραπειών(Sauerland & Seiler 2005).

Η συστηματική ανασκόπηση και η μετα-ανάλυση ακολουθούν μια αυστηρά δομημένη μεθοδολογία για τη διασφάλιση της ποιότητας και της διαφάνειας των αποτελεσμάτων. Τα βήματα περιλαμβάνουν:

Διαμόρφωση Ερευνητικού Ερωτήματος:

Η διαμόρφωση του ερευνητικού ερωτήματος είναι το πρώτο και πιο κρίσιμο βήμα, καθώς καθορίζει τη στόχευση της ανασκόπησης. Χρησιμοποιείται το μοντέλο PICO:

- Population: Ποια ομάδα ασθενών αφορά;
- Intervention: Ποια παρέμβαση εξετάζεται;
- Comparison: Ποια είναι η συγκριτική παρέμβαση ή η κατάσταση;
- Outcomes: Ποια είναι τα επιθυμητά αποτελέσματα; Το σαφές και εστιασμένο ερώτημα μειώνει την πιθανότητα μεροληψίας και καθοδηγεί τη διαδικασία επιλογής μελετών και ανάλυσης (Brown Epstein 2012, Stevens 2001).

Καθορισμός Πρωτοκόλλου:

Το πρωτόκολλο ορίζει με σαφήνεια τα κριτήρια ένταξης/αποκλεισμού, τη στρατηγική αναζήτησης και τις μεθόδους ανάλυσης:

- Καταγράφεται σε βάσεις δεδομένων όπως το PROSPERO, διασφαλίζοντας τη διαφάνεια και αποτρέποντας πιθανές αλλαγές εκ των υστέρων.
- Περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικά με την αξιολόγηση της ποιότητας των μελετών και τις μεθόδους διαχείρισης της ετερογένειας (Brown Epstein 2012).

Συστηματική Αναζήτηση Βιβλιογραφίας:

Η αναζήτηση περιλαμβάνει τη χρήση ηλεκτρονικών βάσεων δεδομένων (π.χ. PubMed, EMBASE, Cochrane Library):

- Εφαρμόζονται στρατηγικές Boolean και λέξεις-κλειδιά MeSH για τη μέγιστη πληρότητα.
- Εξετάζονται δημοσιευμένες και μη δημοσιευμένες μελέτες (grey literature), μειώνοντας την προκατάληψη δημοσίευσης (Evans & Pearson 2001).

Εξαγωγή Δεδομένων

Η εξαγωγή δεδομένων είναι μια συστηματική διαδικασία που περιλαμβάνει:

- Καθορισμό μεταβλητών: Καταγράφονται τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, η παρέμβαση, τα αποτελέσματα και τα στατιστικά δεδομένα.
- Χρήση ειδικών εργαλείων: Χρησιμοποιούνται φόρμες εξαγωγής δεδομένων ή λογισμικά όπως το RevMan, για την τυποποίηση της διαδικασίας.
- Διπλή ανεξάρτητη εξαγωγή: Δύο ανεξάρτητοι αξιολογητές εξάγουν δεδομένα για τη μείωση των λαθών (Brown Epstein 2012, Lu et al 2013).

Αξιολόγηση Ποιότητας των Μελετών

Η αξιολόγηση πραγματοποιείται με βάση εργαλεία όπως το Cochrane Risk of Bias Tool:

- Εκτίμηση προκαταλήψεων: Ελέγχεται η τυχαιοποίηση, η τυφλοποίηση και η πληρότητα των δεδομένων.
- Συνολική ποιότητα: Αξιολογούνται τα χαρακτηριστικά της μεθοδολογίας, για να προσδιοριστεί η αξιοπιστία των αποτελεσμάτων (Stevens 2001).

Ποσοτική Ανάλυση και Μετα-Ανάλυση

Σε περιπτώσεις όπου τα δεδομένα είναι ομοιογενή:

- Σύνθεση δεδομένων: Συνδυάζονται ποσοτικά δεδομένα για να αυξηθεί η στατιστική ισχύς.
- Forest plots: Παρουσιάζουν την εκτίμηση των αποτελεσμάτων για κάθε μελέτη και τη συνολική εκτίμηση.
- Αντιμετώπιση ετερογένειας: Χρησιμοποιείται το στα-

τιστικό I^2 και σε περιπτώσεις υψηλής ετερογένειας, εφαρμόζονται τεχνικές όπως meta-regression (Lu et al 2013, Von Gerich et al 2022).

Δημοσίευση και Διαφάνεια

Η τελική δημοσίευση περιλαμβάνει:

• Διαφάνεια δεδομένων: Τα αποτελέσματα δημοσιεύονται σύμφωνα με τα πρότυπα PRISMA, παρέχοντας σαφήνεια σχετικά με τις μεθόδους και τα συμπεράσματα.

• Οπτικοποίηση: Παρέχονται πίνακες, γραφήματα και πλήρης περιγραφή της μεθοδολογίας, ενισχύοντας την εγκυρότητα της ανασκόπησης(Brown Epstein 2012, Stevens 2001).

Η διαδικασία εκπόνησης συστηματικής ανασκόπησης και μετα-ανάλυσης είναι κρίσιμη για την εξαγωγή αξιόπιστων και γενικεύσιμων συμπερασμάτων. Τα βήματα αυτά διασφαλίζουν ότι οι αποφάσεις που βασίζονται στα αποτελέσματα της ανασκόπησης είναι τεκμηριωμένες, μειώνοντας την προκατάληψη και ενισχύοντας την ποιότητα της φροντίδας. Η έμφαση στην εξαγωγή δεδομένων και την ποιοτική αξιολόγηση καθιστούν τη διαδικασία ολοκληρωμένη και απαραίτητη για την τεκμηριωμένη πρακτική (Brown Epstein 2012, Evans & Pearson 2001, Lu et al 2013).

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΕΣ

Οι κλινικές δοκιμές αποτελούν τη βάση της σύγχρονης ιατρικής έρευνας, προσφέροντας την πιο αξιόπιστη μεθοδολογία για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας παρεμβάσεων υγείας. Πρόκειται για προγραμματισμένα πειράματα που διεξάγονται σε ανθρώπους με σκοπό την ανάλυση νέων τεχνολογιών ή θεραπευτικών παρεμβάσεων, όπως φάρμακα, διαγνωστικές μέθοδοι, χειρουργικές τεχνικές ή προγράμματα πρόληψης. Ο σχεδιασμός των κλινικών δοκιμών ξεκινά με τη διατύπωση ενός ερευνητικού ερωτήματος που βασίζεται στη δομή PICO (Population, Intervention, Comparison, Outcome). Για παράδειγμα, σε μία μελέτη που αφορά ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, ο πληθυσμός-στόχος (Population) περιλαμβάνει τους ασθενείς, η παρέμβαση (Intervention) μπορεί να είναι ένας νέος αντιδιαβητικός παράγοντας, η σύγκριση (Comparison) γίνεται με placebo ή άλλη θεραπεία, ενώ το αποτέλεσμα (Outcome) μπορεί να είναι η μείωση της HbA1c. Το ερώτημα πρέπει να είναι εφικτό, ενδιαφέρον, καινοτόμο, ηθικό και σχετικό, σύμφωνα με τα κριτήρια FINER.

Η διαδικασία τυχαιοποίησης παίζει κεντρικό ρόλο στη διασφάλιση της εγκυρότητας των αποτελεσμάτων, εξασφαλίζοντας ότι οι συμμετέχοντες κατανέμονται τυχαία στις ομάδες ελέγχου και παρέμβασης. Αυτό ελαχιστοποιεί την πιθανότητα προκαταλήψεων και εξισορροπεί γνωστούς και άγνωστους συγχυτικούς παράγοντες μεταξύ των ομάδων. Οι μέθοδοι τυχαιοποίησης ποικίλουν, περιλαμβάνοντας την απλή τυχαιοποίηση, την περιορισμένη (block randomisation), τη στρωματοποιημένη και την ελαχιστοποίηση. Η περιορισμένη τυχαιοποίηση χρησιμοποιείται για να εξασφαλιστεί ότι σε κάθε χρονική στιγμή της μελέτης οι ομάδες έχουν ίσους συμμετέχοντες, ενώ η στρωματοποιημένη τυχαιοποίηση εξισορροπεί βασικά χαρακτηριστικά, όπως η ηλικία ή το φύλο.

Ένα κρίσιμο στοιχείο για τη μείωση των προκαταλήψεων είναι η απόκρυψη της διαδικασίας τυχαιοποίησης από τους ερευνητές. Αυτό διασφαλίζεται με τη χρήση τεχνικών, όπως οι σφραγισμένοι, αδιαφανείς φάκελοι, η χρήση κεντρικών συστημάτων υπολογιστών ή η ανάθεση σε ανεξάρτητους φαρμακοποιούς. Εξίσου σημαντική είναι η τυφλοποίηση των συμμετεχόντων και των ερευνητών, ώστε να μην γνωρίζουν ποια ομάδα έχει λάβει ποια παρέμβαση. Αυτή η διαδικασία μειώνει την πιθανότητα προκαταλήψεων που σχετίζονται με τη συλλογή και ανάλυση των δεδομένων.

Η συλλογή δεδομένων επικεντρώνεται στα προκαθορισμένα πρωτεύοντα και δευτερεύοντα αποτελέσματα της μελέτης. Τα πρωτεύοντα αποτελέσματα είναι εκείνα που απαντούν στο βασικό ερευνητικό ερώτημα, ενώ τα δευτερεύοντα εξετάζουν πρόσθετες πτυχές. Οι ερευνητές πρέπει να διαχειρίζονται τις απώλειες συμμετεχόντων (dropouts) με κατάλληλες στατιστικές μεθόδους, όπως η ανάλυση ITT (Intention-to-Treat), η οποία περιλαμβάνει όλους τους συμμετέχοντες, ανεξάρτητα από τη συμμόρφωσή τους στο πρωτόκολλο. Η ανάλυση per-protocol χρησιμοποιείται για τη μελέτη της αποτελεσματικότητας μόνο στους συμμετέχοντες που συμμορφώθηκαν πλήρως. Η ανάλυση δεδομένων ενδέχεται να απαιτεί αντιμετώπιση ελλειπουσών τιμών με μεθόδους όπως η «Last Observation Carried Forward» ή η «Multiple Imputation». Οι ερευνητές πρέπει να αναφέρουν λεπτομερώς τα αποτελέσματά τους, εξετάζοντας τόσο τη στατιστική όσο και την κλινική τους σημασία. Οι αναλύσεις υποομάδων μπορούν να προσφέρουν χρήσιμες πληροφορίες, αλλά πρέπει να είναι καλά σχεδιασμένες και να μην οδηγούν σε υπερβολικές ερμηνείες.

Η διακοπή μιας δοκιμής πριν από την ολοκλήρωσή της μπορεί να δικαιολογηθεί για λόγους όπως η σημαντική διαφορά στα αποτελέσματα μεταξύ των ομάδων ή η ύπαρξη κινδύνων για τους συμμετέχοντες. Οι ενδιάμεσες αναλύσεις είναι η τεχνική που χρησιμοποιείται για να ληφθούν αυτές οι αποφάσεις. Τέλος, τα αποτελέσματα της μελέτης δημοσιεύονται σε επιστημονικά περιοδικά, λαμβάνοντας υπόψη την ανάγκη για διαφάνεια και την αποφυγή προκατάληψης δημοσίευσης.

ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΒΑΣΙΣΜΕΝΗΣ ΣΕ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΣΤΙΣ ΜΕΘ

Η πρακτική βασισμένη σε ενδείξεις (EBP) αποτελεί θεμέλιο για την παροχή ποιοτικής φροντίδας στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Οι εφαρμογές της EBP στις ΜΕΘ περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα παρεμβάσεων, όπως η πρόληψη ελκών πίεσης, η διαχείριση της σήψης

και του σπτικού σοκ, η πρόληψη λοιμώξεων που σχετίζονται με τον μηχανικό αερισμό, η διαχείριση κρίσιμων καρδιακών καταστάσεων και η στοματική φροντίδα των ασθενών. Αυτές οι παρεμβάσεις στοχεύουν στη βελτίωση των κλινικών αποτελεσμάτων, τη μείωση των επιπλοκών και την ενίσχυση της ποιότητας ζωής των ασθενών, ενώ παράλληλα μειώνουν τη διάρκεια νοσηλείας και τις σχετιζόμενες επιβαρύνσεις (Cooper 2013, Labeau et al 2008, Vincent 2004).

Η πρόληψη των ελκών πίεσης αποτελεί μία από τις βασικότερες προκλήσεις στις ΜΕΘ, λόγω της παρατεταμένης ακινησίας των ασθενών. Η χρήση κλιμάκων αξιολόγησης κινδύνου, όπως οι Braden και Waterlow, σε συνδυασμό με την τακτική αναστροφή των ασθενών και τη χρήση ειδικών στρωμάτων, έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στη μείωση της συχνότητας εμφάνισης ελκών πίεσης (Cooper 2013). Η εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού ενισχύει την εφαρμογή αυτών των πρακτικών. Η μελέτη της Stavropoulou (2019) αναδεικνύει τη σημασία της δια βίου μάθησης και της ανάπτυξης προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για την ενίσχυση των δεξιοτήτων των επαγγελματιών (Stavropoulou 2019). Προγράμματα που ενισχύουν την ευαισθητοποίηση του προσωπικού για την εφαρμογή τεκμηριωμένων πρακτικών έχει αποδειχθεί ότι μειώνουν τη διάρκεια παραμονής στις ΜΕΘ. Η χρήση εκπαιδευτικών εργαλείων, όπως ενημερωτικά φυλλάδια και παρουσιάσεις, σε συνδυασμό με τη διαρκή παρακολούθηση της απόδοσης των πρακτικών, βελτίωσε την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας (Aslakson et al 2014, Ban 2011). Η διαχείριση της σήψης και του σπτικού σοκ με βάση την EBP αποτελεί ακόμη ένα κρίσιμο ζήτημα στις ΜΕΘ. Η εφαρμογή πρωτοκόλλων όπως η θεραπεία πρώιμων στόχων (Early Goal-Directed Therapy) και η χρήση κορτικοστεροειδών έχουν δείξει θετικά αποτελέσματα στη μείωση της θνησιμότητας. Ένας από αυτούς τους στόχους είναι η πρόληψη της πνευμονίας που σχετίζεται με τον μηχανικό αερισμό (Ventilator-Associated Pneumonia, VAP) αποτελώντας βασική προτεραιότητα στις ΜΕΘ. Σύμφωνα με τη μελέτη της Labeau et al. (2008), η εκπαίδευση του προσωπικού σχετικά με τεκμηριωμένες κατευθυντήριες γραμμές, όπως η ανύψωση της κεφαλής του κρεβατιού και η χρήση συστημάτων αποστράγγισης υπογλωτιδικά, μπορεί να μειώσει σημαντικά τα περιστατικά VAP (Ban 2011, Labeau et al 2008). Επιπλέον, προγράμματα εκπαίδευσης όπως αυτά που αναπτύχθηκαν στην Κορέα, έδειξαν αύξηση της ευαισθητοποίησης και της απόδοσης των νοσηλευτών σχετικά με την πρόληψη της VAP (Ban 2011).Η στοματική φροντίδα των ασθενών που υποβάλλονται σε διασωλήνωση είναι επίσης κρίσιμη, καθώς μειώνει τον κίνδυνο λοιμώξεων, όπως η πνευμονία. Παρόλα αυτά, η έλλειψη εναρμονισμένων πρωτοκόλλων παραμένει εμπόδιο για την ευρεία εφαρμογή αυτής της πρακτικής (Ban 2011, Ganz et al 2009, Labeau et al 2008).

Η φροντίδα των ασθενών στο τέλος της ζωής στις ΜΕΘ αποτελεί σημαντικό στοιχείο της EBP. Σύμφωνα με τη Shifrin (2016), εκπαιδευτικά προγράμματα σχετικά με τη διαχείριση του τέλους ζωής, τα οποία περιλαμβάνουν αναγνώριση συμπτωμάτων και μη φαρμακευτικές προσεγγίσεις, βελτίωσαν σημαντικά τη γνώση των νοσηλευτών και ενίσχυσαν τη διαχείριση συμπτωμάτων όπως πόνος και δύσπνοια (Shifrin 2016). Επίσης, οι Aslakson et al. (2014) κατέληξαν ότι οι παρεμβάσεις παρηγορητικής φροντίδας στις ΜΕΘ μπορούν να μειώσουν τη διάρκεια νοσηλείας χωρίς να επηρεάζουν αρνητικά τη θνησιμότητα (Aslakson et al 2014). Τέλος, η χρήση της τηλεϊατρικής για την εφαρμογή της EBP στις ΜΕΘ παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Η μελέτη του Kahn et al. (2014) έδειξε ότι η απομακρυσμένη παρακολούθηση από εξειδικευμένους νοσηλευτές, μέσω ηλεκτρονικών μητρώων, συνέβαλε στη βελτίωση της εφαρμογής τεκμηριωμένων πρακτικών και μείωσε τον χρόνο μηχανικού αερισμού και τη διάρκεια παραμονής στις ΜΕΘ (Kahn et al 2014).

ΕΜΠΟΔΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ

Η εφαρμογή της EBP στη νοσηλευτική συχνά αντιμετωπίζει σημαντικά εμπόδια, τόσο σε προσωπικό όσο και σε οργανωτικό επίπεδο. Παρά τα αναγνωρισμένα οφέλη της EBP, η πλήρης ενσωμάτωσή της στις νοσηλευτικές μονάδες και τις ΜΕΘ παραμένει πρόκληση. Συχνά η έλλειψη χρόνου αναφέρεται ως κύριο εμπόδιο στην εφαρμογή της EBP. Σύμφωνα με τη μελέτη των Scott και McSherry (2009), οι καθημερινές απαιτήσεις των νοσηλευτικών καθηκόντων, όπως ο φόρτος εργασίας και οι αυξημένες ανάγκες των ασθενών, περιορίζουν τον διαθέσιμο χρόνο για την αναζήτηση, αξιολόγηση και εφαρμογή ερευνητικών δεδομένων. Παράλληλα, η υποστήριξη από τους διοικητικούς και κλινικούς ηγέτες είναι συχνά ανεπαρκής, κάτι που αποθαρρύνει την υιοθέτηση της EBP (Stavropoulou 2019, Stone & Rowles 2007). Πέρα από την έλλειψη χρόνου, η έλλειψη γνώσης και δεξιοτήτων είναι επίσης ένα άλλο βασικό εμπόδιο. Σύμφωνα με τους Abuejheisheh et al. (2020), οι νοσηλευτές στις ΜΕΘ συχνά αναφέρουν περιορισμένη γνώση σχετικά με την EBP και δυσκολία στην κατανόηση και αξιολόγηση ερευνητικών άρθρων. Παράλληλα, η στάση απέναντι στην EBP επηρεάζεται από την έλλειψη εμπιστοσύνης στις ικανότητές τους και την απουσία κινήτρων για τη χρήση της(Abuejheisheh et al 2020, Scott & McSherry 2009). Ένα ακόμη σημαντικό εμπόδιο στην αποτελεσματική εφαρμογή της EBP είναι η κουλτούρα του οργανισμού. Οι Stone και Rowles (2007) επισημαίνουν ότι πολλοί οργανισμοί δεν προωθούν την EBP ως μέρος της καθημερινής πρακτικής, με αποτέλεσμα οι νοσηλευτές να αισθάνονται απομονωμένοι στις προσπάθειές τους για τεκμηριωμένη φροντίδα. Επιπλέον, η έλλειψη σαφών πολιτικών και πόρων μαζί με άρνηση σε πιθανή αλλαγή της κλινικής ρουτίνας μπορεί να οδηγήσει σε περιορισμένη υιοθέτηση της EBP (Vincent 2004). Η Σταυροπούλου (2019) τονίζει ότι η ενσωμάτωση της EBP απαιτεί αλλαγή στη νο-

οτροπία και τις συνήθειες του προσωπικού, κάτι που μπορεί να προκαλέσει αρνητικές αντιδράσεις. Οι νοσηλευτές συχνά διστάζουν να υιοθετήσουν νέες πρακτικές, ιδιαίτερα όταν αυτές απαιτούν πρόσθετη προσπάθεια ή όταν η αξία τους δεν έχει αποδειχθεί επαρκώς (Stavropoulou 2019). Ακόμη, οι περιορισμοί στην πρόσβαση σε επιστημονικές βάσεις δεδομένων και η απουσία κατάλληλων εργαλείων για την αξιολόγηση της έρευνας αποτελούν εμπόδια στην εφαρμογή της EBP. Οι Fiset et al (2017) επισημαίνουν ότι η πρόσβαση σε ενημερωμένα ερευνητικά δεδομένα είναι κρίσιμη για την επιτυχία της EBP, κάτι που συχνά λείπει σε πολλές νοσηλευτικές μονάδες (Fiset et al 2017).

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ EBP

Οι τεχνολογικές καινοτομίες και η χρήση ψηφιακών εργαλείων έχουν αρχίσει να διαδραματίζουν καίριο ρόλο στην προώθηση και εφαρμογή της EBP στη νοσηλευτική. Οι πρόσφατες μελέτες που εξετάζουν την εφαρμογή των τεχνολογιών αυτών αναδεικνύουν την επίδρασή τους στη βελτίωση της πρόσβασης σε επιστημονικές πληροφορίες, την εκπαίδευση, την υποστήριξη λήψης αποφάσεων και τη μείωση του φόρτου εργασίας των νοσηλευτών. Τις βασικότερες τεχνολογικές καινοτομίες αποτελούν οι ψηφιακές εκπαιδευτικές πλατφόρμες και τεχνητή νοημοσύνη, η ρομποτική υποστήριξη και τηλεϊατρική καθώς και η παροχή δεδομένων σε πραγματικό χρόνο για την έγκαιρη υποστήριξη στην λήψη των αποφάσεων (Huter et al 2020, Long et al 2016).

Η τηλεϊατρική επιτρέπει τη συνεχή παρακολούθηση των ασθενών μέσω ψηφιακών πλατφορμών και εργαλείων. Σύμφωνα με τον Kahn et al. (2014), η χρήση απομακρυσμένων συστημάτων παρακολούθησης με τη συμμετοχή εκπαιδευμένων νοσηλευτών οδήγησε σε μείωση της διάρκειας νοσηλείας στις ΜΕΘ και του χρόνου χρήσης μηχανικού αερισμού. Παρόμοιες πρακτικές έχουν ενισχύσει την ασφάλεια και την ποιότητα φροντίδας μέσω της παροχής ακριβής δεδομένων σε πραγματικό χρόνο (Huter et al 2020, Raman 2015). Η χρήση ρομποτικών συστημάτων και αισθητήρων έχει δείξει θετικά αποτελέσματα στη φροντίδα ασθενών με ειδικές ανάγκες, όπως ηλικιωμένοι ή άτομα με κινητικές δυσκολίες. Η μελέτη Huter et al. (2020) τονίζει ότι τέτοιες τεχνολογίες μπορούν να μειώσουν το άγχος των υγειονομικών και να βελτιώσουν την αυτονομία των ασθενών, αν και η υιοθέτησή τους παραμένει περιορισμένη λόγω του υψηλού κόστους και της έλλειψης κατάλληλης εκπαίδευσης (Huter et al 2020). Η ενσωμάτωση ψηφιακών εργαλείων στην εκπαίδευση ενισχύει την ικανότητα των νοσηλευτών να εφαρμόζουν την EBP. Οι Long et al. (2016) ανέπτυξαν ένα ψηφιακό εργαλείο που βελτίωσε τις δεξιότητες αναζήτησης και αξιολόγησης επιστημονικής βιβλιογραφίας, ενώ οι Raman (2015) και Doran (2010) ανέδειξαν τη σημασία των κινητών συσκευών και των πλατφορμών e-learning για την υποστήριξη της EBP σε εκπαιδευτικά και κλινικά περιβάλλοντα (Doran et al 2010, Long et al 2016, Raman 2015). Η χρήση τεχνητής νοημοσύνης έχει εισαχθεί για τη βελτίωση της νοσηλευτικής φροντίδας. Σύμφωνα με τη μελέτη von Gerich et al. (2022), η τεχνητή νοημοσύνη χρησιμοποιείται για τη λήψη κλινικών αποφάσεων, τη διαχείριση δεδομένων και την πρόβλεψη κλινικών αποτελεσμάτων. Παρά τα θετικά αποτελέσματα, οι συγγραφείς επισημαίνουν ότι οι τεχνολογίες AI παραμένουν σε πρώιμα στάδια ανάπτυξης, με περιορισμένη συμμετοχή νοσηλευτών στον σχεδιασμό και την εφαρμογή τους (Von Gerich et al 2022).

Επίσης, η ανάπτυξη πληροφοριακών συστημάτων υγείας, όπως τα ηλεκτρονικά αρχεία ασθενών και τα συστήματα υποστήριξης αποφάσεων, βελτιώνει την ικανότητα λήψης τεκμηριωμένων αποφάσεων από τους νοσηλευτές. Σύμφωνα με τη Doran (2010), οι προσωπικοί ψηφιακοί βοηθοί (PDAs) και τα tablet PCs διευκολύνουν την πρόσβαση σε κατευθυντήριες γραμμές και επιστημονικά δεδομένα σε πραγματικό χρόνο, μειώνοντας τα εμπόδια στην εφαρμογή της EBP (Doran et al 2010). Παρά τη συνεχή ανάπτυξη, οι τεχνολογίες αυτές αντιμετωπίζουν προκλήσεις, όπως η ηθική χρήση δεδομένων, η αποδοχή από τους νοσηλευτές και οι ανισότητες πρόσβασης. Η ενσωμάτωση των τεχνολογιών αυτών απαιτεί διαρκή εκπαίδευση και συνεργασία μεταξύ του τεχνολογικού και νοσηλευτικού τομέα στο κλινικό περιβάλλον. Οι von Gerich et al. (2022) προτείνουν την εκπαίδευση νοσηλευτών στην τεχνητή νοημοσύνη ως απαραίτητο βήμα για την ασφαλή και αποτελεσματική χρήση αυτών των τεχνολογιών(Huter et al 2020, Von Gerich et al 2022).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα ανασκόπηση υπογραμμίζει τη σημασία της EBP στη βελτίωση της κλινικής φροντίδας, ιδιαίτερα στις ΜΕΘ. Μέσω της εφαρμογής τεκμηριωμένων παρεμβάσεων, η EBP ενισχύει την ποιότητα της φροντίδας, μειώνει τις επιπλοκές και βελτιώνει την κλινική αποτελεσματικότητα (Vincent 2004). Οι συστηματικές ανασκοπήσεις και οι μετα-αναλύσεις προσφέρουν τη βάση για την εφαρμογή της EBP, καθώς συνδυάζουν δεδομένα υψηλής ποιότητας και μειώνουν την πιθανότητα προκατάληψης, παρέχοντας αξιόπιστες απαντήσεις σε κρίσιμα κλινικά ερωτήματα (Stevens 2001). Η συστηματική αναζήτηση της βιβλιογραφίας, η αυστηρή αξιολόγηση ποιότητας και η σύνθεση δεδομένων με τη χρήση στατιστικών εργαλείων διασφαλίζουν την εγκυρότητα και την εφαρμοσιμότητα των ευρημάτων στη νοσηλευτική και ιατρική πρακτική. Ωστόσο, η ενσωμάτωση της EBP στην καθημερινή κλινική πρακτική αντιμετωπίζει αρκετές προκλήσεις. Παρά τη θετική της επίδραση, εμπόδια όπως η έλλειψη χρόνου, πόρων και κατάλληλης εκπαίδευσης, καθώς και η αντίσταση στις αλλαγές, περιορίζουν τη δυναμική της εφαρμογής της. Η περιορισμένη γνώση των επαγγελματιών υγείας για την αξιολόγηση και την ερμηνεία των ερευνητικών δεδομένων

αναδεικνύεται ως κρίσιμος παράγοντας (Stavropoulou 2019, Stone & Rowles 2007). Ταυτόχρονα, η έλλειψη υποστήριξης από διοικητικούς και πολιτικούς φορείς περιορίζει τη συστηματική χρήση των ευρημάτων της EBP στις ΜΕΘ. Οι τεχνολογικές καινοτομίες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην υποστήριξη της EBP. Η χρήση ψηφιακών εργαλείων, όπως τα ηλεκτρονικά αρχεία ασθενών, η τεχνητή νοημοσύνη και τα πληροφοριακά συστήματα, διευκολύνει την πρόσβαση σε τεκμηριωμένη γνώση και υποστηρίζει τη λήψη αποφάσεων σε πραγματικό χρόνο (Huter et al 2020, Long et al 2016, Raman, 2015). Εντούτοις, η επιτυχής υιοθέτηση αυτών των εργαλείων απαιτεί κατάλληλη εκπαίδευση του προσωπικού και αντιμετώπιση ηθικών και πρακτικών ζητημάτων. Παρά τις προκλήσεις, οι δυνατότητες της EBP είναι τεράστιες και αποτελούν τη βάση για τη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας τόσο στις ΜΕΘ όσο και σε άλλα πεδία. Η ενίσχυση της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, η ανάπτυξη διαλειτουργικών πληροφοριακών συστημάτων και η ενεργή υποστήριξη από φορείς υγείας και διοικητικούς παράγοντες θα είναι καθοριστικής σημασίας για την πλήρη ενσωμάτωση της EBP στη σύγχρονη κλινική πρακτική (Aslakson et al 2014, Ban 2011, Labeau et al 2008).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ

Η συνεχής εξέλιξη της EBP απαιτεί στοχευμένες παρεμβάσεις και στρατηγικές που θα ενισχύσουν την εφαρμογή της, ιδιαίτερα στις ΜΕΘ. Ένα σημαντικό βήμα προς αυτή την κατεύθυνση είναι η ανάπτυξη νέων εργαλείων που θα αξιολογούν την εφαρμογή και την απόδοση της EBP. Τεχνολογίες όπως τα πληροφοριακά συστήματα και η τεχνητή νοημοσύνη (AI) μπορούν να παρέχουν ανατροφοδότηση σχετικά με τις κλινικές παρεμβάσεις, να παρακολουθούν τις εκβάσεις των ασθενών και να αξιολογούν την ποιότητα της φροντίδας σε πραγματικό χρόνο, βελτιώνοντας τη λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων (Doran et al 2010, Von Gerich et al 2022). Η ενίσχυση της συνεργασίας μεταξύ εκπαιδευτικών ιδρυμάτων και νοσοκομείων είναι εξίσου απαραίτητη. Πανεπιστήμια και νοσοκομεία μπορούν να δημιουργήσουν κοινά προγράμματα και ερευνητικά έργα που θα ενισχύσουν την πρακτική εφαρμογή της EBP. Εστιάζοντας στην προσαρμογή κατευθυντήριων οδηγιών στις ανάγκες ασθενών με κρίσιμες καταστάσεις (Ganz et al 2009, Vincent 2004) στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας νέων τεχνολογιών, όπως η τηλεϊατρική και η ρομποτική υποστήριξη(Huter et al 2020, Kahn et al 2014) και στη διερεύνηση προκλήσεων που σχετίζονται με την εφαρμογή της EBP (Abuejheisheh et al 2020, Scott and McSherry 2009) τα ιδρύματα αυτά μπορούν να συμβάλλουν καθοριστικά στην εδραίωση της τεκμηριωμένης πρακτικής (Huter et al 2020, Labeau et al 2008, Stavropoulou 2019).

Η συνεχής εκπαίδευση και κατάρτιση του προσωπικού αποτελεί προτεραιότητα για τη βιώσιμη εφαρμογή της EBP. Εξατομικευμένα εκπαιδευτικά μοντέλα που ενσωματώνουν τη χρήση ψηφιακών εργαλείων, όπως προγράμματα e-learning, μπορούν να ενισχύσουν τη συμμετοχή και την αποτελεσματικότητα της εκπαίδευσης. Η χρήση τέτοιων εργαλείων έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στη βελτίωση των δεξιοτήτων αναζήτησης και αξιολόγησης επιστημονικών δεδομένων (Long et al 2016, Raman 2015). Η υποστήριξη από οργανισμούς υγείας και κυβερνητικούς φορείς είναι καθοριστικής σημασίας για την προώθηση της EBP. Πολιτικές που διευκολύνουν την πρόσβαση σε επιστημονική βιβλιογραφία και χρηματοδοτούν ερευνητικά έργα μπορούν να μειώσουν τα εμπόδια στην εφαρμογή της πρακτικής (Stavropoulou 2019). Σύμφωνα με τη Fiset et al (2017), τέτοιες πρωτοβουλίες μπορούν να ενισχύσουν τη βιωσιμότητα της EBP και να δημιουργήσουν ένα περιβάλλον που προάγει τη λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων. Η χρήση τεχνολογιών τεχνητής νοημοσύνης και μεγάλων δεδομένων (big data) προσφέρει νέες δυνατότητες για την ανάλυση δεδομένων και την πρόβλεψη κλινικών αποτελεσμάτων. Ωστόσο, η εκπαίδευση των νοσηλευτών στη χρήση αυτών των τεχνολογιών είναι απαραίτητη για την ασφαλή και αποδοτική ενσωμάτωσή τους στην κλινική πρακτική (Von Gerich et al 2022).

ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

Η δημιουργία αυτής της ανασκόπησης αποτέλεσε αποτέλεσμα συνεργασίας όλων των συγγραφέων, οι οποίοι συνεισέφεραν την εξειδίκευσή τους για την ολοκλήρωση μιας υψηλής ποιότητας μελέτης.

Ο κ.Παναγιώτης Μπαρούτας συντόνισε την ομάδα, δόμησε την ανασκόπηση, πραγματοποίησε την ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων και συνέθεσε τα ευρήματα. Επιπλέον, ανέλαβε τη συγγραφή βασικών ενοτήτων, όπως η μεθοδολογία και τα συμπεράσματα.

Η Δρ. Παρθενόπη Παντελίδου προσέφερε επιστημονική καθοδήγηση και επίβλεψη καθ' όλη τη διάρκεια της διαδικασίας, διασφάλισε την ποιότητα της βιβλιογραφίας που ανασκοπήθηκε και συνέβαλε στη διαμόρφωση της συζήτησης και των συμπερασμάτων.

Η κ. Κωνσταντία Κοτσάνη υποστήριξε τη διαδικασία στοχευμένων βιβλιογραφικών αναζητήσεων, προετοίμασε και μορφοποίησε το τελικό κείμενο σύμφωνα με τα πρότυπα δημοσίευσης και συνέβαλε στη διαδικασία αναθεώρησης, εντοπίζοντας και διορθώνοντας ασάφειες.

Η Δρ. Ιωάννα Β. Παπαθανασίου διαδραμάτισε καθοριστικό ρόλο στη συγγραφή της εισαγωγής και στον καθορισμό των στόχων της μελέτης, επιμελήθηκε γλωσσικά το κείμενο, διασφαλίζοντας τη σαφήνεια και συνοχή, και πρότεινε κατευθύνσεις για μελλοντική έρευνα, συνδέοντας τα ευρήματα με τις ανάγκες της κλινικής πρακτικής. Η συνεργασία της ομάδας εξασφάλισε μια ολοκληρωμένη και βασισμένη σε ενδείξεις προσέγγιση για τη μελέτη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abuejheisheh, A., Tarawneh, O., Qaddumi, J.A.S., Almahmoud, O., Darawad, M.W., 2020. Predictors of Intensive Care Unit Nurses' Practice of Evidence-Based Practice Guidelines. Inq. J. Health Care Organ. Provis. Financ. 57, 0046958020902323. https://doi.org/10.1177/0046958020902323

Aslakson, R., Cheng, J., Vollenweider, D., Galusca, D., Smith, T.J., Pronovost, P.J., 2014. Evidence-Based Palliative Care in the Intensive Care Unit: A Systematic Review of Interventions. J. Palliat. Med. 17, 219–235. https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0409

Ban, K.O., 2011. The effectiveness of an evidence-based nursing care program to reduce ventilator-associated pneumonia in a Korean ICU. Intensive Crit. Care Nurs. 27, 226–232. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2011.04.001

Brown Epstein, H.-A., 2012. Let's Climb an Evidence Pyramid. J. Hosp. Librariansh. 12, 218–228. https://doi.org/10.1080/15323269.2012.692234

Cooper, K.L., 2013. Evidence-Based Prevention of Pressure Ulcers in the Intensive Care Unit. Crit. Care Nurse 33, 57–66. https://doi.org/10.4037/ccn2013985

Doran, D.M., Haynes, R.B., Kushniruk, A., Straus, S., Grimshaw, J., Hall, L.M., Dubrowski, A., Di Pietro, T., Newman, K., Almost, J., Nguyen, H., Carryer, J., Jedras, D., 2010. Supporting Evidence-Based Practice for Nurses through Information Technologies. Worldviews Evid. Based Nurs. 7, 4–15. https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2009.00179.x

Evans, D., Pearson, A., 2001. Systematic reviews: gatekeepers of nursing knowledge. J. Clin. Nurs. 10, 593–599. https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2001.00517.x

Fiset, V.J., Graham, I.D., Davies, B.L., 2017. Evidence-Based Practice in Clinical Nursing Education: A Scoping Review. J. Nurs. Educ. 56, 534–541. https://doi.org/10.3928/01484834-20170817-04

Ganz, F.D., Fink, N.F., Raanan, O., Asher, M., Bruttin, M., Nun, M.B., Benbinishty, J., 2009. ICU Nurses' Oral Care Practices and the Current Best Evidence. J. Nurs. Scholarsh. 41, 132–138. https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01264.x

Huter, K., Krick, T., Domhoff, D., Seibert, K., Wolf-Ostermann, K., Rothgang, H., 2020. Effectiveness of Digital Technologies to Support Nursing Care: Results of a Scoping Review. J. Multidiscip. Healthc. Volume 13, 1905–1926. https://doi.org/10.2147/JMDH.S286193

Kahn, J.M., Gunn, S.R., Lorenz, H.L., Alvarez, J., Angus, D.C., 2014. Impact of Nurse-Led Remote Screening and Prompting for Evidence-Based Practices in the ICU*: Crit. Care Med. 42, 896–904. https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000052

Labeau, S., Vandijck, D., Rello, J., Adam, S., Rosa, A., Wenisch, C., Bäckman, C., Agbaht, K., Csomos, A., Seha, M., Dimopoulos, G., Vandewoude, K.H., Blot, S., 2008. Evidence-based guidelines for the prevention of ventilator-associated pneumonia: results of a knowledge test among European intensive care nurses. J. Hosp. Infect. 70, 180–185. https://doi.org/10.1016/j.jhin.2008.06.027

Long, J.D., Gannaway, P., Ford, C., Doumit, R., Zeeni, N., Sukkarieh-Haraty, O., Milane, A., Byers, B., Harrison, L., Hatch, D., Brown, J., Proper, S., White, P., Song, H., 2016. Effectiveness of a Technology-Based Intervention to Teach Evidence-Based Practice: The EBR Tool: Evidence-Based Research Tool. Worldviews Evid. Based Nurs. 13, 59–65. https://doi.org/10.1111/wvn.12132

Lu, Y., Yao, Q., Gu, J., Shen, C., 2013. Methodological Reporting of Randomized Clinical Trials in Respiratory Research in 2010. Respir. Care 58, 1546–1551. https://doi.org/10.4187/respcare.01877

Raman, J., 2015. Mobile technology in nursing education: where do we go from here? A review of the literature. Nurse Educ. Today 35, 663–672. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.01.018

Rosner, A.L., 2012. Evidence-based medicine: Revisiting the pyramid of priorities. J. Bodyw. Mov. Ther. 16, 42–49. https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2011.05.003

Ryan, E.J., 2016. Undergraduate nursing students' attitudes and use of research and evidence□based practice – an integrative literature review. J. Clin. Nurs. 25, 1548–1556. https://doi.org/10.1111/jocn.13229

Sauerland, S., Seiler, C.M., 2005. Role of Systematic Reviews and Meta□analysis in Evidence□based Medicine. World J. Surg. 29, 582–587. https://doi.org/10.1007/s00268-005-7917-7

Scott, K., McSherry, R., 2009. Evidence□based nursing: clarifying the concepts for nurses in practice. J. Clin. Nurs. 18, 1085–1095. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02588.x

Shifrin, M.M., 2016. An Evidence-Based Practice Approach to End-of-Life Nursing Education in Intensive Care Units: J. Hosp. Palliat. Nurs. 18, 342–348. https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000254

Sin, M.-K., Bliquez, R., 2017. Teaching evidence based practice to undergraduate nursing students. J. Prof. Nurs. 33, 447–451. https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2017.06.003

Stavropoulou, A., 2019. Updating nurse graduate knowledge – the development of the "evidence based practice in nursing" continuing educational programme. Health Res. J. 2, 23. https://doi.org/10.12681/healthresj.19639

Stevens, K.R., 2001. Systematic Reviews: The Heart of Evidence-based Practice: AACN Clin. Issues Adv. Pract. Acute Crit. Care 12, 529–538. https://doi.org/10.1097/00044067-200111000-00009

Stone, C., Rowles, C.J., 2007. Nursing students can help support evidence-based practice on clinical nursing units. J. Nurs. Manag. 15, 367–370. https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2007.00713.x

Vincent, J.-L., 2004. Evidence-Based Medicine in the ICU. Chest 126, 592–600. https://doi.org/10.1378/chest.126.2.592

Von Gerich, H., Moen, H., Block, L.J., Chu, C.H., DeForest, H., Hobensack, M., Michalowski, M., Mitchell, J., Nibber, R., Olalia, M.A., Pruinelli, L., Ronquillo, C.E., Topaz, M., Peltonen, L.-M., 2022. Artificial Intelligence -based technologies in nursing: A scoping literature review of the evidence. Int. J. Nurs. Stud. 127, 104153. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104153

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Evidence based practice in Intensive Care Units; A Nursing Approach

Panagiotis Baroutas[1], Parthenopi Pantelidou[2], Konstantia Kotsani[2], Ioanna V. Papathanasiou[3]
1.Msc
2.P.G.N.T. A.H.E.P.A
3.Academic Fellow University of Thessaly

ABSTRACT

This literature review examines the importance of Evidence-Based Practice (EBP) in nursing, with a focus on its application in Intensive Care Units (ICUs). EBP, through the synthesis of qualitative and quantitative data, promotes evidence-based decision-making, improving care quality, reducing mortality, and limiting complications. The methodology involved a search of the MEDLINE, ELSEVIER, and SCOPUS databases for studies published from 2000 onwards. The findings highlighted key interventions, such as infection prevention, septic shock management, pressure ulcer prevention, and end-of-life care. Additionally, the use of telemedicine and artificial intelligence fosters the integration of EBP into nursing practice. Despite advancements, the review highlights challenges such as lack of time, insufficient training, and limited administrative support. Strategies are proposed, including continuous education, technological support, and strengthening clinical practice through information systems.

The findings indicate that the full integration of EBP can lead to significant improvements in care quality and clinical outcomes in ICUs, establishing it as a vital tool for delivering high-level nursing care.

Keywords: Evidence-Based Practice, Intensive Care Units, Nursing Interventions, Clinical Outcomes

Corresponding author:
Panagiotis Baroutas
email: panosmpar18@gmail.com

Citation: Baroutas P., Pantelidou P., Kotsani K., Papathanasiou I.V. (2025). Evidence based practice in Intensive Care Units; A Nursing Approach. Hellenic Journal of Nursing Science 18(3): 33-42, https://doi.org./10.24283/hjns.202535

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Υπηρεσίες Μακροχρόνιας Φροντίδας και ο Ρόλος της Άτυπης Φροντίδας

Ιλιάδα Κορακίδη[1], Ιωάννης Αποστολάκης[2], Παύλος Σαράφης[3]
1. Ελληνικό Ανοιχτό Πανεπιστήμιο, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών
2. Ελληνικό Ανοιχτό Πανεπιστήμιο, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών / Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Ιατρική Σχολή
3. Ελληνικό Ανοιχτό Πανεπιστήμιο, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών / Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Τμήμα Νοσηλευτικής

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η μακροχρόνια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα, η οποία καλύπτεται από ποικιλία δομών υγείας, σε αντίθεση με άλλες βορειοευρωπαϊκές χώρες παρουσιάζεται ελλιπής και κατακερματισμένη έως απούσα. Η αναγκαιότητα για μακροχρόνια φροντίδα βρήκε διέξοδο στην παροχή άτυπης φροντίδας είτε από μέλη της οικογένειας είτε από άτυπους και άτυπα αμειβόμενους φροντιστές.

Τα τελευταία χρόνια γίνεται προσπάθεια αναδιάρθρωσης της μακροχρόνιας φροντίδας υγείας και εισάγονται υπηρεσίες και δομές που ευνοούν αυτό το σκοπό. Βέβαια στη χώρα μας δεν υπάρχει αντίστοιχος σχεδιασμός για την άτυπη φροντίδα και για την ανάγκη υποστήριξής της.

Η παροχή άτυπης φροντίδας έχει πολλαπλά οφέλη κυρίως οικονομικά και οργανωτικά για τους ασθενείς, τα συστήματα υγείας και το κράτος. Συγκριτικά με την Ελλάδα, η άτυπη φροντίδα που παρέχεται από άλλες ευρωπαϊκές χώρες είναι αναγνωρισμένη και χαίρει διαφόρων οικονομικών, ασφαλιστικών και κοινωνικών παροχών προς τους παρόχους της, ευνοώντας και διευκολύνοντας έτσι το έργο τους. Δεδομένου ότι με την πάροδο του χρόνου θα αυξάνεται συνεχώς και εκθετικά η ανάγκη για παροχή μακροχρόνιας φροντίδας υγείας και κατ' επέκταση άτυπης φροντίδας, σημαντική κρίνεται η αναγνώριση των αναγκών των άτυπων φροντιστών, η ικανοποίηση αυτών και η επισημοποίηση αυτής της μορφής παροχής φροντίδας. Η ανάπτυξη μίας τέτοιας πολιτικής επίσημης αναγνώρισης της άτυπης φροντίδας και θεσμοθέτησης μέτρων υποστήριξής της, όπως οικονομική ενίσχυση, ασφάλιση και εκπαίδευση, θα εξασφαλίσει τη βιωσιμότητα της μακροχρόνιας φροντίδας υγείας και του συστήματος υγείας γενικότερα.

Λέξεις Κλειδιά: υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας, σύγκριση δεικτών και στοιχείων, άτυποι φροντιστές, άτυπη φροντίδα, ανάγκες άτυπων παρόχων φροντίδας

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

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας:
Ιλιάδα Κορακίδη
e-mail: ikorakidi@gmail.com

Αναφορά του άρθρου ως: Κορακίδη Ι., Αποστολάκης Ι., Σαράφης Π. (2025). Υπηρεσίες Μακροχρόνιας Φροντίδας και ο Ρόλος της Άτυπης Φροντίδας. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης 18(3): 43-50, https://doi.org./10.24283/hjns.202536

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η μετανοσοκομειακή φροντίδα αποτελεί τη φροντίδα που παρέχεται μετά την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο και στοχεύει στην επαναφορά κάθε ασθενούς στη βέλτιστη λειτουργική και σωματική κατάσταση, χρησιμοποιώντας διατιθέμενες υπηρεσίες και δομές υγείας. Διαχωρίζεται στην άμεση μετανοσοκομειακή φροντίδα, που αφορά κυρίως ασθενείς με ορθοπεδικά προβλήματα, και τη Μακροχρόνια Φροντίδα Υγείας (ΜΦΥ), που απευθύνεται σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα ή γήρας. Διαχωρίζεται σε τυπική, παρεχόμενη από υπεύθυνους, εκπαιδευμένους, μισθωτούς παρόχους, και σε άτυπη, όπου οι πάροχοι φροντίδας στερούνται επίσημης αμοιβής και εκπαίδευσης. Οι μεταβολές στους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας, η δημογραφική γήρανση και η συννοσηρότητα που επιφέρει, η πρόοδος στη βιοϊατρική τεχνολογία και φαρμακολογία και η ευκολία που παρέχει και τέλος η ενσωμάτωση των δεικτών αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε συνδυασμό με μία προσπάθεια μείωσης των δαπανών και ελέγχου του κόστους της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, αποτελούν τις σημαντικότερες αιτίες που οδήγησαν στην ανάπτυξη της ΜΦΥ (Κωνσταντινίδης 2020).

Η κατ' οίκον φροντίδα κατέχει σημαντική θέση στις ευρωπαϊκές χώρες, παρέχεται ως τυπική ή άτυπη και χρειάζεται να ενισχυθεί μελλοντικά στο πλαίσιο των δημογραφικών αλλαγών και της αναμενόμενης αυξημένης γήρανσης του πληθυσμού (WHO 2021). Με βάση τους Arsenault-Lapierre et al. (2021), οφέλη προκύπτουν από την παροχή μακροχρόνιας φροντίδας υγείας στην οικία. Επιγραμματικά οι ασθενείς που νοσηλεύθηκαν στο σπίτι παρουσίασαν μικρότερο κίνδυνο για εισαγωγή σε μονάδα μακροχρόνιας φροντίδας, χαμηλότερο κίνδυνο (26%) επανεισαγωγής στο νοσοκομείο, καλύτερη ψυχική υγεία με λιγότερο άγχος και κατάθλιψη και τέλος παρόμοιο δείκτη θνησιμότητας.

Η Άτυπη Φροντίδα (ΑΦ) αναφέρεται στη φροντίδα που παρέχεται από μη επαγγελματίες φροντιστές, όπως οικογένεια, φίλοι ή άτομα του κοινωνικού περίγυρου, σε άτομα που χρειάζονται βοήθεια λόγω ηλικίας, ασθενείας ή αναπηρίας. Αποτελεί αναπόσπαστο μέρος των συστημάτων υγείας και κοινωνικής πρόνοιας, συμπληρώνοντας τις υπηρεσίες που παρέχονται από επαγγελματίες υγείας. Πολλαπλά οικονομικά οφέλη προκύπτουν από την παροχή ΑΦ, καθώς μειώνει τις ημέρες νοσηλείας και τις επαναλαμβανόμενες νοσηλείες ασθενών με χρόνιες παθήσεις και περιορίζει τις δαπάνες των συστημάτων ΜΦΥ. Στην Ελλάδα και σε άλλες χώρες της Ευρώπης, όπου η μετανοσοκομειακή και μακροχρόνια φροντίδα είναι κατακερματισμένη και ελλιπής, η ΑΦ κατέχει εξέχοντα ρόλο στα εκάστοτε υγειονομικά συστήματα απευθυνόμενη κυρίως σε ηλικιωμένους και χρόνιους πάσχοντες. Η ΑΦ μπορεί να περιλαμβάνει βοήθεια στις καθημερινές δραστηριότητες, νοσηλευτική βοήθεια, κοινωνική υποστήριξη καθώς και συναισθηματική υποστήριξη και επίβλεψη (OECD 2023, Κωνσταντινίδης 2020).

Ως άτυπος φροντιστής (ΑΦς) ορίζεται ο πάροχος φροντίδας που δεν λαμβάνει αμοιβή για τις παροχές του σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), ο μη επαγγελματίας πάροχος φροντίδας, μέλος οικογένειας, φίλος, γείτονας ή άλλο άτομο που φροντίζει χρήστη/ες ΜΦΥ συνήθως στην οικία του σύμφωνα με τα Ηνωμένα Έθνη ή ο πάροχος φροντίδας που είναι φίλος, συγγενής, εθελοντής ή πρόσωπο που δεν δεσμεύεται από κάποιο συμβόλαιο σύμφωνα με τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) (Aviad Tur-Sinai et al. 2020).

Η οδηγία της Ευρωπαϊκής Ένωσης 2019/1158 εισάγει αρκετές νέες διατάξεις που επηρεάζουν τους ΑΦς και στοχεύουν στη βελτίωση της ισορροπίας μεταξύ της επαγγελματικής και προσωπικής τους ζωής και στην παροχή υποστήριξης. Στην ανωτέρω οδηγία εμπεριέχεται το δικαίωμα των ΑΦς σε πενθήμερη άδεια φροντίδας ανά έτος, το δικαίωμα για ευέλικτες ρυθμίσεις στον τρόπο ή χρόνο εργασίας και τέλος η εξασφάλιση προστασίας από διακρίσεις και απόλυση στον εργασιακό χώρο.

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΤΗΣ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΑΞΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ

Η ΑΦ παρέχεται από μη επαγγελματίες φροντιστές συνήθως στην οικία. Αντίθετα, η τυπική φροντίδα παρέχεται από ειδικευμένο προσωπικό που απασχολείται σε έναν δημόσιο ή ιδιωτικό οργανισμό/υπηρεσία ή από ειδικευμένους φροντιστές που προσλαμβάνει ο ωφελούμενος. Η τυπική φροντίδα μπορεί να παρέχεται εντός ιδρυματικού φορέα π.χ. οίκους ευγηρίας, κέντρα αποκατάστασης, κλινικές ή κατ'οίκον (Πετμετζίδου και συν. 2015).

Οι υπηρεσίες που παρέχουν ΜΦΥ στην Ελλάδα συνοψίζονται στον Πίνακα 1 (Κωνσταντινίδης 2020, Ιωάννου και συν. 2020). Η μακροχρόνια φροντίδα για τα άτομα προχωρημένης ηλικίας συνίσταται σε υπηρεσίες που παρέχονται:

(α) από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης (κυρίως νοσηλευτική φροντίδα), (β) από τα «νέα προγράμματα» φροντίδας των ηλικιωμένων, όπως η «Βοήθεια στο Σπίτι» και τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων, (γ) από την οικογένεια (αμειβόμενη ή μη αμειβόμενη άτυπη φροντίδα) και (δ) από Μη Κυβερνητικούς Οργανισμούς (ΜΚΟ) (κυρίως εκκλησιαστικά γηροκομεία) (Πίνακας 1).

Οι περισσότερες από τις ανωτέρω υπηρεσίες ξεκίνησαν τη λειτουργία τους τη δεκαετία του 1990 ως χρηματοδοτούμενα προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ). ΑΦ σε άτομα προχωρημένης ηλικίας παρέχεται από τα 68 Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ), τα οποία αναλαμβάνουν τη φροντίδα ευπαθών ατόμων προχωρημένης ηλικίας με σοβαρά οικονομικά προβλήματα τους οποίους δεν μπορούν να φροντίσουν πλήρως τα μέλη των οικογενειών τους.

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», λειτουργεί από το

1998 στο πλαίσιο δημοτικών επιχειρήσεων και χρηματοδοτείται εν μέρει από κονδύλια της ΕΕ. Το 2014 καταγράφηκαν περίπου 879 προγράμματα «Βοήθειας στο Σπίτι» στη χώρα μας που παρέχουν υπηρεσίες σε περίπου 76.000 δικαιούχους. Το απασχολούμενο προσωπικό αποτελούνταν από περίπου 3.680 άτομα (κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές και οικιακούς βοηθούς), η πλειοψηφία των οποίων απασχολούνταν σε προσωρινή βάση (με συμβάσεις ορισμένου χρόνου) (Πετμετζίδου και συν. 2015).

Πίνακας 1.
Υπηρεσίες Παροχής ΜΦΥ

ΤΥΠΟΣ ΔΟΜΗΣ	ΔΟΜΕΣ ΜΦΥ	ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ	ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ	ΠΑΡΟΧΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΠΟΙΗΣΗ
Ανοιχτές Δομές	Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ)	Κοινωφελείς επιχειρήσεις δήμων	Ημερήσια	Φιλοξενία ηλικιωμένων με περιορισμούς αυτοεξυπηρέτησης, δημιουργική απασχόληση και κοινωνικοποίηση.	Ξεκούραση άτυπων φροντιστών, ενίσχυση κοινωνικής ένταξης ηλικιωμένων.
	Κέντρα Δημιουργικής Απασχόλησης ΑμεΑ (ΚΔΑΠΜΕΑ)	Δήμοι	Ημερήσια	Δημιουργική απασχόληση παιδιών με κινητικές ή νοητικές αναπηρίες.	Ενίσχυση δεξιοτήτων και κοινωνικοποίησης παιδιών με αναπηρία.
	Κέντρα Διημέρευσης Ημερήσιας Φροντίδας ΑμεΑ (ΚΔΗΦ)	Δήμοι	Πρωινά/Απογευματινά	Δημιουργική απασχόληση και φροντίδα αυτοεξυπηρετούμενων ατόμων με αναπηρίες.	Μείωση του κοινωνικού αποκλεισμού, υποστήριξη της ανεξάρτητης διαβίωσης.
	Στέγες Υποστηριζόμενης Διαβίωσης (ΣΥΔ)	Μη κερδοσκοπικές οργανώσεις	Μακροχρόνια	Υποστήριξη ατόμων με νοητική υστέρηση άνω των 17 ετών για ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.	Υποστήριξη ανεξάρτητης διαβίωσης και μείωση της ιδρυματοποίησης.
	Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ)	Δήμοι	Ημερήσια	Υποστήριξη ηλικιωμένων για παραμονή στο οικογενειακό περιβάλλον και αποφυγή της ασυλοποίησης.	Βελτίωση ποιότητας ζωής ηλικιωμένων, διατήρηση κοινωνικών δεσμών.
Κλειστές Δομές	Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΜΦΗ)	Ιδιωτικοί και μη κερδοσκοπικοί φορείς	Μακροχρόνια και συνεχής	Φροντίδα ηλικιωμένων με διαμονή, διατροφή, ιατρική παρακολούθηση και προσωπική υγιεινή.	Παροχή ασφαλούς και οργανωμένης φροντίδας σε ηλικιωμένους που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν.
	Κέντρα Κοινωνικής Πρόνοιας (ΚΚΠ)	Δημόσιοι και μη κερδοσκοπικοί φορείς	Μακροχρόνια και συνεχής	Ιδρυματική φροντίδα ηλικιωμένων και ΑμεΑ.	Εξασφάλιση προστασίας και συνεχούς φροντίδας για ευάλωτες ομάδες.
	Ξενώνες Φροντίδας Τελικού Σταδίου Π.χ. «Γαλιλαίος»	Μη κερδοσκοπικές οργανώσεις	Μακροχρόνια	Φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου με ολιστική θεραπεία και ανακούφιση.	Υποστήριξη ασθενών και οικογενειών, βελτίωση ποιότητας ζωής στο τέλος της ζωής.
	Μονάδες Ανακουφιστικής Φροντίδας Π.χ. «Τζένη Καρέζη»	Δημόσιοι και ιδιωτικοί φορείς	Μακροχρόνια	Ανακουφιστική θεραπεία, υποστήριξη οικογένειας και βελτίωση ποιότητας ζωής ασθενών τελικού σταδίου.	Εξασφάλιση ποιοτικής φροντίδας σε ασθενείς τελικού σταδίου και ανακούφιση οικογενειών.
	Κλινικές Χρόνιων Πασχόντων	Δημόσιοι και ιδιωτικοί φορείς	Μακροχρόνια	Φροντίδα ασθενών με χρόνια νοσήματα που παρουσιάζουν υφέσεις και εξάρσεις.	Υποστήριξη ασθενών με χρόνια νοσήματα που δεν απαιτούν άμεση νοσοκομειακή περίθαλψη.
	Μονάδες Αποκατάστασης και Αποθεραπείας Π.χ. Ελληνική Εταιρία Προστασίας και Αποκατάστασης Αναπήρων Προσώπων (ΕΛΕΠΑΠ)	Δημόσιοι, ιδιωτικοί και μη κερδοσκοπικοί φορείς	Μεταβλητή	Αποκατάσταση κινητικών ή λειτουργικών ικανοτήτων μετά από τραυματισμό ή ασθένεια.	Επανένταξη ασθενών στην κοινωνία και μείωση του χρόνου παραμονής σε νοσοκομείο.
Κατ' Οίκον Φροντίδα	Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι	Ευρωπαϊκοί, εθνικοί, ή ιδιωτικοί πόροι	Ημερήσια	Κατ' οίκον φροντίδα ηλικιωμένων ή ΑμεΑ, βελτίωση ποιότητας ζωής, νοσηλευτική και κοινωνική υποστήριξη.	Μείωση νοσοκομειακών επανεισαγωγών, ενίσχυση ανεξαρτησίας ηλικιωμένων, υποστήριξη άτυπων φροντιστών.
	Νοσηλεία στο Σπίτι	Δημόσιοι και ιδιωτικοί φορείς	Μακροχρόνια	Νοσηλευτική υποστήριξη στο σπίτι, συμπεριλαμβανομένης ψυχολογικής και κοινωνικής υποστήριξης.	Μείωση κόστους νοσοκομειακής περίθαλψης, ενίσχυση ανεξάρτητης διαβίωσης ασθενών.

Οι επαγγελματίες φροντιστές και οι δομές παροχής ΜΦΥ μπορούν να μειώσουν το βάρος των ΑΦς, αναλαμβάνοντας εξειδικευμένες υπηρεσίες φροντίδας και βελτιώνοντας την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και την ποιότητα ζωής των φροντιστών. Υπηρεσίες, όπως η «Ανακουφιστική Φροντίδα», παρέχουν στους ΑΦς τακτικά διαλείμματα και υποστηρίζουν τη μακροπρόθεσμη ικανότητά τους να φροντίζουν (Barreira et al. 2023).

Με κριτήριο τον επιμερισμό της ευθύνης στην παροχή φροντίδας μεταξύ κράτους, πυρηνικής και διευρυμένης οικογένειας, διακρίνονται σε τρία (3) διαφορετικά συστήματα ΜΦΥ: το σκανδιναβικό, το ηπειρωτικό και το μεσογειακό. Στο τελευταίο μοντέλο, όπου ανήκει και η Ελλάδα, παρέχεται το μεγαλύτερο ποσοστό της φροντίδας ανεπίσημα και ένα μικρότερο ποσοστό αναλαμβάνει το κοινωνικό κράτος, ενώ μέρος του πληθυσμού παραμένει με ανάγκες ανικανοποίητες (Πετμετζίδου και συν. 2015).

Η ΜΦΥ στην Ελλάδα έχει αναπτυχθεί αποσπασματικά, χωρίς οργανωμένο σχεδιασμό, θεσμοθέτηση και συστηματική καταγραφή των δικαιούχων, αλλά και του τρόπου λειτουργίας ή της αποδοτικότητας των διαφόρων προγραμμάτων. Ως εκ τούτου, τα εκάστοτε προγράμματα και δομές παρουσιάζονται ελλιπή, κατακερματισμένα, με καθυστερήσεις ή ελλείψεις στον τρόπο λειτουργίας και αδύναμα να διεκπεραιώσουν το στόχο της παροχής ΜΦΥ στα άτομα που έχουν αυτή την ανάγκη. Ως αποτέλεσμα, η ΑΦ στην Ελλάδα παρέχεται κυρίως από συγγενικά μη αμειβόμενα πρόσωπα, από αμειβόμενους από το ίδιο το άτομο ή συγγενείς του φροντιστές (Πετμετζίδου και συν. 2015).

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΔΕΙΚΤΩΝ ΚΑΙ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΗΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗ ΑΤΥΠΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΑΙΚΕΣ ΧΩΡΕΣ

Στην Ευρώπη διακρίνεται μία ποικιλομορφία της παρεχόμενης ΜΦΥ, που οφείλεται αφενός στο οργανωτικό επίπεδο της παρεχόμενης ΜΦΥ και αφετέρου στο επίπεδο της οικονομικής κρατικής χρηματοδότησης της παρεχόμενης ΜΦΥ. Η Δανία κατέχει την πρώτη θέση όσον αφορά τη δημόσια δαπάνη, ενώ το Βέλγιο κατέχει την πρώτη θέση ως προς το οργανωτικό επίπεδο της παρεχόμενης ΜΦΥ (δηλαδή πόσο οργανωμένα παρέχεται τυπικά και άτυπα η ΜΦΥ). Η μακροχρόνια φροντίδα από ΑΦς στην Ευρώπη, συνήθως συνοδεύεται από οικονομική ενίσχυση, νοσηλευτική ή ιατρική φροντίδα από τυπικούς φροντιστές και οικιακή βοήθεια ή παροχές μετακίνησης. Παρέχονται επίσης εκπαίδευση και καθοδήγηση των ΑΦς, ώστε να ανταπεξέρχονται στο ρόλο τους καθώς και ευελιξία στον τρόπο εργασίας τους (Πετμετζίδου και συν. 2015).

Γενικότερα διακρίνονται τέσσερεις (4) ομάδες χωρών ως προς τη ΜΦΥ και την υποστήριξη των ΑΦς:

1. Σκανδιναβικές χώρες και Ολλανδία, παρέχουν οργανωμένο και γενναιόδωρο σύστημα ΜΦΥ, στο οποίο κυριαρχεί η τυπική φροντίδα.
2. Χώρες κεντρικής Ευρώπης, Γερμανία, Βέλγιο, Τσεχία, Σλοβακία, όπου παρέχεται μέτριο επίπεδο τυπικής φροντίδας και υψηλό επίπεδο άτυπης φροντίδας με ταυτόχρονη υποστήριξη των ΑΦς.
3. Αυστρία, Γαλλία, Ισπανία, Ην. Βασίλειο, Φιλανδία, παρουσιάζουν μέσο επίπεδο κρατικής χρηματοδότησης και υψηλό επίπεδο άτυπης φροντίδας, η οποία υποστηρίζεται με παροχές.
4. Ιταλία και Ουγγαρία, παρουσιάζουν χαμηλή δημόσια δαπάνη για τη ΜΦΥ, στηρίζονται στην παροχή άτυπης φροντίδας, η οποία δεν συνεισφέρει ουσιαστικά στους άτυπους φροντιστές (Πετμετζίδου και συν. 2015).

Στο άρθρο του Aviad Tur-Sinai et al. (2020), χρησιμοποιήθηκαν τρεις (3) ευρωπαϊκές έρευνες (EHIS = European Health Interview Survey, EQLS = European Quality of Life Survey και SHARE = Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) για τη μέτρηση της προέλευσης των ΑΦς. Τα αποτελέσματα δείχνουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ερευνών, ιδιαίτερα σε χώρες όπως Βέλγιο, Δανία, Ελλάδα, Λουξεμβούργο και Σουηδία. Η προέλευση των ΑΦς ποικίλλει ανάλογα με το φύλο, την ηλικία και το επίπεδο εκπαίδευσης. Οι γυναίκες είναι πιο συχνά ΑΦς από τους άνδρες και το ποσοστό μειώνεται με την αύξηση της ηλικίας. Άτομα με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης είναι πιο συχνά ΑΦς από εκείνα με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης. Το ποσοστό των ΑΦς στην Ευρώπη κυμαίνεται μεταξύ ~13% στην Πορτογαλία και την Ισπανία και >22% στο Λουξεμβούργο, το Βέλγιο και τη Δανία. Βέβαια χρειάζεται να δούμε αυτά τα αποτελέσματα με κριτική μάτια, καθώς η Ελλάδα παρουσιάζεται με μεγάλες διαφορές στις τρεις έρευνες και καθώς το ποσοστό αυτό παρουσιάζεται δυσανάλογα μικρό σε σχέση με άλλα στοιχεία από άλλες πηγές όπως στο Home Care Across Europe (WHO 2021).

Στην Ελλάδα παρέχεται δυσανάλογα μεγάλο μέρος της ΜΦΥ από τους ΑΦς, όπως άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος, λοιποί συγγενείς και φίλοι. Ο αριθμός των γυναικών ΑΦς σε σχέση με αυτό των ανδρών ανέρχεται σε ποσοστό 70% έναντι του 30% των γυναικών (Καλανδάρη και συν. 2023).

Όπως αναφέρεται στο Home Care Across Europe (Genet et al. 2012) στην πλειονότητα των Ευρωπαϊκών χωρών οι ΑΦς παρέχουν ένα μεγάλο μέρος (έως 60%) των αναγκών για φροντίδα. Στην Ελλάδα, το ποσοστό παροχής φροντίδας από μέλη της οικογένειας υπολογίζεται σε 90%. Σε αντιδιαστολή, στη Δανία το αντίστοιχο ποσοστό υπολογίζεται σε 15%. Πολλές ελληνικές οικογένειες επέλεξαν τη δεκαετία της οικονομικής και δημοσιονομικής κρίσης να αναλάβουν εξολοκλήρου τη φροντίδα των ηλικιωμένων, καθώς τους εξασφάλισε επιπλέον πηγή ει-

σοδήματος, ιδιαίτερα σε νοικοκυριά που πλήττονταν από την ανεργία (Πετμετζίδου και συν. 2015).

Ως προς το χρόνο παροχής φροντίδας από ΑΦς ανά εικοσιτετράωρο, στην Ελλάδα παρατηρείται το μεγαλύτερο ποσοστό ΑΦς που απασχολούνται για περισσότερες από 20 ώρες την ημέρα το οποίο ανέρχεται στο 44,9% ενώ ο μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ είναι στο 32,3% (OECD 2011). Δηλαδή οι μισοί περίπου ΑΦς στην Ελλάδα απασχολούνται σχεδόν όλο το 24ωρο με την παροχή μακροχρόνιας φροντίδας.

Στη Γερμανία το 2012, 2,3 εκατομμύρια άνθρωποι είχαν ανάγκη ΜΦΥ. Ο αριθμός αυτός αναμένεται το 2050 σχεδόν να διπλασιαστεί και να φτάσει τα 4,35 εκατομμύρια. 67% των ατόμων που χρήζουν μακροχρόνιας φροντίδας είναι γυναίκες, 83% αυτών των ατόμων είναι >65 ετών και 35% είναι >85 ετών. Το 60% των πολιτών 90 ετών και άνω στη Γερμανία χρήζουν παροχής φροντίδας. Κατά μέσο όρο ΜΦΥ παρέχεται σε άνδρες περίπου 2,7 χρόνια και στις γυναίκες 3,2 χρόνια. Από το 2012, έχει θεσπιστεί και εισαχθεί η βοήθεια και υποστήριξη σε ΑΦς ως μέρος του γερμανικού εθνικού σχεδίου δράσης. Ως προς τους ΑΦς, δόθηκε σημασία στην πληροφόρησή τους και υποστήριξή τους από τυπικούς φροντιστές, στην ανάπτυξη μεικτού μοντέλου φροντίδας από τυπικούς και ΑΦς, την προώθηση της υγείας των ΑΦς, την υποστήριξη και ενίσχυση των ΑΦς στο έργο τους, την κοινωνική αναγνώριση των παροχών των ΑΦς (Thelen et al. 2012).

Όπως αναφέρει και αναλύει η Δρ. Zigante στο άρθρο της ¨Άτυπη φροντίδα στην Ευρώπη¨, ύψιστη είναι η σημασία της ΑΦ στα διάφορα ευρωπαϊκά συστήματα παροχής ΜΦΥ και στο μέλλον αναμένεται να ενισχυθεί ο ρόλος της. Υπάρχει τάση αναγνώρισης της ΑΦ επισήμως δια της καθιέρωσης χρηματικής αμοιβής, ασφαλιστικής κάλυψης, εκπαίδευσης και άλλων διευκολύνσεων των ΑΦς. Συγκριτικά, οι ΑΦς υποστηρίζονται στις ευρωπαϊκές χώρες είτε από εθνικές, είτε από τοπικές αρμόδιες αρχές και φορείς μέσω κοινωνικών ασφαλίσεων, συνταξιοδοτικών διευκολύνσεων και παροχών, οικονομικών απολαβών και υγειονομικής ασφαλιστικής κάλυψης (Zigante 2018).

Όπως αναδεικνύεται στην αναφορά των Hoyer και Reich (2016), στον ευρωπαϊκό χώρο παρέχεται από τις διάφορες χώρες άδεια φροντίδας και οικονομική αμοιβή στους εκάστοτε ΑΦς βαρέως πασχόντων συγγενών. Συγκεκριμένα, άδειες και οικονομική υποστήριξη για παρηγορητική φροντίδα βαρέως πασχόντων ασθενών καθώς και οικονομική υποστήριξη των φροντιστών ηλικιωμένων προσφέρουν το Βέλγιο, η Δανία, η Γαλλία και η Σουηδία. Ενώ διάφορες χώρες όπως Ιρλανδία, Αυστρία, Ισπανία, Τσεχία, Πορτογαλία προσφέρουν είτε άδειες φροντίδας, είτε οικονομική υποστήριξη των φροντιστών. Για τη χώρα μας δεν υπάρχουν στοιχεία.

ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΑΤΥΠΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ ΜΕ ΣΤΟΧΟ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΥΤΩΝ

Ανάγκες των Άτυπων Φροντιστών

Στην ιστοσελίδα του Caregiver, υπάρχουν σημαντικές πληροφορίες για τις ανάγκες των ΑΦς. Επίσης, σημαντική είναι η μέτρηση και καταγραφή αυτών των αναγκών (Ministry of Health Singapore 2020, Wieczorek et al. 2020). Αναγνωρίζονται πολλαπλές ανάγκες των άτυπων φροντιστών (ΑΦς), με βασικότερη την προσβασιμότητα σε σημαντικές πηγές ενημέρωσης και καθοδήγησης σχετικά με την παροχή φροντίδας, καθώς και την ιατρική ή νοσηλευτική υποστήριξη μέσω διαφορετικών τρόπων. Παράλληλα, είναι απαραίτητη η δυνατότητα παροχής ανάπαυλας και διαλειμμάτων, ώστε να αποφεύγεται η σωματική και ψυχική εξουθένωση. Η οικονομική υποστήριξη αποτελεί επίσης ανάγκη, καθώς συμβάλλει στη μείωση του οικονομικού βάρους και των εξόδων φροντίδας. Επιπλέον, η υποστήριξη στον εργασιακό χώρο είναι αναγκαία για τη διασφάλιση της ισορροπίας μεταξύ επαγγελματικής ζωής, προσωπικών υποχρεώσεων και του έργου τους ως ΑΦς. Εξίσου σημαντική είναι η ενδυνάμωση και η ενίσχυση του ρόλου τους μέσα από εκπαίδευση, συναισθηματική υποστήριξη και διασύνδεση με άλλους φροντιστές και επαγγελματίες. Τέλος, η ψυχοκοινωνική υποστήριξη είναι καθοριστική για την προστασία της ψυχικής τους υγείας, διασφαλίζοντας ότι λαμβάνουν την απαραίτητη βοήθεια για να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της φροντίδας.

Όπως προτείνεται και από τη Δρ. Zigante (2018), η επισημοποίηση της ΑΦ, οδηγεί στην αναγνώριση των αναγκών των ΑΦς και στην επιδίωξη ικανοποίησής τους. Η παροχή χρηματικής αμοιβής, νόμιμων δικαιωμάτων των ΑΦς, κοινωνικής ασφάλειας, πρόσβασης σε ευκαιρίες εκπαίδευσης για να ανταποκριθούν στο ρόλο τους καθώς και παροχής και άλλων κινήτρων, αποτελούν κάποιες από αυτές τις ανάγκες. Οι ανάγκες των ΑΦς χρειάζεται να αναγνωρίζονται εγκαίρως και η παροχή υποστηρικτικών υπηρεσιών να είναι συνεχής.

Προτεραιότητες που πρέπει να θέσει το ελληνικό κράτος με στόχο την ικανοποίηση αυτών των αναγκών

Αρχικά, σημαντική κρίνεται η εφαρμογή της ευρωπαϊκής οδηγίας 1158/2019 με στόχο την προώθηση ισορροπίας μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής των ΑΦς και την παροχή υποστήριξης και προστασίας στον επαγγελματικό χώρο όπως αυτή θεσμοθετήθηκε με το Νόμο 4808/2021, Άρθρα 24-54.

Συγκεκριμένα με το Νόμο 4808/2021 εντάσσονται εντός θεσμικού πλαισίου και εξασφαλίζονται απέναντι στον εργοδότη εργασιακά δικαιώματα των φροντιστών όπως το δικαίωμα για άδεια φροντίδας, διάρκειας έως πέντε ημερών ανά έτος, που παρέχει στους φροντιστές ευελιξία και υποστήριξη σε περιόδους έκτακτης ανάγκης. Το δικαίωμα για απουσία από την εργασία λόγω

ανωτέρας βίας, για άδεια λόγω ασθενείας τέκνου ή άλλου εξαρτώμενου μέλους. Η κατοχύρωση του δικαιώματος των ΑΦς να ζητήσουν και να λάβουν ευέλικτες ρυθμίσεις εργασίας, ώστε να τους παρέχεται η δυνατότητα προσαρμογής των ωραρίων εργασίας στις υποχρεώσεις τους ως φροντιστές. Τέτοιες ρυθμίσεις αποτελούν η τηλεργασία, ευέλικτα ωράρια εργασίας ή μείωση των ωρών εργασίας. Η προστασία από διακρίσεις και απόλυση, όταν οι ΑΦς ασκούν τα ανωτέρω δικαιώματα τους αποτελούν σημαντικά μέτρα υποστήριξης, τα οποία χρειάζεται να διασφαλισθούν θεσμικά και να κατοχυρωθούν (Epioni 2021, Οδηγία ΕΕ 2019/1158).

Αξίζει να αναφερθούν οι πολιτικές υποστήριξης των ΑΦς, που εφαρμόζουν συγκεκριμένες ευρωπαϊκές χώρες, όπως αυτές παρουσιάζονται στο «Informal care in Europe» της Δρ. Zigante (2018). Αναλυτικά οι ευρωπαϊκές χώρες ακολουθούν τις παρακάτω πολιτικές:

(α) Οικονομική ενίσχυση/αμοιβή, ως άμεση οικονομική ενίσχυση των φροντιστών με γνώμονα συγκεκριμένα κριτήρια ή ως επίδομα στους αποδεχόμενους υπηρεσιών ΑΦ, οι οποίοι στη συνέχεια πληρώνουν τους φροντιστές τους.

(β) Παροχές κοινωνικής ασφάλειας, ως αύξηση του πόσου σύνταξης ή ως παροχή υγειονομικής ασφάλειας και περίθαλψης.

(γ)Προγράμματα εκπαίδευσης, περιλαμβάνουν τη θεσμοθέτησή τους, το σχεδιασμό τους και τη δυνατότητα πρόσβασης των ΑΦς, με στόχο τη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας με ή χωρίς επίσημη πιστοποίηση.

(δ)Επίσημη αναγνώριση/νομιμοποίηση της ΑΦ, με αξιολόγηση των ΑΦς και θέσπιση νομοθεσίας, η οποία θα αναγνωρίζει και θα υποστηρίζει το ρόλο τους.

Αναγκαία κρίνεται η επίσημη καταγραφή και διαλογή/ταξινόμηση των αναγκών χρονίως πασχόντων και ατόμων με αναπηρία, καθώς και η δημιουργία μητρώου φροντιστών (Υπουργείο Εσωτερικών 2024).

Τέλος, αξίζει να γίνει αναφορά στο Ετήσιο Σχέδιο Δράσης 2024 του Υπουργείου Υγείας σχετικά με τη ΜΦΥ, το οποίο θέτει σημαντικούς στόχους, πρόγραμμα δράσης και βελτίωσης της παροχής μακροχρόνιας φροντίδας στην Ελλάδα με σημαντικότερα σημεία τη δημιουργία συστήματος κατ' οίκον νοσοκομειακής φροντίδας, την παροχή υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας και τη δημιουργία κέντρων αναφοράς για χρόνιες παθήσεις.

Τα παραπάνω αναφερόμενα μέτρα σε συνδυασμό με το πρόγραμμα ¨Βοήθεια στο Σπίτι¨ συνεισφέρουν σημαντικά το έργο των ΑΦς και υπόσχονται δυνατότητα παροχής ανάπαυλας και διαλειμμάτων στο δύσκολο έργο τους.

Για να επιτευχθούν οι στόχοι της υποστήριξης των ΑΦ πέραν από τη θεσμοθέτηση των προτεραιοτήτων που το κράτος χρειάζεται να θέσει, απαιτείται προγραμματισμός, ένα αξιόλογο σχέδιο εφαρμογής του σχεδιασμού και κυρίως οργάνωση, έλεγχος, συνέπεια και αξιολόγηση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παροχή ΑΦ στο πλαίσιο της μακροχρόνιας εξωνοσοκομειακής φροντίδας, αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο των διαφόρων συστημάτων υγείας, ενισχύοντάς τα, υποστηρίζοντας ένα πιο οικονομικό μοντέλο προσφοράς ΜΦΥ και αποσυμφορίζοντας τις νοσοκομειακές μονάδες. Στην Ελλάδα εξαιτίας της ελλειμματικής τυπικής παροχής μακροχρόνιας φροντίδας, η ΑΦ κατέχει τον καίριο και αναντικατάστατο ρόλο στην ΜΦΥ. Ενώ τις προηγούμενες δεκαετίες η οικονομική ευμάρεια των ελληνικών νοικοκυριών, η προσφορά οικονομικών λύσεων παροχής ΑΦ και το λιγότερο έντονο δημογραφικό πρόβλημα γήρανσης του πληθυσμού ευνοούσε την κρατική απουσία και τις δημόσιες ελλείψεις στη φροντίδα ασθενών, σήμερα απαιτούνται αλλαγές. Σημαντικοί στόχοι θα έπρεπε να αποτελούν η ενίσχυση των ΑΦς, η συμμετοχή στη μακροχρόνια φροντίδα τυπικών φροντιστών που θα διευκολύνουν το έργο και τη διαβίωση των ΑΦς και η αρωγή του κράτους στην ικανοποίηση αναγκών τόσο των χρονίως πασχόντων όσο και των ΑΦς τους.

Παρόλα τα μέτρα που προβλέπονται στο σχέδιο δράσης 2024 του υπουργείου υγείας, καμία μνεία δεν γίνεται για την ενίσχυση της ΑΦ και την υποστήριξη των παρόχων της. Ενώ ευρωπαϊκές χώρες έχουν μακρά ιστορία υποστήριξης των ΑΦς με ποικίλους τρόπους, στην Ελλάδα απουσιάζει μία αντίστοιχη κοινωνική πολιτική.

Στην πράξη συγκρίνοντας τις παροχές τυπικής φροντίδας και την κρατική υποστήριξη της ΑΦ σε χώρες όπως η Ελλάδα και η Γερμανία, με βάση και τις ανάγκες για μακροχρόνια φροντίδα που εκθετικά θα αυξάνονται τα ερχόμενα χρόνια και πέραν της πολιτικής ρητορείας, κρίνεται απαραίτητη η κρατική μέριμνα για την ενίσχυση της ΑΦ, για την υποστήριξη των χρονίως πασχόντων και των ΑΦς τους και για ένα νέο τρόπο διαχείρισης των ασθενών και της φροντίδας τους.

Στη χώρα μας, που αντιμετώπισε οικονομική και δημοσιονομική κρίση, παρουσιάζεται εκτενής υποχρηματοδότηση στον τομέα της υγείας, αλλά και της κοινωνικής πολιτικής. Η φροντίδα της υγείας είναι ως επί το πλείστων αγαθό ατομικής ευθύνης με ατομική οικονομική συμμετοχή. Επίσης η φροντίδα ιδίως των χρονίως πασχόντων και ηλικιωμένων, λανθασμένα θεωρείται υποχρέωση οικογενειακής ευθύνης. Η χάραξη νέας πολιτικής φαντάζει σε συλλογικό, ατομικό και κρατικό επίπεδο δύσκολη.

Μελλοντικά, το κράτος χρειάζεται να θέσει στόχους υποστήριξης και επίσημης αναγνώρισης των ΑΦς για να διασφαλιστεί η διαθεσιμότητα του συστήματος μακροχρόνιας φροντίδας που επικρατεί στην χώρα μας, αλλά και στις άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Αυτό συνεπάγεται μέτρα όπως χρηματικές αμοιβές, εκπαίδευση, κοινωνική ασφάλιση και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και επίσημη, νόμιμη αναγνώριση της παροχής άτυπης φροντίδας με σεβασμό στα δικαιώματα που αναγνωρίστηκαν από την ΕΕ το 2019.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Κωνσταντινίδης Θ. (2020). Η Μετανοσοκομειακή φροντίδα. Δομές και υπηρεσίες μετανοσοκομειακής φροντίδας. Σε Π. Σαράφης & Π. Μπαμίδης (Επιμ.), Υπηρεσίες Υγείας: Συστήματα και Πολιτικές. Broken Hill Publishers Ltd, σελ. 427-439.

EPIONI (2021). Εργασιακός Νόμος 4808/21: Ρυθμίσεις για Φροντιστές. Ανακτήθηκε από https://epioni.gr/o-νέος-εργασιακός-νόμος-4808-2021-οι-ρυθμίσεις/

Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και Συμβούλιο (2019). Οδηγία (ΕΕ) 2019/1158 σχετικά με την ισορροπία μεταξύ επαγγελματικής και ιδιωτικής ζωής για τους γονείς και τους φροντιστές και την κατάργηση της οδηγίας 2010/18/ΕΕ του Συμβουλίου. Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ανακτήθηκε από https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32019L1158 [accessed 27 February 2025]

Ιωάννου, Α., Αποστολάκης, Ι., & Σαράφης, Π. (2020). Κοινωνική πολιτική, κράτος πρόνοιας και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα σε σύγκριση με την Ευρώπη: Οι προκλήσεις στην αυγή του 2020 Νοσηλευτική, 59(3), 212-220. Ανακτήθηκε από https://www.hjn.gr/index.php/en/component/edocman/etos-2020/tomos-59-teyxos-3/112-2020303 [accessed 28 February 2025]

Καλανδάρη, Ε., Γκοβίνα, Ο., Τζονιχάκη, Ι., Αδαμακίδου, Τ., Μαντούδη, Α. Αποστολάρα, Μ., Δρακοπούλου, Μ. Μαντζώρου, Μ. (2023). Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της επιβάρυνσης και της οικογενειακής στήριξης των οικογενειακών φροντιστών ενηλίκων μεγαλύτερης ηλικίας με χρόνιες παθήσεις: Μία συγχρονική μελέτη. International Journal of Caring Sciences, 16(1), 51. Ανακτήθηκε από https://www.gerolib.gr/index.php?option=com_k2&view=item&id=3036 [accessed 27 February 2025]

Πετμεζίδου, Μ., Παπαναστασίου, Σ., Πεμπετζόγλου, Μ., Παπαθεοδώρου, Χ., και Πολυζωίδης, Π. (2015). Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα (σ. 58-74, 211- 232) ΙΝΕΓΣΕΕ. Ανακτήθηκε από https://www.inegsee.gr/ekdosi/igia-ke-makrochronia-frontida-stin-ellada/ [accessed 27 February 2025]

Υπουργείο Εσωτερικών (2024). Μια Ελλάδα με Όλους για Όλους: Εθνική Στρατηγική για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία 2024-2030. Ανακτήθηκε από https://amea.gov.gr/strategy/strategy-2024-2030 [accessed 27 February 2025]

Υπουργείο Υγείας. (2023). Ετήσιο Σχέδιο Δράσης 2024. Ανακτήθηκε από https://www.moh.gov.gr/articles/newspaper/egkyklioi/12102-ethsio-sxedio-drashs-2024-ypoyrgeio-ygeias?fdl=26592 [accessed 27 February 2025]

Arsenault-Lapierre, G., Henein, M., Gaid, D., Le Berre, M., Gore, G., & Vedel, I. (2021). Hospital-at-home interventions vs in-hospital stay for patients with chronic disease who present to the emergency department: A systematic review and meta-analysis. JAMA Network Open, 4(6), e2111568. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.11568

Barreira, L. F., Paiva, A., Araújo, B., & Campos, M. J. (2023). Challenges to Systems of Long-Term Care: Mapping of the Central Concepts from an Umbrella Review. International Journal of Environmental Research and Public Health, 20(3), 1698. https://doi.org/10.3390/ijerph20031698

Genet, N., Boerma, W., Kroneman, M., Hutchinson, A., & Saltman, R. (2012). Home care across Europe: current structure and future challenges. European Observatory on Health Systems and Policies. Ανακτήθηκε από https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/home-care-across-europe-current-structure-and-future-challenges-study [accessed 27 February 2025]

Hoyer, S., & Reich, N. (2016). Leave and financial support for family caregivers in EU member states. Observatory for Sociopolitical Developments in Europe. Ανακτήθηκε από https://www.beobachtungsstelle-gesellschaftspolitik.de/f/04d661be68.pdf [accessed 27 February 2025]

Ministry of Health Singapore (2021). Monitoring caregivers needs. Ανακτήθηκε από https://www.moh.gov.sg/newsroom/monitoring-caregivers-needs [accessed 27 February 2025]

OECD (2011). Health at a Glance 2011: OECD Indicators, Paris: OECD.

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) and European Observatory on Health Systems and Policies (2023). Greece: Country Health Profile 2023. World Health Organization. Ανακτήθηκε από https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/greece-country-health-profile-2023 [accessed 27 February 2025]

Thelen, M., Scheidt-Nave, C., Schaeffer, D., & et al. (2012). Nationales Gesundheitsziel „Gesund älter werden". Bundesgesundheitsbl., 55, 991–997. https://doi.org/10.1007/s00103-012-1517-0

Wieczorek, E., Evers, S., Kocot, E., Sowada, C., & Pavlova, M. (2020). Assessing policy challenges and strategies supporting informal caregivers in the European Union. Journal of Aging & Social Policy, 34(1), 145–160. https://doi.org/10.1080/08959420.2021.1935144

World Health Organization (2021). Home care across Europe: Current structure and future challenges: A study by the European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization. Ανακτήθηκε από https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/home-care-across-europe-current-structure-and-future-challenges-study [accessed 27 February 2025]

World Health Organizationv (2024). Health 2024: A regional framework for health and well-being in Europe. World Health Organization. Ανακτήθηκε από https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/378341/WHO-EURO-2024-10369-50141-75518.pdf?sequence=2 [accessed 27 February 2025]

Zigante, V. European Commission: Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, (2018). Informal care in Europe: Exploring formalisation, availability and quality. Publications Office. https://data.europa.eu/doi/10.2767/78836

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Long-Term Care Services and the Role of Informal Care

Iliada Korakidi[1], Ioannis Apostolakis[2], Pavlos Sarafis[3]
1. Hellenic Open University, Faculty of Social Sciences
2. Hellenic Open University, Faculty of Social Sciences / National and Kapodistrian University of Athens, School of Medicine
3. Hellenic Open University, Faculty of Social Sciences / University of Thessaly, Department of Nursing

ABSTRACT

Long-term health care in Greece is covered by a variety of health structures. In contrast to other northern European countries, it is incomplete and fragmented or even absent. The demand for long-term care has been addressed through informal caregiving, provided by family members supporting voluntarily or caregivers getting informal compensation. In recent years, efforts have been made to restructure long-term health care and to introduce services and structures that are conducive to this purpose. In our country there is no corresponding planning or any support for informal care. The provision of informal care has multiple benefits, mainly financial and organizational, for patients, health systems and the state. Compared to Greece, other European countries support informal care through various financial, insurance and social benefits for its providers, thus favoring and facilitating their work. Given that the need for long-term health care and, by extension, the need for informal care will increase continuously and exponentially over time, it is important to recognize and meet the needs of informal caregivers and to formalize this form of care provision. The development of a policy of formal recognition of informal care and the establishment of supportive measures, such as financial assistance, insurance, and education will ensure the sustainability of long-term health care and the health system in general.

Keywords: Long-term care services, comparison of indicators and data, informal caregivers, informal care, needs of informal care providers

Corresponding author:
Iliada Korakidi
E-mail: ikorakidi@gmail.com

Citation: Korakidi I., Apostolakis I., Sarafis P. (2025). Long-Term Care Services and the Role of Informal Care. Hellenic Journal of Nursing Science 18(3): 43-50, https://doi.org./10.24283/hjns.202536

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 3, JULY - AUGUST - SEPTEMBER 2025

Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης

ΕΝΕ
ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
www.enne.gr

Τόμος 18, Τεύχος 3, ΙΟΥΛΙΟΣ - ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ - ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2025