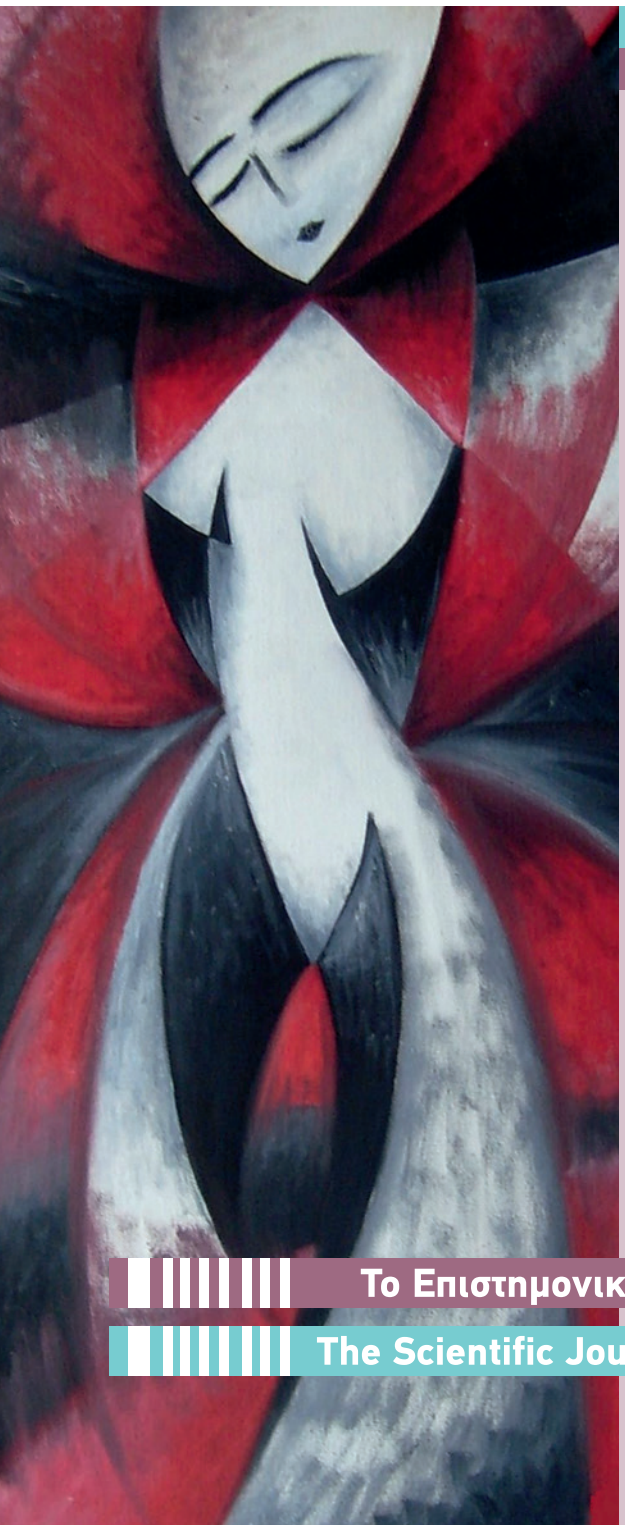
Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης
Hellenic journal of Nursing Science



Τόμος 11, Τεύχος 4, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ-ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ-ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2018

Volume 11, Issue 4, OCTOBER-NOVEMBER-DECEMBER 2018

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ – EDITORIAL

Δωρεά οργάνων σώματος και μεταμοσχεύσεις

Body organ donation and transplantations

Γεώργιος Ευλαβής, Θεοδώρα Καυκιά

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ – REVIEWS

Διαχείριση φυσικών καταστροφών και ο ρόλος του νοσηλευτή

Natural disaster management and the nurse's role

Περικλής Ρόμπολας, Γεωργία Μπρέντα

ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ/ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ – SYSTEMATIC REVIEW

Διαχείριση και φροντίδα του μετεγχειρητικού παιδιατρικού πόνου

Ευγενία Σιούτη, Μάρθα Κελέση, Ευάγγελος Δούσης, Γεωργία Φασόη, Άννα Καυγά, Ευγενία Βλάχου

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ - RESEARCH ARTICLES

Εφαρμογή προγράμματος αγωγής υγείας για πρόληψη μυοσκελετικών παθήσεων σε μαθητές Δημοτικού σχολείου με συμπληρωματική χρήση εξ'αποστάσεως διδασκαλία βασισμένη σε Τεχνολογίες Πληροφορίας και Επικοινωνίας

Implementing a health promotion program for prevention of musculoskeletal disorders in Primary school pupils with the complementary use of distance learning based on Information and Communication Technologies

Αικατερίνη Μαχαιρίδου, Παναγιώτης Αντωνίου, Ευάγγελος Μπεμπέτσος, Θωμάς Κουρτέσης

Σχέση επαγγελματικής ικανοποίησης και ψυχικής υγείας των εργαζομένων σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και κοινωνικής πρόνοιας

Relationship between job satisfaction and mental health of healthcare and social welfare services employees

Κωνσταντίνος Τσάρας, Μαρία Παπαγιάννη, Θεοδόσιος Παραλίκας, Ευάγγελος Φραδέλος, Ελένη Λαχανά, Ιωάννα Παπαθανασίου

Σύστημα Γεωγραφικών Πληροφοριών και Οικονομική Διαχείριση του Ακτινολογικού Εργαστήριου του Γενικού Παναρκαδικού Νοσοκομείου Τρίπολης

Geographical Information System and financial management of the Radiology department of the General Panarcadian Hospital of Tripolis, Greece

Δημήτριος Ζαρακοβίτης, Νικόλαος Τσαλουκίδης, Δημήτριος Τσορομώκος, Φίλιππος Γοζαδίνος, Αθηνά Λαζακίδου

Το Επιστημονικό Περιοδικό της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος

The Scientific Journal of the Hellenic Regulatory Body of Nurses



Η ισχύς εν τη ενώσει

Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος
Βασιλίσσης Σοφίας 47, 10676 Αθήνα (2ος όροφος)
Τηλ.: 210-3648044, Fax: 210-3648049
e-mail: info@enne.gr

ΕΝΕ
ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
www.enne.gr

Ελληνικό περιοδικό της
Νοσηλευτικής Επιστήμης

ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ: ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
Βασιλίσσης Σοφίας 47, 10676 Αθήνα, Τηλ.: 210 3648 044
Fax: 210 3648 049, e-mail: info@enne.gr, www.enne.gr

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ-ΔΙΑΦΗΜΙΣΕΙΣ: ΣΑΒΒΑΣ Ι. ΓΑΒΡΑΣ
Κοτζιά 16, 121 37 Περιστέρι,
Τηλ.: 210 5718423, Fax: 210 5753246
e-mail: gavras@otenet.gr

ISSN 1791-9002
e-ISSN 2459-2994

ΕΚΔΟΤΗΣ: **ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΣΚΟΥΤΕΛΗΣ**
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ: **ΑΡΙΣΤΕΙΔΗΣ ΔΑΓΛΑΣ**
ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗΣ: **Δρ Θεοδώρα Καυκιά,** Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Θεσ/νίκης
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ: **ΛΑΜΠΡΟΣ ΜΠΙΖΑΣ, ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΠΙΣΤΟΛΑΣ**

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

Μέλη ΔΣ:
Δημήτριος Πιστόλας, Ειρήνη Κολώνια, Μιχαήλ Μαντζανάς, Γεώργιος Δόντσιος, Παναγιώτης Κοσκινάς, Τζαννής Πολυκανδριώτης, Ευτυχία Γιάγκου, Μαρία Μηλάκα

ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ:
Δρ. Γεώργιος Κριτσωτάκης, Επίκουρος Καθηγήτης, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Κρήτης
Δρ Μιχαήλ Κουράκος, Διευθυντής Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Γ.Ν. Ασκληπείο Βούλας, Αθήνα

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ
Παρασκευή Αποστολάρα, Λέκτορας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, **Μαρία Γκριζιώτη**, MSc, **Αθηνά Καλοκαιρινού**, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ, **Ιωάννα Καραμήτρη**, PhD, **Μάρθα Κελέση**, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, **Μαρία Μαλλιαρού**, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Θεσσαλίας **Στέφανος Μαντζούκας**, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Ηπείρου, **Αθανάσιος Μαστροκώστας**, PhD, **Ευγενία Μηνασίδου**, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης, **Ιωάννα Παπαθανασίου**, Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Θεσσαλίας, **Βασιλική Ρόκα**, PhD, **Μαρία Σαρίδη**, PhD, **Ελένη Χριστοδούλου**, PhD, **Χρύσα Χρυσοβιτσάνου**, PhD

ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ:
Φωτεινή- Ελένη Καραχάλιου, Παιδίατρος Ενδοκρινολόγος, Διευθύντρια Τμήματος Άθλησης και Ανάπτυξης Ν.Π. Αγλαΐα Κυριακού
Ιωάννης Κυριόπουλος, Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας, Κοσμήτωρ ΕΣΔΥ
Αλέξιος Παραράς, Δικηγόρος, Δημοσιολόγος, Νομικός Σύμβουλος ΕΝΕ

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

ΜΕΛΗ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ
Dr. Theodoros Koutroubas, Professor, UC Louvain, Brussels, Belgium, **Dr. Irena Papadopoulos,** Professor of Transcultural Health and Nursing and Head of Research Centre for Transcultural Studies in Health Middlesex University, London UK, **Dr. Denise M. 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, President of the Council of Nursing and Midwifery, Cyprus, **Dr. Lorendana Sasso,** Associate Professor, Universita degli Studi di Genova, Italy, **Cecilia Sironi,** RN, BSc, MSc Universita degli Studi dell' Insubria-Varese, Italy, **Dr. Rocco Gennaro,** Head of the Nursing School and Professor, Catholic University Our Lady of Good Counsel, Director Centre of Excellence for Nursing Scholarship – Rome – Italy, **Dr. Thomas Kearns, Professor,** Executive Director of Faculty of Nursing & Midwifery, RCSI-Royal College of Surgeons, Ireland, **Dr. Helene Kelly,** International Consultant, Vice President Florence Network, University College Sealand, Denmark, **Dr. Vilma Zydziunaite,** RN, MNSc, MEdSc, PhD, Professor- Researcher, Vytautas Magnus University, Kaunas & Faculty of Health sciences, Klaipeda State College, Lithuania, **Dr. Carlos Melo-Dias,** Professor of Nursing in 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, **Leodoro 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, **Anastasia Mallidou,** Assistant Professor, University of Victoria, School of Nursing, British Columbia, Canada, **Dr Christina Papachristou**, Dipl. Psych. MPH, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Charite-Universitatsmedizin Berlin, Germany

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ – EDITORIAL

Δωρεά οργάνων σώματος και μεταμοσχεύσεις
Body organ donation and transplantations
Γεώργιος Ευλαβής, Θεοδώρα Καυκιά **3**

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ – REVIEWS

Διαχείριση φυσικών καταστροφών και ο ρόλος του νοσηλευτή
Natural disaster management and the nurse's role
Περικλής Ρόμπολας, Γεωργία Μπρέντα **6**

ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ/ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ – SYSTEMATIC REVIEW
Διαχείριση και φροντίδα του μετεγχειρητικού παιδιατρικού πόνου
Postoperative pediatric pain management and care
Ευγενία Σιούτη, Μάρθα Κελέση, Ευάγγελος Δούσης, Γεωργία Φασόη, Άννα Καυγά, Ευγενία Βλάχου 17

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ - RESEARCH ARTICLES
Εφαρμογή προγράμματος αγωγής υγείας για πρόληψη μυοσκελετικών παθήσεων σε μαθητές Δημοτικού σχολείου με συμπληρωματική χρήση εξ'αποστάσεως διδασκαλία βασισμένη σε Τεχνολογίες Πληροφορίας και Επικοινωνίας
Implementing a health promotion program for prevention of musculoskeletal disorders in Primary school pupils with the complementary use of distance learning based on Information and Communication Technologies
Αικατερίνη Μαχαιρίδου, Παναγιώτης Αντωνίου, Ευάγγελος Μπεμπέτσος, Θωμάς Κουρτέσης **27**

Σχέση επαγγελματικής ικανοποίησης και ψυχικής υγείας των εργαζομένων σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και κοινωνικής πρόνοιας. Relationship between job satisfaction and mental health of healthcare and social welfare services employees
Κωνσταντίνος Τσάρας, Μαρία Παπαγιάννη, Θεοδόσιος Παραλίκας, Ευάγγελος Φραδέλος, Ελένη Λαχανά, Ιωάννα Παπαθανασίου 38

Σύστημα Γεωγραφικών Πληροφοριών και Οικονομική Διαχείριση του Ακτινολογικού Εργαστήριου του Γενικού Παναρκαδικού Νοσοκομείου Τρίπολης. Geographical Information System and financial management of the Radiology department of the General Panarcadian Hospital of Tripolis, Greece
Δημήτριος Ζαρακοβίτης, Νικόλαος Τσαλουκίδης, Δημήτριος Τσορομώκος, Φίλιππος Γοζαδίνος, Αθηνά Λαζακίδου 48

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ & ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ **56**

ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ **78**

Δωρεά οργάνων σώματος και μεταμοσχεύσεις

Body organ donation and transplantations

Γεώργιος Ευλαβής[1], Δρ Θεοδώρα Καυκιά[2]

1.Νοσηλευτής, MSc, Προϊστάμενος Χειρουργικής Κλινικής Μεταμοσχεύσεων, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο

2.Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης, Διευθύντρια Σύνταξης Ελληνικού Περιοδικού Νοσηλευτικής Επιστήμης

Ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων (ΕΟΜ) από το 2007 έχει καθιερώσει την 1η Νοεμβρίου ως Πανελλήνια Ημέρα Δωρεάς Οργάνων και Μεταμοσχεύσεων. Στόχος της θέσπισης αυτής της ημέρας ήταν η ευαισθητοποίηση του κοινού στο θέμα των μεταμοσχεύσεων και η προαγωγή της δωρεάς οργάνων και ιστών σώματος χωρίς αντάλλαγμα.

Η μεταμόσχευση οργάνων, ιστών και κυττάρων αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα επιτεύγματα της σύγχρονης ιατρικής, τόσο στον τομέα της χειρουργικής τεχνικής όσο και της ανοκαταστολής. Αποτελεί, επίσης, θεραπεία ή αποκατάσταση, και όχι απλά την αντιμετώπιση, τελικού σταδίου ανεπάρκειας οργάνων όπως ο νεφρός, το ήπαρ, η καρδιά και οι πνεύμονες. Σύμφωνα με την ελληνική νομοθεσία δωρητής οργάνων σώματος είναι εκείνος ο ενήλικος πολίτης που εν ζωή δηλώνει ότι θα επιθυμούσε, μετά το θάνατό του, να προσφέρει τα όργανά του προς μεταμόσχευση για να βοηθήσει συνανθρώπους του. Ενώ, δότης οργάνων σώματος είναι το εν ζωή άτομο που προσφέρει ένα όργανο ή ιστό του προς μεταμόσχευση σε κάποιον συγγενή του ή ο εκλιπών από τον οποίο λαμβάνεται όργανο προς μεταμόσχευση (ΕΟΜ 2018).

Η μεταμόσχευση οργάνων στην Ελλάδα αρχίζει την πορεία της πενήντα χρόνια πριν (1968) στη Θεσσαλονίκη. Εκείνη τη χρονιά πραγματοποιείται η πρώτη μεταμόσχευση νεφρού από τον καθηγητή Κ.Τούντα. Λίγα χρόνια αργότερα, το 1971, πραγματοποιήθηκε και στην Αθήνα πτωματική μεταμόσχευση νεφρού από τον καθηγητή Γ.Σκαλκέα και το συνεργάτη του Ι.Χωματά. Στα τέλη της δεκαετίας του 1980, το 1989, επιτεύχθηκε η πρώτη μεταμόσχευση παγκρέατος από τους καθηγητές Γ.Σκαλκέα και Α.Κωστάκη, στην Αθήνα. Επιτυχείς μεταμοσχεύσεις ήπατος επιτεύχθηκαν το 1990, πρώτα στη Θεσσαλονίκη από τον καθηγητή Α.Αντωνιάδη, και λίγο αργότερα στην Αθήνα από τον καθηγητή Ι.Παπαδημητρίου. Την ίδια χρονιά, πραγματοποιείται η πρώτη μεταμόσχευση καρδιάς στην Αθήνα από τον καρδιοχειρουργό κ.Τόλη. Δύο χρόνια αργότερα, το 1992, στη Θεσσαλονίκη, πραγματοποιήθηκε η πρώτη επιτυχής μεταμόσχευση πνεύμονα από τον καθηγητή Π.Σπύρου. Τέλος, στα τέλη της δεκαετίας του 1990, το 1999, επιτεύχθηκε η πρώτη εμφύτευση νησιδίων παγκρέατος στη Θεσσαλονίκη από τον επίκουρο καθηγητή Β.Παπανικολάου.

Στην Ευρώπη των 28 χωρών, έξι νέοι ασθενείς προστίθενται κάθε ώρα στις λίστες αναμονής για μεταμόσχευση, ενώ κατά μέσο όρο 18 άτομα που βρίσκονται σε λίστα αναμονής για μεταμόσχευση πεθαίνουν καθημερινά! Η μεταμόσχευση εξασφαλίζει καλύτερη κλινική έκβαση και παρά το, ομολογουμένως, αυξημένο κόστος της χειρουργικής επέμβασης και νοσηλείας, μακροπρόθεσμα μειώνει το κόστος της υγειονομικής φροντίδας και προσφέρει καλύτερη ποιότητα ζωής στους ασθενείς.

Το προηγούμενο έτος περισσότεροι από 144000 πολίτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης βρισκόταν σε λίστα αναμονής για μεταμόσχευση, 10% περισσότεροι από το 2013 (EODD 2017). Για την ίδια χρονιά 12% περισσότερα άτομα (43000) μεταμοσχεύθηκαν, ενώ παγκοσμίως περισσότεροι από ένα εκατομμύριο άνθρωποι έχουν μεταμοσχευθεί επιτυχώς. Στην Ελλάδα, το 2015, καταγράφηκαν μόλις 3,5 δότες οργάνων ανά εκατομμύριο πληθυσμού (ΕΟΜ 2018), ενώ στην Κροατία, με 4,5 εκατομμύρια κατοίκους, και στην Ισπανία με 45,5 εκατομμύρια κατοίκους, οι δότες οργάνων είναι 35 ανά εκατομμύριο πληθυσμού (EODD 2017). Σύμφωνα με αυτά τα στοιχεία, στις προαναφερθείσες χώρες η παραμονή στη λίστα αναμονής για μεταμόσχευση θα ήταν 6 μήνες, ενώ ένας Έλληνας ασθενής θα πρέπει να παραμείνει στη λίστα αναμονής για μεταμόσχευση για 7-8 έτη με όλους τους πιθανούς κινδύνους και επιπλοκές που μπορεί να εμφανιστούν (Lopez-Fraga et al. 2014).

Το Συμβούλιο της Ευρώπης, με διάφορες ενέργειές του, στοχεύει στην αύξηση της εμπιστοσύνης στο γενικό πληθυσμό για την ορθολογική, δεοντολογική και μη-χρηματοδοτούμενη δωρεά οργάνων και μεταμόσχευση, για την αναγνώριση του δώρου ζωής από τους δότες και τις οικογένειές τους, καθώς και για τη δέσμευση των κυβερνήσεων των χωρών μελών προς την αύξηση των πόρων, οικονομικών και άλλων, για την ανάπτυξη προγραμμάτων μεταμοσχεύσεων σε εθνικό επίπεδο. Για το 2018, το σύνθημα που ακούστηκε ένα μήνα πριν (13.10.18) στο Chisinau της Μολδαβίας, όπου πραγματοποιήθηκε η συνάντηση των χωρών μελών επ' ευκαιρίας της Ευρωπαϊκής Ημέρας Μεταμοσχεύσεων, ήταν «Να είσαστε έτοιμοι να

σώσετε ζωές. Γίνετε super ήρωες! Πείτε ναι στη δωρεά οργάνων, ιστών και κυττάρων!» (EODD 2018).

Η προσφορά μοσχευμάτων, όμως, δεν επαρκεί για να ικανοποιηθεί η ζήτηση, με διαφορετικό βαθμό σε διάφορες χώρες. Πολλοί παράγοντες συμβάλλουν σε αυτή την ποικιλομορφία, όπως η νομοθεσία κάθε χώρας, η εξειδίκευση των επαγγελματιών υγείας, αλλά και η στελέχωση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων με συντονιστές μεταμοσχεύσεων (Lopez-Fraga et al. 2014, European Council 2017). Αναφορικά με τη δωρεά οργάνων από πτωματικό δότη το χρονικό περιθώριο για να πραγματοποιηθεί η λήψη και η μεταμόσχευση είναι πολύ περιορισμένο. Επίσης, η ποιότητα και λειτουργικότητα των οργάνων που θα προσφερθούν έχει μεγάλη σημασία για το αν τα όργανα θα λειτουργήσουν, τελικά, ικανοποιητικά στο λήπτη, και άρα για τη συνολική επιτυχία της μεταμόσχευσης.

Η διαδικασία της δωρεάς οργάνων από πτωματικό δότη είναι μια πολύπλοκη και χρονοβόρα διαδικασία στην οποία εμπλέκονται πλήθος επαγγελματιών υγείας. Όλοι οι πιθανοί δότες οργάνων θα πρέπει να εντοπιστούν όσο το δυνατό πιο έγκαιρα, κάνοντας πιο εύκολο τον έλεγχο (screening) και τη διαχείριση του δότη. Το screening βοηθά στον περιορισμό του κινδύνου μετάδοσης, στο λήπτη, λοιμωδών ή κακοηθών νοσημάτων. Ενώ στη δεύτερη φάση, γίνεται προσπάθεια διατήρησης των μοσχευμάτων σε όσο το δυνατό καλύτερη κατάσταση πριν τη λήψη. Πλημμελείς ή λάθος χειρισμοί σε αυτή τη φάση επηρεάζουν την ποιότητα των μοσχευμάτων, κάνοντας πολλές φορές τη μεταμόσχευση αδύνατη (EDQM 2017b).

Η βιβλιογραφία καταγράφει ποικίλες προσεγγίσεις αναφορικά με τη διαδικασία συγκατάθεσης και λήψης των οργάνων προς μεταμόσχευση. Σε κάποιες χώρες η συγκατάθεση/συναίνεση εικάζεται, ενώ σε άλλες η συγκατάθεση θα πρέπει να δοθεί εγγράφως, και μετά από πλήρη ενημέρωση, από την οικογένεια ή κάποιο άτομο εξουσιοδοτημένο από το δότη, όσο ήταν στη ζωή. Επίσης, υπάρχει και η προσέγγιση της ρητής διαφωνίας του δότη (opt out), όπου κατά τη διάρκεια της ζωής του θα πρέπει να έχει εκφράσει γραπτώς την αντίρρησή του σε μια πιθανή λήψη οργάνων για μεταμόσχευση, ενώ απαντάται και η ρητή συναίνεση (opt in) σύμφωνα με την οποία κατά τη διάρκεια της ζωής του το άτομο εξέφρασε την επιθυμία να γίνει δωρητής οργάνων σώματος (European Council 2017).

Η προσέγγιση της οικογένειας/πλησιέστερου ατόμου τις περισσότερες φορές παίζει καθοριστικό ρόλο για την παροχή της συγκατάθεσης προς μεταμόσχευση. Εξειδικευμένο προσωπικό θα πρέπει να κάνει αυτή την προσέγγιση σε μια περίοδο συναισθηματικά φορτισμένη για την οικογένεια. Μετά τη συγκατάθεση, ακολουθεί η διαδικασία της λήψης, διατήρησης και μεταφοράς των μοσχευμάτων προς το μεταμοσχευτικό κέντρο. Είναι πιθανό να απαιτηθεί «ανταλλαγή» μοσχευμάτων ανάμεσα σε μεταμοσχευτικά κέντρα ή χώρες. Η διακρατική συνεργασία είναι ιδιαίτερα σημαντική σε αυτό το στάδιο έτσι ώστε να μην απολεσθούν μοσχεύματα.

Στην Ελλάδα, ο νόμος 2737/1999 απαιτούσε τη ρητή συναίνεση της οικογένειας για τη λήψη οργάνων προς μεταμόσχευση. Ίσως σε αυτό το γεγονός οφείλεται το χαμηλό επίπεδο μεταμοσχεύσεων στη χώρα μας. Το 2011, με το νόμο 3948, νομοθετήθηκε η εικαζόμενη συναίνεση για όλους τους πολίτες της χώρας, καθιστώντας αυτομάτως όλους εν δυνάμει δωρητές οργάνων σώματος. Όμως, λόγω αντιδράσεων, λίγο αργότερα υπήρξε μια διευκρινιστική διάταξη που προβλέπει «και τη συγκατάθεση της οικογένειας» για τη λήψη οργάνων. Έτσι, η χώρα μας ναι μεν εφαρμόζει το σύστημα opt in αλλά, στην πράξη, απαιτείται και η συγκατάθεση της οικογένειας.

Μήπως ο χαμηλός αριθμός μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα οφείλεται σε αυτό το υβριδικό σύστημα δωρεάς οργάνων σώματος; Κύρια αιτία είναι η ελλιπής, και πολλές φορές, λανθασμένη ενημέρωση του κοινού που προκαλεί κακχυποψία για την εντιμότητα και τη διαφάνεια της διαδικασίας λήψης και μεταμόσχευσης. Κατά την κλινική εμπειρία της συγγραφέως σε μονάδα τεχνητού νεφρού δεν ήταν λίγες οι περιπτώσεις συζητήσεων μεταξύ των αιμοκαθαιρόμενων για εμπορία οργάνων ή χρηματισμό των μεταμοσχευτικών ομάδων, χωρίς παρόλα αυτά να υπάρχουν ενδείξεις ή αποδεικτικά στοιχεία. Απλά μια υποβόσκουσα πεποίθηση μεταξύ των ασθενών ή λόγια του «καφενείου», που συχνά οφειλόταν στο δυσάρεστο γεγονός της κλήσης για μεταμόσχευση αλλά της μη πραγματοποίησης της για κλινικούς, βέβαια, λόγους. Εν τούτοις, η εμπορία ανθρωπίνων οργάνων αποτελεί ένα πρόβλημα υπαρκτό και συνεχώς αυξανόμενο, κυρίως σε χώρες του αναπτυσσόμενου κόσμου όπου η ένδεια οδηγεί τους ανθρώπους σε αυτό το μονοπάτι. Το 1997, το Συμβούλιο της Ευρώπης, σε συνεργασία με τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών, απαγόρευσε τη μεταμόσχευση οργάνων και ιστών με οικονομικά ανταλλάγματα.

Δεν είναι μόνο αυτό, όμως. Θρησκευτικοί ή πολιτισμικοί λόγοι αποτρέπουν τις οικογένειες των πιθανών δοτών από το να δώσουν τη συγκατάθεσή τους, παρά το γεγονός ότι οι περισσότερες θρησκείες υποστηρίζουν αυτή τη διαδικασία. Από την άλλη οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), η μοναδική πηγή οργάνων για μεταμόσχευση, είναι τις περισσότερες φορές υποστελεχωμένες, τόσο από ιατρικό όσο και από νοσηλευτικό προσωπικό, και χωρίς συντονιστές μεταμοσχεύσεων ή εκπαιδευμένο προσωπικό για εντοπισμό πιθανών δοτών οργάνων.

Εν κατακλείδι, φαίνεται ότι απαιτείται μια νέα και καλά οργανωμένη εκστρατεία ενημέρωσης του κοινού για να μπορέσει η δωρεά οργάνων σώματος και η μεταμόσχευση να πλησιάσει τον Ευρωπαϊκό μέσο όρο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Caplan A., Matesanz R. & Prior C for the Joint Council of Europe and United Nations study. (2009). Trafficking in organs, tissues and cells and trafficking in human beings for the purpose of the removal of organs. Council of Europe, Strasbourg, France.

Dominquez-Gil B. & Matesanz R. (2018). Newsletter transplant. International figures on donation and transplantation. Council of Europe, Strasbourg, France.

European Council. (2017). Organ shortage: current status and strategies for improvement of organ donation - A European consensus document

European Directorate for the Quality of Medicines & Healthcare (EDQM). (2017a) Safety, quality and ethical matters related to the use of organs, tissues and cells of human origin. 3rd edition, Council of Europe, Strasbourg, France.

European Directorate for the Quality of Medicines & Healthcare (EDQM). (2017b). Guide to the quality and safety of organs for transplantation. 6th edition, Council of Europe, Strasbourg, France.

European Organ Donation Day (EODD) (2018). Factsheet on organ, tissue and cell donation. Council of Europe, Strasbourg, France.

Lopez-Fraga M., Dominguez-Gil B., Fehily D., Chatzixiros E., Fischer-Frohlich C.L., Arredondo E., Manylich M., Trias E., Matesanz R. *&* Nanni Costa A. on behalf of the Council of Europe Committee on Organ Transplantation (CD-P-TO) (2014). Concerted efforts to promote donation and transplantation in Europe: the leading role of the Council of Europe and the CD-P-TO. *Organs, Tissues & Cells* 17, 39-48.

Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων (ΕΟΜ). (2018). Πρόσβαση 20.10.2018 στο https://www.eom.gr/

Αναφορά του άρθρου ως: Ευλαβής Γ. & Καυκιά Θ. (2018). Δωρεά οργάνων σώματος και μεταμοσχεύσεις. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης 11(4): 3-5

Citation: Evlavis G. & Kafkia T. (2018). Body organ donation and transplantations. Hellenic Journal of Nursing Science 11(4): 3-5

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Διαχείριση φυσικών καταστροφών και ο ρόλος του νοσηλευτή

Περικλής Ρόμπολας[1], **Γεωργία Μπρέντα**[1]
1.RN, MSc, Ακαδημαϊκός Υπότροφος, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Διαχρονικά η ανθρωπότητα καλείται να αντιμετωπίσει μια σειρά φυσικών καταστροφών, τόσο στις αναπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες. Η αντιμετώπιση των φυσικών καταστροφών απαιτεί διεπιστημονική προσέγγιση και συνεργασία πολλών ειδικοτήτων. Μεταξύ αυτών ιδιαίτερα σημαντικός είναι ο ρόλος των νοσηλευτών, οι οποίοι μπορούν κάτω από ιδιαίτερα κρίσιμες και δυσμενείς συνθήκες να συμβάλλουν στην πρόληψη των ασθενειών, στη φροντίδα, στην παροχή θεραπείας, στην ψυχολογική υποστήριξη και στην εκπαίδευση των ασθενών. Σκοπός της μελέτης ήταν η παρουσίαση των κυριότερων φυσικών καταστροφών που πλήττουν την ανθρωπότητα και των συνεπειών τους, καθώς και του ρόλου του νοσηλευτή στη διαχείρισή τους. Ο ρόλος του νοσηλευτή ως μέλους μιας διεπιστημονικής ομάδας διαχείρισης φυσικών καταστροφών είναι πολυσήμαντος. Η αρχική εκπαίδευση και η συνεχής επιμόρφωση των νοσηλευτών, στηριζόμενες σε σχετικές επιστημονικές μελέτες, μπορεί να βελτιώσει τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας που θα βοηθήσουν την ανθρωπότητα σε περιπτώσεις φυσικών καταστροφών.

Λέξεις κλειδιά: Διαλογή, Επείγουσα Νοσηλευτική, Μαζικές Καταστροφές, Ρόλος Νοσηλευτή, Φυσικά Φαινόμενα.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Περικλής Ρόμπολας
Θηβών 28, Τ.Κ. 26334, Πάτρα
e-mail: probolas@teiwest.gr

Ημερομηνία Υποβολής: 02/07/2018
Ημερομηνία Δημοσίευσης: Οκτώβριος 2018

Αναφορά του άρθρου ως: Ρόμπολας Π. & Μπρέντα Γ. (2018). Διαχείριση φυσικών καταστροφών και ο ρόλος του νοσηλευτή. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης 11(4): 6-16

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ:

- **Οι φυσικές καταστροφές αποτελούν μια πραγματικότητα με πολλές επιπτώσεις.**
- **Απαιτείται κατάλληλος συντονισμός του κρατικού μηχανισμού.**
- **Η επιτυχής αντιμετώπιση των θυμάτων - πληγέντων αφορά σε οργανωμένο, συντονισμένο και αποτελεσματικό προνοσοκομειακό και νοσοκομειακό επίπεδο.**
- **Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διαχείριση των συνεπειών των φυσικών καταστροφών είναι πολυσήμαντος και μπορεί να ενισχυθεί με κατάλληλη εκπαίδευση.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι καταστροφές από φυσικά αίτια, μέσω των οποίων εκτίθενται σε κίνδυνο ανθρώπινες ζωές και περιουσίες, συνεχίζουν να συμβαίνουν, παρά το γεγονός ότι η επιστήμη και η τεχνολογία έχουν βελτιωθεί σημαντικά στον τομέα της διαχείρισης των μαζικών καταστροφών. Την περίοδο 1994-2013, η Emergency Events Database (EM-DAT) κατέγραψε 6.873 φυσικές καταστροφές που προκάλεσαν 1,35 εκατομμύρια απώλειες ζωής (ή 68.000 ετησίως κατά μέσο όρο) και έπληξαν 218 εκατομμύρια ανθρώπους κατ' έτος κατά μέσο όρο. Οι μαζικές καταστροφές δημιουργούν πολλές άμεσες ή και μακροπρόθεσμες ανάγκες όπως προβλήματα υγειονομικής περίθαλψης, έλλειψη τροφής, στέγης και άλλων αναγκών για την επιβίωση του ανθρώπου.

Μια φυσική καταστροφή μπορεί να πλήξει το ίδιο το σύστημα Υγειονομικής Περίθαλψης, είτε με καταστροφή δομών παροχής υγείας ή με αποκλεισμό της πρόσβασης ανθρώπων σε αυτές. Παράλληλα η αναγκαστική μετακίνηση πληθυσμών, η δημιουργία καταλυμάτων και ο πιθανός επακόλουθος συνωστισμός, με ταυτόχρονη ανεπάρκεια ειδών πρώτης ανάγκης και υδροδότησης ή αποχέτευσης πολλαπλασιάζουν τους κινδύνους για μεταδοτικά νοσήματα (Shoaf & Rotman 2000).

Τα προβλήματα υγείας στους πληθυσμούς που βιώνουν μια καταστροφή μπορεί να αφορούν τραυματισμούς, όπως αιμορραγίες, εκδορές, εξαρθρήματα ή κατάγματα, λοιμώδη νοσήματα, επιβάρυνση χρόνιων ασθενών, ψυχολογικές επιπτώσεις ή θανάτους (March 2000). Ανεξάρτητα από την αιτία της καταστροφής, η διαχείριση της απαιτεί ομαδικότητα και συνεργασία τόσο των κρατικών υπηρεσιών, όσο και των επιστημονικών ομάδων. Σημαντική θέση στις ομάδες διαχείρισης φυσικής καταστροφής κατέχει ο νοσηλευτής με έναν ρόλο πολύπλευρο, καθώς δεν περιορίζεται μόνο στη νοσηλεία των θυμάτων αλλά και στην άμεση αντίδραση στο χώρο της καταστροφής, στη διαλογή των θυμάτων, στην ενημέρωση του κοινού και στην προστασία της δημόσιας υγείας για την αποφυγή εξάπλωσης μεταδοτικών νοσημάτων (Μήτση και συν. 2004).

Η νοσηλευτική διαχείριση μαζικών καταστροφών απαιτεί εκτός από την εφαρμογή των βασικών γνώσεων νοσηλευτικής και την ανάπτυξη ιδιαίτερων ικανοτήτων και δεξιοτήτων αντιμετώπισης πολύπλοκων και επειγουσών καταστάσεων.

Προσδιορισμός των Φυσικών Καταστροφών

Σύμφωνα με τα Ηνωμένα Έθνη, «Καταστροφή είναι μια σοβαρή διατάραξη της λειτουργίας μιας κοινότητας ή μιας κοινωνίας, η οποία προκαλεί εκτεταμένες ανθρώπινες, υλικές, οικονομικές ή περιβαλλοντικές απώλειες και επιπτώσεις που υπερβαίνουν την ικανότητα της πληγείσας κοινότητας ή κοινωνίας να τις αντιμετωπίσει χρησιμοποιώντας τους δικούς της πόρους» (United Nations 2009).

Μια από τις πρώτες απόπειρες προσδιορισμού της έννοιας των Φυσικών Καταστροφών ήταν το 1961 από τον Charles Fritz, σύμφωνα με τον οποίο η φυσική καταστροφή ορίζεται ως «ένα γεγονός, συγκεντρωμένο στο χρόνο και το χώρο, στο οποίο μια κοινωνία, ή μια σχετικά αυτάρκης υποδιαίρεση της κοινωνίας, υφίσταται σοβαρό κίνδυνο και επιβαρύνεται με τέτοιες απώλειες για τα μέλη της και τα φυσικά της παρελκόμενα που η κοινωνική δομή διασπάται και η εκπλήρωση όλων ή μερικών βασικών λειτουργιών της κοινωνίας εμποδίζεται» (Peek & Mileti 2002).

Οι Φυσικές Καταστροφές προκαλούν απώλειες ζωής, καθώς και ζημιές σε υλικές εγκαταστάσεις, όπως κτίρια και υποδομές, με αποτέλεσμα να επιφέρουν εκτεταμένες αρνητικές επιπτώσεις στις κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες των επηρεαζόμενων κοινοτήτων (Kulatunga et al. 2014).

Μία ολιστική προσέγγιση του όρου «καταστροφή», δίνεται από τους Levi et al. (2002) σύμφωνα με τους οποίους «ως μαζική καταστροφή χαρακτηρίζεται μία κατάσταση στην οποία σε μικρό χρονικό διάστημα προκύπτει μεγάλος αριθμός θυμάτων σχετικά με τις τρέχουσες δυνατότητες του συστήματος προνοσοκομειακής φροντίδας, αλλά και των άλλων δομών παροχής βοήθειας και διά-

σωσης, οπότε απαιτείται η επιστράτευση των εφεδρειών μέρους ή του συνόλου όλων των Υπηρεσιών της χώρας» (Levi et al. 2002).

Διάκριση των Φυσικών Καταστροφών

Οι φυσικές καταστροφές έχουν μεγαλύτερες επιπτώσεις σε περιοχές της γης, όπου οι φυσικοί κίνδυνοι συναντούν το χαμηλό βιοτικό επίπεδο των ανθρώπων, σε σχέση με τις αναπτυγμένες χώρες, όπου ο άνθρωπος παρουσιάζεται πιο ικανός να ανταποκριθεί βάσει των γνώσεων, υποδομών και τεχνολογικών μέσων που διαθέτει (Rodriguez 2008).

Οι φυσικές καταστροφές μπορούν να διαχωριστούν ανάλογα με την αιτία από την οποία προέρχονται σε ενδογενείς και εξωγενείς φυσικές καταστροφές. Στις ενδογενείς περιλαμβάνονται αυτές που προκαλούνται από γεωφυσικά αίτια όπως σεισμούς, ηφαιστειακές εκρήξεις και μαζικές κινήσεις της γης (κατολισθήσεις ή/και καθιζήσεις) (Μπάκας 2008, Ζωϊδου 2012). Στις εξωγενείς περιλαμβάνονται οι φυσικές καταστροφές που προέρχονται από αποκλίσεις από το συνήθη κύκλο του νερού ή/και από την υπερχείλιση των υδατικών συστημάτων από τον άνεμο, όπως οι πλημμύρες. Επίσης δύνανται να αφορούν σε μετεωρολογικές καταστροφές, που προκαλούνται από βραχυπρόθεσμες έως μεσοπρόθεσμες ατμοσφαιρικές διεργασίες, όπως καταιγίδες, θύελλες, τροπικοί κυκλώνες. Επιπρόσθετα οι κλιματολογικές καταστροφές προκαλούνται από μακροπρόθεσμες διεργασίες (σε φάσμα ενδοεποχειακό έως και χρόνιων διακυμάνσεων του κλίματος), όπως είναι οι ακραίες θερμοκρασίες, οι ξηρασίες και οι πυρκαγιές. Τέλος, οι βιολογικές καταστροφές προκαλούνται από την έκθεση των ζώντων οργανισμών σε μικρόβια ή τοξικές ουσίες, όπως είναι οι επιδημίες. (Μπάκας 2008, Τσακίρης 2009, Ζωϊδου 2012).

Κάποιες από τις παραπάνω Φυσικές Καταστροφές περιγράφονται αναλυτικά στη συνέχεια. Οι σεισμοί προέρχονται από μετατοπίσεις πλακών στο εσωτερικό του στερεού της γης. Η ενέργεια που απελευθερώνεται από μια τέτοια ξαφνική μετατόπιση παράγει σεισμικά κύματα τα οποία εκπέμπονται προς τα έξω, σε όλες τις κατευθύνσεις από το αρχικό σημείο, με αποτέλεσμα να σειστεί η επιφάνεια της γης (Μπάκας 2008). Οι σεισμοί αποτελούν τη λιγότερο προβλέψιμη Φυσική Καταστροφή (Guha Sapir et al. 2004), ενώ παράλληλα αποτελούν μια από τις πιο συχνά εμφανιζόμενες Φυσικές Καταστροφές. Εμφανίζονται απροσδόκητα, απειλούν ζωές και συχνά οδηγούν σε μεγάλης κλίμακας καταστροφές (Priebe et al. 2011). Οι επιπτώσεις των ηφαιστειακών εκρήξεων στους ανθρώπινους πληθυσμούς προέρχονται από ροές λάβας, εκρήξεις, λαχάρ (χείμαρρους λάσπης με ηφαιστειακά συντρίμμια) και νέφος τέφρας (Guha Sapir et al. 2004). Οι κατολισθήσεις περιλαμβάνουν αιφνίδιες μετακινήσεις εδάφους, βράχων και θραυσμάτων σε πλαγιές, οι οποίες δεν είναι πάντα προβλέψιμες. Οι κατολισθήσεις μπορεί να προκληθούν από φυσικά αίτια, όπως η υπερβολική βροχή, η διάβρωση, τα υπόγεια ύδατα, ή από σεισμούς, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να επηρεαστούν και από τις ανθρώπινες δραστηριότητες (Jimerson et al. 2002). Μια άλλη φυσική καταστροφή είναι το παλιρροϊκό κύμα ή αλλιώς Τσουνάμι που αποτελεί ένα κύμα ή μια σειρά από κύματα τα οποία προέρχονται από μια απότομη, κάθετη μετατόπιση του νερού. Η μετατόπιση αυτή μπορεί να προκληθεί από μια σεισμική δραστηριότητα, από μια έκρηξη ηφαιστείου, από μια απότομη κατολίσθηση ή από κάποια μετεωρολογικά φαινόμενα (Bryant 2014). Οι πλημμύρες αποτελούν μία από τις πιο κοινές Φυσικές Καταστροφές. Οι στιγμιαίες πλημμύρες είναι πιο επικίνδυνες, καθώς συμβαίνουν χωρίς προειδοποίηση, κινούνται με μεγάλες ταχύτητες, και καταστρέφουν τα πάντα στο πέρασμα τους (Jimerson, et al. 2002). Οι ανεμοστρόβιλοι και τυφώνες συχνά καλύπτουν πολύ μεγάλες περιοχές και μπορεί να προκαλέσουν θανάτους, τραυματισμούς, και απώλειες περιουσίας (Guha Sapir et al. 2004). Τα φαινόμενα αυτά συνήθως προβλέπονται ημέρες έως και εβδομάδες πριν συμβούν, παρέχοντας στις κοινότητες τον απαραίτητο χρόνο για να προετοιμαστούν κατάλληλα (Jimerson et al. 2002, Weisler et al. 2006). Οι δασικές πυρκαγιές εκδηλώνονται με μεγάλη συχνότητα σε όλο τον κόσμο καταστρέφοντας αγροτικές ή δασικές εκτάσεις. Οι αιτίες που προκαλούν δασικές πυρκαγιές ποικίλουν ανάλογα την περιοχή περιλαμβάνοντας τους κεραυνούς, την ξηρασία, την ανθρώπινη αμέλεια ή τον εμπρησμό. Οι πυρκαγιές μπορούν επίσης να προκαλέσουν εκτινάξεις εύφλεκτων ή φλεγόμενων υλικών, τα οποία μπορούν να δημιουργήσουν νέες εστίες πυρκαγιάς σε σχέση με την αρχική εστία (Jimerson et al. 2002). Τέλος, η ξηρασία αποτελεί μια περίοδο κατά την οποία η υγρασία του εδάφους είναι ανεπαρκής για τις καλλιέργειες. Οι εκτεταμένες ξηρασίες μπορούν να οδηγήσουν σε θανάτους από λιμό ή ασθένειες, ενώ αποτελούν μία από τις βασικές αιτίες των πυρκαγιών (Τζιλίνη & Λαβδανίτη 2016).

Στην Ελλάδα, οι πιο συνηθισμένες φυσικές καταστροφές οφείλονται σε σεισμούς, πλημμύρες και πυρκαγιές, ενώ λιγότερο συχνά, αλλά με εξίσου σοβαρές συνέπειες, φυσικές καταστροφές μπορεί να προκληθούν από κατολισθήσεις, παρατεταμένο καύσωνα, παλιρροϊκά κύματα και ηφαιστειακές εκρήξεις (Ζωϊδου 2012).

Οι Φυσικές Καταστροφές παγκοσμίως

Οι μεγαλύτερες φυσικές καταστροφές παγκοσμίως οφείλονται σε φυσικά φαινόμενα όπως τσουνάμι, σεισμό, κυκλώνα, καύσωνα, παλιρροιακά κύματα, με συνέπεια μεγάλο αριθμό θυμάτων κατά την περίοδο 1980–2014 (Πίνακας 1) (Smith 1996, Λέκκας 2000, Παπαδόπουλος 2000).

Ορισμένες βιβλιογραφικές πηγές αναφέρουν ότι οι απώλειες που προκαλούνται από τις φυσικές καταστροφές μπορεί να είναι ιδιαίτερα αυξημένες και ταχύτερες λόγω της οικονομικής ανάπτυξης (Kundzezwicz 2005), καθώς η αστικοποίηση συγκεντρώνει πληθυσμό σε κάποια συγκεκριμένη περιοχή, με αποτέλεσμα έπειτα από μια φυσική καταστροφή οι απώλειες να είναι μεγαλύτερες (Bouwer 2007).

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Διεθνούς Βάσης Δεδομένων Καταστροφών (Emergency Events Database, EM-DAT), παρά το γεγονός ότι η συχνότητα εμφάνισης των φυσικών καταστροφών παρουσιάζει αύξηση με το πέρασμα των χρόνων, ο αριθμός των θανάτων από φυσικές καταστροφές δεν ακολουθεί την ίδια αυξητική πορεία (Διάγραμμα 1). Ωστόσο, ανά διαστήματα εμφανίζονται καταστροφικά φαινόμενα με μεγάλο αριθμό ανθρώπινων απωλειών (EM-DAT 2016).

Τα τελευταία 20 χρόνια, οι τεκμηριωμένες καταστροφές στην Ευρώπη, έχουν στοιχίσει τη ζωή σε 90.000 άτομα, έχουν επηρεάσει περισσότερα από 29 εκατομμύρια ανθρώπους και έχουν επιφέρει οικονομικές απώλειες ύψους 211 δισεκατομμυρίων ευρώ (Fischer et al. 2011).

Σύνηθες φαινόμενο, μετά την εμφάνιση ενός κινδύνου, είναι η πρόκληση ενός άλλου κινδύνου, διαδικασία γνωστή ως «φαινόμενο ντόμινο». Παραδείγματα αυτού του φαινομένου είναι η ρευστοποίηση των εδαφών, οι καταπτώσεις βράχων, οι κατολισθήσεις και τα θαλάσσια κύματα βαρύτητας τα οποία μπορούν να προκληθούν από σεισμό. Παρόμοιο παράδειγμα αποτελεί η πρόκληση μιας πλημμύρας μετά από δυνατή βροχή και λόγω προηγούμενης δασικής πυρκαγιάς και της έλλειψης δέντρων για να απορροφήσουν το νερό της βροχής (Γινόπουλος 2012, Ζωϊδου 2012).

Αντιμετώπιση των Φυσικών Καταστροφών

Η Διαχείριση των Φυσικών Καταστροφών αποτελείται από τις φάσεις της πρόληψης και της ετοιμότητας, που λαμβάνουν χώρα πριν συμβεί η καταστροφή, καθώς και από τις φάσεις της ανακούφισης από την καταστροφή, της αποκατάστασης και της ανασυγκρότησης, που λαμβάνουν χώρα μετά την επέλευση της καταστροφής (Van Westen 2000). Οι ανωτέρω φάσεις της Διαχείρισης Φυσικών Καταστροφών αποτελούν τον λεγόμενο «Κύκλο Διαχείρισης Φυσικών Καταστροφών», ο οποίος αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο για τη διαχείριση των καταστροφών και των επιπτώσεών τους, και χρησιμοποιείται ήδη από τη δεκαετία του 1970 (Coetzee & Van Niekerk 2012).

Αν και υπάρχουν διάφορες παραλλαγές του Κύκλου Διαχείρισης Φυσικών Καταστροφών, μια από τις επικρατέστερες είναι αυτή που αναπτύχθηκε από το Συντονιστή Αρωγής των Ηνωμένων Εθνών (United Nations Disaster Relief Coordinator - UNDRO) (σχήμα 1). Η φάση της απόκρισης του Κύκλου Διαχείρισης Φυσικών Καταστροφών ορίζεται ως η περίοδος αμέσως μετά την εμφάνιση μιας ξαφνικής Φυσικής Καταστροφής, όταν πρέπει να ληφθούν έκτακτα μέτρα για να αναζητηθούν και να βρεθούν οι επιζώντες, καθώς και για την κάλυψη των βασικών αναγκών τους για στέγη, νερό, τρόφιμα και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη (Coetzee 2009). Κατά τη διάρκεια της φάσης της αποκατάστασης λαμβάνονται αποφάσεις και δρομολογούνται δράσεις με στόχο την αποκατάσταση μιας κοινότητας που έχει πληγεί από μια Φυσική Καταστροφή. Σκοπός της φάσης αυτής είναι να επανέλθει η πληγείσα κοινότητα στις αρχικές συνθήκες λειτουργίας της, ενώ παράλληλα ενθαρρύνει και διευκολύνει τις αναγκαίες προσαρμογές στις αλλαγές που προκαλούνται λόγω της καταστροφής (Coetzee 2009). Η φάση της πρόληψης πριν από μια Φυσική Καταστροφή αποτελείται από διάφορες δράσεις που έχουν αναληφθεί πριν από την επέλευση ενός γεγονότος Φυσικής Καταστροφής, συμπεριλαμβανομένης της ετοιμότητας και των μακροπρόθεσμων μέτρων μείωσης του κινδύνου (Coetzee 2009). Τέλος, η φάση ετοιμότητας αποτελείται από δραστηριότητες που έχουν σχεδιαστεί για να ελαχιστοποιηθεί η απώλεια ζωών και οι υλικές ζημιές, για την οργάνωση της εκκένωσης ή της προσωρινής απομάκρυνσης των ανθρώπων από μια απειλούμενη θέση και για τη διευκόλυνση της έγκαιρης και αποτελεσματικής διάσωσης, ανακούφισης και αποκατάστασης (Coetzee 2009).

Οι φυσικοί αυτοί κίνδυνοι μπορούν να αντιμετωπιστούν με σωστή και ολοκληρωμένη διαχείριση. Τα κύρια επίπεδα της ολοκληρωμένης διαχείρισης των φυσικών καταστροφών είναι η πρόβλεψη και ο σχεδιασμός, η σωστή ενημέρωση, η έγκυρη προειδοποίηση, η λήψη προστατευτικών μέτρων και η αποκατάσταση (Γινόπουλος 2012).

Το ποσοστό των πληγέντων από διάφορες κατηγορίες καταστροφών είναι σημαντικό, ενώ είναι φανερό ότι οι καταστροφές που σχετίζονται με τον καιρό και το κλίμα επηρεάζουν συντριπτικά μεγαλύτερο αριθμό ανθρώπων (Διάγραμμα 2).

Η εφαρμογή της πρόληψης και αντιμετώπισης έκτακτων αναγκών αφορά τόσο τους πολίτες όσο και την πολιτεία, η οποία γι' αυτόν τον σκοπό έχει θεσπίσει αρμόδια όργανα που πρέπει να δραστηριοποιούνται ανάλογα με το είδος και την έκταση της καταστροφής. Ο σχεδιασμός της χώρας μας για την αντιμετώπιση φυσικών καταστροφών κωδικοποιείται με τη συνθηματική λέξη «Ξενοκράτης». Ο Γενικός Γραμματέας Πολιτικής Προστασίας έχει σημαντικό συντονιστικό και εποπτικό ρόλο ανά την επικράτεια. Ταυτόχρονα θα πρέπει να συντονιστούν σε συνεργασία τα αποκεντρωμένα όργανα πολιτικής προστασίας σε επίπεδο Περιφέρειας, Δήμων και Κοινοτήτων με φορείς όπως εξειδικευμένα στελέχη, φορείς κοινής ωφέλειας (ΕΥΔΑΠ, ΔΕΗ, ΟΤΕ κλπ), το Πυροσβεστικό και Λιμενικό Σώμα, η ΕΛ.ΑΣ., οι Ένοπλες Δυνάμεις και εθελοντικές

οργανώσεις (Τζιλίνη & Λαβδανίτη 2016).

Σύμφωνα με το Ν.3013/2002 «Αναβάθμιση της Πολιτικής Προστασίας» και το Γενικό σχέδιο Πολιτικής Προστασίας «Ξενοκράτης»:

• Γενική καταστροφή νοείται η καταστροφή που εκτείνεται σε περισσότερες από τρεις περιφέρειες της χώρας.

• Περιφερειακή καταστροφή μικρής έντασης νοείται αυτή για την αντιμετώπιση της οποίας αρκεί το δυναμικό και τα μέσα πολιτικής προστασίας της περιφέρειας.

• Περιφερειακή καταστροφή μεγάλης έντασης νοείται αυτή για την αντιμετώπιση της οποίας απαιτείται η διάθεση δυναμικού και μέσων πολιτικής προστασίας και από άλλες περιφέρειες ή και από κεντρικές υπηρεσίες και φορείς.

• Τοπική καταστροφή μικρής έντασης νοείται αυτή για την αντιμετώπιση της οποίας αρκεί το δυναμικό και τα μέσα πολιτικής προστασίας σε επίπεδο περιφερειακής ενότητας.

• Τοπική καταστροφή μεγάλης έντασης νοείται αυτή για την αντιμετώπιση της οποίας απαιτείται διάθεση δυναμικού και μέσων πολιτικής προστασίας και από άλλους νομούς, περιφέρειες ή και από κεντρικές υπηρεσίες και φορείς (Γινόπουλος 2012).

Αμέσως μετά από μια καταστροφή, η κατάσταση που επικρατεί είναι συνήθως χαοτική και γι' αυτό το λόγο απαιτείται ο συντονισμός σε όλα τα επίπεδα, τοπικό, περιφερειακό και εθνικό. Είναι απαραίτητο να υπάρχει διάχυση της πληροφορίας μεταξύ των αρμόδιων φορέων και εκτίμηση των απαραίτητων ενεργειών, καθορισμός των απαραίτητων μέσων που απαιτούνται, εκκένωση της περιοχής του συμβάντος, αντιμετώπιση τραυματιών, παροχή πρώτων βοηθειών και έλεγχος για εγκλωβισμένους, εφαρμογή σχεδίου για τη διαχείριση των αποθανόντων και ενημέρωση των οικογενειών και της πληγείσας κοινότητας για την ταυτοποίηση των αγνοουμένων και τη διαχείριση των νεκρών (PAHO 2004, W.H.O. 2005, Σακοράφας και συν. 2016).

Η παρεχόμενη φροντίδα σε προνοσοκομειακό και νοσοκομειακό επίπεδο

Σε μαζικές καταστροφές η «αλυσίδα» της φροντίδας ξεκινά από τον τόπο του ατυχήματος με ένα αυστηρά προκαθορισμένο και οργανωμένο σύστημα προνοσοκομειακής διακίνησης και διαλογής των τραυματιών. Με τη διαλογή προσδιορίζονται οι ασθενείς εκείνοι με πιθανό τραυματισμό και διασφαλίζεται η μεταφορά τους στο κατάλληλο κέντρο τραύματος ή τριτοβάθμιο νοσοκομείο. Η διαδικασία αυτή εκτελείται από έμπειρους διασώστες βάση πρωτοκόλλων λήψης αποφάσεων διαλογής (Frame 2003).

Η διαλογή μπορεί να είναι δύσκολη, καθώς μερικοί επικίνδυνοι τραυματισμοί δεν είναι άμεσα εμφανείς και αντιληπτοί στον τόπο του συμβάντος. Τα θύματα μπορεί να μην φέρουν φανερά σημεία τραυματισμού και μπορεί να είναι σε θέση να περπατούν ή να αρνούνται τη μεταφορά τους στο νοσοκομείο. Ένας ακόμη στόχος της προνοσοκομειακής περίθαλψης είναι να ελαχιστοποιήσει το χρόνο παραμονής στον τόπο του ατυχήματος. Το γεγονός αυτό απαιτεί ακόμη πιο γρήγορη εκτίμηση της κατάστασης των τραυματιών, ώστε να αποφασιστεί ποιος χρήζει μεταφοράς σε νοσοκομείο, παρά μία προσπάθεια να διαγνωστούν όλοι οι τραυματισμοί (Frame 2003).

Το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ) διαχειρίζεται τις απώλειες υγείας σε φυσικές καταστροφές σε συνεργασία με την ΕΛ.ΑΣ. και το Πυρισβεστικό Σώμα. Οι απώλειες υγείας διαχειρίζονται βάσει ενός ταχύρροου σύστηματος διαλογής, το Triage Μαζικών Καταστροφών (Mass Casualty Triage), για την άμεση αναγνώριση και αντιμετώπιση των τραυματιών μεγάλης βαρύτητας και για την αποφυγή σπατάλης πολύτιμου χρόνου και ανθρώπινου δυναμικού (ΕΚΔΔ 2016). Η διαλογή αποτελεί μια σημαντική προνοσοκομειακή ενέργεια που στηρίζεται στην αρχή ότι μικρότερη προτεραιότητα δίνεται σε πολυτραυματίες, βαρέως πάσχοντες και ετοιμοθάνατους. Η διαλογή επηρρεάζεται και από παρόγοντες όπως ο αριθμός των θυμάτων και η επάρκεια φαρμακευτικού – υγειονομικού υλικού. Επακόλουθο της διαλογής είναι η παροχή πρώτων βοηθειών και η μεταφορά των πασχόντων σε νοσηλευτικό ίδρυμα. Χώρο υποδοχής αποτελεί το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), το οποίο θα πρέπει να διαθέτει κατάλληλο εξοπλισμό και εκπαιδευμένο προσωπικό (νοσηλευτές, ιατρούς, διοικητικούς υπαλλήλους) με σαφείς αρμοδιότητες (Λέκκας 2011).

Όσον αφορά τις προϋποθέσεις των χώρων του ΤΕΠ, για την καλύτερη περίθαλψη των θυμάτων, θα πρέπει ο σχεδιασμός τους να επιτρέπει τις απαιτούμενες λειτουργικές προσαρμογές. Για το συντονισμό των ενεργειών του προσωπικού είναι απαραίτητη η παρουσία ενός συντονιστή υπεύθυνου ιατρού. Ο συντονιστής είναι, επίσης, υπεύθυνος για τον καθορισμό του επιπέδου ετοιμότητας του νοσοκομείου. Τα επίπεδα ετοιμότητας είναι τρία:

1ο Επίπεδο (πράσινης) ετοιμότητας: Υπάρχει μικρός αριθμός τραυματιών και γίνεται κινητοποίηση μόνο του προσωπικού του ΤΕΠ.

2ο Επίπεδο (κίτρινης) ετοιμότητας: Γίνεται υποδοχή μεγαλύτερου αριθμού θυμάτων και κινητοποιείται και το προσωπικό των χειρουργείων και της ΜΕΘ.

3ο Επίπεδο (κόκκινης) ετοιμότητας: Γίνεται υποδοχή εκτεταμένου αριθμού θυμάτων και κινητοποιείται όλο το προσωπικό του νοσοκομείου (ΕΚΔΔ 2016).

Στο νοσοκομειακό επίπεδο φροντίδας, η φροντίδα λαμβάνει τόπο στα κέντρα τραύματος ή στο χώρο των ΤΕΠ των νοσοκομείων. Στις περιπτώσεις των φυσικών καταστροφών, οι τραυματίες έχουν ήδη περάσει από διαλογή και στους περισσότερους έχουν δοθεί οι πρώτες βοήθειες. Φυσικά, μέσα στα ΤΕΠ γίνεται επαναδιαλογή

(re-triage) και είτε οι τραυματίες αντιμετωπίζονται άμεσα στο Τμήμα Επειγόντων, είτε αποφασίζεται η μεταφορά τους σε άλλο εξειδικευμένο κέντρο. Είναι, επίσης, ζωτικής σημασίας κατά την παραμονή των τραυματισμένων στην αίθουσα διαλογής, να γίνεται τακτικά η επανεκτίμησή τους για τυχόν μεταβολές στην κατάστασή τους.

Ο ρόλος του Νοσηλευτή στη διαχείριση Φυσικών Καταστροφών

Ο νοσηλευτής ο οποίος καλείται να παρέμβει στην αντιμετώπιση των θυμάτων φυσικών καταστροφών, πρέπει να είναι εφοδιασμένος με ξεχωριστές ικανότητες, δεξιοτεχνίες και εξειδικευμένες γνώσεις προκειμένου να είναι σε θέση να μπορεί να προσφέρει άμεσα και αποτελεσματικά τις υπηρεσίες του στα θύματα, χωρίς να προκαλεί πανικό.

Στην Ελλάδα, για το ευρύ σύνολο, υπάρχει η αντίληψη ότι ο σημαντικότερος ρόλος είναι αυτός του ιατρού. Σύμφωνα όμως με τη βιβλιογραφία, ο ρόλος του νοσηλευτή είναι εξίσου σημαντικός (ICN 2009), πολυδύναμος και ουσιαστικός.

Από την μια παρέχει πρώτες βοήθειες στα θύματα φυσικών καταστροφών και από την άλλη συμβάλλει στην ορθή εκτίμηση και αξιολόγηση της σοβαρότητας της κατάστασης. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να φροντίσει να διατηρήσουν την ψυχραιμία τους οι συγγενείς των θυμάτων και οι συνοδοί τους. Είναι εκείνος που θα τους καθησυχάσει με τον τρόπο του, θα προσπαθήσει να τους στηρίξει ψυχολογικά για το απρόσμενο γεγονός, και είναι εκείνος, επίσης, που με την εν γένει στάση και συμπεριφορά του θα επιδιώξει να τους βοηθήσει, όσο είναι εφικτό, να αντιμετωπίσουν το φόβο, την αγωνία και τον πανικό που δικαιολογημένα τους προκάλεσε η αιφνίδια εκδήλωση της συγκεκριμένης μαζικής καταστροφής (Knox 2005).

Επιπλέον, ο νοσηλευτής μπορεί να παροτρύνει και να ενθαρρύνει τους επιζώντες που δεν έχουν υποστεί κάποιο σοβαρό τραυματισμό, να συμμετέχουν πιο ενεργά στην ομάδα αποκατάστασης των θυμάτων φυσικών καταστροφών, από το να αποτελούν απλούς θεατές εξελίξεων και να παρεμποδίζουν το έργο των διασωστών, καθώς και να λάβει όλα τα απαραίτητα μέτρα προστασίας πρόληψης και προφύλαξης προκειμένου να μην εκτεθούν και άλλοι σε κινδύνους και για να μην προκληθούν και άλλες απώλειες υγείας σε όσους βρίσκονται στον τόπο του ατυχήματος.

Λαμβάνει όλα τα μέτρα και τηρεί όλες τις κατευθυντήριες οδηγίες ασφαλείας, ώστε να μην εκτίθεται και ο ίδιος στους κινδύνους που εγκυμονούν και προσπαθεί με κάθε μέσο να προσφέρει τις υπηρεσίες του στα θύματα με το μικρότερο κόστος. Εφαρμόζει σχέδιο δράσης βάση πρωτοκόλλων και φροντίζει να συντονίζει τις ενέργειες όλης της ομάδας, ώστε να είναι ευέλικτη και να λειτουργεί άμεσα και αποτελεσματικά. Οφείλει να παραμένει ψύχραιμος καθ' όλη τη διάρκεια παραμονής στον τόπο του συμβάντος και προσπαθεί να μεταδώσει την ψυχραιμία του και σε όσους παρευρίσκονται κοντά στα θύματα. Λαμβάνει πρωτοβουλίες και διευκολύνει με κάθε τρόπο και μέσο την ασφαλή και απρόσκοπτη διακομιδή των θυμάτων από τον τόπο της καταστροφής στο χώρο των ΤΕΠ πλησιέστερων νοσοκομείων, όσο πιο έγκαιρα γίνεται. Ταυτόχρονα αποτελεί τον κύριο δίαυλο επικοινωνίας με όλα τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας που εμπλέκονται στη διάσωση των θυμάτων και προσπαθεί, ώστε να λειτουργεί όλη η ομάδα εύρυθμα, άμεσα και απόλυτα συντονισμένα (Βεζυρίδης 2004).

Επειδή όπως αναφέρθηκε κάθε φυσική καταστροφή συμβαίνει απροειδοποίητα είναι απαραίτητο οι νοσηλευτές, ως λειτουργοί υγείας, να είναι πάντοτε έτοιμοι να δράσουν διαθέτοντας κατάλληλο επίπεδο εκπαίδευσης και επικαιροποιημένες γνώσεις, τιθέμενοι στην πρώτη γραμμή του καθήκοντος, ως στρατιώτες (Πεσιρίδης 2009).

Υπάρχουν περιορισμένες μελέτες οι οποίες διερευνούν τις γνώσεις των νοσηλευτών και το βαθμό ετοιμότητάς τους στη διαχείριση καταστροφών. Μελέτη η οποία διεξήχθη στη Σαουδική Αραβία σε στρατιωτικούς, κυβερνητικούς φορείς και νοσηλευτές νοσοκομείων έδειξε ότι οι στρατιωτικοί νοσηλευτές είχαν περισσότερες γνώσεις σχετικά με τις καταστροφές και ότι και οι δύο ομάδες κέρδισαν σε γνώσεις μετά τη συμμετοχή τους σε ασκήσεις καταστροφών.

Μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για τις φυσικές καταστροφές προκαλεί πολλές ανησυχίες, αναφορικά με τους ρόλους των νοσηλευτών στις καταστροφές, την έλλειψη συνεπούς και προσβάσιμης εκπαίδευσης, τα ελλιπή προγράμματα για τους επαγγελματίες υγείας και την απουσία εκπαίδευσης στο προπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών νοσηλευτικής. Βέβαια σε επίπεδο μεταπτυχιακών σπουδών οι νοσηλευτές δύνανται να αποκτήσουν κατ΄επιλογή την απαραίτητη εξειδίκευση.

Το Πλαίσιο Δεξιοτήτων Νοσηλευτικής Καταστροφών του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών (International Council of nurses, ICN) αναπτύχθηκε για να επισημάνει ειδικά τις ικανότητες των νοσηλευτών παρέχοντας το πλαίσιο της συνεχούς διαχείρισης καταστροφών, το οποίο συνδυάζει τις φάσεις της καταστροφής με συγκεκριμένους στόχους.

Οι οδηγίες ICN/WHO εστιάζουν σε συγκεκριμένες ικανότητες για τους νοσηλευτές σε περιπτώσεις καταστροφών για κάθε μία από τις φάσεις καταστροφής, εντός ενός διεθνούς πλαισίου. Ειδικότερα θα πρέπει οι νοσηλευτές να έχουν τη δυνατότητα κατανομής παγκοσμίως,, να εμφανίζουν συνεκτικότητα στην παρεχόμενη φροντίδα, να διευκολύνουν την επικοινωνία, να οικοδομούν εμπιστοσύνη και επαγγελματικές προσεγγίσεις, να εργάζονται για την προώθηση κοινών στόχων, να επιτρέπουν ολιστική

προσέγγιση, να εργάζονται αποτελεσματικά στο πλαίσιο της οργανωτικής δομής που ανήκουν και να λειτουργούν με επιτυχία ως μέλη της διεπιστημονικής ομάδας.

Οι νοσηλευτές ως μέλη της ομάδας διαχείρισης μιας καταστροφής δύνανται να διαδραματίσουν στρατηγικό ρόλο συνεργαζόμενοι με υγειονομικές και κοινωνικές αρχές, κυβερνητικά σώματα, κοινοτικές οργανώσεις, μη κυβερνητικές οργανώσεις, συμπεριλαμβανομένων των ανθρωπιστικών οργανώσεων. Αυτό συμβαίνει καθότι διαθέτουν ένα ευρύ φάσμα δεξιοτήτων κατά την παροχή φροντίδας και ικανότητες όπως ετοιμότητα, προθυμία, δημιουργικότητα, προσαρμοστικότητα και χαρακτηριστικά ηγεσίας, απαραίτητων σε διάφορες καταστάσεις φυσικών καταστροφών. Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι απαραίτητα τόσο κατά τη φάση της άμεσης ανταπόκρισης, όσο και στο πλαίσιο της μακροπρόθεσμης ανάκαμψης. Στη φάση της άμεσης ανταπόκρισης οι νοσηλευτές καλούνται να διατηρήσουν τη ζωή και το επίπεδο υγείας των πληγέντων, μιας και συμμετέχουν στο triage, περιποιούνται τραύματα, παρέχουν πρώτες βοήθειες, διαχειρίζονται οξέα περιστατικά, παρέχουν παρηγορητική φροντίδα και υποστηρίζουν τη δημόσια υγεία. Σε επόμενη φάση παρέχουν εξειδικευμένη φροντίδα, και θεραπεία, ψυχολογική υποστήριξη και συνηγορία, εκπαιδεύουν ασθενείς και εργάζονται για την πρόληψη των μεταδοτικών νοσημάτων (ICN 2009).

Υπό αυτό το πρίσμα, ο νοσηλευτής πρέπει να έχει σαφή ρόλο και αρμοδιότητες, εντός ενός οργανωτικού και λειτουργικού πλαισίου, διαθέτοντας κατάλληλα τυπικά και ουσιαστικά προσόντα που θα ενισχύονται από συνεχή επιμόρφωση και επανεκπαίδευση (Bond & Beaton 2005).

Η νοσηλευτική των φυσικών καταστροφών ουσιαστικά απαιτεί την εφαρμογή βασικών γνώσεων και ικανοτήτων, σε δύσκολες συνθήκες και σε ευμετάβλητες καταστάσεις, τόσο σε επίπεδο ατόμου όσο και σε επίπεδο κοινότητας. Ο νοσηλευτής πρέπει να μπορεί να προσαρμόζει την άσκηση της Νοσηλευτικής Επιστήμης σε συγκεκριμένη κατάσταση και να εργάζεται συνεργατικά με άλλους επαγγελματίες υγείας για να ελαχιστοποιήσει τους κινδύνους για την υγεία που προκαλούνται από την καταστροφή. Επίσης, ο νοσηλευτής οφείλει να γνωρίζει τα όρια των δυνατοτήτων του και να μπορεί να προσαρμόζεται σε μια καταστροφή πράττοντας πάντα εντός των νομικών παραμέτρων άσκησης του επαγγέλματος, στο πλαίσιο σαφών κανόνων ηθικής και δεοντολογίας (Seda 2002).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι φυσικές καταστροφές πλήττουν τις ανθρώπινες κοινωνίες με σημαντικές επιπτώσεις τόσο σε επιπεδο υποδομών, αλλά πρωτίστως στο επίπεδο της υγείας των πληθυσμών. Με γνώμονα τις λιγότερες απώλειες ο ρόλος του νοσηλευτή ως μέλους μιας διεπιστημονικής ομάδας διαχείρισης φυσικών καταστροφών είναι πολυσήμαντος.

Σε μια φυσική καταστροφή οι νοσηλευτές διαθέτοντας ένα ευρύ φάσμα γνώσεων, δεξιοτήτων και ικανοτήτων, καλούνται να συνεργαστούν τόσο με τα στελέχη που λαμβάνουν αποφάσεις και τους συναδέλφους τους, όσο με τα μέλη της κοινότητας αναπτύσσοντας και εφαρμόζοντας συστήματα επιπέδων ετοιμότητας και σχεδιασμού ανταπόκρισης για τον πληθυσμό της κοινότητας πριν, κατά την διάρκεια και μετά την παρέλευση του καταστροφικού συμβάντος (Πεσιρίδης 2009).

Δεδομένου ότι στην Ελλάδα δεν είναι τόσο εξελιγμένο το πεδίο της νοσηλευτικής για τη διαχείριση φυσικών καταστροφών, πρέπει να δημιουργηθούν προγράμματα συνεχιζόμενης κατάρτισης, τα οποία μπορούν να εκπαιδεύσουν σωστά τους νοσηλευτές σε ότι αφορά τις φυσικές καταστροφές. Για να μπορέσουν οι νοσηλευτές να ανταπεξέλθουν και να διαχειριστούν μια καταστροφή, απαραίτητη είναι η σωστή εκπαίδευση και εξειδίκευση πάνω στο αντικείμενο, αλλά και η επικαιροποίηση των γνώσεων τους υποστηριζόμενοι παράλληλα και από την τεχνολογία.

Οι νοσηλευτές αποτελούν το σημαντικό κρίκο της επείγουσας προνοσοκομειακής ή νοσοκομειακής ομάδας διαχείρισης μαζικών απωλειών, ενώ προκειμένου να βελτιωθεί η διαχείριση των φυσικών καταστροφών, απαιτείται συνεχής έρευνα και επαγρύπνηση για την διαμόρφωση κατάλληλου επιπέδου πολιτικών σχεδιασμού και αντίδρασης σε καταστροφές (Τζιλίνη & Λαβδανίτη 2016).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Anderson M.B. (1991). Which costs more: prevention or recovery? in managing natural disasters and environment. Kraimer A. and Munasinghe M.(eds.), pp17-27. Environment department the world bank, Washington DC.

Bond E.F. & Beaton R., (2005). Disaster nursing curriculum development based on vulnerability assessment in the pacific northwest. *Nursing Clinics of North America* (3):441-451

Bouwer L.M., Crompton R.P., Faust E., Hoppe P. & Pielke Jr R.A. (2007). Disaster Management: Confronting Disaster Losses. *Science*. 318-753.

Bryant E. (2014). Tsunami: The Underrated Hazard, 3rd Edition, Springer International Publishing, Switzerland.

Coetzee C. & Van Niekerk D. (2012). Tracking the evolution of the disaster management cycle: A general system theory approach, Jàmbá: J*ournal of Disaster Risk Studies*, Vol. 4(1).

Coetzee C. (2009). The development, implementation and transformation of the Disaster Management Cycle, Dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Development and Management, North - West University, Potchefstroom Campus.

EM-DAT International Disaster Database, EM-DAT International Disaster Database. Ημερομηνία ανάκτησης: 11/06/2016.

Frame S.B. (2003). Διαλογή, Μεταφορά και Συστήματα Τραύματος. In: Γκιούρδας, Β., ed. 2η ελληνική έκδοση PHTLS Basic and Advanced Prehospital Trauma Life Support. Αθήνα, Mosby: 354-363.

Fischer P., Wafaisade A., Bail H., Domres B., Kabir K. & Braun, T. (2011). Civil protection and disaster medicine in Germany today. Langenbeck's Archive of Surgery 523-528.

Guha – Sapir D., Hargitt D. & Hoyois P. (2004). Thirty years of natural disasters 1974- 2003: the numbers, Centre for Research on the Epidemiology of Disasters. Louvain–La–Neuve: UCL Presses, Universitaires de Louvain.

Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών. Διαθέσιμο στο: http://www.icn.ch/, Ημερομηνία ανάκτησης: 8/04/2016.

Jimerson S.R., Brown J.A., Saeki E., Watanabe Y., Kobayashi T. & Hatzichristou C. (2002). Natural Disasters, In Brock, S.E. Lazarus, P.J. & Jimerson, S.R. (Eds.), Best practices in school crisis prevention and intervention, Bethesda, MD: National Association of School, pp. 573 –596. Psychologists Press.

Knox A. (2005). The 14th World Congress on Disaster and Emergency Medicine Introduces an International Nursing Section. *Disaster Management & Response* 3(4): 96.

Kulatunga J.J., Yates U. & Wedawatta G. (2014). Culture and the psychological impacts of natural disasters: Implications for disaster management and disaster mental health, *The Built & Human Environment Review* Vol. 7, pp. 1 –10.

Kundzewicz Z.W., (2005). Is the frequency and intensity of flooding changing in Europe?. In: Kirch W., Bertollini R. & Menne, B (eds), Extreme weather events and public health responses, Springer, Berlin- Heidelberg, pp. 25-32.

Levi L., Michaelson M., Admi H., Bregman D. & Bar-Nahor R. (2002). National strategy for mass casualty situations and its effects on the hospital. *Prehospital Disaster Medicine* 17:12-16.

March G. (2002). Natural Disasters and the Impacts on Health, The University of Western Ontario Faculty of Medicine and Dentistry Summer Student with ICLR - 2002. Accessed on: 1/9/2016.

Pan American Health Organization. (2004). Management of Dead Bodies in Disaster Situations, Disaster Manuals and Guidelines Series Nº 5, Washington, D.C: PAHO, pp. 190.

Peek L.A. & Mileti D.S. (2002). The History and Future of Disaster Research, in Martin F.M., Cheung M.C., Knowles M., Kyrios L., Littlefield J.B. & Overmier J.M., Priet (Editors), IAAP Handbook of Applied Psychology, Wiley –Blackwell Publishing Ltd, Oxford, UK.

Priebe S., Marchi F., Bini L., Flego M., Costa A. & Galeazzi G. (2011). Mental disorders, psychological symptoms and quality of life 8 years after an earthquake: findings from a community sample in Italy. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Vol. 46, pp. 615 –621.

Rodriguez J., Vos F., Below R. & Guha- Sapir D. (2009). Annual Disaster Statistical Review. The numbers and trends. Centre for Research on the Epidemiology of Disasters, Université Catholique de Louvain, Brussels.

Shoaf K.I. & Rotman S.I. (2000). Public health impact of disasters. *Australian Journal of Emergency Managemen*t, pp. 58-63.

Smith K. (1996). Environmental Hazards: Assessing Risk and Reducing Disaster, Routledge, London.

United Nations (2009). UNISDR Terminology on disaster risk reduction, United Nations, International Strategy for Disaster Reduction Secretariat, Geneva.

Van Westen C.J. (2010). Remote Sensing for Natural Disaster Management, International *Archives of Photogrammetry and Remote Sensing*, Vol. XXXIII, Part B7, pp. 1609 –1617.

Weisler R.H., Barbee J.G. & Townsend M. H. (2006). Mental health and recovery in the Gulf Coast after Hurricanes Katrina and Rita. *Journal of the American Medical Association*, Vol. 296, pp. 585–588

WHO (2005). Health Action in Crises – Annual Report, Geneva.

Βεζυρίδης Π. (2004). Ψυχολογικές αντιδράσεις του πληθυσμού στις μαζικές καταστροφές. *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*, 43(2): 173-178.

Γινόπουλος Ζ. (2012). Πρόληψη και διαχείρηση πλημμυρικών κινδύνων από τσουνάμι και μετεωρολογική παλίρροια στην παράκτια ζώνη. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης. Πολυτεχνική Σχολή. Τμήμα Πολιτικών Μηχανικών, Θεσσαλονίκη.

ΕΚΔΔ. Διαθέσιμο στο: http://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies_esdd/13/4/399.pdf, Ημερομηνία ανάκτησης: 9/04/2016.

Ζωΐδου Κ. (2012). Εφαρμογή εκτίμησης της πλημμυρικής και κατολισθητικής επικινδυνότητας σε περιοχή του Ν. Χαλκιδικής. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης. Πολυτεχνική Σχολή. Τμήμα Πολιτικών Μηχανικών, Θεσσαλονίκη.

Λέκκας Ε. (2011). Επιχειρησιακή οργάνωση των δήμων του ΑΣΔΑ για την πολιτική προστασία & την αντιμετώπιση φυσικών & περιβαλλοντικών κινδύνων επιχειρησιακή οργάνωση των Δήμων του ΑΣΔΑ για την πολιτική προστασία & την αντιμετώπιση φυσικών & περιβαλλοντικών κινδύνων Γ΄ ΦΑΣΗ: Επιχειρησιακά Σχέδια Εκτάκτων Αναγκών. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών Τμήμα Γεωλογίας – Τομέας Δυναμικής Τεκτονικής Εφαρμοσμένης Γεωλογίας, Αθήνα.

Παπαδόπουλος Γ. (2000). Η Πολιτική Προστασία στην Ελλάδα. Αντιμετώπιση Φυσικών και Τεχνολογικών Καταστροφών. Εκδόσεις ΙΩΝ, Αθήνα, σ. 174 – 195.

Παπαδόπουλος Γ. (2000). Historical earthquakes and tsunamis in the Corinth Rift, Central Greece, Athens: National Observatory of Athens - Institute of Geodynamics.

Prehospital Trauma Life Support. (2016). Διαχείριση καταστροφών. Μετάφραση: Σακοράφας Γ, Ψαθέρης Γ, Ρούσσος Ε. Επιμέλεια Πλεξουσάκης Ε, Κουκόπουλος Π. Εκδόσεις Λαγός, Αθήνα.

Πεσιρίδης Θ. (2009). Μαζικές Καταστροφές – Μαζικές απώλειες Υγείας: Εκπαίδευση και προετοιμασία των Νοσηλευτών. *Νοσηλευτικό Δελτίο*, 15:8-9.

Τζιλίνη Μ., Λαβδανίτη Μ. (2016). Φυσικές Καταστροφές και οι επιπτώσεις στην Υγεία. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, 5(3):269-281.

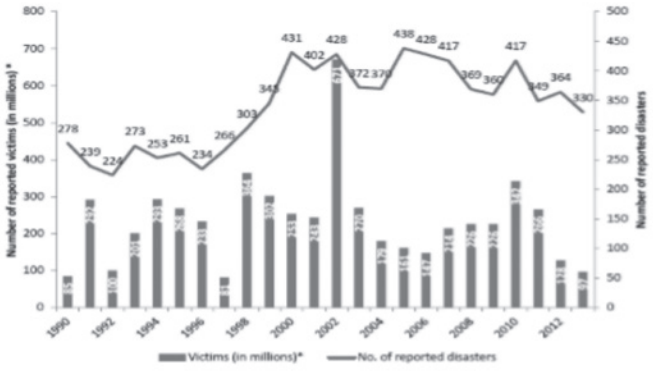
Τσακίρης Γ. (2009). Συστημική Προσέγγιση στην Ανάλυση των Φυσικών Κινδύνων και των Φυσικών Καταστροφών, διδακτικές σημειώσεις, Κέντρο Εκτίμησης Φυσικών Κινδύνων & Προληπτικού Σχεδιασμού, Ε.Μ.Π., Αθήνα.

ΠΙΝΑΚΕΣ ΚΑΙ ΣΧΗΜΑΤΑ

Πίνακας 1. Οι μεγαλύτερες Φυσικές καταστροφές παγκοσμίως, με βάση τον αριθμό των θυμάτων, κατά την περίοδο 1980 – 2014 (Πηγή: http://www.munichre.com/)

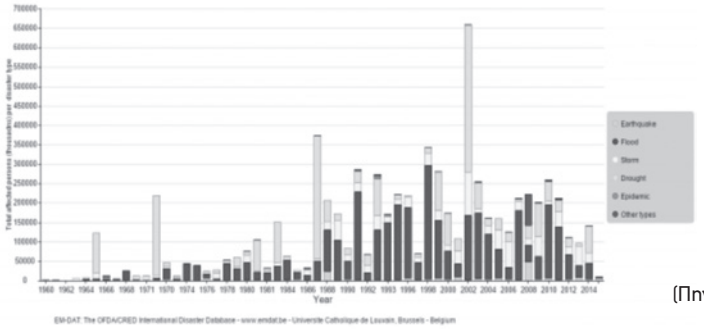
Ημερομηνία	Γεγονός	Πληγείσες περιοχές	Αριθμός θυμάτων
11.3.2011	Σεισμός, Τσουνάμι	Honshu:Japan	15.893
12.1.2010	Σεισμός	Haiti: Port-au-Prince, Petionville, Jacmel, Carrefour, Leogane, Petit Goave, Gressier	222.570
26.12.2004	Σεισμός, Τσουνάμι	Sri Lanka, Indonesia, Thailand, India, Bangladesh, Myanmar, Maldives, Malaysia	220.000
2.5.2008	Κυκλώνας, Παλιρροιακά κύματα	Myanmar: Ayeyawaddy, Yangon, Bugalay, Rangun, Irrawaddy, Bago, Karen, Mon, Laputta, HaingKy	140.000
29.4.1991	Κυκλώνας, Παλιρροιακά κύματα	Bangladesh: Gulf of Bengal, Cox's Bazar, Chittagong, Bola, Noakhali districts, esp. Kutubdia	139.000
8.10.2005	Σεισμός	Pakistan,India,Afghanistan	88.000
12.5.2008	Σεισμός	China: Sichuan, Mianyang, Beichuan, Wenchuan, Shifang, Chengdu, Guangyuan, Ngawa, Ya'an	84.000
Ιούλιο /Αύγουστος 2003	Καύσωνας	Europe, esp. France, Germany, Italy, Portugal, Romania, Spain, United Kingdom	70.000
Ιούλιος /Σεπτέμβριος 2010	Καύσωνας	Russia: Moskow region, Novgorod, Ryazan, Voronezh	56.000
20.6.1990	Σεισμός	Iran: Caspian Sea, Gilan province, Manjil, Rudbar, Zanjan, Safid, Qazvin	40.000
26.12.2003	Σεισμός	Iran: Bam	26.200

Διάγραμμα 1. Αριθμός θυμάτων (νεκροί - πληγέντες) & καταστροφές περιόδου 1990-2013



(Πηγή: Guha-Sapir et al., 2014)

Διάγραμμα 2. Συνολικός άριθμός πληγέντων από καταστροφές



(Πηγή: Στοιχεία EM-DAT, 2014)

Σχήμα 1. Κύκλος Διαχείρισης Φυσικών Καταστροφών



(Πηγή: Coetzee, 2009)

REVIEW

Natural disaster management and the nurse's role

Periklis Rompolas[1], Georgia Brenda[1]
1RN, MSc, Research Scholar, Department of Nursing, TEI of Western Greece

ABSTRACT
Over time, humanity has to face a series of natural disasters, both in developed and developing countries. Addressing mass disasters requires multidisciplinary approach and multi-disciplinary cooperation. Among these, the role of nurses, who can, under particularly critical and adverse conditions, contribute to disease prevention, provision of care, treatment, psychological support and patient education. The purpose of the study was to present the main natural disasters affecting humanity and their consequences and the role of nurses in their effective management. The nurse's role as a member of a multidisciplinary disaster management group is very important. Initial education and continuous training of nurses, based on relevant scientific studies, can improve the health services provided to help humanity during natural disasters.

Key- words: Emergency Nursing, Triage, Mass Destruction, Natural Phenomena, Nurse Role.

Corresponding author: Periklis Rompolas
Thivon 28, 26334, Patras
e-mail: probolas@teiwest.gr

Submission date: 02/07/2018
Publication date: October 2018

Citation: Rompolas P. & Brenda G. (2018). Natural disaster management and the nurse's role. Hellenic Journal of Nursing Science 11(4): 6-16

Διαχείριση και Φροντίδα του Μετεγχειρητικού Παιδιατρικού Πόνου

Ευγενία Σιούτη[1], Μάρθα Κελέση[2], Ευάγγελος Δούσης[3], Γεωργία Φασόη[2], Άννα Καυγά[4], Ευγενία Βλάχου[2]
1.Νοσηλεύτρια MSc(c) Παιδοκαρδιοχειρουργική κλινική, Ιασώ Παίδων, 2.Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, 3.Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
4.Λέκτορας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο πόνος αποτελεί μια δυσάρεστη εμπειρία, τόσο για τους ενήλικες, όσο και για τα παιδιά. Για την καλύτερη αντιμετώπιση του παιδιατρικού πόνου, έχουν αναπτυχθεί πολλά πρωτόκολλα, φαρμακευτικά και μη. Σημαντική παράμετρος στη σωστή διαχείριση του πόνου, είναι η εκτίμηση του, η οποία πραγματοποιείται με κλίμακες ελέγχου του πόνου, η επιλογή των οποίων γίνεται με βάση το είδος του πόνου και το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού.
Σκοπός της παρούσας συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης ήταν η διερεύνηση της διαχείρισης του παιδιατρικού μετεγχειρητικού πόνου από επαγγελματίες υγείας (κυρίως νοσηλευτές) και γονείς.
Μεθοδολογία: Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας έγινε στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων PubMed, ξεκίνησε στις 23 Ιουνίου 2017 έως 30 Σεπτεμβρίου του 2017 με λέξεις κλειδιά που αφορούσαν τη διαχείριση του μετεγχειρητικού πόνου σε άτομα κάτω των 18 ετών.
Αποτελέσματα: Κατά την αναζήτηση εντοπίστηκαν 53 άρθρα που πληρούσαν τα κριτήρια της αναζήτησης, εκ των οποίων τα 6 πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης στη μελέτη. Σύμφωνα με αυτά, η αντιμετώπιση του παιδιατρικού μετεγχειρητικού πόνου είναι αποτελεσματική όταν εκτιμάται με αξιόπιστες κλίμακες από τα ίδια τα παιδιά, με τη συνεργασία των επαγγελματιών υγείας. Η αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου προϋποθέτει την εφαρμογή των κατάλληλων θεραπευτικού παρεμβάσεων, ανάλογα με τον εκλυτικό παράγοντα του πόνου, αλλά και την παράλληλη συμμετοχή των γονέων στη θεραπευτική παρέμβαση.
Συμπεράσματα: Για τη βέλτιστη διαχείριση του παιδιατρικού μετεγχειρητικού πόνου, πρέπει να υπάρχει συνεχής εκπαίδευση των νοσηλευτών στις νέες τεχνικές αξιολόγησης και αντιμετώπισης του. Απαραίτητη, βέβαια, είναι και η καλή συνεργασία των παιδιών, των νοσηλευτών και των γονέων.

Λέξεις κλειδιά: : γονείς, διαχείριση πόνου, νοσηλευτής, παιδιατρικός μετεγχειρητικός πόνος

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας: Ευγενία Σιούτη
e-mail: jennysiouti@gmail.com

Ημερομηνία υποβολής: 02.05.2018
Ημερομηνία δημοσίευσης: Οκτώβριος 2018

Αναφορά του άρθρου ως: Σιούτη Ε., Κελέση Μ., Δούσης Ε., Φασόη Γ., Καυγά Α. & Βλάχου Ε. (2018). Διαχείριση και φροντίδα του μετεγχειρητικού παιδιατρικού πόνου. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης 11(4): 17-26

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ:

- **Ο πόνος είναι προσωπικό και υποκειμενικό βίωμα, μοναδικό για κάθε άτομο**
- **Η εκτίμηση του πόνου είναι πιο δύσκολη σε παιδιά, κυρίως λόγω της μειωμένης αντιληπτικής ικανότητας στα μικρά παιδιά**
- **Η συμμετοχή των γονέων/κηδεμόνων στη διαδικασία εκτίμησης και αντιμετώπισης του μετεγχειρητικού παιδιατρικού πόνου είναι απαραίτητη**
- **Η αντιμετώπιση του παιδιατρικού πόνου είναι αποτελεσματική όταν εκτιμάται από τα ίδια τα παιδιά, όταν ο επαγγελματίας υγείας είναι καλά εκπαιδευμένος και όταν ο γονέας συμμετέχει ενεργά στην όλη διαδικασία.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο πόνος είναι ένα προσωπικό και υποκειμενικό φαινόμενο, το οποίο είναι μοναδικό για κάθε άτομο. Σύμφωνα με τη Διεθνή Εταιρεία για τη Μελέτη του Πόνου (International Association for the Study of Pain), ο πόνος είναι: «Μια δυσάρεστη αισθητηριακή και συναισθηματική εμπειρία που συνδέεται με την πραγματική ή πιθανή βλάβη» (IASP 2010). Ο πόνος εξαρτάται από το πώς το άτομο βιώνει το συναίσθημα και σχετίζεται με την ψυχολογική του κατάσταση. Η Εταιρεία Παιδιατρικών Αναισθησιολόγων (Association of Pediatric Anesthesiologists 2008), προτείνει η διαχείριση του πόνου να σχεδιάζεται και να λαμβάνει υπόψη την ηλικία και το στάδιο ανάπτυξης του παιδιού, καθώς και τις διαφορές στις αντιδράσεις σε επώδυνα ερεθίσματα σε όλη την παιδική ηλικία, αλλά και μεταξύ των παιδιών (Olowe & Purity 2014).

Σύμφωνα με τους McGrath & Finley (1999), ορισμένα αίτια της πρόκλησης του παιδικού πόνου οφείλονται σε:

- Χρόνια νοσήματα (αναιμίες, σακχαρώδης διαβήτης, αυτοάνοσα νοσήματα) και χρόνιες καταστάσεις (φλεγμονώδης νόσος του εντέρου)
- Τραυματισμό (φυσικό, επεμβατικό, θερμικό, χημικό ή ηλεκτρικό (πχ. εγκαύματα)
- Απειλητικά νοσήματα για τη ζωή, όπως οξύς και χρόνιος πόνος σε καρκίνο.

Ταξινόμηση μετεγχειρητικού πόνου

Η ταξινόμηση του μετεγχειρητικού πόνου βασίζεται στις θέσεις, που εντοπίζεται ο πόνος και η έντασή του. Με βάση τις θέσεις του πόνου, το βίωμα του παιδιού μπορεί να ταξινομηθεί σε τραυματικό πόνο, σωματικό πόνο και σπλαχνικό πόνο. Ανάλογα με την ένταση του πόνου, μπορεί να ταξινομηθεί σε ήπιο, μέτριο, σοβαρό και ακραίο πόνο (Hong 2006).

Ο παιδιατρικός πόνος είναι ένα πολύπλοκο, φευγαλέο και πολυδιάστατο φαινόμενο. Οι Apfelaum et al (2012), ανέφεραν ότι η συναισθηματική συνιστώσα του πόνου είναι ιδιαίτερα ισχυρή σε βρέφη και παιδιά. Η απουσία των γονέων, το περιβάλλον, που δεν είναι οικείο και η έλλειψη αισθήματος ασφάλειας, μπορεί να προκαλέσει πιο έντονο πόνο από τη χειρουργική τομή.

Τα συναισθήματα των παιδιών (όπως ο φόβος, το άγχος και η αγωνία) σπάνια συνδέονται με τον πόνο. Υπάρχει σχέση μεταξύ του άγχους και του πόνου. Δηλαδή, ο φόβος επιδεινώνει τον πόνο και ο πόνος με τη σειρά του φαίνεται να αυξάνει το φόβο και το άγχος. Επιπλέον, ο φόβος μπορεί να προκαλέσει μεγαλύτερη σωματική και συναισθηματική δυσφορία. Επομένως, η διαχείριση του πόνου θα πρέπει να είναι επαρκώς διαφοροποιημένη, ώστε να ληφθούν υπόψη οι διάφορες διαστάσεις (Hong 2006).

Εκτίμηση του πόνου

Σε αντίθεση με τους ενήλικες, η εκτίμηση του πόνου είναι δύσκολη σε παιδιατρικούς ασθενείς, με αποτέλεσμα η θεραπεία να μην είναι αποτελεσματική. Η έλλειψη της ικανότητας αντίληψης του πόνου, ειδικά στα βρέφη, οι προηγούμενες οδυνηρές καταστάσεις και άλλοι παράγοντες δυσχεραίνουν την εκτίμηση του πόνου (Mak et al 2011).

Η εκτίμηση του παιδικού πόνου περιλαμβάνει τη λήψη ιστορικού, την κλινική εξέταση, τη διάγνωση των αιτιών του πόνου και τη μέτρηση της σοβαρότητάς του με τη χρήση κατάλληλων εργαλείων για την ηλικία των παιδιών. Κατά τη λήψη ιστορικού του πόνου, οι επαγγελματίες υγείας (παιδίατρος, νοσηλευτές) θα εκτιμήσουν την εντόπιση, τη διάρκεια και τα χαρακτηριστικά του πόνου, όπως και τις συνέπειες του στην καθημερινότητα του παιδιού στις διάφορες πλευρές της ζωής του, όπως στον ύπνο, τη συναισθηματική του κατάσταση, τις σχέσεις του, την ανάπτυξη και τη φυσιολογική του λειτουργικότητα (Palermo 2009).

Η έκφραση του πόνου εξαρτάται από την ηλικία του παιδιού, τη γνωστική του ανάπτυξη και το κοινωνικο-πολιτισμικό του πλαίσιο, ενώ πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στις αναπτυξιακές διακυμάνσεις σε κάθε συμπεριφορική εκδήλωση του πόνου.

Τα μικρά παιδιά χρησιμοποιούν απλές λέξεις, που μαθαίνουν από το οικογενειακό τους περιβάλλον για να εκφράσουν τον πόνο, όπως «ωχ», και μπορεί να δείχνουν το μέρος του σώματος στο οποίο αισθάνονται τον πόνο. Λεκτικά, η παρουσία του πόνου αναδύεται μεταξύ 2 και

4 ετών. Σταδιακά, μαθαίνουν να διακρίνουν τρία επίπεδα πόνου, όπως «λίγο», «αρκετά» και «πολύ». Στην ηλικία των 5 ετών, τα παιδιά έχουν την ικανότητα να περιγράψουν τον πόνο και να καθορίσουν την έντασή του. Στην ηλικία των 6 ετών, μπορούν να διαφοροποιήσουν τα επίπεδα της έντασης του πόνου. Στις ηλικίες 7 έως 10 ετών, μπορούν να εξηγήσουν και την αιτία του πόνου (WHO 2012).

Όταν τα παιδιά δεν μπορούν να μιλήσουν, η αναφορά του πόνου γίνεται από τους γονείς και/ή τους φροντιστές τους (Breau & Burkitt 2009). Η παρατήρηση της συμπεριφοράς σε σχέση με τον πόνο αποτελεί αξιόπιστη προσέγγιση για την εκτίμηση του φαινομένου σε παιδιά κάτω των τριών ετών, καθώς και σε παιδιά με περιορισμένες λεκτικές και γνωστικές ικανότητες. Οι συμπεριφορικές αντιδράσεις μπορεί να διαφοροποιούνται ανάλογα αν ο πόνος είναι οξύς ή επίμονος. Οι κύριες ενδείξεις συμπεριφοράς που υποδηλώνουν οξύ πόνο είναι η έκφραση του προσώπου, οι κινήσεις και η στάση του σώματος, η αδυναμία του παιδιού να παρηγορηθεί, το κλάμα και ο γογγυσμός.

Όταν πρόκειται για χρόνιο πόνο, η συμπεριφορά του παιδιού περιέχει την παθολογική στάση σώματος, το φόβο μετακίνησης, την έλλειψη έκφρασης του προσώπου, την έλλειψη ενδιαφέροντος για το περιβάλλον, την αδικαιολόγητη ηρεμία, την αυξημένη ευερεθιστότητα, την κακοδιαθεσία, τις διαταραχές ύπνου, το θυμό, τις αλλαγές στην όρεξη και την χαμηλή σχολική επίδοση (Von Baeyer & Spagrud 2007).

Εντούτοις, τα παιδιά μπορεί να μην έχουν τις αναμενόμενες αντιδράσεις του πόνου και αυτό διότι φοβούνται μια πιο επώδυνη παρέμβαση (πχ. ο φόβος των ενέσεων). Στα προλεκτικά στάδια ανάπτυξης, οι γονείς είναι εκείνοι που γνωρίζουν από προγενέστερες εμπειρίες πόνου του παιδιού τους και την ενδεικτική συμπεριφορά τους. Επιπρόσθετα, η δική τους συμπεριφορά, οι πεποιθήσεις και οι αντιλήψεις τους μπορεί να έχουν σημαντική επίδραση στην απάντηση του παιδιού τους στον πόνο (Pillai Riddell & Racine 2009).

Ο έλεγχος του παιδιατρικού πόνου μετά από χειρουργική επέμβαση έχει ερευνηθεί εκτενώς. Από τα μέσα της δεκαετίας του 1980, η ανάγκη βελτίωσης του ελέγχου του μετεγχειρητικού πόνου αποτέλεσε ζήτημα προς διερεύνηση. Κατά τα τελευταία 20 χρόνια, τα παιδιατρικά νοσοκομεία έχουν εφαρμόσει πρωτόκολλα διαχείρισης του μετεγχειρητικού πόνου. Σήμερα, ο πόνος θεωρείται ως το πέμπτο ζωτικό σημείο και η βελτίωση της διαχείρισης του πόνου μειώνει το χρόνο ανάρρωσης του ασθενούς και τις επιπλοκές (Heinrich et al 2016).

Αντιμετώπιση του πόνου

Η αντιμετώπιση του πόνου θα πρέπει να πραγματοποιείται με πολλαπλά μέσα, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης φαρμακολογικών και μη φαρμακολογικών μεθόδων. Οι θεραπείες θα πρέπει να καλύπτουν τις ψυχολογικές, κοινωνικές και πνευματικές ανάγκες των παιδιατρικών ασθενών (Owens et al 2014).

Οι παιδιατρικοί νοσηλευτές είναι οι επαγγελματίες, που έχουν εκπαιδευτεί για να βοηθήσουν τα παιδιά και τις οικογένειές τους, στην αντιμετώπιση του πόνου. Επίσης, η συμβολή των γονέων είναι σημαντική στη διαχείριση του παιδιατρικού πόνου, αφού προηγηθεί εκπαίδευση από το νοσηλευτικό προσωπικό (Olowe & Purity 2014).

Για να μπορέσει ο παιδιατρικός νοσηλευτής να ανταπεξέλθει στο έργο του, πρέπει να λάβει τη σωστή εκπαίδευση, κατάρτιση, γνώση των νέων πρακτικών και να αναπτύξει τις ικανότητές του, προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα της περίθαλψης του μετεγχειρητικά. Εντούτοις, μελέτες, όπως των Ramira et al (2016), δείχνουν ότι οι νοσηλευτές υστερούν στις πρακτικές αντιμετώπισης του παιδιατρικού πόνου. Ειδικότερα, υστερούν στο κομμάτι, που σχετίζεται με την αξιολόγηση του πόνου, με αποτέλεσμα την ανεπαρκή διαχείρισή του. Επίσης, η μελέτη των Μάτζιου & συν (2008), έδειξε ότι είναι απαραίτητο να σχεδιαστούν και να υλοποιηθούν εκπαιδευτικά προγράμματα διαχείρισης του παιδιατρικού πόνου για το νοσηλευτικό προσωπικό.

Σύμφωνα με μελέτες, ο ρόλος των γονέων στη φροντίδα του παιδιού κατά τη διάρκεια της νοσηλείας έχει αλλάξει σημαντικά. Οι γονείς, πλέον συμμετέχουν στη φροντίδα του, όπως και στη λήψη αποφάσεων, που σχετίζονται με τη θεραπεία. Είναι γεγονός ότι οι αντιδράσεις των παιδιών στον πόνο παρουσιάζουν ιδιαίτερη ποικιλομορφία και είναι επόμενο στο πλάνο ανακούφισης και αντιμετώπισης του παιδιατρικού πόνου, να έχουν λόγο και οι γονείς του, καθώς γνωρίζουν τις ιδιαιτερότητες του παιδιού (Σταμουλαρά & συν 2013).

Οι γονείς είναι η πιο ισχυρή μη φαρμακολογική μέθοδος ανακούφισης από τον πόνο των παιδιών. Η παρουσία του γονέα μειώνει σημαντικά το άγχος που συνδέεται με τον πόνο και νοσηλεία (Broome 2000).

Μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο μετά από μια χειρουργική επέμβαση τα παιδιά λαμβάνουν αναλγητική αγωγή από το στόμα. Σε σημείο αυτό την ευθύνη αναλαμβάνουν οι γονείς για τον επαρκή έλεγχο του πόνου. Οι παιδιατρικοί νοσηλευτές πρέπει να διαθέτουν χρόνο για να συζητήσουν με τους γονείς τη σημασία της αντιμετώπισης του πόνου και τα οφέλη της για την προαγωγή της επούλωσης του χειρουργικού τραύματος. Οι γονείς πρέπει να γνωρίζουν ότι μια ξαφνική αύξηση της έντασης του πόνου μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση επιπλοκής, που θα απαιτεί ιατρική φροντίδα.

Ο παιδιατρικός νοσηλευτής πρέπει να καθοδηγεί και να εκπαιδεύει τους γονείς, ώστε να είναι σε θέση να αξιολογήσουν το πόνο του παιδιού τους, όπως και τα παιδιά σχολικής ηλικίας και εφήβους, να αξιολογούν τον πόνο

τους. Επίσης, οι γονείς και τα παιδιά εκπαιδεύονται σχετικά με τη δοσολογία και τη συχνότητα χορήγησης του αναλγητικού φαρμάκου και τις παρενέργειές του. Επιπλέον, προτείνουν στους γονείς και τα παιδιά μη φαρμακολογικές μέθοδους για τον έλεγχο του πόνου και τους ενθαρρύνει να τις χρησιμοποιούν (London et al 2010).

Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με τον παιδιατρικό πόνο

Κάθε χρόνο περίπου 4 εκατομμύρια παιδιά υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση στις ΗΠΑ, αλλά λίγα είναι γνωστά σχετικά με την επίδραση της χειρουργικής επέμβασης και του μετεγχειρητικού πόνου στη μετεγχειρητική ποιότητα της ζωής των παιδιών (Rabbitts et al 2015). Το γεγονός αυτό υπήρξε και η αφορμή να διεξαχθούν ορισμένες έρευνες τα τελευταία χρόνια, προκειμένου να μελετήσουν κατά πόσο ο πόνος, και ιδιαίτερα ο μετεγχειρητικός πόνος, επηρεάζει τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των παιδιών.

Ο χρόνιος πόνος είναι ένα χαρακτηριστικό, που μειώνει την ποιότητα ζωής, τόσο των ενηλίκων ασθενών όσο και των παιδιών. Στην μελέτη των Gold et al (2009), που πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ, διερευνήθηκε η ποιότητα ζωής των παιδιών ηλικίας 8-18 ετών με χρόνιο πόνο. Η μελέτη έδειξε ότι τα παιδιά με έντονο χρόνιο πόνο είχαν χαμηλότερη ποιότητα ζωής. Παρομοίως, στη Μεγάλη Βρετανία, οι Mahrer et al (2012), μελέτησαν κατά πόσο οι ψυχολογικές επιπτώσεις της ύπαρξης του χρόνιου πόνου επηρεάζουν τη ζωή των παιδιών ηλικίας 8-18 ετών και έδειξαν ότι η υψηλότερη ένταση του πόνου σχετίζεται με τη χαμηλή ποιότητα ζωής των παιδιών και ειδικά των κοριτσιών.

Κατά την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας βρέθηκε μόνο μία μελέτη, των Rabbitts et al (2015), που ερεύνησαν τον μετεγχειρητικό πόνο και την ποιότητα ζωής των παιδιών ηλικίας 2-18 ετών. Η έρευνα, που πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ, έδειξε ότι ένα μεγάλο ποσοστό παιδιών είχαν σημαντική επιδείνωση της ποιότητας ζωής, η οποία συνδέεται με το μετεγχειρητικό πόνο, 1 μήνα μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης ήταν η διερεύνηση των νέων μεθόδων διαχείρισης του παιδιατρικού πόνου από επαγγελματίες υγείας (κυρίως νοσηλευτές) και γονείς. Με βάση το σκοπό της μελέτης οι επιμέρους στόχοι είναι:

1. Μελέτη του παιδιατρικού μετεγχειρητικού πόνου και των τρόπων αξιολόγησής του από τους επαγγελματίες υγείας
2. Μελέτη των μεθόδων διαχείρισης του παιδικού μετεγχειρητικού πόνου από τους επαγγελματίες υγείας
3. Εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού για σωστή χρήση μετεγχειρητικής αναλγησίας
4. Διερεύνηση των εμπειριών των γονέων κατά τη διαχείριση του παιδιατρικού μετεγχειρητικού πόνου

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Πρόκειται για συστηματική ανασκόπηση η οποία πραγματοποιήθηκε με βιβλιογραφική αναζήτηση επιστημονικών μελετών στη Pubmed, με τη χρήση λέξεων κλειδιών. Κρίθηκε απαραίτητο να διασφαλιστεί η ποιότητα των δημοσιευμένων επιστημονικών μελετών (Badgett et al 1997). Στο σκοπό της μελέτης διατυπώθηκαν ερωτήματα και χρησιμοποιήθηκαν συστηματικά και ρητά κριτήρια για τον εντοπισμό, την επιλογή και την κριτική αξιολόγηση των μελετών που εντοπίστηκαν, καθώς και για τη συλλογή και ανάλυση των δεδομένων τους (Chalmers & Haynes 1995).

Κριτήρια επιλογής και απόρριψης των άρθρων

Τα άρθρα που επιλέχτηκαν για αυτή τη μελέτη έπρεπε να πληρούν τα παρακάτω κριτήρια:

1. Συνάφεια με το σκοπό της εργασίας
2. Συνάφεια με τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων
3. Η έκβαση και το είδος των μελετών.

Τα άρθρα έπρεπε να είναι γραμμένα στην αγγλική ή στην ελληνική γλώσσα και να εντοπίζονται ολόκληρα. Τα άτομα που συμμετείχαν στις έρευνες έπρεπε να είναι παιδιατρικοί νοσηλευτές, που έχουν διαχειριστεί τον παιδικό μετεγχειρητικό πόνο. Οι μελέτες που χρησιμοποιήθηκαν αφορούσαν το χρονικό διάστημα 2010-2017.

Τα κριτήρια απόρριψης των άρθρων κατά την αναζήτηση ήταν:

1. Η μη συνάφεια των άρθρων με το σκοπό της εργασίας
2. Η διαφορετική γλώσσα, πέρα από την ελληνική και την αγγλική
3. Η παλαιότητα των μελετών (πριν από 2010).

Αναζήτηση βιβλιογραφίας

Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας έγινε στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων PubMed. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: pediatric postoperative pain, pain management, nurses, parents και ο μεταξύ τους συνδυασμός.

Από την αρχική αναζήτηση της βιβλιογραφίας προέκυψαν 53 άρθρα στις 23 Ιουνίου του 2017. Από αυτά τα άρθρα, 43 εξαιρέθηκαν, γιατί αναφέρονταν γενικά στον παιδιατρικό πόνο ή σε συγκεκριμένες χειρουργικές επεμβάσεις. Μετά την ανάγνωση του τίτλου και της περίληψης βρέθηκαν δέκα άρθρα να πληρούν τα κριτήρια. Τα τέσσερα από αυτά αποκλείστηκαν γιατί ήταν μεταανάλυσεις (διάγραμμα 1).

Αφού αναγνώστηκαν τα υπόλοιπα έξι άρθρα εντάχθηκαν στη μελέτη, διότι αυτά ανταποκρίνονταν πλήρως στο σκοπό της (πίνακας 1).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από το σύνολο των 53 άρθρων που εντοπίστηκαν, τα δέκα πληρούσαν τα κριτήρια της αναζήτησης. Από αυτά, τα έξι πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης στη μελέτη (πίνακας 2). Πιο αναλυτικά, οι Miftah et al (2017), αξιολόγησαν τις γνώσεις των νοσηλευτών και τους παράγοντες που σχετίζονται με τη διαχείριση του παιδιατρικού πόνου στα νοσοκομεία. Η μελέτη ήταν ποσοτική, με ερευνητικό εργαλείο ένα αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο που διανεμήθηκε σε 216 παιδιατρικούς νοσηλευτές. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι περισσότεροι από τους μισούς νοσηλευτές είχαν επαρκείς γνώσεις για τη διαχείριση του πόνου και εφάρμοζαν καλές πρακτικές. Κάποιοι από τους ερωτηθέντες ανέφεραν ότι η αναισθησία εμποδίζει τη σωστή αξιολόγηση του μετεγχειρητικού πόνου. Οι νοσηλευτές που συμμετείχαν σε αυτή τη μελέτη, εφάρμοσαν ειδικά πρωτόκολλα διαχείρισης του πόνου. Επίσης, η πλειοψηφία των συγκεκριμένων νοσηλευτών γνώριζε ορισμένες φαρμακολογικές και μη φαρμακολογικές μεθόδους για τη διαχείριση του πόνου. Τέλος, βρέθηκε ότι ορισμένοι παράγοντες όπως οι κατευθυντήριες οδηγίες και τα πρωτόκολλα, οι γνώσεις του προσωπικού, η περιοχή του πόνου και η καταστολή του πόνου εμποδίζουν, αρκετές φορές, τη σωστή αξιολόγησή του.

Οι Longard et al (2016), μελέτησαν τις εμπειρίες των γονέων σχετικά με τη διαχείριση του μετεγχειρητικού πόνου του παιδιού στο σπίτι. Η μελέτη ήταν ποιοτική με ερευνητικό εργαλείο τις ημιδομημένες συνεντεύξεις. Οι συμμετέχοντες ήταν γονείς δέκα παιδιών ηλικίας 5 και 6 ετών, τα οποία υποβλήθηκαν σε αμυγδαλεκτομή και δεν εμφάνισαν επιπλοκές. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι όλα τα παιδιά είχαν κάποιο βαθμό μετεγχειρητικού πόνου. Οι εμπειρίες των γονέων, για τη διαχείριση του πόνου του παιδιού τους, επηρεάστηκαν από τη χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων, τη διαχείριση των συναισθηματικών και ψυχολογικών επιπτώσεων του πόνου του παιδιού τους, καθώς και την παροχή πληροφόρησης των γονέων. Αν και οι ανάγκες των γονέων καλύφθηκαν, εντοπίστηκαν πολλά εμπόδια που δυσκόλευσαν τη διαχείριση του μετεγχειρητικού πόνου στο σπίτι.

Οι Valizadeh et al (2016), μελέτησαν τις εμπειρίες των γονιών σχετικά με τα προβλήματα που αντιμετώπισαν για τη βέλτιστη διαχείριση του παιδιατρικού μετεγχειρητικού πόνου. Η μελέτη ήταν ποιοτική με ερευνητικό εργαλείο τις ημιδομημένες συνεντεύξεις. Το δείγμα της μελέτης ήταν 16 γονείς παιδιών σχολικής ηλικίας, που είχαν υποβληθεί σε επείγουσα χειρουργική επέμβαση στην κοιλιακή χώρα σε πανεπιστημιακά νοσοκομεία στο νότιο Ιράν. Με βάση τη μελέτη, εντοπίστηκε αμέλεια κατά τη διαχείριση του παιδιατρικού μετεγχειρητικού πόνου, κυρίως λόγω της αδιαφορίας του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, της ανεπαρκούς ευαισθησίας των επαγγελματιών υγείας, της διστακτικότητας και των καθυστερήσεων των γονέων και των παιδιών να ζητήσουν περίθαλψη. Για να είναι η διαχείριση του παιδιατρικού μετεγχειρητικού πόνου η βέλτιστη δυνατή, θα πρέπει να παρέχονται οι κατάλληλες υποδομές από το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, οι επαγγελματίες υγείας να είναι ευαισθητοποιημένοι, και οι γονείς και τα παιδιά να ενημερώνονται και συμμετέχουν ενεργά στη διαδικασία της φροντίδας.

Οι Twycross et al (2015), μελέτησαν τους στόχους των παιδοχειρουργών κατά τη διαχείριση του μετεγχειρητικού πόνου σε ένα παιδιατρικό νοσοκομείο στον Καναδά. Η έρευνα ήταν ποιοτική, όπως και η προηγούμενη, με ερευνητικό εργαλείο τις ημιδομημένες συνεντεύξεις και αφορούσε 8 παιδοχειρουργούς διαφορετικών ειδικοτήτων. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι ο πρωταρχικός στόχος των χειρουργών ήταν να διατηρήσουν το παιδί άνετο. Η αξιολόγηση του πόνου από τα παιδιά και οι απόψεις των γονέων λαμβάνονταν υπόψη για τη λήψη των αποφάσεων σχετικά με τη θεραπεία που θα ακολουθήσει το παιδί. Συμπερασματικά, οι χειρουργοί μπορούν να αντλούν πληροφορίες από την αξιολόγηση του πόνου των παιδιών και αυτή η αξιολόγηση έχει διαγνωστική αξία, που μπορεί, σε ορισμένες περιπτώσεις, να αντικαταστήσει τις ανησυχίες για την εμπειρία πόνου του παιδιού.

Οι Twycross & Finley (2014), διερεύνησαν τους στόχους των νοσηλευτών κατά τη διαχείριση του μετεγχειρητικού πόνου και κατά πόσο οι αναφερόμενοι στόχοι αντανακλούν τις πρακτικές που ακολουθούν. Η έρευνα ήταν ποιοτική. Το δείγμα ήταν 19 παιδιατρικοί νοσηλευτές εκ των οποίων οι 17 συμμετείχαν τελικά στη μελέτη. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι περίπου οι μισοί από τους συμμετέχοντες είχαν ως στόχο οι μικροί ασθενείς να νιώθουν άνετα, ενώ άλλοι στόχευαν μόνο στη διαχείριση του πόνου. Οι παρατηρούμενες πρακτικές αντιστοιχούσαν στους στόχους για περισσότερους από τους μισούς συμμετέχοντες. Συμπερασματικά, οι παιδιατρικές μετεγχειρητικές πρακτικές διαχείρισης του πόνου εξακολουθούν να υστερούν σημαντικά. Αν και στις μέρες μας κύριο μέλημα είναι η βελτίωση των πρακτικών για την αντιμετώπιση του πόνου, υπάρχουν μεμονωμένες πεποιθήσεις που έχουν επιπτώσεις στην παρεχόμενη φροντίδα. Απαιτείται περαιτέρω έρευνα για να εξεταστούν οι στόχοι των νοσηλευτών κατά τη διαχείριση του πόνου σε παιδιά, η σχέση μεταξύ των αναφερόμενων στόχων και των πραγματικών πρακτικών και ο αντίκτυπος στα παιδιά.

Οι Rony et al (2010), μελέτησαν τον τρόπο που οι γονείς αξιολογούν και διαχειρίζονται μετεγχειρητικά τον πόνο στο σπίτι, καθώς και τα ενδεχόμενα εμπόδια για την εφαρμογή της ενδεδειγμένης πρακτικής. Η έρευνα ήταν ποσοτική, με ερευνητικό εργαλείο το ερωτηματολόγιο, στο οποίο οι γονείς απάντησαν προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά σε θέματα που αφορούσαν στη στάση τους

απέναντι στον πόνο του παιδιού τους. Το δείγμα ήταν 132 γονείς, παιδιών ηλικίας 2 έως 12 ετών. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι οι γονείς μπορούν να αξιολογούν τον πόνο στα παιδιά τους, αλλά παρείχαν μικρότερες δόσεις αναλγητικών. Συμπερασματικά, οι γονείς μπορούν να επωφεληθούν από τις πληροφορίες, που παρέχουν οι επαγγελματίες υγείας για την αντιμετώπιση των εμποδίων που αφορούν την αξιολόγηση και τη θεραπεία του πόνου.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο πόνος είναι ένα κλινικό σύμπτωμα μιας ασθένειας ή τραυματισμού για κάθε άνθρωπο, ανεξαρτήτου ηλικίας. Είναι επόμενο, λοιπόν, ύστερα από μια χειρουργική επέμβαση, ο ασθενής να βιώνει το αίσθημα του πόνου είτε από το χειρουργικό τραύμα είτε ως επιπλοκή της νόσου. Ωστόσο, το σύμπτωμα αυτό είναι υποκειμενικού χαρακτήρα και η αξιολόγηση της παρουσίας του και της έντασής του είναι δύσκολη για τους επαγγελματίες υγείας.

Ο πόνος αποτελεί ένα από τα πιο δυσεπίλυτα προβλήματα της νοσηλευτικής πρακτικής. Οι προσωπικές απόψεις και τα βιώματα των ασθενών συμβάλλουν σημαντικά στη διαχείρισή του από το προσωπικό υγείας, επηρεάζοντας τόσο την εκτίμηση του αλλά και τη χρήση των αναλγητικών. Ειδικότερα, η αξιολόγηση του πόνου στις μικρές ηλικίες είναι ένα από τα δυσκολότερα προβλήματα και αποτελεί πρόκληση για τους νοσηλευτές.

Πολλές μελέτες, έχουν δείξει ότι η εκτίμηση του παιδιατρικού πόνου, μέχρι και πρόσφατα, πραγματοποιούνταν με βάση την αντίληψη των γονέων, κυρίως στη βρεφική και νηπιακή ηλικία, όπου τα παιδιά αδυνατούν να εκφραστούν λεκτικά. Εντούτοις, έχουν αναπτυχθεί κλίμακες εκτίμησης του πόνου για όλα τα αναπτυξιακά στάδια του παιδιού, τόσο λεκτικά, όσο και με βάση τη συμπεριφορά. Ταυτόχρονα, ο πόνος έχει δυο συνιστώσες, ένα δυσάρεστο αίσθημα και μια δυσάρεστη συναισθηματική εμπειρία, οι οποίες προκύπτουν από πολλά και διάφορης ποιότητας ερεθίσματα που δρουν στον παιδικό εγκέφαλο.

Αν και έχουν αναπτυχθεί κλίμακες εκτίμησης του παιδιατρικού πόνου, οι επαγγελματίες υγείας, και κυρίως οι νοσηλευτές, δεν είναι σε θέση να τις χρησιμοποιήσουν, διότι δεν έχουν την κατάλληλη εκπαίδευση, δεν επιδεικνύουν προσωπικό ενδιαφέρον, έχουν αυξημένο φόρτο εργασίας και δεν έχουν προϋπάρχουσες εμπειρίες (Miftah et al 2017).

Αλλά γιατί είναι τόσο σημαντική η εκτίμηση του πόνου; Η απάντηση στο παραπάνω ερώτημα είναι ότι η σωστή διαχείριση του πόνου προϋποθέτει και τη σωστή αξιολόγησή του. Η χρήση φαρμακευτικών και μη μεθόδων για την αντιμετώπιση του πόνου στηρίζεται με τη θέση στην οποία εντοπίζεται ο πόνος και την έντασή του. Ένα άλλο πρόβλημα του παιδιατρικού νοσηλευτή είναι ότι καταφεύγει μόνο στα φαρμακευτικά μέσα αντιμετώπισης του πόνου, για τους ίδιους λόγους, που δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει τις κλίμακες εκτίμησης, κυρίως λόγω έλλειψης χρόνου. Ο νοσηλευτής είναι ο επαγγελματίας υγείας που έχει τη στενότερη και μεγαλύτερη χρονική επαφή με το παιδί και την οικογένεια του. Ο ίδιος χρησιμοποιώντας τις δεξιότητες επικοινωνίας χρειάζεται να δώσει τη δυνατότητα στο παιδί να εκφράσει τον πόνο του και να επιβεβαιώσει στους γονείς ότι αυτός θα αντιμετωπιστεί, καθώς και ότι ανεπιθύμητες ενέργειες από τον τρόπο αντιμετώπισης θα πρέπει να αναφέρονται άμεσα (Twycross & Finley 2014). Επιπλέον, οι παιδοχειρουργοί πρέπει να συνεργάζονται με τους νοσηλευτές, τους γονείς και τα παιδιά για τη σωστή αξιολόγηση του πόνου προκειμένου να δώσουν τις σωστές κατευθυντήριες γραμμές (Twycross et al 2015).

Επίσης, ο νοσηλευτής πρέπει να συνεργάζεται με τους γονείς ή κηδεμόνες του παιδιού, προκείμενου ο πόνος να αντιμετωπίζεται πιο αποτελεσματικά, καθώς αυτός είναι καταρτισμένος να αντιμετωπίσει τον πόνο, αλλά ο γονέας γνωρίζει το παιδί. Ο γονέας πρέπει να συμμετέχει εξ αρχής στην εκτίμηση και διαχείριση του πόνου, κατά τη νοσηλεία του παιδιού, τόσο γιατί το παιδί αισθάνεται άνετα με ένα οικείο πρόσωπο δίπλα του, όσο και για να είναι σε θέση να διαχειριστεί την κατάσταση στο σπίτι και να εκτιμήσει πότε είναι απαραίτητη η ιατρική βοήθεια (Valizadeh et al 2016, Rony et al 2010).

Επομένως, δεν είναι απαραίτητη μόνο η εκπαίδευση του νοσηλευτή στη διαχείριση του παιδιατρικού πόνου, άλλα και του γονέα. Εκπαιδευτής του γονέα είναι ο παιδιατρικός νοσηλευτής, ο οποίος δύναται να εκπαιδεύσει μαζί με το γονέα και παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας και έφηβους να εκφράζονται και να διαχειρίζονται τον πόνο (Longard et al 2016).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η αντιμετώπιση του παιδιατρικού πόνου είναι αποτελεσματική όταν εκτιμάται από τα ίδια τα παιδιά, όταν ο παιδιατρικός νοσηλευτής εκπαιδεύεται και αφιερώνει χρόνο στα παιδιά και όταν ο γονέας συμμετέχει ενεργά στην όλη διαδικασία.

Περαιτέρω διερεύνηση της ποιότητας ζωής των παιδιών με πόνο, ύστερα από χειρουργική επέμβαση, είναι επιβεβλημένη, καθώς η βιβλιογραφία είναι ελλιπής, και οι περισσότερες μελέτες εστιάζουν στην εκτίμηση της ποιότητας ζωής με βάση την άποψη των γονέων και όχι των παιδιών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Μάτζιου Β., Κλέτσιου Ε., Γαλάνης Π., Δούσης Ε., Τσουμάκας Κ. & Λιβάνιος Σ., (2008). Παιδιατρικός πόνος: Η νοσηλευτική προσέγγιση στα ελληνικά νοσοκομεία. *Νοσηλευτική* 47(2): 240-246.

Σταμουλαρά Α., Παπαδοπούλου Κ., Μελέτη Α. & Μάτζιου Β., (2013). Η συμμετοχή των γονέων στη διαχείριση του παιδιατρικού πόνου. *Νοσηλευτική* 52(2): 159-170.

Apfelaum J.L., Ashburn M.A., Caplan R.A., Carr D.B., Connis R.T. et al., (2012). Practice guidelines for acute pain management in perioperative setting: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management. *Anesthesiology* 116(2): 248-73.

Badgett R., O' Keefe M. & Henderson M., (1997). Using systematic reviews in clinical education. *Annals of Internal Medicine 126:885-891*.

Breau L.M. & Burkitt C., (2009). Assessing pain in children with intellectual disabilities. *Pain Research & Management* 14(2):116–120.

Broome M.E., (2000). Helping parents support their child in pain. *Pediatric Nursing* 26(3): 315–317.

Chalmers I. & Haynes R.B. (1995). *Reporting, updating, and correcting systematic reviews of the effects of health care.* In: Chalmers I., Altman DG., (eds) Systematic reviews. BMJ Publishing Group: London.

Gold J.I., Yetwin A.K., Mahren NE., Carson M.C., Griffin A.T., Palmer S.N. & Joseph M.H., (2009). Pediatric chronic pain and health-related quality of life. *Journal of Pediatric Nursing* 24(2): 141-150.

Heinrich M., Mechea A. & Hoffmann F. (2016). Improving postoperative pain management in children by providing regular training and an updated pain therapy concept. *European Journal of Pain* 20: 586-593.

Hong G.H., (2006). Non - *pharmacological methods in children's postoperative pain relief in China.* PhD dissertation, Kuopio University.

IASP (2010). *International Association for the Study of Pain 2010 Annual Report.* Available at: https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/Content/ContentFolders/AboutIASP IASP AnnualReport_2010.pdf. Accessed 15 September 2017.

London M.L., Ladewig P.W., Ball J.W., Bindler R.C. & Cowen K.J., (2010). *Maternal & Child Nursing Care.* 3rd edition. Chapter 42: Pain Assessment and Management in Children. Prentice Hall.

Mahrer N.E., Montano Z. & Gold J., (2012). Relations Between Anxiety Sensitivity, Somatization, and Health-Related Quality of Life in Children With Chronic Pain. *Journal of Pediatric Psychology* 37(7): 808-816.

Mak W.Y., Yuen V., Irwin M. & Hui T. (2011). Pharmacotherapy for acute pain in children: current practice and recent advances. *Expert Opinion on Pharmacotherapy* 16:856-81.

McGrath P.J. & Finley G.A., (1999). Chronic and recurrent pain in children and adolescents. Seattle, WA, *International Association for the Study of Pain* (IASP) Press 13: 1-4.

Miftah R., Tilahun W., Fantahun A., Adulkadir S. & Gebrekistos K. (2017). Knowledge and factors associated with pain management for hospitalized children among nurses working in public hospitals in Mekelle City, North Ethiopia: cross sectional study. *BMC Research Notes* 10: 1-6..

Longard J., Twycross A., Williams A., Hong P. & Chorney J. (2016). Parents' experiences of managing their child's postoperative pain at home: an exploratory qualitative study. *Journal of Clinical Nursing* 25: 2619–2628.

Olowe B. & Purity M. (2014). Non pharmacological pain management for children in postoperative care. MSc Dissertation. Lapland University of Applied sciences.

Owens D., Smith J. & Jonas D. (2014). Evaluating students' knowledge of child pain and its management after attending a bespoke course. *Nursing Children & Young People* 26: 34-40.

Palermo T.M., (2009). Assessment of chronic pain in children: current status and emerging topics. *Pain Research & Management* 14(1): 21–26.

Pillai Riddell R. & Racine N., (2009). Assessing pain in infancy: the caregiver context. *Pain Research & Management* 14(1): 27–32.

Rabbitts J.A., Palermo T.M., Zhou C., & Mangione-Smith R., (2015). Pain and Health-Related Quality of Life after Pediatric Inpatient Surgery. *Journal of Pain* 16(12): 1334-1341.

Ramira M.L., Instone S., &Clark M.J., (2016). Pediatric Pain Management: An Evidence-Based Approach. *Pediatric Nursing* 42(1): 39-46, 49.

Rony R.Y., Fortier M.A., Chorney J.M., Chorney J.M. & Kain Z.N. (2010). Parental postoperative pain management: attitudes, assessment, and management. *Pediatrics* 125:e1372-8.

Twycross A.M., Williams A.M. & Finley G.A. (2015). Surgeons' aims and pain assessment strategies when managing paediatric post-operative pain: A qualitative study. *Journal of Child Health Care* 19:513-23.

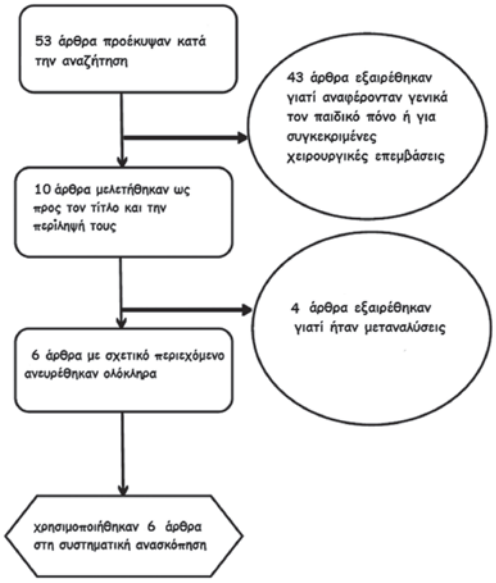
Twycross A.M. & Finley G.A. (2014). Nurses' aims when managing pediatric postoperative pain: is what they say the same as what they do? *Journal for Specialists in Pediatric Nursing* 19:17-27.

Valizadeh F., Ahmadi F. & Zarea K. (2016). Neglect of Postoperative Pain Management in Children: A Qualitative Study Based on the Experiences of Parents. *Journal of Pediatric Nursing* 31:439-48.

von Baeyer C.L., & Spagrud L.J., (2007). Systematic review of observational (behavioral) measures of pain for children and adolescents aged 3 to 18 years. *Pain* 127(1-2):140–150.

World Health Organization / WHO, (2012). WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses. ISBN 9789241548120. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44540/1/9789241548120_Guidelines.pdf. Accessed 15 September 2017.

Διάγραμμα 1. Διάγραμμα ροής της αξιολόγησης των μελετών που εντοπίστηκαν από τη βιβλιογραφική αναζήτηση



Πίνακας 1. Μελέτες που συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη

Α/Α	ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ / ΕΤΟΣ	ΤΙΤΛΟΣ ΑΡΘΡΟΥ	ΧΩΡΑ	ΔΕΙΓΜΑ	ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ
1	Miftah R., Tilahun W., Fantahun A., Adulkadir S., Gebrekistos K., (2017)	Knowledge and factors associated with pain management for hospitalized children among nurses working in public hospitals in Mekelle City, North Ethiopia: cross sectional study	Βόρεια Αιθιοπία	261	Παιδιατρικοί νοσηλευτές
2	Longard J., Chorney J., Hong P., Williams A., Twycross A., (2016)	Parents' experiences of managing their child's postoperative pain at home: an exploratory qualitative study	Ηνωμένο Βασίλειο	10	Γονείς παιδιών ηλικίας 5 και 6 ετών
3	Valizadeh F., Ahmadi F., Zarea K., (2016)	Neglect of Postoperative Pain Management in Children: A Qualitative Study Based on the Experiences of Parents	Νότιο Ιράν	16	Γονείς παιδιών σχολικής ηλικίας
4	Twycross AM., Williams AM., Finley GA., (2015)	Surgeons' aims and pain assessment strategies when managing paediatric post-operative pain: A qualitative study	Καναδάς	8	Παιδιατρικοί χειρούργοι
5	Twycross AM., Finley GA., (2014)	Nurses' aims when managing pediatric postoperative pain: is what they say the same as what they do?	Ηνωμένο Βασίλειο	19	Παιδιατρικοί νοσηλευτές
6	Rony RY., Fortier MA., Chorney JM., Chorney JM., Kain ZN., (2010)	Parental postoperative pain management: attitudes, assessment, and management	Ηνωμένο Βασίλειο	132	Γονείς παιδιών ηλικίας 2 έως 12 ετών

Πίνακας 2. Πίνακας μελετών

Α/Α	ΕΙΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ	ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ
1	Ποσοτική μελέτη	Ερωτηματολόγιο	SPSS	Περισσότεροι από τους μισούς νοσηλευτές είχαν επαρκείς γνώσεις και εφάρμοσαν καλές πρακτικές. Μερικοί νοσηλευτές ήταν γνώστες ότι η νάρκωση παρεμποδίζει την αξιολόγηση του πόνου. Κάποιοι νοσηλευτές εφάρμοσαν ειδικό πρωτόκολλο κατά τη διαχείριση του πόνου.	Η πλειοψηφία των νοσηλευτών γνωρίζει ορισμένα φαρμακολογικά και μη φαρμακολογικά μέσα διαχείρισης του πόνου. Οι περισσότεροι από τους νοσηλευτές εφάρμοσαν καλή πρακτική για τη διαχείριση του παιδικού πόνου. Παράγοντες που σχετίζονται με την διαχείριση του πόνου είναι οι κατευθυντήριες γραμμές, συγκεκριμένα πρωτόκολλα, γνώσεις, περιοχή του πόνου και η καταστολή του πόνου, που επιδρά στην αξιολόγηση και θεραπεία.
2	Ποιοτική μελέτη	Ημιδομημένες συνεντεύξεις	------	Όλα τα παιδιά είχαν κάποιο μετεγχειρητικό πόνο. Οι εμπειρίες γονέων για τη διαχείριση του πόνου του παιδιού τους επηρεάστηκαν από τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της χορήγησης αναλγητικών φαρμάκων, της διαχείρισης των συναισθηματικών και ψυχολογικών επιπτώσεων του πόνου του παιδιού τους καθώς και των αναγκών πληροφόρησης των γονέων.	Οι περισσότερες ανάγκες των γονέων κατά τη διαχείριση του παιδιατρικού μετεχγειρητικού πόνου καλύπτονται, αλλά εξακολουθούν να αγωνίζονται να διαχειριστούν τον πόνο του παιδιού τους. Υπάρχουν μερικά εμπόδια που καθιστούν αυτή τη διαδικασία δύσκολη για πολλές οικογένειες και οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να βοηθήσουν τους γονείς να διαχειριστούν τον μετεγχειρητικό πόνο του παιδιού τους στο σπίτι.
3	Ποιοτική μελέτη	Ημιδομημένες συνεντεύξεις	------	Κατά τη διαχείριση του παιδιατρικού μετεγχειρητικού πόνου υπήρξε αμέλεια, λόγω της αδιαφορίας του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, της ανεπαρκούς ευαισθησίας των επαγγελματιών υγείας και της διστακτικότητας ή των καθυστερήσεων από τους γονείς και τα παιδιά να ζητήσουν περίθαλψη.	Για να είναι βέλτιστη η διαχείριση του παιδικού μετεγχειρητικού πόνου απαιτεί την παροχή σχετικών υποδομών από το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, την υπεύθυνη απόδοση των επαγγελματιών υγείας πέρα από τη ρουτίνα και την ενεργό και ενημερωμένη συμμετοχή γονέων και παιδιών.
4	Ποιοτική μελέτη	Ημιδομημένες συνεντεύξεις	------	Στόχος των παιδοχειρουργών είναι η διατήρηση της άνεσης του παιδιού. Τα συμπτώματα του πόνου των παιδιών φαίνεται να είναι το πρωταρχικό μέλημα κατά τη λήψη αποφάσεων για τη θεραπεία, όπως και οι απόψεις των γονέων.	Οι χειρουργοί μπορούν να αντλούν πληροφορίες κατά την αξιολόγηση του πόνου των παιδιών. Η διαγνωστική αξία του πόνου μπορεί, σε ορισμένες περιπτώσεις, να αντικαταστήσει τις ανησυχίες του παιδιού για την εμπειρία πόνου.
5	Μελέτη	------	------	Περίπου οι μισοί από τους συμμετέχοντες είχαν ως στόχο οι μικροί ασθενείς να είναι άνετοι, ενώ άλλοι στόχευαν μόνο στη διαχείριση του πόνου. Οι παρατηρούμενες πρακτικές αντιστοιχούσαν στους στόχους για περισσότερους από τους μισούς συμμετέχοντες.	Οι παιδιατρικές μετεγχειρητικές πρακτικές διαχείρισης του πόνου εξακολουθούν να υστερούν. Αν και στις μέρες μας κύριο μέλημα είναι η βελτίωση των πρακτικών για την αντιμετώπιση του πόνου, υπάρχουν μεμονωμένες πεποιθήσεις, που έχουν επιπτώσεις στην παρεχόμενη φροντίδα.
6	Ποσοτική μελέτη	Ερωτηματολόγιο	SPSS	Οι γονείς μπορούν να αξιολογούν τον πόνο στα παιδιά τους, αλλά παρείχαν λίγες δόσεις αναλγητικών.	Οι γονείς μπορούν να επωφεληθούν από τις πληροφορίες, που παρέχουν οι επαγγελματίες υγείας για την αντιμετώπιση των εμποδίων που αφορούν την αξιολόγηση και τη θεραπεία του πόνου

REVIEW

Postoperative Pediatric Pain Management and Care

Eugenia Siouti[1], Martha Kelesi[2], Evangelos Dousis[3], Georgia Fasoi[2], Anna Kavga[4], Eugenia Vlachou[2]
1.Nurse, MSc (c) Pediatric cardiac surgery clinic, Iaso Children's Hospital, 2.Associate Professor, Department of Nursing, University of West Attica, 3.Assistant Professor, Department of Nursing, University of West Attica,
4.Clinical Lecturer, Department of Nursing, University of West Attica

ABSTRACT

Introduction: Pain is an unpleasant experience for both adults and children. A lot of protocols, pharmacological and non-pharmacological, in order to better address pediatric pain. An important parameter, however, in the effective management of pain is its assessment, which is carried out with pain control scales based on the type of pain and the developmental level of the child.
The purpose of this systematic bibliographic review was to investigate the management of pediatric postoperative pain by health professionals (mainly nurses) and parents.

Methodology: A literature search was conducted in PubMed database, from 23 June 2017 to 30 September 2017 with key words, related to the management of post-operative pain in people under 18 years of age.

Results: During the search, 53 papers met the search criteria, of which 6 fulfilled the eligibility criteria for the study. It was found that pediatric post-operative pain management was effective when assessed with reliable scales by the children themselves, with the collaboration of health professionals. Post-operative pain treatment required the application of the appropriate treatment regimens, depending on the cognitive factor of the pain, as well as the parallel involvement of the parents in the therapeutic intervention.

Conclusions: For the optimum pediatric postoperative pain management continuous training of nurses in the new techniques of evaluation and treatment is mandatory. Good cooperation between children, parents, nurses or health professionals, is very essential.

Key-words: pediatric postoperative pain, nurses, parents, pain management.

Corresponding author : Eugenia Siouti
e-mail: jennysiouti@gmail.com

Submission date: 02.05.2018
Publication date: October 2018

Citation: Siouti E., Kelesi M., Dousis E., Fasoi G., Kavga A. & Vlachou E. (2018). Postoperative pediatric pain management and care. Hellenic Journal of Nursing Science 11(4): 17-26

Εφαρμογή προγράμματος αγωγής υγείας για πρόληψη μυοσκελετικών παθήσεων σε μαθητές Δημοτικού Σχολείου με χρήση συμπληρωματικής εξ αποστάσεως διδασκαλία βασισμένη σε Τεχνολογίες Πληροφορίας και Επικοινωνίας

Αικατερίνη Μαχαιρίδου[1], Παναγιώτης Αντωνίου[2], Ευάγγελος Μπεμπέτσος[3], Θωμάς Κουρτέσης[4]

1. Νοσηλεύτρια, Κέντρο Υγείας (πρώην Π.Ε.Δ.Υ.-Μ.Υ.) Καβάλας
2. Καθηγητής, Τ.Ε.Φ.Α.Α. Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης
3, 4. Αναπληρωτής Καθηγητής, Τ.Ε.Φ.Α.Α. Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η μακροχρόνια επιβάρυνση της Σπονδυλικής Στήλης από λάθος θέση του σώματος, η ανύψωση βάρους με λανθασμένο τρόπο κ.τ.λ προκαλούν την εκδήλωση μυοσκελετικών προβλημάτων που επιβαρύνουν τη λειτουργικότητα και γενικά την υγεία του ατόμου. Μακροχρόνια προγράμματα αγωγής υγείας που υλοποιούνται σε μαθητές σχολικής ηλικίας μπορούν να συμβάλλουν στην πρόληψη των μυοσκελετικών προβλημάτων καθώς επιδιώκουν την υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών και στάσεων.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσει την επίδραση και τις αλλαγές που θα επιφέρει, σε επίπεδο γνώσεων και στάσεων, η εφαρμογή προγράμματος αγωγής υγείας με εξ αποστάσεως διδασκαλία βασισμένη στις Τεχνολογίες Πληροφορίας και Επικοινωνίας (Τ.Π.Ε.) για πρόληψη μυοσκελετικών προβλημάτων σε μαθητές Ε΄ και ΣΤ΄ τάξης Δημοτικού Σχολείου.

Μεθοδολογία: Η εμπειρική έρευνα πραγματοποιήθηκε τη σχολική χρονιά 2016-2017 σε τρία Δημοτικά Σχολεία μη αστικής περιοχής της Ανατολικής Μακεδονίας. Οι συμμετέχοντες 92 μαθητές χωρίστηκαν σε δύο ομάδες: α) πειραματική (60 άτομα) στην οποία χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της εξ αποστάσεως διδασκαλίας με χρήση Τ.Π.Ε. και β) ελέγχου (32 άτομα) στην οποία χρησιμοποιήθηκε η τυπική διδασκαλία από τον εκπαιδευτικό της τάξης. Για τη σύγκριση των κλιμάκων γνώσεων και της μεταβολής των τιμών μεταξύ των μετρήσεων, πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι διαφοράς μέσων όρων για εξαρτημένα δείγματα (paired sample t-test) και έλεγχοι διαφοράς μέσων όρων για ανεξάρτητα δείγματα (independent samples t-test), καθώς και οι αντίστοιχοι μη παραμετρικοί έλεγχοι Kolmogorov-Smirnoff και Mann-Whitney για τη σύγκριση των στάσεων αναφορικά με τις μεθόδους διδασκαλίας.

Αποτελέσματα: Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι, αν και βραχυπρόθεσμα, στην ομάδα ελέγχου σημειώθηκε μεγαλύτερη βελτίωση των γνώσεων. Όμως, μακροπρόθεσμα, η πειραματική ομάδα απέκτησε και διατήρησε περισσότερες γνώσεις για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

Συμπεράσματα: Η συμπληρωματική εξ αποστάσεως διδασκαλία μακροχρόνιων προγραμμάτων αγωγής υγείας με χρήση Τ.Π.Ε. είναι αποτελεσματική στην επίτευξη της επιθυμητής αλλαγής των γνώσεων και στάσεων μαθητών, ώστε να αποκτήσουν υγιεινές συνήθειες δια βίου.

Λέξεις Κλειδιά: Εξ αποστάσεως διδασκαλία, Πρόγραμμα Αγωγής Υγείας, Πρόληψη Μυοσκελετικών Παθήσεων, Τεχνολογίες Πληροφορίας και Επικοινωνίας

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Αικατερίνη Μαχαιρίδου,
Λ.Πορφύρα 30, ΤΚ 65404, Καβάλα
e-mail: mahairkat@yahoo.gr

Ημερομηνία υποβολής: 22-2-2018
Ημερομηνία δημοσίευσης: Οκτώβριος 2018

Αναφορά του άρθρου ως: Μαχαιρίδου Α., Αντωνίου Π., Μπεμπέτσος Ε. & Κουρτέσης Θ. (2018). Εφαρμογή προγράμματος αγωγής υγείας για πρόληψη μυοσκελετικών παθήσεων σε μαθητές Δημοτικού Σχολείου με συμπληρωματική εξ αποστάσεως διδασκαλία βασισμένη σε Τεχνολογίες Πληροφορίας και Επικοινωνίας. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης 11(4): 27-37

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Το σχολείο αποτελεί ένα σημαντικό φορέα εκπαίδευσης σε θέματα αγωγής υγείας.**
- **Προγράμματα αγωγής υγείας οργανώνονται και υλοποιούνται από κοινοτικούς νοσηλευτές.**
- **Οι Τεχνολογίες Πληροφορικής και Επικοινωνιών μπορούν να συνδράμουν καθοριστικά στην επίτευξη της μάθησης.**
- **Η εξ αποστάσεως διδασκαλία προσφέρει αυτονομία και αλληλεπίδραση.**
- **Η εξ αποστάσεως διδασκαλία είναι αποτελεσματική στην υιοθέτηση υγιεινών συνηθειών.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Σπονδυλική Στήλη (Σ.Σ.) του ανθρώπου θεωρείται ένα από τα πιο σημαντικά και πολύπλοκα όργανα, καθώς σχεδόν κάθε νεύρο περνάει από αυτή. Η μακροχρόνια μη σωστή ευθυγράμμιση της Σ.Σ. στην όρθια, καθιστή ή κλινήρη θέση, οδηγεί στην εμφάνιση «προσαρμοστικών αλλαγών» (μυϊκός σπασμός) και γενικότερα στην εμφάνιση διαφόρων μυοσκελετικών παθήσεων (Μπενέκα και συν. 2015). Πολλές από τις παθήσεις της Σ.Σ. οφείλονται σε λάθος θέση του σώματος, κακή κατανομή βάρους, ανύψωση βάρους με λανθασμένο τρόπο και σε διάφορους άλλους εργονομικούς παραγόντες (Βρετού & Γιόρτσιου 2014).

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση τα μυοσκελετικά προβλήματα, όπως πόνος στον αυχένα, τη μέση ή τα άνω άκρα, θεωρούνται τα πιο συχνά εμφανιζόμενα προβλήματα, ιδίως σε επαγγέλματα όπως υπάλληλοι γραφείου, νοσηλευτές, κομμωτές κλπ (European Survey on Working Conditions, ESWC, 2000). Σύμφωνα με στοιχεία της Ευρωπαϊκής Έρευνας για της Συνθήκες Εργασίας (ESWC 2000) το 24.7% των Ευρωπαίων εργαζομένων αναφέρουν ότι υποφέρουν από πόνο στην πλάτη, το 22,8% από μυϊκούς πόνους, ενώ το 45,5% επισημαίνουν ότι απασχολούνται σε εργασίες που επιφέρουν πόνο. Στην Ελλάδα, στο σύνολο των εργαζόμενων περίπου το 47% υποφέρει από πονοκεφάλους και το 45,7% από μυϊκούς πόνους, ενώ στην Κύπρο περίπου το 27% των εργαζομένων αναφέρουν μυϊκό πόνο στους ώμους και στον αυχένα (Μπενέκα και συν. 2015).

Η αντιμετώπιση των μυοσκελετικών παθήσεων έχει απασχολήσει πλήθος ερευνητών σε διεθνές, ευρωπαϊκό και εθνικό επίπεδο. Πολλές έρευνες, συγγράμματα αλλά και οδηγίες έχουν εκδοθεί, εφιστώντας την προσοχή στο ρόλο που διαδραματίζει η υιοθέτηση υγειών και λειτουργικών εργονομικών προτύπων στάσης του ανθρώπινου σώματος (Βρετού & Γιόρτσιου 2014).

Με δεδομένο ότι συμπεριφορές και στάσεις που υιοθετούνται κατά την παιδική ηλικία εμμένουν και κατά την ενηλικίωση, είναι ευρέως αποδεκτό ότι η πρόληψη των μυοσκελετικών παθήσεων, μέσω της υιοθέτησης ορθών εργονομικών προτύπων, οφείλει να ξεκινήσει από την παιδική ηλικία (Heyman & Dekel 2009). Οι ίδιοι ερευνητές υπογραμμίζουν ότι για να είναι αποτελεσματική η εκπαίδευση, για την υιοθέτηση σωστής στάσης σώματος σε όρθια, καθιστή ή κλινήρη θέση, η εκπαίδευση θα πρέπει να ξεκινήσει από τη νεαρή ηλικία και να διαρκέσει για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Προς την επίτευξη του παραπάνω σκοπού, καθοριστικό ρόλο διαδραματίζει το σχολείο, το οποίο θεωρείται ο ιδανικός χώρος για την εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής υγείας και πρόληψης, καθώς τα παιδιά περνούν το 1/3 του χρόνου τους εκεί (Boonen et al 2009). Το σχολείο μπορεί να αποτελέσει ένα σημαντικό φορέα προαγωγής της υγείας, όπως αποδεικνύεται από ερευνητικά δεδομένα. Τα σχολικά προγράμματα αγωγής υγείας επιφέρουν θετικά αποτελέσματα στη θεμελίωση συμπεριφορών και στάσεων που συμβάλουν στη διατήρηση της υγείας του ανθρώπου (Ιωαννίδη & Καλοκαιρινού–Αναγνωστοπούλου 2010, Αλεξανδροπούλου 2011, Αλεξανδροπούλου 2013).

Σημαντική θέση στην οργάνωση, στο σχεδιασμό, στην υλοποίηση και στην αξιολόγηση σχολικών προγραμμάτων αγωγής υγείας κατέχει ο κοινοτικός νοσηλευτής (Φουντούκη & Θεοφανίδης 2012, Αλεξανδροπούλου 2013, Καλοκαιρινού και συν 2015). Ο κοινοτικός νοσηλευτής οφείλει να αναπτύσσει κατάλληλα προγράμματα αγωγής και προαγωγής της υγείας λαμβάνοντας μεταξύ άλλων υπόψη τις θεωρίες μάθησης, καθώς και τις μεθόδους διδασκαλίας που μπορούν να συμβάλλουν στην ευαισθητοποίηση σε θέματα υγείας (Τσάπαλος και συν. 2011).

Η αξιοποίηση των σύγχρονων ψηφιακών μέσων στην εκπαιδευτική διαδικασία από τον κοινοτικό νοσηλευτή, προσφέρει πολλαπλά πλεονεκτήματα σε σχέση με την τυπική διδασκαλία. Συγκεκριμένα, τα λογισμικά που εμπεριέχουν ψηφιακά πολυμέσα: α) προσφέρουν δομημένες πληροφορίες οι οποίες μπορούν εύκολα να μεταδοθούν σε όλο τον κόσμο, β) προσφέρουν ελκυστικούς τρόπους στην παρουσίαση, μεταβίβαση και ανταλλαγή της πληροφορίας και γ) μεταβάλουν το ρόλο του μαθητή προσφέροντάς του ελευθερία στο ρυθμό απόκτησης γνώσης, ενεργή συμμετοχή και ατομικότητα στην εκπαίδευση (Βερναδάκης και συν. 2006).

Ωστόσο, για να ενταχθούν οι Τεχνολογίες Πληροφο-

ρίας και Επικοινωνίας (Τ.Π.Ε.) στην εκπαιδευτική διαδικασία με δημιουργικό και εφαρμόσιμο τρόπο θα πρέπει τα λογισμικά να μην χρησιμοποιούνται μόνο ως εποπτικά μέσα αλλά και ως γνωστικά εργαλεία (Ευαγγέλου 2014). Ένα σωστά δομημένο εκπαιδευτικό λογισμικό θα πρέπει να παρέχει κίνητρα και να προκαλεί την γνωστική περιέργεια, να προωθεί την αλληλεπίδραση, να αναπτύσσει την κριτική σκέψη και να ενθαρρύνει την ομαδοκεντρική συνεργασία (Τσιούλης και συν. 2013).

Προς επίτευξη των παραπάνω, συνδράμει η ραγδαία τεχνολογική εξέλιξη των ημερών μας, ενώ η εξ αποστάσεως εκπαίδευση με τη χρήση των Τ.Π.Ε. αποτελεί το μέλλον της εκπαιδευτικής διαδικασίας (Τασσόπουλος 2017). Πολλοί είναι οι ορισμοί που έχουν αποδοθεί για την εξ αποστάσεως εκπαίδευση, ωστόσο με βάση τα παιδαγωγικά της κριτήρια μπορεί να οριστεί ως η μέθοδος εκπαίδευσης που διδάσκει και ενεργοποιεί το μαθητή πώς να μαθαίνει μόνος του και πώς να λειτουργεί αυτόνομα προς μια πορεία αυτομάθησης (Λιοναράκης 2001, Λιοναράκης, 2005 όπ. αναφ. στο Γκινόπουλος 2015). Αρχικά, η εξ αποστάσεως εκπαίδευση εφαρμόστηκε στην τριτοβάθμια εκπαίδευση καθώς συνδέθηκε με τη μάθηση των ενηλίκων, στην πορεία όμως, λόγω και της μεγάλης ανάπτυξης των Τ.Π.Ε., αξιοποιήθηκε και στον χώρο της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (Γούτα και συν. 2017).

Η σχολική εξ αποστάσεως εκπαίδευση χωρίζεται σε αυτοδύναμη, συμπληρωματική και μεικτή. Στην αυτοδύναμη σχολική εξ αποστάσεως εκπαίδευση, οι μαθητές παρακολουθούν ολοκληρωμένα προγράμματα σπουδών που τους παρέχουν τίτλους ισότιμους με αυτούς του συμβατικού σχολείου και είναι αναγνωρισμένη και θεσμοθετημένη από το εκάστοτε κράτος που την παρέχει (Παπανικολάου 2017). Μέσω της συμπληρωματικής εξ αποστάσεως εκπαίδευσης, οι μαθητές μπορούν να παρακολουθήσουν μαθήματα που δεν διδάσκονται στο συμβατικό σχολείο ή δεν συμπεριλαμβάνονται σε ενισχυτική διδασκαλία μαθημάτων. Γενικά η συμπληρωματική εξ αποστάσεως εκπαίδευση συμπληρώνει τους στόχους των εκπαιδευτικών προγραμμάτων (Τασσόπουλος 2017). Τέλος, η μεικτή συνδυάζει την παραδοσιακή διδασκαλία μέσα στην αίθουσα με την εξ αποστάσεως διδασκαλία (Κελενίδου και συν. 2017).

Η μέθοδος της συμπληρωματικής εξ αποστάσεως εκπαίδευσης θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για την υλοποίηση μακροχρόνιων προγραμμάτων αγωγής υγείας, καθώς η προαγωγή της υγείας με έμφαση στην πρόληψη και στην αγωγή υγείας αποτελούν στόχο της Διεύθυνσης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Υπουργείου Υγείας (ΦΕΚ 115τ Α/7-8-2017). Τα μακροχρόνια προγράμματα αγωγής υγείας είναι πιθανότερο να αλλάξουν συμπεριφορές και στάσεις μαθητών ως προς θέματα υγείας, σε σχέση με τις ολιγόωρες παρεμβάσεις που συνήθως υλοποιούνται αποσπασματικά (Αλεξανδροπούλου 2013).

Οι ιδιαίτερες οικονομικές συνθήκες της Ελλάδας, ο μικρός αριθμός σχολικών νοσηλευτών, η αδυναμία μακροχρόνιας φυσικής παρουσίας των κοινοτικών νοσηλευτών σε σχολεία για την εφαρμογή μακράς διάρκειας προγραμμάτων αγωγής υγείας, αποτελούν μερικά μόνο από τα προβλήματα που δυσχεραίνουν την δια ζώσης υλοποίηση μακροχρόνιων προγραμμάτων αγωγής υγείας. Ωστόσο, η συμπληρωματική εξ αποστάσεως διδασκαλία προγραμμάτων αγωγής υγείας δύναται να αποτελέσει έναν καινοτόμο τρόπο διδασκαλίας, δεδομένου της εξέλιξης των Τ.Π.Ε. και της ραγδαίας ανάπτυξης του διαδικτύου στη χώρα μας (Μούστου 2015).

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να διερευνήσει την επίδραση και τις αλλαγές, σε επίπεδο γνώσεων και στάσεων, που θα επιφέρει η συμπληρωματική εξ αποστάσεως διδασκαλία μακροχρόνιου προγράμματος αγωγής υγείας, διάρκειας δύο μηνών, για πρόληψη μυοσκελετικών παθήσεων σε μαθητές που φοιτούν στην Ε΄ και ΣΤ΄ τάξη του δημοτικού σχολείου.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σχεδιασμός

Η μελέτη αποτελεί εμπειρική έρευνα που πραγματοποιήθηκε κατά τη διάρκεια της σχολικής χρονιάς 2016-2017 σε μαθητές της Ε΄ και ΣΤ΄ τάξης τριών δημοτικών σχολείων μη αστικής περιοχής της Ανατολικής Μακεδονίας. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν σε διάστημα τριών μηνών με τη χρήση ερωτηματολογίων αξιολόγησης της μεταβολής των γνώσεων, του ελέγχου αυτοαντίληψης της γνώσης, αξιολόγησης των αντιλήψεων και στάσεων ως προς τις μεθόδους διδασκαλίας και, τέλος, ερωτηματολογίου αξιολόγησης των μεθόδων διδασκαλίας (Αντωνίου 1998).

Δείγμα

Αρχικά, οι συμμετέχοντες ήταν 104 μαθητές της Ε και Στ τάξης Δημοτικών Σχολείων. Εξαιρέθηκαν οι μαθητές που απουσίαζαν στην προγραμματισμένη δεύτερη ή τρίτη μέτρηση (συνολικά 12 άτομα).Έτσι, το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν οι 92 συμμετέχοντες μαθητές και στις τρεις μετρήσεις, από τους οποίους 40 φοιτούσαν στην Ε΄ και 52 στη ΣΤ΄ τάξη. Από αυτούς, το 45.7% (N=42) ήταν κορίτσια και το 54,3% (N=50) ήταν αγόρια (Πίνακας 1).

Οι μαθητές των τριών δημοτικών σχολείων χωρίστηκαν σε δυο ομάδες των 32 (ομάδα ελέγχου) και 60 (πειραματική ομάδα) ατόμων. Στις δύο αυτές ομάδες υλοποιήθηκε το ίδιο πρόγραμμα αγωγής υγείας με τίτλο «Γνωρίζω-Αγαπώ-Προστατεύω τη Σπονδυλική μου Στήλη» με τη διαφορά ότι στην πειραματική ομάδα χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της εξ αποστάσεως διδασκαλίας μέσω Τ.Π.Ε., Οι μαθητές παρακολουθούσαν με δική τους πρωτοβουλία το υλικό του προγράμματος που αναρτιόνταν στην ιστοσελίδα του σχολείου, Στην ομάδα ελέγχου

χρησιμοποιήθηκε η τυπική διδασκαλία, με το πρόγραμμα να εφαρμόζεται από τον εκπαιδευτικό μέσα στην τάξη.

Πρόγραμμα παρέμβασης

Το πρόγραμμα αγωγής υγείας τόσο στην πειραματική ομάδα όσο και στην ομάδα ελέγχου είχε διάρκεια οκτώ εβδομάδων. Η μαθησιακή ύλη περιλάμβανε γενικές πληροφορίες για τη Σ.Σ. (ανατομία, λειτουργία, παθήσεις κ.α.), για την ορθή χρήση και στάση της Σ.Σ. (σε καθιστή θέση, στο σήκωμα ενός βάρους κ.α.), και για την εργονομική χρήση αντικειμένων και επίπλων (ηλεκτρονικός υπολογιστής, καρέκλα, σχολική σάκα κ.α.). Στο τέλος της παρέμβασης οι μαθητές ήταν ικανοί να γνωρίζουν βασικά στοιχεία ανατομίας και σωστής χρήσης και στάσης της Σ.Σ. και να αναγνωρίζουν και να χρησιμοποιούν εργονομικά έπιπλα και αντικείμενα.

Το πρόγραμμα αγωγής υγείας για την πρόληψη μυοσκελετικών παθήσεων στην πειραματική ομάδα υλοποιήθηκε με τη βοήθεια του λογισμικού Office Mix. Σκοπός του εκπαιδευτικού προγράμματος, στο οποίο κυρίαρχο ρόλο είχε ως εκπαιδευτικό υλικό το ψηφιακό περιεχόμενο που παραγόταν με το συγκεκριμένο λογισμικό, ήταν να συμβάλλει στην κατανόηση εννοιών, στην απόκτηση γνώσεων και στην αλλαγή συμπεριφορών για την πρόληψη μυοσκελετικών παθήσεων. Το Office Mix, που αποτελεί πρόσθετο του Power Point, μέσω της διαδραστικής παρέμβασης επιδίωκε να προωθήσει την αλληλεπιδραστική μάθηση και την κριτική σκέψη των μαθητών.

Στην πειραματική ομάδα η παρέμβαση έγινε εξ αποστάσεως και δόθηκε η ευκαιρία στους μαθητές να εμπλακούν ενεργά και δημιουργικά με ατομική τους ευθύνη στο ψηφιακό υλικό της παρουσίασης Office Mix χωρίς την παρέμβαση του εκπαιδευτικού. Συγκεκριμένα, το υλικό της παρέμβασης αναρτιόταν κάθε εβδομάδα στην ιστοσελίδα του σχολείου και οι μαθητές καλούταν να παρακολουθήσουν εκτός σχολικού ωραρίου τις 15λεπτες παρουσιάσεις και να απαντήσουν στις ερωτήσεις εμπέδωσης που ακολουθούσαν.

Στην ομάδα ελέγχου η παρέμβαση πραγματοποιήθηκε δια ζώσης, μέσω τυπικής διδασκαλίας από τον εκπαιδευτικό της τάξης, ο οποίος χρησιμοποίησε το ίδιο υλικό με την πειραματική ομάδα (χωρίς την αυτόνομη χρήση ψηφιακού υλικού και εξ αποστάσεως διαδικασία). Συγκεκριμένα, ο εκπαιδευτικός αφιέρωνε 45 λεπτά την εβδομάδα για να παρουσιάσει το υλικό της παρέμβασης (παρουσιάσεις, βίντεο, ασκήσεις εμπέδωσης) στους μαθητές της τάξης.

Πριν την έναρξη υλοποίησης της παρέμβασης δόθηκε το υλικό και έγινε ενημέρωση των εκπαιδευτικών και των μαθητών των δύο ομάδων (ελέγχου και πειραματικής) σχετικά με τους στόχους και το περιεχόμενο του προγράμματος από την κοινοτική νοσηλεύτρια-υπεύθυνη του προγράμματος παρέμβασης. Κατά τη διάρκεια των οκτώ εβδομάδων υλοποίησης της παρέμβασης υπήρξε επικοινωνία και υποστήριξη των εκπαιδευτικών καθώς και καθοδήγηση για την επίλυση διαφόρων θεμάτων.

Συλλογή δεδομένων- Περιγραφή εργαλείων μέτρησης

Πραγματοποιήθηκαν τρείς μετρήσεις κατά την ίδια χρονική περίοδο τόσο για την πειραματική όσο και για την ομάδα ελέγχου: η αρχική μέτρηση πριν την έναρξη της παρέμβασης, η μέτρηση ακριβώς μετά τη λήξη της παρέμβασης και η μέτρηση διατήρησης μετά από χρονικό διάστημα ενός μήνα από τη λήξη της παρέμβασης. Σκοπός της πρώτης μέτρησης ήταν να καθοριστεί το αρχικό επίπεδο γνώσης και των δύο ομάδων. Σκοπός της δεύτερης μέτρησης ήταν η καταγραφή της μεταβολής στις γνώσεις που επήλθε από τις δύο μεθόδους διδασκαλίας και η καταγραφή των στάσεων έναντι των διαδικασιών. Σκοπός της τρίτης μέτρησης ήταν ο καθορισμός του επιπέδου διατήρησης της γνώσης.

Χρησιμοποιήθηκαν τα εξής εργαλεία μέτρησης:

α) Για την αξιολόγηση αλλαγών στη μάθηση χρησιμοποιήθηκε κατάλληλα δομημένο ερωτηματολόγιο αξιολόγησης γνώσεων για τη Σ.Σ. και την ορθοσωμία με ρωτήσεις πολλαπλής επιλογής. Το ερωτηματολόγιο γνώσεων κατασκευάστηκε σύμφωνα με το πλαίσιο της διδακτικής ύλης ως εργαλείο αξιολόγησης της γνώσης των μαθητών και ελέγχθηκε από δύο ειδικούς για την ορθότητα και περιεκτικότητα των ερωτήσεων ενώ παράλληλα διανεμήθηκε πιλοτικά σε μαθητές, που δεν θα συμμετείχαν στο πρόγραμμα, πριν την έναρξη της παρέμβασης για τον έλεγχο κατανόησης της γλώσσας και των εννοιών. Το ερωτηματολόγιο αυτό συμπληρώθηκε από τους συμμετέχοντες μαθητές πριν την έναρξη της παρέμβασης, στο τέλος και ένα μήνα μετά το τέλος της παρέμβασης.

β) Για τη διερεύνηση των ψυχολογικών χαρακτηριστικών και ιδιαίτερα της αυτοαντίληψης (βαθμός ενημέρωσης) σχετικά με τις γνώσεις για τη Σ.Σ. και την ορθοσωμία, χρησιμοποιήθηκε μία κλίμακα που αποτελούνταν από τέσσερα θέματα (items). Κάθε θέμα περιλάμβανε σχετικές ερωτήσεις με διαβαθμισμένες απαντήσεις τύπου Likert (πολύ λίγο=1 έως πάρα πολύ=7). Η μέγιστη επίδοση (θετική άποψη) ήταν 28 και η ελάχιστη 4 (αρνητική άποψη). Η κλίμακα αυτή, που χρησιμοποιήθηκε και ελέγχθηκε σε μελέτη του Αντωνίου (1998), δόθηκε στο σύνολο του δείγματος αμέσως μετά το τέλος τα παρέμβασης.

γ) Για τη διερεύνηση των στάσεων έναντι των μεθόδων εξ αποστάσεως διδασκαλίας και με διδάσκοντα μέσα στην αίθουσα, χρησιμοποιήθηκε μία κλίμακα που αποτελούνταν από 6 θέματα (items) με δυνατότητα επιλογής από 6 ζεύγη επιθέτων: καλό - κακό, ανόητο - έξυπνο, χρήσιμο - άχρηστο, απωθητικό - ελκυστικό, άσχημο - όμορφο, δυσάρεστο - ευχάριστο. Η κλίμακα αυτή, που

χρησιμοποιήθηκε και ελέγχθηκε σε μελέτη του Αντωνίου (1998), δόθηκε στο σύνολο του δείγματος αμέσως μετά το τέλος τα παρέμβασης. Επιπρόσθετα πραγματοποιήθηκε ανάλυση αξιοπιστίας του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου για τις αντιλήψεις και τις στάσεις των μαθητών ως προς τις μεθόδους διδασκαλίας. Και στις δυο ομάδες διδασκαλίας οι συντελεστές Cronbach's α ήταν υψηλοί και άνω του 0.7, υποδεικνύοντας καλή αξιοπιστία του ερωτηματολογίου.

δ) Για την αξιολόγηση των δύο μεθόδων διδασκαλίας, δηλαδή της συμπληρωματικής εξ αποστάσεως διδασκαλίας και της διδασκαλίας με τον εκπαιδευτικό μέσα στη τάξη, χρησιμοποιήθηκε μετά το τέλος της παρέμβασης ένα αντίστοιχο για κάθε τρόπο ερωτηματολόγιο (Αντωνίου 1998). Το κάθε ερωτηματολόγιο περιλάμβανε 13 θέματα (items). Οι απαντήσεις σε κάθε τμήμα αντιστοιχούσαν σε μία πενταβάθμια κλίμακα τύπου Likert «συμφωνώ» έως «δεν έχω άποψη» με επιλογή βαθμολόγησης από το 4 μέχρι το 0.

ε) Για την αξιολόγηση του εσωτερικού ενδιαφέροντος και της πρόθεσης για μελλοντική ενασχόληση με τη σωστή στάση του σώματος, χρησιμοποιήθηκε κατάλληλα προσαρμοσμένη η κλίμακα του ερωτηματολογίου της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς (ΤΡΒ). Το ερωτηματολόγιο αυτό τροποποιήθηκε στα Ελληνικά από τους Papaioannou και Theodorakis (1996) (αναφορά στο Αντωνίου 1998).

Θέματα ηθικής-Δεοντολογίας

Στην παρούσα μελέτη τηρήθηκαν οι αρχές δεοντολογίας της Διακήρυξης του Ελσίνκι και δόθηκε άδεια διεξαγωγής της από την επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας Ερευνών του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης και τους διευθυντές των σχολείων.

Στατιστική Ανάλυση

Για τις κατηγορικές μεταβλητές, υπολογίσθηκε το πλήθος και το ποσοστό των συμμετεχόντων που επέλεξε την εκάστοτε κατηγορία. Για τις συνεχείς μεταβλητές υπολογίσθηκαν ο μέσος όρος (μ.ο.) και η τυπική απόκλιση (τ.α.).

Οι γνώσεις των μαθητών αναφορικά με τη σπονδυλική στήλη αξιολογήθηκαν αρχικά βάσει μιας αθροιστικής κλίμακας, της Κλίμακας Βασικών Γνώσεων (ΚΒΓ). Η συγκεκριμένη κλίμακα υπολογίσθηκε ως το άθροισμα των ορθών απαντήσεων σε συνολικά 12 ερωτήσεις που τους έγιναν. Αμέσως μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης καθώς και στην αξιολόγηση που έγινε ένα μήνα αργότερα, πέραν των αρχικών ερωτήσεων δόθηκε ένα επιπλέον ερωτηματολόγιο στους μαθητές με 6 πιο απαιτητικές ερωτήσεις γνώσεων αναφορικά με τη σπονδυλική στήλη. Έτσι, πέραν της αρχικής κλίμακας γνώσεων, αξιολογήθηκε και μια δεύτερη κλίμακα, η Κλίμακα Συνολικών Γνώσεων (ΚΣΓ). Η ΚΣΓ υπολογίσθηκε ως το άθροισμα της αρχικής κλίμακας (ΚΒΓ) και του πλήθους των ορθών απαντήσεων των μαθητών στις 6 επιπρόσθετες ερωτήσεις.

Για τη σύγκριση των κλιμάκων γνώσεων (ΚΒΣ και ΚΣΓ) μεταξύ των μετρήσεων, για κάθε ομάδα χωριστά πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι κατά ζεύγη (paired sample t-test). Για τη σύγκριση της μεταβολής των τιμών των κλιμάκων γνώσεων (ΚΒΓ και ΚΣΓ) μεταξύ των δύο ομάδων, πραγματοποιήθηκε έλεγχος δύο ανεξάρτητων δειγμάτων (independent samples t-test).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Αξιολόγηση των Γνώσεων

Αρχικά πραγματοποιήθηκε έλεγχος ώστε να διαπιστωθεί κατά πόσο οι δύο ομάδες, δηλαδή η ομάδα ελέγχου και η ομάδα παρέμβασης, παρουσίαζαν ομοιογένεια ως προς τις γνώσεις τους κατά την έναρξη της μελέτης (baseline). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην μέση ΚΒΓ κατά την έναρξη της μελέτης ($p=0.25$).

Στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου κατά ζεύγη για την ΚΒΓ, μεταξύ της αρχικής και ενδιάμεσης αξιολόγησης, καθώς επίσης μεταξύ της αρχικής και της τελικής αξιολόγησης. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται χωριστά για την ομάδα ελέγχου και την ομάδα παρέμβασης. Παρατηρήθηκε ότι τόσο τα άτομα της ομάδας παρέμβασης όσο και τα άτομα της ομάδας ελέγχου βελτίωσαν το σκορ ΚΒΓ σε σχέση με την αρχική μέτρηση, τόσο αμέσως μετά το τέλος της παρέμβασης όσο και στην τελική αξιολόγηση, ένα μήνα αργότερα.

Στο Διάγραμμα 1 παρουσιάζονται πιο αναλυτικά οι διαχρονικές μεταβολές της ΚΒΓ στην ομάδα ελέγχου. Τα θηκογράμματα του Διαγράμματος 1 δείχνουν ότι στην ομάδα ελέγχου παρατηρήθηκε έντονη αύξηση της ΚΒΓ αμέσως μετά την διδασκαλία, με σχεδόν το σύνολο των μαθητών να φαίνεται να έχουν αρκετά υψηλό σκορ γνώσεων. Ένα μήνα μετά την διδασκαλία, όμως, η ΚΒΓ παρουσιάζει μια μικρή μείωση ως προς το μέσο και τη διάμεσο, ενώ ταυτόχρονα παρουσιάζει μεγαλύτερο εύρος τιμών, με αρκετούς μαθητές να παρουσιάζουν αρκετά μειωμένη τιμή στην ΚΒΓ, συχνά αντίστοιχη της αρχικής αξιολόγησης. Έτσι, φαίνεται ότι σε σημαντικό βαθμό, οι γνώσεις των μαθητών της ομάδας ελέγχου αυξήθηκαν βραχυπρόθεσμα, αλλά ίσως δεν εμπεδώθηκαν, εφόσον σε μακροπρόθεσμο διάστημα πολλοί μαθητές παρουσίασαν μειωμένη τιμή στο τεστ γνώσεων.

Στο διάγραμμα 2 παρουσιάζονται πιο αναλυτικά οι διαχρονικές μεταβολές της ΚΒΓ στην ομάδα παρέμβασης. Τα θηκογράμματα του Διαγράμματος 2 δείχνουν ότι στην ομάδα παρέμβασης παρατηρήθηκε αύξηση της ΚΒΓ αμέσως μετά την διδασκαλία. Το εύρος τιμών βέβαια σε αυτή την ομάδα είναι μεγαλύτερο σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, συνεπώς δεν φαίνεται να έφτασαν όλοι οι

μαθητές στο ίδιο επίπεδο γνώσεων. Μακροπρόθεσμα, δηλαδή ένα μήνα μετά την παρέμβαση, η ΚΒΓ δεν φαίνεται να διαφοροποιήθηκε ιδιαίτερα ως προς το μέσο και τη διάμεσο. Επίσης εντοπίζεται μια ελαφρώς πιο έντονη ομοιογένεια των σκορ των μαθητών. Έτσι, οι μαθητές της ομάδας παρέμβασης, αν και δεν παρουσίασαν την ίδια εντυπωσιακή αύξηση στην ΚΒΓ, όπως η ομάδα ελέγχου, φαίνεται ότι διατήρησαν τις γνώσεις που απέκτησαν και συνεπώς, ίσως, η συμπληρωματική εξ αποστάσεως διδασκαλία μέσω Τ.Π.Ε. να ήταν πιο αποτελεσματική στο να ενισχύσει πραγματικά τις γνώσεις των μαθητών και όχι να προκαλέσει απλά μια πρόσκαιρη βελτίωση.

Σύγκριση των στάσεων/ πεποιθήσεων των μαθητών αναφορικά με τις μεθόδους διδασκαλίας

Στο Διάγραμμα 3, παρουσιάζονται οι μέσοι όροι των απαντήσεων των μαθητών στις ερωτήσεις για τις αντιλήψεις και τις στάσεις ως προς το πρόγραμμα, ξεχωριστά σε κάθε ομάδα διδασκαλίας (πειραματική και ελέγχου). Εδώ βρέθηκε ότι σε ορισμένες ερωτήσεις σχεδόν το σύνολο των μαθητών κάποιας ομάδας έδωσε την ίδια απάντηση. Επίσης, σύμφωνα με τον έλεγχο κανονικότητας με το στατιστικό τεστ Kolmogorov-Smirnoff βρέθηκε ότι καμία από τις μεταβλητές δεν ακολουθούσε την κανονική κατανομή. Συνεπώς πραγματοποιήθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann-Whitney για τη σύγκριση των απαντήσεων μεταξύ των δυο ομάδων, καθώς αυτός ο μη παραμετρικός έλεγχος είναι ο μόνος που ως ένα βαθμό μπορεί να εφαρμοσθεί στα συγκεκριμένα δεδομένα.

Συμπερασματικά, παρατηρούμε στο Διάγραμμα 3 ότι οι μαθητές της ομάδας της παραδοσιακής διδασκαλίας αξιολόγησαν λίγο πιο θετικά το πρόγραμμα, σε σύγκριση με τους μαθητές της ομάδας παρέμβασης, αφού οι μέσοι όροι στο σύνολο των ερωτήσεων είναι πιο κοντά στη μονάδα (απαντήσεις «συμφωνώ», «υπέροχο/η», «χρήσιμο»).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα μελέτη έγινε μια προσπάθεια να διερευνηθεί η επίδραση και οι αλλαγές που θα επιφέρει η εξ αποστάσεως διδασκαλία μακροχρόνιου προγράμματος αγωγής υγείας, διάρκειας δύο μηνών, για πρόληψη μυοσκελετικών παθήσεων σε επίπεδο γνώσεων και στάσεων, σε μαθητές που φοιτούν στην Ε΄ και ΣΤ΄ τάξη του δημοτικού σχολείου. Συνολικά λοιπόν, φαίνεται ότι, αν και βραχυπρόθεσμα, στην ομάδα ελέγχου (τυπική διδασκαλία μέσα στην τάξη) σημειώθηκε μεγαλύτερη βελτίωση των γνώσεων. Όμως, η πειραματική ομάδα (εξ αποστάσεως διδασκαλία) απέκτησε και διατήρησε περισσότερες γνώσεις για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

Το εύρημα αυτό θα μπορούσε να υποστηρίξει την άποψη ότι το πρόγραμμα μέσω συμπληρωματικής εξ αποστάσεως διδασκαλίας ήταν πιο αποτελεσματικό στο να βοηθήσει τους μαθητές να εμπεδώσουν και να διατηρήσουν τις γνώσεις σχετικά με τη σπονδυλική στήλη και την ορθοσωμία. Το λογισμικό περιβάλλον του office mix, εμπλουτισμένο με κείμενο, εικόνα, ήχο, κίνηση, βίντεο και με τη δυνατότητα διάδρασης προφανώς συνέδραμε ώστε το περιβάλλον μάθησης να γίνει περισσότερο ελκυστικό στους μαθητές που ήταν ήδη εξοικειωμένοι με τη χρήση των Τ.Π.Ε. και είχαν πρόσβαση σε αυτές.

Ανάλογες μελέτες για την αποτελεσματικότητα της εξ αποστάσεως διδασκαλίας σε σχέση με την παραδοσιακή διδασκαλία μέσα στην τάξη, έχουν διενεργηθεί από διάφορους ερευνητές σε ποικίλα γνωστικά αντικείμενα και σε διάφορες ηλικιακές ομάδες.

Ο Γκινόπουλος (2015) σε μελέτη του, είχε ως στόχο να διερευνήσει την ανάπτυξη των ψυχοκινητικών δεξιοτήτων δύο ομάδων αθλητών (ποδόσφαιρου) ηλικίας 9 έως 11 ετών. Οι δύο ομάδες διδάχθηκαν το ίδιο ασκησιολόγιο, με τη διαφορά ότι στη πρώτη ομάδα εφαρμόστηκε εξ αποστάσεως διδασκαλία ενώ στη δεύτερη ομάδα χρησιμοποιήθηκαν μέθοδοι παραδοσιακής διδασκαλίας. Τα συμπεράσματα της έρευνας έδειξαν ότι η εξ αποστάσεως εκπαίδευση είναι χρήσιμη στην ανάπτυξη των ψυχοκινητικών δεξιοτήτων μέσω της οποίας αναπτύσσονται σε πολύ μεγάλο βαθμό. Παρομοίως, τα ευρήματα μελέτης που πραγματοποιήθηκε σε 68 μαθητές Ε΄ τάξης δημοτικού σχολείου σχετικά με τη συμπληρωματική εξ αποστάσεως εκπαίδευση γραμματικών φαινομένων της αγγλικής γλώσσας, έδειξαν ότι η συμπληρωματική εξ αποστάσεως εκπαίδευση είναι ιδιαίτερα αποδοτική ως προς την εξάσκηση και εμπέδωση των νέων γραμματικών φαινομένων (Αναστασίου και συν. 2015).

Σε έρευνα σχετικά με τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της συμπληρωματικής εξ αποστάσεως εκπαίδευσης στο πλαίσιο ενισχυτικής διδασκαλίας μαθηματικών σε 114 μαθητές γυμνασίου, βρέθηκε αλλαγή στάσης των μαθητών απέναντι στο συγκεκριμένο γνωστικό αντικείμενο, βελτίωση της αυτοπεποίθησης, απόκτηση κινήτρων και καλύτερη κατανόηση της ύλης (Παπαφιλίππου και συν. 2016). Παρόμοια αποτελέσματα βελτίωσης της επίδοσης των 90 συμμετεχόντων μαθητών γυμνασίου σε πρόγραμμα εξ αποστάσεως εκπαίδευσης παρουσιάζει και η μελέτη των Σκουλαρίδου και Μαυροειδή (2016). Η ίδια μελέτη παρουσιάζει και την ικανοποίηση των μαθητών από τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα.

Οι Sakar και Ozturk (2011) μελέτησαν 10.383 μαθητές, 11 έως 14 ετών, στην Τουρκία με σκοπό την αξιολόγηση της εφαρμογής προγράμματος εξ αποστάσεως εκπαίδευσης. Τα ευρήματα αυτής της μελέτης έδειξαν ότι το 94% των συμμετεχόντων μαθητών δήλωσαν πως το εξ αποστάσεως πρόγραμμα βελτίωσε την επιτυχία τους στα Αγγλικά καθώς και ότι το 90% θα το επαναλάμβανε. Επίσης, ο Barbour (2015) σε μία μελέτη περίπτωσης με δείγμα 12 μαθητές ενός σχολείου στον Καναδά, όπου τα μαθήματα

γινόταν μέσω εξ αποστάσεως διδασκαλίας, παρουσιάζει πως οι εμπειρίες των μαθητών ήταν παρόμοιες με αυτές που είχαν στην τυπική διδασκαλία. Τέλος, πρόσφατη έρευνα στην Ινδονησία που σύγκρινε τα αποτελέσματα της εξ αποστάσεως διδασκαλίας μαθηματικών με την τυπική διδασκαλία, παρουσιάζει πως το μοντέλο της εξ αποστάσεως διδασκαλίας είναι περισσότερο αποτελεσματικό στην εννοιολογική κατανόηση των μαθηματικών σε σχέση με την τυπική διδασκαλία (Arifin & Herman 2017).

Συμπερασματικά, η συμπληρωματική εξ αποστάσεως εκπαίδευση προωθεί τη βελτίωση της επίδοσης, κεντρίζει το ενδιαφέρον για το εκάστοτε γνωστικό αντικείμενο και παρέχει τη δυνατότητα στους μαθητές να αυτορυθμίζουν τη μάθηση και να ανακαλύπτουν μόνοι τους τη γνώση (Κελενίδου 2017). Επιπρόσθετα, παρέχει τη δυνατότητα στους μαθητές να παρακολουθήσουν μαθήματα ή προγράμματα που δεν περιέχονται στο αναλυτικό πρόγραμμα της συμβατικής εκπαίδευσης, ενισχύοντας έτσι το έργο του συμβατικού σχολείου (Χονδρογιάννη 2015).

Η οργανωμένη ανάπτυξη δράσεων και παρεμβάσεων ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης του μαθητικού πληθυσμού, στο πλαίσιο της αγωγής υγείας, σε εθνικό επίπεδο αποτελούν στόχο της Διεύθυνσης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Υπουργείου Υγείας (ΑΔΑ: ΩΙ8Θ-465ΦΥΟ-7Ν9). Η μέθοδος της συμπληρωματικής εξ αποστάσεως εκπαίδευσης με χρήση των Τ.Π.Ε. θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί από τους κοινοτικούς νοσηλευτές για την υλοποίηση μακροχρόνιων προγραμμάτων αγωγής υγείας που στοχεύουν στην υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών και στάσεων δια βίου.

Οριοθέτηση της παρούσας έρευνας αποτελεί η υλοποίηση του προγράμματος αγωγής υγείας για πρόληψη μυοσκελετικών παθήσεων σε μαθητές τριών (3) δημοτικών σχολείων μη αστικής περιοχής της Ανατολικής Μακεδονίας. Συνεπώς, τα αποτελέσματά της δεν μπορούν να γενικευτούν για όλη την εκπαιδευτική κοινότητα, ενώ οι περιορισμοί της έρευνας αφορούν το γεγονός ότι δεν είναι δυνατό να γνωρίζει κανείς κατά πόσο η ανωνυμία των ερωτηματολογίων εξασφαλίζει την ειλικρίνεια των απαντήσεων των συμμετεχόντων μαθητών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το σχολείο συνιστά έναν από τους σημαντικούς φορείς εκπαίδευσης σε θέματα υγείας και μπορεί να συνδράμει καθοριστικά στην υιοθέτηση υγιεινών συνηθειών των μαθητών (Αλεξανδροπούλου 2013). Ο κοινοτικός νοσηλευτής κατέχει σημαντική θέση στην οργάνωση, στο σχεδιασμό, στην εφαρμογή και στην αξιολόγηση προγραμμάτων αγωγής υγείας που υλοποιούνται στο σχολικό περιβάλλον (Φουντούκη & Θεοφανίδης 2012, Αλεξανδροπούλου 2013, Καλοκαιρινού και συν. 2015).

Καθοριστικό ρόλο στην αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων αγωγής υγείας διαδραματίζει η μέθοδος διδασκαλίας και η χρήση των Τ.Π.Ε. Επιπρόσθετα, για να είναι αποτελεσματικά τα προγράμματα αγωγής υγείας, χρειάζεται να είναι μακροχρόνια ώστε η αλλαγή στην γνώση να επιτευχθεί παράλληλα με την αλλαγή στη νοοτροπία, στη συμπεριφορά και στη στάση των μαθητών (Αλεξανδροπούλου 2013).

Η εξ αποστάσεως εκπαίδευση με χρήση των Τ.Π.Ε. διευρύνει τις επιλογές των μαθητών τόσο σε θέματα μελέτης όσο και σε πηγές και ευκαιρίες μάθησης. Προωθείται η ενεργητική και αυτόνομη μάθηση, τα μέσα και οι μέθοδοι διδασκαλίας γίνονται πιο ευέλικτα, και προσφέρονται ελκυστικοί τρόποι στην παρουσίαση, μεταβίβαση και ανταλλαγή της πληροφορίας (Πανάου 2008 οπ. αναφ. στο Παπανικολάου 2017). Η εξ αποστάσεως εκπαίδευση μέσω Τ.Π.Ε. προάγει την επικοινωνία και βοηθά εκπαιδευτές και εκπαιδευόμενους να μοιράζονται τη γνώση, να έχουν πρόσβαση σε απεριόριστες βιβλιογραφικές αναφορές και να αναπτύσσουν την κριτική σκέψη. Η εξ αποστάσεως εκπαίδευση αποτελεί μία διαδραστική και δυναμική μορφή διδασκαλίας που καθιστά τη μάθηση εύκολη και αποτελεσματική (Tunmibi et al 2015).

Εν κατακλείδι, ο κοινοτικός νοσηλευτής συνιστάται να αξιοποιεί τις Τ.Π.Ε. και τη μέθοδο της συμπληρωματικής εξ αποστάσεως εκπαίδευσης, ως εργαλεία διδασκαλίας για την εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής της υγείας. Έτσι, εξελίσσεται αλλά και προσαρμόζεται στο συνεχώς εξελισσόμενο περιβάλλον της εκπαίδευσης, στοχεύοντας στην επιθυμητή αλλαγή συμπεριφορών και στάσεων των μαθητών ώστε να αποκτήσουν υγιεινές συνήθειες δια βίου.

ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

ΜΚ: Συμμετείχε στη σύλληψη και στο σχεδιασμό της μελέτης, στη συλλογή και ανάλυση των δεδομένων και συνέβαλε στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων και στη συγγραφή του κειμένου. ΑΠ: Συμμετείχε στη σύλληψη και στο σχεδιασμό της μελέτης, και συνέβαλε στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων και στη συγγραφή του κειμένου. ΜΕ και ΚΘ: Συμμετείχαν στο σχεδιασμό της μελέτης. Όλοι οι συγγραφείς αξιολόγησαν κριτικά και ενέκριναν την υποβολή του τελικού κειμένου.

ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ

Η παρούσα μελέτη δεν χρηματοδοτήθηκε από κάποια πηγή.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θερμές ευχαριστίες στη σχολική σύμβουλο κ. Χατζηνικολάου Σοφία, στους διευθυντές και στις δασκάλες των τριών δημοτικών σχολείων για την άριστη συνεργασία κατά τη διάρκεια υλοποίησης του προγράμματος.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Arifin F. & Herman T. (2017). The influence of e-learning model web enhanced course to conceptual understanding and self regulated learning in mathematics for elementary school students. TARBIYA: *Journal of Education in Muslim Society* 4: 45-52.

Barbour M. (2015). Real-Time Virtual Teaching: Lessons Learned From a Case Study in a Rural School. *Online Learning* Volume 19 Issue 5.

Boonen A., Vries N., Ruiter S., Bowker S. & Buijs G., (2009). *HEPS Guidelines*. Ο οδηγός είναι διαθέσιμος στην ιστοσελίδα του HEPS: www.hepseurope.eu [Ημερομηνία πρόσβασης: 25-10-2016].

Heyman E. & Dekel H. (2009). Ergonomics for children: An educational program for elementary school. *Work*, 32: 261-265.

Sakar N. & Ozturk O. (2011). The «community services» course through distance education: evaluation of primary school students. *Turkish Online Journal of Distance Education-TOJDE* 12: 184-194.

Tunmibi S., Aregbesola A., Adejobi P., & Ibrahim O. (2015). Impact of E-Learning and Digitalization in Primary and Secondary Schools. *Journal of Education and Practice* 17: 53-58.

Αναστασίου Α., Ανδρούτσου Δ., & Γεωργάλας Π. (2015). Η δυνατότητα αξιοποίησης των ΤΠΕ για τη συμπληρωματική εξ αποστάσεως ηλεκτρονική διδασκαλία θεμάτων της αγγλικής γραμματικής στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση. Ανοικτή Εκπαίδευση: *το περιοδικό για την Ανοικτή και εξ Αποστάσεως Εκπαίδευση και την Εκπαιδευτική Τεχνολογία* 11: 106-123.

Αντωνίου Π. (1998). *Εφαρμογές Πολυμέσων στον Αθλητισμό και αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας τους*. Διδακτορική Διπλωματική Διατριβή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης.

Αλεξανδροπούλου Μ. (2011). Αποτελεσματικότητα προγραμμάτων αγωγής υγείας πρώτων βοηθειών στην κοινότητα: κριτική ανασκόπηση. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης* 4: 53-63.

Αλεξανδροπούλου Μ. (2013). Αξιολόγηση Προγραμμάτων Προαγωγής Υγείας: Η Περίπτωση του Σχολείου ως Φορέα Προαγωγής Υγείας. *Νοσηλευτική* 52: 43-56.

Βερναδάκης Ν., Αυγερινός Α., Ζέτου Ε., Γιαννούση Μ. & Κιουμουρτζόγλου Ε. (2006). Μαθαίνοντας με την Τεχνολογία των Πολυμέσων – Υπόσχεση ή Πραγματικότητα;. *Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή & τον Αθλητισμό* 4: 326 – 340.

Βρετού Ζ. & Γιόρτσιου Α. (2014). *Ορθοσωμία και αισθητική*. Πτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Αλεξάνδρειο Α.Τ.Ε.Ι. Θεσσαλονίκης

Γούτα Ε., Αντωνίου Π., & Papadakis S. (2017). Συμπληρωματική εξ αποστάσεως σχολική εκπαίδευση και συνεργατική μάθηση μέσω περιβαλλόντων συνδιαμόρφωσης περιεχομένου. Στο: Διεθνές Συνέδριο για την Ανοικτή & εξ Αποστάσεως Εκπαίδευση, 23-26 Νοεμβρίου, 2017. Αθήνα: Ελληνικό Δίκτυο Ανοικτής και εξ Αποστάσεως Εκπαίδευσης, σελ 185-197.

Γκινόπουλος Σ. (2015). *Οι ψυχοκινητικές δεξιότητες στην εξ αποστάσεως εκπαίδευση*. Μεταπτυχιακή διατριβή, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Ευαγγέλου Φ. (2014). *Σενάριο διδασκαλίας για τους μαθητές της Ε΄ και ΣΤ΄ Δημοτικού Σχολείου με τη χρήση του λογισμικού «Ερευνώ το Φυσικό Κόσμο»: Η μελέτη του Κυκλοφορικού Συστήματος. I-Teacher.gr*. ISSN: 1792-4146. Διαθέσιμο στο: http: //i-teacher.gr/files/7o_teyxos_i_teacher_1_2014.pdf (Ημερομηνία πρόσβασης: Ιανουάριος 2014)

Ιωαννίδη Β. & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α. (2010). Αγωγή Υγείας: Σημαντικός Παράγοντας για τη Σύγχρονη Εκπαίδευση και τη Δημόσια Υγεία. *Νοσηλευτική* 49: 113-121.

Καλοκαιρινού Α., Αδαμακίδου Θ., Βελονάκη Β., Βιβιλάκη Β., Καπρέλη Ε., Κριεμπάρδης, Α., Λάγιου, Α., Λιονής, Χ., Μαρκάκη, Ά., Μποδοσάκης, Π., Παπαδακάκη Μ. & Σακελλάρη, Ε. (2015). *Εφαρμογές καλών πρακτικών ομάδας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας*. Αθήνα, Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. Διαθέσιμο στο http://hdl.handle.net/11419/3301 [Ημερομηνία πρόσβασης: 5-6-2017]

Κελενίδου Π., Αντωνίου Π., & Παπαδάκης Σ. (2017). Η εξ αποστάσεως σχολική εκπαίδευση. Συστηματική ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας. Στο: Διεθνές Συνέδριο για την Ανοικτή & εξ Αποστάσεως Εκπαίδευση, 23-26 Νοεμβρίου, 2017. Αθήνα: Ελληνικό Δίκτυο Ανοικτής και εξ Αποστάσεως Εκπαίδευσης, σελ 168-184.

Κελενίδου Π. (2017). *Η εξ αποστάσεως εκπαίδευση. Συστηματική ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας*. Μεταπτυχιακή Διατριβή, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Μούστου Ο. (2015). *Συστήματα διαχείρισης μάθησης (ΣΔΜ) στη σχολική εξ αποστάσεως ξενόγλωσση εκπαίδευση: αντιλήψεις και πραγματικότητα*. Πτυχιακή διπλωματική διατριβή. Σχολή ανθρωπιστικών σπουδών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Μπενέκα Α., Μάλλιου Π., Πάφης Γ., Μάλλιου Β. & Κούτρα Χ., (2015). Θεραπευτική άσκηση. Αθήνα, Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. Διαθέσιμο στο: http://hdl.handle.net/11419/372 [Ημερομηνία πρόσβασης: 2-2-2017]

Παπανικολάου Κ. (2017). *Συμπληρωματική εξ αποστάσεως εκπαίδευση σε μαθητές δημοτικού. Μία Έρευνα Δράσης για τη μελέτη στο σπίτι*. Πτυχιακή διπλωματική διατριβή. Σχολή ανθρωπιστικών σπουδών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Παπαφιλίππου Ν., Τσιάτσος Θ., Μανούσου Ε., & Λιοναράκης Α. (2016). Διερεύνηση συμπληρωματικής εξ αποστάσεως εκπαίδευσης στο πλαίσιο ενισχυτικής διδασκαλίας μαθηματικών με την αξιοποίηση εκπαιδευτικού λογισμικού. *Ανοικτή Εκπαίδευση: το περιοδικό για την Ανοικτή και εξ Αποστάσεως Εκπαίδευση και την Εκπαιδευτική Τεχνολογία* 12: 73-89.

Σκουλαρίδου Ε., & Μαυροειδής Η. (2016). Συμπληρωματική σχολική εξ αποστάσεως εκπαίδευση με χρήση μαθησιακών αντικειμένων από το Πανελλήνιο Αποθετήριο Μαθησιακών Αντικειμένων – Φωτόδεντρο. *Ανοικτή Εκπαίδευση: το περιοδικό για την Ανοικτή και εξ Αποστάσεως Εκπαίδευση και την Εκπαιδευτική Τεχνολογία* 12: 56-72.

Τασσόπουλος Ν. (2017). *Εκπαιδευτικό υλικό για διδασκαλία εξ αποστάσεως για Cloud Computing*. Μεταπτυχιακή Διατριβή, Σχολή Θετικών Επιστημών & Τεχνολογίας, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο Πάτρας. Μάθησης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ* 50: 194–202.

Τσιούλης Α., Δουλγερίδου Δ., & Σπέρκου Ε., (2013). Σχεδιασμός και παρουσίαση εκπαιδευτικού λογισμικού: «Μαθαίνω Γεωγραφία Παίζοντας». *I-Teacher.gr*. ISSN: 1792-4146. http://i-teacher.gr/files/6o_teyxos_i_teacher_9_2013.pdf [ημερομηνία πρόσβασης: 13-3-2017].

Φουντούκη Α. & Θεοφανίδης Δ. (2012). Ο εκπαιδευτικός ρόλος του νοσηλευτή. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 11: 503-522.

Χονδρογιάννη Ι. (2015). Η εφαρμογή της συμπληρωματικής εξ αποστάσεως σχολικής εκπαίδευσης στην Ελλάδα. Μεταπτυχιακή Διατριβή, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

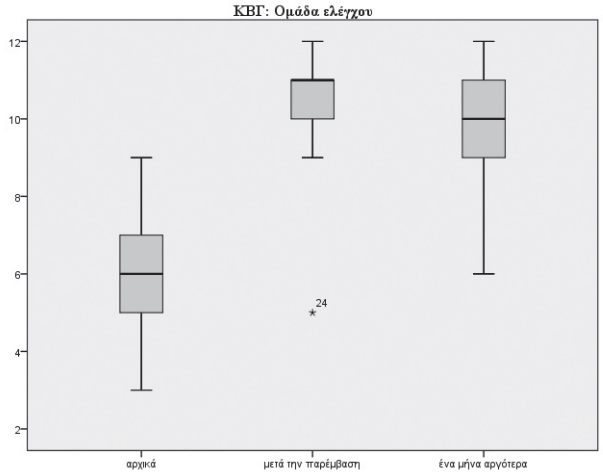
Πίνακας 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά

		Πειραματική Ομάδα		Ομάδα ελέγχου	
		Σχολείο Α	Σχολείο Β	Σχολείο Γ	Σύνολο
Φύλο	Αγόρι	19	15	16	50
	Κορίτσι	13	17	12	42
Τάξη	Ε'	15	16	9	40
	ΣΤ΄	17	19	16	52

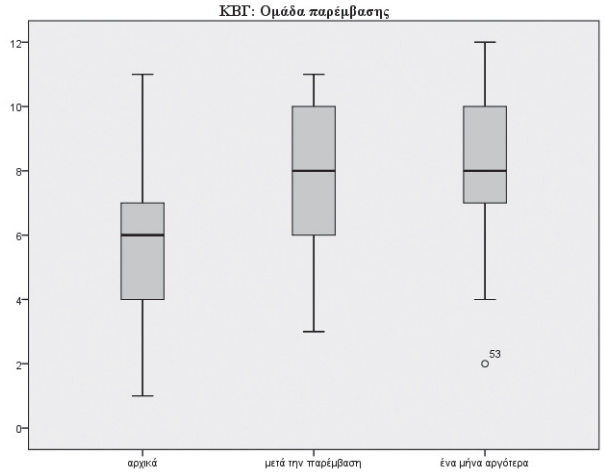
Πίνακας 2: Σύγκριση της μεταβολής της Κλίμακας Βασικών Γνώσεων (ΚΒΓ) κατά τις χρονικές στιγμές Τ1, Τ2 σε σχέση με την έναρξη της μελέτης (Τ0), για την ομάδα ελέγχου και για την ομάδα παρέμβασης.

	Αρχική (Τ0)		Ενδιάμεσα (Τ1)			Τελικά (Τ2)		
	μ.ο.	τ.α.	μ.ο.	τ.α.	Τ1 vs. Τ0 p	μ.ο.	τ.α.	Τ2 vs. Τ0 p
ΚΒΓ (ομάδα ελέγχου)	6,22	1,45	10,34	1,26	**<0,001**	9,84	1,51	**<0,001**
ΚΒΓ (ομάδα παρέμβασης)	5,75	2,04	7,95	2,18	**<0,001**	8,12	2,20	**<0,001**

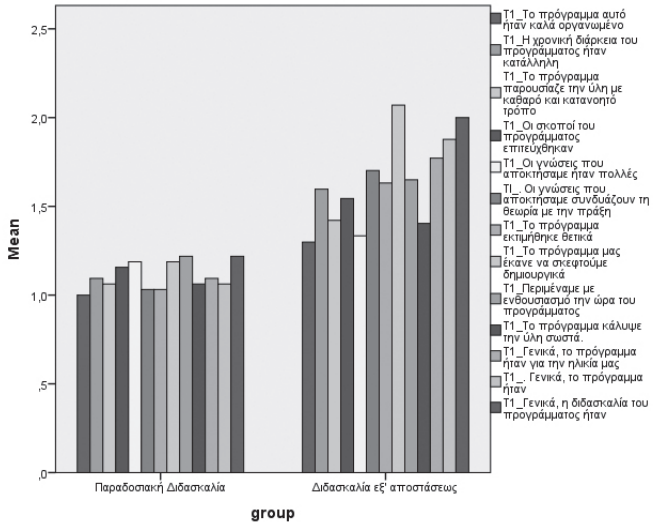
Διάγραμμα 1: Κατανομή της ΚΒΓ διαχρονικά, για την ομάδα ελέγχου.



Διάγραμμα 2: Κατανομή της ΚΒΓ διαχρονικά, για την ομάδα παρέμβασης



Διάγραμμα 3: Σύγκριση των στάσεων/ πεποιθήσεων των μαθητών για τις μεθόδους διδασκαλίας



RESEARCH STUDY

Implementing a health education program for musculoskeletal disorders prevention in primary school pupils with the complementary use of distance learning based on Information and Communication Technologies

Aikaterini Machairidou[1], Panagiotis Antoniou[2], Evaggelos Mpempetsos[3], Thomas Kourtessis[4]
1. Nurse, Kavala Health Center (former P.E.DY.-M.Y.)
2. Professor, Department of Physical Education and Sports, Democritus University of Thrace
3, 4. Associate Professor, Department of Physical Education and Sports, Democritus University of Thrace

ABSTRACT

Introduction: The long-term burden of the Spinal Cord from bad body position, weight lifting in the wrong way, etc. leads to the onset of musculoskeletal problems that affect functionality and general health of the individuals. Long-term health education programs, implemented in school-aged pupils, can help prevent musculoskeletal problems as they seek to adopt healthy behaviors and attitudes.

Purpose of this study, was to investigate the impact and changes of the implementation of a health education program for prevention of musculoskeletal problems, using distance learning, based on I.C.T., methods on the level of knowledge and attitudes of fifth and sixth grade elementary school pupils.

Methods: The empirical survey was conducted during 2016-2017 academic year in three primary schools of a non-urban area of Eastern Macedonia-Greece. The participants were 92 students divided into two groups: a) experimental (60 persons) using distance learning with I.C.T. and b) control (32 persons) using standard teaching by the class teacher. In order to compare knowledge levels and change in values between the measurements, paired sample t-test and independent sample t-tests were performed as well as the corresponding non-test samples parametric controls of Kolmogorov-Smirnoff and Mann-Whitney, to compare results regarding the teaching methods.

Results: The results showed that although in the short-term the control group experienced a greater improvement in knowledge, the experimental team, eventually, acquired and maintained more knowledge over the long-term.

Conclusions: Supplementary distance teaching of long-term health education programs using I.C.T. is effective in achieving the desired change in knowledge and attitudes, in order to acquire healthy lifestyles.

Keywords: Distance learning, Health Education Program, Prevention of Musculoskeletal Diseases, Information and Communication Technologies

Corresponding author: Aikaterini Machairidou
L.Porfira 30, 65404, Kavala, Greece.
e-mail: mahairkat@yahoo.gr

Submission date: 22-2-2018
Publication date: October 2018

Citation: Machairidou A., Antoniou P., Mpempetsos E. & Kourtessis T. (2018). Implementing a health education program for musculoskeletal disorders prevention in primary school pupils with the complementary use of distance learning based on Information and Communication Technologies. Hellenic Journal of Nursing Science 11(4): 27-37

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Σχέση επαγγελματικής ικανοποίησης και ψυχικής υγείας των εργαζομένων σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και κοινωνικής πρόνοιας

Κωνσταντίνος Τσάρας[1], Μαρία Παπαγιάννη[2], Θεοδόσιος Παραλίκας[1], Ευάγγελος Φραδέλος[3], Ελένη Λαχανά[1], Ιωάννα Παπαθανασίου[1]

1. Τμήμα Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλίας, Λάρισα, 2. Κέντρο Κοινωνικής Πρόνοιας Θεσσαλίας, Παράρτημα Λάρισας «Ο Αριστεύς», Λάρισα, 3. Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η Σωτηρία», Αθήνα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Οι συνθήκες, το περιβάλλον και οι σχέσεις που αναπτύσσονται στο χώρο εργασίας αποτελούν βασικές παράμετροι της επαγγελματικής ικανοποίησης και μπορεί να επηρεάσουν τόσο τη σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων, όσο και την απόδοσή τους στην εργασία.

Σκοπός: Η διερεύνηση της επίδρασης της επαγγελματικής ικανοποίησης στην ψυχική υγεία των εργαζομένων σε μονάδες υγείας και πρόνοιας.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε μελέτη συγχρονικού τύπου σε δείγμα 164 εργαζομένων σε νοσοκομεία και παράρτημα ατόμων με αναπηρία, κατά το πρώτο τετράμηνο του 2017. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με ερωτηματολόγιο που περιλάμβανε κοινωνικο-δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά, την Κλίμακα Επαγγελματικής Ικανοποίησης (ESI24) και την Κλίμακα Κατάθλιψης, Άγχους και Στρες (DASS21). Για τη στατιστική επεξεργασία χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t-test, η δοκιμασία anova, ο συντελεστής Pearson και η πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση.

Αποτελέσματα: Το 74,4% του δείγματος ήταν γυναίκες και το 25,6% άνδρες. Η μέση τιμή της ηλικίας ήταν τα 43,54 έτη και της προϋπηρεσίας τα 15,10 έτη. Το 50,6% ήταν επαγγελματίες υγείας, το 27,4% διοικητικό και το 22,0% τεχνικό και βοηθητικό προσωπικό. Η ηλικία και η προϋπηρεσία σχετίζονταν με την κατάθλιψη, το στρες και τη συνολική ψυχική επιβάρυνση των εργαζομένων, ενώ η οικογενειακή κατάσταση και ο αριθμός των παιδιών με το άγχος. Τα αυξημένα επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης σχετίζονταν με μειωμένα επίπεδα κατάθλιψης ($p=0,010$), άγχους ($p=0,026$) και στρες ($p<0,001$) αλλά και συνολικής ψυχικής επιβάρυνσης ($p=0,001$). Όλες οι διαστάσεις της επαγγελματικής ικανοποίησης, εκτός από το μισθό και τις προαγωγές, επηρέαζαν την ψυχική υγεία των εργαζομένων.

Συμπεράσματα: Το ανθρώπινο δυναμικό κατέχει πρωτεύων ρόλο στα συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας, οι διοικήσεις των οποίων θα πρέπει μέσα από την ορθή διαχείριση και παρακίνηση του προσωπικού να ενισχύουν την ικανοποίηση των εργαζομένων.

Λέξεις- Κλειδιά : Επαγγελματική εξουθένωση, επαγγελματική ικανοποίηση, εργασιακό άγχος, υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας, ψυχική υγεία.

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας: Κωνσταντίνος Τσάρας
Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Θεσσαλίας, Λάρισα, Ελλάδα
e-mail: ktsa@teilar.gr

Ημερομηνία Υποβολής: 19/07/2018
Ημερομηνία Δημοσίευσης: Οκτώβριος 2018

Αναφορά του άρθρου ως: Τσάρας Κ., Παπαγιάννη Μ., Παραλίκας Θ., Φραδέλος Ε., Λαχανά Ε. & Παπαθανασίου Ι. (2018). Σχέση επαγγελματικής ικανοποίησης και ψυχικής υγείας των εργαζομένων σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και κοινωνικής πρόνοιας. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης 11(4): 38-47

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Η αύξηση της ηλικίας και των ετών επαγγελματικής προϋπηρεσίας των εργαζομένων σχετίζονταν με αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης, στρες και συνολικής ψυχικής επιβάρυνσης.**
- **Οι έγγαμοι καθώς και οι εργαζόμενοι με περισσότερα παιδιά εμφάνιζαν υψηλότερα επίπεδα άγχους.**
- **Η αύξηση της επαγγελματικής ικανοποίησης επέφερε μείωση των επιπέδων της κατάθλιψης, του άγχους και του στρες, αλλά και συνολικά της ψυχικής επιβάρυνσης των εργαζομένων.**
- **Όλοι οι επιμέρους παράγοντες της επαγγελματικής ικανοποίησης επηρέαζαν την ψυχική υγεία των εργαζομένων εκτός από τις οικονομικές απολαβές και τις προαγωγές.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εργασία αποτελεί μια βασική παράμετρο της ζωής του ανθρώπου. Η εργασία δεν αποτελεί μόνο μέσο βιοπορισμού και πηγή εσόδων για τον άνθρωπο, αλλά και πηγή αυτοεκτίμησης, αυτοελέγχου, ικανοποίησης και άλλων θετικών συναισθημάτων που προκύπτουν είτε από τη συναναστροφή με τους συναδέλφους είτε από την απασχόληση με αυτό καθ' αυτό το αντικείμενο της εργασίας.

Η ικανοποίηση από την εργασία είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με το εργασιακό περιβάλλον και τις συνθήκες εργασίας, τις σχέσεις που δημιουργούνται με τους συναδέλφους, καθώς και με παραμέτρους που αφορούν την καθημερινότητα και τις λειτουργίες στον εργασιακό χώρο. Το ζήτημα της επαγγελματικής ικανοποίησης, των παραγόντων που την επηρεάζουν καθώς και της σχέσης της με την υγεία των εργαζομένων και την αποδοτικότητά τους βρίσκεται διαχρονικά στο ερευνητικό επίκεντρο και στον εργασιακό τομέα των υπηρεσιών υγείας.

Η επαγγελματική ικανοποίηση είναι μία πολυδιάστατη έννοια, που αντιπροσωπεύει τη συνολική στάση του ανθρώπου απέναντι στην εργασία του. Μία σειρά θεωρητικών μοντέλων έχουν αναπτυχθεί για να περιγράψουν και να εξηγήσουν την έννοια και τις επιμέρους διαστάσεις της επαγγελματικής ικανοποίησης. Σύμφωνα με τον Locke (1976), η εργασιακή ικανοποίηση είναι η ευχάριστη ή θετική συναισθηματική κατάσταση που απορρέει από την αξιολόγηση που νιώθει κάποιος για την εργασία του ή τις εμπειρίες που απορρέουν από αυτήν. Η επαγγελματική ικανοποίηση αναφέρεται στο μέγεθος που οι άνθρωποι δηλώνουν θετικά ή αρνητικά συναισθήματα για την εργασία τους. Η επαγγελματική ικανοποίηση αποτελεί δείκτη της γενικότερης ικανοποίησης και ευμάρειας του ατόμου αλλά και της ψυχικής υγείας του, καθώς η συμμετοχή στην εργασία είναι βασική ένδειξη του ψυχικού επιπέδου του ατόμου (Spector 1997). Σύμφωνα με νεότερες απόψεις, η έννοια της επαγγελματικής ικανοποίησης περιλαμβάνει πολυδιάστατες ψυχολογικές απαντήσεις στην εργασία του ατόμου. Οι διαστάσεις αυτές χρωματίζονται με αξιολογικά, συναισθηματικά και συμπεριφοριστικά στοιχεία (Hulin & Judge 2003, Taris et al 2010).

Η ικανοποίηση από την εργασία έχει θετική επίδραση τόσο στη σωματική, όσο και την ψυχική υγεία των εργαζομένων, αλλά και στην κοινωνική τους ευημερία (Van der Klink et al 2001, Grant et al 2007, Rothman 2008, Barnay 2016). Πλήθος ερευνών στον τομέα των υγειονομικών υπηρεσιών αναδεικνύουν την σχέση της επαγγελματικής ικανοποίησης με την υγεία των εργαζομένων, την αποδοτικότητά τους και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Rowe et al 2005, Lee et al 2009, Papathanasiou et al 2011, Kelesi et al 2016, Labrague et al 2018). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των ερευνών, οι εργαζόμενοι που είναι ικανοποιημένοι από τις συνθήκες εργασίας τους, έχουν θετικές σχέσεις με τους συναδέλφους τους και αισθάνονται ότι η δουλειά τους αναγνωρίζεται από τους ανωτέρους τους, βιώνουν χαμηλότερο εργασιακό άγχος, είναι λιγότερο επιρρεπείς στην επαγγελματική εξουθένωση και τείνουν να εκφράζουν περισσότερο θετικά συναισθήματα με σωματικό και πνευματικό τρόπο. Αντίθετα, οι εργαζόμενοι με χαμηλή επαγγελματική ικανοποίηση έχουν συνήθως μικρότερη εργασιακή δέσμευση και είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν σωματική, πνευματική και συναισθηματική απόσυρση με ψυχοσωματικές εκδηλώσεις, απουσίες από την εργασία και χαμηλή εργασιακή απόδοση (Milliken et al 2007, Healy & McKay 2008, West et al 2014, Khamisa et al 2015, Labrague et al 2017, Papathanasiou et al 2017, Berta et al 2018).

Το αντικείμενο της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της επίδρασης της ικανοποίησης από την εργασία στην ψυχική υγεία των εργαζομένων σε δημόσιες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και κοινωνικής πρόνοιας. Ειδικότερα μέσω ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς εκτιμήθηκε η επαγγελματική ικανοποίηση (Κλίμακα ESI) καθώς και η ψυχική επιβάρυνση (Κλίμακα DASS) των εργαζομένων και αξιολογήθηκε η μεταξύ τους σχέση με εξουδετέρωση πιθανών συγχυτικών επιδράσεων από τα κοινωνικο-δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά τους.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σχεδιασμός

Η παρούσα μελέτη ανήκει στην κατηγορία των περιγραφικών μελετών συσχέτισης και ο σχεδιασμός της ήταν συγχρονικού τύπου (cross-sectional study).

Δείγμα μελέτης

Τον μελετώμενο πληθυσμό αποτελούν εργαζόμενοι σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας (νοσοκομεία) και πρόνοιας (κέντρα κοινωνικής πρόνοιας) μιας Περιφέρειας της χώρας. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 164 εργαζόμενοι, ανεξαρτήτου ειδικότητας εργασίας, οι οποίοι προήλθαν από: α) ένα γενικό και ένα πανεπιστημιακό νοσοκομείο (n1=107) και β) ένα παράρτημα ατόμων με αναπηρία ενός κέντρου κοινωνικής πρόνοιας (n2=57). Η μέθοδος της δειγματοληψίας που εφαρμόστηκε ήταν αυτή της δειγματοληψίας μη πιθανότητας και ειδικότερα χρησιμοποιήθηκε η τεχνική της δειγματοληψίας ευκολίας. Κριτήρια αποκλεισμού κατά την επιλογή των μονάδων του δείγματος δεν τέθηκαν πέραν της συνεργασιμότητας και της συναίνεσης συμμετοχής στην έρευνα. Συνολικά χορηγήθηκαν 200 ερωτηματολόγια και το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 82,0%.

Συλλογή δεδομένων

Η συλλογή του εμπειρικού υλικού της έρευνας πραγματοποιήθηκε κατά το πρώτο τετράμηνο του 2017, χρησιμοποιώντας ένα πλήρως δομημένο, με ερωτήσεις κλειστού τύπου, και αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν στον τόπο εργασίας των συμμετεχόντων και παρελήφθησαν λίγες ημέρες αργότερα. Το ερωτηματολόγιο απαρτίζονταν από τρεις ενότητες, τις εξής:

Α. Δελτίο καταγραφής ατομικών χαρακτηριστικών. Περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικά με τα κοινωνικο-δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, δηλαδή το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, τον αριθμό παιδιών, το φορέα εργασίας, τα έτη επαγγελματικής προϋπηρεσίας, την κατηγορία προσωπικού και την ειδικότητα εργασίας.

Β. Κλίμακα Επαγγελματικής Ικανοποίησης. Για την εκτίμηση της ικανοποίησης των εργαζομένων από την εργασία χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Επαγγελματικής Ικανοποίησης (Employee Satisfaction Inventory, ESI24) των Koustelios and Bagiatis (1997). Η Κλίμακα ESI είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, το οποίο κατασκευάσθηκε σύμφωνα με το ελληνικό πολιτισμικό πλαίσιο και εξετάζει την επαγγελματική ικανοποίηση ως πολυδιάστατη έννοια. Σύμφωνα με τους κατασκευαστές το εργαλείο διαθέτει πολύ καλή δομική εγκυρότητα και αξιοπιστία σε επαγγέλματα εξυπηρέτησης των πολιτών, όπως επαγγέλματα δημόσιων λειτουργών. Η Κλίμακα ESI αποτελείται από 24 προτάσεις, οι οποίες μετρούν την επαγγελματική ικανοποίηση μέσα από έξι διαφορετικούς παράγοντες-διαστάσεις: α) «τις συνθήκες εργασίας», β) «τις οικονομικές απολαβές, μισθό», γ) «την προαγωγή», δ) «την ίδια την εργασία, φύση εργασίας», ε) «τον άμεσο προϊστάμενο, επίβλεψη» και στ) «τον οργανισμό ως ολότητα». Οι απαντήσεις δίνονται σε 5-βαθμη κλίμακα τύπου Likert με διαβάθμιση από 1 (διαφωνώ απόλυτα) έως 5 (συμφωνώ απόλυτα). Το υψηλότερο σκορ (score) των επιμέρους διαστάσεων και της συνολικής κλίμακας δηλώνει και υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης.

Γ. Κλίμακα Κατάθλιψης, Άγχους και Στρες. Για την εκτίμηση της ψυχικής υγείας των εργαζομένων χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Κατάθλιψης, Άγχους και Στρες (Depression Anxiety Stress Scale, DASS21) των Lovibond and Lovibond (1995), η οποία αξιολογεί παραμέτρους της ψυχικής υγείας που χαρακτηρίζουν αρνητική συναισθηματική κατάσταση. Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε η προσαρμοσμένη για την Ελλάδα εκδοχή της κλίμακας (Lyrakos et al 2011). Σύμφωνα με τους συγγραφείς η κλίμακα διαθέτει καλή εγκυρότητα περιεχομένου και εννοιολογικής κατασκευής, ενώ η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας και η αξιοπιστία των δύο ημίσεων είναι ικανοποιητική. Η Κλίμακα DASS έχει χρησιμοποιηθεί σε πλήθος ερευνών και αποτελείται από 21 προτάσεις, οι οποίες δίνουν τρεις επιμέρους υποκλίμακες-διαστάσεις: α) «κατάθλιψη», β) «άγχος» και γ) «στρες». Οι απαντήσεις δίνονται σε 4-βαθμη κλίμακα τύπου Likert με διαβάθμιση από 0 (δεν ίσχυσε καθόλου για μένα) έως 3 (ίσχυε για μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές). Το υψηλότερο σκορ των υποκλιμάκων και της συνολικής κλίμακας εκφράζει και υψηλότερα επίπεδα ψυχικής επιβάρυνσης.

Θέματα ηθικής – Δεοντολογίας

Για την διεξαγωγή της παρούσας έρευνας εγκρίθηκε το πρωτόκολλό της και χορηγήθηκε σχετική άδεια από τις διοικήσεις των φορέων υγείας και πρόνοιας. Η συμμετοχή των εργαζομένων ήταν ανώνυμη και εθελοντική, αφού προηγήθηκε ενημέρωσή τους και υπογράφηκε το σχετικό έντυπο συναίνεσης, διασφαλίζοντας τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας.

Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγινε με τη χρήση του λογισμικού προγράμματος "SPSS for Windows" (version 22.0, SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Η περιγραφική ανάλυση περιελάμβανε την κατανομή συχνοτήτων για τις ποιοτικές μεταβλητές (απόλυτη και σχετική % συχνότητα), καθώς και εκτιμήσεις των παραμέτρων θέσης και διασποράς για τις ποσοτικές μεταβλητές (μέση τιμή, τυπική απόκλιση, ελάχιστη και μέγιστη τιμή). Η επαγωγική ανάλυση για τη διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων περιελάμβανε τον έλεγχο t-test για ανε-

ξάρτητα δείγματα, την ανάλυση διακύμανσης κατά ένα παράγοντα (one-way ANOVA) καθώς και τον συντελεστή συσχέτισης του Pearson (r). Για την πολυμεταβλητή ανάλυση εφαρμόστηκε το υπόδειγμα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης. Τα σκορ της Κλίμακας DASS21 χρησιμοποιήθηκαν ως μέτρα έκβασης των μελετώμενων σχέσεων. Τα επίπεδα σημαντικότητας ήταν αμφίπλευρα και το αποδεκτό επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε στο 5%.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Κοινωνικο-δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά του δείγματος

Μελετήθηκαν 164 εργαζόμενοι, εκ των οποίων οι 107 (65,2%) προέρχονταν από δύο νοσοκομεία μιας Περιφέρειας της χώρας και οι 57 (34,8%) από ένα παράρτημα φροντίδας ατόμων με αναπηρία του κέντρου κοινωνικής πρόνοιας της ίδιας Περιφέρειας. Το 74,4% του δείγματος ήταν γυναίκες και το 25,6% άνδρες. Η ηλικία τους κυμαίνονταν από 21 έως 62 έτη, με μέση τιμή τα 43,54 έτη. Η πλειονότητα των εργαζομένων ήταν έγγαμοι (74,4%) και είχε 1 έως 2 παιδιά (50,6%). Όσον αφορά τα εργασιακά χαρακτηριστικά τους, η πλειονότητα ήταν τεχνολογικής (42,7%) και δευτεροβάθμιας (36,0%) εκπαίδευσης, ενώ η μέση τιμή της επαγγελματικής προϋπηρεσίας τους ήταν τα 15,10 έτη. Το 50,6% είχαν ειδικότητα σχετική με επαγγέλματα υγείας, το 27,4% ήταν διοικητικό προσωπικό και το 22,0% τεχνικό και βοηθητικό προσωπικό (Πίνακας 1).

Σχέση ψυχικής υγείας και χαρακτηριστικών των εργαζομένων

Στον Πίνακα 2 παρουσιάζεται η συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων της Κλίμακας DASS21 με τα κοινωνικο-δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά των εργαζομένων. Η κατάθλιψη σχετίζονταν θετικά με την ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας των εργαζομένων και στο επίπεδο σημαντικότητας του 10% με την ειδικότητά τους (το διοικητικό προσωπικό και τα επαγγέλματα υγείας περισσότερο επιβαρυμένα). Οι έγγαμοι είχαν υψηλότερα επίπεδα άγχους από τους μη έγγαμους, καθώς και η αύξηση του αριθμού των παιδιών σχετίζονταν με αυξημένες τιμές άγχους. Επίσης στο επίπεδο του 10% το άγχος σχετίζονταν θετικά με την ηλικία των εργαζομένων. Τα επίπεδα του στρες σχετίζονταν θετικά με την ηλικία και την προϋπηρεσία, καθώς και με το φύλο των εργαζομένων στο επίπεδο του 10% (οι γυναίκες υψηλότερες τιμές από τους άνδρες). Τέλος, η συνολική αρνητική συναισθηματική κατάσταση των εργαζομένων (συνολικό σκορ Κλίμακας DASS21) αυξάνονταν όσο αυξάνονταν η ηλικία, τα έτη προϋπηρεσίας και ο αριθμός των παιδιών στο επίπεδο του 10%.

Σχέση ψυχικής υγείας και επαγγελματικής ικανοποίησης

Στους Πίνακες 3 και 4 παρουσιάζεται αντίστοιχα η διμεταβλητή και η πολυμεταβλητή διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της ψυχικής υγείας (Κλίμακα DASS21) και της επαγγελματικής ικανοποίησης (Κλίμακα ESI24) των εργαζομένων.

Από το διμεταβλητό έλεγχο διαπιστώθηκε ότι τα αυξημένα επίπεδα της συνολικής επαγγελματικής ικανοποίησης (συνολικό σκορ Κλίμακας ESI24) σχετίζονταν με μειωμένα επίπεδα τόσο κατάθλιψης, άγχους και στρες όσο και συνολικής αρνητικής συναισθηματικής κατάστασης. Ομοίως οι επιμέρους διαστάσεις της επαγγελματικής ικανοποίησης (συνθήκες εργασίας, φύση εργασίας, επίβλεψη από προϊστάμενο, οργανισμός ως ολότητα) σχετίζονταν αρνητικά με όλες ή τις περισσότερες διαστάσεις, αλλά και το συνολικό σκορ της Κλίμακας DASS21. Εξαίρεση και ενδιαφέρον εύρημα αποτελούν οι διαστάσεις που αναφέρονται στις οικονομικές απολαβές και τις προαγωγές, οι οποίες δεν επηρέαζαν την ψυχική υγεία των εργαζομένων (Πίνακας 3).

Τα κοινωνικο-δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά που σχετίζονταν με την Κλίμακα DASS21 εισήχθησαν στην πολυμεταβλητή ανάλυση της επίδρασης της επαγγελματικής ικανοποίησης στην ψυχική υγεία των εργαζομένων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η αύξηση της συνολικής επαγγελματικής ικανοποίησης επέφερε μείωση της κατάθλιψης (β=-2,870, p=0,010), του άγχους (β=-2,649, p=0,026), του στρες (β=-5,218, p<0,001) και της συνολικής αρνητικής συναισθηματικής κατάστασης (β=-11,122, p=0,001). Αναφορικά με τις επιμέρους διαστάσεις της Κλίμακας ESI24, η ικανοποίηση από τις συνθήκες εργασίας σχετίζονταν με μειωμένα επίπεδα κατάθλιψης, στρες και συνολικής αρνητικής συναισθηματικής κατάστασης. Η ικανοποίηση από τη φύση της εργασίας επηρέαζε αρνητικά μειώνοντας τα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους, στρες και συνολικής αρνητικής συναισθηματικής κατάστασης. Η ικανοποίηση από την επίβλεψη του προϊστάμενου επέφερε μείωση της κατάθλιψης, του στρες και της συνολικής αρνητικής συναισθηματικής κατάστασης. Τέλος η ικανοποίηση από τον οργανισμό ως ολότητα επιδρούσε αρνητικά στα επίπεδα του στρες και σχετίζονταν με καλύτερη συνολικά ψυχική υγεία των εργαζομένων (Πίνακας 4).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η επαγγελματική ικανοποίηση έχει αποτελέσει αντικείμενο ευρείας μελέτης και πλήθος εργασιών ασχολούνται με τις διαστάσεις του φαινομένου και τις επιπτώσεις στην υγεία και την απόδοση των εργαζομένων. Ως πολυδιάστατη έννοια η επαγγελματική ικανοποίηση έχει να κάνει με τις συνθήκες εργασίας, το εργασιακό άγχος, τις εργασιακές σχέσεις αλλά και με ατομικές διαφορές μεταξύ των εργαζομένων, τα οποία επηρεάζουν σημαντικά την ψυχοσωματική υγεία τους.

Στην παρούσα μελέτη διερευνήθηκε η επίδραση της ικανοποίησης από την εργασία στην ψυχική υγεία των εργαζομένων σε δημόσιες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (δύο νοσοκομεία) και κοινωνικής πρόνοιας (ένα παράρτημα ατόμων με αναπηρία). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η αύξηση της επαγγελματικής ικανοποίησης επιδρούσε στην ψυχική υγεία των εργαζομένων με μείωση των επιπέδων της κατάθλιψης, του άγχους και του στρες καθώς και της συνολικής ψυχικής επιβάρυνσης. Τα συγκεκριμένα ευρήματα της μελέτης έρχονται σε συμφωνία με τη διεθνή βιβλιογραφία που έχει αναπτυχθεί για το θέμα.

Οι Lee et al (2009) διαπίστωσαν την ύπαρξη ψυχικών διαταραχών σε επαγγελματίες υγείας του εργαστηριακού τομέα που εκδηλώνονταν με κατάθλιψη, άγχος, αϋπνία, επιθετικότητα και αισθήματα κατωτερότητας. Τα άτομα που εμφάνισαν κάποιο από τα παραπάνω εξέφραζαν χαμηλότερη εργασιακή ικανοποίηση από τα άτομα που δεν εμφάνισαν κάποια ψυχολογική διαταραχή. Η έρευνα των Kawamura et al (2015) σε ιδρύματα παροχής μακροχρόνιας φροντίδας υγείας έδειξε ότι οι εργαζόμενοι, κυρίως της νυκτερινής βάρδιας, είχαν υψηλά επίπεδα κόπωσης και σωματικών ενοχλήσεων, καθώς επίσης και ότι η κόπωση σχετίζονταν αρνητικά με την επαγγελματική ικανοποίηση και παραμέτρους εκπαίδευσης και ασφάλειας της εργασίας. Στη μετα-ανάλυση 485 μελετών από τους Faragher et al (2005) καταδεικνύεται η σχέση μεταξύ της επαγγελματικής ικανοποίησης και του επιπέδου υγείας των εργαζομένων. Στη μελέτη διαπιστώθηκε ότι η εργασιακή ικανοποίηση συσχετίζονταν ισχυρά με προβλήματα ψυχικής υγείας (εξουθένωση, αυτοεκτίμηση, κατάθλιψη και άγχος) και μέτρια με σωματικά νοσήματα.

Επίσης, μια σειρά μελετών έχουν διαπιστώσει την αντίστροφη σχέση μεταξύ της επαγγελματικής ικανοποίησης και του εργασιακού άγχους, καθώς και τις επιπτώσεις που έχουν στην αποδοτικότητα των επαγγελματιών υγείας (Rothman 2008, Khamisa et al 2015, Labrague et al 2017). Οι Chayu and Kreitler (2011), υποστηρίζουν ότι οι παράγοντες που συνδέονται με την εμφάνιση άγχους στην εργασία περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων την ελλιπή επίβλεψη, τις συγκρούσεις με τους συναδέλφους και τις υψηλές απαιτήσεις του αντικειμένου εργασίας. Το εργασιακό άγχος έχει επιπτώσεις στην αντίληψη της εργασιακής ικανοποίησης (Pillay 2009) και στην σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων, καθώς μακροπρόθεσμα μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης (Papathanasiou et al 2011, Papathanasiou et al 2017).

Επίσης, το εργασιακό άγχος εκτός από μειωμένη ικανοποίηση και αυξημένη εξουθένωση μπορεί να επιφέρει απουσίες από την εργασία, τάση προς αποχώρηση απ' αυτήν, καθώς και λάθη και παραλήψεις κατά τη φροντίδα των ασθενών (Peterson et al 2008, Balch et al 2009). Οι Coomber and Barriball (2007) στην συστηματική ανασκόπησή τους αναδεικνύουν το εργασιακό άγχος ως βασικό παράγοντα της επαγγελματικής δυσαρέσκειας σε κλινικούς νοσηλευτές, που σε συνδυασμό με τον τύπο ηγεσίας οδηγούν σε εγκατάλειψη της θέσης εργασίας.

Η διεθνής βιβλιογραφία έχει αναδείξει τη σπουδαιότητα και την αξία των εργασιακών σχέσεων στην επαγγελματική ικανοποίηση (Grant et al 2007, Barnay 2016). Οι αυξημένες απαιτήσεις στον εργασιακό χώρο, σε συνδυασμό με εντάσεις μεταξύ των εργαζομένων, επηρεάζουν τη δυναμική της ομάδας, τις εργασιακές σχέσεις και πολλές φορές επιφέρουν συγκρούσεις, εκφοβισμό (bullying) και συναισθηματική κακοποίηση (Almost et al 2010, Lahana et al 2017). Οι Perbellini et al (2012) σε μελέτη 449 εργαζομένων που προσήλθαν σε υπηρεσίες επαγγελματικής υγιεινής διαπίστωσαν υψηλά ποσοστά ψυχικών διαταραχών, όπως κατάθλιψη και άγχος, που σχετίζονταν με δυσμενείς συνθήκες εργασίας, κακές εργασιακές σχέσεις, μεταξύ των οποίων και ο εκφοβισμός, και χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση. Η έκθεση σε εργασιακό περιβάλλον όπου κυριαρχεί ο εκφοβισμός σχετίζεται θετικά με την ύπαρξη προβλημάτων τόσο ψυχικής υγείας όσο και σωματικών συμπτωμάτων (Nielsen et al 2014, Einarsen & Nielsen 2015).

Εκτός από τις συνθήκες εργασίας και τις εργασιακές σχέσεις, ο τρόπος που οι εργαζόμενοι αντιμετωπίζουν το εργασιακό άγχος και τα προβλήματα στο χώρο εργασίας φαίνεται να σχετίζεται με την ψυχοσωματική υγεία τους (Malliarou et al 2010, Laranjeira 2012, Mark & Smith 2012a, McTiernan & McDonald 2015). Σύμφωνα με τους Mark and Smith (2012b), τα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους των εργαζομένων σε πανεπιστημιακά ιδρύματα του Ηνωμένου Βασιλείου φαίνεται να επηρεάζονται από τα χαρακτηριστικά και το περιβάλλον της εργασίας, καθώς και από τις ατομικές διαφορές στον τρόπο διαχείρισης των δυσκολιών. Ομοίως, οι Tsaras et al (2018) έδειξαν στη μελέτη τους ότι οι στρατηγικές αντιμετώπισης των αγχογόνων καταστάσεων επιδρούσαν σημαντικά στα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους των νοσηλευτών που εργάζονταν στο χώρο της ψυχικής υγείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας είναι κατ' εξοχήν συστήματα «έντασης εργασίας» και λόγω του ιδιαίτερου αντικειμένου εργασίας, το ανθρώπινο δυναμικό κατέχει πρωτεύοντα ρόλο στην παραγωγική διαδικασία. Η διερεύνηση της επαγγελματικής ικανοποίησης είναι ιδιαίτερα σημαντική καθώς επηρεάζει την υγεία των εργαζομένων αλλά και την αποδοτικότητα και ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Οι διοικήσεις των μονάδων υγείας θα πρέπει μέσα από σύγχρονες μεθόδους διοίκησης, την ορθή διαχείριση και παρακίνηση του προσωπικού να βελτιώνουν τις συνθήκες εργασίας, τις εργασιακές

σχέσεις και να ενισχύουν την ικανοποίηση των εργαζομένων.

Συμβολή συγγραφέων

Ο ΤΚ ήταν ο κύριος ερευνητής, είχε τη σύλληψη του σκοπού και του σχεδιασμού της μελέτης, ανέλυσε τα δεδομένα, συμμετείχε στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων και στη συγγραφή του κειμένου. Η ΠΜ συνέλεξε τα δεδομένα και τη βιβλιογραφία, συμμετείχε στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων και στη συγγραφή του κειμένου. Ο ΠΘ συμμετείχε στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων και στη συγγραφή του κειμένου. Ο ΦΕ συμμετείχε στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων και στη συγγραφή του κειμένου. Η ΛΕ συμμετείχε στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων και στη συγγραφή του κειμένου. Η ΠΙ συνέβαλε στο σχεδιασμό της μελέτης, στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων και έκανε τις τελικές διορθώσεις του κειμένου. Όλοι οι συγγραφείς μελέτησαν το περιεχόμενο και ενέκριναν την τελική έκδοση του προς δημοσίευση κειμένου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Almost J., Doran D.M., McGillis Hall L. & Spence Laschinger H.K. (2010). Antecedents and consequences of intra-group conflict among nurses. *Journal of Nursing Management* 18: 981-992.

Balch C.M., Freischlag J.A. & Shanafelt T.D. (2009). Stress and burnout among surgeons: understanding and managing the syndrome and avoiding the adverse consequences. *Archives of Surgery* 144: 371-376.

Barnay T. (2016). Health, work and working conditions: a review of the European economic literature. *The European Journal of Health Economics* 17: 693-709.

Berta W., Laporte A., Perreira T., Ginsburg L., Dass A.R., Deber R., Baumann A., Cranley L., Bourgeault I., Lum J., Gamble B., Pilkington K., Haroun V. & Neves P. (2018). Relationships between work outcomes, work attitudes and work environments of health support workers in Ontario long-term care and home and community care settings. *Human Resources for Health* 16: 15.

Chayu T. & Kreitler S. (2011). Burnout in nephrology nurses in Israel. *Nephrology Nursing Journal* 38: 65-78.

Coomber B. & Barriball K.L. (2007). Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: A review of the research literature. *International Journal of Nursing Studies* 44: 297-314.

Einarsen S. & Nielsen M.B. (2015). Workplace bullying as an antecedent of mental health problems: a five-year prospective and representative study. *International Archives of Occupational and Environmental Health* 88: 131-142.

Faragher E.B., Cass M. & Cooper C.L. (2005). The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine* 62: 105-112.

Grant A.M., Christianson M.K. & Price R.H. (2007). Happiness, Health, or Relationships? Managerial Practices and Employee Well-Being Tradeoffs. *Academy of Management Perspectives* 21: 51-63.

Healy C.M. & McKay M.F. (2008). Nursing stress: the effects of coping strategies and job satisfaction in a sample of Australian nurses. *Journal of Advanced Nursin*g 31: 681-688.

Hulin C.L. & Judge T.A. (2003). Job attitudes. In: W.C. Borman, D.R. Ligen & R.J. Klimoski (Eds), Handbook of psychology: *Industrial and organizational psychology. Hoboken*, NJ: Wiley.

Kawamura S., Yamada K. & Morioka I. (2015). Fatigue symptoms and workplace related factors of long-term care workers employed in facilities. *Sangyo Eiseigaku Zasshi (Journal of Occupational Health)* 57: 77-84.

Kelesi M., Fasoi G., Papageorgiou E.D., Tsaras K., Kaba E., Stavropoulou A., Polykandriotis T. & Vlachou E. (2016). An Investigation of Factors Determining the Level of Job Satisfaction Among Nurses in Six General Public Hospitals in Greece. *International Journal of Medical Science and Clinical Inventions* 3: 1705-1716.

Khamisa N., Oldenburg B., Peltzer K. & Ilic D. (2015). Work Related Stress, Burnout, Job Satisfaction and General Health of Nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 12: 652-666.

Koustelios A. & Bagiatis K. (1997). The Employee Satisfaction Inventory (ESI): Development of a scale to measure satisfaction of Greek employees. *Educational and Phychological Measurement* 57: 469-476.

Labrague L.J., McEnroe-Petitte D.M., Gloe D., Tsaras K., Arteche D.L. & Maldia F. (2017). Organizational politics, nurses' stress, burnout levels, turnover intention and job satisfaction. *International Nursing Review* 64: 109-116.

Labrague L.J., Gloe D.S., McEnroe-Petitte D.M., Tsaras K. & Colet P.C. (2018). Factors influencing turnover intention among registered nurses in Samar Philippines. *Applied Nursing Research* 39: 200-206.

Lahana E., Tsaras K., Kalaitzidou A., Galanis P., Kaitelidou D. & Sarafis P. (2017). Conflicts management in public sector nursing. *International Journal of Healthcare Management* 1-7.

Laranjeira C.A. (2012). The effects of perceived stress and ways of coping in a sample of Portuguese health workers. *Journal of Clinical Nursing* 21: 1755-1762.

Lee M.S., Lee M.B., Liao S.C. & Chiang F.T. (2009). Relationship between mental health and job satisfaction among employees in a medical center department of laboratory medicine. *Journal of the Formosan Medical Association* 108: 146-154.

Locke E.A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. In: M.D. Dunnette (Eds), *Handbook of Industrial and Organizational Psychology. Chicago: Rand McNally.*

Lovibond S.H. & Lovibond P.F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales (2nd ed).* Sydney: Psychology Foundation.

Lyrakos G.N., Arvaniti C., Smyrnioti M. & Kostopanagiotou G. (2011). Translation and validation study of the depression anxiety stress scale in the Greek general population and in a psychiatric patient's sample. *European Psychiatry* 26: 1731.

Malliarou M., Sarafis P., Moustaka E. & Kouvela M. (2010). Greek Registered Nurses' Job Satisfaction in Relation to Work-Related Stress. A Study on Army and Civilian Rns. *Global Journal of Health Science* 2: 44-59.

Mark G. & Smith A.P. (2012a). Occupational stress, job characteristics, coping, and the mental health of nurses. *British Journal of Health Psychology* 17: 505-521.

Mark G. & Smith A.P. (2012b). Effects of occupational stress, job characteristics, coping, and attributional style on the mental health and job satisfaction of university employees. *Anxiety Stress & C*oping 25: 63-78.

McTiernan K. & McDonald N. (2015). Occupational stressors,

burnout and coping strategies between hospital and community psychiatric nurses in a Dublin region. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 22: 208-218.

Milliken T., Clements P. & Tillman H. (2007). The impact of stress management of nurse productivity and retention. *Nursing Economics* 25: 203-210.

Nielsen M.B., Magerøy N., Gjerstad J. & Einarsen S. (2014). Workplace bullying and subsequent health problems. *Journal of the Norwegian Medical Association* 134: 1233-1238.

Papathanasiou I., Damigos D. & Mavreas V. (2011). Burnout in Greek Medical and Mental Health Care Workers. *Global Journal of Health Science* 3: 206-210.

Papathanasiou I.V., Tsaras K., Kleisiaris C.F., Fradelos E.C., Tsaloglidou A. & Damigos D. (2017). Anxiety and Depression in Staff of Mental Units: The Role of Burnout. *Advances in Experimental Medicine and Biology* 987: 185-197.

Perbellini L., Tisato S., Quintarelli E., Dal P.S., Pelizza L., Riolfi A., Zonzin C. & Romeo L. (2012). Mental disorders related to persistent negative working conditions. *La Medicina del Lavoro* 103: 437-448.

Peterson U., Demerouti E., Bergstrom G., Asberg M. & Nygren A. (2008). Work characteristics and sickness absence in burnout and non-burnout groups: A study of Swedish health care workers. *International Journal of Stress Management* 15: 153-172.

Pillay R. (2009). Work satisfaction of professional nurses in South Africa: a comparative analysis of the public and private sectors. *Human Resources for Health* 7: 15.

Rothman S. (2008). Job satisfaction, occupational stress, burnout and work engagement as components of work-related wellbeing. *SA Journal of Industrial Psychology* 34: 11-16.

Rowe A.K., de Savigny D., Lanata C.F. & Victora C.G. (2005). How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings? *Lancet* 366: 1026-1035.

Spector P.E. (1997). *Job Satisfaction: Application, Assessment, Causes, and Consequences. Thousand Oaks*, Calif: Sage Publications.

Taris T.W., de Lange A.H. & Kompier M.A.J. (2010). Research methods in occupational health psychology. In: S. Leka & J. Houdmont (Eds), *Occupational health psychology*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell.

Van der Klink J.J., Blonk R.W., Schene A.H. & Dijk F.J. (2001). The benefits of interventions for work-related stress. *American Journal of Public Health* 91: 270-276.

West C.P., Dyrbye L.N., Rabatin J.T., Call T.G., Davidson J.H., Multari A., Romanski S.A., Hellyer J.M., Sloan J.A. & Shanafelt T.D. (2014). Intervention to promote physician well-being, job satisfaction, and professionalism: a randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine* 174: 527-533.

Πίνακας 1: Χαρακτηριστικά των εργαζομένων (n=164).

Χαρακτηριστικά		n	%
Φύλο	Άνδρας	42	25,6
	Γυναίκα	122	74,4
Ηλικία (έτη)	ΜΤ ± ΤΑ	43,54 ±	7,66
	Εύρος	21	62
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος	31	18,9
	Έγγαμος	122	74,4
	Διαζευγμένος/Χήρος	11	6,7
Αριθμός παιδιών	0	41	25,0
	1-2	83	50,6
	≥3	40	24,4
Φορέας εργασίας	Νοσοκομείο	107	65,2
	Προνοιακό ίδρυμα	57	34,8
Προϋπηρεσία (έτη)	ΜΤ ± ΤΑ	15,10 ±	7,08
	Εύρος	1	-35
Κατηγορία προσωπικού	ΥΕ	14	8,5
	ΔΕ	59	36,0
	ΤΕ	70	42,7
	ΠΕ	21	12,8
Ειδικότητα εργασίας	Επάγγελμα Υγείας	83	50,6
	Διοικητικό	45	27,4
	Τεχνικό/Βοηθητικό	36	22,0

ΜΤ = Μέση Τιμή, ΤΑ = Τυπική Απόκλιση.

Πίνακας 1: Χαρακτηριστικά των εργαζομένων (n=164).

	Κλίμακα DASS21			
Χαρακτηριστικά	**Κατάθλιψη**	**Άγχος**	**Στρες**	**Σύνολο Κλίμακας**
Φύλο				
Άνδρας	6,29 ± 7,40	4,86 ± 5,81	8,05 ± 7,67	19,19 ± 19,41
Γυναίκα	6,66 ± 6,62	6,52 ± 7,61	10,64 ± 8,33	23,82 ± 20,47
t	0,303	1,295	1,774*	1,281
Ηλικία (έτη)				
r	0,185**	0,138*	0,160**	0,176**
Οικογενειακή κατάσταση				
Έγγαμος	6,61 ±7,02	6,64 ± 7,69	10,43 ± 8,31	23,67 ± 21,01
Μη έγγαμος	6,43 ± 6,24	4,52 ± 5,36	8,67 ± 7,91	19,62 ± 17,73
t	0,146	1,957**	1,198	1,120
Αριθμός παιδιών				
r	0,033	0,235**	0,090	0,132*
Φορέας εργασίας				
Νοσοκομείο	6,43 ± 6,78	6,06 ± 6,74	9,68 ± 8,06	22,17 ± 19,86
Προνοιακό ίδρυμα	6,81 ± 6,92	6,18 ± 8,09	10,53 ± 8,55	23,51 ± 21,10
t	0,337	0,095	0,625	0,403
Προϋπηρεσία (έτη)				
r	0,162**	0,111	0,170**	0,163**
Κατηγορία προσωπικού				
ΥΕ	4,86 ± 6,64	6,43 ± 7,35	7,14 ± 7,07	18,43 ± 20,60
ΔΕ	7,12 ± 6,99	6,71 ± 7,25	11,19 ± 8,06	25,02 ± 20,18
ΤΕ	6,71 ± 6,55	6,20 ± 6,72	10,06 ± 7,93	22,97 ± 19,21
ΠΕ	5,62 ± 7,45	3,81 ± 5,06	8,19 ± 8,12	17,62 ± 18,29
F	0,565	0,860	1,322	0,908
Ειδικότητα εργασίας				
Επάγγελμα Υγείας	6,65 ± 6,82	5,47 ± 6,49	9,90 ± 7,70	22,02 ± 19,16
Διοικητικό	7,96 ± 7,76	7,29 ± 7,38	11,60 ± 9,01	26,84 ± 21,90
Τεχνικό/Βοηθητικό	4,61 ± 4,99	6,06 ± 8,51	8,11 ± 8,16	18,78 ± 20,16
F	2,471*	0,928	1,827	1,678

ΜΤ = Μέση Τιμή, ΤΑ = Τυπική Απόκλιση.

Πίνακας 3: Συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r) της Κλίμακας Κατάθλιψης, Άγχους και Στρες (DASS21) με την Κλίμακα Επαγγελματικής Ικανοποίησης (ESI24).

	Κλίμακα DASS21			
Κλίμακα ESI24	**Κατάθλιψη**	**Άγχος**	**Στρες**	**Σύνολο Κλίμακας**
Συνθήκες εργασίας	-0,184*	-0,123	-0,205**	-0,189*
Μισθός	0,072	0,022	0,005	0,034
Προαγωγή	-0,120	-0,022	-0,116	-0,095
Φύση εργασίας	-0,184*	-0,230**	-0,238**	-0,241**
Προϊστάμενος	-0,155*	-0,105	-0,247**	-0,190*
Οργανισμός	-0,180*	-0,154*	-0,316***	-0,244**
Σύνολο Κλίμακας	-0,217**	-0,180*	-0,322***	-0,268**

**p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001*

Πίνακας 4: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την Κλίμακα Κατάθλιψης, Άγχους και Στρες (DASS21) και ανεξάρτητες μεταβλητές την Κλίμακα Επαγγελματικής Ικανοποίησης (ESI24) ως μελετώμενος προσδιοριστής και τα χαρακτηριστικά των εργαζομένων*.

	Κλίμακα DASS21							
	Κατάθλιψη		**Άγχος**		**Στρες**		**Σύνολο Κλίμακας**	
Κλίμακα ESI24	**β (ΤΣ)**	**Τιμή p**	**β (ΤΣ)**	**Τιμή p**	**β (ΤΣ)**	**Τιμή p**	**β (ΤΣ)**	**Τιμή p**
Συνθήκες εργασίας	-1,643 (0,754)	0,031	-1,228 (0,812)	0,132	-2,202 (0,931)	0,019	-5,451 (2,267)	0,017
Μισθός	0,675 (0,745)	0,366	0,132 (0,790)	0,867 0,963	0,242 (0,914)	0,792	0,956 (2,257)	0,673
Προαγωγή	-0,795 (0,654)	0,226	-0,033 (0,702)	0,004	-0,803 (0,805)	0,320	-1,783 (1,983)	0,370
Φύση εργασίας	-1,771 (0,621)	0,005	-1,895 (0,649)	0,125	-2,274 (0,745)	0,003	-5,828 (1,836)	0,002
Προϊστάμενος	-1,087 (0,552)	0,050	-0,919 (0,595)	0,089	-2,100 (0,660)	0,002	-4,044 (1,666)	0,016
Οργανισμός	-1,203 (0,738)	0,105	-1,316 (0,770)	0,026	-3,370 (0,886)	<0,001	-6,492 (2,121)	0,003
Σύνολο Κλίμακας	-2,870 (1,097)	0,010	-2,649 (1,176)		-5,218 (1,334)	<0,001	-11,122 (3,268)	0,001

β = Διορθωμένος Συντελεστής Παλινδρόμησης, ΤΣ = Τυπικό Σφάλμα.
**Στο πολυμεταβλητό μοντέλο εντάχθηκαν τα χαρακτηριστικά των εργαζομένων από την διμεταβλητή ανάλυση με όριο σημαντικότητας στο επίπεδο του 10%.*

Relationship between job satisfaction and mental health of healthcare and social welfare services employees

Konstantinos Tsaras[1], Maria Papagianni[2], Theodosios Paralikas[1], Evangelos Fradelos3, Eleni Lahana[1], Ioanna Papathanasiou[1]

1.Nurse, MSc

1. Department of Nursing, Technological Educational Institute of Thessaly, Larissa, 2. Social Welfare Center of Thessaly, Branch of Larissa "Aristeus", Larissa, 3. General Hospital for Chest Diseases "Sotiria", Athens

ABSTRACT

Introduction: Working conditions, environment and relationships developed at the workplace can be key parameters of job satisfaction and can affect both the physical and mental health of employees as well as their working performance.

Objective: This study examines the impact of job satisfaction on the employees' mental health in health and welfare facilities.

Methodology: A cross-sectional study was conducted, with 164 individuals working in hospitals and heallthcare facilities for disabled people recruited during the first four months of 2017. Data were collected with a questionnaire including socio-demographic and work characteristics, the Employee Satisfaction Inventory (ESI24) and the Depression Anxiety Stress Scale (DASS21). Independent t-test, anova, Pearson coefficient and the multiple linear regression were used in statistical analysis.

Results: Female were the 74.4% of the sample and 25.6% male. Mean age was 43.54 years old and with a mean 15.10 years of working experience. The 50.6% were healthcare professionals, 27.4% were administrative and 22.0% technical and assistant staff. Age and seniority were related to depression, stress and overall mental burden of workers, while the marital status and the number of children were connected with anxiety. Increased levels of occupational satisfaction were associated with reduced levels of depression ($p=0.010$), anxiety ($p=0.026$) and stress ($p<0.001$) but also total mental burden ($p=0.001$). All dimensions of professional satisfaction, apart from salary and promotions, affected the mental health of employees.

Conclusions: Human resources have a key role in healthcare systems, whose administrations should, through proper management and motivation of staff, foster employee satisfaction.

Keywords: Professional burnout, job satisfaction, work related stress, health and welfare services, mental health.

Correspondence: Konstantinos Tsaras
Assistant Professor, Department of Nursing, TEI of Thessaly, Larissa, Greece
e-mail: ktsa@teilar.gr

Submission Date: 19/07/2018
Publication Date: October 2018

Citation: Tsaras K., Papagianni M., Paralikas T., Fradelos E., Lahana E. & Papathanasiou I. (2018). Relationship between job satisfaction and mental health of healthcare and social welfare services employees. Hellenic Journal of Nursing Science 11(4): 38-47

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Σύστημα Γεωγραφικών Πληροφοριών και Οικονομική Διαχείριση του Ακτινολογικού Εργαστήριου του Γενικού Παναρκαδικού Νοσοκομείου Τρίπολης

Δημήτριος Ζαρακοβίτης[1], Νικόλαος Τσαλουκίδης[1], Δημήτριος Τσορομώκος[1], Φίλιππος Γοζαδίνος[1], Αθηνά Λαζακίδου[2]

1.Υποψήφιος Διδάκτωρ, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Τμήμα Οικονομικών Επιστημών, Εργαστήριο Εφαρμογών Ψηφιακής Υγείας και Οικονομικών Υγείας, Τρίπολη, 2.Επίκουρος Καθηγήτρια, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Τμήμα Οικονομικών Επιστημών, Εργαστήριο Εφαρμογών Ψηφιακής Υγείας και Οικονομικών Υγείας, Τρίπολη

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Τα Γεωγραφικά Συστήματα Πληροφοριών (GIS) αποτελούν ένα χρήσιμο εργαλείο ελέγχου του κόστους και βελτίωσης της οικονομικής διαχείρισης των νοσοκομειακών μονάδων.

Σκοπός: Η παρουσίαση διαδραστικών χαρτών με τα οικονομικά στοιχεία του ακτινολογικού εργαστηρίου του Γενικού Παναρκαδικού Νοσοκομείου Τρίπολης (ΓΠΝΤ) με τη χρήση GIS. Για τη δημιουργία των χαρτών, είναι απαραίτητος ο υπολογισμός ορισμένων χαρακτηριστικών όπως: αριθμός εξετάσεων αξονικής και μαγνητικής τομογραφίας, ακτινογραφιών, υπερήχων, έσοδα ανά κατηγορία εξέτασης και έξοδα προμήθειας ακτινολογικού υλικού (αναλωσίμων και φιλμ).

Μεθοδολογία: Χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό ArcGIS για τη δημιουργία ψηφιακών-δυναμικών χαρτών. Οι χάρτες χρησιμοποιήθηκαν για την επεξεργασία και ανάλυση των εσόδων και εξόδων ενός ακτινολογικού εργαστηρίου δημοσίου νοσοκομείου. Από τους ψηφιακούς χάρτες συλλέχθηκαν πληροφορίες σχετικές με την οικονομική διαχείριση του ακτινολογικού εργαστηρίου μια συγκεκριμένη περίοδο. Παρουσιάστηκαν διαγράμματα αξιολόγησης του κέρδους ή της ζημίας του εργαστηρίου. Στη συνέχεια καταγράφηκε ο ακτινολογικός εξοπλισμός και ο αριθμός των εξετάσεων που πραγματοποιήθηκαν. Το τελικό στάδιο είναι η συγκριτική μελέτη της οικονομικής διαχείρισης του ακτινολογικού εργαστηρίου των δημοσίων νοσοκομείων της περιφέρειας Πελοποννήσου.

Αποτελέσματα: Η χρησιμοποίηση του GIS αποκάλυψε ότι το ΓΠΝΤ εμφάνισε μικρό ποσοστό κέρδους την περίοδο 2012 - 2015. Αρκετά αποδοτικό εμφανίστηκε και το ακτινολογικό εργαστήριο του Γενικού Νοσοκομείου Μεσσηνίας-Νοσοκομειακής Μονάδας Καλαμάτας.

Συμπεράσματα: Η χρήση του GIS είναι απολύτως χρήσιμη για την καταγραφή και παρουσίαση των εισροών και εκροών και την ορθολογική διαχείριση των οικονομικών πόρων των δημοσίων ακτινολογικών εργαστηρίων.

Λέξεις κλειδιά: Ακτινολογικό εργαστήριο, οικονομική διαχείριση, GIS.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Δημήτριος Ζαρακοβίτης
e-mail:dimrad32@yahoo.gr

Ημερομηνία υποβολής: 10/05/2017
Ημερομηνία επανυποβολής: 24/08/2018
Ημερομηνία δημοσίευσης: Οκτώβριος 2018

Αναφορά του άρθρου ως: Ζαρακοβίτης Δ., Τσαλουκίδης Ν., Τσορομώκος Δ., Γοζαδίνος Φ. & Λαζακίδου Α. (2018). Σύστημα Γεωγραφικών Πληροφοριών και οικονομική διαχείριση του Ακτινολογικού Εργαστηρίου του Γενικού Παναρκαδικού Νοσοκομείου Τρίπολης. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης 11(4): 48-55

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ:

- **Το Σύστημα Γεωγραφικών Πληροφοριών (Geographical Information System, GIS) αποτελεί λογισμικό καταγραφής πληροφοριών, μέσω τεχνικών χωρικής μοντελοποίησης, οπτικοποίησης και ανάλυσης δεδομένων.**
- **Μέσω του συστήματος GIS είναι δυνατή η δημιουργία ψηφιακών χαρτών για την οπτική καταγραφή εισροών και εκροών διαφόρων επιχειρήσεων/νοσηλευτικών μονάδων.**
- **Παρέχει δυνατότητα επεξεργασίας μεγάλου όγκου πληροφοριών σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα με οπτικοποίηση δεδομένων και γεωγραφική απεικόνιση.**
- **Το σύστημα GIS είναι δυνατό να χρησιμοποιηθεί για την εξαγωγή συμπερασμάτων και τη βελτίωση της αποδοτικότητας των υγειονομικών μονάδων.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η μείωση των κρατικών δαπανών για την υγεία, σε συνδυασμό με τις αυξανόμενες ανάγκες παροχής υπηρεσιών υγείας υψηλού επιπέδου, επιβάλλουν τη χαρτογράφηση των οικονομικών στοιχείων των νοσοκομειακών μονάδων. Σύμφωνα με το κατά Pareto κριτήριο άριστης κατανομής, η κατανομή των πόρων είναι άριστη, όταν η ενδεχόμενη μεταβολή τους δεν καλυτερεύει ή χειροτερεύει τη θέση κάποιου άλλου (Morris et al 2007). Οι υγειονομικοί πόροι αποτελούνται από τους ανθρώπινους, υλικούς και οικονομικούς πόρους που διατίθενται για την παραγωγή και διανομή της ιατρικής περίθαλψης (Κυριόπουλος 2007). Κατά συνέπεια είναι απαραίτητη η υιοθέτηση χρήσιμων εργαλείων ελέγχου των εισροών και εκροών μιας νοσοκομειακής μονάδας.

Τα Γεωγραφικά Συστήματα Πληροφοριών (GIS) χρησιμοποιούνται ευρέως σε πολλές εφαρμογές, συνεισφέροντας στην εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων (Bearman et al 2015, Ma et al 2016). Η χρησιμότητά τους είναι επίσης μεγάλη, στις περιπτώσεις άμεσης καταγραφής των οικονομικών στοιχείων των επιμέρους τμημάτων μιας νοσοκομειακής μονάδας. Η καταγραφή των οικονομικών στοιχείων είναι απαραίτητη για την ορθολογική διαχείριση του κόστους, την εξοικονόμηση πόρων και τη βελτίωση της αποδοτικότητας των υγειονομικών μονάδων.

Ορισμοί

Η ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας πραγματοποιήθηκε με τη χρησιμοποίηση διαφόρων εργαλείων και ψηφιακών εφαρμογών που σχετίζονται με συγκεκριμένους όρους. Για αυτό τον λόγο, κρίνεται απαραίτητο να αποσαφηνιστεί το εννοιολογικό πλαίσιο των εξής όρων:

• Σύστημα Γεωγραφικών Πληροφοριών (GIS) καλείται το λογισμικό σύστημα καταγραφής πληροφοριών, μέσω τεχνικών χωρικής μοντελοποίησης, οπτικοποίησης και ανάλυσης δεδομένων. Μέσω του συστήματος είναι δυνατή η δημιουργία ψηφιακών χαρτών για την οπτική απόδοση της πρωτογενούς πληροφορίας (Bonham-Carter 2014, Wise 2014, Brewer 2015, Allen 2016).

• ArcGIS ονομάζεται η ψηφιακή πλατφόρμα του Συστήματος Γεωγραφικών Πληροφοριών που χρησιμοποιείται για την ολοκλήρωση των διαδραστικών χαρτών (Law 2015, Hu et al 2015). Η συγκεκριμένη πλατφόρμα χρησιμοποιεί την τεχνολογία νέφους (cloud computing) και είναι εύκολα προσβάσιμη, μέσω της ιστοσελίδας https://www.arcgis.com/features/index.html.

• Ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός: Ο ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός περιλαμβάνει «προϊόντα που απαιτούν βαθμονόμηση, συντήρηση, επισκευή, εκπαίδευση των χρηστών και παροπλισμό - δραστηριότητες τις οποίες συνήθως διαχειρίζονται οι κλινικοί μηχανικοί. Ο ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός χρησιμοποιείται για τους συγκεκριμένους σκοπούς της διάγνωσης και θεραπείας ασθενειών ή για την αποκατάσταση έπειτα από μια ασθένεια ή έναν τραυματισμό. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί είτε μεμονωμένα είτε σε συνδυασμό με οποιοδήποτε εξάρτημα, αναλώσιμο ή άλλο μηχάνημα. Ο ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός δεν περιλαμβάνει εμφυτεύσιμα, αναλώσιμα ή μίας χρήσης ιατροτεχνολογικά προϊόντα (WHO 2017). Επί του προκειμένου, αυτός ο εξοπλισμός περιλαμβάνει τα συστήματα αξονικής και μαγνητικής τομογραφίας, στεφανιογραφίας, υπερηχοτομογραφίας, μαστογραφίας και κλασσικής ακτινολογίας.

• Ψηφιακός χάρτης ονομάζεται ο διαδραστικός χάρτης που δημιουργείται μέσω της τεχνικής χωρικής μοντελοποίησης, δηλαδή μέσω της διαδικασίας δημιουργίας ενός μαθηματικού μοντέλου που αναπαριστά τον πραγματικό κόσμο σε έναν χάρτη (Φαρμάκης 2015). Το συγκεκριμένο μοντέλο επιτρέπει, χρησιμοποιώντας ειδικούς αλγόριθμους, την αλληλεπίδραση του χρήστη με το χάρτη, λαμβάνοντας δεδομένα σε πραγματικό χρόνο (Jianya et al 2016).

• Πίνακας ιδιοτήτων ονομάζεται ο πίνακας των μεταβλητών που απεικονίζονται επάνω στους ψηφιακούς

χάρτες. Επί του προκειμένου, ο πίνακας περιέχει τα οικονομικά στοιχεία του ακτινολογικού εργαστηρίου του Γενικού Παναρκαδικού Νοσοκομείου Τρίπολης (ΓΠΝΤ).

- Story Maps καλείται η εφαρμογή του ArcGIS, μέσω της οποίας γίνεται η παρουσίαση των οικονομικών δεδομένων της έρευνας. Η συγκεκριμένη εφαρμογή επιτρέπει το συνδυασμό χαρτών με αφηγηματικό κείμενο, εικόνες και περιεχόμενο πολυμέσων. Η εφαρμογή χρησιμοποιεί τις δυνατότητες του GIS και των ψηφιακών χαρτών για την παρουσίαση και ανάλυση στοιχείων ενδιαφέροντος.
- Web AppBuilder ονομάζεται η εφαρμογή του ArcGIS μέσω της οποίας είναι δυνατή η δημιουργία εφαρμογών για κινητά τηλέφωνα και ταμπλέτες. Πρόκειται για μία διαδικτυακή εφαρμογή που χρησιμοποιείται για την ανάλυση δεδομένων, χωρίς να απαιτείται η χρησιμοποίηση κώδικα. Χρησιμοποιείται για τη δημιουργία δισδιάστατων και τρισδιάστατων εφαρμογών με προσαρμοσμένα γραφικά και συγκεκριμένη θεματολογία.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η ολοκλήρωση της έρευνας πραγματοποιήθηκε με τη χρησιμοποίηση του λογισμικού ArcGIS για την ψηφιοποίηση των δεδομένων και τη δημιουργία των ψηφιακών χαρτών. Αρχικά θεωρήθηκε σημαντική η επεξεργασία των οικονομικών δεδομένων σε πίνακες υπολογιστικών φύλλων Excel, διευκολύνοντας την άμεση ενσωμάτωσή τους στους αντίστοιχους πίνακες ιδιοτήτων των Γεωγραφικών Συστημάτων Πληροφοριών (GIS).

Οι ψηφιακοί χάρτες μεταφορτώνονται στην εφαρμογή Story Maps και προβάλλονται σε κατάλληλα διαμορφωμένο πεδίο της εφαρμογής, για να είναι εύκολα προσβάσιμοι. Στο χρήστη δίνεται η δυνατότητα διαμοιρασμού των χαρτών, μέσω ενός κεντρικού διακομιστή (server). Με αυτό τον τρόπο, επιτρέπεται η άμεση ανταλλαγή δεδομένων σε πραγματικό χρόνο μεταξύ διαφορετικών χρηστών. Η εφαρμογή επιτρέπει την ενσωμάτωση αρχείων πολυμέσων (π.χ. βίντεο) με την προετοιμασία ασθενών για την πραγματοποίηση εξετάσεων αξονικής και μαγνητικής τομογραφίας. Η συγκεκριμένη εφαρμογή είναι εύκολα διαθέσιμη σε κινητά τηλέφωνα και ταμπλέτες που υποστηρίζουν λειτουργικό android.

Σχεδιασμός

Χρησιμοποιείται το λογισμικό ArcGIS για την επιλογή του θεματικού υποβάθρου της έρευνας πάνω στο οποίο θα πραγματοποιηθεί η ψηφιοποίηση των δεδομένων. Επί του προκειμένου, επιλέγεται ο θεματικός χάρτης της Πελοποννήσου για τον εντοπισμό των νοσοκομειακών μονάδων της Πελοποννήσου. Για κάθε ακτινολογικό εργαστήριο της αντίστοιχης νοσοκομειακής μονάδας, δημιουργείται ο αντίστοιχος σελιδοδείκτης, διευκολύνοντας τη διαδικασία άμεσης αναζήτησης τους σε πραγματικό χρόνο (Τσουχλαράκη & Αχιλλέως 2015). Αφού δημιουργηθούν όλοι οι σελιδοδείκτες, ξεκινά η παραμετροποίηση των οικονομικών και γεωγραφικών στοιχείων των ακτινολογικών εργαστηρίων.

Τα στοιχεία περιλαμβάνουν την περιφέρεια, το νομό, τη διεύθυνση κάθε νοσοκομείου στο οποίο βρίσκεται το αντίστοιχο εργαστήριο, το είδος του ακτινολογικού μηχανήματος, τα έσοδα και τα έξοδα για κάθε έτος χωριστά (Εικόνα 1).

Επιλέγοντας σε συγκεκριμένα σύμβολα, αναδύεται μια ειδική διακριτή ενότητα που αποτελείται από έναν πίνακα ιδιοτήτων. Σε αυτόν καταγράφονται τα παραπάνω στοιχεία που αφορούν στα δημόσια ακτινολογικά εργαστήρια της Πελοποννήσου. Με αυτό τον τρόπο δημιουργείται ένα ιδιαίτερο χαρτογραφικό περιβάλλον που διευκολύνει την αλληλεπίδραση του χρήστη με τα οικονομικά στοιχεία των δημοσίων ακτινολογικών εργαστηρίων της Πελοποννήσου (Ζαχαριάς 2012).

Η χρηστικότητα του συστήματος επιτρέπει την ενσωμάτωση διαγραμμάτων και την εξαγωγή τους σε διάφορες μορφές αρχείων. Παράλληλα, είναι δυνατή η προσθήκη πινάκων αναφοράς επάνω στους ψηφιακούς χάρτες που λειτουργούν ως υπόμνημα (Rushton 2003). Επιπλέον, δίνεται η δυνατότητα επεξεργασίας και εκτύπωσης κάθε χάρτη χωριστά, χρησιμοποιώντας εργαλεία μεγέθυνσης και προσθήκης κειμένων. Προκειμένου να επιτευχθεί η ρεαλιστική απόδοση της πρωτογενούς πληροφορίας, το σύστημα έχει τη δυνατότητα ακριβούς εντοπισμού της ακριβούς θέση κάθε υγειονομικής μονάδας και κατ' επέκταση κάθε ακτινολογικού εργαστηρίου. Έτσι, δημιουργούνται ψηφιακοί χάρτες που περιέχουν μεγάλο όγκο πληροφοριών, διαθέσιμο σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα.

Η ολοκλήρωση της εφαρμογής περιλαμβάνει τη δυνατότητα λειτουργίας σε κινητά τηλέφωνα. Για αυτό το λόγο χρησιμοποιείται η εφαρμογή Web App Builder for ArcGIS. Επιλέγεται το κατάλληλο θεματικό επίπεδο και στη συνέχεια μεταφορτώνεται ο ψηφιακός χάρτης που έχει ήδη δημιουργηθεί. Στο χρήστη δίνεται η δυνατότητα προσθήκης επιμέρους εργαλείων με τη μορφή γραφικών εικονιδίων (widgets), όπως:

- Λίστα Επιπέδων: Κάθε θεματικό επίπεδο αντιστοιχεί στα έσοδα και έξοδα για κάθε έτος χωριστά.
- Σημεία ενδιαφέροντος: Ο χρήστης τοποθετεί ειδικούς σημαντήρες, επάνω στον χάρτη σε νοσοκομειακές μονάδες που τον ενδιαφέρουν ιδιαίτερα.
- Διαγράμματα: Η εφαρμογή δίνει τη δυνατότητα άμεσης μετατροπής των ποσοτικών δεδομένων σε διαγράμματα.
- Μετρητές: Ο χρήστης έχει τη δυνατότητα άμεσου υπολογισμού μιας τιμής ως ποσοστό μιας άλλης τιμής στόχου, διαμορφώνοντας το κατάλληλο ερώτημα (π.χ. υπολόγισε τα έσοδα ενός ακτινολογικού εργαστηρίου το

2012 ως ποσοστό των εξόδων του το ίδιο έτος).

• Στο τελικό στάδιο επιλέγεται το αντίστοιχο λογότυπο της εφαρμογής και μέσω του ηλεκτρονικού λογαριασμού του χρήστη, η εφαρμογή είναι έτοιμη για την επεξεργασία και ανάλυση των οικονομικών δεδομένων από το κινητό τηλέφωνο. Επιπλέον, η εφαρμογή μπορεί να γίνει διαθέσιμη και μέσα από το Play Store και Apple Store.

Η ερευνητική διαδικασία είναι πιλοτική και μπορεί να εφαρμοστεί στην οικονομική διαχείριση και αξιολόγηση όλων των επιμέρους τμημάτων μιας νοσοκομειακής μονάδας, αλλά και ολόκληρων οργανισμών υγείας.

Δείγμα μελέτης

Ως δείγμα της ερευνητικής προσπάθειας χρησιμοποιήθηκε το ακτινολογικό εργαστήριο του Γενικού Παναρκαδικού Νοσοκομείου Τρίπολης (ΓΠΝΤ) για το οποίο υπήρχαν διαθέσιμα οικονομικά στοιχεία την περίοδο 2012-2015. Τα στοιχεία αφορούν στον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, τα έσοδα ανά κατηγορία απεικονιστικών εξετάσεων και το κόστος του εργαστηρίου για την εξεταζόμενη περίοδο. Στον ακτινολογικό εξοπλισμό περιλαμβάνεται ένας αξονικός τομογράφος, ένας μαγνητικός τομογράφος, ένας ψηφιακός μαστογράφος, ένας στεφανιογράφος, ένα σύστημα υπερηχοτομογραφίας και δύο ακτινογραφικά μηχανήματα για την πραγματοποίηση ακτινογραφικών λήψεων.

Συλλογή δεδομένων

Η δημιουργία των ψηφιακών χαρτών επιτρέπει τη συλλογή και επεξεργασία των οικονομικών στοιχείων των ακτινολογικών εργαστηρίων με πολύ χρηστικό τρόπο. Συγκεκριμένα, επιλέγοντας το αντίστοιχο χρωματικό σύμβολο του συγκεκριμένου εργαστηρίου, αναδύονται παράθυρα πληροφοριών (Mahesvaran & Craglia 2004). Τα δεδομένα περιλαμβάνουν τις εισροές και εκροές του εργαστηρίου κάθε έτους συγκεντρωτικά.

Επιπλέον, αυτά τα παράθυρα περιέχουν ενσωματωμένους πίνακες και διαγράμματα, διευκολύνοντας την ανάλυση των δεδομένων. Μέσω ειδικού φιλτραρίσματος δίνεται η δυνατότητα υποβολής σύνθετων ερωτημάτων, χωρίς να απαιτούνται ειδικές γνώσεις προγραμματισμού (π.χ. υποβολή ενός ερωτήματος που αφορά στον υπολογισμό των εσόδων από μαστογραφίες). Το σύστημα λειτουργεί δηλαδή, σαν μια δεξαμενή απαντήσεων, αποθηκεύοντας τιμές μεταβλητών. Δημιουργείται δηλαδή, μια χωρική βάση δεδομένων, εξασφαλίζοντας την οργανωμένη αποθήκευση των στοιχείων ενδιαφέροντος (Cromley & McLafferty 2012). Με αυτό τον τρόπο, δημιουργείται ένα ψηφιακό αρχείο καταγραφής των εισροών και εκροών του ακτινολογικού εργαστηρίου για κάθε έτος.

Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας

Η άντληση των οικονομικών στοιχείων της έρευνας ολοκληρώθηκε κατόπιν της σχετικής άδειας της 6ης Υγειονομικής Περιφέρειας (ΥΠΕ). Η σχετική άδεια επέτρεψε τη συλλογή στοιχείων από όλα τα νοσοκομεία της Πελοποννήσου, προκειμένου να πραγματοποιηθεί η συγκριτική ανάλυση και να εξαχθούν χρήσιμα συμπεράσματα.

Η όλη διαδικασία πραγματοποιήθηκε, τηρώντας τους θεμελιώδεις κανόνες ηθικής, επιστημονικής και ερευνητικής δεοντολογίας, χωρίς οικονομική επιβάρυνση των αρμοδίων φορέων. Η καταγραφή του ακτινολογικού εξοπλισμού έγινε με προσωπική επίσκεψη στους χώρους του ακτινολογικού εργαστηρίου του ΓΠΝΤ. Για τα υπόλοιπα εργαστήρια η καταγραφή έγινε μέσω της Ελληνικής Επιτροπής Ατομικής Ενέργειας (ΕΕΑΕ 2017).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το ακτινολογικό εργαστήριο του ΓΠΝΤ εμφανίζει διαχρονική αύξηση των γενικών εσόδων του την περίοδο 2012-2014 και αισθητή μείωση το 2015. Το κόστος των αναλωσίμων παραμένει περίπου σταθερό με εξαίρεση το 2013 που εμφανίζει πολύ μικρή αύξηση. Η εξεταζόμενη περίοδος χαρακτηρίζεται από συνολικό κέρδος για το συγκεκριμένο ακτινολογικό εργαστήριο. Η επιμέρους ανάλυση αποκαλύπτει αύξηση των εσόδων από την πραγματοποίηση εξετάσεων αξονικής τομογραφίας την περίοδο 2012-2014 και σημαντική μείωση την περίοδο έτος 2014-2015. Η αύξηση είναι 5,7% περίπου για την περίοδο 2012-2013 και 0,65% περίπου για την περίοδο 2013-2014. Το ποσοστό μείωσης ανέρχεται σε 13% περίπου (Πίνακας 1).

Σημαντικές είναι και οι παρατηρήσεις που αφορούν στα έσοδα από την πραγματοποίηση εξετάσεων μαγνητικής τομογραφίας. Συγκεκριμένα, η περίοδος 2013-2014 χαρακτηρίζεται από μικρή αύξηση των εσόδων από την πραγματοποίηση εξετάσεων μαγνητικής τομογραφίας σε ποσοστό περίπου 1,7%. Το έτος 2015 τα έσοδα μειώνονται κατά 67% περίπου, σε σύγκριση με το 2014 (Πίνακας 1). Τα αντίστοιχα συμπεράσματα προκύπτουν και για τον αριθμό των εξετάσεων αξονικής και μαγνητικής τομογραφίας (Πίνακας 2).

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στα αποτελέσματα που προκύπτουν από τα οικονομικά στοιχεία των εξετάσεων μαστογραφίας για το ακτινολογικό εργαστήριο του ΓΠΝΤ. Τα έσοδα από τις εξετάσεις μαστογραφίας, το 2014, αυξάνονται σε ποσοστό 77,5%, συγκρινόμενα με το 2012. Το αντίστοιχο ποσοστό της μείωσης, την περίοδο 2012 - 2015 ανέρχεται σε 80,5% περίπου.

Αντίστοιχες είναι οι παρατηρήσεις και για τις εξετάσεις υπερηχοτομογραφίας. Με εξαίρεση την περίοδο 2012-2013 που τα έσοδα αυξάνονται κατά 34% περίπου, η υπόλοιπη περίοδος χαρακτηρίζεται από σημαντική μείωση. Το ποσοστό της μείωσης είναι 20,3% περίπου για το έτος 2014 και 5,6% περίπου για το έτος 2015, σε σύγκριση με το 2012 (Πίνακας 2).

Τα έσοδα που προέρχονται από την πραγματοποίηση απλών ακτινογραφιών εμφανίζονται περίπου σταθερά, με εξαίρεση την περίοδο 2012-2013 που εμφανίζουν αύξηση κατά 14% περίπου (Πίνακας 1). Η ίδια παρατήρηση ισχύει και για τον αριθμό των ακτινογραφιών που πραγματοποιούνται την ίδια περίοδο (Πίνακας 2).

Η συγκριτική παρουσίαση των συνολικών εσόδων των δημοσίων ακτινολογικών εργαστηρίων παρουσιάζεται στον πίνακα 3. Μελετώντας τον συγκεκριμένο πίνακα, γίνεται αντιληπτό ότι το ακτινολογικό εργαστήριο του ΓΠΝΤ εμφανίζει τα μεγαλύτερα συνολικά έσοδα, την περίοδο 2012–2015. Αξίζει να σημειωθεί ότι την περίοδο 2014–2015 καταγράφεται το μεγαλύτερο ποσοστό μείωσης των εσόδων του, σε ποσοστό 44% περίπου. Σημαντικά επίσης, έσοδα καταγράφονται και για το ακτινολογικό εργαστήριο του Γενικού Νοσοκομείου Μεσσηνίας (ΓΝ)–Νοσοκομειακή Μονάδα (ΝΜ) Καλαμάτας. Το 2015, τα συνολικά του έσοδα αυξάνονται σε ποσοστό 44% περίπου, συγκρινόμενα με το 2012 (Πίνακας 3).

Αντίστοιχες παρατηρήσεις σημειώνονται και για τα συνολικά έξοδα των δημοσίων ακτινολογικών εργαστηρίων την εξεταζόμενη περίοδο. Τα μεγαλύτερα έξοδα καταγράφονται στο ακτινολογικό εργαστήριο του ΓΠΝΤ και ΓΝ Μεσσηνίας-ΝΜ Καλαμάτας. Στην πρώτη περίπτωση, το ποσοστό της αύξησης υπολογίζεται περίπου σε 7% την περίοδο 2012–2013 και το ποσοστό της μείωσης σε ποσοστό 22% περίπου την περίοδο 2013–2015. Στη δεύτερη περίπτωση, το ποσοστό της αύξησης, την περίοδο 2012-2015 ανέρχεται σε 33% περίπου (Πίνακας 4).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η συγκριτική ανάλυση των οικονομικών δεδομένων αποκαλύπτει ότι το ακτινολογικό εργαστήριο του ΓΠΝΤ εμφανίζει τα μεγαλύτερα συνολικά έσοδα και έξοδα την περίοδο 2012–2015, σε σύγκριση με τα υπόλοιπα δημόσια εργαστήρια της Πελοποννήσου. Εξαίρεση αποτελούν τα δημόσια ακτινολογικά εργαστήρια του Ν.Αχαΐας και Ηλείας για τα οποία δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία, καθώς και ορισμένα Κέντρα Υγείας (ΚΥ) των υπολοίπων νομών. Η αποδοτική λειτουργία του ακτινολογικού εργαστηρίου του νοσοκομείου της Τρίπολης μπορεί να συγκριθεί με την αντίστοιχη του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας που εμφανίζει μικρότερα, αλλά διαχρονικά αυξανόμενα έσοδα. Τα αντίστοιχα εργαστήρια των υπολοίπων νοσοκομειακών μονάδων της Πελοποννήσου εμφανίζουν εξίσου σημαντικά έσοδα από την πραγματοποίηση απεικονιστικών εξετάσεων.

Το κόστος, επίσης, των ακτινολογικών εργαστηρίων των δύο αναφερόμενων νοσοκομείων είναι το μεγαλύτερο που καταγράφεται για την εξεταζόμενη περίοδο. Σημαντικό κόστος καταγράφεται και για το ακτινολογικό εργαστήριο του ΓΝ Αργολίδας–ΝΜ Άργους, το οποίο εξισώνεται προσεγγιστικά με τα συνολικά έσοδά του.

Περιορισμοί μελέτης

Ένας βασικός περιορισμός της μελέτης απορρέει από το γεγονός ότι δεν ήταν δυνατή η άντληση οικονομικών στοιχείων από συγκεκριμένες νοσοκομειακές μονάδες της 6ης ΥΠΕ. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να περιοριστεί η συγκριτική μελέτη με μεγαλύτερο αριθμό νοσοκομείων και να εξαχθούν ακόμη περισσότερα συμπεράσματα. Επιπλέον, δεν ήταν δυνατός ο υπολογισμός των αποσβέσεων των ακτινολογικών μηχανημάτων, ο οποίος θα βοηθούσε σε ενδεχομένως πιο αντικειμενικό υπολογισμό του κόστους των ακτινολογικών εργαστηρίων. Η βασικότερη αιτία των παραπάνω περιορισμών ήταν η απότομη μετάβαση στο νέο σύστημα επεξεργασίας των οικονομικών στοιχείων (Business Intelligence) που οδήγησε σε πολλές περιπτώσεις στην απώλεια αρχείων και οικονομικών στοιχείων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η χρησιμοποίηση του συστήματος GIS αποδεικνύεται απολύτως χρήσιμη για την καταγραφή των εισροών και εκροών των δημοσίων ακτινολογικών εργαστηρίων και την ορθολογική διαχείριση του κόστους των νοσοκομειακών μονάδων. Η δημιουργία των ψηφιακών χαρτών συμβάλλει στη δυναμική αποτύπωση του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού των νοσοκομειακών μονάδων και στη συγκριτική ανάλυση μεγάλου όγκου πληροφοριών. Το σημαντικότερο πλεονέκτημά του συστήματος είναι η επεξεργασία μεγάλου όγκου πληροφοριών σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα. Τα δεδομένα οπτικοποιούνται και απεικονίζονται γεωγραφικά, δίνοντας τη δυνατότητα ομαδοποίησης τους. Έτσι, εξάγονται χρήσιμα συμπεράσματα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε κεντρικό επίπεδο για την βελτίωση της αποδοτικότητας των υγειονομικών μονάδων.

Η εφαρμογή είναι καινοτόμος, γιατί για πρώτη φορά είναι δυνατή καταγραφή του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού σε χωρική βάση δεδομένων που μπορεί να επεξεργάζεται δεδομένα ακόμη και μέσα από το λειτουργικό σύστημα ενός κινητού τηλεφώνου ή μιας ταμπλέτας. Έτσι, παρέχει μεγάλη ελευθερία στο χρήστη, καθιστώντας τη ιδιαίτερα πρακτική και εύχρηστη.

Επιπλέον, η καταγραφή των οικονομικών στοιχείων των νοσοκομείων επιτρέπει τη δημιουργία ενός ψηφιακού αρχείου, εύκολα προσβάσιμου και με μεγάλη διάρκεια ζωής. Τα στοιχεία που αποθηκεύονται στη βάση δεδομένων επαναχρησιμοποιούνται με απόλυτη ασφάλεια, επιτρέποντας συγκρίσεις και περαιτέρω επεξεργασία. Η συμβολή των GIS στην οικονομική αποτύπωση των εσόδων και εξόδων μιας νοσοκομειακής μονάδας αποδεικνύεται καίρια, γιατί μέσω της online υπηρεσίας, οι χρήστες μπορούν να ανταλλάσουν δεδομένα. Η επικοινωνία μεταξύ των χρηστών διευκολύνει τον άμεσο εντοπισμό ζημιογόνων οργανισμών και την άμεση αντικατάσταση

πεπαλαιωμένου ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού.

Η ερευνητική αυτή εφαρμογή μπορεί να χρησιμοποιηθεί πιλοτικά σε διάφορες νοσοκομειακές μονάδες για την ορθολογική διαχείριση του κόστους. Μπορεί να συνδυαστεί με ένα συντονιστικό κέντρο σε επίπεδο Υγειονομικής Περιφέρειας και Υπουργείου Υγείας. Μέσω της online διασύνδεσης θα ανταλλάσσονται δεδομένα και θα ελέγχεται ο αριθμός των εξετάσεων σε συνδυασμό με το λειτουργικό κόστος και τα έσοδα (Kang-Tsung 2017).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Allen D.W. (2016). *GIS tutorial 2: Spatial analysis workbook. California, Esri Press.*

Bearman N., Munday P. & McAvoy D. (2015). Teaching GIS outside of geography: A case study in the School of International Development. *Journal of Geography in Higher Education* 39(2):237-244

Bonham-Carter G.F. (2014). *Geographic information systems for geoscientists: Modelling with GIS.* New York, Elsevier.

Brewer C. (2015). *Designing better Maps: A Guide for GIS users. California, ESRI Press.*

Cromley E. & McLafferty S. (2012). *GIS and Public Health.* 2nd edition. London, The Guilford Press.

Hu Y., Janowicz K., Prasad S. & Gao S. (2015). Enabling semantic search and knowledge discovery for ArcGIS Online: A linked-data-driven approach. In Bacao F, Santos MY, Painho M (eds.) AGILE 2015. Cham, Springer 107-124.

Jianya G., Xiaolong L.I. & Huayi W.U. (2016). Spatiotemporal data model for real-time GIS. *Acta Geodaetica et Cartographica Sinica* 43(3):226-232

Kang-Tsung C. (2017). Geographic Information System. Available at **http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781118786352.wbieg0152/abstract** Assessed April 4, 2017.

Law M. & Collins A. (2015). *Getting to know ArcGIS.* California, ESRI Press.

Ma G.M., Wu Z., Zhou H.Y., Jiang J., Chen W.X., Zheng S. et al (2016). A wireless and passive online temperature monitoring system for GIS based on surface-acoustic-wave sensor. *IEEE Trans. Power Del.* 31(3):1270-1280

Mahesvaran R. & Craglia M. (2004). *GIS in Public Health Practice.* London, CRC Press.

Morris S., Devlin N. & Parkin D. (2007). *Economic Analysis in Health Care.* Great Britain, John Wiley and Sons.

Rushton G. (2003). Public Health, GIS and Spatial Analytic Tools. A*nnu Rev Public Health* 24:43–56

Wise S (2014). *GIS basics.* London, CRC Press.

World Health Organization (2017). Αξιολόγηση αναγκών για ιατροτεχνολογικά προϊόντα. Ινστιτούτο Βιοϊατρικής Τεχνολογίας (INBIT). Available at **http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44562/16/9786188105010_gre.pdf.** Assessed April 4, 2017.

Ελληνική Επιτροπή Ατομικής Ενέργειας (ΕΕΑΕ) (2017). Available at http://www.eeae.gr. Assessed April 4, 2017.

Ζαχαριάς Ν. (2012). *Πρακτικά 2ου Συμποσίου ARCH_RNT - Αρχαιολογική έρευνα και νέες τεχνολογίες,* Καλαμάτα, Εκδόσεις Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Κυριόπουλος Γ (2007). *Τα οικονομικά της υγείας - Βασικές Έννοιες, Αρχές και Μέθοδοι.* Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήσης.

Τσουχλαράκη Α. & Αχιλλέως Γ. (2015). *Μαθαίνοντας τα GIS στην πράξη - το ArcGIS* 9.3. Αθήνα, Εκδόσεις ΔΙΣΙΓΜΑ.

Φαρμάκης Δ.Ε. (2015). Αποτύπωση περιοχής για τη δημιουργία ψηφιακού χάρτη με χωρικές και περιγραφικές πληροφορίες. (Μεταπτυχιακή εργασία) Κομοτηνή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης.

Πίνακας 1: Έσοδα ακτινολογικών εξετάσεων 2012 -2015.

	2012	2013	2014	2015
ΕΣΟΔΑ CT	475.655	503.032	506.303	440.669
ΕΣΟΔΑ MRI	928.250	850.465	864.800	282.940
ΕΣΟΔΑ ΜΑΜΜΟ	23.360	33.664	41.472	4.544
ΕΣΟΔΑ U/S	32.877	44.116	39.563	31.020
ΕΣΟΔΑ Rö	134.937	154.365	134.832	132.745

CT: αξονικές τομογραφίες, MRI: μαγνητικές τομογραφίες, Mammo: μαστογραφίες, U/S: υπερηχογράφημα, Rö: ακτινογραφίες

Πίνακας 1: Έσοδα ακτινολογικών εξετάσεων 2012 -2015.

	2012	2013	2014	2015
CT	6.689	7.074	7.120	6.197
MRI	3.950	3.619	3.680	1.204
Mammo	730	1.052	1.296	142
U/S	3.454	4.805	4.708	3.740
Rö	134.937	154.365	134.832	132.745

CT: αξονικές τομογραφίες, MRI: μαγνητικές τομογραφίες, Mammo: μαστογραφίες, U/S: υπερηχογράφημα, Rö: ακτινογραφίες

Πίνακας 3: Συνολικά έσοδα ακτινολογικών εξετάσεων 2012 -2015.

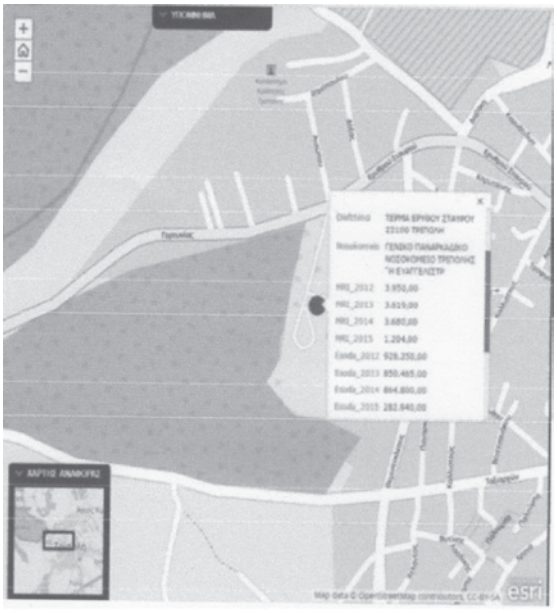
	2012	2013	2014	2015
ΓΠΝΤ	1.595.080	1.585.643	1.586.971	891.917
ΓΝ Μεσσηνίας – ΝΜ Καλαμάτας	679.488	727.504	871.932	979.489
ΓΝ Μεσσηνίας – ΚΥ Κυπαρισσίας	92.601	70.857	73.590	76.802
ΓΝ Λακωνίας – ΝΜ Σπάρτης	489.525	490.096	478.510	545.336
ΓΝ Λακωνίας – ΝΜ Μολάων	43.512	38.168	43.005	47.704
ΓΝ Αργολίδας – ΝΜ Άργους	296.417	397.568	367.876	303.123
ΓΝ Αργολίδας – ΝΜ Ναυπλίου	133.985	129.089	124.827	112.490
ΓΝ Κορίνθου	428.971	419.570	373.692	403.653

ΓΝ: Γενικό Νοσοκομείο, ΝΜ: Νοσοκομειακή Μονάδα, ΚΥ: Κέντρο Υγείας

Πίνακας 4: Συνολικά έξοδα δημοσίων ακτινολογικών εργαστηρίων 2012 -2015.

	2012	2013	2014	2015
ΓΠΝΤ	384.935	411.585	386.537	322.135
ΓΝ Μεσσηνίας – ΝΜ Καλαμάτας	252.429	239.300	334.422	335.488
ΓΝ Μεσσηνίας – ΚΥ Κυπαρισσίας	51.545	55.653	55.620	57.996
ΓΝ Λακωνίας – ΝΜ Σπάρτης	52.873	136.338	111.893	302.127
ΓΝ Λακωνίας – ΝΜ Μολάων	58.934	42.329	51.052	39.898
ΓΝ Αργολίδας – ΝΜ Άργους	145.813	165.380	166.201	143.718
ΓΝ Αργολίδας – ΝΜ Ναυπλίου	97.956	104.816	92.984	83.568
ΓΝ Κορίνθου	66.995	61.511	143.330	138.286

ΓΝ: Γενικό Νοσοκομείο, ΝΜ: Νοσοκομειακή Μονάδα, ΚΥ: Κέντρο Υγείας



Εικόνα 1 Χάρτης της εφαρμογής Story Maps

RESEARCH STUDY

Geographical Information System and Financial Management of the Radiology Department of the General Panarcadian Hospital of Tripolis, Greece

Dimitrios Zarakovitis[1], Nikolaos Tsaloukidis[1], Dimitrios Tsoromokos[1], Filippos Gozadinos[1], Athina Lazakidou[2]

1.Nurse, MSc

1.PhD(c), University of Peloponnese, Department of Economics, Digital Health Applications and Health Economics Analytics Laboratory, Tripolis 2.Assistant Professor, University of Peloponnese, Department of Economics, Digital Health Applications and Health Economics Analytics Laboratory, Tripolis

ABSTRACT

Introduction: Geographic Information Systems (GIS) are a useful tool to control costs and improve financial health management.

Aim: The aim of this paper was to present interactive maps containing financial data of radiology department of General Panarcadian Hospital of Tripolis by using GIS. The creation of maps requires the calculation of certain features such as: number of CTs and MRIs, X - rays, ultrasounds, revenues per exam category and supply costs of radiological material (consumables and films).

Methods: ArcGIS software was used to create digital - dynamic maps. The research was conducted in the Radiology Department of the General Panarcadian Hospital of Tripolis, Greece. All available data were acquired during 2016 - 2017 and concerned the period 2012-2015. Cost and revenue processing was conducted by studying the interactive maps. Financial indicators were acquired by the GIS analysis of the digital maps and the results are presented on diagrams. The loss or profit assessment was performed after studying the diagrams. Thus, the radiology equipment and the number of exams were recorded. Finally, the financial and technical results of the radiology departments were compared to similar radiology departments in Peloponnese. Results: GIS analysis revealed that the General Panarcadian Hospital of Tripolis presented a small profit during 2012 - 2015. The General Hospital of Messinia - Hospital Unit of Kalamata was quite profitable during the same period.

Conclusions: The GIS software is absolutely useful for recording and presenting inputs and outputs, for financial cost control and operational optimization of radiology department of General Panarcadian Hospital of Tripolis. Finally, this comparative study concluded that the radiology department of General Panarcadian Hospital of Tripolis is among the most efficient of Peloponnese.

Keywords: Financial management, GIS, radiology department.

Corresponding author: Dimitrios Zarakovitis, e-mail:dimrad32@yahoo.gr,

Submission date: 10/05/2017
Resubmission date: 24/08/2018
Publication date: October 2018

Citation: Zarakovitis D., Tsaloukidis N., Tsoromokos D., Gozadinos F. & Lazakidou A. (2018). Geographical Information System and financial management of the Radiology Department of the General Panacardian Hospital of Tripolis, Greece. Hellenic Journal of Nursing Science 11(4): 48-55

Ελληνικό περιοδικό της
Νοσηλευτικής Επιστήμης

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ (ΕΠΝΕ)

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Α. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ
Β. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ & ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ
Γ. ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

Α. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ

Το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης (ΕΠΝΕ) είναι το επίσημο περιοδικό της ΕΝΩΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ. Είναι ένα διεπιστημονικό περιοδικό με σύστημα κριτών, με σκοπό την προώθηση της Νοσηλευτικής Επιστήμης και των Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας. Παρέχει τη δυνατότητα δημοσίευσης επιστημονικών, ανασκοπικών και ερευνητικών άρθρων, καθώς και κριτική άρθρων και σχόλια που ενδιαφέρουν το διεθνές αναγνωστικό κοινό των επαγγελματιών, των εκπαιδευτικών και των ερευνητών, σε όλους τους τομείς της νοσηλευτικής, αλλά και γενικότερα των επιστημών φροντίδας υγείας και πρόνοιας.

Με την υπ. αριθ. πρωτ. ΔΥ2α/οικ 122 – 7/8/2009 απόφαση του Υπουργείου Υγείας ανήκει στα Περιοδικά με Εθνική Αναγνώριση, αποτελεί ένα αξιόπιστο, σύγχρονο, τριμηνιαίο επιστημονικό περιοδικό και είναι διαθέσιμο σε ηλεκτρονική και έντυπη μορφή. Ταυτόχρονα αποτελεί ένα πολύτιμο εργαλείο επιστημονικής γνώσης για το Νοσηλευτή, για όσους σπουδάζουν τη νοσηλευτική, για τους επαγγελματίες άλλων επιστημών υγείας και συμπεριφοράς, καθώς και για κάθε αναγνώστη που επιθυμεί επιστημονική ενημέρωση και εκπαίδευση. Παρέχει τη δυνατότητα σε νέους επιστήμονες να έχουν εύκολη πρόσβαση στη γνώση και στην πρόοδο της νοσηλευτικής, ενώ αποτελεί το επιστημονικό βήμα για τους νοσηλευτές που απασχολούνται στην εκπαίδευση ή στην κλινική νοσηλευτική, ώστε να δημοσιεύουν το έργο τους και να δέχονται εποικοδομητικές κριτικές. Σε ένα δεύτερο επίπεδο ευαισθητοποιεί άλλους επιστήμονες στα γνωστικά αντικείμενα της νοσηλευτικής και προάγει γενικότερα τη συνεργασία των υπηρεσιών υγείας.

Όλα τα άρθρα που υποβάλλονται στο Περιοδικό θα πρέπει να ακολουθούν συγκεκριμένες οδηγίες συγγραφής ώστε να διασφαλίζεται η ξεκάθαρη δομή, σε σχέση με την περιεκτικότητα του περιεχομένου.

Οι υποβληθείσες εργασίες θα πρέπει να είναι κατάλληλες για το διεθνές κοινό. Εάν τα άρθρα εστιάζουν σε συγκεκριμένα πολιτιστικά, ή άλλα εξειδικευμένα θέματα, θα πρέπει να περιγράφεται το πλαίσιο της μελέτης και να απευθύνονται σαφώς σε διεθνές κοινό, έτσι ώστε οι αναγνώστες ακόμη και αν προέρχονται από διαφορετική χώρα, κουλτούρα ή επιστημονικό υπόβαθρο, να μπορούν να τα κατανοήσουν.

Στο περιοδικό δημοσιεύονται ανασκοπήσεις, πρωτογενείς ή δευτερογενείς ερευνητικές μελέτες, γενικά θεωρητικά (φιλοσοφικά, μεθοδολογικά) άρθρα, ενδιαφέρουσες κλινικές περιπτώσεις και βιβλιοκριτικές. Οι τομείς που καλύπτει το περιοδικό είναι οι εξής:

- Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική
- Κοινοτική Νοσηλευτική – Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
- Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας
- Περιεγχειρητική Νοσηλευτική
- Καρδιολογική – Καρδιοχειρουργική Νοσηλευτική
- Παιδιατρική – Παιδοχειρουργική Νοσηλευτική
- Νοσηλευτική Μητρότητας – Γυναικολογική Νοσηλευτική
- Ογκολογική Νοσηλευτική – Ανακουφιστική Φροντίδα
- Νοσηλευτική ΜΕΘ – Επείγουσα Νοσηλευτική
- Νεφρολογική Νοσηλευτική
- Διοίκηση – Οργάνωση & Οικονομική Αξιολόγηση Υπηρεσιών Υγείας / Ποιότητα Νοσηλευτικής Φροντίδας
- Δημόσια Υγεία & Επιδημιολογία
- Νομικά & Επαγγελματικά Θέματα / Δίκαιο της Υγείας
- Υγιεινή & Ασφάλεια της Εργασίας - Νοσοκομειακές Λοιμώξεις
- Πληροφορική της Υγείας
- Νοσηλευτική Εκπαίδευση & Μεθοδολογία της Έρευνας

ΑΠΟΔΕΛΤΙΩΣΗ: Το περιοδικό ΕΠΝΕ αποδελτιώνεται στη Βάση δεδομένων Google Scholar, Research bible, Elektronische Zeitschriftenbibliothek, DOAJ, Akademic Keys, Cross Ref.

Β. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ

ΕΚΔΟΤΗΣ: ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΣΚΟΥΤΕΛΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ: ΑΡΙΣΤΕΙΔΗΣ ΔΑΓΛΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗΣ: ΔΡ ΘΕΟΔΩΡΑ ΚΑΥΚΙΑ,
Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ: ΛΑΜΠΡΟΣ ΜΠΙΖΑΣ,
ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΠΙΣΤΟΛΑΣ

ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ:

Δρ Μιχαήλ Κουράκος, Διευθυντής Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, ΓΝΑ Ασκληπιείο Βούλας, Αθήνα
Δρ. Γεώργιος Κριτσωτάκης, Επίκουρος Καθηγήτης, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Κρήτης

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Παρασκευή Αποστολάρα,Λέκτορας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
Μαρία Γκριζιώτη, MSc,
Αθηνά Καλοκαιρινού, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ,
Ιωάννα Καραμήτρη, PhD,
Μάρθα Κελέση, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο, Δυτικής Αττικής,
Μαρία Μαλλιαρού, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Θεσσαλίας
Στέφανος Μαντζούκας, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Ηπείρου
Αθανάσιος Μαστροκώστας, PhD,
Ευγενία Μηνασίδου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης,
Ιωάννα Παπαθανασίου, Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Θεσσαλίας,
Βασιλική Ρόκα, PhD,
Μαρία Σαρίδη, PhD,
Ελένη Χριστοδούλου, PhD,
Χρύσα Χρυσοβιτσάνου, PhD

ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ

Φωτεινή- Ελένη Καραχάλιου, Παιδίατρος Ενδοκρινολόγος, Διευθύντρια Τμήματος Άθλησης και Ανάπτυξης Ν.Π. Αγλαΐα Κυριακού
Ιωάννης Κυριόπουλος, Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας, Κοσμήτωρ ΕΣΔΥ
Αλέξιος Παραράς, Δικηγόρος Δημοσιολόγος, Νομικός Σύμβουλος ΕΝΕ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΡΙΤΩΝ

Γεώργιος Αργυρίου
Αριστείδης Βασιλόπουλος
Αικατερίνη Βενέτη
Ευγενία Βλάχου
Μαρία Γέραλη
Γεώργιος Ελεσνίτσαλης
Χρήστος Ερμείδης
Ευτυχία Ευαγγελίδου
Γεώργιος Ευλαβής
Μιχαήλ Ζωγραφάκης -Σφακιανάκης
Αγγελική Καραΐσκου,
Νικόλαος Κοντοδημόπουλος,
Αγορίτσα Κουλούρη
Βαΐα Κωνσταντικάκη
Θεοχάρης Κωνσταντινίδης
Ελένη Λαχανά
Πολυξένη Λιαμοπούλου
Γεώργιος Μανομενίδης
Ευαγγελία Μεϊμέτη
Νικόλαος Μπακάλης
Δημήτριος Μπαρουξής
Λάμπρος Μπίζας
Ιωάννης Μωϋσογλου
Δήμητρα Παλητζήκα
Νίκη Παυλάτου
Δημήτριος Πιστόλας
Γεώργιος Ποντισίδης,
Νικόλαος Στεφανόπουλος
Γεώργιος Σιδηράς,
Αγγελική Σταθαρού,
Ευαγγελία Σταματοπούλου,
Αναστάσιος Τζεναλής
Αικατερίνη Τόσκα
Ευάγγελος Φραδέλος
Καλλιόπη Χατζίκα

ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Dr. Theodoros Koutroubas, Professor, UC Louvain, Brussels, Belgium.
Dr. Irena Papadopoulos, Professor of Transcultural Health and Nursing and Head of Research Centre for Transcultural Studies in Health Middlesex University, London UK.
Dr. Denise M. 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, President of the Council of Nursing and Midwifery, Cyprus.
Dr. Lorendana Sasso, Associate Professor, Universita degli Studi di Genova, Italy.
Cecilia Sironi, RN, BSc, MSc Universita degli Studi dell' Insubria-Varese, Italy.
Dr. Rocco Gennaro, Head of the Nursing School and Professor, Catholic University Our Lady of Good Counsel, Director Centre of Excellence for Nursing Scholarship – Rome – Italy.
Dr. Thomas Kearns, Professor, Executive Director of Faculty of Nursing & Midwifery, RCSI-Royal College of Surgeons, Ireland.
Dr. Helene Kelly, International Consultant, Vice President Florence Network, University College Sealand, Denmark,
Dr. Vilma Zydziunaite, RN, MNSc, MEdSc, PhD, Professor- Researcher, Vytautas Magnus University, Kaunas & Faculty of Health sciences, Klaipeda State College, Lithuania.
Dr. Carlos Melo-Dias, Professor of Nursing in 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.
Leodoro 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
Anastasia Mallidou, Assistant Professor, University of Victoria, School of Nursing, British Columbia, Canada.

Dr Christina Papachristou, Dipl. Psych. MPH, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Charite-Universitatsmedizin Berlin, Germany

Γ. ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

(Υπάρχουν και στην ιστοσελίδα του περιοδικού)
Οι Έλληνες συγγραφείς μπορούν να δημοσιεύουν άρθρα και στην ελληνική και στην αγγλική γλώσσα

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Τύποι Άρθρων
Διαδικασία Υποβολής Άρθρων
Διαδικασία Αξιολόγησης
Γενικές Οδηγίες
Γενικές οδηγίες Συγγραφής
Θέματα Ηθικής και Δεοντολογίας

ΤΥΠΟΙ ΑΡΘΡΩΝ

Το ΕΠΝΕ δημοσιεύει τα ακόλουθα:

1. **ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ** @*
2. **ΓΕΝΙΚΑ ΑΡΘΡΑ**
   Το περιοδικό δημοσιεύει φιλοσοφικά, θεωρητικά, μεθοδολογικά ή επαγγελματικά θέματα/καταστάσεις που παρέχουν επίκαιρη, προηγμένη γνώση για τη διεθνή επιστημονική κοινότητα και μπορεί να αφορούν στη νοσηλευτική πρακτική, την εκπαίδευση, τη διοίκηση κ.λπ. Επίσης, δημοσιεύει άρθρα συζήτησης.
3. **ΠΟΣΟΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ**
   α. Πρωτογενείς
   - Εμπειρικές @
   - Κλινικές δοκιμές @

   β.Δευτερογενείς (συστηματικές ανασκοπήσεις) @
   γ. Ανάπτυξης και Ψυχομετρικής Στάθμισης ερευνητικών εργαλείων @
4. **ΠΟΙΟΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ**
   - Εμπειρικές @
5. **ΕΡΕΥΝΕΣ ΜΙΚΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑΣ** @
6. **ΒΙΒΛΙΟΚΡΙΤΙΚΗ** @
7. **ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΕΚΔΟΤΗ**
   Οι επιστολές μπορεί να είναι έκτασης ως 500 λέξεων και να περιλαμβάνουν κρίσεις, ή σχόλια για εργασίες που έχουν ήδη δημοσιευτεί σε 2 προηγούμενα τεύχη.

*Όπου αναγράφεται το σύμβολο @, υπάρχουν αναρτημένες οι επιπλέον σχετικές, εξειδικευμένες οδηγίες στην ιστοσελίδα του περιοδικού.

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΡΘΡΩΝ @

Έως ότου ολοκληρωθεί το σύστημα ηλεκτρονικής υποβολής άρθρων, καλούνται οι συγγραφείς να υποβάλλουν τα προς αξιολόγηση άρθρα μέσω του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου του περιοδικού στη διεύθυνση journal@enne.gr. Όλη η αλληλογραφία θα πραγματοποιείται μέσω του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου.
Κάθε άρθρο θα συνοδεύεται από **επιστολή του συγγραφέα**, υπόδειγμα της οποίας μπορείτε να βρείτε εδώ (link) και στην οποία αναφέρονται τα ακόλουθα:

- Βεβαίωση ότι η εργασία (ολόκληρη ή τμήμα αυτής) δεν έχει δημοσιευτεί (ή υποβληθεί για δημοσίευση) σε έντυπη ή ηλεκτρονική μορφή σε άλλο περιοδικό ή μέσο στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό.
- Δήλωση ότι το τελικό κείμενο της εργασίας αναγνώστηκε και εγκρίθηκε από όλους τους συγγραφείς.
- Δήλωση ότι δεν υπάρχει καμία σύγκρουση συμφέροντος ή άλλο οικονομικό όφελος σχετικά με την μελέτη
- Γραπτή βεβαίωση άδειας (Αρ. πρωτοκόλλου έγκρισης) διεξαγωγής της μελέτης από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του φορέα στον οποίο διεξήχθη εν λόγω μελέτη.
- Βεβαίωση των συγγραφέων για την εγγύηση ότι το άρθρο είναι πρωτότυπη μελέτη και δεν παραβιάζει κανένα δικαίωμα πνευματικής ιδιοκτησίας.
- Δήλωση ότι όλοι οι συγγραφείς έχουν συμβάλει σημαντικά στη διεξαγωγή της μελέτης.
- Στοιχεία του συγγραφέα που είναι υπεύθυνος για την αλληλογραφία (ονοματεπώνυμο, ταχυδρομική και ηλεκτρονική διεύθυνση, τηλέφωνο).

Κατά την υποβολή ξενόγλωσσων άρθρων από Έλληνες συγγραφείς θα πρέπει να υποβάλλεται η αντίστοιχη, ξενόγλωσση συνοδευτική επιστολή @.

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Οι υποβληθείσες εργασίες αξιολογούνται από τη Διεύθυνση Σύνταξης, εάν συνάδουν με την αποστολή και τους στόχους του Περιοδικού, προκειμένου να προωθηθούν για ανώνυμη αξιολόγηση. Ανάλογα με τη θεματική ενότητα στην οποία ανήκουν, προωθούνται στο υπεύθυνο μέλος της συντακτικής επιτροπής και σε δύο κριτές της αντίστοιχης θεματικής ενότητας, ή σε ανεξάρτητους κριτές.
Οι κριτές αποφαίνονται εάν το άρθρο είναι:
(α) Αποδεκτό για δημοσίευση χωρίς τροποποιήσεις
(β) Αποδεκτό για δημοσίευση με μικρές τροποποιήσεις
(γ) Αποδεκτό για δημοσίευση κατόπιν σημαντικών τροποποιήσεων
(δ) Μη αποδεκτό για δημοσίευση στην παρούσα μορφή
Η τελική προσαρμογή του κειμένου στις υποδείξεις των κριτών διαπιστώνεται από τη Διεύθυνση Σύνταξης, ώστε το άρθρο να προωθηθεί προς δημοσίευση.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

Η Διεύθυνση Σύνταξης αποφασίζει για τον ταχύτερο δυνατό χρόνο δημοσίευσης των εργασιών, βασιζόμενη σε διάφορα κριτήρια, όπως είναι η τήρηση της προτεραιότητας κατά την ημερομηνία υποβολής, η αναλογία ερευνητικών και ανασκοπικών άρθρων ανά τεύχος, η μη δημοσίευση στο ίδιο τεύχος άρθρων των ίδιων συγγραφέων, άρθρων παρόμοιας θεματολογίας κλπ. Η προτεραιότητα για δημοσίευση βασίζεται στην ημερομηνία αποδοχής και όχι στην ημερομηνία πρώτης υποβολής του κειμένου.

Η Διεύθυνση Σύνταξης διατηρεί το δικαίωμα μικρών τροποποιήσεων της μορφής και του περιεχομένου των εργασιών, ωστόσο, μεγάλες ή ουσιώδεις τροποποιήσεις, κυρίως αναφορικά με το περιεχόμενο, θα γίνονται μόνο με τη σύμφωνη γνώμη των συγγραφέων.

Οι συγγραφείς των ερευνητικών μελετών (πρωτογενών και δευτερογενών) δεν μπορεί να είναι περισσότεροι από έξι (6), παρά μόνο μετά από εξαίρεση (π.χ. όταν πρόκειται για διεπιστημονικές, μεγάλης κλίμακας, πολυκεντρικές μελέτες). Οι συγγραφείς των υπόλοιπων εργασιών δεν μπορεί να είναι περισσότεροι από τρεις (3), με πιθανή εξαίρεση, κάποια γενικά άρθρα μεθοδολογικού τύπου, ή κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες.

ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ (λίστα ελέγχου – check list)

Σε κάθε άρθρο που υποβάλλεται, οι συγγραφείς θα πρέπει να περιλαμβάνουν τα εξής (προς διευκόλυνσή σας, τσεκάρετε δίπλα, τι από τα παρακάτω έχετε υποβάλει):

01. Συνοδευτική Επιστολή (υπάρχει υπόδειγμα)
02. Σελίδα τίτλου*
03. Σελίδα περίληψης*
04. Σελίδα Βασικών Σημείων του Άρθρου
05. Κυρίως κείμενο του άρθρου
06. Συμβολή των συγγραφέων
07. Χρηματοδότηση (εάν υπάρχει)
08. Ευχαριστίες (εάν υπάρχουν)
09. Προηγούμενη δημοσίευση (εάν υπάρχει)
10. Βιβλιογραφικός κατάλογος
11. Πίνακες και σχήματα

* θα υπάρχουν και στην αγγλική γλώσσα. Δείτε οδηγίες που ακολουθούν

Σελίδα τίτλου

- Τίτλος έως 25 λέξεις (πεζοί - έντονοι χαρακτήρες)
- Ονοματεπώνυμο, φορέας εργασίας (πχ ΓΝΑ «Ιπποκράτειο»). Με εκθέτες, κάθε όνομα θα παραπέμπει στον αντίστοιχο φορέα
- Υπεύθυνος αλληλογραφίας (ονοματεπώνυμο, ηλεκτρονική διεύθυνση, τηλέφωνο επικοινωνίας)
- Ημερομηνία υποβολής
- Όλα τα παραπάνω και στην Αγγλική γλώσσα (σε χωριστή σελίδα)

Σελίδα περίληψης

- Τίτλος του άρθρου (πεζοί-έντονοι χαρακτήρες)
- Η λέξη ΠΕΡΙΛΗΨΗ, γράφεται με έντονους κεφαλαίους χαρακτήρες
- Η περίληψη δεν θα πρέπει να υπερβαίνει τις 250-300 λέξεις (βλέπε σχετικό link ανάλογα με το είδος του άρθρου)
- Θα πρέπει να υποβάλλεται στην ελληνική & αγγλική γλώσσα, χωρίς βιβλιογραφικές αναφορές, ή συντμήσεις λέξεων.
- Εάν το άρθρο υποβάλλεται στην αγγλική γλώσσα, δεν χρειάζεται η ελληνική εκδοχή του τίτλου ή της περίληψης.
- Ακολουθείται από 3 (τρεις) έως έξι (6) λέξεις κλειδιά κατά αλφαβητική σειρά, οι οποίες θα πρέπει να προκύπτουν από το περιεχόμενο του άρθρου και να διαχωρίζονται μεταξύ τους με κόμμα (,). Οι λέξεις κλειδιά θα πρέπει να είναι γενικού περιεχομένου και να διευκολύνουν τον εύκολο ευρετηριασμό του άρθρου κατά την αναζήτησή του, στις βάσεις δεδομένων από άλλους ερευνητές.
- Περίληψη και στην αγγλική γλώσσα (σε χωριστή σελίδα)

Σελίδα Βασικών Σημείων του Άρθρου

Τα βασικά σημεία του άρθρου (highlights/key points) αναγράφονται σε χωριστή σελίδα και αφορούν στα κύρια ευρήματα, παρέχοντας μια γρήγορη ματιά του συνολικού άρθρου. Περιλαμβάνουν τρεις έως πέντε προτάσεις (με κουκίδες) που περιγράφουν την ουσία της ανασκόπησης ή της έρευνας (αποτελέσματα ή συμπεράσματα) και τονίζουν τη σημασία του άρθρου. Η κάθε πρόταση δεν θα πρέπει να ξεπερνά τους 85 χαρακτήρες (μαζί με τα κενά διαστήματα και τα σημεία στίξης). Η φράση ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ γράφεται με κεφαλαίους έντονους χαρακτήρες.

Παράδειγμα στην Ελληνική γλώσσα

Παπαδόπουλος Δ, Βασιλείου Γ, Γεωργίου Α (2014). Επαγγελματική εξουθένωση και καθημερινή λειτουργικότητα: Μια θεωρητική ανάλυση. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης, 5: 14-20.

Βασικά Σημεία του Άρθρου

- Ανάλυση της εξουθένωσης από την οπτική του εργαζόμενου.
- Η εξουθένωση ως διαμεσολαβητικός παράγοντας στην καθημερινότητα.
- Η εξουθένωση αυξάνεται ανάλογα με τις εργασιακές απαιτήσεις.
- Η εξουθένωση μειώνεται ανάλογα με τα εργασιακά αποθέματα.
- Οι εργαζόμενοι με υψηλά επίπεδα εξουθένωσης χρήζουν εξατομικευμένης στήριξης.

Παράδειγμα στην Αγγλική γλώσσα
Papadopoulos D, Vasiliou G, Georgiou A (2014). Professional burnout and daily functioning: A theoretical analysis. Hellenic Journal of Nursing Science, 5: 14-20.

Highlights /key points
- Discussion of burnout from the perspective of the employee.
- Chronic burnout is conceptualized as a crucial moderator of daily functioning.
- Burnout increases according to daily job demands.
- Burnout decreases according to daily job resources.
- Employees with high levels of burnout need tailored help.

Κυρίως κείμενο του άρθρου (manuscript)
Το κυρίως κείμενο (manuscript) θα ακολουθεί την ανάλογη δομή (βλ. σχετικά @, ανάλογα με τον τύπο του άρθρου). Μετά το κείμενο, θα αναγράφεται η Συμβολή του κάθε συγγραφέα αναλυτικά, όπως και οι τυχόν Ευχαριστίες.

Συμβολή των συγγραφέων
Όλοι οι συγγραφείς που αναφέρονται σε ένα άρθρο θα πρέπει να έχουν συνεισφέρει ενεργά στη συλλογή των πληροφοριών και στη συγγραφή του (εάν πρόκειται για ανασκόπηση), ή στο σχεδιασμό της μελέτης, στη συλλογή και ανάλυση των δεδομένων, στην εξαγωγή/ερμηνεία των αποτελεσμάτων και στη συγγραφή του άρθρου (εάν πρόκειται για έρευνα). Η συμβολή τους θα διαφαίνεται σε όποιο από τα παραπάνω σημεία, με διακριτό τρόπο για τον καθένα και θα περιλαμβάνεται μετά το κυρίως κείμενο και πριν το βιβλιογραφικό κατάλογο. Όλοι οι συγγραφείς επίσης, θα πρέπει να έχουν μελετήσει το περιεχόμενο και εγκρίνει την τελική έκδοση που έχει υποβληθεί προς δημοσίευση. Η συμμετοχή μόνο στην αναζήτηση χρηματοδότησης μιας έρευνας, ή μόνο στη συλλογή των δεδομένων δεν δικαιολογεί την αναφορά μεταξύ των συγγραφέων, η οποία υποκαθίσταται με την έκφραση ευχαριστιών.
Παράδειγμα: ΙΚ: (αρχικά ονομάτων των συγγραφέων) ανέλυσε τα δεδομένα και συνέβαλε στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων και στη συγγραφή του κειμένου. ΘΜ: συμμετείχε στη σύλληψη και στο σχεδιασμό της μελέτης, καθώς και στη συλλογή των δεδομένων. ΠΓ και ΔΚ: Συμμετείχαν στο σχεδιασμό της μελέτης και στη συλλογή των δεδομένων. Όλοι οι συγγραφείς αξιολόγησαν κριτικά και ενέκριναν την υποβολή του τελικού κειμένου.

Ευχαριστίες
Κατά την ηλεκτρονική υποβολή του άρθρου, οι συγγραφείς μπορούν να αναγράφουν τις ευχαριστίες τους σε άτομα, φορείς κ.λπ που τους βοήθησαν ουσιαστικά στην εκπόνηση της εργασίας τους, επεξηγώντας τους λόγους πχ για την οικονομική ενίσχυση, τη συλλογή των δεδομένων, τη χορήγηση άδειας κ.λπ.

Προηγούμενη δημοσίευση
Σε περίπτωση που το άρθρο ή τμήμα του, έχει δημοσιευτεί πχ σε Πρακτικά Συνεδρίου ή αλλού, θα πρέπει να αναγράφεται το «που» και το «πότε».

Βιβλιογραφικός κατάλογος
(σύμφωνα με τις οδηγίες, βλ. @)

Πίνακες – Σχήματα. Οι πίνακες και τα σχήματα παρατίθενται στο τέλος του άρθρου, σε χωριστή σελίδα το καθένα από αυτά. Ωστόσο, εντός του κυρίως κειμένου του άρθρου θα πρέπει να μπαίνει σε παρένθεση η ένδειξη (Πίνακας ΧΧ κάπου εδώ).
- Θα πρέπει να είναι αριθμημένοι με αραβικούς αριθμούς (1,2,3) και να αναφέρονται με τη σειρά παράθεσής τους και μέσα στο κείμενο (π.χ. Πίνακας ΧΧ, εντός του κειμένου).
- Θα πρέπει να συνοδεύονται από ένα βραχύ τίτλο και να αναφέρεται η πηγή τους, αν δεν προέρχονται από πρωτογενές υλικό.
- Η έκταση κάθε πίνακα δεν πρέπει να υπερβαίνει τη μια σελίδα.
- Σε περίπτωση χρησιμοποίησης υλικού (πινάκων, σχημάτων) που έχει ήδη δημοσιευθεί αλλού, θα πρέπει να εξασφαλίζεται, πριν την υποβολή του άρθρου, η άδεια από τους αρχικούς συγγραφείς ή αυτούς που κατέχουν τα πνευματικά δικαιώματα του αναπαραγόμενου υλικού. Οι συγγραφείς των δημοσιευμένων άρθρων έχουν την ευθύνη για οποιαδήποτε επίπτωση από παραβίαση του copyright τρίτων.
- Συντμήσεις μέσα στους πίνακες, σχήματα κ.λπ. θα πρέπει να επεξηγούνται στο κάτω μέρος τους, με μορφή υποσημείωσης.
- Χρησιμοποιήστε μέγεθος γραμματοσειράς από 8 έως 10. Χρησιμοποιήστε μόνο δύο διαφορετικά μεγέθη γραμματοσειράς σε κάθε πίνακα (ένα μέγεθος είναι προτιμότερο).
- Θα πρέπει οι οριζόντιες και κάθετες γραμμές του πίνακα να μην είναι εμφανείς, εκτός από τις ακόλουθες: πάνω και κάτω περίγραμμα και κάτω από τους τίτλους των στηλών.

Παραρτήματα
Προτείνεται η αποφυγή παράθεσης παραρτημάτων. Σε περίπτωση που κριθεί απαραίτητο παρατίθενται σε χωριστή σελίδα, μετά το βιβλιογραφικό κατάλογο και πριν από τους πίνακες.

Άλλες οδηγίες μορφοποίησης

- Τα άρθρα θα πρέπει να είναι δακτυλογραφημένα με γραμματοσειρά TIMES NEW ROMAN, μεγέθους 12 και διάστιχο 1.5. Τα περιθώρια της σελίδας θα πρέπει να είναι 2.54 περιμετρικά της σελίδας. Η αρίθμηση των σελίδων θα πρέπει να εμφανίζεται στην κάτω δεξιά γωνία της σελίδας.
- Για τη διατήρηση της ανωνυμίας, στο άρθρο δεν θα πρέπει να αναφέρονται ονοματεπώνυμα ατόμων, νοσοκομείων ή άλλων φορέων, αλλά να περιγράφονται σε γενικές γραμμές όπως πχ « ….το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ενός ελληνικού, γενικού περιφερειακού νοσοκομείου…..»
- Αποφύγετε τις συντομογραφίες, οπουδήποτε είναι δυνατόν. Οποιεσδήποτε συντμήσεις οι συγγραφείς σκοπεύουν να χρησιμοποιήσουν, θα πρέπει να καταγράφονται πλήρως και να ακολουθούνται από τα αρχικά γράμματα εντός παρενθέσεως, την πρώτη φορά που εμφανίζονται πχ World Health Organization (WHO) και στη συνέχεια χρησιμοποιείται μόνο με το ακρωνύμιο WHO. Αποφύγετε την υπερβολική χρήση πολλαπλών ακρωνυμίων.
- Μη χρησιμοποιείτε κεφαλαίο αρχικό γράμμα σε διάφορες λέξεις, χωρίς λόγο πχ διευθυντής, νοσηλευτής, καθηγητής.
- Μονάδες μέτρησης μήκους, ύψους, βάρους και όγκου θα πρέπει να αναφέρονται σε μετρικές μονάδες, σύμφωνα με τα διεθνώς αναγνωρισμένα σύμβολα.
- Στο κείμενο, να αποφεύγεται η γραφή σε α' ενικό ή α' πληθυντικό πρόσωπο, καθώς και η χρήση προσωπικών αντωνυμιών, όπως «εγώ» ή «εμείς». Οι αναφορές να γίνονται σε τρίτο Πρόσωπο και παθητική φωνή. Π.χ. αντί να γράψουμε «κάναμε αυτήν την έρευνα με σκοπό…» ή «προτείνουμε τα εξής μέτρα» γράφουμε «αυτή η έρευνα έγινε με σκοπό…» ή «προτείνονται τα εξής μέτρα».
- Μέσα στο κείμενο δεν χρησιμοποιούνται υπογραμμίσεις, έντονοι (bold) και πλάγιοι (italics) χαρακτήρες.
- Το κείμενο της εργασίας θα πρέπει να είναι χωρισμένο σε παραγράφους. Η παραγραφοποίηση βοηθά στην κατάτμηση ενός κειμένου ώστε αυτό να γίνεται ευκολότερα αναγνώσιμο και περισσότερο κατανοητό. Καλό είναι να αποφεύγονται οι πολύ μεγάλες παράγραφοι, αλλά και οι πολύ μικρές (π.χ. παράγραφος με μια ή δύο προτάσεις).
- Όλες οι παράγραφοι ξεκινούν με μια εσοχή (1 tab). Μεταξύ των παραγράφων δεν θα πρέπει να υπάρχει κενή σειρά, παρά μόνο μετά από κάθε ενότητα (π.χ. κείμενο εισαγωγής, κενή σειρά, κείμενο μεθοδολογίας, κενή σειρά).
- Κεφαλίδες, υποκεφαλίδες κλπ. Οι κεφαλίδες μπορούν να είναι τριών (3) επιπέδων, ίδιας γραμματοσειράς (χωρίς αριθμήσεις, στην αριστερή πλευρά της σελίδας, ενώ η στοίχιση του κειμένου παραμένει κεντρική):

  ΕΠΙΠΕΔΟ 1. κεφαλαία γράμματα με έντονη γραφή, (bold)

  ΕΠΙΠΕΔΟ 2. πεζά γράμματα με έντονη γραφή,(bold)

  ΕΠΙΠΕΔΟ 3. πεζά γράμματα με πλάγια γραφή, (italics)

  Εάν κρίνεται απαραίτητη η ύπαρξη περεταίρω υποδιαιρέσεων, προτείνεται η χρήση κουκίδων για τις υπόλοιπες υποκεφαλίδες.

ΘΕΜΑΤΑ ΗΘΙΚΗΣ & ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Συγκατάθεση Ενημέρωσης

Οι συγγραφείς θα πρέπει να επιβεβαιώνουν μέσα στο κείμενό τους ότι τήρησαν τις αρχές δεοντολογίας για την έρευνα, όπως αυτές διατυπώνονται σαφώς από τη Διεθνή Επιτροπή Εκδοτών Ιατρικών Επιστημονικών Περιοδικών (International Committee of Medical Journal Editors, www.icmje.org) και τη Διακήρυξη του Ελσίνκι (World Medical Association Declaration of Helsinki, 2000). Δηλαδή, όπου είναι απαραίτητο οι συγγραφείς πρέπει να επιβεβαιώσουν ότι τα αποτελέσματα των μελετών τους προέκυψαν από ερευνητικές εργασίες, που η συγκατάθεση ενημέρωσης λήφθηκε από τους συμμετέχοντες ανθρώπους και τις αρμόδιες αρχές ηθικής και δεοντολογίας.

Άδειες

Οι συγγραφείς θα πρέπει να έχουν λάβει την άδεια χρήσης ερωτηματολογίων ή άλλων κλιμάκων που χρησιμοποίησαν για την εκπόνηση της έρευνάς τους, από τον κάτοχο πνευματικών δικαιωμάτων αυτών και φέρουν την αποκλειστική ευθύνη της χρήσης τους.

Σύγκρουση συμφερόντων (conflict of interest)

Οι συγγραφείς είναι υποχρεωμένοι κατά την υποβολή του άρθρου (συνοδευτική επιστολή), να αναφέρουν κάθε πιθανή σύγκρουση συμφερόντων (πχ πατέντα ιδιοκτησίας, αμοιβές ομιλητών ή συμβούλων κ.λπ). Επίσης, η Διεύθυνση Σύνταξης εξασφαλίζει την ανωνυμία σε περίπτωση που κάποιο άρθρο έχει υποβληθεί από μέλος της Συντακτικής Επιτροπής του Περιοδικού. Τα μέλη της Διεύθυνσης Σύνταξης παροτρύνονται να έχουν επίγνωση των πιθανών συγκρούσεων συμφερόντων, όπως π.χ. σε περίπτωση επεξεργασίας του κειμένου από συνεργάτες και συναδέλφους κριτές. Σε περίπτωση που δεν υπάρχει σύγκρουση συμφερόντων, θα πρέπει να αναφέρεται με σαφή δήλωση των συγγραφέων.

Χρηματοδότηση
Οι συγγραφείς θα πρέπει να αναφέρουν κατά την ηλεκτρονική υποβολή του άρθρου, κάθε πηγή χρηματοδότησης της έρευνάς τους, από Δημόσιο ή Ιδιωτικό φορέα (όνομα, τόπος και αριθμός χρηματοδότησης). Σε περίπτωση μη χρηματοδότησης θα πρέπει να αναφέρεται με σαφή δήλωση των συγγραφέων.

Πνευματικά Δικαιώματα (transfer of copyright)
Η υποβολή ενός άρθρου, προϋποθέτει ότι δεν έχει δημοσιευθεί προηγουμένως, ότι δεν είναι υπό εξέταση για δημοσίευση αλλού και ότι εάν γίνει αποδεκτό δεν θα δημοσιευθεί αλλού, στην αγγλική ή σε οποιαδήποτε άλλη γλώσσα, χωρίς τη γραπτή συγκατάθεση του εκδότη.
Εάν ωστόσο, κάποιο άρθρο ή μέρος αυτού, βρίσκεται υπό κρίση, ή έχει προηγουμένως δημοσιευθεί σε πρακτικά ενός Συνεδρίου, αυτό θα πρέπει να αναφέρεται από τους συγγραφείς, κατά την υποβολή του στο Περιοδικό. Προϋπόθεση για τη δημοσίευση οποιουδήποτε άρθρου αποτελεί η παραχώρηση στο ΕΠΝΕ του αποκλειστικού δικαιώματος χρήσης του. Εφόσον γίνει αποδεκτό το άρθρο, οι συγγραφείς καλούνται να αποστείλουν σε σκαναρισμένη μορφή ή ταχυδρομικά, ειδικό έντυπο παροχής άδειας αποκλειστικής δημοσίευσης, το οποίο υπογράφεται από όλους τους συγγραφείς.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ

Οι περιγραφικές ή αφηγηματικές ανασκοπήσεις παρουσιάζουν τα αποτελέσματα ερευνών πάνω σε ένα θέμα κατά τη διάρκεια μιας συγκεκριμένης χρονικής περιόδου, ή τα αποτελέσματα νέων ερευνών με αξιολογική σειρά, τα οποία συσχετίζονται με την προϋπάρχουσα γνώση. Το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης δέχεται περιγραφικές ανασκοπήσεις που συμβάλλουν στην εξέλιξη της νοσηλευτικής επιστήμης, στις οποίες συμμετέχουν έως τρεις (3) συγγραφείς, με έκταση μέχρι 5000 λέξεις, εξαιρουμένων των πινάκων, των γραφημάτων, της βιβλιογραφίας και της περίληψης. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις μπορεί να επιτραπεί κείμενο μέχρι 7000 λέξεις εφόσον αιτιολογείται από τη φύση και την προσέγγιση του θέματος και μετά από έγκριση του διευθυντή σύνταξης.

Η δομή θα πρέπει να είναι η ακόλουθη:

Τίτλος *
Περίληψη *
Λέξεις-κλειδιά *
Εισαγωγή
Κύριο θέμα ανασκόπησης
Συμπεράσματα
* στην Ελληνική και Αγγλική γλώσσα

Επισήμανση: Στις περιγραφικές ανασκοπήσεις δεν περιλαμβάνεται κεφάλαιο μεθοδολογίας.

Περίληψη

Η περίληψη ακολουθεί ενιαία δομή και δεν ξεπερνά τις 250 λέξεις.

Λέξεις-κλειδιά

Τρεις έως έξι λέξεις που αντιπροσωπεύουν το περιεχόμενο της έρευνας, γραμμένες αλφαβητικά.

Η μορφοποίηση κεφαλαίων και υποκεφαλαίων θα ακολουθεί το εξής παράδειγμα (χωρίς αριθμήσεις, στην αριστερή πλευρά της σελίδας, ενώ η στοίχιση του κειμένου παραμένει κεντρική):

ΕΙΣΑΓΩΓΗ (κεφαλαία γράμματα με έντονη γραφή, bold)
ΤΙΤΛΟΣ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ (κεφαλαία γράμματα με έντονη γραφή, bold)
Υποκεφάλαιο (πεζά γράμματα με έντονη γραφή, bold)
Τμήμα υποκεφαλαίου (πεζά με πλάγια γραφή, italics)
Υποκεφάλαιο (πεζά γράμματα με έντονη γραφή, bold)
Τμήμα υποκεφαλαίου (πεζά με πλάγια γραφή, italics)
κλπ ανάλογα με το θέμα…
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ (κεφαλαία γράμματα με έντονη γραφή, bold)
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ (κεφαλαία γράμματα με έντονη γραφή, bold)

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εισαγωγή θα πρέπει να είναι γραμμένη με τέτοιο τρόπο, ώστε οι επαγγελματίες υγείας χωρίς εξειδίκευση σε αυτόν τον τομέα, να κατανοούν το υπό διερεύνηση θέμα. Η εισαγωγή ολοκληρώνεται με σύντομη αναφορά στο σκοπό του παρόντος άρθρου.

ΚΥΡΙΟ ΘΕΜΑ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ

Το κυρίως θέμα χωρίζεται σε υποενότητες (κεφάλαια και υποκεφάλαια) ανάλογα με τα αποτελέσματα από τη διερεύνηση της πρόσφατης διεθνούς και εγχώριας βιβλιογραφίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Δεν αποτελούν περίληψη ή επανάληψη των αποτελεσμάτων που αναγράφονται στο κυρίως θέμα. Αποσαφηνίζεται η συνεισφορά της περιγραφικής ανασκόπησης στην υπάρχουσα γνώση, προτείνονται θέματα για τροποποίηση πρακτικών, ή για μελλοντική έρευνα, τα οποία αναδείχθηκαν μέσα από το παρόν άρθρο.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ

Οι συστηματικές ανασκοπήσεις αφορούν σε δευτερογενή έρευνα, στηρίζονται σε ορισμένες βασικές αρχές και απαιτούν συγκεκριμένα μεθοδολογικά βήματα υλοποίησης. Το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης δέχεται συστηματικές ανασκοπήσεις, στις οποίες συμμετέχουν έως έξι συγγραφείς, με έκταση μέχρι 5000 λέξεις, εξαιρουμένων των πινάκων, των γραφημάτων και της περίληψης, οι οποίες ακολουθούν την παρακάτω δομή:

Τίτλος*
Περίληψη*
Λέξεις-κλειδιά*
Εισαγωγή
Μεθοδολογία
Αποτελέσματα
Συζήτηση
Συμπεράσματα
Συνεισφορά
Πίνακες
* στην Ελληνική και Αγγλική γλώσσα

Περίληψη

Η Περίληψη θα πρέπει να είναι δομημένη σε ξεχωριστές ενότητες: εισαγωγή, στην οποία αναφέρεται ο σκοπός και το πλαίσιο της μελέτης, μεθοδολογία, πώς διεξήχθη η έρευνα και ποιες στατιστικές δομικές χρησιμοποιήθηκαν, αποτελέσματα, δηλαδή τα κύρια ευρήματα και συμπεράσματα, στα οποία περιλαμβάνονται και πιθανές επιπτώσεις. Συνιστάται να ελαχιστοποιούνται οι συντομογραφίες και να μην παραθέτονται βιβλιογραφικές αναφορές. Η περίληψη δεν ξεπερνά τις 250-300 λέξεις.

Λέξεις-κλειδιά

Τρεις έως πέντε λέξεις που αντιπροσωπεύουν το περιεχόμενο της έρευνας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εισαγωγή θα πρέπει να είναι γραμμένη με τέτοιο τρόπο, ώστε οι επαγγελματίες υγείας χωρίς εξειδίκευση σε αυτόν τον τομέα να κατανοούν το υπό διερεύνηση θέμα. Η εισαγωγή ολοκληρώνεται με σύντομη αναφορά στο σκοπό του παρόντος άρθρου.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σε αυτήν την ενότητα αναφέρεται η μεθοδολογία ανάλυσης των δεδομένων, η μεθοδολογία εντοπισμού του υλικού, η περιγραφή των μελετών που εντοπίστηκαν, τα κριτήρια εισαγωγής-αποκλεισμού και η μεθοδολογική ποιότητα του υλικού.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα δύναται να χωρισθούν σε υποενότητες που περικλείουν ξεκάθαρα διαφορετικές κατηγορίες αποτελεσμάτων.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σε αυτό το σημείο τονίζεται ο τρόπος που τα αποτελέσματα μπορούν να εφαρμοστούν θεωρητικά και πρακτικά και η συμφωνία ή διαφωνία με αντίστοιχες έρευνες της διεθνούς βιβλιογραφίας. Επίσης αναφέρονται τα δυνατά και αδύνατα σημεία της έρευνας και η δυνατότητα ή μη, γενίκευσης των ενδείξεων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Δεν αποτελούν περίληψη ή επανάληψη των αποτελεσμάτων. Αποσαφηνίζεται η συνεισφορά της συστηματικής ανασκόπησης στην υπάρχουσα γνώση, προτείνονται θέματα για τροποποίηση πρακτικών ή για μελλοντική έρευνα να οποία αναδείχθηκαν μέσα από το παρόν άρθρο.

ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΕΡΕΥΝΗΤΩΝ

Αναφέρεται με τα αρχικά ονόματα η συνεισφορά του κάθε συγγραφέα στην παρούσα έρευνα, οι οποίοι είναι έως έξι (βλ. γενικές οδηγίες)

Πίνακες

Περιλαμβάνονται πίνακες όπως

- Διάγραμμα ροής με το ιστορικό αναζήτησης
- Κατάλογος άρθρων που επιλέχθηκαν με συνοπτικά στοιχεία όπως το δείγμα, η ακολουθούμενη μεθοδολογία και περίληψη των ευρημάτων
- Πίνακες στατιστικής ανάλυσης των αποτελεσμάτων (σε μετα-αναλύσεις)

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΕΜΠΕΙΡΙΚΕΣ - ΠΟΣΟΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ

Η εμπειρική έρευνα είναι μια μορφή πρωτογενούς έρευνας και προσέγγισης της γνώσης μέσω της άμεσης ή έμμεσης παρατήρησης ενός φαινομένου. Βασίζεται σε παρατηρήσεις και μετρήσεις, οι οποίες αναλύονται είτε ποσοτικά, είτε ποιοτικά. Η ποσοτική έρευνα αναφέρεται στη συστηματική διερεύνηση φαινομένων, μέσω στατιστικών και μαθηματικών δοκιμασιών.

Το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης δέχεται πρωτότυπες εμπειρικές ποσοτικές έρευνες, στις οποίες συμμετέχουν έως έξι (6) συγγραφείς, με έκταση μέχρι 5000 λέξεις, εξαιρουμένων των πινάκων, των γραφημάτων, της βιβλιογραφίας και της περίληψης. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις μπορεί να επιτραπεί κείμενο μέχρι 7000 λέξεις, εφόσον αιτιολογείται από τη φύση και τα αποτελέσματα της έρευνας και μετά από έγκριση του διευθυντή σύνταξης. Σχετικά με τη μορφοποίηση του κειμένου, ανατρέξτε στις γενικές οδηγίες υποβολής:

Τίτλος*
Περίληψη*
Λέξεις-κλειδιά*
Εισαγωγή
Μεθοδολογία (Σχεδιασμός, Δείγμα μελέτης, Συλλογή δεδομένων, Θέματα ηθικής-Δεοντολογίας, Στατιστική Ανάλυση)
Αποτελέσματα
Συζήτηση
Συμπεράσματα
Συνεισφορά
Πίνακες
* στην Ελληνική και Αγγλική γλώσσα

Περίληψη

Η περίληψη δεν πρέπει να ξεπερνά τις 250-300 λέξεις και πρέπει να περιλαμβάνει τις παρακάτω ξεχωριστές ενότητες: εισαγωγή, στην οποία αναφέρεται σύντομα το βασικό θεωρητικό πλαίσιο της μελέτης, σκοπός της έρευνας, υλικό-μέθοδος, το είδος σχεδιασμού της μελέτης, το δείγμα, το πώς που και πότε διεξήχθη η έρευνα, και το είδος της στατιστικής ανάλυσης, αποτελέσματα, δηλαδή τα κύρια ευρήματα, και συμπεράσματα που μπορεί να περιλαμβάνουν τις πιθανές προτάσεις για εφαρμογή της νέας γνώσης στην πράξη.

Λέξεις-κλειδιά

Από τρείς έως πέντε λέξεις σχετικές με το περιεχόμενο της έρευνας και που μπορεί να βοηθήσουν στον εντοπισμό της, μετά από αναζήτηση.

ΚΥΡΙΩΣ ΚΕΙΜΕΝΟ

Το κυρίως κείμενο θα πρέπει να περιλαμβάνει τις παρακάτω υποενότητες:

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην εισαγωγή θα πρέπει να καθορίζεται το σκεπτικό, το πλαίσιο και η σημαντικότητα του άρθρου για τη νοσηλευτική, ή τις επιστήμες υγείας, σε διεθνές επίπεδο. Περιλαμβάνει επίσης, το επιστημονικό και θεωρητικό πλαίσιο στο οποίο στηρίζεται η έρευνα. Σε αυτή την ενότητα θα πρέπει να περιγράφονται οι θεωρητικοί και λειτουργικοί ορισμοί των εννοιών και μεταβλητών, με τις οποίες ασχολείται η μελέτη, καθώς και η σχέση τους με το θεωρητικό υπόβαθρο. Όλα τα παραπάνω θα πρέπει να υποστηρίζονται από την αντίστοιχη βιβλιογραφία. Πολύ προσοχή θα πρέπει να δίνεται στην κριτική αξιολόγηση και επιλογή των βιβλιογραφικών παραπομπών, ώστε να είναι οι πιο αντιπροσωπευτικές, σύγχρονες και σχετικές. Ο αριθμός τους δε θα πρέπει να υπερβαίνει τις 30. Σε περίπτωση που η μελέτη αφορά ελληνικό πληθυσμό, θα πρέπει να περιλαμβάνει και αντίστοιχες αναφορές σε ελληνική βιβλιογραφία, εάν υπάρχουν.

Στο τέλος, σε χωριστή παράγραφο της εισαγωγής, αναφέρονται ο σκοπός και οι στόχοι της μελέτης. Όπου είναι εφικτό θα πρέπει να διατυπώνονται σαφώς οι ερευνητικές υποθέσεις, οι οποίες θα ελεγχθούν στην πορεία της μελέτης.

Η έκταση της εισαγωγής δε θα πρέπει να υπερβαίνει τις 3 σελίδες κειμένου.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η ενότητα αυτή περιλαμβάνει τις εξής υποενότητες: Σχεδιασμός, Δείγμα μελέτης, Συλλογή δεδομένων, Θέματα ηθικής-Δεοντολογίας και Στατιστική Ανάλυση.

Σχεδιασμός

Εδώ δηλώνεται σαφώς το είδος του ερευνητικού σχεδίου που χρησιμοποιήθηκε πχ περιγραφική, πειραματική, ημι-πειραματική, συγχρονική, κοόρτης κτλ. Στη συνέχεια περιγράφεται τι ακριβώς περιέλαβε το ερευνητικό σχέδιο. Όπου είναι εφικτό (κυρίως σε μελέτες παρέμβασης), μπορεί να χρήσιμο ένα διάγραμμα ροής κατά CONSORT.

Δείγμα μελέτης

Εδώ περιγράφεται ο πληθυσμός και το δείγμα. Πρέπει να αναφέρεται το είδος και ο τρόπος δειγματοληψίας (τυχαιοποιημένη, διαστρωματωμένη, ευκολίας, σκόπιμη κτλ). Επίσης, τα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού στη μελέτη (όπου είναι εφικτό) και οι λόγοι που επιλέγηκαν αυτά. Είναι σημαντικό να περιλαμβάνεται αναλυτικά ο τρόπος με τον οποίο έγινε η επιλογή των συμμετεχόντων. Τέλος, θα πρέπει όπου είναι δυνατό να αναφέρεται ο υπολογισμός του μεγέθους του δείγματος, ή εναλλακτικά το πώς προσδιορίστηκε ο επαρκής αριθμός συμμετεχόντων.

Συλλογή δεδομένων

Θα πρέπει να προσδιορίζεται ο τόπος, ο τρόπος και η χρονική περίοδος της δειγματοληψίας, η οποία είναι προτιμητέο να μην υπερβαίνει τα πέντε έτη από την ημερομηνία υποβολής. Περιγράψτε τις τεχνικές και τα εργαλεία συλλογής δεδομένων. Αν πρόκειται για ερωτηματολόγια που είναι γνωστά και σταθμισμένα περιγράψτε αναλυτικά και συμπεριλάβετε τη σχετική βιβλιογραφία, περιλαμβάνοντας απαραίτητα, την αναφορά της εργασίας στάθμισης του εργαλείου. Αν πρόκειται για εργαλεία που αναπτύχθηκαν ειδικά για αυτή τη μελέτη, περιγράψτε τη διαδικασία ανάπτυξης, περιλαμβάνοντας στοιχεία ελέγχου της αξιοπιστίας και εγκυρότητας. Διατυπώστε γιατί είναι κατάλληλα αυτά τα εργαλεία και οι τεχνικές για τις μεταβλητές. Συμπεριλάβετε στοιχεία από πιλοτική έρευνα, εάν αυτή έγινε.

Θέματα ηθικής-Δεοντολογίας

Αναφέρατε θέματα ηθικής και δεοντολογίας που προέκυψαν σε αυτή την έρευνα, περιγράφοντας τους τρόπους με τους οποίους αντιμετωπίστηκαν. Δηλώστε τις αντίστοιχες άδειες και εξουσιοδοτήσεις από τις επιτροπές ηθικής. Αναφέρατε συμφωνία της έρευνας με διεθνείς ή εθνικές συμβάσεις (πχ Διακήρυξη του Helsinki) και σημειώστε αν δεν ήταν απαραίτητη η λήψη κάποιας άδειας.

Στατιστική ανάλυση

Αναφέρατε τις στατιστικές δοκιμασίες που συμπεριλήφθηκαν στην ανάλυση δεδομένων, καθιστώντας σαφές γιατί αυτές είναι οι κατάλληλες. Τυχόν χειρισμός των μεταβλητών ή μοντέλα πρόβλεψης θα πρέπει να επεξηγούνται. Αναφέρατε τέλος το στατιστικό πακέτο ανάλυσης δεδομένων που χρησιμοποιήθηκε.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Αρχικά θα πρέπει να περιγράφονται τα χαρακτηριστικά (δημογραφικά, κλινικά κτλ) του δείγματος, με αντίστοιχο πίνακα. Επίσης, θα πρέπει να αναφέρεται το ποσοστό ανταπόκρισης (response rate) του δείγματος, εάν πρόκειται για έρευνα που πραγματοποιήθηκε με χορήγηση ερωτηματολογίων. Θα πρέπει να υπάρχουν οι πίνακες με τα πλήρη δεδομένα που αφορούν στις μεταβλητές που ελέγχονται, ενώ στο κείμενο θα αναφέρονται μόνο τα σημαντικότερα αποτελέσματα σε σχέση με τις ερευνητικές υποθέσεις. Διαγράμματα θα πρέπει να περιλαμβάνονται μόνο όταν απεικονίζουν σημαντικές πληροφορίες, που δεν περιλαμβάνονται σε πίνακα. Κάθε πίνακας ή σχήμα κλ.π θα πρέπει να αριθμείται και αναφέρεται μέσα στο κείμενο με την απαραίτητη ένδειξη (βλ. γενικές οδηγίες).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η συζήτηση δεν αποτελεί επανάληψη των αποτελεσμάτων, αλλά εστιάζει στα κύρια αποτελέσματα, ανακεφαλαιώνοντας και ερμηνεύοντας. Επιπλέον, σκοπός της συζήτησης, είναι να συγκρίνει τα αποτελέσματα/ευρήματα με αυτά της ήδη υπάρχουσας βιβλιογραφίας και να καταλήγει εάν απαντήθηκαν τα ερευνητικά ερωτήματα (θα πρέπει να δηλώνεται εάν μέσα από τα αποτελέσματα επιβεβαιώνονται ή απορρίπτονται οι αρχικές ερευνητικές υποθέσεις, εάν υπάρχουν). Σε αυτό το σημείο τονίζεται ο τρόπος που τα αποτελέσματα μπορούν να εφαρμοστούν θεωρητικά και πρακτικά, τονίζοντας τη νέα γνώση που προέκυψε από το άρθρο. Επίσης αναφέρονται τα δυνατά και αδύνατα σημεία της έρευνας (περιορισμοί), καθώς και η δυνατότητα ή μη, γενίκευσης των ευρημάτων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα συμπεράσματα δεν πρέπει να είναι αυθαίρετα, αλλά να προκύπτουν από τα ευρήματα της έρευνας, χωρίς αυτά όμως να επαναλαμβάνονται. Αποσαφηνίζεται η συνεισφορά της μελέτης στην υπάρχουσα γνώση, προτείνονται θέματα για τροποποίηση πρακτικών ή για μελλοντική έρευνα τα οποία αναδείχθηκαν μέσα από τη μελέτη και προσδιορίζονται πιθανά μέτρα για εφαρμογή στην κλινική πράξη/έρευνα/εκπαίδευση κτλ.

Συνεισφορά ερευνητών

Αναφέρεται με τα αρχικά ονόματα η συνεισφορά του κάθε συγγραφέα στην παρούσα έρευνα, οι οποίοι είναι έως έξι (βλ. γενικές οδηγίες)

Πίνακες

Οι πίνακες/διαγράμματα (μόνο όσοι είναι απαραίτητοι) θα πρέπει να είναι κατανοητοί, να υπάρχουν επεξηγήσεις των συντμήσεων και να αναφέρονται σε χωριστή τελευταία γραμμή οι αντίστοιχες στατιστικές δοκιμασίες.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΠΟΙΟΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ

Το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης δέχεται πρωτότυπες ποιοτικές έρευνες. Ο μέγιστός αριθμός συγγραφέων που μπορούν να μετέχουν στην συγγραφική ομάδα είναι έως έξι (6) συγγραφείς. Ο γενικός κανόνας για την έκταση του κειμένου μπορεί να είναι μέχρι 6,000 λέξεις, ωστόσο μπορούν να γίνουν δεκτές ποιοτικές έρευνες και μέχρι 8,000 λέξεις (εξαιρείται η βιβλιογραφία, η περίληψη και οι τυχόν πίνακες από τον αριθμό των λέξεων). Σχετικά με τη μορφοποίηση του κειμένου, ανατρέξτε στις γενικές οδηγίες υποβολής

Τίτλος*
Περίληψη*
Λέξεις-κλειδιά*
Εισαγωγή
Μεθοδολογία (Σχεδιασμός, Δείγμα μελέτης, Συλλογή δεδομένων, Θέματα ηθικής-Δεοντολογίας, Ανάλυση Δεδομένων, Αληθοφάνεια/σταθερότητα/εμπιστευσιμότητα)
Αποτελέσματα
Συζήτηση
Συμπεράσματα
Συνεισφορά
* στην Ελληνική και Αγγλική γλώσσα

Περίληψη

Η περίληψη δεν πρέπει να ξεπερνά τις 250 λέξεις και χρειάζεται να περιλαμβάνει τις παρακάτω ξεχωριστές ενότητες: Εισαγωγή: στην οποία αναφέρεται σύντομα το βασικό θεωρητικό πλαίσιο της μελέτης, Σκοπός: θα παρουσιάζεται πολύ σύντομα και θα ξεκινά με τη φράση «Να …», χωρίς να είναι μεγαλύτερος από μια πρόταση, Υλικό-μέθοδος: το είδος σχεδιασμού της μελέτης, το δείγμα, το πώς που και πότε διεξήχθη η έρευνα, και η τεχνική της ανάλυσης των δεδομένων Αποτελέσματα: ποια ήταν τα κύρια ευρήματα και Συμπεράσματα: περιλαμβάνουν το απαύγασμα της έρευνας και μπορεί να περιλαμβάνουν και πιθανές προτάσεις για εφαρμογή της νέας γνώσης στην πράξη.

Λέξεις-κλειδιά

Από τρείς έως πέντε λέξεις κλειδιά (αλφαβητικά), σχετικές με το περιεχόμενο της έρευνας και που μπορεί να βοηθήσουν στον εντοπισμό της, μετά από αναζήτηση.

ΚΥΡΙΩΣ ΚΕΙΜΕΝΟ

Το κυρίως κείμενο θα πρέπει να περιλαμβάνει τις παρακάτω υποενότητες:

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην εισαγωγή θα πρέπει να καθορίζεται το σκεπτικό, το πλαίσιο και η σημαντικότητα του άρθρου για τη νοσηλευτική, ή τις επιστήμες υγείας, σε εθνικό και διεθνές επίπεδο. Όταν ο σκοπός δεν είναι η ανάδειξη ενός θεωρητικού μοντέλου που θα επεξηγεί το υπό μελέτη φαινόμενο, στην εισαγωγή θα πρέπει να περιγράφεται το επιστημονικό και θεωρητικό πλαίσιο στο οποίο στηρίζεται η έρευνα και να επεξηγείται πώς αυτό σχετίζεται με τις παραμέτρους της μελέτης. Όλα τα παραπάνω θα πρέπει να υποστηρίζονται από την αντίστοιχη βιβλιογραφία (κατόπιν κριτικής αξιολόγησης των σχετικών, αντιπροσωπευτικών και σύγχρονων θεωρητικών και ερευνητικών πηγών, με αριθμό όχι μεγαλύτερο από 30). Σε περίπτωση που η μελέτη αφορά σε ελληνικό πληθυσμό, θα πρέπει να περιλαμβάνει και τις αντίστοιχες αναφορές από την ελληνική βιβλιογραφία, εάν υπάρχουν.

Επίσης, στην εισαγωγή θα πρέπει να επεξηγείται και η συλλογιστική της επιλογής σας για την ποιοτική προσέγγιση μελέτης του συγκεκριμένου φαινομένου. Δεν αρκεί απλώς να δηλώσετε ότι δεν έχει επαρκώς μελετηθεί, αλλά να εξηγήσετε γιατί αυτό το φαινόμενο θα έπρεπε να μελετηθεί με ποιοτικό τρόπο. Επιπλέον, επεξηγήστε πώς η μελέτη σας μπορεί να προσθέσει νέα γνώση στη Νοσηλευτική πρακτική.

Στο τέλος, σε χωριστή παράγραφο της εισαγωγής, αναφέρονται ο σκοπός της μελέτης. Ξεκινήστε την παράγραφο με τη φράση «Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να …». Αν ο σκοπός σας ήταν η μελέτη κάποιας εμπειρίας/βιώματος από ένα συγκεκριμένο φαινόμενο, τότε φροντίστε να είστε όσο μπορείτε πιο σαφείς αναφορικά σε ποιες πτυχές του φαινομένου επιθυμείτε να εστιάσετε. Η έκταση της εισαγωγής δε θα πρέπει να υπερβαίνει σε έκταση το 1/4 του συνολικού κειμένου.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η ενότητα αυτή περιλαμβάνει τις εξής υποενότητες: Σχεδιασμός, Δείγμα μελέτης, Συλλογή δεδομένων, Θέματα ηθικής-Δεοντολογίας και Ανάλυση δεδομένων.

Σχεδιασμός

Εδώ περιγράφεται με σαφήνεια το είδος της ερευνητικής μεθοδολογίας που χρησιμοποιήθηκε π.χ. φαινομενολογία (ερμηνευτική ή περιγραφική), εθνογραφία, θεμελιωμένη θεωρία κ.λπ. και επεξηγήστε γιατί η συγκεκριμένη μεθοδολογία ήταν η καταλληλότερη για τη δική σας μελέτη (αυτή η τεκμηρίωση κρίνεται ως πολύ σημαντική).

Δείγμα μελέτης

Εδώ περιγράφεται ο πληθυσμός και το δείγμα, το οποίο στις ποιοτικές έρευνες αναφέρεται ως οι «συμμετέχοντες». Συγκεκριμένα, περιγράψτε το είδος και τον τρόπο δειγματοληψίας (μέγιστης απόκλισης δείγμα, εξαιρετικών περιπτώσεων δείγμα, θεωρητική δειγματοληψία κ.λπ), τα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού των συμμετεχόντων στη μελέτη και τους λόγους που επιλέχθηκαν αυτά τα κριτήρια. Αναφέρατε το μέγεθος του δείγματος (πόσοι/πόσες συμμετείχαν στη μελέτη) και αιτιολογήστε τον αριθμό των συμμετεχόντων (γιατί ο συγκεκριμένος αριθμός είναι κατάλληλος και επαρκής). Δώστε λεπτομέρειες

αναφορικά με το δείγμα, όπως π.χ. ηλικία, ιδιότητα, φύλο, οικογενειακή κατάσταση κ.λπ, για να βοηθηθεί ο αναγνώστης να κατανοήσει το πλαίσιο της μελέτης. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί και πίνακας για την παρουσίαση των δημογραφικών ή κλινικών χαρακτηριστικών.

Συλλογή δεδομένων

Θα πρέπει να προσδιορίζεται ο τόπος, ο τρόπος και η χρονική περίοδος της δειγματοληψίας, η οποία είναι προτιμητέο να μην υπερβαίνει τα πέντε έτη από την ημερομηνία υποβολής. Περιγράψτε τις τεχνικές και τα εργαλεία συλλογής δεδομένων, όπως συνεντεύξεις (μη δομημένη, ημιδομημένη, δομημένη), παρατηρήσεις (συμμετοχική, μη συμμετοχική), μελέτη οπτικοακουστικού υλικού κ.λπ. Συμπεριλάβετε επίσης, τις ερωτήσεις των συνεντεύξεων ή το σχέδιο της τεχνικής της παρατήρησης.

Θέματα ηθικής-Δεοντολογίας

Αναφέρατε θέματα ηθικής και δεοντολογίας που προέκυψαν σε αυτή την έρευνα, περιγράφοντας τους τρόπους με τους οποίους αντιμετωπίστηκαν. Κάθε μέθοδος και τεχνική συλλογής δεδομένων πέρα από τα γενικά ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας φέρει και ειδικά ζητήματα που σχετίζονται με τη συγκεκριμένη μέθοδο και τεχνική και τα οποία χρειάζεται να αναφερθούν. Δηλώστε τις αντίστοιχες άδειες και εξουσιοδοτήσεις από τις επιτροπές ηθικής. Αναφέρατε συμφωνία της έρευνας με διεθνείς ή εθνικές συμβάσεις (πχ Διακήρυξη του Helsinki).

Ανάλυση Δεδομένων

Περιγράψτε τις τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν για την ανάλυση των δεδομένων. Συμπεριλαμβάνετε εδώ, αν χρησιμοποιήθηκαν, λογισμικό για την ανάλυση δεδομένων π.χ. NVivo κλπ.

Π.χ.The researchers who performed the data analysis, used the Diekelmann, Allen, and Tanner's (1989) Heideggerian phenomenological analysis technique, which includes the following seven stage process….

Κριτήρια μεθοδολογικής αυστηρότητας διεξαγωγής της μελέτης

Περιγράψτε τις διαδικασίες με τις οποίες διασφαλίστηκαν τα κριτήρια μεθοδολογικής αυστηρότητας κατά τη διενέργεια της μελέτης, όπως την πιστότητα, σταθερότητα, εμπιστευσιμότητα, αληθοφάνεια κ.λπ. Π.χ. The credibility of findings was ensured through the involvement of three experienced researchers who reached consensus on the coding and analysis of qualitative data. This process aims at both the verification and confirmability of findings.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται με σαφήνεια για κάθε στόχο ή ερευνητική ερώτηση. Χρησιμοποιήστε και υποενότητες, εάν το κρίνετε απαραίτητο. Προσοχή: τα χαρακτηριστικά του δείγματος (δημογραφικά, κλινικά κτλ) δεν περιγράφονται εδώ, έχουν ήδη αναλυθεί στο δείγμα της μελέτης.

Αρχικά, παρουσιάστε σε μια εισαγωγική παράγραφο μια σύνοψη των αποτελεσμάτων που θα αναπτύξετε και στη συνέχεια παρουσιάστε τις θεματικές ενότητες/κατηγορίες/υποκατηγορίες που αναδύονται από τα δεδομένα. Οι θεματικές ενότητες θα πρέπει να υποστηρίζονται από αποσπάσματα από το εμπειρικό υλικό (αφηγήσεις συμμετεχόντων, υλικό από παρατηρήσεις, κείμενα/ντοκουμέντα/ημερολόγια). Μετά την παρουσίαση των θεματικών ενοτήτων χρειάζεται να επεξηγηθεί το πώς οι θεματικές ενότητες σχετίζονται και συνδέονται μεταξύ τους για την παραγωγή εννοιολογικών ή θεωρητικών ερμηνειών του υπό μελέτη φαινομένου (ανάλογα με το είδος της ποιοτικής ανάλυσης πχ στη φαινομενολογία και θεμελιωμένη θεωρία, όχι στην ανάλυση περιεχομένου). Σε αυτή την ενότητα μη χρησιμοποιείτε βιβλιογραφία.

Το κείμενο μπορεί να περιλαμβάνει απεικονιστικά μέσα όπως π.χ. πίνακες και διαγράμματα με τις θεματικές ενότητες/κατηγορίες και υποκατηγορίες της ποιοτικής ανάλυσης των δεδομένων, όπως και κάποιο σχήμα για την περιγραφή του θεωρητικού μοντέλου που πιθανά προέκυψε από την ποιοτική ανάλυση.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η συζήτηση ξεκινά με το σκοπό της μελέτης. Δεν αποτελεί επανάληψη των αποτελεσμάτων, αλλά εστιάζει στα κύρια αποτελέσματα, ανακεφαλαιώνοντας και ερμηνεύοντας. Σκοπός της είναι να συγκρίνει τα αποτελέσματα/ευρήματα με αυτά της ήδη υπάρχουσας βιβλιογραφίας, δηλαδή πώς προηγούμενα ερευνητικά αποτελέσματα συμπίπτουν ή διαφέρουν από τα δικά σας ερευνητικά αποτελέσματα (μη χρησιμοποιείτε βιβλιογραφία που μόνο υποστηρίζει τα αποτελέσματα σας).

Η συζήτηση θα πρέπει να καταλήγει, απαντώντας τα ερευνητικά ερωτήματα. Ακόμη, πρέπει η συζήτηση να παρουσιάζει το πώς τα αποτελέσματα και η νέα γνώση μπορούν να συμβάλουν στη δημιουργία νέων αντιλήψεων (ή αμφισβήτησης υπαρχουσών αντιλήψεων) ή στη δημιουργία θεωριών ή στην προαγωγή υπαρχουσών θεωριών και στη βελτίωση της κλινικής πράξης. Επίσης, αναφέρονται τα δυνατά και αδύνατα σημεία της έρευνας (περιορισμοί) που μπορεί να είναι η μη κάλυψη κάποιων κριτηρίων μεθοδολογικής αυστηρότητας της μελέτης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα συμπεράσματα δεν πρέπει να είναι αυθαίρετα, αλλά να προκύπτουν από τα ευρήματα της έρευνας, χωρίς αυτά όμως να επαναλαμβάνονται. Αποσαφηνίζεται η συνεισφορά της μελέτης στην υπάρχουσα γνώση, προτείνονται θέματα για τροποποίηση πρακτικών ή για μελλοντική έρευνα, τα οποία αναδείχθηκαν μέσα από τη μελέτη και προσδιορίζονται πιθανά μέτρα για εφαρμογή στην κλινική πράξη/έρευνα/εκπαίδευση κ.λπ.

Συνεισφορά ερευνητών

Αναφέρετε με τα αρχικά ονόματα τη συνεισφορά του κάθε συγγραφέα στην παρούσα έρευνα.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΜΕΛΕΤΕΣ ΜΙΚΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑΣ

Το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης δέχεται πρωτότυπες μικτής μεθοδολογίας εμπειρικές μελέτες από τις κοινωνικές, συμπεριφορικές, ανθρωπιστικές και επιστήμες υγείας, στις οποίες συμμετέχουν έως έξι (6) συγγραφείς, με έκταση μέχρι 7.000 λέξεις, εξαιρουμένων των πινάκων, των γραφημάτων, της βιβλιογραφίας και της περίληψης. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις μπορεί να επιτραπεί κείμενο μέχρι 10.000 λέξεις, εφόσον αιτιολογείται από τη φύση και τα αποτελέσματα της έρευνας και μετά από έγκριση του διευθυντή σύνταξης.

Ο σκοπός των άρθρων μικτής μεθοδολογίας, είναι η ενσωμάτωση των δεδομένων πάνω σε ένα θέμα, μέσα από τον ποσοτικό και ποιοτικό τρόπο ερευνητικής μεθοδολογικής προσέγγισης, με στόχο την ενίσχυση και επιβεβαίωση των αποτελεσμάτων που προκύπτουν. Εκτός από τη συνεισφορά του άρθρου στη γνωστική περιοχή του υπό μελέτη θέματος, θα πρέπει να γίνεται συζήτηση σχετικά και με το πώς το συγκεκριμένο άρθρο συμβάλει τη βιβλιογραφία της μικτής ερευνητικής προσέγγισης.

Τα κριτήρια αξιολόγησης είναι τα εξής:

- Η σημαντικότητα του ερευνητικού προβλήματος
- Το θεωρητικό πλαίσιο
- Τα ερευνητικά ερωτήματα να απαντώνται μέσα από το μικτό μεθοδολογικό σχεδιασμό
- Να υπάρχει μικτής μεθοδολογίας σχεδιασμός, δειγματοληψία και ανάλυση, καθώς και μίξη των ευρημάτων
- Ποιότητα της συζήτησης και χρησιμότητα των συμπερασμάτων
- Συμβολή της μελέτης στη βιβλιογραφία της μικτής ερευνητικής προσέγγισης.

Τα πρωτότυπα κείμενα που δεν δείχνουν τη μίξη των ποιοτικών και ποσοτικών ευρημάτων ή δεν αναλύουν στη συζήτηση το πώς το συγκεκριμένο άρθρο συνεισφέρει στη βιβλιογραφία της μικτής μεθοδολογικής ερευνητικής προσέγγισης, δεν θα γίνονται αποδεκτά για δημοσίευση.

Σχετικά με τη μορφοποίηση του κειμένου ενός άρθρου μικτής μεθοδολογίας, ανατρέξτε στις γενικές οδηγίες υποβολής άρθρων. Επίσης:

Τίτλος*
Περίληψη*
Λέξεις-κλειδιά*
Εισαγωγή
Μεθοδολογία (Σχεδιασμός, Δείγμα μελέτης, Συλλογή δεδομένων, Θέματα ηθικής-Δεοντολογίας, Ανάλυση των δεδομένων-Κριτήρια μεθοδολογικής αυστηρότητας διεξαγωγής της μελέτης)
Αποτελέσματα
Συζήτηση
Συμπεράσματα
Συνεισφορά
Πίνακες, Διαγράμματα, Σχήματα
* στην Ελληνική και Αγγλική γλώσσα

Περίληψη

Η περίληψη δεν πρέπει να ξεπερνά τις 250 λέξεις και πρέπει να περιλαμβάνει τις παρακάτω ξεχωριστές ενότητες: εισαγωγή, στην οποία αναφέρεται σύντομα το βασικό θεωρητικό πλαίσιο της μελέτης, σκοπός της έρευνας (μία πρόταση), υλικό-μέθοδος, το βασικό είδος σχεδιασμού της μελέτης (ποιοτικό ή ποσοτικό), το δείγμα, το πώς που και πότε διεξήχθη η έρευνα, και το είδος της ποσοτικής και ποιοτικής ανάλυσης, αποτελέσματα, δηλαδή τα κύρια ευρήματα, και συμπεράσματα που μπορεί να περιλαμβάνουν τις πιθανές προτάσεις για εφαρμογή της νέας γνώσης στην πράξη.

Λέξεις-κλειδιά

Από τρείς έως πέντε λέξεις σχετικές με το περιεχόμενο της έρευνας και που μπορεί να βοηθήσουν στον εντοπισμό της, μετά από αναζήτηση.

ΚΥΡΙΩΣ ΚΕΙΜΕΝΟ

Το κυρίως κείμενο θα πρέπει να περιλαμβάνει τις παρακάτω υποενότητες:

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην εισαγωγή θα πρέπει να καθορίζεται το σκεπτικό, το πλαίσιο και η σημαντικότητα του άρθρου για τη νοσηλευτική, ή τις επιστήμες υγείας, σε διεθνές επίπεδο. Περιλαμβάνει επίσης, το επιστημονικό και θεωρητικό πλαίσιο στο οποίο στηρίζεται η έρευνα. Σε αυτή την ενότητα θα πρέπει να περιγράφονται οι θεωρητικοί και λειτουργικοί ορισμοί των εννοιών και μεταβλητών, με τις οποίες ασχολείται η μελέτη, καθώς και η σχέση τους με το θεωρητικό υπόβαθρο. Όλα τα παραπάνω θα πρέπει να υποστηρίζονται από την αντίστοιχη βιβλιογραφία.

Προσοχή θα πρέπει να δίνεται στην κριτική αξιολόγηση και επιλογή των βιβλιογραφικών παραπομπών, ώστε να είναι οι πιο αντιπροσωπευτικές, σύγχρονες και σχετικές (εως 30 πηγές), να προέρχονται τόσο από ποσοτικές, όσο και από ποιοτικές έρευνες και να υποστηρίζουν την ανάγκη εκπόνησης μελέτης μικτής μεθοδολογίας πάνω στο θέμα. Σε περίπτωση που η μελέτη αφορά ελληνικό πληθυσμό, θα πρέπει να περιλαμβάνει και αντίστοιχες αναφορές σε ελληνική βιβλιογραφία, εάν υπάρχουν. Στο τέλος, σε χωριστή παράγραφο της εισαγωγής, αναφέρονται ο σκοπός και οι στόχοι της μελέτης. Ο σκοπός της μελέτης παρουσιάζεται ως αφήγηση προθέσεων ή ως ερευνητική ερώτηση ή ως

ερευνητική υπόθεση που πρέπει να ερευνηθεί. Η έκταση της εισαγωγής δε θα πρέπει να υπερβαίνει σε έκταση το 1/4 του συνολικού κειμένου.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η ενότητα αυτή περιλαμβάνει τις εξής υποενότητες: Σχεδιασμός, Δείγμα μελέτης, Συλλογή δεδομένων, Θέματα ηθικής-Δεοντολογίας, Ανάλυση των δεδομένων, Κριτήρια αυστηρότητας διεξαγωγής της μελέτης.

Σχεδιασμός

Εδώ δηλώνεται σαφώς το είδος του ερευνητικού σχεδίου που χρησιμοποιήθηκε πχ η μελέτη ήταν κατά βάση ποιοτική, ή ποσοτική. Επίσης, να προσδιορίζεται το είδος της προσέγγισης πχ ήταν ποιοτική, φαινομενολογικής προσέγγισης με ερμηνευτικό χαρακτήρα ή π.χ.The mixed methods design was qualitative dominant [QUAL (phen) + quan] (Mayoh & Onwuegbuzie, 2013). The qualitative component relied on the principles of a Heideggerian heurmeneutic phenomenology.

Εδώ θα πρέπει να τεκμηριώνονται και οι λόγοι επιλογής του μικτού ερευνητικού σχεδιασμού.

Δείγμα μελέτης

Εδώ περιγράφεται ο πληθυσμός και το δείγμα. Πρέπει να αναφέρεται το είδος και ο τρόπος δειγματοληψίας (τυχαιοποιημένη, διαστρωματωμένη, ευκολίας, σκόπιμη κτλ) τόσο για το ποιοτικό, όσο και για το ποσοτικό μέρος της μελέτης. Π.χ. A theoretical sample of Registered Nurses was recruited for the qualitative component of the study and a random sample of Registered Nurses was recruited for the quantitative component…'

Επίσης, τα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού στη μελέτη (όπου είναι εφικτό) και οι λόγοι που επιλέγηκαν αυτά. Είναι σημαντικό να περιλαμβάνεται αναλυτικά ο τρόπος με τον οποίο έγινε η επιλογή των συμμετεχόντων. Τέλος, θα πρέπει όπου είναι δυνατό να αναφέρεται ο υπολογισμός του μεγέθους του δείγματος (ποσοτικό μέρος), ή εναλλακτικά το πώς προσδιορίστηκε ο επαρκής αριθμός συμμετεχόντων (ποιοτικό μέρος) πχ ο αριθμός των συμμετεχόντων ήταν επαρκής, αφού διαπιστώθηκε κορεσμός των δεδομένων (ή άλλο κριτήριο) που συλλέχθηκαν.

Συλλογή δεδομένων

Θα πρέπει να προσδιορίζεται ο τόπος, ο τρόπος και η χρονική περίοδος της δειγματοληψίας. Περιγράψτε τις τεχνικές και τα εργαλεία συλλογής δεδομένων, με χωριστές επικεφαλίδες. Πχ ερωτηματολόγια, οδηγός συνέντευξης, ομάδες εστίασης, λίστες παρατήρησης κλπ. Αν πρόκειται για ερωτηματολόγια που είναι γνωστά και σταθμισμένα περιγράψτε αναλυτικά και συμπεριλάβετε τη σχετική βιβλιογραφία, περιλαμβάνοντας απαραίτητα, την αναφορά της εργασίας στάθμισης του εργαλείου. Αν πρόκειται για εργαλεία που αναπτύχθηκαν ειδικά για αυτή τη μελέτη, περιγράψτε τη διαδικασία ανάπτυξης, περιλαμβάνοντας στοιχεία ελέγχου της αξιοπιστίας και εγκυρότητας. Αν πρόκειται για οδηγό ατομικής ή ομαδικής συνέντευξης, περιγράψτε τις ερωτήσεις που αυτός περιλαμβάνει.

Θέματα ηθικής-Δεοντολογίας

Αναφέρατε θέματα ηθικής και δεοντολογίας που προέκυψαν σε αυτή την έρευνα, περιγράφοντας τους τρόπους με τους οποίους αντιμετωπίστηκαν. Δηλώστε τις αντίστοιχες άδειες και εξουσιοδοτήσεις από τις επιτροπές ηθικής. Αναφέρατε συμφωνία της έρευνας με διεθνείς ή εθνικές συμβάσεις (πχ Διακήρυξη του Helsinki) και σημειώστε αν δεν ήταν απαραίτητη η λήψη κάποιας άδειας.

Ανάλυση των δεδομένων

Περιγράψτε τις τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν για την ανάλυση των δεδομένων. Πχ.

Για την ποσοτική ανάλυση: For continuous variables that are not normally distributed, non parametric tests like Mann-Whitney U and Kruscal-Wallis Tests were used while for dichotomous and categorical variables, chi-square and Fischer's exact test were used. Intercorrelations between continuous variables were tested with the Spearman's rho coefficient.

Για την ποιοτική ανάλυση: The researchers who performed the data analysis, used the Diekelmann, Allen, and Tanner's (1989) phenomenological analysis technique, which includes the following seven stage process….

Συμπεριλάβετε και την περιγραφή του ηλεκτρονικού λογισμικού εάν είναι απαραίτητο. Πχ. Τα ποσοτικά δεδομένα της μελέτης, αναλύθηκαν με τη χρήση του SPSS version XX ενώ τα ποιοτικά δεδομένα αναλύθηκαν με τη χρήση του NVivo Version XX.

Κριτήρια μεθοδολογικής αυστηρότητας διεξαγωγής της μελέτης

Κάντε αναφορά στον τρόπο που διασφαλίσατε την εγκυρότητα/αξιοπιστία της ποσοτικής μελέτης (ψυχομετρικές ιδιότητες των εργαλείων συλλογής των δεδομένων), αλλά και την πιστότητα, σταθερότητα, εμπιστευσιμότητα, αληθοφάνεια κ.λπ. των ποιοτικών σας δεδομένων. Πχ the credibility of findings was ensured through the involvement of three experienced researchers who reached consensus on the coding and analysis of qualitative data. This process aims at both the verification and confirmability of findings.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Παρουσιάστε τα αποτελέσματα σε αντιστοιχία με τους ερευνητικούς σας σκοπούς ή ερωτήματα. Για τα ποσοτικά δεδομένα παρουσιάστε τα αποτελέσματα σε σχέση με τις αρχικές σας ερευνητικές υποθέσεις, εάν επιβεβαιώθηκαν ή απορρίφθηκαν. Για τα ποιοτικά δεδομένα, περιγράψτε τα θέματα ή τις κατηγορίες και υποκατηγορίες που προέκυψαν, παρέχοντας επαρκή στοιχεία μέσα από την παράθεση των λόγων ή της αφήγησης των ίδιων των συμμετεχόντων ή μέσα από αποσπάσματα παρατηρήσεων ή κειμένων/ντοκουμέντων/ ημερολογίων. Χρησιμοποιείστε υποενότητες όπου χρειάζεται.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η συζήτηση ξεκινά με αναφορά στο σκοπό της εργασίας και εστιάζει στα κύρια αποτελέσματα, ανακεφαλαιώνοντας και ερμηνεύοντας. Επιπλέον, σκοπός της συζήτησης, είναι να συγκρίνει τα αποτελέσματα/ευρήματα με αυτά της ήδη υπάρχουσας βιβλιογραφίας και να καταλήγει εάν απαντήθηκαν τα ερευνητικά ερωτήματα. Ακόμη, η συζήτηση πρέπει να παρουσιάζει πώς τα αποτελέσματα και η νέα γνώση μπορούν να συμβάλουν στη δημιουργία νέων αντιλήψεων (ή αμφισβήτησης υπαρχουσών αντιλήψεων) ή στη δημιουργία θεωριών ή στην προαγωγή υπαρχουσών θεωριών ή στη βελτίωση της νοσηλευτικής πράξης.

Τέλος, αναφέρονται τα δυνατά και αδύνατα σημεία της έρευνας (περιορισμοί), καθώς και η δυνατότητα ή μη, γενίκευσης των ευρημάτων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα συμπεράσματα δεν πρέπει να είναι αυθαίρετα, αλλά να προκύπτουν από τα ευρήματα της έρευνας, χωρίς αυτά όμως να επαναλαμβάνονται. Εξάγονται συμπεράσματα για την επάρκεια θεωριών σε σχέση με τα δεδομένα, δηλώνοντας αν τα δεδομένα υποστηρίζουν ή καταρρίπτουν τη θεωρία. Αποσαφηνίζεται η συνεισφορά της μελέτης στην υπάρχουσα γνώση, προτείνονται θέματα για τροποποίηση πρακτικών ή για μελλοντική έρευνα, τα οποία αναδείχθηκαν μέσα από τη μελέτη και προσδιορίζονται πιθανά μέτρα για εφαρμογή στην κλινική πράξη/έρευνα/εκπαίδευση κτλ.

Συνεισφορά ερευνητών

Αναφέρεται με τα αρχικά ονόματα η συνεισφορά του κάθε συγγραφέα στην παρούσα έρευνα, οι οποίοι είναι έως έξι (βλ. γενικές οδηγίες)

Πίνακες, Διαγράμματα, Σχήματα

Οι πίνακες/διαγράμματα (μόνο όσοι είναι απαραίτητοι) θα πρέπει να είναι κατανοητοί, να υπάρχουν επεξηγήσεις των συντμήσεων και να αναφέρονται σε χωριστή τελευταία γραμμή οι αντίστοιχες στατιστικές δοκιμασίες. Το κείμενο μπορεί να περιλαμβάνει και πίνακες με τις κατηγορίες και υποκατηγορίες της ποιοτικής ανάλυσης των δεδομένων, όπως και κάποιο σχήμα για την περιγραφή του θεωρητικού μοντέλου που πιθανά προέκυψε από την ποιοτική ανάλυση.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΗΣ ΣΤΑΘΜΙΣΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ (ερωτηματολογίων και κλιμάκων)

Το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης (ΕΠΝΕ) δημοσιεύει άρθρα που αφορούν στην ανάπτυξη ή τη μετάφραση στην ελληνική γλώσσα και την ψυχομετρική ή/και γωσιακή στάθμιση ερωτηματολογίων και κλιμάκων. Οι οδηγίες του περιοδικού για τις ποσοτικές εμπειρικές έρευνες, πχ τίτλος, ονόματα, έκταση των άρθρων, περίληψη, λέξεις κλειδιά, πίνακες, σχήματα κ.λπ. ισχύουν και σε αυτήν την κατηγορία άρθρων.

ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΗ ΣΤΑΘΜΙΣΗ

ΔΟΜΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗΣ

Εισαγωγή: Σύντομη περιγραφή του πλαισίου της έρευνας και της σχετικής βιβλιογραφίας.

Σκοπός: να αναφέρεται: σκοπός της μελέτης είναι η μετάφραση και η ψυχομετρική στάθμιση του [όνομα κλίμακας στα ελληνικά και μέσα σε παρένθεση στα αγγλικά] στην ελληνική γλώσσα ή σε ελληνικό πληθυσμό.

Περιγραφή αρχικής κλίμακας/ερωτηματολογίου: Χώρα ανάπτυξης, αριθμός ερωτήσεων, ονόματα υποκλιμάκων, εάν υπάρχουν.

Συμμετέχοντες – Πληθυσμός: να αναφέρεται ο αριθμός και τα κύρια δημογραφικά ή/και κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

Πλαίσιο έρευνας: η τοποθεσία και η χρονολογία συλλογής των δεδομένων.

Μεθοδολογία: να αναφέρονται η διαδικασία μετάφρασης και οι κυριότερες στατιστικές δοκιμασίες για τη διερεύνηση της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου στο συγκεκριμένο πληθυσμό.

Αποτελέσματα: αναφορά κύριων ψυχομετρικών ιδιοτήτων εγκυρότητας και αξιοπιστίας με παράθεση των στατιστικών τιμών (π.χ. του συντελεστή α του Cronbach, του αριθμού των παραγόντων στην μεταφρασμένη κλίμακα, κ.ο.κ.).

Συμπεράσματα: θα πρέπει να σχετίζονται με το σκοπό και τα αποτελέσματα και να απορρέουν από αυτά.

Λέξεις Κλειδιά: να αναφέρεται υποχρεωτικά μία από τις παρακάτω φράσεις: ψυχομετρική στάθμιση, ανάπτυξη ερωτηματολογίου

ΚΥΡΙΩΣ ΚΕΙΜΕΝΟ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Περιγράψτε το σκεπτικό και το πλαίσιο της μελέτης. Παρουσιάστε κριτικά τις κύριες θεωρητικές προσεγγίσεις των όρων και των εννοιών που πραγματεύεται το ερωτηματολόγιο. Εάν υπάρχουν περισσότερα από ένα ερωτηματολόγια που διερευνούν το ίδιο φαινόμενο, τεκμηριώστε γιατί επιλέξατε το συγκεκριμένο. Αναφέρατε ποια θα είναι η συμβολή της στάθμισης του ερωτηματολογίου στην Ελλάδα. Εάν το ερωτηματολόγιο αφορά και διερευνά σε κάποιο κλινικό πρόβλημα και προκύπτει από κλινικές έρευνες, περιγράψτε το πλαίσιο χρήσης του στην κλινική πράξη.

ΣΚΟΠΟΣ

Ο σκοπός οφείλει να δίνει έμφαση στην ανάπτυξη και την ψυχομετρική στάθμιση του ερωτηματολογίου. Μπορεί να είναι ακριβώς ο ίδιος με το σκοπό της περίληψης.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η σειρά των παρακάτω υπο-ενοτήτων είναι ενδεικτική και μπορεί να αλλάξει, ανάλογα με τη φύση του άρθρου

Περιγραφή πρωτότυπου ερωτηματολογίου/ αρχικής κλίμακας

Σκοπός αυτής της ενότητας είναι η λεπτομερής περιγραφή του ερωτηματολογίου, ώστε οι αναγνώστες να μπορούν να έχουν μια πολύ καλή εικόνα του ερωτηματολογίου, χωρίς να χρειαστεί να καταφύγουν σε άλλες βιβλιογραφικές πηγές. Για να γίνει αυτό, περιγράψτε με λεπτομέρεια το ερωτηματολόγιο, το πως κατασκευάστηκε, τη χώρα που αναπτύχθηκε και που έχει χρησιμοποιηθεί κυρίως. Αναφέρατε τον αριθμό των ερωτήσεων που περιλαμβάνει, τον αριθμό και τα ονόματα των υποκλιμάκων, τον τύπο των απαντήσεων, τον τρόπο βαθμολόγησής του και το εάν υπολογίζεται κάποιο άθροισμα τιμών (σκορ) από τις επιμέρους υποκλίμακες ή το σύνολο της κλίμακας, καθώς και το εύρος τους (ελάχιστη – μέγιστη βαθμολογία). Ερωτήσεις που βαθμολογούνται αντιστρόφως, οφείλουν επίσης να αναφερθούν. Εάν έχει γίνει στάθμιση, επιπλέον της αρχικής, σε άλλη ομάδα πληθυσμού ή σε άλλη χώρα, θα παρουσιαστεί σε αυτήν την ενότητα.

Συμμετέχοντες – Πληθυσμός

Να αναφερθεί το μέγεθος και ο τρόπος επιλογής του δείγματος και τυχόν κριτήρια επιλογής ή αποκλεισμού των συμμετεχόντων. Το μέγεθος του δείγματος οφείλει να είναι επαρκές για τις ανάγκες της ψυχομετρικής στάθμισης (οι περισσότεροι ερευνητές δέχονται ότι χρειάζεται αναλογία αριθμού ερωτήσεων και αριθμού συμμετεχόντων τουλάχιστον 1:10 για τη διερεύνηση της εγκυρότητας των κλι-

μάκων. Αυτό μεταφράζεται πρακτικά στο ότι εάν το προς στάθμιση ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 26 ερωτήσεις, χρειάζονται τουλάχιστον 260 άτομα για τις στατιστικές δοκιμασίες). Εάν η στάθμιση πραγματοποιήθηκε σε περισσότερα από ένα στάδια, περιγράφεται αναλυτικά ο πληθυσμός για το κάθε στάδιο. Άρθρα που περιγράφουν ψυχομετρική στάθμιση ερωτηματολογίων με πληθυσμό κάτω των 50 ατόμων δεν θα γίνονται δεκτά προς δημοσίευση.

Μετάφραση

Περιγράψτε αναλυτικά, τη διαδικασία της μετάφρασης του ερωτηματολογίου στην ελληνική γλώσσα.

Στατιστική ανάλυση

Αναφέρατε επαρκώς το σύνολο των στατιστικών δοκιμασιών για τη διερεύνηση της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας της κλίμακας στο συγκεκριμένο πληθυσμό και αιτιολογείστε την επιλογή τους.

Ηθική και δεοντολογία

Δηλώστε α) ότι έχετε λάβει την άδεια από το δημιουργό του ερωτηματολογίου για τη στάθμισή του και β) ότι πραγματοποιήθηκε η προβλεπόμενη διαδικασία λήψης έγκρισης από τη σχετική με τον οργανισμό/υπηρεσία σας επιτροπή ηθικής και δεοντολογίας για την έρευνα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Παρουσιάστε εκτενώς τα αποτελέσματα των στατιστικών δοκιμασιών για τις διαδικασίες εγκυρότητας και αξιοπιστίας, καθώς και όλες όσες στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Συζητείστε τα αποτελέσματα σας με βάση τη βιβλιογραφία με ειδική μνεία και αιτιολόγηση των ομοιοτήτων και των διαφορών με την αρχική κλίμακα ή με σταθμίσεις που έγιναν σε άλλες χώρες ή πληθυσμούς.

Περιορισμοί

Μια παράγραφος μέσα στη συζήτηση ή μια ξεχωριστή παράγραφος θα περιγράφει τους περιορισμούς της στάθμισης. Το να αναφέρονται επαρκώς οι περιορισμοί δεν μειώνει την πιθανότητα να γίνει δεκτό το άρθρο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Περιγράψτε σε συντομία το κύριο συμπέρασμα της στάθμισης και τον πληθυσμό στον οποίο μπορεί να απευθυνθεί το ερωτηματολόγιο.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΜΕΛΕΤΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης δέχεται κλινικές περιπτώσεις και μελέτες περίπτωσης, με έκταση μέχρι 5000 λέξεις εξαιρουμένων των πινάκων, των γραφημάτων, της βιβλιογραφίας και της περίληψης.

Οι μελέτες περίπτωσης μπορούν να περιλαμβάνουν:

- Σπάνιες κλινικές περιπτώσεις, μη συχνές παρενέργειες φαρμάκων
- Παρουσίαση μη συνηθισμένων περιστατικών με σπάνιο νόσημα
- Μη προβλεπόμενες συσχετίσεις νοσημάτων και συμπτωμάτων
- Απροσδόκητα συμβάντα κατά την παροχή της ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας
- Ευρήματα, τα οποία δίνουν νέα στοιχεία στην επιστημονική κοινότητα για την πιθανή παθογένεια ή διαφορετική εξέλιξη μιας νόσου
- Κλινικές μελέτες/ περιπτώσεις που προσεγγίζονται με διαφορετικούς τρόπους παροχής φροντίδας

Σχετικά με τη μορφοποίηση του κειμένου, ανατρέξτε στις γενικές οδηγίες υποβολής:

Τίτλος*
Περίληψη* (η διάρθρωση της περίληψης θα έχει την εξής μορφή: Εισαγωγή, Σκοπός, Παρουσίαση περίπτωσης, Συζήτηση, Συμπεράσματα).
Λέξεις-κλειδιά*
Εισαγωγή
ΠαρουσίασηΠερίπτωσης
Συζήτηση
Συμπεράσματα
Συνεισφορά συγγραφέων
Βιβλιογραφία
Πίνακες -Εικόνες
* στην Ελληνική και Αγγλική γλώσσα

Περίληψη

Η περίληψη δεν πρέπει να ξεπερνά τις 250 λέξεις και πρέπει να περιλαμβάνει τις παρακάτω ξεχωριστές ενότητες: Εισαγωγή, Σκοπός, Παρουσίαση περίπτωσης.

Λέξεις κλειδιά:
Τρεις έως πέντε λέξεις που αντιπροσωπεύουν το περιεχόμενο της έρευνας, γραμμένες αλφαβητικά.

ΚΥΡΙΩΣ ΚΕΙΜΕΝΟ

Το κυρίως κείμενο θα πρέπει να περιλαμβάνει τις παρακάτω υποενότητες:
ΕΙΣΑΓΩΓΗ (κεφαλαία γράμματα με έντονη γραφή, bold)
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ (κεφαλαία γράμματα με έντονη γραφή, bold)
ΣΥΖΗΤΗΣΗ (κεφαλαία γράμματα με έντονη γραφή, bold)
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ (κεφαλαία γράμματα με έντονη γραφή, bold)
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ (κεφαλαία γράμματα με έντονη γραφή, bold)

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εισαγωγή θα πρέπει να είναι γραμμένη με τέτοιο τρόπο, ώστε οι επαγγελματίες υγείας που δεν διαθέτουν εξειδίκευση σε αυτόν τον τομέα, να κατανοούν το υπό διερεύνηση θέμα. Η εισαγωγή ολοκληρώνεται με σύντομη αναφορά στο σκοπό του παρόντος άρθρου. Σε αυτήν την ενότητα γίνεται η παρουσίαση του θεωρητικού πλαισίου και της τεκμηριωμένης γνώσης πάνω στο θέμα.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Παρουσιάζονται κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα, ιστορικό περίπτωσης και ιστορικό νοσηλείας, αξιολόγηση, αντιμετώπιση, επιπλοκές και πορεία εξέλιξης της νόσου.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Συζητούνται τα ευρήματα και συγκρίνονται με άλλες μελέτες ή περιπτώσεις.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Δεν αποτελούν περίληψη ή επανάληψη των αποτελεσμάτων που αναγράφονται στο κυρίως θέμα. Αποσαφηνίζεται η συνεισφορά της περιγραφής της μελέτης περίπτωσης στην υπάρχουσα γνώση, προτείνονται θέματα για τροποποίηση πρακτικών, ή για μελλοντική έρευνα, τα οποία αναδείχθηκαν μέσα από το άρθρο.

ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

Αναφέρεται με τα αρχικά ονόματα η συνεισφορά του κάθε συγγραφέα στην παρούσα έρευνα, οι οποίοι είναι έως έξι (βλ. γενικές οδηγίες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Στη μελέτη περίπτωσης μπορούν να ενταχθούν έως 10 βιβλιογραφικές αναφορές (βλ. οδηγίες συγγραφής βιβλιογραφικών παραπομπών.

ΠΙΝΑΚΕΣ -ΕΙΚΟΝΕΣ

Οι πίνακες/διαγράμματα/εικόνες/ εργαστηριακά ευρήματα, θα πρέπει να είναι κατανοητοί και να υπάρχουν επεξηγήσεις αυτών μέσα στο κείμενο.

Στη συνέχεια παρατίθεται ενδεικτικά μια λίστα-ελέγχου για τους συγγραφείς αυτής της κατηγορίας των άρθρων:

Λίστα ελέγχου της Μελέτης Περίπτωσης

- Υπάρχει κάτι νέο ή συναρπαστικό σχετικά με την υπόθεση/ μελέτη περίπτωσης;
- Είναι η μελέτη περίπτωσης γραμμένη με αντικειμενικό τρόπο;
- Παρουσιάζονται όλα τα προτεινόμενα μέρη της μελέτης (περίληψη, εισαγωγή, παρουσίαση περίπτωσης, κ.λ.π.) ;
- Η κάλυψη της βιβλιογραφίας είναι πρόσφατη ;
- Η παρουσίαση χρησιμοποίησε τη σχετική τεκμηριωμένη γνώση θεωρίας και πράξης;
- Οι παρεμβάσεις που παρουσιάστηκαν ήταν κατάλληλες για την αξιολόγηση της υπόθεσης που παρουσιάστηκε;
- Έχουν οι συγγραφείς αναφέρει τις επιπτώσεις που μπορεί να έχει η υπόθεση στην επαγγελματική πρακτική ή της ψυχολογίας;

ΒΙΒΛΙΟΚΡΙΤΙΚΗ

Η βιβλιοκριτική αποτελεί περιγραφή και αξιολόγηση ενός βιβλίου. Θα πρέπει να εστιάζει στο σκοπό και το περιεχόμενο του βιβλίου.

Πριν τη λεπτομερή ανάγνωση του βιβλίου, ελέγξτε:

Τίτλος – τι μας προτείνει

Πρόλογος – παρέχει σημαντικές πληροφορίες για το σκοπό του συγγραφέα? Βοηθά στη συνολική αξιολόγηση του βιβλίου? Επιτεύχθηκε ο σκοπός που τέθηκε?

Περιεχόμενα - παρουσιάζουν τη δομή και οργάνωση του βιβλίου. Συνήθως η ομαδοποίηση των επιμέρους τμημάτων του βιβλίου γίνεται με βάση τον τόπο, το χρόνο ή τη θεματική ενότητα.

Διαβάστε το κείμενο:

- Καταγράψτε τις εντυπώσεις σας όπως διαβάζετε το βιβλίο και σημειώστε τα σημαντικά σημεία ώστε να χρησιμοποιηθούν ως αναφορές.
- Ποιο είναι το γενικότερο πλαίσιο μέσα στο οποίο αναπτύσσεται το βιβλίο;
- Ποιο είναι το στυλ του συγγραφέα;
- Μπορεί να κινήσει το ενδιαφέρον του διεθνούς κοινού;
- Παρουσιάζονται ξεκάθαρα οι ορισμοί;
- Πόσο καλά αναπτύσσονται οι απόψεις του συγγραφέα;
- Ποιοι τομείς καλύπτονται/δεν καλύπτονται και γιατί;
- Πόσο ακριβείς είναι οι πληροφορίες του βιβλίου; Εάν είναι απαραίτητο, κάνετε διασταύρωση με άλλες πηγές.
- Κρατήστε σημειώσεις για τη μορφή του βιβλίου (δομή και παραγραφοποίηση).
- Εάν υπάρχουν πίνακες ή εικόνες βοηθούν στην κατανόηση του κειμένου;
- Ο βιβλιογραφικός κατάλογος είναι σωστά γραμμένος;
- Χρησιμοποιήθηκαν πρωτογενείς ή δευτερογενείς πηγές; Πως χρησιμοποιούνται μέσα στο κείμενο;
- Σημειώστε σημαντικές παραλείψεις
- Τέλος, έχει επιτευχθεί ο σκοπός του βιβλίου;
- Απαιτείται περαιτέρω έρευνα πάνω στο θέμα που διαπραγματεύεται;
- Συγκρίνετε το βιβλίο με άλλα του ίδιου συγγραφέα ή άλλων με παρόμοια θεματολογία

Συμβουλευτείτε περισσότερες πηγές

Προσπαθήστε να βρείτε περισσότερες πληροφορίες για το συγγραφέα – το βιογραφικό του, παλιότερες δημοσιεύσεις ή εκδόσεις του - οποιεσδήποτε πληροφορίες είναι σχετικές με το βιβλίο και θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην αξιολόγηση του έργου του συγγραφέα.

Προετοιμάστε ένα προσχέδιο κριτικής

Αξιολογείστε προσεκτικά τις σημειώσεις σας και προσπαθήστε να συνθέσετε τη βιβλιοκριτική σας με τέτοιο τρόπο ώστε να περιγράφει τη θέση σας για το βιβλίο. Έπειτα, αναφέρετε τα επιχειρήματα που στηρίζουν αυτή τη θέση. Τα επιχειρηματά σας θα πρέπει να αναπτύσσονται με λογική σειρά.

Συγγραφή της βιβλιοκριτικής

Ελέγξτε τις σημειώσεις σας και στη συνέχεια με τη βοήθεια του περιγράμματος που έχετε ήδη φτιάξει, αρχίστε να γράφετε. Η βιβλιοκριτική σας, θα πρέπει να περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

Αρχικές πληροφορίες – τον τρόπο βιβλιογραφικής παράθεσης του συγκεκριμένου βιβλίου, π.χ. πλήρης τίτλος, συγγραφέας, τόπος έκδοσης, εκδοτικός οίκος, ημερομηνία έκδοσης, αριθμός έκδοσης, σελίδες, συμπληρωματικό υλικό (χάρτες, πίνακες)

Εισαγωγή – με την εναρκτήρια πρόταση προσπαθήστε να τραβήξετε την προσοχή του αναγνώστη. Η εισαγωγή θα πρέπει να παρουσιάζει την κεντρική σας θέση και να προϊδεάζει για τον τόνο της βιβλιοκριτικής σας.

Ανάπτυξη – Αναπτύξτε το κείμενό σας χρησιμοποιώντας τα επιχειρήματα που σημειώσατε στο προσχέδιό σας. Χρησιμοποιήστε περιγραφή, αξιολόγηση και επεξήγηση του λόγου για τον οποίο ο συγγραφέας έγραψε αυτό το βιβλίο. Χρησιμοποιήστε αναφορές για να δείξετε τα σημαντικά σημεία του κειμένου.

Συμπέρασμα – Αν η κριτική σας είναι καλογραμμένη και με επιχειρήματα, το συμπέρασμα θα ακολουθήσει με λογική σειρά. Μπορεί να περιλαμβάνει την τελική αξιολόγηση του βιβλίου ή απλά την επαναδιατύπωση της αρχικής σας πρότασης. Δεν θα πρέπει να εισάγετε νέο υλικό/ιδέες σε αυτό το σημείο.

Τελικός έλεγχος του προσχέδιου

Αφήστε λίγο χρόνο να μεσολαβήσει ανάμεσα στο προσχέδιο και το τελικό κείμενο.

Διαβάστε προσεκτικά όλο το κείμενο, ελέγχοντας τη σαφήνεια και τη λογική συνέχεια των επιχειρημάτων. Διορθώστε τυχόν γραμματικά ή ορθογραφικά λάθη. Επιβεβαιώστε ότι οι αναφορές που χρησιμοποιήθηκαν είναι σωστά γραμμένες στο βιβλιογραφικό κατάλογο.

ΣΥΓΓΡΑΦΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΠΑΡΑΠΟΜΠΩΝ

Το περιοδικό ακολουθεί συγκεκριμένες οδηγίες για τη συγγραφή των βιβλιογραφικών παραπομπών, σύμφωνα με το σύστημα Harvard *(Revised for 2009 version 3.0 editions of: The Coventry University (CU) Harvard Reference Style Guide v3.0, Quickstart Guide v3.0,Glossary v3.0)* και το σύστημα της American Psychological Association *(Publication Manual of the American Psychological Association, APA, Sixth Edition, ISBN 978-1-4338-0561-5)*

Κάθε αναφορά που υπάρχει στο κείμενο θα πρέπει να ανευρίσκεται και στον κατάλογο αναφορών στο τέλος, αλλά και κάθε πηγή του καταλόγου αναφορών θα πρέπει να ανευρίσκεται εντός του κειμένου. Επιπλέον, θα πρέπει να είναι πανομοιότυπη η καταχώρηση, η ορθογραφία και η σειρά των συγγραφέων.

Τονίζεται ότι η χρήση κειμένου από άρθρο άλλου συγγραφέα, χωρίς αναφορά σε αυτόν, θεωρείται λογοκλοπή. Αποτελεί ένα είδος ακαδημαϊκής ανεντιμότητας και θεωρείται απάτη, καθώς ο συγγραφέας οικειοποιείται υλικό πνευματικής ιδιοκτησίας άλλων. Συνιστά πειθαρχικό παράπτωμα και αποτελεί λόγο απόρριψης του υπό κρίση κειμένου.

Παραπομπές εντός κειμένου

Οι παραπομπές στο κείμενο μπαίνουν σε παρένθεση και αναφέρουν το επώνυμο του συγγραφέα ή των συγγραφέων και ακολουθεί το έτος έκδοσης πχ (Harris 2001). Δεν μπαίνει κόμμα.

Όταν ο συγγραφέας είναι ένας, μπορεί να μπει είτε το επώνυμό του στο κείμενο και το έτος έκδοσης σε παρένθεση π.χ. Ο Stevens (1998) σε μελέτη του βρήκε ότι…., είτε το επώνυμο και το έτος σε παρένθεση στο τέλος της πρότασης π.χ. Σε μελέτη βρέθηκε ο τρόπος αλληλεπίδρασης της θεωρίας με την πράξη (Stevens 1998).

Όταν οι συγγραφείς είναι δύο, τα επώνυμα και των δύο μπαίνουν είτε εντός του κειμένου ακολουθούμενα από το έτος έκδοσης πχ Σύμφωνα με τους Cullingworth and Nadin (2007), ή εντός παρενθέσεως με το σύμβολο & (Cullingworth & Nadin 2007).

Όταν οι συγγραφείς είναι πάνω από δύο, αναγράφεται το επώνυμο του πρώτου και ακολουθεί το et al ή και συν. αν είναι έλληνες οι συγγραφείς πχ (McCulloch et al 2000) ή (Παπαδόπουλος και συν 2013).

Όταν αναφέρονται δημοσιεύσεις του ίδιου συγγραφέα κατά το ίδιο έτος, τότε τοποθετούνται λατινικά γράμματα της αλφαβήτου (a, b, c κλπ) μετά το έτος και μέσα σε παρένθεση πχ (Smith 2004a), (Smith 2004b).

Σε πολλαπλές αναφορές, η αναγραφή εντός της παρένθεσης γίνεται με βάση τη χρονολογία δημοσίευσης, ξεκινώντας από την παλιότερη πχ (Midgley 1994, Smith 1994, UNCHS 1996, Gandelsonas 2002).

Σε περίπτωση απόδοσης εννοιών ή ορισμών κατά λέξη, αυτοί μπαίνουν σε εισαγωγικά και εκτός από το επώνυμο του συγγραφέα και το έτος, απαιτείται και η συγγραφή της σελίδας π.χ. The author stated «The effect disappeared within minutes» (Lopez, 1993, p. 311), but she did not say which effect. Ή με την εξής μορφή: Lopez (1993, p. 311) found that «the effect disappeared within minutes», but she did not say which effect.

Ως αναφορές χρησιμοποιούνται οι πρωτογενείς μελέτες και μόνο σε περίπτωση που δεν είναι δυνατή η ανεύρεσή τους μπορεί να γίνεται χρήση της πηγής στην οποία έχει εντοπιστεί, αρκεί να είναι ουσιώδης για το υπό δημοσίευση άρθρο. Στην περίπτωση αυτή, εντός του κειμένου αναγράφεται το επώνυμο του συγγραφέα με το έτος εντός παρενθέσεως και στη συνέχεια το επώνυμο του συγγραφέα που χρησιμοποίησε την αρχική πηγή, έτος και σελίδα στο άρθρο του, εντός παρενθέσεως π.χ. Weber (1969), as cited by Papa et al (2008, p. 83) provides what he refers to as the ideal modern organization.

Βιβλιογραφικός Κατάλογος

Ο βιβλιογραφικός κατάλογος στο τέλος του άρθρου, παρέχει τις απαραίτητες πληροφορίες για τον εντοπισμό και την ανάκτηση κάθε παραπομπής.

Στον κατάλογο, οι αναφορές τοποθετούνται κατά αλφαβητική σειρά (υπάρχει σχετική επιλογή στο word) με βάση το επώνυμο του πρώτου συγγραφέα.

Δεν μπαίνει αρίθμηση ούτε άλλη σήμανση (bullets). Η δεύτερη σειρά μπαίνει με μια εσοχή.

Οι τίτλοι των βιβλίων και των περιοδικών (ολογράφως και όχι συντομογραφίες) αναγράφονται με πλάγιους χαρακτήρες (italics).

Όταν είναι δύο συγγραφείς, ανάμεσά τους μπαίνει το σύμβολο &, όπως και όταν είναι περισσότεροι από δύο, πριν το όνομα του τελευταίου μπαίνει επίσης το σύμβολο &.

Johnson M., Steward H., Langdon R., Kelly P. & Yong L. (2005). A comparison of the outcomes of partnership caseload midwifery and standard hospital care in low risk mothers. Australian Journal of Advanced Nursing 22: 21-27.

Βιβλίο

Αναγράφεται το επώνυμο και τα αρχικά του ονόματος του συγγραφέα, το έτος έκδοσης σε παρένθεση, ο τίτλος του βιβλίου με πλάγιους χαρακτήρες (Italics), η έκδοση, ο τόπος έκδοσης και ο εκδοτικός οίκος π.χ. Shotton M.A. (1989). Computer addiction? A study of computer dependency (6th eds). London: Taylor & Francis.

Κεφάλαιο σε βιβλίο

Αναγράφεται το επώνυμο και τα αρχικά του ονόματος του συγγραφέα, το έτος έκδοσης σε παρένθεση και ο τίτλος

του κεφαλαίου. Ακολουθεί το «στο» ή «in» (για αγγλόφωνο βιβλίο), το επώνυμο και τα αρχικά του ονόματος του/των συγγραφέα/ων, η έκδοση, ο τίτλος του βιβλίου με πλάγιους χαρακτήρες (Italics), ο τόπος έκδοσης και ο εκδοτικός οίκος. Π.χ.

Ballinger A. & Clark M. (2001). Nutrition, appetite control and disease. In: J. Payne-James. (3th) eds Artificial nutrition support in clinical practice. London: Greenwich Medical

Ηλεκτρονικό βιβλίο

Σε χρήση βιβλίων από ηλεκτρονικές βιβλιοθήκες αναγράφεται το επώνυμο του συγγραφέα και το αρχικό του ονόματος, το έτος έκδοσης, ο τίτλος του ηλεκτρονικού βιβλίου με πλάγιους χαρακτήρες (Italics), ο τόπος έκδοσης, ο εκδοτικός οίκος και προστίθεται με τη λέξη «available at» ή στα ελληνικά «Διαθέσιμο στο», η ηλεκτρονική διεύθυνση και η ημερομηνία πρόσβασης (σε αγκύλη). Σε αγγλόφωνο βιβλίο αναγράφεται η λέξη «accessed», ενώ σε ελληνικό η φράση «ημερομηνία πρόσβασης». Π.χ.

Howson C. (2007). Successful business intelligence: secrets to making BI a killer app [PDF for Digital Editions version]. New York: McGraw Hill. Available at: http://www.ebooks.com/330687/successful-business-intelligence/howson-cindi/ [Accessed: 6 October 2011]

Άρθρο

Σε έντυπο ή ηλεκτρονικό άρθρο, αναγράφεται το επώνυμο και αρχικό ονόματος συγγραφέων, το έτος δημοσίευσης σε παρένθεση, ο τίτλος του άρθρου, το πλήρες όνομα του περιοδικού με πλάγιους χαρακτήρες (Italics), ο αριθμός του Τόμου και οι αριθμοί της πρώτης και τελευταίας σελίδας της δημοσίευσης.

Όταν είναι δύο συγγραφείς στο άρθρο μεταξύ των επωνύμων τους μπαίνει το σύμβολο &, ενώ όταν είναι παραπάνω από δύο, αναγράφονται τα επώνυμα όλων και πριν τον τελευταίο, μπαίνει το σύμβολο &. Π.χ.

Ang L. & Taylor B. (2005). Managing customer profitability using portfolio matrices. Journal of Database Marketing and Customer Strategy Management 12: 298-304.

Johnson M., Steward H., Langdon R., Kelly P. & Yong L. (2005). A comparison of the outcomes of partnership caseload midwifery and standard hospital care in low risk mothers. Australian Journal of Advanced Nursing 22: 21-27

Διατριβή

Θα πρέπει να είναι σαφές αν πρόκειται για MA, MSc ή PhD και το εκπαιδευτικό ίδρυμα που εκπονήθηκε. Πχ.

Boyce P.J. (2003). Gamma Finder: a Java application to find galaxies in astronomical spectral line data cubes. MSc Dissertation, Cardiff University.

Πληροφορίες από το Διαδίκτυο (Ιστοσελίδες)

Σε περίπτωση χρήσης ιστοσελίδας ακολουθείται η εξής σειρά: Συγγραφέας (εάν είναι διαθέσιμος) ή οργανισμός, έτος, τίτλος κειμένου, διαθεσιμότητα, ηλεκτρονική διεύθυνση και ημερομηνία πρόσβασης (σε αγκύλη). Π.χ.

Merchant A.T. (2007). Diet, physical activity, and adiposity in children in poor and rich neighbor hoods: a cross-sectional comparison. Nutrition Journal [Online]. Available at: http://www.nutritionj.com/content/pdf/1475-2891- 6-1.pdf [Accessed: 10 May 2007]

National electronic Library for Health (2003). Can walking make you s l i m m e r a n d h e a l t h i e r ? [Online]. (Updated 16 Jan 2005) Available at: http://www.nhs.uk.hth.walking [accessed 10 April 2005]

Πρακτικά Συνεδρίων

Αναγράφονται το επώνυμο και αρχικό ονόματος, το έτος δημοσίευσης, ο τίτλος της εργασίας. Ακολουθεί το «In» ή «Στο» και αρχικό με επώνυμο εκδότη εάν υπάρχει, τίτλος συνεδρίου με ημερομηνία και τέλος τόπος έκδοσης με σελίδες. Π.χ.

Fedelius H.C. (2000). Myopia and significant visual impairment: global aspects. In: LL. Lin (eds). Myopia Updates II: Proceedings of the 7th International Conference on Myopia. Taipei, 17-20 November, 1998. Tokyo: Springer, pp. 31-37.

ΕΝΕ
ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
http://journal-ene.gr/

ΕΝΕ

ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

www.enne.gr



Επισκεφθείτε την ιστοσελίδα της Ένωσης Νοσηλευτών και ενημερωθείτε για όλα τα τελευταία νέα του κλάδου

Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος
Βασιλίσσης Σοφίας 47, 10676 Αθήνα
2ος όροφος

Τηλ.: 210-3648044
Fax: 210-3648049
e-mail: info@enne.gr

HRBN
HELLENIC REGULATORY BODY OF NURSES
VOLUME 11 - ISSUE 4
2018

Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης
Hellenic journal of Nursing Science

http://journal-ene.gr/

ΤΟΜΟΣ 11 - ΤΕΥΧΟΣ 4
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ
ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ
2018

ΕΝΕ
ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
www.enne.gr