Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης
Hellenic Journal of Nursing Science

Τόμος 7, Τεύχος 1, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ - ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ - ΜΑΡΤΙΟΣ 2014
Volume 7, Number 7, JANUARY - FEBRYARY - MARCH 2014



EDITORIAL
Νέες Τάσεις και Προκλήσεις για το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης.
Θάλεια Μπελλάλη, Διευθύντρια Σύνταξης

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ
Διαπολιτισμική προσέγγιση του καρκίνου του μαστού
Transcultural approach of breast cancer
Ιωάννα Δήμτσου, Βαΐα Κωνσταντικάκη, Αικατερίνη Βενέτη

Μηχανισμός δράσης και η σημασία της ηπαρίνης στη χειρουργική νοσηλευτική
Action mechanism and the role of heparin in surgical nursing practice
Μαρία Χουντή, Κωνσταντίνος Χατζηβένης, Παναγιώτης Χουντής

Διαχείριση των απουσιών και παραιτήσεων του νοσηλευτικού προσωπικού σε ιδιωτικό νοσοκομείο
Management of nursing staff absenteeism and resignation in private hospitals
Κυριακή Σωτηριάδου, Μαρία Μαλλιαρού, Παύλος Σαράφης

RESEARCH ARTICLE
Afraid of the Drill? A Study of Dental Anxiety in Greek Nursing Students
Thalia Bellali, Athanasios Mastrokostas, Maria Gkrizioti, Ioanna Karamitri, Eygenia Minasidou

ΝΕΕΣ, ΑΝΑΘΕΩΡΗΜΕΝΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

Το Επιστημονικό Περιοδικό της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος
The Scientific Journal of the Hellenic Regulatory Body of Nurses



Σελίδες 1.094
Λιανική τιμή: 90 €

Guenter B. Risse

Η ιστορία των νοσοκομείων

ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΧΑΙΟΤΗΤΑ ΜΕΧΡΙ ΣΗΜΕΡΑ

Το βιβλίο αυτό, απεικονίζοντας το χρονικό της μεταμόρφωσης των νοσοκομείων από οίκους ελέους σε δομές εγκλεισμού ασθενών, από χώρους αποκατάστασης σε χώρους κλινικής διδασκαλίας και έρευνας και από δωμάτια τοκετών και θανάτων σε ιδρύματα επιστήμης και τεχνολογίας, μας προσφέρει μια ιστορική οπτική στην κατανόηση των νοσοκομείων της εποχής μας. Η ιστορία ξετυλίγεται σε δώδεκα επεισόδια τα οποία απεικονίζουν τα νοσοκομεία σε συγκεκριμένα μέρη και χρονικές περιόδους, καλύπτοντας σημαντικά θέματα και εξελίξεις στην ιστορία της ιατρικής και της θεραπευτικής, από την αρχαία Ελλάδα ως την εποχή του AIDS. Το βιβλίο αυτό προσφέρει μια μοναδική και εκ των έσω ματιά στον κόσμο των νοημάτων και των συναισθημάτων που συσχετίζονται με τη ζωή στα νοσοκομεία και την περίθαλψη των ασθενών, περιλαμβάνοντας αφηγήσεις τόσο των ασθενών, όσο και των θεραπευτών τους. Εάν θεωρήσουμε τα νοσοκομεία οίκους «αποκατάστασης της τάξης», ικανούς να δαμάσουν το χάος που συσχετίζεται με τα δεινά, τις ασθένειες και το θάνατο των ανθρώπων, μπορούμε να καταλάβουμε καλύτερα και τη σημασία των τελετουργικών τους ρουτινών και κανόνων. Από τις απαρχές τους, τα νοσοκομεία αποτέλεσαν μέρη πνευματικής και σωματικής ανάρρωσης. Θα πρέπει να συνεχίσουν να ανταποκρίνονται σε κάθε ανθρώπινη ανάγκη. Ως παραδοσιακοί μάρτυρες της ανθρώπινης συμπόνιας και φιλανθρωπίας, τα νοσοκομεία πρέπει να συνεχίσουν να αποτελούν χώρους ίασης.

ΜΙΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΑΠΟ ΤΗΝ Ε.Ν.Ε.

Η Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος, στοχεύοντας στη συνεχή επιμόρφωση των Νοσηλευτών θα διαθέσει ΔΩΡΕΑΝ το βιβλίο «Η Ιστορία των Νοσοκομείων» σε όλους τους επί πτυχίω φοιτητές της Νοσηλευτικής.

Όλοι οι υπόλοιποι Νοσηλευτές μπορούν να προμηθευτούν το βιβλίο στην ειδική τιμή των 45 €.

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: Μ. ΠΙΤΣΙΛΙΔΗΣ Α.Ε.
Αγ. Νικολάου 102, 16674 Γλυφάδα,
Τηλ.: 210-8947 002, Fax: 210 8941 551
e-mail: info@pitsilidis.gr, www.pitsilidis.gr

ISSN 1791-9002

ΕΚΔΟΤΗΣ: **ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΣΚΟΥΤΕΛΗΣ**
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ: **ΑΡΙΣΤΕΙΔΗΣ ΔΑΓΛΑΣ**
ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ ΕΚΔΟΣΗΣ: **ΜΙΧΑΛΗΣ ΠΙΤΣΙΛΙΔΗΣ**
ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗΣ: **ΔΡ. ΘΑΛΕΙΑ ΜΠΕΛΛΑΛΗ,** Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ: **ΛΑΜΠΡΟΣ ΜΠΙΖΑΣ**

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

Μέλη ΔΣ:
Πιστόλας Δημήτριος, Αρβανίτης Γεώργιος, Ποντισίδης Γεώργιος, Κωτσής Απόστολος, Ριζόπουλος Ρίζος, Δημητρέλλης Δημήτριος, Γιάκης Νικόλαος, Σπυράτος Φώτιος

ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ:
Μαρία Σαρίδη MSc, PhD
Βασιλική Ρόκα MSc, PhD

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ
Αθηνά Καλοκαιρινού, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ, **Στέφανος Μαντζούκας**, Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής ΤΕΙ Ηπείρου, **Ευγενία Μηνασίδου**, Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Θεσ/νίκης, **Ιωάννα Παπαθανασίου**, Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Θεσσαλίας, **Θεοδώρα Καυκιά**, Καθηγήτρια Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Θεσ/νίκης, **Γεώργιος Κριτσιωτάκης**, Καθηγητής Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Κρήτης, **Μαρία Μαλλιαρού**, MSc, PhD, **Ιωάννα Καραμήτρη**, MSc, PhD(c), **Αθανάσιος Μαστροκώστας**, MSc, PhD(c), **Μαρία Γκριζώτη**, MSc

ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ:
Φωτεινή- Ελένη Καραχάλιου, Παιδίατρος Ενδοκρινολόγος, Διευθύντρια Τμήματος Άθλησης και Ανάπτυξης Ν.Π. Αγλαΐα Κυριακού
Ιωάννης Κυριόπουλος, Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας, Κοσμήτωρ ΕΣΔΥ
Φώτιος Λεπίδας, Νομικός Σύμβουλος της 6ης ΥΠΕ, DEA, Διοικητικό Δίκαιο, Montpellier France
Αλέξιος Παραράς, Δικηγόρος Δημοσιολόγος, Νομικός Σύμβουλος ΕΝΕ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΡΙΤΩΝ
Παρασκευή Αποστολάρα, Αικατερίνη Βενέτη, Μαρία Γέραλη, Δημήτριος Δάλλας, Γεώργιος Ελεσνίτσαλης, Γεώργιος Ίντας, Αγγελική Καραΐσκου, Νεκταρία Κάραλη, Νικόλαος Κοντοδημόπουλος, Μιχάλης Κουράκος, Βάγια Κωνσταντικάκη, Θεοχάρης Κωνσταντινίδης, Πολυξένη Μαγγούλια, Χρυσούλα Μελισσά, Βασιλική Μούγια, Δημήτριος Μπαρουξής, Λάμπρος Μπίζας, Ιωάννης Μωϋσογλου, Χρυσούλα Νταφογιάννη, Δήμητρα Παλητζήκα, Ειρήνη Παπάζογλου, Νίκη Παυλάτου, Μαρία Ρεκλείτη, Νίκος Στεφανόπουλος, Νικόλαος Στούφης, Σοφία Τάνη, Αναστάσιος Τζενάλης, Αικατερίνη Τόσκα, Αλεξάνδρα Χαραλαμπίδου, Καλλιόπη Χατζίκα, Ελένη Χριστοδούλου, Χρύσα Χρυσοβιτσάνου

ΜΕΛΗ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ
Dr. Theodoros Koutroubas, Professor, UC Louvain, **Dr. Mally Ehrenfeld**, RN, PhD, Head of Nursing dep. Associate Professor Tel-Aviv University, Dep of Nursing, Israel, **Dr. Irena Papadopoulos**, PhD, MA(Ed), BA, DipNEd, DipN, NDNCert, RGN, RM Professor of Transcultural Health and Nursing and Head of Research Centre for Transcultural Studies in Health Middlesex University, London UK, **Dr. Evridiki Papastavrou**, Lecturer Department of Nursing, Cyprus University of Technology, President of the Council of Nursing and Midwifery, **Dr. Betty Chung Pui Man**, RN, RNT, MSc, PhD (Health Sciences Syd), Lecturer, Hong Kong Polytechnic University, **Cecilia Sironi RN,** BSc, MSc Universita degli Studi dell' Insubria-Varese Italy, **Lorendana Sasso,** Professore Associato, Universita degli Studi di Genova, **Rocco Gennaro** Vice Presidente IPASVI.

Περιεχομενα

EDITORIAL
Νέες Τάσεις και Προκλήσεις για το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης.
Θάλεια Μπελλάλη, Διευθύντρια Σύνταξης 3

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ
Διαπολιτισμική προσέγγιση του καρκίνου του μαστού
Transcultural approach of breast cancer
Ιωάννα Δήμτσου, Βαΐα Κωνσταντικάκη, Αικατερίνη Βενέτη 6

Μηχανισμός δράσης και η σημασία της ηπαρίνης στη χειρουργική νοσηλευτική
Action mechanism and the role of heparin in surgical nursing practice
Μαρία Χουντή, Κωνσταντίνος Χατζηβένης, Παναγιώτης Χουντής 11

Διαχείριση των απουσιών και παραιτήσεων του νοσηλευτικού προσωπικού σε ιδιωτικό νοσοκομείο
Management of nursing staff absenteeism and resignation in private hospitals
Κυριακή Σωτηριάδου, Μαρία Μαλλιαρού, Παύλος Σαράφης 20

RESEARCH ARTICLE
Afraid of the Drill? A Study of Dental Anxiety in Greek Nursing Students
Thalia Bellali, Athanasios Mastrokostas, Maria Gkrizioti, Ioanna Karamitri, Eygenia Minasidou 27

ΝΕΕΣ, ΑΝΑΘΕΩΡΗΜΕΝΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ 34

EDITORIAL

Νέες Τάσεις και Προκλήσεις για το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης

Θάλεια Μπελλάλη

Διευθύντρια Σύνταξης
Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Θες/νικης

Το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης (ΕΠΝΕ) ξεκινά την ιστορία του από τον Οκτώβριο του 2008, όπου η Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδας (ΕΝΕ) συνεργαζόμενη με επίλεκτους συναδέλφους του χώρου της εκπαίδευσης από την Ελλάδα και το εξωτερικό προέβη στο εγχείρημα έκδοσης του πρώτου επιστημονικού τεύχους, με στόχο να συμβάλλει στην προαγωγή της νοσηλευτικής επιστημονικής γνώσης, μέσα από την ελεύθερη και ανοιχτή πρόσβαση στην έρευνα για τους λειτουργούς υγείας, ανοίγοντας ένα νέο κεφάλαιο στη σύγχρονη νοσηλευτική ιστορία της Ελλάδας.

Δύο χρόνια μετά και με την υπ. αριθ. πρωτ. ΔΥ2α/οικ 122 – 7/8/2009 απόφαση του Υπουργείου Υγείας συμπεριλήφθηκε στα Περιοδικά με Εθνική Αναγνώριση, αποτελώντας ένα αξιόπιστο, τριμηνιαίο επιστημονικό περιοδικό, διαθέσιμο τόσο σε ηλεκτρονική, όσο και σε έντυπη μορφή. Τότε ήταν που το ΔΣ της ΕΝΕ σε συνεργασία με την επιτροπή έκδοσης, αποφάσισε να πραγματοποιήσει ορισμένες αποφασιστικές αλλαγές στη δομή, στη συνολική λειτουργία, αλλά και στη γενικότερη φιλοσοφία του περιοδικού. Στο πλαίσιο αυτό, επιτράπηκε η ελεύθερη πρόσβαση στην ύλη του περιοδικού μέσω της ιστοσελίδας της ΕΝΕ, η υποβολή των εργασιών προς δημοσίευση μέσω ηλεκτρονικής αλληλογραφίας, αλλά και η αποστολή των άρθρων σε μία από τις δύο επίσημες γλώσσες του ΕΠΝΕ (ελληνικά ή αγγλικά ως πλήρες κείμενο) και με περίληψη στην αγγλική για τα ελληνικά κείμενα.

Από το 2010 ως τα μέσα του 2013, αξιόλογοι συνάδελφοι ως μέλη της συντακτικής επιτροπής ή της επιτροπής κριτών του περιοδικού, με διευθύντρια σύνταξης την τότε Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Κοινοτικής Νοσηλευτικής του ΕΚΠΑ κ. Αθηνά Καλοκαιρινού, επεξεργάστηκαν και δούλεψαν πάνω στα υποβληθέντα κείμενα πολλών συγγραφέων, δημοσιεύοντας πολλές ανασκοπικές και ερευνητικές εργασίες πάνω στο αντικείμενο της νοσηλευτικής επιστήμης.

Φτάνοντας στο 2014, βρίσκομαι στην ευχάριστη θέση, αλλά και έχω την τιμή να αναλάβω ως Διευθύντρια Σύνταξης τα ηνία του επίσημου επιστημονικού περιοδικού της ΕΝΕ. Η αλήθεια είναι ότι δεν νιώθω σαν «μάνατζερ» του περιοδικού, αλλά περισσότερο σαν «μαέστρος» μιας ορχήστρας πολύ αξιόλογων συναδέλφων από το χώρο, που μου έκαναν την τιμή να ενταχθούν στη συντακτική ομάδα (editorial board) ή στην ομάδα κριτών των άρθρων (reviewers). Τολμώ να πω ότι μια νέα εποχή για το περιοδικό έχει ξεκινήσει, καθώς με ενθουσιασμό και πολύ εθελοντική διάθεση εδώ και λίγους μήνες δουλεύουμε από κοινού με τη συντακτική ομάδα προκειμένου να θέσουμε τις νέες βάσεις για ένα σύγχρονο και επικαιροποιημένο περιοδικό που θα μπορεί να ανταγωνιστεί επάξια άλλα περιοδικά, κυρίως της διεθνούς επιστημονικής κοινότητας.

Στο πλαίσιο των αλλαγών, τροποποιείται η φιλοσοφία, η αποστολή, η δομή, η λειτουργία και κυρίως ο τρόπος συνεργασίας των μελών των διαφόρων ομάδων του περιοδικού που γίνεται πιο συμμετοχικός. Για το σκοπό αυτό, ήδη έχουν προστεθεί νέα άτομα στις επιτροπές του περιοδικού, ενώ κλήθηκαν -σύμφωνα με τις νέες προδιαγραφές του περιοδικού και την ικανότητα/διαθεσιμότητά τους- να δηλώσουν συμμετοχή και οι παλιοί που προσέφεραν ο καθένας με το δικό του τρόπο, όλα αυτά τα χρόνια.

Αναφορικά με την αποστολή και τη φιλοσοφία του περιοδικού, ενδεικτικά αναφέρεται ότι το ΕΠΝΕ σκοπεύει να αναδείξει ακόμη περισσότερο το διεπιστημονικό χαρακτήρα του, με στόχο την προώθηση όχι μόνο της Νοσηλευτικής Επιστήμης, αλλά και όλων των Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας με γνώμονα την παροχή και αξιοποίηση γνώσεων για μια ολιστική ποιοτική φροντίδα στους αρρώστους και τις οικογένειές τους. 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. Το ΕΠΝΕ, θα παρέχει τη δυνατότητα σε νέους επιστήμονες να έχουν εύκολη πρόσβαση στη γνώση και στην πρόοδο της νοσηλευτικής, ενώ θα 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 μπορεί να ευαισθητοποιήσει άλλους επιστήμονες στα γνωστικά αντικείμενα της νοσηλευτικής και να προάγει γενικότερα τη συνεργασία των υπηρεσιών υγείας.

Επίσης, είναι σημαντικό να αναφέρω ότι το περιοδικό προβλέπεται να εκδίδει και ειδικά τεύχη, αφιερωμένα σε συγκεκριμένη θεματολογία, προκειμένου να καλύπτονται σε βάθος οι ανάγκες του αναγνωστικού κοινού, αλλά και κάποια τεύχη που θα περιλαμβάνουν τη δημοσίευση εργασιών που κατατέθηκαν προς βράβευση στο ετήσιο πανελλήνιο συνέδριο της ΕΝΕ ή σε άλλες επιστημονικές εκδηλώσεις των περιφερειακών τμημάτων της ΕΝΕ. Στο πλαίσιο αυτό, αλλά και για να διατηρηθεί η συνέχεια έκδοσης του περιοδικού για το προηγούμενο έτος, ήδη εκδόθηκαν δύο Ειδικά Τεύχη αφιερωμένα στο Σακχαρώδη Διαβήτη και στην Ψυχιατρική/Νευρολογία, τα οποία ωστόσο περιλαμβάνουν μεταφρασμένα άρθρα ξένων συγγραφέων, τα οποία επιμελήθηκαν μέλη της συντακτικής ομάδας του περιοδικού. Στο σημείο αυτό θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. Πιτσιλίδη (σύμβουλο έκδοσης) για την παραχώρηση της άδειας δημοσίευσης αυτών των άρθρων.

Ένα άλλο επίσης νέο στοιχείο του Περιοδικού είναι οι σύγχρονες οδηγίες προς συγγραφείς, οι οποίες είναι πολύ αναλυτικές προκειμένου να διευκολύνουν όχι μόνο τους συγγραφείς, αλλά και τους αξιολογητές/κριτές των άρθρων. Αναφέρομαι, από τη μια πλευρά στις γενικές οδηγίες (περί διαδικασιών υποβολής και αξιολόγησης άρθρων, μορφοποίησης, πνευματικών και άλλων δικαιωμάτων κ.λπ) και από την άλλη στις εξειδικευμένες οδηγίες για τη συγγραφή όλων των ειδών άρθρων (περιγραφικές και συστηματικές ανασκοπήσεις, ποσοτικές και ποιοτικές μελέτες, μελέτες μικτής μεθοδολογίας, ανάπτυξης και στάθμισης ερευνητικών εργαλείων, βιβλιοκριτικές, γενικά μεθοδολογικά άρθρα κ.λπ).

Η σύνταξη όλων των παραπάνω αναλυτικών οδηγιών συνιστά πρωτοτυπία, για τα ελληνικά, αλλά και για πολλά ξένα επιστημονικά περιοδικά. Προβλέπεται να δημοσιεύονται στο πρώτο τεύχος του περιοδικού κάθε έτους, ενώ θα είναι αναρτημένες σε μόνιμη βάση στη νέα αναθεωρημένη ιστοσελίδα του περιοδικού. Στην ιστοσελίδα του περιοδικού επίσης, ευελπιστούμε ότι θα εγκατασταθεί πολύ σύντομα, το νέο ηλεκτρονικό σύστημα υποβολής των εργασιών από τους συγγραφείς. Το σύστημα αυτό (editorial tracking system) θα χρησιμοποιηθεί για πρώτη φορά από επιστημονικό περιοδικό στην Ελλάδα, παρόλο που χρησιμοποιείται ευρέως εδώ και χρόνια, από πολλά σύγχρονα περιοδικά της διεθνούς επιστημονικής κοινότητας. Σχετικές κατευθυντήριες οδηγίες θα ανακοινωθούν σύντομα, με πολλά παραδείγματα και εφαρμογές, ώστε να διευκολύνεται το έργο των συγγραφέων που θα προβάλλεται μέσα από τα σύγχρονα συστήματα της ηλεκτρονικής εποχής που ζούμε.

Στο σημείο αυτό, θα πρέπει να τονίσω και να εγγυηθώ προσωπικά για τη διαδικασία κρίσης/αξιολόγησης των εργασιών που θα υποβάλλονται, ότι η Διεύθυνση Σύνταξης θα αποφασίζει αντικειμενικά, αμερόληπτα και με απόλυτη διαφάνεια, για τον ταχύτερο δυνατό χρόνο δημοσίευσης των εργασιών, βασιζόμενη σε συγκεκριμένα 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 κ.λπ. Η προτεραιότητα για δημοσίευση θα βασίζεται στην ημερομηνία αποδοχής και όχι στην ημερομηνία πρώτης υποβολής του κειμένου.

Από όλα τα παραπάνω διαπιστώνεται λοιπόν, ότι υπάρχει μια εξέλιξη στη δομή και οργάνωση του περιοδικού, χωρίς να υπάρχουν στεγανά και με βάση, πέρα από τις γνώσεις και την εμπειρία, τη διάθεση και το χρόνο που έχουν τα μέλη των διαφόρων επιτροπών να συνεχίσουν την προσπάθεια αναθεώρησης για τη νέα λειτουργία του περιοδικού. Με κοινούς στόχους από όλους τους

συμμετέχοντες, το ΕΠΝΕ ευελπιστούμε σύντομα να συμπεριληφθεί σε αναγνωρισμένες διεθνείς βάσεις δεδομένων, κάνοντας τη φωνή της ελληνικής, επιστημονικής, νοσηλευτικής κοινότητας ακόμη πιο ηχηρή. Αυτός είναι και ο επόμενος στόχος-πρόκληση για όλους εμάς.

Αρκετά περιοδικά αποδελτιώνονται σε μεγάλες διεθνείς βάσεις δεδομένων, οι οποίες δίνουν τη δυνατότητα ηλεκτρονικής πρόσβασης και με αυτόν τον τρόπο γίνεται ευρύτατα γνωστή η έρευνα που λαμβάνει χώρα οπουδήποτε στον κόσμο, ακόμη και αν η έκδοση είναι σε άλλη από την αγγλική γλώσσα. Ο νοσηλευτικός τύπος αποδελτιώνεται κυρίως στο Medline/Pubmed και στο Cinahl, καθώς και σε πολλές άλλες βάσεις όπως αυτές των κοινωνικών επιστημών π.χ. στο ιδιαίτερα εκτιμώμενο στον ακαδημαϊκό χώρο Science Citation Index (Σουρτζή 2009).

Ενδεικτικά αναφέρονται οι βιβλιογραφικές βάσεις δεδομένων Scopus, Web of Science, and Google Scholar (Kulkarni et al 2009). Η πρώτη περιέχει περιλήψεις και πλήρη κείμενα άρθρων, ακαδημαϊκών περιοδικών. Καλύπτει σχεδόν 21,000 τίτλους περιοδικών, από τα οποία τα 20,000 αφορούν σε έγκριτα επιστημονικά περιοδικά των ιατρικών, τεχνολογικών και κοινωνικών επιστημών (Scopus Content Overview 2013). Ανήκει στον εκδοτικό οίκο Elsevier και η πρόσβαση επιτρέπεται διαδικτυακά με την καταβολή συνδρομής. Η Google Scholar είναι μια δωρεάν διαδικτυακή μηχανή αναζήτησης που δίνει πρόσβαση στα περισσότερα έγκριτα περιοδικά της Ευρώπης και της Αμερικής, καθώς και σε βιβλία και άλλα μη επιστημονικά περιοδικά. Τέλος, η Web of Science είναι μια ευρεία βάση η οποία καλύπτει επτά άλλες βάσεις δεδομένων όπως είναι π.χ. η Science Citation Index (από το 1900 ως σήμερα), η Social Sciences Citation Index που καλύπτει πάνω από 3,000 περιοδικά των κοινωνικών επιστημών και η Book Citation Index που καλύπτει περισσότερα από 30,000 επιλεγμένα επιστημονικά βιβλία, από το 2005 ως σήμερα (Coverage - Web of Science 2010).

Το 2008, οι Falagas et al βάσει μιας συγκριτικής μελέτης των τριών παραπάνω βάσεων δεδομένων, διαπίστωσαν ότι «Η Scopus προσφέρει κατά 20% περισσότερη κάλυψη περιοδικών από τη Web of Science. Το PubMed παραμένει το ιδανικό εργαλείο αποδελτίωσης της βιοιατρικής ηλεκτρονικής βιβλιογραφίας. Η Scopus καλύπτει ένα ευρύτερο φάσμα περιοδικών, αλλά περιορίζεται σε σχετικά πρόσφατα άρθρα (που δημοσιεύθηκαν μετά το 1995), συγκριτικά με τη Web of Science που αποδελτιώνει άρθρα από πολύ παλιότερα. Η Google Scholar, μπορεί να βοηθήσει στον εντοπισμό ακόμη και της *γκρίζας* βιβλιογραφίας, αλλά επειδή αποδελτιώνει και πολλά μη επιστημονικά περιοδικά, συχνά αμφισβητείται ως ακατάλληλη ή μη επικαιροποιημένη, η πληροφόρηση που προσφέρει»

Οι διαδικασίες για να συμπεριληφθεί ένα περιοδικό και δη μη αγγλικό, στις παραπάνω ή και σε άλλες επιστημονικές βάσεις δεδομένων, είναι διαφορετικές. Ατενίζοντας ωστόσο προς το μέλλον δεν έχω καμία αμφιβολία ότι το περιοδικό της ΕΝΕ θα βρει τη θέση που του αξίζει στο διεθνή επιστημονικό χώρο. Αναμένεται λοιπόν να εκδηλωθεί το ενδιαφέρον των νέων και παλιών επιστημόνων, όχι μόνο από την Ελλάδα αλλά και από το εξωτερικό, μέσα από την υποβολή υψηλής ποιότητας άρθρων που έχουν να προσφέρουν νέες γνώσεις για τη βελτίωση της πρακτικής στον κλινικό χώρο. Αυτό σημαίνει ότι θα γίνει πιο εκλεκτικό το έργο της συντακτικής επιτροπής προκειμένου να μπορεί το ΕΠΝΕ να ανταποκριθεί στην πληθώρα των διεθνών προδιαγραφών για δημοσιεύσεις υψηλής απήχησης και αναγνωρισιμότητας, όπως αρμόζει σε ένα Περιοδικό που ανήκει στο Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου μιας χώρας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Coverage - Web of Science (2010). Overview of coverage gleaned from promotional language. Thomson Reuters (eds): New York

Falagas M.E., Pitsouni E.I, Malietzis G.A. & Pappas G. (2008). Comparison of PubMed, Scopus, Web of Science, and Google Scholar: Strengths and weaknesses. FASEB Journal 22: 338–342

Kulkarni A.V., Aziz B., Shams I. & Busse J.W. (2009). Comparisons of Citations in Web of Science, Scopus, and Google Scholar for Articles Published in General Medical Journals. JAMA 302: 1092–1096.

Scopus Content Overview (2013). Elsevier (eds). Retrieved 2013-09-04

Σουρτζή Π. (2009). Η αναγνωσιμότητα του νοσηλευτικού επιστημονικού τύπου και η μέτρησή της. Νοσηλεία και Έρευνα, 23: 9-10

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Διαπολιτισμική προσέγγιση του καρκίνου του μαστού

Ιωάννα Δήμτσου[1], Βαΐα Κωνσταντικάκη[1], Αικατερίνη Βενέτη[1]

1. Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Θεαγένειο

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τη νεοπλασία με τη μεγαλύτερη επίπτωση στο γυναικείο πληθυσμό. Η επιβίωση των γυναικών στις ημέρες μας έχει αυξηθεί λόγω της έγκαιρης διάγνωσης, της σταδιοποίησης της νόσου, αλλά και της θεραπευτικής αγωγής που ακολουθείται. Οι γυναίκες με διαφορετική εθνική, θρησκευτική και πολιτισμική ταυτότητα εκτιμάται ότι διαχειρίζονται τον καρκίνο του μαστού με τρόπο ανάλογο της κουλτούρας τους. Το δεδομένο αυτό, αποτελεί σημαντικό στοιχείο του σχεδίου φροντίδας που καλείται να καταρτίσει η διεπιστημονική ομάδα, μέλη της οποίας είναι και οι νοσηλευτές. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι, μέσα από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, να παρουσιαστεί ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζουν οι ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο του μαστού και έχουν διαφορετικές πολιτισμικές καταβολές την ασθένειά τους. Η εμπειρία της διάγνωσης του καρκίνου του μαστού βιώνεται διαφορετικά από το γυναικείο πληθυσμό και σχετίζεται άμεσα με την πολιτισμική κουλτούρα που τον διέπει. Οι θρησκευτικές πεποιθήσεις και η πολιτισμική καταγωγή, είναι από τους παράγοντες που διαμορφώνουν τον τρόπο που γίνεται αντιληπτή η ανακοίνωση της διάγνωσης. Η κατανόηση της κουλτούρας των ασθενών από τους νοσηλευτές είναι προαπαιτούμενο για την επίτευξη μιας ουσιαστικής θεραπευτικής σχέσης κατά την εφαρμογή της ολιστικής φροντίδας. Η κατάρτιση ενός επιτυχημένου σχεδίου νοσηλευτικής φροντίδας θα πρέπει να προσαρμόζεται στις ιδιαιτερότητες των ασθενών, σεβόμενο πάντα τις πολιτισμικές καταβολές τους.

Λέξεις-κλειδιά: Διαπολιτισμική νοσηλευτική, επιβίωση, καρκίνος μαστού

Υπεύθυνος Επικοινωνίας: Ιωάννα Δήμτσου, Email: jdimtsou@yahoo.com, Τηλ. 2310818832

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Αντιμετώπιση του καρκίνου μαστού από άτομα διαφορετικών πολιτισμικών καταβολών.**
- **Θρησκευτικές πεποιθήσεις και αντιμετώπιση της νόσου**
- **Πολιτισμικές καταβολές και αντιμετώπιση της νόσου**
- **Θεραπευτική σχέση βασιζόμενη σε αμοιβαία κατανόηση**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η θέση της γυναίκας διαφέρει από κοινωνία σε κοινωνία και αντιμετωπίζεται ανάλογα με τον πολιτισμό ή και τη θρησκεία του τόπου όπου ζει. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα οι γυναίκες να βιώνουν με διαφορετικό τρόπο τα προβλήματα που παρουσιάζονται στη ζωή τους, ιδιαίτερα νόσους όπως ο καρκίνος του μαστού που επηρεάζει τόσο τη φυσική όσο και την ψυχολογική τους κατάσταση (Bertero & Chamberlain-Wilmoth 2007).

Ο καρκίνος του μαστού στις γυναίκες είναι από τους πιο διαδεδομένους και εκτιμάται ότι θα αποτελέσει το 29% όλων των νέων κρουσμάτων στις γυναίκες μέσα στο 2012. Η μείωση, όμως, της θνητότητας του γυναικείου πληθυσμού από όλα τα είδη καρκίνων οφείλεται σε ποσοστό 34% στην αυξημένη επιβίωση των ασθενών με καρκίνο μαστού (Siegel et al 2012). Η πρόοδος στη θεραπεία και στην εκτίμηση των ομάδων κινδύνου, καθώς και η πρώιμη διάγνωση αυξάνουν τα ποσοστά επιβίωσης από τη νόσο (Gondos et al 2009).

Οι γυναίκες που επιζούν αντιμετωπίζουν προκλήσεις, όπως είναι η συνολική κατάσταση της υγείας τους, ο φόβος για μεταστάσεις ή επανεμφάνιση του καρκίνου, καθώς και ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Για να αντεπεξέλθουν χρησιμοποιούν στρατηγικές ανάλογα με την κουλτούρα, την εθνικότητα, τα πιστεύω τους. Για παράδειγμα, οι λευκές γυναίκες βασίζονται σε υποστηρικτικές ομάδες, στον ιατρό τους, στα κατοικίδιά τους και στην υιοθέτηση υγιεινών συνηθειών, ενώ οι έγχρωμες γυναίκες στις θρησκευτικές τους πεποιθήσεις και πρακτικές (π.χ. προσευχή). Οι ασιατικής καταγωγής γυναίκες προσπαθούν να ελέγξουν τον εαυτό τους και να τον εκπαιδεύσουν να αντιμετωπίσει την ασθένεια θετικά (Ashing-Giwa & Lim 2010).

Εδώ και αρκετά χρόνια καταβάλλεται προσπάθεια να γίνουν κατανοητές όλες οι ιδιαιτερότητες που παρουσιάζουν οι ασθενείς και που αφορούν σε εθνικές, θρησκευτικές και πολιτισμικές συνιστώσες. Η προσπάθεια αυτή μπορεί να γίνει εφικτή με τη "διαπολιτισμική νοσηλευτική"(transcultural nursing). Η Madeleine Leininger (2007) πρώτη καθιέρωσε τον όρο αυτό ως την ανάγκη προσαρμογής της νοσηλευτικής επιστήμης ανάλογα με το πολιτισμικό υπόβαθρο κάθε ασθενή και με στόχο την ολιστική αντιμετώπισή του σύμφωνα με τις ανάγκες του και τις ιδιαιτερότητές του.

Υποστηρίζεται δε από τις Leininger και McFarland (2002) ότι όλοι οι νοσηλευτές πρέπει να είναι προετοιμασμένοι να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε πολιτισμικά ευάλωτους πληθυσμούς αποκτώντας την ικανότητα να αναγνωρίζουν τους εκπροσώπους πολιτισμών που είναι παραμελημένοι ή παρεξηγημένοι και να βοηθούν το σύστημα υγείας να βελτιώνεται ανάλογα με τις ανάγκες τους. Μάλιστα η διαδικασία της προετοιμασίας αυτής θα πρέπει να έχει ολοκληρωθεί τα αμέσως επόμενα χρόνια, πιθανώς λόγω διεθνών κοινωνικο-πολιτικών συνθηκών.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι μέσα από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας να παρουσιαστεί ο τρόπος που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες, που ανήκουν σε διαφορετικούς πολιτισμούς, την ασθένειά τους, τον καρκίνο μαστού.

ΦΥΛΕΤΙΚΗ ΚΑΤΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Τα υψηλότερα ποσοστά καρκίνου του μαστού στις ΗΠΑ παρατηρούνται σε λευκές γυναίκες, ίσως λόγω συχνότερης χρήσης της μαστογραφίας ή/και ύπαρξης περισσότερων επιβαρυντικών παραγόντων, όπως η τεκνοποίηση σε μεγαλύτερες ηλικίες. Παρόλα αυτά η 5ετής επιβίωση των λευκών γυναικών έναντι των Αφροαμερικανίδων υπερτερεί κατά 13% (Siegel et al 2012).

Κατά τη διάγνωση όλες οι γυναίκες αιφνιδιάζονται αρνητικά ανεξάρτητα από εθνικότητα, θρησκεία, φυλή, πεποιθήσεις. Με την πάροδο του χρόνου παρουσιάζονται διαφοροποιήσεις στην αντίληψη και αντιμετώπιση της νόσου. Οι Βραζιλιάνες συνδέουν στενά τον καρκίνο του μαστού με το θάνατο. Οι Κινέζες, μετά το αρχικό σοκ, προσπαθούν να εμπιστευτούν την ιατρική, να αποδεχθούν τη νόσο, και να την αντιμετωπίσουν όσο το δυνατόν καλύτερα (Fu et al 2008). Στις Πακιστανές παρατηρείται άρνηση και δυσκολία στην αντιμετώπιση του προβλήματος (Banning et al 2009).

Η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας διαφέρει ανάλογα με τις υπάρχουσες πολιτικο-οικονομικές συνθήκες και τις κοινωνικές αντιλήψεις. Στη Γάζα, όπως και στη Χιλή, οι γυναίκες δεν έχουν εύκολη πρόσβαση στη μαστογραφία. Εκτός αυτού, η περιορισμένη γνώση για τον καρκίνο του μαστού και διάφορες παρανοήσεις (π.χ. ότι είναι ανίατος) καθορίζουν τη συμπεριφορά τους απέναντι στις προκλήσεις της νόσου. Στις γυναίκες της Αραβίας η μόρφωση και η ηλικία παίζουν σημαντικό θετικό ρόλο στη διάγνωση και αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού. Οι νέες και μορφωμένες φαίνεται ότι κάνουν πιο συχνά μαστογραφία (Puschel & Thompson 2011, Shaheen et al 2011).

Γυναίκες με καρκίνο μαστού που ζουν κάτω από ιδιαίτερα δύσκολες συνθήκες διαβίωσης και είναι παραμελημένες, όπως στο Κασμίρ, εμφανίζουν έντονη μοιρολατρία. Άλλες, όπως μουσουλμάνες Πακιστανές νιώθουν ντροπή, δεν εκθέτουν εύκολα το στήθος τους ούτε στους γιατρούς και αποφεύγουν ακόμα και την αυτοψηλάφηση (Erwin et al 2011). Τέτοιες ανασταλτικές εκδηλώσεις δυσκολεύουν την επιτυχή αντιμετώπιση του καρκίνου μαστού.

Η θεραπεία και το είδος της εξαρτώνται από διάφορους παράγοντες. Αναφέρεται ότι όσες γυναίκες δεν εμπιστεύονται πλήρως το γιατρό τους έχουν περισσότερες πιθανότητες να υποστούν μαστεκτομή. Οι γυναίκες από τη Λατινική Αμερική εμφανίζουν τα μικρότερα ποσοστά εμπιστοσύνης και περισσότερες μαστεκτομές (Kaiser et al 2010). Άρνηση ή διακοπή της θεραπείας και αντικατάστασή της με εναλλακτικές ή παραδοσιακές μεθόδους παρατηρείται σε Ασιάτισσες (Pathy et al 2011). Άλλωστε, κάποιες ασιατικής καταγωγής γυναίκες αμφιβάλλουν για την αποτελεσματικότητα της Δυτικής – συμβατικής- ιατρικής (Ashing-Giwa & Lim 2010).

Το οικονομικό κόστος, η έλλειψη νοσοκομειακών κρεβατιών και η απουσία συμπαράστασης από συγγενή είναι αιτίες μη έναρξης ή πρόωρης διακοπής της θεραπείας στην ανατολική Νιγηρία (Anyanwu et al 2011).

ΦΥΛΕΤΙΚΗ ΚΑΤΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Η υποστήριξη των γυναικών με καρκίνο του μαστού και η ποιότητα της ζωής τους ποικίλλει. Οι αφρο-αμερικανίδες αναφέρουν τις ίδιες ανάγκες, τις ίδιες προτεραιότητες και εμπειρίες με τις γυναίκες της λευκής φυλής, αλλά παραπονιούνται για χαμηλή ποιότητα φροντίδας και προβληματική ασφαλιστική κάλυψη. Συνήθως αυτές οι γυναίκες καταφεύγουν στη θρησκεία, ή και στο περιβάλλον τους, αφού όμως καταφέρουν να ξεπεράσουν τα ταμπού που τους εμποδίζουν αρχικά να συζητήσουν τη νόσο τους με άλλους (Kantsiper et al 2009). Ο ρόλος της θρησκείας στις γυναίκες λατινικής καταγωγής διαφέρει, όπου όμως το θρησκευτικό συναίσθημα κυριαρχεί αναφέρεται καλύτερη ποιότητα ζωής. Η ποιότητα ζωής όσων επιβιώνουν από καρκίνο μαστού, εξαρτάται επίσης από το αν υπάρχει ενσωμάτωση και προσαρμογή των μειονοτήτων στην κουλτούρα της νέας κοινωνίας στην οποία κατοικούν, οπότε επηρεάζεται θετικά ή αρνητικά αντίστοιχα (Janz 2009).

Γυναίκες που ανήκουν σε μειονότητες αναφέρουν επιπλέον δυσκολίες, όπως την έλλειψη επικοινωνίας με τους ιατρούς τους, την πλημμελή πληροφόρηση για τον καρκίνο και προβλήματα σχετικά με την εθνικότητα ή τη φυλή τους (Burg 2009).

Η ύπαρξη καρκίνου δεν επηρεάζει μόνο τις γυναίκες, αλλά και τις οικογένειές τους. Όταν είναι μητέρες δυσκολεύονται να ανακοινώσουν τη νόσο στα παιδιά και αγωνιούν για το ποιος θα τα φροντίζει στο μέλλον (Coyne & Borbasi 2006). Οι σύντροφοι ή σύζυγοι αντιδρούν με διάφορους τρόπους. Οι περισσότεροι υποστηρίζουν τις γυναίκες τους από τη διάγνωση και τις πρώτες φάσεις της θεραπείας, ενώ κάποιοι το κάνουν μόνο όταν η γυναίκα αρχίζει να γίνεται αδύναμη σωματικά και δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις ανάγκες της. Υπάρχουν και σύζυγοι που εμφανίζουν αντιδραστικές, αγχώδεις και μερικές φορές εριστικές συμπεριφορές (Sprung et al 2011).

Ένα από τα προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίζουν οι γυναίκες με καρκίνο μαστού αφορά στη σεξουαλική τους ζωή, ιδιαίτερα όταν ανήκουν σε μικρότερες ηλικιακές ομάδες. Πάνω από το 40% των γυναικών με καρκίνο των γεννητικών οργάνων και του μαστού αναφέρουν ότι χρειάζονται βοήθεια για την επίλυση τέτοιων προβλημάτων. Κάποιες τολμούν να ζητήσουν και έχουν τελικά την απαιτούμενη φροντίδα, οι περισσότερες όμως δεν απευθύνονται σε κάποιο ειδικό. Το 1/3 των γυναικών που παραμένουν αβοήθητες είναι αφρο-αμερικανίδες (Hill et al 2011). Τέλος, για όσες γυναίκες βρίσκονται σε ηλικία τεκνοποίησης το θέμα της γονιμότητας είναι ιδιαίτερα σοβαρό, αν και οι αποφάσεις που λαμβάνονται για τη θεραπεία (π.χ. το είδος της, την καθυστερημένη έναρξη ώστε να γίνει λήψη ωαρίων) διαφέρουν ανάλογα με τις συνθήκες στις οποίες διαβιώνουν και τα σχέδια που έχουν για το μέλλον (Gorman et al 2011).

Έλλειψη πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας, λανθασμένες πεποιθήσεις και συμπεριφορές, δυσχερής επικοινωνία, και άλλοι παράγοντες που οδηγούν σε δυσμενή πρόγνωση ή πτωχή ποιότητα επιβίωσης διαπιστώθηκαν στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Τα προβλήματα ποικίλλουν σε ένταση ανάλογα με την εθνικότητα, την κουλτούρα, αλλά και με άλλες ιδιαιτερότητες των γυναικών.

Ένας σημαντικός παράγοντας που επιδρά αρνητικά σε όλες τις φάσεις του καρκίνου του μαστού φαίνεται να είναι η κακή οικονομική κατάσταση είτε αυτή οφείλεται σε γενικότερες συνθήκες του περιβάλλοντος (κράτους) που ανήκει κάποιος πληθυσμός είτε σε προσωπική δυσχέρεια. Συνήθως οι μειονότητες είναι εκείνες που αναφέρουν χαμηλότερα εισοδήματα και έλλειψη ικανοποιητικής ασφαλιστικής κάλυψης ή καθόλου ιατρική ασφάλιση.

Οι γυναίκες που επιβιώνουν από τον καρκίνο του μαστού, ακόμα και χρόνια μετά, αναφέρουν αλλαγή του σωματικού ειδώλου, ύπαρξη εξάψεων και άλλων σωματικών προβλημάτων, σεξουαλική δυσλειτουργία και δυσεπίλυτα οικογενειακά ζητήματα. Παραπονιούνται - και αυτό είναι κάτι που πρέπει να προβληματίσει - ότι ούτε οι ιατροί ούτε το νοσηλευτικό προσωπικό τους προσφέρει ικανοποιητική βοήθεια (Kantsiper et al 2009). Τα προβλήματα αυτά απασχολούν όλες τις γυναίκες, όμως τα στοιχεία που αφορούν σε μειονοτικές ομάδες δεν είναι επαρκή λόγω περιορισμένου αριθμού ερευνών (Davey et al 2010).

Οι εργαζόμενοι στον ευρύτερο χώρο της υγείας μπορούν να δράσουν καθοριστικά σε όλες τις φάσεις του καρκίνου του μαστού καθοδηγώντας τις ασθενείς και

εξασφαλίζοντας την απαραίτητη περίθαλψη, συμπαράσταση, επίλυση πρακτικών θεμάτων, κατανόηση του συστήματος υγείας, και διαμεσολάβηση στους ιατρούς (Davis 2009). Ιατροί και νοσηλευτές παραδέχονται ότι υπάρχουν πολλά ακόμα να γίνουν για να καλυφθούν όλες οι ανάγκες εκείνων που έχουν ολοκληρώσει τη θεραπεία τους. Μάλιστα οι νοσηλευτές έχουν δηλώσει με ενθουσιασμό ότι επιθυμούν να βελτιώσουν τη φροντίδα που προσφέρουν στις γυναίκες που επιβιώνουν και ζητούν να υπάρχει κάποια δομημένη, προσχεδιασμένη δράση για αυτές τις περιπτώσεις. Ήδη αρκετοί από το νοσηλευτικό προσωπικό λαμβάνουν την πρωτοβουλία και ασχολούνται εθελοντικά με θέματα που απασχολούν τους ιαθέντες καρκινοπαθείς, συζητώντας μαζί τους και σχεδιάζοντας τη ζωή μετά τον καρκίνο (Hewitt et al 2007).

Χαρακτηριστικό είναι ότι και οι περισσότερες γυναίκες - ανεξαρτήτως φυλής - ζητούν να υπάρχει προγραμματισμός της φροντίδας τους όταν πια θα έχουν περάσει στη φάση της επιβίωσης που μάλιστα θα είναι γραπτός και θα εξασφαλίζει επίσης γραπτά την επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας που θα επωμιστούν τη φροντίδα τους (Kantsiper et al 2009)

Τέλος, σημαντική διαπίστωση είναι ότι γυναίκες με καρκίνο μαστού που προέρχονται από διαφορετικούς πολιτισμούς και που κατορθώνουν να ενσωματωθούν στην κοινωνία όπου ζουν είναι ευνοημένες, αν και η υιοθέτηση ξένων συνηθειών δεν είναι πάντοτε θετική. Σε γυναίκες ασιατικής καταγωγής που μετανάστευσαν ή γεννήθηκαν και μεγάλωσαν στη Δύση ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται ως και έξι φορές συχνότερα από ότι σε ασιάτισσες που μένουν στην πατρίδα τους (Kwong 2011).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Υπάρχουν μεγάλα περιθώρια βελτίωσης της φροντίδας όσων βιώνουν τον καρκίνο του μαστού, καθώς πολλές από τις ανάγκες των γυναικών αυτών παραμένουν ανικανοποίητες και προβλήματα υπάρχουν ακόμα και χρόνια μετά από τη διάγνωση και θεραπεία. Απαραίτητα στοιχεία είναι η περαιτέρω έρευνα και ο εντοπισμός όλων των παραγόντων που επηρεάζουν τη ζωή των γυναικών με τη νόσο, κυρίως εκείνων που ανήκουν σε πολιτισμικές ή και θρησκευτικές μειονότητες ή άλλους ιδιαίτερους πληθυσμούς, και ο σχεδιασμός της κατάλληλης φροντίδας με τη συνεργασία όλων (ασθενών, επιζώντων, νοσηλευτών, ιατρών, κοινωνικών λειτουργών, εθελοντών κλπ). Σε όλη τη διάρκεια της νόσου η συστηματική και αληθινή επικοινωνία με τους ασθενείς είναι καθοριστική για την πλήρη ενημέρωση, την καθοδήγηση στις υπηρεσίες υγείας, τον καθησυχασμό, την απαλλαγή από αρνητικές συμπεριφορές και φυσικά τη δημιουργία καθολικού σχεδίου φροντίδας των ασθενών με καρκίνο μαστού.

Ἄλλωστε η κατανόηση της κουλτούρας των ασθενών και η αναγνώριση των λοιπών ιδιαιτεροτήτων τους και των συνεπαγόμενων αναγκών τους μέσα στο πλαίσιο μιας διαπολιτισμικής νοσηλευτικής προσέγγισης είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για την κατάρτιση ενός επιτυχημένου σχεδίου νοσηλευτικής φροντίδας ώστε να αντιμετωπίζονται οι γυναίκες με καρκίνο μαστού ως ξεχωριστά άτομα και να απολαμβάνουν - όπως οι περισσότερες αναζητούν - μια ολοκληρωμένη και πιο ανθρώπινη αντιμετώπιση και τη διαβεβαίωση ότι υπάρχει ειλικρινές ενδιαφέρον προς αυτές.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Anyanwu S.N., Egwuonwu O.A. & Ihekwoaba E.C. (2011). Acceptance and adherence to treatment among breast cancer patients in Eastern Nigeria. Breast, 20 (Suppl 2): S51-53.

Ashing-Giwa K.T. & Lim J.W. (2010). Predicting physical quality of life among a multiethnic sample of breast cancer survivors. Quality of Life Research, 19: 789-802.

Banning M., Hafeez H., Faisal S., Hassan M & Zafar A. (2009). The impact of culture and sociological and psychological issues on Muslim patients with breast cancer in Pakistan. Cancer Nursing, 32: 317-324.

Bertero C. & Chamberlain-Wilmoth M. (2007). Breast cancer diagnosis and its treatment affecting the self: a meta-synthesis. Cancer Nursing, 30: 194-202; quiz 203-4.

Burg M.A., Lopez E.S., Dailey A., Keller Elspeth M. & Prendergast B. (2009). The potential of survivorship care plans in primary care follow - up of minority breast cancer patients. Journal of General Internal Medicine, 24 (suppl 2): 467-471.

Coyne E. & Borbasi S. (2006). Holding it all together: breast cancer and its impact on life for younger women. Contemporary Nurse, 23: 157-169.

Davey M.P., Kissil K., Nino A. & Tubbs C.Y. (2010) .They paid no mind to my state of mind: African American breast cancer patients' experiences of cancer care delivery. Journal of Psychosocial Oncology, 28: 683-698.

Davis C., Darby K., Likes W. & Bell J. (2009). Social workers as patient navigators for breast cancer survivors: what do African - American medically undeserved women think of this idea? Social Work in Health Care, 48: 561-578.

Erwin D.P., Erwin D.O., Ciupak G., Hellenthal N., Sofi M.J., Guru K.A. & Edge S.B. (2011).

Challenges and implementation of a women's breast health initiative in rural Kashmir. Breast, 20: S46-50.

Fu M.R., Xu B., Liu Y & Haber J. (2008). Making the best of it': Chinese women's experiences of adjusting to breast cancer diagnosis and treatment. Journal of Advanced Nursing, 63: 155-165.

Gondos A., Bray F., Hakulinen T & Brenner H. (2009) Trends in cancer survival in 11 European populations from 1990 to 2009: a model-based analysis. Annals of Oncology, 20: 564-573.

Gorman J.R., Bailey S., Pierce J.P & Su H.I. (2012). How do you feel about fertility and parenthood? The voices of young female cancer survivors. Journal of Cancer Survival, 6: 200-209.

Hewitt M.E., Bamundo A., Day R. & Harvey C. (2007). Perspectives on post-treatment cancer care: qualitative research with survivors, nurses, and physicians. Journal of Clinical Oncology, 25: 2270-2273.

Hill E.K., Sandbo S., Abramsohn E., Makelarski J., Wroblewski K., Wenrich E.R., McCoy S., Temkin S.M., Yamada S.D. & Lindau

S.T. (2011). Assessing gynecologic and breast cancer survivors' sexual health care needs. Cancer, 117: 2643-2651.

Janz N.K., Mujahid M.S., Hawley S.T., Griggs J.J., Alderman A., Hamilton A.S., Graff J. & Katz S.J. (2009). Racial/ethnic differences in quality of life after diagnosis of breast cancer. Journal of Cancer Survival, 3: 212-222.

Kaiser K., Rauscher G.H., Jacobs E.A., Strenski T.A., Ferrans C.E. & Warnecke R.B. (2010). The import of trust in regular providers to trust in cancer physicians among white, African American, and Hispanic breast cancer patients. Journal of General Internal Medicine, 26: 51-57.

Kantsiper M., McDonald E.L., Geller G., Shockney L., Snyder C. & Wolff A.C. (2009). Transitioning to breast cancer survivorship: perspectives of patients, cancer specialists, and primary care providers. Journal of General Internal Medicine, 24 (Suppl 2): S459-466.

Kwong A., Mang O.K., Wong C.N. & Chau W.W. (2011). The Hong Kong Breast Cancer Research Group, Law CK. Breast Cancer in Hong Kong, Southern China: The first population-based analysis of epidemiological characteristics, stage-specific, cancer- specific, and disease-free survival in breast cancer patients:1997-2001. Annals of Surgical Oncology, 18: 3072-3078.

Leininger M. (2007). Theoretical questions and concerns: response from the Theory of Culture Care Diversity and Universality perspective. Nursing Science Quarterly, 20: 9-13.

Leininger M.M. & McFarland M.R. ed. (2002). Transcultural nursing: concepts, theories, research and practice, 3rd ed. New York, NY ed., McGraw-Hill.

Pathy N.B., Yip C.H., Taib N.A., Hartman M., Saxena N., Iau P., Bulgiba A.M., Lee S.C., Lim S.E., Wong J.E. & Verkooijen H.M. (2011). Breast cancer in a multi-ethnic Asian setting: results from the Singapore-Malaysia hospital-based breast cancer registry. Breast, 20 (Suppl 2): S75-80.

Puschel K. & Thompson B. (2011). Mammogram screening in Chile: using mixed methods to implement health policy planning at the primary care level. Breast, 20 Suppl 2, S40-45.

Shaheen R., Slanetz P.J., Raza S & Rosen M.P. (2011) Barriers and opportunities for early detection of breast cancer in Gaza women. Breast, 20 (Suppl 2), S30-34.

Siegel R., Naishadham D. & Jemal A. (2012). Cancer statistics, 2012. Cancer Journal for Clinicians, 62: 10-29.

Sprung B.R., Janotha B.L. & Steckel A.J. (2011). The lived experience of breast cancer patients and couple distress, Journal of American Academy of Nurse Practitioners, 23: 619-627.

Transcultural approach of breast cancer

Ioanna Dimtsou[1], Vaia Konstantikaki[1], Ekaterini Veneti[1]

1Anticancer Hospital of Thessaloniki Theageneio

ABSTRACT

Breast cancer is one of the most common malignancies among women. Currently there is a significant increase in breast cancer survivorship as a consequence of advances in diagnosis and therapy. It is estimated that women with different ethnic and cultural identities and different religions react towards their cancer according to these particular characteristics. As a result, a special care plan is required for survivors. Nurses, as members of the multidisciplinary team, are expected to play a major role in planning and providing the appropriate health care. The aim of the present study is to explore the way breast cancer patients cope with their malignancy according to their cultural background and their personal needs. Women cope with their breast cancer in different ways according to their culture. Religion and other factors, such as ethnicity and race, contribute to the way breast cancer diagnosis is experienced by women. Transcultural nursing which helps to investigate and define patients' cultural and other needs is necessary to create a successful and holistic health care plan for breast cancer survivors.

Keywords: Breast cancer, survival, transcultural nursing

Corresponding Author: Ioanna Dimtsou, Email: jdimtsou@yahoo.com , Tel: 2310818832

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Μηχανισμός δράσης και η σημασία της ηπαρίνης στη χειρουργική νοσηλευτική

Μαρία Χουντή[1], Κωνσταντίνος Χατζηβέης[2], Παναγιώτης Χουντής[3]

1.Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Πάτρας
2. Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου
3. Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ηπαρίνη αποτελεί μία ουσία με αντιπηκτική δράση, η οποία χρησιμοποιείται ευρέως στην πρόληψη ανάπτυξης θρόμβων και τη θεραπεία ασθενών που πάσχουν από διάφορες συγγενείς ή επίκτητες παθολογικές καταστάσεις. Με τον τρόπο αυτό, αποτρέπεται η εμφάνιση θρομβοεμβολικών επεισοδίων που συνδέονται με αυξημένη νοσηρότητα, παρατεταμένη νοσηλεία και υψηλά ποσοστά θνητότητας. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση του μηχανισμού δράσης και του ρόλου της ηπαρίνης στην καθημερινή χειρουργική νοσηλευτική πρακτική, τόσο με την κλασική της μορφή, όσο και των ηπαρινών χαμηλού μοριακού βάρους. Τονίζεται επίσης, η σημασία της πιστής εφαρμογής Νοσηλευτικών πρωτοκόλλων, στην αντιπηκτική αγωγή, η οποία συμβάλλει στην πρόληψη και θεραπεία ασθενών που εμφανίζουν αυξημένη πιθανότητα θρομβοεμβολικών επιπλοκών. Η χρήση της ηπαρίνης έχει επεκταθεί και στην προεγχειρητική προετοιμασία ασθενών, οι οποίοι διακόπτουν τα αντιπηκτικά τους φάρμακα ώστε να αποφευχθούν αιμορραγικές επιπλοκές. Ορισμένες κατηγορίες επεμβάσεων, όπως οι καρδιοχειρουργικές, θα ήταν αδύνατο να εκτελεστούν χωρίς την χρήση ηπαρίνης. Ιδιαίτερη μνεία γίνεται στο σύνδρομο «θρομβοπενίας επαγόμενης από ηπαρίνη» που συνδέεται αιτιολογικά με προηγηθείσα χρήση της κατά την περιεγχειρητική περίοδο. Η αντιμετώπιση του συνδρόμου αυτού απαιτεί υψηλό βαθμό υποψίας ώστε να διαγνωστεί έγκαιρα, γιατί αποτελεί ιδιαίτερα επικίνδυνη επιπλοκή. Η χρήση της ηπαρίνης από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό απαιτεί επαρκή γνώση του ρόλου, του μηχανισμού δράσης και των πιθανών επιπλοκών από την χρήση της, καθώς και την ορθή αντιμετώπιση τους.

Λέξεις-κλειδιά: Αιμορραγία, αιμοστατικός μηχανισμός, θρόμβωση, ηπαρίνη, χειρουργική νοσηλευτική

Υπεύθυνος επικοινωνίας: Μαρία Χουντή, E mail: maria.chountí@hotmail.com, Τηλ. 2110114141

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ηπαρίνη (ετυμολογία από την ελληνική λέξη ήπαρ) είναι μια χημική ουσία της κατηγορίας των γλυκοζαμινογλυκανών που χρησιμοποιείται ευρέως ως ενέσιμο αντιπηκτικό. Μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί ως εσωτερική επικάλυψη επιφανειών σε σωλήνες με ιατρική χρήση, δοκιμαστικούς σωλήνες εργαστηρίων και καρδιοχειρουργικούς ή νεφρολογικούς σωλήνες, λόγω των μοναδικών ιδιοτήτων της να αναστέλλει την ενεργοποίηση της πήξης του αίματος. Αν και η βασική χρήση της είναι ως αντιπηκτικό φάρμακο, ο αληθής φυσιολογικός της ρόλος στα κύτταρα παραμένει ασαφής ακόμα και σήμερα. Ως ουσία, η ηπαρίνη αποθηκεύεται μέσα σε εκκριτικά κοκκία των μαστοκυττάρων και απελευθερώνεται στην κυκλοφορία σε θέσεις ιστικής βλάβης. Επιπλέον, έχει ανιχνευθεί σε πολλά διαφορετικά είδη ακόμη και σε μη σπονδυλωτά, τα οποία έχουν διαφορετικό μηχανισμό πήξεως από τα ανώτερα θηλαστικά. Η ανακάλυψη της αποτέλεσε επανάσταση στην παγκόσμια ιατρική διότι επέτρεψε την αναστολή του μηχανισμού πήξεως και την θεραπεία νοσημάτων στα οποία η παθολογική ενεργοποίηση του μηχανισμού αυτού είχε καταστροφικές συνέπειες στον οργανισμό του ανθρώπου (Nader et al 1999).

Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση των βασικών ιδιοτήτων του μηχανισμού δράσης της ηπαρίνης και του κεντρικού ρόλου της στη σύγχρονη ιατρική και νοσηλευτική επιστήμη. Επίσης παρουσιάζονται ο ορθός τρόπος χρήσης και παρακολούθησης ασθενών που λαμβάνουν ηπαρίνη, οι σημαντικές επιπλοκές που δυνητικά μπορεί να εμφανιστούν από την χρήση της, καθώς και η αντιμετώπισή τους.

Μηχανισμός πήξης του αίματος

Ο μηχανισμός της πήξης του αίματος και η ινωδόλυση αποτελούν τους σημαντικότερους μηχανισμούς ρύθμισης της διαδικασίας της αιμόστασης, είτε σε εσωτερικό (ενδαγγειακό) είτε σε εξωτερικό (εξωαγγειακό) περιβάλλον. Η ισορροπία ανάμεσα σε αυτούς τους δύο μηχανισμούς έχει ως αποτέλεσμα, αφ΄ ενός την απρόσκοπτη ροή του αίματος και αφ΄ ετέρου την πήξη του, εκεί όπου απαιτείται επείγουσα αποκατάσταση της βλάβης του ενδοθηλίου. Σε καταστάσεις όπου η ροή του αίματος, θεωρητικά, θα μπορούσε να επιβραδυνθεί και να εμφανιστεί θρόμβωση, ο ίδιος μηχανισμός ανταποκρίνεται με μείωση της πηκτικότητας του αίματος. Αυτή η διττή διαδικασία επιτελείται κάθε φορά με τη συνεργασία διαφόρων παραγόντων και την επίτευξη μιας ισορροπίας μεταξύ πήξης και ινωδόλυσης, σε φάση δυναμικής ισορροπίας. Τα έμμορφα στοιχεία του αίματος και ειδικότερα τα αιμοπετάλια, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο μαζί με ορισμένες πρωτεΐνες του πλάσματος και τους παράγοντες πήξης του αίματος. Οι παράγοντες αυτοί δρουν σε συνεργασία με το αγγειακό τοίχωμα, καθώς και με άλλα συστήματα, όπως αυτό του συμπληρώματος και των κινινών (Σταυρίδης 1993, Φιλίππου 1999).

Όταν επισυμβεί κάκωση σε ένα τμήμα του αγγειακού συστήματος, παρατηρείται σύσπαση του τοιχώματος στη θέση της βλάβης και τα αιμοπετάλια προσκολλώνται επάνω στα τραυματικά χείλη και τις επιφάνειες κολλαγόνου, που έχουν εκτεθεί στον αυλό του αγγείου χωρίς το προστατευτικό τους ενδοθήλιο. Με τον τρόπο αυτό γίνεται συσσώρευσή τους και δημιουργία της αρχικής αιμοστατικής πλάκας ή λευκού αιμοπεταλιακού θρόμβου. Η πρώτη αυτή αντίδραση είναι ταχεία, όμως δεν αποτελεί σταθερή και μόνιμη αντίδραση. Η δημιουργία σταθερού θρόμβου, που αποτελεί και το δεύτερο στάδιο, εξασφαλίζεται με τη συμμετοχή παραγόντων πήξεως και τον σχηματισμό του δικτύου του ινώδους.

Είναι σήμερα γνωστό ότι η πήξη του αίματος λαμβάνει χώρα με δύο μηχανισμούς, την ενδογενή και την εξωγενή οδό (Σταυρίδης 1993). Στην ενδογενή οδό η αποκάλυψη των ινών κολλαγόνου λόγω της κακώσεως, έχει ως αποτέλεσμα την ενεργοποίηση της μετατροπής του παράγοντα XII στην δραστική του μορφή XIIa. Ο XIIa θα μετατρέψει τον XI στην ενεργή του μορφή XIa. Ο XIa σε συνδυασμό με τα αιμοπετάλια και τον συν- παράγοντα VIII θα ενεργοποιήσουν τον παράγοντα X. Στην αλληλουχία αυτή της ενεργοποίησης παραγόντων πήξεως, η προθρομβίνη (παράγοντας II), θα μετατραπεί στην ενεργή της μορφή, τη θρομβίνη (παράγοντας IIa). Η θρομβίνη τελικά καταλύει τη μετατροπή του ινωδογόνου σε ινώδες που δημιουργεί τον θρόμβο. Στην εξωγενή οδό της πήξης, η απελευθέρωση του ιστικού παράγοντα ενεργοποιεί τον παράγοντα VII. Ο παράγοντας X που ενεργοποιήθηκε με τη μία ή την άλλη οδό σε συνεργασία με τον παράγοντα V και τις λιποπρωτεΐνες των αιμοπεταλίων (τρίτος αιμοπεταλιακός παράγων), καταλύουν τελικά τη μετατροπή της προθρομβίνης σε θρομβίνη. Η θρομβίνη μετατρέπει το ινωδογόνο σε ινώδες. Ο πολυμερισμός του ινώδους σχηματίζει το θρόμβο (Σταυρίδης 1993, Φιλίππου 1999).

Αντιπηκτική Δράση Ηπαρίνης

Η ανακάλυψη της ηπαρίνης έγινε το 1916 από τον Jan McLean, ο οποίος σπούδαζε Ιατρική στο Πανεπιστήμιο John Hopkins στη Βαλτιμόρη και ονομάστηκε έτσι γιατί η απομόνωσή της έγινε για πρώτη φορά από ήπαρ σκύλου. Το κύριο πρόβλημα που παρέμενε άλυτο για μεγάλο χρονικό διάστημα, ήταν πως δεν μπορούσαν να απομονωθούν μεγάλες ποσότητες ηπαρίνης και οι έρευνες εκτελούνταν σε εργαστηριακό μόνο επίπεδο (Σταυρίδης 1993).

Κάθε μόριο ηπαρίνης μπορεί να αποτελείται από διαφορετικό μοριακό βάρος που κυμαίνεται περίπου από 900 έως 40.000 Daltons, ανάλογα με την ικανότητα πολυμερισμού του. Το κύριο σημείο ανεύρεσής της στον οργανισμό είναι στα μεταχρωματικά κοκκία των σιτευτικών

κύτταρων, καθώς και στα βασεόφιλα κοκκιοκύτταρα των διαφόρων ιστών. Με τη βοήθεια της βιοτεχνολογίας απομονώνεται από τον εντερικό βλεννογόνο των χοίρων και των βοών μια πρώιμη μορφή της ηπαρίνης που με κατάλληλη επεξεργασία παίρνει την κλασσική τελική της μορφή. Αρνητικά φορτία τα οποία βρίσκονται μέσα στο μόριο της ηπαρίνης σχηματίζουν συμπλέγματα με τις πρωτεΐνες πήξεως του αίματος και έτσι μέσω των αμινοθειούχων αλυσίδων ασκείται η δράση της. Στα αιμοπετάλια όμως η ηπαρίνη δεν έχει την ικανότητα ούτε να μεταβάλλει την προσκόλληση τους, αλλά ούτε και να καταργήσει την δράση της ADP (Φιλίππου 1999). Η ηπαρίνη συνδέεται με την αντιθρομβίνη ΙΙΙ και δημιουργούν ένα ισχυρό σύμπλεγμα που έχει την δυνατότητα να αναστέλλει τις ενεργοποιημένες πρωτεάσες, που λαμβάνουν μέρος στην πήξη του αίματος.

Οι μορφές που είναι κατάλληλες για να χρησιμοποιηθούν στον ασθενή κυκλοφορούν στο εμπόριο με σύσταση νατριούχου ή ασβεστούχου άλατος. Η μονάδα στην οποία υπολογίζεται η ηπαρίνη είναι σε μονάδες κατά 1 mg όπου αντιστοιχούν σε 120 διεθνείς μονάδες (IU). Όταν η χορήγηση της ηπαρίνης γίνεται υποδόρια η δράση της είναι καθυστερημένη μέχρι να μεταβολιστεί η ουσία στους ιστούς, ενώ ενδοφλεβίως η αντιπηκτική της δράση είναι άμεση και διαρκεί ένα χρονικό διάστημα περίπου 10 ωρών, ανάλογα βέβαια και με το σύνολο των IU που έχουν χορηγηθεί. Ακόμη μεγαλύτερη βιοδιαθεσιμότητα εμφανίζει η δράση της ηπαρίνης εάν η χορήγησή της γίνεται εντός 24ώρου συνεχόμενα. Σε συνεχόμενη έγχυση, από νοσηλευτικής απόψεως, δεν πρέπει να αμελείται η αλλαγή του φλεβοκαθετήρα ανά 36 με 72 ώρες ώστε να προληφθεί η εμφάνιση σημείων θρομβοφλεβίτιδας. Ο μηχανισμός της αντιπηκτικής δράσης της ηπαρίνης φαίνεται στον Πίνακα 1 (Σταυρίδης 1993, Φιλίππου 1999)

Είδη ηπαρινών και βασικά χαρακτηριστικά τους

Οι δύο κατηγορίες ηπαρινών σε κλινική χρήση είναι η μη κλασματοποιημένη ηπαρίνη και οι ηπαρίνες χαμηλού μοριακού βάρους. Ακολουθεί βραχεία περιγραφή της κάθε μιας κατηγορίας και παρατίθεται συγκριτικός πίνακας των ιδιοτήτων τους (πίνακας 2).

Μη κλασματοποιημένη ηπαρίνη

Η μη κλασματοποιημένη ηπαρίνη χορηγείται με συνεχή έγχυση ή με υποδόριες ενέσεις και ρυθμίζεται με τέτοιο τρόπο, ώστε να επιτευχθεί ενεργοποιημένος χρόνος μερικής θρομβοπλαστίνης (APTT) μεγαλύτερος από 1.5. Αποτελεί αποτελεσματικό τρόπο αντιμετώπισης της φλεβικής θρόμβωσης. Ο αρχικός ηπαρινισμός θα πρέπει να ακολουθείται από μακροχρόνια αγωγή με από του στόματος αντιπηκτικά. Το APTT αποτελεί μια γενική μέθοδο εξέτασης της πήξης και δεν είναι ειδική εξέταση για την ηπαρίνη. Ως εξέταση επηρεάζεται από πρωτεΐνες του πλάσματος και από παράγοντες πήξης του αίματος. Το πλέον κοινό σφάλμα στην αγωγή με ηπαρίνη είναι η αποτυχία επίτευξης αποτελεσματικής αντιπηκτικής δρά-

Πίνακας 1: Μηχανισμός αντιπηκτικής δράσης της ηπαρίνης

Αναστολή της αντίδρασης θρομβίνης- ινωδογόνου
Προαγωγή της προσρόφησης της θρομβίνης επάνω στο ινώδες
Εξουδετέρωση της θρομβίνης και του παράγοντα Xa μαζί με την αντιθρομβίνη ΙΙΙ (και το συν-παράγοντα της ηπαρίνης)
Μεταβολή λειτουργικότητας αιμοπεταλίων
Ενεργοποίηση της λιποπρωτεϊνικής λιπάσης

Πίνακας 2: Σύγκριση μη κλασματοποιημένης ηπαρίνης και ηπαρινών χαμηλού μοριακού βάρους

	Μη κλασματοποιημένη	Ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους (ΗΧΜΒ)
Δράση	Αντι- XIIa, XIa, IXa, VIIa, αντιθρομβίνη	Αντι- Xa
Οδός χορήγησης	Υποδόρια- Ενδοφλέβια	Υποδόρια
Απορρόφηση από υποδόριο	Αργή	Αυξημένη
Σύνδεση με πρωτεΐνες	Ναι- στο πλάσμα και τα ενδοθήλια	Ελαττωμένη
Βιοδιαθεσιμότητα	Υποδόρια:10-30% σε χαμηλές δόσεις, 90% σε υψηλότερες δόσεις, Ενδοφλέβια: 100% εξ ορισμού	>90%
Χρόνος ημιζωής	Υποδόρια: 1.5 ώρες Ενδοφλέβια: 30 λεπτά	4 ώρες
Ιδιοσυστασιακή διακύμανση	Μεγάλη	Μικρή
Έλεγχος	APTT	Δεν απαιτείται
Μεταβολισμός	Ήπαρ και νεφροί	Νεφροί

σης. Τιμές APTT μικρότερες από 1.5 κατά τις πρώτες ημέρες χορήγησής της αυξάνουν την πιθανότητα υποτροπής της θρομβοεμβολικής νόσου. Συνεπώς, η αρχική δόση φόρτισης θα πρέπει να είναι η κατάλληλη και το APTT θα πρέπει να παρακολουθείται κάθε έξι ώρες κατά το πρώτο 24ωρο της έγχυσης. Τα από του στόματος αντιπηκτικά μπορούν να ξεκινήσουν από την αρχή της θεραπείας και συνεχίζονται για τουλάχιστον τρείς με έξι μήνες. Η βέλτιστη διάρκεια της ενδοφλέβιας αγωγής με ηπαρίνη είναι πέντε με επτά ημέρες, διότι αυτό είναι το απαιτούμενο διάστημα ώστε να επιτευχθεί αποτελεσματική ελάττωση στους παράγοντες πήξεως που εξαρτώνται από την βιταμίνη Κ (με τα από του στόματος αντιπηκτικά) (Hirsh 1991).

Ηπαρίνες Χαμηλού Μοριακού Βάρους (ΗΧΜΒ)

Οι ΗΧΜΒ προκαλούν μικρότερο ποσοστό αιμορραγιών ενώ παρουσιάζουν ίδια αντιθρομβωτικά αποτελέσματα όπως η κλασσική μορφή ηπαρίνης. Οι ασθενείς εμφανίζουν καλύτερη ποιότητα ζωής, αφού η χορήγηση της ΗΧΜΒ γίνεται υποδορίως μία ή δύο φορές την ημέρα και μπορεί να χορηγηθεί και κατ' οίκον με ασφάλεια. Οι ΗΧΜΒ ανακαλύφθηκαν μέσα από την προσπάθεια αναζήτησης ενός φαρμάκου το οποίο θα είχε αντιθρομβωτική (αντι-Xa) δράση απαλλαγμένη όμως από την αντιπηκτική (αντι-IIa) δράση που έχει η κλασσική ηπαρίνη, δηλαδή ουσιαστικά απαλλαγμένη από τις αιμορραγικές επιπλοκές. Οι ουσίες αυτές έχουν καλύτερη βιοδιαθεσιμότητα, δοσοεξαρτώμενο ρυθμό κάθαρσης και μακρότερο χρόνο ημίσειας ζωής. Οι ΗΧΜΒ που διατίθενται σήμερα περιλαμβάνουν την ενοξαπαρίνη, τη δαλτεπαρίνη, τη ναδρομπαρίνη, τη τινζαπαρίνη και τη βεμπαρίνη. Η αντιθρομβωτική δράση των ΗΧΜΒ έχει βρεθεί πως επιτυγχάνεται μέσω αναστολής στο επίπεδο της θρομβίνης και όχι τόσο λόγω της αντι-Xa δράσης. Για τους λόγους αυτούς κάθε σκεύασμα θα πρέπει να θεωρείται ως ξεχωριστή φαρμακευτική οντότητα με τις δικές της θεραπευτικές δόσεις. (Fennerty 2006, Anonymous 2013, Lieberman et al 2013).

Νοσηλευτική προσέγγιση ασθενή που λαμβάνει ηπαρίνη

Είναι προφανές ότι οι ασθενείς που λαμβάνουν αντιπηκτική αγωγή βρίσκονται σε μια ιδιαίτερη θέση από πλευράς παρακολούθησης. Η υποθεραπευτική δόση μπορεί να οδηγήσει σε παρατεταμένη νοσηλεία ή και θάνατο, καθώς η συνηθέστερη επιπλοκή είναι η υποτροπή θρομβοεμβολικού επεισοδίου. Η οποιαδήποτε υπερ-θεραπευτική αγωγή σε τοξικά επίπεδα, έχει ως αποτέλεσμα αιμορραγία με καταστροφικές και δύσκολα ανατάξιμες βλάβες. Για τους παραπάνω λόγους απαιτείται διαρκής επαγρύπνηση τόσο από πλευράς δοσολογίας, συν-παραγόντων κινδύνου, δυναμικών μεταβολών της κατάστασης του ασθενούς καθώς και πολλαπλών μεταβλητών που επηρεάζουν τη σωστή εξατομικευμένη αγωγή.

Τόσο η παρακολούθηση των παραμέτρων πήξεως του ασθενούς, όσο και η άμεση νοσηλευτική παρέμβαση για την πρόληψη των σοβαρών επιπλοκών αποτελούν αναπόσπαστο τμήμα της νοσηλευτικής φροντίδας. Επίσης, είναι αναγκαία από όλους τους επαγγελματίες υγείας η έγκαιρη και επίσημη τεκμηρίωση στοιχείων από τυχόν παρενέργειες που πιθανόν προκύψουν από τη χορήγηση αντιπηκτικών. Για να ελεγχθεί η αποδοτικότητα της ηπαρίνης στον ασθενή που λαμβάνει αντιπηκτική αγωγή, χρησιμοποιείται είτε ολικό αίμα είτε πλάσμα. Οι παράμετροι που ελέγχονται είναι ο χρόνος ενεργοποιημένου ολικού αίματος, ο χρόνος πήξεως του αίματος, και ο χρόνος της ενεργοποιημένης ατελούς θρομβοπλαστίνης καθώς και το International Normalized Ratio (INR). Η τιμή αυτή αποτελεί ένα λόγο και συγκεκριμένα INR=(PTtest/PTnorm)ISI Αποτελεί δηλαδή το λόγο του χρόνου προθρομβίνης του ασθενούς προς τον χρόνο προθρομβίνης που δίδεται ως φυσιολογικός από τον κατασκευαστή υψωμένο στον εκθέτη ISI που επίσης είναι αριθμός που δίνεται από τον κατασκευαστή του test ελέγχου της προθρομβίνης. Ο λόγος ύπαρξης του INR είναι η ομοιογενής καταγραφή αποτελεσμάτων από διαφορετικούς τύπους αντιδραστηρίων για την καλύτερη παρακολούθηση των ασθενών. Όταν η χορήγηση της ηπαρίνης γίνεται με ενδοφλέβια 24ωρη χορήγηση, ο έλεγχος της πήξης γίνεται σε αραιά διαστήματα και ανάλογα με την υποκείμενη πάθηση και τις κλινικές ενδείξεις (Hirsh 1991).

Σε ασθενείς που αρχίζουν να λαμβάνουν κουμαρινικά φάρμακα (Sintrom) ο έλεγχος του INR θα πρέπει να λαμβάνεται στην αρχή την τρίτη ημέρα και μετά μέχρι σταθεροποίηση των χρόνων πήξης και μέχρι να διακοπεί η αγωγή με ηπαρίνη και περάσει ο ασθενής στα νέα σχήματα από του στόματος. Από εκεί και μετά ο έλεγχος του INR συνήθως γίνεται κάθε μήνα εφ όσον δεν συντρέχουν σημαντικοί λόγοι υγείας ή κλινικά κριτήρια. Η θεραπεία με ηπαρίνη ή ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους μπορεί να διακοπεί ύστερα από πέντε ημέρες της θεραπείας, όταν βρεθεί το INR να είναι μεταξύ 2,0 και 3,0. Το INR αποτελεί αριθμό χωρίς μονάδα μέτρησης αφού αποτελεί λόγο (κλάσμα) χρόνων προθρομβίνης (Hirsh 1991).

Σε περίπτωση υπερβολικής δόσης ηπαρίνης το αντίδοτο είναι η θειϊκή πρωταμίνη και η ποσότητα πρέπει να είναι ανάλογη με την δόση της ηπαρίνης και το χρονικό διάστημα από το οποίο χορηγήθηκε. Με την άμεση χορήγηση θειϊκής πρωταμίνης αμέσως μετά την χορήγηση ηπαρίνης, η απαιτούμενη ποσότητα είναι 1mg για κάθε 100IU ηπαρίνης με βραδύ ρυθμό, ενδοφλεβίως σε 10-30 min καθώς μια από τις δυνητικές επιπλοκές της χορήγησης πρωταμίνης είναι η πρόκληση υπότασης (Kearon 1997, Veen et al 2011).

Επιπλοκές από τη χορήγηση αντιπηκτικών

Η πιο γνωστή και ανεπιθύμητη ενέργεια από τη χρήση ηπαρίνης είναι η αιμορραγία. Θρομβοπενία έχει καταγραφεί σε ποσοστό 2-3% με μηχανισμό που δεν έχει ακόμη διευκρινιστεί. Έχει επίσης περιγραφεί οξεία αρτη-

ριακή θρόμβωση που εμφανίζεται περίπου δέκα ημέρες μετά την έναρξη της θεραπείας. Η μακροχρόνια θεραπεία με ηπαρίνη έχει συνδεθεί επίσης και με εμφάνιση οστεοπόρωσης. Η σοβαρότερη επιπλοκή που έχει αναφερθεί στη διεθνή βιβλιογραφία είναι η αιφνίδια αυτόματη ρήξη σπληνός που εμφανίζεται με οξύ κοιλιακό άλγος, πόνο στον αριστερό ώμο καθώς και υποογκαιμικό shock (Yorkgitis et al 2014).

Θρομβοκυτταροπενία επαγόμενη από ηπαρίνη (Heparin Induced Thrombocytopenia- HIT)

Η επαγόμενη από την ηπαρίνη θρομβοκυτταροπενία είναι μια σοβαρή επιπλοκή της χορήγησης ηπαρίνης που έχει ως χαρακτηριστικό της την ανοσολογική αντίδραση με αυξημένο κίνδυνο φλεβικών και αρτηριακών θρομβώσεων. (Warkentin et al 2003) Η έκθεση στην ηπαρίνη οδηγεί στο σχηματισμό αντισωμάτων IgG που αναγνωρίζουν τα μακρομοριακά συμπλέγματα ανάμεσα στον παράγοντα Platelet Factor 4 (PF4) και την ηπαρίνη που εμφανίζονται επάνω στην επιφάνεια των αιμοπεταλίων. Το τελικό αποτέλεσμα είναι η παρατεταμένη δημιουργία θρομβίνης και ο σχηματισμός φλεβικών και αρτηριακών θρομβώσεων που αποτελεί και το χαρακτηριστικό κλινικό σημείο στην HIT.

Παράγοντες κινδύνου αποτελούν η διάρκεια έκθεσης σε ηπαρίνη, ο πληθυσμός, η σοβαρότητα της κάκωσης και το φύλο. (Lubenow et al 2010) Η θρομβοπενία (αιμοπετάλια <150 x 10^9/L) είναι η πλέον κοινή κλινική εκδήλωση του HIT και συμβαίνει στο 85-90% των ασθενών. Η χαρακτηριστική έναρξη της πτώσης του αριθμού των αιμοπεταλίων είναι 5-10 ημέρες μετά την έναρξη της ηπαρίνης, ιδιαίτερα όταν η χορήγησή της γίνεται περιεγχειρητικά. (τυπική έναρξη HIT). Η ταχείας έναρξης HIT αναφέρεται στην απότομη πτώση του αριθμού των αιμοπεταλίων (μέσα σε 24 ώρες) που συμβαίνει σε ασθενείς που έχουν ήδη σχηματισμένα αντισώματα HIT στην κυκλοφορία τους λόγω πρόσφατης επαφής με ηπαρίνη συνήθως εντός μηνός και συχνά μέσα στις προηγούμενες 100 ημέρες. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να εμφανιστεί θρομβοκυτταροπενία έως και 3 εβδομάδες μετά τη διακοπή της ηπαρίνης. Αν και η θρομβοκυτταροπενία είναι η πιο συχνή μορφή εμφάνισης του HIT σε έως και 25% των ασθενών θα αναπτυχθεί θρόμβωση που προηγείται της ανάπτυξης της θρομβοκυτταροπενίας.

Η πιο συχνή επιπλοκή της HIT είναι η φλεβική θρόμβωση και στο 17-55% των ασθενών με HIT που δεν θα λάβουν καμία θεραπεία θα αναπτυχθεί εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση (ΕΒΦΘ) και/ή πνευμονική εμβολή. Αρτηριακά συμβάματα όπως θρόμβωση αρτηριών των άκρων, εγκεφαλικά επεισόδια και έμφραγμα του μυοκαρδίου μπορεί επίσης να εμφανιστούν σπανιότερα (3-10%). Μετά από καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις η πλειοψηφία των θρομβωτικών συμβαμάτων που συνδέονται με HIT είναι αρτηριακά. Περίπου το 5-10% των ασθενών με HIT πεθαίνουν τελικά λόγω θρομβωτικών επιπλοκών.

Το πρώτο και βασικό βήμα στην αντιμετώπιση του HIT είναι η διακοπή κάθε μορφής ηπαρίνη ακόμα και τη χαμηλού μοριακού βάρους η απαγόρευση εκτέλεσης ηπαρινισμού και κάθε flush στις γραμμές και στις οδούς χορήγησης φαρμάκων καθώς και η αφαίρεση ή διακοπή χρήσης κάθε καθετήρα που έχει προηπαρινιστεί. Αυτό το μέτρο από μόνο του είναι σε πολλές περιπτώσεις ικανό να βελτιώσει την κατάσταση και να αποτρέψει την εμφάνιση περαιτέρω επιπλοκών (Warkentin et al 2001, Lubenow et al 2002).

Χειρουργική Νοσηλευτική και Ηπαρίνη

Σε ασθενείς που δεν είναι εφικτή η άμεση κινητοποίησή τους μετά από μια χειρουργική επέμβαση, είναι πιθανό να συμβεί ΕΒΦΘ με κίνδυνο πνευμονικής εμβολής μια δυνητικά θανατηφόρα επιπλοκή. Οι παράγοντες κινδύνου για θρομβοεμβολικό επεισόδιο φαίνονται στον Πίνακα 3.

Γενική Χειρουργική

Προληπτικά μπορεί να χρησιμοποιηθεί κλασσική ηπαρίνη σε δόση 5000IU υποδορίως με χορήγηση της πρώτης δόσης δύο ώρες πριν το χειρουργείο και στη συνέχεια οι δόσεις επαναλαμβάνονται σε διάστημα 8-12 ωρών. Σήμερα, στην κλινική πρακτική χρησιμοποιούνται όλο και περισσότερο οι ηπαρίνες χαμηλού μοριακού βάρους, η χρήση των οποίων σε συνδυασμό με την χρήση ελαστικών καλτσών έχει ελαττώσει σημαντικά την επίπτωση της επιπλοκής (Clagett 1995).

Σε επεμβάσεις χαμηλού κινδύνου κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο τα πλέον αποτελεσματικά μέτρα είναι η ταχεία κινητοποίηση του ασθενούς, η καλή ενυδάτωση του και η χρήση ελαστικών καλτσών κάτω άκρων. Σε επεμβάσεις μετρίου και υψηλότερου κινδύνου χορηγείται μικρή δόση της κλασσικής ηπαρίνης, είτε HXMB κατά την μετεγχειρητική περίοδο και τοποθετείται συσκευή

Πίνακας 3: Παράγοντες κινδύνου για Θρομβοεμβολική νόσο

Ηλικία> 70 έτη
Παχυσαρκία
Παρατεταμένη ακινησία
Προηγηθέν θρομβοεμβολικό επεισόδιο
Ιστορικό Θρομβοφιλίας
Ιστορικό Κακοήθειας
Παράλυση κάτω άκρων
Μείζον τραύμα ή χειρουργείο σε ισχίο, πύελο και κάτω άκρα
Γενική αναισθησία
Εγκυμοσύνη
Χρήση Αντισυλληπτικών
Καρδιακή ανεπάρκεια
Λοίμωξη

διαλείπουσας συμπίεσης των κάτω άκρων κατά την διάρκεια της επεμβάσεως και κατά τη μετεγχειρητική περίοδο. Σε όλη τη διάρκεια της νοσηλείας του ο ασθενής φέρει και ελαστικές κάλτσες κάτω άκρων παράλληλα με την φαρμακευτική αγωγή του. Ο χειρουργικός ασθενής αντιμετωπίζει δυνητικά την πιθανότητα επιπλοκής από υπερπηκτικότητα ενώ ταυτόχρονα επαπειλείται και από αιμορραγία λόγω της υποκείμενης επέμβασης. Είναι προφανές πως απαιτείται υψηλός βαθμός υποψίας για την αντιμετώπιση οποιασδήποτε κατάστασης η οποία μπορεί να συμβάλλει στην εμφάνιση της μίας ή της άλλης νοσηρής κατάστασης. Τα σημεία τραύματος και φλεβοκέντησης επισκοπούνται προσεκτικά για την εμφάνιση αιματωμάτων ή υποδόριων συλλογών, οι σωλήνες παροχέτευσης αναζητούνται για σημεία αύξησης της ροής τους και τα κάτω άκρα ερευνώνται για οιδήματα και άλγος. Κάθε μέλος του σώματος του ασθενούς μπορεί να δώσει το κλινικό εκείνο σημείο που θα υποδηλοί πως η αντιπηκτική αγωγή έχει προκαλέσει επιπλοκή και θα πρέπει το συντομότερο να ελεγχθεί αποτελεσματικά. Η οξεία εμφάνιση δύσπνοιας, βήχα, πλευριτικού πόνου και ταχυκαρδίας αποτελούν σημεία πνευμονικής εμβολής. Εάν διαλάθουν της προσοχής του νοσηλευτή, η ζωή του ασθενούς ενδέχεται να κινδυνεύσει (Clagett 1995).

Οι ΗΧΜΒ παίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόληψη θρομβοεμβολικών επιπλοκών κυρίως σε επεμβάσεις γενικής χειρουργικής και ορθοπαιδικής. Σε όλες αυτές τις επεμβάσεις λόγω της υψηλής θρόμβωσης ενδείκνυται απόλυτα η λήψη μέτρων προφύλαξης. Το Fifth American College of Chest Physicians Consensus Conference on Antithrombotic Therapy (Sachdev 1999) έχει από ετών καταλήξει στις βασικές αρχές εφαρμογής μέτρων προφύλαξης που αναλύονται παρακάτω ανά είδος επέμβασης. Ασθενείς που υποβάλλονται σε επεμβάσεις Γενικής Χειρουργικής έχουν κίνδυνο ΕΒΦΘ 16% και 1.6% επίπτωση πνευμονικής εμβολής όταν δεν λαμβάνουν αγωγή για ΕΒΦΘ. Οι ηπαρίνες ΧΜΒ είναι τόσο αποτελεσματικές όσο και οι χαμηλές δόσεις υποδόριας κλασσικής ηπαρίνης. Η χρήση τους ελαττώνει την επίπτωση της νόσου στο μισό (5-8%). Αν και οι ασθενείς χαμηλού κινδύνου μπορούν να αντιμετωπιστούν με απλά μέσα όπως οι κάλτσες ελαστικής συμπίεσης και οι διαλείπουσα συμπίεση των κάτω άκρων, οι ασθενείς υψηλότερου κινδύνου χρήζουν υποχρεωτικά αντιπηκτική αγωγή διότι ο κίνδυνος θανάτου σε περίπτωση εμφάνισης της νόσου είναι σημαντικός. Η αγωγή συνεχίζεται μέχρι της πλήρους κινητοποίησης του ασθενούς και η συνήθης χορήγηση είναι μία ή δύο φορές την ημέρα (Sachdev 1999).

Η επίπτωση της μετεγχειρητικής ΕΒΦΘ κυμαίνεται από 7% (διουρηθρική προστατεκτομή) μέχρι και πάνω από 50% σε βαριές επεμβάσεις. Το 50% περίπου των θρομβοεμβολικών επεισοδίων που συμβαίνουν, αναπτύσσονται κατά τη διάρκεια της επέμβασης. Θεωρητικά αλλά και πρακτικά πρέπει να καλύπτονται με ηπαρίνη οι ασθενείς οι οποίοι διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν πνευμονική εμβολή. Σε πολυκεντρική μελέτη από τη Σκανδιναβία προσδιορίστηκαν με ακρίβεια οι βασικοί και ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου για θρομβοεμβολική νόσο (ιστορικό προηγηθείσας θρομβοεμβολικής νόσου, ιστορικό κατάγματος, αρθροπλαστικής, έλκους κνήμης ή κακοήθους νοσήματος, χρόνος επέμβασης πάνω από 150 λεπτά, χορήγηση αίματος πάνω από δύο μονάδες αίματος και παραμονή στο νοσοκομείο περισσότερο από έξι ημέρες). Στη μελέτη αυτή δεν αναγνωρίστηκαν ως παράγοντες κινδύνου η ηλικία του ασθενούς και το βάρος του (Jaffer 2008).

Σε πολυτραυματίες η χαμηλομοριακή ηπαρίνη φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματική από την κλασική ηπαρίνη και τα μηχανικά μέσα. Η προφυλακτική χρήση φίλτρου κάτω κοίλης φλέβας παραμένει ακόμα και σήμερα αμφιλεγόμενη.

Ορθοπαιδική χειρουργική

Τα ορθοπαιδικά χειρουργεία είναι τα πρώτα σε πιθανότητα εμφάνισης θρομβοεμβολικής νόσου και σε μελέτες έχει καταδειχθεί πως η χορήγηση χαμηλής δόσης αντιπηκτικών από του στόματος δεν επαρκεί ως προφύλαξη. Η διατήρηση του INR σε επίπεδα μεταξύ 2-3 είναι αποτελεσματική αλλά έχει συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο αιμορραγίας (Levine et al 1991).

Σε ασθενείς που δεν λαμβάνουν προφύλαξη για ΕΒΦΘ σε εκλεκτικές επεμβάσεις αντικατάστασης ισχίου ή γόνατος ή σε κατάγματα ισχίου, ο κίνδυνος μετεγχειρητικής θρόμβωσης είναι τουλάχιστον 40% και ο κίνδυνος για πνευμονική εμβολή κυμαίνεται από 1.8-30%. Η ηπαρίνη ΧΜΒ είναι ασφαλής και αποτελεσματική μετά από τέτοιες επεμβάσεις και η χορήγηση της συνοδεύεται από χαμηλότερες αιμορραγικές επιπλοκές (Levine et al 1991).

Η πρόληψη της ΕΒΦΘ είναι ιδιαίτερα συχνή μετά από επεμβάσεις αντικατάστασης γόνατος και η χορήγηση χαμηλής δόσης κλασσικής ηπαρίνης εμφανίζει οριακό πλεονέκτημα. Στα περιστατικά αυτά η νοσηλευτική παρέμβαση περιλαμβάνει μέτρηση ζωτικών ανά 4ώρο, έλεγχο κορεσμού αίματος καθώς και επισκόπηση του χειρουργικού τραύματος. Μελέτες που συνέκριναν την χαμηλής δόσης κλασσική ηπαρίνη και την ΗΧΜΒ, κατέδειξαν πως η τελευταία εμφανίζει σημαντικά πλεονεκτήματα. Η χρήση καλτσών συμπίεσης κι οι περιοδική συμπίεση των άκρων με χρήση αέρα παίζουν επίσης σημαντικό ρόλο και εμφανίζονται να δρουν συνεργικά με την φαρμακευτική αγωγή (Spiro et al 1993).

Αγγειοχειρουργική- Καρδιοχειρουργική

Η ηπαρίνη παίζει σημαντικό ρόλο σε ασθενείς με περιφερική αρτηριακή νόσο. Η μη κλασματοποιημένη- κλασσική ηπαρίνη χρησιμοποιείται σε κάθε ασθενή ο οποίος υποβάλλεται σε παρακαμπτήρια επέμβαση. Τυπικά χορηγείται 3-5 λεπτά πριν τον αποκλεισμό της αρτηρίας. Η συχνότερη και πλέον ασφαλής δόση είναι η χορήγηση 100-150 units/kg σε ενδοφλεβίως. Αυτό ελέγχεται μέσα

στη χειρουργική αίθουσα με τη μέτρηση του ενεργοποιημένου χρόνου πήξης (Activated Clotting Time- ACT). Επιπλέον δόση ηπαρίνης χορηγείται με βάση το χρόνο ACT. Ο χρόνος ημίσειας ζωής της κλασσικής ηπαρίνης είναι 80-90 λεπτά. Αυτή η τακτική έχει αποδειχθεί ότι ελαττώνει τη θρόμβωση εκ στάσεως. Επιπλέον έχει προταθεί (Thompson et al., 1996) πως η διεγχειρητική χορήγηση κλασικής ηπαρίνης αποτελεί προφύλαξη κατά του εμφράγματος του μυοκαρδίου, σε επεμβάσεις αντικατάστασης ανευρύσματος κοιλιακής αορτής. Η ΗΧΜΒ δεν έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως διότι έχει μεγάλη διάρκεια δράσης, γεγονός που δεν είναι εφικτό να αναστραφεί πλήρως με τη χορήγηση πρωταμίνης. Σε τυχαιοποιημένη μελέτη που έγινε, βρέθηκε πως η ΗΧΜΒ είναι το ίδιο αποτελεσματική όπως και η κλασική ηπαρίνη στην πρόληψη θρομβώσεων, χωρίς αύξηση αιμορραγικών επιπλοκών σε επεμβάσεις περιφερικών αγγείων (Norgren et al 2004).

Ο ασθενής που θα διαγνωστεί με ΕΒΦΘ νοσηλεύεται για θεραπεία που περιλαμβάνει ενδοφλέβια χορήγηση ηπαρίνης και παρακολούθηση του χρόνου ενεργοποιημένης μερικής θρομβοπλαστίνης aPTT. Ο ασθενής θα παραμείνει νοσηλευόμενος μέχρι να αρχίσει η χορήγηση κουμαρινικών (Warfarin- Sintrom) και να επιτευχθεί χρόνος INR μεταξύ 2-3. Η αντιμετώπιση αυτή συνήθως απαιτεί νοσηλεία τριών έως επτά ημερών (Singer et al 1993).

Οι καρδιοχειρουργικοί ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη δέχονται πλήρη ηπαρινισμό προεγχειρητικά και διεγχειρητικά. Μέχρι την ολοκλήρωση της επέμβασης διατηρείται η κατάσταση ηπαρινισμού για την απρόσκοπτη λειτουργία του μηχανήματος εξωσωματικής κυκλοφορίας. Άμεσα μετεγχειρητικά, συνήθως οι ασθενείς ξεκινούν ασπιρίνη σε χαμηλή δόση ή κλοπιδογρέλη για την διατήρηση της βατότητας των παρακαμπτήριων μοσχευμάτων. Η πνευμονική εμβολή δεν αποτελεί συνήθως αιτία θανάτου σε αυτή την ομάδα ασθενών. Σε επεμβάσεις στις καρδιακές βαλβίδες ο ηπαρινισμός του ασθενούς είναι πλήρης και αμέσως μετά την αποσωλήνωση του ασθενούς αρχίζουν τα αντιπηκτικά από το στόμα με επίτευξη στόχου INR 2.5-3.5. Σε επεμβάσεις αντικατάστασης αορτής δεν απαιτείται επιπλέον αντιπηκτική αγωγή κατά την μετεγχειρητική περίοδο (Lapum et al 2006).

Γυναικολογική χειρουργική

Κατά τη διάρκεια μιας φυσιολογικής κύησης προκύπτουν αλλαγές στο κυκλοφορικό σύστημα της γυναίκας που μπορεί να οδηγήσουν σε ελάττωση της φλεβικής ροής και αύξηση της γλοιότητας του αίματος. Γνωστοί παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση της επιπλοκής είναι τα υψηλά επίπεδα οιστρογόνων στον οργανισμό και η αυξημένη πίεση που προκαλεί η διογκωμένη μήτρα στα αγγεία της κοιλιακής χώρας. Η αύξηση της πηκτικότητας του αίματος της εγκύου είναι αποτέλεσμα τόσο ενεργοποίησης παραγόντων της πήξης, όσο και της μείωσης των φυσικών ανασταλτικών ουσιών της πήξης καθώς και η ελαττωμένη λειτουργία του μηχανισμού της ινωδόλυσης (Benson 2012, Hossain et al 2013).

Το είδος της αντιπηκτικής αγωγής που θα δοθεί για τη θεραπεία ή την προφύλαξη κατά τη διάρκεια της κύησης, πρέπει να λαμβάνει υπ' όψη του την ασφάλεια τόσο του εμβρύου, όσο και της μητέρας.

Έχει χορηγηθεί τόσο η κλασική ηπαρίνη όσο και οι ΗΧΜΒ, οι οποίες δεν διέρχονται τον πλακούντα και συνεπώς θεωρούνται ασφαλείς για το έμβρυο. Οι επιπλοκές για τη μητέρα από την χορήγηση ηπαρίνης περιλαμβάνουν την αυξημένη πιθανότητα αιμορραγίας, την επέλευση οστεοπορωτικών αλλοιώσεων και την θρομβοπενία (Benson 2012). Τα αποτελέσματα της ηπαρίνης όσο και των ΗΧΜΒ φαίνεται να επιτυγχάνουν την προφύλαξη και την θεραπεία θρομβοεμβολικών επεισοδίων. Παρόλα αυτά όμως, οι ΗΧΜΒ φαίνεται ότι πλεονεκτούν από την κλασσική ηπαρίνη, γιατί δε χρειάζεται τακτικός αιματολογικός έλεγχος που έχει ως απότοκο τη μείωση της ταλαιπωρίας της εγκύου, αλλά ταυτόχρονα και τη μείωση φόβου για την εμφάνιση ξαφνικών και απροσδόκητων παρενεργειών που μπορεί να προκύψουν από την κλασσική ηπαρίνη. Κατά την προεγχειρητική περίοδο, η ηπαρίνη ή οι ΗΧΜΒ διακόπτονται 24ώρες προ της πρόκλησης τοκετού ή της προγραμματισμένης καισαρικής. Αντίθετα σε γυναίκες που εμφανίζουν υψηλό κίνδυνο θρομβοεμβολής συνεχίζονται μέχρι 4-6 ώρες προ του τοκετού (Hossain et al 2013).

Η χορήγηση αντιπηκτικών σε γυναίκες που υποβάλλονται σε εξωσωματική γονιμοποίηση είναι τα τελευταία χρόνια μία επαναστατική μέθοδος και φαίνεται ότι έχει επιτυχή αποτελέσματα. Κυρίως χορηγούνται σε γυναίκες που εμφανίζουν καθ'έξιν αποβολές. Μια πιθανή αιτία αυτού του είδους των αποβολών αφορά στις ανωμαλίες που εμφανίζει το ανοσοποιητικό σύστημα. Συγκεκριμένα, το σώμα μπορεί να αναπτύξει αντισώματα στα συστατικά του τοιχώματος των αιμοφόρων αγγείων, τα οποία μπορούν να εμποδίσουν τη ροή αίματος μέσω αυτών των αγγείων προς τον πλακούντα ή ακόμη και να παρεμποδίσουν την προσκόλληση του εμβρύου στο τοίχωμα της μήτρας. Στις γυναίκες που υποβάλλονται σε εξωσωματική γονιμοποίηση από τα αντιπηκτικά χορηγείται η παιδική ασπιρίνη, διότι προκαλεί διαστολή των αιμοφόρων αγγείων του πλακούντα. Προτείνεται όμως συχνά για το λόγο αυτό και σε πολύ μετέπειτα στάδιο της εγκυμοσύνης, σε γυναίκες που εμφανίζουν προεκλαμψία (Clarke-Pearson et al 2012, Check 2012).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο σημαντικότερος αντιπηκτικός παράγοντας σε κλινική χρήση κατά τα τελευταία 60 χρόνια είναι η ηπαρίνη. Προφυλάσσει από την ανάπτυξη θρομβοεμβολικής νόσου,

την ΕΒΦΘ και την πνευμονική εμβολή. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολύπλευρος και ουσιώδης κατά την περιεγχειρητική κυρίως περίοδο. Η προεγχειρητική προφύλαξη εν γένει σήμερα είναι προκαθορισμένη με την χρήση των ΗΧΜΒ. Παρά ταύτα θα πρέπει να εξατομικεύεται ανάλογα με την υποκείμενη επέμβαση και τη νοσολογική εικόνα του κάθε ασθενούς.

Κατά τη μετεγχειρητική περίοδο θα πρέπει να υπάρχει υψηλός βαθμός υποψίας σημείων και συμπτωμάτων ανεπαρκούς ή υπερβολικής αντιπηκτικής αγωγής. Τα σημεία αυτά ενδέχεται να μην είναι τόσο ισχυρά ώστε να κινητοποιήσουν άμεσα για τις πιθανές επιπλοκές. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ασθενή και πριν την έξοδο από το νοσοκομείο, ο νοσηλευτής οφείλει να τον ενημερώσει για τη θεραπεία που λαμβάνει, τι σημαίνει η λήψη αντιπηκτικών φαρμάκων, τις ενδείξεις, αντενδείξεις, τις παρενέργειες του φαρμάκου, τις πιθανές αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα, καθώς και την προσδοκώμενη ωφέλεια από τα φάρμακα αυτά.

Παράλληλα οι ασθενείς πρέπει να εκπαιδευτούν σχετικά με τη μετατροπή από ενδοφλέβια σε αγωγή από του στόματος και στη σωστή τεχνική για τη χορήγηση της ΗΧΜΒ. Ο ασθενής θα πρέπει να αντιληφθεί πλήρως πως η ηπαρίνη και τα αντιπηκτικά εν γένει αποτελούν φάρμακα που θα λαμβάνονται συστηματικά και όχι διαλειπόντως και πως η παράβλεψη των σωστών οδηγιών μπορεί να αποτελέσει αιτία σημαντικών επιπλοκών ή και θανάτου. Η πρώτη δόση και ο εξατομικευμένος προσδιορισμός του τελικού σχήματος καλό είναι να γίνεται σε νοσοκομειακό περιβάλλον για να εξασφαλιστεί η ανοχή του ασθενούς και να αποφευχθούν τυχόν επιπλοκές ή παρενέργειες. Ανάλογα με την ηλικία του ασθενούς, το μορφωτικό επίπεδο, αλλά και το επίπεδο συνειδήσεως είναι απαραίτητη η περαιτέρω καθοδήγηση του με γραπτό υλικό, πακέτα πληροφοριών ή ακόμη και οπτικοακουστικά βοηθήματα ώστε να γίνουν πλήρως αντιληπτές οι ανάγκες και οι απαιτήσεις για την συγκεκριμένη θεραπεία καθώς και το προσδοκώμενο όφελος τόσο από τον ίδιο, αλλά και από το οικογενειακό του περιβάλλον.

Όπως και σε κάθε φαρμακευτική αγωγή, το ζητούμενο είναι η επίτευξη ισορροπίας ανάμεσα στην αποτελεσματικότητα και την ασφαλή χορήγηση. Φαίνεται πως με τα αντιπηκτικά η ισορροπία αυτή δεν έχει ακόμα επιτευχθεί. Έχουν προταθεί εναλλακτικά φάρμακα από του στόματος ή σε υποδόρια χορήγηση, σε ασθενείς με επικείμενη χειρουργική επέμβαση. Η ιλοπρόστη, η λεπιρουδίνη, αντιαιμοπεταλιακά όπως η αμσιξιμάμπη, η διπυριδαμόλη και η τριφλουζάλη έχουν προταθεί ως δυνητικοί παράγοντες. Αν και η δραστικότητα τους έχει τεκμηριωθεί, σε αρκετές περιπτώσεις δεν συμβαίνει το ίδιο και για την ασφάλεια της χρήσης τους. Νέες μελέτες απαιτούνται για την ανακάλυψη εκείνων των παραγόντων που θα ανταποκρίνονται σε μια άριστη αποτελεσματικότητα, με ελαχιστοποίηση των επιπλοκών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Anonymous (2013). Deep venous thrombosis and pulmonary embolism. Part 1. Initial treatment: usually a low-molecular-weight heparin. Prescrire Intenational Journal 22:99-101

Benson M.D. (2012). Pulmonary embolism in pregnancy. Consensus and controversies. Minerva Ginecologica 64:387-98

Check J.H. (2012). The use of heparin for preventing miscarriage. American Journal of Reproductive Immunology 67:326-33

Clagett G.P., Anderson F.A .Jr, Heit J., Levine M.& Wheeler H.B. (1995). Prevention of venous thromboembolism. Chest 108(4 suppl) :312–34

Clarke-Pearson D.L. & Abaid L.N. (2012). Prevention of venous thromboembolic events after gynecologic surgery. Obstetrics Gynecology 119:155-67

Fennerty A. (2006). Venous thromboembolic disease and cancer. Postgraduate Medical Journal 82:642-8

Φιλίππου Δ., Χουντής Π., Τρίγκα Α., Μυριανθεύς Π., Νησιώτης Αθ. (1999). Η ηπαρίνη στην χειρουργική. Ογκολογικά Αρχεία 8:6-41

Hirsh J. (1991). Heparin. The New England Journal of Medicine 324:1565–74.

Hossain N. & Paidas M.J. (2013). Inherited thrombophilia: diagnosis and anticoagulation treatment in pregnancy. Clinics in Laboratory Medicine 33:377-90

Jaffer A.K., Amin A.N, Brotman D.J., Deitelzweig S.B., McKean S.C. & Spyropoulos A.C. (2008). Prevention of venous thromboembolism in the hospitalized medical patient. Cleveland Clinic Journal of Medicine 75 (Suppl) 3: S7-16.

Kearon C. & Hirsch J. (1997). Management of anticoagulation before and after elective surgery. The New England Journal of Medicine 336:1506-11

Lapum J.L. (2006). Patency of arterial catheters with heparinized solutions versus non-heparinized solutions: a review of the literature. Canadian Journal of Cardiovascular Nursing 16(2):64–70

Halm M.A. (2008). Flushing hemodynamic catheters: what does the science tell us? American Journal of Critical Care 17:73-6.

Levine M.N., Hirsch J., Gent M., Turpie A.G., Leclerc J., Jay R.M. & Neeneh J. (1991). Prevention of deep vein thrombosis after elective hip surgery. Annals of Internal Medicine 114:545–51.

Lieberman J.R.& Pensak M.J. (2013). Prevention of venous thromboembolic disease after total hip and knee arthroplasty. Journal of Bone and Joint Surgery American 2: 95:1801-11.

Lubenow N., Kempf R., Eichner A., Eichler P, Carlsson L.E. & Greinacher A. (2002). Heparin-induced thrombocytopenia: temporal pattern of thrombocytopenia in relation to initial use or reexposure to heparin. Chest 122:37–42.

Lubenow N., Hinz P., Thomaschewski S., Lietz T., Vogler M., Ladwig A., Jünger M., Nauck M., Schellong S., Wander K., Engel G., Ekkernkamp A. & Greinacher A. (2010). The severity of trauma determines the immune response to PF4/heparin and the frequency of heparin-induced thrombocytopenia. Blood 115:1797–1803.

Nader H.B., Chavante S.F., Dos-Santos E.A., Oliveira F.W., De-Paiva J.F., Jerônimo S.M.B., Medeiros G.F., De-Abreu L.R.D., Leite E.L, de-Sousa-Filho J.F., Castro R.A.B., Toma L., Tersariol I.L.S., Porcionatto M.A. & Dietrich C.P. (1999). Heparin sulfates and heparins: similar compounds performing the same functions in vertebrates and invertebrates?. Brazilian Journal of Medical and Biological Research 32: 529–538.

Norgren L. (2004). Swedish EnoxaVasc Study Group. Can low molecular weight heparin replace unfractionated heparin during peripheral arterial reconstruction? An open label prospective randomized controlled trial. Journal of Vascular Surgery 39:977–984.

Sachdev G.P., Ohlrogge K.D. & Johnson C.L. (1999). Review of the Fifth American College of Chest Physicians Consensus Conference on Antithrombotic Therapy: outpatient management for adults. American Journal of Health System Pharmacy 56:1505-14.

Singer R.L., Mannion J.D., Bauer T.L., Armenti F.R. & Edie R.N. (1993). Complications from heparin-induced thrombocytopenia in patients undergoing cardiopulmonary bypass. Chest 104:1436–1440.

Spiro T.E, Colwell C.W, Bona R.D, Trowbridge A.A, Wise G.R., Furman K.W., et al. (1993). A clinical trial comparing the efficacy and safety of enoxaparin (a low-molecular-weight heparin) and unfractionated heparin for the prevention of deep venous thrombosis after elective knee replacement surgery. Blood : 82 (suppl):1624A.

Σταυρίδης Ι., Φιλίππου Δ. & Παπαδόπουλος Β. (1993). Θεωρητική και πρακτική σημασία της θρόμβωσης και της ινωδόλυσης. Αθήνα

Thompson J.F., Mullee M. A., Bell PR., Campbell W.B., Chant A.D.B., Darke S.G., Jamieson C.W., Murie J., Parvin S.D., Perry M., Ruckley C.V., Wolfe J.N. & Clyne C.A.C. (1996). Intraoperative heparinisation, blood loss and myocardial infarction during aortic aneurysm surgery: a Joint Vascular Research Group study. European Journal of Vascular & Endovascular Surgery 12:86–90.

Veen J.J. van, Maclean R.M, Hampton K.K., Laidlaw S., Kitchen S., Toth P. & Makris M. (2011). Protamine reversal of low molecular weight heparin:clinically effective? Blood Coagulation & Fibrinolysis 22:565–570

Warkentin T.E. & Kelton J.G. (2001). Temporal aspects of heparin-induced thrombocytopenia. The New England Journal of Medicine 344:1286–1292

Warkentin T.E., Roberts R.S., Hirsh J. & Kelton J.G. (2003). An improved definition of immune heparin-induced thrombocytopenia in postoperative orthopedic patients. Archives of Internal Medicine 163:2518–2524.

Yorkgitis B.K., Ruggia-Check C. & Dujon J.E. (2014). Antiplatelet and anticoagulation medications and the surgical patient. American Journal of Surgery 207:95-101

Action mechanism and the role of heparin in surgical nursing practice

Maria Chounti[1], Konstantinos Chatziveis[2], Panagiotis Chountis[3]

1. Department of Nursing, Technological Educational Institute of Patra
2. Department of Nursing, University of Peloponnese, Greece
3. Hellenic Navy Hospital

ABSTRACT

Heparin is a molecular substance widely used in the prevention of thrombus formation as well as treatment of patients with congenital or acquired diseases. It prevents thromboembolic complications that have been associated with morbidity, prolonged hospitalization and high mortality rates. The aim of our study is to analyse current knowledge on the mechanism of action and the role of heparin in surgical nursing practice in its classic or low molecular weight forms. We emphasize the significance of strict nursing protocols related with its use. This has been linked to prevention and better treatment of high risk patients for thromboembolic conditions. Heparin use has been extended to preoperative preparation of patients that discontinue their oral anticoagulation drugs as well as in major cardiothoracic operations. This type of operations can be safely performed due to heparin discovery and proper use. In this paper we also emphasize the syndrome of «heparin induced thrombocytopenia» that has been associated with a previous perioperative heparin use. Its management demands a high index of suscpition as it is a very dangerous condition if not early diagnosed. Proper heparin use from medical and nursing staff demands a thorough knowledge of its role and mechanism of action as well as possible complications and their proper management.

Keywords: Hemorrhage, hemostatic mechanism, thrombosis, heparin, surgical nursing.

Corresponding Author: Maria Chounti, E mail: maria.chounti@hotmail.com, Tel. 2110114141

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Διαχείριση των απουσιών και παραιτήσεων του νοσηλευτικού προσωπικού σε ιδιωτικό νοσοκομείο

Κυριακή Σωτηριάδου[1], Μαρία Μαλλιαρού[2], Παύλος Σαράφης[3]

1. Αν/χης (ΥΝ), Ε.Α.
2. 404 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Λάρισας
3. Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Στερεάς Ελλάδας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η φυγή από το νοσηλευτικό επάγγελμα είναι ένα πρόβλημα που παρατηρείται σε όλο τον κόσμο με ολοένα αυξανόμενη ένταση. Οι κύριες αιτίες του προβλήματος εντοπίζονται στην επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών, στις οργανωτικές δομές του νοσοκομείου που αδυνατούν να προσφέρουν ένα δημιουργικό περιβάλλον ανάπτυξης για το νοσηλευτικό προσωπικό και στις ελλιπείς πολιτικές εκπαίδευσης, κατάρτισης, αμοιβών και επιβράβευσης. Σκοπός του άρθρου είναι η περιγραφή μέτρων για τη βελτίωση των δεικτών παραμονής του νοσηλευτικού προσωπικού που θα πρέπει να λάβει η διοίκηση ενός ιδιωτικού νοσοκομείου. Κάποια απαραίτητα μέτρα μπορεί να είναι ο μετασχηματισμός του περιβάλλοντος εργασίας, η εμπλοκή των νοσηλευτών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων σχετικά με την παροχή φροντίδας, η αναδιάρθρωση των επαγγελματικών χώρων των νοσηλευτών ώστε να είναι πιο εργονομικοί και να απαιτούν λιγότερη φυσική προσπάθεια, καθώς και η δημιουργία ενός ασφαλούς περιβάλλοντος. Το γενικό συμπέρασμα είναι ότι οι πολιτικές της διοίκησης ενός ιδιωτικού νοσοκομείου θα πρέπει να αλλάξουν προκειμένου να μειωθούν οι απουσίες του προσωπικού και συνεπώς να διατηρηθεί το επίπεδο της παρεχόμενης φροντίδας. Το πρόβλημα της φυγής του νοσηλευτικού προσωπικού από το επάγγελμα δεν αποτελεί πρόβλημα για κάθε ιδιωτικό οργανισμό ξεχωριστά, αλλά απαιτείται παράλληλα και η ενεργοποίηση των διαφόρων φορέων και οργανώσεων και της κυβέρνησης της ευρύτερης κοινωνίας.

Λέξεις-κλειδιά: Απουσία, εργασιακή ικανοποίηση, νοσηλευτής, παραίτηση.

Υπεύθυνη επικοινωνίας: Μαρία Μαλλιαρού, E mail: mmalliarou@gmail.com, Τηλ:694479649

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα νοσοκομεία σε όλο τον κόσμο βρίσκονται υπό πίεση και σε αρκετές περιπτώσεις σε συνθήκες κρίσης, καθώς αντιμετωπίζουν ελλείψεις προσωπικού διαφόρων ειδικοτήτων, με κυρίαρχο πρόβλημα την έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού (Kingma 2001, Murray 2002, Goodin 2003). Ωστόσο, θπάρχουν τεράστιες διαφορές ανάμεσα στις διάφορες χώρες, με τις αναπτυσσόμενες χώρες να βρίσκονται πραγματικά σε τραγική θέση (WHO 2006) και να έχουν εξαιρετικά χαμηλότερες αναλογίες νοσηλευτικού προσωπικού σε σχέση με τις χώρες της Δυτικής Ευρώπης και της Βόρειας Αμερικής. Ακόμα και ανάμεσα στις δυτικές χώρες παρατηρούνται πολύ μεγάλες διαφορές στους δείκτες. Για παράδειγμα, στη Δανία και το Βέλγιο υπάρχουν 15,4 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους, ενώ στην Ελλάδα ο αντίστοιχος δείκτης είναι μόλις 3,3 (OECD 2013). Αφενός υπάρχει μειωμένη διάθεση νέων να ενταχθούν στα επαγγέλματα υγείας και κυρίως στη νοσηλευτική και αφετέρου αυξημένος αριθμός νοσηλευτών επιλέγει την έξοδο από το επάγγελμα. Παράλληλα, υπάρχει γήρανση του εργατικού δυναμικού στα νοσοκομεία, καθώς έχει αυξηθεί κατά πολλά έτη ο μέσος όρος ηλικίας των εργαζομένων και η δυνατότητα προσέλκυσης νέου ανθρώπινου δυναμικού έχει γίνει μια πολύ δύσκολη υπόθεση.

Χαρακτηριστικά αναφέρεται σε έρευνα της Αμερικανικής Ένωσης Νοσοκομείων (AHA 2002) ότι για το έτος 2001 τα κενά σε νοσηλευτικό προσωπικό ανέρχονταν στα αμερικανικά νοσοκομεία στο 13% των θέσεων, ενώ σε ποσοστό 82% τα νοσοκομεία αντιμετωπίζουν δυσκολία προσέλκυσης και πρόσληψης νέων νοσηλευτών. Η μέση ηλικία των νοσηλευτών στις ΗΠΑ αυξήθηκε δραματικά, από 33 έτη το 1980 σε 45 έτη το 2000 και σε 46,8 έτη το 2006, ενώ την ίδια χρονιά ο μέσος όρος ηλικίας των νοσηλευτών ήταν στον Καναδά 44,6 έτη, στη Μεγάλη Βρετανία 42 έτη, στη Γερμανία 39,4 έτη (International Council of Nurses 2008). Στην Πράσινη Βίβλο για το Ευρωπαϊκό Υγειονομικό Δυναμικό (European Commission 2008), αναφέρεται ότι σε πέντε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης το 50% του νοσηλευτικού προσωπικού είναι άνω των 47 ετών.

Σε άλλη μελέτη (JCAHO 2002) αναφέρεται ότι οι ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό στα νοσοκομεία είναι πρόβλημα που πλέον απασχολεί σοβαρά το γενικότερο κοινό: το 93% των Αμερικανών θεωρούν ότι αυτές οι ελλείψεις απειλούν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Επισημαίνεται ότι υπάρχουν μελέτες που συσχετίζουν τη μείωση του επιπέδου φροντίδας με αύξηση της θνησιμότητας στο νοσοκομείο (Aiken et al 2002), κάτι που είναι εξαιρετικά σοβαρό. Όλα αυτά συμβαίνουν σε συνθήκες δημογραφικής μετάβασης, καθώς οδηγούμαστε με γοργούς ρυθμούς σε αναστροφή της πυραμίδας των ηλικιών, γεγονός που σημαίνει ότι μεσο-μακροπρόθεσμα η ζήτηση για υπηρεσίες φροντίδας θα αυξηθεί δραματικά.

Είναι, λοιπόν, προφανές ότι λειτουργώντας σε ένα πολύπλοκο περιβάλλον και καθώς προδιαγράφεται μια πολυεπίπεδη κρίση, η διοίκηση ενός νοσοκομείου οφείλει να ανταποκρίνεται στις προκλήσεις που τίθενται και να δημιουργεί τις προϋποθέσεις που διασφαλίζουν την ομαλή λειτουργία του νοσοκομείου σήμερα και στο μέλλον. Στο πλαίσιο αυτό, ένα από τα σημαντικότερα καθήκοντα της διοίκησης είναι η διατήρηση του νοσηλευτικού προσωπικού στην εργασία, μέσω της δημιουργίας στο νοσοκομείο εργασιακού κλίματος και κουλτούρας που ενδυναμώνει, αναγνωρίζει και ανταμείβει το έργο και το ρόλο των νοσηλευτών.

Η παρούσα εργασία αναφέρεται στη δέσμη πρώτων μέτρων που θα πρέπει να λάβει η διοίκηση ενός ιδιωτικού νοσοκομείου στην περίπτωση που παρατηρούνται αυξημένοι δείκτες απουσιών και παραιτήσεων νοσηλευτικού προσωπικού. Εξετάζεται η σχέση των νοσηλευτών με το νοσοκομείο και γίνεται αναφορά στην εργασιακή ικανοποίηση και στην επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών. Περιγράφονται τα μέτρα που θα πρέπει να πάρει η διοίκηση για να αποτρέψει τις παραιτήσεις και να διατηρήσει στο νοσοκομείο το νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ γίνεται και συζήτηση για το κόστος και τα οφέλη που υπάρχουν από αυτά.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΤΗ ΦΥΓΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

Η Florence Nightingale, 150 χρόνια πριν, έγραφε ότι η κακή υγιεινή, η κακή αρχιτεκτονική και οι λανθασμένες διοικητικές ρυθμίσεις κάνουν συχνά δύσκολο το έργο της φροντίδας (Nightingale 1860, σελ. 3). Είναι εντυπωσιακό το γεγονός ότι ακόμα και σήμερα, τόσα χρόνια μετά, οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν τα ίδια ζητήματα: προβλήματα υγιεινής και ασφάλειας στην εργασία, ελλιπή έως κάκιστη διαμόρφωση χώρων εργασίας και διοικητικές δομές που τους δημιουργούν ασφυκτικές συνθήκες εργασίας. Είναι επομένως λογικό ότι ο κυριότερος λόγος της φυγής του νοσηλευτικού προσωπικού είναι η μειωμένη εργασιακή ικανοποίηση και η επαγγελματική εξουθένωση που σε συντριπτικό ποσοστό νιώθουν οι νοσηλευτές.

Η εργασιακή ικανοποίηση είναι μια έννοια που βρίσκεται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος αρκετών επιστημονικών κλάδων, όπως το μάνατζμεντ, η εργασιακή συμπεριφορά και η ψυχολογία της εργασίας. Ως εργασιακή ικανοποίηση μπορεί να ορισθεί το πλήθος των συναισθημάτων που το άτομο έχει για την εργασία του και μπορεί να περιλαμβάνει ζητήματα όπως: αυτοεκτίμηση, εκτίμηση από την κοινωνία, επικοινωνία, σχέσεις με συναδέλφους, εργασιακές συνθήκες, φύση της εργασίας, φύση του οργανισμού, αμοιβές και κίνητρα, ασφάλιση και εφάπαξ, προσωπική ανά-

πτυξη, δυνατότητες προαγωγής, αναγνώριση και ασφάλεια (Spector 1997). Ο όρος επαγγελματική εξουθένωση, σύμφωνα με τον πλέον διαδεδομένο ορισμό (Maslach 1982), περιγράφει ένα σύνδρομο ψυχικής και σωματικής εξάντλησης που αναπτύσσεται σε στάδια, όπου ο εργαζόμενος μεταβαίνει από μια αρχική κατάσταση ενθουσιασμού, στην αμφιβολία, στην απογοήτευση και, τέλος, στην απάθεια σχετικά με το επάγγελμά του.

Στο πλαίσιο της νοσηλευτικής, η εργασιακή ικανοποίηση έχει γίνει αντικείμενο έρευνας σε πολύ μεγάλο βαθμό, δεδομένου ότι επηρεάζει αποφασιστικά την ποιότητα του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Στη διεθνή βιβλιογραφία εντοπίζονται μελέτες με ανάλυση διαστρωματικών στοιχείων και τη χρήση ερωτηματολογίων τύπου Likert, που προσπαθούν να εντοπίσουν και να ταυτοποιήσουν τα συστατικά στοιχεία που συμβάλουν στην εργασιακή ικανοποίηση ή αντίθετα προκαλούν επαγγελματική εξουθένωση. Χρησιμοποιούνται κλίμακες μέτρησης της εργασιακής ικανοποίησης σε διάφορα εργασιακά περιβάλλοντα, όπως η Κλίμακα Εργασιακής Ικανοποίησης (Warr et al 1979) ή η Κλίμακα Οργανωτικής Δέσμευσης (Mowday et al 1979). Υπάρχουν ωστόσο άλλες κλίμακες που αφορούν το νοσηλευτικό προσωπικό, όπως για παράδειγμα η κλίμακα άγχους των νοσηλευτών (Gray-Toft & Anderson 1981), ο Δείκτης Εργασιακής Ικανοποίησης (Stamps & Piedmont 1986, Stamps 1997), η Κλίμακα Εργασιακού Στρες των Νοσηλευτών (Hingley & Cooper 1986), ο Δείκτης Στρες των Νοσηλευτών (Harris 1989) και πρόσφατα μια κλίμακα προσανατολισμένη στους Βοηθούς Νοσηλευτές (Nursing Home Certified Nurse Assistant Job Satisfaction Questionnaire – NH-CNA-JSQ) (Castle 2009).

ΠΡΩΤΑ ΒΗΜΑΤΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

Στις περιπτώσεις που παρατηρούνται αυξημένες απουσίες και παραιτήσεις νοσηλευτικού προσωπικού σε ένα νοσοκομείο, το πρώτο βήμα είναι η αναγνώριση του προβλήματος, η πλήρης και αναλυτική καταγραφή της κατάστασης. Η κατανόηση ενός προβλήματος είναι ίσως η μισή λύση του. Δεν είναι πάντοτε εύκολο να γίνει πλήρως κατανοητό το πρόβλημα και να αναδειχτούν όλες οι πτυχές του. Πολλές φορές υπεισέρχονται προκαταλήψεις ή προσωπικοί εγωισμοί, που μπορεί να αμβλύνουν την κρίση ενός μάνατζερ.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αποφευχθούν δύο σημαντικά λάθη. Αρχικά, η αποχώρηση ενός αριθμού ατόμων, δεν σημαίνει και ταυτόχρονη πρόσληψη του ίδιου αριθμού ατόμων. Αυτή η προσέγγιση είναι εντελώς επιφανειακή, και δεν λύνει κανένα πρόβλημα αφού δεν αναζητά τις αιτίες του. Δεύτερον, δεν είναι πάντοτε οικονομικό το ζήτημα. Βέβαια, το πρόβλημα των αμοιβών είναι σημαντικό, καθώς στις περισσότερες χώρες οι αμοιβές των νοσηλευτών είναι χαμηλές. Για παράδειγμα, στη Φιλανδία, χώρα που οι νοσηλευτές αμείβονται με πολύ υψηλούς μισθούς σε σχέση με άλλες χώρες, οι νοσηλευτές απείλησαν με μαζικές παραιτήσεις εάν λάμβαναν αύξηση στους μισθούς τους. Περίπου το 1/4 του συνόλου των νοσηλευτών της χώρας ήταν έτοιμοι να υποβάλλουν παραίτηση με αρνητικές επιπτώσεις στο σύστημα υγείας της χώρας. Προκλήθηκε έντονος προβληματισμός και τελικά το κράτος υποχώρησε και ικανοποίησε το αίτημα των νοσηλευτών.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, θα πρέπει να γίνει μια πολύ καλή και αντικειμενική καταμέτρηση διαφόρων ποσοτικών και ποιοτικών στοιχείων του προβλήματος. Είναι ίσως σκόπιμο να ανατεθεί αυτό το καθήκον σε κάποιον εξωτερικό συνεργάτη ή εταιρεία συμβούλων, έτσι ώστε να γίνει η καλύτερη δυνατή αποτύπωση όλων των παραμέτρων αλλά και να προταθούν οι ενδεδειγμένες λύσεις.

Στο πλαίσιο αυτό σημαντικά ερωτήματα είναι: Πόσοι και ποιοί νοσηλευτές απουσιάζουν, από ποιά τμήματα, ποιές μέρες ή ώρες, ποιές είναι οι ακριβείς δικαιολογίες που εκφέρουν για την απουσία τους, πώς τεκμηριώνουν τις δικαιολογίες τους, ποιές είναι οι απόψεις των προϊσταμένων τους και ποιά είναι η ιστορική διαδρομή των απουσιών, πότε ξεκίνησε το πρόβλημα και ποιές ήταν οι αρχικές του διαστάσεις. Αντίστοιχα στοιχεία πρέπει να καταγραφούν και για τις παραιτήσεις.

Από την καταγραφή μπορεί να προκύψουν πολύ ενδιαφέροντα συμπεράσματα. Το πρόβλημα είναι δυνατό να εντοπίζεται σε συγκεκριμένα τμήματα, γεγονός που απαιτεί περαιτέρω έρευνα στα τμήματα αυτά. Για παράδειγμα, είναι πιθανόν να υπάρχει πρόβλημα με τη διεύθυνση ενός τμήματος λόγω μειωμένων διοικητικών προσόντων του προϊστάμενου. Θα πρέπει στην περίπτωση αυτή ο προϊστάμενος να παρακολουθήσει σεμινάρια διοίκησης ανθρωπίνων πόρων και αποτελεσματικής ηγεσίας. Είναι επίσης πιθανόν να υπάρχουν ζητήματα που σχετίζονται με το αντικείμενο εργασίας κάποιων τμημάτων. Για παράδειγμα, νοσηλευτές της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας συνήθως έχουν ιδιαίτερα επιβαρυμένο ωράριο και γενικά στρεσσογόνες συνθήκες εργασίας.

Μετά την καταγραφή των γεγονότων θα πρέπει να γίνει μια λεπτομερής καταγραφή των απόψεων του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με την εργασιακή ικανοποίηση. Σε γενικές γραμμές, η βιβλιογραφία αναφέρει ως σημαντικότερους παράγοντες που επηρεάζουν την εργασιακή ικανοποίηση το στρες και την εξουθένωση (έως και 50% του προσωπικού σκέφτεται την παραίτηση λόγω της εξουθένωσης), την οργανωτική δομή, τις αμοιβές και τα κίνητρα, τις ανεκπλήρωτες προσδοκίες σχετικά με το νοσηλευτικό επάγγελμα, την υποστήριξη από τους συναδέλφους και τις σχέσεις με άλλες ομάδες που εργάζονται στα νοσοκομεία, τις ευκαιρίες εκπαίδευσης και κατάρτισης (Zboril-

Benson 2000, Flanagan & Flanagan 2002, Ma et al 2003, AbuAlRub 2004, Tyson & Pongruengphant 2004, Adams & Bond 2005, Gardulf et al 2005, Rambur et al 2005, Konver et al 2006, BjΩrk et al 2007, Karanikola et al 2007, Lu et al 2007, Willem et al 2007).

Αρκετές μελέτες αναφέρουν ως σημαντικό παράγοντα την ηλικία. Προσωπικό μεγαλύτερης ηλικίας πιθανόν έχει οικογενειακές υποχρεώσεις (παιδιά ή ηλικιωμένοι συγγενείς) που οδηγεί σε αδικαιολόγητες απουσίες. Μπορεί επίσης να υπάρχει σημαντική σωματική κόπωση λόγω της εργασίας σε κυκλικό ωράριο (Drury et al 2008). Το ευέλικτο ωράριο είναι μια πρόταση που θα μπορούσε να εφαρμοστεί. Άλλες στρατηγικές που βοηθούν στη διατήρηση των μεγαλύτερης ηλικίας νοσηλευτών στην εργασία είναι η αναγνώριση της εμπειρίας τους, η εισαγωγή νέων ρόλων, όπως π.χ. να γίνουν μέντορες σε νεότερους και εισηγητές σε σεμινάρια, η μεγαλύτερη αυτονομία, τα μειωμένα καθήκοντα και περισσότερες ευκαιρίες επαγγελματικής εξέλιξης, ειδικότερα σε σχέση με την τεχνολογία.

Από την άλλη, το προσωπικό νεότερης ηλικίας έχοντας λιγότερη εργασιακή εμπειρία εργάζεται σε δυσκολότερες βάρδιες και με εξαντλητικά ωράρια (Zboril-Benson 2000). Επίσης, είναι πιθανό να θεωρεί ότι έχει πολύ λίγες ευκαιρίες επαγγελματικής εξέλιξης, κάτι που προκαλεί απογοήτευση και τάση φυγής από το επάγγελμα. Μια άλλη σημαντική παράμετρος για τους νεότερους νοσηλευτές είναι η έλλειψη δυνατότητας παρακολούθησης σεμιναρίων και μετεκπαιδεύσεων.

Ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα αφορά στη γενικότερη αναγνώριση του ρόλου των νοσηλευτών στη ζωή και στα πεπραγμένα του νοσοκομείου. Το νοσοκομείο είναι ένας εξαιρετικά περίπλοκος οργανισμός, που χαρακτηρίζεται από αντιφάσεις και συγκρούσεις, από μια «θεμελιώδη δυαδικότητα» (Smith 1979). Εντός του νοσοκομείου υπάρχουν ουσιαστικά δύο αρχές εξουσίας, η επαγγελματική των γιατρών και η εκτελεστική των διοικούντων. Και οι νοσηλευτές; Αυτοί βρίσκονται πολλές φορές μεταξύ «σφύρας και άκμονος», έχοντας να επιτελέσουν ένα δύσκολο έργο που συχνά

Εικόνα 1: Magnet Hospitals – Ελκυστικά Νοσοκομεία

Το Magnet Hospital Recognition (Ελκυστικό Νοσοκομείο) είναι ένα πρόγραμμα που άρχισε να εφαρμόζεται από τα μέσα της δεκαετίας του 1980. Αφορά στην πιστοποίηση νοσοκομείων που πληρούν κριτήρια και προδιαγραφές άσκησης άριστης νοσηλευτικής πρακτικής. Η πιστοποίηση παρέχεται από το Κέντρο Πιστοποίησης του Αμερικανικού Συλλόγου Νοσηλευτών (American Nurses Credentialing Center) [http://nursingworld.org/], και στηρίζεται στις παρακάτω αρχές:

1. Ποιότητα στην ηγεσία της νοσηλευτικής
2. Οργανωτική δομή
3. Στυλ διοίκησης
4. Πολιτικές προσωπικού και προγραμμάτων
5. Επαγγελματικά υποδείγματα φροντίδας
6. Ποιότητα στη φροντίδα
7. Βελτίωση της ποιότητας
8. Συμβουλευτική και οικονομικοί πόροι
9. Αυτονομία
10. Η κοινότητα και η οργάνωση παροχής φροντίδας
11. Οι νοσηλευτές ως εκπαιδευτές
12. Εικόνα της νοσηλευτικής
13. Σχέσεις με άλλες ειδικότητες
14. Επαγγελματική ανάπτυξη



Το 2008 υιοθετήθηκε ένα νέο υπόδειγμα για το πρόγραμμα το οποίο ενσωματώνει τις παραπάνω 14 αρχές σε 5 συνιστώσες (βλ. διάγραμμα). Το νέο υπόδειγμα είναι απλούστερο και δίνει έμφαση στη μέτρηση των αποτελεσμάτων και στην εμπειρική διερεύνηση τους. Ο στόχος της Αμερικανικής Ένωσης Νοσηλευτών είναι το νέο υπόδειγμα να αποτελέσει ένα εργαλείο γνώσης και εμπειρίας για την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σε παγκόσμιο επίπεδο.

Πηγή: American Nurses Credentialing Center – ANCC [http://www.nursecredentialing.org/Magnet.aspx

παραγνωρίζεται και υποτιμάται, ενώ παράλληλα δεν συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων, εργάζονται σε χώρους με ελλιπή εργονομία και έλλειψη προσωπικού.

Σε κάθε περίπτωση, η διοίκηση θα πρέπει, αφού καταγράψει την παρούσα κατάσταση, να μεταβάλει άμεσα το πλαίσιο επικοινωνίας με το προσωπικό. Η προσωπική επαφή με κάθε μέλος του νοσηλευτικού προσωπικού ατομικά, αλλά και σε ομάδες ή τμήματα, θα πρέπει να γίνει τακτικός και ουσιαστικός θεσμός. Φυσικά υπάρχει και προσωπική επαφή με κάθε έναν που υποβάλλει παραίτηση, μια επαφή που εστιάζεται στην προσπάθεια κατανόησης και άρσης του προβλήματος και όχι στην προσπάθεια επιβολής των απόψεων της διοίκησης.

Συνοψίζοντας, οι στρατηγικές για τη βελτίωση των δεικτών παραμονής του νοσηλευτικού προσωπικού στο επάγγελμα θα μπορούσαν να είναι οι ακόλουθες: μετασχηματισμός του περιβάλλοντος εργασίας, παροχή υψηλού επιπέδου ηγεσίας και διεύθυνσης νοσηλευτικού προσωπικού, εμπλοκή των νοσηλευτών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων που αφορούν στην παροχή φροντίδας, αναδιάρθρωση των επαγγελματικών χώρων των νοσηλευτών ώστε να είναι πιο εργονομικοί και να απαιτούν λιγότερη σωματική επιβάρυνση, δημιουργία ενός ασφαλούς περιβάλλοντος, περιορισμός του κυκλικού ωραρίου, εξασφάλιση επαρκούς αριθμού θέσεων προσωπικού, παροχή ευέλικτων σχημάτων εργασίας και επαγγελματικές ευκαιρίες για εξέλιξη, σχήματα εκπαίδευσης και κατάρτισης και αυξήσεις των οικονομικών απολαβών (AHA 2002, JCAHO 2002).

Μια προσπάθεια να δημιουργηθεί το κατάλληλο κλίμα σε νοσοκομεία που όχι μόνο να διατηρεί αλλά και να προσελκύει νοσηλευτικό προσωπικό έγινε στην Αμερική με το πρόγραμμα Magnet Hospital – «Ελκυστικό Νοσοκομείο» (Εικόνα 1).

ΚΟΣΤΟΣ ΚΑΙ ΟΦΕΛΟΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΑΙΤΗΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Το κόστος απώλειας ενός νοσηλευτή ανέρχεται στο 100% του μισθού του (JCAHO 2002) ή σε 1,3 φορές το μισθό ενός νεοπροσλαμβανόμενου νοσηλευτή (Jones 2005, O΄Brien-Pallas et al 2006). Το κόστος περιλαμβάνει την προκήρυξη της θέσης και τη διαδικασία πρόσληψης, έξοδα από την κενή θέση εργασίας (αναπλήρωση και κλειστά κρεβάτια), προσαρμογή και εκπαίδευση νεοπροσλαμβανόμενων, μειωμένη παραγωγικότητα και ποιότητα φροντίδας ασθενών, διαρροή «μυστικών» του νοσοκομείου σε ανταγωνιστές, αρνητική επίδραση στο ηθικό των υπολοίπων εργαζομένων, επιπλέον παραιτήσεις και δυστοκία στις νέες προσλήψεις.

Από την άλλη, είναι πιθανό να υπάρξει όφελος από τις παραιτήσεις του νοσηλευτικού προσωπικού (Jones & Gates 2007), όπως χαμηλότεροι μισθοί στους νεοπροσλαμβανόμενους, εξοικονόμηση οικονομικής επιβράβευσης των νοσηλευτών με μεγαλύτερη εμπειρία, νέες ιδέες, δημιουργικότητα και φρεσκάδα που φέρνουν οι προσληφθέντες και απαλλαγή από τυχόν ανεπαρκείς ή ασυνείδητους εργαζόμενους. Όλα τα παραπάνω θα πρέπει να ληφθούν προσεκτικά υπόψη από τη διοίκηση ενός νοσοκομείου πριν αποφασιστεί η λήψη διορθωτικών μέτρων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Μία από τις πέντε κύριες υποδείξεις της Αμερικανικής Ένωσης Νοσοκομείων είναι: «Δώστε νόημα στην εργασία» (AHA 2002). Η γραφειοκρατία, τα διοικητικά καθήκοντα, η επαγγελματική εξουθένωση, οι κακές συνθήκες επικοινωνίας της διοίκησης με τις άλλες ομάδες επαγγελματιών, το απαρχαιωμένο και απόμακρο στυλ πολλών μάνατζερ, η έλλειψη αναγνώρισης του ρόλου και της προσφοράς του νοσηλευτή απομακρύνουν το νοσηλευτικό προσωπικό από την παροχή φροντίδας, το λόγο για τον οποίο επέλεξαν τη νοσηλευτική επιστήμη.

Στη σημερινή εποχή, που τα συστήματα υγείας δοκιμάζονται, αλλά και στο μέλλον, όπου αναμένεται αύξηση της ζήτησης υπηρεσιών φροντίδας και παράλληλα μεγάλης μείωσης του προσωπικού υγείας, δεν υπάρχει η πολυτέλεια για εφησυχασμό της διοίκησης ενός νοσοκομείου όταν παραιτείται νοσηλευτικό προσωπικό. Αντίθετα, σημαίνει συναγερμός και ενδεχομένως αλλάζουν όλα: τρόπος και στυλ διοίκησης, νοσηλευτική ηγεσία, οργανωτική δομή, συστήματα εξέλιξης και προαγωγών, εργασιακή κουλτούρα, αμοιβές και παροχές, συστήματα επικοινωνίας και ροής πληροφόρησης, πολιτικές ποιότητας και κατάρτισης.

Ωστόσο, το πρόβλημα της φυγής του νοσηλευτικού προσωπικού από το επάγγελμα πρέπει να αντιμετωπιστεί όχι μόνο από το νοσοκομείο, αλλά απαιτείται παράλληλα και η ενεργοποίηση της ευρύτερης κοινωνίας, των τριτοβάθμιων ιδρυμάτων, των διαφόρων φορέων και οργανώσεων, των επιχειρήσεων και της κυβέρνησης.

Πάνω από όλα όμως, θα πρέπει να γίνει αντιληπτό ότι όσοι πόροι και αν δαπανηθούν για νέες τεχνολογίες και για επιβλητικά κτίρια και εγκαταστάσεις, η φροντίδα ήταν και θα παραμείνει μια πράξη που παρέχεται στους ανθρώπους από ανθρώπους. Σε αυτή τη διαδικασία οι νοσηλευτές παίζουν τον κύριο ρόλο. Επομένως, η διασφάλιση ενός εργασιακού περιβάλλοντος όπου το νοσηλευτικό προσωπικό ακμάζει και αποδίδει στο μέγιστο των δυνατοτήτων του, διασφαλίζει παράλληλα ένα υψηλό επίπεδο υγείας συνολικά για την κοινωνία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Al Rub A. & Fawzi R. (2004). Job Stress, Job Performance, and Social Support among Hospital Nurses. Journal of Nursing Scholarship, 36:1, 73-78.

Adams A. & Senga B. (2000) Hospital nurses' job satisfaction, individual and organizational characteristics. Journal of Advanced Nursing, 32(3), 536-543.

AHA – American Hospital Association (2002). In our hands: How hospital leaders can build a thriving workforce, Commission on Workforce for Hospitals and Health Systems, AHA, Chicago, IL.

Aiken L.H., Clark S.P., Sloane D.M., Sochalski, J. & Silber J.H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. Journal of the American Medical Association, 16, 1987-1993.

Annick W., Buelens M. & De Jonghe I. (2007). Impact of organizational structure on nurses' job satisfaction: A questionnaire survey," International Journal of Nursing Studies, 44, 1011-1020.

Bjørk I.T., Samdal G.B., Hansen B.S., TΩrstad S. & Hamilton G.A. (2007). Job satisfaction in a Norwegian population of nurses: A questionnaire survey," International Journal of Nursing Studies, 44, 747-757.

Castle N.G. (2009). An instrument to measure job satisfaction of certified nurse assistants. Applied Nursing Research, 22

Drury V., Francis K. & Chapman, Y. (2008). Where Have All the Young Ones Gone: Implications for the Nursing Workforce. OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing, 14, 1.

European Commission (2008). Green Paper on the European Workforce for Health, COM 725 final, 10.12.2008, Brussels.

Flanagan N. & Flanagan T. (2002). An Analysis of the Relationship between Job Satisfaction and Job Stress in Correctional Nurses. Research in Nursing & Health, 25, 282-294.

Gardulf A., Söderström I. Orton M., Eriksson L., Arnetz B. & Nordström G. (2005). Why do nurses at a university hospital want to quit their jobs? Journal of Nursing Management, 13:329-337.

Goodin H.J. (2003). The nursing shortage in the United States of America: an integrative review of the literature. Journal of Advanced Nursing, 43, 335-343.

Gray-Toft P. & Anderson J.G. (1981). The Nursing Stress Scale: Development of an instrument. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment Volume 3, Number 1, pp. 11-23

Harris P.E. (1989). The Nurse Stress Index. Work and Stress, 3, 335-346.

Hingley P. & Cooper C.L. (1986). Stress and the Nurse Manager, Wiley, Chichester. International Council of Nurses (2008) An Ageing Nursing Workforce, Geneva, Switzerland.

JCAHO – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2002). Healthcare at the crossroads: Strategies for addressing the evolving nursing crisis, Public Policy Initiative, JCAHO, IL.

Jones C. & Gates M. (2007). The Costs and Benefits of Nurse Turnover: A Business Case for Nurse Retention. OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing. Vol. 12 No. 3

Jones C.B. (2005). The costs of nursing turnover, part 2: Application of the Nursing Turnover Cost Calculation Methodology. Journal of Nursing Administration, 35(1), 41-49.

Karanikola M., Papathanassoglou E., Giannakopoulou M. & Koutroubas A. (2007). Pilot exploration of the association between self-esteem and professional satisfaction in Hellenic Hospital nurses. Journal of Nursing Management, 15:78-90

Kingma M. (2001). Nursing migration: global treasure hunt or disaster-in-the-making? Nursing Inquiry, 8, 205-212.

Konver C., Brewer C., Wu W., Cheng Y. & Suzuki, M. (2006). Factors Associated With Work Satisfaction of Registered Nurses. Journal of Nursing Scholarship, 38:1, 71-79.

Hong L., White A.E. & Barriball K.L. (2007). Job satisfaction and its related factors: A questionnaire survey of hospital nurses in Mainland China. International Journal of Nursing Studies, 44, 574-588.

Chen-Chung M., Samuels M. & Alexander, J. (2003). Factors That Influence Nurses' Job Satisfaction. Journal of Nursing Administration, 33(5), 293-299.

Maslach C. (1982). Burnout: the cost of caring, Prentice Hall Inc., New Jersey.

Mowday R.T., Steers R.M. & Porter L.M. (1979). The measurement of organizational commitment. Journal of Vocational Behavior, 14, 224-227.

Murray M.K. (2002). The nursing shortage. Journal of Nursing Administration , 32(2), 79-84.

Nightingale F. (1860). Notes on Nursing: What it is, and what it is not, D. Appleton and Company, New York.

O'Brien-Pallas L., Griffin P., Shamian J., Buchan J., Duffield C. & Hughes F. (2006). The impact of nurse turnover on patient, nurse and system outcomes: A pilot study and focus for a multicenter international study. Policy, Politics, & Nursing Practice, 7(3), 169-179.

OECD (2013) Frequently requested health data 2013, Paris. (Downloaded from the page: http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata.htm) Accessed: April 2014

Rambur B., McIntosh B., Val Palumbo M. & Reinier K. (2005). Education as a Determinant of Career Retention and Job Satisfaction among Registered Nurses. Journal of Nursing Scholarship, 37:2, 185-192.

Smith H.L. (1979). Two lines of authority: The hospital's dilemma, in E. G. Jaco (ed.), Patients, physicians, and illness (pp. 468-477), Free Press, New York. Μετάφραση στα ελληνικά Θ. Γεωργακόπουλος στο Υγεία, Αρρώστια, Κοινωνία: τόποι και τρόποι σύμπλεξης, επιμέλεια: Δ. Αγραφιώτης, εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα.

Spector P.E. (1997). Job Satisfaction: Application, Assessment, Causes and Consequences, SAGE Publications, London.

Stamps P.L. (1997). Nurses and Work Satisfaction: An Index for Measurement, 2nd ed., Health Administration Press, Chicago.

Stamps P.L. & Piedmont E.B. (1986). Nurses and Work Satisfaction, Health Administration Press, Chicago.

Tyson P. D. & Pongruengphant R. (2004). Five-year follow-up study of stress among nurses in public and private hospitals in Thailand. International Journal of Nursing Studies, 41, 247-254.

Warr P., Cook J. & Wall T. (1979). Scales for measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. Journal of Occupational Psychology, 52, 129-148.

WHO (2006). The World Health Report 2006: Working Together for Health, Geneva, Switzerland.

Zboril-Benson L.R. (2000). The causes of absenteeism of registered nurses in Saskatchewan", Saskatchewan Registered Nurses Association, Regina, SK Canada.

REVIEW

Management of nursing staff absenteeism and resignation in private hospitals

Kiriaki Sotiriadou[1], Maria Malliarou[2], Pavlos Sarafis[3]

1. Lieutenant Colonel, Ret.
2. 404 Military Hospital of Larisa
3. Nursing Department, Technological Institution of Sterea Ellada

ABSTRACT

Leaving nursing profession is a problem that occurs throughout the world with an increasing intensity. The main causes of the problem are identified with burnout of nurses, in hospital organizational structures that fail to provide a creative environment for the development of nursing staff, inadequate policies on education, training, compensation and rewards, etc. The purpose of this article is to describe measures to improve the indicators that should be taken by the administration of a private hospital. Some necessary measures may be the transformation of the working environment, the involvement of nurses in decision-making about care, restructuring of the working environment for nurses to be more ergonomic and require less physical effort and creating a safe environment. The general conclusion is that the policies of the administration of a private hospital would have to change in order to reduce staff absences and therefore to maintain the level of care provided. Of course the problem of leaving nursing profession is not a problem for any private organization separately, but requires parallel activation of various bodies and organizations and the Government as well as of the wider society.

Keywords: Absenteeism, job satisfaction, nurse, resignation

Corresponding author: Maria Malliarou, E mail: mmalliarou@gmail.com, Tel: 6944796499

RESEARCH ARTICLE

Afraid of the Drill? A Study of Dental Anxiety in Greek Nursing Students

Thalia Bellali[1], Athanasios Mastrokostas[2], Maria Gkrizioti[2], Ioanna Karamitri[3], Eygenia Minasidou[1]

1.Department of Nursing, Alexandreio Technological Educational Institute, Thessaloniki, Greece.
2. 424 General Military Hospital, Thessaloniki, Greece.
3. General Hospital of Kalamata, Kalamata, Greece.

ABSTRACT

Introduction: Dental anxiety has been attributed to negative dental experiences and various socioeconomic factors. It can be the cause of poor dental and oral health, creating social and functional impairment. The objective of this study was to evaluate perceived dental anxiety, estimating its prevalence and determinants, in a Greek nursing student population.

Methods: Sample included 204 students of a nursing school in Athens, Greece, who were surveyed from April to May 2011. Data were collected with a comprehensive questionnaire consisted of: a) a set of demographic questions b) the MDAS measure (Modified Dental Anxiety Scale), c) the DVSS (Dental Visit Satisfaction Scale) and d) the Trait Anxiety Inventory (TAI).

Results: Regarding the prevalence of dental anxiety, the mean value for the MDAS tool was 10.6 (±4.2, 95% CI: 9.9-11.2) and according to the MDAS cut-off points 5.9% of the students had high fear/anxiety. It was found that women reported significant higher levels of dental anxiety (p=0.015) and had more trait anxiety (p=0.013) compared to males, but no other socioeconomic determinant seemed to correlate with dental anxiety. Patient satisfaction was found to correlate with dental anxiety.

Conclusions: Dental staff should obtain a deeper understanding of the triggering mechanisms of dental anxiety and the coping strategies for minimizing the dental anxiety, by proper education in order to built a therapeutic relationship with their patients and to eradicate dental fear as much as possible.

Keywords: dental anxiety; dental health behavior; satisfaction; student

Corresponding Author: Thalia Bellali, e-mail: bellalithalia@yahoo.com,Tel: +306947833186

HIGHLIGHTS / KEY POINTS

- **Dental anxiety significantly correlates positively with trait anxiety**
- **Patient satisfaction is associated with dental anxiety and previous experiences**
- **Dental staff should eliminate the factors that could increase anxiety**

INTRODUCTION

Anxiety is a multi-system natural response that helps individuals cope with potentially threatening conditions. It reflects a combination of biochemical changes that affect the nervous and other systems of the body and causes unpleasant symptoms. It varies among people according to their idiosyncratic characteristics, cognitive skills, experiences and supporting environment (Armfield et al 2006, Carrillo-Diaz et al 2012). Dental anxiety or fear in general population estimation is high (Armfield et al 2006), but it is not easy to make comparisons, especially when different scales are involved.

According to Weiner and Sheehan (1990) there are two types of dental anxiety: exogenous and endogenous. Exogenous dental anxiety is defined as anxiety emerging from traumatic dental experiences, while endogenous is thought to be caused by overall vulnerability to anxiety disorders. Locker et al (1999) examined the issue of the onset of dental anxiety and their results indicated that childhood dental anxiety is related to exogenous etiologies and adult-onset of dental anxiety was mostly due to endogenous factors.

The prevalence of dental anxiety/fear ranges among geographic regions (Berggren et al 1997) and it is difficult to generalize the results of the studies, because of cultural diversities. Dental anxiety has been attributed to negative dental experiences (Berggren et al 1997), lower socioeconomic status, gender (Stouthard & Hoogstraten 1990) and personality traits (Thomson et al 2009). It is often reported as a cause of poor dental and oral health (Gisler et al 2012), because of irregular dental visits (Schuller et al 2003, Sohn & Ismail 2005) and deferment of care, creating social and functional impairment (Thomson et al 1996). Delayed visit to the dentist could cause more severe dental problems and symptom-driven treatment, which is known as the vicious cycle of dental fear (Armfield et al 2007). Patients, who experience dental anxiety or fear, still have to undergo dental treatment, because if pain due to an oral health problem becomes unbearable, people will inevitably visit the dentist.

The examination of the prevalence of dental anxiety in students is particularly important since this group of population will require oral health services for a long period of time. Furthermore, they are still at a proper age for obtaining cognitive skills about oral health which could follow them throughout their adult life. It is found that dental students have less dental anxiety than medical students or engineering students in Jordan (Al-Omari & Al-Omiri 2009). Moreover, a study of 1024 undergraduate students in UK showed that divinity students reported a higher level of anxiety compared to medical students (28.6% and 9.1% respectively above the cut-off point of Modified Dental Anxiety Scale – MDAS) (Humphris & King 2011). Another reason for further investigation of dental anxiety in younger people is that dental anxiety was found to be four times greater in the youngest participants (18–39 yrs) compared to older age groups (60+ yrs) (Humphris et al 2009).

Dental anxiety studies in Greece are scarce and mainly focus on juvenile population (Kotsanos et al 2005, Kyritsi et al 2009). The purpose of the present study was to evaluate perceived dental anxiety, estimating its prevalence and determinants, in a Greek nursing student population. The study tested also the hypothesis that there are factors which influence dental anxiety, such as demographic and personality predictors or influencers from previous dental visits.

METHODS

Study design

This study is a cross-sectional survey of a student population in Athens, Greece. Participants were all university students from a nursing school, who were surveyed after classes in the university amphitheaters during one academic day of May 2011. Envelopes with enclosed questionnaires were distributed to the students and they were informed publicly about the scope of this study. Students, who agreed to participate, placed their completed forms in the envelope and then in an opaque box positioned in each class exit. The research protocol of this study was approved by the Ethics committee of the National and Kapodestrian University of Athens and completion of the survey was assumed to be informed consent.

Study measures

Data were collected using a comprehensive questionnaire consisted of: a) a set of demographic questions concerning age, gender, marital status, year of studies and nationality, b) the Modified Dental Anxiety Scale measure (MDAS), c) the Dental Visit Satisfaction Scale (DVSS) and d) the Trait Anxiety Inventory (TAI).

A set of four questions concerning perceived oral health problems (chewing, oral pain and self perceived need for dental treatment in the last four weeks and

self rating of oral health status, based on the paper of Locker and Liddell (Locker & Liddell 1991), were also added. Respondents were asked to self evaluate their general health status in a 5-point scale (categorized as very bad, poor, fair, good and excellent).

The MDAS tool, which measures dental anxiety, includes 5 items scored in a 5-point Likert scale. (Humphris et al 1995) Items include "If you had to go to the dentist tomorrow, how would you feel about it?"; "When you are waiting in the dentist's office for your turn in the chair, how do you feel"; "When you are in the dentist's chair waiting while the dentist gets the drill ready to begin working on your teeth, how do you feel?"; "You are in the dentist's chair to have your teeth cleaned. While you are waiting and the dentist is getting out the instruments which will be used to scrape your teeth around the gums, how do you feel?" and "When you are about to receive a local anaesthetic injection in your gums, how do you feel?" The Greek version of MDAS has been found to have good internal consistency and test-retest reliability, as well as good construct and criterion validity. The psychometric properties appear to be similar to those previously reported in other countries (Coolidge et al 2008). The total possible scoring on the MDAS range from 5 to 25 and answers are summed to create an overall score. Higher scores refer to higher levels of dental fear and subjects who score above 19 are considered to have high dental anxiety (HDA) that may require special attention by dental personnel (Humphris et al 1995). In this study, reliability assessed by internal consistency for MDAS was good (Cronbach's a=0.849).

The DVSS (Corah et al 1984) is a 10-item questionnaire which evaluates satisfaction from dental services in three dimensions: information-communication (IC), understanding-acceptance (UA) and perceived technical competence (TC), with each dimension consisting of 3-4 items. Each of the ten items in the DVSS are written in a five point Likert format with a score ranging from 1 (strongly disagree) to 5 (strongly agree). These dimensions are assumed to reflect the cognitive, affective and behavioral satisfaction of patients. An overall general satisfaction score derived from the sum of all items was also calculated. To the best of our knowledge this study is the first published paper to utilize the DVSS in Greek population. All 10 items therefore were translated into Greek by a bilingual dentist, then independently back-translated by a second bilingual member of the research team. Minor deviations were discussed and corrected until both translators agreed on the final wording. Analysis of the internal consistency of the DVSS indicated sufficient reliability for the measure (Cronbach's a=0.749).

Trait anxiety as a general personal disposition to experience transient states of anxiety or otherwise individual determinants to experience anxiety was assessed with the Greek version of the Trait Anxiety Inventory (TAI) (Kafetsios 2002), which is based on Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (Spielberger et al 1983). TAI is a scale consisting of 20 items, in a 4-point Likert scale ranging from almost never (1) to almost always (4). A score was computed by summing the ratings for all 20 items. Higher values indicate higher tendency to experience anxiety after a stressful condition. In this study, Cronbach's alpha coefficient was 0.791.

Statistical Analysis

All continuous variables were expressed with mean values, standard deviation (SD) and 95% confidence intervals (95% CI), while dichotomous and categorical variables are demonstrated with frequencies. For this paper, dental anxiety measured by MDAS was considered both as continuous variable (mean value) and as dichotomous variable using the suggested cut-off point of 19 (high dental anxiety-HDA and moderate-low MLDA). This threshold was adopted as the level for which it is likely that a dental practitioner would consider using additional approaches such as relaxation, systematic desensitization or pharmacological adjunct (Humphris et al 1995). 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. All analyses were completed with the PASW Statistics v18. A p value of <0.05 was considered as statistically significant.

RESULTS

Two hundred-twenty four students completed the questionnaires, for a response rate of 85%. Remarkably, the survey completion was overall excellent with no missing values for MDAS, DVSS or TAI. Mean age was 20.8±2.5 years (95% CI: 20.4-21.1). Most students were female (164/202-80.4%), came from rural areas (146/202-72.3%), almost all (98.5%) were of Greek nationality and half were in their second year of studies. With reference to oral health related symptoms, almost all respondents (96.6%) did not report any problem with chewing and 81.8% did not complain for any pain in the oral cavity during the last weeks. However, one third of the students felt they had to visit a dentist during the last 4 weeks and 73% valued their oral health status as 'good'.

In table 1, the mean MDAS scores and classification in HDA and MLDA are demonstrated. Regarding the prevalence of dental anxiety, the mean value for the MDAS tool was 10.6 (±4.2, 95% CI: 9.9-11.2) and according to the MDAS cut-off points, only 5.9% of the students had HDA. Female students reported significant higher levels of dental anxiety (p=0.015), although due to the

small number of male students, no significant difference was found between gender when using the HAD classification (p=0.278). MDAS scores did not differ significantly among students that reported having chewing problems, oral pain during last 4 weeks or need for dental visit. Still, students that rated their oral health status as excellent, reported significant less dental anxiety compared to students that rated their oral health as good (p=0.001) or fair (p=0.001). Nevertheless, this finding is not consistent to self rated general health, where no significant difference was detected.

The TAI scale had a mean value of 2.2±0.4 (95% CI: 2.1-2.3).Female respondents scored higher for trait anxiety (p=0.013) compared to males. Overall, HDA

Table 1: Demographic, and oral health characteristics in relation to Dental Anxiety (High vs Moderate/Low [n(%)]

	MDAS score		MDAS score categories		
	Mean (SD)	P value	High (>19)	Moderate/low(<19)	P value
Total	**10.6 (4.2)**		**12(5.9)**	**192 (94.1)**	
Gender					
Female	10.8 (4.2)	0.015	11 (6.7)	153 (93.3)	0.278
Male	9.6 (4.5)		1 (2.5)	39 (97.5)	
Year of studies					
1st	10.5 (3.9)	0.168	3 (4.9)	58 (95.1)	0.417
2nd	10.9 (4.4)		5 (4.9)	97 (95.1)	
3rd	7.6 (1.0)		0 (0)	7 (100)	
4th	10.4 (4.5)		4 (11.8)	30 (88.2)	
Origin					
Urban	9.7 (3.5)	0.162	1 (1.8)	55 (98.2)	0.296
Rural	10.9 (4.4)		10 (6.8)	136 (93.2)	
Nationality					
Greek	10.5 (4.2)	0.967	10 (5.1)	185 (94.5)	0.158
Other	11.7 (7.4)		1 (33.3)	2 (66.7)	
Chewing problems					
Yes	11.1 (4.4)	0.702	0 (0)	7 (100)	1
No	10.6 (4.2)		12 (6.1)	185 (93.9)	
Oral pain during the last 4 weeks					
Yes	9.7 (3.5)	0.242	2 (5.4)	35 (94.6)	1
No	10.8 (4.4)		10 (6)	156 (94)	
Self perceived need for dental care					
Yes	11.0 (4.2)	0.2	6 (8.8)	69 (91.2)	0.222
No	10.4 (4.3)		6 (4.5)	127 (95.5)	
Self rating of oral health					
Poor	10.0 (2.8)	0.002*	0 (0)	2 (100)	0.873
Fair	11.3 (4.3)		1 (3.4)	28 (96.6)	
Good	10.8 (4.2)		9 (6)	140 (94)	
Excellent	8.5 (4.2) **		2 (8.3)	22 (91.2)	
Self rating of general health					
Poor	9.2 (1.6)	0.276	0 (0)	10 (100)	0,718
Fair	9.6 (2.7)		0 (0)	16 (100)	
Good	10.9 (4.3)		10 (7.2)	129 (92.8)	
Excellent	10.1 (4.6)		2 (5.1)	37 (94.9)	

*Kruscal-Wallis test for between groups analysis

**Mann-Whitney test (excellent-fai,r p=0.001 and excellent-good, p=0.001)

Table 2: Comparison of Satisfaction from Dental Services and Trait Anxiety between genders and Dental Anxiety categories (High vs Moderate/Low [n(%)]

	Dental anxiety score categories			
	Mean (SD)	High (>19)	Moderate/low(<19)	P value
DVSS total	38.6 (3.9)	37.3 (1.8)	38.7 (4.1)	0.148
DVSS IC	12.0 (1.9)	11.4 (1.0)	12.1 (1.9)	0.099
DVSS UA	12.1 (1.8)	11.5 (0.9)	12.1 1.9)	0.136
DVSS TC	14.5 (1.3)	14.4 (0.8)	14.5 (1.3)	0.766
TAI	2.2 (0.4)	2.4 (0.3)	2.1 (0.4)	0.039
		Gender		
		Male	Female	
DVSS total		38.0 (3.4)	38.8(4.1)	0.34
DVSS IC		11.9 (1.8)	12.1 (1.9)	0.6
DVSS UA		11.8 (1.6)	12.1 (1.9)	0.29
DVSS TC		14.3 (1.6)	14.6 (1.2)	0.2
TAI		1.9 (0.4)	2.2 (0.4)	0.013

students had a statistical significant higher trait anxiety score. Regarding satisfaction from dental services, the mean value for the instrument was 38.6 (±4.0, 95% CI: 38.1-39.2) and no significant differences were detected between gender or dental anxiety categories (Table 2).

In Table 3, intercorrelations between MDAS, DVSS (both total score and subscales) and TAI are demonstrated. Dental anxiety was found to significantly correlate negatively with satisfaction from dental services and positively with trait anxiety, but only low intensity correlations were found. Specifically, dental anxiety, measured with MDAS was found to have a significant low negative correlation with IC (rho=-0.184, p=0.008) and TC (rho=-0.131, p=0.003), while there was also a low correlation with UA, but only with a statistical significant tendency. Obviously, a reverse relationship between dental anxiety and satisfaction from dental services was observed in all cases, even when the overall score of DVSS was calculated (rho=-0.196, p=0.005). Dental anxiety was also found to positively correlate at a significant but weak level with trait anxiety (rho=0.206, p=0.003), suggesting that individual characteristics also associate with dental anxiety.

Table 3: Intercorrelations of MDAS with DVSS and TAI

	MDAS	
	Correlation coefficient*	p-value
DVSS (total score)	-0.196	0.005
IC	-0.184	0.008
UA	-0.131	0.062
TC	-0.172	0.014
TAI (total)	0.206	0.003

*Spearman's rho

DISCUSSION

The purpose of this study was to indentify the prevalence and explore the determinants of dental anxiety in a Greek nursing student population. Only one demographic variable (gender) seemed to correlate with dental anxiety. In the present study, females reported significant higher levels of dental anxiety compared to males. Gender differences in fear and anxiety are present in many studies (Bell et al 2012). However, the vast majority of the sample was females and this could be attributed to the female domination of nursing profession in Greece. This finding comes to agreement with several studies (do Nascimento et al 2011, Malvania & Ajithkrishnan 2011).

The prevalence of dental anxiety in our sample was rather low, since only 5.9% scored more than 19 to the MDAS compared to general population, which ranges between 4 and 20% in the industrialized countries (Dubey 2011). A possible cause could be the selection of the sample, because nursing students are familiar with invasive medical procedures such as needle handling and bleeding tissues. In another study comparing the dental anxiety of students from different scientific backgrounds, it was found that medical students had less dental anxiety than divinity students (Humphris & King 2011).

Dental anxiety was found to significantly correlate positively with trait anxiety. This means that people who are generally anxious have usually more dental anxiety

and vice versa. A Turkish study which took place at a dental school clinic arrived at similar results (Akarslan et al 2010). Moreover, the results indicated that patients with higher levels of anxiety were less satisfied with dental services. Analogous conclusions can be drawn by a recent study on the assessment of dental anxiety and its correlation with denture satisfaction in edentulous patients (Shrivastava et al 2012). Patient satisfaction was significantly correlated with certain subscales especially information – communication and perceived technical competence. This finding stresses the importance of dentist's technical competence, communication skills and personality significant which could be predictors of dental anxiety (Rouse & Hamilton 1990).

Another interesting point of this study was that although almost all respondents did not report any oral problems like chewing problems nor did they complain for any pain in the oral cavity during the last weeks and more than two third of the sample rated their oral health as good, still, one third of the students felt they had to visit a dentist during the last 4 weeks. Further investigation should be carried out to determine the reasons they did not access the dental health services, even if they felt the need to have an appointment with a dentist. New research questions arise from this report. It should be explored, whether there is a problem, like the unwillingness of the participants to dedicate any time for an appointment that a targeted health promotion could aim to eliminate. It should also more intensively be studied if there are financial barriers due to the Greek economic crisis that have a detrimental effect on the country's health – including dental – services.

Potential limitations of this study should be taken into account. All participants were students from one nursing school, and this means that findings may hardly be generalizable for the entire student population. A multicenter, interdisciplinary survey would probably be more appropriate for future research. A second limitation is that part of the study instruments depended upon the accuracy of participants' recollections which may diminish or inflate past events. Hence caution is required in interpreting these results. Cross-cultural differences on dental anxiety have been recognized (Coolidge et al 2005), thus studies should examine regionally the correlation of dental anxiety with different variables in various populations of a country, including studies examining nursing students of different regions, or researches examining the difference of dental anxiety between students of health sciences and students of other scientific fields.

The results of the present study showed that patient satisfaction is associated with dental anxiety and their previous experiences. This means that dental staff should obtain a deeper understanding of the triggering mechanisms of dental anxiety and the coping strategies for minimizing the phenomenon. They should also comprehend their role as health professionals in order to eliminate the factors that could increase anxiety and help their patients. Communication and interpersonal skills are essential components in delivering good quality dental care. Oral health professionals should be properly educated in order to initiate a therapeutic relationship and to eradicate as much as possible dental anxiety/fear.

AUTHORS' CONTRIBUTIONS

TB conceived and designed the study, contributed at the collection of the data and was available for consultation throughout the study, AM and MG analyzed the data and interpreted the results. IK and EM drafted the manuscript. All authors offered critical input and revisions on drafts of the manuscript, and approved the final version.

ACKNOWLEDGEMENT

The authors would like to thank Konstantina Papadatou RN, MSc, for her kind assistance in distributing and collecting the questionnaires.

REFERENCES

Akarslan Z.Z., Erten H., Uzun O., İΩeri E. & Topuz O. (2010). Relationship between trait anxiety, dental anxiety and DMFT indexes of Turkish patients attending a dental school clinic. East Mediterranean Health Journal 16:558-62.

Al-Omari W.M. & Al-Omiri M.K. (2009). Dental anxiety among university students and its correlation with their field of study. Journal of Applied Oral Science 17:199-203.

Armfield J.M., Spencer A.J. & Stewart J.F. (2006). Dental fear in Australia: who's afraid of the dentist? Australian Dental Journal 51:78-85.

Armfield J.M., Stewart J.F. & Spencer A.J. (2007). The vicious cycle of dental fear: exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear. BMC Oral Health 7:1.

Bell R.A., Arcury T.A., Anderson A.M., Chen H., Savoca M.R. & Gilbert G.H. (2012). Dental anxiety and oral health outcomes among rural older adults. Journal Public Health Dental 72:53-9

Berggren U., Carlsson S.G., Hakeberg M., Hägglin C. & Samsonowitz V. (1997). Assessment of patients with phobic dental anxiety. Acta Odontologica Scandinavica 55:217-22.

Carrillo-Diaz M., Crego A., Armfield J.M. & Romero-Maroto M. (2012). Assessing the relative efficacy of cognitive and non-cognitive factors as predictors of dental anxiety. European Journal Oral Sciences 120:82–8.

Coolidge T., Arapostathis K.N., Emmanouil D., Dabarakis N., Patrikiou A., Economides N. & Kotsanos N. (2008). Psychometric properties of Greek versions of the Modified Corah Dental Anxiety Scale (MDAS) and the Dental Fear Survey (DFS). BMC Oral Healt. 8:29.

Coolidge T., Heima M., Heaton L.J., Nakai Y., Höskuldsson O.,

Smith T.A., Weinstein P. & Milgrom P. (2005). The Child Dental Control Assessment (CDCA) in youth: reliability, validity and cross-cultural differences. European Journal Paediatric Dentistry 6:35-43.

Corah N.L., O'Shea R.M., Pace L.F. & Seyrek S.K. (1984). Development of a Patient Measure of Satisfaction with the Dentist: The Dental. Visit Satisfaction Scale. Journal of Behavioral Medicine 7:367-73.

do Nascimento D.L., da Silva Ara€jo A.C., Gusm˙o E.S. & Cim¦es R. (2011). Anxiety and fear of dental treatment among users of public health services. Oral Health & Prevent Dentistry 9:329-37.

Dubey S.N. (2011). Impact of Yogic Practices on some Psychological variables among Adolescents. Indian Journal of Community Psychology 7:1-7.

Gisler V., Bassetti R., Mericske-Stern R., Bayer S. & Enkling N. (2012). Across-sectional analysis of the prevalence of dental anxiety and its relation to the oral health-related quality of life in at a university clinic in Switzerland. Gerontology 29: e290-6.

Humphris G., Dyer T. & Robinson P. (2009). The modified dental anxiety scale: UK general public population norms in 2008 with further psychometrics and effects of age. BMC Oral Health 26:9:20.

Humphris G.M., Morrison T. & Lindsay S.J.E. 1995). The Modified Dental Anxiety Scale: validation and United Kingdom norms. Community Dentistry Health 12:143-50.

Humphris K. & King K. (2011). The prevalence of dental anxiety across previous distressing experiences. Journal of Anxiety Disorders 25:232-236.

Kafetsios K. (2002) Trate Anxiety Scale. In Stalikas A, Triliva S, Roussi P, editors. Psychometric Tools in Greece. Athens: Ellinika Grammata.

Kotsanos N., Arhakis A. & Coolidge T. (2005). Parental presence versus absence in the dental operatory: a technique to manage the uncooperative child dental patient. European Journal Paediatric Dentistry 6:144-8.

Kyritsi M.A., Dimou G. & Lygidakis N.A. (2009). Parental attitudes and perceptions affecting children's dental behaviour in Greek population. A clinical study. European Archives of Paediattic Dentistry 10:29-32.

Locker D. & Liddell AM. (1991) Correlates of dental anxiety among older adults. Journal of Dental Research. 70:198-203.

Locker D., Liddell A., Dempster L. & Shapiro D. (1999). Age of Onset of Dental Anxiety. Journal of Dental Research 78:790-6.

Malvania E.A. & Ajithkrishnan C.G. (2011). Prevalence and socio-demographic correlates of dental anxiety among a group of adult patients attending a dental institution in Vadodara city, Gujarat, India. Indian Journal of Dental Research 22:179-80.

Rouse R.A. & Hamilton M.A. (1990). Dentists' technical competence, communication, and personality as predictors of dental patient anxiety. Journal of Behavioral Medicine 13:307-19.

Schuller A.A., Willumsen T., & Holst D.(2003). Are there differences in oral health and oral health behavior between individuals with high and low dental fear? Community Dentistry and Oral Epidemiology 31:116-21.

Shrivastava R., Srivastava R., Shigli K., Prashanth M., Kumaraswamy B. & Nethravathi T. (2012). Assessment of dental anxiety and its correlation with denture satisfaction in Edentulous Patients. Journal of Contemporary Dental Practice 13:257-60.

Sohn W. & Ismail AI. (2005). Regular dental visits and dental anxiety in an adult dentate population. Journal of the American Dental Association 136:58-66.

Spielberger C.D., Gorsuch R.L., Lushene R., Vagg P.R. & Jacobs G.A. (1983). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press

Stouthard M.E. & Hoogstraten J. (1990). Prevalence of dental anxiety in the Netherlands. Community and Dental Oral Epidemiology 18:139-42.

Thomson W.M, Broadbent J.M, Locker D. & Poulton R. (2009). Trajectories of dental anxiety in a birth cohort. Community and Dental Oral Epidemiology 37:209-19.

Thomson W.M., Stewart J.F., Carter K.D. & Spencer A.J. (1996). Dental anxiety among Australians. International Dental Journal 46:320-4.

Weiner A.A. & Sheehan D.J.(1990). Etiology of dental anxiety: psychological trauma or CNS chemical imbalance? General Dentistry 38:39-43.

ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ (ΕΠΝΕ)

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Α. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ
Β. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΚΑΙ 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

Β. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ

ΕΚΔΟΤΗΣ: ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΣΚΟΥΤΕΛΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ: ΑΡΙΣΤΕΙΔΗΣ ΔΑΓΛΑΣ
ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ ΕΚΔΟΣΗΣ: ΜΙΧΑΛΗΣ ΠΙΤΣΙΛΙΔΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗΣ: Δρ. ΘΑΛΕΙΑ ΜΠΕΛΛΑΛΗ, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ: ΛΑΜΠΡΟΣ ΜΠΙΖΑΣ

ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ:
Μαρία Σαρίδη MSc, PhD
Βασιλική Ρόκκα MSc, PhD

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ
Αθηνά Καλοκαιρινού, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ
Στέφανος Μαντζούκας, Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής ΤΕΙ Ηπείρου

Ευγενία Μηνασίδου, Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Θεσ/νίκης
Ιωάννα Παπαθανασίου, Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Θεσσαλίας
Θεοδώρα Καυκιά Καθηγήτρια Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Θεσ/νίκης
Γεώργιος Κριτσιωτάκης, Καθηγητής Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Κρήτης
Μαρία Μαλλιαρού MSc, PhD
Ιωάννα Καραμήτρη MSc, PhD(c)
Αθανάσιος Μαστροκώστας MSc, PhD(c)
Μαρία Γκριζώτη, MSc

ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ

Φωτεινή- Ελένη Καραχάλιου, Παιδίατρος Ενδοκρινολόγος, Διευθύντρια Τμήματος Άθλησης και Ανάπτυξης Ν.Π. Αγλαΐα Κυριακού
Ιωάννης Κυριόπουλος, Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας, Κοσμήτωρ ΕΣΔΥ
Φώτιος Λεπίδας, Νομικός Σύμβουλος της 6ης ΥΠΕ, DEA, Διοικητικό Δίκαιο, Montpellier France
Αλέξιος Παραράς, Δικηγόρος Δημοσιολόγος, Νομικός Σύμβουλος ΕΝΕ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΡΙΤΩΝ

Παρασκευή Αποστολάρα
Αικατερίνη Βενέτη
Μαρία Γέραλη
Δημήτριος Δάλλας
Γεώργιος Ελεσνίτσαλης
Γεώργιος Ίντας
Αγγελική Καραΐσκου
Νεκταρία Κάραλη
Νικόλαος Κοντοδημόπουλος
Μιχάλης Κουράκος
Βάγια Κωνσταντικάκη
Θεοχάρης Κωνσταντινίδης
Πολυξένη Μαγγούλια
Χρυσούλα Μελισσά
Βασιλική Μούγια
Δημήτριος Μπαρουξής
Λάμπρος Μπίζας
Ιωάννης Μωϋσογλου
Χρυσούλα Νταφογιάννη
Δήμητρα Παλητζήκα
Ειρήνη Παπάζογλου
Νίκη Παυλάτου
Μαρία Ρεκλείτη
Νίκος Στεφανόπουλος
Νικόλαος Στούφης
Σοφία Τάνη
Αναστάσιος Τζενάλης
Αικατερίνη Τόσκα
Αλεξάνδρα Χαραλαμπίδου
Καλλιόπη Χατζίκα
Ελένη Χριστοδούλου
Χρύσα Χρυσοβιτσάνου

ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Dr. Theodoros Koutroubas, Professor, UC Louvain.
Dr. Irena Papadopoulos, Professor of Transcultural Health and Nursing and Head of Research Centre for Transcultural Studies in Health Middlesex University, London UK.
Dr. Mally Ehrenfeld, Associate Professor, Head of Nursing Department, Tel-Aviv University Israel.
Dr. Betty Chung Pui Man, Lecturer, (Health Sciences Syd), Nursing Faculty, Polytechnic University, Hong Kong
Dr. Evridiki Papastavrou, Lecturer, Department of Nursing, Cyprus University of Technology, President of the Council of Nursing and Midwifery.
Lorendana Sasso, Professore Associato,Universita degli Studi di Genova
Cecilia Sironi, MSc Universita degli Studi dell' Insubria-Varese Italy.
Rocco Gennaro, Vice Presidente IPASVI.

Γ. ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

(θα δημοσιεύονται στο πρώτο τεύχος κάθε έτους και θα υπάρχουν 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 link*
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 link
- Κλινικές δοκιμές link

β.Δευτερογενείς (συστηματικές ανασκοπήσεις) link
γ. Ανάπτυξης και Ψυχομετρικής Στάθμισης ερευνητικών εργαλείων link
4. ΠΟΙΟΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ
- Εμπειρικές link

5. ΕΡΕΥΝΕΣ ΜΙΚΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑΣ link
6. ΒΙΒΛΙΟΚΡΙΤΙΚΗ link
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 link, υπάρχουν αναρτημένες οι επιπλέον σχετικές, εξειδικευμένες οδηγίες στην ιστοσελίδα του περιοδικού.

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΡΘΡΩΝ **link**

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 η 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 (link).

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):

1. **Συνοδευτική Επιστολή (υπάρχει υπόδειγμα)**
2. **Σελίδα τίτλου***
3. **Σελίδα περίληψης***
4. **Σελίδα Βασικών Σημείων του Άρθρου**
5. **Κυρίως κείμενο του άρθρου**
6. **Συμβολή των συγγραφέων**
7. **Χρηματοδότηση (εάν υπάρχει)**
8. **Ευχαριστίες (εάν υπάρχουν)**
9. **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 links, 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. link)

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 3500 λέξεις, εξαιρουμένων των πινάκων, των γραφημάτων, της βιβλιογραφίας και της περίληψης. 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 ερωτη-

ματολόγια 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. Μπο-

ρεί 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 κλιμάκων. 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.

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 επιχειρήματά 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 ονό-

ματος 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.

Επιτομή χρήσιμων πληροφοριών

Σύσταση της ΕΝΕ

Η ΕΝΕ συστήθηκε δια του Νόμου 3252/2004 υπό την μορφή Νομικού Προσώπου Δημοσίου Δικαίου και λειτουργεί ως επίσημος επαγγελματικός σύλλογος των Νοσηλευτών. Η εγγραφή σε αυτήν όλων των Νοσηλευτών, είναι υποχρεωτική, όπως συμβαίνει σε κάθε αντίστοιχο επιμελητήριο άλλων επαγγελματιών που λειτουργεί ως ρυθμιστικός φορέας και επίσημος σύμβουλος της Πολιτείας (Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, Δικηγορικός Σύλλογος Αθηνών, Τεχνικό Επιμελητήριο Ελλάδος, κ.τ.λ).

Κυριότεροι σκοποί της ΕΝΕ

Για να γίνουν κατανοητοί οι λόγοι που πρέπει όλοι οι νοσηλευτές να είναι εγγεγραμμένοι, παραθέτουμε τους βασικότερους στόχους που περιγράφει ο Νόμος 3252/2004 και που καλείται να επιτελέσει η Ε.Ν.Ε:

- την προαγωγή και ανάπτυξη της Νοσηλευτικής ως ανεξάρτητης και αυτόνομης επιστήμης και τέχνης
- την έρευνα, ανάλυση και μελέτη των νοσηλευτικών θεμάτων και τη σύνταξη και υποβολή επιστημονικά τεκμηριωμένων μελετών για τα διάφορα νοσηλευτικά προβλήματα της χώρας
- τη διατύπωση εισηγήσεων για νοσηλευτικά θέματα
- τη διαρκή εκπαίδευση, μετεκπαίδευση και επιμόρφωση των Νοσηλευτών και την υλοποίηση και αξιοποίηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων
- τη συμμετοχή στην υλοποίηση προγραμμάτων που επιχορηγούνται από την Ευρωπαϊκή Ένωση ή άλλους διεθνείς οργανισμούς
- την έκδοση πιστοποιητικών, απαραίτητων για την άδεια άσκησης επαγγέλματος των Νοσηλευτών
- τον περιορισμό της αντιποίησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος
- την αξιολόγηση της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας
- την εκπροσώπηση της χώρας σε διεθνείς οργανισμούς του νοσηλευτικού κλάδου
- την έκδοση περιοδικού, ενημερωτικού δελτίου, συγγραμμάτων και φυλλαδίων για την ενημέρωση των μελών της αλλά και του κοινωνικού συνόλου
- τη μελέτη υγειονομικών θεμάτων και την οργάνωση επιστημονικών συνεδρίων αυτόνομα ή σε συνεργασία με άλλους φορείς
- τη δημιουργία επιτροπής δεοντολογίας και ηθικής του επαγγέλματος του νοσηλευτή
- τον καθορισμό και κοστολόγηση των νοσηλευτικών πράξεων και
- την προστασία και προαγωγή της υγείας του Ελληνικού Λαού.

Μέλη της ΕΝΕ

Μέλη της Ε.Ν.Ε είναι υποχρεωτικώς όλοι οι νοσηλευτές που είναι απόφοιτοι: α) Τμημάτων Νοσηλευτικών Α.Ε.Ι., β) Νοσηλευτικών Τμημάτων Τ.Ε.Ι., γ) Πρώην Ανώτερων Σχολών Αδελφών Νοσοκόμων, Επισκεπτριών Αδελφών Νοσοκόμων, αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, δ) Πρώην Νοσηλευτικών Σχολών ΚΑΤΕΕ, ε) Νοσηλευτικών Σχολών ή Τμημάτων της αλλοδαπής, των οποίων τα διπλώματα έχουν αναγνωριστεί ως ισότιμα με τα πτυχία των νοσηλευτικών σχολών της ημεδαπής από τις αρμόδιες υπηρεσίες και στ) Στρατιωτικών Ανωτάτων Νοσηλευτικών Σχολών.

Διάρθρωση της ΕΝΕ

Η ΕΝΕ διαρθρώνεται σε Κεντρική Διοίκηση, που εδρεύει στην Αθήνα και σε δεκατρία Περιφερειακά Τμήματα, που λειτουργούν σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια της χώρας.

Κεντρική Διοίκηση

Η Κεντρική Διοίκηση αποτελείται από 15μελές Δ.Σ και έχει έδρα την Αθήνα. Η διεύθυνση των γραφείων είναι: Λεωφόρος Βασιλίσσης Σοφίας 47, Τ.Κ. 10676, τηλ. 210 3648044, 048 και fax. 210 3617859 και 210 3648049. Η ιστοσελίδα της Ε.Ν.Ε είναι www.enne.gr και το e-mail: info@enne.gr.

Περιφερειακά Τμήματα

Τα δεκατρία Περιφερειακά Τμήματα (Π.Τ) της Ε.Ν.Ε, ακολουθούν τον αριθμό των Υγειονομικών Περιφερειών (Υ.Π.Ε) και είναι τα ακόλουθα:

1. Πρώτο Περιφερειακό Τμήμα Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης: Β. ΠΑΥΛΟΥ 10Α ΚΟΜΟΤΗΝΗ ΤΗΛ. 6944152505-6948625299 FAX. 2531080126. Περιλαμβάνει τους Νομούς Δράμας, Έβρου, Καβάλας, Ξάνθης και Ροδόπης. Έδρα του 1ου ΠΤ Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης είναι η Κομοτηνή
2. Δεύτερο Περιφερειακό Τμήμα Κεντρικής Μακεδονίας: ΜΑΒΙΛΗ 11, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, Τ.Κ.54630, τηλ. 2310522822 και fax. 2310522219. Περιλαμβάνει τους Νομούς Ημαθίας, Θεσσαλονίκης, Κιλκίς, Πιερίας, Πέλλας, Σερρών και Χαλκιδικής. Έδρα του 2ου ΠΤ Κεντρικής Μακεδονίας είναι η Θεσσαλονίκη.
3. Τρίτο Περιφερειακό Τμήμα Δυτικής Μακεδονίας: ΑΕΤΟΡΑΧΗΣ & ΓΡΑΜΜΟΥ 5, ΚΟΖΑΝΗ ΤΗΛ.24610 49591 FAX:2461067817. Περιλαμβάνει τους Νομούς Γρεβενών, Καστοριάς, Κοζάνης και Φλώρινας. Έδρα του 3ου ΠΤ Δυτικής Μακεδονίας είναι η Κοζάνη
4. Τέταρτο Περιφερειακό Τμήμα Ηπείρου: ΥΠΑΤΗΣ 1 &Ν.Ε.Ο. ΠΑΤΡΩΝ ΑΘΗΝΩΝ, ΠΑΤΡΑ ΤΗΛ. 2610423830 FAX. 2610426215. Περιλαμβάνει τους Νομούς Άρτας, Θεσπρωτίας, Ιωαννίνων, και Πρεβέζης. Έδρα του 4ου ΠΤ Ηπείρου είναι τα Ιωάννινα.
5. Πέμπτο Περιφερειακό Τμήμα Θεσσαλίας: ΝΑΥΑΡΙΝΟΥ 2, ΛΑΡΙΣΑ ΤΚ 41223 ΤΗΛ 2410284866 FAX. 2410284871. Περιλαμβάνει τους Νομούς Καρδίτσας, Λάρισας, Μαγνη-

σίας και Τρικάλων. Έδρα του 5ου ΠΤ Θεσσαλίας είναι η Λάρισα.
6. Εκτο Περιφερειακό Τμήμα Ιονίων Νήσων: ΥΠΑΤΗΣ 1 &Ν.Ε.Ο. ΠΑΤΡΩΝ ΑΘΗΝΩΝ, ΠΑΤΡΑ ΤΚ 26441 ΤΗΛ. 2610423830 FAX. 2610426215. Περιλαμβάνει τους Νομούς Ζακύνθου, Κέρκυρας, Κεφαλληνίας και Λευκάδας καθώς και το δήμο Ιθάκης που αποτελεί αυτοτελή περιφερειακή ενότητα.
7. Έβδομο Περιφερειακό Τμήμα Δυτικής Ελλάδας: ΥΠΑΤΗΣ 1 &Ν.Ε.Ο. ΠΑΤΡΩΝ ΑΘΗΝΩΝ, ΠΑΤΡΑ, ΤΚ 26441 ΤΗΛ. 2610423830 FAX. 2610426215. Περιλαμβάνει τους Νομούς Αιτωλοακαρνανίας, Αχαΐας και Ηλείας. Έδρα του 7ου ΠΤ Δυτικής Ελλάδας είναι η Πάτρα.
8. Όγδοο Περιφερειακό Τμήμα Στερεάς Ελλάδας: ΝΑΥΑΡΙΝΟΥ 2 ΤΚ. 41223 ΤΗΛ.2410284866 FAX. 2410284871. Περιλαμβάνει τους Νομούς Βοιωτίας, Ευβοίας, Ευρυτανίας, Φθιώτιδος και Φωκίδος. Έδρα του 8ου ΠΤ Στερεάς Ελλάδας είναι η Λαμία.
9. Ένατο Περιφερειακό Τμήμα Αττικής: ΛΕΩΦΟΡΟΣ ΒΑΣΙΛΙΣΣΗΣ ΣΟΦΙΑΣ 47,Τ.Κ. 10676, τηλ. 210 3648044, 048 και fax. 210 3617859 και 210 3648049. Περιλαμβάνει το Νομό Αττικής.
10. Δέκατο Περιφερειακό Τμήμα Πελοποννήσου: ΥΠΑΤΗΣ 1 & Ν.Ε.Ο. ΠΑΤΡΩΝ ΑΘΗΝΩΝ, ΠΑΤΡΑ ΤΚ 441 ΤΗΛ. 2610423830 ΦΑΞ. 2610426215. Περιλαμβάνει τους Νομούς Αργολίδος, Αρκαδίας, Κορινθίας, Λακωνίας και Μεσσηνίας. Έδρα του 10ου ΠΤ Πελοποννήσου είναι η Τρίπολη.
11. Ενδέκατο Περιφερειακό Τμήμα Βορείου Αιγαίου: ΑΛΚΑΙΟΥ 8, ΜΥΤΙΛΗΝΗ ΤΚ 81100 ΤΗΛ. 22510-46272 ΦΑΞ. 22510-46272. Περιλαμβάνει τους Νομούς Λέσβου, Σάμου και Χίου.
12. Δωδέκατο Περιφερειακό Τμήμα Νοτίου Αιγαίου: ΛΕΩΦΟΡΟΣ ΒΑΣΙΛΙΣΣΗΣ ΣΟΦΙΑΣ 47,Τ.Κ. 10676, τηλ. 210 3648044, 048 και fax. 210 3617859 και 210 3648049. Περιλαμβάνει τους Νομούς Κυκλάδων και Δωδεκανήσου.
13. Δέκατο Τρίτο Περιφερειακό Τμήμα Κρήτης: ΣΠΙΝΑΛΟΓΚΑΣ 6, ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΤΚ 71201 τηλ. 2810310366, 2810311684 και fax.2810310014. Περιλαμβάνει τους Νομούς Ηρακλείου, Λασιθίου, Ρεθύμνου και Χανίων. Έδρα του 13ου ΠΤ Κρήτης είναι το Ηράκλειο.

Εγγραφή και συνδρομή των μελών

Κάθε Νοσηλευτής υποχρεούται να υποβάλλει αίτηση εγγραφής στο οικείο Περιφερειακό Τμήμα. Η αίτηση συνοδεύεται υποχρεωτικά από επικυρωμένα αντίγραφα πτυχίου και αστυνομικής ταυτότητας, δυο έγχρωμες φωτογραφίες, το αποδεικτικό της τραπεζικής κατάθεσης των 45 €, απλό φωτοαντίγραφο της άδειας άσκησης επαγγέλματος και προαιρετικά από τους τίτλους που τυχόν κατέχει το υποψήφιο μέλος (μεταπτυχιακοί τίτλοι, πιστοποιητικά γνώσης ξένης γλώσσας, κοινωνικές δραστηριότητες κ.τ.λ).

Κάθε Νοσηλευτής υποχρεούται να ανανεώνει την εγγραφή του ετησίως, αυτοπροσώπως ή ταχυδρομικώς (όχι με fax) μέχρι το τέλος Φεβρουαρίου, υποβάλλοντας σχετική δήλωση στο Περιφερειακό Τμήμα όπου ανήκει. Η δήλωση υποβάλλεται ταυτόχρονα με την καταβολή της ετήσιας συνδρομής, που έχει οριστεί δια του Νόμου 3252/2004 στο ποσό των σαράντα πέντε (40) ευρώ. Σε κάθε Νοσηλευτή που εγγράφεται ή ανανεώνει την εγγραφή του στην ΕΝΕ χορηγείται Δελτίο Ταυτότητας Νοσηλευτή.

Άδεια άσκησης επαγγέλματος

Για την έκδοση από τις κατά τόπους Νομαρχίες της άδειας άσκησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος, οι νοσηλευτές οφείλουν να συμπεριλάβουν, μεταξύ των δικαιολογητικών, και βεβαίωση εγγραφής στο οικείο Περιφερειακό Τμήμα της Ε.Ν.Ε. Με την παραλαβή της άδειας άσκησης επαγγέλματος, υποχρεούνται να καταθέσουν άμεσα αντίγραφο αυτής, στο Περιφερειακό Τμήμα όπου ανήκουν.

Βάσει του Νόμου 3252/2004, όποιος ασκεί τη νοσηλευτική χωρίς να έχει άδεια άσκησης επαγγέλματος διώκεται ποινικά σύμφωνα με το άρθρο 458 του Ποινικού Κώδικα.

Καταγγελία για παράνομη άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος μπορεί να κάνει οποιοσδήποτε ιδιώτης στα Περιφερειακά Συμβούλια ή στο Δ.Σ. της Ε.Ν.Ε., το οποίο στη συνέχεια υποχρεούται να γνωστοποιήσει το γεγονός στις αρμόδιες δικαστικές αρχές.

Στις περιπτώσεις που επιβάλλεται πειθαρχική ποινή προσωρινής ή οριστικής διαγραφής από την Ε.Ν.Ε., αναστέλλεται αυτοδίκαια η άδεια άσκησης επαγγέλματος.

Όργανα διοίκησης

Η Ε.Ν.Ε διοικείται από την Συνέλευση των Αντιπροσώπων και το Διοικητικό Συμβούλιο. Τα Περιφερειακά Τμήματα διοικούνται από την Γενική Συνέλευση και το Περιφερειακό Συμβούλιο.

Διεθνής εκπροσώπηση της Ε.Ν.Ε

Η Ε.Ν.Ε είναι μέλος της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου Νοσηλευτών (F.E.P.I), κατέχοντας μια από τις επτά θέσεις του Διοικητικού της Συμβουλίου. Στην εν λόγω Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία συμμετέχουν ακόμα η Αγγλία, η Ιταλία, η Ισπανία, η Ιρλανδία, η Πολωνία, η Κροατία, η Ρουμανία, η Πορτογαλία και υπό ένταξη είναι η Γαλλία, η Κύπρος και το Βέλγιο. Για περισσότερες πληροφορίες, συνδεθείτε με την ιστοσελίδα www.fepi.org.

Ανάδειξη και θητεία των αιρετών οργάνων διοίκησης

Το Διοικητικό Συμβούλιο της Ε.Ν.Ε, εκλέγεται από την Συνέλευση των Αντιπροσώπων. Οι Αντιπρόσωποι εκλέγονται χωριστά για κάθε Περιφερειακό Τμήμα από τα μέλη της Γενικής Συνέλευσης του Τμήματος. Τα Περιφερειακά Συμβούλια εκλέγονται ομοίως από τα μέλη της Γενικής Συνέλευσης του Περιφερειακού Τμήματος. Οι εκλογές διεξάγονται κάθε τρία (3) χρόνια, ενώ συμμετέχουν σ΄αυτές όσοι Νοσηλευτές είναι οικονομικώς τακτοποιημένοι.

Πειθαρχικός έλεγχος

Ο πειθαρχικός έλεγχος των μελών της Ε.Ν.Ε ασκείται σε πρώτο βαθμό από τα Περιφερειακά Συμβούλια, που λειτουρ-

γούν και ως Πειθαρχικά Συμβούλια.
Ο δευτεροβάθμιος πειθαρχικός έλεγχος, καθώς και ο πειθαρχικός έλεγχος των μελών του Διοικητικού Συμβουλίου και των Περιφερειακών Συμβουλίων ασκείται από το Ανώτατο Πειθαρχικό Συμβούλιο, στο οποίο προεδρεύει Εφέτης των Πολιτικών Δικαστηρίων.

Επιστημονικό Περιοδικό

Η Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος δημιούργησε το 2008 το «Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης» που αποτελεί και το επίσημο περιοδικό της. Είναι ένα περιοδικό πολυδιάστατο με κριτική επιτροπή που στοχεύει στην προώθηση της Νοσηλευτικής Επιστήμης στην Ελλάδα.
Το «Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης» αποτελεί ένα αξιόπιστο, σύγχρονο, τριμηνιαίο επιστημονικό περιοδικό που εκδίδεται στην Ελληνική και την Αγγλική γλώσσα και είναι διαθέσιμο σε ηλεκτρονική και έντυπη μορφή με συμβολική αμοιβή σε όλους τους ενδιαφερόμενους ερευνητές, πανεπιστημιακούς δασκάλους, φοιτητές, σε όλη τη νοσηλευτική κοινότητα γενικότερα αλλά και στα ανώτατα εκπαιδευτικά ιδρύματα (ΑΤΕΙ και ΑΕΙ) της ημεδαπής και της αλλοδαπής.
Παράλληλα 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 και στην κλινική νοσηλευτική να δημοσιεύσουν το έργο τους και να δεχθούν εποικοδομητικές κριτικές. Στο περιοδικό δημοσιεύονται ερευνητικές μελέτες, ανασκοπήσεις, πρωτότυπες πραγματείες και βιβλιοκριτικές. Οι εργασίες που δημοσιεύονται, μοριοδοτούνται με τρόπο θεσμικά προβλεπόμενο και επικυρωμένο από την ελληνική νομοθεσία και σύμφωνα πάντα με τη διεθνή πρακτική.

Ενημερωτικό περιοδικό

Η Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος δημιούργησε το 2008 το μηνιαίο ενημερωτικό περιοδικό «Ο Ρυθμός της Υγείας», με σκοπό την ανάδειξη του νοσηλευτή ως ενιαίας ψυχοσωματικής, και επαγγελματικής οντότητας, με ενδιαφέροντα που κινούνται πέρα από τα τετριμμένα, αγκαλιάζοντας όλα τα επίπεδα της πολύπλευρης κοινωνικής του υπόστασης.
Ο Έλληνας νοσηλευτής, εκτός από την ανάγκη για την επίλυση πρωταρχικών ζητημάτων που τον απασχολούν ως επαγγελματία, έχει ανάγκη να εκφραστεί, να επικοινωνήσει, να διασκεδάσει και να προβάλλει πολύπλευρα τον κοινωνικό του προορισμό.
Έτσι, «Ο Ρυθμός της Υγείας», σκοπεύει να ενώσει τη φωνή όλων των νοσηλευτών της χώρας και να αποτελέσει ένα άμεσο και έγκυρο κανάλι επικοινωνίας, δίνοντας βήμα σε όλες ανεξαιρέτως της φωνές της επαγγελματικής –και όχι μόνο- κοινότητας.

Μελλοντικοί Στόχοι

Η Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδας, με τη συνεργασία όλων των μελών της, στοχεύει να υλοποιήσει και να ολοκληρώσει κάποια σημαντικά έργα που αποτελούν πάγια αιτήματα της νοσηλευτικής κοινότητας, ορισμένα από τα οποία ήδη άρχισαν να εκπονούνται:

- Καθορισμός και κοστολόγηση των νοσηλευτικών πράξεων
- Δημιουργία ανοιχτής γραμμής επικοινωνίας με σκοπό την καταγραφή και επίλυση των προβλημάτων των νοσηλευτών
- Ενίσχυση των διεθνών σχέσεων των ελλήνων νοσηλευτών με οργανισμούς, fora και ινστιτούτα του εξωτερικού
- Δημιουργία ηλεκτρονικής ψηφιακής βιβλιοθήκης η χρήση της οποίας θα είναι δωρεάν για τα μέλη της ΕΝΕ και προσβάσιμη από όλη την επικράτεια
- Προσφορά ειδικών εκπαιδευτικών και μετεκπαιδευτικών προγραμμάτων
- Διοργάνωση επιστημονικών συνεδρίων και ημερίδων με μοριοδότηση των συνέδρων νομικά ισχύουσα και κατοχυρωμένη
- Δημιουργία Ειδικών Επιτροπών Έργου, όπως Εκπαίδευσης, Τεκμηρίωσης, Διεθνών Σχέσεων και Ενημέρωσης
- Οργάνωση δικτύου εμπειρογνωμόνων για νοσηλευτικά θέματα και παροχή νομοτεχνικών συμβουλών
- Οργάνωση και λειτουργία προγραμμάτων εξειδίκευσης
- Πιστοποίηση Νοσηλευτικών Ειδικοτήτων και Νοσηλευτικής επάρκειας

Επικοινωνία

Οι νοσηλευτές μπορούν να απευθύνονται στα τηλέφωνα: 210 3648044, 3648048 (08:00- 15:00), στα fax:210 3648049, 3617859 και στο e- mail: info@enne.gr

- για επαγγελματικά θέματα
- για θέματα εκπαίδευσης
- για νομικά θέματα
- για την εγγραφή τους ή την ανανέωση αυτής
- για γενική ενημέρωση (συνέδρια, δράσεις, εκδηλώσεις κλπ)
- για τις προκηρύξεις μέσω ΑΣΕΠ
- για θέσεις εργασίας στον ευρύτερο τομέα της υγείας

Τώρα, όλα τα έντυπά μας στο διαδίκτυο!



κάντε κλικ...

[username: **abcd** password: **1234**]

Diabetes Care - Greek Edition
http://diacare.gr

Harvard Review of Psychiatry - Greek Edition
http://hrps.gr

Heartreat
http://heartreat.gr

Neurologic Clinics Greek Edition
http://semneuro.gr

Medical Express
http://medicalexpress.gr

Pharmanews
http://pharmanews.gr

Διάγνωση
http://diagnosispress.gr

Μ. ΠΙΤΣΙΛΙΔΗΣ
ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ & ΕΚΔΟΣΕΩΝ

Μ. ΠΙΤΣΙΛΙΔΗΣ Α.Ε. | 210 8947 002 | info@pitsilidis.gr | www.pitsilidis.gr



E.N.E.

ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

www.enne.gr