Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης
Hellenic Journal of Nursing Science

Τόμος 7, Τεύχος 2, ΑΠΡΙΛΙΟΣ - ΜΑΙΟΣ - ΙΟΥΝΙΟΣ 2014
Volume 7, Number 2, APRIL - MAY - JUNE 2014



ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ - EDITORIAL
Οικονομική κρίση και Νοσηλευτική.
Μαρία Σαρίδη

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ - REVIEWS

Οι γνώσεις των νοσηλευτών στην καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση: Μια βιβλιογραφική ανασκόπηση
Nurses' knowledge towards cardiopulmonary resuscitation: A literature review
Ελένη Παπαϊωάννου, Αναστασία Ντικούδη

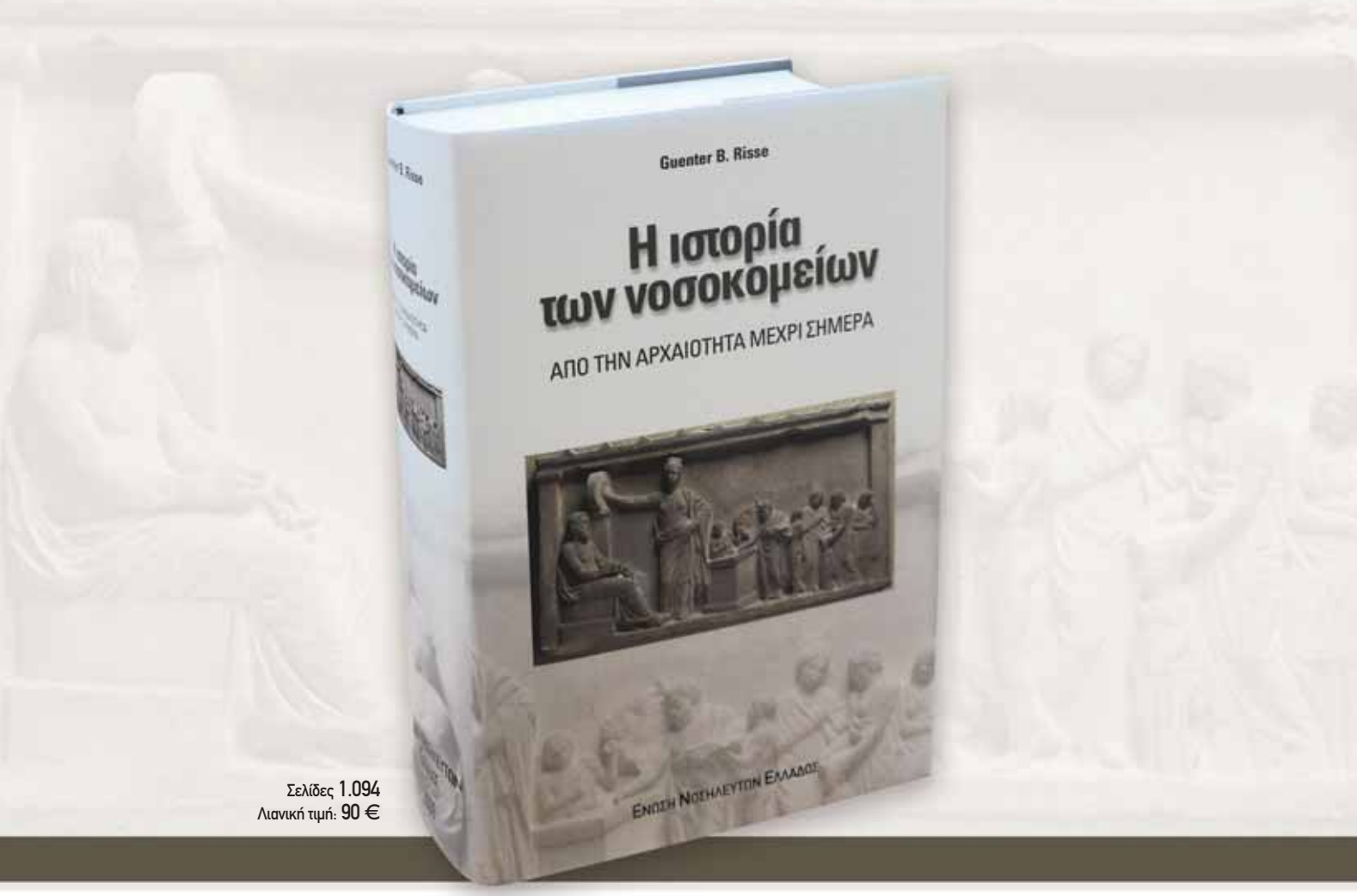
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ - RESEARCH ARTICLES

Nurses prepare epinephrine faster than physicians in simulated cardiac arrest
Ioannis Pantazopoulos, Dimitrios Barouxis, Ioannis Vlachos, Afrodite Aggelina, Antonia Koutsoukou, Athanassios Chalkias, Nicoletta Iacovidou

Preoperative effect of information and nurse's role on postoperative patient recovery in laparoscopic cholecystectomy
Antonia Stergiopoulou

Perioperative Nursing Care in two cases of Empyema Thoracis
Maria Chounti, Konstantinos Hatziveis, Panagiotis Hountis, Eleni Karavana, Dimitrios Moraitis, Sotirios Moraitis

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, Μιχαήλ 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

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ - EDITORIAL

Οικονομική κρίση και Νοσηλευτική.
Μαρία Σαρίδη 3

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ - REVIEWS

Οι γνώσεις των νοσηλευτών στην καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση: Μια βιβλιογραφική ανασκόπηση
Nurses' knowledge towards cardiopulmonary resuscitation: A literature review
Ελένη Παπαϊωάννου, Αναστασία Ντικούδη 6

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ - RESEARCH ARTICLES

Nurses prepare epinephrine faster than physicians in simulated cardiac arrest
Ioannis Pantazopoulos, Dimitrios Barouxis, Ioannis Vlachos, Afrodite Aggelina, Antonia Koutsoukou, Athanassios Chalkias, Nicoletta Iacovidou 12

Preoperative effect of information and nurse's role on postoperative patient recovery in laparoscopic cholecystectomy
Antonia Stergiopoulou 17

Perioperative Nursing Care in two cases of Empyema Thoracis
Maria Chounti, Konstantinos Hatziveis, Panagiotis Hountis, Eleni Karavana, Dimitrios Moraitis, Sotirios Moraitis 22

ΝΕΕΣ, ΑΝΑΘΕΩΡΗΜΕΝΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ 27

EDITORIAL

Οικονομική κρίση και Νοσηλευτική

Μαρία Σαρίδη, Phd

Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Γ.Ν.Κορίνθου

Τα συστήματα υγείας σε όλες τις χώρες που βιώνουν την οικονομική κρίση, δέχονται σοβαρές πιέσεις για μείωση των δαπανών τους και την εξοικονόμηση πόρων, ενώ ταυτόχρονα οφείλουν να προσαρμοστούν στην αυξανόμενη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας και σε σημαντικά προβλήματα που προκύπτουν όπως η αύξηση του αριθμού των ανασφάλιστων πολιτών, η γήρανση του πληθυσμού και η αυξημένη ζήτηση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας. Το κόστος σε ανθρώπινες ζωές είναι ορατό αλλά ακόμα δεν υπάρχουν σαφείς μελέτες οι οποίες να τεκμηριώνουν αυτό το αποτέλεσμα αν και αυτό σκιαγραφείται μέσα από την καθημερινή επαφή των επαγγελματιών υγείας με τους ασθενείς και το σύστημα υγείας (Καραΐσκου και συν 2012).

Σε μελέτη από 34 κράτη μέλη της Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) παρουσιάζονται οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγείας, και κυρίως στη νοσηλευτική (EFN 2012). Παρ΄όλη τη διαφοροποίηση που παρουσιάζει τόσο η νοσηλευτική εκπαίδευση όσο και αυτή καθαυτή η άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος σε κάθε χώρα (Βουλγαρία, Κροατία, Δανία, Ελλάδα, Ιρλανδία, Λετονία, Λιθουανία, Μαυροβούνιο, Ηνωμένο Βασίλειο, κ.λ.π.), εν τούτοις σε όλες τις παραπάνω χώρες φαίνεται ότι παρουσιάζονται παρεμφερείς επιπτώσεις στην επαγγελματική ζωή των νοσηλευτών λόγω της δημοσιονομικής κατάρρευσης, όπως περικοπές δαπανών στην υγεία, απολύσεις, μείωση μισθών, αυξημένη συνταξιοδότηση, αύξηση του φόρτου εργασίας, ανεργία κ.λ.π. Η έκπτωση στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας προς τους ασθενείς και η μειωμένη ασφάλειά τους, αποτελεί δυστυχώς ένα ακόμα κοινό σημείο αναφοράς των 34 χωρών. Παράλληλα με την έκπτωση αυτή, οι νοσηλευτές σε όλη την ΕΕ καλούνται να εργάζονται σκληρότερα, να αμείβονται λιγότερο και να προσπαθούν να διατηρούν τα πρότυπα ποιότητας, σε ένα περιβάλλον που δεν μπορεί και δεν πρέπει να διαπραγματεύεται τη ζωή του ασθενή και το οποίο χαρακτηρίζεται από τη συνεχή περικοπή του κόστους, από την έλλειψη εξοπλισμού και υλικών και από την αδυναμία των δομών να παρέχουν επαρκή και ασφαλή στελέχωση (Gantz et al 2012).

Φυσικά το φαινόμενο αυτό δεν αποτελεί ίδιον της ΕΕ, αντίθετα παρόμοια δείγματα και ανησυχίες έχουν καταγραφεί από επιστήμονες σε όλο τον κόσμο δεδομένης βεβαίως και της παγκοσμιοποίησης της οικονομικής κρίσης. Πανομοιότυπες πιέσεις στους νοσηλευτές σε λιγότερο ίσως βαθμό ασκούνται και σε χώρες όπως η Αυστραλία και οι ΗΠΑ (Sargent-Cox et al 2011).

Αναλύοντας την επίδραση του οικονομικού πλαισίου από το 2009, έτος έναρξης του φαινομένου έως και σήμερα, παρατηρούνται σημαντικές αλλαγές στη νοσηλευτική ανάλογα με την οικονομική κατάσταση, την πολιτική αλλά και τις ιδιαιτερότητες της νοσηλευτικής και της κοινωνίας του κάθε κράτους γενικότερα. Σκιαγραφώντας τους νοσηλευτές σε όλη την ΕΕ φαίνεται ότι ένας στους τρεις βρίσκεται σε ηλικία άνω των 50 ετών και η πλειοψηφία τους έχει 20 και πλέον έτη προϋπηρεσίας στον χώρο της υγείας, γεγονός που αφορά στον υπερθετικό βαθμό και στην Ελλάδα.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, το 2009, καταγράφηκαν απώλειες στο μισθό σε εργαζόμενους στον τομέα της υγείας, ενώ το 2010, υπήρξε διετές πάγωμα μισθών σε εργαζόμενους με εισόδημα πάνω από Θ 21.000 το χρόνο. Σχετικά με τους νοσηλευτές στην ίδια χώρα, περίπου 50.000 θέσεις εργασίας αναμένεται να χαθούν έως το τέλος του 2014, ενώ στην Ουαλία οι κενές θέσεις νοσηλευτών που προκύπτουν από άδειες κύησης ή ασθένειας δεν αναπληρώνονται πλέον. Οι συνδικαλιστικές ενώσεις νοσηλευτών έχουν επισημάνει τους κινδύνους από τις πολιτικές λιτότητας στους ίδιους τους νοσηλευτές, τόσο λόγω της αύξησης του φόρτου εργασίας όσο και λόγω του αυξημένου άγχους από τις πολλαπλές πιέσεις εντός και εκτός εργασιακού χώρου.

Στην ίδια χώρα, τα τελευταία 4 χρόνια, η νοσηλευτική φαίνεται ότι δεν αποτελεί πλέον κύρια επιλογή σπουδών για τους νέους (1.500 άτομα λιγότερα αποφοιτούν κάθε ακαδημαϊκό έτος από τις νοσηλευτικές σχολές), ενώ οι φοιτητές νοσηλευτικής στην πλειοψηφία τους (75%) πρέπει παράλληλα με τις σπου-

δές τους να εργάζονται, για να καταφέρουν να ανταπεξέλθουν στα έξοδά τους και να μην εγκαταλείψουν τη σχολή λόγω οικονομικών δυσκολιών. Αντίστοιχη μείωση υπάρχει και στον αριθμό των καθηγητών και λόγω συνταξιοδότησης αλλά και λόγω περιορισμού των προσλήψεων.

Στη Φινλανδία, το ποσοστό ανεργίας για τους νοσηλευτές εν μέσω οικονομικής κρίσης φτάνει μόλις το 1.1%, αλλά η συγκεκριμένη χώρα παραδοσιακά δεν έχει σε υψηλό κοινωνικό status το νοσηλευτικό επάγγελμα, οπότε δεν προσελκύει αρκετούς νέους σε αυτό. Εντούτοις και εδώ αυξήθηκαν οι πιέσεις στους μισθούς και στα ωράρια των νοσηλευτών λόγω της μείωσης των δαπανών υγείας και παρόλο που η Φινλανδία είναι μια χώρα που συχνά αναζητά νοσηλευτές από άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, εντούτοις 3.500 Φιλανδοί νοσηλευτές εργάζονται σε άλλες χώρες του εξωτερικού. Σε μια μελέτη που διεξήχθη πρόσφατα στη χώρα, το 50% περίπου των νοσηλευτών ανέφεραν ότι σκοπεύουν να εγκαταλείψουν το επάγγελμα. Πρόσφατα, η Ένωση Νοσηλευτών της Φινλανδίας, σε συνεργασία με το υπουργείο υγείας, έχει υιοθετήσει πρωτοβουλίες αναβάθμισης του ρόλου των νοσηλευτών (π.χ. συνταγογράφηση), με βασικό σκοπό την εξοικονόμηση πόρων λόγω της μεγάλης έλλειψης γιατρών (Wray 2013).

Στη Γερμανία, η μείωση των δαπανών υγείας επιφέρει όχι τόσο μείωση μισθών σε σημαντικό βαθμό, όσο αύξηση του φόρτου εργασίας, λόγω μείωσης των ανάλογων θέσεων εργασίας στα νοσοκομεία. Αυτό δίνει την ουσιαστική αφορμή στο νοσηλευτικό κλάδο της χώρας για αναβάθμιση των σπουδών της νοσηλευτικής και εδραίωση της επιστήμης της νοσηλευτικής στην τριτοβάθμια εκπαίδευση. Στη Γαλλία, ο φόρτος εργασίας στον τομέα της υγείας και η μείωση των μισθών των νοσηλευτών δεν θα μπορούσαν να ξεφύγουν από τον περιορισμό των δαπανών. Στην Ελβετία επίσης, μια χώρα που δε βιώνει έντονα οικονομικές επιπτώσεις, παρόλο που δεν υπάρχει μείωση των μισθών και εμφανείς δυσχέρειες στο σύστημα υγείας, εντούτοις και εκεί λόγω της ανάγκης μείωσης των δαπανών, ασκούνται σοβαρές πιέσεις για μείωση 10-15% των θέσεων νοσηλευτών.

Στην Ιρλανδία, το 2009, χάνονται 4.000 θέσεις νοσηλευτών, 1000 και πλέον νοσηλευτές συνταξιοδοτούνται κάθε έτος και περίπου 6.000 επέλεξαν το δρόμο της εθελουσίας εξόδου λόγω των συγχωνεύσεων και του κλεισίματος πολλών δομών παροχής φροντίδας υγείας. Η μείωση του μισθού άγγιξε το 5-10%, ανάλογα με την κλίμακα αμοιβών, και πολλοί Ιρλανδοί νοσηλευτές μεταναστεύουν για ανεύρεση εργασίας στο Ηνωμένο Βασίλειο, στην Αυστραλία και στις ΗΠΑ. Για την καλύτερη εξυπηρέτηση των πολιτών που χρήζουν ιατρικής φροντίδας, εφαρμόστηκε η (ελεγχόμενη) συνταγογράφηση από νοσηλευτές, μια καινοτομία η οποία αρχίζει να εφαρμόζεται και σε άλλες χώρες (Ισπανία, Φινλανδία, κ.λ.π.) και εξασφαλίζει άμεση εξυπηρέτηση των ασθενών με μικρότερο κόστος.

Η Κύπρος, μια χώρα με γηγενή κοινά χαρακτηριστικά με την Ελλάδα, αντιμετωπίζει αύξηση των ποσοστών της ανεργίας των νοσηλευτών που άρχισε το 2010 και έως σήμερα εμφανίζει μια ελαφρά επιδείνωση. Βέβαια σε αυτόν τον τομέα έχουν συνηγορήσει και οι εισροές ξένων νοσηλευτών (Ελλάδα, Ρουμανία, Πολωνία) που εργάζονται στη χώρα αυτή, αλλά και η μείωση των κενών οργανικών θέσεων στα δημόσια νοσοκομεία, όπως και η αύξηση του αριθμού των αποφοίτων νοσηλευτικής τα τελευταία χρόνια από δημόσια και ιδιωτικά ανώτατα εκπαιδευτικά ιδρύματα της χώρας.

Στην Ελλάδα, το 2009, με την έναρξη της κρίσης, το πρόβλημα δεν διαφαινόταν στην πλήρη ανάπτυξή του. Ξεκίνησε η αθρόα έξοδος/συνταξιοδότηση πολλών νοσηλευτών από το σύστημα υγείας και αυτή η κίνηση πολλαπλασιάστηκε τα επόμενα χρόνια. Η πρόωρη συνταξιοδότηση των νοσηλευτών, χωρίς αυτό να αντικατοπτρίζει την πραγματική βούληση των ιδίων, ενεργοποιήθηκε δεδομένης της αβεβαιότητας του ασφαλιστικού συστήματος και συνέβαλλε στην αποδιοργάνωση των νοσηλευτικών υπηρεσιών σε όλα τα δημόσια νοσοκομεία.

Οι κενές θέσεις εργασίας σύμφωνα με τους οργανισμούς των ιδρυμάτων είναι πολλές και παρ' όλο που τότε υπήρχαν άνεργοι νοσηλευτές (περίπου 6.000), οι οποίοι πλέον είναι πάνω από 8.000, εντούτοις δεν έγινε καμία πρόσληψη στα δημόσια νοσοκομεία, εξαιρουμένων ελάχιστων νοσηλευτών ως επικουρικό προσωπικό με περιορισμένο χρονικό ορίζοντα εργασίας, οι οποίοι προσελήφθησαν για τα νοσοκομεία από το ΚΕΕΛΠΝΟ το 2013 με στόχο την ενίσχυση κυρίως των ΜΕΘ. Εντούτοις η νοσηλευτική, στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια, αποτελεί μια από τις πρώτες επιλογές των νέων για σπουδές. Πολλά ΤΕΙ και ΑΕΙ της χώρας έχουν αυξήσει τους εισακτέους σε ποσοστό έως και 25%, με προσδοκία την αμεσότερη επαγγελματική αποκατάσταση.

Με την έναρξη της κρίσης αποφασίστηκε επίσης, ότι για κάθε 5 αποχωρήσεις δημοσίων υπαλλήλων θα υπήρχε μία νέα πρόσληψη, χωρίς να εξαιρεθούν οι νοσηλευτές από αυτή την απόφαση. Οι μισθοί των Ελλήνων νοσηλευτών υπέστησαν σημαντική περικοπή, 40% περίπου στις αποδοχές τους, η οποία σε συν-

δυασμό με την αύξηση της φορολογίας και τη μη έγκαιρη καταβολή δεδουλευμένων (υπερωριών, νυχτερινών κ.λ.π.), συμβάλλει στην περαιτέρω επιβάρυνση του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Η πιθανότητα πρόσληψης ενός νέου απόφοιτου ξεπερνά τα 4-5 χρόνια από την αποφοίτησή του, με αυτό το χρονικό διάστημα να έχει αυξητική τάση. Οι εργαζόμενοι νοσηλευτές, λόγω της μεγάλης έλλειψης προσωπικού, αναγκάζονται να εργαστούν χωρίς να λαμβάνουν τις δόκιμες εβδομαδιαίες αναπαύσεις και η κατανομή ασθενών/νοσηλευτών καταστρατηγείται, με αποτέλεσμα τη συνεχιζόμενη εξουθένωσή τους και την αναγκαστική έκπτωση στην παρεχόμενη ποιότητα φροντίδας .

Σημαντική παράμετρο στη λειτουργία των δομών παροχής φροντίδας υγείας αποτελεί η κατανομή του νοσηλευτικού προσωπικού όλων των κλάδων σε κάθε νοσηλευτικό τμήμα. Είναι εμφανής τόσο η αύξηση του βοηθητικού προσωπικού στη διάρθρωση του ημερήσιου προγράμματος της νοσηλευτικής υπηρεσίας όσο και η ταυτόχρονη μείωση των νοσηλευτών τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, καταστρατηγώντας έτσι τα επαγγελματικά καθήκοντα και τοποθετώντας τη νοσηλευτική πράξη σε ένα γενικότερο άνομο πλαίσιο παροχής φροντίδας από οιονδήποτε που δεν κατέχει τον τίτλο του νοσηλευτή. Η έλλειψη αποσαφηνισμένου και νομικά κατοχυρωμένου καθηκοντολογίου και η διαφοροποίηση αυτού μεταξύ των κλάδων του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε ένα νοσοκομείο, δίνει τη δυνατότητα στους κυβερνώντες να χρησιμοποιούν βοηθούς νοσηλευτών στη θέση των νοσηλευτών, δεδομένου του ότι οι τελευταίοι αποτελούν πιο φτηνό εργατικό δυναμικό. Με αυτό τον τρόπο καταστρατηγούνται τα διεθνή δεδομένα στελέχωσης του κάθε τμήματος από όλες τις βαθμίδες νοσηλευτικής εκπαίδευσης και δίνεται άλλοθι στους ασκούντες πολιτική, να αποφεύγουν την άμεση πρόσληψη του αριθμού εκείνου των νοσηλευτών που ορίζεται ως ο αναγκαίος για την ασφαλή και ουσιαστική λειτουργία ενός νοσηλευτικού τμήματος, όπως αυτός τεκμηριώνεται από τα διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα.

Σε όλες τις οικονομικές και επαγγελματικές προσεγγίσεις που αναφέρθηκαν, θα πρέπει να προστεθεί και η ηθική παράμετρος, η οποία χαρακτηρίζει τη νοσηλευτική και αναγκάζει το σημερινό επαγγελματία να βιώνει σοβαρά διλλήματα, όπως η περίθαλψη των ανασφάλιστων πολιτών, η υπερβάλλουσα εργασία, ψυχική και σωματική, στην αντιμετώπιση του επείγοντος, η πολύπλευρη αντιμετώπιση κοινωνικών περιστατικών και η αναπροσαρμογή της νοσηλευτικής πράξης λόγω της συχνής έλλειψης υλικών.

Γίνεται κατανοητό λοιπόν πως η νοσηλευτική εν μέσω οικονομικής κρίσης βιώνει δυσκολίες οι οποίες δεν αφορούν μόνο στους ίδιους τους νοσηλευτές ως επαγγελματίες και επιστήμονες, αλλά και στους ασθενείς που δέχονται τη φροντίδα υγείας. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή επισημαίνει, πως μέσα από τη συμμετοχή των χωρών και το διάλογο, έχοντας ως βασική δράση τη δημιουργία ελκυστικών συνθηκών εργασίας στον τομέα της υγείας έτσι ώστε να διατηρηθεί ή και να αυξηθεί η προσέλευση εργαζομένων προς αυτόν, θα υπάρξει κοινή στόχευση για την αναβάθμιση και εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας προκειμένου να ανταπεξέλθουν στις νέες προκλήσεις [EUROPE 2020- strategy for smart, sustainable and inclusive growth] (Sermeus & Bruyneel 2010).

Η σύμπνοια και η εγρήγορση του νοσηλευτικού κόσμου, οφείλει να αποδείξει πως μπορεί να συνεχίσει να πορεύεται και να ανακάμψει από αυτή τη δύσκολη οικονομική κατάσταση, υποστηρίζοντας την ιδιαιτερότητα και τη σημαντικότητα του νοσηλευτικού επαγγέλματος και διεκδικώντας ταυτόχρονα επιστημονική και επαγγελματική αναβάθμιση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

EU-Directive 2010/32/EU, Implementing the Framework Agreement on prevention from sharp injuries in the hospital and healthcare sector concluded by HOSPEEM and EPSU http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri= OJ:L:2010:134: 0066:0072:EN:PDF.

Sermeus W., Bruyneel L. Investing in Europe's health workforce of tomorrow: Scope for innovation and collaboration. Summary report of the three Policy Dialogues . European Observatory of Health Systems and Policy. Leuven, Belgium, 26-30 April 2010

European Federation of Nurses Associations. (2012). Caring in Crisis: the Impact of the Financial Crisis on Nurses and Nursing. A Comparative Overview of 34 European Countries. January. [Online]. Available at:http:/ /www.efnweb .org/version1/en/ documents/ [accessed 25 July 2014].

Gantz N.R., Sherman R., Jasper M., Choo C.G., Herrin-Griffith D. &Harris K. (2012). Global nurse leader perspectives on health systems and workforce challenges. Journal of Nursing Management 20: 433–443.

Καραΐσκου Α., Μαλλιαρού Μ. & Σαράφης Π. (2012). Οικονομική κρίση: Επίδραση στην υγεία των πολιτών και επιπτώσεις στα Συστήματα Υγείας. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας 4:49-54

Sargent-Cox K., Butterworth P. & Anstey K.J. (2011.) The global financial crisis and psychological health in a sample of Australian older adults: a longitudinal study. Social Science and Medicine 73:1105–12.

Wray J. (2013).The impact of the financial crisis on nurses and nursing. Journal of Advanced Nursing 69: 497–499.

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Οι γνώσεις των νοσηλευτών στην καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση: Μια βιβλιογραφική ανασκόπηση

Ελένη Παπαϊωάννου[1], Αναστασία Ντικούδη[2]

1.Νοσηλεύτρια, ΕΚΑΒ Θεσσαλονίκης
2.Νοσηλεύτρια, Δήμος Χαλανδρίου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η πλειοψηφία της κοινής γνώμης τόσο στον Ελλαδικό χώρο όσο και σε Ευρωπαϊκό επίπεδο θεωρεί πως το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων είναι άρτια καταρτισμένο στην Καρδιοπνευμονική Αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ) και μπορεί να αντεπεξέλθει αποτελεσματικά σε περιστατικά καρδιακής ανακοπής. Η άμεση αναγνώριση της καρδιακής ανακοπής και η εφαρμογή αποτελεσματικής αναζωογόνησης από το παρευρισκόμενο νοσηλευτικό προσωπικό, μπορεί να διπλασιάσει την πιθανότητα επιβίωσης του ασθενή. Η έλλειψη επαρκούς κατάρτισης και επανεκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού στην ΚΑΡΠΑ είναι εμφανής, όχι μόνο στα Ελληνικά νοσοκομεία αλλά και στα αντίστοιχα άλλων Ευρωπαϊκών χωρών. Τα αποτελέσματα πρόσφατων ερευνών έδειξαν, ότι ένα σημαντικό ποσοστό των νοσηλευτών δεν έχει συμμετάσχει, μετά το πέρας της βασικής του εκπαίδευσης, σε κάποιο πιστοποιημένο σεμινάριο βασικής ΚΑΡΠΑ. Επιπλέον, το επίπεδο θεωρητικών γνώσεων και δεξιοτήτων, μειώνεται σε σημαντικό βαθμό με την παρέλευση μικρού χρονικού διαστήματος (3-6 μηνών), από την αρχική εκπαίδευση. Τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας δείχνουν την επιτακτική ανάγκη εκπαίδευσης και της συστηματικής επανεκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού, με πιστοποιημένα προγράμματα Καρδιοπνευμονικής Αναζωογόνησης. Άμεση προτεραιότητα της πολιτείας θα πρέπει να αποτελέσει ο σχεδιασμός πιστοποιημένων προγραμμάτων κατάρτισης, για το σύνολο του νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς και η ανάπτυξη μηχανισμών ελέγχου και αξιολόγησης του επιπέδου της παρεχόμενης κατάρτισης.

Λέξεις-κλειδιά: Αξιολόγηση, εκπαίδευση, καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση, νοσηλευτικό προσωπικό

Υπεύθυνη επικοινωνίας: Ντικούδη Αναστασία, Λουίζης Ριανκούρ 3, 11523, Αθήνα, Email: nastaziantikoudi@gmail.com, Τηλ: +30 6948335223

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Η συμμετοχή σε εκπαιδευτικό σεμινάριο Καρδιοπνευμονικής Αναζωογόνησης δεν είναι αρκετή μόνο μία φορά, καθώς υπάρχει σημαντική μείωση σε γνώσεις και δεξιότητες σε σύντομο χρονικό διάστημα.**
- **Η συντριπτική πλειοψηφία των νοσηλευτών επιθυμεί να συμμετάσχει σε σεμινάριο επανεκπαίδευσης**
- **Επιτακτική ανάγκη αποτελεί ο σχεδιασμός πιστοποιημένων προγραμμάτων κατάρτισης, καθώς και η ανάπτυξη μηχανισμών ελέγχου και αξιολόγησης του επιπέδου της παρεχόμενης κατάρτισης.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ως Καρδιοπνευμονική Αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ) ορίζεται η αλληλουχία των ενεργειών που αποσκοπούν στην επαναφορά ενός θύματος καρδιακής ανακοπής στη ζωή και στη βαθμιαία αποκατάσταση των ζωτικών του λειτουργιών. Η ΚΑΡΠΑ περιλαμβάνει δύο βασικές ενέργειες: τις θωρακικές συμπιέσεις (για να υποκατασταθεί η κυκλοφορία του αίματος από την καρδιά προς όλα τα όργανα του σώματος) και τις εμφυσήσεις (για να μεταφερθεί το οξυγόνο στους πνεύμονες). Με την εφαρμογή της ΚΑΡΠΑ μπορεί να προληφθεί βλάβη σε ζωτικά όργανα όπως είναι ο εγκέφαλος και η καρδιά. Εάν η ΚΑΡΠΑ εφαρμοστεί στα πρώτα τέσσερα λεπτά της ανακοπής και η απινίδωση στα πρώτα δέκα λεπτά, το ποσοστό επιβίωσης ανέρχεται στο 60% (Ελληνική Εταιρεία Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης, 1999).

Επειδή είναι απαραίτητο η αναζωογόνηση να αρχίζει όσο το δυνατόν γρηγορότερα μετά την ανακοπή, είναι φανερό ότι όλοι οι επαγγελματίες υγείας (ιατροί, νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές και βοηθητικό προσωπικό) που σχετίζεται με τους ασθενείς, θα πρέπει οπωσδήποτε να έχουν εκπαιδευτεί στην τεχνική της ΚΑΡΠΑ, αλλά και να παρακολουθούν τακτικά επαναληπτικά εκπαιδευτικά σεμινάρια, ώστε να διατηρούν τις δεξιότητές του σε υψηλό επίπεδο και να ενημερώνονται για τυχόν αλλαγές στην τεχνική (Abella et al, 2005). Οι επαγγελματίες υγείας υποχρεούνται να κάνουν ότι είναι απαραίτητο για να προασπίζουν και να σώζουν ζωές. Η πολιτεία ως σύνολο και ειδικότερα τα συστήματα επείγουσας ιατρικής, τα νοσοκομεία και οι λοιπές υγειονομικές μονάδες πρέπει να σχεδιάσουν, να οργανώσουν και να διαθέτουν τα απαραίτητα ανακλαστικά στις περιπτώσεις καρδιακής ανακοπής (Γροσομανίδης και συν, 2011).

Η ΚΑΡΠΑ θα είναι περισσότερο επιτυχής με μια προσεκτικά σχεδιασμένη στρατηγική, που θα περιλαμβάνει αρχική εκπαίδευση και προγράμματα επανεκπαίδευσης, δεδομένου ότι οι γνώσεις και οι δεξιότητες στη βασική υποστήριξη ζωής αρχίζουν να χάνονται σε τρεις με έξι μήνες (Γροσομανίδης και συν, 2011).

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας σχετικά με το θεωρητικό και πρακτικό επίπεδο κατάρτισης του νοσηλευτικού προσωπικού στην καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση τόσο στην Ελλάδα, όσο και στο εξωτερικό.

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Ελληνικές μελέτες

Κατά την εκτενή αναζήτηση ανασκοπικών και ερευνητικών μελετών που έγινε στην Ελληνική βιβλιογραφία, κατά την τελευταία δεκαετία στις βάσεις δεδομένων Medline και PubMed, βρέθηκαν 8 επιστημονικές μελέτες και άρθρα. Η αναζήτηση αρχικά περιελάμβανε μια γενική προσέγγιση στο θέμα της γνώσης και της εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού στην καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση. Στη συνέχεια διερευνήθηκε το ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού που είχε εκπαιδευτεί στην ΚΑΡΠΑ τουλάχιστον μία φορά, η συχνότητα επανεκπαίδευσης, καθώς και η διατήρηση των δεξιοτήτων με την πάροδο του χρόνου.

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας γίνεται αντιληπτό ότι πολλοί ερευνητές επιχείρησαν να καταγράψουν το επίπεδο γνώσεις των νοσηλευτών στην ΚΑΡΠΑ, με απώτερο όφελος τη βελτίωση παροχής υπηρεσιών υγείας. Η ερευνητική εργασία των Ξάνθου και συν (2007), έδειξε χαμηλά ποσοστά θεωρητικής γνώσης των νοσηλευτών στην ΚΑΡΠΑ, δεδομένου πως το ποσοστό αποτυχίας στο γραπτό τεστ δεξιοτήτων ήταν 84.2%. Το πολύ υψηλό αυτό ποσοστό, οι συγγραφείς το αποδίδουν στο γεγονός πως η πλειοψηφία του δείγματος μελέτης, δεν είχε παρακολουθήσει κάποιο σεμινάριο ΚΑΡΠΑ μετά τη βασική τους εκπαίδευση. Επίσης, το 80% των συμμετεχόντων απέτυχε να απαντήσει σωστά στην ερώτηση σχετικά με την αναλογία των συμπιέσεων-εμφυσήσεων, σε ένα ενήλικο θύμα καρδιακής ανακοπής. Ομοίως, μόνο το 21.3% της ομάδας μελέτης ανταποκρίθηκε σωστά σχετικά με τη θέση των χεριών για τις θωρακικές συμπιέσεις. Αξιοσημείωτο εύρημα ωστόσο, αποτελεί το γεγονός πως ένα πολύ υψηλό ποσοστό της τάξης του 96%, έδειξε ενθουσιασμό και επιθυμία να συμμετάσχουν σε σεμινάριο επανεκπαίδευσης.

Στη μελέτη των Φαντάκη και συν (2012), έγινε καταγραφή των γνώσεων 280 νοσηλευτών όλων των βαθμίδων εκπαίδευσης, που εργάζονταν σε τμήματα γενικής και εντατικής φροντίδας ενός Νοσοκομείου της Αττικής. Το 65,6% των νοσηλευτών δεν γνώριζαν τι θα κάνουν μπροστά σε ένα θύμα που δεν αναπνέει, το 59,5% ποιο είναι το σημείο συμπιέσεων και το 62,6%

ποιός είναι ο ενδεικνυόμενος ρυθμός συμπιέσεων. Μόνο το 22,7% είχε παρακολουθήσει σεμινάριο από οργανωμένο φορέα. Στην ερώτηση αν θεωρούν επαρκή την εκπαίδευσή τους στην ΚΑΡΠΑ, απάντησαν θετικά μόνο το 28,6%, ενώ όταν ερωτήθηκαν αν θεωρούν την εκπαίδευση στο θέμα αυτό υποχρεωτική, απάντησε καταφατικά το 98,7%.

Σε άλλη μελέτη των Kozamani et al (2012), 310 νοσηλευτές από αστικά και επαρχιακά νοσοκομεία ρωτήθηκαν για τις γνώσεις τους στην ΚΑΡΠΑ και στη χρήση εξωτερικού απινιδωτή. Τα ευρήματα έδειξαν πως το 71.4 % των νοσηλευτών είχε παρακολουθήσει ένα σεμινάριο βασικής ΚΑΡΠΑ, ενώ το 19.7% δεν είχε εκπαιδευτεί ποτέ. Από το προαναφερθέν ποσοστό που είχε εκπαιδευτεί, το 29.6% είχε παρακολουθήσει το σεμινάριο μόλις μια φορά, το 21.4% δύο φορές ενώ το 29.3% είχε επανεκπαιδευτεί στην ΚΑΡΠΑ πάνω από 2 φορές. Τέλος, οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το νοσηλευτικό προσωπικό δεν είχε το απαραίτητο επίπεδο γνώσης, καθώς ένα υψηλό ποσοστό δεν κατάφερε να απαντήσει σωστά στις ερωτήσεις που αφορούσαν τις νέες κατευθυντήριες οδηγίες του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου Αναζωογόνησης (ERC).

Αντίστοιχα ευρήματα είχε και η μελέτη των Ζαχαρόπουλου και συν (2007), που είχε ως δείγμα 128 νοσηλευτές και 107 βοηθούς νοσηλευτών από 13 νοσοκομεία της Αττικής και 3 της Κρήτης. Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (69,2%) δεν γνώριζε τον ακριβή ρυθμό συμπιέσεων-εμφυσήσεων. Σχεδόν τα μισά άτομα του δείγματος (54,4%) είχαν παρακολουθήσει σεμινάριο ΚΑΡΠΑ, ενώ σημαντικές διαφορές βρέθηκαν στο χρόνο που μεσολάβησε από την παρακολούθηση αυτών των σεμιναρίων. Σχεδόν 4 στους 10 είχαν παρακολουθήσει το τελευταίο πρόγραμμα πριν από 4 έτη ή και περισσότερο.

Η μελέτη των Καπάδοχου και συν (2008), αφορούσε 181 νοσηλευτές και βοηθούς νοσηλευτών που εργάζονταν σε εννέα νοσοκομεία της Αθήνας. Τα ευρήματα έδειξαν, πως πιστοποιημένο σεμινάριο ΚΑΡΠΑ δεν είχε παρακολουθήσει ποτέ το 37%, το 42% είχε παρακολουθήσει μόνο μία φορά, το 15% δύο φορές και μόλις το 6% πάνω από 2 φορές. Από τους εκπαιδευμένους, το 30% είχε παρακολουθήσει σεμινάριο μέσα στο προηγούμενο έτος, το 39% πριν από δύο έως τρία χρόνια και το 31% πάνω από τρία χρόνια.

Η μελέτη της Λιάκου (2012), σε 150 νοσηλευτές και βοηθούς νοσηλευτών που εργάζονται στα νοσοκομεία της Στερεάς Ελλάδας έδειξε, ότι το 59.5% δεν είχε κάνει εκπαίδευση μετά την απόκτηση του πτυχίου του και το 40.5% είχε κάνει. Επιπλέον, το 37.3% των εκπαιδευμένων δήλωσε ότι είχε εκπαιδευτεί ι παλιά (πριν από 2 χρόνια και τουλάχιστον). Επίσης, βρέθηκε ότι το 20,6% δεν είχε συμμετάσχει ποτέ σε προσπάθεια αναζωογόνησης, το 23,8% σπάνια, το 33,3% μερικές φορές και το 22,2% συχνά. Μία ακόμη μελέτη, αυτή της Πλαγίσου (2013), καταλήγει σε ανάλογο συμπέρασμα..Επισημαίνοντας ότι το 91.9% των εργαζόμενων επιθυμούν μια περιοδική επαναλαμβανόμενη εκπαίδευση στην αναζωογόνηση.

Επιπλέον, στη μελέτη των Μιχάλη και συν (2011), που αφορούσε 103 εκπαιδευμένους νοσηλευτές καρδιοχειρουργικού κέντρου, ερευνήθηκε η διατήρηση των δεξιοτήτων της ΚΑΡΠΑ με την πάροδο του χρόνου. Το 25.2% των νοσηλευτών είχε εκπαιδευτεί εντός των τελευταίων 6 μηνών, το 22.4% πριν από 6?12 μήνες, ενώ το 52.4% τουλάχιστον 12 μήνες πριν από την εξέταση. Αξιοσημείωτο είναι ότι μόνο το 5.8% των νοσηλευτών διεκπεραίωσαν επιτυχώς το σύνολο των δεξιοτήτων που περιλαμβάνει ο αλγόριθμος της εκπαίδευσης στην ΚΑΡΠΑ.

Ξενόγλωσσες μελέτες

Η ερευνητική μελέτη των Smith et al (2008), έδειξε ότι οι νοσηλευτές διατηρούν τη θεωρητική γνώση, αλλά η επίδοσή τους στην εφαρμογή ΚΑΡΠΑ μειώνεται πολύ γρήγορα. Μόλις το 63% των νοσηλευτών πέρασε το τεστ δεξιοτήτων μετά από 1-3 μήνες, ενώ μετά από 12 μήνες μόνο το 58%. Άρα οι επιδόσεις στις δεξιότητες υποβαθμίζονται σε διάστημα μικρότερο των 6 μηνών, καθώς οι μισοί από τους συμμετέχοντες είχαν εκπαιδευτεί στη ΚΑΡΠΑ πριν από 1?3μήνες.

Οι Mäkinen et al (2009), συμπέραναν πως μόλις το 1/3 του νοσηλευτικού προσωπικού είχε εκπαιδευτεί στην απινίδωση κατά τη βασική τους εκπαίδευση, ενώ μόνο το 10% είχε λάβει μέρος σε σεμινάριο ΚΑΡΠΑ πρόσφατα (<6 μήνες).

Η μελέτη της Hopstock (2008), αναφέρει πως ο χρόνος από την τελευταία εκπαίδευση ΚΑΡΠΑ, ήταν 6 μήνες για το 15.5% των νοσηλευτών, 7-12 μήνες για το 25.3%, 13-24 για το 34.5%, πάνω από 24 μήνες για το 19.6% και τέλος το 4.1% δεν είχε λάβει ποτέ εκπαίδευση.

Μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους Woollard et al. (2006), στο Ηνωμένο Βασίλειο, έδειξε ότι η επανεκπαίδευση στη Cardiopulmonary Resuscitation- Automated External Defibrillation (CPR-AED, αυξάνει σημαντικά τις δεξιότητες σε πρακτικό επίπεδο και ελαττώνει αισθητά το χρόνο που παρέχεται η πρώτη απινίδωση. Η μελέτη αυτή προτείνει, ως μέσο διατήρησης της γνώσης σε υψηλό επίπεδο την επανεκπαίδευση, η οποία θα πρέπει να πραγματοποιείται σε χρονικό διάστημα μικρότερο των 7 μηνών από την πρώτη εκπαίδευση.

Επιπλέον, στη μελέτη των Spooner et al (2007), στο Ηνωμένο Βασίλειο, επαναξιολογήθηκε μετά από 6 εβδομάδες, δείγμα 100 φοιτητών επαγγελμάτων υγείαςν, οι οποίοι είχαν εκπαιδευτεί σε 8ωρο πρόγραμμα CPR-AED, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του ERC. Βρέθηκε ότι οι δεξιότητες στην αναζωογόνηση, μειώ-

νονται σημαντικά και η απόδοση κρίνεται αισθητά ανεπαρκής μόλις 6 εβδομάδες μετά από το τέλος της αρχικής εκπαίδευσης.

Η μελέτη των Andresen et al (2008), που διεξήχθη στο Βερολίνο, καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η εφαρμογή μικρής διάρκειας επανεκπαίδευση, 6 μήνες μετά την αρχική εκπαίδευση, είναι αρκετή ώστε να διατηρηθούν οι γνώσεις σε ένα ικανοποιητικό επίπεδο.

Σε αντίστοιχο συμπέρασμα καταλήγει και η μελέτη των Soar et al (2010), δηλαδή ότι οι δεξιότητες στην ΚΑΡΠΑ μειώνονται αισθητά μέσα σε 3 με 6 μήνες από την αρχική εκπαίδευση.

Οι Timsit et al (2006), σε μελέτη που έγινε στη Γαλλία σε επαγγελματίες υγείας, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα υποχρεωτικά εκπαιδευτικά μαθήματα για ΚΑΡΠΑ είναι απαραίτητα. Επίσης, στην ίδια μελέτη βρέθηκε ότι με την εφαρμογή ενδονοσοκομειακών θεωρητικών μαθημάτων, η αφομοίωση των γνώσεων φθάνει σε ποσοστό που υπερβαίνει το 90%, ωστόσο στην κλινική πράξη καμία βελτίωση στις παρεχόμενες νοσηλευτικές υπηρεσίες δεν παρατηρήθηκε.

Συζήτηση - Συμπεράσματα

Από τη μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας, διεθνούς και Ελληνικής , διαφαίνεται πως ένα μεγάλο ποσοστό νοσηλευτικού προσωπικού, δεν έχει παρακολουθήσει κάποιο πιστοποιημένο σεμινάριο ΚΑΡΠΑ, μετά το πέρας της βασικής του εκπαίδευσης. Επίσης, ένα εξίσου μεγάλο ποσοστό έχει παρακολουθήσει σεμινάριο, μόλις μια φορά και μάλιστα πριν δύο χρόνια ή και περισσότερο.

Οι περισσότερες μελέτες δείχνουν ότι οι δεξιότητες ΚΑΡΠΑ, όπως κλήση για βοήθεια, θωρακικές συμπιέσεις και εμφυσήσεις, μειώνονται σημαντικά μέσα σε τρεις με έξι μήνες μετά την αρχική εκπαίδευση. Οι δεξιότητες ωστόσο στη χρήση AED διατηρούνται για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (Woollard et al 2006, Γροσομανίδης και συν 2011).

Σύμφωνα με το ΦΕΚ 219/ΤΒ/22-2-2007 για την αποτελεσματική αντιμετώπιση καρδιακής ανακοπής μέσα στο νοσοκομείο, καθορίζονται οι κανόνες με τους οποίους πρέπει να οργανώνεται το σύστημα Καρδιοπνευμονικής Αναζωογόνησης και κρίνεται η εκπαίδευση υποχρεωτική για όλους τους επαγγελματίες υγείας (ιατροί, νοσηλευτές, παραϊατρικό προσωπικό). Επιπλέον, προσδιορίζονται τα αντίστοιχα εκπαιδευτικά προγράμματα στη Βασική Υποστήριξη Ζωής και στην Αυτόματη Εξωτερική Απινίδωση.

Ωστόσο, σήμερα διαφαίνεται η αδυναμία των σχετικών φορέων, να οργανώνουν τακτικά προγράμματα εκπαίδευσης για το προσωπικό τους, κυρίως λόγω κόστους και αυξημένου φόρτου εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού, με εμφανή αντίκτυπο στην πορεία υγείας των ασθενών (Lima et al 2009). Επιπλέον, ο χρόνος που μεσολαβεί από την τελευταία εκπαίδευση στην αναζωογόνηση έχει ιδιαίτερη βαρύτητα. Καταδεικνύεται σαφώς, πως η συμμετοχή σε ένα εκπαιδευτικό σεμινάριο ΚΑΡΠΑ δεν είναι αρκετή μόνο μία φορά, καθώς υπάρχει σημαντική εξασθένιση σε γνώσεις και δεξιότητες σε σύντομο χρονικό διάστημα. (Woollard et al 2006, Spooner et al 2007, Andresen et al 2008,Smith et al 2008, Soar et al 2010 Γροσομανίδης και συν 2011,).

Φαίνεται πως όσο πιο πολύ εκπαιδεύεται το νοσηλευτικό προσωπικό, τόσο πιο θετικά ανταποκρίνεται στην έναρξη ΚΑΡΠΑ (Price et al 2003). Το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Αναζωογόνησης προτείνει την επαναξιολόγηση με εκπαίδευση ή σύντομη επανάληψη, εάν βέβαια αυτό κρίνεται απαραίτητο, μετά από διάστημα τριών ή έξι μηνών (Christenson et al 2007, Niles et al 2009, Nolan et al 2010).

Επιπροσθέτως, είναι ενθαρρυντικό πως το μεγαλύτερο ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού σήμερα, δηλώνει ενθουσιωδώς τη θέληση του να συμμετάσχει σε σεμινάριο εκπαίδευσης, θεωρώντας ελλιπές το επίπεδο της θεωρητικής του γνώσης, αλλά και τις ικανότητές του στην εφαρμογή καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης (Xanthos et al 2012).

Η αιφνίδια καρδιακή ανακοπή αποτελεί παγκόσμια πρόκληση. Η ΚΑΡΠΑ φαίνεται να συνεχίζει να αποτελεί ένα σημαντικό μέσο αντιμετώπισης της. Κάποιες ανακοπές μπορούν να αντιμετωπιστούν με επιτυχία και να έχουν πολύ καλή μακροχρόνια έκβαση. Συνεπώς, είναι σημαντικό το προσωπικό παροχής φροντίδας υγείας, να κατανοήσει τη σπουδαιότητα της αναζωογόνησης και την αναγκαιότητα εκπαίδευσης και της επανεκπαίδευσης σε θέματα Βασικής και Εξειδικευμένης ΚΑΡΠΑ.

Φαίνεται ότι υπάρχει ελλιπής εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού στην καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση, τόσο στον Ελληνικό όσο και στον Ευρωπαϊκό χώρο. Οι νοσηλευτές είναι οι πρώτοι που θα κληθούν να αντιμετωπίσουν περιστατικά καρδιακής ανακοπής στο χώρο του νοσοκομείου είτε ως πρώτοι αποδέκτες του επείγοντος, είτε ως μέλη της ομάδας αντιμετώπισης καρδιακής ανακοπής. Παρά τις πολλαπλές δυσκολίες που αφορούν την υλοποίηση των εκπαιδευτικών πρωτοβουλιών που απαιτούνται από την πολιτεία, είναι εδραιωμένη παραδοχή ότι στις υγειονομικές επιστήμες και ειδικότερα στη νοσηλευτική, η εκπαίδευση και η επανεκπαίδευση αποτελεί μία από τις βασικότερες προϋποθέσεις για τη διασφάλιση υψηλού επιπέδου παροχής υπηρεσιών υγείας.

Λαμβάνοντας υπόψη αυτά, κρίνεται επιτακτική η ανάγκη οργάνωσης προγραμμάτων εκπαίδευσης από τους αρμόδιους φορείς, καθώς και συστηματική επανεκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού, ώστε το επίπεδο της θεωρητικής και της πρακτικής γνώσης να διατηρηθεί στο ανώτερο δυνατό επίπεδο. Είναι αυτονόητο ότι οι παρεμβάσεις αυτές δεν θα εξαντληθούν σε μεμονωμέ-

νες και αποσπασματικές εκπαιδευτικές απόπειρες, αλλά θα επικεντρωθούν στην καθιέρωση υψηλής ποιότητας και εθνικής εμβέλειας εκπαιδευτικών προγραμμάτων παροχής πιστοποιημένης γνώσης στο αντικείμενο της βασικής και εξειδικευμένης ΚΑΡΠΑ. Τέλος, οι ίδιοι οι νοσηλευτές, θα πρέπει να συνειδητοποιήσουν τον πρωταρχικό και καίριο ρόλο που διαδραματίζουν στην πορεία της υγείας ενός περιστατικού καρδιακής ανακοπής και να επανεκπαιδεύονται, με συμμετοχή τους σε σεμινάρια ΚΑΡΠΑ, ώστε να παραμένουν άρτια καταρτισμένοι, ικανοί διασώστες θυμάτων καρδιακής ανακοπής.

ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

ΑΝ και ΕΠ: Αναζήτηση και συλλογή των εργασιών, συμβολή στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων και στη συγγραφή της εργασίας. Όλοι οι συγγραφείς αξιολόγησαν κριτικά και ενέκριναν την υποβολή του τελικού κειμένου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abella B., Alvarado P., Myklebust H., Edelson D., Barry A., O' Hearn N., et al (2005) Cardiopulmonary resuscitation during in-hospital cardiac arrest. JAMA 293: 305-310.

Andresen D., Arntz H., Grafling W., Hoffmann S., Hofmann D., Kraemer R., Krause-Dietering B., Osche S. & Wegscheider K. (2008). Public access resuscitation program including defibrillator training for laypersons: A randomized trial to evaluate the impact of training course duration. Resuscitation 76: 419-424.

Christenson J., Nafziger S., Compton S., Vijayaraghavan K., Slater B., Ledingham R., Powell J., McBurnie M. & the PAD Investigators (2007). The effect of time on CPR and automated external defibrillator skills in the public access defibrillation trial. Resuscitation 74 52–62.

Hopstock L. (2008). Cardiopulmonary resuscitation; use, training and self-confidence in skills. A self-report study among hospital personnel. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine 16.

Kozamani A., Kapadochos T. & Kadda O. (2012). Factors that influence nursing staff attitudes towards initiating CPR and in using an automatic external defibrillator when outside of a hospital. Health Science Journal 6: 88-101.

Lima SG., Macedo LA., Vidal M. & Sa M. (2009). Permanent education in BLS and ACLS: Impact on the knowledge of nursing professionals. Arquivos Brasileiros de Cardiologia 93:582-588, 630?636.

Mäkinen M., Niemi-Murola L. & Castrén M. (2009). Nurses' attitudes towards resuscitation and national resuscitation guidelines—Nurses hesitate to start CPR-D. Resuscitation 80: 1399-1404.

Niles D., Sutton RM., Donoghue A., Kalsi M., Roberts K., Boyle L., Nishisaki A., Arbogast KB., Helfaer M. & Nadkarni V. (2009).Rolling Refreshers: a novel approach to maintain CPR psychomotor skill competence. Resuscitation 80 909–912.

Nolan J., Soar J., Zideman D., Biarent D., Bossaert L., Deakin C., Koster R., Wyllie J. & Böttiger B. (2010). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Resuscitation 81: 1219-1276.

Price C., Bell S., Jenes S. & Ardagh M. (2003). Cardio-pulmonary resuscitation training, knowledge and attitudes of newly-qualified doctors in New Zealand in 2003. Resuscitation 68: 295-299.

Smith K., Gilcreast D. & Pierce K. (2008). Evaluation of staff's retention of ACLS and BLS skills. Resuscitation 78: 59-65.

Soar J., Monsieurs K., Balance J., Barelli A., Biarent D., Greif R., Handley A., Lockey A., Richmond S., Ringsted C., Wyllie J., Nolan J. & Perkins G. (2010). Principles of education in resuscitation. Resuscitation 81: 1434-1444.

Spooner B., Fallaha J., Kocierz L., Smith Ch., Smith CM., Smith SM. & Perkins G. (2007). An evaluation of objective feedback in basic life support (BLS) training. Resuscitation 73: 417-424.

Timsit J., Paquin S., Pease S., Macrez A., Aim JL., Texeira A., Lefevre G., Scheuble A. & Kermarrec N. (2006). Evaluation of a continuous training program at Bichat hospital for in-hospital cardiac arrest resuscitation. Annales Francaises D'anesthesie et de Reanimation 25:135-143.

Woollard M., Whitfield R., Newcombe R., Colquhoun M., Vetter N. & Chamberlain D. (2006). Optimal refresher training intervals for AED and CPR skills: A randomized controlled trial. Resuscitation 71: 237-247.

Xanthos T., Akrivopoulou A., Pantazopoulos I., Aroni F., Datsis A. & Iacovidou N. (2010). Evaluation of nurses' theoretical knowledge in Basic Life Support: A study in a district Greek hospital. International Emergency Nursing 2012 20: 28-32.

Γροσομανίδης Β., Κατσίκα Ε., Ουραήλογλου Β., Σκούρτης Χ., Τσαούση Γ. & Φυντανίδου Β. (2011). Η Ηθική της Αναζωογόνησης και οι Αποφάσεις Σχετικά με το Τέλος της Ζωής. Στο Β. Γροσομανίδης, Ε. Κατσίκα, Β. Ουραήλογλου, Χ. Σκούρτης, Γ. Τσαούση, Β. Φυντανίδου. eds Θέματα Αναισθησιολογίας και Εντατικής Ιατρικής. Θεσσαλονίκη: Εταιρεία Αναισθησιολογίας και Εντατικής Ιατρικής Βορείου Ελλάδος,337-352, 353-361.

Ελληνική Εταιρεία Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης. [1999] Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση – Βασικές Αρχές. 2η Έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνου.

Ζαχαρόπουλος Π., Πρελορέντζο Χ. & Μερκούρης Α. (2007). Αξιολόγηση του επιπέδου γνώσης του νοσηλευτικού προσωπικού στη βασική καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση (Β-ΚΑΡΠΑ). ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ 46: 381-389.

Καπάδοχος Θ., Καράμαλη Β., Πολυκανδριώτη Μ. & Μεϊδάνη Μ. (2008). Η στάση των νοσηλευτών στην καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση εξωνοσοκομειακά. Το Βήμα του Ασκληπιού 7: 360-371.

Λιάκου Α. (2012). Αξιολόγηση του επιπέδου γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού επαρχιακού νοσοκομείου στην καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ). Ερευνητική Μεταπτυχιακή Εργασία. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Μιχάλη Π., Ξάνθος Θ., Χουλιάρας Γ., Χανιώτης Δ. & Παπαδημητρίου Λ. (2011). Έλεγχος Διατήρησης Δεξιοτήτων στη Βασική Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση σε Εκπαιδευμένο Νοσηλευτικό Προσωπικό Καρδιοχειρουργικού Κέντρου. Νοσηλευτική 2011; 50:223-230.

Πλαγίσου Λ. (2013). Αξιολόγηση του επιπέδου γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού του Γενικού Νοσοκομείου «Ασκληπιείο» Βούλας στη Βασική Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση (Β-ΚΑΡΠΑ).Ερευνητική Μεταπτυχιακή Εργασία. Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου.

Φαντάκη Μ., Μπαρούξης Δ., Τριανταφύλλου Γ., Αντωνάκης Β., Αγγελή Κ. & Στεφαναδάκης Χ. (2012). Καταγραφή των γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού στη Βασική Υποστήριξη της ζωής. Ελληνική Καρδιολογική Επιθεώρηση 2012 53:204-21.

RESEARCH ARTICLE

Nurses' knowledge towards cardiopulmonary resuscitation: A literature review

Helen Papaioannou[1], Anastasia Ntikoudi[2]

1. Nurse, National Emergency Center Thessaloniki
2. Nurse, Municipality of Halandri

ABSTRACT

The vast majority of the public opinion both in Greece and in other European countries considers that health professionals, working in hospitals, have a round and high-level knowledge concerning the Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) technique and are competent to effectively cope with incidents of cardiac arrest. Immediate recognition of the cardiac arrest and the implementation of effective CPR by the attendee nursing staff, can double the chance of the patient's survival. The lack of adequate training and retraining of the nursing staff in CPR is evident not only in Greek hospitals but also in those of other European countries. Recent survey results showed, that a significant proportion of nurses have not participated, since the end of their basic training, at a certified basic CPR course. Furthermore, the level of theoretical knowledge and practical skills is greatly reduced, with the lapse of a short time (3-6 months) since the initial training. The results of this review demonstrate the urgent need for systematic training and retraining of the nursing staff with accredited programs in CPR. Immediate priority of the state should be the design of certified training programs for all the healthcare workers and the development of mechanisms for monitoring and evaluation of the level of training.

Keywords: Cardiopulmonary resuscitation, nursing staff, education, evaluation

Corresponding Author: Ntikoudi Anastasia, Louizis Riankour 3, 11523, Athens, Email: nastaziantikoudi@gmail.com, Tel: +30 6948335223

RESEARCH ARTICLE

Nurses prepare epinephrine faster than physicians in simulated cardiac arrest

Ioannis Pantazopoulos[1], Dimitrios Barouxis[2], Ioannis Vlachos[3], Afrodite Aggelina[4], Antonia Koutsoukou[5], Athanassios Chalkias[6], Nicoletta Iacovidou[7].

1.MD, MSc, PhD, 4th Department of Respiratory Medicine, Sotiria General Hospital, Athens, Greece, pantazopoulosioannis@yahoo.com
2.RN, MSc, PhD(c), Hellenic Society of Cardiopulmonary Resuscitation, Athens, Greece, dimitriosbarouxis@yahoo.com
3.Biostatistian, MPhil, Department of Experimental Surgery and Surgical Research, University of Athens, Medical School, Athens Greece, yvlachos@med.uoa.gr
4.RN, MSc, PhD(c), Coronary Care Unit, Laikon General Hospital, Athens, Greece, afroaggel@gmail.com
5.MD, PhD 1st Department of Respiratory Medicine, Sotiria General Hospital, University of Athens, Medical School, Athens, Greece, koutsoukou@yahoo.gr
6.MD, MSc, PhD, MSc "Cardiopulmonary Resuscitation", University of Athens, Medical School, Athens, Greece, thanoschalkias@yahoo.gr
7.MD, PhD, National and Kapodistrian University of Athens, Medical School, Athens, Greece, niciac58@gmail.com

ABSTRACT

Introduction: One million people die of cardiac arrest every year in the United States and Europe, almost one person every 30 sec. These patients can be managed with cardiopulmonary resuscitation.

Objective: Rapid preparation and administration of drugs may be of importance in the management of cardiac arrest. The present study evaluated the time needed by physicians and nurses to prepare a vial of epinephrine (1mg) for intravenous administration.

Methods: This prospective observational, simulation study was conducted at a large tertiary hospital in Athens. Ninety three healthcare professionals participated voluntarily. All participants were asked to assemble a 10cc syringe, draw up 1cc of 1:1.000 concentration of epinephrine and draw up 9cc of sterile water into the 10cc syringe. We arbitrarily set a period of 10sec as an acceptable time to prepare epinephrine for intravenous administration. A descriptive, quantitative design was selected.

Results: Twenty nine percent of the participants performed the task within the 10 sec period. Nurses (45.6%) performed the task in less than 10 sec in comparison to physicians (2.8%), ($p<0.001$). Doctors had approximately 30 times higher probability to overcome the cutoff point of 10 sec (Odds ratio: 29.4; 95% Confidence interval: 5.3-162.2) than nurses. No statistically significant difference was observed between healthcare professionals that had attended a CPR course and those who did not (21.37±12.6 sec vs 19.21±16.31 sec, $p=0.68$).

Conclusion: Nurses prepare and administer epinephrine faster than physicians. Hospital doctors should receive practical education in the early stages of their working life. Furthermore, demonstration of the skill during advanced life support courses should be considered.

Keywords: emergency drugs, epinephrine, cardiac arrest, physicians, nurses

Corresponding Author: Dimitrios Barouxis, RN, MSc, PhD(c), Hellenic Society of Cardiopulmonary Resuscitation, 89 Patision Street, 10434, Athens, Greece, dimitriosbarouxis@yahoo.com, 2110121756

INTRODUCTION

Cardiac arrest is a daunting medical emergency, as every second counts for successful outcome of the victim (Xanthos et al 2011). One million people die of cardiac arrest every year in the United States and Europe, almost one person every 30 sec. The reported incidence of in-hospital cardiac arrest ranges from 1 to 5 per 1000 admissions (Sandroni et al 2007, Chalkias et al 2013). Recent data from the American Heart Association's National Registry of cardiopulmonary resuscitation (CPR) indicate that survival to hospital discharge for all rhythms after in-hospital cardiac arrest is 17.6% (Hunt et al 2009).

In an attempt to increase survival, advanced life support courses provide healthcare professionals with theoretical knowledge and practical skills to manage cardiac arrest (Gabbott et al 2005). As the science of resuscitation continues to evolve, guidelines are updated regularly to reflect these developments (Nolan et al 2010).

Treatment with pharmacological agents is frequently required during cardiopulmonary resuscitation efforts and almost always during the post-resuscitation period. However, the lack of scientific evidence, the potent side effects, and the association of resuscitation drugs with poor outcome act as a disincentive for their use (Xanthos et al 2011). The use of epinephrine in the management of cardiac arrest is still recommended by the 2010 European Resuscitation Guidelines (Nolan et al 2010, Xanthos et al 2011). It is well known that coronary perfusion pressure decreases when delivery of a vasopressor delays. (Andreka et al 2006, Stroumpoulis et al 2008) and time to drug administration can predict return of spontaneous circulation (Rittenberger et al 2007). However, although it is widely known that in CPR every second counts (Karlis et al 2014) time needed to draw up drugs and have them ready for administration has never been measured. Moreover, the level of preparedness in quickly assembling the epinephrine solution has never been investigated for doctors and nurses.

The aim of the present study was to evaluate the time needed by physicians and nurses to prepare epinephrine for intravenous administration in a simulated cardiac arrest setting.

METHODS

Sample and data collection

This prospective observational simulation study was undertaken from January 1st 2013 to March 31st 2013. The study group was all volunteer medical and nursing personnel. Healthcare professionals from the internal medicine, cardiology, intensive care unit, emergency room and anesthesiology department of a large tertiary hospital in Athens comprised the study group. The total number of healthcare professionals working in these departments is 145. After briefing on the purpose of the study, 93 (79%) agreed to participate voluntarily.

Exclusion criteria were age younger than 18 years and work in other departments than the aforementioned. Prior to the start of the study, the research ethics committee of our hospital decided that ethics approval was not required since no patients were included in the study and participation of healthcare professionals was voluntary.

Questionnaires and Measurement tools

Participants were asked to complete a demographic questionnaire that was specifically designed for the present study including questions regarding age, sex, working department, previous attendance of CPR courses, professional grade and years of working experience. A cardiac arrest scenario taken from the advanced cardiovascular life support (ACLS) instructor manual was then given to the participants and it was clarified that at that point epinephrine should be administered to the patient. The same scenario was used for all participants indifferent if they were doctors or nurses. Thus, all participants should assemble a 10cc syringe, draw up 1cc of 1:1.000 concentration of epinephrine and draw up 9cc of sterile water into the 10cc syringe. All attempts were carried out under the supervision of two investigators. The endpoint of the study was when the syringe was given to the first investigator who had previously set the scenario. Participants were randomly tested in isolation and in different medical departments within the hospital to avoid prior knowledge. The second investigator timed participants using the same stopwatch. The time of 10 sec was arbitrarily set as an acceptable time frame. However, the same cutoff point has been previously used (Davidson et al 2009).

Statistical Analysis

Continuous variables are presented as means ± 1 standard deviation. The Kolmogorov-Smirnov test and graphical methods were used for normality analysis of the distributions. Comparisons of continuous variables were performed using Student's unpaired t-test and Mann-Whitney non-parametric test, as appropriate. Linear relationships between quantitative normally distributed parameters were assessed with Pearson's correlation coefficient; Spearman's rho was used otherwise. Comparisons between multiple groups were performed using Analysis of Variance (ANOVA). Analysis of covariance (ANCOVA) was used in order to control for covariates. In cases of multiple hypothesis testing, false discovery rate (FDR) was utilized to assess statistically significant differences and maintain a

family-wise error <0.05. All tests were two-sided, and p <0.05 was considered to be significant. All analyses were conducted by using IBM SPSS 19.0 for Windows.

RESULTS

Ninety-three healthcare professionals participated in this study. Demographic characteristics of the population studied are shown in table 1. There was no statistically significant difference in demographic characteristics between nurses and doctors. The mean time needed by nurses to prepare the solution of epinephrine for intravenous use was significantly lower than that of doctors as shown in figure 1.

Table 1. Demographic characteristics of the sample

	N (%)
Sex	
Men	30 (32.3%)
Medical personnel	**36 (38.7%)**
Resident doctors	20 (21.5%)
Cardiologists	8 (8.6%)
Internal medicine doctors	4 (4.3%)
Anesthesiologists	4 (4.3%)
Nursing personnel	**57 (61.3%)**
Nurses	46 (49.5%)
Assistant nurses	11 (11.9%)
Higher education	
Doctor of Philosophy	3 (3.2%)
Master of Science	4 (4.3%)
University	37 (39.8%)
Technical institute	38 (40.9%)
Secondary education	11 (11.8%)
CPR course attendance	11 (11.8%)

CPR: cardiopulmonary resuscitation

Table 2. Time to prepare an epinephrine vial for intravenous administration; grouped by specialty

Specialty	Time (sec)	P<0.05
Assistant nurses	10.8 ± 3.2	R, A, C
Nurses	12.8 ± 6.3	R, A, C
Internal medicine doctors	18.3 ± 2.2	A, C
Resident doctors	23.1 ± 15.1	AN, N, A, C
Anesthesiologists	36.8 ± 15.0	AN, N, IM, R, C
Cardiologists	52.3 ± 21.8	AN, N, IM, R, A

AN: Assistant nurses; N: Nurses; IM: Internal medicine doctors; R: Resident doctors; A: Anesthesiologists; C: Cardiologists

Furthermore, when we arbitrarily set the 10 sec cutoff point as an acceptable time to prepare epinephrine for intravenous administration, only 29% of the participants performed the task within the 10 sec period. Almost half of the nurses (45.6%) performed the task in less than 10 sec in comparison to 2.8% of doctors (p<0.001). Doctors had approximately 30 times higher probability to overcome the cutoff point of 10 sec (Odds ratio: 29.4; 95% Confidence interval: 5.3 – 162.2) than nurses. No statistically significant difference was observed between healthcare professionals that had attended a CPR course and those who did not (21.37±12.6 sec vs 19.21±16.31 sec, p=0.68).

At a subgroup analysis it was demonstrated that assistant nurses who achieved the lowest mean time, prepared epinephrine for intravenous use, 5 times faster than cardiologists who had the highest mean time. Relevant means and standard deviations as well as statistically significant differences are shown in table 2.

Analysis of linear correlations between quantitative parameters revealed a significant positive correlation between age and time needed for preparation of epinephrine for intravenous administration (r=0.34, p=0.001). We then performed an analysis of covariance to check if the aforementioned differences of subgroups could be attributed to differences in age. Even after normalization of subgroups regarding age, the difference between nurses and doctors remained statistically significant (p<0.001) as well as most of the differences observed between the various specialties (p<0.05). The only differences that were not statistically significant were those of anesthesiologists versus cardiologists and resident doctors.

DISCUSSION

To our knowledge this is the first study to evaluate the time needed by healthcare professionals to prepare epinephrine for intravenous administration in cardiac arrest simulation.

A recent study performed in the UK evaluated the time needed for different groups of healthcare personnel working on medical wards to correctly assemble pre-filled emergency drug syringes (Davidson et al 2009). Authors concluded that resident doctors performed worse than nurses and senior doctors who had the best mean times. In the present study nurses performed better than doctors. Even though we did not evaluate the same skill, nurses prepared the dilution in half the time needed compared to medical personnel. The reasons are not clearly understood but the fact that nurses repeatedly convert doses and draw up medications may have probably helped them perform better. Interestingly, assistant nurses prepared the dilution faster than nurses. However, this trend was not statistically

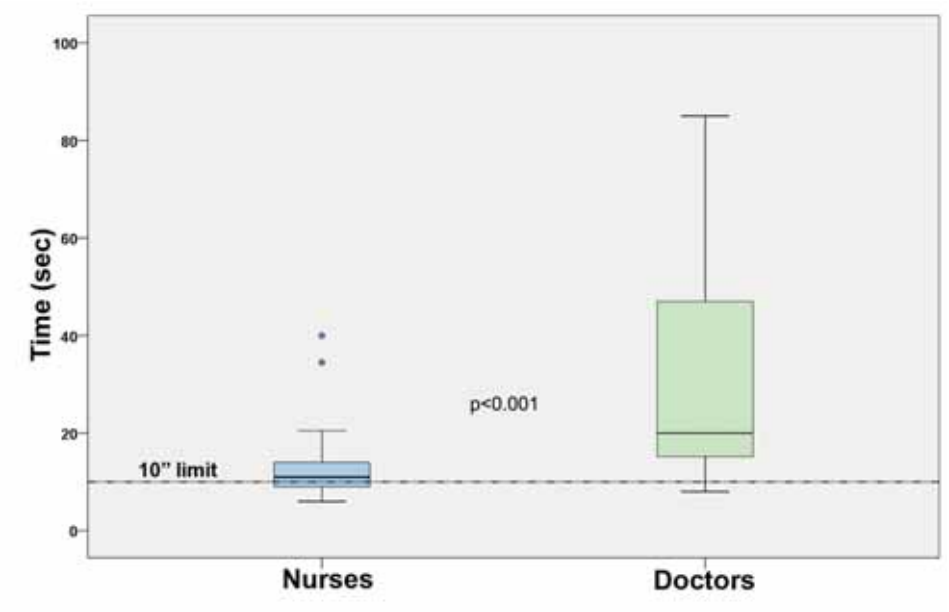


Figure 1. Time needed by nurses and doctors to draw up an epinephrine vial for intravenous administration.

significant, meaning it could have been due to chance.

The subgroup analysis demonstrated that cardiology residents together with anesthesiologists performed worse than all the other medical doctors with internal medicine doctors having paradoxically the best mean times among medical personnel. This was an unexpected result, since cardiologists and anesthesiologists involve more often than any other physician to real time CPR situations and thus they are expected to have a higher level of preparedness. Various studies in Greece have previously demonstrated that medical doctors and specifically cardiologists have theoretical knowledge gaps in resuscitation guidelines (Kyriakou et al 2010, Pantazopoulos et al 2011, Passali 2011). The present study demonstrated that skills considered necessary for doctors often involved in resuscitating patients, such as the rapid preparation of an epinephrine solution are also inadequate.

Cardiac arrest is an emergency situation and when it occurs there is little time to respond and perform advanced life support. The 2010 resuscitation guidelines recommend that drugs administered in patients in cardiac arrest should be prepared as soon as possible (Nolan et al 2010). One animal study (Wenzel et al 1999) reported lower coronary perfusion pressure when delivery of a vasopressor was delayed. Time to drug administration was also a predictor of return of spontaneous circulation in a retrospective analysis of swine cardiac arrest (Rittenberger et al 2007). The same applies for antiarrhythmic drugs too (Xanthos et al 2009). Two clinical studies (Kudenchuk et al 1999; Dorian et al 2002) reported data suggesting worse survival for every minute that antiarrhythmic drug delivery was delayed (measured from time of dispatch). However, this finding was potentially biased by a concomitant delay in onset of other ACLS interventions. In one study (Dorian et al 2002) the interval from first shock to administration of an antiarrhythmic drug was a significant predictor of survival. Thus, time to drug treatment appears to have importance.

In addition, in our study, no correlation was observed between preparation of an epinephrine solution and attendance of CPR courses. To our knowledge, this is the first study highlighting the deficit of all CPR courses as this skill is never taught.

This study has several potential limitations. The number of participants was small and all of them came from the same hospital. Also, we did not evaluate the time needed by participants to assemble pre-filled epinephrine syringes as in Greek hospitals epinephrine can only be found in vials of 1:1000 concentration. Furthermore these mean times may not reflect their actual time as measurements were made in simulation conditions.

CONCLUSIONS

This study highlights that nurses prepare epinephrine solution for intravenous administration faster than physicians. Medical personnel have never been taught and rarely practice this skill which should be introduced early in every doctor's training. Moreover, demonstration of the skill during advanced life support courses should be considered. Further international studies should be performed to validate our results.

Acknowledgements:
None

REFERENCES

Andreka P & Frenneaux MP. (2006). Haemodynamics of cardiac arrest and resuscitation. Curr Opin Crit Care 12 (3) 198-203

Chalkias A, Koutsovasilis A, Mystrioti D, Dragoumanos , & Xanthos T. (2013). Outcomes of cardiopulmonary resuscitation efforts in a Greek tertiary hospital. Acute Card Care 15 (2) 34-37

Davidson LR, Miller DR & Currie GP. (2009). How long does it take medical and nursing staff to assemble pre-filled emergency drug syringes? Resuscitation 80 (4) 499

Dorian P, Cass D, Schwartz B, Cooper R, Gelaznikas R & Barr A. (2002). Amiodarone as compared with lidocaine for shock-resistant ventricular fibrillation. N Engl J Med 346 (12) 884-890

Gabbott D, Smith G, Mitchell S, Colquhoun M, Nolan J, Soar J, Pitcher D, Perkins G, Phillips B, King B &Spearpoint K. (2005). Cardiopulmonary resuscitation standards for clinical practice and training in the UK. Accid Emerg Nurs. 13(3)171-9

Hunt EA, Mancini ME, Smyth M, Truitt TL & NRCPR Investigators. (2009). Using the American Heart Association's National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation for performance improvement Jt Comm J Qual Patient Saf 35 (1) 13-20

Karlis G, Iacovidou N, Lelovas P, Niforopoulou P, Zacharioudaki A, Papalois A, Sunde K, Steen PA & Xanthos T. (2014). Effects of early amiodarone administration during and immediately after cardiopulmonary resuscitation in a swine model Acta Anaesthesiol Scand 58 (1) 114-122

Kudenchuk PJ, Cobb LA, Copass MK, Cummins RO, Doherty AM, Fahrenbruch CE, Hallstrom AP, Murray WA, Olsufka M & Walsh T. (1999). Amiodarone for resuscitation after out-of-hospital cardiac arrest due to ventricular fibrillation. N Engl J Med 341 (12) 871-878

Kyriakou F, Iacovidou N, Garofalakis I, Trianti M, Stasinakis D & Xanthos T. (2011). Residents' resuscitation training and theoretical knowledge in a Greek General Hospital Eur J Emerg Med 18(1):34-7.

Nolan JP, Soar J, Zideman DA, Biarent D, Bossaert LL, Deakin C, Koster RW, Wyllie J & Böttiger B; ERC Guidelines Writing Group. (2010). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 1. Executive summary. Resuscitation 81 (10) 1219-1276

Pantazopoulos I, Aggelina A, Barouxis D, Pantazopoulos I, Papapanagiotou P, Troupis G, Kotsiomitis E, Demestiha T &Xanthos T. (2011). Cardiologists' knowledge of the 2005 American Heart Association Resuscitation Guidelines: the Athens Study. Heart & lung 40 (4) 278-284

Passali C, Pantazopoulos I, Dontas I, Patsaki A, Barouxis D, Troupis G & Xanthos T. (2011). Evaluation of nurses' and doctors' knowledge of basic & advanced life support resuscitation guidelines. Nurse Educ Pract. 11(6):365-9

Rittenberger JC, Menegazzi JJ & Callaway CW. (2007). Association of delay to first intervention with return of spontaneous circulation in a swine model of cardiac arrest. Resuscitation 73 (1) 154-160

Sandroni C, Nolan J, Cavallaro F &Antonelli M. (2007). In-hospital cardiac arrest: incidence, prognosis and possible measures to improve survival. Intensive Care Med 33 (2) 237-245

Stroumpoulis K, Xanthos T, Rokas G, Kitsou V, Papadimitriou D, Serpetinis I, Perrea D, Papadimitriou L & Kouskouni E. (2008). Vasopressin and epinephrine in the treatment of cardiac arrest: an experimental study. Crit Care 12 (2) R40

Wenzel V, Lindner KH, Krismer AC, Miller EA, Voelckel WG& Lingnau W. (1999). Repeated administration of vasopressin but not epinephrine maintains coronary perfusion pressure after early and late administration during prolonged cardiopulmonary resuscitation in pigs. Circulation 99 (10) 1379-1384

Xanthos T, Bassiakou E, Koudouna E, Rokas G, Goulas S, Dontas I, Kouskouni E, Perrea D & Papadimitriou L. (2009). Combination pharmacotherapy in the treatment of experimental cardiac arrest. Am J Emerg Med 27 (6) 651-659

Xanthos T, Pantazopoulos I, Demestiha T & Stroumpoulis K. (2011). Epinephrine in ventricular fibrillation: friend or foe? A review for the Emergency Nurse. J Emerg Nurs 37 (4) 408-412

RESEARCH ARTICLE

Preoperative effect of information and nurse's role on postoperative patient recovery in laparoscopic cholecystectomy

Antonia Stergiopoulou[1]

1. RN, MSc , PhD, Aiginitio Hospital Athens

ABSTRACT

Introduction: Patient education is defined as the process of influencing patient behavior and producing the changes in knowledge, attitudes and skills necessary to maintain or improve health. Preoperative education should include all the information in order for the patient to understand the process.

Objective: To evaluate the impact of structured preoperative information on patient's undergoing elective Laparoscopic Cholecystectomy (LC) preoperative knowledge, anxiety and postoperative recovery.

Methods: In this empirical quantitative study conducted from 2005 to 2006 one hundred and twenty consecutive candidates for elective LC were randomly assigned to four groups. Group A included 30 patients preoperatively informed regarding LC through a multimedia CD (MCD) presented by a Registered Nurse (RN). Patients in group B (n=30) were informed through a leaflet. Patients in group C (n=30) were informed verbally by a RN. Finally, the control group D included 30 patients informed conventionally by the attending surgeon. Preoperative assessment of knowledge about LC was recorded after each informative session using a questionnaire. Preoperative anxiety was assessed using Amsterdam Preoperative Anxiety Scale (APAIS). Postoperative pain was measured using a Numerical Rating Scale (NRS).

Results: In multiple regression analysis, group C achieved the lower Knowledge score comparing with Group A and B (p=0,009 r2=0.3) while group D expressed the highest pain score comparing to all other groups (p =0,013 r2=0.0.147)

Conclusions: It is believed that multimedia should be incorporated and do not replace the traditional relationship between health professional and patient. Finally, doctors especially in Greece should inform their patients adequately.

Keywords: Laparoscopic Cholecystectomy, Patient education, Preoperative anxiety, Postoperative pain

Address for correspondence Stergiopoulou Antonia, RN, MSc, PhD 5th Alianthou str Fili Attikis 13351 phone: 6977755061 Email:toniastr123@hotmail.com

HIGHLIGHTS/KEY POINTS

- **Preoperative information can reduce patient anxiety undergoing laparascopic cholocystectomy**
- **A multimedia CD is the best way to inform patients compared to conventional methods.**
- **Preoperative information can reduce postoperative pain**
- **Nurse's role has a positive effect in preoperative patient knowledge**

INTRODUCTION

Patient education is defined as the process of influencing patient behavior and producing the changes in knowledge, attitudes and skills necessary to maintain or improve health. Simple and comprehensive information is something that patients and their families are not reluctant to it. On the contrary patients and their families express the need to communicate and understand the events that occur throughout the course of their disease (Hannah 1989). The more educated a patient is, the more likely he is actively engaged in communication (Enzenhofer 2004, Campbell 2004). Patients who acquire inadequate information usually show increased anxiety according to Garrud (2001) and Stoop (2004) (Garrud, 2001, Stoop 2004). Patient education can empower patients to become full participants in their care through enhanced communication and a strong patient-provider relationship. Studies show that patients can evaluate the quality of care. So if doctors seem uncertain about the process operation, patient satisfaction is reduced (DiMatteo1985, Johnston 1988). Educational materials designed to deliver information and promote active participation in health care decisions can be effective tools for empowering patients. Consumers are faced with an economic climate that scrutinizes health care services in terms of their outcomes (Helene 2001, Knee 2003).

Preoperative education should include all the information in order for the patient to understand the procedure; starting from the hospital entrance to discharge and postoperative rehabilitation at home. The Royal College of Anesthetics has created written materials for preoperative procedure, while New York Crouse Hospital created system information for patients and relatives who would like to be informed (Oldman, 2004, Stevens, 2004). There are various similar educational programs which, on one hand, can sometimes worry patients and lead them to increased preoperative anxiety when they are fully informed about operations' risk (Lim, 1999). On the other hand, a high standard preoperative education program can reduce hospital stay and provide fast recovery, as it did in Holland (Lim 1999). Conclusively patient preoperative education benefits are summarized to savings in hospital expenses, increased patient satisfaction along with hospital rules compliance, reduced preoperative anxiety and postoperative pain (Jones 2001, Enzenhofer 2004).

The aim of this study was the evaluation of the impact of structured preoperative information on patient's undergoing elective Laparoscopic Cholecystectomy (LC). The study focuses on the impact of preoperative informing on (a) patient's preoperative anxiety and (b) patient's postoperative pain (Van de Bosch 2005).

METHODOLOGY

1. Study design and data collection

From July 2005 to July 2006, 120 consecutive patients, candidates to elective LC for cholelithiasis, were considered for enrollment in this randomized experimental trial. Exclusion criteria were: (a) patients older than 75 years and younger than 18, (b) patients with an American Society of Anaesthesiologists (ASA) physical status score greater than 2, (c) patients unable to understand Greek, (d) patients with serious sight and deaf impairment, and (e) patients undergoing LC combined with another laparoscopic or open procedure, simultaneously. Informed consent for participation in the trial was obtained and the trial was approved by the Administrative and Scientific Council of the Patras University Hospital, Patras, Greece and the "Attikon" University Hospital, Athens, Greece. Patients were assigned randomly to four groups: Group A included 30 patients, preoperatively informed about the scheduled operation through the MCD, presented by a Registered Nurse (RN). Group B included 30 patients preoperatively informed through the leaflet delivered to the patients without the presence of a RN. In Group C, there were 30 patients who were informed verbally from a RN and finally, the control Group D included 30 patients, who had the conventional preoperative information by the attending surgeon and anesthesiologist, as every other patient included in groups A, B, C. The information leaflet and the MCD were available to patients for as long as they wished (usually, 20-30 minutes). Four hours after the completion of each informative session of each group, RN collected the completed patients' questionnaires. Patients in group D filled the same questionnaire without the presence of a RN, leaflet or the MCD. All the data were collected in a randomized order.

2. The Multimedia CD

The Multimedia CD is a specifically developed multimedia health educational product based on Toolbook Asymetrix, version 8.5, Macromedia Company on an AMD 2000+ 1,6GHz multimedia computer under Windows XP professional.

Table1. Multiple regression analysis for the variable "Knowledge score".

Variable	Knowledge score P value (Adj.R^2) A[1], B[2] (CI of B)[3]
Group C	0.009(0.30) 9.119,- 0.662 (-1.156_-0.168)
Age	0.05 (0.30) 9.119, -0.490 (-0.980_0.00)

[1]constant, [2]regression coefficient(slope), [3]confidence interval

Table2 - Multiple regression analysis for the variable "APAIS II Score".

Variable	APAIS II Score P value (Adj.R^2) A, B (CI of B)
Group C	0.001 (0.206) 2.697, -1.667 (-2.595_-0.739)
Educational level	0.001 (0.206) 2.697,0.331 (0.140_0.523)

[1]constant, [2]regression coefficient(slope), [3]confidence interval

Table3 - Multiple regression analysis for the variable "APAIS Score"

Variable	APAIS Score P value (Adj.R^2) A, B (CI of B)
Group D	0.003 (0.133) 19.279,3.561 (1.215_ 5.907)
Age	0.007 (0.133) 19.279, -2.353 (-4.064_0.642)
Gender	0.03(0.133) 19.279,-2.341 (-4.452_-0.23)

[1]constant, [2]regression coefficient(slope), [3]confidence interval

Table4 - Multiple regression analyis for the variable"Pain score".

Variable	Pain score P value (Adj.R^2) A, B (CI of B)
Group D	0.013(0.147) 4.028, 0.658 (0.144_1.172)
Gender	0.000 (0.147) 4.028,- 0.899 (-1.363_0.434)

[1]constant, [2]regression coefficient(slope), [3]confidence interval

The preoperative session took place in the patient ward with the use of a laptop computer. The MCD contained animation, narration and photographs which could reinforce patient's understanding and decrease anxiety.

3. Statistical analysis

Assessment of preoperative knowledge about cholelithiasis and LC, was performed, using "closed, true-false" questionnaire, specifically developed. Each question was scored equally with the others yielding a maximum score of eleven. Evaluation of preoperative anxiety was conducted using the six items of the translated Amsterdam Preoperative Anxiety Scale and Information Scale (APAIS)– subdivided by Anxiety Scale (APAIS I) and the Need-for-Information Scale (APAIS II) (Moerman 1996, Boker 2004). Postoperative pain score were measured using a Numerical Rating Scale (NRS) scale, 16 hours after the patient had returned to the wards. The NRS scale consists of 11-points (where 0 indicates no pain at all, and 10 the most severe pain imaginable) (Jensen 1993, Wiens 1998).

RESULTS

There were 77 (64,2 %) women and 43 (35,8 %) men enrolled in the trial. Eighty one patients (67,5%) had a previous operation in their medical history. Seventy nine (65.8%) patients with ASA I and 41 (34.2%) with ASA II were included in the study, respectively. The mean age of patients was 53.07 years (ranging from 18 to 75). Thirty six patients (30 %) were familiar with the use of computers. All patients were informed preoperatively about the procedure, by their surgeon and signed an informed consent for the procedure. The collected data were inserted firstly in a backward model of linear regression analysis and then, the variables that followed statistical

significance of p value < 0.05 in the single linear regression, were inserted in the backward model of multiple regression analysis (Table 1 to 4). In multiple regression analysis, the dependent variables "Knowledge score", "APAIS II", "APAIS", "Pain Score", were inserted. Those dependent variables were related with the independent variables in order to seek for any statistical significance. The statistical System SPSS 13 for Windows was used for statistical analysis.

DISCUSSION

Effective informative sessions provided by the health professional, require specifically developed educational tools. In this study, we investigate the effect of MCD on patient's postoperative recovery. In the multiple regression analysis, structurally informed patients and specifically groups A and B, achieved a better knowledge score regarding LC, answering correctly to more questions comparing to study group C and of course control group D (p<0.009, r2=0.3) as it is shown in Table 1. This means that patients informed verbally did not recall all the information given as those informed by other means, such as in groups A and B. Not surprisingly, according to Table 1, patients older in age, achieved lower knowledge score than younger patients independently of the educational tool used with p value=0.05 and r2=0.3. The same is suggested both by Hekkenberg (1997), Aabakken (1997), Clark (1999) and Hogg (2004) who are reporting that young age and high-techonology education enriches brain's ability to recall of information (Hekkenberg,1997)(Aabakken 1997, Clark1999, Hogg 2004). In the current study, there were no in-depth analysis of the long-term benefits of patient education, as it was found in the study of Triggs et al (2000), there would be none (Triggs 2000). Consequently patients who were younger in age and were informed by the leaflet and the MCD achieved greater knowledge score comparing with the older patients who were being informed by the doctor or only by the RN.

Ng et al (2004) and Maward (2004) found that provision of preoperative information regarding the recovery process leads to significant anxiety reduction. In our study higher APAIS score means that the patient felt more preoperative anxiety. It is also known that preoperative information reduce preoperative anxiety (Ng et al 2004, Maward 2004). Our results, in the multiple regression analysis, proved that conventional information provided in patients of group D increases patient anxiety. Specifically, patients informed only by their doctor had a higher APAIS score than the patients of groups A, B, C (p<0.05, r2=0.133) (see Table 3). Also older and male patients expressed lower anxiety levels than the younger females with p value=0.007 and p value=0.03, respectively. Abuksis et al (2001) also agrees with the previous.

Choi-Kwon et al (2005) underlines in his study that health professionals do not know what information the patients want exactly about stroke. Specifically, the Need-for-Information Scale (APAIS II) according to Table 2 is lower in patients informed verbally by the RN (p=0.001, r2=0.206) and higher in patients who were better educated (p value=0.001, r2=0.206) (Choi-Kwon 2005). The more educated a person is, the more information he/she would prefer to obtain concerning his/her health according to Krupp (2000) and Caumo (2001). The patients with a high APAIS II score feel that they have not been informed adequately. In our study, patients who were informed through a structured informative session, and especially patients in group C, expressed smaller need for preoperative information than the patients who were informed verbally from their doctors. This is implying that nurse's role is substantially significant, and that nurses can diminish patient's need for further information.

It is widely accepted that preoperative information induces rapid postoperative recovery. Giraudet et al (2003) reports a strong positive effect of patient education to the reduction of postoperative pain. In our study, patients in groups A, B, and C reported less postoperative pain during the first 16 hours according to Table 4 (p=0,013 r2=0.147)(Giraudet et al 2003). It is also mentioned that in multiple linear regression analysis men appeared to feel less pain than women (p<0.001, r2=0.147). This aspect is strongly suggested by Keogh et al (2002) also confirming significant differences in pain responses regarding gender (Keogh, 2002). Morin et al (2000) has also shown that women seem to find post-operative pain more intense than males, although men are more disturbed than women by the low levels of persistent pain (Morin 2000).

CONCLUSION

The multiple regression analysis did confirm the statistical knowledge significance for the MCD. It seems that both MCD with the presence of the RN and the leaflet can improve the quality of health care, increasing learning process. On the other hand according to the results, women appear to feel more preoperative anxiety and postoperative pain comparing to men, while older patients achieve the smallest knowledge score and feel less preoperative anxiety than the youngest ones. Nonetheless the more educated a patient is, the more likely is to ask for better preoperative education. Additionally, specifically developed MCDs for different populations (regarding gender, age or educational level) have to be tested in clinical practice to provide a therapeutic approach to individual needs.

However, the impact of the educational program on preoperative anxiety and postoperative pain was not as obvious, as it was expected. We can assume that, at least in Greece, preoperative anxiety and postoperative pain is statistically higher in patients who were being informed

only by their doctor. Furthermore, patient's preoperative need for information was not fulfilled during conventional informative sessions in LC operations.

REFERENCES

Aabakken L., Baasland I., Lygren I. & Osnes M.(1997). Development and evaluation of written patient information for endoscopic procedures. Endoscopy, 29(1):23-26.

Abuksis G., Mor M., Segal N., Shemesh I. & Morad I. (2001). A patient education program is cost-effective for preventing failure of endoscopic procedures in a gastroenterology department. American Journal of Gastroenterology, 96(6):1786-90.

Boker A., Brownell L. & Donen N. (2002). The Amsterdam preoperative anxiety and information scale provides a simple and reliable measure of preoperative anxiety. Canadian Journal of Anesthesia, 49(8):792-8.

Campbell F.A., Goldman B.D., Boccia M.L., & Skinner M. (2004). The effect of format modifications and reading comprehension on recall of informed consent information by low-income parents. Patient Education and Counseling, 53:205-216.

Caumo W., Schmidt A.P., Schneider C.N., Bergmann J., Iwamoto C.W., Bandeira D., Ferreira M.B. (2001). Risk factors for preoperative anxiety in adults. Acta Anaesthesiologica Scandinavia, 45(3):298-307.

Choi-Kwon S., Lee S.K., Park H.A., Kwon S.U., Ahn J.S. & Kim J.S. (2005). What stroke patients want to know and what medical professionals think they should know about stroke. Korean perspectives Patient Education and Counseling, 56 (1):85-92.

Clark K.L., AbuSabha R., von Eye A. & Achterberg C. (1999). Text and graphics: manipulating nutrition brochures to maximize recall. Health Education Research, 14(4):555-64.

DiMatteo M.R., Linn L.S., Chang B.L. & Cope D.W. (1985). Affect and neutrality in physician behavior: A study of patients' values and satisfaction. Journal of Behavioral Medicine, 8:397-409.

Enzenhofer M., Bludau H., Komm N. et al. (2004). Improvement of the Educational Process by Computer-based Visualization of Procedures: Randomized Controlled Trial. Journal of Medicine and Internet Research (serial online), 6(2):e16.

Enzenhofer M., Bludau H.B., Komm N., Wild B., Möller K., Herzog W. et al(2004). Improvement of the educational process by computer-based visualization of procedures: Randomized controlled trial. Journal of Medicine and Internet Research, 6:e16,

Garrud P., Wood M. & Stainsby L.(2001). Impact of risk information in a patient education leaflet. Patient Education Counseling, 43:301-304.

Giraudet-Le Quintrec J.S., Coste J., Vastel L., Pacault V., Jeanne L., Lamas J.P., Kerboull L., Fougeray M., Conseiller C., Kahan A. & Courpied J.P. (2003). Positive effect of patient education for hip surgery: a randomized trial. Clinical Orthopaedic Relationship Research, 414:112-20.

Hannah K.J., Conley-Price P., Fenty D., McKiel E., Soltes D., Hogan T., Wiens D. (1989). Computer applications for staff development and patient education. Methods of Information in Medicine, 28(4):261-6.

Hekkenberg R.J., Irish J.C., Rotstein L.E., Brown D.H., Gullane P.J. (1997). Informed consent in head and neck surgery: how much do patients actually remember? Journal of Otolaryngology, 26(3):155-9.

Helene J.K. (2001). Video modelling to educate patients. Journal of Advanced Nursing, 33(6):748.

Hogg P., Boyle T., Hennesy C., Cassidy S., Dodgeon J., Hindle J., Hogg D. & Priestley J. (2000). Evaluation of a computer-based information system for patients and members of the public. Radiography 6, 89-100

Jensen M.P. & Karoly P. (1993) Measurement of cancer pain via patient self-report. In: Chapman CR, Foley KM, eds.: Current and Emerging Issues in Cancer Pain: Research and Practice. New York, NY: Raven Press, pp 193-218.

Johnston M. (1998). Impending surgery. In: Fisher S, Reason J (eds) Handbook of life stress, cognition and health. John Wiley, New York, :79.97

Jones M.J., Nyhof-Young J., Friedman A., Catton P. (2001). More than just a pamphlet: Development of an innovative computer-based education program for cancer patients. Patient Education and Counseling, 44:271-281

Keogh E. & Herdenfeldt M. (2002). Gender, coping and the perception of pain. Pain, 97:195-201.

Knee K. & Jacobs M. (2003). More than a wise patient care decision, computer-based patient education makes good business sense. Patient Education and Counseling.

Krupp W., Spanehl O., Laubach W. & Seifert V. (2000). Informed consent in neurosurgery: patients' recall of preoperative discussion. Acta Neurochirourgica (Wien), 142(3):233-8, discussion 238-9.

Lim H.B., Soon K.H., Ismar I. et al (1999). Information on elective operations: Let's hear what the patients have to say! Yorkshire Medicine, 44-45

Maward L. & Azar N. (2004). Comparative study of anxiety in informed and non-informed patients in the preoperative period. Rech Soins Inform, 78:35-58.

Miller K., Wysocki T., Cassady J., Cancel D. & Izenberg N. (1999). Validation of Measures of Parents' Preoperative Anxiety and Anesthesia Knowledge. Anesthesia & Analgesia, 88:251-7.

Moerman N., van Dam F.S., Muller M. & Oosting H. (1996). The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). Anesthesia & Analgesia, 82(3):445-451.

Morin Ch., Lund J., Villaroel T., Clokie C.M.L. & Feine J. (2000). Differences between the sexes in post-surgical pain. Pain, 85:79-85.

Ng S.K.S., Chau A.W.L., Leung W.K. (2004). The effect of pre-operative information in relieving anxiety in verbal surgery patients. Community Dent Verbal Epidemiology, 32:227-35.

Oldman M., Moore D. & Collins S. (2004). Drug patient information leaflets in anaesthesia: Effect on anxiety and patient satisfaction. British Journal of Anaesthesiology, 92:854-858

Stevens M., van den Akker-Scheek I., Spriensma A., Boss N.A., Diercks L.R. & van Horn J.R. (2004). The Groningen Orthopedic Exit Strategy (GOES): A home-based support program for total hip and knee arthroplasty patients after shortened hospital stay. Patient Education and Counseling, 54:95-99.

Stoop A.P., Vant Riet A. & Berg M. (2004). Using information technology for patient education: realizing surplus value? Patient Education and Counseling 2004, 54:187-195.

Tarby W. & Hogan K. (1997). Hospital-based patient information services: A model for collaboration. Medical Libraries Association, 85:158-166.

Triggs E., Victor C., Ross F. & Axford J. (2000). Primary care-based evaluation of patient education for osteoarthritis of the knee. Methods of Information in Medicine, 39(3):241-245.

Van den Bosch J.E., Moons K.G., Bonsel G.J. & Kalkman C.J. (2005). Does Measurement of Preoperative Anxiety Have Added Value for Predicting Postoperative Nausea and Vomiting? Anesthesiology and Analgesia, 100:1525-1532.

Wiens A.G. (1998). Preoperative anxiety in women. AORN Journal, 68(1):74, 76-77, 79-81, 83-88.

RESEARCH ARTICLE

Perioperative Nursing Care in two cases of Empyema Thoracis

Maria Chounti[1], Konstantinos Hatziveis[2], Panagiotis Hountis[3], Eleni Karavana[3], Dimitrios Moraitis[4], Sotirios Moraitis[3]

1.Department of Nursing, TEI of Western Greece
2.Teacher, Department of Nursing, University of Pelloponese, Sparta, Greece
3.Department of Thoracic and Cardiovascular Surgery, Athens Naval and Veterans Hospital, Athens, Greece
4.Department of Administration and Statistics, Athens Naval and Veterans Hospital, Athens, Greece

ABSTRACT

Introduction: Empyema thoracis is a dreaded complication of a bacterial infection of the upper or lower respiratory system. It has been associated with a mortality rate between 6-24%. The incidence of empyema in the community is increasing with no known etiology for that. A proportion of out of community-or hospital-acquired pneumonia results from iatrogenic causes, especially antibiotic use.

Methods: Two cases of anaerobic empyema thoracis with excellent clinical course are presented.

Results: Correct and timely diagnosis is the main determinant of a successful outcome. Patients were operated after the complication was diagnosed and had an uneventful clinical course. Presumed that any delay in operation could result in major postoperative disastrous complications.

Conclusions: Medical staff must be aware of this complication that may result from respiratory bacterial infections. Diagnosis, perioperative care and long term follow up rely on optimization of the nursing process and its timely and accurate management. It is obvious that prefect co-ordination of all medical and nursing staff resulted in successful outcome.

Key words: Empyema Thoracis, Parapneumonic Effusion, Thoracic Surgery

Corresponding Author: Maria Chounti, Veikou 9-11, 11146 Galatsi Athens Greece, +30 6980148094, Email: maria.chounti@hotmail.com, fax: 210- 2133437

HIGHLIGHTS / KEY POINTS

- **Empyema thoracis is a dreaded complication of respiratory infections with a mortality rate between 6-24%.**
- **'Organizing phase' is the last stage and may result in a 'trapped- lung' that prevents lung expansion.**
- **Empyema Thoracis demands a multidisciplinary approach for which staff nurse plays a crucial central role in its proper management and successful outcome.**

INTRODUCTION

Empyema thoracis, is the presence of pus in the pleural space. This surgical entity has been described along with its management since the Hippocratic era. Hippocrates was the first to suggest evacuation of the pus with removal of one or two ribs overlying the pleural cavity. It has been associated with a mortality rate as high as 30%. Nosocomial or community acquired pneumonia has been traditionally recognized as the main etiologic factors. Medical co-morbidities and iatrogenic complications account for the rest of the cases (Table 1). In some cases, however, there is no clear etiology. Parapneumonic effusion (P.E) is the collection of fluid in the pleural cavity as a result of a bacterial infection. Three stages have been described in the natural course of empyema: the exudative, fibrinopurulent, and organizing phases (Andrews et al 1962). Pulmonary interstitial fluid from a lung infection produces the first or exudative phase. Treatment in this stage is with antibiotics. The fluid in this stage, although, is not contaminated. Positive gram stain and/or positive bacterial culture is the major characteristic of the second or fibrinopurulent phase. 'Organizing' is the last stage and may result in a 'trapped- lung' which is the formation of a pleural peel that prevents lung expansion. It may solely lead to respiratory failure irrespective of a concomitant septic condition. The successful nursing care in the management of two patients with empyema thoracis is presented.

CASE REPORTS

Case Report 1

A 79 year old male who was in full occupational activity as a financial counselor in a company, ex-smoker (80p/years). His symptoms started one week ago with a feeling of heaviness in the left hemithorax, generalized malaise and shortness of breath. A fever of 38.5Γ C was started which was partially falling on paracetamol tablets. On admission respiratory silence with peripheral crackles on auscultation of the left lung were noticed. Radiography revealed a shadow in the left pleural space. Computerized Tomography was diagnostic of an organized cavity that was consistent with a thoracic empyema (Figure 1). Laboratory exams revealed WBC: 19.500 (P: 85/L: 9/M: 6). Intraoperatively the organized cavity was full of pus (Figure 2) The removal of the empyema wall and the fibrous peel, through a small thoracotomy, released the trapped lung (Figure 3) He had an uneventful postoperative course. Full nursing care was employed.

Case Report 2

A 37 year old male self- employed, who had a non smoking history. He had a slight deterioration in movements due to a car accident that happened 5 years ago. His disease started one week ago with a low grade fever that did not fall with antipyretic pills. It gradually progressed to a septic fever (40ΓC) with shiver and deterioration of the mental status. On admission, he was started on empirical triple antibiotic regimen and Radiography revealed a shadow in the right hemithorax. Computerized Tomography was diagnostic of an organized cavity that was consistent with a thoracic empyema. Laboratory exams revealed WBC: 25.500 (P:79/L:17/M:4) A right thoracotomy was performed. The pus and the pleural peel were thoroughly removed and the lung re-expanded. Postoperative course was uneventful. Nursing management was fully employed for an excellent outcome.

DISCUSSION

ACCP (American College of Chest Physicians) guidelines propose drainage for patients with moderate or high risk for a poor outcome (Colice et al 2000). Diagnosis is considered when there is pus in the pleural space, thickened parietal pleura, loculated effusion, large PE, and positive cultures. thoracocentesis, chest drainage thoracostomy, thoracoscopic operations and open surgery with lung decortication have all been proposed as curative strategies for empyema. Most agree that the pleural space should be drained in all patients with exudative PE with pleural fluid pH<7.2 and in those who have frank pus as was apparent in our cases. Patients who do not improve should be referred to the surgeon for further management.

Key Perioperative Nursing Practices (Table 2)

Staff nurse will assist in the recognition of the complication especially in hospitalized patients as well as the diagnostic process in outpatient setting. This will be achieved through proper laboratory and radiologic examinations. Registered nurse should take every action to relieve stress and emotional instability of these very sick people. Also, should regularly estimate the level of consciousness of the patient by asking selective questions about

TABLE 1. ETIOLOGY OF EMPYEMAS
• Pneumonia (Streptococcus, Staphylococcus aureus, Escherichia coli, Haemophilus influenzae, Klebsiella)Trauma
• Iatrogenic Infection
• Thoracic Drainage System, Thoracentecis
• Blood or Lymph dissemination of extrathoracic infection
• Endocarditis
• Mediastinitis
• Esophageal rupture

TABLE 2. BASIC CONCEPTS OF NURSING CARE
• Patient isolation
• Proper rest and position of the patient on the bed
• Vital signs every 3 hours, mental status
• Symptom oriented treatment
• Antibiotics, pain medication, oxygen therapy, respiratory optimization
• Proper diet and hydration
• Fluid balance
• Smoke cessation
• Respiratory physiotherapy
• Recognition of the etiologic factor
• Prevention of the dissemination of the infection
• Skin and oral hygiene
• Prevention of possible complications (atelectasis, pleural effusion, pulmonary edema, pulmonary abscess, septic shock)
• Keep daily records on the volume, color and biochemistry (pH, LDH, Glucose), of the drainage fluid

personal and other well known information (date, year, time, family, place etc). Also, assess of breath sounds bilaterally should be regularly recorded, especially checking for symmetry of breath sounds. Tube insertion site should be also checked for subcutaneous emphysema. All tubing should be kept free from kinking and fluid-filled dependent loops that can interfere with drainage should be checked. Make sure that the connections are securely taped and that the chest tube is secured to patient's chest wall (Arlene et al, 2006).

Collection apparatus should be kept below the patient's chest level and water seal and suction control chambers should be frequently checked. The water seal level should fluctuate with respiratory effort; this is called tidaling. If it doesn't, the tubing may be kinked or clamped or the patient may be lying on it. Other possible problems

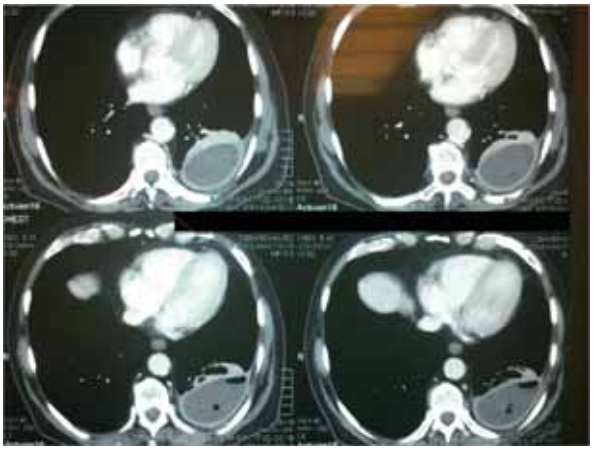


FIGURE 1



FIGURE 2

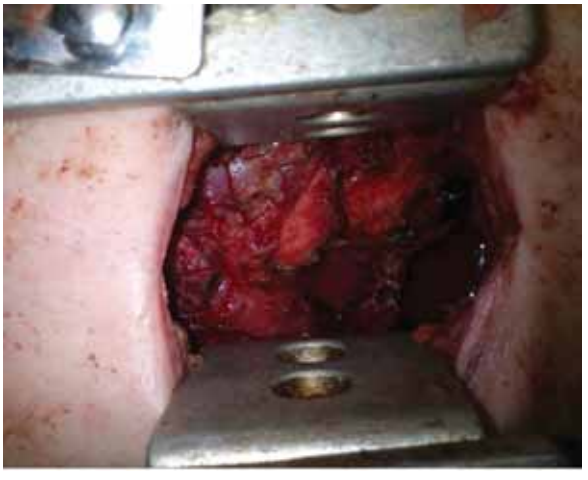


FIGURE 3

include a fluid-filled dependent loop in the tubing or blocked catheter eyelets. On the other hand if hopefully the lung has reexpanded, the lack of tidaling may be a good sign indicating that no more air is leaking into the pleural space (Arlene et al, 2006).

Promotion of the bed rest should be emphasized, because it helps them to maintain their natural defense. The placement of the patient on the bed is of equal importance. The diseased side must be placed underneath. There should be a daily care of skin and the hygiene of mouth because these participate in the general recovery of health of every patient.

These patients must be isolated in order to prevent the spread of the infection to other patients and to protect them from nosocomial infections. Oxygen administration must be continuously used in very low concentration just to keep an acceptable saturation and aid in patient discomfort.

It is very important to monitor the vital signs of each patient at least every 3 hours(arterial pressure, temperature, the number of breathings/minute, rate, pattern, depth, and ease of respirations-and SpO2 level every 2 hours or as necessary heart rhythm).

Respiratory optimization during the course of the disease is very important. Bronchodilators and corticosteroids are used along with oxygen and mucolytics. Mucus plugs must be liquefied and removed from the bronchial tree. All specimens must be handled with outmost care and under extremely aseptic conditions. This is imperative to avoid cross infection and it will assist in the timely and correct interpretation. The right regimen is based on the right culture.

Aerobic bacteria predominate in most cases. Streptococcus pneumonia, Staphylococcus aureus, Escherichia coli, Haemophilus influenza and Klebsiella pneumonia are the commonest bacteria isolated from empyemas.

Antibiotic administration should be given to all patients with pleural infection. After cultures and sensitivities are known they can be specified for the etiologic factors. In the early period or in absence of positive culture results intravenous cefuroxime plus metronidazole or intravenous benzyl penicillin plus ciprofloxacin or intravenous meropenem plus metronidazole for community acquired infection are the antibiotics of choice. For oral therapy the proposal is for amoxycillin plus clavulanic acid, or amoxycillin plus metronidazole or clindamycin (Davies et al 2003). In most cases a three week treatment is usually good tolerated and effective.

Chest pain may be an important complication of the disease. Analgesics may be judiciously used. However it is preferably not to administer opioids as analgesia. Splinting of a thoracic incision is a lesson that the patient should be taught for. Pain should be monitored using a pain intensity rating scale. Optimal pain management can prevent hypoventilation and complications such as atelectasis and pneumonia (Arlene et al, 2006).

Patient should be carefully monitored for a complete diet with good hydration. In some complicated cases this may warrant parenteral intravenous nutrition. Fluid and electrolyte balance is imperative for a perfect outcome. Smoking should not be allowed to patients and traditional or medical methods could be used to quit stop smoking. Influenza vaccine is also indicated in this high risk population.

If stuff nurse notices change on the patient's clinical condition, it should be reported immediately to the attending physician in order to prevent any further complications such as atelectasis, lung edema, or septic shock. It is obvious that patients' condition may deteriorate at any time and may lead to complications or even to death.

CONCLUSIONS

Proper management of empyema thoracis depends on the stage of the disease. The first step is the recognition of the presence of fluid in an otherwise uncomplicated pulmonary infection. This is usually accomplished through the anteroposterior and profile chest x-ray but it demands a high level of suspicion even if the clinical signs are not indicative. Once pleural fluid is suspected, it should be accurately diagnosed in regard its quantity and nature by Computerized Tomography. This will give information regarding the underlying pulmonary and pleura substrate. Patient history may be or may not be indicative of other pathologic conditions that may be accompanied with pleural fluid such as lung cancer, autoimmune diseases as well as liver, renal and heart failure. Empyema Thoracis demands a multidisciplinary approach for which staff nurse plays a crucial central role in its proper management and successful outcome.

CONFLICT OF INTEREST:

none

AUTHORS' CONTRIBUTIONS

MH, EK and KH considered and designed the study. PH and SM provided the medical archives and DM drafted the manuscript. All authors offered critical input and revisions on drafts of the manuscript, and approved the final version.

REFERENCES

Andrews NC., Parker EF., Shaw RP., et al. (1962). Management of non-tuberculous empyema. Am Rev Respir Dis 1962; 85:935–6.

Arlene M., Coughlin RN, Parchinsky C., (2006). Go with the flow of chest tube therapy. Nursing2014; 36:(3):36 - 41

Colice GL., Curtis A., Deslauriers J., et al. (2000). Medical and surgical treatment of parapneumonic effusions: Evidence-Based Guideline. Chest 2000; 118:1158–71.

Davies CWH., Gleeson FV.,& Davies RJO (2003). BTS guidelines for the management of pleural infection. Thorax 2003;58:18–28.

Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης

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 (περιοχ - 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 μέγιστος 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 τουλάχι-

στον 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 λειτουργούν 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