Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης
Hellenic journal of Nursing Science



Τόμος 8, Τεύχος 1, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ - ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ - ΜΑΡΤΙΟΣ 2015
Volume 8, Number 1, JANUARY - FEBRUARY - MARCH 2015

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ - EDITORIAL
Η Συναισθηματική Νοημοσύνη στη Νοσηλευτική
Ευγενία Μηνασίδου

ΓΕΝΙΚΟ ΑΡΘΡΟ - GENERAL ARTICLE
Ιατροδικαστική Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας
Forensic Mental Health Nursing
Άγγελος Καραμίντζιος, Ιωάννα Γεωργοπούλου, Δημήτριος Λουλούδης

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ - REVIEWS
Παράγοντες που Επηρεάζουν την Αναζήτηση Υπηρεσιών Υγείας: Μια Βιβλιογραφική Ανασκόπηση
Factors Affecting the Decision to Seek for Medical Care: A Literature Review
Μαρία Τζαφάλια, Αριστείδης Ρούτσης

The relationship between leadership styles and the risk of developing Cardiovascular Diseases (CVD) among nurses
Konstantinos Giannakou

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ - RESEARCH ARTICLES
Νοσηλευτική Διαχείριση Ασθενών με Περιφερική Νευροπάθεια που Οφείλεται στη Χημειοθεραπεία: Μια Συστηματική Ανασκόπηση
Nursing Management of chemotherapy- induced peripheral neuropathy: a systematic review
Γεώργιος Ελεσνίτσαλης, Όλγα Τσαρτσαράκη, Ιωάννα Βεκίλη, Μαρία Βούρβου

Περιγραφή γνωσιακής θεραπείας γυναίκας με καταθλιπτική διαταραχή, απόπειρα αυτοκτονίας και στοιχεία αγχώδους διαταραχής πανικού: Μια Μελέτη Περίπτωσης
Description of cognitive therapy to a woman with depressive disorder, suicide attempt and panic disorder anxiety elements: a case study
Αριστοτέλης Κοΐνης, Μαρία Καπουράλου, Αντωνία Προυντζοπούλου, Αικατερίνη Γαμβρουλά, Μαρία Σαρίδη

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:
Πρόεδρος: **Δημήτριος Σκουτέλης,** Αντιπρόεδρος Α΄: **Δημήτριος Πιστόλας,** Αντιπρόεδρος Β΄: **Απόστολος Κωτσής**
Γενικός Γραμματέας: **Αριστείδης Δάγλας,** Αναπληρωτής Γραμματέας: **Κωνσταντία Μπελαλή**
Ταμίας: **Λάμπρος Μπίζας,** Οργανωτικός Γραμματέας: **Γεώργιος Δόντσιος**

Μέλη ΔΣ:
Γεώργιος Αβραμίδης, Γεώργιος Αρβανίτης, Γεώργιος Δραχτίδης, Γεώργιος Ίντας, Παναγιώτης Κοσκινάς Αριστείδης Μάρκου, Συμεών Μπάρκας, Γεώργιος Ποντισίδης

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**, Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Θεσ/νίκης, **Ιωάννα Παπαθανασίου**, Επίκουρος 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
Η Συναισθηματική Νοημοσύνη στη Νοσηλευτική
Ευγενία Μηνασίδου 3

ΓΕΝΙΚΟ ΑΡΘΡΟ - GENERAL ARTICLE
Ιατροδικαστική Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας
Forensic Mental Health Nursing
Άγγελος Καραμίντζιος, Ιωάννα Γεωργοπούλου, Δημήτριος Λουλούδης 6

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ - REVIEWS
Παράγοντες που επηρεάζουν την αναζήτηση υπηρεσιών υγείας:
Μια Βιβλιογραφική Ανασκοπήση
Factors Affecting the Decision to Seek for Medical Care: A Literature Review
Μαρία Τζαφάλια, Αριστείδης Ρούτσης 12

The relationship between leadership styles and the risk of developing
Cardiovascular Diseases (CVD) among nurses
Konstantinos Giannakou..... 21

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ - RESEARCH ARTICLES
Νοσηλευτική διαχείριση ασθενών με περιφερική νευροπάθεια που οφείλεται στη χημειοθεραπεία: μια συστηματική ανασκόπηση
Nursing Management of chemotherapy- induced peripheral neuropathy: a systematic review
Γεώργιος Ελεσνίτσαλης, Όλγα Τσαρτσαράκη, Ιωάννα Βεκίλη, Μαρία Βούρβου 28

Περιγραφή γνωσιακής θεραπείας γυναίκας με καταθλιπτική διαταραχή,
απόπειρα αυτοκτονίας και στοιχεία αγχώδους διαταραχής πανικού: μια μελέτη περίπτωσης
Description of cognitive therapy to a woman with depressive disorder, suicide attempt and panic disorder anxiety elements: a case study
Αριστοτέλης Κοΐνης, Μαρία Καπουράλου, Αντωνία Προυντζοπούλου,
Αικατερίνη Γαμβρουλά, Μαρία Σαρίδη 41

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ 50

EDITORIAL

Η Συναισθηματική Νοημοσύνη στη Νοσηλευτική

Ευγενία Μηνασίδου

Επίκουρος Καθηγήτρια
Τμήμα Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

Ο νοσηλευτής κατά την άσκηση του επαγγέλματός του, καλείται να παρέχει φροντίδα και να διαχειρίζεται ανθρώπους και συναισθήματα. Αυτό απαιτεί από μέρους του γνώσεις, ικανότητες και δεξιότητες αντίστοιχες της θέσης που κατέχει. Στόχος του είναι η παροχή υψηλής στάθμης φροντίδας, αλλά και η ικανοποίησή του από την εργασία.

Οι ηγετικές ικανότητες θεωρούνται απαραίτητο προσόν για τα άτομα που κατέχουν μια διοικητική θέση και επιθυμούν να πραγματώσουν τόσο τις προσωπικές τους φιλοδοξίες, όσο και τους στόχους του οργανισμού στον οποίο υπηρετούν. Υπάρχουν πολλά παραδείγματα στη βιβλιογραφία που ενισχύουν την άποψη ότι η αποτελεσματική ηγεσία είναι απαραίτητη για να δώσει στους νοσηλευτές κίνητρα (Lashinger et al 2003), να αποτρέψει το στρες της δουλειάς και να συμβάλλει στην αίσθηση ικανοποίησης που αποκομίζουν από την εργασία. Η εξασφάλιση μιας δυναμικής και αποτελεσματικής ηγεσίας συμβάλλει στη δημιουργία ενός περιβάλλοντος ασφάλειας για τους ασθενείς, αλλά και το προσωπικό (Institute of Medicine & Page, 2004).

Πολλές είναι οι θεωρίες που έχουν διατυπωθεί σχετικά με τις ηγετικές ικανότητες, τα χαρακτηριστικά ή τα γνωρίσματα ενός επιτυχημένου ηγέτη και πολλά ηγετικά μοντέλα έχουν ορατά αποτελέσματα στο οργανωσιακό κλίμα και την κουλτούρα στο περιβάλλον εργασίας. Παράγοντες όπως είναι η οργανωσιακή κουλτούρα ή το κλίμα ολόκληρου του οργανισμού, μπορεί να καθορίζουν ή να τροποποιούν τις αποφάσεις του ηγέτη ανάλογα με τις ανάγκες ή τις περιστάσεις, εξαιτίας κάποιου ενδεχόμενου κινδύνου ή ως απάντηση σε μια κρίση. Οι διαφορετικές καταστάσεις ενδεχομένως να απαιτούν από έναν ηγέτη να υιοθετήσει διαφορετικά ηγετικά μοντέλα. Πολλοί μελετητές παρουσιάζουν μια λίστα με κοινά γνωρίσματα και χαρακτηριστικά του ηγέτη ανάμεσα στα οποία είναι η διορατικότητα, το πάθος και οι στόχοι, η δίψα για σκληρή δουλειά, η αυτεπίγνωση, οι αναπτυγμένες δεξιότητες επικοινωνίας, η χαρισματικότητα, η συλλογιστική με συγκέντρωση, η αφοσίωση, η αποφασιστικότητα και ο δυναμισμός, η ευφυΐα, η ακεραιότητα χαρακτήρα και οι κοινωνικές δεξιότητες (Bennis & Nanus 1985, McCall 1998, Marquis & Huston 2006).

Ένα χαρακτηριστικό γνώρισμα που δε συζητείται συχνά, αλλά φαίνεται να επηρεάζει την επιτυχία ενός ηγέτη είναι η συναισθηματική νοημοσύνη (ΣΝ). Η ΣΝ είναι η ικανότητα ενός ατόμου να αναγνωρίζει τα συναισθήματα που νιώθει ο ίδιος και οι γύρω του και η διαδικασία με την οποία το άτομο αναπτύσσει και εκδηλώνει αυτόματα, συναισθήματα και εκφράσεις, ως απάντηση σε κάποιες καταστάσεις (Vitello-Cicciu 2002, The Hay Group 2005, Marquis & Huston 2006). Η ΣΝ είναι προϊόν ατομικών και κοινωνικών δεξιοτήτων (Bradberry & Greaves, 2005). Ο Goleman (1995) περιέγραψε τη ΣΝ ως την ικανότητα να επιτελεί κάποιος τα εξής: α) να ελέγχει τις αυθόρμητες αντιδράσεις του, β) να ελέγχει τη διάθεσή του και να ενθαρρύνει μπροστά σε μια κρίσιμη κατάσταση και γ) να κατανοεί τους γύρω του. Η ΣΝ διαφέρει από το δείκτη νοημοσύνης (IQ) και την προσωπικότητα. Το IQ υποδεικνύει την ικανότητα κάποι-

ου να μαθαίνει ή αλλιώς την πνευματική του ικανότητα. Αποτελεί ένα σταθερό δείκτη όσο περνάει ο χρόνος και δεν αλλάζει ανάλογα με την ηλικία του ατόμου. Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας επίσης, μπορεί να αφορούν στην τάση κάποιου ατόμου να είναι εξωστρεφές ή εσωστρεφές, ή την προτίμησή του να κάνει επιλογές με βάση το ένστικτο, το συναίσθημα, την κρίση ή τις αισθήσεις του. Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας αναπτύσσονται, στην παιδική ηλικία και συνήθως παραμένουν σταθερά όσο περνάει ο χρόνος. Το IQ, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και η ΣΝ είναι διακριτά στοιχεία και σε συνδυασμό καθορίζουν τον τρόπο που κάποιος σκέφτεται και πράττει. Κάποια άτομα για παράδειγμα μπορεί να είναι ευφυή, αλλά μπορεί να μη διαθέτουν ΣΝ.

Από τα τρία παραπάνω γνωρίσματα, η ΣΝ αποτελεί τη μόνη ιδιότητα που είναι ευέλικτη και δεκτική αλλαγής, μέσω της εκπαίδευσης και της συμβουλευτικής. Η μελέτη της ΣΝ είναι σημαντική γιατί μας παρέχει ένα πλαίσιο κατανόησης των τρόπων μέσα από τους οποίους οι συμπεριφορές ενός αρχηγού/ηγέτη συμβάλλουν στη δημιουργία θετικού κλίματος εργασίας, ακόμα και στο πλαίσιο των πιο έντονων συναισθηματικά καταστάσεων. Είναι ξεκάθαρο, πως οι οργανισμοί παροχής υγείας αποτελούν περιβάλλοντα έντονων συναισθηματικών καταστάσεων στα οποία, όπως είναι αναμενόμενο, απαιτείται η κατάλληλη επαγγελματική συμπεριφορά. Σύμφωνα με τους Bradberry και Greaves (2005), η ΣΝ συγκροτείται από δύο καίρια στοιχεία: α) την ικανότητα να καταλαβαίνει και να διαχειρίζεται κάποιος τον εαυτό του (αυτεπίγνωση και αυτοδιαχείριση) και β) την ικανότητα να καταλαβαίνει και να μπορεί να ταυτιστεί με αλλότριες καταστάσεις (κοινωνική επίγνωση και διαχείριση σχέσεων).

Η έλλειψη της ΣΝ μπορεί να «εκτροχιάσει» την καριέρα ακόμα και του πιο έμπειρου προϊστάμενου νοσηλευτή. Ο προϊστάμενος νοσηλευτής που διακρίνεται από έντονη ΣΝ μπορεί να πάρει αποφάσεις που συνάδουν με κάποια ιδέα ή στόχο αντί να αφήσει τα συναισθήματά του να επηρεάσουν καθοριστικά τις αποφάσεις του. Το θέμα της ΣΝ, ή της ατομικής και κοινωνικής ικανότητας, είναι σημαντικό να το γνωρίζουν οι προϊστάμενοι νοσηλευτές γιατί η ηγεσία, το αρχηγικό στυλ και η διαχείριση των σχέσεων αποτελούν μερικούς από τους πιο σημαντικούς δείκτες ικανοποίησης που αποκομίζει κανείς από τη δουλειά του (Ingersoll et al 2002). Ο αρχηγός δίνει το ρυθμό, την κουλτούρα και το κλίμα στην ομάδα, στο τμήμα ή στον οργανισμό. Όταν ο οργανισμός έχει έναν αρχηγό/ηγέτη με ελάχιστες δεξιότητες ΣΝ, αυτό μπορεί να οδηγήσει στην καλλιέργεια ενός κλίματος φόβου, ανταλλαγής ευθυνών, μη ικανοποίησης και έλλειψης κοινωνικής υγείας. Αυτό οδηγεί στη μείωση της αίσθησης ικανοποίησης από την εργασία και αφοσίωσης στον οργανισμό, καθώς και της διάθεσης των υπαλλήλων να παραμείνουν σε αυτόν. Η έλλειψη ΣΝ μπορεί, επίσης να επηρεάσει την προσωπική υγεία και την ποιότητα ζωής του προϊστάμενου νοσηλευτή που διαχειρίζεται με δυσκολία συγκρούσεις και άλλες στρεσογόνες καταστάσεις στο χώρο εργασίας. Όσοι έχουν χαμηλή ΣΝ έχουν διπλάσιες πιθανότητες να βιώσουν άγχος, στρες, θυμό και σύγχυση όταν βρίσκονται αντιμέτωποι με ιδιαίτερα στρεσογόνες καταστάσεις(Brackett et al, 2004).

Η ΣΝ αποτελεί απαραίτητο προσόν για όλους τους νοσηλευτές και όχι μόνο για τους προϊστάμενους. Στην καθημερινή κλινική πρακτική, ο νοσηλευτής έρχεται σε επαφή με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Στην προσπάθεια συλλογής πληροφοριών και κατά την ενημέρωση του ασθενή και της οικογένειάς του απαιτείται η γνώση και εφαρμογή διαπροσωπικών δεξιοτήτων. Με τη βοήθεια αυτών ο νοσηλευτής μπορεί να δημιουργήσει κλίμα εμπιστοσύνης ώστε ο ασθενής και η οικογένεια να εκφράσουν τα συναισθήματα, τους φόβους και τις ανησυχίες τους. Η άσκηση της νοσηλευτικής είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη συναισθηματική εργασία και η συναισθηματική εργασία περιλαμβάνει πτυχές της ΣΝ. Η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας βελτιώνεται όταν ο νοσηλευτής μπορεί και συνεργάζεται με τον ασθενή.

Οι νοσηλευτές σήμερα, αποτελούν την καρδιά του συστήματος φροντίδας υγείας. Η βιβλιογραφία δείχνει ότι τα άτομα με υψηλή ΣΝ έχουν πιο υγιή, πιο ευτυχισμένη

και πιο παραγωγική επαγγελματική ζωή. Η ΣΝ φαίνεται να οδηγεί σε πιο θετικές στάσεις, μεγαλύτερη προσαρμοστικότητα και βελτιωμένες σχέσεις. Η ΣΝ μπορεί να συμβάλλει στη ανάπτυξη και την ολοκλήρωση της επαγγελματικής ταυτότητας. Διεγείρει την αναζήτηση και τη βαθύτερη αντίληψη του νοσηλευτή για την εργασία που επιτελεί. Επιπλέον, συμβάλλει στην συναισθηματική και πνευματική ανάπτυξη των ατόμων. Η ΣΝ αποτελεί απαραίτητο εφόδιο για την άσκηση της νοσηλευτικής σε όλες τις βαθμίδες της ιεραρχίας. Η δημιουργία- διαμόρφωση νοσηλευτών με υψηλή ΣΝ θα βοηθήσει στη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας και στην ικανοποίηση των χρηστών υγείας.

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Bennis, W, & Nanus B. (1985). Leaders: *The strategies for taking charge*. New York: Harper & Row.

Brackett M A, Mayer J D, & Warner R M (2004). Emotional intelligence and its relation to everyday behavior. *Personality and Individual Differences*, 36, 1387-1402

Bradberry T, & Greaves J. (2005). *The emotional intelligence quick book*. New York: Fireside Publishing.

Goleman D. (1995). *Emotional intelligence*. New York: Bantam Books.

Ingersoll G L, Olsan T, Drew-Cates J, DeVinney B C & Davies J. (2002). Nurses' job satisfaction, organizational commitment, and career intent. *Journal of Nursing Administration*, 32(5), 250-263

Lashinger H. K. S., Almost J, & Tuer-Hodes D. (2003). Workplace empowerment and magnet hospital characteristics. *Journal of Nursing Administration*, 33(7/8), 410-422

Marquis L L, & Huston D J. (2006). *Leadership roles and management functions in nursing*. Philadelphia: Lippincott, Williams, & Wilkins.

The Hay Group. (2005). Emotional intelligence services. Retrieved April 30, 2006, from http://ei.haygroup.com/about_ei/

Vitello-Cicciu J M. (2002). Exploring emotional intelligence: Implications for nursing leaders. *Journal of Nursing Administration*, 32(4), 203-210.

Ιατροδικαστική Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας

Άγγελος Καραμίντζιος [1], Ιωάννα Γεωργοπούλου [2], Δημήτριος Λουλούδης [3]

1. Νοσηλευτής Ψ.Υ, MSc, ΓΝΑ Σισμανόγλειο- Αμαλία Φλέμιγκ.
2. Νοσηλεύτρια, ΓΝΑ Σισμανόγλειο-Αμαλία Φλέμιγκ.
3. Νοσηλευτής , Ψ.Ν.Α Δαφνί

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αύξηση της εγκληματικότητας και η άνοδος των ποσοστών εμφάνισης των ψυχικών νοσημάτων παγκοσμίως, ιδίως όταν αυτά τα δύο συνδέονται, ανέδειξαν την ανάγκη δημιουργίας ειδικών υπηρεσιών, εντός των οποίων θα πρέπει να παρέχεται ειδικευμένη φροντίδα, σε θύμα και θύτη αδιακρίτως. Η πολυδύναμη ομάδα υγείας που στελεχώνει αυτές τις υπηρεσίες θα πρέπει να συνδυάζει ιατρικές και νομικές γνώσεις, προκειμένου να παρέχεται η κατάλληλη φροντίδα. Οι Ιατροδικαστικοί Νοσηλευτές Ψυχικής Υγείας, ως μέλη αυτής της πολυκλαδικής ομάδας, συνήθως εργάζονται με ποινικούς παραβάτες, οι οποίοι έχουν κριθεί «ψυχικά διαταραγμένοι» και ως εκ τούτου δεν έχουν καμία θέση στο σωφρονιστικό σύστημα. Εντός των ψυχιατρικών δομών ασφαλείας, αυτοί παρέχουν φροντίδα για τη στήριξη και την επιμέλεια των κρατούμενων ψυχικά ασθενών. Εφαρμόζουν και στοιχειοθετούν σχέδια θεραπείας σύμφωνα με τα οποία διδάσκουν στους ασθενείς δεξιότητες, οι οποίες τους διευκολύνουν στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ασθένειας τους και των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος στο οποίο βρίσκονται. Οι ιατροδικαστικοί νοσηλευτές ψυχικής υγείας προκειμένου να ανταπεξέλθουν στον ιδιαίτερο και εξειδικευμένο αυτό ρόλο θα πρέπει να διαθέτουν επιπλέον δεξιότητες όπως της διαπροσωπικής επικοινωνίας κάτω από επαχθείς και δύσκολες καταστάσεις, της επικοινωνίας με έγκλειστα άτομα, με την αστυνομία, τα δικαστήρια, τα μέλη της πολυκλαδικής ομάδας και άλλα ενδιαφερόμενα μέλη.

Λέξεις κλειδιά: ιατροδικαστική νοσηλευτική ψυχικής υγείας, ιατροδικαστικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, εκπαίδευση, εξειδίκευση.

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας:
Άγγελος Καραμίντζιος Email: akaramingios@yahoo.com Τηλ: +30 6946121785

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Η ιατροδικαστική νοσηλευτική ψυχικής υγείας έχει αναπτυχθεί ραγδαία τις τελευταίες δύο δεκαετίες διεθνώς.**
- **Οι ιατροδικαστικοί νοσηλευτές ψυχικής υγείας είναι άκρως εξειδικευμένοι και έχουν διαφορετικούς ρόλους από τους νοσηλευτές ψυχικής υγείας.**
- **Εργάζονται με θύματα και δράστες σε ένα ευρύ φάσμα ιατροδικαστικών δομών.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Ιατροδικαστική Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας έχει αναπτυχθεί ραγδαία τις τελευταίες δύο δεκαετίες και σήμερα είναι μια ταχέως αναπτυσσόμενη υποειδικότητα εντός των παραδοσιακών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Η ανάπτυξη εξειδικευμένων υπηρεσιών και η αναγνώριση ότι οι ψυχικά διαταραγμένοι παραβάτες έχουν ειδικές ανάγκες, υπογραμμίζουν την ανάγκη για ειδική κατάρτιση στον τομέα αυτό (NHS Scotland 2011). Αντιλαμβανόμενοι την ανάπτυξη της Ιατροδικαστικής Ψυχιατρικής, τόσο σε εθνικό, όσο και σε διεθνές επίπεδο, πρέπει να γίνει κατανοητό το πώς οι υπηρεσίες έχουν εξελιχθεί και ποιος είναι ο ρόλος του Ιατροδικαστικού Νοσηλευτή Ψυχικής Υγείας μέσα σε αυτές. Η αποσαφήνιση της παραβατικής συμπεριφοράς και οι ψυχικές διαταραχές που συναντώνται στην Ιατροδικαστική Ψυχιατρική θα βοηθήσει στην παροχή ουσιαστικών αξιολογήσεων και θεραπευτικών παρεμβάσεων. Νομικά και ηθικά ζητήματα είναι σημαντικά και έχουν αντίκτυπο στην καθημερινή εργασία των εξειδικευμένων νοσηλευτών στον τομέα της Ιατροδικαστικής (Edith Cowan University 2014)

Σκοπός του παρόντος γενικού άρθρου είναι η περιγραφή της υπο-ειδικότητας του Ιατροδικαστικού Νοσηλευτή Ψυχικής Υγείας και συγκεκριμένα του ρόλου και των αρμοδιοτήτων που αυτός έχει στο σύστημα υγείας των διαφόρων κρατών.

Η ΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ιστορική αναδρομή

Στο Ηνωμένο Βασίλειο το 1980, ασκήθηκε για πρώτη φορά η ιατροδικαστική νοσηλευτικής ψυχικής υγείας, όπως ασκείται και σήμερα. Από το 1863, όταν ιδρύθηκε το νοσοκομείο Broadmoor στην πόλη Berkshire, οι νοσηλευτές στο Ηνωμένο Βασίλειο εφάρμοσαν μια πρώιμη μορφή αυτού του αντικειμένου της νοσηλευτικής. Ελάχιστα έχουν καταγραφεί για το ρόλο αυτό, μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 1990. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, η συγκεκριμένη εξειδίκευση βασίστηκε στις ανάγκες της κοινωνίας. Κατά το χρονικό διάστημα από το 1960 μέχρι το 1990 υλοποιήθηκε το αίτημα της κοινωνίας για βελτιωμένη υγειονομική περίθαλψη στους παραβάτες και επιπλέον ορίστηκε ότι θα πρέπει να παρέχεται από επαγγελματίες υγείας και όχι από σωφρονιστικούς υπαλλήλους (Bowring-Lossock 2006). Μεγάλος αριθμός ατόμων που στο παρελθόν νοσηλεύονταν στο σύστημα ψυχικής υγείας, χρειάζονταν θεραπεία στα κρατητήρια και τα κατάστημα κράτησης. Ριζικές μεταρρυθμίσεις ενθάρρυναν τους νοσηλευτές να γίνουν φορείς παροχής ψυχιατρικής περίθαλψης σε όλο το σύστημα της δικαιοσύνης. Η ιατροδικαστική νοσηλευτική ψυχικής υγείας στην Αμερική αναπτύχθηκε ως απάντηση σε αυτές τις κοινωνικές αλλαγές (Kent-Wilkinson 2011)

Το αντικείμενο της ειδικότητας

Η Ιατροδικαστική Νοσηλευτική αναγνωρίστηκε ως ειδικότητα εντός της νοσηλευτικής από την Αμερικανική Ένωση Νοσηλευτών το 1995. Σε απάντηση στην εν λόγω αναγνώριση, οι πανεπιστημιακές νοσηλευτικές σχολές σχεδίασαν και εφάρμοσαν πρόγραμμα σπουδών Ιατροδικαστικής Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας ως εξειδίκευση στο πλαίσιο των προγραμμάτων ψυχικής υγείας. (Brown 2012).

Οι ιατροδικαστικοί νοσηλευτές ψυχικής υγείας είναι άκρως εξειδικευμένοι και συνήθως είναι κάτοχοι μεταπτυχιακών τίτλων ειδίκευσης στην ιατροδικαστική ή ψυχιατρική νοσηλευτική από πανεπιστήμια ή κολέγια με ιατροδικαστικά προγράμματα νοσηλευτικής. Εκτός της ειδικής εκπαίδευσης και των κλινικών ωρών που απαιτούνται για να ληφθεί η συγκεκριμένη ειδικότητα, οι νοσηλευτές συμμετέχουν και σε ανάλογες ιατροδικαστικές εξετάσεις πιστοποίησης (Nursing-School-Degrees 2012).

Στην Αγγλία και στην Αμερική οι εξειδικευμένοι ιατροδικαστικοί νοσηλευτές ψυχικής υγείας εργάζονται με θύματα και δράστες σε ένα ευρύ φάσμα δομών, συμπεριλαμβανομένων κοινοτικών και άλλων όπως νοσοκομεία, αστυνομικά τμήματα, δικαστήρια, καταστήματα κράτησης και ιατροδικαστικές μονάδες ασφαλείας. Προσφέρουν ψυχιατρική αξιολόγηση, συνδυάζοντας την τεχνογνωσία της νοσηλευτικής και τη γνώση του νομικού πλαισίου (Mason et al 2008). Επίσης, ως σωφρονιστικοί νοσηλευτές, είναι υπεύθυνοι για την αξιολόγηση και τη θεραπεία δραστών σε ένα ίδρυμα, όπου μπορεί να υπάρχουν και ψυχικά πάσχοντες. Μερικές φορές αξιολογούν το θύμα ενός εγκλήματος και καθορίζουν την ψυχική του κατάσταση, ως αποτέλεσμα του εγκλήματος. Μπορούν επίσης να εργαστούν με νέους σε σωφρονιστικά καταστήματα ανηλίκων και διασυνδέουν τους ασθενείς τους με κοινωνικές ή ιατρικές υπηρεσίες που χρειάζονται, βοηθώντας στην αποκατάσταση τους (Nursing-School-Degrees 2012).

Η κυβέρνηση της Μεγάλης Βρετανίας πρόσφατα ανακοίνωσε επιπλέον χρηματοδότηση για νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας προκειμένου να συνεργαστούν με αστυνομικά τμήματα και δικαστήρια, έτσι ώστε τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας και κατάχρησης ουσιών να λαμβάνουν άμεσα τη

σωστή θεραπεία, η οποία βοηθά στη μείωση της υποτροπής (UK Department of Health and Home Office, 2014). Επίσης δύο υπηρεσίες διαλογής ασθενών στο Cleveland και στο Leicestershire έχουν ήδη δείξει ότι οι νοσηλευτές και η αστυνομία μπορούν να εργαστούν από κοινού για την επίτευξη καλύτερων αποτελεσμάτων για τους ασθενείς, με τη διασφάλιση ότι λαμβάνουν τη θεραπεία που χρειάζονται. Αυτό μείωσε επίσης τη σπατάλη πολύτιμου χρόνου της αστυνομίας (UK Department of Health and Home Office, 2013).

Οι ιατροδικαστικοί νοσηλευτές ψυχικής υγείας είναι υπεύθυνοι για την αξιολόγηση και διαμόρφωση, το σχεδιασμό, την υλοποίηση και την αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας και θεραπείας, στο πλαίσιο της θεραπευτικής συμμαχίας με τα άτομα που βιώνουν ψυχική διαταραχή και που εμπλέκονται με την ποινική δικαιοσύνη (Kent-Wilkinson 2009).

Παρόλο που η ψυχική ασθένεια δεν κάνει ένα άτομο εγκληματία, πολλοί άνθρωποι με διαγνωσμένο ψυχικό νόσημα έρχονται σε σύγκρουση με το νόμο όχι από επιλογή, αλλά εξαιτίας των συμπτωμάτων και των διεργασιών της νόσου τους και συχνά καταλήγουν να κρατούνται στα σωφρονιστικά ιδρύματα. Ο εγκλεισμός στα καταστήματα κράτησης έχει ως αποτελέσματα τη δυσκολία διάκρισης μεταξύ της εγκληματικότητας από μερικά συμπτώματα της ψυχικής ασθένειας και την έλλειψη κατάλληλης υποδομής για τη θεραπεία των ακραίων συμπεριφορών. Όταν τα άτομα εμφανίζουν συμπτώματα κάποιων ψυχιατρικών νόσων αυτό μπορεί να οδηγήσει στην ποινική δίωξή τους (Wilson 2004). Τέτοια συμπτώματα περιλαμβάνουν ενέργειες που απορρέουν από μειωμένη κρίση, ή έλλειψη ελέγχου των παρορμήσεων, καχυποψία, άρση αναστολών, παράνοια, αδυναμία του να εμπιστεύονται τους άλλους, παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, υπερδραστηριότητα, ευερεθιστότητα, αδυναμία συγκέντρωσης, ακόμη και η διαταραχή της ικανότητας να επικοινωνούν αποτελεσματικά ή να συμμετάσχουν σε κοινωνικές αλληλεπιδράσεις (Fluttert 2010).

Στην Ελλάδα δεν υπάρχει αντίστοιχη νοσηλευτική ειδίκευση. Παρατηρείται παντελής έλλειψη ιατροδικαστικών υποδομών και του αντίστοιχου νομικού πλαισίου, τα οποία θα μπορούσαν να βοηθήσουν τους χρήστες αυτών των υπηρεσιών να τύχουν της ανάλογης θεραπευτικής αντιμετώπισης. Τα μεγάλα ψυχιατρεία της χώρας μέχρι και σήμερα νοσηλεύουν τους ποινικούς παραβάτες με ψυχικά νοσήματα μαζί με τους υπόλοιπους ψυχιατρικούς ασθενείς και με το αναμενόμενο κλείσιμό τους στα πλαίσια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και τη μεταφορά των ψυχικά ασθενών στον κοινωνικό ιστό, οι ασθενείς αυτοί θα αναγκαστούν να επιστρέψουν στα σωφρονιστικά ιδρύματα ως απλοί κρατούμενοι χωρίς να λάβουν την εξειδικευμένη φροντίδα και θεραπεία που χρειάζονται.

Δεξιότητες και καθήκοντα του ιατροδικαστικού νοσηλευτή ψυχικής υγείας

Σύμφωνα με τη Μπελλάλη (2014) «Ο παράγοντας του εγκλεισμού επηρεάζει την ψυχική υγεία των κρατούμενων, καθώς με βάση την επιβίωση τους, καλούνται να αντιμετωπίσουν διάφορες προκλήσεις, με στόχο την προσαρμογή τους στο νέο περιβάλλον, την ανακούφισή τους από το άγχος και τη διατήρηση μιας ποιότητας ζωής. Τα ποσοστά ατόμων που πάσχουν κυρίως από κατάθλιψη είναι υψηλά και τις περισσότερες φορές παραμένουν αδιάγνωστα. Ο κίνδυνος αυξάνει, καθώς οι συναισθηματικές διαταραχές σχετίζονται άμεσα με την εκδήλωση αυτοκτονικής συμπεριφοράς».

Η εξειδικευμένη ιατροδικαστική κοινοτική περίθαλψη συνδέεται με την καλή έκβαση της ψυχικής νόσου σε ποινικούς ασθενείς. Πρόσφατες μελέτες σε διάφορες μορφές φροντίδας όπως εξειδικευμένα προγράμματα κοινοτικής ιατροδικαστικής (Heilburn & Peters 2000), σε ειδικές φαρμακευτικές αγωγές (Swanson et al 2004) και σε ενδονοσοκομειακό πρόγραμμα συμπεριφοράς (Swanson et al 2004), αναφέρουν χαμηλά ποσοστά ποινικής υποτροπής και καλή πορεία της ψυχικής νόσου. Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι η αξιολόγηση και η διαχείριση του κινδύνου βίας, που αποτελούν μέρος της εξειδικευμένης ιατροδικαστικής κοινοτικής φροντίδας, έχουν θετικές επιπτώσεις στους συγκεκριμένους ασθενείς (Heilburn & Peters 2000).

Αποτελέσματα μιας άλλης μελέτης έδειξαν ότι οι ιατροδικαστικές υπηρεσίες ήταν πιο επιτυχείς στην πρόληψη της επιθετικής συμπεριφοράς των ποινικών ασθενών, επειδή παρακολουθούνταν στενότερα τα θετικά συμπτώματα της ψυχικής νόσου και η συμμόρφωση τους στη φαρμακευτική αγωγή. Επιπλέον, υπήρχε πιο γρήγορη παρέμβαση στην αύξηση των συμπτωμάτων τους (Hodgins et al 2007).

Σε ορισμένες περιπτώσεις υπάρχει διαχωρισμός μεταξύ της ιατροδικαστικής αξιολόγησης για τον κίνδυνο βίας η οποία συνήθως γίνεται από τους ψυχιατρικούς νοσηλευτές στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) και της συλλογής και διατήρησης των αποδεικτικών στοιχείων, από παθολογικούς νοσηλευτές, στα τμήματα πρώτων βοηθειών. Και στις δύο περιπτώσεις απαιτούνται τεχνικές που βασίζονται στα στοιχεία και στην εξοικείωση με ιατροδικαστικές διαδικασίες και συχνά εκτελούνται από νοσηλευτές οι οποίοι δεν είναι ειδικά εκπαιδευμένοι σε αυτούς τους τομείς. Η εξειδίκευση και η εφαρμογή των δομημένων κλινικών τεστ που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση των θυμάτων και των δραστών, δίνει την δυνατότητα στους ιατροδικαστικούς νοσηλευτές να παρέχουν εξειδικευμένες αναφορές και να διατυπώνουν συστάσεις για τη θεραπεία. Μπορούν να αξιολογήσουν τον ασθενή (θύτη και θύμα) και να συγκεντρώσουν αποδεικτικά στοιχεία που μπορεί να επηρεάσουν την καταδίκη, την ποινή, την υποτροπή, τη θεραπεία και την πρόληψη (NHS Scotland, 2009).

Πίνακας 1. Ιατροδικαστική νοσηλευτική ψυχικής υγείας, Πρότυπα πρακτικής 2012
1. Να δομήσει το θεραπευτικό περιβάλλον για να ενσωματώσει την ασφάλεια με τους θεραπευτικούς στόχους.
2. Να εφαρμόσει τις γνώσεις του νομικού πλαισίου στην παροχή υπηρεσιών και στην εξατομικευμένη φροντίδα
3. Να διενεργεί την άσκηση της Ιατροδικαστικής Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας δεοντολογικά
4. Να εργαστεί εντός μίας διεπιστημονικής ομάδας που μπορεί να περιλαμβάνει και προσωπικό της ποινικής δικαιοσύνης.
5. Να δημιουργήσει, διατηρήσει και τερματίσει θεραπευτικές σχέσεις με τους ασθενείς των ιατροδικαστικών υπηρεσιών χρησιμοποιώντας την νοσηλευτική διεργασία.
6. Να ενσωματώσει την αξιολόγηση και τη διαχείριση των παραβατικών θεμάτων στις διεργασίες της νοσηλευτικής φροντίδας.
7. Να αξιολογήσει την επίδραση του τραύματος και να συμμετάσχει σε στρατηγικές για την ελαχιστοποίηση των επιπτώσεων του τραύματος.
8. Να αξιολογήσει και να διαχειριστεί τον ενδεχόμενο κίνδυνο των ασθενών των ιατροδικαστικών υπηρεσιών
9. Να διαχειριστεί τον περιορισμό και τη διαδικασία της μετάβασης των ασθενών των ιατροδικαστικών υπηρεσιών.
10. Να προωθήσει τη βέλτιστη σωματική υγεία των ασθενών των ιατροδικαστικών υπηρεσιών
11. Να ελαχιστοποιήσει την ενδεχόμενη βλάβη από τη χρήση ουσιών σε ασθενείς των ιατροδικαστικών υπηρεσιών.
12. Να εργαστεί με σεβασμό με τις οικογένειες / φροντιστές των ασθενών των ιατροδικαστικών υπηρεσιών
13. Να συνηγορήσει υπέρ των αναγκών Ψυχικής Υγείας των ασθενών των ιατροδικαστικών υπηρεσιών σε μια φυλακή ή σε δομή αστυνομικής επιτήρησης.

Πηγή: Victorian Institute of Forensic Mental Health, 2012

Επιπλέον, ο ιατροδικαστικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας απαιτείται να διαθέτει: διαπροσωπικές δεξιότητες επικοινωνίας κάτω από επαχθείς και δύσκολες καταστάσεις, δυνατότητα επικοινωνίας με έγκλειστα άτομα, με την αστυνομία, τα δικαστήρια, τα μέλη της ομάδας και άλλα ενδιαφερόμενα μέλη (The National Forensic Nurses Research and Development Group, 2008). Η Lyons (2009) αναφέρει την ικανότητα του νοσηλευτή να αυτο-αντανακλά και να εξετάζει τις δικές του προκαταλήψεις και συναισθηματικές αντιδράσεις σε ό,τι μπορεί να αποτελεί ειδεχθές έγκλημα και συμπεριφορά, μία συνειδητοποίηση και άνεση με την άσκηση του επαγγέλματος του. Συνεχίζει, προσδιορίζοντας τις πρακτικές δεξιότητες που απαιτούνται ως προς την ασφάλεια και προστασία, την αξιολόγηση και τη διαχείριση του κινδύνου για τη βία και την επιθετικότητα, τη γνώση της παραβατικής συμπεριφοράς και της κουλτούρας των φυλακών (Lyons 2009). Οι ιατροδικαστικοί νοσηλευτές ψυχικής υγείας έχουν συγκεκριμένους ρόλους που διαφέρουν από τους άλλους νοσηλευτές ψυχικής υγείας. Αυτές οι διαφορές αφορούν:

- Στην πολυπλοκότητα της ψυχικής νόσου των ασθενών αυτών υπό συνθήκες κράτησης.
- Στις εγκληματικές συμπεριφορές και στην υποτροπή αυτών των συμπεριφορών εντός των κοινωνικών/πολιτιστικών συστημάτων. Η ομάδα στόχος συνεχίζει να έχει τη δυνατότητα για μελλοντική επικινδυνότητα και απαιτείται από τους νοσηλευτές να έχουν συνεκτική και συνεπή αξιολόγηση του κινδύνου, καθώς και τη διαχείριση και μέτρηση των πιθανοτήτων επανεμφάνισης της.
- Σε συγκεκριμένες θεραπευτικές/κλινικές ικανότητες των νοσηλευτών σε ζητήματα που αφορούν την εγκαθίδρυση της θεραπευτικής σχέσης και των ζητημάτων οριοθέτησης με τους ασθενείς.
- Στην αποφυγή της αρνητικής περιοριστικής φροντίδας, αλλά και την ασφαλή εργασία των δομών ασφαλείας όπως επίσης και μέτρα για τη βέβαιη επίτευξη της ασφάλειας στην κοινότητα.
- Στην ηθική που βασίζεται στα δικαιώματα των ποινικών κρατουμένων στην υγειονομική περίθαλψη
- Στην ευθύνη και την προστασία του κοινού (Λουλούδης και συν. 2014)

Τον Απρίλιο του 2012, ένα σχέδιο προτύπων /κατευθυντηρίων οδηγιών εστάλη σε νοσηλευτές που ασκούν ή έχουν δημοσιεύσει στον τομέα της Ιατροδικαστικής Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας σε Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, Αγγλία, Ουαλία, Καναδά, Νέα Ζηλανδία, Ιρλανδία, Αυστραλία, Σουηδία και Νορβηγία. Οι νοσηλευτές κλήθηκαν να διαβάσουν τα πρότυπα και να προσδιορίσουν εάν συνέλαβαν το νόημα του τι είναι η άσκηση της ιατροδικαστικής νοσηλευτικής ψυχικής υγείας, αν υπήρχαν σημαντικά κενά και να αναφέρουν οποιαδήποτε άλλα σχόλια. Πολλές εισηγήσεις κατατέθηκαν και οι περισσότερες από αυτές έχουν ενσωματωθεί στο τελικό σχέδιο του εγγράφου. Τα πρότυπα αυτά μπορούν να βοηθήσουν τους νοσηλευτές να αναγνωρίσουν

ότι η υπό-ειδικότητα αυτή δεν είναι απλά νοσηλευτική ψυχικής υγείας σε ιατροδικαστικό πλαίσιο, αλλά μπορούν να προσδιορίσουν τη συμβολή της νοσηλευτικής στη διεπιστημονική αξιολόγηση και θεραπεία των ασθενών σε ιατροδικαστικές υπηρεσίες (Victorian Institute of Forensic Mental Health, 2012). Τα πρότυπα αυτά αναφέρουν τις αρμοδιότητες και τα καθήκοντα του ιατροδικαστικού νοσηλευτή ψυχικής υγείας, όπως φαίνονται στον πίνακα 1.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Παρόλο που οι ρόλοι και οι αρμοδιότητες των ιατροδικαστικών νοσηλευτών ψυχικής υγείας ποικίλλουν από χώρα σε χώρα, αυτοί φαίνεται να διαδραματίζουν βασικό ρόλο στην αξιολόγηση, διαχείριση και τη θεραπεία των ψυχικά διαταραγμένων παραβατών. Η Διεθνής Ένωση Ιατροδικαστικών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (IAFMHS) έχει δεσμευτεί να αυξήσει τη συμμετοχή και τη συμβολή των ιατροδικαστικών νοσηλευτών ψυχικής υγείας, ώστε να εκπαιδευτούν από τις εμπειρίες τους, να βελτιωθεί ο διάλογος και η συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών που εργάζονται σε ιατροδικαστικές υπηρεσίες και να προωθηθεί το πολύτιμο έργο των ιατροδικαστικών νοσηλευτών ψυχικής υγείας (IAFMHS, 2007).

Για την Ελλάδα προτείνεται η αναβάθμιση των σχέσεων συνεργασίας των επαγγελματιών ψυχικής υγείας με τις τοπικές δικαστικές και αστυνομικές αρχές, η ίδρυση ψυχιατροδικαστικών μονάδων σε συνεργασία και συγχρηματοδότηση των υπουργείων υγείας και δικαιοσύνης και η στελέχωσή τους με κατάλληλα εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο θα είναι ειδικευμένο στην ιατροδικαστική νοσηλευτική ψυχικής υγείας. Προκειμένου να εκπαιδευτούν οι νοσηλευτές στο νέο, για την Ελλάδα, αυτό ρόλο προτείνεται η ενσωμάτωση της ιατροδικαστικής νοσηλευτικής ψυχικής υγείας στο πρόγραμμα σπουδών της ψυχιατρικής ειδικότητας ή η διαμόρφωση σχετικού μεταπτυχιακού διπλώματος σπουδών από ιδρύματα της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Bowring-Lossock E. (2006). The Forensic Mental Health Nurse - A Literature Review. Psychiatric Mental Health, 13 : 780-5.

Brown K. (2012). From Nurse Ratched to Modern Forensic Mental Health Nursing, Journal of Psychiatry & Law, 40(1) : 93.

Department of Health and Home Office (2013), Mental health nurses to join police on the beat [online] available at www.gov.uk/government/news/mental-health-nurses-to-join-police-on-the-beat [Accessed: February 2014]

Department of Health and Home Office (2014), Extra funding for mental health nurses to be based at police stations and courts across the country [online] available at www.gov.uk/government/news/extra-funding-for-mental-health-nurses-to-be-based-at-police-stations-and-courts-across-the-country [Accessed: March 2014]

Edith Cowan University, Faculty of Health, School of Nursing and Midwifery [online] available at http://handbook.ecu.edu.au/unit_outline.asp?UCID=3287&V=0.0306, [Accessed: May 2014]

Fluttert F.A.J. (2010), Management of Inpatient Aggression in Forensic Mental Health Nursing, The application of the Early Recognition Method, Netherlands, Arnhem.

Heilburn K. & Peters L. (2000), Community-based treatment programmes. In S. Hodgins & R. Mueller-Isberner (Eds.), Violence, crime and mentally disordered offenders: concepts and methods for effective treatment and prevention (pp 193-215) UK, Wiley.

Hodgins S, Mòller-Isberner R, Freese R, Tiihonen J, Repo-Tiihonen E, Eronen M, Eaves D, Hart S, Webster C, Levander S, Tuninger E, Ross D, Vartiainen H, & Kronstrand R. (2007), A Comparison of General Adult and Forensic Patients with Schizophrenia Living in the Community, International Journal of Forensic Mental Health, 6(1) : 63-75.

International Association of Forensic Mental Health Services, Forensic Mental Health Nurses, (2007) [online] available at http://www.iafmhs.org/sections-special-interest-groups/forensic-mental-health-nurses.html [Accessed: May 2014]

Kent-Wilkinson A. (2009) Forensic nursing education in North America: Constructed definitions of forensic nursing. Journal of Forensic Nursing, 5(4): 201-211,

Kent-Wilkinson A. (2011) Forensic nursing educational development: an integrated review of the literature Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 18(3) :236–246

Kunz M., Yates K.F., Czobor P., Rabinowitz S., Lindenmayer, J-P., & Volaka J. (2004). Course of patients with histories of aggression and crime after discharge from a cognitive behavioral program. Psychiatric Services, 55: 654-659.

Λουλούδης Δ., Μπελεγρίνος Σ. & Στάικος Χ. (2014), Ιατροδικαστική Νοσηλευτική: Μία διεθνής πραγματικότητα, Επιστημονικά Χρονικά, 19(3) : 243-253.

Lyons T. (2009), Role of the forensic nurse, Journal of Forensic Nursing, 5:53-57

Mason T, Lovell A, Coyle D. (2008). Forensic psychiatric nursing: skills and competencies: I role dimensions, Psychiatric Mental Health Nursing. 15(2):118-30.

Μπελλάλη Ν. (2014), Θέματα υγείας στα καταστήματα κράτησης: Η περίπτωση διαχείρισης του σακχαρώδη διαβήτη, Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, 7(3) : 6 - 16.

NHS Scotland (2011), Education for Scotland, Mental Health in Scotland, A Guide to delivering evidence-based Psychological Therapies in Scotland "The Matrix - 2011", p.241, The Scottish Government.

NHS Scotland (2009), Forensic Mental Health Services Managed Care Network, Current Awareness Bulletin: Forensic mental health services, Issue 9.

Nursing-School-Degrees, Forensic Psychiatric Nurse Career [online] available at http://www.nursing-school-degrees.com/Nursing-Careers/forensic-psychiatric-nursing.html, [Accessed: May 2014]

Swanson, J.W., Swartz, M.S., & Elbogen, E.B. (2004). Effectiveness of a typical antipsychotic medications in reducing violent behaviour among persons with schizophrenia in community-based treatment. Schizophrenia Bulletin, 30:3-20.

The National Forensic Nurses Research and Development Group (2008). Forensic Mental Health Nursing Capabilities, Roles and Responsibilities, London, MA Healthcare Limited.

Victorian Institute of Forensic Mental Health (2012). Forensic Mental Health Nursing Standards of Practice 2012, Australia: Forensicare.

Wilson W. (2004). "Psychiatric Illness Associated with Criminality." eMedicine. Accessed September 30, 2005.

Forensic Mental Health Nursing

Aggelos Karamingios[1], Ioanna Georgopoulou[2], Dimitrios Louloudis[3]

1. RN, MSc, General Hospital, Sismanoglio - Amalia Fleming, Athens, Greece
2. RN, General Hospital, Sismanoglio - Amalia Fleming, Athens, Greece
3. RN, Dafni, Psychiatric Hospital of Athens, Greece

ABSTRACT

The rise in crime and rates of mental illness globally, especially when these two are connected, have highlighted the need to create special services to provide specialized care both to the victim and the abuser, indiscriminately. The interdisciplinary healthcare team which is providing care in these settings should combine medical and legal knowledge in order to provide appropriate care. The forensic mental health nurse, as a member of this multidisciplinary team, is usually working with criminal offenders, who have been judged "mentally disturbed" and therefore cannot be put in prison. Within the high security psychiatric structure, nurses provide care, plan and implement nursing plan, they teach patients skills that enable them to address the symptoms of their illness and the stimuli of their environment. The forensic mental health nurse, in order to cope with this particular and specialized role, needs to have additional skills such as interpersonal communication under difficult situations with incarcerated person, the police, the court, the other members of the multidisciplinary team.

Key-words: forensic mental health nursing, forensic mental health services, education, specialization

Correspondence author: Aggelos Karamingios
Email: akaramingios@yahoo.com Tel: +30 6946121785

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Παράγοντες που Επηρεάζουν την Αναζήτηση Υπηρεσιών Υγείας: Μια Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

Μαρία Τζαφάλια[1], Αριστείδης Ρούτσης[2]

1. Οδοντίατρος, MSc(c)
2 . Νοσηλευτής Τ.Ε. MSc(c), Κ. Υγείας Κάτω Νευροκοπίου, Δράμα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η καθυστέρηση λήψης ιατρονοσηλευτικής φροντίδας από τους ασθενείς που εμφανίζουν συγκεκριμένα κλινικά συμπτώματα, επηρεάζεται από πλήθος δημογραφικών, ψυχολογικών, κοινωνικών, γνωστικών και θρησκευτικών παραγόντων, όπως είναι το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η ηλικία, η σοβαρότητα των συμπτωμάτων, η προηγούμενη εμπειρία του ατόμου, η ψυχική του διάθεση, οι αντιλήψεις του για τα νοσήματα, η στάση και οι φόβοι του απέναντι στην ασθένεια, το κοινωνικό του δίκτυο και οι θρησκευτικές του πεποιθήσεις. Ιδιαίτερο ρόλο στη λήψη της απόφασης για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, φαίνεται να διαδραματίζει το επίπεδο των γνώσεων του ατόμου, με τους επαγγελματίες υγείας να συνιστούν μία ειδική κατηγορία που χρήζει ιδιαίτερης προσοχής. Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι να παρουσιάσει τους παράγοντες που επιδρούν στην απόφαση του ατόμου, για την αναζήτηση ή την καθυστέρηση αναζήτησης ιατρονοσηλευτικής φροντίδας, με απώτερο στόχο να διατυπωθούν προτάσεις, ώστε να περιοριστεί ο χρόνος της καθυστέρησης αυτής.

Λέξεις κλειδιά: Ιατρονοσηλευτική φροντίδα, γνωστικό επίπεδο, φύλο, πεποιθήσεις υγείας, επαγγελματίες υγείας.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Τζαφάλια Μαρία
Email: mariatzafalia@yahoo.gr Τηλ: +30 6971643807

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Οι παράγοντες αναζήτησης ιατρονοσηλευτικής φροντίδας είναι δημογραφικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοί και θρησκευτικοί.**
- **Το επίπεδο των γνώσεων σχετίζεται θετικά με την αναζήτηση ιατρονοσηλευτικής φροντίδας.**
- **Οι επαγγελματίες υγείας αποτελούν μία κατηγορία ασθενών που χρήζει προσοχής.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κάθε χρονική στιγμή, ενώ το 75%-90% των ανθρώπων βιώνουν διάφορα συμπτώματα αναφορικά με την υγεία τους, τα οποία θα μπορούσαν να θεωρηθούν ως κλινικώς σημαντικά, ωστόσο, μόλις το 20%-30% αυτών των ατόμων αποφασίζει να αναζητήσει τη συμβουλή ενός ειδικού επαγγελματία υγείας (Kellner 1986). Οι ασθενείς έχουν την τάση να παραβλέπουν ή να παρερμηνεύουν τα συμπτώματά τους, αλλά ακόμη και όταν τα αναγνωρίζουν ως σημαντικά, συχνά χρονοτριβούν άσκοπα. Στη βιβλιογραφική ανασκόπηση των Devon et al (2011), βρέθηκε ότι ο μέσος χρόνος καθυστέρησης μεταξύ της εμφάνισης συμπτωμάτων εμφράγματος του μυοκαρδίου και αναζήτησης βοήθειας, κυμαίνεται από 1,5 έως 6 ώρες, ενώ στην περίπτωση του εγκεφαλικού επεισοδίου μπορεί να φτάσει τις 16 ώρες. Το αποτέλεσμα αυτής της καθυστέρησης είναι να επιβαρύνεται η πρόγνωση για την έκβαση της υγείας του ασθενούς (Kleindorfer et al 2007).

Επιπλέον, παρατηρείται το παράδοξο φαινόμενο, οι άνδρες να εμφανίζουν κατώτερα επίπεδα υγείας, σε σχέση με τις γυναίκες, αν και διαθέτουν μεγαλύτερη κοινωνικοοικονομική δύναμη (Springer & Mouzon 2011). Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι στην Ευρωπαϊκή Ένωση, ο μέσος όρος ζωής των γυναικών είναι 83,1 έτη, ενώ των ανδρών 77,5 έτη (Eurostat 2014). Αξίζει να σημειωθεί, ότι οι άνδρες κάνουν σημαντικά λιγότερες ιατρικές επισκέψεις από τις γυναίκες (Courtenay 2000), αν και η διαφορά εξαλείφεται όταν το πρόβλημα υγείας κρίνεται ως σοβαρό (Mor et al 1990). Οι ερευνητές αποδίδουν εν μέρει τις διαφορές αυτές στα κοινωνικά χαρακτηριστικά των δύο φύλων και στο ρόλο που τους αποδίδεται, στο εκάστοτε χρονικό και πολιτισμικό πλαίσιο (Courtenay 2000, Springer & Mouzon 2011).

Επίσης, σημαντικές επιδράσεις δέχεται το άτομο αναφορικά με την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας, από τα κοινωνικά δίκτυα που το πλαισιώνουν. Τα δίκτυα αυτά αποτελούνται από τα μέλη της οικογένειάς του, τους φίλους, τους συναδέλφους στο χώρο εργασίας κ.τ.λ. Αυτοί είναι δυνατό να αποτελέσουν από τη μια πλευρά πηγή υλικής, πληροφοριακής και συναισθηματικής υποστήριξης, ενώ από την άλλη, συνιστούν πηγή άγχους και ανησυχίας (Umberson et al 2010). Έτσι, επηρεάζουν σημαντικά τις στάσεις και τις συμπεριφορές του ατόμου στα ζητήματα υγείας (Resnick et al 1997) και ο ρόλος τους κρίνεται ως ιδιαίτερα σημαντικός στην απόφαση για την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας (Smith et al 2005).

Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης, είναι να περιγραφούν τα στάδια της καθυστέρησης στην αναζήτηση ιατρονοσηλευτικής φροντίδας, να εξεταστούν οι παράγοντες που παρακινούν ένα άτομο να αναζητήσει βοήθεια για τα συμπτώματα που εμφανίζει και να αναλυθεί ο ρόλος του επιπέδου των γνώσεων των ασθενών σχετικά με τα διάφορα νοσήματα.

ΣΤΑΔΙΑ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Ο εντοπισμός συμπτωμάτων ή σωματικών αλλαγών, δεν οδηγεί απαραίτητα σε αναζήτηση ιατρικής βοήθειας, αλλά προηγείται η προσπάθεια εκλογίκευσης και ερμηνείας τους. Αυτή η διαδικασία περιγράφεται από τους Leventhal et al (1980), στο μοντέλο της "κοινής λογικής αναπαράστασης της ασθένειας". Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, αρχικά επιχειρείται από τον ασθενή η αναγνώριση του προβλήματος και ακολουθεί ο προσδιορισμός της αιτίας του. Στα επόμενα στάδια, υπολογίζεται η πιθανή διάρκεια της ασθένειας, έπεται η εκτίμηση των συνεπειών της (σωματικές, κοινωνικές, ψυχολογικές) και τέλος εκτιμάται η δυνατότητα θεραπείας.

Το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί από τη στιγμή της εμφάνισης των συμπτωμάτων μέχρι τη λήψη ιατρονοσηλευτικής φροντίδας, ορίζεται ως «συνολική καθυστέρηση» και διακρίνεται στην καθυστέρηση που οφείλεται στον ασθενή και σε εκείνη που οφείλεται στους παρόχους ιατρικής φροντίδας (Facione 1993). Η καθυστέρηση οφειλόμενη στον ασθενή αναφέρεται στο χρόνο που μεσολαβεί από την πρώτη αναγνώριση των συμπτωμάτων από τον ασθενή, μέχρι την αρχική του επίσκεψη στο γιατρό, ενώ η καθυστέρηση οφειλόμενη στον πάροχο αποτελεί το χρόνο που μεσολαβεί ανάμεσα στην αρχική επίσκεψη και την τελική θεραπεία. Για την περιγραφή της καθυστέρησης, προτείνονται στη βιβλιογραφία δύο βασικά μοντέλα: α) των τριών σταδίων (Safer et al 1979) και β) των πέντε σταδίων (Andersen et al (1995).

Το μοντέλο των τριών σταδίων

Το μοντέλο των τριών σταδίων προτάθηκε για πρώτη φορά από τους Safer et al (1979), σε μελέτη που πραγματοποίησαν, προκειμένου να εντοπίσουν τους καθοριστικούς παράγοντες που επηρεάζουν την απόφαση των ασθενών να προσέλθουν σε κλινική για να αναζητήσουν ιατρονοσηλευτική φροντίδα. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, η συνολική καθυστέρηση μπορεί να διαιρεθεί σε τρία στάδια:

- Το πρώτο στάδιο ορίζεται ως «χρόνος αξιολόγησης»

και αναφέρεται στο διάστημα που μεσολαβεί από την αρχική εμφάνιση των συμπτωμάτων, μέχρι τη στιγμή που ο ασθενής αντιλαμβάνεται ότι αποτελούν ένδειξη προβλήματος υγείας. Ο κυριότερος προσδιοριστικός παράγοντας στο στάδιο αξιολόγησης, είναι η φύση του συμπτώματος, όπως η παρουσία πόνου κι ο εντοπισμός του, ο υψηλός πυρετός και η ύπαρξη αιμορραγίας.

- Το δεύτερο στάδιο ονομάζεται «καθυστέρηση στην αντιμετώπιση της ασθένειας» και ορίζεται ως ο χρόνος που μεσολαβεί από τη στιγμή που ένα άτομο αντιλαμβάνεται ότι νοσεί, μέχρι να λάβει την απόφαση να αναζητήσει ιατρική βοήθεια. Η καθυστέρηση σε αυτό το στάδιο, σχετίζεται με την αντίληψη που έχει ένα άτομο για τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων του, εάν αυτά είναι παλιά ή νέα, την πιθανή υποτίμηση αυτών, τα αναμενόμενα θεραπευτικά αποτελέσματα, τον αρνητισμό απέναντι στη θεραπεία. Αξίζει να σημειωθεί, ότι η εφαρμογή πρακτικών θεραπειών επιτείνει το φαινόμενο της καθυστέρησης.
- Η «καθυστέρηση στη χρήση των ιατρικών υπηρεσιών» αποτελεί το τρίτο στάδιο. Αφορά στο χρόνο που μεσολαβεί ανάμεσα στην απόφαση για λήψη ιατρικής φροντίδας και στην υλοποίησή της. Φραγμοί σχετιζόμενοι με το οικονομικό κόστος της θεραπείας ή γεωγραφικά εμπόδια, αποτελούν σχετικούς παράγοντες καθυστέρησης. Επιπρόσθετο παράγοντα, συνιστά η ιεράρχηση των προτεραιοτήτων του άτομου και ιδιαίτερα τα γεγονότα που αποσπούν την προσοχή του.

Το μοντέλο των πέντε σταδίων

Οι Andersen et al (1995), επέκτειναν το μοντέλο των Safer et al (1979), προτείνοντας ένα εμπλουτισμένο μοντέλο πέντε σταδίων για την περιγραφή της ολικής καθυστέρησης στην αναζήτηση ιατρονοσηλευτικής βοήθειας. Αντικατέστησαν το τρίτο στάδιο της καθυστέρησης χρήσης των ιατρικών υπηρεσιών με: α) το στάδιο της καθυστέρησης "ανταπόκρισης", για να περιγράψουν το διάστημα που μεσολαβεί από την απόφαση του άτομο ότι νοσεί, μέχρι την απόφαση του να δράσει, β) το στάδιο της καθυστέρησης που αφορά στο διάστημα από τη λήψη της απόφασης του ατόμου να δράσει ως τον προγραμματισμό της πρώτης επίσκεψης σε επαγγελματία υγείας και γ) το στάδιο της καθυστέρησης της «θεραπείας», που αφορά στο διάστημα από την πρώτη επίσκεψη σε επαγγελματία υγείας, ως την έναρξη της θεραπείας.

Επίσης, οι ερευνητές επεσήμαναν ότι η μετάβαση από το ένα στάδιο στο άλλο δεν είναι μονόδρομη, αλλά συνιστά μια παλίνδρομη διεργασία, επηρεαζόμενη από διάφορα γεγονότα που προκύπτουν κατά την πορεία της νόσου ή από παράγοντες όπως η ψυχοσύνθεση του ατόμου και οι οικογενειακές συνθήκες. Για παράδειγμα, ένας πόνος που υποχωρεί, μπορεί να οδηγήσει στην αναθεώρηση της απόφασης του ατόμου να αναζητήσει βοήθεια.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΚΙΝΗΣΗ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Στη διεθνή βιβλιογραφία, αναφέρεται ένα πλήθος παραγόντων που παρακινούν τα άτομα για την αναζήτηση ιατρονοσηλευτικής φροντίδας. Σε αυτούς, συγκαταλέγονται δημογραφικοί (φύλο, οικογενειακή κατάσταση, ηλικία), ψυχολογικοί (οι στάσεις του ατόμου απέναντι στην ασθένεια, οι προηγούμενες εμπειρίες του, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του και η ψυχική του διάθεση), κοινωνικοί (κοινωνικά δίκτυα-δίκτυο μη ειδημόνων) και θρησκευτικοί παράγοντες. Ας τονιστεί επίσης ότι, οι παράγοντες αυτοί δεν επιδρούν μεμονωμένα, αλλά ο συνδυασμός τους είναι αυτός που τελικά καθορίζει την έγκαιρη ή μη, απόφαση των ατόμων για την αναζήτηση βοήθειας. Αναλυτικότερα:

Δημογραφικοί παράγοντες

Το φύλο αποτελεί έναν από τους κυριότερους δημογραφικούς παράγοντες, η επίδραση του οποίου έχει μελετηθεί εκτενώς στη διεθνή βιβλιογραφία. Αρχικά, αξίζει να γίνει αναφορά στον τρόπο με τον οποίο δομούνται τα στερεότυπα σχετικά με το ρόλο και τα χαρακτηριστικά των δύο φύλων. Σε κάθε κοινωνία, οι άνθρωποι ενθαρρύνονται να συμμορφώνονται και να υιοθετούν στερεότυπες αντιλήψεις και συμπεριφορές, οι οποίες διαμορφώνονται ανάλογα με τις κοινωνικές νόρμες που επικρατούν σχετικά με τον ανδρισμό και τη θηλυκότητα (Bohan 1993). Οι άντρες, ήδη από νεαρή ηλικία, δέχονται μεγαλύτερη κοινωνική πίεση συγκριτικά με τις γυναίκες, να υιοθετήσουν τις κοινωνικές αυτές επιταγές (Martin 1995). Επομένως, δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι οι αντιλήψεις και οι συμπεριφορές των ανδρών είναι πιο στερεότυπες από αυτές των γυναικών (Rice & Coates 1995). Έτσι, οι άντρες αναμένεται να είναι ανεξάρτητοι, αυτάρκεις, δυνατοί και σκληροί, δεν πρέπει να επιδεικνύουν αδυναμία και οφείλουν να διατηρούν σωματικό και ψυχικό έλεγχο, προκειμένου να αποδεικνύουν τον ανδρισμό τους (Martin 1995). Εξάλλου, κυριαρχεί η αντίληψη ότι το ανδρικό σώμα είναι ανώτερο και λιγότερο ευάλωτο από το γυναικείο (Courtenay 2000).

Ωστόσο, η υιοθέτηση του παραπάνω στερεοτύπου του ανδρισμού έχει σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία και τη μακροβιότητα των ανδρών, καθώς επηρεάζει αρνητικά την απόφασή τους να αναζητήσουν ιατρονοσηλευτική βοήθεια (Smith et al 2005). Η φροντίδα για την υγεία θεωρείται γυναικεία έγνοια, ενώ η αναζήτηση βοήθειας συνιστά αδυναμία και έρχεται σε αντίθεση με το ανδρικό πρότυπο σύμφωνα με το οποίο το ανδρικό σώμα είναι άτρωτο (White 2000). Ακόμη, πολλοί άνδρες αποφεύγουν την επίσκεψη στο γιατρό, γιατί δε θέλουν να βρεθούν σε μία υποδεέστερη θέση σε σχέση με τον επαγγελματία υγείας (Courtenay 2000). Επίσης, αρκετοί εργάζονται πολλές ώρες, προκειμένου να

εξασφαλίσουν ένα ανώτερο κοινωνικοοικονομικό στάτους, που επιβεβαιώνει τον ανδρισμό τους, με αποτέλεσμα να παραβλέπουν τις ενδείξεις ότι απειλείται η υγεία τους (Saltonstall 1993). Σύμφωνα, όμως, με έρευνα των Smith et al (2008) η καθυστερημένη αναζήτηση ιατρονοσηλευτικής φροντίδας από τους άνδρες δε σημαίνει ότι οι τελευταίοι αδιαφορούν για την υγεία τους. Απλά οφείλεται στο διαφορετικό τρόπο που παρακολουθούν και αξιολογούν τις μεταβολές στο σώμα τους.

Σε αντίθεση με τους άντρες, οι γυναίκες θεωρούνται περισσότερο ευάλωτες και λιγότερο ανταγωνιστικές, ενώ ενθαρρύνονται να αναζητούν ιατρική βοήθεια για τα προβλήματα υγείας τους (Corney 1990). Οι γυναίκες εντοπίζουν πιο γρήγορα αλλαγές στο σώμα τους (π.χ. οσμές, πυρετός) και είναι περισσότερο ευαίσθητες σε συμπτώματα που συνοδεύονται από πόνο (Burns et al 2010). Άλλωστε, το ενδιαφέρον για την υγεία θεωρείται συστατικό στοιχείο της θηλυκότητας. Ωστόσο, στη βιβλιογραφική ανασκόπηση των Galdas et al (2005) δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών στη χρήση των υπηρεσιών υγείας και θεωρήθηκε ότι άλλοι κοινωνικοοικονομικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες είναι πιο σημαντικοί σε σχέση με το φύλο. Επομένως, σημαντικές καθυστερήσεις στην αναζήτηση ιατρονοσηλευτικής φροντίδας παρουσιάζονται και στην περίπτωση των γυναικών. Σύμφωνα με τους Schroetter and Peck (2008), η γυναικεία παθητικότητα συντελεί στην αυξημένη καθυστέρηση αναζήτησης βοήθειας σε περιπτώσεις καρδιοπάθειας, σε σχέση με τους άνδρες. Σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξαν και άλλες έρευνες (Dempsey et al 1995, Lefler & Bondy 2004, Kreatsoulas 2014). Οι ερευνητές, απέδωσαν την καθυστερημένη αναζήτηση βοήθειας στην εσφαλμένη αντίληψη των γυναικών ότι η στεφανιαία νόσος αφορά κυρίως στους άνδρες, στην προσπάθεια τους να διατηρήσουν τον έλεγχο της κατάστασης με την παραγνώριση των συμπτωμάτων, στην τάση για αυτοφροντίδα, στην επιθυμία τους να μην ενοχλήσουν τα οικεία τους πρόσωπα και στην απόδοση των συμπτωμάτων σε λιγότερο απειλητικές καταστάσεις Επίσης, λόγω των αυξημένων οικογενειακών και εργασιακών τους υποχρεώσεων, συχνά οι γυναίκες έχουν την τάση να θέτουν σε δεύτερη μοίρα τις δικές τους ανάγκες και να αναβάλλουν τη λήψη ιατρονοσηλευτικής φροντίδας (Arslanian-Engoren 2007).

Η οικογενειακή κατάσταση του ατόμου αποτελεί έναν πρόσθετο δημογραφικό παράγοντα που επηρεάζει την αναζήτηση ιατρονοσηλευτικής φροντίδας. Συχνά τα μέλη της οικογένειας είναι αυτά που αναγνωρίζουν τα συμπτώματα και παροτρύνουν το άτομο να επισκεφτεί έναν ειδικό ή ακόμα ο/η σύζυγος αναλαμβάνει να φέρει σε επαφή τον/την ασθενή με το γιατρό (Gascoigne et al 1999, Burgess et al 2001). Ωστόσο, τα μέλη της οικογένειας είναι δυνατό να καθυστερήσουν την απόφαση του ατόμου για αναζήτηση ιατρονοσηλευτικής φροντίδας. Έχει βρεθεί ότι η παρουσία ενός άλλου προσώπου κατά την εμφάνιση συμπτωμάτων ενδεικτικών οξέων καρδιακών νοσημάτων, ελαττώνει το χρόνο αναζήτησης βοήθειας σε σχέση με την περίπτωση που το άτομο είναι μόνο του στο σπίτι (Moser et al 2006). Το παραπάνω, όμως, δεν ισχύει στην περίπτωση που το άλλο παρευρισκόμενο άτομο είναι μέλος της οικογένειας, γιατί τα μέλη της οικογένειας έχουν την τάση να αποδίδουν τα συμπτώματα σε μη καρδιακά αίτια, καθυστερώντας την απόφαση για λήψη ιατρικής συμβουλής (Moser et al 2006, Rosenfeld et al 2005).

Επίσης, η κοινωνικοοικονομική θέση του ατόμου μπορεί να επηρεάσει την απόφαση του να αναζητήσει ή όχι ιατρονοσηλευτική βοήθεια. Αν και τα ευρήματα σχετικά με την επίδραση του συγκεκριμένου παράγοντα είναι μάλλον αντικρουόμενα (Smith et al 2005), ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η ενδεχόμενη οικονομική επιβάρυνση αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα στην αναζήτηση ιατρονοσηλευτικής φροντίδας (Moser et al 2006). Το παραπάνω επιβεβαιώνεται και από την έρευνα των Niederdeppe & Levy (2007), οι οποίοι διαπίστωσαν την ύπαρξη θετικής συσχέτισης μεταξύ της μοιρολατρικής-παθητικής στάσης απέναντι στην ασθένεια και της αδυναμίας ανταπόκρισης στο κόστος θεραπείας.

Επιπρόσθετα, οι μεγαλύτερης ηλικίας ασθενείς τείνουν να καθυστερούν περισσότερο την απόφαση για λήψη ιατρονοσηλευτικής βοήθειας. Οι Moser et al (2005) διαπίστωσαν ότι οι νεότερες γυναίκες απευθύνονταν γρηγορότερα σε ειδικό, όταν εμφάνιζαν θωρακικό άλγος σε σχέση με τις πιο ηλικιωμένες. Σύμφωνα με τους Grunfeld et al (2003), το παραπάνω εξηγείται από το γεγονός ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς είναι λιγότερο ενημερωμένοι σχετικά με τη φύση των ασθενειών με αποτέλεσμα να θεωρούν ότι η επιστήμη δεν μπορεί να τους βοηθήσει ή ακόμα ότι οι προτεινόμενες θεραπείες είναι επώδυνες και αναποτελεσματικές. Εξάλλου, οι ηλικιωμένοι ασθενείς είναι περισσότερο εξοικειωμένοι με την παρουσία συμπτωμάτων έτσι, ώστε να μη θορυβούνται από την εμφάνιση τους και να καθυστερούν να απευθυνθούν σε ειδικό (Arslanian-Engoren 2007)

Ψυχολογικοί παράγοντες

Η αντίληψη του ατόμου σχετικά με το πόσο δεκτικό είναι στη νόσο, συμβάλλει στην επίσπευση της αναζήτησης ιατρονοσηλευτικής βοήθειας (Smith et al 2008). Η αντίληψη αυτή επηρεάζεται σημαντικά από την υποκειμενική σοβαρότητα των συμπτωμάτων. Τα συμπτώματα θεωρούνται σοβαρά όταν επιμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα (Smith et al 2008), έχουν την τάση να επιδεινώνονται (Gascoigne et al 1999, Burgess et al 2001), εμφανίζονται νέα συμπτώματα (Facione & Dodd 1995), συνοδεύονται από πόνο (Burgess et al 2001, Smith et al 2007) και ξεπερνούν τον ουδό αντοχής του ατόμου (Burgess et al 2001). Επιπλέον, η παρεμπόδιση των καθημερινών δραστηριοτήτων και ιδιαίτερα η παρεμπόδιση της ικανότητας για εργασία έχει ως αποτέλεσμα την άμεση ανα-

ζήτηση ιατρονοσηλευτικής βοήθειας (Gascoigne et al 1999, Smith et al 2008). Επίσης, συμπτώματα που είναι εμφανή, και συνήθως πρόκειται για σωματικά συμπτώματα, δύσκολα παραβλέπονται (Smith et al 2008).

Επιπρόσθετα, η προηγούμενη εμπειρία έχει σημαντική επίδραση στην απόφαση ενός ατόμου να αναζητήσει ιατρονοσηλευτική φροντίδα. Οι άνθρωποι δεν επιθυμούν να βιώνουν πόνο και έτσι τείνουν να αποφεύγουν τις δυνητικά επώδυνες διαγνωστικές και θεραπευτικές διαδικασίες. Σύμφωνα με μελέτη του Αυστραλιανού Ερευνητικού Κέντρου για τη Στοματική Υγεία του Πληθυσμού (A.R.C.P.O.H. 2012), τα δύο τρίτα των Αυστραλών καθυστερούσαν ή ανέβαλλαν την επίσκεψη τους στον οδοντίατρο εξαιτίας του φόβου τους ότι θα βιώσουν πόνο κατά την θεραπεία. Επιπλέον, οι ασθενείς καθυστερούν να προσέλθουν στο ιατρείο όταν τα συμπτώματα είναι οικεία, όπως στις περιπτώσεις ηλικιωμένων ή ασθενών που πάσχουν από χρόνια νοσήματα (Arslanian-Engoren 2007, DeVon et al 2011). Ωστόσο, η παρατεταμένη διάρκεια ή η αυξημένη βαρύτητα των συμπτωμάτων ή ακόμα η εμφάνιση πρωτόγνωρων συμπτωμάτων επισπεύδει τη διαδικασία αναζήτησης ιατρονοσηλευτικής βοήθειας (Smith et al 2008).

Η ψυχική κατάσταση του ατόμου αποτελεί έναν επιπρόσθετο παράγοντα. Ο νευρωτισμός, αυξάνει την ευαισθησία σε υποκείμενα συμπτώματα και οδηγεί σε αυξημένη αναζήτηση υπηρεσιών υγείας (Gramling et al 1996). Παρόμοια συμπεριφορά επιδεικνύουν και τα υποχονδριακά άτομα, καθώς δίνουν υπέρμετρη σημασία σε πληροφορίες σχετικές με την υγεία και επικεντρώνονται υπερβολικά στα σωματικά συμπτώματα (Lecci & Cohen, 2002). Επιπλέον, σύμφωνα με έρευνες, η παρουσία στρες μειώνει το χρόνο αναζήτησης ιατρικής βοήθειας, εφόσον συμβάλλει στην έστω και προσωρινή εκτόνωση της ψυχικής έντασης και τη μετατόπιση του ενδιαφέροντος σε άλλο πρόβλημα (Moser et al 2006) Γενικότερα, τα ευσυνείδητα άτομα υποκινούνται από την αίσθηση ευθύνης τους απέναντι στους άλλους και απευθύνονται ταχύτερα στους επαγγελματίες υγείας (Tucker et al, 2006).

Κοινωνικοί παράγοντες

Σε πολλές περιπτώσεις τα άτομα που εμφανίζουν συμπτώματα δεν προσέρχονται στο γιατρό τους, αλλά αναζητούν μία αρχική εκτίμηση και αξιολόγηση των συμπτωμάτων τους από τον οικογενειακό και φιλικό τους περίγυρο. Ενδεικτικά της μεγάλης σημασίας του δικτύου των μη ειδημόνων, αποτελούν τα ευρήματα της έρευνας της Arslanian-Engoren (2007), σύμφωνα με την οποία, οι περισσότερες από τις γυναίκες που συμμετείχαν, απάντησαν ότι αρχικά θα αναζητούσαν τη συμβουλή των μελών της οικογένειάς τους, εάν εμφάνιζαν συμπτώματα ενδεικτικά ενός εμφράγματος του μυοκαρδίου.

Επιπλέον, έχει βρεθεί ότι όταν τα άτομα δεν αποκαλύπτουν τα συμπτώματά τους σε κάποιο άλλο πρόσωπο, τότε αυξάνονται οι πιθανότητες για καθυστέρηση στην αναζήτηση βοήθειας (Cameron et al 1993, Perry et al 2001). Η αποκάλυψη των συμπτωμάτων σχετίζεται με την άμεση αναζήτηση βοήθειας, εφόσον έτσι, εξασφαλίζεται η επικύρωση τους και η προτροπή για επίσκεψη σε ειδικό από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον. Αντίθετα, η παραγνώρισή τους συνδέεται με αύξηση του χρόνου αναζήτησης ιατρικής συμβουλής (Zola 1973, Cameron et al 1993). Εξάλλου, όταν ο/η ασθενής συζητά με το κοινωνικό περιβάλλον του για ένα σύμπτωμα, η συνηθέστερη αντίδραση τους είναι να προτείνουν την αναζήτηση βοήθειας, όχι πάντα λόγω της ορθής ερμηνείας των συμπτωμάτων, αλλά χάριν της ροής της συζήτησης. Σε κάθε περίπτωση, το είδος της σχέσης παίζει σημαντικό ρόλο στην τελική απόφαση για αναζήτηση ιατρονοσηλευτικής βοήθειας: όσο στενότερη είναι η σχέση τόσο μεγαλύτερη είναι και η πιθανότητα να επηρεασθεί η απόφαση του ατόμου να συμβουλευτεί ένα γιατρό (Conford & Conford 1999).

Ειδικότερα στην περίπτωση των ανδρών, το κοινωνικό δίκτυο επηρεάζει σημαντικά την απόφασή τους να αναζητήσουν βοήθεια. Συχνά οι άντρες, αναβάλλουν την επίσκεψή τους στο γιατρό, επειδή φοβούνται μήπως τα συμπτώματά τους αποδειχθούν τελικά ασήμαντα. Εξάλλου, η ανησυχία για την υγεία αποτελεί γυναικείο χαρακτηριστικό (Courtenay 2000). Επομένως, η παρουσία της οικογένειας και των φίλων που παροτρύνουν τους άνδρες να δεχθούν ιατρική συμβουλή ουσιαστικά αποτελεί έρεισμα ότι τα συμπτώματα τους είναι σημαντικά και νομιμοποιεί την απόφαση τους για αναζήτηση βοήθειας, παρακάμπτοντας το φόβο τους ότι μπορεί να ντροπιαστούν (Gascoigne et al 1999).

Επιπλέον, ας τονιστεί ότι δεν παρατηρείται σημαντική διαφορά στη χρήση του δικτύου των μη ειδημόνων από τα δύο φύλα (Conford & Conford 1999). Γενικά, οι άνδρες αναπτύσσουν ευρύτερα κοινωνικά δίκτυα, ενώ οι γυναίκες διατηρούν μικρότερα, αλλά πιο έμπιστα. Ακόμη, οι άνδρες λαμβάνουν τις περισσότερες πρακτικές πληροφορίες από το κοντινότερο πρόσωπο που συνήθως είναι η σύζυγος (Fuhrer & Stansfeld 2002), ενώ οι γυναίκες είναι πιο δεκτικές σε συμβουλές προερχόμενες από το γενικότερο οικείο περιβάλλον (Ek 2013).

Αξίζει τέλος να σημειωθεί ότι το κοινωνικό στίγμα που περιβάλλει ορισμένες ασθένειες, όπως το AIDS και οι ψυχικές διαταραχές, απομονώνει τα άτομα. Το αποτέλεσμα είναι να αποφεύγουν τη χρήση των υπηρεσιών υγείας (Clement et al 2015).

Θρησκευτικοί παράγοντες

Οι θρησκευτικές πεποιθήσεις, ως μέσο κοινωνικής εκδήλωσης και αλληλοϋποστήριξης, έχουν θετικό αντίκτυπο στην υγεία, όταν συνδυάζονται με την αποδοχή και τη χρήση της ιατρικής επιστήμης (Sanderson 2013). Ωστόσο, έχουν συσχετισθεί και με την υιοθέτηση παθητικής στάσης απέναντι στην αντιμετώπιση των ασθενειών. Ειδικότερα, όταν η πεποίθηση αυτή συνοδεύεται από την πίστη ότι καταφεύγοντας στην προσευχή ή σε

θρησκευτικές πρακτικές επιτυγχάνεται θεραπεία, τότε παρατηρείται καθυστέρηση στην αναζήτηση ιατρονοσηλευτικής φροντίδας (Franklin et al 2007).

ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΓΝΩΣΕΩΝ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΟΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Το επίπεδο των γνώσεων του ατόμου σχετικά με μία νόσο διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην έγκαιρη αναζήτηση ιατρικής βοήθειας. Όσες περισσότερες πληροφορίες διαθέτει το άτομο, τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες να αναγνωρίσει τα συμπτώματα μίας σοβαρής ασθένειας και να επισκεφτεί άμεσα το γιατρό του (Bish et al 2005, DeVon et al 2011). Σύμφωνα με έρευνα των Meischke et al (1999), οι οποίοι διεξήγαγαν τηλεφωνικές συνεντεύξεις σε δείγμα 862 γυναικών ηλικίας άνω των 50 ετών, διαπιστώθηκε ότι η μη αναγνώριση των συμπτωμάτων του εμφράγματος του μυοκαρδίου, είχε ως αποτέλεσμα την καθυστερημένη προσέλευση στο τμήμα των επειγόντων περιστατικών.

Ωστόσο, συχνά δημιουργείται σύγχυση εξαιτίας της στερεότυπης αντίληψης που διαμορφώνουν οι άνθρωποι σχετικά με τα νοσήματα. Έτσι, όταν δεν παρατηρούνται τα τυπικά συμπτώματα που συνοδεύουν μία νόσο, τότε το άτομο καθυστερεί σημαντικά την αναζήτηση βοήθειας (Arslanian-Engoren,2007). Οι Ramirez et al (1999), διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες που έπασχαν από καρκίνο του μαστού και δεν παρουσίαζαν κάποιο ψηλαφητό όγκο, καθυστερούσαν σημαντικά περισσότερο την επίσκεψη στο γιατρό σε σχέση με εκείνες που εμφάνιζαν έναν τέτοιο όγκο. Ομοίως, οι Perry et al (2001), διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς που είχαν υποστεί έμφραγμα του μυοκαρδίου καθυστερούσαν σημαντικά περισσότερο την προσέλευση τους στο νοσοκομείο, όταν εμφάνιζαν άτυπα συμπτώματα.

Πάντως, η απλή αναγνώριση των συμπτωμάτων δεν επαρκεί, ώστε να παρακινήσει τον ασθενή να αναζητήσει ιατρική βοήθεια (Chapple et al 2004). Συχνά, ο φόβος του ατόμου ότι μπορεί να πάσχει από μία σοβαρή ασθένεια, οι επώδυνες θεραπείες που τη συνοδεύουν καθώς και ο φόβος του θανάτου αποτελούν ανασταλτικούς παράγοντες (Gascoigne et al 1999, Burgess et al 2001). Σε μία βιβλιογραφική ανασκόπηση, οι Bish et al (2005), συμπέραναν ότι τόσο η αρχική στάση των γυναικών που έπασχαν από καρκίνο του μαστού, όσο και ο φόβος τους για τη θεραπεία, καθυστερούσαν σημαντικά την απόφασή τους για αναζήτηση βοήθειας.

Επιπλέον, η απειλή μίας σοβαρής νόσου, έχει ως αποτέλεσμα τα άτομα να ενεργοποιούν μηχανισμούς άρνησης της πραγματικότητας, παραβλέποντας τα συμπτώματα, ώστε τελικά να καθυστερούν την αναζήτηση ιατρικής συμβουλής (Cameron et al 1993). Θεωρούν ότι σύντομα θα περάσουν από μόνα τους και αναζητούν εναλλακτικές ερμηνείες, πιστεύοντας ότι είναι νέοι και δυνατοί και ότι είναι απίθανο να τους συμβαίνει κάτι σοβαρό (Sanden et al al 2000).

Ειδικό ενδιαφέρον παρουσιάζει η στάση των επαγγελματιών υγείας ως προς το χρόνο αναζήτησης ιατρονοσηλευτικής φροντίδας. Οι επαγγελματίες υγείας ως μία ιδιαίτερη ομάδα, απόλυτα σχετιζόμενη με τις γνώσεις για την υγεία, θα αναμένονταν ότι θα έδιναν ιδιαίτερη προσοχή σε συμπτώματα που τους αφορούν. Αντίθετα πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι πολλοί παραμελούν την υγεία τους και καθυστερούν την αναζήτηση βοήθειας, λόγω των επαγγελματικών τους υποχρεώσεων, της δυσκολίας τους να υποδυθούν το ρόλο του ασθενή, της άρνησης τρωτότητας ως μέρος της επαγγελματικής τους κουλτούρας, της τάσης να αυτοθεραπεύονται και της ντροπής να απευθυνθούν σε συνάδελφό τους (Rosvold & Bjertness 2002, Davidson & Schattne, 2003).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Παρ' όλο που η επιμήκυνση του χρόνου αναζήτησης ιατρονοσηλευτικής βοήθειας είναι δυνατό να επηρεάσει την τελική έκβαση για την υγεία του ασθενούς, οι περισσότεροι άνθρωποι τείνουν να καθυστερούν τη λήψη της απόφασης για χρήση των υπηρεσιών υγείας. Η καθυστέρηση αυτή επηρεάζεται από το επίπεδο γνώσεων του ατόμου σχετικά με τα νοσήματα, καθώς και από πλήθος δημογραφικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων. Η κοινωνικοποίηση των ανδρών φαίνεται να επηρεάζει αρνητικά τη χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών. Ωστόσο και οι γυναίκες καθυστερούν σημαντικά την απόφασή τους για λήψη ιατρονοσηλευτικής βοήθειας. Επίσης, ο κοινωνικός περίγυρος μπορεί να προτρέψει ή και να αποτρέψει ένα άτομο από το να ζητήσει ιατρική συμβουλή.

Επομένως, είναι απαραίτητο να αναγνωριστούν και να τροποποιηθούν οι παράγοντες εκείνοι που καθυστερούν την αναζήτηση φροντίδας. Αυτό μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσω εθνικών εκστρατειών (φυλλάδια, διαφημίσεις στην τηλεόραση, ειδικές ιστοσελίδες στο διαδίκτυο, ενημερώσεις στα σχολεία κ.λ.π.), οι οποίες θα έχουν ως στόχο την ενημέρωση και τη βελτίωση του γνωστικού επιπέδου των ασθενών, αλλά και του κοινωνικού τους περίγυρου σχετικά με τα νοσήματα και τη σημασία της έγκαιρης λήψης ιατρονοσηλευτικής βοήθειας. Ιδιαίτερη έμφαση επίσης θα πρέπει να δοθεί στα άτυπα συμπτώματα που δύσκολα αναγνωρίζονται ως σοβαρά. Επιπλέον, η συμμετοχή διάσημων προσωπικοτήτων που δεν διστάζουν να εκθέσουν δημόσια την πάθηση τους και να παροτρύνουν την υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής ή την προληπτική χρήση των υπηρεσιών υγείας, μπορεί να συμβάλλει θετικά στα αποτελέσματα των εκστρατειών αυτών. Στην περίπτωση των ανδρών, οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να τους ενθαρρύνουν να χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες ακόμη και όταν δεν εμφανίζουν σοβαρά συμπτώματα και να τους διαβεβαιώνουν ότι δεν είναι δείγμα αδυναμίας το να αναζητούν τη συμβουλή ενός ειδικού για θέματα που αφορούν στην υγεία τους. Τέλος, ιδιαίτερο βάρος θα πρέπει να δοθεί στην περίπτωση των επαγγελματιών υγείας μέσω ειδι-

κών προγραμμάτων ενημέρωσης και τακτικής πραγματοποίησης προληπτικών εξετάσεων. Σε κάθε περίπτωση, απαιτείται εξατομικευμένη προσέγγιση, ανάλογα με τα ιδιαίτερα σωματικά, συναισθηματικά, γνωστικά και ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά των ατόμων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Andersen B., Cacioppo J. & Roberts D. (1995). Delay in seeking a cancer diagnosis: stages and psychophysiological comparison processes. *British Journal of Social Psychology* 34:33–52.

Arslanian-Engoren C. (2007). Black, Hispanic, and White Women's Perception of Heart Disease. *Progress in Cardiovascular Nursing* 22(1):13-9.

Australian Research Centre for Population Oral Health, the University of Adelaide, South Australia. A.R.C.P.O.H. (2012). The avoidance and delaying of dental visits in Australia. *Australian Dental Journal* 57: 1–5.

Bish A., Ramirez A., Burgess C. & Hunter M. (2005). Understanding why women delay in seeking help for breast cancer symptoms. *Journal of Psychosomatic Research* 58: 321– 326.

Bohan J.S. (1993). Regarding gender: essentialism, constructionism and feminist psychology. *Psychology of Women Quarterly* 17: 5-21.

Burgess C., Hunter M.S. & Ramirez A.J. (2001). A qualitative study of delay among women reporting symptoms of breast cancer. *British Journal of General Practice* 51: 967–71.

Cameron L., Leventhal E.,& Leventhal H. (1993). Symptom representations and affect as determinants of care seeking in a community dwelling, adult sample population. *Health Psychology* 12(3): 171 –9.

Chapple A., Ziebland S. & McPherson A. (2004). Qualitative study of men's perceptions of why treatment delays occur in the UK for those with testicular cancer. *British Journal of General Practice* 54: 25–32.

Clement S., Schauman O., Graham T., Maggioni F., Evans-Lacko S., Bezborodovs N., Rusch N., Brown J.S. & Thornocroft J. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine* 45(1): 11-27 (2015).

Conford C. & Conford H. (1999).'I'm only here because of my family.' A study of lay referral networks. *British Journal of General Practice* 49(445): 617–620.

Corney R.H. (1990). Sex differences in general practice attendance and help seeking for minorillness. *Journal of Psychosomatic Research* 34: 525–534.

Courtenay W. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine* 50: 1385-1401.

Davidson S. & Schattner P. (2003). Doctors' health-seeking behaviour: a questionnaire survey. *Medical Journal of Australia* 179(6): 302-5.

Dempsey S.J., Dracup K. & Moser D.K. (1995).Women's decision to seek care for symptoms of acute myocardial infarction. *Heart Lung* 24(6): 444– 456.

DeVon H., Saban K. & Garrett D. (2011). Recognizing and responding to symptoms of Acute Coronary Syndromes and stroke in women. *Gynecologic, & Neonatal Nursing* 40: 372-382.

Ek S. (2013). Gender differences in health information behaviour: a Finnish population-based survey. Health Promotion International. Available at: http://heapro.oxfordjournals.org/content/early/2013/08/28/heapro.dat063.full.

(Accesed: 28-12-2014).

Eurostat (2014). Healthy life years and life expectancy at birth, by sex. Availiable at: http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-status-determinants/data/main-tables. (Accesed: 30-12-2014).

Facione N. (1993). Delay versus help-seeking for breast cancer symptoms: a critical review of the literature on patient and provider delay. *Social Science & Medicine* 36(12): 358– 71.

Franklin M., Schlundt D., McClellan L., Kinebrew T., Sheats J., Belue R., Brown A., Smikes D., Patel K. & Hargreaves M. (2007). Religious Fatalism and its association with Health Behaviors and Outcomes. *American Journal of Health Behavior* 31(6): 563-72.

Fuhrer R. & Stansfeld S. (2002). How gender affects patterns of social relations and their impact on health: A comparison of one of multiple sources of support from "close persons". *Social Science and Medicine* 54: 811- 825.

Galdas P., Cheater F. & Marshall P. (2005). Men and health help-seeking behaviour: literature review. *Journal of Advanced* Nursing 49(6): 616–623.

Gascoigne P, Mason M.D. & Roberts E. (1999). Factors affecting presentation and delay in patients with testicular cancer: results of a qualitative study. *Psychooncology* 8:144–54.

Gramling E., Clawson P. & McDonald M. (1996). Perceptual and cognitive abnormality model of hypochondriasis: Amplification and physiological reactivity in women. *Psychosomatic Medicine* 58: 423–431.

Grunfeld E., Ramirez A., Hunter M. & Richards M. (2003). Perceptions of breast cancer across the lifespan. *Journal of Psychosomatic Research* 54: 141– 6.

Kellner R. (1986). *Somatization of hypochondriasis*. New York: Praeger.

Kleindorfer D. O., Miller R., Moomaw C. J., Alwell K., Broderick J. P., Khoury J. & Kissela B. M. (2007). Designing a message for public education regarding stroke: Does FAST capture enough stroke? *Stroke* 38: 2864-2868.

Kreatsoulas C. (2014).Why Are So Many Women Ignoring Heart Attack Symptoms? Available at: http://www.huffingtonpost.com/2014/10/30/heart-attack-symptoms%women_n_6068030.html Accessed 15-1-2015.

Lecci L. & Cohen D. J. (2002). Perceptual consequences of an illness–concern induction and itsrelation to hypochondriacal tendencies. *Health Psychology* 21: 147–156.

Lefler L. & Bondy K.N. (2004). Women's delay in seeking treatment with myocardial infarction: a meta-synthesis. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 19(4): 251-68.

Leventhal H., Meyer D., & Nerenz D. (1980). The common-sense representation of illness danger.In S. Rachman (Ed.). *Contributions to Medical Psychology*, New York: Pergamon.

Martin C.L. (1995). Stereotypes about children with traditional and nontraditional gender roles. *Sex Roles* 33: 727-751.

Meischke H., Yasui Y. & Kuniyuki A. (1999). How women label and respond to symptoms of acute myocardial infarction. *Heart Lung* 28:261–269.

Mor V., Masterson-Allen S., Goldberg R., Guadagnoli E.& Wool

M.S. (1990). Prediagnostic symptom recognition and help seeking among cancer patients. *Journal of Community Health* 15(4): 253-261.

Moser D. K., Kimble L. P., Alberts M. J., Alonzo A., Croft J. B., Dracup K. & Zerwic J. J. (2006). Reducing delay in seeking treatment by patients with acute coronary syndrome and stroke. *Circulation* 114: 168-182.

Niederdeppe J. & Levy A. (2007). Fatalistic Beliefs about Cancer Prevention and Three Prevention Behaviors. Cancer Epidemiology, *Biomarkers &Prevention* 16(5): 998-1003.

Perry K., Petrie K., Ellis C., Horne R. & Moss-Morris R. (2001). Symptom expectations and delay in acute myocardial infarction patients. *Heart* 86:91–3.

Ramirez A.J., Westcombe A.M., Burgess C.C., Sutton S., Littlejohns P. & Richards M.A. (1999). Factors predicting delayed presentation of symptomatic breast cancer: a systematic review. *Lancet* 353: 1127– 31.

Resnick M.D., Bearman P.S., Blum R.W., Bauman K.E. & Harris K.M. (1997). Protecting adolescents from harm: findings from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *JAMA* 278:823–32.

Rice T.W. & Coates D.L. (1995). Gender role attitudes in the southern United States. *Gender and Society* 9(6): 744-756.

Rosenfeld A. G., Lindauer A. & Darney B. G. (2005). Understanding treatment-seeking delay in women with acute myocardial infarction: Descriptions of decision-making patterns. *American Journal of Critical Care* 14: 285-293.

Rosvold E. & Bjertness E. (2002). Illness behaviour among Norwegian physicians. *Scandinavian Journal of Public Health* 30(2): 125-32.

Safer M. A., Tharps Q. J., Jackson, T. & Leventhal H. (1979). Determinants of three stages of delay in seeking care at a medical clinic. *Medical Care* 17: 11–29.

Saltonstall R. (1993). Healthy bodies, social bodies: men's and women's concepts and practices of health in everyday life. *Social Science and Medicine* 36 (1): 7-14.

Sanden I., Larsson U.S. & Eriksson C. (2000). An interview study of men discovering testicular cancer. *Cancer Nursing* 23(4): 304– 309.

Sanderson C. (2013). Health Psychology, Hoboken U.S.A: Wiley.

Schroetter S. A. & Peck S. D. (2008).Women's risk of heart disease: Promoting awareness and prevention - A primary care approach. *Medsurg Nursing* 17:107-113.

Smith J., Braunack-Mayer A., Wittert G. & Warin M. (2007). "I've been independent for so damn long!": Independence, masculinity and aging in a help seeking context. *Journal of Aging Studies* 21: 325–335.

Smith J., Braunack-Mayer A., Wittert G. & Warin M. (2008). "It's sort of like being a detective": Understanding how Australian men self-monitor their health prior to seeking help. BMC Health Services Research 8:56. Available at http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/56. Accessed 30-12-2014.

Smith L., Pope C. & Botha J. (2005). Patients' help-seeking experiences and delay in cancer presentation: a qualitative synthesis. *Lancet* 366: 825–31.

Springer K. & Mouzon W. (2011). "Macho men" and preventive health care: implications for older men in different social classes. Available at http://hsb.sagepub.com/content/early/2011/04/13/0022146510393972. Accessed 23-12-2014).

Tucker J., Elliott M. & Klein D. (2006). Social Control of Health Behavior: Associations with Conscientiousness and Neuroticism. *Personality and Social Psychology Bulletin* 32(9): 1143-1152.

Umberson D., Crosnoe R. & Reczek C. (2010). Social Relationships and Health Behavior Across Life Course. *Annual Review of Sociology* 36: 139–157.

White A.K. (2000) *Men Making Sense of their Chest Pain*, Doctoral Dissertation. University of Manchester, Manchester. Cited in Courteney (2000).

Zola I. (1973). Pathways to the doctor-from person to patient. *Social Science & Medicine* 7: 677-689.

Factors Affecting the Decision To Seek For Medical Care: A Literature Review

Maria Tzafalia[1], Aristeidis Routsis[2]

1. Dentist MSc(c)
2. R.N. MSc(c), Health Center Kato Neurokopi, Drama, Greece.

ABSTRACT

The delay in seeking medical care, when patients experience specific symptoms, is influenced by a range of demographic, psychological, social, cognitive and religious factors such as gender, family status, age, symptom severity, previous experiences, psychological mood, perceptions towards diseases, attitudes and fears towards illness, social networks and religious beliefs. The patient's cognitive level appears to play a significant role in his/her decision to seek for medical care. Health professionals constitute a particular group which requires special attention. The aim of the present literature review is to highlight the factors which affect the patient's decision to seek for or to delay seeking medical help and to offer suggestions in order to limit this delay.

Key Words: Cognitive level, gender, health perceptions, health professionals, medical care

Correspondence author: Tzafalia Maria
Email: mariatzafalia@yahoo.gr Tel: +30 6971643807

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

The relationship between leadership styles and the risk of developing Cardiovascular Diseases (CVD) among nurses

Konstantinos Giannakou[1]

1. RN, BSc, MSc, PhD(c) Cyprus International Institute for Environmental and Public Health, Cyprus University of Technology, Limassol, Cyprus

ABSTRACT

Cardiovascular disease (CVD) is a major cause of disability and premature death throughout the world and a very serious matter of public health. Amongst the psychosocial factors that have been documented to increase the risk of CVD is stress, but the causative mechanisms remain unclear. Nursing is one of the occupations with the highest prevalence rates in job stress. Relationships between staff nurses and nurse managers are particularly important when examining stress and burnout. Although there is no convincing evidence that stress, and in particular job stress, causes health effects, the indirect evidence is strongly suggestive of work stress effect. Therefore, since there is not direct link between leadership styles and CVD, this study aims to look into the relationship between leadership styles and CVD, through burnout. This paper first focuses on the background information and the gap in the literature and then it goes on to look at research evidence to establish the possibility of an association between leadership styles, burnout and CVD.

Key Words: burnout, cardiovascular diseases, leadership, nursing, stress.

Correspondence author: Konstantinos Giannakou
Email: konstantinos.giannakou88@gmail.com Tel: +35799764832

HIGHLIGHTS/KEY POINTS

- **There is a gap in literature regarding the association between nursing burnout and CVD**
- **Nurses can be exposed on a daily basis to a large number of potential stress factors**
- **Burnout is really costly as it leads to job absenteeism and low job performance**
- **Work related stress/burnout associates positively with cardiovascular conditions**

INDRODUCTION

According to the World Health Organization (WHO) during the previous few decades, cardiovascular diseases (CVD) has become a primary cause of death and disability worldwide, with major impact on both developed and developing nations (WHO 2011). It has been recognized that psychosocial factors related to the social environment such as job stress, increase the risk of development CVD (von Känel 2012). Research evidence has shown that health professionals are a group at significant risk from the negative effects of stressful workplaces, with nurses at risk from stress-related problems, with high rates of turnover, absenteeism, and burnout (Kirkcaldy & Martin 2000). Ultimately, excessive exposure to stressors or/and work-related stress that is left unaddressed could result in the development of burnout (Maslach 2003). Likewise, factors such as poor working relationships, absence of adequate supervisory or peer support and poor leadership style have been reported to be connected with burnout (Demerouti et al. 2000). In fact, research studies have indicated that most nurses do not have or perceive supportive leadership (Spence 2004).

In the past, the effects and consequences of job stress and burnout was not seen as prominent workplace problem, however, due to the impact of burnout on both individuals and organizations, its prevention is a challenge for healthcare institutions. Reducing work stress is important to prevent the development of stress-related diseases, such as CVD, and to promote employees health. Hence, the aim of this study is to identify the relationship between leadership styles used by nurse leaders and cardiovascular diseases. However, since there is no direct link between leadership styles and CVD, this study will try to investigate the relationship of these two topics, by interlinking leadership styles with burnout, and burnout with CVD.

CARDIOVASCULAR DISEASES AND BURNOUT

The term "cardiovascular diseases" can enclose a wide range of illnesses, such as coronary heart disease, congestive heart failure, congenital heart defects, and infectious cardiac disease (Institute of Medicine 2010). There is a range of serious risk factors, which have an effect on developing CVD; among them are behavioural risk factors such as tobacco use and physical inactivity, metabolic risk factors such as diabetes, and other non-modifiable factors such as gender, genetics and race (WHO 2011). However, psychosocial factors such as psychological stress are widely believed to be an important determinant of heart disease (Hemingway & Marmot 1999). Exposures to such factors may directly influence health through physiological changes or indirectly through their association with unhealthy behaviour (Macleod et al. 2002).

The hypothesis, how stress through physiological mechanisms can influence health directly, and therefore increase cardiovascular disease risk, can be explained in several ways. For instance, stress could influence the risk of disease via direct effects on stress hormones. These hormones are not harmful for individuals if they are present for short periods of time. However, if energy is demanded for very long periods, combined with deficient resting, the stress hormones affect serum lipids, coagulation and inflammation and result in accelerated coronary atherosclerosis (European Health Network 2006). Also during emotionally upsetting conditions, the demand for oxygen increases, as heart starts beating harder and faster. If this continues for extended periods of time, a myocardial infarction may appear despite the fact that the arteries may not be totally blocked (European Health Network 2006). On the other hand, exposure to stress and burnout might also change people's behaviour. These behavioural or lifestyle changes include increased tobacco smoking, consumption of foods with high levels of calories, fat and carbohydrates and higher intake of alcohol and coffee. Besides that, stress may have an effect on decreasing physical activity, onset of hostility and anger, and sleep problems. Thus, these lifestyle behaviours increase the risk of cardiovascular disease (European Health Network 2006). However, it is particularly difficult to estimate the independent impact of each factor because they are interconnected in many different ways. For instance, dietary habits influence blood lipids and exercise influence blood pressure.

In the previous years, the effects and consequences of job stress was not seen as major workplace problem, but recently more and more organizations realise the impact of these conditions on employee health. Wicks

(2006) defines secondary stress in healthcare, as the one caused by the pressure placed on professionals who care for others in need. It is also known as ''burnout'' and ''compassion fatigue''. As an organization, the hospital creates serious psychological impacts on nursing staff, which can lead to an increase in error rates, absenteeism and low productivity due to burnout (Bianchi 2004). This happens because nurses are exposed on a daily basis to a large number of potential stress factors. Workplace stress generators that might have impact on nurses are identified in nine sub-scales: conflict with physicians, inadequate preparation, problems with peers and supervisors, discrimination, workload, uncertainty concerning treatment, dealing with death, dying patients, and their families (French et al. 2000 cited in McVicar 2003).

Burnout is a form of psychological stress and not a clinical diagnosis (Firth-Cozens & Payne 1999). It was defined in one of the first academic books as a ''progressive loss of idealism, energy and purpose experienced by people in helping professions'' (Edelwich & Brodsky, 1980 cited in Wicks 2006:18). Furthermore, Ruotsalainen et al (2008) describe burnout as a persistent, negative, work-related state of mind in ''healthy'' individuals, which is characterized by exhaustion, distress, low effectiveness and the development of dysfunctional attitudes at work. Maslach (1982) cited in Thomas (2009), described three phases of burnout. In the first phase, persons begin to feel emotional exhaustion and drain. Later, they develop negative feelings about their patients, co-workers, and themselves and finally their ability to perform in their workplace is decreased. Additionally research shows that regardless the nursing ward (intensive care, surgery or psychiatric), some of them will develop burnout and some will not (Thomas 2009).

The concept of burnout has been debated because similar symptoms and signs are seen in other disorders such as depression and anxiety (Wicks 2006). Clearly, burnout and depression are characterised by similar symptoms, but they also have differences. This is because individuals with depression are usually overwhelmed by listlessness and lethargy and they hold on to ideas of guilt. Alternatively people with burnout, present their complaints much more vigorously and feel disappointed and aggrieved (Firth-Cozens & Payne 1999). Poncet et al. (2007) reported that the key difference between the two syndromes is where they occur. Depression affects nearly every aspect of the individual's life, but symptoms of burnout occur only at the workplace. Also, the costs of burnout are even higher than stress and affect not only the welfare of the individual but also influence his family, friends, and colleagues. High levels of burnout have been more prevalent in healthcare professions, especially nursing. Apparently, burnout is a serious concern, not only because it affects patient and nurse well-being but also because it will result in the tragic loss of high skilled nurses, and therefore the functioning of the organization (Poncet et al. 2007, Thomas 2009).

LEADERSHIP STYLES AND BURNOUT

Stress in the workplace, and the psychological status of the subordinate are primarily modified or influenced by supervisory leadership (Seltzer & Numerof, 1988). In fact, Clegg (2001) states that leadership style is associated with reduced levels of occupational stress. This shows that this relation is present and consequently, depending on the leadership style and the leader him/her-self, will determine if occupational stress will or will not be appear. Through the years leadership has been variously defined. It was defined as a relationship where a specific person influenced other people's activities and behaviours (Mullins 1999). While certain people argue that leadership is about possessing a set of conceptual abilities, others argue that leadership consists of actually having a vision using an emotional front, caring for followers and being a role model. Followers on the other hand, trust the leader and will achieve goals collectively by respecting, believing and following a leader's decisions (Barr & Dowding 2012). As it can be seen from the different definitions, in different times, leadership encountered an evolution that is still ongoing.

From an organisational point of view, burnout was defined first by Boyd (1978) as a syndrome or physical state, mental and emotional exhaustion in response to chronic and repetitive organisational stressors (Boyd 1978 cited by Gill et al. 2006). This definition was further elaborated by Leiter and Maslach in 1988 by stating that burnout was found to be related to low organisational commitment (Gill et al. 2006). This shows that for the organisation, the outcomes of burnout are really costly as they lead either to an undesirable approach toward job performance or negative behavioural aspects.

In his book "Leadership and nursing care management", Nagelkerk (2005) emphasizes on job stressors by explaining that nurses experience stress deriving from various sources, with the most common being patients who are dying or are in pain, emergency treatments, co-workers, leaders, unsafe work conditions. Nagerklerk (2005) adds that when stress is too great on the job, nurses experience burnout. However, in order to relate stress to leadership, the cause of nurses' job stress must be analysed. The causes of burnout can be explained in many ways. There are three different categories of potential risk factors for burnout; ''work environment'', ''demographic variables'' and ''personality''. For instance, work overload, lack of control, insufficient reward, lack of fairness and conflict in values are some

of the potential risk factors under the umbrella of work environment, which is the focus of this study (Maslach 2003). One of the major causes of burnout among nurses is the amount of time spend each day for patient care, especially with the advent of extended shifts (Rogers et al. 2004). Also, factors such as changes in healthcare implementation cause feelings of disillusionment and uncertainty among nurses. Another source of stress has been found to be the traditional domination of physicians (Maslach 2003). Lastly, nursing leaders have a key role in creating constructive work environments that can have a major impact on how nurses perform and, eventually, on the excellence of the care they provide (Greco et al. 2006).

The nurse leaders' job, being the staff's supervisor, has a radical influence over nurses, and his or her behaviour towards staff is very critical for the formation of a work environment. McVicar (2003) scrutinized the causes of workplace stress and according to his findings, workload, leadership and management style and professional conflict with other nurses or physicians have all been sources of distress for nurses for many years, but the disagreement is in the magnitude of their impact. In other words, workplace stress is formulated by the leadership style that is used. There are numerous leadership characteristics that a leader uses in different situations; these include: formal and informal leadership, direct and indirect leadership, clinical and non-clinical leadership, and political and organisational leadership (Hartley & Bennington 2010). However for the purpose of this report, the focus will be on the context of clinical leadership, which occurs in the nursing workplace. The focus of clinical leadership is to facilitate theoretical practice and improve patient outcomes through local care (Milward & Bryan 2005 cited by Hartley & Bennington 2010). Nursing leadership literature mainly looks at direct leadership and its impact (Hartley & Bennington 2010). Focusing on this impact is needed in order to understand effective clinical-managerial leadership relationships and its impact on nurses.

Research evidence on the association between burnout and CVD

As explained earlier, there is no direct correlation between leadership styles and burnout. The focus of this research is to identify a possible correlation between workplace stress factors/burnout and cardiovascular diseases, based on the available research data. Although many researchers have attempted to measure burnout levels among healthcare professions, very few research studies have investigated the correlation between burnout and CVD among nurses or other healthcare professionals as the literature review revealed.

As described earlier, high levels of burnout have been documented in healthcare professions due to the fact that these professionals have been trained to put the patients' needs above their own. Each day at work, they are exposed to high levels of emotional strain because they are dealing with persons who are sick or dying and have excessive physical and emotional needs. For that reason, and coupled with other stress factors in the work environment, healthcare professionals, especially nurses, are more vulnerable to burnout (Maslach 2003). This argument has been substantiated by a major study conducted by Aiken et al. (2001), in which a large number of health professionals were studied in 711 hospitals located in five countries. The goal was to obtain information about organizational climate, nurse staffing, and nurse and patient outcomes. The results obtained from this study showed that the rates of stress and burnout were approximately 40% higher in nurses than other healthcare professionals.

A previous study by Lynch et al. (1997), has investigated the association between workplace stress factors such as job demands and economic reward in relation to a 4-year progression of carotid atherosclerosis in a population sample of 940 Finnish men. To examine this association indicators of atherosclerotic process were used, particularly ultrasound scanning of carotid arteries (B-mode imaging of intima-media thickness). The results of this study showed that men who had jobs with high demands and low economic rewards had significantly (p=.008) greater 4-year progression of plaque height and maximum intima-media thickness (p=.03) than men with low-demand, high-income jobs. Also these findings increase the evidence that factors connected with work environment are important in the development of atherosclerotic vascular disease before the appearance of clinically relevant and more distal manifestations of the disease process (Lynch et al. 1997). Additionally, a recent study conducted by Chandola et al. (2008) investigated the accumulation of work stress in association to higher risks of coronary heart disease (CHD), and how work stress affect CHD. The study found that work stress is an important risk factor of CHD among working-age populations. They concluded that, stress in the workplace has an impact on CHD development, through effects on neuroendocrine stress pathways and health behaviours. Specifically, around 32% of work stress on CHD can be explained by health behaviours such as low physical activity, poor diet, and metabolic syndrome. Surprisingly, the association between work stress and CHD was stronger among employees younger than 50 years old. Lastly, the study adds to the literature since it has shown a linear association between work stress and CHD events, metabolic syndrome, and lower heart variability.

Another important finding of the correlation of psychological stress and CVD came from the cohort

study from Macleod et al. (2002) in Scotland. This prospective observational study investigated the association between self-perceived psychological stress and cardiovascular disease in a population where stress was not associated with social disadvantage. The study follows up 8.229 participants over 21 years through two screening measures from baseline until the end of the study. The results from this study show a higher rate of hospital admission with higher stress. This was most strongly apparent in relation to psychiatric disorders. Higher stress also strongly predicted admissions related to hypertension, varicose veins, and ill-defined cardiovascular conditions. Another important finding was that stress showed typical associations with unhealthy behaviour such as alcohol consumption, high BMI, smoking and low exercise (<3 hours weekly). All these unhealthy behaviours were statistically significant ($p>0.05$). It is important to note that adjustment for social position and risk factors made little difference to most of these estimates. Last of all, Kuper and Marmot (2003) performed a large-scale research study of 10308 male and female civil servants aged 35–55 years old in London, to investigate the association between work-related stress and components of the job strain model and CHD risk. The results of the study showed that the combination of high job demands and low decision latitude, which is job strain, was associated with the risk of CHD events. Specifically, high demands were related to future occurrence of all CHD, especially fatal CHD and non-fatal myocardial infarction for both men and women, whereas low decision latitude was predictive only of all CHD in men. The main conclusion of this study was that job strain, high job demands, and, to some extent, low decision latitude, is associated with an increased risk of CHD among all participants.

Research evidence on association between leadership style and burnout

Based on the information drawn from previous research on the topic, this section aims to analyse leadership styles, stress and burnout among staff nurses in order to illustrate the extent of correlation between leadership styles adopted by nurse leaders with staff's stress, burnout and dissatisfaction.

A research study by Stordeur et al. (1999) focuses on the relationship between leadership, organizational stress, and emotional exhaustion in burnout among hospital nursing staff. The sample of this study was 1,593 registered nurses from a Belgian university hospital. Only ward nurses were included in the study while nurses occupying a leadership position such as head nurses or assistant head nurses were excluded. With the agreement of the general management of the hospital, a questionnaire was designed to assess work stressors, leadership, and emotional exhaustion. Questionnaires were collected through the internal hospital mail system and sent back to the researchers. The results of the study showed that stress emanating from physical and social environment, role ambiguity, and active management-by-exception leadership were significantly associated with increased levels of emotional exhaustion. Contingent reward leadership and transformational leadership did not influence emotional exhaustion.

The impact of transformational leadership style was examined in the study of Gill et al. (2006) in relation to individual's job stress and burnout. The limitation of this study is that it was not effectuated among nurses and healthcare settings; however, it gives a great idea about the relationship between transformational leadership, job stress and burnout that can be transposed to the healthcare setting. The results revealed that this leadership style decreased the level of job stress as opposed to Stordeur et al. study (1999), which indicated that transformational leadership did not influence emotional exhaustion. These studies showed that the level of burnout is related to the level of perceived stress, which is consecutively related to the type of leadership employed by managers.

The study by Kanste et al. (2007) in the University of Oulu in Finland, explored the relationship between multidimensional leadership and burnout among nursing staff. The study was conducted using a non-experimental survey design, distributed to 601 nurses and nurse managers working in different healthcare organisations. The results showed that both transformational leadership and passive laissez-faire correlated both positively and negatively with emotional exhaustion and depersonalization depending on the part-time or full-time nurses' employment status. Rewarding transformational leadership seems to protect temporary nursing staff from emotional exhaustion, whereas the effect on permanent staff was minor. Passive laissez-faire leadership of nurse management seemed to expose temporary nursing staff to emotional exhaustion, whereas the effect on permanent staff was minor. Finally active management-by-exception connected positively with personal accomplishment.

In conclusion the case studies revealed that leadership outcomes differ greatly and comprise of different styles that have different effects on staff. Depending on the leadership style used by nursing leaders, the nurses will be affected in some way; therefore burnout is a risk that can be directly related to leadership styles. Burnout is also divided into different types and each type is affected more or less depending on the leadership style used by nursing leaders.

conditions. The studies by Chandola et al. (2008) and Kuper and Marmot (2003) examined specifically the relationship between work stress and the impact on CVD, and both found positive association between stress in the workplace and CVD. Another important finding of Lynch et al. (1997) was that people with high demanding and low paying jobs, such as nurses, have significant progression of carotid atherosclerosis. As described earlier, work stress also has an impact on individual's health behaviour. Particularly, the findings from the studies by Chandola et al (2008) and Macleod et al (2002) showed that stress has a typical association with behavioural risk factors such as alcohol consumption, smoking, physical inactivity, and unhealthy diet.

Active management-by-exception was found to increase the levels of emotional exhaustion or burnout (Stordeur et al. 1999), but surprisingly it also increased personal accomplishment levels (Kanste et al. 2007). While in one study, contingent reward leadership and transformational leadership were not found to influence the emotional exhaustion state of burnout (Stordeur et al. 2001), the findings in the Kanste et al. (2007) study showed mixed results, where contingent reward leadership and transformational leadership weakly influenced the levels of emotional exhaustion among permanent staff but actually decreased or increased its levels among temporary staff. Finally, in the analysis of Gill et al. (2006), transformational leadership was found very efficient in decreasing job stress, which consequently prevents burnout from stress.

Latterly it is crucial to note that more research needs to be conducted in order to investigate the impact of burnout on the development of CVD, specifically among nurses, as many studies focus only on the measurement of burnout levels. Future studies should focus on that area. Also additional research needs to be carried out on understanding why different types of leadership styles affect burnout in different ways. This will help clarify the correlation between leadership and CVD and assist decision makers in establishing policies and procedures that can reduce the strain of workplace on individuals. This will provide a healthier and more stable organization and a higher quality of healthcare.

REFERENCES

Aiken L.H, Clarke S.P, Sloane D.M, Sochalski J.A, Busse R, Clarke H, Giovannetti P, Hunt J, Rafferty A.M & Shamian J (2001). Nurses' Reports on Hospital Care in Five Countries. *Health Affairs*, 20 (3), 43-53.

Barr J & Dowding L (2012). *Leadership in health care* (2nd edition). London: Sage Publications

Bianchi E.R (2004). Stress and coping among cardiovascular nurses: a survey in Brazil. *Issues in Mental Health Nursing*. 25, 737–745.

Chandola T, Britton A, Brunner E, Hemingway H, Malik M, Kumari M, Badrick E, Kivimaki M & Marmot M (2008). Work stress and coronary heart disease: what are the mechanisms? *European Heart Journal*. 29 (5), 640-648.

Clegg A (2001). Occupational stress in nursing: a review of the literature. *Journal of Nursing Management*. 9 (2), 101-106.

Demerouti E, Bakker A.B, Nachreiner & Schaufeli B.W (2000). A model of burnout and life satisfaction amongst nurse. *Journal of Advanced Nursing*. 32 (2), 454–464.

Greco P, Laschinger H.K & Wong C (2006). Leader empowering behaviours, staff nurse empowerment and work engagement/burnout. *Nursing Leadership*. 19 (4), 41-56.

European Health Network (2006). *Stress and Cardiovascular* Disease. Available at: http://ec.europa.eu/health/mental_health/eu_compass/reports_studies/stress_report_en.pdf (accessed 15/11/14).

Firth-Cozens J & Payne R.L (1999). *Stress in health professionals: psychological and organizational causes and interventions*. Chichester: Wiley

Gill A.S, Flaschner A.B & Shachar M (2006). Mitigating stress and burnout by implementing transformational-leadership. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*. 18 (6), 469-481.

Hartley J & Benington J (2010). *Leadership for healthcare*. Bristol: The Policy Press

Hemingway & Marmot (1999). Psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease: systematic review of prospective cohort studies. *BMJ*. 318, 1460–7.

Kanste O, Kyngäs H & Nikkilä J (2007). The relationship between multidimensional leadership and burnout among nursing staff. *Journal of Nursing Management*, 15 (7), 731-739.

Kirkcaldy B.D & Martin T (2000). Job stress and satisfaction among nurses: Individual differences. *Stress Medicine*, 16, 77–89.

Kivimäki M, Leino¬Arjas P, Luukkonen R, Riihimäki H, Vahtera J & Kirjonen J (2002). Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees. *BMJ*. 325 (19), 857–60.

Kuper H & Marmot M (2003). Job strain, job demands, decision latitude, and risk of coronary heart disease within the Whitehall II study. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 57, 147–153.

Lynch J, Krause N, Kaplan G.A, Salonen R & Salonen J.D (1997). Workplace Demands, Economic Reward, and Progression of Carotid Atherosclerosis. *Circulation*. 96, 302-307.

Macleod J, Davey Smith G, Heslop P, Metcalfe C, Carroll D & Hart C (2002). Psychological stress and cardiovascular disease: empirical demonstration of bias in a prospective observational study of Scottish men. *BMJ*. 324, 1247–51.

Maslach C (2003). *Burnout: The Cost of Caring*. Cambridge: Malor Books

McVicar A (2003). Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 44 (6), 633–642.

Mullins L (1999). *Management and Organisational Behaviour* (5th edition). Harlow: Pearson

Nagelkerk J (2005). *Leadership and nursing care management*. London: Saunders

Poncet M.C, Toullic P, Papazian L, Kentish-Barnes N, Timsit J.F, Pochard F, Chevret S, Schlemmer B & Azoulay Egre (2007). Burnout syndrome in critical care nursing staff. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 175, 698–704.

Rogers A.E, Hwang W.T, Scott L.D, Aiken L.H & Dinges D.F (2004). The Working Hours Of Hospital Staff Nurses And Patient Safety. *Health Affairs*. 23 (4), 202-212.

Roland von Känel (2012). Psychosocial stress and cardiovascular risk – current opinion. *Swiss Medical Weekly*. 142, 1-13.

Ruotsalainen J, Serra C, Marine A & Verbeek J (2008). Systematic review of interventions for reducing occupational stress in health care workers. *Scandinavian Journal of Work*, Environment & Health. 34 (3), 169-178.

Seltzer J & Numerof R (1988). Supervisory leadership and subordinate burnout. *Academy of management Journal*. 31 (2), 439-446.

Spence LHK. (2004). Hospital nurses' perceptions of respect and organizational justice. *Journal of Nursing Administration*. 34, 354-364.

Stordeur S, Vandenberghe C & D'hoore W (1999). Predicteurs de l'épuisement professionnel des infirmieres: Une étude dans un hôpital universitaire [Predictors of nurse burnout: a study in a teaching hospital). *Recherche En Soins Infirmiêrs*. 59, 57-67.

Thomas S.P (2009). *Transforming nurses' stress and anger: steps toward healing* (3rd edition). London: Springer

Wicks R.J (2006). *Overcoming secondary stress in medical and nursing practice: a guide to professional resilience and personal well-being*. Oxford: Oxford University Press

World Health Organization (2011). *Global Atlas on cardiovascular disease prevention and control*. Available at: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241564373_eng.pdf (accessed 11/9/14).

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Νοσηλευτική διαχείριση ασθενών με περιφερική νευροπάθεια που οφείλεται στη χημειοθεραπεία: μια συστηματική ανασκόπηση

Γεώργιος Ελεσνίτσαλης [1], Όλγα Τσαρτσαράκη [2], Ιωάννα Βεκίλη [3], Μαρία Βούρβου [4]

1. Νοσηλευτής ΤΕ, MSc, PhD©, ΓΝΘ «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη
2. Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, ΓΠΝ, Γιαννιτσά
3. Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, ΓΠΝ «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη
4. Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc(c) Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «Morecambe Bay», Lancaster UK

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η περιφερική νευροπάθεια που οφείλεται στη χημειοθεραπεία, αποτελεί ένα μείζον πρόβλημα στη διαχείριση των ογκολογικών ασθενών. Ως περιφερική νευροπάθεια ορίζεται η καταστροφή ή βλάβη που προκαλείται στο περιφερικό νευρικό σύστημα. Πολλές μελέτες στηρίζονται σε νευρολογικές διαγνωστικές μεθόδους που αναγνωρίζουν τις αισθητικές και κινητικές βλάβες του περιφερικού νευρικού άξονα που προκαλούνται από τη νευροτοξικότητα των χημειοθεραπευτικών σχημάτων. Οι παρενέργειες της χημειοθεραπείας φαίνεται να απασχολούν ολοένα και περισσότερο την επιστημονική κοινότητα λόγω της συχνότητας εμφάνισης τους, τη σοβαρότητα των συστηματικών βλαβών και την επίπτωσή τους στην ποιότητα ζωής των ασθενών.

Σκοπός: Η ανασκόπηση των σύγχρονων δεδομένων της διεθνούς βιβλιογραφίας σχετικά με την εμφάνιση περιφερικής νευροπάθειας σε ασθενείς που λαμβάνουν αντινεοπλασματική αγωγή, ώστε να καταγραφούν οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που αφορούν στην αναγνώριση και διαχείριση των συμπτωμάτων της περιφερικής νευροπάθειας, καθώς και των μέτρων προφύλαξης που μπορεί να ληφθούν για την αποτροπή της εμφάνισής τους.

Υλικό και μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις Medline, Embase, στο Σύνδεσμο Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών (HEAL-Link) και στη μηχανή αναζήτησης Google Scholar. Κριτήρια ένταξης των άρθρων ήταν η αγγλική γλώσσα, ο ερευνητικός σχεδιασμός τους και η χρονολογία διεξαγωγής της μελέτης. Εντοπίστηκαν 57 αναφορές και τελικά το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτέλεσαν 17 πρωτογενείς ερευνητικές μελέτες (1997-2015), οι οποίες κάλυπταν τα παραπάνω κριτήρια και αφορούσαν σε ασθενείς με επώδυνη περιφερική νευροπάθεια λόγω λήψης χημειοθεραπευτικής αγωγής.

Αποτελέσματα: Αρκετές φαρμακολογικές ουσίες (όπως η Βιταμίνη Ε, γλουταμίνη, γλουταθειόνη, ατνικαταθλιπτικά και οπιοειδή), αλλά και μη φαρμακολογικές μέθοδοι (όπως η ψυχολογική υποστήριξη, ο βελονισμός και η εφαρμογή ηλεκτρικής διέγερσης) φάνηκαν να έχουν σημαντική επίδραση στην υποχώρηση του νευροπαθητικού πόνου. Τα συμπτώματα που προκαλούνται από τον πόνο και η διαχείρισή τους μπορούν να εκτιμηθούν από το επαρκώς εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό ώστε να μπορεί να εφαρμόζει τις ανάλογες τεχνικές.

Συμπεράσματα: Οι μη επεμβατικές και μη φαρμακολογικές μέθοδοι ανακούφισης μπορούν να εφαρμοστούν αποτελεσματικά ως ανεξάρτητες ή εξαρτημένες νοσηλευτικές παρεμβάσεις στη διαχείριση της περιφερικής νευροπάθειας που οφείλεται στη χημειοθεραπεία.

Λέξεις – Κλειδιά: Χημειοθεραπεία, Περιφερική Νευροπάθεια, Πόνος, Νοσηλευτική διαχείριση.

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας Γεώργιος Ελεσνίτσαλης
Email: ikon3369@yahoo.com Τηλ: +306944988474

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ανάπτυξη νεοπλασμάτων φαίνεται να απασχολεί ολοένα και περισσότερο την επιστημονική κοινότητα, αφού αποτελεί το πιο συχνό πρόβλημα της σύγχρονης κλινικής ιατρικής με απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις. Σύμφωνα με τους Decker et al (2009), οι νεοπλασίες στις χώρες του δυτικού κόσμου αποτελούν τη δεύτερη αιτία θανάτου μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Επιπλέον, προσβάλλουν περισσότερο από το 1/3 του πληθυσμού, ευθύνονται για περισσότερο από το 20% των θανάτων, ενώ στις αναπτυγμένες χώρες αποτελούν το 10% του ολικού κόστους της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.

Οι Hausheer et al (2006), επισημαίνουν ότι η εξέλιξη του καρκίνου συχνά είναι αποτέλεσμα επίκτητων γενετικών αλλαγών, όπου διαταράσσεται η φυσιολογική κυτταρική λειτουργία από μια κακοήθη εξαλλαγή ενός φυσιολογικού κυττάρου, μέσω της ανισορροπίας των μηχανισμών μίτωσης και απόπτωσης. Οι αλλαγές που προκύπτουν από αυτόν τον συνδυασμό των γενετικών μηχανισμών καταλήγουν σε μία αλόγιστη διαίρεση – άθροιση - πολλαπλασιασμό νέων καρκινικών κυττάρων με ιδιαίτερα επιθετικά χαρακτηριστικά με μη φυσιολογικό ή ασταθή γενετικό προορισμό. Η ανάπτυξη είναι αυτόνομη, ανεξέλεγκτη και απαιτεί εξειδικευμένα θεραπευτικά σχήματα με στόχο να επηρεάσουν τόσο το γονιδιακό υλικό των κυττάρων σε επίπεδο φαινοτύπου, όσο και το πολλαπλασιασμό τους, τη κυτταρική μετακίνηση και τις κυτταρικές συνάψεις (Kinzel & Vogelstein 1998, Hans et al 2008).

Ο συνδυασμός θεραπείας με αντικαρκινικά φάρμακα διαφορετικών μηχανισμών δράσης χρησιμοποιείται συχνά για την καταστροφή των αντινεοπλασματικών κυττάρων (Marselos 2007). Η τοξικότητα των αντινεοπλασματικών φαρμάκων χαρακτηρίζεται από μικρή εκλεκτικότητα ως προς τα καρκινικά κύτταρα, με αποτέλεσμα πολλά θεραπευτικά σχήματα να προκαλούν τοξικές εκδηλώσεις στο φυσιολογικό κυτταρικό περιβάλλον.

Οι κύριες κατηγορίες των φαρμάκων αυτών, με βάση τη χημική δομή, την πηγή προέλευσης και το μηχανισμό δράσης τους είναι οι αλκυλιωτικές ουσίες, οι αντιμεταβολίτες, τα φυσικά προϊόντα, οι ορμόνες και ανταγωνιστές αυτών. Τα φάρμακα που ανήκουν σε αυτή την οικογένεια παρουσιάζουν το ίδιο περίπου φάσμα τοξικότητας (Strevel et al 2007). Όσον αφορά στο αυτόνομο νευρικό σύστημα, οι επιπτώσεις της τοξικότητας των εκάστοτε θεραπευτικών σχημάτων μπορεί να οδηγήσουν σε παραλυτικό ειλεό, δυσκοιλιότητα, κατακράτηση ούρων λόγω ατονίας της κύστης και κολικοειδείς πόνους στην κοιλιακή χώρα.

Από τα άλλα συστήματα αναφέρονται αλλοιώσεις όπως μυελοκαταστολή, αλωπεκία και σύνδρομο απρόσφορης έκκρισης της αντιδιουρητικής ορμόνης (Hausheer et al 2006). Ενώ οι κατηγορίες των φαρμάκων που σχετίζονται με τις ορμόνες και αντίστοιχα τους ανταγωνιστές δεν προκαλούν σοβαρή τοξικότητα, φαίνεται όμως να έχουν μικρό εύρος αποτελεσματικότητας. Στα διάφορα άλλα αντινεοπλασματικά φάρμακα, η πλέον σοβαρή ανεπιθύμητη ενέργεια είναι η νεφροτοξικότητα όπου εκδηλώνεται με αύξηση της ουρίας και κρεατινίνης, μείωση του ρυθμού σπειραματικής διήθησης (Glomerular Filtration Rate GFR) και αντίστοιχα σοβαρές ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι οι σπασμοί, η εγκεφαλοπάθεια, οι επιληπτικές κρίσεις σε υψηλές δόσεις, το παρεγκεφαλιδικό σύνδρομο, η μυοπάθεια, η τοξικότητα του νωτιαίου μυελού, η αισθητικού τύπου περιφερική νευροπάθεια καθώς και η μείωση της ακοής στις υψηλές συχνότητες (Marselos 2007, Strevel et al 2007).

Από τα παραπάνω προκύπτει πως η χημειοθεραπεία αφορά στη χορήγηση κυτταροστατικών ουσιών που παρεμβαίνουν στον πολλαπλασιασμό και στην ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων. Μια από τις σημαντικότερες ανεπιθύμητες ενέργειες που εκδηλώνεται σε αυτούς τους ασθενείς, απόρροια της νευροτοξικότητας, είναι η περιφερική νευροπάθεια, που αφορά στην έκπτωση της λειτουργικότητας του περιφερικού νευρικού συστήματος (Papageorgiou & Koutelatos 2009, Miltenburgetal 2014).

Η περιφερική νευροπάθεια, ως απόρροια της χημειοθεραπείας, λαμβάνει χώρα λόγω της νευροτοξικότητας που παρατηρείται στα εκάστοτε θεραπευτικά σχήματα. Οι συνέπειες αυτής της νευροτοξικότητας σε μυοσκελετικό επίπεδο, ήτοι νευρομυϊκής δυσλειτουργίας, είναι συνάρτηση της ανιχνεύσιμης διαταραχής σε αισθητικό και κινητικό επίπεδο. Οι κινητικές διαταραχές που συνοδεύουν τους χημειοθεραπευόμενους ογκολογικούς ασθενείς με περιφερική νευροπάθεια, πιθανόν να οφείλονται σε έκπτωση της λειτουργικότητας του περιφερικού κινητικού άξονα λόγω της απομυελίνωσης του, σε αλλοιώσεις που παρατηρούνται σε επίπεδο νευρομυϊκής σύναψης, ή ακόμη και σε μειωμένη διαπερατότητα της κυτταρικής μεμβράνης.

Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι διαταράσσεται ο λειτουργικός ερεθισμός μετάδοσης των ερεθισμάτων. Τα χημειοθεραπευτικά σχήματα μπορεί να επηρεάσουν τόσο το προσυναπτικό τμήμα (το τμήμα της σύναψης που φτάνει αρχικά το ερέθισμα), όσο και το μετασυναπτικό τμήμα (το τμήμα της σύναψης που θα μεταδώσει το ερέθισμα στο επόμενο κύτταρο), ακόμη και τη συναπτική σχισμή. Όπως προκύπτει από τη βιβλιογραφία, ο κύκλος που προκαλεί τη διάνοιξη των συναπτικών κυστιδίων διαταράσσεται. Τα εν λόγω κυστίδια συσσωρεύονται γύρω από ενεργές ζώνες και αποτελούν τη θέση απελευθέρωσης του διαβιβαστή ακετυλοχολίνης (Ach). Οι νευροδιαβιβαστές είναι αμίνες, μονοαμίνες, αμινοξέα, πεπτίδια, ιόντα, αέρια (μονοξείδιο του αζώτου, NO), οι οποίοι έχουν την ικανότητα να μεταδίδουν τα ερεθίσματα από τον έναν νευρώνα στον επόμενο. Η διάρκεια της δράσης των διαβιβαστών ελέγχεται ουσιαστικά με δύο τρόπους, είτε με την εξουδετέρωση τους, απόρροια των θεραπευτικών σχημάτων που ακολουθούμε, είτε με τον αποκλεισμό της επαναπρόσληψης τους. Και οι δύο παραπάνω τρόποι φαίνεται να επηρεάζονται από την χημειοθεραπεία και αντίστοιχα από τα σχήματα που ακολουθούνται.

Σύμφωνα με τους ερευνητές, επισημαίνεται ότι σε πολ-

λά θεραπευτικά σχήματα δεν είναι ακόμη πλήρως κατανοητός ο μηχανισμός με τον οποίο η χημειοθεραπεία προκαλεί αφενός νευροτοξικότητα και αφετέρου την καταστροφή τόσο των μικρών όσο και των μεγάλων νευρικών ινών. Υπάρχουν ερευνητές όμως, που υποστηρίζουν ότι η περιφερική νευροπάθεια είναι σε συνάρτηση τόσο με την δοσολογία του θεραπευτικού σχήματος που επιλέγεται όσο και με την διάρκεια του, αλλά και από τον συνδυασμό των αντινεοπλασματικών φαρμάκων (James W Albers et al 2014, Joyce H.Kim et al 2015)

Ο Tofthagen (2010), αναφέρει ότι 14 συμμετέχοντες (8 άνδρες και 6 γυναίκες), ηλικίας 42-84 ετών, με νεοπλασματική νόσο, σε ενεργό θεραπευτικό σχήμα εμφάνισαν πληθώρα συμπτωμάτων, που σχετίζονται με τη λειτουργικότητα του περιφερικού νευρικού συστήματος. Κάποιες από τις συχνότερες κλινικές μορφές της περιφερικής νευροπάθειας που εκδηλώθηκαν είναι ο πόνος, η ευαισθησία στο κρύο, μυϊκές κράμπες και αιμωδίες. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με την μέθοδο των συνεντεύξεων διάρκειας 5-45 λεπτών, όπου κάθε ασθενής ανάλογα με την κατάσταση της υγείας απαντούσε σε 6 ερωτήσεις σχετικές με τα συμπτώματά του.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανασκόπηση των σύγχρονων δεδομένων της διεθνούς βιβλιογραφίας σχετικά με την εμφάνιση περιφερικής νευροπάθειας σε ασθενείς που λαμβάνουν αντινεοπλασματική αγωγή, ώστε να καταγραφούν οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που αφορούν την αναγνώριση και διαχείριση των συμπτωμάτων της περιφερικής νευροπάθειας, καθώς και των μέτρων προφύλαξης που μπορεί να ληφθούν για την αποτροπή της εμφάνισής τους.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Διενεργήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Medline, Embase, στο Σύνδεσμο Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών (HEAL-Link) και μέσω της μηχανής αναζήτησης Google Scholar για το χρονικό διάστημα 1997-2015, με τις ακόλουθες λέξεις κλειδιά: "peripheral neuropathy", "neuropathic pain", "chemotherapy-induced peripheral neuropathy", "nursing management" σε διάφορους συνδυασμούς.

Ως κριτήρια ένταξης των μελετών στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση θεωρήθηκαν τα εξής: να είναι πρωτογενή άρθρα στην αγγλική γλώσσα που να έχουν επικεντρωθεί στην επίδραση της χημειοθεραπείας στην λειτουργία των περιφερικών νεύρων (περιφερική νευροπάθεια) και στην νοσηλευτική διαχείριση των ασθενών που εμφανίζουν συμπτώματα περιφερικής νευροπάθειας.

Τα κριτήρια αποκλεισμού άρθρων ήταν στα άρθρα ανασκόπησης η μη αναφορά των αποτελεσμάτων αποκλειστικά στην περιφερική νευροπάθεια, η μη αναφορά στη νοσηλευτική διαχείριση των ασθενών με περιφερική νευροπάθεια απόρροια χημειοθεραπείας, ο ερευνητικός σχεδιασμός, μελέτες δημοσιευμένες σε περιοδικά υπό τη μορφή μεταπτυχιακών και διδακτορικών διατριβών και μελέτες που παρουσιάστηκαν σε συνέδρια. Από το σύνολο των 57 άρθρων αποκλείστηκαν 40 και περιλήφθηκαν 17 πρωτογενείς ερευνητικές μελέτες βάσει των παραπάνω κριτηρίων εισαγωγής-αποκλεισμού. Από τις τελικά 17 επιλεγμένες μελέτες της παρούσας εργασίας οι 13 ήταν ποσοτικές και οι 4 ποιοτικές μελέτες. Τα βήματα που ακολουθήθηκαν για την επιλογή άρθρων απεικονίζονται στο διάγραμμα ροής που φαίνεται στο Σχήμα 1.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

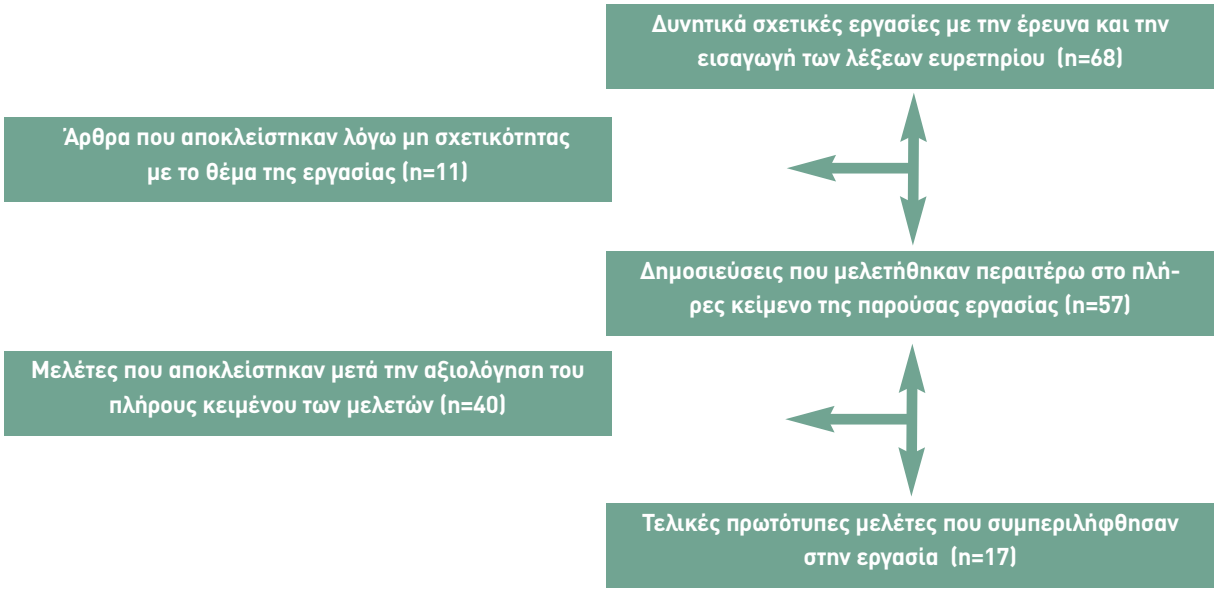
Α) Μη Φαρμακολογικές Μέθοδοι Αντιμετώπισης της Περιφερικής Νευροπάθειας.

Οι μελέτες που αναφέρουν τις μη φαρμακολογικές μεθόδους αντιμετώπισης της περιφερικής νευροπάθειας περιγράφονται στο πίνακα 2. Αναλυτικότερα, οι Honda and Goodman (2004), αναφέρουν την ψυχολογική προσέγγιση του ασθενούς ως αναγκαία και αποτελεσματική παρέμβαση, καθότι ο ασθενής που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία έρχεται αντιμέτωπος καθημερινά με πλειάδα συμπτωμάτων της νόσου όπως φόβος άγχος, κατάθλιψη, ανησυχία. Επομένως η νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται θα πρέπει να εστιάζει στην καλλιέργεια ενός θετικού κλίματος επικοινωνίας, να ανταποκρίνεται στις βασικές ανάγκες του ασθενούς για ασφάλεια, αυτονομία, αυτοέλεγχο και αυτοφροντίδα.

Στην έρευνα των Wong and Sagar (2006), μελετήθηκαν πέντε ασθενείς με περιφερική νευροπάθεια οφειλόμενη στη χημειοθεραπεία, όπου η παρέμβαση αφορούσε νευρομυϊκή διέγερση με βελόνα σε τρία εξατομικευμένα σημεία σε βάθος 5 χιλιοστών για 30-45 λεπτά της ώρας σε δύο κύκλους θεραπείας. Στο τέλος της θεραπευτικής παρέμβασης και οι πέντε ασθενείς ανέφεραν βελτίωση του πόνου, με μείωση τουλάχιστον κατά μία βαθμίδα σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization, WHO). Οι βαθμίδες της επίδρασης της περιφερικής νευροπάθειας φαίνονται στο πίνακα 1. Παράλληλα, ανέφεραν βελτίωση του κνησμού και του μουδιάσματος στα χέρια, βελτίωση της αστάθειας κατά τη βάδιση και μείωση της αναλγητικής δόσης.

Σε μία πιλοτική μελέτη των Minton and Higginson (2007), εξετάστηκε η θεραπευτική χρήση της ηλεκτροθεραπείας στην περιφερική νευροπάθεια. Η πειραματική ομάδα ακολουθούσε ένα πρόγραμμα εφαρμογής ηλεκτρικής διέγερσης, με τη ταυτόχρονη χορήγηση εικονικού φαρμάκου, συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου, όπου ακολουθήθηκε η φαρμακευτική αγωγή (εικονικό φάρμακο) χωρίς τις συνεδρίες ηλεκτρικής διέγερσης. Οι ασθενείς ελέγχθηκαν με τη χρήση της κλίμακας Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs (LANSS) (εκτίμηση των νευροπαθητικών σημείων και συμπτωμάτων). Αυτή η κλίμακα μελέτης μπορεί να βοηθήσει την απτή απεικόνιση του πόνου χρησιμοποιώντας την διαβάθμιση από το 1 έως και το 12. Επτά ογκολογικοί ασθενείς επιλέχθησαν με συμπτώματα νευροπαθητικού πόνου ώστε να λάβουν ηλεκτροθεραπεία ή εικονική θεραπεία. Οι ασθενείς έλαβαν εβδομαδιαία θεραπεία 30 λεπτών για περίπου 6 εβδομάδες. Μετά ακολουθούσε μια περίοδος 4 εβδομάδων

Σχήμα 1. Διάγραμμα ροής της διαδικασίας επιλογής των μελετών.



χωρίς θεραπεία, ενώ οι ασθενείς επανέλαβαν τη θεραπευτική αυτή πρακτική για άλλες 6 εβδομάδες. Επομένως το συνολικό εύρος της θεραπευτικής περιόδου ήταν 16 εβδομάδες. Οι βελόνες εισήχθηκαν σε βάθος 5 χιλιοστών στα προκαθορισμένα σημεία πόνου, με χαμηλή ένταση και συχνότητα ηλεκτρικής διέγερσης 2-80 Hz ανάλογα με την ένταση του αναφερόμενου πόνου για 30 λεπτά την ημέρα και 5 συνεδρίες ανά εβδομάδα. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν μείωση του νευροπαθητικού πόνου κατά 19 βαθμούς σύμφωνα με την Neuropathic Pain Scale (NPS) στην πειραματική ομάδα και κατά 5.8 στην ομάδα ελέγχου.

Η χρησιμότητα της θεραπείας μετάδοσης μη επώδυνων ερεθισμάτων στην ανακούφιση του νευροπαθητικού πόνου μελετήθηκε σε έρευνα των Sabato et al (2005). Στην μελέτη αυτή συμμετείχαν 226 ασθενείς, οι οποίοι έπασχαν από νευροπαθητικό πόνο, με δυσκολία ανταπόκρισης στα συνήθη φαρμακευτικά σχήματα όπως τα οπιοειδή. Το πρόγραμμα θεραπείας απαρτιζόταν από 1 έως 6 κύκλους, διάρκειας περίπου 30 λεπτών ανά ημέρα, με τη χρήση ενός πολυεπεξεργαστή που διεγείρει 5 τεχνητούς νευρώνες σε 5 διαφορετικά σημεία του σώματος. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε τρεις κατηγορίες α) σε εκείνους που εμφάνισαν ανταπόκριση στην θεραπεία μεγαλύτερη από 50%, β) σε εκείνους που εμφάνισαν ανταπόκριση από 25 έως 49% και γ) σε εκείνους που δεν εμφάνισαν ανταπόκριση ή αυτή ήταν μικρότερη του 24%. Η μέτρηση της ανταπόκρισης των ασθενών έγινε με τον προσδιορισμό του δείκτη Visual Analogue Scale (VAS) στην αναλογική κλίμακα πόνου. Τα τελικά αποτελέσματα έδειξαν ότι το 80.08% των ασθενών είχε ανακούφιση πάνω από 50%, το 10.18% είχε ανακούφιση 25-49% και το 9.3% είχε ανακούφιση κάτω από 24%.

Μία ακόμη μη φαρμακολογική μέθοδος σύμφωνα με την έρευνα των Cata et al (2004) είναι ο ερεθισμός της σπονδυλικής στήλης, που επιτυγχάνεται με την εμφύτευση ενός ηλεκτρικού διεγέρτη κοντά στις νευρικές δομές ελέγχου του πόνου. Η εν λόγω μέθοδος εφαρμόστηκε σε 2 ασθενείς με περιφερική νευροπάθεια λόγω χημειοθεραπείας με ταυτόχρονη λήψη οπιοειδών και μη οπιοειδών με μέτρια ανακούφιση του πόνου. Η διάρκεια της παρέμβασης ήταν 5 μήνες, 6-12 ώρες την ημέρα. Από τα αποτελέσματα προκύπτει σημαντική μείωση των συμπτωμάτων περιφερικής νευροπάθειας στους δύο ασθενείς, καθότι στον πρώτο ασθενή μειώθηκε η ημερήσια αναλγητική φαρμακευτική δόση με VAS από 4.5/10 σε 2.0/10, και στο δεύτερο ασθενή από 4.6/10 σε 3.6/10.

Σημαντικό ρόλο στη διαχείριση ασθενών με περιφερική νευροπάθεια φαίνεται να έχουν τόσο η φυσική δραστηριότητα και η άσκηση, όσο η μάθηση και η αυτοεκπαίδευση του ασθενούς. Αν και τα στοιχεία που υπάρχουν έως σήμερα στηρίζονται κυρίως στη μελέτη των ασθενών με περιφερική νευροπάθεια άλλης αιτιολογίας, ωστόσο χρήζουν περαιτέρω εκτίμησης για τη διαμόρφωση μελλοντικών δοκιμασιών διαχείρισης της περιφερικής νευροπάθειας που οφείλεται στη χημειοθεραπεία. Σύμφωνα με τον White et al (2004), η εφαρμογή προγραμμάτων άσκησης και φυσικής κατάστασης μπορεί να προάγει σημαντικά την καθημερινή δραστηριότητα, τη μυϊκή κίνηση και την αισθητικότητα σε ασθενείς με περιφερική νευροπάθεια διαβητικής αιτιολογίας.

Παράλληλα, σε μελέτη των Richarson et al (2004),

Πίνακας 1.
Μέτρηση της επίδρασης της Περιφερικής Νευροπάθειας σύμφωνα με τον World Health Organization (WHO).

Grade 0	Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4
Κανένα Σύμπτωμα	Παραισθησία και μείωση τενόντιων αντανακλαστικών	Σοβαρή παραισθησία με ήπια και μέση αδυναμία	Κινητική απώλεια και μη ανεκτή παραισθησία	Παράλυση

προτάθηκε η χρήση ειδικών βοηθημάτων κατά την κίνηση που θα μπορούσαν να βοηθήσουν σημαντικά στη μείωση του νευροπαθητικού πόνου. Συγκεκριμένα τα υποβοηθήματα αυτά που αφορούσαν υποστηρικτικά την προστασία της ποδοκνημικής άρθρωσης και του αχίλλειου τένοντα, βελτίωναν σημαντικά την κίνηση, την ισορροπία και τη στάση των συμμετεχόντων στην έρευνα.

Εξίσου σημαντικός αναφέρεται ο ρόλος της μάθησης και της αυτοεκπαίδευσης με απώτερο στόχο την προαγωγή της ασφάλειας του ασθενούς με περιφερική νευροπάθεια. Οι ασθενείς χρήσιμο είναι να διδάσκονται τα σημεία και τα συμπτώματα της περιφερικής νευροπάθειας, ώστε να είναι σε θέση να τα αναφέρουν έγκαιρα στο νοσηλευτικό προσωπικό. Παράλληλα καθίσταται σημαντική η ικανότητα των ασθενών να μπορούν να διακρίνουν μια διαταραχή της αυτόνομης νεύρωσης, της αισθητικότητας και της θερμοκρασίας των άκρων (Paice et al 2006).

Β) Φαρμακολογικές Μέθοδοι Αντιμετώπισης της Περιφερικής Νευροπάθειας

Οι μελέτες που αναφέρουν τις φαρμακολογικές μεθόδους αντιμετώπισης της περιφερικής νευροπάθειας περιγράφονται στο πίνακα 3. Αναλυτικότερα, η ενδοφλέβια χορήγηση ασβεστίου και μαγνησίου σύμφωνα με τους Gamelin et al (2004), φαίνεται να έχει ευεργετική επίδραση στον έλεγχο της περιφερικής νευροπάθειας που προκαλείται από την χορήγηση οξιπλατίνης. Στο πλαίσιο της παραπάνω έρευνας μελετήθηκαν 161 ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο του παχέος εντέρου, όπου τους χορηγήθηκε οξιπλατίνη. Η παρέμβαση διήρκησε 7 εβδομάδες. Ενενήντα έξι ασθενείς από την συγκεκριμένη προεπιλεγμένη ομάδα ατόμων έλαβαν ενδοφλέβια ποσότητα γλυκονικού ασβεστίου και χλωριούχου μαγνησίου σε δόση 1g και μετά έλαβαν οξιπλατίνη 910mg/m2. Οι υπόλοιποι 65 ασθενείς αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου που έλαβαν 650mg/m2 οξιπλατίνη. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης από τους 96 ασθενείς μόνο το 4% των ατόμων της ομάδας που ελάμβαναν ιόντα διέκοψαν τη χημειοθεραπεία λόγω χημειοτοξικότητας σε σύγκριση με το 31% των ασθενών στην ομάδα ελέγχου. Συγκεκριμένα λαρυγγοφαρυγγική δυσαισθησία εμφανίστηκε στο 9% των ασθενών της ομάδας ελέγχου ενώ είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι δεν παρατηρήθηκε στους ασθενείς που λάμβαναν ιόντα ασβεστίου και μαγνησίου.

Συνεχίζοντας την παραπάνω έρευνα το NCCTG (North Central Cancer Treatment Group) ανέπτυξε μια τυχαιοποιημένη, διπλά τυφλή μελέτη προκειμένου να ελέγξει την ενδοφλέβια χορήγηση ασβεστίου και μαγνησίου σε ασθενείς που λάμβαναν οξιπλατίνη σε διάστημα 4 μηνών. Στη μελέτη συμμετείχαν 300 ασθενείς, όπου η ανάλυση των δεδομένων αυτής, κατέδειξε ότι τα άτομα που ελάμβαναν μείγμα ιόντων ασβεστίου και μαγνησίου εμφάνισαν μειωμένο βαθμό τοξικότητας κατά 22%, έναντι 41% της ομάδας ελέγχου (Saif 2004).

Όπως υποστηρίζουν πολλές τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές των Jarzyna et al (2011), τα οπιοειδή συμβάλλουν στον περιορισμό του νευροπαθητικού πόνου με την παρεμπόδιση της απελευθέρωσης νευροδιαβιβαστών στην περιοχή της σπονδυλικής στήλης. Σε δείγμα 81 ασθενών που έλαβαν λεβορφανόλη, οι 43 έλαβαν κάψουλες υψηλή αντοχής ενώ οι 38 έλαβαν κάψουλες χαμηλής αντοχής σε διάστημα 5 εβδομάδων. Σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης και στις 2 ομάδες προηγήθηκε αναλγητική θεραπεία με χαμηλότερες δόσεις, η οποία είχε αποτύχει. Αντίθετα οι ψηλότερες δόσεις οπιοειδών εξασφάλισαν μείωση του νευροπαθητικού πόνου.

Από την κατηγορία των αντιεπιληπτικών φαρμάκων, η λαμοτριγίνη είναι η ουσία που βοηθά στη μείωση του νευροπαθητικού πόνου σε περιπτώσεις νευροπάθειας ποικίλης αιτιολογίας σύμφωνα με τη μελέτη που διεξήχθη από τους Rao et al (2008). Στην εν λόγω κλινική δοκιμή μελετήθηκαν 125 ασθενείς, από τους οποίους οι 63 έλαβαν λαμοτριγίνη και οι 62 εικονικό φάρμακο σε χρονική διάρκεια περίπου ενός έτους. Τα αποτελέσματα ανέδειξαν ότι ο μέσος όρος μείωσης πόνου κατά VAS 0-10, υπό χημειοθεραπευτική αγωγή ήταν περίπου 4,2 και 3,6 μονάδες για την λαμοτριγίνη και το εικονικό φάρμακο αντίστοιχα. Ο μεγάλος αριθμός συμμετεχόντων που αποχώρησαν ενδιάμεσα και δεν ολοκλήρωσαν το πρωτόκολλο αποτελεί έναν από τους περιορισμούς της μελέτης αυτής, ωστόσο ακόμα και σε αρχικά ερευνητικά στάδια θα μπορούσε να προκύψει ότι η λαμοτριγίνη έχει θετική επίδραση την διαχείριση του νευροπαθητικού πόνου.

Στο πλαίσιο μίας ακόμη έρευνας των Rao et al (2007), εξετάστηκε η επίδραση της χορήγησης του αντιεπιληπτικού φαρμάκου στον έλεγχο της περιφερικής νευροπάθειας, γκαμπαπεντίνης σε δείγμα 115 ασθενών σε διάστημα 6 εβδομάδων. Η σύγκριση των δύο ομάδων μελέτης έδειξε στατιστικά σημαντικές αλλαγές στη σοβαρότητα των συμπτωμάτων ανάμεσα στις 2 ομάδες κατά τη διάρ-

Πίνακας 2.
Μη Φαρμακολογικές Μέθοδοι Αντιμετώπισης Περιφερικής Νευροπάθειας και Νευροπαθητικού Πόνου.

Ερευνητές/έτος δημοσίευσης	Μέθοδος	Δείγμα	Διάρκεια Θεραπείας	Παρέμβαση	Αποτελέσματα
1. Wong & Sagar (2006)	Βελονισμός	5 ασθενείς με περιφερική νευροπάθεια οφειλόμενη στη χ/θ	16 εβδομάδες (1ος κύκλος=6εβδομαδες, κύκλος ξεκούρασης=4εβδομάδες, 2ος κύκλος=6 εβδομάδες)	Αποστειρωμένες βελόνες εισήχθησαν σε βάθος 5mm σε εξειδικευμένα σημεία βελονισμού για 30-45 λεπτά ανά εβδομάδα	Ο ισχυρότερος πόνος μειώθηκε κατά 39% και ο ηπιότερος κατά 50%, βελτίωση του μουδιάσματος στα χέρια και της φαγούρας, μείωση της αναλγητικής δόσης και βελτίωση της ανισορροπίας κατά τη βάδιση.
2. Minton & Higginson (2007)	Ηλεκτροθεραπεία	7 ογκολογικοί ασθενείς με συμπτώματα νευροπαθητικού πόνου	16 εβδομάδες (1ος κύκλος=6εβδομαδες, κύκλος ξεκούρασης=4εβδομάδες, 2ος κύκλος=6 εβδομάδες)	10-15 αποστειρωμένες βελόνες με ηλεκτρική διέγερση 2-80Hz, σε εξατομικευμένα σημεία βελονισμού, βάσει σύσπασης, έντασης, θερμοκρασίας και αναφερόμενου πόνου, για 30 λεπτά ανά εβδομάδα	Μείωση Νευροπαθητικού πόνου κατά 19 βαθμούς (σύμφωνα με τη NPS) στην πειραματική ομάδα και κατά 5.8 στην ομάδα ελέγχου
3. Sabato et al (2005)	Θεραπεία μετάδοσης μη επώδυνων ερεθισμάτων	226 ασθενείς με νευροπαθητικό πόνο-ο πόνος εκτιμήθηκε κατά VAS 0-10	1-6 κύκλοι θεραπείας διάρκειας 30 λεπτά ανά ημέρα	Πολυεπεξεργαστής που διεγείρει 5 τεχνητούς νευρώνες σε 5 διαφορετικά σημεία του σώματος	Το 80.08% είχε ανακούφιση πάνω από 50% Το 10.18% είχε ανακούφιση 25-49% Το 9.3% είχα ανακούφιση κάτω από 24%
4. Cata et al (2004)	Ερεθισμός ΣΣ	2 ασθενείς με περιφερική νευροπάθεια λόγω χ/θ, με ταυτόχρονη λήψη οπιοειδών και μη οπιοειδών με μέτρια ανακούφιση στον πόνο	5 μήνες, 6-12 ώρες την ημέρα	Εμφύτευση ηλεκτρικού διεγέρτη κοντά στη Σ.Σ. και στις νευρικές δομές ελέγχου του πόνου	Ασθ.Α: μείωση ημερήσιας αναλγητικής φαρμακ.δόσης με VAS από 4.5/10 σε 2.0/10 Ασθ.Β: μείωση ημερήσιας αναλγητικής φαρμακ.δόσης με VAS από 4.6/10 σε 3.6/10

Πίνακας 3.
Φαρμακολογικές Μέθοδοι Αντιμετώπισης Περιφερικής Νευροπάθειας Οφειλόμενη στη Χημειοθεραπεία.

Ερευνητές/ έτος δημοσίευσης	Μέθοδος	Δείγμα
5. Gamelin et al (2004)	Εγχύσεις Ca+ και Mg+	161 ογκολογικοί ασθενείς που τους χορηγήθηκε οξιπλατίνη
6. Saif et al (2004)	Εγχύσεις Ca+ και Mg+	300 ογκολογικοί ασθενείς
7. Jarzyna et al (2011)	Οπιοειδή	81 ασθενείς με CIPN
8. Rao et al (2008)	Αντιεπιληπτικά	125 ασθενείς με CIPN
9. Rao et al (2007)	Αντιεπιληπτικά	115 ασθενείς με CIPN
10. Maestri et al (2005)	Ακετυλο-L-καρνιτίνη	27 ασθενείς με CIPN (εκτίμηση σοβαρότητας κατά WHO)
11. Hammack et al (2002)	Τρικυκλικά Αντικαταθλιπτικά	51 ασθενείς με CIPN
12. Ferrini, (2000)	Τοπικά Αναισθητικά	6 τελικού σταδίου αγκολογικοί ασθενείς με CIPN
13. Cascinu et al (2002)	Γλουταθειόνη	52 ογκολογικοί ασθενείς (26+26)
14. Smyth et al (1997)	Γλουταθειόνη	151 ογκολογικοί ασθενείς (74 πειραματική ομάδα + 77 ομάδα ελέγχου)
15. Vahdat et al (2000)	Γλουταμίνη	45 ογκολογικοί ασθενείς με CIPN
16. Stubblefield et al (2005)	Γλουταμίνη	46 ογκολογικοί ασθενείς με CIPN
17. Argyriou et al (2006)	Βιταμίνη Ε	37 ασθενείς με CIPN (cisplatin), από τους οποίους οι 18 έλαβαν Βιταμίνη Ε

κεια της θεραπείας. Η συγκεκριμένη δοκιμή δεν κατάφερε να αποδείξει κάποιο όφελος από τη χρήση γκαμπαμπεντίνης στον έλεγχο των συμπτωμάτων που προκαλούνται από περιφερική νευροπάθεια λόγω χημειοθεραπείας.

Σε μελέτη των Maestri et al (2005), αξιολογήθηκε η σημασία της θεραπευτικής χρήσης ενός εστέρα τριμεθυλιωμένου αμινοξέος, που συντίθεται στον εγκέφαλο και το νεφρό, την ακέτυλο-L-Καρνιτίνη, που φαίνεται να έχει προστατευτικό και θεραπευτικό ρόλο σε διάφορα μοντέλα χημειοθεραπευτικής επαγώμενης νευροπάθειας. Στη παρούσα μελέτη σε διάστημα περίπου 36 μηνών 27 ασθενείς έλαβαν ακέτυλο-L-Καρνιτίνη και η σοβαρότητα της περιφερικής νευροπάθειας υπολογίστηκε σύμφωνα με τα δεδομένα του παγκόσμιου οργανισμού υγείας. Η διάρκεια της λήψης του φαρμάκου ήταν 10 ημέρες. Τα ερευνητικά δεδομένα των Maestri et al (2005) ανέδειξαν τη θετική επίδραση της ακέτυλο-L-Καρνιτίνης στη μείωση των λειτουργικών και αισθητικών συμπτωμάτων τόσο σε διάρκεια όσο και σε ένταση της προκαλούμενης περιφερικής νευροπάθειας παρά το γεγονός ότι στην εν λόγω μελέτη δεν πραγματοποιήθηκε σύγκριση με ομάδα ελέγχου. Συγκεκριμένα τα συμπτώματα των εν λόγω ασθενών μει-

Διάρκεια	Παρέμβαση	Αποτελέσματα
Θεραπείας 7 εβδομάδες	96 ασθενείς ενδοφλέβια δόση 1 mg (έπειτα έλαβαν 910mg/m2 οξιπλατίνη) 65 ασθενείς στην ομάδα ελέγχου έλαβαν 650mg/m^2 οξιπλατίνη	Από τους 96 ασθενείς, μόνο το 4% διέκοψε τη χ/θ λόγω χ/τοξικότητας, σε αντίθεση με το 31% της ομάδας ελέγχου
4 μήνες	Ενδοφλέβια δόση 1 mg	22% χ/τοξικότητα στην πειραματική ομάδα, έναντι 41% της ομάδας ελέγχου
5 εβδομάδες	Λεβορφανόλη (σε 43 ασθ. χορηγήθηκαν κάψουλες υψηλής αντοχής, σε 38 χαμηλής αντοχής)	Και στις δύο ομάδες προηγήθηκε αναλγητική θεραπεία με χαμηλότερες δόσεις, η οποία είχε αποτύχει. Υψηλότερες δόσεις = μείωση νευρ/κού πόνου οφειλόμενο στη χ/θ
13 μήνες	Χορήγηση Λαμοτριγίνης 63 έλαβαν λαμοτριγίνη 62 αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου	Ο μέσος όρος μείωσης πόνου κατά VAS 0-10, με τη χρήση της χημειοθεραπείας ήταν περίπου 4,2 για τη λαμοτριγίνη και 3,6 μονάδες για το εικονικό φάρμακο.
6 εβδομάδες	Χορήγηση Γκαμπαμπεντίνης	Στατιστικά παρόμοιες αλλαγές στη σοβαρότητα των συμπτωμάτων ανάμεσα και στις 2 ομάδες κατά τη διάρκεια της θεραπείας.
36 μήνες	Χορήγηση Ακετυλο-L-καρνιτίνης	75-80% μείωση μίας βαθμίδας στην κλίμακα κατά WHO
9 εβδομάδες (4+1+4)	Χορήγηση νοτριπτυλλίνης σε δόσεις 25-100mg	Μείωση συμπτωμάτων 5% κατά VAS στην πειραματική ομάδα Μείωση πόνου από CIPN
8 μήνες	Παρεντερική χορήγηση λιδοκαΐνης σε δόσεις 44mg/h (1-2mg/kg)	
12 κύκλοι χ/θ με οξιπλατίνη	Ενδοφλέβια χορήγηση Γλουταθειόνης (1500mg/m^2)	Μη εμφάνιση νευροτοξικότητας στην πειραματική ομάδα, ενώ 26% της ομάδας ελέγχου εμφάνισε νευροτοξικότητα 3ου ή 4ου βαθμού
6 κύκλοι χ/θ (ανά 3 βδομάδες)	Ενδοφλέβια χορήγηση Γλουταθειόνης (3g/m^2)	58% ήταν σε θέση να ολοκληρώσουν τη θεραπεία, έναντι του 39% της ομάδας ελέγχου, από άποψη νευροτοξικότητας
32 ημέρες	Χορήγηση Γλουταμίνης 10mg για 4 ημέρες, 24 ώρες μετά από τη χορήγηση χ/θ φαρμάκου	8% των ασθενών που έλαβαν γλουταμίνη ανέφεραν δυσαισθησία στα δάχτυλα και στα χέρια, του 40% της ομάδας ελέγχου
32 ημέρες	Χορήγηση Γλουταμίνης 10mg για 4 ημέρες, 24 ώρες μετά από τη χορήγηση χ/θ φαρμάκου	Οι ασθενείς που έλαβαν γλουταμίνη εμφάνισαν λιγότερα νευρολογικά συμπτώματα συγκρινόμενοι με την ομάδα ελέγχου
4 μήνες	Χορήγηση Βιταμίνης Ε σε 2 δόσεις (300 και 600mg)	Οι ασθενείς που έλαβαν τη θεραπεία εμφάνισαν αυξημένα επίπεδα αντανακλαστικών και μικρότερη μυϊκή αδυναμία συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου

ώθηκαν σε ποσοστό 75-80% στη κλίμακα κατά WHO.

Η δράση των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών έχει διερευνηθεί σε μελέτες σε σχέση με την ανακούφιση νευροπαθητικού πόνου. Στην μελέτη των Hammack et al (2002), οι ερευνητές προσπάθησαν να προσδιορίσουν την επίδραση των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών φαρμάκων στον περιορισμό του νευροπαθητικού πόνου. Σε κλινική δοκιμασία 3 φάσεων συμμετείχαν 51 ασθενείς, οι οποίοι έλαβαν νοτριπτυλλίνη για ένα χρονικό διάστημα περίπου 9 εβδομάδων σε δόσεις κυμαινόμενες από 25mg έως και 100mg. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η παραισθησία όπως υπολογίστηκε με την κλίμακα VAS, μειώθηκε κατά 5% περίπου σε εκείνους τους ασθενείς που ελάμβαναν νοτριπτυλλίνη σε σχέση με εκείνους που λάμβαναν το εικονικό φάρμακο κατά τη δεδομένη θεραπευτική περίοδο. Για τη δεύτερη περίοδο το 69% των ασθενών που λάμβαναν το τρικυκλικό αντικαταθλιπτικό και το 28% εκείνων με το εικονικό φάρμακο ανέφεραν σημαντική μείωση του πόνου.

Την ανακούφιση του νευροπαθητικού πόνου μετά από τη χορήγηση τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών υποστηρίζουν οι Sindrup S.H. et al (2007), σύμφωνα με τυχαιοποι-

ημένες κλινικές μελέτες που διεξήγαγαν. Συγκεκριμένα αναφέρουν πως τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, μέσω του μηχανισμού αποκλεισμού της προσυναπτικής επαναπρόσληψης των αμινών, σεροτονίνη και αδρεναλίνη, έχουν την ικανότητα να μειώνουν το νευροπαθητικό πόνο. Επίσης ο Ν-μεθυλ-D-ασπαρτικός υποδοχέας και τα ιόντα αποκλεισμού διαύλων πιθανόν να συμμετέχουν εξίσου σε αυτή τη διεργασία. Τα αποτελέσματα που προκύπτουν από τη μελέτη, δείχνουν ότι τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά θα ανακουφίσουν έναν σε κάθε 3-4 αρρώστους με νευροπαθητικό πόνο, οι αποκλειστές επαναπρόσληψης της σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης έναν στους 4-5 αρρώστους και επιλεγμένοι αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης θα ανακουφίσουν έναν στους 7 αρρώστους.

Στη κατηγορία των τοπικών αναισθητικών, η επίδραση της λιδοκαΐνης στη διαχείριση του νευροπαθητικού πόνου διερευνήθηκε σε μελέτη του Ferrini (2000), σε 6 ογκολογικούς ασθενείς στους οποίους το φάρμακο χορηγήθηκε παρεντερικά σε δόσεις 44mg/h, με τη διάρκεια της χορήγησης να κυμαίνεται από 24 έως και 240 ημέρες. Τα αποτελέσματα ήταν διαφοροποιημένα από ασθενή σε ασθενή με τη μείωση του αναφερόμενου πόνου να είναι κοινός παρονομαστής .

Τα παραπάνω αποτελέσματα επιβεβαιώνονται εξίσου και από τις τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες που διεξήγαγε ο παγκόσμιος οργανισμός μελέτης του πόνου (International Association For The Study of Pain, IASP), και η ομάδα ειδικού ενδιαφέροντος για το νευροπαθητικό πόνο (Neuropathic Pain Special Interest Group, NeuPSIG). Καθιερώθηκαν κατευθυντήριες οδηγίες για τη φαρμακολογική αντιμετώπιση του νευροπαθητικού πόνου. Σύμφωνα με τα παραπάνω στα φάρμακα εκλογής συμπεριλαμβάνονται τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και η τοπική λιδοκαίνη. Τα οποιοειδή αποτελούν την αμέσως επόμενη ανακουφιστική μέθοδο. Ενώ άλλες κατηγορίες αντικαταθλιπτικών και αντιεπιληπτικών φαρμάκων καταλαμβάνουν την τρίτη θέση (O'Connor AB et al 2010). Ανάμεσα σε πρόσφατες μελέτες ο Hue Jung Park (2014), ανέδειξε τη θετική επίδραση των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών, γκαμπαπεντίνης, και τοπικής λιδοκαίνης έναντι του νευροπαθητικού πόνου οφειλόμενου στη χημειοθεραπεία.

Η θεραπευτική δυνατότητα ενός φυσικού τριπεπτιδίου, της γλουταθειόνης εκτιμήθηκε σε μελέτη των Cascinu et al (2002), καθότι φαίνεται ότι μπορεί να προστατεύει κυρίως τα νωτιαία και βασικά νευρικά γάγγλια από την τοξικότητα, που προκαλεί η χημειοθεραπευτική αγωγή, όταν αυτή στηρίζεται στην πλατίνα. Η έρευνα απαρτίζοταν απο 52 ογκολογικούς ασθενείς, που είχαν λάβει οξιπλατίνη για χρονικό διάστημα δύο εβδομάδων για 4 έως 12 κύκλους. Σε τριάντα ασθενείς χορηγήθηκε ταυτόχρονα και γλουταθειόνη ενδοφλεβίως σε συγκέντρωση 1500mg/m2, ενώ στην ομάδα ελέγχου είκοσι δύο ασθενών χορηγήθηκε παράλληλα με το χημειοθεραπευτικό σχήμα της πλατίνας εικονικό φάρμακο placebo. Μετά την ολοκλήρωση όλων των σταδίων της θεραπείας φάνηκε ότι η εμφάνιση περιφερικής νευροπάθειας ήταν συχνότερη στην ομάδα των ασθενών που λάμβαναν το εικονικό φάρμακο σε σχέση με αυτή που ελάμβανε την γλουταθειόνη. Συγκεκριμένα κανένας από τους ασθενείς που έλαβαν γλουταθειόνη δεν εμφάνισε νευροτοξικότητα 3ου ή 4ου βαθμού ενώ ποσοστό 26% από την ομάδα ελέγχου, εμφάνισαν νευροτοξικότητα 3ου ή 4ου βαθμού.

Σε μια προγενέστερη μελέτη των Smyth et al (1997) εξετάσθηκε η δυναμική νευροπροστατευτική δράση της γλουταθειόνης σε δείγμα 151 γυναικών με καρκίνο των ωοθηκών που ελάμβαναν πλατίνες με παράλληλη ή όχι χορήγηση γλουταθειόνης. Οι 77 γυναίκες έλαβαν εικονικό φάρμακο ενώ οι υπόλοιπες 74 ασθενείς έλαβαν γλουταθειόνη σε συγκέντρωση 3g/m2 κάθε τρεις βδομάδες για 6 κύκλους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 58% των ασθενών ήταν σε θέση να ολοκληρώσουν την θεραπεία σε σχέση με εκείνους που έλαβαν εικονικό φάρμακο 39% από άποψη νευροτοξικότητας.

Η νευροπροστατευτική δράση του αμινοξέος, γλουταμίνη, σε ασθενείς που ελάμβαναν πλαξιταξόλη, διερευνήθηκε σε μελέτη διάρκειας 32 ημερών των Vahdat et al (2000). Σε 12 ασθενείς με καρκίνο του μαστού χορηγήθηκε γλουταμίνη, σε ημερήσιες δόσεις των 10g, για τέσσερις ημέρες αρχίζοντας 24 ώρες μετά από τη χορήγηση του χημειοθεραπευτικού φαρμάκου. Οι ερευνητές στη συνέχεια συνέκριναν τα αποτελέσματα τους με ομάδα ελέγχου αποτελούμενη από 33 γυναίκες που δεν έλαβαν γλουταμίνη .Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι το 8% των γυναικών που έλαβαν γλουταμίνη είχαν μειωμένα συμπτώματα νευροπαθητικού πόνου σε σύγκριση με το 40% της ομάδας ελέγχου.

Επίσης οι Stubblefield et al (2005) εξέτασαν την νευροπροστατευτική δράση της γλουταμίνης σε 46 ασθενείς που έλαβαν υψηλή δόση πλαξιταξόλης πριν από την εμφύτευση βλαστικών κυττάρων. Οι 17 έλαβαν ποσότητα 10g γλουταμίνης τρεις φορές ημερησίως σε συνολικό χρονικό διάστημα 4 ημερών ξεκινώντας 24 ώρες μετά την χορήγηση πλαξιταξόλης, ενώ οι υπόλοιποι 29 ασθενείς αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου. Τα ευρήματα από την ηλεκτροδιαγνωστική δοκιμασία, έδειξαν ότι οι ασθενείς που έλαβαν γλουταμίνη εμφάνισαν λιγότερα συμπτώματα συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου.

Στο πλαίσιο της μελέτης των Argyriou et al (2006) διερευνήθηκε ο προστατευτικός ρόλος της βιταμίνης Ε σε σχέση με τη περιφερική νευροπάθεια, που εκφράζεται με πόνο, καύσο, παραισθησία και αιμωδίες έπειτα από τη λήψη χημειοθεραπευτικών παραγόντων (πλατίνες). Το δείγμα αφορούσε 37 ασθενείς, οι οποίοι τυχαιοποιήθηκαν σε ομάδες και έλαβαν δύο δόσεις βιταμίνης Ε, αποτελούμενες από 300 και 600mg αντίστοιχα κατά τη διάρκεια χημειοθεραπείας με σισπλατίνη μέχρι και 4 μήνες μετά την ολοκλήρωση της λήψης του χημειοθεραπευτικού φαρμάκου. Απο τους 37 ασθενείς οι 18 έλαβαν βιταμίνη Ε ενώ οι υπόλοιποι όχι. Από τα ευρήματα προέκυψε ότι οι ασθενείς που έλαβαν τη θεραπεία εμφάνισαν αυξη-

μένα επίπεδα αντανακλαστικών και μικρότερη μυϊκή αδυναμία συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου.

Τέλος, σε μια άλλη τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη των Albers et al (2014), διερευνήθηκε η κλινική χρησιμότητα των περισσοτέρων προαναφερθέντων χημειοπροστατευτικών σχημάτων. Πιο συγκεκριμένα, μελετήθηκαν τα οφέλη της χορήγησης φαρμακευτικών ουσιών όπως το ασβέστιο, το μαγνήσιο, η γλουταθειόνη, και η βιταμίνη Ε έναντι των ανεπιθύμητων ενεργειών του χημειοθεραπευτικού σισπλατίνη ή παραγώγων αυτής. Η πειραματική ομάδα που εξετάσθηκε, ελάμβανε χημειοπροστασία παράλληλα με το θεραπευτικό σχήμα, έναντι της ομάδας ελέγχου όπου το θεραπευτικό σχήμα ακολουθούσε αγωγή placebo. Όπως προέκυψε από την παραπάνω μελέτη υπήρχε μια σημαντικά στατιστική διαφορά (p>0.05), της πειραματικής ομάδας έναντι της ομάδας ελέγχου όσον αφορά την νευροτοξικότητα.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έδειξε ότι υπάρχουν μελέτες που διεξήχθησαν σε ογκολογικούς ασθενείς με στόχο να συσχετίσουν την εμφάνιση περιφερικής νευροπάθειας με τη χορηγούμενη χημειοθεραπεία.

Ορισμένες μελέτες δίνουν έμφαση στις μη φαρμακολογικές μεθόδους, εξετάζοντας τα οφέλη αυτών, στην αντιμετώπιση της περιφερικής νευροπάθειας (Wong & Sagar 2006, Minton & Higginson 2007, Sabato et al 2005, Cata et al 2004). Συγκεκριμένα όλοι οι παραπάνω ερευνητές μελέτησαν τη μείωση του νευροπαθητικού πόνου μέσω της μεθόδου του βελονισμού (Wong & Sagar 2006), της ηλεκτροθεραπείας (Minton & Higginson 2007), της θεραπείας μετάδοσης μη επώδυνων ερεθισμάτων (Sabato et al 2005) και μέσω του ερεθισμού της σπονδυλικής στήλης (Cata et al. 2004) Σύμφωνα με τα ευρήματα των παραπάνω μελετών, ο νευροπαθητικός πόνος περιορίστηκε πάνω από 50% σε ασθενείς με περιφερική νευροπάθεια λόγω χημειοθεραπείας.

Παρόλο που η σχετική με το θέμα βιβλιογραφία είναι περιορισμένη και σημαντικός αριθμός των μελετών αφορούν σε πιλοτικές έρευνες, με αποτέλεσμα να απαιτείται περαιτέρω επιβεβαίωση των αποτελεσμάτων τους, εντούτοις οι έρευνες που ανασκοπήθηκαν ήταν αντιπροσωπευτικές, σχετικά με τη μελετούμενη θεραπευτική προσέγγιση. Πολλές από αυτές ήταν πλήρως οργανωμένες με αξιόλογο αριθμό συμμετεχόντων (όπως η μελέτες χορήγησης Βιταμίνης Ε, γλουταμίνης, γλουταθειόνης).

Συγκεκριμένα, οι ογκολογικοί ασθενείς με νευροπαθητικό πόνο φαίνεται ότι αισθάνονται ανακούφιση μετά από θεραπεία με ηλεκτρικές ώσεις, ενώ όσον αφορά στη σταθερότητα του αναλγητικού αποτελέσματος, οι θεραπείες με τη μικρότερη διάρκεια αναλγησίας είναι η ηλεκτροθεραπεία, η δόνηση και η μαγνητική διέγερση. Μακροχρόνια αποτελέσματα παρατηρούνται στην νευρομυϊκή ηλεκτροδιέγερση ή ερεθισμό, με ρυθμιζόμενη συχνότητα και ένταση. Παράλληλα, και η θεραπεία με την εφαρμογή μη επώδυνων ερεθισμάτων περιορίζει τα συμπτώματα πόνου από 40 έως 70%. Ωστόσο, η εφαρμογή των ανωτέρω τεχνικών απαιτεί ειδική εκπαίδευση όπως στην περίπτωση του βελονισμού (σημεία και ενεργειακές ζώνες).

Οι μη φαρμακολογικές και μη επεμβατικές μέθοδοι ανακούφισης του νευροπαθητικού πόνου αποτελούν θεραπείες, οι οποίες φαίνεται να έχουν πολύ καλό και σταθερό αναλγητικό αποτέλεσμα, οι περισσότερες χωρίς ανεπιθύμητες ενέργειες και μπορούν να εφαρμοστούν από τους νοσηλευτές ως ανεξάρτητες θεραπευτικές παρεμβάσεις.

Από την άλλη πλευρά, η πλειονότητα των μελετών εστιάζονται στις φαρμακολογικές μεθόδους (Gamelin et al 2004, Salf et al 2004, Jarzyna et al 2011, Rao et al 2008, Rao et al 2007, Maestri et al 2005, Hammack et al 2002, Ferrini 2000, Cascinu et al 2002, Smyth et al 1997, Vandat et al 2005, Stubblefield et al 2005, Argyriou et al 2006, James W Albers 2014). Την επίδραση της χορήγησης ασβεστίου και μαγνησίου διερευνήθηκαν σε μελέτες των Gamelin et al (2004) και Salf et al (2004) σε ασθενείς με καρκίνο υπό χημειοθεραπευτική αγωγή, όπου ανέδειξαν τον ρόλο τους στον έλεγχο της περιφερικής νευροπάθειας. Η συμβολή των οπιοειδών στη μείωση του νευροπαθητικού πόνου αναφέρθηκε σε μελέτη των Jarzyna et al (2011). Στην πολυκεντρική μελέτη των Rao et al (2008), η χορήγηση αντιεπιληπτικών φάνηκε να επηρεάζει θετικά τη μείωση του πόνου. Οι Maestri et al (2005) επίσης ανέφεραν ότι κατά 75-80% μειώνεται ο πόνος κατόπιν χορήγησης της Ακέτυλο-L-Καρνιτίνης. Στη μείωση των συμπτωμάτων κατά 5% συμμετέχουν τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά σύμφωνα με τους Hammack et al (2002). Τα οφέλη της γλουταθειόνης αναφέρονται στις μελέτες των Cascinu et al (2002) και Smyth et al (1997), όπου φαίνεται να μειώνεται τόσο ο πόνος, όσο και η νευροτοξικότητα απόρροια της χημειοθεραπείας. Οι Vahdat et al (2000) και οι Stubblefield et al (2005), μελέτησαν την επίδραση της γλουταμίνης στη μείωση της εμφάνισης νευρολογικών συμπτωμάτων σε ογκολογικούς ασθενείς. Τέλος, η βιταμίνη Ε φαίνεται να συμβάλλει στην εμφάνιση αυξημένων επιπέδων αντανακλαστικών και στη μείωση της μυικής αδυναμίας, όπως αναφέρεται σε μελέτη των Argyriou et al (2006).

Επομένως, η χορήγηση φαρμακευτικής θεραπείας δείχνει σημαντικά αποτελέσματα στην διαχείριση του νευροπαθητικού πόνου καθώς η χορήγηση Ακέτυλο L-Καρνιτίνης, βιταμινών, γλουταθειόνης και γλουταμίνης φαίνεται να μειώνουν σημαντικά έως και σε ποσοστό 75% τα συμπτώματα του νευροπαθητικού πόνου ενώ εμφανίζουν σημαντική βελτίωση της αισθητικότητας και της κινητικότητας των ασθενών.

Πέρα από τα αποτελέσματα που προκύπτουν από τις παραπάνω μελέτες, είναι σημαντικό να αναφερθούν κάποια αδύνατα σημεία αυτών. Ένας από τους περιορισμούς ήταν το μικρό χρονικό διάστημα παρακολούθησης των εν λόγω ασθενών. Είναι γεγονός ότι το μέγεθος του δείγματος των ασθενών που εμφανίζουν περιφερική νευροπάθεια μπορεί να περιοριστεί σημαντικά, καθώς αρκετοί από αυτούς

μπορεί να διακόψουν τη θεραπεία κατά τη διάρκεια της λήψης αυτής, εξαιτίας των συμπτωμάτων, της έκβασης της νόσου και του θανάτου. Επίσης δεν πραγματοποιήθηκε αξιολόγηση των μελετών που συμπεριλήφθησαν σε αυτή.

Τόσο ο περιορισμένος αριθμός μελετών, όσο και ο μικρός χρόνος μελέτης καθιστά την εφαρμογή μεγαλύτερων σε εύρος ερευνών αναγκαία προϋπόθεση για την εξαγωγή ασφαλέστερων συμπερασμάτων. Ωστόσο, οι μελλοντικές ερευνητικές προσπάθειες θα πρέπει να στραφούν κυρίως στην αξιολόγηση και επιβεβαίωση της αποτελεσματικότητας των σχετικών θεραπειών που αναφέρονται στην παρούσα μελέτη, ώστε το νοσηλευτικό προσωπικό να μπορεί εφαρμόζει κατάλληλα αυτές τις τεχνικές.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η περιφερική νευροπάθεια είναι ένα υπαρκτό κλινικό πρόβλημα το οποίο σήμερα μελετάται σε κλινικό επίπεδο επισταμένως. Επομένως η δυσκολία ανακούφισης του νευροπαθητικού πόνου που αποτελεί τη βασική εκδήλωση της περιφερικής νευροπάθειας, εγείρει την ανάγκη εύρεσης και εφαρμογής μεθόδων, που δρουν αναλγητικά με μη επεμβατικό και μη φαρμακολογικό τρόπο και συμπληρώνουν ή αντικαθιστούν τις ήδη υπάρχουσες.

Από τα δεδομένα της παρούσας εργασίας, φάνηκε ότι ορισμένες φαρμακολογικές μέθοδοι θεραπείας του νευροπαθητικού πόνου όπως η χορήγηση Ακέτυλο L-Καρνιτίνης, βιταμινών, γλουταθειόνης και γλουταμίνης μειώνουν σημαντικά έως και σε ποσοστό 75% τα συμπτώματα του νευροπαθητικού πόνου, ενώ παράλληλα, η ηλεκτροθεραπεία και η θεραπεία με την εφαρμογή μη επώδυνων ερεθισμάτων περιορίζουν τα συμπτώματα πόνου από 40 έως 70%.

Επομένως μερικές θεραπευτικές τεχνικές θα μπορούσαν να ενταχθούν και να εφαρμοστούν στην καθημερινή κλινική πρακτική ως συμπληρωματικές θεραπείες για τη νοσηλευτική διαχείριση των ογκολογικών ασθενών σύμφωνα με τα υπάρχοντα δεδομένα.

Χωρίς επαρκείς κλινικές μελέτες ώστε να παραχθούν στοιχεία για να υποστηρίξουν την πρακτική βάση των στοιχείων της παρούσας εργασίας, η ποιότητα της φροντίδας ογκολογικών ασθενών δεν μπορεί να εξακριβωθεί. Στις μελλοντικές προοπτικές θα πρέπει να περιλαμβάνονται η οριστικοποίηση των σημαντικών επιδράσεων των αναφερόμενων τεχνικών και μεθόδων στην θεραπευτική αντιμετώπιση του πόνου, όπως η σημασία της ψυχολογικής προσέγγισης των ασθενών, της οικογενειακής υποστήριξης καθώς επίσης και η διευκρίνιση ορισμένων άλλων μεθόδων όπως η θεραπεία μετάδοσης μη επώδυνων ερεθισμάτων και η πρώιμη κινητοποίηση.

Σαφώς, η έρευνα βρίσκεται σε εξέλιξη ώστε να καθορίσει τρόπους για την πρόληψη ή τον περιορισμό της περιφερικής νευροπάθειας σε ασθενείς με καρκίνο, ωστόσο υπάρχει τεράστια ανάγκη ώστε η έρευνα να βοηθήσει τους ασθενείς να περιορίσουν αυτά τα εξουθενωτικά συμπτώματα της θεραπείας του καρκίνου.

ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

ΓΕ: Ανέλυσε τα δεδομένα και συνέβαλε στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων και στη συγγραφή του κειμένου. ΟΤ: Συμμετείχε στη σύλληψη και στο σχεδιασμό της μελέτης, καθώς και στη συλλογή των δεδομένων. ΙΒ και ΜΒ: Συμμετείχαν στο σχεδιασμό της μελέτης και στη συλλογή των δεδομένων. Όλοι οι συγγραφείς αξιολόγησαν κριτικά και ενέκριναν την υποβολή του τελικού κειμένου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Argyriou A., Chroni E. & Koutra A., (2006). Preventing Paclitaxel-Induced Peripheral Neuropathy: A Phase II Trial of Vitamin E. *Supplementation Pain and Symptom Management*. 237:32.

Armstrong T., Almadrones L. & Gilbert M. R (2005). Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy. *Oncology Nursing Forum*, 32, 2.

Basbaum A. & Bushnell C. (2009). Science of pain. Academic Press, *Elsevier, Oxford*, 57:866?867.

Biddle S.J., Gorely T., Marshall S.J., Murdey I. & Cameron N. (2003). Physical activity and sedentary behaviours in youth: issues and controversies. *Cardiopulmonary Rehabilitation*;23(2):115–21.

Binner M., Ross D. & Browner I. (2011). Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy: Assessment of Oncology Nurses' Knowledge and Practice. *Oncology Nursing Forum* 38, 4.

Cascinu S., Catalano V., Cordella L., Labianca R., Giordani P. & Baldelli A. (2002). Neuroprotective effect of reduced glutathione on oxaliplatin-based chemotherapy in advanced colorectal cancer: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*; 20: 3478–3483.

Cascinu S., Cordella L., Del Ferro E., Fronzoni M. & Catalano G. (2005). Neuroprotective effect of reduced glutathione on cisplatin-based chemotherapy in advanced gastric cancer: A randomized double-blind placebo-controlled trial. *Journal ofClinical Oncology*; 13: 26–32.

Cata J., Cordella J. & Burton A. (2004). Spinal cord stimulation relieves chemotherapy-induced pain: a clinical case report. *Journal of Pain and Symptom Management*; 72-78.

Ferrini R. (2000). Parenteral Lidocaine for Severe Intractable Pain in Six Hospice Patients Continued at Home. *Journal of Palliative Medicine*, Vol.3:2.

Gamelin L., Boisdron-Celle M., Delva R., et al (2004). Prevention of oxaliplatin-related neurotoxicity by calcium and magnesium infusions: a retrospective study of 161 patients receiving oxaliplatin combined with 5-Fluorouracil and leucovorin for advanced colorectal cancer. *Clin Cancer Res*;10:4055–4061.

Graham A. & Reid G. (2000). Physical fitness of adults with an intellectual disability: A 13-year follow-up study. *Research Quarterly for Exercise and Sports*; 71: 152–161.

Hammack J., Mickalak J. & Loprinzi C. (2002). Phase III evaluation of nortriptyline for alleviation of symptoms of cisplatinum-induced peripheral neuropathy. *Pain*; 98: 195–203.

Hausheer F., Schilsky R. & Bain S. (2006). Diagnosis, Management, and Evaluation of Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy. *SeminOncol* ;33:15-49.

Honda K. & Goodwin RD. (2004). Cancer and mental disorders in a national community sample: findings from the national comorbidity survey. *PsychotherPsychosom*; 73: 235–42.

Park HJ (2014). Chemotherapy induced peripheral neuropathic pain. *Korean J Anesthesiol* 67(1):4-7.

James W A, Vinay C., Guido C. & Ross C D. (2014). Interventions for preventing nerve damage caused by cisplatin and other tumor-inhibiting platinum drugs. *Cochrane Neuromuscular Disease Group*.

Jarzyna D., Junguist C.& Pasero C. (2011). *American Society for Pain Management Nursing Guidelines on Monitoring for Opioid-Induced Sedation and Respiratory Depression*. 12: 3:118-145.

Joyce H.K, Patrick M.D. & Salahadin A. (2015). Basic science and clinical management of painful and non-painful chemotherapy-related neuropathy. *Department of Pain Medicine, The University of Texas, MD Anderson Cancer Center*.

Kinzler KW & Vogelstein B. (1998). Cancer susceptibility genes. Gatekeepers and caretakers. *Nature* 387:761-763.

Madsen & Fowler (2006). *Clinical Neurology*, 2006.

Maestri A., Ceratti A., Cundari S., et al (2005). A pilot study on the effect of Acetyl-l-carnitine in paclitaxenant cisplatin-induced peripheral neuropathy. *Tumori*; 91: 135-138.

Marselos M. (2007) *Introduction at medical pharmacology*.

Minton O. & Higginson IJ. *Electroacupuncture as an adjunctive*.

N.CMiltenburg & W.Boogerd (2014). Chemotherapy-induced neuropathy: A comprenhesive survey. *Department of Neuro-oncology, The Netherlands Cancer Institute*.

O'Connor AB & Dworkin RH (2010). Treatment of neuropathic pain: an overview of recent guidelines. *Am J Med* 122(10 Suppl):S22-32.

Paice J., Ferrell B., Virani R., et al (2006). Appraisal of the Graduate End-of-Life Nursing Education Consortium Training Program. *Journal of palliative medicine*; 9:2.

Rao D., Flynn P. & Sloan J. (2008). Efficacy of Lamotrigine in the Management of Chemotherapy-induced Peripheral Neuropathy. A Phase 3 Randomized, Double-blind, Placebo-controlled Trial, N01C3. *Cancer* (2008); 112 :12.

Rao D., Michalak J. & Sloan J. (2007). Efficacy of Gabapentin in the Management of Chemotherapy-induced Peripheral Neuropathy. A Phase 3 Randomized, Double-Blind, Placebo-controlled, Crossover Trial (N00C3). *Cancer*; 110:9.

Richardson J., Thies S., De Mott T. et al (2004) Interventions Improve Gait Regularity in Patients with Peripheral Neuropathy While Walking on an Irregular Surface Under Low Light. *J Am GeriatrSoc*; 52:510–515.

Sabato A, Mariano G & Gatti A. (2005) Scrambler therapy. Minerva Anestesiologica, *Minerva Anestesiol*;71:479-82

Saif M. (2004). Oral Calcium Ameliorating Oxaliplatin-Induced Peripheral Neuropathy. *J Appl Res*; 4(4): 576–582.

SindrupSH, Otto M, Finnerap NB & Jensen TS (2007). Antidepressants in the treatment of neuropathic pain. *CurrOpin Support Palliat Care*, 1(2):126-31.

Smyth J., Bowman A., Perren T & Wilkinson P. (1997). Glutathione reduces the toxicity and improves quality of life of women diagnosed with ovarian cancer treated with cisplatin: Results of a double-blind, randomized trial. Annals of Oncology,8: 569–573.

Strevel E. L, Ing D. J, & Siu L. (2007). Molecularly targeted oncology therapeutics and prolongation of the QT interval. *J Clin Oncol*;25, 3362?3371.

Stubblefield M., Vahdat L., Balmaceda A., Troxel A., Hesdorffer C. & Gooch C. (2005). Glutamine as a neuroprotective agent in high-dose paclitaxel-induced peripheral neuropathy: A clinical and electrophysiologic study. *Clinical Oncology*; 17:, 271–276.

Tofthagen C & McMilllan S. (2010). Pain Neuropathic Symptoms and Physical Mental Well Being in Persons with Cancer. *Cancer Nursing*; 33(6):436-444.

VahdatL., PapadopoulosK., LangeD., LeuinS., KaufmanE., DonovanD., FrederickD., BagiellaE., TierstenA., NicholsG., GarrettT., SavageD., AntmanK., HesdorfferC. S. & Balmaceda C. (2000). Reduction of Paclitaxel-induced Peripheral Neuropathy with Glutamine. *Clinical Cancer Research*, 7:1192-1197

Weidong L, Clower Dean E. & Doherty-Gilman A. (2008). The Value of Acupuncture In Cancer Care. *Hematol Oncology Clinical North Am.*; 22(4): 631.

Wong R. & Sagar S. (2006). Acupuncture treatment for chemotherapy-induced peripheral neuropathy--a case series. *Acupuncture Medicine* 2006 Jun;24(2):87–91.

ΑργυράΕ., ΒαδαλούκαΑ., ΣιάφακαΙ., ΑναστασίουΕ., ΠαπαδόπουλοςΓ., (2006). *Αντιμετώπιση οξέος και χρόνιου πόνου. Εκδόσεις Γέφυρα* :38-56.

Βελονάκη Β. & Αναγνωστοπούλου Α. (2006). Ιστορική εξέλιξη υγειονομικού συστήματος και Νοσηλευτική στην Ελλάδα. Νοσ*ηλευτική*; 45(4):491–499

Καραγεωργίου Δ. & Κουτελέκος Ι. (2009). Ποιότητα ζωής και οφειλόμενη σε χημειοθεραπεία νευροτοξικότητα. Τ*ο Βήμα του ασκληπιού*; τόμος 8ος (4).

Πολυκανδριώτη Μ., Ευαγγέλου Ε., Δούσης Ε. και συν. (2010). Σχέση Κόπωσης και Κατάθλιψης σε Χημειοθεραπευόμενους Ασθενείς. *Νοσηλευτική*, 49(1): 53–61.

Nursing Management of chemotherapy-induced peripheral neuropathy: a systematic review

George Elesnitsalis [1], Olga Tsartsaraki [2], Ioanna Vekili [3], Maria Vourvou [4]

1. RN, MSc, PhD(c), Papageorgiou General Hospital Thessaloniki
2. RN, MSc, General Hospital Giannitsa
3. RN, MSc, Ahepa University Hospital Thessaloniki
4. RN, MS(c), University Hospital of Morecambe Bay, Lancaster UK

ABSTRACT

Background: Peripheral neuropathy seems to be a significant problem for the management of cancer patients receiving chemotherapy treatment. Peripheral neuropathy is the end result of peripheral, motor, sensory, and autonomic neuron damage secondary to neurotoxic chemotherapy agents that inactivate the components required to maintain the metabolic needs.

Aim: A systematic review of current data in the literature regarding the occurrence of peripheral neuropathy in patients taking antineoplastic therapy, in order to identify the interventions of nursing care aimed at recognizing and managing symptoms of peripheral neuropathy, and the precautionary measures that can taken to prevent their occurrence.

Method: A critical review of research articles was made, using the electronic databases Medline, Embase, HEAL-Link, and the Google Scholar. The chosen of the articles based on the English language, the plan of investigation, the specific time of every study done and the pain of neuropathy. For these purpose we select 17 primary studies from 57 references which tried to manage the pain of neuropathy after chemotherapy treatment.

Results: Most of pharmacological methods such as vitamin E, gloutamine, gloutathione, antidepresses and opioids and non pharmacological methods such as acupuncture, psychological support and electrotherapy seem to be effective on the management of the pain of neuropathy after chemotherapy can be used as alternative therapy by the nurses.

Conclusions: The currently applied non-invasive pharmacological and non pharmacological analgesic methods seems to play a key role in the management of neuropathic pain and can be used as alternative therapy by the nurses.

Keywords: chemotherapy, peripheral neuropathy, pain, nursing management.

Correspondent Author Elesnitsalis George
Email: ikon3369@yahoo.co m Tel: +30 6944988474

Περιγραφή γνωσιακής θεραπείας γυναίκας με καταθλιπτική διαταραχή, απόπειρα αυτοκτονίας και στοιχεία αγχώδους διαταραχής πανικού: μια μελέτη περίπτωσης

Αριστοτέλης Κοΐνης[1], Μαρία Καπουράλου[2], Αντωνία Προυντζοπούλου[3], Αικατερίνη Γαμβρουλά[4], Μαρία Σαρίδη[5]

1. Ψυχολόγος Μ.Α, MSc, Ph.D(c), Γενικό Νοσοκομείο Αργολίδας
2. Ψυχολόγος MSc, Γενικό Νοσοκομείο Αργολίδας
3. Ειδικευόμενη Ιατρός Χειρουργικής, Γενικό Νοσοκομείο Αργολίδας
4. Ψυχίατρος Επιμελήτρια Β΄, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης
5. PhD, Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η γνωσιακή ψυχοθεραπεία σε συνδυασμό με φαρμακευτική αγωγή αποτελούν τις πλέον ερευνητικά κατοχυρωμένες ως προς την αποτελεσματικότητα και περισσότερο δοκιμασμένες ειδικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης και της αγχώδους διαταραχής πανικού.

Σκοπός: Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης περίπτωσης είναι να καταδείξει τα οφέλη από την εφαρμογή της γνωσιακής ψυχοθεραπείας σε ασθενείς με καταθλιπτική διαταραχή και αγχώδη διαταραχή πανικού.

Παρουσίαση περίπτωσης: Γυναίκα 62 ετών εισήχθη λόγω απόπειρας αυτοκτονίας. Έγινε χειρουργική επέμβαση, λόγω προσπάθειας να κόψει το λαιμό της με μαχαίρι και νοσηλεύτηκε στη Χειρουργική Κλινική για δυο εβδομάδες. Στο πλαίσιο της Διασυνδετικής Ψυχιατρικής, έγινε παραπομπή από τους θεράποντες ιατρούς για ψυχιατρική και ψυχολογική εκτίμηση και παρακολούθηση. Αφού έγινε διαφοροδιάγνωση από τη διπολική διαταραχή, σύμφωνα με το ICD-10 (ταξινομικό σύστημα ψυχικών διαταραχών και διαταραχών συμπεριφοράς), ακολούθησε εφαρμογή γνωσιακής ψυχοθεραπείας (46 συνεδρίες) με ταυτόχρονη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής.

Συμπεράσματα: Η γνωσιακή ψυχοθεραπεία σε συνδυασμό με τη φαρμακευτική αγωγή φάνηκε να αποτελεί κατάλληλη θεραπευτική προσέγγιση για την αντιμετώπιση της καταθλιπτικής διαταραχής και της αγχώδους διαταραχής πανικού.

Λέξεις – Κλειδιά: γνωσιακή, ψυχοθεραπεία, καταθλιπτική διαταραχή, άγχος, αγωγή.

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας: Αριστοτέλης Κοΐνης
Email: telis_psyc@hotmail.com Τηλ. +30 2751360131, +30 6976856215

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αρχική σύλληψη της γνωσιακής ψυχοθεραπείας από τον Beck (1967), αφορούσε κυρίως σε μια βραχεία, εστιασμένη στο πρόβλημα, μορφή ψυχοθεραπείας για την κατάθλιψη, παρότι ο Beck σημείωσε εξαρχής τις δυνατότητες εφαρμογής της στις αγχώδεις διαταραχές. Σήμερα, η γνωσιακή ψυχοθεραπεία έχει το χαρακτήρα μιας ενεργητικής, κατευθυντικής, βραχείας, δομημένης ψυχοθεραπευτικής προσέγγισης με ποικίλες εφαρμογές στο σύνολο σχεδόν των ψυχικών διαταραχών (Clark & Steer 1996). Η πιο δημοφιλής από τις γνωσιακές προσεγγίσεις για την κατάθλιψη, είναι αυτή του Aaron Beck (Beck et al 1979), η οποία επεκτάθηκε ώστε να καλύψει και τη θεραπεία για τις διαταραχές προσωπικότητας και τις αγχώδεις διαταραχές.

Η κατάθλιψη, ως παθολογική οντότητα, διαταράσσει τη σκέψη, τη συμπεριφορά, αλλά και τις φυσιολογικές λειτουργίες του ατόμου. Το άτομο εμφανίζεται απαισιόδοξο, αρνητικό με έντονες ιδέες ενοχής και αναξιότητας, ενώ συγχρόνως παραμελεί τη προσωπική του εμφάνιση, αλλά και τις δραστηριότητές του, επαγγελματικές και κοινωνικές. Εμφανίζει ακόμη διαταραχές στον ύπνο, την πρόσληψη τροφής και του σεξουαλικού ενδιαφέροντος, ενώ πολλές φορές αιτιάται και σωματικές ενοχλήσεις. Σύμφωνα με τη θεωρία του Beck, στον καταθλιπτικό ασθενή διαταράσσεται η σκέψη τόσο στο περιεχόμενό της (καταθλιπτική τριάδα), όσο και στη λειτουργία μέσω των διεργασιακών λαθών, αλλά και στη δομή της μέσω της ενεργοποίησης των καταθλιπτογόνων σχημάτων. Η σκέψη στο περιεχόμενό της εμφανίζει την καταθλιπτική τριάδα μέσα από την οποία ο ασθενής αντιλαμβάνεται και θεωρεί αρνητικά τον εαυτό του, τον κόσμο γύρω του και το μέλλον (Ευθυμίου 2002). Τον εαυτό του τον βλέπει ως ένα ανεπαρκές άτομο, ανάξιο, ανεπιθύμητο και ελαττωματικό σε όλους τους τομείς, κοινωνικό, διανοητικό, ψυχολογικό και ηθικό. Τον κόσμο γύρω του τον αντιμετωπίζει ως ιδιαίτερα απαιτητικό και απορριπτικό προς αυτόν, κάτι που τον απογοητεύει και του αποστερεί την πηγή άντλησης ευχαρίστησης από τον κόσμο γύρω του. Αυτό επιπρόσθετα λειτουργεί ως φαύλος κύκλος, αφού η κοινωνική του απόσυρση εκλαμβάνεται πολλές φορές και από τους γύρω του ως απόρριψη, με αποτέλεσμα να απομακρύνονται και να διευρύνεται το χάσμα μεταξύ αυτών και του ασθενούς. Τέλος, ο ασθενής έχοντας τα προηγούμενα δεδομένα, δεν μπορεί παρά να βλέπει το μέλλον του ζοφερό, χωρίς εναλλακτικές λύσεις και μάταιη την προσπάθεια για ανατροπή των δεδομένων αυτών, αλλά και την δική του επιβίωση. Η διαταραχή της λειτουργίας της σκέψης εμφανίζεται μέσω των διεργασικών λαθών και προκύπτει μέσα από την αρνητική προκατάληψη και επεξεργασία των εμπειριών.

Τα καταθλιπτογόνα σχήματα είναι αναποτελεσματικά, δυσπροσαρμοστικά και διερμηνεύουν την εμπειρία με ένα ζημιογόνο για το άτομο τρόπο. Το περιεχόμενό τους σχετίζεται συχνά με την έννοια της απώλειας, είτε φυσικής (απώλεια αγαπημένου προσώπου), είτε συμβολικής (απώλεια αυτοεκτίμησης) ή και αθροιστικής (επαναλαμβανόμενες μικρές απώλειες). Σύμφωνα με τη θεωρία, τα σχήματα αυτά καθιστούν το άτομο «ευάλωτο» στην κατάθλιψη, ενώ ο Beck θεωρεί ότι αυτά βρίσκονται σε λανθάνουσα κατάσταση και ενεργοποιούνται στα πλαίσια ενός καταθλιπτογόνου γεγονότος. Το είδος βέβαια του γεγονότος για να είναι σε θέση να ενεργοποιήσει το καταθλιπτογόνο σχήμα πρέπει να είναι συμβατό με αυτό στο περιεχόμενό του (Beck et al 1979). Κατά τον Beck δύο από τα κυρίαρχα σχήματα είναι αυτό της κοινωνιοτροπίας (π.χ. απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου) και αυτό της αυτονομίας (π.χ. απώλεια της εργασίας). Για την αναζήτηση των παραπάνω σχημάτων χρησιμοποιείται τόσο η οριζόντια, όσο και η κάθετη διερεύνηση. Η οριζόντια διερεύνηση χαρακτηρίζεται από τη συλλογή αυτόματων σκέψεων με τη μορφή ημερολογίου, το οποίο κρατά ο ασθενής και καταγράφει συμβάντα, σκέψεις και συναισθήματα. Η κάθετη διερεύνηση στοχεύει στην αποκάλυψη των σχημάτων.

Η κατάθλιψη αποτελείται από ένα σύνολο σημείων και συμπτωμάτων, τα οποία περιγράφονται στα διαγνωστικά συστήματα International Classification of Diseases (ICD-10) και Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). Η φαινομενολογική προσέγγιση της κατάθλιψης περιλαμβάνει αυτά τα σημεία και τα συμπτώματα, τα οποία οφείλονται σε διαταραχή του συναισθήματος, της ψυχοκινητικής δραστηριότητας, των γνωσιακών λειτουργιών, αλλά και των λειτουργιών του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ). Αυτό που έχει σημασία για τους ανθρώπους που υποφέρουν από κατάθλιψη δεν είναι η αιτιολογία της (αν και συνήθως αναλώνονται στην άγονη αναζήτηση του "τι φταίει" άλλοτε με αυτομομφή και άλλοτε με ετερομομφή), αλλά η έγκαιρη αναγνώριση, του ότι αυτό που αισθάνονται δεν οφείλεται σε κόπωση, αναξιότητα ή ότι άλλο, αλλά πάσχουν από μία θεραπεύσιμη ψυχική διαταραχή (Beck 1964).

Η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από καταθλιπτική διάθεση (ένα "στενάχωρο" συναίσθημα κατά το μεγαλύτερο διάστημα της ημέρας), άγχος (δυσφορία στο στήθος, ανησυχία, νευρικότητα), απελπισία και ανηδονία (δηλαδή πρότερα ευχάριστες δραστηριότητες δεν ικανοποιούν πλέον τον ασθενή), έλλειψη ενέργειας και κόπωση στην ελάχιστη προσπάθεια, καθώς και επιβράδυνση των ψυχοκινητικών λειτουργιών (αργές κινήσεις και βάδισμα, ο ασθενής δυσκολεύεται να σκεφθεί). Συνυπάρχουν διαταραγμένος ύπνος (ο ασθενής κοιμάται αργά, με διακοπές και άσχημα όνειρα και, χαρακτηριστικά ξυπνά νωρίς τα ξημερώματα με άσχημη διάθεση και αρνητικές σκέψεις), ανορεξία και άλλοτε βουλιμία ή απώλεια της σεξουαλικής διάθεσης. Δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί, παραπονείται για αμνησία, ενώ πλήθος δυσάρεστων σκέψεων κατακλύζουν τον νου, ενίοτε και σκέψεις αυτοκτονίας. Παράλληλα ποικίλα σωματικά ενοχλήματα (π.χ. δυσκοιλιότητα) συμπληρώνουν την εικόνα (Beck 1976).

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Η περίπτωση αναφέρεται σε γυναίκα ηλικίας 62 ετών (Ε.), η οποία εισήχθη στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), του νοσοκομείου, ως επείγον περιστατικό, λόγω απόπειρας αυτοκτονίας (επιχείρησε να κόψει το λαιμό της με αιχμηρό αντικείμενο). Έγινε χειρουργική επέμβαση στο λαιμό της και νοσηλεύτηκε στη χειρουργική κλινική για δυο εβδομάδες. Στο πλαίσιο της διασυνδετικής ψυχιατρικής, έγινε παραπομπή από τους θεράποντες ιατρούς για ψυχιατρική και ψυχολογική εκτίμηση και παρακολούθηση.

Η κα. Ε. έχει διαγνωστεί με καταθλιπτική διαταραχή τα τελευταία 20 έτη και υποστηρίζεται φαρμακευτικά. Εκλυτικό γεγονός πυροδότησης της απόπειρας αυτοκτονίας, ήταν η ανακοίνωση από τον σύζυγό της, ότι την εγκαταλείπει. Πέραν της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, κατά την έναρξη της θεραπείας, παρουσίαζε στοιχεία παθητικής συμπεριφοράς, έντονο άγχος με ψυχοσωματικά συμπτώματα.

Ακολουθήθηκε εστιασμένη προς το σχήμα της απώλειας θεραπευτική στρατηγική και χρησιμοποιήθηκαν τεχνικές επίλυσης προβλήματος, κατάτμησης στόχου, παρεμπόδισης αντίδρασης, εντοπισμού γνωσιακών παραποιήσεων, αμφισβήτησης δυσλειτουργικών σκέψεων κάθετου τόξου, αναβίωσης εμπειριών από την παιδική ηλικία και εκπαίδευσης στις δεξιότητες διεκδικητικής συμπεριφοράς, έκφρασης συναισθημάτων. Η θεραπεία ολοκληρώθηκε σε 46 συνεδρίες κατά το διάστημα 16 μηνών, οι οποίες γίνονταν σε εβδομαδιαία βάση, ήταν διάρκειας 45 λεπτών και βρίσκονταν υπό την εποπτεία έμπειρου ψυχοθεραπευτή. Μετά το πέρας των συνεδριών, πραγματοποιήθηκαν πέντε αναμνηστικές συνεδρίες (follow up), σε διάρκεια ενός έτους από τη λήξη των βασικών συνεδριών. Συγκεκριμένα, πραγματοποιήθηκαν τρεις συνεδρίες το πρώτο εξάμηνο, ανά δύο μήνες, και δύο το δεύτερο εξάμηνο, ανά τρεις μήνες. Κατά την τελευταία αναμνηστική συνεδρία, διαπιστώθηκε η διατήρηση και η γενίκευση του θεραπευτικού αποτελέσματος.

Η ατομική περίπτωση που περιγράφεται επιλέχθηκε, για δυο λόγους: ο πρώτος είναι ότι η γνωσιακή ψυχοθεραπεία, αποτελεί ένα πλήρες σύστημα θεωρίας και πρακτικής, στο πλαίσιο της οποίας ακόμη και ένας νέος σχετικά θεραπευτής, υπό εποπτεία, μπορεί να αντιμετωπίσει σύνθετα περιστατικά. Ο δεύτερος λόγος αφορά στο ενδιαφέρον για τις διαταραχές διάθεσης στο πλαίσιο της γνωσιακής προσέγγισης (Beck & Freeman 1990), γεγονός που καθιστά χρήσιμη την περιγραφή ατομικών περιπτώσεων προκειμένου να αναδειχθούν οι ιδιαιτερότητες που παρουσιάζει η εφαρμογή της γνωσιακής ψυχοθεραπείας στην αντιμετώπιση των διαταραχών διάθεσης.

Ψυχιατρικό Ιστορικό

Η κα. Ε. νοσηλεύτηκε πριν 20 χρόνια, σε ηλικία 42 ετών περίπου, σε ιδιωτική ψυχιατρική κλινική με την έναρξη της καταθλιπτικής διαταραχής της. Ο λόγος νοσηλείας της, ήταν η πρώτη απόπειρα αυτοκτονίας που έκανε (με λήψη φαρμακευτικών δισκίων), λόγω του πένθους που βίωνε, αλλά και του κοινωνικού στιγματισμού που υπέστη, από τις αυτοκτονίες της μητέρας και του αδελφού της. Ξεκίνησε φαρμακευτική αγωγή, χωρίς ψυχοθεραπεία για όλα αυτά τα χρόνια. Πριν 10 χρόνια έκανε την δεύτερη απόπειρα αυτοκτονίας (ανεπιτυχής), πάλι με χάπια, επειδή ο σύζυγός της, την απείλησε σε μια από τις πολλές και έντονες συγκρούσεις τους, ότι θα την εγκαταλείψει. Νοσηλεύτηκε τότε σε παθολογική κλινική γενικού νοσοκομείου για την αντιμετώπιση της φαρμακευτικής δηλητηρίασης, για δύο ημέρες.

Διάγνωση

Η ασθενής διεγνώσθη με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή (ΜΚΔ) [F32.2 (ICD-10)], και στοιχεία αγχώδους διαταραχής πανικού [F41.0 (ICD-10)], καθώς τα συμπτώματα που εντοπίστηκαν είχαν την ένταση, τη συχνότητα και την καθημερινή διάρκεια ή τις επιπτώσεις στη λειτουργικότητα και την ψυχική ευεξία που απαιτούνται. Επίσης, παρατηρήθηκαν προβλήματα με την πρωταρχική ομάδα στήριξης (διατάραξη της οικογένειας από χωρισμό) και προβλήματα που σχετίζονται με το κοινωνικό της περιβάλλον (μοναξιά). Έγινε διαφοροδιάγνωση από τις διαταραχές προσωπικότητας, καθώς η απόπειρα αυτοκτονίας, έγκειται στα συμπτώματα της καταθλιπτικής διαταραχής της και στην πυροδότηση της αγχώδους διαταραχής πανικού.

Ξεκίνησε νέα φαρμακευτική αγωγή η οποία περιλάμβανε: Olanzapine (2,5mg), Carbamazepine (400mg), Sertraline hydrochloride (100mg), Diazepam (10mg). Η επιλογή της συγκεκριμένης φαρμακευτικής αγωγής από την ψυχίατρο έγινε με βάση τον τύπο της κατάθλιψης, την παρούσα κλινική της εικόνα, την αυτοκαταστροφική της συμπεριφορά, την ηλικία της ασθενούς καθώς και το προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης. Ο μηχανισμός λειτουργίας τους στοχεύει στην επαναφορά της ισορροπίας του συστήματος των νευροδιαβιβαστών στον εγκέφαλο. Η συγκεκριμένη αντικαταθλιπτική αγωγή σε συνδυασμό με αγχολυτικό και αντιψυχωσικό φάρμακο, είχε ως σκοπό να μειώσει τα καταθλιπτικά συμπτώματα που σχετίζονται με το Αυτόνομο Νευρικό Σύστημα, όπως διαταραχή ύπνου, ελαττωμένη ενεργητικότητα, ανηδονία, επιβράδυνση της σκέψης, του λόγου και των κινήσεων, ένταση, μεταβολές της συναισθηματικής διάθεσης στη διάρκεια της ημέρας, να αμβλύνει την παρορμητικότητα της σκέψης της ασθενούς για μελλοντική αυτοκαταστροφική συμπεριφορά καθώς και στη μείωση του κινδύνου υποτροπών.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Για τη διερεύνηση της συγκεκριμένης κλινικής περίπτωσης χρησιμοποιήθηκε ένα σταθμισμένο ερευνητικό εργαλείο. Το Ερωτηματολόγιο Ψυχοπαθολογίας [Symptom Check List -90 Revised (SCL-90-R)] αποτελεί ένα διαδεδοΒένο εργαλείο εκτίμησης της γενικής ψυχοπαθολογίας

(Derogatis 1977). Είναι μια αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα μέτρησης των υποκειμενικών ενοχλήσεων των ατόμων σε πολλές διαστάσεις της ψυχοπαθολογίας. Αποτελείται από 90 διαπιστώσεις, που αντιπροσωπεύουν σωματικά και ψυχικά συμπτώματα. Το χρονικό διάστημα των 7 ημερών (τελευταία εβδομάδα) είναι ο χρόνος αναφοράς για την εκτίμηση των συμπτωμάτων. Μέγιστη βαθμολογία είναι το 360 (Μωρόγιαννης 2000). Το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε στα ελληνικά από τους Ντώνια και συνεργάτες (1991).

Τα 90 ερωτήματα συνθέτουν 9 υποκλίμακες: Σωματοποίηση, Ιδεοψυχαναγκασμός, Διαπροσωπική Ευαισθησία, Κατάθλιψη, Άγχος, Επιθετικότητα, Φοβικό Άγχος, Παρανοειδής Ιδεασμός, Ψυχωτισμός, Διάφορα συμπτώματα (Διαταραχές του Ύπνου, Διαταραχές στην Πρόσληψη Τροφής, Σκέψεις Θανάτου, Ενοχή) (Ντώνιας και συν 1991). Οι διαπιστώσεις κάθε κλίμακας κυμαίνονται από 6 (Παρανοειδής Ιδεασμός) έως 13 (Κατάθλιψη). Τρεις Γενικοί Δείκτες προκύπτουν από το SCL-90-R: 1) Ο Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων (ΓΔΣ) που είναι ο μέσος όρος των 90 διαπιστώσεων, 2) Ο Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων (ΔΘΣ) που αποτελεί τον αριθμό των διαπιστώσεων με θετική βαθμολογία (ανώτερη του μηδενός) και 3) Ο Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ) που αποτελεί το πηλίκο του ΔΘΣ/90 (μέσος όρος του ΔΘΣ) (Μωρόγιαννης 2000). Η κα. Ε, στην αρχική της αξιολόγηση, στο SCL-90-R, εμφάνισε υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Συγκεκριμένα, εμφάνισε ως κλινικά σημαντικές τις ακόλουθες κλίμακες: σωματοποίηση και κατάθλιψη, όπου ερμηνεύτηκε ως αποτέλεσμα της γενικότερης δυσφορίας και του άγχους από τα προβλήματα που βίωνε (Πίνακας 1).

Για τη δημοσίευση της συγκεριμένης περίπτωσης ζητήθηκε η έγγραφη συναίνεση της ασθενούς η οποία και εδόθη και τηρήθηκε πλήρως η ανωνυμία των στοιχείων με τρόπο κατά τον οποίο δεν μπορεί να ταυτοποιηθεί το πρόσωπο που περιγράφεται.

ΔΙΑΤΥΠΩΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ (CASE FORMULATION)- ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ

Υπόθεση εργασίας

Σύμφωνα με την παραπάνω διατύπωση των προβλημάτων, η υπόθεση εργασίας για τη θεραπευτική παρέμβαση, ήταν ότι οι δυσκολίες που σχετίζονται με την καταθλιπτική διαταραχή, ανάγονται σε πυρηνικά δομικά στοιχεία της προσωπικότητας της κας Ε. και συγκεκριμένα στις αρνητικές βασικές πεποιθήσεις για τον εαυτό, χωρίς την τροποποίηση των οποίων, δύσκολα θα υπήρχαν αλλαγές, στο επίπεδο των αυτόματων σκέψεων και της συμπεριφοράς.

Κατάλογος προβλημάτων

Τα προβλήματα που εντοπίστηκαν αφορούσαν στις υποτιμητικές βασικές πεποιθήσεις για τον εαυτό, τον κόσμο και το μέλλον και τις γνωσιακές και συμπεριφορικές αποφυγές. Η κα. Ε. είχε χαμηλή ανοχή στα δυσάρεστα συναισθήματα, η οποία επηρέαζε τόσο τη δυνατότητά της να καταβάλει προσπάθεια (ενδεχόμενο απώλειας), όσο και τις στενές διαπροσωπικές της σχέσεις (ενδεχόμενο απόρριψης). Οι διαπροσωπικές της σχέσεις χαρακτηρίζονταν από έλλειψη διεκδικητικότητας και παθητικότητα.

Θεραπευτικοί στόχοι

Στο βαθμό που ο θεραπευτικός σχεδιασμός ήταν εστιασμένος στα πυρηνικά σχήματα, δεν υπήρξε εξαρχής συμφωνία με την ασθενή, για τον πραγματικό στόχο της θεραπείας, που ήταν η αναδόμηση των δυσλειτουργικών πεποιθήσεων για τον εαυτό, τον κόσμο και το μέλλον. Δεν έγινε θεραπευτική συμφωνία αρχικά λόγω της κακής ψυχικής κατάστασης της ασθενούς και των αντιστάσεων που προέβαλε στην θεραπεία. Οι θεραπευτικοί στόχοι που τέθηκαν στην αρχή ήταν ουσιαστικά μια περιγραφή των θετικών αποτελεσμάτων που θα επέφερε μια τέτοια αναδόμηση. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε από το θεραπευτή στη

Πίνακας 1.
Τιμές της ασθενούς στις υποκλίμακες του SCL-90R κατά την έναρξη και μετά τη λήξη της θεραπείας

Υποκλίμακες	Βαθμολογία (κατά την έναρξη θεραπεία)	Βαθμολογία (μετά την λήξη της θεραπείας)
Σωματοποίηση	31	5
Ψυχαναγκαστικότητα-καταναγκαστικότητα	24	10
Διαπροσωπική ευαισθησία	19	6
Κατάθλιψη	30	7
Φοβικό άγχος	15	2
Θυμός-επιθετικότητα	16	2
Παρανοειδής ιδεασμός	12	4
Ψυχωτισμός	24	8

Πηγή: (Demogratis, 1977-Ελληνική στάθμιση: Ντώνιας, Καραστεργίου & Μάνος, 1991).

Σχήμα 1. Διάγραμμα γνωσιακής διατύπωσης του προβλήματος



διαχείριση της απώλειας (εγκατάλειψη από τον σύζυγο). Οι θεραπευτικοί στόχοι που τέθηκαν σε συνεργασία με την κα. Ε. ήταν οι ακόλουθοι:

1. Εξάλειψη καταθλιπτικών–αρνητικών σκέψεων σχετικά με εαυτό-κόσμο-μέλλον
2. Εξάλειψη σκέψεων απειλής εαυτού
3. Μείωση αγχωτικών καταστάσεων και διαχείριση των καταστάσεων πανικού
4. Εξάλειψη σωματικών συμπτωμάτων
5. Αναγνώριση, έκφραση και διαχείριση των συναισθημάτων της
6. Βελτίωση συναισθήματος- αυτοεικόνας
7. Ψυχο-εκπαίδευση στη διεκδικητική συμπεριφορά
8. Συμμόρφωση με φαρμακευτική αγωγή-καταλληλότητα

Θεραπευτικό πλάνο

Κύριοι άξονες του θεραπευτικού σχεδιασμού ήταν η εγκατάσταση μιας καλής θεραπευτικής σχέσης και η διαμόρφωση του αιτήματος, ώστε να υπάρξουν οι προϋποθέσεις για τη θεραπευτική προσέγγιση. Ως προς τον πρώτο άξονα, θεωρήθηκε απαραίτητο να προσφερθεί η γνωσιακή διατύπωση του προβλήματος στην κα. Ε. κατά το δυνατόν νωρίτερα, ώστε να κατανοήσει τις βασικές πεποιθήσεις από τις οποίες πηγάζουν δυσλειτουργικές σκέψεις και συμπεριφορές σε όλους τους τομείς στους οποίους ανέφερε πρόβλημα, αλλά και το μηχανισμό με τον οποίο δημιουργήθηκαν και ισχυροποιήθηκαν με το πέρασμα του χρόνου. Η διατύπωση αυτή θα γινόταν πιο περιεκτική και συγκεκριμένη κατά την πορεία της θεραπείας, αλλά κρίθηκε ότι είχε εξαιρετική σημασία, η κατασκευή ενός πρώτου μοντέλου λειτουργικών συσχετίσεων και, στο πλαίσιο αυτό, κύριο μέλημα των πρώτων συνεδριών θα ήταν η οριζόντια και κάθετη γνωσιακή διερεύνηση.

Σκοπός ήταν, από τη στιγμή που θα εντοπίζονταν οι βασικές πεποιθήσεις, να αποτελέσουν κύριο θεραπευτικό στόχο και παράλληλα να ξεκινήσει η αντιμετώπιση συγκεκριμένων δυσκολιών και ελλείψεων, καθώς ακόμη και ως προς τους στόχους που αφορούσαν σε σχετικά

αυτόνομες παρεμβάσεις, όπως η εκπαίδευση στη διεκδικητική συμπεριφορά και στην αναγνώριση και έκφραση συναισθημάτων, δεν θα μπορούσε να υπάρξει σημαντική βελτίωση, αν η θεραπεία δεν απευθυνόταν παράλληλα στις βασικές πεποιθήσεις της κας. Ε.

Σχεδιασμός παρέμβασης

Η πορεία της θεραπείας σχεδιάστηκε, ακολουθώντας το παρακάτω χρονοδιάγραμμα:

- 1-3 συνεδρία: λήψη ιστορικού, κλινική και γνωσιακή αξιολόγηση-θεραπευτικό συμβόλαιο, χορήγηση ερωτηματολογίων.
- 4-7 Εξοικείωση με τη Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία-εξοικείωση με την καταθλιπτική διαταραχή.
- 8-10: Διαχείριση και ενημέρωση για τα στάδια της απώλειας γενικά.
- 11-13: Προσδιορισμός και ιεράρχηση προβλημάτων –διατύπωση στόχων-ημερολόγια (επεξήγηση)
- 13-15: Γνωσιακή διατύπωση-ψυχοεκπαίδευση για γένεση και διατήρηση δυσλειτουργικών βασικών πεποιθήσεων.
- 16-19: Εκπαίδευση στα 4Σ (Συναίσθημα- Σκέψη- Συμπεριφορά- Σωματικά), δηλαδή μια πλήρη καταγραφή σε κλινικό και συμπεριφορικό επίπεδο. Μοντέλο διαιώνισης του φαύλου κύκλου. Εργασία για το σπίτι-Καταγραφή σκέψεων, συναισθημάτων και συμπεριφορών (η τεχνική της τριπλής στήλης), με σκοπό αφ΄ενός, να εκπαιδευτεί η ασθενής στη διάκριση και στη σχέση αυτών, αφ΄ετέρου να ευαισθητοποιηθεί στην εξεύρεση τρόπων ελέγχου και αμφισβήτησης των δυσπροσαρμοστικών πεποιθήσεών του. Ορόσημο: Ύφεση σωματικών συμπτωμάτων-έμφαση σε εναλλακτικές σκέψεις
- 19-21: Ανιχνεύθηκαν τα διεργασιακά λάθη, όπως υπερβολή, αυθαίρετα συμπεράσματα (διάβασμα σκέψης των άλλων), προσωποποίηση, υποτίμηση θετικών, τα οποία αντιλήφθηκε καλά. Εργασία για το σπίτι-Καταγραφή σκέψεων, συναισθημάτων και συμπεριφορών (η τεχνική της τριπλής στήλης).
- 22-23: Εκπαίδευση σε διεκδικητική συμπεριφορά
- 23-26: Αναβιώσεις, αμφισβήτηση αρνητικών σκέψεων, εκπαίδευση στην εκμαίευση επικοινωνίας συναισθημάτων, συμπεριφορικό πείραμα με έκθεση. Ορόσημο: θετική ανταπόκριση από παιδιά της.
- 27-32: γνωσιακή αναδόμηση, εναλλακτικές σκέψεις και σταδιακή υιοθέτησή τους σε γνωσιακό επίπεδο.
- 33-35: εκπαίδευση στην επικοινωνία, συμπεριφορικό πείραμα με έκθεση στην κρίση φίλης της. Ορόσημο: η θετική ανατροφοδότηση που έλαβε με συνέπεια, αλλαγή των γνωσιών ως προς την ικανότητά της να σχετίζεται και να μην νιώθει μειονεκτικά. Νιώθει καλύτερα, δεν κάνει σκέψεις αυτοκαταστροφικές, ήρθε σε επαφή με σύζυγο και ήταν χαλαρή (έκθεση σε αγχωτική κατάσταση)
- 35-40: άρχισε να δραστηριοποιείται πάλι και να ασχολείται με κοινωνικές δραστηριότητες. Δεν νιώθει μόνη. Έκθεση εαυτού (τραύμα) χωρίς ντροπή ή σκέψεις αρνητικές για τον κόσμο. Συναισθηματικό δέσιμο με τα παιδιά της. (έκφραση συναισθημάτων και διαχείριση).
- 41-46: εξάλειψη αρνητικών σκέψεων. Αποδρομή συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους (χρήση εναλλακτικών τρόπων σκέψης για τη ζωή της και για τον κόσμο γύρω της). Προετοιμασία για το τέλος της θεραπευτικής διαδικασίας, συζητώντας με την ασθενή για τους τρόπους με τους οποίους θα αντιμετωπίζει καταστάσεις και πως θα εφαρμόζει στην καθημερινότητα της ότι έμαθε. Η ασθενής ευχαρίστησε το θεραπευτή, ενώ ο θεραπευτής την επιβράβευσε για την προσπάθεια της και τη βελτίωση της, της εξέφρασε συναισθήματα υπερηφάνειας και συνεχούς υποστήριξης προκειμένου να εφαρμόζει όσα αποκόμισε από τη θεραπεία στην καθημερινότητα της πως ήταν περήφανος για αυτήν και πως θα τη βοηθούσε να προσπαθούσε να εφαρμόζει όσα έμαθε στην καθημερινότητά της. Τέλος, η ασθενής ενημερώθηκε πως μετά το πέρας της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης θα πραγματοποιούνταν κάποιες αναμνηστικές συνεδρίες.

ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Θεραπευτική σχέση

Η θεραπευτική σχέση που αναπτύχθηκε κατά την διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας, κρίθηκε ικανοποιητική και αυτό διαφαίνεται από το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Τέθηκαν οι θεμελιώδεις λειτουργίες της θεραπευτικής σχέσης όπως τήρηση των ορίων με σκοπό την διασφάλιση και την σαφήνεια της κατάλληλης διαπροσωπικής απόστασης και για τον θεραπευτή και τον θεραπευόμενο, καθώς και η ασφαλής βάση σχετικά με την ενθάρρυνση της ελεύθερης έκφρασης, της ανάθεσης υπευθυνοτήτων, της σταθερότητας όσον αφορά στην εμπιστοσύνη στα κίνητρα του θεραπευτή και την ενθάρρυνση της αυτόνομης λειτουργικότητας.

Ο θεραπευτής επέδειξε συναισθηματική κατανόηση, ζεστασιά, αυθεντικότητα καθ΄ όλη την διάρκεια της θεραπείας, έτσι ώστε η ασθενής να αισθανθεί ασφαλής και να εμπιστευτεί σταδιακά τον θεραπευτή και κατά συνέπεια την θεραπευτική διαδικασία. Επίσης εδραιώθηκε ο συνεργατικός εμπειρισμός, η προσπάθεια του θεραπευτή να επιτύχει την κατανόηση και την συνεργασία του ασθενούς σε όλες τις φάσεις της θεραπευτικής διαδικασίας. Κατά τις πρώτες συνεδρίες παρατηρήθηκε αντίσταση από την ασθενή στις θεραπευτικές παρεμβάσεις, η οποία κάμφθηκε με τον εντοπισμό των πρώτων στοιχείων που άρχισαν να στοιχειοθετούν μία αποδεκτή για την κα. Ε, θεωρία για τις δυσκολίες που αντιμετώπιζε. Η αντίσταση αυτή, ήταν απολύτως κατανοητή, καθώς είναι δύσκολο για κάθε θεραπευόμενο να κατανοήσει, πως είναι δυνατόν βαθιά ριζωμένες πεποιθήσεις, τις οποίες ο ίδιος νιώθει απολύτως ρεαλιστικές, να μην ανταποκρίνονται πλήρως ή και μερικώς στην πραγματικότητα. Επίσης η κα. Ε. εκδήλωσε αντίσταση και δυσκολία στη συμπλήρωση ημερολογίου καταγραφή σκέψεων, συναισθημάτων και συμπεριφορών (η τεχνική της τριπλής στήλης), κατά τη διαδικασία της οριζόντιας διερεύνησης, καθώς σύμφωνα με τα λεγόμενά της «δεν μπορούσε να γράψει,

δεν ήξερε να γράφει σωστά και ντρεπόταν», καθώς επίσης και δυσκολία στον εντοπισμό των αρνητικών σκέψεων και τη διαφοροποίησή τους από τα συναισθήματα. Συμφωνήθηκε από κοινού να κάνει μαζί με το θεραπευτή τις καταγραφές κατά τη διάρκεια της συνεδρίας.

Εμπόδια, δυσκολίες

Κάποιες δυσκολίες παρουσιάστηκαν αρχικά, ως προς την τήρηση των θεραπευτικών ορίων, όσον αφορά την έγκαιρη προσέλευση και αποχώρηση από τη θεραπεία. Οι δυσκολίες αντιμετωπίστηκαν, ύστερα από διερεύνηση του θεραπευτή μέσα από συζήτηση με την ασθενή για τους λόγους μη τήρησης του θεραπευτικού συμβολαίου, αναφορικά με την υπέρβαση των ορίων.

Θεραπευτικές παρεμβάσεις και τεχνικές

Πέραν της κάθετης (τεχνικής του κάθετου τόξου) και της οριζόντιας γνωσιακής διερεύνησης και των συνήθων τεχνικών αμφισβήτησης και τροποποίησης των δυσλειτουργικών σκέψεων (τήρηση ημερολογίου, καταγραφή σκέψεων, συναισθημάτων και συμπεριφορών (η τεχνική της τριπλής στήλης), καταγραφή γεγονότων, σκέψεων, συναισθημάτων, αμφισβήτησης σκέψεων, νέο συναίσθημα- η τεχνική της πενταπλής στήλης, συμπεριφορικά πειράματα), χρησιμοποιήθηκαν και ειδικές τεχνικές για την αναδόμηση των πυρηνικών σχημάτων. Πραγματοποιήθηκε αναβίωση περιστατικών της παιδικής ηλικίας, με σκοπό τον επαναπροσδιορισμό του νοήματος των εμπειριών αυτών, από τη θέση του ενήλικου και τον έλεγχο της προσαρμοστικής αξίας των πεποιθήσεων που διαμορφώθηκαν κατά την παιδική ηλικία, βάσει των εμπειριών αυτών. Ιδιαίτερη έμφαση, δόθηκε στη σύνδεση επιμέρους καταστάσεων, σκέψεων και συμπεριφορών με τα πυρηνικά σχήματα με τη χρήση του Διαγράμματος Γνωσιακής Διατύπωσης του Προβλήματος (ΔΓΔΠ) (Σχήμα 1).

Τέλος, εφαρμόστηκαν συμπεριφοριστικές τεχνικές όπως κατάτμησης στόχου και επίλυσης προβλημάτων, ικανοποίησης, έκθεσης σε φοβογόνο ερέθισμα για την αντιμετώπιση της αγχώδους διαταραχής πανικού. Επίσης εφαρμόστηκαν εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες, σε αναγνώριση και έκφραση (εκμαίευση συναισθημάτων) και στη διεκδικητική συμπεριφορά.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η κλινική αυτή περίπτωση αντιμετωπίστηκε θεραπευτικά με φαρμακευτική αγωγή και γνωσιακή ψυχοθεραπεία παράλληλα. Η διαδικασία διαφοροδιάγνωσης από τη διπολική διαταραχή συνέβαλε στη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής, καθώς και στην εφαρμογή κατάλληλων γνωσιακών-συμπεριφοριστικών τεχνικών. Η θεραπεία ολοκληρώθηκε σε 46 συνεδρίες και μετά το πέρας των συνεδριών, πραγματοποιήθηκαν 5 αναμνηστικές συνεδρίες. Η απόφαση για τη λήξη της θεραπείας ήταν κοινή ανάμεσα στον θεραπευτή και την θεραπευόμενη.

Με την ολοκλήρωση της θεραπείας, η κα. Ε. αισθανόταν τον εαυτό της πιο ανοιχτό συναισθηματικά, δεν είχε καθόλου αρνητικές και απαισιόδοξες σκέψεις και αντιμετώπιζε τις καταστάσεις με λιγότερο άγχος. Η λειτουργικότητά της στις καθημερινές της υποχρεώσεις, είχε αποκατασταθεί πλήρως, ενώ ήταν σε θέση να συνάπτει και να διατηρεί διαπροσωπικές σχέσεις σε φιλικό επίπεδο. Η αυτοεικόνα της είχε βελτιωθεί και η αυτοπεποίθησή της επίσης. Έβλεπε το μέλλον πιο αισιόδοξα και ήταν συναισθηματικά γεμάτη από τα παιδιά της. Προσπαθούσε να βάζει τα όρια της στις επαφές με το σύζυγό της και να μην επηρεάζεται αρνητικά, γεγονός που το κατάφερνε ιδιαίτερα.

Μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας της κας Ε., καμία κλίμακα στο SCL-90-R δεν λάμβανε κλινικά σημαντική τιμή στο κανονιστικό διάγραμμα (Πίνακας 1). Η βαθμολογία στο ψυχομετρικό εργαλείο αντανακλούσε την καλύτερη διάθεση και το χαμηλότερο γενικό άγχος της. Κατά την τελευταία αναμνηστική συνεδρία, διαπιστώθηκε η διατήρηση και η γενίκευση του θεραπευτικού αποτελέσματος. Η φαρμακευτική αγωγή είχε θετική έκβαση στη θεραπεία. Μειώθηκαν τα καταθλιπτικά συμπτώματα σε εύλογο χρονικό διάστημα και μπόρεσε η ασθενής να συνεργαστεί στα πλαίσια της ψυχοθεραπευτικής προσέγγισης. Παρατηρήθηκε ότι κατά την έναρξη της ψυχοθεραπείας, η δράση των φαρμάκων ήταν λιγότερο θετική τα Σαββατοκύριακα από τις άλλες ημέρες της εβδομάδας, λόγω της έλλειψης δραστηριοτήτων της ασθενούς. Στην πορεία της θεραπείας η δράση της φαρμακευτικής αγωγής ήταν αποτελεσματική καθ' όλη την διάρκεια της εβδομάδας. Συνέχιση της φαρμακευτικής αγωγής για εννέα μήνες και επανεκτίμηση από τον ψυχίατρο της ψυχικής της κατάστασης. Τα αποτελέσματα αυτής της περιγραφικής περίπτωσης σχετικά με την καταλληλότητα της γνωσιακής συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας σε ασθενείς με διάγνωση μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, είναι επιστημονικά τεκμηριωμένη βάσει ης διεθνούς βιβλιογραφίας (Roth et al 1996, Robinson et al. 1990, Gaffan et al 1995).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σε όλη τη διάρκεια των συνεδριών ευαισθητοποίησης, έγινε προσπάθεια να δει η ασθενής την προοπτική ή μια ευκαιρία να αντιμετωπίζει μόνη τις διάφορες καθημερινές καταστάσεις. Σύμφωνα με αυτή την κλινική περίπτωση και τη θετική έκβασή της, διαπιστώθηκε ότι η συμβολή της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας σε συνδυασμό με τη φαρμακευτική αγωγή, αποτελούν τις κατάλληλες θεραπευτικές διαδικασίες για αντιμετώπιση τέτοιων περιπτώσεων, όπως βέβαια είναι ήδη γνωστό σχετικά με την καταλληλότητα της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας στη θεραπεία της καταθλιπτικής διαταραχής.

Αρκετές μετα-αναλύσεις εμφανίζουν τη γνωσιακή ψυχοθεραπεία σε συνδυασμό με φαρμακευτική αγωγή ως πιο αποτελεσματικές στη θεραπεία της καταθλιπτικής διαταραχής, αλλά και στη διατήρηση του θετικού αποτελέσματος στην πορεία του χρόνου, συγκριτικά με άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις (Gloaguen et al 1998, Dobson et al 1989, Wampold et al 2002). Μια πρόσφατη ελεγχό-

μενη μελέτη σε ασθενείς με καταθλιπτική διαταραχή, αναδεικνύει επίσης, τη συμβολή της γνωσιακής ψυχοθεραπείας στην πρόληψη των υποτροπών για ασθενείς που παρουσίασαν ύφεση με ψυχοθεραπεία, ενώ η συνέχιση της θεραπείας με μηνιαίες αναμνηστικές συνεδρίες μειώνει τον κίνδυνο υποτροπών, σε σχέση με απλή παρακολούθηση (Jarrett et al 2001). Επίσης, μια πρόσφατη ανασκόπηση σχετικά με τη διατήρηση του θετικού αποτελέσματος της συνδυαστικής θεραπείας και τον έλεγχο των υποτροπών στην πορεία του χρόνου σε καταθλιπτικούς ασθενείς, φανερώνει ότι η φαρμακευτική αγωγή αποτελεί πιο εύκολη και γρήγορα αποδοτική λύση στην αρχή και στη μέση της θεραπείας, αλλά η γνωσιακή προσέγγιση υπερτερεί στον έλεγχο των υποτροπών (Paykel 2007). Τέλος, πολλές άλλες μελέτες φανερώνουν ότι ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας με γνωσιακή ψυχοθεραπεία μειώνει τις υποτροπές ακόμα και σε ασθενείς μεγαλύτερους από 60 ετών (Kupfer et al 1992 , Reynolds et al 1999).

Συμβολή των Συγγραφέων

ΑΚ: συμμετείχε στη σύλληψη και το σχεδιασμό της Μελέτης, καθώς και στη συλλογή των δεδομένων, συνέβαλε στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων και στη συγγραφή του κειμένου. ΜΚ: συμμετείχε στο σχεδιασμό της Μελέτης και στην ανάλυση των δεδομένων. ΠΑ: συμμετείχε στο σχεδιασμό της Μελέτης. ΑΓ: συμμετείχε στο σχεδιασμό της Μελέτης, στη συλλογή και ανάλυση των δεδομένων. ΜΣ: συμμετείχε στη σύλληψη και το σχεδιασμό της Μελέτης, στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων και στη συγγραφή του κειμένου. Όλοι οι συγγραφείς αξιολόγησαν κριτικά και ενέκριναν την υποβολή του τελικού κειμένου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Beck A.T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry* 10:561-571.

Beck A.T. (1967). Depression: *Clinical, experimental, and theoretical aspects.* New York: Hoeber.

Beck A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders.* New York: Universities Press.

Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F. & Enemy G. (1979). *Cognitive Therapy of depression.* New York: The Guilford Press.

Clark D.A. & Steer R.A. (1996). *Empirical status of the cognitive model of anxiety and depression. Frontiers of cognitive therapy.* New York: Guilford Press.

Derogatis L. (1977). The SCL-90 Manual, Scoring, Administration and Procedures for the SL-90. Baltimore, MD: John Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Unit.

Dobson K.S.(1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57: 414-419.

Ευθυμίου Κ. (2002). ΕφαρΒογή της ΣυΒπεριφοριστικής / Γνωσιακής ψυχοθεραπείας στην Κατάθλιψη. [Online] Available at: http://www.ibrt.gr/ekpaideysi/7_katathlipsi.pdf, accessed in: 18/11/2014

Gaffan E.A., Tsaousis I. & Kemp-Wheeler S.M. (1995). Researcher allegiance and meta-analysis: the case of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychiatry* 63:966–980.

Gloaguen V., Cottraux J., Cucherat M. & Blackburn I.M. (1998). A meta-analysis of the effects of gognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders* 49:59-72.

Jarrett R.B., Kraft D., Doyle J., Foster B.M., Eaves G.G. & Silver P.C. (2001). Preventing recurrent depression using cognitive therapy with and without a continuation phase: a randomised clinical trial. *Archive of General Psychiatry* 58:381-388.

Kupfer D.J., Frank E., Perel J.M., Cornes C., Mallinger A.G., Thace M.E. Mc Eachran A.B.& Grochocinski V.J. (1992). Five-year outcome for maintenance therapies in recurrent depression. *Archive of General Psychiatry* 49:769-773.

Μωρόγιαννης Φ.(2000). *Διαταραχές διατροφής και ψυχοπαθολογία (Επιδημιολογική έρευνα σε μαθητές Λυκείου στο Νομό Ιωαννίνων).* Διδακτορική διατριβή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιατρική Σχολή, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής και Ψυχικής Υγείας, Ψυχιατρική Κλινική. Ιωάννινα: 113-120.

Ντώνιας Σ., Καραστεργίου Α. & Μάνος Ν. (1991). Στάθμιση της κλίμακας ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist -90- R σε Ελληνικό πληθυσμό. Ψυχιατρική2 .: 42-48.

Paykel E.S. (2007). Cognitive therapy in relapse prevention in depression. *International Journal Neuropsychopharmacology* 10:131-136.

Reynolds C.F., Frank E., Perel J.M., Imber S.D., Cornes C., Miller M.D., et al. (1999). Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression: a randomized controlled trial in patients older than 59 years. *JAMA* 281:39-45.

Roth A. & Fonagy P. (1996). *What Works for Whom?* New York: Guilford.

Robinson L.A., Berman J.S. & Neimeyer R.A. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: a comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin* 108: 30.

Wampold B.E., Minami T., Baskin T.W. & Callen T.S. (2002). A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus "other therapies" for depression. *Journal of Affective Disorders* 68: 159-165.

Description of cognitive therapy to a woman with depressive disorder, suicide attempt and panic disorder anxiety elements: a case study

Aristotelis Koinis [1], Maria Kapouralou[2], Antonia Prountzopoulou[3], Aikaterini Gamvroula[4], Maria Saridi[5]

1. Psychologist M.A, MSc, Ph.D(c), General Hospital of Argolida
2. Psychologist MSc, General Hospital of Argolida
3. Trainee Surgery, General Hospital of Argolida
4. Psychiatrist, Curator B', Psychiatric Hospital of Tripolis
5. PhD, Nursing Director, General Hospital of Korinthos

ABSTRACT

Introduction: Research has shown that cognitive psychotherapy combined with medication is the most research vested in efficiency and more tried-specific interventions to the treatment of depression and anxiety panic disorder.

Aim: The purpose of this case report is to demonstrate the benefits of the application of cognitive psychotherapy in patients with depressive disorder and anxiety panic disorder.

Case report: 62 years old woman was admitted for a suicide attempt. The patient underwent surgery due effort to cut her throat with a knife and was hospitalized at Surgical Clinic for two weeks. She was under observation by physicians for psychiatric and psychological assessment. She underwent cognitive psychotherapy. Treatment duration: 46 sessions. Administration of the questionnaire psychopathology SCL-90R, was given both before and after the therapy. The appropriate medication was administered.

Comment: This clinical case treated with the medication and cognitive psychotherapy. The differential diagnosis was bipolar disorder, according to the system ICD-10 classification of mental and behavioral disorders.

Conclusions: The cognitive psychotherapy combined with medication is an appropriate therapeutic approach for the treatment of depressive disorder and anxiety panic disorder.

Key words: cognitive, psychotherapy, depressive disorder, anxiety, treatment

Corresponding Author: Aristotelis Koinis
Email: telis_psyc@hotmail.com Tel: +30 2751360131, +30 6976856215

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 πράξη 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 Ράκκα 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 Ελεανίτσαλης
Γεώργιος Ίντας
Αγγελική Καραΐσκου
Νεκταρία Κάραλη
Νικόλαος Κοντοδημόπουλος
Μιχάλης Κουράκος
Βάγια Κωνσταντικάκη
Θεοχάρης Κωνσταντινίδης
Παλυξένη 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 Sydl, 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 (περιοχή - 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 παρα-

τίθενται 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 « ....τα 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 ακοπό...» ή «προτείνουμε τα εξής μέτρα» γράφουμε «αυτή η έρευνα έγινε με ακοπό...» 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 (συναδευτική 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 παραχής 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 πρωταγενούς 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, Υλικά-μέθοδος: το είδος σχεδιασμού της μελέτης, το δείγμα, τα 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 (πόσου/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 πρατιμητέο 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, υλικά 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 βιβλιογραφί-

ας 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 γνωσιακή στάθμιση ερωτηματολογίων και κλιμάκων. Οι οδηγίες του περιοδικού για τις ποσοτικές εμπειρικές έρευνες, πχ τίτλος, ονόματα, έκταση των άρθρων, περίληψη, λέξεις κλειδιά, πίνακες, σχήματα κ.λπ. ισχύουν και σε αυτήν την κατηγορία άρθρων.

ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΗ ΣΤΑΘΜΙΣΗ

ΔΟΜΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗΣ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ΚΥΡΙΩΣ ΚΕΙΜΕΝΟ:

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

ΣΚΟΠΟΣ

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

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

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

Περιγραφή πρωτότυπου ερωτηματολογίου/αρχικής κλίμακας

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

Συμμετέχοντες – Πληθυσμός

Να αναφερθεί το μέγεθος και ο τρόπος επιλογής του δείγματος και τυχόν κριτήρια επιλογής ή αποκλεισμού των συμμετεχόντων. Το μέγεθος του δείγματος οφείλει να είναι επαρκές για τις ανάγκες της ψυχομετρικής στάθμισης (οι περισσότεροι ερευνητές δέχονται ότι χρειάζεται αναλογία αριθμού ερωτήσεων και αριθμού συμμετεχόντων τουλάχιστον 1:10 για τη διερεύνηση της εγκυρότητας των κλιμάκων. Αυτό μεταφράζεται πρακτικά στο ότι εάν το προς στάθμιση ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 26 ερωτήσεις, χρειάζονται τουλάχιστον 260 άτομα για τις στατιστικές δοκιμασίες). Εάν η στάθμιση πραγματοποιήθηκε σε περισσότερα από

ένα στάδια, περιγράφεται αναλυτικά ο πληθυσμός για το κάθε στάδιο. Άρθρα που περιγράφουν ψυχομετρική στάθμιση ερωτηματολογίων με πληθυσμό κάτω των 50 ατόμων δεν θα γίνονται δεκτά προς δημοσίευση.

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

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

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

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

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

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

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

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 συναλική 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 ελληνικά 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

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



E.N.E.

ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

www.enne.gr