Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης
Hellenic journal of Nursing Science



Τόμος 8, Τεύχος 2, ΑΠΡΙΛΙΟΣ - ΜΑΙΟΣ - ΙΟΥΝΙΟΣ 2015
Volume 8, Number 2, APRIL - MAY - JUNE 2015

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ - EDITORIAL
Ο Νοσηλευτής στα Κέντρα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης: Ρόλοι και Προκλήσεις
Ιωάννα Καραμήτρη

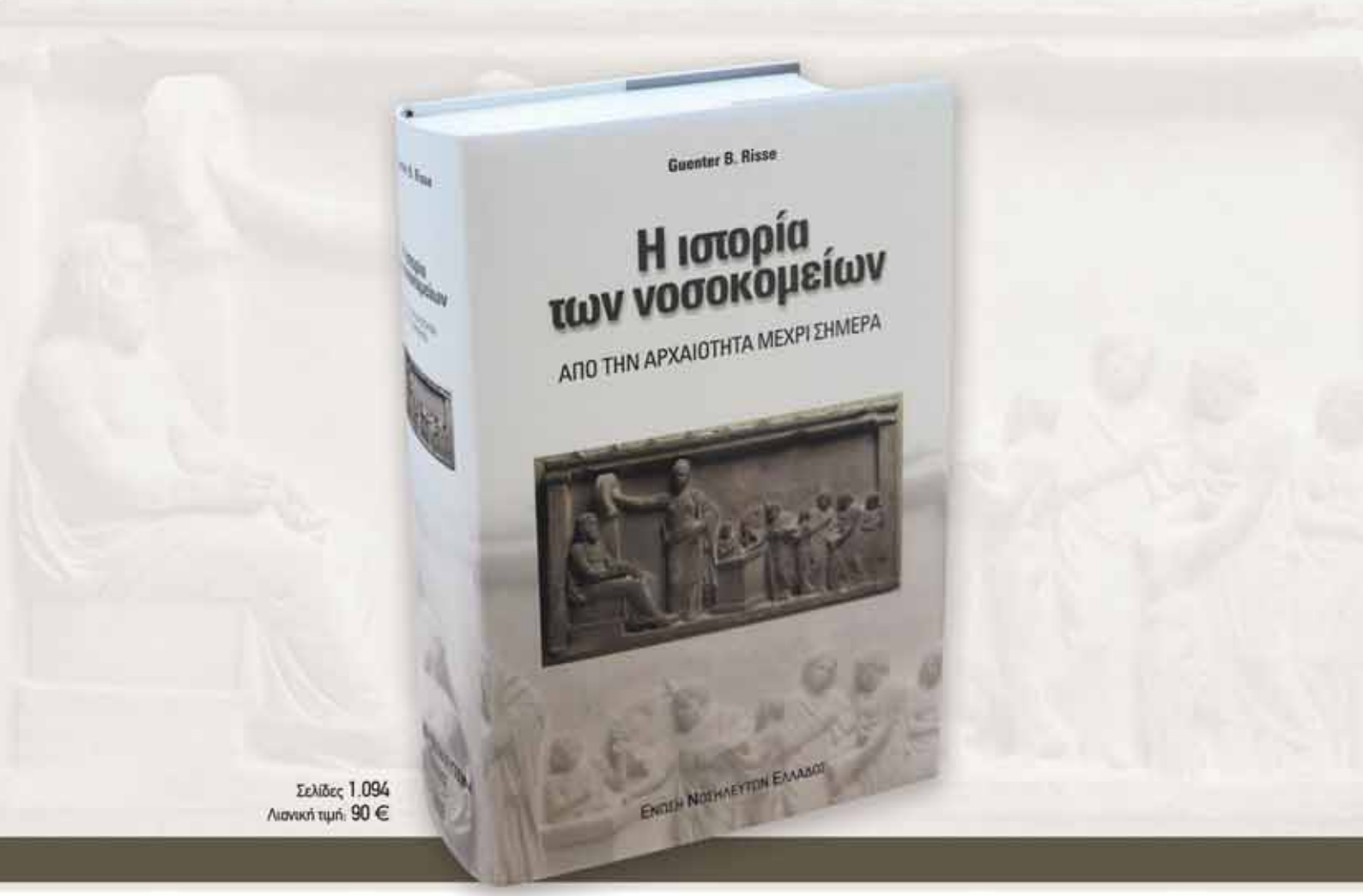
ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ - REVIEWS
Οι φοιτητές της νοσηλευτικής στην ψηφιακή εποχή: μια βιβλιογραφική ανασκόπηση
Nursing Students in the digital era: a literature review
Ελένη Χριστοδούλου, Αθηνά Καλοκαιρινού, Σοφία Ζυγά

Η διερεύνηση του επιπολασμού της εφηβικής παχυσαρκίας στην Ελλάδα: μια βιβλιογραφική ανασκόπηση
The investigation of the prevalence of obesity in adolescents in Greece: a literature review
Άννα Πατσοπούλου

Νεφρική νόσος και Εγκυμοσύνη: Νεότερα δεδομένα
Renal disease and Pregnancy: Latest data
Αποστολίνα Ουζούνη, Χριστίνα Ιωάννου, Θεοδώρα Καυκιά

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΑΡΘΡΟ - RESEARCH ARTICLE
Χρήση ξυλόσομπας ως αιτία πρόκλησης απόφραξης των αεραγωγών
Woodstove exposure as a risk for airwat obstruction
Αλέξανδρος Μπαγορδάκης, Αριστέα Πασά, Αργυρώ Τρουλλινού, Στυλιανή Στρατιδάκη

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

ΕΚΔΟΤΗΣ: **ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΣΚΟΥΤΕΛΗΣ**
ISSN 1791-9002
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
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, 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, Ολυμπία Χαλικιοπούλου, 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

Ο Νοσηλευτής στα Κέντρα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης: Ρόλοι και Προκλήσεις
Ιωάννα Καραμήτρη, MSc, PhD(c) 3

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ - REVIEWS

Οι φοιτητές της νοσηλευτικής στη ψηφιακή εποχή: μια βιβλιογραφική ανασκόπηση
Nursing Students in the digital era: a literature review
Ελένη Χριστοδούλου, Αθηνά Καλοκαιρινού, Σοφία Ζυγά 6

Η διερεύνηση του επιπολασμού της εφηβικής παχυσαρκίας στην Ελλάδα: μια βιβλιογραφική ανασκόπηση
The investigation of the prevalence of obesity in adolescents in Greece: a literature review
Άννα Πατσοπούλου 15

Νεφρική νόσος και Εγκυμοσύνη: Νεότερα δεδομένα
Renal disease and Pregnancy: Latest data
Αποστολίνα Ουζούνη, Χριστίνα Ιωάννου, Θεοδώρα Καυκιά 25

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΑΡΘΡΟ - RESEARCH ARTICLE

Χρήση ξυλόσομπας ως αιτία πρόκλησης απόφραξης των αεραγωγών
Woodstove exposure as a risk for airwat obstruction
Αλέξανδρος Μπαγορδάκης, Αριστέα Πασά, Αργυρώ Τρουλλινού, Στυλιανή Στρατιδάκη 33

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ 42

EDITORIAL

Ο Νοσηλευτής στα Κέντρα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης: Ρόλοι και Προκλήσεις

Ιωάννα Καραμήτρη, MSc, PhD(c)
Διοικητικά Υπεύθυνη Κέντρου Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης Καλαμάτας Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας

Η νοσηλευτική αποκατάστασης αποτελεί σε ορισμένες χώρες ξεχωριστή ειδικότητα, λόγω των ιδιαίτερων γνώσεων που απαιτούνται για την εφαρμογή της. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2011), αποκατάσταση είναι «ένα σύνολο μέτρων που βοηθούν τα άτομα που αντιμετωπίζουν ή ενδέχεται να βιώνουν μια αναπηρία, να επιτύχουν και να διατηρήσουν βέλτιστη λειτουργικότητα σε αλληλεπίδραση με το περιβάλλον». Η αποκατάσταση (rehabilitation) περικλείει συχνά και τον όρο της προσαρμογής (habilitation) των ατόμων που έχουν γεννηθεί ή απέκτησαν πολύ νωρίς στη ζωή τους μια αναπηρία και οι οποίοι πρέπει να διδαχθούν τρόπους να ξεπεράσουν, έστω και μερικώς, τις δυσχέρειες που τους προκαλεί η ασθένειά τους, προκειμένου να ανταποκριθούν στους κοινωνικούς τους ρόλους και να αποκτήσουν τη μέγιστη δυνατή αυτονομία.

Στόχοι της αποκατάστασης είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής, ο σχεδιασμός εξατομικευμένων παρεμβάσεων, η παροχή βοήθειας στο άτομο προκειμένου να προσαρμοστεί στις τροποποιημένες συνθήκες της ζωής του μετά από την έλευση μιας ασθένειας ή ενός ατυχήματος, η προώθηση της ευεξίας και η μείωση των επιπλοκών και η βοήθεια ώστε να αποκτήσει το άτομο τον υψηλότερο βαθμό λειτουργικότητας και αυτάρκειας για να ανταποκριθεί στην καθημερινότητά του. Ωστόσο, ενώ ο ρόλος των ιατρών, των φυσικοθεραπευτών, των λογοθεραπευτών, των εργοθεραπευτών, ή των κοινωνικών λειτουργών για την επίτευξη των στόχων είναι σαφώς καθορισμένος σε μια δομή αποκατάστασης, αυτό δεν ισχύει πάντα για το νοσηλευτικό προσωπικό. Αιτία μπορεί να αποτελεί η έλλειψη στοχευμένων εκπαιδευτικών προγραμμάτων για νοσηλευτές αποκατάστασης ή οι αλληλοεπικαλύψεις αρμοδιοτήτων μεταξύ λοιπών θεραπευτών και νοσηλευτών, με αποτέλεσμα οι δεύτεροι να μην ασκούν όλο το εύρος των αρμοδιοτήτων τους (Jester 2007).

Ο ακρογωνιαίος λίθος στη διαδικασία της αποκατάστασης είναι οι διεργασίες της διεπιστημονικής ομάδας μέσα από την ολιστική προσέγγιση της κλινικής διαχείρισης του ασθενή. Η νοσηλευτική διεργασία κατά την εφαρμογή της στον κύκλο της αποκατάστασης περιλαμβάνει όλα τα στάδια: α. την αναγνώριση/εκτίμηση του προβλήματος και των αναγκών του ασθενή, β. τη συσχέτιση των αναγκών με τροποποιήσιμους και περιοριστικούς παράγοντες, γ. τον καθορισμό των προβλημάτων στα οποία πρέπει να στοχεύσει ο νοσηλευτής και τα μέσα που διαθέτει, επιλέγοντας τα κατάλληλα μέτρα παρέμβασης και δ. το σχεδιασμό, την υλοποίηση και το συντονισμό των παρεμβάσεων και ε. την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων (Steiner et al 2002).

Στο πλαίσιο μιας διεπιστημονικής ομάδας, οι νοσηλευτές πρέπει να αποσαφηνίζουν το ρόλο τους. Ο ρόλος αυτός μπορεί να είναι εναλλακτικά, του συντονιστή, του εκπαιδευτή, του ερευνητή, του συμβούλου, του διαχειριστή περιπτώσεων, του μεσάζοντα, του ειδικού ή του απλού μέλους της ομάδας. Οι νοσηλευτές συνεργάζονται με τους ασθενείς, το υποστηρικτικό τους πλαίσιο, με υπηρεσίες και επαγγελματίες υγείας, αλλά ο ρόλος τους παραμένει σταθερός. Αφορά στην πρόληψη της χρονιότητας της νόσου, μιας επιπρόσθε-

της αναπηρίας ή επιπλοκής. Αναφέρεται επίσης, στην προαγωγή της ελευθερίας που προσφέρει η αυτοφροντίδα, την ενίσχυση των στρατηγικών αντιμετώπισης των δύσκολων καταστάσεων και τη δημιουργία θεραπευτικής σχέσης με τον πάσχοντα (Hoeman 2008).

Ο νοσηλευτής σε ένα κέντρο αποκατάστασης αντιμετωπίζει ιδιαίτερες προκλήσεις. Αντίθετα με άλλες δομές, τα αποτελέσματα της παρέμβασης γίνονται ορατά με αργούς ρυθμούς και τα πρόσωπα που φροντίζει ο νοσηλευτής δεν εναλλάσσονται γρήγορα. Επίσης, εργάζεται με άτομα που πρέπει να δεχθούν ότι η ζωή τους έχει ανατραπεί πλήρως και ορισμένες φορές χωρίς μεγάλα περιθώρια βελτίωσης. Αυτά τα δεδομένα μπορούν να οδηγήσουν σε επαγγελματική εξουθένωση. Παρόλα αυτά, η βοήθεια που δίνει ο νοσηλευτής στον ασθενή για να ανακτήσει μέρος των προηγούμενων δυνατοτήτων του ή στο Άτομο με Αναπηρία (ΑμεΑ) να κατακτήσει δεξιότητες που το κάνουν πιο αυτόνομο, μπορεί να του προσφέρει επαγγελματική ικανοποίηση. Η αποκατάσταση είναι η γέφυρα που μετατρέπει την απελπισία του ασθενή σε ελπίδα και την απαισιοδοξία σε θετική εικόνα για τη ζωή.

Στην Ελλάδα, υπηρεσίες αποκατάστασης παρέχονται μέσα από δημόσιες και ιδιωτικές δομές. Τα δημόσια Κέντρα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης (ΚΕΦΙΑΠ) στην Ελλάδα αποτελούν σύμφωνα με το ν. 4025/2011 (Α΄228) μετεξέλιξη των Κέντρων Εκπαίδευσης Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης Ατόμων με Αναπηρία (ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ) και των Κέντρων Αποθεραπείας Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης (ΚΑΦΚΑ). Μέχρι την ένταξή τους στο Εθνικό Σύστημα Υγείας αποτελούσαν αυτόνομα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου του τομέα Κοινωνικής Φροντίδας του Υπουργείου Υγείας. Τα μεν ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ είχαν περισσότερο το χαρακτήρα δομών ανοιχτής φροντίδας ατόμων με αναπηρία, τα δε ΚΑΦΚΑ έδιναν έμφαση στη νοσηλεία χρόνια πασχόντων.

Σκοπός των ΚΕΦΙΑΠ είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας και νοσηλείας σε ασθενείς που πάσχουν από παθήσεις του μυϊκού, νευρικού, κυκλοφορικού, ερειστικού, αναπνευστικού συστήματος και άτομα όλων των ηλικιών με κινητικά ή νοητικά προβλήματα. Επιπρόσθετοι σκοποί αποτελούν η πρώιμη διάγνωση, η ψυχολογική, κοινωνική και συμβουλευτική υποστήριξη, η ενημέρωση ΑμεΑ και των οικογενειών τους, η προεπαγγελματική και επαγγελματική κατάρτιση των ΑμεΑ, η λειτουργική τους αποκατάσταση, η υποστήριξη για ένταξή τους στον κοινωνικό ιστό και η συνεργασία με τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας σε τοπικό επίπεδο για το συντονισμό της δράσης τους.

Όπως αναδεικνύεται από τους σκοπούς των ΚΕΦΙΑΠ, το εύρος των αρμοδιοτήτων ενός νοσηλευτή είναι μεγάλο. Για παράδειγμα, στα κέντρα ανοιχτής φροντίδας, στα οποία τις περισσότερες φορές δεν υπηρετεί καθόλου ιατρικό προσωπικό, ο νοσηλευτής είναι επιφορτισμένος με την οργάνωση του φαρμακείου, παρέχει νοσηλευτική φροντίδα σε περιπτώσεις μικροτραυματισμών ή αδιαθεσίας, προβαίνει σε μετρήσεις των ζωτικών σημείων και του σακχάρου αίματος, διαχειρίζεται επιληπτικές κρίσεις, και χορηγεί φαρμακευτική αγωγή από όλες τις οδούς. Ο νοσηλευτής έχει πλήρη γνώση των ιατρικών ιστορικών των εξυπηρετουμένων, καθώς και των ιδιαιτεροτήτων της συμπεριφοράς και της φαρμακευτικής τους αγωγής, τα οποία επικαιροποιεί κατά τακτά διαστήματα. Μέσα από την αλληλεπίδραση με τον εξυπηρετούμενο εντοπίζει συμπτώματα που οδηγούν σε περαιτέρω ιατρική διερεύνηση. Σε αυτή την περίπτωση συνοδεύει και υποστηρίζει τον ασθενή για τη διενέργεια νοσηλευτικών και ιατρικών παρεμβάσεων σε πιο εξειδικευμένες δομές. Σε συνεργασία με το λοιπό επιστημονικό προσωπικό και την οικογένεια, αξιολογεί τις ανάγκες των εξυπηρετούμενων και καταρτίζει προγράμματα προαγωγής υγείας και προώθησης της αυτόνομης διαβίωσης. Τέλος, σε συνεργασία με τη διεπιστημονική ομάδα, οργανώνονται προγράμματα προαγωγής και αγωγής της υγείας, πρόληψης νόσου ή ατυχημάτων, αλλά και προγράμματα ευαισθητοποίησης για θέματα αναπηρίας στην κοινότητα.

Η εξειδικευμένη εκπαίδευση του νοσηλευτή αποκατάστασης μειώνει την αβεβαιότητα και αυξάνει την ικανοποίηση από την εργασία του. Γνωστικά αντικείμενα στα οποία απαιτείται ιδιαίτερη εμβάθυνση είναι η αποκατάσταση, η γεροντολογία, η νευροπαθολογία, ο χειρισμός και η επικοινωνία με τον ασθενή, η δυσφαγία, η μετακίνηση ασθενών με προβλήματα του μυοσκελετικού συστήματος, η διαχείριση του πόνου, της ουροδόχου

κύστης και του εντέρου, οι κατακλίσεις, οι αναπηρίες, η σεξουαλικότητα, η ειδική αγωγή και η αγωγή υγείας (Mauk 2013). Ταυτόχρονα, η εφαρμογή πρακτικών βασισμένων στην εμπειρία βελτιώνει την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας αποκατάστασης (Pierce 2007). Συνεπώς, η παρακολούθηση σεμιναρίων ή μεταπτυχιακών προγραμμάτων είναι επιβεβλημένη για τους σύγχρονους νοσηλευτές που επιθυμούν να ξεχωρίσουν στον τομέα της αποκατάστασης.

Τέλος, καθώς τα κέντρα αποκατάστασης είναι χώροι ανοιχτοί στην καινοτομία, οι νοσηλευτές που διαθέτουν μια ιδιαίτερη κλίση ή γνώση πέρα από τη νοσηλευτική, μπορούν να εξειδικευθούν σε εναλλακτικές θεραπείες, όπως η μουσικοθεραπεία ή η θεραπεία μέσω της τέχνης. Σε συνεργασία με ψυχολόγο ή και αυτόνομα μπορούν να οργανώσουν ατομικές ή ομαδικές θεραπείες που θα ανακουφίσουν τον ψυχισμό του πάσχοντα και θα τον οδηγήσουν μέσα από επιστημονικές τεχνικές, στην ενδυνάμωση, την ψυχική ανάταση και τη βελτίωση της ποιότητα ζωής τους.

Συμπερασματικά, ο χώρος της αποκατάστασης μπορεί να αποτελέσει ένα πεδίο πρόκλησης τόσο για τους νέους, όσο και για τους παλιότερους νοσηλευτές που επιθυμούν να προσφέρουν, αλλά και να αντλήσουν ικανοποίηση από το χώρο της δουλειάς τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Hoeman S. P. (2008). *Rehabilitation nursing: Prevention, intervention, and outcomes* (4th edition). St Louis: Elsevier Health Sciences.

Jester R. (Ed.). (2007). *Advancing practice in rehabilitation nursing*. Oxford: Blackwell Publishing

Mauk K. L. (2013). The Effect of Advanced Practice Nurse-Modulated Education on Rehabilitation Nursing Staff Knowledge. *Rehabilitation Nursing* 38(2): 99-111.

Pierce L. L. (2007). Evidence-Based Practice in Rehabilitation Nursing. *Rehabilitation Nursing* 32: 203-209.

Steiner W. A., Ryser L., Huber E., Uebelhart D., Aeschlimann A. & Stucki G. (2002). Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. *Physical therapy* 82: 1098-1107.

World Health Organization (2011). World report on disability. Geneva: WHO/World Bank

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Οι φοιτητές της νοσηλευτικής στη ψηφιακή εποχή: μια βιβλιογραφική ανασκόπηση

Ελένη Χριστοδούλου[1], Αθηνά Καλοκαιρινού[2], Σοφία Ζυγά[3]

1. Νοσηλεύτρια, Εκπαιδευτικός, MSc, PhD, Δ.Ι.Ε.Κ. Β. Νοσηλευτικής, Γ.Ν.Ν.Θ. Η Σωτηρία
2. Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ
3. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι σημερινοί φοιτητές της τριτοβάθμιας νοσηλευτικής εκπαίδευσης βάσει της χρονολογίας γέννησής τους (1980 έως 2000), ανήκουν στη γενιά της νέας χιλιετίας (millennials). Οι ονομασίες και οι ορισμοί που έχουν δοθεί στους σύγχρονους νέους, όπως «ψηφιακοί αυτόχθονες» (digital natives) ή «ψηφιακή γενιά» (net generation), έχουν κοινό γνώρισμα την εμπλοκή των νέων τεχνολογιών σε όλες τις εκφάνσεις της καθημερινότητάς τους. Ανεξάρτητα από την ονομασία που τους δίνεται, οι «ψηφιακοί αυτόχθονες» αποτελούν μια γενιά-αίνιγμα για την οποία δε γνωρίζουμε πολλά και έχουν αναμφισβήτητα εισέλθει στην τριτοβάθμια νοσηλευτική εκπαίδευση. Πολλές μελέτες τονίζουν ότι οι αναδυόμενες τεχνολογίες αποτελούν κομβικό σημείο στις ζωές των σύγχρονων νέων, με πιθανή επίδραση στον τρόπο που αυτοί επικοινωνούν, κοινωνικοποιούνται και μαθαίνουν. Οι σημερινοί φοιτητές χαρακτηρίζονται ως τεχνολογικά ικανοί, με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που επηρεάζουν τις μαθησιακές τους προτιμήσεις. Καινούριες παιδαγωγικές μέθοδοι, που περιλαμβάνουν την ενεργητική και βιωματική μάθηση, τη συνεργατικότητα, την άμεση ανατροφοδότηση και την αξιοποίηση των νέων τεχνολογιών στη μαθησιακή διαδικασία, έρχονται στο προσκήνιο. Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η σκιαγράφηση των χαρακτηριστικών και του μαθησιακού προφίλ των σύγχρονων φοιτητών και ειδικά των φοιτητών νοσηλευτικής, όπως παρουσιάζονται στη διεθνή βιβλιογραφία.

Λέξεις - Κλειδιά: Ενεργητική μάθηση, τεχνολογική ικανότητα, ψηφιακή γενιά

Υπεύθυνος αλληλογραφίας :
Ελένη Χριστοδούλου, Τηλέφωνο επικοινωνίας: 6972240789, Email: el_chris@otenet.gr

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Οι σύγχρονοι νέοι εκτίθενται έντονα στις συμβατικές, γενικής εφαρμογής νέες τεχνολογίες.**
- **Τα εργαλεία του Νέου Παγκόσμιου Ιστού (Web 2.0) είναι λιγότερο διαδεδομένα, με εξαίρεση τα γνωστά κοινωνικά δίκτυα.**
- **Οι μαθησιακές προτιμήσεις της ψηφιακής γενιάς περιλαμβάνουν την ενεργητική - βιωματική μάθηση και τη μαθητοκεντρική προσέγγιση διδασκαλίας**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τις τελευταίες δεκαετίες το ισχύον σκηνικό για τη μεταφορά και διάδοση της γνώσης στο πλαίσιο της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης χαρακτηρίζεται από σημαντικές αλλαγές. Οι κυριότερες είναι αυτές της αλλαγής του προφίλ του φοιτητικού πληθυσμού και της ανάπτυξη νέων μεθόδων διδασκαλίας και μάθησης με τη συμμετοχή των νέων τεχνολογιών και τη συνεπακόλουθη μετάβαση από τα παραδοσιακά σε πιο σύγχρονα παιδαγωγικά μοντέλα.

Η ιδέα μιας «ψηφιακής γενιάς», της γενιάς των σύγχρονων νέων που χαρακτηρίζονται από την εξοικείωσή τους, έως και εξάρτησή τους από την τεχνολογία, έχει κεντρίσει το ενδιαφέρον πολλών ερευνητών. Η μελέτη της βιβλιογραφίας ανέδειξε πλούσιο υλικό σε διάφορους τομείς της ζωής και δραστηριότητας της ψηφιακής γενιάς. Οι έννοιες της ψηφιακής γενιάς ή των ψηφιακών αυτοχθόνων ή των millennials άρχισαν να διαμορφώνονται στα τέλη του 20ου και αρχές του 21ου αιώνα, όταν ένας συνεχώς αυξανόμενος αριθμός δημοσιεύσεων άρχισε να αναδεικνύει τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά μιας καινούριας γενιάς νέων. Συγγραφείς όπως ο Tapscott (1998), οι Howe και Strauss (2000), ο Prensky (2001), οι Oblinger και Oblinger (2005), οι Palfrey και Gasser (2008), υποστήριξαν ότι εξαιτίας της έντονης έκθεσής τους στις νέες τεχνολογίες και τα ψηφιακά μέσα, οι σύγχρονοι νέοι συμπεριφέρονται διαφορετικά από τις προηγούμενες γενιές. Σκέφτονται, μαθαίνουν, κοινωνικοποιούνται με διαφορετικό τρόπο και έχουν ιδιαίτερες ανάγκες και προσδοκίες (Jones & Shao 2011). Ο Prensky (2001) μάλιστα προχωρά ακόμα περισσότερο, υποστηρίζοντας ότι η έντονη χρήση της τεχνολογίας έχει αλλάξει τη φυσιολογική δομή του εγκεφάλου της γενιάς αυτής.

Η ψηφιακή γενιά αναφέρεται ως η πρώτη γενιά που μεγαλώνει περιστοιχισμένη από τα μέσα των νέων τεχνολογιών, χαρακτηρίζοντας την τεχνολογία ως την έκτη αίσθηση των ατόμων αυτών (Δαμουλιανού 2013). Οι νέοι της γενιάς αυτής αγαπούν τόσο πολύ την τεχνολογία, που οι μισοί από αυτούς θα προτιμούσαν να χάσουν την όσφρησή τους παρά μια σημαντική συσκευή (Warner 2013). Η επίδραση των νέων τεχνολογιών στο προφίλ των σύγχρονων νέων φαίνεται να είναι λογική. Παρόλα αυτά, για πολλούς οι ισχυρισμοί που προτάσσονται για τους σύγχρονους νέους είναι υπερβολικοί (Kennedy et al 2010) και η ποιότητα των εμπεριστατωμένων αποδείξεων για τους ισχυρισμούς αυτούς είναι αμφίβολη. Ο Tapscott (1998) παρουσίασε τα αποτελέσματα με την ισχυρότερη εμπειρική βάση, αλλά και πάλι, μειονεκτεί σε μεθοδολογική θεμελίωση (Bullen et al 2011).

Οι νέες τεχνολογίες της πληροφορίας και επικοινωνιών αποτελούν αναμφισβήτητα τον καταλύτη πολλών αλλαγών σε όλους τους τομείς της ανθρώπινης ζωής και κατά συνέπεια και στην εκπαίδευση. Ιδιαίτερα στο χώρο της νοσηλευτικής εκπαίδευσης, τα πανεπιστήμια θα πρέπει να ανταποκριθούν σε έναν πληθυσμό με έντονη ανομοιογένεια και ιδιαιτερότητες. Στην εισηγητική έκθεση που έγινε από το Institute of Medicine (IOM) (2011) με τίτλο «The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Care» στις Η.Π.Α., η χρήση των νέων τεχνολογιών είναι μία από τις πέντε προτεινόμενες δεξιότητες που θα πρέπει να έχουν οι νοσηλευτές, ιατροί και γενικότερα οι επαγγελματίες υγείας. Οι Saba και Riley ήδη από το 1997 σημείωναν την αναγκαιότητα των φοιτητών της νοσηλευτικής για ανάπτυξη τεχνολογικών δεξιοτήτων, δεξιοτήτων που θα χρειαστούν αργότερα στην καριέρα τους ως νοσηλευτές. Σήμερα, η χρήση της τεχνολογίας στον τομέα της υγείας, δεν είναι πλέον προαιρετική. Η νοσηλευτική εκπαίδευση θα πρέπει να προετοιμάζει τους φοιτητές, ώστε να εργαστούν σε ένα εξαιρετικά τεχνολογικό περιβάλλον. Το πρώτο βήμα που θα πρέπει λοιπόν να κάνουν οι εκπαιδευτικοί και οι σχεδιαστές των εκπαιδευτικών προγραμμάτων στη νοσηλευτική εκπαίδευση, είναι να κατανοήσουν και να είναι σεβαστούν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της γενιάς αυτής.

Συνεπώς, η παρούσα ανασκόπηση εστιάζει στη σχέση των νέων με την τεχνολογία, καθώς και στις επιδράσεις των νέων τεχνολογιών στις μαθησιακές τους προτιμήσεις και στο προφίλ μάθησης.

ΨΗΦΙΑΚΗ ΓΕΝΙΑ ΚΑΙ ΝΕΕΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΕΣ

Ο ισχυρισμός ότι η πλειοψηφία των νέων που φοιτούν στις διάφορες βαθμίδες εκπαίδευσης, τουλάχιστον στις ανεπτυγμένες χώρες, έχει μεγαλώσει μέσα σε έναν «ψηφιακό κόσμο», αποτελεί κοινή και καθολική διαπίστωση. Η έκθεση στις νέες τεχνολογίες για τη ψηφιακή γενιά αρχίζει από πολύ νωρίς. Οι περισσότεροι νέοι ξεκινούν να χρησιμοποιούν τους υπολογιστές από την ηλικία των 16 ή 18 ετών (Jones & Fox 2009), ενώ από τα 8 τους έτη εμφανίζονται να έχουν πρόσβαση στο διαδίκτυο από το σπίτι τους σε καθημερινή βάση (Jones & Fox 2009).

Μεγαλύτερη πρόσβαση σημαίνει και περισσότερη χρήση, ενώ το διαδίκτυο θεωρείται αναπόσπαστο κομμάτι της καθημερινότητας των σύγχρονων νέων (Livingstone 2011). Σύμφωνα με τους Oblinger και Oblinger (2004) είναι πολύ συνηθισμένο για τους εφήβους ή και τα παι-

διά να παρακολουθούν τηλεόραση, ενώ ταυτόχρονα να περιηγούνται στο διαδίκτυο. Χαρακτηριστικό είναι ότι το 63% των παιδιών, ηλικίας 9 ως 16 ετών στην Ευρώπη, χρησιμοποιούν το διαδίκτυο καθημερινά στο σχολείο, ενώ όταν είναι στο σπίτι το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 87% (Livingstone et al 2011). Τα πιο λεπτομερή στοιχεία προέρχονται από τις Ηνωμένες Πολιτείες και σίγουρα αποτελούν αντανάκλαση των τάσεων παγκοσμίως. Για το έτος 2013, οι έφηβοι σε ποσοστό 95% είναι χρήστες του διαδικτύου, ενώ 74% δηλώνει ότι έχει πρόσβαση σε αυτό μέσω φορητών συσκευών (κινητά τηλέφωνα ή tablets) (Madden et al 2013).

Μια πρόσφατη αμερικανική έρευνα (Hargittai 2010) μελετά τη χρήση του διαδικτύου από φοιτητές, υπό το πρίσμα του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου τους, την αυτοαξιολόγησή τους αναφορικά με το επίπεδο δεξιοτήτων και την εμπειρία τους στα διαδικτυακά εργαλεία. Συγκεκριμένα, η Hargittai (2010) διαπίστωσε ότι το επίπεδο της τεχνολογικής ικανότητας επηρεάζεται από διάφορα δημογραφικά στοιχεία του υπό μελέτη πληθυσμού, όπως το φύλο, ο τόπος προέλευσης και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες. Έτσι, τα άτομα από χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα, οι γυναίκες, οι ισπανόφωνοι και οι Αφροαμερικανοί συμμετέχοντες εμφάνισαν χαμηλότερο επίπεδο τεχνολογικών δεξιοτήτων.

Ομοίως, οι Livingstone et al (2011), στο πλαίσιο μιας συνεχώς εμπλουτιζόμενης βάσης ερευνητικών δεδομένων, υλοποίησαν το δίκτυο EU Kids Online I κατά τη διάρκεια των ετών 2006-2009 σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε). Στόχος του προγράμματος ήταν η συλλογή και επεξεργασία όλων των διαθέσιμων μελετών γύρω από τη σχέση παιδιών και νέων τεχνολογιών. Το πρόγραμμα βρίσκεται επί του παρόντος στην τρίτη του φάση (EU Kids Online III), στην οποία υπάρχει και ελληνική συμμετοχή. Σύμφωνα με τα έως τώρα αποτελέσματα, η χρήση του διαδικτύου από τα Ελληνόπουλα έχει αυξηθεί σημαντικά την τελευταία δεκαετία. Οι διαδικτυακές δεξιότητες των παιδιών στην Ελλάδα καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα εργαλείων και εφαρμογών, ενώ εμφανίζονται αποτελεσματικά και με ικανότητες κριτικής κατανόησης των περιεχομένων (Lse.ac.uk 2015).

Αναφορικά με τα εργαλεία του Νέου Παγκόσμιου Ιστού (Web 2.0), οι δραστηριότητες και τα εργαλεία που σχετίζονται με τις πρόσφατα αναδυόμενες τεχνολογίες, φαίνεται να είναι λιγότερο διαδεδομένα μεταξύ των νέων (Bennett & Maton 2010, Kennedy et al 2010). Οι σύγχρονοι νέοι εμφανίζονται να μην εκμεταλλεύονται ευρέως τις δυνατότητες διάχυσης γνώσης και δημιουργίας περιεχομένου που προσφέρονται από τα νέα μέσα (Kennedy et al 2010). Δραστηριότητες δημιουργίας ή επεξεργασίας κειμένων, εικόνων, ήχου ή βίντεο είναι λιγότερο συχνές (Bennett & Maton, 2010, Corrin et al 2010). Επίσης περιορισμένες είναι και οι δραστηριότητες που σχετίζονται με τη διατήρηση και χρήση ιστολογίων (blogs) (Jones & Fox 2009, Corrin et al 2010) και με τη συμμετοχή σε wikis ή σε εικονικούς κόσμους (Jones & Fox 2009). Τέλος, αρκετά χαμηλά, αλλά μάλλον αυξανόμενα είναι τα επίπεδα χρήσης των λιγότερο κοινών εργαλείων του Web 2.0, όπως τα εργαλεία συνάθροισης RSS feeds (Nagler & Ebner 2009, Corrin et al 2010), τα εργαλεία κοινωνικής επισήμανσης (social bookmarking) και τα μικροϊστολόγια (micro-blogging) (Nagler & Ebner 2009).

Εξαίρεση στα παραπάνω αποτελούν τα Κοινωνικά Δίκτυα. Το 59% των παιδιών (9-16 ετών) στην Ε.Ε. διαθέτουν δικό τους λογαριασμό σε κάποιο μέσο κοινωνικής δικτύωσης (Livingstone et al 2011), ενώ για τους αμερικανούς το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 81% (76% χρησιμοποιεί το Facebook, ενώ 24% το Twitter) (Madden et al 2013). Η ελληνική πραγματικότητα περιγράφεται σε πρόσφατη έρευνα, η οποία διενεργήθηκε από το Εργαστήριο Ηλεκτρονικού Εμπορίου (ELTRUN) του Οικονομικού Πανεπιστημίου Αθηνών (Ο.Π.Α.), συγκεντρώνοντας τις απόψεις 1250 χρηστών τους μήνες Οκτώβριο, Νοέμβριο και Δεκέμβριο του 2013. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, το πιο διαδεδομένο μέσο κοινωνικής δικτύωσης είναι το YouTube (93%) και ακολουθεί το Facebook (82%) (ELTRUN 2014). Οι προτιμήσεις των χρηστών δείχνουν ότι το ελληνικό κοινό βρίσκεται πλέον στο στάδιο ωριμότητας όσον αφορά τα κοινωνικά δίκτυα, με χαρακτηριστική αυξητική τάση σε όλα τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης. Επιπλέον, αρχίζει και δημιουργείται μια ενδιαφέρουσα κοινότητα χρηστών και για τα όχι τόσο γνωστά μέσα κοινωνικής δικτύωσης (linkedin, instagram, flickr και googleplus) (Εργαστήριο Ηλεκτρονικού Εμπορίου (ELTRUN 2014). Επίσης, οι σύγχρονοι νέοι φαίνεται να χρησιμοποιούν με άνεση υπολογιστές και ψηφιακές συσκευές, όπως κινητά τηλέφωνα, smartphones («έξυπνα κινητά»), συσκευές εικόνας και ήχου (MP3, MP4 players), tablets και πολλά άλλα. Σύμφωνα με έρευνες, 85% των φοιτητών της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης έχουν στην κατοχή τους τρεις τουλάχιστον ψηφιακές συσκευές (Corrin et al 2010).

Παρόλα αυτά, αν και εντοπίζεται μια αύξηση ως προς την πρόσβαση των νέων σε ποικίλες συσκευές (Corrin et al 2010), τα ευρήματα ενός συνεχώς αυξανόμενου αριθμού εμπειρικών ερευνών, όσον αφορά στη χρήση της τεχνολογίας από τους νέους και τις προτιμήσεις τους σχετικά με αυτή, έχουν θέσει τους ισχυρισμούς για τη ψηφιακή γενιά υπό αμφισβήτηση (Brown & Czerniewicz 2010, Kennedy et al 2010), υποστηρίζοντας ότι οι αλλαγές που πραγματοποιούνται στους νέους είναι πολύ πιο σύνθετες (Jones et al 2010). Τα χρησιμοποιούμενα εργαλεία, βάση των οποίων οι νέοι χαρακτηρίζονται ως millennials, είναι κατά μεγάλο βαθμό συμβατικά (Margaryan et al 2011). Οι τεχνολογίες του Web 2.0 περιορίζονται σε χρήση αποκλειστικά για προσωπικούς σκοπούς, χωρίς να γίνεται ανάλογη εκπαιδευτική αξιοποίηση. Σε συμφωνία των ανωτέρω, οι Nagler και Ebner (2009) υποστήριξαν ότι η ψηφιακή γενιά μπορεί να αναγνωριστεί στο πρόσωπο της γενιάς που έχει εισέλθει ήδη στα πανεπι-

στήμια, μόνο αν οι νέοι εξεταστούν στο επίπεδο βασικών εργαλείων επικοινωνίας, όπως το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο (e-mail), τα άμεσα μηνύματα (instant messaging), και στη χρήση κινητών τηλεφώνων. Παρόλα αυτά, οι ίδιοι ερευνητές (Ebner et al 2012), σε νέα μελέτη 5 χρόνια μετά, διαπίστωσαν ότι από το 2007 έχουν αλλάξει πολλά στις προτιμήσεις των νέων. Λόγω της εκτεταμένης χρήσης του διαδικτύου, οι σύγχρονοι νέοι χρησιμοποιούν ευρέως τα Web 2.0 εργαλεία για ενίσχυση της μάθησής τους, ακόμα και αν δεν το συνειδητοποιούν.

Συμπερασματικά, πολλοί είναι οι ερευνητές που μιλούν για μια ψηφιακή γενιά με διαφορετικά χαρακτηριστικά (Howe & Strauss 2000, Prensky 2001, Oblinger & Oblinger 2005, Palfrey & Gasser 2008, Ebner et al 2012), και ακόμα περισσότεροι αυτοί που ισχυρίζονται ότι το ποσοστό των τεχνολογικά ικανών νέων που χρησιμοποιούν ένα μεγάλο εύρος τεχνολογιών και ταιριάζουν στο προφίλ της ψηφιακής γενιάς είναι μικρό και συνιστούν μάλλον την εξαίρεση παρά τον κανόνα (Bennett & Maton 2010, Brown & Czerniewicz 2010, Corrin et al 2010, Kennedy et al 2010, Margaryan et al 2011). Η επαφή με την τεχνολογία περιλαμβάνει, στο μεγαλύτερό της μέρος, εργαλεία συμβατικά, γενικής εφαρμογής (Margaryan et al 2011) και καθιερωμένες τεχνολογίες όπως το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο και η αναζήτηση στο διαδίκτυο (Kennedy et al 2010).

ΜΑΘΗΣΙΑΚΟΣ ΤΥΠΟΣ ΤΗΣ ΨΗΦΙΑΚΗΣ ΓΕΝΙΑΣ

Το διαφορετικό περιβάλλον μέσα στο οποίο αναπτύσσονται και μαθαίνουν οι σύγχρονοι νέοι, αποτελεί κομβικό σημείο για την κατανόηση των διαδικασιών μάθησης στο πλαίσιο της θεσμοθετημένης τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Τα τελευταία χρόνια έχει χρησιμοποιηθεί η εμπειρική έρευνα για τη ψηφιακή γενιά αναφορικά με τις προτιμήσεις τους και τη χρήση των νέων τεχνολογιών στην πανεπιστημιακή εκπαίδευση (Conole 2008, Kennedy et al 2009, 2010, Jones et al 2010).

Οι νέοι της ψηφιακής γενιάς εμφανίζονται πολύ πρόθυμοι να μάθουν. Θεωρείται μια μορφωμένη γενιά, με υψηλούς στόχους και προσδοκίες από την οποία αναμένονται πολλές επιτυχίες (Roa 2013). Η ψηφιακή γενιά προτιμά την ενεργητική - βιωματική μάθηση (Prensky 2001, Dede 2005, Oblinger & Oblinger 2005, Palfrey & Gasser 2008, Skiba 2009, Selwyn 2009, Raines & Arnsparger 2010). Η βιβλιογραφική έρευνα έδειξε ότι το εκπαιδευτικό περιβάλλον του 21ου αιώνα περιλαμβάνει αρκετά χαρακτηριστικά, τα κυριότερα των οποίων θα αναπτυχθούν παρακάτω.

Αποτελεί κοινή αποδοχή των ερευνητών η άποψη ότι οι σύγχρονοι νέοι προτιμούν τη μαθητοκεντρική προσέγγιση διδασκαλίας. Δε θέλουν πλέον να αποτελούν παθητικούς δέκτες μιας διδασκαλίας, η οποία θα παραδίδεται απαράλλαχτα σε όλους, και θα έχει καθορισμένη διάρκεια, περιεχόμενο και παιδαγωγική προσέγγιση. Επιθυμούν να μπορούν οι ίδιοι να αναλαμβάνουν ενεργούς ρόλους, συμμετέχοντας στο σχεδιασμό εξατομικευμένων μαθησιακών εμπειριών, σύμφωνα με τις ατομικές ανάγκες και προτιμήσεις τους (Dede 2005, Palfrey & Gasser 2008, Bennett & Maton 2010). Έτσι, οι φοιτητές διαδραματίζουν ενεργητικό ρόλο στη διαδικασία της μάθησης και ο εκπαιδευτικός έχει το ρόλο του καθοδηγητή. Η Bohl (2008) έδωσε έμφαση στην ανάγκη ενεργού εμπλοκής των σύγχρονων νέων στη μαθησιακή διαδικασία και τόνισε ότι για να είναι κατανοητό το περιεχόμενο ενός μαθήματος, η διάλεξη δεν μπορεί να είναι το μοναδικό μέσο διδασκαλία, προτείνοντας διάφορες εναλλακτικές, όπως οι κλινικές εμπειρίες.

Αντιστοίχως, υπάρχει γενική συναίνεση ότι η συνεργατική μάθηση αντικατοπτρίζει την κυρίαρχη τάση της νέας γενιάς και αποτελεί μια από τις πιο αποτελεσματικές μορφές μάθησης (Saxena 2015). Η εργασία σε ομάδες διευρύνει τη μάθηση και αναπτύσσει την κριτική σκέψη (Selwyn 2009, Saxena 2015). Οι Monaco και Martin (2007) τόνισαν την αναγκαιότητα για πρακτικές δραστηριότητες προκειμένου να ανταποκριθούν οι εκπαιδευτικοί στο συνεργατικό και ομαδικό μαθησιακό τύπο των σύγχρονων νέων. Η ψηφιακή γενιά είναι κοινωνική και έλκεται από ενδιαφέρουσες δραστηριότητες που προάγουν τη συζήτηση μεταξύ των μελών μιας ομάδας, όπως οι ομαδικές εργασίες, οι προσομοιώσεις, η μελέτη περιπτώσεων και οι εμπειρικές δραστηριότητες (Skiba 2009, Shaw & Fairhurst 2008, Levett-Jones et al 2015).

Παρατηρείται, λοιπόν, ότι ένα μεγάλο μέρος της υπάρχουσας βιβλιογραφίας συνηγορεί στην ιδέα ύπαρξης χαρακτηριστικών και προτιμήσεων της ψηφιακής γενιάς που συμβαδίζουν με την υιοθέτηση ενός ενεργητικού μαθησιακού τύπου. Η ενεργητική μάθηση (active learning) περιλαμβάνει την αναζήτηση, ανάλυση και σύνθεση των πληροφοριών και εμπειριών. Η Skiba (2009) έδωσε έμφαση στην επιθυμία των νέων για καινοτομία, η οποία πυροδοτείται από την ερευνητική και ανακαλυπτική φύση τους, ενώ ταυτόχρονα τόνισε την ικανότητά τους για παράλληλη ενασχόληση με πολλές δραστηριότητες (multitasking). Την παράλληλη εκτέλεση πολλαπλών εργασιών, ακόμη και όταν μελετούν, τόνισαν και πολλοί ακόμη ερευνητές, όπως ο Prensky (2001), ο Dede (2005) οι Oblinger και Oblinger (2005), οι Palfrey και Gasser (2008), ο Selwyn (2009) και οι Raines και Arnsparger (2010). Οι Partridge και Hallam (2006) ανέφεραν ότι τα μικρά διαστήματα προσοχής και η μικρή ανοχή στην πλήξη, είναι τα χαρακτηριστικά των σύγχρονων νέων που κάνουν την ενεργητική μάθηση απαραίτητη.

Σε μια πρόσφατη μελέτη των Hashim et al (2014), η οποία συνέκρινε τις παθητικές με τις ενεργητικές τεχνικές διδασκαλίας, βρέθηκε ότι οι φοιτητές προτιμούσαν ένα συνδυασμό ενεργητικών και παθητικών μεθόδων. Η μέθοδος με τη μεγαλύτερη προτίμηση ήταν η διαδραστική διάλεξη, ενώ η τυπική διάλεξη από τον εκπαιδευτή προέκυψε ως η πιο ανεπιθύμητη. Η τάση για ενεργητική μάθηση είναι τόσο έντονη, που οι Partridge και Hallam (2006), οι Monaco και Martin (2007), ο Bohl (2008) και οι Wilson και Gerber (2015) πρότειναν την απόρριψη των

παθητικών τεχνικών διδασκαλίας ως αναποτελεσματικές και ασύμβατες με τη σύγχρονη γενιά των πανεπιστημίων.

Ένα ακόμη στοιχείο που προέκυψε από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση είναι ότι οι μαθητευόμενοι αποτελούν άτομα με ιδιαίτερα και διαφορετικά δημογραφικά χαρακτηριστικά, και ως εκ τούτου, είναι μάλλον ανώφελο να αντιμετωπίζονται ως μια ενιαία κατηγορία (Currant et al 2008). Η προσαρμοστική μάθηση προσφέρει διδακτικές ευκαιρίες για όλους τους τύπους μάθησης. Μια αξιόλογη έρευνα που δίνει έμφαση στην ύπαρξη ετερογένειας στο φοιτητικό πληθυσμό, είναι η μελέτη NuMediaBiOs των Pozzali και Ferri (2010), η οποία καταλήγει ότι υπάρχουν τουλάχιστον τρία διαφορετικά μαθησιακά στυλ στον πληθυσμό της τριτοβάθμιας πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, τα οποία εκπορεύονται από τις παραμέτρους της συχνότητας της χρήσης του διαδικτύου και την παραγωγή ψηφιακού περιεχομένου (ήτοι, μεταφόρτωση αρχείων σε ιστοσελίδες όπως Wikipedia, YouTube κ.α.). Τα τρία προφίλ συνοψίζονται στο προφίλ της «ψηφιακής μάζας» (digital mass), που αντιπροσωπεύει σχεδόν το ήμισυ των φοιτητών, οι οποίοι είναι συχνοί χρήστες του διαδικτύου, αλλά χωρίς έντονη διάθεση στην παραγωγή ψηφιακού περιεχομένου, στο «νέο - αναλογικό» προφίλ (neo-analogical), οποίο περιλαμβάνονται περίπου το ένα πέμπτο των φοιτητών, οι οποίοι παράγουν κάποιο ψηφιακό περιεχόμενο, αλλά συνδέονται στο διαδίκτυο λιγότερο από το μέσο όρο των φοιτητών και στο προφίλ των «υπερδραστήριων», οι οποίοι αποτελούν το ένα τρίτο των φοιτητών και είναι αυτοί που ταιριάζουν καλύτερα στην περιγραφή της ψηφιακής γενιάς, συχνοί δηλαδή χρήστες του διαδικτύου, με έντονη παραγωγή ψηφιακού περιεχομένου.

Μία άλλη προσέγγιση είναι αυτή των Veen και Vrakking (2006) και των Bennett και Maton (2010), οι οποίοι κατέληξαν ότι οι νέοι έχουν συνηθίσει να μαθαίνουν στα πλαίσια δικτύων, βασιζόμενοι στη γνώση που βρίσκεται κατανεμημένη σε κοινότητες και σε συλλογικές μαθησιακές λειτουργίες, όπως στην από κοινού αναζήτηση, συνάθροιση και φιλτράρισμα της πληροφορίας με σκοπό τη συλλογική σύνθεση εμπειριών και οικοδόμηση γνώσης. Επιπλέον, η ψηφιακή γενιά προτιμά να διασκεδάζει ενώ μαθαίνει, και για το λόγο αυτό απολαμβάνει τη μάθηση μέσω των κοινωνικών δικτύων (Bennett & Maton 2010).

Ο ECAR (Educause Center of Analysis and Report) είναι ένας αμερικανικός, μη κερδοσκοπικός οργανισμός με αποστολή την έρευνα σχετικά με τις εξελίξεις που διαδραματίζονται στην ανώτατη εκπαίδευση σε σχέση με τις νέες τεχνολογίες. Από το 2004 και σε συνεργασία με πανεπιστημιακά ιδρύματα, ερευνά το προφίλ των φοιτητών σε σχέση με τις νέες τεχνολογίες, καταθέτοντας ετήσιες αναφορές. Το 2013, το ερευνητικό εργαλείο του ECAR εστάλη σε περίπου 1,6 εκατομμύρια φοιτητές σε 251 κολέγια/ πανεπιστήμια ανά τον κόσμο, ενώ οι φοιτητές που ανταποκρίθηκαν έφτασαν τους 113.035 από 13 χώρες. Τα πιο πρόσφατα αποτελέσματα (Dahlstrom 2013) οργανώθηκαν σε τέσσερις ενότητες, προκειμένου να βοηθήσουν τους εκπαιδευτές της ανώτατης εκπαίδευσης να κατανοήσουν πληρέστερα τις προσδοκίες και ανάγκες των φοιτητών τους (Dahlstrom et al 2013). Από τη μελέτη φάνηκε ότι η σχέση των φοιτητών με την τεχνολογία είναι σύνθετη. Οι φοιτητές αναγνωρίζουν την αξία και τη σπουδαιότητά της, αλλά αναμφισβήτητα χρειάζονται καθοδήγηση στις ακαδημαϊκές τους υποχρεώσεις. Προτιμούν τη μεικτή μάθηση (blended learning), είναι πρόθυμοι να χρησιμοποιήσουν τα εργαλεία των νέων τεχνολογιών (π.χ. φορητές συσκευές) για εκπαιδευτικούς σκοπούς και ψάχνουν ευκαιρίες και ενθάρρυνση από τους καθηγητές τους προκειμένου να χρησιμοποιήσουν τα αναδυόμενα ψηφιακά εργαλεία. Τέλος, οι φοιτητές εκτιμούν την ιδιωτικότητά τους, τονίζοντας ότι η κοινωνική δικτύωση και η διαμοίραση υλικού και ιδεών πρέπει να έχει όρια (Dahlstrom et al 2013).

Σύμφωνα με πολλούς ερευνητές, η ψηφιακή γενιά φέρει υψηλό επίπεδο ψηφιακών δεξιοτήτων (Prensky 2001, Dede 2005, Oblinger & Oblinger 2005, Palfrey & Gasser 2008, Raines & Arnsparger 2010). Από την άλλη μεριά, πολλοί ερευνητές έχουν ανεβάσει το πήχη ψηλότερα, διαπιστώνοντας ότι τα μέσα και εργαλεία που χρησιμοποιούν οι νέοι είναι κατά μεγάλο βαθμό συμβατικά (Kennedy et al 2010, Margaryan et al 2011) ενώ χρησιμοποιούν τεχνολογίες του Web 2.0 για προσωπικούς τους σκοπούς, χωρίς να συμβαίνει το ίδιο στο πλαίσιο εκπαιδευτικών στόχων (Currant et al 2008, Margaryan et al 2011). Έτσι, τα επίπεδα υιοθέτησης συνεργατικών εργαλείων οικοδόμησης γνώσης, εικονικών κόσμων, ακόμα και εργαλείων κοινωνικής δικτύωσης είναι χαμηλά. Χαρακτηριστικά οι Brown και Czerniewicz (2010), αναφέρουν πως οι μαθητευόμενοι που χρησιμοποιούν μεγάλο εύρος τεχνολογιών αποτελούν την εξαίρεση.

Οι εφαρμογές και συσκευές νέων τεχνολογιών αποτελούν σημαντικά εργαλεία του 21ου αιώνα και για το λόγο αυτό θα πρέπει είναι άμεσα διαθέσιμες (Saxena 2015). Δεν παρέχουν μόνον το μέσο ώστε οι σύγχρονοι μαθητευόμενοι να διεξάγουν έρευνα στο διαδίκτυο και να καλλιεργούν τις τεχνολογικές δεξιότητες που χρειάζονται, αλλά δίνουν την ευκαιρία και στους καθηγητές να ενισχύσουν και να εμπλουτίσουν τη διδασκαλία τους (Saxena 2015). Η χρησιμοποίηση των αλληλεπιδραστικών τεχνολογικών εργαλείων και εφαρμογών αναμφισβήτητα προσελκύει την ενεργητική φύση των millennials, ενώ ταυτόχρονα συμβαδίζει αρμονικά με το φερόμενο τεχνολογικό αλφαβητισμό της γενιάς αυτής (Farrell 2014). Αν και η χρησιμοποίηση των τεχνολογικών εργαλείων μπορεί να θεωρηθεί αταίριαστη στην ομαδική και συνεργατική φύση της νέας γενιάς, παρόλα αυτά ταιριάζει στην ικανότητα που διακρίνει τους νέους αυτούς για πολλαπλές και ταυτόχρονες ενασχολήσεις, στην επιθυμία τους για δομή, προσοχή και ανατροφοδότηση (Shaw & Fairhurst 2008, Farell 2014). Επίσης, οι σύγχρονοι μαθητευόμενοι έχουν περισσότερο ανεπτυγμένες δεξιότητες κατανόησης περιβαλλόντων που είναι πλούσια σε γραφικά (Prensky 2001, Oblinger & Oblinger 2005) και

λιγότερο ανεπτυγμένες δεξιότητες κατανόησης μέσω κειμένων, το περιεχόμενο των οποίων προσπελαύνουν με τυχαίο και όχι με γραμμικό τρόπο (Oblinger & Oblinger 2005, Veen & Vrakking 2006).

Επιπροσθέτως, σύμφωνα με τους Oblinger και Oblinger (2005), Tapscott (2008) και Selwyn (2009), η ψηφιακή γενιά χρησιμοποιεί ποικίλα εργαλεία του Web 2.0, όπως εργαλεία κοινωνικής δικτύωσης, εφαρμογές συνεργατικής γραφής (wikis) ή εικονικούς κόσμους, ενώ επιπλέον, η ανάγκη τους για αλληλεπίδραση εκδηλώνεται και στη συμπεριφορά τους στα σύγχρονα πολυχρηστικά παιχνίδια, στο πλαίσιο των οποίων έχουν συνηθίσει να δημιουργούν ομάδες και να συνεργάζονται. Αντίθετα, σύμφωνα με τους Palaigeorgiou et al (2010), οι μαθητεύομενοι ίσως να μην είναι τόσο έτοιμοι να υποδεχτούν την καινοτομία των αναδυόμενων εργαλείων του Web 2.0 και την προοπτική ενσωμάτωσής τους στην εκπαίδευση, τουλάχιστον όχι στο βαθμό που περιγράφεται από τις γενεαλογικές προσεγγίσεις.

Όπως ήδη αναφέρθηκε, το μαθησιακό περιβάλλον θα πρέπει να είναι προσεκτικά σχεδιασμένο και καλά οργανωμένο. Κανόνες, διαδικασίες και καθοδήγηση είναι βασικά στοιχεία που χρειάζεται ο μαθητευόμενος (Saxena 2015). Στο συμπέρασμα αυτό κατέληξαν και οι Walker et al (2006), οι οποίοι τόνισαν ότι το κατάλληλα οργανωμένο περιβάλλον αποτελεί σημαντικό στοιχείο για την επιτυχία των εκπαιδευομένων. Επίσης, οι Shaw και Fairhurst (2008), στη μελέτη τους για την επίδραση της τεχνολογίας στο μαθησιακό στυλ της ψηφιακής γενιάς, κατέληξαν ότι η τεχνολογία έχει εντείνει την ανάγκη για δομημένες, οργανωμένες και διαδραστικές δραστηριότητες στην αίθουσα. Ωστόσο, οι Margaryan et al (2011) ερμηνεύουν την εξάρτηση των μαθητευόμενων από την καθοδήγηση των διδασκόντων τους και γενικότερα την προτίμησή τους για παθητικές και γραμμικές μεθόδους διδασκαλίας ως τάση προς τις παραδοσιακές προσεγγίσεις μάθησης. Πολλοί φοιτητές, λοιπόν, εξακολουθούν να βρίσκουν ανώτερες τις συμβατικές μεθόδους διδασκαλίας (NUS, 2010).

Η ψηφιακή γενιά έχει ανατραφεί από τους λεγόμενους γονείς «ελικόπτερα». Οι γονείς των σύγχρονων νέων παρακολουθούν με ανυπομονησία και προσοχή πολλές πτυχές της ζωής των παιδιών τους. Είναι πάντα παρόντες να κατευθύνουν τα παιδιά τους και να επιβραβεύσουν τις προσπάθειές τους, τονώνοντας την αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμησή τους (Howe & Strauss 2000, Lippmann et al 2009). Η υπερβολική αυτή αυτοεκτίμηση έχει οδηγήσει σε μια έντονη επιθυμία για καλούς βαθμούς (Lippmann et al 2009), ακόμα και όταν η βαθμολογία δε σχετίζεται με την ακαδημαϊκή τους εξέλιξη (Green et al 2014). Σύμφωνα με τους Walker et al (2006), οι βαθμοί που θα πάρουν οι μαθητευόμενοι είναι το μοναδικό που τους ενδιαφέρει. Αν ο βαθμός είναι χαμηλότερος του αναμενόμενου, οι millennials θα αμφισβητήσουν τους καθηγητές (Greenberger et al 2008, Hannay & Fretwell 2011).

Οι εκπαιδευόμενοι αυτοί έχουν υψηλές προσδοκίες και αναμένουν άμεση ικανοποίηση και ανατροφοδότηση στις προσπάθειές τους, ενώ αναμένουν από τους καθηγητές τους να είναι υποστηρικτικοί και να τους βοηθούν να φτάσουν στους στόχους τους (Roa 2013).

Η πρόθεση σκιαγράφησης των χαρακτηριστικών της νέας γενιάς μαθητευομένων και των μαθησιακών τους προτιμήσεων υπήρξε καθολική και έντονη. Παρόλα αυτά, οι εμπειρικές αποδείξεις ήταν περιορισμένες για τους περισσότερους από τους ισχυρισμούς. Οι Bennett και Maton (2010) τόνισαν την ανάγκη για συστηματική και εμπεριστατωμένη έρευνα προτού προτείνουμε δραστικές αλλαγές στα πανεπιστήμια.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η αξιοποίηση των εργαλείων που προσφέρονται από την έκρηξη των νέων τεχνολογιών για εκπαιδευτικούς σκοπούς, αποτελεί μέρος της προσπάθειας να γίνει κατανοητή η γενιά των σημερινών μαθητευομένων. Το ενδιαφέρον της εκπαιδευτικής κοινότητας για τη χρήση αυτών των δυναμικών εργαλείων στην εκπαίδευση δεν εντοπίζεται μόνο στην αυτονόητη χρήση των τεχνολογικών μέσων της κάθε εποχής. Αποτελεί μία αναγκαιότητα που απορρέει από τα αποτελέσματα ποικίλων ερευνών σε παγκόσμιο επίπεδο όπου δείχνουν τόσο την επιθυμία των εκπαιδευομένων, όσο και τη βελτίωση της εκπαιδευτικής διαδικασίας όταν τα εργαλεία αυτά αξιοποιούνται.

Όπως επισημαίνεται από τη Neuman (2006), η επίδραση της τεχνολογίας στην εκπαίδευση των νοσηλευτών έχει πράγματι αλλάξει την παραδοσιακή νοσηλευτική εκπαίδευση. Οι καινοτομίες επιτρέπουν περισσότερες επιλογές, ενισχυμένη αλληλεπίδραση μεταξύ διδασκόντων και σπουδαστών, καθώς και μεταβολές στη μάθηση. Η εξοικείωση με τις νέες τεχνολογίες θεωρείται απαραίτητη για τη διασφάλιση της ασφάλειας και ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας, αφού οι τεχνολογίες αυτές έχουν εισχωρήσει στο νοσηλευτικό επάγγελμα. Είναι σημαντικό οι νοσηλευτές να αποκτούν τη γνώση και τις πρακτικές δεξιότητες του 21ου αιώνα σε ένα πολύπλοκο, τεχνολογικά προηγμένο, ανθρωποκεντρικό, παγκόσμιο περιβάλλον.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Bennett S. & Maton K. (2010). Beyond the 'digital natives'debate: Towards a more nuanced understanding of students'technology experiences. *Journal of Computer Assisted Learning* 26:21-331.

Bohl J. (2008). Generations X and Y in law school: Practical strategies for teaching the ™MTV/Googleî generation. *Loyola Law Review* 54:775-779.

Brown C. & Czerniewicz L. (2010). Debunking the ëdigital nativeë: beyond digital apartheid, towards digital democracy. *Journal of Computer Assisted Learning* 26: 357-369

Bullen M., Morgan T. & Qayyum, A. (2011). Digital learners in higher education: Generation is not the issue. *Canadian Journal of Learning and Technology/La revue canadienne de lëapprentissage et de la technologie* 37.

Conole G. (2008). Listening to the learner voice: The ever changing

landscape of technology use for language students. ReCALL 20: 124 -140.

Corrin L., Lockyer L. & Bennett S. (2010). Technological diversity: an investigation of studentsëtechnology use in everyday life and academic study. *Learning Media and Technology* 35:387-401.

Currant N., Currant B., Whitfield R. & Hartley P.(2008). Defining ëGeneration Yë: towards a new typology of digital learners. In: *EFYE Conference Proceedings*. Available: at: https://www.academia.edu/10101367/Defining_Generation_Y_ towards_a_new_ typology_of_digital_learners. .[Accessed: 25 February 2015].

Dahlstrom E., Walker J. & Dziuban C. (2013). *ECAR Study on Undergraduate Students and Information Technology*. Louisville: Educause Center of Analysis and Report.

Dede C. (2005). Planning for neomillennial learning styles. Shifts in studentsëlearning style will prompt a shift to active construction of knowledge through mediated immersion. *Educause Quarterly* 28:7-12.

Ebner M., Nagler W. & Schωn M. (2012). Have They Changed? Five Years of Survey on Academic Net-Generation. In: *Proceedings of World Conference on Educational Multimedia, Hypermedia*. Chesapeake VA: AACE:343-353.

Farrell L. (2014). Training the Millennial Generation: Implications for Organizational Climate. *Journal of Organizational Learning and Leadership* 12: 50-52.

Green J., Wyllie A. & Jackson D. (2014). Virtual worlds: A new frontier for nurse education? *Collegian* 21:135-141.

Greenberger E., Lessard J., Chen C. & Farruggia S. (2008). Self-Entitled College Students: Contributions of Personality, Parenting, and Motivational Factors. *Journal of Youth and Adolescence* 37:1193-1204.

Hannay M. & Fretwell, C. (2011). The higher education workplace: Meeting the needs of multiple generations. *Research in Higher Education Journal*, 10(1):1-12.

Hargittai E. (2010). Digital Na(t)ives? Variation in Internet skills and uses among members of the ™Net Generationî. *Sociological Inquiry* 80: 92-113.

Hashim R., Habib A., Zakariah Z. & Mohamad W. (2014). Study on postgraduate student preferred/ dislike teaching / learning techniques: a case study of a private university in Malaysia. *Conference on Professional Development in Education (PDE2014), Widyatama University Indonesia, Open University Indonesia and Open University Malaysia*. [online] Available at: http://repository.widyatama.ac.id/xmlui/handle/123456789/3357.[Accessed: 25 February 2015].

Howe N. & Strauss W. (2000). *Millennials* Rising. New York: Vintage Books.

Institute of Medicine, (2011). *The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health*. Washington DC: The National Academies Press.

Jones S. & Fox S. (2009). *Generations online in 2009*. Washington, D.C.: Pew Internet & American Life Project.

Jones C., Ramanau R., Cross S. & Healing G. (2010). Net generation or Digital Natives: Is there a distinct new generation entering university? *Computers and Education* 54: 722 -732.

Jones C. & Shao B. (2011). *The net generation and digital natives: implications for higher education*. York: Higher Education Academy.

Kennedy G., Judd T. Dalgarno B. & Waycott J. (2010). Beyond natives and immigrants: exploring types of net generation students. *Journal of Computer Assisted Learning* 26(:332-343.

Lippmann S., Bulanda R. & Wagenaar T. (2009). Student Entitlement: Issues and Strategies for Confronting Entitlement in the Classroom and Beyond. *College Teaching* 57:197-204.

Livingstone S., Haddon L., Gωrzig A. & vlafsson K. (2011). *Risks and safety on the internet: The perspective of European children. Full Findings*. LSE, London: EU Kids Online.

Levett-Jones T., Andersen P., Reid-Searl K., Guinea S., McAllister M., Lapkin S., Palmer L. & Niddrie M. (2015). Tag team simulation: An innovative approach for promoting active engagement of participants and observers during group simulations. *Nurse Education in Practice* 1471-5953: 00061

Lse.ac.uk, (2015). *Greece - Participating countries - EU Kids Online - Research - Department of Media and Communications - Home*. [online] Available at: http://www.lse.ac.uk/media@lse/research/EUKidsOnline/ParticipatingCountries/greece.aspx [Accessed 22 May 2015].

Madden M., Lenhart A., Duggan M., Cortesi S. & Gasser U. (2013). *Teens and Technology 2013. [online]* Pew Research Centerës Internet & American Life Project. Available at: http://www.pewinternet.org/2013/03/13/teens-and-technology-2013/ [Accessed 11 January 2015].

Margaryan A., Littlejohn A. & Vojt G. (2011). Are digital natives a myth or reality? University studentsëuse of digital technologies. *Computers & Education* 56:429-440.

Monaco M. & Martin M. (2007). The millennial student: a new generation of learners. *Athletic Training Education Journal* 2:42-46.

Nagler W. & Ebner M. (2009). Is your university ready for the ne (x) t-generation? In: *World Conference on Educational Multimedia, Hypermedia and Telecommunications* 1: 4344-4351.

Neuman L. (2006). Creating new futures in nursing education envisioning the evolution of e-nursing education. *Nursing Education Perspectives* 27:12-15.

NUS (National Union of Students), (2010). Student perspectives on technology - demand, perceptions and training needs. England: HEFCE: 4-50. Available at: http://www.online-conference.net/jisc/content2010/ali/SPOT1%20-%20Student%20Perspectives%20on%20Technology%20-%20NUS.pdf [Accessed 27April 2015].

Oblinger J. & Oblinger D. (2005). Is It Age or IT: First Steps Toward Understanding the Net Generation? In: Oblinger, D. G. & Oblinger, J. L.(Eds.) *Educating the Net Generation*. E-book: Educause. Available at: http://www.educause.edu/research-and-publications/books/educating-net-generation/it-age-or-it-first-steps-toward-understanding-net-generation. [Accessed 20 May 2015].

Palaigeorgiou G., Triantafyllakos G. & Tsinakos A. (2010). What if undergraduate students designed their own web learning environment? Exploring studentsëweb 2.0 mentality through participatory design. *Journal of Computer Assisted Learning* 27:146-159.

Palfrey J. & Gasser U. (2008). Born Digital: *Understanding the First Generation of Digital Natives*. Basic & New York, NY.

Partridge H. & Hallam G. (2006). Educating the Millennial Generation for evidence based information practice. *Library Hi Tech* 24:400-419.

Pozzali A. & Ferri P. (2010). The Media Diet of University Students in Italy. *International Journal of Digital Literacy and Digital Competence* 1:1-10.

Prensky M. (2001). Digital Natives, Digital Immigrants Part 2: Do They Really Think Differently? *On the Horizon* 9:1-6.

Raines C. & Arnsparger A. (2010). *Generations at Work: human resource management, generation and diversity, generation definition, Claire Raines*. [online] Generationsatwork.com. Available at: http://www.generationsatwork.com/articles_millennials_at_work.php [Accessed 18 May 2015].

Roa M. (2013). *Millennial studentsë preferred learning style: Evaluation of collaborative learning versus traditional lecture methods* (Ph.D). Nova Southeastern University.

Saba V.K. & Riley J.B. (1997). Nursing informatics in nursing education. *Student Health & Technology Information* 46:185 -190.

Saxena S. (2015). Top 10 Characteristics of a 21st Century Classroom -

EdTechReviewΣ (ETR). [online] *Edtechreview.in*. Available at: http://edtechreview.in/news/862-top-10-characteristics-of-a-21st-century-classroom [Accessed 31 May 2015].

Selwyn N. (2009). The digital native - myth and reality. *Aslib Proceedings: New Information Perspectives* 61:364-379.

Shaw S. & Fairhurst D. (2008). Engaging a new generation of graduates. *Education & Training* 50:366-378.

Skiba D. (2009). Emerging Technologies Center Nursing Education 2.0: A Second Look at Second Life. [online] *Nursing Education Perspectives* Online. Available at: http://www.nlnjournal.org/doi/ abs/10.1043/1536-5026-030.002.0129. [Accessed 19 November 2014].

Tapscott D. (1998). Growing Up Digital. *The Rise of the Net Generation*. New York: McGraw Hill.

Veen W. & Vrakking B. (2006). Homo Zappiens: *Growing up in a Digital Age*. Continuum, London.

Walker J., Cotner S., Baepler P. & Decker M. (2008). A Delicate Balance: Integrating Active Learning into a Large Lecture Course. *Cell Biology Education* 7:361-367.

Warner R. (2013). Millennial Workers: Understand or Lose Them. *The Huffington Post*, [online] Available at: http://www.huffingtonpost.com/russ-warner/millennials-jobs_b_2566734.html. [Accessed 11 January 2015].

Wilson M. & Gerber L. (2015). *How Generational Theory Can Improve Teaching: Strategies for Working with the "Millennials" ESSAYS*. [online] Research Gate. Available at: http://www.researchgate.net/publication/242460016_How_Generational_Theory_Can_Improve_Teaching_Strategies_for_Working_with_the_Millennials_ESSAY. [Accessed 28 May 2015].

Δαμουλιανού Χ. (2013). Οι νέοι μάνατζερ, οι Millennials, διαμορφώνουν το μελλοντικό εργασιακό περιβάλλον. *Η Καθημερινή*. Διαθέσιμο στο: http://www.kathimerini.gr/ 490451/article/ oikonomia/epixeirhseis/oi-neoi-manatzer-oi-millennials-diamorfwnoyn-to-mellontiko-ergasiako-perivallon [Ανάκτηση 14 Νοεμβρίου 2013].

Εργαστήριο Ηλεκτρονικού Εμπορίου (ELTRUN), (2014). *Ετήσια Έρευνα των Ελλήνων Χρηστών Κοινωνικής Δικτύωσης*. Αθήνα: Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Nursing Students in the digital era: a literature review

Eleni Christodoulou[1], Athena Kalokairinou[2], Sofia Zyga[3]

1. RN, MSc, PhD, Vocational Training Institute Teacher, Sotiria General Hospital,
2. Professor, Faculty of Nursing, University of Athens
3. Associate Professor, Department of Nursing, University of Peloponnese

ABSTRACT

The current generation of nursing students in Higher Education, born in the 1980's and early 1990's, are referred to as millennials. All the terms given to this cohort, such as "digital natives" or "net generation" , are being used to highlight the impact that new technologies have to their lives. Regardless how you call them, digital natives are a puzzle generation we do not know much about it, apart from the fact that they have already entered the tertiary nursing education. Numerous surveys indicate that emerging technologies constitute a defining feature in the lives of current students, estimating that there is a fundamental shift in the way young people communicate, socialize and learn. Today£s students are characterized as digital literate with distinct traits which influence their learning preferences. New pedagogical methods, such as active and experiential learning, cooperative activities, instant feedback and technology integration, come forward. The purpose of this literature review is to outline nursing students' key traits and learning profile, as presented in the existing literature.

Key words: Active learning, digital literacy, net generation

Corresponding Author:
Christodoulou Eleni, Telephone number: 6972240789, Email: el_chris@otenet.gr

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Η διερεύνηση του επιπολασμού της εφηβικής παχυσαρκίας στην Ελλάδα: μια βιβλιογραφική ανασκόπηση

Άννα Πατσοπούλου

Νοσηλεύτρια, Καθηγήτρια Φυσικής Αγωγής, MSc, PhD(c), Π.Γ.Ν. Λάρισας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παχυσαρκία είναι ένα σύνθετο πρόβλημα που απειλεί όλη την ανθρωπότητα ανεξάρτητα από εθνικότητα, φύλο, ηλικία, οικονομικοκοινωνική κατάσταση και η ανάγκη για αντιμετώπιση και πρόληψη της είναι επιτακτική. Ωστόσο, η ραγδαία αύξηση της παχυσαρκίας στους εφήβους συνιστά μια ανησυχητική κατάσταση, δεδομένου ότι οι παχύσαρκοι έφηβοι τείνουν να γίνουν παχύσαρκοι ενήλικες και αποτελεί επίσης μείζον παγκόσμιο πρόβλημα δημόσιας υγείας. Δυστυχώς, τις τελευταίες δεκαετίες στην Ελλάδα, αυτές οι διατροφικές επιλογές των εφήβων που έχουν μετατραπεί, από «παραδοσιακού ή μεσογειακού» τύπου σε αντίστοιχες «Δυτικού» τύπου και έχουν οδηγήσει σε αύξηση της συχνότητας της παχυσαρκίας υπήρξαν αντικείμενο μελέτης αρκετών ερευνών, καταγράφοντας υψηλό ποσοστό παχυσαρκίας στον Ελληνικό εφηβικό πληθυσμό, είτε σε πανελλήνιο επίπεδο είτε σε μεμονωμένες γεωγραφικές περιοχές. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση του επιπολασμού της παχυσαρκίας στους εφήβους στην Ελλάδα μέσα από την ανασκόπηση της σύγχρονης βιβλιογραφίας.

Λέξεις κλειδιά: Δείκτης μάζας σώματος, έφηβοι, παχυσαρκία, υπέρβαρος

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας:
Άννα Πατσοπούλου, Τάκη Μπλιάδη 3, 41335, Λάρισα, e-mail: pats.anna@yahoo.com, τηλ. 6939134892

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Η παχυσαρκία συνιστά ένα παγκόσμιο πρόβλημα δημόσιας υγείας.**
- **Η ραγδαία αύξηση της παχυσαρκίας στους εφήβους αποτελεί μια ανησυχητική κατάσταση.**
- **Η διερεύνηση του τρόπου ζωής που οδηγεί στην εφηβική παχυσαρκία αποτελεί προτεραιότητα της δημόσιας υγείας.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ραγδαία αύξηση της παχυσαρκίας στους εφήβους συνιστά μια ανησυχητική κατάσταση, δεδομένου ότι οι παχύσαρκοι έφηβοι τείνουν να γίνουν παχύσαρκοι ενήλικες (Guo & Chumlea 1999). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας περιγράφει την παχυσαρκία σήμερα «ως ένα κραυγαλέο, οφθαλμοφανές και παραμελημένο παγκόσμιο πρόβλημα δημόσιας υγείας» με τον όρο «globesity» (WHO 2010), καταδεικνύοντας το ως ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα στις μέρες μας (Friedman 2000).

Η παχυσαρκία θεωρείται σήμερα η πιο διαδεδομένη ασθένεια (Dietza 1998) η οποία οφείλεται στον ανθυγιεινό τρόπο διατροφής παιδιών και εφήβων τόσο στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (ΗΠΑ), όσο και σε ολόκληρο τον κόσμο. Ο επιπολασμός της παιδικής και εφηβικής παχυσαρκίας αυξάνεται σε πολλές χώρες παγκοσμίως, καθιστώντας το ένα από τα σημαντικά προβλήματα της δημόσιας υγείας της εποχής μας (Friedman 2000). Το 2011-2012 καταγράφηκε ότι περισσότερο από το 17% των νέων στις ΗΠΑ να είναι παχύσαρκοι, αν και ο επιπολασμός της παχυσαρκίας παρέμεινε σταθερός στο 15% κατά τη διετία 2003-2004 και 2009-2010 (Ogden et al 2014). Στην Ελλάδα κάποιες παλιές μελέτες (Αϊβάζης και συν 1997, Krassas et al 2001, Χιώτης και συν 2004) έδειξαν ότι ο επιπολασμός της παιδικής παχυσαρκίας είναι υψηλός, ενώ άλλες πιο σύγχρονες, έδειξαν ότι ο επιπολασμός των υπέρβαρων παιδιών δεν διαφέρει από εκείνου των άλλων χωρών της νότιας Ευρώπης (Tzotzas et al 2011). Μια πρόσφατη ανασκόπηση σχετικά με την επιδημιολογία και τους προδιαθεσικούς παράγοντες της παχυσαρκίας στην Ελλάδα έδειξαν μια τάση για αύξηση του βάρους σε παιδιά τα τελευταία 30 χρόνια (Roditis et al 2009). Πέρα από κάθε άλλη φορά η πρόληψη και αντιμετώπιση της παχυσαρκίας στους εφήβους αποτελεί επιτακτική ανάγκη και για το λόγο αυτό ιατρικές οργανώσεις σε διάφορες χώρες έχουν προτείνει να διεξαχθεί έρευνα σχετικά με την αποτελεσματικότητα των καλά σχεδιασμένων παρεμβάσεων για την καταπολέμηση της παχυσαρκίας στους εφήβους (National Health and Medical Research Council 2003).

Ο ΠΟΥ προειδοποιεί ότι στο άμεσο μέλλον η παχυσαρκία θα επηρεάσει σημαντικά ακόμη και τις αναπτυσσόμενες χώρες (WHO 2010). Διπλάσιο κίνδυνο να εμφανίσουν μετέπειτα παχυσαρκία έχουν τα παχύσαρκα βρέφη, ενώ τα παχύσαρκα παιδιά ηλικίας 8 ετών έχουν 5-7 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο και τέλος οι παχύσαρκοι έφηβοι έχουν 8-25 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο (Dietzb 1998). Ο κίνδυνος διπλασιάζεται στα παιδιά παχύσαρκων γονέων για παχυσαρκία στην ενήλικο ζωή (Whitaker et al 1997). Μακροχρόνιες μελέτες δείχνουν ότι τα παχύσαρκα παιδιά και έφηβοι τείνουν να γίνονται παχύσαρκοι ενήλικες (Whitaker et al 1997).

Η πλειονότητα του επιστημονικού κόσμου χαρακτηρίζει την παχυσαρκία ως επιδημία ή κοινωνική μάστιγα (Ebbeling et al 2002), αφού συνοδεύεται από πληθώρα επιπλοκών και θνησιμότητας κυρίως λόγω καρδιοπαθειών, διαβήτη, καρκίνου, άσθματος, αϋπνίας και αρθρίτιδας (Lindsay et al 2001, Moschandreas et al 2003).

Η διερεύνηση των διατροφικών συνήθειών και γενικότερα του τρόπου ζωής που οδηγεί στην παιδική και εφηβική παχυσαρκία αλλά και η έγκαιρη διάγνωση και ο έλεγχος των προβλημάτων που σχετίζονται με το σωματικό βάρος σε παιδιά και εφήβους ανάγονται σε προτεραιότητα της δημόσιας υγείας, όχι μόνο για την αποφυγή προβλημάτων υγείας που συνδέονται άμεσα με τη παχυσαρκία, αλλά επίσης και για την πρόληψη μεταγενέστερων επιπλοκών κατά την ενηλικίωση. Στον περιορισμό ωστόσο του προβλήματος σημαντικός είναι ο ρόλος κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων και ιδιαίτερα η εφαρμογή στρατηγικών πρόληψης, κυρίως στα σχολεία και στην οικογένεια (Patsopoulou et al 2015).

Σκοπός της παρούσας περιγραφικής ανασκόπησης ήταν η διερεύνηση του επιπολασμού της παχυσαρκίας των εφήβων στην Ελλάδα τις τελευταίες δύο δεκαετίες μέσα από τη σύγχρονη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση ανασκοπικών άρθρων και ερευνητικών μελετών δημοσιευμένων σε ξένα και ελληνικά επιστημονικά περιοδικά τις δύο τελευταίες δεκαετίες, στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων «Pubmed» και «Cinahl», τα οποία αναφέρονταν στον επιπολασμό της παχυσαρκίας.

Ορισμός της παχυσαρκίας

Η παχυσαρκία ορίζεται ως η υπερβολική συσσώρευση λίπους στο σώμα. Τις τελευταίες δεκαετίες η επίπτωση της παχυσαρκίας έχει αυξηθεί δραματικά στις αναπτυσσόμενες και αναπτυγμένες χώρες. Η παχυσαρκία αποτελεί μείζον παγκόσμιο πρόβλημα δημόσιας υγείας, λόγω του επιπολασμού της, των επιπτώσεών της στην υγεία αλλά και των οικονομικών μεγεθών που απαιτούνται για τον περιορισμό της. Η πρόκληση της παχυσαρκίας χαρακτηρίζεται από το θετικό ενεργειακό ισοζύγιο και την αύξηση του βάρους (Lukas et al 2006).

Η παχυσαρκία θεωρείται από πολλούς ερευνητές νόσος. Ως νόσος ορίζεται κάθε κατάσταση που βραχύνει τη διάρκεια και δυσχεραίνει την ποιότητα της ζωής

και η παχυσαρκία προκαλεί και τα δύο. Επομένως είναι το αποτέλεσμα της χρόνιας μη ισορροπημένης ενεργειακής πρόσληψης και κατανάλωσης (Lukas et al 2006). Κατατάσσεται στις διαταραχές της διατροφικής κατάστασης της ενεργειακής ισορροπίας, δηλαδή της ισορροπίας μεταξύ της προσλαμβανόμενης και της καταναλισκόμενης ενέργειας (Behrman et al 2000).

ΜΕΘΟΔΟΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Για την αξιολόγηση της παχυσαρκίας αλλά και για την εκτίμηση της έκτασης του προβλήματος τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο, απαιτείται η χρήση μιας αποτελεσματικής μεθόδου υπολογισμού του σωματικού λίπους και η χρήση ορίων της μεθόδου αυτής, για τη διάκριση του παχύσαρκου από το μη παχύσαρκο άτομο.

Οι μέθοδοι για την εκτίμηση της παχυσαρκίας, διακρίνονται στις άμεσες (εργαστηριακές) και στις έμμεσες (σωματομετρήσεις) και μεταξύ τους έχουν καταγραφεί διαφορές ως προς την ακρίβεια, την εγκυρότητα, την ευχρηστία και το κόστος εφαρμογής (Lee & Gallagher 2008). Στην πλειονότητα τους οι σύγχρονες άμεσοι μέθοδοι μέτρησης όπως η ζύγιση μέσα στο νερό (hydrodensitometry), η μαγνητική τομογραφία (MRI), η αξονική τομογραφία (CT) και η ακτινοβολία δύο επιπέδων (DEXA -DUALENERGY X -RAY ABSORPTIOMETRY) από τη μια επέτρεψαν να γίνει ακριβής καταγραφή του λιπώδη ιστού αλλά από την άλλη είναι δαπανηρές και χρονοβόρες εξετάσεις, γεγονός που αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα στη χρήση τους στην κλινική έρευνα και πράξη (Lindsay et al 2001). Για το λόγο αυτό, στην πλειοψηφία των ερευνών γίνεται χρήση των έμμεσων μεθόδων όπως είναι ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), η περιφέρεια μέσης, ο λόγος της περιφέρειας μέσης προς την περιφέρεια των ισχίων (WHR -waist to hip ratio), ο λόγος της περιφέρειας μέσης προς το σωματικό ύψος (WHTR -waist to height ratio) και η μέτρηση δερματοπτυχών (Bellizzi & Dietz 1999).

Ο πλέον συνηθισμένος δείκτης για την έμμεση εκτίμηση της παχυσαρκίας είναι ο ΔΜΣ (BMI: Body Mass Index), που ορίζεται ως το πηλίκο του σωματικού βάρους σε κιλά δια του ύψους σε μέτρα στο τετράγωνο (kg/m2). Ο ΔΜΣ εμφανίζει υψηλή συσχέτιση με το ποσοστό σωματικού λίπους σε παιδιά (r=0.83 - 0.98), όπως αυτό υπολογίστηκε με τη μέθοδο της απορρόφησης ακτινών Χ διπλής ενέργειας. Για το λόγο αυτό αναγνωρίστηκε από τη Διεθνή Ομάδα Δράσης για την Παχυσαρκία (International Union of Nutritional Sciences, IOTF 2004) ως ένα αξιόπιστο εργαλείο εκτίμησης της παχυσαρκίας στην παιδική και εφηβική ηλικία (CDC 2000). Ο ΔΜΣ θεωρείται «η ραχοκοκαλιά του συστήματος ταξινόμησης της παχυσαρκίας και επιτήρησης» αλλά και «ένα εξαιρετικά πολύτιμο εργαλείο» (Ogden et al 2007). Έχει αναγνωριστεί διεθνώς πλέον ως ο καλύτερος δείκτης εκτίμησης της παιδικής παχυσαρκίας καθώς έχει πολύ καλή συσχέτιση με το σωματικό λίπος, συσχετίζεται με τις μεταβολικές επιπλοκές της παχυσαρκίας και είναι ιδανικός για συγκριτικές επιδημιολογικές μελέτες.

Πίνακας 1. Ταξινόμηση της παχυσαρκίας για τους ενήλικες, με βάση το ΔΜΣ

Ταξινόμηση του ΔΜΣ	
Λιποβαρής	<18.5
Φυσιολογικός	18.5-24.9
Υπέρβαρος	25-29.9
Παχύσαρκος 1ου Βαθμού	30-34.9
Παχύσαρκος 2ου Βαθμού	35-39.9
Νοσηρή Παχυσαρκία	<40

Ανάλογα με την τιμή του ΔΜΣ (kg/m2), το άτομο μπορεί να καταταγεί σε λιπόσαρκο, φυσιολογικό, υπέρβαρο ή παχύσαρκο ως εξής (πίνακας 1):σε

Ο ΔΜΣ μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην εκτίμηση του επιπολασμού της παχυσαρκίας σ'έναν πληθυσμό καθώς και των κινδύνων που σχετίζονται σε αυτήν, αλλά δεν αξιολογεί τις μεγάλες αποκλίσεις στη μορφή της παχυσαρκίας, που συναντώνται συχνά μεταξύ των ατόμων και μεταξύ των πληθυσμών (Ogden et al 2002).

Ο IOTF για να διευκολύνει τις συγκρίσεις μεταξύ διαφόρων κρατών παγκοσμίως, αποδέχτηκε τον ΔΜΣ για την εκτίμηση του υπέρβαρου και του παχύσαρκου στα παιδιά και υιοθέτησε τις οριακές τιμές και το σύστημα κατάταξης των Cole και των συνεργατών του (Cole et al 2000). Σύμφωνα με το σύστημα κατάταξης αυτό το 85ο εκατοστημόριο των καμπυλών ανάπτυξης θεωρείται το όριο κατάταξης των παιδιών σε υπέρβαρα και το 95ο το όριο κατάταξης των παιδιών σε παχύσαρκα. Το σύστημα χρησιμοποιείται από την πλειονότητα του επιστημονικού κόσμου και έχει αποκτήσει παγκόσμια ισχύ διότι περιλαμβάνει δεδομένα από διάφορες χώρες. Έτσι από το 2000 η πλειοψηφία των επιδημιολογικών μελετών χρησιμοποιούν τα όρια του IOTF ούτως ώστε να υπάρχει η δυνατότητα αντικειμενικών συγκρίσεων μεταξύ των διαφόρων χωρών.

Στον πίνακα 2 παραθέτονται τα διεθνή όρια του ΔΜΣ για υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά και εφήβους. Αξιοσημείωτο είναι ότι καθώς η ηλικία τείνει προς την ενηλικίωση, το 85ο και το 95ο εκατοστημόριο του ΔΜΣ για την ηλικία και το φύλο τείνουν να αποκτήσουν την τιμή 25 και 30 αντίστοιχα, συγκλίνοντας προς τα αντίστοιχα όρια της παχυσαρκίας των ενηλίκων (Baker 2005).

Παρά ταύτα, ο ΔΜΣ θεωρείται ένας αδρός δείκτης, αφού στην πράξη μπορεί να μην ανταποκρίνεται στον ίδιο βαθμό συσσώρευσης λίπους μεταξύ διαφορετικών ατόμων, διότι ο ΔΜΣ δεν διακρίνει λιπώδη και μη λιπώδη μάζα σώματος. Ως άμεσο επακόλουθο είναι το γεγονός ότι παχύσαρκα παιδιά και έφηβοι μπορεί να διαφύγουν ως φυσιολογικού σωματικού βάρους (Sweeting 2007). Μια σειρά από ερευνητές υποστηρίζουν ότι τα παραπάνω αποτελούν μειονεκτήματα του ΔΜΣ (Livingstone 2001, McCarthy 2005).

Πίνακας 2. Διεθνή όρια του ΔΜΣ για υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά και εφήβους

Ηλικία	Υπέρβαρο		Παχύσαρκο	
	Αγόρια	Κορίτσια	Αγόρια	Κορίτσια
2	18.41	18.02	20.09	19.81
2.5	18.13	17.76	19.80	19.55
3	17.89	17.56	19.57	19.36
3.5	17.69	17.40	19.39	19.23
4	17.55	17.28	19.29	19.15
4.5	17.47	17.19	19.26	19.12
5	17.42	17.15	19.30	19.17
5.5	17.45	17.20	19.47	19.34
6	17.55	17.34	19.78	19.65
6.5	17.71	17.53	20.23	20.08
7	17.72	17.75	20.63	20.51
7.5	18.16	18.03	21.09	21.01
8	18.44	18.35	21.60	21.57
8.5	18.76	18.69	22.17	22.18
9	19.10	19.07	22.77	22.81
9.5	19.46	19.45	23.39	23.46
10	19.84	19.86	24.00	24.11
10.5	20.20	20.29	24.57	24.77
11	20.55	20.74	25.10	25.42
11.5	20.89	21.20	25.58	26.05
12	21.22	21.68	26.02	26.67
12.5	21.56	22..14	26.43	27.24
13	21.91	22.58	26.84	27.76
13.5	22.27	22.98	27.25	28.20
14	22.62	23.34	27.63	28.57
14.5	22.96	23.66	27.98	28.87
15	23.29	23.94	28.30	29.11
15.5	23.6	24.17	28.6	29.29
16	23.9	24.37	28.88	29.43
16.5	24.19	24.54	29.14	29.56
17	24.46	24.70	29.41	29.69
17.5	24.73	24.85	29.70	29.84
18	25	25	30	30

ΑΙΤΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Η παχυσαρκία ως επιδημιολογικό φαινόμενο αποδίδεται σε γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες και μπορούν να ταξινομηθούν ως εξής:

1. Γενετικοί παράγοντες: Η επιστημονική κοινότητα υποστηρίζει την επίδραση των γενετικών παραγόντων στην αύξηση βάρους. Οι περισσότερες μελέτες υποστηρίζουν το ρόλο της γονικής παχυσαρκίας στην εμφάνιση παχυσαρκίας των εφήβων. Πράγματι σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε εφήβους 12-17 ετών διαπιστώθηκε ότι είχαν 2 με 3 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν παχύσαρκους γονείς (Kosti et al. 2008). Σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξαν και οι Patsopoulou et al με τους πατέρες να έχουν ακριβώς το διπλάσιο ποσοστό παχυσαρκίας από τα αγόρια (πατέρες:76.3% - αγόρια:34.7%) και τα ίδια αποτελέσματα να έχουμε και μεταξύ των μητέρων και των κοριτσιών (μητέρες:39.2% -κορίτσια:20.8%).

2. Διαιτητικοί παράγοντες: Η σωστή διατροφή παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του παιδιού καθώς το παιδί για να διατηρήσει τις φυσιολογικές λειτουργίες του οργανισμού και να ανταπεξέλθει στις καθημερινές σωματικές του δραστηριότητες χρειάζεται ενέργεια και θρεπτικά συστατικά. Η εφηβεία είναι η περίοδος της ζωής, κατά την οποία οι συμπεριφορές σχετικά με τον τρόπο ζωής αλλά και με τις διατροφικές συνήθειες αλλάζουν, οδηγώντας συνήθως στην κατανάλωση τροφίμων μεγάλης θερμιδικής αξίας, φτωχών σε θρεπτικά συστατικά και υψηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά. Δυστυχώς τις τελευταίες δύο δεκαετίες, η αντικατάσταση της παραδοσιακής μεσογειακής δίαιτας με τα δυτικά διατροφικά πρότυπα, έχει οδηγήσει σε αύξηση της συχνότητας της παχυσαρκίας.
3. Μειωμένη Φυσική Δραστηριότητα: Ο σύγχρονος τρόπος ζωής των παιδιών χαρακτηρίζεται από έλλειψη δραστηριότητας και ενασχόληση με καθιστικές δραστηριότητες όπως παρακολούθηση τηλεόρασης και ενασχόληση με το διαδίκτυο. Ο συνδυασμός αυτών των δραστηριοτήτων με την ταυτόχρονη υπερκατανάλωση θερμίδων είναι ο βασικότερος παράγοντας υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση παχυσαρκίας στην παιδική ηλικία. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Λάρισα διαπιστώθηκε ότι τα υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά δεν συμμετέχουν σε καμία δραστηριότητα (Patsopoulou et al 2015). Αντιθέτως οι Krassas et al δεν βρήκαν συσχέτιση μεταξύ ΔΜΣ και επιπέδου σωματικής δραστηριότητας. προτύπων, οφείλεται στο σύγχρονο περιβάλλον που ευνοεί την ανάπτυξη της παχυσαρκίας. Πολλοί έφηβοι δεν τρώνε σχεδόν ποτέ μαζί με τους γονείς τους και καταλήγουν να τρώνε σε ταχυφαγεία. Συγκεκριμένα σε έρευνα των Hassapidou et βρέθηκε ότι τα υπέρβαρα παιδιά καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες ζάχαρης και σνακ και μικρότερες ποσότητες φρούτων, λαχανικών και όσπριων σε σχέση με τα παιδιά φυσιολογικού βάρους. Ακόμη σχετικά με καθημερινές διατροφικές συνήθειες ολόκληρης της οικογένειας βρέθηκε ότι οι μητέρες σε ποσοστό 33.9% μερικές φορές τρώνε ενώ βλέπουν τηλεόραση ή διαβάζουν ή δουλεύουν και οι πατέρες σε ποσοστό 31.5% και το παιδί 38% (Patsopoulou et al 2015).
4. Κοινωνικο-οικονομοικοί παράγοντες: Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι το κοινωνικο-οικονομικό υπόβαθρο όπως άτομα με μειωμένο εισόδημα, φυλετικές μειονότητες και φτωχοί μαστίζονται από το φαινόμενο της παχυσαρκίας. Επιπλέον έχει βρεθεί ότι και το επίπεδο μόρφωσης των γονέων συντελεί στην αύξηση ή όχι της παχυσαρκίας. Χαρακτηριστικά οι Patsopoulou et al (2015) διαπίστωσαν ότι το επίπεδο μόρφωσης της μητέρας σχετίζεται με την παχυσαρκία.
5. Περιγεννητικοί παράγοντες: Υποστηρίζεται ότι το βάρος κατά την κύηση και τη γέννηση, ο θηλασμός, ο διαβήτης κυήσεως και το κάπνισμα στην εγκυμοσύνη παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της παιδικής παχυσαρκίας. Παλαιότερες έρευνες υποστηρίζουν ότι υπάρχει ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ της παχυσαρκίας της μητέρας και του βάρους γέννησης του βρέφους με την παιδική παχυσαρκία (Whitaker et al 1998), ενώ πιο πρόσφατες δεν επιβεβαιώνουν αυτή τη θεωρία (Rossi & de Vasconcelos 2014, Patsopoulou et al 2015).

Όσον αφορά στο μητρικό θηλασμό και τη συσχέτισή του με την παχυσαρκία στην παιδική/εφηβική και ενήλικη ζωή, μελέτες υποστηρίζουν (Beyerlein & von Kries 2011) ότι το μητρικό γάλα πιθανόν να έχει κάποια προστατευτική δράση έναντι της παχυσαρκίας καθώς μείζονος σημασίας αποτελεί και η χρονική διάρκεια του θηλασμού, με τα μωρά που θήλασαν περισσότερο, να έχουν λιγότερες πιθανότητες να αυξηθεί υπερβολικά το βάρος τους. Παρόλα αυτά αυτή η θεωρία είναι πολύ αδύναμη και δύσκολα αποδεικνύεται (Beyerlein & von Kries 2011, Patsopoulou et al 2015).

ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Η παχυσαρκία επιφέρει μια σειρά από επιπτώσεις στον ανθρώπινο οργανισμό αφού από τη μια καταπονεί σε μεγάλο βαθμό τον οργανισμό του ατόμου που νοσεί και από την άλλη επιδεινώνει τα ήδη υπάρχοντα που συνδέονται με αυτή. Χαρακτηριστικά, όσον αφορά στα παιδιά και στους εφήβους οι επιπτώσεις της παχυσαρκίας ποικίλουν και σχετίζονται με όλα τα συστήματα του οργανισμού. Στη συνέχεια παραθέτονται αναλυτικά οι επιπτώσεις της παιδικής παχυσαρκίας. Για την καρδιά/αγγεία παρατηρείται αρτηριοσκλήρωση, στεφανιαία νόσο και καρδιακή ανεπάρκεια, υπέρταση, για το ενδοκρινολογικό σύστημα διαβήτης τύπου ΙΙ, πολυκυστικές ωοθήκες, αμηνόρροια, δυσμηνόρροια, για το αναπνευστικό σύστημα άπνοια ύπνου, άσθμα, κόπωση κατά τη διάρκεια της άσκησης, χρόνιες πνευμονοπάθειες, αίσθημα κόπωσης, για το πεπτικό και το γαστρεντερικό γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, λιπώδης εκφύλιση ήπατος και χολολιθίαση και για το μυοσκελετικό σύστημα σκολίωση, οστεοαρθρίτιδα, τραυματισμούς στην σπονδυλική στήλη.

Σημαντικές είναι επίσης και οι επιπτώσεις της παχυσαρκίας στον ψυχολογικό τομέα όπου τα άτομα έχουν αρνητική αντίληψη και εικόνα του εαυτού τους, παρατηρείται σταδιακός κοινωνικός αποκλεισμός, κατάθλιψη, επιθετικότητα, χαμηλή επίδοση στο σχολείο και στον εργασιακό χώρο.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΤΗΣ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Η παχυσαρκία αυξάνεται με δραματικούς ρυθμούς σε παγκόσμιο επίπεδο (Ebbeling et al. 2002) και αναμφισβήτητα αποτελεί πρόβλημα δημόσιας υγείας που συνδέεται με την οικονομική κατάσταση τόσο στις αναπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες (Afzal & Naveed 2004).

Στις ΗΠΑ παρατηρείται αύξηση της παχυσαρκίας σε παιδιά προσχολικής, σχολικής και εφηβικής ηλικίας τις

τελευταίες τρεις δεκαετίες (Ogden et al 2002, 2014). Η παιδική παχυσαρκία έχει υπερδιπλασιαστεί στα παιδιά και στους εφήβους τετραπλασιάστηκε τα τελευταία 30 χρόνια (National Center for Health Statistics 2012, Ogden et al 2014). Το 2012, περισσότερο από το ένα τρίτο των παιδιών και των εφήβων ήταν υπέρβαρα ή παχύσαρκα (Ogden et al 2014).

Η Ευρώπη είναι μετά τις ΗΠΑ, η δεύτερη ήπειρος με τα μεγαλύτερα ποσοστά υπέρβαρου και παχυσαρκίας σε παιδιά ανά την υφήλιο. Τα ποσοστά παχυσαρκίας που εμφανίζονται στην Ευρώπη έχουν σαφώς πολύ μεγάλες διακυμάνσεις ανάμεσα στις διάφορες χώρες. Χαρακτηριστικά, στην πρόσφατη μελέτη «ENERGY», που συνέκρινε τη συχνότητα εμφάνισης παχυσαρκίας σε εφήβους σε 7 Ευρωπαϊκές χώρες, η Ελλάδα κατατάσσεται στις πρώτες θέσεις με τα υψηλότερα ποσοστά παχυσαρκίας σε αγόρια και κορίτσια ηλικίας 10-12 ετών (Brug et al 2012).

Τα τελευταία είκοσι χρόνια, αρκετές μελέτες (Αϊβάζης και συν 1997, Χιώτης και συν 2004) έχουν καταγράψει υψηλό ποσοστό παχυσαρκίας και στον Ελληνικό παιδικό πληθυσμό, είτε σε πανελλήνιο επίπεδο, είτε σε μεμονωμένες γεωγραφικές περιοχές. Τα ποσοστά του υπέρβαρου και της παχυσαρκίας σε παιδιά διαφέρουν ανάμεσα στις περιοχές της Ελλάδας, ενώ τα ποσοστά παχυσαρκίας μπορεί να διαφέρουν σημαντικά ακόμα και ανάμεσα σε διαφορετικούς δήμους μέσα στην περιοχή της Αττικής (Brug et al 2012).

Σε μελέτη των Kafatos et al (2005) ο επιπολασμό της παχυσαρκίας βρέθηκε 10.3% για τα κορίτσια και 24.2% για τα αγόρια ηλικίας 11-16 ετών. Η μελέτη ήταν βασισμένη σε αυτοαναφερόμενα στοιχεία, τα οποία ωστόσο, υποεκτιμούν τη συχνότητα της νόσου. Ανάλογη έρευνα που έλαβε χώρα στην περιοχή του Βόλου σε εφήβους ηλικίας 11-13.5 ετών, σημειώθηκαν ποσοστά 35.6% και 67% στα αγόρια (υπέρβαροι και παχύσαρκοι αντίστοιχα) και 25.7% και 6.7% στα κορίτσια (Manios et al 2004).

Επιπλέον, σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη Βόρεια Ελλάδα σε 8000 παιδιά και εφήβους διαπιστώθηκε ότι ο μέσος όρος της παχυσαρκίας ανέρχεται σε 12.5% (Αϊβάζης και συν 1997). Σε ανάλογα αποτελέσματα κατέληξαν οι Krassas et al (2001) σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 2495 παιδιά και εφήβους του νομού Θεσσαλονίκης ηλικίας 7 - 17 ετών όπου διαπιστώθηκε ότι το 22.5% ήταν υπέρβαρα και το 4.2% παχύσαρκα. Παρόμοια μελέτη έγινε στην Κύπρο σε παιδιά 6 -17 ετών όπου διαπιστώθηκε ότι στα κορίτσια το 5.7% ήταν παχύσαρκα και το 17% υπέρβαρα, ενώ για τα αγόρια τα ποσοστά αυτά ανέρχονται 6.9% και 18.8% αντίστοιχα (Savva et al 2002). Σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξε και έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Κρήτη από τον Μοσχανδρέα και τους συνεργάτες του σύμφωνα με την οποία το 33% των παιδιών ήταν υπέρβαρα και το 9% ήταν παχύσαρκα (Moschandreas et al. 2003).

Μία άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αθήνα, το δείγμα αποτέλεσαν 10.925 άτομα ηλικίας από 0-

Πίνακας 3. Έρευνες για την παχυσαρκία σε ελληνικό εφηβικό πληθυσμό σύμφωνα με τα κριτήρια του IOFT

Μελέτες	Περιοχή	Δείγμα	Αποτελέσματα Υπέρβαρα/Παχύσαρκα
Krassas et al (2001)	Θεσσαλονίκη	11-17ετών, n=1232	11-17ετών: 19%/2.6%
Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Παχυσαρκίας (ΕΙΕΠ) (2002)	Πανελλήνιο	2 -19 ετών, n=18.045	13-19ετών Α:10.9%/9.2%, Κ: 8%/3.3%
Savva et al (2002)	Κύπρος	6-17 ετών, n=2467	11-17 ετών, Α: 19%, Κ: 17%
Karayiannis et al (2003)	Πανελλαδική	11-16ετών, n=4.299	Α: 21.7%/2.5% Κ: 9.1%/1.2%
Χιώτης και συν (2004)	Αθήνα	0-18 ετών, n=10925	Α: 20.6%/2.9% Κ:14.5%/8%
Kafatos et al (2005)	Κρήτη	16ετών, n=541	Α: 33%-42% Κ: 24%-26%
Manios et al (2005)	Βόλος	11-13.5 ετών, (198)	Α: 35.6% Κ: 25.7%
Hassapidou et al 2006	Θεσσαλονίκη	11-14ετών, n=512	Α: 31% Κ: 21%
Georgiadis & Nassis 2007	Πανελλαδική	6-17 ετών, n=6.448	10-17 ετών Α: 19.3%/2.7% Κ: 14.8%/1.6%
Patsopoulou et al 2015	Λάρισα	12-18ετών, n=816	Α: 25.9%/8.9% Κ: 18.8%/2%

18 ετών και ο επιπολασμός της παχυσαρκίας υπολογίστηκε με βάση τα κριτήρια του IOTF. Η μέση τιμή BMI στις ηλικίες 1 - 18 ετών κυμάνθηκε από 14.77±2.7 kg/m2 έως 23.9±4.1 kg/m2 στα αγόρια και από 14.73±2.66 kg/m2 έως 22.3±3.65 kg/m2 στα κορίτσια. Για τις ηλικίες 13-18 ετών βρέθηκε για τα αγόρια ποσοστό παχυσαρκίας 20.6%, ενώ για τα κορίτσια 14.5% (Χιώτης και συν 2004). Σε έρευνα επίσης, που πραγματοποιήθηκε στη Θεσσαλονίκη σε έφηβους 11-14 ετών, διαπιστώθηκε ότι 31% των αγοριών και 21% των κοριτσιών είχαν ΔΜΣ ≥25 kg/m2 (Hassapidou et al 2006).

Η Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Παχυσαρκίας (ΕΙΕΠ) σε πανελλήνιο δείγμα 18.045 ατόμων ηλικίας 2-19 ετών για επισήμανε ότι το μεγαλύτερο πρόβλημα παχυσαρκίας εντοπίζεται στις ηλικίες 2-6 ετών, ενώ όσο αυξάνεται η ηλικία μειώνεται το ποσοστό παχυσαρκίας και στα δύο φύλλα (Tzotzas et al 2008).

Σε πανελλήνιο δείγμα 4.299 εφήβων ηλικίας 11-15 ετών επικεντρώθηκε επίσης και η έρευνα των Karayiannis et al. (2003). Το ποσοστό του επιπολασμού των υπέρβαρων αγοριών ήταν 21.7% και των κοριτσιών 9.1%, ενώ ο επιπολασμός της παχυσαρκίας ήταν 2.5% και 1.5% αντίστοιχα. Ανάλογα αποτελέσματα προέκυψαν και στην έρευνα των Georgiadis & Nassis (2007), σε δείγμα 6.448 μαθητών ηλικίας 6-17 ετών, οι οποίοι αναφέρουν ότι ο επιπολασμός των υπέρβαρων ήταν 17.3% και της παχυσαρκίας 3.6%.

Τέλος, σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους Patsopoulou et al (2015) και τους συνεργάτες της, σε δείγμα 816 εφήβων ηλικίας 12-18 ετών προέκυψε ότι το ποσοστό του επιπολασμού των υπέρβαρων αγοριών ήταν 25.9% και των κοριτσιών 18.8%, ενώ ο επιπολασμός της παχυσαρκίας ήταν 8.9% και 2% αντίστοιχα. Όλες οι μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε ελληνικό εφηβικό πληθυσμό καταγράφονται στον πίνακα 3 με χρονολογική σειρά.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παχυσαρκία είναι πλέον γνωστή ως πρόβλημα δημόσιας υγείας μεταξύ παιδιών και εφήβων και οι επιπτώσεις που σχετίζονται με την παχυσαρκία των ενήλικων πλήττουν σήμερα τα παιδιά όλων των ηλικιών (WHO 2010). Ο επιπολασμός της παχυσαρκίας του εφηβικού πληθυσμού στην Ελλάδα είναι υποτιμημένος σε σχέση με την πραγματικότητα, όπως καταγράφεται σε αρκετές μελέτες. Η αυξημένη συχνότητα της παχυσαρκίας οριοθετεί την ανάγκη για αποτελεσματική πρόληψη και θεραπεία της. Κύριος στόχος πρέπει να είναι η υιοθέτηση υγιεινής διατροφής και η συστηματική άσκηση, στοιχεία απαραίτητα τόσο για την πρόληψη όσο και την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας (Cadeddu et al 2014). Κρίνεται λοιπόν απαραίτητη η ύπαρξη παρεμβάσεων πρόληψης της παχυσαρκίας, όπου πρέπει να εστιάζονται στην εκπαίδευση των γονιών και στην εκμάθηση δεξιοτήτων ώστε τα παιδιά να αναπτύξουν υγιεινές συνήθειες.

Το υπερβολικό βάρος και η παχυσαρκία έχουν λάβει διαστάσεις επιδημίας σε όλες τις αναπτυσσόμενες χώρες. Ένα ουσιαστικό βήμα για την αντιμετώπιση αυτής της επιδημίας είναι να αναγνωριστεί η χρόνια φύση της νόσου και να γίνει κατανοητή η παθοφυσιολογία της ώστε να αναπτυχθεί μια πολύπλευρη στρατηγική για την αντιμετώπιση της, όπως είναι η υιοθέτηση υγιεινού τρόπου ζωής, η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας κ.α. (Chang et al 2014).

Επίσης, θα πρέπει τα σχολεία να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην επίτευξη ενός καλού περιβάλλοντος, όπου θα προωθείται ο υγιεινός τρόπος ζωής στα παιδιά. Στα σχολεία στα οποία εφαρμόστηκε πρόγραμμα διατροφής, φυσικής δραστηριότητας και υγιεινών συμπεριφορών, οι δείκτες παχυσαρκίας ήταν στατιστικά πολύ χαμηλότεροι σε σχέση με σχολεία που δεν εφαρμόζουν αντίστοιχα προγράμματα. Κρίνεται λοιπόν απαραίτητη η ύπαρξη αποτελεσματικών προγραμμάτων για την πρόληψη της παχυσαρκίας στο σχολικό περιβάλλον, τόσο για τη μείωση της παχυσαρκίας, όσο και για την υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής (Kelishadi & Azizi-Soleiman 2014).

Τέλος, αξιοσημείωτο είναι ότι όσες έρευνες ασχολήθηκαν με το γονικό ρόλο στην πρόληψη και αντιμετώπιση της παχυσαρκίας είχαν θετικά αποτελέσματα (Skelton et al 2012, Chen et al 2015, Patsopoulou et al 2015). Η ανάπτυξη ενός κοινοτικού προγράμματος που απευθύνεται σε συμμετοχή των γονέων, είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος για να επηρεαστεί η γονική συμπεριφορά απέναντι στις διατροφικές συνήθειες και η συμμετοχή σε φυσικές δραστηριότητες ολόκληρης της οικογένειας. Οι προσεγγίσεις που βασίζονται στην οικογένεια για τη θεραπεία της παχυσαρκίας θεωρείται η «χρυσή τομή» στην πρόληψη και αντιμετώπιση της παχυσαρκίας.

Βράβευση:

Η παρούσα εργασία βραβεύτηκε ως η καλύτερη ανασκόπηση στο «8ο Πανελλήνιο & 7ο Πανευρωπαϊκό Επιστημονικό Επαγγελματικό Νοσηλευτικό Συνέδριο» της ΕΝΕ που διεξήχθη στις 7-10 Μαΐου 2015, Θεσσαλονίκη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Afzal M.N. & Naveed M. (2004). Childhood obesity and Pakistan. *J Coll Physicians Surg Pak* 14(3):189-92.

Baker S., Barlow S., Cochran W., Fuchs G., Klish W., Krebs N., Strauss R., Tershakovec A. & Udall J. (2005). Overweight children and adolescents: a clinical report of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenteroly and Nutrition* 40:533-43.

Behrman R.E., Kliegman R.M. & Jenson H.B. (2000). *Nelson Textbook of Pediatrics* (16th eds). Philadelphia: W.B. Saunders Co.

Bellizzi M.C. & Dietz W.H.(1999). Workshop on childhood obesity: summary of the discussion. *American Journal of Clinical Nutrition* 70:173-175.

Beyerlein A. & von Kries R. (2011). Breastfeeding and body composition in children: will there ever be conclusive empirical evidence for a protective effect against overweight? *American Journal of Clinical Nutrition* 94:1772-1775.

Brug J., van Stralen M.M., Te Velde S.J., Chinapaw MJ, De Bourdeaudhuij

I, Lien N Bere E., Maskini V., Singh A.S., Maes L., Moreno L., Jan N., Kovacs E., Lobstein T. & Manios Y. (2012). Differences in Weight Status and Energy-Balance Related Behaviors among Schoolchildren across Europe: The ENERGY-Project. *PLoS One* 7:e34742.

Cadeddu C., Specchia M.L., Ricciardi W. & Damiani G. (2014). The integration of behavioral, social and environmental interventions in active prevention programmes: the case of childhood obesity. *Igiene e sanitú pubblica* 70:591-606.

CDC. (2000). National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Chronic Disease Notes and Reports, Special focus: Nutrition and Physical Activity. [Online].Available at: http://www.cdc.gov/chronicdisease/. [Accesed: 5April 2015].

Chang D.I., Gertel-Rosenberg A. & Snyder K. (2014). Accelerating efforts to prevent childhood obesity: spreading, scaling, and sustaining healthy eating and physical activity. *Health affairs (Millwood)* 33:2207-13.

Chen C.Y., Kao C.C., Hsu H.Y., Wang R.H. & Hsu S.H. (2015). The Efficacy of a Family-Based Intervention Program on Childhood Obesity: A Quasi-Experimental Design. *Biological Research of Nursing* 14.

Cole J.T., Bellizzi C.M., Flegal M.C. & Dietz W.H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal* 320:1-6.

Dietza W.H. (1998). Health consequences of obesity in youth: Childhood predictors of adult disease. *Pediatrics* 101:518 -525.

Dietzb W.H. (1998). Childhood weight affects adult morbidity and mortality. *Journal of Nutrition* 128: 411S-414.

Ebbeling C., Pawlak D.B. & Ludwing D.S. (2002). Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. *Lancet* 360:473-482.

Friedman J.M. (2000). Obesity in the new millennium. *Nature* 404:632-634.

Georgiadis G. & Nassis G.P. (2007). Prevalence of overweight and obesity in a national representative sample of Greek children and adolescents. *European Journal of Clinical Nutrition* 61:1072 -1074.

Guo S.S & Chumlea W.C. (1999). Tracking of body mass index in children in relation to overweight in adulthood. *American Journal of Clinical Nutrition*70:145 -148.

Hassapidou M., Fotiadou E., Maglara E. & Papadopoulou S.K. (2006). Energy Intake, Diet Composition, Energy Expenditure, and Body Fatness of Adolescents in Northern Greece. *Obesity* 14: 855 -862.

IOTF.(2004). International Obesity Task Force. Obesity in Europe Childhood section. [Online].Available at:http://ec.europa.eu/health/archive/ph_ determinants/life_style/ nutrition/documents/iotf_en.pdf [Accesed: 5April 2015].

Kafatos A., Codrington C.A. & Linardakis M. (2005). Obesity in childhood: the Greek experience. *World Review of Nutrition and Dietetics* 9:27-35.

Karayiannis D., Yannakoulia M., Terzidou M., Sidossis L.S. & Kokkevi A. (2003). Prevalence of overweight and obesity in Greek school-aged children and adolescents. *European Journal of Clinical Nutrition* 57:1189 -1192.

Kelishadi R.& Azizi-Soleiman F. (2014). Controlling childhood obesity: A systematic review on strategies and challenges. *J Res Med Sci.* 19(10):993-1008.

Kosti R.I., Panagiotakos D.B., Tountas Y., Mihas C.., Alevizos A., Mariolis T., Papathanassiou M., Zampelas A. & Mariolis A. (2008). Parental Body Mass Index in association with the prevalence of overweight/obesity among adolescents in Greece; dietary and lifestyle habits in the context of the family environment: The Vyronas study. *Appetite* 1: 218-22.

Krassas G.E., Tzotzas T., Tsametis C., Konstantinidis T. (2001). Prevalence and Trends in overweight and obesity among children and adolescents in Thessaloniki, Greece. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism* 14:1319-26.

Lee S.Y., Gallagher D. (2008). Assessment methods in human body composition. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care* 11:566-72.

Lindsay R.S., Hanson R.L., Roumain J., Ravussin E., Knowler W.C. & Tataranni P.A. (2001). Body mass index as a measure of adiposity in children and adolescents: relationship to adiposity by dual energy x-ray absorptiometry and to cardiovascular risk factors. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism.* 86:4061-4067.

Livingstone M.B. (2001). Childhood obesity in Europe: a growing concern. *Public Health Nutrition* 4:109-116.

Lukas Z., Puder J.J., Roth R., Schmid M., Guldimann R., Pühse U., Knωpfli M, Braun-Fahrlδnder C., Marti B. & Kriemler S. (2006). Study protocol: A school-based physical activity program to improve health and fitness in children aged 6 -13 years ("Kinder-Sportstudie KISS"): study design of a randomized controlled trial [ISRCTN15360785] *Biomed Central Public Health* 6:147.

Manios, Yiannakouris N. & Papoutsaki C. (2004). Behavioural and physiological indices related in a cohort of primary schoolchildren in Greece. *American Journal of Human Biology* 16:639-647.

Moschandreas J., Hatzis C., Mammas Y., Bertias G., Linardakis M., Kiriakakis M., Hatzi L., Karkavitsas N., Margioris A. & Kafatow A. (2003). Obesity indices and cardiovascular risk factors in rural dwelling Cretan children. *Paediatriki* 66:264-277.

McCarthy H.D., Jarrett K.V., Emmett P.M. & Rogers I. (2005). Trends in waist circumferences in young British children: a comparative study. *International Journal of Obesity* 29:157-162.

National Center for Health Statistics (2012). Health, United States, 2011: With Special Features on Socioeconomic Status and Health. Hyattsville, MD; U.S. Department of Health and Human Services.

National Health and Medical Research Council (2003). Clinical practice guidelines for the management of overweight and obesity in children and adolescents. Canberra: Australia *NHMRC.*

Ogden C.L., Flegal K.M., Carroll M.D. & Johnson C.L. (2002). Prevalence and trends in overweight among US children and adolescents, 1999 -2000. *JAMA.* 288:195-98.

Ogden C.L., Yanovski S., Caroll M. & Flegal K. (2007). The Epidemiology of Obesity. *Gastroenterology.* 132: 2087-2102.

Ogden C.L., Carroll M.D., Kit B.K. & Flegal K.M. (2014). Prevalence of Childhood and Adult Obesity in the United States, 2011-2012. *JAMA* 311(8):806-814.

Patsopoulou A., Rachiotis G., Katsioulis A., Molyvdas P. A. & Hadjichristodoulou C. (2015). Overweight and obese adolescents in Greece. A study protocol of the feeding-exercise trial in adolescents (FETA). Proceedings of the 7th International Congress of Internal Medicine of Central Greece. Larissa: 19-21 March, 2015. Greece: pp.27.

Roditis M.L., Parlapani E.S., Tzotzas T., Hassapidou M. & Krassas G.E. (2009). Epidemiology and predisposing factors of obesity in Greece: from the Second World War until today. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism* 22:389-405.

Rossi C.E. & de Vasconcelos Fde. A. (2014). Relationship between birth weight and overweight/obesity among students in FlorianŸpolis, Santa Catarina, Brazil: a retrospective cohort study. *Sao Paulo Medical Journal* 132:273-81.

Savva S.C., Kourides Y., Tornaritis M., Epiphanioy-Savva M., Chadjigeorgiou C. & Kafatos A. (2002). Obesity in children and adolescents in

Cyprus. Prevalence and predisposing factors. *International Journal of Obesity* 26:1036-1045.

Skelton J.A., Buehler C., Irby M.B. & Grzywacz J.G. (2012). Where are family theories in family-based obesity treatment?: conceptualizing the study of families in pediatric weight management. *International Journal of Obesity* (Lond). 36:891-900.

Sweeting H.N. (2007). Measurement and Definitions of Obesity In Childhood and Adolescence: A field guide for the uninitiated. *Nutrition Journal* 6: 32.

Tzotzas T., Kapantais E., Tziomalos K., Ioannidis I., Mortoglou A., Bakatselos S., Kaklamanou M., Lanaras L. & Kaklamanos I. (2008). Epidemiological survey for the prevalence of overweight and abdominal obesity in Greek adolescents. *Obesity (Silver Spring)* 16: 1718-1722.

Tzotzas T., Kapantais E., Tziomalos K., Ioannidis I., Mortoglou A., Bakatselos S., Kaklamanou M., Lanaras L. & Kaklamanou D. (2011). Prevalence of overweight and abdominal obesity in Greek children 6-12 years old: Results from the National Epidemiological Survey. *Hippokratia* 15: 48-53.

Whitaker R.C., Wright J.A., Pepe M.S., Seidel K.D. & Dietz W.H. (1997). Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *New England Journal of Medicine*337: 869-73.

Whitaker R.C., Pepe M.S., Wright J.A., Seidel K.D. & Dietz W.H. (1998). Early adiposity rebound and the risk of adult obesity. *Pediatrics* 101:5.

WHO 2010: World Health Organization, Global Database on Child Growth and Malnutrition.[Online]. Available at: http://www.who.int/nutgrowthdb/en/ [Accesed:5April 2015].

Αϊβάζης Β., Παπαχρίστου Α., Μπουρλή Ε., Βασιλοπούλου Ζ., Αναστασοπούλου Ο. & Καραμπέρης Σ. (1997). Εκτίμηση της παχυσαρκίας από τη σχέση Β/Υ σε παιδιά 6-17 χρόνων της πόλεως Θεσ/νίκης. *35ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο*.

Χιώτης Δ., Κρίκος Ξ., Τσίφτης Γ., Χατζησυμεών Μ., Μανιάτη-Χρηστίδη Μ. & Δάκου-Βουτετάκη Α. (2004). Δείκτης μάζας σώματος (BMI) και ποσοστό παχυσαρκίας σε άτομα της ευρύτερης περιοχής Αθηνών, ηλικίας 0 - 18 ετών. *Δελτίο Α΄ Παιδ Κλιν Παν Αθηνών* 51:139-154.

The investigation of the prevalence of obesity in adolescents in Greece: a literature review

Anna Patsopoulou

RN, MSc , PhD(c), Teacher of Physical Education, University General Hospital of Larissa.

ABSTRACT

Obesity is a complex problem that threatens all humanity regardless of ethnicity, gender, age, economic and social situation and the need for treatment and prevention is imperative. The increasing obesity in adolescents constitutes a worrying situation, given that obese adolescents tend to become obese adults and also is a major global public health problem. Unfortunately the last few decades in our country, the food choices of the teenagers who have turned from "traditional or Mediterranean" type corresponding to the "Western" type, and which have led to increased incidence of obesity have been the subject of several research study documenting high obesity rate in Greek teenage population, either at the national level or in individual geographical areas. The purpose of this paper is to investigate the prevalence of obesity among adolescents in Greece through the modern literature review.

Keywords: Adolescents, body mass index, obesity, overweight

Corresponding Author:
Anna Patsopoulou, Taki Miliadi 3, 41335, Larisa, e-mail: pats.anna@yahoo.com, tel.6939134892

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Νεφρική νόσος και Εγκυμοσύνη: Νεότερα δεδομένα

Αποστολίνα Ουζούνη[1], Χριστίνα Ιωάννου[1], Θεοδώρα Καυκιά[2]

1.Νοσηλεύτρια
2. Καθηγήτρια Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο αριθμός των γυναικών με νεφρική νόσο που κατορθώνουν όχι μόνο να συλλάβουν, αλλά και να φέρουν στον κόσμο υγιή παιδιά έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια χάρη στις προόδους της Ιατρικής. Ωστόσο, η νεφρική νόσος κατά τη διάρκεια της κύησης, συχνά εγκυμονεί κινδύνους τόσο για τη μητέρα, όσο και για το έμβρυο. Οι επιπλοκές της κύησης γυναικών με νεφρική νόσο ποικίλουν από πρόωρο τοκετό έως σοβαρά προβλήματα υγείας, σε κάποιες περιπτώσεις ακόμη και θάνατο. Αντίστοιχα, δεν είναι λίγες οι φορές που η εγκυμοσύνη επιδρά αρνητικά στην προϋπάρχουσα νεφρική νόσο της μητέρας είτε επιδεινώνοντας την κλινική εικόνα, είτε επιταχύνοντας την εξέλιξη της νόσου, είτε ακόμα και προκαλώντας μη αναστρέψιμη βλάβη της νεφρικής λειτουργίας.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση του αντίκτυπου διαφόρων εκδηλώσεων νεφρικής νόσου στην έκβαση της εγκυμοσύνης και των μέτρων που πρέπει να λαμβάνονται, ώστε το αποτέλεσμα της κύησης να είναι το καλύτερο δυνατό. Στόχος της εργασίας επίσης, είναι η παρουσίαση των πλέον πρόσφατων γνώσεων και εξελίξεων γύρω από τη νεφρική νόσο στην περίοδο της εγκυμοσύνης.

Συμπερασματικά, η πλειοψηφία των κυήσεων γυναικών με νεφρική νόσο μπορεί να έχει ομαλή πορεία και καλή έκβαση χάρη στις σύγχρονες μεθόδους πρόληψης και θεραπείας, αρκεί να ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα και η εγκυμοσύνη να αντιμετωπιστεί με προσοχή.

Λέξεις - κλειδιά: Εγκυμοσύνη, επιπλοκές στη μητέρα, επιπλοκές στο έμβρυο, νεφρική νόσος.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:
Αποστολίνα Ουζούνη, Διεύθυνση: Σαλαμίνος 27, Σέρρες, Ελλάδα, Τ.Κ. 62125, Τηλέφωνο: 6942915782, e-mail: ouzoulin@gmail.com

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Η αρτηριακή υπέρταση, η πρωτεϊνουρία, οι επαναλαμβανόμενες ουρολοιμώξεις και ο μη φυσιολογικός ρυθμός σπειραματικής διήθησης υποδηλώνουν αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση νεφρικής νόσου.**
- **Οι συνήθεις επιπλοκές στο έμβρυο γυναίκας με νεφρική νόσο περιλαμβάνουν πρόωρο τοκετό, αυτόματη αποβολή, υπολειπόμενη ενδομήτρια αύξηση, γέννηση θνησιγενούς νεογνού και νεογνικό θάνατο.**
- **Η γονιμότητα σε γυναίκες με χρόνια νεφρική νόσο τελικού σταδίου είναι σημαντικά επηρεασμένη.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κύηση αποτελεί μια πολύ ιδιαίτερη περίοδο στη ζωή μιας γυναίκας. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, το σώμα της γυναίκας υπόκειται σε δομικές και λειτουργικές μεταβολές που αφορούν το σύνολο σχεδόν των συστημάτων. Στόχος των μεταβολών αυτών αποτελεί η επιβίωση και η ομαλή ανάπτυξη του εμβρύου παράλληλα με τη διατήρηση της υγείας της μητέρας. Το ουροποιητικό σύστημα δεν αποτελεί εξαίρεση, εφόσον μάλιστα ο νεφρός διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στη διατήρηση της ισορροπίας πολλών συστημάτων του οργανισμού. Για το λόγο αυτό, είναι σημαντική η έγκαιρη αναγνώριση υποκείμενης νεφρικής νόσου της μητέρας κατά την κύηση, ώστε να υπάρξει και η κατάλληλη αντιμετώπιση. Από την άλλη πλευρά, δεν είναι λίγες οι γυναίκες με χρόνια νεφρικά προβλήματα που επιτυγχάνουν μια εγκυμοσύνη. Και στην περίπτωση των γυναικών αυτών, η παρακολούθηση της νεφρικής λειτουργίας και της πορείας της νεφρικής νόσου είναι καθοριστικής σημασίας για την έκβαση της κύησης.

Η νεφρική νόσος ορίζεται ως η προοδευτική απώλεια λειτουργίας των νεφρώνων, με Ρυθμό Σπειραματικής Διήθησης (GFR) <60ml/min/1.73m2 για ≥3 μήνες με ή χωρίς νεφρική βλάβη (πρωτεϊνουρία). Επίσης, ως νεφρική νόσος ορίζεται η νεφρική βλάβη (πρωτεϊνουρία) για ≥3 μήνες με ή χωρίς μείωση του GFR.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση των πλέον πρόσφατων γνώσεων και εξελίξεων γύρω από τη νεφρική νόσο στην περίοδο της εγκυμοσύνης, είτε πρόκειται για προϋπάρχουσα χρόνια νεφρική νόσο είτε αφορά νέες διαταραχές της νεφρικής λειτουργίας που σχετίζονται με την κύηση. Για την επίτευξη του σκοπού αυτού, πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που αφορά δεδομένα της τελευταίας δεκαετίας.

ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΝΕΦΡΩΝ ΣΤΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΥΗΣΗ

Κατά τη διάρκεια της κύησης, σύμφωνα με τους Krane και Hamrahian (2007) παρατηρούνται ποικίλες μεταβολές σε όλα σχεδόν τα συστήματα του οργανισμού της γυναίκας, με στόχο την προσαρμογή της εγκύου στις απαιτήσεις της νέας αυτής κατάστασης, τη δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος για την ανάπτυξη του εμβρύου και την προετοιμασία του οργανισμού της εγκύου για τον τοκετό και τη λοχεία. Συγκεκριμένα:

α. Ανατομικές μεταβολές: Το μέγεθος των νεφρών αυξάνει στην εγκυμοσύνη κατά 1 εκατοστό σε μήκος. Κατ' επέκταση αύξηση σημειώνεται και στο βάρος των νεφρών. Σημειώνεται, επίσης, αύξηση στη διάμετρο των σπειραμάτων, ενώ οι νεφρικοί κάλυκες και η πύελος διατείνονται. Η φυσιολογική αυτή υδρονέφρωση της εγκυμοσύνης οφείλεται στη δράση ορμονών (οιστρογόνων και προγεστερόνης), στην αναστολή της περίσταλσης του ουρητήρα μέσω της προσταγλανδίνης Ε2, στη συμπίεση των ουρητήρων και στον αυξημένο ρυθμό σπειραματικής διήθησης και τον αυξημένο ρυθμό παραγωγής και ροής ούρων (Krane & Hamrahian 2007).

β. Αιμοδυναμικές μεταβολές: Η διαστολική πίεση μειώνεται κατά 7-10mmHg στο 1ο τρίμηνο και επανέρχεται στα προ εγκυμοσύνης επίπεδα στο 3ο τρίμηνο. Ο όγκος πλάσματος αλλά και ο όγκος αίματος αυξάνονται σταδιακά έως 40-50% στη διάρκεια της κύησης. Η αύξηση αυτή οφείλεται κυρίως στην αύξηση του όγκου πλάσματος μέσω της αυξημένης αλδοστερόνης. Συνυπάρχει αυξημένος καρδιακός ρυθμός (15 σφύξεις περισσότερες ανά λεπτό), αυξημένο κλάσμα εξώθησης και καρδιακή παροχή (αύξηση 30-50%) (Guyton & Hall 2005). Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σημειώνεται επίσης η κατακράτηση νερού και νατρίου (Krane & Hamrahian 2007).

γ. Ορμονικές μεταβολές: Αυξάνονται οι προσταγλανδίνες, η ρενίνη, αλδοστερόνη, ερυθροποιητίνη και η βιταμίνη D (Williams 2006).

δ. Λειτουργικές μεταβολές: Ο ρυθμός σπειραματικής διήθησης αυξάνεται από τη σύλληψη έως και 50% στο 2ο τρίμηνο, ενώ πέφτει περίπου 20% στο 3ο τρίμηνο και επιστρέφει στα φυσιολογικά επίπεδα τρεις μήνες μετά τον τοκετό. Η τιμή της κρεατινίνης πλάσματος πέφτει σε 0,5 mg/dL, ενώ η νεφρική αιματική ροή αυξάνεται έως 85% στο δεύτερο τρίμηνο. Η αύξηση αυτή οφείλεται στην αυξημένη καρδιακή παροχή και στη διάταση των προσαγωγών και απαγωγών αγγείων (Krane & Hamrahian 2007).

Ως αποτέλεσμα της αυξημένης νεφρικής λειτουργίας παρατηρείται φυσιολογικά μείωση της ουρίας (<20 mg/dl). Στην εγκυμοσύνη παρατηρείται επίσης λευκωματουρία (300 mg/24h) (Τσαβδαρίδης και συν 2012).

Όσον αφορά τη σωληναριακή λειτουργία, κατά τη διάρκεια της κύησης μειώνεται η ουδός επαναρρόφησης της γλυκόζης με απότοκο τη γλυκοζουρία (1-10 gr/dl). Σημειώνεται επίσης αύξηση της κάθαρσης ουρικού (από 6-12 ml/min σε 12-20 ml/min) (Μαυροματίδης 2012).

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Πρωτεϊνουρία, αιματουρία, βακτηριουρία και ουρολοιμώξεις

Η αύξηση του ρυθμού σπειραματικής διήθησης και η διαπερατότητα των σπειραματικών τριχοειδών στην αλβουμίνη έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση κατά 80% περίπου της κλασματικής απέκκρισης αλβουμίνης. Στην περίοδο της εγκυμοσύνης, η καθημερινή απώλεια έως και 300mg πρωτεϊνών με τα ούρα θεωρείται φυσιολογική. Σημαντικού βαθμού πρωτεϊνουρία μπορεί να υποδηλώνει μη διαγνωσθείσα προϋπάρχουσα νεφρική νόσο, επιδείνωση προϋπάρχουσας νεφρικής νόσου, ανάπτυξη νεφρικής νόσου de novo ή ανάπτυξη προεκλαμψίας (Krane & Hamrahian 2007). Από την άλλη πλευρά, η αιματουρία είναι σχεδόν πάντα απότοκος κάποιας εσωτερικής διεργασίας (Krane & Hamrahian 2007).

Ποσοστό έως και 8% των γυναικών στην εγκυμοσύνη εμφανίζει ασυμπτωματική βακτηριουρία. Σε μελέτη των Chambell et al (2006) βρέθηκε ότι εάν η κατάσταση αυτή παραμείνει αθεράπευτη στην περίπτωση μιας εγκύου, μπορεί να εξελιχθεί σε ουρολοίμωξη ή ακόμη σε πυελονεφρίτιδα με ακόλουθες συνέπειες το χαμηλό βάρος γέννησης και τον πρόωρο τοκετό.

Οξεία νεφρική ανεπάρκεια και εγκυμοσύνη

Οξεία νεφρική ανεπάρκεια (ΟΝΑ) χαρακτηρίζεται η ραγδαίως επιδεινούμενη έκπτωση της νεφρικής λειτουργικότητας λόγω σοβαρής ελάττωσης της αιμάτωσης ή βλάβης των σωληναριακών κυττάρων (Braun & Dormann 2005).

Καταστάσεις στην κύηση που μπορούν να οδηγήσουν σε ΟΝΑ είναι: αιμορραγία, βαριά προεκλαμψία, ενδοαγγειακή αιμόλυση, προϋπάρχουσα νεφρική νόσος, καταστάσεις υπερπηκτικότητας, απόφραξη ουροποιητικού συστήματος (Altintepe et al 2005).

Η εμφάνιση ΟΝΑ αποτελεί συνάρτηση της έντασης και της διάρκειας της μειωμένης ροής αίματος. Αρχικά εμφανίζεται μια ανατάξιμη κατάσταση που καλείται προνεφρική αζωθαιμία και χαρακτηρίζεται από μείωση του GFR με διατήρηση της συμπυκνωτικής ικανότητας των ουροφόρων σωληναρίων. Αν όμως οι αιμοδυναμικές διαταραχές επιμείνουν παρουσιάζεται οξεία σωληναριακή νέκρωση, δηλαδή ισχαιμική βλάβη των κυττάρων των ουροφόρων σωληναρίων (Μελέκος 2006).

Η υποψία οξείας σωληναριακής νέκρωσης τίθεται συνήθως όταν στο ιστορικό υπάρχει ένας από τους παράγοντες κινδύνου που προαναφέρθηκαν και η 24ωρη αποβολή ούρων της εγκύου είναι μικρότερη από 500 ml (Μεσσήνης 2010). Η κατάσταση αυτή είναι πολύ σοβαρή, με τη μητρική θνησιμότητα να ανέρχεται στο 20% και το έμβρυο να κινδυνεύει από διαταραχές υγρών και ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Εάν η φάση της ολιγουρίας παραταθεί πέραν των δύο εβδομάδων, τίθεται υποψία φλοιώδους νέκρωσης, μιας μη αναστρέψιμης κατάστασης με νέκρωση του νεφρικού φλοιού που υποχρεώνει την ασθενή να υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση εφ όρου ζωής (Μεσσήνης 2010).

ΚΥΗΣΗ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΠΡΟΥΠΑΡΧΟΝΤΑ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Κύηση σε γυναίκες με σπειραματονεφρίτιδα

Η σπειραματονεφρίτιδα (ΣπΝ) αποτελεί δομική και λειτουργική διαταραχή του σπειράματος ως αποτέλεσμα φλεγμονωδών διεργασιών (Πίνακας 1, σελ.18) (Braun & Dormann 2005). Οι σημαντικότερες κλινικές παράμετροι σύμφωνα με τους James et al (2006) που σχετίζονται με τη χρόνια σπειραματονεφρίτιδα και είναι ικανές να επηρεάσουν σε μεγάλο βαθμό την κύηση είναι: η αρτηριακή υπέρταση, η πρωτεϊνουρία, ο βαθμός της νεφρικής συμμετοχής και η εμφάνιση ουρολοιμώξεων κατά τη διάρκεια της κύησης.

Κύηση σε γυναίκες με κυστεοουρητηρική παλινδρόμηση

Η κυστεοουρητηρική παλινδρόμηση (ΚΟΠ) είναι μια παθολογική κατάσταση κατά την οποία παρατηρείται παλινδρόμηση ούρων από την ουροδόχο κύστη προς τον ουρητήρα και το σύστοιχο νεφρό στη φάση πλήρωσης της κύστης ή κατά τη διάρκεια της. Η σοβαρότερη επιπλοκή της ΚΟΠ είναι η λεγόμενη «νεφροπάθεια από παλινδρόμηση». Αυτή καταλήγει σε ένα ρικνό νεφρό, η λειτουργικότητα του οποίου είναι ελάχιστη (Μελέκος 2006, Fauci et al 2010).

Η ΚΟΠ χαρακτηρίζεται από ουλοποίηση των νεφρών, μειωμένο ρυθμό σπειραματικής διήθησης, επαναλαμβανόμενες ουρολοιμώξεις, πρωτεϊνουρία και υπέρταση. Οι επιπλοκές της στην εγκυμοσύνη περιλαμβάνουν κυρίως προεκλαμψία (75%), επαναλαμβανόμενες ουρολοιμώξεις (28-65%), επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας και αυξημένη εμβρυϊκή νοσηρότητα και θνησιμότητα που σχετίζεται με υπέρταση της μητέρας την περίοδο της σύλληψης (James et al 2006).

Κύηση σε γυναίκες με πολυκυστική νόσο των νεφρών

Η αυτοσωματική επικρατούσα πολυκυστική νόσος των νεφρών είναι μια κληρονομική διαταραχή που οδηγεί σε κυστική διόγκωση των νεφρών. Η υπέρταση αποτελεί πρώιμο γνώρισμα της νόσου. Επίσης, η διάταση των κύστεων μπορεί να προκαλέσει ψηλαφητή μάζα εντοπιζόμενη στη νεφρική χώρα. Η αιμορραγία των κύστεων που έχουν σχηματιστεί μέσα στα νεφρικά σωληνάρια συνοδεύεται συνήθως από σημαντική αιματουρία και πόνο, ενώ επιμόλυνση των κύστεων μπορεί επίσης να σημειωθεί με ισχυρό πόνο. Η διάγνωση τίθεται με υπερηχογράφημα (Foster et al 2010).

Κύηση σε γυναίκες με νεφρολιθίαση

Σε αυτή την περίπτωση, παρατηρείται παρουσία λίθων στην ανώτερη αποχετευτική μοίρα του ουροποιητικού συστήματος. Η επίπτωση της λιθίασης του ουροποιητικού συστήματος είναι παρόμοια με αυτήν των μη-εγκύων γυναικών της ίδιας ηλικίας και εκτιμάται σε 1 προς 1000 έως 1500 εγκυμοσύνες (Banhidy et al 2007, Ross et al 2008). Το γεγονός αυτό προκαλεί εντύπωση, καθώς η διά-

ταση της αποχετευτικής μοίρας του νεφρού που παρατηρείται στο 90% των εγκύων στο τρίτο τρίμηνο της κύησης και η αυξημένη απέκκριση ασβεστίου και ουρικού οξέος στα ούρα κατά την κύηση αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες λιθιασικής νόσου. Πιθανά αυτό που προστατεύει τις εγκύους από την ανάπτυξη νεφρόλιθων είναι η αυξημένη απέκκριση μαγνησίου, κιτρικών και νεφροκαλσίνης που αποτελούν ανασταλτικούς παράγοντες για το σχηματισμό λίθων (Banhidy et al 2007, Ross et al 2008).

Η πιο συχνή κλινική εκδήλωση της νεφρολιθίασης είναι το άλγος στην αντίστοιχη οσφυϊκή χώρα που συνήθως συνοδεύεται από μικροσκοπική ή μακροσκοπική αιματουρία. Η διάγνωση της νεφρολιθίασης τίθεται συνήθως με τη χρήση υπερήχων, έτσι το έμβρυο δεν εκτίθεται σε ακτινοβολία (Banhidy et al 2007, Ross et al 2008).

Αν και η νεφρολιθίαση είναι σπάνια κατά την κύηση, ο κολικός του νεφρού αποτελεί μία από τις συχνότερες αιτίες μη-μαιευτικού κοιλιακού άλγους που απαιτεί εισαγωγή στο νοσοκομείο. Το υπερηχογράφημα αποκαλύπτει την παρουσία του λίθου. Σε περίπτωση που αυτό δε συμβεί και τα συμπτώματα επιμείνουν θα χρειαστεί ακτινογραφία νεφρών-κύστης-ουρητήρων. Η αντιμετώπιση αρχικά οφείλει να είναι συντηρητική (καλή ενυδάτωση, αναλγητικά και αντιβιοτική αγωγή), όπως και στην περίπτωση της απλής λιθίασης, καθώς ένα 75% των λίθων θα αποβληθεί με τον τρόπο αυτό. Αποτυχία της συντηρητικής θεραπείας οδηγεί σε πιο επεμβατικές μεθόδους (stent, νεφροστομία, λιθοτριψία) (James et al 2006).

ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΣΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Διαβητική νεφροπάθεια και κύηση

Σύμφωνα με τους Fauci et al (2006) η διαβητική νεφροπάθεια αποτελεί τη συχνότερη αιτία χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας ευθυνόμενη για το 45% των ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής.

Αν και η προηγηθείσα διάρκεια του σακχαρώδη διαβήτη ποικίλει, πρωτεϊνουρία αναπτύσσεται 10-15 έτη μετά την εμφάνιση της νόσου και εξελίσσεται σε σπειραματική νόσο για να καταλήξει τελικά σε νεφρική ανεπάρκεια μετά από 3-5 έτη. Συνήθως της εμφάνισης διαβητικής νεφροπάθειας έχει προηγηθεί προσβολή των οφθαλμών με διαβητική αμφιβληστροπάθεια (Fauci et al 2010).

Ο Clark και ο Kumar σε έρευνα τους (2007) αναφέρουν πως η πρωιμότερη λειτουργική διαταραχή στους νεφρούς ενός διαβητικού είναι η νεφρική υπερτροφία συνοδευόμενη από αύξηση του ρυθμού σπειραματικής διήθησης, που εμφανίζεται σύντομα μετά τη διάγνωση και σχετίζεται με πτωχή ρύθμιση των επιπέδων γλυκόζης του αίματος. Σταδιακά κάνουν την εμφάνισή τους μορφολογικές αλλοιώσεις των σπειραμάτων που οδηγούν σε σπειραματοσκλήρυνση. Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση νεφροπάθειας σε διαβητικό ασθενή αποτελούν πέραν του διαβήτη, τα αυξημένα επίπεδα συστολικής αρτηριακής πίεσης και η κάθαρση της κρεατινίνης (GFR> 120 ml/min). Η προσβολή των νεφρών στο διαβήτη εκδηλώνεται κλινικά με εμφάνιση πρωτεϊνουρίας και υπέρτασης. Επιπλοκές μπορεί να παρατηρηθούν και περιλαμβάνουν ουρολοιμώξεις που μπορούν να καταλήξουν εύκολα σε πυελονεφρίτιδα, γεγονός που καθιστά τους ασθενείς αυτούς απαραίτητη τη χορήγηση αντιβίωσης ακόμα και σε περιπτώσεις ασυμπτωματικής βακτηριουρίας (Braun & Dormann 2005).

Συστηματικός ερυθηματώδης λύκος και κύηση

Ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος (ΣΕΛ) αποτελεί νόσο άγνωστης αιτιολογίας, στην οποία ιστοί και κύτταρα του ανθρώπινου οργανισμού υφίστανται βλάβες από την εναπόθεση παθολογικών αυτοαντισωμάτων και ανοσοσυμπλεγμάτων (Fauci et al 2010). Όσον αφορά τη νεφρική συμμετοχή, ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι η ίδια είναι συχνή σε άτομα που πάσχουν από ΣΕΛ. Σε διάφορες μελέτες, το ποσοστό εμφάνισης νεφρολογικών εκδηλώσεων σε ασθενείς με ΣΕΛ κυμαίνεται από 35 έως 90% (Mc Phee et al 2008).

Η νεφρική συμμετοχή χαρακτηρίζεται από πρωτεϊνουρία, αύξηση της κρεατινίνης, αρτηριακή υπέρταση και συχνά θρομβοκυτταροπενία και υπερουριχαιμία, γεγονός που καθιστά δύσκολη τη διαφορική διάγνωση μεταξύ μιας υποτροπής της νόσου στο δεύτερο μισό της εγκυμοσύνης με την εμφάνιση προεκλαμψίας (James et al 2006).

Οι επιπτώσεις στη μητέρα είναι: υποτροπή του ΣΕΛ, αρτηριακή υπέρταση, νεφρίτιδα, προεκλαμψία, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και θάνατος (Agarwal et al 2009). Από την άλλη, στο έμβρυο μπορεί να προκληθούν: πρόωρος τοκετός, ανεπιτυχής κύηση, αυτόματη αποβολή, υπολειπόμενη ενδομήτρια ανάπτυξη, γέννηση θνησιγενούς νεογνού, νεογνικός θάνατος (Smyth et al 2010).

Αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο και κύηση

Το αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο αποτελεί συστηματικό, μη φλεγμονώδες, αυτοάνοσο νόσημα που προσβάλει κυρίως γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας (Bick 2008). Χαρακτηριστικό της νόσου αποτελεί η συσχέτισή της με επανειλημμένες αποβολές. Το αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο έχει ενοχοποιηθεί για καθυστέρηση της ενδομήτριας ανάπτυξης του εμβρύου, βαριάς μορφής προεκλαμψία, πρόωρη ρήξη των υμένων, πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα, πρόωρο τοκετό, καθώς και ενδομήτριο θάνατο του εμβρύου (Ruiz - Irastorza et al 2010).

ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ

Η χρόνια νεφρική νόσος (ΧΝΝ) αφορά ένα ευρύ φάσμα διάφορων παθοφυσιολογικών διαδικασίων που σχετίζονται με μη φυσιολογική νεφρική λειτουργία και προοδευτική ελάττωση του ρυθμού σπειραματικής διήθησης (GFR).

Διακρίνεται σε πέντε στάδια ανάλογα με την ποσότητα του διηθήματος που διηθείται κάθε λεπτό (Fauci et al 2010). Τα συμπτώματα της ΧΝΝ είναι: εύκολη κόπωση, εκχυμώσεις στο δέρμα, επίσταξη, μεταλλική γεύση στο στόμα, νυκτουρία, πόνοι και αιμωδίες στα κάτω άκρα (Mc Phee et al 2008). Η διάγνωση τίθεται με την ανεύρεση αυξημένης συγκέντρωσης ουρίας και κρεατινής του ορού (Mc Phee et al 2008). Ο Williams σε έρευνά του (2007) αναφέρει πως η επίδραση της εγκυμοσύνης στη ΧΝΝ της μητέρας σχετίζεται με το επίπεδο της νεφρικής λειτουργίας, την παρουσία ή όχι αρτηριακής υπέρτασης, την πρωτεϊνουρία και την ύπαρξη ή όχι λοιμώξεων του ουροποιητικού.

Παρακολούθηση - Αντιμετώπιση της ΧΝΝ

Σε γυναίκα με νεφρική νόσο που βρίσκεται σε κατάσταση εγκυμοσύνης συστήνεται παρακολούθηση κάθε δύο εβδομάδες έως τις 30-32 εβδομάδες της κύησης και μετά εβδομαδιαία για το υπόλοιπο διάστημα της κύησης. Πέρα από τις εξετάσεις ρουτίνας που πραγματοποιούνται σε κάθε έγκυο, σε γυναίκες με ΧΝΝ πρέπει να διενεργούνται εξετάσεις που αφορούν τη νεφρική λειτουργία τουλάχιστον κάθε 4-6 εβδομάδες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Στις εξετάσεις αυτές περιλαμβάνονται: η μέτρηση κρεατινίνης ορού, η μέτρηση του αζώτου της ουρίας στον ορό, η μέτρηση ηλεκτρολυτών, αλβουμίνης, χοληστερόλης, αιμοσφαιρίνης, αιματοκρίτη και αιμοπεταλίων (Ramin et al 2006). Απαιτείται, επίσης, γενική ούρων και καλλιέργεια ούρων. Επιπλέον, συστήνεται η συλλογή ούρων 24ώρου για την αξιολόγηση του όγκου τους, της κάθαρσης κρεατινίνης και της πρωτεϊνουρίας για την εντόπιση πιθανής επιδείνωσης της νεφρικής λειτουργίας ή την ανάπτυξη προεκλαμψίας. Όσον αφορά την αναιμία, αυτή μπορεί να αντιμετωπιστεί με χορήγηση σιδήρου από του στόματος, ανασυνδιασμένης ερυθροποιητίνης, ενδοφλέβια χορήγηση σιδήρου ή με μεταγγίσεις αίματος. Η έναρξη της παρακολούθησης της εμβρυικής λειτουργίας υπερηχογραφικά ξεκινά στις 28 εβδομάδες ή και νωρίτερα (Ramin et al 2006).

Χρόνια νεφρική νόσος τελικού σταδίου (ΧΝΝΤΣ) και εξωνεφρική κάθαρση

Ο όρος νεφρική νόσος τελικού σταδίου αντιπροσωπεύει ένα στάδιο της χρόνιας νεφρικής νόσου όπου η συσσώρευση των τοξινών, των υγρών και των ηλεκτρολυτών, που υπό φυσιολογικές συνθήκες απεκκρίνονται από τους νεφρούς, οδηγεί στο ουραιμικό σύνδρομο (Fauci et al 2010). Το ουραιμικό σύνδρομο οφείλεται σε δηλητηρίαση από ουραιμικές τοξίνες. Αποτελεί το τελικό στάδιο μιας εξελισσόμενης κατάστασης που ξεκινά με ασυμπτωματική μείωση της νεφρικής λειτουργίας και διέρχεται τα στάδια της αντιρροπούμενης και της μη αντιρροπούμενης κατακράτησης. Η εξέλιξη προς την ουραιμία στις περιπτώσεις ΧΝΝ διαρκεί μερικά χρόνια ή δεκαετίες και αποτελεί απόλυτη ένδειξη για εφαρμογή εξωνεφρικής κάθαρσης (Μελέκος 2006).

Εξωνεφρική κάθαρση και επιπλοκές της κύησης

Η πρόοδος της ιατρικής έχει αυξήσει κατά πολύ τον αριθμό των επιτυχών κυήσεων σε γυναίκες με νεφρική νόσο υπό εξωνεφρική κάθαρση (Reddy & Holley 2007). Οι επιπλοκές της εξωνεφρικής κάθαρσης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης για τη μητέρα περιλαμβάνουν: αποβολή, πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα, αναιμία, λοιμώξεις, πρόωρη ρήξη υμένων, πολυυδράμνιο, πρόωρο τοκετό, μη ελεγχόμενη αρτηριακή υπέρταση, προεκλαμψία/εκλαμψία, αιμορραγία, ανάγκη πραγματοποίησης καισαρικής τομής έως και μητρικό θάνατο (Vazquez - Rodriguez 2010). Όσον αφορά το έμβρυο μητέρας με νεφρική νόσο υπό εξωνεφρική κάθαρση, συχνές επιπλοκές είναι η καθυστέρηση της ενδομήτριας ανάπτυξης και ο πρόωρος τοκετός. Μετά τη γέννηση, το νεογνό μπορεί να εμφανίσει σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας, να χρειαστεί νοσηλεία σε μονάδα εντατικής θεραπείας νεογνών, ακόμα και να αποβιώσει (Vazquez -Rodriguez 2010).

Αντιμετώπιση γυναικών με νεφρική νόσο υπό εξωνεφρική κάθαρση κατά τη διάρκεια της κύησης

Έχει τεκμηριωθεί ότι η μεγαλύτερη διάρκεια της θεραπείας αιμοκάθαρσης παρατείνει την κύηση με αποτέλεσμα την αύξηση του βάρους γέννησης των νεογνών, τη βελτίωση του προσδόκιμου ζωής και τη μείωση απώτερων επιπλοκών. Η έκβαση της κύησης γυναικών που υποβάλλονται σε θεραπεία εξωνεφρικής κάθαρσης για διάστημα μεγαλύτερο των 20 ωρών εβδομαδιαίως είναι πιθανότερο να είναι επιτυχημένη. Ακόμη καλύτερα αποτελέσματα αναμένονται όταν οι ώρες αυτές αυξηθούν σε 24 (Haase et al 2005). Μάλιστα, όπως υποστηρίζουν έρευνες, η νυχτερινή αιμοκάθαρση παρέχει μεγαλύτερη κάθαρση μορίων μικρού και μεσαίου μοριακού βάρους, βελτιώνοντας τον έλεγχο του μεταβολικού προφίλ, τις τιμές των ηλεκτρολυτών, του φωσφόρου και της αρτηριακής πίεσης (Gangji et al 2004, Barua et al 2008, Chou et al 2008).

Όσον αφορά τη μέθοδο της εξωνεφρικής κάθαρσης τα έως τώρα δεδομένα συμφωνούν ότι πρέπει να συνεχίζεται η μέθοδος που χρησιμοποιούνταν και πριν την εγκυμοσύνη σύμφωνα με μελέτη των Asamiya et al (2009). Είναι, επίσης, προτιμότερο να χρησιμοποιούνται μεμβράνες μικρότερης επιφάνειας σε συνδυασμό με αυξημένη διάρκεια κάθαρσης, έτσι ώστε να ελαχιστοποιείται η απώλεια υγρών και να αποφεύγονται επεισόδια υπότασης και απότομες αλλαγές στην ωσμωτικότητα (Reddy & Holley 2007).

Η αναιμία και η αιμορραγία είναι συχνές σε ασθενείς που υποβάλλονται σε εξωνεφρική κάθαρση. Ο σίδηρος ορού και η αιμοσφαιρίνη πρέπει να ελέγχονται μηνιαίως και πρέπει να χορηγούνται συμπληρώματα σιδήρου και ερυθροποιητίνης, ώστε η αιμοσφαιρίνη να διατηρείται 10-11 g/dL. Επίσης κατά τη διάρκεια της κύησης σε τέτοιες ασθενείς, απαραίτητη είναι η χορήγηση φυλλικού οξέως (2-5 mg καθημερινά) καθ' όλη τη διάρκεια

της κύησης και χαμηλή δόση ασπιρίνης (75 mg ημερησίως) για τη μείωση του κινδύνου προεκλαμψίας (James et al 2006).

Όσον αφορά τη διατροφή των εγκύων συστήνεται η καθημερινή λήψη πρωτεΐνης 1.5 g/kg για γυναίκες που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση και 1.8 g/kg για εκείνες που υποβάλλονται σε περιτοναϊκή κάθαρση. Συστήνεται επίσης, καθημερινή θερμιδική πρόσληψη της τάξης των 30-35 kcal/kg και πρόσληψη υγρών 0.75-1.5 λίτρα, ενώ η πρόσληψη ασβεστίου συστήνεται σε 1.500 mg (Bili et al 2013).

Τέλος, μέγιστης σημασίας είναι ο έλεγχος της αρτηριακής πίεσης. Τα διουρητικά, οι αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης και οι ανταγωνιστές υποδοχέων της αγγειοτενσίνης χρειάζεται να αποφεύγονται (Bili et al 2013).

ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ

Έχει αποδειχτεί εδώ και αρκετά χρόνια ότι μετά από την επιτυχή μεταμόσχευση ενός οργάνου στον οργανισμό του λήπτη, η προϋπάρχουσα υπογονιμότητα αποκαθίσταται (Mc Kay & Josephson 2008). Σύμφωνα με τους Yassaee & Moshiri (2007), η εγκυμοσύνη πρέπει να αναβάλλεται για τουλάχιστον 1,5-2 χρόνια μετά τη μεταμόσχευση, ενώ προϋποθέτει καλό επίπεδο νεφρικής λειτουργίας με κρεατινή ορού μικρότερη του 1,5mg/dl. Δεν θα πρέπει να έχει σημειωθεί επεισόδιο οξείας απόρριψης πρόσφατα, η αρτηριακή πίεση να βρίσκεται εντός των φυσιολογικών ορίων ή έστω η χρήση αντιυπερτασικών φαρμάκων να γίνεται σε μικρές δόσεις. Το λεύκωμα να απουσιάζει από τα ούρα ή η ποσότητά του να είναι ελάχιστη, τα υπερηχογραφικά ευρήματα του μοσχεύματος να είναι φυσιολογικά, σε περίπτωση που χορηγείται πρεδνιζόνη η δόση της να μην ξεπερνά τα 15mg/24ωρο, ενώ σε περίπτωση χορήγησης κυκλοσπορίνης, η ίδια να βρίσκεται μέσα στα θεραπευτικά επίπεδα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η αλματώδης πρόοδος που σημειώνει η ιατρική επιστήμη τα τελευταία χρόνια έχει αυξήσει σημαντικά τον αριθμό των παιδιών που έρχονται στον κόσμο από μητέρες με νεφρική νόσο. Στις περιπτώσεις νεφρικής νόσου στην εγκυμοσύνη, συχνά απαιτείται συστηματική παρακολούθηση της εγκύου και του εμβρύου για την ομαλή εξέλιξη και έκβαση της κύησης. Είτε πρόκειται για προϋπάρχουσα νόσο, είτε για νεοεμφανιζόμενες διαταραχές της νεφρικής λειτουργίας σχετιζόμενες με την κύηση, μέγιστης σημασίας καθίσταται η έγκαιρη εντόπιση του προβλήματος, η ενημέρωση της μητέρας γύρω από τις πιθανές επιπλοκές, η συμβουλευτική και έπειτα η παρακολούθηση μητέρας και εμβρύου.

Ο νοσηλευτικός ρόλος είναι σημαντικός στην ολιστική αντιμετώπιση της εγκυμοσύνης σε περιπτώσεις γυναικών που πάσχουν από νεφρική νόσο. Η διερεύνηση της επίδρασης της νεφρικής νόσου στην εγκυμοσύνη επιλέχθηκε με στόχο να συμβάλει στην επιστημονική γνώση και να αποτελέσει ερέθισμα για περαιτέρω προβληματισμό και ενημέρωση της νοσηλευτικής κοινότητας γύρω από τις ιδιαιτερότητες της εγκυμοσύνης σε περιπτώσεις νεφρικής νόσου της μητέρας.

Η επίπτωση της νεφρικής νόσου στην εγκυμοσύνη είναι σημαντική και αυξάνεται όσο οι εξελίξεις στην ιατρική επιτρέπουν σε όλο και περισσότερες γυναίκες με νεφρική νόσο να τεκνοποιήσουν. Το γεγονός αυτό θα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη από τους ειδικούς (ιατρούς, μαιευτές, νοσηλευτές) που ασχολούνται με την εγκυμοσύνη. Οι ίδιοι οφείλουν να είναι σε μεγαλύτερη εγρήγορση και να ενημερώνονται συνεχώς γύρω από τις νέες εξελίξεις που αφορούν στη νεφρική νόσο στην κύηση. Μεγαλύτερη σημασία πρέπει να δοθεί στη συμβουλευτική και την ενημέρωση γυναικών με νεφρική νόσο για τις ιδιαιτερότητες και τους ενδεχόμενους κινδύνους που συνοδεύουν μια τέτοια εγκυμοσύνη. Επίσης, οι γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας που πάσχουν από νεφρική νόσο θα πρέπει να ενημερώνονται έγκαιρα για τα μέτρα που πρέπει να λαμβάνουν σε περίπτωση που επιδιώκουν μια εγκυμοσύνη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Agarwal S., Elliott J.R. & Manzi S. (2009). Atherosclerosis risk factors in systemic lupus erythematosus. *Current Rheumatology Reports* 11:241 -247.

Altintepe L., Gezginc K., Tanbul H.Z., Celick C., Guney I. & Gezginc S.T. (2005). Etiology and prognosis in 36 acute renal failure cases related to pregnancy in central Anatolia. *European Journal of General Medicine* 2:110-3.

Asamiya Y., Otsubo S., MatsudaY., Kimata N., Kikuchi K., Miwa N., Uchida K., Mineshima M., Mitani M., Ohta H., Nitta K. & Akiba T. (2009). The importance of low blood urea nitrogen levels in pregnant patients undergoing hemodialysis to optimize birth weight and gestational age. *Kidney International* 75:1217-1222.

Banhidy F., Acs N., Puho E.H. & Czeizel A.E. (2007). Maternal kidney stones during pregnancy and adverse birth outcomes, particularly congenital abnormalities in the offspring. *Archieves of Gynecology and Obstetrics* 275: 481 -487.

Barua M., Hladunewich M., Keunen J., Pierratos A., McFarlane P., Soo M. & Chan C.T. (2008). Successful pregnancies on nocturnal home hemodialysis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology (CJASN)* 3:392-396.

Bick R.L. (2008). Antiphospholipid Syndrome in Pregnancy. *Hematology/Oncology Clinics of North America* 2: 107-120.

Bili E., Tsolakidis D., Stangou S. & Tarlatzis B. (2013). Pregnancy management and outcome in women with chronic kidney disease. Hippokratia 17:163 -168.

Braun J. & Dormann A. (2005). *Κλινικός Οδηγός Παθολογία*. Μετάφραση: Καραντζούλης Β., Γιαννακοπούλου Ε. Εκδόσεις: Π.Χ. Πασχαλίδης.

Chambell S. & Lees C. (2006). *Μαιευτική και Γυναικολογία*. Μετάφραση: Κουμαντάκης, Ε. Εκδόσεις: Π.Χ.Πασχαλίδης.

Chou C.Y., Ting I.W., Lin T.H. & Lee C.N. (2008). Pregnancy in patients on chronic dialysis: a single center experience and combined analysis of reported results. *European Journal of Obstetrics &*

Gynecology and Reproductive Biology 136(2):165-170.

Clark M. & Kumar P. (2007). *Παθολογία*. Μετάφραση: Κεραμιδά Κ., Κρητικός Κ., Τσιατούρα Α. Εκδόσεις: Λίτσας.

Fauci A., Braunwald E., Kasper D., Hauser S., Longo D. & Jameson L. (2010). *Harrison Εσωτερική Παθολογία (17η έκδοση)*. Επιμέλεια: Μουτσόπουλος Χ. Εκδόσεις: Παρισιάνου.

Foster C., Mistry N.F., Peddi P.F. & Sharma S. (2010). *Manual θεραπευτικής (33η έκδοση)*. Μετάφραση: Χανιώτης Δ. Εκδόσεις: Λίτσας.

Gangji A., Windrim R., Gandhi S., Silverman J. & Chan C. (2004). Successful pregnancy with nocturnal hemodialysis. American Journal of Kidney Diseases 44:912-916.

Guyton A.C. & Hall J.E. (2005). *Textbook of Medical Physiology (11th eds)*. Philadelphia: Elsevier Saunders.

Haase M., Morgera S., Bamberg C., Halle H., Martini S., Hocher B., Diekmann F., Dragun D., Peters H., Neumayer H.H. & Budde K. (2005). A systematic approach to managing pregnant dialysis patients-the importance of an intensified haemodiafiltration protocol. *Nephrology Dialysis Transplantation* 20: 2537-2542.

James D.K., Steer P.J., Weiner C.P. & Gonik B., (2006). *High risk pregnancy. Management Options (3th eds)*. London: Elsevier Saunders.

Krane K. & Hamrahian M. (2007). Pregnancy: Kidney Diseases and Hypertension. *American Journal of Kidney Diseases* 49: 336-345.

Μαυροματίδης Κ. (2012). Ηλεκτρολυτικές και οξεοβασικές διαταραχές στην κύηση. Ετήσιο Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο Υγρών, Ηλεκτρολυτών και Οξεοβασικής Ισορροπίας, 28&29 Σεπτεμβρίου 2012. Κομοτηνή, 528-557.

Μελέκος Μ. (2006). *Σύγχρονη ουρολογία*. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

Μεσσήνης Ι. (2010). *Επίτομη Μαιευτική και Γυναικολογία* (2η έκδοση). Εκδόσεις: MD communications. Εκδότης: Δ. Κοντογεώργος.

McKay D.B. & Josephson M.A. (2008). Pregnancy after Kidney Transplantation. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology* 3:117-125.

McPhee J.S., Papadakis A.M. & Tierney M.L. (2008). *Current Medical Diagnosis & Treatment*. New York: Lange.

Ramin S.M., Vidaeff A.C., Yeomans E.R. & Gilstrap L.C. (2006). Chronic renal disease in pregnancy. *Obstetrics & Gynecology* 108:1531-1539.

Reddy S.S. & Holley J.L. (2007). Management of the pregnant chronic dialysis patient. *Advances in Chronic Kidney Disease* 14:146-155.

Ross A.E., Handa S., Lingeman J.E. & Matlaga B.R. (2008). Kidney stones during pregnancy: an investigation into stone composition. *Urological Research* 36:99 -102.

Ruiz- Irastorza G., Crowther M., Branch W. & Khamashta M.A. (2010). Antiphospholipid syndrome. *The Lancet* 376:1498 - 1509.

Smyth A., Oliveira G.H., Lahr B.D., Bailey K.R., Norby S.M. & Garovic V.D. (2010). A Systematic Review and Meta-Analysis of Pregnancy Outcomes in Patients with Systemic Lupus Erythematosus and Lupus Nephritis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology* (CJASN) 5:2060-2068.

Τσαβδαρίδης Ι., Γεωργοπούλου-Καρανικόλα Θ., Τσαρτσάλης Σ. & Μυρωνίδου-Τζουβελέκη Μ. (2012). Φαρμακευτική αντιμετώπιση της διαβητικής νεφροπάθειας. *Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά* 4:227-242.

Vazquez-Rodriguez J.G. (2010). Hemodialysis and pregnancy: technical aspects. *Cirugia y cirujanos* 78:99-102.

Williams D. (2006). Renal disorders. In: James D.K., Steer P.J., Weiner C.P., Gonik B. (3th) eds *High risk pregnancy-Management options*. Philadelphia: Elsevier Saunders, 1098-124.

Williams D. (2007). Pregnancy with Pre-existing Kidney Disease. In: Feehally J., Floege J., Johnson R.J. eds *Comprehensive Clinical Nephrology*. Philadelphia: Mosby Elsevier 495-504.

Yassaee F. & Moshiri F. (2007). Pregnancy Outcome in Kidney Transplant Patients. *Urology Journal* 4: 14-17.

Renal disease and Pregnancy: Latest data

Apostolina Ouzouni[1], Christina Ioannou[1], Theodora Kafkia[2]

1. Registered Nurse
2. Clinical Lecturer, Department of Nursing, Alexander Technological Educational Institute of Thessaloniki

ABSTRACT

The number of women with renal disease who manage not only to conceive, but also bear healthy children has increased recently thanks to advances in the field of medicine. However, renal disease during pregnancy often poses risks for both mother and fetus. Complications of pregnancy in a fetus whose mother suffers from renal disease range from premature birth to serious health problems, in some cases even death. Conversely, pregnancy often adversely affects the progression of mother's kidney disease by worsening maternal clinical picture, accelerating disease progression or even causing irreversible impairment of renal function.

The aim of this paper is to present the impact of various types of renal disease on pregnancy outcome and the measures to be taken so that this outcome is the best possible. This paper, also, aims to present the latest knowledge and developments regarding renal disease during pregnancy.

This overview concludes that the majority of pregnancies of women with renal disease can have a proper course and a good outcome thanks to modern methods of prevention and treatment, provided that appropriate measures are taken and pregnancy be treated with caution.

Keywords: Pregnancy, maternal outcome, fetal outcome, renal disease.

Corresponding author:
Apostolina Ouzouni, Address: 27, Salaminos Str., 62125, Serres, Greece, Telephone number: +30 6942915782, e-mail: ouzoulin@gmail.com

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η χρήση ξυλόσομπας ως αιτία πρόκλησης απόφραξης των αεραγωγών

Αλέξανδρος Μπαγορδάκης[1], Αριστέα Πασά[1], Αργυρώ Τρουλλινού[1], Στυλιανή Στρατιδάκη[1]

1. Φοιτητής/τρια Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η πρόσφατη οικονομική κρίση στην Ελλάδα έχει αυξήσει σημαντικά τη χρήση ξυλόσομπας και κατά συνέπεια τη μόλυνση του οικιακού αέρα. Σχετικές μελέτες έχουν δείξει ότι η εσωτερική μόλυνση του αέρα (Indoor Air pollution) σχετίζεται με την εμφάνιση αποφρακτικών νοσημάτων, κυρίως σε γυναίκες με κύρια ενασχόληση τα οικιακά.

Σκοπός: Να διερευνηθεί εάν η έκθεση σε καπνό από τη χρήση ξυλόσομπας αποτελεί παράγοντα κινδύνου απόφραξης των αεραγωγών, κυρίως σε γυναίκες που δεν κάπνισαν ποτέ.

Υλικό και μέθοδος: Στην παρούσα συγχρονική μελέτη συμμετείχαν 410 άτομα (51,7% γυναίκες, μέσης ηλικίας 56,1±13,0 ετών, εύρους 40 - 93 ετών) που επισκέφτηκαν 8 Δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) στο νησί της Κρήτης. Πραγματοποιήθηκε σπιρομετρικός έλεγχος για την εκτίμηση του βαθμού απόφραξης των αεραγωγών, θέτοντας ως κριτήριο το σταθερό λόγο των σπιρομετρικών τιμών (FEV1/FVC<70%), ενώ η ύπαρξη πιθανής Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ) αξιολογήθηκε με την κλίμακα International Primary Care Airways Group (IPAG). Ο βαθμός έκθεσης σε καπνό προερχόμενο από καύση ξύλου εκτιμήθηκε: σε έτη, μήνες ανά έτος και ώρες ανά ημέρα. Ο βαθμός επίδρασης της έκθεσης για πρόκληση απόφραξης των αεραγωγών ελέγχθηκε με την πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση και τη χρήση προσαρμοσμένων λόγων πιθανοτήτων (Adjusted Odds Ratio), ενώ τιμές P<0,05 θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το IBM SPSS Statistics έκδοση 21.

Αποτελέσματα: Απόφραξη των αεραγωγών διαγνώσθηκε στο 13,7% των συμμετεχόντων και βρέθηκε να συσχετίζεται με την έκθεση σε καπνό ξυλόσομπας (86,8 και 88,2, p=0,009) μεταξύ των εκτεθειμένων και μη, αντίστοιχα. Ωστόσο, στην πολυπαραγοντική ανάλυση η σχέση αυτή βρέθηκε μη σημαντική (87,4 έναντι 88,2, p=0,097), μετά από την προσαρμογή ως προς τα χαρακρητιστικά των συμμετεχόντων, υποδηλώνοντας ότι ο βαθμός απόφραξης των αεραγωγών δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των εκτεθειμένων και μη συμετεχόντων σε καπνό ξυλόσομπας. Επιπλέον, ΧΑΠ διαγνώσθηκε στις γυναίκες μη καπνίστριες που εκτέθηκαν σε σημαντικά περισσότερα έτη (30,2 έναντι 11,8, p<0,001) των μη καπνιστριών γυναικών που εκτέθηκαν σε λιγότερα έτη και δεν διαγνώσθηκαν με ΧΑΠ, παρά το γεγονός ότι στην πολυπαραγοντική ανάλυση οι προσαρμοσμένοι όροι αλληλεπίδρασης (γυναικείο φύλο, κάπνισμα, χρήση ξυλόσομπας, βήχας) δεν συσχετίσθηκαν με την εκδήλωση ΧΑΠ.

Συμπεράσματα: Η παρούσα μελέτη επιβεβαιώνει ότι η πολυετή έκθεση σε καπνό ξυλόσομπας (περίπου 30 έτη) μπορεί να προκαλέσει απόφραξη των αεραγωγών σε γυναίκες μη καπνίστριες. Επίσης αναδεικνύει ότι όσο μεγαλύτερη είναι η έκθεση σε καπνό ξυλόσομπας, τόσο μεγαλύτερη είναι η συχνότητα της απόφρραξης των αεραγωγών, αλλά και η εμφάνιση αναπνευστικών συμπτωμάτων που σχετίζονται με ΧΑΠ.

Λέξεις κλειδιά: Αναπνευστικά συμπτώματα, έκθεση σε ξυλόσομπα, οικιακή μόλυνση, ΧΑΠ

Υπεύθυνη Αλληλογραφίας:
Αριστέα Πασά, Θεοτοκοπούλου 9, Ηράκλειο, Κρήτης , 71202, Τηλέφωνο: 6978415479, Email: nurse_attack@hotmail.com

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Η χρόνια έκθεση σε καπνό ξυλόσομπας (σε γυναίκες μη καπνίστριες) αποτελεί παράγοντα κινδύνου εμφάνισης ΧΑΠ.**
- **Η διαμονή σε οικία με ξυλόσομπα αυξάνει τη συχνότητα εμφάνισης των αναπνευστικών συμπτωμάτων που συνδέονται με τη ΧΑΠ.**
- **Η χρήση ξυλόσομπας για τις ανάγκες θέρμανσης θα πρέπει να περιοριστεί.**

Η απόφραξη των αεραγωγών χαρακτηρίζεται από περιορισμό της ροής του αέρα που είναι συνήθως προοδευτικός και σχετίζεται με μια ανώμαλη φλεγμονώδη απόκριση των πνευμόνων σε επιβλαβή σωματίδια ή αέρια, με πιο σημαντικό τον καπνό του τσιγάρου. Σύμφωνα με τις πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες για τους ασθενείς με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) (GOLD Updated 2014), εκδηλώνεται με συμπτώματα όπως, χρόνιος βήχας, δύσπνοια, συριγμός της αναπνοής, εμφύσημα και παραγωγή πτυέλων. Παγκοσμίως, ο επιπολασμός του περιορισμού της ροής του αέρα λόγω απόφραξης των αεραγωγών υπερέχει στους άνδρες (12,4%) έναντι των γυναικών (5,1%) και στους καπνιστές (6,3%) έναντι (3,4%) των μη καπνιστών μεταξύ των ασθενών με ΧΑΠ (Bridevaux et al 2010). Στην Ελλάδα, ο επιπολασμός της ΧΑΠ σε πληθυσμό ηλικίας >35 ετών, με ιστορικό καπνίσματος >100 τσιγάρα καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής βρέθηκε 11,6% για τους άνδρες και 4,8% για τις γυναίκες και σχετίσθηκε με το κάπνισμα και το ανδρικό φύλο (Tzanakis et al 2004), ενώ τα στοιχεία πιο πρόσφατης μελέτης αναφέρουν συχνότητα 20,2% νέων περιπτώσεων γυναικών με ΧΑΠ και 9,4% εξ αυτών μη καπνιστριών (Papaioannou et al 2014).

Επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι για την απόφραξη των αεραγωγών δεν ευθύνεται αποκλειστικά το κάπνισμα, καθώς η έκθεση σε προϊόντα καύσης άνθρακα με τη μορφή ξύλου ή κάρβουνου και ειδικότερα σε προϊόντα που παράγονται από την ατελή καύση αυτών με τη μορφή καπνού (μονοξείδιο του άνθρακα, διοξείδιο του αζώτου, κυκλικοί υδρογονάνθρακες, κ.α), μπορούν επίσης να προκαλέσουν εκτεταμένη απόφραξη (Diette et al 2012, Dales et al 2008). Επιβεβαιωμένα, η παραγωγή των παραπάνω ουσιών μπορεί να προκληθεί από τις σημερινές ξυλόσομπες, καθώς οι περισσότερες από αυτές είναι ατελούς καύσης με αποτέλεσμα την εκπομπή ρύπων και αυτό σε συνδυασμό με ανεπαρκή εξαερισμό, μπορεί να οδηγήσει σε πολύ υψηλά επίπεδα εσωτερικής ρύπανσης (Fatmi et al 2010, Nandasena 2010). Η επιδημιολογική σχέση ωστόσο, της απόφραξης των αεραγωγών και της ξυλόσομπας έχει τεκμηριωθεί από πλήθος μελετών αναφέροντας ότι η έκθεση σε καπνό από καύση ξύλου σχετίσθηκε με την εμφάνιση της ΧΑΠ στην Λατινική Αμερική και την Τουρκία (Ekici et al 2005, Regalado et al 2006, Brehm & Celedon 2008). Επιπλέον, μελέτες που είχαν σκοπό να παρουσιάσουν τις επιπτώσεις στην υγεία από τη διαμονή σε οικίες με ξυλόσομπα και ανοιχτά τζάκια, έδειξαν υψηλά ποσοστά απόφραξης των αεραγωγών σε γυναίκες (12,2%) που δεν είχαν καπνίσει ποτέ (Coultas et al 2001). Επιπρόσθετα, δύο περιπτώσεις μη καπνιστών - μια 67χρονη γυναίκα από την Κένυα και ένας 53-χρονος άντρας από το Μεξικό που διέμεναν σε οικία με ξυλόσομπα, εισήχθησαν με χρόνιο βήχα και δύσπνοια, συμπτώματα που σχετίζονται με ΧΑΠ (Diaz et al 2006).

Στην Ελλάδα, ιδιαίτερα στις ορεινές περιοχές, η χρήση της ξυλόσομπας είναι ευρέως διαδεδομένη από τη μεταπολεμική περίοδο και παρόλο που η χρήση της σχεδόν εξαλείφθηκε περί τα τέλη της δεκαετίας του 1990 - επανεμφανίστηκε λόγω της πρόσφατης οικονομικής κρίσης ως οικονομικότερη ενεργειακή πηγή θέρμανσης. Ακόμα, τόσο οι ηλικιωμένοι και τα παιδιά, όσο και οι γυναίκες παραδοσιακά περνούν τον περισσότερο από το χρόνο τους στο σπίτι, ως αποτέλεσμα να έχουν υψηλότερη ημερήσια έκθεση στην εσωτερική ρύπανση. Επομένως, λαμβάνοντας υπόψιν την αυξητική τάση της ΧΑΠ στις γυναίκες μη καπνίστριες, αλλά και την εκτεταμένη χρήση ξυλόσομπας λόγω οικονομικής κρίσης, υποθέσαμε ότι η έκθεσή τους σε καπνό ξυλόσομπας μπορεί να αποτελεί παράγοντα κινδύνου για ΧΑΠ μελλοντικά ή ότι οι γυναίκες (σημερινές ηλικιωμένες) που επί σειρά ετών διέμεναν σε οικία με ξυλόσομπα και κατά συνέπεια εκτέθηκαν, να έχουν σήμερα αναπτύξει ΧΑΠ.

Συνεπώς, ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της πιθανής επιδημιολογικής σχέσης μεταξύ της απόφραξης των αεραγωγών και της έκθεσης σε καπνό ξυλόσομπας κυρίως σε γυναίκες που δεν κάπνισαν ποτέ και να εκτιμηθεί η συχνότητα εμφάνισης της ΧΑΠ στα άτομα που εκτέθηκαν σε καπνό ξυλόσομπας, λαμβάνοντας υπόψιν ανεξάρτητους παράγοντες (φύλο, ηλικία, κάπνισμα), ώστε να αναδειχθεί η καταλληλόλητα της ξυλόσομπας ως πηγή θέρμανσης ή μαγειρέματος για μελλοντική χρήση.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σχεδιασμός μελέτης

Η παρούσα συγχρονική μελέτη πραγματοποιήθηκε σε 8 Δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) στην ευρύτερη περιοχής της Κρήτης, κατά την χρονική περίοδο (Σεπτέμβριος - Δεκέμβριος 2014). Πραγματοποιήθηκε τυχαία, στρωματοποιημένη, μη αναλογική δειγματοληψία, καθώς συμπεριλήφθηκαν κάτοικοι της ευρύτερης περιοχής που προσήλθαν στις δομές ως επισκέπτες έπειτα από σχετική ενημέρωση που έγινε από τους αρμόδιους φορείς. Η πρόσκληση έγινε μέσω ανακοίνωσης, από το δημαρχείο, για τις ημέρες και τις ώρες που θα πραγ-

ματοποιούνταν οι σπιρομετρήσεις για άτομα ηλικίας άνω των 40 ετών. Διενεργήθηκε, προσυμπτωματικός έλεγχος, μέσω δομημένου ερωτηματολογίου για παρουσία αναπνευστικών συμπτωμάτων και σπιρομετρικός έλεγχος σε δείγμα 569 ατόμων, έπειτα από σχετική ενημέρωση των κατοίκων από τους αρμόδιους τοπικούς φορείς. Η στατιστική ανάλυση συμπεριέλαβε πλήρη δεδομένα 410 συμμετεχόντων - ερωτηματολόγια και σπιρομετρήσεις - ποσοστό ανταπόκρισης 72%. Από τη μελέτη αποκλείστηκαν άτομα ηλικίας κάτω των 40 ετών, άτομα με προγενέστερη διάγνωση άσθματος, άτομα με αναπνευστική λοίμωξη τους τελευταίους 6 μήνες και άτομα που δεν ολοκλήρωσαν μια αποδεκτή σπιρομέτρηση σύμφωνα με τα κριτήρια της GOLD (GOLD Updated 2014).

Συλλογή δεδομένων

Η διάγνωση της απόφραξης των αεραγωγών τέθηκε με βάση τη σπιρομέτρηση και τη χρήση του σταθερού λόγου των σπιρομετρικών τιμών FEV1/FVC<70 (μετά από βρογχοδιαστολή) σύμφωνα με τις συστάσεις της GOLD. Η εκτέλεση των σπιρομετρικών δοκιμασιών διενεργήθηκε από τους κυρίους ερευνητές της μελέτης, μετά από εβδομαδιαία εκπαίδευση στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης. Στην έρευνα χρησιμοποιήθηκε το φορητό σπιρόμετρο Spiropalm - COSMED το οποίο πληροί τις προδιαγραφές της European Respiratory Society. Διαδικαστικά, στους καπνιστές προκλήθηκε βρογχοδιαστολή (χορήγηση 200mg salbutamol) πριν την εκτέλεση της σπιρομέτρησης σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της GOLD.

Για την αξιολόγηση των συνοδών αναπνευστικών συμπτωμάτων όπως, παραγωγικός βήχας, παραγωγικός βήχας το πρωί, συριγμός της αναπνοής και αλλεργίες που συνδέονται με πιθανή ΧΑΠ, χρησιμοποιήθηκε η σταθμισμένη κλίμακα International Primary Care Airways Group (IPAG), η οποία σε προγενέστερες μελέτες έδειξε υψηλό βαθμό ευαισθησίας (94.1%) και ειδικότητας (34,1%) (Ogura et al 2009, Hamagushi et al 2011). Στην Ελλάδα, σταθμίστηκε από το Παν/μιο Μακεδονίας (Sichletidis et al 2011) όπου σε συνδυασμό με σπιρομέτρηση για την καταλληλόλητα της στην ΠΦΥ έδειξε επίσης ικανοποιητικά ποσοστά ευαισθησίας (75%) και ειδικότητας (72%). Η κλίμακα IPAG αποτελείται από 8 ερωτήσεις και διαβαθμισμένες απαντήσεις (Ναι/Οχι ή Καθόλου/Πολύ) οι οποίες βαθμολογούνται αντίστοιχα. Η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 0 έως 56 βαθμούς, ενώ άθροισμα άνω των 17 βαθμών υποδεικνύει ύπαρξη πιθανής ΧΑΠ.

Ο βαθμός έκθεσης σε καπνό προερχόμενο από καύση ξύλου εκτιμήθηκε σε έτη, μήνες ανά έτος και ώρες ανά ημέρα. Παράλληλα αξιολογήθηκε το χρονικό διάστημα (σε ώρες) παραμονής και μαγειρικής στο σπίτι. Τα δημογραφικά και σωματομετρικά χαρακτηριστικά όπως η ηλικία, το φύλο, το επάγγελμα, η περιοχή κατοικίας (ορεινός/πεδινός πληθυσμός) και οι καπνιστικές συνήθειες, επίσης προσμετρήθηκαν. Επιπλέον, υπολογίσθηκε ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) και εκφράστηκε ως κλάσμα από τη σχέση - βάρος σε κιλά και ύψος στο τετράγωνο (ΔΜΣ=Kg/m^2) σύμφωνα με την κλίμακα IPAG (Sin et al 2002).

Ηθική και Δεοντολογία

Η παρούσα μελέτη εγκρίθηκε από το Τμήμα Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης, στο πλαίσιο εκπόνησης πτυχιακής εργασίας. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν προφορικά για την ανωνυμία των προσωπικών στοιχείων και ότι οι απαντήσεις θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και συγκεκριμένα θα τύχουν ποσοτικής ή και ποιοτικής ανάλυσης συνολικά. Ακόμα, ότι καμία μεμονωμένη πληροφορία σχετικά με οποιοδήποτε νοσοκομείο ή φυσικό πρόσωπο δε θα δημοσιευθεί, παρά μόνο τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας.

Στατιστική ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων της μελέτης πραγματοποιήθηκε με το πρόγραμμα IBM SPSS Statistics 21.0. Αρχικά έγινε υπολογισμός κατανομών συχνοτήτων των χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων. Η εκτίμηση διαφοροποίησης στη χρήση ξυλόσομπας ή στην εμφάνιση ΧΑΠ ως προς τα χαρακτηριστικά τους έγιναν με τις chi square, Mann Whitney ή ανάλυσης διακύμανσης (έλεγχοι ετερογένειας με τον έλεγχο Levene). Αντίστοιχα στις περιπτώσεις αδρών ποσοστιαίων κατανομών συχνοτήτων υπολογίστηκαν τα 95% Διαστήματα Εμπιστοσύνης με τεχνικές bootstrap.

Πίνακας 1. Δημογραφικά δεδομένα

Χαρακτηριστικά	**N=410**	**%**
Φύλο		
Άντρες	198	48,3
Γυναίκες	212	51,7
Ηλικιακές ομάδες. χρόνια	**Μέση ηλικία (56,1±13,0)**	
40-59	251	61,2
60-93	159	38,8
Επάγγελμα		
Οικιακά	100	24,4
Άλλο	310	75,6
Περιοχή		
Πεδινή	336	82,0
Ορεινή	74	18,0
Κάπνισμα		
Τωρινή	151	36,8
Πρώην	81	19,8
Ποτέ	178	43,4
ΧΑΠ	Σύνολο 56 (13,7%)	
Άντρες	31	15,7
Γυναίκες	25	11,8

* FEV1/FVC<70% (μετά από βρογχοδιαστολή).

Με τη μέθοδο πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης, εκτιμήθηκαν οι λόγοι Odds Ratio για την απόφραξη των αεραγωγών και τη χρήση περιγραφικών χαρακτηριστικών όπως το φύλο, η ηλικία, το επάγγελμα, η περιοχή κατοικίας και το εισόδημα, η συνήθεια καπνίσματος, η χρήση και τα χρόνια χρήσης ξυλόσομπας. Προσδιορίστηκαν επίσης και ελέγχθηκαν συμμεταβλητές για ομάδες ατόμων μεγαλύτερου ενδιαφέροντος όπως παρου-

Πίνακας 2. Εκτίμηση του βαθμού έκθεσης σε ξυλόσομπα ως προς το βαθμό απόφραξης των αεραγωγών (FEV1/FVC%) μετά από βρογχοδιαστολή.

		Έκθεση σε ξυλόσομπα		
	Σύνολο	**Όχι n=162**	**Ναι n=248**	**p-value**
Σπιρομέτρηση	**Μέση τιμή (SE)***			
Μονό-παραγοντική				
FEV_1	85,4 (1,1)	86,3 (1,6)	84,8 (1,5)	0,482
FVC	76,7 (0,9)	76,7 (1,4)	76,8 (1,3)	0,962
FEV_1/FVC%	88,2 (0,7)	90,3 (0,8)	86,8 (0,9)	0,009
Πολύ-παραγοντική*				
FEV_1	85,4 (1,0)	84,2 (1,6)	86,2 (1,3)	0,345
FVC	76,7 (0,8)	75,1 (1,4)	77,8 (1,2)	0,156
FEV_1/FVC%	88,2 (0,6)	89,4 (0,9)	87,4 (0,7)	0,097

* Πολύ-παραγοντική ανάλυση της συνδιακύμανσης (προσαρμογή για το φύλο, ηλικία, επάγγελμα, περιοχή κατοικίας, παρουσία των καρδιαγγειακών παθήσεων, συνήθεια κάπνισμα, παθητικό κάπνισμα, παραγωγικός βήχας και η ταξινόμηση του Δείκτη Μάζας Σώματος

Πίνακας 3. Ο επιπολασμός της ΧΑΠ και των αναπνευστικών συμπτωμάτων σε σχέση με χρήση ξυλόσομπας σύμφωνα με την IPAG.

		ΧΑΠ		
		Όχι n=354	**Ναι n=56**	
Αναπνευστικά συμπτώματα*		**%**		**p-value**
Παραγωγικός βήχας με πτύελα, (ΒΠ) **				
	Όχι	92,3	7,7	<0,001
	Ναι	58,9	41,1	
Με έκθεση σε ξυλόσομπα	Όχι ΒΠ	94,4	5,6	<0,001
	Ναι ΒΠ	63,2	36,8	
Χωρίς έκθεση σε ξυλόσομπα	Όχι ΒΠ	94,4	5,6	<0,001
	Ναι ΒΠ	63,2	36,8	
Παραγωγικός βήχας με πτύελα το πρωί (ΒΠΠ)***				
	Όχι	88,0	12,0	0,105
	Ναι	81,7	18,3	
Με έκθεση σε ξυλόσομπα	Όχι ΒΠΠ	78,9	21,1	0,257
	Ναι ΒΠΠ	85,3	14,7	
Χωρίς έκθεση σε ξυλόσομπα	Όχι ΒΠΠ	86,8	13,2	0,347
	Ναι ΒΠΠ	91,9	8,1	

Mann Whitney test

Πίνακας 4. Ο επιπολασμός της ΧΑΠ (IPAG>17) σε καπνιστές και μη-καπνιστές και των δύο φύλων με την έκθεση σε ξυλόσομπα

			ΧΑΠ		
			Όχι n=354	Ναι n=56	
Χρήση ξυλόσομπας			**Mean (Median) [n]**		**p-value**
Χρόνια*	Καπνιστές	Άντρες	9,7 (3,0) [74]	6,0 (4,0) [15]	0,694
		Γυναίκες	6,2 (2,0) [59]	9,3 (8,0) [3]	0,511
	Μη καπνιστές	Άντρες	8,8 (2,0) [93]	10,8 (3,5) [16]	0,485
		Γυναίκες	11,8 (4,5) [128]	30,2 (30,0) [22]	<0,001
Μήνες ανά χρόνο	Καπνιστές	Άντρες	3,1 (3,0)	2,6 (3,0)	0,479
		Γυναίκες	2,6 (3,0)	1,7 (2,0)	0,618
	Μη καπνιστές	Άντρες	2,3 (3,0)	2,6 (2,5)	0,671
		Γυναίκες	3,1 (3,0)	3,9 (4,0)	0,349
Ώρες χρήσης ανά μέρα		Καπνιστές	Άντρες	8,0 (5,0)	6,0 (5,0) 0,620
		Γυναίκες	7,0 (5,0)	9,0 (3,0)	0,757
	Μη καπνιστές	Άντρες	6,1 (3,0)	4,1 (5,0)	0,629
		Γυναίκες	8,6 (6,0)	11,6 (9,5)	0,114
Ώρες διαμονής στο σπίτι (24-ωρο)	Καπνιστές	Άντρες	7,0 (5,0)	5,1 (5,0)	0,795
		Γυναίκες	7,7 (2,0)	6,3 (3,0)	0,999
	Μη καπνιστές	Άντρες	5,8 (2,0)	7,1 (4,0)	0,380
		Γυναίκες	9,7 (6,0)	17,7 (24,0)	0,002
Μαγείρεμα (ώρες/μέρες)	Καπνιστές	Άντρες	0,1 (0,0)	0,0 (0,0)	0,430
		Γυναίκες	0,1 (0,0)	0,3 (0,0)	0,470
	Μη καπνιστές	Άντρες	0,0 (0,0)	0,1 (0,0)	0,016
		Γυναίκες	0,2 (0,0)	0,5 (0,0)	0,001

Mann Whitney test

σία ΧΑΠ σε μη καπνίστριες γυναίκες και με έκθεση σε ξυλόσομπα. Τιμές p<0,05 θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στο Πίνακα 1, παρουσιάζονται τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Πιο συγκεκριμένα, συμμετείχαν 410 άτομα μέσης ηλικίας 56±13,0 έτη (ηλικιακού εύρους 40 - 93 ετών), όπου 48,3% ήταν άνδρες. Επίσης αξιολογήθηκε η καπνιστική συνήθεια όπου 36,8% ήταν καπνιστές, 19,8% πρώην καπνιστές και 43,9% δεν είχαν καπνίσει ποτέ. Τέλος, ο συνολικός επιπολασμός της ΧΑΠ ήταν 13,7% (άνδρες 15,7% και γυναίκες 11,8%).

Στον πίνακα 2 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της μονοπαραγοντικής και της πολυπαραγοντικής ανάλυσης, όπου ο σταθερός λόγος των σπιρομετρικών τιμών FEV1/FVC<70 (μετά από βρογχοδιαστολή) ήταν σημαντικά χαμηλότερος στα άτομα με χρήση ξυλόσομπας (86,8 έναντι 90,3, p=0,009. Αντιθέτως στην πολυπαραγοντική ανάλυση και μετά από διόρθωση προς τα περιγραφικά χαρακτηριστικά δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στο βαθμό απόφραξης (87,4 έναντι 89,4, p=0,097) μεταξύ αυτών που διέμεναν και όχι σε οικία με ξυλόσομπα.

Ως αναμενόμενο, η ΧΑΠ (IPAG>17) παρουσιάστηκε σημαντικά συχνότερα στα άτομα που ανέφεραν παραγωγικό βήχα (41,1% έναντι 7,2%, p<0,001) των ατόμων που δεν ανέφεραν παραγωγικό βήχα και στα άτομα που εκτέθηκαν σε καπνό ξυλόσομπας (36,8% έναντι 5,6%, p<0,001) των ατόμων που δεν εκτέθηκαν. Αντιθέτως, ο επιπολασμός της ΧΑΠ δεν διέφερε σημαντικά στα άτομα που ανέφεραν πρωινό παραγωγικό βήχα (18,3% έναντι 12,0% p<0,105) αυτών που δεν ανέφεραν παραγωγικό βήχα (Πίνακας 3).

Πίνακας 5. Πολυπαραγοντική ανάλυση παραγόντων που επιδρούν στην ανάπτυξη ΧΑΠ (IPAG>17)

	Πρόκληση ΧΑΠ			
Χαρακτηριστικά	**Wald**	**Odds ratio**	**95%ΔΕ**	**p-value**
Φύλο (γυναίκες)*	0,96	0,64	0,26-1,57	0,327
Ηλικία (60+ χρονών)*	18,75	6,21	2,72-14,19	<0,001
Επάγγελμα (οικιακά)*	0,67	1,50	0,57-3,98	0,412
Περιοχή διαμονής (ορεινή ή πεδινή)*	0,88	1,68	0,57-4,93	0,348
Καπνιστικές συνηθείας (μη καπνιστές)*	0,29	1,26	0,54-2,94	0,590
Χρήση ξυλόσομπας (ναι)*	1,10	1,59	0,67-3,81	0,294
Χρόνια χρήσης ξυλόσομπας (ανά χρόνο)	0,08	1,00	0,98-1,03	0,777
Παραγωγικός βήχας με πτύελα, (ΒΠ) (ναι)*	29,30	7,23	3,53-14,79	<0,001
Πολύ-παραγοντική ανάλυση (οροί αλληλεπίδρασης)**	0,50	1,01	0,99-1,04	0,394

Οι τιμές σε παρένθεση αναφέρονται στον όρο αλληλεπίδρασης και όχι στην κατηγορική μεταβλητή (κατηγορία αναφοράς - πχ. Γυναίκες έναντι των ανδρών).
** Συνδυασμός παραγόντων (Φύλο* καπνιστικές συνήθειες * χρήση ξυλόσομπας, βήχας με ΒΠ).

Στον πίνακα 4, παρουσιάζονται οι διαφορές στον επιπολασμό της ΧΑΠ (IPAG>17) ως προς το βαθμό έκθεσης. Ειδικότερα, οι γυναίκες μη-καπνίστριες που αξιολογήθηκαν με πιθανή ΧΑΠ είχαν σημαντικά περισσότερα έτη έκθεσης (30,2 έναντι 11,8 έτη, p<0,001) αυτών που δεν διαγνώσθηκαν με ΧΑΠ. Επιπλέον, οι γυναίκες μη-καπνίστριες που αξιολογήθηκαν με πιθανή ΧΑΠ διέμεναν σημαντικά περισσότερες ώρες στο σπίτι το 24ωρο (17,7 έναντι 9,7, p=0,002) και είχαν περισσότερες ώρες μαγειρέματος το 24ωρο (0,5 έναντι 0,2, p<0,001) σε σχέση με τις γυναίκες μη-καπνίστριες χωρίς ΧΑΠ. Δεν παρατηρήθηκαν άλλες σημαντικές διαφορές στην εμφάνιση της ΧΑΠ (IPAG>17) μεταξύ των μη καπνιστριών γυναικών σε σχέση με τους μήνες χρήσης ξυλόσομπας (3,9 έναντι 3,1, p=0,349) και τις ώρες χρήσης ανά ημέρα (11,6 έναντι 8,6, p=0,114) σε σχέση με τις γυναίκες χωρίς ΧΑΠ.

Στον πίνακα 5, παρουσιάζονται οι κατηγορικές μεταβλητές (όχι κατηγορίες αναφοράς) για πιθανή πρόκληση ΧΑΠ (IPAG>17). Παρατηρήθηκε σημαντική στατιστική σχέση μεταξύ ηλικίας, παραγωγικού βήχα και πιθανότητα ανάπτυξης ΧΑΠ. Ειδικότερα, η ηλικία (>60 ετών) αποτέλεσε παράγοντα κινδύνου εμφάνισης ΧΑΠ (OR=6,21; 95% ΔΕ:2,72-14,19, p<0,001), καθώς και ο παραγωγικός βήχας (OR=7,23 95%ΔΕ: 3,53-14,79 p<0,001). Όμως, το γυναικείο φύλο (OR=0,64 95%ΔΕ: 0,26-1,57, p=0,327), η χρήση ξυλόσομπας (OR=1,59 95%ΔΕ: 0,67-3,81, p=0,294) και τα χρόνια χρήσης ξυλόσομπας (OR=1,00 95%ΔΕ: 0,98-1,03, p=0,777), δεν αποτέλεσαν παράγοντα κινδύνου για ανάπτυξη ΧΑΠ. Τέλος, αξιολογώντας μόνο το γυναικείο φύλο με τους όρους αλληλεπίδρασης (μεταβλητές: α) γυναίκες β) μη-καπνίστριες γ) χρήση ξυλόσομπας και δ) πρωινός βήχας) δεν σχετίσθηκε με πιθανή ανάπτυξη ΧΑΠ (OR=1,01; ΔΕ: 0,99-1,04, p=0,394).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα συγχρονική μελέτη διερευνήθηκε εάν η χρόνια χρήση ή έκθεση σε καπνό ξυλόσομπας σχετίζεται με πιθανή εμφάνιση απόφραξης των αεραγωγών και αναπνευστικών συμπτωμάτων που συνδέονται με ΧΑΠ κυρίως σε γυναίκες μη καπνίστριες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γυναίκες μη καπνίστριες με χρόνια έκθεση σε καπνό ξυλόσομπας ή ανοιχτού τζακιού σε συνδυασμό με την πολύωρη διαμονή στο σπίτι και το καθημερινό μαγείρεμα δεν σχετίσθηκαν με την εμφάνιση της ΧΑΠ. Όμως, ο κίνδυνος ανάπτυξης ΧΑΠ βάσει IPAG ήταν σημαντικά υψηλότερος στα άτομα που ανέφεραν αναπνευστικά συμπτώματα και στα άτομα που εκτέθηκαν για 30 και πλέον έτη σε καπνό ξυλόσομπας. Επιπλέον, παρά-

γοντες κινδύνου για πιθανή εμφάνιση ΧΑΠ ήταν η ηλικία άνω των 60 ετών και ο παραγωγικός βήχας.

Το κυριότερο εύρημα της παρούσας μελέτης ήταν ότι οι γυναίκες μη-καπνίστριες με έκθεση σε καπνό ξυλόσομπας ή ανοιχτού τζακιού και πρωινό βήχα δεν σχετίσθηκαν με εμφάνιση ΧΑΠ, παρόλο που σχετίσθηκαν με πολύωρη διαμονή στο σπίτι, καθημερινό μαγείρεμα και αυξημένα συμπτώματα από το αναπνευστικό. Το μικρό σε αριθμό δείγμα και άλλοι περιορισμοί δεν επιτρέπουν την άμεση συσχέτιση με τη ΧΑΠ. Σε σύγκριση με τα δικά μας αποτελέσματα, μελέτες έχουν δείξει ότι σε οικίες με χρήση ξυλόσομπας ατελούς καύσης και ανεπαρκή εξαερισμό, μπορούν να ανιχνευθούν πολύ υψηλά επίπεδα εσωτερικής μόλυνσης (indoor air pollution) και κατά συνέπεια αύξηση των αναπνευστικών συμπτωμάτων (Nandasena et al 2010). Επιπρόσθετα, αποτελέσματα μελετών από τη Λατινική Αμερική και την Τουρκία έδειξαν ότι η έκθεση σε καπνό από καύση ξύλου σχετίσθηκε με την εμφάνιση της ΧΑΠ μετά από πολυετή χρήση (Ekici et al 2005, Regalado et al 2006, Brehm & Celedon 2008). Ακόμα, δύο μελέτες περίπτωσης σε μη-καπνιστές, μια 67χρονη γυναίκα από την Κένυα (Opotowsky et al 2008) και ένας 53χρονος άντρας από το Μεξικό που ζούσαν σε οικία με ξυλόσομπα (Diaz et al 2006), ανέφεραν ότι εισήλθαν στα επείγοντα με επίμονο χρόνιο βήχα και δύσπνοια, τα οποία είναι κλινικά χαρακτηριστικά απόφραξης των αεραγωγών.

Επίσης σημαντικό, εύρημα ήταν ότι οι γυναίκες μη-καπνίστριες που αξιολογήθηκαν κίνδυνο εμφάνισης ΧΑΠ είχαν εκτεθεί περίπου 30 έτη σε χρήση ξυλόσομπας έναντι των γυναικών που δεν εκτέθηκαν. Πιθανές εξηγήσεις για τη σχέση αυτή μπορούν να αντληθούν από ευρήματα μελετών που πραγματοποιήθηκαν σε χώρες όπως, Παπούα - Νέα Γουινέα, Νεπάλ αλλά και Σαουδική Αραβία, όπου η χρήση προϊόντων ξύλου και βιομάζας είναι ευρέως διαδεδομένη. Ειδικότερα, τα αποτελέσματά τους επιβεβαιώνουν ότι, από τα δύο τρίτα των γυναικών που διαγνώσθηκαν με ΧΑΠ, το 1/20 των γυναικών αυτών είχαν εκτεθεί σε εσωτερική μόλυνση (καύση ξύλου) για τουλάχιστον 20 χρόνια (Liu et al 2008). Στην πόλη του Μεξικού αλλά και στη Νότια Κίνα βρέθηκε ότι το μαγείρεμα σε παραδοσιακές σόμπες για περισσότερα από 40 χρόνια, αποτέλεσε αιτία πρόκλησης χρόνιας βρογχίτιδας, αλλά και ΧΑΠ (Perez - Padilla et al 1996, Liu et al 2007).

Στην παρούσα μελέτη έχουμε επίσης δείξει ότι τα αναπνευστικά συμπτώματα ήταν ιδιαίτερα εμφανή στα άτομα με πιθανή εμφάνιση ΧΑΠ και στα άτομα που εκτέθηκαν σε καπνό ξυλόσομπας, όπου ο βήχας με πτύελα αναφέρθηκε ως το συχνότερο αναπνευστικό σύμπτωμα. Ο παραγωγικός βήχας είναι κλινικό σύμπτωμα στη διάγνωση της ΧΑΠ χαρακτηρίζοντάς τον ως πρώιμο σημάδι εμφάνισης της ιδιαίτερα στους καπνιστές (Smith & Woodcock 2006, GOLD 2014). Οι σχέσεις της ΧΑΠ με την ηλικία είναι ευρέως αποδεδειγμένες και πολύ-μελετημένες, καθώς τα δεδομένα μας αναδεικνύουν την αυξημένη πιθανότητα των ατόμων ηλικίας άνω των 60 ετών να εμφανίσουν ΧΑΠ, ανεξάρτητα από το βαθμό έκθεσης και διαμονής σε εσωτερικούς οικιακούς χώρους με ξυλόσομπα (Hardie et al 2007).

Περιορισμοί Μελέτης

Πέραν των χρήσιμων και αξιόλογων ευρημάτων, τα αποτελέσματά μας ενέχουν και ορισμένους σημαντικούς περιορισμούς. Ο σημαντικότερος ήταν το μικρό δείγμα. Επίσης, ο βαθμός έκθεσης ή μόλυνσης του εσωτερικού οικιακού αέρα δεν αξιολογήθηκε με προηγμένο εξοπλισμό - αλλά βασίστηκε στον αναφερόμενο χρόνο έκθεσης του δείγματος. Ακόμη, τα δεδομένα προέρχονται μόνο από το νησί της Κρήτης και επομένως δεν θα μπορούσαν να θεωρηθούν αντιπροσωπευτικά για το σύνολο του Ελληνικού πληθυσμού. Τέλος, η διάγνωση της ΧΑΠ βασίστηκε σε ερωτηματολόγιο, παρόλο που πραγματοποιήθηκαν σπιρομετρήσεις, που αποτελούν το «χρυσό κανόνα» για τη διάγνωση της ΧΑΠ.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα μελέτη επιβεβαιώνει ότι η πολυετή χρήση ξυλόσομπας (30 και πλέον έτη) αποτελεί παράγοντα κινδύνου για πιθανή πρόκληση ΧΑΠ και αυξημένων αναπνευστικών συμπτωμάτων που συνδέονται με τη ΧΑΠ. Όμως, οι γυναίκες μη-καπνίστριες που εκτέθηκαν σε καπνό ξυλόσομπας δεν διατρέχουν σημαντικό κίνδυνο ανάπτυξης ΧΑΠ, παρόλο που η ΧΑΠ ήταν σημαντικά συχνότερη στα άτομα που εκτέθηκαν ή διέμεναν σε οικία με ξυλόσομπα. Συνολικά, οι σημαντικότεροι παράγοντες πρόκλησης ΧΑΠ παραμένουν η ηλικία και το κάπνισμα και επομένως οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στην ΠΦΥ, θα πρέπει να ενημερώνουν κατά κύριο λόγο για τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος, ενώ η χρήση της χρήσης ξυλόσομπας για τις ανάγκες θέρμανσης θα πρέπει να περιοριστεί.

Βράβευση

Η παρούσα ερευνητική εργασία βραβεύτηκε ως η καλύτερη «φοιτητική εργασία» στο «8ο Πανελλήνιο & 7ο Πανευρωπαϊκό Επιστημονικό Επαγγελματικό Νοσηλευτικό Συνέδριο» της ΕΝΕ που διεξήχθη στις 7-10 Μαΐου 2015, Θεσσαλονίκη.

Συνεισφορά ερευνητών

ΜΑ, ΠΑ, ΤΑ & ΣΣ: Συμμετείχαν στο σχεδιασμό μελέτης, στη συλλογή των δεδομένων, καθώς και στη συγγραφή του κειμένου. ΤΑ & ΣΣ: Συμμετείχαν στη συλλογή των δεδομένων καθώς και στη συγγραφή του κειμένου. Όλοι οι συγγραφείς αξιολόγησαν με κριτική σκέψη το τελικό κείμενο και ενέκριναν την υποβολή του.

Ευχαριστίες

Να ευχαριστήσουμε θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μας κ. Χρήστο Κλεισιάρη για τις χρήσιμες εισηγήσεις του στην ολοκλήρωση της παρούσας Πτυχιακής Εργασίας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Brehm J.M. & Celedon J.C. (2008).Chronic obstructive pulmonary disease in Hispanics. *American Journal of Respiratoty and Critical Care Medicine* 177: 473 - 478.

Bridevaux P.O., Probst-Hensch N.M., Schindler C., Curjuric I., Dietrich D.F., Braendli O. & Russi E.W. (2010). Prevalence of airflow obstruction in smokers and never smokers in Switzerland. *European Respiratory Journal* 36:1259-69.

Coultas D.B., Mapel D., Gagnon R. & Lydick E.V. A.(2001). The health impact of undiagnosed airflow obstruction in a national sample of United States adults. *American Journal of Respiratoty and Critical Care Medicine* 164:372 - 377.

Dales R., Liu L., Wheeler A.J. & Gilbert N.L. (2008). Quality of indoor residential air and health. *Canadian Medical Association Journal* 179:147 - 152.

Diaz J.V., Koff J., Gotway M.B., Nishimura S. & Balmes J.R. (2006). Case report: a case of wood-smoke-related pulmonary disease. *Environment Health Perspectives* 759- 762.

Diette G.B., Accinelli R.A., Balmes J.R., Buist A.S., Checkley W., Garbe P. & Kiley J.P. (2012). Obstructive lung disease and exposure to burning biomass fuel in the indoor environment. *Global Heart* 7:265 - 270.

Ekici A., Ekici M., Kurtipek E., Akin A., Arslan M., Kara T. & Demir S. (2005). Obstructive airway diseases in women exposed to biomass smoke. *Environment Research* 99:93 - 98.

Fatm Z., Rahman A., Kazi A., Kadir M. M. & Sathiakumar N. (2010). Situational analysis of household energy and biomass use and associated health burden of indoor air pollution and mitigation efforts in Pakistan. *International Journal of Environment Research and Public Health* 7: 2940 - 2952.

Global initiative for the diagnosis, management and prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. (Updated 2014).[Online]. Available at: http://www.goldcopd.org/guidelines-global-strategy-for-diagnosis-management.html. Accessed: 10. April 2015.

Hamaguchi S., Okimoto T., Iwamoto S., Karino F., Tsubata Y., Miura K. & Isobe T. (2011). Validation of IPAG Questionnaire for Chronic Obstructive Pulmonary Disease In Shimane Prefecture. *American Journal of Respiratoty and Critical Care Medicine* 183: A3313.

Hardie J.A., Buist A.S., Vollmer W.M., Ellingsen I., Bakke P.S. & MΩrkve O. (2002). Risk of over-diagnosis of COPD in asymptomatic elderly never-smokers. *European Respiratory Journal* 20:1117 - 1122.

Leuppi J.D., Miedinger D., Chhajed P.N., Buess C., Schafroth S., Bucher H.C. & Tamm M.(2010). Quality of spirometry in primary care for case finding of airway obstruction in smokers. *Respiration* 79:469.

Liu S., Zhou Y., Wang X., Wang D., Lu J., Zheng J. & Ran P. (2007). Biomass fuels are the probable risk factor for chronic obstructive pulmonary disease in rural South China. *Thorax* 62:889 - 897.

Liu Y., Lee K., Perez-Padilla R., Hudson N. L. & Mannino D.M. (2008). Outdoor and indoor air pollution and COPD-related diseases in high-and low-income countries State of the Art Series. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 12:115 - 127.

Mestl H.E.S., Aunan K. & Seip H.M. (2006). Potential health benefit of reducing household solid fuel use in Shanxi province, China. *Science of the Total Environment* 372:120 - 132.

Nandasena Y.L., Wickremasinghe A.R. & Sathiakumar N. (2010). Air pollution and health in Sri Lanka: a review of epidemiologic studies. *BMC Public Health* 10:300.

Ogura T., Tejima T., Moritani Y., Matuzaki Y., Uchimura K. & Aoki M. (2009). The usefulness of COPD questionnaire for screening COPD subjects. Nihon Kokyuki Gakkai Zasshi- *The Journal of Japanese Respiratory Society* 47:971 - 977.

Opotowsky A.R., Vedanthan R. & Mamlin J.J. (2008). A case report of cor pulmonale in a woman without exposure to tobacco smoke: an example of the risks of indoor wood burning. *The Medscape Journal of Medicine* 10:22.

Papaioannou AI, Bania E, Alexopoulos EC, Mitsiki E, Malli F, & Gourgoulianis KI. (2014). Sex discrepancies in COPD patients and burden of the disease in females: a nationwide study in Greece (Greek Obstructive Lung Disease Epidemiology and health ecoNomics: GOLDEN study). *International Journal of Chronic Obstructive* Pulmonary Disease 9:203-13.

Perez-Padilla R., Regalado J., Vedal S., Parı, P., Chapela R., Sansores R. & Selman M. (1996). Exposure to biomass smoke and chronic airway disease in Mexican women. A case-control study. *American Journal of Respiratoty and Critical Care Medicine* 154:701 - 706.

Regalado J., Pırez-Padilla R., Sansores R., Paramo Ramirez J.I., Brauer M., Parı P. & Vedal S. (2006). The effect of biomass burning on respiratory symptoms and lung function in rural Mexican women. *American Journal of Respiratoty and Critical Care Medicine* 174:901 - 905

Sichletidis L., Spyratos D., Papaioannou M., Chloros D., Tsiotsios A., Tsagaraki V. & Haidich A.B. (2011). A combination of the IPAG questionnaire and PiKo-6° flow meter is a valuable screening tool for COPD in the primary care setting. *Primary Care Respiratory Journal* 20:184 - 189.

Sin D.D., Jones R.L. & Man S.P. (2002). Obesity is a risk factor for dyspnea but not for airflow obstruction. *Archives of Internal Medicine* 162:1477 - 1481.

Smith J. & Woodcock A. (2006). Cough and its importance in COPD. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease* 1:305.

Soriano J.B., Sin D.D., Zhang X., Camp P.G., Anderson J.A., Anthonisen N.R. & Vestbo J. (2007). A pooled analysis of FEV1 decline in COPD patients randomized to inhaled corticosteroids or placebo. *Chest* 131:682 - 689.

Tzanakis N., Anagnostopoulou U., Filaditaki V., Christaki P. & Siafakas N. (2004). Prevalence of COPD in Greece. *Chest* 125:892 - 900.

Woodstove exposure as a risk factor for airway obstruction

Alexandros Mpagordakis[1], Aristea Pasa[1], Argiro Troullinou [1], Styliani Stratidaki[1]

1. Undergraduate Student - Nursing Department, Technological Educational Institute of Crete, Greece

ABSTRACT

Background: The recent financial crisis in Greece has significantly increased woodstove use and therefore the indoor air pollution of the household atmosphere. Related studies have shown that indoor air pollution is associated with the onset of obstructive airway diseases, especially in women who are occupied with household duties.

Aim: To investigate whether the woodstove exposure is a risk factor of obstructive airway disease especially in nonsmoking women.

Methods: In this cross-sectional study participated 410 individuals (51.7% women, mean age 56,1 ± 13,0 years, ranging from 40 to 93 years old) who visited eight Primary Health Care Settings on the island of Crete, Greece. A spirometry testing was performed to assess the degree of airflow limitation setting criteria the fixed ratio of spirometry values (FEV1 / FVC <70%), while the existence of possible Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) was assessed using the International Primary Care Airways Group (IPAG) scale. The degree of woodstove exposure was estimated: in years, months per year and hours per day. The degree of the effect of factors related to COPD development was tested by multiple logistic regression and presented as adjusted odds ratio. P-value <0.05 were considered statistically significant. Data were analyzed using the IBM SPSS Statistics version 22.

Results: Airflow obstruction was diagnosed in the 13.7% of the study participants and was associated with the woodstove exposure (86.8 and 88.2, p = 0,009) between those exposed and non-exposed (participants) respectively. However, multivariate analysis revealed that this association was not significant (87.4 vs. 88.2, p=0.097) after adjusting for patients characteristics, suggesting that airflow obstruction did not differ between exposed and non-exposed participants. We also found that Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) [IPAG>17] were establish in non-smoker women who were exposed for 30.2 years to woodstove smoke compared to non-COPD non-smoker women (11.8 years exposure), despite the fact that interactions terms (female gender, smoking, woodstove use, cough with sputum production) were not associated with COPD development.

Conclusion: The present study confirms that woodstove exposure (about 30 years) is associated with Airway Obstruction in non-smoker women. Also, a greater woodstove exposure is indicative of a greater prevalence of airflow limitation and a greater COPD-related symptoms.

Keywords: Airflow obstruction, indoor air pollution, respiratory symptoms, woodstove exposure, COPD

Correspondence author:
Aristea Pasa, Theotokopoulou 9, Heraklion, Crete, 71202, Contact Phone: 6978415479, Email: nurse_attack@hotmail.com

Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης

ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ (ΕΠΝΕ)

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

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

Α. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ

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

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

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

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

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

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

Β. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ

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

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

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

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

ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ

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

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΡΙΤΩΝ

Παρασκευή Αποστολάρα
Αικατερίνη Βενέτη
Μαρία Γέραλη
Δημήτριος Δάλλας
Γεώργιος Ελεσνίτσαλης
Γεώργιος Ίντας
Αγγελική Καραΐσκου
Νεκταρία Κάραλη
Νικόλαος Κοντοδημόπουλος
Μιχάλης Κουράκος
Βάγια Κωνσταντικάκη
Θεοχάρης Κωνσταντινίδης
Πολυξένη Μαγγούλια
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
Ολυμπία Χαλικιοπούλου
Αλεξάνδρα Χαραλαμπίδου
Καλλιόπη Χατζίκα
Ελένη Χριστοδούλου
Χρύσα Χρυσοβιτσάνου

ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

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

Γ. ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

(θα δημοσιεύονται στο πρώτο τεύχος κάθε έτους και θα υπάρχουν στην ιστοσελίδα του περιοδικού)
Οι Έλληνες συγγραφείς μπορούν να δημοσιεύουν άρθρα και στην ελληνική και στην αγγλική γλώσσα

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

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

ΤΥΠΟΙ ΑΡΘΡΩΝ

Το ΕΠΝΕ δημοσιεύει τα ακόλουθα:
1. **ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ** link*
2. **ΓΕΝΙΚΑ ΑΡΘΡΑ**

Το περιοδικό δημοσιεύει φιλοσοφικά, θεωρητικά, μεθοδολογικά ή επαγγελματικά θέματα/καταστάσεις που παρέχουν επίκαιρη, προηγμένη γνώση για τη διεθνή επιστημονική κοινότητα και μπορεί να αφορούν στη νοσηλευτική πρακτική, την εκπαίδευση, τη διοίκηση κ.λπ. Επίσης, δημοσιεύει άρθρα συζήτησης.

3. **ΠΟΣΟΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ**
   α. Πρωτογενείς
      - Εμπειρικές link
      - Κλινικές δοκιμές link

   β.Δευτερογενείς (συστηματικές ανασκοπήσεις) link
   γ. Ανάπτυξης και Ψυχομετρικής Στάθμισης ερευνητικών εργαλείων link
4. **ΠΟΙΟΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ**
   - Εμπειρικές link
5. **ΕΡΕΥΝΕΣ ΜΙΚΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑΣ** link
6. **ΒΙΒΛΙΟΚΡΙΤΙΚΗ** link
7. **ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΕΚΔΟΤΗ**

(Οι επιστολές μπορεί να είναι έκτασης ως 500 λέξεων και να περιλαμβάνουν κρίσεις, ή σχόλια για εργασίες που έχουν ήδη δημοσιευτεί σε 2 προηγούμενα τεύχη).

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

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΡΘΡΩΝ **link**

Έως ότου ολοκληρωθεί το σύστημα ηλεκτρονικής υποβολής άρθρων, καλούνται οι συγγραφείς να υποβάλλουν τα προς αξιολόγηση άρθρα μέσω του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου του περιοδικού στη διεύθυνση journal@enne.gr. Όλη η αλληλογραφία θα πραγματοποιείται μέσω του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου.

Κάθε άρθρο θα συνοδεύεται από **επιστολή του συγγραφέα**, υπόδειγμα της οποίας μπορείτε να βρείτε εδώ (link) και στην οποία αναφέρονται τα ακόλουθα:

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

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

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Οι υποβληθείσες εργασίες αξιολογούνται από τη Διεύθυνση Σύνταξης, εάν συνάδουν με την αποστολή και τους στόχους του Περιοδικού, προκειμένου να προωθηθούν για ανώνυμη αξιολόγηση. Ανάλογα με τη θεματική ενότητα στην οποία ανήκουν, προωθούνται στο υπεύθυνο μέλος της συντακτικής επιτροπής και σε δύο κριτές της αντίστοιχης θεματικής ενότητας, ή σε ανεξάρτητους κριτές.

Οι κριτές αποφαίνονται εάν το άρθρο είναι:

(α) Αποδεκτό για δημοσίευση χωρίς τροποποιήσεις
(β) Αποδεκτό για δημοσίευση με μικρές τροποποιήσεις
(γ) Αποδεκτό για δημοσίευση κατόπιν σημαντικών τροποποιήσεων
(δ) Μη αποδεκτό για δημοσίευση στην παρούσα μορφή

Η τελική προσαρμογή του κειμένου στις υποδείξεις των κριτών διαπιστώνεται από τη Διεύθυνση Σύνταξης, ώστε το άρθρο να προωθηθεί προς δημοσίευση.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

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

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

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

ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ (λίστα ελέγχου – check list)

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

1. **Συνοδευτική Επιστολή (υπάρχει υπόδειγμα)**
2. **Σελίδα τίτλου***
3. **Σελίδα περίληψης***
4. **Σελίδα Βασικών Σημείων του Άρθρου**
5. **Κυρίως κείμενο του άρθρου**
6. **Συμβολή των συγγραφέων**
7. **Χρηματοδότηση (εάν υπάρχει)**
8. **Ευχαριστίες (εάν υπάρχουν)**
9. **Προηγούμενη δημοσίευση (εάν υπάρχει)**
10. **Βιβλιογραφικός κατάλογος**
11. **Πίνακες και σχήματα**

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

Σελίδα τίτλου

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ΕΠΙΠΕΔΟ 1. κεφαλαία γράμματα με έντονη γραφή, (bold)
ΕΠΙΠΕΔΟ 2. πεζά γράμματα με έντονη γραφή,(bold)
ΕΠΙΠΕΔΟ 3. πεζά γράμματα με πλάγια γραφή, (italics)
Εάν κρίνεται απαραίτητη η ύπαρξη περεταίρω υποδιαιρέσεων, προτείνεται η χρήση κουκίδων για τις υπόλοιπες υποκεφαλίδες.

ΘΕΜΑΤΑ ΗΘΙΚΗΣ & ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

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

άδεια χρήσης ερωτηματολογίων ή άλλων κλιμάκων που χρησιμοποίησαν για την εκπόνηση της έρευνάς τους, από τον κάτοχο πνευματικών δικαιωμάτων αυτών και φέρουν την αποκλειστική ευθύνη της χρήσης τους.

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

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

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

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ

Οι περιγραφικές ή αφηγηματικές ανασκοπήσεις παρουσιάζουν τα αποτελέσματα ερευνών πάνω σε ένα θέμα κατά τη διάρκεια μιας συγκεκριμένης χρονικής περιόδου, ή τα αποτελέσματα νέων ερευνών με αξιολογική σειρά, τα οποία συσχετίζονται με την προϋπάρχουσα γνώση. Το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης δέχεται περιγραφικές ανασκοπήσεις που συμβάλλουν στην εξέλιξη της νοσηλευτικής επιστήμης, στις οποίες συμμετέχουν έως τρεις (3) συγγραφείς, με έκταση μέχρι 3500 λέξεις, εξαιρουμένων των πινάκων, των γραφημάτων, της βιβλιογραφίας και της περίληψης. Η δομή θα πρέπει να είναι η ακόλουθη:

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

Επισήμανση: Στις περιγραφικές ανασκοπήσεις δεν περιλαμβάνεται κεφάλαιο μεθοδολογίας.

Περίληψη

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

Λέξεις-κλειδιά

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

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

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

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

ΚΥΡΙΟ ΘΕΜΑ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ

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

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

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

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ

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

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

Περίληψη

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

Λέξεις-κλειδιά

Τρεις έως πέντε λέξεις που αντιπροσωπεύουν το περιεχόμενο της έρευνας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

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

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

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

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

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

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

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

ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΕΡΕΥΝΗΤΩΝ

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

Πίνακες

Περιλαμβάνονται πίνακες όπως

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

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΕΜΠΕΙΡΙΚΕΣ-ΠΟΣΟΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ

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

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

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

Περίληψη

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

Λέξεις-κλειδιά

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

ΚΥΡΙΩΣ ΚΕΙΜΕΝΟ

Το κυρίως κείμενο θα πρέπει να περιλαμβάνει τις παρακάτω υποενότητες:

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

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

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

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

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

Σχεδιασμός

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

Δείγμα μελέτης

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

Συλλογή δεδομένων

Θα πρέπει να προσδιορίζεται ο τόπος, ο τρόπος και η χρονική περίοδος της δειγματοληψίας, η οποία είναι προτιμητέο να μην υπερβαίνει τα πέντε έτη από την ημερομηνία υποβολής. Περιγράψτε τις τεχνικές και τα εργαλεία συλλογής δεδομένων. Αν πρόκειται για ερωτη-

ματολόγια που είναι γνωστά και σταθμισμένα περιγράψτε αναλυτικά και συμπεριλάβετε τη σχετική βιβλιογραφία, περιλαμβάνοντας απαραίτητα, την αναφορά της εργασίας στάθμισης του εργαλείου. Αν πρόκειται για εργαλεία που αναπτύχθηκαν ειδικά για αυτή τη μελέτη, περιγράψτε τη διαδικασία ανάπτυξης, περιλαμβάνοντας στοιχεία ελέγχου της αξιοπιστίας και εγκυρότητας. Διατυπώστε γιατί είναι κατάλληλα αυτά τα εργαλεία και οι τεχνικές για τις μεταβλητές. Συμπεριλάβετε στοιχεία από πιλοτική έρευνα, εάν αυτή έγινε.

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

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

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

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

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

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

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

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΠΟΙΟΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ

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

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

Περίληψη

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

Λέξεις-κλειδιά

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

ΚΥΡΙΩΣ ΚΕΙΜΕΝΟ

Το κυρίως κείμενο θα πρέπει να περιλαμβάνει τις παρακάτω υποενότητες:

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

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

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

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

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

Σχεδιασμός

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

Δείγμα μελέτης

Εδώ περιγράφεται ο πληθυσμός και το δείγμα, το οποίο στις ποιοτικές έρευνες αναφέρεται ως οι «συμμετέχοντες». Συγκεκριμένα, περιγράψτε το είδος και τον τρόπο δειγματοληψίας (μέγιστης απόκλισης δείγμα, εξαιρετικών περιπτώσεων δείγμα, θεωρητική δειγματοληψία κ.λπ), τα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού των συμμετεχόντων στη μελέτη και τους λόγους που επιλέχθηκαν αυτά τα κριτήρια. Αναφέρατε το μέγεθος του δείγματος (πόσοι/πόσες συμμετείχαν στη μελέτη) και αιτιολογήστε τον αριθμό των συμμετεχόντων (γιατί ο συγκεκριμένος αριθμός είναι κατάλληλος και επαρκής). Δώστε λεπτομέρειες αναφορικά με το δείγμα, όπως π.χ. ηλικία, ιδιότητα, φύλο, οικογενειακή κατάσταση κ.λπ, για να βοηθηθεί ο αναγνώστης να κατανοήσει το πλαίσιο της μελέτης. Μπο-

ρεί να χρησιμοποιηθεί και πίνακας για την παρουσίαση των δημογραφικών ή κλινικών χαρακτηριστικών.

Συλλογή δεδομένων

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

Θέματα ηθικής-Δεοντολογίας

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

Ανάλυση Δεδομένων

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

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

Κριτήρια μεθοδολογικής αυστηρότητας διεξαγωγής της μελέτης

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

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

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

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

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

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

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

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

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

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

Συνεισφορά ερευνητών

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

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΜΕΛΕΤΕΣ ΜΙΚΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑΣ

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

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

Τα κριτήρια αξιολόγησης είναι τα εξής:

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

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

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

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

Περίληψη

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

Λέξεις-κλειδιά

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

ΚΥΡΙΩΣ ΚΕΙΜΕΝΟ

Το κυρίως κείμενο θα πρέπει να περιλαμβάνει τις παρακάτω υποενότητες:

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

Προσοχή θα πρέπει να δίνεται στην κριτική αξιολόγηση και επιλογή των βιβλιογραφικών παραπομπών, ώστε να είναι οι πιο αντιπροσωπευτικές, σύγχρονες και σχετικές (εως 30 πηγές), να προέρχονται τόσο από ποσοτικές, όσο και από ποιοτικές έρευνες και να υποστηρίζουν την ανάγκη εκπόνησης μελέτης μικτής μεθοδολογίας πάνω στο θέμα. Σε περίπτωση που η μελέτη αφορά ελληνικό πληθυσμό, θα πρέπει να περιλαμβάνει και αντίστοιχες αναφορές σε ελληνική βιβλιογραφία, εάν υπάρχουν. Στο τέλος, σε χωριστή παράγραφο της εισαγωγής, αναφέρονται ο σκοπός και οι στόχοι της μελέτης. Ο σκοπός της μελέτης παρουσιάζεται ως αφήγηση προθέσεων ή ως ερευνητική ερώτηση ή ως ερευνητική υπόθεση που πρέπει να ερευνηθεί. Η έκταση της εισαγωγής δε θα πρέπει να υπερβαίνει σε έκταση το 1/4 του συνολικού κειμένου.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

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

Σχεδιασμός

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

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

Δείγμα μελέτης

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

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

Συλλογή δεδομένων

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

Θέματα ηθικής-Δεοντολογίας

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

Ανάλυση των δεδομένων

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

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

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

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

Κριτήρια μεθοδολογικής αυστηρότητας διεξαγωγής της μελέτης

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

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

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

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η συζήτηση ξεκινά με αναφορά στο σκοπό της εργασίας και εστιάζει στα κύρια αποτελέσματα, ανακεφαλαιώνοντας και ερμηνεύοντας. Επιπλέον, σκοπός της συζήτησης, είναι να συγκρίνει τα αποτελέσματα/ευρήματα με αυτά της ήδη υπάρχουσας 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 γωσιακή στάθμιση ερωτηματολογίων και κλιμάκων. Οι οδηγίες του περιοδικού για τις ποσοτικές εμπειρικές έρευνες, πχ τίτλος, ονόματα, έκταση των άρθρων, περίληψη, λέξεις κλειδιά, πίνακες, σχήματα κ.λπ. ισχύουν και σε αυτήν την κατηγορία άρθρων.

ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΗ ΣΤΑΘΜΙΣΗ

ΔΟΜΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗΣ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ΚΥΡΙΩΣ ΚΕΙΜΕΝΟ:

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

ΣΚΟΠΟΣ

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

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

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

Περιγραφή πρωτότυπου ερωτηματολογίου/αρχικής κλίμακας

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

Συμμετέχοντες – Πληθυσμός

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ΒΙΒΛΙΟΚΡΙΤΙΚΗ

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

Πριν τη λεπτομερή ανάγνωση του βιβλίου, ελέγξτε:
Τίτλος – τι μας προτείνει
Πρόλογος – παρέχει σημαντικές πληροφορίες για το σκοπό του συγγραφέα? Βοηθά στη συνολική αξιολόγηση του βιβλίου? Επιτεύχθηκε ο σκοπός που τέθηκε?
Περιεχόμενα - παρουσιάζουν τη δομή και οργάνωση του βιβλίου. Συνήθως η ομαδοποίηση των επιμέρους τμημάτων του βιβλίου γίνεται με βάση τον τόπο, το χρόνο ή τη θεματική ενότητα.

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

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

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

Συγγραφή της βιβλιοκριτικής
Ελέγξτε τις σημειώσεις σας και στη συνέχεια με τη βοήθεια του περιγράμματος που έχετε ήδη φτιάξει, αρχίστε να γράφετε. Η βιβλιοκριτική σας, θα πρέπει να περιλαμβάνει τα ακόλουθα:
Αρχικές πληροφορίες – τον τρόπο βιβλιογραφικής παράθεσης του συγκεκριμένου βιβλίου, π.χ. πλήρης τίτλος, συγγραφέας, τόπος έκδοσης, εκδοτικός οίκος, ημερομηνία έκδοσης, αριθμός έκδοσης, σελίδες, συμπληρωματικό υλικό (χάρτες, πίνακες)
Εισαγωγή – με την εναρκτήρια πρόταση προσπαθήστε να τραβήξετε την προσοχή του αναγνώστη. Η εισαγωγή θα πρέπει να παρουσιάζει την κεντρική σας θέση και να προϊδεάζει για τον τόνο της βιβλιοκριτικής σας.
Ανάπτυξη – Αναπτύξτε το κείμενό σας χρησιμοποιώντας τα επιχειρήματα που σημειώσατε στο προσχέδιό σας. Χρησιμοποιήστε περιγραφή, αξιολόγηση και επεξήγηση του λόγου για τον οποίο ο συγγραφέας έγραψε αυτό το βιβλίο. Χρησιμοποιήστε αναφορές για να δείξετε τα σημαντικά σημεία του κειμένου.
Συμπέρασμα – Αν η κριτική σας είναι καλογραμμένη και με επιχειρήματα, το συμπέρασμα θα ακολουθήσει με λογική σειρά. Μπορεί να περιλαμβάνει την τελική αξιολόγηση του βιβλίου ή απλά την επαναδιατύπωση της αρχικής σας πρότασης. Δεν θα πρέπει να εισάγετε νέο υλικό/ιδέες σε αυτό το σημείο.

Τελικός έλεγχος του προσχέδιου
Αφήστε λίγο χρόνο να μεσολαβήσει ανάμεσα στο προσχέδιο και το τελικό κείμενο.
Διαβάστε προσεκτικά όλο το κείμενο, ελέγχοντας τη σαφήνεια και τη λογική συνέχεια των επιχειρημάτων. Διορθώστε τυχόν γραμματικά ή ορθογραφικά λάθη. Επιβεβαιώστε ότι οι αναφορές που χρησιμοποιήθηκαν είναι σωστά γραμμένες στο βιβλιογραφικό κατάλογο.

ΣΥΓΓΡΑΦΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΠΑΡΑΠΟΜΠΩΝ

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

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

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

Παραπομπές εντός κειμένου:

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

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

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

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

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

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

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

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

Βιβλιογραφικός Κατάλογος

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

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

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

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

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

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

Βιβλίο

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

Κεφάλαιο σε βιβλίο

Αναγράφεται το επώνυμο και τα αρχικά του ονόματος του συγγραφέα, το έτος έκδοσης σε παρένθεση και ο τίτλος του κεφαλαίου. Ακολουθεί το «στο» ή «in» (για αγγλόφωνο βιβλίο), το επώνυμο και τα αρχικά του ονό-

ματος του/των συγγραφέα/ων, η έκδοση, ο τίτλος του βιβλίου με πλάγιους χαρακτήρες (Italics), ο τόπος έκδοσης και ο εκδοτικός οίκος. Π.χ.

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

Ηλεκτρονικό βιβλίο

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

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

Άρθρο

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

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

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

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

Διατριβή:

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

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

Πληροφορίες από το Διαδίκτυο (Ιστοσελίδες):

Σε περίπτωση χρήσης ιστοσελίδας ακολουθείται η εξής σειρά: Συγγραφέας (εάν είναι διαθέσιμος) ή οργανισμός, έτος, τίτλος κειμένου, διαθεσιμότητα, ηλεκτρονική διεύθυνση και ημερομηνία πρόσβασης (σε αγκύλη). Π.χ.

Merchant A.T. (2007). Diet, physical activity, and adiposity in children in poor and rich neighbor hoods: a cross-sectional comparison. Nutrition Journal [Online]. Available at: http://www.nutritionj.com/content/pdf/1475-2891- 6-1.pdf [Accessed: 10 May 2007]

National electronic Library for Health (2003). Can walking make you s l i m m e r a n d h e a l t h i e r ? [Online]. (Updated 16 Jan 2005) Available at: http://www.nhs.uk.hth.walking [accessed 10 April 2005]

Πρακτικά Συνεδρίων

Αναγράφονται το επώνυμο και αρχικό ονόματος, το έτος δημοσίευσης, ο τίτλος της εργασίας. Ακολουθεί το «In» ή «Στο» και αρχικό με επώνυμο εκδότη εάν υπάρχει, τίτλος συνεδρίου με ημερομηνία και τέλος τόπος έκδοσης με σελίδες. Π.χ.

Fedelius H.C. (2000). Myopia and significant visual impairment: global aspects. In: LL. Lin (eds). Myopia Updates II: Proceedings of the 7th International Conference on Myopia. Taipei, 17-20 November, 1998. Tokyo: Springer, pp. 31-37.

Επιτομή χρήσιμων πληροφοριών

Σύσταση της ΕΝΕ

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

Κυριότεροι σκοποί της ΕΝΕ

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

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

Μέλη της ΕΝΕ

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

Διάρθρωση της ΕΝΕ

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

Κεντρική Διοίκηση

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

Περιφερειακά Τμήματα

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

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

σίας και Τρικάλων. Έδρα του 5ου ΠΤ Θεσσαλίας είναι η Λάρισα.
6. Εκτο Περιφερειακό Τμήμα Ιονίων Νήσων: ΥΠΑΤΗΣ 1 &Ν.Ε.Ο. ΠΑΤΡΩΝ ΑΘΗΝΩΝ, ΠΑΤΡΑ ΤΚ 26441 ΤΗΛ. 2610423830 FAX. 2610426215. Περιλαμβάνει τους Νομούς Ζακύνθου, Κέρκυρας, Κεφαλληνίας και Λευκάδας καθώς και το δήμο Ιθάκης που αποτελεί αυτοτελή περιφερειακή ενότητα.
7. Έβδομο Περιφερειακό Τμήμα Δυτικής Ελλάδας: ΥΠΑΤΗΣ 1 &Ν.Ε.Ο. ΠΑΤΡΩΝ ΑΘΗΝΩΝ, ΠΑΤΡΑ, ΤΚ 26441 ΤΗΛ. 2610423830 FAX. 2610426215. Περιλαμβάνει τους Νομούς Αιτωλοακαρνανίας, Αχαΐας και Ηλείας. Έδρα του 7ου ΠΤ Δυτικής Ελλάδας είναι η Πάτρα.
8. Όγδοο Περιφερειακό Τμήμα Στερεάς Ελλάδας: ΝΑΥΑΡΙΝΟΥ 2 ΤΚ. 41223 ΤΗΛ.2410284866 FAX. 2410284871. Περιλαμβάνει τους Νομούς Βοιωτίας, Ευβοίας, Ευρυτανίας, Φθιώτιδος και Φωκίδος. Έδρα του 8ου ΠΤ Στερεάς Ελλάδας είναι η Λαμία.
9. Ένατο Περιφερειακό Τμήμα Απτικής: 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