Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης
Hellenic journal of Nursing Science



Τόμος 8, Τεύχος 3, ΙΟΥΛΙΟΣ - ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ - ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2015
Volume 8, Number 3, JULY - AUGUST - SEPTEMBER 2015

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ - EDITORIAL
ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ
Προκλήσεις και Προτάσεις για τους Νοσηλευτές
Γεώργιος Κριτσωτάκης

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ - REVIEW
Εφαρμογές έξυπνων κινητών τηλεφώνων, σχετιζόμενες με την Υγεία
Health related smartphone applications: a literature review
Παντελής Στεργιάννης, Γεώργιος Ίντας, Ελένη Χριστοδούλου

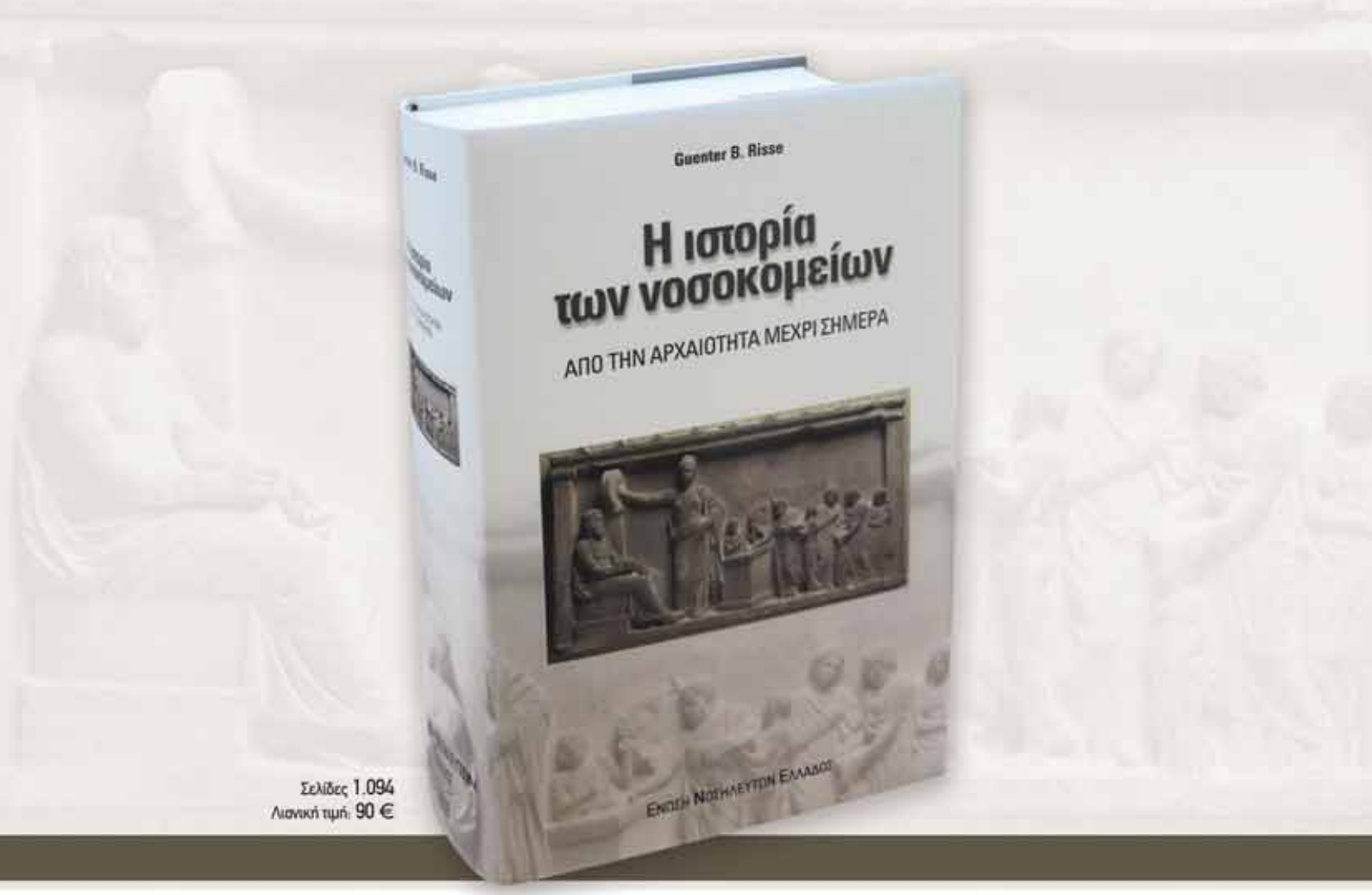
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ - RESEARCH ARTICLES
Κλινικές επιπτώσεις της μετάγγισης αίματος κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο σε καρδιοχειρουργικούς ασθενείς
Clinical effects of blood transfusion during the immediate postoperative period in cardiac surgery patients
Βασίλης Χατζητόλιας, Ευαγγελία Χατζηλεωνίδα, Ευφροσύνη Λαζαρίδου, Καλλιόπη Λελέκη, Αθηνά Ντέντα, Μαρία Σίλελη

Η χρήση της πορνογραφίας: πηγές, συμπεριφορές και σεξουαλικότητα
The use of pornography: sources, attitudes and sexuality
Παναγιώτα Δερεδίνη, Γεώργιος Καλλέργης

Διερεύνηση της συσχέτισης των δημογραφικών παραγόντων με την ποιότητα ζωής των κατοίκων της Αττικής στην περίοδο της οικονομικής κρίσης
Investigation of the associations of demographic factors with quality of life in the population in Attica, Greece, in the period of financial crisis
Ενκελέιντ - Άγγελος Μεχίλι, Δάφνη Καϊτελίδου, Αθηνά Καλοκαιρινού, Πέτρος Γαλάνης, Μαριάννα Διομήδους

Υποκειμενικό στρες, αντίληψη του επαγγελματικού ρόλου και στρατηγικές αντιμετώπισης των νοσηλευτών ψυχικής υγείας
Subjective stress, role perceptions and coping strategies among mental health nurses
Σπυριδούλα Ντούπη, Γεώργιος Κουλιεράκης, Ευάγγελος Καραδήμας

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



Σελίδες 1.094
Λιανική τιμή: 90 €

Guenter B. Risse

Η ιστορία των νοσοκομείων

ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΧΑΙΟΤΗΤΑ ΜΕΧΡΙ ΣΗΜΕΡΑ

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

ΜΙΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΑΠΟ ΤΗΝ Ε.Ν.Ε.

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

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

Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης

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

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

ISSN 1791-9002
e-ISSN 2459-2994

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

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

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

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

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ
Αθηνά Καλοκαιρινού, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ, **Στέφανος Μαντζούκας**, Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής ΤΕΙ Ηπείρου, **Ευγενία Μηνασίδου**, Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσ/νίκης, **Ιωάννα Παπαθανασίου**, Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Θεσσαλίας, **Θεοδώρα Καυκιά**, Καθηγήτρια Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσ/νίκης, **Γεώργιος Κριτσωτάκης**, Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ 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

**Συμπεριφορικοί Παράγοντες Κινδύνου για την Υγεία.
Προκλήσεις και Προτάσεις για τους Νοσηλευτές**
Γεώργιος Κριτσωτάκης 3

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ - REVIEW

Εφαρμογές έξυπνων κινητών τηλεφώνων, σχετιζόμενες με την Υγεία
Health related smartphone applications: a literature review
Παντελής Στεργιάννης, Γεώργιος Ίντας, Ελένη Χριστοδούλου 6

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ - RESEARCH ARTICLES

Κλινικές επιπτώσεις της μετάγγισης αίματος κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο σε καρδιοχειρουργικούς ασθενείς
Clinical effects of blood transfusion during the immediate postoperative period in cardiac surgery patients
Βασίλης Χατζητόλιας, Ευαγγελία Χατζηλεωνίδα, Ευφροσύνη Λαζαρίδου, Καλλιόπη Λελέκη, Αθηνά Ντέντα, Μαρία Σίλελη 13

Η χρήση της πορνογραφίας: πηγές, συμπεριφορές και σεξουαλικότητα
The use of pornography: sources, attitudes and sexuality
Παναγιώτα Δερεδίνη, Γεώργιος Καλλέργης 20

Διερεύνηση της συσχέτισης των δημογραφικών παραγόντων με την ποιότητα ζωής των κατοίκων της Αττικής στην περίοδο της οικονομικής κρίσης
Investigation of the associations of demographic factors with quality of life in the population in Attica, Greece, in the period of financial crisis
Ενκελέιντ - Άγγελος Μεχίλι, Δάφνη Καϊτελίδου, Αθηνά Καλοκαιρινού, Πέτρος Γαλάνης, Μαριάννα Διομήδους . . . 29

Υποκειμενικό στρες, αντίληψη του επαγγελματικού ρόλου και στρατηγικές αντιμετώπισης των νοσηλευτών ψυχικής υγείας
Subjective stress, role perceptions and coping strategies among mental health nurses
Σπυριδούλα Ντούπη, Γεώργιος Κουλιεράκης, Ευάγγελος Καραδήμας 42

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ 54

EDITORIAL

Συμπεριφορικοί Παράγοντες Κινδύνου για την Υγεία. Προκλήσεις και Προτάσεις για τους Νοσηλευτές

Γεώργιος Κριτσωτάκης
Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Κρήτης

Το παρόν άρθρο σύνταξης διαπραγματεύεται το πάντα επίκαιρο θέμα των συμπεριφορικών παραγόντων κινδύνου για την υγεία των ατόμων και των πληθυσμών, καθώς και τη δυνατότητα σχεδιασμού και εφαρμογής προληπτικών παρεμβάσεων και στρατηγικών.

Ας ξεκινήσουμε να προσεγγίζουμε το θέμα, θέτοντας το εξής ερώτημα: Ποιος θεωρείται ότι έχει περισσότερες πιθανότητες να πάθει έμφραγμα; Ο κος Νίκος, ο οποίος καπνίζει, δεν ασκείται και δεν τρώει σχεδόν καθόλου φρούτα/λαχανικά, ή ο κ. Μανόλης, ο οποίος δεν καπνίζει, ασκείται συστηματικά και τα φρούτα και τα λαχανικά βρίσκονται καθημερινά στο διαιτολόγιό του; Η απάντηση φαίνεται να είναι εύκολη, υπέρ των πιθανοτήτων που έχει ο κ. Νίκος.

Ας αναλογιστούμε στη συνέχεια, τι κάνουμε εμείς ως Νοσηλευτές και ως Σύστημα Υγείας πριν και μετά την εκδήλωση του εμφράγματος. Θα μπορούσαμε εύκολα να εντοπίσουμε τη ροή των γεγονότων και όλες τις παρεμβάσεις μας που θα κάναμε μετά και αφορούν στη νοσηλεία του κ. Νίκου και στην παρακολούθησή του. Ωστόσο, με δυσκολία θα εντοπίζαμε συστηματικές μη-φαρμακευτικές παρεμβάσεις για τροποποίηση συμπεριφορών που εάν γινόταν πριν θα μείωναν πραγματικά και τεκμηριωμένα τις πιθανότητες για την εκδήλωση του εμφράγματος. Ακόμη και για τους γνωστούς αιτιολογικούς παράγοντες κινδύνου (risk factors) που ανταποκρίνονται σε φαρμακευτική θεραπεία (π.χ. αρτηριακή υπέρταση), ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού δεν έχει διάγνωση, ενώ και η συμμόρφωση -προσκόλληση στη θεραπεία (compliance, adherence) αυτών που έχουν διάγνωση, δεν είναι μακροπρόθεσμα σταθερή και μειώνεται σταδιακά, καθιστώντας τον έλεγχο της πάθησης αναποτελεσματικό (Efstratopoulos et al 2006, Barkas et al 2013).

Γενικότερα, η ανεπάρκεια στην προληπτική διαχείριση των νοσημάτων αποτυπώνεται στις κύριες αιτίες πρόωρων θανάτων, νοσηρότητας, αναπηρίας και επιδείνωσης της ποιότητας ζωής στην Ελλάδα, αλλά και σε παγκόσμιο επίπεδο (καρδιαγγειακά νοσήματα, νεοπλασίες κ.ά.), ενώ φαίνεται να σχετίζεται με την ανεπαρκή διαχείριση των γνωστών αιτιολογικών παραγόντων κινδύνου. Οι παράγοντες κινδύνου μπορούν να χωριστούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες: τους μη τροποποιήσιμους και τους τροποποιήσιμους συμπεριφορικούς και μεταβολικούς παράγοντες κινδύνου. Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν κυρίως παράγοντες όπως είναι η ηλικία, το φύλο, η εθνικότητα, το οικογενειακό ιστορικό και το γονιδιακό προφίλ, υπό τον περιορισμό ότι τα τελευταία χρόνια αυξάνονται οι ενδείξεις που θέτουν σε διάλογο την ένταξη του γονιδιακού προφίλ στην μη τροποποιήσιμη κατηγορία. Τα γονίδια δεν λειτουργούν εν κενώ, αλλά μέσα στο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον που καθημερινά διαβιεί ο άνθρωπος και το οποίο σε συνδυασμό με τις περιβαλλοντικές επιδράσεις, τις συμπεριφορές και τα συναισθήματά μας, μπορεί να ενεργοποιήσει ή να καταστείλει την έκφρασή τους (Fredrickson et al 2013).

Η δεύτερη κατηγορία, η οποία και παρέχει μεγάλη δυνατότητα προληπτικών παρεμβάσεων, περιλαμβάνει μεταξύ άλλων, το ενεργητικό/παθητικό κάπνισμα, τις λανθασμένες ή ανεπαρκείς διατροφικές συνήθειες, την έλλειψη άσκησης και τον καθιστικό τρόπο ζωής, το υψηλό άγχος, τους δείκτες χοληστερόλης και την αρτηριακή υπέρταση (Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008, WHO 2002, CDC 2015, Lim et al 2012). Επίσης, ειδικά για τις ηλικίες 15-25 ετών, η πρώτη αιτία θανάτων και αναπηρίας είναι τα τροχαία συμβάντα που επιπλέον των συστημικών

παραγόντων, όπως είναι το ανεπαρκές οδικό δίκτυο, σχετίζονται και με λανθασμένες -αλλά τροποποιήσιμες- οδηγικές συμπεριφορές, όπως είναι η οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ, η μη χρήση κράνους και ζώνης ασφαλείας κατά την οδήγηση κ.ά. (Bogstrand et al 2015).

Με δεδομένα όλα τα παραπάνω λοιπόν, δεν προκαλεί εντύπωση ότι οι κύριες προτεραιότητες και στρατηγικές για την υγεία για τα επόμενα χρόνια, όπως διαμορφώνονται από εθνικούς και διεθνείς οργανισμούς, αφορούν στην πρόληψη για τη μείωση των τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου (Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008, WHO 2002, CDC 2015).

Στην Ελλάδα, είναι συνεχείς οι ερευνητικές αναφορές ότι ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού καπνίζει, δεν ασκείται συστηματικά και εμφανίζει από τα πιο υψηλά ποσοστά παχυσαρκίας στην Ευρώπη, καθώς απομακρύνεται από το ισορροπημένο πρότυπο της Μεσογειακής διατροφής, θέτοντας έτσι σε κίνδυνο τη μελλοντική του υγεία (Panagiotakos et al 2009, Vardavas & Kafatos 2007). Ένα πρόσφατο ενδεικτικό παράδειγμα προέρχεται από τη Μελέτη ΛΑΤΩ του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης, που πραγματοποιήθηκε σε δείγμα περίπου 1150 πρωτοετών φοιτητών/τριών. Στη μελέτη αυτή, καταγράφηκαν και αναλύθηκαν 14 συμπεριφορικοί και μεταβολικοί παράγοντες κινδύνου για την υγεία, όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση και κατάχρηση αλκοόλ, η έλλειψη άσκησης - φυσικής δραστηριότητας, οι ώρες που κάθονται μπροστά σε οθόνη (screen time, sedentary behaviours), οι δείκτες διατροφικών συνήθειών και η παχυσαρκία, η χρήση νόμιμων και παράνομων ναρκωτικών ουσιών, η στοματική υγιεινή, τα εγκαύματα από τον ήλιο κ.ά. Με βάση τις παραπάνω συμπεριφορές, δημιουργήθηκε ένας δείκτης κινδύνου με εύρος 0-100. Τα αποτελέσματα έδειξαν πολύ υψηλή συχνότητα στο σύνολο σχεδόν των συμπεριφορών διακινδύνευσης. Το σημαντικότερο εύρημα ωστόσο, ήταν ότι υπολογίζοντας την ταυτόχρονη συνύπαρξη των παραγόντων κινδύνου, 1 στους 5 φοιτητές (21.3%) εμφάνιζε πάνω από 10 συμπεριφορές διακινδύνευσης και μόνο το 0.3% των φοιτητών είχε μόνο μία, με μέσο όρο παρουσίας παραγόντων κινδύνου περίπου τους 8. Επιπλέον, ο δείκτης κινδύνου ήταν υψηλότερος για τους άντρες σε σχέση με τις γυναίκες (Kritsotakis et al 2015).

Η ελαχιστοποίηση του συνόλου των συμπεριφορικών παραγόντων κινδύνου καθίσταται πιο σημαντική υπό το βάρος των αναφορών ότι όταν συνυπάρχουν πολλαπλοί παράγοντες κινδύνου σε ένα άτομο, αυτοί δρουν συνεργειακά και αυξάνουν τον κίνδυνο για εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων (καρδιαγγειακές παθήσεις, νεοπλάσματα κ.λπ) περισσότερο από ότι τον αυξάνει το άθροισμα των επιμέρους επιπτώσεών τους (Smpokos et al 2014).

Το ερώτημα λοιπόν που προκύπτει είναι γιατί δεν μεταφράζεται το στέρεο σώμα γνώσης και οι κατευθυντήριες οδηγίες σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου, σε καθολικά και συστηματικά προγράμματα μη φαρμακευτικών προληπτικών παρεμβάσεων και καλύτερη παρακολούθηση από ό,τι γίνεται τώρα σε σχέση με την προσκόλληση στη θεραπεία στις φαρμακευτικές παρεμβάσεις; Οι Κοτσώνη και συν (2008) διερεύνησαν τις οδηγίες που δέχτηκαν κατά την επαφή με υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Κρήτη, άτομα με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) που κάπνιζαν. Διαπιστώθηκε ότι ούτε ένας από τους ασθενείς δεν είχε δεχτεί οδηγία σχετικά με τη διακοπή καπνίσματος από το Νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ περίπου 7 στους 10 ήταν αποδέκτες μόνο προφορικών συμβουλών από ιατρούς. Παρ' ότι αποτελεί κοινή γνώση ότι η αναφορά μόνο των «σωστών» συμπεριφορών δεν είναι επαρκής για την τροποποίησή τους, ως επαγγελματίες υγείας οφείλουμε να αναγνωρίσουμε ότι η εκπαίδευση και η εργασιακή κουλτούρα μας χρειάζεται να διευρυνθεί και να ακολουθεί τις πραγματικές ανάγκες των ατόμων, με τελικό στόχο να προάγει τη χρήση καινοτόμων, αποδοτικών και αποτελεσματικών παρεμβάσεων για την τροποποίηση των συμπεριφορών στο σύνολο των υγιών και των ασθενών ατόμων, ως καθημερινή κλινική ρουτίνα, σε όλο το φάσμα της φροντίδας υγείας.

Το ερώτημα ωστόσο συνεχίζει να παραμένει: γιατί δεν ασχολούμαστε συστηματικά με την πρόληψη των παραγόντων κινδύνου και τι μπορούμε να κάνουμε για αυτό; Η απάντηση δεν είναι εύκολη και σίγουρα δεν είναι μονοδιάστατη. Μία παράμετρος σχετίζεται με το κατά πόσο επενδύουν οι εμπλεκόμενοι φορείς, κρατικοί και μη, στην πρόληψη, από τη στιγμή που δεν υπάρχει ακόμη συστηματική κατ' οίκον φροντίδα ή δεν υπάρχουν μόνιμοι σχολικοί Νοσηλευτές που να αναπτύξουν υπηρεσίες, επιπλέον των εμβολιασμών, ή των ελέγχων για την σκολίωση και την οπτική οξύτητα στους μαθητές. Μία άλλη παράμετρός της σχετίζεται με το εάν και κατά πόσο επενδύουμε ουσιαστικά εμείς οι Νοσηλευτές στη μέτρηση, στην ανίχνευση, αλλά και στη μείωση και ελαχιστοποίηση των παραγόντων κινδύνου μέσω καινοτόμων και συστηματικών πρακτικών.

Οι σύγχρονες αποτελεσματικές πρακτικές δεν αφορούν μόνο στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, αλλά όλα τα επίπεδα φροντίδας, με αναγκαία και χρήσιμη τη μεταξύ τους διασύνδεση, όπως επίσης και τη διασύνδεση με φορείς της κοινότητας. Έρευνες έχουν δείξει ότι σύντομες συμβουλευτικές παρεμβάσεις από Νοσηλευτές σε ασθενείς κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο, είναι αποτελεσματικές στη μείωση των παραγόντων κινδύνου (π.χ. κάπνισμα) και επίσης ότι η συνεργασία μεταξύ εργαζομένων στα νοσοκομεία και την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας μπορεί να έχει θετικά αποτελέσματα σε δείκτες υγείας στον πληθυσμό (ενδεικτικά: The Joanna Briggs Institute 2009, Rice et al 2013, Kolsgaard et al 2011).

Συμπερασματικά, η τροποποίηση των συμπεριφορών υγείας του πληθυσμού, παρουσιάζει πολλές προκλήσεις, ενώ χρειάζεται να τεκμηριώσει την μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητά της. Οι Νοσηλευτές, αλλά και το σύνολο των επαγγελματιών υγείας, οφείλουν να διεκδικήσουν κεντρικό ρόλο όχι μόνο στη διαχείριση των ασθενειών, αλλά και στην πρόληψή τους, με στόχο τη βελτίωση των δεικτών υγείας και της ποιότητας ζωής στο σύνολο του πληθυσμού.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Barkas F., Liberopoulos Ev., Elisaf M. (2013). Impact of compliance with antihypertensive and lipid-lowering treatment on cardiovascular risk Benefits of fixed-dose combinations. Hellenic Journal of Atherosclerosis 1(1): 18-25.

Bogstrand S.T., Larsson M., Holtan A., Staff T., Vindenes V., Gjerde H. (2015). Associations between driving under the influence of alcohol or drugs, speeding and seatbelt use among fatally injured car drivers in Norway. Accident Analysis & Prevention 78: 14-9.

CDC, Centre of Disease Control & Prevention. (2015). Heart Disease Risk Factors http://www.cdc.gov/heartdisease/risk_factors.htm (προσπελάστηκε τον Σεπτεμβριο 2015).

Efstratopoulos A.D., Voyaki S.M., Baltas A.A., Vratsistas F.A., Kirlas D.E., Kontoyannis J.T., Sakellariou J.G., Triantaphyllou G.B., Alokrios G.A., Lianas D.N., Vasilakis E.A., Fotiadis K.N., Kastritsea E.E. (2006). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Hellas, Greece: the Hypertension Study in General Practice in Hellas (HYPERTENSHELL) national study. American Journal of Hypertension 19(1): 53-60.

Fredrickson B.L., Grewen K.M., Coffey K.A., (...), Ma J., Cole S.W. (2013). A functional genomic perspective on human well-being. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America 110 (33): 13684-13689.

Kolsgaard M.L., Joner G., Brunborg C., Anderssen S.A., Tonstad S., Andersen L.F. (2011). Reduction in BMI z-score and improvement in cardiometabolic risk factors in obese children and adolescents. The Oslo Adiposity Intervention Study - a hospital/public health nurse combined treatment. BMC Pediatrics 27: 11:47.

Kotsoni C., Antonakis N., Markaki A., Lionis C. (2008). Do patients with chronic obstructive pulmonary disease receive smoking cessation advice and interventions in rural Crete? Report from a medical audit study. Australian Journal of Rural Health 16(6): 385-6.

Kritsotakis G., Konstantinidis T., Kleisiaris C., Zografakis M., Pitsouni V., Androulaki Z. (2015). Differences in the prevalence of health risk behaviours between male and female young adults: the LATO Study in Greece. International Conference and CNR, 19-23/6/2015, COEX, Seoul.

Lim SS, et al. (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 15; 380(9859):2224-60.

Panagiotakos D.B., Pitsavos C., Chrysohoou C., Skoumas I., Stefanadis C. (2009). Prevalence and five-year incidence (2001-2006) of cardiovascular disease risk factors in a greek sample: The ATTICA study. Hellenic Journal of Cardiology 50(5): p. 388-395.

Rice V.H., Hartmann-Boyce J., Stead L.F. (2013). Nursing interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 8. Art. No.: CD001188.

Smpokos E., Linardakis M., Papadaki A., Sarri K., Kafatos A. (2014). Clustering of chronic disease behavioral risk factors among adolescents in Crete (Greece): associations with biological factors and cardiorespiratory fitness levels. Journal of Public Health 22: 433-442.

The Joanna Briggs Institute. (2009). Nurse-led interventions to reduce cardiac risk factors in adults. Best Practice: evidence based information sheets for health professionals 13(5): 1-4.

Vardavas C.I., Kafatos A.G. (2007). Smoking policy and prevalence in Greece: an overview. European Journal of Public Health 17(2): 211-3.

WHO (2002). The world health report 2002 - Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva, Switzerland.

Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία. (2008). Υπουργείο Υγείας, Ελλάδα.

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Εφαρμογές έξυπνων κινητών τηλεφώνων, σχετιζόμενες με την Υγεία

Παντελής Στεργιάννης[1], Γεώργιος Ίντας[2], Ελένη Χριστοδούλου[3]

1. Νοσηλευτής, MSc, PhD, ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι»
2. Νοσηλευτής, MSc, PhD, ΓΝ Νίκαιας «Ο Άγιος Παντελεήμων»
3. Νοσηλεύτρια, MSc, PhD, Σχολή «Σοφία Σλήμαν» ΓΝ «Σωτηρία»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ραγδαία εξέλιξη της τεχνολογίας έχει προσφέρει στους επαγγελματίες υγείας πρόσβαση σε μια ποικιλία εφαρμογών και τεχνολογιών. Τα νέα λειτουργικά συστήματα που αναπτύχθηκαν στο χώρο των κινητών τηλεφώνων επέφεραν επανάσταση στον τρόπο με τον οποίο χρησιμοποιούνται. Μια από τις κυριότερες δυνατότητες που προσφέρει το προηγμένο λογισμικό των έξυπνων τηλεφώνων είναι η πρόσβαση του χρήστη σε πληθώρα νέων, εντυπωσιακών εφαρμογών μέσω των λειτουργικών συστημάτων. Οι εφαρμογές που παρέχονται μέσω των κινητών συσκευών και αφορούν στην υγεία, ευνοούν την πιο δυναμική συμμετοχή των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας στην περίθαλψη και συνιστούν ένα νέο μέσο για τη βελτίωση της υγείας. Σκοπός του παρόντος άρθρου είναι, μέσα από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, να περιγραφούν οι εφαρμογές έξυπνων τηλεφώνων που χρησιμοποιούνται σήμερα στον χώρο της υγείας, αναφέροντας συγκεκριμένες δυνατότητες που αυτές προσφέρουν. Φάνηκε ότι για το χώρο της υγείας έχουν αναπτυχθεί αρκετές εφαρμογές οι οποίες μπορούν να ταξινομηθούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες. Η μια κατηγορία αφορά αυτές που έχουν ενημερωτικό χαρακτήρα, δηλαδή παρέχουν πληροφορίες στο χρήστη σχετικά με θέματα υγείας, επιτρέποντάς του να διαβάσει, να συγκεντρώσει πόρους για τη λήψη αποφάσεων, αλλά και να εισάγει τα δικά του δεδομένα. Η δεύτερη κατηγορία εφαρμογών αφορά σε αυτές που σχετίζονται με λογισμικό που στόχο έχει να βοηθήσει τη διάγνωση, τη θεραπεία και τη λήψη αποφάσεων για θέματα που αφορούν στην υγεία και σε κάποιες περιπτώσεις λαμβάνει τη μορφή συμβούλου, υποκαθιστώντας τον επαγγελματία υγείας. Η αξιοποίηση νέων εφαρμογών από τους επαγγελματίες υγείας κρίνεται απαραίτητη, καθώς όσο εξελίσσεται η τεχνολογία, αναμένεται να αναπτυχθούν εξειδικευμένες εφαρμογές με νέες δυνατότητες.

Λέξεις - Κλειδιά: ασθενής, επαγγελματίας υγείας, εφαρμογή, έξυπνο κινητό τηλέφωνο, υγεία.

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας: Παντελής Στεργιάννης
Ηλεκτρονική διεύθυνση: pantstergiannis@yahoo.gr
Τηλέφωνο: 6944276624

Ημερομηνία υποβολής:23/07/2015
Ημερομηνία δημοσίευσης: 14/08/2015

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Οι εφαρμογές έξυπνων τηλεφώνων χρησιμοποιούνται ευρέως στο χώρο της υγείας.**
- **Απευθύνονται σε επαγγελματίες υγείας, φοιτητές σχολών επιστημών υγείας και ασθενείς.**
- **Αφορούν στην παροχή πληροφοριών για διάγνωση και θεραπεία ασθενειών.**
- **Αξιοποιούνται από επαγγελματίες υγείας για την αναζήτηση βιβλιογραφίας, προς εφαρμογή στην τεκμηριωμένη κλινική πρακτική**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα νέα λειτουργικά συστήματα που αναπτύχθηκαν στο χώρο των κινητών τηλεφώνων επέφεραν επανάσταση στον τρόπο με τον οποίο χρησιμοποιούνται. Μια από τις κυριότερες δυνατότητες που προσφέρει το προηγμένο λογισμικό των έξυπνων τηλεφώνων (smartphones) είναι η πρόσβαση του χρήστη σε πληθώρα νέων, εντυπωσιακών εφαρμογών μέσω των λειτουργικών συστημάτων τους. Στον τομέα των έξυπνων τηλεφώνων, ο όρος «εφαρμογές», «applications» ή απλούστερα «apps» χαρακτηρίζει το λογισμικό που «τρέχει» σε μια κινητή πλατφόρμα και αναλαμβάνει την εκτέλεση συγκεκριμένων λειτουργιών για το χρήστη της πλατφόρμας.

Εφαρμογές συναντώνται στα περισσότερα κινητά τηλέφωνα, ακόμη και στα πλέον οικονομικά. Ορισμένες από αυτές είναι ήδη εγκατεστημένες στα λειτουργικά των συσκευών κατά την αγορά τους (εφαρμογές σχετικές με αποστολή και λήψη μηνυμάτων κειμένου και εικονομηνυμάτων, προγράμματα περιήγησης στο διαδίκτυο, εφαρμογές αναπαραγωγής πολυμέσων), ενώ άλλες τις προμηθεύεται ο χρήστης από τα αντίστοιχα ηλεκτρονικά καταστήματα εφαρμογών. Αξίζει να αναφερθεί, πως ανεξάρτητα από τον τρόπο με τον οποίο ο χρήστης τελικά αποκτά πρόσβαση στις εφαρμογές που τον ενδιαφέρουν, οι ίδιες συνιστούν ευρύ και διαρκώς αυξανόμενο πεδίο της αγοράς, με τον ανταγωνισμό των εταιριών ανάπτυξης τέτοιων εφαρμογών να είναι μεγάλος (Λουμάνης 2011).

Όσον αφορά στο χώρο της υγείας, έχουν αναπτυχθεί στις μέρες μας αρκετές εφαρμογές, γενικές και εξειδικευμένες, οι οποίες υπόσχονται πληθώρα πλεονεκτημάτων για τους χρήστες και τους ασθενείς. Έχουν αναπτυχθεί εφαρμογές που παρέχουν πληροφορίες σχετικές με τη διάγνωση και τη θεραπεία ασθενειών, εφαρμογές που παρέχουν πληροφορίες σχετικές με τις φυσιολογικές τιμές των εργαστηριακών παραμέτρων, τις αιτίες μη φυσιολογικών τιμών και τις μετατροπές των εργαστηριακών μονάδων, εφαρμογές αναζήτησης ιατρικής βιβλιογραφίας κ.ά.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η αναφορά σε συγκεκριμένες εφαρμογές έξυπνων τηλεφώνων που χρησιμοποιούνται σήμερα στο χώρο της υγείας, όπως εφαρμογές που παρέχουν πληροφορίες για τη θεραπεία λοιμωδών ασθενειών, εφαρμογές που χρησιμοποιούνται στη διάγνωση και θεραπεία ασθενειών, εφαρμογές που παρέχουν πληροφορίες για τις φυσιολογικές τιμές των εργαστηριακών παραμέτρων, εφαρμογές που παρέχουν πληροφορίες σχετικές με φάρμακα, ιατρικές παραμέτρους, ιατρική βιβλιογραφία κ.ά. Η ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τις δυνατότητες των εφαρμογών αυτών, μέσω της παρούσας μελέτης, θα οδηγήσει στη χρήση των εφαρμογών σε καθημερινή βάση βελτιώνοντας την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η ανάπτυξη της πληροφορικής, της επιστήμης των ηλεκτρονικών υπολογιστών, επέφερε σημαντικές αλλαγές στη λειτουργία πολλών τομέων της καθημερινότητας. Ένας από τους τομείς, η λειτουργία του οποίου έχει επωφεληθεί πολύ από την ανάπτυξη των πληροφοριακών συστημάτων και εφαρμογών, είναι μεταξύ άλλων, αυτός της Υγείας. Ο όρος «e-health» ή αλλιώς «ηλεκτρονική υγεία» εισήχθη το 1999 για να περιγράψει μια ποικιλία από εργαλεία που στηρίζονται στις τεχνολογίες πληροφοριών και επικοινωνιών και χρησιμοποιούνται για την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπευτική αντιμετώπιση αλλά και την παρακολούθηση της υγείας των ασθενών (Della Mea 2001). Οι εφαρμογές της ηλεκτρονικής υγείας διευκολύνουν την άσκηση της ιατρικής πράξης, προάγουν την επικοινωνία ιατρού-ασθενή και βοηθούν τη διάγνωση. Πολύ γνωστές εφαρμογές του e-health, που έφεραν επανάσταση στο χώρο της Υγείας, είναι οι υπηρεσίες τηλεϊατρικής, τα ηλεκτρονικά μητρώα υγείας, τα συστήματα διαχείρισης χρόνιων πασχόντων και τα συστήματα τηλεπρόνοιας και τηλεφροντίδας για την παρακολούθηση των ασθενών (Car et al 2008).

Οι εφαρμογές που παρέχονται μέσω των έξυπνων κινητών τηλεφώνων και αφορούν στην υγεία, ευνοούν την πιο δυναμική συμμετοχή των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας στην περίθαλψη και συνιστούν ένα νέο μέσο για τη βελτίωση της υγείας. Οι εφαρμογές αυτές μπορούν να ταξινομηθούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες. Η μια κατηγορία αφορά σε εφαρμογές που έχουν ενημερωτικό χαρακτήρα, δηλαδή παρέχουν πληροφορίες στο χρήστη σχετικά με θέματα υγείας, επιτρέποντάς του να διαβάσει, να συγκεντρώσει πόρους για τη λήψη αποφάσεων, αλλά και να εισάγει τα δικά του δεδομένα. Οι εφαρμογές αυτές χρησιμοποιούνται κυρίως από επαγγελματίες υγείας. Η δεύτερη μεγάλη κατηγορία εφαρμογών αφορά σε αυτές που σχετίζονται με λογισμικό, που στόχο έχει να υποβοηθήσει τη διάγνωση, τη θεραπεία και τη λήψη αποφάσεων για διάφορα θέματα που αφορούν την υγεία και σε κάποιες περιπτώσεις λαμβάνει τη μορφή συμβούλου, υποκαθιστώντας τον επαγγελματία υγείας (Krouse & McKinney 2012).

Κατά καιρούς, πολλές ταξινομήσεις έχουν επινοηθεί για τις εφαρμογές της «κινητής υγείας» (mobile health). Έχει επιχειρηθεί ταξινόμηση των χρηστών αυτών των εφαρμογών με βάση τον τρόπο που χρησιμοποιούν το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (Deloitte Center for Health Solutions 2012), αλλά και ταξινόμηση με βάση τις εξελίξεις στις εφαρμογές της «κινητής υγείας». Η τελευταία ταξινόμηση δια-

χωρίζει αυτές τις εφαρμογές στις ακόλουθες κατηγορίες εφαρμογών που σχετίζονται με:

- τη διοικητική φροντίδα στον τομέα της υγείας, όπως για παράδειγμα εφαρμογές που αφορούν τη συνταγογράφηση, τη διατήρηση ηλεκτρονικού αρχείου των ασθενών και τα ηλεκτρονικά ραντεβού.
- τις χρηματοοικονομικές υπηρεσίες που αφορούν στα νοσοκομεία και σε άλλα σημεία υγειονομικής περίθαλψης, όπως για παράδειγμα εφαρμογές που εξυπηρετούν διαδικασίες πληρωμών, αγορών και τιμολόγησης.
- την ιατρική επιστήμη και αφορούν στην υποβοήθηση της διάγνωσης και της παρακολούθησης διαφόρων ασθενειών (Istepanian et al 2004).

Ωστόσο, η πλέον ενδιαφέρουσα ταξινόμηση των εφαρμογών κινητών για το χώρο της υγείας σχετίζεται με τη λειτουργικότητά τους. Ο τρόπος με τον οποίο χρησιμοποιούνται και οι ανάγκες που εξυπηρετούν, οδηγούν στη διάκριση των εν λόγω εφαρμογών στις ακόλουθες κατηγορίες εφαρμογών, οι οποίες:

- υποβοηθούν τη διάγνωση διαφόρων νόσων
- παρέχουν πληροφορίες για διάφορα φάρμακα (χαρακτηριστικά, ενδείξεις χορήγησης, δοσολογία, παρενέργειες, αλληλεπιδράσεις, κόστος)
- βοηθούν στον υπολογισμό διαφόρων παραμέτρων που σχετίζονται με την υγεία πχ. μέτρηση του δείκτη μάζας σώματος
- διευκολύνουν την αναζήτηση βιοϊατρικών βάσεων δεδομένων της βιβλιογραφίας και χρησιμοποιούνται κυρίως από τους επαγγελματίες υγείας
- εξυπηρετούν την αμεσότερη επικοινωνία μεταξύ των τμημάτων ενός νοσοκομείου
- επιτρέπουν την ασφαλή πρόσβαση των γιατρών στα πληροφοριακά συστήματα των νοσοκομείων, όπως για παράδειγμα στα ηλεκτρονικά μητρώα ασθενών
- εξυπηρετούν την ιατρική εκπαίδευση και τη συνεχή ενημέρωση για νέες ιατρικές πρακτικές
- επιτρέπουν την πρόσβαση σε εκπαιδευτικό υλικό κατάλληλο για φοιτητές ιατρικής και νοσηλευτικής
- απευθύνονται σε ασθενείς με χρόνιες νόσους και παρέχουν πληροφορίες για τη διαχείρισή τους (Mosa et al 2012).

Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα είδη των έξυπνων κινητών τηλεφώνων που μπορούν να αξιοποιηθούν τόσο από τους επαγγελματίες υγείας και τους φοιτητές επιστημών υγείας, όσο και από τους ίδιους τους ασθενείς.

ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΕΞΥΠΝΩΝ ΚΙΝΗΤΩΝ ΓΙΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η εξέλιξη της τεχνολογίας που σημειώνεται με τρόπο ραγδαίο τα τελευταία χρόνια έχει προσφέρει στους επαγγελματίες υγείας τη δυνατότητα πρόσβασης σε μια ποικιλία εφαρμογών και τεχνολογιών στον τομέα της φροντίδας. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν τα πληροφοριακά συστήματα των νοσοκομείων, συμπεριλαμβανομένου του ηλεκτρονικού αρχείου υγείας και του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου, καθώς και τα συστήματα υποστήριξης κλινικών αποφάσεων. Σημαντικά παραδείγματα αποτελούν επίσης η παρουσία πηγών πληροφοριών βασισμένων σε έρευνες (π.χ. Pubmed), ιατρικών εφαρμογών σχετικών με φάρμακα και διάγνωση ασθενειών αλλά και η δυνατότητα επικοινωνίας μεταξύ των κλινικών γιατρών μέσω τηλεδιάσκεψης και μηνυμάτων ηλεκτρονικού ταχυδρομείου. Η πρόσβαση στα συστήματα πληροφοριών ή τις κλινικές εφαρμογές που αφορούν στην υγεία, πραγματοποιούνταν μέχρι πρόσφατα αποκλειστικά μέσω σταθερών υπολογιστών. Ωστόσο, η εξέλιξη των έξυπνων κινητών, σε πολλές περιπτώσεις έχει αντικαταστήσει τους σταθερούς υπολογιστές, με τους επαγγελματίες υγείας να απολαμβάνουν τη βελτιωμένη κλινική επικοινωνία και την πρόσβαση στα πληροφοριακά συστήματα από οπουδήποτε και οποιαδήποτε στιγμή (Burdette et al 2008).

Οι κυριότερες εφαρμογές έξυπνων κινητών που έχουν σχεδιαστεί για επαγγελματίες υγείας παρέχουν πληροφορίες σχετικές με τη διάγνωση και τη θεραπεία λοιμωδών και άλλων ασθενειών, τις φυσιολογικές τιμές των εργαστηριακών παραμέτρων, τις αίτιες μη φυσιολογικών τιμών και τις μετατροπές των εργαστηριακών μονάδων και πληροφορίες σχετικές με φάρμακα. Επίσης, έχουν σχεδιαστεί εφαρμογές που σχετίζονται με υπολογισμούς ιατρικών παραμέτρων, με αναζήτηση βιβλιογραφίας και με τα πληροφοριακά συστήματα των νοσοκομείων. Οι κυριότερες από αυτές τις εφαρμογές αναφέρονται στη συνέχεια.

Διάγνωση και τη θεραπεία λοιμωδών ασθενειών

Οι κυριότερες εφαρμογές κινητών που παρέχουν πληροφορίες σχετικές με τη διάγνωση και τη θεραπεία λοιμωδών ασθενειών είναι:

Johns Hopkins Antibiotic Guide (JHABx). Ο οδηγός αυτός παρέχει πληροφορίες γύρω από τρεις κύριες θεματικές ενότητες: τα σύνδρομα, τους παθογόνους παράγοντες και τα αντιβιοτικά. Παρέχει κλινικά προσανατολισμένες πληροφορίες σχετικά με τη διάγνωση και τη διαχείριση των μολυσματικών νόσων (Burdette et al 2008).

5-Minute Infectious Diseases Consult (5MIDC). Προσφέρει τη δυνατότητα γρήγορης περιήγησης σε πηγές πληροφοριών που αφορούν την κλινική διάγνωση, τις εργαστηριακές εξετάσεις και την κατάλληλη θεραπεία των λοιμωδών νόσων. Περιλαμβάνει περισσότερα από 500 θέματα τοποθετημένα με αλφαβητική σειρά για δυνατότητα γρήγορης ανασκόπησης από τον κλινικό γιατρό (Oehler et al 2010).

Sanford Guide to Antimicrobial Therapy (SG). Αποτελεί τη φορητή έκδοση του αντίστοιχου οδηγού τσέπης. Ωστόσο, η ηλεκτρονική μορφή παρουσιάζει το πλεονέκτημα των συχνών ενημερώσεων και της πρόσβασης στην πληροφορία από οποιοδήποτε μέρος (Burdette et al 2008).

ePocrates ID. Αποτελεί τμήμα της ευρύτερης εφαρμογής με το όνομα Epocrates και είναι αφιερωμένο στα λοιμώδη νοσήματα. Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι παρέχει πληροφορίες για περισσότερες από 300 λοιμώξεις, 350 παθογόνα και 250 είδη φαρμάκων. Εξετάζει τις πιο πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες πάνω στις διάφορες νόσους, ενώ παρουσιάζει συνοπτικά αλλά περιεκτικά τις πληροφορίες (Oehler et al 2010).

Infectious Disease Notes (ID Notes). Αποτελεί μια ακόμα εφαρμογή με στόχο να βοηθήσει τους κλινικούς γιατρούς στη θεραπεία των λοιμωδών νόσων. Περιέχει πληροφορίες για τους διαφόρους μικροοργανισμούς τις θεραπείες, την προφυλακτική θεραπεία (Miller et al 2003).

Διάγνωση και θεραπεία διάφορων ασθενειών

Οι κυριότερες εφαρμογές που παρέχουν πληροφορίες σχετικές με τη διάγνωση και τη θεραπεία ασθενειών παρουσιάζονται στη συνέχεια:

5-Minute Clinical Consult (5MCC). Στην ουσία πρόκειται για τη φορητή έκδοση του αντίστοιχου κλινικού οδηγού. Περιλαμβάνει πληροφορίες που αφορούν τη διάγνωση, τη θεραπεία, και την παρακολούθηση μεγάλου αριθμού κοινών ιατρικών παθήσεων, με ιδιαίτερη έμφαση στη φαρμακευτική αντιμετώπιση, στην παρουσίαση πρωτοκόλλων και αλγορίθμων (Burdette et al 2004).

UpToDate. Αποτελεί δημοφιλή στον ιατρονοσηλευτικό χώρο ηλεκτρονική πηγή κλινικών πληροφοριών. Έχει σχεδιαστεί, όπως φανερώνει και το όνομά της για να προσφέρει έγκυρη πληροφόρηση και τα νεότερα δεδομένα που αφορούν στη διάγνωση και θεραπεία διαφόρων νόσων. Πρόσβαση στην εφαρμογή αυτή είναι δυνατή μέσω των σύγχρονων έξυπνων κινητών συσκευών, ενώ τα θέματα ενημερώνονται συνεχώς και περιλαμβάνουν περισσότερα από 9000 θέματα που αφορούν ιατρούς και 5000 θέματα που αφορούν φαρμακευτικές ουσίες. Η χρήση του UpToDate είναι ιδιαίτερα δημοφιλής ανάμεσα στους γιατρούς, όπως μάλιστα αποκαλύπτει έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε κοινοτικό νοσοκομείο και αφορούσε ειδικευόμενους παθολογίας, οι οποίοι ισχυρίστηκαν ότι η εφαρμογή αυτή είναι η συχνότερα χρησιμοποιούμενη πηγή πληροφοριών (Leon et al 2007).

Φυσιολογικές τιμές εργαστηριακών παραμέτρων, μετατροπές εργαστηριακών μονάδων

Οι εφαρμογές Palm LabDX, Normal Lab Values, Lab Unit Converter, Labs 360o, Davis's Laboratory and Diagnostic Tests και Pocket Guide to Diagnostic Tests παρέχουν πληροφορίες σχετικά με τις πιο συχνές εργαστηριακές εξετάσεις, τις φυσιολογικές τιμές των εργαστηριακών παραμέτρων και επεξηγήσεις. Επίσης, συμβάλλουν στην ανάλυση των αιτίων που προκαλούν διαταραχές στις τιμές των παραμέτρων αυτών (Schreiber et al 2008; Serdar et al 2008; Lippi & Plebani 2011).

Φαρμακευτική αγωγή

Οι πιο δημοφιλείς εφαρμογές κινητών τηλεφώνων στο χώρο των νοσηλευτών είναι αυτές που αφορούν στη φαρμακευτική αγωγή (Stroud et al 2009), δίνοντας πληροφορίες σχετικά με ονομασίες, χαρακτηριστικά, ενδείξεις χορήγησης, αντενδείξεις, δόσεις, αλληλεπιδράσεις και κόστος. Οι σημαντικότερες εφαρμογές αυτής της κατηγορίας παρουσιάζονται στη συνέχεια:

Epocrates. Αποτελεί την πιο ευρέως χρησιμοποιούμενη εφαρμογή για φάρμακα (Burdette et al 2008). Σύμφωνα μάλιστα με πρόσφατη έρευνα της Manhattan Research, που επιχείρησε να μελετήσει τον τρόπο χρήσης των εφαρμογών έξυπνων κινητών από 2.950 γιατρούς στις ΗΠΑ, ποσοστό που αγγίζει το 70% των γιατρών που χρησιμοποιούν smartphones, κάνουν χρήση της εφαρμογής. Επίσης, το 34% των γιατρών που επιδιώκουν πρόσβαση στην εφαρμογή αυτή μέσω του κινητού, τη χρησιμοποιούν τρεις με τέσσερις φορές ημερησίως (Watertown 2014).

Η συγκεκριμένη εφαρμογή είναι ευρέως διαδεδομένη καθώς είναι διαθέσιμη και συμβατή με τις περισσότερες συσκευές κινητής τηλεφωνίας, ενώ παρέχει μια μεγάλη βάση κλινικών πληροφοριών. Ο χρήστης μπορεί να ενημερωθεί για τη δοσολογία των φαρμάκων, τις ανεπιθύμητες ενέργειές τους, τις αλληλεπιδράσεις τους με άλλες φαρμακευτικές ουσίες και άλλες βασικές φαρμακολογικές πληροφορίες. Βασικό χαρακτηριστικό της συγκεκριμένης εφαρμογής που την καθιστά πιο χρήσιμη από άλλες ανάλογες, είναι η δυνατότητα ελέγχου αλληλεπιδράσεων πολλών φαρμάκων ταυτόχρονα. Δηλαδή, ο χρήστης έχει τη δυνατότητα να εισάγει 2-30 ονόματα φαρμάκων και να ακολουθήσει σάρωση της βάσης δεδομένων για αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα. Η εφαρμογή έπειτα, παρέχει έναν κατάλογο αλληλεπιδράσεων φαρμάκου-φαρμάκου και τη φύση των αντιδράσεων που προκύπτουν (Burdette et al 2008).

FDA Drugs. Αποτελεί μια από τις πιο σύγχρονες βάσεις δεδομένων που είναι προσβάσιμες μέσω των έξυπνων κινητών συσκευών και παρέχουν πληροφορίες πάνω στις φαρμακευτικές ουσίες. Είναι η μόνη εφαρμογή που παρέχει φύλλα οδηγιών για τα φάρμακα που έχουν λάβει έγκριση από την Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) και μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Επίσης, είναι μοναδική στο ότι προσφέρει τη δυνατότητα αναζήτησης ενός φαρμάκου με τη χρήση μιας συγκεκριμένης δραστικής ουσίας αλλά και αναζήτηση θεραπευτικά ισοδύναμων γενοσήμων (Oehler et al 2010).

Medscape. Αποτελεί βάση δεδομένων, αρκετά δημοφιλή στον ιατρικό κόσμο, ενώ περιλαμβάνει και πληροφορίες για φαρμακευτικές ουσίες, σύστημα ελέγχου αλληλεπιδράσεων φαρμάκων, θεραπευτικό οδηγό, καθημερινές ιατρικές πρακτικές, ειδήσεις από το χώρο της υγείας, έως και πληροφορίες για νοσοκομεία και φαρμακεία (Oehler et al 2010).

SafeMed Pocket. Αποτελεί εφαρμογή που σχεδιάστηκε για να χρησιμοποιηθεί στη Σουηδία και περιλαμβάνει φάρμακα που έχουν άδεια για πώληση στη χώρα αυτή. Η συγκεκριμένη εφαρμογή είναι ενσωματωμένη σε ένα σύστημα υποστήριξης κλινικών αποφάσεων (CDS) για χρήση από κατ' οίκον νοσηλευτές γηριατρικών ασθενών, ώστε οι ίδιοι να γνωρίζουν ανά πάσα στιγμή τις αλληλεπιδράσεις φαρμάκων και τις θεραπευτικές δόσεις προσαρμοσμένες στα μέτρα των ηλικιωμένων ασθενών (Johansson et al 2010).

Υπολογισμοί κλινικών παραμέτρων

Η ύπαρξη πολλών διαφορετικών κλινικών παραμέτρων που υπολογίζονται από απλούς ή πιο περίπλοκους μαθηματικούς τύπους, καθιστά δημοφιλείς τις εφαρμογές υπολογισμού τους. Τέτοιες παράμετροι είναι χρήσιμες στην κλινική πράξη αλλά ο υπολογισμός τους απαιτεί γνώση των μαθηματικών τύπων και συχνά καθίσταται χρονοβόρος. Για τους λόγους αυτούς, εφαρμογές που υπολογίζουν ιατρικές παραμέτρους όπως ο δείκτης μάζας σώματος, η επιφάνεια του σώματος, ο κίνδυνος καρδιαγγειακής νόσου ή ο υπολογισμός της δοσολογίας ενός φαρμάκου είναι ιδιαίτερα δημοφιλείς. Οι εφαρμογές αυτές λειτουργούν με τον εξής τρόπο: παρέχεται διεπαφή χρήστη και ο ίδιος μπορεί να εισάγει παραμέτρους και τα αποτελέσματα της παραμέτρου που ψάχνει θα υπολογιστούν από την εφαρμογή μέσω της φόρμουλας που διαθέτει. Επομένως ο χρήστης δε χρειάζεται να γνωρίζει το μαθηματικό τύπο υπολογισμού της παραμέτρου που αναζητά. Οι πιο γνωστές εφαρμογές τέτοιου είδους είναι οι Epocrates MedMath και MedCalc (Burdette et al 2008).

Πέρα όμως από τις εφαρμογές που προσφέρουν δυνατότητα υπολογισμού μιας μεγάλης ποικιλίας ιατρικών παραμέτρων, νέες εφαρμογές αρκετά πιο εξειδικευμένες έχουν δημιουργηθεί. Χαρακτηριστικά παραδείγματα τέτοιων εφαρμογών είναι τα παρακάτω:

Paeds ED. Πρόκειται για εξειδικευμένη εφαρμογή που απευθύνεται κυρίως στους παιδιάτρους και προσφέρει τη δυνατότητα υπολογισμού παιδιατρικών δόσεων χορήγησης φαρμάκων, λαμβάνοντας υπόψη το βάρος και την ηλικία του παιδιού. Η εφαρμογή καθίσταται ιδιαίτερα χρήσιμη σε περιπτώσεις επείγουσας αντιμετώπισης, όπου ο διαθέσιμος χρόνος για υπολογισμό δόσεων φαρμάκων είναι περιορισμένος (Pope et al 2010).

uBurn Lite. Αποτελεί εφαρμογή που υπολογίζει το ποσοστό βλάβης του ανθρώπινου σώματος σε περιπτώσεις εγκαυμάτων. Είναι δυνατό να χρησιμοποιηθεί τόσο σε ενήλικους όσο και σε ανήλικους ασθενείς (Hunter & Hardwicke 2010).

Softforce's Antobiotic Dosage Calculator. Συνιστά ειδική εφαρμογή υπολογισμού των φαρμακευτικών δόσεων σε περιπτώσεις ασθενών που πάσχουν από νεφρική ανεπάρκεια. Η εφαρμογή αυτή είναι χρήσιμη καθώς οι εν λόγω ασθενείς συχνά αντιμετωπίζουν λοιμώξεις και χρήζουν χορήγησης αντιβιοτικής θεραπείας, η οποία μάλιστα θα πρέπει να είναι προσεκτική λόγω της ιδιαιτερότητας της νόσου τους και της περιορισμένης κάθαρσης εξωγενών ουσιών από τους νεφρούς (Oehler et al 2010).

Εφαρμογές αναζήτησης ιατρικής βιβλιογραφίας

Οι εφαρμογές αυτές απευθύνονται στους επαγγελματίες υγείας διευκολύνοντάς τους στην αναζήτηση βιβλιογραφίας σε ιατρικές βάσεις δεδομένων όπως είναι οι PubMed και MEDLINE. Τέτοιες εφαρμογές είναι οι PubSearch, PubMed on Tap, MEDLINE Database on Tap, askMEDLINE, PICO και Disease Associations.

Πληροφοριακά συστήματα των νοσοκομείων

Πρόκειται για εφαρμογές όπως το ηλεκτρονικό αρχείο υγείας και ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος. Οι εφαρμογές αυτές παρέχουν στους υγειονομικούς την ευελιξία της πρόσβασης σε πληροφορίες που αφορούν ασθενείς με ασφάλεια από οπουδήποτε και οποιαδήποτε στιγμή. Τέτοιες εφαρμογές προσφέρονταν αρχικά σε σταθερούς υπολογιστές αλλά η χρήση τους επεκτάθηκε και στα κινητά τηλέφωνα. Παράδειγμα τέτοιας εφαρμογής είναι η εφαρμογή MEDITECH που δίνει την ευκαιρία πρόσβασης σε κλινικές πληροφορίες ασθενών όπως τα αποτελέσματα εργαστηριακών εξετάσεων, τα ζωτικά σημεία, τα προσλαμβανόμενα υγρά και τις απώλειες, τις αλλεργίες, τα λαμβανόμενα φάρμακα (Gamble 2009).

ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΚΙΝΗΤΩΝ ΤΗΛΕΦΩΝΩΝ ΓΙΑ ΦΟΙΤΗΤΕΣ ΣΧΟΛΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Οι φοιτητές και σπουδαστές των υγειονομικών σχολών έχουν επίσης επωφεληθεί από την εξέλιξη της τεχνολογίας στον τομέα των εφαρμογών για έξυπνες κινητές συσκευές. Εφαρμογές έξυπνων κινητών που παρέχουν εκπαιδευτικό υλικό είναι διαδεδομένες σε φοιτητές ιατρικής και νοσηλευτικής. Οι εφαρμογές αυτές περιλαμβάνουν εκπαιδευτικό υλικό που αφορά διάφορους τομείς όπως η ανατομία και η χειρουργική. Παραδείγματα δημοφιλών εφαρμογών αυτής της κατηγορίας είναι τα παρακάτω:

Άτλας της Ανατομίας του Ανθρώπου του Netter. Η εφαρμογή αυτή βασίζεται στον ομώνυμο γνωστό άτλαντα ανθρώπινης ανατομίας και αποτελεί χρήσιμο εργαλείο στα χέρια του φοιτητή ιατρικής. Έχοντας ως στόχο την εκπαίδευση, παρέχει έγχρωμες εικόνες, εικόνες από απεικονιστικές εξετάσεις (ακτινογραφία, αξονική και μαγνητική τομογραφία) αλλά και τρισδιάστατη απεικόνιση του ανθρώπινου σώματος (Hunter & Hardwicke 2010; Sarasohn - Kahn 2010).

I-Surgery Notebook. Παρέχει πληροφορίες που αφορούν χειρουργικές επεμβάσεις (προεγχειρητική διάγνωση, συμμετέχοντες ιατροί, χειρουργική μέθοδος, είδος χορηγούμενης αναισθησίας) και χρησιμοποιείται τόσο από φοιτητές όσο και από χειρουργούς (Dala-Ali BM et al 2011).

Μια άλλη σημαντική προσφορά των έξυπνων κινητών στην εκπαίδευση των φοιτητών υγειονομικών σχολών είναι η δυνατότητα ανάγνωσης ιατρικών βιβλίων σε ηλεκτρονική μορφή. Τα βιβλία αυτά είναι διαθέσιμα για ηλεκτρονική ανάγνωση μέσω ενός έξυπνου κινητού χάρη σε εφαρμογές ανάγνωσης ηλεκτρονικών βιβλίων. Χαρακτηριστικά παραδείγματα τέτοιων εφαρμογών είναι οι εφαρμογές iSilo και Mobipocket Reader, με την πρώτη να αποθηκεύει το κείμενο σε ιδιαίτερα συμπιεσμένη μορφή επιτρέποντας την αναζήτηση συγκεκριμένου κειμένου σε ένα έγγραφο ή σύνολο εγγράφων και τη δεύτερη να περιλαμβάνει μια βιβλιοθήκη ηλεκτρονικών βιβλίων δίνοντας μάλιστα τη δυνατότητα σχολιασμού ή παρέμβασης στο προς ανάγνωση κείμενο (Miller et al 2003; Burdette et al 2008; Serdar et al 2008).

ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΕΞΥΠΝΩΝ ΚΙΝΗΤΩΝ ΤΗΛΕΦΩΝΩΝ ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Οι εφαρμογές που διατίθενται μέσω των έξυπνων κινητών τηλεφώνων, μέσω των οποίων επωφελούνται οι ασθενείς, αφορούν κυρίως σε εφαρμογές διαχείρισης χρόνιων παθήσεων (όπως είναι ο διαβήτης, οι καρδιαγγειακές και πνευμονικές παθήσεις), εφαρμογές ανίχνευσης προβλημάτων ακοής, αλλά και εφαρμογές ανίχνευσης πτώσεων. Παραδείγματα τέτοιων εφαρμογών παρουσιάζονται στη συνέχεια:

Cardiomobile. Η εφαρμογή αυτή αφορά σε ένα σύστημα παρακολούθησης σε πραγματικό χρόνο της καρδιακής αποκατάστασης που βασίζεται στην άσκηση. Παρακολουθείται η καρδιακή λειτουργία και η δραστηριότητα της άσκησης, μια ηλεκτροκαρδιογραφική απαγωγή ενώ χρησιμοποιείται και τεχνολογία GPS. Τα δεδομένα αυτά που αφορούν τον ασθενή στέλνονται από το έξυπνο κινητό σε έναν ασφαλή διακομιστή για την παρακολούθηση σε πραγματικό χρόνο της άσκησης από ειδικούς επιστήμονες. Η εφαρμογή αυτή είναι χρήσιμη για ασθενείς με καρδιολογικά προβλήματα, των οποίων η πρόσβαση σε νοσοκομεία και γιατρούς είναι δύσκολη (Worringham et al 2011).

Pulmonary Rehabilitation. Αποτελεί εφαρμογή χρήσιμη σε ασθενείς με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) για τη διαχείριση της νόσου τους. Πρόκειται για εφαρμογή που στηρίζεται στη χρήση ενός αισθητήρα που λειτουργεί ως παλμικό οξύμετρο, το οποίο συνδέεται με το κινητό μέσω τεχνολογίας Bluetooth και καταγράφει τον καρδιακό ρυθμό και τον κορεσμό του αίματος σε οξυγόνο κατά τη διάρκεια της άσκησης. Οι ασθενείς μπορούν να ακολουθήσουν τις οδηγίες των ασκήσεων βήμα-βήμα στα κινητά τους, τα οποία εμφανίζουν τον καρδιακό ρυθμό του ασθενούς και τον υπολειπόμενο χρόνο άσκησης σε δευτερόλεπτα. Η χρήση της κινητής πλατφόρμας επιτρέπει στους χρήστες να χρησιμοποιήσουν μια τεχνολογία στην οποία είναι εξοικειωμένοι, εγκαταλείποντας το σπίτι για να ασκηθούν (Marshall et al 2008).

Πέραν των παραπάνω, διατίθενται εφαρμογές για πληθώρα άλλων χρόνιων νόσων και καταστάσεων όπως είναι το άσθμα και κυρίως το παιδικό άσθμα (Asthma Peak Flow Monitoring, Asthma Kid κ.ά), οι εμβοές των ώτων (iTinnitus) και η υπνική άπνοια (Sleep Aid) (Ryan et al 2005; Pope et al 2010).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ποικιλία των δυνατοτήτων που προσφέρει το σύγχρονο κινητό τηλέφωνο έχει αλλάξει ριζικά τον τρόπο που χρησιμοποιείται από το χρήστη. Ο αρχικός ρόλος και η βασική λειτουργία του κινητού τηλεφώνου, δηλαδή η διενέργεια κλήσεων έχει παραγκωνιστεί σε μεγάλο βαθμό σε βάρος άλλων δυνατοτήτων που προσφέρει η προηγμένη πλέον συσκευή κινητής τηλεφωνίας. Ειδικά για το χώρο της υγείας έχουν αναπτυχθεί αρκετές εφαρμογές οι οποίες, προς το παρόν, εστιάζουν στην παροχή πληροφοριών στο χρήστη. Οι εφαρμογές αυτές συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και αποτελούν σημαντικό εργαλείο στην καθημερινότητα του χρήστη.

Παρά τα θετικά αποτελέσματα που παρέχει η χρήση ενός έξυπνου κινητού στον χώρο της υγείας, δεν θα πρέπει να ξεχνά κανείς και τα προβλήματα που προκύπτουν. Η απρόσκοπτη χρήση αυτών των εφαρμογών προϋποθέτει συνεχή αξιολόγηση χρηστικότητας και προσφοράς. Συχνά οι χρήστες αναφέρουν ότι δυσκολεύονται να χρησιμοποιήσουν τις εφαρμογές των κινητών τους είτε λόγω έλλειψης χρόνου, σε περιπτώσεις έκτακτων περιστατικών (Stinson et al 2013), είτε επειδή ξεχνούν (Baggott et al 2012). Επιπροσθέτως, αρκετοί κάτοχοι έξυπνων κινητών δεν έχουν πρόσβαση στο ίντερνετ, με αποτέλεσμα να καθίσταται αδύνατη η χρήση. Τέλος, αρκετές από τις εφαρμογές αυτές είναι δύσχρηστες, με αποτέλεσμα ο επαγγελματίας υγείας να εγκαταλείπει γρήγορα τη χρήση (Wesley & Fizur 2015).

Συνοψίζοντας, οι επαγγελματίες υγείας και οι ασθενείς μπορούν να εντάξουν τις εφαρμογές που αναπτύχθηκαν για την υγεία, στην καθημερινότητά τους. Για να επιτευχθεί ο στόχος αυτός χρειάζεται ενημέρωση των υποψήφιων χρηστών σχετικά με τις δυνατότητες που τους παρέχουν αυτές οι εφαρμογές, αλλά και εξοικείωση με το περιβάλλον λειτουργίας των εφαρμογών σε ένα έξυπνο κινητό τηλέφωνο. Επιπροσθέτως, όσο εξελίσσεται η τεχνολογία, επιβάλλεται να αναπτυχθούν νέες εφαρμογές για το χώρο της υγείας, εύχρηστες, εξειδικευμένες, με νέες δυνατότητες. Τέλος, η πολιτεία, όσον αφορά στις δημόσιες δομές υγείας, αλλά και η ηγεσία του χώρου της υγείας σε ιδιωτικούς οργανισμούς θα πρέπει να προωθούν τη χρήση τέτοιων εφαρμογών, με στόχο τη γρήγορη διακίνηση πληροφοριών, την καλύτερη παρακολούθηση των ασθενών, την ταχύτερη ενημέρωση του προσωπικού σχετικά με τις νεότερες επιστημονικές εξελίξεις, καθώς και τη μείωση κατανάλωσης γραφικής ύλης. Με τον τρόπο αυτό μπορεί να βελτιωθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, μειώνοντας παράλληλα και το κόστος των υπηρεσιών υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Baggott C., Gibson F., Coll B., Kletter R., Zeltzer P. & Miaskowski C. (2012). Initial evaluation of an electronic symptom diary for adolescents with cancer. *JMIR Res Protoc* 1:e23

Burdette SD., Herchline TE. & Oehler R. (2008). Practicing medicine in a technological age: using smartphones in clinical practice. *Clin Infect Dis* 47:117-122.

Burdette SD., Herchline TE. & Richardson WS. (2004). Killing bugs at the bedside: a prospective hospital survey of how frequently personal digital assistants provide expert recommendations in the treatment of infectious diseases. *Ann Clin Microbiol Antimicrob* 3:22

Car J., Black A., Anandan, C., Cresswell K., Pagliari C., McKinstry B., Procter R., Majeed A. & Sheikh A. et al. (2008). The Impact of eHealth on the Quality & Safety of Healthcare. A Systemic Overview & Synthesis of the Literature. Report for the NHS Connecting for Health Evaluation Programme. Imperial College London. Available at: https://www1.imperial.ac.uk/resources/32956FFC-BD76-47B7-94D2-FFAC56979B74/. Retrieved: May 18, 2015

Dala-Ali BM., Lloyd MA. & Al-Abed Y. (2011). The uses of the iPhone for surgeons. *Surgeon* 9:44-48

Della Mea V. (2001). What is e-Health (2): The death of telemedicine?". *Journal of Medical Internet Research* 3(2): e22.

Deloitte Center for Health Solutions (2012). mHealth in an mWorld. How mobile technology is transforming health care. Available at: http://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/us/Documents/life-sciences-health-care/us-lhsc-mhealth-in-an-mworld-103014.pdf. Retrieved: May 18, 2015

Gamble K. (2009). Beyond phones. With the proper infrastructure, smartphones can help improve clinician satisfaction and increase EMR use. *Healthcare informatics* 26:23-24

Hunter T. & Hardwicke J. (2010). The smart phone: An indispensable tool for the plastic surgeon?. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery* 63:e426-e427

Istepanian R., Jovanov E. & Zhang YT. (2004). Introduction to the special section on M-Health: beyond seamless mobility and global wireless health-care connectivity.

Transactions on Information Technology in Biomedicine 8(4): 405-414
Johansson PE., Petersson GI. & Nilsson GC. (2010). Personal digital assistant with a barcode reader-A medical decision support system for nurses in home care. *International journal of medical informatics* 79:232-242
Krouse A. & McKinney R. (2012). IPads, IPhones, Androids and Smartphones: FDA Regulation of Mobile Applications as Medical Devices. *Indiana Health Law Review.* 9(2): 731-764
Leon SA., Fontelo P., Green L., Ackerman M. & Liu F. (2007). Evidence-based medicine among internal medicine residents in a community hospital program using smart phones. *BMC Medical Informatics and Decision Making* 7:5
Lippi G. & Plebani M. (2011). Laboratory applications for smartphones: Risk or opportunity?. *Clin Biochem* 44:273
Marshall A., Medvedev O. & Antonov A. (2008). Use of a smartphone for improved self-management of pulmonary rehabilitation. *International journal of telemedicine and applications*
Miller SM., Beattie MM. & Butt AA. (2003). Personal digital assistant infectious diseases applications for health care professionals. *Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America* 36:1018-1029.
Mosa A., Yoo I. & Sheets L. (2012). Systematic Review of Healthcare Applications for Smartphones. BMC *Medical Informatics and Decision Making* 12:67
Oehler RL., Smith K. & Toney JF. (2010). Infectious diseases resources for the iPhone. *Clin Infect Dis* 50:1268-1274
Pope L., Silva P. & Almeyda R. (2010). i-Phone applications for the modern day otolaryngologist. *Clin Otolaryngol* 35:350-354
Ryan D., Cobern W., Wheeler J., Price D. & Tarassenko L. (2005). Mobile phone technology in the management of asthma. *Journal of telemedicine and telecare* 11:43-46
Sarasohn-Kahn J. (2010). How Smartphones Are Changing Health Care for Consumers and Providers. Oakland, CA: California HealthCare Foundation
Schreiber WE., Busser JR. & Huebsch S.(2008). A portable laboratory test reference for handheld computers: evaluation on an internal medicine clerkship. *Am J Clin Pathol* 129:439-444.
Serdar MA., Turan M. & Cihan M (2008). Rapid access to information resources in clinical biochemistry: medical applications of Personal Digital Assistants (PDA). *Clinical and experimental medicine* 8:117-122
Stinson JN., Jibb LA., Nguyen C. Nathan PC., Maloney AM., Dupuis LL., Gerstle JT., Alman B., Hopyan S., Strahlendorf C., Portwine C., Johnston DL., & Orr M. et al. (2013). Development and testing of a multidimensional iPhone pain assessment application for adolescents with cancer. *J Med Internet Res* 15:e51
Stroud SD., Smith CA. & Erkel EA. (2009). Personal digital assistant use by nurse practitioners: a descriptive study. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 21:31-38
Watertown MA. (2014). Epocrates Is Top Medical Reference App Among U.S. Physicians for Fifth Consecutive Year. Available at: http://www.epocrates.com/who/media/news/press-releases/epocrates-top-medical-reference-app-among-us-physicians-fifth-consecut. Retrieved: May 28, 2015
Wesley K. & Fizur P. (2015). A review of mobile applications to help adolescent and young adult cancer patients. *Adolesc Health Med Ther.* 6: 141-148
Worringham C., Rojek A., Stewart I. & Miranda JJ (2011). Development and Feasibility of a Smartphone. ECG and GPS Based System for Remotely Monitoring Exercise in Cardiac Rehabilitation. *PloS one* 6:e14669
Λουμάνης, Β. (2011). *Υλοποίηση εφαρμογής information aggregator για πληροφορίες σχετικές με το τμήμα ΤΠΤ σε πλατφόρμα Apple iOS.* Πτυχιακή εργασία. ΑΤΕΙ Θεσσαλίας, σχολή Τεχνολογικών Εφαρμογών, Τμήμα Τεχνολογίας Πληροφορικής και Τηλεπικοινωνιών, Λάρισα

Health related smartphone applications: a literature review

Pantelis Stergiannis[1], George Intas[2], Helen Christodoulou[3]

1. RN, MSc, PhD, GONK "Oi Agioi Anargiroi"
2. RN, MSc, PhD, GH Nikaia "O Agios Panteleimon"
3. RN, MSc, PhD, Sofia Sleman Nursing School, GH "Sotiria"

ABSTRACT

The rapid evolution of technology, has offered access to a variety of applications and technologies to healthcare professionals. New operating systems developed in the field of mobile devices revolutionized the way in which they are used. One of the main features offered by advanced software of a smartphone is the user's access to a wealth of new, impressive applications across several operating systems for smartphones. The health related applications provided through smartphones, promote more active involvement of patients and healthcare professionals to provided care and are a new tool for improving health.

The purpose of this abstract paper or article was to refer to applications currently used in the health sector, indicating specific capabilities they offer through review of electronic literature, focusing on scientific articles published in databases (PubMed, Scopus, etc.) referring to the potentials they offer. It seems that several health related applications have been developed, that can be classified into two main categories. One category comprises applications that are informative, i.e. provide information to the user about health issues, allowing a person to read, gather resources to make decisions, but also to introduce its own data. These applications are mostly used by health care professionals. The second major category of applications refers to those related to help with the diagnosis, treatment and decision-making on various health related issues and in some cases take the form of consultancy, substituting the health care professional. As technology advances, the development of new health related applications is expected, specialized, with new features. Finally, the use of such applications by health care professionals is essential.

Key words: application, health, health professional, smartphone, patient.

Corresponding Author: Pantelis Stergiannis
Email: pantstergiannis@yahoo.gr , Telephone number: 6944276624.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Κλινικές επιπτώσεις της μετάγγισης αίματος κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο σε καρδιοχειρουργικούς ασθενείς

Βασίλης Χατζητόλιας[1], Ευαγγελία Χατζηλεωνίδα[1], Ευφροσύνη Λαζαρίδου[1], Καλλιόπη Λελέκη[2], Αθηνά Ντέντα[1], Μαρία Σίλελη[3]

1. Νοσηλευτής/-τρια, Μονάδα Καρδιοχειρουργικής Ανάνηψης, Γ.Ν.Θ. "Γ. Παπανικολάου"
2. Προϊσταμένη, Καρδιοχειρουργικής Κλινικής, Γ.Ν.Θ. "Γ. Παπανικολάου"
3. Ιατρός Παθολόγος - Εντατικολόγος, Μονάδα Καρδιοχειρουργικής Ανάνηψης, Γ.Ν.Θ. "Γ. Παπανικολάου"

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Οι μεταγγίσεις αίματος είναι συχνές νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ασθενείς που υποβάλλονται σε μείζονες καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις.

Σκοπός: Βασικός σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση πιθανής συσχέτισης μεταξύ της μετάγγισης αίματος κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο σε ασθενείς μετά από εγχείρηση ανοικτής καρδιάς, με την εμφάνιση επιπλοκών κατά τη νοσηλεία τους στη Μονάδα Μετεγχειρητικής Ανάνηψης.

Μεθοδολογία: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη σε 874 καρδιοχειρουργικούς ασθενείς χωρισμένους σε δυο ομάδες ανάλογα με την παρουσία (Ομάδα Α) ή την απουσία μετάγγισης αίματος (Ομάδα Β) στην εξωσωματική κυκλοφορία, τόσο διεγχειρητικά, όσο και στη Μονάδα Ανάνηψης της Καρδιοχειρουργικής κλινικής ενός Γενικού Νοσοκομείου μεγάλου αστικού κέντρου κατά το χρονικό διάστημα Ιανουάριος 2013-Δεκέμβριος 2014. Αποκλείστηκαν 234 ασθενείς με προϋπάρχουσα ηπατική ή αιματολογική νόσο, κολπική μαρμαρυγή, σοβαρού βαθμού αναπνευστική ανεπάρκεια, ή που υποβλήθηκαν σε επείγοντα χειρουργεία ή αυτόλογη μετάγγιση. Ως νοσηρότητα ορίστηκε ο παρατεταμένος μηχανικός αερισμός, ο μετεγχειρητικός μηχανικός αερισμός >7 ώρες, η επαναδιασωλήνωση, η ανάγκη για χρήση μη επεμβατικού μηχανικού αερισμού, η εμφάνιση κολπικής μαρμαρυγής και οι περισσότερες από 5 ημέρες μετεγχειρητικής νοσηλείας. Η ανάλυση περιέλαβε το chi-square test, το student's t-test, τον υπολογισμό του σχετικού κινδύνου (Relative Risk, RR) και πολυπαραγοντική ανάλυση (logistic regression), με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας το 0.05.

Αποτελέσματα: Στην ανάλυση συμπεριλήφθηκαν 640 ασθενείς από τους οποίους μεταγγίστηκαν 486 (75,9%, Ομάδα Α), ενώ 154 ασθενείς δε χρειάστηκαν μετάγγιση (24,1%, Ομάδα Β). Συγκρίνοντας τις δύο ομάδες, οι ασθενείς που μεταγγίστηκαν ήταν μεγαλύτερης ηλικίας (67 vs 62 έτη, $p<0,01$) και είχαν υψηλότερη τιμή Euroscore I (4,9 vs 2,91, $p<0,01$). Σε σύγκριση με την ομάδα Β, οι ασθενείς της ομάδας Α διέφεραν στατιστικά σημαντικά όσον αφορά στον παρατεταμένο μηχανικό αερισμό ($p=0,035$), τον μηχανικό αερισμό >7 ώρες ($p<0,01$), την ανάγκη για μη επεμβατικό μηχανικό αερισμό ($p=0,025$) και τις ημέρες νοσηλείας ($p<0,01$). Δε διαπιστώθηκε διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στις μεταγγίσεις αίματος, την ανάγκη επαναδιασωλήνωσης ή την εμφάνιση κολπικής μαρμαρυγής. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, η μετάγγιση αίματος παραμένει ανεξάρτητος παράγοντας όσον αφορά τη μετεγχειρητική νοσηλεία > 5 ημέρες ($p=0.03$) και το μηχανικό αερισμό > 7 ώρες ($p<0.01$).

Συμπεράσματα: Οι μεταγγίσεις αίματος φαίνεται ότι σχετίζονται με αρνητικές κλινικές επιπτώσεις σε ασθενείς που υποβάλλονται σε μείζονες καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις.

Λέξεις κλειδιά: αορτοστεφανιαία παράκαμψη, μετάγγιση αίματος, νοσηρότητα, χειρουργική βαλβίδας

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Χατζητόλιας Βασίλης
Μονάδα Καρδιοχειρουργικής Ανάνηψης Γ.Ν.Θ. "Γ. Παπανικολάου" Εξοχή, Θεσσαλονίκη ΤΚ 57010
Τηλ. επικοινωνίας: 2310638687 E-mail: vasilisefi@gmail.com

Ημερομηνία υποβολής: 03/07/2015
Ημερομηνία δημοσίευσης: 21/09/2015

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το αίμα είναι ένας πολύτιμος βιολογικός ανθρώπινος ιστός και η μετάγγισή του θεωρείται από πολλούς ως πράξη μεταμόσχευσης. Είναι διεθνώς καταγεγραμμένο ότι η μετάγγιση αίματος καθώς και των παραγώγων του είναι υπεύθυνη για πλήθος αντιδράσεων (Bolton-Maggs & Cohen 2013). Αυτές αφορούν ανοσολογικές ή μη ανοσολογικές (π.χ. πιθανότητα μετάδοσης παθογόνων οργανισμών), οξείες ή επιβραδυνόμενες αντιδράσεις. Επιπλέον, παρά το γεγονός ότι έχουν θεσπιστεί οδηγίες για τη σωστή διαχείριση του χορηγούμενου αίματος με σκοπό τη διασφάλιση της ποιότητας, η μετάγγιση αίματος εξακολουθεί να ενέχει κινδύνους.

Οι καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις και ιδιαίτερα όταν αυτές γίνονται με εξωσωματική κυκλοφορία σχετίζονται με αυξημένες ανάγκες για μετάγγιση αίματος και παραγώγων του (US Department of Health and Human Services 2007). Το 20% του διαθέσιμου αίματος των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής καταναλώνεται σε καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις. Το 80% αυτής της ποσότητας χρησιμοποιείται στο 15-20% των ασθενών αυτών (Ferraris et al 2007). Οι συνήθεις αιτίες για την περιεγχειρητική αιμορραγία και την επακόλουθη μετάγγιση στις καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις μπορεί να σχετίζονται με τον ασθενή, την προεγχειρητική φαρμακευτική αγωγή, τη φύση του χειρουργείου, τη χειρουργική τεχνική, ή με την εφαρμογή της εξωσωματικής κυκλοφορίας. Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις είναι συνήθως μεγάλης ηλικίας, με συνοσηρότητες, που υποβάλλονται σε συνδυαστικές επεμβάσεις ή επανεπεμβάσεις, σε επείγοντα χειρουργεία διάσωσης και λαμβάνουν τις περισσότερες φορές αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα έως την προηγούμενη ημέρα του χειρουργείου. Επιπλέον, κατά την εξωσωματική κυκλοφορία, οι ασθενείς υποβάλλονται σε συστηματικό ηπαρινισμό και ορισμένες φορές, ανάλογα με τον τύπο του χειρουργείου, σε συνθήκες υποθερμίας. Η πλήρωση των κυκλωμάτων της με κρυσταλλοειδή ή κολλοειδή διαλύματα προκαλεί αιμοαραίωση, ενώ η επαφή με τη ξένη επιφάνεια προκαλεί ποικίλου βαθμού καταστροφή των έμμορφων στοιχείων του αίματος. Όλα τα παραπάνω συντελούν σε αύξηση του κινδύνου διεγχειρητικής ή άμεσα μετεγχειρητικής αιμορραγίας και κατ' επέκταση την ανάγκη για μετάγγιση (Kawahito et al 2001, Paparella et al 2002a, Paparella et al 2004b, Edmunds et al 2006).

Η αμερικάνικη εταιρεία θωρακοχειρουργών (STS) αλλά και η ευρωπαϊκή εταιρεία αναισθησιολόγων (EACTA) έχει εκδώσει κατευθυντήριες οδηγίες και συστάσεις τόσο για την εφαρμογή πρακτικών που αποσκοπούν στη μείωση της περιεγχειρητικής ανάγκης για μετάγγιση όσο και για τη διαχείριση της αιμορραγίας διεγχειρητικά (Ferraris et al 2011, Kozek-Langeneckeret et al 2013). Παρ όλα αυτά, παρατηρείται διεθνώς μεγάλη διακύμανση στις πρακτικές μετάγγισης. Σε πρόσφατη μελέτη που διεξήχθη σε 798 νοσοκομεία των Η.Π.Α. και αφορούσε 82.446 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις διαπιστώθηκε ότι η μετάγγιση με συμπυκνωμένα ερυθρά κυμαινόταν από 7,8% έως 92,8%, με φρέσκο κατεψυγμένο πλάσμα από 0% έως 97,5% και με αιμοπετάλια από 0,4% έως 90,4% (Guerrero et al 2010). Επιπλέον, σε μία έρευνα που διενεργήθηκε μεταξύ των μελών της ευρωπαϊκής κοινότητας καρδιοαναισθησιολόγων και τεχνικών εξωσωματικής κυκλοφορίας διαπιστώθηκε ότι μόνο το 22% των αναισθησιολόγων και το 33% των τεχνικών διάβασαν τις κατευθυντήριες οδηγίες μετάγγισης με αποτέλεσμα το 76% των αναισθησιολόγων και το 77% των τεχνικών δεν τροποποίησαν την πρακτική μετάγγισης παρά τις δημοσιευμένες κατευθυντήριες οδηγίες (Varghese & Myers 2010).

Στη διεθνή βιβλιογραφία γίνεται εκτενής αναφορά για τις επιπτώσεις της μετάγγισης αίματος μετά από μείζονες καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις. Αυτές αφορούν τόσο στην εμφάνιση αντιδράσεων που σχετίζονται με την μετάγγιση (Vamvakas & Blajchman 2009) όσο και στη βραχυπρόθεσμη, αλλά και μακροπρόθεσμη επίδραση της μετάγγισης στη νοσηρότητα και τη θνητότητα σε αυτή την ομάδα των ασθενών (Reeves & Murphy 2008). Οι περισσότερες μελέτες αφορούν στο σύνολο των μεταγγίσεων σε ερυθρά που χορηγήθηκαν σε ασθενείς με ανοικτή εγχείρηση καρδιάς σε όλη τη διάρκεια της νοσηλείας τους.

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αγγλία και περιέλαβε 8.516 καρδιοχειρουργικούς ασθενείς διαπιστώθηκε ότι η μετάγγιση αίματος προκαλεί αύξηση των λοιμώξεων και των ισχαιμικών συμβάντων και σχετίζεται με παράταση της νοσηλείας (Murphy et al 2007). Σε άλλη μελέτη 11.963 ασθενών που υποβλήθηκαν σε καρδιοπνευμονική παράκαμψη, η μετάγγιση ερυθρών σχετίστηκε με αυξημένο κίνδυνο θανάτου, νεφρικής ανεπάρκειας, παρατεταμένης μηχανικής υποστήριξης του αναπνευστικού, σοβαρών λοιμώξεων και καρδιακών και νευρολογικών επιπλοκών (Koch et al 2006).

Βασικός σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση των κλινικών επιπτώσεων της συνολικής μετάγγισης αίματος κατά την εξωσωματική κυκλοφορία, διεγχειρητικά και κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στη Μονάδα Μετεγχειρητικής Ανάνηψης (Μ.Κ.Α.) σε ασθενείς που υποβάλλονται σε μείζονες καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις. Παράλληλα να εκτιμηθεί ο σχετικός κίνδυνος της εμφάνισής τους.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σχεδιασμός μελέτης και δείγμα

Πρόκειται για μια αναδρομική μελέτη παρατήρησης σε 874 διαδοχικούς ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη, χειρουργική βαλβίδας ή συνδυασμένη εγχείρηση αυτών υπό εξωσωματική κυκλοφορία κατά το χρονικό διάστημα Ιανουάριος 2013 -Δεκέμβριος 2014 στην Καρδιοχειρουργική κλινική ενός Γενικού Νοσοκομείου μεγάλου αστικού κέντρου. Από τη μελέτη αποκλείσθηκαν συνολικά 234 ασθενείς. Κύρια αίτια αποκλεισμού αποτέλεσαν η προϋπάρχουσα ηπατική ή αιματολογική νόσος, η κολπική μαρμαρυγή και η σοβαρού βαθμού αναπνευστική ανεπάρκεια με βάση τη σπιρομετρική τιμή FEV1<50% (GOLD Updated 2014). Άλλα αίτια αποκλεισμού ήταν η επείγουσα χειρουργική παρέμβαση και η μετάγγιση με αυτόλογο αίμα.

Στην τελική ανάλυση συμπεριλήφθησαν 640 ασθενείς οι οποίοι κατηγοριοποιήθηκαν σε δύο ομάδες (Διάγραμμα 1). Στην πρώτη ομάδα (Ομάδα Α) συμμετείχαν 486 ασθενείς που μεταγγίσθηκαν με συμπυκνωμένα ερυθρά κατά τη διάρκεια της εξωσωματικής κυκλοφορίας, του χειρουργείου και κατά την παραμονή τους στη Μονάδα Ανάνηψης της Καρδιοχειρουργικής κλινικής (ΜΚΑ). Η δεύτερη ομάδα (Ομάδα Β) περιέλαβε 154 ασθενείς που δεν μεταγγίσθηκαν.

Για όλους τους ασθενείς ακολουθήθηκαν οι κατευθυντήριες οδηγίες μετάγγισης όπως αυτές αναφέρονται στην αναθεώρηση από τους Ferraris et al (2011).

Συλλογή δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων έγινε με βάση τη μελέτη των ιατρικών φακέλων από το αρχείο της κλινικής. Για κάθε ασθενή της έρευνας καταγράφηκε το φύλο, η ηλικία, το κλάσμα εξώθησης (ΚΕ) και το λογιστικό Euroscore I. Το Euroscore I αποτελεί ένα μαθηματικό μοντέλο διαστρωμάτωσης κινδύνου που καθιστά εφικτή την αντικειμενική προσέγγιση της χειρουργικής θνησιμότητας και επιτρέπει την ταξινόμηση των ασθενών στις αντίστοιχες κλινικές ομάδες κινδύνου. Παρουσιάζει αυξημένη ευαισθησία και ειδικότητα συγκριτικά με άλλα μοντέλα εκτίμησης κινδύνου στις καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις. Για τον υπολογισμό του χρησιμοποιούνται προεγχειρητικοί παράγοντες που σχετίζονται με τον ασθενή, την καρδιακή του λειτουργία και το είδος της χειρουργικής επέμβασης. Η παρουσία κάθε μεμονωμένου παράγοντα αντιστοιχεί σε ένα συγκεκριμένο βαθμό βαρύτητας ενώ η συνολική βαθμολογία (λογιστικό Euroscore I) που προκύπτει από τη χρήση μιας λογιστικής εξίσωσης παλινδρόμησης εκφράζει την εκτιμώμενη θνησιμότητα κατά τη διάρκεια ή λίγο μετά από μία εγχείρηση ανοιχτής καρδιάς (Nashef et al 2000, Roques et al 2003, Granton J et al 2008).

Επίσης καταγράφηκε η νοσηρότητα κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο. Ως νοσηρότητα ορίστηκε ο παρατεταμένος μηχανικός αερισμός, δηλαδή η μετεγχειρητική χρήση μηχανικού αερισμού για περισσότερο από 48 ώρες (ΜΑ > 48 ώρες), ο μετεγχειρητικός μηχανικός αερισμός >7 ώρες (ορισμένος σύμφωνα με το μέσο όρο μετεγχειρητικού μηχανικού αερισμού των καρδιοχειρουργημένων ασθενών της κλινικής), η επαναδιασωλήνωση, η ανάγκη για χρήση μη επεμβατικού μηχανικού αερισμού (ΜΕΜΑ) και η εμφάνιση πρωτοεμφανιζόμενης μετεγχειρητικής κολπικής μαρμαρυγής. Άλλα δεδομένα που συλλέχθηκαν ήταν οι ημέρες μετεγχειρητικής νοσηλείας των ασθενών που υποβλήθηκαν σε καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, ενώ υπολογίστηκε ο μέσος όρος του χρόνου νοσηλείας τους. Επιπρόσθετα οι ομάδες συγκρίθηκαν με βάση την παραμονή τους στην κλινική μας για περισσότερες ή λιγότερες από 5 ημέρες.

Οι δύο ομάδες συγκρίθηκαν ως προς τα δημογραφικά και προεγχειρητικά κλινικά χαρακτηριστικά που καταγράφηκαν. Συσχετίστηκαν οι παράγοντες που ορίστηκαν ως νοσηρότητα αλλά και ο μέσος όρος των μετεγχειρητικών ημερών νοσηλείας μεταξύ των δύο ομάδων.

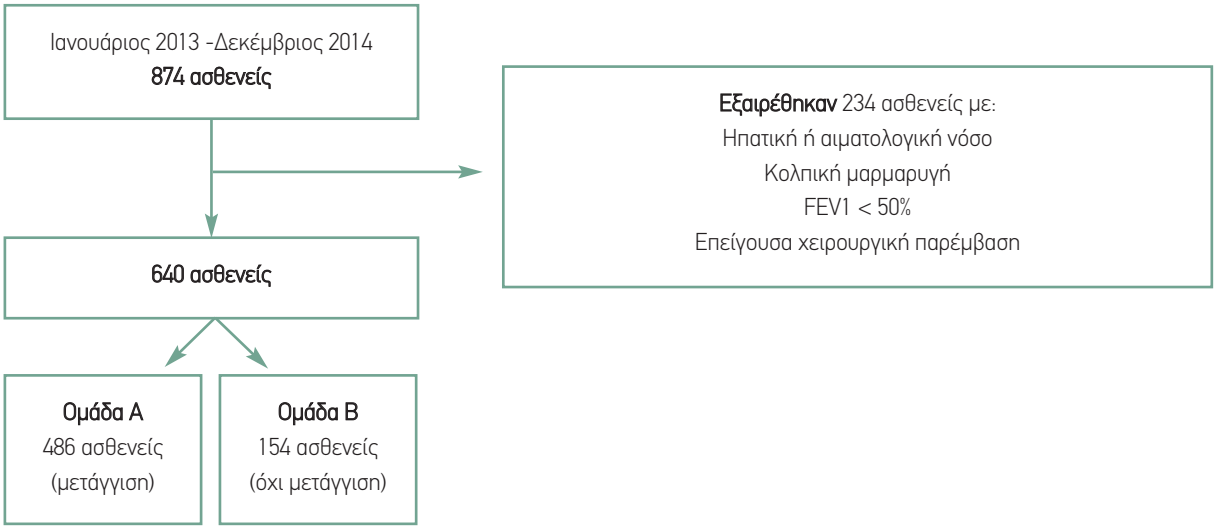
Δεοντολογικά θέματα

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε μετά από έγκριση του επιστημονικού συμβουλίου του Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου». Κατά τη διάρκεια της συλλογής και επεξεργασίας των δεδομένων διατηρήθηκε η ανωνυμία των συμμετεχόντων. Καμία πληροφορία σχετικά με τα συμμετέχοντα φυσικά πρόσωπα δεν δημοσιεύτηκε, παρά μόνο τα τελικά αποτελέσματα.

Στατιστική Ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη βοήθεια του προγράμματος IBM SPSS 19.0 (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 19.0). Για κάθε ποιοτική μεταβλητή υπολογίστηκε η συχνότητα (%) και για κάθε ποσοτική ο μέσος όρος ή η διάμεση τιμή. Η σύγκριση των ποιοτικών μεταβλητών έγινε με το chi-square test. Η ηλικία,

Διάγραμμα 1. Διαδικασία επιλογής δείγματος



το κλάσμα εξώθησης και το Euroscore I αναλύθηκαν ως συνεχείς μεταβλητές και χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test. Οι μεταβλητές για τις οποίες βρέθηκε ανομοιογένεια μεταξύ των δύο ομάδων και είναι γνωστοί παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση μετεγχειρητικών επιπλοκών τοποθετήθηκαν σε μια πολυπαραγοντική ανάλυση παλινδρόμησης (adjusted multivariate logistic regression) και μελετήθηκε η ικανότητά τους να είναι προγνωστικοί παράγοντες. Επιπλέον, για τους παράγοντες που βρέθηκαν στατιστικά σημαντικοί υπολογίστηκε ο σχετικός κίνδυνος ανάπτυξής τους (Relative Risk-RR). Στατιστικά σημαντικά θεωρήθηκαν τα αποτελέσματα με τιμές του p μικρότερες από 0,05.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τους 640 ασθενείς της έρευνας, οι 486 (75,9%) μεταγγίσθηκαν με συμπυκνωμένα ερυθρά, ενώ οι υπόλοιποι 154 (24,1%) ασθενείς δεν έλαβαν μετάγγιση ούτε διεγχειρητικά αλλά ούτε και κατά τη νοσηλεία τους στη Μονάδα Ανάνηψης της Καρδιοχειρουργικής κλινικής. Στον πίνακα 1 καταγράφονται τα δημογραφικά και τα προεγχειρητικά κλινικά χαρακτηριστικά των δύο ομάδων που μελετήθηκαν. Όσον αφορά στο φύλο, το 96,1% των ασθενών που δεν μεταγγίσθηκαν ήταν άντρες σε σχέση με το 75,1% της ομάδας Α (p<0,01). Οι ασθενείς της ομάδας που μεταγγίσθηκε (Ομάδα Α) χαρακτηρίζονταν από μεγαλύτερη ηλικία (67 vs 62) και υψηλότερη τιμή Euroscore I (4,9 vs 2,91). Οι παραπάνω διαφορές που παρα-

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά

n=640	ΟΜΑΔΑ Α (n=486)	ΟΜΑΔΑ Β (n=154)	p
Φύλλο (άρρεν)	365 (75,1%)	148 (96,1%)	<0.01*
Ηλικία (μ.ο.)	66,7 ± 9,3	61,6 ± 10	<0.01**
Euroscore I (μ.ο.)	4,9 (0,88-38,74)	2.91 (0,88-15,1)	<0.01**
ΚΕ%	55,6 ± 12	56,1 ± 12,2	0.685**
Χειρουργικές επεμβάσεις			
Αορτοστεφανιαία Παράκαμψη	341 (70,1%)	130 (84,4%)	
Αορτοστεφανιαία Παράκαμψη + Βαλβίδα	52 (10,7%)	4 (2,6%)	0.01*
Βαλβίδα	93 (19,1%)	20 (13%)	
Ημέρες νοσηλείας (μ.ο)	6,62 ± 4,96	6,01 ± 5,29	0.281**

μ.ο.= μέσος όρος, ΚΕ = κλάσμα εξώθησης * Pearson chi- square test (x2) **Student's t-test

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Μετεγχειρητικά χαρακτηριστικά

n=640	ΟΜΑΔΑ Α (n=486)	ΟΜΑΔΑ Β (n=154)	p*	RR
ΜΑ > 48 ώρες	20 (4,1%)	1 (0,6%)	0.035	6.34
Μηχανικός Αερισμός > 7 h	245 (50,4%)	30 (19,5%)	< 0.01	2.59
ΜΕΜΑ	42 (8,6%)	5 (3,2%)	0.025	2.66
Επαναδιασωλήνωση	12 (2,5%)	1 (0,6%)	0.163	
Κολπική Μαρμαρυγή	143 (29,4%)	34 (22,1%)	0.076	
Ημέρες Μετεγχειρητικής Νοσηλείας > 5	241 (49,6%)	52 (33,8%)	< 0.01	1.47

ΜΕΜΑ = Μη Επεμβατικός Μηχανικός Αερισμός, RR (Relative Risk) = σχετικός κίνδυνος *Pearson chi-square test (x^2)

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Πολυπαραγοντική ανάλυση για την εμφάνιση άμεσα μετεγχειρητικών επιπλοκών ως προς τη μετάγγιση σταθμισμένη για φύλο, ηλικία, Euroscore I και χειρουργική επέμβαση.

	OR	S.E.	95% CI	p
Ημ. Μετ/κής Νοσηλείας > 5	1,558	0,204	1,045 -2,324	0,03
Μηχανικός Αερισμός > 7 h	3,37	0,233	2,135 -5,319	<0,01
ΜΑ > 48 ώρες	3,248	1,06	0,407 -25,953	0,267
ΜΕΜΑ	1,991	0,502	0,744 -5,329	0,170

ΜΕΜΑ = Μη Επεμβατικός Μηχανικός Αερισμός Στατιστική επεξεργασία: multivariate logistic regression (adjusted)

τηρήθηκαν ήταν στατιστικά σημαντικές (p<0,01). Κατά τη σύγκριση του κλάσματος εξώθησης, οι ασθενείς που δεν μεταγγίστηκαν είχαν ελαφρώς υψηλότερη μέση τιμή (Ομάδα Α = 55,6% vs Ομάδα Β = 56,1%), όμως η διαφορά αυτή δεν ήταν στατιστικά σημαντική.

Τα μετεγχειρητικά δεδομένα που μελετήθηκαν συνοψίζονται στον πίνακα 2. Διαπιστώθηκε ότι η ομάδα των ασθενών που μεταγγίσθηκε παρουσίασε παράταση μετεγχειρητικού μηχανικού αερισμού, μετεγχειρητικό μηχανικό αερισμό >7 ώρες και χρήση μη επεμβατικού μηχανικού αερισμού σε μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με την ομάδα που δεν μεταγγίσθηκε (4,1% vs 0,6%, 50,4% vs 19,5%, 8,6% vs 3,2% αντίστοιχα). Από τη μονοπαραγοντική ανάλυση προέκυψε ότι αυτές οι διαφορές ήταν στατιστικά σημαντικές (p<0,05). Το ποσοστό των ασθενών που χρειάσθηκε επαναδιασωλήνωση ή που εμφάνισε μετεγχειρητική κολπική μαρμαρυγή δε διέφερε στατιστικά μεταξύ των δύο ομάδων.

Από την ανάλυση βρέθηκε ότι η μέση τιμή της νοσηλείας του συνόλου των ασθενών που υποβλήθηκαν σε μείζονες καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις ήταν 6,39 ημέρες. Όταν συγκρίθηκαν οι ομάδες σε σχέση με τις ημέρες της μετεγχειρητικής νοσηλείας παρατηρήθηκε ότι μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών που μεταγγίσθηκαν χρειάσθηκαν να παραμείνουν στο νοσοκομείο μετεγχειρητικά για περισσότερο από 5 ημέρες σε σχέση με αυτούς που δε μεταγγίστηκαν (49,6% vs 33,8%, p<0,01). Τέλος, υπολογίστηκε ότι οι ασθενείς που μεταγγίστηκαν παρουσίασαν 6,34 φορές περισσότερες πιθανότητες να υποβληθούν σε ΜΑ > 48 ώρες, σε μηχανικό αερισμό για περισσότερες από 7 ώρες κατά 2,59 φορές, σε ΜΕΜΑ κατά 2,66 φορές και να παραταθεί η νοσηλεία τους στο νοσοκομείο > 5 ημέρες κατά 1,47 φορές σε σχέση με την ομάδα των ασθενών που δεν υποβλήθηκε σε μετάγγιση.

Κατά την πολυπαραγοντική ανάλυση, η μετάγγιση αίματος συνδυάστηκε και σταθμίστηκε για τις μεταβλητές φύλο, ηλικία, τιμή Euroscore I και τύπο χειρουργικής επέμβασης (Πίνακας 3). Προέκυψε ότι η μετάγγιση παραμένει ισχυρός ανεξάρτητος παράγοντας μόνο της παρατεταμένης ενδονοσοκομειακής νοσηλείας > 5 ημερών (OR 1,558; 95% CI 1,045 -2,324; p=0,03) και του μηχανικού αερισμού > 7 ωρών (OR 3,37; 95% CI 2,135 -5,319; p<0,01).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η μετάγγιση αίματος και παραγώγων του είναι συχνή σε καρδιοχειρουργικούς ασθενείς. Παρά το γεγονός ότι σε αρκετές περιπτώσεις οι μεταγγίσεις αίματος είναι απαραίτητες, η χρήση του αίματος έχει σχετιστεί με αυξημένη νοσηρότητα στην καρδιοχειρουργική (Whitson et al 2010, Haijar et al 2010).

Η παρούσα μελέτη επικεντρώθηκε στις αρνητικές επιπτώσεις της μετάγγισης που πραγματοποιείται κατά τη διάρκεια της εξωσωματικής κυκλοφορίας, διεγχειρητικά και στη Μονάδα Μετεγχειρητικής Ανάνηψης σε ασθενείς που υποβάλλονται σε καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις. Οι περισσότεροι ασθενείς που μεταγγίσθηκαν ήταν άνδρες σε μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με αυτούς που δεν μεταγγίσθηκαν, γεγονός που συμφωνεί με άλλες μελέτες (Koch et al 2006, Murphy et al 2007). Επίσης η ομάδα των μεταγγισμένων χαρακτηριζόταν από μεγαλύτερη ηλικία και Euroscore I. Αυτό το εύρημα τονίζει την επιτακτική ανάγκη εφαρμογής, σε αυτή την υπο-ομάδα ασθενών, των προτεινόμενων συστάσεων που αποσκοπούν στην ελαχιστοποίηση της αιμορραγίας και της επακόλουθης περιεγχειρητικής μετάγγισης. Ειδικότερα, η εφαρμογή στρατηγικών όπως έγκαιρη παρέμβαση στην προεγχειρητική φαρμακοθεραπεία, μείωση της αιμοαραίωσης, χρήση αντιινωδολυτικών, τεχνικές αιμοδιάσωσης και εφαρμογή περιοριστικών στρατηγικών μετάγγισης θα βοηθούσε στη μείωση της έκθεσης των ασθενών στη χορήγηση αίματος και παραγώγων του (Ferraris et al 2011).

Όσον αφορά στις επιπλοκές που μελετήθηκαν κατά τη νοσηλεία των ασθενών στη Μονάδα ανάνηψης, διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς που μεταγγίσθηκαν χρειάστηκαν περισσότερες ώρες μετεγχειρητικού μηχανικού αερισμού και εμφάνισαν την ανάγκη για ΜΕΜΑ σε μεγαλύτερο ποσοστό. Αυτά τα ευρήματα συμφωνούν και με άλλες μελέτες (Whitson et al 2010). Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, η μετάγγιση αίματος αυξάνει σημαντικά την εμφάνιση κολπικής μαρμαρυγής (Koch et al 2006, Dorneles et al 2011, Alameddine et al 2014). Σε αντίθεση με αυτές τις αναφορές, στην παρούσα μελέτη οι μεταγγιζόμενοι ασθενείς δεν ανέπτυξαν πιο συχνά μετεγχειρητική πρωτοεμφανιζόμενη κολπική μαρμαρυγή σε σχέση με αυτούς που δεν μεταγγίσθηκαν.

Τέλος, στους ασθενείς που μεταγγίσθηκαν παρατηρήθηκε παράταση της συνολικής νοσηλείας. Οι Galas et al (2013) σε μελέτη τους παρατήρησαν ότι οι μεταγγίσεις αίματος αποτελούν ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για παράταση της μετεγχειρητικής νοσηλείας σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς. Παρόμοιο εύρημα παρατηρήθηκε και σε ασθενείς που συμμετείχαν στη μελέτη "Transfusion Requirements After Cardiac Surgery" (TRACS) όπου διαπιστώθηκε ότι η μετάγγιση αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα πρόβλεψης αυξημένων ημερών νοσηλείας μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση (Hajjar at al 2010). Στην ίδια μελέτη αναφέρεται ότι το 60% των ασθενών έλαβαν μεταγγίσεις τις πρώτες 72 ώρες, ενώ στην παρούσα μελέτη συμπεριλήφθηκαν όλοι οι ασθενείς που μεταγγίσθηκαν μέχρι και την ημέρα εξόδου τους από τη Μ.Κ.Α. Η σύγκριση των ημερών νοσηλείας αποτελεί μία χρήσιμη, έμμεση μέθοδο απολογισμού της συνολικής νοσηρότητας. Έτσι, η μετάγγιση αίματος μπορεί να αποτελέσει έναν επιπρόσθετο καλό προγνωστικό δείκτη νοσηρότητας και παράτασης μετεγχειρητικής νοσηλείας.

Η παρούσα μελέτη επικεντρώθηκε στις μεταγγίσεις που διενεργούνται διεγχειρητικά και άμεσα μετεγχειρητικά και όχι στο σύνολο των μεταγγίσεων κατά τη νοσηλεία του ασθενή στο νοσοκομείο. Αυτό το γεγονός τονίζει τη σπουδαιότητα της αρνητικής επίπτωσης των μεταγγίσεων από τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες. Είναι σημαντικό να σημειώσουμε ότι η χρήση αίματος κατά την διεγχειρητική και άμεσα μετεγχειρητική περίοδο δεν αποτελεί το μοναδικό ανεξάρτητο παράγοντα ανάπτυξης επιπλοκών. Όπως έδειξε η πολυπαραγοντική ανάλυση του δείγματος, άλλοι ανεξάρτητοι παράγοντες αποτελούν η ηλικία, το είδος της επέμβασης αλλά και

η επικινδυνότητα του χειρουργείου όπως αυτή αποτυπώνεται από την τιμή Euroscore I.

Οι περιορισμοί της μελέτης παραμένουν όμοιοι με αυτούς που παρατηρούνται σε οποιαδήποτε αναδρομική μελέτη παρατήρησης που στηρίζεται σε ηλεκτρονική βάση δεδομένων νοσοκομείου. Η εισαγωγή των ασθενών στη μελέτη έγινε με βάση τη μετάγγιση αίματος χωρίς να ληφθούν υπόψη τα επιμέρους χαρακτηριστικά τους. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να υπάρξει ανομοιογένεια μεταξύ των δύο ομάδων ως προς το φύλο, την ηλικία, την τιμή Euroscore I και το είδος της χειρουργικής επέμβασης. Τα χαρακτηριστικά αυτά, όμως, μπορούν να αποτελέσουν και προδιαθεσικούς παράγοντες για τις μετεγχειρητικές επιπλοκές που μελετήθηκαν, αλλά και για την αυξημένη ανάγκη μετάγγισης (Galas et al 2013). Παρά το γεγονός ότι εφαρμόστηκε πολυπαραγοντική ανάλυση και διόρθωση για αυτές τις μεταβλητές με στόχο την ελαχιστοποίηση αυτών των περιορισμών, δεν υπολογίστηκαν άλλοι πιθανοί συγχυτικοί παράγοντες. Άλλος σημαντικός περιορισμός είναι η έλλειψη της τιμής του αιματοκρίτη (αναιμία) από τη βάση δεδομένων, κυρίως τη διεγχειρητική τιμή και την κατώτερη τιμή του αιματοκρίτη κατά τη διάρκεια της εξωσωματικής κυκλοφορίας, όπως και την ακριβή αιτία μετάγγισης. Είναι γεγονός, ότι η αλληλεπίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών, της κατώτερης τιμής του αιματοκρίτη και της αιτίας μετάγγισης με τις μετεγχειρητικές επιπλοκές δεν έχει πλήρως διευκρινιστεί μέχρι σήμερα (Paone et al 2014).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η μετάγγιση με ερυθρά αιμοσφαίρια αποτελεί μία συχνή παρέμβαση στην καρδιοχειρουργική. Παρά το γεγονός ότι στην παρούσα μελέτη ακολουθήθηκαν οι κατευθυντήριες οδηγίες μετάγγισης καρδιοχειρουργημένων ασθενών, διαπιστώθηκε ότι υπάρχει ισχυρή συσχέτιση όσον αφορά στη χορήγηση αίματος κατά τη διεγχειρητική και την άμεση μετεγχειρητική περίοδο, με την παράταση του μετεγχειρητικού μηχανικού αερισμού > 7 ωρών και την παράταση της νοσηλείας στο νοσοκομείο.

ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΕΡΕΥΝΗΤΩΝ

ΒΧ, ΕΧ, ΕΛ, ΑΝ & ΚΛ: Συμμετείχαν στη συλλογή και ανάλυση των δεδομένων καθώς και στη συγγραφή του κειμένου. ΜΣ: Συμμετείχε στο σχεδιασμό της μελέτης, την ανάλυση των δεδομένων και στη συγγραφή του κειμένου. Όλοι οι συγγραφείς διάβασαν και ενέκριναν την υποβολή του τελικού κειμένου.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Να ευχαριστήσουμε θερμά τον κ. Σωκράτη Τσαγκαρόπουλο, χειρουργό θώρακα, για τις χρήσιμες εισηγήσεις του στην ανάλυση και ολοκλήρωση της παρούσας μελέτης.

ΒΡΑΒΕΥΣΗ

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

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Alameddine A.K., Visintainer P., Alimov V.K. & Rousou J.A. (2014). Blood transfusion and the risk of atrial fibrillation after cardiac surgery. *Journal of Cardiac Surgery* 29 (5): 593-599

Bennett-Guerrero E., Zhao Y., O 'Brien S.M., Ferguson T.B. Jr, Peterson E.D., Gammie J.S. & Song H.K. (2010). Variation in use of blood transfusion in coronary artery bypass graft surgery. *JAMA* 304 (14): 1568-1575

Bolton-Maggs H.B.P. & Cohen H. (2013). Serious Hazards of Transfusion (SHOT) haemovigilance and progress is improving transfusion safety. *British Journal of Haematology*. 163: 303-314

Dorneles C. de C., Bodanese L.C., Guaragna J.C., Macagnan F.E., Coelho J.C., Borges A.P., Goldani M.A. & Petracco J.B. (2011). The impact of blood transfusion on morbidity and mortality after cardiac surgery. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular* 26 (2): 222-229

Edmunds Jr L.H., Colman R.W. (2006). Thrombin during cardiopulmonary bypass. *Annals of Thoracic Surgery* 82: 2315-2322

Ferraris V.A., Brown J.R., Despotis G.J., Hammon J.W., Reece T.B., Saha S.P., Song H.K., Clough E.R; Society of Cardiovascular Anesthesiologists Special Task Force on Blood Transfusion, Shore-Lesserson L.J., Goodnough L.T., Mazer C.D., Shander A., Stafford-Smith M., Waters J.; International Consortium for Evidence Based Perfusion, Baker R.A., Dickinson T.A., FitzGerald D.J., Likosky D.S. & Shann K.G. (2011). 2011 update to the Society of Thoracic Surgeons and the Society of Cardiovascular Anesthesiologists blood conservation clinical practice guidelines. *Annals of Thoracic Surgery* 91 (3): 944-82

Ferraris V.A., Ferraris S.P., Saha S.P., Hessel E.A. 2nd, Haan C.K., Royston B.D., Bridges C.R., Higgins R.S., Despotis G., Brown J.R.; Society of Cardiovascular Anesthesiologists Special Task Force on Blood Transfusion, Spiess B.D., Shore-Lesserson L., Stafford-Smith M., Mazer C.D., Bennett-Guerrero E., Hill S.E. & Body S. (2007). Perioperative blood transfusion and blood conservation in cardiac surgery: the Society of Thoracic Surgeons and The Society of Cardiovascular Anesthesiologists clinical practice guideline. *Annals of Thoracic Surgery* 83: S27-86

Galas F.R., Almeida J.P., Fukushima J.T., Osawa E.A., Nakamura R.E., Silva C.M., de Almeida E.P., Auler J.O., Vincent J.L. & Hajjar L.A. (2013). Blood transfusion in cardiac surgery is a risk factor for increased hospital length of stay in adult patients. *Journal of Cardiothoracic Surgery* 26; 8:54

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

Granton J, Cheng D. (2008). Risk stratification models in cardiac surgery. *Seminars in Cardiothoracic and Vascular Anesthesia* 12: 167-174

Hajjar L.A., Vincent J.L., Galas F.R., Nakamura R.E., Silva C.M., Santos M.H., Fukushima J., Kalil Filho R., Sierra D.B., Lopes N.H., Mauad T., Roquim A.C., Sundin M.R., Le´o W.C., Almeida J.P., Pomerantzeff P.M., Dallan L.O., Jatene F.B., Stolf N.A. & Auler J.O. Jr. (2010). Transfusion requirements after cardiac surgery: the TRACS randomized controlled trial. *JAMA* 304 (14): 1559-1567

Kawahito S., Maeda T., Yoshikawa M., Takano T., Nonaka K., Linneweber J., MikamiM., Motomura T., Ichikawa S., Glueck J. & Nose Y. (2001). Blood trauma induced by clinically accepted oxygenator. *ASAIO Journal* 47: 492?495

Koch C.G., Li L., Duncan A.I., Mihaljevic T., Cosgrove D.M., Loop F.D., Starr N.J. & Blackstone E.H. (2006). Morbidity and mortality risk associated with red blood cell and blood-component transfusion in isolated coronary artery bypass grafting. *Critical Care Medicine* 34 (6): 1608-1616

Koch C.G., Li L., Van Wagoner D.R., Duncan A.I., Gillinov A.M. & Blackstone E.H. (2006). Red cell transfusion is associated with an increased risk for postoperative atrial fibrillation. *Annals of Thoracic Surgery* 82 (5): 1747-1756

Kozek-Langenecker S.A., Afshari A., Albaladejo P., Santullano C.A., De Robertis E., Filipescu D.C., Fries D., Gwrlinger K., Haas T., Imberger G., Jacob M., Lancı M., Llau J., Mallett S., Meier J., Rahe-Meyer N., Samama C.M., Smith A., Solomon C., Van der Linden P., WikkelsΩ A.J., Wouters P., Wyffels P. (2013). Management of severe perioperative bleeding: guidelines from the European Society of Anaesthesiology. *European Journal of Anaesthesiology* 30: 270-382

Murphy G.J., Reeves B.C., Rogers C.A., Rizvi S.I., Culliford L. & Angelini G.D. (2007). Increased mortality, postoperative morbidity, and cost after red blood cell transfusion in patients having cardiac surgery. *Circulation* 116 (22): 2544-2552

Nashef S.A., Roques F., Michel P., Cortina J., Faichney A., Gams E., Harjula A. & Jones M.T. (2000). Coronary surgery in Europe: comparison of the national subsets of the European system for cardiac operative risk evaluation database.

European Journal Cardiothoracic Surgery 17 (4): 396-399
Paone G., Likosky D.S. Brewer R., Theurer PF., Bell G.F., Cogan C.M., Prager R.L.; Membership of the Michigan Society of Thoracic and Cardiovascular Surgeons (2014). Transfusion of 1 and 2 units of red blood cells is associated with increased morbidity and mortality. *Annals of Thoracic Surgery* 97(1):87-93
Paparella D., Galeone A., Venneri M.T., Coviello M., Visicchio G., Cappabianca G., Maselli G., Marraudino N., Quaranta M.,, De Luca Tupputi & Schinosa L. (2004). Blood damage related to cardiopulmonary bypass: in vivo and in vitro comparison of two different centrifugal pumps. *ASAIO Journal* 50: 473-478
Paparella D., Yau T.M. & Young E. (2002). Cardiopulmonary bypass induced inflammation: pathophysiology and treatment. An update. *European Journal of Cardiothoracic Surgery* 21: 232-244
Reeves B.C. & Murphy G.J. (2008). Increased mortality, morbidity, and cost associated with red blood cell transfusion after cardiac surgery. *Current Opinion in Anaesthesiology* 21 (5): 669-673
Roques F., Michel P., Goldstone A.R. & Nashef S.A.(2003). The logistic EuroSCORE. *European Heart Journal* 24 (9): 882-833
US Department of Health and Human Services. (2007). The 2007 Nationwide Blood Collection and Utilization Survey Report. [Online]. Availiable at: https://wayback.archive-it.org/3919/20140402175908/http://www.hhs.gov/ash/bloodsafety/2007nbcus_survey.pdf
Vamvakas E.C. & Blajchman M.A. (2009). Transfusion-related mortality: the ongoing risks of allogeneic blood transfusion and the available strategies for their prevention. *Blood* 113 (15): 3406-3417
Varghese R & Myers ML. (2010). Blood conservation in cardiac surgery: let's get restrictive. *Seminars of Thoracic and Cardiovascular Surgery* 22 (2): 121-6
Whitson B.A., Huddleston S.J., Savik K. & Shumway S.J. (2010). Risk of adverse outcomes associated with blood transfusion after cardiac surgery depends on the amount of transfusion. *The Journal of Surgical Research* 158 (1): 20-27

Clinical effects of blood transfusion during the immediate postoperative period in cardiac surgery patients

Vasilis Hatzitolias[1], Evagelia Hatzileonida[1], Efrosyni Lazaridou[1], Kalliopi Leleki[2], Athina Ntenta[1], Maria Sileli[3]

1. Nurse, Cardiac Surgery Intensive Care Unit, General Hospital "G. Papanikolaou", Thessalloniki
2. Head Nurse, Cardiac Surgery Department, General Hospital "G. Papanikolaou", Thessalloniki
3. Medical Doctor, Intensivist, Cardiac Surgery Intensive Care unit, General Hospital "G. Papanikolaou", Thessalloniki

ABSTRACT

Introduction: Blood transfusion is common in patients undergoing cardiac surgery.

Aim: Our goal was to investigate the association between blood transfusions in the early postoperative period and complications during Cardiac Intensive Care Unit (CICU) stay.

Methods: Retrospectively analysis in 874 patients who underwent isolated coronary artery bypass grafting, valve surgery or combined procedures. Patients were allocated to two groups according to the presence (Group A) or absence (Group B) of blood transfusion during extracorporeal circulation, surgery and CICU stay. Two hundred thirty four patients with preexisting hepatic or blood diseases, atrial fibrillation, emergent surgery or those received autologous blood transfusions were excluded prior to the study. Morbidity was defined as prolonged postoperative mechanical ventilation, mechanical ventilation>7hours, reintubation, use of non-invasive ventilation, postoperative atrial fibrillation and length of hospital stay. Statistical analysis was carried out using Chi-square, Student's t-test, Relative Risk (RR) and logistic regression with statistical significance set at $p<0.05$.

Results: In the final analysis 640 patients were included. From these, 486 patients received blood transfusion (Group A) while 154 patients were allocated to Group B. Patients in Group A were older (67 vs 62, $p<0.01$) and characterized by higher Euroscore I (4.9 vs 2.91, $p<0.01$). Patients receiving blood transfusion differed significantly in terms of prolonged mechanical ventilation ($p=0.035$), mechanical ventilation >7 hours ($p<0.01$), need for non-invasive mechanical ventilation ($p=0.025$) and length of hospital stay ($p<0.01$). No significant difference was found regarding postoperative atrial fibrillation and reintubation rate. Multivariate logistic regression indicates blood transfusion as an independent predictive factor for hospital stay over 5 days ($p=0.03$) and mechanical ventilation > 7 hours ($p<0.01$).

Conclusions: Blood transfusions seem to associate with certain complications in cardiac surgery patients.

Keywords: CABG, blood transfusion, morbidity, valve surgery.

Corresponding author: Hatzitolias Vasilis
Cardiac Surgery Intensive Care Unit, General Hospital "G. Papanikolaou" Exochi, 57010 Thessaloniki, Greece
Tel: (+30) 2310638687 E-mail: vasilisefi@gmail.com

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η χρήση της πορνογραφίας: πηγές, συμπεριφορές και σεξουαλικότητα

Παναγιώτα Δερεδίνη[1], Γεώργιος Καλλέργης[2]

1. Νοσηλεύτρια, MSc, Εταιρεία περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (Ε.Π.Α.ΨΥ)
2. Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η πορνογραφία στις μέρες μας είναι ευρέως διαδεδομένη και η χρήση της μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες στη ζωή, στην καθημερινότητα και στην ψυχική και σωματική υγεία των ατόμων και των γύρω τους. Επιπλέον, οι πηγές πληροφόρησης σχετικά με τη σεξουαλικότητα, είναι ένας τομέας που επηρεάζει συνολικά τη σεξουαλική ζωή ενός ατόμου.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί η χρήση πορνογραφικού υλικού από ενήλικες, να γίνει η καταγραφή της σεξουαλικής συμπεριφοράς τους αναφορικά με αυτή και να βρεθούν οι κύριες πηγές σεξουαλικής πληροφόρησής τους.

Μεθοδολογία: Στη μελέτη συμμετείχαν 510 ενήλικες ηλικίας 18-67 ετών. Η συλλογή των δεδομένων διήρκησε από την 1 Φεβρουαρίου του 2013, μέχρι τις 30 Απριλίου του 2013, και πραγματοποιήθηκε με τη συμπλήρωση ειδικά διαμορφωμένου ανώνυμου ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου που περιελάμβανε 46 ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής, που διερευνούσαν τη σεξουαλικότητα, τη χρήση της πορνογραφίας και τις πηγές σεξουαλικής πληροφόρησης ενηλίκων. Η προώθηση έγινε μέσω των μέσων κοινωνικής δικτύωσης και της ιστοσελίδας της Εταιρείας Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας. Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS Statistics 17.0 όπου το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ήταν $p<0,05$.

Αποτελέσματα: Από τους 510 ερωτηθέντες που αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνας το 70,2% ήταν γυναίκες και το 29,8% ήταν άνδρες, μέσης ηλικίας τα 26,7 έτη. Οι άνδρες παρακολουθούσαν κατά μέσο όρο 3,49 φορές την εβδομάδα πορνογραφικό υλικό, ενώ οι γυναίκες 0,49 φορές την εβδομάδα. Όσοι έβλεπαν περισσότερο πορνογραφικό υλικό είχαν περισσότερους ερωτικούς συντρόφους. Το 60,1% των ανδρών δήλωσε πως παρακολουθεί πορνογραφικό υλικό για διέγερση κι αυνανισμό, ενώ το 46,8% των γυναικών από περιέργεια. Το 72,7% των ανδρών χαρακτήρισε το πορνογραφικό υλικό διεγερτικό, ενώ το 39,9% των γυναικών το χαρακτήρισε αδιάφορο και διεγερτικό αντίστοιχα. Το μεγαλύτερο ποσοστό ανδρών (53,3%) και γυναικών (62%) είχαν πληροφόρηση σχετικά με τη σεξουαλικότητα από το φιλικό περιβάλλον, ενώ όταν η κύρια πηγή πληροφόρησης ήταν το διαδίκτυο η ηλικία έναρξης της σεξουαλικής επαφής ήταν στα 10-16 έτη.

Συμπεράσματα: Οι άνδρες παρακολουθούσαν περισσότερο πορνογραφικό υλικό σε σχέση με τις γυναίκες. Τα άτομα που παρακολουθούσαν περισσότερο πορνογραφικό υλικό είχαν γενικά μία έντονη σεξουαλική διάθεση που εκφράστηκε με διάφορους τρόπους. Οι πηγές πληροφόρησης σχετικά με τη σεξουαλικότητα των ατόμων ήταν κυρίως το φιλικό περιβάλλον, όταν όμως ήταν το διαδίκτυο, υπήρχε πρόωρη έναρξη σεξουαλικής ζωής.

Λέξεις κλειδιά: Πηγές πληροφόρησης, πορνογραφία, πορνογραφικό υλικό, σεξουαλικότητα

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Παναγιώτα Δερεδίνη
Ηλεκτρονική διεύθυνση: pnydrn@hotmail.com Τηλέφωνο: 6976046710

Ημερομηνία υποβολής : 01/02/2015
Ημερομηνία δημοσίευσης: 15/07/2015

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- Οι άνδρες παρακολουθούν περισσότερο πορνογραφικό υλικό από τις γυναίκες και αυτοί έχουν περισσότερες ερωτικές συντρόφους.
- Οι άνδρες παρακολουθούν πορνογραφικό υλικό κυρίως για διέγερση και αυνανισμό, ενώ οι γυναίκες από περιέργεια.
- Η πλειοψηφία των ανδρών χαρακτήρισε το πορνογραφικό υλικό διεγερτικό, ενώ η πλειοψηφία των γυναικών αδιάφορο και διεγερτικό.
- Πάνω από τους μισούς άνδρες και γυναίκες πληροφορούνται σχετικά με τη σεξουαλικότητά τους από το φιλικό περιβάλλον.
- Όταν η κύρια πηγή σεξουαλικής πληροφόρησης είναι το διαδίκτυο υπάρχει πρόωρη έναρξη σεξουαλικής επαφής.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πορνογραφία είναι ένας όρος που προέρχεται από μια ελληνική ένωση (porne: μία πόρνη, graphos: η γραφή) που σημαίνει ''η απεικόνιση των πορνών'' (Ciclitira 2002). Η χρήση της πορνογραφίας έχει υπάρξει πηγή μεγάλης δημόσιας ανησυχίας, ως αποτέλεσμα της αντίληψης ότι η χρήση της είναι ευρέως διαδεδομένη και αυξανόμενη και αυτό έχει ως αποτέλεσμα ανεπιθύμητα κοινωνικά αποτελέσματα (Attwood 2005). Η έλευση του διαδικτύου έκανε την πορνογραφία εύκολα διαθέσιμη, σε οποιονδήποτε ήθελε να αποκτήσει πρόσβαση. Αυτή η αυξημένη διαθεσιμότητα και η χρήση έθεσε εκ νέου το ζήτημα ως προς την επίδραση της πορνογραφίας στη συμπεριφορά των ατόμων και συγκεκριμένα εκείνων της ηλικίας κάτω των 18 ετών. Ο καταναλωτής της πορνογραφίας μπορεί να έχει άμεσα πρόσβαση στο υλικό, χωρίς καμία επιβάρυνση, στον ιδιωτικό χώρο του σπιτιού του. Σύμφωνα με Internet World Stats (2012), το 63,2% του πληθυσμού της Ευρώπης είχε πρόσβαση στο διαδίκτυο, και από το 2006 στην Αμερική οι πωλήσεις πορνογραφίας μέσω διαδικτύου είχαν φτάσει τα 2.500.000.000 δολάρια. Την ίδια περίοδο περίπου το 12% (4,2 εκατ. ευρώ) των ιστοσελίδων στο διαδίκτυο σε παγκόσμιο επίπεδο ήταν πορνογραφικές (www.familysafemedia.com).

Έρευνες έχουν δείξει ότι το διαδίκτυο, είναι ένα από τα πιο δημοφιλή μέσα μέσω των οποίων οι νέοι άνθρωποι μπορούν να αποκτήσουν σεξουαλικές πληροφορίες (Griffiths 2000). Αυτό ενισχύεται περαιτέρω από τον αυξανόμενο αριθμό παρακολούθησης διαδικτυακής πορνογραφίας από νέους ανθρώπους, όπως φαίνεται στις πρόσφατες μελέτες (Wolak et al 2007). Λαμβάνοντας υπόψη ότι η πρώιμη έκθεση σε πορνογραφικό υλικό είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου που συνδέεται με την προβληματική σεξουαλική συμπεριφορά (Kanuga & Rosenfeld 2004), τα πρόωρα σημάδια ανίχνευσης παρακολούθησης πορνογραφικού υλικού, καθώς και η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν τη συμπεριφορά είναι απαραίτητη (Shek & Ma 2012).

Οι άνδρες αποτελούν το κύριο ακροατήριο για τη βιομηχανία πορνογραφίας (Malamuth 1996), η οποία απέφερε πάνω από 7 δισ. ευρώ το 2006 (Edelman 2009). Η πορνογραφία εκτός διαδικτύου συνεχίζει να προσελκύει πολλούς καταναλωτές, αλλά η ανωνυμία και η προσβασιμότητα της πορνογραφίας μέσω διαδικτύου το κατατάσσει ως τον κυρίαρχο χώρο για παροχή πορνογραφικού υλικού (Carnes et al 2001).

Σύμφωνα με τους Wallmyr και Welin (2006), ο πιο συνηθισμένος λόγος για την παρακολούθηση πορνογραφικού υλικού στους άνδρες είναι για διέγερση και αυνανισμό, ενώ μεταξύ των γυναικών, η περιέργεια ήταν η πιο κοινή αιτία. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης έδειξαν επιπλέον, ότι η παρακολούθηση πορνογραφίας για ποικιλία στη σεξουαλική ζωή αυξάνεται με την ηλικία.

Οι Braun-Courville και Rojas το 2009 μοίρασαν ερωτηματολόγια σε ένα κέντρο υγείας εφήβων και νεαρών ενηλίκων στη Νέα Υόρκη. Οι ερωτηθέντες που είχαν επισκεφθεί σεξουαλικές ιστοσελίδες ήταν 1,8 φορές πιο πιθανό να έχουν πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους κατά τη διάρκεια της ζωής τους και είχαν περισσότερους από έναν σεξουαλικό σύντροφο τους τελευταίους μήνες. Σε άλλη έρευνα με δείγμα 14.193 άνδρες, βρέθηκε ότι εκείνοι που παρακολουθούν πορνογραφία είναι από 1,84 έως 2,53 φορές πιο πιθανή η εμπλοκή τους σε πληρωτέο σεξ σε σχέση με τους μη-θεατές, και είχαν μεταξύ 1,93 έως 2,67 φορές περισσότερες πιθανότητες να έχουν εμπλακεί σε εξωσυζυγικό σεξ από ό, τι οι μη-θεατές (Wright 2013).

Όσον αφορά στις πηγές πληροφόρησης, φαίνεται ότι εκείνοι που ανέφεραν τους γονείς, ή τους γονείς με τους συμμαθητές και τα αδέλφια ως πηγή των πληροφοριών σχετικά με το σεξ, είχαν σημαντικά χαμηλότερες πιθανότητες να έχουν πολλαπλούς συντρόφους κατά το παρελθόν έτος (Furstenberg et al 1985).

Ανάλογα με το πολιτιστικό και ατομικό πλαίσιο, ως πορνογραφία θεωρούνται όλα τα είδη του σεξουαλικού υλικού που στόχο έχουν να ενθουσιάσουν σεξουαλικά και να παρέχουν τη σεξουαλική ευχαρίστηση και ικανοποίηση. Για λόγους σαφήνειας στην παρούσα μελέτη, οι όροι ''πορνογραφία'' και ''πορνογραφικό υλικό'' αναφέρονται σε σεξουαλικά υλικά για την παραγωγή σεξουαλικής διέγερσης, με τη συμμετοχή ενημερωμένων και συναινούντων ενηλίκων. Συναινών ενήλικας είναι αυτός που είναι νόμιμα μεγάλος ηλικιακά έτσι ώστε να επιθυμεί να παίρνει μέρος σε μία δραστηριότητα, ιδιαίτερα σε μία σεξουαλική δραστηριότητα (www.macmillandictionary.com). Για τους σκοπούς της παρούσας εργασίας, η πορνογραφία ή το πορνογραφικό υλικό ορίζεται ως οποιοδήποτε μέσο με σεξου-

αλική δραστηριότητα ή γυμνό που είναι σαφές ότι έχει ως κύριο σκοπό του τη σεξουαλική διέγερση.

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν: α) να διερευνηθεί εάν η παρακολούθηση πορνογραφικού υλικού επηρεάζει τη σεξουαλική ζωή των ατόμων, β) να εξεταστούν οι φυλετικές διαφορές όσον αφορά στη σεξουαλικότητα και στην παρακολούθηση της πορνογραφίας και γ) να μελετηθούν οι πηγές σεξουαλικής πληροφόρησης και το πώς αυτές επιδρούν στη σεξουαλικότητα των ερωτηθέντων.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σχεδιασμός - Δείγμα μελέτης

Πρόκειται για μία συγχρονική μελέτη η οποία διεξήχθη ηλεκτρονικά και απευθύνονταν σε ενήλικες.

Το δείγμα που συλλέχθηκε για τη συγκεκριμένη έρευνα αποτελούνταν από 510 ενήλικες, που θέλησαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο διαδικτυακά. Οι ενήλικες ήταν ηλικίας 18 ως 67 ετών.

Συλλογή δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη συμπλήρωση ειδικά διαμορφωμένου ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου το οποίο συντάχθηκε για τις ανάγκες της παρούσας ερευνητικής εργασίας. Αρχικά έγινε πιλοτική έρευνα, κατά την οποία το εργαλείο δόθηκε σε 20 άτομα τα οποία τόνισαν λάθη και δυσκολίες στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, και έγινε η χρονομέτρηση αυτών. Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε 46 ερωτήσεις. Από αυτές οι 19 πρώτες αφορούσαν τα δημογραφικά στοιχεία του ατόμου (φύλο, ηλικία, τόπος κατοικίας, επίπεδο εκπαίδευσης, κάπνισμα κ.α.), 17 αφορούσαν το πορνογραφικό υλικό και πώς το άτομο σχετίζεται με αυτό, 9 αφορούσαν συγκεκριμένες σεξουαλικές συμπεριφορές του ατόμου και η τελευταία αφορούσε τις πηγές πληροφόρησης του ατόμου πάνω σε θέματα σεξουαλικότητας. Οι ερωτήσεις ήταν πολλαπλής επιλογής, αλλά σε κάποιες υπήρχε και η επιλογή συμπλήρωσης άλλης απάντησης, όταν δεν υπήρχε η ικανοποιητική για το άτομο. Σε ερωτήσεις όπως η ηλικία, τα έτη εργασίας κ.α. ο αριθμός συμπληρώνονταν από το άτομο. Το ερωτηματολόγιο είχε προωθηθεί μέσω των μέσων κοινωνικής δικτύωσης και είχε αναρτηθεί στη σελίδα της Εταιρείας Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (Ε.Π.Α.Ψ.Υ). Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν περίπου 10-15 λεπτά. Η ανάρτηση και συλλογή του ερωτηματολογίου διήρκησε από τη 1 Φεβρουαρίου 2013 μέχρι τις 30 Απριλίου 2013.

Ηθική και Δεοντολογία

Δόθηκε έμφαση στη διασφάλιση της ανωνυμίας καθ΄όλη τη διάρκεια της έρευνας τόσο κατά τη συλλογή των δεδομένων, όσο και κατά τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων και τη διατύπωση των αποτελεσμάτων. Η συμπλήρωση ήταν ανώνυμη και τηρήθηκαν οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας, που προβλέπονται για τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων.

Στατιστική Ανάλυση

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS Statistics 17.0. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας είχε τεθεί στο $p<0,05$. Οι ποσοτικές μεταβλητές περιγράφηκαν από τη μέση τιμή και την τυπική απόκλιση. Για τις συγκρίσεις των μέσων τιμών όταν οι μεταβλητές ακολουθούσαν κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε η στατιστική δοκιμασία independent t-test, ενώ στις περιπτώσεις όπου οι μεταβλητές δεν ακολουθούσαν κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε η στατιστική δοκιμασία Mann-Whitney U test. Οι ποιοτικές μεταβλητές περιγράφηκαν από την απόλυτη και την τυπική συχνότητα. Για τη σύγκριση μεταξύ ποιοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε η στατιστική δοκιμασία Chi-Square ($x\leq$). Για τη συσχέτιση ποσοτικών μεταβλητών με διατεταγμένες έγινε χρήση του συντελεστή συσχέτισης Spearman.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τους 510 ερωτηθέντες που αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνας το 70,2% ήταν γυναίκες και το 29,8% ήταν άνδρες και η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 26,7 έτη. Μόνιμο ερωτικό σύντροφο είχε το 66,7% των ατόμων, ενώ το 33,3% δεν είχε μόνιμη σχέση. Ο μέσος όρος της ηλικίας πρώτης επαφής για τους άνδρες ήταν τα 16,89 έτη και για τις γυναίκες ήταν τα 18,34 έτη ($p=0,079$). Από τη σύγκριση μεταξύ των δύο φύλων για το μέσο όρο των ερωτικών συντρόφων βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά, με μέσο όρο ερωτικών συντρόφων για τους άνδρες τους 11,26 και για τις γυναίκες τους 5,8 ($p<0,001$). Το 39,9% των ανδρών και το 19,5% των γυναικών ανέφεραν εξωσυζυγικές/παράλληλες σχέσεις ($p<0,001$). Ο παράγοντας φύλο φάνηκε να επηρεάζει το αίσθημα θλίψης μετά τη σεξουαλική πράξη ($p=0,038$), με το 11,2% των ανδρών και το 16,8% των γυναικών να δηλώνουν πως νιώθουν λίγο θλίψη μετά τη σεξουαλική πράξη.

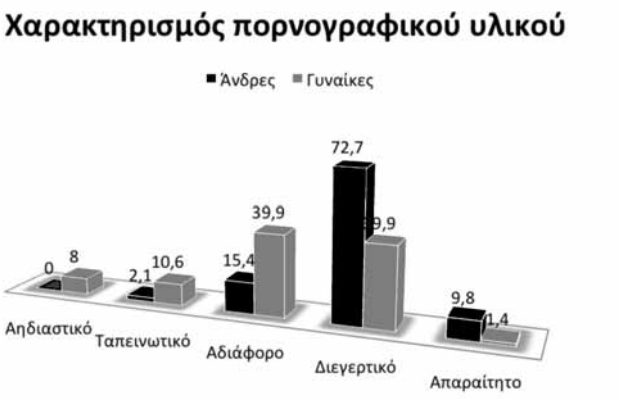
Παρακολούθηση πορνογραφικού υλικού

Οι γυναίκες κατά μέσο όρο παρακολουθούσαν πορνογραφικό υλικό 0,49 φορές την εβδομάδα και οι άνδρες 3,49 φορές την εβδομάδα. Δεν βρέθηκε να υπάρχει κάποια συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και της παρακολούθησης πορνογραφικού υλικού ($rho= -0,031$, $p=0,531$). Στο γράφημα 1 φαίνεται πώς χαρακτηρίζουν οι άνδρες και οι γυναίκες το πορνογραφικό υλικό. Συγκεκριμένα, η πλειοψηφία των ανδρών το χαρακτήρισαν διεγερτικό (72,7%), και το 39,9% των γυναικών διεγερτικό και αδιάφορο αντίστοιχα ($p<0,001$). Όσοι ανέφεραν ότι έχουν μόνιμο ερωτικό σύντροφο έβλεπαν πορνογραφικό υλικό κατά μέσο όρο 1,4 φορές την εβδομάδα, ενώ εκείνοι που δεν έχουν μόνιμο ερωτικό σύντροφο 2,36 φορές ($p<0,001$). Οι έγγαμοι παρακολουθούσαν πορνογραφικό υλικό 2,02 φορές την εβδομάδα ενώ οι άγαμοι 1,67 φορές ($p=0,059$) και βρέθηκε ότι υπήρχε μία χαμηλή θετική σχέση μεταξύ του αριθμού των ερωτικών συντρόφων και της συχνότητας παρακολούθησης πορνογραφικού υλικού ($rho=0,126$, $p=0,012$). Το μορφωτικό επίπεδο φάνηκε να μην επηρεάζει τις φορές παρα-

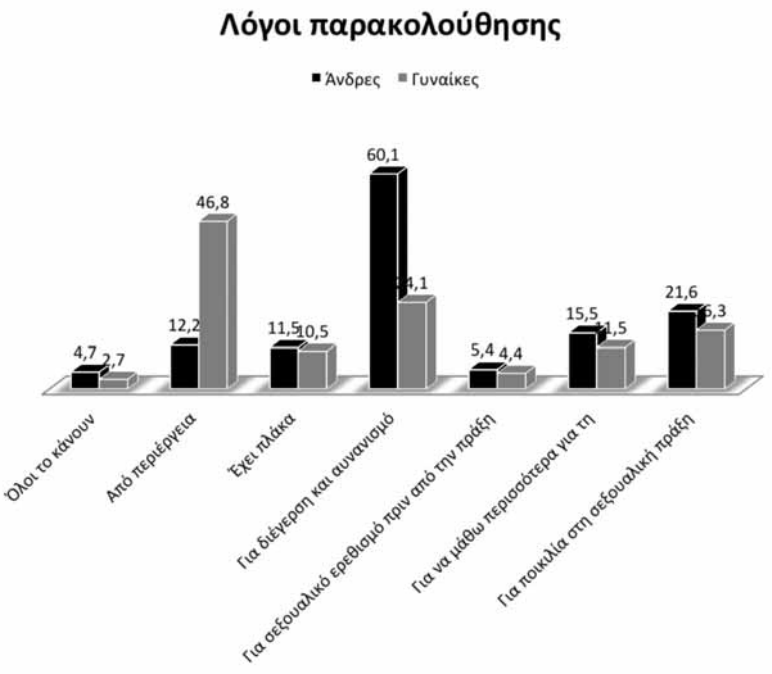
κολούθησης πορνογραφικού υλικού (p=0,448), καθώς και το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα φάνηκε να μην έχει καμία σχέση με τις φορές εβδομαδιαίας παρακολούθησης (rho=0,027, p=0,59). Όσοι είχαν εξωσυζυγικές/παράλληλες σχέσεις παρακολουθούσαν πορνογραφικό υλικό 3,08 φορές κατά μέσο όρο μέσα σε μία εβδομάδα, ενώ όσοι δεν είχαν εξωσυζυγικές/παράλληλες σχέσεις 1,2 φορές την εβδομάδα (p<0,001). Επιπλέον, βρέθηκε ότι δεν υπάρχει σχέση μεταξύ της παρακολούθησης πορνογραφικού υλικού και της ηλικίας πρώτης επαφής (rho=-0,096, p=0,06). Από τη σύγκριση μεταξύ καπνιστών και μη καπνιστών βρέθηκε ότι δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στις φορές παρακολούθησης ανάμεσα σε κάποιον που καπνίζει και σε αυτόν που δεν καπνίζει (p=0,755), υπήρχε όμως σημαντική διαφορά στον αριθμό παρακολούθησης ανάμεσα σε αυτούς που έχουν κάνει χρήση ναρκωτικών ουσιών (n1=133) σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν κάνει (n2=377) (p<0,001). Επίσης, φάνηκε ότι υπάρχει ασθενής θετική συσχέτιση (rho=0,278, p<0,001) μεταξύ των φορών της εβδομαδιαίας παρακολούθησης πορνογραφικού υλικού και της αντίληψης ότι η παρακολούθηση προκαλεί τα εμπόδια που συναντούν τα άτομα για να έχουν μακροχρόνιους δεσμούς και να επιτύχουν τους στόχους τους (διατακτική μεταβλητή). Δε βρέθηκε καμία σχέση μεταξύ της παρακολούθησης πορνογραφικού υλικού και των προβλημάτων στην ολοκλήρωση της σεξουαλικής πράξης (rho=0,008, p=0,879).

Το 60,1% των ανδρών απάντησε πως παρακολουθεί πορνογραφικό υλικό για διέγερση και αυνανισμό, σε αντίθεση με τις γυναίκες που μόνο το 24,1% απάντησε το συγκεκριμένο λόγο (p<0,001). Η πλειοψηφία των γυναικών (46,8%) απάντησε πως η περιέργεια είναι ο λόγος που παρακολουθούν πορνογραφικό υλικό (γράφημα 2). Το μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών και των γυναικών, 83,1% και 61,0% αντίστοιχα, παρακολουθούν πορνογραφικό υλικό μόνοι. Με σύντροφο, το 14,9% των ανδρών και το 25,8% των γυναικών και με φίλους το 11,5% των ανδρών και το 19,9% των γυναικών (p<0,001). Το 6,0% των γυναικών και το 2,0% των ανδρών προτιμούν αρκετά τον αυνανισμό αντί της σεξουαλικής επαφής με σύντροφο και το 8,1% των γυναικών και το 16,4 % των ανδρών προτιμούν λίγο περισσότερο τον αυνανισμό (p<0,001).

Γράφημα 1



Γράφημα 2



Πηγές πληροφόρησης

Όσον αφορά τους άνδρες, το μεγαλύτερο ποσοστό (53,3%) βρέθηκε ότι πληροφορείται για τη σεξουαλικότητά του από το φιλικό περιβάλλον, όπως επίσης και από το διαδίκτυο (47,3%). Την ίδια στιγμή στις γυναίκες τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 62% και 27,9% (p<0,001) (πίνακας 1). Το 59,7% των ατόμων με ηλικία πρώτης επαφής ανάμεσα στα 10 με 16 είχαν ως κύρια πηγή πληροφόρησης το φιλικό περιβάλλον, το 34,7% το διαδίκτυο, το 26,6% το οικογενειακό περιβάλλον, το 25,0% τον σύντροφο και το 16,1% την τηλεόραση. Το 60,2% των ατόμων με ηλικία πρώτης επαφής ανάμεσα στα 17-21

Πίνακας 1. Πηγές σεξουαλικής πληροφόρησης αναφορικά με το φύλο

%	Οικογενειακό περιβάλλον	Φιλικό περιβάλλον	Σύντροφος	Διαδίκτυο	Τηλεόραση	p
Άνδρες	22,7	53,3	21,3	47,3	18	<0.001
Γυναίκες	25,9	62	33	27,9	13,8	

Πίνακας 2. Ηλικία πρώτης σεξουαλικής επαφής αναφορικά με την πηγή σεξουαλικής πληροφόρησης

%	Οικογενειακό περιβάλλον	Φιλικό περιβάλλον	Σύντροφος	Διαδίκτυο	Τηλεόραση	p
10-16	26,6	59,7	25	34,7	16,1	<0,001
17-21	25,7	60,2	32,4	33,6	14,4	
22-28	16,7	63,3	23,3	10	6,7	

Πίνακας 3. Αριθμός ερωτικών συντρόφων αναφορικά με την πηγή σεξουαλικής πληροφόρησης

%	Οικογενειακό περιβάλλον	Φιλικό περιβάλλον	Σύντροφος	Διαδίκτυο	Τηλεόραση	p
0-9	24,9	59,7	30,1	34	14,5	<0,001
10-19	24,3	58,1	28,4	32,4	13,5	
20-29	20	72	28	28	24	
30-39	35,7	35,7	28,6	35,7	21,4	

είχαν ως κύρια πηγή πληροφόρησης τους φίλους, έπειτα το 33,6% το διαδίκτυο, το 32,4% έπαιρνε πληροφορίες από το σύντροφο, το 25,7% από το οικογενειακό περιβάλλον και το 14,4% από την τηλεόραση. Όσοι δήλωσαν ως ηλικία πρώτης επαφής τα 22-28 χρόνια είχαν κυρίως ως πηγή πληροφόρησης το φιλικό περιβάλλον (63,3%), έπειτα το σύντροφο (23,3%), το οικογενειακό περιβάλλον (16,7%), το διαδίκτυο (10,0%) και την τηλεόραση (6,7%) (p=0,885) (πίνακας 2)

Τα άτομα που είχαν τους περισσότερους ερωτικούς συντρόφους (30-39) είχαν ως κύρια πηγή πληροφόρησης τους φίλους (35,7%) και το διαδίκτυο (35,7%) αντίστοιχα. Εκείνοι που είχαν ως τότε 20-29 ερωτικούς συντρόφους είχαν ως κύρια πηγή πληροφόρησης το σύντροφο (28%) και το διαδίκτυο (28%) αντίστοιχα. Τέλος όσοι είχαν μέχρι τώρα 0-9 και 10-19 ερωτικούς συντρόφους είχαν ως κύρια πηγή πληροφόρησης το φιλικό περιβάλλον, σε ποσοστά 59,7% και 58,1% αντίστοιχα (p<0,001) (πίνακας 3).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα έρευνα οι άνδρες έβλεπαν σε μεγαλύτερη συχνότητα πορνογραφικό υλικό από τις γυναίκες και δήλωσαν πως προτιμούν λίγο περισσότερο τον αυνανισμό από τη σεξουαλική πράξη (16,4%) συγκριτικά με τις γυναίκες (8,1%). Παρόμοια αποτελέσματα έχουν βρεθεί σε έρευνες που πραγματοποιήθηκαν για την πορνογραφία. Ενδεικτικά, σε σχετικές έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στην Ταιβάν (Lo & Wei 2005), σε κολέγιο στην Κροατία (Perse 2001), καθώς και σε εφήβους στο Χονγκ Κονγκ (Shek & Ma 2012), βρέθηκε ότι οι άνδρες παρακολουθούν περισσότερο πορνογραφικό υλικό από τις γυναίκες.

Δε βρέθηκε να υπάρχει σημαντική διαφορά στις φορές παρακολούθησης πορνογραφικού υλικού μεταξύ των ατόμων που έχουν διαφορετικό μορφωτικό επίπεδο (p=0,448),καθώς και μεταξύ του οικογενειακού εισοδήματος (p=0,59). Παρόλα αυτά σε μετανάλυση που πραγματοποιήθηκε το 2009, βρέθηκε ότι όσοι έχουν χαμηλότερο εισόδημα και χαμηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου γονείς βλέπουν περισσότερο πορνογραφικό υλικό (Brown & L ' Engle 2009).

Εκείνοι που δεν έχουν μόνιμο ερωτικό σύντροφο βλέπουν περισσότερο πορνογραφικό υλικό (2,36 φορές την εβδομάδα) από εκείνους που έχουν μία μόνιμη σχέση (1,4 φορές την εβδομάδα). Παρόλα αυτά οι έγγαμοι βλέπουν ελάχιστα περισσότερο πορνογραφικό από τους άγαμους. Επίσης όσοι δήλωσαν πως έχουν εξωσυζυγικές/παράλληλες σχέσεις παρακολουθούσαν σχεδόν διπλάσιες φορές πορνογραφικό υλικό μέσα σε μία εβδομάδα (3,08 φορές), από αυτούς που δεν είχαν (1,2 φορές). Το ίδιο έχει βρεθεί και σε έρευνες που έχουν διεξαχθεί στις ΗΠΑ, δηλαδή όσοι βλέπουν περισσότερο πορνογραφικό υλικό, είχαν ή έχουν εξωγαμιαίες ή παράλληλες σχέσεις (Wright 2013).

Υπάρχει μία ελάχιστη θετική σχέση μεταξύ του αριθμού των ερωτικών συντρόφων και των φορών που βλέπει κάποιος πορνογραφικό υλικό (rho=0,126, p=0,012), κάτι που βλέπουμε και σε έρευνες που έχουν γίνει στην Αμερική (Poulsen et al 2012, Wright 2013). Συγκεκριμένα σε έρευνα που έγινε σε 1079 Αμερικανούς άνδρες άνω των

18 ετών βρέθηκε ότι όσο περισσότερο βλέπει κάποιος πορνογραφικό υλικό, τόσο περισσότερους ερωτικούς συντρόφους έχει στη ζωή του (Wright & Randall 2012). Όλα αυτά οδηγούν στο συμπέρασμα ότι τα άτομα που παρακολουθούν περισσότερο πορνογραφικό υλικό διακατέχονται από μία σεξουαλική αναζήτηση που εκφράζεται είτε με την αναζήτηση πολλών ερωτικών συντρόφων, είτε με τις παράλληλες/εξωσυζυγικές.

Το κάπνισμα δεν φάνηκε να είναι παράγοντας που να επηρεάζει την παρακολούθηση πορνογραφικού υλικού. Σε αντίθεση με τη χρήση ναρκωτικών ουσιών που φαίνεται να αυξάνει τις φορές παρακολούθησης πορνογραφικού υλικού. Σε έρευνα σε 18χρονους άνδρες στη Σουηδία βρέθηκε πως το αλκοόλ σχετίζεται με τη χρήση της πορνογραφίας (Svedin et al 2011), αλλά και σε έρευνα σε φοιτητές στην Αμερική βρέθηκε πως το αλκοόλ και η χρήση ουσιών αυξάνουν την πιθανότητα να παρακολουθεί κάποιος περισσότερο πορνογραφικό υλικό (Barry et al 2008).

Δε βρέθηκε καμία συσχέτιση μεταξύ της παρακολούθησης πορνογραφικού υλικού και των προβλημάτων στην ολοκλήρωση της σεξουαλικής πράξης (rho=0,008). Μεγαλύτερο ήταν και το ποσοστό των γυναικών που δήλωσαν ότι νιώθουν "λίγο" το αίσθημα της θλίψης μετά τη σεξουαλική πράξη (16,8%) έναντι του 11,2% των ανδρών. Σε μετανάλυση του 2011 αναφέρεται πως οι γυναίκες νιώθουν πιο συχνά το αίσθημα της θλίψης ή έχουν προβλήματα στη σεξουαλική πράξη λόγω των σεξουαλικών προτύπων που παρουσιάζονται σχετικά με τη σεξουαλικότητα της γυναίκας από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Γυναίκες λοιπόν με χαμηλή εκτίμηση του σώματος τους έχουν χαμηλότερα επίπεδα σεξουαλικής επιθυμίας, λιγότερη σεξουαλική ικανοποίηση και λιγότερη συχνότητα σεξουαλικών επαφών σε σύγκριση με τις γυναίκες με υψηλή εκτίμηση σώματος (Petersen & Hyde 2011). Παρόλα αυτά, σε έρευνα στη Δυτική Αμερική βρέθηκε πως τα άτομα που βλέπουν περισσότερο πορνογραφία είναι κι εκείνα που αναφέρουν πιο συχνά το αίσθημα της κατάθλιψης (Poulsen et al 2012). Επιπλέον, στη Βόρεια Αμερική σε δείγμα 782 φοιτητών βρέθηκε ότι η περισσότερη πορνογραφία σχετίζεται με λιγότερη σεξουαλική ικανοποίηση από τη σχέση (Morgan 2011). Η ηλικία της πρώτης ερωτικής επαφής για τους άνδρες είναι μικρότερη κατά δύο περίπου χρόνια από την ηλικία πρώτης επαφής των γυναικών. Επίσης διαφορά υπάρχει και στον αριθμό των ερωτικών συντρόφων όπου οι άνδρες κατά μέσο όρο έχουν 6 περίπου παραπάνω συντρόφους από τις γυναίκες. Επίσης, περισσότεροι άνδρες (39,9%) παρά γυναίκες (19,5%) δήλωσαν πως έχουν εξωσυζυγικές/παράλληλες σχέσεις. Σε μετανάλυση που πραγματοποιήθηκε το 2011, βρέθηκε πως οι άνδρες έχουν λίγο μεγαλύτερο αριθμό σεξουαλικών συντρόφων από τις γυναίκες και ότι η ηλικία πρώτης επαφής είναι μικρότερη για τους άνδρες, αλλά παρατηρήθηκε ότι αυτό αλλάζει με τον καιρό σε σημείο που έχει γίνει περίπου ίδια και στα δύο φύλα (15 ετών). Όσο αφορά το εξωσυζυγικό σεξ και σε αυτό επικρατούσαν οι άνδρες για αρκετά χρόνια αυτό όμως φαίνεται να μην ισχύει πλέον (Petersen & Hyde 2011).

Οι λόγοι παρακολούθησης πορνογραφικού υλικού ανάλογα με το φύλο παρουσιάζουν μεγάλο ενδιαφέρον. Οι περισσότεροι άνδρες δήλωσαν πως το κάνουν για διέγερση και αυνανισμό, ενώ οι περισσότερες γυναίκες από περιέργεια. Σε Σουηδική έρευνα το 2006 φαίνεται ότι οι άνδρες παρακολουθούν κυρίως πορνογραφικό υλικό με σκοπό να διεγερθούν και να αυνανιστούν, ενώ οι γυναίκες κυρίως από περιέργεια (Wallmyr & Welin 2006). Οι γυναίκες γενικά δεν αναφέρουν τον αυνανισμό τόσο συχνά όσο οι άνδρες (Petersen & Hyde 2011). Σε άλλη ποιοτική έρευνα το 2010 βρέθηκε ότι το πορνογραφικό υλικό ήταν μία μορφή κοινωνικής συναναστροφής, πηγή πληροφοριών για τη σεξουαλικότητα αλλά και μέσο διέγερσης (Lofgren-Martenson & Mansson 2010).

Άνδρες και γυναίκες στην πλειοψηφία τους (83,1% και 61% αντίστοιχα) παρακολουθούν μόνοι πορνογραφικό υλικό, ενώ οι γυναίκες περισσότερο από τους άνδρες παρακολουθούν με το σύντροφο ή με φίλους. Και σε έρευνα της Δανίας ο μεγαλύτερος αριθμός των γυναικών έβλεπαν πορνογραφικό υλικό με τον σύντροφο τους, ενώ οι άνδρες μόνοι ή με τους φίλους τους (Hald, 2006).

Αξιοπρόσεκτο είναι και το πώς χαρακτηρίζουν τα δύο φύλα το πορνογραφικό υλικό, με τη συντριπτική πλειοψηφία των ανδρών να το χαρακτηρίζουν ως διεγερτικό (72,7%), ενώ οι γυναίκες σε ίσα ποσοστά (39,9%) να το χαρακτηρίζουν διεγερτικό καθώς και αδιάφορο. Ενδιαφέρον εύρημα είναι ότι οι γυναίκες χαρακτηρίζουν την πορνογραφία ως ταπεινωτική και απδιαστική σε ποσοστά 10,6% και 8% αντίστοιχα, σε αντίθεση με τους άνδρες που σε ποσοστό 2,1% το χαρακτήρισαν ταπεινωτικό και κανένας απδιαστικό. Η πορνογραφία εξ' αρχής είναι ένα υλικό που απευθύνεται σε άνδρες και η ανδρική κυριαρχία είναι κάτι εμφανές στο υλικό αυτό (Harris, 1994), επομένως ήταν αναμενόμενο κανένας άνδρας να μη χαρακτηρίσει την πορνογραφία ταπεινωτική σε αντίθεση με αρκετές γυναίκες που έδωσαν αυτή την απάντηση.

Οι πηγές πληροφόρησης σχετικά με τη σεξουαλικότητας ήταν ένα από τα πεδία μελέτης. Δυστυχώς, μέχρι σήμερα στο εκπαιδευτικό σύστημα στην Ελλάδα δεν υπάρχει καμία συστηματική προσπάθεια εισαγωγής σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης. Υπάρχει μόνο μία αποσπασματική κάλυψη του θέματος μέσω άλλων μαθημάτων (βιολογία, ψυχολογία, θεολογία κα), όπου κυρίως επικεντρώνονται στη λειτουργία του αναπαραγωγικού συστήματος και της ηθικής των διαπροσωπικών σχέσεων (Matziou et al 2009). Στην παρούσα έρευνα το μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών και των γυναικών πληροφορούνται για θέματα σεξουαλικότητας από το φιλικό περιβάλλον, ενώ έπειτα έρχεται το διαδίκτυο, το οικογενειακό περιβάλλον και ο σύντροφος, ιδιαίτερα στις γυναίκες. Η τηλεόραση είχε το χαμηλότερο ποσοστό. Σε έρευνα που σύγκρινε τη σεξουαλική εκπαίδευση σε Ελλάδα και Σκοτία το 1999, βρέθηκε ότι οι Έλληνες δηλώνουν τους φίλους ως την πιο κοινή πηγή πληροφόρησης (Kakavoulis & Forrest 1999).

Όταν το οικογενειακό περιβάλλον είναι η κύρια πηγή πληροφόρησης, η ηλικία πρώτης επαφής στο 26,6% των ερωτηθέντων ήταν στα 10-16 έτη, και στο 25,7% αυτών στα 17-21 έτη. Όταν η κύρια πηγή πληροφόρησης είναι το φιλικό περιβάλλον ή ο σύντροφος, η ηλικία πρώτης επαφής ήταν ανάμεσα στα 17-21. Όταν το διαδίκτυο είναι αυτό που πληροφορεί κυρίως το άτομο, τότε το άτομο ξεκινάει πιο νωρίς τη σεξουαλική του, περίπου στα 10-16 έτη. Εκείνοι με τους περισσότερους ερωτικούς συντρόφους είχαν ως κύρια πηγή πληροφόρησης, το φιλικό περιβάλλον και το διαδίκτυο, ενώ εκείνοι με τους λιγότερους ερωτικούς συντρόφους, κυρίως το φιλικό περιβάλλον. Στη Μινεσότα το 2004 σε έρευνα που έγινε σε σεξουαλικά ενεργούς νέους βρέθηκε ότι όσοι είχαν ως κύρια πηγή πληροφόρησης τους γονείς και τους φίλους είχαν λιγότερους ερωτικούς συντρόφους, ενώ περισσότερο μάθαιναν σχετικά θέματα από τους συνομηλίκους τους (Turner et al 2011).

Περιορισμοί της μελέτης

Στους περιορισμούς της μελέτης περιλαμβάνεται το μικρό δείγμα καθώς τα 500 άτομα δεν είναι αντιπροσωπευτικά όλου του ενήλικου πληθυσμού, με αποτέλεσμα να μην μπορούν να γενικευτούν τα αποτελέσματα. Επιπλέον, το ερωτηματολόγιο ήταν ηλεκτρονικό και αποκλείονταν αυτομάτως τα άτομα που δεν είχαν πρόσβαση σε ηλεκτρονικό υπολογιστή. Τέλος, δεν ανιχνεύτηκε με κάποιο τρόπο η συναισθηματική κατάσταση των ατόμων πριν τη σεξουαλική επαφή, έτσι ώστε να είναι συγκρίσιμη με τα επίπεδα του αισθήματος θλίψης που δήλωσαν μετά τη σεξουαλική επαφή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Αξιολογώντας τα πιο σημαντικά ευρήματα της παρούσας έρευνας συμπεραίνεται ότι οι άνδρες βλέπουν σε μεγαλύτερη συχνότητα πορνογραφικό υλικό από τις γυναίκες, κι όσοι βλέπουν πιο συχνά πορνογραφικό υλικό διακατέχονται από μία έντονη σεξουαλική αναζήτηση η οποία εκφράζεται μέσα από τις εξωσυζυγικές ή τις παράλληλες σχέσεις και από τους περισσότερους ερωτικούς συντρόφους. Οι περισσότεροι άνδρες βλέπουν πορνογραφικό υλικό για διέγερση και αυνανισμό, ενώ οι γυναίκες το κάνουν κι από περιέργεια. Η κύρια πηγή σεξουαλικής πληροφόρησης ανδρών και γυναικών είναι το φιλικό περιβάλλον, ενώ όταν η κύρια πηγή πληροφόρησης είναι το διαδίκτυο είναι πιο πρόωρη η έναρξη της σεξουαλικής ζωής.

Στην Ελλάδα δεν έχουν διεξαχθεί έρευνες όσον αφορά στη χρήση της πορνογραφίας. Θα ήταν πολύ χρήσιμο, λοιπόν, να διεξαχθούν στο μέλλον περισσότερες μελέτες στο συγκεκριμένο αντικείμενο. Ορισμένες ενδιαφέρουσες προτάσεις θα αποτελούσαν η διερεύνηση της χρήσης πορνογραφικού υλικού από εφήβους, η διερεύνηση της ανάγκης των νέων να έχουν μία έγκυρη πηγή πληροφόρησης για τη σεξουαλικότητα από τη στιγμή που στην Ελλάδα δεν υπάρχουν προγράμματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στα σχολεία και τέλος να διερευνηθεί το φαινόμενο του εθισμού στην πορνογραφία καθώς όταν συμβαίνει, τα άτομα χρήζουν εξειδικευμένης ψυχολογικής υποστήριξης από επαγγελματίες υγείας.

Συμβολή των συγγραφέων

ΔΠ: συμμετείχε στη σύλληψη, στο σχεδιασμό της μελέτης, στη συλλογή των δεδομένων, ανέλυσε τα δεδομένα και συνέβαλε στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων και στη συγγραφή του κειμένου. ΚΓ: συμμετείχε στη σύλληψη και το σχεδιασμό της μελέτης και είχε την ευρύτερη εποπτεία της έρευνας. Όλοι οι συγγραφείς αξιολόγησαν κριτικά και ενέκριναν την υποβολή του τελικού κειμένου.

Ευχαριστίες

Ευχαριστούμε πολύ την Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (Ε.Π.Α.Ψ.Υ) που βοήθησε στην πραγματοποίηση της έρευνας, με την ανάρτηση του ερωτηματολογίου στην ηλεκτρονική σελίδα της εταιρείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Attwood F. (2005). What do people do with porn? Qualitative research into the consumption, use, and experience of pornography and other sexually explicit material. *Sexuality & Culture* 9:65-86.

Barry M.C., Stephanie D. Madsen S.D., Jason S. Carroll J.S., Padilla-Walker M.L. Nelson. J. & Olson C.D. (2008). Generation XXX : Pornography Acceptance and Use Among Emerging Adults. *Journal of Adolescent Research* 23: 6.

Braun-Courville D.K. & Rojas M. (2009). Exposure to sexually explicit Web sites and adolescent sexual attitudes and behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 45: 156-162.

Brown J.D. & L'Engle K.L. (2009). Rated : Sexual Attitudes and Behaviors Associated With U.S. Early Adolescents 'Exposure to Sexually Explicit Media. *Communication Research* 36: 129.

Carnes P., Delmonico D.L. & Griffin E. (2001). *In the shadows of the Net*. Center City, MN: Hazelden.

Ciclitira K. (2002). Researching pornography and sexual bodies. *Psychologist*, 15:191-194.

Edelman B. (2009). Red light states: Who buys online adult entertainment? *Journal of Economic Perspectives* 23: 209-220.

Family Safe Media (2008). Pornography statistics. Available at: http://familysafemedia.com/pornography_statistics.html#anchor8 [accessed 3 March 2009]

Furstenberg F.F., Moore K.A. & Peterson J.L. (1985). Sex education and sexual experience among adolescents. *American Journal of Public Health* 75:1331-1332.

Griffiths M. (2000). Excessive Internet use: implications for sexual behavior. *Cyberpsychology & Behavior* 3:537-552.

Harris R. J. (1994). The impact of sexually explicitly media. In J. Bryant & D. Zillmann (Eds.), Media effects: Advances in theory and research, 163-211, Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Hald G. M. (2006). Gender Differences in Pornography Consumption among Young Heterosexual Danish Adults. *Arch Sex Behav* 35:577-585.

Internet World Stats (2009). Usage and population statistics. Available at: http://www.internetworldstats.com/stats.htm [accessed 3 July 2009]

Kakavoulis A. & Forrest J. (1999). Attitudes and values in sexual behavior and sex education: a cross-cultural study among university students in Greece and Scotland. *International Review of Education* 45:137-

151.

Kanuga M.& Rosenfeld W. D. (2004). Adolescent sexuality and the internet: the good, the bad, and the URL. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 17:117-124.

Lo V. H. & Wei R. (2005). Exposure to Internet Pornography and Taiwanese Adolescents' Sexual Attitudes and Behavior. *Journal of Broadcasting & Electronic Media* 49:221-237.

Lofgren-Martenson L. & Mansson S.A. (2010). Lust, Love, and Life: A Qualitative Study of Swedish Adolescents' Perceptions and Experiences with Pornography. *Journal of Sex Research* 47:568-579.

Macmillan Publishers Limited (2009-2015). Macmillan Dictionary and Thesaurus: Free English Dictionary Available at: http://www.macmillandictionary.com/dictionary/british/consenting-adult [accessed at 1 February 2015]

Malamuth N. M. (1996). Sexually explicit media, gender differences, and evolutionary theory. *Journal of Communication* 46:8-31.

Matziou V., Perdikaris P., Petsios K., Gymnopoulou E., Galanis P. & Brokalaki H. (2009). Greek students' knowledge and sources of information regarding sex education. *International nursing review* 56:354-360.

Morgan E. M. (2011). Associations Between Young Adults' Use of Sexually Explicit Materials and Their Sexual Preferences, Behaviors, and Satisfaction. *Journal of Sex Research* 48:520-530.

Perse E. (2001). *Media effects and society*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Petersen J.L. & Shibley Hyde J. (2011). Gender Differences in Sexual Attitudes and Behaviors: A Review of Meta-Analytic Results and Large Datasets. *Journal of Sex Research* 48:149-165.

Poulsen F.O., Busby D.M. & Galovan A.M. (2012). Pornography Use: Who Uses It and How It Is Associated with Couple Outcomes. *Journal of Sex Research* 50:72-83.

Secor-Turner M., Sieving R.E., Eisenberg M. E. & Skay C (2011): Associations between sexually experienced adolescents' sources of information about sex and sexual risk outcomes. *Sex Education: Sexuality, Society and Learning* 11:489-500.

Shek D. & Ma C. (2011). Consumption of Pornographic Materials among Hong Kong Early Adolescents: A Replication. *The Scientific World Journal* 2012:1-8.

Svedin C.G., Ikerman I. & Priebe G. (2011). Frequent users of pornography. A population based epidemiological study of Swedish male adolescents. *Journal of Adolescence* 34: 779-788.

Wallmyr G. & Welin C. (2006). Young People, Pornography, And Sexuality: Sources And Attitudes. *The Journal of School Nursing* 22: 290.

Wolak J., Mitchell K. & Finkelhor D. (2007). Unwanted and wanted exposure to online pornography in a national sample of youth Internet users. *Pediatrics*. 119, 247-257.

Wright P.J. & Randall A.K. (2012). Internet pornography exposure and risky sexual behavior among adult males in the United States. *Computers in Human Behavior* 28:1410-1416.

Wright P.J. (2013): U.S. Males and Pornography, 1973-2010: Consumption, Predictors, Correlates. *Journal of Sex Research*. 50:60-71.

The use of pornography: sources, attitudes and sexuality

Panayiota Deredini[1], Georgios Kallergis[2]

1. Nurse, Msc, Association for Regional Development and Mental Health (EPAPSY.)
2. Assistant Professor, Faculty of Nursing, National and Kapodistrian University of Athens, Greece.

ABSTRACT

Background: Pornography is now widespread and its use can have adverse consequences on everyday life, including daily routine, mental and physical health not only for individuals, but also those around them. In addition, sources of information about sexuality is an area that affects the sexual life of an individual.

Aim: The aim of the present study was to investigate the use of pornographic material by adults, to evaluate the sexual behavior with respect to that and to find the main sources of sexual information.

Methodology: The study involved 510 adults, age from 18 to 67. Data was collected after the completion of a specially designed anonymous electronic questionnaire, included 46 multiple-choice questions, exploring sexuality, use of pornography and sources of adult information. The promotion came through social media and the website of the Association for Regional Development and Mental Health. The statistical program SPSS Statistics 17.0 was used for the analysis of the data and the significance level was set at $p<0.05$.

Results: Of the 510 participants of the sample of the research, 70,2% was women and 29,8% men, of mean age 26,7. Men watch an average of 3.49 times pornographic material per week, while women watched 0.49 times per week. Those who watched pornographic material more frequently had more sexual partners. A percentage of 60.1 % of men said that they watched pornography for masturbation and stimulation, while the majority of women (46.8 %) said that curiosity was the main reason. The 72.7% of men rated pornographic material as stimulating while 39.9% of women characterized it as indifferent and stimulant. The majority of men (53.3 %) and women (62%) have been informed about sexuality by their friendly environment, but when the main source of information was internet, the age of onset of sexual contact was 10 to 16 years.

Conclusions: Men watch more frequently pornography than women. Individuals watching several times pornographic material have a strong libido expressed in various ways. The sources of information about sexuality of people were mostly the friendly environment, but when the internet was the source of sexual information, these individuals had begun their sexual life earlier.

Key words: Pornography, pornographic material, sexual explicit material, sources of information, sexuality

Corresponding author: Panayiota Deredini
Email: pnydrn@hotmail.com, Phone: 6976046710

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Διερεύνηση της συσχέτισης των δημογραφικών παραγόντων με την ποιότητα ζωής των κατοίκων της Αττικής στην περίοδο της οικονομικής κρίσης

Ενκελέιντ - Άγγελος Μεχίλι[1], Δάφνη Καϊτελίδου[2], Αθηνά Καλοκαιρινού[3], Πέτρος Γαλάνης[4], Μαριάννα Διομήδους[5]

1. PhD, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εργαστήριο Επιδημιολογίας
2. Επίκουρη Καθηγήτρια, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας
3. Καθηγήτρια, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εργαστήριο Κοινοτικής Νοσηλευτικής
4. MPH, PhD, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας
5. Επίκουρη Καθηγήτρια, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Εργαστήριο Επιδημιολογίας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η παρούσα οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την καθημερινότητα των πολιτών. Εξαιτίας της ανεργίας, της εργασιακής ανασφάλειας, του στρες και πολλών άλλων παραγόντων η Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (ΣΥΠΖ) του πληθυσμού έχει επηρεαστεί σημαντικά. Τα άτομα που βρίσκονται σε υψηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση τείνουν να έχουν υψηλότερη ΣΥΠΖ. Αρκετοί δημογραφικοί παράγοντες φαίνονται να σχετίζονται με το επίπεδο της ποιότητα ζωής.

Υλικό- Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε μια συγχρονική μελέτη σε δείγμα ευκολίας εργαζόμενων και ανέργων στον πληθυσμό της Αττικής κατά την περίοδο Φεβρουαρίου 2014 έως το Μάρτιο 2015. Για την αξιολόγηση της ΣΥΠΖ επιλέχθηκε το ερωτηματολόγιο Short Form-36v2. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 21.0.

Αποτελέσματα: Ο μελετώμενος πληθυσμός αποτελούνταν από 1049 άτομα (52,7% γυναίκες και 47,3% άντρες) με μέση ηλικία τα 37,1 έτη. Το 91% είχαν ελληνική υπηκοότητα, το 36,8% ήταν απόφοιτοι λυκείου και το 62,4% εργάζονταν. Σε μονοπαραγοντικές αναλύσεις, η εργασία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η ηλικία, το χαμηλό εισόδημα, η ύπαρξη παιδιών, η ύπαρξη χρόνιου νοσήματος και η υπηκοότητα βρέθηκαν να σχετίζονται με τη βαθμολογία των συμμετεχόντων σε μια τουλάχιστον διάσταση. Σε πολυπαραγοντικές αναλύσεις βρέθηκε σημαντική συσχέτιση του εκπαιδευτικού επιπέδου, της εργασίας, της ύπαρξης χρόνιου νοσήματος και της ηλικίας με την ΣΥΠΖ των συμμετεχόντων.

Συμπεράσματα: Η βελτίωση της ΣΥΠΖ πρέπει να έχει κατεύθυνση στην πρόληψη των χρόνιων ασθενειών, στη μείωση της ανεργίας, στην εκπαίδευση, στην καλύτερη ενημέρωση για θέματα υγείας και στην βελτίωση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας (και γενικότερα των ευάλωτων ομάδων). Η ΣΥΠΖ δεν είναι απλά και μόνο ένα ζήτημα πολιτικής υγείας αλλά και ζήτημα οικονομικής και κοινωνικής πολιτικής.

Λέξεις κλειδιά: ανεργία, δημογραφικοί παράγοντες, οικονομική κρίση, ποιότητα ζωής

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Ενκελέιντ - Άγγελος Μεχίλι
email: aggmech@nurs.uoa.gr Τηλ. (+30) 6946136222

Ημερομηνία υποβολής: 29/7/2015
Ημερομηνία δημοσίευσης: 30/09/2015

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Η ΣΥΠΖ σχετίζεται με δημογραφικούς παράγοντες**
- **Η ανεργία και το χαμηλό εισόδημα σχετίζεται με χαμηλότερη ΣΥΠΖ**
- **Η ύπαρξη χρόνιου νοσήματος σχετίζεται με σημαντικά χαμηλότερη ΣΥΠΖ**
- **Όσο αυξάνει η ηλικία, επιδεινώνεται η ΣΥΠΖ**
- **Όσο αυξάνει το εκπαιδευτικό επίπεδο, βελτιώνεται η ΣΥΠΖ**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα οικονομική κρίση στην Ελλάδα έχει προκαλέσει προβλήματα με σημαντικότερα την μείωση του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ), την χρεοκοπία επιχειρήσεων ή μεταφορά τους σε άλλες χώρες, την τεράστια αύξηση της ανεργίας και πλήθος άλλων προβλημάτων (Μεχίλι και συν 2014). Ο τομέας ο οποίος επηρεάστηκε σε μεγάλο βαθμό από την κρίση στην Ελλάδα είναι αυτός της υγείας. Η μείωση των δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, η μείωση του κόστους της κοινωνικής ασφάλισης, η αύξηση της συμμετοχής στην φαρμακευτική δαπάνη, ο εξορθολογισμός και η ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων, οι περικοπές σε μισθούς και σε προσλήψεις προσωπικού, η αύξηση της χρήσης γενόσημων φαρμάκων αλλά και διάφορες διαρθρωτικές μεταρρύθμισης όπως ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) και το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), ήταν μερικές μόνο από τις αλλαγές που συνέβησαν την εποχή της κρίσης (Kentikelenis et al 2011, Kentikelenis et al 2012).

Άτομα με υψηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο τείνουν να έχουν καλύτερους δείκτες υγείας (Marmot 2005). Το εκπαιδευτικό επίπεδο, η ηλικία, το φύλο, το εισόδημα, η οικογενειακή κατάσταση και άλλα χαρακτηριστικά επηρεάζουν την ΣΥΠΖ (Williams et al 2013). Η υγεία επηρεάζεται από οικονομικούς και κοινωνικούς παράγοντες, ενώ η κρίση αυξάνει τις κοινωνικές ανισότητες και επιβαρύνει τις ευάλωτες ομάδες (WHO 2010, Μεχίλι και συν 2014). Η ανεργία, η ανασφάλεια στην εργασία και η απώλεια διαθέσιμου εισοδήματος έχουν σημαντικά αρνητική επίδραση στην υγεία και την ποιότητα ζωής (Stuckler et al 2009).

Η δημόσια υγεία στην Ελλάδα βρίσκεται σε κίνδυνο, με την παρούσα κρίση να έχει οδηγήσει σε αύξηση ιατρικών και ψυχικών προβλημάτων. Μια σημαντική ένδειξη των επιπτώσεων της κρίσης είναι η αύξηση των ψυχικών ασθενειών. Ο επιπολασμός της μείζονος κατάθλιψης έφτασε το 8,2% το 2011 έναντι του 3,3% το 2008, με τα άτομα που αντιμετωπίζουν σοβαρά οικονομικά προβλήματα να διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου (Madianos et al 2011, Economou et al 2013a). Στην Ελλάδα οι τηλεφωνικές γραμμές ψυχολογικής στήριξης δείχνουν μια τεράστια αύξηση από την αρχή της κρίσης και αφορούν κυρίως σε προβλήματα ψυχικής υγείας που συνδέονται άμεσα με την οικονομική κατάσταση. Τα άτομα αυτά είναι κυρίως άντρες (65%) και ηλικίας 18-30 και 50+ ετών. Μελέτες στην Ελλάδα έδειξαν ότι υπάρχει σχέση μεταξύ της κατάθλιψης και της οικονομικής κρίσης (Economou et al 2012a, Economou et al 2013b). Οι μη υγιεινές διατροφικές συνήθειες όπως και η επιδείνωση των συνθηκών στέγασης οδηγούν σε χειρότερη σωματική υγεία (Karanikolos et al 2013). Οι άνεργοι, οι συνταξιούχοι, οι νοικοκυρές, τα άτομα προχωρημένης ηλικίας και κυρίως οι χρονίως πάσχοντες εμφανίζονται, σε στατιστικά σημαντικό βαθμό, να αναφέρουν χαμηλότερη αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας την εποχή της οικονομικής κρίσης σε σύγκριση με προηγουμένως (Κυριόπουλος & Παβή 2012).

Αύξηση παρατηρείται επίσης στη συχνότητα εμφάνισης αρκετών νοσημάτων (καρδιαγγειακά, σακχαρώδη διαβήτη και υψηλή αρτηριακή πίεση), με την νοσηρότητα και την θνησιμότητα να αυξάνονται στους ευάλωτους πληθυσμούς. Αυτά σε συνδυασμό με τη μείωση της δυνατότητας πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας οδηγούν σε χειρότερη ποιότητα ζωής του πληθυσμού (WHO 2010, Madianos et al 2011, Stuckler & Basu 2013, Molinuevo & Dubois 2014, Petmesidou et al 2014, OECD 2015). Όλα τα ανωτέρω αναδεικνύουν τα προβλήματα που προκαλούνται στην ποιότητα ζωής του πληθυσμού κατά τη διάρκεια της οικονομική κρίσης.

Οι δημογραφικοί παράγοντες είναι πολύ σημαντικοί δείκτες για την εκτίμηση της ΣΥΠΖ του πληθυσμού, με την εκπαίδευση και το εισόδημα να κατέχουν καθοριστικό ρόλο (Pappa et al 2009). Διάφορες έρευνες δείχνουν ότι η ΣΥΠΖ μεταξύ διαφόρων ομάδων του πληθυσμού σχετίζεται με την ηλικία και το φύλο (Pappa et al 2009, Aghamolaei et al 2011, Williams et al 2013). Μελέτη στην Ελλάδα από τους Lahana et al (2010) έδειξε ότι το φύλο, η ηλικία, ο τόπος διαμονής, η εθνικότητα, το εκπαιδευτικό επίπεδο και το εισόδημα επηρεάζουν σημαντικά τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Ένας πολύ σημαντικός παράγοντας ο οποίος σχετίζεται με την κατάσταση υγείας του πληθυσμού και δεν έχει μελετηθεί αρκετά, είναι η οικογενειακή κατάσταση και η ύπαρξη ή όχι παιδιών (Chiu et al 2008, Brezinova et al 2013, Dzubur et al 2014). Τέλος, η ανεργία και η ύπαρξη χρόνιου νοσήματος επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό την ΣΥΠΖ του πληθυσμού (Arndt et al 2004, Wang et al 2008).

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της συσχέτισης των δημογραφικών παραγόντων στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής με τη χρήση του ερωτηματολογίου SF-36v2 σε κατοίκους της Αττικής (εργαζομένους και ανέργους) την εποχή της οικονομικής κρίσης.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σχεδιασμός

Πρόκειται για μια συγχρονική μελέτη που πραγματοποιήθηκε την περίοδο Φεβρουαρίου του 2014 έως το Μάρτιο

του 2015, σε κατοίκους (εργαζόμενους και άνεργους) στην ευρύτερη περιοχή της Αττικής.

Δείγμα μελέτης και διαδικασία συλλογής δεδομένων

Ο μελετώμενος πληθυσμός αποτελούνταν από 1049 άτομα. Τα βασικά κριτήρια ένταξης στην παρούσα μελέτη, ήταν οι συμμετέχοντες να είναι εργαζόμενοι ή άνεργοι (εγγεγραμμένοι στα μητρώα του ΟΑΕΔ, χωρίς να λαμβάνουν μέρος σε επιδοτούμενο πρόγραμμα κατά τη διάρκεια πραγματοποίησης της μελέτης). Οι συμμετέχοντες έπρεπε να ήταν μεταξύ 18-65 ετών (θεωρήθηκε ως η ανώτερη ηλικία κατά την οποία συνήθως ο ελληνικός πληθυσμός λαμβάνει σύνταξη).

Η επιλογή του πληθυσμού των ανέργων (394 άτομα) έγινε με την μέθοδο της δειγματοληψίας ευκολίας, σε δύο διαφορετικά ΟΑΕΔ της Αθήνας (Γαλατσίου και Ομονοίας). Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γινόταν από τους ανέργους κατά τη διάρκεια της προσέλευσης ή της αποχώρησης από τα καταστήματα του ΟΑΕΔ.

Το δείγμα των εργαζομένων ήταν επίσης ευκολίας και συγκεκριμένα ακολουθήθηκε η μέθοδος της χιονοστιβάδας, σε άτομα ηλικίας 18-65 ετών (655 άτομα συνολικά). Με τη δειγματοληψία ευκολίας στους ανέργους, συμπληρώθηκαν 250 ερωτηματολόγια (χωρίς να μπορεί να εκτιμηθεί ο αριθμός των μη αποκρίσεων) και συμπεριλήφθησαν άτομα που συνέπεσαν να είναι στο «σωστό μέρος τη σωστή στιγμή» (δηλαδή άτομα που βρίσκονταν στο χώρο εργασίας τους και που οι ερευνητές είχαν δυνατότητα πρόσβασης). Με μέθοδο της δειγματοληψίας χιονοστιβάδας στους εργαζόμενους, οι ερευνητές μοίρασαν στο κοινωνικό τους δίκτυο τα ερωτηματολόγια, οι οποίοι με τη σειρά τους τα μοίρασαν σε άλλους εργαζόμενους. Από τα 427 ερωτηματολόγια των εργαζομένων που συμπληρώθηκαν εξαιρέθηκαν τα 22, λόγω ατελούς συμπλήρωσης.

Εργαλεία μελέτης

Για την αξιολόγηση της ΣΥΠΖ των εργαζομένων και των ανέργων, επιλέχθηκε το ερωτηματολόγιο Short Form-36v2 (SF-36v2), που αποτελεί τη βελτιωμένη μορφή και εξέλιξη του SF-36 (Ware & Sherbourne 1992). Χρησιμοποιήθηκε η ελληνική έκδοση του διεθνούς ερωτηματολογίου SF-36v2, καθώς και 10 πρόσθετες ερωτήσεις που αφορούσαν στα δημογραφικά δεδομένα (Pappa et al 2005).

Το ερωτηματολόγιο SF-36 απευθύνεται σε ασθενείς και υγιείς, άτομα ηλικίας άνω των 14 ετών, και εκτιμά σε ένα σύνολο 36 ερωτήσεων οκτώ υποκλίμακες οι οποίες απαρτίζουν δύο ευρύτερες συνοπτικές διαστάσεις, αυτές της σωματικής και ψυχικής υγείας. Ο κάθε ένας από τους οχτώ παράγοντες αποτελείται από 2-10 επιμέρους ερωτήσεις. Οι οκτώ διαστάσεις είναι: 1) σωματική λειτουργικότητα (10 ερωτήσεις), 2) σωματικός ρόλος (4 ερωτήσεις), 3) σωματικός πόνος (2 ερωτήσεις), 4) γενική υγεία (5 ερωτήσεις), 5) ζωτικότητα (4 ερωτήσεις), 6) κοινωνική λειτουργικότητα (2 ερωτήσεις), 7) συναισθηματικός ρόλος (3 ερωτήσεις), 8) ψυχική υγεία (5 ερωτήσεις). Επίσης υπάρχουν 2 γενικές κλίμακες, αυτή της σωματικής υγείας που υπολογίζεται από 4 παράγοντες (σωματική λειτουργικότητα, σωματικός ρόλος, σωματικός πόνος και τον δείκτη της γενικής υγείας) και αυτή της ψυχικής υγείας που υπολογίζεται από 4 παράγοντες επίσης (ζωτικότητα, κοινωνική λειτουργικότητα, συναισθηματικός ρόλος και ψυχική υγεία).

Το σκορ σε κάθε μια από της διαστάσεις υπολογίζεται με την άθροιση του σκορ σε κάθε απάντηση που έχει δώσει ο συμμετέχων. Στις ερωτήσεις χρησιμοποιούνται διάφορες κλίμακες Likert. Η κάθε διάσταση λαμβάνει τιμές (σκορ) από 0 -100 ενώ οι συνοπτικές κλίμακες φυσικής και ψυχικής υγείας λαμβάνουν τιμές από 21,4 - 69,5 και 6,4 - 65,5 αντίστοιχα. Όσο χαμηλότερο είναι το σκορ του συμμετέχοντα τόσο χειρότερη είναι η ποιότητα ζωής του στην συγκεκριμένη διάσταση. Το ερωτηματολόγιο δεν υπολογίζει ένα συνολικό σκορ αλλά τις οχτώ επιμέρους διαστάσεις καθώς και τις δύο γενικές διαστάσεις οι οποίες έρχονται σαν αποτέλεσμα των οχτώ αυτών διαστάσεων. Αυτό δίνει την δυνατότητα να κατανοηθεί καλύτερα η ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων. Για τον υπολογισμό της αξιοπιστίας του SF-36 υπολογίστηκε η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας (ο δείκτης Cronbach´s alpha) για τις οκτώ διαστάσεις και βρέθηκε να είναι > 0,7 σε όλες τις διαστάσεις.

Για την καταχώρηση των δεδομένων του ερωτηματολογίου SF-36v2, ώστε να υπολογιστεί η βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κάθε διάσταση, χρησιμοποιήθηκε ειδικό λογισμικό (Quality Metric Health Outcomes (tm) Scoring Software 4.5) που εξασφαλίστηκε από τον πάροχο του ερωτηματολογίου, ενώ για την κωδικοποίηση τους ακολουθήθηκαν οι ενδεδειγμένες οδηγίες από την εταιρία που έχει τα δικαιώματα του ερωτηματολογίου. Το συνολικό σκορ για κάθε κλίμακα υπολογίστηκε αν υπήρχαν τουλάχιστον το 50% των απαντήσεων σωστά συμπληρωμένες, ενώ όσον αφορά στα κενά στοιχεία (missing values), αυτό έγινε με αντικατάσταση με τη μέση τιμή των υπολοίπων τιμών στη συγκεκριμένη διάσταση. Το συνολικό ποσοστό μη απαντημένων ερωτήσεων έφτασε στο 3,87%. Στη διάσταση της ψυχικής υγείας παρατηρήθηκε το μεγαλύτερο ποσοστό μη απαντήσεων (8%) και το ελάχιστο στις διαστάσεις σωματική λειτουργικότητα και σωματικός ρόλος που ήταν στο 0%.

Θέματα Δεοντολογίας

Οι κανονισμοί και οι αρχές που διέπουν τις ερευνητικές δραστηριότητες στη χώρα, καθώς και οι αρχές που περιλαμβάνονται στη διακήρυξη του Ελσίνκι για τη βιοϊατρική έρευνα τηρήθηκαν στην παρούσα μελέτη. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ήταν ανώνυμα, ώστε να διασφαλιστεί η προστασία των προσωπικών δεδομένων και στοιχείων των συμμετεχόντων. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν ότι θα μπορούσαν οποιαδήποτε στιγμή θελήσουν να σταματήσουν την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, ενώ διαβεβαιώθηκαν ότι τα στοιχεία θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης.

Στατιστική ανάλυση

Για την ανάλυση των δεδομένων, πραγματοποιήθηκε περιγραφική και επαγωγική στατιστική. Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση αναλογιών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Pearson 's x2. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Student 's-t ή ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann-Whitney. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσοτέρων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διασποράς (ANOVA). Για τον έλεγχο της σχέσης μεταξύ δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson ή του Spearman (r). Η συσχέτιση θεωρείται πολύ μικρή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται έως 0,25, μικρή όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,25 έως 0,49, μέτρια όταν κυμαίνεται από 0,5 έως 0,69 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,7 (Μερκούρης 2008). Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις διάφορες κλίμακες από την οποία προέκυψαν οι συντελεστές παλινδρόμησης (b) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Όσες μεταβλητές είχαν σημαντική σχέση με τις διαστάσεις ποιότητας ζωής σε μονοπαραγοντικό επίπεδο εισήχθησαν στα πολυπαραγοντικά μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης. Μετά την διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) κρατήθηκαν και παρουσιάζονται μόνο οι μεταβλητές που παρουσίασαν την υψηλότερη επιρροή (στατιστική σημαντικότητα). Τα επίπεδα σημαντικότητας ήταν αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 21.0.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ο μελετώμενος πληθυσμός αποτελούνταν από 1049 άτομα με μέση ηλικία τα 37,1 έτη (τυπική απόκλιση 11,8). Το 91% είχαν ελληνική υπηκοότητα, το 36,8% ήταν απόφοιτοι λυκείου και το 22,9% ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ. Το 52,7% ήταν γυναίκες και το 47,3% άντρες. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες εργάζονταν (62,4%), και αναφορικά με την οικογενειακή τους κατάσταση το 67,8% συμβίωναν (Πίνακας 1). Σε όλες τις διαστάσεις η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας βρέθηκε να είναι πάνω από 0.7, ένδειξη επαρκούς αξιοπιστίας (Γαλάνης 2013) (Πίνακας 2).

Η μέση βαθμολογία στη διάσταση σωματική λειτουργικότητα ήταν 86,6 (SD=18,2) και στη διάσταση «σωματι-

Πίνακας 1. Δημογραφικά δεδομένα του δείγματος της μελέτης

	N	%	
Φύλο	Άνδρες	496	47,3
	Γυναίκες	553	52,7
Ηλικία, μέση τιμή±SD	37,1±11,8		
Υπηκοότητα	Ελληνική	955	91,0
	Άλλη	94	9,0
Εκπαίδευση	Απόφοιτος δημοτικού	6	0,6
	Απόφοιτος γυμνασίου	62	5,9
	Απόφοιτος λυκείου	386	36,8
	Απόφοιτος ΤΕΙ	190	18,1
	Απόφοιτος ΑΕΙ	240	22,9
	Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	165	15,7
Εργάζεστε	Όχι	394	37,6
	Ναι	655	62,4
Σε συμβίωση	Όχι	338	32,2
	Ναι	711	67,8
Έχετε παιδιά	Όχι	590	56,2
	Ναι	459	43,8
Μηνιαίο ατομικό εισόδημα, μέση τιμή±SD διάμεσος (ενδ. εύρος)	1323,5±9438,9	775 (380 - 1100)	
Έχετε ασφαλιστική κάλυψη αυτή τη στιγμή	Όχι	269	25,6
	Ναι	780	74,4

κός ρόλος» ήταν 47,1 (SD=41,4). Η βαθμολογία των συμμετεχόντων στην παρούσα μελέτη διέφερε σημαντικά σε σύγκριση με τις νόρμες του ελληνικού πληθυσμού (Πίνακας 3). Η μέση βαθμολογία στη συνοπτική κλίμακα σωματικής υγείας ήταν 49,8 (SD=9,0) και στη συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας ήταν 39,6 (SD=11,2).

Οι άνεργοι σε σύγκριση με τους εργαζόμενους εμφάνισαν χαμηλότερο σκορ σε όλες τις διαστάσεις, εκτός της διάστασης της σωματικής λειτουργικότητας (Πίνακας 4). Στην μονοπαραγοντική ανάλυση σημαντικές στατιστικές διαφορές όσον αφορά την εργασιακή κατάσταση εμφανίζονται σε τέσσερεις διαστάσεις (γενική υγεία, ζωτικότητα, συναισθηματικός ρόλος και ψυχική υγεία) όπως και στην συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας. Μετά την πολυπαραγοντική ανάλυση η στατιστική σημαντικότητα σε όλες της διαστάσεις αυτές, παραμένει. Αν και οι γυναίκες εμφάνισαν υψηλότερη βαθμολογία σε σχέση με τους άντρες, εντούτοις σε τέσσερεις διαστάσεις δεν εμφανίζεται στατιστικά σημαντική σχέση όσον αφορά το φύλο και τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, σε μονοπαραγοντική ανάλυση, τα άτομα που δεν συμβίωναν με κάποιον άλλον είχαν καλύτερη ΣΥΠΖ, σε σύγκριση με αυτούς που συμβίωναν. Οι συμμετέχοντες που ζούσαν μόνοι εμφανίζουν σημαντική διαφορά σε τέσσερεις διαστάσεις [σωματική λειτουργικότητα (p<0,001), σωματικός ρόλος (p<0,001), σωματικός πόνος (p=0,010) και γενική υγεία (p=0,015)], όπως και στην συνολική κλίμακα της σωματικής υγείας (p<0,001). Οι διαφορές στη βαθμολογία κυμαίνονται από 0,2 μονάδες (συναισθηματικός ρόλος) έως 10,1 μονάδες (ψυχική υγεία). Οι σε συμβίωση συμμετέχοντες, εμφάνισαν υψηλότερη βαθμολογία στις διαστάσεις κοινωνικός ρόλος (0,7 μονάδες) και ζωτικότητα (1,5 μονάδες), ενώ είχαν καλύτερη συνολική βαθμολογία στην συνολική κλίμακα ψυχικής υγείας (0,7 μονάδες). Μετά την πολυπαραγοντική ανάλυση δεν εμφανίζεται σε καμία διάσταση στατιστικά σημαντική σχέση. Τέλος, σε μονοπαραγοντική ανάλυση οι συμμετέχοντες με παιδιά εμφάνισαν στατιστικά σημαντική σχέση και χαμηλότερο σκορ σε όλες τις διαστάσεις [εκτός της ζωτικότητας (p=0,631) και της ψυχικής υγείας p=0,956)]. Μετά την πολυπαραγοντική ανάλυση στατιστικά σημαντική σχέση βρέθηκε μόνο στη διάσταση κοινωνικός ρόλος (p=0,047).

Υπήρξε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση της βαθμολογίας σε όλες τις διαστάσεις (εκτός της διάστασης της ζωτικότητας) με την ηλικία των συμμετεχόντων. Όσο αυξάνεται η ηλικία των συμμετεχόντων τόσο χειροτερεύει η βαθμολογία τους στις αντίστοιχες διαστάσεις (Πίνακας 5). Υπήρξε σημαντική αρνητική συσχέτιση επίσης της βαθμολογίας στις διαστάσεις σωματική λειτουργικότητα και ψυχική υγεία, με το εισόδημα των συμμετεχόντων. Όσον αφορά στις δύο συνοπτικές κλίμακες της υγείας (σωματικής και ψυχικής), υπήρξε σημαντική αρνητική συσχέτιση της βαθμολογίας στις κλίμακες αυτές με την ηλικία και το εισόδημα των συμμετεχόντων. Από τα ανωτέρω ευρήματα φαίνεται ότι όσο αυξάνεται η ηλικία και μειώνεται το εισόδημα των συμμετεχόντων, τόσο χειροτερεύει η ΣΥΠΖ τους, στις διαστάσεις της συνοπτικής σωματική και ψυχικής υγείας.

Το εκπαιδευτικό επίπεδο εμφανίζεται να σχετίζεται σημαντικά με τη ΣΥΠΖ τόσο στην μονοπαραγοντική, όσο και στην πολυπαραγοντική ανάλυση. Η βαθμολογία στη διάσταση σωματική λειτουργικότητα βρέθηκε να διαφέ-

Πίνακας 2. Cronbach alpha

Διάσταση	Cronbach alpha
Σωματική Λειτουργικότητα	0,73
Σωματικός Ρόλος	0,82
Σωματικός Πόνος	0,79
Γενική Υγεία	0,93
Ζωτικότητα	0,87
Κοινωνικός Ρόλος	0,86
Ρόλος Συναισθηματικός	0,88
Ψυχική Υγεία	0,91

Πίνακας 3. Σύγκριση βαθμολογίας παρούσας έρευνας με νόρμα ελληνικού πληθυσμού

	Παρούσα μελέτη			Ελληνικός πληθυσμός*			P Student 's t-test
	N	Μέση τιμή	SD	N	Μέση τιμή	SD	
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	1049	86,6	18,2	1007	80,76	25,62	<0,001
ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	1049	47,1	41,4	1007	79,74	37,72	<0,001
ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ	1049	69,1	24,5	1007	72,98	31,66	0,002
ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	1049	67,1	19,3	1007	67,46	23,54	0,704
ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ	1049	58,0	21,2	1007	66,53	22,39	<0,001
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	1049	69,8	24,1	1007	82,05	28,12	<0,001
ΡΟΛΟΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ	1049	37,5	41,7	1007	81,53	36,31	<0,001
ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	1049	59,7	20,7	1007	68,23	21,26	<0,001

*(Pappa et al 2005)

Πίνακας 4. Μονοπαραγοντικές συσχετίσεις της ποιότητας ζωής με δημογραφικούς παράγοντες

	Μεταβλητές	ΣΛ	ΡΣ	ΣΠ	ΓΥ	ΖΤ	ΚΡ	ΡΣΘ	ΨΥ	ΣΚΦΥ	ΣΚΨΥ
Φύλο	Άνδρας	86,6	44,8	69,5	66,6	59,0	69,8	36,1	58,7	49,7	39,3
	Γυναίκα	86,6	49,3	68,8	67,6	57,1	69,8	38,8	60,6	49,8	39,8
	t-test p-value	**0,999**	**0,077**	**0,624**	**0,403**	**0,146**	**0,972**	**0,287**	**0,140**	**0,925**	**0,489**
Υπηκοότητα	Ελληνική	86,6	47,3	69,1	66,8	58,0	69,6	37,2	60,1	49,7	39,7
	Άλλη	86,5	45,5	69,8	70,2	58,4	71,1	41,2	55,2	50,4	39,1
	t-test p-value	**0,939**	**0,684**	**0,788**	**0,101**	**0,880**	**0,565**	**0,373**	**0,028**	**0,486**	**0,633**
Εκπαίδευση	Απόφοιτος δημοτικού/ γυμνασίου	74,9	29,0	59,8	58,0	56,9	61,4	23,0	54,5	44,8	37,3
	Απόφοιτος λυκείου	85,4	46,9	68,6	67,1	60,6	71,8	38,7	60,9	49,4	40,8
	Απόφοιτος ΤΕΙ/ ΑΕΙ	88,5	47,8	70,7	68,1	57,6	70,1	38,0	59,9	50,4	39,6
	Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	89,3	53,3	70,2	68,3	53,7	67,7	39,6	58,5	51,1	37,8
	t-test p-value	**<0,001***	**0,001***	**0,007***	**0,001***	**0,005***	**0,006***	**0,030***	**0,098***	**<0,001***	**0,013**
Εργάζεστε	Όχι	87,4	46,2	69,0	65,2	55,9	68,2	32,1	55,0	50,4	37,2
	Ναι	86,1	47,7	69,2	68,2	59,3	70,7	40,8	62,5	49,4	41,1
	t-test p-value	0,243	0,566	0,896	0,014	0,010	0,109	0,001	<0,001	0,067	<0,001
Σε συμβίωση	Όχι	90,5	54,0	72,0	69,2	57,0	69,3	39,7	59,9	51,7	39,1
	Ναι	84,7	43,9	67,8	66,1	58,5	70,0	36,5	59,6	48,8	39,8
	t-test p-value	**<0,001**	**<0,001**	**0,010**	**0,015**	**0,288**	**0,659**	**0,242**	**0,794**	**<0,001**	**0,364**
Έχετε παιδιά	Όχι	90,9	55,8	72,8	69,4	58,3	71,4	43,1	59,7	51,9	39,7
	Ναι	81,1	36,1	64,4	64,0	57,7	67,7	30,5	59,7	47,0	39,5
	t-test p-value	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**0,631**	**0,015**	**<0,001**	**0,956**	**<0,001**	**0,821**
Ασφαλιστική κάλυψη	Όχι	86,1	43,4	69,3	66,0	57,0	67,7	32,8	54,8	50,0	37,5
	Ναι	86,8	48,4	69,1	67,5	58,4	70,5	39,2	61,4	49,7	40,3
	t-test p-value	**0,625**	**0,086**	**0,887**	**0,283**	**0,331**	**0,094**	**0,033**	**<0,001**	**0,666**	**<0,001**
Χρόνιο νόσημα	Όχι	91,6	54,9	75,0	72,8	61,4	74,4	42,8	61,9	52,4	40,8
	Ναι	73,6	26,9	53,9	52,2	49,4	57,8	34,5	54,1	42,8	36,5
	t-test p-value	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**

ΣΛ (Σωματική Λειτουργικότητα), ΡΣ (Ρόλος Σωματικός), ΣΠ (Σωματικός Πόνος), ΓΥ (Γενική Υγεία), ΖΤ (Ζωτικότητα), ΚΡ (Κοινωνικός Ρόλος), ΡΣΘ (Ρόλος Συναισθηματικός), ΨΥ (Ψυχική Υγεία), ΣΚΦΥ (Συνολική Κλίμακα Φυσικής Υγείας), ΣΚΨΥ (Συνολική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας)*ANOVA

Πίνακας 5. Συντελεστές συσχέτισης της βαθμολογίας στις διαστάσεις, με την ηλικία και το εισόδημα των συμμετεχόντων

		ΣΛ	ΡΣ	ΣΠ	ΓΥ	ΖΤ	ΚΡ	ΡΣΘ	ΨΥ	ΣΚΦΥ	ΣΚΨΥ
Ηλικία	r*	-0,39	-0,31	-0,26	-0,25	-0,06	-0,18	-0,20	-0,07	-0,39	-0,07
	p-value	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**0,057**	**<0,001**	**<0,001**	**0,021**	**<0,001**	**0,037**
Μηνιαίο ατομικό εισόδημα	r**	-0,13	0,00	-0,05	0,00	-0,03	0,00	0,03	0,15	-0,12	0,10
	p-value	**<0,001**	**0,981**	**0,114**	**0,999**	**0,424**	**0,934**	**0,323**	**<0,001**	**<0,001**	**0,003**

ΣΛ (Σωματική Λειτουργικότητα), ΡΣ (Ρόλος Σωματικός), ΣΠ (Σωματικός Πόνος), ΓΥ (Γενική Υγεία), ΖΤ (Ζωτικότητα), ΚΡ (Κοινωνικός Ρόλος), ΡΣΘ (Ρόλος Συναισθηματικός), ΨΥ (Ψυχική Υγεία), ΣΚΦΥ (Συνολική Κλίμακα Φυσικής Υγείας), ΣΚΨΥ (Συνολική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας)*συντελεστής συσχέτισης του Pearson **συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Πίνακας 6. Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση: δημογραφικά στοιχεία και βαθμολογία στις διαστάσεις της ΣΥΠΖ (με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης)

		ΣΛ			ΡΣ			ΣΠ			ΓΥ			ΖΤ		
		β	ΣΕ	P	β	ΣΕ	P	β?	ΣΕ	P	β	ΣΕ	P	β	ΣΕ	P
Εκπαίδευση	Απόφοιτος δημοτικού/ γυμνασίου	0,00*			0,00*						0,00			0,00		
	Απόφοιτος λυκείου	6,07	2,07	0,003	9,54	5,11	0,062				5,38	2,24	0,016	2,25	2,67	0,401
	Απόφοιτος TEI/ AEI	8,10	2,06	<0,001	8,63	5,09	0,091				4,67	2,25	0,038	-1,94	2,67	0,468
	Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	8,50	2,29	<0,001	12,79	5,65	0,024				4,22	2,53	0,096	-6,23	2,97	0,036
Ηλικία		-0,39	0,04	<0,001	-0,79	0,11	<0,001	-0,34	0,06	<0,001	-0,22	0,05	<0,001			
Χρόνιο πρόβλημα υγείας	Όχι	0,00			0,00			0,00*			0,00*			0,00*		
	Ναι	-14,58	1,13	<0,001	-21,62	2,77	<0,001	-18,44	1,61	<0,001	-18,81	1,21	<0,001	-12,29	1,40	<0,001
Εργασία	Όχι										0,00			0,00		
	Ναι										4,32	1,13	<0,001	4,87	1,33	<0,001

ΣΛ (Σωματική Λειτουργικότητα), ΡΣ (Ρόλος Σωματικός), ΣΠ (Σωματικός Πόνος), ΓΥ (Γενική Υγεία), ΖΤ (Ζωτικότητα),ύσυντελεστής εξάρτησης τυπικό σφάλμα *δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Πίνακας 7. Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση: δημογραφικά στοιχεία και βαθμολογία στις διαστάσεις της ΣΥΠΖ (με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης)

		ΚΡ			ΡΣΘ			ΨΥ			ΣΚΦΥ			ΣΚΨΥ		
		β	ΣΕ	P	β	ΣΕ	P	β	ΣΕ	P	β	ΣΕ	P	β	ΣΕ	P
Εκπαίδευση	Απόφοιτος δημοτικού/ γυμνασίου	0,00									0,00					
	Απόφοιτος λυκείου	7,56	3,03	0,013							2,33	1,01	0,021			
	Απόφοιτος TEI/ AEI	5,01	3,02	0,098							2,76	1,00	0,006			
	Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	2,63	3,35	0,434							3,29	1,12	0,003			
Ηλικία		-0,31	0,09	<0,001	-0,62	0,11	<0,001				-0,19	0,02	<0,001			
Χρόνιο πρόβλημα υγείας	Όχι		0,00*			0,00*			0,00*			0,00*			0,00*	
	Ναι	-14,83	1,64	<0,001	-16,52	2,92	<0,001	-8,20	1,39	<0,001	-7,94	0,55	<0,001	-4,45	0,77	<0,001
Εργασία	Όχι				0,00			0,00						0,00		
	Ναι				12,01	2,63	<0,001	7,40	1,28	<0,001				4,01	0,71	<0,001
Υπηκοότητα	Ελληνική							0,00								
	Άλλη							-4,88	2,19	0,026						
Έχετε παιδιά	Όχι	0,00														
	Ναι	4,03	2,03	0,047												

ΚΡ (Κοινωνικός Ρόλος), ΡΣΘ (Ρόλος Συναισθηματικός), ΨΥ (Ψυχική Υγεία), ΣΚΦΥ (Συνολική Κλίμακα Φυσικής Υγείας), ΣΚΨΥ (Συνολική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας), ύσυντελεστής εξάρτησης τυπικό σφάλμα *δηλώνει κατηγορία αναφορά

ρει σημαντικά ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο. Οι απόφοιτοι δημοτικού/γυμνασίου είχαν εμφανώς χαμηλότερο σκορ σε σύγκριση με τους απόφοιτους λυκείου (p=0,003), τους απόφοιτους ΑΕΙ/ΤΕΙ (p<0,001), και τους συμμετέχοντες με μεταπτυχιακό/διδακτορικό (p<0,001) (Πίνακας 6). Σχετικά με τις διαστάσεις σωματικός ρόλος, γενική υγεία και στη συνοπτική κλίμακα σωματικής υγείας, τα αποτελέσματα ήταν παρόμοια όσον αφορά στο εκπαιδευτικό επίπεδο. Αντιθέτως, στις διαστάσεις ζωτικότητα, κοινωνικός ρόλος και ψυχική υγεία, όσο ανεβαίνει το εκπαιδευτικό επίπεδο, η βαθμολογία των συμμετεχόντων μειώνεται (όμως μετά την πολυπαραγοντική ανάλυση δεν εμφανίζεται στατιστικά σημαντική σχέση).

Σε όλες τις διαστάσεις (εκτός της διάστασης του σωματικού πόνου όπου η διαφορά είναι πολύ μικρή όπως και στη συνοπτική κλίμακα σωματικής υγείας), η βαθμολογία των συμμετεχόντων που έχουν ασφαλιστική κάλυψη ήταν πολύ υψηλότερη σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν έχουν. Οι μεγαλύτερες διαφορές εμφανίστηκαν στις διαστάσεις της ψυχικής υγείας, του συναισθηματικού ρόλου και του σωματικού ρόλου. Μονοπαραγοντικές στατιστικά σημαντικές σχέσεις εμφανίστηκαν στις διαστάσεις ψυχική υγεία (p<0,001) και συναισθηματικός ρόλος (p=0,033).

Όσον αφορά στην υπηκοότητα, η βαθμολογία δεν διέφερε σε μεγάλο βαθμό εκτός της διάστασης της ψυχικής υγείας (p=0,028), με τον ελληνικό πληθυσμό να εμφανίζει υψηλότερο σκορ σε τρεις διαστάσεις, ενώ οι μετανάστες σε πέντε. Σημαντική ήταν η διαφορά μόνο στη διάσταση της ψυχικής υγείας μετά και την πολυπαραγοντική ανάλυση, όπου οι συμμετέχοντες ελληνικής καταγωγής εμφάνισαν υψηλότερο σκορ σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες μη ελληνικής καταγωγής (p=0,026) (Πίνακας 7).

Τέλος, όσον αφορά στη συσχέτιση μεταξύ των διαφόρων διαστάσεων της ζωής, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ όλων των διαστάσεων και της ποιότητας ζωής. Συνεπώς, όσο βελτιωνόταν η ποιότητα ζωής σε ένα τομέα, τόσο βελτιωνόταν και σε όλους τους υπόλοιπους.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί η ΣΥΠΖ στην Ελλάδα, την εποχή της οικονομικής κρίσης και το αν αυτή σχετίζεται με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μονοπαραγοντικών αναλύσεων, η εργασία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το εισόδημα και η ύπαρξη ασφαλιστικής κάλυψης βρέθηκαν να σχετίζονται θετικά με την βαθμολογία των συμμετεχόντων σε μια διάσταση τουλάχιστον. Αντιθέτως, αρνητικά σχετίζεται η ΣΥΠΖ με την αυξημένη ηλικία, την ύπαρξη χρόνιου νοσήματος, την συμβίωση, την ύπαρξη παιδιών και την υπηκοότητα σε μια τουλάχιστον διάσταση. Σύμφωνα με την πολυπαραγοντική ανάλυση, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η ηλικία, η ύπαρξη χρόνιων νοσημάτων, η εργασία, η υπηκοότητα και η ύπαρξη παιδιών, βρέθηκαν να σχετίζονται σε μια διάσταση της ΣΥΠΖ τουλάχιστον. Οι μεγαλύτερες διαφορές παρατηρήθηκαν όσον αφορά την ύπαρξη χρόνιου προβλήματος (σε όλες τις διαστάσεις), την εκπαίδευση (σε όλες τις διαστάσεις εκτός του σωματικού πόνου, του συναισθηματικού ρόλου, της ψυχικής υγείας και της συνοπτικής κλίμακας της ψυχικής υγείας), την ηλικία (εκτός των διαστάσεων ζωτικότητα, ψυχική υγεία και συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας) και στην εργασιακή κατάσταση (εκτός των διαστάσεων σωματική λειτουργικότητα, σωματικός ρόλος, σωματικός πόνος, κοινωνικός ρόλος και στη συνοπτική κλίμακα σωματικής υγείας).

Πιθανόν οι διαφορές όσον αφορά στη ΣΥΠΖ που βρέθηκαν από την παρούσα μελέτη σε σύγκριση με τις νόρμες του ελληνικού πληθυσμού να οφείλονται στην παρούσα οικονομική κρίση, αν και το συμπέρασμα αυτό είναι επισφαλές εάν δεν επιβεβαιωθεί από επιπλέον μελέτες. Οι διαφορές στην μέθοδο της δειγματοληψίας καθώς και η αντιπροσωπευτικότητα του πληθυσμού είναι καθοριστικοί παράγοντες που δεν επιτρέπουν την εξαγωγή της αιτιακής αυτής σχέσης.

Η βαθμολογία ανάλογα με το φύλο στην παρούσα μελέτη διαφέρει από αρκετές προϋπάρχουσες (Jenkinson et al 1999, Demiral et al 2006, Laguardia et al 2013), αλλά και από την ελληνική μελέτη των Pappa et al (2005). Σε μελέτες στο γενικό πληθυσμό σε αρκετές χώρες, διαπιστώθηκε ότι η βαθμολογία των αντρών ήταν υψηλότερη σχεδόν σε όλες τις διαστάσεις σε σύγκριση με αυτές των γυναικών (Hemingway et al 1997, Sullivan & Karlsson 1998, Loge & Kaasa 1998, Laguardia et al 2013). Οι γυναίκες τείνουν να αναφέρουν χειρότερη ΣΥΠΖ σε σύγκριση με τους άντρες. Η διαφορά αυτή, είναι πιθανό να οφείλεται στην αύξηση της ανεργίας στην Ελλάδα στους άντρες περισσότερο από τις γυναίκες, η οποία σχετίζεται με χειρότερη ποιότητα ζωής, αλλά και στο ότι η οικονομική κρίση επηρεάζει σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό τους άντρες (Stuckler et al 2010, Economou et al 2013b). Όμως, οι διαφορές αυτές που υπάρχουν στην παρούσα μελέτη ανάλογα με το φύλο, δεν εμφανίζουν στατιστική σημαντικότητα. Μελέτη στην Σαγκάη έδειξε ότι οι γυναίκες στη διάσταση της ψυχικής υγείας είχαν καλύτερη βαθμολογία σε σχέση με τους άντρες, στοιχεία που συμφωνούν με αυτά της παρούσας μελέτης (Wang et al 2008). Βέβαια, εδώ πρέπει να ληφθεί υπόψη, ότι στη Σαγκάη την εποχή πραγματοποίησης της μελέτης δεν υπήρχε οικονομική κρίση και πρέπει να τονιστεί επίσης η ανάγκη διεξαγωγής περισσότερων μελετών για να διαφανεί πιθανή αιτιακή σχέση.

Όσον αφορά στην ηλικία, αυτή είναι άμεσα συνδεδεμένη με τη ΣΥΠΖ του πληθυσμού. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, η βαθμολογία των συμμετεχόντων μειώνεται όσο αυξάνεται η ηλικία τους. Τα αποτελέσματα αυτά είναι παρόμοια με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, ελληνική και ξένη (Li et al 2001, Pappa et al 2005, Hopman et al 2014). Αντίθετα αποτελέσματα έχουν εμφανιστεί σε μελέτες όπου τα άτομα άνω των 65 ετών αναφέρουν καλύτερο σκορ, εξαιτίας κυρίως της διαδικασίας της αποχώρησης από το χώρο εργασίας και της συνταξιοδότησης. Όμως, ο

πληθυσμός της παρούσας μελέτης δεν περιλάμβανε άτομα άνω των 65 ετών (Hemingway et al 1997).

Όσον αφορά στην υπηκοότητα, η βαθμολογία δεν διέφερε σημαντικά εκτός της διάστασης της ψυχικής υγείας (μονοπαραγοντική και πολυπαραγοντική ανάλυση), όπου οι μετανάστες εμφάνισαν χειρότερη βαθμολογία. Οι διαφορές αυτές εντοπίζονται στη βιβλιογραφία, όπου οι μετανάστες έχουν χαμηλότερο σκορ σχεδόν πάντα στη διάσταση της ψυχικής υγείας και καλύτερο σκορ στη φυσική υγεία (Lahanaetal 2010, Normanetal 2013, Salinero-Fort et al 2015). Βέβαια, το μικρό δείγμα των μεταναστών (94 άτομα), αλλά και η ετερογένεια ανάλογα με τη χώρα προέλευσής τους, η κουλτούρα, το εκπαιδευτικό επίπεδο, οι αιτίες της μετανάστευσης, τα προβλήματα υγείας και η γνώση της γλώσσας της χώρας διαμονής, είναι παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων (Marion & Wright 2005, Salinero-Fort et al 2015). Το στρες εξαιτίας της εργασιακής κατάστασης, το μειωμένο εισόδημα, το στρες της μετεγκατάστασης, τα προβλήματα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και η ελλιπής υποστήριξη από της κοινωνικές δομές, πιθανόν να είναι κάποιες από τις αιτίες που οδηγούν σε μεγαλύτερα ψυχολογικά προβλήματα στους μετανάστες, παράγοντες που όμως στην παρούσα μελέτη δεν εξετάστηκαν (Stupar et al 2014).

Η εκπαίδευση διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην ΣΥΠΖ (Norman et al. 2013). Η αποφοίτηση από τριτοβάθμια εκπαίδευση σχετίζεται με καλύτερη ΣΥΠΖ. Τα αποτελέσματα αυτά είναι παρόμοια με αντίστοιχες ελληνικές μελέτες (Pappa et al 2005, Darviri et al 2012). Ανάλογα είναι επίσης τα αποτελέσματα και σε μελέτες από διάφορες χώρες, όπου φαίνεται ότι τα άτομα με υψηλότερη εκπαίδευση, εμφανίζουν υψηλότερη βαθμολογία (Hemingway et al 1997, Aghamolaei et al 2011, Audureau et al 2013). Στις διαστάσεις όμως ζωτικότητα, κοινωνικός ρόλος, ψυχική υγεία και στη συνολική κλίμακα ψυχικής υγείας, οι συμμετέχοντες χαμηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου εμφάνισαν υψηλότερη βαθμολογία, σε σύγκριση με τους αποφοίτους ΤΕΙ/ΑΕΙ ή τους κατόχους μεταπτυχιακού διδακτορικού τίτλου. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, οι απόφοιτοι λυκείου στη διάσταση ζωτικότητα και στη συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας, εμφάνισαν επίσης υψηλότερη ΣΥΠΖ σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με μεταπτυχιακό/διδακτορικό (p=0,036 και p=0,003 αντίστοιχα). Σε μελέτη των Lim et al (2007), η θετική αυτή σχέση μεταξύ εκπαίδευσης και καλύτερης αυτο-αναφερόμενης ποιότητας ζωής δεν βρέθηκε. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι η εκπαίδευση για θέματα υγείας και τα μηνύματα υγείας φτάνουν στους πολίτες με απλούς τρόπους (τηλεόραση, ραδιόφωνο, εφημερίδες), με αποτέλεσμα τα άτομα χαμηλότερης εκπαίδευσης να μη μειονεκτούν.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας (σε μονοπαραγοντική ανάλυση) τα άτομα που δεν συμβιώνουν με κάποιον άλλον, εμφάνισαν καλύτερη υγεία, σε σύγκριση με αυτούς που συμβιώνουν. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, στατιστικά σημαντική διαφορά εμφανίζεται μόνο στη διάσταση κοινωνικός ρόλος όσον αφορά στην ύπαρξη παιδιών. Τα αποτελέσματα αυτά είναι όμοια με αυτά των Wang et al (2013). Στην ελληνική μελέτη των Pappa et al (2005) οι ανύπαντροι έχουν το καλύτερο σκορ, σε σύγκριση με τους παντρεμένους και τους χήρους/ες. Σε μελέτη για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής του πληθυσμού της Αυστραλίας τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης είναι επίσης παρόμοια. Στη μελέτη της Αυστραλίας, τα άτομα που είναι παντρεμένα εμφάνισαν χειρότερη υγεία σε σχέση με τους ανύπαντρους, ενώ οι παντρεμένοι με παιδιά εμφάνισαν ακόμη χειρότερη υγεία σε σύγκριση με τους παντρεμένους (Shadbolt et al 1997). Η ύπαρξη παιδιών επίσης βρέθηκε να επηρεάζει σημαντικά τον κοινωνικό ρόλο (p=0,047). Αντιθέτως, σε μελέτη των Garcia et al (2005) οι ανύπαντροι και τα άτομα που μένουν μόνα τους εμφάνισαν χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με αυτούς που συμβιώνουν. Τέλος σε μελέτη των Aghamolaei et al (2011) δεν βρέθηκε σημαντική διαφορά σύμφωνα με την οικογενειακή κατάσταση. Οι διαφορές αυτές είναι πιθανόν να οφείλονται στο ότι τα άτομα που δεν συμβιώνουν με κάποιον άλλον ή που δεν έχουν παιδιά, συνήθως ανήκουν στις χαμηλότερες ηλικιακές κατηγορίες, με αποτέλεσμα να έχουν υψηλότερη ΣΥΠΖ.

Στην παρούσα μελέτη, οι συμμετέχοντες που είναι άνεργοι, σημείωσαν αρκετά χαμηλότερα σκορ σε σχέση με τους εργαζόμενους σε όλες τις διαστάσεις (εκτός της σωματικής λειτουργικότητας και τη συνοπτική κλίμακα σωματικής υγείας). Ο συναισθηματικός ρόλος και η ψυχική υγεία είναι οι δύο βασικότερες διαστάσεις που επηρεάζονται σημαντικά από την ανεργία, με τη ζωτικότητα και τη γενική υγεία να ακολουθούν. Η στατιστικά σημαντική αυτή σχέση εμφανίστηκε μετά την πολυπαραγοντική ανάλυση στις διαστάσεις γενική υγεία, ζωτικότητα, συναισθηματικός ρόλος, ψυχική υγεία και στη συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας. Η απουσία εργασίας δημιουργεί χαμηλή ψυχική υγεία. Παρόμοια αποτελέσματα έχουν βρεθεί και σε άλλες μελέτες (Yngwe et al 2001, Wang et al 2008, Aittomδki et al 2010, Aghamolaei et al 2011, Souza et al 2013).

Σε μελέτη επίσης για την εκτίμηση των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων που επηρεάζουν την ΣΥΠΖ των γυναικών των Williams et al. (2013), τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ανεργία οδηγεί σε χειρότερη υγεία στις διαστάσεις της γενικής υγείας και της ψυχικής υγείας. Τα αποτελέσματα αυτά είναι παρόμοια με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, ενώ άλλη μελέτη για τη ΣΥΠΖ του πληθυσμού στην Τουρκία, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η ανεργία είναι αρνητικά συνδεδεμένη με την υγεία, σε όλες σχεδόν τις διαστάσεις. Σε μελέτη επίσης του πληθυσμού στη Σουηδία, εμφανίζονται παρόμοια αποτελέσματα, με την ανεργία να αποτελεί έναν από τους βασικότερους παράγοντες για κακή ΣΥΠΖ (Sullivan & Karlsson 1998, Demiral et al 2006). Τέλος, σε μελέτη στην Αυστραλία, η ανεργία σχετίζεται με χειρότερη σωματική λειτουργικότητα, η μόνη διάσταση στην παρούσα μελέτη που οι άνεργοι εμφάνισαν υψηλότερη βαθμολογία από τους εργαζόμενους. Αυτή η διαφορά πιθανόν

να οφείλεται στην ηλικιακή κατανομή των ανέργων στην Ελλάδα, με σχεδόν το 60% των ατόμων ηλικίας έως 25 ετών να είναι άνεργοι, αλλά και στις καλύτερες κοινωνικές δομές πρόνοιας στην Αυστραλία (Hopman et al 2014).

Σε όλες τις κλίμακες (εκτός της κλίμακας του σωματικού πόνου, όπου η διαφορά είναι πολύ μικρή, όπως και στη συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας) η βαθμολογία των συμμετεχόντων που έχουν ασφαλιστική κάλυψη ήταν πολύ υψηλότερη σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν έχουν. Τα αποτελέσματα αυτά είναι παρόμοια με άλλες μελέτες όπου τα άτομα χωρίς ασφαλιστική κάλυψη εμφάνιζαν χειρότερη ΣΥΠΖ σε σχέση με αυτούς που έχουν ασφάλεια (Shaheen et al 2003, Jun et al 2015). Έρευνα στο γενικό πληθυσμό στη Σαγκάη έδειξε ότι τα άτομα που δεν είχαν ασφαλιστική κάλυψη είχαν χειρότερη βαθμολογία σε όλες σχεδόν τις διαστάσεις και ιδιαίτερα σε αυτές τις γενικής υγείας, ζωτικότητας και κοινωνικής λειτουργικότητας (Hopman et al 2014). Στις διαστάσεις αυτές, στην παρούσα μελέτη δεν εμφανίστηκε στατιστικά σημαντική σχέση, αντιθέτως, εμφανίστηκε στις διαστάσεις της ψυχικής υγείας ($p=0,033$) και του συναισθηματικού ρόλου ($p<0,001$). Πιθανόν αυτές οι διαφορές να οφείλονται στις μεθοδολογικές διαφορές, στην ηλικιακή δομή των μελετώμενων πληθυσμών, αλλά και στη σύνδεση της εργασιακής κατάστασης με την ασφαλιστική ικανότητα στην Ελλάδα.

Σε όλες τις διαστάσεις και στις δύο συνοπτικές κλίμακες υγείας, εμφανίστηκε στατιστικά σημαντική σχέση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων, όσον αφορά στη ΣΥΠΖ και στην ύπαρξη χρόνιου νοσήματος (τόσο στην μονοπαραγοντική, όσο και στην πολυπαραγοντική ανάλυση). Τα άτομα που έχουν κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας εμφάνισαν χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν έχουν παρόμοιο πρόβλημα. Τα αποτελέσματα αυτά είναι ίδια με αυτά άλλων μελετών από τη διεθνή βιβλιογραφία (Arndt et al 2006, Polji´anin et al 2010, Efficace et al 2011). Σε μελέτη των Jenkinson et al (1997) επίσης, οι συμμετέχοντες χωρίς κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας εμφάνισαν σταθερά υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με αυτούς που έχουν.

Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης με παλαιότερη έρευνα για την υγεία του γενικού πληθυσμού στην Ελλάδα, διαπιστώνεται ότι στην εποχή που διανύουμε, όλες οι διαστάσεις της ΣΥΠΖ (εκτός της σωματικής λειτουργικότητας), καθώς και οι δύο συνολικές κλίμακες, είναι χαμηλότερες σε σύγκριση με παλιότερα ευρήματα. Όλα τα παραπάνω οδηγούν πιθανά στο συμπέρασμα ότι οι ποιότητα ζωής του πληθυσμού την εποχή της οικονομικής κρίσης είναι χαμηλότερη. Βέβαια το συμπέρασμα αυτό είναι πρόωρο να εξαχθεί, αφού υπάρχει ανάγκη να διερευνηθεί και να τεκμηριωθεί και από επιπλέον μελέτες. Οι δημογραφικοί παράγοντες (ηλικία, εισόδημα, εργασιακή κατάσταση, οικογενειακή κατάσταση κ.ά) εμφανίστηκαν να σχετίζονται με την ποιότητα ζωής σε έναν πολύ υψηλό βαθμό, όπως και σε αρκετές άλλες μελέτες. Η πολιτεία είναι υποχρεωμένη να λάβει μέτρα αντιμετώπισης αυτών των προβλημάτων και ειδικά στους ευάλωτους πληθυσμούς, με πρωταρχικό σκοπό την άμβλυνση του χάσματος μεταξύ πλουσίων και φτωχών.

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Η παρούσα μελέτη είναι μια συγχρονική έρευνα και ως εκ τούτου είναι δύσκολο να διαπιστωθεί σχέση αιτίου και αιτιατού μεταξύ ΣΥΠΖ και των δημογραφικών παραγόντων. Πολλές φορές άτομα χαμηλής εκπαίδευσης (ή άνεργα) δυσκολεύονται να κατανοήσουν επαρκώς το ερωτηματολόγιο SF-36, κάτι που μπορεί ορισμένες φορές να τους οδηγήσει σε λάθος εκτίμηση της υγείας τους. Η δειγματοληψία ευκολίας για ανέργους στον ΟΑΕΔ και μόνο, ίσως αποκλείει ένα τμήμα ανέργων οι οποίοι δεν είναι εγγεγραμμένοι, ενώ επίσης αποκλείστηκαν άτομα που συμμετείχαν στα προγράμματα Voucher. Από την άλλη πλευρά, η επιλογή του δείγματος των εργαζομένων με την μορφή της χιονοστιβάδας και της δειγματοληψίας ευκολίας μπορεί να οδηγήσει σε πιθανά σφάλματα. Αν και το μέγεθος του μελετώμενου πληθυσμού είναι αρκετά μεγάλο, υπάρχουν δυσκολίες στη γενίκευση των αποτελεσμάτων. Ωστόσο, παρά τους περιορισμούς, η παρούσα μελέτη είναι η πρώτη που προσπαθεί να εξετάσει την ποιότητα ζωής του γενικού πληθυσμού στην Ελλάδα την εποχή της οικονομικής κρίσης, χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο SF-36v2.

Είναι απαραίτητη η πραγματοποίηση μελλοντικών ερευνών, λαμβάνοντας υπόψη όλες τις ηλικιακές ομάδες (άτομα >65 ετών), για τη διερεύνηση των δημογραφικών παραγόντων και την ποιότητα ζωής του πληθυσμού την εποχή της παρούσας οικονομικής κρίσης. Τέλος, θα πρέπει να μελετηθούν παράγοντες όπως είναι η εθνικότητα, ο τόπος διαμονής, το είδος της εργασίας και τα έτη ανεργίας που έχουν συνδεθεί με την ΣΥΠΖ, τα οποία στη παρούσα μελέτη δεν μελετήθηκαν σε βάθος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δείχνουν ότι το εκπαιδευτικό επίπεδο σχετίζεται με την ΣΥΠΖ σε όλες τις διαστάσεις (εκτός σωματικού πόνου, ρόλου συναισθηματικού και ψυχικής υγείας). Σημαντική συσχέτιση εμφανίζεται να υπάρχει επίσης μεταξύ εργασιακής κατάστασης (σχετίζεται με τις διαστάσεις της γενικής υγείας, ζωτικότητας, ρόλου συναισθηματικού και ψυχικής υγείας), της ύπαρξης παιδιών (επηρεάζει τον κοινωνικό ρόλο) και της υπηκοότητας (επηρεάζει την ψυχική υγεία) με τη ΣΥΠΖ. Όσον αφορά στο χαμηλό εισόδημα, αυτό φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά τη σωματική λειτουργικότητα και την ψυχική υγεία. Τέλος η ύπαρξη χρόνιου νοσήματος και η υψηλότερη ηλικία επηρεάζουν την ΣΥΠΖ σε όλες σχεδόν τις διαστάσεις. Το κλειδί για τη βελτίωση της ΣΥΠΖ συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης είναι ο έλεγχος των χρόνιων ασθενειών, η στήριξη των ευπαθών ομάδων (π.χ άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, μετανάστες) με συνεχή εκπαίδευση, καλύτερη ενημέρωση για θέματα υγείας και βελτίωση της πρόσβασής τους στις υπηρεσίες υγείας, καθώς και η μεί-

ωση της ανεργίας. Όλα τα παραπάνω θα πρέπει να γίνουν με σκοπό τη μείωση των ανισοτήτων που εμφανίζονται στον τομέα της υγείας με παράλληλη βελτίωση του εισοδήματος και του εκπαιδευτικού επιπέδου. Τα αποτελέσματα αυτά, δείχνουν ότι η ΣΥΠΖ δεν είναι απλά και μόνο ένα ζήτημα πολιτικής υγείας, αλλά κυρίως ένα ζήτημα ευρύτερης οικονομικής και κοινωνικής πολιτικής.

Συμβολή των συγγραφέων

Όλοι οι συγγραφείς συνεισέφεραν ενεργά στη συλλογή των πληροφοριών, στο σχεδιασμό της μελέτης, στη συλλογή και ανάλυση των δεδομένων, στην εξαγωγή/ερμηνεία των αποτελεσμάτων και στη συγγραφή του άρθρου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Aghamolaei T., Tavafian SS. & Zare S. (2011). Determinants of health related quality of life on people living in Bandar Abbas, Iran. *Iranian Journal of Public Health* 40(3): 128-135.

Aittomδki A., Martikainen P., Laaksonen M., Lahelma E. & Rahkonen O. (2010). The associations of household wealth and income with self-rated health-a study on economic advantage in middle-aged Finnish men and women. *Social Science and Medicine* 71(5): 1018-1026.

Arndt V., Merx H., Stegmaier C., Ziegler H. & Brenner H. (2004). Quality of life in patients with colorectal cancer 1 year after diagnosis compared with the general population: a population-based study. *Journal of Clinical Oncology*. 22(23):4829-4836

Arndt V., Merx H., Stegmaier C., Ziegler H. & Brenner H. (2006). Restrictions in quality of life in colorectal cancer patients over three years after diagnosis: a population based study. *European Journal of Cancer* 42(12): 1848-57.

Audureau E., Rican S. & Coste J. (2013). Worsening trends and increasing disparities in health-related quality of life: evidence from two French population-based cross-sectional surveys, 1995-2003. *Quality of Life Research* 22(1): 13-26.

Bowling A., Bond M., Jenkinson C. & Lamping DL. (1999). Short Form 36 (SF-36) Health Survey questionnaire: which normative data should be used? Comparisons between the norms provided by the Omnibus Survey in Britain, the Health Survey for England and the Oxford Healthy Life Survey. *Journal of Public Health* 21(3): 255-70.

Brezinova P., Englbrecht M., Lovric S., Sδmann A., Strauss B., Wolf G., Schett G., Haubitz M., Neumann T. & Zwerina J. (2013). Coping strategies and depressiveness in primary systemic vasculitis--what is their impact on health-related quality of life? *Rheumatology*. 52(10): 1856-64.

Chiu YW., Moore RW., Hsu CE., Huang CT., Liu HW. & Chuang HY. (2008). Factors influencing women's quality of life in the later half of life. *Climacteric*. 11(3): 201-11.

Darvir C., Fouka G., Gnardellis C., Artemiadis AK., Tigani X. & Alexopoulos EC. (2012). Determinants of self rated health in a representative sample of a rural population: a cross sectional study in Greece. International *Journal of Environmental Research and Public Health*. 9(3): 943-54.

Demiral Y., Ergor G., Unal B., Semin S., Akvardar Y., Kivircik B. & Alptekin K. (2006). Normative data and discriminative properties of short form 36 (SF-36) in Turkish urban population. BMC *Public Health* 9(6): 247.

Dzubur A., Mehiy B., Dλubur A., Filipovska-Musanoviy M., Denjaliy A. & Hasanbegoviy I. (2014). Quality of life for tobacco smokers in relation to their socioeconomic status. *Medicinski Glansik* 11(1): 210-15.

Economou M., Peppou LE., Louki E., Komporozos A., Mellou A. & Stefanis C. (2012). Depression telephone helpline: help seeking during the financial crisis. *Psychiatiki* 23(1): 17-28.

Economou M., Peppou LE., Fousketaki S., Theleritis C., Patelakis A., Alexiou T., Madianos M. & Stefanis C. (2013a). Economic crisis and mental health: effects on the prevalence of common mental disorders. *Psychiatriki* 24(4): 247-61.

Economou M., Madianos M., Peppou LE., Theleritis C., Patelakis A. & Stefanis C. (2013b). Suicidal ideation and reported suicide attempts in Greece during the economic crisis. *World Psychiatry* 12(1): 53-59.

Efficace F. Baccarani M., Breccia M., Alimena G., Rosti G., Cottone F. et al.(2011) Health-related quality of life in chronic myeloid leukemia patients receiving long-term therapy with imatinib compared with the general population. *Blood* 118(17) 4554-60.

GarcΘa EL., Banegas JR., Pιrez-Regadera AG., Cabrera RH. & RodrΘguez-Artalejo F. (2005). Social network and health-related quality of life in older adults: a population-based study in Spain. *Quality of Life Research*. 14(11): 511-20.

Hemingway H., Nicholson A., Stafford M., Roberts R. & Marmot M. (1997). The impact of socioeconomic status on health functioning as assessed by the SF-36 questionnaire: the Whitehall II Study. *American Journal of Public Health* 87(9): 1484-90.

Hopman W.M., Berger C., Joseph L., Zhou W., Prior J.C., Towheed T., Anastassiades T., Adachi J.D., Hanley D.A., Papadimitropoulos E.A., Kirkland S., Kaiser S.M., Josse R.G. & Goltzman D. (2014). Prospectively measured 10-year changes in health-related quality of life and comparison with cross-sectional estimates in a population-based cohort of adult women and men. *Quality of Life Research* 23(10): 2707-21.

Hopman WM., Towheed T., Anastassiades T., Tenenhouse A., Poliquin S., Berger C., Joseph L., Brown JP., Murray TM., Adachi JD., Hanley DA. & Papadimitropoulos E. (2000). Canadian normative data for the SF-36 health survey. Canadian Multicentre Osteoporosis Study Research Group. *Canadian Medical Association Journal* 163(3): 265-71.

Jenkinson C., Stewart-Brown S., Petersen S. & Paice C. (1999). Assesment of the SF 36 version 2 in the United Kingdom. *Journal of Epidemiology and Community Health 53(1)*: 46-50.

Jun HJ., Kim KJ., Chun IA. & Moon OK. (2015). The relationship between stroke patients' socio-economic conditions and their quality of life: the 2010 Korean community health survey. *Journal of Physical Therapy Science* 27(8): 781-84.

Karanikolos M., Mladovsky P., Cylus J., Thomson S., Basu S., Stuckler D., Mackenbach JP. & McKee M. (2013). Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet* 381(9874): 1323-31.

Kentikelenis A., Karanikolos M., Papanicolas I., Basu S., McKee M. & Stuckler D. (2012). Effects of Greek economic crisis on health are real. *British Medical Journal* 345: e8602; author reply e8608.

Kentikelenis A., Karanikolos M., Papanicolas I., Basu S., McKee M. & Stuckler, D. (2011). Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet* 378(9801): 1457-58.

Laguardia J., Campos MR., Travassos C., Najar AL., Anjos LA. & dos Vasconcellos MM. (2013). Brazilian normative data for the Short Form 36 questionnaire, version 2. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 16(4): 889-97.

Lahana E., Pappa E. & Niakas D. (2010). The impact of ethnicity, place of residence and socioeconomic status on health-related quality of life: results from a Greek health survey. International *Journal of Public Health* 55(5): 391-400.

Li N., Liu C., Li J. & Ren X. (2001). Factors that influence the quality of life of Sichuan population. *Journal of West China University of Medical Sciences* 32(2): 247-249.

Lim W., Ma S., Heng D., Bhalla V. & Chew S. (2007). Gender, ethnicity, health behavior & self rated health in Singapore. *BMC Public Health* 27(7): 184.

Loge JH. & Kaasa S. (1998). Short form 36 (SF-36) health survey: normative data from the general Norwegian population. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 26(4): 250-8.

Madianos MG., Zartaloudi A., Alevizopoulos G. & Katostaras T. (2011). Attitudes toward help-seeking and duration of untreated mental disorders in a sectorized Athens area of Greece. *Community Mental Health Journal* 47(5): 583-93.

Marion A. & Wright FG. (2005). Health status of Chinese women in Northern Ireland: SF-36 health survey. *Diversity in Health and Social Care* 2: 291-8.

Marmot M. (2005). Poverty enriched. In: *The Status Syndrome: How Social Standing Affects Our Health and Longevity.* New York: Owl Books.

Dubois H. & Molinuevo D. (2014). Access to healthcare in times of crisis. (Research project No. 978-92-897-1215-6). [Online]. Available at: http://digitalcomm ons.ilr.cornell.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1422&context=intl [Accessed 12 May 2015].

Norman R., Church J., van den Berg B. & Goodall S. (2013). Australian health-related quality of life population norms derived from the SF-6D. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 37(1): 17-23.

Organization for Economic Co - Operation and Development OECD (2014). OECD Health Statistics 2014. How does Greece compare? [Online]. Available at: http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-GREECE-2014.pdf [Accessed 17April 2015].

Pappa E., Kontodimopoulos N. & Niakas D. (2005). Validating and norming of the Greek SF-36 Health Survey. *Quality of Life Research* 14(5): 1433-38.

Pappa E., Kontodimopoulos N., Papadopouls A & Niakas D. (2009). Assessing the socio economic and demographic impact on health-related quality of life: evidence from Greece. I*nternational Journal of Public Health.* 54: 241-249

Petmesidou M., Pavolini E. & Guillιn AM. (2014). South European Healthcare Systems under Harsh Austerity: A Progress-Regression Mix? *South European Society and Politics* 19(3): 331-52.

Poljicanin T, Ajdukovic, aekerija M., Pibernik-Okanoviγ M., Metelko κ. & Vuletiγ Mavrinac G. (2010). Diabetes mellitus and hypertension have comparable adverse effects on health-related quality of life. BMC *Public Health* 10: 12

Salinero-Fort M.γ., GŸmez-Campelo P., Bragado-Alvarez C., Abanades-Herranz J.C., Jimιnez-Garcia R. & de Burgos-Lunar C. (2015). Health-related quality of life of latin-american immigrants and spanish-born attended in spanish primary health care: socio-demographic and psychosocial factors. *PloS One* 10(4): 1-17

Shadbolt D., Gordon C. & Egloff B. (1997). Health Related Quality of Life in the ACT: 1994-95. [Online]. Available at: http://www.health.act.gov.au/sites/default/files/Number%209%20-%20Health%20Related%20Quality%20 of%20Life%20in%20the%2 0ACT%201994%20-%2095.pdf [Accessed 23 May 2015].

Shaheen NJ., Lawrence LB., Bacon BR., Barton JC., Barton NH., Galanko J., Martin CF., Burnett CK. & Sandler R.S. (2003). Insurance, employment, and psychosocial consequences of a diagnosis of hereditary hemochromatosis in subjects without end organ damage. The American *Journal of Gastroenterology* 98(5): 1175-80.

Souza M.S. D', Karkada S.N. & Somayaji G. (2013). Factors associated with health-related quality of life among Indian women in mining and agriculture. *Health and Quality of Life and Outcomes* 11(1): 9.

Stuckler D., Basu S., McKee M. & Suhrcke, M. (2010). Responding to the economic crisis: a primer for public health professionals. J*ournal of Public Health* 32(3): 298-306.

Stuckler D. & Basu S. (2013). Greek Tragedy. In: The Body Economic: Eight experiments in economic recovery, from Iceland to Greece. London: Allen Lane.

Stuckler D., Basu S., Suhrcke M. & McKee M. (2009). The health implications of financial crisis: a review of the evidence. *The Ulster Medical Journal* 78(3): 142-5.

Stupar S., van de Vijver FJR. & Fontaine JRJ. (2014). Emotional suppression and well-being in immigrants and majority group members in the Netherlands. *International Journal of Psychology* 49(6): 503-7.

Sullivan M. & Karlsson J. (1998). The Swedish SF-36 Health Survey III. Evaluation of criterion-based validity: results from normative population. *Journal of Clinical Epidemiology* 51(11): 1105-13.

Wang R., Wu C., Zhao Y., Yan X., Ma X., Wu M., Liu W., Gu Z., Zhao J. & He J. (2008). Health related quality of life measured by SF-36: a population-based study in Shanghai, China. *BMC Public Health* 8: 292.

Wang TF., Chou C., Yu S. & Shu Y. (2013). Assessing the effects of oral health-related variables on quality of life in Taiwanese adults. *Quality of Life Research* 22(4): 811-25.

Ware JE. & Sherbourne CD. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care* 30(6): 473-83.

World Health Organization WHO (2010). Social Determinants of Health. The solid facts. [Online]. Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_ file/ 0005/98438/e81384.pdf [Accessed 28 May 2015].

Williams JS., Cunich M. & Byles J. (2013). The impact of socioeconomic status on changes in the general and mental health of women over time: evidence from a longitudinal study of Australian women. *International Journal of Equity in Health* 12: 25.

Yngwe MA., Diderichsen F., Whitehead M., Holland P. & Burstrωm B. (2001). The role of income differences in explaining social inequalities in self rated health in Sweden and Britain. *Journal of Epidemiology and Community Health* 55(8): 556-61.

Zhou J., Ru X. & Hearst N. (2014). Individual and household-level predictors of health related quality of life among middle-aged people in rural Mid-east China: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 14: 660.

Γαλάνης Π. (2013). Εγκυρότητα και αξιοπιστία των ερωτηματολογίων στις επιδημιολογικές μελέτες. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 30(1): 97-110.

Κυριόπουλος Γ. & Παβή Ε. (2012). Οικονομική κρίση και υγεία., 1st ed. Αθήνα: Καστανιώτης.

Μερκούρης Α. (2008). Μεθοδολογία Νοσηλευτικής Έρευνας, 1st ed. Αθήνα: Ελλήν.

Μεχίλι ΕΑ., Πλέσσα Ε., Μαντάς Ι. & Διομήδους Μ. (2014). Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στον τομέα της υγείας. *Επιθεώρηση Φαρμακολογίας Και Φαρμακοκινητικής* 32(3): 167-172.

Investigation of the associations of demographic factors with quality of life in the population in Attica, Greece, in the period of financial crisis

Enkeleint -Aggelos Mechili[1], Dafni Kaitelidou[2], Athina Kalokairinou[3], Petros Galanis[4], Marianna Diomidous[5]

1. PhD, National and Kapodistrian University of Athens, Faculty of Nursing, Laboratory of Epidemiology
2. Assistant Professor, National and Kapodistrian University of Athens, Faculty of Nursing, Center for Health Services Management and Evaluation
3. Professor, National and Kapodistrian University of Athens, Faculty of Nursing, Laboratory of Community Nursing
4. MPH, PhD, National and Kapodistrian University of Athens, Faculty of Nursing, Center for Health Services Management and Evaluation
5. Assistant Professor, National and Kapodistrian University of Athens, Faculty of Nursing, Laboratory of Epidemiology

ABSTRACT

Introduction: The current financial crisis has affected the daily life of citizens. Due to the unemployment, job insecurity, stress and many other factors, population health-related quality of life (HRQoL) is affected. Persons in higher socioeconomic status tend to have higher HRQoL. Educational level, age, gender, low income, marital status and other demographic factors are associated with quality of life.

Methods: A cross sectional study was conducted using convenience sampling of both employed and unemployed individuals in Attica, Greece, population from February 2014 to March 2015. To evaluate HRQoL SF-36v2 questionnaire was used. Statistical program SPSS 21.0 was used for data analysis.

Results: The studied population consisted of 1049 people (52.7% female and 47.3% male) with an average age of 37.1 years and standard deviation of 11.8. 91% were Greek, 36.8% had high school graduates and 62.4 were employed. In univariate analysis, work status, educational level, age, low income, parenthood, chronic illness and nationality were found to be related to the score of the participants at least one dimension. In linear regression analysis, there are statistically significant correlations between educational level, work status, chronic illness and age with HRQoL of the participants.

Conclusions: Improvements of HRQoL should be directed towards chronic illness prevention, lifelong education, better information about health issues, the improvements of access to health services of elderly (vulnerable population in general) and unemployment reduction. HRQoL is not only a health policy issue but mainly an economic and social policy matter.

Key words: demographic factors, financial crisis, quality of life, unemployment

Corresponding author: Enkeleint -Aggelos Mechili,
email: aggmech@nurs.uoa.gr, Τηλ. (+30) 6946136222

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Υποκειμενικό στρες, αντίληψη του επαγγελματικού ρόλου και στρατηγικές αντιμετώπισης των νοσηλευτών ψυχικής υγείας

Σπυριδούλα Ντούπη[1], Γεώργιος Κουλιεράκης[2], Ευάγγελος Καραδήμας[3]

1. Νοσηλεύτρια, M.Sc., Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο - Αμαλία Φλέμιγκ»
2. Επιστημονικός συνεργάτης, Τομέας Κοινωνιολογίας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
3. Αν. Καθηγητής, Τμήμα Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Κρήτης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού, ο συνεπαγόμενος φόρτος εργασίας των νοσηλευτών στις δομές υγείας και οι ιδιαιτερότητες της παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών σε δομές ψυχικής υγείας, επιβάλλουν τη διερεύνηση του στρες στο εργασιακό περιβάλλον.

Σκοπός: Η διερεύνηση του στρες που βιώνουν οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας, της αντίληψης του επαγγελματικού ρόλου τους και των υιοθετούμενων στρατηγικών αντιμετώπισής του.

Μεθοδολογία: Η παρούσα συγχρονική έρευνα πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 85 νοσηλευτών (ποσοστό ανταπόκρισης 100%), που εργάζονται σε κλειστές και ανοικτές δομές ψυχικής υγείας δύο δημόσιων νοσοκομείων της Αττικής, ενός αμιγώς ψυχιατρικού και ενός γενικού. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν ερωτηματολόγιο που περιλάμβανε α) ερωτήσεις δημογραφικών χαρακτηριστικών, β) την κλίμακα υποκειμενικού στρες (Perceived Stress Scale), γ) την κλίμακα σύγκρουσης και ασάφειας ρόλου και δ) η κλίμακα «Τρόποι αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων».

Αποτελέσματα: Συμμετείχαν 57 γυναίκες (67,1%) και 28 άνδρες (32,9%), με μέσο όρο ηλικίας 41,08 χρόνια, στην πλειοψηφία τους παντρεμένοι (74,1%) και απόφοιτοι ΤΕΙ (29,4%). Οι περισσότεροι εργαζόταν 16-20 χρόνια (32,9%), κατείχαν τη θέση του νοσηλευτή (71,8%) και απασχολούνταν σε ψυχιατρική δομή, πάνω από 21 χρόνια (27,1%). Οι νοσηλεύτριες βίωναν μεγαλύτερη ασάφεια ρόλου ($p=0.048$) και υψηλότερο στρες ($p=0.007$), το ίδιο και όσοι είχαν περισσότερα χρόνια εργασίας ($p=0.038$). Οι μη ικανοποιημένοι από την εργασία τους βίωναν μεγαλύτερη ασάφεια ($p<0.001$) και σύγκρουση ρόλου ($p<0.001$), ενώ οι απόφοιτοι ΔΕ/ΙΕΚ και οι κάτοχοι νοσηλευτικής ειδικότητας βίωναν υψηλότερο στρες ($p=0.004$). Οι νοσηλευτές με τα περισσότερα χρόνια εργασίας σε ψυχιατρική δομή, βίωναν μεγαλύτερη σύγκρουση ρόλου ($p=0.034$). Η ασάφεια σχετίζονταν θετικά με τη σύγκρουση ρόλου ($p<0.001$), το στρες ($p=0.006$) και αρνητικά με τη θετική προσέγγιση ($p=0.003$), την αυτο-αξιολογούμενη υγεία ($p=0.003$) και την ηλικία ($p=0.006$). Το στρες σχετίζονταν αρνητικά με τη θετική προσέγγιση ($p=0.019$) και την αυτο-αξιολογούμενη υγεία ($p<0.001$). Τέλος, η θετική προσέγγιση συσχετίζονταν θετικά με την κοινωνική υποστήριξη ($p<0.001$) και την αυτο-αξιολογούμενη υγεία ($p=0.009$).

Συμπεράσματα: Η διερεύνηση της σύνθετης αιτιολογίας του σχετιζόμενου με την εργασία στρες και των προσδιοριστικών παραγόντων και μηχανισμών πρόσκλησής του φαίνεται να είναι επιτακτική, με απώτερο στόχο τη βελτίωση της οργάνωσης του εργασιακού περιβάλλοντος.

Λέξεις κλειδιά: στρες, νοσηλευτές ψυχικής υγείας, στρατηγικές αντιμετώπισης, αντίληψη ρόλου

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Γεώργιος Κουλιεράκης,
Λεωφόρος Αλεξάνδρας 196, Τ.Κ. 11521, Αθήνα Τηλ. 2132010169, e-mail: gkoulierakis@esdy.edu.gr

Ημερομηνία Υποβολής: 20.05/2015
Ημερομηνία Δημοσίευσης: 30/09/2015

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Οι νοσηλεύτριες ψυχικής υγείας. βιώνουν υποκειμενικό στρες και ασάφεια στο ρόλο τους**
- **Η ασάφεια και η σύγκρουση του ρόλου συνδέεται με την έλλειψη ικανοποίησης.**
- **Η ασάφεια ρόλου και το στρες σχετίζονται με τα χρόνια εργασίας και το χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης.**
- **Η σύγκρουση ρόλου σχετίζεται με τα χρόνια εργασίας στην ψυχιατρική δομή.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το εργασιακό στρες αναφέρεται στη διατάραξη της ισορροπίας ανάμεσα στους απαιτούμενους από την πλευρά του εργασιακού περιβάλλοντος και στους διαθέσιμους από την πλευρά των εργαζομένων πόρους (Λύκουρας και συν 2009) και οι ενδογενείς στην εργασία παράγοντες που μπορεί να το προκαλούν είναι ο ρόλος στον οργανισμό, οι σχέσεις στην εργασία, η ανάπτυξη σταδιοδρομίας, η δομή και το κλίμα της οργάνωσης, καθώς και η διασύνδεση οικογενειακής και επαγγελματικής ζωής (Μαρκάκη 2008).

Δεδομένης της έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού που υπάρχει παγκοσμίως (WHO 2006) και του συνεπαγόμενου φόρτου εργασίας των εργαζομένων νοσηλευτών στις δομές υγείας, ένας αυξημένος αριθμός μελετών στο δυτικό κόσμο και την Ασία έχουν διεξαχθεί προκειμένου να διερευνήσουν την ύπαρξη του επαγγελματικού στρες στους επαγγελματίες νοσηλευτές (Kawano 2008, Lautizi et al 2009). Παρά το γεγονός ότι οι μελέτες διεξήχθησαν σε διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια, διαπιστώθηκε ότι οι νοσηλευτές εκτίθενται σε πολλαπλούς παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη στρες.

Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας μοιράζονται πολλούς στρεσογόνους παράγοντες με τους γενικούς νοσηλευτές, όπως για παράδειγμα η σύγκρουση και η ασάφεια στο ρόλο τους (Χαραλάμπους 2012). Ωστόσο η φύση της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας εμπεριέχει, επιπλέον, στοιχεία έντασης στις διαπροσωπικές σχέσεις με τους ασθενείς και τους φροντιστές (Edwards et al 2000), συνεπώς η άσκηση της νοσηλευτικής φροντίδας σε ψυχικά ασθενείς φέρει τους νοσηλευτές αντιμέτωπους με επιπρόσθετους στρεσσογόνους παράγοντες (Kipping 2000, Nakakis & Ouzouni 2008). Ειδικότερα, οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας αντιμετωπίζουν αυξημένο φόρτο νοσηλευτικής εργασίας και διοικητικών καθηκόντων, ακατάλληλες παραπομπές ασθενών, μακρές λίστες αναμονής, θέματα ασφάλειας, έλλειψη εποπτείας και χρόνου για προσωπική μελέτη και έλλειψη χρηματοδότησης και πόρων (Edwards & Burnard 2003). Την ίδια στιγμή, εμπλέκονται σε διαδικασίες αξιολόγησης του πλαισίου εργασίας τους και λήψης κρίσιμων αποφάσεων σε περιορισμένο χρόνο (Ryan et al 2006, Bobier et al 2009), αλληλοεπιδρούν με ασθενείς με δύσκολες και απαιτητικές συμπεριφορές, εκτίθενται σε κίνδυνο από επιθέσεις στο χώρο εργασίας, αντιμετωπίζουν διεπαγγελματικές συγκρούσεις και έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης από συναδέλφους και προϊσταμένους, ενώ έχουν μειωμένες ευκαιρίες εξέλιξης (Jenkins & Elliot 2004, Shen et al 2005, Leka 2012). Έρευνες σε περιβάλλοντα οξέων ψυχιατρικών περιστατικών επιβεβαίωσαν ως πηγές εργασιακού στρες των νοσηλευτών ψυχικής υγείας τον υψηλό φόρτο εργασίας, τη βία και τις επιθετικές συμπεριφορές των χρηστών, το θάνατο των ασθενών, τη φτωχή υποστήριξη από τους διευθυντές και το φόβο της ευθύνης (Cai et al 2008, Shaher 2012).

Η απόκριση των εργαζόμενων νοσηλευτών στην πίεση της εργασίας μπορεί να είναι σωματική ή ψυχολογική, οξεία ή χρόνια (Santos & Cox 2000). Ειδικότερα, φάνηκε ότι η αύξηση της έκθεσης σε ψυχολογικούς κινδύνους μεταξύ των νοσηλευτών συνδέονταν με φτωχότερη σωματική υγεία (Lambert et al 2004), αύξηση του καπνίσματος και εξάρτηση από τη νικοτίνη (Ota et al 2004) και αύξηση κατανάλωσης αλκοόλ (Ohida et al 2001), ενώ παλαιότερες έρευνες έδειξαν ως συνέπειες του εργασιακού στρες τη χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση, την απουσία από την εργασία, την εγκατάλειψη της εργασίας και την έκπτωση στην ποιότητα φροντίδας (Cushway et al 1996).

Οι στρατηγικές που φάνηκε να χρησιμοποιούν οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας για να αντιμετωπίσουν το στρες στην εργασία τους ήταν η σταθερή οικογενειακή ζωή, η ενασχόληση με εξωτερικά ενδιαφέροντα και χόμπι και η καλή επικοινωνία με φίλους (κοινωνική υποστήριξη) (Edwards et al 2000). Στην Ελλάδα, έρευνα της Καραντζούλα (2006) έδειξε ότι οι εργαζόμενοι που εμφάνιζαν υψηλά επίπεδα στρες χρησιμοποιούσαν τα χόμπι, τις συζητήσεις με φίλους και τις δραστηριότητες εκτός εργασίας προκειμένου να το διαχειριστούν.

Αποτιμώντας κριτικά τις υφιστάμενες λίγες έρευνες σχετικά με το εργασιακό στρες των νοσηλευτών ψυχικής υγείας, διαπιστώνεται ότι έχουν διεξαχθεί σε διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια, εστιάζουν σε μεμονωμένους προσδιοριστικούς παράγοντες και έχουν μεθοδολογικούς περιορισμούς (π.χ. μικρό μέγεθος δείγματος), στοιχεία τα οποία εμποδίζουν στη γενίκευση των αποτελεσμάτων. Στην Ελλάδα, αν και γενικά έχουν γίνει αρκετές έρευνες για το εργασιακό στρες, υπάρχει έλλειψη ερευνών όσον αφορά στο στρες των νοσηλευτών ψυχικής υγείας.

Η παρούσα έρευνα έρχεται να καλύψει σε κάποιο βαθμό τα παραπάνω κενά, συμπεριλαμβάνοντας στο σχεδιασμό της περισσότερες μεταβλητές που ενδεχομένως συσχετίζονται με το εργασιακό στρες των νοσηλευτών ψυχικής υγείας. Ειδικότερα, σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να διερευνήσει τις πηγές του εργασιακού στρες των νοσηλευτών ψυχικής υγείας σε δύο μεγάλα νοσοκομεία της

Αττικής και να εντοπίσει τις στρατηγικές που χρησιμοποιούν στην προσπάθεια τους να το διαχειριστούν. Οι επιμέρους στόχοι της έρευνας ήταν α) να καταγράψει τα επίπεδα του εργασιακού στρες των νοσηλευτών ψυχικής υγείας και να αποτυπώσει τους στρεσσογόνους παράγοντες στο χώρο εργασίας των νοσηλευτών ψυχικής υγείας, β) να περιγράψει τις στρατηγικές που χρησιμοποιούν στη διαχείριση του εργασιακού στρες και γ) να διερευνήσει τη συσχέτιση υιοθέτησης συγκεκριμένων στρατηγικών, με τα επίπεδα του εργασιακού στρες.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Πρόκειται για μια ποσοτική συγχρονική έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε νοσηλευτές που εργάζονται σε δομές ψυχικής υγείας -κλειστές και ανοικτές - δύο δημόσιων νοσοκομείων της Αττικής, ενός αμιγώς ψυχιατρικού και ενός γενικού, το οποίο διαθέτει ψυχιατρικές κλινικές και άλλες ψυχιατρικές δομές. Στην έρευνα συμμετείχε δείγμα ευκολίας από 85 άνδρες και γυναίκες νοσηλευτές, το σύνολο των οποίων επέστρεψε τα ερωτηματολόγια, συμπληρωμένα σε βαθμό που επέτρεπε να χρησιμοποιηθούν (ποσοστό ανταπόκρισης: 100%).

Ερευνητικά εργαλεία

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν τα εξής εργαλεία: α) ένα ερωτηματολόγιο δημογραφικών και εργασιακών χαρακτηριστικών, β) για τη διερεύνηση της σύγκρουσης και της ασάφειας του ρόλου χρησιμοποιήθηκαν οι κλίμακες μέτρησης της σύγκρουσης και ασάφειας ρόλων των Rizzo et al (1970), σε προσαρμογή από τους Koustelios and Kousteliou (1998). Περιλαμβάνει έξι ερωτήσεις που αξιολογούν την ασάφεια ρόλου (π.χ. Γνωρίζω ακριβώς πόση εξουσία έχω στη δουλειά μου) και οκτώ ερωτήσεις που αξιολογούν τη σύγκρουση ρόλου (π.χ. Στη δουλειά μου ζητούν να κάνω αντιφατικά πράγματα). γ) Το εργασιακό στρες μετρήθηκε με την κλίμακα Υποκειμενικού Στρες (Perceived Stress Scale - PSS) (Cohen et al 1983), σε προσαρμογή από τον Καραδήμα (2007). Η κλίμακα αποτελείται από 10 ερωτήσεις και μετρά το βαθμό στον οποίο ένα άτομο κρίνει τη ζωή του ως απαιτητική και στρεσογόνο (π.χ. Κατά τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά έχετε νιώσει νευρικός ή «στρεσαρισμένος»;). δ) Οι στρατηγικές που χρησιμοποιούν οι νοσηλευτές στη διαχείριση του στρες μετρήθηκαν με την κλίμακα «Τρόποι Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων» (Ways of coping) των Folkman and Lazarus, (1980), προσαρμοσμένη από τον Καραδήμα (1998). Η κλίμακα αυτή αποτελείται από 34 δηλώσεις και αποτυπώνει τον τρόπο που οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν τις αγχογόνες καταστάσεις που τους απασχολούν κατά καιρούς. Οι στρατηγικές που καταγράφονται είναι η θετική προσέγγιση, η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης, η ευχετική σκέψη και η αποφυγή/διαφυγή.

Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε από τον Ιούλιο ως το Σεπτέμβριο του 2014. Μετά τη χορήγηση των σχετικών αδειών από τα επιστημονικά συμβούλια των δύο νοσοκομείων, η βασική ερευνήτρια (ΣΝ) ενημέρωσε για το σκοπό της μελέτης τους προϊσταμένους των τμημάτων στα δύο νοσοκομεία, τους έδωσε τα ερωτηματολόγια σε κλειστό φάκελο και τους ζήτησε να τα διανείμουν στο νοσηλευτικό προσωπικό, προτρέποντάς τους να τα συλλέξουν εντός δύο εβδομάδων. Υπήρχε διαρκής επαφή της βασικής ερευνήτριας με τα αντίστοιχα τμήματα, προκειμένου να υπενθυμίζεται η ανάγκη συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, δεδομένου ότι η συλλογή έγινε σε περίοδο λήψης θερινών αδειών του προσωπικού και συνεπακόλουθου αυξημένου φόρτου εργασίας.

Θέματα ηθικής - Δεοντολογίας

Για την πραγματοποίηση της έρευνας χορηγήθηκε έγκριση από την επιτροπή Βιοηθικής και ερευνητικής Δεοντολογίας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας και τα επιστημονικά συμβούλια των δύο νοσοκομείων. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για το σκοπό της έρευνας και για τη δυνατότητα άρνησης συμμετοχής τους σε αυτή, μέσω επιστολής, η οποία επισυνάπτονταν στην αρχή του ερωτηματολογίου. Επίσης, στην επιστολή αναφέρονταν ρητά ότι η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων συνιστούσε συγκατάθεση συμμετοχής (Polit et al 2001). Συνεπώς, η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε οικειοθελώς, ενώ η ανωνυμία των συμμετεχόντων διασφαλίστηκε, δεδομένου ότι τα ερωτηματολόγια παραδίδονταν στο φάκελο σφραγισμένα, ενώ δεν υπήρχε σε αυτά κάποιο στοιχείο που θα μπορούσε να οδηγήσει στην ταυτοποίηση του ατόμου ή του νοσοκομείου.

Ανάλυση των δεδομένων

Για την περιγραφή των κοινωνικο-δημογραφικών και ψυχομετρικών χαρακτηριστικών του δείγματος, χρησιμοποιήθηκαν περιγραφικά στοιχεία των κατανομών (μέσος όρος, διάμεσος, σταθερή απόκλιση, τυπικό σφάλμα μέσης τιμής). Για τον έλεγχο διαφορών ανάμεσα σε υποομάδες του δείγματος, χρησιμοποιήθηκαν οι δοκιμασίες t test και ANOVA, ενώ για τη διερεύνηση της στατιστικής συσχέτισης των ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός συντελεστής συσχετίσεως του Pearson (r). Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε για $p<0,05$. Δεν υπήρξαν απολεσθείσες τιμές (missing values), ώστε να χρειασθεί να γίνουν οι απαραίτητοι έλεγχοι για τυχόν διαφορές μεταξύ των ομάδων. Όλοι οι στατιστικοί υπολογισμοί πραγματοποιήθηκαν με το SPSS, έκδοση 21.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Αξιοπιστία των εργαλείων

Η εσωτερική αξιοπιστία των εργαλείων μέτρησης που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα ελέγχθηκε με τον υπολογισμό του δείκτη α του Cronbach. Όλες οι κλίμακες εμφάνισαν υψηλή αξιοπιστία (ασάφεια ρόλου: α=.80, σύγκρουση ρόλου: α=.77, υποκειμενικό στρες: α=.87, θετική προσέγγιση: α =.76, αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης: α =.69,

αποφυγή/διαφυγή: α=.58), εκτός του παράγοντα «διεκδικητική επίλυση προβλήματος, ο οποίος παρουσίασε χαμηλή αξιοπιστία (α =.14) και εξαιρέθηκε όλων των περαιτέρω αναλύσεων.

Δημογραφικά χαρακτηριστικά - συνήθειες

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, οι αυτοαναφερόμενες συνήθειες και η αυτο-αξιολόγηση της υγείας των συμμετεχόντων παρουσιάζονται στον πίνακα 1.

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά, συνήθειες και αυτο-αξιολόγηση υγείας

	N	%
Φύλο		
Γυναίκες	57	67,1
Άνδρες	28	32,1
Εκπαιδευτικό επίπεδο		
Απόφοιτος/ η ΔΕ / ΙΕΚ	24	28,2
Απόφοιτος/ η ΤΕΙ	25	29,4
Απόφοιτος/ η ΑΕΙ	4	4,7
Κάτοχος/ η νοσηλευτικής ειδικότητας	15	17,6
Μεταπτυχιακές σπουδές (Μεταπτυχιακό - Διδακτορικό	16	18,8
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος/η	22	25,9
Έγγαμος/η	63	74,1
Παιδιά		
Ναι (έως 2 παιδιά)	39	45,9
Όχι	27	31,8
Συνολικό μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα		
Έως 1.500 ευρώ	39	45,9
1.501 - 2.000 ευρώ	29	34,1
2.001 -3.000 ευρώ	15	17,6
Πάνω από 3.000 ευρώ	2	2,4
Κάπνισμα		
ΝΑΙ	34	40
ΟΧΙ	40	47,1
Πρώην καπνιστής	11	12,9
Κατανάλωση αλκοόλ (εβδομαδιαία)		
Καθόλου	42	49,4
1- 5 ποτήρια	31	36,5
5 -10 ποτήρια	8	9,4
10-15 ποτήρια	1	1,2
πάνω από 15 ποτήρια	2	2,4
Δραστηριότητα στον ελεύθερο χρόνο	ΝΑΙ	
Διαβάζω εφημερίδα / βλέπω τηλεόραση	35	41,2
Αθλούμαι	15	17,6
Ασχολούμαι με το σπίτι και τα παιδιά	42	49,4
Έξοδος με φίλους	44	54,8
Διαβάζω λογοτεχνικά βιβλία / ακούω μουσική	32	37,6
Κάνω ταξίδια / εκδρομές	22	25,9
Αυτο-αξιολόγηση υγείας		
Πολύ καλή	1	1,2
Καλή	2	2,4
Μέτρια	14	16,5
Κακή	46	54,1
Πολύ κακή	22	25,9

Συγκεκριμένα, η πλειοψηφία (67,1%) των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες, μέσης ηλικίας 41,08±8,27 (ηλικιακού εύρους 26-58 ετών). Η περισσότεροι ήταν παντρεμένοι (74,1%) και χωρίς παιδιά (68,2%). Από όσους είχαν παιδιά, 45,9% δεν είχε πάνω από δύο παιδιά. Σε ότι αφορά στην εκπαίδευση τους, 28,2% ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ, 29,4% απόφοιτοι ΑΕΙ, ενώ περίπου ένας στους πέντε (18,8%) είχε κάνει και μεταπτυχιακές σπουδές. Σχεδόν οι μισοί συμμετέχοντες (45,9%) είχαν συνολικό μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα μέχρι 1.500 ευρώ, ενώ περίπου ένας στους τρεις (34,1%) δήλωσε συνολικό μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα από 1501, έως 2000 ευρώ. Από τους συμμετέχοντες, κάπνιζαν 34 (40%), ενώ 11 (12,9%) ήταν πρώην καπνιστές. Περίπου οι μισοί συμμετέχοντες (49,4%) δήλωσαν ότι δεν καταναλώνουν αλκοόλ, ενώ μόνο 1,2% του δείγματος έπινε πάνω από 15 ποτήρια αλκοόλ, εβδομαδιαίως. Αναφορικά με τις δραστηριότητες στον ελεύθερο χρόνο, οι περισσότεροι δήλωσαν ότι επιλέγουν την έξοδο με φίλους (54,8%) ή ότι ασχολούνται με το σπίτι και με τα παιδιά (49,4%). Τέλος, όσον αφορά στην αυτο-αξιολόγηση της υγείας τους, η πλειοψηφία (54,1%) δήλωσε κακή υγεία, ενώ μόνο 3 νοσηλευτές (2,4%) δήλωσαν πολύ καλή/καλή υγεία.

Εργασιακή εμπειρία

Στον πίνακα 2 φαίνεται ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες (32,9%) δουλεύουν ως νοσηλευτές πάνω από είκοσι χρόνια, στη χαμηλότερη διοικητικά βαθμίδα ως κλινικοί νοσηλευτές (71,8%), ενώ σε ποσοστό 63,5% (N=54) δεν επιθυμούσαν να ακολουθήσουν το νοσηλευτικό επάγγελμα. 23 νοσηλευτές (27,1%) εργάζονταν σε ψυχιατρική δομή πάνω από 21 χρόνια. Την εργασία σε ψυχιατρική δομή την είχε επιλέξει η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (N=57, 67,1%). Παρόλα αυτά, ικανοποίηση από την εργασία δηλώνει ποσοστό 69,4% (N=59).

Πίνακας 2. Εργασιακή εμπειρία - Ικανοποίηση

		N	%
Χρόνια απασχόλησης ως νοσηλευτής			
	Λιγότερο από 1 χρόνο	15	17,6
	1 έως 5 χρόνια	13	15,3
	6 έως 10 χρόνια	19	22,4
	11 έως 15 χρόνια	10	11,8
	16 έως 20 χρόνια	28	32,9
Θέση			
	Προϊστάμενος/η	10	11,8
	Υπεύθυνος/η	14	16,5
	Νοσηλευτής	61	71,8
Χρόνια απασχόλησης σε ψυχιατρικό τμήμα/δομή			
	Λιγότερο από 1 χρόνο	6	7,1
	1 έως 5 χρόνια	23	27,1
	6 έως 10 χρόνια	17	20,0
	11 έως 15 χρόνια	10	11,7
	16 έως 20 χρόνια	6	7,0
	Πάνω από 21 χρόνια	23	27,1
Επιλογή απασχόλησης σε ψυχιατρικό τμήμα/δομή			
	ΝΑΙ	57	67,1
	ΟΧΙ	28	32,9
Επιθυμία να ακολουθήσουν το νοσηλευτικό επάγγελμα			
	ΝΑΙ	31	36,5
	ΟΧΙ	54	63,5
Ικανοποίηση από το επάγγελμά ως νοσηλευτής/τρια			
	ΝΑΙ	59	69,4
	ΟΧΙ	25	29,4
Βάρδια με τη μεγαλύτερη επιβάρυνση		ΝΑΙ	
	Πρωινή	25	29,4
	Απογευματινή	42	49,4
	Βραδινή	37	43,5

Ρόλος, υποκειμενικό στρες και στρατηγικές αντιμετώπισης

Συνολικά, οι μέσοι όροι των συμμετεχόντων στην έρευνα ήταν για την ασάφεια ρόλου ήταν 18,1±6,6 (95% ΔΕ:16,7-19,5), τη σύγκρουση ρόλου 34,4±9,1 (95% ΔΕ:32,4-36,3), το υποκειμενικό στρες 17,5±6,2 (95% ΔΕ:16,2-18,9). Αναφορικά με τις στρατηγικές αντιμετώπισης, οι μέσοι όροι για τη θετική προσέγγιση ήταν 25,2(±4,3 (95% ΔΕ:24,2-26,1), την αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης 8,9±2,3 (95% ΔΕ: 8,4-9,4), την ευχετική σκέψη 11,4±3,9 (95% ΔΕ: 10,5-12,2) και την αποφυγή/διαφυγή 13,7±3,1 (95% ΔΕ: 13,1-14,4).

Ρόλος, υποκειμενικό στρες και στρατηγικές αντιμετώπισης κατά φύλο, ικανοποίηση, εκπαιδευτικό επίπεδο, χρόνια εργασίας ως νοσηλευτές και εργασία σε ψυχιατρική δομή

Στον Πίνακα 3, φαίνεται ότι υπήρχαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες στις μεταβλητές της ασάφειας στο ρόλο (p=0,048) και στο υποκειμενικό στρες (p=0,007), με τις γυναίκες να δηλώνουν ότι βίωναν υψηλότερα επίπεδα στρες (μέση τιμή: 19,11) και μεγαλύτερη ασάφεια στο ρόλο τους ως νοσηλεύτριες

Πίνακας 3. Ρόλος, υποκειμενικό στρες και στρατηγικές αντιμετώπισης, κατά φύλο, ικανοποίηση, εκπαιδευτικό επίπεδο, χρόνια εργασίας ως νοσηλευτής/τρια και χρόνια εργασίας σε ψυχιατρική δομή

Ερώτημα	Φύλο				
	Μέση τιμή		Τυπική απόκλιση		p
	Άνδρας	Γυναίκα	Άνδρας	Γυναίκα	
Ασάφεια στην εργασία	16,01	19,11	6,4	6,5	0,048
Σύγκρουση ρόλου	32,9	35,1	7,7	9,7	0,31
Υποκειμενικό στρες	14,98	18,82	5,3	6,3	0,007
Στρατηγικές αντιμετώπισης					
Θετική προσέγγιση	24,90	25,31	4,4	4,3	0,68
Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης	8,32	9,22	2,2	2,3	0,093
Ευχετική σκέψη	10,26	11,94	3,8	3,9	0,064
Αποφυγή	12,84	14,18	3,2	2,9	0,059
	Ικανοποίηση				
	Μέση τιμή		Τυπική απόκλιση		p
	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	
Ασάφεια στην εργασία	22,7	16,2	5,4	6,1	<0,001
Σύγκρουση ρόλου	40,03	32	6,1	9,2	<0,001
Υποκειμενικό στρες	19,32	16,83	5,4	6,4	0,092
Στρατηγικές αντιμετώπισης					
Θετική προσέγγιση	24,22	25,57	4,9	3,9	0,187
Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης	8,68	9,03	2,4	2,3	0,529
Ευχετική σκέψη	11,97	11,15	4,1	3,9	0,391
Αποφυγή	13,63	13,79	3,5	2,9	0,836
	Εκπαιδευτικό επίπεδο										
	Απόφοιτος/η ΔΕ Ι ΙΕΚ Ι Καμία σχολή		Απόφοιτος/η ΤΕΙ		Απόφοιτος/η ΑΕΙ		Κάτοχος/η νοσηλευτικής ειδικότητας		Μεταπτυχιακές σπουδές		
	Μέσος όρος	Τ.Α.	Μέσος όρος	Τ.Α.	Μέσος όρος	Τ.Α.	Μέσος όρος	Τ.Α.	Μέσος όρος	Τ.Α.	P
Ασάφεια στην εργασία	17,6	7,6	18,5	6,0	20,5	8,2	18,2	5,3	17,6	7,4	0,97
Σύγκρουση ρόλου	33,3	9,66	34,37	9,11	26,75	7,36	36,49	10,16	35,83	7,85	0,51
Υποκειμενικό στρες	19,95	4,45	15,40	5,86	18,00	7,74	19,80	6,99	14,41	5,62	0,004
Στρατηγικές αντιμετώπισης											
Θετική προσέγγιση	24,60	4,58	25,72	3,93	20,25	5,90	25,60	4,22	26,01	3,738	0,23
Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης	7,95	2,74	9,72	1,56	8,50	2,51	8,53	2,58	9,62	2,06	0,1
Ευχετική σκέψη	11,39	4,41	11,92	3,91	10,59	1,09	11,20	3,60	10,64	4,13	0,77
Αποφυγή	14,5	2,8	13,7	3,8	11,2	1,2	14,5	3,0	12,5	2,1	0,18

Πίνακας 3 (συν.). Ρόλος, υποκειμενικό στρες και στρατηγικές αντιμετώπισης, κατά φύλο, ικανοποίηση, εκπαιδευτικό επίπεδο, χρόνια εργασίας ως νοσηλευτής/τρια και χρόνια εργασίας σε ψυχιατρική δομή

	Εργασία ως νοσηλευτής/τρια												
	> 1 χρόνο		1 -5 χρόνια		6 -10 χρόνια		11 -15 χρόνια		16 -20 χρόνια		< 21 χρόνια		
	Μέση τιμή	Τ.Α.	Μέση τιμή	Τ.Α.	Μέση τιμή	Τ.Α.	Μέση τιμή	Τ.Α.	Μέση τιμή	Τ.Α.	Μέση τιμή	Τ.Α.	P
Ασάφεια στην εργασία	26,0	5,2	18,7	6,7	16,3	3,3	20,9	8,2	17,6	6,5	16,0	5,4	0,038
Σύγκρουση ρόλου	43,7	4,2	30,7	9,7	31,0	7,4	34,6	9,2	36,0	11,6	35,7	8,3	0,17
Υποκειμενικό στρες	23,0	6,2	14,6	7,0	14,9	4,4	18,6	5,8	15,8	6,3	19,4	5,9	0,038
Στρατηγικές αντιμετώπισης													
Θετική προσέγγιση	20,3	6,1	24,7	4,4	25,5	3,8	24,5	4,7	25,4	6,0	26,2	3,0	0,292
Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης	7,3	3,3	8,3	2,1	10,4	1,4	8,6	3,2	9,2	1,8	9,0	2,0	0,215
Ευχετική σκέψη	8,7	4,2	10,9	4,8	12,8	4,4	12,4	3,3	12,4	3,9	10,3	3,4	0,199
Αποφυγή	14,6	0,7	14,2	2,6	13,9	3,8	12,8	3,6	15,0	3,0	13,6	2,8	0,532
	Εργασία σε ψυχιατρική δομή												
	> 1 χρόνο		1 -5 χρόνια		6 -10 χρόνια		11 -15 χρόνια		16 -20 χρόνια		< 21 χρόνια		
	Μέση τιμή	Τ.Α.	Μέση τιμή	Τ.Α.	Μέση τιμή	Τ.Α.	Μέση τιμή	Τ.Α.	Μέση τιμή	Τ.Α.	Μέση τιμή	Τ.Α.	P
Ασάφεια στην εργασία	20,2	5,8	18,5	5,8	19,5	7,8	21,0	8,9	18,8	6,5	14,7	4,4	0,089
Σύγκρουση ρόλου	26,8	9,5	34,9	8,6	35,2	9,2	29,7	10,0	42,7	7,8	35,0	7,9	0,03
Υποκειμενικό στρες	17,8	4,3	15,2	6,7	17,2	6,3	20,4	6,6	18,7	5,0	18,6	5,8	0,284
Στρατηγικές αντιμετώπισης													
Θετική προσέγγιση	24,5	5,1	24,5	4,1	25,8	4,7	22,8	5,5	25,9	3,6	26,5	3,2	0,264
Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης	9,7	2,7	8,3	2,5	9,8	2,1	8,4	2,7	9,5	2,0	8,7	2,1	0,357
Ευχετική σκέψη	11,7	2,9	11,0	4,8	12,5	2,5	12,8	4,4	11,8	3,9	10,1	3,6	0,393
Αποφυγή	13,5	3,1	13,8	3,3	13,8	3,8	13,2	3,7	15,2	2,1	13,6	2,2	0,898

Πίνακας 4. Στρατηγικές αντιμετώπισης, κατά αντίληψη περί επιβάρυνσης βαρδιών

Ερώτημα	Η πρωινή βάρδια έχει τη μεγαλύτερη επιβάρυνση				p
	Μέση τιμή		Τυπική απόκλιση		
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Στρατηγικές αντιμετώπισης					
Θετική προσέγγιση	24,62	25,41	5,2	3,9	.433
Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης	8,1	9,3	2,1	2,4	.024
Ευχετική σκέψη	11,19	11,47	4,0	3,9	.760
Αποφυγή	14,02	13,62	3,0	3,2	.579
	Η βραδινή βάρδια έχει τη μεγαλύτερη επιβάρυνση				p
	Μέση τιμή		Τυπική απόκλιση		
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Στρατηγικές αντιμετώπισης					
Θετική προσέγγιση	26,4	24,3	3,9	4,4	.024
Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης	9,7	8,4	2,4	2,1	.009
Ευχετική σκέψη	11,7	11,2	3,6	4,2	.531
Αποφυγή	14,0	13,6	3,0	3,2	.522

Πίνακας 5. Συντελεστές συσχέτισης Pearson μεταξύ των υποκλιμάκων των ερωτηματολογίων, αυτό-αξιολόγησης υγείας, ηλικίας, αριθμού βαρδιών και καπνιστικής συμπεριφοράς

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	Ασάφεια	1	0,38**	0,29**	-0,31**	-0,07	-0,17**	-0,19	-0,32**	-0,29**	0,04	-0,20**	0,14**	0,13**	0,08
2	Σύγκρουση		1	0,18	0,01**	-0,04	-0,16	0,02	-0,14	0,04	0,10	-0,15	-0,02	0,14	-0,38
3	Υποκειμενικό στρες			1	-0,25*	-0,09	0,12	-0,03	-0,40**	0,16	-0,02	0,001	0,12	0,18	0,09
4	Θετική προσέγγιση				1	0,44**	0,26*	0,22*	0,28**	0,19	-0,42	0,09	-0,01	0,02	-0,11
5	Κοινωνική υποστήριξη					1	0,37**	0,08	0,14	0,064	0,04	0,008	-0,09	0,03	-0,08
6	Ευχετική σκέψη						1	0,44**	-0,53	0,003	-0,18	0,17	0,15	0,31	0,04
7	Αποφυγή							1	0,01	0,02	-0,08	1,11	0,12	-0,04	-0,16
8	Αυτο-αξιολόγηση υγείας								1	-0,23*	-0,29	0,79	-0,04	-0,17	-0,18
9	Ηλικία									1	0,17	-0,06	-0,26*	0,13	-0,10
10	Πρωινή βάρδια										1	0,80**	-0,70**	0,23*	0,07
11	Απογευματινή											1	0,34**	-0,24*	-0,10
12	Βραδινή												1	0,19	-0,02
13	Χρόνια καπνίσματος													1	0,69**
14	Τσιγάρα / ημέρα														1
	Μ.Ό.	18,12	34,36	17,55	25,17	8,92	11,39	13,74	4,01	41,08	8,44	6,80	4,98	6,90	7,42
	ΤΑ	6,6	9,15	6,21	4,28	2,33	3,93	3,08	0,79	8,27	5,85	4,023	3,23	9,80	10,85

** Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 0.01 (δίπλευρος έλεγχος).
* Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 0.05 (δίπλευρος έλεγχος

(μέση τιμή: 18,82), συγκριτικά με τους άνδρες. Ως προς την ικανοποίηση από το επάγγελμα, βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές στην ασάφεια στο ρόλο (p<0,001) και στη σύγκρουση ρόλων (p<0,001). Ειδικότερα, όσοι δήλωσαν «μη ικανοποίηση» από το νοσηλευτικό επάγγελμα, δήλωσαν μεγαλύτερη ασάφεια (μέση τιμή: 22,7) και υψηλότερη σύγκρουση ρόλων (μέση τιμή: 40,03) σε σύγκριση με αυτούς που ήταν ικανοποιημένοι. Τέλος, ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μόνο στη μεταβλητή υποκειμενικό στρες (p=0,004). Ειδικότερα, οι βοηθοί νοσηλευτές (απόφοιτοι ΔΕ, ΙΕΚ), δήλωσαν ότι βίωναν περισσότερο στρες, συγκριτικά με τους απόφοιτους ΤΕΙ (p=0,05) και τους κατόχους μεταπτυχιακών τίτλων (p=0,03).

Αναφορικά με τα χρόνια εργασίας ως νοσηλευτής/τρια, βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές στην ασάφεια ρόλου (p=0,038) και το υποκειμενικό στρες (p=0,038). Ειδικότερα, βρέθηκε ότι αυτοί που εργάζονται ως νοσηλευτές λιγότερο από 1 χρόνο βιώνουν περισσότερη ασάφεια στο ρόλο τους, συγκριτικά με τους νοσηλευτές που εργάζονται 6-10 χρόνια (p=0,03) και - αντίστοιχα - υψηλότερο υποκειμενικό στρες, συγκριτικά με τους νοσηλευτές που εργάζονται 1-5 χρόνια (p=0,02). Τέλος, αναφορικά με τα χρόνια εργασίας σε ψυχιατρική δομή, βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά μόνο στη σύγκρουση ρόλων (p=0,034). Ειδικότερα, βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές/-τριες που εργάζονται σε ψυχιατρική δομή 16-20 χρόνια βιώνουν περισσότερα συγκρουσιακά στοιχεία στο ρόλο τους, συγκριτικά με όσους εργάζονται λιγότερο από 1 χρόνο (p=0,03).

Αποτελέσματα που παρουσιάζονται στον Πίνακα 4 έδειξαν ότι υπάρχει μία σημαντική διαφορά στη χρήση στρατηγικών ως προς την αντίληψη επιβάρυνσης των βαρδιών. Ειδικότερα, μικρότερη χρήση της στρατηγικής «αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης» δηλώνουν οι νοσηλευτές που πιστεύουν ότι τη μεγαλύτερη επιβάρυνση έχουν η πρωινή βάρδια (8,1±2,1 έναντι 9,3±2,4, p<0,05) και μεγαλύτερη χρήση της ίδιας στρατηγικής δηλώνουν όσοι νοσηλευτές πιστεύουν ότι η βραδινή βάρδια είναι πιο βεβαρυμμένη (9,7±2,4 έναντι 8,4±2,1, p<0,01). Επιπλέον, οι νοσηλευτές που πιστεύουν ότι η βραδινή βάρδια έχει τη μεγαλύτερη επιβάρυνση, δηλώνουν επίσης μεγαλύτερη χρήση της στρατηγικής «θετική προσέγγιση» (26,4±3,9 έναντι 24,3±4,4, p<0,05).

Τέλος, έγιναν επίσης συγκρίσεις αναφορικά με το ρόλο, το στρες και τις στρατηγικές αντιμετώπισης, ως προς άλλους δημογραφικούς παράγοντες (οικογενειακή κατάσταση, ύπαρξη παιδιών, εισόδημα), αλλά και εργασιακούς παράγοντες (επιλογή νοσηλευτικού επαγγέλματος, θέση ευθύνης), οι οποίες δεν έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Συσχετίσεις μεταξύ ρόλου, στρες, στρατηγικών αντιμετώπισης, αυτο-αξιολόγησης υγείας, ηλικίας, αριθμού βαρδιών και καπνιστικής συμπεριφοράς

Όπως δείχνει ο πίνακας 5, βρέθηκαν διάφορες στατιστικώς σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στις βασικές υπό διερεύνηση μεταβλητές. Ενδεικτικά, η ασάφεια του ρόλου συσχετίστηκε (θετικά) με τη σύγκρουση του ρόλου ($p<0,001$), το υποκειμενικό στρες ($p=0,006$) και (αρνητικά) τη στρατηγική θετική προσέγγιση ($p=0,003$), την αυτο-αξιολογούμενη υγεία ($p=0,003$) και την ηλικία ($p=0,006$). Το υποκειμενικό στρες συσχετίστηκε αρνητικά με τη θετική προσέγγιση ($p=0,019$) και την αυτο-αξιολογούμενη υγεία ($p<0,001$). Η στρατηγική της θετικής προσέγγισης συσχετίστηκε θετικά με τη στρατηγική της κοινωνικής υποστήριξης ($p<0,001$) και την αυτο-αξιολογούμενη υγεία ($p=0,009$). Τέλος, υπήρξε αρνητική συσχέτιση μεταξύ του αριθμού των βραδινών βαρδιών και της ηλικίας (αρνητική) ($p=0,013$) και μεταξύ του αριθμού των απογευματινών βαρδιών και των χρόνων καπνίσματος ($p=0,025$).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα έρευνα μελετήθηκαν οι πηγές του εργασιακού στρες σε 85 νοσηλευτές ψυχικής υγείας σε δύο μεγάλα νοσοκομεία της Αττικής, που διαθέτουν κλειστές και ανοικτές ψυχιατρικές δομές και εντοπίστηκαν οι στρατηγικές που χρησιμοποιούσαν οι νοσηλευτές στην προσπάθειά τους να διαχειριστούν το στρες.

Διαπιστώθηκε ότι συνολικά, οι συμμετέχοντες στην έρευνα εμφανίζουν χαμηλή αίσθηση ασάφειας στο ρόλο τους, μέτριας έντασης σύγκρουση και ήπιο βαθμό υποκειμενικού στρες. Ωστόσο, οι νοσηλεύτριες ψυχικής υγείας, συγκριτικά με τους άνδρες συναδέλφους τους, βιώνουν κατά την άσκηση του έργου τους, σημαντικά μεγαλύτερη ασάφεια στο ρόλο τους και περισσότερο υποκειμενικό στρες. Το εύρημα αυτό δεν επιβεβαιώνει την προηγούμενη σχετική βιβλιογραφία, όπου δεν αναφέρονται διαφορές κατά φύλο. Εξαίρεση αποτελεί μια προηγούμενη μελέτη (Yada et al. 2014), κατά την οποία οι νοσηλεύτριες ψυχικής υγείας ανέφεραν υψηλότερο στρες, εύρημα που οι συγγραφείς ερμήνευσαν με βάση τις διαφορετικές στάσεις των ασθενών ως προς το φύλο των νοσηλευτών, από τις διαφορετικές στάσεις των ίδιων των νοσηλευτών ως προς τη νοσηλευτική φροντίδα. Δεν γνωρίζουμε αν αυτές οι ερμηνείες μπορούν να εξηγήσουν το αποτέλεσμα και της παρούσας έρευνας, δεδομένου του διαφορετικού πολιτισμικού περιβάλλοντος, στο οποίο διεξήχθησαν οι έρευνες. Σε κάθε περίπτωση, το συγκεκριμένο εύρημα χρήζει περαιτέρω έρευνας, ενδεχομένως με ποιοτικές μεθόδους.

Ταυτόχρονα, η ασάφεια και η σύγκρουση ρόλων σχετίζεται με την αυτο-αναφερόμενη ικανοποίηση των νοσηλευτών από το επάγγελμα και είναι συγκριτικά μεγαλύτερη στους νοσηλευτές που δηλώνουν μη ικανοποιημένοι, επιβεβαιώνοντας προηγούμενες μελέτες που έχουν δείξει αυτή τη σχέση (Bedeian & Armenakis, 1981, Fox et al 1993, Tarrant & Sabo 2010). Είναι δύσκολο να ορίσει κανείς την κατεύθυνση αυτής της σχέσης, όμως το γεγονός ότι οι μη ικανοποιημένοι νοσηλευτές βιώνουν μεγαλύτερο υποκειμενικό στρες, όπως έδειξαν και προηγούμενες έρευνες (Nakakis & Ouzouni 2008), καθιστά το εύρημα αυτό ανησυχητικό, δεδομένου ότι η μη ικανοποίηση από την εργασία μπορεί να συνδέεται με τις μικρές ευκαιρίες ανάπτυξης της επαγγελματικής ταυτότητας που παρέχει η εργασία ενός ατόμου ως νοσηλευτής στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, και ειδικότερα για τους νοσηλευτές ψυχικής υγείας, με τις ίδιες τις δομές, τη ρουτίνα της εργασίας σε αυτές, τη διευθέτηση των βαρδιών και των καθηκόντων εκτός ωραρίου, τη συνεργατικότητα και εν γένει το εργασιακό περιβάλλον της δομής (Ward & Cowman, 2007).

Οι βοηθοί νοσηλευτές βρέθηκε να βιώνουν μεγαλύτερο υποκειμενικό στρες. Έρευνες έχουν δείξει ότι η εκπαίδευση μειώνει τα συμπτώματα στρες μεταξύ νοσηλευτών που δουλεύουν σε εργασιακά πλαίσια με επιθετικούς ασθενείς (Rose et al 1999, Nhiwatiwa 2003). Φαίνεται ότι η υψηλότερη κατάρτιση προσφέρει περισσότερα εφόδια και δεξιότητες στους νοσηλευτές, αυξάνει τις πιθανότητες επαγγελματικής εξέλιξης και κατά συνέπεια συμβάλει στη μείωση του εργασιακού στρες. Αντίθετα, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο υποκειμενικό στρες και τις βλαβερές για την υγεία συμπεριφορές, όπως το κάπνισμα και η χρήση αλκοόλ, εύρημα που δεν επιβεβαιώνει προηγούμενη έρευνα (Αθανασιάδης, 2011), όπου διαπιστώθηκε θετική συσχέτιση της χρήσης αλκοόλ με την ηλικία των εργαζομένων σε δομές ψυχικής υγείας και διασύνδεση της αντίληψης της αποτελεσματικότητας του αλκοόλ στην αντιμετώπιση του εργασιακού στρες, τις επικίνδυνες συνθήκες δουλειάς και το κυκλικό ωράριο.

Στην παρούσα έρευνα η ασάφεια στο ρόλο και το υποκειμενικό στρες συνδέονταν με τα χρόνια εργασίας. Συγκεκριμένα, νοσηλευτές με μικρότερη σε διάρκεια εργασιακή εμπειρία (> 1 έτος) βίωναν μεγαλύτερη ασάφεια στο ρόλο τους και υψηλότερο στρες. Αναφορικά με την ασάφεια, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας έρχονται σε αντίθεση με άλλη έρευνα (Smith 2011). Η μεγαλύτερη ασάφεια στους εργασιακά νέους νοσηλευτές θα μπορούσε να αποδοθεί αφενός στο ότι δεν υπάρχει καθηκοντολόγιο στις δομές ψυχικής υγείας και αφετέρου στο ότι οι νέοι νοσηλευτές, λόγω του σύντομου εργασιακού βίου τους αδυνατούν να κατανοήσουν τις ειδικές απαιτήσεις του ρόλους τους στη δομή ψυχικής υγείας. Αναφορικά με το στρες, το εύρημα της παρούσας έρευνας επιβεβαιώνει προηγούμενη έρευνα (Humpel & Caputi 2001), τα αποτελέσματα της οποίας έδειξαν ότι οι νοσηλευτές με μικρότερη εμπειρία ήταν επιρρεπείς υψηλότερα επίπεδα εργασιακού στρες. Σε κάθε περίπτωση, η ύπαρξη στρες σε νοσηλευτές ψυχικής υγείας τεκμηριώνεται, αλλά απαιτείται περισσότερη έρευνα αναφορικά με το σχεδιασμό παρεμβάσεων για τη διαχείρισή του (Edwards & Burnard 2003).

Οι νοσηλευτές στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιούσαν κυρίως τις στρατηγικές της θετικής προσέγγισης και της αναζήτησης κοινωνικής υποστήριξης. Η χρήση αυτών των στρα-

τηγικών δεν βρέθηκε να συσχετίζονται με την αυτο-αναφερόμενη ικανοποίηση, σε αντίθεση με ευρήματα προηγούμενης έρευνας (Ward 2011), σύμφωνα με τα οποία, ο τρόπος που οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας διαχειρίζονταν το περιβάλλον τους συνδέεται με την επαγγελματική ικανοποίηση. Την ίδια στιγμή, η χρήση συγκεκριμένων ενεργητικών στρατηγικών, όπως η θετική προσέγγιση και η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης σχετίζονταν με αντιλήψεις των νοσηλευτών σχετικά με την επιβάρυνση από την πρωινή και τη νυχτερινή βάρδια. Το γεγονός αυτό, θα μπορούσε να οφείλεται είτε στην αντικειμενική έλλειψη κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου, είτε στην αντικειμενική αδυναμία να προσφύγει κανείς σε ένα τέτοιο δίκτυο, όταν εργάζεται νυχθημερόν.

Περιορισμοί της έρευνας

Στους περιορισμούς της παρούσας έρευνας περιλαμβάνονται ο μικρός αριθμός των συμμετεχόντων, οι οποίοι προήλθαν αποκλειστικά από δύο μόνο νοσοκομεία της Αττικής και δεν συμπεριελήφθησαν νοσηλευτές αντίστοιχων δομών της επαρχίας. Το στοιχείο δεν επιτρέπει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων στο σύνολο των νοσηλευτών ψυχικής υγείας.

Επιπλέον, οι δομές ψυχικής υγείας που αποτελούν το πλαίσιο εργασίας των νοσηλευτών είναι διαφορετικές (κλειστές, ανοικτές). Δεν αποτυπώθηκε ο αριθμός των εργαζομένων ανά δομή, ώστε να γίνουν οι σχετικές συγκρίσεις, καθώς τα διαφορετικά χαρακτηριστικά των δομών επιβάλλουν στους εργαζόμενους διαφορετικό έργο και αρμοδιότητες και συνεπώς η εργασία σε κλειστή ή ανοικτή δομή πιθανά να διαφοροποιεί τα επίπεδα στρες. Στις κλειστές δομές οι ρόλοι των νοσηλευτών μπορεί να είναι πιο σαφείς, αλλά υπάρχει μικρότερη αυτονομία και μεγαλύτερη επικινδυνότητα, λόγω των οξέων περιστατικών που νοσηλεύονται, σε σύγκριση με τις ανοιχτές δομές. Τέλος, στην παρούσα έρευνα δεν ελήφθησαν υπόψη η τρέχουσα οικονομική κατάσταση των συμμετεχόντων, συνδυαστικά με το εργασιακό καθεστώς (π.χ. μόνιμοι υπάλληλοι, συμβασιούχοι με προγράμματα) και τις ειδικότερες εργασιακές απαιτήσεις αυτού.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα έρευνα κατέγραψε το υποκειμενικό στρες, στοιχεία του ρόλου των νοσηλευτών ψυχικής υγείας και τους τρόπους που οι επαγγελματίες υιοθετούν για να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις της εργασίας τους. Συνιστά ιδιαίτερη πρόκληση για κάθε ερευνητικό σχεδιασμό, η διερεύνηση της σύνθετης αιτιολογίας του σχετιζόμενου με την εργασία στρες και των προσδιοριστικών παραγόντων και μηχανισμών πρόσκλησής του, με απώτερο στόχο τη βέλτιστη οργάνωση του εργασιακού χώρου, προς όφελος των εργαζόμενων (Cox et al 2009).

Υπάρχει ανάγκη για εντατικοποίηση της έρευνας στο χώρο της παροχής νοσηλευτικής φροντίδας σε ψυχικά ασθενείς, ώστε να εντοπιστούν όλοι οι παράγοντες εργασιακού στρες και να πιστοποιηθούν οι κατάλληλες στρατηγικές για την άμεση αντιμετώπισή του. Παράλληλα, η παρούσα, αλλά και προηγούμενες έρευνες έδειξαν ότι επιβάλλεται η ενδυνάμωση του νοσηλευτικού προσωπικού των ψυχιατρικών δομών, ιδιαίτερα των γυναικών και των βοηθών νοσηλευτών. Η ενδυνάμωση μπορεί να επιτευχθεί μέσω της εκπαίδευσης στη διαχείριση του στρες, στις ιδιαίτερες απαιτήσεις φροντίδας των ψυχικά ασθενών, περιλαμβάνει δε την ικανότητα ακριβούς αντίληψης, εκτίμησης και έκφρασης των συναισθημάτων και συνεπάγεται την αυξημένη δυνατότητα συναισθηματικής συναλλαγής με τον ασθενή (Humpel & Caput 2001). Επιπλέον, οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας πρέπει να υποστηριχθούν στην υιοθέτηση στρατηγικών αντιμετώπισης περισσότερο εστιασμένων στις πραγματικές συνθήκες εργασίας τους. Τέλος, συστήνεται η εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού, σε ατομικό, αλλά και σε ομαδικό επίπεδο, ώστε να βελτιώσουν τις επικοινωνιακές τους δεξιότητες για να αντιμετωπίζουν τις συγκρούσεις στο ρόλο τους και να είναι ικανοί να παρέχουν τις υπηρεσίες τους στους ασθενείς θετικά και εποικοδομητικά (Στεφανίδου και συν 2010). Έτσι, στο μέλλον θα μπορούσε να αναληφθεί προσπάθεια τόσο για την πρόληψη, όσο και για τη διαχείριση του εργασιακού στρες, με στόχο την αύξηση της παραγωγικότητας και της ικανοποίησης από την εργασία και απώτερο σκοπό, τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών στους ψυχικά πάσχοντες.

Συνεισφορά ερευνητών

ΣΝ: Συμμετείχε στην σύλληψη και το σχεδιασμό της έρευνας, στη συλλογή και ανάλυση των δεδομένων και στη συγγραφή του κειμένου. ΓΚ: Συμμετείχε στο σχεδιασμό της έρευνας και στη συγγραφή του κειμένου. ΕΚ: Συμμετείχε στην ανάλυση των δεδομένων και στη συγγραφή του κειμένου.

Ευχαριστίες

Ευχαριστίες, οφείλονται στους συναδέλφους νοσηλευτές ψυχικής υγείας των ψυχιατρικών δομών και κλινικών των δύο νοσοκομείων, για την προθυμία με την οποία συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια της έρευνας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Bedeian A.G. & Armenakis A.A. (1981). A path analytical study of the consequences of role conflict and ambiguity. *Academy of Management Journal* 24: 417-424.

Bobier C., Dowell J. & Swadi H. (2009). An examination of frequent nursing interventions and outcomes in an adolescent psychiatric inpatient unit. *International Journal of Mental Health Nursing* 18: 301-309.

Cai Z., Li K. & Zhang X. (2008). Workplace stressors and coping strategies among Chinese psychiatric nurses. *Perspective in Psychiatric Care* 44: 223-231.

Cohen S., Kamarck T. & Mermelstein R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior* 24: 385-396.

Cox T., Karanika-Murray M., Griffiths A., Wong Y. & Hardy C. (2009). *Developing the management standards approach within the context of common health problems in the workplace: A Delphi study* (Research Report RR687) HSE Books.

Cushway D., Tyler P. & Nolan P. (1996). Development of a stress scale for mental health professionals. *British Journal of Clinical Psychology* 35: 279-295.

Edwards D., Burnard P, Fothergill A. & Hannigan B. (2000). Stressors, moderators and stress outcomes: findings from the All-Wales Community Mental Health Nurse Study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 7: 529-537.

Edwards D. & Burnard P. (2003). A systematic review of stress and stress management interventions for mental health nurses. *Journal of Advanced Nursing* 42: 169-200.

Fox M.L., Dwyer D.J. & Ganster D.C. (1993). Effects of stressful job demands and control on psychological and attitudinal outcomes in a hospital setting. *Academy of Management Journal* 36: 289-318.

Folkman S. & Lazarus R.S. (1980) An analysis of coping in a middle aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior* 21: 219 - 239.

Humpel N., Caputi P. (2001). Exploring the relationship between work stress, years of experience and emotional competency using a sample of Australian mental health nurses, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 8: 399-403.

Jenkins R. & Elliott P. (2004). Stressors, Burnout and Social Support: Nurses in acute mental health settings. *Journal of Advanced Nursing* 48: 622-631.

Kawano Y. (2008). Association of job-related stress factors with psychological and somatic symptoms among Japanese hospital nurses -effect of departmental environment in acute care hospitals. *Journal of Occupational Health* 50: 79-85.

Kipping C. (2000). Stress in mental health nursing. *International Journal of Nursing Studies* 37: 207-218.

Koustelios A. & Kousteliou I. (1998). Relations among measures of job satisfaction, role conflict and role ambiguity for a sample of Greek teachers. *Psychological Reports* 82: 131-136.

Leka S. (2012). Investigating the impact of psychosocial risks and occupational stress on psychiatric hospital nurses' mental well-being in Japan. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 19: 123-131.

Lambert V.A., Lambert C.E. & Ito M. (2004). Workplace stressors, ways of coping and demographic of physical and mental health of Japanese hospital nurses. *International Journal of Nursing Studies* 41: 85-97.

Lautizi N., Laschinger H.K.S. & Ravazzolo S. (2009). Workplace empowerment, job satisfaction and job stress among Italian mental health nurses: an exploratory study, *Journal of Nursing Management* 17: 446-452.

Nakakis K. & Ouzouni Ch. (2008). Factors influencing stress and job satisfaction of nurses working in psychiatric units: a research review. *Health Science Journal* 2: 183-195.

Nhiwatiwa F.G. (2003). The effects of single session education in reducing symptoms of distress following patient assault in nurses working in medium secure settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 10: 561-568.

Ohida T., Kamal A.M.M. Sone T., Ishi T., Uchiyama M., Minowa M. & Nozaki S. (2001). Night-shift work related problems in young female nurses in Japan. *Journal of Occupational Health* 43: 150-156.

Ota A., Yasuda. N., Okamoto. Y., Kobayashi. Y., Sugihara. Y., Koda. S., Kawakami N. & Ohara H. (2004). Relationship of job stress with nicotine dependence of smokers-A cross sectional study of female nurses in a general hospital. *Journal of Occupational Health* 46: 220-224.

Polit D.F., Beck C.T. & Hungler B.P. (2001). *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal, and Utilisation* (5th ed). Philadelphia: Lippincott.

Rizzo J., House R.J. & Lirtzman S.I. (1970). Role conflict and ambiguity in complex organization. *Administrative Science Quarterly* 15: 150-163.

Ryan R., Garlick R. & Happell B. (2006). Exploring the role of the mental health nurse in community mental health care for the aged. *Issues in Mental Health Nursing* 27: 91-105.

Santos S.R. & Cox K. (2000). Workplace adjustment disease: a theoretic critical review. *Journal of Occupational Health Psychology* 3: 246-260.

Shaher H.H. (2012). Occupational Stress, Social Support, and Quality of Life among Jordanian Mental Health Nurses. *Issues in Mental Health Nursing* 33: 15-23.

Shen H., Cheng Y., Tsai P., Lee S.S. & Guo Y.L. (2005). Occupational stress in nurse in psychiatric institutions in Taiwan. *Journal of Occupational Health* 47: 218-225.

Smith A.C. (2011). Role ambiguity and role conflict in nurse case managers: an integrative review. *Professional Case Management.* 16: 182-196.

Tarrant T. & Sabo C.E. (2010). Role conflict, role ambiguity, and job satisfaction in nurse executives. *Nursing Administration Quarterly* 34:72-82.

Ward L. (2011). Mental health nursing and stress: maintaining balance. *International Journal of Mental Health Nursing* 20: 77-85.

Ward M. & Cowman S. (2007). Job satisfaction in psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 14: 454-461.

World Health Organization (2006). *The World Health Report - Working Together for Health*. Geneva. [Online]. Available at: http://www.who.int/whr/2006/en/ [Accessed: 8/11/2013]

Yada H., Abe H., Omori H., Matsuo H., Masaki O., Ishida Y & Katoh T (2014). Differences in job stress experienced by female and male Japanese psychiatric nurses. *International Journal of Mental Health Nursing* 23: 468-476.

Αθανασιάδης Θ., Τσάρας Κ., Παπαθανασίου Ι., Λαχανά Ε., Γκούβα Μ. & Κοτρώτσιου Ε. (2011). Εκτίμηση εργασιακού στρες και χρήσης αλκοόλ σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας 3: 165-172.

Καραδήμας Ε.Χ. (1998). Η προσαρμογή στα Ελληνικά μιας κλίμακας μέτρησης των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων. Ψυχολογία 5: 260-273.

Καραδήμας Ε.Χ. (2007). Το υποκειμενικό στρες και η ικανοποίηση από τη ζωή ως ενδιάμεσες μεταβλητές στη σχέση μεταξύ γενικευμένων προσδοκιών και υγείας. Ψυχολογία 14: 1-13.

Καραντζούλα Ε. (2006). Εργασιακό στρες και οργάνωση εργασίας-το κυκλικό ωράριο στη βιομηχανία. Μεταπτυχιακή Διπλωματική εργασία, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.

Λύκουρας Λ., Σολδάτος Κ. & Ζέρβας Γ. (2009). Διασυνδετική Ψυχιατρική. Αθήνα ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις.

Μαρκάκη Α. (2008). Η επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων σε Δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Μεταπτυχιακή Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Πειραιώς.

Στεφανίδου Α., Βάρβογλη Λ., Λειβαδίτης Μ. & Αργυροπούλου-Πατάκα Π. (2010). Βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση του εργασιακού στρες στους επαγγελματίες υγείας. Νοσηλευτική 49: 364-376.

Χαραλάμπους Δ. (2012). *Βαθμός ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων και επαγγελματική ικανοποίηση στους επαγγελματίες υγείας του Γενικού Νοσοκομείου Πάφου*. Διπλωματική εργασία, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου.

Subjective stress, role perceptions and coping strategies among mental health nurses

Spyridoula Doupi[1], George Koulierakis[2], Evangelos Karademas[3]

1. Nurse, M.Sc., G.H.A. «Sismanogleio -Amalia Fleming»
2. Senior Lecturer, Sociology Department, National School of Public Health
3. Associate Professor, Psychology Department, University of Crete

ABSTRACT

Introduction: Lack of nursing personnel, the consequent nurses' work pressure within health care units and the particularities of nursing services provision in mental health institutions, render the examination of stress at work a necessity.

Aim: The current study aims in presenting the stress levels among nurses in mental health institutions, their perceptions of the nursing role and the coping strategies they use.

Methodology: This cross-sectional descriptive study was conducted in the population of 85 nurses in mental health open and closed units of two public hospitals of Attica, one psychiatric and one general. Participants filled in questionnaires on demographic characteristics, perceived stress, role conflict and ambiguity and ways of coping with stressful situations.

Results: 57 women (67,1%) and 28 men (32,9%), aged (mean) 41,08 years, mostly married (74,1%) and graduates of Technological institutions (29,4%) participated in the study. Most were working 16-20 years (32,9%), were nurses (71,8%) and were being occupied in a psychiatric structure for more than 21 years (27,1%). Female nurses had a greater amount of role ambiguity ($p=0.048$) and higher levels of stress ($p=0.007$). The same pattern was observed to those who worked for more years ($p=0.038$). Those who were not satisfied with their job suffered from greater role ambiguity ($p<0.001$) and conflict ($p<0.001$), while the graduates of secondary education and specialised nurses had higher levels of stress ($p=0.004$). Nurses with most working years in a psychiatric facility, experienced greater role conflict ($p=0.034$). Role ambiguity was positively associated with role conflict ($p<0.001$), perceived stress ($p=0.006$), positive approach strategy (negatively; $p=0.003$), self-rated health (negatively; $p=0.003$) and age (negatively; $p=0.006$). Perceived stress was negatively associated with positive approach ($p=0.019$) and self-rated health ($p<0.001$). Finally, positive approach was positively associated with social support ($p<0.001$) and self-rated health ($p=0.009$).

Conclusions: Further examination of the complex aetiology of work-related stress, its determinants and underlying mechanisms is imperative in order to optimize the organisation of the work environment.

Keywords: stress, mental health nurses, ways of coping, role perception

Correspondence: George Koulierakis,
196 Alexandras Avenue, P.C. 11521, Athens Tel. 2132010169, e-mail: gkoulierakis@esdy.edu.gr

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 Ρόκα MSc, PhD

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

Ευγενία Μηνασίδου, Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Θεσ/νίκης
Ιωάννα Παπαθανασίου, Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλίας
Θεοδώρα Καυκιά Καθηγήτρια Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσ/νίκης
Γεώργιος Κριτσωτάκης, Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ 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
Χρυσούλα Μελισσά
Βασιλική Μούγια
Δημήτριος Μπαρουξής
Λάμπρος Μπίζας
Ιωάννης Μωϋσογλου
Χρυσούλα Νταφογιάννη
Δήμητρα Παλητζήκα
Ειρήνη Παπάζογλου
Νίκη Παυλάτου
Μαρία Ρεκλείτη
Νίκος Στεφανόπουλος
Νικόλαος Στούφης
Σοφία Τάνη
Αναστάσιος Τζενάλης
Αικατερίνη Τόσκα
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 παρατίθενται στο τέλος του άρθρου, σε χωριστή σελίδα το καθένα από αυτά. Ωστόσο, εντός του κυρίως κειμένου του άρθρου θα πρέπει να μπαίνει σε παρένθεση η ένδειξη (Πίνακας ΧΧ κάπου εδώ).

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

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

Άλλες οδηγίες μορφοποίησης

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

ΕΠΙΠΕΔΟ 1. κεφαλαία γράμματα με έντονη γραφή, (bold)
ΕΠΙΠΕΔΟ 2. πεζά γράμματα με έντονη γραφή,(bold)
ΕΠΙΠΕΔΟ 3. πεζά γράμματα με πλάγια γραφή, (italics)

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

ΘΕΜΑΤΑ ΗΘΙΚΗΣ & ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Συγκατάθεση Ενημέρωσης: Οι συγγραφείς θα πρέπει να επιβεβαιώνουν μέσα στο κείμενό τους ότι τήρησαν τις αρχές δεοντολογίας για την έρευνα, όπως αυτές διατυπώνονται σαφώς από τη Διεθνή Επιτροπή Εκδοτών Ιατρικών Επιστημονικών Περιοδικών (International Committee of Medical Journal Editors, www. icmje. org) και τη Διακήρυξη του Ελσίνκι (World Medical Association Declaration of Helsinki, 2000). Δηλαδή, όπου είναι απαραίτητο οι συγγραφείς πρέπει να επιβεβαιώσουν ότι τα αποτελέσματα των μελετών τους προ-

έκυψαν από ερευνητικές εργασίες, που η συγκατάθεση ενημέρωσης λήφθηκε από τους συμμετέχοντες ανθρώπους και τις αρμόδιες αρχές ηθικής και δεοντολογίας.

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

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

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

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

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ

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

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

Επισήμανση: Στις περιγραφικές ανασκοπήσεις δεν περιλαμβάνεται κεφάλαιο μεθοδολογίας.

Περίληψη

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

Λέξεις-κλειδιά

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

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

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

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

ΚΥΡΙΟ ΘΕΜΑ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ

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

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

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

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ

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

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

Περίληψη

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

Λέξεις-κλειδιά

Τρεις έως πέντε λέξεις που αντιπροσωπεύουν το περιεχόμενο της έρευνας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

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

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

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

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

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

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

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

ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΕΡΕΥΝΗΤΩΝ

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

Πίνακες

Περιλαμβάνονται πίνακες όπως

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

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΕΜΠΕΙΡΙΚΕΣ-ΠΟΣΟΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ

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

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

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

Περίληψη

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

Λέξεις-κλειδιά

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

ΚΥΡΙΩΣ ΚΕΙΜΕΝΟ

Το κυρίως κείμενο θα πρέπει να περιλαμβάνει τις παρακάτω υποενότητες:

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

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

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

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

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

Σχεδιασμός

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

Δείγμα μελέτης

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

Συλλογή δεδομένων

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΠΟΙΟΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ

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

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

Περίληψη

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

Λέξεις-κλειδιά

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

ΚΥΡΙΩΣ ΚΕΙΜΕΝΟ

Το κυρίως κείμενο θα πρέπει να περιλαμβάνει τις παρακάτω υποενότητες:

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

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

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

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

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

Σχεδιασμός

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

Δείγμα μελέτης

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

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

Συλλογή δεδομένων

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

Θέματα ηθικής-Δεοντολογίας

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

Ανάλυση Δεδομένων

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

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

Κριτήρια μεθοδολογικής αυστηρότητας διεξαγωγής της μελέτης

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

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

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

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

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

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

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

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

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

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

Συνεισφορά ερευνητών

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

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΜΕΛΕΤΕΣ ΜΙΚΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑΣ

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

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

Τα κριτήρια αξιολόγησης είναι τα εξής:

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

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

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

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

Περίληψη

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

Λέξεις-κλειδιά

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

ΚΥΡΙΩΣ ΚΕΙΜΕΝΟ

Το κυρίως κείμενο θα πρέπει να περιλαμβάνει τις παρακάτω υποενότητες:

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

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

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

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

Σχεδιασμός

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

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

Δείγμα μελέτης

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

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

Συλλογή δεδομένων

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

Θέματα ηθικής-Δεοντολογίας

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

Ανάλυση των δεδομένων

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

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

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

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

Κριτήρια μεθοδολογικής αυστηρότητας διεξαγωγής της μελέτης

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

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

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

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η συζήτηση ξεκινά με αναφορά στο σκοπό της εργασίας και εστιάζει στα κύρια αποτελέσματα, ανακεφαλαιώνοντας και ερμηνεύοντας. Επιπλέον, σκοπός της συζήτησης, είναι να συγκρίνει τα αποτελέσματα/ευρήματα με αυτά της ήδη υπάρχουσας βιβλιογραφίας και να καταλήγει εάν απαντήθηκαν τα ερευνητικά

ερωτήματα. Ακόμη, η συζήτηση πρέπει να παρουσιάζει πώς τα αποτελέσματα και η νέα γνώση μπορούν να συμβάλουν στη δημιουργία νέων αντιλήψεων (ή αμφισβήτησης υπαρχουσών αντιλήψεων) ή στη δημιουργία θεωριών ή στην προαγωγή υπαρχουσών θεωριών ή στη βελτίωση της νοσηλευτικής πράξης.
Τέλος, αναφέρονται τα δυνατά και αδύνατα σημεία της έρευνας (περιορισμοί), καθώς και η δυνατότητα ή μη, γενίκευσης των ευρημάτων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

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

Συνεισφορά ερευνητών

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

Πίνακες, Διαγράμματα, Σχήματα

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

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

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

ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΗ ΣΤΑΘΜΙΣΗ

ΔΟΜΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗΣ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ΚΥΡΙΩΣ ΚΕΙΜΕΝΟ:

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

ΣΚΟΠΟΣ

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

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

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

Περιγραφή πρωτότυπου ερωτηματολογίου/αρχικής κλίμακας

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

Συμμετέχοντες – Πληθυσμός

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ΒΙΒΛΙΟΚΡΙΤΙΚΗ

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

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

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

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

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

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

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

ΣΥΓΓΡΑΦΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΠΑΡΑΠΟΜΠΩΝ

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

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

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

Παραπομπές εντός κειμένου:

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

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

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

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

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

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

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

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

Βιβλιογραφικός Κατάλογος

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

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

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

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

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

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

Βιβλίο

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

Κεφάλαιο σε βιβλίο

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

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

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

Ηλεκτρονικό βιβλίο

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

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

Άρθρο

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

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

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

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

Διατριβή:

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

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

Πληροφορίες από το Διαδίκτυο (Ιστοσελίδες):

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

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

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

Πρακτικά Συνεδρίων

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

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

Επιτομή χρήσιμων πληροφοριών

Σύσταση της ΕΝΕ

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

Κυριότεροι σκοποί της ΕΝΕ

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

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

Μέλη της ΕΝΕ

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

Διάρθρωση της ΕΝΕ

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

Κεντρική Διοίκηση

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

Περιφερειακά Τμήματα

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

1. Πρώτο Περιφερειακό Τμήμα Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης: Β. ΠΑΥΛΟΥ 10Α ΚΟΜΟΤΗΝΗ ΤΗΛ. 6944152505-6948625299 FAX. 2531080126. Περιλαμβάνει τους Νομούς Δράμας, Έβρου, Καβάλας, Ξάνθης και Ροδόπης. Έδρα του 1ου ΠΤ Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης είναι η Κομοτηνή
2. Δεύτερο Περιφερειακό Τμήμα Κεντρικής Μακεδονίας: ΜΑΒΙΛΗ 11, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, Τ.Κ.54630, τηλ. 2310522822 και fax. 2310522219. Περιλαμβάνει τους Νομούς Ημαθίας, Θεσσαλονίκης, Κιλκίς, Πιερίας, Πέλλας, Σερρών και Χαλκιδικής. Έδρα του 2ου ΠΤ Κεντρικής Μακεδονίας είναι η Θεσσαλονίκη.
3. Τρίτο Περιφερειακό Τμήμα Δυτικής Μακεδονίας: ΑΕΤΟΡΑΧΗΣ & ΓΡΑΜΜΟΥ 5, ΚΟΖΑΝΗ ΤΗΛ.24610 49591 FAX:2461067817. Περιλαμβάνει τους Νομούς Γρεβενών, Καστοριάς, Κοζάνης και Φλώρινας. Έδρα του 3ου ΠΤ Δυτικής Μακεδονίας είναι η Κοζάνη
4. Τέταρτο Περιφερειακό Τμήμα Ηπείρου: ΥΠΑΤΗΣ 1 &Ν.Ε.Ο. ΠΑΤΡΩΝ ΑΘΗΝΩΝ, ΠΑΤΡΑ ΤΗΛ. 2610423830 FAX. 2610426215. Περιλαμβάνει τους Νομούς Άρτας, Θεσπρωτίας, Ιωαννίνων, και Πρεβέζης. Έδρα του 4ου ΠΤ Ηπείρου είναι τα Ιωάννινα.
5. Πέμπτο Περιφερειακό Τμήμα Θεσσαλίας: ΝΑΥΑΡΙΝΟΥ 2, ΛΑΡΙΣΑ ΤΚ 41223 ΤΗΛ 2410284866 FAX. 2410284871. Περιλαμβάνει τους Νομούς Καρδίτσας, Λάρισας, Μαγνησίας και Τρικάλων. Έδρα του 5ου ΠΤ Θεσσαλίας είναι η Λάρισα.
6. Εκτο Περιφερειακό Τμήμα Ιονίων Νήσων: ΥΠΑΤΗΣ 1 &Ν.Ε.Ο. ΠΑΤΡΩΝ ΑΘΗΝΩΝ, ΠΑΤΡΑ ΤΚ 26441 ΤΗΛ. 2610423830 FAX. 2610426215. Περιλαμβάνει τους Νομούς Ζακύνθου, Κέρκυρας, Κεφαλληνίας και Λευκάδας καθώς και το δήμο Ιθάκης που αποτελεί αυτοτελή περιφερειακή ενότητα.

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

Εγγραφή και συνδρομή των μελών

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

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

Άδεια άσκησης επαγγέλματος

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

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

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

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

Όργανα διοίκησης

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

Διεθνής εκπροσώπηση της Ε.Ν.Ε

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

Ανάδειξη και θητεία των αιρετών οργάνων διοίκησης

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

Πειθαρχικός έλεγχος

Ο πειθαρχικός έλεγχος των μελών της Ε.Ν.Ε ασκείται σε πρώτο βαθμό από τα Περιφερειακά Συμβούλια, που λειτουργούν και ως Πειθαρχικά Συμβούλια.

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

Επιστημονικό Περιοδικό

Η Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος δημιούργησε το 2008 το «Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης» που αποτελεί και το επίσημο περιοδικό της. Είναι ένα περιοδικό πολυδιάστατο με κριτική επιτροπή που στοχεύει στην

προώθηση της Νοσηλευτικής Επιστήμης στην Ελλάδα.
Το «Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης» αποτελεί ένα αξιόπιστο, σύγχρονο, τριμηνιαίο επιστημονικό περιοδικό που εκδίδεται στην Ελληνική και την Αγγλική γλώσσα και είναι διαθέσιμο σε ηλεκτρονική και έντυπη μορφή με συμβολική αμοιβή σε όλους τους ενδιαφερόμενους ερευνητές, πανεπιστημιακούς δασκάλους, φοιτητές, σε όλη τη νοσηλευτική κοινότητα γενικότερα αλλά και στα ανώτατα εκπαιδευτικά ιδρύματα (ΑΤΕΙ και ΑΕΙ) της ημεδαπής και της αλλοδαπής. Παράλληλα παρέχει τη δυνατότητα σε νέους επιστήμονες να έχουν εύκολη πρόσβαση στη γνώση και στην πρόοδο της νοσηλευτικής ενώ αποτελεί το επιστημονικό βήμα για τους νοσηλευτές που απασχολούνται στην εκπαίδευση και στην κλινική νοσηλευτική να δημοσιεύσουν το έργο τους και να δεχθούν εποικοδομητικές κριτικές. Στο περιοδικό δημοσιεύονται ερευνητικές μελέτες, ανασκοπήσεις, πρωτότυπες πραγματείες και βιβλιοκριτικές. Οι εργασίες που δημοσιεύονται, μοριοδοτούνται με τρόπο θεσμικά προβλεπόμενο και επικυρωμένο από την ελληνική νομοθεσία και σύμφωνα πάντα με τη διεθνή πρακτική.

Ενημερωτικό περιοδικό

Η Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος δημιούργησε το 2008 το μηνιαίο ενημερωτικό περιοδικό ΪΟ Ρυθμός της ΥγείαςΜ, 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