Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης
Hellenic journal of Nursing Science



Τόμος 8, Τεύχος 4, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ - ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ - ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2015
Volume 8, Number 4, OCTOBER - NOVEMBER - DECEMBER 2015

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ - EDITORIAL
Σχεδιάζοντας και θέτοντας Στόχους βήμα-βήμα, για το Νέο Έτος
Αθανάσιος Μαστροκώστας

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ - REVIEWS
Η Έννοια της Κοινωνικής Υποστήριξης και η Επίδρασή της στη Διαχείριση των Χρόνιων Νόσων
The Concept of Social Support and the Impact on Chronic Diseases Management
Γεώργιος Ποντισίδης, Θάλεια Μπελλάλη

Καπνιστικές συνήθειες και χρήση αλκοόλ. Επιδημιολογικά δεδομένα και μέτρα αντιμετώπισης
Smoking Habits and Alcohol Use. Epidemiological data and countermeasures
Αναστασία Νάνου, Μαρία Σαρίδη, Κυριάκος Σουλιώτης

Συμμόρφωση στη Θεραπεία και ο Ρόλος των Επαγγελματιών Υγείας: Η περίπτωση των οστεοπορωτικών ασθενών
Compliance and Health Professionals' role: The case of osteoporotic patients
Αγγελική Φράγκου, Παρασκευή Αποστολάρα, Αθηνά Καλοκαιρινού

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΑΡΘΡΟ - RESEARCH ARTICLE
Η Επίδραση της Χρήσης Κινητής Τηλεφωνίας στην Υγεία και σε Βιολογικούς Δείκτες σε δείγμα Ελλήνων φοιτητών
The Impact of Mobile Phone Dependency on Health and Biomarkers in a Greek University Student Sample
Ευγενία Μηνασίδου, Αθανάσιος Μαστροκώστας, Μαρία Γκριζιώτη, Φαίδρα Ελευθερίου, Θάλεια Μπελλάλη

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

HRBN

HELLENIC REGULATORY BODY OF NURSES

19-22 May

www.enne2016.gr • www.enne.gr

9th Pan-Hellenic 8th Pan-European SCIENTIFIC & PROFESSIONAL NURSING CONFERENCE



PHOTO BY STELIOS KRITIKAKIS

Kalamata

The great gathering of Nurses

2016

ELITE CITY RESORT KALAMATA

ORGANIZATION-CONFERENCE SECRETARIAT

PROOYIS CONSULTING SA

TEL.: +302105244760

E-mail: registration@enne2016.gr

fepi European Council of Nursing Regulators

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: ΣΑΒΒΑΣ Ι. ΓΑΒΡΑΣ
Κοτζιά 16, 121 37 Περιστέρι,
Τηλ.: 210 5718423, Fax: 210 5753246
e-mail: gavras@otenet.gr

ISSN 1791-9002
e-ISSN 2459-2994

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

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, Brussels, Belgium, **Dr. Irena Papadopoulos,** Professor of Transcultural Health and Nursing and Head of Research Centre for Transcultural Studies in Health Middlesex University, London UK, **Dr. Denise M. McEnroe-Petitte,** Associate Professor, Nursing, Kent State University Tuscarawas, Associate Degree Nursing Program, New Philadelphia, USA, **Dr. Betty Chung Pui Man,** Lecturer, (Health Sciences Syd), Nursing Faculty, Polytechnic University, Hong Kong, PRC, **Dr. Evridiki Papastavrou,** Assistant Professor, Department of Nursing, Cyprus University of Technology, President of the Council of Nursing and Midwifery, Cyprus, **Dr. Lorendana Sasso,** Associate Professor, Universita degli Studi di Genova, Italy, **Cecilia Sironi,** RN, BSc, MSc Universita degli Studi dell' Insubria-Varese, Italy, **Dr. Rocco Gennaro,** Head of the Nursing School and Professor, Catholic University Our Lady of Good Counsel, Director Centre of Excellence for Nursing Scholarship – Rome – Italy, **Dr. Thomas Kearns, Professor,** Executive Director of Faculty of Nursing & Midwifery, RCSI-Royal College of Surgeons, Ireland, **Dr. Helene Kelly,** International Consultant, Vice President Florence Network, University College Sealand, Denmark, **Dr. Vilma Zydziunaite,** RN, MNSc, MEdSc, PhD, Professor- Researcher, Vytautas Magnus University, Kaunas & Faculty of Health sciences, Klaipeda State College, Lithuania, **Dr. Carlos Melo-Dias,** Professor of Nursing in Nursing School of Coimbra, Researcher in Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA: E), Researcher in Portugal Centre for Evidence-Based Practice: an Affiliate Centre of the Joanna Briggs Institute, Coimbra, Portugal, **Leodoro J. Labrague,** Lecturer, Department of Fundamentals and Administration, College of Nursing, Sultan Qaboos University, Muscat, Sultanate of Oman, **Anastasia Mallidou,** Assistant Professor, University of Victoria, School of Nursing, British Columbia, Canada.

Περιεχομενα

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ - EDITORIAL

Σχεδιάζοντας και θέτοντας Στόχους βήμα-βήμα, για το Νέο Έτος
Αθανάσιος Μαστροκώστας **3**

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ - REVIEWS

Η Έννοια της Κοινωνικής Υποστήριξης και η Επίδρασή της στη Διαχείριση των Χρόνιων Νόσων
The Concept of Social Support and the Impact on Chronic Diseases Management
Γεώργιος Ποντισίδης, Θάλεια Μπελλάλη **6**

Καπνιστικές συνήθειες και χρήση αλκοόλ. Επιδημιολογικά δεδομένα και μέτρα αντιμετώπισης
Smoking Habits and Alcohol Use. Epidemiological data and countermeasures
Αναστασία Νάνου, Μαρία Σαρίδη, Κυριάκος Σουλιώτης **17**

Συμμόρφωση στη Θεραπεία και ο Ρόλος των Επαγγελματιών Υγείας:
Η περίπτωση των οστεοπορωτικών ασθενών
Compliance and Health Professionals' role: The case of osteoporotic patients
Αγγελική Φράγκου, Παρασκευή Αποστολάρα, Αθηνά Καλοκαιρινού **29**

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΑΡΘΡΟ - RESEARCH ARTICLE

Η Επίδραση της Χρήσης Κινητής Τηλεφωνίας στην Υγεία
και σε Βιολογικούς Δείκτες σε δείγμα Ελλήνων φοιτητών
The Impact of Mobile Phone Dependency on Health and Biomarkers in a Greek University Student Sample
Ευγενία Μηνασίδου, Αθανάσιος Μαστροκώστας,
Μαρία Γκριζιώτη, Φαίδρα Ελευθερίου, Θάλεια Μπελλάλη **37**

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ & ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ **47**

ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ **49**

EDITORIAL

Σχεδιάζοντας και θέτοντας Στόχους βήμα-βήμα, για το Νέο Έτος

Αθανάσιος Μαστροκώστας
Τχης (ΥΝ) MSc., Phd(c), 424 ΓΣΝΕ

Οι περισσότεροι από εμάς, στο τέλος κάθε χρονιάς, είναι πολύ συνηθισμένο να κάνουμε έναν προσωπικό απολογισμό σχετικά με το τι ήταν αυτό που πήγε καλά, τι δεν πήγε και τόσο καλά και ποια ήταν τα κύρια γεγονότα που επηρέασαν τη ζωή μας. Αυτή η εσωτερική ανασκόπηση αποτελεί συχνά το εφαλτήριο προκειμένου να σχεδιάσουμε τις μελλοντικές μας ενέργειες. Το επόμενο και εξαιρετικά σημαντικό βήμα στην ατομική μας εξέλιξη, σε κάθε τομέα δραστηριοτήτων, είναι η *στοχοθεσία* δηλαδή η θέσπιση συγκεκριμένων στόχων. Όλοι οι νοσηλευτές μπορούμε με αφετηρία τη νέα χρονιά να θέσουμε, τόσο σε προσωπικό, όσο και σε επαγγελματικό επίπεδο, μετρήσιμους και εφικτούς στόχους.

Τι ακριβώς είναι όμως η στοχοθεσία;

Φανταστείτε την πορεία μας στη ζωή ως ένα ταξίδι. Η στοχοθεσία περιλαμβάνει τη χάραξη αυτής της πορείας, καθώς και τον καθορισμό των ενδιάμεσων σημείων και σταθμών. Σκεφτείτε τη ζωή μας επίσης, ως μια επιχείρηση η οποία για να επιβιώσει, να αναπτυχθεί και να ανθίσει χρειάζεται κάποιο επιχειρησιακό πλάνο. Χωρίς αυτό, οι ενέργειές μας είναι εντελώς ασυντόνιστες και μακροπρόθεσμα ελάχιστα αποτελεσματικές, αν όχι επιζήμιες.

Γιατί όμως είναι τόσο σημαντικό να θέτουμε νέους στόχους; Η στοχοθεσία, ως μέθοδος που χρησιμοποιείται ευρύτατα στον τομέα των επιχειρήσεων, μας βοηθά να καθορίσουμε τι είναι σημαντικό να επιτύχουμε στην καριέρα μας και τη ζωή μας γενικά, να επικεντρωθούμε σε αυτό και να το διαχωρίσουμε από άλλα λιγότερα σημαντικά ή σχετικά πράγματα. Επίσης, μας παρέχει τα κίνητρα προς την επίτευξη του σκοπού μας και βοηθά να οικοδομήσουμε την αυτοπεποίθησή μας, βασιζόμενοι σε μετρήσιμα επιτεύγματα.

Στη συνέχεια, μπορεί να αναρωτηθούμε τι στόχους μπορεί να θέσει ένας νοσηλευτής και με ποιο τρόπο μπορεί να τους διατυπώσει. Πρώτα απ' όλα είναι απαραίτητο να καθορίσουμε το μακροπρόθεσμο πλάνο μας, δηλαδή τι θα θέλαμε να επιτύχουμε σε βάθος χρόνου (π.χ. τα επόμενα 5 ή 10 χρόνια), ή πώς θα θέλαμε να βλέπαμε τον εαυτό μας σε αυτό το διάστημα. Αυτό είναι από τα πιο δύσκολα βήματα, καθώς περιλαμβάνει όχι μόνο τις προσωπικές μας φιλοδοξίες και επιθυμίες, αλλά και την αναγνώριση των περιορισμών και δυνατών μας σημείων καθώς και των συνθηκών, δηλαδή προϋποθέτει κάποιο επίπεδο αυτογνωσίας. Για παράδειγμα, μπορεί να θέσουμε ως μακροπρόθεσμο στόχο μια σημαντική προαγωγή στην εργασία μας, έναν ακαδημαϊκό τίτλο ή μια θέση ευθύνης ή υψηλής εξειδίκευσης.

Το επόμενο στάδιο είναι να δούμε τι χρειάζεται για να κατακτήσουμε αυτούς τους μακροπρόθεσμους στόχους και να σχεδιάσουμε τη σειρά ενεργειών. Στα προηγούμενα παραδείγματα θα λέγαμε ότι επιβάλλεται να συγκεντρώσουμε μία σειρά από ακαδημαϊκά ή επαγγελματικά εφόδια τα οποία είναι απαραίτητα για τη βελτίωση του βιογραφικού μας. Τα εφόδια που θα πρέπει να συλλέξουμε στην πορεία, αποτελούν τους ενδιάμεσους ή βραχυπρόθεσμους στόχους, οι οποίοι συχνά τίθενται και αναπροσαρμόζονται σε ετήσια βάση. Θα πρέπει ωστόσο να είμαστε ιδιαίτερα μεθοδικοί όταν καταρτίζουμε τους στόχους μας ώστε να μεγιστοποιήσουμε τις πιθανότητες να επιτευχθούν τελικά

στην πράξη. Στην πραγματικότητα, οι στόχοι μας θα πρέπει να είναι έξυπνα διατυπωμένοι, ακολουθώντας το ακρωνύμιο SMART (Specific-Measurable-Attainable-Relevant-Time Limited, δηλαδή Συγκεκριμένοι, Μετρήσιμοι-Εφικτοί-Σχετικοί-Χρονικά Προσδιορισμένοι).

Καταρχάς λοιπόν, θα πρέπει οι στόχοι μας να είναι *λεπτομερείς, συγκεκριμένοι και σαφώς προσδιορισμένοι.* Αντίθετα, αν θέσουμε για παράδειγμα ως στόχο μας για την επόμενη χρονιά απλώς «να γίνουμε καλύτεροι νοσηλευτές» ή να «εκπαιδευτούμε περισσότερο», τότε δεν είναι καθόλου σίγουρο ότι θα επιτύχουμε σε αυτή τη γενική και αόριστη προοπτική, διότι δε θα έχουμε κάποιο συγκεκριμένο τρόπο να το ορίσουμε. Ένας συγκεκριμένος στόχος για την προσεχή χρονιά θα μπορούσε να είναι για παράδειγμα το να συμμετέχουμε με μία εργασία σχετική με το χώρο εργασίας μας στο προσεχές Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο της Ε.Ν.Ε., ή να υποβάλλουμε ένα άρθρο ερευνητικής εργασίας σε ένα περιοδικό για δημοσίευση. Είναι πολύ σημαντικό να καταγράψουμε αυτούς τους στόχους. Το να δαπανήσουμε χρόνο και να καταγράψουμε τους συγκεκριμένους στόχους για την επόμενη χρονιά σημαίνει μια μορφή δέσμευσης προς τον εαυτό μας κυρίως, εκτός από τη διαρκή υπενθύμιση και παρακίνηση που μας παρέχει. Αν αντίθετα οι στόχοι μας παραμένουν μόνο ως σκέψη στο μυαλό μας, μπορούμε πάντοτε να προσποιηθούμε ότι ποτέ δεν είχαμε θέσει ακριβώς αυτόν τον στόχο, καθώς είναι στην ανθρώπινη φύση να μην παραδεχόμαστε ότι αποτυγχάνουμε ή υστερούμε. Επιπλέον, έχοντας ένα συγκεκριμένο και καταγεγραμμένο στόχο μας βοηθά στην ανάλυση των αιτιών της αποτυχίας και την αναδιαμόρφωση των στόχων. Είναι επίσης πιο πρακτικό να έχουμε πολλούς επιμέρους ενδιάμεσους καταγεγραμμένους στόχους, από το να έχουμε ένα ενιαίο και συμπαγή. Επιτυγχάνοντας σταδιακά ένα-ένα τα βήματα αισθανόμαστε μεγαλύτερη ικανοποίηση και δέσμευση προς τον τελικό σκοπό.

Σε συνάρτηση με τα προηγούμενα, ένας στόχος θα πρέπει να είναι *μετρήσιμος,* δηλαδή να μπορεί να προσδιοριστεί ποσοτικά ώστε να είναι δυνατή η αξιολόγησή του. Θα πρέπει να έχουμε εκ των προτέρων επιλέξει προσεκτικά τα κριτήρια που θα καθορίζουν αν ο στόχος μας έχει επιτευχθεί ή όχι. Καλό θα είναι επίσης, οι στόχοι μας να είναι θετικά διατυπωμένοι, δηλαδή να περιγράφουν τις δράσεις που σκοπεύουμε να κάνουμε και όχι τι δεν θα πρέπει να κάνουμε. Για παράδειγμα, ένας μετρήσιμος στόχος θα ήταν να συγκεντρώσουμε 40 μονάδες συνεχιζόμενης νοσηλευτικής εκπαίδευσης μέσα στο επόμενο εξάμηνο ή να λάβουμε τις πιστοποιήσεις στο σεμινάριο της Βασικής και Εξειδικευμένης Υποστήριξης της Ζωής αντίστοιχα, μέχρι το τέλος του έτους.

Επίσης είναι θεμελιώδες οι στόχοι μας να είναι *εφικτοί και ρεαλιστικοί,* λαμβάνοντας υπόψη τους πόρους, το χρόνο, τις δυνατότητες, τις δεξιότητες και τα πιθανά εμπόδια. Συχνά οι στόχοι που θέτουμε δεν είναι ρεαλιστικοί για μια σειρά από λόγους. Πρώτον, οι στόχοι μπορεί να τίθενται από άλλους σύμφωνα με τις δικές τους επιθυμίες. Αυτό σπάνια έχει καλά αποτελέσματα, αν δεν λαμβάνονται υπόψη οι δικές μας φιλοδοξίες, προτεραιότητες και κλίσεις. Η επιθυμία εξάλλου, είναι η κινητήρια δύναμη της δράσης. Επίσης, μη εφικτοί στόχοι μπορούν να τεθούν όταν δεν έχουμε επαρκή πληροφόρηση και εμπειρία σχετικά με αυτό που προσπαθούμε να κατακτήσουμε. Αν για παράδειγμα θέσουμε ως στόχο να δημοσιεύσουμε την πρώτη μας συγγραφική προσπάθεια σε ένα διεθνές περιοδικό με πολύ μεγάλο δείκτη δυσκολίας δημοσίευσης, είναι πολύ πιθανό να απογοητευτούμε. Τέλος, ένας άλλος λόγος είναι ότι υπολογίζουμε συνεχώς στη βέλτιστή μας απόδοση, πράγμα που δεν μπορεί να το εγγυηθεί κανείς. Είναι απαραίτητο να λαμβάνουμε υπόψη και τις ανάγκες μας για ανάπαυση και ψυχαγωγία, διαφορετικά κινδυνεύουμε σοβαρά από επαγγελματική εξουθένωση. Οι στόχοι θα πρέπει λοιπόν να είναι στα ανώτερα όρια των δυνατοτήτων μας, αλλά όχι πολύ πιο πάνω από αυτά.

Οι στόχοι μας θα πρέπει να είναι επίσης *σχετικοί με το μακροπρόθεσμο σχέδιο* που έχουμε θέσει. Συχνά μπορεί να βρίσκουμε ενδιαφέροντα, να μας ενθουσιάζουν ή ακόμα και να προκύπτουν διάφορες ευκαιρίες στην πορεία, όμως θα πρέπει να αναρωτηθούμε πόσο σχετικές και χρήσιμες είναι αυτές για την επίτευξη των μακροπρόθεσμων στόχων μας. Μπορεί για παράδειγμα να μας φαίνεται πολύ ενδιαφέρον ένα σεμινάριο σχετικό με την Ειδική Αγωγή, όμως πόσο χρήσιμο θα μας είναι, εάν ο στόχος μας είναι στο πεδίο της Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής; Χρειάζεται μεγάλη προσοχή για να μην αποπροσανατολιζόμαστε από τις βασικές μας επιδιώξεις και χάνουμε άσκοπα τον περιορισμένο χρόνο μας.

Τέλος, οι στόχοι μας θα πρέπει να έχουν *ένα συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα* και τελικές ημερομηνίες επίτευξης. Για παράδειγμα, θα πρέπει να έχουμε μελετήσει 10 σχετικά άρθρα με την εργασία που ετοιμάζουμε, μέχρι το τέλος του μήνα. Αυτό, αν και ίσως μας δημιουργεί κάποια πίεση, ωστόσο μας θέτει και τα όρια επιμονής σχετικά με ένα στόχο, αλλά και μας παρέχει το κίνητρο για να αυξήσουμε την απόδοσή μας. Θα πρέπει ωστόσο το χρονοδιάγραμμα να είναι λεπτομερές, αλλά και προσαρμοσμένο στην πραγματικότητα. Προηγούμενη εμπειρία άλλων μπορεί να φανεί πολύ χρήσιμη. Εννοείται ότι και αυτό το χρονοδιάγραμμα θα πρέπει να είναι επίσης καταγεγραμμένο, μαζί με τους αντίστοιχους στόχους.

Αυτό το ετήσιο πλάνο με τους επιμέρους καταγεγραμμένους στόχους θα είναι πολύ χρήσιμο να το έχουμε αναρτημένο σε κάποιο προσωπικό χώρο, στο οποίο θα έχουμε συχνή, αν όχι καθημερινή οπτική πρόσβαση. Βλέποντας κάθε μέρα τους στόχους μας και το χρονοδιάγραμμά μας, αυξάνεται η αποφασιστικότητα και η εξοικείωσή μας με τους στόχους μας και μας βοηθά να διατηρούμε τη σωστή πορεία. Δεν υπάρχει μεγαλύτερη ικανοποίηση από το να τσεκάρουμε έναν-έναν τους επιτυχημένους στόχους μας. Από την άλλη, σε περίπτωση που βλέπουμε ότι δεν προλαβαίνουμε ή είμαστε εκτός των στόχων μας, δε χρειάζεται να απογοητευόμαστε. Με μικρά βήματα θα επιστρέψουμε σιγά-σιγά στην πορεία που έχουμε χαράξει εμείς οι ίδιοι, εφόσον είμαστε δεσμευμένοι με το σκοπό μας.

Εν κατακλείδι, η μεθοδικότητα από μόνη της δεν είναι πάντοτε επαρκής για την επίτευξη των σκοπών μας, όταν αυτή δεν συνοδεύεται από την αντίστοιχη αποφασιστικότητα. Όπως και να έχει, θα πρέπει να διεκδικήσουμε πράγματα για τον εαυτό μας για αυτή τη χρονιά, γιατί αν δεν κάνουμε ένα βήμα μπροστά, θα βρισκόμαστε πάντοτε στην ίδια θέση. Σκεφτείτε λοιπόν με πολύ σύνεση τι στόχους θα θέσετε προσωπικά για τη νέα χρονιά, διατυπώστε τους με μεθοδικό τρόπο και στο τέλος ίσως εκπλαγείτε από τα αποτελέσματα. Εξάλλου η εμπειρία έχει διδάξει ότι δεν υπάρχει τίποτα που μπορεί να σταματήσει έναν αποφασισμένο άνθρωπο, που διαθέτει ένα καλά οργανωμένο σχέδιο.

Καλή χρονιά λοιπόν να έχουμε, με στόχους και δημιουργική διάθεση!

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Bentley, C. (2012). "I'm going to do it!" versus honoring intention: how to set goals and really keep them! *Business Strategy Series* 13: 193-195.

Hersh, D., Worrall, L., Howe, T., Sherratt, S. & Davidson, B. (2012). SMARTER goal setting in aphasia rehabilitation. *Aphasiology* 26: 220-233.

Latham, G. P. & Locke, E. A. (1991). Theories of Cognitive Self-RegulationSelf-regulation through goal setting. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 50: 212-247.

Locke, E. A. & Latham, G. P. (2002). Building a practically useful theory of goal setting and task motivation: A 35-year odyssey. *American Psychologist* 57: 705-717.

Schunk, D. H. (2003). Self efficacy for reading and writing:influence of modelling, goal setting, and self-evaluation. *Reading & Writing Quarterly* 19: 159-172.

Zimmerman, B. J., Bandura, A. & Martinez-Pons, M. (1992). Self-Motivation for Academic Attainment: The Role of Self-Efficacy Beliefs and Personal Goal Setting. *American Educational Research Journal* 29: 663-676.

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Η Έννοια της Κοινωνικής Υποστήριξης και η Επίδρασή της στη Διαχείριση των Χρόνιων Νόσων

Γεώργιος Ποντισίδης[1], Θάλεια Μπελλάλη[2]

1. **Νοσηλευτής, MSc(c), Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης**

2. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η διαχείριση της χρόνιας νόσου αποτελεί ίσως την κυριότερη πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας διεθνώς, οι οποίοι καλούνται να αντιμετωπίσουν ποικίλα προβλήματα του ατόμου σε οργανικό, αλλά και σε ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο. Σημαντικός φαίνεται να είναι ο ρόλος της κοινωνικής υποστήριξης στη διαχείριση της χρόνιας νόσου, καθώς σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, σχετίζεται θετικά με τη σωματική και ψυχική υγεία. Πολλές έρευνες έχουν δείξει ότι η κοινωνική υποστήριξη σχετίζεται με τη μείωση της κατάθλιψης και του άγχους, την υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών υγείας, την προσήλωση στη θεραπευτική και διαιτητική αγωγή, την αυτοφροντίδα, την αυτοδιαχείριση, την καλύτερη ποιότητα ζωής και την έκβαση της νόσου, σε ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα, νεοπλασματικές νόσους, αναπνευστικά νοσήματα, σακχαρώδη διαβήτη και αυτοάνοσα νοσήματα. Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι, μέσα από τα αποτελέσματα διεθνών ερευνών, να περιγραφεί η έννοια και οι μορφές της κοινωνικής υποστήριξης, καθώς και να διερευνηθεί η θετική ή αρνητική επίδρασή της στη διαχείριση των χρόνιων νόσων. Επιπλέον στόχος είναι να εντοπιστούν οι στρατηγικές και παρεμβάσεις με τις οποίες οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να υποστηρίξουν σε συναισθηματικό και πρακτικό επίπεδο τόσο τον άρρωστο, ώστε να είναι σε θέση να διαχειρίζεται αποτελεσματικότερα το στρες, τις διαταραχές και τα λοιπά προβλήματα που του δημιουργεί η ασθένειά του, όσο και το ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον του.

Λέξεις Κλειδιά: Επαγγελματίας υγείας, κοινωνική υποστήριξη, στρατηγικές διαχείρισης, υγεία, χρόνια νόσος

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας: Γιώργος Ποντισίδης
Διεύθυνση: Ευγενίδη 12, Αλεξανδρούπολη
Ηλεκτρονική Διεύθυνση: georgepontisidis@gmail.com
Τηλέφωνο: 6948625299

Ημερομηνία Υποβολής: 05/12/2015
Ημερομηνία Δημοσίευσης: 22/12/2015

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Η έννοια της κοινωνικής υποστήριξης είναι ευρεία και περιλαμβάνει διάφορες μορφές και κατηγοριοποιήσεις**
- **Στις χρόνιες νόσους, οι ερευνητές μελετούν συχνότερα την αντιλαμβανόμενη υποστήριξη και την υποστήριξη σε συναισθηματικό, πληροφοριακό και πρακτικό επίπεδο**
- **Η κοινωνική υποστήριξη σε ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα, νεοπλασματικές νόσους, αναπνευστικά νοσήματα, σακχαρώδη διαβήτη και αυτοάνοσα νοσήματα επιδρά θετικά στην ψυχολογική τους κατάσταση, στις συμπεριφορές υγείας και γενικότερα στην ποιότητα ζωής τους**
- **Η κοινωνική υποστήριξη στη χρόνια νόσο θα πρέπει να είναι κατάλληλη και επαρκής και να παρέχεται εγκαίρως, από τα κατάλληλα άτομα.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στη σύγχρονη εποχή της παγκοσμιοποίησης και των έντονων αλλαγών στον τρόπο ζωής των ανθρώπων, η διαχείριση των χρόνιων νόσων αποτελεί ίσως την κυριότερη πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας. Μπορεί οι εξελίξεις στη σύγχρονες επιστήμες υγείας και η οικονομική ανάπτυξη στις ανεπτυγμένες χώρες να έχουν οδηγήσει στη μείωση κυρίως των λοιμωδών νοσημάτων, ωστόσο οι χρόνιες ασθένειες όπως ο καρκίνος και οι καρδιαγγειακές παθήσεις έχουν αυξηθεί σε ανησυχητικό βαθμό, ενώ κάποιες διαστάσεις της παγκοσμιοποίησης έχουν συντείνει επίσης στην αύξηση του ανθυγιεινού τρόπου ζωής και έχουν οδηγήσει ορισμένες περιθωριοποιημένες ομάδες να εμφανίσουν χρόνιες νόσους (μεταδοτικές και μη), αλλά και ψυχικές διαταραχές (Pang & Guindon 2004, Okasha 2005).

Ως *χρόνια νόσος* ορίζεται η κατάσταση υγείας με συμπτώματα που επιμένουν για περισσότερο από τρεις μήνες, με περιόδους λανθάνουσας κατάστασης, αλλά παρατεταμένης κλινικής πορείας, η οποία εμφανίζει σταδιακές αλλαγές με την πάροδο του χρόνου, είναι συνήθως πολυπαραγοντικής αιτιολογίας και καθώς δεν έχει οριστική θεραπεία, απαιτεί τη συνεχή διαχείριση για χρονική περίοδο ετών ή δεκαετιών (CCDPC 2006). Παρόλο που οι έννοιες *χρόνια νόσος* (chronic disease), *χρόνια ασθένεια* (chronic sickness) και *χρόνια αρρώστια* (chronic illness) χρησιμοποιούνται εναλλακτικά (όπως στο παρόν άρθρο), στην πραγματικότητα η πρώτη, αφορά στη διαταραχή σε οργανικό επίπεδο (οι βλάβες εκφράζονται με σημεία και συμπτώματα που αξιολογούνται μέσω εργαστηριακών ευρημάτων), η δεύτερη στο κοινωνικό επίπεδο (εξαιτίας της νόσου διαταράσσονται οι επαγγελματικές/κοινωνικές δραστηριότητες του ατόμου, το οποίο χαρακτηρίζεται ως ασθενής), ενώ η τρίτη, στο λειτουργικό επίπεδο (αφορά στην υποκειμενική βιωμένη εμπειρία του ατόμου, σύμφωνα με την οποία νιώθει πόνο κόπωση, αδυναμία, δυσλειτουργία) (Walker 2001). Κατά συνέπεια, οι μόνιμες διαταραχές του ατόμου στο οργανικό επίπεδο συνιστούν μια κατάσταση μειονεκτικότητας (impairment), στο κοινωνικό επίπεδο, κατάσταση αναπηρίας (handicap), ενώ στο λειτουργικό επίπεδο, κατάσταση ανικανότητας (disability) (CCDPC 2006).

Οι χρόνιες νόσοι/ασθένειες λοιπόν, περιλαμβάνουν τα μεταδοτικά νοσήματα (π.χ. HIV, φυματίωση), τα μη μεταδοτικά νοσήματα (π.χ. σακχαρώδης διαβήτης, αναπνευστικές δυσχέρειες), τις μακροχρόνιες ψυχικές διαταραχές (π.χ. κατάθλιψη, σχιζοφρένεια), καθώς και τις προοδευτικές φυσικές-δομικές βλάβες (π.χ. τύφλωση, γενετικές διαταραχές). Αναφορικά με τις μη μεταδιδόμενες χρόνιες νόσους, ο ΠΟΥ αναφέρει ότι ευθύνονται για 38 εκατομμύρια θανάτους το 2012, ενώ προβλέπεται να φτάσουν τα 52 εκατομμύρια το 2030 (Liddy et al 2013, WHO 2014). Τα καρδιαγγειακά νοσήματα (46,2%), οι νεοπλασματικές νόσοι (21,7%), οι χρόνιες πνευμονοπάθειες (10,7%) και ο σακχαρώδης διαβήτης (4%), προκαλούν το 82,6% αυτών των θανάτων (WHO 2014). Επίσης, σημαντικός είναι ο επιπολασμός των αυτοάνοσων νόσων (π.χ. πολλαπλή σκλήρυνση, ρευματοειδής αρθρίτιδα, συστηματικός ερυθηματώδης λύκος), καθώς σύμφωνα με στοιχεία του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας των ΗΠΑ, τα αυτοάνοσα νοσήματα επηρεάζουν το 5-8% του πληθυσμού δηλαδή 14.-22 εκατομμύρια ανθρώπους, ενώ παρόμοια αναφέρεται ότι είναι και η εικόνα στην Ευρώπη. Υψηλότερο βιοτικό επίπεδο και μεγαλύτερη τεχνολογική πρόοδος συνδέονται με υψηλότερη επεξεργασία των τροφών, αλλοίωση του περιβάλλοντος και απομάκρυνση από τον φυσικό τρόπο ζωής, παράγοντες που επηρεάζουν τη σύγχρονη επιδημία εμφάνισης των αυτοάνοσων νόσων (U.S Department of Health and Human Services 2002).

Σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Αρχή, ένας στους δύο ανθρώπους ηλικίας άνω των 15 ετών δηλώνει ότι πάσχει από χρόνια ασθένεια. Όσον αφορά στο φύλο, πέντε στις δέκα γυναίκες (53,9%) και τέσσερις στους δέκα άνδρες (44,2%) δηλώνουν ότι πάσχουν από μία χρόνια νόσο. Επίσης, σε σύγκριση με το 2009, οι χρόνιοι ασθενείς έχουν αυξηθεί κατά 24,2% (ΕΛΣΤΑΤ 2015). Όλοι αυτοί οι χρόνιοι ασθενείς καλούνται να αντιμετωπίσουν εκτός των σωματικών επιπτώσεων από την αρρώστια τους, διάφορα προβλήματα σε ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο. Η διαχείριση του στρες και των οργανικών και ψυχικών διαταραχών που βιώνουν φαίνεται να αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για την πορεία της νόσου τους, ενώ η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να προσφέρει σημαντική βοήθεια στην προσαρμογή του ασθενή στη νέα κατάσταση της υγείας του (Uchino 2006, Mohr 2007, Krokavcova et al 2008, Dennison

et al 2009). Άλλωστε, τα χρόνια νοσήματα εκτός των επιπτώσεων που επιφέρουν στους πάσχοντες, επηρεάζουν και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον τους, δηλαδή την κοινωνία γενικότερα.

Η *κοινωνική υποστήριξη* (social support), τα τελευταία χρόνια έχει προκαλέσει το ενδιαφέρον πολλών επιστημονικών κλάδων όπως η κοινωνική εργασία, η ψυχολογία, η κοινωνιολογία, η νοσηλευτική, η ιατρική και η δημόσια υγεία, καθώς σύμφωνα με τη βιβλιογραφία οι διάφορες μορφές της και κυρίως η συναισθηματική, σχετίζεται θετικά με τη σωματική και ψυχική υγεία (Uchino 2009). Πολλές είναι οι μελέτες που έχουν δείξει ότι οι χρόνιοι ασθενείς που διαθέτουν ουσιαστικούς δεσμούς με μέλη της κοινότητας, διαβιώνουν περισσότερο και με πιο ποιοτικό τρόπο. Οι χρόνιοι ασθενείς πρέπει να επιδιώκουν τη λήψη βοήθειας και στήριξης από άτομα, φορείς και επαγγελματίες, αξιολογώντας και κρίνοντας ωστόσο τις προσφερόμενες υπηρεσίες, τους πόρους και τις συμβουλές που δέχονται (McCabe et al 2004, Frasure-Smith et al 2000).

Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι να περιγραφεί η έννοια και οι μορφές της κοινωνικής υποστήριξης, καθώς και να διερευνηθεί η επίδρασή της στη διαχείριση των χρόνιων νόσων, μέσα από τα αποτελέσματα διεθνών ερευνών. Συγκεκριμένα, θα αναφερθεί η επίδραση της ΚΥ στις πέντε συχνότερες κατηγορίες χρόνιων νόσων, δηλαδή στα καρδιαγγειακά νοσήματα, στον καρκίνο, στις χρόνιες πνευμονοπάθειες, στο σακχαρώδη διαβήτη και στα αυτοάνοσα νοσήματα. Απώτερος στόχος είναι να εντοπιστούν οι στρατηγικές και παρεμβάσεις με τις οποίες οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να υποστηρίξουν σε συναισθηματικό και πρακτικό επίπεδο, τόσο τον άρρωστο, ώστε να είναι σε θέση να διαχειρίζεται αποτελεσματικότερα το στρες, τις διαταραχές και τα λοιπά προβλήματα που του δημιουργεί η ασθένειά του, όσο και το ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον του.

ΟΡΙΣΜΟΣ, ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Η έννοια της κοινωνικής υποστήριξης, περιλαμβάνει πολλές διαστάσεις και για το λόγο αυτό, στη βιβλιογραφία εντοπίζονται διάφοροι ορισμοί, καθώς και μορφές της κοινωνικής υποστήριξης, ανάλογα με το πώς αντιλαμβάνονται την έννοια και σε ποια διάστασή της δίνουν έμφαση οι ερευνητές (2011). Ο Mattson (2011) βασιζόμενος στους ορισμούς άλλων ερευνητών (Albrecht & Adelman 1987, Gottleb 2000) καταλήγουν σε έναν ευρύτερο, ο οποίος αποδίδει την κοινωνική υποστήριξη ως *«μια συναλλακτική, επικοινωνιακή διεργασία που περιλαμβάνει την λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία, με στόχο τη βελτίωση της αίσθησης του ατόμου αναφορικά με την ικανότητα διαχείρισης του προβλήματός του, της αυτοεκτίμησης καθώς και της αίσθησης του ανήκειν».*

Η κοινωνική υποστήριξη (ΚΥ) μπορεί να διαχωριστεί αρχικά σε δύο μεγάλες κατηγορίες: στην *αντικειμενική* (actual, received or enacted support) και στην *αντιλαμβανόμενη ή υποκειμενική* (perceived or subjective support) (Gurung 2006). Η πρώτη αφορά στην υποστήριξη που λαμβάνει το άτομο στην πράξη, ενώ η δεύτερη αφορά στην πεποίθηση του ατόμου σχετικά με τη διαθεσιμότητα της υποστήριξης, η οποία μπορεί να είναι θετική ή αρνητική (positive or negative perceived support) και περιλαμβάνει το τι θεωρεί το ίδιο το άτομο ότι χρειάζεται, σε αντίθεση ή σε συμφωνία με την υποστήριξη που τελικά λαμβάνει (Norris & Kaniasty 1996). Για παράδειγμα, σύμφωνα με τον Mattson (2011), στην έρευνα των McDowell and Serovich (2007) σχετικά με το πώς η αντικειμενική και αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη επηρεάζει την ψυχική υγεία ασθενών με HIV, βρέθηκε ότι ενώ η αντιλαμβανόμενη υποστήριξη λειτουργεί θετικά και προβλέπει την καλή ψυχική υγεία, η επίδραση της αντικειμενικής υποστήριξης στην ψυχική υγεία αυτών των ασθενών ήταν ελάχιστη.

Σχετικά με τις μορφές της ΚΥ, οι Schaefer et al (1981) αναφέρονται σε πέντε τύπους: α) τη συναισθηματική υποστήριξη (emotional support), β) την υποστήριξη σε επίπεδο εκτίμησης (esteem support), γ) την υποστήριξη από το κοινωνικό δίκτυο (network support), δ) την υποστήριξη σε επίπεδο πληροφόρησης (informational support) και δ) την έμπρακτη/υλική/πρακτική υποστήριξη (tangible or instrumental support).

Η *συναισθηματική υποστήριξη* αφορά στη στήριξη που παρέχεται για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών του ατόμου και είναι αυτή στην οποία πιο συχνά αναφέρονται οι ερευνητές, όταν μιλούν για κοινωνική υποστήριξη. Η *στήριξη σε επίπεδο εκτίμησης* αφορά σε όλες τις ενέργειες που γίνονται προκειμένου να ενισχυθεί η αυτοεκτίμηση και η πεποίθηση του ατόμου ότι είναι ικανό να διαχειριστεί τις δύσκολες καταστάσεις που βιώνει. Η *υποστήριξη σε επίπεδο κοινωνικού δικτύου*, αφορά στην πεποίθηση του ατόμου σχετικά με τη διαθεσιμότητα αυτού του δικτύου, δηλαδή αν και πόσοι σημαντικοί άλλοι υπάρχουν που μπορούν να τον στηρίξουν με διάφορους τρόπους. Η *υποστήριξη σε επίπεδο πληροφόρησης*, αφορά στη διαθεσιμότητα και την παροχή πληροφοριών από την πλευρά των σημαντικών άλλων, έτσι ώστε το άτομο να μπορεί να λάβει αποφάσεις σε θέματα που το αφορούν πχ διάγνωση, θεραπεία μιας νόσου κ.λπ. Τέλος, η *έμπρακτη στήριξη* είναι η υποστήριξη σε πρακτικό επίπεδο, δηλαδή η βοήθεια που παρέχεται στο άτομο, προκειμένου να διαχειριστεί πρακτικά ζητήματα στην καθημερινότητά του π.χ. φροντίδα παιδιών, μετακινήσεις κλπ (Schaefer et al 1981, Krokavcova et al 2008, Sanderson 2013).

Μια άλλη ευρύτερη κατηγοριοποίηση των μορφών της ΚΥ, την οποία υποστηρίζουν αρκετοί ερευνητές και κλινικοί είναι η *λειτουργική* (functional support) και η *δομική υπο-*

στήριξη (structural support) (Barth et al 2010). Η *λειτουργική*, αφορά στη στήριξη και την ενίσχυση που παρέχεται στο άτομο από το κοινωνικό του δίκτυο και περιλαμβάνει την υποστήριξη σε πρακτικό επίπεδο, την υποστήριξη σε επίπεδο πληροφόρησης, τη συναισθηματική υποστήριξη και κάποιες επιπλέον υποκατηγορίες όπως είναι η οικονομική (financial support), η υποστήριξη σε επίπεδο έκφρασης/εκτίμησης μιας κατάστασης (appraisal support), καθώς και η υποστήριξη σε επίπεδο κατασκευής νοήματος (meaning making support) για την απόδοση της ερμηνείας ενός στρεσσογόνου γεγονότος (Papadatou et al 1999). Η *δομική υποστήριξη* που συχνά αναφέρεται ως κοινωνική ένταξη/ενσωμάτωση (social integration) αναφέρεται στα χαρακτηριστικά του κοινωνικού δικτύου του ατόμου και στην αλληλεπίδρασή του με αυτό (Willis 1991). Σημαντικό θέμα σε αυτή την κατηγορία της υποστήριξης είναι ο αριθμός των μελών του υποστηρικτικού δικτύου που διαθέτει το άτομο, η συχνότητα των επαφών μαζί τους, η συμμετοχή του ατόμου σε ομάδες ομοιοπαθών ασθενών, καθώς και η οικογενειακή κατάστασή του για την παροχή της *συζυγικής υποστήριξης* (spousal, marital or partner support). Άλλωστε, η συντροφικότητα θεωρείται ότι έχει θετική επίδραση στη μείωση του στρες, καθώς μειώνει την ανάδυση αρνητικών σκέψεων σχετικά με προβλήματα και αυξάνει τα θετικά συναισθήματα και τις διαθέσεις του ατόμου (Willis 1991).

Επίσης, κάποιοι ερευνητές αναφέρονται *στην τυπική και άτυπη κοινωνική υποστήριξη* (formal and informal support), βασιζόμενοι στον αρχικό ορισμό του Caplan (1974) για το τι σημαίνει κοινωνική υποστήριξη. Όπως αναφέρεται στον Jacobson (1986), η ΚΥ αφορά στις τυπικές και άτυπες σχέσεις που συνάπτει το άτομο, στο πλαίσιο των οποίων λαμβάνει συναισθηματική, γνωσιακή και υλική υποστήριξη για να διαχειριστεί στρεσσογόνες καταστάσεις. Η *τυπική* υποστήριξη περιλαμβάνει όλες τις υπηρεσίες που παρέχονται από τους επαγγελματίες υγείας και το σύστημα υγείας, ενώ η *άτυπη* υποστήριξη παρέχεται από άτομα του κοινωνικού δικτύου του ατόμου (οικογένεια, φίλοι, συνάδελφοι, κοινωνικά δίκτυα, εθελοντικές οργανώσεις, εκκλησία κ.λπ.).

Τέλος, κάποιοι αναφέρονται στην *μη ορατή υποστήριξη* (invisible support) όπου το άτομο λαμβάνει υποστήριξη μεν, αλλά χωρίς το ίδιο να το συνειδητοποιεί και μάλιστα υποστηρίζεται ότι αυτή είναι και η πιο εποικοδομητική υποστήριξη σε σχέση με την αντικειμενική ή την αντιλαμβανόμενη(Bolger et al 2000, Bolger & Amarel 2007).

Συμπεραίνει λοιπόν κανείς ότι δεν υπάρχει κοινή συμφωνία μεταξύ των ερευνητών για τους ορισμούς και τις μορφές της υποστήριξης, ωστόσο, όλες αυτές οι κατηγοριοποιήσεις αποτελούν το «κλειδί» για να κατανοήσει κανείς το τι πραγματικά διερευνούν οι επιστήμονες στις σχετικές μελέτες τους (Uchino 2006). Στις περισσότερες από αυτές έχει φανεί ότι η ΚΥ έχει θετική επίδραση στην υγεία, που πιθανόν οφείλεται στο ότι δύναται να εξαλείφει τις συνέπειες του στρες, ωθώντας τους ασθενείς να αξιολογούν τις καταστάσεις ως μη επιζήμιες (Sanderson 2013). Η ΚΥ έχει συνδεθεί με χαμηλότερα ποσοστά νοσηρότητας και θνητότητας, καθώς αποτρέπει την υιοθέτηση ανθυγιεινών συμπεριφορών, ενώ βελτιώνει τα ποσοστά θετικών συμπεριφορών όπως η άσκηση, και η τήρηση των ιατρονοσηλευτικών οδηγιών, αυξάνει την καλή διάθεση και την αίσθηση του ελέγχου των ψυχοπιεστικών γεγονότων (DiMatteo & Martin 2011, Sanderson 2013).

Παρόλα αυτά, δεν είναι όλες οι μορφές της ΚΥ κατάλληλες για κάθε περίπτωση και κάθε ασθενή, αφού ανάλογα με τις επικρατούσες συνθήκες ενδέχεται να βοηθά μόνο μια μορφή της. Με άλλα λόγια, το είδος της παρεχόμενης υποστήριξης δύναται να διαδραματίζει πρωτεύοντα ρόλο. Όταν ο ασθενής έχει ανάγκη από συναισθηματική υποστήριξη και του παρέχεται μόνο πληροφοριακή, τότε ενδέχεται να νιώσει άγχος και επιπρόσθετο στρες. Επιπλέον, η ΚΥ μπορεί να έχει αρνητική επίδραση στην υγεία του ασθενούς, όπως για παράδειγμα στην περίπτωση που ελλοχεύει ο κίνδυνος ανταπόδοσης, φορτικής συμπεριφοράς και παρότρυνσης σε συμπεριφορές που θέτουν σε κίνδυνο την υγεία του (κάπνισμα, λήψη αλκοόλ, κακή διατροφή, μη συμμόρφωση με τις θεραπευτικές οδηγίες) από τους παρέχοντες την υποστήριξη. Σε αυτή την περίπτωση, το κοινωνικό δίκτυο λειτουργεί το ίδιο ως στρεσσογόνο ερέθισμα, προκαλώντας περαιτέρω συναισθηματική δυσφορία στον ασθενή (Krokavcova et al 2008, DiMatteo & Martin 2011, Croezen et al 2012).

Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΣΤΙΣ ΧΡΟΝΙΕΣ ΝΟΣΟΥΣ

Οι χρόνιοι ασθενείς βιώνουν σε μεγάλο βαθμό στρες, ανασφάλεια και άγχος για την πορεία της νόσου και το μέλλον της ζωής τους (Thorn et al 2007, Irvine et al 2009). Η διαχείριση του στρες και των διαταραχών που προκαλεί η νόσος, μέσω της ΚΥ φαίνεται ότι μπορεί να συμβάλει στην καλύτερη προσαρμογή στην ασθένεια, ενώ αυτή αποτελεί σημαντικό παράγοντα για τη μετέπειτα πορεία της (Ozbay et al 2007, Dennison et al 2009). Πολλές έρευνες έχουν δείξει τη θετική επίδραση της ΚΥ στη διαχείριση του στρες που βιώνουν οι χρόνιοι ασθενείς με παθήσεις του καρδιαγγειακού, του ενδοκρινικού και του ανοσοποιητικού συστήματος, μέσω της μείωσης της δράσης των ανοσοτροποποιητικών παραγόντων του οργανισμού όπως είναι οι ιντερλευκίνες και η ιντερφερόνη-γ, καθώς και της αντίστασης του οργανισμού στη δράση της κορτιζόνης (Uchino 2006, Mohr 2007). Επίσης, σύμφωνα με τους Miller & DiMatteo (2013), η ΚΥ επιδρά στην καλή συναισθηματική κατάσταση των χρονίως πασχόντων ατόμων και συγκεκριμένα, όταν υπάρχει οικογενειακή συνοχή και στήριξη από το κοντινό περιβάλλον, οι χρόνιοι ασθενείς εμφανίζουν καλύτερη προσαρμογή στη νόσο τους.

Ακολούθως, μέσα από μια αναζήτηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, περιγράφονται τα πιο βασικά ευρήματα ορισμένων πρόσφατων, πρωτογενών και δευτερογενών μελετών, αναφορικά με την ΚΥ σε χρόνιους ασθενείς με καρδιαγγειακά προβλήματα, καρκίνο, αναπνευστικά προβλήματα, σακχαρώδη διαβήτη και αυτοάνοσες νόσους, με στόχο να διαφανεί η επίδρασή της στους διάφορους τομείς της ζωής αυτών των ασθενών.

Καρδιαγγειακές παθήσεις

Σε έρευνα που πραγματοποίησαν οι Bucholz et al (2014) σε δείγμα 3432 νεαρών ασθενών που εμφάνισαν ο*ξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (ΟΕΜ),* διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς με χαμηλή ΚΥ ανέφεραν χαμηλότερη λειτουργικότητα, ποιότητα ζωής και περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα κατά την έναρξη και 12 μήνες μετά από το ΟΕΜ, σε σχέση με αυτούς που είχαν μέτρια ή υψηλή ΚΥ. Στη μελέτη των Frasure-Smith et al (2000), σε δείγμα 887 ασθενών που είχαν υποστεί ΟΕΜ, βρέθηκε ότι η ΚΥ αποτελεί μεν προγνωστικό δείκτη της καρδιακής θνησιμότητας, χωρίς όμως να σχετίζεται άμεσα με την επιβίωση. Ωστόσο, υψηλά επίπεδα ΚΥ φάνηκαν να βελτιώνουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης, να προστατεύουν από την αρνητική πρόγνωση και να μειώνουν τις επιπτώσεις που έχει η κατάθλιψη στη θνησιμότητα. Σε μελέτη επίσης των Hughes et al (2004) μεταξύ 228 νοσηλευόμενων ασθενών με καρδιακό επεισόδιο, βρέθηκε ότι τα υψηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης από το ευρύτερο περιβάλλον, σχετίζονταν με χαμηλά επίπεδα μόνιμου και παροδικού άγχους, ενώ η παρεχόμενη υποστήριξη συγκεκριμένα από θρησκευτικούς κύκλους, σχετιζόταν σημαντικά με τη μείωση του μόνιμου άγχους και μέτρια με το παροδικό άγχος.

Οι Rosengren et al (2004) σε έρευνά τους σε δείγμα 741 ανδρών για τη διερεύνηση της συσχέτισης της εμφάνισης *στεφανιαίας νόσου (ΣΝ)* με την ΚΥ και την κοινωνική τάξη, διαπίστωσαν μεταξύ άλλων, ότι η χαμηλή κοινωνική υποστήριξη, αποτελεί προγνωστικό δείκτη της ΣΝ, ενώ η κοινωνική τάξη δεν βρέθηκε να συσχετίζεται με το ψυχολογικό στρες και τους παράγοντες κινδύνου εμφάνισης της νόσου. Επιπλέον, στη μετα-ανάλυση των Barth et al (2012) για τη διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ χαμηλής ΚΥ και εμφάνισης ΣΝ βρέθηκε, ότι η χαμηλή λειτουργική ΚΥ επιδρά στον επιπολασμό της ΣΝ. Αντίθετα, η ΚΥ που παρέχεται από τα κοινωνικά δίκτυα και το περιβάλλον του ατόμου (οικογένεια, σύζυγος, φίλοι) δεν έχει επίδραση στον επιπολασμό του ΟΕΜ μεταξύ του υγιούς πληθυσμού. Επιπλέον, οι Tawalben et al (2015) εξέτασαν τη σχέση ΚΥ και της υιοθέτησης υγιεινών τρόπων ζωής σε δείγμα 153 ασθενών με ΣΝ. Διαπιστώθηκε ότι η ΚΥ αποτελεί το σημαντικότερο μέσο πρόβλεψης της υιοθέτησης αυτών των υγιεινών τρόπων ζωής.

Σε επισκόπηση της βιβλιογραφίας από τους Luttik et al (2005) σχετικά με το ρόλο και την επίδραση της ΚΥ στην έκβαση των ασθενών με *καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ),* φαίνεται να υπάρχει ισχυρή σχέση μεταξύ ΚΥ και έκβασης της υγείας. Παράλληλα, φάνηκε η ΚΥ να αποτελεί μέσο πρόβλεψης της θνησιμότητας και των επαναεισαγωγών στο νοσοκομείο. Η συναισθηματική υποστήριξη και ιδιαίτερα αυτή που προσφέρεται από τους συντρόφους και συζύγους, εκτός του σημαντικού ρόλου που διαδραματίζει, σχετιζόταν με την επίπτωση και την υποχώρηση της κατάθλιψης. Επίσης, στην ανασκόπηση των Graven &. Grant (2014) σχετικά με τη σχέση μεταξύ ΚΥ και συμπεριφορών αυτο-φροντίδας σε άτομα με ΚΑ διαπιστώθηκε, ότι η ΚΥ έχει θετική σχέση με τις συμπεριφορές αυτό-φροντίδας της ΚΑ, με την οικογένεια να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο. Η ΚΥ φάνηκε να επηρεάζει τη διατήρηση των θεραπευτικών σχημάτων και της διαιτητικής αγωγής, καθώς και τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων που σχετίζονται με τη διαχείριση των συμπτωμάτων και την επιδιωκόμενη θεραπεία. Παρόμοια αποτελέσματα εντοπίστηκαν σε έρευνα που πραγματοποίησαν οι Sayers et al (2008) σε 74 ασθενείς με ΚΑ.

Αναφορικά με τα *αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια,* οι Glass et al (1993) μελέτησαν την επίδραση της ΚΥ στην έκβαση 46 ασθενών που υπέστησαν για πρώτη φορά εγκεφαλικό επεισόδιο. Διαπιστώθηκε, ότι τα υψηλά ΚΥ σχετίζονταν με ταχύτερη και πιο εκτεταμένη λειτουργική αποκατάσταση μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο. Η ΚΥ δύναται να είναι σημαντικός προγνωστικός παράγοντας αποκατάστασης, ενώ οι ασθενείς με φτωχό ή μπδαμινό κοινωνικό δίκτυο είχαν αυξημένο κίνδυνο κακής έκβασης. Σε παρόμοια έρευνα με δείγμα 43 ασθενείς που υπέστησαν για πρώτη φορά εγκεφαλικό επεισόδιο, βρέθηκε ότι τα υψηλά επίπεδα ΚΥ (συναισθηματικής και υλικής) από την οικογένεια, σχετίζονταν με σημαντικά προοδευτική βελτίωση της λειτουργικής κατάστασης, σε σχέση με τους ασθενείς που είχαν χαμηλή ΚΥ (Tsouna-Hadjis et al 2000).

Όσον αφορά στη συσχέτιση της ΚΥ με την ποιότητα ζωής ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα, τα βιβλιογραφικά δεδομένα δείχνουν την ύπαρξη σημαντικής θετικής συσχέτισης. Η υψηλή ΚΥ συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής, καθώς έχει θετική επίδραση στο στρες, στην κατάθλιψη, αλλά και στις υπόλοιπες εν γένει διαστάσεις της ζωής αυτών των ασθενών (Bennett et al 2001, Kristofferzon et al 2005, Leifheit-Limson et al 2010, Arestedt et al 2012, Barutcu & Mert 2013, Chung et al 2013, Kruithof et al 2013, Staniute et al 2013, Wang et al 2014).

Νεοπλασματικές νόσοι

Σε έρευνα των Eom et al (2013) σε 1930 ασθενείς με διάφορες μορφές διαγνωσμένων νεοπλασματικών νόσων,

βρέθηκε ότι τα άτομα με χαμηλή αντιλαμβανόμενη ΚΥ ανέφεραν σημαντικά υψηλά επίπεδα κατάθλιψης, χαμηλή λειτουργικότητα σε όλα τα επίπεδα και χαμηλότερη καθολική υγεία και ποιότητα ζωής (ΠΖ) σε σχέση με τα άτομα που είχαν υψηλή ΚΥ.

Στη μεταανάλυση των Luszczynska et al (2013) σε δείγμα 2759 ασθενείς με *καρκίνο του πνεύμονα*, διαπιστώθηκε συσχέτιση της ΚΥ που παρέχεται από τους επαγγελματίες υγείας με όλες τις διαστάσεις της ΠΖ, εκτός της κοινωνικής διάστασης που σχετιζόταν με το ευρύτερο κοινωνικό δίκτυο. Επίσης, στην έρευνα των Saito-Nakaya (2006) σε 303 ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα, βρέθηκε ότι, η ΚΥ και η οικογενειακή κατάσταση δεν σχετίζονταν με την επιβίωση αυτών των ασθενών.

Στη μελέτη των Cheng et al (2013) με δείγμα 29 γυναίκες που επιβίωσαν από τον *καρκίνο του μαστού*, φάνηκε ότι, η ικανοποίηση από την αντιλαμβανόμενη ΚΥ σχετιζόταν με την ΠΖ. Στη βιβλιογραφική ανασκόπηση των Fernandes et al (2014) για την παρεχόμενη ΚΥ σε γυναίκες που υποβάλλονται σε θεραπεία για τον καρκίνο του μαστού, διαπιστώθηκε επίσης ότι, η ΚΥ και ιδιαίτερα η συναισθηματική, συνέβαλε στην προσαρμογή στη νόσο, στη δημιουργία ευκαιριών έκφρασης των συναισθημάτων και ευνοούσε την προσήλωση στη θεραπεία. Επίσης, σε μελέτη των Hann et al (2002) μεταξύ 342 ασθενών με καρκίνο φάνηκε, ότι δεν υπήρχαν διαφορές, όσον αφορά στη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της κατάθλιψης ανάλογα με την ηλικία και το φύλο, ενώ η διαθέσιμη και κατάλληλη ΚΥ βρέθηκε να δρα θετικά στην ανακούφιση των συμπτωμάτων.

Τέλος, σε έρευνα των Queenan et al (2010) σε δείγμα 155 ασθενών με *καρκίνο του προστάτη* βρέθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ της λειτουργικής ΚΥ και της ΠΖ, αλλά και της επιδείνωσης των συμπτωμάτων του ουροποιητικού συστήματος με τη χαμηλή λειτουργική ΚΥ.

Αναπνευστικές παθήσεις

Σε μελέτη των Sin et al (2005) μεταξύ 53 εφήβων με *άσθμα,* βρέθηκε ότι η ΚΥ είχε θετική συσχέτιση τόσο με τη γνώση των εφήβων για το άσθμα, όσο και με την αυτοδιαχείριση της ασθένειας. Επιπρόσθετα, σε μελέτη των Kang et al (1998) σε δείγμα 133 υγιών εφήβων φοιτητών και εφήβων με άσθμα, κατά τη διάρκεια του εξαμήνου και των εξετάσεων φάνηκε ότι η ΚΥ συνέβαλε στη μείωση του στρες και στον περιορισμό της μείωσης των φονικών κυττάρων του ανοσοποιητικού συστήματος.

Αναφορικά με τη *χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια* (ΧΑΠ), στην έρευνα των Kara & Mirici (2004) σε δείγμα 30 ασθενών, βρέθηκε ότι η μοναξιά και η κατάθλιψη σχετίζονταν με τη χαμηλή αντιλαμβανόμενη ΚΥ. Επίσης, οι Marino et al (2008) μελέτησαν την επίδραση στην κατάθλιψη, της ΚΥ, της αυτο-αποτελεσματικότητας και της λειτουργικότητας, σε 156 ηλικιωμένους ασθενείς με ΧΑΠ. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο έλεγχος της κατάθλιψης, η υποκειμενική ΚΥ, η αυτο-αποτελεσματικότητα, η σοβαρότητα της ΧΑΠ και η ηλικία σχετίζονται με την συνολική λειτουργικότητα αυτών των ασθενών. Επιπρόσθετα, σε έρευνα των Kara-Kaş ikçi & Alberto (2007) σε 200 ασθενείς με ΧΑΠ, βρέθηκε ότι η οικογενειακή υποστήριξη, η αυτο-αποτελεσματικότητα και οι συμπεριφορές αυτοφροντίδας, είχαν μια σημαντική συσχέτιση μεταξύ τους. Επίσης, σε έρευνα των Dinicola et al (2013) μεταξύ 452 ασθενών με ΧΑΠ, διαπιστώθηκε ότι η ΚΥ, η αίσθηση απογοήτευσης από την αδυναμία των άλλων να παρέχουν την υποστήριξη όταν την χρειάζονται και η σκληρή ή ανάλγητη συμπεριφορά των άλλων, καθένα ξεχωριστά δύναται να αποτελούν μέσα πρόβλεψης του άγχους.

Τέλος, οι Barket et al (2012) σε μελέτη τους για το ρόλο της ΚΥ (οικογένεια-φίλοι) στη διαχείριση της *κυστικής ίνωσης* κατά τη διάρκεια της εφηβείας, διαπίστωσαν ότι η οικογένεια προσφέρει περισσότερο υλική υποστήριξη, ενώ οι φίλοι συντροφικότητα. Αξιοσημείωτο εδώ είναι να αναφερθεί ότι ένα ποσοστό των εφήβων (17%) χωρίς αντιλαμβανόμενη ΚΥ, δεν αποκάλυψε τη νόσο στους φίλους του.

Σακχαρώδης διαβήτης

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Schiş tz et al (2012) σε δείγμα 2572 ασθενών με *σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2)* βρέθηκε, ότι η ΚΥ συμβάλει στη μείωση του στρες και των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων, ενώ αυξάνει την δραστηριοποίηση των ασθενών την αυτοφροντίδα, την αυτοδιαχείριση και την υιοθέτηση συμπεριφορών που προάγουν την υγεία.

Επίσης σε έρευνα των Gao et al (2013) σε δείγμα 222 ατόμων με ΣΔτ2, βρέθηκε ότι η ΚΥ σε συνδυασμό με την αποτελεσματική επικοινωνία επαγγελματία υγείας-ασθενή και την αποτελεσματική αυτοδιαχείριση, οδηγεί σε ικανοποιητικές συμπεριφορές αυτοφροντίδας, οι οποίες έχουν άμεση επίδραση στο ικανοποιητικό γλυκαιμικό έλεγχο. Σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξε και η ανασκόπηση των Stopford et al (2013) οι οποίοι υποστηρίζουν ότι η ΚΥ διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στο γλυκαιμικό έλεγχο. Αντίθετα, στη μελέτη σε δείγμα 175 ασθενών με ΣΔτ2 βρέθηκε ότι η ΚΥ δε σχετίζεται θετικά με τον γλυκαιμικό έλεγχο (Bu et al 2011).

Στην έρευνα των Tang et al (2008) σε δείγμα 89 ατόμων βρέθηκε ότι η ΚΥ επιδρά θετικά όχι μόνο στην αυτό-φροντίδα, αλλά και γενικότερα στη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Σε ανάλογη μελέτη μεταξύ 66 ασθενών, διαπιστώθηκε ότι εν-

δεχόμενη αύξηση της ΚΥ οδηγεί σε ανάλογη βελτίωση της ποιότητας ζωής, ενώ όσο αυξάνεται το επίπεδο εκπαίδευσης, τόσο αυξάνεται η διαθέσιμη ΚΥ και η ποιότητα ζωής (Göz et al 2007). Στην ανασκόπηση των Miller & DiMatteo (2013) βρέθηκε, ότι η ΚΥ συμβάλει στη διαχείριση της νόσου και την τήρηση της θεραπευτικής αγωγής. Επίσης, σε βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε από τους Strom & Egede (2012), διαπιστώθηκε ότι η ΚΥ έχει θετική επίδραση στην κλινική και ψυχολογική έκβαση των ασθενών με ΣΔ, καθώς αυξάνει την αυτοαποτελεσματικότητα, την αυτοδιαχείριση, ενώ βελτιώνει και την ποιότητα ζωής μέσω της τροποποίησης των συμπεριφορών (υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών, τήρηση θεραπευτικής και διαιτητικής αγωγής, άσκηση).

Αυτοάνοσες παθήσεις

Όπως αναφέρουν οι Krokavcova et al (2008), οι ασθενείς που πάσχουν από *πολλαπλή σκλήρυνση (ΠΣ)* και λαμβάνουν ΚΥ από την οικογένεια, το σύζυγο και φίλους, χαίρουν καλύτερης γενικής και ψυχικής υγείας, αλλά και κοινωνικής και συναισθηματικής λειτουργίας. Επιπλέον, οι Dennison et al (2009) διαπίστωσαν, ότι αυτοί οι ασθενείς έχουν καλύτερη προσαρμογή στη νόσο. Σε ανάλογα συμπεράσματα κατέληξαν οι Mohr et al (2004) και οι Jaracz et al (2010) σε έρευνες που πραγματοποίησαν σε ασθενείς με Π.Σ. Επιπρόσθετα, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Jensen et al (2014) σε πάσχοντες από ΠΣ, κάκωση νωτιαίου μυελού και μυϊκή δυστροφία βρέθηκε, ότι η ΚΥ σχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης.

Σε μελέτη των DaCosta et al (1999) για την επίδραση της ΚΥ και της κατάστασης υγείας (σωματικής και ψυχικής) στην ικανοποίηση των ασθενών με *Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο (ΣΕΛ)* από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας βρέθηκε, ότι η αντιλαμβανόμενη ΚΥ αποτελεί σημαντικό μέσο πρόβλεψης της ικανοποίησης των ασθενών. Επιπλέον, σε έρευνα που πραγματοποίησαν οι Benka et al (2012) σε 176 ασθενείς με *ρευματοειδή αρθρίτιδα (ΡΑ)* φάνηκε, ότι η υψηλή συναισθηματική ΚΥ σχετίζεται με χαμηλά επίπεδα ψυχικής δυσφορίας.. Τέλος, σε μία ακόμη έρευνα, αυτή των Pitsilka et al (2015) σε δείγμα 127 ασθενών με ΡΑ, βρέθηκε ότι η ποιότητα της ΚΥ σχετίζεται σημαντικά με την ΠΖ τους.

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΣΤΙΣ ΧΡΟΝΙΕΣ ΝΟΣΟΥΣ

Η παροχή ΚΥ στους χρόνιους ασθενείς, από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας μπορεί να γίνει εκτός από το επίπεδο πληροφόρησης, σε συναισθηματικό επίπεδο, σε πρακτικό επίπεδο και σε επίπεδο εκτίμησης/έκφρασης των στρεσογόνων καταστάσεων που τα άτομα αυτά βιώνουν. Για το σκοπό αυτό εφαρμόζονται διάφορες ψυχολογικές παρεμβάσεις, συμπεριφοριστικού τύπου (τροποποίηση δραστηριοτήτων), γνωσιακού τύπου (πιο λειτουργικές σκέψεις και ερμηνείες ή διεργασίες σκέψης) και συνδυασμός παρεμβάσεων συμπεριφοριστικού-γνωσιακού τύπου (DiMatteo & Martin, 2011).

Οι ψυχοκοινωνικές συμπεριφορικές παρεμβάσεις δύναται να βελτιώσουν την ψυχολογική και σωματική ευεξία των χρόνιων ασθενών μέσω της διαχείρισης του τρόπου ζωής και του άγχους, της κοινωνικής υποστήριξης και της εκπαίδευσης σε επίπεδο δεξιοτήτων. Ειδικότερα, σε ασθενείς με ΣΔτ2, βρέθηκε ότι συμβάλουν εκτός από τον αποτελεσματικό έλεγχο της γλυκόζης, στη μείωση της κατάθλιψης, στην αύξηση της φυσιολογικής καθημερινής δραστηριότητας, στην αυτοφροντίδα/αυτοδιαχείριση και στη βελτίωση της ΠΖ. Ανάλογα οφέλη βρέθηκαν και σε ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα και νεοπλασματικές νόσους, όπως η μείωση της κατάθλιψης και της δυσφορίας, ο περιορισμός των οργανικών συμπτωμάτων και η βελτίωση της ΠΖ (Fekete et al 2007). Οι πιο διαδεδομένες τεχνικές ψυχοκοινωνικού γνωσιακού και συμπεριφορικού τύπου που εφαρμόζονται σε χρόνιους ασθενείς, είναι η προοδευτική μυϊκή χαλάρωση, η βιοανάδραση, ο έλεγχος της διαφραγματικής αναπνοής, ο υπερβατικός διαλογισμός και ο νοητικός έλεγχος (Varvogli & Darvini 2011).

Ωστόσο, η ολοένα αυξανόμενη διαχείριση της χρόνιας αρρώστιας στο χώρο διαβίωσης των ασθενών, είτε από τους ίδιους, είτε από τους φροντιστές τους, καθιστά επιτακτική την ανάγκη έναρξης παρεμβάσεων από τους επαγγελματίες υγείας με τη μορφή προγραμμάτων εκπαίδευσης και αυτοδιαχείρισης. Στόχοι των προγραμμάτων αυτών είναι, η θετική και ενεργή συμμετοχή των ατόμων στη ζωή, η ρύθμιση της συμπεριφοράς υγείας τους, η απόκτηση τεχνικών δεξιοτήτων, η απόκτηση εποικοδομητικών στάσεων και συμπεριφορών, η αυτοπαρακολούθηση και η αποτελεσματική χρήση των υπηρεσιών υγείας, η κοινωνική ένταξη, η ενδυνάμωση και η συναισθηματική υποστήριξη και ευεξία (Osborne et al 2007). Επίσης, οι παρεμβάσεις σε επίπεδο αυτοδιαχείρισης είναι πιο αποτελεσματικές, όταν αυτές εξειδικεύονται ανάλογα με την ασθένεια, όπως για παράδειγμα στη ρευματοειδή αρθρίτιδα, όπου ο στόχος των παρεμβάσεων είναι η μείωση του πόνου και η αύξηση φυσικής και ψυχολογικής λειτουργιάς, στο ΣΔτ2 οι παρεμβάσεις επικεντρώνονται σε θέματα όπως ο υγιεινός τρόπος ζωής και η διαχείριση του στρες, ενώ στο άσθμα οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να επικεντρώνονται στην πρόληψη των παροξυσμικών επεισοδίων, μέσω της αναγνώρισης και αποφυγής των ψυχολογικών και άλλων παραγόντων που τα προκαλούν, την παρακολούθηση των συμπτωμάτων και την προσαρμογή και τήρηση της θεραπευτικής αγωγής (Newman et al 2004).

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι οι ομαδικές συναντήσεις ασθενών με την ίδια χρόνια νόσο, στις οποίες συμμετέχουν και μέλη της οικογένειας μαζί με τους επαγγελματίες υγείας, φαίνεται να έχουν θετική επίδραση στην ευεξία

και στην αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη, τόσο σε συναισθηματικό επίπεδο, όσο και σε επίπεδο πληροφόρησης. Για παράδειγμα, ασθενείς με ΣΔτ2 που συμμετείχαν σε ομάδα υποστήριξης (9-10 ατόμων) εμφάνισαν καλύτερο έλεγχο της γλυκόζης, βελτίωσαν τις γνώσεις για τη νόσο τους, καθώς και τις συμπεριφορές υγείας τους, ενώ η ΠΖ τους βελτιώθηκε επίσης αισθητά (van Dam et al 2005). Αντίστοιχα αποτελέσματα βρέθηκαν και σε μελέτη αξιολόγησης παρέμβασης σε ασθενείς με καρκίνο του προστάτη, οι οποίοι συμμετείχαν σε ομαδική θεραπεία και ανέφεραν καλύτερη κατανόηση της νόσου τους και μείωση του στρες που βίωναν (Grégoire et al 1997).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Διεθνώς, οι χρόνιες νόσοι αποτελούν πανδημία για τη σημερινή εποχή και εγείρουν πολλές προκλήσεις για τους επαγγελματίες υγείας και την οικογένεια που στηρίζει τα άτομα που νοσούν. Η έννοια της ΚΥ είναι ευρεία και περιλαμβάνει πολλές μορφές με διάφορες κατηγοριοποιήσεις, με κυρίαρχες ωστόσο την αντιλαμβανόμενη υποστήριξη και την υποστήριξη σε συναισθηματικό, πληροφοριακό και πρακτικό επίπεδο.

Τα αποτελέσματα των περισσότερων ερευνών σχετικά με την επίδραση της ΚΥ στην επιβίωση, στην προσαρμογή και γενικότερα στις διάφορες διαστάσεις της ζωής των ατόμων με χρόνιες νόσους έδειξαν ότι είναι θετική. Σημαντικές θετικές συσχετίσεις έχουν βρεθεί με παράγοντες όπως η αυτοδιαχείριση της ασθένειας, η αυτοφροντίδα, η προσήλωση στη θεραπευτική και διαιτητική αγωγή, η μείωση του στρες και της κατάθλιψης, η υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών και η καλύτερη έκβαση της ασθένειας. Αρνητικές επιδράσεις της ΚΥ βρέθηκαν σε πολύ μικρό αριθμό ερευνών και αφορούσαν μεμονωμένες μεταβλητές όπως για παράδειγμα η μη συσχέτιση της ΚΥ με τον αποτελεσματικό έλεγχο της γλυκόζης σε ασθενείς με ΣΔτ2.

Ωστόσο, θα πρέπει να επισημανθεί ότι στις περισσότερες από τις παραπάνω έρευνες, συχνά δεν διακρίνεται ποιο είδος υποστήριξης είναι πιο βοηθητικό, ούτε επεξηγείται με ποιο τρόπο αυτό βοηθά. Περεταίρω μελέτες θα πρέπει να πραγματοποιηθούν προκειμένου σε κάθε περίπτωση χρόνιας νόσου να γίνει διακριτό το είδος της υποστήριξης που είναι πιο βοηθητικό, έτσι ώστε οι επαγγελματίες υγείας να μπορούν να στηρίξουν πιο αποτελεσματικά αυτούς τους ασθενείς. Ποιοτικής μεθοδολογικής προσέγγισης έρευνες επίσης, θα μπορούσαν να διαφωτίσουν περισσότερο σε βάθος το βίωμα των ασθενών με διάφορες χρόνιες νόσους, διευκρινίζοντας ποιες είναι οι ανάγκες τους, πώς αυτές μπορούν να καλυφθούν και από ποιους, έτσι ώστε τα πιο κατάλληλα άτομα (συγγενείς ή/και επαγγελματίες υγείας) να τους στηρίζουν αποτελεσματικά, αλλά και με επάρκεια.

Παρόλο που στη βιβλιογραφία αναφέρονται διάφοροι τρόποι στήριξης των χρόνιων ασθενών (π.χ. ψυχολογικές παρεμβάσεις, εκπαίδευση αυτοφροντίδας και αυτοδιαχείρισης της νόσου, ομαδικές προσεγγίσεις συχνά οικογενειακού τύπου, ή με ασθενείς με την ίδια νόσο), μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να πραγματοποιηθούν σχετικά με την αποτελεσματικότητα αυτών των ψυχολογικών παρεμβάσεων και την εξακρίβωση του τρόπου με τον οποίο η καθεμιά λειτουργεί και επιδρά στον έλεγχο του στρες της χρόνιας νόσου. Τα αποτελέσματα μπορούν να οδηγήσουν στην επιλογή της καταλληλότερης μεθόδου ανά περίπτωση νόσου και ασθενούς, έτσι ώστε να είναι εφικτή η βελτίωση της ποιότητας ζωής του χρόνιου ασθενή. Τέλος, εκπαίδευση, ενίσχυση και στήριξη χρειάζονται και οι φροντιστές των ασθενών με χρόνια νοσήματα, καθώς αυτοί δια βίου θα φροντίζουν τον άνθρωπό τους και θα αποτελούν το δίκτυο επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Albrecht TL., & Adelman MB.(1987). Communicating social support. A theoretical perspective. In: T.L Albrecht & M.B Adelman. (Eds) *Communicating social support*18-39.Newbury Park CA: Sage.

Archer N., Keshavjee K., Demers C. & Lee R.(2014).Online self-management interventions for chronically ill patients: Cognitive impairment and technology issues. I*nternational journal of medical informatics* 83: 264-272.

Arestedt K., Saveman BI., Johansson P. & Blomqvist K. (2012). Social support and its association withhealth-related quality of life among older patients with chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 12(1): 69–77.

Askey-Jones S., David AS., Silber E., Shaw P. & Chalder T.(2013). Cognitive behaviour therapy for common mental disorders in people with Multiple Sclerosis: A bench marking study. *Behaviour Research and Therapy* 51: 648-655.

Barth J., Schneider S. & Von Kanel R. (2010). Lack of Social Support in the Etiology and the Prognosis of Coronary Heart Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychosomatic Medicine* 72: 229–238.

Barutcu C. & Mert H.(2013). The relationship between social support and quality of life in patients with heart failure. *Journal of Pakistan Medical Association* 63(4): 463-7.

Benka J., Nagyova I., Rosenberger J., Calfova A., Macejova Z., Middel B., Lazurova I., van Dijk JP. & Groothoff JW. (2012) Social support and psychological distress in rheumatoid arthritis: a four-year prospective study. *Disability & Rehabilitation* 34: 754-761.

Bennett S., Perkins S., Lane K., Deer M., Brater D. & Murray M. (2001). Social support and health-related quality of life in chronic heart failure patients. *Quality of Life Research* 10: 671–682.

Bolger N., Zuckerman A. & Kessler RC. (2000). Invisible support and adjustment to stress. *Journal of Personality and Social Psychology* 79: 953–961.

Bucholz E., Strait K., Dreyer R., Geda M., Spatz E., Bueno H., Lichtman J., D'Onofrio G., Spertus J. & Krumholz H. (2014). Effect of Low Perceived Social Support on Health Outcomes in Young Patients With Acute Myocardial Infarction: Results From the VIRGO (Variation in Recovery: Role of Gender on Outcomes of Young AMI Patients) Study. *Journal of the American Heart Association* 3 (5) e001252.

Bolger N. & Amarel D. (2007). Effects of social support visibility

on adjustment to stress: Experimental evidence. *Journal of Personality and Social Psychology* 92: 458–475. doi:10.1037/0022-3514.92.3.458.

Caplan G. (1974). *Support systems and community mental health.* New York: Behavorial Publications.

Centre for Chronic Disease Prevention and Control (2006). *What are chronic and non-communicable diseases?* Ottawa, ON: Public Health Agency of Canada.

Cheng H., Sit JW., Chan CW., So WK., Choi KC. & Cheng KK.(2013). Social support and quality of life among Chinese breast cancer survivors: Findings from a mixed methods study. *European Journal of Oncology Nursing* 17: 788-796.

Chung M., Mosor D., Lennie T. & Frazier S. (2013). Perceived social support predicted quality of life in patients with heart failure, but the effect is mediated by depressive symptoms. *Quality of Life Research* 22(7): 1555–1563.

Cosio D., Jin L., Siddique J. & Mohr D. (2011.) The Effect of Telephone-Administered Cognitive–Behavioral Therapy on Quality of Life among Patients with Multiple Sclerosis. *Annals of Behavioral Medicine* 41:227–234.

Croezen S., Picavet S., Haveman-Nies A., Verschuren M., de Groot L. & van't Veer P. (2012) Do positive or negative experiences of social support relate to current and future health? Results from the Doetinchem Cohort Study. *BMC Public Health,* 12:65.

Da Costa D., Clarke AE., Dobkin PL., Senecal JL., Fortin PR., Danoff DS. & Esdaile JM.(1999) The relationship between health status, social support and satisfaction with medical care among patients with systemic lupus erythematosus. *International Journal for Quality in Health Care.* 11(3): 201-7.

Dennison L., Moss-Morris R. & Chalder T.(2009). A review of psychological correlates of adjustment in patients with multiple sclerosis. *Clinical Psychology Review* 29: 141–153.

DiMatteo R. & Martin L. (2011) *Εισαγωγή στην Ψυχολογία Υγείας*, Αθήνα: Πεδίο.

Dinicola G, Julian L, Gregorich SE, Blanc PD. & Katz PP. (2013). The Role of Social Support in Anxiety for Persons with COPD. *Journal of Psychosomatic Research* 74(2): 110–115.

Deter HC.(2012). Psychosocial interventions for patients with chronic disease. *BioPsychoSocial Medicine* 6:2.

Eom CS., Shin DW., Kim SY., Yang HK., Jo HS., Kweon SS., Kang YS., Kim JH., Cho BL. & Park JH. (2013). Impact of perceived social support on the mental health and health-related quality of life in cancer patients: results from a nationwide, multicenter survey in South Korea. *Psycho-Oncology* 22: 1283–1290.

Fekete EM., Antoni MH. & Schneiderman N.(2007). Psychosocial and behavioral interventions for chronic medical conditions. *Current Opinio Psychiatry* 20: 152–157.

Fernandes AF., Cruz A., Moreira C., Conceiçş o Santos M. & Silva T.(2014). Social Support Provided to Women Undergoing Breast Cancer Treatment: A Study Review. *Advances in Breast Cancer Research* 3: 47-53.

Frasure-Smith N., Lesperance F., Gravel G., Masson A., Juneau M., Talajic M. & Bourassa M.(2000). Social Support, Depression, and Mortality During the First Year After Myocardial Infarction. *Circulation* 101: 1919-1924.

Glass T., Matchar D., Belyea M.J R. & Feussner J. (1993). Impact of social support on outcome in first stroke. *Stroke* 24:64-70.

Gottlieb B. (2000). Selecting and Planning support interventions. In. S Cohen, L. Underwood, & B. Gottlieb (Eds) *Social support measurement and intervention n* :199-220. London: Oxford University Press.

Graven L. & Grant J. (2014) Social support and self-care behaviors in individuals with heart failure: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies* 51: 320–333.

Grégoire I., Kalogeropoulos D. & Corcos J.(1997). The effectiveness of a professionally led support group for men with prostate cancer. *Urologic Nursing* 17(2): 58-66.

Gurung RAR. (2006). Coping and Social Support. *Health Psychology: A Cultural Approach. Belmont CA*: Thomson Wadsworth. 131–171.

Hann D., Baker F., Denniston M., Gesme D., Reding D., Flynn T., Kennedy J. & Kieltyka RL.(2002). The influence of social support on depressive symptoms in cancer patients Age and gender differences. *Journal of Psychosomatic Research* 52: 279– 283.

Hughes J., Tomlinson A., Blumenthal J., Davidson J., Sketch M. & Watkins L. (2004). Social Support and Religiosity as Coping Strategies for Anxiety in Hospitalized Cardiac Patients. *Annals of Behavorial Medicine* 28(3): 179–185.

Irvine H., Davidson C., Hoy K. & Lowe-Strong A. (2009) Psychosocial adjustment to multiple sclerosis: exploration of identity redefinition. *Disability and Rehabilitation* 31 (8): 599–606.

Jacobson E. (1986). Types and timing of social support. *Journal Health and Social Behaviour* 27: 250-264.

Jaracz K., Pawlak M., Gş rna K., Koş cz B., Woş oszyn D. & Kozubski W.(2010). Quality of life and social support in patients with multiple sclerosis. *Neurologia i Neurochirurgia Polska* 44 (4): 358–365.

Jensen M., Smith A., Bombardier C., Yorkston K,. Mirş J. & Molton I. (2014). Social support, depression, and physical disability: Age and diagnostic group effects. *Disability and Health Journal* 7(2): 164-172.

Kang DH., Coe CL., Karaszewski J. & McCarthy DO.(1998). Relationship of Social Support to Stress Responses and Immune Function in Healthy and Asthmatic Adolescents. *Research in Nursing & Health* 21: 117–128.

Kara M.& Mirici A.(2004). Loneliness, Depression, and Social Support of Turkish Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Their Spouses. *Journal of nursing scholarship* 36(4): 331-336.

Kara Kaş ikçi M. & Alberto J.(2007). Family support, perceived self-efficacy and self-care behaviour of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of clinical Nursing* 16(8): 1468-78.

Krokavcova M., van Dijk J., Nagyova I., Rosenberger J., Gavelova M., Middel B., Gdovinova Z. & Groothoff J. (2008). Social support as a predictor of perceived health status in patients with multiple sclerosis. *Patient Education and Counseling* 73: 159–165.

Kristofferzon ML., Löfmark R. & Carlsson M. (2005). Coping, social support and quality of life over time after myocardial infarction. *Journal of Advanced Nursing* 52(2): 113–124.

Kruithof WJ., van Mierlo ML., Visser-Meily JM., van Heugten CM. & Post MW.(2013). Associations between social support and stroke survivors' health-related quality of life—A systematic review. *Patient Education and Counseling* 93: 169–176.

Leifheit-Limson E., Reid K., Kasl S., Lin H.,Jones P., Buchanan D., Parashar S., Peterson P., Spertus J. & Lichtman J.(2010). The Role of Social Support in Health Status and Depressive Symptoms After Acute Myocardial Infarction. Evidence for a Stronger Relationship Among Women. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes* 3: 143-150.

Lett H., Blumenthal J., Babyak M., Strauman T., Robins C. & Sherwood A.(2005). Social Support and Coronary Heart Disease: Epidemiologic Evidence and Implications for Treatment. *Psychosomatic Medicine* 67: 869–878.

Luszczynska A., Pawlowska I., Cieslak R., Knoll N. & Scholz U.(2013). Social support and quality of life among lung cancer patients: a systematic review. *Psycho-Oncology* 22: 2160–2168.

Luttik ML., Jaarsma T., Moser D., Sanderman R. & van Veldhuisen DJ.(2005). The Importance and impact of Social Support on Outcomes in Patients With Heart Failure An Overview of the Literature. *Journal of Cardiovascular Nursing* 20 (3): 162-169.

Liddy C., Johnston, S., Irving H. & Nash K. (2013). The Community Connection Model: implementation of best evidence into practice for self-management of chronic diseases. *Public Health* 127: 538-45.

Maija Reblin MA. & Uchino B.(2008). Social and Emotional Support and its Implication for Health. C*urrent Opinion in Psychiatry* 21(2): 201–205.

McDowell T.L. & Serovich JM. (2007). The effect of perceived and actual social support on the mental health of HIV-positive persons. *Aids Care* 19: 1223-1229.

Malcomson KS., Dunwoody L. & Lowe-Strong AS.(2007). Psychosocial interventions in people with multiple sclerosis. *Journal of neurology* 254: 1–13.

Marino P., Sirey J.A., Raue PJ. & Alexopoulos GS. (2008). Impact of social support and self-effi cacy on functioning in depressed older adults with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of COPD* 3(4): 713–718.

Mattson. (2011). Mattson's *Health as Communication nexus.* Kendall Hunt Publishing Company. 980-0-7575-5987-7.

Mohr D., Classen C. & Barrera M. (2004). The relationship between social support, depression and treatment for depression in people with multiple sclerosis. *Psychological Medicine* 34(3): 533–541.

Mohr D (2007). Stress and multiple sclerosis. *Journal of neurology* 254 (2): 1165–1168.

National Cancer Institute. Available at: (www.cancer.gov/dictionary). [Accessed: 6 November 2015].

Norris FH. & Kanaisty K.(1996) Received and perceived social support in times of stress: A test of the social support deterioration deterrence model. *Journal of personality and social Psychology* 71: 498-511.

Newman S., Steed L. & Mulligan K. (2004). Self-management interventions for chronic illness. *Lancet* 364: 1523–37.

Okasha A. (2005). Globalization and mental health: a WPA perspective. *World Psychiatry* 4(1): 1–2.

Ozbay F., Johnson D., Dimoulas E., Morgan C. III., Charney D. & Southwick S.(2007). Social Support and Resilience to Stress: From Neurobiology to Clinical Practice. *Psychiatry* (Edgmont) 4(5): 35–40.

Osborne RH., Elsworth GR. & Whitfield K.(2007).The Health Education Impact Questionnaire (heiQ): An outcomes and evaluation measure for patient education and self-management interventions for people with chronic conditions. *Patient Education and Counseling* 66: 192–201.

Pang T. & Guinton G. (2004).Globalization and risks to health. *Embo Reports* 5: S11-S16.

Papadatou D., Papazoglou I., Petraki D. & Bellali TH. (1999). Mutual support among nurse who care to dying children. *Illness crisis & loss* 7(1) 37-48.

Pitsilka DA., Kafetsios K. & Niakas D. (2015). Social support and quality of life in patients with rheumatoid arthritis in Greece. *Clinical and Experimental Rheumatology* 33: 27-33.

Queenan JA., Feldman-Stewart D., Brundage M. & Groome PA. (2010). Social support and quality of life of prostate cancer patients after radiotherapy treatment. *European Journal of Cancer Care* 19: 251–259.

Rosengrena A., Wilhelmsena L. & Orth-Gomer K. (2004). Coronary disease in relation to social support and social class in Swedish men. A 15 year follow-up in the study of men born in 1933. *European Heart Journal* 25: 56–63.

Saito-Nakaya K., Nakaya N., Fujimori M., Akizuki N., Yoshikawa E., Kobayakawa M., Nagai K., Nishiwaki Y., Tsubono Y. & Uchitomi Y.(2006). Marital status, social support and survival after curative resection in non-small-cell lung cancer. *Cancer Science* 97(3): 206-13.

Sanderson C. (2013). *Health psychology* 2nd (ed) John Wiley & Sons Inc. New Jersey.

Sayers S., Riegel B., Pawlowski S., Coyne J. & Samaha F. (2008). Social Support and Self-Care of Patients with Heart Failure. *Annals of Behavorial Medicine* 35: 70–79.

Schaefer C., Coyne JC. & Lazarus RS. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavorial Medicine* 4: 381-406.

Schacter D., Gilbert D. & Wegner D. (2012) *Ψυχολογία* (Γενική Επιμέλεια Σ. Βοσνιάδου), Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.

Sin MK., Kang DH. & Weaver M.(2005).Relationships of asthma knowledge, self-management, and social support in African American adolescents with asthma. *International Journal of Nursing Studies* 42: 307–313.

Smedley R., Coulson N., Gavin J., Rodham K. & Watts L.(2015). Online social support for Complex Regional Pain Syndrome: A content analysis of support exchanges within a newly launched discussion forum. *Computers in Human Behavior* 51: 53–63.

Staniute M., Brozaitiene J. & Bunevicius R.(2013). Effects of Social Support and Stressful Life Events on Health-Related Quality of Life in Coronary Artery Disease Patients. *Journal of Cardiovascular Nursing* 28(1): 83-9.

Suwankhong D. & Liamputtong P. (2016). Social Support and Women Living With Breast Cancer in the South of Thailand. *Journal of Nursing Scholarship* 48(1): 39–47.

Tawalbeh L., Tubaishat A., Batiha AM., Al-Azzam M. & Al Bashtawy M.(2015).The Relationship Between Social Support and Adherence to Healthy Lifestyle Among Patients With Coronary Artery Disease in the North of Jordan. *Clinical Nursing Research* 24(2): 121–138.

Thomas PW., Thomas S., Hillier C., Galvin K. & Baker R. (2006) "Psychological interventions for multiple sclerosis", *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1 CD004431.

Thorn BE., Cross TH. & Walker BB. (2007). Meta-analyses and systematic reviews of psychological treatments for chronic pain: relevance to an evidence-based practice. *Health Psychology* 26 (1) :10-2.

Walker C. (2001). Recognising the changing boundaries of illness in defining terms of chronic illness: a prelude to understanding the changing needs of people with chronic illness. *Aust Health Rev* 2001; 24(2): 207-14.

Wang W., Lau Y., Chow A., Thompson DR. & He HG. (2014). Health-related quality of life and social support among Chinese patients with coronary heart disease in mainland China. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 13(1): 48–54.

Weingarten SR., Henning JM., Badamgarav E., Knight K., Hasselblad V., Gano A J. & Ofman JJ.(2002). Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness—which ones work? Metaanalysis of published reports. *British medical Journal* 325(7370): 925.

WHO. (2014). *Global Status Report on noncommunicable diseases.* Geneva.

Wills T.A. (1991). Social support and interpersonal relationships. In

Margaret, Clark. *Prosocial Behavior, Review of Personality and Social Psychology* 12: 265–289.

Uchino B. (2006). Social support and health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine* 29 (4): 377–387.

Uchino B. (2009) .Understanding the Links Between Social Support and Physical Health. A Life-Span Perspective With Emphasis on the Separability of Perceived and Received Support. *Association for Psychological Science* 4.(3).

U.S. Department of health and human services (2002). National institutes of health. *NIH Publication* No. 03-5140.

Van Dam HA., van der Horst FG., Knoops L., Ryckman RM., Crebolder HF. & van den Borne BH.(2005).Social support in diabetes: a systematic review of controlled intervention studies. *Patient Education and Counseling* 59: 1-1.

Varvogli L. & Darviri C. (2011). Stress Management Techniques: evidence-based procedures that reduce stress and promote health. *Health science journal* 5 (2): 74-89.

Ελληνική Στατιστική Αρχή. (2015) «Έρευνα Υγείας: Έτος 2014». Διαθέσιμο στο: http://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE22/- Ημερομηνία ανάκτησης: 20/11/2015.

The Concept of Social Support and the Impact on Chronic Diseases Management

George Pontisidis[1], Thalia Bellali[2]

1. RN, MSc (c), University General Hospital of Alexandroupoli, Greece

2. Associate Professor, Nursing Department, Alexandreio Technological, Educational Institute of Thessaloniki, Greece

ABSTRACT

Worldwide, the chronic disease management is perhaps the major challenge for health care professionals, who are called to face patient's problems in physical, psychological and social level. Social support, has an important role in the management of chronic disease, and according to the literature, it is positively correlated with physical and mental health. Many studies have demonstrated that social support is associated with low depression and anxiety, adaptation of health behaviors, adherence to therapeutic and dietary management, self-care and self-management, better quality of life and outcomes on patients with cardiovascular and respiratory diseases, malignancies, diabetes mellitus and autoimmune diseases. The purpose of this literature review is to describe the concept and types of social support, and to explore the positive or negative impact on chronic disease management. Another aim is to identify strategies and interventions applied by health professionals to support the patient and his/her wider family network on emotional and practical level, making him/her able to effectively manage stress, disorders and other problems caused by the disease.

KEYWORDS: Health professional, social support, coping strategies, health, chronic disease

Corresponding Author: George Pontisidis
E-mail: georgepontisidis@gmail.com
Telephone Number: +306948625299

Submission Date: 05 Dec 2015
Publication Date: 22 Dec 2015

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Καπνιστικές συνήθειες και χρήση αλκοόλ. Επιδημιολογικά δεδομένα και μέτρα αντιμετώπισης

Αναστασία Νάνου[1], Μαρία Σαρίδη[2], Κυριάκος Σουλιώτης[3]

1. Νοσηλεύτρια, MSc, Θριάσιο Νοσοκομείο Ελευσίνας

2. PhD, Επιστημονικός Συνεργάτης, Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Κόρινθος

3. Επίκουρος καθηγητής, Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Κόρινθος

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η κατανάλωση του καπνίσματος και του αλκοόλ σημειώνει διεθνώς αυξητική τάση στους εφήβους, τόσο στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ, όσο και στον υπόλοιπο κόσμο, χωρίς να υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στις ανεπτυγμένες από τις αναπτυσσόμενες χώρες. Υψηλά ποσοστά καπνίσματος και κατάχρησης αλκοόλ έχουν καταγραφεί στους φοιτητικούς πληθυσμούς παγκοσμίως. Στην Ελλάδα, οι καπνιστικές συνήθειες και η κατανάλωση αλκοολούχων ποτών σε φοιτητές, έχει μελετηθεί σε επιδημιολογικές μελέτες που αφορούν στην ευρύτερη μελέτη των συνηθειών τους σε θέματα υγείας. Ο επιπολασμός, για το κάπνισμα, και για την κατανάλωση αλκοόλ στην Ελλάδα, εκτιμάται υψηλός στο φοιτητικό πληθυσμό, ωστόσο, δεν έχει καταγραφεί καμία συντονισμένη προσπάθεια προσέγγισης και επίλυσης του προβλήματος συγκριτικά με άλλες χώρες. Οι βασικοί παράγοντες που οδηγούν στην υψηλή κατανάλωση αλκοόλ και καπνίσματος από φοιτητές, είναι η διαθεσιμότητα, η προώθηση αλκοολούχων προϊόντων και ο μειωμένος έλεγχος προμήθειας αυτών, καθώς και η μη εφαρμογή της νομοθεσίας απαγόρευσης του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους. Η παγκόσμια επιστημονική κοινότητα, τα τελευταία χρόνια, επικεντρώνεται στην προσπάθεια αντιμετώπισης του προβλήματος της κατάχρησης αλκοόλ και καπνού από φοιτητές και των επιδράσεων που έχει στην υγεία τόσο των ίδιων, όσο και των ατόμων του περιβάλλοντός τους. Οι πολιτικές υγείας για την αντιμετώπιση των συμπεριφορών αυτών θα πρέπει να περιλαμβάνουν μέτρα πρόληψης και παρέμβασης, καθώς και θεραπευτικές στρατηγικές που θα στοχεύουν σε άτομα αλλά και στο σύνολο του φοιτητικού πληθυσμού. Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι η ενημέρωση της επιστημονικής κοινότητας για τον επιπολασμό του καπνίσματος και της χρήσης αλκοόλ σε φοιτητικό πληθυσμό, των παραγόντων που διαμορφώνουν αυτή τη συμπεριφορά, καθώς και τα μέτρα και τις πολιτικές που εφαρμόζονται για τον έλεγχο του φαινομένου.

Λέξεις Κλειδιά: Αλκοόλ, κάπνισμα, πολιτικές υγείας, φοιτητές

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας: Μαρία Σαρίδη
Ηλεκτρονική Διεύθυνση: sarmar32@windowslive.com
Τηλέφωνο: 6974439637

Ημερομηνία Υποβολής: 02/10/2015
Ημερομηνία Δημοσίευσης: 01/12/2015

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Τα επιδημιολογικά δεδομένα από το διεθνή και ελλαδικό χώρο δείχνουν αυξητική τάση της κατανάλωσης καπνού και αλκοόλ από το φοιτητικό πληθυσμό.**
- **Η αύξηση κατανάλωσης καπνού και αλκοόλ έχει επιφέρει σημαντικές επιπτώσεις στη βιολογική και ψυχική υγεία των φοιτητών.**
- **Οι πολιτικές θα πρέπει να στοχεύουν στη συστηματική και στοχευμένη εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής υγείας, αλλά και στη νομοθετική παρέμβαση από την πολιτεία.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το κάπνισμα θεωρείται παγκόσμια επιδημία και έχει τεκμηριωθεί ότι μπορεί να επιφέρει ακόμη και τον θάνατο, αφού θεωρείται ότι είναι η βασική αιτία θανάτου 4 εκατομμυρίων ατόμων κάθε χρόνο και υπολογίζεται ότι μέχρι το 2020, αν δεν ληφθούν δραστικά μέτρα, ο αριθμός αυτός θα φτάσει τα 8,6 εκατομμύρια. Τα επόμενα 25 χρόνια ο ετήσιος αριθμός των θανάτων από το κάπνισμα θα φθάσει τα 10 εκατομμύρια. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) υπολογίζει ότι στην Ευρώπη περίπου 215 εκατομμυρίων κατοίκων καπνίζουν, από τα οποία τα 130 εκατ. είναι άνδρες. Το ποσοστό καπνιστών στην Ευρώπη στους άνδρες είναι κατά μέσο όρο 34% -47% ενώ στις γυναίκες, 20% -25% (WHO 2010).

Με βάση στοιχεία που παραθέτει ο ΠΟΥ στην έκθεσή του για τους κινδύνους της χρήσης του καπνού, έχουν καταγραφεί περίπου 1,25 δισεκατομμύρια καπνιστές παγκοσμίως, με τον ετήσιο αριθμό θανάτων να ανέρχεται στα 6 εκατομμύρια (WHO 2011). Ο αριθμός των χρηστών αντιπροσωπεύει το ένα τρίτο του πληθυσμού άνω των 15 ετών. Η πλειοψηφία των χρηστών του καπνού, όπως και των θανάτων από καπνό που προαναφέρθηκαν, διαβιεί στα αναπτυσσόμενα κράτη (800 εκατομμύρια), ενώ υπερέχουν αριθμητικά οι άνδρες. Οι προβλέψεις του ΠΟΥ για την εξάπλωση της χρήσης του καπνού είναι δυσοίωνες, καθώς το 2030 αναμένεται ότι ο αριθμός των θανάτων από τη χρήση καπνού θα αγγίξει τα 8 εκατομμύρια, ενώ αν διατηρηθούν οι υπάρχουσες τάσεις, 250 εκατομμύρια των σημερινών παιδιών θα αποβιώσουν από σχετιζόμενες με το κάπνισμα νόσους (WHO 2011). Αυξημένα ποσοστά καπνιστών σημειώνονται επίσης τόσο στα αναπτυσσόμενα, όσο και αναπτυγμένα κράτη.

Στην Ελλάδα ο επιπολασμός του καπνίσματος είναι ιδιαίτερα υψηλός. Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία από το Ευρωβαρόμετρο της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, για τις στάσεις των Ευρωπαίων σχετικά με το κάπνισμα που δημοσιεύτηκε τον Μάιο του 2012, οι Έλληνες συμμετέχοντες σημείωσαν το υψηλότερο ποσοστό (40%) αναφορικά με το κάπνισμα σε σχέση με άλλες χώρες όπως η Ισπανία (33%), η Γαλλία (28%), η Τσεχία (29%), η Μεγάλη Βρετανία (27%) και η Γερμανία(26%), ενώ τη χαμηλότερη επίπτωση παρουσίασαν χώρες όπως η Πορτογαλία (23%) και η Σουηδία (13%), (European Commission 2012). Σύμφωνα με τα στοιχεία της Eurostat, η συχνότητα του καπνίσματος στην Ελλάδα, παρουσιάζει τα υψηλότερα ποσοστά στις ηλικίες 35 - 44 ετών κάτι που επιβεβαιώνεται και από τη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αττική. Σε άλλη μελέτη, το υψηλότερο ποσοστό παρατηρείται στις ηλικίες 25 - 35 ετών (Kokkevi et al 2000).

Η κατανάλωση αλκοόλ σημειώνει διεθνώς τα υψηλότερα ποσοστά στους εφήβους (15-19 ετών), στους νέους, καθώς και στα άτομα άνω των 60 ετών. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), πολύ υψηλά είναι τα ποσοστά που έχουν καταγραφεί σε πότες ηλικίας 15-19 ετών, τόσο στην Ευρώπη (69,5%), όσο και στις ΗΠΑ (52,7%). Η πενταετής τάση κατανάλωσης αλκοόλ που καταγράφηκε από τον ΠΟΥ για τα έτη 2006-2010, είναι αυξανόμενη. Οι χώρες με τη μεγαλύτερη αύξηση κατανάλωσης αλκοόλ είναι η Κίνα και η Ινδία, ενώ σταθερή εκτιμήθηκε η κατάσταση στην Αφρική, την Ευρώπη και την Αμερική (WHO 2014).

Οι επιπτώσεις στην υγεία φαίνεται ότι εμφανίζονται πιο συχνά στα άτομα ηλικίας 40-49 ετών, ενώ το 25% των θανάτων της ηλικιακής ομάδας 20-39 ετών οφείλεται σε αίτια που σχετίζονται με το αλκοόλ (WHO 2014). Οι επιπτώσεις αυτές παρουσιάζονται κυρίως στο ΚΝΣ, στο πεπτικό και καρδιαγγειακό σύστημα, στην εμφάνιση καρκίνου, στη διαταραχή της ψυχικής υγείας, αλλά και στην εμφάνιση οικογενειακών, εργασιακών προβλημάτων, τροχαίων ατυχημάτων, καθώς και ευρύτερα σε αρνητικό αντίκτυπο στην κοινωνία (Καρρά και συν 2014).

Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι η ενημέρωση της επιστημονικής κοινότητας για τον επιπολασμό του καπνίσματος και της χρήσης αλκοόλ σε φοιτητικό πληθυσμό τόσο στην Ελλάδα, όσο και στο διεθνή χώρο. Θα περιγραφούν τα επιδημιολογικά στοιχεία για τη χρήση του αλκοόλ και του καπνού σε φοιτητές, οι παράγοντες που επηρεάζουν την κατανάλωση αυτή, καθώς και τα μέτρα και οι πολιτικές αντιμετώπισης που εφαρμόζονται για τη διαχείριση αυτού του φαινομένου.

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΑΛΚΟΟΛ ΣΤΟ ΦΟΙΤΗΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΕΘΝΗ ΧΩΡΟ

Το κάπνισμα σε φοιτητικούς πληθυσμούς, παρουσιάζει αύξηση την τελευταία δεκαετία, με καταγραφές που ανέρχονται στο 29% στις ΗΠΑ για τις ηλικίες 18-24 καθώς και 22,9% και 19,8% για τις χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης αντίστοιχα (Von Ah et al 2005). Στα στοιχεία αυτά θα πρέπει να προστεθεί και η καταγεγραμμένη αδια-

φορία των φοιτητών, παρά την ενημέρωσή τους, σε σχέση με τις συνέπειες που ενδέχεται να αποφέρει το κάπνισμα στην υγεία τους. Ο επιπολασμός του καπνίσματος καταγράφεται και στους φοιτητικούς πληθυσμούς με μεγαλύτερα ποσοστά στους άνδρες, σε σχέση με τις γυναίκες. Συγκεκριμένα, σε μελέτη που διεξήχθη σε φοιτητές στη Συρία, από τους 583 συμμετέχοντες το 20,8% δήλωσαν καπνιστές με ποσοστά 26,1% για τους άνδρες και 9,5% για τις γυναίκες) (Al-Kubaisy et al 2012). Κατά τη διάρκεια των φοιτητικών τους χρόνων, οι φοιτητές εκτίθεντο και σε παθητικό κάπνισμα, τόσο σε χώρους του πανεπιστημίου, όσο και σε χώρους εστίασης και διασκέδασης, ενώ η έκθεσή τους στο παθητικό κάπνισμα υπολογίζεται αυξημένη (49,6%) (Inandi et al 2013).

Οι καπνιστικές συνήθειες των φοιτητών, εγείρουν ανησυχία, αναδεικνύοντας το κάπνισμα ως ένα από τα κυριότερα προβλήματα δημόσιας υγείας σε αυτή την ομάδα πληθυσμού (Johnston et al 2003). Οι φοιτητές παρά τα υψηλά ποσοστά έκθεσής τους στο παθητικό κάπνισμα, τείνουν να είναι θετικοί ως προς τις πολιτικές περιορισμού του καπνίσματος σε χώρους του πανεπιστημίου. Σε διαδικτυακή μελέτη επίσης, που διεξήχθη σε φοιτητές της Νέας Ζηλανδίας, υπήρχε θετική ανταπόκριση στην υποστήριξη της πολιτικής υγείας για τους ελεύθερους από καπνό χώρους (Marsh et al 2014).

Η κατανάλωση αλκοόλ καταγράφεται εξίσου αυξημένη σε φοιτητικούς πληθυσμούς αν και οι μελέτες που έχουν διεξαχθεί σε τέτοιο δείγμα είναι πολύ λιγότερες από εκείνες που διερευνούν το κάπνισμα. Σε έρευνα των Turrisi et al (2006), σε πανεπιστήμια των ΗΠΑ, εκτιμήθηκε ότι το 42% των φοιτητών, δηλαδή 3 εκατομμύρια από τους συνολικά 8 εκατομμύρια φοιτητές των ΗΠΑ, είχαν καταναλώσει 5 ή περισσότερα ποτά, σε μία και μόνο ημέρα, σε διάστημα 30 ημερών (βαριά επεισοδιακή κατανάλωση αλκοόλ- binge drinking). Στις ΗΠΑ, το Εθνικό Ινστιτούτο για την Κατάχρηση Αλκοόλ και Αλκοολισμού (National Institute for Alcohol abuse and Alcoholism- NIAAA) σε ανακοίνωσή του το 2013, καθορίζει την έννοια της βαριάς επεισοδιακής κατανάλωσης αλκοόλ (binge drinking), με τιμή συγκέντρωσης στο αίμα (Blood Alcohol Concentration,BAC) στα 0,08%, που συνήθως ακολουθεί μετά από κατανάλωση 4 αλκοολούχων ποτών για τις γυναίκες και 5 για τους άνδρες, σε διάστημα 5 ωρών και ορίζει το ''ποτό'' σε 14 γραμμάρια αλκοόλης. Η έκθεση αυτή παρουσιάζει επίσης στοιχεία από επιδημιολογικές μελέτες για τις επιπτώσεις της κατάχρησης αλκοόλ στους φοιτητικούς πληθυσμούς των ΗΠΑ και τονίζει την αυξητική τάση που έχουν καταγράψει οι επιπτώσεις αυτές (NIAAA, 2007). Οι επιπτώσεις αφορούν όχι μόνο τους φοιτητές εκείνους που καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ, αλλά και το περιβάλλον τους, την οικογένειά τους, την κοινωνική τους ζωή, την κοινότητα μέσα στην οποία δραστηριοποιούνται, καθώς και τη ζωή τους μετά την αποφοίτηση (Hingson et al 2009). Οι επιπτώσεις καθώς και ο επιπολασμός τους παρουσιάζονται συνοπτικά στον **Πίνακα 1** (NIAAA 2013) και αφορούν σχετικά με τη θνητότητα, τα ατυχήματα, αλλά και άλλες παρενέργειες στην προσωπική, κοινωνική και οικονομική ζωή των φοιτητών.

Πίνακας 1. Επιπτώσεις και επιπολασμός της κατάχρησης αλκοόλ από φοιτητές στις ΗΠΑ

Επιπτώσεις	Επιπολασμός ανά έτος
Θνητότητα	1.825 θάνατοι που σχετίζονται με το αλκοόλ σε φοιτητές 18-24 ετών.
Ατυχήματα	599.000 ατυχήματα που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ. Τα ατυχήματα αυτά ανήκουν στην κατηγορία των ατυχημάτων χωρίς πρόθεση.
Επιθέσεις	696.000 φοιτητές έχουν αναφέρει επίθεση από άλλον φοιτητή που είναι σε κατάσταση μέθης.
Σεξουαλική κακοποίηση	97.000 φοιτητές έχουν δηλώσει ότι έχουν υποστεί βίαια σεξουαλική συμπεριφορά από συμφοιτητή τους σε κατάσταση μέθης.
Μη ασφαλείς ερωτικές επαφές	• 400.000 φοιτητές 18-24 ετών, αναφέρουν ότι ήταν σε κατάσταση μέθης και δεν χρησιμοποίησαν προφυλάξεις κατά τη σεξουαλική επαφή. • 100.000 δεν μπορούν να ανακαλέσουν στη μνήμη τους αν ήρθαν σε επαφή ή όχι κατά τη διάρκεια οξείας μέθης.
Δυσκολία στη διεκπεραίωση των σπουδών	Το ένα τέταρτο των φοιτητών αναφέρουν προβλήματα στον τομέα αυτόν, με χαμηλούς βαθμούς ή ακόμη και την απώλεια ολόκληρου εξαμήνου. Προβλήματα έχουν σημειωθεί και μετά το πέρας των σπουδών.
Εξάρτηση από το αλκοόλ	Το 18% των φοιτητών πληροί τα κριτήρια για τον ορισμό εξάρτησης από το αλκοόλ.
Οδήγηση σε κατάσταση μέθης	3.360.000 φοιτητές ηλικίας 18-24 έχουν οδηγήσει υπό την επήρεια αλκοόλ.
Άλλες επιπτώσεις	Επιθέσεις, βανδαλισμοί, απόπειρες αυτοκτονίας και άλλα περιστατικά που περιλαμβάνουν αναμειξη της αστυνομίας.

Πηγή: *National Institute for Alcohol abuse and Alcoholism* (2013)

Αυξημένα ποσοστά κατάχρησης αλκοόλ και επεισοδίων βαριάς κατανάλωσής του, καθώς και η χρήση επικίνδυνων πρακτικών ή μοτίβων κατανάλωσης αλκοόλ (patterns of alcohol drinking), έχουν καταγραφεί παγκοσμίως σε φοιτητικό πληθυσμό. Το μοτίβο κατανάλωσης προσδιορίζεται σε υψηλού, αυξημένου και χαμηλού κινδύνου, ανάλογα με τη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ σε μια βδομάδα, τον αριθμό των ποτών σε μια περίσταση, καθώς και την ύπαρξη ιστορικού επεισοδίου βαριάς κατανάλωσης αλκοόλ στη διάρκεια ενός έτους (NIAAA 2015). Επιπροσθέτως, η κα-

τανάλωση αλκοόλ κατά τη διάρκεια της φοιτητικής ζωής ενός ατόμου, έχει λάβει σε πολλές χώρες τελετουργικά χαρακτηριστικά, με πιο χαρακτηριστικά παραδείγματα να έχουν καταγραφεί στις ΗΠΑ και ειδικότερα στις φοιτητικές αδελφότητες των πανεπιστημίων. Σύμφωνα με έκθεση του υπουργείου υγείας των ΗΠΑ, εδώ και δεκαετίες έχει εδραιωθεί μια κουλτούρα ακραίας κατανάλωσης αλκοόλ στα πανεπιστήμια της χώρας (WHO 2010). Αυτή η κουλτούρα προωθεί την κατανάλωση αλκοόλ σε μεγάλες ποσότητες ή την ανοχή των συμπεριφορών αυτών από μη πότες φοιτητές. Με την προσέγγιση αυτή, η κατανάλωση αλκοόλ στη διάρκεια των φοιτητικών χρόνων, θεωρείται από τους ίδιους τους φοιτητές ως μια διαδικασία μετάβασης από την εφηβική περίοδο στην ενήλικη ζωή.

Επιδημιολογικές μελέτες που έχουν διεξαχθεί σε Ευρωπαϊκά κράτη, έχουν καταγράψει παρόμοια αποτελέσματα με αυξημένα ποσοστά κατανάλωσης αλκοόλ στους φοιτητικούς πληθυσμούς (Wicki et al 2010). Μελέτη σε πανεπιστήμια της Αγγλίας έδειξε ότι το 61% των φοιτητών, (65% για τους άνδρες και 58% για τις γυναίκες) σημείωσαν επικίνδυνη (40%), και επιβλαβή χρήση (11%) καθώς και σημεία εξάρτησης (10%) (Heather et al 2011). Μια άλλη μελέτη που διεξήχθη σε 7.015 φοιτητές πανεπιστημίων του Βελγίου έδειξε ότι συμβαίνουν τρία επεισόδια βαριάς κατανάλωσης αλκοόλ ανά φοιτητή κάθε μήνα και πως οι φοιτητές καταναλώνουν τουλάχιστον 2 ποτά ημερησίως για λόγους κοινωνικοποίησης (Lorant et al 2013). Ένα άλλο χαρακτηριστικό είναι η αυξημένη θνητότητα, καθώς πάνω από το 25% των θανάτων που έχουν καταγραφεί σε άνδρες και πάνω από 10% για τις γυναίκες στις ηλικίες 15-29 σχετίζονται με την κατανάλωση του αλκοόλ (Hughes et al 2011). Σημειώνεται ότι οι χώρες της Ευρώπης παρουσιάζουν μεγάλη διαφοροποίηση μεταξύ τους σε σχέση με τις πρακτικές κατανάλωσης αλκοόλ (Anderson et al 2006). Τα μοτίβα αυτά αφορούν την κατανάλωση διαφορετικών ειδών αλκοολούχων ποτών, καθώς και τη συχνότητα και την περίσταση κατανάλωσής τους (WHO 2010). Έτσι, ανάλογα με την προτίμηση σε κρασί, μπύρα ή βότκα δημιουργήθηκαν τα αντίστοιχα μοτίβα: Μεσογειακό, Κεντρικής Ευρώπης και Ανατολικής Ευρώπης (Κατσά και συν 2014).

ΟΙ ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΚΑΙ Η ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛ ΣΕ ΦΟΙΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στην Ελλάδα, οι καπνιστικές συνήθειες και η κατανάλωση αλκοολούχων ποτών σε φοιτητές έχει διερευνηθεί με επιδημιολογικές μελέτες που αφορούν στην ευρύτερη μελέτη των συνηθειών τους σε θέματα υγείας. Συγκεκριμένα, στη μελέτη των Mammas et al (2003), σε φοιτητικό πληθυσμό, καταγράφηκαν 33,2% καπνιστές στους άνδρες και 28,4% στις γυναίκες. Στην ίδια μελέτη, η κατανάλωση αλκοόλ από φοιτητές σε καθημερινή βάση, καταγράφηκε σε ποσοστό 77,2% για τους άνδρες και 58% για τις γυναίκες. Η καταγραφή φοιτητών επίσης που καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ, μετρήθηκε στο 5% για τους άνδρες και στο 3,5% για τις γυναίκες. Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα άλλης σχετικής έρευνας, όπου μελετήθηκαν αποκλειστικά πρωτοετείς φοιτητές για τις καπνιστικές τους συνήθειες και την κατανάλωση αλκοόλ με αντίστοιχα ποσοστά καπνιστών 32,4% και φοιτητών που καταναλώνουν αλκοόλ στο 82,7% των συμμετεχόντων, στη μελέτη αυτή όμως δεν υπάρχουν στοιχεία για περιστατικά επιβλαβούς χρήσης αλκοόλ (Κωνσταντινίδης και συν 2014).

Στοιχεία για τις καπνιστικές συνήθειες και την κατανάλωση του αλκοόλ περιλαμβάνονται και σε μελέτες αξιολόγησης των αντιλήψεων, των στάσεων και των συνηθειών των φοιτητών στα θέματα αυτά, κυρίως σε σχολές επαγγελμάτων υγείας. Σε έρευνα που διεξήχθη σε φοιτητές νοσηλευτικής, βρέθηκε πως το 36,8% των φοιτητών καπνίζει συστηματικά και το 41,2% ότι καταναλώνει αλκοόλ. Αναφορικά με τις καπνιστικές τους συνήθειες, η πλειοψηφία (74%) των καπνιστών, ανέφερε ότι ήταν προσωπική τους επιλογή και ότι έχουν τη διάθεση για διακοπή του καπνίσματος, το 98% όμως από αυτούς δήλωσε ότι δε προέβη σε ανεύρεση βοήθειας για να το επιτύχει. Αντιθέτως, πολύ μικρότερο ποσοστό των φοιτητών δήλωσαν ότι είχαν άμεσο σκοπό τη διακοπή της κατανάλωσης αλκοόλ (Διομήδους και συν 2007). Σε μια άλλη μελέτη που διερεύνησε τις καπνιστικές συνήθειες φοιτητών ιατρικής, βρέθηκε ότι το 24% των φοιτητών όλων των ετών φοίτησης ήταν καπνιστές ενώ το 88,6% θεωρεί χρήσιμη την απαγόρευση του καπνίσματος (Παντσίδης και συν 2012).

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΙΣ ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΛΚΟΟΛ ΣΤΟΝ ΦΟΙΤΗΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Το κάπνισμα αποτελεί μια επιζήμια συνήθεια των φοιτητών. Αρκετοί φοιτητές ξεκινούν την τριτοβάθμια εκπαίδευση έχοντας συνήθως αρχίσει το κάπνισμα νωρίτερα, από τα εφηβικά τους χρόνια. Υπάρχει όμως, και ένα σημαντικό ποσοστό φοιτητών, που δηλώνει ότι άρχισε το κάπνισμα κατά την περίοδο των φοιτητικών του χρόνων (NIAAA 2013). Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην έναρξη, αλλά και στη διατήρηση της συνήθειας του καπνίσματος κατά την περίοδο της φοιτητικής ζωής διακρίνονται σε ατομικούς, οικογενειακούς και κοινωνικούς (U.S. Department of Health and Human Services 2012). Εν συντομία, οι παράγοντες που επιδρούν στην έναρξη του καπνίσματος κατά τη φοιτητική ζωή είναι οι: α) ατομικοί παράγοντες: προσωπικότητα, βίαιη συμπεριφορά, έλλειψη δραστηριοτήτων, έλλειψη αυτοπεποίθησης και στρατηγικών αντιμετώπισης δυσκολιών (Von Ah et al 2005), β) οικογενειακοί παράγοντες: γονείς καπνιστές, οικονομικά προβλήματα και προβλήματα συνοχής της οικογένειας, ανεργία γονέων. και γ) Κοινωνικοί παράγοντες: καπνιστικές συνήθειες συνομηλίκων και ευρεία

αποδοχή του καπνιστή από τον κοινωνικό του περίγυρο, υψηλή διαθεσιμότητα καπνικών προϊόντων και ελλιπής έλεγχος του καπνίσματος σε κλειστούς δημόσιους χώρους από την πολιτεία.

Οι παράγοντες που οδηγούν σε ακραίες συμπεριφορές κατανάλωσης αλκοόλ από φοιτητές, σύμφωνα με την έκθεση του NIAAA (2013), είναι η μη τήρηση ενός σταθερού προγράμματος, η διαθεσιμότητα και η προώθηση αλκοολούχων προϊόντων σε μέρη όπου ζουν και δραστηριοποιούνται οι φοιτητές, ο μειωμένος έλεγχος για την κατανάλωση αλκοόλ από ανηλίκους ή ενηλίκους που πληρούν το ηλικιακό όριο κατανάλωσης αλκοόλ, καθώς και η έλλειψη παρουσίας γονέων ή άλλων ενηλίκων ως ελεγκτικός μηχανισμός. Οι περισσότεροι φοιτητές εισέρχονται στην τριτοβάθμια εκπαίδευση έχοντας κάποια πρότυπα κατανάλωσης αλκοόλ τόσο από τους γονείς και το οικογενειακό περιβάλλον όσο και από συνομηλίκους. Οι πρώτοι δύο μήνες της φοιτητικής ζωής θεωρούνται ως οι πιο κρίσιμοι για την υιοθέτηση επικίνδυνων πρακτικών κατανάλωσης αλκοόλ (NIAAA 2013). Συγκεκριμένα, στις ΗΠΑ, αλλά και σε άλλα κράτη όπου οι φοιτητές διαμένουν σε εστίες εντός του πανεπιστημιακού χώρου, η κατανάλωση αλκοόλ αγγίζει υψηλότερα επίπεδα από ότι σε κράτη όπου διαμένουν εκτός πανεπιστημιούπολης, σε ιδιωτικά ενοικιαζόμενα διαμερίσματα. Οι φοιτητές δε που διαμένουν με τους γονείς τους, σημειώνουν τα χαμηλότερα ποσοστά κατανάλωσης αλκοόλ (Lorant et al 2013).

Ένας ακόμη παράγοντας με ιδιαίτερα ισχυρή επίδραση στον τρόπο κατανάλωσης αλκοόλ από τους φοιτητές, είναι η κοινωνική συναναστροφή με συνομηλίκους, που έχουν αναπτύξει ήδη επικίνδυνα μοτίβα κατανάλωσης αλκοόλ (NIAAA 2013). Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν τη χρήση του αλκοόλ από τους φοιτητές, είναι τα προβλήματα με συνομηλίκους σε προσωπικό επίπεδο, όπως ο εκφοβισμός (bulling), η έλλειψη αυτοπεποίθησης, τα προβλήματα κοινωνικοποίησης, η κατανάλωση αλκοόλ στην πρώιμη εφηβική ηλικία και η κατανάλωση αλκοόλ από γονείς ή άτομα του συγγενικού περιβάλλοντος (Cleveland et al 2012).

ΜΕΤΡΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΤΟ ΦΟΙΤΗΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Παρόλο που ο επιπολασμός τόσο για το κάπνισμα, όσο και για την κατανάλωση αλκοόλ στην Ελλάδα εκτιμάται υψηλός στο φοιτητικό πληθυσμό, , δεν έχει καταγραφεί καμία συντονισμένη προσπάθεια προσέγγισης και επίλυσης του προβλήματος σε σχέση με άλλες χώρες (Παντσίδης και συν 2012). Η εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής υγείας στο πλαίσιο του πανεπιστημίου μπορεί να ανατρέψει την υιοθέτηση των συμπεριφορών αυτών στην ενήλικη ζωή. Η αποτελεσματικότητά τους ωστόσο, εξαρτάται από τη συμμετοχή της πολιτείας και τη δραστηριοποίηση των ιθυνόντων στην κατεύθυνση της πρόληψης, αλλά και του ελέγχου ακραίων συμπεριφορών κατανάλωσης αλκοόλ, καθώς και την παγίωση χώρων ελεύθερων από το κάπνισμα. Άλλωστε, όπως αποδεικνύεται και από τις προσπάθειες σε πανεπιστήμια κυρίως των ΗΠΑ, δεν μπορεί να υπάρξει κανένα θετικό αποτέλεσμα σε αυτόν τον τομέα, παρά μόνο αν γίνει συντονισμένη προσπάθεια σε ατομικό, κοινωνικό επίπεδο και επίπεδο στην φοιτητική κοινότητα (NIAAA 2007, NIAAA 2013).

Η προσπάθεια αυτή, θα μπορούσε να ενισχυθεί με την ισχυροποίηση του αλφαβητισμού υγείας, δηλαδή στην αύξηση των γνώσεων σχετικά με τις ορθές συμπεριφορές υγείας στους φοιτητές. Οι φοιτητές αποτελούν ηλικιακή ομάδα που παρουσιάζει ισχυρή σχέση με τις τεχνολογίες πληροφόρησης και χαρακτηρίζονται από τη δυνατότητα αυξημένης πρόσβασης στο διαδίκτυο και την πληροφορία. Στο πλαίσιο αυτό, οι αρμόδιες αρχές θα πρέπει να προσαρμόσουν τις πληροφορίες υγείας ώστε να παρουσιάζουν τη μέγιστη αναγνωσιμότητα και να έχουν ελκυστική παρουσίαση και ποιοτικό σχεδιασμό. Σε μελέτη στην Ελλάδα σε δείγμα 1.526 φοιτητών, ηλικίας 18-24, βρέθηκε ότι συμπεριφορές σε θέματα υγείας, όπως κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ, έχουν άμεση συσχέτιση με το επίπεδο των γνώσεων των φοιτητών στα αντίστοιχα θέματα, αλλά και σε άλλα θέματα υγείας και πρόληψης (Vozikis et al 2014).

Σχετικά με τα μέτρα και τις πολιτικές για την αντιμετώπιση του καπνίσματος, η δημιουργία νομοθετικών ρυθμίσεων για την εφαρμογή και διατήρηση κλειστών δημόσιων χώρων, στους οποίους θα απαγορεύεται το κάπνισμα, θεωρείται ως το κύριο μέτρο αντιμετώπισης τους προβλήματος της αυξημένης κατανάλωσης καπνού και της έκθεσης σε παθητικό κάπνισμα στους φοιτητές (Callinan et al 2010, WHO 2011). Πολλά πανεπιστήμια των ΗΠΑ, αλλά και της Ευρώπης, έχουν θεσπίσει την απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους κλειστούς χώρους και σε κάποια έχει προχωρήσει η απαγόρευση και στους εξωτερικούς χώρους (Haghdoost et al 2013, CDC 2014). Εντούτοις, υπάρχει η ένδειξη ότι με την απαγόρευση του καπνίσματος στους φοιτητές προκαλείται το αντίθετο αποτέλεσμα από τα επιθυμητά χαμηλά ποσοστά και αύξηση της παραβατικότητας (Martinelli et al 1999). Συμπληρωματικό μέτρο στην κατεύθυνση αυτή είναι και η μείωση της διαθεσιμότητας των προϊόντων καπνού στους χώρους των πανεπιστημίων καθώς και κοντά σε αυτά (CDC 2014).

Μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα έχουν καταγράψει οι πολιτικές για τη μείωση του καπνίσματος, οι οποίες περιλαμβάνουν όχι μόνο αυστηρή τήρηση της παραπάνω νομοθεσίας αλλά και προγράμματα αγωγής και προαγωγής υγείας με συμμετοχή των φοιτητών, αφού έχει προηγηθεί μελέτη των καπνιστικών τους συμπεριφορών και αντιλήψεων (WHO 2011). Σε μελέτη με δείγμα περίπου 13.000 προπτυχιακούς φοιτητές πανεπιστημίων της πολιτείας του Τέξας, φάνηκε ότι η εφαρμογή κατάλληλων προγραμμάτων

εκπαίδευσης σε θέματα που αφορούν το κάπνισμα αλλά και η θέσπιση ειδικών χώρων καπνίσματος, είχαν τη μεγαλύτερη αποδοχή σε σχέση με πολιτικές απόλυτης απαγόρευσης και μείωσης της διάθεσης των προϊόντων καπνού (Borders et al 2005).

Στην ίδια κατεύθυνση βρίσκεται και η θέσπιση ειδικών χώρων καπνίσματος, η δημιουργία ιστότοπου για θέματα σχετικά με το κάπνισμα, καθώς και η μείωση της διάθεσης των προϊόντων καπνού σε χώρους κοντά σε πανεπιστήμια (Harvard-School of Public Health 2015). Οι παραπάνω παρεμβάσεις προϋποθέτουν την καταγραφή (monitoring) του φαινομένου με τα κατάλληλα εργαλεία ανίχνευσης.

Η εκπαίδευση σε θέματα που αφορούν στο κάπνισμα ξεκινά σε πολλά πανεπιστήμια των ΗΠΑ, της Ευρώπης, αλλά και άλλων χωρών, από τη δημιουργία ιστότοπου όπου παρέχονται οι σχετικές πληροφορίες. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι ο ιστότοπος που έχει δημιουργήσει το πανεπιστήμιο του Harvard για το θέμα του καπνίσματος. Σε άρθρο ανασκόπησης των Murphy-Hoefer et al 2005, αναδεικνύεται η συνδυαστική χρήση όλων των παραπάνω, για τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα των μέτρων. Τονίζεται επίσης ότι το επίκεντρο της όλης προσπάθειας θα πρέπει να είναι η αποδοχή των οποιωνδήποτε μέτρων από τους φοιτητές μετά από κατάλληλη και έγκαιρη ενημέρωση. Όλα τα προαναφερθέντα μέτρα προϋποθέτουν την προηγούμενη καταγραφή (monitoring) του φαινομένου με τα κατάλληλα ερευνητικά εργαλεία, την επεξεργασία τους και τελικά την υιοθέτηση νέων πρακτικών.

Στην Ελλάδα τα μέτρα απαγόρευσης του καπνίσματος παρόλο που έχει νομοθετηθεί σχετικό πλαίσιο πολλάκις, εν τούτοις δεν έχει εφαρμοστεί στα περισσότερα μέρη. Τα κύρια νομοθετικά μέτρα που έχουν ληφθεί στη χώρα μας είναι αποτέλεσμα εναρμόνισης της ελληνικής νομοθεσίας προς τις ευρωπαϊκές οδηγίες 1989/622, 2001/37, 2003/33. Σύμφωνα με αυτά υπάρχει πλήρης απαγόρευση του καπνίσματος στα μέσα μαζικής μεταφοράς, στα θέατρα και τους κινηματογράφους, στις υπηρεσίες υγείας, στα σχολεία πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Μερική απαγόρευση σε εστιατόρια, μπαρ και καφετέριες, σε δημόσια κτίρια και σε εσωτερικούς χώρους εργασίας, ενώ δεν υπάρχει εποπτεία στην εφαρμογή των απαγορεύσεων. Η διαφήμιση επίσης στα μέσα μαζικής ενημέρωσης για τα προϊόντα καπνού είναι πλήρης, ενώ σε χώρους όπως οι κινηματογράφοι η απαγόρευση είναι μερική. Δεν υπάρχει όμως κανένας περιορισμός σε ότι αφορά στην υπαίθρια διαφήμιση μέσω πινακίδων, σε σημεία πώλησης όπως στα περίπτερα και σε εφημερίδες και σε περιοδικά. Στα τριτοβάθμια ιδρύματα της χώρας υπάρχει μερική απαγόρευση του καπνίσματος, δεδομένου του ότι δεν επιτρέπεται το κάπνισμα στους χώρους των ιδρυμάτων, αν και αυτό δεν τηρείται πλήρως (Πράσινη Βίβλος 2007).

Η πληροφόρηση του πληθυσμού στην Ελλάδα και η εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής υγείας εφαρμόζεται αποσπασματικά και δεν υπάρχει οργανωμένη δραστηριότητα με μαζικές καμπάνιες ενημέρωσης (Kyrlesi et al 2007).

Η παγκόσμια επιστημονική κοινότητα, τα τελευταία χρόνια, επικεντρώνεται στην προσπάθεια αντιμετώπισης του προβλήματος της βαριάς επεισοδιακής κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών (binge drinking) από φοιτητές και των επιδράσεων που έχει στην υγεία τόσο των ίδιων, όσο και των ατόμων του περιβάλλοντός τους. Οι πολιτικές υγείας για την αντιμετώπιση των συμπεριφορών αυτών θα πρέπει να περιλαμβάνουν μέτρα πρόληψης και παρέμβασης, καθώς και θεραπευτικές στρατηγικές που θα στοχεύουν σε άτομα, αλλά και στο σύνολο του φοιτητικού πληθυσμού (Scott-Sheldon et al 2012).

Στις ΗΠΑ, το NIAAA με ανακοίνωσή του το 2002, επικεντρώθηκε στην ανάδειξη αυτού του προβλήματος με την παρουσίαση των παραγόντων κινδύνου και την τεκμηριωμένη παράθεση στρατηγικών παρέμβασης. Με βάση το κείμενο αυτό αναπτύχθηκαν συγκεκριμένες στρατηγικές οι οποίες αναπτύσσονται σε 3 επίπεδα που αφορούν (NIAAA 2002) στις στρατηγικές που στοχεύουν σε ατομικό επίπεδο, στο επίπεδο των φοιτητών και σε εκείνες που στοχεύουν στην κοινότητα που περιβάλλει το πανεπιστήμιο (**Πίνακας 2**). Ο συνδυασμός και όχι η αποσπασματική εφαρμογή των στρατηγικών αυτών, θεωρείται κρίσιμη για την αποτελεσματικότητά τους (NIAAA 2007). Οι παρεμβάσεις θα πρέπει να στοχεύουν στον κατάλληλο πληθυσμό. Για παράδειγμα, σε φοιτητικούς πληθυσμούς υψηλού κινδύνου κρίνεται απαραίτητη η εφαρμογή περισσοτέρων ατομικών στρατηγικών σε σχέση με πληθυσμούς χαμηλότερου κινδύνου, όπου οι εφαρμογές ευρείας πληροφόρησης μέσω ειδικών διαδικτυακών ιστότοπων φαίνεται να έχουν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα (Carey et al 2012, Lane et al 2012).

Οι τομείς στους οποίους εστιάζει ο ΠΟΥ, περιέχουν πολιτικές υγείας που καλύπτουν όλο το φάσμα των πιθανών παραγόντων κατάχρησης του αλκοόλ και επενδύουν στον έλεγχο της κατανάλωσής του στην κοινότητα με την κινητοποίηση δομών υγείας, δομών κοινωνικής πρόνοιας, φορέων εκπαίδευσης και την εφαρμογή συντονισμένων προγραμμάτων αλλάζοντας την ατομική αλλά και τη συλλογική συμπεριφορά (WHO 2010, Scott-Sheldon 2012). Ιδιαίτερη σημασία δίνεται στην ολοκληρωμένη αντιμετώπιση περιστατικών καταχρηστικής χρήσης και εμφάνισης εξάρτησης από το αλκοόλ, στις πολιτικές για τη μείωση οδήγησης σε κατάσταση μέθης, στη διαθεσιμότητα του αλκοόλ, στον έλεγχο προώθησης και πώλησης αλκοολούχων ποτών καθώς και στη θέσπιση νομοθεσίας για τον έλεγχο του μη αδειοδοτημένου αλκοόλ. Το αλκοόλ αυτό αφορά σε οινοπνευματώδη προϊόντα που παρήχθησαν σε οικογενειακά άτυπα αποστακτήρια, παράνομα ή λαθραία, καθώς και σε υποκατάστατα του αλκοόλ που δεν προορίζονται για κα-

Πίνακας 2. Στρατηγικές αντιμετώπισης κατανάλωσης αλκοόλ σε φοιτητές

Επίπεδο 1: Στρατηγικές που στοχεύουν σε ατομικό επίπεδο	• Εντοπισμός, από τις κοινωνικές υπηρεσίες του πανεπιστημίου, των φοιτητών που βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για συμπεριφορές κατάχρησης αλκοόλ. Αυτό θα επιτευχθεί με τη χρήση κατάλληλων διαγνωστικών μεθόδων και βάσει παραγόντων κινδύνου. • Εντοπισμός των φοιτητών που έχουν αναπτύξει εξάρτηση από το αλκοόλ και αντιμετώπισή της. • Συμμετοχή των γονέων των φοιτητών που παρουσιάζουν προβλήματα καταχρηστικής συμπεριφοράς στη θεραπεία τους.
Επίπεδο 2: Στρατηγικές που στοχεύουν στη φοιτητική κοινότητα	• Παροχή πληροφοριών και κατάλληλη εκπαίδευση σε θέματα που αφορούν το αλκοόλ στο πλαίσιο των ακαδημαϊκών μαθημάτων. Ανάπτυξη ειδικού ιστότοπου πληροφοριών. • Περιορισμό της διαθεσιμότητας των αλκοολούχων ποτών. • Παροχή δραστηριοτήτων του πανεπιστημίου που να προωθούν τη διασκέδαση χωρίς αλκοόλ. • Συμμετοχή των φοιτητών στη διοργάνωση εκπαιδευτικών προγραμμάτων ενημέρωσης για τις επιπτώσεις της κατάχρησης αλκοόλ. • Ειδικό πρόγραμμα ενημέρωσης των πρωτοετών φοιτητών κατά τη διάρκεια των εγγραφών για την κατανάλωση αλκοόλ. • Παρακολούθηση και αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των εφαρμοζόμενων στρατηγικών. Ενώ παρέχονται πληροφορίες για τις στρατηγικές αντιμετώπισης, λίγες είναι αυτές που βρίσκονται στη βιβλιογραφία για την παρακολούθηση και την αποτελεσματικότητα της εφαρμογής τους.
Επίπεδο 3: Στρατηγικές που στοχεύουν στην κοινότητα που περιβάλλει το πανεπιστήμιο	• Συνεργασία του πανεπιστημίου με τις τοπικές αρχές για συντονισμό δράσεων στο θέμα της διαθεσιμότητας και προώθησης αλκοολούχων ποτών αλλά και εκπαιδευτικών παρεμβάσεων και ενημέρωσης του κοινού. • Αύξηση της τιμής των ποτών από τις αρχές καθώς και μείωση της διαθεσιμότητας φθηνών αλκοολούχων ποτών. • Πιο συχνοί και αυστηροί έλεγχοι νηφαλιότητας από τις αρμόδιες αρχές σε περιοχές περιμετρικά του πανεπιστημίου.

Πηγή: *(NIAAA 2002, NIAAA 2007)*

τανάλωση από τον άνθρωπο (WHO 2010). Ο ΠΟΥ παρέχει μια διαδικτυακή βάση, το Παγκόσμιο Σύστημα πληροφοριών για το Αλκοόλ (Global Information System on Alcohol and Health- GISAH), στο οποίο παρουσιάζονται δεδομένα για τα επίπεδα και τις πρακτικές κατανάλωσης αλκοόλ, τις επιπτώσεις σε κοινωνικό επίπεδο και επίπεδο υγείας παγκοσμίως. Παρέχονται, επιπλέον, πληροφορίες για την ανταπόκριση των πολιτικών υγείας που έχουν προταθεί.

Για την παρακολούθηση και επιτήρηση των παρεμβάσεων από την κρατική διοίκηση, θα πρέπει να εκδίδονται τακτικές εκθέσεις με στατιστικά στοιχεία για την κατανάλωση του αλκοόλ, τη θνητότητα και θνησιμότητα που επιφέρει η καταχρηστική κατανάλωσή του, αλλά και την αξιολόγηση των δομών και προγραμμάτων που έχουν αναπτυχθεί στον τομέα της ενημέρωσης του κοινού και στην πρόληψη των κρουσμάτων αλκοολισμού και των επιπτώσεών του (**Πίνακας 3**).

Οι πιο ολοκληρωμένες παρεμβάσεις έχουν καταγραφεί σε πανεπιστήμια των ΗΠΑ με χαμηλή όμως ακόμη ανταπόκριση και συμμόρφωση με τις οδηγίες του NIAAA σε επίπεδο χώρας (NIAAA 2007). Χαρακτηριστική όμως είναι η περίπτωση του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου της Βιρτζίνιας (Virginia Polytechnic Institute and State University), το οποίο έχει καταβάλει μία ολοκληρωμένη προσπάθεια. Συγκεκριμένα, μέσω ειδικής πλατφόρμας στην ιστοσελίδα του παρέχει πληροφορίες για την ασφαλή κατανάλωση αλκοόλ αλλά και για άλλα θέματα που αφορούν τους φοιτητές σχετικά με την κατανάλωση του αλκοόλ. Η δημιουργία ενός ειδικού εικονιδίου όπου παρουσιάζεται η θετική επίδραση της κατανάλωσης του αλκοόλ σε ζώνες και σε ποια τιμή του BAC αυτή σταματά, είναι μια από τις αποκλειστικότητες της ιστοσελίδας. Στο ίδιο πανεπιστήμιο έχει εφαρμοστεί και μια άλλη πολιτική, αυτή της "θετικής διασκέδασης" (Party Positive), (Virginia Polytechnic Institute and State University 2015), η οποία περιλαμβάνει οδηγίες που απευθύνονται στους φοιτητές που αφορούν: α) στην κατανάλωση συγκεκριμένης ποσότητας αλκοόλ ώστε η τιμή του BAC να μην ξεπερνάει το 0,06%, β) στην επιλογή της περίπτωσης για κατανάλωση αλκοόλ αλλά και της ποσότητας που θα καταναλώσουν, γ) στον ορισμό του "οδηγού" της παρέας, ο οποίος δεν θα πρέπει καταναλώσει αλκοολούχο ποτό, δ) στην κατανάλωση φαγητού και σωστής ενυδάτωσης ταυτόχρονα με την κατανάλωση αλκοόλ και τέλος, ε) στην καταμέτρηση του αριθμού των ποτών που καταναλώνουν κατά τη διάρκεια μιας εξόδου.

Η Ελλάδα, σύμφωνα με στοιχεία του ΠΟΥ, διαθέτει από το 2006 γραπτή πολιτική αντιμετώπισης για τη μείωση της κατάχρησης του αλκοόλ, η οποία εφαρμόζεται μερικώς (WHO 2014). Θετική κρίνεται η συμμετοχή της επιστημονικής κοινότητας σε μελέτες που διεξάγονται στον γενικό πληθυσμό της Ελλάδος, αλλά και σε ειδικούς πληθυσμούς όπως στους νέους (ΕΠΙΨΥ 2012). Με αυτό τον τρόπο παρακολουθείται η εξέλιξη του φαινομένου. Στην Ελλάδα ωστόσο, δεν υπάρχει νομοθετικός προσδιορισμός της έννοιας

3. Τομείς δράσης για τη μείωση της κατανάλωσης του αλκοόλ κατά ΠΟΥ

	Τομέας	Μέτρα που λαμβάνονται	Δείκτες
1	Ηγεσία, Ευαισθητοποίηση, Δέσμευση.	• *Κατάλληλη ηγεσία* και δέσμευση υλοποίησης. • *Ολοκληρωμένα σχέδια δράσης* για την ευαισθητοποίηση.	• Ύπαρξη Εθνικού σχεδίου δράσης προσβάσιμο στον πολίτη. • Μέτρα για τη γνώση, τους τρόπους αντιμετώπισης και τις απόψεις για το αλκοόλ. • Βαρομετρικές έρευνες (barometer surveys), δημοσκοπήσεις.
2	Ανταπόκριση των υπηρεσιών υγείας.	Κινητοποίηση δομών υγείας, δομών κοινωνικής πρόνοιας, φορέων εκπαίδευσης	Ποσοστό πληθυσμού με επιβλαβή χρήση οινοπνεύματος έχοντας δεχθεί συμβουλές από φορέα παροχής Πρωτοβάθμιας φροντίδας
3	Δράση με κέντρο την κοινότητα και τους χώρους εργασίας.	Δράση με συντονισμένα και ευθυγραμμισμένα προγράμματα, αλλάζοντας τη συλλογική, παρά την ατομική συμπεριφορά σε: • τοπικό επίπεδο • στην κοινότητα • στο χώρο εργασίας • στην εκπαίδευση	Ποσοστώσεις σχολείων, δήμων και χώρων εργασίας που υλοποιούν πολιτικές και προγράμματα με εξειδικευμένα κριτήρια.
4	Πολιτικές για την οδήγηση σε κατάσταση μέθης: μέτρα και αντίμετρα.	• Μείωση του νόμιμου ορίου κατά την οδήγηση, BAC από 0,05% σε 0,02 % στην Ελλάδα ή και 0,00 % στους ανηλίκους • Αύξηση και κατάλληλη επιλογή σημείων ελέγχου νηφαλιότητας.	Ο αριθμός θυμάτων τροχαίων λόγω οδήγησης σε κατάσταση μέθης.
5	Διαθεσιμότητα του αλκοόλ.	• Μείωση αδειών πώλησης και παραγωγής αλκοολούχων ποτών. • Μείωση ωραρίου και πυκνότητας σημείων πώλησης και διατήρηση ενός κυβερνητικού μονοπωλίου λιανικής πώλησης. • Άρνηση πώλησης σε ανηλίκους και σε άτομα σε κατάσταση μέθης και κατάλληλοι έλεγχοι τήρησης.	• Καταμέτρηση του αριθμού σημείων πώλησης και τις ημέρες και ώρες πώλησης. • Καταμέτρησης πρόσβασης των ανηλίκων.
6	Προώθηση και Εμπορία αλκοολούχων ποτών.	Θέσπιση ρυθμιστικών πλαισίων για: • το περιεχόμενο και των όγκο των πωλήσεων. • τις χορηγίες που προωθούν τα οινοπνευματώδη ποτά. • περιορίζοντας ή απαγορεύοντας την προώθησή τους σε δράσεις που απευθύνονται στους νέους. • ρυθμίζοντας νέες μεθόδους μάρκετινγκ με τη χρήση π.χ. κοινωνικών δικτύων.	Ο δείκτης αφορά την έκθεση των παιδιών και των νέων σε όλο το φάσμα της εμπορίας αλκοόλ, και ορίζεται από τις έρευνες που πραγματοποιούνται κάθε ένα ή δύο χρόνια και με τον συνυπολογισμό της οδικής συμπεριφοράς.
7	Πολιτικές Τιμολόγησης	Αύξηση τιμής αλκοολούχων ποτών με αύξηση φορολόγησής του ανάλογα με την περιεκτικότητα σε αλκοόλ.	Δείκτης καταμέτρησης του κατά πόσο είναι προσιτό το κόστος του αλκοόλ (με βάση μετρήσεις που συγκρίνουν το σχετικό δείκτη των τιμών του αλκοόλ με τον πραγματικό δείκτη διαθεσίμων εσόδων ανά νοικοκυριό).
8	Μείωση των αρνητικών συνεπειών της κατανάλωσης και της δηλητηρίασης από οινόπνευμα.	Στόχος: • Μικρότερη συχνότητα και μειωμένος όγκος κατανάλωσης στις περιπτώσεις βαριάς χρήσης. • Ενέργειες στο περιβάλλον όπου καταναλώνεται αλκοόλ (οικογένεια και μπαρ). • Εισαγωγή προειδοποιητικών ετικετών σε όλες τις συσκευασίες αλκοολούχων ποτών.	Τα ποσοστά θνησιμότητας από το οινόπνευμα, καθώς και οι εκούσιοι και ακούσιοι τραυματισμοί.
9	Μείωση των βλαπτικών επιπτώσεων στη δημόσια υγεία από το παράνομο αλκοόλ και το αλκοόλ που παράγεται ανεπίσημα.	• Μηχανοργάνωση των δεδομένων παρακολούθησης για την κυκλοφορία των προϊόντων κατανάλωσης. • Έκδοση φορολογικών σφραγίδων, όπου θα αναγράφεται πότε και πού έγινε η καταβολή των δασμών.	Η ανεύρεση ακεταλδεΰδης, κουμαρίνης, φθαλικών ενώσεων και καρβαμιδικού αιθυλεστέρα σε δείγματα μη καταγεγραμμένων αλκοολών.
10	Παρακολούθηση και Επιτήρηση	Τακτικές εκθέσεις για το αλκοόλ που να περιλαμβάνουν: • Τη συγκέντρωση όλων των διαθέσιμων στοιχείων για το αλκοόλ σε μία έκθεση που να καλύπτει την κατανάλωση, τη ζημία, την κοινωνική δαπάνη και την ανταπόκριση στις πολιτικές. • Στοιχεία για τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα, που θα πρέπει να επιμερίζονται ανάλογα με τη βλαπτική επίδραση του αλκοόλ. • Την αποτίμηση του κοινωνικού κόστους.	Η πρόσβαση του κοινού στις ετήσιες (ή διετείς, κατ' ελάχιστο) γενικές εκθέσεις σχετικά με το αλκοόλ.

Πηγή: *WHO* (2011)

«αλκοολούχο ποτό». Η έλλειψη αυτή δυσχεραίνει τη λήψη μέτρων και την εφαρμογή πολιτικών πρόληψης. Στην Ελλάδα δεν έχει καταγραφεί πρόοδος στους εξής τομείς (ΕΠΙΨΥ 2012):

- Στην ενιαία εθνική στρατηγική για την καταπολέμηση της κατάχρησης του αλκοόλ καθώς η απουσία στρατηγικού σχεδιασμού και στοχευμένων δράσεων είναι εμφανής. Η δραστηριότητα των αρμόδιων φορέων εξαντλείται συνήθως σε αποσπασματικές ενέργειες ή δράσεις περιορισμένης κλίμακας.
- Στην ανταπόκριση των υπηρεσιών υγείας, καθώς η Ελλάδα δεν διαθέτει ολιστικό σχεδιασμό για την καταπολέμηση των συνεπειών του αλκοόλ και δεν έχουν αναπτυχθεί ειδικά συμβουλευτικά κέντρα και συμβουλευτικές υπηρεσίες για την πρόληψη και την αντιμετώπιση σε κοινοτικό επίπεδο.
- Στη διαθεσιμότητα του αλκοόλ, καθώς δεν διαθέτει πολιτικές σχετικά με τη θέσπιση περιορισμών στα καταστήματα πώλησης και παροχής, τη θέσπιση περιορισμών στην κατανάλωση αλκοόλ στους χώρους εργασίας.
- Στη δράση με κέντρο την κοινότητα και τους χώρους εργασίας και την οργάνωση εθνικής καμπάνιας ενημέρωσης, με εξαίρεση τις στρατηγικές ενημέρωσης του κοινού για τους κινδύνους στην οδήγηση. Δεν υπάρχει θεσμοθετημένος φορέα για την πρόληψη, καθώς και κατάλληλα εκπαιδευτικά προγράμματα και δράσεις για την ταυτόχρονη προαγωγή θετικών προτύπων και συμπεριφορών. Δεν υπάρχουν διαθέσιμα εκπαιδευτικά προγράμματα αποφυγής κατανάλωσης αλκοόλ για παιδιά και νέους, καθώς και προγράμματα επιμόρφωσης εργοδοτών και προσωπικού για την κατανάλωση αλκοόλ στους χώρους εργασίας.
- Στην ανάπτυξη πολιτικών τιμολόγησης με βάση την περιεκτικότητα σε αλκοόλ των αλκοολούχων ποτών.
- Στην προώθηση και εμπορία αλκοολούχων ποτών με τη θέσπιση ειδικών κανόνων και προδιαγραφών για την προβολή της κατανάλωσης του αλκοόλ στα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Εξαίρεση αποτελεί η φράση που αναφέρεται σε όλες τις διαφημίστηκες εκστρατείες αλκοολούχων ποτών «Απολαύστε Υπεύθυνα».
- Στη μείωση των αρνητικών συνεπειών της κατανάλωσης και της δηλητηρίασης από οινόπνευμα καθώς δεν έχει θεσπιστεί μέτρο για την ύπαρξη ετικετών προειδοποίησης στις συσκευασίες αλκοολούχων ποτών.
- Στη μείωση των βλαπτικών επιπτώσεων στη δημόσια υγεία από το παράνομο αλκοόλ και το αλκοόλ που παράγεται από μη αδειοδοτημένα αποστακτήρια. Στον τομέα αυτόν, ενώ έχει θεσπιστεί νόμος για την παράνομη παραγωγή και διακίνηση αλκοολούχων ποτών, οι έλεγχοι είναι ελλιπείς και ο προσανατολισμός του μέτρου σχετίζεται περισσότερο με τη διασφάλιση των φορολογικών εσόδων του κράτους και όχι με την προστασία της Δημόσιας Υγείας.
- Στην παρακολούθηση και επιτήρηση. Η χώρα δεν διαθέτει σύστημα ποιότητας και αξιολόγησης των προγραμμάτων ενημέρωσης και παρέμβασης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Το κάπνισμα και η χρήση αλκοόλ εμφανίζει ανησυχητική αύξηση σε νέους ανθρώπους παγκόσμιο επίπεδο. Οι φοιτητές αποτελούν την ηλικιακή εκείνη ομάδα στην οποία η αύξηση αυτή φτάνει σε υψηλά ποσοστά, δεδομένου του ότι ακολουθεί την τάση μιμητισμού των νέων από το φιλικό τους περιβάλλον, αλλά και αποτελεί μια περίοδο της ζωής τους που ο γονεϊκός έλεγχος μειώνεται.

Οι στρατηγικές για τον έλεγχο του καπνίσματος και της κατανάλωσης αλκοόλ σε φοιτητές προϋποθέτει ανίχνευση και τεκμηρίωση του προβλήματος στην πραγματική διάστασή του, μέσα από μελέτες που θα προσδιορίζουν όχι μόνο τα επίπεδα κατανάλωσης καπνού και αλκοόλ αλλά και των παραγόντων εκείνων που ενισχύουν ή ελαττώνουν την κατανάλωση αυτών.

Η αυστηρή τήρηση της νομοθεσίας, αλλά και η παράλληλη και συνεχής ενημέρωση του πληθυσμού με προγράμματα αγωγής υγείας σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, είναι αυτά που φαίνεται ότι βοηθούν στη μείωση της κατανάλωσης καπνού και αλκοόλ από τον φοιτητικό, και όχι μόνο, πληθυσμό. Η επιβλαβής χρήση του αλκοόλ μπορεί να αντιμετωπιστεί μόνο με οργανωμένες πολιτικές και στρατηγικές υγείας, σχεδιασμένες από τα κράτη για την προστασία των πολιτών τους. Οι πολιτικές αυτές απαιτούν μια πληθώρα μέτρων που αφορούν στην πρόληψη, την έγκαιρη εντόπιση εξάρτησης και την αντιμετώπιση του προβλήματος. Απαιτείται, επίσης, πολιτική δέσμευση διατήρησης αποτελεσματικής συνεργασίας μεταξύ οργανισμών και φορέων καθώς και ενεργός συμμετοχή των πολιτών.

Ειδικά για τον έλεγχο του καπνίσματος σε φοιτητικό πληθυσμό, θα πρέπει να ενεργοποιηθεί ειδικά σχεδιασμένη παρέμβαση ενημέρωσης για το κάπνισμα με κύριο στόχο τους καπνιστές φοιτητές. Η παρέμβαση αυτή θα πρέπει να παρέχει πληροφορίες σχετικά με τη φύση της νικοτίνης, ως ισχυρά εξαρτησιογόνο ουσία, και να παρουσιάζει τις επιπτώσεις του καπνίσματος, τόσο στο άτομο όσο και στο περιβάλλον του. Σημαντικός παράγοντας επιτυχίας των προγραμμάτων παρέμβασης και ενημέρωσης των επιπτώσεων του αλκοόλ και του καπνίσματος, θα αποτελέσει η συμμετοχή των φοιτητικών συλλόγων. Η επισήμανση και η περιφρούρηση των ελεύθερων από καπνό χώρων σε κάθε πανεπιστημιακή δομή αποτελεί επίσης απαραίτητη παρέμβαση για την προστασία των φοιτητών από το παθητικό κάπνισμα, κάτι για το οποίο η πολιτεία παραμένει ακόμα αδρανής.

Οι πολιτικές υγείας για τη μείωση της κατανάλωσης του αλκοόλ αλλά και των βλαβερών συνεπειών του στην Ελλάδα, παρουσιάζουν σοβαρές ελλείψεις καθώς δεν καταγράφονται συστηματικά όλα εκείνα τα πραγματικά δεδομένα που θα δείξουν τη διάσταση του προβλήματος. Παράλληλα κρίνεται σημαντική η αξιολόγηση και η πιθανή αναδιαμόρφωση των προγραμμάτων αγωγής υγείας για θέματα σχετικά με το κάπνισμα στην Ελλάδα. Η ενίσχυση των παρεμβάσεων σε σχολεία δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης θα βοηθήσει πιθανώς τους υποψήφιους φοιτητές τροποποιήσουν τις συμπεριφορές υγείας.

Με την εφαρμογή και το σωστό συνδυασμό των παραπάνω μέτρων που αφορούν στην ενημέρωση του πληθυσμού αλλά και στη μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ και καπνού, το κοινωνικό σύνολο έχει σημαντικά κέρδη, όπως καλύτερη υγεία και ευημερία, βελτιωμένοι τομείς εργασίας και παραγωγικότητας, μεγαλύτερη εξοικονόμηση πόρων στην υγεία και την κοινωνική ασφάλιση, ευρύτερη ισονομία στην υγεία και την οικονομία, καθώς και ισχυρότερη κοινωνική συνοχή και ένταξη. Οι υγιείς έφηβοι θα αποτελέσουν τους μελλοντικούς υγιείς ενήλικες του συστήματος και αυτό θα επιφέρει ποικίλα οφέλη στους ίδιους και στην πολιτεία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Al-Kubaisy W., Abdullah N., Al-Nuaimy H., Halawany G. & Kurdy S. (2012). Epidemiological study on tobacco smoking among university students in Damascus, Syrian Arab Republic. *Eastern Mediterranean health journal* 18(7): 723-7.

Anderson P., Baumberg B., (2006). *Alcohol in Europe: A Public Health Perspective*, London: Institute of Alcohol Studies.

Borders T., Xu K., Bacchi D., Cohen L. & SoRelle-Miner D. (2005). College campus smoking policies and programs and students' smoking behaviors. *BMC public health* 7;5:74.

Callinan J.E., Clarke A., Doherty K. & Kelleher C. (2010). Legislative smoking bans for reducing secondhand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption. *The Cochrane database of systematic reviews* 14;(4):CD005992.

Carey K., Scott-Sheldon L., Elliott J., Garey L. & Carey M. (2012). Face-to-face versus computer-delivered alcohol interventions for college drinkers: a meta-analytic review, 1998 to 2010. *Clinical psychology review* 32(8): 690-703.

CDC. (2014). Surgeon General's Report: The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress. Available at: http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/50th-anniversary/pdfs/general-audience-presentation.pdf [accessed : 30/10/2014].

Cleveland M., Lanza S., Ray A., Turrisi R. & Mallett K. (2012). Transitions in first-year college student drinking behaviors: does pre-college drinking moderate the effects of parent- and peer-based intervention components?. *Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors* 26(3): 440-50.

Διομήδους Μ., Γαλάνης Π., Μπάκουλα Χ., Πιστόλης Ι., Ζήκος Δ., Φρίγγας Α. & Λιάσκος Ι. (2007). Αξιολόγηση των στάσεων των φοιτητών Νοσηλευτικής απέναντι στο κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοόλ, *Νοσηλευτική* 46(4): 523-528.

ΕΠΙΨΥ. (2012). Έκθεση αποτελεσμάτων πανελλήνιας έρευνας για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στους μαθητές – *Έρευνα ESPAD 2011*. Αθήνα. διαθέσιμο σε: http://www.epipsi.gr/Tekmiriosi/epid/Epidimiologikes_erevnes/espadgr.php [ημερομηνία πρόσβασης: 3/12/2014].

European Commission. (2012). *Special Euro barometer* 385, Report: Attitudes of Europeans towards tobacco. Available at: http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/eurobaro_attitudes_towards_tobacco_2012_en.pdf [accessed: 21/10/2014].

Haghdoost A.A. & Moosazadeh M. (2013). The prevalence of cigarette smoking among students of Iran's universities: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Research in Medical Science* 18(8): 717–725.

Harvard, School of Public Health. (2015). C*entre for Global Tobacco Control*. Available at: http://www.hsph.harvard.edu/cgtc/research/ [accessed: 30/11/2014].

Heather N., Partington S., Partington E., Longstaff F., Allsop S., Jankowski M., Wareham H. & St Clair Gibson A. (2011). Alcohol use disorders and hazardous drinking among undergraduates at English universities, *Alcohol and alcoholism* 46(3): 270-277.

Hingson R.W., Zha, W. & Weitzman E.R. (2009). Magnitude of and trends in alcohol related mortality and morbidity among U.S. college students ages 18–24,1998–2005. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 16: 12–20.

Hughes K., Quigg Z., Eckley L., Bellis M., Jones L, Calafat A., Kosir M. & van Hasselt N. (2011). Environmental factors in drinking venues and alcohol-related harm: the evidence base for European intervention. *Addiction* 106 (1): 37-46.

Inandi T., Caman O., Aydin N., Onal A., Kaypmaz A., Turhan E., Erguder T. & Warren W. (2013). Global Health Professions Student Survey-Turkey: second-hand smoke exposure and opinions of medical students on anti-tobacco law. *Central European journal of public health* 21(3): 134-9.

Johnston L., O'Malley P. & Bachman J. (2003). Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use, 1975–2002. Volume II: College students and adults ages 19–40. *NIH Publication* No 03-5376, available at: http://monitoringthefuture.org/pubs/monographs/vol2_2002.pdf [accessed: 21/10/2014].

Καρρά Α., Σαρίδη Μ. & Σουλιώτης Κ. (2014). Αλκοόλ και αλκοολισμός: σύγχρονη απειλή στο χώρο της υγείας. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης* 7(1): 27-36.

Κατσά Μ.Ε., Αδαμοπούλου, Β. & Σαρίδη, Μ. (2014). Παράγοντες που επηρεάζουν την κατανάλωση αλκοόλ στην Ευρώπη. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας* 6(4): 144-153.

Kokkevi, A., Loukadakis, M., Plagianakou, S., Politikou, K. & Stefanis, C. (2000). Sharp increase in illicit drug use in Greece: Trends from a general population survey on licit and illicit drug use. *European Addiction Research* 6: 429.

Κωνσταντινίδης Θ., Σκανδαλάκη Ν. & Κριτσωτάκης Γ. (2014). Κάπνισμα και κατανάλωση οινοπνεύματος σε προπτυχιακούς φοιτητές νοσηλευτικής. *Νοσηλευτική* 53 (1): 42-47.

Kyrlesi A., Soteriades ES., Warren CW., Kremastinou J., Papastergiou P., Jones NR. & Hadjichistodoulou Ch. (2007). Tobacco use among students aged 13-15 years in Greece: the GYTS project. *BMC Public Health* 8(7): 3.

Lane D., Lindemann D. & Schmidt J. (2012). A comparison of computer-assisted and self-management programs for reducing alcohol use among students in first year experience courses. *Journal of Drug Education* 42(2): 119-35.

Lorant V., Nicaise P., Soto V. & d'Hoore W. (2013). Alcohol drinking among college students: college responsibility for personal

troubles. *BMC Public Health* 28;13:615.

Mammas I., Bertsias G., Linardakis M., Tzanakis N., Labadarios D. & Kafatos A. (2003). Cigarette smoking, alcohol consumption, and serum lipid profile among medical students in Greece. *European Journal of Public Health* 13(3): 278-82.

Marsh L., Robertson L. & Cameron C. (2014). Attitudes towards smoke free campus policies in New Zealand. *The New Zealand Medical Journal* 127(1393): 87-98.

Martinelli A. M. (1999). An Explanatory Model of Variables Influencing Health Promotion Behaviors in Smoking and Nonsmoking College Students. *Public Health Nursing* 16 (4): 263-269.

Murphy-Hoefer R., Griffith R., Pederson L., Crossett L., Iyer S. & Hiller M. (2005). A review of interventions to reduce tobacco use in colleges and universities, *American Journal of Preventive Medicine* 28(2): 188-200.

National Institute for Alcohol abuse and Alcoholism- NIAAA. (2002). A Call to Action: Changing the Culture of Drinking at U.S. Colleges. Available at: http://www.collegedrinkingprevention.gov/media/TaskForceReport.pdf [accessed: 12/12/2014].

National Institute for Alcohol abuse and Alcoholism- NIAAA. (2007). What Colleges Need to Know Now-An Update on College Drinking Research. Available at: http://www.collegedrinkingprevention.gov/1college_bulletin-508_361C4E.pdf [accessed: 15/12/2014].

National Institute for Alcohol abuse and Alcoholism- NIAAA. (2013). Fact Sheet- College Drinking. Available at: http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/CollegeFactSheet/CollegeFactSheet.pdf [accessed: 12/12/2014].

National Institute for Alcohol abuse and Alcoholism- NIAAA, (2015). Rethinking drinking. Available at: http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/RethinkingDrinking/Rethinking_Drinking.pdf [accessed: 21/1/2015].

Παντσίδης Γ., Παπαγεωργίου Δ. & Μπούρος Δ. (2012). Καπνιστικές συνήθειες, πεποιθήσεις και εκπαίδευση φοιτητών ιατρικής Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης. *Πνεύμων* 25(2): 198-207.

Πράσινη Βίβλος .Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων. (2007). Για μια Ευρώπη απαλλαγμένη από το κάπνισμα: στρατηγικές επιλογές σε επίπεδο Ε.Ε. Βρυξέλλες, 30.11.2015 Διαθέσιμο σε: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/el/com/2007/com2007_0027el01.pdf. [ημερομηνία πρόσβασης: 3/12/2014].

Scott-Sheldon L., Terry D., Carey KB, Garey L. & Carey M. (2012). Efficacy of expectancy challenge interventions to reduce college student drinking: a meta-analytic review. *Psychology of addictive behaviors* 26(3): 393 405.

Turrisi R., Mallett K., Mastroleo N. & Larimer M. (2006). Heavy drinking in college students: who is at risk and what is being done about it? *The Journal of General Psychology* 133(4): 401-20.

U.S. Department of Health and Human Services. (2012).Preventing Tobacco Use Among Young People: A Report of the Surgeon General. Available at: http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/preventing-youth-tobacco-use/full-report.pdf [accessed: 5/11/2014].

Virginia Polytechnic Institute and State University. (2015). Party Positive. Available at: http://www.alcohol.vt.edu/Students/Party_positive/Zone/index.html [accessed: 21/01/2014].

Von Ah D., Ebert S., Ngamvitroj A., Park N. & Kang D. (2005). Factors related to cigarette smoking initiation and use among college students. *Tobacco Induced Diseases* 15;3(1): 27-40.

Vozikis A., Drivas K. & Milioris K. (2014). Health literacy among university students in Greece: determinants and association with self-perceived health, health behaviors and health risks. *Archives of Public Health* 23;72(1): 15.

WHO- Regional Office for Europe. (2010). European status report on alcohol and health. Available at: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/128065/e94533.pdf [accessed: 30/11/2014].

WHO. (2011). WHO report on the global tobacco epidemic, warning about the dangers of tobacco. Available at: http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/en/ [accessed 23/10/2014].

WHO. (2014). Global Alcohol Report. Available at: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/grc.pdf [accessed: 10/11/2014].

Wicki M., Kuntsche E. & Gmel G. (2010). Drinking at European universities? A review of students' alcohol use. *Addictive Behaviors* 35(11): 913-24.

Smoking Habits and Alcohol Use. Epidemiological data and countermeasures

Anastasia Nanou[1], Maria Saridi[2], Kyriakos Souliotis[3]
1. RN, MSc, Thriassio Hospital, Athens, Greece
2. PhD, Scientific Fellow, Faculty of Social Sciences, University of Peloponnese, Korinthos, Greece
3. Assistant Professor, Faculty of Social Sciences, University of Peloponnese, Korinthos, Greece

ABSTRACT

Alcohol consumption and smoking among adolescents worldwide is increasing without any apparent differences between developed and developing countries. Increased rates of smoking and alcohol abuse have been documented among university students worldwide. In Greece, smoking habits and alcohol consumption among university students have only been a part of wider epidemiological surveys regarding general health issues. The prevalence of smoking and alcohol consumption among university students in Greece is presumably high, but so far there haven't been any targeted efforts to focus on and deal with this issue, as it happens in other countries. Some basic factors that contribute to higher tobacco and alcohol consumption are that those products are readily available, alcoholic beverages are promoted and distributed without any formal restrictions , and smoking ban laws are for the most part neglected. The international scientific community has recently focused on the issue of tobacco and alcohol abuse among young university students and the impact on their health and the health of their social circle. Health policies addressing this issue should include prevention and intervention measures and also treatment strategies aiming both individually and at the entire university student population. The aim of this review is to inform the scientific community about the prevalence of smoking and alcohol use in university students, about factors determining this behavior and measures and policies that apply to control this phenomenon.

KEYWORDS: Alcohol, health policy, smoking, university students

Corresponding Author: Maria Saridi
E-mail: sarmar32@windowslive.com
Telephone Number: +306974439637

Submission Date: 02 Oct 2015
Publication Date: 01 Dec 2015

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Συμμόρφωση στη θεραπεία και ο Ρόλος των Επαγγελματιών Υγείας: Η περίπτωση των οστεοπορωτικών ασθενών

Αγγελική Φράγκου[1], Παρασκευή Αποστολάρα[2], Αθηνά Καλοκαιρινού[3]

1. Πτυχιούχος Πληροφορικής ΠΑ.ΠΕΙ., 4ετής φοιτήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ
2. Νοσηλεύτρια – Εκπαιδευτικός Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, 1ο ΕΠΑΛ Καματερού, MSc, PhD
3. Καθηγήτρια Κοινοτικής Νοσηλευτικής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η οστεοπόρωση αποτελεί μείζον ζήτημα δημόσιας υγείας, παγκοσμίως. Παρά την ύπαρξη μεγάλου αριθμού αποτελεσματικών θεραπειών για την αντιμετώπισή της, ένα από τα συνηθέστερα εμπόδια στην επίτευξη βέλτιστης προστασίας αποτελεί η μη συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία. Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι να αναλύσει τις παραμέτρους που αφορούν στη συμμόρφωση των οστεοπορωτικών ασθενών στη θεραπευτική αγωγή και να αναδείξει τον καθοριστικό ρόλο των επαγγελματιών υγείας σε αυτή. Πολλές μελέτες δείχνουν ότι το ποσοστό συμμόρφωσης στη μακροχρόνια φαρμακευτική θεραπεία είναι χαμηλό στις ανεπτυγμένες χώρες, ενώ είναι ακόμη πιο χαμηλό στις αναπτυσσόμενες. Τα ποσοστά είναι συνήθως χαμηλότερα όταν η νόσος είναι ασυμπτωματική, ή όταν η θεραπεία εμφανίζει ανεπιθύμητες ενέργειες. Στην περίπτωση της οστεοπόρωσης, υπάρχουν πολλοί παράγοντες που οδηγούν σε μη συμμόρφωση στα θεραπευτικά σχήματα, και στη διεθνή βιβλιογραφία περιγράφονται διάφορες τεχνικές με τις οποίες ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να βελτιώσει τα θεραπευτικά αποτελέσματα. Η έγκαιρη αναγνώριση των ασθενών που πιθανά δεν ακολουθήσουν σωστά τη θεραπευτική αγωγή είναι υψίστης σημασίας για τον επαγγελματία υγείας, καθώς αποτελεί το πρώτο βήμα για τη διευθέτηση του θέματος της μη συμμόρφωσης και της επίτευξης καλύτερων θεραπευτικών αποτελεσμάτων. Ένα πολυπαραγοντικό μοντέλο, όπως το Fracture Liaison Service (FLS), το οποίο θα περιλαμβάνει εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας θα μπορούσε να προσφέρει τις καλύτερες δυνατότητες για βελτίωση της εκπαίδευσης, παρακολούθησης και επίτευξης της συμμόρφωσης στη θεραπεία του ασθενή.

Λέξεις Κλειδιά: Εκπαίδευση, επαγγελματίας υγείας, θεραπεία, οστεοπόρωση, συμμόρφωση

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας: Φράγκου Αγγελική
Ηλεκτρονική Διεύθυνση: angeliki_fragou@hotmail.com
Τηλέφωνο: 6972902700

Ημερομηνία Υποβολής: 03/12/2015
Ημερομηνία Δημοσίευσης: 23/12/2015

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Η οστεοπόρωση αποτελεί μείζον ζήτημα δημόσιας υγείας παγκοσμίως.**
- **Τα ποσοστά συμμόρφωσης στη μακροχρόνια φαρμακευτική θεραπεία είναι χαμηλά, τόσο στις αναπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες.**
- **Η έγκαιρη αναγνώριση των ασθενών που δεν συμμορφώνονται, αποτελεί ζήτημα υψίστης σημασίας για την επίτευξη καλύτερων θεραπευτικών αποτελεσμάτων.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η οστεοπόρωση αποτελεί μείζον ζήτημα δημόσιας υγείας παγκοσμίως. Η νόσος, η οποία συχνά χαρακτηρίζεται «σιωπηλή», παραμένει πολλές φορές αδιάγνωστη, μέχρι τη στιγμή που οι ασυμπτωματικοί ασθενείς θα εμφανίσουν το πρώτο οστεοπορωτικό κάταγμα. Η οστεοπόρωση προκαλεί απώλεια της οστικής πυκνότητας, ενώ σχετίζεται και με τη γήρανση του πληθυσμού. Η μειωμένη οστική πυκνότητα, αποτελεί σημαντικό παράγοντα αύξησης του κινδύνου εμφάνισης κατάγματος συνήθως στη σπονδυλική στήλη, στο ισχίο ή στον καρπό (Halpern et al 2011).

Τα οστεοπορωτικά κατάγματα είναι συχνή αιτία νοσηρότητας και θνητότητας στους ηλικιωμένους σε όλο τον κόσμο (Chiu et al 2013). Περίπου το 25% των ασθενών που υφίστανται κάταγμα ισχίου πεθαίνει μέσα στους πρώτους δώδεκα μήνες μετά το κάταγμα, το 15-25% χρειάζεται χρόνια φροντίδα και περίπου 50% των ασθενών έχει ανάγκη από βοήθεια για κάλυψη των καθημερινών αναγκών (Inderjeeth et al 2010).

Επιδημιολογικά δεδομένα δείχνουν πως περίπου 10 εκατομμύρια άνθρωποι στις Η.Π.Α, εκ των οποίων 8 εκατομμύρια γυναίκες, πάσχουν από οστεοπόρωση. Επιπλέον, άλλα 34 εκατομμύρια εμφανίζουν οστεοπενία (μειωμένη οστική πυκνότητα). Το 50% του γυναικείου πληθυσμού και το 25% του ανδρικού πληθυσμού άνω των 50 ετών θα εμφανίσει οστεοπορωτικό κάταγμα κάποια στιγμή στη ζωή του (Halpern et al 2011). Τα κατάγματα συνδέονται με σημαντική αναπηρία, αυξημένη θνησιμότητα και υψηλό κόστος για το σύστημα υγείας (Inderjeeth et al 2010).

Οι Hernlund et al (2013) σε μελέτη τους στην Ευρωπαϊκή Ένωση, διαπίστωσαν πως 22 εκατομμύρια γυναίκες και 5.5 εκατομμύρια άνδρες έπασχαν από οστεοπόρωση το έτος 2010. Ακόμα, την ίδια περίοδο 3,5 εκατομμύρια κατάγματα αποδόθηκαν σε οστεοπόρωση, με το κόστος τους να προσεγγίζει τα 37 δισεκατομμύρια ευρώ. Επιπλέον, προβλέφθηκε αύξηση του κόστους κατά 25% μέχρι το 2025 και τονίσθηκε πως η πλειοψηφία των ασθενών που έχει υποστεί οστεοπορωτικό κάταγμα ή που διατρέχει υψηλό κίνδυνο εμφάνισης κατάγματος δεν λαμβάνει καμία αγωγή για οστεοπόρωση, ενώ και ο αριθμός των ασθενών που λαμβάνουν αγωγή έχει πτωτικές τάσεις.

Παρά την ύπαρξη μεγάλου αριθμού αποτελεσματικών θεραπειών για την αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης, το ζήτημα της επίτευξης επαρκούς προστασίας έναντι μελλοντικών οστεοπορωτικών καταγμάτων είναι περισσότερο πολύπλοκο από την απλή διάθεση φαρμακευτικής αγωγής. Τα συνηθέστερα εμπόδια στην επίτευξη βέλτιστης προστασίας έναντι των οστεοπορωτικών καταγμάτων περιλαμβάνουν την καθυστερημένη διάγνωση της οστεοπόρωσης, την ακατάλληλη παρακολούθηση των ασθενών μετά από κάποιο κάταγμα (follow-up) αλλά και τη μη συμμόρφωση/προσήλωση των ασθενών στη θεραπεία (Adachi et al 2011).

Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας στην επίτευξη των επιθυμητών θεραπευτικών αποτελεσμάτων είναι ζωτικής σημασίας. Πολλές στρατηγικές για τη βελτίωση της μακροχρόνιας συμμόρφωσης στην αγωγή έχουν προταθεί. Αυτές περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων την εκπαίδευση των ασθενών, την επιλογή κατάλληλου θεραπευτικού σχήματος προσαρμοσμένο στις ιδιαιτερότητες κάθε ασθενή (οδό χορήγησης, μεσοδιαστήματα λήψης δόσεων, παρενέργειες), την συστηματική παρακολούθηση των δεικτών οστικού μεταβολισμού και τη συχνή επικοινωνία με τον ασθενή (Cole 2011).

Σκοπός της παρούσας ανασκοπικής μελέτης είναι ο προσδιορισμός των παραγόντων που οδηγούν στη συμμόρφωση ή μη συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή των ασθενών με οστεοπόρωση, με στόχο τη διερεύνηση του ρόλου των επαγγελματιών υγείας στην αποτελεσματική τήρηση των ιατρονοσηλευτικών οδηγιών.

ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗΣ

Εννοιολογικοί Προσδιορισμοί

Ο ορισμός της συμμόρφωσης, ο ποσοτικός προσδιορισμός της, καθώς και τα αίτια και τα αποτελέσματα της μη συμμόρφωσης έχουν αποτελέσει αντικείμενο ερευνών της επιστημονικής κοινότητας για πολλά χρόνια. Πιο συγκεκριμένα, τα επιστημονικά άρθρα εστιάζουν στις έννοιες της προσήλωσης (adherence), της συμμόρφωσης (compliance), της παραμονής (persistence) και της συμφωνίας με τη θεραπεία (concordance).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO 2003), ο όρος «προσήλωση» αποτελεί μια γενικότερη έννοια η οποία περιγράφει *«σε ποιο βαθμό η συμπεριφορά ενός ατόμου (σε σχέση με τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής, την υιοθέτηση διατροφικών συνηθειών και αλλαγών στον τρόπο ζωής) συνάδει με τις αποδεκτές από τον ασθενή οδηγίες που δίνονται από έναν επαγγελματία υγείας»*.

Ο όρος «συμμόρφωση» αντανακλά το βαθμό στον οποίο ο ασθενής ακολουθεί τη δόση, ενώ το μεσοδιάστημα της φαρμακευτικής αγωγής μετράται σε μια χρονική περίοδο και είναι ποσοστό. Συχνά στις μελέτες αναφέρεται ως ο λόγος της κατοχής του φαρμάκου (medication possession ratio - MPR), που ορίζεται ως ο αριθμός των χορηγούμενων δόσεων σε σχέση με την περίοδο χορήγησης. Γενικά, ένα MPR μεγαλύτερο από 80% θεωρείται ως «καλή συμμόρφωση» (Λυρίτης 2013).

Ο όρος «παραμονή στη θεραπεία» ορίζεται ως το χρονικό διάστημα από την έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής μέχρι τη διακοπή της θεραπείας. Η εκτίμηση της παραμονής στη θεραπεία πρέπει να περιλαμβάνει ένα προκαθορισμένο χρονικό διάστημα μεταξύ των δόσεων (permissable gap), το οποίο ορίζει πότε η μη συμμόρφωση γίνεται μη παραμονή στη θεραπεία. Το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα εξαρτάται από το είδος της θεραπείας και ουσιαστικά είναι ο μέγιστος χρόνος που ένας ασθενής μπορεί να μην λάβει την αγωγή του και παράλληλα να μη διαταραχθεί η αποτελεσματικότητα της θεραπείας (Cramer et al 2008).

Στο **σχήμα 1** παρουσιάζονται διαγραμματικά οι έννοιες της συμμόρφωσης και της παραμονής στη θεραπεία.

Με τον όρο «συμφωνία» υποδηλώνεται μια ειλικρινής ανταλλαγή πληροφοριών, διαβουλεύσεων και ένα πνεύμα συνεργασίας μεταξύ ασθενούς και επαγγελματία υγείας. Το δίπολο ασθενής – επιστήμονας υγείας έχει τους εξής στόχους: από τη μία πλευρά, ο ασθενής στοχεύει να προσδιορίσει τις δικές του πεποιθήσεις για τα θέματα υγείας στο γιατρό, ο οποίος με τη σειρά του οφείλει να τις λάβει υπόψη, ενώ από την άλλη πλευρά, ο στόχος του γιατρού ή κάποιου άλλου επαγγελματία υγείας είναι να μεταδώσει και να κάνει κατανοητές τις απόψεις του. Η πρόθεση αυτής της συνεργασίας είναι να βοηθηθεί ο ασθενής να λάβει ο ίδιος μια απόφαση για τη θεραπευτική του αγωγή, όντας πλήρως ενημερωμένος για τη διάγνωση, την προτεινόμενη θεραπεία, τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματά της. Αν και υπάρχει συνεργασία με τον επιστήμονα υγείας, τον τελικό λόγο στις αποφάσεις έχει ο ασθενής (Wahl 2005).

Οι ορισμοί «προσήλωση» (adherence) και «συμμόρφωση» (compliance) θεωρούνται συνώνυμοι από τους νοσηλευτές, ενώ οι περισσότεροι χρησιμοποιούν τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για να τους περιγράψουν (Alikari & Zyga 2014).

Η μη συμμόρφωση στη θεραπεία

Σύμφωνα με το Αμερικάνικο Κολέγιο Προληπτικής Ιατρικής (ACMP 2011) ο όρος «μη συμμόρφωση» περιλαμβάνει μια ποικιλία εκούσιων και ακούσιων συμπεριφορών, οι οποίες οδηγούν είτε σε υψηλότερη, είτε σε χαμηλότερη λήψη της συνιστώμενης αγωγής.

Τα χαμηλά ποσοστά συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή αποτελούν ένα πρόβλημα που έχει αυξητικές τάσεις, ειδικά σε χρόνιες ασθένειες όπως είναι η οστεοπόρωση (Claesson et al 2015). Το ποσοστό συμμόρφωσης στη μακροχρόνια φαρμακευτική θεραπεία είναι κατά μέσο όρο 50% στις ανεπτυγμένες χώρες, ενώ υπολογίζεται ακόμη πιο χαμηλό στα αναπτυσσόμενα κράτη. Στις ηλικιακές ομάδες άνω των 60 ετών, το ποσοστό συμμόρφωσης ποικίλει από 41% έως 74%, ενώ παράλληλα πολλοί ασθενείς δηλώνουν πως δυσκολεύονται να ακολουθήσουν την προτεινόμενη φαρμακευτική αγωγή (Gold 2006). Τα ποσοστά συμμόρφωσης είναι συνήθως χαμηλότερα, όταν η νόσος είναι ασυμπτωματική ή όταν η θεραπεία έχει ανεπιθύμητες ενέργειες (Weycker et al 2007).

Πιο συγκεκριμένα, σε σχέση με την οστεοπόρωση, έχει υπολογισθεί πως ανάμεσα στους ασθενείς, οι οποίοι διατρέχουν κίνδυνο εμφάνισης κατάγματος, περισσότεροι από το 50% θα εμφανίσουν ανεπαρκή συμμόρφωση ή έλλειψη επιμονής στην αγωγή μέσα στους πρώτους 12 μήνες από την έναρξη της θεραπείας (Siris et al 2009). Σε κάποιες με-



Σχήμα 1: Συμμόρφωση - Παραμονή στη Θεραπεία
(Προσαρμοσμένο από τους Cramer et al 2008)

λέτες, όπως για παράδειγμα αυτή των Weycker et al (2006) που διερευνούσε τη συμμόρφωση κατά την εβδομαδιαία λήψη διφωσφονικών, τα ποσοστά συμμόρφωσης εμφανίζονται ακόμη χαμηλότερα. Στη συγκεκριμένη μελέτη, το 47% των μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών εμφάνισε ελλείμματα συμμόρφωσης στην αγωγή 3 μήνες μετά την έναρξή της, ενώ μετά την ολοκλήρωση ενός έτους τα αντίστοιχα ποσοστά άγγιξαν το 70%.

Οι Jing et al (2008) σε σχετική μελέτη τους που αφορούσε στους παράγοντες που επηρεάζουν τη συμμόρφωση των ασθενών με βάση τις πεποιθήσεις των ίδιων των ασθενών, εντόπισαν τους εξής τύπους μη συμμόρφωσης: α) λήψη φαρμακευτικής αγωγής, αλλά μη ολοκλήρωσή της, β) λήψη λάθους δόσης, γ) λήψη αγωγής σε λάθος ώρα, δ) μείωση ή αύξηση της συχνότητας των δόσεων, ε) διακοπή της θεραπείας πολύ νωρίς, ζ) καθυστέρηση στην αναζήτηση φροντίδας υγείας, η) παράλειψη ιατρικών επισκέψεων, θ) αποτυχία εναρμόνισης με τις ιατρικές οδηγίες, ι) διακοπή της θεραπείας για κάποιο διάστημα και επανέναρξη αυτής και στ) συμμόρφωση με τη θεραπευτική αγωγή μόνο σε χρονικά διαστήματα κοντά σε προγραμματισμένες επισκέψεις στον επαγγελματία υγείας.

Η έγκαιρη αναγνώριση των ασθενών που είναι υποψήφιοι να μην ακολουθήσουν σωστά τη θεραπευτική αγωγή είναι υψίστης σημασίας για τον επαγγελματία υγείας, καθώς αποτελεί το πρώτο βήμα για τη διευθέτηση του ζητήματος της μη συμμόρφωσης και της επίτευξης καλύτερων θεραπευτικών αποτελεσμάτων (Cole 2011).

Ορισμένα χαρακτηριστικά τα οποία προδιαθέτουν για μη - συμμόρφωση των ασθενών περιγράφονται σε σχετική έκθεση της Αμερικάνικης Εταιρείας για τη Γήρανση και της Αμερικάνικης Εταιρείας Συμβούλων Φαρμακοποιών (ASCP Foundation 2006). Το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, το να είναι κάποιος άστεγος, τυχόν ψυχιατρικά προβλήματα/κατάθλιψη, η χρήση ουσιών, διανοητικά προβλήματα/αναπηρία, προβλήματα μνήμης, ο θυμός, το στρες, η έλλειψη κατανόησης της ασθένειας, η έλλειψη εμπιστοσύνης στη θεραπεία, η πεποίθηση ότι η θεραπεία έχει βλαπτικές συνέπειες/παρενέργειες ή η πολυπλοκότητα αυτής, αποτελούν συχνά παράγοντες που οδηγούν σε μη συμμόρφωση. Ακόμα, η ψυχική καταπόνηση από μακροχρόνιες θεραπείες, τα δύσχρηστα θεραπευτικά σχήματα, το κόστος της αγωγής, η δυσκολία πρόσβασης σε δομές υγείας και η ανεπαρκής παρακολούθηση (αδυναμία follow up), προδιαθέτουν έναν ασθενή να μην ακολουθήσει σωστά τη θεραπευτική αγωγή (ASCP Foundation 2006).

Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να κατανοήσουν σε βάθος τους παράγοντες που επηρεάζουν τη συμμόρφωση, καθώς επίσης και τα διαθέσιμα εργαλεία για την αντιμετώπιση των περιστατικών μη συμμόρφωσης. Έτσι, θα είναι σε θέση να προβούν στις κατάλληλες παρεμβάσεις, με σκοπό την ενίσχυση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων (Modi et al 2014).

Παράγοντες που επηρεάζουν τη συμμόρφωση του ασθενούς

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO 2003), η συμμόρφωση του ασθενούς είναι ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο το οποίο προσδιορίζεται από πέντε διαστάσεις. Η κοινή πεποίθηση πως τα ατομικά χαρακτηριστικά του ασθενούς είναι αποκλειστικά υπεύθυνα για τη σωστή λήψη της θεραπευτικής αγωγής είναι λανθασμένη και αντικατοπτρίζει την παρερμηνεία του τρόπου με τον οποίο άλλοι παράγοντες επηρεάζουν τη συμπεριφορά και την ικανότητα προσήλωσης στη θεραπεία. Η αλληλεπίδραση των πέντε αυτών διαστάσεων οδηγεί τελικά στην προσήλωση ή μη του ασθενούς. Οι πέντε διαστάσεις περιλαμβάνουν:

α) *Παράγοντες που αφορούν το σύστημα υγείας:* ελλιπής οργάνωση συστημάτων υγείας, αδυναμία παροχής/διανομής φαρμάκων, έλλειψη γνώσεων-εκπαίδευσης των επιστημόνων υγείας, αδυναμία εκπαίδευσης/παρακολούθησης των ασθενών, ανεπάρκεια προγραμμάτων κοινοτικής υποστήριξης.

β) *Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες:* φτώχεια, χαμηλό μορφωτικό/βιοτικό επίπεδο, ανεργία, έλλειψη κοινωνικών δικτύων υποστήριξης, απόσταση από θεραπευτικά κέντρα, υψηλό κόστος μετακίνησης, υψηλό κόστος φαρμακευτικής αγωγής, πολιτισμικές πεποιθήσεις σε σχέση με την ασθένεια/θεραπεία, οικογενειακά προβλήματα, φυλή.

γ) *Παράγοντες που αφορούν στη θεραπεία:* πολυπλοκότητα θεραπευτικού προγράμματος, διάρκεια θεραπείας, προηγούμενες αποτυχημένες θεραπείες, συχνότητα αλλαγών θεραπευτικού σχήματος, χρόνος βελτίωσης συμπτωμάτων μετά την έναρξη αγωγής, ανεπιθύμητες ενέργειες και δυνατότητα του συστήματος υγείας να τις αντιμετωπίσει.

δ) *Ατομικοί παράγοντες του ασθενούς:* ηλικία, γνωστικό επίπεδο, οικονομική κατάσταση, πεποιθήσεις/συμπεριφορές, αντιλήψεις/προσδοκίες του ασθενούς για τη θεραπεία.

ε) *Παράγοντες που επηρεάζονται από την ίδια την πάθηση:* σοβαρότητα συμπτωμάτων, επίπεδο αναπηρίας (σωματική, διανοητική), βαθμός βελτίωσης της ασθένειας, διαθεσιμότητα αποτελεσματικής αγωγής (WHO 2003).

Σε μελέτη των Lau et al (2008) διαπιστώθηκε πως για την περίπτωση των οστεοπορωτικών γυναικών, σημαντική επίδραση στο ποσοστό συμμόρφωσης ασκούν οι πεποιθήσεις της ασθενούς για την ασθένεια ή τη φαρμακευτική αγωγή και οι παράγοντες που σχετίζονται με τη λήψη της αγωγής. Για παράδειγμα, στη λήψη διφωσφονικών οι ασθενείς έπρεπε να λαμβάνουν το φάρμακο με άδειο στομάχι και με ένα ποτήρι νερό και στη συνέχεια να παραμένουν καθι-

στές ή σε όρθια θέση για 30 λεπτά, κάτι που πολλές από τις ασθενείς θεωρούσαν δύσκολο ή άβολο και για αυτό παρέλειπαν τις δόσεις. Ακόμα, ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε από τις ασθενείς στη σχέση με τον επαγγελματίας υγείας. Η καλύτερη συμμόρφωση συσχετίστηκε με καλύτερη επικοινωνία με τον επαγγελματία υγείας και με μεγαλύτερη άνεση της ασθενούς να συζητήσει προβλήματα σε σχέση με την αγωγή της. Οι ασθενείς που θεωρούσαν πως ο γιατρός δεν είχε αφιερώσει αρκετό χρόνο και προσοχή στην αξιολόγηση της ανάγκης τους για θεραπεία, εμφάνισαν μικρότερη συμμόρφωση. Βρέθηκε ακόμα πως η προθυμία του επαγγελματία υγείας να αφιερώσει χρόνο στην ασθενή για να εξηγήσει την αγωγή και ένα καλύτερο σύστημα παρακολούθησης της ασθενούς βελτιώνουν την συμμόρφωση κατά 57%.

Παρεμβάσεις βελτίωσης της συμμόρφωσης των ασθενών

Τα αποτελέσματα της μειωμένης συμμόρφωσης στην αντιοστεοπορωτική αγωγή έχουν διαπιστωθεί ερευνητικά. Σύμφωνα με το Εθνικό Ίδρυμα Οστεοπόρωσης (National Osteoporosis Foundation – NOF 2009) υψηλότερα ποσοστά συμμόρφωσης σημαίνουν καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα για τον ασθενή, ενώ χαμηλότερα ποσοστά συμμόρφωσης οδηγούν σε αυξημένα ποσοστά καταγμάτων. Μια καναδική μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους Caro et al (2004) υποστήριξε πως συμμόρφωση μεγαλύτερη του 80% μείωσε σημαντικά τα ποσοστά καταγμάτων, ενώ σε αντίστοιχη μελέτη των Huybrechts et al (2006) βρέθηκε πως ελλιπής συμμόρφωση στα θεραπευτικά πρωτόκολλα οδηγεί σε αύξηση κινδύνου εμφάνισης οστεροπορωτικού κατάγματος σε ποσοστό 31% ανεξάρτητα από άλλους προδιαθεσικούς παράγοντες, όπως για παράδειγμα η ηλικία. Η μη συμμόρφωση οδηγεί ακόμα σε αύξηση των εισαγωγών στο νοσοκομείο και αύξηση της ενδο και εξω νοσοκομειακής περίθαλψης.

Παρόλο που η συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή είναι ένα πολυδιάστατο ζήτημα, οι παρεμβάσεις με σκοπό τη βελτίωση της συμμόρφωσης πρέπει να είναι απλές. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει πως οι απλές παρεμβάσεις είναι και πιο αποτελεσματικές σε σχέση με τη βελτίωση της συμμόρφωσης στην αγωγή (ACMP 2011). Οι Atreja et al (2005) δημιούργησαν τον μνημονικό κανόνα S-I-M-P-L-E, ώστε να κατηγοριοποιήσουν αυτές τις απλές παρεμβάσεις. Παρακάτω παρατίθεται το μνημονικό αυτό μοντέλο, καθώς και παραδείγματα συγκεκριμένων παρεμβάσεων.

Simplify regimen: Απλοποίησε τη θεραπεία (Προσαρμογή συχνότητας, ώρας λήψης, δοσολογίας - Ανταπόκριση/Αντιστοιχία στις καθημερινές συνήθειες του ασθενούς - Χρήση βοηθημάτων: π.χ. ειδικά κουτιά ή σημάνσεις).

Impart appropriate knowledge: Μετέδωσε την κατάλληλη γνώση (Συζήτηση με γιατρό, νοσηλευτή, φαρμακοποιό - Διανομή έντυπου υλικού - Χρήση ηλεκτρονικών πηγών πληροφόρησης).

Modify patient beliefs and human behavior: Τροποποίησε τις πεποιθήσεις και τη συμπεριφορά του ασθενούς (Εκτίμηση αδυναμιών, σοβαρότητας περιστατικού, πιθανού οφέλους και εμποδίων - Προσαρμογή θεραπευτικού σχήματος - Επιβράβευση).

Patient communication and trust: Βελτίωσε την επικοινωνία με τον ασθενή και ανέπτυξε σχέσεις εμπιστοσύνης (Ενεργητική ακρόαση και παροχή ξεκάθαρων μηνυμάτων - Ενσωμάτωση ασθενών στη λήψη αποφάσεων - Αποστολή υπενθυμίσεων: τηλέφωνο, ταχυδρομείο, ηλεκτρονικό ταχυδρομείο - Προγραμματισμός ραντεβού - Κατ'οίκον επισκέψεις, υποστήριξη οικογένειας, συμβουλευτική).

Leave the bias: Εγκατάλειψε τις προκαταλήψεις (Προσαρμογή της εκπαίδευσης του ασθενούς ανάλογα με το επίπεδο κατανόησης).

Evaluate adherence: Εκτίμησε το επίπεδο προσήλωσης (Ατομικές αναφορές -Εξετάσεις) (Atreja et al 2005).

Πρόληψη της εμφάνισης οστεοπορωτικών καταγμάτων

Μια σημαντική προσέγγιση για τη μείωση του ποσοστού των καταγμάτων είναι η άμεση έναρξη θεραπείας στα άτομα που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο για κάταγμα και εν συνεχεία η ανάπτυξη στρατηγικών για τη βελτίωση των ποσοστών παραμονής στη θεραπεία. Η βάση της πυραμίδας για τον έλεγχο της οστεοπόρωσης αποτελείται από αλλαγές στον τρόπο ζωής που περιλαμβάνουν επαρκή λήψη ασβεστίου και βιταμίνης D, φυσική άσκηση και πρόληψη των πτώσεων. Το δεύτερο επίπεδο αφορά στη θεραπεία δευτεροπαθών αιτιών οστεοπόρωσης (όπως για παράδειγμα ο υπερπαραθυρεοειδισμός, το σύνδρομο δυσαπορρόφησης, η ρευματοειδής αρθρίτιδα), ενώ το τρίτο επίπεδο αφορά φαρμακοθεραπευτικές παρεμβάσεις με στόχο τη βελτίωση της οστικής πυκνότητας και τη μείωση του καταγματικού κινδύνου (Gass & Dawson-Hughes 2006).

Σήμερα οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα να επιλέξουν ανάμεσα σε καθημερινή, εβδομαδιαία, δεκαπενθήμερη, μηνιαία ή ακόμα και ετήσια λήψη αντιοστεοπορωτικής φαρμακευτικής αγωγής. Με την πληθώρα αυτών των επιλογών θα περίμενε κανείς πως θα υπήρχε βελτίωση ως προς τη συμμόρφωση και την παραμονή στη θεραπεία. Ωστόσο, τα ποσοστά επιτυχημένης παρακολούθησης της αγωγής παραμένουν χαμηλά, ανεξάρτητα από το θεραπευτικό σχήμα. Για παράδειγμα μελέτες, όπως αυτή των Kamatari et al (2007), απέδειξαν πως υπήρξε βελτίωση στη συμμόρφωση με λήψη άπαξ εβδομαδιαίας δόσης σε σύγκριση με την καθημερινή λήψη αγωγής. Ωστόσο, μισές περίπου από τις

μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες ασθενείς θα διακόψουν τη θεραπεία τους μέσα στο πρώτο έτος από τη στιγμή της έναρξης, ανεξάρτητα από τη δοσολογία (NOF 2009).

Οι περισσότεροι ασθενείς που θα σταματήσουν την αντιοστεοπορωτική αγωγή, θα ξεκινήσουν εκ νέου την αγωγή τους μετά από ένα εκτεταμένο χρονικό διάστημα. Το κλειδί για τη βελτίωση της συμμόρφωσης είναι να επιτευχθεί μείωση του αριθμού και της διάρκειας των διαστημάτων αποχής από τη φαρμακευτική αγωγή. Απαιτείται η δημιουργία κατάλληλων δομών υγείας για την αναγνώριση, θεραπεία, τη συνεχή παρακολούθηση (follow up) και διαχείριση των οστεοπορωτικών ασθενών (Cadarette & Burden 2010).

Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να βελτιώσουν τη συμμόρφωση στην περίπτωση των οστεοπορωτικών ασθενών. Το Εθνικό Ίδρυμα Οστεοπόρωσης (2009), προτείνει μεταξύ άλλων:

α) Αντιμετώπιση ανεπιθύμητων ενεργειών που σχετίζονται με τα θεραπευτικά σχήματα: ενημέρωση των ασθενών για το τι να αναμένουν σε σχέση με την αγωγή τους και πώς να αντιμετωπίσουν τυχόν παρενέργειες. Επίσης, οι ασθενείς θα πρέπει να ενημερώνονται για τις συνέπειες της μη λήψης της θεραπείας (κατάγματα, πόνος, αναπηρία, παραμορφώσεις).

β) Το θεραπευτικό πρόγραμμα πρέπει να είναι ξεκάθαρο και όσο το δυνατόν πιο απλό. Το σχέδιο μπορεί να τροποποιηθεί και να προσαρμοστεί στις ανάγκες του ασθενούς.

γ) Επειδή η οστεοπόρωση είναι συνήθως ασυμπτωματική νόσος, οι ασθενείς δεν βιώνουν άμεση βελτίωση των συμπτωμάτων, γεγονός που θα αποτελούσε κίνητρο για τη συνέχιση της θεραπείας. Έτσι, πρέπει να διασφαλισθεί πως οι κατάλληλες εξετάσεις, όπως η μέτρηση της οστικής πυκνότητας (BMD-Bone Mass Density) θα διεξάγονται ανά κατάλληλα χρονικά διαστήματα, ώστε να αποτελούν απόδειξη της αποτελεσματικότητας της θεραπείας, αλλά και ισχυρό κίνητρο για τη συνέχιση αυτής (NOF 2009).

Μελέτες έχουν δείξει ότι η επίβλεψη από εξειδικευμένο νοσηλευτή και η συστηματική παρακολούθηση του ασθενούς αποτελούν ισχυρό κίνητρο, ώστε οι ασθενείς να ακολουθούν σωστά τη θεραπευτική τους αγωγή (NOF 2009). Ακόμη, έχει προταθεί πως ένα πρόγραμμα συνεχιζόμενης εντατικής συμβουλευτικής επικεντρωμένο στον ασθενή βελτιώνει και τη συμμόρφωση (Der-Huey Shu et al 2009).

Ένα πολυπαραγοντικό μοντέλο που θα περιλαμβάνει εκπαιδευμένους νοσηλευτές θα μπορούσε να προσφέρει τις καλύτερες δυνατότητες για βελτίωση της εκπαίδευσης, παρακολούθησης και επίτευξης θεραπείας για τον ασθενή (Inderjeeth et al 2010). Το μοντέλο Fracture Liaison Service (FLS), είναι ένα σύστημα παρακολούθησης και ελέγχου μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών και ηλικιωμένων ανδρών που έχουν υποστεί ένα κάταγμα χαμηλής βίας. Αν και η ύπαρξη ενός κατάγματος είναι γνωστό ότι αυξάνει τον καταγματικό κίνδυνο του ασθενούς για εμφάνιση νέου οστεοπορωτικού κατάγματος, η πλειονότητα των συγκεκριμένων ασθενών δεν ενημερώνεται σωστά και δεν λαμβάνει την κατάλληλη καθοδήγηση και θεραπεία στα πλαίσια του υπάρχοντος συστήματος υγείας (Hernlund et al 2013). Ο βασικότερος στόχος του FLS είναι ο εντοπισμός όλων των ασθενών που διατρέχουν κίνδυνο εμφάνισης ενός δεύτερου οστεοπορωτικού κατάγματος (Miller et al 2015). Στο FLS, ένα σύνολο επαγγελματιών υγείας (ορθοπεδικοί, νοσηλευτές, φυσικοθεραπευτές, διαιτολόγοι) συνεργάζονται με σκοπό την καθοδήγηση των ασθενών και τον έλεγχο της οστεοπόρωσης (Mitchell 2011).

Ένας εξειδικευμένος συντονιστής φροντίδας (coordinator), συνήθως νοσηλευτής, διαδραματίζει κεντρικό ρόλο, καθώς συνεργάζεται με τον ασθενή, τον θεράποντα ιατρό (συνήθως ορθοπεδικός) αλλά και με άλλους επαγγελματίες, αναλαμβάνοντας την παρακολούθηση της συμμόρφωσης στην θεραπευτική αγωγή και τον συντονισμό των επαγγελματιών υγείας. Αρμοδιότητά του είναι να βελτιώσει την εκπαίδευση των ασθενών σε σχέση με την οστεοπόρωση, να διαχειριζεται και να παρακολουθεί τις ιατρικές οδηγίες και τη θεραπευτική αγωγή. Ακόμη, θα πρέπει να αναγνωρίζει τους υποψήφιους προς ένταξη στο FLS ασθενείς στα διάφορα τμήματα του νοσοκομείου (για παράδειγμα επείγοντα, εξωτερικά ιατρεία) (Miller et al 2015).

Το FLS καλύπτει το κενό στη φροντίδα υγείας μεταξύ ενός πρώτου κατάγματος και της εμφάνισης ενός δεύτερου, εντοπίζοντας τους οστεοπορωτικούς ασθενείς, εκτιμώντας τον κίνδυνο επανεμφάνισης ενός κατάγματος και την ανάγκη για περαιτέρω θεραπεία και παρακολούθηση. Το FLS χρησιμοποιείται κυρίως στη δευτεροβάθμια περίθαλψη, αλλά το μοντέλο επεκτείνεται και στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Hernlund et al 2013).

Το συγκεκριμένο μοντέλο παρέχει μια ολοκληρωμένη προσέγγιση στην αντιμετώπιση των οστεοπορωτικών ασθενών - όχι μόνο αναγνωρίζει ασθενείς με κίνδυνο εμφάνισης ενός νέου κατάγματος, αλλά επίσης παρέχει οικονομικά αποδοτικές παρεμβάσεις για την πρόληψη των καταγμάτων, μέσω της εκπαίδευσης με χρήση έντυπου και οπτικοακουστικού υλικού των ασθενών που είτε πάσχουν, είτε διατρέχουν κίνδυνο εμφάνισης οστεοπόρωσης (Hernlund et al 2013). Ακόμη, έχει αποδειχθεί πως εξασφαλίζει πολύ μεγάλο βαθμό συμμόρφωσης στη θεραπεία, καθώς επιτυγχάνει καλύτερη επικοινωνία και στενότερη παρακολούθηση των ασθενών (Boudou et al 2011).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο έλεγχος της οστεοπόρωσης, ως χρόνιας νόσου, προϋποθέτει αλλαγές στον τρόπο ζωής και στη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής. Ωστόσο, πολλοί ασθενείς τείνουν να υποτιμούν τη συγκεκριμένη νόσο, καθώς ακόμη και μετά από ένα οστεοπορωτικό κάταγμα εμφανίζουν μειωμένη συμμόρφωση στην αντιοστεοπορωτική αγωγή.

Η συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία αποτελεί ένα περίπλοκο ζήτημα, η διευθέτηση του οποίου κρίνεται αναγκαία για την επίτευξη βέλτιστων θεραπευτικών αποτελεσμάτων. Η επίτευξη μεγαλύτερου βαθμού συμμόρφωσης στην αντιοστεοπορωτική αγωγή προϋποθέτει τη συντονισμένη συνεργασία μιας ομάδας επαγγελματιών υγείας. Ένα σύστημα στενότερης παρακολούθησης των οστεοπορωτικών ασθενών, όπως το FLS αποτελεί πλέον επιτακτική ανάγκη. Σε ένα τέτοιο σύστημα, επιτυγχάνεται έγκαιρη αναγνώριση των ασθενών με υψηλό κίνδυνο εμφάνισης κατάγματος και καλύτερη φροντίδα υγείας, μέσω της αποτελεσματικότερης διαχείρισης της οστεοπόρωσης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ACMP. (2011). Medication Adherence - Improving Health Outcomes - A Resource from the American College of Preventive Medicine. Available at: http://www.acpm.org/?Med Adhere TT Providers [Accessed 4 Jun 2015].

ASCP Foundation. (2006). Adult Meducation, Improving medication adherence in older adults. Available at: http://www.adultmeducation.com/downloads/adult_meducation.pdf. [Accessed 4 Jun 2015].

Adachi JD., Josse RG., Graham R. & Russell G. (2011). If you don't take it – it can't work: the consequences of not being treated or non adherence to osteoporosis therapy. *Therapeutics and Clinical Risk Management* 7: 181-98.

Alikari V. & Zyga S. (2014). Conceptual analysis of patient compliance in treatment. *Health Science Journal* 8: 179-186.

Atreja A., Bellam N. & Levy SR. (2005). Strategies to enhance patient adherence: Making it Simple. *Medscape General Magazine* 7: 4-20.

Boudou L., Gerbay B., Chopin F., Ollagnier E., Collet P. & Thomas T. (2011). Management of osteoporosis in fracture liaison service associated with long-term adherence to treatment. *Osteoporosis International* 22: 2099-106.

Cabarette SM. & Burden AM. (2010). Measuring and Improving Adherence to Osteoporosis Pharmacotherapy. *Curr Opin Rheumatol* 22: 397-403.

Caro JJ., Ishak KJ., Huybrechts KF., Raggio G. & Naujoks C. (2004). The impact of compliance with osteoporosis therapy on fracture rates in actual practice. *Osteoporosis* Int 15: 1003-8.

Chiu CK., Kuo MC., Yu SF., Su BYJ. & Cheng TT. (2013). Adherence to osteoporosis regimens among men and analysis of risk factors of poor compliance: a 2-year analytical review. *BMC Musculoskeletal Disorders* 14: 276- 283.

Claesson A., Toth-Pal E., Piispanen P. & Salminen H. (2015). District nurse's perceptions of osteoporosis management: a qualitative study. *Osteoporos Int* 26: 1911-8.

Cole R. (2011). Osteoporosis Management with Bisphosphanates. *Postgraduate Medicine* 123: 131-144.

Cramer JA., Roy A., Burrell A., Fairchild CJ., Fuldeore MJ., Ollendorf DA. & Wong PK. (2008). Medication Compliance and Persistence: Terminology and Definitions. *Value in Health* 11: 44-7.

Der-Huey Shu A., Stedman M.R., Polinski J.M., Jan S.A., Patel M., Truppo C., Breiner L., Chen Y.Y., Weiss T.W. & Solomon D.H. (2009). Adherence to Osteoporosis Medications After Patient and Physician Brief Education: Post Hoc Analysis of a Randomized Controlled Trial. *Am J Manag Care* 15: 417-424.

Gass M. & Dawson-Hughes B. (2006). Preventing Osteoporosis-Related Fractures: An Overview. *The American Journal of Medicine* 119: 3-11.

Gold D.T. (2006). Medication Adherence: A Challenge for Patients With Postmenopausal Osteoporosis and Other Chronic Illnesses. *Journal of Managed Care Pharmacy* 12: S20-5.

Halpern R., Becker L., Iqbal SU., Kazis LE., Macarios D. & Badamgarav E. (2011). The Association of Adherence to Osteoporosis Therapies with Fracture, All-Cause Medical Costs, and All-Cause Hospitalizations: A Retrospective Claims Analysis of Female Health Plan Enrollees with Osteoporosis. *Journal of Managed Care Pharmacy* 17: 25-39.

Hernlund E., Svedbom A., Ivergş rd M., Compston J., Cooper C., Stenmark J., McCloskey E.V., Jönsson B. & Kanis, J.A. (2013). Osteoporosis in the European Union: medical management, epidemiology and economic burden. Arch *Osteoporos* 8: 136.

Huybrechts KF., Ishak KJ. & Caro JJ. (2006). Assessment of compliance with osteoporosis treatment and its consequences in a managed care population. *Bone* 38: 922-8.

Inderjeeth CA., Glennon DA., Poland KE., Ingram KV., Prince RL., Van VR. & Holman CD. (2010). A multimodal intervention to improve fragility fracture management in patients presenting to emergency departments. *Medical Journal of Australia* 193: 149-53.

Jin J., Grant ES., Vernon MSO. & Shu CL. (2008). Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Therapeutics and Clinical Risk Management* 4: 269-286.

Kamatari M., Koto S., Ozawa N., Urao C., Suzuki Y., Akasaka E., Yanagimoto K. & Sakota K. (2007). Factors affecting long-term compliance of osteoporotic patients with bisphosphonate treatment and QOL assessment in actual practice: alendronate and risedronate. *J Bone Miner Metab* 25: 302-9.

Lau E., Papaioannou A., Dolovich L., Adachi J., Sawka A.M., Burns S., Nair K. & Pathak A. (2008). Patient's adherence to osteoporosis therapy, Exploring the perceptions of postmenopausal women. *Canadian Family Physician* 54: 394-402.

Λυρίτης Γ.Π. (2013). *Μεταβολικά Νοσήματα των Οστών.* Αθήνα: Hylonome Editions.

Miller A., Lake A.F. & Emory C.L. (2015). Current Concepts Review Establishing a Fracture Liaison Service: An Orthopaedic Approach. *The Journal of Bone and Joint Surgery* 97: 675-681.

Mitchell P.J. (2011). Fracture Liaison Services: the UK experience. *Osteoporos* Int 3: 487-494.

Modi A., Sajjan S. & Gandhi S. (2014). Challenges in implementing and maintaining osteoporosis therapy. *Int J Womens Health* 6:759-769.

National Osteoporosis Foundation. (2009). Compliance and Persistence with Osteoporosis Therapies, Osteoporosis Clinical Updates. Available at: https://www.aub.edu.lb/fm/cmop/downloads/Compliance-.pdf [Accessed: 15 Jun 2015].

Siris ES., Selby PL., Saag KG., Borgström F., Herings RM. & Silverman SL. (2009). Impact of Osteoporosis Treatment Adherence on Fracture Rates in North America and Europe. *The American Journal of Medicine* 122: S3-13.

Wahl C., Gregoire JP., Teo K., Beaulieu M., Labelle S., Leduc B., Cochrane B., Lapointe L. & Montague T. (2005). Concordance, Compliance and Adherence in Health Care: Closing Gaps and Improving Outcomes. *Healthc Q* 8: 65-70.

Weycker D., Macarios D., Edelsberg J. & Oster G. (2006). Compliance with drug therapy for postmenopausal osteoporosis. *Osteoporos Int* 17: 1645-52.

Weycker D., Macarios D., Edelsberg J. & Oster G. (2007). Compliance with osteoporosis drug therapy and risk of fracture. *Osteoporos Int* 18: 271-7.

WHO .(2003). Adherence to long-term therapies - Evidence for action, World Health Organisation, Geneva, Switcherland. Available at: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/ [Accessed: 6 Jun 2015].

Compliance and Health Professionals' role: The case of osteoporotic patients

Aggeliki Fragou[1], Paraskevi Apostolara[2], Athena Kalokairinou[3]

1. BSc Information Technology, Department of Informatics, University of Piraeus, Undergraduate Student, Faculty of Nursing, University of Athens
2. Vocational, Non- Compulsory School Teacher, 1st EPAL Kamaterou, Scientific Partner of the Faculty of Nursing, University of Athens, RN, MSc, PhD
3. Professor in Community Nursing, Faculty of Nursing, University of Athens

ABSTRACT

Osteoporosis is considered to be a major public health issue worldwide. Despite the large number of effective medication regimens available, patients' non-compliance in treatment is one of the most common obstacles when attempting to achieve best therapeutic results against osteoporosis. The purpose of this review is to analyze the parameters concerning compliance of osteoporotic patients and to highlight health professionals' role. Many studies are shown that the compliance in long-term anti-osteoporotic therapeutic schemes is low in developed countries, while it is estimated to be even less in developing countries. Compliance rates are usually lower when the disease is asymptomatic or when the therapy has side effects. There are many factors which lead to non - compliance to treatment regimens, and various techniques that a health professional could utilize in order to improve anti-osteoporotic therapeutic results are presented in this paper. Early identification of potential non-compliant patients is an important first step for health professionals, when aiming at resolving the issue of non-compliance and achieving better therapeutic results. A multi-factor model such as Fracture Liaison Service (FLS), which includes specialized nurses, could optimize the chances of better education, monitoring and achieving treatment compliance for the patient.

KEYWORDS: Compliance, education, health professionals, osteoporosis, treatment

Corresponding Author: Fragou Aggeliki
E-mail: angeliki_fragou@hotmail.com
Telephone Number: +306972902700

Submission Date: 03 Dec 2015
Publication Date: 23 Dec 2015

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η Επίδραση της Χρήσης Κινητής Τηλεφωνίας στην Υγεία και σε Βιολογικούς Δείκτες σε δείγμα Ελλήνων φοιτητών

Ευγενία Μηνασίδου[1], Αθανάσιος Μαστροκώστας[2], Μαρία Γκριζιώτη[3], Φαίδρα Ελευθερίου[4], Θάλεια Μπελλάλη[5]

1. Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσ/νίκης
2. Τχης (ΥΝ), MSc(res), Phd(c), Γραφείο Νοσηλευτικής Έρευνας και Εκπαίδευσης, 424 ΓΣΝΕ
3. Τχης (ΥΝ), MSc(res), Α΄ Παθολογική Κλινική, 424 ΓΣΝΕ
4. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Ιατρικών Εργαστηρίων, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης
5. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η χρήση του κινητού τηλεφώνου από τους νέους, συχνά φτάνει τα όρια της εξάρτησης. Ωστόσο, λίγα είναι γνωστά για τις συμπεριφορικές και βιολογικές επιδράσεις αυτής της εξάρτησης στο φοιτητικό πληθυσμό.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της επίδρασης της κινητής τηλεφωνίας στις συμπεριφορές υγείας και σε βιολογικούς δείκτες, σε δείγμα Ελλήνων φοιτητών.

Μέθοδος: Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 104 φοιτητές τμήματος Νοσηλευτικής, μετά από διαστρωματωμένη τυχαιοποιημένη δειγματοληψία. Σε 30 από τους 104 φοιτητές (πιλοτικό δείγμα), μετά από δεύτερη τυχαιοποίηση, μετρήθηκαν τα επίπεδα μελατονίνης και ολικών αντιοξειδωτικών σε δείγμα σίελου. Η εξάρτηση από την κινητή τηλεφωνία μετρήθηκε με το ερωτηματολόγιο εξάρτησης των Toda και συν. και η γενική υγεία με το GHQ-28. Ο προσδιορισμός των ολικών αντιοξειδωτικών έγινε με το Antioxidant assay kit της εταιρείας SIGMA και της μελατονίνης με την ανοσοενζυμική μέθοδο ELISA με kit της εταιρείας IBL. Η στατιστική επεξεργασία πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο SPSS 15.0. Ο έλεγχος όλων των υποθέσεων έγινε για επίπεδο σημαντικότητας $p<0,05$.

Αποτελέσματα: Δεν βρέθηκε διαφορά μεταξύ των δύο φύλων για την εξάρτηση ($p=0,182$). Υψηλή εξάρτηση εμφάνισε το 13,5% των φοιτητών, η οποία σχετιζόταν με χειρότερη γενική υγεία ($p=0,004$), με μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλ ($p=0,007$), διαταραχές ύπνου ($p=0,02$) και χειρότερες διατροφικές συνήθειες ($p=0,032$). Επίσης, στους φοιτητές με υψηλή εξάρτηση βρέθηκε υψηλότερη πρωινή συγκέντρωση μελατονίνης ($p=0,07$) και χαμηλότερη συγκέντρωση αντιοξειδωτικών ($p=0,333$) στα δείγματα σίελου, σε σύγκριση με τους φοιτητές με χαμηλή εξάρτηση.

Συμπεράσματα: Η υπερβολική χρήση της κινητής τηλεφωνίας στους φοιτητές φαίνεται ότι συνοδεύεται με ανθυγιεινές συνήθειες και επηρεασμένους δείκτες υγείας. Παράλληλα, η επίδραση σε γνωστούς βιολογικούς δείκτες, παρέχει ενδείξεις για την επιβάρυνση της υγείας του φοιτητικού πληθυσμού. Οι μακροχρόνιες επιπτώσεις στην υγεία ωστόσο, χρήζουν περαιτέρω έρευνας.

Λέξεις-κλειδιά: Αντιοξειδωτικά, κινητή τηλεφωνία, μελατονίνη, συμπεριφορές υγείας, φοιτητές.

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας: Θάλεια Μπελλάλη
Ηλεκτρονική Διεύθυνση: bellalithalia@yahoo.com
Τηλέφωνο: 6947833186

Ημερομηνία Υποβολής: 09/10/2015
Ημερομηνία Δημοσίευσης: 07/12/2015

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Η εξάρτηση από τα κινητά τηλέφωνα σχετίζεται με ανθυγιεινές συνήθειες και κακή γενική υγεία.**
- **Η ηλικία φαίνεται να σχετίζεται αρνητικά με την εξάρτηση από την κινητή τηλεφωνία.**
- **Η υπερβολική χρήση κινητών τηλεφώνων σχετίζεται με αυξημένη πρωϊνή συγκέντρωση μελατονίνης και μειωμένη συγκέντρωση αντιοξειδωτικών στο σίελο.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι τεχνολογίες στο χώρο της πληροφόρησης και των επικοινωνιών, όπως είναι οι ηλεκτρονικοί υπολογιστές, το διαδίκτυο και τα κινητά τηλέφωνα, έχουν διεισδύσει σταδιακά σε μεγάλο βαθμό στην καθημερινότητα των ανθρώπων και πολύ περισσότερο σε αυτή των εφήβων και νέων. Στην Ελλάδα, σύμφωνα με το Παρατηρητήριο για την Κοινωνία της Πληροφορίας (2008), το ποσοστό κατοχής κινητών τηλεφώνων άγγιξε ήδη το 82,2% από το 2007, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για την ηλικιακή ομάδα μεταξύ 16 - 25 ετών ήταν σχεδόν καθολικό.

Η χρήση του κινητού τηλεφώνου, που πλέον θεωρείται μια αναγκαιότητα, παρά πολυτέλεια, φαίνεται να σχετίζεται με την εμφάνιση συμπτωμάτων στρες. Ο βαθμός μάλιστα και η συχνότητα χρήσης, ειδικά στους νέους, υπερβαίνει την έννοια της συνήθειας και προσεγγίζει την έννοια της εξάρτησης/εθισμού (Wehmeyer 2007), εμφανίζοντας επιδράσεις στη γενική υγεία και σε όλες τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής των ατόμων, δηλαδή στην ψυχική, στη σωματική και στην κοινωνική ευεξία.

Σε ψυχολογικό επίπεδο, είναι σαφές, ότι η εξάρτηση από το κινητό τηλέφωνο ανήκει στην κατηγορία των εξαρτήσεων συμπεριφοράς, δηλαδή στον εθισμό σε ενέργειες που επιφέρουν συναισθήματα ευφορίας, με αποτέλεσμα να αποκτούν ζωτική σημασία για τα άτομα, έτσι ώστε η επανάληψή τους να αποτελεί επιδίωξη και εμμονή ως κάτι το αναγκαίο (Hooper & Zhou 2007). Πολλές έρευνες άλλωστε επιβεβαιώνουν ότι η τεχνολογία έλκει ιδιαίτερα τις νεαρές ηλικίες και κυρίως τους φοιτητές (Massimini & Peterson 2009, Shambare et al 2012). Πολλοί ερευνητές επίσης, υποστηρίζουν ότι η εξάρτηση από τη χρήση του κινητού τηλεφώνου μπορεί να σχετίζεται με δυσλειτουργία του νευρικού συστήμα¬τος, που λαμβάνει τη μορφή της ανησυχίας, της νευρικότητας, της έλλειψης αυτοπεποίθησης, καθώς και των διαταραχών του ύπνου (Κιουρκτσή 2007, Thomee et al 2007, Beranuy et al 2009, Munezawa et al 2011, Sahin et al 2013, Arora 2014, Demirci et al 2015).

Επιπλέον, αποτελέσματα πολλών ερευνών δείχνουν την πιθανή συσχέτιση της χρήσης των κινητών τηλεφώνων με διάφορες συμπεριφορές υγείας, όπως αυτή του καπνίσματος (Charlton & Bates 2000, Obermayer et al 2004, Leena et al 2005), της χρήσης αλκοόλ (Leena et al 2005, Samkange-Zeeb 2009) και της φυσικής άσκησης-διατροφής (Consolvo et al 2006b). Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα που καπνίζουν παρουσιάζουν μεγαλύτερη εξάρτηση/εθισμό στα κινητά τηλέφωνα (Koivusilta et al 2003). Ομοίως, φαίνεται ότι η αυξημένη χρήση του κινητού τηλεφώνου σχετίζεται εκτός από τη χρήση αλκοόλ και με τη χαμηλή δέσμευση και επίδοση στη σχολική ζωή (Leena et al 2005).

Σε οργανικό ή βιολογικό επίπεδο, αν και δεν υπάρχουν κατηγορηματικά στοιχεία που να ενοχοποιούν τα κινητά τηλέφωνα για συγκεκριμένους και διαπιστωμένους κινδύνους σε βάρος της υγείας, δεν απουσιάζουν οι ενδείξεις πως η υπερβολική χρήση τους μπορεί να συνδεθεί με την εμφάνιση συμπτωμάτων από διάφορα συστήματα, όπως θολερότητα στην όραση, αυχεναλγία και πόνοι στα άνω άκρα (Memerci et al 2015), κεφαλαλγία, απώλεια μνήμης, ναυτία και αϋπνίες (Seitz et al 2005, Chu et al 2011). Αρκετοί είναι οι ερευνητές που προσπάθησαν να συσχετίσουν την επίδραση της εκπομπής ηλεκτρομαγνητικής ακτινοβολίας και ραδιοσυχνοτήτων από τα κινητά τηλέφωνα, στον κυτταρικό κύκλο, στην έκκριση ορμονών όπως είναι η μελατονίνη, στην ενζυμική λειτουργία, στο μεταβολισμό και στο οξειδωτικό στρες (Lerchl et al 2007, Meral et al 2007, Djeridane et al 2008).

Μελέτες έχουν δείξει ότι τα επίπεδα της μελατονίνης δε φαίνεται να επηρεάζονται μετά από πειραματική έκθεση σε διαφορετικές εντάσεις ηλεκτρομαγνητικής ακτινοβολίας, μπορεί ωστόσο να υπάρχει διαταραχή της φυσιολογικής έκκρισής της ή/και μείωση των επιπέδων αυτής, κάτω από συνθήκες που σχετίζονται με τη διάρκεια έκθεσης, ίσως και σε συνθήκες εκπομπής χαμηλών συχνοτήτων (Grota et al 1994, Henshaw & Reiter 2005, Meral et al 2007, Νικολακοπούλου & Σταματάκης 2009). Επίσης, σε κάποιες έρευνες έχει φανεί ότι υπάρχει αύξηση οξειδωτικών παραγόντων μετά από έκθεση σε ηλεκτρομαγνητικά πεδία (Meral et al 2007).

Αν και στην Ελλάδα έχουν γίνει έρευνες σχετικές με τη χρήση των κινητών τηλεφώνων από το γενικό πληθυσμό, μετά από ανασκόπηση της βιβλιογραφίας εντοπίστηκε μόνο μία μελέτη (περιγραφική) που αφορά σε φοιτητικό πληθυσμό, στην οποία συμμετείχαν 384 φοιτητές ελληνικού πανεπιστημίου (Economides & Grousopoulou 2008). Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της επίδρασης της κινητής τηλεφωνίας στις συμπεριφορές υγείας και σε βιολογικούς δείκτες σε δείγμα Ελλήνων φοιτητών.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σχεδιασμός

Πρόκειται για μία αναλυτική συγχρονική μελέτη που πραγματοποιήθηκε με δείγμα 104 φοιτητών τμήματος Νοσηλευτικής Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος, το οποίο βασίστηκε σε διαστρωματωμένη τυχαιοποιημένη δειγματοληψία. Η μέθοδος αυτή διασφάλισε, κατά το δυνατόν, την αντιπροσωπευτικότητα κατά τη δειγματοληψία, καθώς κάθε φοιτητής είχε ίση πιθανότητα να επιλεγεί για συμμετοχή. Επιπλέον, λόγω της διαστρωμάτωσης ανά εξάμηνο σπουδών, ελήφθη υπόψη και το μέγεθος, δηλαδή ο αριθμός των φοιτητών του κάθε εξαμήνου (probability proportion to size). Κατ' αυτό τον τρόπο, το δείγμα περιελάμβανε φοιτητές από όλα τα εξάμηνα, αλλά και περιορίστηκε η επίδραση του συγχυτικού παράγοντα της ηλικίας (confounding effect).

Αναλυτικά, από το ψηφιακό αρχείο μητρώου του τμήματος της Νοσηλευτικής, ελήφθησαν οι αριθμοί μητρώου των φοιτητών ανά εξάμηνο σπουδών. Οι αριθμοί αυτοί εισήχθησαν σε ένα ειδικό λογισμικό-γεννήτρια παραγωγής τυχαίων αριθμών (Random Number Generator Pro for Windows-Segobit Software), ώστε για κάθε εξάμηνο να επιλεχθεί πλήρως τυχαιοποιημένα μια σειρά μοναδικών αριθμών που αντιστοιχούσε στο 10% των φοιτητών του εξαμήνου. Οι αριθμοί αυτοί στη συνέχεια διανεμήθηκαν στους ερευνητές πεδίου οι οποίοι προσέγγισαν τηλεφωνικά αρχικά τους φοιτητές στους οποίους αντιστοιχούσαν. Αν δεν ήταν εφικτή η επικοινωνία με το συγκεκριμένο φοιτητή που είχε επιλεχθεί ή αν αυτός δεν επιθυμούσε τη συμμετοχή του στη μελέτη, ο ερευνητής προσέγγιζε το φοιτητή με τον επόμενο αριθμό μητρώου στη λίστα. Σε περίπτωση που και ο επόμενος φοιτητής δεν μπορούσε να συμμετάσχει, γινόταν εκ νέου κλήρωση αριθμού, ώστε στο τέλος να συμπληρωθεί το συνολικό ποσοστό που είχε αρχικά υπολογιστεί.

Στη συνέχεια και μετά από τηλεφωνική επικοινωνία οι συμμετέχοντες καλούνταν στο Τμήμα για να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο της μελέτης. Σε 30 από τους 104 φοιτητές (πιλοτικό δείγμα), μετά από δεύτερη τυχαιοποίηση με τον ίδιο τρόπο, μετρήθηκαν τα επίπεδα μελατονίνης και ολικών αντιοξειδωτικών σε δείγμα σίελου, σε ειδικό εργαστήριο.

Εργαλεία μέτρησης

Η συλλογή των στοιχείων έγινε με τη χρήση ανώνυμου αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου, το οποίο κατασκευάστηκε για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης. Το ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από τέσσερα μέρη: το πρώτο μέρος κατέγραφε τα δημογραφικά στοιχεία του πληθυσμού, το δεύτερο μέρος τις συμπεριφορές υγείας (κάπνισμα, χρήση αλκοόλ, διατροφικές συνήθειες, σωματική άσκηση), το τρίτο μέρος μετρούσε την εξάρτηση από την κινητή τηλεφωνία και τέλος, το τέταρτο μέρος μετρούσε την κατάσταση της γενικής υγείας των φοιτητών.

Για τη μέτρηση της εξάρτησης από την κινητή τηλεφωνία χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο των Toda et al (2006), (Mobile Phone Dependence Questionnaire-MPDQ), το οποίο περιλαμβάνει 20 ερωτήσεις τύπου Likert (0,1,2,3), οι οποίες αθροιζόμενες δίνουν μία συνολική τιμή για την εξάρτηση, που κυμαίνεται από 0 έως 60. Οι υψηλές τιμές στην κλίμακα υποδηλώνουν μεγαλύτερη εξάρτηση από την κινητή τηλεφωνία. Για να χαρακτηριστεί κάποιο άτομο ότι έχει υψηλή εξάρτηση στην κινητή τηλεφωνία θα πρέπει η τιμή της κλίμακας του MPDQ να υπερβαίνει τη μέση τιμή εξάρτησης του πληθυσμού της συγκεκριμένης μελέτης συν (+) μία Τυπική Απόκλιση (ΤΑ). Η ελληνική έκδοση του MPDQ έχει δοκιμαστεί σε προηγούμενη δημοσιευμένη πιλοτική μελέτη σε δείγμα 206 φοιτητών Νοσηλευτικής. (Μπελλάλη και συν 2012). Θα πρέπει να σημειωθεί ότι μόνο μία τροποποίηση έγινε από την αγγλική έκδοση (αντικατάσταση του όρου e-mail από SMS στις ερωτήσεις από 12-20), η οποία συμφωνήθηκε από κοινού, ως πιο κατάλληλη για το ελληνικό πλαίσιο μελέτης. Ο έλεγχος εσωτερικής συνάφειας επέδειξε πολύ καλή εσωτερική εγκυρότητα της ελληνικής έκδοσης του MPDQ (Cronbach's a=0.894).

Για τη μέτρηση της κατάστασης γενικής υγείας χρησιμοποιήθηκε το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire 28 items-GHQ-28). Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς της υγείας το οποίο αποτελείται από 28 ερωτήσεις τύπου Likert (1,2,3,4) οι οποίες αθροιζόμενες δίνουν μία συνολική βαθμολογία από 0 έως 28. Οι υψηλές τιμές υποδηλώνουν χειρότερη κατάσταση υγείας. Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου ταξινομούνται σε τέσσερις υποκλίμακες: σωματικά συμπτώματα, άγχος/αϋπνία, κοινωνική δυσλειτουργία και σοβαρή κατάθλιψη (Goldberg & Hilliver 1979). Η ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου έχει σταθμιστεί (Garyfallos et al 1991), έχει επιδείξει πολύ καλές ψυχομετρικές ιδιότητες και έχει χρησιμοποιηθεί από πλήθος Ελλήνων ερευνητών.

Για το εργαστηριακό σκέλος της μελέτης χρησιμοποιήθηκε δείγμα σίελου 30 φοιτητών. Στοιχεία όπως το φύλο και η ηλικία, το ποσοστό χρήσης κινητού, η χρήση κινητού και υπολογιστή το προηγούμενο βράδυ και το πρωί της ημέρας δειγματοληψίας, η ώρα ύπνου και πρωινής έγερσης, η λήψη νερού και τροφής, ο χρόνος λήψης τροφής και το είδος αυτής κ.λπ. καταγράφηκαν και αξιολογήθηκαν. Στα δείγματα που αξιολογήθηκαν, δεν είχε γίνει λήψη νερού για τουλάχιστον μία ώρα πριν από τη δειγματοληψία. Συλλέχτηκε δείγμα σάλιου το οποίο διατηρήθηκε στους -20oC μέχρι το χρόνο μέτρησης. Συλλογή δείγματος έγινε σε διάφορους χρόνους μεταξύ 9.00 π.μ. και 1.30 μ.μ. και οι χρόνοι συλλογής καταγράφονταν. Ο προσδιορισμός των ολικών αντιοξειδωτικών έγινε με το Antioxidant assay kit της εταιρείας SIGMA και της μελατονίνης με την ανοσοενζυμική μέθοδο ELISA με kit της εταιρείας IBL.

Θέματα δεοντολογίας

Στην παρούσα μελέτη τηρήθηκαν οι αρχές της διακήρυξης του Ελσίνκι που διέπουν την βιοιατρική έρευνα. Τα ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν ήταν ανώνυμα με σκοπό τη διασφάλιση και προστασία των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων. Οι συμμετέχοντες επίσης, είχαν ενημερωθεί για τους σκοπούς της έρευνας, καθώς και για το ότι οποιαδήποτε στιγμή θα μπορούσαν να σταματήσουν τη συμμετοχή τους σε αυτή. Σε καμία περίπτωση δεν ασκήθηκε πίεση για τη συμμετοχή.

Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 15.0. Στην περιγραφική στατιστική οι συνεχείς μεταβλητές εκφράστηκαν με τη μέση τιμή (mean), την Τυπική Απόκλιση (ΤΑ) και τα 95% Διαστήματα Εμπιστοσύνης (95% ΔΕ). Οι διχότομες και κατηγορικές μεταβλητές εκφράστηκαν με συχνότητες. Στην αναλυτική στατιστική για τις συνεχείς μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν οι παραμετρικές δοκιμασίες t-test και One Way ANOVA, καθώς και οι μη παραμετρικές δοκιμασίες Mann-Whitney U Test και Kruskal-Wallis Test. Χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Spearman's rho correlation και το μοντέλο γραμμικής λογαριθμικής παλινδρόμησης (Linear Logistic Regression).Ο έλεγχος όλων των υποθέσεων έγινε για επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p<0.05$.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 104 φοιτητές, από τους οποίους το 87,5% ήταν γυναίκες (91/104) και το 12,5% άνδρες (13/104). Η μέση ηλικία των φοιτητών ήταν τα 20,9 έτη (±4,0, 95%ΔΕ:20,1-21,6). Το 97,1% ήταν άγαμοι, το 33% απάντησαν ότι κατοικούσαν μόνοι τους στο σπίτι, το 26,9% εκτός από φοιτητές ήταν παράλληλα και εργαζόμενοι, ενώ μόνο ένας φοιτητής ανέφερε ότι είχε παιδιά. Στον **Πίνακα 1** φαίνονται αναλυτικά τα δημογραφικά στοιχεία των φοιτητών.

Πίνακας 1: Δημογραφικά Στοιχεία

	n/N	%
Φύλο		
Άνδρας	13/104	12,5%
Γυναίκα	91/104	87,5%
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος	99/102	97%
Έγγαμος	2/102	2%
Διαζευγμένος	1/102	1%
Παιδιά		
Ναι	1/15	6,7%
Όχι	14/15	93,3%
Απασχόληση		
Αποκλειστικά φοιτητής	76/104	73,1%
Φοιτητής και εργαζόμενος	28/104	26,9%
Με ποιους μένεις		
Γονείς	47/103	45,6%
Συγκάτοικο	16/103	15,5%
Μόνος	34/103	33%
Σύζυγο-σύντροφο	5/103	4,9%
Με τα παιδιά μου	1/103	1%
	Μέση τιμή (Τ.Α)	**95%ΔΕ**
Ηλικία	20,9(±4,0)	20,1-21,6

Σχετικά με τις συμπεριφορές υγείας το 26,9% των φοιτητών ανέφεραν ότι ήταν καπνιστές, το 67,3% ότι κατανάλωναν αλκοόλ, το 45,2% ότι σιτίζονταν με μαγειρεμένο φαγητό και το 50% ότι έκαναν μία με δύο ώρες την εβδομάδα ελαφρά σωματική άσκηση. Το 68,4% των φοιτητών είχε φυσιολογικό σωματικό βάρος και η μέση τιμή του δείκτη σωματικής μάζας (BMI) των φοιτητών ήταν 22,4(±3,3, 95%ΔΕ:21,7-23,0). Στον **Πίνακα 2** απεικονίζονται αναλυτικά οι συμπεριφορές υγείας των φοιτητών.

Σχεδόν όλοι οι φοιτητές (99%) ήταν κάτοχοι κινητού τηλεφώνου, ενώ ο συχνότερος τρόπος σύνδεσης ήταν το καρτοκινητό. Η μέση τιμή της εξάρτησης των φοιτητών στο κινητό τηλέφωνο ήταν 24,3(±9,9 95%ΔΕ:22,2-26,4), ενώ το ποσοστό των ατόμων τα οποία εμφάνισαν υψηλή εξάρτηση στο κινητό τηλέφωνο (μέση τιμή εξάρτησης>34,2), ήταν 13,5%(14/104).

Σχετικά με τις συνήθειες του ύπνου, το 31,4%(32/102) των φοιτητών δυσκολευόταν να αποκοιμηθεί μερικές φορές το χρόνο, το 36,3%(37/102) ξυπνούσε συχνά και μετά δε μπορούσε να αποκοιμηθεί, το 31,7%(33/104) ξυπνούσε τη νύχτα από τον ήχο του κινητού τηλεφώνου, ενώ το 39,8%(41/104) δεν ένιωθε ξεκούραστο όταν ξυπνούσε μερικές φορές το μήνα **(Πίνακας 3)**.

Στην ερώτηση η οποία αξιολογούσε γενικότερα την κατάσταση της υγείας τους, το 72,1% (75/104) τη χαρακτήρισε καλή και το 51,9%(54/104) δεν ένιωθε καθόλου stress τη στιγμή που ερωτήθηκε, ενώ το 70,2% (73/104) ανέφερε ότι ένιωσε στρες για περισσότερο από μία εβδομάδα τον τελευταίο χρόνο.

Το 56,1% (55/98) των φοιτητών δεν εκδήλωσε στρες, σύμφωνα με τη βαθμολογία του GHQ-28. Η μέση τιμή της συνολικής κλίμακας του GHQ-28 ήταν 4,26 (±1,5 95%ΔΕ:3,6-5,2). Οι μέσες τιμές των υποκλιμάκων του GHQ-28 φαίνονται στον **Πίνακα 4.**

Η σύγκριση μεταξύ των δύο φύλων για τον βαθμό εξάρτησης έδειξε ότι δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά. Από τον έλεγχο της εξάρτησης στην κινητή τηλεφωνία και των συμπεριφορών υγείας προέκυψε ότι μεγαλύτερη εξάρτηση είχαν αυτοί που κατανάλωναν αλκοόλ

Πίνακας 2: Συμπεριφορές υγείας των φοιτητών

	n/N	%
Καπνιστής		
Ναι	28/104	26,95%
Όχι	76/104	73,1%
Κατανάλωση αλκοόλ		
Ναι	70/104	67,3%
Όχι	34/104	32,7%
Πόσο αλκοόλ καταναλώνεις την εβδομάδα κατά μέσο όρο		
Λιγότερο από μία μονάδα	27/74	36%
1-3 μονάδες	42/74	56%
4-6 μονάδες	4/74	5,3%
7-9 μονάδες	1/74	1,3%
Το μεσημεριανό σου γεύμα είναι		
Μαγειρεμένο φαγητό	47/103	45,2%
Φαγητό λέσχης	8/103	7,7%
Πρόχειρο φαγητό	5/103	4,8%
Μαγειρεμένο φαγητό-φαγητό λέσχης	43/103	41,3%
Σωματική δραστηριότητα τον τελευταίο μήνα		
Καθιστική ζωή- περίπατοι	35/104	33,7%
Ελαφρά σωματική άσκηση 1-2 ώρες την ημέρα	52/104	50%
Έντονη σωματική άσκηση 1-2 ώρες την ημέρα	13/104	12,5%
Σκληρή σωματική άσκηση τουλάχιστον 5 ώρες	4/104	3,8%
Κατηγορίες BMI -(kg)		
Λιπόσαρκος - (16,5-24,9)	12/98	12,2%
Φυσιολογικό σωματικό βάρος - (18,5-24,9)	67/98	68,4%
Υπέρβαρος - (25-30)	16/98	16,3%
Παχύσαρκος - (<30,1)	3/98	3,1%
BMI	**Μέση τιμή (Τ.Α)**	**95%ΔΕ**
	22,4(±3,3)	21,7-23,0

σε σύγκριση με αυτούς που δεν κατανάλωναν (p=0,007). Ο έλεγχος για τις υπόλοιπες συμπεριφορές υγείας δεν έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές στο βαθμό εξάρτησης από την κινητή τηλεφωνία **(Πίνακας 5)**.

Όσον αφορά τις συνήθειες του ύπνου και την τάση να χρησιμοποιούν το κινητό κατά τη διάρκεια της νύχτας, οι φοιτητές με υψηλότερη εξάρτηση απάντησαν ότι ξυπνούσαν τη νύχτα ώστε να απαντήσουν στις κλήσεις που δέχονταν (p<0,001) και ότι δυσκολεύονταν να κοιμηθούν (p=0,02) **(Πίνακας 6)**.

Ελέγχοντας τη σχέση της ηλικίας με την εξάρτηση στα κινητά τηλέφωνα, βρέθηκε μία χαμηλή αρνητική συσχέτιση (rho=-0,263, p=0,016) η οποία έδειξε ότι όσο αυξάνεται η ηλικία μειώνεται η εξάρτηση στα κινητά τηλέφωνα. Χρησιμοποιώντας το λογαριθμικό μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης, προέκυψε ότι για κάθε χρόνο αύξησης της ηλικίας, ο βαθμός εξάρτησης στα κινητά τηλέφωνα μειώνεται κατά 1,279 (p=0,003). Διορθώνοντας αυτή τη σχέση για το φύλο και τις συμπεριφορές υγείας (κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ, είδος γεύματος, σωματική άσκηση) η σχέση αυτή παρέμενε στατιστικά σημαντική (p=0,012) **(Πίνακας 7)**.

Ο έλεγχος της σχέσης του βαθμού εξάρτησης στα κινητά τηλέφωνα και της αυτοαναφερόμενης γενικής κατάστασης της υγείας των φοιτητών, έδειξε ότι η υψηλότερη εξάρτηση στην κινητή τηλεφωνία σχετιζόταν και με χειρότερη γενική υγεία. Επίσης, ο έλεγχος της εξάρτησης στην κινητή τηλεφωνία με τις υποκλίμακες του GHQ-28 έδειξε μία μέτρια θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις υποκλίμακες των σωματικών συμπτωμάτων και του άγχους-αυπνία αντίστοιχα. Το λογαριθμιστικό μοντέλο γραμ-

Πίνακας 4: Υποκλίμακες του GHQ-28

	Μέση τιμή	Τ.Α	95%ΔΕ
GHQ-28 Συνολική βαθμολογία	4,3	±1,5	3,6-5,2
Σωματικά συμπτώματα	1,6	±0,8	1,2-1,9
Άγχος και αϋπνία	1,6	±0,8	1,2-2,0
Κοινωνική δυσλειτουργία	0,7	±0,2	0,4-0,9
Σοβαρή κατάθλιψη	0,4	±0,03	0,2-0,6

Πίνακας 3: Καθημερινές συνήθειες ύπνου

	Ποτέ	Μερικές φορές το χρόνο	Μερικές φορές το μήνα	Μερικές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα/κάθε βράδυ
Δυσκολεύεσαι να αποκοιμηθείς	20,6% (21/102)	31,4% (32/102)	8,4% (29/102)	16,7% (17/102)	2,9% (3/102)
Ξυπνάς συχνά και μετά δεν μπορείς να αποκοιμηθείς	39,2% (40/102)	36,3% (37/102)	14,7% (15/102)	7,8% (8/102)	2% (2/102)
Δε νιώθεις ξεκούραστος όταν ξυπνάς	15,5% (16/103)	31,1% (32/103)	39,8 (41/103)	13,6% (14/103)	0% (0/103)
Ξυπνάς τη νύχτα από το κινητό τηλέφωνο	28,8% (30/104)	31,7% (33/104)	22,1% (23/104)	14,4% (15/104)	2,9% (3/104)

Πίνακας 5: Σύγκριση του βαθμού εξάρτησης στην κινητή τηλεφωνία μεταξύ των συμπεριφορών υγείας

	Μέση τιμή	ΤΑ	95%ΔΕ	p
Καπνιστής				
Ναι	27,0	8,4	23,4-30,7	**0,134**
Όχι	23,3	10,2	20,7-25,9	
Κατανάλωση αλκοόλ				
Ναι	26,2	9,9	23,6-28,8	**0,007**
Όχι	20,0	8,3	16,7-23,4	
Ποιό είναι το μεσημεριανό σου γεύμα				
Μαγειρεμένο φαγητό	22,9	9,4	19,9-25,9	**0,032**
Φαγητό από τη λέσχη	16,7	10,3	5,9-27,5	
Πρόχειρο φαγητό	24,0	11,5	4,6-32,6	
Μαγειρεμένο φαγητό-φαγητό της λέσχης	27,6	9,4	24,4-30,9	
Σωματική δραστηριότητα				
Καθιστική ζωή-περίπατοι	25,4	9,4	21,7-29,0	**0,202**
Ελαφρά σωματική άσκηση 1-2 ώρες	25,5	10,7	22,1-28,9	
Έντονη σωματική άσκηση 1-2 ώρες	19,2	7,1	14,9-23,5	
Σκληρή άσκηση τουλάχιστον 5 ώρες	21,8	9,5	6,6-36,9	

Πίνακας 6: Σύγκριση του βαθμού εξάρτησης στην κινητή τηλεφωνία και των συνηθειών ύπνου

	Μέση τιμή	ΤΑ	95%ΔΕ	p
Δυσκολεύεσαι να κοιμηθείς				
Ποτέ	27,9	8,9	23,0-32,9	**0,02**
Μερικές φορές το χρόνο	19,9	7,5	16,9-22,9	
Μερικές φορές το μήνα	25,5	9,1	21,9-29,2	
Μερικές φορές την εβδομάδα	28,6	12,6	21,4-35,9	
Ξυπνάς τη νύχτα από το κινητό σου τηλέφωνο				
Ποτέ	18,1	8,3	14,6-21,5	**<0,001**
Μερικές φορές το χρόνο	22,5	6,9	19,8-25,2	
Μερικές φορές το μήνα	28,9	8,5	25,1-32,8	
Μερικές φορές την εβδομάδα	34,2	10,8	26,9-41,4	

Πίνακας 7: Γραμμική παλινδρόμηση για τη σχέση μεταξύ της εξάρτησης στην κινητή τηλεφωνία και της ηλικίας

	Unstandardized Coefficients B	95%ΔΕ	R2	p
Ηλικία	-1,279	-2.112/-0,445	0,102	0,003
Ηλικία[a]	-1,049	-1,863/-0,235	0,223	0,012

[a] *Adjusted (διορθωμένο) για το φύλο και τις συμπεριφορές υγείας (κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ, είδος γεύματος, σωματική άσκηση)*

Πίνακας 8: Γραμμική παλινδρόμηση για τη σχέση μεταξύ της εξάρτησης στην κινητή τηλεφωνία και της γενικής κατάστασης υγείας

	Unstandardized Coefficients B	95%ΔΕ	R2	p
Εξάρτηση στην κινητή τηλεφωνία	0,096	-0,004/0,195	0,044	0,059
Εξάρτηση στην κινητή τηλεφωνία[a]	0,037	-0,075/0,149	0,14	0,51

[a] *Adjusted (διορθωμένο) για το φύλο, την ηλικία και τις συμπεριφορές υγείας (κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ, είδος γεύματος, σωματική άσκηση)*

μικής παλινδρόμησης έδειξε ότι για κάθε μονάδα αύξησης της εξάρτησης κινητή τηλεφωνία αυξάνεται κατά 0,096 η κλίμακα του GHQ-28 (p=0,059) **(Πίνακας 8)**.

Στους φοιτητές με υψηλή εξάρτηση μετρήθηκε υψηλότερη πρωινή συγκέντρωση μελατονίνης (9,5±5,4 95%ΔΕ:3,4-12,6) σε σύγκριση με τους φοιτητές που είχαν χαμηλή εξάρτηση (9,1±4,3 95%ΔΕ:5,4-13,8 p=0,07). Αντίθετα, η συγκέντρωση των ολικών αντιοξειδωτικών ήταν χαμηλότερη στο δείγμα σίελου των φοιτητών με υψηλή εξάρτηση (248,0±146,5 95%ΔΕ:66,1-429,9- 298,2±95,1 95%ΔΕ:258,9-337,5 p=0,333).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των βιολογικών και ψυχοκοινωνικών επιδράσεων της κινητής τηλεφωνίας στη ζωή των Ελλήνων φοιτητών. Αναφορικά με την κατοχή και χρήση της κινητής τηλεφωνίας, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι το ποσοστό κατοχής κινητών τηλεφώνων ήταν σχεδόν καθολικό και για τους φοιτητές, εύρημα που συμφωνεί με άλλες μελέτες, που χαρακτηρίζουν τα κινητά τηλέφωνα ως αναπόσπαστο συστατικό του σύγχρονου τρόπου ζωής των εφήβων (Firestone & Kelly 2007, Massimini & Peterson 2009, Shambare et al 2012).

Η μέση τιμή της εξάρτησης του συνόλου των φοιτητών θα μπορούσε να χαρακτηριστεί χαμηλή (24,3±9,9) αν συγκριθεί με τα αποτελέσματα της έρευνας των Toda et al (2006), όπου οι φοιτητές που συμμετείχαν είχαν μέση τιμή εξάρτησης 32,4±9,5.

Αξίζει να αναφερθεί ακόμη, ότι δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά στο βαθμό εξάρτησης από την κινητή τηλεφωνία μεταξύ των αντρών και γυναικών, ενώ σε άλλες έρευνες βρέθηκε να είναι υψηλότερη η εξάρτηση των γυναικών (Hakoama & Hakoyama 2011, Chiu et al 2013). Επίσης, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των καπνιστών και των μη καπνιστών, παρόλο που τέτοιες συμπεριφορές υγείας συνδέονται ερευνητικά με την αυξημένη χρήση του κινητού τηλεφώνου (Koivusilta et al 2003, Steggles & Jarvis 2003, Samkange-Zeeb 2009). Από την άλλη πλευρά ωστόσο, βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στο βαθμό εξάρτησης μεταξύ αυτών που δήλωσαν ότι καταναλώνουν αλκοόλ, συγκριτικά με αυτούς που δεν καταναλώνουν, καθώς επίσης και στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των διαφορετικών ειδών μεσημεριανού γεύματος που καταναλώνει το δείγμα της παρούσας έρευνας.

Επιπρόσθετα, παρατηρείται ότι η αύξηση της ηλικίας επιφέρει μείωση της συμπεριφοράς εξάρτησης. Το νεαρό της ηλικίας ως παράγοντας εξάρτησης επισημαίνεται σε κάποιες έρευνες (Walsh et al 2008). Πιο συγκεκριμένα στην Ελλάδα, τόσο τα αγόρια όσο και τα κορίτσια δυσκολεύονται να αποχωριστούν το κινητό τους τηλέφωνο μετά τα δεκατέσσερά τους χρόνια, εφόσον το χρησιμοποιούν για ένα τουλάχιστον έτος και κάποιες φορές, οι νέοι τείνουν να αναπτύσσουν ένα συναισθηματικό δεσμό με το κινητό τους τηλέφωνο, ώστε τελικά να εμφανίζουν μια συμπεριφορά όχι απλά εξάρτησης αλλά πλήρους ταύτισης με αυτό (Κιουρκτσή 2007).

Ένα άλλο ενδιαφέρον αποτέλεσμα της παρούσας μελέτης ήταν ότι οι φοιτητές με υψηλότερη εξάρτηση ανάφεραν ότι ξυπνούσαν τη νύχτα για να απαντήσουν στις κλήσεις που δέχονταν και μετά δυσκολεύονταν να κοιμηθούν. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με αυτά άλλων μελετών στις οποίες αναφέρεται ότι η εξάρτηση από το κινητό προκαλεί διαταραχές ύπνου (Thomee et al 2007, Beranuy et al 2009, Munezawa et al 2011, Sahin et al 2013, Arora 2014, Demirci et al 2015).

Αξιοσημείωτο είναι ακόμη, το εύρημα ότι η υψηλότερη εξάρτηση στην κινητή τηλεφωνία σχετίζονταν με χειρότερη γενική υγεία. Το αποτέλεσμα αυτό φαίνεται να συμφωνεί με τα συμπεράσματα και άλλων μελετών σχετικά με τις ενδείξεις για την πιθανή επίδραση της εξάρτησης σε ορισμένα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού (Πατρικάκου και συν 2008, Thomée et al 2011, Redmayne et al 2013, Arora 2014).

Όσον αφορά στην επίδραση της κινητής τηλεφωνίας σε βιολογικούς δείκτες, η εξάρτηση στην κινητή τηλεφωνία φάνηκε να σχετίζεται με αύξηση της μελατονίνης και ελάττωση των ολικών αντιοξειδωτικών στο σίελο των φοιτητών. Τα αποτελέσματα αυτά, αν και περιορίζονται από το πιλοτικό χαρακτήρα της έρευνας και το μικρό δείγμα, φαίνεται να συμφωνούν και με άλλες μελέτες (Lerchl et al 2007, Meral et al 2007, Arbabi-Kalati 2014, Shivashankara et al 2015). Σε κάθε περίπτωση, η επίδραση των ηλεκτρομαγνητικών ακτινοβολιών στην έκκριση ορμονών όπως η μελατονίνη και η αύξηση στο οξειδωτικό στρες φάνηκε και στο φοιτητικό πληθυσμό του δείγματος της παρούσας μελέτης, χρειάζεται ωστόσο, περεταίρω διερεύνηση και μάλιστα σε διαφορετικές συνθήκες.

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Στους περιορισμούς της μελέτης περιλαμβάνεται ο σχετικά μικρός αριθμός του δείγματος, που ενδεχομένως να οδηγούσε σε σφάλμα τύπου ΙΙ, γεγονός που μπορεί να έθετε ζητήματα σχετικά με την εξωτερική εγκυρότητα της μελέτης. Ωστόσο, το θέμα αυτό αντισταθμίστηκε κατά το δυνατόν με την προσεκτικά σχεδιασμένη διαδικασία επιλογής των συμμετεχόντων, η οποία προέβλεπε ένα πλήρως τυχαιοποιημένο και επομένως αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού αναφοράς. Ένας επιπλέον περιορισμός είναι αυτός που διέπει όλα τα αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια και αφορά την ειλικρίνεια των απαντήσεων, καθώς το ερωτηματολόγιο περιείχε ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα. Επιπλέον, το γεγονός ότι το δείγμα περιοριζόταν σε φοιτητές

Νοσηλευτικής, που λόγω του αντικείμενου των σπουδών τους διαθέτουν περισσότερες γνώσεις σχετικά με την υγεία, πιθανόν να περιορίζει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων στο γενικό φοιτητικό πληθυσμό. Τέλος, η Ελληνική έκδοση της Κλίμακας MPDQ, παρά το γεγονός ότι χρησιμοποιείται για δεύτερη φορά (Μπελλάλη και συν 2012), ενδεχομένως θα πρέπει να υποβληθεί σε αναλυτικότερη διαδικασία αξιολόγησης των ψυχομετρικών της ιδιοτήτων για τον Ελληνικό πληθυσμό.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Παρά τους παραπάνω περιορισμούς, από τη μελέτη διαφάνηκαν οι επιπτώσεις της χρήσης των κινητών τηλεφώνων στην υγεία των φοιτητών, όπως ότι η υψηλότερη εξάρτηση σχετίζεται με χειρότερες συμπεριφορές υγείας και χειρότερη γενική υγεία. Σε βιολογικό επίπεδο επίσης, η μεγαλύτερη εξάρτηση φάνηκε να σχετίζεται με αύξηση έκκρισης ορμονών όπως η μελατονίνη και ελάττωση αντιοξειδωτικών στο σάλιο, που παρέχουν κάποιες ενδείξεις για περαιτέρω έρευνα.

Τα ευρήματα της μελέτης θα μπορούσαν να βοηθήσουν στη λήψη μέτρων με σκοπό την πρόληψη κινδύνων σε ψυχοκοινωνικό και βιολογικό επίπεδο από την υπέρμετρη χρήση των κινητών τηλεφώνων. Ενδεικτικά, θα μπορούσε να προταθεί η εφαρμογή ειδικών ηλεκτρονικών συστημάτων για την απενεργοποίηση των κινητών τηλεφώνων στους εκπαιδευτικούς χώρους. Επιπλέον, ο σχεδιασμός προγραμμάτων αγωγής υγείας που να στοχεύουν στην ενημέρωση του φοιτητικού πληθυσμού σχετικά με τις επιπτώσεις της χρήσης των κινητών στην ψυχική-κοινωνική και σωματική υγεία.

Τέλος, κρίνεται σκόπιμη η περαιτέρω μελέτη των επιπτώσεων της κινητής τηλεφωνίας λαμβάνοντας υπόψη και άλλους παράγοντες, όπως είναι το κοινωνικό και μορφωτικό επίπεδο της οικογένειας, η ακαδημαϊκή επίδοση, καθώς και οι παραβατικές συμπεριφορές των φοιτητών.

Συμβολή των συγγραφέων

Η ΕΜ συνεισέφερε στο σχεδιασμό, στη συλλογή των δεδομένων και στη συγγραφή του κειμένου. Οι ΑΜ και ΜΓ συνεισέφεραν στο σχεδιασμό, στη συλλογή και την ανάλυση των δεδομένων, καθώς και στη συγγραφή του κειμένου. Η ΦΕ συνέβαλε στη συλλογή και ανάλυση των δεδομένων αναφορικά με τους βιολογικούς δείκτες. Η ΘΜ είχε τη γενική εποπτεία εκπόνησης της μελέτης και συνέβαλε ενεργά σε όλα τα στάδια της ερευνητικής διαδικασίας καθώς και στη συγγραφή του κειμένου.

Χρηματοδότηση

Η παρούσα μελέτη, αποτελεί μέρος ευρύτερου ερευνητικού προγράμματος που χρηματοδοτήθηκε από το Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα της Θεσσαλονίκης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Arbabi-Kalati F., Salimi S., Vaziry-Rabiee A. & Noraeei M. (2014). Effect of mobile phone usage time on total antioxidant capacity of saliva and salivary immunoglobulin a. *Iran Journal Public Health* 43(4): 480-4.

Arora T., Broglia E., Thomas G. N. & Taheri S. (2014). Associations between specific technologies and adolescent sleep quantity, sleep quality, and parasomnias. *Sleep Medicine* 15(2): 240–247.

Beranuy M., Oberst U., Carbonell X. & Chamarro A. (2009). Problematic Internet and mobile phone use and clinical symptoms in college students: The role of emotional intelligence. *Computers in Human Behavior* 25: 1182–7.

Charlton A. & Bates C. (2000). Decline in teenage smoking with rise in mobile phone ownership: hypothesis. *Journal of Medical Publication* 32: 1155-1159.

Chiu S.-I., Hong F.Y. & Chiu S.-L. (2013). An Analysis on the Correlation and Gender Difference between College Students' Internet Addiction and Mobile Phone Addiction in Taiwan. *International Scholar Research Notes.*

Chu M. K, Song H.G, Kim C. & Lee B.C. (2011). Clinical features of headache associated with mobile phone use: a cross-sectional study in university students. *BMC Neurology* 11: 115.

Consolvo S., Klasnja P., McDonald D., Avrahami D., Froehlich J., LeGrand L. et al (2006). Flowers or a Robot Army? Encouraging Awareness and Activity with Personal, Mobile Displays. Seoul, UbiComputing CHI Proceedings.

Demiş rciş K., Akgönül M. & Abdullah Akpinar A. (2015). Relationship of Smartphone Use Severity with Sleep Quality, Depression, and Anxiety in University Students. Journal of Behavioral Addictions 4(2) :85–92 Djeridane Y., Touitou Y. & de Seze R. (2008). Influence of EMF Emitted by GSM-900 Cellular Telephones on the Circadian Patterns of Gonadal, Adrenal and Pituitary Hormones in Men. *Radiation Research* 169: 337-343.

Economides A., A. & Grousopoulou A. (2008). Use of mobile phones by male and female Greek students. *International Journal of Mobile Communications* 6: 729-749.

Garyfallos G., Karastergiou A., Adamopoulou A., Moutzoukis C., Alagiozidou E, Mala D. (1991). Greek version of the General Health Questionnaire: accuracy of translation and validity. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 84: 371–378.

Firestone C. & Kelly P. (2007). The Mobile Generation: Global Transformations at the Cellular Level. A Report of the Fifteenth Annual Aspen Institute Roundtable on Information Technology, Washington, The Aspen Institute.

Goldberg D.P. & Hilliver V.F. (1979). A Scaled Version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medice* 9: 39-145.

Grota L.J, Reiter R.J., Keng P. & Michaelson S. (1994). Electric field exposure alters serum melatonin but not pineal melatonin synthesis in male rats. *Bioelectromagnetics* 15: 427-37.

Hakoama M. & Hakoyama S. (2011). The impact of cell phone use on social networking and development among college students. *The American Association of Behavioral and Social Sciences Journal* 15: 1–20.

Henshaw D. L. & Reiter R.,J. (2005). Do magnetic fields cause increased risk of childhood leukemia via melatonin disruption? *Bioelectromagnetics* Suppl 7: S86-97.

Hooper V. & Zhou Y. (2007). Addictive, dependent, compulsive? A study of mobile Phone usage, 20th Bled eConference eMergence: Merging and Emerging Technologies, Processes, and Institutions, Bled, Slovenia, 1-14.

Koivusilta L., Lintonen T. & Rimpelä, A. (2003). Mobile phone use has

not replaced smoking in adolescence. *British Medical Journal* 326 (7381): 161.

Leena K., Tomi L Redmayne M., Smith E. & Abramson, M. J. (2013). The relationship between adolescents' well-being and their wireless phone use: a cross-sectional study. *Environmental Health* 12: 90.

Arja R., R. (2005). Intensity of mobile phone use and health compromising behaviours: How is information and communication technology connected to health-related lifestyle in adolescence? *Journal of Adolescent* 28: 35-47.

Lerchl A., Krüger H., Niehaus M., Streckert J.R., Bitz A.K. & Hansen V. (2007). Effects of mobile phone electromagnetic fields at nonthermal SARvalues on melatonin and body weight of Djungarian hamsters (Phodopus sungorus). *Journal of Pineal Research* 44: 267-72 .

Massimini M. & Peterson M. (2009). Information and communicationtechnology: Affects on U.S. college students. Cyber-Pschology: *Journal of Psychosocial Research on Cyberspace* 3(1): 1–12.

Meral I., Mert H., Mert N., Yoruk I, Yetkin A, Keskin S. (2007). Effects of 900-MHzelectromagnetic field emitted from cellular phone on brain oxidative stress and some vitamin levels of guinea pigs. *Brain Research* 12(1169): 120-124.

Munezawa T., Kaneita Y., Osaki Y., Kanda H., Minowa M. & Suzuki K. (2011).The association between use of mobile phones after lights out and sleep disturbances among Japanese adolescents: a nationwide cross-sectional survey. *Sleep* 34(8):1013–20.

Obermayer L., Riley T., Asif O. & Jean-Mary J. (2004). College smoking cessation using cell phone text messaging. J*ournal of American College Health* 53: 71-78.

Redmayne M., Smith E. & Abramson, M. J. (2013). The relationship between adolescents' well-being and their wireless phone use: a cross-sectional study. *Environmental Health* 12: 90.

Sahin S., Ozdemir K., Unsal A. & Temiz N. (2013). Evaluation of mobile phone addiction level and sleep quality in university students. *Pakistan Journal of Medical Sciences* 29(4): 913-918.

Samkange- Zeeb F. & Blettner M. (2009). Emerging aspects of mobile phone use. Emerging. *Health Threats Journal* 2: 1-8.

Seitz H., Stinner D., Eikmann T., Herr C. & Roosli M. (2005). Electromagnetic hypersensitivity (EHS) and subjective health complaints associated with electromagnetic fields of mobile phone communication–a literature review published between 2000 and 2004. *Science of the total environment* 349 (1-3): 45-55.

Shambare R., Rugimbana R. & Zhowa T. (2012). Are mobile phones the 21st century addiction? *African Journal of Business Management* 62 (2): 573–577.

Shivashankara A.R., Joy J., Sunitha V., Rai M.P., Rao S., Nambranathayil S. & Baliga M.S. (2015). Effect of Cell Phone Use on Salivary Total Protein, Enzymes and Oxidative Stress Markers in Young Adults: A Pilot Study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research* Feb , 9(2): BC19-BC22.

Steggles N. & Jarvis M. (2003). Do mobile phones replace cigarette smoking among teenagers?, *Tobacco Control* 12: 339-340.

Toda M., Monden K., Kubo K. & Morimoto K. (2006). Mobile phone dependence and health-related lifestyle of university students. *Social Behavior and Personality* 34: 1277- 1284.

Thomée S., Härenstam A. & Hagberg M. (2011). Mobile phone use and stress, sleep disturbances, and symptoms of depression among young adults – a prospective cohort study. *BMC Public Health* 11(1): 66.

Thomee S., Eklof M., Gustafsson E., Nilsson R. & Hagberg M. (2007). Prevalence of perceived stress, symptoms of depression and sleep disturbances in relation to information and communication technology (ICT) use among young adults an explorative prospective study. *Computers in Human Behavior* 23: 1300- 1321.

Walsh S., White K. & Young R. (2008). Over-connected? A qualitative exploration of the relationship between Australian youth and their mobile phones. *Journal of Adolescent* 31(1): 77-92.

Wehmeyer K. (2007). Mobile ad intrusiveness: The effects of message type and situation, 20th Bled eConference eMergence: Merging and Emerging Technologies, Processes and Institutions, Bled, Slovenia, pp. 1-18.

Κιουρκτσή Ε. (2007). Κινητά τηλέφωνα: Μια νέα μορφή εξάρτησης παιδιών και εφήβων. *Popular Medicine* σελ.1-6.

Νικολακοπούλου Δ. & Σταματάκης Α. (2009). Ο ρόλος της Μελατονίνης στη παθοφυσιολογία του κυκλοφορικού συστήματος. *Νοσηλευτική* 48: 143-149.

Μπελλάλη Θ., Μαστροκώστας Α., Γκριζιώτη Μ., Αβραμίκα Μ. & Τηλενίκη Κ. (2012). Η εξάρτηση από την κινητή τηλεφωνία, σε σχέση με τις συμπεριφορές υγείας φοιτητών της Νοσηλευτικής: μια πιλοτική μελέτη. *Βήμα του Ασκληπιού* 11 (2): 264-280.

Παρατηρητήριο για την Κοινωνία της Πληροφορίας. (2008). Μελέτη για τη μέτρηση των δεικτών των πρωτοβουλιών eEurope και i2010. Ταυτότητα χρηστών νέων τεχνολογιών στην Ελλάδα. Αθήνα, Κοινωνία της Πληροφορίας.

Πατρικάκος Π., Σκαλκίδης Η., Τερζίδης Α. & Πετρίδου Ε. (2008). Επικαιροποιημένα δεδομένα για τις επιδράσεις των κινητών και ασύρματων τηλεφώνων στην ανθρώπινη υγεία και την ποιότητα ζωής. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 25: 463-480.

The Impact of Mobile Phone Dependency on Health and Biomarkers in a Greek University Student Sample

Eugenia Minasidou[1], Athanasios Mastrokostas[2], Maria Gkrizioti[3], Faidra Eleftheriou[4], Thalia Bellali[5]

1. Assistant Professor, Nursing Department, Alexander Technological Educational Institute of Thessaloniki
2. MAJ, RN, Msc(res), Phd(c), Nursing Research and Education Office, 424 GMHTH
3. MAJ, RN, Msc(res), First Internal Medicine Ward, 424 GMHTH
4. Associate Professor, Medical Laboratory Department, Alexander Technological Educational Institute of Thessaloniki
5. Associate Professor, Nursing Department, Alexander Technological Educational Institute of Thessaloniki

ABSTRACT

Introduction: Mobile phone use can be addictive for the young. However, little is known about the behavioral and biological effects of this addiction among the student population.

Aim: The purpose of this study was to explore the effects of mobile phone use on the health behaviors and specific biomarkers in a sample of Greek students.

Methods: Sample included 104 Nursing students from a stratified randomised sample. In 30 randomly selected out of the 104 students, melatonin and total antioxidant levels in saliva were also measured. Mobile phone dependence was estimated with the Mobile Phone Dependence Questionnaire by Toda et al and general health with the GHQ-28. We used the Antioxidant assay kit-SIGMA to measure the total antioxidant levels and the anosoenzymic method ELISA (IBL kit) to measure melatonine levels. Analysis was performed with SPSS v15.0 software. All hypothesis were tested at a $p<0,05$ level.

Results: No statistical difference between genders was detected (p=0.182). High dependence was apparent in 13.5% of the sample, which correlated with worse general health (p=0.004), greater alcohol consumption (p=0.007), sleep disturbances (p=0.02) and worse nutritional habits (p=0.032). Moreover, high mobile dependent students exhibited higher concentration of early morning melatonin (p=0.07) and lower antioxidant concentration (p=0.333) in saliva, compared to low mobile dependent students.

Conclusions: Excessive use of mobiles among students seems to correlate with unhealthy habits and impaired health. The effect in well known biomarkers may suggest the burden of the health of the student population. However, the long term effects on health require further investigation.

KEYWORDS: Antioxidants, health behaviors, mobile phones, melatonin. students

Corresponding Author: Thalia Bellali
E-mail: bellalithalia@yahoo.com
Telephone Number: +306947833186

Submission Date: 09 Oct 2015
Publication Date: 07 Dec 2015

Ελληνικό περιοδικό της
Νοσηλευτικής Επιστήμης

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ (ΕΠΝΕ)

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Α. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ
Β. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ & 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

ΑΠΟΔΕΛΤΙΩΣΗ: Το περιοδικό ΕΠΝΕ αποδελτιώνεται στη Βάση δεδομένων Google Scholar.

Β. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ

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

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, Brussels, Belgium.
Dr. Irena Papadopoulos, Professor of Transcultural Health and Nursing and Head of Research Centre for Transcultural Studies in Health Middlesex University, London UK.
Dr. Denise M. McEnroe-Petitte, Associate Professor, Nursing, Kent State University Tuscarawas, Associate Degree Nursing Program, New Philadelphia, USA.
Dr. Betty Chung Pui Man, Lecturer, (Health Sciences Syd), Nursing Faculty, Polytechnic University, Hong Kong, PRC.
Dr. Evridiki Papastavrou, Assistant Professor, Department of Nursing, Cyprus University of Technology, President of the Council of Nursing and Midwifery, Cyprus.
Dr. Lorendana Sasso, Associate Professor, Universita degli Studi di Genova, Italy.
Cecilia Sironi, RN, BSc, MSc Universita degli Studi dell' Insubria-Varese, Italy.
Dr. Rocco Gennaro, Head of the Nursing School and Professor, Catholic University Our Lady of Good Counsel, Director Centre of Excellence for Nursing Scholarship – Rome – Italy.
Dr. Thomas Kearns, Professor, Executive Director of Faculty of Nursing & Midwifery, RCSI-Royal College of Surgeons, Ireland.
Dr. Helene Kelly, International Consultant, Vice President Florence Network, University College Sealand, Denmark,
Dr. Vilma Zydziunaite, RN, MNSc, MEdSc, PhD, Professor- Researcher, Vytautas Magnus University, Kaunas & Faculty of Health sciences, Klaipeda State College, Lithuania.
Dr. Carlos Melo-Dias, Professor of Nursing in Nursing School of Coimbra, Researcher in Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA: E), Researcher in Portugal Centre for Evidence-Based Practice: an Affiliate Centre of the Joanna Briggs Institute, Coimbra, Portugal.
Leodoro J. Labrague, Lecturer, Department of Fundamentals and Administration, College of Nursing, Sultan Qaboos University, Muscat, Sultanate of Oman.

Anastasia Mallidou, Assistant Professor, University of Victoria, School of Nursing, British Columbia, Canada.

Γ. ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

(Υπάρχουν και 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 @*
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 @
- Κλινικές δοκιμές @

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

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

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΡΘΡΩΝ @

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 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 @.

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):

01. Συνοδευτική Επιστολή (υπάρχει υπόδειγμα)
02. Σελίδα τίτλου*
03. Σελίδα περίληψης*
04. Σελίδα Βασικών Σημείων του Άρθρου
05. Κυρίως κείμενο του άρθρου
06. Συμβολή των συγγραφέων
07. Χρηματοδότηση (εάν υπάρχει)
08. Ευχαριστίες (εάν υπάρχουν)
09. 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 @, 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. @)

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

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

Άλλες οδηγίες μορφοποίησης

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

  ΕΠΙΠΕΔΟ 1. κεφαλαία γράμματα με έντονη γραφή, (bold)

  ΕΠΙΠΕΔΟ 2. πεζά γράμματα με έντονη γραφή,(bold)

  ΕΠΙΠΕΔΟ 3. πεζά γράμματα με πλάγια γραφή, (italics)

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

ΘΕΜΑΤΑ ΗΘΙΚΗΣ & ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Συγκατάθεση Ενημέρωσης

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

Άδειες

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

Σύγκρουση συμφερόντων (conflict of interest)

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

Χρηματοδότηση

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

Πνευματικά Δικαιώματα (transfer of copyright)

Η υποβολή ενός άρθρου, προϋποθέτει ότι δεν έχει δημοσιευθεί προηγουμένως, ότι δεν είναι υπό εξέταση για δημοσίευση αλλού και ότι εάν γίνει αποδεκτό δεν θα δημοσιευθεί αλλού, στην αγγλική ή σε οποιαδήποτε άλλη γλώσσα, χωρίς τη γραπτή συγκατάθεση του εκδότη.

Εάν ωστόσο, κάποιο άρθρο ή μέρος αυτού, βρίσκεται υπό κρίση, ή έχει προηγουμένως δημοσιευθεί σε πρακτικά ενός Συνεδρίου, αυτό θα πρέπει να αναφέρεται από τους συγγραφείς, κατά την υποβολή του στο Περιοδικό. Προϋπόθεση για τη δημοσίευση οποιουδήποτε άρθρου αποτελεί η παραχώρηση στο ΕΠΝΕ του αποκλειστικού δικαιώματος χρήσης του. Εφόσον γίνει αποδεκτό το άρθρο, οι συγγραφείς καλούνται να αποστείλουν σε σκαναρισμένη μορφή ή ταχυδρομικά, ειδικό έντυπο παροχής άδειας αποκλειστικής δημοσίευσης, το οποίο υπογράφεται από όλους τους συγγραφείς.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ

Οι περιγραφικές ή αφηγηματικές ανασκοπήσεις παρουσιάζουν τα αποτελέσματα ερευνών πάνω σε ένα θέμα κατά τη διάρκεια μιας συγκεκριμένης χρονικής περιόδου, ή τα αποτελέσματα νέων ερευνών με αξιολογική σειρά, τα οποία συσχετίζονται με την προϋπάρχουσα γνώση. Το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης δέχεται περιγραφικές ανασκοπήσεις που συμβάλλουν στην εξέλιξη της νοσηλευτικής επιστήμης, στις οποίες συμμετέχουν έως τρεις (3) συγγραφείς, με έκταση μέχρι 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 την προσέγγιση του θέματος και μετά από έγκριση του διευθυντή σύνταξης.

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 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. Διατυπώστε γιατί είναι κατάλληλα αυτά τα εργαλεία και οι τεχνικές για τις μεταβλητές. Συμπεριλάβετε στοιχεία από πιλοτική έρευνα, εάν αυτή έγινε.

Θέματα ηθικής-Δεοντολογίας

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

Στατιστική ανάλυση

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

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

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

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

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

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

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

Συνεισφορά ερευνητών

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

Πίνακες

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

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΠΟΙΟΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ

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

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

Περίληψη

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

Λέξεις-κλειδιά

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

ΚΥΡΙΩΣ ΚΕΙΜΕΝΟ

Το κυρίως κείμενο θα πρέπει να περιλαμβάνει τις παρακάτω υποενότητες:

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

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

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

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

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

Σχεδιασμός

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

Δείγμα μελέτης

Εδώ περιγράφεται ο πληθυσμός και το δείγμα, το οποίο στις ποιοτικές έρευνες αναφέρεται ως οι «συμμετέχοντες». Συγκεκριμένα, περιγράψτε το είδος και τον τρόπο δειγματοληψίας (μέγιστης απόκλισης δείγμα, εξαιρετικών περιπτώσεων δείγμα, θεωρητική δειγματοληψία κ.λπ), τα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού των συμμετεχόντων στη μελέτη και τους λόγους που επιλέχθηκαν αυτά τα κριτήρια. Αναφέρατε το μέγεθος του δείγματος (πόσοι/πόσες συμμετείχαν στη μελέτη) και αιτιολογήστε τον αριθμό των συμμετεχόντων (γιατί ο συγκεκριμένος αριθμός είναι κατάλληλος και επαρκής). Δώστε λεπτομέρειες

αναφορικά με το δείγμα, όπως π.χ. ηλικία, ιδιότητα, φύλο, οικογενειακή κατάσταση κ.λπ, για να βοηθηθεί ο αναγνώστης να κατανοήσει το πλαίσιο της μελέτης. Μπορεί 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 κλι-

μάκων. 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.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΜΕΛΕΤΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης δέχεται κλινικές περιπτώσεις και μελέτες περίπτωσης, με έκταση μέχρι 5000 λέξεις εξαιρουμένων των πινάκων, των γραφημάτων, της βιβλιογραφίας και της περίληψης.

Οι μελέτες περίπτωσης μπορούν να περιλαμβάνουν:

- Σπάνιες κλινικές περιπτώσεις, μη συχνές παρενέργειες φαρμάκων
- Παρουσίαση μη συνηθισμένων περιστατικών με σπάνιο νόσημα
- Μη προβλεπόμενες συσχετίσεις νοσημάτων και συμπτωμάτων
- Απροσδόκητα συμβάντα κατά την παροχή της ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας
- Ευρήματα, τα οποία δίνουν νέα στοιχεία στην επιστημονική κοινότητα για την πιθανή παθογένεια ή διαφορετική εξέλιξη μιας νόσου
- Κλινικές μελέτες/ περιπτώσεις που προσεγγίζονται με διαφορετικούς τρόπους παροχής φροντίδας

Σχετικά με τη μορφοποίηση του κειμένου, ανατρέξτε στις γενικές οδηγίες υποβολής:

Τίτλος*
Περίληψη* (η διάρθρωση της περίληψης θα έχει την εξής μορφή: Εισαγωγή, Σκοπός, Παρουσίαση περίπτωσης, Συζήτηση, Συμπεράσματα).
Λέξεις-κλειδιά*
Εισαγωγή
ΠαρουσίασηΠερίπτωσης
Συζήτηση
Συμπεράσματα
Συνεισφορά συγγραφέων
Βιβλιογραφία
Πίνακες -Εικόνες
* στην Ελληνική και Αγγλική γλώσσα

Περίληψη

Η περίληψη δεν πρέπει να ξεπερνά τις 250 λέξεις και πρέπει να περιλαμβάνει τις παρακάτω ξεχωριστές ενότητες: Εισαγωγή, Σκοπός, Παρουσίαση περίπτωσης.

Λέξεις κλειδιά:
Τρεις έως πέντε λέξεις που αντιπροσωπεύουν το περιεχόμενο της έρευνας, γραμμένες αλφαβητικά.

ΚΥΡΙΩΣ ΚΕΙΜΕΝΟ

Το κυρίως κείμενο θα πρέπει να περιλαμβάνει τις παρακάτω υποενότητες:
ΕΙΣΑΓΩΓΗ (κεφαλαία γράμματα με έντονη γραφή, bold)
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ (κεφαλαία γράμματα με έντονη γραφή, bold)
ΣΥΖΗΤΗΣΗ (κεφαλαία γράμματα με έντονη γραφή, bold)
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 που δεν διαθέτουν εξειδίκευση σε αυτόν τον τομέα, να κατανοούν το υπό διερεύνηση θέμα. Η εισαγωγή ολοκληρώνεται με σύντομη αναφορά στο σκοπό του παρόντος άρθρου. Σε αυτήν την ενότητα γίνεται η παρουσίαση του θεωρητικού πλαισίου και της τεκμηριωμένης γνώσης πάνω στο θέμα.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Παρουσιάζονται κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα, ιστορικό περίπτωσης και ιστορικό νοσηλείας, αξιολόγηση, αντιμετώπιση, επιπλοκές και πορεία εξέλιξης της νόσου.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Συζητούνται τα ευρήματα και συγκρίνονται με άλλες μελέτες ή περιπτώσεις.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

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

ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

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

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Στη μελέτη περίπτωσης μπορούν να ενταχθούν έως 10 βιβλιογραφικές αναφορές (βλ. οδηγίες συγγραφής βιβλιογραφικών παραπομπών.

ΠΙΝΑΚΕΣ -ΕΙΚΟΝΕΣ

Οι πίνακες/διαγράμματα/εικόνες/ εργαστηριακά ευρήματα, θα πρέπει να είναι κατανοητοί και να υπάρχουν επεξηγήσεις αυτών μέσα στο κείμενο.

Στη συνέχεια παρατίθεται ενδεικτικά μια λίστα-ελέγχου για τους συγγραφείς αυτής της κατηγορίας των άρθρων:

Λίστα ελέγχου της Μελέτης Περίπτωσης

- Υπάρχει κάτι νέο ή συναρπαστικό σχετικά με την υπόθεση/ μελέτη περίπτωσης;
- Είναι η μελέτη περίπτωσης γραμμένη με αντικειμενικό τρόπο;
- Παρουσιάζονται όλα τα προτεινόμενα μέρη της μελέτης (περίληψη, εισαγωγή, παρουσίαση περίπτωσης, κ.λ.π.) ;
- Η κάλυψη της βιβλιογραφίας είναι πρόσφατη ;
- Η παρουσίαση χρησιμοποίησε τη σχετική τεκμηριωμένη γνώση θεωρίας και πράξης;
- Οι παρεμβάσεις που παρουσιάστηκαν ήταν κατάλληλες για την αξιολόγηση της υπόθεσης που παρουσιάστηκε;
- Έχουν οι συγγραφείς αναφέρει τις επιπτώσεις που μπορεί να έχει η υπόθεση στην επαγγελματική πρακτική ή της ψυχολογίας;

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 επιχειρηματά 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 ονόματος 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.

ΕΝΕ
ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
http://journal-ene.gr/

ΕΝΕ
ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

www.enne2016.gr

19-22 Μαΐου

9ο Πανελλήνιο
8ο Πανευρωπαϊκό
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ & ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ



ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΑ: ΣΤΕΛΙΟΣ ΚΡΗΤΙΚΑΚΗΣ

Καλαμάτα
Η μεγάλη συνάντηση των Νοσηλευτών
2016

ΟΡΓΑΝΩΣΗ - ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ

ELITE CITY RESORT
KALAMATA

PROOYIS CONSULTING SA

Τηλ.: 210 5244760
E-mail: registration@enne2016.gr

fepi
European Council of Nursing Regulators

HRBN
HELLENIC REGULATORY BODY OF NURSES
VOLUME 8 - NUMBER 4
OCTOBER - NOVEMBER - DECEMBER
2015

Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης
Hellenic journal of Nursing Science

http://journal-ene.gr/

ΤΟΜΟΣ 8 - ΤΕΥΧΟΣ 4
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ
ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ
2015

ΕΝΕ
ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
www.enne.gr