Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης
Hellenic journal of Nursing Science



Τόμος 9, Τεύχος 1, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ- ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ-ΜΑΡΤΙΟΣ 2016

Volume 9, Number 1, JANUARY - FEBRUARY - MARCH 2016

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ - EDITORIAL

Κριτική Σκέψη στη Νοσηλευτική Πρακτική: επίκαιρη για το 2016, όσο ποτέ!

Ιωάννα Παπαθανασίου

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ - REVIEWS

Εξάρτηση από τη νικοτίνη και στρατηγικές διακοπής καπνίσματος

Nicotine addiction and smoking cessation strategies

Μιχαήλ Κουράκος, Θεοδώρα Καυκιά, Ευάγγελος Φραδέλος

Ψυχοκοινωνικές διαστάσεις και ποιότητα ζωής ασθενών με πολλαπλή σκλήρυνση: Ανασκόπηση ποσοτικών και ποιοτικών μελετών για το διάστημα 2000 - 2015

Psychosocial dimensions and quality of life of patients with multiple sclerosis: A literature review from 2000 - 2015

Γλυκερία Τσούγγου, Αναστάσιος Τζεναλής, Θάλεια Μπελλάλη

Πνευματικότητα/ θρησκευτικότητα και σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνια και απειλητικά για τη ζωή νοσήματα

Spirituality/ religiosity and health related quality of life chronic patients and patients with life-threatening diseases

Ευγενία Μηνασίδου, Κυριακή Σπανούδη, Θεοδώρα Καυκιά

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΑΡΘΡΟ - RESEARCH ARTICLE

Ευμάρεια της οικογένειας, κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο και διατροφικές συνήθειες πρωτοετών φοιτητών

Family affluence, socio - economic status and dietary habits of 1st year University students

Ειρήνη Συλιγάρδου, Τάσος Φιλαλήθης, Γιώργος Κριτσωτάκης

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.

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ - EDITORIAL

Η Κριτική Σκέψη στη Νοσηλευτική Πρακτική: επίκαιρη για το 2016, όσο ποτέ!
Ιωάννα Παπαθανασίου **3**

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ - REVIEWS

Εξάρτηση από τη νικοτίνη και στρατηγικές διακοπής καπνίσματος
Nicotine addiction and smoking cessation strategies
Μιχαήλ Κουράκος, Θεοδώρα Καυκιά, Ευάγγελος Φραδέλος **8**

Ψυχοκοινωνικές διαστάσεις και ποιότητα ζωής ασθενών με πολλαπλή σκλήρυνση: Ανασκόπηση ποσοτικών και ποιοτικών μελετών για το διάστημα 2000 - 2015
Psychosocial dimensions and quality of life of patients with multiple sclerosis:
A literature review from 2000 - 2015
Γλυκερία Τσούγγου, Αναστάσιος Τζεναλής, Θάλεια Μπελλάλη **17**

Πνευματικότητα/ θρησκευτικότητα και σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνια και απειλητικά για τη ζωή νοσήματα
Spirituality/ religiosity and health related quality
of life chronic patients and patients with life-threatening diseases
Ευγενία Μηνασίδου, Κυριακή Σπανούδη, Θεοδώρα Καυκιά **30**

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΑΡΘΡΟ - RESEARCH ARTICLE

Ευμάρεια της οικογένειας, κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο και διατροφικές συνήθειες πρωτοετών φοιτητών
Family affluence, socio - economic status and dietary habits
of 1st year University students
Ειρήνη Συλιγάρδου, Τάσος Φιλαλήθης, Γιώργος Κριτσωτάκης **38**

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ & ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ **53**

ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ **55**

EDITORIAL

Η Κριτική Σκέψη στη Νοσηλευτική Πρακτική: επίκαιρη για το 2016, όσο ποτέ!

Ιωάννα Παπαθανασίου
Επίκουρος Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι. Θεσσαλίας

Ως *κριτική σκέψη* ορίζεται η γνωσιακή διαδικασία ενεργούς αντίληψης, ανάλυσης, σύνθεσης και εκτίμησης πληροφοριών, οι οποίες συλλέγονται με την παρατήρηση, την εμπειρία, το συλλογισμό, την αιτιολόγηση και την επικοινωνία και η οποία στοχεύει στην απόφαση για ανάληψη συγκεκριμένης δράσης. Οι νοσηλευτές εφαρμόζουν την κριτική σκέψη στη διαδικασία επίλυσης προβλημάτων ασθενών και στη λήψη αποφάσεων που αφορούν σε μεθόδους νοσηλευτικής δράσης.

Η κριτική σκέψη είναι ουσιαστική διαδικασία για την ασφαλή, επαρκή και αποτελεσματική νοσηλευτική παρέμβαση. Οι αποφάσεις που λαμβάνουν καθημερινά οι νοσηλευτές σχετικά με τη νοσηλεία και την αξιοποίηση των περιορισμένων πόρων, τους αναγκάζει να σκέπτονται και να ενεργούν σε περιπτώσεις, όπου δεν υπάρχουν ούτε ξεκάθαρες απαντήσεις, ούτε συγκεκριμένες διαδικασίες και συχνά αντίπαλες δυνάμεις μετατρέπουν τη λήψη αποφάσεων σε περίπλοκη διαδικασία. Οι σύγχρονοι νοσηλευτές οφείλουν να υιοθετήσουν στάσεις που να προάγουν την κριτική σκέψη και τις ικανότητες κριτικής συλλογιστικής. Παράλληλα η δημιουργικότητα αποτελεί σημαντικό στοιχείο της κριτικής σκέψης. Οι νοσηλευτές, συνδυάζοντας τις γνώσεις, τη δημιουργικότητα και την κριτική τους ικανότητα μπορούν να οδηγηθούν σε εξειδικευμένες λύσεις για ειδικά προβλήματα.

Η *δημιουργικότητα*, είναι η ικανότητα ανάπτυξης και εφαρμογής νέων και προηγμένων λύσεων κατά τη διαδικασία επίλυσης προβλημάτων και λήψης αποφάσεων και συχνά επιφέρει την ανάπτυξη νέων ιδεών και προϊόντων. Χρησιμοποιώντας και εφαρμόζοντας γνώσεις, κριτική σκέψη και δημιουργικότητα, οι νοσηλευτές μπορούν να ενεργούν ανεξάρτητα και με αυτοπεποίθηση, ακόμη και κάτω από συνθήκες πίεσης, να είναι ευέλικτοι και αποτελεσματικοί και να επιδεικνύουν πρωτοτυπία.

Οι πολύπλοκες νοητικές διαδικαστικές, όπως η ανάλυση πληροφοριών, η επίλυση προβλημάτων και η λήψη αποφάσεων απαιτούν τη χρήση δεξιοτήτων κριτικής σκέψης. Αυτές οι δεξιότητες περιλαμβάνουν την κριτική ανάλυση, την εισαγωγική και συμπερασματική αιτιολόγηση, την εξαγωγή έγκυρων συμπερασμάτων, τη διάκριση γεγονότων και απόψεων, την αξιολόγηση της αξιοπιστίας των πηγών των πληροφοριών, την αποσαφήνιση εννοιών και την αναγνώριση προϋποθέσεων. Χρησιμοποιώντας την κριτική σκέψη, ο νοσηλευτής διακρίνει ισχυρισμούς βασισμένους σε γεγονότα, συμπεράσματα, κρίσεις και απόψεις. Η εκτίμηση της αξιοπιστίας των πληροφοριών είναι ένα σημαντικό στάδιο της κριτικής σκέψης. Ο νοσηλευτής ίσως χρειαστεί να επιβεβαιώσει την ακρίβεια των πληροφοριών ελέγχοντας άλλα τεκμήρια και πηγές πληροφόρησης.

Συγκεκριμένες συμπεριφορές, είναι βασικές για την κριτική σκέψη. Βασίζονται στην υπόθεση ότι ένα λογικό άτομο κινητοποιείται για να εξελιχθεί, να μάθει και να αναπτυχθεί. Το άτομο που εφαρμόζει την κριτική σκέψη εργάζεται για να αναπτύξει συμπεριφορές και χαρακτηριστικά όπως ανεξαρτησία της σκέψης, αμεροληψία, οξυδέρκεια σε προσωπικό και κοινωνικό επίπεδο, ταπεινή διανόηση, πνευματικό σθένος, ακεραιότητα, επιμονή, αυτοπεποίθηση και ερευνητικό ενδιαφέρον, τόσο των σκέψεων που βρίσκονται πίσω από τα συναισθήματα, όσο και των συναισθημάτων που

βρίσκονται πίσω από τις σκέψεις.

Η κριτική σκέψη προϋποθέτει ότι τα άτομα έχουν αναπτύξει ανεξαρτησία σκέψης. Πολλές πεποιθήσεις που αποκτούνται στην παιδική ηλικία δεν βασίζονται απαραίτητα στην αιτιολόγηση, αλλά ο σκοπός απόκτησής τους είναι η εξήγηση διαφόρων εννοιών. Όσοι εφαρμόζουν την κριτική σκέψη, καθώς ωριμάζουν αποκτούν γνώσεις και εμπειρίες και εξετάζουν τις πεποιθήσεις τους υπό το φως νέων στοιχείων. Θεωρούν σημαντικό ένα μεγάλο σύνολο ιδεών, μαθαίνουν από αυτές και κατόπιν διαμορφώνουν τις δικές τους κρίσεις για αυτές τις ιδέες. Οι νοσηλευτές οφείλουν να είναι θετικοί σε ότι αφορά διαφορετικές μεθόδους παρέμβασης και τεχνικών δεξιοτήτων και να μην παραμένουν μόνο στον απλό τρόπο που ίσως διδάχθηκαν κατά την εκπαίδευσή τους.

Η εφαρμογή της κριτικής σκέψης προϋποθέτει την αξιολόγηση των διαφορετικών απόψεων με αμεροληψία, η οποία θα βασίζεται σε στοιχεία και όχι σε κρίσεις ή σε προσωπικές και ομαδικές προκαταλήψεις. Η αμεροληψία βοηθά το άτομο να σκεφτεί αντίθετα σημεία απόψεων και να προσπαθεί να κατανοήσει πλήρως τις νέες ιδέες πριν τις αποδεχθεί ή τις απορρίψει. Οι νοσηλευτές απαιτείται να είναι δεκτικοί στην πιθανότητα ότι νέα στοιχεία μπορούν να μεταβάλλουν τις απόψεις τους και να λαμβάνουν υπόψη τις κρίσεις, όχι μόνο του ασθενή, αλλά και των υπόλοιπων μελών της οικογένειας και των άλλων συναδέλφων επαγγελματιών υγείας.

Όσοι χρησιμοποιούν κριτική σκέψη αποδέχονται και την πιθανότητα ότι οι προσωπικές τους προκαταλήψεις, οι κοινωνικές πιέσεις και οι ατομικές συνήθειες θα μπορούσαν ίσως να επηρεάσουν την κρίση τους σε μεγάλο βαθμό. Προσπαθούν να ερμηνεύσουν ενεργά τις προκαταλήψεις τους κάθε φορά που σκέφτονται και αποφασίζουν. Για παράδειγμα, η προσωπική άποψη του νοσηλευτή πως όλοι οι ασθενείς είναι ευαισθητοποιημένοι και ενδιαφέρονται για την πρόληψη, επειδή ο ίδιος είναι ευαισθητοποιημένος, έχει ως αποτέλεσμα μια ανακριβή εκτίμηση της επιθυμίας του ασθενή να ενημερωθεί. Αν ο νοσηλευτής είχε εκτιμήσει σωστά τις πεποιθήσεις του ασθενή και είχε συλλέξει επαρκή στοιχεία, θα είχε ίσως αναγνωρίσει τις προτεραιότητες και ιδιαιτερότητες του ασθενή και θα είχε διαμορφώσει ένα αποτελεσματικότερο νοσηλευτικό πλάνο φροντίδας.

Βασική δεξιότητα της κριτικής σκέψης αποτελεί και η *ταπεινή διανόηση*. Ταπεινή διανόηση σημαίνει να έχει κάποιος επίγνωση των ορίων της ίδιας του της γνώσης. Όσοι εφαρμόζουν την κριτική σκέψη είναι πρόθυμοι να αναγνωρίσουν και να αποδεχθούν ότι δεν γνωρίζουν κάτι, να αναζητήσουν νέες πληροφορίες και να αναθεωρήσουν τα συμπεράσματά τους, υπό το φως νέων στοιχείων. Πιστεύουν πως αυτό που όλοι θεωρούν ορθό δεν μπορεί να ισχύει πάντα, γιατί νέα στοιχεία μπορεί να αναδυθούν. Οι νοσηλευτές οφείλουν να έχουν πνευματικό σθένος. Αυτό το σθένος προέρχεται από την επίγνωση του γεγονότος ότι απόψεις και πεποιθήσεις είναι κάποιες φορές λανθασμένες ή παραπλανητικές. Μετά από επανεξέταση ίσως κάποιες πεποιθήσεις, που πρωτίστως φαίνονταν ορθές, να εμπεριέχουν αμφισβητήσιμα στοιχεία και κάποια αληθή δεδομένα να προκύψουν από στοιχεία που θεωρούνταν επισφαλή ή λανθασμένα.

Η διανοητική ακεραιότητα απαιτεί από τους νοσηλευτές να εφαρμόζουν τα ίδια αυστηρά τεκμήρια στις δικές τους γνώσεις και πεποιθήσεις, τα οποία εφαρμόζουν για γνώσεις και πεποιθήσεις άλλων. Χρησιμοποιώντας κριτική σκέψη να αμφισβητούν και να είναι πρόθυμοι να παραδεχτούν και να εκτιμήσουν ασυνέπειες των δικών τους πεποιθήσεων..

Οι νοσηλευτές που αναπτύσσουν κριτική σκέψη επιδεικνύουν επιμονή στην εξερεύνηση αποτελεσματικών λύσεων για τον ασθενή και τα προβλήματα νοσηλείας. Αυτή η αποφασιστικότητα τους βοηθά να διασαφηνίσουν έννοιες και να ξεχωρίσουν σχετιζόμενα θέματα, παρά τις δυσκολίες και τις αποτυχίες. Η σύγχυση και η απογοήτευση είναι άβολες καταστάσεις, αλλά χρησιμοποιώντας κριτική σκέψη αντιστέκονται στον πειρασμό να βρουν μια γρήγορη και απλή απάντηση. Σημαντικά ερωτήματα πολλές φορές είναι πολύπλοκα και προκαλούν σύγχυση και γι' αυτό συχνά απαιτείται πολλή σκέψη και έρευνα για την εξεύρεση λύσης. Όσοι αναπτύσσουν κριτική σκέψη πιστεύουν πως ένας σωστά αιτιολογημένος συλλογισμός θα τους οδηγήσει σε αξιόπιστα συμπεράσματα. Για το λόγο αυτό καλλιεργούν μια στάση εμπιστοσύνης στη διαδικασία της εκτίμησης και εξετάζουν επιχειρήματα, χρησιμοποιώντας μέτρα αξιολόγησης και εφαρμόζοντας ερωτήματα. Χρησιμοποιώντας κριτική σκέψη αναπτύσσουν τόσο την επαγωγική, όσο και τη συμπερασματική αιτιολόγηση. Καθώς ο νοσηλευτής αποκτά μεγαλύτερη εμπειρία σε διαδικασίες δεν διστάζει να διαφωνήσει και να προβλη-

ματίζεται, όταν οι άλλοι συμφωνούν πολύ εύκολα. *Ένας τέτοιος νοσηλευτής μπορεί να λειτουργήσει ως πρότυπο επαγγελματικού ρόλου προς τους συναδέλφους, εμπνέοντας και ενθαρρύνοντάς τους να αναπτύξουν κριτική σκέψη.*

Όσοι νοσηλευτές αναπτύσσουν και εφαρμόζουν κριτική σκέψη αναγνωρίζουν πως τα αισθήματα επηρεάζουν τον συλλογισμό και πως συχνά πίσω από τις σκέψεις κρύβονται συναισθήματα. Υιοθετούν την άποψη πως τα συναισθήματα είναι αληθινά και πρέπει να αναγνωριστούν. Συχνά απαιτείται διερεύνηση των συναισθημάτων για να καθοριστεί εάν αυτά βασίζονται στην πραγματικότητα ή είναι παρερμηνείες που οφείλονται σε μνήμες ή φοβίες. Οι νοσηλευτές οφείλουν να αναγνωρίσουν, να εξετάσουν και να ελέγξουν ή να τροποποιήσουν συναισθήματά τους, τα οποία εμπλέκονται με την κριτική σκέψη.

Ο Paul (1995) ορίζει ότι όσοι χρησιμοποιούν την κριτική σκέψη εφαρμόζουν διεθνή κριτήρια νόησης. Η ακριβής καταγραφή των κριτηρίων της κριτικής σκέψης προάγει την αξιοπιστία και την εγκυρότητά της. Τα βασικότερα κριτήρια είναι η σαφήνεια, η ορθότητα, ο συσχετισμός, η εκλογίκευση, το εύρος, η ακρίβεια, η σπουδαιότητα, η ολοκλήρωση και η αμεροληψία. Για κάθε κριτήριο νόησης τίθενται ερωτήματα προκειμένου να ελεγχθεί η αιτιολόγηση ενός προβλήματος.

Οι νοσηλευτές συχνά ενεργούν αποτελεσματικά σε διάφορες στιγμές του ωραρίου εργασίας, χωρίς να χρησιμοποιούν την κριτική σκέψη. Πολλές μικρές αποφάσεις βασίζονται κυρίως στη συνήθεια και εμπεριέχουν ελάχιστο συλλογισμό. Για παράδειγμα, ψυχοκινητικές δεξιότητες στην καθημερινή νοσηλευτική πρακτική συχνά περιλαμβάνουν ελάχιστη σκέψη, όπως η λειτουργία και ο χειρισμός του εξοπλισμού. Όμως, ανώτερες δεξιότητες κριτικής σκέψης θέτονται σε λειτουργία, μόλις εμφανίζεται κάποια νέα ιδέα ή πρέπει να ληφθεί μια απόφαση εκτός ρουτίνας. Για παράδειγμα, ο νοσηλευτής για να θέσει τις προτεραιότητες της ημέρας εφαρμόζει την κριτική σκέψη, όπως επίσης και κατά την ανάλυση ενός κλινικού περιστατικού και το σχεδιασμό μιας στρατηγικής δράσης, που αφορά αντίθετες αποφάσεις ή αλλαγές. Οι νοσηλευτές επιδιώκουν την επίγνωση του συλλογισμού τους, καθώς εφαρμόζουν κριτήρια σκέψης και καθώς η σκέψη τους εξελίσσεται. Παράδειγμα εφαρμογής της κριτικής σκέψης στην καθημερινή κλινική πρακτική αποτελεί η διαδικασία επίλυσης προβλημάτων. Κατά την επίλυση προβλημάτων, ο νοσηλευτής αποκτά πληροφορίες που διευκρινίζουν τη φύση του προβλήματος και συνιστούν πιθανές λύσεις. Κατόπιν αξιολογεί προσεκτικά τις πιθανές λύσεις και επιλέγει την εφαρμογή της καλύτερης δυνατής. Κάθε περίπτωση καταγράφεται και παρακολουθείται καθ' όλη τη διάρκεια, έτσι ώστε να διασφαλίζεται η αρχική και η συνεχιζόμενη αποτελεσματικότητά της. Ο νοσηλευτής δεν απορρίπτει τις άλλες λύσεις, αλλά τις έχει πρόσφορες για την περίπτωση που η αρχική λύση δεν είναι αποτελεσματική. Επίσης, μπορεί να αντιμετωπίσει ένα παρόμοιο πρόβλημα σε διαφορετική περίπτωση ασθενή, όπου η εναλλακτική λύση θεωρείται πως είναι αποτελεσματικότερη. Γι' αυτό η επίλυση προβλημάτων συμβάλει στην απόκτηση γνώσης. Υπάρχουν ποικίλες προσεγγίσεις του θέματος κατά την επίλυση προβλημάτων. Συχνά χρησιμοποιούνται η εμπειρική μέθοδος, η διαίσθηση, η ερευνητική διαδικασία και η επιστημονικά τροποποιημένη μέθοδος.

Επιπρόσθετα, οι νοσηλευτές συχνά λαμβάνουν σημαντικές αποφάσεις για κλινικές παρεμβάσεις, αποφάσεις διαχείρισης χρόνου, αποφάσεις προγραμματισμού της φροντίδας και αποφάσεις προτεραιότητας, για παράδειγμα ποιες παρεμβάσεις είναι επείγουσες και ποιες μπορούν να πραγματοποιηθούν σε δεύτερο χρόνο. Η λήψη αποφάσεων είναι η διαδικασία επιλογής των κατάλληλων ενεργειών για την εκπλήρωση του επιθυμητού στόχου, μέσω της κριτικής σκέψης. Οι αποφάσεις πρέπει να λαμβάνονται όταν αρκετές επιλογές είναι διαθέσιμες ή όταν υπάρχει δυνατότητα επιλογής δράσης ή όχι. Οι νοσηλευτές καλούνται ταυτόχρονα να βοηθούν και τους ασθενείς στη διαδικασία λήψης μιας απόφασης. Όταν ο ασθενής καλείται για παράδειγμα, να αποφασίσει σχετικά με ποια πορεία θεραπείας θα ακολουθήσει, ο νοσηλευτής οφείλει να του παρέχει τις πληροφορίες και τις επιλογές που θα τον βοηθήσουν στη λήψη της απόφασης.

Η απόκτηση κριτικής σκέψης και άποψης αποτελεί θέμα εκπαίδευσης και πρακτικής. Οι νοσηλευτές οφείλουν να αποκτήσουν επίγνωση του συλλογισμού τους και των ικανοτήτων τους. Η κριτική σκέψη δεν είναι ο απλός συλλογισμός *"εάν δεν ισχύει αυτό θα ισχύει το άλλο"*. Οι άνθρωποι αναπτύσσουν και εφαρμόζουν την κριτική σκέψη λιγότερο ή περισσότερο αποτελεσματικά, μέσα

από μια συνέχεια. Πολλοί κάνουν καλύτερες εκτιμήσεις από άλλους. Άλλοι δέχονται πληροφορίες σχεδόν από κάθε διαθέσιμη πηγή, ενώ άλλοι σπάνια εμπιστεύονται πληροφορίες που δεν έχουν αξιολογηθεί προσεκτικά και δεν έχει εκτιμηθεί η αξιοπιστία της πηγής. Η κριτική σκέψη δεν αποτελεί εύκολη διαδικασία. Η επίλυση προβλημάτων και η λήψη αποφάσεων συχνά είναι μία επισφαλής διαδικασία. Μερικές φορές το αποτέλεσμα δεν είναι το επιθυμητό. Με προσπάθεια ωστόσο, όλοι μπορούν να επιτύχουν κάποιο επίπεδο κριτικής σκέψης, έτσι ώστε να επιλύουν προβλήματα και να λαμβάνουν αποφάσεις επιτυχώς.

Οι νοσηλευτές πρέπει να υιοθετούν στάσεις και συμπεριφορές που να αναπτύσσουν και να διευκολύνουν την κριτική σκέψη, όπως περιέργεια, αμεροληψία, ταπεινή διανόηση, σθένος και επιμονή. Ο νοσηλευτής θα ωφεληθεί από μια αυστηρή αξιολόγηση που θα αφορά ποιες από τις παραπάνω στάσεις και συμπεριφορές ήδη κατέχει και ποιες θα πρέπει να καλλιεργήσει. Αυτό θα επιτευχθεί όταν ο ίδιος αρχικά αποσαφηνίζει ποιες στάσεις και συμπεριφορές εμφανίζει συχνά και αποτελούν μια συλλογιστική βάση και ποιες εμφανίζει περιορισμένα ή και καθόλου. Πρέπει επίσης να συλλογιστεί περιπτώσεις αποφάσεων για τις οποίες έχει μετανιώσει, να αναλύσει συλλογιστικές διαδικασίες που εφαρμόζει συχνά ή να ζητήσει την αξιολόγηση από αξιόπιστους συναδέλφους. Η αναγνώριση αδύναμων και ευπρόσβλητων ικανοτήτων και στάσεων αποτελεί την πιο ουσιαστική διαδικασία για την ανάπτυξη της κριτικής σκέψης.

Ταυτόχρονα ωστόσο, ο νοσηλευτής οφείλει να καταβάλλει μελετημένες προσπάθειες ανάπτυξης στάσεων κριτικής σκέψης. Για παράδειγμα, η ανάπτυξη αμεροληψίας επιβάλει τη σκόπιμη αναζήτηση πληροφοριών που είναι αντίθετες με προσωπικές απόψεις. Αυτό παρέχει πρακτική εφαρμογή κατανόησης και μάθησης και αποδεικνύει δεκτικότητα σε διαφορετικές απόψεις. Η αναζήτηση πληροφοριών που βασίζονται σε πεποιθήσεις και η αγνόηση στοιχείων που αντιτίθενται σε προσφιλείς ιδέες, αποτελούν ανθρώπινη τάση. Το γεγονός αυτό είναι συχνό φαινόμενο, τόσο για τον ασθενή όσο και για το νοσηλευτή. Οι νοσηλευτές πρέπει να ενισχύουν την ανοχή σε ιδέες που αντιτίθενται σε προηγούμενες πεποιθήσεις και πρέπει να εφαρμόζουν αναβολή κρίσης. Αναβολή κρίσης είναι η ανεκτικότητα της ασάφειας σε κάποια δεδομένη χρονική στιγμή. Αν ένα θέμα είναι περίπλοκο, μπορεί να μην επιλύεται άμεσα και η απόφαση θα πρέπει να αναβληθεί. Η αναβολή απόφασης δεν είναι εφικτή σε επείγοντα περιστατικά, όπου απαιτείται γρήγορη και άμεση παρέμβαση, είναι συνήθως εφικτή σε άλλες μη επείγουσες καταστάσεις.

Για την ανάπτυξη της κριτικής σκέψης απαιτούνται γνώσεις. Οι νοσηλευτές θα ωφεληθούν από την παρακολούθηση εκπαιδευτικών σεμιναρίων και συνεδρίων, στα οποία υποστηρίζεται η ανοιχτή εξέταση όλων των πλευρών ενός θέματος και εκτιμώνται οι αντίθετες απόψεις. Είναι ζωτικής σημασίας η καλλιέργεια ερευνητικής στάσης ή η εφαρμογή της Σωκρατικής μεθόδου ή άλλης τεχνικής. Οι νοσηλευτές σε τέτοια εκπαιδευτικά περιβάλλοντα συχνά αναθεωρούν παλαιότερα κριτήρια αξιολόγησης της σκέψης και μαθαίνουν να εφαρμόζουν νέες συλλογιστικές διαδικασίες. Όταν διαθέτουν επίγνωση της δική τους συλλογιστικής, καθώς εφαρμόζουν την κριτική σκέψη, μπορούν να ανιχνεύσουν συλλογιστικά λάθη.

Τέλος, είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι οι νοσηλευτές δεν μπορούν να αναπτύξουν και να διατηρήσουν στάσεις κριτικής σκέψης μέσα σε ένα κενό. Όσοι κατέχουν θέσεις ευθύνης πρέπει να είναι ιδιαίτερα ενήμεροι του κλίματος σκέψης που εφαρμόζουν και να δημιουργούν ενεργά στο περιβάλλον εργασίας και υποχρεούνται να δημιουργούν εργασιακές συνθήκες που θα διεγείρουν και θα ενθαρρύνουν τη διαφορετικότητα των απόψεων και την έρευνα νέων ιδεών. Στα πλαίσια αυτά θα πρέπει να λαμβάνονται και παράμετροι που αφορούν κοινωνικά και οικονομικά δεδομένα, διαφορετικές κουλτούρες, θρησκείες, οικογενειακές δομές και διαφορετικές ηλικίες. Τέλος, οι νοσηλευτές που κατέχουν θέσεις στη διοικητική ιεραρχία, καλούνται να ενθαρρύνουν τους συναδέλφους τους να εξετάζουν προσεκτικά στοιχεία και δεδομένα πριν προβούν σε συμπεράσματα, να αποφεύγουν την "ομαδική σκέψη", καθώς και την τάση να διαφοροποιούνται χωρίς πολύ σκέψη από τη θέληση της ομάδας.

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Alfaro Lefevre R. (1999). *Critical Thinking in Nursing: A practical approach* (2nd ed.). Philadelphia : W. B. Saunders.

Bandman E.L. & Baundman, G. (1998). *Critical Thinking in Nursing*. East Norwalk. CT: Appleton & Lange.

Benner P.E., Hooper Kyriakidis P.L. & Stannard D. (1999). *Clinical wisdom and interventions in critical care : A thinking-in-action approach*. Philadelphia: W.B. Saunders.

Botes A. (2000). Critical thinking by nurses on ethical issues like the terminations of pregnancies. *South African Journal of Nursing* 23: 26-31.

Di vito T.P. (2000). Identifying critical thinking behaviors in clinical judgments. *Journal for Nurses in Staff Development* 15:174-180.

Facione P. (1990). *Critical thinking: A statement of expert consensus for purpose of educational assessment and instruction*. Millbrae, CA: California Academic Press.

Facione P. (1998). *Critical Thinking: What it is and why it counts*. Milbrae CA: California Academic Press.

Paul R. & Elder L. Foundation for Critical Thinking. (2013). *Critical thinking: Basic theory and instructional structure*. Dillon Beach, CA: Author.

Green C. J. (2000). *Critical thinking in nursing: Case studies across the curriculum*. Upper Saddle River. NJ: Prentice Hall Health.

Ignatavicius D.D. (2001). Six critical thinking skills for at –the-time bedside success. *Dimensions of Critical Care nursing* 20:30-33.

Kourkouta L. & Papathanasiou I.V.(2014). Communication in Nursing Practice. *Materia Socio Medica* 26: 65-67

Locsin R.C. (2001). The dilemma of decision – making processing thinking critical to nursing. *Holistic Nursing Practice* 15:1-3.

Lunney M. (2001). *Critical Thinking and Nursing Diagnoses: case studies & analyses*. Philadelphia: North American Nursing Diagnosis Association.

Nicoteri J.A. (1998). Critical thinking skills. *American Journal of Nursing* 98: 62-64.

Oermann M.H. (1999). Critical thinking, critical practice. *Nursing Management* 30: 40.

Papathanasiou I., Kotrotsiou S.& Bletsa V. (2007). Nursing documentation and recording systems of nursing care. *Health Science Journal* 1(4).

Papathanasiou I., Kourkouta L.& Sklavou M.(2013). Holistic Nursing Care: Theories and Perspectives. *American Journal of Nursing Science* 2: 1-5.

Papathanasiou I.V., Kleisiaris Ch., Fradelos E., Kakou K.& Kourkouta L. (2004). Critical Thinking: The Development of an Essential Skill for Nursing Students. *Acta Informatica Medica* 22: 283-286.

Papathanasiou I.V., Fradelos E., Kleisiaris Ch., Tsaras K., Kalota M.& Kourkouta L. (2014). Motivation, Leadership, Empowerment and Confidence: Their Relation with Nurses' Burnout. *Mater Socio Medica* 26: 405-410.

Paul R.W. (1995). *Critical thinking: How prepare students for a rapidly changing world*. Santa Rosa, CA: Foundation for Critical Thinking.

Paul R.& Elder L. (1999). *The miniature guide to critical thinking: Concepts and tools*. Santa Rosa, CA: Foundation for Critical Thinking.

Paul R., Elder L. (2000). *Critical thinking: Tools for taking charge of your learning and your life*. Upper Saddle River. NJ: Prentice Hall Health.

Pesut D.J.& Herman J. (1999). *Critical reasoning: The art and science of critical and creative thinking*. Albany, NY: Delmar.

Raingruber B. Haffer A. (2001). *Using your head to land on your feet: A beginning nurse's guide to critical thinking*. Philadelphia: F.A. Davis.

Scheffer B.K.& Rubenfeld M.G. (2000). A consensus statement on critical thinking in nursing. *Journal of Nursing Education* 39:352-359.

Schuster P.M. (2002). *Concept mapping: A critical thinking approach to care planning*. Philadelphia: F.A. Davis.

Wilkinson J.M. (2011). *Nursing process and critical thinking*. Upper Saddle River. NJ: Prentice Hall Health.

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Εξάρτηση από τη νικοτίνη και στρατηγικές διακοπής καπνίσματος

Μιχαήλ Κουράκος[1], Θεοδώρα Καυκιά[2], Ευάγγελος Φραδέλος[3]

1. **Νοσηλευτής, MSc, PhD, Διευθυντής Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Γ.Ν «Ασκληπιείο» Βούλας**
2. Καθηγήτρια Εφαρμογών, PhD(c), Τμήμα Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης
3. Νοσηλευτής, MSc, PhD(c), Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η χρήση καπνού αναφέρεται από τον 6ο π.Χ αιώνα, όμως ο 20ος αιώνας σηματοδοτείται από την ευρεία χρήση καπνού, τη δημιουργία προτύπων καπνιστών και την ίδρυση μεγάλων καπνοβιομηχανίων. Η υγειονομική κοινότητα, αρχικά, δεν αντιμετώπιζε το κάπνισμα ως επιβλαβές και εθιστικό, παρά το γεγονός ότι πολλοί άλλοι παρατηρητές της ανθρώπινης συμπεριφοράς (συγγραφείς, ψυχολόγοι, θρησκευτικοί ηγέτες) είχαν τονίσει την εθιστική δύναμή του. Στα τέλη της δεκαετίας του 1980, η παραδοχή της εξαρτησιογόνου φύσης του καπνού οδήγησε σε ανάπτυξη δράσεων των υπηρεσιών υγείας για υποστήριξη ατόμων που επιθυμούσαν τη διακοπή του καπνίσματος και σε θεσμοθέτηση κανόνων που διέπουν την πώληση, διανομή και διαφήμιση των προϊόντων καπνού. Η εξάρτηση από τη νικοτίνη αποτελεί μια χρόνια κατάσταση για την οποία απαιτούνται συστηματικές και αποτελεσματικές θεραπευτικές παρεμβάσεις με δεδομένο ότι οι καπνιστές, σε αντίθεση με άτομα εθισμένα σε άλλες ουσίες, δεν αναγνωρίζουν την εξάρτηση και το σύνδρομο στέρησης από τη νικοτίνη που βιώνουν. Για την ανίχνευση της εξάρτησης είναι δυνατό να χρησιμοποιηθούν διάφορα εργαλεία, όπως η μέθοδος των 4 Cs (compulsion, control, cutting down, consequences) ή ειδικά δομημένα ερωτηματολόγια (CAGE, Fagerström Test for Nicotine). Οι κύριες στρατηγικές διακοπής καπνίσματος αφορούν στη θεραπεία υποκατάστασης με διάφορα σκευάσματα (αυτοκόλλητο, τσίχλα, κτλ), με φαρμευτική αγωγή (π.χ. βουπροπιόνη, βερενικλίνη) και/ή συμβουλευτική. Πέραν της κλινικής αποτελεσματικότητας, αποτελούν οικονομικά συμφέρουσες παρεμβάσεις μακροπρόθεσμα, συγκρινόμενες με την πρόληψη και αντιμετώπιση νοσημάτων που σχετίζονται με το κάπνισμα. Οι στρατηγικές διακοπής του καπνίσματος καλό είναι να εφαρμόζονται σε όλους ανεξαιρέτως τους καπνιστές που επιθυμούν τη διακοπή της έξης με δαπάνη του ασφαλιστικού φορέα.

Λέξεις Κλειδιά: Διακοπή καπνίσματος, νικοτίνη

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας: Μιχαήλ Κουράκος
Ηλεκτρονική Διεύθυνση: mixkourakos@hotmail.com
Τηλέφωνο: 6944849742

Ημερομηνία Υποβολής: 11/11/2015
Ημερομηνία Δημοσίευσης: 12/02/2016

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Τα επιδημιολογικά δεδομένα καθιστούν την εξάρτηση από τη νικοτίνη ως εθισμό.**
- **Η ανίχνευση εξάρτησης από τη νικοτίνη επιτυγχάνεται μέσω εργαλείων και η διακοπή καπνίσματος μέσω συγκεκριμένων στρατηγικών.**
- **Οι θεραπείες διακοπής καπνίσματος μακροπρόθεσμα, εκτός από αποτελεσματικές είναι και οικονομικά συμφέρουσες.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ιστορικά στοιχεία αποδεικνύουν ότι η καλλιέργεια του καπνού άρχισε κατά το 6.000 π.Χ. στην Αμερική (Eriksen et al 2012). Αρκετούς αιώνες αργότερα, και συγκεκριμένα το 1850 κατασκευάζονται και πωλούνται τσιγάρα, «σιγαρέττα», με τη σύγχρονή τους μορφή. Τριάντα χρόνια αργότερα εφευρίσκεται, από τον James Bonsack, μηχανή που αυξάνει τον αριθμό των κατασκευαζόμενων τσιγάρων από 3.000 σε 120.000 την ημέρα (Prance and Nesbitt, 2005). Ο εικοστός αιώνας σηματοδοτείται από την ίδρυση και επέκταση των μεγάλων καπνοβιομηχανίων (Goodman 2005). Ο Α' Παγκόσμιος Πόλεμος (ΑΠΠ) προκαλεί αύξηση στην παραγωγή τσιγάρων, θεωρούνται απαραίτητα αγαθά για τους στρατιώτες, καθώς οι ήπιες ναρκωτικές τους ιδιότητες και η καταστολή της όρεξης θεωρήθηκαν ως σημαντικά βοηθήματα για την αντιμετώπιση των δύσκολων συνθηκών του πολέμου (Prance and Nesbitt 2005). Στα χρόνια που ακολούθησαν τον ΑΠΠ (δεκαετία 1920 και 1930) το τσιγάρο αρχίζει να διαφημίζεται ως ένδειξη ανέμελης και κοινωνικά καταξιωμένης ζωής, εικόνα που συνεχίζει έως και σήμερα (Burns 2007).

Μέχρι και το μεγαλύτερο μέρος του 20ου αιώνα οι καπνιστές ήταν εκατομμύρια και το κάπνισμα θεωρούνταν εμπρόθετη συμπεριφορά. Οι ειδικοί υγείας δε θεωρούσαν το κάπνισμα ως εθιστικό, ούτε θεωρούσαν ότι είναι αιτία πρώιμου θανάτου. Βέβαια, πολλοί παρατηρητές της ανθρώπινης συμπεριφοράς (συγγραφείς, ψυχολόγοι, θρησκευτικοί ηγέτες) είχαν ήδη καταγράψει την εθιστική δύναμη του καπνού. Εντούτοις, η κατανόηση ότι ο καπνός αποτελεί πραγματική μορφή εξάρτησης, όπως η μορφίνη και η κοκαΐνη, άργησε πάρα πολύ. Όπως αναφέρει η βιβλιογραφία, ο Lewis Lewin το 1924, στην κλασική του ανάλυση για τις εξαρτησιογόνες ουσίες κατέληξε πρώτος στο συμπέρασμα ότι «ο αποφασιστικός παράγοντας στη δράση του καπνού είναι η νικοτίνη». Όμως, η επιστημονική επιβεβαίωση της θεωρίας του άργησε πολύ, τη δεκαετίες του 1970-1980 (Goodman 2005). Επιπλέον, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, κατά τις δεκαετίες 1940-1950, αναγνώρισε ως εξαρτησιογόνες ουσίες κάποιες που τις χαρακτήρισε κατασταλτικές (όπως η μορφίνη) και άλλες που χαρακτηρίστηκαν τοξικές/»μεθυστικές» (όπως το αλκοόλ). Οι ουσίες αυτές είχαν σοβαρά και εμφανή συμπτώματα στέρησης, όπως η γριππώδης συνδρομή της στέρησης μορφίνης ή οι σπασμοί από τη στέρηση αλκοόλ (Goodman 2005). Αντίθετα οι χρήστες καπνού ήταν αξιοπρεπή μέλη της κοινωνίας, χωρίς διαταραχές προσωπικότητας, χωρίς ιδιαίτερη τοξικότητα/μέθη από τη χρήση καπνού και χωρίς εμφανή βιολογικά σημεία στέρησης. Το σύνδρομο απόσυρσης από το τσιγάρο θεωρούνταν ότι ήταν ψυχολογικό, στη φύση του, έως και το 1970-1980 που επιβεβαιώθηκαν και οι βιολογικές του συνιστώσες (Goodman 2005).

Σημαντικό ορόσημο σε αυτή τη διαδικασία ήταν η έκθεση του Υπουργείου Υγείας των Η.Π.Α., τον Ιανουάριο του 1964 (U.S. Public Health Service 1964), που κατέδειξε τη συσχέτιση καπνίσματος και καρκίνου του πνεύμονα, χρόνιας βρογχίτιδας, εμφυσήματος, στεφανιαίας νόσου και κύησης λιποβαρών νεογνών. Ακόμα όμως και η μελέτη αυτή θεώρησε ότι το κάπνισμα πρέπει να χαρακτηριστεί ως συνήθεια και όχι ως εξάρτηση, καθώς οι εθιστικές ιδιότητες της νικοτίνης δεν είχαν ακόμα μελετηθεί σε βάθος και καθώς υπήρχαν διαφορετικές αντιλήψεις για την έννοια της ουσιοεξάρτησης. Το Υπουργείο Υγείας των ΗΠΑ ανέφερε ότι η διακοπή καπνίσματος παρουσιάζει παρόμοιες δυσκολίες με την προσπάθεια διακοπής κάθε εξαρτημένου ανταγωνιστικού. Στο πλαίσιο αυτό θεωρήθηκε ότι μπορεί να πραγματοποιηθεί με μέσα που διακόπτουν τις ψυχογενείς τάσεις, ενώ, εκείνη την εποχή, τα υποκατάστατα νικοτίνης δεν είχαν καμία αποτελεσματικότητα (U.S. Public Health Service 1964).

Από το 1970 έως σήμερα, πληθώρα δημοσιεύσεων αποδεικνύουν ότι οι φανατικοί καπνιστές έχουν ισχυρή εξάρτηση και δυσκολεύονται να διακόψουν το κάπνισμα, σε βαθμό παρόμοιο με τους χρήστες ηρωίνης και κοκαΐνης. Έρευνες έδειξαν ότι η νικοτίνη δρα στον εγκέφαλο με παρόμοιο τρόπο που δρα και η ηρωίνη και κοκαΐνη, προκαλώντας συμπεριφορικές επιδράσεις αλλά και βιολογική ορμή για επανάληψη της συμπεριφοράς (Νάνου και συν 2015, Krebs et al 2013). Άλλες έρευνες έδειξαν ότι υπάρχει βιολογικό σύνδρομο στέρησης της νικοτίνης με νοητική δυσλειτουργία, έντονη επιθυμία για νικοτίνη και άλλα συμπτώματα. Για τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η χρόνια χρήση, η βιολογική ανοχή, η σωματική εξάρτηση και το σύνδρομο στέρησης/απόσυρσης κατά τη διακοπή της ουσίας αποτελούν σαφή στοιχεία εθισμού (Goodman 2005, World Health Organization 2015).

Αναφορικά με το γενικό πληθυσμό, η Ελλάδα εξακολουθεί να κατέχει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά καπνίσματος παγκοσμίως, με 38.2% στα άτομα άνω των 15 ετών και 16.4% στα άτομα κάτω των 15 ετών (World Health Organization 2015). Τα ακριβή ποσοστά καπνίσματος ποικίλουν ανάλογα με την περιοχή και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Σε έρευνα των Pitsavos et al το 2003, βρέθηκε

ότι αστικές περιοχές, όπως η Αθήνα, έχουν υψηλότερα ποσοστά καπνίσματος (51% στους άνδρες και 39% στις γυναίκες) συγκρικά με αγροτικές περιοχές. Σε έρευνα που αφορούσε τις καπνιστικές συνήθειες Ελλήνων φοιτητών περιφερειακού πανεπιστημίου, βρέθηκε ότι το 65.9% κάπνιζαν (Barmpagianni et al 2013). Σε παλιότερη μελέτη σε φοιτητικό πληθυσμό στο Πανεπιστήμιο Κρήτης το ποσοστό των καπνιστών ανερχόταν στο 30.39% (Mammas et al 2003), ενώ σε ποιο πρόσφατη μελέτη (Κωνσταντινίδης και συν. 2014) το ποσοστό των καπνιστών είναι ελαφρά αυξημένο (32.4%). Τέλος, σε συγκριτική μελέτη των Filippidis et al (2013), η οποία συγκρίνει τα ποσοστά καπνίσματος το έτος εφαρμογής του αντικαπνιστικού νόμου (2010) με αυτά του 2006, βρέθηκε μείωση του επιπολασμού του καπνίσματος, ιδιαίτερα στους νέους ενήλικες από το 48% στο 36% (Filippidis et al 2013).

Σκοπός της παρούσας μη συστηματικής περιγραφικής ανασκόπησης είναι η συνοπτική παρουσίαση του ορισμού, των κριτηρίων αναγνώρισης και των εργαλείων μέτρησης της εξάρτησης από τη νικοτίνη, καθώς και των στρατηγικών και των κατευθυντήριων γραμμών για τη διακοπή του καπνίσματος.

ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ

Το 1979 ορίζεται, για πρώτη φορά, από το Υπουργείο Υγείας των ΗΠΑ το κάπνισμα ως «εξάρτηση στη νικοτίνη», ενώ ορόσημο στον καθορισμό του καπνίσματος ως εξάρτηση αποτέλεσε η αναφορά του 1988 με τίτλο «The Health Consequences of Smoking», η οποία αναφέρει ότι «οι φαρμακολογικές και συμπεριφορικές διεργασίες που καθορίζουν την εξάρτηση στον καπνό είναι παρόμοιες με αυτές που καθορίζουν την εξάρτηση από ναρκωτικά όπως η ηρωίνη και η κοκαΐνη» (U.S. Department of Health and Human Services 1988). Αυτά τα συμπεράσματα είχαν επηρεάσει σημαντικά τις δράσεις των υπηρεσιών υγείας, τις προσπάθειες για υποστήριξη των ανθρώπων που επιθυμούν τη διακοπή του καπνίσματος και τη νομοθεσία που διέπει την πώληση, διανομή και διαφήμιση των προϊόντων καπνού.

Ο Αμερικανικός Σύλλογος Ψυχιάτρων στο εγχειρίδιο Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) χαρακτηρίζει την εξάρτηση από τη νικοτίνη ως διαταραχή χρήσης καπνού με συνυπάρχοντα τα κάτωθι 11 κριτήρια, από τα οποία δύο τουλάχιστον θα πρέπει να εντοπίζονται τους τελευταίους 12 μήνες (American Psychiatric Association 2013):

α. Μεγάλη κατανάλωση καπνού ή για μακρό χρονικό διάστημα

β. Επίμονη επιθυμία ή αποτυχημένες προσπάθειες μείωσης ή ελέγχου της χρήσης

γ. Δαπάνη χρόνου για δραστηριότητες απαραίτητες για προμήθεια ή χρήση καπνού

δ. Έντονη επιθυμία ή ορμή για χρήση καπνού

ε. Επαναλαμβανόμενη χρήση καπνού που οδηγεί σε αποτυχία εκπλήρωσης σημαντικών υποχρεώσεων στην εργασία, το σχολείο ή το σπίτι

στ. Συνεχιζόμενη χρήση καπνού παρά την ύπαρξη επίμονων ή επαναλαμβανόμενων κοινωνικών ή διαπροσωπικών προβλημάτων που οφείλονται ή επιδεινώνονται από αποτελέσματα του καπνού (π.χ. καβγάδες με άλλους για τη χρήση καπνού)

ζ. Σημαντικές κοινωνικές, επαγγελματικές ή ψυχαγωγικές δραστηριότητες που εγκαταλείπονται ή μειώνονται λόγω της χρήσης καπνού

η. Επαναλαμβανόμενη χρήση καπνού σε σημεία ή καταστάσεις που είναι επικίνδυνα (π.χ. κάπνισμα στο κρεβάτι)

θ. Συνέχιση της χρήσης καπνού παρά την ύπαρξη επίμονου ή επαναλαμβανόμενου σωματικού ή ψυχολογικού προβλήματος, που είναι πιθανόν να έχει προκληθεί ή επιδεινωθεί από τον καπνό

ι. Ανοχή στον καπνό, όπως ορίζεται από ένα από τα ακόλουθα:

- Ανάγκη για αυξημένη ποσότητα πρόσληψης καπνού, ώστε να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα
- Μείωση της δράσης του καπνού με τη συνεχή χρήση της ίδιας ποσότητας

ια. Απόσυρση, όπως εκδηλώνεται από ένα από τα ακόλουθα:

- Το χαρακτηριστικό σύνδρομο απόσυρσης του καπνού
- Ο καπνός (ή μια στενά σχετιζόμενη ουσία, όπως η νικοτίνη) λαμβάνεται για την ανακούφιση ή αποφυγή των συμπτωμάτων απόσυρσης

Αξίζει να σημειωθεί ότι σε αντίθεση με ασθενείς που κάνουν κατάχρηση άλλων ουσιών και που ξεκάθαρα αναγνωρίζουν τα συμπτώματα του συνδρόμου στέρησης και καταλαβαίνουν ότι η καθημερινή χρήση της ουσίας αντιμετωπίζει τη στέρηση αυτή, οι εξαρτημένοι στη νικοτίνη δεν αναγνωρίζουν ότι χρησιμοποιούν το κάπνισμα ως θεραπεία για τη στέρηση νικοτίνης που βιώνουν πολυάριθμες φορές μέσα στη μέρα (Ziedonis et al 2003).

ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

Για την ανίχνευση της εξάρτησης από τη νικοτίνη έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορα εργαλεία. Ένα από αυτά είναι η μέθοδος των 4 C's, που χρησιμοποιείται στην αξιολόγηση όλων των εξαρτησιογόνων ουσίων (αλκοόλ, οπιοειδή, κάνναβη, αμφεταμίνες) και ομαδοποιούνται σε τέσσερις κατηγορίες που αρχίζουν στα αγγλικά από το γράμμα C (Rustin 2000):

α. Καταναγκασμός (Compulsion): η ένταξη με την οποία η επιθυμία για χρήση της ουσίας ξεπερνά τις σκέψεις, τα συναισθήματα και την κρίση του ασθενούς

β. Έλεγχος (Control): ο βαθμός στον οποίο ο ασθενής

μπορεί (ή δεν μπορεί) να ελέγξει τη χρήση της ουσίας, αφότου έχει γίνει χρήστης

γ. Μείωση (Cutting down): τα αποτελέσματα της μείωσης της χρήσης της ουσίας, συμπτώματα απόσυρσης

δ. Συνέπειες (Consequences): άρνηση ή αποδοχή της ζημιάς που προκαλείται από την ουσία

Μια άλλη δοκιμασία ελέγχου (screening test) είναι το CAGE, ένα ερωτηματολόγιο που έχει χρησιμοποιηθεί στην αξιολόγηση ατόμων εθισμένων στο αλκοόλ (Lairson et al 1992). Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελείται από τέσσερις ερωτήσεις και πήρε το όνομά του από τις τέσσερις λέξεις-κλειδιά κάθε ερώτησης, δηλαδή μείωση (Cut-down) ή έλεγχος (Control) του καπνίσματος, ενόχληση (Annoyed), ενοχή (Guilty) και πρωινό κάπνισμα (Eye-opener, με το που ανοίγουν τα μάτια) **(Πίνακας 1)**.

Πίνακας 1. Ερωτηματολόγιο CAGE για την καπνιστική συμπεριφορά.

1	Έχεις νιώσει ποτέ την επιθυμία να **μειώσεις** ή να **ελέγξεις** το κάπνισμά σου αλλά αντιμετώπισες δυσκολία να το κάνεις;
2	Έχεις νιώσει ποτέ **ενοχλημένος** ή **θυμωμένος** με ανθρώπους που κριτικάρουν το κάπνισμά σου ή σου λένε ότι πρέπει να το διακόψεις;
3	Έχεις νιώσει ποτέ **ένοχος** για το κάπνισμά σου ή για κάτι που έκανες όσο κάπνιζες;
4	Καπνίζεις ποτέ μέσα σε μισή ώρα από τη στιγμή που **ξυπνάς;**

Δύο απαντήσεις «ναι» υποδηλώνουν θετική την δοκιμασία ελέγχου.

Πηγή: *(Lairson et al 1992)*

Το πιο γνωστό όμως χρησιμοποιούμενο εργαλείο είναι το Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND), αναθεώρηση του παλαιότερου Fagerström Tolerance Questionnaire (FTQ). Όσο πιο υψηλή είναι η βαθμολογία ενός ασθενούς στο FTND, τόσο πιο έντονη είναι η βιολογική του εξάρτηση από τη νικοτίνη. Οι υψηλότερες βαθμολογίες υποδηλώνουν ότι η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων στέρησης, συνήθως με κάποια μορφή θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης, θα αποτελέσει έναν σημαντικό παράγοντα στη θεραπευτική προσέγγιση του ασθενή (Heatherton et al 1991). Το ερωτηματολόγιο αυτό μεταφρασμένο στα ελληνικά παρουσιάζεται στον **Πίνακα 2.**

Πίνακας 2. Το ερωτηματολόγιο Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND).

1	**Πόσο σύντομα μετά το πρωινό ξύπνημα καπνίζετε το πρώτο σας τσιγάρο;**	
	Μετά από 60 min	0
	Μετά από 31-60 min	1
	Μετά από 6-30 min	2
	Μέσα σε 5 min	3
2	**Σας είναι δύσκολο να απέχετε από το κάπνισμα σε χώρους όπου είναι απαγορευμένο;**	
	Όχι	0
	Ναι	1
3	**Ποιο τσιγάρο δυσκολεύεστε περισσότερο να κόψετε;**	
	Το πρώτο πρωινό	0
	Οποιοδήποτε	1
4	**Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;**	
	10 ή λιγότερα	0
	11-20	1
	21-30	2
	31 ή περισσότερα	3
5	**Καπνίζετε συχνότερα τις πρώτες ώρες μετά το πρωινό ξύπνημα παρά στο υπόλοιπο της ημέρας;**	
	Όχι	0
	Ναι	1
6	**Καπνίζετε όταν είστε τόσο άρρωστος, ώστε να χρειάζεται να μείνετε στο κρεβάτι όλη την ημέρα;**	
	Όχι	0
	Ναι	1

Βαθμολόγηση:
7-10 βαθμοί: Πολύ εξαρτημένος
4-6 βαθμοί: Μέτρια εξαρτημένος
Λιγότεροι από 4 βαθμοί: Ελάχιστα εξαρτημένος

Πηγή: *(Heatherton et al 1991)*

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η αντιμετώπιση της εξάρτησης από τη νικοτίνη διαφέρει από άλλες εξαρτήσεις στα ακόλουθα σημεία:

α. Η αντιμετώπιση στηρίζεται περισσότερο σε φαρμακευτικές θεραπείες, ενώ η συμβουλευτική χρησιμοποιείται με διάφορους τρόπους σε όσους ασθενείς είναι δεκτικοί, ενώ άλλες εξαρτήσεις στηρίζονται περισσότερο σε συμπεριφορικές παρεμβάσεις ή κλειστά συστήματα.

β. Μπορεί να ορίζεται μια συγκεκριμένη ημερομηνία διακοπής του καπνίσματος, ενώ σε άλλες εξαρτήσεις η παρέμβαση ξεκινάει αμέσως.

γ. Στις περισσότερες περιπτώσεις, ο εξαρτημένος από τη νικοτίνη παρουσιάζει ελάχιστη ή καθόλου δυσλειτουργία στο κοινωνικό και επαγγελματικό περιβάλλον του, συγκριτικά με τους εξαρτημένους από άλλες ουσίες.

δ. Είναι μικρότερη η ανάγκη για συμμετοχή της οικογένειας στην παρέμβαση κατά του καπνίσματος, συγκριτικά με άλλες εξαρτήσεις

ε. Πολλές από τις φαρμακοθεραπείες εκλογής είναι διαθέσιμες στα φαρμακεία χωρίς (απαραιτήτως) να χρειάζονται συνταγή ιατρού (American Psychiatric Association 2007).

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Υπάρχουν τρεις θεραπείες πρώτης γραμμής, οι θεραπείες υποκατάστασης νικοτίνης (Nicotine Replacement Therapy – NRT), η βουπροπιόνη και η βερενικλίνη, ενώ έχουν δοκιμαστεί και άλλες ουσίες στην προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος.

Θεραπείες υποκατάστασης νικοτίνης

Υπάρχουν πέντε μέθοδοι χορήγησης νικοτίνης: το αυτοκόλλητο, η τσίχλα, το μασώμενο δισκίο, το ρινικό εκνέφωμα και η εισπνεόμενη μορφή. Όλες οι μορφές είναι αποτελεσματικές στην ανακούφιση των συμπτωμάτων στέρησης και στη διακοπή του καπνίσματος, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Η επιλογή της θεραπευτικής μορφής επαφίεται συνήθως στις προτιμήσεις του ασθενή, αν και οι περισσότεροι βρίσκουν προτιμότερο το αυτοκόλλητο. Ο συνδυασμός τους με άλλη αγωγή, π.χ. βουπροπιόνη, είναι πιο αποτελεσματικός. Συνήθως γίνεται έναρξη με μεγάλες δόσεις και σταδιακή μείωση των δόσεων ή/και αύξηση των μεσοδιαστημάτων. Η βέλτιστη διάρκεια της θεραπείας είναι αδιευκρίνιστη και συνήθως προσαρμόζεται στις απαιτήσεις και ιδιαιτερότητες του ασθενούς (American Psychiatric Association 2007).

Ο Ελληνικός Οργανισμός Φαρμάκων προτείνει μέγιστη διάρκεια θεραπείας 3 μήνες, με μέγιστη επιτρεπόμενη δόση τα 30 δισκία των 2mg ή 15 δισκία των 4mg ημερησίως, ενώ για τα αυτοκόλλητα προτείνεται σταδιακή μείωση από το αυτοκόλλητο των 15mg (για 8 εβδομάδες), στο αυτοκόλλητο των 10mg (για 2 εβδομάδες) και τελικά στο αυτοκόλλητο των 5mg (για άλλες 2 εβδομάδες). Επίσης, απαγορεύεται η λήψη θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης παράλληλα με κάπνισμα, λόγω σοβαρών ανεπιθύμητων διαταραχών στο καρδιαγγειακό σύστημα (Ελληνικός Οργανισμός Φαρμάκων 2014).

Βουπροπιόνη

Η βουπροπιόνη (ή αμφεβουταμόνη) είναι ένα αντικαταθλιπτικό, που δρα ως εκλεκτικός αναστολέας της νευρωνικής επαναπρόσληψης κατεχολαμινών (νοραδρεναλίνης και ντοπαμίνης) με αμελητέα δράση στην επαναπρόσληψη ινδολαμιδών (σεροτονίνης) (Ελληνικός Οργανισμός Φαρμάκων 2014). Αποτελεί πρώτης γραμμής θεραπεία για τη διακοπή του καπνίσματος, με αποτελεσματικότητα συγκρινόμενη με της θεραπείες υποκατάστασης νικοτίνης. Έχει παρόμοια αποτελεσματικότητα τόσο στις γυναίκες όσο και στους άνδρες (Tobacco Use and Dependence Guideline Panel 2008). Ο προτεινόμενος τρόπος χρήσης της είναι ο εξής: έναρξη με 150mg μια εβδομάδα πριν την καθορισμένη ημερομηνία διακοπής του καπνίσματος και αύξηση σε 300mg 3-4 μέρες μετά. Πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνουν κεφαλαλγία, αϋπνία, γαστρεντερικά συμπτώματα και ευερεθιστότητα (American Psychiatric Association 2007).

Ο Ελληνικός Οργανισμός Φαρμάκων προτείνει διάρκεια θεραπείας 7-9 εβδομάδες και διακοπή της παρέμβασης σε περίπτωση που δεν διακοπεί το κάπνισμα εντός 7 εβδομάδων (Ελληνικός Οργανισμός Φαρμάκων 2014). Καθώς, όμως, η βουπροπιόνη αυξάνει τη συχνότητα εμφάνισης επιληπτικών σπασμών, αντενδείκνυται σε ασθενείς με ιστορικό σπασμών οποιασδήποτε αιτιολογίας, σε συγχορήγηση με άλλα φάρμακα που μειώνουν την ουδό των σπασμών και σε ασθενείς με διατροφικές διαταραχές (American Psychiatric Association 2007).

Βαρενικλίνη

Η βαρενικλίνη συνδέεται με υψηλή συγγένεια και εκλεκτικότητα με τους α4β2 νευρωνικούς νικοτινικούς υποδοχείς της ακετυλοχολίνης, όπου δρα ως μερικός αγωνιστής. Παρουσιάζει, αφενός, δράση αγωνιστή με χαμηλότερη εγγενή αποτελεσματικότητα από τη νικοτίνη και, αφετέρου, δράση ανταγωνιστή παρουσία της νικοτίνης (Ελληνικός Οργανισμός Φαρμάκων 2014, Connery and Kleber 2007).

Η συνιστώμενη δοσολογία ξεκινάει μια εβδομάδα πριν την ημερομηνία διακοπής του καπνίσματος και περιλαμβάνει 0,5mg ημερησίως τις τρεις πρώτες μέρες, 0,5mg δύο φορές τη μέρα για τις επόμενες τέσσερις μέρες και στη συνέχεια 1mg δύο φορές την ημέρα μέχρι την ολοκλήρωση της θεραπείας στις 12 εβδομάδες (Ελληνικός Οργανισμός Φαρμάκων 2014). Εντούτοις διερευνάται η δυνατότητα χρήσης της για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, π.χ. σε βαρείς καπνιστές ή σε καπνιστές που είχαν πολλαπλές παλαιότερες αποτυχημένες προσπάθειες διακοπής καπνίσματος (Connery and Kleber 2007).

Ενδείκνυται η άμεση διακοπή της θεραπείας εάν ο ασθενής εμφανίσει κατάθλιψη, ανησυχία ή αυτοκτονικό ιδεασμό και αποφυγή της απότομης διακοπής στη χορήγησή της, λόγω κινδύνου υποτροπής, ευερεθιστότητας και αϋπνίας (Ελληνικός Οργανισμός Φαρμάκων 2014). Για το λόγο αυτό, απαραίτητη είναι η λήψη πλήρους ιατρικού ιστορικού, για εντόπιση πιθανών ψυχιατρικών προβλημάτων, πριν την έναρξη χορήγησης βαρενικλίνης, και στη συνέχεια συχνή παρακολούθηση του ατόμου (Tobacco Use and Dependence Guideline Panel 2008).

Η πιο κοινή ανεπιθύμητη ενέργεια είναι η ναυτία και γι' αυτό προτείνεται η λήψη της βαρενικλίνης μαζί με φαγητό και ένα ολόκληρο ποτήρι νερό. Η ναυτία είναι συνήθως προσωρινή και δοσοεξαρτώμενη. Άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι η κεφαλαλγία και οι διαταραχές ύπνου (Connery & Kleber 2007).

Συνδυασμός των δύο προαναφερόμενων μεθόδων (βαρενικλίνη και βουπροπιόνη) έχει βρεθεί ότι συμβάλλει στην αύξηση του ποσοστού αποχής από το κάπνισμα σε ποσοστό 39.8% σε σχέση με 25.9% με την αγωγή μόνο με

βαρενικλίνη. Τα ποσοστά επιτυχίας της συνδυαστικής αγωγής ήταν υψηλότερα σε βαρείς καπνιστές (44.4%) από ότι σε άτομα που κάπνιζαν λιγότερα τσιγάρα την ημέρα (18.6%) (Rose & Behm 2014).

Άλλες θεραπευτικές παρεμβάσεις

Υπάρχουν ενδείξεις ότι το τρικυκλικό αντικαταθλιπτικό νορτριπτυλίνη και το αντιυπερτασικό κλονιδίνη μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως θεραπείες για την εξάρτηση από τη νικοτίνη. Εντούτοις, επειδή οι υπόλοιπες θεραπείες έχουν ισχυρή εμπειρική τεκμηρίωση, η νορτριπτυλίνη και η κλονιδίνη πρέπει να θεωρούνται θεραπείες δεύτερης γραμμής. Ειδικά η νορτριπτυλίνη είναι πολλά υποσχόμενη, μια και φαίνεται ότι η αποτελεσματικότητά της δεν προϋποθέτει την παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων ή μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής (Tobacco Use and Dependence Guideline Panel 2008). Εντούτοις οι ουσίες αυτές έχουν μεγαλύτερη συχνότητα ανεπιθύμητων ενεργειών, που τις κάνει λιγότερο προτιμώμενες συγκριτικά με τις τρεις πρώτες κατηγορίες (American Psychiatric Association 2007). Ο Ελληνικός Οργανισμός Φαρμάκων (2014) δεν έχει εγκρίνει τις ουσίες αυτές ως υποβοηθητικές για τη διακοπή καπνίσματος και επομένως η χρήση τους θα πρέπει να αποφεύγεται.

Άλλες θεραπείες που έχουν δοκιμαστεί, χωρίς σαφή αποτελέσματα, περιλαμβάνουν το βελονισμό και ουσίες όπως ναλτρεξόνη, μεκαμυλαμίνη, βουσπιρόνη, και αντικαταθλιπτικά που ανήκουν τόσο στην κατηγορία των αναστολέων της οξειδάσης των μονοαμινών (monoamine oxidase inhibitors - MAOIs) όσο και στην κατηγορία των εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors – SSRIs) (American Psychiatric Association 2007).

ΝΕΕΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Η χρήση νέων τεχνολογιών στην προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος αποτελεί πρωτοποριακή προσέγγιση. Η χρήση των έξυπνων τηλεφώνων, ιστοσελίδων, ηλεκτρονικών παιχνιδιών, και μέσων κοινωνικής δικτύωσης αυξάνει ολοένα και περισσότερο στο εξωτερικό (Das et al 2016). Οι εφαρμογές αυτές χρησιμοποιούν την αγγλική γλώσσα.

Καθώς η συντριπτική πλειοψηφία των πολιτών χρησιμοποιούν κινητά τηλέφωνα είναι εύκολο να επισκέπτονται την πλατφόρμα eHealth ή mHealth για να να πάρουν βοήθεια κατά τη διαδικασία διακοπής του καπνίσματος (Borreli et al 2015). Τα θετικά αποτελέσματα αυτού του είδους της παρέμβασης παρουσιάζονται από τους Spor et al (2015). Σε αυτή την συστηματική ανασκόπηση αναφέρεται 36% αύξηση της διακοπής καπνίσματος με τη χρήση ηλεκτρονικών μηνυμάτων προαγωγής της διακοπής καπνίσματος. Διαδεδομένη, επίσης, είναι η χρήση ειδικών εφαρμογών (apps), κυρίως στις ΗΠΑ. Το 2013 υπήρχαν περισσότερες από 400 εφαρμογές προαγωγής της διακοπής καπνίσματος (Abroms et al 2014, Zeng et al 2015). Μία ακόμα πιο νέα μέθοδος διακοπής καπνίσματος είναι η χρήση ηλεκτρονικών παιχνιδιών, όπως το Nicot ή το Lit 2 Quit, που δίνουν την ευκαιρία σε καπνιστές να σβήνουν εικονικά τσιγάρα ή να ακολουθούν εικονική συμβουλευτική παρέμβαση και στρατηγικές (Krebs et al 2013). Παρόμοια αποτελέσματα έχει και η χρήση του Facebook ή του Twitter (Cobb et al 2014, Pechmann et al 2015).

ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Τα τελευταία χρόνια έχει δημοσιευτεί ένας μεγάλος αριθμός κατευθυντήριων οδηγιών για τη διακοπή του καπνίσματος. Στις ΗΠΑ η Δράση για την Πολιτική και Έρευνα στην Φροντίδα Υγείας (Agency for Health Care Policy and Research – AHCPR) σε συνεργασία με το Αμερικανικό Κολλέγιο Ιατρών Θώρακος (American College of Chest Physicians) έχει δημοσιεύσει κλινικές κατευθυντήριες γραμμές από το 1996. Οι οδηγίες αυτές στηρίχτηκαν στην ανασκόπηση περισσότερων από 3000 επιστημονικών δημοσιεύσεων κατά την εικοσαετία 1975-1994, και αποτελούν τις πρώτες τεκμηριωμένες προτάσεις προς τους κλινικούς ιατρούς, για την αντιμετώπιση του εθισμού στον καπνό και τη διακοπή του καπνίσματος (Fiore et al 1996).

Οι οδηγίες αυτές, έχουν επικαιροποιηθεί δύο φορές (2000 και 2008) και απευθύνονται όχι μόνο στους ιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, αλλά και στους ειδικούς για τη διακοπή του καπνίσματος καθώς και στους μάνατζερς υγείας. Η πρόταση αυτή στηρίζεται σε μεταανάλυση περισσότερων από 6000 άρθρων και τυχαιοποιημένων ερευνών, τόσο στο γενικό πληθυσμό όσο και σε ειδικούς πληθυσμούς, όπως οι εγκυμονούσες, τα παιδιά, οι έφηβοι, οι υπερήλικες και οι νοσηλευόμενοι (The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel 2000, Fiore et al 2008).

Στη Μεγάλη Βρετανία η Αρχή για την Αγωγή Υγείας (UK Health Education Authority) παρατηρείται ότι επικαιροποιεί συχνά τις κατευθυντήριες οδηγίες για τη διακοπή του καπνίσματος, αρχίζοντας από το 1998 (Raw et al 1998), στη συνέχεια το 2000 (West et al 2000) και τέλος το 2009 για το γενικό πληθυσμό και το 2012 για τους κατοίκους Ασιατικής καταγωγής (Chambers 2009, NICE guidance 2012). Οι νέες οδηγίες στηρίζονται, βέβαια, στις προηγούμενες κατευθυντήριες οδηγίες αλλά εμπλουτίζονται και με νέα στοιχεία από μεταναλύσεις που εστιάζουν στην εξάρτηση από τον καπνό (Cochrane Collaboration Tobacco Addiction Review Group). Το 2002 το Εθνικό Ινστιτούτο για την Κλινική Αριστεία της Μεγάλης Βρετανίας (National Institute for Clinical Excellence) εξέδωσε οδηγίες προς τους επαγγελματίες υγείας σχετικά με τη χρήση φαρμακοθεραπείας, με υποκατάστατα νικοτίνης και βουπροπιόνη, για τη διακοπή

του καπνίσματος (National Institute for Clinical Excellence 2002). Οι οδηγίες αυτές επανεκδόθηκαν με νέα στοιχεία το 2008 (National Institute for Clinical Excellence 2008).

Παρόμοιες οδηγίες αναπτύχθηκαν και δημοσιεύθηκαν και από άλλες χώρες όπως η Νέα Ζηλανδία και ο Καναδάς (Gratziou 2008). Σε παγκόσμιο επίπεδο, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (World Health Organization – WHO) πρότεινε σημαντικές παρεμβάσεις απαραίτητες να ενσωματωθούν στα συστήματα υγείας των διαφόρων χωρών (World Health Organization and European partnership to reduce tobacco dependence 2001, World Health Organization Tobacco Free Initiative 2003).

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι επιστημονικές ομάδες, όπως η Ευρωπαϊκή Εταιρεία για Νοσήματα Αναπνευστικού (European Respiratory Society – ERS), αναφέρουν ότι από τη στιγμή που οι αναπνευστικοί ασθενείς έχουν μεγαλύτερη και πιο επείγουσα ανάγκη διακοπής του καπνίσματος, συγκριτικά με το μέσο καπνιστή, οι πνευμονολόγοι οφείλουν να ενισχύσουν την πρόληψη, κινητοποιώντας όλους τους καπνιστές με σχετικά νοσήματα να διακόψουν το κάπνισμα, ή παρέχοντάς τους τα μέσα για να έχει θετική κατάληξη η προσπάθειά τους (Tonnesen et al 2007)

Όλες οι παραπάνω κατευθυντήριες οδηγίες συμφωνούν σε γενικές γραμμές με την προτεινόμενη διαδικασία για την αντιμετώπιση του καπνίσματος (Gratziou 2008). Αρχικά οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να ανιχνεύσουν και να αναγνωρίσουν τους καπνιστές, έπειτα να τους κινητοποιήσουν να διακόψουν το κάπνισμα και τέλος να τους υποστηρίξουν για την επιτυχία της προσπάθειας μέσω συμβουλευτικής, φαρμακοθεραπείας και επανελέγχου (follow-up).

Οι δύο βασικές προσεγγίσεις που έχουν αποδειχτεί αποτελεσματικές στη διακοπή του καπνίσματος είναι η συμβουλευτική και η φαρμακοθεραπεία, ενώ ο συνδυασμός τους φαίνεται ότι είναι πιο αποτελεσματικός. Ακόμα και μια σύντομη συνεδρία συμβουλευτικής, π.χ. τριών λεπτών, είναι πιο αποτελεσματική συγκριτικά με την απλή συμβουλή προς τον ασθενή, διπλασιάζοντας το ποσοστό επιτυχούς διακοπής του καπνίσματος (Gratziou 2008).

Επίσης, είναι διαθέσιμες πολλές επιλογές για την φαρμακευτική υποβοήθηση των ατόμων στη διαδικασία διακοπής του καπνίσματος. Όλοι οι ασθενείς που καπνίζουν περισσότερα από 10 τσιγάρα την ημέρα και που είναι έτοιμοι να διακόψουν το κάπνισμα, πρέπει να λαμβάνουν αγωγή με θεραπεία πρώτης γραμμής, πληροφορίες και συμβουλές σχετικά με τη χρήση τους. Η θεραπεία υποκατάστασης με νικοτίνη ή χρήση βουπροπιόνης σε συνδυασμό με συμπεριφορική παρέμβαση προτείνονται ως θεραπείες πρώτης γραμμής για τη διακοπή του καπνίσματος. Αποτελεσματικές φαίνεται να είναι και άλλες δύο φαρμακοθεραπείες δεύτερης γραμμής, που μπορούν να χρησιμοποιούνται από τους ιατρούς, όταν οι πρώτης γραμμής έχουν αποτύχει. Αυτές είναι η κλονιδίνη και η νορτριπτυλίνη.

Κατά τη διαδικασία εισαγωγής σε νοσοκομείο, το προσωπικό πρέπει να διερευνά τις καπνιστικές συνήθειες των ασθενών και να προσφέρει σύντομες συμβουλές και βοήθεια σε όσους ενδιαφέρονται να διακόψουν το κάπνισμα. Επίσης, οι ασθενείς πρέπει να πληροφορούνται για την πολιτική απαγόρευσης του καπνίσματος μέσα στο νοσοκομείο και να λαμβάνουν φαρμακευτική βοήθεια, εφόσον απαιτείται (Gratziou 2008).

Τέλος, σε επίπεδο συστήματος υγείας, προτείνεται γενικότερα η ανίχνευση των καπνιστών, η παροχή υπηρεσιών διακοπής του καπνίσματος και η καταγραφή αυτών των ενεργειών. Οι ασφαλιστικές εταιρείες και τα ασφαλιστικά ταμεία έχουν συμφέρον να καλύψουν το κόστος όλων των μορφών αντιμετώπισης, συμπεριλαμβανομένης της συμβουλευτικής και της φαρμακοθεραπείας. Εκτός από τις σύντομες ευκαιριακές παρεμβάσεις, στους καπνιστές που χρειάζονται πιο εντατική υποστήριξη, θα πρέπει να προσφέρονται εξειδικευμένες υπηρεσίες, είτε ατομικά είτε σε ομάδες. Μια προτεινόμενη μορφή ομαδικής παρέμβασης περιλαμβάνει πέντε συνεδρίες διάρκειας μιας ώρας σε ένα διάστημα ενός μήνα με επανέλεγχο (Gratziou 2008).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η εξάρτηση από τη νικοτίνη είναι μια χρόνια κατάσταση για την οποία απαιτούνται αποτελεσματικές θεραπευτικές παρεμβάσεις. Οι θεραπείες που στόχο έχουν την διακοπή του καπνίσματος (συμβουλευτική, ειδικά προγράμματα διακοπής του καπνίσματος ή φαρμακευτική αγωγή) εκτός από την κλινική τους αποτελεσματικότητα είναι και εξαιρετικά συμφέρουσες οικονομικά, σε σχέση με τη πρόληψη και αντιμετώπιση νοσημάτων που σχετίζονται με το κάπνισμα. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις για την διακοπή του καπνίσματος θα πρέπει να εφαρμόζονται σε όλους ανεξαιρέτως τους καπνιστές που επιθυμούν τη διακοπή αυτής της έξης. Θα ήταν πολύ σημαντικό οι ασφαλιστικοί φορείς να καλύπτουν τη δαπάνη των προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος, με δεδομένο την αποτελεσματικότητα τους και το κόστος τους, για να μπορούν έτσι να είναι προσιτά σε όλους τους καπνιστές.

Ολοκληρώνοντας, έρευνες εστιασμένες στη διερεύνηση των στάσεων και απόψεων των καπνιστών αναφορικά με την πρόθεση διακοπής ή μείωσής του καπνίσματος θα μπορούσαν να αποτελέσουν ένα μελλοντικό ερευνητικό στόχο. Επίσης, η σε βάθος διερεύνηση της αποτελεσματικότητας διαφόρων μεθόδων διακοπής καπνίσματος θα μπορούσε να αποτελέσει ένα άλλο μελλοντικό ερευνητικό στόχο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abroms L., Boal A., Simmens S., Mendel J. & Windsor R. (2014). A randomized trial of Text2Quit: a tex messaging program for smoking cessation. *American Journal of Preventive Medicine* 47: 242-250.

American Psychiatric Assosiation (2007). Treatment of patients with substance use disorders, second edition. *American Journal of Psychiatry* 164: 5-123.

American Psychiatric Assosiation. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Arlington, VA, American Psychiatric Association.

Barmpagianni E., Travlos A., Kalokairinou A., Sachlas A. & Zyga S. (2013). Investigation of aggravating psychosocial factors on health and alcohol use in post adolescent students. *Health Psychology Research* 1: 66-68

Borrelli B., Bartlett YK., Tooley E., Armitage C. & Wearden A. (2015). Prevalence and frequency of mHealth and eHealth use among US and UK smokers and differences by motivation to quit. *Journal of Medical Internet Research* 17: e164.

Burns E. (2007). *The smoke of the gods*, Philadelphia, PA, Temple University Press.

Cobb N., Jacobs M, Saul J., Wileyto E. & Graham A. (2014). Diffusion of an evidence-based smoking cessation intervention through Facebook: a randomized controlled trial study protocol. *British Medical Journal Open* 4: e004089.

Chambers M. (2009). *NHS Stop Smoking Services: service and monitoring guidance* 2010/11. Crown publishing, London, UK.

Connery H.S. & Kleber H.D. (2007). Guideline Watch (April 2007): Practice Guideline for the Treatment of Patients With Substance Use Disorders, 2nd Edition. *Focus Psychiatry Online* 5: 1-4.

Das S., Tonelli M. & Ziedonis D. (2016). Update on smoking cessation: E-cigarettes, emerging tobacco products trends and new technology-based interventions. *Current Psychiatry Reports* 18: 51-66.

Eriksen M., Mackay J. & Ross H. (2012). *The tobacco atlas*, Atlanta, Georgia, The American Cancer Society, Inc.

Fiore M.C., Bailey W.C., Cohen S.J., Goldstein M.G., Gritz E.R., Heyman R.B., Holbrook J., Jaen C.R., Kottke T.E., Lando H.A., Mecklenburg R., Mullen P.D., Nett L.M., Robinson L., Stitzer M.L., Tommasello A.C., Villejo L. & Wewers M.E. (1996). *Smoking Cessation. Clinical Practice Guideline* No. 18. In: US Department of Health And Human Services. Public Health Service, A. F. H. C. P. A. R. (ed.). Rockville, MD: AHCPR.

Fiore M.C., Jaen C.R. & Baker T.B. (2008). A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update a U.S. public health service report. *American Journal of Preventive Medicine* 35: 158-176.

Goodman J. (ed.) (2005). *Tobacco in History and Culture: An encyclopedia*, Farmington Hills, MI: Thompson Gale.

Gratziou C. (2008). Review of current smoking cessation guideliness. In: Nardini S. (ed.) *Smoking cessation*. The European Respiratory Monograph.

Heatherton T.F., Kozlowski L.T., Frecker R.C. & Fagerstrom K.O. (1991). The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addictions* 86: 1119-1127.

Krebs P., Burkhalter J., Snow B., Fiske J. & Ostroff J. (2013). Development and alpha testing of QuitIT: an interactive video game to enhance skills for coping with smoking urges. *JMIR Research Protocols* 2: e35-42.

Lairson D.R., Harrist R., Martin D.W., Ramby R., Rustin T.A., Swint J.M., Harlow K. & Cobb J. (1992). Screening for patients with alcohol problems: severity of patients identified by the CAGE. *Journal of Drug Education* 22: 337–352.

Mammas I.N., Bertsias G.K., Linardakis M., Tzanakis N.E., Labadarios D.N. & Kafatos A.G. (2003). Cigarette smoking, alcohol consumption, and serum lipid profile among medical students in Greece. *European Journal of Public Health* 13: 278-282.

National Institute for Clinical Excellence (2002). Guidance on the Use of Nicotine Replacement Therapy (NRT) and Bupropion for Smoking Cessation. *In:* Guidance, T.A. (ed.). London: National Institute for Clinical Excellence.

National Institute for Clinical Excellence (2008). Guidance on the Use of Nicotine Replacement Therapy (NRT) and Bupropion for Smoking Cessation. *In:* Guidance, T.A. (ed.). London: National Institute for Clinical Excellence.

National Institute for Clinical Excellence (NICE) guidance: *smokeless tobacoo cessation*: South Asian communities. 2012. In https://www.nice.org.uk/guidance/ph39 [accessed 02.11.2015.]

Pechmann C., Pan L., Delucchi K., Lakon C. & Prochaska J. (2015). Development of a Twitter based intervention for smoking cessation that encourages high quality social media interactions via autoemessages. *Journal of Medical Internet Research* 17: e50.

Pranse G. & Nesbitt M. (eds.) (2005). *The cultural history of plants*, New York, NY: Routledge.

Raw M., Mcneill A. & R.W. (1998). Smoking cessation guidelines for health professionals: a guide to effective smokingcessation interventions for the healthcare system. *Thorax* 53: S1–S19.

Rose J.E. & Behm F.M. (2014). Combination Varenicline/Bupropion Treatment in an Adaptive Smoking Cessation Paradigm. *American Journal Psyhiatry* 171: 1199-1205.

Rustin T. (2000). Assessing Nicotine Dependence. *American Family Physician* 1: 579-584.

Spohr S., Nandy R., Gandhiraj D., Vemulapalli A., Anne S. & Walters S. (2015). Efficacy of SMS text message interventions for smoking cessation: a meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment* 56: 1-10.

The Tobacco use and dependence clinical practice guideline panel. (2000). A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: A US Public Health Service report. *JAMA* 283: 3244–3254.

Tobacco use and dependence guideline panel. (2008). Treating Tobacco Use and Dependence: (2008) Update. *In:* Service, P.H. (ed.). Rockville, MD: US Department of Health and Human Services.

Tonnesen P., Carrozzi L., Fagerstrom K.O., Gratziou C., Jimenez-Ruiz C., Nardini S., Viegi G., Lazzaro C., Campell I.A., Dagli E. & West R. (2007). Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy. *European Respiratory Journal* 29: 390-417.

U.S. Department of health and human services (1988). The health consequences of smoking: Nicotine Addiction. A report from the Surgeon General. *In:* U.S. Department of Health and Human Services (ed.). Rockville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.

U.S. Public Health Service. (1964). Smoking and Health: Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service. *In:* SERVICE, U. S. P. H. (ed.). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

West R., Mcneill A. & Raw M. (2000). Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 55: 987–999.

World Health Organization & European Partnership To Reduce Tobacco Dependence. (2001). *Evidence Based Recommendations on the Treatment of Tobacco Dependence*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization Tobacco Free Initiative. (2003). *Policy Recommendations for Smoking Cessation and Treatment of Tobacco Dependence*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization Study Group on Tobacoo Product Regulation (TobReg) (2015). *Advisory note: waterpipe tobacco smoking: health effects, research needs and recommended actions by regulators – 2nd ed.*. Geneva: World Health Organization.

Zeng E., Vilardaga R., Heffner J., Mull K. & Bricker J. (2015). Predictors of utilisation of a novel smoking cessation smartphone app. *Telemedicine and e-Health* 21: 998-1004.

Ziedonis D., Williams J. M. & Smelson D. (2003). Serious mental illness and tobacco addiction: A model program to address this common but neglected issue. *The American Journal of the Medical Sciences* 326: 223-230.

Ελληνικός Οργανισμός Φαρμάκων. (2014). Εθνικό Συνταγολόγιο. *In:* Επιτροπή Εθνικού Συνταγολογίου (ed.). Αθήνα: Ελληνικός Οργανισμός Φαρμάκων.

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

Νάνου Α., Σαρίδη Μ., Σουλιώτης Κ. (2015). Καπνιστικές συνήθειες και χρήση αλκοόλ. Επιδημιολογικά δεδομένα και μέτρα αντιμετώπισης. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης* 8(4):17-28.

Nicotine addiction and smoking cessation strategies

Michael Kourakos[1], Theodora Kafkia[2], Evangelos Fradelos[3]
1. RN, MSc, PhD, Director of Nursing, General Hospital «Asklepieion» Voulas
2. Clinical Lecturer, PhD(c), Department of Nursing, Alexander Technological Educational Institute of Thessaloniki
3. RN MSc PhD(c), Department of Nursing, University of Peloponnese

ABSTRACT

The use of tobacco was first reported in the 6th century BC, but the 20th century has been marked by the widespread use of tobacco and the establishment and expansion of large tobacco companies. The public health community did not address initially smoking as harmful and addictive, despite the fact that many other observers of human behavior (authors, psychologists, religious leaders) had stressed out its addictive characteristics. In the late 1980s, the acceptance of the addictive nature of tobacco resulted in development of healthcare services aiming at supporting people quit smoking and legislation regarding sale, distribution and advertising of tobacco products. Nicotine dependence is a chronic condition for which effective therapeutic interventions are required. Smokers, unlike other substances addicts, do not recognize their addiction and the nicotine withdrawal syndrome that they experience. For establishing the degree of dependence various tools can be used, such as the method of the 4 Cs (compulsion, control, cutting down, consequences) or validated questionnaires (CAGE, Fagerström Test for Nicotine). The main smoking cessation strategies use replacement therapy with various products (patch, gum, etc), medications (bupropion, varenicline) and/or counseling. These interventions are clinically efficient but also cost-effective, compared to prevention and treatment of diseases associated with smoking.

Smoking cessation interventions should be offered to every smoker and provided by their health insurance.

KEYWORDS: Nicotine, smoking cessation

Corresponding Author: Michael Kourakos
E-mail: mixkourakos@hotmail.com
Telephone Number: +306944849742

Submission Date: 11 Nov 2015
Publication Date: 12 Feb 2016

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Ψυχοκοινωνικές διαστάσεις και ποιότητα ζωής ασθενών με πολλαπλή σκλήρυνση: Ανασκόπηση ποσοτικών και ποιοτικών μελετών για το διάστημα 2000 - 2015

Γλυκερία Τσούγγου[1], Αναστάσιος Τζεναλής[2] , Θάλεια Μπελλάλη[3]

1. Οικονομολόγος, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο
2. Νοσηλευτής MSc, PhD, ΓΝΘ Παπαγεωργίου
3. ΣΕΠ Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, «Αλεξάνδρειο» Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσ/νίκης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η επίδραση της Πολλαπλής Σκλήρυνσης (ΠΣ) στην Ποιότητα Ζωής (ΠΖ) των ατόμων που πάσχουν από τη συγκεκριμένη νόσο έχει μελετηθεί περισσότερο από την επίδραση οποιασδήποτε άλλης νευρολογικής διαταραχής. Σκοπός του παρόντος άρθρου είναι, μέσα από την ανασκόπηση της διεθνούς και ελληνικής βιβλιογραφίας, να παρουσιαστούν τα κυριότερα ευρήματα, των σχετικών μελετών που εκπονήθηκαν το διάστημα 2000-2015. Εντοπίστηκαν 57 μελέτες (39 ποσοτικές και 18 ποιοτικές) σε διάφορες χώρες παγκοσμίως. Στις ποσοτικές μελέτες διερευνάται το επίπεδο της ΠΖ και η συσχέτισή του με διάφορους παράγοντες, όπως είναι τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών, τα συμπτώματα της νόσου, ο βαθμός αναπηρίας, οι διάφορες θεραπείες, οι ψυχικές διαταραχές, καθώς και η ύπαρξη κοινωνικής υποστήριξης. Στις ποιοτικές μελέτες, οι ερευνητές εστιάζουν σε πιο εξειδικευμένα θέματα, ή σε ορισμένες διαστάσεις της βιωμένης εμπειρίας των ασθενών, οι οποίες επηρεάζουν άμεσα ή έμμεσα τη γενικότερη ΠΖ τους. Τα ερευνητικά δεδομένα, θα διαφωτίσουν τους επαγγελματίες υγείας να θέσουν τεκμηριωμένους θεραπευτικούς στόχους στην κλινική πρακτική για τη βελτίωση της ΠΖ των ασθενών με ΠΣ, αλλά και να κατευθύνουν τις ερευνητικές προσεγγίσεις τους σε νέα πεδία που φαίνεται να μην έχουν διερευνηθεί επαρκώς.

Λέξεις Κλειδιά: Επαγγελματίας υγείας, πολλαπλή σκλήρυνση, ποιότητα ζωής, σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, ψυχοκοινωνική προσαρμογή

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας: Γλυκερία Τσούγγου
Διεύθυνση Επικοινωνίας: Καζάζη 18, Θεσσαλονίκη, Τ.Κ. 55133
Ηλεκτρονική Διεύθυνση: gtsoug@gmail.com
Τηλέφωνο: 6942409731

Ημερομηνία Υποβολής: 22/11/2015
Ημερομηνία Δημοσίευσης: 14/01/2016

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Η ΠΣ αποτελεί την τρίτη πιο συχνή αιτία σοβαρής αναπηρίας νευρολογικής αιτιολογίας, σε ηλικίες μεταξύ 20 και 40 ετών.**
- **Οι σοβαρές επιπτώσεις της νόσου δυσχεραίνουν την ψυχοκοινωνική προσαρμογή των ασθενών με ΠΣ.**
- **Τα ποικίλα συμπτώματα της νόσου, η αβέβαιη εξέλιξη, η μείωση της κινητικότητας, η ανικανότητα για εργασία, η κοινωνική απομόνωση, η έλλειψη στήριξης από το περιβάλλον και το αυξημένο κόστος θεραπείας επηρεάζουν την ΠΖ των ασθενών.**
- **Η παροχή εξατομικευμένης φροντίδας και η ενίσχυση της κοινωνικής στήριξης από τους επαγγελματίες υγείας, κρίνονται απαραίτητες.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Σκλήρυνση κατά Πλάκας (ΣκΠ) ή Πολλαπλή Σκλήρυνση (ΠΣ) είναι ένα αυτοάνοσο νόσημα, το οποίο χαρακτηρίζεται από στοιχεία φλεγμονής και εκφύλισης που υφίσταται το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ) σε πολλαπλές εστίες, διάσπαρτες σε χρόνο και σε τόπο (Lucchinetti et al 2000). Η ΠΣ περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1868, από τον Jean Martin Charcot, καθηγητή νευρολογίας στη Salpetrière στο Παρίσι, ο οποίος σε ιστολογικά παρασκευάσματα εγκεφάλου και νωτιαίου μυελού ασθενών με διαλείπουσα νευρολογική σημειολογία, παρατήρησε περιαγγειακές συναθροίσεις κυττάρων με φλεγμονή στη λευκή ουσία και χρησιμοποίησε τον όρο «sclérose en plaques disseminées», δηλαδή «Σκλήρυνση κατά Πλάκας».

Σήμερα, η ΠΣ αποτελεί την τρίτη πιο συχνή αιτία σοβαρής αναπηρίας νευρολογικής αιτιολογίας, σε ηλικίες μεταξύ 20 και 40 ετών. Σύμφωνα με τα στοιχεία της Διεθνούς Ομοσπονδίας για την ΠΣ (Multiple Sclerosis International Federation-MSIF) για το 2013, η ΠΣ προσέβαλε 2,3 εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως σε σύγκριση με το 2008, όπου ο αριθμός των πασχόντων ανερχόταν στα 2,1 εκατομμύρια. Η μέση τιμή του επιπολασμού παγκοσμίως έχει αυξηθεί από 30 (2008) σε 33 (2013) ανά 100.000 κατοίκους. Ο επιπολασμός της ΠΣ ποικίλλει σε μεγάλο βαθμό στις διάφορες χώρες του κόσμου, με τις υψηλότερες τιμές να εμφανίζονται στη Βόρεια Αμερική και την Ευρώπη. Στην Ελλάδα, το 2013, ο επιπολασμός ήταν ίσος με 70 ασθενείς ανά 100.000 κατοίκους, δηλαδή 7.000 άτομα.

Η συχνότερη ηλικία έναρξης της νόσου είναι γύρω στα 30 έτη και το προσδόκιμο επιβίωσης είναι τουλάχιστον 25 έτη από την έναρξη της νόσου, ενώ οι περισσότεροι ασθενείς καταλήγουν από άλλες, μη σχετιζόμενες με τη νόσο, αιτίες ή παθήσεις (Hanefeld et al 1991, Jean 1995, Beatty et al 1995, Compston & Coles 2002). Η μέση ηλικία έναρξης της ΠΣ στην Ελλάδα ανέρχεται στα 27 έτη, ενώ η αναλογία εμφάνισης της νόσου μεταξύ των δύο φύλων αντιστοιχεί σε 1,4 υπέρ των γυναικών (Hauser & Goodin 2001, Sharon & Kenneth 2004, Tomassini et al 2005, Atlas of MS 2013).

Για την εμφάνιση της νόσου υπάρχει πολυπαραγοντική αιτιολογία (οργανικά, περιβαλλοντικά, κοινωνικά και ψυχολογικά αίτια). Πιο συγκεκριμένα, πιθανολογείται ότι ένας εξωγενής παράγοντας, κάποιος ιός με μεγάλο χρόνο επώασης, προκαλεί σε γενετικά και ανοσολογικά προδιατεθειμένα άτομα, μια παθολογική ανοσολογική αντίδραση, που στρέφεται εναντίον της μυελίνης του οργανισμού (Ωρολογάς 2000). Ένας σημαντικός παράγοντας που σχετίζεται με την εμφάνιση της ΠΣ και αποτελεί αντικείμενο εντατικών ερευνών τα τελευταία χρόνια είναι ο ψυχολογικός παράγοντας, ο οποίος διαδραματίζει σημαντικό ρόλο τόσο στην έναρξη, όσο και στην εξέλιξη της νόσου.

Η ΠΣ χαρακτηρίζεται από ποικιλομορφία συμπτωμάτων και επιπτώσεων στη ζωή του πάσχοντα, όπως έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών, κατάθλιψη, μείωση της κινητικότητας, άγχος, φόβο για την αβέβαιη εξέλιξη της νόσου, ανικανότητα για εργασία, επιβαλλόμενη από τη νόσο κοινωνική απομόνωση, έλλειψη στήριξης και κατανόησης από το περιβάλλον, καθώς και αυξημένο κόστος θεραπείας, επηρεάζοντας τη Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (ΣΥΠΖ) των ασθενών. Η ΣΥΠΖ αφορά στην επίδραση που έχει η υγεία στην Ποιότητα Ζωής (ΠΖ) του ατόμου (ασθένεια, αναπηρία, χρόνια νοσήματα, ποιότητα υπηρεσιών υγείας, δυνατότητα πρόσβασης στις παρεχόμενες υπηρεσίες, άγχος για την ασθένεια). Η ΣΥΠΖ μπορεί να οριστεί ως *«η λειτουργικότητα στη φυσική, συναισθηματική και κοινωνική διάσταση ενός ατόμου κατά τη διάρκεια της ζωής του, συνυπολογίζοντας την ευεξία, όπως αυτή εκτιμάται από τον κάθε άνθρωπο»* (Bullinger 2003) ή ως *«η αξία που αποδίδεται στο χρόνο επιβίωσης, καθώς αυτή επηρεάζεται από την ασθένεια, τη θεραπεία ή κάποια πολιτική υγείας»* (Patrick & Erickson 1993). Στο παρόν άρθρο, οι δύο έννοιες ΠΖ και ΣΥΠΖ θα χρησιμοποιούνται εναλλακτικά.

Στη βιβλιογραφία εντοπίζονται πολυάριθμες μελέτες τόσο ποσοτικές, όσο και ποιοτικές που διερευνούν τους παράγοντες που επηρεάζουν την ΠΖ στη ΠΣ. Η επίδραση της ΠΣ στη ΣΥΠΖ των ατόμων που πάσχουν από τη συγκεκριμένη νόσο έχει μελετηθεί περισσότερο από την επίδραση οποιοσδήποτε άλλης νευρολογικής διαταραχής (Mitchell et al 2005). Σκοπός του παρόντος άρθρου είναι, μέσα από την ανασκόπηση της διεθνούς και ελληνικής βιβλιογραφίας, να παρουσιαστούν τα κυριότερα ευρήματα αυτών για τη δεκαετία 2000-2015, με στόχο να διαφωτίσουν τους επαγγελματίες υγείας ώστε να θέσουν τεκμηριωμένους θεραπευτικούς στόχους στην κλινική πρακτική για τη βελτίωση της ΠΖ των ασθενών με ΠΣ, αλλά και να κατευθύνουν τις

ερευνητικές προσεγγίσεις τους σε νέα πεδία που φαίνεται να μην έχουν διερευνηθεί επαρκώς.

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Οι κλινικές μορφές της ΠΣ ποικίλλουν, ανάλογα με το είδος της προσβολής που υφίσταται το ΚΝΣ. Σύμφωνα με τους Lublin και Reingold (1996), οι βασικές μορφές της νόσου είναι οι εξής: α) το *Κλινικά Μεμονωμένο Σύνδρομο* (Clinically Isolated Syndrome-CIS), β) η *Υποτροπιάζουσα Διαλείπουσα ΠΣ* (Relapsing Remitting MS-RRMS), γ) η *Δευτεροπαθώς Προϊούσα ΠΣ* (Secondary Progressive MS-SPMS), δ) η *Πρωτοπαθώς Προϊούσα ΠΣ* (Primary Progressive MS-PPMS) και ε) η *Προϊούσα Υποτροπιάζουσα ΠΣ* (Progressive Relapsing MS-PRMS).

Το CIS χαρακτηρίζεται από ένα οξύ ή υποξύ επεισόδιο προσβολής του ΚΝΣ, με συμπτώματα φλεγμονώδους απομυελινωτικής νόσου. Μπορεί να εκδηλωθεί σε μία εγκεφαλική μόνο εστία του ΚΝΣ και το άτομο να παρουσιάσει ένα μεμονωμένο σύμπτωμα (Polman et al 2005), ή να παρουσιάσει πολυεστιακά κλινικά ή παρακλινικά συμπτώματα ταυτόχρονα, τα οποία προκαλούνται από εστίες σε διαφορετικά σημεία του εγκεφάλου (Miller et al 2008). Ένα ποσοστό 60-80% των ασθενών που παρουσιάζουν CIS, αναπτύσσουν αργότερα κλινικά βέβαιη ΠΣ (Brex et al 2002, Beck et al 2003, Tintoré et al 2006).

Η συχνότερη μορφή της ΠΣ είναι η RRMS και εμφανίζεται σε ποσοστό 80-85% του συνόλου των ασθενών. Χαρακτηρίζεται από αιφνίδια επεισόδια υποτροπής και από περιόδους ύφεσης. Οι υποτροπές ή ώσεις κάνουν την εμφάνισή τους, κατά μέσο όρο, κάθε ένα με δύο χρόνια, ωστόσο, ο αριθμός τους παρουσιάζει σημαντική διαφορά μεταξύ των ασθενών, αλλά και σε κάθε ασθενή ατομικά κατά την πορεία της νόσου (Noseworthy et al 2000). Ως ώση ορίζεται η επιδείνωση των ήδη υπαρχόντων συμπτωμάτων ή η εμφάνιση νέων, σε διάρκεια 24 ωρών ή περισσότερο, μετά από περίοδο τουλάχιστον 30 ημερών από τη προηγούμενη υποτροπή. Στο 60% της RRMS, με την πάροδο του χρόνου, οι εξάρσεις αφήνουν μόνιμες βλάβες που προκαλούν αναπηρίες, ενώ στο 50% των ασθενών, η νόσος εξελίσσεται σε SPMS μέσα σε 10 χρόνια από την έναρξη της.

Στη SPMS, η νόσος ξεκινά με εξάρσεις και υφέσεις, αλλά μετά από ένα χρονικό διάστημα μεταπίπτει σε μία διαρκώς φθίνουσα κατάσταση, με ή χωρίς περιόδους εξάρσεων και υφέσεων (Weinshenker et al 1989, Confavreux et al 2000).

Στην PPMS (10-15% των ασθενών), οι ασθενείς εκδηλώνουν μια σταδιακή επιδείνωση των νευρολογικών συμπτωμάτων από την έναρξη της νόσου, χωρίς να έχουν βιώσει οξείες ώσεις. Εμφανίζεται κυρίως σε άτομα, στα οποία η έναρξη της νόσου πραγματοποιήθηκε στο τέλος της 4ης δεκαετίας της ζωής τους και είναι κυρίως άντρες (Noseworthy et al 2000).

Οι ασθενείς που παρουσιάζουν προοδευτική πορεία από την αρχή της νόσου, με διακριτές περιόδους εξάρσεων, που ακολουθούνται από πλήρη ή μερική αποκατάσταση και συνεχιζόμενη επιδείνωση στα μεσοδιαστήματα, εμφανίζουν την PRMS (ποσοστό <5%). Η μορφή αυτή, παρατηρείται συνήθως σε ασθενείς που νόσησαν για πρώτη φορά στην 4η ή 5η δεκαετία της ζωής τους (Lassmann et al 2001, Bjartmar et al 2003).

Η ΠΣ εκδηλώνεται με ποικιλία λειτουργικών ελλειμμάτων, τα οποία καταλήγουν σε προοδευτική εξασθένηση του ασθενούς και αναπηρία (Sharon & Kenneth 2004). Η νόσος προκαλεί αισθητικές και κινητικές διαταραχές, προβλήματα ισορροπίας και μείωση της επιδεξιότητας, οπτικές διαταραχές, διαταραχές ύπνου, καθώς και ένα οξύ, ασαφώς εντοπισμένο άλγος σε ένα μέλος ή τμήμα του κορμού, διαταραχές των σεξουαλικών λειτουργιών, αλλά και διαταραχές από το αυτόνομο νευρικό σύστημα, οι οποίες όμως είναι σπάνιες ως αρχική εκδήλωση της νόσου. Ο ίλιγγος, η σπαστικότητα και οι γνωσιακές δυσλειτουργίες έχουν άμεση επίπτωση στη λειτουργικότητα του ασθενή τόσο στο σπίτι, όσο και στην εργασία. Ένα άλλο σύμπτωμα είναι ο τρόμος των άκρων, ο οποίος ακολουθείται από απώλεια ελέγχου των κινήσεων, κάτι που αποτελεί απειλή για την αυτονομία του ασθενή. Επίσης, πολύ συχνό σύμπτωμα είναι η ασυνήθιστα έντονη κόπωση, τόσο τις πρωινές ώρες, όσο και κατά τη διάρκεια της ημέρας, η οποία είναι δυσανάλογη των δραστηριοτήτων του ατόμου. Έτσι, πολύ συχνά οι ασθενείς αισθάνονται εξαντλημένοι και δυσκολεύονται να διεκπεραιώσουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες (Καστανιάς & Τοκμακίδης 2008).

Αναφορικά με τη θεραπεία της νόσου, έως σήμερα δεν υπάρχει πλήρης ίαση της ΠΣ. Με δεδομένη την άγνωστη αιτιοπαθογένεια και την ετερογένεια των συμπτωμάτων της, γίνεται αντιληπτό ότι για κάθε ασθενή, θα πρέπει να υπάρχει μία εξατομικευμένη θεραπευτική προσέγγιση συνεχούς παρακολούθησης. Σήμερα, εφαρμόζονται θεραπευτικές μέθοδοι που καθυστερούν την εμφάνιση των συμπτωμάτων, τροποποιούν την πορεία της νόσου, μειώνουν τις δυσλειτουργίες που εγκαθίστανται μετά από τις υποτροπές και έχουν ως στόχο τη βελτίωση της λειτουργικότητας και της ΠΖ των ασθενών (Τριανταφύλλου 2000). Συγκεκριμένα υπάρχουν: α) η θεραπεία της οξείας φάσης, η οποία αποσκοπεί στην άμεση ανακούφιση του ασθενή από τα συμπτώματα που ακολουθούν μία ώση (μείωση της διάρκειας, περιορισμό της βαρύτητας και των μόνιμων δυσλειτουργιών), αλλά δεν μειώνουν τον κίνδυνο εμφάνισης μελλοντικών υποτροπών (Atlas of MS 2013), β) η τροποποιητική θεραπεία, όπου στην RRMS αποσκοπεί στη μείωση της συχνότητας, της διάρκειας και της έντασης των ώσεων, καθώς και στην καθυστέρηση της μετάπτωσης σε SPMS (Filippi et al 2001) και γ) η συμπτωματική θεραπεία, δηλαδή η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων όπως είναι η κόπωση,

ο πόνος, η σπαστικότητα, τα προβλήματα βάδισης, όρασης και αισθητικότητας, ο τρόμος, οι διαταραχές της ουροδόχου κύστεως, οι γνωσιακές δυσλειτουργίες και οι αλλαγές στην ψυχική διάθεση (Metz 1998, Atlas of MS 2013). Στις τροποποιητικές θεραπείες, τα τελευταία χρόνια έχουν προστεθεί νέα φάρμακα, που αναστέλλουν την ανάπτυξη των Τ-λεμφοκυττάρων και κατέχουν βασικό ρόλο στην καταστροφή της μυελίνης. Ωστόσο, οι νέες, πολλά υποσχόμενες τροποποιητικές θεραπείες εφαρμόζονται με διάφορες παρενέργειες για τους ασθενείς (Roth et al 2015).

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΟΛΛΑΠΛΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ

Τα ποικίλα συμπτώματα που εκδηλώνονται στη ΠΣ, οδηγούν σε απώλεια της ανεξαρτησίας των ασθενών, περιορίζουν τη συμμετοχή τους σε κοινωνικές δραστηριότητες και συχνά είναι υπεύθυνα για τη συνεχή μείωση της ΠΖ τους (Segal & Simkins 1996). Τα μέλη της οικογένειας, καλούνται να αναλάβουν καινούριους ρόλους και σε αρκετές περιπτώσεις να υποκαταστήσουν το ρόλο του πάσχοντα. Έτσι, η αυτοεκτίμηση του ασθενή μειώνεται, οι στόχοι, τα σχέδια για το μέλλον, ακόμη και οι αρχές πάνω στις οποίες στήριζε τη ζωή του ως τώρα, μεταβάλλονται.

Στην αντιμετώπιση των παραπάνω δυσκολιών, σημαντικό ρόλο παίζουν οι κοινωνικοί δεσμοί, η συνοχή της οικογένειας και οι σύλλογοι στήριξης ασθενών με ΠΣ, ενώ παράλληλα, ο ίδιος ο ασθενής πρέπει να προσαρμοστεί στα νέα δεδομένα και να μάθει να αυτοδιαχειρίζεται την ασθένεια. Η ΠΖ εξαρτάται από τον τρόπο προσαρμογής του ατόμου στη νόσο, ο οποίος είναι αποτελεσματικός, όταν ο ασθενής αναλαμβάνει βασικούς ρόλους στην καθημερινή του ζωή, όταν συνεργάζεται στο θεραπευτικό σχήμα και κατορθώνει να μειώσει το άγχος του. Η αυτοδιαχείριση εστιάζει στη διαχείριση των οργανικών συμπτωμάτων (φαρμακευτική αγωγή, ειδική διατροφή, χρήση βοηθημάτων, πραγματοποίηση ειδικών εξετάσεων), των συναισθημάτων (άγχος, κατάθλιψη, έλλειψη αυτοσεβασμού) και ακολουθείται από αλλαγή του τρόπου ζωής, επαναπροσδιορισμό αξιών, συμπεριφορών και κοινωνικών ρόλων. Ο ασθενής πρέπει να διατηρήσει μια αίσθηση αισιοδοξίας και ελπίδας, γιατί όταν έχει αρνητικές προσδοκίες ή παρουσιάζει παθητικότητα απέναντι στην νόσο, επηρεάζονται αρνητικά η εξέλιξη της υγείας του, καθώς και η ΠΖ του (Seligman 1975). Επίσης, σημαντικό ρόλο στην προσπάθεια επαναπροσαρμογής του ασθενή παίζουν οι πολιτισμικές, κοινωνικές και θρησκευτικές του πεποιθήσεις, καθώς το μορφωτικό επίπεδο και η ηλικία του (Seligman 1975, DiMatteo & Martin 2011). Η ακριβής ενημέρωση για τη φύση της νόσου και για τα αποτελέσματα της θεραπείας, συντελεί στη βελτίωση της ΠΖ ασθενών με ΠΣ (Flachenecker & Rieckman 2003).

Στην ΠΣ, η κατάθλιψη αποτελεί την πιο συχνή ψυχική διαταραχή και απαντάται στο 50% των ασθενών, οι οποίοι παρουσιάζουν κάποια στιγμή στη ζωή τους: καταθλιπτική διάθεση, έλλειψη ενδιαφέροντος και ευχαρίστησης από τις συνήθεις δραστηριότητες, προβλήματα ύπνου, ψυχοκινητική επιβράδυνση, διαταραχές λήψης τροφής, αρνητική εικόνα του εαυτού, αίσθημα ενοχής, ελάττωση συγκέντρωσης ή και αυτοκτονικό ιδεασμό (Ron 2003, Siegert & Abernethy 2005). Το ποσοστό αυτό είναι αρκετά υψηλότερο σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό, αλλά και από αυτό που παρουσιάζουν άλλες χρόνιες παθήσεις (Patten et al 2003, Siegert & Abernethy 2005). Δυο παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της κατάθλιψης είναι η αβεβαιότητα για την πορεία της νόσου και το αίσθημα της μη ουσιαστικής βοήθειας που προέρχεται από την έλλειψη πλήρης ίασης. Παρόλο που είναι σαφές ότι η κατάθλιψη στους ασθενείς με ΠΣ οφείλεται σε ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, υπάρχουν μελέτες που υποστηρίζουν ότι μπορεί να είναι αποτέλεσμα της ίδιας της νόσου, επειδή καταστρέφεται η μυελίνη και οι περιοχές της λευκής ουσίας του εγκεφάλου, οι οποίες είναι υπεύθυνες για τη συναισθηματική έκφραση (Rickards 2005).

Μία άλλη διαταραχή είναι το έντονο άγχος που βιώνει ο ασθενής, λόγω των αλλαγών που συμβαίνουν στον οργανισμό του, επειδή απειλείται από τη νόσο. Οι αλλαγές αυτές συντελούνται στο σωματικό και στο ψυχολογικό επίπεδο καθώς και στη συμπεριφορά του ατόμου. Το άγχος εμφανίζεται, τόσο στην έναρξη της ασθένειας, όσο και στην πορεία της νόσου και επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, όπως: την έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, το αίσθημα φόβου για το τι πρόκειται να ακολουθήσει και τον προσωπικό τρόπο αντιμετώπισης της απειλής από τη νόσο. Έχει παρατηρηθεί ότι τα αρνητικά συναισθήματα, επηρεάζουν τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, με αποτέλεσμα να επιδεινώνεται η κατάσταση του ασθενή. Ασθενείς με ΠΣ, οι οποίοι υιοθετούν ενεργητικό τρόπο αντιμετώπισης της ασθένειας, παρουσιάζουν ύφεση των συμπτωμάτων, ενώ εκείνοι που την αντιμετωπίζουν παθητικά, εκδηλώνουν μεγαλύτερο αριθμό ώσεων.

Επιπρόσθετα, ασθενείς με ΠΣ παρουσιάζουν συναισθηματική αστάθεια, όπως ευερεθιστότητα, αντιδράσεις πανικού, κυκλοθυμικές εκδηλώσεις (Andreatini et al 1994), ανεξέλεγκτες θυμώδεις αντιδράσεις και ανασφάλεια. Αυτές οι αντιδράσεις προκαλούν δυσάρεστες καταστάσεις, κυρίως για τους ασθενείς, των οποίων η νοητική κατάσταση βρίσκεται σε ικανοποιητικά επίπεδα και διατηρούν κοινωνικές επαφές (Μπαλογιάννης 2004). Επίσης, ενδιαφέρον παρουσιάζουν το παθολογικό κλάμα και γέλιο και φαίνεται να συσχετίζονται με την κατάθλιψη. Μία άλλη αρκετά συχνή κατάσταση είναι η απάθεια, όπου ασθενείς με σημαντική αναπηρία, σωματικές ή γνωστικές διαταραχές, παρουσιάζουν ένα παράλογα ευφορικό συναίσθημα, το οποίο δεν συμβαδίζει με τη βαρύτητα των δυσλειτουργιών τους και φαίνεται να μην μπορούν να αξιολογήσουν τη βαρύτητα της

κατάστασής τους (Beatty & Paul 2000, Κουτσουράκη 2002). Επίσης, συχνή είναι η αλεξιθυμία, κατά την οποία ο ασθενής δεν μπορεί να κατανοήσει και να εκφράσει λεκτικά τα συναισθήματά του, δεν είναι σε θέση να κάνει θετικά όνειρα και να θέσει στόχους για τη ζωή του (Πολυκανδριώτη & Κυρίτση 2006). Οι συναισθηματικές διαταραχές, μερικές φορές μπορούν να οδηγήσουν τον ασθενή, ακόμη και σε ψυχιατρική νόσο, με τη μορφή της μανίας ή της μανιοκατάθλιψης (Κουτσουράκη 1998).

ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΠΟΣΟΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΣ

Μετά από βιβλιογραφική ανασκόπηση για το διάστημα 2000-2015, σε διεθνείς και ελληνικές βάσεις δεδομένων, εντοπίστηκαν 57 μελέτες (39 ποσοτικές και 18 ποιοτικές) παγκοσμίως. Στις ποσοτικές μελέτες διερευνάται το επίπεδο της ΣΥΠΖ και η συσχέτισή του με διάφορους παράγοντες όπως είναι τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών, τα συμπτώματα της νόσου, ο βαθμός αναπηρίας, οι διάφορες θεραπείες, οι ψυχικές διαταραχές, καθώς και η ύπαρξη κοινωνικής υποστήριξης. Στις ποιοτικές μελέτες, καθώς εν γένει ο σκοπός τους είναι η διερεύνηση άγνωστων πτυχών διαφόρων φαινομένων, στην περίπτωση της ΠΣ οι ερευνητές εστιάζουν σε πιο εξειδικευμένα θέματα, ή σε ορισμένες διαστάσεις της βιωμένης εμπειρίας των ασθενών, οι οποίες επηρεάζουν άμεσα ή έμμεσα τη γενικότερη ΣΥΠΖ τους. Αναλυτικότερα:

Ποσοτικές μελέτες

Οι περισσότερες ποσοτικές μελέτες έδειξαν ότι υπάρχει σημαντική μείωση της ΣΥΠΖ μετά την εμφάνιση της νόσου (Janzen et al 2013), ενώ μελέτες που είχαν σκοπό τη σύγκριση του επιπέδου της ΣΥΠΖ με εκείνο του υγιούς πληθυσμού, οδηγήθηκαν στο συμπέρασμα ότι το επίπεδο ΣΥΠΖ ασθενών με ΠΣ, ήταν πολύ χαμηλότερο σε σύγκριση με εκείνου του υγιούς πληθυσμού (Vasconcelos et al 2010). Στη συνέχεια, παρουσιάζεται η επίδραση των διαφόρων παραγόντων στη ΣΥΠΖ των ασθενών με ΠΣ, ενώ τα ευρήματα των διαχρονικών και διαπολιτισμικών μελετών παρουσιάζονται χωριστά.

- **Δημογραφικά χαρακτηριστικά**

Σε πολλές μελέτες οι παράγοντες ηλικία, φύλο και επίπεδο εκπαίδευσης, βρέθηκαν να επηρεάζουν το επίπεδο της ΣΥΠΖ των ασθενών με ΠΣ (Miller & Dishon 2006, Tepavcevi et al 2009, Kargarfard 2012, Flensner et al 2013, Buhse et al 2014). Χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο, ευθύνεται για χαμηλή ΣΥΠΖ (Ferná ndez et al 2011, Janzen et al 2013). Επίσης, ασθενείς ηλικίας 65 ετών και άνω, ανέφεραν σημαντικά καλύτερη ψυχική υγεία σε σύγκριση με ασθενείς ηλικίας 50-64 ετών, αλλά όχι υψηλότερη από εκείνη νεότερων ασθενών (35-49ετών) (DiLorenzo et al 2009). Οι ασθενείς που συνεχίζουν να εργάζονται, εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερη ΣΥΠΖ από αυτούς που δεν μπορούν να δουλέψουν λόγω των συμπτωμάτων της νόσου (Alshubaili et al 2007, Buhse et al 2014). Επίσης, οι έγγαμοι αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο αριθμό υποτροπών και χαμηλότερο επίπεδο ψυχικής υγείας (Janzen et al 2013).

Στην ελληνική μελέτη της Theofilou (2013) για την αξιολόγηση της επίδρασης των κοινωνικών-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών στη ΣΥΠΖ, καθώς και στη ψυχική υγεία, σε δείγμα 90 ασθενών, διαπιστώθηκε ότι το γυναικείο φύλο, η μεγάλη ηλικία, η χαμηλή μόρφωση, ο έγγαμος βίος και τα περισσότερα χρόνια θεραπείας, συνδέονται με καλύτερη ΠΖ και καλύτερη ψυχική υγεία. Στη μελέτη επίσης των Samartzis et al (2014) παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές της ΠΖ ανάλογα με το φύλο του ατόμου που πάσχει από ΠΣ.

- **Συμπτώματα και βαθμός αναπηρίας**

Στη μελέτη των Flensner et al (2013) βρέθηκε ότι το υψηλό επίπεδο κόπωσης, γνωστικής και συναισθηματικής δυσφορίας, είναι σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν την ΣΥΠΖ. Η κόπωση μπορεί να διαταράξει σημαντικά την επαγγελματική και κοινωνική λειτουργικότητα των ασθενών με ΠΣ και συγκεκριμένα ο αυξημένος βαθμός κόπωσης επηρεάζει τόσο τη σωματική, όσο και την ψυχική διάσταση της ΣΥΠΖ (Kargarfard 2012, Klevan et al 2013).

Στη μελέτη των Samartzis et al (2014) για την εκτίμηση της επίδρασης της αντιληπτής γνωστικής δυσλειτουργίας και της κατάθλιψης στην ΠΖ των ασθενών, σε δείγμα 100 ασθενών, βρέθηκε ότι η αντιληπτή μείωση της γνωστικής λειτουργίας και της αναδρομικής μνήμης, επηρεάζει την ΠΖ των ασθενών, ανεξάρτητα από τη σοβαρότητα της νόσου και της κατάθλιψης. Επίσης, παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές της ΠΖ ανάλογα με τη μορφή και τη χρονιότητα της νόσου (1-13, 14-26 και 27-40 έτη). Επίσης, στην έρευνα της Μακρή (2013) διαπιστώθηκε σημαντική διαφορά στην κλίμακα της γνωστικής λειτουργικότητας και στην επίδρασή της στη ΣΥΠΖ, ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση (έγγαμος, δεσμευμένος, ελεύθερος).

Ο σωματικός πόνος παρουσίασε υψηλότερα επίπεδα σε πρώιμο στάδιο και συνδέθηκε με μειωμένη ΣΥΠΖ (Delgado-Mendilá var et al 2005, Forbes et al 2006). Οι Schairer et al (2013) στη μελέτη τους, διαπίστωσαν ότι η σεξουαλική δυσλειτουργία επίσης έχει καταστροφικές συνέπειες για τις πτυχές της διάστασης της ψυχικής υγείας της ΣΥΠΖ.

Σύμφωνα με τη μελέτη των Gupta et al (2014), βρέθηκε ότι όσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια της νόσου και πιο σοβαρή και προοδευτική η μορφή της, τόσο χαμηλότερη είναι η ΣΥΠΖ των ασθενών. Η ΠΖ βρέθηκε εμφανώς πιο χαμηλή σε ασθενείς με SPMS, σε σύγκριση με εκείνους με RRMS (Alshubaili et al 2007). Οι ασθενείς που παρέμειναν σε κα-

λοήθη μορφή, ανέφεραν καλύτερη φυσική ΣΥΠΖ, αλλά όχι καλύτερη ψυχική ΣΥΠΖ (Bueno et al 2015).

Τέλος, όσο αυξάνεται ο βαθμός της κλίμακας EDSS που αξιολογεί το βαθμό αναπηρίας του ασθενή σε 8 λειτουργικά συστήματα (πυραμιδικές και παρεγκεφαλιδικές λειτουργίες, λειτουργίες στελέχους, αισθητικές λειτουργίες, λειτουργία εντέρου και κύστεως, οπτική λειτουργία και ψυχικές λειτουργίες), τόσο πιο χαμηλή βρέθηκε να είναι η ΣΥΠΖ (Twork et al 2010, Kohn et al 2014). Στην έρευνα των Casetta et al (2010), διαπιστώθηκε ότι η επίδραση των επιπτώσεων της αναπηρίας στην ΣΥΠΖ, ήταν υψηλότερη για τους άνδρες σε σύγκριση με τις γυναίκες, όσον αφορά στη φυσική λειτουργία, στη ζωτικότητα, στην κοινωνική λειτουργία, στη συναισθηματική ευεξία και στην ψυχική υγεία.

- **Θεραπείες και συμπεριφορές υγείας**

Στη βιβλιογραφία, εντοπίστηκαν αρκετές μελέτες που διερευνούν τη συσχέτιση της ΣΥΠΖ με τις διάφορες θεραπείες, τη σωματική άσκηση και τις διατροφικές συνήθειες. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι η έναρξη αγωγής με ιντερφερόνη (IFN), εξασθενεί τη δραστηριότητα της νόσου και βελτιώνει την ΠΖ (Putzki et al 2009). Η ΣΥΠΖ βελτιώθηκε λόγω της θεραπείας με BG-12 (Dimethyl Fumarate-Διμέθυλο Φουμαράτη), το οποίο αποτελεί μία από τις θεραπείες πρώτης γραμμής για τη ΠΣ, μειώνει τη φλεγμονή και ρυθμίζει τη δραστικότητα του ανοσοποιητικού συστήματος (Kita et al 2014). Σε μια άλλη μελέτη, αξιολογήθηκε η επίδραση των διαφόρων τροποποιητικών θεραπειών για τη νόσο (Avonex, Rebif, Betaferon) και το συμπέρασμα ήταν ότι οι θεραπείες αυτές, επηρεάζουν θετικά την ΠΖ των ασθενών. Για την ακρίβεια, στην ομάδα που ακολούθησε θεραπεία με Betaferon, υπήρξε σημαντική βελτίωση της ψυχικής υγείας (Mokhber et al 2015).

Στη μελέτη των Balak et al (2013), εκτιμήθηκε η επίδραση ανεπιθύμητων δερματικών αντιδράσεων που προκλήθηκαν μετά από θεραπεία δυο ετών με DMT (τροποποιητική θεραπεία) και αξιολογήθηκε η επίπτωσή τους στην ΠΖ των ασθενών. Παρατηρήθηκε ότι η ΠΖ ήταν σημαντικά χαμηλότερη στους ασθενείς με δερματικές αντιδράσεις, σε σύγκριση με εκείνους που δεν εμφάνισαν κάτι αντίστοιχο.

Μία άλλη μελέτη, εκτίμησε την επίδραση στην ΠΖ, της διαμονής ασθενών σε μια κατοικία, όπου προάγεται η φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή χωρίς τη χρήση φαρμακευτικής αγωγής και βρέθηκε στατιστικά σημαντική βελτίωση της ΣΥΠΖ μετά από ένα έτος διαμονής και μεγαλύτερη βελτίωση μετά από 2,5 έτη (Pui-Ming Li et al 2010, Hadgkiss et al 2015). Επίσης, διερευνήθηκε η συσχέτιση ανάμεσα στο διαλογισμό και τη ΣΥΠΖ, την κατάθλιψη, την κόπωση, το επίπεδο αναπηρίας και την πιθανότητα υποτροπής. Ανάμεσα σε αυτούς που διαλογιζόταν, χωρίς τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής, μικρός αριθμός βρέθηκε να πάσχει από κατάθλιψη και γενικά παρατηρήθηκε βελτίωση της ΣΥΠΖ (Levin et al 2014).

Αναφορικά με την άσκηση, στις έρευνες των Romberg et al (2005) και των Motl et al (2008) διαπιστώθηκε ότι τα άτομα που ασκούνταν, παρουσίασαν βελτίωση στην λειτουργική ανεπάρκεια και στη ΣΥΠΖ, ενώ ασθενείς που δεν ασκούνταν, παρουσίασαν επιδείνωση της νόσου και μείωση της ΠΖ. Σε ασθενείς με ΠΣ, μετά από συμμετοχή τους σε πρόγραμμα άσκησης με αντιστάσεις, παρατηρήθηκε ότι η κόπωση μειώθηκε, ενώ η διάθεση και η ΠΖ βελτιώθηκαν (Dalgas & Stenager 2010). Σύμφωνα με τους Marck et al (2014), ανεξάρτητα από το βαθμό αναπηρίας, η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας, συνεπάγεται βελτίωση της ΣΥΠΖ.

Τέλος, η υγιεινή διατροφή (κατανάλωση φρούτων και λαχανικών) επιφέρει βελτίωση στη ΣΥΠΖ (σωματική και ψυχική), καθώς και λιγότερες πιθανότητες για αύξηση της αναπηρίας, σε σύγκριση με ασθενείς που ακολουθούν μία «κακή» διατροφή (Hadgkiss et al 2015). Στη μελέτη των Samartzis et al (2014) παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές της ΠΖ ανάλογα με τη φαρμακευτική αγωγή που ακολουθεί ο ασθενής.

- **Άγχος και κατάθλιψη**

Οι Fruewald et al (2008) και ο Kargarfard (2012), μελετώντας την επίδραση των ψυχικών διαταραχών στη διαμόρφωση του επιπέδου της ΣΥΠΖ, διαπίστωσαν ότι η κατάθλιψη ευθύνεται για μειωμένη ΠΖ ασθενών με ΠΣ. Η κατάθλιψη φαίνεται να επηρεάζει αρνητικά, τόσο την ψυχική, όσο και τη φυσική διάσταση της ΣΥΠΖ (Buhse et al 2014). Επίσης, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα σε δείγμα 195 ασθενών, βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στη σωματική υγεία, καθώς και στο άγχος για την υγεία, ανάλογα με το τόπο διαμονής των ασθενών (αστική, ημιαστική, αγροτική περιοχή) (Μακρή 2013).

- **Κοινωνική υποστήριξη**

Οι Heiskanen et al (2011), στην προσπάθειά τους να μετρήσουν το επίπεδο της ΣΥΠΖ και την επάρκεια των υφιστάμενων ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών, παρατήρησαν ότι η ΣΥΠΖ μειώνεται σημαντικά σε πρώιμο στάδιο της ΠΣ και η ψυχοκοινωνική υποστήριξη σε εκείνο το στάδιο είναι απαραίτητη. Η μεταγενέστερη μελέτη των Castro et al (2012), που πραγματοποιήθηκε για να προσδιορίσει το τρόπο επίδρασης της κοινωνικής υποστήριξης στη ΣΥΠΖ ασθενών με ΠΣ, αναφέρει ότι η παροχή κοινωνικής υποστήριξης επηρεάζει σημαντικά τη ΣΥΠΖ.

- **Διαχρονικές και διαπολιτισμικές μελέτες**

Σύμφωνα με μία διαχρονική έρευνα που πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ και εξέτασε κατά πόσο, ασθενείς με ΠΣ παρουσίασαν κάποια αλλαγή ως προς την αντίληψη τους για την ΣΥΠΖ μέσα σε μια περίοδο 5 ετών, διαπίστωσε ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος, διατήρησε με την πάροδο

του χρόνου, σταθερή την αντίληψη που είχε, παρόλο που 4 στους 10 ασθενείς παρουσίασε σημαντική μείωση του επιπέδου της ΣΥΠΖ (Janzen et al 2013).

Μία άλλη διαχρονική μελέτη που διεξήχθη στην Αυστραλία, για να διερευνηθεί η επίδραση της σοβαρότητας και της διάρκειας της νόσου, του άγχους, της κατάθλιψης, της αυτο-αποτελεσματικότητας και της κοινωνικής υποστήριξης στην ΠΖ των ασθενών και στην αυτο-φροντίδα, βρήκε ότι σε διάρκεια 24 μηνών, η ΠΣ παρέμεινε σταθερή για το 70% των ασθενών που συμμετείχαν, όμως παρατηρήθηκε μείωση της συνολικής ΠΖ, καθώς και της αυτο-αποτελεσματικότητας το ίδιο χρονικό διάστημα (Wollin et al 2013).

Για μια περίοδο ενός έτους στις ΗΠΑ, αξιολογήθηκε η επίδραση αλλαγών στη σωματική δραστηριότητα, στην αυτό-αποτελεσματικότητα και στη ΣΥΠΖ, και βρέθηκε ότι αλλαγές σε επίπεδο σωματικής δραστηριότητας και αυτό-αποτελεσματικότητας, οδήγησαν σε βελτίωση τόσο της σωματικής, όσο και της ψυχικής ΣΥΠΖ (Motl et al 2013).

Σε μία άλλη διαχρονική μελέτη διάρκειας 3 ετών που διενεργήθηκε στη Σερβία, εξετάστηκε αν η ΣΥΠΖ θα μπορούσε να προβλέψει αλλαγές στην κλίμακα EDSS, στην κατάθλιψη και στην κόπωση. Το αποτέλεσμα της μελέτης ήταν ότι η βασική βαθμολογία της ΣΥΠΖ, θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως προγνωστικός δείκτης για την εξέλιξη της αναπηρίας και της σοβαρότητας των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Tepavcevic et al 2013).

Σύμφωνα με τη μελέτη των Kinkel et al (2015) που πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ, με σκοπό τον προσδιορισμό της επίδρασης των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών των ασθενών και της MRI στη ΣΥΠΖ, μετά από 10 χρόνια από εμφάνιση CIS, το συμπέρασμα ήταν ότι η ανάπτυξη θεραπειών για ασθενείς με CIS, μπορεί να μειώσει σημαντικά τον κίνδυνο μετάβασης σε κλινικά βέβαιη ΠΣ και την εξέλιξη της σωματικής αναπηρίας, με αποτέλεσμα να περιορίσει την μείωση της ΣΥΠΖ.

Τέλος, σύμφωνα με μία μελέτη που διεξήχθη συγχρόνως σε Αυστρία, Γερμανία και Πολωνία, για τη διερεύνηση πιθανών διαφορών στην ΠΖ ασθενών με ΠΣ, μεταξύ των πολιτισμών των χωρών αυτών, τα αποτελέσματα, έδειξαν ότι ο πολιτισμός της κάθε χώρας επηρεάζει την ΠΖ των ασθενών που διαμένουν σε αυτή. Επίσης, παρατηρήθηκαν διαφορές στην ΠΖ μεταξύ των ασθενών που διαμένουν σε Αυστρία, Γερμανία και Πολωνία και οι διαφορές αυτές, φαίνεται να σχετίζονται με τον πολιτισμό της κάθε χώρας (Pluta-Fuerst et al 2011).

Ποιοτικές μελέτες

Οι ποιοτικές μελέτες που εντοπίστηκαν, χρησιμοποιούν διάφορες μεθοδολογικές προσεγγίσεις συλλογής και ανάλυσης δεδομένων (π.χ. ομάδες εστιασμένης συζήτησης, ανάλυση περιεχομένου, θεμελιωμένη θεωρία, φαινομενολογία), προκειμένου να περιγράψουν διαφορετικές πτυχές της εμπειρίας των ασθενών με ΠΣ. Οι έρευνες μπορούν να ομαδοποιηθούν, καθώς αφορούν σε θέματα όπως α) το γενικό βίωμα της νόσου και την επίδραση των διαφόρων συμπτωμάτων και επιπτώσεών της σε ορισμένες διαστάσεις της ΠΖ των ασθενών, β) τη μετάβαση σε άλλη μορφή της νόσου και τη διαχείριση των υποτροπών, γ) την επίδραση της αντίληψης εαυτού και της κοινωνικής ταυτότητας στην ψυχολογική ευεξία, δ) την επίδραση της νόσου στη λειτουργικότητα του ατόμου στο σπίτι και στην εργασία και ε) στις στρατηγικές διαχείρισης της νόσου και πώς αυτές επιδρούν στην ΠΖ.

- **Το βίωμα της νόσου και η επίδραση στην ΠΖ**

Οι Koopman & Schweitzer (1999) μελέτησαν την εμπειρία 5 ατόμων που παρουσίασαν συμπτώματα της ΠΣ για κάποιο χρονικό διάστημα, χωρίς να γνωρίζουν ότι πάσχουν από τη νόσο, καθώς και την εμπειρία τους μετά τη διάγνωση της ΠΣ. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς ένιωσαν ανακούφιση όταν τους ανακοινώθηκε ότι τα συμπτώματα που είχαν αντιστοιχούσαν σε κάποια νόσο, αλλά συγχρόνως ένιωσαν έκπληξη και φόβο όταν έμαθαν ότι πάσχουν από μια χρόνια ασθένεια, όπως η ΠΣ, γιατί δεν υπάρχει κάποια γνωστή θεραπεία, τα συμπτώματα είναι ποικίλα και η εξέλιξη της νόσου απρόβλεπτη. Έτσι, οι ψυχολογικές πιέσεις από μια κατάσταση με άγνωστη αιτία και καμία θεραπεία ήταν πολύ μεγάλες και επηρέασαν αρνητικά την ΠΖ των ασθενών αυτών.

Η μελέτη των Ghafari et al (2015), είχε ως στόχο να διερευνήσει τις εμπειρίες των ασθενών όσον αφορά στην προσαρμογή τους στην ΠΣ. Από τους 25 συμμετέχοντες στην έρευνα, πολλοί κατέφυγαν σε αναζήτηση πληροφοριών για τη νόσο και κοινωνικής υποστήριξης, προσπαθώντας να καταπολεμήσουν τη νόσο και την αναπηρία. Ορισμένοι απέκρυψαν από τον κοινωνικό τους περίγυρο ότι πάσχουν από ΠΣ, γεγονός που δείχνει τη δυσκολία προσαρμογής και την επίδραση στη διάσταση της ψυχικής υγείας της ΠΖ τους.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αγγλία (Somerset et al 2002), διερευνήθηκε η εμπειρία 16 ασθενών με ΠΣ σχετικά με τη χρονιότητα της νόσου τους, την αναπηρία και των συμβατικών και εναλλακτικών θεραπειών, ενώ προσδιορίστηκαν οι πτυχές της νόσου που συμβάλλουν στη διαμόρφωση της ΠΖ τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ΠΖ ασθενών με ΠΣ βρίσκεται σε ένα καλό επίπεδο αν μπορούν να είναι κοινωνικά ενεργοί και αν έχουν κάποιο έλεγχο στην εξέλιξη της νόσου. Η μη κατάλληλη στήριξη από συγγενείς μπορεί να οδηγήσει στην εξάρτηση του ασθενή από τα άτομα αυτά, κάτι που επιδεινώνει την ΠΖ του.

Η μελέτη των Riazi et al (2012) διεξήχθη στην Αγγλία σε δείγμα 20 ασθενών και εξέτασε το πώς αντιλαμβάνονται την ΠΖ οι ασθενείς με ΠΣ, οι οποίοι διαμένουν σε οικήματα όπου τους παρέχεται εξειδικευμένη φροντίδα για την

πάθησή τους. Κάποιοι από τους ασθενείς ανέφεραν ότι η διαμονή τους σε αυτά τα σπίτια ανακουφίζει την οικογένεια από ό,τι συνεπάγεται η νόσος, οι ίδιοι νιώθουν ασφάλεια διαβιώνοντας σε αυτά και λειτουργούν ως μια μορφή κοινωνικής υποστήριξης. Ωστόσο, κάποιοι άλλοι ανέφεραν ότι νιώθουν απομόνωση και δυσκολεύονται να προσαρμοστούν στο πλαίσιο αυτό. Επίσης, βρέθηκε ότι η ΠΖ των ασθενών αυτών μπορεί να βελτιωθεί με διάφορους τρόπους, όπως με τη συμμετοχή της οικογένειας μέσα στα σπίτια φροντίδας, την ενθάρρυνση της ανεξαρτησίας του ασθενή όσον αφορά στο κομμάτι της αποκατάστασης, καθώς και την παροχή υποστήριξης, κυρίως ψυχολογικής κατά το χρονικό διάστημα μετάβασης από το σπίτι του ασθενούς στο σπίτι φροντίδας.

Οι Courts et al (2004) στην προσπάθειά τους να διερευνήσουν τις εμπειρίες ζωής 10 ατόμων με ΠΣ και να εξετάσουν τρόπους βελτίωσης της ΠΖ τους, παρατήρησαν ότι τα συμπτώματα της νόσου και οι δυσκολίες που επιφέρουν, κάνουν τους ασθενείς να έχουν ένα αίσθημα αυτοκαταστροφής και διαπίστωσαν έλλειψη κατανόησης και στήριξης από τον κοινωνικό περίγυρο των ασθενών, παράγοντες που οδηγούν σε μείωση της ΠΖ τους. Το σύνολο των ασθενών επιθυμεί να διατηρήσει τον έλεγχο της υγείας και της ζωής τους, δίνοντας τη δική τους μάχη απέναντι στη νόσο. Με τον τρόπο αυτό θα μπορούσαν να ανταπεξέλθουν στις διάφορες προκλήσεις της ΠΣ, επαναπροσδιορίζοντας τις προτεραιότητες τους και προγραμματίζοντας τις δραστηριότητές τους, βελτιώνοντας έτσι σημαντικά την ΠΖ τους.

- **Το βίωμα των υποτροπών ή η μετάβαση σε άλλη φάση της νόσου**

Σύμφωνα με μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αυστραλία (Asano et al 2015) με στόχο να περιγράψει τις υποτροπές της νόσου και να αναδείξει τις ανάγκες φροντίδας των ασθενών, στην οποία συμμετείχαν και αφηγήθηκαν την εμπειρία τους 17 ασθενείς με ΠΣ, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στη διαμόρφωση του βαθμού της ΠΖ των ασθενών, σημαντικό ρόλο παίζουν η κατανόηση από τον ίδιο τον ασθενή των λειτουργικών περιορισμών που επιφέρει η νόσος, καθώς και των αναγκών που προκύπτουν για εξειδικευμένη φροντίδα για την αποκατάσταση των περιορισμών αυτών.

Η μελέτη των Davies et al (2015) που διεξήχθη στην Αγγλία, είχε σκοπό την περιγραφή των εμπειριών των ασθενών και των φροντιστών τους σχετικά με τη νόσο, καθώς και το πώς βιώνουν τη μετάβαση από την RRMS στην SPMS. Στην έρευνα αυτή, συμμετείχαν 20 ασθενείς και 13 φροντιστές τους και βρέθηκε ότι η συνειδητοποίηση της μετάβασης σε SPMS, οι μετέπειτα συναισθηματικές αντιδράσεις και οι στρατηγικές αντιμετώπισης, διέφεραν πολύ μεταξύ των ασθενών και των φροντιστών τους.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ (Miller 1997), σε δείγμα 10 ασθενών με RRMS, βρέθηκε ότι τα κοινωνικά δίκτυα είχαν κυρίως θετικές επιδράσεις στη διαδικασία προσαρμογής απέναντι στη νόσο. Οι περισσότεροι ασθενείς εξέφρασαν μια αίσθηση ανακούφισης με τη διάγνωση, επειδή φοβόνταν ότι τα συμπτώματά τους ήταν αποτέλεσμα μιας θανατηφόρου ασθένειας, ή ότι έπασχαν από ψυχολογική αστάθεια. Οι συμμετέχοντες ένιωσαν φόβο λόγω της μη προβλέψιμης εξέλιξης της νόσου και πολλές φορές επιχείρησαν να αποκρύψουν από τον κοινωνικό τους περίγυρο ότι πάσχουν από ΠΣ, επειδή πίστευαν ότι δεν θα τους κατανοήσουν, λόγω του ότι η κοινωνία δεν είναι ενημερωμένη για τη νόσο.

Στην Αγγλία πραγματοποιήθηκε επίσης μία έρευνα (Charity 2013) για να διαπιστωθεί η σημασία της οικογένειας, των κοινωνικών σχέσεων και της παροχής φροντίδας από διεπιστημονική ομάδα στη διαχείριση της νόσου από τους ασθενείς και το αίσθημα ελπίδας για την εξέλιξή της. Ερωτήθηκαν 6 ασθενείς με RRMS και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι παρουσιάστηκαν ελλείμματα στην παροχή υπηρεσιών προσωποκεντρικής φροντίδας, γεγονός που οδηγεί σε μείωση της ελπίδας που νιώθει ο ασθενής για την εξέλιξη της νόσου του.

- **Η επίδραση της αντίληψης εαυτού και της κοινωνικής ταυτότητας στην ψυχολογική ευεξία**

Σκοπός της μετασύνθεσης των Barker et al (2014) ήταν η αξιολόγηση της κοινωνικής ταυτότητας του ατόμου μετά την ανακοίνωση της διάγνωσης ότι πάσχει από ΠΣ. Παρατηρήθηκε ότι η εμφάνιση της νόσου οδηγεί σε κακή ψυχολογική ευεξία, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε ανακατασκευή της ταυτότητας ενός ατόμου, λόγω της αλλαγής της εικόνας που έχει για τον εαυτό του. Συνολικά, εντοπίστηκαν 16 ποιοτικές μελέτες που υποστηρίζουν ότι η κοινωνική στήριξη και η υποστήριξη από την οικογένεια βοηθούν τους ασθενείς να δημιουργήσουν μια νέα ταυτότητα, να αποκτήσουν μία θετική αντίληψη του εαυτού τους και να θωρακίσουν τον εαυτό τους από τις αρνητικές συνέπειες που επιφέρουν οι αλλαγές στην καθημερινότητά τους λόγω της νόσου.

- **Η επίδραση της νόσου στη λειτουργικότητα του ατόμου στο σπίτι και στην εργασία**

Στη μελέτη των Jellie et al (2014) που πραγματοποιήθηκε στην Αυστραλία, σε δείγμα 19 ασθενών, εξετάστηκε η επίδραση της νόσου στην επαγγελματική ζωή του ατόμου και τη συμβολή της εργοθεραπείας στην αποκατάσταση της αστάθειας που βίωναν πολλοί από τους ασθενείς στο χώρο εργασίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι σημαντικό ρόλο στη διατήρηση της θέσης εργασίας παίζουν η κατανόηση των συμπτωμάτων από τον ίδιο τον ασθενή και η διαχείρισή τους, η μείωση του άγχους για τυχόν απώλεια της εργασίας, η διαχείριση της απώλειας της εμπιστοσύνης των ασθενών προς τον εαυτό τους και η κατανόηση από τον εργοδότη.

Σε μια άλλη μελέτη (Johnson et al 2004) που διεξήχθη στις ΗΠΑ, για τον εντοπισμό των πλεονεκτημάτων που έχουν, αλλά και των εμποδίων που αντιμετωπίζουν τα άτομα με ΠΣ στο χώρο εργασίας τους, συμμετείχαν 16 ασθενείς οι οποίοι εργάζονταν κατά το διάστημα διεξαγωγής της μελέτης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ανεργία ή κάποια αλλαγή στη θέση εργασίας αποτελεί πολύ αγχωτικό γεγονός, ενώ η παραμονή στον ίδιο χώρο εργασίας και η τροποποίηση των ρόλων και των ευθυνών στο σπίτι ώστε να επιτρέψουν στον ασθενή να συνεχίσει να εργάζεται, βοηθούν σημαντικά στην διατήρηση της ΠΖ σε καλό επίπεδο.

Μία άλλη έρευνα που επίσης πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ (Yorkston et al 2004) είχε ως σκοπό τη διερεύνηση των εμπειριών ασθενών με ΠΣ με ήπια έως μέτρια συμπτώματα κατά την άσκηση των καθημερινών δραστηριοτήτων στην εργασία ή στο σπίτι. Συμμετείχαν 14 ασθενείς και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι αν αντιλαμβάνονται σωστά τις απαιτήσεις των καθημερινών δραστηριοτήτων, έχοντας μία καλή εικόνα για τον εαυτό τους και καθορίζοντας τις προτεραιότητες τους, τότε είναι δυνατό να αντεπεξέρχονται στις υποχρεώσεις τους τόσο στον χώρο εργασίας όσο και στο σπίτι.

- **Στρατηγικές διαχείρισης της νόσου και η επίδρασή τους στην ΠΖ**

Στη μελέτη της Romagosa (2010), που πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ σε δείγμα 8 γυναικών με ΠΣ, διερευνήθηκε το πώς αυτές διαχειρίζονται την ασθένειά τους, ενεργοποιώντας τρόπους αυτοθεραπείας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γυναίκες αυτές ζουν την κάθε μέρα ως μοναδική, δίνουν έμφαση στις θετικές πτυχές αυτής της εμπειρίας που βιώνουν, επαναπροσδιορίζουν τις αξίες και προσπαθούν να διαδραματίσουν ενεργό ρόλο στη δική τους θεραπευτική διαδικασία.

Μία ακόμα μελέτη που έγινε στις ΗΠΑ (McMullen et al 2009), είχε ως σκοπό την κατανόηση των τεχνικών αυτοδιαχείρισης που εφαρμόζουν οι ασθενείς με ΠΣ για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της νόσου. Συμμετείχαν 12 ασθενείς, οι οποίοι αναφέρθηκαν σε προβλήματα κινητικότητας που αντιμετωπίζουν, στον πόνο και την κόπωση, καθώς και στη ΠΖ τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι όταν οι ασθενείς καταφέρνουν να διαχειριστούν τα ποικίλα συμπτώματα της νόσου και να αντιμετωπίσουν τις καθημερινές τους ανάγκες, τότε είναι σε θέση να βάλουν προτεραιότητες και να αντεπεξέλθουν ικανοποιητικά στην καθημερινότητα, βελτιώνοντας την ΠΖ τους.

Οι Plow et al (2009) στην μελέτη τους που επίσης πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ, θέλησαν να προσδιορίσουν τους παράγοντες που περιορίζουν ή προωθούν την αυτοδιαχείριση της ΠΣ. Σε αυτή συμμετείχαν 13 ασθενείς και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς με ενεργό ρόλο στη διαχείριση της νόσου, θετική στάση και εμπιστοσύνη στον εαυτό τους, είχαν μεγαλύτερη αυτό-αποτελεσματικότητα και μικρότερο άγχος όσον αφορά στη νόσο.

Ο σκοπός της μελέτης των Schneider & Young (2010) ήταν να διερευνήσει τις βιωματικές εμπειρίες 7 γυναικών που πάσχουν από ΠΣ και το πώς εκείνες αντιλαμβάνονται τα εμπόδια (εσωτερικά και εξωτερικά) σε σχέση με τη σωματική δραστηριότητα. Τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι είναι σημαντικό για τους γιατρούς να κατανοήσουν την εμπειρία του ασθενή και την επίδραση που έχει η νόσος σε διάφορες πτυχές της ζωής τους, όπως η σωματική δραστηριότητα. Αυτό θα βοηθήσει στην ανάπτυξη μιας ουσιαστικής σχέσης ιατρού-ασθενή και θα ενθαρρύνει τις ασθενείς αυτές να ακολουθήσουν ένα σχέδιο αυτό-διαχείρισης της νόσου.

Τέλος, σε μια άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αυστραλία (Dodd et al 2006) αξιολογήθηκαν οι απόψεις 9 ασθενών με ΠΣ για τις θετικές ή αρνητικές επιπτώσεις που θεωρούσαν ότι είχε η εφαρμογή ενός προγράμματος άσκησης με αντιστάσεις και εντοπίστηκαν οι παράγοντες που θα διευκόλυναν ή θα εμπόδιζαν την συμμετοχή τους σε ένα τέτοιο πρόγραμμα. Οι ασθενείς μετά τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα αυτό για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, αφηγήθηκαν ότι παρουσίασαν βελτίωση στη σωματική και στην ψυχολογική υγεία, ενώ εμφάνισαν λιγότερη κόπωση. Θετικοί παράγοντες για τη συμμετοχή στο πρόγραμμα ήταν η ενθάρρυνση και η γνώση της άσκησης από τους υπεύθυνους γυμναστές, καθώς η απόλαυση που νιώθουν και τα σημάδια βελτίωσης και η θετική στάση που είχε κάποιος από πριν για τα οφέλη της άσκησης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Καθώς, η νόσος της ΠΣ επηρεάζει ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού παγκοσμίως, πολλοί είναι οι ερευνητές που μελετούν, τη ΣΥΠΖ αυτών των ασθενών και τις διαστάσεις της, είτε με ποσοτικές, είτε με ποιοτικές μεθοδολογικές προσεγγίσεις. Παράγοντες όπως τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, τα συμπτώματα και ο βαθμός αναπηρίας, οι θεραπείες και οι συμπεριφορές υγείας, το άγχος, η κατάθλιψη, καθώς και η διαθεσιμότητα ή μη κοινωνικής υποστήριξης, φάνηκαν μέσα από τα αποτελέσματα των περισσότερων ποσοτικών μελετών, ότι επηρεάζουν διάφορες διαστάσεις της ΣΥΠΖ των ασθενών με ΠΣ. Η σημαντικότητα της κοινωνικής υποστήριξης και των στρατηγικών διαχείρισης όπως είναι η δυνατότητα αυτοφροντίδας, αναδείχθηκαν και μέσα από τα ευρήματα των ποιοτικών μελετών. Σε αυτές επίσης, διαπιστώθηκε η ανάγκη για παροχή εξατομικευμένης φροντίδας στους ασθενείς με ΠΣ σε όλες τις φάσεις της νόσου τους, συμπεριλαμβανομένων και των υποτροπών.

Προς αυτή την κατεύθυνση λοιπόν θα πρέπει να εστιάσουν οι επαγγελματίες υγείας, σχεδιάζοντας ολιστικά προγράμματα παρέμβασης για τη διαχείριση της νόσου και την ενίσχυση της κοινωνικής στήριξης των ατόμων με ΠΣ. Μελλοντικές έρευνες ποσοτικών, αλλά κυρίως ποιοτικών

μεθοδολογικών προσεγγίσεων θα μπορούσαν να εστιάσουν στη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας αυτών των παρεμβάσεων, οι οποίες θα αναδεικνύουν μέσα από το βίωμα της παρεχόμενης φροντίδας, τις εμπειρικά τεκμηριωμένες ανάγκες των ασθενών με ΣΠ.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Alshubaili F., Awadalla W., Ohaeri U. & Mabrouk A. (2007). Relationship of depression, disability, and family caregiver attitudes to the quality of life of Kuwaiti persons with multiple sclerosis: a controlled study. *BMC Neurology* 7:31.

Andreatini R., Sartoni V.A. Leite JR. & Oliveira AS. (1994). Panic attacks in a multiple sclerosis patient. *Biological Psychiatry* 35: 133-134

Asano M., Hawken K., Turpin M., Eitzen A. & Finlayson M. (2015). The Lived Experience of Multiple Sclerosis Relapse: How Adults with Multiple Sclerosis Processed Their Relapse Experience and Evaluated Their Need for Postrelapse Care. *Multiple Sclerosis International* 351416

Balak DM., Hengstman JD, Hajdarbegovic E., van den Brule RJ., Hupperts RMM. & Thio HB. (2013). Prevalence of cutaneous adverse events associated with long-term disease-modifying therapy and their impact on health-related quality of life in patients with multiple sclerosis: a cross-sectional study. *BMC Neurology* 13:146.

Barker AB., Nair R., Lincoln NB. & Hunt N. (2014). Social identity in people with multiple sclerosis: a meta-synthesis of qualitative research. *Social Care and Neurodisability* 5: 256 – 267.

Beatty WW., Blanco CR., Wilbanks SL., Paul RH. & Hames KA. (1995). Demographic, clinical and cognitive characteristics of multiple sclerosis patients who continue to work. *Neurorehabilitation & Neural Repair* 9: 167-173.

Beatty WW. & Paul RH. (2000). Neuropsychiatric aspects of multiple sclerosis and other demyelinating disorders. In: BJ. Sadock & VA. Sadock (7thEds). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* (pp. 708- 725), Lippincott Williams & Wilkins

Beck RW., Trobe JD., Moke PS., Gal RL., Xing D. & Bhatti MT. (2003). High and low risk profiles for the development of multiple sclerosis within 10 years after optic neuritis. Experience of the Optic Neuritis treatment trial. *Archives of Ophthalmology* 121: 944-949.

Bjartmar C., Wujek J.R. & Trapp BD. (2003). Axonal loss in the pathology of MS: consequences for understanding the progressive phase of the disease. *Journal of Neurological Sciences* 206: 165-171.

Brex PA., Ciccarelli O., O'Riordan JI., Sailer M., Thompson AJ. & Miller DH. (2002). A longitudinal study of abnormalities on MRI and disability from multiple sclerosis. *New England Journal of Medicine* 246: 158-164.

Bueno AM., Sayao AL., Yousefi M., Devonshire V., Traboulsee A. & Tremlett H. (2015). Health-related quality of life in patients with longstanding 'benign multiple sclerosis'. *Multiple Sclerosis and Related Disorders* 4: 31-8.

Buhse M., Banker WM. & Clement LM. (2014). Factors Associated with Health-Related Quality of Life Among Older People with Multiple Sclerosis. *JMS Care* 16:10–19.

Bullinger M. (2003). International compatibility of health interview surveys: An overview of methods and approaches. In: A. Noskov & C. Gudex (Eds). EUROHIS: *Developing Common Instruments for Health Surveys* (pp. 1-11). IOS Press.

Casetta I., Trond R., Nortvedt MW., Economou NT., De Gennaro R., Fazio P., Cesnik E., Govoni V. & Granieri E. (2009). Gender differences in health-related quality of life in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*15: 1339-1346.

Compston A. & Coles A. (2002). Multiple Sclerosis. *Lancet* 359: 1221-1231.

Confavreux C., Vukusic S., Moreau T. & Adeleine P. (2000). Relapses and progression of disability in multiple sclerosis. *New England Journal of Medicine* 343: 1430-1438.

Courts NF., Buchanan EM.& Werstlein PO. (2004). Focus Groups: The Lived Experience of Participants with Multiple Sclerosis. *Journal of Neuroscience Nursing* 36(1):42–47

Dalgas U., Stenager E., Jakobsen J., Petersen T., Hansen HJ., Knudsen C., Overgaard K. & Ingemann-Hansen T. (2010). Fatigue, mood and quality of life improve in MS patients after progressive resistance training. *Multiple Sclerosis* 16(4):480-490

Davies F., Edwards A., Brain K., Edwards M., Jones R., Wallbank R., Robertson NP. & Wood F. (2015). You are just left to get on with it': qualitative study of patient and carer experiences of the transition to secondary progressive multiple sclerosis. *BMJ Open*, 5 (7) e007674.

Delgado-Mendilá var JM., Cadenas-Dá az JC., Ferná ndez-Torrico JM., Navarro-Mascarell G. & Izquierdo G. (2005). A study of the quality of life in cases of multiple sclerosis. *Revue Neurologique* 41(5):257-62.

Di Lorenzo TA., Halper J. & Picone M.A. (2009). Quality of life in MS: Does aging enhance perceptions of mental health? *Disability and Rehabilitation* 31(17): 1424-1431.

Dodd KJ., Taylora NF., Denisenko S. & Prasad D. (2006). A qualitative analysis of a progressive resistance exercise programme for people with multiple sclerosis. *Disability and Rehabilitation* 28(18): 1127-1134.

Ferná ndez O., Baumstarck-Barrau K., Simeoni MC. & Auquier P. (2011). Patient characteristics and determinants of quality of life in an international population with multiple sclerosis: Assessment using the MusiQoL and SF-36 questionnaires. *Multiple Sclerosis* 17(10):1238-49

Filippi M, Rovaris M, Rocca MA., Sormani MP., Wolinsku JS. & Comi G. (2001). Glatiramer acetate reduces the proportion of new MS lesions evolving into "black holes". *Neurology* 57:731-733.

Flachenecker P. & Rieckman P. (2003). Early intervention in multiple sclerosis: better outcomes for patients and society? *Drugs* 63: 1525-1533.

Flensner G., Landtblom AM., Söderhamn O. & Ek AC. (2013). Work capacity and health-related quality of life among individuals with multiple sclerosis reduced by fatigue: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 13:224.

Forbes A., While A., Mathes L. & Griffiths P. (2006). Health problems and health-related quality of life in people with multiple sclerosis. *Clinical Rehabilitation* 20: 67-78.

Fruewald S., Loeffler-Stastka H., Eher R., Saletu B. & Baumhacki U. (2008). Depression and quality of life in multiple sclerosis. *Acta Neurologica Scandinavica* 104: 257–261.

Ghafari S., Fallahi-Khoshknab M., Nourozi K. & Mohammadi E. (2015). Patients' experiences of adapting to multiple sclerosis: a qualitative study. *Contemporary Nurse Journal* 5: 36-49.

Gupta S., Goren A., Phillips AL., Dangond F. & Stewart M. (2014). Self-reported severity among patients with multiple sclerosis in the U.S. and its association with health outcomes. *Multiple Sclerosis Related Disorders* 3: 78-88.

Hadgkiss EJ., Jelinek GA., Weiland TJ., Pereira NG., Marck CH. & van der Meer DM. (2015). The association of diet with quality of life, disability, and relapse rate in an international sample of people with multiple sclerosis. *Nutritional Neuroscience* 18(3): 125-136

Hanefeld F., Bauer HJ., Christen HJ., Kruse B., Bruhn H. & Frahm J. (1991). Multiple sclerosis in childhood: Report of 15 cases. *Brain & Development* 13: 410- 416.

Hauser S. & Goodin D. (2001). Multiple Sclerosis. In: Braunwald, E., Fauci, A.S., Kasper, D.L., Hauser, S.L., Longo, D.L. & Jameson, J.L. (Eds.), *Harrison's Principles of Internal Medicine* McGraw Hill. New York, 2452-2461.

Heiskanen S., Vickrey B. & Pietilä AM. (2011). Health-related quality of life and its promotion among multiple sclerosis patients in Finland. *International Journal of Nursing Practice* 17: 187–194.

Janzen W., Turpin K., Warren S., Ruth AM. & Warren K. (2013). Change in the Health-Related Quality of Life of Multiple Sclerosis Patients over 5 Years. *International Journal of MS Care* 15: 46-53.

Jean A. (1995). Diseases of the nervous system in childhood. *Neurology* 45: 703-708.

Jellie B., Sweetland J., Riazi A., Cano SJ. & Playford ED. (2014). Staying at work and living with MS: a qualitative study of the impact of a vocational rehabilitation intervention. *Disability and Rehabilitation* 36: 1594-9.

Johnson KL., Yorkston KM., Klasner ER., Kuehn CM., Johnson E. & Amtmann D. (2004). The cost and benefits of employment: a qualitative study of experiences of persons with multiple sclerosis. *Physical Medicine and Rehabilitation* 85: 201–209.

Kargarfard M., Eetemadifar M., Mehrabi M., Maghzi AH. & Hayatbakhsh MR. (2012). Fatigue, depression, and health-related quality of life in patients with multiple sclerosis in Isfahan, Iran. *European Journal of Neurology* 19: 431–437.

Kinkel RP., Laforet G. & You X. (2015). Disease-related determinants of quality of life 10 years after clinically isolated syndrome. *International Journal of MS Care* 17: 26-34.

Kita M., Fox R., Gold R., Giovannoni G., Phillips J., Sarda S., Kong J., Viglietta V., Sheikh S., Okwuokenye M. & Kappos L. (2014). Effects of Delayed-Release Dimethyl Fumarate (DMF) on Health-Related Quality of Life in Patients With Relapsing-Remitting Multiple Sclerosis: An Integrated Analysis of the Phase 3 DEFINE and CONFIRM Studies. *Clinical Therapeutics* 36: 1958-71.

Klevan G., Farbu E., Jacobsen CO., Aarseth JH., Myhr KM., Nyland H., Glad S., Lode K., Figved N. & Larsen JP. (2014). Health related quality of life in patients recently diagnosed with multiple sclerosis. *Acta Neurolorica Scandinavica* 129: 21–26.

Kohn CG., Baker WL., Sidovar MF. & Coleman CI. (2014). Walking Speed and Healthá Related Quality of Life in Multiple Sclerosis. *The Patient-Patient-Centered Outcomes Research* 7: 55-61.

Koopman W. & Schweitzer A. (1999). The journey to multiple sclerosis: a qualitative study. *Journal of Neuroscience Nursing* 31: 17-26.

Lassmann H., Bruck W. & Lucchinetti C. (2001). Heterogeneity of multiple sclerosis pathogenesis: implications for diagnosis and therapy. *Trends of Molecular Medicine* 7: 115-121.

Levin AB., Hadgkiss EJ., Weiland TJ., Marck CH., van der Meer DM., Pereira NG. & Jelinek GA. (2014). Can Meditation Influence Quality of Life, Depression, and Disease Outcome in Multiple Sclerosis? Findings from a Large International Web-Based Study. *Behavioural Neurology* 916519.

Lublin FD. & Reingold SC. (1996). Defining the clinical course of multiple sclerosis: results of an international survey. National multiple sclerosis society (USA) advisory committee on clinical trials of new agents in multiple sclerosis. *Neurology* 46: 907-911.

Lucchinetti C., Brück W., Parisi J., Scheithauer B., Rodriguez M. & Lassmann H. (2000). Heterogeneity of multiple sclerosis: implications for the pathogenesis of demyelination. *Annals of Neurology* 47: 707-717.

Marck CH., Hadgkiss EJ., Weiland TJ., van der Meer DM., Pereira NG. & Jelinek GA. (2014). Physical activity and associated levels of disability and quality of life in people with multiple sclerosis: a large international survey. *BMC Neurology* 14:143.

Metz L. (1998). Multiple sclerosis: Symptomatic therapies. *Seminars in Neurology* 18: 389-395.

Miller CM. (1997). The lived experience of relapsing multiple sclerosis: a phenomenological study. *Journal of Neuroscience Nursing* 29: 294-304.

Miller A. & Dishon S. (2006). Health-related Quality of Life in Multiple Sclerosis: The Impact of Disability, Gender and Employment Status. *Quality of Life Research* 15: 259-271.

Miller DH., Weinshenker BG., Filippi M., Banwell BL., Cohen JA., Freedman MS., Galetta SL., Hutchinson M., Johnson R.T., Kappos L., Kira J., Lublin FD., McFarland HF., Montalban X., Panitch H., Richert JR., Reingold SC. & Polman CH. (2008). Differential diagnosis of suspected multiple sclerosis: a consensus approach. *Multiple Sclerosis* 14: 1157-1174.

Mitchell AJ., Benito-Leá n J., Gonzá lez JM. & Rivera-Navarro J. (2005). Quality of life and its assessment in multiple sclerosis: integrating physical and psychological components of wellbeing. *Lancet Neurology* 4: 556-66.

Mokhber N., Azarpazhooh A., Orouji E., Khorram B., Modares Gharavi M., Kakhi S., Khallaghi H. & Azarpazhooh MR. (2015). Therapeutic effect of Avonex, Rebif and Betaferon on quality of life in multiple sclerosis. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 69(10): 649-57.

Motl RW., McAuley E., Snook EM. & Gliottoni RC. (2008). Physical activity and quality of life in multiple sclerosis: Intermediary roles of disability, fatigue, mood, pain, self-efficacy and social support. Psychology, *Health & Medicine* 14: 111-124.

Motl RW., McAuley E., Wynn D., Sandroff B. & Suh Y. (2013). Physical activity, self-efficacy, and health-related quality of life in persons with multiple sclerosis: analysis of associations between individual-level changes over one year. *Quality of Life Research* 22: 253–261.

Multiple Sclerosis International Federation-MSIF, Atlas of MS 2013. Available at: http://www.msif.org/about-us/advocacy/atlas/atlas-of-ms/ [accessed 15 April 2014]

Noseworthy JH., Luccinetti C., Rodrigues M. & Weishenker BG. (2000). Multiple Sclerosis. *New England Journal of Medicine* 343: 938-952.

Patrick B. & Erickson P.D. (1993). Health Status and Health Policy. *Allocating Resources to Health Care*. Oxford: Oxford University Press.

Patten SB., Beck CA. & Williams JVA. (2003). Major depression in multiple sclerosis: A population-based perspective. *Neurology* 61:1524-1527.

Plow MA., Resnik L. & Allen SM. (2009). Exploring physical activity behaviour of persons with multiple sclerosis: a qualitative pilot study. *Disability and Rehabilitation* 31: 1652-65.

Pluta-Fuerst A., Petrovic K., Berger T., Fryze W., Fuchs S., Gold R., Kozubski W., Ladurner G., Petereit H., Potemkowski A., Rieckmann P., Sailer M., Szczudlik A., Vass K., Weber T., Zakrzewska-Pniewska B. & Fazekas F. (2011). Patient-reported quality of life in multiple sclerosis differs between cultures and countries: a cross-sectional Austrian–German–Polish study. *Multiple Sclerosis* 17: 478-486.

Polman CH., Reingold SC., Edan G., Filippi M., Hartung HP., Kappos L., Lublin FD., Metz LM., McFarland HF., O'Connor PW., Sandberg-Wollheim M., Thompson AJ., Weinshenker BG. & Wolinsky JS. (2005). Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2005 revisions to the "McDonald Criteria". *Annals of Neurology* 58:840-846.

Pui-Ming LM., Jelinek GA., Weiland TJ., Mackinlay CA., Dye S. & Gawler I. (2010). Effect of a residential retreat promoting lifestyle modifications on health-related quality of life in people with multiple sclerosis. *Quality in Primary Care* 18:379–89.

Putzki N., Fischer J., Gottwald K., Reifschneider G., Ries S., Siever A., Hoffmann F., Käfferlein W., Kausch U., Liedtke M., Kirchmeier J., Gmünd S., Richter A., Schicklmaier P., Niemczyk G., Wernsdörfer C. & Hartung HP.; "Mensch im Mittelpunkt" Study Group. (2009). Quality of life in 1000 patients with early relapsing-remitting multiple sclerosis. *European Journal of Neurology* 16: 713-20.

Riazi A., Bradshaw S. & Playford D. (2012). Quality of life in the care home: a qualitative study of the perspectives of residents with multiple sclerosis. *Disability and Rehabilitation* 34: 2095-2102.

Rickards H. (2005). Depression in neurological disorders: Parkinson's disease, multiple sclerosis, and stroke. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 76: 48-52.

Romagosa CJ. (2010). *Women confronting the reality of Multiple Sclerosis: a qualitative model of self-healing*. PhD, Department of Health Promotion and Education, University of Utah.

Romberg A., Virtanen A. & Ruutiainen J. (2005). Long–term exercise improves functional impairment but not quality of life in multiple sclerosis. *Journal of Neurology* 252: 839-845.

Ron M. (2003). Psychiatric aspects of neurological disease. In: G. Gelder, J. Lopez- Ibor & N. Andreasen (Eds). *New Oxford Textbook of Psychiatry* (pp. 1147-1151). Oxford: Oxford Univ PR.

Roth E.& Cafasso J.(2015). *Promising New Treatments for Multiple Sclerosis*. Available at: http://www.healthline.com/health/multiple-sclerosis/promising-new-treatments#1 [accessed 12 November 2015].

Samartzis L., Gavala E., Zoukos Y., Aspiotis A. & Thomaides T. (2014). Perceived cognitive decline in multiple sclerosis impacts quality of life independently of depression. *Rehabilitation Research and Practice* 128751.

Schairer LC., Foley FW., Zemon V., Tyry T., Campagnolo D., Marrie RA., Gromisch ES. & Schairer D. (2014). The impact of sexual dysfunction on health-related quality of life in people with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis* 20: 610-616.

Schneider M. & Young N. (2010). So this is my new life: A Qualitative Examination of Women Living with Multiple Sclerosis and the Coping Strategies They Use When Accessing Physical Activity. *Disability Studies Quarterly* 30: 1-13

Segal J. & Simkins J. (1996). *Helping Children with Ill or Disabled Parents: A Guide for Parents and Professionals*. London : Jessica Kingsley

Seligman ME. (1975). *Helplessness On Depression Development and Death*. San Francisco: W.H.Freeman & Co.

Sharon W. & Kenneth G.W. (2004). *Πολλαπλή σκλήρυνση*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

Siegert RJ. & Abernethy DA. (2005). Depression in multiple sclerosis: a review. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* 76: 469-475.

Somerset M., Sharp D. & Campbell R. (2002). Multiple sclerosis and quality of life: a qualitative investigation. *Journal Health Services Research Policy* 7: 151-9.

Tepavceviá DK., Pekmezoviá T. & Druloviá J. (2009). Quality of life assessment in patients with multiple sclerosis. *Vojnosanitetski Pregled* 66: 645-50.

Tepavcevic DK., Pekmezovic T., Stojsavljevic N., Kostic J., Dujmovic Basuroski I., Mesaros S. & Drulovic J. (2013). Predictive value of health-related quality of life in progression of disability and depression in persons with multiple sclerosis: a 3-year study. *Acta Neurologica Belgica* 113: 403–409.

Theofilou P. (2013). Sociodemographic and Clinical Determinants of Quality of Life and Health Representations in Greek Patients With Multiple Sclerosis. *Europe's Journal of Psychology* 9: 33–50.

Tintoré M., Rovira A. & Rio J. (2006). Baseline MRI predicts future attacks and disability in clinically isolated syndromes. *Neurology* 67: 968-972.

Tomassini V., Onesti E. & Mainero C. (2005). Sex hormones modulate brain damage in multiple sclerosis: MRI evidence. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry* 76: 272-275.

Twork S., Wiesmeth S., Spindler M., Wirtz M., Schipper S., Pöhlau D., Klewer J. & Kugler J. (2010). Research Disability status and quality of life in multiple sclerosis: non-linearity of the Expanded Disability Status Scale (EDSS). *Health and Quality of Life Outcomes* 8:55.

Vasconcelos AG., Haase VG., Lima EP. & Lana-Peixoto MA. (2010). Maintaining quality of life in multiple sclerosis Fact, fiction, or limited reality? *Arquivos de Neuro-Psiquiatria* 68: 726-730.

Weinshenker BG., Bass B. & Rice GP. (1989). The natural history of multiple sclerosis: a geographically based study, 1: Clinical course and disability. *Brain* 112: 133-146.

Wollin JA., Spencer N., McDonald E., Fulcher G., Bourne M. & Simmons RD. (2013). Longitudinal changes in quality of life and related psychosocial variables in australians with multiple sclerosis. *International Journal of MS Care* 15: 90-97.

Yorkston KM., Klasner ER. & Swanson KM. (2004). A Qualitative Study of the Experiences of Individuals With Multiple Sclerosis. *American Journal of Speech-Language Pathology* 10:126-137.

Καστανιάς Θ. & Τοκμακίδης Σ. (2008). Η άσκηση ως μέσο προαγωγής της λειτουργικής ικανότητας και της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 25: 720-728.

Κουτσουράκη Ε. (1998). Συναισθηματικές διαταραχές στους ασθενείς με Σ.Κ.Π.. *Πρακτικά 4ου πανελλήνιου συνεδρίου Σκλήρυνσης κατά Πλάκας: Σύγχρονες προσεγγίσεις- Νέες προοπτικές*. Θεσσαλονίκη, 21-22 Νοεμβρίου, (σελ.170-172).

Κουτσουράκη Ε. (2002). Διαταραχές συμπεριφοράς στους σκληρυντικούς ασθενείς. *Πρακτικά 6ου Πανελλήνιου Συνεδρίου Ελληνικής Εταιρείας για τη Σκλήρυνση κατά Πλάκας*, Θεσσαλονίκη.

Μακρή Σ. (2013). *Διαχείριση ποιότητας ζωής πασχόντων από σκλήρυνση κατά πλάκας*. MSc Μεταπτυχιακή εργασία, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

Μπαλογιάννης Σ. (2004). Η πολλαπλή σκλήρυνσις (Σκλήρυνσις κατά πλάκας, Διάσπαρτος Σκλήρυνσις, Διάσπαρτος Εγκεφαλομυελίτις). Στο Σ.Μπαλογιάννης. *Νευρολογία* τόμος IV (σελ. 12-153), Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Παρναράς

Πολυκανδριώτη Μ. & Κυρίτση Ε. (2006). Ποιότητα ζωής των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας. *Νοσηλευτική* 45(2): 207-214.

Τριανταφύλλου Ν. (2000). Η θεραπεία της σκλήρυνσης κατά πλάκας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 20: 477-483.

Ωρολογάς Α. (2000). Πολλαπλή Σκλήρυνση. Στο Σ. Αθανασιάδης (Εκδ), *Θεραπευτική Αντιμετώπιση των Συμπτωμάτων της Σκλήρυνσης Κατά Πλάκας* (σελ. 13-17). Θεσσαλονίκη.

Psychosocial dimensions and quality of life of patients with multiple sclerosis: A literature review from 2000 - 2015

Glykeria Tsoungou[1], Anastasios Tzenalis[2], Thalia Bellali[3]
1. Economist, Msc Health Management of Hellenic Open University, Greece
2. RN, MSc, PhD, Papageorgiou General Hospital of Thessaloniki
3. Tutor of Hellenic Open University, Associate Professor, Nursing Department, "Alexandreio" Technological Educational Institute of Thessaloniki, Greece

ABSTRACT

The impact of multiple sclerosis (MS) in quality of life (QoL) of people has been studied more than any other neurological disorder. The purpose of this article is to present the main findings of the studies carried out from 2000 to 2015, through a review of international and Greek literature. 57 studies identified (39 quantitative and 18 qualitative) worldwide. In quantitative studies investigated the level of QoL and its correlation with various factors, such as demographic and clinical characteristics of the patients, the symptoms of the disease, the degree of disability, the various treatments, mental disorders, and the existence of social support. In qualitative studies, the researchers focused on more specific issues, or in some dimensions of the lived experience of patients, which directly or indirectly affect their overall QoL. The research findings will enlighten health professionals to set empirically based treatment goals in clinical practice in order to improve the QoL of patients with MS and also to focus their research goals in new fields that appear not to be adequately studied.

KEYWORDS: Health related quality of life, health professionals, multiple sclerosis, psychosocial adjustment, quality of life

Corresponding Author: Glykeria Tsoungou
Contact Address: 18, Kazazi str., GR-55133, Thessaloniki
E-mail: gtsoug@gmail.com
Telephone Number: +306942409731

Submission Date: 22 Nov 2015
Publication Date: 14 Jan 2016

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Πνευματικότητα/ θρησκευτικότητα και σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνια και απειλητικά για τη ζωή νοσήματα

Ευγενία Μηνασίδου[1],Κυριακή Σπανούδη[2],Θεοδώρα Καυκιά[3]

1. Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Θεσ/νίκης
2. Θεολόγος, MSc (c)Ποιμαντικής Θεολογίας και Ψυχολογίας ΕΚΠΑ
3. Καθηγήτρια Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Θεσ/νίκης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Για πολλούς ασθενείς με χρόνια και απειλητικά για τη ζωή νοσήματα, η κάλυψη των πνευματικών και θρησκευτικών αναγκών είναι σημαντικότερη από την κάλυψη των βιολογικών και σωματικών αναγκών. Ως πνευματικότητα ορίζεται ο τρόπος με τον οποίο το άτομο προσπαθεί να δώσει νόημα και σκοπό στη ζωή του και στην εμπειρία της επαφής του με τον ίδιο του τον εαυτό, τους άλλους, τη φύση και τις υπερφυσικές δυνάμεις. Αντιθέτως, ως θρησκευτικότητα ορίζεται η αποδοχή συγκεκριμένων τελετουργιών και πεποιθήσεων στο πλαίσιο μας οργανωμένης και δομημένης θρησκείας είτε δημόσια, είτε ιδιωτικά. Η θρησκευτικότητα μπορεί να αποτελεί μέσο έκφρασης της πνευματικότητας. Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι, μέσα από τα αποτελέσματα διεθνών μελετών, να περιγραφούν οι έννοιες της πνευματικότητας και θρησκευτικότητας και να διερευνηθεί η επίδρασή τους στην ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνια και απειλητικά για τη ζωή νοσήματα. Η πνευματικότητα και η θρησκευτικότητα φαίνεται να έχουν θετικά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση της νόσου και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ατόμου που βιώνει χρόνια και απειλητική για τη ζωή νόσο. Η ικανοποίηση των πνευματικών και θρησκευτικών αναγκών των ατόμων με χρόνιες και απειλητικές για τη ζωή νόσους αποτελεί προτεραιότητα της ολιστικής προσέγγισης της φροντίδας και θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στο σχεδιασμό και την εφαρμογή της από τους επαγγελματίες υγείας.

Λέξεις Κλειδιά: Απειλητικά Νοσήματα, θρησκευτικότητα, πνευματικότητα, ποιότητα ζωής

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας: Ευγενία Μηνασίδου
Διεύθυνση Επικοινωνίας: Γ. Τσόντου, 3-5 Θεσσαλονίκη
Ηλεκτρονική Διεύθυνση: eminasid68@gmail.com
Τηλέφωνο: 6942555487

Ημερομηνία Υποβολής: 05/12/2015
Ημερομηνία Δημοσίευσης: 26/01/2016

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα,η πνευματικότητα και η θρησκευτικότητα βοηθούν στην αντιμετώπιση των στρεσσογόνων καταστάσεων που βιώνουν**
- **Οι χρόνιοι ασθενείς με υψηλά επίπεδα πνευματικότητας, εμφανίζουν καλύτερες συμπεριφορές υγείας, αυξημένη κοινωνική αλληλεπίδραση και καλύτερη ψυχική υγεία και ποιότητα ζωής**
- **Για έναν αριθμό ασθενών, οι πνευματικές ανάγκες είναι σημαντικότερες από τις βιολογικές**
- **Η κάλυψη των πνευματικών/θρησκευτικών αναγκών των χρόνιων ασθενών θα πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της ολιστικής φροντίδας**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Δεκάδες εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως αντιμετωπίζουν χρόνιες ή/και απειλητικές για τη ζωή ασθένειες που προκαλούν σημαντικές σωματικές, συναισθηματικές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις στους ίδιους τους ασθενείς, τις οικογένειες τους και την κοινωνία ευρύτερα (Bishop 2005). Η κάλυψη των πνευματικών αναγκών αυτών των ασθενών αποτελεί πρωταρχική μέριμνα της ολιστικής φροντίδας, καθώς φαίνεται να συμβάλει στην καλή κατάσταση των ασθενών και να επιδρά στην Ποιότητα Ζωής (ΠΖ) τους (McSherry & Ross 2010, Mok et al 2010).

Οι McSherry & Ross (2010) και ο Guay et al (2011), αναφέρουν πως σε ορισμένους ασθενείς οι πνευματικές και θρησκευτικές ανάγκες είναι σημαντικότερες από τις βιολογικές/σωματικές. Οι πνευματικές και θρησκευτικές αναζητήσεις μπορούν να συμβάλλουν στην καλύτερη αντιμετώπιση και αποδοχή της νόσου, που με τη σειρά της μπορεί να έχει αντίκτυπο στην ΠΖ τους.

Η διάγνωση μιας απειλητικής για τη ζωή νόσου, αποτελεί μια κρίσιμη καμπή για κάθε ασθενή και έρευνες δείχνουν ότι η πνευματικότητα μπορεί να συμβάλλει θετικά στην αντιμετώπιση της κατάστασης, δίνοντας δύναμη και ελπίδα, βελτιώνοντας την ΠΖ (Ross 2006, Tarakeshwar et al 2006, Balboni et al 2010), ενώ αντίθετα η αρνητική στάση (π.χ. θυμός για το Θεό) σχετίζεται με κακή ΠΖ (Sherman et al 2005).Υπάρχουν ενδείξεις πως η πνευματικότητα συμβάλλει σημαντικά στην αντιμετώπιση της ασθένειας δίνοντας θάρρος, κουράγιο και ελπίδα. Επιπλέον, η πνευματική ευεξία φαίνεται να σχετίζεται θετικά με την ΠΖ και τη μαχητικότητα στηναντιμετώπιση της νόσου (Mc Sherry & Ross 2010).

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας γίνεται αντιληπτό πως οι όροι θρησκευτικότητα και πνευματικότητα διαπλέκονται και χρησιμοποιούνται εναλλακτικά, όπως και στο παρόν άρθρο, προκειμένου να περιγράψουν τις θρησκευτικές και πνευματικές ανάγκες των ασθενών. Αυτό συμβαίνει γιατί οι δύο έννοιες είναι άρρηκτα συνδεδεμένες και η διάκρισή τους δύσκολη. Στην πραγματικότητα, η πρώτη περιγράφει την αποδοχή συγκεκριμένων τελετουργιών και πεποιθήσεων στο πλαίσιο μιας οργανωμένης θρησκείας. Περιλαμβάνει τα πιστεύω και την ενεργό συμμετοχή στη ζωή και τη λατρεία της θρησκείας. Από την άλλη πλευρά, η πνευματικότητα αφορά στον τρόπο που το άτομο προσπαθεί να δώσει νόημα και σκοπό στη ζωή του. Σχετίζεται με τον ανθρωπισμό, τις αξίες, το ήθος και την πνευματική-ψυχική ανάταση.

Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι να περιγραφούν οι έννοιες της πνευματικότητας και θρησκευτικότητας, καθώς και να διερευνηθεί η επίδρασή τους στην ΠΖ ασθενών με χρόνια και απειλητικά για τη ζωή νοσήματα. Συγκεκριμένα, θα παρουσιαστούν οι διάφορες ερμηνείες που έχουν συνδεθεί με την πνευματικότητα καιτη θρησκευτικότητα στο πέρασμα των χρόνων. Στη συνέχεια θα γίνει η σύνδεση των δυο εννοιών με χρόνια νοσήματα όπως είναι η Χρόνια Νεφρική Νόσος, οι νεοπλασματικές νόσοι και η HIV-Λοίμωξη/AIDS. Απώτερος στόχος είναι η ανάδειξη των πνευματικών και θρησκευτικών αναγκών και η σημασία τους στην παροχή ολιστικής φροντίδας.

ΟΙ ΕΝΝΟΙΕΣ ΤΗΣ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Η πνευματικότητα (spirituality) αποτελεί ένα πολύπλοκο φαινόμενο, δύσκολο να οριστεί ξεκάθαρα. Μελετητές προτείνουν την αντικατάσταση του όρου με αυτή του «νόημα και αξίες ζωής». Το 2009 οι Puchalski et al, όρισαν την πνευματικότητα ως τον τρόπο με τον οποίο το άτομο προσπαθεί να δώσει νόημα και σκοπό στη ζωή του, καθώς επίσης και στην εμπειρία της επαφής του με τον ίδιο του τον εαυτό, τους άλλους, τη φύση και τις υπερφυσικές δυνάμεις. Σύμφωνα με τον Sulmasy (2007) μπορεί να θεωρηθεί ως η προσωπική εμπειρία και επαφή με το υπερφυσικό, μέσα από τη θρησκεία ή άλλα μονοπάτια. Συνδέεται με ενάρετες δυνάμεις και σχετίζεται με την καλλιέργεια της ψυχής και την επαφή με μια ανώτερη δύναμη (Barnum1996). Οι Dyson et al (1997), μετά από ανασκόπηση της βιβλιογραφίας διατύπωσαν την άποψη ότι βασικά στοιχεία της πνευματικότητας αποτελούν η θρησκεία, η σχέση με τον εαυτό, τους άλλους και το Θεό, το νόημα της ζωής, η ελπίδα και οι αξίες και πεποιθήσεις του ατόμου. Το 2009, οι Vachon et al συνέδεσαν την πνευματικότητα με 11 διαστάσεις: το σκοπό και το νόημα ζωής, την υπέρβαση του εγώ, την υπέρβαση με τη βοήθεια μιας ανώτερης δύναμης, τις πεποιθήσεις και την πίστη, την ελπίδα, τη στάση απέναντι στο θάνατο, τα συ-

ναισθήματα για την κοινωνία και την κοινωνική στήριξη, το νόημα της ζωής και τους προβληματισμούς για τις βασικές αξίες της. Παρά το γεγονός ότι κάθε μία από τις παραπάνω περιγραφές προσφέρει πληροφορίες για τη φύση της πνευματικότητας, ο ακριβής ορισμός της παραμένει ασαφής.

Συμπερασματικά, η πνευματικότητα φαίνεται να αφορά στον ανθρωπισμό, στις αξίες, στο ήθος, στην ψυχική ανάταση και στην υπέρβαση προς κάτι ιερό και υπέρτατο. Είναι στενά συνυφασμένη με το μυστικισμό, το υπερφυσικό και την οργανωμένη θρησκεία, αλλά εκτείνεται και πέρα από αυτήν. Περιλαμβάνει την αναζήτηση και την αποδοχή του υπερφυσικού μέσα από την αμφιβολία και την άρνηση. Έτσι ο ορισμός της πνευματικότητας και της θρησκευτικότητας μοιάζουν και αλληλεπικαλύπτονται (Koenig 2012).

Πολλοί συγγραφείς προτιμούν τον όρο πνευματικότητα από τον όρο θρησκευτικότητα (religiosity), καθώς είναι πιο περιεκτικός και καθολικός (Moberg 1979, Hiatt 1986, Reed 1987, Elkins et al 1988, Ley & Corless 1988). Η πνευματικότητα και οι πνευματικές ανάγκες αφορούν στην πνευματική υπόσταση του ανθρώπου. Πρόκειται για την προσωπική αναζήτηση του ατόμου για θέματα που αφορούν την ύπαρξη του και απαντά σε βασικά ερωτήματα που δίνουν νόημα και αξία σε αυτή, μέσα από εμπειρίες και εκφράσεις του νου, διαφορετικές για κάθε άτομο. Αυτή η διαδικασία αντανακλά την πίστη σε ένα Θεό ή σε ένα υπέρτατο ον αλλά και τη βαθιά σχέση του ατόμου με τους γύρω και τη φύση στο νόημα και τις αξίες της ζωής (Ellison 1983, Meraviglia 1999).

Ως θρησκευτικότητα ορίζεται η αποδοχή συγκεκριμένων τελετουργιών και πιστεύω στο πλαίσιο μιας οργανωμένης θρησκείας. Μπορεί δε να θεωρηθεί ως μέσο έκφρασης της πνευματικότητας (Hill & Pargament 2003). Ωστόσο, η πνευματικότητα είναι κάτι παραπάνω. Στην πραγματικότητα, αποτελεί μια προσωπική αναζήτηση εντός και εκτός των θρησκευτικών συστημάτων (Elkins et al 1988, Miller & Thoresen 2003).

Η θρησκευτικότητα περιλαμβάνει τα πιστεύω και την ενεργό συμμετοχή στη ζωή και τη λατρεία της θρησκείας. Στις δυτικές μονοθεϊστικές θρησκευτικές παραδόσεις συνδέεται με το Θεό, τον Αλλάχ και τον Γιαχβέ ενώ στις ανατολικές-πολυθεϊστικές θρησκείες με το Βούδα, τον Βραχμά, τον Τάο ή την απόλυτη αλήθεια/πραγματικότητα. Οι θρησκείες έχουν συνήθως συγκεκριμένη άποψη για τη ζωή και το θάνατο και τους κανόνες που διέπουν μια κοινωνία. Η θρησκεία αποτελεί ένα πολυδιάστατο φαινόμενο που περιλαμβάνει πιστεύω, συμπεριφορές, μυστήρια και τελετές που μπορεί να πραγματοποιηθούν σε δημόσιο και ιδιωτικό χώρο και διαμορφώθηκαν στο πλαίσιο ενός κοινωνικού συνόλου (Sulmasy 2007, Koenig 2008, Koenig 2012).

Επίσης, σχετίζεται περισσότερο με πολιτισμικά και κοινωνικά πρότυπα και αφορά κανόνες και κατευθυντήριες οδηγίες συμπεριφοράς. Περιλαμβάνει δραστηριότητες όπως ο διαλογισμός, η προσευχή, η νηστεία, η μελέτη θρησκευτικών κειμένων και η συμμετοχή σε κλειστές θρησκευτικές ομάδες που κάθε άτομο μπορεί να εφαρμόζει σύμφωνα με τα ατομικά πιστεύω και την κοινωνική δομή στην οποία εντάσσεται (Koenig et al 2001, Miller & Thoresen 2003). Αυτές οι ενέργειες φαίνεται πως βοηθούν τα άτομα να πάρουν αποφάσεις σχετικές με την υγεία τους, ενισχύουν την κοινωνική υποστήριξη και συμβάλουν στην ψυχική και σωματική υγεία (Koenig et al 2001, George 2003). Η θρησκευτικότητα δε, συνεπάγεται και την πνευματικότητα. Έτσι πολλά άτομα μπορεί να συμμετέχουν ενεργά στη ζωή της θρησκείας, χωρίς να ζητούν ή να βρίσκουν βαθύτερο νόημα στη συμμετοχή αυτή (Donahue 1985).

Δεδομένου ότι η πνευματικότητα είναι σημαντική για την γενικά καλή κατάσταση του ατόμου, είναι απαραίτητο οι επαγγελματίες υγείας να αναγνωρίζουντις πνευματικές ανάγκες των ασθενών. Τα άτομα έχουν πνευματικές ανάγκες, ανεξάρτητα από το εάν πιστεύουν ή όχι, και το που δίνουν νόημα και σημασία στη ζωή τους. Πρόκειται για μια κατάσταση που έρχεται στο προσκήνιο συνήθως όταν το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με συναισθηματικό stress, ασθένεια ή θάνατο (Nixon et al 2013). Πολλές μελέτες έχουν δείξει πως η πνευματικότητα και η θρησκευτικότητα αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν την ΠΖ, την ποιότητα φροντίδας αλλά και την ικανοποίηση των ασθενών (Hill & Pargament 2003, Phelps et al 2009, Nixon et al 2013).

ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Οι χρόνιες και απειλητικές για τη ζωή ασθένειες προκαλούν σημαντικές σωματικές, συναισθηματικές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις στους ίδιους τους ασθενείς, τις οικογένειες και την κοινωνία (Bishop 2005). Κάθε άτομο αντιδρά με μοναδικό και διαφορετικό τρόπο στις απώλειες που βιώνει εξαιτίας της ασθένειας και της θεραπευτικής αγωγής, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει ή όχι την ΠΖ του. Η πνευματικότητα φαίνεται να αποτελεί έναν παράγοντα που μπορεί να σχετίζεται με την μεταβολή της ΠΖ, καθώς οι άνθρωποι, ανεξάρτητα από το εάν πιστεύουν ή όχι, έχουν πνευματικές ανάγκες που δίνουν νόημα και σημασία στη ζωή τους (Nixon et al 2013).

Στη βιβλιογραφία εντοπίζονται πολλές μελέτες που διερευνούν την πνευματικότητα και τη θρησκευτικότητα σε θέματα υγείας. Πιο συγκεκριμένα, δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στην επίδρασή τους στα χρόνια και απειλητικά νοσήματα (Sowell et al 2000, Tuck et al 2000, Tate & Forchheimer 2002). Η διάγνωση μιας απειλητικής νόσου φέρνει το άτομο αντιμέτωπο με δύσκολες και επώδυνες καταστάσεις. Κάθε άτομο αντιμετωπίζει αυτή την πρόκληση με διαφορετικό τρόπο και σε αρκετές περιπτώσεις φαίνεται πως η αναζήτηση νοήματος ή η πίστη μπορεί να βοηθήσει αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση της κατάστασης.

Δεν υπάρχει μια σαφής εξήγηση του τρόπου με τον

οποίο επιδρά η καλή πνευματική κατάσταση στην ΠΖ. Μια πιθανή εξήγηση είναι πως η ύπαρξη ενός απώτερου νοήματος στη ζωή μπορεί να αμβλύνει τη σημασία των σωματικών εκδηλώσεων της νόσου. Η πίστη μπορεί να προσφέρει σιγουριά και εμπιστοσύνη για τη φιλευσπλαχνία του Θεού και ενδεχομένως για το όφελος που μπορεί να προκύψει από αυτή την οδυνηρή εμπειρία (Boyle et al 2009, Yanez et al 2009). Υπάρχουν δε μελετητές που πρεσβεύουν πως η πίστη μπορεί να καταστείλει το συμπαθητικό νευρικό σύστημα, να ενισχύσει το ανοσοποιητικό (περιορίζοντας τις κιτοκίνες) και να περιορίσει τις σωματικές εκδηλώσεις της νόσου (Rabin 1999, Ironson et al 2002, Dalmida 2006, Chida et al 2009). Η πνευματικότητα μπορεί να σχετίζεται με τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος και τις επιπτώσεις του στην υγεία. Μπορεί να ενισχύει την ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίζει στρεσσογόνες καταστάσεις με αποτέλεσμα να έχει καλύτερες συμπεριφορές υγείας, αυξημένη κοινωνική αλληλεπίδραση και καλύτερη ΠΖ. Επίσης, θα μπορούσε κάποιος να εξηγήσει τη σχέση πνευματικότητας και ψυχικής υγείας, με αυτή της δράσης του εικονικού φαρμάκου (placebo) (Dalmida 2006).

Σύμφωνα με τους Portenoy et al (1994), άτομα που βίωναν απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις, συχνά οι υπαρξιακές αναζητήσεις και η ψυχική καταπόνηση και κατάθλιψη ήταν πιο σημαντικές από τον πόνο και άλλα σωματικά συμπτώματα. Σε ασθενείς με την παραπάνω αντίληψη η καλή πνευματική κατάσταση δρούσε προφυλακτικά για την εμφάνιση stress και κατάθλιψης (Mc Coubrie & Davies 2006) όπως επίσης και για τον αυτοκτονικό ιδεασμό, την επιθυμία για επίσπευση του θανάτου και την απόγνωση για το τέλος της ζωής (Mc Clain et al 2003) και τέλος συνδέονταν με καλύτερη ΠΖ (Balboni et al 2007). Σύμφωνα με τον Rabin (1999) η πίστη παρέχει συναισθηματική ισορροπία και ηρεμία, μειώνοντας την έκκριση κατεχολαμινών και την ψυχική ένταση ενώ οι Narayanasamy (2006) και Pulchalski (2009) αναφέρουν ότι η πνευματικότητα μειώνει το φόβο του θανάτου και αυξάνει την άνεση.

Οι Fryback & Reinhart (1999) διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς με δυνητικά απειλητικές για τη ζωή ασθένειες θεωρούσαν πως η πνευματικότητα έδινε νόημα στη ζωή τους και απομάκρυνε την απελπισία. Τα άτομα αυτά ανέφεραν και μια βελτίωση στην ΠΖ.

Η μελέτη των Koenig et al (2014) σε χρόνιους ασθενείς ωστόσο, έδειξε πως δεν υπάρχει συσχέτιση της πνευματικότητας με την κατάθλιψη, αλλά με την εμφάνιση θετικών συναισθημάτων. Η αισιοδοξία, η γενναιοδωρία, η ευγνωμοσύνη και η απόκτηση νοήματος στη ζωή μακροπρόθεσμα μπορεί να περιορίσουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Αντίθετα έρευνα των Kretchy et al (2013) έδειξε πως άτομα προσηλωμένα στα θρησκευτικά τους πιστεύω δεν τηρούσαν την θεραπευτική αγωγή, πιστεύοντας πως η θεραπεία τους θα έρθει μέσω της θεϊκής παρέμβασης.

Στη συνέχεια παρατίθενται ερευνητικά δεδομένα σχετικά με τη συσχέτιση της πνευματικότητας και της θρησκευτικότητας σε ασθενείς με συγκεκριμένες χρόνιες και απειλητικές για τι ζωή νόσους όπως η ΧΝΝ, οι νεοπλασίες και η HIV-λοίμωξη.

Χρόνια Νεφρική Νόσος

Σε μελέτη ατόμων με Χρόνια Νεφρική Νόσο (ΧΝΝ) φάνηκε πως άτομα που αυτοπροσδιορίζονταν ως πιστοί και ενεργοί συμμετέχοντες στις διαδικασίες μιας θρησκείας, είχαν μεγαλύτερη κοινωνική στήριξη και βοήθεια. Επίσης, φάνηκε πως για τους ασθενείς που θεωρούσαν τους εαυτούς τους πιστούς, η κάλυψη των πνευματικών τους αναγκών συνέβαλε στη βελτίωση της ΠΖ (Davison & Jhangri 2010, Lucchetti et al 2012). Επιπλέον, η ΧΝΝ επέφερε σωματικές και ψυχοκοινωνικές μεταβολές που μετέβαλλαν τη θεώρηση του ατόμου για τον κόσμο, τον ίδιο του τον εαυτό και το μέλλον του(Davison & Jhangri 2010).

Οι Koenig (2001) και Spinale et al (2008) ανέφεραν πως οι ασθενείς με ΧΝΝ που κάλυπταν τις πνευματικές τους ανάγκες, εμφάνιζαν πολύ μικρό ποσοστό θνητότητας. Αυτή η ευεργετική επίδραση δεν είναι εύκολο να εξηγηθεί, αλλά μπορεί να αποδοθεί στη θεραπευτική σχέση που αναπτύσσει ο ασθενής με την ομάδα υγείας, τη συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή και άλλους παράγοντες που σχετίζονται με την ΠΖ. Επιπλέον, φάνηκε πως η θρησκευτικότητα συνδέονταν με χαμηλότερη κατάθλιψη, μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη ζωή και μικρότερη επιβάρυνση (Spinale et al 2008, Lucchetti et al 2012).

Σε άλλη μελέτη των Ramirez et al (2012) βρέθηκε ότι η θετική στάση (positive coping) απέναντι στη θρησκεία, συνδέεται με καλύτερη γενική και ψυχική υγεία, κοινωνική ζωή και ΠΖ. Οι κλινικές εκδηλώσεις της νόσου και οι κοινωνικοί και δημογραφικοί παράγοντες δεν φάνηκαννα σχετίζονται με τα παραπάνω ευρήματα. Τέλος σε μελέτη των Kharame et al (2014) σε Ιρανούς ασθενείς που υποβάλλονταν σε αιμοδιύλιση φάνηκε πως η ΠΖ συνδέονταν με τη θρησκευτικότητα.

Νεοπλασματικές νόσοι

Σε μελέτη των McCoubrie & Davies (2006) σε ασθενείς με καρκίνοπροχωρημένου σταδίου, φάνηκε αρνητική συσχέτιση της κατάθλιψης και του άγχους με τη θρησκευτικότητα. Ωστόσο, η δύναμη της πίστης δεν φάνηκε να έχει καμιά επίδραση στην ψυχολογική ευεξία. Στην έρευνα των Guay et al (2011) φάνηκε πως ο πνευματικός πόνος συνδέεται με επιδείνωση της ψυχικής διάστασης αλλά και της συνολικής ΠΖ καθώς επίσης και με κατάθλιψη, άγχος, ανορεξία και υπνηλία. Επίσης, τα άτομα που βίωναν μεγαλύτερο ψυχικό πόνο αυτοπροσδιορίζονταν ως λιγότερο θρησκευόμενοι και με περιορισμένες πνευματικές αναζητήσεις.

Σε άλλες έρευνες φάνηκε πως η πνευματικότητα και η

θρησκευτικότητα βοηθούν τους ασθενείς με καρκίνο. Αποτελούν πηγή δύναμης και ελπίδας. Επιπλέον ελαττώνουν το θυμό και μπορεί να ενισχύσουν τη συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες. Σε έρευνα ασθενών με καρκίνου του μαστού παρατηρήθηκε ισχυρή θετική συσχέτιση της πίστης με την κοινωνική ευεξία και λειτουργικότητα. Το γεγονός αυτό επηρέαζε θετικά και τη θεραπευτική σχέση (Wildes et al 2009).

Άλλες μελέτες έδειξαν πως η έλλειψη πίστης (αρνητική στάση απέναντι στη θρησκεία) και η χαμηλή πνευματικότητα σχετίζονταν με χαμηλότερη συνολικά ΠΖ (Tarakeshwar et al 2006, Mazanec et al 2010). Η πνευματικότητα και η θρησκευτικότητα των ατόμων μετά από την εμπειρία της απειλητικής για τη ζωή νόσου αυξάνεται ενώ υπάρχει θετική συσχέτιση των σωματικών εκδηλώσεων με την πίστη (Tarakeshwar et al 2006). Το αποτέλεσμα αυτό συμφωνεί και με τα ευρήματα μελετών σε Ισπανόφωνες γυναίκες με καρκίνο του μαστού (Tarakeshwar et al 2006, Wildes et al 2009).

HIV- λοίμωξη

Οι ασθενείς με HIV λοίμωξη και υψηλή πνευματικότητα φαίνεται να εμφανίζουν λιγότερες εκδηλώσεις της νόσου, καλύτερη ψυχική υγεία και συνολική ΠΖ (Coleman 2003, Cotton et al 2006).

Στην έρευνα των Yi et al (2006) βρέθηκε ότι η συμμετοχή σε λατρευτικές εκδηλώσεις καθώς και τα θρησκευτικά πιστεύω δεν σχετίζεται με σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης ενώ η αποχή από αυτές τις εκδηλώσεις καθώς και η αρνητική στάση απέναντι στη θρησκεία συνδέονται με υψηλή κατάθλιψη. Όταν όμως ληφθούν υπόψη και άλλοι παράγοντες, όπως η λήψη αλκοόλ, η κοινωνική στήριξη και η φυλή τότε εξασθενεί αυτή η σχέση. Στα άτομα με HIV λοίμωξη εντοπίζεται διαφορά στο θέμα της θρησκευτικότητας σε σχέση με τις υπόλοιπες χρόνιες νόσους. Αυτό ίσως οφείλεται στο στίγμα και τις κοινωνικές προκαταλήψεις που υπάρχουν στις θρησκευτικές ομάδες για την ασθένεια (Koenig & Cohen 2002, Yi et al 2006).

Άλλες έρευνες (Coleman & Holzemer1999, Mueller et al 2001, Simoni et al 2002) έδειξαν ότι η πνευματικότητα και όχι η θρησκευτικότητα συσχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης. Μελέτες που έγιναν σε γυναίκες ασθενείς με HIV λοίμωξη έδειξαν πως προτιμούσαν ιδιωτικές θρησκευτικές τελετές ή ασκούσαν τα πνευματικά τους καθήκοντα ιδιωτικά, εντός και εκτός θρησκείας, λόγω του κοινωνικού στίγματος (Cotton et al 2006, Tarakeshwar et al 2006, Dalmida et al 2009, Dalmida et al 2011). Σε μελέτη των Lorenz et al (2005) πάνω από το 85% των συμμετεχόντων τόνιζε τη μεγάλη σημασία που είχε η πνευματικότητα στη ζωή τους, στην αντιμετώπιση της νόσου και των συμπτωμάτων της αλλά και στη σχέση τους με τα μέλη της οικογένειας, την εργασία και τα ατομικά προβλήματα.

Επιπλέον, σε μια συστηματική ανασκόπηση των Mueller et al (2001) οι περισσότερες έρευνες έδειχναν πως η πνευματικότητα συνδέονταν με καλή γενική κατάσταση της υγείας και δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης, μειωμένη κατάθλιψη και υψηλότερη ΠΖ. Επίσης, στη μελέτη των Kremer & Ronson (2014) φάνηκε πως η πνευματικότητα αποτελεί μέσο βελτίωσης της γενικής κατάστασης των ασθενών. Ήταν δε περισσότερο επωφελής για τις γυναίκες, τους Αφροαμερικανούς και τους ετερόφυλους. Επίσης, στη μελέτη Musgrave et al (2002) φάνηκε ότι η πνευματικότητα συμβάλλει στην καλύτερη αντίληψη για την κατάσταση της υγείας των ασθενών με HIV. Τέλος, οι Koenig & Cohen (2002) υποστήριξαν πως η πνευματικότητα συμβάλει στην καλύτερη αντιμετώπιση στρεσσογόνων καταστάσεων καθώς διατηρεί σε συνοχή και ισορροπία το σώμα, την ψυχή και το πνεύμα. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται καλύτερη προσαρμογή στη νόσο και θετικά συναισθήματα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η διάγνωση χρόνιου και απειλητικού για τη ζωή νοσήματος αποτελεί μια κρίσιμη καμπή για κάθε ασθενή και συνδέεται με έντονη συναισθηματική φόρτιση. Αρκετά συχνά οι ασθενείς αυτοί εμφανίζουν πνευματικές και θρησκευτικές ανησυχίες που επιδρούν στην ποιότητα ζωής τους.

Ο τρόπος με τον οποίο επιδρά η πνευματικότητα στην ΠΖ δεν έχει διευκρινιστεί επαρκώς. Η πνευματικότητα φαίνεται να αποτελεί έναν παράγοντα που μπορεί να σχετίζεται με τη βελτίωση της ΠΖ, καθώς οι άνθρωποι έχουν πνευματικές ανάγκες, ανεξάρτητα από το εάν πιστεύουν σε μια θρησκεία ή όχι, οι οποίες δίνουν νόημα και σημασία στη ζωή τους. Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν πως η πίστη μπορεί να καταστείλει το συμπαθητικό νευρικό σύστημα, να ενισχύσει το ανοσοποιητικό σύστημα και να περιορίσει τις σωματικές εκδηλώσεις της νόσου.

Τα αποτελέσματα των περισσοτέρων ερευνών δείχνουν πως η πνευματικότητα μπορεί να συμβάλλει στην καλύτερη αντιμετώπιση και αποδοχή της νόσου και τη βελτίωση της ΠΖ. Σε πολλούς δε ασθενείς η πίστη φαίνεται να προκαλεί ένα αίσθημα ελπίδας και μαχητικότητας που έχει αντίκτυπο στην ψυχική υγεία. Αντίθετα οι ασθενείς με αρνητική στάση απέναντι στις θρησκείες εμφανίζουν υψηλά ποσοστά κατάθλιψης γεγονός που οδηγεί σε κοινωνική απομόνωση και κακή ΠΖ.

Τα αποτελέσματα των ερευνών έδειξαν πως υπάρχει θετική συσχέτιση της πνευματικότητας και θρησκευτικότητας με την ΠΖ ασθενών με χρόνια και απειλητικά νοσήματα και ειδικότερα με την ψυχική ευεξία. Αντίστοιχες μελέτες θα μπορούσαν να σχεδιαστούν και στην Ελλάδα σε ασθενείς με χρόνια και απειλητικά νοσήματα και να βοηθήσουν στην αποτύπωση των πνευματικών και θρησκευτικών αναγκών των ασθενών ώστε οι επαγγελματίες υγείας να μπορέσουν να παρέχουν ολιστική φροντίδα. Επιπλέον, ποι-

οτικής μεθοδολογίας μελέτες μπορούν να δώσουν πληροφορίες για την επίδραση που έχει η χρόνια και απειλητική νόσος στην καθημερινότητά και την ΠΖ των ασθενών και τη σημασία που έχει για αυτούς η κάλυψη των πνευματικών και θρησκευτικών αναγκών τους.

Συμπερασματικά, η ανίχνευση των πνευματικών και θρησκευτικών αναγκών των ασθενών με απειλητικές για τη ζωή ασθένειες και της επίδρασης που αυτές έχουν στην ΠΖ αποτελεί βασική προτεραιότητα της ολιστικής φροντίδας υγείας που παρέχουν οι επαγγελματίες υγείας και δεν θα πρέπει να παραγνωρίζεται. Για ένα μεγάλο αριθμό ασθενών η κάλυψη αυτών των αναγκών είναι αρκετά σημαντική και επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την ικανοποίηση τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Balboni T.A., Vanderwerker L.C., Block S.D., Paulk M.E., Lathan C.S., Peteet J.R. & Prigerson H.G. (2007). Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associationswith end-of-life treatment preferences and quality of life. *Journal of Clinical Oncology* 25: 555–560.

Barnum B.S.(1996). *Spirituality in nursing: From traditional to new age.* New York: Springer.

Bishop M. (2005). Quality of life and psychological adaptation to chronic illness and disability: Preliminary analysis of conceptual and theoretical synthesis. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 48(4): 219–231.

Boyle P.A., Barnes L.L., Buchman A.S. & Bennett D.A.(2009). Purpose of life is associated with mortality among community-dwelling older persons. *Psychosomatic Medicine* 71:574–579.

Chida Y., Steptoe A. & Powell L.H. (2009).Religiosity/ spirituality and mortality. Psychotherapy and Psychosomatics 78: 81–90.

Coleman C. (2003). Spirituality and sexual orientation: relationship to mental well-being and functional health status. *Journal of Advanced Nursing* 43: 457–64.

Coleman C.L. & Holzemer W.L.(1999). Spirituality, psychological well-being, and HIVsymptoms for African–Americans living with HIV disease. J*ournal of the Association of Nurses in AIDS Care* 10(1): 42–50.

Cotton S., Christina M., Puchalski C.M., Sherman N., Mrus J.M., Peterman A.H., Feinberg J., Pargament K.I et al (2006). Spirituality and Religion in Patients with HIV/AIDS. *Journal of General Internal Medicine* 5: S5-13.

Dalmida S.G. (2006). Spirituality, mental health, physical health, and health-related quality of life among women with HIV/AIDS: integrating spirituality into mental health care. *Issues in Mental Health Nursing* 27:185–198.

Dalmida S.G., Holstad M.M., Di Iorio C.K. & Laderman G. (2009). Spiritual well-being, depressive symptoms, and immune status among women living with HIV/AIDS. *Women and Health* 49(2–3): 119–143.

Dalmida S.G., McDonnell Holstad M., Dilorio C.& Laderman G.(2011). Spiritual Well-Being and Health-Related Quality of Life Among African–American Women with HIV/ AIDS. *Applied Research in Quality of Life* 6 (2): 139–157.

Davison S.N. & Jhangri G.S. (2010). Existential and religious dimensions of spirituality and their relationship with health related quality of life in chronic kidney disease. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology* 5:1969–1976.

Donahue M.J. (1985). Intrinsic and extrinsic religiousness: Review and meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology* 48: 400–419.

Dyson J., Cobb M. & Forman D. (1997). The meaning of spirituality: a literature review. *Journal of Advanced Nursing* 26: 1183–1188.

Elkins D.N., Hedstrom L.J., Hughes L.L., Leaf J.A. & Saunders C. (1988). Toward a humanistic phenomenological spirituality. *Journal of Humanistic Psychology* 28(4): 5–18.

Ellison C.W. (1983). Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. *Journal of Psychology and Theology* 11: 330–340.

Fryback P.B. & Reinert B.R. (1999). Spirituality and people with potentially fatal diagnoses. *Nursing Forum* 34(1): 13–22.

George L.K. (2003). *Religion, spirituality and health: The Duke experience.* In: Kessel F. et al, editors. *Expanding the boundaries of health and social science: Case studies in interdisciplinary innovation.* New York: Oxford University Press.

Guay D.M.O., Hui D., Parsons H.A., Govan K., De la Cruz M., Thorney S. & Bruera E. (2011). Spirituality, Religiosity, and Spiritual Pain in Advanced Cancer Patients. *Journal of Pain and Symptom Management* 41(6): 986-994.

Hiatt J.F. (1986). Spirituality, medicine and healing. *Southern Medical Journal* 79(6): 726-742.

Hill P.C. & Pargament K.I. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality. *Implications for physical and American Psychologist* 58: 64-74.

Ironson G., Solomon G.F., Balbin E.G., O'Cleirigh C., George M.A., Kumar M., Larson D. & Woods T.E. (2002). The Ironson-Woods spirituality/religiousness index is associated with long survival, health behaviors, less distress, and low cortisol in people with HIV/AIDS. *Annals of Behavioral Medicine* 24(1): 34–48.

Kharame Z.T, Zamanian H, Foroozanfar S. & Afsahi S. (2014). Religious Wellbeing as a Predictor for Quality of Life in Iranian Hemodialysis Patients. *Global Journal of Health Science* 6(4): 261-269.

Kretchy I., Owusu-Daaku F.& Danquah S.(2013). Spiritual and religious beliefs: do they matter in the medication adherence behaviour of hypertensive patients? *BioPsychoSocial Medicine* 7-15.

Koenig K.(2001). Religion and medicine IV. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 31: 321–336.

Koenig H.G., McCullough M.E. & Larson D.B. (2001). *Handbook of religion and health.* Oxford: Oxford University Press.

Koenig H.G. (2007).Religion and remission of depression in medical inpatients with heart failure/pulmonary disease. *The Journal of nervous and mental diseases* 195(5): 389-95.

Koenig H.G (2012).Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. *International Scholarly Research Network Psychiatry.*

Koenig H.G., Berk L.S., Daher N.S., Pearce M.J., Bellinger D.L., Robins C.J., Nelson B., Shaw S.F., Cohen H.J. & King M.B. (2014). Religious involvement is associated with greater purpose, optimism, generosity and gratitude in personswith major depression and chronic medical illness. *Journal of Psychosomatic Research* 77(2): 135-143.

Koenig H.G. & Cohen H.J. (2002). *The link between religion and health: Psycho-neuroimmunology and the faith factor.* New York: Oxford University Press.

Kremer H. & Ironson G. (2014).Longitudinal Spiritual Coping with Trauma in People with HIV: Implications for Health Care. *AIDS Patient Care and STDs* 28(3): 144-145.

Ley D.C.H. & Corless I.B. (1988). Spirituality and hospice care. *Death Studies* 12: 101–110.

Lorenz K.A., Hays R.D., Shapiro M.F., Cleary P.D., Asch S.M. & Wenger N.S. (2005). Religiousness and spirituality among HIV-infected Americans. *Journal of Palliative Medicine* 8 (4): 774–78.

Lucchetti G., de Almeida L.G. & Lucchetti A.L.(2012).Religiousness, mental health, and quality of life in Brazilian dialysis patients. *Hemodialysis International* 16(1): 89-94.

Mazanec S.R., Daly B.J., Douglas S., L. & Lipson A. R.(2010). The Relationship Between Optimism and Quality of Life in Newly Diagnosed Cancer Patients. *Cancer Nursing* 33(3): 235–243.

Meraviglia M.G.(1999). Critical analysis of spirituality and its empirical indicators. Prayer and meaning in life. *Journal of holistic nursing* 17(1): 18-33.

McClain C.S., Rosenfeld B. & Breitbart W. (2003). Effect of spiritualwell-being in end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *Lancet* 361: 1603–1607.

McCoubrie R.C. & Davies A.N. (2006). Is there a correlation between spirituality and anxiety and depression in patients with advanced cancer? *Support Care Cancer* 14 (4): 379-85.

Miller W.R. & Thoresen C.E. (2003). Spirituality, religion, and health. *American Psychologist* 58(1): 24–35.

Moberg D.O. (1979). Development of social indicators of spiritual well-being for quality of life research. *In Spiritual Well-Being: Sociological Perspectives* (Moberg Ed.). Washington DC: University Press of America.

Mok E., Wong F. & Wong D. (2010). The meaning of spirituality and spiritual care among the Hong Kong Chinese terminally ill. *Journal of Advanced Nursing* 66(2): 360–370.

Mueller P.S., Plevak D.J. & Rummans T.A. (2001). Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. *Mayo Clinic Proceedings* 76(12): 1225–1235.

Musgrave C.F., Allen C.E.& Allen G.J.(2002). Spirituality and health for women of color. *American Journal of Public Health* 92(4): 557–560.

Narayanasamy A. (2006) The impact of empirical studies of spirituality and culture on nurse education. *Journal of Clinical Nursing* 15: 840–851.

Nixon A.V., Narayanasamy A. & Penny V.(2013). An investigation into the spiritual needs of neuro-oncology patients from a nurse perspective. *BMC Nursing* 12:2

Puchalski C., Ferrel B., Virani R., Otis-Green S., Baird P., Bull J., Chochinov H., Handzo G., Nelson-Becker H., Prince-Paul M., Pugliese K. & Sulmasy D. (2009). Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliativecare: the report of the consensus conference. *Journal of Palliative Medicine* 12: 885-904.

Phelps A.C., Maciejewski P.K., Nilsson M., Balboni T.A., Wright A.A., Paulk M.E., Trice E., Schrag D., Peteet J.R., Block S.D. & Prigerson H.G. (2009). Religious coping and use of intensive life prolonging care near death in patients with advanced cancer. *JAMA* 301: 1140- 1147.

Portenoy R.K., Thaler H.T., Kornblith A.R., Mc Carthy L.J., Friedlander-Klar H., Kiyasu E., Sobel K., Coyle N., Kemeny N., Norton L. & Scher H. (1994). The memorial symptom assessment scale: an instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. *European Journal of Cancer* 30A (9): 1326–1336.

Rabin B.S. (1999). *Stress, immune function, and health: The connection*. New York: Wiley-Liss.

Ramirez S.P., Macedo D.S., Sales P.M., Figueiredo S.M., Daher E.F., Araujo S.M., Pargament K.I., Hyphantis T.N. & Carvalho A.F. (2012). The relationship between religious coping, psychological distress and quality of life in hemodialysis patients. *Journal of Psychosomatic Research* 72(2): 129-135.

Reed P.G. (1987). Spirituality and well-being in terminally ill hospitalized adults. *Research in Nursing and Health* 10: 335–344.

Ross L. (2006). Spiritual care in nursing: an overview of the research to date. *Journal of Clinical Nursing* 15 (7): 852–862.

Sherman A.C., Simonton S,. Latif U., Spohn R. & Tricot G. (2005). Religious struggle and religious comfort in response to illness: Health outcomes among stem cell transplant patients. *Journal of Behavioral Medicine* 28: 359–367.

Simoni J.M., Martone M.G. & Kerwin J.F. (2002). Spirituality and psychosocial adaptation among women with HIV/AIDS: implications for counseling. *Journal of Counseling Psychology* 49:139–147.

Sowell R., Moneyham L., Hennessy M., Guillory J., Demi A. & Seals B. (2000). Spiritual activities as a resistance resource for women with human immunodeficiency virus. *Nursing Research* 49: 73–82.

Spinale J., Cohen S.D., Khetpal P., Peterson R.A., Clougherty B., Puchalski C.M., Patel S.S. & Kimmel P.L. (2008). Spirituality, Social Support, and Survival in Hemodialysis Patients. *Clinical Journal of American Society of Nephrology* 3(6): 1620–1627.

Sulmasy D.P. (2007). *The Rebirth of the Clinic: An Introduction to Spirituality in Health Care*. Washington, DC: Georgetown University Press.

Tarakeshwar N., Khan N. & Sikkema K.J.(2006). A relationship-based framework of spirituality for individuals with HIV. *AIDS and Behavior* 10(1): 59–70.

Tate D.G.& Forchheimer M.(2002). Quality of life, life satisfaction, and spirituality: Comparing outcomes between rehabilitation and cancer patients. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation* 81(6):400–410.

Tuck I., McCain N.L. & Elswick R.K.(2001). Spirituality and psychosocial factors in persons living with HIV. *Journal of Advanced Nursing* 33: 776–783.

Vachon M., Fillion L. & Achille M. (2009) A conceptual analysis of spirituality at the end of life. *Journal of Palliative Medicine* 12: 53–59.

Yanez B., Edmondson D., Stanton A.L., Park C.L., Kwan L., Ganz P.A.& Blank T.O. (2009). Facets of spirituality as predictors of adjustment to cancer: Relative contributions of having faith and finding meaning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 77: 730–741.

Yi M.S., Mrus J.M., Wade T.J., Ho M.L., Hornung R.W., Cotton S. & Tsevat J. (2006). Religion, spirituality and depressive symptoms in patients with HIV/AIDS. *Journal of General Internal Medicine* 21(Suppl 5): S21–S27.

Wildes K.A., Miller A.R., de Majors S.S. & Ramirez, A.G. (2009). The Religiosity/Spirituality of Latina Breast Cancer Survivors and Influence on Health-Related Quality of Life. *Psychooncology* 18(8): 831–840.

Spirituality/ religiosity and health related quality of life chronic patients and patients with life-threatening diseases

Eugenia Minasidou[1], Kyriaki Spanoudi[2], Theodora Kafkia[3]
1. Assistant Professor, Department of Nursing, ATEI of Thessaloniki
2. Theologist, MSc (c), Pastorial Theology and Psychology, University of Athens
3. Clinical Lecturer, Department of Nursing, ATEI of Thessaloniki

ABSTRACT

For many patients, the fulfillment of spiritual and religious needs is more important than the fulfillment of biological and physical needs. Spirituality is defined as the way that the individual gives meaning and purpose to life, as the experience of contact with himself, others, nature and supernatural powers. On the other hand, Religiosity is considered to be the adoption of specific rituals and beliefs within a specific religious framework either publically or privately. It is possible, religiosity to be a means of expression of spirituality. The aim of the present literature review is to describe the concepts of spirituality and religiosity through the international literature, and to look into the possible impact on the quality of life of chronic patients or patients with life-threatening diseases. Spirituality and religiosity seems to have positive effects in disease management and quality of life improvement of these patients. The fulfillment of spiritual and religious needs of people with chronic and life-threatening diseases is a priority of the holistic healthcare approach and should be taken under consideration during care planning and implementation of interventions.

KEYWORDS: Life threatening illness, religiosity, spirituality, quality of life

Corresponding Author: Eugenia Minasidou
Contact Address: G. Tsontou 3-5, Thessaloniki
E-mail: eminasid68@gmail.com
Telephone Number: +306942555487

Submission Date: 05 Dec 2015
Publication Date: 26 Jan 2016

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Ευμάρεια της οικογένειας, κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο και διατροφικές συνήθειες πρωτοετών φοιτητών

Ειρήνη Συλιγάρδου[1], Τάσος Φιλαλήθης[2], Γιώργος Κριτσωτάκης[3]

1. Διαιτολόγος – Διατροφολόγος MPH, Εργαστήριο Επιδημιολογίας και Πρόληψης και Διαχείρισης Νοσημάτων, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Κρήτης
2. Καθηγητής, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης
3. Επίκουρος Καθηγητής, Εργαστήριο Επιδημιολογίας και Πρόληψης και Διαχείρισης Νοσημάτων, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Κρήτης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο έχει σχετιστεί με την υιοθέτηση συμπεριφορών διακινδύνευσης για την υγεία, συντηρώντας τις κοινωνικές ανισότητες στην υγεία. Έως σήμερα δεν έχει διερευνηθεί διεξοδικά ο πιθανός ρόλος του κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου στη διαμόρφωση των διατροφικών συνηθειών κατά την έναρξη της ενήλικης ζωής.
Σκοπός: Η διερεύνηση των διατροφικών συνηθειών των πρωτοετών φοιτητών σε σχέση με δείκτες κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου στο πλαίσιο του 1ου έτους της μελέτης ΛΑΤΩ.
Μεθοδολογία: Η παρούσα εργασία αποτελεί συγχρονική ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν στο σύνολο των πρωτοετών φοιτητών του ΤΕΙ Κρήτης το 2012 (N=1138, 54% γυναίκες, μέση ηλικία 18,31 έτη, ποσοστό συμμετοχής 96,7%). Οι διατροφικές συνήθειες (κατανάλωση πρωινού γεύματος, φρούτων, λαχανικών, γρήγορου φαγητού και αναψυκτικών) συσχετίστηκαν με δείκτες κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου (ευμάρεια και αυτο-αναφερόμενη οικονομική κατάσταση της οικογένειας, επίπεδο εκπαίδευσης των γονέων). Οι στατιστικές δοκιμασίες και τα μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης, ελέγχοντας για πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες, πραγματοποιήθηκαν με το SPSS 21.0.
Αποτελέσματα: Μόνο το 24,9%, το 12% και το 17% κατανάλωνε πρωινό, φρούτα και λαχανικά, αντίστοιχα, συστηματικά σε καθημερινή βάση. Αναψυκτικά κατανάλωναν καθημερινά το 6,1% των συμμετεχόντων, ενώ η πλειοψηφία δεν κατανάλωνε σε τακτική βάση γρήγορο φαγητό (73,8%). Υψηλότερη ευμάρεια της οικογένειας σχετίστηκε με υψηλότερη κατανάλωση πρωινού γεύματος (OR=2,90, 95%ΔΕ=1,13-7,44), αλλά και αναψυκτικών (OR=8,10, 95%ΔΕ=1,38-47,68) και γρήγορου φαγητού στα αγόρια (OR=2,44, 95%ΔΕ=1,27-4,70). Το υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης του πατέρα βρέθηκε να έχει προστατευτικό ρόλο στην κατανάλωση γρήγορου φαγητού (OR=0,42, 95%ΔΕ= 0,18-0,95) και αναψυκτικών (OR=0,19, 95%ΔΕ=0,05-0,72) στα αγόρια. Η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών δεν σχετίστηκε με κάποιο δείκτη κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου.
Συμπεράσματα: Οι διατροφικές συνήθειες των πρωτοετών φοιτητών απέχουν πολύ από τις συνιστώμενες διατροφικές οδηγίες ανεξάρτητα από το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο. Διαπιστώνεται η ανάγκη δημιουργίας προγραμμάτων αγωγής-προαγωγής της υγείας σε τριτοβάθμια εκπαιδευτικά ιδρύματα.

Λέξεις-κλειδιά: Διατροφικές συνήθειες, κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, φρούτα, λαχανικά, πρωινό

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας: Γιώργος Κριτσωτάκης
Ηλεκτρονική Διεύθυνση: gkrits@staff.teicrete.gr
Τηλέφωνο: 2810 379519

Ημερομηνία Υποβολής: 20/10/2015
Ημερομηνία Δημοσίευσης: 20/01/2016

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Μόνο το 24,9%, το 12% και το 17% των φοιτητών του δείγματος βρέθηκε να καταναλώνει καθημερινά πρωινό, φρούτα και λαχανικά, αντίστοιχα.**
- **Υψηλότερη ευμάρεια της οικογένειας συσχετίστηκε με μεγαλύτερη κατανάλωση πρωινού γεύματος, αλλά και αναψυκτικών ποτών και γρήγορου φαγητού στα αγόρια.**
- **Το υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης του πατέρα είχε προστατευτικό ρόλο στην κατανάλωση γρήγορου φαγητού και αναψυκτικών.**
- **Η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών δεν σχετίστηκε με κάποιο δείκτη κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου.**
- **Οι διατροφικές συνήθειες των πρωτοετών φοιτητών απέχουν από τις συνιστώμενες διατροφικές οδηγίες ανεξάρτητα από το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Διεθνείς οργανισμοί, αλλά και το Υπουργείο Υγείας της Ελλάδας αναφέρουν ότι η υιοθέτηση υγιεινών διατροφικών συνηθειών και προτύπων αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο για την προάσπιση της ατομικής υγείας, αλλά και την προαγωγή της δημόσιας υγείας (ΥΥΚΑ 2008, CDC 2012). Η αρνητική επίδραση των παραγόντων κινδύνου για την εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων, ξεκινά από την εμβρυϊκή ζωή και συνεχίζεται σε μεγαλύτερες ηλικίες, ενώ πρόσφατα δεδομένα καταγράφουν σημαντική αύξηση των «νοσημάτων των ενηλίκων» π.χ. σακχαρώδης διαβήτης τύπου ΙΙ σε άτομα παιδικής ή εφηβικής ηλικίας (Nishida et al 2004, Barton 2012). Συνεπώς, τα παιδιά, οι έφηβοι και οι νέοι ενήλικες αποτελούν στρατηγικό στόχο για τη μείωση των χρόνιων ασθενειών, μέσω της βελτίωσης των διατροφικών συνηθειών τους (Bazzano 2004, Kyriazis et al 2012, Fismen et al 2012).

Παρ΄ ότι το νομικό ορόσημο της εισόδου των εφήβων στην ενηλικίωση αποτελεί η συμπλήρωση του 18ου έτους, οι σύγχρονοι ορισμοί της εφηβείας προσδιορίζουν τη διάρκειά της τουλάχιστον μέχρι τα 19 έως και τα 21 χρόνια (WHO 2015, Greydanus et al & American Academy of Pediatrics 2003). Ένα από τα σημαντικότερα στάδια μετάβασης στη ζωή των ατόμων, η αυτόνομη διαβίωση, ξεκινάει για πολλούς με την αποχώρηση από την οικογενειακή εστία κατά την είσοδο στην τριτοβάθμια εκπαίδευση και συμπίπτει με τη μετάβαση από την ώριμη εφηβεία (late adolescence) στην αναδυόμενη ενηλικίωση (emerging adulthood) (Arnett 2000). Συνυπολογίζοντας τη διαδικασία της μετάβασης, δεν προκαλεί ιδιαίτερη έκπληξη το γεγονός ότι οι διατροφικές συνήθειες των φοιτητών στην Ελλάδα και το εξωτερικό απέχουν πολύ από τις συνιστώμενες διατροφικές οδηγίες (Bertsias et al 2005, Chourdakis et al 2010, El Ansari et al 2012), αυξάνοντας την πιθανότητα εκδήλωσης χρόνιων νοσημάτων και θέτοντας σε κίνδυνο τη μελλοντική υγεία και την ποιότητα ζωής τους (Manios et al 2005, Panagiotakos et al 2005). Προκειμένου να μπορούν να προταθούν και να υλοποιηθούν αποτελεσματικές παρεμβάσεις πρόληψης, αγωγής και προαγωγής της υγείας, είναι σημαντικό να γνωρίζουμε τους προσδιοριστές των διατροφικών συμπεριφορών κατά τη διάρκεια της φοιτητικής ζωής.

Οι επιλογές της διατροφής, τόσο στο γενικό, όσο και στο φοιτητικό πληθυσμό είναι μια πολυσύνθετη διαδικασία, η οποία εξαρτάται και καθορίζεται από ποικίλους ατομικούς, πολιτικούς, πολιτιστικούς οικονομικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Σε μίκρο – ατομικό επίπεδο, το αίσθημα της πείνας, η αίσθηση της γεύσης, η προσωπικότητα και η ατομική προτίμηση, η εικόνα σώματος, η συναισθηματική κατάσταση, ο ελεύθερος χρόνος και η ευκολία, το επίπεδο εκπαίδευσης και οι γνώσεις για διάφορα θέματα διατροφής και υγείας αναφέρονται, μεταξύ άλλων, ως σημαντικοί παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν τις διατροφικές επιλογές (Hallström et al 2011, Nesli ah R. & Emine 2011, Bargiota et al 2013, Deliens et al 2014). Σε μέσο- και μάκρο-επίπεδο, η μετανάστευση-αλλαγή τόπου διαμονής, η γεωγραφική τοποθεσία και το κλίμα, το κόστος του φαγητού, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και η διαφήμιση, η νομοθεσία, και η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση της οικογένειας φαίνεται επίσης να έχουν αντίκτυπο στις διατροφικές επιλογές και συνήθειες (Papadaki & Scott 2002, Spanos & Hankey 2010, Pitel et al 2013, Small et al 2013, Deliens et al 2014, Yan & FitzPatrick 2016). Παράλληλα, η κουλτούρα (ήθη και έθιμα), το κοινωνικό κεφάλαιο και οι κοινωνικές νόρμες διαμορφώνουν τη διατροφή (Deliens et al 2014, Kritsotakis et al 2015, Tailakh et al 2016). Γίνεται, συνεπώς, κατανοητό ότι οι διατροφικές συμπεριφορές των φοιτητών καθορίζονται και αλληλοεξαρτώνται από πολλούς και διαφορετικούς προσδιοριστικούς παράγοντες.

Ένας σημαντικός προσδιοριστής των διατροφικών συνηθειών είναι το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο (ΚΟΕ), το οποίο μπορεί να εκτιμηθεί με πολλούς, διαφορετικούς αλλά συμπληρωματικούς δείκτες, όπως το εκπαιδευτικό επίπεδο, το εισόδημα, ο πλούτος, η κοινωνική τάξη, η ευμάρεια της οικογένειας, το κοινωνικό κεφάλαιο κ.ά. (Nilsen et al 2009, Currie et al 2012, Farajian et al 2012, VanKim & Laska 2012, Costarelli et al 2013, Béghin et al 2014, Attorp et al 2014, Hong et al 2014, Kritsotakis et al 2015). Ανισότητες στο κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο μπορούν να οδηγήσουν σε ανισότητες στη διατροφή και τελικά σε ανισότητες στην υγεία (Fismen et al 2012).

Οι περισσότερες επιδημιολογικές έρευνες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι άνθρωποι που κατατάσσονται σε χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο υιοθετούν διατροφικές συνήθειες και ακολουθούν διατροφικά πρότυπα που δεν συμφωνούν με τη συνιστώμενη πρόσληψη θρεπτικών συστατικών ή τις γενικότερες διατροφικές συστάσεις (Bartley et al 2000, Ball et al 2004), και αυξάνουν τη θνησιμότητα και τη νοσηρότητα από χρόνια νοσήματα (Giskes et al 2002, Ball et al 2004, Manios et al 2005, Panagiotakos et al 2005, Deshmukh-Taskar et al 2009, Vassilaki et al 2015). Επιπρόσθετα, έχει καταγραφεί ότι όσο η οικονομική κατάσταση ενός ατόμου ή μιας οικογένειας επιδεινώνεται, τόσο αυξάνεται η εξάρτηση από δίαιτες με υψηλό θερμιδικό περιεχόμενο, παρά σε ακριβότερες δίαιτες που είναι πλούσιες σε θρεπτικά συστατικά (Costarelli et al 2013). Σε μελέτη 2477 νοικοκυριών στην Αγγλία, τα άτομα με χαμηλό εισόδημα ήταν λιγότερο πιθανό να τρώνε ψωμί ολικής αλέσεως και λαχανικά, έπιναν περισσότερα αναψυκτικά και κατανάλωναν περισσότερο επεξεργασμένα κρέατα, πλήρες γάλα και ζάχαρη (Nelson et al 2007). Το χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο των γονέων σχετίζεται επίσης με τη χαμηλότερης ποιότητας διατροφή στην οικογένεια (Farajian et al 2012, Attorp et al 2014). Συμπληρωματικά, μελέτες έχουν δείξει σημαντική σχέση μεταξύ της καλής κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης και της συντήρησης επαρκών διατροφικών συνηθειών με υψηλή πρόσληψη τροφίμων πλούσιων σε θρεπτικά συστατικά σε παιδιά και εφήβους (Béghin et al 2014, Hong et al 2014). Στη Μελέτη HBSC η υψηλότερη οικογενειακή ευμάρεια και το υψηλότερο επίπεδο επαγγέλματος των γονέων σχετιζόταν με αυξημένη κατανάλωση φρούτων (Vereecken et al 2005).

Παρά τα παραπάνω συμπεράσματα, η συσχέτιση των διατροφικών συνηθειών και δεικτών σχετιζόμενων με το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο δεν είναι πάντα γραμμική και εξαρτάται από το ευρύτερο στάδιο ανάπτυξης της οικονομίας και της κοινωνίας και το πολιτικό μοντέλο που ακολουθείται (Zambon et al 2006). Η ευμάρεια της οικογένειας και το ΚΟΕ συνδέονται αντιστρόφως ανάλογα με την παιδική παχυσαρκία στις ανεπτυγμένες χώρες ενώ αντίθετα, παιδιά με υψηλή κοινωνικο-οικονομική κατάσταση σε αναπτυσσόμενες χώρες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο παχυσαρκίας (Sobal & Stunkard 1989, WHO/HBSC FORUM 2006, Currie et al 2012). Οι μαθητές των οποίων οι γονείς είχαν υψηλότερο κοινωνικό επίπεδο όπως καθορίζεται από το επάγγελμα, ανέφεραν χαμηλότερα επίπεδα κατανάλωσης αναψυκτικών στις βόρειες, νότιες και δυτικές ευρωπαϊκές χώρες, αλλά στις χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης η σχέση κατανάλωσης αναψυκτικών και ευμάρειας της οικογένειας βρέθηκε να είναι ανάλογη (WHO/HBSC FORUM 2006). Με ελάχιστες εξαιρέσεις, όπως η συσχέτιση του χαμηλού ΚΟΕ με υψηλή παχυσαρκία (Chao et al 2014), δεν έχουν εντοπιστεί αντίστοιχες αναφορές που να διερευνούν τις συσχετίσεις του ΚΟΕ με τις διατροφικές συνήθειες σε φοιτητικό πληθυσμό.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διερευνηθούν οι δείκτες διατροφικών συνηθειών που έχει δειχθεί ότι σχετίζονται με τις συνολικές διατροφικές συνήθειες των εφήβων και νέων ενηλίκων (συχνότητα κατανάλωσης πρωινού γεύματος, φρούτων, λαχανικών, γρήγορου φαγητού και αναψυκτικών ποτών που περιέχουν ζάχαρη) και να εξεταστούν οι συσχετίσεις τους με δείκτες κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου (ευμάρεια και αυτο-αναφερόμενη οικονομική κατάσταση της οικογένειας, επίπεδο εκπαίδευσης των γονέων) κατά την έναρξη της φοιτητικής ζωής. Η ερευνητική υπόθεση είναι ότι οι φοιτητές/τριες με υψηλότερο κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο θα έχουν πιο υγιεινές διατροφικές συμπεριφορές.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σχεδιασμός της μελέτης

Η παρούσα εργασία αποτελεί συγχρονική ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν στο πλαίσιο του πρώτου έτους της μελέτης ΛΑΤΩ (LATO, Lifestyles and Attitudes in a Student Population), η οποία καταγράφει σε διαφορετικές χρονικές στιγμές πληθώρα συμπεριφορών διακινδύνευσης για την υγεία σε πρωτοετείς φοιτητές του Τ.Ε.Ι. Κρήτης με έτος εισαγωγής το 2012.

Δείγμα της μελέτης

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν όλοι οι νεοεισαχθέντες φοιτητές του ΤΕΙ Κρήτης (Σχολές Ηρακλείου, 11 από τα 17 τμήματα του ΤΕΙ) που εγγράφηκαν και παρακολούθησαν το πρώτο εξάμηνο σπουδών το 2012. Το ποσοστό συμμετοχής στη μελέτη των ατόμων που ήταν παρόντα κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν 96.7% (1213/1254), ενώ στην παρούσα ανάλυση συμπεριλαμβάνονται 1138 άτομα (το 93.8% των ερωτηματολογίων) που είχαν πλήρη δεδομένα σε όλες τις διατροφικές μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν και πληρούσαν τα κριτήρια συμμετοχής, όπως το να βρίσκονται σε τυπική ηλικία σπουδών.

Συλλογή δεδομένων

Οι φοιτητές/τριες κλήθηκαν να συμμετέχουν στη μελέτη και να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια κατά τη διάρκεια υποχρεωτικών μαθημάτων του πρώτου έτους την περίοδο Οκτώβριος – Δεκέμβριος 2012, έπειτα από σχετική συνεννόηση με τους διδάσκοντες. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο που κατασκευάστηκε με το ελεύθερο λογισμικό Lime Survey και την υποστήριξη του Γενικού Τμήματος του ΤΕΙ Κρήτης. Στις περιπτώσεις που υπήρχε πρόβλημα με το διαδίκτυο ή δεν επαρκούσαν οι υπολογιστές, οι φοιτητές συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο χειρόγραφα μέσα στην αίθουσα διδασκαλίας όπου είχαν μάθημα. Λεπτομέρειες για τη συλλογή

δεδομένων αναφέρονται στο Kritsotakis et al (2016).

Ερωτηματολόγιο

Για το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκαν, έπειτα από λήψη άδειας, μέρη της ελληνικής έκδοσης του ερωτηματολογίου της μελέτης 'Health Behaviours in School-Aged Children' (HBSC, Koller et al 2009, Currie et al 2012, ter Bogt et al 2014) καθώς και επιπλέον ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν για τις διατροφικές συνήθειες και το ΚΟΕ και η κατηγοριοποίηση των απαντήσεων αναλύονται εκτενέστερα στη συνέχεια:

Συχνότητα κατανάλωσης φρούτων, λαχανικών και αναψυκτικών

Χρησιμοποιήθηκε το 'Ερωτηματολόγιο Συχνότητας Καταλάνωσης Τροφίμων' (Food Frequency Questionnaire-FFQ), στο οποίο οι συμμετέχοντες δηλώνουν πόσες φορές την εβδομάδα καταναλώνουν τις διάφορες τροφές που παρατίθενται χρησιμοποιώντας κλίμακα τύπου Likert 7 διαβαθμίσεων από «ποτέ» μέχρι «περισσότερο από μια φορά κάθε μέρα». Χρησιμοποιήθηκαν οι εξής τροφές: φρούτα, λαχανικά ή σαλάτα, και σακχαρούχα αναψυκτικά τύπου κόλα. Η συγκεκριμένη κλίμακα χρησιμοποιείται ευρέως στην HBSC και σε άλλες διατροφικές μελέτες και έχει δειχθεί η εγκυρότητα και η αξιοπιστία της για διερεύνηση διατροφικών συνηθειών σε νεαρές ηλικίες (Vereecken & Maes 2003). Για την ανάλυση, οι μεταβλητές της κατανάλωσης φρούτων, λαχανικών και αναψυκτικών κατηγοριοποιήθηκαν σε 2 κατηγορίες, όπου η πρώτη περιλαμβάνει τις συχνότητες «ποτέ έως 5-6 ημέρες την εβδομάδα» και η δεύτερη τις συχνότητες «Τουλάχιστον 1 φορά την ημέρα κάθε μέρα/κάθε μέρα».

Συχνότητα κατανάλωσης πρωινού γεύματος

Η κατανάλωση πρωινού γεύματος διερευνήθηκε με δύο ερωτήσεις για τις καθημερινές ημέρες και το Σαββατοκύριακο οι οποίες αθροιζόμενες δημιουργούν μια τρίτη, η οποία αντιπροσωπεύει τη συνολική συχνότητα κατανάλωσης πρωινού καθ' όλη τη διάρκεια της εβδομάδας (Vereecken et al 2009). Η τελική μεταβλητή διχοτομήθηκε ως κατανάλωση σε λιγότερες από επτά ημέρες την εβδομάδα ή κατανάλωση κάθε μέρα. Ως πρωινό γεύμα ορίστηκε στο ερωτηματολόγιο το γεύμα που καταναλώνεται μέσα σε 60 λεπτά της ώρας από τη στιγμή που σηκώνονται από το κρεβάτι. Εάν οι φοιτητές έπιναν μόνο καφέ (με ή χωρίς γάλα) συστηνόταν να σημειώσουν ότι δεν καταναλώνουν πρωινό.

Συχνότητα κατανάλωσης γρήγορου φαγητού

Διερευνήθηκε η συχνότητα κατανάλωσης γρήγορου φαγητού (delivery/junk food) (σουβλάκια, πίτσες, κρέπες κτλ.), χρησιμοποιώντας κλίμακα επτά διαβαθμίσεων από «σχεδόν ποτέ» μέχρι «περισσότερο από μια φορά, κάθε μέρα». Η συγκεκριμένη μεταβλητή διχοτομήθηκε, με την πρώτη κατηγορία να περιλαμβάνει τις συχνότητες «Ποτέ/Λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα» και η δεύτερη «2-4/5-6 ημέρες την εβδομάδα ή κάθε μέρα».

Κλίμακα Family Affluence Scale II (FAS II)

Ένας από τους ευρέως χρησιμοποιούμενους δείκτες αξιολόγησης του κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου της οικογένειας είναι η κλίμακα Family Affluence Scale II (FAS II, ένα χρήσιμο και απλό εργαλείο μέτρησης του ΚΟΕ. Η FAS II κατασκευάστηκε και χρησιμοποιήθηκε αρχικά στη μελέτη HBSC (Currie et al 1997) και χρησιμοποιείται πλέον διεθνώς και στην Ελλάδα (Currie et al 2008, Boudreau & Poulin 2009, Liu et al 2012, Makransky et al 2014). Ως πλεονεκτήματά της καταγράφονται το ότι είναι εύκολη στη συμπλήρωσή της και δίνει τη δυνατότητα να συλλεχθούν αξιόπιστα δεδομένα στο πεδίο της οικονομικής κατάστασης και της ευμάρειας έχοντας υψηλά ποσοστά ανταπόκρισης σε μια κατάσταση αυτο-έκθεσης στην οποία υπάρχουν συστηματικά υψηλά ποσοστά αναπάντητων ερωτήσεων (Boyce et al 2006, Boudreau & Poulin 2009, Liu et al 2012). Αποτελείται από 4 ερωτήσεις που αφορούν στην κατοχή υλικών αγαθών:

1. Έχετε δικό σας αυτοκίνητο, φορτηγάκι ή φορτηγό στην οικογένειά σου;
2. Τους τελευταίους 12 μήνες, πόσες φορές πήγες διακοπές με την οικογένειά σου;
3. Πόσους δικούς σας ηλεκτρονικούς υπολογιστές έχετε στην οικογένειά σου;
4. Έχεις το δικό σου δωμάτιο στο σπίτι; (της οικογένειάς σου)

Η βαθμολογία των ερωτήσεων της κλίμακας είναι από 0 έως 2 ή 3 με συνολικό εύρος βαθμολογίας από 0-9. Το σκορ της κλίμακας FAS II κατηγοριοποιήθηκε σύμφωνα με τη βιβλιογραφία ως χαμηλό (συνολική βαθμολογία 0-3 στην κλίμακα), μέσο (συνολική βαθμολογία 4-6 στην κλίμακα) και υψηλό (συνολική βαθμολογία 7-9 στην κλίμακα). Σε κάθε περίπτωση υψηλότερο σκορ είναι ενδεικτικό υψηλότερου κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου.

Αυτό-αναφερόμενη οικονομική κατάσταση

Οι φοιτητές απάντησαν στην ερώτηση: «Ποια πιστεύεις ότι είναι η οικονομική κατάσταση της οικογένειάς σου;». Οι απαντήσεις κατηγοριοποιήθηκαν σε 3 ομάδες: «Πάρα πολύ κακή / πολύ κακή / κακή» (χαμηλή), «Στο μέσο όρο» (μέση) και «Καλή / πολύ καλή / πάρα πολύ καλή» (υψηλή).

Επίπεδο εκπαίδευσης του πατέρα και της μητέρας

Οι απαντήσεις στην ερώτηση «Ποιες είναι οι γραμματικές γνώσεις των γονιών σου; (του πατέρα σου / της μητέρας σου)» κατηγοριοποιήθηκαν σε 3 επίπεδα: «Έχει πάει μέχρι

το δημοτικό» (χαμηλό), «Έχει πάει μέχρι γυμνάσιο / λύκειο / τεχνική σχολή» (μέτριο) και «Έχει τελειώσει ΤΕΙ / Πανεπιστήμιο / master / διδακτορικό» (υψηλό).

Στατιστική ανάλυση

Πραγματοποιήθηκε περιγραφική ανάλυση των κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος, και των μεταβλητών που αφορούν τις διατροφικές συνήθειες και το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο της οικογένειας. Εφαρμόστηκε έλεγχος κανονικότητας Kolmogorov-Smirnov για την κλίμακα ευμάρειας της οικογένειας - FAS II και βρέθηκε ότι δεν ακολουθεί κανονική κατανομή. Για να ελεγχθούν πιθανές διαφορές στις κατανομές των συχνοτήτων των κατηγορικών μεταβλητών, εφαρμόστηκε ο έλεγχος x^2 (Pearson's chi-square test). Για την εξέταση της σχέσης μεταξύ δύο συνεχών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης r του Pearson ή ο μη παραμετρικός rho του Spearman.

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκαν μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης (Logistic Regression) για να εκτιμήσουν τη συσχέτιση του κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου της οικογένειας με τις διατροφικές συνήθειες, ελέγχοντας ταυτόχρονα για πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες. Ως πιθανοί συγχυτικοί παράγοντες ορίστηκαν οι μεταβλητές που σχετίστηκαν με την έκθεση ή με το αποτέλεσμα σε επίπεδο σημαντικότητας α=5% (οι συσχετίσεις δεν περιγράφονται στο παρόν άρθρο): φύλο, ηλικία (συνεχής μεταβλητή), η διαμονή ως φοιτητής (συνεχίζω να μένω με την οικογένειά μου, μένω σε εστίες, μένω μόνος ή με συγκάτοικο), η περιοχή κατοικίας μέχρι την εισαγωγή στο ΤΕΙ (αστική/αγροτική), ο τύπος της οικογένειας (μονογονεϊκή, πυρηνική – με 2 γονείς, εκτεταμένη – με 2 γονείς και επιπλέον συγγενείς, μόνοι τους/χωρίς γονείς).

Ακολουθώντας πρόσφατες βιβλιογραφικές συστάσεις (Richter et al 2009, Dijkstra et al 2014) στα μοντέλα παλινδρόμησης χρησιμοποιήθηκαν ταυτόχρονα όλοι οι δείκτες ΚΟΕ, προκειμένου να φανεί η ανεξάρτητη συσχέτιση του κάθε επιμέρους δείκτη όταν συνυπολογίζονται όλοι μαζί. Ο συντελεστής συσχέτισης rho του Spearman ή r του Pearson μεταξύ των δεικτών ΚΟΕ ήταν κάτω από 0,30 εκτός από το εκπαιδευτικό επίπεδο των γονέων (0,46). Επειδή υπήρχε αλληλεπίδραση (interaction) μεταξύ των δεικτών ΚΟΕ και του φύλου, πραγματοποιήθηκαν επιπλέον ξεχωριστές αναλύσεις για αγόρια και κορίτσια. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS 21.0.

Ηθική και Δεοντολογία

Η έρευνα διεξήχθη με βάση τις αρχές της Διακήρυξης του Ελσίνκι για έρευνα σε ανθρώπους. Το πρωτόκολλο εγκρίθηκε από την αρμόδια επιτροπή δεοντολογίας του ΤΕΙ Κρήτης και το σύνολο των φοιτητών υπέγραψε έντυπο συγκατάθεσης έπειτα από εκτενή περιγραφή της μελέτης, πριν την συμπλήρωση των ανώνυμων ερωτηματολογίων. Τα συλλεχθέντα δεδομένα χρησιμοποιούνται αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και είναι εμπιστευτικά.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το δείγμα για την παρούσα ανάλυση αποτέλεσαν 524 αγόρια (46%) και 614 κορίτσια (54%) με μέση ηλικία τα 18,31 έτη (ΤΑ=0,57). Σε περισσότερες από τις μισές οικογένειες (59,6%) υπήρχαν και οι 2 γονείς και οι περισσότεροι φοιτητές (55,8%) ζούσαν σε αγροτική περιοχή πριν την εισαγωγή τους στην τριτοβάθμια εκπαίδευση. Κατά το 1ο έτος σπουδών η πλειοψηφία των φοιτητών (74%) έμεναν μόνοι/ες τους ή με συγκάτοικο σε σπίτι, το 21.7% έμενε με την οικογένειά του, ενώ το 4,3% έμενε στην εστία. Οι περισσότεροι γονείς είχαν μεσαίο επίπεδο εκπαίδευσης (μητέρες 62,7% και πατέρες 59,3%). Σε σχέση με την οικονομική κατάσταση και την ευμάρεια της οικογένειας των φοιτητών, το 36,6% και το 61,6%, αντίστοιχα, βρισκόταν στο μέσο όρο. Αναλυτικά τα αποτελέσματα παρατίθενται στον **Πίνακα 1.**

Οι συχνότητες κατανάλωσης τροφίμων και οι διατροφικές συνήθειες των φοιτητών παρουσιάζονται στον **Πίνακα 2.** Πρωινό, φρούτα και λαχανικά, καταναλωνόταν συστηματικά καθημερινά μόνο από το 24,9%, το 12% και το 17% αντίστοιχα. Αναψυκτικά κατανάλωναν καθημερινά το 6,1% των συμμετεχόντων, ενώ σε τουλάχιστον εβδομαδιαία βάση κατανάλωνε γρήγορο φαγητό το 26,2%. Οι γυναίκες κατανάλωναν συχνότερα λαχανικά και λιγότερο συχνά γρήγορο φαγητό σε σχέση με τους άντρες, ενώ δεν καταγράφηκαν άλλες στατιστικά σημαντικές διαφορές στις διατροφικές συνήθειες μεταξύ τους.

Οι πολυπαραγοντικές συσχετίσεις των διατροφικών συνηθειών με δείκτες κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου παρουσιάζονται στον **Πίνακα 3.** Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις προέκυψαν για την ομάδα των αναψυκτικών ποτών και του γρήγορου φαγητού. Οι φοιτητές που προερχόταν από οικογένεια με υψηλό επίπεδο ευμάρειας, σε σχέση με τη χαμηλή ευμάρεια, είχαν περίπου 4 φορές περισσότερες πιθανότητες να καταναλώνουν αναψυκτικά (OR 3,892, 95%ΔΕ 1,416-10,699, p=0,008). Οι φοιτητές που προερχόταν από οικογένεια με μέσο (OR 1,70, 95%ΔΕ 1,10-2,63, p=0,017) και υψηλό επίπεδο ευμάρειας (OR 1,94, 95%ΔΕ 1,081-3,485, p=0,026) είχαν περισσότερες πιθανότητες να καταναλώνουν γρήγορο φαγητό σε σχέση με τους φοιτητές με χαμηλό επίπεδο ευμάρειας. Οι φοιτητές που ο πατέρας τους είχε μέσο επίπεδο εκπαίδευσης, σε σχέση με το χαμηλό, είχαν περίπου τις μισές πιθανότητες να καταναλώνουν αναψυκτικά (OR 0,51, 95%ΔΕ 0,25-1,03, p=0,059).

Η διερεύνηση των συσχετίσεων των διατροφικών συνηθειών και του ΚΟΕ ανάλογα το φύλο παρουσιάζονται στον **Πίνακα 4.** Οι συσχετίσεις ανά φύλο διατηρούν τους σταθερότυπους των συσχετίσεων (patterns) του συνολικού

Πίνακας 1: Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

Ηλικία φοιτητών (έτη)	**Μέσος όρος** 18,31	**Τυπική απόκλιση 0,57**
	N	**(%)**
Φύλο φοιτητών		
Αγόρι	524	46
Κορίτσι	614	54
Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας		
Χαμηλό	149	13,5
Μεσαίο	692	62,7
Υψηλό	262	23,8
Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα		
Χαμηλό	215	19,8
Μεσαίο	643	59,3
Υψηλό	227	20,9
Τύπος οικογένειας		
Μονογονεϊκή	282	24,8
Πυρηνική (με 2 γονείς)	678	59,6
Εκτεταμένη (με 2 γονείς και άλλους συγγενείς)	103	9,1
Ζουν μόνοι/χωρίς γονείς	74	6,5
Περιοχή κατοικίας πριν την εισαγωγή στο ΤΕΙ		
Αστική	407	44,2
Αγροτική	514	55,8
Διαμονή φοιτητών		
Συνεχίζω να ζω με την οικογένεια	245	21,7
Εστία	49	4,3
Μόνος/η ή με συγκάτοικους σε σπίτι	835	74
Οικονομική κατάσταση οικογένειας		
Πάρα πολύ κακή/ πολύ κακή/ κακή	326	28,9
Στο μέσο όρο	412	36,6
Καλή/Πολύ καλή/ Πάρα πολύ καλή	389	34,5
Ευμάρεια της οικογένειας (Family Affluence)		
Χαμηλή	264	23,3
Μεσαία	697	61,6
Υψηλή	171	15,1

Σημείωση: Σε ορισμένες μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν ως συγχυτικοί παράγοντες, δεν υπήρχαν δεδομένα για το σύνολο του πληθυσμού δείγματος, αλλά παραμένουν στατιστικά σημαντικές μόνο για τα αγόρια. Πιο συγκεκριμένα, με την αύξηση του επιπέδου ευμάρειας της οικογένειας των αγοριών αυξανόταν οι πιθανότητες να καταναλώσουν αναψυκτικά και γρήγορο φαγητό. Και στις δύο παραπάνω περιπτώσεις, οι φοιτητές που ο πατέρας τους είχε μέσο ή υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης είχαν λιγότερες πιθανότητες να καταναλώσουν αναψυκτικά ή γρήγορο φαγητό σε σχέση με αυτούς που ο πατέρας τους είχε χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης (Πίνακας 4).

Η μόνη προστατευτική συσχέτιση με το ΚΟΕ που καταγράφηκε στους φοιτητές αφορούσε στο πρωινό γεύμα. Τα αγόρια που προερχόταν από οικογένεια με υψηλή ευμάρεια είχαν περίπου 3 φορές περισσότερες πιθανότητες να καταναλώσουν πρωινό γεύμα σε σχέση με τη χαμηλή ευμάρεια (OR 2,896, 95%ΔΕ 1,127-7,443, p=0,027). Τέλος, τα αγόρια που προερχόταν από οικογένεια μέσης οικονομικής κατάστασης είχαν υψηλότερες πιθανότητες να καταναλώσουν φρούτα, αν και η σχέση ήταν οριακά στατιστικά σημαντική (OR 2,502, 95%ΔΕ 0,988-6,340, p=0,053).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα εργασία διερευνήθηκε η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, σακχαρούχων αναψυκτικών, πρωινού γεύματος και γρήγορου φαγητού (delivery/junk) σε σχέση με κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά (ευμάρεια και αυτο-αναφερόμενη οικονομική κατάσταση της οικογένειας, και επίπεδο εκπαίδευσης του πατέρα και της μητέρας) σε πρωτοετείς φοιτητές. Με βάση τα αποτελέσματα, δεν επαληθεύεται στο σύνολό της η υπόθεση ότι φοιτητές με υψηλό ΚΟΕ θα είχαν ορθότερες και πιο υγιεινές διατροφικές συνήθειες.

Πάνω από το 80% του φοιτητικού πληθυσμού της μελέτης δεν κατανάλωνε κάθε μέρα φρούτα και λαχανικά. Παρά τις αποκλίσεις μεταξύ διαφορετικών χωρών, πρακτικά επιβεβαιώνεται πλήθος ευρημάτων σε φοιτητές και σε εφήβους (Steptoe et al 2002, Papadaki & Scott 2002, Vereecken et al 2005, El Ansari et al 2012), τα οποία όμως δε συνάδουν με τις διατροφικές συστάσεις εθνικών και διεθνών οργανισμών για καθημερινή πρόσληψη (ΥΥΚΑ 2008, CDC 2012). Μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε πανεπιστήμια 13 ευρωπαϊκών χωρών εκτίμησε τις αλλαγές σε συμπεριφορές διακινδύνευσης για την υγεία σε χρονικό διάστημα 10 ετών (1990-2000). Το ποσοστό κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών μειώθηκε σημαντικά στη δεκαετία αυτή, ενώ σταθερή παρέμεινε η πρόσληψη λιπαρών ουσιών (Steptoe et al 2002). Επιπρόσθετα, μόνο ένας στους τέσσερις πρωτοετείς φοιτητές κατανάλωνε πρωινό γεύμα καθημερινά. Σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξαν και οι Spanos και Hankey (2010), παρ' ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ζούσαν με τις οικογένειές τους και το φαγητό τους προετοιμαζόταν από άλλους κι όχι από τους ίδιους. Σε συμφωνία με τους Chourdakis et al (2010), οι περισσότεροι

Πίνακας 2: Συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων σε 1138 φοιτητές/τριες της μελέτης

	Σύνολο		Αγόρια (n=524)		Κορίτσια (n=614)		
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	P
Φρούτα							
Λιγότερο από 1 φορά την ημέρα	1002	88	470	89,70	532	86,60	**0,114**
Τουλάχιστον 1 φορά την ημέρα κάθε μέρα	136	12	54	10,30	82	13,40	
Λαχανικά							
Λιγότερο από 1 φορά την ημέρα	944	83	456	87,00	488	79,50	**0,001**
Τουλάχιστον 1 φορά την ημέρα κάθε μέρα	194	17	68	13,00	126	20,50	
Αναψυκτικά							
Λιγότερο από 1 φορά την ημέρα	1069	93,9	486	92,70	583	95,00	**0,121**
Τουλάχιστον 1 φορά την ημέρα κάθε μέρα	69	6,1	38	7,30	31	5,00	
Πρωινό							
Λιγότερο από 7 ημέρες την εβδομάδα	855	75,1	395	75,40	460	74,90	**0,857**
7 ημέρες την εβδομάδα	283	24,9	129	24,60	154	25,10	
Γρήγορο φαγητό - Delivery (N=1136)							
Λιγότερο από ή μόνο 1 φορά την εβδομάδα	838	73,8	344	65,80	494	80,60	**<0,001**
Πάνω από 1 φορά την εβδομάδα έως κάθε μέρα	298	26,2	179	34,20	119	19,40	

Σημείωση: chi-square test

από τους πρωτοετείς φοιτητές δεν κατανάλωναν γρήγορο φαγητό-delivery πάνω από 1 φορά την εβδομάδα.

Όταν οι διατροφικές συνήθειες διερευνήθηκαν με βάση το φύλο των συμμετεχόντων φάνηκε ότι τα κορίτσια κατανάλωναν λαχανικά σε μεγαλύτερη συχνότητα από τα αγόρια (p<0,05), όπως καταγράφηκε από τους Bertsias et al (2005) για φοιτητές στην Κρήτη, ενώ για την κατανάλωση φρούτων και πρωινού γεύματος δε σημειώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά. Η κατανάλωση γρήγορου φαγητού φάνηκε να γίνεται με σημαντικά μεγαλύτερη συχνότητα από τα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια, όπως αναφέρεται και από τους El Ansari et al (2012) σε μελέτη που έλαβε χώρα σε 4 χώρες της Ευρώπης.

Όσο αυξανόταν η βαθμολογία στη FAS II και άρα η ευμάρεια της οικογένειας, τόσο αυξανόταν η κατανάλωση αναψυκτικών ποτών και η κατανάλωση γρήγορου φαγητού για τα αγόρια. Παρ΄ ότι τα αποτελέσματα είναι αντίθετα από την ερευνητική μας υπόθεση, παρόμοια στοιχεία αναφέρονται από τους Vereecken et al (2005): σε ορισμένες χώρες κυρίως της κεντρικής Ευρώπης, αλλά όχι σε όλες, όσο αυξάνεται η FAS II, τόσο αυξάνεται και η κατανάλωση αναψυκτικών, χωρίς να διαχωρίζονται τα αποτελέσματα ανά φύλο. Επιβεβαιώνονται επομένως ορισμένες αναφορές ότι οι κοινωνικο-οικονομικές διαφορές σε συμπεριφορές υγείας, παρ' ότι υπαρκτές, είναι μικρότερες και μη συστηματικές κατά τη διάρκεια της εφηβείας (West 1997, Spencer 2006, Koivusilta et al 2006, Aura et al 2016). Σύμφωνα με τη θεωρία της ομογενοποίησης - εξισορρόπησης (process of equalisation), στις νεαρές ηλικίες υπάρχουν σημαντικοί παράγοντες (όπως διαθεσιμότητα, ευκολία προμήθειας και παρασκευής, κοινωνικές πολιτικές) που δρουν κατευναστικά και εξισορροπιστικά και μετριάζουν τις κοινωνικο-οικονομικές διαφορές σε συμπεριφορές και δείκτες υγείας (West 1997, Zambon et al 2006). Κάτι ανάλογο μπορεί να συμβαίνει και στους πρωτοετείς φοιτητές: στην περίπτωση που η ευκολότερη και κύρια επιλογή τους για φαγητό είναι η φοιτητική λέσχη ή η αγορά έτοιμων φαγητών, οι προσφερόμενες, περισσότερο οικείες και πιο ασφαλείς επιλογές (π.χ. κρέας, σουβλάκια αλλά όχι σαλάτες, όσπρια ή μαγειρευτά φαγητά) μπορεί να καθορίζουν τις καθημερινές διατροφικές τους επιλογές σε υψηλότερο βαθμό σε σχέση με άλλους παράγοντες ΚΟΕ. Σε αυτό το ερμηνευτικό μοτίβο, οι φοιτητές με υψηλότερη ευμάρεια μπορεί να συνοδεύουν το φαγητό τους με αναψυκτικό και να εξηγείται η υψηλότερη κατανάλωση σε σχέση με φοιτητές με χαμηλότερη ευμάρεια και πιθανότατα μειωμένη δυνατότητα να αγοράζουν συστηματικά αναψυκτικά ποτά. Οφείλουμε να σημειώσουμε ότι η ερμηνεία γίνεται υπό το πρίσμα της μεθοδολογίας της μελέτης: παρ' ότι έγινε στάθμιση για την τρέχουσα διαμονή, η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε τους τρεις πρώτους μήνες της φοιτητικής ζωής, ένα από τα σημαντικοτερα στάδια μετάβασης κατά την ανθρώπινη βιογραφία, καθώς σηματοδοτεί μια περίοδο σημαντικών γνωστικών, συναισθηματικών, αναπτυξιακών, και ψυχο-

Πίνακας 3. Σταθμισμένα μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης για τη συσχέτιση του κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου και των διατροφικών συνηθειών των φοιτητών/τριών

		95% ΔΕ		
	OR	Lower	Upper	p value
Φρούτα				
Χαμηλή FAS II	(ref)			
Μέση FAS II	0,897	0,524	1,536	0,652
Υψηλή FAS II	1,262	0,601	2,649	0,538
Χαμηλή εκπαίδευση πατέρα	(ref)			
Μέση εκπαίδευση πατέρα	0,771	0,433	1,372	0,377
Υψηλή εκπαίδευση πατέρα	0,92	0,436	1,941	0,827
Χαμηλή εκπαίδευση μητέρας	(ref)			
Μέση εκπαίδευση μητέρας	1,069	0,533	2,143	0,852
Υψηλή εκπαίδευση μητέρας	1,392	0,595	3,255	0,442
Χαμηλή οικονομική κατάσταση	(ref)			
Μέση οικονομική κατάσταση	1,234	0,718	2,12	0,446
Υψηλή οικονομική κατάσταση	1,042	0,577	1,883	0,89
Λαχανικά				
Χαμηλή FAS II	(ref)			
Μέση FAS II	0,797	0,508	1,251	0,323
Υψηλή FAS II	1,467	0,800	2,690	0,215
Χαμηλή εκπαίδευση πατέρα	(ref)			
Μέση εκπαίδευση πατέρα	1,216	0,724	2,042	0,460
Υψηλή εκπαίδευση πατέρα	1,389	0,720	2,681	0,327
Χαμηλή εκπαίδευση μητέρας	(ref)			
Μέση εκπαίδευση μητέρας	1,432	0,761	2,695	0,265
Υψηλή εκπαίδευση μητέρας	1,339	0,624	2,873	0,453
Χαμηλή οικονομική κατάσταση	(ref)			
Μέση οικονομική κατάσταση	1,142	0,714	1,826	0,580
Υψηλή οικονομική κατάσταση	1,476	0,905	2,410	0,119
Αναψυκτικά				
Χαμηλή FAS II	(ref)			
Μέση FAS II	1,972	0,887	4,385	0,096
Υψηλή FAS II	**3,892**	**1,416**	**10,699**	**0,008**
Χαμηλή εκπαίδευση πατέρα	(ref)			
Μέση εκπαίδευση πατέρα	0,511	0,254	1,025	0,059
Υψηλή εκπαίδευση πατέρα	0,408	0,150	1,104	0,078
Χαμηλή εκπαίδευση μητέρας	(ref)			
Μέση εκπαίδευση μητέρας	1,074	0,443	2,602	0,875
Υψηλή εκπαίδευση μητέρας	0,826	0,263	2,596	0,743
Χαμηλή οικονομική κατάσταση	(ref)			
Μέση οικονομική κατάσταση	1,071	0,514	2,229	0,855
Υψηλή οικονομική κατάσταση	1,410	0,662	3,004	0,373
Πρωινό				
Χαμηλή FAS II	(ref)			
Μέση FAS II	1,461	0,953	2,240	0,082
Υψηλή FAS II	1,331	0,736	2,408	0,345
Χαμηλή εκπαίδευση πατέρα	(ref)			
Μέση εκπαίδευση πατέρα	1,107	0,702	1,745	0,662
Υψηλή εκπαίδευση πατέρα	1,205	0,674	2,152	0,529
Χαμηλή εκπαίδευση μητέρας	(ref)			
Μέση εκπαίδευση μητέρας	1,273	0,738	2,197	0,385
Υψηλή εκπαίδευση μητέρας	1,006	0,519	1,950	0,986
Χαμηλή οικονομική κατάσταση	(ref)			
Μέση οικονομική κατάσταση	1,142	0,766	1,702	0,516
Υψηλή οικονομική κατάσταση	0,975	0,632	1,505	0,910
Γρήγορο φαγητό - Delivery				
Χαμηλή FAS II	(ref)			
Μέση FAS II	**1,703**	**1,101**	**2,633**	**0,017**
Υψηλή FAS II	**1,941**	**1,081**	**3,485**	**0,026**
Χαμηλή εκπαίδευση πατέρα	(ref)			
Μέση εκπαίδευση πατέρα	0,836	0,532	1,312	0,436
Υψηλή εκπαίδευση πατέρα	0,737	0,414	1,313	0,301
Χαμηλή εκπαίδευση μητέρας	(ref)			
Μέση εκπαίδευση μητέρας	0,928	0,544	1,586	0,786
Υψηλή εκπαίδευση μητέρας	0,985	0,517	1,874	0,963
Χαμηλή οικονομική κατάσταση	(ref)			
Μέση οικονομική κατάσταση	0,967	0,646	1,448	0,872
Υψηλή οικονομική κατάσταση	1,166	0,762	1,787	0,479

Συγχυτικοί παράγοντες που ελέγχθηκαν: φύλο, τύπος οικογένειας, διαμονή φοιτητή, περιοχή διαμονής πριν την εισαγωγή, επίπεδο εκπαίδευσης πατέρα, επίπεδο εκπαίδευσης μητέρας, ευμάρεια και οικονομική κατάσταση οικογένειας

Πίνακας 4. Σταθμισμένα μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης για τη συσχέτιση του κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου και των διατροφικών συνηθειών των φοιτητών/τριών σε σχέση με το φύλο

	Αγόρια				Κορίτσια			
		95% ΔΕ						
	OR	Lower	Upper	p value	OR	Lower	Upper	p value
Φρούτα								
Χαμηλή FAS II	(ref)				(ref)			
Μέση FAS II	0,749	0,291	1,924	0,548	1,095	0,559	2,144	0,791
Υψηλή FAS II	0,981	0,282	3,408	0,976	1,445	0,557	3,753	0,449
Χαμηλή εκπαίδευση πατέρα	(ref)				(ref)			
Μέση εκπαίδευση πατέρα	1,711	0,444	6,589	0,435	0,609	0,311	1,193	0,148
Υψηλή εκπαίδευση πατέρα	1,801	0,408	7,958	0,438	0,737	0,283	1,916	0,531
Χαμηλή εκπαίδευση μητέρας	(ref)				(ref)			
Μέση εκπαίδευση μητέρας	1,542	0,308	7,718	0,598	0,857	0,385	1,908	0,705
Υψηλή εκπαίδευση μητέρας	2,775	0,499	15,440	0,244	0,917	0,311	2,710	0,876
Χαμηλή οικονομική κατάσταση	(ref)				(ref)			
Μέση οικονομική κατάσταση	2,502	0,988	6,340	0,053	0,891	0,445	1,783	0,745
Υψηλή οικονομική κατάσταση	1,096	0,367	3,277	0,869	1,099	0,536	2,251	0,796
Λαχανικά								
Χαμηλή FAS II	(ref)				(ref)			
Μέση FAS II	0,874	0,408	1,874	0,730	0,786	0,443	1,394	0,410
Υψηλή FAS II	1,244	0,443	3,488	0,679	1,680	0,777	3,635	0,188
Χαμηλή εκπαίδευση πατέρα	(ref)				(ref)			
Μέση εκπαίδευση πατέρα	1,126	0,434	2,920	0,807	1,227	0,656	2,294	0,521
Υψηλή εκπαίδευση πατέρα	1,340	0,447	4,015	0,601	1,375	0,587	3,220	0,463
Χαμηλή εκπαίδευση μητέρας	(ref)				(ref)			
Μέση εκπαίδευση μητέρας	1,550	0,471	5,101	0,470	1,374	0,645	2,929	0,410
Υψηλή εκπαίδευση μητέρας	1,341	0,351	5,117	0,668	1,403	0,538	3,659	0,489
Χαμηλή οικονομική κατάσταση	(ref)				(ref)			
Μέση οικονομική κατάσταση	1,750	0,821	3,727	0,147	0,868	0,469	1,607	0,652
Υψηλή οικονομική κατάσταση	1,347	0,587	3,091	0,482	1,560	0,837	2,906	0,162
Αναψυκτικά								
Χαμηλή FAS II	(ref)				(ref)			
Μέση FAS II	**5,046**	**1,042**	**24,427**	**0,044**	1,243	0,443	3,487	0,679
Υψηλή FAS II	**8,104**	**1,377**	**47,676**	**0,021**	3,020	0,734	12,433	0,126
Χαμηλή εκπαίδευση πατέρα	(ref)				(ref)			
Μέση εκπαίδευση πατέρα	**0,305**	**0,111**	**0,832**	**0,020**	0,696	0,255	1,897	0,479
Υψηλή εκπαίδευση πατέρα	**0,188**	**0,049**	**0,722**	**0,015**	1,055	0,238	4,687	0,943
Χαμηλή εκπαίδευση μητέρας	(ref)				(ref)			
Μέση εκπαίδευση μητέρας	2,095	0,411	10,671	0,373	0,754	0,244	2,334	0,624
Υψηλή εκπαίδευση μητέρας	1,969	0,326	11,889	0,460	0,273	0,039	1,913	0,191
Χαμηλή οικονομική κατάσταση	(ref)				(ref)			
Μέση οικονομική κατάσταση	1,620	0,618	4,244	0,326	0,612	0,177	2,122	0,439
Υψηλή οικονομική κατάσταση	0,973	0,323	2,933	0,962	2,007	0,661	6,096	0,219

Πίνακας 4. Σταθμισμένα μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης για τη συσχέτιση του κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου και των διατροφικών συνηθειών των φοιτητών/τριών σε σχέση με το φύλο

	Αγόρια				Κορίτσια			
		95% ΔΕ						
	OR	Lower	Upper	p value	OR	Lower	Upper	p value
Πρωινό γεύμα								
Χαμηλή FAS II	(ref)				(ref)			
Μέση FAS II	1,982	0,952	4,126	0,067	1,347	0,783	2,318	0,282
Υψηλή FAS II	**2,896**	**1,127**	**7,443**	**0,027**	0,808	0,360	1,816	0,606
Χαμηλή εκπαίδευση πατέρα	(ref)				(ref)			
Μέση εκπαίδευση πατέρα	1,873	0,798	4,399	0,150	0,882	0,504	1,543	0,660
Υψηλή εκπαίδευση πατέρα	1,922	0,721	5,126	0,192	0,977	0,453	2,104	0,952
Χαμηλή εκπαίδευση μητέρας	(ref)				(ref)			
Μέση εκπαίδευση μητέρας	1,056	0,401	2,781	0,911	1,224	0,622	2,409	0,559
Υψηλή εκπαίδευση μητέρας	0,608	0,200	1,844	0,379	1,358	0,576	3,205	0,485
Χαμηλή οικονομική κατάσταση	(ref)				(ref)			
Μέση οικονομική κατάσταση	1,081	0,580	2,016	0,807	1,298	0,757	2,227	0,343
Υψηλή οικονομική κατάσταση	1,283	0,658	2,498	0,464	0,889	0,493	1,603	0,696
Γρήγορο φαγητό - Delivery								
Χαμηλή FAS II	(ref)				(ref)			
Μέση FAS II	**2,442**	**1,270**	**4,695**	**0,007**	1,261	0,686	2,317	0,455
Υψηλή FAS II	**2,305**	**0,972**	**5,467**	**0,058**	1,620	0,710	3,695	0,252
Χαμηλή εκπαίδευση πατέρα	(ref)				(ref)			
Μέση εκπαίδευση πατέρα	0,581	0,293	1,150	0,119	0,977	0,513	1,861	0,943
Υψηλή εκπαίδευση πατέρα	**0,415**	**0,182**	**0,948**	**0,037**	1,292	0,554	3,012	0,553
Χαμηλή εκπαίδευση μητέρας	(ref)				(ref)			
Μέση εκπαίδευση μητέρας	1,166	0,511	2,663	0,715	0,822	0,395	1,711	0,600
Υψηλή εκπαίδευση μητέρας	0,911	0,354	2,346	0,848	1,177	0,475	2,916	0,725
Χαμηλή οικονομική κατάσταση	(ref)				(ref)			
Μέση οικονομική κατάσταση	0,946	0,545	1,643	0,843	0,966	0,515	1,811	0,914
Υψηλή οικονομική κατάσταση	0,866	0,474	1,583	0,640	1,506	0,794	2,857	0,210

Συγχυτικοί παράγοντες που ελέγχθηκαν: τύπος οικογένειας, διαμονή φοιτητή, περιοχή διαμονής πριν την εισαγωγή, επίπεδο εκπαίδευσης πατέρα, επίπεδο εκπαίδευσης μητέρας, ευμάρεια και οικονομική κατάσταση οικογένειας

κοινωνικών αλλαγών. Σε συνάρτηση με τον εξ' ορισμού μεταβατικό χαρακτήρα της αναδυόμενης ενηλικίωσης (Arnett 2000), το ότι δεν καταγράφονται διαφορές κατά την έναρξη της αυτόνομης διαβίωσης δεν σημαίνει ότι όταν οι συνθήκες ομαλοποιηθούν οι φοιτητές από διαφορετικό κοινωνικο-οικονομικό υπόβαθρο θα ακολουθήσουν τα ίδια μοτίβα συμπεριφορών (Friestad & Klepp 2006).

Ενώ στην βιβλιογραφία καταγράφεται συστηματικά ότι υψηλότερο ΚΟΕ σχετίζεται με αυξημένη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών (Vereecken et al 2005), στη μελέτη ΛΑΤΩ δεν καταγράφηκαν αντίστοιχες διαφορές, σε αντίθεση με την ερευνητική μας υπόθεση. Θα μπορούσε να είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικό το γεγονός ότι δεν υπάρχουν διαφοροποιήσεις μεταξύ χαμηλότερων και υψηλότερων επιπέδων ΚΟΕ στην κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, εάν η εξίσωση είχε πραγματοποιηθεί προς την κατεύθυνση της προσκόλησης (adherence) στις προτεινόμενες διατροφικές οδηγίες. Στην πράξη πραγματοποιήθηκε το αντίθετο, με πολύ μικρό ποσοστό των φοιτητών/τριών της μελέτης να καταναλώνουν φρούτα και λαχανικά κάθε μέρα, ανεξάρτητα από το κοινωνικο-οικονομικό τους επίπεδο και την εκπαίδευση των γονιών τους.

Ειδική μνεία χρειάζεται να γίνει στην αυτο-αναφερόμενη οικονομική κατάσταση η οποία δεν σχετίστηκε με κανένα δείκτη διατροφικών συνηθειών παρά το ότι σε άλλες μελέτες σχετίζεται με αυξημένη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών (Konttinen et al 2013, Dijkstra et al 2014). Συνήθως οι σαλάτες, τα φρούτα και τα λαχανικά είναι πιο ακριβά ανά θερμίδα σε σχέση με άλλα προϊόντα και υπάρχει μάλιστα η υπόθεση ότι άτομα με χαμηλές οικονομικές δυνατότητες δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στην αγορά προϊόντων που ενώ είναι υγιεινά δεν καλύπτουν τις ημερήσιες θερμιδικές τους ανάγκες (Darmon et al 2005, Darmon & Drewnowski 2008). Από τα αποτελέσματά μας μπορούμε να έχουμε μια ένδειξη ότι το οικονομικό κριτήριο δεν είναι το κυριότερο για την επιλογή τροφών, όπως φρούτα και λαχανικά, κατά την έναρξη της φοιτητικής ζωής.

Το επίπεδο εκπαίδευσης του πατέρα φαίνεται να δρα προστατευτικά ως προς την κατανάλωση αναψυκτικών και γρήγορου φαγητού στα αγόρια. Το αποτέλεσμα αυτό έρχεται σε αντιδιαστολή με τα ευρήματα της διεθνούς βιβλιογραφίας, όπου θέλουν το μορφωτικό επίπεδο κυρίως της μητέρας να δρα προστατευτικά στις διατροφικές συνήθειες των παιδιών, περισσότερο από του πατέρα (Serra-Majem et al 2004, Nilsen et al 2009, Ulla Díez & Perez-Fortis 2010, Papadaki & Mavrikaki 2015). Προσθέτει όμως ενδείξεις σε ένα συνεχώς αυξανόμενο σώμα βιβλιογραφίας ότι κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά του πατέρα επηρεάζουν εξίσου ή περισσότερο τις συμπεριφορές υγείας των απογόνων, ένδειξη των μεταλασσόμενων κοινωνικών δομών και ρόλων που υιοθετούν τα φύλα σε σχέση με τις οικογενειακές υποχρεώσεις (Smetanina et al 2015, Parikka et al 2015).

Το μόνο αποτέλεσμα που ήταν σε συμφωνία με την ερευνητική υπόθεση της παρούσας μελέτης ήταν ότι η κατανάλωση πρωινού γεύματος σχετίστηκε με το υψηλό επίπεδο ευμάρειας στα αγόρια. Στη μελέτη HELENA, η ευμάρεια δεν σχετίστηκε με συστηματική κατανάλωση πρωινού γεύματος στα αγόρια, αλλά στα κορίτσια (Hallström et al 2011). Τα παραπάνω είναι ενδεικτικά της διαφορετικής επίδρασης που έχει το κοινωνικο-οικονομικό περιβάλλον σε διατροφικές συμπεριφορές σε διαφορετικές χώρες και πολιτισμικά περιβάλλοντα και τονίζουν την αναγκαιότητα να διερευνόνται αυτές οι σχέσεις ανεξάρτητα σε κάθε χώρα.

Περιορισμοί της μελέτης

Η παρούσα έρευνα έχει ορισμένους περιορισμούς που οφείλουν να ληφθούν υπ' όψιν κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Ο συγχρονικός σχεδιασμός της δεν επιτρέπει με βεβαιότητα τη διερεύνηση της αιτιότητας, πιο είναι το αίτιο και πιο το αιτιατό στις αναφερόμενες συσχετίσεις. Ωστόσο, είναι σαφώς πιθανότερο το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο της οικογένειας να καθορίζει τις διατροφικές συνήθειες, παρά το αντίθετο.

Τα ερωτηματολόγια ήταν αυτό-συμπληρούμενα, συνεπώς δεν μπορεί να αποκλειστεί το σφάλμα ανάκλησης, εφόσον το ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων αφορούσε στην εβδομαδιαία κατανάλωση. Όμως, σε έρευνες στάθμισης σχετικών ερωτηματολογίων έχει δειχθεί ότι παρ' ότι υπάρχει σαφές περιθώριο βελτιώσεων, είναι έγκυρα και αξιόπιστα για την καταγραφή των διατροφικών συνηθειών σε επιδημιολογικές μελέτες (Vereecken & Maes 2003).

Οι ψυχομετρικές ιδιότητες της κλίμακας FAS έχουν συζητηθεί σε αρκετά άρθρα στη διεθνή βιβλιογραφία. Παρ' ότι έχει μέτρια εσωτερική αξιοπιστία, έχει διαπιστωθεί ότι έχει υψηλές και στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με άλλους δείκτες της κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης, αλλά και με εκβάσεις υγείας (Boyce et al 2006, Zambon et al 2006, Liu et al 2012, Makransky et al 2014). Πιο συγκεκριμένα, παρουσιάζει σημαντική συσχέτιση με το επίπεδο εκπαίδευσης των γονέων και το επάγγελμά τους, υψηλό ποσοστό συμφωνίας μεταξύ εφήβων και γονέων, καθώς και ικανοποιητική συσχέτιση με τον εθνικό δείκτη πλούτου, το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (Liu et al 2012). Παράλληλα, στα θετικά στοιχεία της κλίμακας FAS II καταγράφεται το ότι επηρεάζεται λιγότερο από το σφάλμα προκατάληψης σε σχέση με άλλες μετρήσεις του κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου, οι οποίες βασίζονται στις αναφορές των εφήβων για το εισόδημα των νοικοκυριών ή το επάγγελμα των γονέων τους.

Το δείγμα δεν είναι αντιπροσωπευτικό του φοιτητικού πληθυσμού της Ελλάδας και τίθενται θέματα γενίκευσης των αποτελεσμάτων. Το σημαντικό σε αυτήν την περίπτωση είναι ότι οι φοιτητές του ΤΕΙ Κρήτης έχουν έρθει μέσω των Πανελληνίων εξετάσεων και προέρχονται από όλη την Ελλάδα, αλλά και χώρες του εξωτερικού, και από όλα τα κοινωνικο-οικονομικά επίπεδα, έμεναν τόσο σε αστικές, όσο και σε αγροτικές περιοχές και η αναλογία των αγοριών-κοριτσιών είναι αυτή που καταγράφεται για το σύνολο της χώρας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Στην παρούσα μελέτη υψηλότερη ευμάρεια της οικογένειας σχετίστηκε με υψηλότερη κατανάλωση πρωινού γεύματος, αλλά και με μεγαλύτερη κατανάλωση αναψυκτικών και γρήγορου φαγητού στα αγόρια. Παράλληλα, φάνηκε μια προστατευτική σχέση μεταξύ του επιπέδου εκπαίδευσης του πατέρα και των ανθυγιεινών διατροφικών συνηθειών για τα αγόρια. Η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών δεν σχετίστηκε με κάποιο δείκτη ΚΟΕ. Τα αποτελέσματα είναι ιδιαίτερα σημαντικά καθώς αποτυπώνουν το ότι οι διατροφικές συνήθειες των πρωτοετών φοιτητών είναι ανεπαρκείς ανεξάρτητα από το κοινωνικο-οικονομικό τους επίπεδο και την εκπαίδευση των γονέων τους. Συνεπώς, οι συστηματικές δράσεις για τη βελτίωση των διατροφικών

συνηθειών του φοιτητικού πληθυσμού είναι απαραίτητες και αναγκαίες παρά το γεγονός ότι μελλοντικές μελέτες οφείλουν να καταγράψουν λεπτομερέστερα και για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα τις διατροφικές συνήθειες προκειμένου να αποτυπώσουν ρεαλιστικά τις πιθανές μεταβολές και διακυμάνσεις τους κατά τη φοιτητική ζωή.

Συνεχώς αυξανόμενο πλήθος μελετών τονίζει τους νέους ρόλους που οφείλουν να υιοθετήσουν οι νοσηλευτές, ιατροί και γενικά το σύνολο των επαγγελματιών υγείας προκειμένου να δρουν επικουρικά στη βελτίωση των συμπεριφορών διακινδύνευσης για την υγεία των ατόμων και των πληθυσμών. Παρ' ότι οι νοσηλευτές αποτελούν την πολυπληθέστερη ομάδα στο σύστημα υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο, δεν φαίνεται να αξιοποιούν τις συστηματικές τους επαφές με ασθενείς και άτομα για τροποποίηση συμπεριφορών διακινδύνευσης (Kotsoni et al 2008). Παράλληλα, η ικανότητα τους για ουσιαστικές και αποτελεσματικές παρεμβάσεις περιορίζεται από τις δικές τους συμπεριφορές: τα άτομα με χειρότερες συμπεριφορές υγείας αποφεύγουν να κάνουν παρεμβάσεις αγωγής υγείας και να δώσουν πολύτιμες συμβουλές, αλλά και όταν τις δίνουν, οι ασθενείς δεν είναι ανοικτοί στο να τις δεχτούν (Hicks et al 2008, Lobelo & de Quevedo 2016). Με αυτό το δεδομένο, θα πρέπει να δωθεί ιδιαίτερη έμφαση στην εκπαίδευση των επιστημόνων υγείας έτσι ώστε να μπορέσουν να ανταποκριθούν ικανά και αποτελεσματικά στο σύνθετο και πολυδιάστο εγχείρημα της βελτίωσης της υγείας και της ποιότητας ζωής μέσω της τροποποίησης συμπεριφορών.

Χρηματοδότηση

Η μελέτη υλοποιήθηκε στο πλαίσιο του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Εκπαίδευση και Δια Βίου Μάθηση», Πράξη «Αρχιμήδης ΙΙΙ – Ενίσχυση ερευνητικών ομάδων στο ΤΕΙ Κρήτης» και συγχρηματοδοτήθηκε από την Ευρωπαϊκή Ένωση (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο) και από εθνικούς πόρους (Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς 2007-2013).

Ευχαριστίες

Θερμές ευχαριστίες οφείλουμε στη διοίκηση και το προσωπικό του ΤΕΙ Κρήτης για την υποστήριξή τους σε κάθε στάδιο της μελέτης ΛΑΤΩ, στους ερευνητές για την ακάματη προσπάθειά τους και στους φοιτητές για τη συμμετοχή τους.

ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

Ο ΓΚ είναι ο επιστημονικός υπεύθυνος έχοντας την γενική ευθύνη για τη σύλληψη και το σχεδιασμό της μελέτης. Οι ΤΦ και ΓΚ συμμετείχαν στον εντοπισμό των ερωτηματολογίων. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε από αρκετά άτομα μεταξύ των οποίων οι ΕΣ και ΓΚ. Οι ΕΣ και ΓΚ συνέγγραψαν το αρχικό κείμενο. Όλοι οι συγγραφείς (ΕΣ, ΤΦ και ΓΚ) συμμετείχαν στην ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, στην ανάλυση των δεδομένων, στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων καθώς και στην κριτική αξιολόγηση και έγκριση του τελικού κειμένου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Arnett JJ. (2000). Emerging Adulthood: A theory of Development From the Late Teens Through the Twenties. *American Psychologist* 55(5), 469-480.

Attorp A., Scott JE., Yew AC., Rhodes RE., Barr SI. & Naylor P. (2014). Associations between socioeconomic, parental and home environment factors and fruit and vegetable consumption of children in grades five and six in British Columbia, Canada. *BMC Public Health* 14: 150.

Aura A., Sormunen M. & Tossavainen K. (2016). The relation of socio-ecological factors to adolescents' health-related behaviour: A literature review. *Health Education* 116(2): 177-201.

Ball K., Mishra GD., Thane CW. & Hodge A. (2004). How well do Australian women comply with dietary guidelines? *Public Health Nutrition* 7(3): 443-452.

Bargiota A., Delizona M., Tsitouras A. & Koukoulis GN. (2013). Eating habits and factors affecting food choice of adolescents living in rural areas. *Hormones* 12(2): 246-253.

Bartley M., Fitzpatric R., Firth D. & Marmot M. (2000). Social distribution of cardiovascular disease risk factors: change among men in England 1984-1993. *Journal of Epidemiology & Community Health* 54: 806-814.

Barton M. (2012). Childhood obesity: a life-long health risk. *Acta Pharmacologica Sinica* 33: 189–193.

Bazzano LA. (2004). *Dietary intake of fruits and vegetables and risk of diabetes mellitus and cardiovascular diseases.* Background paper for the Joint FAO/WHO Workshop on Fruit and Vegetables for Health. WHO, Geneva.

Béghin L., Dauchet L., De Vriendt T., Cuenca-Garcá a M., Manios Y. & Huybrechts I. et al on behalf of the HELENA Study Group. (2014). Influence of parental socio-economic status on diet quality of European adolescents: results from the HELENA study. *British Journal of Nutrition* 111: 1303–1312.

Bertsias G., Linardakis M., Mammas I. & Kafatos A. (2005). Fruit and vegetables consumption in relation to health and diet of medical students in Crete, Greece. *International Journal of Vitamin and Nutrition Research* 75(2): 107-117.

Boudreau B. & Poulin C. (2009). An examination of the validity of the Family Affluence Scale II (FAS II) in a general adolescent population of Canada. *Social Indicators Research* 94(1): 29-42.

Boyce W., Torsheim T., Currie C. & Zambon A. (2006). The Family Affluence Scale as a Measure of National Wealth: Validation of an Adolescent Self-reported Measure. *Social Indicators Research* 78(3): 473-487.

Boylan SM., Gill T.P., Hare-Bruun H., Andersen LB. & Heitmann BL. (2014). Associations between adolescent and adult socioeconomic status and risk of obesity and overweight in Danish adults. *Obesity Research & Clinical Practice* 8(2): e163-71.

Chao CY., Shih CC., Wang CJ., Wu JS., Lu FH., Chang CJ. & Yang YC. (2014). Low socioeconomic status may increase the risk of central obesity in incoming university students in Taiwan. *Obesity Research & Clinical Practice* 8(3): e201-98.

Chourdakis M., Tzellos T., Papazisis G., Toulis K. & Kouvelas D. (2010). Eating habits, health attitudes and obesity indices among medical students in northern Greece. *Appetite* 55: 722-725.

Costarelli V., Sdrali D. & Konstantopoulou A. (2013). Mediterranean diet and socio-economic status in Greek adolescents. *Nutrition & Food Science* 43 (6): 535-542.

Currie C., Molcho M., Boyce W., Holstein B., Torsheim T. & Richter M. (2008). Researching health inequalities in adolescents: the development of the HBSC Family Affluence Scale. *Social Science and Medicine 66*(6): 1429-1436.

Currie C., Zanotti C., Morgan A., Currie D., De Looze M., Roberts C., Samdal O., Smith ORF., Barnekow V. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. WHO Regional Office for Europe (*Health Policy for Children and Adolescents*, No. 6).

Currie C.E., Elton R.A., Todd J. & Platt S. (1997). Indicators of socioeconomic status for adolescents: the WHO Health Behaviour in School-aged Children Survey. *Health Education Research* 12(3): 385-397.

Darmon N. & Drewnowski A. (2008). Does social class predict diet quality? *American Journal of Clinical Nutrition* 87, 1107–1117.

Darmon N., Darmon M., Maillot M. & Drewnowski A. (2005). A nutrient density standard for vegetables and fruits: nutrients per calorie and nutrients per unit cost. *Journal of the American Dietetic Association* 105: 1881–1887.

Deliens T., Clarys P., DeBourdeaudhuij I. & Deforche B. (2014). Determinants of eating behaviour in university students: a qualitative study using focus group discussions. *BMC Public Health* 14: 53.

Deshmukh-Taskar PR., O'Neil CE., Nicklas TA., Yang S., Liu Y., Gustat J. & Berenson GS. (2009). Dietary patterns associated with metabolic syndrome, sociodemographic and lifestyle factors in young adults: the Bogalusa Heart Study. *Public Health Nutrition* 12: 2493–2503.

Dijkstra SC., Neter JE., Brouwer IA., Huisman M. & Visser M. (2014). Adherence to dietary guidelines for fruit, vegetables and fish among older Dutch adults; the role of education, income and job prestige. *Journal of Nutrition, Health & Aging* 18(2): 115-21.

El Ansari W., Stock C. & Mikolajczyk RT. (2012). Relationships between food consumption and living arrangements among university students in four European countries - A cross-sectional study. *Nutrition Journal* 11: 28.

Farajian P., Panagiotakos DB., Risvas G., Karasouli K., Bountziouka V., Voutzourakis N. & Zampelas A. (2012). Socio-economic and demographic determinants of childhood obesity prevalence in Greece: the GRECO (Greek Childhood Obesity) study. *Public Health Nutrition* 16(2): 240–247.

Fismen A., Samdal O. & Torsheim T. (2012). Family affluence and cultural capital as indicators of social inequalities in adolescent's eating behaviours: a population-based survey. *BMC Public Health* 12: 1036.

Friestad C. & Klepp KI. (2006). Socioeconomic status and health behaviour patterns through adolescence: Results from a prospective cohort study in Norway. *European Journal of Public Health* 16: 41–7.

Giskes K., Turrell G., Patterson C. & Newman B. (2002). Socio-economic differences in fruit and vegetable consumption among Australian adolescents and adults. *Public Health Nutrition* 5(5): 663-9.

Greydanus DE., Bashe P. & American Academy of Pediatrics. (2003). *Caring for Your Teenager: The Complete and Authoritative Guide*. New York: Bantam Books.

Hallström L., Vereecken CA., Ruiz JR., Patterson E., Gilbert CC., Catasta G., Dá az LE., Gá mez-Martá nez S., Gonzá lez Gross M., Gottrand F., Hegyi A., Lehoux C., Mouratidou T., Widham K., Aström A., Moreno LA., Sjöström M. (2011). Breakfast habits and factors influencing food choices at breakfast in relation to socio-demographic and family factors among European adolescents. The HELENA Study. *Appetite* 56: 649–657.

Hicks M., McDermott LL., Rouhana N., Schmidt M., Seymour MW. & Sullivan T. (2008). Nurses' body size and public coná dence in ability to provide health education. *Journal of Nursing Scholarship* 40(4), 349–354.

Hong S., Bae HC., Kim HS. & Park E. (2014). Variation in Meal-skipping Rates of Korean Adolescents According to Socio-economic Status: Results of the Korea Youth Risk Behavior Web-based Survey. *Journal of Preventive Medicine and Public Health* 47: 158-168.

Koivusilta L., Rimpela A. & Kautiainen S. (2006). Health inequality in adolescence. Does stratification occur by familial social background, family affluence, or personal social position? *BMC Public Health* 6: 110.

Koller T., Morgan A., Guerreiro A., Currie C., Ziglio E. and the International HBSC study group. (2009). Addressing the socioeconomic determinants of adolescent health: experiences from the WHO/HBSC Forum 2007. *International Journal of Public Health* 54: S278-284.

Konttinen H., Sarlio-Lähteenkorva S., Silventoinen K., Männistö S. & Haukkala A. (2013). Socio-economic disparities in the consumption of vegetables, fruit and energy-dense foods: the role of motive priorities. *Public Health Nutrition* 16(5): 873–882.

Kotsoni C., Antonakis N., Markaki A. & Lionis C. (2008). Do patients with chronic obstructive pulmonary disease receive smoking cessation advice and interventions in rural Crete? Report from a medical audit study. *Australian Journal of Rural Health* 16: 385–386.

Kritsotakis G., Chatzi L., Vassilaki M., Kogevinas M., Philalithis AE. & Koutis A. (2015). Social capital, tolerance of diversity and adherence to Mediterranean diet: the Rhea Mother-Child Cohort in Crete, Greece. *Public Health Nutrition* 18: 1300-7.

Kritsotakis G., Psarrou M., Vassilaki M., Androulaki Z. & Philalithis AE. (2016). Gender differences in the prevalence and clustering of multiple health risk behaviours in young adults. *Journal of Advanced Nursing in press*, doi: 10.1111/jan.12981

Kyriazis I., Rekleiti M., Saridi M., Beliotis E., Toska A., Souliotis K. & Wozniak G. (2012). Prevalence of obesity in children aged 6-12 years in Greece: nutritional behaviour and physical activity. *Archives of Medical Science* 8(5): 859-64.

Liu Y., Wang M., Villberg J., Torsheim T., Tynjälä J. Lv. Y. & Kannas L. (2012). Reliability and validity of Family Affluence Scale (FAS II) among adolescents in Beijing, China. *Child Indicators Research* 5(2): 235-251.

Lobelo F. & de Quevedo IG. (2016). The evidence in support of physicians and health care providers as physical activity role models. *American Journal of Lifestyle Medicine* 10(1): 36-52.

Makransky G., Schnohr CW., Torsheim T. & Currie C. (2014). Equating the HBSC Family Affluence Scale across survey years: a method to account for item parameter drift using the Rasch model. *Quality of Life Research* 23(10): 2899-907.

Manios Y., Panagiotakos DB., Pitsavos C., Polychronopoulos E. & Stefanadis C. (2005). Implication of socio-economic status on the prevalence of overweight and obesity in Greek adults: the ATTICA study. *Health Policy* 74 (2): 224-232.

Nelson M., Erens B., Bates B., Church S. & Boshier T. (2007). Low income diet and nutrition survey. *The Stationery Office* 2(4): 9-13.

Nesli ah R. & Emine AY. (2011). Energy and nutrient intake and food patterns among Turkish university students. *Nutrition Research & Practice* 5(2): 117-23.

Nilsen S., Krokstad S., Holmen TL., & Westin S. (2009). Adolescents' health-related dietary patterns by parental socio-economic position. The Nord-Trá ndelag Health Study (HUNT). *European Journal of Public Health* 20(3): 299–305.

Nishida C., Uauy R., Kumanyika S. & Shetty P. (2004). The Joint WHO/FAO Expert Consultation on diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: process, product and policy implications. *Public Health Nutrition* 7 (1A): 245–250.

Panagiotakos DB., Pitsavos C., Manios Y., Polychronopoulos E., Chrysohoou CA. & Stefanadis C. (2005). Socio-economic status in relation to risk factors associated with cardiovascular disease, in healthy individuals from the ATTICA study. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation* 12(1): 68-74.

Papadaki A. & Scott JA. (2002). The impact on eating habits of temporary translocation from a Mediterranean to a Northern European environment. *European Journal of Clinical Nutrition* 56: 455–461.

Papadaki S. & Mavrikaki E. (2015). Greek adolescents and the Mediterranean diet: factors affecting quality and adherence. *Nutrition* 31(2): 345-9.

Parikka S., Maki P., Levalahti E., Lehtinen-Jacks S., Martelin T. & Laatikainen T. (2015). Associations between parental BMI, socioeconomic factors, family structure and overweight in Finnish children: a path model approach. *BMC Public Health* 15: 271.

Pitel L., Madarasová Gecková A., Reijneveld SA. & van Dijk JP. (2013). Socioeconomic differences in adolescent health-related behavior differ by gender. *Journal of Epidemiology* 23(3): 211-218.

Richter M., Vereecken CA., Boyce W., Maes L., Gabhainn SN. & Currie CE. (2009). Parental occupation, family affluence and adolescent health behaviour in 28 countries. *International Journal of Public Health* 54(4): 203-12.

Serra-Majem L., Ribas L., Ngo J., Ortega R.M., Garcá a A., Pérez-Rodrigo C. & Aranceta J. (2004). Food, youth and the Mediterranean diet in Spain. Development of KIDMED, Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents. *Public Health Nutrition* 7(7): 931-5.

Small ML., Morgan N., Bailey-Davis L. & Maggs JL. (2013). The Protective Effects of Parent-College Student Communication on Dietary and Physical Activity Behaviors. *Journal of Adolescent Health* 53: 300-302.

Smetanina N., Albaviciute E., Babinska V., Karinauskiene L., Albertsson-Wikland K., Petrauskiene A. & Verkauskiene R. (2015). Prevalence of overweight/obesity in relation to dietary habits and lifestyle among 7-17 years old children and adolescents in Lithuania. *BMC Public Health* 15: 1001.

Sobal J. & Stunkard AJ. (1989). Socioeconomic status and obesity: a review of the literature. *Psychological Bulletin* 105(2):260-75.

Spanos D. & Hankey CR. (2010). The habitual meal and snacking patterns of university students in two countries and their use of vending machines. *Journal of Human Nutrition and Dietetics* 23: 102–107.

Spencer NJ. (2006). Social equalization in youth: evidence from a cross-sectional British survey. *European Journal of Public Health* 16: 368– 75.

Steptoe A., Phil D., Wardle J., Cui W., Bellisle., Zotti A.M., Baranyai MD. & Sanderman R. (2002). Trends in Smoking, Diet, Physical Exercise and Attitudes toward Health in European University Students from 13 Countries, 1990-2000. *Preventine Medicine* 35: 97-104.

Tailakh AK., Evangelista LS., Morisky DE., Mentes JC., Pike NA., Phillips LR. (2016). Acculturation, Medication Adherence, Lifestyle Behaviors, and Blood Pressure Control Among Arab Americans. *Journal of Transcultural Nursing* 27(1): 57-64.

ter Bogt TFM., de Looze M., Molcho M., Godeau E., Hublet A., Kokkevi A., Kuntsche E., Nic Gabhainn S., Franelic IP., Simons-Morton B., Sznitman S., Vieno A., Vollebergh W. & Pickett W. (2014). Do societal wealth, family affluence and gender account for trends in adolescent cannabis use? A 30 country cross-national study. *Addiction* 109: 273–283.

Ulla Dá ez SM. & Pérez-Fortis A. (2010). Socio-demographic predictors of health behaviors in Mexican college students. *Health Promotion International* 25(1): 85-93.

VanKim NA. & Laska MN. (2012). Socioeconomic disparities in emerging adult weight and weight behaviors. *American Journal of Health Behavior* 36(4): 433–445.

Vassilaki M., Chatzi L., Georgiou V., Philalithis A., Kritsotakis G., Koutis A. & Kogevinas M. (2015). Pregestational excess weight, maternal obstetric complications and mode of delivery in the Rhea cohort in Crete. *European Journal of Public Health* 25(4): 632-7.

Vereecken CA., Dupuy M., Rasmussen M., Kelly C., Nanse TR., Al Sabbah H., Baldassari D., Delgrande Jordan M., Maes L., Niclasen BV-L, Ahluwalia N. & the HBSC Eating & Dieting Focus Group. (2009). Breakfast consumption and its socio-demographic and lifestyle correlates in schoolchildren in 41 countries participating in the HBSC study. *International Journal of Public Health* 54: 180-190.

Vereecken CA. & Maes L. (2003). A Belgian study on the reliability and relative validity of the Health Behaviour in School-Aged Children food-frequency questionnaire. *Public Health Nutrition* 6(6): 581-8.

Vereecken CA., Inchley J., Subramanian SV., Hublet A. & Maes L. (2005). The relative influence of individual and contextual socio-economic status on consumption of fruit and soft drinks among adolescents in Europe. *European Journal of Public Health* 15(3): 224-32.

West P. (1997). Health inequalities in the early years: is there equalisation in youth? *Social Science and Medicine* 44: 833–58.

WHO. (2015). *Core competencies in adolescent health and development for primary care providers: including a tool to assess the adolescent health and development component in pre-service education of health-care providers*. World Health Organization, Geneva.

WHO/HBSC FORUM. (2006). *Addressing the socioeconomic determinants of healthy eating habits and physical activity levels among adolescents*. World Health Organization, Geneva.

Yan Z. & FitzPatrick K. (2016). Acculturation and health behaviors among international students: A qualitative approach. *Nursing & Health Sciences* 18: 58–63.

Zambon A., Boyce W., Cois E., Currie C., Lemma P., Dalmasso P., Borraccino A, & Cavallo F. (2006). Do welfare regimes mediate the effect of socioeconomic position on health in adolescence? A crossnational comparison in Europe, North America, and Israel. *International Journal of Health Services* 36(2): 309–329.

ΥΥΚΑ, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. (2008). *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία: Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Υγιεινή Διατροφή και τις Διατροφικές Διαταραχές*. Αθήνα.

Family affluence, socio - economic status and dietary habits of 1st year University students

Eirini Syligardou[1], Anastas Philalithis[2], George Kritsotakis[3]

1. MPH, Nutritionist – Dietician, Laboratory of Epidemiology, Prevention and Management of Diseases, Department of Nursing, Technological Educational Institute of Crete, Greece
2. AKC, MBBS, PhD, Professor, Department of Social Medicine, Faculty of Medicine, University of Crete, Greece
3. MA, PhD, RN, Assistant Professor, Laboratory of Epidemiology, Prevention and Management of Diseases, Department of Nursing, Technological Educational Institute of Crete, Greece

ABSTRACT

Introduction: Low socio-economic status (SES) is associated with health risk behaviours contributing to the social inequalities in health. However, the associations of dietary habits with socio-economic status have not been investigated in emerging adulthood in detail yet.

Aim: To investigate the associations of dietary habits with socio-economic status in 1st year undergraduate university students.

Methods: This cross-sectional analysis draws data from the LATO study, a longitudinal study of all 1st year undergraduate students of TEI Crete during the academic year 2012/13 (N=1138, 54% girls, Mean age 18,31 years, response rate 96,7%). The consumption frequencies of fruits, vegetables, soft drinks, breakfast and delivery food were associated with the following socio-economic indicators: Family affluence (FAS II), paternal and maternal educational level and self-reported economic status. The SPSS v21.0 was used to perform logistic regression models after adjusting for potential confounders.

Results: Only 24,9%, 12% and 17% of the students were consuming breakfast, fruits and vegetables, respectively, in a daily basis. Soft drinks were consumed daily by 6,1% of the participants but most of them consumed delivery/junk food less than 1/week (73,8%). Higher family affluence was associated with increased odds of consuming breakfast (OR=2,90, 95%CI=1,13-7,44), soft drinks (OR=8,10, 95%CI=1,38-47,68) and delivery/junk food (OR=2,44, 95%CI=1,27-4,70) in boys. High paternal educational level was associated in a protective way with boys' consumption of delivery food (OR=0,42, 95%CI=0,18-0,95) and soft drinks (OR=0,19, 95%CI=0,05-0,72). Fruits and vegetables consumption was not associated with any SES indicator.

Conclusions: The majority of 1st year university students were not following current diet recommendations irrespective of SES. Interventions targeting eating behaviours are needed at higher education institutes.

KEYWORDS: Eating habits, socio-economic status, fruits, vegetables, breakfast

Corresponding Author: George Kritsotakis
E-mail: gkrits@staff.teicrete.gr
Telephone Number: +302810379519

Submission Date: 20 Oct 2015
Publication Date: 20 Jan 2016

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 9 - NUMBER 1
JANUARY - FEBRUARY - MARCH
2016

Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης
Hellenic journal of Nursing Science

http://journal-ene.gr/

ΤΟΜΟΣ 9 - ΤΕΥΧΟΣ 1
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ
2016

ENE
ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
www.enne.gr