Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης
Hellenic journal of Nursing Science



Τόμος 9, Τεύχος 2, ΑΠΡΙΛΙΟΣ - ΜΑΪΟΣ - ΙΟΥΝΙΟΣ 2016
Volume 9, Number 2, APRIL - MAY - JUNE 2016

**ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ - EDITORIAL**
**«Ωφελέειν, ή μη βλάπτειν» το κάπνισμα τους ψυχικά ασθενείς;**
*Δρ. Μιχαήλ Κουράκος*

**ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ - REVIEWS**
**Η καινοτόμος θεραπευτική εφαρμογή της αλλαντικής τοξίνης τύπου Α σε ουρολογικούς ασθενείς**
The innovative therapeutic application of botulinum toxin type A in urology patients
*Χρυσούλα Μπελαή, Μαρία Ζανιά, Πολυξένη Λιαμοπούλου*

**Διερεύνηση των πεποιθήσεων σε σχέση με τον εμβολιασμό στη σύγχρονη εποχή**
Research of beliefs concerning vaccination in modern times
*Αγγελική Φράγκου*

**ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ - RESEARCH ARTICLES**
**Εγκυρότητα, αξιοπιστία της μεταφρασμένης ελληνικής έκδοσης της διεθνούς νευρολογικής κλίμακας καταστολής και διέγερσης Richmond agitation-sedation scale (RASS) στη μονάδα εντατικής θεραπείας.**
Validity, reliability of Greek version of Richmond agitation-sedation scale (RASS) among critically ill patients.
*Αναστάσιος Τζεναλής, Χριστίνα Ζαμουρίδου, Δέσποινα Αγορογιάννη, Ασημένια Ντανταvά*

**Correlations between instructor's caring behavior and nursing students' caring behavior: an international study**
*Leodoro J. Labrague, Konstantinos Tsaras, Denise M. McEnroe - Petitte, Olaide B. Edet, Jawaher Bin Jumah, Shreedevi Balachandran, Judie Arulappan, Simon Macharia Kamau, Ioanna V. Papathanasiou*

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

# Ο ΡΥΘΜΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΗΝΙΑΙΑ ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΝ ΕΝΩΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

ΕΤΟΣ ΟΓΔΟΟ
(ΦΥΛΛΟ 85)
ΜΑΪΟΣ 2016



ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ Ε.Σ.Υ.

ΠΑΣΥΝΟ ΕΣΥ

17ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

Θεσμός για το σύγχρονο νοσηλευτή

2-4 Δεκεμβρίου 2016

ΚΑΛΑΒΡΥΤΑ

Kalavrita Canyon

ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ ΤΗΣ

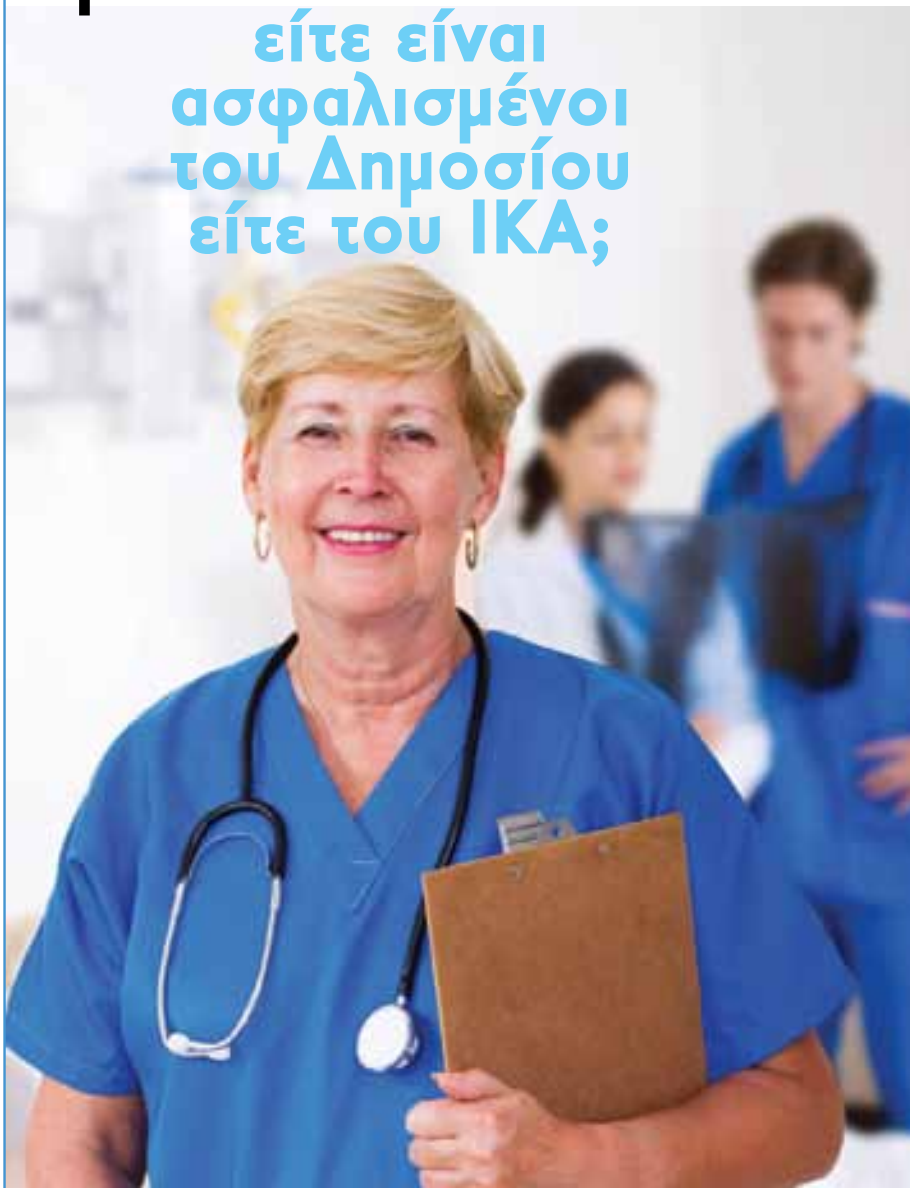
ΕΝΕ ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

www.enne.gr

www.pasyno2016.gr


# Τι σημαίνει “θεμελίωση” & “κατοχύρωση” συνταξιοδοτικού δικαιώματος για τους νοσηλευτές

## είτε είναι ασφαλισμένοι του Δημοσίου είτε του ΙΚΑ;



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**
ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗΣ: **ΔΡ. ΘΑΛΕΙΑ ΜΠΕΛΛΑΛΗ**, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ: **ΛΑΜΠΡΟΣ ΜΠΙΖΑΣ, ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΠΙΣΤΟΛΑΣ**

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

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

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

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ
**Αθηνά Καλοκαιρινού,** Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ, **Στέφανος Μαντζούκας,** Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής ΤΕΙ Ηπείρου, **Ευγενία Μηνασίδου,** Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσ/νίκης, **Ιωάννα Παπαθανασίου,** Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Θεσσαλίας, **Θεοδώρα Καυκιά,** Καθηγήτρια Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσ/νίκης, **Γεώργιος Κριτσωτάκης,** Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Κρήτης, **Μαρία Μαλλιαρού,** MSc, PhD, **Ιωάννα Καραμήτρη,** MSc, PhD(c), **Αθανάσιος Μαστροκώστας,** MSc, PhD(c), **Μαρία Γκριζώτη,** MSc

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

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΡΙΤΩΝ
**Παρασκευή Αποστολάρα, Αικατερίνη Βενέτη, Μαρία Γέραλη, Δημήτριος Δάλλας, Γεώργιος Ελεσνίτσαλης, Γεώργιος Ίντας, Αγγελική Καραΐσκου, Νεκταρία Κάραλη, Νικόλαος Κοντοδημόπουλος, Μιχαήλ Κουράκος, Βάγια Κωνσταντικάκη, Θεοχάρης Κωνσταντινίδης, Πολυξένη Μαγγούλια, Βασιλική Μούγια, Δημήτριος Μπαρουξής, Λάμπρος Μπίζας, Ιωάννης Μωϋσογλου, Χρυσούλα Νταφογιάννη, Δήμητρα Παλητζήκα, Ειρήνη Παπάζογλου, Νίκη Παυλάτου, Μαρία Ρεκλείτη, Νίκος Στεφανόπουλος, Νικόλαος Στούφης, Σοφία Τάνη, Αναστάσιος Τζενάλης, Αικατερίνη Τόσκα, Ολυμπία Χαλικιοπούλου, Αλεξάνδρα Χαραλαμπίδου, Καλλιόπη Χατζίκα, Ελένη Χριστοδούλου, Χρύσα Χρυσοβιτσάνου**

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

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ


**ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ - EDITORIAL**

**«Ωφελέειν, ή μη βλάπτειν» το κάπνισμα τους ψυχικά ασθενείς;**
*Δρ. Μιχαήλ Κουράκος* ..... 3

**ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ - REVIEWS**

**Η καινοτόμος θεραπευτική εφαρμογή της αλλαντικής τοξίνης τύπου Α σε ουρολογικούς ασθενείς**
The innovative therapeutic application of botulinum toxin type A in urology patients
*Χρυσούλα Μπελαή, Μαρία Ζανιά, Πολυξένη Λιαμοπούλου* ..... 6

**Διερεύνηση των πεποιθήσεων σε σχέση με τον εμβολιασμό στη σύγχρονη εποχή**
Research of beliefs concerning vaccination in modern times
*Αγγελική Φράγκου* ..... 13

**ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ - RESEARCH ARTICLES**

**Εγκυρότητα, αξιοπιστία της μεταφρασμένης ελληνικής έκδοσης της διεθνούς νευρολογικής κλίμακας καταστολής και διέγερσης Richmond agitation-sedation scale (RASS) στη μονάδα εντατικής θεραπείας.**
Validity, reliability of Greek version of Richmond agitation-sedation scale (RASS) among critically ill patients.
*Αναστάσιος Τζεναλής, Χριστίνα Ζαμουρίδου, Δέσποινα Αγορογιάννη, Ασημένια Νταντανά* ..... 21

**Correlations between instructor's caring behavior and nursing students' caring behavior: an international study**
*Leodoro J. Labrague, Konstantinos Tsaras, Denise M. McEnroe - Petitte, Olaide B. Edet, Jawaher Bin Jumah, Shreedevi Balachandran, Judie Arulappan, Simon Macharia Kamau, Ioanna V. Papathanasiou* ..... 28

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ**
**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ & ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ** ..... 37

**ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ** ..... 39

# «*Ωφελέειν, ή μη βλάπτειν*» το κάπνισμα τους ψυχικά ασθενείς;

**Δρ. Μιχαήλ Κουράκος**
**Διευθυντής Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας**

Τα παγκόσμια επιδημιολογικά δεδομένα καταδεικνύουν τη μεγάλη έκταση της καπνιστικής συνήθειας σε ολόκληρο τον κόσμο. Με βάση δεδομένα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, οι καπνιστές παγκοσμίως υπολογίζονται περίπου στο 1 δις, εκ των οποίων τα 200 εκ. είναι γυναίκες (WHO 2010). Η Ελλάδα εμφανίζει ένα από τα μεγαλύτερα ποσοστά καπνίσματος στην Ευρώπη, αλλά και στον κόσμο γενικότερα (WHO 2014). Πρόσφατη συγκριτική έρευνα του ποσοστού καπνιστών το 2010 (έτος εφαρμογής του νέου αντικαπνιστικού νόμου στην Ελλάδα) με αυτό του 2006, δείχνει μείωση του επιπολασμού του καπνίσματος, ιδιαίτερα στους νέους ενήλικες από το 48% στο 36% ενώ ο αριθμός των τσιγάρων ανά ημέρα, μειώθηκε σε όλες τις ηλικιακές ομάδες (Filippidis et al 2013).

Οι ψυχικά ασθενείς ειδικότερα, αποτελούν έναν πληθυσμό υψηλού κινδύνου, καθώς τα ποσοστά επίπτωσης είναι σχεδόν τρεις φορές υψηλότερα από αυτά του γενικού πληθυσμού και κυμαίνονται μεταξύ 70-75% (Haw et al 2004). Η μεγάλη επίπτωση του καπνίσματος στους ψυχικά ασθενείς μπορεί εν μέρει να οφείλεται στην ευεργετική επίδραση της νικοτίνης στη νοητική λειτουργία ή/και στη συναισθηματική τους διάθεση (Adler et al 1993, Levin et al 2001, Smith et al 2002, Harris et al 2004, Jacobsen et al 2004, Barr et al 2008).

Τα νοσοκομεία και οι χώροι παροχής υπηρεσιών υγείας των ανεπτυγμένων κρατών βρίσκονται τα τελευταία χρόνια σε μια διαδικασία εφαρμογής κανονισμών που απαγορεύουν την κατανάλωση καπνού εντός των εγκαταστάσεών τους, στο πλαίσιο μιας ευρύτερης πολιτικής που αποσκοπεί στη μείωση του καπνίσματος. Παρότι τέτοιες πολιτικές υγείας εφαρμόζονται εύκολα στα περισσότερα τμήματα μιας νοσηλευτικής μονάδας, υπάρχει έντονη συζήτηση στην επιστημονική κοινότητα κατά πόσο οι ψυχιατρικές κλινικές και νοσοκομεία θα πρέπει να εξαιρεθούν. Πολλοί επαγγελματίες ψυχικής υγείας υποστηρίζουν ότι μια καθολική απαγόρευση του καπνίσματος είναι δυνατό να μην είναι ωφέλιμη για όλους τους ασθενείς (Green & Hawranik 2008). Το κάπνισμα κατά παράδοση χρησιμοποιείται ως μέσο συμπεριφορικής επιβράβευσης στους ψυχικά ασθενείς και συνεχίζει να λειτουργεί ως μια κοινωνική δραστηριότητα στην οποία συμμετέχουν συλλογικά οι νοσηλευόμενοι (Ziedonis et al 2003).

Γενικότερα, το κάπνισμα στο περιβάλλον νοσηλείας των ψυχικά ασθενών αποτελεί ένα ιδιαίτερα ευαίσθητο θέμα, αφού από τη μια πλευρά θα πρέπει να επιτρέπεται σε κάθε άνθρωπο το δικαίωμα να καπνίζει, για παράδειγμα στο σπίτι του, ενώ από την άλλη πλευρά οι δομές ψυχικής υγείας αποτελούν κατοικία πολλών ασθενών για μεγάλο χρονικό διάστημα. Εντούτοις, οι επαγγελματίες υγείας έχουν υποχρέωση να διαφυλάξουν και τους μη καπνιστές από τις βλαβερές συνέπειες του παθητικού καπνίσματος. Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας επιπλέον, συχνά εκφράζουν την ανησυχία τους ότι η σύγκρουση με τους ασθενείς με στόχο την επιβολή μιας πολιτικής μη καπνίσματος μέσα στο χώρο νοσηλείας, βλάπτει τη θεραπευτική τους σχέση με τους ασθενείς.

Σε πρόσφατη μελέτη (Schacht et al 2012), βρέθηκε ότι στις ΗΠΑ στο 79% των μονάδων ψυχικής υγείας απαγορεύεται πλέον το κάπνισμα, ενώ στις υπόλοιπες επιτρέπεται, είτε σε ειδικά διαμορφωμένους χώρους εντός της μονάδας ( ποσοστό 3%), είτε σε όλους τους εξωτερικούς χώρους της μονάδας (ποσοστό 24%) είτε σε συγκεκριμένους μόνο εξωτερικούς χώρους (ποσοστό 74%). Τα κυριότερα εμπόδια που αναφέρθηκαν από τις διοικήσεις αυτών των ιδρυμάτων σχετικά με την απαγόρευση του καπνίσματος ήταν η αντίσταση όχι μόνο από τους καπνίζοντες ασθενείς, αλλά από

τους συγγενείς και άλλους επισκέπτες, καθώς και από τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας και τα τα συνδικαλιστικά όργανα του προσωπικού. από (Schacht et al 2012). Συνεπώς μια σημαντική παράμετρος, είναι οι καπνιστικές συνήθειες του ίδιου του προσωπικο που εργάζεται στις δομές ψυχικής υγείας. Παρότι οι περισσότεροι ασθενείς δηλώνουν την επιθυμία τους για διακοπή του καπνίσματος και την παροχή πληροφόρησης και κινητοποίησης προς αυτό το στόχο, παράγοντες όπως το κάπνισμα του προσωπικού και άλλων ασθενών, ή γενικότερα η ύπαρξη καπνού στο περιβάλλον, δυσκολεύουν τους ίδιους στις προσπάθειές τους (Hughes & Frances 1995) (Olivier et al 2007, Kourakos et al 2015).

Εν κατακλείδι, υπάρχουν πολλές παράμετροι που επηρεάζουν τόσο τις καπνιστικές συνήθειες των ασθενών, όσο και την επιτυχή κατάληξή τους, δηλαδή τη διακοπή του καπνίσματος. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η πολιτική καπνίσματος της δομής ψυχικής υγείας όπου νοσηλεύονται οι ασθενείς και η αντίστοιχη συμπεριφορά των ανθρώπων (άλλων ασθενών, επισκεπτών και επαγγελματιών υγείας) γύρω τους. Εφόσον ο χώρος νοσηλείας συνιστά ένα κοινωνικό σύστημα, οι στάσεις και συμπεριφορές μιας ομάδας όχι μόνο επηρεάζουν, αλλά και επηρεάζονται από τις στάσεις και συμπεριφορές των άλλων ομάδων. Για τους νοσηλευτές ειδικότερα, στο πνεύμα της παροχής ολιστικής φροντίδας στον άρρωστο τελικά εγείρεται το ζήτημα αν το κάπνισμα *«ωφελέειν»* τους ψυχικά ασθενείς, ή/και *«μη βλάπτειν»* τόσο τους ίδιους, όσο και τους γύρω τους. Τεκμηριωμένες απαντήσεις θα μπορούσαν να δοθούν στο ερώτημα αυτό, μέσα από ευρήματα μελλοντικών ερευνών οι οποίες θα αξιολογούν ταυτόχρονα τις πεποιθήσεις των ασθενών και των συγγενών τους, αλλά και τις απόψεις του επαγγελματιών υγείας σχετικά με την απαγόρευση ή μη του καπνίσματος σε δομές ψυχικής υγείας.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ


Adler L.E., Hoffer L.D., Wiser A. & Freedman R. (1993). Normalization of auditory physiology by cigarette smoking in schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry* 150: 1856-1861.

Barr R.S., Culhane M.A., Jubelt L.E., Mufti R.S., Dyer M.A., Weiss A.P., Deckersbach T., Kelly J.F., Freudenreich O., Goff D.C. & Evins A.E., (2008b). The effects of transdermal nicotine on cognition in nonsmokers with schizophrenia and nonpsychiatric controls. *Neuropsychopharmacology* 33: 480-490.

Filippidis F.T., Vardavas C.I., Loukopoulou A., Behrakis P., Connolly G.N., & Tountas I. (2013). Prevalence and determinants of tobacco use among adults in Greece: 4 year trends. *European Journal of Public Health* 23: 772-776.

Green M.A. & Hawranik P.G. (2008). Smoke-free policies in the psychiatric population on the ward and beyond: A discussion paper. *International Journal of Nursing Studies* 45: 1543-1549.

Harris J.G., Kongs S., Allensworth D., Martin L., Tregellas J., Sullivan B., Zerbe G. & Freedman R. (2004). Effects of nicotine on cognitive deficits in schizophrenia. *Neuropsychopharmacology* 29: 1378-1385.

Haw C., Merriman S., Kirk J. & Stubbs J. (2004). Healthy hearts? Screening for risk factors for coronary heart disease. *International Journal of Therapy and Rehabilitation* 11: 113-118.

Hughes J.R. & Frances R.J. (1995). How to help psychiatric patients stop smoking. *Psychiatric Services* 46: 435-436.

Jacobsen, L.K., D'Souza D.C., Mencl W.E., Pugh K.R., Skudlarski P. & Krystal J.H. (2004). Nicotine effects on brain function and functional connectivity in schizophrenia. *Biological Psychiatry* 55: 850-858.

Kourakos M., Kalokairinou A., Zyga S. & Koukia E. (2016). Views and Attitudes of Patients in Mental Facilities Regarding Smoking. *Global Journal of Health Science* 8: 228-242

Levin E.D., Conners C.K., Silva D., Canu W. & March J. (2001). Effects of chronic nicotine and methylphenidate in adults with attention deficit/ hyperactivity disorder. *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 9: 83-90.

Olivier D., Lubman D.I. & Fraser R. (2007). Tobacco smoking within psychiatric inpatient settings: A biopsychosocial perspective. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 41: 572-580.

Schacht L., Ortiz G. & Lane JR., J. M. (2012). Smoking policies and practices in state psychiatric facilities: survey results from 2011. San Francisco: National Association f State Mental Health Program Directors Research Institute, Inc. (NRI).

Smith R.C., Singh A., Infante M., Khandat A. & Kloos A. (2002). Effects of cigarette smoking and nicotine nasal spray on psychiatric symptoms and cognition in schizophrenia. *Neuropsychopharmacology* 27: 479-497

World Health Organization (WHO). WHO calls for protection of women and girls from tobacco. Available at:http://www.who.int/mediacentre/ news/ releases/2010/women_tobacco_20100528/en/

World Health Organization 2014. Tobacco, Data by country. Available: http://apps.who.int/gho/data/view.main.1805

Ziedonis D. & Williams J.M. (2013). Management of smoking in people with psychiatric disorders. *Current Opinion in Psychiatry* 16: 305-315

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

# Η καινοτόμος θεραπευτική εφαρμογή της αλλαντικής τοξίνης τύπου Α σε ουρολογικούς ασθενείς

**Χρυσούλα Μπελαή[1], Μαρία Ζανιά[2], Πολυξένη Λιαμοπούλου[3]**

1. Νοσηλεύτρια, Ειδικευόμενη Παθολογικής Νοσηλευτικής, Π.Γ.Ν. Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ
2. Νοσηλεύτρια, MSc, Εξωτερικά Ιατρεία, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Γ. Γεννηματάς»
3. Νοσηλεύτρια, PhD, Διευθύντρια Ν.Υ., Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Γ. Γεννηματάς»

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην ιστορία της ιατρικής επιστήμης υπήρξε εντυπωσιακή η χρήση της αλλαντικής τοξίνης. Στις αρχές του 18ου αιώνα ορίστηκε ως η νευροτοξίνη που ενοχοποιήθηκε για τη θανατηφόρο νόσο της αλλαντίασης. Σήμερα, παρά την τοξική της δράση βρίσκει εφαρμογή στη θεραπεία ποικίλων παθήσεων σε ένα ευρύ φάσμα της Ιατρικής. Η χρήση της στη Ουρολογία υπήρξε επαναστατική στη θεραπεία της νευρογενούς κύστης, στην ανθεκτική ιδιοπαθή υπερλειτουργικότητα του εξωστήρα μυός και σε άλλα επώδυνα σύνδρομα. Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης ήταν να περιγραφεί η θεραπευτική επιλογή της ενδοκυστικής έγχυσης της αλλαντικής τοξίνης, σε νόσους του ουροποιητικού συστήματος. Η ανασκόπηση έδειξε ότι μετά από πολλές δοκιμαστικές εφαρμογές στο πλαίσιο πειραματικών μελετών, η αλλαντική τοξίνη τύπου Α κατόρθωσε να εδραιωθεί ως η νέα θεραπεία επιλογής, μετά την αποτυχία της συντηρητικής φαρμακευτικής αντιμετώπισης, σε περιπτώσεις ασθενών με νευρο–ουρολογικά συμπτώματα του κατώτερου ουροποιητικού συστήματος. Οι περιπτώσεις εφαρμογής της αλλαντικής τοξίνης στην Ουρολογία αφορούν στην υπερδραστήρια κύστη, νευρογενούς ή ιδιοπαθούς αιτιολογίας, στο σύνδρομο του πόνου της ουροδόχου κύστεως και στο σύνδρομο του χρόνιου πυελικού πόνου. Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης Ουρολογίας, οι ενδοκυστικές ενέσεις αλλαντικής τοξίνης αποτελούν την πιο αποτελεσματική, ελάχιστα επεμβατική θεραπεία που έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της νευρογενούς υπερδραστηριότητας του εξωστήρα μυός.
Συμπερασματικά, πρόκειται για μία ασφαλή, εύκολη και αποτελεσματική μέθοδο που μπορεί να εφαρμοστεί από τους επαγγελματίες υγείας, βοηθώντας στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με νευρο-ουρολογικές παθήσεις.

**Λέξεις Κλειδιά:** Ακράτεια ούρων, αλλαντική τοξίνη, επαγγελματίας υγείας, θεραπευτική παρέμβαση, υπερδραστήρια κύστη

**Υπεύθυνος Αλληλογραφίας: Χρυσούλα Μπελαή**
**Ηλεκτρονική Διεύθυνση: xrisabelai@gmail.com**
**Τηλέφωνο: 6932362168**

**Ημερομηνία Υποβολής: 05/04/2016**
**Ημερομηνία Δημοσίευσης: 10/06/2016**

**ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ**

- **Η χρήση της αλλαντικής τοξίνης βρίσκει εφαρμογή στη θεραπεία της υπερδραστήριας κύστης, νευρογενούς και ιδιοπαθούς αιτιολογίας.**
- **Μειώνει την επιτακτικότητα, αυξάνει τη χωρητικότητα της ουροδόχου κύστης και βελτιώνει την ποιότητα ζωής των νευρο-ουρολογικών ασθενών.**
- **Αποτελεί μια εύκολη, ασφαλή και αποτελεσματική εναλλακτική θεραπεία μετά από αποτυχία της αντιχολινεργικής αγωγής.**

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η προσθήκη της αλλαντικής τοξίνης, ενός από τα πιο γνωστά θανατηφόρα δηλητήρια, ήταν επαναστατική με τη χρήση της στις θεραπευτικές μεθόδους της Ιατρικής Επιστήμης. Αυτό το επίτευγμα αποτελεί αποτέλεσμα της ευφυΐας, του οραματισμού και των επίμονων δοκιμασιών πολλών επιστημόνων. Στη διαδρομή αυτή, σημαντικό ρόλο διαδραμάτισαν οι κατακτήσεις που σημειώθηκαν στους τομείς της Βιολογίας, της Παθολογοανατομίας και της Ιατρικής γενικότερα. Τον κυριότερο ρόλο ωστόσο, είχε ο ζήλος και η φαντασία των επιστημόνων, οι οποίοι κατόρθωσαν το δηλητήριο να το μετουσιώσουν σε φάρμακο. Ο Albert Einstein (1879-1955) σε ένα από τα αποφθέγματά του τονίζει αυτή την υπεροχή της φαντασίας έναντι της γνώσης λέγοντας χαρακτηριστικά, *«Η φαντασία είναι τα πάντα. Είναι η προεπισκόπηση των ανερχόμενων γεγονότων της ζωής. Η φαντασία είναι πιο σημαντική από τη γνώση. Η γνώση είναι περιορισμένη»*.

Η αλλαντική τοξίνη αφορά σε μια νευροτοξίνη η οποία παράγεται από το gram θετικό, αναερόβιο, σπορογόνο βακτήριο Clostridium botulinum. Είναι αυτή η νευροτοξίνη που προκαλεί τη σπάνια αλλά σοβαρή παραλυτική νόσο της αλλαντίασης. Ωστόσο, στις μέρες μας, παρά την τοξική της δράση βρίσκει εφαρμογή στη θεραπεία ποικίλων παθήσεων σε ένα ευρύ φάσμα της ιατρικής. Η χρήση της στη Ουρολογία υπήρξε επαναστατική στη θεραπεία της νευρογενούς κύστης, στην ανθεκτική ιδιοπαθή υπερλειτουργικότητα του εξωστήρα μυός και σε άλλα επώδυνα σύνδρομα.

Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση έχει ως σκοπό να παρουσιάσει την αποτελεσματική εφαρμογή της αλλαντικής τοξίνης σε ασθενείς με νευροουρολογικά προβλήματα. Γίνεται αναφορά επίσης, στη διαδικασία της εφαρμογής της αλλαντικής τοξίνης τύπου Α ενδοκυστικά, παρουσιάζοντας τόσο τα ευεργετικά οφέλη που έχει, όσο και τις επιπλοκές που μπορεί να παρουσιάσει.

## ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Σε ιστορικές πηγές γίνεται περιγραφή της ασθένειας της αλλαντίασης ακόμη από τον 10ο αιώνα, από τους αρχαίους Έλληνες και τους Αιγύπτιους (Hanchanale et al 2010). Συγκεκριμένα, ο αυτοκράτορας του Βυζαντίου ο Λεωνίδας ο IV (886-911 μ.Χ), με ειδικό διάταγμα απαγόρευσε τη κατανάλωση του λουκάνικου γιατί θεωρήθηκε υπεύθυνο για θανατηφόρα ασθένεια (Hanchanale et al 2010, Truong et al 2014).

Στις αρχές του 18ου αιώνα, αναφέρονται και καταγράφονται πολλά μαζικά περιστατικά που σχετίζονται με θανατηφόρο δηλητηρίαση από λουκάνικα. Ο Ιουστίνος Κέρνερ, ο οποίος θεωρείται ο πατέρας στην έρευνα της αλλαντικής τοξίνης, ασχολήθηκε με επιμονή, πραγματοποιώντας πειράματα ακόμη και στον εαυτό του, στην διερεύνηση της προέλευσης του αιτίου αυτής της θανατηφόρου νόσου. Αυτές οι προσπάθειες είχαν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία τριών υποθέσεων: α) ότι η τοξίνη αναπτύσσεται στα λουκάνικα κάτω από αναερόβιες συνθήκες, β) ότι η τοξίνη δρα στα κινητικά νεύρα και στο αυτόνομο νευρικό σύστημα και γ) ανέφερε ότι μικρές δόσεις της τοξίνης θα μπορούσαν να δράσουν ευεργετικά σε καταστάσεις που χαρακτηρίζονται από παθολογική υπερδραστηριότητα του νευρικού συστήματος (Erbguth & Naumann 1999, Truong et al 2014).

Το 1870 ο Γερμανός φυσικός Muller χρησιμοποίησε τον όρο *«botulism»*, από τη λατινική λέξη botulus που σημαίνει λουκάνικο, για να αναφέρεται στα περιστατικά που σχετίζονταν με δηλητηρίαση από λουκάνικο (Hanchanale et al 2010). Ημερομηνία ορόσημο αποτελεί το 1875 όταν ο Βέλγος μικροβιολόγος Emile Pierre Marie van Ermengem από το Πανεπιστήμιο της Γάνδης κατάφερε να απομονώσει το παθογόνο βακτήριο και του έδωσε την ονομασία Clostridium Botulinum (Truong et al 2014).

Ημερομηνία σταθμός επίσης είναι το 1928, όταν ο Dr. Herman Sommer από το Πανεπιστήμιο της Καλιφόρνια κατάφερε να απομονώσει σε καθαρή σταθερή μορφή ιζήματος τον υπότυπο Α της αλλαντικής τοξίνης. Στην κρυσταλλική μορφή πρωτοεμφανίστηκε το 1946 από τον Edward Schantz και τους συνεργάτες του (Schantz & Johnson 1997, Hanchanale et al 2010).

Την ίδια χρονιά ο Dr. Vernon Brooks, διαπίστωσε ότι προκαλεί την προσωρινή παράλυση σε υπερδραστήριους μύες επειδή μπλοκάρει την απελευθέρωση της ακετυλοχολίνης από τις νευρικές απολήξεις του κινητικού νευ-

ρώνα. Αυτή η ανακάλυψη αποτέλεσε το ερέθισμα για να εκφραστούν απόψεις για δυνητική θεραπευτική χρήση της αλλαντικής τοξίνης (Hanchanale et al 2010, Truong et al 2014).

Το 1960 έγιναν τα πρώτα πειράματα για τη διόρθωση του στραβισμού σε ζώα και αργότερα το 1980 σε ανθρώπους. Το 1989 εγκρίθηκε ως θεραπεία στον στραβισμό και στο βλεφαρόσπασμο. Στη συνέχεια χρησιμοποιήθηκε στην αισθητική ιατρική ως μέσο διόρθωσης των ρυτίδων, καθώς και σε άλλες παθήσεις όπως στην πρωτοπαθή υπεριδρωσία, στη σπαστική παράλυση, στην ημικρανία, στο ραιβόκρανο (Hanchanale et al 2010, Truong et al 2014).

Στην ουρολογία τα πρώτα πειράματα πραγματοποιήθηκαν από τον Dykstra και τους συνεργάτες του το 1988 σε ασθενείς με κάκωση της σπονδυλικής στήλης που παρουσίαζαν προβλήματα ούρησης οφειλόμενα σε δυσσενέργεια του έξω σφιγκτήρα (Dykstra 1988, Hanchanale et al 2010). Τις επόμενες δεκαετίες ακολούθησαν αρκετές μελέτες και δοκιμασίες. Όλες αυτές οι προσπάθειες είχαν ως αποτέλεσμα την εδραίωση των ενδοκυστικών ενέσεων της αλλαντικής τοξίνης ως θεραπευτική επιλογή σε ασθενείς με νευρο-ουρολογικά συμπτώματα του κατώτερου ουροποιητικού (Truong et al 2014, Bayrak et al 2015).

## ΑΛΛΑΝΤΙΚΗ ΤΟΞΙΝΗ

### Χαρακτηριστικά της Αλλαντικής Τοξίνης

Έως σήμερα έχουν ταυτοποιηθεί επτά διαφορετικοί αντιγονικοί ορότυποι της αλλαντικής τοξίνης, οι A, B, C, D, E, F, και G, αλλά μόνο οι ορότυποι A, B και E έχουν ενοχοποιηθεί για την πρόκληση αλλαντίασης στον άνθρωπο (Βακαλόπουλος & Χατζηζήσης 2008, Fowler et al 2008, Simpson 2013). Στην κλινική πράξη χρησιμοποιούνται μόνο οι ορότυποι A και B.

Η κατανόηση της σύστασης του μορίου της αλλαντικής τοξίνης συνεχίζει να αποτελεί πεδίο μελέτης για πολλούς επιστήμονες (Simpson 2013). Τα αποτελέσματα αυτών των ερευνών θα βοηθήσουν σημαντικά στη διεύρυνση της χρήσης της πιθανότατα ως θεραπευτικής επιλογής και σε άλλες κλινικές διαταραχές.

### Μηχανισμός δράσης

Η λειτουργία του κατώτερου ουροποιητικού βρίσκεται υπό τον έλεγχο τόσο του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, όσο και του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος μέσω πολύπλοκων αλληλεπιδράσεών τους. Κυρίαρχο ρόλο στη επικοινωνία των νευρώνων που συμμετέχουν στη ρύθμιση της λειτουργίας του κατώτερου ουροποιητικού έχει η ακετυλοχολίνη (Smith 2004, Fowler et al 2008). Αποτελεί το βασικό νευροδιαβιβαστή για αμφότερες τις προ- και μεταγαγλιακές παρασυμπαθητικές ίνες (Fowler et al 2008). Βρίσκεται αποθηκευμένη στα συναπτικά κυστίδια που υπάρχουν στο άκρο του κινητικού νευρώνα στη περιοχή της νευρομυϊκής σύναψης (Βακαλόπουλος & Χατζηζήσης 2008). Απελευθερώνεται μεταξύ του προγαγγλιακού νευρώνα, τόσο του συμπαθητικού όσο και του παρασυμπαθητικού, καθώς και στις μεταγαγγλιακές απολήξεις του παρασυμπαθητικού (Fowler et al 2008) και επιτρέπει τη μετάδοση του ερεθίσματος για τη σύσπαση του μυϊκού κυττάρου (Βακαλόπουλος & Χατζηζήσης 2008). Τα συναπτικά κυστίδια, στα οποία βρίσκεται η ακετυλοχολίνη, συνδέονται στη βασική μεμβράνη του κυττάρου μέσω ενός συμπλέγματος πρωτεϊνών γνωστών ως Soluble N-ethylamide Sensitive Factor Attachment (SNARE) (Sahai 2005).

Το μόριο τη αλλαντικής τοξίνης αποτελείται από μια βαριά άλυσο – μοριακού βάρους 100 kD – και από μια ελαφριά άλυσο – μοριακού βάρους 50 kD οι οποίες συνδέονται με δισουλφιδικούς δεσμούς (Φλωράτος 2006, Apostolidis et al 2009, Kuo & Kuo 2013, Linsenmeyer 2013). Με την είσοδο στη συστηματική κυκλοφορία η αλλαντική τοξίνη πηγαίνει στη νευρομυϊκή σύναψη. Το τμήμα της βαριάς αλύσου είναι αυτό που αναγνωρίζει το προσυναπτικό νευρικό άκρο, συνδέεται με αυτό και επιτρέπει στην αλλαντική τοξίνη να εισέλθει στο νευρικό κύτταρο με την ενδοκύττωση. Ακολουθεί η διάσπαση του δισουλφιδικού δεσμού και η ελαφριά άλυσος του μορίου γίνεται τώρα το ενεργό τμήμα (Linsenmeyer 2013), η οποία με τη σειρά της διασπά το σύμπλεγμα των SNARE πρωτεινών με αποτέλεσμα να αναστέλλεται η απελευθέρωση της ακετυλοχολίνης (Βακαλόπουλος & Χατζηζήσης 2008).

## ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΗΣ ΑΛΛΑΝΤΙΚΗΣ ΤΟΞΙΝΗΣ ΣΤΗΝ ΟΥΡΟΛΟΓΙΑ

Η πρώτη ένεση αλλαντικής τοξίνης τύπου Α έγινε από τον Schurch και τους συνεργάτες του στον εξωστήρα μυ της κύστης, μέσω κυστεοσκοπίου, σε ασθενείς με τραυματισμό του νωτιαίου μυελού που εμφάνιζαν υπεραντιδραστικότητα του εξωστήρα μυ (Schurch 2005, Φλωράτος 2006, Jhang & Kuo 2015).

Σήμερα, μετά από πολλές δοκιμαστικές εφαρμογές στο πλαίσιο πειραματικών μελετών, η αλλαντική τοξίνη τύπου Α κατόρθωσε να εδραιωθεί ως η νέα θεραπεία επιλογής, μετά την αποτυχία της συντηρητικής φαρμακευτικής αντιμετώπισης, σε περιπτώσεις ασθενών με νευρο-ουρολογικά συμπτώματα του κατώτερου ουροποιητικού συστήματος (Ginsberg et al 2015).

### Ενδείξεις

Ενδείξεις για την εφαρμογή της αποτελούν προβλήματα που σχετίζονται με υπερδραστηριότητα του εξωστήρα μυός, νευρογενούς και ιδιοπαθούς αιτιολογίας (Φλωράτος 2006, Βακαλόπουλος & Χατζηζήσης 2008, Bayrak et al 2015, Jhang & Kuo 2015). Επίσης, σε καταστάσεις

που διαπιστώνεται δυσσενέργεια μεταξύ του εξωστήρα και του έξω σφιγκτήρα, σε ασθενείς που εμφανίζουν διαπιστωμένη επιτακτικότητα στην ούρηση, καθώς και σε επώδυνα σύνδρομα όπως είναι ο χρόνιος πυελικός πόνος, ο οποίος μπορεί να εντοπίζεται στη κύστη, στον προστάτη, στις μυϊκές περιτονίες της πυέλου ή σε περιπτώσεις διάμεσης κυστίτιδας (Kuo & Kuo 2013, Bayrak et al 2015, Jhang & Kuo 2015, Ginsberg 2015).

Το 2011 η Αμερικανική Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων έδωσε έγκριση για τη χρήση της εφαρμογής της αλλαντικής τοξίνης ενδοκυστικά σε περιπτώσεις νευρογενούς αιτιολογίας ακράτειας ούρων (Linsenmeyer 2013, Jhang & Kuo 2015) και το 2013 ενέκρινε και τη χρήση της σε περιπτώσεις ιδιοπαθούς υπερδραστήριας κύστης (Jhang & Kuo 2015). Το 2012 δόθηκε έγκριση και από τον αντίστοιχο οργανισμό στην Ευρώπη (Andersson 2013). Το 2014 συμπεριλήφθηκε στις κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Ουρολόγων EAU ως η καλύτερη εναλλακτική ανάμεσα στις λιγότερο επεμβατικές θεραπευτικές επιλογές για την νευρογενή υπερδραστήρια κύστη (Bayrak et al 2015).

### Αντενδείξεις

Στις αντενδείξεις για την χρήση της αναφέρεται η ύπαρξη ενεργούς λοίμωξης του ουροποιητικού συστήματος, η εγκυμοσύνη και η γαλουχία, η λήψη αμινογλυκοσιδών ή κάθε άλλου φαρμάκου που μπορεί να επηρεάσει την νευρομυϊκή μετάδοση, κινητικές νευροπάθειες καθώς και διαταραχές που επηρεάζουν την νευρομυϊκή σύναψη (Φλωράτος 2006, Bayrak et al 2015).

Πρέπει να σημειωθεί ότι στις αντενδείξεις αναφέρεται και η άρνηση του ασθενή στην προτεινόμενη θεραπεία, που σχετίζεται με την πιθανότητα εμφάνισης επιπλοκών μετά από τις ενδοκυστικές ενέσεις. Τέλος, γνωστή υπερευαισθησία στην αλλαντική τοξίνη ή τα παράγωγα της αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για την έναρξη θεραπείας (Bayrak et al 2015, Liao & Kuo 2015).

## ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΕ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΕΣ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

### Σύνδρομο Υπερδραστήριας Ουροδόχου Κύστεως

Το σύνδρομο της υπερδραστήριας κύστης αποτελεί μια συχνή πάθηση με χαρακτηριστικό σύμπτωμα την επιτακτική ούρηση, η οποία όμως δεν συνοδεύεται πάντα και από ακράτεια ούρων (Yoshida et al 2010, Kuo & Kuo 2013). Συνυπάρχει συχνοουρία και νυκτουρία (Abrams et al 2002, Kuo & Kuo 2013). Τα αίτια μπορεί να είναι νευρογενή, οπότε αναφερόμαστε στη νευρογενή υπερδραστήρια κύστη ή ιδιοπαθή, οπότε αναφερόμαστε στην ιδιοπαθή υπερδραστήρια κύστη. Στα νευρογενή αίτια συμπεριλαμβάνονται οι τραυματισμοί του νωτιαίου μυελού μετά από βλάβη της σπονδυλικής στήλης (Chancellor et al 2013). Επίσης, μπορεί να εμφανιστεί ως επιπλοκή νευρολογικών παθήσεων όπως είναι το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, η σκλήρυνση κατά πλάκας, N. Parkinson κ.ά. Συνήθεις όμως είναι και οι περιπτώσεις κατά τις οποίες δεν υπάρχει κάποια νευρολογική νόσος οπότε είναι ιδιοπαθούς αιτιολογίας. Κοινό επακόλουθο όμως και στις δύο περιπτώσεις αποτελεί η έκπτωση της ποιότητας ζωής αυτών των ασθενών (Yoshida et al 2010, Chancellor et al 2013).

Οι θεραπευτικές επιλογές που έχουν αυτοί οι ασθενείς περιλαμβάνουν: α) συντηρητικά μέτρα, όπως είναι η επανεκπαίδευση της κύστης και οι ασκήσεις πυελικού εδάφους, β) φαρμακευτική αγωγή, αντιχολινεργικά, ενδοκυστικές ενέσεις αλλαντικής τοξίνης γ) χειρουργική αντιμετώπιση, τοποθέτηση νευροδιεγέτη, αυξητική κυστεοπλαστική ή τεχνική εκτροπής των ούρων.

Το 2013 το Αμερικανικό Κογκρέσο Ιατρικής Αποκατάστασης, πραγματοποίησε μια μετα-ανάλυση σχετικά με την αποτελεσματικότητα της εφαρμογής της αλλαντικής τοξίνης τύπου Α σε ασθενείς με τραυματισμό του νωτιαίου μυελού που παρουσίαζαν δυσλειτουργία της ουροδόχου κύστεως (American Congress of Rehabilitation Medicine 2013). Τα αποτελέσματα συνηγόρησαν θετικά υπέρ της χρησιμοποίησης των ενδοκυστικών ενέσεων σε περιπτώσεις που η από του στόματος αντιχολινεργική αγωγή δεν μπορεί να γίνει ανεκτή από τον ασθενή (Mehta et al 2013). Την ίδια χρονιά η Αμερικανική Ακαδημία των Νευρολόγων δημοσίευσε τα αποτελέσματα μελέτης σε ασθενείς με νευρογενή υπερδραστήρια κύστη, σύμφωνα με τα οποία η χρήση της αλλαντικής τοξίνης τύπου Α είχε σημαντικές επιπτώσεις στην καλυτέρευση της ποιότητας ζωής αυτών των ασθενών (Chancellor et al 2013).

Το σύνδρομο της Υπερδραστήριας Κύστης αποτελεί ένα πρόβλημα με ιατρικές, ψυχοκοινωνικές και οικονομικές παραμέτρους που απασχολεί την ιατρική κοινότητα (Ginsberg 2015). Η βελτίωση της ποιότητας ζωής αυτών των ασθενών αποτελεί ύψιστη προτεραιότητα για τον ίδιο τον ασθενή, αλλά και για τον ιατρικό κόσμο. Η Ευρωπαϊκή Ουρολογική Εταιρεία συγκαταλέγει τις ενδοκυστικές ενέσεις αλλαντικής τοξίνης στη θεραπευτική αντιμετώπιση αυτών των ασθενών ως την καλύτερη εναλλακτική επιλογή στις περιπτώσεις που αποτυγχάνει η αντιχολινεργική αγωγή (Nambiar & Lucas 2014, Ginsberg 2015).

### Σύνδρομο Χρόνιου Πυελικού Πόνου

Ο χρόνιος πυελικός πόνος περιλαμβάνει μεγάλο αριθμό κλινικών εκδηλώσεων και παθήσεων. Εντοπίζεται στα όργανα και στις παρακείμενες δομές που βρίσκονται στην πύελο. Χαρακτηρίζεται από μεγάλη διάρκεια, τουλάχιστον 6 μήνες. Η παθογένεια παραμένει άγνωστη. Το ιστορικό και η κλινική εξέταση αποτελούν πολύτιμα διαγνωστικά εργαλεία. Η Ευρωπαϊκή Ουρολογική Εταιρεία κατατάσσει τους ασθενείς αναφορικά με την περιοχή που αναφέρεται ο πόνος καθώς και με το όργανα που έχει ως στόχο

στα ακόλουθα επώδυνα σύνδρομα (Jhang & Kuo 2015). Στο σύνδρομο του πυελικού πόνου που σχετίζεται με τη χρόνια προστατίτιδα, σε αυτό που ο πόνος εντοπίζεται στην κύστη, όπως συμβαίνει στη διάμεση κυστίτιδα είτε αναφέρεται ως μυαλγία που αφορά τους μύες και τις περιτονίες της πυέλου (Dellis & Papatsoris 2014, Jhang & Kuo 2015). Ως θεραπεία πρώτης γραμμής για τις παθήσεις που συμπεριλαμβάνονται στο Σύνδρομο του Χρόνιου Πυελικού πόνου η Ευρωπαϊκή Ουρολογική Εταιρεία έχει προτείνει τα απλά αναλγητικά, π.χ. τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, ακολουθούν τα οπιοειδή ή οι νευροπαθητικοί παράγοντες (Fall et al 2010, Jhang & Kuo 2015). Χωρίς να μπορούν πάντα να προσφέρουν το απαιτούμενο αποτέλεσμα.

Τα ευεργετικά αποτελέσματα της ενδοκυστικής εφαρμογής της αλλαντικής τοξίνης τύπου Α στη νευρογενή και ιδιοπαθή υπερδραστήρια κύστη αποτέλεσαν το ερέθισμα για την δοκιμαστική εφαρμογή και στις περιπτώσεις του χρόνιου πυελικού πόνου. Οι δοκιμαστικές μελέτες που διεξήχθησαν οδήγησαν στο συμπέρασμα ότι η οι ενδοκυστικές ενέσεις αλλαντικής τοξίνης διαθέτουν αναλγητική και αντιφλεγμονώδη ιδιότητα, καθώς επίσης μπορούν και χαλαρώνουν τους μυς (Dellis & Papatsoris 2014, Jhang & Kuo 2015).

## ΕΝΔΟΚΥΣΤΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΑΛΛΑΝΤΙΚΗΣ ΤΟΞΙΝΗΣ ΤΥΠΟΥ Α

### Προετοιμασία

Η θεραπεία με ενδοκυστικές ενέσεις αλλαντικής τοξίνης τύπου Α προτείνεται κυρίως σε ασθενείς που δεν ανέχονται την από του στόματος αντιχολινεργική αγωγή και στους οποίους δεν συντρέχει κάποιος παράγοντας που αποτελεί αντένδειξη (Φλωράτος 2006, Linsenmeyer 2013). Απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί να μην υπάρχει κάποια ενεργός φλεγμονή στον οργανισμό. Ο ασθενής δεν θα πρέπει να λαμβάνει αντιπηκτικά (Linsenmeyer 2013).

### Διαδικασία

Αποτελεί μια ελάχιστα επεμβατική θεραπευτική αντιμετώπιση. Πραγματοποιείται σε άσηπτο περιβάλλον. Γίνεται είτε με τοπική, είτε με γενική αναισθησία, αξιολογώντας τις ανάγκες του κάθε ασθενή (Bayrak et al 2015, Ginsberg 2015). Πριν την έναρξη της διαδικασίας γίνεται ανασύσταση του φαρμάκου με φυσιολογικό ορό (Bayrak et al 2015, Liao & Kuo 2015). Αρχικά, γίνεται κυστεοσκόπηση με ένα εύκαμπτο ή άκαμπτο κυστεοσκόπιο. Αφού πραγματοποιηθεί μια χαρτογράφηση της ουροδόχου κύστης από τον ουρολόγο, προσαρμόζεται στο κυστεοσκόπιο μια ειδική εύκαμπτη βελόνα, δια μέσου της οποίας γίνονται οι ενέσεις. Ο τρόπος και το βάθος εισαγωγής της βελόνας, όπως επίσης και το σύνολο των ενέσεων ποικίλλουν (Liao & Kuo 2015). Ο αριθμός των ενέσεων μπορεί να είναι 10-40 σε διαφορετικά σημεία του τοιχώματος της κύστης διατηρώντας 1cm διαφορά μεταξύ τους (Bayrak et al 2015, Ginsberg et al 2015). Αποφεύγεται η περιοχή του θόλου γιατί μπορεί να γίνει διάτρηση καθώς και εντερικές λοιμώξεις (Bayrak et al 2015).

### Αποτελέσματα

Τα αποτελέσματα θα αρχίσουν να φαίνονται μετά την πάροδο δύο εβδομάδων (Bayrak et al 2015, Liao & Kuo 2015). Είναι πιθανό οι ασθενείς να παρουσιάσουν αμέσως μετά την διαδικασία επίσχεση ούρων, η οποία τις περισσότερες φορές επανέρχεται μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα (Ginsberg et al 2015). Σε αυτό το μεσοδιάστημα προτείνεται η χρήση διαλειπόντων καθετηριασμών. Μολονότι, τηρούνται άσηπτες συνθήκες κατά τη διαδικασία, και ενώ λαμβάνει χώρα σε άσηπτο περιβάλλον δεν είναι σπάνιες οι λοιμώξεις του κατώτερου ουροποιητικού (Bayrak et al 2015, Liao & Kuo 2015, Ginsberg et al 2015). Άλλες επιπλοκές μπορεί να είναι η αιματουρία και ο πόνος στην περιοχή των ενέσεων (Linsenmeyer 2013), όπως επίσης η κακουχία και η αϋπνία (Ginsberg et al 2015). Η αποτελεσματικότητα του φαρμάκου δρα για περίπου 6-9 μήνες. Στη συνέχεια θα πρέπει να επαναληφθεί η διαδικασία (Bayrak et al 2015, Ginsberg et al 2015). Ο ακριβής αριθμός των επαναλήψεων εξαρτάται από την αποτελεσματικότητα που εμφανίζει στον ασθενή, από την καλή ανοχή του φαρμάκου καθώς και από την εμφάνιση ή όχι επιπλοκών (Bayrak et al 2015, Ginsberg et al 2015, Linsenmeyer 2013).

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η χρησιμότητα της εφαρμογής της αλλαντικής τοξίνης τύπου Α στη θεραπευτική αντιμετώπιση ασθενών με νευρο-ουρολογικά προβλήματα είναι αδιαμφισβήτητη. Οι ασθενείς με νευρο-ουρολογικά προβλήματα αυξάνονται ραγδαία. Αποτελούν μια ιδιαίτερη κατηγορία ασθενών, που αντιμετωπίζουν πολλές λειτουργικές και ψυχοκοινωνικές δυσλειτουργίες, και είναι δυνατόν να απαντηθούν σε όλα τα νοσηλευτικά τμήματα.

Η ενδοκυστική εφαρμογή της αλλαντικής τοξίνης τύπου Α αποτελεί μια ασφαλή, εύκολη και αποτελεσματική μέθοδο θεραπείας. Ασθενείς που πάσχουν από νευρογενή ή ιδιοπαθή υπερδραστήρια κύστη αναφέρουν μείωση της επιτακτικότητας, αύξηση της χωρητικότητας της κύστης και σημαντική βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Η ενημέρωση του νοσηλευτικού προσωπικού για τις δυνατότητες που υπάρχουν για την ανακούφιση αυτών των ασθενών και την καλυτέρευση της ποιότητας της ζωής τους είναι σημαντική, τόσο για τον ίδιο τον ασθενή, όσο και για την διευκόλυνση του νοσηλευτικού έργου. Ως θεραπεία κερδίζει ολοένα και περισσότερους υποστηρικτές, ενώ βρίσκεται υπό μελέτη η εφαρμογή της και σε άλλες παθήσεις του ουροποιητικού συστήματος.

***1ο βραβείο βιβλιογραφικής ανασκόπησης στο 9ο Πανελλήνιο και 8ο Πανευρωπαϊκό Επιστημονική και Επαγγελματικό Νοσηλευτικό Συνέδριο. Καλαμάτα 19-22 Μαΐου, 2016.***

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ


Abrams P., Cardozo L., Fall M., Griffiths D., Rosier P., Ulmsten U., Kerrebroeck P., Victor A. & Wein A. (2002). The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of international continence society. *Neurourology and Urodynamics* 21(2): 167-178.

Andersson KE. (2013). New developments in the management of overactive bladder: focus on mirabegron and onabotulinumtoxin A. *Therapeutics and Clinical Risk Management* 9: 161-170

Apostolidis A., Dasgupta P., Denys P., Elneil S., Fowler C.J., Giannantoni A., Karsenty G., Schulte-Baukloh H., Schurch B. & Wyndaele JJ. (2009). Recommendations on the Use of Botulinum Toxin in the Treatment of Lower Urinary Tract Disorders and Pelvic Floor Dysfunctions: A European Consensus Report. *European Urology* 55: 100-120.

Bayrak Ö., Sadioglu E. & Onur R. (2015). Botulinum Toxin injections for treating detrusor overactivity. *Turkish Journal of Urology* 41: 221-227.

Chancellor M.B., Patel V., Leng WW., Shenot PJ., Lam W., Globe DR., Loeb AL. & Chapple CR. (2013). Onabotulinumtoxin A improves quality of life in patients with neurogenic detrusor overactivity. *Neurology* 81: 841-848.

Dellis A. & Papatsoris AG. (2014). Intravesical treatment of bladder pain syndrome/interstitial cystitis: from the conventional regimens to the novel botulinum toxin injections. *Expert Opinion on Investigational Drugs* 23(6): 751-757.

Dykstra DD., Sidi AA., Scott AB., Pagel JM. & Goldish G.D. (1988). Effects of botulinum A toxin on detrusor-sphincter dyssynergia in spinal cord injury patients. *The Journal of Urology* 139(5): 919-922.

Erbguth, F. & Naumann M. (1999). Historical aspects of botulinum toxin: Justinus Kerner (1786-1862) and the "sausage poison". *Neurology* 53(8): 1850-3.

Fall M., Baranowski AP., Elneil S., Engeler D., Hughes J., Messelink EJ., Oberpenning F. & de C Williams AC. (2010). EAU guidelines on chronic pelvic pain. *European Urology* 57(1): 35-48.

Fowler CJ., Griffiths D. & de Groat WC. (2008). The neural control of micturition. *Neuroscience* 9: 453-466.

Ginsberg DA., Schneider LK. & Watanabe TK. (2015) Improving Outcomes in Patients With Refractory Idiopathic and Neurogenic Detrusor Overactivity: Management Strategies. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 96(9 Suppl 4): 341-357.

Hanchanale VS., Rao AR., Martin FL & Matanhelia SS. (2010). The Unusual History and the Urological Applications of Botulinum Neurotoxin. *Urologia Internationalis* 85(2): 125-130.

Jhang JF. & Kuo HC. (2015). Novel treatment of Chronic Bladder Pain Syndrome and Other Pelvic Pain Disorders by Onabotulinumtoxin A Injection. *Toxins* 7: 2232-2250.

Kuo Y-C. & Kuo H-C. (2013). Botulinum toxin injection for lower urinary tract dysfunction. *International Journal of Urology* 20: 40-55.

Liao CH. & Kuo HC. (2015). Practical Aspects of Botulinum Toxin-A Treatment in Patients with Overactive Bladder. *International Neurourology Journal* 19(4): 213-219.

Linsenmeyer TA. (2013). Use of botulinum toxin in individuals with neurogenic detrusor overactivity: State of the art review. The Journal of Spinal Cord Medicine 36(5): 402-419.

Mehta S., Hill D., McIntyre A., Foley N., Hsieh J., Ethans K., Teasell RW., Loh E., Welk B. & Wolfe D.(2013). Meta-Analysis of Botulinum Toxin A Detrusor Injections in the Treatment of Neurogenic Detrusor Overactivity After Spinal Cord Injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 94(8): 1473-8.

Nambiar A. & Lucas M. (2014). Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Overactive Bladder (OAB) and Neurogenic Detrusor Overactivity (NDO). *Neurourology and Urodynamics* 33(3): 21-25.

Sahai A., Khan M., Fowler CJ. & Dasgusta P. (2005). Botulinum toxin for the treatment of lower urinary tract symptoms: a review. *Neurourology and Urodynamics* 24(1): 2-12.

Schantz EJ & Johnson EA. (1997). Botulinum toxin: the story of its development for the treatment of human disease. *Perspectives in Biology and Medicine* 40(3): 317-27.

Schurch B., de Sèze M., Denys P., Chartier-Kastler E., Haab F., Everaert K., Plante P., Perrouin-Verbe B., Kumar C., Fraczek S. & Brin M.F. (2005). Botulinum toxin type A is a safe and effective treatment for neurogenic incontinence: results of a single treatment, randomized, placebo controlled 6-month study. *The Journal of Urology* 174(1): 196-200.

Simpson L. (2013). The life history of a botulinum toxin molecule. *Toxicon* 68:40-59.

Smith C. & Chancelor M. (2004). Emerging role of botulinum toxin in the management of voiding dysfunction. *The Journal of Urology* 171(6): 2128-2137.

Truong D., Dressler D. & Hallett M. (2014). Manual of Botulinum Toxin Therapy (2nd eds). New York. *Cambridge University Press.*

Yoshida M., Masunaga K., Nagata T., Yono M. & Homma Y. (2010). The Forefront for Novel Therapeutic Agents Based on the Pathophysiology of Lower Urinary Tract Dysfunction: Pathophysiology and Pharmacotherapy of Overactive Bladder. *Journal of Pharmacological Sciences* 112: 128-134.

Βακαλόπουλος Ι. & Χατζηζήσης Ε. (2008). Η χρήση της βουτυλινικής τοξίνης στην αντιμετώπιση της υπερδραστήριας κύστης και της δυσσυνέργειας σφιγκτήρα-εξωστήρα. *Info Urology* 52: 2-6.

Φλωράτος Δ. (2006). Η αλλαντική τοξίνη και οι εφαρμογές της στη Νευροουρολογία. *Info Urology* 41: 8-11.

# The innovative therapeutic application of botulinum toxin type A in urology patients

**Chrysoula Belai[1], Maria Zania[2], Polixeni Liamopoulou[3]**
1. RN, Resident Internal Medicine Nursing, Hospital Thessaloniki AHEPA
2. RN, MSc, Emergency Department, G.H.Thessalonikis "G. Gennimatas"
3. RN, PhD, Director N.S. G.H.Thessalonikis "G. Gennimatas"

**ABSTRACT**
In the history of medical science the use of botulinum toxin was impressive. In the early 18th century it was defined as the neurotoxin implicated in the deadly disease botulism. Today, despite the toxic action finds application in the treatment of various diseases in a wide range of Medicine. Its use in urology was revolutionary in the treatment of neurogenic bladder, refractory idiopathic detrusor overactivity and other painful syndromes. The purpose of this review was to describe the treatment option of intravesical injection of botulinum toxin, in diseases of the urinary tract. The review showed that after many test applications under the experimental studies, the botulinum toxin type A has already established itself as the new treatment of choice after failure of conservative drug dealing in patients with neuro-urological symptoms of lower urinary tract. Cases of application of botulinum toxin in Urology are related to overactive bladder, neurogenic or idiopathic etiology, as bladder pain syndrome and chronic pelvic pain syndrome. According to the guidelines of the European Union directives Urology, the intravesical botulinum toxin injections are the most effective, minimally invasive treatment which results in reducing neurogenic hyperactivity of detrusor.
In conclusion, this is a safe, easy and effective method that can be applied by health professionals, helping improve patients' quality of life with neuro-urological diseases.

**Keywords:** Urinary incontinence, Botulinum toxin, health professional, therapeutic intervention, overactive bladder

**Corresponding Author: Chrysoula Belai**
**E-mail: xrisabelai@gmail.com**
**Telephone Number: +306932362168**

**Submission Date: 05/04/2016**
**Publication Date: 10/06/2016**

# Διερεύνηση των πεποιθήσεων σε σχέση με τον εμβολιασμό στη σύγχρονη εποχή

**Αγγελική Φράγκου**
**Φοιτήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ**

**ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Οι εμβολιασμοί θεωρούνται μία από τις πιο αποτελεσματικές παρεμβάσεις στη δημόσια υγεία. Τα ποσοστά των εμβολιασμών στις αναπτυγμένες χώρες είναι γενικά υψηλά. Ωστόσο, ένας αυξανόμενος αριθμός γονέων θεωρεί τα εμβόλια μη ασφαλή και μη αναγκαία. Οι εκστρατείες κατά των εμβολίων έχουν ως αποτέλεσμα τη μείωση των εμβολιασμένων παιδιών και την αύξηση των κατά τόπους εξάρσεων ασθενειών οι οποίες μπορούν να προληφθούν. Η εμφάνιση κινημάτων ενάντια στους εμβολιασμούς έχει τις απαρχές της σχεδόν την ίδια χρονική περίοδο που ανακαλύφθηκαν και χρησιμοποιήθηκαν τα πρώτα εμβόλια. Η επιφυλακτικότητα έναντι των εμβολίων αποτελεί ένα μακροχρόνιο φαινόμενο το οποίο συνδέεται στενά με το κοινωνικο-πολιτισμικό υπόβαθρο πληθυσμών σε συγκεκριμένες περιοχές ανά τον κόσμο. Οι φιλοσοφικές ή θρησκευτικές πεποιθήσεις αποτελούν ένα από τα ισχυρότερα επιχειρήματα της μη αποδοχής, ακόμη και των υποχρεωτικών, εμβολιασμών. Ακόμη, η καχυποψία και η ανησυχία σχετικά με τους εμβολιασμούς είναι αρκετά συχνό φαινόμενο. Διεθνώς, σε τμήματα της Ασίας και της Αφρικής, η δυσπιστία έναντι των εμβολίων συνδέεται πολλές φορές με θεωρίες συνομωσίας. Οι επαγγελματίες υγείας διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο στη διατήρηση της εμπιστοσύνης του κοινού στους εμβολιασμούς, ένας ρόλος που γίνεται όλο και πιο δύσκολος στη σημερινή εποχή, καθώς τα εμβολιαστικά προγράμματα έχουν γίνει πιο πολύπλοκα. Μια στάση κατανόησης και αποδοχής των διαφορετικών πεποιθήσεων εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας θα βοηθήσει ώστε να ενισχυθεί η σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ αυτών και των ασθενών/γονέων. Η προσπάθεια της επιστημονικής ομάδας πρέπει να εστιάζεται στην παροχή όλων των απαραίτητων πληροφοριών ώστε οι γονείς να λαμβάνουν τεκμηριωμένες αποφάσεις.

**Λέξεις Κλειδιά:** Ασφάλεια, εμβολιασμός, πολιτισμικές πεποιθήσεις, σκεπτικισμός

**Υπεύθυνος αλληλογραφίας : Φράγκου Αγγελική**
**Τηλέφωνο επικοινωνίας: 6972902700**
**Email: angeliki_fragou@hotmail.com**

**Ημερομηνία Υποβολής: 30/04/16**
**Ημερομηνία δημοσίευσης:15/06/2016**

**ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ**

- **Οι εμβολιασμοί θεωρούνται μία από τις πιο αποτελεσματικές παρεμβάσεις στη δημόσια υγεία.**
- **Ένας αυξανόμενος αριθμός γονέων θεωρεί τα εμβόλια μη ασφαλή και μη αναγκαία**
- **Η καχυποψία έναντι των πολιτικών των δυτικών κρατών και οι θρησκευτικές ή φιλοσοφικές πεποιθήσεις οδηγούν σε υιοθέτηση επιφυλακτικής στάσης ή και άρνησης έναντι των εμβολιασμών**
- **Στόχος των επαγγελματιών υγείας πρέπει να αποτελεί η κάλυψη των γνωστικών κενών με σκοπό τη λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων σε σχέση με τους εμβολιασμούς.**

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι εμβολιασμοί θεωρούνται μία από τις πιο αποτελεσματικές παρεμβάσεις στη δημόσια υγεία (Wang et al 2014). Μέσω των εμβολιασμών, το προσδόκιμο ζωής έχει αυξηθεί και η ποιότητα ζωής έχει βελτιωθεί σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες. Στη δεκαετία του '70, περίπου 5 εκατομμύρια παιδιά πέθαιναν παγκοσμίως λόγω παθήσεων όπως η διφθερίτιδα, ο τέτανος, ο κοκίτης, η ιλαρά και η φυματίωση (Salim 2012). Μέχρι το 2001, μετά τη διεξαγωγή προγραμμάτων ετήσιων μαζικών εμβολιασμών, καταγράφηκε μια εντυπωσιακή μείωση του ποσοστού θανάτων (μείωση 61% των θανάτων που οφείλονταν σε ιλαρά και αντίστοιχα 69% των θανάτων από τέτανο, 78% των θανάτων από κοκίτη, 94% των θανάτων από διφθερίτιδα και 98% των θανάτων από πολιομυελίτιδα) (GAVI Alliance 2011). Έχει υπολογισθεί πως οι εμβολιασμοί αποτρέπουν 2 εκατομμύρια θανάτους παιδιών παγκοσμίως (Mandip & Newella 2008).

Οι εμβολιασμοί μειώνουν τη θνησιμότητα ενώ παράλληλα προλαμβάνουν και την σωματική εξασθένιση. Έχουν συμβάλλει σχεδόν στην εξάλειψη μολυσματικών ασθενειών (όπως η διφθερίτιδα και η πολιομυελίτιδα) και έχουν οδηγήσει στην εκρίζωση της ευλογιάς στις ανεπτυγμένες χώρες. Πρέπει να τονισθεί ότι η επίτευξη ανοσίας προστατεύει όχι μόνο τα εμβολιαζόμενα άτομα, αλλά ολόκληρη την κοινότητα. Είναι λοιπόν φανερό, πως οι εμβολιασμοί έχουν ωφελήσει τον άνθρωπο ως μονάδα αλλά και την ανθρωπότητα ως σύνολο (Kane 2002, GAVI Alliance 2011).

Ωστόσο, υπάρχουν 24 εκατομμύρια παιδιά παγκοσμίως τα οποία είτε δεν έχουν ανοσοποιηθεί ποτέ στη ζωή τους είτε έχουν ανοσοποιηθεί μερικώς (WHO, UNICEF & World Bank 2009). Έχει υπολογισθεί ακόμη πως 2,4 εκατομμύρια θάνατοι παιδιών ηλικίας μέχρι 5 ετών προκαλούνται ετησίως από νοσήματα που προλαμβάνονται με εμβολιασμό, κυρίως σε χώρες της Αφρικής και της Ασίας (Mandip & Newella 2008). Παράλληλα, μελέτες αποκαλύπτουν ότι ένα αυξανόμενο ποσοστό γονέων διατηρεί επιφυλακτική στάση έναντι των εμβολιαστικών προγραμμάτων.

## ΕΠΙΦΥΛΑΚΤΙΚΟΤΗΤΑ ΕΝΑΝΤΙ ΤΩΝ ΕΜΒΟΛΙΩΝ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO 2015) η επιφυλακτικότητα έναντι των εμβολίων αναφέρεται στην καθυστέρηση της αποδοχής ή στην απόρριψή τους παρά την διαθεσιμότητά τους. Η επιφυλακτικότητα έναντι των εμβολίων αποτελεί περίπλοκο ζήτημα το οποίο πλαισιώνει συγκεκριμένες διαφοροποιήσεις στο χρόνο, στο χώρο και στον τύπο των εμβολίων. Περιλαμβάνει παράγοντες όπως τον εφησυχασμό, την ευκολία και την εμπιστοσύνη.

Οι αντιλήψεις έναντι των εμβολίων δεν μπορούν να χωρισθούν σε δύο κατηγορίες, υπέρ ή κατά, αλλά αποτελούν ένα συνεχές μεταξύ της πλήρους αποδοχής και της πλήρους άρνησης σε ορισμένα ή στο σύνολο των εμβολίων. Οι στάσεις απέναντι στους εμβολιασμούς θα πρέπει να εξετάζονται σε ένα ευρύτερο κοινωνικο-πολιτισμικό πλαίσιο καθώς διαμορφώνονται από ποικίλους κοινωνικούς παράγοντες και από πεποιθήσεις σχετικά με την αιτιολογία των ασθενειών και την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια της σύγχρονης ιατρικής και των εμβολίων (Dube et al 2013).

Η επιφυλακτικότητα έναντι των εμβολίων αποτελεί ένα μακροχρόνιο φαινόμενο ενώ συνδέεται στενά με το κοινωνικο-πολιτισμικό υπόβαθρο πληθυσμών σε συγκεκριμένες περιοχές ανά τον κόσμο (Hausman et al 2014). Οι Leach & Fairhead (2007) σε σχετική μελέτη τους αναφέρουν ως παράγοντες άρνησης των εμβολιασμών την ύπαρξη διαφορετικών αντιλήψεων σε σχέση με το ανθρώπινο σώμα και το σκοπό των εμβολιασμών (πρόληψη έναντι θεραπείας) στους διάφορους πολιτισμούς. Ακόμη, φαίνεται πως εικασίες σε σχέση με τη σύνδεση των εμβολιαστικών προγραμμάτων και την εξωτερική πολιτική δυτικών κρατών, έχουν οδηγήσει συγκεκριμένες εθνοομάδες στην υιοθέτηση επιφυλακτικής στάσης έναντι των εμβολίων.

Τα εμβόλια θεωρούνται μη ασφαλή και μη αναγκαία από έναν αυξανόμενο αριθμό ατόμων (Dube 2013). Έχει εκτιμηθεί πως στις Η.Π.Α. το 40% των γονέων θα καθυστερήσει ή θα αρνηθεί τον εμβολιασμό για τα παιδιά τους, κυρίως εξαιτίας ελλιπούς πληροφόρησης, προβληματισμών σε σχέση με την ασφάλεια των εμβολίων αλλά και

λόγω πολιτισμικών πεποιθήσεων (Browne et al 2015).

Οι φιλοσοφικές ή θρησκευτικές πεποιθήσεις αποτελούν ένα από τα ισχυρότερα επιχειρήματα της μη αποδοχής ακόμη και των υποχρεωτικών εμβολιασμών (Siddiqui et al 2013). Άτομα με συγκεκριμένες θρησκευτικές ή φιλοσοφικές πεποιθήσεις μπορούν να αιτηθούν νομικά και να λάβουν εξαίρεση από τα εμβολιαστικά προγράμματα, ακόμα και σε χώρες που εφαρμόζουν αυστηρά προγράμματα όπως οι Η.Π.Α (Wang et al 2014). Μερικά χαρακτηριστικά παραδείγματα έκφρασης σκεπτικισμού ή άρνησης ενάντια στους εμβολιασμούς εξαιτίας θρησκευτικών πεποιθήσεων αναλύονται παρακάτω.

### Θρησκευτικές και φιλοσοφικές πεποιθήσεις σχετικά με τους εμβολιασμούς

Στη σύγχρονη ιατρική γίνεται συχνά χρήση προϊόντων τα οποία προέρχονται ή παράγονται από ζώα, πράγμα το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε συγκρούσεις με θρησκευτικά πιστεύω. Στις περιπτώσεις στις οποίες οι θρησκευτικές αντιλήψεις έρχονται σε αντίθεση με την προτεινόμενη αγωγή, υπάρχει αυξημένο ποσοστό μη συμμόρφωσης (Eriksson et al 2013).

Η πλειοψηφία των αντι-εμβολιαστικών πεποιθήσεων με θρησκευτικό υπόβαθρο ανήκουν σε μία από τις κατηγορίες: α) αντιρρήσεις λόγω παραβιάσεων κανόνων σε σχέση με απαγορεύσεις αφαίρεσης της ζωής β) αντιρρήσεις λόγω παραβιάσεων κανόνων που αφορούν στην επιτρεπόμενη διατροφή γ) αντιρρήσεις λόγω παρεμβατισμού στη φυσική νομοτέλεια (Grabestein 2013).

Ο Ινδουισμός συνηγορεί υπέρ της μη-βίας και του σεβασμού στη ζωή, καθώς πιστεύεται πως η θεότητα διαπερνά/κατοικεί σε όλα τα όντα, συμπεριλαμβανομένων και των φυτών και των «μη-αθρώπινων» ζώων Ο εμβολιασμός είναι γενικά αποδεκτός σαν πρακτική από την πλειοψηφία των ινδουϊκών χωρών, αλλά ο βαθμός στον οποίο ένας Ινδουιστής πιστός θα εφαρμόσει την αρχή της μη-βίας και του σεβασμού στη «μη - ανθρώπινη» ζωή διαφέρει και προσδιορίζεται ατομικά (Grabestein 2013). Ακόμη, υπάρχουν αναφορές για σκεπτικισμό έναντι εμβολίων τα οποία έχουν παρασκευαστεί από κυτταρικές σειρές, στις οποίες χρησιμοποιήθηκαν έκδοχα βοοειδών ως θρεπτικά συστατικά, καθώς τα βοοειδή θεωρούνται ιερά ζώα. Χαρακτηριστικά, η μεγαλύτερη κάστα του Ινδουϊσμού δεν επιτρέπει τη χρήση φαρμάκων, επιθεμάτων ή εμφυτευμάτων που προέρχονται από βοοειδή ή χοίρους, καθώς θεωρεί αμαρτία τον θάνατο των συγκεκριμένων ζώων (Eriksson et al 2013).

Ο Βουδισμός απαγορεύει αυστηρά την πρόκληση θανάτου τόσο σε ανθρώπους όσο και σε ζώα. Η συγκεκριμένη θρησκεία δεν αντιτίθεται στην θεραπεία μιας ασθένειας με τη χρήση φαρμάκων (μη προερχόμενα από ζώα), καθώς θεωρεί πως η θεραπεία είναι δείγμα ελέους. Τα αντιβιοτικά σκοτώνουν τα μικρόβια και το γεγονός αυτό προκάλεσε αντιδράσεις σε κοινότητες Βουδιστών. Ωστόσο τελικά συμφωνήθηκε ότι είναι αποδεκτά καθώς βοηθάνε τον άνθρωπο να πλησιάσει τη «Διαφώτιση». Η αποτροπή της ασθένειας μέσω της πρόληψης και των εμβολιασμών επίσης θεωρείται αποδεκτή, καθώς προλαμβάνει τη σωματική δυσαρμονία που θα φέρει μια ενδεχόμενη πάθηση (Jun 2001).

Ο Ισλαμισμός απαγορεύει την κατανάλωση χοιρινού κρέατος, ενώ επιτρέπει ή απαγορεύει την κατανάλωση άλλων ειδών κρέατος, με βάση τον τρόπο με τον οποίο το ζώο πέθανε ή σφαγιάστηκε. Η ζελατίνη που παράγεται από δέρμα ή οστά χοίρων απαγορεύεται να καταναλωθεί. Μερικά εμβόλια περιέχουν ως έκδοχο υδρολυμένη ζελατίνη χοίρων, γεγονός που έχει δημιουργήσει σκεπτικισμό και επιφύλαξη στις μουσουλμανικές κοινότητες, παρά την ενέσιμη μορφή των εμβολίων. Σύμφωνα με τον μουσουλμανικό «Νόμο της Αναγκαιότητας», ένα άτομο δεν είναι υπεύθυνο για την αμαρτία, όταν δεν υπάρχει ασφαλής εναλλακτική λύση - το μη επιτρεπτό τότε γίνεται ασφαλές και επιτρεπτό. Ακόμη, θεωρούν πως τα έκδοχα χοίρων που χρησιμοποιούνται για την παρασκευή των εμβολίων, έχουν εξαγνιστεί σε κάποιο βαθμό, εξαιτίας της επεξεργασίας που έχουν υποστεί. Τα συγκεκριμένα εμβόλια είναι αποδεκτά σε γενικές γραμμές, ιδιαίτερα όταν υπάρχει σοβαρός κίνδυνος για την υγεία του ατόμου και τα εμβόλια δεν είναι σε πόσιμη μορφή, αλλά θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να αποφεύγονται όταν υπάρχει εναλλακτικό σκεύασμα (WHO 2001).

Ακόμη και σε ορισμένες χριστιανικές κοινότητες υπάρχει σκεπτικισμός έναντι κάποιων εμβολίων, ιδιαίτερα σε ότι αφορά στον τρόπο παρασκευής τους. Για παράδειγμα, οι Ρωμαιοκαθολικοί και άλλα χριστιανικά δόγματα έχουν εκφράσει έντονη ανησυχία για το εμβόλιο της ερυθράς εξαιτίας της προέλευσης των στοιχείων της βασικής φόρμουλας, από την οποία παράγεται το εμβόλιο. Η Ρωμαιοκαθολική εκκλησία αναγνωρίζει τη σημασία των εμβολιασμών και υποστηρίζει τη χρήση τους, τόσο για την προστασία του ατόμου όσο και για την προστασία του κοινωνικού συνόλου, ωστόσο υποστηρίζει την χρήση εναλλακτικών μέσων και τη συνέχιση της έρευνας για την αντικατάσταση των συγκεκριμένων εμβολίων τα οποία έχουν παρασκευασθεί σε κυτταρικές σειρές εμβρυϊκής προέλευσης (Mc Govern & Brussen 2011).

Κάποιες χριστιανικές αιρέσεις στην Ολλανδία έχουν ως βασική τους αρχή την άρνηση των εμβολιασμών, διότι οι εμβολιασμοί κάνουν τον άνθρωπο πιο δυνατό και άρα λιγότερο εξαρτώμενο από το Θεό. Για κάποιους από αυτούς η διαδικασία του εμβολιασμού αποτελεί διαταραχή της Θείας Πρόνοιας, πριν από την μόλυνση (Grabestein 2013).

Οι Amish, προέρχονται από σχίσμα στην αίρεση των "Αβάπτιστων" (Unabaptists) της Ελβετίας, ενώ παρόμοιες κοινότητες υπάρχουν στον Καναδά και στην Β. Αμερική

(ονομάζονται "Hutterites"). Η ανοσοποίηση δεν απαγορεύεται από το δόγμα τους, αλλά η αποδοχή ορισμένων εμβολίων διαφέρει από περιοχή σε περιοχή. Τα υψηλά ποσοστά μη αποδοχής των εμβολιασμών στις εν λόγω κοινότητες, αποδίδονται περισσότερο σε μια τοπική παράδοση και τάση μοντερνισμού, παρά σε σκεπτικισμό προερχόμενο από το δόγμα τους. Τα χαμηλά επίπεδα ανοσοποίησης στη συγκεκριμένη ομάδα έχουν αποδοθεί σε μειωμένη πρόσβαση στις υπηρεσίας υγείας, μειωμένη κατανόηση της ασθένειας, διαφορετικές προτεραιότητες σε σχέση με την υγειά καθώς επίσης και σε ανησυχία για την ασφάλεια των εμβολίων (Wenger 2011). Οι Amish τείνουν να ορίζουν την ασθένεια ως την αποτυχία να λειτουργήσουν σε εργασιακό περιβάλλον και φαίνεται πως δεν αξιολογούν την ηπιότερη συμπτωματολογία της αρρώστιας (Yoder & Dworkin 2006). Έτσι, συχνά έχουν εκδηλωθεί επιδημίες όπως Haemophilus Influenza τύπου 2, ερυθράς, πολιομυελίτιδας και τετάνου (Fair et al 2002, Hahne et al 2005).

Η «Εκκλησία του Χριστού» (Σαϊεντολόγοι) πιστεύουν ότι η πνευματική θεραπεία της ασθένειας είναι ιδιαίτερα σημαντική. Αυτός είναι και ο λόγος που οι πιστοί τους αρνούνται μέρος ή και όλη την τυπική ιατρική θεραπεία. Ορισμένοι πιστοί αρνούνται τον εμβολιασμό, ενώ άλλα μέλη της αίρεσης έχουν ζητήσει από τις εκάστοτε κυβερνήσεις να εξαιρούνται από τα προγράμματα υποχρεωτικού εμβολιασμού. Αντιλαμβάνονται την ασθένεια ως κάτι μη – πραγματικό, το οποίο μπορεί να παρέλθει αναδεικνύοντας την τελειότητα του δημιουργήματος του Θεού. Γενικότερα, τείνουν να καταφεύγουν στους «πρακτικούς» γιατρούς της αίρεσης για θεραπείες που βασίζονται σε στοχευμένη προσευχή (Grabestein 2013).

Ο Woonink (2009) μελέτησε κάποια φιλοσοφικά ρεύματα που αρνούνται τον εμβολιασμό στην Ολλανδία. Το κίνημα των ανθρωποσοφιστών της Ολλανδίας αριθμεί περίπου 4.300 οργανωμένα μέλη, αλλά εκτιμάται πως ο πραγματικός τους αριθμός υπερβαίνει κατά πολύ αυτό το μέγεθος. Πρόκειται για ένα είδος φιλοσοφικού κινήματος, το οποίο ορίζει ότι υπάρχει ένας αντικειμενικός, κατανοητός κόσμος που είναι προσβάσιμος στην εμπειρία μέσω εσωτερικής ανάπτυξης-βιώματος. Οι ανθρωποσοφιστές βλέπουν την παιδική ασθένεια σαν ένα απαραίτητο βήμα για την εξέλιξη του παιδιού, με την προϋπόθεση ότι η ασθένεια δεν είναι πολύ επικίνδυνη για το παιδί. Σύμφωνα με τη θεωρία τους, ένα παιδί που βιώνει υψηλό πυρετό δύναται να βιώσει ένα άλμα στην εξέλιξή του, μετά την ασθένεια, καθώς ο πυρετός θεωρείται μέσο για την γενετική αλλαγή του πάσχοντος παιδιού. Οι ασθένειες που αφορούν στα παιδιά αντιμετωπίζονται ως κάτι απαραίτητο και ωφέλιμο και για τους γονείς καθώς συμβάλλουν και στην δική τους εξέλιξη. Η άρνηση στους εμβολιασμούς είναι σχετική και όχι απόλυτη για τους ανθρωποσοφιστές - σε κάθε περίπτωση οι ακόλουθοι του συγκεκριμένου πνευματικού ρεύματος πρέπει να είναι ελεύθεροι να επιλέξουν αν θα αρνηθούν ή θα αναβάλλουν τον εμβολιασμό των παιδιών τους.

Η ομοιοπαθητική είναι μία φυσική μέθοδος θεραπείας, που έχει ως στόχο να προάγει και να βελτιώσει την εσωτερική ικανότητα του σώματος για αυτοΐαση, με φυσικό τρόπο. Ο βασικός κανόνας της ομοιοπαθητικής είναι ότι κάθε ασθένεια μπορεί να θεραπευτεί διαλέγοντας ένα φάρμακο/ουσία που παρουσιάζει την ίδια κλινική εικόνα με τα συμπτώματα της ασθένεια. Η αποδοχή των εμβολίων ανάμεσα στους ομοιοπαθητικούς είναι σχετική καθώς κάποιοι τονίζουν τις «καταστροφικές» συνέπειές τους ενώ άλλοι τα αποδέχονται πλήρως (Woonink 2009, NCIRS 2014).

### Καχυποψία και έλλειψη εμπιστοσύνης σε σχέση με τα εμβόλια

Η εμφάνιση κινημάτων ενάντια στους εμβολιασμούς δεν αποτελεί μόνο σύγχρονο φαινόμενο αλλά έχει τις απαρχές της σχεδόν την ίδια χρονική περίοδο που ανακαλύφθηκαν και χρησιμοποιήθηκαν τα πρώτα εμβόλια (Siddiqui 2013). Έτσι, στα μέσα του 19ου αιώνα, όταν ξεκίνησαν μαζικά εμβολιαστικά προγράμματα κατά της ευλογιάς, στην Αγγλία και στις Η.Π.Α πρωτοεμφανίστηκαν μαζικά κινήματα κατά των εμβολιασμών. Το φαινόμενο αυτό είναι εμφανές ακόμα και σήμερα, ενώ παρατηρείται έντονη ισχυροποίηση των κινημάτων κατά των εμβολίων σε περιπτώσεις όπου συγκεκριμένα εμβόλια όπως το MMR και το DTP έχουν κατηγορηθεί ως παράγοντες πρόκλησης σοβαρών ασθενειών, όπως ο αυτισμός (λόγω εκδόχων παραγόμενων από υδράργυρο που υπάρχουν στα συστατικά τους), η εγκεφαλοπάθεια και το σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου σε νεογνά (Lantos et al 2010).

Στις αναπτυγμένες κοινωνίες, η εναντίωση κατά των εμβολίων είναι έκφραση μοντερνισμού. Ουσιαστικά έχει τις ρίζες της στο γεγονός ότι η συχνότητα εμφάνισης των ασθενειών που μπορούν να προληφθούν με εμβολιασμό έχει μειωθεί σε τέτοιο βαθμό, ώστε σπάνια πλέον οι γονείς να έρχονται σε επαφή με κάποιο παιδί το οποίο νοσεί. Έτσι, οι γονείς σήμερα θεωρούν πως υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος για το παιδί τους αν το εμβολιάσουν, λόγω πιθανών ή εικαζόμενων παρενεργειών, από το να μην εμβολιασθεί καθόλου το παιδί. Ακόμα, πιστεύουν πως τα παιδιά τους είναι υποχρεωμένα να λάβουν έναν τεράστιο αριθμό εμβολίων σε πολύ μικρή ηλικία (Feikin et al 2000).

Τέλος, σε χώρες της Ασίας και της Αφρικής, όπως για παράδειγμα στο Αφγανιστάν, τη Νιγηρία και το Πακιστάν, υπάρχει έντονη καχυποψία κατά των εμβολίων καθώς τα θεωρούν κομμάτι της προσπάθειας των δυτικών χωρών να προκαλέσουν στείρωση ή να μολύνουν τους πληθυσμούς τους. Ακόμη, θεωρούν πως ο εμβολιασμός είναι πράξη αντίθετη προς την βούληση του Θεού (Lantos et al 2010).

### Σενάρια συνομωσίας και παραδείγματα άρνησης εμβολιασμών

Η καχυποψία και η ανησυχία σχετικά με τους εμβολιασμούς είναι αρκετά συχνό φαινόμενο. Διεθνώς, σε τμήματα της Ασίας και της Αφρικής, η δυσπιστία έναντι των εμβολίων συνδέεται πολλές φορές με θεωρίες για «Δυτική Συνομωσία», σύμφωνα με τις οποίες τα εμβόλια είναι τεχνάσματα για να στειρωθούν ή να μολυνθούν οι μη δυτικές κοινωνίες (The History Of Vaccines 2015).

Ενδεικτικό παράδειγμα εναντίωσης σε εμβολιαστικά προγράμματα αποτέλεσε η περίπτωση του Καμερούν. Συγκεκριμένα, το 1990 εκεί επικράτησε η πεποίθηση και ο φόβος ότι τα εμβόλια τα οποία χορηγούσε το κράτος για τον παιδικό εμβολιασμό, θα προκαλούσαν στείρωση στο γυναικείο πληθυσμό (Savelsberg 2000). Παρόμοια ανησυχία εμφανίστηκε στην Τανζανία στα μέσα της δεκαετίας του '90, όταν ένας ιεραπόστολος εξέφρασε φοβίες σε σχέση με τον εμβολιασμό εναντίον του τετάνου, διαδίδοντας φήμες ότι προκαλούσε στείρωση. Ως αποτέλεσμα, ματαιώθηκε το εμβολιαστικό πρόγραμμα (The History Of Vaccines 2015).

Το φαινόμενο της άρνησης σε εμβολιαστικά προγράμματα ανάμεσα σε μουσουλμανικές κοινότητες εμφανίστηκε κατά τη διάρκεια εμβολιασμών κατά της ιλαράς στη Νιγηρία, το 2005, το οποίο οδήγησε σε μείωση των εμβολιασμών με ταυτόχρονη αύξηση των κρουσμάτων ιλαράς (Clements et al 2006).

Ένα από τα πιο σοβαρά κινήματα καχυποψίας εναντίον των «δυτικών» εμβολίων που εμφανίστηκε στην Αφρική, αφορούσε το εμβόλιο της πολιομυελίτιδας. Το 1999, ένας βρετανός δημοσιογράφος έγραψε σε άρθρο του, πως η μετάδοση του ιού του AIDS από τους πιθήκους στον άνθρωπο έγινε μέσω των εμβολιασμών για την πολιομυελίτιδα. Συγκεκριμένα, ανέφερε ότι η παραγωγή του εμβολίου έγινε από κύτταρα χιμπατζήδων μολυσμένα με μια πρωτόγονη μορφή του HIV. Σύμφωνα με τα λεγόμενά του, τα «μολυσμένα» εμβόλια μετέφεραν τον ιό στον ανθρώπινο οργανισμό και αυτό εξηγεί τον λόγο εμφάνισης κρουσμάτων HIV σε περιοχές που πρωτο-χορηγήθηκε το εμβόλιο κατά της πολιομυελίτιδας. Παρότι η επιστημονική κοινότητα κατέρριψε πλήρως τη θεωρία αυτή, η προβολή που έλαβε το θέμα στα Μ.Μ.Ε. πυροδότησε νέο κύμα θεωριών συνομωσίας που σχετιζόταν με τα εμβόλια (Plotkin 2001).

Ακόμη ένα παράδειγμα άρνησης των εμβολιασμών ενάντια στην πολιομυελίτιδα είναι αυτό των μουσουλμάνων σε χώρες όπως το Πακιστάν και το Αφγανιστάν. Οι Ταλιμπάν στο νότιο Αφγανιστάν έχουν διατυπώσει την πεποίθησή τους πως τα συγκεκριμένα εμβόλια είναι ένα τέχνασμα των Αμερικάνων με σκοπό να στειρώσουν τον μουσουλμανικό κόσμο και να εμποδίσουν την θέλησή του Αλλάχ (Warraich 2009).

### Σκεπτικισμός σε σχέση με την ασφάλεια ή την αναγκαιότητα των εμβολίων

Τα ποσοστά των εμβολιασμών στις αναπτυγμένες χώρες είναι γενικά υψηλά. Ωστόσο, φαίνεται πως υπάρχουν δύο παράγοντες που σχετίζονται με τον μη επαρκή εμβολιασμό παιδιών. Ο πρώτος αφορά στο κοινωνικο-οικονομικό υπόβαθρο των γονιών και σχετίζεται με αδυναμία πρόσβασης στο σύστημα υγείας. Ο δεύτερος παράγοντας, με τον οποίο θα διαπραγματευτεί η παρούσα εργασία, σχετίζεται με τον προβληματισμό των γονιών για την ασφάλεια ή την αναγκαιότητα των εμβολίων (Leask et al 2012).

Οι εκστρατείες κατά των εμβολίων από ομάδες γονέων ή εκπροσώπους με ή και χωρίς επιστημονικό υπόβαθρο, οι οποίοι εναντιώνονται στους εμβολιασμούς, έχει ως αποτέλεσμα την πτώση στα ποσοστά των εμβολιασμένων παιδιών και την αύξηση των κατά τόπους εξάρσεων ασθενειών που μπορούν να προληφθούν. Το διαδίκτυο έχει δώσει τη δυνατότητα σε αυτούς τους ανθρώπους να εκθέτουν ελεύθερα τις απόψεις τους και τον σκεπτικισμό τους, ακόμα και αν τα επιχειρήματά τους απορρίπτονται από την επιστημονική κοινότητα. Στις Η.Π.Α. το 55% των ενηλίκων με πρόσβαση στο διαδίκτυο και το χρησιμοποιούν για να αναζητήσουν πληροφορίες σχετικά με θέματα υγείας (Davies et al 2002). Η τάση αυτή, σε συνδυασμό με το γεγονός ότι η μεγάλη αποτελεσματικότητα των εμβολίων έχει οδηγήσει σχεδόν σε εξάλειψη συγκεκριμένων μολυσματικών ασθενειών, έχει ως αποτέλεσμα έναν αυξανόμενο αριθμό γονιών οι οποίοι ανησυχούν περισσότερο για τις ανεπιθύμητες ενέργειες ενός εμβολίου, παρά για την πιθανότητα το παιδί τους να νοσήσει από μια μολυσματική ασθένεια (Kenneth 2012).

Οι πιο φανατικοί πολέμιοι των εμβολιασμών υποστηρίζουν ότι όλα τα εμβόλια είναι επικίνδυνα και μη αποτελεσματικά και τείνουν να αποδίδουν κάποιες ασθένειες στα ίδια τα εμβόλια. Εδώ και χρόνια, ομάδες ατόμων κατά των εμβολιασμών στις Η.Π.Α και στην Ευρώπη, έχουν αμφισβητήσει την ασφάλεια εμβολίων όπως το MMR (ιλαράς-παρωτίτιδας-ερυθράς), συνδέοντάς το με περιστατικά αυτισμού. Ακόμη, το εμβόλιο κατά της διφθερίτιδας-κοκίτη-τετάνου (DPT) κατηγορήθηκε για πρόκληση νευρολογικών βλαβών σε εμβολιασμένα παιδιά (Kenneth 2012).

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους Pawel et al (2010) και στην οποία συμμετείχαν γονείς παιδιών ηλικίας μέχρι 3 χρονών, αναδείχθηκαν οι παράγοντες της έλλειψης εμπιστοσύνης προς τους εμβολιασμούς σε Αγγλία, Νορβηγία, Πολωνία, Ισπανία και Σουηδία. Οι πιο συχνοί λόγοι για το σκεπτικισμό έναντι των εμβολίων ήταν ο φόβος για ανεπιθύμητες ενέργειες μετά τον εμβολιασμό, οι μακροπρόθεσμες συνέπειες των εμβολίων, η σύνδεση των συγκεκριμένων εμβολίων με τον αυτισμό (η περίπτωση του MMR). Στη Νορβηγία οι γονείς που αμ-

φισβητούσαν τα εμβόλια, τόνισαν πως η στάση τους είχε επηρεασθεί από την τάση των ειδικών επιστημόνων να διαφωνούν στο ζήτημα της ασφάλειας των εμβολιασμών. Παράλληλα στην Ισπανία το 24% των γονέων που αμφισβητούσαν την ανάγκη εμβολιασμού, δήλωσαν πως η στάση τους αυτή οφειλόταν σε έλλειψη γνώσεων για τον εμβολιασμό γενικά.

Σε μια παρόμοια έρευνα, η οποία πραγματοποιήθηκε στις Η.Π.Α. από τους Dempsey et al (2009) στο πανεπιστήμιο του Michigan, εξετάσθηκε η στάση των μητέρων, με κόρες ηλικίας 11 έως 17 ετών, απέναντι στο εμβόλιο κατά του HPV (ιός των ανθρώπινων κονδυλωμάτων). Οι μητέρες που αρνήθηκαν να εμβολιάσουν τις κόρες τους θεωρούσαν πως ο κίνδυνος να μολυνθούν τα παιδιά τους από τον συγκεκριμένο ιό ήταν μικρός, πίστευαν πως ούτε οι ίδιες αλλά ούτε και οι επαγγελματίες υγείας είχαν επαρκείς γνώσεις για το συγκεκριμένο εμβόλιο και για τις μακροπρόθεσμες συνέπειές του, ενώ θα δέχονταν να εμβολιάσουν τις κόρες τους σε μεγαλύτερη ηλικία.

Σε αντίστοιχη μελέτη των Madhivanan et al (2009), η οποία αφορούσε τη στάση των γονέων έναντι του εμβολίου κατά του HPV στην Ινδία, αποκαλύφθηκαν και κάποιοι άλλοι παράγοντες που οδηγούσαν στην άρνηση στον εμβολιασμό. Ανάμεσα στα αίτια για μη εμβολιασμό προσδιορίστηκε το κόστος των εμβολίων, ο φόβος για τυχόν παρενέργειες ή ενδεχόμενη επικινδυνότητα του εμβολίου και η πεποίθηση πως ο εμβολιασμός θα οδηγούσε σε αυξημένη σεξουαλική δραστηριότητα των νεαρών κοριτσιών.

Όπως φάνηκε από την έρευνα, υπήρχε διάχυτη η πεποίθηση, ιδιαίτερα στις αγροτικές περιοχές, πως είναι τυχαίο αν κάποιος που έχει μολυνθεί θα νοσήσει και πως ο άνθρωπος δεν δύναται να κάνει κάτι για να ανατρέψει αυτή την πιθανότητα. Ακόμη, εκφράσθηκε η άποψη πως ο καρκίνος είναι μια διαφορετική ασθένεια σε σχέση με τα σεξουαλικώς μεταδιδόμενα νοσήματα και ήταν έντονη η πεποίθηση πως δεν υπάρχει αιτιολογική σχέση μεταξύ μόλυνσης και ανάπτυξης της νόσου. Έτσι, η θεραπεία των σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νοσημάτων δεν μπορεί να είναι η ίδια με τη θεραπεία του καρκίνου. Παρά τη φτωχή γνώση των γονέων σε σχέση με το εμβόλιο του HPV, παρατηρήθηκε μια αλλαγή στη στάση τους όταν τους δόθηκαν παραπάνω πληροφορίες. Έτσι τελικά, οι περισσότεροι θα δέχονταν να εμβολιάσουν τις κόρες τους αν η κυβέρνηση παρείχε το εμβόλιο.

### Η Ελληνική πραγματικότητα

Στην Ελλάδα, η εμβολιαστική κάλυψη για όλα τα λοιμώδη νοσήματα είναι γενικά υψηλή, ενώ όπως φάνηκε από την πανελλήνια καταγραφή της εμβολιαστικής κάλυψης το 2006, υπήρχε καθυστέρηση στον εμβολιασμό για την ηπατίτιδα Β και την 1η δόση του MMR. Θα πρέπει να σημειωθεί όμως ότι επιδημικές εξάρσεις ιλαράς, παρωτίτιδας και ερυθράς σημειώνονται κατά περιόδους, με πηγή λοίμωξης κυρίως ανεμβολίαστες ομάδες πληθυσμού, των οποίων η προσέγγιση είναι εξαιρετικά δυσχερής.

Τα περιστατικά άρνησης των βασικών εμβολιασμών φαίνεται πως είναι πολύ περιορισμένα. Ωστόσο, η ανάγκη αποτελεσματικότερης εμβολιαστικής κάλυψης παιδιών που ανήκουν σε κοινωνικές ομάδες όπως οι μετανάστες, οι ανασφάλιστοι και οι Ρομά παραμένει επίκαιρη όσο ποτέ στη χώρα μας (Παπαγρηγορίου - Θεοδωρίδου 2011).

### Ο Ρόλος του Επαγγελματία Υγείας

Οι στόχοι των εμβολιασμών είναι η ευρεία εμβολιαστική κάλυψη και η παροχή προστασίας στη μικρότερη δυνατή ηλικία. Η καθυστέρηση των εμβολιασμών μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις σε ατομικό επίπεδο αλλά και στην κοινότητα, αφού μπορεί να οδηγήσει σε επιδημικές εξάρσεις ασθενειών. Οι επαγγελματίες υγείας διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο στη διατήρηση της εμπιστοσύνης του κοινού στους εμβολιασμούς, ένας ρόλος που γίνεται όλο και πιο δύσκολος στη σημερινή εποχή, καθώς τα εμβολιαστικά προγράμματα έχουν γίνει πιο πολύπλοκα. Ο επαγγελματίας υγείας συχνά καλείται να αντιμετωπίσει τις ανησυχίες και την επιφυλακτικότητα των γονέων σε σχέση με τους εμβολιασμούς. Μια αποτελεσματική αλληλεπίδραση μεταξύ επαγγελματία υγείας - γονέα μπορεί να διευθετήσει τυχόν προβληματισμούς σε σχέση με τους εμβολιασμούς. Αντίθετα, η έλλειψη επικοινωνίας και κατανόησης εκ μέρους του επαγγελματία υγείας συμβάλλει στην απόρριψη των εμβολίων και στη γενικότερη δυσαρέσκεια σε σχέση με το σύστημα υγείας (Leask et al 2012).

Όλοι οι επαγγελματίες υγείας οι οποίοι σχετίζονται με τον εμβολιασμό έχουν την ευθύνη να ακούν, να προσπαθήσουν να κατανοήσουν και να λάβουν σοβαρά υπόψη τους τις ανησυχίες, τους φόβους και τις πεποιθήσεις των ασθενών/γονέων σχετικά με τα εμβόλια. Μια τέτοια στάση όχι μόνο θα βοηθήσει ώστε να ενισχυθεί η σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ του επιστημονικού προσωπικού και των ασθενών, αλλά θα καθορίσει επίσης ποια είναι τα επιχειρήματα (αν υπάρχουν), τα οποία μπορεί κάποιος να χρησιμοποιήσει αποτελεσματικά για να πείσει τα επιφυλακτικά άτομα να δεχτούν τον εμβολιασμό. Η προσπάθεια πρέπει να εστιάζεται στην παροχή όλων των απαραίτητων πληροφοριών ώστε οι γονείς να λαμβάνουν τεκμηριωμένες αποφάσεις (WHO 2011).

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η πρόληψη των λοιμωδών ασθενειών με τη χρήση προληπτικών εμβολιαστικών προγραμμάτων αποτελεί ίσως το μεγαλύτερο ιατρικό επίτευγμα. Η επιτυχία των εμβολίων στην εκρίζωση συγκεκριμένων ασθενειών από την κοινότητα φαίνεται πως είχε το τίμημά της, καθώς υπάρχουν ενδείξεις αυξανόμενων κινημάτων κατά των εμβο-

λίων. Η καχυποψία έναντι των πολιτικών των δυτικών κρατών, οι θρησκευτικές ή φιλοσοφικές πεποιθήσεις, οι προβληματισμοί σε σχέση με τις ανεπιθύμητες ενέργειες και την αναγκαιότητα των εμβολίων είναι μερικοί από τους πιο συχνούς παράγοντες που οδηγούν σε υιοθέτηση επιφυλακτικής στάσης ή και άρνησης έναντι των εμβολιασμών. Παράλληλα, υπάρχουν γονείς που αρνούνται τον εμβολιασμό είτε λόγω έλλειψης γνώσεων είτε διότι έχουν πρόσβαση σε μια πληθώρα αντικρουόμενων πληροφοριών.

Με σκοπό την αντιμετώπιση των αντιεμβολιαστικών θέσεων οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να κατανοούν τις πεποιθήσεις των γονέων και να σέβονται την ατομική ελευθερία τους και τις πολιτισμικές πεποιθήσεών τους. Βασικός στόχος των επαγγελματιών υγείας πρέπει να αποτελεί η κάλυψη των γνωστικών κενών και η παροχή όλων των απαραίτητων πληροφοριών ώστε οι γονείς να λαμβάνουν τεκμηριωμένες αποφάσεις.

***1ο Βραβείο εργασίας φοιτητών στο 9ο Πανελλήνιο και 8ο Πανευρωπαϊκό Επιστημονική και Επαγγελματικό Νοσηλευτικό Συνέδριο. Καλαμάτα 19-22 Μαΐου, 2016.***

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ


Browne M., Thomson P., Rocloff M.J. & Pennycook G. (2015). Going Against The Herb: Psychological and Cultural Factors Underlying the "Vaccination Confidence Gap". *Plos One* 10: 1-14.

Clements C.J., Greenough P. & Shull D. (2006). How vaccine safety can become political – the example of polio in Nigeria. *Current Drug Safety* 1: 117-119.

Davies P., Chapman S. & Leask J. (2002). Antivaccination activists on the world web. *Archives of Disease in Childhood* 87: 22-25.

Dube E., Laberge C., Bramadat P., Roy R. & Bettinger J. (2013). Vaccine Hesitancy. *Human Vaccines & Immunotherapeutics* 9: 1763-1769.

Dempsey F.A., Abraham L.M., Dalton V. & Ruffin M. (2009). Understanding the reasons why mothers do or do not have their Adolescent Daughters vaccinated against Human Papillomavirus. *Annals of Epidimiology* 19: 531-538.

Eriksson A., Burcharth J. & Rosenberg J. (2013). Animal derived products may conflict with religious patients' beliefs. *BMC Medical Ethics* 4: 14-48.

Feikin R.D., Lezotte D.C., Hamman R.F., Salmon D.A., Chen R.T. & Hoffman R.E.(2000). Individual and Community Risks of Measles and Pertussis Associated with Personal Exemptions to Imminization. *Java* 284: 3145-3150.

Fair E, Murphy TV, Golaz A & Wharton M.(2002). Philosophic objection to vaccination as a risk for tetanus among children younger than 15 years. *Pediatrics* 109: E2.

GAVI, the VaccineAlliance. (2011). Tried and Tested. Available at: <http://www.gavialliance.org/about/value/tried-andtested/>. (Accessed 20 March 2016)

Govern K & Brussen K.A. (2011). Ethically Compromised Vaccines and Catholic Teaching. *Chisholm Health Ethics Bulletin* 17: 1-8.

Grabestein D.J. (2013). What the World's religions teach, applied to vaccines and immune globulins. *Vaccine* 31: 2013-2017.

Hahne S, Macey J, Tipples G, Varughese P, King A & van Binnendijk R. (2005). Rubella outbreak in an unvaccinated religious community in the Netherlands spreads to Canada. *Euro Surveillance* 10: E050519.1.

Kenneth H. (2012). "I've Heard some things that scare me" Responding with empathy to parent's Fears of Vaccination. *Missouri Medicine* 109: 10-12.

Hausman B., Ghebremichael M., Hayek P. & Mack E. (2014). Poisonous, Filthy, Loathsome, Damnable Stuff': The Rhetorical Ecology of Vaccination Concern. *Yale journal of biology and medicine* 87: 403-416.

Jun H. (2001). Buddism, medicine and Health. Available at: http://www.buddhanet.net/pdf_file/medbudsutra.pdf>. [Accessed 2 April 2016].

Kane M. (2002). The Case for Childhood Immunization. Occaisaional *Paper* #5: PATH.

Lantos J.D., Jackson M.A., Opel D.J., Marcuse E.K., Myers A.L. & Connelly B.L. (2010). Controversies in Vaccine Mandates. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care* 40: 38-58.

Leach, M., & Fairhead, J. (2007). *Vaccine Anxieties: Global Science, Child Health and Society.* London: Earthscan.

Leask J., Kinnersley P., Jackson C., Cheater F., Bedford H. & Rowles G. (2012). Communicating with Parents about vaccination: a framework for health professionals. *BMC Pediatrics* 12: 1-4.

Mandip J. & Newella J. (2008). Childhood vaccination in Africa and Asia: The effects of Parents' knowledge and attitudes. *Bulletin of the World Health organization* 86: 419.

NCIRS. (2014). Homeopathy and Vaccination. Available at: http://www.ncirs.edu.au/assets/provider_resources/fact-sheets/homeopathy- vaccination-fact-sheet.pdf>. [Accessed 1 March 2016].

Pawel S., Mamelund S.E., Robinson M., Netterlid E., Tuells J., Bergsaker M.A., Heijbel H. & Yarwood J. (2010). Tracking Parental attitudes on vaccination across European countries: The Vaccine Safety, Attitudes, Training and Communication Programme (VACSATC). *Vaccine* 28: 5731-5733.

Plotkin S. (2001) CHAT polio vaccine was not the source of human immunodeficiency virus type 1 for humans. *Vaccines* 32: 1068-1084.

Madhivanan P., Krupp K, Yashodha M.N., Marlow L., Klausner J.D.& Reingold AL. (2009). Attitudes towards HPV vaccination among parents of adolescent girls in Mysore, India. *Vaccine* 27: 5203-5208.

Salim F. (2012). Culture, Politics and Religion: Exploring Resistance to Vaccinations in South Asia. *Human Welfare* 1: 91-103.

Savelsberg P.F., Ndonko F.T., & Schmidt-Ehry B. (2000) Sterilizing vaccines or the politics of the womb: Retrospective study of a rumor in the Cameroon. *Medical Anthropology Quarterly* 14: 159-179.

Siddiqui M., Salmon D.A. & Omer S.B. (2013). Epidimiology of vaccine hesitancy in the United States. *Human Vaccines & Immunotherapeutics* 9: 2643-2645.

The History of Vaccines.(2015). Culture Perspectives on Vaccination. Available: http://www.historyofvaccines.org/content/articles/cultural-perspectives-vaccination. [Accessed: 20 December 2015].

Wang E., Clymmer J., Davis-Hayes C. & Buttenheim A.(2014). Nonmedical Exemptions From School Immunization Requirements: A Systematic Review. *American Journal of Public Health* 104: 62-84.

Warraich H.J. (2009). Religious opposition to polio vaccine. *Emerging Infectious Diseases* 15: 978. Weger O.K., McManus M.D., Bower J.R. & Langkamp D.L. (2011). Underimmunization in Ohio's Amish: Parental fears are a greater obstacle than access to care. *Pediatrics* 128: 79-85.

WHO. (2001). The judicially prohibited and impure substances in foodstuff and drugs. Available at: http://www.immunize.org/concerns/porcine.pdf. [Accessed 10 March 2016].

WHO. (2011). Six common misconceptions about immunization. Available at: http://www.who.int/vaccine_safety/initiative/detection/immunization_misconceptions/en/>. [Accessed 12 April 2016].

WHO. (2015). Addressing Vaccine Hesitancy. Available at: http://www.who.int/immunization/programmes_systems/vaccine_hesitancy/e n/#. [Accessed 20 March 2016].

WHO, UNICEF, & World Bank (2009). State of the World's Vaccines and Immunization, (3η έκδοση) Γενεύη: *World Health Organization.*

Woonink S. (2009). Objections against vaccination: the perspective of those who refuse. *Infectious Diseases Bulletin* 20: 50–51.

Yoder J.S.& Dworkin M.S. (2006). Vaccination usage among an old-older Amish community in Illinois. *Pediatric Diseases Journal* 26: 1182-3.

Παπαγρηγορίου – Θεοδωρίδου Μ. (2011). Αμφισβήτηση Εμβολίων: Το τίμημα της επιτυχίας. *Ενημερωτικό Δελτίο ΚΕΕΛΠΝΟ* 06 :15.

# Research of beliefs concerning vaccination in modern times

**Aggeliki Fragou**
**Undergraduate Student, Faculty of Nursing, University of Athens**

**ABSTRACT**

Vaccinations are considered to be one of the most effective public health interventions. The rate of vaccination in developed countries is generally high. However, an increasing number of parents consider vaccines unsafe and unnecessary. The campaigns against vaccines have resulted in the decline in rates of vaccinated children and in the increase in outbreaks of preventable diseases. The time the first vaccines were discovered and implemented, it was when campaigns against them first emerged. Hesitation towards vaccination is a longstanding phenomenon which is closely linked to the socio-cultural background of populations in certain regions around the world. Philosophical or religious beliefs are one of the strongest arguments for refusing, even mandatory, vaccinations. Additionally, suspicion and concern about immunization is quite common. Internationally, in parts of Asia and Africa, the distrust of vaccines is associated sometimes with conspiracy theories. Health professionals play a central role in maintaining public confidence in immunization, a role which is becoming more and more difficult nowadays, since immunization programs have become more complex. Health professionals' attitude of understanding and acceptance of different beliefs will help to strengthen the relationship of trust between the staff and patients / parents. The efforts of health professionals should focus on providing all the necessary information to enable parents to make informed decisions.

**Keywords:** Cultural beliefs, safety, skepticism, vaccination

**Corresponding Author: Fragou Aggeliki**
**Telephone number: 6972902700**
**Email: angeliki_fragou@hotmail.com**

**Submission Date: 30/04/2016**
**Publication Date: 15/06/2016**

# Εγκυρότητα, αξιοπιστία της μεταφρασμένης ελληνικής έκδοσης της διεθνούς νευρολογικής κλίμακας καταστολής και διέγερσης Richmond agitation-sedation scale (RASS) στη μονάδα εντατικής θεραπείας.

**Αναστάσιος Τζεναλής[1], Χριστίνα Ζαμουρίδου[1], Δέσποινα Αγορογιάννη[1], Ασημένια Νταντανά [1]**
**1. Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου**

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Η πλειοψηφία των ασθενών, οι οποίοι νοσηλεύονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) βιώνουν τα συναισθήματα της αγωνίας, του άγχους αλλά και την εκδήλωση διέγερσης, η οποία συχνά αντιμετωπίζεται με την χορήγηση υπερβολικών δόσεων καταστολής. Ωστόσο, στις Ελληνικές ΜΕΘ, πρόβλημα αποτελεί η έλλειψη έγκυρων και αξιόπιστων κλιμάκων αξιολόγησης της διέγερσης.

**Σκοπός:** Να ελεγχθεί η εγκυρότητα και η αξιοπιστία της Ελληνικής έκδοσης της διεθνούς κλίμακας εκτίμησης καταστολής και διέγερσης «Richmond Agitation-Sedation Scale» (RASS) σε ΜΕΘ.

Μεθοδολογία: Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στη ΜΕΘ του ΓΝΘ Παπαγεωργίου. Η κλίμακα RASS μεταφράστηκε σύμφωνα με τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες της «ομάδας κλινικής προσαρμογής» και εφαρμόστηκε σε 100 ασθενείς από τετραμελή νοσηλευτική ομάδα, η οποία εξέτασε την αξιοπιστία μεταξύ παρατηρητών (inter-raters reliability) με τον υπολογισμό του συντελεστή kappa. Η εγκυρότητα εννοιολογικής δομής ελέγχθηκε με το βαθμό συσχέτισης μεταξύ του νέου μεταφρασμένου εργαλείου και των δύο ήδη υπαρχόντων έγκυρων και αξιόπιστων κλιμάκων, της «Ramsay Sedation Scale» (RSS) και της «Riker Sedation Agitation Scale» (SAS).

**Αποτελέσματα:** 400 παρατηρήσεις έγιναν σε 100 ασθενείς. Όλες οι κλίμακες είχαν τουλάχιστον ουσιαστική συμφωνία (wK 0,78- 0,93). Η RASS (Wk 0,78-0,92) και η SAS (Wk 0,82-0,91) εμφάνισαν τη μεγαλύτερη συμφωνία. Η μεταξύ των ερευνητών αξιοπιστία στις κλίμακες RASS και SAS εμφανίστηκε σε πολύ καλό επίπεδο (>0.80) στις μετρήσεις όλων των μελών της ερευνητικής ομάδας. Υπήρξε μια τουλάχιστον μέτρια συσχέτιση (r> 0.7 or <-0.7) με στατιστική σημαντικότητα (p< 0.001) μεταξύ και των τριών κλιμάκων. Η μεγαλύτερη συσχέτιση αναδείχτηκε μεταξύ της SAS, και της RASS

**Συμπεράσματα:** Οι κλίμακες RASS and SAS σημείωσαν τα υψηλότερα επίπεδα συσχέτισης και μεταξύ τους συμφωνίας σε σχέση με τη RSS. Η ελληνική μετάφραση της κλίμακας RASS έδειξε εγκυρότητα και αξιοπιστία, ενώ δύναται να χρησιμοποιηθεί στην κλινική πρακτική, προκειμένου να μειωθούν οι επιπλοκές, τόσο της υπερβολικής καταστολής των ασθενών, όσο και της μη ορθής αντιμετώπισης της διέγερσης.

**ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ**: Βαρέως πάσχοντες ασθενείς, διέγερση, κλίμακες, ΜΕΘ, νάρκωση

**Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Αναστάσιος Τζεναλής**
**Ηλεκτρονική Διεύθυνση: antzenalis@hotmail.com**
**Τηλέφωνο: +30 6947729065**

**Ημερομηνία Υποβολής: 01/04/16**
**Ημερομηνία Δημοσίευσης:25/05/2016**

**ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ**

- **Πολλοί ασθενείς που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ λαμβάνουν κατασταλτικά και αναλγητικά φάρμακα.**
- **Η διεθνής βιβλιογραφία προτείνει τη συνεχή αξιολόγηση του επιπέδου καταστολής σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ.**
- **Στη Ελλάδα είναι περιορισμένη η χρήση των κλιμάκων αξιολόγησης καταστολής και διέγερσης ασθενών.**
- **Η ελληνική έκδοση της κλίμακας RASS εμφάνισε αξιοπιστία, εγκυρότητα και εφαρμοσιμότητα.**

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Χιλιάδες ασθενείς που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ παγκοσμίως, λαμβάνουν κατασταλτικά και αναλγητικά φάρμακα στο πλαίσιο της νοσηλείας τους (Curtis & Richmond 2004). Ο σκοπός των φαρμάκων αυτών είναι να προάγουν την άνεση και να μειώσουν τον πόνο των ασθενών, ο οποίος προκαλείται από τις διάφορες ιατρικές ή νοσηλευτικές παρεμβάσεις που λαμβάνουν χώρα στη μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ), όπως είναι για παράδειγμα η τοποθέτηση ενδοτραχειακών σωλήνων, κεντρικών φλεβικών καθετήρων και άλλου είδους παροχετεύσεων (Park et al 2001). Ωστόσο, η μακροχρόνια και χωρίς απόλυτες ενδείξεις χορήγηση κατασταλτικών και αναλγητικών φαρμάκων, δυνητικά παρατείνει την παραμονή των ασθενών σε Μηχανικό Αερισμό (ΜΑ) και κατά συνέπεια τη νοσηλεία τους στη ΜΕΘ, με ό,τι αυτό μπορεί να συνεπάγεται για τον ασθενή και για το σύστημα υγείας (λοιμώξεις, αύξηση κόστους νοσηλείας κ.λπ.). Επιπλέον, διάφορες μελέτες επιβεβαιώνουν ότι πιθανόν τα υπναγωγά και τα αναλγητικά φάρμακα μπορεί να συνεισφέρουν τελικά στην εμφάνιση του παραληρήματος «delirium» (Nassar et al 2008).

Ο όρος καταστολή αναφέρεται στη μείωση του άγχους, του στρες, της ευερεθιστότητας και συμπεριλαμβάνει το τρίπτυχο ύπνωση - αναλγησία - μυοχάλαση αναλόγως των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται κάθε φορά και αναλόγως του επιδιωκόμενου στόχου (Porter & McClure 2013). Η σύγχρονη αντίληψη για τη χρήση των κατασταλτικών στη ΜΕΘ, η οποία διαμορφώθηκε μετά από μελέτες επαναξιολόγησης της χρησιμότητάς τους και της κατάλληλης χρήσης τους στο συγκεκριμένο χώρο νοσηλείας, στοχεύει στη μείωση του χρόνου παραμονής των ασθενών στον αναπνευστήρα και στη μείωση του χρόνου νοσηλείας στη ΜΕΘ. Ο όρος «επαρκής καταστολή» (adequate sedation), αναφέρεται στην επίτευξη ισορροπίας μεταξύ της υπερβολικής καταστολής (over sedation) και της υπο-καταστολής (under sedation) και είναι αρκετά δύσκολη (Almgren et al 2010). Οι σύγχρονες πολιτικές που αναπτύχθηκαν για το επιθυμητό επίπεδο καταστολής εστιάζουν στην δυνατότητα του ασθενή να συνεργάζεται τόσο με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, όσο και με τα μηχανήματα, χωρίς να είναι ανήσυχος και διεγερτικός, ώστε να χρήζει περιοριστικών μέτρων ή/και μεγάλης δόσης κατασταλτικών φαρμάκων (Almgren et al 2010).

Ο όρος διέγερση στη ΜΕΘ, περιγράφει ένα σύνδρομο έντονης κινητικής δραστηριότητας, συνήθως χωρίς δυναμική, ως αποτέλεσμα μιας εσωτερικής τάσης του ασθενούς (Sessler et al 1999). Η νευρολογική κλίμακα αξιολόγησης καταστολής και διέγερσης Richmond Agitation Sedation Scale (RASS), αναπτύχθηκε από μία πολυδύναμη ομάδα που περιελάμβανε ιατρούς, νοσηλευτές και φαρμακοποιούς στο πανεπιστήμιο της Βιρτζίνια στο Ρίτσμοντ των Ηνωμένων Πολιτειών (Crippen 1999). Η κλίμακα αυτή αποτελείται από δύο διαφορετικά επίπεδα και περιλαμβάνει κριτήρια εκτίμησης του επιπέδου καταστολής, αλλά και του επιπέδου διέγερσης των ασθενών που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ και λαμβάνουν κατασταλτικά φάρμακα.

Στον Ελληνικό χώρο χρησιμοποιείται μια ποικιλία κλιμάκων νευρολογικής εκτίμησης, όπως είναι η κλίμακα Γλασκώβης. Η χρήση των κλιμάκων αξιολόγησης καταστολής και διέγερσης ασθενών σε ΜΕΘ είναι περιορισμένη στον Ελληνικό χώρο και αυτές που χρησιμοποιούνται στις κατά τόπους ΜΕΘ δεν έχουν ελεγχθεί ως προς την εγκυρότητα και την αξιοπιστία τους στην Ελληνική γλώσσα. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να εκτιμήσει την εγκυρότητα, και την αξιοπιστία της μεταφρασμένης ελληνικής έκδοσης της RASS, σε δείγμα ασθενών που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ.

## ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η μελέτη έλαβε χώρα το 2014 και ολοκληρώθηκε σε δύο διαφορετικές φάσεις: κατά την πρώτη φάση πραγματοποιήθηκε η μετάφραση της κλίμακας από την Αγγλική στην Ελληνική γλώσσα, όπως περιγράφεται πιο κάτω (**πίνακας 1, πίνακας 2**). Κατά τη δεύτερη φάση, η μεταφρασμένη κλίμακα (Ελληνικής έκδοσης της RASS) ελέγχθηκε ως προς την εγκυρότητα και την αξιοπιστία της, σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ.

Πίνακας 1. Ελληνική μετάφραση της κλίμακας RASS

| Κλίμακα διέγερσης και καταστολής του Richmond RASS | |
|---|---|
| **Σκορ Όρος** | **Περιγραφή ασθενούς** |
| +4 Επιθετικός | Υπερβολικά επιθετικός ή βίαιος, άμεσος κίνδυνος για το προσωπικό |
| +3 Πολύ διεγερτικός | Τραβάει ή μετακινεί σωλήνες ή καθετήρες |
| +2 Διεγερτικός | Συχνές όχι σκόπιμες κινήσεις, δεν συγχρονίζεται με τον αναπνευστήρα |
| +1 Ανήσυχος | Νευρικός ή φοβισμένος χωρίς έντονα επιθετικές κινήσεις |
| **0 Σε εγρήγορση και ήρεμος** | |
| -1 Νωθρός | Δεν βρίσκεται σε πλήρη εγρήγορση αλλά έχει ανταποκριθεί σε λεκτικά ερεθίσματα (άνοιγμα οφθαλμών, οπτική επαφή)(>10 δευτερόλεπτα) |
| -2 Ελαφρά κατασταλμένος | Σύντομη ανταπόκριση με οπτική επαφή σε λεκτικό Ερέθισμα (<10 δευτερόλεπτα) |
| -3 Μέτρια κατασταλμένος | Κίνηση ή άνοιγμα των οφθαλμών σε λεκτικό ερέθισμα (αλλά όχι οπτική επαφή) |
| -4 Βαθιά κατασταλμένος | Καμία ανταπόκριση σε λεκτικά ερεθίσματα, αλλά κίνηση ή άνοιγμα οφθαλμών σε σωματικό ερέθισμα |
| -5 Μη αφυπνήσιμος | Καμία ανταπόκριση σε λεκτικά ή σωματικά ερεθίσματα |

Πίνακας 2. Διαδικασία εκτίμησης μέσω RASS

| Διαδικασία της εκτίμησης μέσω RASS |
|---|
| **1. Παρατηρήστε τον ασθενή.** |
| α. Ο ασθενής είναι σε εγρήγορση, ανήσυχος, διεγερτικός **(σκορ 0 ως +4)** |
| **2. Αν δεν είναι σε εγρήγορση φωνάξτε τον με το όνομά του και πείτε του να ανοίξει τα μάτια του και να σας κοιτάξει.** |
| β. Ο ασθενής ξυπνάει, διατηρεί τα μάτια του ανοιχτά και έχει οπτική επαφή **(σκορ -1)** |
| γ. Ο ασθενής ξυπνάει με άνοιγμα ματιών & οπτική επαφή αλλά δεν τα διατηρεί ανοιχτά **(σκορ -2)** |
| δ. Ο ασθενής ανταποκρίνεται με κινήσεις σε λεκτικά ερεθίσματα αλλά δεν έχει οπτική επαφή **(σκορ -3)** |
| **3. Αν δεν ανταποκρίνεται σε λεκτικά ερεθίσματα, εφαρμόστε σωματικά ερεθίσματα κουνώντας τους ώμους και/ ή τρίβοντας το στέρνο** |
| ε. Ο ασθενής εμφανίζει κινητικότητα στα σωματικά ερεθίσματα **(σκορ -4)** |
| στ. Ο ασθενής δεν εμφανίζει καμία κινητικότητα στα σωματικά ερεθίσματα **(σκορ-5)** |

### Διαδικασία της μετάφρασης

Η διαδικασία της μετάφρασης ήταν σύμφωνη με τις οδηγίες της ομάδας κλινικής προσαρμογής (clinical adaptation group) και αποτελούνταν από τα παρακάτω στάδια (Wild et al 2005): Δύο ανεξάρτητοι μεταφραστές, με εξοικείωση στην ιατρική ορολογία, μετέφρασαν την κλίμακα από την Αγγλική στην Ελληνική γλώσσα και έπειτα συνέκριναν τις μεταφράσεις τους. Το κοινό αποτέλεσμα το οποίο προέκυψε από τις δύο μεταφράσεις, δόθηκε σε ένα τρίτο ανεξάρτητο μεταφραστή μέσα από το χώρο του νοσοκομείου, του οποίου η μητρική γλώσσα ήταν η Αγγλική, προκειμένου να μεταφράσει ξανά στην Αγγλική, χωρίς να γνωρίζει την πρωτότυπη ξενόγλωσση έκδοση της RASS. Έπειτα και οι τρεις μεταφραστές συναντήθηκαν μεταξύ τους και συζήτησαν το αποτέλεσμα προκειμένου να συμφωνηθεί η τελική απόδοση της RASS στην Ελληνική γλώσσα.

### Δείγμα μελέτης

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν εκατό ασθενείς(n=100) μιας πολυδύναμης ΜΕΘ 15 κλινών, του γενικού περιφερειακού νοσοκομείου Παπαγεωργίου της Βορείου Ελλάδος που εδρεύει στη Θεσσαλονίκη, στην οποία νοσηλεύονται παθολογικά, χειρουργικά περιστατικά, καθώς και πολυτραυματίες.

### Διαδικασία ελέγχου εγκυρότητας και αξιοπιστίας

Η ερευνητική ομάδα απαρτίστηκε από τέσσερις νοσηλευτές, οι οποίοι εκπαιδεύτηκαν στην εφαρμογή της RASS, ενώ η μελέτη έλαβε έγκριση από το επιστημονικό συμβούλιο του νοσοκομείου. Κριτήρια εισαγωγής ασθενών στη μελέτη αποτέλεσαν η συνεχής χορήγηση κατασταλτικών φαρμάκων σε άνδρες και γυναίκες ασθενείς, ηλικίας άνω των 18 ετών που βρισκόταν σε μηχανικό αερισμό. Αντιθέτως, κριτήρια αποκλεισμού ήταν οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, τα προβλήματα όρασης, η άνοια, και οποιαδήποτε άλλη κατάσταση δεν επέτρεπε στους ασθενείς να ακολουθούν προφορικές οδηγίες, όπως π.χ. οι νευρομυοπάθειες.

Η ερευνητική ομάδα κατέγραφε τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών, την αιτία εισαγωγής και ¬¬τα κατασταλτικά φάρμακα που χορηγούνταν, ενώ ταυτόχρονα αξιολογούσαν την καταστολή ή διέγερση των ασθενών σύμφωνα με την κλίμακα Ramsay Sedation Scale (RSS) και τη Riker Sedation Agitation Scale (SAS). Στο σημείο αυτό πρέπει να τονιστεί ότι η αξιολόγηση από κάθε μέλος της ερευνητικής ομάδας ήταν προσωπική και ανεξάρτητη και τα αποτελέσματα δεν διασταυρώνονταν μεταξύ τους. Η αξιοπιστία του συγκεκριμένου εργαλείου της RASS ελέγχθηκε μέσω της αξιοπιστίας μεταξύ παρατηρητών (inter-raters reliability) με τον υπολογισμό του συντελεστή kappa. Η εγκυρότητα εννοιολογικής δομής ελέγχθηκε με το βαθμό συσχέτισης μεταξύ του νέου εργαλείου που προέκυψε από τη μετάφραση της RASS και των δύο

Πίνακας 3. Ramsey Sedation Scale if Awake Ramsey (RSS)

| |
|---|
| **1.** Anxious, agitated, restless Ramsey |
| **2.** Cooperative, oriented, tranquil Ramsey |
| **3.** Responsive to commands only If Asleep Ramsey |
| **4.** Brisk response to light glabellar tap or loud auditory stimulus Ramsey |
| **5.** Sluggish response to light glabellar tap or loud auditory stimulus Ramsey |
| **6.** No response to light glabellar tap or loud auditory stimulus |

ήδη υπαρχόντων εργαλείων, της RSS (**πίνακας 3**) και της SAS (**πίνακας 4, πίνακας 5**), τα οποία σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία είναι αξιόπιστα και έγκυρα, ενώ θεωρούνται πρότυπα – χρυσός κανόνας (golden standard) (Tabrizi et al 2010, Khan et al 2012).

Πίνακας 4. Riker Sedation-Agitation Scale (SAS)

| Score | Term | Descriptor |
|---|---|---|
| **7.** | Dangerous Agitation | Pulling at ET tube, trying to remove catheters, climbing over bedrail, striking at staff, thrashing side-to-side |
| **6.** | Very Agitated | Requiring restraint and frequent verbal reminding of limits, biting ETT |
| **5.** | Agitated | Anxious or physically agitated, calms to verbal instructions |
| **4.** | Calm and Cooperative | Calm, easily arousable, follows commands |
| **3.** | Sedated | Difficult to arouse but awakens to verbal stimuli or gentle shaking, follows simple commands but drifts off again |
| **2.** | Very Sedated | Arouses to physical stimuli but does not communicate or follow commands, may move spontaneously |
| **1.** | Unarousable | Minimal or no response to noxious stimuli, does not communicate or follow commands |

Πίνακας 5. Οδηγίες χρήσης της κλίμακας SAS

| Guidelines for SAS Assessment |
|---|
| **1.** Agitated patients are scored by their most severe degree of agitation as described |
| **2.** If patient is awake or awakens easily to voice ("awaken" means responds with voice or head shaking to a question or follows commands), that's a SAS 4 (same as calm and appropriate – might even be napping). |
| **3.** If more stimuli such as shaking is required but patient eventually does awaken, that's SAS 3. |
| **4.** If patient arouses to stronger physical stimuli (may be noxious) but never awakens to the point of responding yes/no or following commands, that's a SAS 2. |
| **5.** Little or no response to noxious physical stimuli represents a SAS 1. This helps separate sedated patients into those you can eventually wake up (SAS 3), those you can't awaken but can arouse (SAS 2), and those you can't arouse (SAS 1). |

### Στατιστική Ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση διενεργήθηκε με το στατιστικό πακέτο (SPSS) έκδοση 10.0 και το (Med Calc) έκδοση 9. Οι συνεχείς μεταβλητές παρουσιάζονται με τη διάμεσο και το εύρος τιμών (ελάχιστη-μέγιστη τιμή). Οι δοσολογίες των φαρμάκων εμφανίζονται ως διάμεσοι και τυπικές αποκλίσεις. Οι ποιοτικές κατηγορικές μεταβλητές αποδίδονται ως ποσοστά και ως συχνότητες. Ο σταθμισμένος συντελεστής Kappa (k) με 95% διάστημα αξιοπιστίας χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να υπολογιστεί η μεταξύ των τεσσάρων ερευνητών αξιοπιστία για τις τρείς κλίμακες RASS, RSS και SAS. Ο δείκτης συσχέτισης κατά Spearman (r) υπολογίστηκε, συγκρίνοντας όλα τα σκορ μεταξύ των κλιμάκων σε ζεύγη των δύο.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Συνολικά 100 ασθενείς έλαβαν μέρος στη μελέτη, στους οποίους διενεργήθηκαν 400 μετρήσεις για κάθε μία κλίμακα από τους τέσσερις ανεξάρτητους ερευνητές της ομάδας. Πραγματοποιήθηκαν 1200 μετρήσεις και για τις τρεις κλίμακες. Τα χαρακτηριστικά του δείγματος περιγράφονται στον **πίνακα 6**.

Πίνακας 6. Χαρακτηριστικά του δείγματος

| **Χαρακτηριστικά** | **Νούμερα** |
|---|---|
| Ηλικία | 43[18-68] |
| Φύλο | 50 Α/50Γ |
| **Αιτία εισαγωγής** | |
| Παθολογική | n=30 (30%) |
| Χειρουργική | n=35 (35%) |
| Τραύμα | n=35 (35%) |
| Μηχανικός αερισμός | n=100 (100%) |
| Συνεχής χορήγηση καταστολής | n=60 (60%) |
| Περιστασιακή χορήγηση καταστολής | n=40 (40%) |

Τα κατασταλτικά φάρμακα τα οποία λάμβαναν οι ασθενείς, σε διαφορετικές δόσεις κάθε φορά κατά τη διάρκεια διεξαγωγής των μετρήσεων, ήταν η προποφόλη, η φαιντανύλη, η ρεμιφαιντανύλη, η μιδαζολάμη, η αλοπεριδόλη, η μορφίνη, η λοραζεπάμη και η διαζεπάμη. Όλες οι κλίμακες είχαν τουλάχιστον ουσιαστική συμφωνία (με σταθμισμένο κ 0,78 έως 0,93). Η RASS (με σταθμισμένο κ 0,78 έως 0,92) και η SAS (με σταθμισμένο κ 0,82-0,91) εμφάνισαν την μεγαλύτερη συμφωνία. Η μεγαλύτερη συμφωνία μεταξύ των παρατηρήσεων των ερευνητών παρατηρήθηκε στις κλίμακες SAS και RASS (interrater agreement). Ωστόσο, όλες οι συγκρίσεις μεταξύ των κλιμάκων εμφάνισαν τουλάχιστον μία σημαντική συμφωνία (substantial agreement) (> 0.60) (**πίνακας 7**).

**Πίνακας 7. Τιμές αξιοπιστίας μεταξύ των ερευνητών**

| Ερευνητές | RASS K Coefficient | RAMSAY K Coefficient | SAS K Coefficient |
|---|---|---|---|
| Νοσηλευτής (1) έναντι Νοσηλευτή (2) | 0,885 | 0,908 | 0,879 |
| Νοσηλευτής (1) έναντι Νοσηλευτή (3) | 0,923 | 0,921 | 0,918 |
| Νοσηλευτής (1) έναντι Νοσηλευτή (4) | 0,897 | 0,960 | 0,893 |
| Νοσηλευτής (2) έναντι Νοσηλευτή (3) | 0,835 | 0,935 | 0,827 |
| Νοσηλευτής (2) έναντι Νοσηλευτή (4) | 0,748 | 0,921 | 0,895 |
| Νοσηλευτής (3) έναντι Νοσηλευτή (4) | 0,835 | 0,908 | 0,867 |

Η μεταξύ των ερευνητών αξιοπιστία (interrater reliability) στις κλίμακες RASS και SAS εμφανίστηκε σε πολύ καλό επίπεδο (>0.80) στις μετρήσεις όλων των μελών της ερευνητικής ομάδας. Υπήρξε μια τουλάχιστον μέτρια συσχέτιση (r> 0.7 or <-0.7) με στατιστική σημαντικότητα (p< 0.001) μεταξύ και των τριών κλιμάκων. Η μεγαλύτερη συσχέτιση αναδείχτηκε μεταξύ των SAS και της RASS (**πίνακας 8**). Η κλίμακα RSS επέδειξε τα χαμηλότερα ποσοστά συμφωνίας σε σχέση με τις άλλες δύο.

**Πίνακας 8. Δείκτες συσχέτισης κατά Spearman μεταξύ των στηλών**

| Κλίμακες | Correlation (r) | p (value) |
|---|---|---|
| RASS έναντι SAS | 0.88 | < 0.001 |
| RASS έναντι Ramsay | -0.89 | < 0.001 |
| SAS έναντι Ramsay | -0.94 | < 0.001 |

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η διεθνής βιβλιογραφία προτείνει τη συνεχή και αδιάλειπτη αξιολόγηση του επιπέδου καταστολής σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ, καθώς η υπερβολική χορήγηση καταστολής δύναται να οδηγήσει σε πλήθος παρενεργειών, όπως παρατεταμένη παραμονή σε μηχανικό αερισμό, παραλήρημα και μετατραυματικό στρες (Kress et al 2003, Ely et al 2004, Nassar et al 2008). Η θετική επίδραση της συνεχούς εκτίμησης του επιπέδου καταστολής μέσω των ειδικών κλιμάκων, όπως είναι η RASS, διαπιστώνεται με τη μείωση του επιπέδου του πόνου των ασθενών, τη μείωση των εκδηλώσεων του φαινομένου της διέγερσης, καθώς και τη μείωση των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων (Chanques et al 2006).

Με τις κλίμακες RASS και SAS να εμφανίζουν τη μεγαλύτερη συσχέτιση μεταξύ των τριών κλιμάκων επιβεβαιώθηκε η εγκυρότητα της μεταφρασμένης στην ελληνική γλώσσα κλίμακας RASS, καθώς διαπιστώθηκε ότι είναι κατασκευασμένη και δομημένη να μετράει αυτά που σχεδιάστηκε πραγματικά να μετρά (Chesney et al 2006). Ωστόσο, υπήρξε μια τουλάχιστον μέτρια συσχέτιση με στατιστική σημαντικότητα μεταξύ και των τριών κλιμάκων.

Η αξιοπιστία της ελληνικής έκδοσης της RASS αναδείχθηκε από τη δυνατότητά της να συγκεντρώνει παρόμοια αποτελέσματα από διαφορετικούς παρατηρητές ταυτόχρονα (Lee et al 1991). Όλες οι συγκρίσεις μεταξύ των κλιμάκων εμφάνισαν τουλάχιστον μια σημαντική συμφωνία, με τις κλίμακες RASS και SAS να παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη συμφωνία μεταξύ των ερευνητών (interrater agreement).

Η δυνατότητα υιοθέτησης μιας κλίμακας νευρολογικής εκτίμησης, όπως είναι η RASS, έγκειται στο γεγονός ότι μπορεί να αποτελέσει εύχρηστο εργαλείο, κατάλληλο για καθημερινή χρήση από τους ιατρούς, τους νοσηλευτές και όλους τους επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται στη διαχείριση των επιπέδων καταστολής και διέγερσης των ασθενών (Carrasco 2000, De Jonghe et

al 2000). Αν και η κλίμακα RAMSAY είναι από τις πλέον διαδεδομένες στο χώρο της εντατικής θεραπείας παγκοσμίως, καθώς είναι η παλαιότερη, ωστόσο, στην παρούσα έρευνα βρέθηκε να έχει τη χαμηλότερη συμφωνία σε σχέση με τις δύο άλλες κλίμακες (Mehta et al 2006, Payen et al 2007). Το γεγονός αυτό ίσως αποδίδεται στη διχογνωμία που επικρατεί στη διεθνή βιβλιογραφία για την πειστικότητα των ευρημάτων της RSS, παρά τη διαδεδομένη χρήση της που πιθανότατα οφείλεται στη ευχρηστία της (Carraso 2000). Οι νοσηλευτές και οι ιατροί της ΜΕΘ στην οποία διεξήχθη η μελέτη δήλωσαν σε ποσοστό 83% την προτίμησή τους στην κλίμακα RASS, αναδεικνύοντας την σε χρήσιμο εργαλείο για την καθημερινή τους πρακτική προκειμένου να επιτύχουν το επιθυμητό επίπεδο καταστολής.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Συμπερασματικά, η ελληνική έκδοση της κλίμακας RASS μετά από την ερευνητική διαδικασία που προηγήθηκε, εμφάνισε αξιοπιστία και εγκυρότητα σύμφωνα με τον αρχικό σκοπό της μελέτης. Οι Έλληνες επαγγελματίες υγείας έχουν τη δυνατότητα να χρησιμοποιήσουν την συγκεκριμένη έγκυρη και έγκριτη κλίμακα στο χώρο της εντατικής θεραπείας στη γλώσσα τους, προκειμένου να διαχειριστούν και να τιτλοποιήσουν ανάλογα τα επίπεδα της καταστολής και διέγερσης των ασθενών τους.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ


Almgren M., Lundmark M. & Samuelson K. (2010). The Richmond Agitation-Sedation Scale: translation and reliability testing in a Swedish intensive care unit. *Acta Anaesthesiology Scandinavia* 54: 729-735.

Carrasco G. (2000). Instruments for monitoring intensive care unit sedation. *Critical Care Medicine* 4: 217-25.

Chanques G., Jaber S. & Barbotte E. (2006). Impact of systematic evaluation of pain and agitation in an intensive care unit. *Critical Care Medicine 34*: 1691-9.

Chesney M., Neilands T., Chambers D., Taylor J. & Folkman S. (2006). A validity and reliability study of the coping self-efficacy scale. *British Journal of Health Psychology* 11(Pt 3): 421- 437.

Crippen D. (1999). Agitation in the ICU: part one Anatomical and physiologic basis for the agitated state. *Critical Care Medicine* 3: 35-46.

Curtis N. & Richmond V.A. (2004). Sedation Scales in the ICU. *Chest Journal* 126: 1727- 1730.

De Jonghe B., Cook D., Appere-De-Vecchi C., Guyatt G., Meade M. & Outin H. (2000). Using and understanding sedation scoring systems: a systematic review. *Intensive Care Medicine* 26: 275-285.

Ely EW., Shintani A. & Truman B. (2004). Delirium as a predictor of mortality in mecha. nically ventilated patients in the intensive care unit. *Journal American Medical Association* 291: 1753-1762.

Khan B.A., Guzman O., Campbell N.L., Walroth T., Tricker J.L., Hui S.L.& Boustani M.A. (2012). Comparison and Agreement Between the Richmond Agitation-Sedation Scale and the Riker Sedation-Agitation Scale in Evaluating Patients' Eligibility for Delirium Assessment in the ICU. *Chest Journal* 142(1), 48-54.

Kress J.P., Gehlbach B., Lacy M., Pliskin N., Pohlman A.S. & Hall J.B. (2003). The long-term psychological effects of daily sedative interruption on critically ill patients. *American Journal Respiration Critical Care Medicine* 168: 1457-1461.

Lee K., Hicks G. & Murcia G.(1991). Validity and reliability of a scale to assess fatigue. *Psychiatry Research* 36: 291-298

Mehta S., Burry L. & Fischer S. (2006). Canadian survey of the use of sedatives, analgesics, and neuromuscular blocking agents in critically ill patients. *Critical Care Medicine* 34:374-80

Nassar A., Pires R., Barcelos de Figueiredo W. & Park M. (2008). Validity, reliability and applicability of Portuguese versions of sedationagitation scales among critically ill patients. *Sao Paulo Medical Jurnal* 126: 215-219.

Park G., Coursin D. & Ely E.W. (2001). Balancing sedation and analgesia in the critically ill. *Critical Care medicine* 17: 1015-1027

Payen J.F, Chanques G., Mantz J., Hercule C., Auriant I., Leguillou J.L., Binhas M., Genty C., Rolland C., & Bosson J.L. (2007). Current practices in sedation and analgesia for mechanically ventilated critically ill patients: a prospective multicenter patient-based study. *Anesthesiology* 106(4): 687-95

Porter R. & McClure J. (2013). Sedation and delirium in the intensive care unit. *Anesthesia and intensive care medicine* 14:1

Sessler C.N., Gosnell M.S., Grap M.J., Brophy G.M., O'Neal P.V., Keane K.A., Tesoro E.P. & Elswick R.K. (1999). The Richmond Agitation-Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care unit patients. *American Journal Respiration Critical Care Medicine*15;166(10): 1338-44.

Tabrizi M., Tadrissi S., Yari A., Ebadi A. & Mirhashemi S. (2010). Validity and reliability of Ramsay sedation scale in Intensive Care Unit adult patients. *Iranian Journal of Critical Care Nursing Spring* 3: 39-44.

Wild D., Grove A., Martin M., Eremenco S., McElroy S., Verjee-Lorenz A. & Erikson P. (2005). Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patientreported outcomes (PRO) measures: report of the ISPOR task force for translation and cultural adaptation. *Value Health* 8: 94-104.

# Validity, reliability of Greek version of Richmond agitation-sedation scale (RASS) among critically ill patients.

**Anastasios Tzenalis[1], Christina Zamouridoy [1], Despoina Agorogianni [1], Asimenia Dadana[1].**
1. Papageorgiou General Hospital, Thessaloniki, Greece.

**ABSTRACT**

**Introduction:** The majority of critically ill patients experience significant distress, anxiety, and agitation which is often seen with administration of excessive sedation. Although sedation-agitation scales are commonly used in Greek ICU practice, there is no report evaluating the clinical usefulness of these scales in the Greek language.

**Objective:** The objective of this study was to evaluate the validity and reliability of Greek translation of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) among critically ill patients. Methodology: This is a validation study carried out in the ICU of Papageorgiou General Hospital. The RASS scale translated in accordance with international guidelines' of clinical adaptation group and applied to 100 patients from four nurses. The nursing team examined the reliability of this tool evaluating the inter-raters reliability and calculating the coefficient kappa. While the validity of the conceptual structure was confirmed by the degree of correlation between the new translated tool and two existing valid tools: the «Ramsay Sedation Scale» (RSS) and the «Riker Sedation Agitation Scale» (SAS)

**Results:** 400 observations were made on 100 patients. All scales had at least substantial agreement (wK 0,78- 0,93). The RASS (Wk 0,78-0,92) and SAS (Wk 0,82-0,91) showed the biggest agreement. The credibility among researchers in the RASS and SAS scales showed a very good level (> 0.80) in the measurements of all the research team members. There was at least a moderate correlation (r> 0.7 or <-0.7) with statistical significance (p <0.001) between all three scales. The highest correlation emerged between SAS, and RASS

**Conclusions:** The RASS and SAS scales showed higher levels of correlation and agreement between them in connection with the RSS. The Greek translation of the RASS scale demonstrated validity and reliability and can be used in clinical practice in order to reduce the negative impacts of over sedation and agitation.

**KEY WORDS:** Sedation, agitation, scales, critically ill patients, ICU

**Corresponing aurthor: Anastasios Tzenalis**
**Email: antzenalis@hotmail.com**
**Telephone: +30 6947729065**

**Submission Date: 01/04/2016**
**Publication Date: 25/05/2016**

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

# Correlations between instructor's caring behavior and nursing students' caring behavior: an international study

**Leodoro J. Labrague[1], Konstantinos Tsaras[2], Denise M. McEnroe - Petitte[3], Olaide B. Edet[4], Jawaher Bin Jumah[5], Shreedevi Balachandran[6], Judie Arulappan[7], Simon Macharia Kamau[8], Ioanna V. Papathanasiou[2]**

1. Sultan Qaboos University, Oman, 2. Technological Educational Institute of Thessaly, Greece
3. Kent State University, United States of America, 4. University of Calabar, Nigeria
5. King Saud University, Saudi Arabia, 6. Sultan Qaboos University, Oman
7. SRM University, India, 8. University of Kabianga, Kenya East Africa, Africa

## ABSTRACT

**Introduction:** Theoretically, caring relationship between faculty – student generates a caring moment. However, there is a scarcity of empirical evidence about how caring interactions with faculty can enhance students' caring outcomes.

**Aim:** The aim of this study was to identify the levels of students' and instructors' caring behavior and to explore the correlations between instructors' and students' caring behavior.

**Methods:** A descriptive, non – experimental design has been used in this study. Data collection was based on interviews using two standardized questionnaires; the Nursing Students' Perception of Instructor Caring (NSPIC) and the Caring Behavior Inventory (CBI). Respondents were consisting of nursing students from identified schools and colleges of nursing in different countries. Data were analyzed with SPSS version 21.0

**Results:** The sample was consisted of 368 nursing students (91% female, 9% male) from seven countries (26% Philippines, 31.5% Greece, 1% Kenya, 0.5 Oman, 35.5% India, 5% Nigeria, 0.5% Saudi Arabia). Forty two percent of students are in the second year of studies, 13% in the third year and 45% in the fourth year. The mean score of NSPIC was 4.02±0.30 and the mean of CBI was4.56±0.13. The mean for each factor of NSPIC was 4.39±0.13 for the factor "instills confidence through caring", 3.92±0.212 for "supportive learning climate", 4.06±0.06 for "appreciation of life's meaning", 3.66±0.11 for "control versus flexibility" and 4.01±0.48 for "respectful sharing". The mean for each factor of CBI was 4.63±0.11 for the factor "assurance", 4.58±0.06 for "knowledge and skills", 4.55±0.18 for "respectful" and 4.47±0.14 for "connectedness". Correlation analysis showed statistically significance between relevant variables.

**Conclusions:** Instructors' caring behavior affects nursing students' caring behavior. Through positive faculty modeling and role modeling, nursing students can be professionally trained to develop the competence of caring.

**Keywords:** Caring Behavior; Nursing Instructors; Nursing Students; Nursing Education

**Corresponding author**
**Ioanna V. Papathanasiou**
**Technological Educational Institute of Thessaly, Greece**
**E-mail: iopapathanasiou@yahoo.gr, papathan@teilar.gr**

**Ημερομηνία Υποβολής: 01/04/16**
**Ημερομηνία Δημοσίευσης:25/05/2016**

**Highlights**

- **Instructors' caring behavior affects nursing students' caring behavior.**
- **Through positive faculty modeling and role modeling, nursing students can be professionally trained to develop the competence of caring.**

## INTRODUCTION

Caring is a core nursing value and the essence of the nursing profession (Benner & Wrubel 1989, Tanner 1990, Watson 2008). It has been considered as the nurse's moral ideal of preserving human dignity by assisting a person to find meaning in illness and suffering in order to restore or promote the person's harmony (Watson 2002). Watson emphasizes the importance of caring occasion - the moment when the nurse and another person come together in such a way that an occasion for human caring is created. Caring moments may not be limited only during nurse - patient interaction, as in nursing education, caring moments may also occur during faculty and students interaction. Mutual and reciprocal link between faculty and student enables them to search for meaning and wholeness and grow as caring person (Wade & Kasper 2006, Sawatzky et al 2009).

Clinical learning environment in particular is essential for the acquirement of and advancement of students' professional skills, knowledge, decision making, and caring attributes (Papathanasiou et al 2014). As a core value of professional nurses, it is believed that human caring can be learned, taught, and measured through nursing education system. Empirical studies suggest that when caring is introduced early, modeled and reinforced throughout the curriculum, students' may become caring practitioners in the future (Noddings 1984, Gramling & Nugent 1998, Carlson et al 2003). Through positive faculty modeling and role modeling, nursing students can be professionally trained to develop the competency of caring. Moreover, when the climate of nursing education is perceived as caring, students acquire a professional way of being and learn to care as a professional nurse (Kelly 1992, Beck 2001, Woodrow 2003, Labrague 2012).

### Background

Caring as a variable had been the topic of interest for the past century. Most studies conducted are qualitative in nature and usually explore what constitutes caring relationship between nurse and patients. To date, only very few described caring moments between faculty and students. Noddings (1984), one of the earliest theorists to explain caring models in teaching, opined that there are four central components to teach caring, were: (a) modeling; described as demonstration of caring for the student to learn how to care; (b) dialogue; which included a genuine open-ended exchange and discussed behavior that demonstrated caring; (c) opportunity to practice caring; and (d) confirmation or feedback to the caring event. Noddings recommended techniques on how to teach caring be incorporated in teacher education.

To define what constitutes caring in nursing education, studies of qualitative nature were conducted. For instance Bankert & Kozel (2005) conducted a qualitative study and identified four themes of caring interactions. These themes were described as follows: (a) valuing, (b) genuine dialogue, (c) relations, and (d) connectedness. Roe (2009) derived the following themes from student descriptions of incidences with clinical instructors described as caring. These themes were as follows: (a) encouraging, (b) provide tangible support, (c) kind, and (d) respectful. In a literature review of 31 researches, Halstead (1996) came up with the following themes about student - faculty relationships. These themes were as follows: (a) student empowerment occurred through positive instructor relationships, (b) student faculty interactions may positively or negatively impact students clinical performances, and achievement of educational outcomes; (c) students consistently placed more emphasis on interpersonal interactions than faculty, and (d) students consistently identified "student-faculty interactions as having a significant impact on the quality of their educational experiences and their professional development".

Scientific queries were also conducted regarding caring characteristics of a faculty, as perceived by students. According to Gaberson & Oermann (1999) an effective clinical instructor demonstrated the following characteristics: (a) ability to diagnose student learning needs, (b) plan instruction to meet student needs, (c) meet the goals of the clinical experience, (d) supervision of students, and (e) evaluation of student learning. Similarly, Gignac-Caille & Oermann described the following as effective behaviors: (a) accessibility and availability for student concerns and questions, (b) demonstration of procedures, (c) organization, (d) facilitation of discussions, (e) provision of feedback, and (f) role modeling. A more recent studies, posit that inviting behaviors of clinical faculty included the following characteristics: (a) respect, (b) trust, (c) care, (d) optimism, and (e) intentionality. In this pioneer

study on student nurses anxiety and the inviting behaviors demonstrated by clinical instructors, the results indicated that "if students perceived faculty to be inviting, their state anxiety was lower, and vice versa" (Cook 2005). Kube (2010) also reported teaching behaviors demonstrated by clinical instructors and most frequently perceived by nursing students as influencing their learning. These teaching behaviors reflecting a positive influence on student learning were as follows: (a) approachable, (b) appears organized, (c) provides support and encouragement, (d) provides frequent feedback, (e) well prepared for teaching, (f) encourages mutual respect, (g) listens attentively, and (h) makes suggestions for improvement. Conversely, Kube reported teaching behaviors perceived by the nursing students of high importance to facilitate learning and not frequently demonstrated by clinical instructors as follows: (a) demonstrates clinical procedures, (b) corrects mistakes without belittling, (c) provides specific practice opportunity, (d) gears instruction to student level, and (e) remains accessible to students. In the study by Kotzabassaki et al (1997) nursing students identified the top 10 effective characteristics as descriptive of their best clinical instructors. These were as follows: (a) enjoys nursing, (b) is self-confident, (c) is a dynamic, energetic person, (d) encourages a climate of mutual respect, (e) understands what students are asking or telling, (f) takes responsibility for own actions, (g) answers carefully and precisely questions raised by students, (h) listens attentively, (i) demonstrates clinical skill and judgment, (j) is organized, and (k) is accessible to students. Mean results of effective characteristics by five categories were reported. These categories, from highest to lowest, in the best clinical instructors were as follows: (a) interpersonal relationships, (b) nursing competence, (c) teaching ability, (d) personality traits, and (e) evaluation. Significant differences between the best and worst clinical instructors were reported in the category of interpersonal relationships.

Caring clinical environment has been attributed to increased well - being in nursing students. For example, Letzkus (2005) reported that student had (a) increased their self-confidence, (b) lessened anxiety to approach an instructor for assistance (c) increased their motivation in skill practice, (d) facilitated learning the roles and responsibilities of a nurse, (e) facilitated the connection between theory and practice, and (f) motivated them in the clinical setting as a response to caring instructors. Positive relationship with instructor impacted student in the following ways: (a) perception of clinical competency, (b) decrease anticipated anxiety associated with the clinical setting, and (c) supportive of professional role development (McGregor 2005).

Consequences of uncaring environment in nursing education had been documented. Hanson & Smith (1996) opined that uncaring clinical instructors provoked negative emotions in student nurses. These feelings were described as follows: (a) rejection, (b) discouragement, (c) loss of confidence, (d) hopelessness, and (e) emotional turmoil. Thomas (2003) identified the presence of anger in nursing students related to critical and unfair nursing clinical faculty. Emotional responses to unfair treatment by nursing faculty led to negative consequences. Similarly, in the study conducted by Thomas (2003), as a response to uncaring encounter with clinical instructors, nursing students experienced the following: (a) interference with learning, (b) decreased role development, (c) dissatisfaction, and for some students (d) leaving the nursing program or nursing completely.

In summary, nursing educational researches has provided models for promoting and enhancing caring environment during nursing education and training. Most of the researchers agreed that caring and nurturing teaching behaviors had a significant influence on learning. However, very few empirical evidences explored and measured the effect of instructors' caring on students caring behavior. To date, instructors' caring as a variable associated with students' caring has not been studied.

### Theoretical Model

Jean Watson's Theory of Human Caring or also called as Theory of Transpersonal Caring was served as the theoretical framework of for this study (Watson 2002). This theory was designed to bring meaning and focus to nursing as a distinct health profession and it emphasizes the humanistic aspects of nursing in combination with scientific knowledge. Watson emphasizes the importance of caring occasion - the moment when the nurse and another person come together in such a way that an occasion for human caring is created. Caring moments may not be limited only during nurse – patient interaction, as in nursing education, caring moments may also occur during faculty and students interaction. Mutual and reciprocal link between faculty and student enables them to search for meaning and wholeness and grow as caring person (Wade & Kasper 2006, Sawatzky et al 2009).

## METHODS

### *Study Design*

A descriptive survey was an appropriate research design for this study. This research design was appropriate since it is time efficient and do not require follow up data collection.

### *The aim of the study*

The aim of this study was to identify the levels of students' and instructors' caring behavior and to explore the possible correlations between instructors' and students' caring behavior.

Two research questions were addressed in this study:

1. Is there a relationship between instructors' caring and students' caring behavior?
2. Do caring behaviors of instructor affects students' caring behavior?

### *Sample and Setting*

This study was conducted at the different schools of nursing in eight (8) countries. Study population was including nursing students in their second to fourth year.

Data collection started on the February of 2014. The data that are presented in this paper are until May of the same year. Students who were enrolled in the nursing program [to include only the sophomore (second year), junior (third year), and senior students (fourth year)] and those who were willing to participate were contacted. Once consented, aim of the study was explained and students received the CBI and NSPIC tools with a background data sheet. Safety measures to maintain confidentiality of data were observed throughout the research process. Completed questionnaires were placed in a sealed envelope and will be secured in a container.

## Measures

### *Demographic Form*

Study participants completed a self - report questionnaire regarding their demographic profile such as their age, sex, and year of attendance and the following questionnaires:

### *Nursing Students' Perception of Instructor Caring (NSPIC)*

Developed by Wade & Kasper (2006), this instrument is based on Watson's Theory of Interpersonal Caring and was designed to measure nursing students' perceptions of instructor caring. The 31 – item scale is internally consistent (a = 0.97) and contains five factors that reflect transpersonal caring in nursing education. The 31 items were group into 5 subscales; (a) instill confidence through caring (11 items), (b) supportive learning climate (10 items), (c) appreciation of life meanings (3 items), (d) control versus flexibility (4 items) and (e) respectful sharing (3 items). It uses a 6 - point Likert - type scale, where potential item responses ranged from strongly disagree (1) to strongly agree (6). The total score of nursing students' perceptions of instructor caring will be the sum of responses to each item. The possible range of score is 31 to 186, with higher scores indicating more positive perceptions of instructor caring.

### *Caring Behavior Inventory (CBI)*

To examine the caring behaviors of nursing students, the investigator will utilize the Caring Behavior Inventory (CBI) (Wu et al 2006) after seeking the permission of its authors. This tool is a 24-item questionnaire that uses a 6-point Likert scale and is based on Watson's ten Carative Factors. This tool was originally designed to capture patients' perceptions of nurses' caring behaviors. In the current study, the tool will be used as self - report questionnaire to assess own caring behavior of nursing students. The CBI measures four subscales of caring: 'assurance of human presence' (eight items), which deals with patients' needs and security; "knowledge and skills" (five items), related to nurses skills and educated persons; "respectfulness deference to the other" (six items), dealing with how nurses show interest for the patients; "positive connectedness" (five items), corresponding to the need for nurses to be ready to help the patients (Wolf et al 1994). Students are asked to answer using a 6 - point Likert scale (1= never, 6 = always).

Prior to actual data collection, permission to use the CBI and NSPIC were granted by its authors through email. For respondents from English – speaking countries, the original English version of the tool was used. For non – English speaking countries, both instruments were translated into the participating countries' language by respective research-partner. Translated versions were undergoing discussions within panel of experts within the respective country to ensure content validity.

## Ethical Considerations

Each research – partner of this project was responsible for obtaining ethical permit according to local requirements. Prior to administration of sealed questionnaires, consent forms were secured and confidentiality maintained all throughout the research duration.

## Data Analysis

Data were analyzed with SPSS version 21 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) using descriptive and inferential statistics. Descriptive statistics such as frequencies, means, percentages and standard deviations were utilized.

Due to the characteristics of the data non parametric statistics were used to determine correlations between

relevant variables, such as Wilcoxon test, Kolmogorov-Smirnov test and regression analysis. The predictive ability of the NSPIC was examined by regressing NSPIC on the CBI subscales and questions utilizing a regression analysis. Level of significance accepted was $p < 0.05$.

## RESULTS

The sample was consisted of 368 nursing students (91% female, 9% male) from seven countries, 26.00% from Philippines, 31.50% from Greece, 1.00% from Kenya, 0.50 from Oman, 35.50% from India, 5.00% from Nigeria and 0.50% from Saudi Arabia (**Figure 1**). Most of the students (89%) are aged between 18-23 years old (**Figure 2**).

Forty two percent of students are in the second years of studies, 13% in the third year and 45% in the fourth year (**Figure 3**).

The mean score of NSPIC was 4.02±0.30 and the mean of CBI was 4.56±0.13 (**Table 1**). The mean for each factor of

Figure 1. Percentages of nursing students from each country

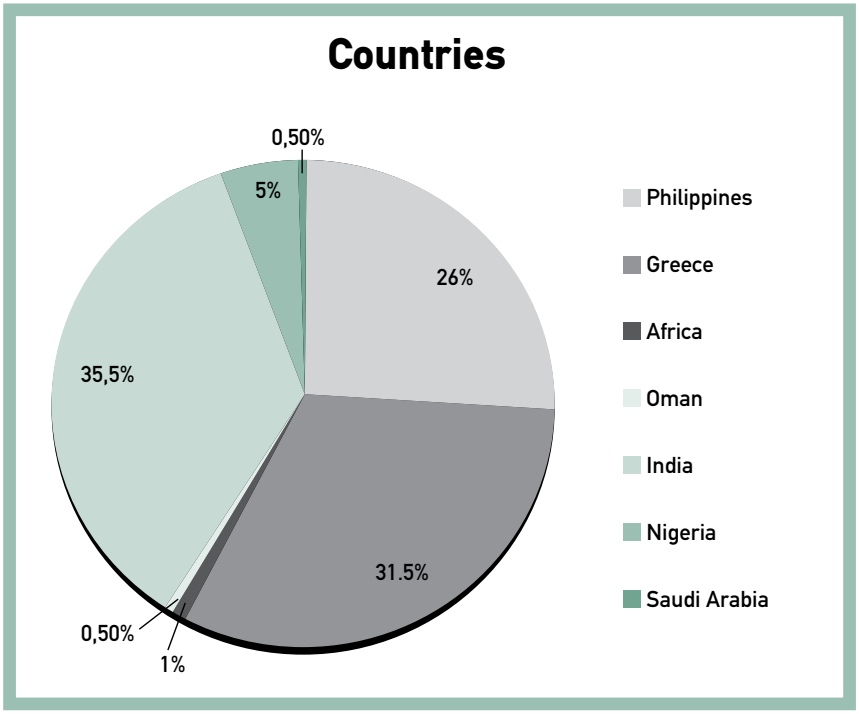
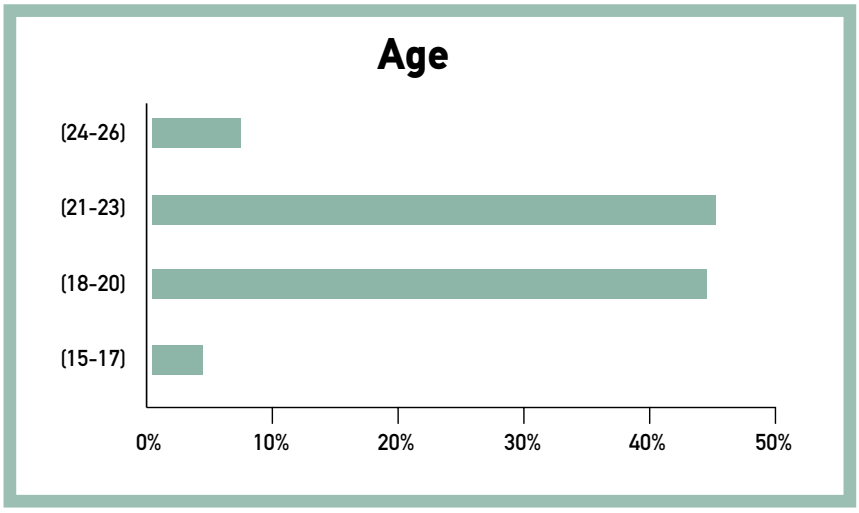
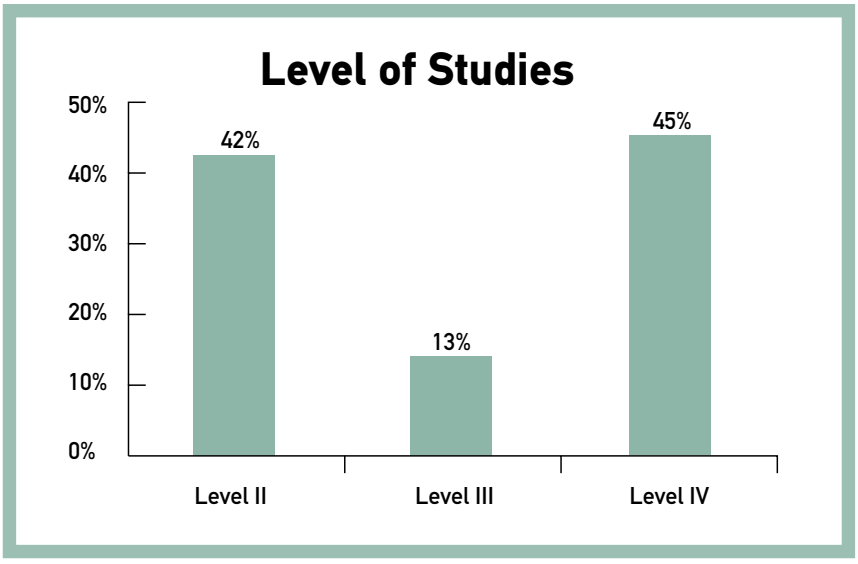



Figure 2. Age frequencies of nursing students




| Age | N | % |
|---|---|---|
| 15-17 | 16 | 4% |
| 18-20 | 161 | 44% |
| 21-23 | 165 | 45% |
| 24-26 | 26 | 7% |
| 15-17 | 16 | 4% |

Figure 3. Percentages of nursing students' level of studies




| Level of | Studies | N % |
|---|---|---|
| Level II | 157 | 42% |
| Level III | 49 | 13% |
| Level IV | 160 | 45% |

Table 1. Mean Values of NSPIC and CBI

| Nursing Students' Perception of Instructor Caring (NSPIC) | Mean Score | Standard Deviation |
|---|---|---|
| **FACTOR 1:** Instills confidence through caring | 4.39 | 0.13 |
| **FACTOR 2:** Supportive learning climate | 3.92 | 0.21 |
| **FACTOR 3:** Appreciation of life's meaning | 4.06 | 0.06 |
| **FACTOR 4:** Control versus flexibility | 3.66 | 0.11 |
| **FACTOR 5:** Respectful Sharing | 4.01 | 0.48 |
| **TOTAL PART I** | **4.08** | **0.31** |

| Caring Behavior Inventory (CBI) | Mean Score | Standard Deviation |
|---|---|---|
| **FACTOR1:** Assurance | 4.63 | 0.11 |
| **FACTOR 2:** Knowledge and Skills | 4.58 | 0.06 |
| **FACTOR 3:** Respectful | 4.55 | 0.18 |
| **FACTOR 4:** Connectedness | 4.47 | 0.14 |
| **TOTAL PART II** | **4.56** | **0.13** |

NSPIC was 4.39±0.13 for the factor "instills confidence through caring", 3.92±0.212 for "supportive learning climate", 4.06±0.06 for "appreciation of life's meaning", 3.66±0.11 for "control versus flexibility" and 4.01±0.48 for "respectful sharing". The mean for each factor of CBI was 4.63±0.11 for the factor "assurance", 4.58±0.06 for "knowledge and skills", 4.55±0.18 for "respectful" and 4.47±0.14 for "connectedness".

Wilcoxon test for paired samples showed that there is a statistically significance (p=0.00) in mean values between NSPIC and CBI (**Table 2)**, and also

Table 2. Difference in Mean Values between NSPIC and CBI

| NSPIC Mean ±SD | CBI Mean ±SD | t | P-Value |
|---|---|---|---|
| 4.08±0.31 | 4.56±0.13 | -6.81 | 0.00 |

a statistically significance (p=0.045) in mean values between male and female for the question *"Spends time with the patient"* (**Table 3**). Male students (M = 4.00, SD = 1.479) seems to spend less time with the patients in correlation with female students (M=4.49, SD=1.329).

Correlation analysis showed statistically significance between several relevant variables of NSPIC and CBI, but no statistically significance between factors of NSPIC and CBI. Thus, the data analysis identified a positive correlation, statistically significant between the question "Helps to decrease patient's pain" from CBI, and the questions "Makes me feel that I can be successful" (β=0.25, p=0.00) and "Helps me to envision myself as a professional" (β=0.27, p=0.00) of NSPIC (**Table 4**).

Furthermore, positive correlations were found between the question "Demonstrates professional knowledge and skills" from CBI and the questions "Makes me feel that I can be successful" (β=0.15, p=0.01), "Helps me to envision myself as a professional nurse" (β=0.47, p=0.00) and "Inspires me to continue my knowledge and skill development" (β=0.14, p=0.02) of NSPIC (**Table 5**). Finally, positive correlations were found between the question "Allows patient to express feelings about his or her disease and treatment" from CBI and the questions "Shows genuine interest in patients and their care" (β=0.17, p=0.00), "Is attentive to me when we communicate" (β=0.16, p=0.00) and "Makes me feel that I can be successful" (β=0.30, p=0.00) of NSPIC (**Table 6**).

**Table 3. Difference in Mean Values between Male and Female for the question "Spends Time with the Patient"**

| Male Mean ±SD | Female Mean ±SD | t | P-Value |
|---|---|---|---|
| 4.00±1.47 | 4.49±1.32 | -2.01 | 0.045 |

**Table 4. Multiple linear regression with dependent variable "Helps to Decrease Patient's Pain" from CBI**

| Dependent Variable / Independent Variables from NSPIC | β Coefficient | P Value | Adjusted $R^2$ | F |
|---|---|---|---|---|
| Makes me feel that I can be successful | 0.25 | **0.00** | 0.33 | 27,32 |
| Helps me to envision myself as a professional nurse | 0.27 | **0.00** | | |
| Offers support during stressful times | 0.07 | 0.15 | | |
| Inspires me to continue my knowledge and skill development | 0.09 | 0.16 | | |
| Does not makes me nervous in the clinical laboratory | 0.006 | 0.90 | | |
| Trusts my judgment in the clinical laboratory | 0.08 | 0.19 | | |
| Uses grades to maintain control of students | 0.06 | 0.16 | | |

**Table 5. Multiple linear regression with dependent variable "Demonstrates Professional Knowledge and Skills" from CBI**

| Dependent Variable / Independent Variables from NSPIC | β Coefficient | P Value | Adjusted $R^2$ | F |
|---|---|---|---|---|
| Makes me feel that I can be successful | 0.15 | **0.01** | 0.38 | 33.31 |
| Helps me to envision myself as a professional nurse | 0.47 | **0.00** | | |
| Respects me as an unique individual | -0.11 | 0.06 | | |
| Inspires me to continue my knowledge and skill development | 0.14 | **0.02** | | |
| Does not makes me nervous in the clinical laboratory | -0.01 | 0.81 | | |
| Trusts my judgment in the clinical laboratory | 0.03 | 0.45 | | |
| Do not focus on completion of patient care tasks rather than the patient's needs | -0.04 | 0.34 | | |

Table 6. Multiple linear regression with dependent variable "Allows Patient to Express Feelings about his or her Disease and Treatment" from CBI

| Dependent Variable / Independent Variables from NSPIC | ß Coefficient | P Value | Adjusted $R^2$ | F |
|---|---|---|---|---|
| Shows genuine interest in patients and their care | 0.17 | **0.00** | 0.36 | 35.73 |
| Cares about me as a person | -0.06 | 0.31 | | |
| Serves as a trusted resource for personal problem solving | 0.05 | 0.35 | | |
| Accepts my negative feelings while helping me to see the positive | 0.10 | 0.07 | | |
| Is attentive to me when we communicate | 0.16 | **0.00** | | |
| Makes me feel that I can be successful | 0.30 | **0.00** | | |

## DISCUSSION

It is agreed that caring is learned by experiencing caring interactions with faculty in an environment supported by positive caring faculty – student relationships (Tanner 1990, Gaines & Baldwin 1996, Wade 2003, Watson 2008). In the context of faculty - student relationship, caring is defined as actions demonstrated by faculty to facilitate students' learning of clinical competence, caring values, and interpersonal caring interactions (Thomas 2003) and is often characterized by an environment that value students, encourages genuine dialogue, mutual relations, and positive connectedness (Bankert & Kozel 2005). Caring experiences with faculty may lead to enhanced clinical judgment, mobilization of caring abilities, enhanced empathy, decreased levels of anxiety, and enhanced learning. Other studies suggest caring as possible influencing factor to the retention of nursing students and this may lead to successful completion of the clinical experience (Audet 1995, McManemy 2002, Gardner 2005, McManemy 2002, Sutherland et al 2007, Clark 2008). Conversely, students who experience non - caring may become hardened, depressed, worn-down, stressed, anxious, and it may even impede their learning and ability to perform nursing skills (Swanson 1999, Beck 2001, Cook 2005, Waterman 2007, Roe 2009, Kube 2010).

The results of this study showed that if the instructor makes student to feel that he/she can be successful and to envision him/her self as a professional nurse, the student helps the patient to decrease his pain ($p < 0.05$). If the instructor makes student to feel that he/she can be successful, to envision him/her self as a professional nurse and inspires him/her to continue knowledge and skill development, the student demonstrates professional knowledge and skills ($p < 0.05$). And finally, if the instructor shows genuine interest in patients and their care, makes student to feel that he/she can be successful and is attentive to student when they communicate, the student allows patient to express feelings about his or her disease and treatment ($p < 0.05$).

One of the limitations of this study is the research design. The snapshot nature of cross-sectional studies, while convenient and cost effective, does not provide a good basis for establishing cause and effect. However, cross-sectional studies can still provide knowledge on concurrent relationship between the variables being tested and the study population (Polit & Beck 2010).

## CONCLUSIONS

Instructors' caring behavior affects nursing students' caring behavior. Caring relationships between faculty and students enable students to grow as caring professional nurses and generates a caring moment (Watson & Foster 2003, Thomas 2003, Wade 2006, McGregor 2007). Although few evidences exist, still, there is a scarcity of empirical evidence about how caring interactions with faculty can enhance students' caring outcomes (Watson 2002). Hence, this study was conducted. The knowledge that could be generated out from this study would provide direction for how to develop useful and effective caring strategies and curricular programs for nursing students. Through positive faculty modeling and role modeling, nursing students can be professionally trained to develop the competence of caring.

## REFERENCES


Bankert E. & Kozel V. (2005). Transforming pedagogy in nursing education: A caring learning environment for adult students. *Nursing Education Perspectives* 26: 227-229

Beck CT. (2001). Caring within nursing education: A metasynthesis. *Journal of Nursing Education* 40: 101-109

Benner P. & Wrubel J. (1989). *The primacy of caring: Stress and coping in health and illness*. Menlo Park, CA: Addison - Wesley.

Carlson S., Kotze WJ. & Van Rooyen D. (2003). Accompaniment needs of first year nursing students in the clinical learning environment. *Curationis* 26: 30-39

Cook LJ. (2005). Inviting teaching behaviors of clinical faculty and nursing students' anxiety. *The Journal of Nursing Education* 44: 156

Gaines S. & Baldwin D. (1996). Guiding dialogue in the transformation of teacher-student relationships. *Nursing Outlook* 44: 124-128

Gramling L. & Nugent K. (1998). Teaching caring within the context of health. *Nurse Educators* 23: 47-51

Gaberson KB. & Oermann MH. (2010). *Clinical teaching strategies in nursing*. Springer Publishing Company.

Gignac-Caille AM. & Oermann MH. (2001). Student and faculty perceptions of effective clinical instructors in ADN programs. *Journal of Nursing Education* 40: 347

Hanson LE. & Smith MJ. (1996). Nursing students' perspectives: experience of caring and not-so-caring interactions with faculty. *Journal of Nursing Education* 35: 105-112

Halstead JM. & Taylor MJ. (1996). Values in education and education in values. (1st eds). *Falmer Press*. London: Taylor & Francis

Kotzabassaki S., Panou M., Dimou F., Karabagli A., Koutsopoulou B. & Ikonomou U. (1997). Nursing students' and faculty's perceptions of the characteristics of 'best' and 'worst' clinical teachers: a replication study. *Journal of Advanced Nursing* 26: 817-824

Kube ML. (2010). *The Relationship of Nursing Faculty Clinical Teaching Behaviors to Student Learning*. ProQuest LLC, Ed.D. Dissertation, College of Saint Mary.

Kelly C. (2007). Student's perceptions of effective clinical teaching revisited. *Nurse Education Today* 27: 885-892

Letzkus MW. (2005). *Nursing Students' Perceptions of a Caring Clinical Instructor* (Doctoral dissertation, Graduate School of Education and Psychology), Pepperdine University

Labrague LJ. (2012). Caring competencies of baccalaureate nursing students of samar state university. *Journal of Nursing Education and Practice* 2: 105-113

Noddings N. (1984). *Caring: A feminine approach to ethics and moral education*. Berkeley: University of California.

Papathanasiou IV., Tsaras K., Sarafis P. (2014). Views and perceptions of nursing students on their clinical learning environment: Teaching and learning. *Nurse Education Today* 34: 57-60

Polit DF. & Beck CT. (2010). *Essential of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. 7th Edition. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, PA.

Roe DC. (2009). *The Relationship Between Pre-licensure Baccalaureate Nursing Students' Stress and Their Perceptions of Clinical Nurse Educator Caring*. Louisiana State University Health Sciences Center School of Nursing.

Swanson KM. (1999). Effects of caring, measurement, and time on miscarriage impact and women's well-being. *Nursing Research* 48: 288-298

Sawatzky JA., Enns CL., Ashcroft TJ., Davis PL. & Harder BN. (2009). Teaching excellence in nursing education: a caring framework. *Journal of Professional Nursing* 25: 260-266

Tanner C. (1990). Caring as a value in nursing education. *Nursing Outlook* 38: 70-72

Thomas SP. (2003). Handling anger in the teacher-student relationship. *Nursing Education Perspectives* 24: 17-24

Thomas K. (2003). *Caring for the dying at home: companions on the journey*. Radcliffe Publishing.

Watson J. & Foster R. (2003). The Attending Nurse Caring Model: integrating theory, evidence and advanced caring–healing therapeutics for transforming professional practice. *Journal of Clinical Nursing* 12: 360-365

Woodrow W. (2003). Preparing a new workforce. *Nursing Administration Quarterly* 27: 215-222

Wade GH. & Kasper N. (2006). Nursing students' perceptions of instructor caring: an instrument based on Watson's Theory of Transpersonal Caring. *Journal of Nursing Education* 45: 162-168

Wu J., Larrabee JH. & Putman H. (2006). Caring Behaviors Inventory: A reduction of the 42-item instrument. *Nursing Research* 55: 18-25

Watson J. (2008). *Assessing and measuring caring in nursing and health science*. 2nd ed. New York: Springer.

Watson J. (2002). Intentionality and caring-healing consciousness: A practice of transpersonal nursing. *Holistic Nursing Practice* 16: 12-19

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
**ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗΣ:** Δρ. ΘΑΛΕΙΑ ΜΠΕΛΛΑΛΗ, 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 μέγιστός αριθμός συγγραφέων που μπορούν να μετέχουν στην συγγραφική ομάδα είναι έως έξι (6) συγγραφείς. Ο γενικός κανόνας για την έκταση του κειμένου μπορεί να είναι μέχρι 6,000 λέξεις, ωστόσο μπορούν να γίνουν δεκτές ποιοτικές έρευνες και μέχρι 8,000 λέξεις (εξαιρείται η βιβλιογραφία, η περίληψη και οι τυχόν πίνακες από τον αριθμό των λέξεων). Σχετικά με τη μορφοποίηση του κειμένου, ανατρέξτε στις γενικές οδηγίες υποβολής

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

### Περίληψη

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

### Λέξεις-κλειδιά

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

## ΚΥΡΙΩΣ ΚΕΙΜΕΝΟ

Το κυρίως κείμενο θα πρέπει να περιλαμβάνει τις παρακάτω υποενότητες:

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

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

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

### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

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

### Σχεδιασμός

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

### Δείγμα μελέτης

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

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




# Επισκεφθείτε την ιστοσελίδα της Ένωσης Νοσηλευτών και ενημερωθείτε για όλα τα τελευταία νέα του κλάδου

Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος
Βασιλίσσης Σοφίας 47, 10676 Αθήνα
2ος όροφος

Τηλ.: 210-3648044
Fax: 210-3648049
e-mail: info@enne.gr

HRBN
HELLENIC REGULATORY BODY OF NURSES

VOLUME 9 - NUMBER 2
APRIL - MAY - JUNE
2016

# Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης
# Hellenic journal of Nursing Science

http://journal-ene.gr/

ΤΟΜΟΣ 9 - ΤΕΥΧΟΣ 2
ΑΠΡΙΛΙΟΣ
ΜΑΪΟΣ
ΙΟΥΝΙΟΣ
2016

ENE
ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
www.enne.gr