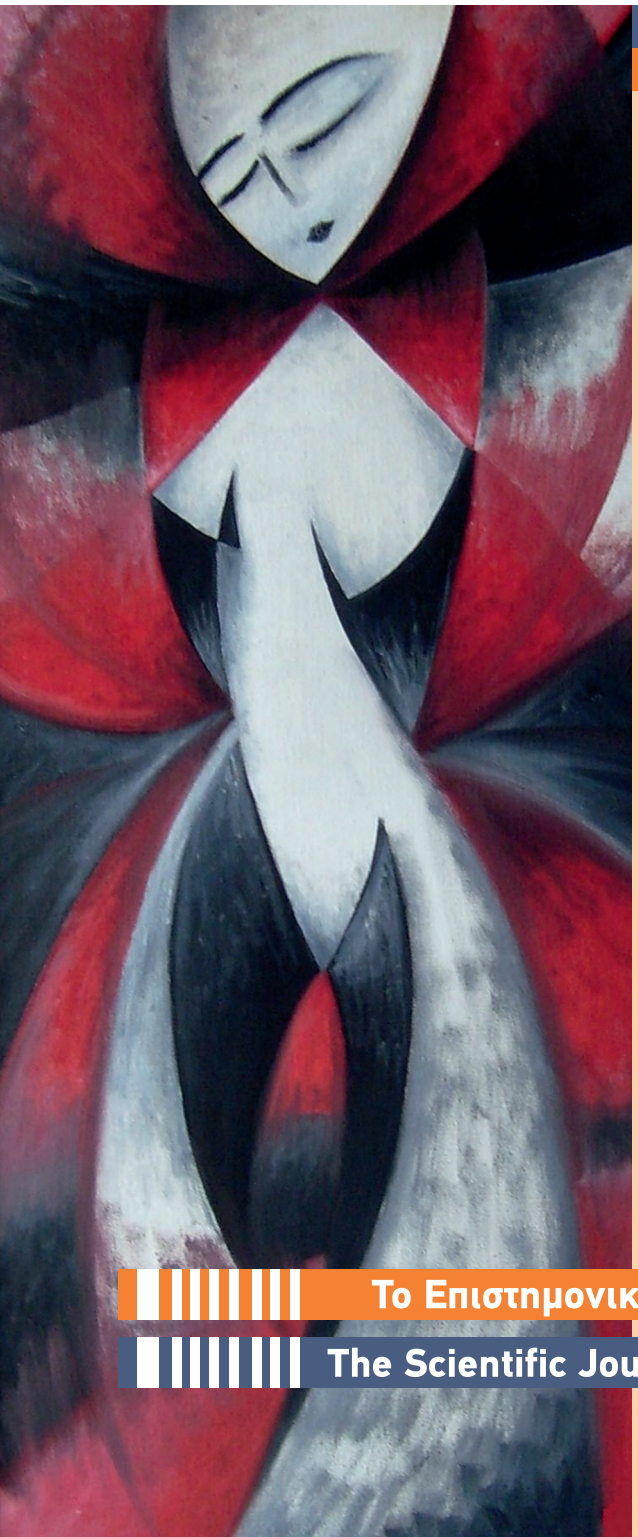
Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης
Hellenic journal of Nursing Science



Τόμος 10, Τεύχος 2, ΑΠΡΙΛΙΟΣ - ΜΑΪΟΣ - ΙΟΥΝΙΟΣ 2017
Volume 10, Issue 2, APRIL - MAY - JUNE 2017

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ - EDITORIAL
The national health system in Greece and economic crisis: pathogenies and prospects
Foteini Koulouri, George Anastopoulos, Aristeidis Daglas

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ - REVIEWS
Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής και κοινωνική υποστήριξη γυναικών με καρκίνο του μαστού: μια βιβλιογραφική ανασκόπηση
Health related quality of life and social support for women with breast cancer: a literature review
Άρης Υφαντής, Γεώργιος Ίντας, Μιχάλης Κοντός

Η Προγραμματισμένη Καισαρική Τομή ως μέθοδος τοκετού: μια περιγραφική ανασκόπηση
Elective cesarean section as a woman's choice: a narrative literature review
Γεωργία Ποντίκη, Μαριάννα Δρακοπούλου, Παρασκευή Αποστολάρα

The level of perceived quality and safety of health services by recipients. Recommendations and interventions for health care policies
Foteini Koulouri, George Anastopoulos, George Avramidis, Dimitrios Skoutelis

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ - RESEARCH ARTICLES
Οι ανάγκες ανάπτυξης δομών φροντίδας όπως προκύπτουν από στοιχεία των ετήσιων διακομιδών ενός περιφερειακού νοσοκομείου
Need of health care structures' development, based on annually data of ambulance transportations conducted by a Provincial hospital
Μαρία Σαρίδη, Ελπίδα Παπακωνσταντίνου, Μαργαρίτα Δαμουλιάνου, Θεοφανία Πανουτσοπούλου, Γεωργία Παπαγεωργίου, Αικατερίνη Τόσκα

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



Η ισχύς εν τη ενώσει

Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος
Βασιλίσσης Σοφίας 47, 10676 Αθήνα (2ος όροφος)
Τηλ.: 210-3648044, Fax: 210-3648049
e-mail: info@enne.gr

ΕΝΕ
ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
www.enne.gr

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

The national health system in Greece and economic crisis: pathogenies and prospects
Foteini Koulouri, George Anastopoulos, Aristeidis Daglas 3

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ - REVIEWS

Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής και κοινωνική υποστήριξη γυναικών με καρκίνο του μαστού: μια βιβλιογραφική ανασκόπηση
Health related quality of life and social support for women with breast cancer: a literature review
Άρης Υφαντής, Γεώργιος Ίντας, Μιχάλης Κοντός 7

Η Προγραμματισμένη Καισαρική Τομή ως μέθοδος τοκετού: μια περιγραφική ανασκόπηση
Elective cesarean section as a woman's choice: a narrative literature review
Γεωργία Ποντίκη, Μαριάννα Δρακοπούλου, Παρασκευή Αποστολάρα 15

The level of perceived quality and safety of health services by recipients. Recommendations and interventions for health care policies
Foteini Koulouri, George Anastopoulos, George Avramidis, Dimitrios Skoutelis 21

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ - RESEARCH ARTICLES

Οι ανάγκες ανάπτυξης δομών φροντίδας όπως προκύπτουν από στοιχεία των ετήσιων διακομιδών ενός περιφερειακού νοσοκομείου
Need of health care structures' development, based on annually data of ambulance transportations conducted by a Provincial hospital
Μαρία Σαρίδη, Ελπίδα Παπακωνσταντίνου, Μαργαρίτα Δαμουλιάνου, Θεοφανία Πανουτσοπούλου, Γεωργία Παπαγεωργίου, Αικατερίνη Τόσκα 28

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ & ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ 36

ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ 38

The national health system in Greece and economic crisis: pathogenies and prospects

Foteini Koulouri[1], George Anastopoulos[2], Aristeidis Daglas[3]

1. MSc, PhD(c) Administrative Scientist, National and Kapodistrian University of Athens, Head of the Directorate of Financial Services of Ministry of Health.
2. MSc, PhD, Health Economist Expert, Athens Universtity of Economics and Business.
3. RN, MSc, PhD(c), General Secretary of the Hellenic Regulatory Body of Nurses, General Hospital of Nikaia - Piraeus "Agios Panteleimon".

The economic crisis has spread rapidly worldwide along with its effects, which have been significant, especially for the developing countries that had to confront with unprecedented phenomena. One of the most important is the effects on local economies resulting in a large number of unemployed (International Monetary Fund 2009).

Most countries have tried to address the devastating economic crisis by taking measures, different in each case, depending on the prevailing conditions and the arising needs. The main objective of these measures, despite the differences that exist between them, was the effort to rekindle the economy by providing greater liquidity and attracting investment. Countries such as the United States moved to this end, which had the adequate facilities and infrastructure. Europe's response to the economic crisis was also towards the same direction, but focused on liquidity through lending in some countries, as in the case of Greece, which also meant parallel measures to reduce costs, a phenomenon that affected the country's health system.

Worldwide, the health systems were developed and structured in periods where the economic and the social conditions were good. This created an interaction and development of the countries' health indicators since the well-organized health systems meant better care of the population (Manti & Tselepi 2000, Ifantopoulos et al 2009).

Nevertheless, the above cannot be taken for granted. In many cases, countries with flourishing economy and availability of resources for the health systems do not necessarily ensure the rise of the health index of their population. A typical example of this is the United States of America that although its economy is flourishing, the health indicators of the population are not good. This is due to the unhealthy lifestyle and the habits of the population which can mainly be satisfied with money (unhealthy nutrition, drugs, consumption of alcohol etc.).

In contrast, other countries have managed to develop the health indicators of their population without the existence of universal prosperity to the whole population as in the case of Cuba. Of course, there are cases where the social and economic conditions are absolutely identical to the improvement or deterioration of the health indicators with the Third World countries being the typical example of the second condition (Prantsidou 2010).

The deterioration of health indicators is considered to be the result of the economic crisis. But this depends on a number of factors, especially the protective measures taken to prevent such an eventuality. This means that the deterioration of health depends on the risks involved and the care provided, informal or formal (Stuckler et al 2009).

Clearly the economic crisis creates significant social problems such as the rising unemployment, which gradually leads to poverty. Poverty is a factor that can greatly affect the health indicators and health systems. The estimate for the people who are working and yet will fall into poverty due to mass layoffs, shows an upward trend and this is expected to affect the health sector (International Labour Organization 2009).

In order for the health systems to survive and also to provide efficient services, economic, technical and human resources are required. These resources however no longer exist due to cuts caused by the new economic conditions, while at the same time the costs increase (Niakas 2014). This means that the health policies should focus on the reduction of the costs or in additional funding without ruling out a third approach as a combination of the previous two. Of course, it should be noted that the issue of reducing costs in the health sector is not new, as the result of the economic crisis, but has been the subject of debate for decades (Mossialos & Le Grand 1999). Indeed, today the reduction of the resources is more necessary than ever, as the funding that is secured in many countries comes from loans, a process that may in the future cause more problems than it would solve, since it is a non-steady inflow of resources that can stop anytime thus

creating gaps (Mossialos et al 2002).

The lack of liquidity caused by the economic crisis is a fact that creates problems in the financing of health expenditure. Another problem is also created by the terms set by the lenders of funds, of which the reduction in expenditure is the main. The self-financing in the case of the economic crisis is also dysfunctional because unemployment also reduces the contributions to social security and the savings of resources through this area (Appleby 2008).

The more difficult the social and economic conditions become, the more the people, because of the pressures they receive, will have health problems and inevitably resort to the public health services.

The next figures (1 & 2) proves that hypothesis.

Figure 1. Population over 15 years old with or without chronic health problem or chronic disease, 2009 & 2014 (Hellenic Statistical Authority, 2015).

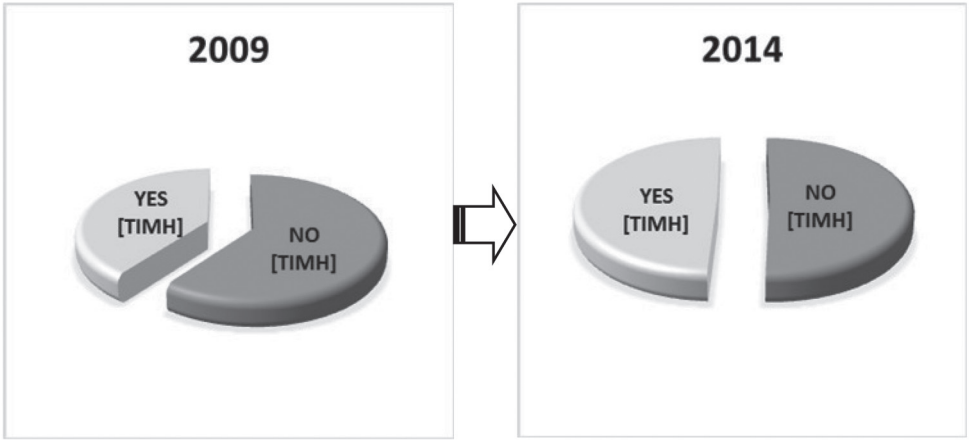
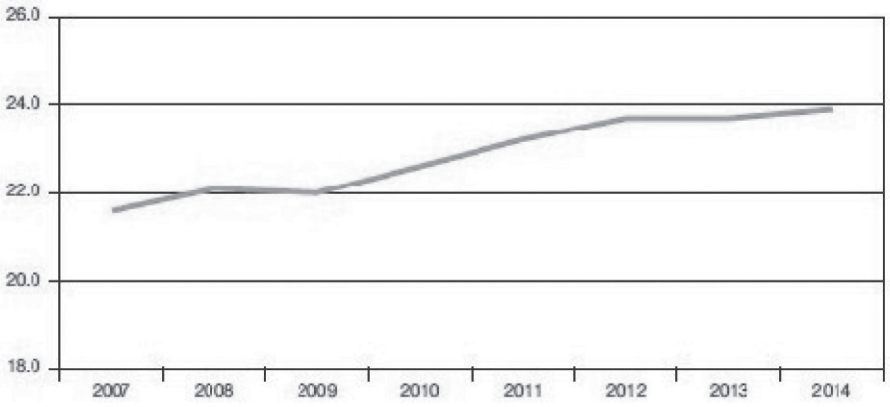


Figure 2. Percent of the population that facing a chronic health problem (Hellenic Statistical Authority, 2015).



This means that in times of economic crisis, the demand for public health is growing as people necessarily turn to it due to the lack of income and the higher costs required by the private sector. The high demand for the public health services also means a burden that due to the parallel cuts, the sector is already unable to meet some of its needs. These conditions lead to the allocation of the resources in areas of health that are considered most important, while others are neglected (World Health Organization 2009).

Already since 2010, it has been estimated that the demand for and use of the health services in Greece will increase. At the same time, social insurance will be burdened because the population has no longer the income that is required by the private sectors services. This means that the pressures for efficiency of the Health System will increase, respectively (Kyriopoulos 2010). According to estimates by the Ministry of Health, a decade or so ago, there was already a 20% increase in the use of services in public hospitals, while a drop of about 15% in the use of private health services, especially in private maternity clinics, dental care and surgeries in private hospitals (Dimoliatis et al 2006).

To achieve the first objective of reducing public health costs, austerity measures have been taken, with the reduction of salaries of all employees in the public sector, including that of health, to be the main measure. Then there were cuts in the budgets of all public health facilities and any kind of recruitment was suspended, even the non-replacement of retirees to reduce the labour costs. These have even further burdened the existing health personnel and devalued many hospitals (Niakas 2013).

In an attempt to save funds, the participation fee for medicines in various categories of chronic patients has been increased by 10%, as well as the payment of one euro per prescription or the payment by 50% for rural population and the payment for hospitalization, which has never been implemented due to public reactions. However, despite these changes, the expenses have not been decreased or revenue increased, although there has been results in the reduction of the public pharmaceutical expenditure due to the introduction of electronic prescription and the change in the pricing method of medicines (Hellenic Statistical Authority 2014). This has also been aided by the introduction and promotion of generic medicines (Niakas 2014).

The reform framework in the healthcare sector, which the Greek government adopted in agreement with the Troika, does not have a clear direction and causes a tendency for greater privatization of the health services and exclusion of the uninsured. The lack of the government-troika orientation is evident by the conception and creation of the National Organization for the Provision of Health Services (EOPYY) which merged by replacing the main funds of the health insurance of the citizens (IKA, OAEE, OPAD, OGA and Utilities-Private Banks). It is significant that despite the creation of the EOPYY that, as a leading agency, could operate on economies of scales and control expenditure, this was probably not achieved because the sickness funds or their branches, still exist thus far and maintain parallel services and administrative structures. Its main disadvantage is that there was no substantial provision for the uninsured, the main victims of the economic crisis, resulting in a large part of the population to be excluded from access to the public health services (Kentikelenis et al 2011).

It must be mentioned that with a recent law (4368/2016), the right to free access to all public health facilities providing nursing and medical care to uninsured and vulnerable social groups was established for the first time. However, sufficient research data demonstrating whether the measure is applicable and what problems facing an already overburdened health care system as the Greek from this development does not yet exist.

In conclusion, the current period is a particularly difficult period for the health system which is facing serious structural and social problems. Obviously, the current economic crisis and the policies of the memoranda did not cause the serious problems that the Greek health system is facing. These problems existed and the economic crisis only exacerbated some of them and the government commitments to our lenders forced us to look the reality in the face and act to resolve them. The main problem to be solved by the health system is to ensure the equal access to all citizens regardless of income and employment status. This is important, especially in the difficult period of the economic crisis.

REFERENCES

Appleby J. (2008). The credit crisis and health care. BMJ 337: a2259 - a2259.

Dimoliatis G., Kyriopoulos G., Laggas D. & Philalithis, P. (2006). Public health in Greece. Athens: Themelio.

Hellenic Statistical Authority. (2014). Press Release: *Health Expenditure - Health Accounts System 2009-2012 (provisional estimates).* Piraeus

Hellenic Statistical Authority. (2015). Press Release: *Health Survey Year 2014.* Piraeus

Ifantopoulos G., Balourdos D. & Nikolopoulos K. (2009). *Economic and social dimensions of the welfarestate.* Athens: Dardanos/Gutenberg.

International labour organization. (2009). *Global employment trends 2009.* Geneva: ILO.

International Monetary Fund. (2009). *Global Economic Slump Challenges policies.* [Online] Available at: https://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2009/update/01 [Access 15/12/2016].

Kentikelenis A., Karanikolos M., Papanicolas I., Basu S., McKee M. & Stuckler D. (2011). Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet*, 378: 1457-8.

Kyriopoulos, G. (2010). The impact of the economic crisis on health and health care. In: *16th Panhellenic Congress of Internal Medicine.* Athens, 12-16 October, 2010.

Manti P. & Tselepi Ch. (2000). *Sociological and Psychological approach of hospitals / health services.* 1st ed. Patras: Hellenic Open University.

Mossialos E. & Le Grand J. (1999). *Health Care and Cost Containment in the European Union.* Ashgate: Aldershot.

Mossialos E., Dixon A., Figueras J. & Kutzin J. (2002). *Funding health care: options for Europe.* Philadelphia: Open University Press.

Niakas D. (2013). Mr. Minister of Health, the 52 Auxiliary Beds in the Attic hospital and not only. [Online] Available at: http: // www.ygeianet.gr/keimeno.php?id=39646[Access, 15/12/2016].

Niakas D. (2014). Greek financial crisis and the effects on health care system. *Hellenic Journal of Nutrition - Dietetics* 5 (1): 3-7.

Prantsidou D. (2010). Connecting the economic development with the health inequalities. *Health Review* 21 (126): 10-14.

Stuckler D., Basu S., Suhrcke M. & McKee M. (2009). The health implications of financial crisis: A review of the evidence. *Ulster Med J* 78(3): 142-145.

World Health Organization (2009). *The financial crisis and global health.* Geneva, Switzerland: World Health Organisation.

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής και κοινωνική υποστήριξη γυναικών με καρκίνο του μαστού: μια βιβλιογραφική ανασκόπηση

Άρης Υφαντής[1], Γεώργιος Ίντας[2], Μιχάλης Κοντός[3]
1.Νοσηλευτής Ψυχικής Υγείας, PgDip(ed), MSc, PhD(c), Γ.Ν. Λαμίας
2. ΝοσηλευτήςMSc, MHSc, PhD, Γ.Ν.Ν. Άγιος Παντελεήμων – Γ.Ν.Δ.Α. "Η Αγία Βαρβάρα"
3. Επίκουρος Καθηγητής Χειρουργικής και Χειρουργικής Μαστού, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ποιότητα ζωής (ΠΖ) των γυναικών με καρκίνο του μαστού δεν είναι ιδιαίτερα υψηλή, καθώς οι θεραπείες, αλλά και ο ίδιος ο καρκίνος του μαστού επηρεάζουν τη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική λειτουργικότητα με διάφορους τρόπους. Στην Ελλάδα, ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την πρώτη αιτία καρκίνου στις γυναίκες και αριθμεί περισσότερες από 4.500 περιπτώσεις. Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι η διερεύνηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής, καθώς και η διερεύνηση της κοινωνικής υποστήριξης που λαμβάνουν οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Η κοινωνική στήριξη προστατεύει τα άτομα από παθολογικά και επιβλαβή αποτελέσματα των στρεσογόνων γεγονότων της ζωής και μπορεί να χρησιμεύσει ως μέσο προστασίας των αρνητικών συνεπειών της ασθένειας. Η κοινωνική στήριξη στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού συνδέεται με την ΠΖ και είναι ζωτικής σημασίας για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού και την προσαρμογή στο stress της νόσου. Ωστόσο, η κοινωνική στήριξη από την οικογένεια, τους φίλους και τους επαγγελματίες υγείας μειώνεται με την πάροδο του χρόνου ποσοτικά και ποιοτικά. Οι κύριες πηγές της συναισθηματικής στήριξης των ασθενών με καρκίνο του μαστού είναι συνήθως τα μέλη της οικογένειας, οι φίλοι, οι επαγγελματίες υγείας και οι εθελοντές επιζώντες του καρκίνου του μαστού. Οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού έχουν μια ποικιλία αναγκών στήριξης, οι οποίες παραμένουν μετά τη χειρουργική επέμβαση και τη νοσηλεία και για παρατεταμένες χρονικές περιόδους, προκειμένου να αντιμετωπίσουν την απειλητική νόσο.

Λέξεις κλειδιά: Ποιότητα ζωής, κοινωνική υποστήριξη, καρκίνος μαστού, πηγές, επιπτώσεις

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας: Άρης Υφαντής
e-mail: arisyfantis@gmail.com
Τηλέφωνο επικοινωνίας: 6945663322

Ημερομηνία υποβολής: 5/12/2016
Ημερομηνία Δημοσίευσης: 2/05/2017

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ποιότητα ζωής (ΠΖ) είναι μια πολύ σημαντική έννοια για την υγειονομική περίθαλψη (Farquhar 1995, Ferrans 1996, Ferransetal 2005) που έχει χρησιμοποιηθεί ως μέτρο της έκβασης σε ένα μεγάλο αριθμό μελετών παρέμβασης (Wilmoth et al 2006, Arving et al 2007, Shafir et al 2010). Ωστόσο, όπως έχει επισημάνει ο Ferrans (1996), υπάρχει μια αυξανόμενη ανάγκη για αποσαφήνιση της έννοιας της ΠΖ. Ο Farquhar (1995) πρότεινε τρία κύρια είδη ορισμών της ΠΖ: 1) την καθολική, 2) τη συστατική και 3) την εστιασμένη σε ορισμούς. Οι καθολικοί ορισμοί ενσωματώνουν τις ιδέες της ικανοποίησης/δυσαρέσκειας και της ευτυχίας/δυστυχίας. Οι ορισμοί των συστατικών κατανέμουν την ΠΖ σε στοιχεία ή διαστάσεις ή εντοπίζουν ορισμένα χαρακτηριστικά που θεωρούνται απαραίτητα για οποιαδήποτε αξιολόγηση της ΠΖ. Τέλος, οι εστιασμένοι ορισμοί αναφέρονται σε ένα μόνο ή σε μικρό αριθμό διαστάσεων της ΠΖ. Ωστόσο, υπάρχουν επίσης συνδυασμοί ορισμών της ΠΖ που δεν ταιριάζουν στις προηγούμενες κατηγορίες. Αυτοί οι συνδυασμοί περιγράφουν την ΠΖ ως μια αφηρημένη και σύνθετη έννοια που εκπροσωπεί μεμονωμένες απαντήσεις σε σωματικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες (Farquhar 1995).

Η σχετική με την υγεία ποιότητα ζωής αναφέρεται στην ψυχοκοινωνική, συναισθηματική και σωματική έκβαση της θεραπείας όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τον ασθενή (Pandey et al 2002). Η ΠΖ είναι μια σύνθετη έννοια και γίνεται αντιληπτή από τα άτομα με διαφορετικό τρόπο. Σχετίζεται με την υγεία, την κοινωνικο-οικονομική, την ψυχοπνευματική και την οικογενειακή κατάσταση. Ο καθορισμός της ΠΖ είναι υποκειμενικός, ασταθής και περιεκτικός (Hinds 1990).

Η αξιολόγηση της ΠΖ αποκτά όλο και μεγαλύτερη σημασία στον τομέα της υγείας (Rustoen & Schjølberg 2000). Στη Φινλανδία, τα πρωτόκολλα θεραπείας του καρκίνου του μαστού βασίζονται κυρίως σε ιατρικά αποτελέσματα, αλλά και στις επιπτώσεις στην ΠΖ (FBCG 2009). Οι μετρήσεις της ΠΖ μπορεί να βοηθήσουν τους μάνατζερ της υγειονομικής περίθαλψης να επιλέξουν περισσότερο αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης και να προσφέρουν θεραπείες με σημαντικά μικρότερο κόστος και νοσηρότητα (Guyatt et al 2007).

Υπάρχουν αρκετά έγκυρα και αξιόπιστα εργαλεία για τη μέτρηση της ΠΖ σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού. Τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα ερωτηματολόγια της ΠΖείναι του Ευρωπαικού οργανισμού για την έρευνα και τη θεραπεία του καρκίνου (EORTC QLQ-C30) (Montazeri 2008a, Luckett et al 2011) και το ειδικό ερωτηματολόγιο για τον καρκίνο του μαστού του EORTC QLQ-BR-23. Άλλα εργαλεία που χρησιμοποιούνται ευρέως για τη μέτρηση της ΠΖ στους ασθενείς με καρκίνο του μαστού είναι η Λειτουργική Αξιολόγηση της θεραπείας του Καρκίνου (FACT-G) (Luckett et al 2011) και ειδικά το τμήμα του καρκίνου του μαστού (FACT-B) (Aroraetal 2001, Avisetal 2005, Montazeri 2008a). Επιπλέον, το Σύστημα Αξιολόγησης Αποκατάστασης του Καρκίνου (CARES) και η σύντομη φόρμα του (CARES-SF) έχουν χρησιμοποιηθεί για τη μέτρηση της ΠΖ στους ασθενείς με καρκίνο του μαστού (Avis et al 2005). Το CARES-SF είναι ένα πολυδιάστατο εργαλείο με καλά τεκμηριωμένη εγκυρότητα, αξιοπιστία και αποδοχή των ασθενών με καρκίνο του μαστού (Schagetal 1991). Έχει χρησιμοποιηθεί σε ασθενείς μεγάλης ηλικίας με καρκίνο του μαστού (Clough-Gorr et al 2007) και σε νεότερους ασθενείς ηλικίας 40-49 ετών, 5-10 έτη μετά τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού (Casso et al 2004). Το FACT-B είναι συγκεκριμένο για τον καρκίνο του μαστού και το SF-36 είναι ένα γενικό εργαλείο μέτρησης της ΠΖ. Εστιάζει πρωτίστως στη σωματική λειτουργία και σε μικρότερο βαθμό στην ψυχολογική λειτουργία (Chen et al 2010). Σε μία μελέτη μέτρησης της ΠΖ ασθενών με καρκίνο του μαστού τόσο πριν όσο και μετά τη χειρουργική επέμβαση, επιλέχτηκε να χρησιμοποιηθεί το SF-36, επειδή επιτρέπει τις συγκρίσεις με τον υγιή πληθυσμό (Larsson et al 2010).

Η εκτίμηση ή διερεύνηση της ΠΖ αναμένεται να αποκτήσει ακόμη μεγαλύτερη σημασία στο μέλλον καθώς ο αριθμός των γυναικών που πάσχουν από καρκίνο του μαστού συνεχίζει να αυξάνεται (Finnish Cancer Registry 2009), αλλά και γιατί οι περισσότερες παρεμβάσεις στοχεύουν στη βελτίωση της ΠΖ τους (Guyatt et al 2007). Τα διάφορα εργαλεία εκτίμησης της ΠΖ χρησιμοποιούνται ώστε να είναι σε θέση οι ερευνητές να κάνουν συγκρίσεις μεταξύ διαφορετικών παρεμβάσεων και των αποτελέσμάτων τους (Fallowfield 1993).

Η Ποιότητα Ζωήςτων γυναικών με καρκίνο του μαστού δεν εμφανίζεται ιδιαίτερα υψηλή, επειδή οι θεραπείες, αλλά και ο ίδιος ο καρκίνος του μαστού επηρεάζουν τη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική λειτουργικότητα με διάφορους τρόπους (Rustoen et al 1999a, Uzun et al 2004). Οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού έχουν χειρότερη ΠΖαπό ότι οι ασθενείς με καρκίνο άλλων ειδών(Rustoen et al 1999a, Engel et al 2003c). Οι αλλαγές στηνΠΖείναι σημαντικοί δείκτες των επιπτώσεων του καρκίνου (Rustoen et al 2000). Ωστόσο έχει αναφερθεί ότι οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού έχουν γενικά την ικανότητα να προσαρμόζονται στην κατάστασή τους (Bloom et al 2004, Engel et al 2004). Οι Engel et al (2004) βρήκαν σημαντική βελτίωση στη μακροχρόνια συναισθηματική και κοινωνική λειτουργικότητα των ασθενών. Η κόπωση, η ναυτία, ο έμετος, οι μελλοντικές ανησυχίες για την υγεία και ο πόνος μειώθηκαν, ενώ η όρεξη και η συνολική βαθμολογία της ΠΖ αυξήθηκαν μέσα σε τρία χρόνια (Engel et al 2004). Επιπλέον, όπως αναφέρθηκε από τους Rogers & Kristjanson (2002) στην ανασκόπησή τους, αρκετές μελέτες έχουν βρει στοιχεία σεξουαλικής δυσλει-

τουργίας και συμπτωμάτων εμμηνόπαυσης. Σημαντικές δε μακροπρόθεσμες βελτιώσεις έχουν αναφερθεί στα μετεγχειρητικά συμπτώματα και στις ανεπιθύμητες ενέργειες, στις μελλοντικές προοπτικές και στην επικοινωνία ασθενή με ιατρόσε γυναίκες κάτω των 50 ετών (Bloom et al 2004).

Οι Burgess et al (2005) ανέφεραν στην πενταετή μελέτη παρατήρησης τους,ότι οι γυναίκες με πρώιμο καρκίνο του μαστού εξακολουθούν να υποφέρουν από κατάθλιψη, άγχος ή και τα δύο, ένα χρόνο μετά τη διάγνωση και μερικές από αυτές για περισσότερο από πέντε χρόνια. Τέλος οι Engel et al (2004) ανέφεραν ότι οι περισσότερες αλλαγές στην ΠΖ συμβαίνουν μεταξύ του πρώτου και του δεύτερου έτους μετά τη χειρουργική επέμβαση για αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού.

Στην Ελλάδα ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την πρώτη αιτία καρκίνου στις γυναίκες και αριθμεί περισσότερες από 4.500 περιπτώσεις (Σέμογλου 2006). Σε μία μελέτη που διεξήχθη στην Ελλάδα, οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού ανέφεραν ότι η ΠΖ τους ήταν χειρότερη το πρώτο έτος μετά τη διάγνωση, ενώ επιδεινώθηκαν και τα συμπτώματα, όπως κόπωση, πόνος, ναυτία, δύσπνοια, αϋπνία, απώλεια όρεξης και δυσκοιλιότητα (Φασόη και συν 2010).

Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι η διερεύνηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής, καθώς και η διερεύνηση της κοινωνικής υποστήριξης που τυχάνουν οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού.

Παράγοντες που επηρεάζουν την ΠΖ των ασθενών με καρκίνο του μαστού

Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι η ΠΖ σχετίζεται με την ηλικία (Rustoen et al 1999a, King et al 2000, Engel et al 2003a, Engel et al 2004, Sammarco 2009), το μορφωτικό επίπεδο (King et al 2000, Engel et al 2003a, Uzun et al 2004, Sammarco 2009), το είδος απασχόλησης (Engel et al 2003a) καιτοείδοςτηςχειρουργικήςεπέμβασης (Engel et al 2004, Sammarco 2009). Νεότερες γυναίκες με καρκίνο του μαστού έχουν σημαντικά μεγαλύτερες διαταραχές της ΠΖ σε σχέση με τις γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας (King et al 2000, Engel et al 2004, Avis et al 2005, Sammarco 2009). Επιπλέον, τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν συχνά είναι πολύ διαφορετικά από εκείνα που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας όπως η ανησυχία για πρόωρη εμμηνόπαυση που οδηγεί σε απώλεια της γονιμότητας, η αρνητική εικόνα του σώματος (King et al 2000, Engel et al 2003a, Avis et al 2005), η σεξουαλικότητα, η καριέρα, η εργασία και οικονομική ασφάλεια (Avis et al 2005, Sammarco 2009).

Μελέτες έδειξαν ότι οι νεότερες γυναίκες είχαν χειρότερη κοινωνικο-οικονομική, ψυχολογική και πνευματική ΠΖ από ότι οι γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας (Engel et al 2003c, Engel et al 2003a, Engel et al 2004, Sammarco 2009). Είχαν όμως καλύτερη σωματική λειτουργία (Engel et al 2003a, Wyatt et al 2008). Άλλες όμως μελέτες έδειξαν ότι είχαν περισσότερο πόνο, σοβαρότερη δυσλειτουργία του βραχίονα (King et al 2000) και περισσότερες διαταραχές στις καθημερινές συνήθειες (Engel et al 2003a). Οι Rustoen et al (2000) ανέφεραν ότι η οικογενειακή υγεία ήταν λιγότερο σημαντική για τη νεαρότερη ηλικιακή ομάδα, ενώ η εργασία/ανεργία ήταν σημαντικότερη για τη μεγαλύτερη ηλικιακά ομάδα. Οι νεότερης ηλικίας και οι άγαμες γυναίκες σχετίστηκαν θετικά με φτωχότερη ψυχική ευεξία και σοβαρότερα καταθλιπτικά συμπτώματα (Broeckel et al 2000). Οι εργαζόμενες γυναίκες ανέφεραν καλύτερη ΠΖ από ότι οι άνεργες ή συνταξιούχες γυναίκες. Οι γυναίκες με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης και απασχόληση είχαν καλύτερη ΠΖ από τις γυναίκες που ήταν άνεργες ή συνταξιούχες (Uzun et al 2004). Επιπλέον, έχει βρεθεί ότι η υψηλότερη κοινωνικο-οικονομική κατάσταση συνδέεται με μεγαλύτερη επιβίωση (Lehto et al 2006).

Μελέτες έχουν επίσης αναφέρει συσχετίσεις μεταξύ του τύπου της χειρουργικής επέμβασης και της ΠΖ. Οι γυναίκες που έλαβαν συντηρητική θεραπεία ανέφεραν λιγότερες διαταραχές στην ΠΖ τους σε σχέση με τις γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ολική μαστεκτομή, ιδίως σε σχέση με τα αποτελέσματα της εικόνας του σώματος και της σεξουαλικής λειτουργίας. Επιπλέον, οι ασθενείς με μαστεκτομή ανέφεραν μειωμένη σεξουαλική λειτουργία και περισσότερες δυσκολίες με την εικόνα του σώματος (King et al 2000, Engel et al 2004) σε σχέση με τους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση διατήρησης του μαστού (Engel et al 2003a). Οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ογκεκτομή ανέφεραν σημαντικά χαμηλότερη συναισθηματική ευεξία και ανησυχούσαν περισσότερο για τις επιπτώσεις του στρες στην ασθένειά τους (Arora et al 2001, Haas 2010).

Ο βαθμός της μασχαλιαίας χειρουργικής επέμβασης συνδέεται με σημαντικά τα προβλήματα του βραχίονα (Engel et al 2003b). Οι Rönkä et al (2005) διαπίστωσαν ότι η νοσηρότητα του μαστού μετά από την αφαίρεση των μασχαλιαίων λεμφαδένων είχε σημαντικά μεγαλύτερη επίπτωση στη λειτουργικότητα; στις δραστηριότητες αναψυχής και στην καθημερινή ζωή σε σχέση με τη βιοψία του φρουρού λεμφαδένα.

Μελέτες που εστιάζουν στις επικουρικές θεραπείες έχουν αναφέρει αρνητικές επιπτώσεις στην εικόνα του σώματος και στην ψυχοκοινωνική ευεξία (Kayl & Meyers 2006, Turgay et al 2008), στη σωματική λειτουργία (Arora et al 2001, Watters et al 2003, Turgay et al 2008), στη λειτουργία του ρόλου, στην κοινωνική λειτουργία και στην καθολική κατάσταση της υγείας και κατ'επέκτασην στην ΠΖ κατά τη διάρκεια της επικουρικής χημειοθεραπείας (Watters et al 2003, McIlfatric et al 2007). Έχει βρεθεί ότι η χημειοθεραπεία σχετίζεται με ναυτία, έμετο, απώλεια μαλλιών, γνωστική δυσλειτουργία, κόπωση και διατα-

ραχές στη σεξουαλική λειτουργία (Kayl & Meyers 2006). Μετά τη χημειοθεραπεία, οι ασθενείς έχουν αναφέρει μειωμένη δραστηριότητα, κόπωση (Byar et al 2006), περισσότερο ύπνο και σεξουαλική δυσλειτουργία και μειωμένη κοινωνική συμμετοχή και απόδοση στην εργασία από ότι πριν από τη χημειοθεραπεία (Turgay et al 2008). Επιπλέον, οι ασθενείς που λάμβαναν χημειοθεραπεία σε μια κλινική ημέρας μπορεί να αντιμετώπιζαν περισσότερες δυσκολίες στη διαχείριση των ανεπιθύμητων ενεργειών της χημειοθεραπείας στο σπίτι (McIlfatric et al 2007).

Το είδος της θεραπείας φάνεται ότι συνδέεται με την ΠΖ. Οι Schultz et al (2005), ανέφεραν ότι οι ασθενείς που λαμβάνουν συνδυασμό χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας παραπονιούνταν για λεμφοίδημα αρκετά πιο συχνά σε σχέση με εκείνες που έκαναν μόνο χειρουργική επέμβαση ή ορμονική θεραπεία ή χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία και όχι συνδυασμό των παραπάνω μεθόδων. Το λεμφοίδημα έχει βρεθεί ότι μειώνει σημαντικά την ΠΖ των γυναικών (Ridner 2005). Ασθενείς που λάμβαναν ακτινοθεραπεία ανέφεραν σημαντικά περισσότερα σωματικά συμπτώματα, ταλαιπωρία και κόπωση και κακή ΠΖ (Whelan et al 2000). Οι γυναίκες μπορεί να υποφέρουν από κόπωση ακόμη και εννέα μήνες μετά την ακτινοθεραπεία, η οποία έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με ψυχολογική δυσφορία (Smets et al 1998). Από την άλλη πλευρά, ο Haas (2010) ανέφερε ότι οι γυναίκες που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία είχαν υψηλότερα επίπεδα κόπωσης από τις γυναίκες που λαμβάνουν ορμονική θεραπεία. Επιπλέον, το λεμφοίδημα, η πνευμονίτιδα, η πνευμονική ίνωση και η καρδιακή τοξικότητα έχουν βρεθεί να σχετίζονται με επιπλοκές που σχετίζονται με την ακτινοθεραπεία (Pierce 2005). Σύμφωνα με τους Van Den Hurk et al (2010), το πιο οδυνηρό πρόβλημα που συνδέεται με την χημειοθεραπεία ήταν η αλωπεκία, η οποία παρέμεινε έξι μήνες μετά την ολοκλήρωση της χημειοθεραπείας. Οι θεραπείες του καρκίνου του μαστού μπορεί επίσης να προκαλέσουν οικονομική επιβάρυνση στους ασθενείς και να οδηγήσουν σε επιπλέον ψυχολογικό στρες, ιδιαίτερα σε γυναίκες με χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό υπόβαθρο (Khan et al 2010).

Κοινωνική στήριξη σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού

Η έννοια της κοινωνικής στήριξης έχει χρησιμοποιηθεί στη νοσηλευτική έρευνα, απο δεκαετία του 1970 (Norbeck 1988). Η Κοινωνική στήριξη, όπως αναφέρεται στο άρθρο των Ποντισίδη & Μπελλάλη (2016), βασιζόμενοι στους ορισμούς διαφορων ερευνητών, αφορά σε μια μια συναλλακτική, επικοινωνιακή διεργασία που περιλαμβάνει την λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία, με στόχο τη βελτίωση της αίσθησης του ατόμου αναφορικά με την ικανότητα διαχείρισης του προβλήματός του, της αυτοεκτίμησης καθώς και της αίσθησης του ανήκειν».

Τα βασικά στοιχεία στις υποστηρικτικές συναλλαγές είναι η επίδραση, η ενίσχυση και η επιβεβαίωση. Η επίδραση αναφέρεται στις εκφράσεις αρεσκείας, θαυμασμού, σεβασμού ή αγάπης. Η ενίσχυση αναφέρεται στα υλικά στοιχεία της υποστήριξης, όπως τα χρήματα, οι πληροφορίες, ο χρόνος και τα δικαιώματα. Η επιβεβαίωση περιλαμβάνει εκφράσεις συμφωνίας ή αναγνώρισης της καταλληλότητας ή την ορθότητα κάποιας πράξης ή την αποδοχή ενός άλλου ατόμου (Kahn 1979). Σύμφωνα με τους Kahn & Antonucci (1980), η κοινωνική στήριξη είναι δεδομένη και λαμβάνεται μέσα τις δομές ενός κοινωνικού δικτύου. Το κοινωνικό δίκτυο έχει οριστεί ως το όχημα μέσω του οποίου παρέχεται η κοινωνική υποστήριξη (Kahn 1979, Kahn & Antonucci 1980).

Η κοινωνική στήριξη έχει συμβάλει στην προστασία των ατόμων από παθολογικά και επιβλαβή αποτελέσματα από πολλά στρεσογόνα γεγονότα της ζωής (Norbeck 1988, Lehto-Järnstedt et al 2002) και μπορεί επίσης να χρησιμεύσει ως μέσο προστασίας των αρνητικών συνεπειών της ασθένειας (Cobb 1976). Είναι χρήσιμη στην αντιμετώπιση του θυμού και της κατάθλιψης (Manuel et al 2007) και έχει βρεθεί ότι συσχετίζεται θετικά με την υποκειμενική εμπειρία της καλής υγείας (Norbeck 1988). Η έλλειψη στήριξης, από την άλλη πλευρά, έχει βρεθεί ότι σχετίζεται θετικά με τη θνησιμότητα (Kroenke et al 2006). Τέλος οι Alqaissi & Dickerson (2010) ανέφεραν ότι η έννοια της κοινωνικής στήριξης επηρεάζεται από τον πολιτισμό, τη θρησκεία, αλλά και από τα κλινικά και προσωπικά χαρακτηριστικά.

Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι η έννοια της κοινωνικής στήριξης στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού συνδέεται με την ΠΖ (Rustoen et al 1999a, 2003, Lehto-Järnstedt 2000, Arving et al 2007, Arora et al 2007, Sammarco 2009). Φάνηκε να είναι ζωτικής σημασίας για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού (Lungton 1997) και την προσαρμογή στο άγχος της νόσου (Krishnasamy 1996). Η στήριξη έχει θετικές επιπτώσεις στη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική λειτουργικότητα των ασθενών με καρκίνο του μαστού και στην ΠΖ τους (Arving et al 2007). Στη μελέτη των Arora et al (2007), η συναισθηματική υποστήριξη για δύο μήνες και η συναισθηματική και ενημερωτική υποστήριξη πέντε μήνες μετά τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού σχετίστηκαν θετικά με τη ΣΥΠΖ και την αυτο-εκτίμηση των γυναικών. Επιπλέον, η κοινωνική υποστήριξη έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με καλύτερη ποιότητα οικογενειακής ζωής (Sammarco 2001a).

Σύμφωνα με τον Sammarco (2003), η κοινωνική στήριξη συσχετίζεται θετικά με την υγεία, τη λειτουργικότητα, τις ψυχολογικές, πνευματικές και οικογενειακές υποκλίμακες της ΠΖ μεταξύ των γυναικών άνω των 50 ετών. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι οι ασθενείς που έλαβαν επικουρικές θεραπείες μετά από τη χειρουργική

επέμβαση του καρκίνου του μαστού είναι πιο πιθανό να βοηθηθούν από την κοινωνική στήριξη σε σύγκριση με τις γυναίκες που δεν έλαβαν τέτοιου είδους θεραπείες (Bloom et al 2001, Lehto-Järnstedt et al 2002, Arora et al 2007). Οι Bloom et al (2001) ανέφεραν ότι οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε χημειοθεραπεία ή είχαν θετικούς λεμφαδένες έλαβαν περισσότερη συναισθηματική υποστήριξη, ενώ οι γυναίκες που υπεβλήθησαν σε μαστεκτομή έλαβαν περισσότερη υλική στήριξη.

Μακροχρόνιες μελέτες με γυναίκες που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού, έχουν δείξει ότι η κοινωνική στήριξη από την οικογένεια, τους φίλους και τουςεπαγγελματίες υγείας μειώνεται με την πάροδο του χρόνου ποσοτικά και ποιοτικά (Arora et al 2001, 2007). Οι κύριες πηγές της συναισθηματικής στήριξης των ασθενών με καρκίνο του μαστού είναι συνήθως τα μέλη της οικογένειάς τους με τους φίλους (Courtens et al 1996, Arora et al 2007), οι επαγγελματίες υγείας (Davis et al 2004, Arora et al 2007) και οι εθελοντές επιζώντες του καρκίνου του μαστού (Davis et al 2004). Ο Lehto-Järnstedt (2000) βρήκε ότι οι ασθενείς ανέφεραν μεγαλύτερο ποσοστό στήριξης κυρίως από τους συζύγους και μετά από τους ιατρούς και τους νοσηλευτές. Στη παρέμβαση μελέτης των Arora et al (2007), οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού έλαβαν ενημερωτική στήριξη τρεις και πέντε μήνες μετά τη χειρουργική επέμβαση από τους επαγγελματίες υγείας, συναισθηματική στήριξη από την οικογένεια και τους φίλους και στήριξη στη λήψη αποφάσεων από τους επαγγελματίες υγείας και την οικογένεια. Στη μελέτη των Maeda et al (2008) φάνηκε ότι η οικογένεια και οι φίλοι είναι λιγότερο υποστηρικτικοί όταν οι ασθενείς έγιναν καλύτερα και επέστρεψαν στη φυσιολογική κοινωνική ζωή.

Πολυάριθμες μελέτες έχουν δείξει ότι οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού έχουν μια ποικιλία αναγκών στήριξης, οι οποίες παραμένουν μετά τη χειρουργική επέμβαση και τη νοσηλεία και για παρατεταμένες χρονικές περιόδους προκειμένου να αντιμετωπίσουν την απειλητική νόσο (Brown e tal 2000, Kerr et al 2003, Rutten et al 2005,Vivar & McQueen 2005, Beaver et al 2006, Hodginson et al 2007)

Τα πρόσφατα διαθέσιμα στοιχεία δείχνουν ότι οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού δε λαμβάνουν την υποστήριξη που χρειάζονται (Engel et al 2003c, Hodginson et al 2007). Η ηλικία έχει βρεθεί ότι είναι ιδιαίτερα σημαντική σε σχέση με τις ανάγκες για υποστήριξη και την ποσότητα και το είδος της κοινωνικής στήριξης, ενώοι νεότερες γυναίκες ανέφεραν μεγαλύτερες ανάγκες για συναισθηματική υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας (Galloway et al 1997, Thewes et al 2004, Wyatt et al 2008).

Συμπεράσματα

Ο καρκίνος του μαστού επιδεινώνει τη ΣΥΠΖ των γυναικών σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέσημε τα άλλα είδη καρκίνου. Οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού έχουν φτωχότερη κοινωνικο-οικονομική, ψυχολογική και πνευματική ποιότητα ζωής, βιώνουν πόνο, σοβαρή δυσλειτουργία του βραχίονα και προβλήματα που αφορούν τις καθημερινές συνήθειες.

Η ΠΖ των γυναικών με καρκίνο του μαστού εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως την ηλικία, το είδος της χειρουργικής επέμβασης, το είδος της θεραπείας, την ανατομική θέση των μεταστάσεων, κυρίως στη μασχάλη, την εφαρμογή επικουρικών θεραπειών και τη χορήγηση χημειοθεραπείας και ακτινοβολίας. Οι νεότερες γυναίκες με καρκίνο του μαστού έχουν σημαντικά μεγαλύτερες διαταραχές της ΠΖ σε σχέση με τις γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας.

Οι γυναίκες με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης και απασχόληση είχαν καλύτερη ΠΖ από τις γυναίκες που ήταν άνεργες ή συνταξιούχες, ενώ η υψηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση σχετίστηκε με μεγαλύτερη επιβίωση. Οι γυναίκες που έλαβαν συντηρητική θεραπεία ανέφεραν λιγότερες διαταραχές στην ΠΖ τους σε σχέση με τις γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ολική μαστεκτομή. Οι ασθενείς που λαμβάνουν συνδυασμό χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας έχουν χειρότερη ΠΖ, κυρίως λόγω των συμπτωμάτων που εμφανίζονται ως ανεπιθύμητες ενέργειες των θεραπειών, αλλά και της κακής ψυχολογικής κατάστασης.

Η κοινωνική στήριξη στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού είναι ζωτικής σημασίας για την αντιμετώπιση της νόσου και τη διαχείριση των συναισθηματικών διαταραχών. Σημαντικό ρόλο σε αυτό έχουν τα μέλη της οικογένειας, οι φίλοι και οι επαγγελματίες υγείας. Παρόλα αυτά, είναι γεγονός ότι οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού δε λαμβάνουν την υποστήριξη που χρειάζονται.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ποντισίδης Γ. & Μπελλάλη Θ. (2015). Η Έννοια της Κοινωνικής Υποστήριξης και η Επίδρασή της στη Διαχείριση των Χρόνιων Νόσων. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης.* 2015, 8(4): 6-16.

Σέμογλου Χ. (2006). Ο μαστός και οι παθήσεις του. Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα.

Φασόη Γ., Κελέση Μ., Κουτσοπούλου Β., Θεοδοσοπούλου Ε., Μπίρμπας Κ. & Κατοστάρας Θ. (2010). Μελέτη της μεταβολής της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας της ζωής ασθενών, με καρκίνο του μαστού αρχικών σταδίων, ένα έτος μετά τη διάγνωση. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 9:76-99.

Alqaissi N.M. & Dickerson S.S. (2010). Exploring common meanings of social support as experienced by Jordanian women with breast cancer. *Cancer Nursing* 33: 353-361.

Arora N.K., Gustafson D.H., Hawkins R.P., McTavish F., Cella DF., Pingree S., Mendenhall

J.H. & Mahvi D.M. (2001). Impact of surgery and chemotherapy on the quality of life of younger women with breast carcinoma. *Cancer* 92: 1288-1298.

Arora N.K., Rutten L.J.F., Gustafson D.H., Moser R. & Hawkins R.P. (2007). Perceived helpfulness and impact of social support provided by family, friends, and health care providers to women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology* 16: 474-486.

Arving C., Sjöden P.O., Bergh J., Hellbom M., Johansson B., Glimelius B. & Brandberg Y. (2007). Individual psychosocial support for breast cancer patients. *Cancer Nursing* 30: 10-19.

Avis N.E., Crawford S. & Manuel J. (2005). Quality of life among younger women with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology* 23: 3322-3330.

Beaver K., Twomey M., Witham G., Foy S. & Luker K.A. (2006). Meeting the information needs of women with breast cancer: Piloting a nurse-led intervention. *European Journal of Oncology Nursing* 10: 378-390.

Bloom J.R., Stewart S.L., Chang S. & Banks P.J. (2004). Then and now: quality of life of youngbreast cancer survivors. *Psycho-Oncology* 13: 147-160.

Bloom J.R., Stewart S.L., Johnston M., Banks P. & Fobair P. (2001). Sources of social Supportand the physical and mental well-being of young women with breast cancer. *Social Science & Medicine* 53: 1513-1524.

Broeckel J.A., Jacobsen P.B., Balducci L., Horton J. & Lyman G.H. (2000). Quality of life after adjuvant chemotherapy for breast cancer. Breast Cancer Research and Treatment 62: 141-150.

Brown M., Koch T. & Webb C. (2000). Information needs of women with noninvasive breast cancer. *Journal of Clinical Nursing* 9: 713-722.

Burgess C., Cornelius V., Love S., Graham J., Richards M. & Ramirez A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *British Medical Journal* 330: 702.

Byar K.L., Berger A., Bakken S.L. & Cetak M. (2006). Impact of adjuvant breast cancer chemotherapy on fatigue, other symptoms, and quality of life. *Oncology Nursing Forum* 33: E18-26.

Casso D., Buist D.S.M. & Taplin S. (2004). Quality of life of 5-10 year breast cancer survivors diagnosed between age 40 and 49. *Health Quality of Life Outcomes* 25: 1-9.

Chen C.M., Cano S.J., Klassen A.F., King T., McCarthy C.,Cordeiro P.G., Morrow M. & Pusic A.L. (2010). Measuring quality of life in oncologic breast surgery: A systematic review of patient-reported outcome measures. *The Breast Journal* 16: 587-597.

Clough-Gorr K.M., Ganz P.A. & Sillimon R.A. (2007). Older breast cancer survivors: factors associated with change in emotional well-being. *Journal of Clinical Oncology* 25: 1334-1340.

Courtens A.M., Stevens F.C.J., Crebolder H.F.J.M. & Philipsen H. (1996). Longitudinal study of quality of life and social support in cancer patients. *Cancer Nursing* 19: 162-169.

Davis C., Williams P., Parle M., Redman S. & Turner J. (2004). Assessing the support needs of women with early breast cancer in Australia. *Cancer Nursing* 27: 169-174.

Engel J., Kerr J., Schlesinger-Raab A., Eckel R., Sauer H. & Hölzel D. (2003a). Predictors of quality of life of breast cancer patients. *ActaOncologica* 42: 710-718

Engel J., Kerr J., Schlesinger-Raab A., Sauer H. & Hölzel D. (2004). Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: results of a 5 year prospective study. *The Breast Journal* 10: 223-231.

Engel J., Kerr J., Schlesinger-Raab., Eckel R., Sauer H. & Hölzel D. (2003c). Comparison of breast and rectal cancer patient's quality of life: results of a four year prospective study. *European Journal of Cancer Care* 12: 215-223.

Engel J., Kerr J., Sclesinger-Raab A., Sauer H. & Hölzel D. (2003b). Axilla surgery severely affects quality of life: results of a 5-year prospective study in breast cancer patients. *Breast Cancer Research and Treatment* 79: 47-57.

Fallowfield L.J. (1993). Quality of life measurement in breast cancer. *Journal of the Royal Society of Medicine* 86: 10-12.

Farquhar M. (1995). Definitions of quality of life: a taxonomy. *Journal of Advanced Nursing* 22: 502-508.

Ferrans C. (1996). Development of a conceptual model of quality of life. *Scholarly Inquiry for Nursing Practise* 10: 293-304.

Ferrans C.E., Zerwic J.J., Wilbur J.E. & Larson J.L. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of Nursing Scholarship* 37: 336-342.

Finnish Breast Cancer Group (FBCG). (2009). The treatment of breast cancer. Rintasyövän hoito. Käypähoito. Διαθέσιμο από: www.kaypahoito.fi. Πρόσβαση την: 22/5/2016.

Finnish Cancer Registry. (2011).Cancer Statistics. Διαθέσιμο από: www.cancerregistry.fi.,updated on 28.6.2011. Πρόσβαση την: 24/5/2016.

Galloway S., Graydon J., Harrison D., Evans-Boyden B., Palmer-Wickham S., Burlein-Hall

S. Rich-van-der Bij L., West P. & Blair A. (1997). Informational needs of women with a recent diagnosis of breast cancer: development and initial testing of a tool. *Journal of Advanced Nursing* 25: 1175-1183.

Guyatt G.H., Ferrans C.E., Halyard M.Y., Revicki D.A., Symonds T.L., Varricchio C.G., Kotzeva A.,Valderas J.M. & Alonso J.L. (2007). Exploration of the value of health-related quality-of-life information from clinical research and into clinical practice. *Mayo Clinic Proceedings* 82: 1229-1239.

Haas B.K. (2010). Fatigue, self-efficacy, physical activity, and quality of life in women with breast cancer. *Cancer Nursing* 34: 322-34.

Hinds C. (1990). Personal and contextual factors predicting patients' reported quality of life: exploring congruency with Betty Neuman's assumptions. *Journal of Advanced Nursing* 15: 456-462.

Hodgkinson K., Butow P., Hunt G.E.,Pendlebury S., Hobbs K.M. & Wain G. (2007). Breast cancer survivor's supportive care needs 2-10 years after diagnosis. *Supportive Care in Cancer* 15: 515-523.

Kahn R.L. & Antonucci T. (1980). Conveys over the life course: attachment, roles and social support life-span development and behaviour. In: Baltes P.B. & Orville G.P. (eds.) *Life- Span Development and behaviour.* Academic Press, New York, London, Toronto, Sydney, San Francisco.

Kahn R.L. (1979). Aging and social support. In: Riley MW. (ed.) *Aging from birth to death: Interdisciplinary perspectives* Westview

Press, Bolder CO, 77–91.
Kerr J., Engel J., Schlesinger-Raab A., Sauer H. & Hölzel D. (2003). Communication, quality of life and age: results of a 5-year prospective study in breast cancer patients. *Annals of Oncology* 14: 421-427.
Khan M.A., Bahadur A.K., Agarwal P.N., Sehgal A. & Das B.C. (2010). Psychosocial disorders in women undergoing postoperative radiation and chemotherapy for breast cancer in India. Indian *Journal of Cancer* 47: 296-303.
King M.T., Kenny P., Shiell A., Hall J. & Boyages J. (2000). Quality of life three months and one year after the first treatment for early stage breast cancer: Influence of treatment and patients characteristics. *Quality of Life Research* 9: 789-800.
Krishnasamy M. (1996). Social support and the patient with cancer: a consideration of the literature. *Journal of Advanced Nursing* 23: 757-762.
Kroenke Ch., Kubzansky L.D., Schernhammer E.S., Holmes M.D. &Kawachi I. (2006). Social networks, social support, and survival after breast cancer diagnosis. *Journal of Clinical Oncology* 24: 1105-1111.
Larsson J., Sandelin K. & Forsberg C. (2010). Health-related quality of life and healthcare experiences in breast cancer patients in a study of Swedish women. *Cancer Nursing* 33: 164-170.
Lehto U.S., Ojanen M., Dyba T., Aromaa A. & Kellokumpu-Lehtinen P. (2006). Baseline psychosocial predictors of survival in localised breast cancer. *British Journal of Cancer* 94: 1245-1252.
Lehto-Järnstedt U.S., Kellokumpu-Lehtinen P. & Ojanen M. (2002). Syöpäpotilaankokema tuki ja psyykkinenstressinhallinta. *Duodecim* 118: 1457-1465.
Luckett T., King M.T., Butow P.N., Oguchi M., Rankin N., Price M.A., Hackl N.A. & Heading G. (2011). Choosing between EORTC QLQ-C30 and FACT-G for measuring health-related quality of life in cancer clinical research: issues, evidence and recommendations. *Annals of Oncology* 21: 1-12.
Lungton J. (1997). The nature of social support as experienced by women treated for breast cancer. *Journal of Advanced Nursing* 25: 1184-1191.
Maeda T., Kurihara H., Morishima I. & Munakata T. (2008). The effect of psychological intervention on personality change, coping, and psychological distress of Japanese primary breast cancer patients. *Cancer Nursing* 31: 27-35.
Manuel J.C., Burwell S.R., Crawford S.L., Lawrence R.H., Farmer D.F.,Hege A., Phillips K. & Avis N.E. (2007).Younger women's perceptions of coping with breast cancer. *Cancer Nursing 30: 85-94.*
McIlfatrick S., Sullivan H., McKenna H. & Parahoo K. (2007). Patients' experiences of having chemotherapy in a day hospital setting. *Journal of Advanced Nursing* 59: 264-273.
Montazeri A. (2008a). Health related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. (2008). *Journal of Experimental & Clinical Cancer Research* 27:32.
Norbeck J.S. (1988). Social support. *Annals Review in Nursing Research* 6: 85–109.
Pandey M., Thomas B.C., Ramdas K., Eremenco S. & Nair M.K. (2002). Quality of life in breast cancer patients: validation of a FACT-B Malayalam version. *Quality of Life Research* 11: 87-90.
Pierce L.J. (2005). The use of radiotherapy after mastectomy: A review of the literature. *Journal of Clinical Oncology* 23: 1706-1717.
Ridner S. (2005). Quality of life and a symptom cluster associated with breast cancer treatment-related lymphedema. *Supportive Care in Cancer* 13: 904-911.
Rogers M. & Kristjanson L.J. (2002). The impact of sexual functioning of chemotherapy- induced menopause in women with breast cancer. *Cancer Nursing* 25: 57-65.
Rönkä R., Smitten von K., Tasmuth T. & Leidenius M. (2005). One-year morbidity after sentinel node biopsy and breast surgery. *The Breast* 14: 28-36.
Rustoen T. & Schjolberg T.K.R. (2000).Cancer Nursing Research Priorities. *Cancer Nursing* 23: 375-381.
Rustoen T., Moum T.,Wiklund I. & Hanestad B.R. (1999a). Quality of life in newly diagnosed cancer patients. *Journal of Advanced Nursing* 29: 490-498.
Rustoen T., Wahl A. & Burchardt C. (2000). Changes in the importance of quality of life domains after cancer diagnosis. Scandinavian *Journal of Caring Sciences* 14: 224-231.
Rutten L.J.F., Arora N.K., Bakos A.D., Aziz N. & Rowland J. (2005). Information needs and sources of information among cancer patients: a systematic review of research. (1980- 2003). *Patient Education and Counseling* 5: 250-261.
Sammarco A. (2001a). Perceived social support, uncertainty, and quality of life of young breast cancer survivors. *Cancer Nursing* 24: 212–219.
Sammarco A. (2003). Quality of life among older survivors of breast cancer. *Cancer Nursing* 26: 431-438.
Sammarco A. (2009). Quality of life of breast cancer survivors: A comparative study of age cohorts. *Cancer Nursing* 32: 347-356.
Schag C.A., Ganz P.A. & Heinrich R.L. (1991). Cancer rehabilitation evaluation system-short form. (CARES-SF). A cancer specific rehabilitation and quality of life instrument. *Cancer* 68: 1406-1413.
Schultz P.N., Klein M.J., Beck M.L., Stava C. & Sellin R.V. (2005). Breast cancer: relationship between menopausal symptoms, physiologic health effects of cancer treatment and physical constraints on quality of life in long-term survivors. *Journal of Clinical Nursing* 14& 204-211.
Shafir F., Abshorshori N.,Tahmasebi S.,Hazrati M.,Zare N. &Masoumi S. (2010). The effect of peer-led education on the life quality of mastectomy patients referred to breast cancer-clinics in Shiraz Iran 2009. *Health Quality of Life Outcomes* 8& 1-7.
Smets E.M.A.,Visser M.R.M.,Willems Groot AFMN., Garssen B., Schuster- Uitterhoeve A.L.J. & de Haes J.C.J.M. (1998). Fatigue and radiotherapy (B) experience in patients 9 months following treatment. *British Journal of Cancer* 78: 907-912.
Thewes B., Butow P., Girgis A. & Pendlebury S. (2004). The psychosocial needs of breast cancer survivors: a qualitative study of the shared and unique needs of younger versus older survivors. *Psycho-Oncology* 13: 177-189.
Turgay A.S., Khorshid L. & Eser I. (2008). Effect of the first chemotherapy course on the quality of life of cancer patients in Turkey. *Cancer Nursing* 31: 9-23.
Uzun Ö., Aslan F.E., Selimen D. & Koc M. (2004). Quality of life in women with breast cancer in Turkey. *Journal of Nursing Scholarship* 36: 207-213.
Vivar C.G. & McQueen A. (2005). Informational and emotional needs of longterm survivors of breast cancer. *Journal of Advanced Nursing* 51: 520-528.
Watters J.M., Yau J.C., Rourke K.O., Tomiak E. & Gertler S.Z. (2003). Functional status is well maintained in older women during adjuvant chemotherapy for breast cancer. *Annals Oncology* 14: 1744-1750.
Whelan T.J., Levine M., Julian J., Kirkbridge P. & Skingley P. (2000). The effects of radiation therapy on quality of life of women with breast carcinoma. Results of a randomized trial. *Cancer* 88: 2260-2266.
Wilmoth M.C., Tulman L., Coleman E.A., Stewart C.B. & Samarel N. (2006). Women's perceptions of the effectiveness of telephone support and education on their adjustment to breast cancer. *Oncology Nursing Forum* 33: 138-144.
Wyatt G., Beckrow K.C., Gardiner J. & Pathak D. (2008). Predictors of postsurgical subacute emotional and physical well-being among women with breast cancer. *Cancer Nursing* 31: E28-E39.

Health related quality of life and social support for women with breast cancer: a literature review

Aris Yfantis[1], George Intas[2], Michalis Kontos[3]
1. RMN, PgDip(ed), MSc, PhD(c), G.H. Lamia
2. RN, MSc, MHSc, PhD, G.H.N. AgiosPanteleimon-G.N.W.A. "Agia Varvara"
3. MD, Assistant Professor in Breast and General Surgery Department of Surgery, University of Athens

ABSTRACT
Literature has shown that the quality of life (QoL) of women with breast cancer is not at high levels due to the fact that both the treatments as well as the breast cancer itself, can affect the physical, psychological and social functioning of the patient in different ways. In Greece, breast cancer is the first cause of cancer in women, and its incidents are more than 4,500 cases. The purpose of this review was to investigate the QoL and to explore the social support provided to women with breast cancer. Social support protects people from pathological and harmful effects of many stressful life events and can serve as a means of protection fromthe negative consequences of a health situation. Social support in women with breast cancer has been related to QOL and is essential for the treatment of breast cancer and the adjustment to the disease stress. Social support from family, friends and healthcare professionals decreases over time quantitatively and qualitatively. The main sources of emotional support of patients with breast cancer are usually family members, friends, healthcare professionals andvolunteers that have survived from breast cancer. Patients with breast cancer have a variety of support needs in order to face the life-threatening disease, needs that remain after surgery and treatment, and are still present for extended periods afterward.

Keywords: Quality of life, social support, breast cancer, sources, effects

Corresponding Author: Aris Yfantis
e-mail: arisyfantis@gmail.com
Mobile Phone: 6945663322

Submission Date: 05/12/2016
Publication Date: 02/05/2017

Η Προγραμματισμένη Καισαρική Τομή ως μέθοδος τοκετού: μια περιγραφική ανασκόπηση

Γεωργία Ποντίκη[1], Μαριάννα Δρακοπούλου[2], Παρασκευή Αποστολάρα[3]
1. Μαία - Αναπληρώτρια Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Γ.Ν. Μ «Ε. Βενιζέλου», MSc
2. Νοσηλεύτρια - Προϊσταμένη Παιδοχειρουργικού Τμήματος Γ.Ν. Μ «Ε. Βενιζέλου» MSc, PhD
3. Νοσηλεύτρια – Εκπαιδευτικός Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, 1ο ΕΠΑΛ Καματερού, MSc, PhD

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο φυσιολογικός τοκετός (ΦΤ) είναι ο πιο ενδεδειγμένος τρόπος γέννησης, ενώ ο τοκετός με καισαρική τομή (ΚΤ) αποτελεί μία παρεμβατική διαδικασία που ενέχει κινδύνους και απευθύνεται σε γυναίκες με σοβαρές ιατρικές αντενδείξεις για ΦΤ. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια, έχει παρατηρηθεί μία ραγδαία αύξηση του αριθμού των τοκετών με ΚΤ. Ταυτόχρονα, έχει παρατηρηθεί ροπή των ζευγαριών προς την επιλογή της ΚΤ ως μεθόδου τοκετού, χωρίς ιατρικές ενδείξεις. Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι η διερεύνηση των κινήτρων και των παραγόντων που ωθούν τις επιτόκους να επιλέξουν την ΚΤ, χωρίς την ύπαρξη ιατρικών ενδείξεων. Σε πολλές μελέτες οι ερευνητές συσχετίζουν την επιλογή της ΚΤ με την αυξημένη χρήση της βιοϊατρικής τεχνολογίας, την ιατρική αμέλεια, τις αυξημένες ανησυχίες των επαγγελματιών υγείας για πιθανές επιπλοκές, καθώς και την εμπειρία προηγούμενου τοκετού. Η γυναίκα επιλέγει τον τρόπο του τοκετού της υπό το κράτος εξωτερικών, αλλά και εσωτερικών επιδράσεων, όπως η προσωπικότητά της, οι πεποιθήσεις της σχετικά με την προσωπική της ασφάλεια και την ασφάλεια του παιδιού της, τις προηγούμενες τραυματικές εμπειρίες τοκετού, τα προϋπάρχοντα ψυχολογικά προβλήματα και την τοκοφοβία. Η ΚΤ αποτελεί έναν τρόπο τοκετού με σαφείς ενδείξεις και πολλές φορές αποτελεί μονόδρομο προκειμένου να υπάρξει ασφαλής για τη μητέρα και το παιδί τοκετός. Είναι σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας, στις περιπτώσεις όπου οι ιατρικές ενδείξεις επιτρέπουν την επιλογή, να επεξηγούν με σαφήνεια όλες τις συνέπειες, θετικές και αρνητικές που δυνητικά συνοδεύουν την κάθε επιλογή, έτσι ώστε η διαδικασία της λήψης της τελικής απόφασης να λαμβάνεται με όσο το δυνατό αρτιότερο τρόπο προς όφελος της μητέρας και του παιδιού.

Λέξεις- Κλειδιά: Εμπειρίες, επιλογή, καισαρική τομή, μητρική απαίτηση, τοκετός.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Γεωργία Ποντίκη
Τηλέφωνο επικοινωνίας: 6972102510
Email: gpontiki@hotmail.com

Ημερομηνία Υποβολής: 15/03/17
Ημερομηνία Δημοσίευσης: 20/04/2017

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Τα τελευταία χρόνια, έχει παρατηρηθεί ροπή των ζευγαριών προς την επιλογή της Καισαρικής Τομής ως μεθόδου τοκετού, απουσία ιατρικών ενδείξεων.**
- **Η γυναίκα επιλέγει τον τρόπο του τοκετού της υπό το κράτος εξωτερικών αλλά και εσωτερικών επιδράσεων.**
- **Η διαδικασία λήψης της τελικής απόφασης για τον τοκετό ενός παιδιού πρέπει να λαμβάνεται με όσο το δυνατό αρτιότερο τρόπο, προς όφελος της μητέρας και παιδιού.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο φυσιολογικός τοκετός (ΦΤ) είναι ο πιο ενδεδειγμένος τρόπος γέννησης, ενώ ο τοκετός με καισαρική τομή (ΚΤ) αποτελεί μία παρεμβατική διαδικασία που ενέχει κινδύνους και απευθύνεται σε γυναίκες με σοβαρές ιατρικές αντενδείξεις για ΦΤ (MacMillan 2010). Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια, ταυτόχρονα με την πρόοδο της βιοϊατρικής τεχνολογίας σχετικά με την αναπαραγωγική λειτουργία, έχει παρατηρηθεί μία ραγδαία αύξηση του αριθμού των τοκετών με ΚΤ. Ταυτόχρονα, έχει παρατηρηθεί ροπή των ζευγαριών προς την επιλογή της ΚΤ ως μεθόδου τοκετού, χωρίς να υπάρχουν οι απαραίτητες ιατρικές ενδείξεις (Davidson 2012).

Σε παγκόσμιο επίπεδο, κυρίως στον ιδιωτικό τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας, διαφαίνεται μία αυξημένη τάση των επιτόκων να επιλέγουν την ΚΤ, αντί του ΦΤ. Στην Ελλάδα, είναι περιορισμένες οι μελέτες με ανάλογο περιεχόμενο και συνεπώς τα δεδομένα αναφέρονται επί το πλείστον στη διεθνή πραγματικότητα.

Στην παρούσα εργασία, επιχειρείται η διερεύνηση των κινήτρων και των παραγόντων που ωθούν τις επιτόκους να επιλέξουν την ΚΤ ενώ δεν συνυπάρχουν ιατρικές ενδείξεις. Ο στόχος ήταν να περιγραφεί ο τρόπος λήψης της απόφασής τους να γεννήσουν τα παιδιά τους με ΚΤ, χωρίς να υπάρχουν αντίστοιχες ιατρικές ενδείξεις που να τις υποχρεώνουν σε αυτόν τον τρόπο τοκετού.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΗ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

Εννοιολογικός Προσδιορισμός

Ως Καισαρική Τομή ορίζεται η χειρουργική τομή που διενεργείται επί των κοιλιακών τοιχωμάτων και της πρόσθιας επιφάνειας της μήτρας, προκειμένου να γεννηθεί το έμβρυο και να εξέλθουν ο πλακούντας και οι εμβρυϊκοί υμένες (Τζεβελέκης και συν 2008). Πρόκειται για μείζονα χειρουργική επέμβαση και συνήθως επιτελείται με περιοχική αναισθησία (Keogh et al 2005). Βασικές ενδείξεις επιλογής της ΚΤ ως μεθόδου τοκετού αποτελεί η αυξημένη πιθανότητα γέννησης μη βιώσιμου νεογνού, εξαιτίας δυσαναλογιών μεγέθους της κεφαλής του εμβρύου και της ανατομίας της εγκύου και προβλημάτων στον πλακούντα ή τον κόλπο (Ainbinder 2003).

Η ΚΤ διακρίνεται σε επείγουσα και προγραμματισμένη. Η επείγουσα αναφέρεται στην ΚΤ που υπαγορεύεται από επιπλοκές της εγκυμοσύνης και του τοκετού, ενώ η προγραμματισμένη εκτελείται πριν την έναρξη του πρώτου σταδίου του τοκετού και πριν την εμφάνιση επιπλοκών που θα την καθιστούσαν επείγουσα . Ως ΚΤ από επιλογή ορίζεται η ΚΤ που πραγματοποιείται χωρίς να υπάρχουν ιατρικές ενδείξεις (National Institutes of Health 2006).

Οι κίνδυνοι από την ΚΤ

Πολλοί επαγγελματίες υγείας θεωρούν ότι η ΚΤ μετά από επιλογή της μητέρας, αποτελεί μία ακόμα έκφανση της ελευθερίας της να επιλέξει τον τρόπο με τον οποίο θα γεννήσει και λειτουργεί προστατευτικά για τη μητέρα και το παιδί (Wax et al 2005). Όμως, υπάρχουν σαφείς κίνδυνοι και κοινωνικο-οικονομικές επιπτώσεις.

Συγκρίνοντας τον ΦΤ με τον τοκετό με ΚΤ, για την μητέρα είναι πολύ πιο πιθανό να παρατηρηθούν επιπλοκές και ανεπιθύμητα συμβάματα, όπως τραυματισμός εσωτερικού οργάνου, μείζων λοίμωξη, ανεξέλεγκτη αιμορραγία που μπορεί να οδηγήσει σε επείγουσα υστερεκτομή, επιπλοκές από την αναισθησία και άλλα (Goer & Jukelevics 2010). Επίσης, μπορούν να υπάρξουν και αρνητικές ψυχολογικές συνέπειες όπως κακή εμπειρία από τον τοκετό, μειωμένη αυτοεκτίμηση, φόβος, έλλειψη αυτοπεποίθησης, κατάθλιψη και μετατραυματικό στρες. Τέλος, δεν μπορεί να αποκλειστεί ο θάνατος ως επιπλοκή από την ΚΤ. Χαρακτηριστικά σε μελέτη στον Καναδά διαφαίνεται ότι το ποσοστό της θνησιμότητας για τις γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ΚΤ υπολογίστηκε στο 27,3% ενώ για τις γυναίκες που γέννησαν διακολπικώς (ΦΤ) υπολογίστηκε σε 9% (Lui et al 2007).

Παράλληλα, συγκρίνοντας τον ΦΤ με τον τοκετό με ΚΤ, για το παιδί μπορεί να υπάρξει σχετική προωρότητα λόγω προγραμματισμένου τοκετού και επιπλοκές, ενώ μπορούν να παρατηρηθούν επιπλοκές και ανεπιθύμητα συμβάματα, όπως χειρουργικοί τραυματισμοί, επανεισαγωγή στο νοσοκομείο, ανάπτυξη άσθματος και διαβήτη

τύπου Ι, μέχρι και θάνατο κατά τις 28 πρώτες ημέρες μετά τη γέννηση (MacDorman 2008). Σε μελέτες αναφέρονται προβλήματα στη γαλουχία και κυρίως το θηλασμό, τόσο στο παιδί όσο και στη μητέρα καθώς και μειωμένη σωματική επαφή μητέρας- νεογνού (Prior et al 2012). Μία άλλη παράμετρος που είναι σκόπιμο να εξεταστεί είναι το κόστος, είτε ως άμεσο κόστος του τοκετού με ΚΤ σε σύγκριση με το ΦΤ είτε ως έμμεσο κόστος μέσω των επιπλοκών (Truven 2013).

Προγραμματισμένη Καισαρική Τομή ως Επιλογή της Γυναίκας

Αποτελεί αδιαμφισβήτητη πραγματικότητα η αύξηση του ποσοστού των τοκετών με ΚΤ κυρίως στις μέσου και υψηλού οικονομικού επιπέδου χώρες, παρά την συντονισμένη προσπάθεια που γίνεται για το αντίθετο. Η αιτιολόγηση της αύξησης αυτής καθώς και οι συνέπειές της δεν έχουν διερευνηθεί πλήρως (Belizán 2007). Στην Ελλάδα, σύμφωνα με αναδρομικές μελέτες, υπολογίζεται ότι στην περιοχή των Αθηνών το 41,6% των τοκετών σε δημόσια νοσοκομεία και το 53% σε ιδιωτικά νοσοκομεία, έγιναν με ΚΤ (Mossialos 2005).

Σε μία προσπάθεια ερμηνείας των λόγων αύξησης των ποσοστών των τοκετών με ΚΤ, οι ερευνητές συσχετίζουν την επιλογή της ΚΤ με την αυξημένη χρήση της βιοϊατρικής τεχνολογίας, την ιατρική αμέλεια, την αλλαγή στα δημογραφικά στοιχεία των εγκύων και την αυξημένη ανησυχία των επαγγελματιών υγείας για επιπλοκές που μπορεί να αποβούν απειλητικές για τη ζωή της επιτόκου. Επίσης, προηγούμενος τοκετός με ΚΤ καθορίζει την τέλεση ΚΤ και σε επόμενους τοκετούς.

Ως συνέπεια της γενικότερης αυτής αύξησης του ποσοστού των τοκετών με ΚΤ προκύπτει και ο τοκετός με ΚΤ μετά από επιλογή της εγκύου. Χαρακτηριστικά αναφέρεται αναδρομική μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 24 νοσοκομεία της Νορβηγίας και σύμφωνα με την οποία, σε ένα σύνολο 18.653 τοκετών, το 7,6% αυτών αποτελούσαν τοκετοί με καισαρική τομή ως επιλογή της μητέρας (Kolas et al 2003). Παγκοσμίως, παρατηρείται μία τάση αύξησης των ποσοστών των γυναικών που επιλέγουν να γεννήσουν με καισαρική τομή, χωρίς να υπάρχουν οι αντίστοιχες ιατρικές ενδείξεις. Είναι λογικό να υποτεθεί ότι κάθε γυναίκα ευελπιστεί να έχει μία θετική εμπειρία από τη γέννηση του παιδιού της. Η σκέψη των ωδίνων του τοκετού απασχολεί σοβαρά τις περισσότερες μέλλουσες μητέρες (Saisto et al 2001). Σχετικά με τον πόνο, η κοινή γνώμη τοποθετείται σαφώς υπέρ της άποψης ότι η ΚΤ από επιλογή αποτελεί την «εύκολη επιλογή». Αυτή η άποψη έχει συμβάλει σημαντικά στην αύξηση των ποσοστών των τοκετών με ΚΤ από επιλογή (Barber 2011). Ο φόβος, ως ο κυριότερος από τους ψυχολογικούς παράγοντες που συμβάλλουν καθοριστικά στην επιλογή του τρόπου του τοκετού, σύμφωνα με τους Rahnama et al (2015) υποδηλώνει ότι θα πρέπει να ενισχυθούν τα προγεννητικά εκπαιδευτικά προγράμματα που σχετίζονται με την εκπαίδευση των εγκύων και την καταπολέμηση των φόβων που σχετίζονται με τη διαδικασία της γέννας. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι γυναίκες κατά τον τοκετό χρειάζονται συνεχή υποστήριξη για να έχουν μια θετική εμπειρία (Lundgren et al 2009, Hodnett et al 2013).

Σε μία μελέτη στην Αυστραλία, γυναίκες ανέφεραν ότι είδαν τον εαυτό τους ως μέσο γέννησης του μωρού, με αναγωγή της γέννησης σε γεγονός που αφορά μόνο στο παιδί και όχι στη γυναίκα. Σύμφωνα με αυτό το σκεπτικό, αποσυνέδεαν τον εαυτό τους από το σώμα τους και δήλωναν απώλεια της αίσθησης ελέγχου του εαυτού τους και αυτοδιάθεσης Ως συνέπεια αυτού, η επιλογή της ΚΤ ήταν μονόδρομος (Fenwick et al 2010). Εντούτοις, έχει αποδειχθεί ότι ο τοκετός με ΚΤ από επιλογή, συχνά δεν αποφέρει τα προσδοκώμενα οφέλη για την μητέρα και το παιδί, αντιθέτως, εμπεριέχει υψηλότερο κίνδυνο, τόσο σωματικό όσο και συναισθηματικό, συγκρινόμενος με το ΦΤ (McFarlin 2004).

Μία γυναίκα επιλέγει τον τρόπο του τοκετού της υπό το κράτος εξωτερικών και εσωτερικών επιδράσεων. Ως εσωτερικές επιδράσεις μπορούν να θεωρηθούν, η προσωπικότητά της, η άποψή της σχετικά με την μητρότητα, οι πεποιθήσεις της σχετικά με την ασφάλεια του παιδιού και τη δική της (Penna 2003), προηγούμενες τραυματικές εμπειρίες τοκετού, προϋπάρχοντα ψυχολογικά προβλήματα, σε συνδυασμό με παρελθόν σωματικής ή σεξουαλικής βίας, ο φόβος, η άποψή της για την μετά τον τοκετό κατάσταση του σώματός της και άλλα (Niino 2011). Επίσης, συνυπολογίζεται ο χρόνος για την μετά τον τοκετό επαναφορά στην πρότερη φυσική δραστηριότητα και ο φόβος της αναισθησίας (Black 2005). Η «τοκοφοβία» είναι ο αναίτιος φόβος που αφορά στον τοκετό και σαφώς στρέφει την έγκυο προς την ΚΤ, συχνά με τη σύμφωνη γνώμη του ιατρού της (Eriksson 2006).

Παράλληλα, τονίζεται και η άνεση και η αίσθηση του ελέγχου στην περίπτωση του προγραμματισμένου τοκετού με ΚΤ. Ενώ στις εξωτερικές επιδράσεις εντάσσονται η οικογένεια και οι φίλοι, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, οι επαγγελματίες υγείας και κοινωνικά στερεότυπα. Το εργασιακό καθεστώς επίσης αποτελεί ένα παράγοντα που συντελεί στην επιλογή του τοκετού με ΚΤ, σε συνδυασμό με το μειωμένο διαθέσιμο χρόνο και τις περιορισμένες κοινωνικές παροχές (Keogh et al 2005). Στις ΗΠΑ παρατηρήθηκε μία προτίμηση ως προς το χρόνο επιλογής του τοκετού, με αυξημένη προτίμηση για το τέλος του Δεκεμβρίου, προκειμένου να συνδυαστεί η άφιξη του παιδιού με μειώσεις στη φορολόγηση της οικογένειας (Lo 2003).

Ένας ακόμη παράγοντας που ενισχύει το φόβο των γυναικών για το φυσιολογικό τοκετό, είναι οι εμπειρίες συγγενών και φίλων. Στη μελέτη των Arthur και Payne (2005) οι συμμετέχουσες θεώρησαν ότι ο φυσιολογικός

τοκετός είναι απρόβλεπτος και δυνητικά επικίνδυνος, βασισμένες σε ιστορίες άλλων γυναικών από την οικογένεια ή το ευρύτερο φιλικό περιβάλλον. Επιπρόσθετα, οι ίδιες γυναίκες διατύπωναν ότι μια πιο τεχνολογικά προηγμένη μέθοδος, όπως η καισαρική τομή, αποτελούσε ασφαλέστερη εναλλακτική επιλογή. Και στη μελέτη των Munro et al (2009), οι περισσότερες γυναίκες αναζητούν πληροφορίες από την οικογένεια και τους φίλους για να αποκτήσουν μια ακριβή εικόνα η οποία κατά κύριο λόγο εστιάζεται στα αρνητικά σημεία του τοκετού και στα θετικά της καισαρικής τομής.

Ένας όμως ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας είναι ο γυναικολόγος. Εκτός από τις περιπτώσεις που ιατρικώς επιβάλλουν την ΚΤ, συχνά οι γυναικολόγοι ωθούν τις εγκύους στην επιλογή αυτού του τρόπου τοκετού καθώς είναι πιο ξεκούραστος τρόπος και διευκολύνει το πρόγραμμά τους για διάφορους λόγους (Hannah 2006). Πρωτίστως, δεν δραστηριοποιούνται σε μη εργάσιμο ωράριο, λιγότερες ΚΤ πραγματοποιούνται τις Κυριακές και μετά τις 5 το απόγευμα (Lo 2003), επιπρόσθετα ενώ ένας ΦΤ μπορεί να διαρκέσει και περισσότερο από 12 ώρες, ο τοκετός με ΚΤ διαρκεί περί τα 30΄ (Zhang 2010), οικονομικά αποφέρει μεγαλύτερες απολαβές και φαίνεται να είναι νομικά πιο ασφαλής, ιδιαίτερα όταν ο ιατρός έχει σημαντική χειρουργική εμπειρία και ελαχιστοποιούνται οι επιπλοκές (Penna & Arulkumaran 2003). Σε πολλές μελέτες αναφέρεται η υποστηρικτική στάση των γιατρών στην απόφασή τους να υποβληθούν σε καισαρική τομή για μη ιατρικούς λόγους, ενώ κανένας γιατρός δεν τους ενημέρωσε σχετικά τους κινδύνους της, ή προσπάθησε να τις μεταπείσει και να προσπαθήσουν να γεννήσουν φυσιολογικά (Puia 2013). Σε άλλες πάλι μελέτες οι επαγγελματίες υγείας τις ενθάρρυναν να υποβληθούν σε καισαρική τομή (Yazdizadeh et al 2011, Kamal 2013). Σύμφωνα με διεθνή μελέτη, «καμία γυναίκα δεν αναζήτησε μια δεύτερη γνώμη, ούτε αμφισβήτησε το γιατρό της» θεωρώντας ότι ο γιατρός της υποστήριξε και ενίσχυσε την «ασφαλή» και λογική επιλογή της (Fenwick et al 2010). Ένα ακόμη, κομβικό σημείο είναι η ανάπτυξη σχέσεων εμπιστοσύνης με τις μαίες, καθώς μελέτες έχουν καταδείξει ότι στην περίπτωση αυτή ενθαρρύνεται ο ΦΤ σε σύγκριση με την κατ' επιλογή ΚΤ, ενώ όταν η σχέση εμπιστοσύνης αναφέρεται στον ιατρό, η απόφαση κλείνει προς την ΚΤ (Barros et al 2015).

Τέλος, η διαδικασία της λήψης της απόφασης είναι περίπλοκη και έχουν αναπτυχθεί διάφορα μοντέλα για την ερμηνεία της. Η διαδικασία λήψης της απόφασης ορίζεται ως η ανάλυση των πληροφοριών και η εφαρμογή της απόφασης (Bagheri 2003). Το κοινό σημείο είναι ότι η έγκυος είναι υγιές άτομο που επιθυμεί και είναι σε θέση να λάβει αποφάσεις για τον τοκετό της, λαμβάνοντας όμως υπόψη ότι μπορεί να βρίσκεται υπό το κράτος συναισθηματικού στρες (McCaffery et al 2007). Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Κίνα οι γυναίκες επικαλέστηκαν φόβο για τις ωδίνες του τοκετού και την υγεία του μωρού, κυρίως με τη σκέψη ότι μπορούν να φέρον στον κόσμο μόνο ένα παιδί, πληροφορίες από το οικογενειακό περιβάλλον και τους φίλους, τους επαγγελματίες υγείας, καθώς και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών στην περιοχή τους. Η όλη διαδικασία περιγράφτηκε σε πέντε στάδια, ενώ η δυσκολία εντοπίστηκε στο να πείσουν τον ιατρό τους για την ορθότητα της επιλογής τους (Cheung et al 2006).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η δυνατότητα της «επιλογής», αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει την απόφαση μιας γυναίκας να υποβληθεί σε ΚΤ. Η λέξη «κατ' επιλογήν» από μόνη της αποτελεί μια εναλλακτική λύση λόγω δικής της προαίρεσης. Στο επίκεντρο της επιλογής των γυναικών βρίσκεται η γέννηση ενός υγιούς μωρού. Μέσω της παρούσας ανασκόπησης, προσδιορίστηκε ο καθοριστικός ρόλος του γιατρού, η ενθάρρυνση και η υποστηρικτική του στάση στην απόφασή των γυναικών να υποβληθούν σε ΚΤ ενώ επισημάνθηκε η θεώρηση ότι η τεχνολογία έχει δώσει περισσότερες ασφαλείς επιλογές και καλύτερη φροντίδα όταν πρόκειται για την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τη γέννηση ενός υγιούς παιδιού.

Η ΚΤ αποτελεί έναν τρόπο τοκετού με σαφείς ενδείξεις και πολλές φορές αποτελεί μονόδρομο προκειμένου να υπάρξει ασφαλής για τη μητέρα και το παιδί τοκετός. Όμως, συνδέεται και με επιπλοκές που στην περίπτωση της εθελουσίας ΚΤ θα πρέπει να αναφέρονται αναλυτικά στην επίτοκο. Είναι πολύ σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας, στις περιπτώσεις όπου οι ιατρικές ενδείξεις επιτρέπουν την επιλογή, να επεξηγούν με σαφήνεια όλες τις συνέπειες, θετικές και αρνητικές που δυνητικά συνοδεύουν την κάθε επιλογή, έτσι ώστε η διαδικασία της λήψης της τελικής απόφασης να λαμβάνεται με όσο το δυνατό αρτιότερο τρόπο επ' ωφελεία μητέρας και παιδιού.

Συμβολή των συγγραφέων

ΓΠ: συμμετείχε στην σύλληψη και το σχεδιασμό της ανασκόπησης, την συλλογή των δεδομένων και την συγγραφή του κειμένου. ΜΔ και ΠΑ: συμμετείχαν στην συλλογή των δεδομένων και την συγγραφή του κειμένου. Όλοι οι συγγραφείς αξιολόγησαν κριτικά το σύνολο του κειμένου και ενέκριναν την υποβολή του προς δημοσίευση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ainbinder S.W. (2003). Operative delivery. In A.H. DeCherney and L. Nathan (Eds) *Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment* (pp. 499-530).

Arthur D. & Payne D. (2005). USA: Maternal request for an elective caesarean section. *New Zealand College of Midwives Journal* 33: 17-20.

Bagheri A.M., Salsali M. & Ahmadi F. (2003). Clinical Decision-Making: a Way to Professional Empowerment in Nursing. *Iranian Journal of Medical Education* 3: 3-13.

Barber E.L, Lundsberg L., Belanger K., Pettker C.M., Funai E.F. & Illuzzi J.L. (2011). Contributing Indications to the Rising Cesarean Delivery Rate. *Obstetrics and gynecology* 118(1): 29-38.

Barros F.C., Matijasevich A., Maranhão A.G., Escalante J.J., Neto D.L. & Fernandes R.M. (2015). Cesarean sections in Brazil: will they ever stop increasing? *Rev Panam Salud Publica* 38(3): 217-25.

Belizán J.M., Althabe F. & Cafferata M.L. (2007).Health consequences of the increasing caesarean section rates. *Epidemiology* 18(4): 485-6.

Black C., Kaye J.A. & Jick H. (2005). Cesarean delivery in the United Kingdom: time trends in the general practice research database. *Obstet Gynecol* 106(1): 151-5.

Cheung N.F., Mander R., Cheng L., Chen V.V. & Yang X.Q. (2006). Caesarean decision-making: Negotiation between Chinese women and healthcare professionals. *Evidence Based Midwifery* 4(1): 24.

Davidson M.R., London M.L. & Ladewig P.W. (2012). Olds' maternal newborn nursing & women's health across the lifespan *(9th ed)*. Upper Saddle River, N.J.: Pearson Education, Inc.

Eriksson C., Westman G. & Hamberg K. (2006). Content of Childbirth-Related Fear in Swedish Women and Men-Analysis of an Open-Ended Question. *Journal of Midwifery & Women's Health* 51(2): 112-118.

Fenwick J., Staff L., Gamble J., Creedy D.K. & Bayes S. (2010). Why do women request caesarean section in a normal healthy pregnancy. *Midwifery* 26 (4): 394-400.

Goer H. & Jukelevics N. (2010). Coalition for Improving Maternity Services. Available at: http://www.motherfriendly.org/resources/documents/ therisksofcesareansectionfebruary2010.pdf. Accessed in:8/12/15.

Hannah M.E. (2004). Planned elective cesarean section: A reasonable choice for some women? *Canadian Medical Association Journa*l 170(5): 813-814.

Hodnett E.D., Gates S., Hofmeyr G.J. & Sakala C. (2013). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database* Syst Rev. 7.

Kamal S.M. (2013). Preference for Institutional Delivery and Caesarean Sections in Bangladesh. *Journal of Health, Population, and Nutrition* 31(1): 96-109.

Keogh E., Hughes S., Ellery D., Daniel C. & Holdcroft A. (2005). Psychosocial influences on women's experiences of planned elective cesarean section. *Psychosomatic Medicine* 68, 167-174.

Kolas T., Hofess D., Daltveit A., Nilsen S., Henrickson T., Hager R., Ingemarsson I. & Ølian P. (2003). Indications for cesarean deliveries in Norway. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 188(4): 864.

Lo J. (2003). Patient's attitudes vs. physician's determination: Implications for cesarean sections. *Social Science & Medicine* 57(1): 91.

Lui S., Liston R., Joseph K., Heaman M., Sauve R. & Kramer M. (2007). Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean section 112 versus planned vaginal delivery at term. *Canadian Medical Association Journal* 176: 455.

Lundgren I., Karlsdottir S. & Bondas T. (2009). Long-term memories and experiences of childbirth in a Nordic context: a secondary analysis. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 4: 115-128.

MacDorman M.F., Declercq E., Menacker F. & Malloy M.H. (2008). Neonatal mortality for primary cesarean and vaginal births to low-risk women: Application of an "intention-to-treat" model. *Birth* 35(1): 3-8.

MacMillan D.T. (2010). Understanding the health beliefs of first time mothers who request an elective cesarean versus mothers who request a vaginal delivery. *Nursing Dissertations* 14: 23-33.

McCaffery K., Irwig K. & Bossuyt P. (2007). Patient decision aides to support clinical decision making: Evaluating the decision or the outcomes of the decision. *Medical Decision Making* 27(19): 625.

McFarlin B. (2004). Elective cesarean birth: Issues and ethics of informed consent. *Journal of Midwifery & Women's Health* 49: 421.

Mossialos E., Allin S., Karras K. & Davaki K. (2005). An investigation of Caesarean sections in three Greek hospitals: the impact of financial incentives and convenience. *Eur J Public Health* 15: 288-295.

Munro S., Kornelsen J. & Hutton E. (2009). Decision Making in Patient-Initiated Elective Cesarean Delivery: The Influence of Birth Stories. *Journal of Midwifery and Women's Health* 54: 373-379.

National Institutes of Health (2006). NIH State of the science Conference statement on Cesarean delivery on maternal request. Bethesda.

Niino Y. (2011). The increasing cesarean rate globally and what we can do about it ? *BioScience Trends* 5(4): 139-150.

Penna L. & Arulkumaran S. (2003). Cesarean section for non-medical reasons. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 82: 399.

Prior E., Santhakumaran S., Gale C., Philipps L.H., Modi N. & Hyde M.J. (2012). Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. *American Journal of Clinical Nutrition* 95(5): 1113-35.

Puia D.M. (2013). The cesarean decision survey. *The Journal of Perinatal Education* 22: 212-225.

Rahnama P., Mohammadi K. & Montazeri A. (2015). Salient beliefs towards vaginal delivery in pregnant women: A qualitative study from Iran. *Reproductive Health*. 13: 7.

Saisto T., Salmela-Aro K., Nurmi J., Kononen T. & Halmesmaki E. (2001). A randomized controlled trial of intervention in fear of childbirth. *Obstetrics and Gynecology* 98: 820.

Truven Health Analytics. (2013). The cost of having a baby in the United States. Greenwood Village (CO): Truven Health Analytics;

Wax J., Cartin A., Pinette M. & Blackstone J. (2004). Patient choice cesarean: An evidence-based review. *Obstet Gynecol* Surv 59: 601-616.

Yazdizadeh B., Nedjat S., Mohammad K., Rashidian A., Changizi N. & Majdzadeh R. (2011). Cesarean section rate in Iran, multidimensional approaches for behavioral change of providers: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 11: 159.

Zhang J., Troendle J. & Reddy U.M. (2010). Contemporary Cesarean Delivery Practice in the United States. *American journal of obstetrics and gynecology* 203(4): 326.

Τζεβελέκης Φ., Παπαδόπουλος Α., Τσαλίκης Χ. & Σταματόπουλος Χ. (2008) Καισαρική τομή: νεότερα δεδομένα. *Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία* 20(2): 139-145.

Elective cesarean section as a woman's choice: a narrative literature review

Georgia Pontiki[1], Marianna Drakopoulou[2], Paraskevi Apostolara[3]
1. Midwife, Vice Director, Nursing Department, General and Maternity District Hospital Helena Venizelou, MSc
2. Clinical Nurse Manager, General and Maternity District Hospital Helena Venizelou RN, MSc, PhD
3. Vocational Training School Teacher, RN, MSc, PhD, 1st EPAL Kamaterou, Scientific Partner of the Faculty of Nursing, National and Kapodistrian University of Athens

ABSTRACT
The natural childbirth is the most indicated way of birth, while the cesarean section (C-section) is an intervening procedure that includes risks and is addressed to women with serious medical contraindications for natural birth. However, there has been a rapid increase in C-section deliveries in recent years. At the same time, there has been a tendency of the couples to choose a C-section without medical evidence. The purpose of the present review is the exploration of the motivation and the factors that urge the new mothers to choose a C-section while there is no medical evidence. In many studies researchers correlate the C-section choice with the increased use of biomedical engineering, the medical malpractice, and the increased concerns of health professionals for possible complications along with the previous delivery experience. A woman chooses the way of delivery under not only external but also internal factors such as personality, beliefs related to the baby's and her security, the previous traumatic delivery experiences, the preexisting psychological problems and the delivery phobia. The C-section is a way of delivery with certain indications and many times is the only way in order the delivery to be safe for both the mother and the baby. It is very important for the health professionals, in cases where the medical evidence allows the choice, to clarify all the consequences, both positive and negative that could accompany each choice, so that the procedure of the final decision to be made in the best possible way for the benefit of the mother and the baby.

Keywords: Birth, cesarean section, choice, experience, woman's demand.

Corresponding Author: Georgia Pontiki
Telephone number: 6972102510
Email: gpontiki@hotmail.com

Submission Date: : 15/03/17
Publication Date: 20/04/2017

The level of perceived quality and safety of health services by recipients. Recommendations and interventions for health care policies

Foteini Koulouri [1], George Anastopoulos [2], George Avramidis [3], Dimitrios Skoutelis[4]
1. Administrative Scientist, MSc, PhD(c), Head of the Directorate of Financial Services of Ministry of Health, Greece
2. Health Economist Expert, MSc, PhD, Athens University of Economics and Business, National and Kapodistrian Universtity of Athens, Greece
3. RN, MSc, Psychiatric Hospital of Athens, Greece, 4. RN, MSc, "Elpis" General Hospital of Athens, Greece

ABSTRACT

In recent years, the importance of the quality in health sector is more and more acknowledged. In broader terms the literature on quality in health care contributed to this, and stressed the importance of meeting the needs of the service recipient. Safety and quality in health care constitute a multi-dimensional parameter and involve many factors and various resources. Safety is positively associated to the quality, as the existence of the one ensures the improvement of the other. Thus, there is a great effort to create a framework, through guidelines and instructions that could contribute to the protection and development of quality and safety. It is important that this framework includes many features that have been expressed as requests by the patients themselves and which can contribute to the development of realistic and effective recommendations for improvement.

Greek reality reveals certain gaps in safety and quality of services delivered, so the main attention has to be focused on developing an integral national health policy; the development of guidelines and the appropriate evaluation of their implementation could be a first effective approach. Formulating an institutional framework about safety and quality in health sector should be incorporated in the culture of all health organizations. To this end, the involvement of health professionals is a vital and strategic point. Health care practitioners should incorporate safety and quality culture in their daily routine and health managers should enact efficient ways of evaluation and control mechanisms in order to achieve better outcomes. Motivation to this direction and active participation should be encouraged with positive approaches, away from any kind of sanction. Any mistakes, adverse effects and deviations should be identified, reported, analyzed and formulate the base of the corrective action. In conclusion, safety and quality in health sector are essential and strongly associated with health services users' satisfaction and quality of life; thus stakeholders and health professionals should focus on these basic conditions in order to achieve the "Health for All" goals in a national, international and universal perspective.

Key Words: Health policy, health services, patients' satisfaction, quality, safety.

Corresponding Author: Foteini Koulouri
Tel.: +302132161502
e-mail: fotinikoulouri@yahoo.com

Submission Date: 15/04/2017
Publication Date: 08/05/2017

HIGHLIGHTS

- **Safety and quality in health care constitute a multi-dimensional parameter in health sector.**
- **Safety is positively associated to the quality in health services.**
- **In order to assure safety and enhance the quality of a health organization, the development of guidelines and the appropriate evaluation of their implementation constitute a first effective approach.**
- **In order to assure better health outcomes, health care practitioners should incorporate safety and quality culture in their daily routine and health managers should enact efficient ways of evaluation and control mechanisms.**

INTRODUCTION

In recent years, the importance of the quality in health sector is more and more acknowledged. In broader terms the literature on quality in health care contributed to this, and stressed the importance of meeting the needs of the service recipient. In this context, the quality was evaluated, usually with scales that measure the satisfaction of the patient (Ifantopoulos 2007; Ifantopoulos & Sarris 2001). However, these approaches presented a major problem and this was the lack of a single conceptual framework for quality assessment oriented to the patient satisfaction in order to have comparable results and useful conclusions. It seems that so far the theoretical background and the research conducted mainly reflected the views and beliefs of the researchers rather than the recipients (Raftopoulos 2005).

Thus it is obvious that despite the extensive research activity, there are still significant gaps that should be addressed. Respectively, the aim of this review is to identify the health systems that present weaknesses in terms of quality and safety and to indicate corrective action.

Fields of quality and safety weaknesses in health systems

In 2010 Eurobarometer published a report on the quality and safety in the EU health systems. The findings of this survey showed significant deficits in both areas. In particular, with regard to the hospital care, a large percentage of patients did not consider the services provided safe, and also reported that during their hospitalization they felt they were at risk, and that was unexpected.

The results of the survey came from 26.663 interviews that were conducted in 27 European Union Member States (EuroBarometer 2010)

Figure 1. How likely do you think it is that patients could be harmed by a) hospital care and b) non-hospital care in our country? (EuroBarometer 2010)

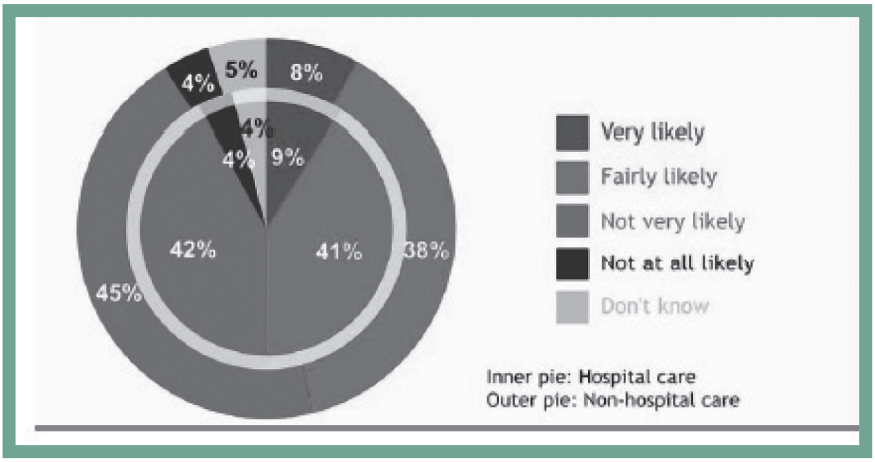


Figure 2. How likely do you think is that patients could be harmed by a) hospital care in our country? and b) by non-hospital care in our country? % EU (EuroBarometer 2010)

	HOSPITAL CARE		NON-HOSPITAL CARE	
	Likely	Not likely	Likely	Not likely
EU27	50%	46%	46%	49%
Sex				
Male	47%	49%	44%	51%
Female	53%	43%	48%	47%
Education (End of)				
15-	49%	46%	44%	50%
16-19	52%	44%	48%	47%
20+	49%	48%	47%	49%
Still studying	45%	48%	45%	48%
Difficulties to pay bills				
Most of the time	60%	35%	56%	39%
From time to time	56%	40%	52%	43%
Almost never	47%	49%	43%	52%

Regardless of whether this belief of the patients is real or not, in hospitalized patients the unsafe is more than those who are not afraid while in external patients are fewer (figure 1). Moreover, the beliefs constitute the safety culture. The core beliefs or assumptions that people share with each other on safety issues are the cognitive and emotional reactions to these problems and in this way they reflect the values they have about this issue (Guldenmund 2000).

By the demographics of those with such perceptions becomes obvious that women, young persons and people with financial difficulties are included (figure 2) (EuroBarometer 2010). Recourse to secondary care is the result of basic structural failures in the health systems under consideration, especially for those without adequate primary health service network.

Characteristically, those who believe that instead of improving their health it will deteriorate in the hospital, they do not generally refer to it, but instead they report specific problems arising during a hospitalization and in particular they report the hospital infections and incorrect or delayed diagnoses (EuroBarometer 2010).

The investigation showed that the hospitals themselves do not endeavor to protect their purpose and their work from a potential error or an unfortunate development that can be considered as an error. A significant proportion of patients, 17%,were never asked to give their written consent to undergo a medical operation, leaving them exposed in case of problems.

Before making reference to the quality problems found in the EU health systems, it is important, given the complexity of the concept, to deal with what the patients themselves consider it to be. The Eurobarometer survey demonstrated that the patients regard the health quality as the good training of the medical and nursing staff, the implementation of effective treatments, the prompt service, the modern equipment, the respect of their rights, dignity and personality, the assurance that they will not be harm, the right to choose on their own the physician that will treat them, the proximity to the hospital and to the physician and the friendly welcome (EuroBarometer 2010).

The survey also demonstrated that there are major differences between the assessments of the health systems in each country. For example, while the vast majority of Austrians and Belgians consider the health quality of the health systems in their countries good, in countries like Romania and Greece a significant proportion of up to about one quarter, evaluates the quality of the health system of their country as very poor (EuroBarometer 2010).

The data presented in this report, suggest two main conclusions. One is that the weaknesses existed extend to different levels and have multiple origins. For example, the belief that there is a serious possibility of a wrong diagnosis in a hospital may include a degree of truth but a part of it emerges from the misinformation and the lack of proper information of the patients. Furthermore, it appears that there is a lack in complying with the institutional framework as evidenced by the lack of the patient's consent. It should be also noted that there are significant differences among national health systems as there are significant differences between the EU countries.

Figure 3. Criteria of high quality in the sample survey (EuroBarometer 2010)

	Medical staff that is well trained	Treatment that works	No waiting lists to get seen and treated	Respect of a patient's dignity	Modern medical equipment	Free choice of doctor	Proximity of hospital and doctor	Healthcare that keeps you safe from harm	environment at the healthcare facility	Free choice of hospital	A welcoming and friendly environment	DK
EU27	52%	39%	29%	27%	27%	22%	22%	22%	19%	14%	7%	1%
BE	52%	33%	19%	27%	26%	33%	21%	18%	13%	26%	11%	0%
BG	55%	64%	10%	23%	36%	23%	25%	19%	8%	13%	8%	1%
CZ	49%	47%	20%	25%	46%	26%	19%	13%	12%	14%	11%	0%
DK	54%	46%	49%	24%	31%	12%	24%	10%	16%	19%	7%	1%
DE	62%	39%	13%	25%	32%	29%	16%	33%	22%	15%	2%	0%
EE	47%	38%	35%	20%	41%	27%	17%	11%	10%	11%	16%	1%
IE	46%	21%	44%	26%	15%	16%	38%	27%	32%	13%	5%	1%
EL	45%	39%	43%	37%	17%	31%	16%	15%	23%	21%	6%	0%
ES	54%	28%	47%	23%	21%	23%	28%	18%	11%	10%	4%	1%
FR	48%	35%	22%	23%	31%	24%	40%	15%	20%	20%	8%	0%
IT	44%	36%	34%	36%	22%	16%	12%	23%	20%	12%	10%	1%
CY	61%	42%	33%	43%	18%	39%	5%	23%	12%	10%	2%	0%
LV	46%	44%	7%	28%	36%	26%	39%	16%	5%	13%	8%	1%
LT	60%	46%	19%	16%	51%	28%	13%	12%	6%	16%	5%	0%
LU	55%	16%	25%	20%	26%	36%	45%	10%	17%	16%	12%	1%
HU	51%	42%	35%	28%	35%	22%	18%	22%	12%	13%	7%	0%
MT	57%	21%	39%	25%	16%	22%	16%	17%	34%	11%	8%	0%
NL	65%	40%	38%	31%	17%	20%	21%	23%	14%	14%	5%	1%
AT	60%	41%	15%	27%	35%	22%	20%	31%	24%	14%	6%	0%
PL	27%	52%	39%	28%	29%	23%	17%	21%	8%	12%	11%	3%
PT	49%	28%	38%	38%	19%	16%	33%	11%	14%	12%	7%	3%
RO	54%	37%	12%	34%	23%	26%	22%	12%	24%	15%	10%	1%
SI	48%	30%	59%	34%	21%	22%	16%	17%	6%	12%	20%	0%
SK	41%	48%	23%	31%	36%	21%	21%	23%	14%	13%	15%	0%
FI	57%	48%	69%	24%	14%	15%	24%	14%	6%	7%	11%	0%
SE	68%	35%	39%	28%	25%	14%	55%	5%	12%	7%	5%	0%
UK	60%	40%	28%	20%	24%	12%	13%	30%	30%	14%	7%	3%

* In bold, the highest results per country; in italics the lowest results per country; the grey rectangle shows the highest results per value; the rectangle with black borders shows the lowest results per value

Apart from patients, the issue of safety is of vital importance for health professionals themselves, and particularly for those working in hospitals and deal with more severe cases. A survey conducted by Petrides et al (2013) in a large hospital in Cyprus, showed that the issues of concern of health services practitioners regarding the safety of their own and that of the patients focus on issues such as the recording of adverse events, the management of safety issues, the existing feedback, the way and the methodology followed in the reporting of errors made and the quality assurance.

Recommendations for efficient management of the weaknesses and sustainable development of quality and safety systems in health sector

As concluded by the studies reviewed, safety and quality in health care constitute a multi-dimensional parameter and involve many factors and and various resources. Furthermore, the safety positively associated to the quality as the existence of the one ensures the improvement of the other. Thus, apart of the research activity, there is a great effort to create a framework, through guidelines and instructions, that could contribute to the protection and development of quality and safety. It is important that this framework includes many features that have been expressed as requests by the patients themselves and which can contribute to the development of realistic and effective recommendations for improvement.

Patient safety is primarily determined by the medical and the nursing staff. This means that there should be a corresponding investment in this area. Health care practitioners should be complying with professional commitments in order to provide safe services to patients (Australian Health Minister's Advisory Council 2005).

In order for the patients to feel safe, the behavior of the staff must be guided by respect for the specific characteristics and personality of each patient. The staff should also be informed and trained in relation to the official professional conduct and the patients themselves should be aware of their rights. In addition, both sides should understand that the patients should be aware of and participate in their treatment through consensus and information (Australian Health Minister's Advisory Council 2005).

An example of this mode of action is Italy and the strategy developed to ensure patient safety. In an

attempt to establish culture of safety in healthcare organizations, in Italy training programs and tools have been created. The national distance learning program for patient safety was such a program; physicians and nurses were its target group. This program involved more than 60,000 health professionals and was developed in collaboration with the national medical and nursing organizations. Also, in Italy a report was developed and released; it included an analysis of all the adverse events that occurred in the health sector (Chirardini et al 2009).

For the development of a safety assurance framework, the health systems do not require extreme changes or restructuring, which also is not feasible especially today due to the many challenges faced and the problems created by the economic crisis and the curtailment of resources. Some basic problems can be resolved with systemic effects. One such example is the understanding of the factors that create safety problems as a basis for the efforts to resolve those (Lewis & Fletcher 2005). For instance, Ifa large proportion of hospital infections is observed in a health system, then the origin of these phenomena must be identified rapidly in order to contain their expansion and for the policy to be developed to take account of this issue.

Another very important step towards this direction is the integration of the safety issue in everyday tasks of the personnel. The safety issues should be included in the evaluation of the daily practice. Of course, this requires the training of the personnel in this direction and the evaluation of their actions, so that the mistakes of the past can become a source of education and training to avoid creating new ones. The establishment of an authority on the subject of safety can be a solution. An authority that will be responsible, not only to control and punish, as in many cases to date, but which will be responsible for the recording and analysis of the mistakes and the problems in relation to safety that occur in the health institutions. The analysis of these errors could be the basis for the preparation of instructions and guidelines to be followed by the staff (Lewis & Fletcher 2005). In order for this authority not to turn into a supervisory and punitive mechanism only, and to actually establish a safety culture, the employees should be encouraged to speak and express themselves freely without fear that they will be punished in the event of an error (Kusek 2012). In this way, the workers that are directly involved with the incidents could directly report an error that has occurred to initiate the correction process, without trying to suppress and to perpetuate in this way an adverse situation because of fear. In this way, the errors already made can constitute a potential feedback for the staff to be trained, while such errors can also motivate reporting and understanding of the extent of the phenomenon (Raftopoulos et al 2011).

If it is not possible to create an authority at the state level, this role may be assigned to the staff itself. A member of the nursing staff can be designated as the person responsible for the safety with the duty to collect the data and the information around this issue in order to create organized interventions. Of course, the person in charge of the safety should act systematically and, using a valid and reliable method to assess the care and services provided. But it is understood that this process is not possible to be carried out by one person alone without the cooperation of all the staff. A system that can be created without causing problems to the overall operation of the staff is the anonymous reporting of adverse events. This includes the reporting of the misconduct and errors without naming the person responsible for them. In order for this to be feasible a digitized tool is required that would allow all staff members to anonymously report the errors that have been made in any field, or any other incident that if it not address will potentially create health problems to a patient in the future, a visitor or to the employees themselves (Kuczynski et al. 2009). Anonymity is a key feature of this method because it would allow the employees to report such incidents without fear of sanctions solely to improve the practice.

Regarding to quality assurance, the conclusions of its assessment should be used in the formulation of health policies. Assessment in the health sector, organizations and services is based on specific concepts. These concepts because they contain many dimensions and are abstract can be measured in different ways. The choice of the measurement method depends on the research goal (Ifantopoulos & Sarris 2001; Sarris et al 2001). The most important of all and the one being considered first during quality assessment is the concept of efficiency. Efficiency is used to examine whether the available resources are rationally distributed to meet demand and expected productivity (Jin-Li & Yuan-Fu 2004; Ifantopoulos 2006).

Resource efficiency is important because it helps the health care organization to be more effective in key areas such as preventive medicine and recipient services that are beneficial to it and are effective, quality, cost-effective and equally accessible to all (Wardhani et al 2009; Lee et al 2002).

Another concept to which particular importance should be attached is that of equality. However, apart from equal access to care and health services, equality also applies to conditions that affect human health, such as those of living. The existence of equality is documented by the absence of differences in health

indicators between different social and population groups (Cumper 1991).

Equality is governed by the horizontal and vertical dimensions. The horizontal dimension of equality includes the equitable distribution of resources and services and the equal access and use of health services by the whole population. The aim of the horizontal dimension is to reduce inequalities and deviations in geographical and population health indicators. The vertical dimension of equality recognizes that the consumption of services is based on the needs of each person and this means that it is differentiated on a case-by-case basis. This means that funding must also be differentiated and progressive, depending on the financial capacity of each patient (Polyzos 1999).

CONCLUSIONS

In health sector safety and quality have been recognized as factors of importance which affect health care decisively. This article focuses mainly on the issue of safety as quality issues, at least as perceived by the patients themselves, are not easy to be determined and because safety constitutes a key parameter of quality. In this context, the quality of health services can be ensured through an improvement in safety parameters. However reality, characterized by crisis in several socio-economical aspects, threatens safety and quality in health services. Features like modern equipment or choosing a physician convert to a complex process with a dubious ending. As about Greek health system, which present certain gaps in safety and quality of services delivered, the main attention has to be focused on developing an integral national health policy; the development of guidelines and the appropriate evaluation of their implementation could be a first effective approach. Formulating an institutional framework about safety and quality in health sector should be incorporated in the culture of all health organizations, and particularly hospitals where surgery operations are often carried out and where the patients report the highest uncertainty.

To this end, the involvement of health professionals is a vital and strategic point. Health care practitioners should incorporate safety and quality culture in their daily routine and health managers should enact efficient ways of evaluation and control mechanisms in order to achieve the better outcomes. Motivation to this direction and active participation should be encouraged with positive approaches, away from any kind of sanction. Any mistakes, adverse effects and deviations should be identified, reported, analyzed and formulate the base of corrective action. In conclusion, safety and quality in health sector are essential and strongly associated with health services users' satisfaction and quality of life; thus stakeholders and health professionals should focus on these basic conditions in order to achieve the "Health for All" goals in a national, international and universal perspective.

REFERENCES

Australian Health Minister's Advisory Council. (2005). National safety priorities in mental health: A national plan for reducing harm. Canberra, Australia, available from: https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/DB6FC7B04519D195CA257BF000217B28/$File/safecov.pdf [accessed 5/5/2017]

Cumper G.E. (1991). *The evaluation of national health systems*. Oxford, UK: Oxford Medical Publications

EuroBarometer. (2010). Patient safety and quality of healthcare. Full report. European Commission, Brussels, Belgium, available from http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_327_en.pdf [accessed 5/5/2017]

Ghirardini A., Murolo G.& Palumbo F. (2009). The Italian strategy for patient safety. *Clinica Chimica* Acta 404: 12-15.

Guldenmund F.W. (2000). The nature of safety culture: a review of theory and research. *Safety Science* 34:215-257.

Jin-Li H., & Yuan-Fu H. (2004). Technical efficiencies in large hospitals: A managerial perspective. *International Journal of Management* 21(4):506.

Ifantopoulos J. (2006). *Health finances. Theory and politics.* Athens: Print.

Ifantopoulos, J. (2007) Measuring the quality of life and the European health model. *Archives of Hellenic Medicine* 24 (Suppl. I): 6-18.

Ifantopoulos J. & Sarris M. (2001). Health related quality of life. Measurement methodology. *Archives of Hellenic Medicine* 18 (3): 218-229.

Kusek L. (2012). Preventing central line-associated blood stram infections. *J. Nurs Care Qual* 27 (4):283-287.

Lee S., Choi K. S., Kang H. Y., Cho W., & Chae Y. M. (2002). Assessing the factors influencing continuous quality improvement implementation: experience in Korean hospitals. *International Journal for Quality in Health Care* 14 (5): 383-391.

Lewis R.Q., Fletcher M. (2005). Implementing a national strategy for patient safety: lessons from the National Health Service in England. *Qual Saf Health Care* 14:135-139.

Petrides E., Lavranos G. &Raftopoulos V. (2013). Investigation of the safety climate in the pathology and surgery wards of the general hospitals. *Archives of Hellenic Medicine* 30 (4): 449-455.

Pettker C.M., Thung S.F., Norwits E.R., Buhimschi C.S., Raab C.A., Copel J.A., Kuczynski E., Lockwood C.J.& Funai E.F. (2009). Impact of a comprehensive patient safety strategy on obstetric adverse events. *Am J. Obstet Gynecol* 200(5):492.e1-8.

Polyzos N. (1999). *Hospital efficiency based on patient classification* (DRGs). Athens: TYPET.

Raftopoulos V. (2005). A grounded theory for patient's satisfaction with quality of hospital care. *Icus Nurs Web* J. 22:1-15.

Raftopoulos V., Savva N. & Papadopoulou M. (2011). Safety culture in the maternity units: a census survey using the safety attitudes questionnaire. *BMC Health Services Research* 11: 238-248.

Sarris M. Soulis S. & Ifantopoulos J. (2001). The theory of social function production. *Archives of Hellenic Medicine* 18 (3):230-238.

Wardhani V., Utarini A., van Dijk J. P., Post, D., & Groothoff J. W. (2009). Determinants of quality management systems implementation in hospitals. *Health policy* 89 (3): 239-251.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Οι ανάγκες ανάπτυξης δομών φροντίδας όπως προκύπτουν από στοιχεία των ετήσιων διακομιδών ενός περιφερειακού νοσοκομείου

Μαρία Σαρίδη[1], Ελπίδα Παπακωνσταντίνου[2], Μαργαρίτα Δαμουλιάνου[3], Θεοφανία Πανουτσοπούλου[4], Γεωργία Παπαγεωργίου[5], Αικατερίνη Τόσκα[6]

1. Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, PhD, Γ.Ν. Κορίνθου, 2. Τομεάρχης Χειρουργικού Νοσηλευτικού Τομέα, MSc, Γ.Ν. Κορίνθου
3. Τομεάρχης Παθολογικού Νοσηλευτικού Τομέα, Γ.Ν. Κορίνθου, 4. Στατιστικός, Πτυχιούχος Τηλεπληροφορικής & Διοίκησης
5. Νοσηλεύτρια, MSc, Χειρουργείο, Γ.Ν. Κορίνθου, 6. Προϊστάμενος Χειρουργείου, PhD, Γ.Ν. Κορίνθου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η γεωγραφική τοποθεσία ενός νοσοκομείου, οι δομές που έχει αναπτύξει, αλλά και οι διακομιδές που διενεργεί, αποτελούν παράγοντες οι οποίοι παρέχουν σημαντικές πληροφορίες για το συγκεκριμένο νοσοκομείο και τις ανάγκες της ανάπτυξης άλλων δομών φροντίδας μέσα σε αυτό.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η τεκμηρίωση των πραγματικών αναγκών, των αδυναμιών και της δυναμικής που παρουσιάζει ένα περιφερειακό ελληνικό νοσοκομείο, μέσα από τη συστηματική καταγραφή των χαρακτηριστικών που παρουσιάζουν οι διακομιδές που έγιναν από αυτό μέσα σε ένα έτος.

Μεθοδολογία: Πρόκειται για μια περιγραφική αναδρομική μελέτη, η οποία εκπονήθηκε με τη συστηματική καταγραφή όλων των διακομιδών που πραγματοποιήθηκαν από το Γενικό Νοσοκομείου Κορίνθου για το έτος 2014. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 22.0. Στο πρωτόκολλο καταγραφής συμπεριλήφθησαν όλες οι πληροφορίες που αναγράφονται στα έντυπα διακομιδής, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις χρειάστηκε αποσαφήνιση κάποιων στοιχείων με τους εμπλεκόμενους επαγγελματίες υγείας.

Αποτελέσματα: Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν όλα τα περιστατικά που διακομίσθηκαν από το Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου κατά το έτος 2014. Συνολικά καταγράφηκαν 678 διακομιδές. Σε ότι αφορά στη συχνότητα εμφάνισης διακομιδών οι μήνες Ιούλιος (12,8%) και Αύγουστος (9,3%) εμφάνισαν την υψηλότερη επίπτωση. Σε σχέση με τις κλινικές που διενήργησαν τη διακομιδή, η καταγραφή έδειξε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό προήλθε από την καρδιολογική κλινική (29,5%) και το χειρουργικό τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) (21,4%). Η αιτία διακομιδής παραμένει άγνωστη ή δεν αναγράφεται για το 57,8% των περιστατικών, ενώ από το 42% των αναγραφόμενων διακομιδών υψηλά ποσοστά εμφανίζει η διακομιδή για στεφανιογραφία (19,9%). Υψηλό ποσοστό (23,3%) διακομιδών εμφανίζουν οι άνδρες που διακομίστηκαν από το χειρουργικό ΤΕΠ, με αναφερόμενο τροχαίο ατύχημα, ενώ χαμηλό ποσοστό διακομιδών (0,9%) εμφανίζεται στα ορθοπεδικά περιστατικά σε άνδρες και αφορούν σε διακομιδή ειδικών περιστατικών προς τριτοβάθμιο νοσοκομείο.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα της μελέτης καταδεικνύουν τις ανάγκες και τις δυνατότητες ενός συγκεκριμένου νοσοκομείου και θα μπορούσαν να συγκριθούν με άλλα όμορων νομών έτσι ώστε να προκύψει μια ορθολογικότερη διαχείριση των υφιστάμενων δομών υγείας που υπάρχουν προς όφελος των πολιτών και με στόχο τη βέλτιστη παροχή φροντίδας υγείας.

Λέξεις - Κλειδιά: Διακομιδές, ΕΣΥ, ανάγκες, ανάπτυξη, σχεδιασμός

Υπεύθυνη Αλληλογραφίας: Μαρία Σαρίδη
Διεύθυνση: Σίνα 33, Κόρινθος, Τ.Κ. 20131
Τηλέφωνο: 6974439637
e-mail: sarmar32@windowslive.com

Ημερομηνία Υποβολής: 12/01/2017
Ημερομηνία Δημοσίευσης: 20/04/2017

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Οι διακομιδές ασθενών μπορούν να αποτιμήσουν τις υπηρεσίες υγείας ενός νοσοκομείου, τις ανάγκες και τις δυνατότητες ανάπτυξής του.**
- **Σημαντικό ποσοστό διακομιδών φαίνεται ότι χρήζουν ασθενείς από το ΤΕΠ νοσοκομείου και την καρδιολογική κλινική.**
- **Οι δυναμική των διακομιδών ακολουθεί τα πληθυσμιακά χαρακτηριστικά του νοσοκομείου που τις διενεργεί**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία χρόνια ένας μεγάλος αριθμός επιστημόνων επαγγελματιών υγείας έχει εστιάσει την προσοχή του στο σχεδιασμό με τον οποίο οι διακομιδές θα μπορούν να υλοποιούνται με μεγαλύτερη ασφάλεια για τον ασθενή. Σύμφωνα με την 4034/28/5/10 απόφαση της Εκτελεστικής Επιτροπής του ΚΕΣΥ η βαρύτητα των περιστατικών και οι συνθήκες κάτω από τις οποίες γίνονται οι διακομιδές στην Ελλάδα, σε συνδυασμό με τη συνεχόμενη μείωση του αριθμού των ιατρών που είναι σε θέση να συνοδεύσουν μια διακομιδή με ασφάλεια, είναι κατά κύριο λόγο αιτίες της μη σωστής λειτουργίας του συστήματος (ΚΕΣΥ 2010).

Ο χώρος των διακομιδών έχει να αντιμετωπίσει μεγάλες προκλήσεις και δυσκολίες. Οι δυνατότητες των διασωστών στην παροχή φροντίδας είναι περιορισμένες και συνεπώς ο σχεδιασμός και η κατανόηση των περιορισμών αυτών είναι το κλειδί για μια επιτυχημένη διακομιδή και τη σωστή διαχείριση των ασθενών (Fromm & Varon 2000). Στην Ελλάδα η συντριπτική πλειοψηφία των διανοσοκομειακών διακομιδών γίνεται από μη ιατρούς του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ), ενώ στην περιφέρεια το μεγαλύτερο ποσοστό διακομιδών γίνεται από ιατρούς με ελάχιστη ή και καθόλου κλινική εμπειρία και ειδίκευση στην υποστήριξη των βαρέως πασχόντων ασθενών (ΚΕΣΥ 2010).

Η πλειοψηφία των διακομιδών πραγματοποιείται με τη χρήση ασθενοφόρων, τα οποία είναι εξοπλισμένα με ειδικευμένο προσωπικό και όλο τον απαραίτητο εξοπλισμό που αφορούν την εξασφάλιση του αεραγωγού, την ακινητοποίηση και χορήγηση υγρών στον ασθενή, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις, κυρίως στις κινητές μονάδες, υπάρχει ιατρός και ειδικός εξοπλισμός για τη μεταφορά του βαρέως πάσχοντα (Essebag et al 2003). Σε περίπτωση που κριθεί απαραίτητο, κυρίως σε μεγάλες αποστάσεις, μπορεί να γίνει ανεφοδιασμός υλικού και κυρίως φιαλών οξυγόνου από ένα ενδιάμεσο νοσοκομείο. Μολονότι απαγορεύεται νομικά η παρουσία συγγενικού προσώπου μέσα στο ασθενοφόρο εντούτοις, υπάρχει η δυνατότητα να παρευρίσκονται συγγενείς κυρίως σε διακομιδές που αφορούν παιδιά ή νεογνά (Birnbaum 1989).

Σύμφωνα με την επιτροπή του ΚΕΣΥ, μέλη του οποίου ήταν εκπρόσωποι της Ελληνικής Αναισθησιολογικής Εταιρείας, της Ελληνικής Εταιρείας Εντατικής Θεραπείας, του ΕΚΑΒ, καρδιολόγοι και ένας νευροχειρουργός, για τις διακομιδές βαρέως πασχόντων και διασωληνωμένων ασθενών σε μεγάλα αστικά κέντρα που έχουν περισσότερα του ενός νοσοκομεία ισχύουν τα ακόλουθα:

- Οι διακομιδές διασωληνωμένων και γενικά βαρέως πασχόντων ασθενών που αντιμετωπίσθηκαν στο ΤΕΠ ή και στο χειρουργείο και δεν νοσηλεύονται, διεξάγονται από αναισθησιολόγο, εντατικολόγο ή επειγοντολόγο, εφόσον υπάρχει. Κατά τη διακομιδή του ασθενούς παρευρίσκεται ένας εκ των εφημερευόντων γενικών χειρουργών, αν ο ασθενής είναι τραυματίας, ενώ αν είναι παθολογικός ασθενής παρευρίσκεται ένας καρδιολόγος ή παθολόγος ή νευρολόγος ανάλογα με την κύρια αιτία παραπομπής του σε άλλο νοσοκομείο.
- Οι Διοικητές των νοσοκομείων είναι αποκλειστικά υπεύθυνοι, ώστε να μη παρεμποδίζεται ο χώρος πρόσβασης και στάθμευσης των ασθενοφόρων του ΕΚΑΒ στο Τ.Ε.Π και γενικότερα η είσοδός στους χώρους των νοσοκομείων.
- Πριν αποχωρήσει ο ασθενής από το νοσοκομείο, επιβάλλεται να έχει παραδοθεί αναλυτικό πρωτόκολλο παράδοσης/ παραλαβής, το ιστορικό του ασθενούς, πλήρης αναγραφή των εργαστηριακών και λοιπόν εξετάσεων και αντίγραφο του διαγράμματος αναισθησίας και πρακτικού επέμβασης εάν υπάρχουν.
- Σε περίπτωση ασθενής που πρόκειται να διακομισθεί νοσηλεύεται σε τμήμα, εκτός του αναισθησιολόγου ή εντατικολόγου, πρέπει να συνοδεύεται από ιατρό της παραπέμπουσας κλινικής με πλήρη ιατρικό φάκελο.
- Προκειμένου να διεξαχθούν οι διακομιδές των βαρέως πασχόντων ασθενών, με συνοδεία αναισθησιολόγου ή εντατικολόγου, συντάσσεται, καθημερινή λίστα εφημερευόντων ιατρών των αντίστοιχων ειδικοτήτων. Η λίστα εφημερευόντων για διακομιδές κα-

ταρτίζεται και υπογράφεται από τους διευθυντές του Αναισθησιολογικού τμήματος, της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) και τον επιβλέποντα Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας.

- Τα ισχύοντα για τις διακομιδές ασθενών από ένα Νομαρχιακό Νοσοκομείο σε ένα Περιφερειακό ή από μία Υγειονομική Περιφέρεια σε άλλη είναι: η διακομιδή εκτελείται από αναισθησιολόγο ή εντατικολόγο, εφόσον είναι εφικτή η κατάρτιση κοινής λίστας εφημερευόντων για διακομιδές, διαφορετικά λαμβάνει χώρα από γιατρούς του ΕΚΑΒ και απαγορεύεται η μεταφορά βαρέως πάσχοντος ή διασωληνωμένου ασθενούς από ανειδίκευτο γιατρό.

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με υπουργικές αποφάσεις, παρατέθηκαν σαφείς και συγκεκριμένες οδηγίες που αφορούν την ασφάλεια των διακομιδών των ασθενών. Συγκεκριμένα, αναφέρονται συνοπτικά η αναγκαιότητα της εκτίμησης της κατάστασης των ασθενών με σειρά προτεραιότητας, ο ελεύθερος χώρος πρόσβασης των ασθενοφόρων, η συνοδεία εντύπων παράδοσης και παραλαβής κάθε περιστατικού, η διαθεσιμότητα φορείων ή απαραίτητων υλικών και εξοπλισμού, η δυνατότητα ρίψης των αποβλήτων και χρήσης των χώρων υγιεινής του προσωπικού μετά τη διακομιδή, συντονισμός μεταξύ των νοσοκομείων για την αποφυγή τυχόν καθυστερήσεων, συνοδεία εξειδικευμένου ιατρού, συνεργασία των νοσοκομειακών ιδρυμάτων με τα ασθενοφόρα και το ΕΚΑΒ, έγκαιρη ενημέρωση του ΕΚΑΒ στην περίπτωση αεροδιακομιδής και τέλος υποχρέωση όλων των νοσοκομείων για 24ωρη αντιμετώπιση βαρέων περιστατικών που προσέρχονται είτε λόγω εγγύτητας είτε γιατί τα εφημερεύοντα νοσοκομεία της περιοχής δεν είναι γνωστά.

Στην περίπτωση της αεροδιακομιδής, τα μέσα που χρησιμοποιούνται είναι το ελικόπτερο που μπορεί να καλύψει αποστάσεις μέχρι 250 χλμ και το αεροπλάνο που χρησιμοποιείται για μεγαλύτερες αποστάσεις ή για δυσμενείς καιρικές συνθήκες (Intas & Stergiannis 2013). Σύμφωνα με τους Diaz et al (2005), υπάρχει εξοικονόμηση χρόνου από τις αεροδιακομιδές συγκριτικά με τις επίγειες όταν η καλυπτόμενη απόσταση είναι τουλάχιστον 120 χλμ. Γενικότερα, τα εναέρια μέσα έχουν εξειδικευμένο προσωπικό, καλύτερη ανατροφοδότηση με το κέντρο αναφοράς και υπάρχει η δυνατότητα μεταφοράς των συγγενών με αποτέλεσμα τη μείωση του άγχους των ασθενών κατά την διάρκεια της πτήσης. Θα πρέπει να επισημανθεί πως με το αεροπλάνο είναι δυνατή η διακομιδή περισσότερων από έναν ασθενών, με αποτέλεσμα να χαρακτηρίζονται αναντικατάστατα σε μαζικές καταστροφές (Meier & Samper 1989). Το ελικόπτερο μπορεί να προσεγγίσει δύσβατες περιοχές ή νησιά. Βέβαια, το κόστος κίνησης και συντήρησης των εναέριων μέσων είναι μεγαλύτερο από εκείνο των ασθενοφόρων (Gallagher & Meiker 1988).

Ο έλεγχος και η εποπτεία για την τήρηση των ανωτέρω οδηγιών υπόκειται στο Ε.Κ.Ε.Π.Υ και στη διοίκηση των αρμόδιων Υγειονομικών Περιφερειών της χώρας.

Λαμβάνοντας υπόψη το ανωτέρω νομικό πλαίσιο και συνυπολογίζοντας ταυτόχρονα τη γεωγραφική τοποθεσία στην οποία βρίσκεται ένα νοσοκομείο, θα πρέπει ο αριθμός και τα χαρακτηριστικά των διακομιδών που γίνονται από αυτό το νοσοκομείο να προσδιορίζουν τις δυναμικές του αλλά και τις αδυναμίες του, καθώς και τις δυνατότητες ανάπτυξης δομών, σε συνδυασμό με τις ανάγκες που καταγράφονται σε πραγματικό χρόνο.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η τεκμηρίωση των πραγματικών αναγκών, των αδυναμιών και της δυναμικής που παρουσιάζει ένα περιφερειακό νοσοκομείο της Ελλάδας, , μέσα από τη συστηματική καταγραφή των χαρακτηριστικών που παρουσιάζουν οι διακομιδές που έγιναν από αυτό μέσα στη διάρκεια ενός έτους.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η έρευνα αποτελεί περιγραφική αναδρομική μελέτη με καταγραφή όλων των διακομιδών που έγιναν από το Γενικό Νοσοκομείου Κορίνθου για το έτος 2014. Από τη μελέτη αποκλείστηκαν οι διακομιδές που έγιναν από το νοσοκομείο προς την οικία του ασθενή.

Τα στοιχεία ελήφθησαν μετά από την έγκριση του πρωτοκόλλου της μελέτης από το επιστημονικό συμβούλιο του νοσοκομείου και τηρήθηκε η ανωνυμία των ατόμων που διακομίστηκαν.

Στο πρωτόκολλο καταγραφής συμπεριελήφθησαν όλες οι πληροφορίες που αναγράφονται στα έντυπα διακομιδής και σε αρκετές περιπτώσεις χρειάστηκε αποσαφήνιση κάποιων στοιχείων με τους εμπλεκόμενους (ιατρούς, ΕΚΑΒ).

Στατιστική ανάλυση

Τα περιγραφικά αποτελέσματα παρουσιάζονται με τη μορφή ποσοστιαίων κατανομών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για την αξιολόγηση ύπαρξης ή μη συσχέτισης μεταξύ των μεταβλητών των δεδομένων καταγραφής πραγματοποιήθηκε ανάλυση συσχέτισης με τη χρήση του συντελεστή Pearson's correlation coefficient. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0. Η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο p=0,005.

Περιορισμοί

Η μελέτη αφορά στην περίπτωση ενός περιφερειακού νοσοκομείου που γειτνιάζει στην πρωτεύουσα της Ελλάδας και η οποία αποτελεί την μεγαλύτερη δύναμη στα δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια νοσοκομεία. Τα αποτελέσματα της μελέτης δεν είναι γενικεύσιμα αλλά μπορούν να αποτυπώσουν σημαντικές ανάγκες ανάπτυξης του

νοσοκομείου αναφοράς και να εστιάσουν στις δυναμικές ανάπτυξης συγκεκριμένων δομών φροντίδας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν όλα τα περιστατικά που διακομίσθηκαν από το Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου κατά το έτος 2014. Συνολικά καταγράφηκαν 678 διακομιδές. Το μεγαλύτερο ποσοστό των διακομισθέντων ασθενών ήταν άνδρες (68,3%) και η ηλικία που εμφάνισε υψηλότερα ποσοστά (38,5%), ήταν η ηλικιακή ομάδα άνω των 65 ετών. Το ταμείο του ασθενούς δεν αναγράφεται στο διακομιστήριο στο 49,1% των περιπτώσεων **(πίνακας 1)**.

Σε ότι αφορά στη συχνότητα εμφάνισης διακομιδών κατά τη διάρκεια του έτους οι μήνες Ιούλιος (12,8%) και Αύγουστος (9,3%) εμφάνισαν την υψηλότερη επίπτωση, ενώ ο Μάρτιος, ο Νοέμβριος (6,9%) και ο Σεπτέμβριος (6,6%) την μικρότερη **(πίνακας 1 και γράφημα 1)**. Η ώρα διακομιδής παραμένει άγνωστη σε ποσοστό 98,2% καθώς αναφέρεται μόνο στο 1,8% των εγγραφών.

Σε σχέση με τις κλινικές που διενήργησαν τη διακομιδή, η καταγραφή έδειξε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό προήλθε από την καρδιολογική κλινική (29,5%), το Χειρουργικό ΤΕΠ (21,4%), την παθολογική κλινική (15,9%), τη χειρουργική κλινική (7,8%) και το παιδιατρικό ΤΕΠ (7,1%). Τα μικρότερα ποσοστά διακομιδών κατεγράφησαν από την ουρολογική κλινική (0,6%) και τη ΜΕΘ (0,7%) **(γράφημα 2).**

Την ίδια εικόνα ακολουθούν και τα ποσοστά σύμφωνα με τη διάγνωση της διακομιδής. Συγκεκριμένα το υψηλότερο ποσοστό αναφέρεται σε καρδιολογικό περιστατικό (29,5%) και έπονται το χειρουργικό (29,2%) και το παθολογικό (22,9%) **(πίνακας 2).**

Η αιτία διακομιδής παραμένει άγνωστη ή δεν αναγράφεται για το 57,8% των περιστατικών, ενώ από το 42% των αναγραφόμενων διακομιδών υψηλά ποσοστά εμφανίζει η διακομιδή για στεφανιογραφία (19,9%),για νευροχειρουργική εκτίμηση (11,8%), για τοποθέτηση βηματοδότη (2,4%), για θωρακοχειρουργική νοσηλεία (2,9%) και για νοσηλεία σε ΜΕΘ (1,7%). Οι ιατρικές ειδικότητες που υπογράφουν συχνότερα τη διακομιδή είναι ο Καρδιολόγος (31,6%), ο Γενικός Ιατρός (23,2%), ο Παθολόγος (15,2%), ο Παιδίατρος (10,8%) και ο Χειρουργός (8,3%).

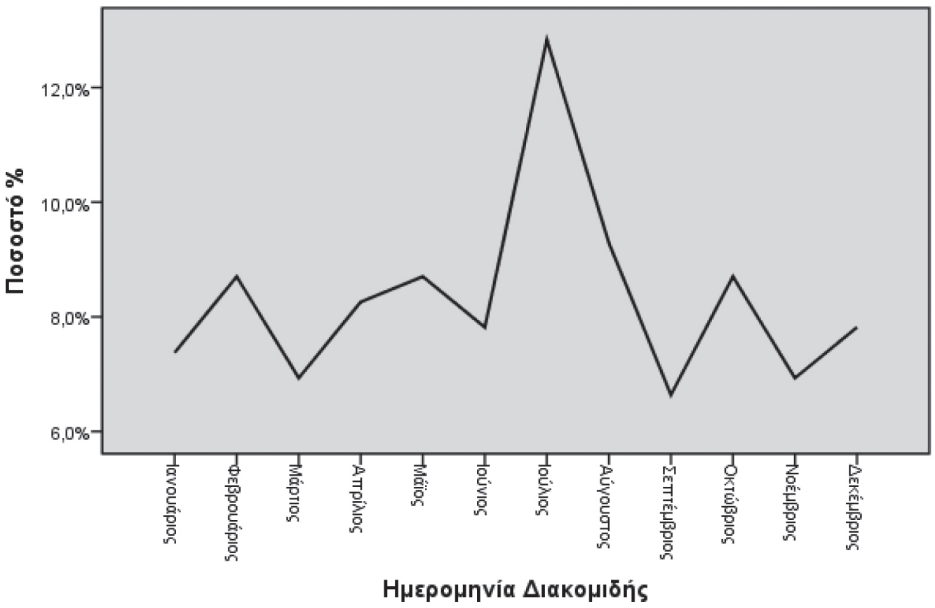
Στο μεγαλύτερο ποσοστό των διακομιδών (83,9%) πραγματοποιήθηκε με απλό ασθενοφόρο και μόνο το 15,9% χρειάστηκε ειδική μονάδα, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό των διακομιδών παραπέμφθηκε σε δημόσιο νοσοκομείο (90,3%). Σε ό,τι αφορά τα νοσοκομεία υποδοχής το 16% αφορά σε παιδιατρικά νοσοκομεία, ενώ το 98,5% αφορούσε σε νοσοκομεία του νομού Αττικής και το υπόλοιπο 1,5% σε νοσοκομεία της Πάτρας και Τρίπολης.

Στις συσχετίσεις που έγιναν ανάλογα με το φύλο έδειξαν ότι οι άνδρες που διακομίστηκαν από την καρδιολογική κλινική (36,7%) (p = 0,001) χρειάστηκαν στε-

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Φύλο	**Συχνότητα**	**Ποσοστό %**
Άντρας	463	68,3
Γυναίκα	215	31,7
Σύνολο	678	100
Ηλικία	**Συχνότητα**	**Ποσοστό %**
Άγνωστη	12	1,8
<18	131	19,3
18-40	60	8,8
40-65	214	31,6
>65	261	38,5
Σύνολο	678	100
Μήνας	**Συχνότητα**	**Ποσοστό %**
Ιανουάριος	50	7,4
Φεβρουάριος	59	8,7
Μάρτιος	47	6,9
Απρίλιος	56	8,3
Μάϊος	59	8,7
Ιούνιος	53	7,8
Ιούλιος	87	12,8
Αύγουστος	63	9,3
Σεπτέμβριος	45	6,6
Οκτώβριος	59	8,7
Νοέμβριος	47	6,9
Δεκέμβριος	53	7,8
Σύνολο	678	100
Ταμείο	**Συχνότητα**	**Ποσοστό %**
Δεν αναφέρεται	333	49,1
Ι.Κ.Α.-Ε.ΤΑ.Μ.	157	23,2
Ο.Γ.Α	82	12,1
Ο.Α.Ε.Ε.	27	4,0
Ο.Π.Α.Δ.	26	3,8
Απορίας	20	2,9
Ιδιώτης	13	1,9
Οίκος Ναύτου	9	1,3
Άλλο	5	0,7
ΤΑ.Υ.Τ.Ε.Κ.Ω	4	0,6
Ε.Τ.Α.Α.	2	0,3
Σύνολο	678	100

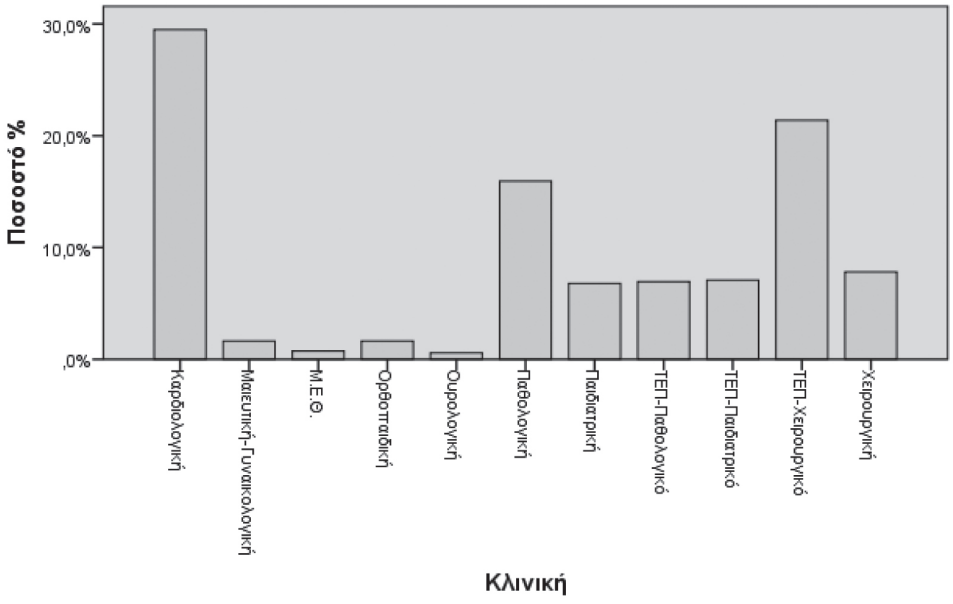
Γράφημα 1. Μηνιαία κατανομή διακομιδών



φανιογραφία και το 27,8% τοποθέτηση βηματοδότη (p = 0,001). Αντίθετα μόνο το 10,3% των διακομισθέντων γυναικών από την Καρδιολογική κλινική διακομίστηκε για διενέργεια στεφανιογραφίας (p=0,002). Επίσης, υψηλό ποσοστό (23,3%) διακομιδών εμφανίζουν οι άνδρες που διακομίστηκαν από το Χειρουργικό ΤΕΠ, με αιτία αναφερόμενο τροχαίο ατύχημα, ενώ χαμηλό ποσοστό διακομιδών (0,9%) εμφανίζεται στα ορθοπεδικά περιστατικά σε άνδρες και αφορούν σε διακομιδή ειδικών περιστατικών προς τριτοβάθμιο νοσοκομείο.

Οι γυναίκες εμφανίζουν ένα σημαντικό ποσοστό διακομιδής (5,1%) από τη Μαιευτική-Γυναικολογική κλινική του νοσοκομείου, προς ειδικά νοσοκομεία (μαιευτικά-γυναικολογικά), αλλά τα μεγαλύτερα ποσοστά που διακομίστηκαν το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα αφορά σε παθολογικά περιστατικά (18,1%), και επείγοντα χειρουρ-

Γράφημα 2. Διακομιδές ανάλογα με την κλινική



Πίνακας 2. Συχνότητα Διακομιδών ανάλογα με την ιατρική διάγνωση

Ιατρική Διάγνωση	Συχνότητα	Ποσοστό %
Άγνωστη	1	0,1
Καρδιολογικό Περιστατικό	200	29,5
Χειρουργικό Περιστατικό	198	29,2
Παθολογικό Περιστατικό	155	22,9
Παιδιατρική	93	13,7
Μαιευτικό-Γυναικολογικό Περιστατικό	11	1,6
Ορθοπαιδικό Περιστατικό	11	1,6
Μ.Ε.Θ. Περιστατικό	5	0,7
Ουρολογικό Περιστατικό	4	0,6
Σύνολο	678	100

γικά περιστατικά (17,2%).

Συσχετίζοντας την ηλικία με διάφορες μεταβλητές φάνηκε ότι το 29% των διακομιδών σε άτομα κάτω των 18 ετών πραγματοποιήθηκαν τους μήνες Ιούλιο και Αύγουστο. Επίσης σε ό,τι αφορά τα παιδιατρικά που διακομίσθηκαν, το μεγαλύτερο ποσοστό διακομιδών (67,2%) εμφανίστηκε κατά τους μήνες Ιούλιο και Αύγουστο, ενώ ο ιατρός που διακόμισε ήταν στο 51,9% των περιπτώσεων ο Παιδίατρος και στο 33,6% ο Γενικός ιατρός.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η μελέτη αυτή διεξήχθη στο Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου το οποίο είναι ένα περιφερειακό δευτεροβάθμιο νοσοκομείο που παρουσιάζει ιδιαίτερη γεωγραφική ιδιομορφία. Βρίσκεται εν μέσω μεγάλων οδικών αρτηριών και ως εκ τούτου εμφανίζει υψηλή επίπτωση σε τροχαία ατυχήματα και παράλληλα είναι σε μικρή απόσταση από την Αθήνα και αποτελεί την αμεσότερη περιοχή τουριστικής απόδρασης και εξοχικής κατοικίας με αποτέλεσμα τους καλοκαιρινούς μήνες και τις σημαντικές αργίες και Σαββατοκύριακα ο πληθυσμός του νομού να πολλαπλασιάζεται. Έτσι οι ανάγκες που καλείται να καλύψει είναι αυξημένες και πολλές φορές εξειδικευμένες.

Από την άλλη πλευρά δεδομένου του ότι το νοσοκομείο Κορίνθου δεν χαρακτηρίζεται ως το κεντρικό νοσοκομείο της περιφέρειας Πελοποννήσου, χαρακτηριστικό το οποίο δίδεται στο νοσοκομείο Τρίπολης, μειώνει πιθανά τη δυνατότητα ανάπτυξης σημαντικών δομών. Αυτό το συμπέρασμα απορρέει από το γεγονός της γειτνίασης με το νομό Αττικής.

Από τη μελέτη φάνηκε ότι η αυξημένη ζήτηση των δομών του νοσοκομείου Κορίνθου γίνεται ειδικά κατά τους καλοκαιρινούς μήνες, στοιχείο το οποίο θα πρέπει να προβληματίσει τις υπηρεσίες του, προκειμένου να υπάρχει ενίσχυση των δομών του κατά το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα.

Είναι γεγονός ότι η ενίσχυση των δομών και η ίση κατανομή των ιατρικών πόρων αποτελεί γενική απαίτηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας, και για αυτό η χρήση υπηρεσιών διακομιδής μπορεί να μην αντιμετωπίζεται θετικά από τον πληθυσμό, όπως προκύπτει από σχετικές μελέτες (Mooney et al 2015).

Σημαντικό ποσοστό διακομιδών στη μελέτη μας, αφορά καρδιολογικά περιστατικά Η αυξημένη ανάγκη διακομιδής σε καρδιολογικά περιστατικά δικαιολογείται από τη μη ύπαρξη αιμοδυναμικού εργαστηρίου στο νοσοκομείο, δομή που θα μπορούσε να αναπτυχθεί αν οι οικονομοτεχνικές μελέτες τεκμηρίωναν το όφελος από μια τέτοια υποδομή.

Η ενίσχυση του συστήματος τηλεϊατρικής θα μπορούσε σε πολλές περιπτώσεις να μειώσει τις διακομιδές και να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος σοβαρών επιπλοκών ή θανάτου (Rosiek et al 2015). Πολλές μελέτες έχουν καταδείξει επίσης την αξιοπιστία της τηλεϊατρικής βασιζόμενης στην αλληλοεπίδραση μεταξύ αγροτικών νοσοκομείων και Κέντρων (stroke centres) (Demaerschalk et al 2012, Burges Watsonet al 2012). Βέβαια η μικρή απόσταση από την Αθήνα και η υψηλή δυνατότητα άμεσης πρόσβασης πιθανόν να αποδυναμώνει την προοπτική δημιουργίας επιπλέων δομών αλλά και την πιθανότητα εφαρμογής της τηλεϊατρικής μεθόδου.

Σημαντικό είναι το εύρημα της μελέτης που αφορά στις διακομιδές περιστατικών λόγω τροχαίου ατυχήματος τα οποία χρήζουν ειδικής αντιμετώπισης κυρίως νευροχειρουργικής ή και θωρακοχειρουργικής. Παρόλο που το νοσοκομείο δε δύναται να παράσχει ολοκληρωμένη φροντίδα τραύματος δεδομένου ότι δεν υπάρχουν οι απαραίτητες ιατρικές ειδικότητες όπως νευροχειρούργοι, παρόλα αυτά σημαντική είναι η συμβολή του στην παροχή άμεσης βοήθειας για την επιβίωση των περιστατικών αλλά και στην μακροπρόθεσμη νευρολογική αποκατάσταση. Στην ανάγκη παροχής άμεσης εξειδικευμένης βοήθειας συνηγορούν και άλλες διεθνείς μελέτες οι οποίες δείχνουν ότι οι πολυτραυματίες θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά αρχικά σε μη τραυματολογικό κέντρο πριν μεταφερθούν σε Κέντρο τραύματος, χωρίς όμως να υπάρχουν επαρκή στοιχεία για τη συμβολή της έγκαιρης διαλογής στη βελτίωση της ποιότητας (Nathens and Gagliardi 2015).

Ένα άλλο στοιχείο που προέκυψε από τη μελέτη ήταν οι αυξημένες διακομιδές παιδιατρικών και μαιευτικών περιστατικών σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, το οποίο όμως δικαιολογείται από το γεγονός της μη ύπαρξης παιδιάτρου από το νοσοκομείο. Έρευνα των Qiu et al (2015) αναφέρει ότι με την άνιση κατανομή των ιατρικών πόρων στις αναπτυσσόμενες χώρες, βαρέως πάσχοντες παιδιατρικοί ασθενείς θα πρέπει να διακομίζονται σε τρι-

τοβάθμια νοσοκομεία, λόγω των περιορισμένων πόρων στα πρωτοβάθμια νοσοκομεία

Οι διακομιδές βαρέως πασχόντων ασθενών είναι συχνά απαραίτητες για την ποιοτικότερη φροντίδα της υγείας τους. Ωστόσο, η διανοσοκομειακή μεταφορά τους έχει συνδεθεί με ένα υψηλό ποσοστό δυνητικά επιζήμιων επιπλοκών, αν και στην έρευνα των Szem et al (1995) διαπιστώθηκε πως η διανοσοκομειακή μεταφορά είναι ασφαλής και φέρει πολύ μικρό ποσοστό κινδύνου επιπλοκών.

Τέλος, η λειτουργία του ΤΕΠ με τη βοήθεια των Γενικών Ιατρών αποτυπώνεται στα ευρήματα της μελέτης αλλά ταυτόχρονα ενισχύει την ανάγκη επάνδρωσης του τμήματος και με άλλες ιατρικές ειδικότητες και ειδικευμένων ή εξειδικευμένων νοσηλευτών

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η περιγραφική αυτή μελέτη δίνει περιορισμένα ευρήματα για ένα νοσοκομείο της περιφέρειας, το οποίο λόγω της ιδιαίτερης γεωγραφικής του θέσης, αποτελεί μια δυναμική δομή του τομέα φροντίδας υγείας, εφημερεύοντας όλο το 24ωρο, καθ' όλη τη διάρκεια του έτους. Εν τούτοις, παρόλο που τα αποτελέσματα δεν είναι γενικεύσιμα σε όλο το φάσμα των περιφερειακών νοσοκομείων της χώρας, θα μπορούσαν να συγκριθούν με άλλα όμορων νομών και να προκύψει από αυτά μια ορθολογικότερη διαχείριση των υφιστάμενων δομών υγείας που υπάρχουν προς όφελος των πολιτών και με στόχο τη βέλτιστη παροχή φροντίδας υγείας.

Συνεισφορά ερευνητών

Οι ΕΠ και ΜΔ συνεισέφεραν στο σχεδιασμό, στη συλλογή των δεδομένων και στη συγγραφή του κειμένου. Η ΜΣ και η ΑΤ είχαν την γενική εποπτεία εκπόνησης της μελέτης και συνέβαλαν ενεργά στο σχεδιασμό, στην αξιολόγηση των δεδομένων και στη συγγραφή του κειμένου. Η ΠΠ συμμετείχε στη βιβλιογραφική ανασκόπηση και η ΘΠ στη στατιστική ανάλυση.

Χρηματοδότηση

Η παρούσα μελέτη δεν χρηματοδοτήθηκε από κάποια πηγή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Birnbaum M.L. (1989). *Prehospital and interhospital transport for adults. In: Shoemaker (ed) Textbook of critical care.* W.B. Saunders Company, Philadelphia-London-Toronto-Montreal-Sydney-Tokyo.

Burges Watson D.L., Sanoff R., Mackintosh J.E., Saver J.L., Ford G.A., Price C., Starkman S., Eckstein M., Conwit R., Grace A. & Murtagh M.J. (2012). Evidence from the scene: Paramedic perspectives on involvement in out-of-hospital research. *Annals of Emergency Medicine* 60: 641-650.

Demaerschalk B.M., Bobrow B.J., Raman R., Ernstrom K., Hoxworth J.M., Patel A.C., Kiernan T.E., Aguilar M.I., Ingall T.J., Dodick D.W. & Meyer B.C. (2012). CT interpretation in a telestroke network: Agreement among a spoke radiologist, hub vascular neurologist, and hub neuroradiologist. *Stroke* 43: 3095-3097.

Diaz M.A., Hendey G.W. & Bivins H.G. (2005). When Is The Helicopter Faster/ A Comparison of Helicopter and Ground Ambulance Transport Times. *The Journal Of Trauma and Acute Care Surgery* 58(1): 148-153.

Essebag V., Halabi A.R., Churchill-Smith M., & Lutchmedial S. (2003). Air Medical Transport of Cardiac Patients. *Chest* 124: 1937-1945.

Fromm R.E. Jr. & Varon J. (2000). Critical care transport. *Critical Care Clinic* 16: 695-705.

Gagliardi A.R. & Nathens A.B. (2015). Exploring the characteristics of high-performing hospitals that influence trauma triage and transfer. *The Journal Of Trauma and Acute Care Surgery* 78(2): 300-305.

Gallagher T. J. & Meiker R. J. (1988). Transport of the critically ill/injured patient. In: Civerra J.M, Taylor R.W, Irby R.R (eds) *Critical Care.* J.B Lippincott Company, Philadelphia.

Intas G. & Stergiannis P. (2013). Risk factors in air transport for patients. *Health Science Journal* 7(1): 11-17

Meier D.R. & Samper ER. (1989). Evolution of civil aeromedical helicopter aviation. *Southern Medical Journal* 82(7): 885-891.

Mooney M., O´Brien F., McKee G., O´Donnell S. & Moser D. (2016). Ambulance use in acute coronary syndrome in Ireland: A cross-sectional study. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 15(5): 345-354. First Published March 24, 2015.

Oiu J., Wu X.L., Xiao Z.H., Hu X., Quan X.L. & Zhu Y.M. (2015). Investigation of the status of interhospital transport of critically ill pediatric patients. *World Journal Pediatrics* 11(1): 67-73.

Rosiek A., Rosiek-Kryszewska A., Leksowski L. & Leksowski K. (2015). A comparison of direct and two-stage transportation of patients to hospital in Poland. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 12(5): 4572-4586.

Szem J.W., Hydo L.J., Fischer E., Kapur S., Klemperer J. & Barie P.S. (1995). High risk intrahospital transport of critically ill patients: safety and outcome of the necessary "road trip." *Critical Care Medicine* 23: 1660-1666.

ΚΕΣΥ, (2010). Πρακτικά της 2ης Συνεδρίασης της Ομάδας Εργασίας για την οργάνωση των Διακομιδών διασωληνωμένων ασθενών Διαθέσιμο στο: http://www.icu.gr/5_XRHSIMOI_SYNDESMOI/5_b_DIETNEIS_ODHGIES-THESEIS_EEETH/DIAKOMIDES_BPA.pdf .Πρόσβαση (23/06/10).

Need of health care structures' development, based on annually data of ambulance transportations conducted by a Provincial hospital

Maria Saridi[1], Elpida Papakonstantinou[2], Margarita Damoulianou[3], Theofania Panousopoulou[4], Georgia Papageorgiou[5], Aikaterini Toska[6]

1. Director of Nursing, PhD, General Hospital of Korinthos, 2. Director of Surgical Sector, MSc, General Hospital of Korinthos
3. Director of Pathology Sector, MSc, General Hospital of Korinthos, 4. Statistics, Telematic, Information Technology and Administration
5. RN, MSC, Surgery Department, General Hospital of Korinthos, 6. Director of Surgical Department, PhD, General Hospital of Korinthos

ABSTRACT

Background: The geographical location of a hospital, its developed structures and the ambulance transportations were conducted by this hospital, are significant factors giving important information for the specific Health Care Institution and the need of structured development.

Aim: The aim of the present study was the documentation of the real needs, weaknesses, and dynamics of a specific hospital, through the systematic recording of the ambulance transportations' characteristics were taken place during a year.

Material Methods: This is a descriptive retrospective study aiming to record all ambulance transportations were made by the General Hospital of Corinth in 2014. For the analysis the statistical program SPSS 22.0 was used. The statistical significance was set to p=0,005. In the registration protocol were included all the information recorded in ambulance transportation documents whereas in many cases, a clarification of data was needed(health professionals).

Results: The study sample was consisted of all incidents of ambulance use services during 2014. In total 678 ambulance transportations were recorded. As far as the frequency of these transportations during this year, it was shown that in July and August the incidence of ambulance use services was greater (12,8% and 9,3% respectively). As far as the departments conducted the ambulance transportation, it was shown that the greater percentage of cases came from the cardiology clinic (29, 5%) and surgical emergency department (21,4%). The etiology of transportation remains unknown for the 57, 8% of cases, whereas, among the 42% of the registering transportations, high were the rates of ambulance transporting in order a coronary angiography to be performed (19,9%). Higher rates (23,3%) of ambulance transporting were observed in men originated from the surgical emergencies of the hospital with the etiology of car accident reporting, whereas lower rates of ambulance use (0,9%) were noticed in males orthopedic patients, concerning the transportation of serious incidents to a tertiary hospital.

Conclusions: This study provided data related to the needs and abilities of a specific hospital. These data could be compared with those of other bordering hospitals, in order to be emerged a more rational management of the existing health care structures, targeting to patients' benefit as well as to the optimization of health care services.

Key - Words: Ambulance transportation, National Health System, needs, development, planning.

Corresponding Author: Maria Saridi
Address: Sina 33, Korinthos. P.K.20131
Mob.Tel.: 6974439637
e-mail: sarmar32@windowslive.com

Submission Date: 12/01/2017
Publication Date: 20/04/2017

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, Research bible, Elektronische Zeitschriftenbibliothek.

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 Guidev3.0,Quickstart Guide v3.0,Glossaryv3.0) 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 (χωρίς αρχικά του ονόματος) ή των συγγραφέων και ακολουθεί το έτος έκδοσης πχ (Harris 2001). Δεν μπαίνει κόμμα μεταξύ επωνύμου και έτους.

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 παρένθεσης με το σύμβολο & (Cullingworth & Nadin 2007). Σε δύο Έλληνες συγγραφείς ανάμεσα στα ονόματα τους χρησιμοποιείται το ίδιο σύμβολο.

Όταν οι συγγραφείς είναι πάνω από δύο, αναγράφεται το επώνυμο του πρώτου και ακολουθεί το etal ή και συν αν οι συγγραφείς είναι Έλληνες 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 & Papadopoulos 1994, UNCHS 1996, Gandelson et al 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 authorstated "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), τα αρχικά του ονόματος και το επώνυμο 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 poorand 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 youps limber and healthier? [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 10 - ISSUE 2
APRIL - MAY - JUNE
2017

Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης
Hellenic journal of Nursing Science

http://journal-ene.gr/

ΤΟΜΟΣ 10 - ΤΕΥΧΟΣ 2
ΑΠΡΙΛΙΟΣ
ΜΑΪΟΣ
ΙΟΥΝΙΟΣ
2017

ΕΝΕ
ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
www.enne.gr