Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης
Hellenic journal of Nursing Science



Τόμος 10, Τεύχος 3, ΙΟΥΛΙΟΣ - ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ - ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2017

Volume 10, Issue 3, JULY - AUGUST - SEPTEMBER 2017

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ - EDITORIAL

Οι Υπηρεσίες Υγείας και η Νοσηλευτική στην Ελλάδα της κρίσης

Χαράλαμπος Πλατής

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ - REVIEWS

Τεχνικές προσέγγισης και ψυχολογικής στήριξης παιδιατρικών ασθενών: Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Approach techniques and psychological support in pediatric patients: literature review

Ανθούλα Πατσιαλά, Μαριάννα Κερχανατζίδου, Αλεξάνδρα Αναστασία Σεϊρεκίδου

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ - RESEARCH ARTICLES

Διερεύνηση γνώσεων, στάσεων και αντιλήψεων του νοσηλευτικού προσωπικού ογκολογικού νοσοκομείου, σχετικά με την πρόληψη και αντιμετώπιση των κατακλίσεων

Investigation of knowledge, attitudes and perception of nursing staff in oncology hospital regarding the prevention and treatment of pressure ulcers

Αικατερίνη Βαγγελάτου, Γεώργιος Βασιλόπουλος, Ιωάννης Καλεμικεράκης, Γεωργία Φασόη, Ευγενία Βλάχου, Μάρθα Κελέση

Καταγραφή των κλινικών χαρακτηριστικών βαρέως πασχόντων ασθενών που προσήλθαν στο ΤΕΠ Δευτεροβάθμιου Νοσοκομείου

Recording of the clinical characteristics of critically ill patients attended the ED of Provincial Hospital

Σοφία Ζυγά, Ευγενία-Σωτηρία Σπυριδάκου, Ευάγγελος Φραδέλος, Βικτώρια Αλικάρη

Μελέτη της επίδρασης του φορτίου συμπτωμάτων στην ποιότητα ζωής ατόμων με Νεφρική Νόσο προ-τελικού και τελικού σταδίου

A study of the impact of disease burden in quality of life of people with pre-End-Stage and End-Stage Renal Disease

Ελένη Γεωργιάδου, Θεοδώρα Καυκιά, Ευγενία Μηνασίδου, Κυριάκος Καζάκος, Αλεξάνδρα Δημητριάδου

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
Δρ. Θεοδώρα Καυκιά, Καθηγήτρια Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

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, **Μιχαήλ Κουράκος,** MSc, PhD, **Βασιλική Ρόκα,** MSc, PhD, **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

Οι Υπηρεσίες Υγείας και η Νοσηλευτική στην Ελλάδα της κρίσης
Χαράλαμπος Πλατής 3

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ - REVIEWS

Τεχνικές προσέγγισης και ψυχολογικής στήριξης παιδιατρικών ασθενών: Βιβλιογραφική ανασκόπηση
Approach techniques and psychological support in pediatric patients: literature review
Ανθούλα Πατσιαλά, Μαριάννα Κερχανατζίδου, Αλεξάνδρα Αναστασία Σεϊρεκίδου 6

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ - RESEARCH ARTICLES

Διερεύνηση γνώσεων, στάσεων και αντιλήψεων του νοσηλευτικού προσωπικού ογκολογικού νοσοκομείου, σχετικά με την πρόληψη και αντιμετώπιση των κατακλίσεων
Investigation of knowledge, attitudes and perception of nursing staff in oncology hospital regarding the prevention and treatment of pressure ulcers
Αικατερίνη Βαγγελάτου, Γεώργιος Βασιλόπουλος, Ιωάννης Καλεμικεράκης, Γεωργία Φασόη, Ευγενία Βλάχου, Μάρθα Κελέση 13

Καταγραφή των κλινικών χαρακτηριστικών βαρέως πασχόντων ασθενών που προσήλθαν στο ΤΕΠ Δευτεροβάθμιου Νοσοκομείου
Recording of the clinical characteristics of critically ill patients attended the ED of Provincial Hospital
Σοφία Ζυγά, Ευγενία-Σωτηρία Σπυριδάκου, Ευάγγελος Φραδέλος, Βικτώρια Αλικάρη 22

Μελέτη της επίδρασης του φορτίου συμπτωμάτων στην ποιότητα ζωής ατόμων με Νεφρική Νόσο προ-τελικού και τελικού σταδίου
A study of the impact of disease burden in quality of life of people with pre-End-Stage and End-Stage Renal Disease
Ελένη Γεωργιάδου, Θεοδώρα Καυκιά, Ευγενία Μηνασίδου, Κυριάκος Καζάκος, Αλεξάνδρα Δημητριάδου 30

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ & ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ 43

ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ 45

Οι Υπηρεσίες Υγείας και η Νοσηλευτική στην Ελλάδα της κρίσης.

Δρ. Χαράλαμπος Γ. Πλατής
Ειδικός Επιστήμων
Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης (ΕΣΔΔΑ)

Η οικονομική κρίση στη χώρα μας, όσον αφορά στο Σύστημα παροχής φροντίδας υγείας, επηρεάζει συχνά με αρνητικό τρόπο τομείς όπως την ισότητα στη χρηματοδότηση, την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, την αποδοτικότητα (efficiency) των οργανισμών, την διαφάνεια και την ανάληψη ευθύνης (accountability) και φυσικά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών(Economou et al 2014).

Από το 2009, πολλά μεγέθη στο Σύστημα Υγείας (οικονομικού κυρίως χαρακτήρα) έχουν υποχωρήσει, ακολουθώντας διάφορα μίγματα πολιτικής, με κύριο χαρακτηριστικό τις τάσεις ύφεσης. Η αρχιτεκτονική του Συστήματος δοκιμάζεται όσον αφορά στη «βισμαρκιανή» της δομή, με τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) να αδυνατεί να μορφοποιήσει στρατηγικά την διαπραγματευτική του ταυτότητα. Η δε χρηματοδότηση του Συστήματος, βαίνει μειούμενη, με το ποσοστό της επί του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος (ΑΕΠ), το 2015, να κατέρχεται σε 8,38% (το ίδιο ποσοστό το 2010 ήταν 9,56%) (ΕΣΥ 2017). Την ίδια στιγμή ο - γνωστός «φτωχός» συγγενής – ο τομέας της Πρόνοιας στην Ελλάδα, ανακουφίζεται από επιδοματικού τύπου δράσεις, που συνεπάγονται όμως τον κίνδυνο της δημιουργίας νεόπτωχων και εξαρτημένων επιδοματικά πληθυσμιακών ομάδων.

Παράλληλα, οι άμεσες και έμμεσες επιρροές των υγειονομικών δυσλειτουργιών, επιβαρύνουν την ελληνική κοινωνία, σε πολλά επίπεδα. Χαρακτηριστικά, το ποσοστό εμφάνισης της κατάθλιψης αυξήθηκε από 3,3% (2008) σε 8,2% (2011), με τις οικονομικές δυσκολίες να αποτελούν σημαντικό παράγοντα κινδύνου. Επιπρόσθετα, οι θάνατοι από αυτοκτονία, παρουσιάζουν πρωτοφανή αύξηση στη χώρα μας, με το ποσοστό τους να αυξάνεται κατά 45% μεταξύ των ετών 2007 και 2011, με την μεγαλύτερη πιθανότητα αιτιολογίας την οικονομική δυσπραγία και το αδιέξοδο. Αυτή η αύξηση στην αρχή φάνηκε να αφορά στον αντρικό πληθυσμό, αλλά τα στοιχεία από την Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία (ΕΣΥ), το 2011, δείχνουν και μια μεγάλη αύξηση στο γυναικείο πληθυσμό (Kentikelenis et al 2011, Kentikelenis et al 2014).

Τα ποσοστά των Ελλήνων ή καλύτερα των χρηστών των υπηρεσιών υγείας που λόγω ακρίβειας ή/και οικονομικής δυσπραγίας δεν μπορούν να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους, έχουν υπερδιπλασιαστεί κατά τα έτη 2004 – 2013 (χαρακτηριστική είναι η κλιμάκωση της αύξησης την πρώτη περίοδο της ύφεσης (2009 – 2013) σε 48,7%,). Αναλυτικότερα το ποσοστό χρηστών που δεν μπόρεσαν να καλύψουν τις ανάγκες τους για ιατρικές εξετάσεις από 3,1% το 2004 ανέβηκε στο 7,8% το 2013, ενώ το ίδιο ποσοστό ανήλθε από 4,1% το 2004 στο 8,1% το 2013,για οδοντιατρικές υπηρεσίες (Eurostat Database 2017). Το πρόβλημα εντείνεται, διότι παρά τις ανεπάρκειες στην υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού, οι ανάγκες για παροχή υπηρεσιών από το Δημόσιο σύστημα υπηρεσιών υγείας, ειδικά για επείγουσα φροντίδα, αυξάνονται. (Economou 2014). Όμως και στο θέμα της απόδοσης του συστήματος, και ιδιαίτερα στην ποιοτική διάσταση της, οι εξελίξεις δεν αφήνουν πολλά περιθώρια αισιοδοξίας. Η Ελλάδα σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Δείκτη Καταναλωτών Υγείας (Euro Health Consumer Index, ECHI) στις 35 Ευρωπαϊκές χώρες, το 2015, κατατάχθηκε στην 28η θέση βάσει των ποιοτικών χαρακτηριστικών του συστήματος υγείας (EHCI 2016)[1].

Σε επιχειρησιακό επίπεδο, τα προβλήματα που κυριαρχούν είναι περισσότερο δομικού χαρακτήρα και λιγότερο «τεχνικού» και ως εκ τούτου δυσκολότερα στην αντιμετώπισή τους. Ένα από τα κυριότερα αλλά και από τα πιο σύνθετα (λόγω των γεωγραφικών και κοινωνικών ιδιαιτεροτήτων της χώρας μας) είναι αυτό της επαγγελματικής ανισοκατανομής των επαγγελ-

[1]Η κατάταξη των χωρών έχει ως άξονα τον βαθμό ικανοποίησης 48 ποιοτικών χαρακτηριστικών (καθένα από τα οποία διακρίνεται σε μια σειρά υπο-κριτηρίων) όπως: Δικαιώματα και Πληροφόρηση Ασθενών (PatientsRightsandInformation), Προσβασιμότητα: χρόνοι αναμονής και παρεχόμενης φροντίδας (Accessibility: waiting times and treatment), Αποτελέσματα παρεμβάσεων (Outcomes), Εύρος και εμβέλεια παρεχόμενων υπηρεσιών (Range and reach of services provided), Πρόληψη (Prevention), Φαρμακευτική πολιτική (Pharmaceuticals) κ.ά.

ματιών υγείας. Είναι πλέον αποδεδειγμένο διεθνώς, πως οι ανισορροπίες και οι αναλογικές αστοχίες στην ποσόστωση ιατρικού – νοσηλευτικού προσωπικού όσον αφορά στη στελέχωση του συστήματος, υποδηλώνουν ότι η κατανομή των καθηκόντων στην παροχή υπηρεσιών υγείας και ως εκ τούτου η ποιότητά τους, απέχει πολύ από το να χαρακτηρισθεί ως άριστη.

Για να γίνει περισσότερο αντιληπτή αυτή η θέση, αρκεί να αναφερθεί ότι το 2013 η Ελλάδα είχε 6,29 γιατρούς ανά 1.000 κατοίκους (καταγράφοντας μεγάλη αύξηση από το 2000, όταν είχε 4,33 γιατρούς). Η διαφορά είναι μεγάλη από τις άλλες χώρες. Η Αυστρία, που ήταν δεύτερη στηνκατάταξη, είχε 4,99 γιατρούς και η τρίτη στη σειρά Γερμανία είχε 4,05 γιατρούς, ενώ ο μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ ήταν 3,27 γιατροί ανά 1.000 κατοίκους. Όσον αφορά στο νοσηλευτικό προσωπικό, το 2013 στην Ελλάδα αντιστοιχούσαν 3,62 Νοσηλεύτριες/έσε 1.000 κατοίκους (από 2,72 το 2000). Χαμηλότερο αριθμό από την Ελλάδα είχαν μόνο το Μεξικό (2,62) και η Τουρκία (1,83), ενώ ο μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ ήταν 9,09 Νοσηλεύτριες/έγια 1.000 κατοίκους. ΣτηνπρώτηθέσηήτανηΕλβετία (με 17,36)(OECD 2011,OECD 2016).

Ο ρόλος της Νοσηλευτικής, διαμορφώνεται ουσιαστικά σε μια πραγματικότητα - διελκυστίνδα που περιλαμβάνει αντίρροπες επιρροές. Από τη μία, οι διεθνείς εξελίξεις στο χώρο των υπηρεσιών υγείας και την ολοένα αυξανόμενη συμμετοχή των Νοσηλευτών σε αυτές και από την άλλη οι απαιτήσεις μιας προβληματικής καθημερινότητας που επιβάλλει την αντιφορμαλιστική διαχείρισή της.

Η παραπάνω διαπίστωση δεν αφορά μόνο στους Νοσηλευτές στη χώρα μας. Σε όλη την Ευρώπη παρατηρούνται σημαντικά ποσοστά δυσαρέσκειας από τις συνθήκες του νοσηλευτικού επαγγέλματος, στη χώρα μας όμως τα ποσοστά είναι συντριπτικά : 56% (έναντι 11% των συναδέλφων τους στις Κάτω Χώρες). Επίσης στην Ευρώπη ένα μεγάλο ποσοστό Νοσηλευτών αποζητά να εγκαταλείψει το επάγγελμα, από το πρώτο ακόμα έτος εργασίας τους και σε ένα σημαντικό (μέσο) ποσοστό της τάξηςτου 30%, αναζητά εργασία εκτός νοσηλευτικού επαγγέλματος. Στην Ελλάδα ωστόσο, λόγω των οικονομικών συνθηκών, η λύση αυτή δεν διακρίνεται για το ρεαλισμό της. Πάντως, η οικονομική κρίση, ωθεί τόσο τη δημόσια, όσο και την ιδιωτική αγορά υπηρεσιών υγείας σε αναδιάρθρωση δομών και υπηρεσιών, μείωση θέσεων αλλά και αύξηση της συμμετοχής στην περίθαλψη των «βοηθών» νοσηλευτών (Iliopoulou 2010).

Ακόμα μια επισήμανση που κρύβει ερευνητικό ενδιαφέρον, είναι ότι στην Ευρώπη, της πολυδιάστατης εκπαίδευσης και των διαφορετικών δεξιοτήτων, της πολυμορφίας και της συνθετότητας του επαγγελματικού περιβάλλοντος, δύο χαρακτηριστικά παραμένουν σε μεγάλο βαθμό κοινά και αναγνωρίσιμα για το Νοσηλευτικό προσωπικό: Η καθολική δυσαρέσκεια από μερικές αλλά σημαντικές εργασιακές παραμέτρους όπως ο φόρτος εργασίας, η επαγγελματική εξουθένωση (Simon et al 2013, Heinen et al 2013), και η ανησυχία για την υποβάθμιση της ποιότητας της περίθαλψης (ειδικά σε συνθήκες κρίσης) σε συνδυασμό πολλές φορές, με την αδυναμία της «Διοίκησης» να θέσει σαφείς και αποτελεσματικούς στόχους για την προάσπιση της ασφάλειας των ασθενών(Aiken et al 2013).

Σύνθετο το επαγγελματικό περιβάλλον, οδηγεί πλέον το ρόλο του σύγχρονου Νοσηλευτή, σε νέα πολυδιάστατα και προπαντός δυναμικά επαγγελματικά μονοπάτια. Σε γενικές γραμμές,αρχικά συντεχνιακά (π.χ. αναγνώριση αναβαθμισμένων επαγγελματικών δικαιωμάτων) και στη συνέχεια σε τρία διακριτά επίπεδα: το διοικητικό/οργανωτικό (δράσεις με γνώμονα το κόστος–αποτελεσματικότητα και την Ποιότητα διαδικασιών και εκροών), το επιτελικό(με τη διεκδίκηση της ισότιμης και ισοδύναμης συμμετοχής στη διαδικασία λήψης απόφασης)και στο στρατηγικό (προώθηση του ρόλου τους ως ρυθμιστές της «ανθεκτικότητας» του συστήματος σε εσωτερικές και εξωτερικές πιέσεις)(IND, 2016).

Σε πιο «πρακτικό» επίπεδο, αυτός ο σύγχρονος ρόλος μπορεί να δοκιμαστεί με επιτυχία σε ήδη γνωστά αλλά δυστυχώς υποτιμημένα λόγω άγχους περισσότερο και λιγότερο λόγω stress, πεδία. Σε αυτά τα πεδία ο σημαντικός λόγος του Νοσηλευτικού προσωπικού μπορεί και πρέπει να αναδειχθεί. Αρκετές μελέτες επισημαίνουν τη συμβολή των νοσηλευτών στην ανθεκτικότητα του συστήματος, λόγω της στενής επαφής που υπάρχει – αλλά και που θα μπορούσε ν' αναπτυχθεί βελτιούμενη - με ασθενείς και περιβάλλον (συγγενείς / συνοδούς) (Oikonomidou et al 2017). Στο ίδιο περίπου πλαίσιο, επισημαίνεται ότι η επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό, είναι ο πιο σημαντικός προγνωστικός παράγοντας της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών που ακολουθείται από την επικοινωνία με τους γιατρούς (Mitropoulos et al 2017).

Άλλωστε, μελέτες έχουν πλέον καταδείξει το αυταπόδεικτο: τη συνεπή και υπεύθυνη στάση του Νοσηλευτικού προσωπικού όταν το περιβάλλον απασχόλησης τους ταλανίζεται από διοικητικές αστοχίες, οικονομική δυσπραγία, στελεχιακή ανεπάρκεια, ελλείψεις σε υποδομές κ.λπ. (Nunes et al 2015).Σε τέτοιες αντίξοες συνθήκες, λέξεις όπως μισθός, υποχρέωση, κόπωση κλπ, δεν έχουν πλέον τόπο. Θριαμβεύουν έννοιες όπως αξιοπρέπεια, σεβασμός και προσφορά στον συνάνθρωπο.

Είναι αλήθεια πως τα προβλήματα δεν οφείλονται μόνο σε εξωγενείς του επαγγέλματος παράγοντες. Για παράδειγμα, η εκπαιδευτική και επαγγελματική πολυδιάσπαση του χώρου οδηγεί σε φαινόμενα εσωστρέφειας στο χώρο της Νοσηλευτικής. Τα φαινόμενα αυτά με τη σειρά τους, αποτελούν ταυτόχρονα αίτια και αιτιατά αυτοαναφορικότητας, που ακυρώνουν την υπεραξία πιθανών συνεργειών.Επίσης, χρόνιες παθογένειες του χώρου,όπως φαινόμενα παραοικονομίας,που δεν συνάδουν με τον χαρακτήρα των συγκεκριμένων υπηρεσιών, εμφανίζονται απειλητικά και στο χώρο της Νοσηλευτικής (Souliotis et al 2016). Οι προσπάθειες αναχαίτισής τους είναι κάτι παραπάνω από επιβεβλημένες. Κυρίως γιατί οι ευτελείς παραοικονομικές συναλλαγές δεν απαξιώνουν μόνοτα συναλλασσόμενα υποκείμενα, αλλά πλήττουν την ίδια την έννοια του Νοσηλευτικού επαγγέλματος στο πιο αναγνωρίσιμο σημείο του: την ηθική του διάσταση.

Όπως και σε άλλες περιπτώσεις, στη χώρα μας η κατανόηση και εκμετάλλευση των διεθνών εξελίξεων καθυστερεί. Ως εκ τούτου καθυστερεί και η (βασισμένη στο τρίπτυχο μεταφορά – προσαρμογή - υιοθέτηση) προώθηση καινοτομιών.Ο χώρος των υπηρεσιών υγείας δεν μπορεί να αποτελεί εξαίρεση. Ωστόσο, όσο και αν ακούγεται παράξενο, οι συνθήκες για την ανάδειξη του σύγχρονου νοσηλευτικού ρόλου (σε μερικές μόνο από τις διαστάσεις του οποίου ακροθιγώς έγινε αναφορά πιο πάνω) είναι οι κατάλληλες. Μέσα από τους υφιστάμενους κλυδωνισμούς, αλλά και τους διαφαινόμενους κινδύνους για το χαρακτήρα και την υπόσταση του Συστήματος Υγείας, η απάντηση δεν μπορεί να είναι άλλη από την ανάδειξη νέων μορφών επαγγελματικών δράσεων. Μια πρώτη αρχή, γίνεται με το προσωπικό Μαιευτικής εκπαίδευσης να κατοχυρώνει πλέον και συνταγογραφικές αρμοδιότητες στα δρώμενα της Πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Ν 4486/2017). Δράσεων που με πλατφόρμα την σωρευμένη εμπειρία και εφαλτήριο την γνώση, μπορεί να ωθήσει το υγειονομικό γίγνεσθαι στην Ελλάδα πέρα από το φαντασιακό και απωθημένο… στο ουσιώδες και καταφατικό.

Άραγε οι Νοσηλεύτριες και οι Νοσηλευτές θα διαλέξουν και κυρίως θα πιστέψουν σε αυτήν την αλλαγή;

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Aiken L., Sloane S.M., Bruyneel L., Van den Heede K.& Sermeus W. (2013).Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies*50: 143–153.

Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία (ΕΣΥ) (2017). Σύστημα Λογαριασμών Υγείας 2015. (σύμφωνα με το European System of Accounts 2010).

EconomouCh., Kaitelidou D., Katsikas D., Siskou O. & Zafiropoulou M. (2014). Impacts of the economic crisis on access to healthcare services in Greece with a focus on the vulnerable groups of the population. *Social Cohesion and Development* 9(2): 99-115.

Euro Health Consumer Powerhouse (EHCP). (2016). *http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2016/EHCI_2016_report.pdf* (Πρόσβαση 06/08/2017).

Eurostat Database. (2017). http://epp.eurostat.ec.europa.eu/health/health_care/data/database (πρόσβασηστις 07/08/2017).

Heinen M.M., van Achterberg T., Schwendimann R., Zander B., Matthews A., Kozka M. & Schoonhoven, L. (2013), 'Nurses' Intention to Leave Their Profession: A Cross-sectional Observational Study in 10 European Countries,' *International Journal of Nursing Studies*, 50: 174–184.

Iliopoulou K.K. & While A.E. (2010) Professional autonomy and job satisfaction: survey of critical care nurses in mainland Greece. *Journal of Advanced Nursing* 66(11):2520-31.

IND theme for 2016: Nurses: A Force for Change: Improving health systems' resilience.(http://www.icn.ch/publications/2016-nurses-a-force-for-change-improving-health-systems-resilience/) (πρόσβαση στις 05/08/2017).

Kentikelenis A., Karanikolos M., Papanicolas I., Basu S., Martin McKee M. & Stuckler D. (2011). Health effects of financial crisis: Omens of a Greek tragedy. *The Lancet* 378(9801): 1457–1458.

Kentikelenis A, Karanikolos M, Reeves A, McKee M & Stuckler D. (2014). Greece's health crisis: from austerity to denialism. *Lancet* 383(9918): 748-53.

Mitropoulos P., Vasileiou K. & Mitropoulos I. (2017). Understanding quality and satisfaction in public hospital services: Anationwide inpatient survey in Greece. *Journal of Retailing and Consumer Services* (in press).Available online 18 March 2017.

ΦΕΚ 115/Α/7-8-2017 (Νόμος υπ' αριθμ. 4486/2017).«*Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις*».

Nunes S., Rego G. & Nunes R. (2015). The impact of economic recession on health-care and the contribution by nurses to promote individuals' dignity. *Nursing Inquiry* 22(4): 285–295.

OECD, Health at a Glance, 2011. https://www.oecd.org/els/health-systems/49105858.pdf (πρόσβαση 12/07/2017).

OECD, 2016, Health Policy Overview. Health policy in Greece, January 2016. www.oecd.org/health (πρόσβαση 12/07/2017).

Oikonomidou D., Anagnostopoulos F.,Dimitrakaki Ch., Ploumpidis D., Stylianidis S. & Tountas Y. (2017).Doctors' Perceptions and Practices of Breaking Bad News: A Qualitative Study from Greece. *Journal Health Communication* 32 (6): 15-22.

Simon M., Muller B.H. & Hasselhorn H.M. (2010). Leaving the Organization or the Profession – A Multilevel Analysis of Nurses' Intentions. *Journal of Advanced Nursing* 66, 616 – 626.

Souliotis K., Golna Ch., Tountas Y., Siskou O., Kaitelidou D. & Liaropoulos L.(2016). Informal payments in the Greek health sector amid the financial crisis: old habits die last. *The European Journal of Health Economics* 17(2): 159–170.

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Τεχνικές προσέγγισης και ψυχολογικής στήριξης παιδιατρικών ασθενών: Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Ανθούλα Πατσιαλά[1], Μαριάννα Κερχανατζίδου[1], Αλεξάνδρα Αναστασία Σεϊρεκίδου[1]
1. Φοιτήτρια Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αποτελεσματική προσέγγιση και η ψυχολογική στήριξη των παιδιατρικών ασθενών από τους επαγγελματίες υγείας αποτελεί μία πολύπλοκη διαδικασία. Οι αρνητικές αντιδράσεις και ο φόβος που αναπτύσσουν οι παιδιατρικοί ασθενείς, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους δυσχεραίνουν τη συνεργασία με τους επαγγελματίες υγείας. Το νοσηλευτικό προσωπικό καλείται να εφαρμόσει τις κατάλληλες τεχνικές για τη διαχείριση αυτών των αντιδράσεων. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση, μέσα από σύγχρονα βιβλιογραφικά δεδομένα, των τεχνικών προσέγγισης και ψυχολογικής στήριξης παιδιατρικών ασθενών, οι οποίες χρησιμοποιούνται από το νοσηλευτικό προσωπικό στην καθημερινή κλινική πράξη. Η ανασκόπηση έδειξε ότι η διαχείριση των αρνητικών αντιδράσεων και του φόβου των παιδιατρικών ασθενών χρήζει εξατομικευμένης προσέγγισης, δεδομένης της μοναδικότητας του καθενός από αυτούς. Υπάρχουν, ωστόσο, ορισμένες γενικές παρεμβάσεις οι οποίες είναι ικανές να επιφέρουν τα επιθυμητά αποτελέσματα. Ενδεικτικά, αναφέρονται η δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης μέσω στοχευμένης συζήτησης, η εφαρμογή τεκμηριωμένων διαδραστικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων για την εξοικείωση με τις ιατρονοσηλευτικές διαδικασίες, η απόσπαση προσοχής κατά τη διάρκεια επώδυνων πράξεων, όπως η φλεβοκέντηση ή ο καθετηριασμός κύστης, και τέλος η επαγρύπνηση για τον εντοπισμό μη λεκτικών αντιδράσεων.Η ενημέρωση και η εξοικείωση των επαγγελματιών υγείας με τις κατάλληλες μεθόδους θα βελτιώσει τη σχέση μεταξύ των παιδιατρικών ασθενών και του νοσηλευτικού προσωπικού.

Λέξεις- κλειδιά: Παιδιατρικοί ασθενείς, προσέγγιση, στήριξη

Υπεύθυνος επικοινωνίας:
Ανθούλα Πατσιαλά
Τμήμα Νοσηλευτικής
Αλεξάνδρειο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης
ΤΘ 141
57400 Σίνδος
Θεσσαλονίκη
e-mail: apatsiala@gmail.com

Ημερομηνία Υποβολής: 08/05/2017
Ημερομηνία Δημοσίευσης: 10ος 2017

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Ανασκόπηση των τεχνικών προσέγγισης παιδιατρικών ασθενών.**
- **Παρουσίαση μεθόδων διαχείρισης φόβου και άγχους των παιδιατρικών ασθενών.**
- **Σημαντική η δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ νοσηλευτών και παιδιατρικών ασθενών.**
- **Η υιοθέτηση από τους νοσηλευτές της απόσπασης προσοχής είναι απαραίτητη.**
- **Τοθεραπευτικόπαιχνίδι είναι ένα από τα αποτελεσματικότεραμέσαπροσέγγισης.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ψυχολογική κατάσταση ενός παιδιού διαταράσσεται μετην εισαγωγή του στο νοσοκομείο.Το άγνωστο νοσοκομειακό περιβάλλον σε συνδυασμό με το δυνητικό αποχωρισμό από τα οικεία πρόσωπα, καθώς και οι επώδυνες διαδικασίες δημιουργούν αισθήματα φόβου και άγχους στους παιδιατρικούς ασθενείς. Μία πληθώρααρνητικών αντιδράσεων, συμπεριφορών καθώς και δυσάρεστων συναισθημάτων εμφανίζουν τα παιδιά,εκφράζονταςτο άγχος και το φόβο τους. Η ποιότητα και η ένταση των αντιδράσεων παρουσιάζουν αρκετές διαφοροποιήσεις και επηρεάζονται από πολλές μεταβλητές, όπως το αναπτυξιακό επίπεδο και η ηλικία (Dolidze et al 2013, Lerwick 2013).

Ο έγκυρος εντοπισμός των αντιδράσεων, καθώς και η ουσιαστική αξιολόγηση τους, συμβάλουν σημαντικά στην επιλογή της αποτελεσματικότερης τεχνικής διαχείρισης. Οι αρνητικές αντιδράσεις και τα δυσάρεστα συναισθήματα, τα οποία διακατέχουν τα παιδιά, δυσχεραίνουν τη συνεργασία τους με τους επαγγελματίες υγείας καθιστώντας δυσκολότερη την προσέγγιση. Ειδικά στους παιδιατρικούς ασθενείς, το αίσθημα του πόνου επιτείνεται από το άγχος και το φόβο, επομένως, η άμεση διαχείριση τους είναι αναγκαία. Η εντόπιση και η διαχείριση των αντιδράσεων αυτών αποτελεί μια σύνθετη, ωστόσο, απαραίτητη διαδικασία για την εξασφάλιση ποιοτικότερης φροντίδας (Dolidze et al 2013, Lerwick 2013, Karlsson et al 2014).

Η εξατομικευμένη και στοχευμένη παρέμβαση αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο στη διαχείριση του άγχους και του φόβου δεδομένης της μοναδικότητας των περιστατικών (Kuo et al 2016). Το νοσηλευτικό προσωπικό, ωστόσο, έχει στη διάθεση του μία πληθώρα τεχνικών προσέγγισης με στόχο τη διαχείριση τους, όπως η δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης (DeMaso & Snell 2013, Karlsson et al 2014),η απόσπαση προσοχής (Koller & Goldman 2012, Nilsson et al 2013, Kuo et al 2016) και η εξοικείωση με τις ιατρονοσηλευτικές διαδικασίες μέσω εικονικών προγραμμάτων ή του παιχνιδιού (Lerwick 2013, Koukourikos et al 2015, Mechtel & Stoeckle 2017), τις οποίες μπορεί να χρησιμοποιήσει μεμονωμένα ή συνδυαστικά.

Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η διερεύνηση των τεχνικών προσέγγισης και ψυχολογικής στήριξης των παιδιατρικών ασθενών, οι οποίες χρησιμοποιούνται από το νοσηλευτικό προσωπικό στην καθημερινή κλινική πράξη.

ΦΟΒΟΣ ΚΑΙ ΑΓΧΟΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Οι παιδιατρικοί ασθενείς, συχνά, κατακλύζονται από συναισθήματα φόβου και άγχους, τα οποία δημιουργούνται από ορισμένους παράγοντες. Παραδείγματα αποτελούν το άγνωστο νοσοκομειακό περιβάλλον, ο αποχωρισμός από τους γονείς ή οι επώδυνες διαδικασίες. Ο φόβος είναι ένα από τα βασικά συναισθήματα του ανθρώπου και αποτελεί ένα προστατευτικό μηχανισμό. Μια φυσική άμυνα του οργανισμού, η οποία είναι κυρίως αυθόρμητη μπροστά σε έναν πραγματικό ή μη κίνδυνο. Όταν ο φόβος οφείλεται σε μη πραγματικό κίνδυνο μπορεί να αποτελέσει εμπόδιο στην καθημερινότητα του ατόμου. Το άγχος αποτελεί μια φυσιολογική σωματική και ψυχική αντίδραση που εκδηλώνεται με πολλαπλές σκέψεις όταν προκύπτουν απαιτητικές καταστάσεις (Colwell et al 2013, Lerwick 2013, DeMaso & Snell 2013, Karlsson et al 2014).

Τα παιδιά προσπαθούν να εκφράσουν ή να κρύψουν τα συναισθήματα φόβου ή άγχους, που τους διακατέχουν, με πολλούς τρόπους. Ένα φοβισμένο/αγχωμένο παιδί θα δυσκολευτεί να συμμετέχει σε συζητήσεις ή να εκφράσει τυχόν απορίες και θα είναι αρκετά ήσυχο και σιωπηλό. Το νοσηλευτικό προσωπικό χρειάζεται να δίνει προσοχή στις μη λεκτικές αντιδράσεις, καθώς το παιδί ίσως να προσπαθεί να κρύψει τα συναισθήματα του λόγω ενοχής ή ανασφάλειας. Μπορεί, όμως, να συμβεί και το αντίθετο. Οι παιδιατρικοί ασθενείς, δηλαδή, να βρίσκονται σε διέγερση και να υπάρχουν λεκτικές διαμαρτυρίες, έντονο κλάμα μαζί με ουρλιαχτά και σε ορισμένες περιπτώσεις επιθετικότητα. Ακόμα, μπορεί να εμφανίζονται ως αίσθημα ανησυχίας και νευρικότητας δημιουργώντας διαταραχές στον ύπνο ή ενούρηση (Colwell et al 2013, Lerwick 2013, DeMaso & Snell 2013, Karlsson et al 2014, Mechtel & Stoeckle 2017).

ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ-ΣΤΗΡΙΞΗΣ

Οι αρνητικές αντιδράσεις και τα συναισθήματα που

οφείλονται στο φόβο και το άγχος, όπως αυτά προαναφέρθηκαν, δυσχεραίνουν τη συνεργασία των παιδιατρικών ασθενών με τους επαγγελματίες υγείας (Dolidze et al 2013, Lerwick 2013, Karlsson et al 2014). Αυτοί καλούνται να αξιοποιήσουν και να εφαρμόσουν ορισμένες τεχνικές προσέγγισης και στήριξης, βασικοί άξονες των οποίων αποτελούν οι δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης (Karlsson et al 2014), η απόσπαση προσοχής (Koller & Goldman 2012, Nilsson et al 2013, Kuo et al 2016) και το θεραπευτικό παιχνίδι (Lerwick 2013, Koukourikos et al 2015, Mechtel & Stoeckle 2017). Κάθε ένας από τους βασικούς άξονες περιλαμβάνει επιμέρους μεθόδους και τεχνικές. Σκοπός όλων αυτών των τεχνικών/δεξιοτήτων αποτελεί η αποτελεσματική και ουσιαστική προσέγγιση των παιδιατρικών ασθενών, η οποία στοχεύει στην προαγωγή της συναισθηματικής ευεξίας και επομένως στη βελτίωση της περιόδου νοσηλείας(Dolidze et al 2013, Lerwick 2013, Karlsson et al 2014).

Δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης

Η δημιουργία μιας σχέσης εμπιστοσύνης ανάμεσα στα παιδιά και στο νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί τον κυριότερο άξονα της παιδιατρικής νοσηλευτικής φροντίδας. Αρχικά, το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να γνωρίζει τις συναισθηματικές επιδράσεις που έχει η νοσηλεία στον παιδιατρικό ασθενή, ώστε να μπορεί να τον προσεγγίσει αποτελεσματικότερα και να τον κάνει να αισθανθεί όσο το δυνατόν πιο άνετα με τις νοσηλευτικές διαδικασίες. Οι συνηθέστερες επιδράσεις είναι ο φόβος και το άγχος, επομένως, ο νοσηλευτής χρειάζεται να γνωρίζει τι ακριβώς σημαίνουν αυτά για το παιδί και με βάση την ιδιαιτερότητα του να τα αντιμετωπίσει (DeMaso & Snell 2013, Karlsson et al 2014).

Ο καλύτερος, ίσως, τρόπος προσέγγισης ενός παιδιού είναι μέσα από τη συζήτηση. Με αυτήν παρέχονται πληροφορίες, ώστε το παιδί να έχει μια εικόνα για το τι πρόκειται να συμβεί και να κατανοήσει τις διαδικασίες που θα οδηγήσουν στη βελτίωση της υγείας του. Η αρχή της συζήτησης καθορίζεται από το αναπτυξιακό επίπεδο του κάθε παιδιού, δηλαδή από την ηλικία και την εμπειρία, καθώς και από την ασθένεια και τα συναισθήματα του. Η συζήτηση είναι καλό να γίνεται με όρους απλούς και κατανοητούς για το παιδί και να μην ειπωθούν αναληθή δεδομένα για τις διαδικασίες, όπως ότι δεν πονάει το τσίμπημα της βελόνας, καθώς μελλοντικά υπάρχει αρκετά μεγάλη πιθανότητα να δημιουργήσουν αισθήματα δυσπιστίας (DeMaso & Snell 2013, Karlsson et al 2014).

Στην έναρξη της συζήτησης απαραίτητο είναι να ερωτηθεί το παιδί τι ακριβώς θέλει να μάθει και αν θέλει να παρακολουθήσει τις διαδικασίες. Αυτό χρειάζεται διότι υπάρχουν φορές που εξαιτίας του φόβου το παιδί δεν θέλει να μάθει, με αποτέλεσμα να κυριαρχείται από δυσάρεστα συναισθήματα. Αυτό επιτυγχάνεται μέσα από ερωτήσεις που γίνονται στο παιδί για το αν έχει κάποια απορία σχετικά με την ασθένεια του ή τη θεραπεία/επέμβαση στην οποία θα υποβληθεί. Είναι καλό να ενθαρρύνεται η συμμετοχή του στην ενημέρωση, καθώς η μικρή συζήτηση που θα γίνει μπορεί να βοηθήσει στη μείωση του φόβου για το άγνωστο και να νιώσει ηρεμία. Βέβαια, για την προαγωγή της ηρεμίας του παιδιού χρειάζεται να του δίνεται και ο απαραίτητος χρόνος ώστε να επεξεργαστεί τις πληροφορίες (DeMaso & Snell 2013).

Ένας άλλος παράγοντας για τη δημιουργία αυτής της σχέσης είναι να νιώθει το παιδί ασφάλεια στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Ο ερχομός του σε έναν άγνωστο χώρο με άγνωστα πρόσωπα και ο πιθανός αποχωρισμός του από τους γονείς του επαυξάνει το αίσθημα του φόβου. Το νοσηλευτικό προσωπικό χρειάζεται να ενθαρρύνει τους γονείς να συμμετέχουν στις νοσηλευτικές διαδικασίες έτσι ώστε το παιδί βλέποντας οικεία πρόσωπα να αισθάνεται πιο άνετα. Οι γονείς εναλλακτικά μπορούν να φέρουν στο νοσοκομείο κάποια από τα αγαπημένα παιχνίδια του παιδιού. Υπάρχουν, ωστόσο, φορές που και οι γονείς δυσκολεύονται να ελέγξουν το άγχος τους και να μην μπορούν να στηρίξουν εύκολα το παιδί (DeMaso & Snell 2013, Karlsson et al 2014).

Σε αυτήν την περίπτωση το νοσηλευτικό προσωπικό είναι χρήσιμο να ενθαρρύνει τους γονείς να εκμεταλλευτούν οποιοδήποτε διαθέσιμο πόρο διαθέτει το νοσοκομείο, όπως προγράμματα ενημέρωσης για τον τύπο της ασθένειας του παιδιού. Επίσης, μπορούν να ζητήσουν να δουν το χώρο που θα πραγματοποιηθεί η επέμβαση και να βοηθήσουν στην προετοιμασία της. Η ενημέρωση από βιβλία και προγράμματα είναι βοηθητική, καθώς θα τους παρέχει επιπλέον πληροφόρηση για να μπορέσουν να συνεισφέρουν καλύτερα. Το παιδί πιθανότατα βλέποντας τους γονείς του να συμμετέχουν στις συζητήσεις και να είναι ενημερωμένοι χωρίς να δείξουν κάποιο αρνητικό συναίσθημα το παρακινήσουν να δείξει ενδιαφέρον με αποτέλεσμα να αισθανθεί πιο οικεία και περισσότερο ασφαλές (DeMaso & Snell 2013).

Οι παιδιατρικοί ασθενείς είναι πολύ σημαντικό να μην νιώθουν πως είναι μόνοι τους και πως δεν έχουν κάποια στήριξη δίπλα τους. Ο νοσηλευτής πέρα από τη νοσηλευτική φροντίδα που παρέχει στο παιδί οφείλει να είναι και συνήγορος του. Αυτό πρακτικά σημαίνει πως όταν ο γονιός δεν είναι σε θέση να στηρίξει το παιδί και να είναι εκπρόσωπος του, να πάρει την ευθύνη ο νοσηλευτής. Το γεγονός ότι το νοσηλευτικό προσωπικό είναι και εκπρόσωποι των γιατρών προς το παιδί, εξασφαλίζει πως αυτό θα έχει την κατάλληλη αντιμετώπιση και την καλύτερη φροντίδα. Επίσης, η χρήση επαίνων κατά την διάρκεια της νοσηλείας θα βοηθήσει το παιδί να έχει θάρρος και το αίσθημα της προσφοράς, ότι δηλαδή με τον τρόπο του συνεισφέρει στην βελτίωση της υγείας του (Karlsson et al 2014, Mechtel & Stoeckle 2017).

Απόσπαση προσοχής

Ένα, ακόμα, σημαντικό κεφάλαιο στη διαχείριση του άγχους και του φόβου των παιδιατρικών ασθενών αποτελεί η απόσπαση προσοχής του παιδιού. Με τον όρο απόσπαση υποδηλώνεται η απόπειρα εστίασης της προσοχής σε ένα ενδιαφέρον - ευχάριστο ερέθισμα ώστε να αποσπαστεί η προσοχή από ένα δυσάρεστο ή επώδυνο ερέθισμα. Αυτή η τεχνική είναι μία από τις συνηθέστερες που εφαρμόζονται στην κλινική πράξη και βασίζεται στην παραδοχή πως ο άνθρωπος είναι δύσκολο να εστιάζει σε περισσότερο από ένα ερεθίσματα ταυτόχρονα. Συγκεκριμένα στους παιδιατρικούς ασθενείς το ερέθισμα δεν αρκεί να είναι ευχάριστο αλλά απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί να είναι και ελκυστικό για το παιδί. Την τεχνική αυτή μπορεί να εφαρμόσουν τόσο οι επαγγελματίες υγείας όσο και οι γονείς του παιδιού (Koller & Goldman 2012, Nilsson et al 2013, Kuo et al 2016).

Η απόσπαση προσοχής διαχωρίζεται σε ενεργητική και παθητικήαπόσπαση. Η ενεργητική απόσπαση περιλαμβάνει την ενασχόληση του παιδιού με μια δραστηριότητα κατά τη διάρκεια μιας διαδικασίας και απαιτεί την ενεργητική συμμετοχή του παιδιού στη δραστηριότητα. Τεχνικές ενεργητικής απόσπασης προσοχής αποτελούν τα διαδραστικά παιχνίδια, η εικονική πραγματικότητα, η ελεγχόμενη αναπνοή, η καθοδηγούμενη φαντασία και η χαλάρωση. Αντίθετα, η παθητική απόσπαση προσοχής στοχεύει στο να παραμένει το παιδί ήρεμο κατάτη διάρκεια μιας διαδικασίας κάτι το οποίοεπιτυγχάνεται μέσω της παρακολούθησης ενός ερεθίσματος ή μιας δραστηριότητας και όχι με τη συμμετοχή σε αυτή. Τα συχνότερα μέσα παθητικής απόσπασης είναι κυρίως ακουστικά ή οπτικοακουστικά ερεθίσματα (Koller & Goldman 2012, Nilsson et al 2013, Kuo et al 2016).

Αναλύοντας τα παραπάνω, τα διαδραστικά παιχνίδια αποτελούν παιχνίδια στα οποία το παιδί καλείται να χρησιμοποιήσει μία πληθώρα αισθήσεων, σκέψεων και κινήσεων ώστε να τα φέρει εις πέρας. Ενδεικτικά παραδείγματα διαδραστικών παιχνιδιών είναι τα ηλεκτρονικά παιχνίδια, στα οποία έχει γίνει προσεκτική επιλογή, καθώς και η επίλυση παιχνιδιών- γρίφων.Δυνατότητα πνευματικής διαφυγής στο παιδί χαρίζει και η εικονική πραγματικότητα. Με τη βοήθεια ειδικών ψηφιακών συστημάτων δημιουργείται ένα ιδιαίτερο περιβάλλον για το παιδί στο πλαίσιο του οποίου ο παιδιατρικός ασθενείς θα πραγματοποιήσει κάποια παιχνίδια-δοκιμασίες. Έρευνες έχουν δείξει πως και οι δύο αναφερόμενες τεχνικές έχουν θετικά αποτελέσματα στη μείωση του πόνου και του άγχους (Koller & Goldman 2012, Nilsson et al 2013, Kuo et al 2016).

Στις γνωστικές- συμπεριφορικές τεχνικές ενεργητικής απόσπασης συμπεριλαμβάνονται η ελεγχόμενη αναπνοή, η καθοδηγούμενη φαντασία και η χαλάρωση των μυών. Αναλυτικότερα στην ελεγχόμενη αναπνοή ο ασθενής ελέγχει σκόπιμα την αναπνοή του χρησιμοποιώντας ειδικές ασκήσεις. Ιδιαίτερα θετικά αποτελέσματα παρουσιάζει η μέθοδος αυτή σε διαδικασίες μικρής διάρκειας, όπως ο εμβολιασμός. Η καθοδηγούμενη φαντασία συνδυάζεται με τη χαλάρωση των μυών. Το παιδί μετά από προοδευτική χαλάρωση των μυών, παροτρύνεται να χρησιμοποιήσει τη φαντασία του ώστε μέσω αυτής να βρεθεί σε ένα ευχάριστο περιβάλλον ή να εστιάσει σε μια όμορφη ανάμνηση ή προσδοκία. Η καθοδηγούμενη φαντασία μπορεί να υποβοηθηθεί και από ακουστικά ερεθίσματα (Koller & Goldman 2012).

Αναφέρεται παραπάνω πως στην παθητική απόσπαση προσοχής χρησιμοποιούνται κυρίως οπτικοακουστικά ερεθίσματα. Συνηθέστερα οπτικοακουστικά ερεθίσματα αποτελούν η ακρόαση μουσικής και η παρακολούθηση τηλεόρασης. Η ακρόαση μουσικής είναι ευχάριστη και εύκολα υλοποιήσιμη. Προάγει, ακόμα, τη χαλάρωση του παιδιού συμβάλλοντας έτσι στη μείωση του πόνου, και σταδιακά σε ηρεμία. Η παρακολούθηση τηλεόρασης είναι ένας, επίσης, εύκολα υλοποιήσιμος τρόπος απόσπασης προσοχής. Συντελεί στην προαγωγή της ηρεμίας του παιδιού, ωστόσο, έχει δειχθεί πως παρουσιάζει θετικότερα αποτελέσματα όταν χρησιμοποιείται συνδυαστικά με κάποια άλλη μέθοδο. Ενθαρρυντικά αποτελέσματα έχουν γενικότερα παρουσιαστεί από τον συνδυασμό παθητικών και ενεργητικών τεχνικών απόσπασης προσοχής (Koller & Goldman 2012,Colwell et al 2013).

Θεραπευτικό παιχνίδι

Το θεραπευτικό παιχνίδι είναι ένα ακόμα εφόδιο που έχουν στη διάθεση τους οι επαγγελματίες υγείας ώστε να βοηθήσουν τους παιδιατρικούς ασθενείς τους. Το παιχνίδι εξάλλου αποτελεί κύριο μέσο ψυχαγωγίας αλλά και πνευματικής εξέλιξης για τα παιδιά. Τα νοσηλευόμενα παιδιά έχουν και αυτά την ανάγκη για ψυχαγωγία, για παιχνίδι κάτι το οποίο παλαιότερα θεωρούνταν ήσσονος σημασίας, καθώς βαρύτητα δινόταν στη διαχείριση της ασθένειας. Σήμερα, ωστόσο το παιχνίδι, συγκεκριμένα το θεραπευτικό παιχνίδι, όπως χαρακτηρίζεται, χρησιμοποιείται από τους νοσηλευτές στην κλινική πρακτική.Το θεραπευτικό παιχνίδι δομείται και οργανώνεται ανάλογα με την ηλικία του ασθενή, τις προτιμήσεις και το αποτέλεσμα στο οποίο στοχεύει (Lerwick 2013, Koukourikos et al 2015, Mechtel & Stoeckle 2017).

Το θεραπευτικό παιχνίδι αποτελεί για τους παιδιατρικούς ασθενείς ένα μέσο έκφρασης, ψυχαγωγίας και εκτόνωσης. Τα παιδιά ενθαρρύνονται, από τους επαγγελματίες υγείας, κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού να εκφράσουν τα συναισθήματα τους, τις ανησυχίες και τους φόβους τους. Οι παιδιατρικοί ασθενείς πολλές φορές δυστάζουν ή δυσκολεύονται να επικοινωνήσουν τα αισθήματα τους για την κατάσταση στην οποία βρίσκονται. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη συσσώρευση δυσάρεστων συναι-

σθημάτων και την αύξηση τους άγχους και του φόβου. Σε αυτή την περίπτωση στόχος του παιχνιδιού αποτελεί η ψυχολογική αποφόρτιση του παιδιού, η προαγωγή της άνεσης και η μείωση του άγχους και του φόβου (Lerwick 2013, Koukourikos et al 2015, Mechtel & Stoeckle 2017).

Η εξοικείωση με τις ιατρονοσηλευτικές διαδικασίες αποτελεί έναν επιπρόσθετο άξονα στη χρήση του θεραπευτικού παιχνιδιού. Οι παιδιατρικοί ασθενείς,μέσωοργανωμένων προγραμμάτων παιχνιδιού, έχουν τη δυνατότητα να εξοικειωθούν με το περιβάλλον και τις διαδικασίες που λαμβάνουν χώρα στο νοσοκομείο. Το θεραπευτικό παιχνίδι εξοικείωσης χρησιμοποιείται συχνά κατά τη διάρκεια της προεγχειρητικής προετοιμασίας καθώς και σε ασθενείς με σοβαρά ή χρόνια νοσήματα, όπως ο καρκίνος. Αυτό, βέβαια δεν σημαίνει πως η χρήση του περιορίζεται μόνο εκεί, αλλά βρίσκει εφαρμογή και στην εξοικείωση με καθημερινές νοσηλευτικές πρακτικές. Η εξοικείωση των παιδιών με το περιβάλλον και τις διαδικασίες συμβάλλει στην αύξηση της συνεργασίας τους με τους επαγγελματίες υγείας και βοηθάει στη μείωση του άγχους και του φόβου (Lerwick 2013, Koukourikos et al 2015, Dalley & McMurty 2016, Mechtel & Stoeckle 2017).

Το θεραπευτικό παιχνίδι σχεδιάζεται από κάποιον επαγγελματία υγείας ή από κάποιο εξειδικευμένο πρόσωπο. Το παιχνίδι μπορεί να είναι και αυθόρμητη έκφραση του παιδιού, ωστόσο δεν παρουσιάζει τόσα οφέλη όσο το οργανωμένο. Όταν στόχος είναι η έκφραση δεν απαιτείται εξαιρετικά σύνθετος εξοπλισμός, καθώς ακόμα και μέσα από τη ζωγραφική το παιδί μπορεί να εκφραστεί. Η εξοικείωση μπορεί να επιτευχθεί με ξενάγηση στο χώρο, επαφή με τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται, οι νοσηλευτές μπορούν να χρησιμοποιήσουν κούκλες-αρκουδάκια στις οποίες θα παρουσιάσουν τις διαδικασίες στα παιδιά ή τα ίδια τα παιδιά θα καθοδηγηθούν να πραγματοποιήσουν κάποιες απλές διαδικασίες στις κούκλες, όπως η μέτρηση της πίεσης. Τα προγράμματα αυτά πραγματοποιούνται είτε στο πλαίσιο της νοσηλείας των παιδιών είτε ως ενημερωτικά-εκπαιδευτικά προγράμματα σε υγιή παιδιά (Lerwick 2013, Koukourikos et al 2015, Dalley & McMurty 2016, Reid - Searl 2016, Mechtel & Stoeckle 2017).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το νοσηλευτικό προσωπικό έχει στη διάθεση του πληθώρα τεχνικών/δεξιοτήτων, όπως καταδεικνύεται από τα παραπάνω, για τη διαχείριση των αρνητικών συναισθηματικών αντιδράσεων των παιδιατρικών ασθενών. Απαραίτητη είναι η ενημέρωση και η εξοικείωση των επαγγελματιών υγείας με τις υπάρχουσες μεθόδους, των οποίων η χρήση θα συμβάλλει ουσιαστικά στη βελτίωσητης σχέσης παιδιατρικών ασθενών και νοσηλευτικού προσωπικού. Ευεργετική, ωστόσο, θα ήταν και η δημιουργία περισσότερων τεκμηριωμένων διαδραστικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων εξοικείωσης των παιδιών με το νοσοκομειακό περιβάλλον και τις ιατρονοσηλευτικές διαδικασίες, μειώνοντας έτσι την πιθανότητα εμφάνισης φόβου και άγχους στα παιδιά σε περίπτωση νοσηλείας τους.

1ο βραβείο φοιτητικής εργασίας στο 10ο Πανελλήνιο και 9ο Πανευρωπαϊκό Επιστημονικό και Επαγγελματικό Νοσηλευτικό Συνέδριο. Ηράκλειο Κρήτης 27-30 Απριλίου, 2017

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Colwell M.C., Edwards R.,Hernandez E. & Brees K. (2013). Impact of Music Therapy Interventions (Listening, Composition, Orff-Based) on the Physiological and Psychological Behaviors of Hospitalized Children: A Feasibility Study. *Journal of Pediatric Nursing* 28: 249-257

Dalley S.J. & McMurty M.C. (2016). Teddy and I Get a Check-Up: A Pilot Educational Intervention Teaching Children Coping Strategies for Managing Procedure-Related Pain and Fear. *Pain Research and Management* Vol.2016

DeMaso R.D. & Snell C. (2013).Promoting coping in children facing pediatric surgery. *Seminars in Pediatric Surgery* 22: 134-138

Dolidze K., Smith L. E. & Tchanturia K. (2013). A Clinical Tool for Evaluating Emotional Well-Being: Self-Drawings of Hospitalized Children. *Journal of Pediatric Nursing* 28: 470-478

Karlsson K., Rydstrom I., Enskär K.,& EnglundD.A. (2014).Nurse's perspectives on supporting children during needle-related medical procedures. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* Vol.9 Issue 1

Koller D. & Goldman D.R. (2012). Distraction Techniques for Children Undergoing Procedures: A Critical Review of Pediatric Research. *Journal of Pediatric Nursing* 27: 652-681

Koukourikos K., Tzeha L., Pantelidou P.& Tsaloglidou A. (2015).The importance of play during hospitalization of children. *Materia Sociomedica* 27(6): 438-441

Kuo H., Pan H., Creedy K.D. & Tsao Y. (2016). Distraction-Based Interventions for Children Undergoing Venipuncture Procedures: A Randomized Controlled Study. *Clinical Nursing Research* Article in Press

Lerwick L.J. (2013). Psychosocial implications of pediatric surgical hospitalization. *Seminars in Pediatric Surgery* 22: 129-133

Mechtel M. & Stoeckle A. (2017).Psychosocial care of the pediatric oncology patient undergoing surgical treatment. *Seminars in Oncology Nursing* Vol 33, No 1: 87-97

Nilsson S., Enskär K., Hallqvist C. & Kokinsky E.(2013).Active and Passive Distraction in Children Undergoing Wound Dressings. *Journal of Pediatric Nursing* 28: 158-166

Reid-SearlK., Quinney L.,Dwyer T., Vieth L., Nancarrow L.& Walker Bree (2016). Puppets in an acute paediatric unit: Nurse's experiences. *Collegian* Article in Press

REVIEW

Approach techniques and psychological support in pediatric patients: literature review

Anthoula Patsiala[1], Marianna Kerxanatzidou[1], Alexandra Anastasia Seirekidou[1] 1Students, Department of Nursing, ATEI of Thessaloniki, Greece

ABSTRACT

Effective approaches and psychological support of pediatric patients provided by health professionals are complex processes. The negative reactions and fear that pediatric patients develop during their hospitalization hamper cooperation with health professionals. The pediatric nursing staff is called upon to apply appropriate techniques for managing these situations.The purpose of this paper was to investigate, through contemporary literature review, methods of technical and psychological support of pediatric patients, applied by nurses in everyday clinical practice. The management of negative reactions and fear of pediatric patients requires individualized approach, given the uniqueness of each one of them. However, there are some general measures which may bring the ultimate results. According to literature some of them are: creation of a sincere relationship through targeted discussion, application of documented interactive educational programs to familiarize with nursing and medical procedures, distraction during painful acts, such as venipuncture or bladder catheterization, and finally high perception to identify nonverbal reactions.Awareness and familiarization of health professionals with appropriate methods will improve the relationship between pediatric patients and healthcare providers.

Keywords: pediatric patients, approach, support

Corresponse Author:
AnthoulaPatsiala
Department of Nursing
ATEI of Thessaloniki
PO box 141
57400, Sindos
Thessaloniki, Greece
e-mail: apatsiala@gmail.com

Submission Date: 08/05/2017
Publication Date: October 2017

Διερεύνηση γνώσεων, στάσεων και αντιλήψεων του νοσηλευτικού προσωπικού ογκολογικού νοσοκομείου, σχετικά με την πρόληψη και αντιμετώπιση των κατακλίσεων

Αικατερίνη Βαγγελάτου[1], Γεώργιος Βασιλόπουλος[2], Ιωάννης Καλεμικεράκης[3], Γεωργία Φασόη[4], Ευγενία Βλάχου[4], Μάρθα Κελέση[4]

1.Νοσηλεύτρια MSc, Αντικαρκινικό-Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Άγιος Σάββας»
2.Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Αθήνας, 3. Καθηγητής Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Αθήνας
4. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Αθήνας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το 3% του παγκόσμιου πληθυσμού, δηλαδή περίπου 300 εκατομμύρια άτομα, χρειάζονται παρηγορητική φροντίδα ή φροντίδα τελικού σταδίου κάθε έτος, που περιλαμβάνει μεταξύ άλλων και την πρόληψη/αντιμετώπιση των ελκών πίεσης.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να αξιολογηθούν οι γνώσεις, οι πρακτικές και οι στάσεις των νοσηλευτών ενός ογκολογικού νοσοκομείου στην Ελλάδα σχετικά με την πρόληψη και αντιμετώπιση των κατακλίσεων.

Μεθοδολογία: Πρόκειται για συγχρονική μελέτη καταγραφής γνώσεων και στάσεων με τη χρήση δομημένου ερωτηματολογίου. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν νοσηλευτές και βοηθοί αυτών που εργάζονται σε Ογκολογικό Νοσοκομείο της Αθήνας. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη χρήση ειδικά διαμορφωμένου ερωτηματολογίου. Συνολικά, διανεμήθηκαν 150 ερωτηματολόγια και συλλέχθηκαν 115 (ποσοστό ανταπόκρισης 76,7%). Η μελέτη διήρκησε 6 μήνες (Ιούλιο 2016 -Δεκέμβριος 2016). Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS for Windows (version 21) statistical software.

Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμμετείχαν 115 άτομα νοσηλευτές και βοηθοί, ηλικίας 41,6(±6,8) έτη. Η μέση προϋπηρεσία αυτών ήταν 17,1(±7,5) έτη. Από το σύνολο του δείγματος, 16 (13,9%) συμμετέχοντες ανέφεραν ότι στο νοσηλευτικό ίδρυμα που εργάζονται οργανώνονται σεμινάρια εκπαίδευσης για την πρόληψη και την αντιμετώπιση των κατακλίσεων. Σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες (99,1%) απάντησαν σωστά στον ορισμό των ελκών πίεσης. Μόνο 42,6% των ερωτηθέντων απάντησε σωστά αναφορικά με την ενδεδειγμένη θέση για την πρόληψη των κατακλίσεων, ενώ οι περισσότεροι απάντησαν σωστά στις ερωτήσεις που αφορούσαν τους παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη κατακλίσεων. Οι μισοί περίπου συμμετέχοντες (n=48) ανέφεραν ότι στο τμήμα που εργάζονται χρησιμοποιούν κλίμακα αξιολόγησης κατακλίσεων και 35 (72,9%) τη συμπλήρωναν μία φορά την ημέρα. Σε σύνολο 27 ερωτήσεων, οι σωστές απαντήσεις που δόθηκαν από τους ερωτώμενους ήταν 20,9(±2,8) ή 77,7% με ελάχιστο 8 (29,6%) και μέγιστο 27 (100%) σωστές απαντήσεις.

Συμπεράσματα: Παρόλο που οι ογκολογικοί ασθενείς αντιμετωπίζουν συχνά προβλήματα με κατακλίσεις, εντούτοις το νοσοκομείο δεν φάνηκε να εφαρμόζει συστηματικά σχετικά εκπαιδευτικά προγράμματα για την ενημέρωση του νοσηλευτικού προσωπικού. Ο σχεδιασμός και εφαρμογή τέτοιων προγραμμάτων θα βοηθήσει την παροχή της βέλτιστης νοσηλευτικής φροντίδας.

Λέξεις- Κλειδιά: Αντιλήψεις, γνώσεις, έλκη πίεσης, νοσηλευτές, ογκολογικό νοσοκομείο, στάσεις

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:
Βαγγελάτου Αικατερίνη
Διεύθυνση: Αρμονίας 19-21 Αθήνα 11364
Τηλέφωνο επικοινωνίας: 6934165626
e-mail: katetaurus.2528@gmail.com

Ημερομηνία υποβολής: 6/05/2017
Ημερομηνία Δημοσίευσης: 10ος 2017

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Οι γνώσεις των νοσηλευτών για τα έλκη πίεσης σε ασθενείς τελικού σταδίου ήταν σε ικανοποιητικά επίπεδα.**
- **Οι νοσηλευτές και οι βοηθοί αυτών γνώριζαν τον ορισμό και σταδιοποίηση των κατακλίσεων, και παράλληλα είχαν μέτρια έως επαρκή επίπεδα γνώσεων για την αντιμετώπιση των κατακλίσεων.**
- **Οι νοσηλευτές και οι βοηθοί αυτών είχαν χαμηλά επίπεδα γνώσεων για την πρόληψη των κατακλίσεων.**
- **Στο υπό μελέτη νοσοκομείο δε διεξάγονται εκπαιδευτικά μαθήματα περί κατακλίσεων αρκετά συχνά, παρόλο τον αυξημένο αριθμό ασθενών τελικού σταδίου με έλκη πίεσης.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Περίπου 300 εκατομμύρια άτομα, το 3% του παγκόσμιου πληθυσμού, χρειάζονται παρηγορητική φροντίδα ή φροντίδα τελικού σταδίου κάθε έτος (Singer & Bowman 2002). Η παρηγορητική φροντίδα έχει σχεδιαστεί για να προσφέρει ανακούφιση από τον πόνο, για να βελτιώσει την ποιότητα των συνθηκών διαβίωσης, αλλά και να εξασφαλίσει αξιοπρεπή θάνατο για τον ασθενή (Alvarez et al 2002). Πολλοί επαγγελματίες υγείας συμφωνούν ότι τα έλκη πίεσης που είναι δυνατό να εμφανιστούν στο τέλος της ζωής ενός ατόμου με καρκίνο τελικού σταδίου, συνήθως δεν είναι εύκολο να προληφθούν, κάνοντας την αντιμετώπισή τους περίπλοκη λόγω της ύπαρξης σύνθετων προβλημάτων υγείας (Baharestani 1994, Naylor 2005). Πολλοί επαγγελματίες υγείας, επίσης, υποστηρίζουν ότι τα έλκη πίεσης στους καρκινοπαθείς, κυρίς στο τελικό στάδιο, δεν μπορούν να αντιμετωπισθούν λόγω των πολλών παραγόντων κινδύνου και της αυξημένης συννοσηρότητας (Henoch & Gustafsson 2003, Naylor 2005).

Η φροντίδα ενός έλκους πίεσης σχεδιάζεται, συνήθως, με απώτερο σκοπό την προαγωγή της επούλωσης. Ως εκ τούτου, το επίκεντρο της φροντίδας εστιάζει στη μείωση ή την εξάλειψη του πόνου, της οσμής και της λοίμωξης, δημιουργώντας με αυτό τον τρόπο ένα περιβάλλον που μπορεί να προάγει την επούλωση του έλκους, τη βελτίωση της αυτο-εικόνας καθώς και την πρόληψη της κοινωνικής απομόνωσης. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει, επίσης, να χρησιμοποιούν ή/και να αναπτύσσουν προϊόντα που ελέγχουν τις επιπλοκές και παρέχουν συμπτωματική ανακούφιση για την προαγωγή της επιθυμητής ποιότητας ζωής του ασθενούς και της οικογένειάς του (Alvarez et al 2002, Hughes et al 2005).

Από τις ημέρες της Florence Nightingale, η ανάπτυξη του έλκους πίεσης έχει συνδεθεί με την ελλιπή νοσηλευτική φροντίδα. Στο βιβλίο της «Σημειώσεις για τη Νοσηλευτική», σημείωσε το εξής: *«Αν (ο ασθενής) έχει κατάκλιση, είναι γενικά υπαιτιότητα του νοσηλευτή και όχι της ασθένειας»*. Η τρέχουσα βιβλιογραφία δείχνει ότι η ανάπτυξη ενός έλκους πίεσης δεν είναι μόνο ευθύνη της νοσηλευτικής. Μάλλον, πρόκειται για απουσία ή έλλειψη συντονισμού κυρίως μεταξύ των νοσηλευτών, των ιατρών, των φυσιοθεραπευτών και των διαιτολόγων. Ωστόσο, ο ρόλος της νοσηλευτικής στην πρόληψη και αντιμετώπιση των ελκών πίεσης είναι ζωτικής σημασίας (Nightingale 1946).

Η αποτελεσματική πρόληψη των ελκών πίεσης αποτελεί στόχο νοσηλευτικής πρακτικής σε όλο τον κόσμο. Η πρόληψη των ελκών πίεσης αποτελείται από δύο αλληλένδετα στάδια, πρώτον την αξιολόγηση του κινδύνου εμφάνισης και δεύτερον την εφαρμογή προληπτικών παρεμβάσεων και μέτρων με βάση το εκτιμώμενο επίπεδο κινδύνου. Ως εκ τούτου, είναι υψίστης σημασίας να εντοπιστούν οι παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη των ελκών πίεσης, προκειμένου να ληφθούν ακριβείς και σαφείς αποφάσεις για το πλάνο φροντίδα (Collier & Moore 2009).

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να αξιολογηθούν οι γνώσεις, οι πρακτικές και οι στάσεις των νοσηλευτών ενός ογκολογικού νοσοκομείου σχετικά με την πρόληψη και αντιμετώπιση των κατακλίσεων.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Πρόκειται για συγχρονική μελέτη, με τη χρήση δομημένου ερωτηματολογίου. Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν όλοι οι νοσηλευτές και οι βοηθοί νοσηλευτών που εργάζονται στο Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών, το οποίο εξετάζει και αντιμετωπίζει ενήλικες ογκολογικούς ασθενείς. Πρόκειται για δείγμα ευκολίας.

Συλλογή των δεδομένων και δείγμα της μελέτης

Ως κριτήρια ένταξης ορίστηκαν οι συμμετέχοντες να είναι νοσηλευτές και βοηθοί αυτών, να εργάζονται στο Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών και να έχουν επαρκή γνώση της Ελληνικής γλώσσας. Από τη μελέτη εξαιρέθηκαν όσοι ήταν επαγγελματίες υγείας που δεν είναι ανήκουν στο νοσηλευτικό προσωπικό, όσοι είχαν ελλιπή γνώση της Ελληνικής γλώσσας, καθώς και οι νο-

σηλευτές που εργάζονταν στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, στην Αιμοδοσία και στη Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας Παθολογικού Τομέα.

Συνολικά, διανεμήθηκαν 150 ερωτηματολόγια στο σύνολο 220 νοσηλευτών του ογκολογικού νοσοκομείου που απασχολούνται σε Χειρουργικά και Παθολογικά τμήματα, στο Χειρουργείο και την Αποστείρωση, στα Εξωτερικά Ιατρεία, στη Μονάδα Μεταμόσχευσης Μυελού των Οστών, στη Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας Χειρουργικού Τομέα και στο γραφείο νοσηλευτικής διεύθυνσης.

Για διευκόλυνση στην επεξεργασία των δεδομένων, δημιουργήθηκαν τρεις ομάδες τμημάτων, το χειρουργικό τμήμα που περιείχε τη χειρουργική κλινική, το παθολογικό τμήμα που περιείχε την παθολογική κλινική και τη μονάδα μεταμόσχευσης μυελού των οστών και η κατηγορία «λοιπά» τμήματα, που περιελάμβανε τα χειρουργεία, τα εξωτερικά ιατρεία, την αποστείρωση και το γραφείο νοσηλευτικής διεύθυνσης. Στη συνέχεια δόθηκαν διευκρινίσεις και εξηγήθηκε ο σκοπός της έρευνας από την ερευνήτρια, η οποία παρέμενε στο τμήμα μέχρι τη συμπλήρωσή τους. Η συλλογή των δεδομένων είχε διάρκεια 6 μηνών και πραγματοποιήθηκε από τον Ιούλιο έως τον Δεκέμβριο του 2016.

Εργαλείο μέτρησης

Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη χρήση ειδικού ερωτηματολογίου το οποίο αποτελείται από δύο μέρη και χρησιμοποιήθηκε μετά από γραπτή άδεια της ερευνητικής ομάδας (Γούδα και συν 2014). Καθώς το ερωτηματολόγιο αρχικά απευθύνονταν σε νοσηλευτές Μονάδων Εντατικής Θεραπείας, αναπροσαρμόστηκε ώστε να ανταποκρίνεται σε νοσηλευτές ογκολογικού νοσοκομείου. Το πρώτο μέρος περιελάμβανε τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων και το δεύτερο μέρος περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικά με την πρόληψη και τη φροντίδα των κατακλίσεων. Το ερωτηματολόγιο έχει ελεγχθεί για την αξιοπιστία του με το δείκτη αξιοπιστίας Cronbach (α=0,75), γεγονός που σημαίνει ότι έχει πολύ καλή συνάφεια (van Saane et al 2003).

Θέματα ηθικής-Δεοντολογίας

Για τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης ζητήθηκε και δόθηκε γραπτή άδεια από το Α.Τ.Ε.Ι. της Αθήνας και το Επιστημονικό Συμβούλιο του Γενικού Ογκολογικού Νοσοκομείου Αθηνών.

Τα προσωπικά στοιχεία των συμμετεχόντων, όπως το ονοματεπώνυμό τους ή ο αριθμός μητρώου τους στο νοσοκομείο ή οποιοδήποτε άλλο στοιχείο, παρέμειναν απόρρητα. Δεν διαταράχθηκε η εύρυθμη λειτουργία του νοσοκομείου και των τμημάτων που πραγματοποιήθηκε η μελέτη. Επίσης, η συλλογή των δεδομένων έγινε εκτός ωραρίου εργασίας, ενώ το νοσοκομείο δεν επιβαρύνθηκε με κανένα κόστος. Η διεξαγωγή της παρούσας μελέτης έγινε σύμφωνα με τη διακήρυξη του Helsinki.

Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS for Windows (version 21) statistical software (SPSS Inc., Chicago, IL).

Το πρώτο μέρος της ανάλυσης περιελάμβανε τα περιγραφικά αποτελέσματα όπου υπολογίστηκαν τα ποσοστά σε κάθε κατηγορία που αντιστοιχούσαν σε ποιοτική μεταβλητή, καθώς και οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις για τα χαρακτηριστικά εκείνα που αντιστοιχούσαν σε ποσοτικές μεταβλητές (mean, standard deviation).

Το δεύτερο μέρος της ανάλυσης περιελάμβανε τα αποτελέσματα των απλών συσχετίσεων (διμεταβλητή ανάλυση), όπως η συσχέτιση μεταξύ του εκπαιδευτικού επιπέδου και του συνόλου των σωστών απαντήσεων. Μεταξύ δύο μεταβλητών που ακολουθούσαν κανονική κατανομή έγινε t-test, ενώ αν δύο συνεχείς μεταβλητές δεν ακολουθούσαν κανονική κατανομή γινόταν Mann Whitney test. Σε περίπτωση σύγκρισης περισσότερων των δύο μεταβλητών, εάν ακολουθούσαν κανονική κατανομή γινόταν ANOVA ανάλυση και εάν οι συνεχείς μεταβλητές δεν ακολουθούσαν κανονική κατανομή γινόταν έλεγχος Kruskal Wallis. Σε όλους τους ελέγχους που πραγματοποιήθηκαν, το επίπεδο σημαντικότητας (P) ορίστηκε στο 0.05. Έτσι όλες οι τιμές που ήταν μικρότερες ή ίσες με 0.05 (P≤0.05) θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές. Ο έλεγχος κανονικότητας έγινε με τη στατιστική δοκιμασία Kolmogorov-Smirnov.

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά του δείγματος

	N (%)
Φύλο	
Άνδρες	10 (8,7)
Γυναίκες	105 (91,3)
Επίπεδο εκπαίδευσης	
Μεταπτυχιακό	15 (13%)
Τριτοβάθμια	63 (54,7%)
Διετούς εκπαίδευσης	37 (32,2%)
Τμήμα Εργασίας	
Χειρουργικό τμήμα	64 (55,7%)
Παθολογικό τμήμα	34 (29,6%)
Λοιπά τμήματα	17 (14,8%)
	Μέσος±ΤΑ
Ηλικία, έτη	41,6±6,8
Έτη υπηρεσίας	17,1±7,5

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τα 150 ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν, συμπληρώθηκαν τα 115 (ποσοστό ανταπόκρισης 76,7%). Από τα 115 άτομα, οι 10 (8,7%) ήταν άνδρες ηλικίας 44,7(±7,1) και 105 (91,3%) γυναίκες ηλικίας 41,3(±6,8) έτη. Η ηλικία μεταξύ των δύο φύλων δε διέφερε σημαντικά (p=0,140). Αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης, οι 63 (54,7%) συμμετέχοντες ήταν τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, με μέση προϋπηρεσία τα 17 (±7,5)έτη. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες (n=64) εργάζονταν σε χειρουργικό τμήμα, Τα χαρακτηριστικά του δείγματος παρουσιάζονται στον πίνακα 1.

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων, σεμινάρια εκπαίδευσης για την πρόληψη και την αντιμετώπιση των κατακλίσεων οργανώνονται στο 13,9% των τμημάτων του νοσοκομείου, ενώ 114 από 115 ερωτηθέντες φάνηκε ότι γνώριζαν πως ορίζεται η κατάκλιση. Πολύ υψηλά ποσοστά ορθών απαντήσεων (>90%) δόθηκαν στις ερωτήσεις που αφορούν τη σταδιοποίηση των ελκών πίεσης, ενώ υψηλά ήταν και τα ποσοστά των ορθών απαντήσεων στις ερωτήσεις που αφορούσαν την πρόληψη των ελκών πίεσης. Οι ερωτήσεις και τα ποσοστά των θετικών απαντήσεων που αφορούν τον ορισμό, τη σταδιοποίηση και την πρόληψη των ελκών πίεσης παρουσιάζονται στον πίνακα 2. Μικρότερα ποσοστά ορθών απαντήσεων δόθηκαν στις ερωτήσεις που αφορούσαν την αντιμετώπιση των ελκών πίεσης (πίνακας 3). Σε σύνολο 27 ερωτήσεων, οι σωστές απαντήσεις που δόθηκαν από τους ερωτώμενους ήταν 20,9(±2,8) με ελάχιστο 8 και μέγιστο 27 σωστές απαντήσεις.

Οι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης απάντησαν όλοι σωστά στις ερωτήσεις που αφορούσαν τη σταδιοποίηση των κατακλίσεων. Επίσης, οι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης απάντησαν σωστά σε σημαντικά περισσότερες ερωτήσεις σε σχέση με τους απόφοιτους δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (p<0,05). Οι κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος, επίσης, απάντησαν όλοι σωστά στις ερωτήσεις που αφορούσαν τη σταδιοποίηση της

Πίνακας 2. Ορισμός, σταδιοποίηση και πρόληψη ελκών πίεσης

Ερώτηση	N (%)
Κατάκλιση είναι η περιοχή εντοπισμένης βλάβης του δέρματος και των υποκείμενων ιστών που συνήθως εμφανίζεται σε περιοχές πάνω από οστικές προεξοχές και οφείλεται σε εφαρμογή εξωτερικής πίεσης, δύναμης διάτμησης, τριβής ή συνδυασμό των παραπάνω δυνάμεων.	114 (99,1%)
Η ερυθρότητα στην επιφάνεια του δέρματος που όταν πιέζουμε και στη συνέχεια απομακρύνουμε την πίεση δεν ασπρίζει για λίγο είναι 1ου βαθμού κατάκλιση	114 (99,1%)
Η μόνιμη ερυθρότητα σε σημεία συνεχούς ασκούμενης πίεσης θεωρείται 1ου βαθμού κατάκλιση	103 (89,6%)
Το μερικού πάχους δερματικό έλλειμμα δηλαδή βλάβη που αφορά την επιδερμίδα και μέρος του χορίου (σχηματισμός φυσαλίδας) είναι 2ου βαθμού κατάκλιση	106 (92,2%)
Κατάκλιση με ολικού πάχους δερματικό έλλειμμα με νέκρωση του υποδορίου λίπους χωρίς βλάβες των υποκείμενων μυών και οστών είναι 3ου σταδίου	102 (88,7%)
Το ολικού πάχους δερματικό έλλειμμα με εκτεταμένες νεκρώσεις και βλάβες των υποκείμενων μυών και οστών 4ου βαθμού κατάκλιση	110 (95,7%)
Για την πρόληψη των κατακλίσεων δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται δακτυλιοειδείς συσκευές και γάντια με νερό	80 (69,6%)
Η τοποθέτηση μαξιλαριού στην κνήμη ώστε να μην ακουμπάει πουθενά η πτέρνα βοηθάει να μειωθεί η πίεση στις πτέρνες	104 (90,4%)
Η καλύτερη πλάγια θέση για την πρόληψη κατακλίσεων στις οστικές προεξοχές είναι πλάγια στις 30ο	49 (42,6%)
Η κατάκλιση μπορεί να αναπτύξει κάθε ασθενής αν παρουσιάζει τους επιβαρυντικούς παράγοντες και για αυτό χρειάζεται εκτίμηση κάθε ασθενούς κατά τις πρώτες 6 ώρες από την εισαγωγή του	104 (90,4%)
Όλα τα άτομα που εκτιμάται ότι κινδυνεύουν να αναπτύξουν κατάκλιση, θα πρέπει σαν ελάχιστο μέτρο πρόληψης να τοποθετούνται σε εξειδικευμένο αφρώδες στρώμα	93 (80,9%)
Η τοποθέτηση ενός ασθενή που κινδυνεύει να αναπτύξει κατάκλιση σε μια κατάλληλη υποστηρικτική επιφάνεια δεν συνεπάγεται την κατάργηση του σχεδίου για τις αλλαγές θέσης	99 (86,1%)
Τα σεντόνια θα πρέπει να είναι σχολαστικά τεντωμένα πάνω σε μια υποστηρικτική επιφάνεια εναλλασσόμενης πίεσης αέρα	78 (67,8%)
Η χαμηλή αρτηριακή πίεση είναι παράγοντας κινδύνου δημιουργίας κατάκλισης	70 (60,9%)
Για την πρόληψη δημιουργίας κατακλίσεων στους ασθενείς του τμήματος είναι αναγκαία η αλλαγή θέσης του ασθενή κάθε δύο ώρες	112 (97,4%)

Πίνακας 3. Αντιμετώπιση ελκών πίεσης

Ερώτηση	N (%)
Στις κατακλίσεις με την κατάλληλη φροντίδα μπορεί να μην υπάρχουν παθογόνοι μικροοργανισμοί	57 (49,6%)
Η κατάκλιση είναι αποικισμένη με παθογόνους μικροοργανισμούς ανεξάρτητα από οποιοδήποτε άλλο παράγοντα	51 (44,3%)
Η διατροφή των ασθενών που έχουν κατακλίσεις αποτελεί πρωταρχικό παράγοντα για την επούλωση της κατάκλισης	86 (74,8%)
Η επούλωση επιτυγχάνεται με αφαίρεση της εσχάρας μίας κατάκλισης	99 (86,1%)
Για την κάλυψη κατάκλισης με συμπαγή μαύρη νέκρωση χωρίς εκκρίσεις θα χρησιμοποιούσατε υδρογέλη και υδροκολλοειδές επίθεμα	74 (64,3%)
Για την κάλυψη μίας κατάκλισης με συμπαγή μαύρη νέκρωση με πολλές εκκρίσεις θα χρησιμοποιούσατε υδρογέλη και αφρώδη επιθέματα	51 (44,3%)
Για την ταχύτερη επούλωση μιας κατάκλισης θα πρέπει το έλκος να αφήνεται ανοιχτό	33 (28,7%)
Χρήση αντισηπτικού διαλύματος ενδείκνυται σε κάθε μορφή κατάκλισης	18 (15,7%)
Το αντισηπτικό διάλυμα που χρησιμοποιείται για τον καθαρισμό μίας κατάκλισης με λοίμωξη θα πρέπει να αφαιρείται ύστερα από λίγα λεπτά από την τοποθέτηση	106 (92,2%)
Οι υδρογέλες προσδίδουν υγρασία στο έλκος πίεσης	103 (89,6%)
Ο καθαρισμός μίας κατάκλισης πρέπει να γίνεται με ήπιους χειρισμούς και χρήση φυσιολογικού ορού	78 (67,8%)
Σε μια κατάκλιση που έχει κλινική εικόνα τοπικής λοίμωξης αλλαγές πρέπει να γίνονται 1-2 φορές την ημέρα	73 (63,5%)
Άτομα που χρησιμοποιούν κλίμακα αξιολόγησης κατακλίσεων στο τμήμα που εργάζονται	48 (41,7%)
Άτομα που συμπλήρωναν κλίμακα αξιολόγησης μία φορά την ημέρα	35 (72,9%)

κατάκλισης (p<0,05), ενώ φάνηκε ότι οι γνώσεις τους για το μικροβιακό φορτίο μιας κατάκλισης (p<0,05), το ρόλο της διατροφής στην επούλωση (p<0,05) ήταν πιο περιορισμένες. Τα αποτελέσματα των συσχετίσεων ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης παρουσιάζονται στον πίνακα 4. Οι συμμετέχοντες που εργάζονταν σε παθολογικό τμήμα απάντησαν όλοι σωστά στις ερωτήσεις για τη σταδιοποίηση του έλκους πίεσης (100%), για τις ενδεδειγμένες θέσεις για πρόληψη κατακλίσεων (p<0,05) και για το ρόλο της νοσηλευτικής φροντίδας στην πρόληψη της εμφάνισης έλκους πίεσης (p<0,05).

Από την άλλη, οι ερωτηθέντες που εργάζονταν σε χειρουργικό τμήμα απάντησαν σε σημαντικά μικρότερο ποσοστό σωστά για το ρόλο της διατροφής (p<0,05), της θέσης του ασθενή (p<0,05) και για τη χρήση βοηθημάτων για την πρόληψη κατακλίσεων (p<0,05). Τέλος, οι ερωτηθέντες που εργάζονταν σε «άλλο» τμήμα ήταν σημαντικά μεγαλύτερης ηλικίας (p<0,05) και είχαν σημαντικά μεγαλύτερη προϋπηρεσία (p<0,05), απάντησαν σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό για το ρόλο της διατροφής (p<0,05), για τη χρήση υλικού κατά τη φροντίδα των κατακλίσεων (p<0,05) και τη χρήση κλίμακας αξιολόγησης των ελκών

Πίνακας 4. Συσχετίσεις ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης των ερωτηθέντων.

	Γ Βάθμια	Μετ/κό	ΔΕ	P
Για κάθε κατάκλιση ισχύει ότι με την κατάλληλη φροντίδα μπορεί να μην υπάρχουν παθογόνοι μικροοργανισμοί, n (%)	27 (42,8%)	3 (20%)	12 (32,4%)	0,041
Η διατροφή των ασθενών που έχουν κατακλίσεις δεν αποτελεί πρωταρχικό παράγοντα για την επούλωση της κατάκλισης, n (%)	53 (84,1%)	14 (93,3%)	19 (51,4%)	0,001
Ποιο είναι το στάδιο του έλκους πίεσης με ολικό πάχος δερματικό έλλειμμα με εκτεταμένες νεκρώσεις και βλάβες των υποκείμενων μυών και οστών, n (%)	63 (100%)	15 (100%)	32 (86,5%)	0,011
Είναι παράγοντας κινδύνου δημιουργίας κατάκλισης η ελαττωμένη αρτηριακή πίεση, n (%)	39 (61,9%)	14 (93,3%)	17 (45,9%)	0,015
Αριθμός σωστών απαντήσεων	22,4±3,3	20±2	21,6±2,3	0,040
Ποσοστό σωστών απαντήσεων	89,6±11,1	74,1±7,4	79,9±8,4	0,040

Πίνακας 5. Συσχετίσεις ανάλογα με το τμήμα/κλινική εργασίας των ερωτηθέντων.

	Παθολογικό	Χειρουργικό	Άλλο	p
Η διατροφή των ασθενών που έχουν κατακλίσεις δεν αποτελεί πρωταρχικό παράγοντα για την επούλωση της κατάκλισης, n (%)	26 (76,5%)	53 (82,8%)	7 (41,2%)	0,002
Όταν εμφανίζεται κατάκλιση με συμπαγή μαύρη νέκρωση χωρίς εκκρίσεις, για την κάλυψη θα χρησιμοποιήσετε υδρογέλη και υδροκολλοειδές επίθεμα, n (%)	24 (70,6%)	42 (65,6%)	8 (47,1%)	0,027
Ποιο είναι το στάδιο του έλκους πίεσης με ολικό πάχος δερματικό έλλειμμα με εκτεταμένες νεκρώσεις και βλάβες των υποκείμενων μυών και οστών, n (%)	34 (100%)	62 (96,9%)	14 (82,4%)	0,010
Η καλύτερη θέση για πρόληψη κατακλίσεων στις οστικές προεξοχές είναι η πλάγια θέση στις 30ο, n (%)	18 (52,9%)	24 (37,5%)	7 (41,2%)	0,039
Όλα τα άτομα που εκτιμάται ότι κινδυνεύουν να αναπτύξουν κατάκλιση, θα πρέπει σαν ελάχιστο μέτρο πρόληψης να τοποθετούνται σε εξειδικευμένο αφρώδες στρώμα, n (%)	29 (85,3%)	47 (73,4%)	17 (100%)	0,034
Τα σεντόνια θα πρέπει να είναι σχολαστικά τεντωμένα πάνω σε μία υποστηρικτική επιφάνεια εναλλασσόμενης πίεσης, n (%)	15 (44,1%)	19 (29,7%)	2 (11,8%)	0,032
Στο τμήμα που εργάζεστε χρησιμοποιείτε κλίμακα αξιολόγησης κατακλίσεων, n (%)	20 (58,8%)	28(43,8%)	0	0,001
Αριθμός σωστών απαντήσεων	20,2±2,4	20,4±2,8	22,4±1,4	0,001
Ποσοστό σωστών απαντήσεων (%)	75,1±9,7	76,9±10,6	85,9±5,4	0,001

πίεσης. Ενώ, απάντησαν σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό ότι η χρήση εξειδικευμένου αφρώδους στρώματος ($p<0,05$) είναι επιβεβλημένη για τα άτομα που βρίσκονται σε κίνδυνο εμφάνισης κατάκλισης. Τα αποτελέσματα των συσχετίσεων παρουσιάζονται στον πίνακα 5.

Ολοκληρώντας την ανάλυση των αποτλεσμάτων, βρέθηκε ότι οι ερωτηθέντες που είχαν παρακολουθήσει σεμινάρια εκπαίδευσης για την πρόληψη και αντιμετώπιση κατακλίσεων στο συγκεκριμένο Νοσοκομείο είχαν περισσότερες γνώσεις αναφορικά με τις νέες τεχνικές φροντίδας (ανοιχτό τραύμα) έναντι των υπολοίπων που δεν είχαν παρακολουθήσει σεμινάρια (43,7%, n=7 έναντι 75,8%, n=75, p=0,008).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σύμφωνα με τις Διεθνείς Κατευθυντήριες Οδηγίες της Ευρωπαϊκής και Αμερικανικής Συμβουλευτικής Επιτροπής Ελκών Πίεσης, οι πρακτικές πρόληψης των ελκών πίεσης περιλαμβάνουν την αξιολόγηση του κινδύνου εμφάνισης, τη φροντίδα δέρματος, τη διατροφή, την εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας και τη χρήση βοηθημάτων (Panel EPUAP and NPUAP 2009).

Η εκτίμηση του κινδύνου αποτελεί αναπόσπαστο συστατικό της πρόληψης του έλκους πίεσης σε συνδυασμό με την κλινική κρίση των νοσηλευτών (Moore 2008). Οι κλίμακες αξιολόγησης του κινδύνου δεν αντικαθιστούν την κλινική κρίση, αντίθετα είναι σημαντικό η εκτίμηση του ασθενούς να περιλαμβάνει συνδυασμό των νοσηλευτικών γνώσεων, της κλινικής κρίσης και της αξιολόγησης του κινδύνου με στόχο την πρόληψη εμφάνισης κατακλίσεων (Joseph & Clifton 2013). Παρόλες τις διεθνείς οδηγίες, στην παρούσα μελέτη περίπου οι μισοί συμμετέχοντες χρησιμοποιούν στην καθημερινή τους πρακτική κάποια κλίμακα αξιολόγησης των κατακλίσεων (41,7%).

Η εκτίμηση του κινδύνου εμφάνισης κατάκλισης θα πρέπει να πραγματοποιείται κατά την εισαγωγή του ασθενή (Association for Healthcare Research and Quality, AHRQ). Ταυτόχρονα, η εκτίμηση του δέρματος του ατόμου θα πρέπει να γίνεται κάθε 24 ώρες, με ιδιαίτερη προσοχή στις οστεώδεις προεξοχές (δεν πρέπει να γίνονται μαλάξεις), ιδιαίτερα στο δέρμα του κόκκυγα/ιερού και τις πτέρνες. Σε περιπτώσεις που εντοπιστεί έλκος πίεσης, πρέπει να σταδιοποιηθεί και να καταγραφούν τα στοιχεία στο φάκελο του ασθενή (Bevette et al 2007). Στην παρούσα μελέτη, βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές, σύμφωνα με τις οδηγίες του AHRQ, χρησιμοποιούν μία κλίμακα αξιολόγησης εμφάνισης έλκους πίεσης μια φορά την ημέρα, δηλαδή κάθε 24 ώρες.

Η εκπαίδευση παίζει σημαντικό ρόλο στην παροχή ποιοτικής και εξειδικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας. Στην παρούσα μελέτη, σε σύνολο 27 ερωτήσεων, ο μέσος όρος των σωστών απαντήσεων που δόθηκαν ήταν 21, γεγονός που καταδεικνύει το έλλειμα γνώσεων αναφορικά με τις κατακλίσεις. Οι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης απάντησαν σωστά σε σημαντικά περισσότερες ερωτήσεις και ακολούθησαν βοηθοί νοσηλευτών. Ενώ το μεταπτυχιακό δίπλωμα ειδίκευσης δεν παρείχε τις απαραίτητες γνώσεις για τις κατακλίσεις, ίσως γιατί δεν ήταν σε αντικείμενο σχετικό με τη φροντίδα κατακλίσεων/τραυμάτων.

Μια μελέτη κοόρτης στη Νέα Ζηλανδία, σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο, αξιολόγησε τη γνώση των νοσηλευτών

πριν από μια εκπαιδευτική παρέμβαση, δύο εβδομάδες μετά την εκπαίδευση και είκοσι εβδομάδες αργότερα (Tweed & Tweed 2008). Σύμφωνα με τους ερευνητές, η μέση βαθμολογία στο τεστ αξιολόγησης ήταν 84% στην έναρξη, 89% μετά το εκπαιδευτικό πρόγραμμα και 85% μετά από 20 εβδομάδες παρακολούθησης, καταδεικνύοντας ότι η παρακολούθηση ενός προγράμματος εκπαίδευσης/παρέμβασης είναι δυνατό να βελτιώσει το επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών, αλλά είναι απαραίτητη η συχνή επανάληψη.

Η μελέτη των Beeckman et al (2010) ανέφερε ότι οι επαρκείς γνώσεις σχετικά με την πρόληψη των ελκών πίεσης είναι σημαντικές για να μπορέσει να γίνει σωστή πρόληψη, να επιλεγούν τα κατάλληλα μέτρα πρόληψης και ο τρόπος εφαρμογής αυτών των μέτρων. Αν και η εκπαίδευση αναφορικά με τα έλκη πίεσης βελτιώνει τη γνώση, μελέτες έχουν δείξει ότι οι τακτικές εκπαιδευτικές ενημερώσεις είναι απαραίτητες για τη διατήρηση και επικαιροποίηση των γνώσεων (Kurtzman & Corrigan 2007). Σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξε μια περιγραφική συγκριτική μελέτη σε Κέντρα Εντατικής Φροντίδας στη Βραζιλία, κατά την οποία 7 διπλωματούχοι νοσηλευτές κατάγραψαν τις γνώσεις τους για τις κατακλίσεις (σκόρ 86,4%) και 25 βοηθοί νοσηλευτών που συμμετείχαν σε ειδικά διαμορφωμένη εκπαιδευτική παρέμβαση. Η δεύτερη ομάδα φάνηκε ότι βελτίωσε σημαντικά τις γνώσεις της (74,3% και 81,2%, αντίστοιχα) (Fernandes et al 2008). Αν και έχουν διεξαχθεί αρκετές μελέτες που αναδεικνύουν τη σημασία της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στην πρόληψη και θεραπεία των ελκών πίεσης, στην παρούσα μελέτη μόνο το 13,9% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι διεξάγονται παρόμοια προγράμματα στο νοσοκομείο που εργάζονται.

Ο κώδικας δεοντολογίας των νοσηλευτών αναφέρει ότι όλοι οι νοσηλευτές είναι υποχρεωμένοι να διατηρούν ακριβή και ενημερωμένα αρχεία των ασθενών. Στοιχεία από μελέτες, όμως, δείχνουν ότι οι νοσηλευτές δεν καταγράφουν σε αρχείο όλα τα στοιχεία για τη φροντίδα ελκών πίεσης (NMC 2008c). Όπως αναφέρθηκε, λίγοι είναι οι νοσηλευτές στην παρούσα μελέτη που χρησιμοποιούν κάποια κλίμακα αξιολόγησης των κατακλίσεων στην καθημερινή τους πρακτική και δεν διατηρούν αρχείο καταγραφής των ελκών πίεσης των ασθενών.

Η πρόληψη των ελκών πίεσης αποτελεί προτεραιότητα για τους νοσηλευτές ακόμα από την εποχή της Florence Nightingale (1859), η οποία υποστήριξε ότι τα περισσότερα έλκη πίεσης θα μπορούσαν να προληφθούν με καλή νοσηλευτική φροντίδα. Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο στην πρόληψη των ελκών πίεσης, διότι εμπλέκονται άμεσα σε βασικές πτυχές της πρόληψης, όπως η αξιολόγηση του κινδύνου εμφάνισης και η παροχή βασικής φροντίδας (Bolton 2007). Ο ρόλος των νοσηλευτών στην πρόληψη των ελκών πίεσης έχει επίσης επισημανθεί σε διάφορες εθνικές και διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες που δημοσιεύθηκαν (RCN 2001, NICE 2001a, 2001b, EPUAP 2014, EPUAP & NPUAP 2009a). Ως αποτέλεσμα, η πρόληψη των ελκών πίεσης θεωρείται πλέον ως ένα θεμελιώδες τμήμα της νοσηλευτικής φροντίδας και αυτή η διαπίστωση αποτέλεσε και το έναυσμα για τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης.

Μια πολυκεντρική μελέτη στην Αγγλία, ανέφερε ότι η γνώση των νοσηλευτών και των βοηθών νοσηλευτών σε οίκους ευγηρίας για την πρόληψη των ελκών πίεσης ήταν ελλιπής, κυρίως αναφορικά με το ρόλο της διατροφής και της σωστής τοποθέτησης του ατόμου στο κρεβάτι ή την καρέκλα (Demarre et al 2012). Η διεθνής διάσταση του ελλείματος γνώσης καταδεικνύεται από μια πληθώρα μελετών. Συγκεκριμένα, έλλειμα γνώσης παρουσιάζεται σε μελέτες σε Ολλανδικό νοσοκομείο (Hulsenboom et al 2007), στην Ισπανία (Miyazakil et al 2010), το Μπαγκλαντές (Islam et al 2010), την Ιορδανία (Qaddumi & Khawaldeh 2014), στην Αλεξάνδρεια της Αιγύπτου (Nagwa & Zaghloul 2011). Σε αντίθεση, υψηλότερο ήταν το επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών στην Ουγκάντα (Mwebaza et al 2014). Στην παρούσα μελέτη, οι συμμετέχοντες νοσηλευτές και βοηθοί δεν είχαν άριστη γνώση για την πρόληψη των κατακλίσεων, αλλά αρκετά επαρκή (>70%). Το επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών όσον αφορά τις λοιμώξεις και το μικροβιακό φορτίο των κατακλίσεων ήταν μικρό (49,6%), ενώ υψηλότερο ήταν για τα προϊόντα ή συσκευές που χρησιμοποιούνται για την πρόληψη των κατακλίσεων (69,6%). Πολύ καλό επίπεδο είχαν οι συμμετέχοντες και όσον αφορά την πρόληψη των κατακλίσεων (90,4%), καθώς και τις κατάλληλες υποστηρικτικές επιφάνειες (80,9% και 86,1%), ενώ μέτρια επίπεδα είχαν για την κατάλληλη θέση των ασθενών για την πρόληψη των κατακλίσεων (42,6%).

Περιορισμοί της μελέτης

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε σε μικρό αριθμό ατόμων με μεταπτυχιακό δίπλωμα σε σχέση με το υπόλοιπο δείγμα, κάτι το οποίο μπορεί να προκαλέσει στατιστικό σφάλμα και η δεύτερη είναι ότι δεν καταγράφηκε ο ακριβής μεταπτυχιακός τίτλος για να διαπιστωθεί η συνάφεια με τη φροντίδα τραυμάτων και έλκη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Παρόλο που οι ογκολογικοί ασθενείς αντιμετωπίζουν συχνά προβλήματα με κατακλίσεις εντούτοις το νοσοκομείο δεν φάνηκε να εφαρμόζει συστηματικά σχετικά εκπαιδευτικά προγράμματα για την ενημέρωση του νοσηλευτικού προσωπικού. Ο σχεδιασμός και εφαρμογή τέτοιων προγραμμάτων θα βοηθήσει την επικαιροποίηση των γνώσεων και την παροχή της βέλτιστης νοσηλευτικής φροντίδας.

Καθώς η βιβλιογραφία, τόσο στην Ελλάδα όσο και σε

Διεθνές επίπεδο, που διερευνά τις γνώσεις των νοσηλευτών και βοηθών αυτών για την πρόληψη και θεραπεία των κατακλίσεων σε ογκολογικούς ασθενείς είναι περιορισμένη, προτείνεται η διεξαγωγή μίας πολυκεντρικής μελέτης που να περιλαμβάνει όλα τα ογκολογικά νοσοκομεία της Ελλάδας, καθώς και τις δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και των οργανισμών που παρέχουν υπηρεσίες κατ`οίκον σε ογκολογικούς ασθενείς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Alvarez O., Meehan M., Ennis W., Thomas D., Ferris F., Lou Kennedy K., Rogers R., Bradley M., Baker J., Fernandez A. & Rodeheaver G. (2002). Chronic wounds, palliative management for the frail population. *Wounds* 14: 1S-27S.

Baharestani M.M. (1994). The lived experience of wives caring for their frail, home bound, elderly husbands with pressure ulcers. *Advanced Wound* Care 7: 40-42, 44-46, 50.

Beeckman D., Vanderwee K., Demarre L., Paquay L., Van Hecke A. & Defloor, T. (2010). Pressure ulcer prevention, development and psychometric validation of a knowledge assessment instrument. *International Journal of Nursing Studies* 47: 399–410.

Bevette G., Hoa C., Cassandra H.M.K. & Schimmelpfenning D. (2007). Best practice protocols. Reducing harm from pressure ulcer. *Nursing Management* 38: 29-31, 69.

Bolton L. (2007). Which pressure ulcer risk assessment scales are valid for use in the clinical setting? *Journal Wound Ostomy Continence Nursing* 34: 368-81.

Collier M. & Moore Z. (2009). Etiology and risk factors. In, Romanelli (Eds.): Science and Practice of Pressure Ulcer Management. Springer, London, pp. 27–36.

Crowe T. & BrockBank C. (2009). Nutrition therapy in the prevention and treatment of pressure ulcers. Wound Practice and Research 17: 90-99.

Demarré L., Vanderwee K., Defloor T., Verhaeghe S., Schoonhoven L. & Beeckman D. (2012). Pressure ulcers, knowledge and attitude of nurses and nursing assistants in Belgian nursing homes. *Journal of clinical nursing* 21: 1425-34.

El Enein N.Y. & Zaghloul A.A. (2011). Nurses' knowledge of prevention and management of pressure ulcer at a health insurance hospital in Alexandria. *International Journal of Nursing Practice* 17: 262-8.

Fernandes L.M., Caliri M.H.L. & Haas V.J. (2008). The effect of educative interventions on the pressure ulcer prevention knowledge of nursing professionals. *Acta Paulista de Enfermagem* 21: 305-11.

Γούδα Α.Μ., Καδά Ο., Μαυράκη Κ., Καπάδοχος Τ., Αργυρίου Γ., Στάμου Α. & Βασιλόπουλος Γ. (2014). Διερεύνηση της γνώσης νοσηλευτών Μονάδας Εντατικής Θεραπείας αναφορικά με την πρόληψη και αντιμετώπιση των ελκών πίεσης. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 13(1):102-117.

Henoch I. & Gustafsson M. (2003). Pressure ulcers in palliative care, development of a hospice pressure ulcer risk assessment scale. *International Journal Palliative Nursing* 9: 474-84.

Hughes R.G., Bakos A.D., O'Mara A. & Kovner C.T. (2005). Palliative wound care at the end of life. *Home Health Care Management Practice* 17: 196-202.

Hulsenboom M.A., Bours G.J.J.W. & Halfens R.J.G. (2007). Knowledge of pressure ulcer prevention, a cross-sectional and comparative study among nurses. BMC *Nursing*, 9, 6, 2.

Islam S., Sae-Sia W. & Khupantavee N. (2010). Knowledge, attitude, and practice on pressure ulcer prevention among nurses in Bangladesh. Diseases-Palliative Care, Proceedings of the 2nd International Conference on Humanities and Social Sciences, Prince of Songkla University, Thailand. Available at: http://sv.libarts.psu.ac.th/conference5/proceedings/Proceedings2/article/6pdf/011.pdf. [accessed 6/01/2017]

Joseph J. & Clifton D.S. (2013). Nurses' knowledge of pressure ulcer risk assessment. *Nursing Standard* 27: 54-60.

Kurtzman E.T. & Corrigan J.M. (2007). Measuring the contribution of nursing to quality, patient safety, and health care outcomes. P*olicy, Politics & Nursing Practice* 8: 20-36.

Miyazakil M.Y., Caliri M.H.L. & Santos C.B. (2010). Knowledge on Pressure Ulcer Prevention among Nursing Professionals. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 18: 1203-11.

Moore Z.E. & Cowman S. (2008). Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 16: CD006471.

Mwebaza I., Katende G., Groves S. & Nankumbi J. (2014). Nurses' Knowledge, Practices, and Barriers in Care of Patients with Pressure Ulcers in a Ugandan Teaching Hospital. *Nursing Research and Practice* 2014: 973602.

National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2009a). Available at: http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2012/03/Final-2009-Treatment-Technical-Report1.pdf[accessed 6/01/2017]

Naylor W.A. (2005). A guide to wound management in palliative care. *International Journal Palliative Nursing* 11: 572, 574-579.

Nightingale F. (1946). Notes on Nursing, What it is and What it is not. Norwalk, CT, Appleton-Century-Crofts. Available at: http://digital.library.upenn.edu/women/nightingale/nursing/nursing.html [accessed 28/12/2016]

NMC (2008c). Record keeping, guidance for nurses and midwives. London, Nursing and Midwifery Council. Available at: https://www.nmc.org.uk/standards/code/record-keeping/ [accessed 6/01/2017]

National Institute for Health and Care Excellence. (2014). Pressure ulcers, prevention and management of pressure ulcers, NICE clinical guideline. Available at: https://www.nice.org.uk/guidance/CG179 [accessed 10/10/2016]

National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2014). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia. Available at: https://www.npuap.org/wp-content/uploads/2014/08/Updated-10-16-14-Quick-Reference-Guide-DIGITAL-NPUAP-EPUAP-PPPIA-16Oct2014.pdf [accessed 10/10/2016]

Qaddumi J. & Khawaldeh A. (2014). Pressure ulcer prevention knowledge among Jordanian nurses. *BMC Nursing* 13: 6-8.

Royal College of Nursing. (2001). Available at: http://www2.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0003/78501/001252.pdf [accessed 6/01/2017]

Singer P.A. & Bowman K. (2002). Quality end-of-life care, a global perspective. *BMC Palliative Care* 1: 4.

Van Saane N., Sluiter J.K. Verbeek J.H.A.M. & Frings-Dresen M.H.W. (2003). Reliability and validity of instruments measuring job satisfaction-a systematic review. *Occupational Medicine* 53: 191-200.

RESEARCH STUDY

Investigation of knowledge, attitudes and perceptions of nursing staff in oncology hospital regarding the prevention and treatment of pressure ulcers

Aikaterini Vangelatou [1], Georgios Vasilopoulos [2], Ioannis Kalemikerakis [3], Georgia Fasoi [4], Evgenia Vlachou [4], Martha Kelesi [4]

1. RN, MSc, Athens Oncology Hospital "Agios Savvas", 2. Assistant Professor, Department of Nursing Technological Educational Institute of Athens, 3. Lecturer, Department of Nursing Technological Educational Institute of Athens
4.Associate Professor, Department of Nursing Technological Educational Institute of Athens

ABSTRACT

Introduction: Approximately 300 million people, 3% of the world population, need palliative care or terminal care each year, including prevention and care of pressure ulcers.

Aim: The aim of this study was to evaluate the knowledge, practices and attitudes of nurses of an oncology hospital in Greece on the prevention and treatment of pressure ulcers.

Methodology: This is a cross-sectional study in an Oncology Hospital of Athens. The study population was nurses and their assistants working in the particular hospital. Data collection was conducted by using a specially designed research tool. In total, 150 questionnaires were distributed and 115 were collected (response rate 76.7%). The study lasted 6 months (from July 2016 to December 2016). The statistical analysis was performed with the statistical program SPSS for Windows (version 21) statistical software.

Results: The study sample consisted of 115 nurses and their assistants, age 41.6 (±6.8) years old. The average length of employment of the participants was 17.1(±7.5) years. Of the total sample, 16 (13.9%) participants reported that the hospital they work organize training seminars/courses for the prevention and treatment of pressure ulcers. Almost all participants (99.1%) answered correctly to the definition of pressure ulcers. Only 42.6% of the respondents answered correctly for the best position to prevent pressure sores, while most answered correctly to the questions concerning the risk factors for the development of pressure ulcers. About half of participants (48) reported that the clinic they work use an assessment scale for pressure ulcers and 35 (72.9%) participants completed it once a day. On the total of 27 questions, the correct answers given by respondents were 20.9 (±2.8) or 77.7% with a minimum of 8 (29.6%) and maximum 27 (100%) correct answers.

Conclusions: Although oncology patients often experience problems with depression, however, the hospital did not seem to systematically implement relevant education programs to inform nursing staff. The design and implementation of such programs will help provide optimal nursing care.

Keywords: attitudes, behaviors, knowledge, nurses, oncology hospital, pressure ulcers

Correspondence Author:
Vangelatou Aikaterini
Address: Armonias 19-21 Athens 11364
Contact phone: 6934165626
Email: katetaurus.2528@gmail.com

Submission Date: 06/05/17
Publication Date: October 2017

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Καταγραφή των κλινικών χαρακτηριστικών βαρέως πασχόντων ασθενών που προσήλθαν στο ΤΕΠ Δευτεροβάθμιου Νοσοκομείου

Σοφία Ζυγά[1], Ευγενία-Σωτηρία Σπυριδάκου[2], Ευάγγελος Φραδέλος[3], Βικτώρια Αλικάρη[3]
1. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Εργαστήριο Νοσηλευτικών Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου
2. Νοσηλεύτρια, MSc, Εργαστήριο Νοσηλευτικών Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου
3. Νοσηλευτής/τρια, Phd (c), Εργαστήριο Νοσηλευτικών Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο Επεμβατικός Μηχανικός Αερισμός και ο Μη Επεμβατικός Μηχανικός Αερισμός αποτελούν σήμερα σημαντική θεραπευτική αντιμετώπιση για βαρέως πάσχοντες ασθενείς.

Σκοπός: Η ανίχνευση των κλινικών χαρακτηριστικών και της έκβασης βαρέως πασχόντων ασθενών που προσήλθαν στο ΤΕΠ δευτεροβάθμιου Νοσοκομείου της Πελοποννήσου καιυποβλήθηκαν σε επεμβατικό ή μη μηχανικό αερισμό.

Μεθοδολογία: Έγινε αναδρομική μελέτη των βιβλίων καταγραφής συμβάντων στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Νοσοκομείου. Συγκεκριμένα, μελετήθηκαν οι περιπτώσεις βαρέως πασχόντων ασθενών που υπεβλήθησαν σε επεμβατικό ή μη μηχανικό αερισμό την 6ετία 2010-2015. Καταγράφηκαν τα κλινικά χαρακτηριστικά καθώς και η έκβαση των ασθενών. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS για Windows. Σε όλες τις αναλύσεις χρησιμοποιήθηκε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας το 0.05.

Αποτελέσματα: Συνολικά καταγράφηκαν 132 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε επεμβατικό ή μη επεμβατικό μηχανικό αερισμό. Οι 82 (62.1%) ήταν άνδρες και οι 48 (36.3%) γυναίκες. Εξ' αυτών, οι 52 (39.4%) διαγνώσθηκαν με Κ.Ε.Κ, οι 20 (15.2%) με στεφανιαία νόσο και 18 (13.6%) με αναπνευστική ανεπάρκεια. Επεμβατικός μηχανικός αερισμός εφαρμόσθηκε σε 75 (56.8%) ασθενείς, ενώ μη επεμβατικός μηχανικός αερισμός εφαρμόστηκε σε 6 (4.4%). Ως προς την έκβαση, σε 88 ασθενείς (66.7%) επήλθε ο θάνατος στο ΤΕΠ, οι 30 (22.7%) διακομίσθηκαν σε ΜΕΘ, ενώ 7 (5.3%) διακομίστηκαν στην Παθολογική Κλινική. Επίσης, σημαντική συσχέτιση (p=<0,001) βρέθηκε μεταξύ έκβασης και φύλου, καθώς από τους 30 ασθενείς που διακομίσθηκαν στη ΜΕΘ οι 22 (73.3%) ήταν άνδρες, ενώ από τους 88 που απεβίωσαν οι 54 (61.3%) ήταν, επίσης, άνδρες (p=<0.001).

Συμπεράσματα: Η εν λόγω μελέτη ανέδειξε την έκταση του προβλήματος σε τοπικό επίπεδο των ασθενών που υπαβλήθηκαν σε επεμβατικό ή μη μηχανικό αερισμό στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών δευτεροβάθμιου Νοσοκομείου.

Λέξεις κλειδιά: διασωλήνωση, έκβαση, επεμβατικός μηχανικός αερισμός, μη επεμβατικός μηχανικός αερισμός,

Υπεύθυνος επικοινωνίας: Αλικάρη Βικτώρια
E mail: vicalikari@gmail.com
Τηλ: 6936168825

Ημερομηνία Υποβολής: 03/03/2017
Ημερομηνία Δημοσίευσης: 10ος 2017

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Αναδρομική μελέτη των βιβλίων καταγραφής συμβάντων στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Νοσοκομείου**
- **Επεμβατικός μηχανικός αερισμός εφαρμόσθηκε σε 75 (56.8%) ασθενείς**
- **Μη επεμβατικός μηχανικός αερισμός εφαρμόστηκε σε 6 (4.4%).**
- **Σημαντική συσχέτιση (p=<0.001) βρέθηκε μεταξύ έκβασης ασθενών και φύλου**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Βασική υπευθυνότητα του κάθε επαγγελματία υγείας στο χώρο των επειγόντων περιστατικών είναι η διατήρηση της βατότητας του ανώτερου αεραγωγού και εξασφάλιση επαρκούς αερισμού (Clancy & Nolan 2002, Lossius et al 2012). Για το σκοπό αυτό υπάρχει ο Επεμβατικός Μηχανικός Αερισμός (ΕΜΑ, διασωλήνωση) και ο Μη Επεμβατικός Μηχανικός Αερισμός (ΜΕΜΑ) που σήμερα αποτελούν τη θεραπεία πρώτης γραμμής για την οξεία ή χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, σε καρδιογενές πνευμονικό οίδημα και σε ανοσοκατασταλμένους (Mas & Masip 2014, Romero-Dapuetoetal 2015).

Με τον όρο «μη επεμβατικός μηχανικός αερισμός» (Non Invasive Mechanical Ventilation) ορίζεται η διασφάλιση αερισμού χωρίς την τοποθέτηση ενδοτραχειακού σωλήνα. Κατά το πρώτο ήμισυ του 20ου αιώνα ο μη επεμβατικός αερισμός αποτελούσε τον κατ' εξοχήν τύπο μηχανικής υποστηρίξης εξαιρουμένης της αναισθησιολογικής χρήσης. Από τις αρχές του 1960 ο επεμβατικός μηχανικός αερισμός θετικής πιέσης (μέσω ενδοτραχειακού σωλήνα) επικράτησε ως τρόπος μηχανικής υποστηρίξης κυρίως λόγω της καλύτερης προστασίας του αεραγωγού. Κατά την τελευταία, όμως, δεκαετία η χρήση του μη επεμβατικού μηχανικού αερισμού έτυχε ευρείας εφαρμογής λόγω των βελτιώσεων που υπήρξαν αφ' ενός στους διατιθέμενους αναπνευστήρες και αφ' ετέρου στις συσκευές παροχής μη επεμβατικού αερισμού (ρινικές, στοματορινικές μάσκες κ.λ.π) που διασφάλιζαν αξιοπιστία, ασφάλεια, καλή ανοχή και χαμηλό κόστος (Gacouin et al 2015, Correa et al 2015).

Τα τελευταία έτη εφαρμόζεται ο μη επεμβατικός μηχανικός αερισμός διαλείπουσας θετικής πιέσης (Non-Invasive Intermittent Positive Pressure Ventilation-NIPPV) μέσω ειδικής προσωπίδας (μάσκας) ρινικής ή ρινός-στόματος ή ολόκληρης της κεφαλής ("helmet" -περικεφαλαία), για την αντιμετώπιση της οξείας αναπνευστικής ανεπάρκειας (υποξαιμικής και υπερκαπνικής), κυρίως λόγω σοβαρής παροξύνσαης ΧΑΠ. Από μελέτες που έγιναν προέκυψε ότι με την εφαρμογή του NIPPV σε αυτούς τους ασθενείς το pH και η PaCO2 του αρτηριακού αίματος βελτιώθηκαν εντός μιας ώρας. Με την εφαρμογή του NIPPV βελτιώθηκε ο κατά λεπτό αερισμός, η συχνότητα της αναπνοής και η λειτουργία του διαφράγματος. Με την παρέμβαση αυτή, δόθηκε χρόνος για την επίδραση της ελεγχόμενης οξυγονοθεραπείας, των βρογχοδιασταλτικών, των αντιβιοτικών και των κορτικοστεροειδών. Με τον τρόπο αυτό ανεστράφη η συνεχώς επιδεινούμενη αναπνευστική ανεπάρκεια και μειώθηκε σημαντικά η θνητότητα και ο χρόνος νοσηλείας των ασθενών, αλλά και η εφαρμογή διασωληνώσης της τραχείας και επεμβατικού μηχανικού αερισμού (Lightowler et al 2003).

Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι η χρήση του ΜΕΜΑ σε ασθενείς με οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια και με οξύ πνευμονικό σύνδρομο (ARDS) μείωσε σημαντικά τα ποσοστά διασωλήνωσης και θνητότητας (Thille et al 2013, Tsai et al 2013).

Επιπρόσθετα, ο ΜΕΜΑ θετικής πίεσης CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) έχει καλύτερη έκβαση σε ασθενείς με αμβλύ θωρακικό τραύμα και οι οποίοι έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν οξεία πνευμονική βλάβη και αναπνευστική ανεπάρκεια. Οι μελέτες προς αυτήν την κατεύθυνση απαιτούν βέβαια περαιτέρω έρευνα(Duggal et al 2013,Carpe-Carpe et al 2013, Karcz & Papadakos 2015). Σε σχέση με τη μεταβλητή της ηλικίας, έχει αναφερθεί σε μελέτες ότι ο ΜΕΜΑ έχει καλύτερα αποτελέσματα επιβίωσης σε άτομα μεγάλης ηλικίας, άνω των 80 ετών (Schortgen et al2012).

Επιπλέον, σε αναδρομική μελέτη των Πρεζεράκου και συν (2014) που συμπεριέλαβε το σύνολο των βρεφών με βρογχιολίτιδα που νοσηλεύτηκαν στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Νοσοκομείου Παίδων "Π.& Α. Κυριακού" από 1-1-2010 έως 30-12-2011, ο μη επεμβατικός μηχανικός αερισμός έδειξε ότι αποτελεί πολύ αποτελεσματικό τρόπο αερισμού των βρεφών που εμφανίζουν βρογχιολίτιδα και αναπνευστική ανεπάρκεια. Μπορεί να μειώσει δραστικά το ποσοστό διασωλήνωσης και των πιθανών επιπλοκών της και να βελτιώσει την ποιότητα νοσηλείας των βρεφών κατά τη διάρκεια παραμονής τους στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

Η ενδοτραχειακή διασωλήνωση είναι η τεχνική της τοποθέτησης ενός σωλήνα εντός της τραχείας και πιο συγκεκριμένα έως το σημείο πάνω από την τροπίδα, δηλαδή την διακλάδωση των βρόγχων μέχρι το μέσο της τραχείας. Εισάγεται δια μέσου του στοματοφάρυγγα ή

του ρινοφάρυγγα και της λαρυγγικής σχισμής με σκοπό την εξασφάλιση της βατότητας του ανώτερου αεραγωγού και την πρόληψη εισρόφησης γαστρικού περιεχομένου στον ασθενή χωρίς φαρυγγικά αντανακλαστικά. (Simpson et al 2006, Ray & McKeown 2011,Mechlin & Hurfrd 2014).

Αναφορικά με τις συχνότερες ενδείξεις για ενδοτραχειακή διασωλήνωση στο ΤΕΠ, έρευνες έχουν δείξει ότι αυτές αποτελούν: η καρδιακή ανακοπή, η άπνοια, η σοβαρή αναπνευστική ανεπάρκεια και η βαθμολογία της κλίμακας Γλασκώβης <8 (Lapinsky 2010, Kim et al 2014). Η ενδοτραχειακή διασωλήνωση αποτελεί μια ασφαλή τεχνική που σήμερα χρησιμοποιείται ευρέως. Η μη τραυματική διασωλήνωση της τραχείας απαιτεί γνώση της ανατομίας των ανώτερων αεροφόρων οδών καθώς και σωστή χρήση συσκευών και φαρμάκων (Lapinsky 2010, Kim et al 2014).

Από έρευνες που έχουν γίνει στο παρελθόν έχει φανεί ότι η θνησιμότητα ύστερα από διασωλήνωση στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών είναι αρκετά υψηλή και σχετίζεται με την ηλικία, και αυτό γιατί τα αποθεματικά των μεγαλύτερης ηλικίας ασθενών είναι εξασθενισμένα (Sanchez et al2008).

Σκοπός της μελέτης ήταν η επιδημιολογική καταγραφή των κλινικών χαρακτηριστικών και της έκβασης των ασθενών που υποβλήθηκαν σε μη επεμβατικό μηχανικό αερισμό ή σε διασωλήνωση της τραχείας στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών Δευτεροβάθμιου Νοσοκομείου κατά τη χρονική περίοδο 2010-2015.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Δείγμα μελέτης

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν όλοι οι ασθενείς που προσήλθαν στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Γενικού Νοσοκομείου Λακωνίας – Ν. Μ. Σπάρτης μόνοι τους ή μέσω ΕΚΑΒ και οι οποίοι υποβλήθηκαν σε διασωλήνωση της τραχείας ή σε μη επεμβατικό μηχανισμό στο ΤΕΠ κατά τη χρονική διάρκεια 2010-

Πίνακας 1. Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών με ΕΜΑ ή ΜΕΜΑ

		Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Αίτιο προσέλευσης στο ΤΕΠ	Αναπνευστικά αίτια	56	42.4
	Καρδιολογικά αίτια	5	3.8
	Κωματώδης κατάσταση	13	9.8
	Πτώσεις	7	5.3
	Τροχαίο δυστύχημα	39	29.5
	Χρήση ουσιών	3	2.3
	Δεν καταγράφεται	9	6.9
Μέσο προσέλευσης	ΕΚΑΒ	108	81.8
	Ι.Χ.	22	16.7
	Δεν καταγράφεται	2	1.5
Τόπος μόνιμης διαμονής	Αθήνα	1	.8
	Δεν καταγράφεται	2	1.5
	Δημος Ανατολικής Μάνης	15	11.4
	Δήμος Ευρώτα	9	6.8
	Δήμος Μονεμβασιάς	9	6.8
	Δήμος Σπάρτης	96	72.7
Ηλικιακή ομάδα	Ενήλικας	67	50.8
	Ηλικιωμένος/η	59	44.7
	Παιδί	3	2.3
	Δεν καταγράφεται	3	2.3
Διάγνωση	ΑΕΕ	8	6.1
	Αναπνευστική ανεπάρκεια	18	13.6
	Άπνοια ύπνου	3	2,3
	Επιληπτική κρίση	2	1.5
	ΚΕΚ	52	39.4
	Πλευριτική συλλογή	6	4.5
	Σηπτικό σοκ	2	1.5
	Στεφανιαία νόσος	20	15.2
	Χρήση ουσιών	2	1.5

ΚΕΚ: Κρανιοεγκεφαλική κάκωση

Πίνακας 2 Εφαρμογή ΜΕΜΑ και ΕΜΑ των ασθενών

		Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Εφαρμογή ΜΕΜΑ	Δεν καταγράφεται	15	11.4
	ΝΑΙ BiPAP	5	3.8
	ΝΑΙ CPAP	1	.8
	ΟΧΙ	111	84.1
Εφαρμογή ΕΜΑ	ΝΑΙ	75	56.8
	ΟΧΙ	57	43.2

BiPAP: Bilevel positive airway pressure
CPAP:Continuous positive airway pressure

Πίνακας3 Έκβαση ασθενών

		Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Έκβαση	Δεν καταγράφεται	3	2.3
	Διακομιδή σε ΜΕΘ	30	22.7
	Εισαγωγή στην Καρδιολογική κλινική	2	1.5
	Εισαγωγή στην Παθολογική κλινική	7	5.3
	Θάνατος στο ΤΕΠ	88	66.7
	Θάνατος στο χειρουργείο	1	.8
	Νεκροτομή	1	.8

2015. Οι ασθενείς που έχουν πρόσβαση στο Νοσοκομείο είναι άτομα από το γενικό πληθυσμό του Νομού και προέρχονται από όλες τις κοινωνικοοικονομικές τάξεις.

Συλλογή δεδομένων

Πραγματοποιήθηκε συλλογή στοιχείων, τα οποία αντλήθηκαν από το αρχείο του νοσοκομείου και από τα βιβλία καταγραφής συμβάντων στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών Περιφερειακού Νοσοκομείου.

Για τη συλλογή των στοιχείων, χρησιμοποιήθηκε ειδικά σχεδιασμένο έντυπο για τις ανάγκες της έρευνας (καταγράφηκαν δημογραφικά δεδομένα, οι αιτιολογικοί παράγοντες, ο διαγνωστικός έλεγχος -εργαστηριακός και απεικονιστικός, το είδος του αερισμού -επεμβατικός ή μη επεμβατικός, οι παράμετροι, οι τύποι του αερισμού, η και η έκβαση των περιπτώσεων).

Στατιστική ανάλυση δεδομένων

Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS για Windows. Σε όλες τις αναλύσεις χρησιμοποιήθηκε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας το 0,05. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων ξεκίνησε από την απλή περιγραφική τους ανάλυση.

Ηθικά θέματα

Τήρηθηκανοι θεμελιώδεις δεοντολογικές αρχές, οι οποίες διέπουν τη διεξαγωγή αναδρομικής μελέτης. Ειδικότερα ζητήθηκε άδεια από το Επιστημονικό και Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου.Τηρήθηκε πλήρης εχεμύθεια ως προς τις πληροφορίες που αφορούν τους ασθενείς ενώ διαφυλάχτηκε η ασφάλεια του σχετικού υλικού και η ανωνυμία των ασθενών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Καταγράφηκαν οι περιπτώσεις 132 ασθενών με μέσο όρο ηλικίας 61.22 (±20,72). Το 62.1% ήταν άνδρες και το 36.4% γυναίκες. Υπήρχαν και δύο άτομα (1.5%), στα οποία δεν είχε καταγραφεί το φύλο τους. Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών παρουσιάζονται στον πίνακα 1. Στον πίνακα 2 παρουσιάζεται η εφαρμογή επεμβατικού ή μη μηχανισμού αερισμού των ασθενών. Τέλος, η έκβαση των ασθενών παρουσιάζεται στον πίνακα 3.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του οδικού μέσου προσέλευσης στο ΤΕΠ και της ηλικίας, αφού οι περισσότεροι ασθενείς που μεταφέρθηκαν στο Νοσοκομείο μέσω ΕΚΑΒ ήταν ενήλικες (n=57) και κατόπιν ηλικιωμένοι (n=48) καισυσχέτιση του οδικού μέσου και της αιτίας προσέλευσης, καθώς οι 42 περιπτώσεις ασθενών με αναπνευστικά προβλήματα μεταφέρθηκαν στο Νοσοκομείο με ΕΚΑΒ. Βρέθηκε στατιστική συσχέτιση μεταξύ της ηλικιακής ομάδας και της αιτίας προσέλευσης, η πλειοψηφία των ενηλίκων (n=27) προσήλθε μετά από τροχαίο ατύχημα ενώ η πλειοψηφία των ηλικιωμένων λόγω αναπνευστικών προβλημάτων (n=38) και του φύλου και της αιτίας προσέλευσης, καθώς οι 22 περιπτώσεις ασθενών με αναπνευστικά προβλήματα ήταν γυναίκες, ενώ 34 ασθενείς ήταν άνδρες. Επίσης, 11 περιστατικά που είχαν

Πίνακας 4. Έκβαση ασθενούς ανά φύλο

		Φύλο			
		Άρρεν	Δεν καταγράφεται	Θήλυ	Σύνολο
Έκβαση ασθενούς	Δεν καταγράφεται	1	2	0	3
	Διακομιδή σε ΜΕΘ	22	0	8	30
	Εισαγωγή Καρδιολογική κλινική	1	0	1	2
	Εισαγωγή Παθολογική κλινική	3	0	4	7
	Θάνατος στο ΤΕΠ	54	0	34	88
	Θάνατος στο Χειρουργείο	1	0	0	1
	Νεκροτομή	0	0	1	1
Σύνολο		82	2	48	132

Πίνακας 5 .Έκβαση ασθενούς ανά μέσο προσέλευσης στο ΤΕΠ

		Μέσο προσέλευσης στο ΤΕΠ			
		Δεν καταγράφεται	**ΕΚΑΒ**	**ΙΧ**	**Σύνολο**
Έκβαση ασθενους	Δεν καταγράφεται	2	1	0	3
	Διακομιδή σε ΜΕΘ	0	26	4	30
	Εισαγωγή Καρδιολογική κλινική	0	2	0	2
	Εισαγωγή Παθολογική κλινική	0	6	1	7
	Θάνατος στο ΤΕΠ	0	71	17	88
	Θάνατος στο Χειρουργείο	0	1	0	1
	Νεκροτομή	0	1	0	1
Σύνολο		2	108	22	132

τροχαίο ατύχημα ήταν γυναίκες ενώ 28 ασθενείς ήταν άνδρες. Παράλληλα η έκβαση της νόσου και ο τόπος κατοικίας είχαν στατιστικά σημαντική συσχέτσιη, οι διακομιδές στη ΜΕΘ αφορούσαν ασθενείς του Δήμου Σπάρτης (p=<0,001).

Επίσης, υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της έκβασης και του φύλου, αφού από τους θανάτους που έλαβαν χώρα στο ΤΕΠ του Νοσοκομείου, οι 54 αφορούσαν άνδρες και οι 34 γυναίκες. Επίσης, διακομίσθηκαν στη ΜΕΘ 22 άνδρες και 8 γυναίκες.(p=<0,001) (Πίνακας4).

Τέλος, υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της έκβασης και του μέσου προσέλευσης στο ΤΕΠ. Παρατηρείται ότι από τους θανάτους που έλαβαν χώρα στο ΤΕΠ του Νοσοκομείου, η πλειοψηφία των ασθενών είχε μεταφερθεί με ασθενοφόρο του ΕΚΑΒ. Το ίδιο ισχύει και για τις διακομιδές στη ΜΕΘ (p=<0,001) (Πίνακας 5).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η εν λόγω μελέτη ανέδειξε την έκταση του προβλήματος σε τοπικό επίπεδο των ασθενών που υποβλήθηκαν σε μη επεμβατικό μηχανικό αερισμό ή σε διασωλήνωση της τραχείας στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Νοσοκομείου κατά τη χρονική περίοδο 2010-2015. Φάνηκε, επίσης, η πολύ σημαντική δυσκολία καταγραφής των περιστατικών, διαπιστώνοντας ελλείψεις στη συμπλήρωση στοιχείων και ποικιλομορφία στους τρόπους εγγραφής, η οποία υπόκειται στην κρίση κάθε εφημερεύοντα ιατρού. Η συμπλήρωση των στοιχείων των ατόμων γίνεται χειρόγραφα από κάθε εφημερεύοντα ιατρό με αποτέλεσμα να υπάρχει δυσκολία στην ανάγνωση των γραμμάτων, έτσι ώστε σε ορισμένα περιστατικά κάποια στοιχεία να μην καταγραφήκαν σωστά ήκαθόλου.

Η παρούσα μελέτη έδειξε, επίσης, ότι υπάρχει στενή σύνδεση μεταξύ της ηλικίας και του μέσου, το οποίο χρησιμοποιούν οι ασθενείς για να προσέλθουν στο ΤΕΠ του Νοσοκομείου, καθώς και της αιτίας προσέλευσης στο χώρο του Νοσοκομείου. Επιπρόσθετα, το αίτιο που οδηγεί τον ασθενή να επισκεφθεί το Νοσοκομείο φαίνεται ότι επηρεάζεται και από άλλες μεταβλητές, όπως είναι το φύλο, τον τόπο μόνιμης διαμονής καθώς και το μέσο προσέλευσης.

Αναφορικά με την έκβαση της υγείας του ασθενή, αυτή φαίνεται να επηρεάζεται από το φύλο του ασθενή, το μέσο που χρησιμοποιείται για την προσέλευση στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών και τον τόπο, στον οποίο μένει μόνιμα ο ασθενής.

Χαρακτηριστική είναι η μελέτη των Γκιουζέλη και συν (2013), σύμφωνα με την οποία έγινε καταγραφή των κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων και η διαχείρισή τους στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Νοσοκομείου.Η συγκεκριμένη μελέτη πραγματοποιήθηκε με συλλογή στοιχείων από τα αρχεία του νοσοκομείου και από τα βιβλία καταγραφής συμβάντων στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών Δευτεροβάθμιου Νοσοκομείου. Συμπεριλήφθηκαν 1785 περιπτώσεις ενηλίκων με κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις που προσήλθαν στο Τμήμα Επειγόντων κατά τη χρονική περίοδο 2005-2010. Η αιτία πρόκλησης κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων στους ενήλικες φαίνεται ότι επηρεάζεται από το φύλο (p<0.001), την εθνικότητα (p<0.001) και τον τόπο διαμονής (p<0.001). Η κύρια αιτία ΚΕΚ για τους Έλληνες ήταν η πτώση ενώ για τους αλλοδαπούς ο ξυλοδαρμός. Σε όλους τους Δήμους του νομού Λακωνίας κύρια αιτία πρόκλησης ΚΕΚ ήταν το τροχαίο ατύχημα, εκτός από τους δημότες Ευρώτα και Σπάρτης, για τους οποίους η κύρια αιτία είναι η πτώση. Η έκβαση έδειξε να επηρεάζεται,επίσης, από τον τρόπο άφιξης στο Γ.Ν Σπάρτης (p<0.001) και από την αιτία πρόκλησης (p<0,001).

Η επίδραση των δημογραφικών μεταβλητών σε ασθενείς που προσέρχονται στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών Νοσοκομείων καταδεικνύεται και από άλλες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί. Παρόμοια ήταν τα αποτελέσματα έρευνας που πραγματοποιήθηκε στον

αγροτικό πληθυσμό της επαρχίας Παιονίας του Νομού Κιλκίς, σύμφωνα με την οποία κατά την τριετία 2008-2010 προσκομίστηκαν στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του Γενικού Νοσοκομείου - Κέντρου Υγείας Γουμένισσας συνολικά 367 ασθενείς, ηλικίας 2-98 ετών με κρανιοεγκεφαλική κάκωση (Σύρμος και συν 2005).

Πιο συγκεκριμένα, σε επιδημιολογική έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Νομό Χαλκιδικής και αφορούσε στο χρονικό διάστημα 1986-2001, μελετήθηκαν ο αριθμός, το είδος και η σοβαρότητα των τροχαίων ατυχημάτων, η κατανομή τους ανά ώρα, μήνα, ημέρα και η ηλικία των ατόμων που ενεπλάκησαν, καθώς και τα αίτια που τα προκάλεσαν. Βρέθηκε ότι η ηλικία σχετίζεται με τον αριθμό των τροχαίων ατυχημάτων (συχνότερα σε νεαρή ηλικία) (Παπαγεωργίου και συν 2002). Το ίδιο εύρημα παρατηρείται και στη συγκεκριμένη έρευνα με τους ενήλικες να εμπλέκονται σε μεγαλύτερο βαθμό σε τροχαία ατυχήματα σε σύγκριση με τους ηλικιωμένους.

Περιορισμοί

Αναφορικά με τους περιορισμούς της μελέτης, είναι σημαντικό να τονισθεί ότι θα ήταν εξαιρετικά ενδιαφέρον να γίνουν μελλοντικές ερευνητικές προσπάθειες σχετικά με την υποβολή των ασθενών σε μη επεμβατικό μηχανικό αερισμό ή σε διασωλήνωση της τραχείας και την πιθανή συσχέτιση με άλλες μεταβλητές, οι οποίες δε διερευνήθηκαν στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης. Επίσης, τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την εν λόγω μελέτη μπορούν να επεκταθούν περαιτέρω σε μεγαλύτερα δείγματα παρέχοντας τη δυνατότητα ελέγχου των παραπάνω μεταβλητών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η λειτουργική αποστολή ενός σύγχρονου ΤΕΠ περιλαμβάνει πρωτίστως την υποδοχή, τη σταθεροποίηση, τη θεραπευτική αντιμετώπιση και την έξοδο των ασθενών που προσέρχονται στο τμήμα και οι οποίοι είναι δυνατόν να παρουσιάζουν μία μεγάλη ποικιλία επειγουσών, αλλά και μη επειγουσών καταστάσεων.

Επίσης, καθώς τα ΤΕΠ καλούνται καθημερινά να αντιμετωπίσουν επείγοντα περιστατικά υγείας, που από τη φύση τους είναι απρογραμμάτιστα και μη προβλέψιμα, θα πρέπει να συνδυάζουν την απαραίτητη υλικοτεχνική υποδομή, τον κατάλληλο εξοπλισμό καθώς και το εξειδικευμένο έμψυχο δυναμικό που απαιτείται, ώστε να εξασφαλίζεται σε κάθε περίπτωση η παροχή άμεσης και ποιοτικής επείγουσας φροντίδας.

Είναι σημαντικό να τονισθεί ότι η κατάλληλη οργάνωση του συστήματος καταγραφής των περιστατικών, η συνεχιζόμενη και η δια βίου εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας θα συντελέσουν στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των περιστατικών.

ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

Η ΒΑ συνεισέφερε στη συγγραφή του κειμένου. Η ΕΣΣ συμμετείχε στη συλλογή των δεδομένων τη σύλληψη και το σχεδιασμό της μελέτης, και στην ανάλυση των δεδομένων. Ο ΕΦ συμμετείχε στη συγγραφή του κειμένου. Η ΣΖ στη σύλληψη και το σχσισμό της μελέτης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Carpe-Carpe B., Hernando-Arizaleta L., Ibáñez-Pérez M.C., Palomar-Rodríguez J.A. & Clancy M. & Nolan J. (2002). Airway management in the emergency department. *Emergency Medicine* 19(1): 2-3.

Corrêa T.D., Sanches P.R., de Morais L.C., Scarin F.C., Silva E. & Barbas.C.S. (2015). Performance of noninvasive ventilation in acute respiratory failure in critically ill patients: a prospective, observational, cohort study. *BMC Pulmonary Medicine*15:144.

Duggal A., Perez P., Golan E., Tremblay L.& Sinuff T. (2013).Safety and efficacy of non-invasive ventilation in patients with blunt chest trauma: a systematic review. *Critical Care* 17(4): R142.

Esquinas-Rodríguez A.M (2013) .Evolution of the use of noninvasive mechanical ventilation in chronic obstructive pulmonary disease in a Spanish region, 1997-2010. *Archivos de Bronconeumoogia* 49(8):330-6

Gacouin A., Jouneau S., Letheulle J., Kerjouan M., Bouju P., Fillatre P., Le Tulzo Y. & Tadie J.M. (2015).Trends in prevalence and prognosis in subjects with acute chronic respiratory failure treated with noninvasive and/or invasive ventilation. *Respiratory Care* 60(2):210-8.

Karcz M.K.& Papadakos P. J. (2015).Noninvasive ventilation in trauma. *World Journal of Critical Care Medicine*, 4(1): 47-54.

Kim W. Y., Kwak M. K., Ko B. S., Yoon J. C., Lim K. S., Andersen L. W. & Donnino M.W. (2014). Factors associated with the occurrence of cardiac arrest after emergency tracheal intubation in the emergency department. *PLoSOne* 9(11).

Lightowler J. V., Wedzlcha J. A., Elliott M.W. & Ram F. S. (2003). Noninvasive positive pressure ventilation to treat respiratory failure resulting from exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ* 326, 185.

Lossius H.M., Røislien J.& Lockey D.J. (2012). Patient safety in pre-hospital emergency tracheal intubation: a comprehensive meta-analysis of the intubation success rates of EMS providers. *Critical Care* 16(1): R24.

Mas A. & Masip J. (2014).Noninvasive ventilation in acute respiratory failure. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease* 9:837-852.

Mechlin M.W.& Hurfrd W. E. (2014). Emergency tracheal intubation: techniques and outcomes. *Respiratory Care* 59(6): 881-92.

Ozyilmaz E. Ugurlu AO. & Nava S. (2014). Timing of noninvasive ventilation failure: causes, risk factors, and potential remedies. *BMC Pulmonary Medicine*14:19.

Ray D. C. & McKeown D. W. (2011). Emergency tracheal intubation: more than just technical skill. *Resuscitation* 82(5): 505-6.

Romero-Dapueto C., Budini H., Cerpa F., Caceres D., Hibalgo V., Gutierrez T., Keymer J., Perez R., Molina J. & Giugliano-Jaramillo C. (2015). Pathophysiological basis of acute respiratory failure on non-invasive mechanical ventilation. *Open Respiratory Medicine Journal* 9: 97-103.

Sanchez L.D., Goudie J.S., De la Pena J., Ban K.& Fisher J. (2008). Mortality after emergency department intubation. *International Journal of Medicine* 1(2): 131-143.

Schortgen F., Follin A., Piccari L., Roche-Campo F., Carteaux G., Taillandier-Heriche E., Krypciak S., Thille A.W., Paillaud E. & Brochard L.(2012). Results of noninvasive ventilation in very old patients. *Annals of Intensive Care* 2(1): 5.

Simpson J., Munro P.T. & Graham C.A. (2006). Rapid sequence intubation in the emergency department: 5 year trends. *Emergency Medicine Journal* 23(1): 54-6.

Thille A.W., Contou D., Fragnoli C., Córdoba-Izquierdo A., Boissier F.& Brun-Buisson C. (2013). Non-invasive ventilation for acute hypoxemic respiratory failure: intubation rate and risk factors. *Critical Care* 17(6): R269.

Tsai C.L., Lee W.Y., Delclos G.L., Hanania N.A.& Camargo C.A. Jr (2013). Comparative Effectiveness of noninvasive ventilation vs invasive mechanical ventilation inchronic obstructive pulmonary disease patients with acute respiratory failure. *Journal of Hospital Medicin*. 8(4):165-72.

Γκιουζέλη Γ., Τσιρώνη Μ., Κατσαραγάκης Σ., Σαχλάς Α., Βασιλόπουλος Γ.& Ζυγά Σ. (2013).Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις κατά τη χρονική περίοδο 2005-2010 στο νομό Λακωνίας. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 12(4): 441-458

Παπαγεωργίου Β., Σταφυλάς Π., Ζούκα Μ., Βαρδαρινός Α., Παπαγεωργίου Β., Παρασκευόπουλος Δ. & Τσαχουρίδης, Α. (2002). Επιδημιολογία τροχαίων ατυχημάτων στο Νομό Χαλκιδικής στην περίοδο 1986-2001. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 14(2): 62-70

Πρεζεράκος Α., Παπάζογλου Κ., Πατσούρα Α., Ζαφειροπούλου Φ., Νικολάου Φ., Μπόνου Π. & Παπαδάτος Ι. (2014). Μη Επεμβατικός Μηχανικός Αερισμός σε σοβαρή βρογχιολίτιδα. *Παιδιατρική* 77(1): 58-69.

Σύρμος Ν., Καπουτζής Ν., Τελεβάντος Α., Καπουτζής Π., Σύρμου Ε. & Σύρμος Χ. (2005). Αντιμετώπιση κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων σε επαρχιακό νοσοκομείο. Η εμπειρία του Γενικού Νοσοκομείου – Κέντρου Υγείας Γουμένισσας Νομού Κιλκίς. Perspectives in neuro sciences (Τιμητικός τόμος προς τιμήν του Καθηγητού Αγαπητού Διακογιάννη). *Έκδοσις της Ελληνικής Εταιρείας δια την βελτίωσιν της ποιότητος ζωής των χρονίως νευρολογικών παθήσεων*, 543 – 550. Θεσσαλονίκη.

RESEARCH STUDY

Recording of the clinical characteristics of critically ill patients attended the ED of Provincial Hospital

Sofia Zyga[1], Evgenia-Sotiria Spyridakou[2], Evangelos Fradelos[3], Victoria Alikari[3]
1. Associate Professor, Nursing Research and Practice Laboratory, Department of Nursing, University of Peloponnese
2. Nurse, MSc, Nursing Research and Practice Laboratory, Department of Nursing, University of Peloponnese
3. Nurse, PhD(c), Nursing Research and Practice Laboratory,Department of Nursing, University of Peloponnese

ABSTRACT

Introduction: The invasive mechanical ventilation and non invasive mechanical ventilation is, nowadays, an important treatment procedure for critically ill patients.

Aim: the detection of clinical characteristics and outcome of critically ill patients who undergone invasive or non-mechanical ventilation in the Emergency Department of a Provincial Hospital in Peloponnese.

Results: On the total132 patients who underwent invasive or noninvasive mechanical ventilation were recorded. Eightytwo(62.1%) were males and 48 (36.3%) females. Of these, 52 (39.4%) were diagnosed with Traumatic Brain Injury (TBJ), 20 (15.2%) with coronary heart disease and 18 (13.6%) with respiratory insufficiency. Invasive mechanical ventilation was applied in 75 (56.8%) patients while non-invasive mechanical ventilation was applied in 6 (4.4%).Regarding the outcome, death occurred in the ED for 88 (66.7%) patients, 30 (22.7%) were transferred to ICU and seven (5.3%) were hospitalized in Department of Internal Medicine. Also, a significant correlation (p = <0,001) was found between outcome and gender as, of the 30 patients who were transferred to ICU, 22 (73.3%) were male. Futhermore, it can be proven by the fact that of the 88 patients that died, 54 (61.3%) were also men (p = <0.001).

Conclusions: This study revealed the high numbers of patients undergoing invasive or non-mechanical ventilation at local level, in the Emergency Department of a Provincial Hospital.

Key-words: intubation, invasivemechanical ventilation, non-mechanical ventilation, outcomes

Correspondence: Alikari Victoria
E mail: vicalikari@gmail.com
Tel: 6936168825

Submission Date: 03/03/2017
Publication Date: October 2017

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Μελέτη της επίδρασης του φορτίου συμπτωμάτων στην ποιότητα ζωής ατόμων με Νεφρική Νόσο προ-τελικού και τελικού σταδίου

Ελένη Γεωργιάδου[1], Θεοδώρα Καυκιά[2], Ευγενία Μηνασίδου[3], Κυριάκος Καζάκος[4], Αλεξάνδρα Δημητριάδου[5]

1. Νοσηλεύτρια, MSc, Γενικό Νοσοκομείο Ημαθίας-Μονάδα Βέροιας

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

3. Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης

4. Αναπληρωτής/τρια Καθηγητής/τρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ) είναι ένα συχνό χρόνιο νόσημα που συνοδεύεται από σοβαρές επιπλοκές. Αποτελεί την κύρια αιτία Τελικού Σταδίου Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας (ΤΣΧΝΑ) που απαιτεί αντιμετώπιση είτε με αιμοκάθαρση (ΑΚ) είτε με περιτοναϊκή κάθαρση (ΠΚ). Η χρονιότητα της νόσου, αλλά και οι επιπτώσεις της, επηρεάζουν το ψυχολογικό, οικογενειακό και κοινωνικό πεδίο και κατ΄ επέκταση την Ποιότητα Ζωής (ΠΖ) των ασθενών.

Σκοπός: Η εκτίμηση φορτίου νόσου των ασθενών με Διαβητική Νεφροπάθεια (ΔΝ) προ τελικού και τελικού σταδίου.

Μεθοδολογία: Δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 103 ασθενείς με Διαβητική Νεφροπάθεια (ΔΝ) που αντιμετωπιζόταν στο Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας κατά τους μήνες Μάιο και Ιούνιο 2016. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του ερωτηματολογίου Dialysis Symptoms Index (DSI) για την εκτίμηση του φορτίου συμπτωμάτων της Χρόνιας Νεφρικής Νόσου (ΧΝΝ). Επίσης χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο European Quality of Life (EuroQol) για την εκτίμηση της ΠΖ ασθενών του Νεφρολογικού Εξωτερικού Ιατρείου, της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού και Περιτοναϊκής Κάθαρσης.

Αποτελέσματα: Βρέθηκε ότι η μέθοδος υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας (ΑΚ ή ΠΚ), η παρουσία ΣΔ, καθώς και το στάδιο της ΧΝΝ επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό την αυτοαξιολόγηση των ασθενών στα επώδυνα συμπτώματα της ΔΝ. Επίσης οι παραπάνω παράγοντες επηρεάζουν σημαντικά παραμέτρους της ΠΖ των ασθενών όπως κινητικότητα και αυτοεξυπηρέτηση.

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς προ τελικού σταδίου βιώνουν πιο έντονα τα επώδυνα συμπτώματα της ΔΝ σε σχέση με τους ασθενείς τελικού σταδίου.

Λέξεις - Κλειδιά: Σακχαρώδης Διαβήτης, Φορτίο Νόσου, Ποιότητα Ζωής, Διαβητική Νεφροπάθεια, Χρόνια Νεφρική Νόσος

Υπεύθυνη αλληλογραφίας:
Θεοδώρα Καυκιά
Τμήμα Νοσηλευτικής
ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης
ΤΘ 141
57400 Σίνδος, Θεσσαλονίκη
e-mail: dkafkia@hotmail.com

Ημερομηνία υποβολής: 10/05/2017
Ημερομηνία Δημοσίευσης: 10ος 2017

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Η μέθοδος υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την αυτοαξιολόγηση των ασθενών στα επώδυνα συμπτώματα της Διαβητικής Νεφροπάθειας**
- **Η συνύπαρξη Σακχαρώδη Διαβήτη και Χρόνιας Νεφρικής Νόσου τελικού σταδίου αυξάνει το φορτίο νόσου των ασθενών**
- **Η Χρόνια Νεφρική Νόσο τελικού σταδίου και ο Σακχαρώδης Διαβήτης επηρεάζουν σημαντικά την Ποιότητα Ζωής των ασθενών και κυρίως τους τομείς της κινητικότητας και αυτοεξυπηρέτησης.**

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ) και η Χρόνια Νεφρική Νόσος (ΧΝΝ) είναι δύο χρόνια νοσήματα που συνδέονται στενά μεταξύ τους και απαιτούν την προσοχή της παγκόσμιας ιατρικής και νοσηλευτικής κοινότητας. Αυτό συμβαίνει λόγω του αυξανόμενου επιπολασμού, των επιπλοκών που παρουσιάζονται, του αυξημένου οικονομικού κόστους για την αντιμετώπισή τους, της ανάγκης συχνών νοσηλειών και παροχής υπηρεσιών υγείας και κατά συνέπεια της Ποιότητας Ζωής (ΠΖ) των συγκεκριμένων ομάδων ασθενών.

Παγκοσμίως, ο αριθμός των ατόμων που πάσχουν από ΣΔ ανέρχεται περίπου στα 415 εκατομμύρια, αριθμός που αναμένεται να φτάσει τα 642 εκατομμύρια έως το 2040.Αυτό σημαίνει ότι ένας στους έντεκα ενήλικες έχει ΣΔ, αναλογία που το 2040 θα είναι ένας προς δέκα. Ένα επιπλέον ανησυχητικό στοιχείο είναι ότι ένας στους δύο ενήλικες διαβητικούς να παραμένει αδιάγνωστος, με αποτέλεσμα την αύξηση κινδύνου εμφάνισης επιπλοκών και συνεπώς αύξηση του κόστους αντιμετώπισής τους (IDF 2015).

Παράλληλα, η ΧΝΝ αναγνωρίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως ζήτημα δημόσιας υγείας διεθνώς. Στην Ελλάδα, το 10% του πληθυσμού, δηλαδή περίπου 1 εκατομμύριο άνθρωποι πάσχουν από ΧΝΝ. Μάλιστα στην επόμενη δεκαετία το ποσοστό αυτό αναμένεται να αυξηθεί στο 17%. Είναι ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας, που χαρακτηρίζεται από έλλειψη συμπτωμάτων κατά τα αρχικά στάδια, έτσι μπορεί κάποιος να έχει έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας και να μην το γνωρίζει(Καλογεράς 2015). Η Διαβητική Νεφροπάθεια (ΔΝ), ως απότοκος μιας εκ των μικροαγγειακών επιπλοκών του ΣΔ, εμφανίζεται σε ποσοστό 20-40% των ασθενών και αποτελεί την κύρια αιτία Τελικού Σταδίου ΧΝΝ (ADA 2011).

Με βάση τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό ότι η ύπαρξη ενός χρόνιου νοσήματος επιφέρει αλλαγές σε όλους τους τομείς έκφρασης ενός ατόμου και επηρεάζει σημαντικά την ΠΖ του (Πολυκανδριώτη και συν 2005). Οι επιπτώσεις μίας χρόνιας νόσουστην καθημερινότητα του ατόμου, είναι συνάρτηση της βαρύτητας της νόσου, του τρόπου με τον οποίο κάθε άτομο αντιμετωπίζει τη νέα κατάσταση και των υποστηρικτικών δομών/δυνατοτήτων που υπάρχουν στη ζωή του. Η ΧΝΝ εξαιτίας της σοβαρότητάς της και των απαιτήσεων που υπάρχουν στην αντιμετώπισή της με Αιμοκάθαρση (ΑΚ) ή Περιτοναϊκή Κάθαρση (ΠΚ), φαίνεται ότι επηρεάζει σε διαφορετικό βαθμό το σύνολο των πτυχών που συνθέτουν τη ζωή ενός ατόμου (Cavalli et al 2010).

Μελέτες έχουν δείξει ότι η Ποιότητα Ζωής (ΠΖ) ατόμων που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση επηρεάζεται από ένα σύνολο παραγόντων που σχετίζονται με τη νόσο αυτή καθεαυτή, αλλά και με διάφορους άλλους παράγοντες, όπως ηλικία, φύλο, μορφωτικό και οικονομικό επίπεδο και συνοσηρότητα (Θεοφίλου & Παναγιωτάκη 2010, Θεοφίλου 2011). Αντίθετα, οι ασθενείς που υποβάλλονται σε περιτοναϊκή κάθαρση έχουν μεγαλύτερη ανεξαρτησία και, γενικότερα, καλύτερη προσαρμογή στη νόσο και τη θεραπεία (Wu et al 2004). Η εκτίμηση της ΠΖ θεωρείται από τους ερευνητές απαραίτητη για να καθοριστεί η αποτελεσματικότητα της παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας, η προσαρμογή στη νέα πραγματικότητα με τη νόσο και ο βαθμός της αυτοφροντίδας (Unruh et al 2005, Kourakos 2017). Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εκτίμηση του φορτίου συμπτωμάτων νόσου σε ασθενείς με ΔΝ προ-τελικού και τελικού σταδίου που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση και περιτοναϊκή κάθαρση, και πως επηρεάζει την ποιότητα ζωής τους.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σχεδιασμός και συλλογή δεδομένων

Μια συγκριτική μελέτη χρονικής στιγμής πραγματοποιήθηκεστο Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας, και συγκεκριμένα στο Νεφρολογικό Εξωτερικό Ιατρείο (ΝΕΙ), τη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού και Περιτοναϊκής Κάθαρσης. Προσεγγίστηκε το σύνολο των ασθενών με 3ο και 4οστάδιο ΧΝΝ,που παρακολουθούνται, σε τακτικό ραντεβού, στο εξωτερικό νεφρολογικό ιατρείο (n=50), το σύνολο των ατόμων σε ΑΚ (n=80) και ΠΚ (n=20) του νοσοκομείου.

Κριτήρια αποκλεισμού από τη μελέτη αποτέλεσαν η μη επαρκής γνώση της Ελληνικής γλώσσας, η κώφωση ή τύφλωση, καθώς και η άνοια. Αποκλείστηκαν, επίσης, ασθενείς με Οξεία Νεφρική Ανεπάρκεια (ΟΝΑ) και όσοι

ήταν κάτω των 18 ετών ή σε θεραπεία για χρονικό διάστημα μικρότερο των 6 μηνών. Μετά από ενημέρωση, δόθηκε η πληροφορημένη συγκατάθεση από 103 ασθενείς (response rate 68,7%). Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με συνέντευξη που διαρκούσε περίπου 25 λεπτά στη διάρκεια της συνεδρίας αιμοκάθαρσης ή του προγραμματισμένου ραντεβού για έλεγχο στο ΝΕΙ ή τη μονάδα περιτοναϊκής κάθαρσης.

Δείγμα μελέτης

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 103 ασθενείς του Γενικού Νοσοκομείου Βέροιας, και συγκεκριμένα 37 ασθενείς του Νεφρολογικού Εξωτερικού Ιατρείου, 46 ασθενείςτης Μονάδας Τεχνητού Νεφρού και 20 της Μονάδα Περιτοναϊκής Κάθαρσης.

Εργαλεία μέτρησης

Στην παρούσα μελέτη τα εργαλεία μέτρησης που χρησιμοποιήθηκαν ήταν η Ευρωπαϊκή Κλίμακα Ποιότητας Ζωής (European Quality of Lifescale, EuroQoL) και ο Δείκτης Συμπτωμάτων Κάθαρσης (Dialysis Symptoms Index, DSI).

Το EuroQoL, και η νεώτερη μορφή του EuroQoL -5 Dimensions - 3 Levels (EuroQoL-5D-3L) (Rosetetal 2001), είναι ένα αυτοσυμπληρούμενο εργαλείο για την μέτρηση της ποιότητας ζωής το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί ευρύτατα. Έχει μεταφραστεί, σταθμιστεί και χρησιμοποιηθεί στον Ελληνικό πληθυσμό (Yfantopoulos 1998, Yfantopoulos 2001).Αποτελείται από δύο μέρη, το πρώτο καταγράφει το προφίλ υγείας του ατόμου σε πέντε διαστάσεις που συμβάλλουν στην αξιολόγηση της ΠΖ (κινητικότητα, αυτοεξυπηρέτηση, συνήθεις δραστηριότητες, πόνο/δυσφορία και άγχος/θλίψη), και το δεύτερο, μια Οπτική Αναλογική Κλίμακα με τη μορφή θερμόμετρου υγείας, καταγράφει την υποκειμενική εκτίμηση του ατόμου για την παρούσα κατάσταση υγείας του (Υφαντόπουλος 2007).

Ως δεύτερο εργαλείο έρευνας χρησιμοποιήθηκε τοDSI που αξιολογεί τη συχνότητα εμφάνισης μια ποικιλίας σωματικών και ψυχικών συμπτωμάτων της ΧΝΝ (Weisbord et al 2004, Murtagh et al 2007, Almutaray et al 2013).

Θέματα Ηθικής-Δεοντολογίας

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μετά από έγκριση της Επιστημονικής Επιτροπής και του Διοικητικού Συμβουλίου του Γενικού Νοσοκομείου Ημαθίας – Μονάδα Βέροιας και της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας της Υγειονομικής Περιφέρειας (ΥΠΕ). Οι αρχές της Διακήρυξης του Helsinki για τα δικαιώματα των ασθενών τηρήθηκαν πλήρως κατά τη διεξαγωγή της μελέτης. Μόνο τα αρχικά του ονόματος των συμμετεχόντων καταγράφονταν και τα ερωτηματολόγια συμπληρώνονταν μετά από πληροφορημένη συγκατάθεση.

Στατιστική Ανάλυση

Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS Statistics v20. Στην περιγραφική στατιστική οι συνεχείς μεταβλητές που είχαν κανονική κατανομή εκφράστηκαν με τη μέση τιμή (mean), την τυπική απόκλιση (SD) και τα 95% Διαστήματα Εμπιστοσύνης (95%ΔΕ), ενώ οι μεταβλητές οι οποίες δεν είχαν κανονική κατανομή εκφράστηκαν με τη διάμεσο

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

	n/N	%
Φύλο		
Άνδρες	66/103	64.1
Γυναίκες	37/103	35.9
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος	5/103	4.9
Έγγαμος	81/103	78.6
Διαζευγμένος	2/103	1.9
Χήρος	15/103	14.6
Εκπαίδευση		
Μη ολοκλήρωση Δημοτικού	25/103	24.3
Απόφοιτος Δημοτικού	48/103	46.6
Απόφοιτος Γυμνασίου	14/103	13.6
Απόφοιτος Λυκείου	6/103	5.8
Απόφοιτος Ι.Ε.Κ	1/103	1.0
Πτυχιούχος Τ.Ε.Ι	3/103	2.9
Πτυχιούχος Πανεπιστημίου	6/103	5.8
Κάτοχος Μεταπτυχιακού	0/103	0
Επάγγελμα		
Οικιακά	7/103	6.8
Άνεργος	6/103	5.8
Δημόσιος Υπάλληλος	3/103	2.9
Ιδιωτικός Υπάλληλος	2/103	1.9
Ελεύθερος Επαγγελματίας	2/103	1.9
Συνταξιούχος	83/103	80.6
Τόπος Κατοικίας		
Αστική περιοχή	48/103	46.6
Αγροτική περιοχή	55/103	53.4
Μέση Τιμή		**Τ.Α (95% Δ.Ε)**
Ηλικία	68.5 έτη	±12.2 (95% ΔΕ: 66.1-70.9)

(median) και το εύρος τιμών (range). Οι διχότομες και κατηγορικές μεταβλητές εκφράστηκαν με συχνότητες.

Στην αναλυτική στατιστική για τις συνεχείς μεταβλητές οι οποίες δεν είχαν κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκαν οι μη παραμετρικές δοκιμασίες Mann-Whitney U Test και Kruskal-Wallis Test για τη σύγκριση των μέσων μεταξύ ανεξάρτητων δειγμάτων. Για τον έλεγχο του βαθμού συσχέτισης μεταξύ δύο συνεχών μεταβλητών που δεν είχαν κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Spearman' s rhocorrelation. Ο έλεγχος των διχότομων και κατηγορικών μεταβλητών μεταξύ δύο ανεξάρτητων δειγμάτων έγινε με τη στατιστική δοκιμασία Chi-square test και Fisher' s exact test. Ο έλεγχος όλων των υποθέσεων έγινε για επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p<0.05$.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

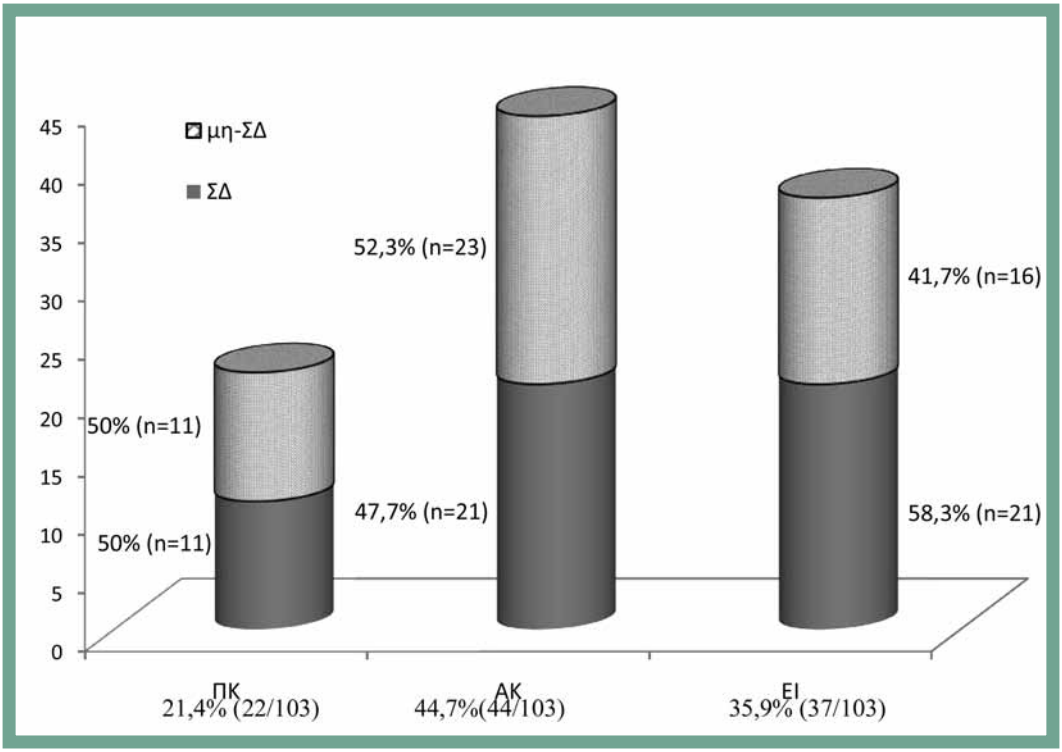
Χαρακτηριστικά δείγματος

Το δείγμα της παρούσας μελέτης είχε μέση ηλικία 68.5(±12.2) έτη, αποτελούνταν κυρίως από άνδρες (64.1%, n=66), έγγαμα άτομα (78.6%, n=81), απόφοιτους πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (46.6%, n=48) και κατά συντριπτική πλειοψηφία συνταξιούχους (80.6%, n=44). Λίγο περισσότεροι από τους μισούς (53.4%, n=55) κατοικούσαν σε αγροτική περιοχή, ενώ οι υπόλοιποι σε αστική (Πίνακας 1).

Από τους συμμετέχοντες στη μελέτη το 44.7% (n=44) υποβαλλόταν σε αιμοκάθαρση κατά μέσο όρο 5,5(±4,9) έτη, το 21.4% (n=22) σε περιτοναϊκή κάθαρση για 3,9(±2,6) έτη και το 35.9% (n=37) παρακολουθούνταν στο ΝΕΙ με 3ο και 4ο στάδιο ΧΝΝγια 5,5(±3,6) έτη, ενώ η Νεφρική Νόσος είχε διαγνωστεί για πρώτη φορά 7,8(±11,7) έτη πριν την έναρξη Θεραπείας Υποκατάστασης της Νεφρικής Λειτουργίας (ΘΥΝΛ).Αναφορικά με την ύπαρξη συνοδών νοσημάτων λίγο περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς (53/103) είχαν ΣΔ κατά μέσο όρο για 17,8(±10,2) έτη. Η κατανομή των διαβητικών ανά μέθοδο υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας παρουσιάζεται στο Σχήμα 1. Επίσης, περίπου τα τρία τέταρτων συμμετεχόντων (72,8%, n=75) ανέφεραν ότι είχαν Αρτηριακή Υπέρταση, το ένα τρίτο αγγειοπάθεια (36/103) και σχεδόν έξη στους δέκα αναιμία (n=59).Τέλος, αναφορικά με τις επιπλοκές από το ΣΔ, λίγο περισσότεροι από τους μισούς (29/53) ανέφεραν προβλήματα στην όραση, οι μισοί (26/53) περιφερειακή αγγειοπάθεια, το ένα τέταρτο ότι είχε περάσει Οξύ Έμφραγμα Μυοκαρδίου (ΟΕΜ) και το ένα έκτο Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο (ΑΕΕ).

Κατά τη διαδικασία αυτοαξιολόγησης της κατάστασης υγείας, οι ασθενείς αναφέρουν κάποια προβλήματα κινητικότητας (61,2%, n=63), μέτριους πόνους ή δυσφορία (49,5%, n=51) και μέτριο άγχος ή θλίψη (53,4%, n=55), αλλά, παρόλα αυτά, ότι είναι σε θέση να αυτοεξυπηρε-

Διάγραμμα 1.Ύπαρξη Σακχαρώδη Διαβήτη ανά Μέθοδο Υποκατάστασης Νεφρικής Λειτουργίας



Πίνακας 2. Αυτοαξιολόγιση ασθενών για την κατάσταση της υγείας τους

		ΣΔ	Μη-ΣΔ	Σύνολο
Κινητικότητα	Χωρίς πρόβλημα	13	24	35,9%(n=37)
	Μερικά προβλήματα	38	25	61,2%(n=63)
	Ολική ανικανότητα	2	1	2,9%(n=3)
Αυτοεξυπηρέτηση	Χωρίς πρόβλημα	32	44	73,8%(n=76)
	Μερικά προβλήματα	11	3	13,6%(n=14)
	Ολική ανικανότητα	10	3	12,6%(n=13)
Καθημερινές δραστηριότητες	Χωρίς πρόβλημα	21	34	53,4%(n=55)
	Μερικά προβλήματα	21	13	33% (n=34)
	Ολική ανικανότητα	11	3	13,6% (n=14)
Πόνος	Απουσία	21	25	44,7% (n=46)
	Μέτριος	27	24	49,5% (n=51)
	Υπερβολικός	4	2	5,8% (n=6)
Άγχος	Απουσία	10	17	26,2% (n=27)
	Μέτριο	30	25	53,4% (n=55)
	Υπερβολικός	13	8	20,4% (n=21)
Κλίμακα αυτοαξιολόγησης υγείας				
	Μέση Τιμή	**Τ.Α (95% Δ.Ε)**		
	61,9	±17,2 (95% ΔΕ: 58,6-65,3)		

τηθούν (73,8%, n=76) και ότι δεν αντιμετωπίζουν κανένα πρόβλημα στις καθημερινές τους δραστηριότητες (53,4%, n=55) (Πίνακας 2).

Στον πίνακα μπορεί να παρατηρήσει κανείς ότι τόσο οι διαβητικοί όσο και οι μη διαβητικοί ασθενείς αντιμετωπίζουν μερικά προβλήματα, αλλά θεωρούν ότι είναι αυτοεξυπηρετούμενοι (41,2%,n=32 και 57,9%,n=44, αντίστοιχα). Η διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες εντοπίζεται στη δυνατότητα εκτέλεσης των καθημερινών δραστηριοτήτων, όπου οι διαβητικοί ασθενείς που δεν αντιμετωπίζουν κανένα πρόβλημα είναι αρκετά λιγότεροι από τους μη διαβητικούς (61,8%,n=21 σε σχέση με το 38,2%,n=34). Επίσης, ο ίδιος αριθμός διαβητικών ασθενών (n=21, 61,8%) αναφέρει ότι αντιμετωπίζει κάποια προβλήματα κατά την επιτέλεση των καθημερινών του δραστηριοτήτων σε αντίθεση με τους μη-διαβητικούς (38,2%, n=13) που δεν αναφέρουν κάποια προβλήματα. Παρατηρείται μια επιπλέον ομοιότητα διαβητικών και μη διαβητικών ασθενών στη διάσταση που αφορά το άγχος/θλίψη. Πιο αναλυτικά, η πλειοψηφία τόσο των διαβητικών (54,5%, n=30) όσο και των μη διαβητικών ασθενών (45,5%, n=25) βιώνουν μέτριο άγχος. Τέλος, οι μη-διαβητικοί ασθενείς σε ποσοστό 54,4% (n=25) αναφέρουν απουσία πόνου, ενώ αντίθετα η πλειοψηφία των διαβητικών ασθενών (52,9%, n=27) βιώνει μέτριο πόνο. Ολοκληρώνοντας την ανάλυση του EuroQoL-5D-3L, οι συμμετέχοντες στην οπτική αναλογική κλίμακα σημείωσαν, κατά μέσο όρο, 61,99(±17,2) εκατοστά, όπου 100 η καλύτερη κατάσταση της υγείας και 0 η χειρότερη.

Τέλος, στο δεύτερο εργαλείο μέτρησης (DSI) βρέθηκε ότι οι ασθενείς εκδηλώνουν κατά μέσο όρο 13,7(±6,4) συμπτώματα με εύρος από ένα έως τριάντα δύο. Αναλυτικότερα, οι ασθενείς σε ΠΚ βιώνουν 17,4 (από 4 ως 32) συμπτώματα, οι αιμοκαθαιρόμενοι 11,06 (από 1 ως 28) και οι ΝΕΙ 15,6 (από 7 ως 27) συμπτώματα. Η συχνότητα εμφάνισης των συμπτωμάτων παρουσιάζεται στον πίνακα 3.

Συγκρίσεις ανάλογα με τη μέθοδο αντιμετώπισης νεφρικής νόσου

Συγκρίνοντας τα συμπτώματα της ΧΝΝ, που αναφέρουν οι ασθενείς,ανάλογα με τη μέθοδο αντιμετώπισης της νόσου (ΑΚ, ΠΚ ή ΝΕΙ), βρέθηκε ότι οι μισοί περιτοναϊκοί ασθενείς εμφανίζουν έμετο (p=0,034) και τρεις στους δέκα κατάθλιψη (p=0,036). Δύο στους δέκα ασθενείς σε αιμοκάθαρσηεκδηλώνουν ανησυχία (p=0,022), ένα τρίτο λύπη (p=0,023) και επτά στους δέκα ανησυχία-άγχος (p=0,043). Άλλα συμπτώματα που αναφέρονται από περισσότερο από τα τρία πέμπτα των αιμοκαθαιρόμενων είναι η αδιαφορία για σεξ (p=0,003), η δυσκολία στα σε-

Πίνακας 3. Φορτίο νόσου.

		Συχνότητα εκδήλωσης συμπτώματος %					
Συμπτώματα	**Συχνότητα**	1 φορά τη μέρα	Πολλές φορές τη μέρα	1 φορά την εβδομάδα	Πολλές φορές την εβδομάδα	1 φορά το μήνα	Πολλές φορές το μήνα
Δυσκοιλιότητα	61/103	**13,6**	1,0	**11,7**	**11,7**	**15,5**	5,8
Ναυτία	32/103	1,9	1,9	**10,7**	4,9	7,8	6,8
Έμετος	21/103	1,0	1,0	5,8	1,9	8,7	1,9
Διάρροια	19/103	1,9	0	1,9	1,0	**11,7**	1,9
Μειωμένη όρεξη	34/103	1,0	2,9	6,8	7,8	5,8	8,7
Μυϊκές κράμπες	58/103	**10,7**	2,9	6,8	**13,6**	**18,4**	3,9
Οίδημα κάτω άκρων	36/103	5,8	5,8	5,8	9,7	5,8	1,9
Δυσκολία στην αναπνοή	57/103	7,8	**13,6**	5,8	**17,5**	3,9	6,8
Ζαλάδα	43/103	5,8	2,9	8,7	8,7	8,7	6,8
Σύνδρομο Ανήσυχων ποδιών	15/103	1,9	1,0	4,9	1,0	3,9	1,9
Μούδιασμα ποδιών	39/103	2,9	6,8	3,9	**10,7**	6,8	6,8
Κόπωση	73/103	**10,7**	**17,5**	5,8	**22,3**	4,9	9,7
Βήχας	42/103	7,8	2,9	1,9	**13,6**	7,8	6,8
Ξηροστομία	56/103	**13,6**	**11,7**	3,9	**13,6**	7,8	3,9
Πόνος στις αρθρώσεις ή τα οστά	58/103	7,8	**11,7**	4,9	**18,4**	8,7	4,9
Πόνος στο θώρακα	20/103	1,0	0	3,9	3,9	9,7	1,0
Πονοκέφαλος	46/103	1,0	1,9	9,7	8,7	**20,4**	2,9
Μυϊκοί πόνοι	29/103	1,9	0	4,9	7,8	7,8	5,8
Δυσκολία συγκέντ.	37/103	1,0	3,9	2,9	9,7	8,7	9,7
Ξηροδερμία	29/103	4,9	2,9	3,9	9,7	1,9	4,9
Φαγούρα	38/103	2,9	4,9	6,8	**12,6**	4,9	4,9
Ανησυχία	36/103	4,9	4,9	2,9	**11,7**	7,8	2,9
Νευρικότητα	36/103	3,9	6,8	2,9	**11,7**	6,8	2,9
Αϋπνία	50/103	**11,7**	2,9	1,9	**22,3**	4,9	4,9
Δύσκολος/Ανήσυχος ύπνος	48/103	9,7	2,9	1,9	**20,4**	5,8	5,8
Ευερεθιστότητα	32/103	1,9	2,9	1,9	**14,6**	7,8	1,9
Λύπη	53/103	3,9	8,7	4,9	**15,5**	**12,6**	5,8
Ανησυχία / Άγχος	78/103	5,8	9,7	9,7	**23,3**	**19,4**	7,8
Κατάθλιψη	22/103	1,0	3,9	1,0	7,8	3,9	3,9
Αδιαφορία για sex	79/103	1,0	**30,1**	0	7,8	**23,3**	**14,6**
Δυσκολία στα σεξουαλικά ερεθίσματα	80/103	1,9	**33,0**	0	9,7	**14,6**	**18,5**
Νυκτουρία	55/103	**17,5**	**24,3**	2,9	5,8	2,9	0

Πίνακας 4. Σύγκριση ύπαρξης Σακχαρώδη Διαβήτη και είδους θεραπείας νεφρικής νόσου με την κατάσταση της υγείας των ασθενών

ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ

	ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ			ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ			ΕΞ. ΙΑΤΡΕΙΟ			Σ.Δ		
	N	**%**	**p**	**N**	**%**	**p**	**N**	**%**	**p**	**N**	**%**	**P**
ΚΑΝΕΝΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	4	18,2%		26	56,5%		8	21,6%		13	24,5%	
ΜΕΡΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	16	72,7%	**p= 0,035**	19	41,3%	**p= 0,000**	29	78,4%	**p= 0,016**	38	71,7%	**p= 0,026**
ΟΛΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ	2	9,1%		1	2,2%		0	0,0%		2	3,8%	

ΑΥΤΟΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ

	ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ			ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ			ΕΞ. ΙΑΤΡΕΙΟ			Σ.Δ		
	N	**%**	**p**	**N**	**%**	**p**	**N**	**%**	**p**	**N**	**%**	**p**
ΚΑΝΕΝΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	14	63,6%		37	80,4%		27	73,0%		32	60,4%	
ΜΕΡΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	2	9,1%	p= 0,086	6	13,0%	p= 0,242	6	16,2%	p= 0,842	11	20,8%	**p= 0,005**
ΟΛΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ	6	27,3%		3	6,5%		4	10,8%		10	18,9%	

ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΣΥΝΗΘΙΣΜΕΝΩΝ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ

	ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ			ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ			ΕΞ. ΙΑΤΡΕΙΟ			Σ.Δ		
	N	**%**	**p**	**N**	**%**	**p**	**N**	**%**	**p**	**N**	**%**	**p**
ΚΑΝΕΝΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	8	36,4%		28	60,9%		20	54,1%		21	39,6%	
ΜΕΡΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	10	45,5%	p= 0,177	13	28,3%	p= 0,403	12	32,4%	p= 0,995	21	39,6%	**p= 0,009**
ΟΛΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ	4	18,2%		5	10,9%		5	13,5%		11	20,8%	

ΠΟΝΟΣ / ΔΥΣΦΟΡΙΑ

	ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ			ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ			ΕΞ. ΙΑΤΡΕΙΟ			Σ.Δ		
	N	**%**	**p**	**N**	**%**	**p**	**N**	**%**	**p**	**N**	**%**	**P**
ΚΑΘΟΛΟΥ	6	27,3%		25	54,3%		15	40,5%		21	39,6%	
ΜΕΤΡΙΟΣ	16	72,7%	p= 0,057	17	37,0%	p= 0,057	20	54,1%	p= 0,843	28	52,8%	p= 0,476
ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΟΣ	0	0,0%		4	8,7%		2	5,4%		4	7,5%	

ΑΓΧΟΣ / ΘΛΙΨΗ

	ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ			ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ			ΕΞ. ΙΑΤΡΕΙΟ			Σ.Δ		
	N	**%**	**p**	**N**	**%**	**p**	**N**	**%**	**p**	**N**	**%**	**p**
ΚΑΘΟΛΟΥ	8	36,4%		12	26,1%		8	21,6%		10	18,9%	
ΜΕΤΡΙΟ	11	50,0%	p= 0,446	22	47,8%	p= 0,450	23	62,2%	p= 0,394	30	56,6%	p= 0,204
ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΟ	3	13,6%		12	26,1%		6	16,2%		13	24,5%	

ξουαλικά ερεθίσματα για οκτώ από τους δέκα (p=0,003), καθώς και η νυκτουρία για περισσότερους από το ένα τέταρτο (p=0,005).

Τέλος, τα κυριότερα συμπτώματα που αναφέρονται από τα τρία τέταρτα των ασθενών που παρακολουθούνται στο ΝΕΙ είναι η δυσκολία στην αναπνοή (p=0,030), ο πόνος στις αρθρώσεις (p=0,061) και η δυσκολία στη συγκέντρωση για τους μισούς ασθενείς (p=0,020). Επίσης, ο ανήσυχος ύπνος αναφέρεται από τους έξη στους δέκα (p=0,023), η λύπη για τους επτά στους δέκα (p=0,017) καιη ευερεθιστότητα για τους μισούς ασθενείς του ΝΕΙ (p=0,010). Ιδιαίτερα αυξημένα (86,50%)είναι τα ποσοστά των ασθενών που ανέφεραν ότι εκδηλώνουν συμπτώματα ανησυχίας-άγχους (p<0,01), ενώ εννέα στους δέκα δηλώνουν αδιαφορία για σεξ (p=0,001) και δυσκολία στα σεξουαλικά ερεθίσματα (p=0,001). Τέλος, για τα τέσσερα πέμπτα, η νυκτουρία αποτελεί ένα σημαντικό σύμπτωμα (p<0,01).

Κατάσταση υγείας ανάλογα με τη θεραπεία αντιμετώπισης νεφρικής νόσου και την ύπαρξη Σακχαρώδη Διαβήτη

Αναφορικά με την αυτοαξιολόγηση της κινητικότητας, οι περιτοναϊκοί ασθενείς (72,70%),καθώς και αυτοί του ΝΕΙ (78,4%) αναφέρουν ότι αντιμετωπίζουν μερικά προβλήματα (p=0,035 και p=0,016, αντίστοιχα), ενώ περισσότεροι από τους μισούς αιμοκαθαιρόμενους (56,50%) αναφέρουν ότι δεν έχουν κανένα πρόβλημα κινητικότητας (p<0,01). Παράλληλα, η πλειοψηφία των διαβητικών ασθενών (71,7%) ανέφερε ότι βιώνει μερικά προβλήματα κινητικότητας (p=0,026). Συγκρίνοντας την ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης με το είδος της θεραπείας δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Αντίθετα, έξη στους δέκα ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη ανέφερανότι δεν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημααυτοεξυπηρέτησης (p=0,005). Κατά τη συσχέτιση της ικανότητας των ασθενών να εκτελέσουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες με την ύπαρξη Σακχαρώδη Διαβήτη, διαπιστώθηκε ότι ολική ανικανότητα αντιμετωπίζει το 20,8% (p=0,009). Από τη στατιστική ανάλυση που έγινε βρέθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της εκτέλεσης συνηθισμένων δραστηριοτήτων και του είδους της θεραπείας που ακολουθούν οι ασθενείς με νεφρική νόσο. Τέλος, από τη μελέτη φάνηκε ότι ούτε το είδος της θεραπείας της νεφρικής νόσου, ούτε η ύπαρξη Σακχαρώδη Διαβήτη σχετίζονται σημαντικά με τον πόνο/δυσφορία ή το άγχος/θλίψη (Πίνακας 4).

Κλίμακα ποιότητας ζωής σε σύγκριση με δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά

Αναφορικά με τηνκλίμακα ποιότητας ζωής και τη συσχέτισή της με την ηλικία, βρέθηκε ότι για κάθε ένα έτος αύξησης της ηλικίας οι μονάδες της κλίμακας ποιότητας ζωής μειώνονταν κατά 0,23 (p= 0,022). Το φύλο των ασθενών δεν έδειξε να επηρεάζει, με στατιστικά σημαντικό τρόπο, την κλίμακα ποιότητας ζωής (p=0,197). Επίσης, ενώ βρέθηκε ότι για κάθε έτος περιτοναϊκής κάθαρσης η κλίμακα ποιότητας ζωής μειώνεται κατά 0,22 μονάδες, και για κάθε έτος θεραπείας με αιμοκάθαρση μείωση κατά 0,21 μονάδες, τα ευρήματα αυτά δεν είναι στατιστικά σημαντικά (p=0,335 και p=0,847, αντίστοιχα). Επιπλέον, η διάρκεια παρακολούθησης στο Νεφρολογικό Εξωτερικό Ιατρείο σχετίζεται θετικά με την κλίμακα ποιότητας ζωής, και συγκεκριμένα, για κάθε ένα χρόνο παρακολούθησης η κλίμακα ποιότητας ζωής αυξάνεται κατά 0,758 με οριακά στατιστικά σημαντικό τρόπο (p= 0,052). Τέλος, διαπιστώθηκε ασθενής συσχέτιση (p=0,777) μεταξύ της διάρκειας του ΣΔ και της κλίμακας ποιότητας ζωής, δηλαδή για κάθε ένα έτος νόσου με ΣΔ η κλίμακα ποιότητας ζωής μειώνεται κατά 0,11 μονάδες.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Κύριος σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση του φορτίου νόσου των ασθενών με Διαβητική Νεφροπάθεια προ-τελικού και τελικού σταδίου νεφρικής νόσου. Ακόμη, διερευνήθηκε η ποιότητα της ζωής και η κατάσταση υγείας των ασθενών ανάλογα με το είδος της θεραπείας που ακολουθούσαν, αλλά και με τα κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά τους.

Η ΔΝ είναι η πιο κοινή αιτία ΧΝΝ, που οδηγεί σε τελικού σταδίου νεφρική νόσο και πρόωρο θάνατο (Weisbord et al 2004, Phillips 2011), ενώ η συχνότητα εμφάνισής της συνεχίζει να αυξάνεται παγκοσμίως (Gagliardini et al 2015). Τα άτομα με νεφρική νόσο προ-τελικού και τελικού σταδίου, που υποβάλλονται σε ΘΥΝΛ, αποτελούν μια ομάδα χρόνιων ασθενών με αρκετά αυξημένη συνοσηρότητα. Από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, και σε πλήρη αντιστοιχία με τη διεθνή βιβλιογραφία, η αρτηριακή υπέρταση ήταν αυτή που είχε τη μεγαλύτερη συχνότητα (Maric & Hall 2011, Van Buren & Toto 2011), η αναιμία (Joss et al 2007), ο Σακχαρώδης Διαβήτης, τα καρδιαγγειακά νοσήματα (Aso 2008) και η αγγειοπάθεια (Joseph & Friedman 2009).

Ο ΣΔ αποτελεί τη συχνότερη αιτία απώλειας όρασης στις παραγωγικές ηλικίες στις δυτικές χώρες, ενώ η διαβητική ρετινοπάθεια, το γλαύκωμα και ο καταρράκτης, είναι οι συνήθεις επιπλοκές της όρασης στους διαβητικούς ασθενείς,με ποσοστά που αγγίζουν το 30% (Klein & Klein 1997, ADA 2011). Στην παρούσα μελέτη οι ασθενείς με επιπλοκές της όρασης, από οποιαδήποτε αιτία, άγγιξαν το 51,5%. Παρόμοια (47,2%) είναι και τα ποσοστά των αγγειοπαθείων, όπως αναφέρθηκαν από τους ίδιους τους ασθενείς. Τα ευρήματα από τη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρουν ποσοστό 65% των ενήλικων διαβητικών ασθενών με τιμές χοληστερόλης άνω των 180mg/dlLDL (ADA 2014).Αυτές οι τιμές προδιαθέτουν σε αγγειοπάθειες

αλλά και ΟΕΜ. Έχει υπολογιστεί ότι το ΟΕΜ εμφανίζεται με υπερδιπλάσια συχνότητα στους διαβητικούς από τους μη-διαβητικούς και με πιο σοβαρές επιπλοκές (Aso 2008, Thomas & Karalliedde 2015). Στο υπό μελέτη δείγμα, το ένα τέταρτο αναφέρει επεισόδιο ΟΕΜ κατά τη διάρκεια της διαβητικής νόσου.

Ιδιαίτερης σημασίας στοιχεία αντλήθηκαν από το ερωτηματολόγιο EuroQoL-5D-3L για την υγεία και την κατάσταση των ασθενών με διαβητική νεφροπάθεια και χρόνια νεφρική νόσο. Η κινητικότητα, η αυτοεξυπηρέτηση, η εκτέλεση των συνηθισμένων και καθημερινών δραστηριοτήτων, καθώς και ο πόνος και η δυσφορία,όπως και το άγχος και η θλίψη ήταν οι διαστάσεις όπου οι ασθενείς κλήθηκαν να αυτοαξιολογήσουν την κατάσταση της υγείας τους. Αναφορικά με την κινητικότητα, τόσο η μέθοδος αντιμετώπισης της νεφρικής νόσου, όσο και η ύπαρξη διαβητικής νόσου, έδειξαν να την επηρεάζουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο. Το συγκεκριμένο εύρημα έρχεται σε πλήρη συμφωνία με τα ευρήματα της βιβλιογραφίας, όπου η κινητικότητα δείχνει να επηρεάζεται τόσο από τη χρόνια νεφρική νόσο και τη μέθοδο αντιμετώπισής της (Plantinga et al 2011, Bowling et al 2011, Fructuoso et al 2011, Brown 2012), όσο και από την ύπαρξη ΣΔ (Rejeski et al 2012). Από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης σχετικά με την αυτοεξυπηρέτηση και την εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων μόνο η ύπαρξη διαβητικής νόσου (p=0,005 και p=0,009 αντίστοιχα) έδειξε να επηρεάζει σημαντικά τις συγκεκριμένες διαστάσεις, εύρημα που επιβεβαιώνεται και από παρόμοια μελέτη στη Ελλάδα σχετική με την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΣΔ τύπου 2 (Papadopoulos et al 2007).

Μία ακόμη σημαντική παράμετρος, που διερευνήθηκε κατά τη διάρκεια της μελέτης, ήταν ο δείκτης φορτίου συμπτωμάτων της χρόνιας νεφρικής νόσου και της διαβητικής νεφροπάθειας. Οι μετέχοντες στην έρευνα κλήθηκαν να επιλέξουν από ένα σύνολο πιθανών συμπτωμάτων που αναφέρονται συχνότερα στη διεθνή βιβλιογραφία. Από την στατιστική ανάλυση των συμπτωμάτων που αναφέρθηκαν, στους περιτοναϊκούς ασθενείς ο έμετος (p=0,034) και η κατάθλιψη (p=0,036) αποτελούν σημαντικότερα προβλήματα. Ο έμετος και η ναυτία απαντάται ως συνηθισμένη αντίδραση σε αυτούς τους ασθενείς (Φερτάκης 1996), ενώ η κατάθλιψη έχει συσχετιστεί σε μελέτες τόσο με τη διαβητική νεφροπάθεια γενικότερα (Themeli et al 2011), όσο και με την περιτοναϊκή κάθαρση (Yu et al 2012). Στους αιμοκαθαιρόμενους τα συμπτώματα που βρέθηκαν ως στατιστικά σημαντικά αφορούσαν την ανησυχία (p=0,022), τη λύπη (p=0,023), την αδιαφορία για το σεξ (p<0,01), τη δυσκολία στα σεξουαλικά ερεθίσματα (p<0,01), καθώς και τη νυκτουρία (p<0,01). Αρκετές μελέτες έχουν δείξει τη συσχέτιση της ανησυχίας, της λύπης και γενικότερα του ψυχολογικού αντίκτυπου της διαδικασίας της αιμοκάθαρσης στην ψυχοσύνθεση των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών (Themeli et al 2011, Huwe et al 2015, Edey 2017), ενώ μελέτη σχετικά με τον επιπολασμό των συμπτωμάτων σε ασθενείς με ΧΝΝ, έδειξε ότι έως και το 52% των ατόμων βιώνει άγχος και ανησυχία (Murtagh et al. 2007). Η σεξουαλική δυσλειτουργία παρουσιάζεται τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες με ΧΝΝ, και σχετίζεται με ορμονικές διαταραχές που προκαλούνται από τη νόσο, αλλά και με την κατάθλιψη, τη συνοσηρότητα, την πολυφαρμακία, ή άλλους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες (Edey 2017).

Στην τελευταία ομάδα των συμμετεχόντων στη μελέτη, δηλαδή τους ασθενείς που παρακολουθούνταν στο Εξωτερικό Νεφρολογικό Ιατρείο, καταγράφηκαν ως σημαντικά συμπτώματα/προβλήματα η δυσκολία στην αναπνοή (p=0,03), ο πόνος στις αρθρώσεις (p=0,06), η δυσκολία συγκέντρωσης (p=0,02), ο ανήσυχος ύπνος (p=0,02), η ευερεθιστότητα (p<0,01), η λύπη (p=0,017), η ανησυχία (p<0,01), η αδιαφορία για σεξ (p<0,01), η δυσκολία στα σεξουαλικά ερεθίσματα (p<0,01) και η νυκτουρία (p<0,01). Η δυσκολία στην αναπνοή, όπως και η άπνοια στον ύπνο, έχει συσχετιστεί με τα πρώιμα στάδια της ΧΝΝ. Σχετικά με τον πόνο στις αρθρώσεις, που ανέφεραν οι ασθενείς ανάλογα ευρήματα αντλούνται και από τη διεθνή βιβλιογραφία. Μελέτη της Davison (2015), που πραγματοποιήθηκε στον Καναδά, έδειξε ότι ο πόνος που βιώνουν οι ασθενείς στα πρώιμα στάδια της νεφρικής νόσου είναι μεγαλύτερος από εκείνο που βιώνουν οι αιμοκαθαιρόμενοι στο τελικό στάδιο της νόσου. Τέλος, αναφορικά με τη νυκτουρία που ανέφεραν οι ασθενείς, αποτελεί συνηθισμένο σύμπτωμα στα πρώτα στάδια της ΧΝΝ και σχετίζεται παθοφυσιολογικά κυρίως με την αρτηριακή υπέρταση (Wu et al 2012).

Στους διαβητικούς ασθενείς τα συμπτώματα που καταγράφηκαν ως στατιστικά σημαντικά ήταν ο έμετος (p=0,03), οι αιμωδίες των κάτω άκρων (p=0,03), ο πονοκέφαλος (p=0,03), η δυσκολία συγκέντρωσης (p=0,04) καθώς και η δυσκολία ανταπόκρισης στα σεξουαλικά ερεθίσματα (p<0,01). Η ναυτία και ο έμετος αποτελούν συχνά συμπτώματα της γαστροπάρεσης, μιας από τις επιπλοκές του ΣΔ (Cherian & Parkman 2012). Ο ΣΔ προσβάλλει σημαντικά τα νεύρα των κάτω άκρων (διαβητική νευροπάθεια άκρων), με αποτέλεσμα να μην άγονται σωστά τα ερεθίσματα που είναι υπεύθυνα για τη φυσιολογική αίσθηση (Mehra et al 2008). Ο πονοκέφαλος, που αναφέρθηκε από τους συμμετέχοντες, έχει βρεθεί ότι σχετίζεται θετικά με το ΣΔ (Aamodt et al 2007).Συγκεκριμένα, η θετική αυτή συσχέτιση αποδίδεται στις αλλοιώσεις που προκαλεί ο ΣΔ στα τοιχώματα των αγγείων και την αγωγιμότητα των νεύρων, τα οποία αποτελούν το υπόστρωμα της ημικρανίας (Aamodt et al 2007).Αναφορικά με τη δυσκολία συγκέντρωσης που ανέφεραν οι ασθενείς, αποτελεί συχνό φαινόμενο των διαβητικών ασθενών που σχετίζεται κυρίως με τα υπογλυκαιμικά επεισόδια καθώς και

με ψυχολογικά αίτια (Katon et al 2013). Τέλος, η δυσκολία ανταπόκρισης στα σεξουαλικά ερεθίσματα στους διαβητικούς ασθενείς αποτελεί εξαιρετικά σύνηθες σύμπτωμα, καθώς η νευροπάθεια και η μειωμένη αγγειοδιαστολή έχουν ως αποτέλεσμα τη στυτική δυσλειτουργία στους άνδρες και την κολπική ξηρότητα στις γυναίκες (Qiao 2003, Franconi et al 2012).

Αναφορικά με τα δημογραφικά στοιχεία και το πώς αυτά μπορούν να επιδράσουν στην ποιότητα ζωής των ασθενών, από τη στατιστική ανάλυση των παραμέτρων που εξετάστηκαν ο πόνος δείχνει να επηρεάζεται από το φύλο ($p<0,01$), τον τόπο μόνιμης κατοικίας ($p=0,012$), αλλά και από το Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) ($p<0,01$). Η ηλικία ως δημογραφικό στοιχείο επηρεάζει την κινητικότητα ($p<0,01$), ως αναμενόμενο, αλλά και την κλίμακα ποιότητας ζωής (Rho –0,22, $p=0,022$). Σε μελέτη σε αιμοκαθαιρόμενους και περιτοναϊκούς ασθενείς στην Ελλάδα, βρέθηκε ότι η ένταση και η συχνότητα του πόνου αυξανόταν με την πάροδο της ηλικίας (Kafkia et al 2016). Σε ότι αφορά τον πόνο, αποτελεί κοινό εύρημα, ότι οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη ευαισθησία από τους άντρες, κυρίως στη διάρκεια της έμμηνου ρύσης, και αναφέρουν με μεγαλύτερη συχνότητα επώδυνες ασθένειες ή συμπτώματα (Tripp et al 2006, Greenspan & Traub 2013). Αυτό, βέβαια, ίσως αποτελεί μη αληθή καταγραφή, καθώς οι άνδρες, λόγω των κοινωνικών και πολιτιστικών πεποιθήσεων που επικρατούν στον Ελλαδικό χώρο, δεν αναφέρουν τον πόνο που βιώνουν γιατί αποτελεί ένδειξη αδυναμίας και αλλοιώνει την κυρίαρχη θέση τους στην κοινωνία. Μελετώντας τη συσχέτιση του πόνου με τον τόπο διαμονής, πολυπληθής μελέτη στον Καναδά (Tripp et al 2006) έδειξε μεγαλύτερο επιπολασμό του χρόνιου πόνου σε αγροτικές περιοχές σε σύγκριση με τις αστικές. Τοεύρημα αυτό μπορεί να αποδοθεί ίσως στο γεγονός ότι η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας ήταν λιγότερο εύκολη στις αγροτικές περιοχές λόγω της μορφολογίας του εδάφους και των κλιματολογικών συνθηκών. Τέλος, η συσχέτιση της αύξησης του ΔΜΣ με την αύξηση του πόνου, έχει περιγραφεί σε πολλές μελέτες στη διεθνή βιβλιογραφία (Maric & Hall 2011, Stone & Broderick 2012, Yoo et al 2014, Okifuji & Hare 2015).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά, θα μπορούσε να αναφερθεί ότι τόσο η παρουσία ΣΔ όσο και η μέθοδος αντιμετώπισης της ΧΝΝ επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό την αυτοαξιολόγηση των ασθενών στα επώδυνα συμπτώματα της νόσου. Επίσης οι παραπάνω παράγοντες επηρεάζουν παραμέτρους της ΠΖ των ασθενών, όπως κινητικότητα και αυτοεξυπηρέτηση.

Φάνηκε επίσης, η συμβολή της τακτικής παρακολούθησης από εξειδικευμένο νεφρολογικό ιατρείο, καθώς η διάρκεια παρακολούθησης σχετίζεται θετικά με την ΠΖ. Για κάθε χρόνο παρακολούθησης στο ΝΕΙ η ΠΖ αυξάνεται στατιστικά σημαντικά.

Η έγκαιρη και εξειδικευμένη αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της νεφρικής νόσου, αλλά και η αποτροπή εμφάνισης ή η καθυστέρηση εξέλιξης της ΔΝ αποτελούν κριτήρια απαραίτητα για τη διατήρηση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Η εστίαση της πολιτείας θα πρέπει να είναι προς την ενίσχυση δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για την έγκαιρη εντόπιση πιθανών νεφρολογικών προβλημάτων και την παραπομπή των ατόμων σε εξειδικευμένα νεφρολογική και/ή διαβητολογικά κέντρα. Η συνεργασία του συνόλου των επαγγελματιών υγείας, τόσο στην κοινότητα όσο και στο νοσηλευτικό ίδρυμα, επηρεάζει θετικά την έκβαση της νεφρικής νόσου και του σακχαρώδη διαβήτη με αποτέλεσμα καλύτερη προσαρμογή στη νέα πραγματικότητα και ποιοτικότερη ζωή.

Συμβολή συγγραφέων

Η ΕΓ συνεισέφερε στο σχεδιασμό, στη συλλογή των δεδομένων και στη συγγραφή του κειμένου. Η ΘΚ, ο ΚΚ και η ΑΔ είχαν την γενική εποπτεία εκπόνησης της μελέτης και συνέβαλαν ενεργά στο σχεδιασμό, στην αξιολόγηση των δεδομένων και στη συγγραφή του κειμένου. Η ΕΜ συμμετείχε στη συγγραφή του κειμένου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Aamodt A.H., StovnerL.J., Midthjell K., Hagen K. & Zwart J.A. (2007). Headache prevalence related to diabetes mellitus. The Head-HUNT Study. *European Journal of Neurology*14(7): 738–744.

Al-Jaishi A., Oliver M., Thomas S., Lock C., Zhang J., Garg A., Kosa S., Quinn R. & Moist L. (2014). Patency rates of the arteriovenous fistula for haemodialysis: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Kidney Disease* 63: 464-478.

Almutary H., Bonner A. & Douglas C. (2013). Symptom burden in chronic kidney disease: a review of recent literature. *Journal of Renal Care* 39(3):140-150.

American Diabetes Association (2011). Prevention and Management of Diabetes Complications. *Diabetes Care* 34(Suppl. 1): S11-S61.

American Diabetes Association (2014).Standards of Medical Care in Diabetes-2014. *Diabetes Care* 37(Suppl.1): S14-S80.

Aso Y. (2008). Cardiovascular disease in patients with diabetic nephropathy. *Current molecular medicine* 8(6): 533–543.

Bowling C.B., Sawyer P., Campbell R.C., Ahmed A. & Allman R.M. (2011). Impact of chronic kidney disease on activities of daily living in community-dwelling older adults. The journals of gerontology. *Biological Sciences and Medical Sciences* 66(6): 689–694.

Brown E.A. (2012). What can we do to improve quality of life for the elderly chronic kidney disease patient? *Aging Health* 8(5): 519–524.

Cavalli A., Del Vecchio L., Anzoni C. & Locatelli F. (2010).Hemodialysis: yesterday, today and tomorrow. *Minerva Urologia e Nefrologia* 62(1): 1-11.

Cherian D. & Parkman H.P. (2012). Nausea and vomiting in diabetic and idiopathic gastroparesis. *Neurogastroenterology and Motility* 24(3): 217-222.

Davison S.N. (2015). Pain, analgesics and safety in patients with CKD. *Clinical Journal of American Society of Nephrology* 10, 350-352.

Edey M. (2017). Male sexual dysfunction and Chronic Kidney Disease. Frontiers in Medicine 4: 32-42

Franconi F., Campesi I., Occhioni S. & Tonolo G. (2012). Sex-gender differences in diabetes vascular complications and treatment. *Endocrine, metabolic & immune disorders drug targets* 12(2): 179–196.

Fructuoso M., Castro R., Oliveira L., Prata C. & Morgado T. (2011). Quality of life in chronic kidney disease. *Nefrología* 31(1): 91–96.

Gagliardini E., Zoja C. & Benigni A. (2015). ET and Diabetic Nephropathy: Preclinical and Clinical Studies. *Seminars in Nephrology* 35(2): 188–196.

Greenspan J.D. & Traub R.J. (2013).Gender differences in pain and its relief. In Textbook of Pain. pp. 221–231.

Huwe N.T.T, Subramanian P., Tan L.P. & Chong W.K. (2015). The effects of acupressure on depression, anxiety and stress in patients with hemodialysis: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* 52(2): 509–518.

International Diabetes Federation (IDF).(2015). Diabetes Atlas, 7th Edition

Joseph A.J. & Friedman E.A. (2009).Diabetic Nephropathy in the Elderly.*Clinics in Geriatric Medicine* 25(3): 373–389.

Joss N., Patel R., Paterson K., Simpson K., Perry C. & Stirling C. (2007).Anaemia is common and predicts mortality in diabetic nephropathy. *QJM: An International Journal of Medicine* 100(10): 641–647.

Kafkia T., Vehviläinen-Julkunen K. & Sapountzi KrepiaD. (2016). Assessment and managemen to fpaininrenal patients. A study of patients on Renal Replacement Therapy. Publications of the University of Eastern Finland, Kuopio. Dissertations in Health Sciences Number.

Katon W.J., Young B.A., Russo J., Lin E.H., Ciechanowski P., Ludman E.J. & van Korff M.R. (2013). Association of depression with increased risk of severe hypoglycemic episodes in patients with diabetes. *Annals of Family Medicine* 11(3): 245–250.

Klein R. & Klein B.E.K. (1997).Diabetic eye disease. *Lancet* 350(9072): 197–204.

Kourakos M. (2017). Enhancing self-management in Diabetes: the value of therapeutic education. *International Journal of Health Sciences and Research* 7(6): 315-321

Maric C. & Hall J.E. (2011).Obesity, Metabolic syndrome and diabetic nephropathy. *Contributions to Nephrology* 170: 28–35.

Mehra B.R, Thawait A.P., Karandikar S.S., Gupta D.O.& Narang R.R. (2008). Evaluation of foot problems among diabetics in rural population. *Indian Journal of Surgery* 70(4): 175–180.

Murtagh F.E., Addington-Hall J.& Higginson I.J.(2007).The prevalence of symptoms in end-stage renal disease: a systematic review. *Advances in Chronic Kidney Disease*14(1):82-99.

Okifuji A. & Hare B. (2015). The association between chronic pain and obesity. *Journal of Pain Research* 8: 399-408.

Phillips A.O. (2011). Diabetic nephropathy. *Medicine* 39(8): 470–474.

Plantinga L.C., Johansen K., Crews D.C., Shahinian V.B., Robinson B.M., Saran R., Burrows N.R., Williams D.E. & Powe N.R. for the Chronic Kidney Disease Surveillance Team (2011). Association of CKD with disability in the United States. *American Journal of Kidney Diseases* 57(2): 212–227.

Qiao Q. (2003). Age- and sex-specific prevalence of diabetes and impaired glucose regulation in 13 European cohorts. *Diabetes Care* 26(1): 61–69.

Rejeski W.J., Edward H.I., Bertoni A.G., Bray G.A., Evans G., GreggE.W., Zhang Q. for the Look AHEAD Research Group (2012). Lifestyle Change and Mobility in Obese Adults with Type 2 Diabetes. *New England Journal of Medicine* 366(13): 1209–1217.

Roset M., Herdman M., Badia X. & Baro E. (2001). Uses and applications of health-related quality of life measures. The state of play in Spain. *Archives of Hellenic Medicine* 18(2): 131-136.

Stone A.A. & Broderick J.E. (2012). Obesity and pain are associated in the United States.*Obesity* 20(7): 1491–1495.

Themeli Y, Barbullushi M., Idrizi A., Bajrami V., Zaimi K., Petani E., Aliko I. & Hashorva A. .et al. (2011). Depression and diabetic nephropathy in type 2 diabetes mellitus. *Asian Journal of Psychiatry* 4: S90-S91.

Thomas S. & Karalliedde J. (2015).Diabetic nephropathy. *Medicine* 43(1):20–25.

Tripp D.A., Van Den Kerkhof E.G. & McAlister M. (2006). Prevalence and determinants of pain and pain-related disability in urban and rural settings in southeastern Ontario. *Pain Research and Management* 11(4): 225–233.

Unruh M.L., Weisbord S.D. & Kimmel P.L. (2005). Health-related quality of life in nephrology research and clinical practice. *Seminars in Dialysis* 18(2):82-90.

Van Buren P.N. & Toto R. (2011). Hypertension in Diabetic Nephropathy: Epidemiology, Mechanisms, and Management. *Advances in Chronic Kidney Disease* 18(1): 28–41.

Weisbord S.D., Fried L.F., Arnold R.M., Rotondi A.J., Fine M.J., Levenson D.J. & Switzer G.E. (2004). Development of a symptom assessment instrument for chronic hemodialysis patients: the Dialysis Symptom Index. *Journal of Pain and Symptom Management* 27(3):226-40.

Wu A.W., Fink N.E., Marsh-Manzi J.V., Meyer K.B., Finkelstein F.O, Chapman M.M. & Powe N.P. (2004). Changes in quality of life during haemodialysis and peritoneal dialysis treatment: Generic and disease specific measures. *Journal of American Society of Nephrology* 15: 743-753.

Yfantopoulos J. (1998).The Greek translation and validation of the EuroQol quality of life instrument. In: Greiner W, Grafvonden Schulenburg JM, Piercy J (eds) Plenary Meeting, Discussion

Papers, University of Hannover, Hannover:100–111.
Yfantopoulos J. (2001). The Greek version of the EuroQol (EQ-5D) instrument. *Archives of Hellenic Medicine*18: 180–191.
Yoo J.J., Cho N.H., Lim S.H. & Kim H.A. (2014). Relationships between body mass index, fat mass, muscle mass, and musculoskeletal pain in community residents. *Arthritis & Rheumatology* 66(12): 3511–3520.
Yu Z.L., Yeoh L.Y., Seow Y.Y., Luo X.C. & Griva K (2012). Evaluation of adherence and depression among patients on peritoneal dialysis. Singapore *Medical Journal* 53(7): 474–480.
Θεοφίλου Π. & Παναγιωτάκη Ε. (2010). Ποιότητα Ζωής σε Ασθενείς με Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια: Διαφορές μεταξύ Ασθενών με Λιγότερα και Περισσότερα Χρόνια Θεραπείας. *Νοσηλευτική* 49(3):295-304.
Θεοφίλου Π.(2011). Ποιότητα ζωής και χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου: μια ποιοτική ανάλυση. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας* 3(2): 70-80.
Καλογεράς Ι. (2015). ΕΝΕ 10η Επέτειος της Παγκόσμιας Ημέρας Νεφρού. Available from: http://healthellas.gr/?author=1&paged=10. Accessed July 10, 2017.
Παπαδόπουλος Α.Α., Οικονομάκης Ε., Κοντοδημόπουλος Ν., Φρυδάς Α. & Νιάκας Δ. (2007). Αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής διαβητικών ασθενών τύπου 2. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 24 (Συμπ. 1): 66–74.
Πολυκανδριώτη Μ., Ευαγγέλου Ε., Βλάχος Χ., Δημητρακοπούλου Π., Κερμελή Π., Κουκουλάρης Δ. & Κυρίτση Ε. (2005). Ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 4(2):93-103.
Υφαντόπουλος Γ. (2007). Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 24 (Συμπλ 1):6-18.
Φερτάκης Α. (1996). Επίτομη Εσωτερική Παθολογία, Ιατρικές εκδόσεις-Πασχαλίδης, Αθήνα.

RESEARCH STUDY

A study of the impact of disease burden in quality of life of people with pre-End-Stage and End-Stage Renal Disease

Helen Georgiadou[1], Theodora Kafkia[2], Eugenia Minasidou[3], Kyriakos Kazakos[4], Alexandra Dimitriadou[4]

1. Nurse, MSc, General Hospital of Imathia-Veroia
2. Clinical Lecturer, Department of Nursing, Alexander Technological Educational Institute of Thessaloniki
3. Assistant Professor, Department of Nursing, Alexander Technological Educational Institute of Thessaloniki
4. Associate Professor, Department of Nursing, Alexander Technological Educational Institute of Thessaloniki

ABSTRACT

Introduction: Diabetes Mellitus (DM) is a common chronic disease accompanied by severe complications. It is the leading cause of End-Stage Renal Disease (ESRD) requiring management either by haemodialysis (HD) or peritoneal dialysis (PD). The chronicity of the disease, and its complications, affects the psychological, family and social life of the patients and their Quality of Life (QoL).

Aim: of the present study was to estimate the disease burden of patients with diabetic nephropathy (DN) during pre-ESRD and during End-Stage Renal Disease.

Methods: A sample of 103 patients with DN treated at the General Hospital of Veria were studied during May and June 2016. The study was conducted using the Dialysis Symptoms Index (DSI) for the assessment of Chronic Kidney Disease (CKD) symptom load and the European Quality of Life (EuroQol) questionnaire for assessing the QoL of patients in the Renal Outpatient Clinic, Haemodialysis and Peritoneal Dialysis Unit.

Results: It was found that the Renal Replacement Method (HD or PD), the presence of DM and CKD's stage affect significantly the patients' self-assessment regarding painful symptoms of DN. Furthermore, the above factors have major impact on some aspects of patients' QoL, such as mobility and self-care.

Conclusions: Pre-End Stage patients experience more severe painful symptoms of DN compared to patients on Renal Replacement Therapies.

Key - words: Diabetes Mellitus, Disease Burden, Quality of Life, Diabetic Nephropathy, Chronic Kidney Disease

Correspondence author:
Theodora Kafkia
Department of Nursing
ATEI of Thessaloniki
PO box 141
57400 Sindos, Thessaloniki
e-mail: dkafkia@hotmail.com

Submission Date: 10/05/2017
Publication Date: October 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, DOAJ, Akademic Keys, Cross Ref.

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
Δρ. Θεοδώρα Καυκιά, Καθηγήτρια Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

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
Γεώργιος Κριτσωτάκης, Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Κρήτης
Μιχάηλ Κουράκος, MSc, PhD,
Βασιλική Ρόκα, MSc, PhD,
Μαρία Μαλλιαρού MSc, PhD
Ιωάννα Καραμήτρη MSc, PhD(c)
Αθανάσιος Μαστροκώστας MSc, PhD(c)
Μαρία Γκριζώτη, MSc

ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ

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

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΡΙΤΩΝ

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

ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

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

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

Γ. ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

(Υπάρχουν και στην ιστοσελίδα του περιοδικού)
Οι Έλληνες συγγραφείς μπορούν να δημοσιεύουν άρθρα και στην ελληνική και στην αγγλική γλώσσα

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Τύποι Άρθρων
Διαδικασία Υποβολής Άρθρων
Διαδικασία Αξιολόγησης
Γενικές Οδηγίες
Γενικές οδηγίες Συγγραφής
Θέματα Ηθικής και Δεοντολογίας

ΤΥΠΟΙ ΑΡΘΡΩΝ

Το ΕΠΝΕ δημοσιεύει τα ακόλουθα:

1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ @*
2. ΓΕΝΙΚΑ ΑΡΘΡΑ
Το περιοδικό δημοσιεύει φιλοσοφικά, θεωρητικά, μεθοδολογικά ή επαγγελματικά θέματα/καταστάσεις που παρέχουν επίκαιρη, προηγμένη γνώση για τη διεθνή επιστημονική κοινότητα και μπορεί να αφορούν στη νοσηλευτική πρακτική, την εκπαίδευση, τη διοίκηση κ.λπ. Επίσης, δημοσιεύει άρθρα συζήτησης.
3. ΠΟΣΟΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ
α. Πρωτογενείς
- Εμπειρικές @
- Κλινικές δοκιμές @

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

5. ΕΡΕΥΝΕΣ ΜΙΚΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑΣ @
6. ΒΙΒΛΙΟΚΡΙΤΙΚΗ @
7. ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΕΚΔΟΤΗ
Οι επιστολές μπορεί να είναι έκτασης ως 500 λέξεων και να περιλαμβάνουν κρίσεις, ή σχόλια για εργασίες που έχουν ήδη δημοσιευτεί σε 2 προηγούμενα τεύχη.

*Όπου αναγράφεται το σύμβολο @, υπάρχουν αναρτημένες οι επιπλέον σχετικές, εξειδικευμένες οδηγίες στην ιστοσελίδα του περιοδικού.

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΡΘΡΩΝ @

Έως ότου ολοκληρωθεί το σύστημα ηλεκτρονικής υποβολής άρθρων, καλούνται οι συγγραφείς να υποβάλλουν τα προς αξιολόγηση άρθρα μέσω του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου του περιοδικού στη διεύθυνση journal@enne.gr. Όλη η αλληλογραφία θα πραγματοποιείται μέσω του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου.
Κάθε άρθρο θα συνοδεύεται από **επιστολή του συγγραφέα**, υπόδειγμα της οποίας μπορείτε να βρείτε εδώ (link) και στην οποία αναφέρονται τα ακόλουθα:

- Βεβαίωση ότι η εργασία (ολόκληρη ή τμήμα αυτής) δεν έχει δημοσιευτεί (ή υποβληθεί για δημοσίευση) σε έντυπη ή ηλεκτρονική μορφή σε άλλο περιοδικό ή μέσο στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό.
- Δήλωση ότι το τελικό κείμενο της εργασίας αναγνώστηκε και εγκρίθηκε από όλους τους συγγραφείς.
- Δήλωση ότι δεν υπάρχει καμία σύγκρουση συμφέροντος ή άλλο οικονομικό όφελος σχετικά με την μελέτη
- Γραπτή βεβαίωση άδειας (Αρ. πρωτοκόλλου έγκρισης) διεξαγωγής της μελέτης από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του φορέα στον οποίο διεξήχθη εν λόγω μελέτη.
- Βεβαίωση των συγγραφέων για την εγγύηση ότι το άρθρο είναι πρωτότυπη μελέτη και δεν παραβιάζει κανένα δικαίωμα πνευματικής ιδιοκτησίας.
- Δήλωση ότι όλοι οι συγγραφείς έχουν συμβάλει σημαντικά στη διεξαγωγή της μελέτης.
- Στοιχεία του συγγραφέα που είναι υπεύθυνος για την αλληλογραφία (ονοματεπώνυμο, ταχυδρομική και ηλεκτρονική διεύθυνση, τηλέφωνο).

Κατά την υποβολή ξενόγλωσσων άρθρων από Έλληνες συγγραφείς θα πρέπει να υποβάλλεται η αντίστοιχη, ξενόγλωσση συνοδευτική επιστολή @.

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Οι υποβληθείσες εργασίες αξιολογούνται από τη Διεύθυνση Σύνταξης, εάν συνάδουν με την αποστολή και τους στόχους του Περιοδικού, προκειμένου να προωθηθούν για ανώνυμη αξιολόγηση. Ανάλογα με τη θεματική ενότητα στην οποία ανήκουν, προωθούνται στο υπεύθυνο μέλος της συντακτικής επιτροπής και σε δύο κριτές της αντίστοιχης θεματικής ενότητας, ή σε ανεξάρτητους κριτές.
Οι κριτές αποφαίνονται εάν το άρθρο είναι:
(α) Αποδεκτό για δημοσίευση χωρίς τροποποιήσεις
(β) Αποδεκτό για δημοσίευση με μικρές τροποποιήσεις
(γ) Αποδεκτό για δημοσίευση κατόπιν σημαντικών τροποποιήσεων
(δ) Μη αποδεκτό για δημοσίευση στην παρούσα μορφή
Η τελική προσαρμογή του κειμένου στις υποδείξεις των κριτών διαπιστώνεται από τη Διεύθυνση Σύνταξης, ώστε το άρθρο να προωθηθεί προς δημοσίευση.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

Η Διεύθυνση Σύνταξης αποφασίζει για τον ταχύτερο δυνατό χρόνο δημοσίευσης των εργασιών, βασιζόμενη σε διάφορα κριτήρια, όπως είναι η τήρηση της προτεραιότητας κατά την ημερομηνία υποβολής, η αναλογία ερευνητικών και ανασκοπικών άρθρων ανά τεύχος, η μη δημοσίευση στο ίδιο τεύχος άρθρων των ίδιων συγγραφέων, άρθρων παρόμοιας θεματολογίας κλπ. Η προτεραιότητα για δημοσίευση βασίζεται στην ημερομηνία αποδοχής και όχι στην ημερομηνία πρώτης υποβολής του κειμένου.

Η Διεύθυνση Σύνταξης διατηρεί το δικαίωμα μικρών τροποποιήσεων της μορφής και του περιεχομένου των εργασιών, ωστόσο, μεγάλες ή ουσιώδεις τροποποιήσεις, κυρίως αναφορικά με το περιεχόμενο, θα γίνονται μόνο με τη σύμφωνη γνώμη των συγγραφέων.

Οι συγγραφείς των ερευνητικών μελετών (πρωτογενών και δευτερογενών) δεν μπορεί να είναι περισσότεροι από έξι (6), παρά μόνο μετά από εξαίρεση (π.χ. όταν πρόκειται για διεπιστημονικές, μεγάλης κλίμακας, πολυκεντρικές μελέτες). Οι συγγραφείς των υπόλοιπων εργασιών δεν μπορεί να είναι περισσότεροι από τρεις (3), με πιθανή εξαίρεση, κάποια γενικά άρθρα μεθοδολογικού τύπου, ή κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες.

ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ (λίστα ελέγχου – check list)

Σε κάθε άρθρο που υποβάλλεται, οι συγγραφείς θα πρέπει να περιλαμβάνουν τα εξής (προς διευκόλυνσή σας, τσεκάρετε δίπλα, τι από τα παρακάτω έχετε υποβάλει):

01. Συνοδευτική Επιστολή (υπάρχει υπόδειγμα)
02. Σελίδα τίτλου*
03. Σελίδα περίληψης*
04. Σελίδα Βασικών Σημείων του Άρθρου
05. Κυρίως κείμενο του άρθρου
06. Συμβολή των συγγραφέων
07. Χρηματοδότηση (εάν υπάρχει)
08. Ευχαριστίες (εάν υπάρχουν)
09. Προηγούμενη δημοσίευση (εάν υπάρχει)
10. Βιβλιογραφικός κατάλογος
11. Πίνακες και σχήματα

* θα υπάρχουν και στην αγγλική γλώσσα. Δείτε οδηγίες που ακολουθούν

Σελίδα τίτλου

- Τίτλος έως 25 λέξεις (πεζοί - έντονοι χαρακτήρες)
- Ονοματεπώνυμο, φορέας εργασίας (πχ ΓΝΑ «Ιπποκράτειο»). Με εκθέτες, κάθε όνομα θα παραπέμπει στον αντίστοιχο φορέα
- Υπεύθυνος αλληλογραφίας (ονοματεπώνυμο, ηλεκτρονική διεύθυνση, τηλέφωνο επικοινωνίας)
- Ημερομηνία υποβολής
- Όλα τα παραπάνω και στην Αγγλική γλώσσα (σε χωριστή σελίδα)

Σελίδα περίληψης

- Τίτλος του άρθρου (πεζοί-έντονοι χαρακτήρες)
- Η λέξη ΠΕΡΙΛΗΨΗ, γράφεται με έντονους κεφαλαίους χαρακτήρες
- Η περίληψη δεν θα πρέπει να υπερβαίνει τις 250-300 λέξεις (βλέπε σχετικό link ανάλογα με το είδος του άρθρου)
- Θα πρέπει να υποβάλλεται στην ελληνική & αγγλική γλώσσα, χωρίς βιβλιογραφικές αναφορές, ή συντμήσεις λέξεων.
- Εάν το άρθρο υποβάλλεται στην αγγλική γλώσσα, δεν χρειάζεται η ελληνική εκδοχή του τίτλου ή της περίληψης.
- Ακολουθείται από 3 (τρεις) έως έξι (6) λέξεις κλειδιά κατά αλφαβητική σειρά, οι οποίες θα πρέπει να προκύπτουν από το περιεχόμενο του άρθρου και να διαχωρίζονται μεταξύ τους με κόμμα (,). Οι λέξεις κλειδιά θα πρέπει να είναι γενικού περιεχομένου και να διευκολύνουν τον εύκολο ευρετηριασμό του άρθρου κατά την αναζήτησή του, στις βάσεις δεδομένων από άλλους ερευνητές.
- Περίληψη και στην αγγλική γλώσσα (σε χωριστή σελίδα)

Σελίδα Βασικών Σημείων του Άρθρου

Τα βασικά σημεία του άρθρου (highlights/key points) αναγράφονται σε χωριστή σελίδα και αφορούν στα κύρια ευρήματα, παρέχοντας μια γρήγορη ματιά του συνολικού άρθρου. Περιλαμβάνουν τρεις έως πέντε προτάσεις (με κουκίδες) που περιγράφουν την ουσία της ανασκόπησης ή της έρευνας (αποτελέσματα ή συμπεράσματα) και τονίζουν τη σημασία του άρθρου. Η κάθε πρόταση δεν θα πρέπει να ξεπερνά τους 85 χαρακτήρες (μαζί με τα κενά διαστήματα και τα σημεία στίξης). Η φράση ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ γράφεται με κεφαλαίους έντονους χαρακτήρες.

Παράδειγμα στην Ελληνική γλώσσα

Παπαδόπουλος Δ, Βασιλείου Γ, Γεωργίου Α (2014). Επαγγελματική εξουθένωση και καθημερινή λειτουργικότητα: Μια θεωρητική ανάλυση. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης, 5: 14-20.

Βασικά Σημεία του Άρθρου

- Ανάλυση της εξουθένωσης από την οπτική του εργαζόμενου.
- Η εξουθένωση ως διαμεσολαβητικός παράγοντας στην καθημερινότητα.
- Η εξουθένωση αυξάνεται ανάλογα με τις εργασιακές απαιτήσεις.
- Η εξουθένωση μειώνεται ανάλογα με τα εργασιακά αποθέματα.
- Οι εργαζόμενοι με υψηλά επίπεδα εξουθένωσης χρήζουν εξατομικευμένης στήριξης.

Παράδειγμα στην Αγγλική γλώσσα
Papadopoulos D, Vasiliou G, Georgiou A (2014). Professional burnout and daily functioning: A theoretical analysis. Hellenic Journal of Nursing Science, 5: 14-20.

Highlights /key points
- Discussion of burnout from the perspective of the employee.
- Chronic burnout is conceptualized as a crucial moderator of daily functioning.
- Burnout increases according to daily job demands.
- Burnout decreases according to daily job resources.
- Employees with high levels of burnout need tailored help.

Κυρίως κείμενο του άρθρου (manuscript)
Το κυρίως κείμενο (manuscript) θα ακολουθεί την ανάλογη δομή (βλ. σχετικά @, ανάλογα με τον τύπο του άρθρου). Μετά το κείμενο, θα αναγράφεται η Συμβολή του κάθε συγγραφέα αναλυτικά, όπως και οι τυχόν Ευχαριστίες.

Συμβολή των συγγραφέων
Όλοι οι συγγραφείς που αναφέρονται σε ένα άρθρο θα πρέπει να έχουν συνεισφέρει ενεργά στη συλλογή των πληροφοριών και στη συγγραφή του (εάν πρόκειται για ανασκόπηση), ή στο σχεδιασμό της μελέτης, στη συλλογή και ανάλυση των δεδομένων, στην εξαγωγή/ερμηνεία των αποτελεσμάτων και στη συγγραφή του άρθρου (εάν πρόκειται για έρευνα). Η συμβολή τους θα διαφαίνεται σε όποιο από τα παραπάνω σημεία, με διακριτό τρόπο για τον καθένα και θα περιλαμβάνεται μετά το κυρίως κείμενο και πριν το βιβλιογραφικό κατάλογο. Όλοι οι συγγραφείς επίσης, θα πρέπει να έχουν μελετήσει το περιεχόμενο και εγκρίνει την τελική έκδοση που έχει υποβληθεί προς δημοσίευση. Η συμμετοχή μόνο στην αναζήτηση χρηματοδότησης μιας έρευνας, ή μόνο στη συλλογή των δεδομένων δεν δικαιολογεί την αναφορά μεταξύ των συγγραφέων, η οποία υποκαθίσταται με την έκφραση ευχαριστιών.
Παράδειγμα: ΙΚ: (αρχικά ονομάτων των συγγραφέων) ανέλυσε τα δεδομένα και συνέβαλε στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων και στη συγγραφή του κειμένου. ΘΜ: συμμετείχε στη σύλληψη και στο σχεδιασμό της μελέτης, καθώς και στη συλλογή των δεδομένων. ΠΓ και ΔΚ: Συμμετείχαν στο σχεδιασμό της μελέτης και στη συλλογή των δεδομένων. Όλοι οι συγγραφείς αξιολόγησαν κριτικά και ενέκριναν την υποβολή του τελικού κειμένου.

Ευχαριστίες
Κατά την ηλεκτρονική υποβολή του άρθρου, οι συγγραφείς μπορούν να αναγράφουν τις ευχαριστίες τους σε άτομα, φορείς κ.λπ που τους βοήθησαν ουσιαστικά στην εκπόνηση της εργασίας τους, επεξηγώντας τους λόγους πχ για την οικονομική ενίσχυση, τη συλλογή των δεδομένων, τη χορήγηση άδειας κ.λπ.

Προηγούμενη δημοσίευση
Σε περίπτωση που το άρθρο ή τμήμα του, έχει δημοσιευτεί πχ σε Πρακτικά Συνεδρίου ή αλλού, θα πρέπει να αναγράφεται το «που» και το «πότε».

Βιβλιογραφικός κατάλογος
(σύμφωνα με τις οδηγίες, βλ. @)

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

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

Άλλες οδηγίες μορφοποίησης

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

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

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

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

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

ΘΕΜΑΤΑ ΗΘΙΚΗΣ & ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Συγκατάθεση Ενημέρωσης

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

Άδειες

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

Σύγκρουση συμφερόντων (conflict of interest)

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

Χρηματοδότηση

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

Πνευματικά Δικαιώματα (transfer of copyright)

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

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

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ

Οι περιγραφικές ή αφηγηματικές ανασκοπήσεις παρουσιάζουν τα αποτελέσματα ερευνών πάνω σε ένα θέμα κατά τη διάρκεια μιας συγκεκριμένης χρονικής περιόδου, ή τα αποτελέσματα νέων ερευνών με αξιολογική σειρά, τα οποία συσχετίζονται με την προϋπάρχουσα γνώση. Το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης δέχεται περιγραφικές ανασκοπήσεις που συμβάλλουν στην εξέλιξη της νοσηλευτικής επιστήμης, στις οποίες συμμετέχουν έως τρεις (3) συγγραφείς, με έκταση μέχρι 5000 λέξεις, εξαιρουμένων των πινάκων, των γραφημάτων, της βιβλιογραφίας και της περίληψης. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις μπορεί να επιτραπεί κείμενο μέχρι 7000 λέξεις εφόσον αιτιολογείται από τη φύση και την προσέγγιση του θέματος και μετά από έγκριση του διευθυντή σύνταξης.

Η δομή θα πρέπει να είναι η ακόλουθη:

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

Επισήμανση: Στις περιγραφικές ανασκοπήσεις δεν περιλαμβάνεται κεφάλαιο μεθοδολογίας.

Περίληψη

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

Λέξεις-κλειδιά

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

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

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

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

ΚΥΡΙΟ ΘΕΜΑ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ

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

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

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

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ

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

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

Περίληψη

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

Λέξεις-κλειδιά

Τρεις έως πέντε λέξεις που αντιπροσωπεύουν το περιεχόμενο της έρευνας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

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

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

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

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

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

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

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

ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΕΡΕΥΝΗΤΩΝ

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

Πίνακες

Περιλαμβάνονται πίνακες όπως

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

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΕΜΠΕΙΡΙΚΕΣ - ΠΟΣΟΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ

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

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

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

Περίληψη

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

Λέξεις-κλειδιά

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

ΚΥΡΙΩΣ ΚΕΙΜΕΝΟ

Το κυρίως κείμενο θα πρέπει να περιλαμβάνει τις παρακάτω υποενότητες:

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

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

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

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

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

Σχεδιασμός

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

Δείγμα μελέτης

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

Συλλογή δεδομένων

Θα πρέπει να προσδιορίζεται ο τόπος, ο τρόπος και η χρονική περίοδος της δειγματοληψίας, η οποία είναι προτιμητέο να μην υπερβαίνει τα πέντε έτη από την ημερομηνία υποβολής. Περιγράψτε τις τεχνικές και τα εργαλεία συλλογής δεδομένων. Αν πρόκειται για ερωτηματολόγια που είναι γνωστά και σταθμισμένα περιγράψτε αναλυτικά και συμπεριλάβετε τη σχετική βιβλιογραφία, περιλαμβάνοντας απαραίτητα, την αναφορά της εργασίας στάθμισης του εργαλείου. Αν πρόκειται για εργαλεία που αναπτύχθηκαν ειδικά για αυτή τη μελέτη, περιγράψτε τη διαδικασία ανάπτυξης, περιλαμβάνοντας στοιχεία ελέγχου της αξιοπιστίας και εγκυρότητας. Διατυπώστε γιατί είναι κατάλληλα αυτά τα εργαλεία και οι τεχνικές για τις μεταβλητές. Συμπεριλάβετε στοιχεία από πιλοτική έρευνα, εάν αυτή έγινε.

Θέματα ηθικής-Δεοντολογίας

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

Στατιστική ανάλυση

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

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

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

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

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

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

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

Συνεισφορά ερευνητών

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

Πίνακες

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

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΠΟΙΟΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ

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

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

Περίληψη

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

Λέξεις-κλειδιά

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

ΚΥΡΙΩΣ ΚΕΙΜΕΝΟ

Το κυρίως κείμενο θα πρέπει να περιλαμβάνει τις παρακάτω υποενότητες:

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

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

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

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

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

Σχεδιασμός

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

Δείγμα μελέτης

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

αναφορικά με το δείγμα, όπως π.χ. ηλικία, ιδιότητα, φύλο, οικογενειακή κατάσταση κ.λπ, για να βοηθηθεί ο αναγνώστης να κατανοήσει το πλαίσιο της μελέτης. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί και πίνακας για την παρουσίαση των δημογραφικών ή κλινικών χαρακτηριστικών.

Συλλογή δεδομένων

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

Θέματα ηθικής-Δεοντολογίας

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

Ανάλυση Δεδομένων

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

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

Κριτήρια μεθοδολογικής αυστηρότητας διεξαγωγής της μελέτης

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

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

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

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

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

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

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

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

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

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

Συνεισφορά ερευνητών

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

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΜΕΛΕΤΕΣ ΜΙΚΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑΣ

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

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

Τα κριτήρια αξιολόγησης είναι τα εξής:

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

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

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

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

Περίληψη

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

Λέξεις-κλειδιά

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

ΚΥΡΙΩΣ ΚΕΙΜΕΝΟ

Το κυρίως κείμενο θα πρέπει να περιλαμβάνει τις παρακάτω υποενότητες:

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

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

ερευνητική υπόθεση που πρέπει να ερευνηθεί. Η έκταση της εισαγωγής δε θα πρέπει να υπερβαίνει σε έκταση το 1/4 του συνολικού κειμένου.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

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

Σχεδιασμός

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

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

Δείγμα μελέτης

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

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

Συλλογή δεδομένων

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

Θέματα ηθικής-Δεοντολογίας

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

Ανάλυση των δεδομένων

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

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

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

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

Κριτήρια μεθοδολογικής αυστηρότητας διεξαγωγής της μελέτης

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

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

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

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η συζήτηση ξεκινά με αναφορά στο σκοπό της εργασίας και εστιάζει στα κύρια αποτελέσματα, ανακεφαλαιώνοντας και ερμηνεύοντας. Επιπλέον, σκοπός της συζήτησης, είναι να συγκρίνει τα αποτελέσματα/ευρήματα με αυτά της ήδη υπάρχουσας βιβλιογραφίας και να καταλήγει εάν απαντήθηκαν τα ερευνητικά ερωτήματα. Ακόμη, η συζήτηση πρέπει να παρουσιάζει πώς τα αποτελέσματα και η νέα γνώση μπορούν να συμβάλουν στη δημιουργία νέων αντιλήψεων (ή αμφισβήτησης υπαρχουσών αντιλήψεων) ή στη δημιουργία θεωριών ή στην προαγωγή υπαρχουσών θεωριών ή στη βελτίωση της νοσηλευτικής πράξης.

Τέλος, αναφέρονται τα δυνατά και αδύνατα σημεία της έρευνας (περιορισμοί), καθώς και η δυνατότητα ή μη, γενίκευσης των ευρημάτων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

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

Συνεισφορά ερευνητών

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

Πίνακες, Διαγράμματα, Σχήματα

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

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

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

ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΗ ΣΤΑΘΜΙΣΗ

ΔΟΜΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗΣ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ΚΥΡΙΩΣ ΚΕΙΜΕΝΟ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

ΣΚΟΠΟΣ

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

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

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

Περιγραφή πρωτότυπου ερωτηματολογίου/ αρχικής κλίμακας

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

Συμμετέχοντες – Πληθυσμός

Να αναφερθεί το μέγεθος και ο τρόπος επιλογής του δείγματος και τυχόν κριτήρια επιλογής ή αποκλεισμού των συμμετεχόντων. Το μέγεθος του δείγματος οφείλει να είναι επαρκές για τις ανάγκες της ψυχομετρικής στάθμισης (οι περισσότεροι ερευνητές δέχονται ότι χρειάζεται αναλογία αριθμού ερωτήσεων και αριθμού συμμετεχόντων τουλάχιστον 1:10 για τη διερεύνηση της εγκυρότητας των κλι-

μάκων. Αυτό μεταφράζεται πρακτικά στο ότι εάν το προς στάθμιση ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 26 ερωτήσεις, χρειάζονται τουλάχιστον 260 άτομα για τις στατιστικές δοκιμασίες). Εάν η στάθμιση πραγματοποιήθηκε σε περισσότερα από ένα στάδια, περιγράφεται αναλυτικά ο πληθυσμός για το κάθε στάδιο. Άρθρα που περιγράφουν ψυχομετρική στάθμιση ερωτηματολογίων με πληθυσμό κάτω των 50 ατόμων δεν θα γίνονται δεκτά προς δημοσίευση.

Μετάφραση

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

Στατιστική ανάλυση

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

Ηθική και δεοντολογία

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

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

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

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

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

Περιορισμοί

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

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

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

ΟΔΗΓΙΕΣ ΜΕΛΕΤΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

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

Οι μελέτες περίπτωσης μπορούν να περιλαμβάνουν:

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

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

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

Περίληψη

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

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

ΚΥΡΙΩΣ ΚΕΙΜΕΝΟ

Το κυρίως κείμενο θα πρέπει να περιλαμβάνει τις παρακάτω υποενότητες:
ΕΙΣΑΓΩΓΗ (κεφαλαία γράμματα με έντονη γραφή, bold)
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ (κεφαλαία γράμματα με έντονη γραφή, bold)
ΣΥΖΗΤΗΣΗ (κεφαλαία γράμματα με έντονη γραφή, bold)
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ (κεφαλαία γράμματα με έντονη γραφή, bold)
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ (κεφαλαία γράμματα με έντονη γραφή, bold)

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εισαγωγή θα πρέπει να είναι γραμμένη με τέτοιο τρόπο, ώστε οι επαγγελματίες υγείας που δεν διαθέτουν εξειδίκευση σε αυτόν τον τομέα, να κατανοούν το υπό διερεύνηση θέμα. Η εισαγωγή ολοκληρώνεται με σύντομη αναφορά στο σκοπό του παρόντος άρθρου. Σε αυτήν την ενότητα γίνεται η παρουσίαση του θεωρητικού πλαισίου και της τεκμηριωμένης γνώσης πάνω στο θέμα.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

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

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Συζητούνται τα ευρήματα και συγκρίνονται με άλλες μελέτες ή περιπτώσεις.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

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

ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

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

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

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

ΠΙΝΑΚΕΣ -ΕΙΚΟΝΕΣ

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

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

Λίστα ελέγχου της Μελέτης Περίπτωσης

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

ΒΙΒΛΙΟΚΡΙΤΙΚΗ

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

Πριν τη λεπτομερή ανάγνωση του βιβλίου, ελέγξτε:

Τίτλος – τι μας προτείνει

Πρόλογος – παρέχει σημαντικές πληροφορίες για το σκοπό του συγγραφέα? Βοηθά στη συνολική αξιολόγηση του βιβλίου? Επιτεύχθηκε ο σκοπός που τέθηκε?

Περιεχόμενα - παρουσιάζουν τη δομή και οργάνωση του βιβλίου. Συνήθως η ομαδοποίηση των επιμέρους τμημάτων του βιβλίου γίνεται με βάση τον τόπο, το χρόνο ή τη θεματική ενότητα.

Διαβάστε το κείμενο:

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

Συμβουλευτείτε περισσότερες πηγές

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

Προετοιμάστε ένα προσχέδιο κριτικής

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

Συγγραφή της βιβλιοκριτικής

Ελέγξτε τις σημειώσεις σας και στη συνέχεια με τη βοήθεια του περιγράμματος που έχετε ήδη φτιάξει, αρχίστε να γράφετε. Η βιβλιοκριτική σας, θα πρέπει να περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

Αρχικές πληροφορίες – τον τρόπο βιβλιογραφικής παράθεσης του συγκεκριμένου βιβλίου, π.χ. πλήρης τίτλος, συγγραφέας, τόπος έκδοσης, εκδοτικός οίκος, ημερομηνία έκδοσης, αριθμός έκδοσης, σελίδες, συμπληρωματικό υλικό (χάρτες, πίνακες)

Εισαγωγή – με την εναρκτήρια πρόταση προσπαθήστε να τραβήξετε την προσοχή του αναγνώστη. Η εισαγωγή θα πρέπει να παρουσιάζει την κεντρική σας θέση και να προϊδεάζει για τον τόνο της βιβλιοκριτικής σας.

Ανάπτυξη – Αναπτύξτε το κείμενό σας χρησιμοποιώντας τα επιχειρήματα που σημειώσατε στο προσχέδιό σας. Χρησιμοποιήστε περιγραφή, αξιολόγηση και επεξήγηση του λόγου για τον οποίο ο συγγραφέας έγραψε αυτό το βιβλίο. Χρησιμοποιήστε αναφορές για να δείξετε τα σημαντικά σημεία του κειμένου.

Συμπέρασμα – Αν η κριτική σας είναι καλογραμμένη και με επιχειρήματα, το συμπέρασμα θα ακολουθήσει με λογική σειρά. Μπορεί να περιλαμβάνει την τελική αξιολόγηση του βιβλίου ή απλά την επαναδιατύπωση της αρχικής σας πρότασης. Δεν θα πρέπει να εισάγετε νέο υλικό/ιδέες σε αυτό το σημείο.

Τελικός έλεγχος του προσχέδιου

Αφήστε λίγο χρόνο να μεσολαβήσει ανάμεσα στο προσχέδιο και το τελικό κείμενο.

Διαβάστε προσεκτικά όλο το κείμενο, ελέγχοντας τη σαφήνεια και τη λογική συνέχεια των επιχειρημάτων. Διορθώστε τυχόν γραμματικά ή ορθογραφικά λάθη. Επιβεβαιώστε ότι οι αναφορές που χρησιμοποιήθηκαν είναι σωστά γραμμένες στο βιβλιογραφικό κατάλογο.

ΣΥΓΓΡΑΦΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΠΑΡΑΠΟΜΠΩΝ

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

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

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

Παραπομπές εντός κειμένου

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

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

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

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

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

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

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

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

Βιβλιογραφικός Κατάλογος

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

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

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

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

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

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

Βιβλίο

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

Κεφάλαιο σε βιβλίο

Αναγράφεται το επώνυμο και τα αρχικά του ονόματος του συγγραφέα, το έτος έκδοσης σε παρένθεση και ο τίτλος

του κεφαλαίου. Ακολουθεί το «στο» ή «in» (για αγγλόφωνο βιβλίο), το επώνυμο και τα αρχικά του ονόματος του/των συγγραφέα/ων, η έκδοση, ο τίτλος του βιβλίου με πλάγιους χαρακτήρες (Italics), ο τόπος έκδοσης και ο εκδοτικός οίκος. Π.χ.

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

Ηλεκτρονικό βιβλίο

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

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

Άρθρο

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

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

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

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

Διατριβή

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

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

Πληροφορίες από το Διαδίκτυο (Ιστοσελίδες)

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

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

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

Πρακτικά Συνεδρίων

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

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

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

ΕΝΕ

ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

www.enne.gr



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

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

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

HRBN
HELLENIC REGULATORY BODY OF NURSES

VOLUME 10 - ISSUE 3
JULY - AUGUST - SEPTEMBER
2017

Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης
Hellenic journal of Nursing Science

http://journal-ene.gr/

ΤΟΜΟΣ 10 - ΤΕΥΧΟΣ 3
ΙΟΥΛΙΟΣ
ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ
2017

ΕΝΕ
ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
www.enne.gr