Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης
Hellenic journal of Nursing Science



Τόμος 12, Τεύχος 3, ΙΟΥΛΙΟΣ - ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ - ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2019

Volume 12, Issue 3, JULY - AUGUST - SEPTEMBER 2019

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ – REVIEWS

Εναλλακτικοί και συμπληρωματικοί της φαρμακευτικής αγωγής τρόποι αντιμετώπισης του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2

Alternative and complementary to medication therapies for type 2 Diabetes Mellitus

Μαρία Ευθυμία Κατσά, Βασιλική Αδαμοπούλου, Ανδρέα Πάολα Ρόχας Χιλ

Autism Spectrum Conditions (ASC)-Inclusion: ένα εργαλείο παρέμβασης σε παιδιά με διαταραχές του φάσματος του αυτισμού (ΔΑΦ)

Autism Spectrum Conditions (ASC)-Inclusion: an intervention tool for children with autism spectrum disorders (ASD)

Βασιλική Μούγια, Θεοδώρα Ανταρέλη

ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ/ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ – SYSTEMATIC REVIEW

Διερεύνηση των απόψεων των νοσηλευτών για την υιοθέτηση στην κλινική πράξη της πρακτικής βασισμένης σε ενδείξεις

Looking into the nurses' views regarding implementation of Evidence-Based Nursing in clinical practice

Ευφροσύνη Παπαδοπούλου, Ευρυδίκη Καμπά, Αρετή Σταυροπούλου, Μάρθα Κελέση

Η κατάχρηση αντιβιοτικών και η ανάπτυξη μικροβιακής αντοχής

Antibiotics overuse and development of antimicrobial resistance

Γεώργιος Ελεσνίτσαλης, Ιωάννα Βεκίλη

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ - RESEARCH ARTICLES

Comparison of self-reported adherence to cervical and breast cancer screening guidelines in relation to the researcher's profession.

Maria Moudatsou, George Kritsotakis, Antonis Koutis, Athanasios Alegakis, Evangelia Panagoulopoulou, Anastasios Philalithis

Διερεύνηση του συνδρόμου εξουθένωσης του προσωπικού σχολικών μονάδων ειδικής αγωγής

Burnout syndrome in the professionals employed in special education schools

Νίκη Παναγούλη, Ευαγγελία Μεϊμέτη, Πέτρος Γαλάνης, Μαρία Τσιαχρή, Παγώνα Κουτσογιάννη, Άρης Υφαντής, Ιωάννης Μωύσογλου

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: GRAFIMA ΔΙΑΦΗΜΙΣΤΙΚΗ Α.Ε.
Λ. Ελευθερίας 29 (Αμφιθέας), Άλιμος
T: 210 7251600 – 210 9210202, F: 210 7251605
E: grafima@otenet.gr

ISSN 1791-9002
e-ISSN 2459-2994

ΕΚΔΟΤΗΣ: **ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΣΚΟΥΤΕΛΗΣ**
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ: **ΑΡΙΣΤΕΙΔΗΣ ΔΑΓΛΑΣ**
ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗΣ: **Δρ Θεοδώρα Καυκιά,** Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ: **ΤΖΑΝΝΗΣ ΠΟΛΥΚΑΝΔΡΙΩΤΗΣ**

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

Μέλη ΔΣ:
Δημήτριος Πιστόλας, Ειρήνη Κολώνια, Μιχαήλ Μαντζανάς, Γεώργιος Δόντσιος, Παναγιώτης Κοσκινάς, Τζαννής Πολυκανδριώτης, Ευτυχία Γιάγκου, Μαρία Μηλάκα

ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ:
Δρ. Γεώργιος Κριτσωτάκης, Επίκουρος Καθηγήτης, Τμήμα Νοσηλευτικής, Μεσογειακό Πανεπιστήμιο
Δρ Μιχαήλ Κουράκος, Διευθυντής Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Γ.Ν. Ασκληπείο Βούλας, Αθήνα

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ
Παρασκευή Αποστολάρα, Λέκτορας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, **Μαρία Γκριζιώτη**, MSc, **Αθηνά Καλοκαιρινού**, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ, **Μάρθα Κελέση**, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, **Μαρία Μαλλιαρού,** Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, **Στέφανος Μαντζούκας**, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, **Αθανάσιος Μαστροκώστας**, PhD, **Ευγενία Μηνασίδου**, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος, **Ιωάννα Παπαθανασίου**, Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, **Τζαννής Πολυκανδριώτης,** MSc, ΨΝΑ «Δαφνί», **Βασιλική Ρόκα**, PhD, **Μαρία Σαρίδη**, PhD, **Ελένη Χριστοδούλου**, PhD, **Χρύσα Χρυσοβιτσάνου**, PhD

ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ:
Ιωάννης Κυριόπουλος, Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας, Κοσμήτωρ ΕΣΔΥ
Αλέξιος Παραράς, Δικηγόρος, Δημοσιολόγος, Νομικός Σύμβουλος ΕΝΕ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΡΙΤΩΝ
Γεώργιος Αργυρίου, Αριστείδης Βασιλόπουλος, Αικατερίνη Βενέτη, Ευγενία Βλάχου, Μαρία Γέραλη, Γεώργιος Ελεσνίτσαλης, Χρήστος Ερμείδης, Ευτυχία Ευαγγελίδου, Γεώργιος Ευλαβής, Μιχαήλ Ζωγραφάκης-Σφακιανάκης, Αγγελική Καραΐσκου, Νικόλαος Κοντοδημόπουλος, Αγορίτσα Κουλούρη, Βαΐα Κωνσταντικάκη, Θεοχάρης Κωνσταντινίδης, Ελένη Λαχανά, Πολυξένη Λιαμοπούλου, Γεώργιος Μανομενίδης, Ευαγγελία Μεϊμετη, Νικόλαος Μπακάλης, Δημήτριος Μπαρουξής, Λάμπρος Μπίζας, Ιωάννης Μωϋσογλου, Δήμητρα Παλητζήκα, Νίκη Παυλάτου, Δημήτριος Πιστόλας, Γεώργιος Ποντισίδης, Γεώργιος Σιδηράς, Αγγελική Σταθαρού, Ευαγγελία Σταματοπούλου, Νικόλαος Στεφανόπουλος, Αναστάσιος Τζενάλης, Αικατερίνη Τόσκα, Ευάγγελος Φραδέλος, Καλλιόπη Χατζίκα

ΜΕΛΗ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ
Dr Θεόδωρος Ξάνθος, Καθηγητής Φυσιολογίας & Παθολογικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή, Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, **Dr Theodoros Koutroubas,** Professor, UC Louvain, Brussels, Belgium, **Dr Irena Papadopoulos,** Professor of Transcultural Health and Nursing, Head of Research Centre for Transcultural Studies in Health, Middlesex University, London, UK, **Dr Denise 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, **Dr Lorendana Sasso,** Associate Professor, Universita degli Studi di Genova, Italy, **Cecilia Sironi,** RN, BSc, MSc, Universita degli Studi dell' Isubria-Varese, Italy, **Dr Rocco Gennaro,** Professor, Head of the Nursing School, Catholic University Our Lady of Good Counsel, Director of Centre of Excellence for Nursing Scholarship, Rome, Italy, **Dr Thomas Kearns**, Professor, Executive Director of Faculty of Nursing & Midwifery, Royal College of Surgeons, Ireland, **Dr Helene Kelly,** International Consultant, Vice President Florence Network, University College Sealand, Denmark, **Dr Vilma Zydziunaite,** RN, MSc, MEdSc, PhD, Professor-Researcher, Vytautas Magnus University, Klaipeda State College, Lithuania, **Dr Carlos Melo-Dias,** Professor of Nursing, 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, **Leonardo J Labrague,** Lecturer, Department of Fundamentals and Administration, College of Nursing, Sultan Qaboos University, Muscat, Sultanate of Oman, **Dr Viktor Vus,** Psychologist, Associate Professor, Department of Psychology, Head of International Academic Mobility Centre, Interregional Academy of Personnel Management, Ukraine, **Anastasia Mallidou,** Assistant Professor, University of Victoria, School of Nursing, British Columbia, Canada, **Dr Christina Papachristou,** Dipl. Psych., MPH, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Charite-Universitatsmedizin, Berlin, Germany

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ – REVIEWS

Εναλλακτικοί και συμπληρωματικοί της φαρμακευτικής αγωγής τρόποι αντιμετώπισης του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2
Alternative and complementary to medication therapies for type 2 Diabetes Mellitus
Μαρία Ευθυμία Κατσά, Βασιλική Αδαμοπούλου, Ανδρέα Πάολα Ρόχας Χιλ 3

Autism Spectrum Conditions (ASC)-Inclusion: ένα εργαλείο παρέμβασης σε παιδιά με διαταραχές του φάσματος του αυτισμού (ΔΑΦ)
Autism Spectrum Conditions (ASC)-Inclusion: an intervention tool for children with autism spectrum disorders (ASD)
Βασιλική Μούγια, Θεοδώρα Ανταρέλη 13

ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ/ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ – SYSTEMATIC REVIEW

Διερεύνηση των απόψεων των νοσηλευτών για την υιοθέτηση στην κλινική πράξη της πρακτικής βασισμένης σε ενδείξεις
Looking into the nurses' views regarding implementation of Evidence-Based Nursing in clinical practice
Ευφροσύνη Παπαδοπούλου, Ευρυδίκη Καμπά, Αρετή Σταυροπούλου, Μάρθα Κελέση 20

Η κατάχρηση αντιβιοτικών και η ανάπτυξη μικροβιακής αντοχής
Antibiotics overuse and development of antimicrobial resistance
Γεώργιος Ελεσνίτσαλης, Ιωάννα Βεκίλη 31

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ - RESEARCH ARTICLES

Comparison of self-reported adherence to cervical and breast cancer screening guidelines in relation to the researcher's profession.
Maria Moudatsou, George Kritsotakis, Antonis Koutis, Athanasios Alegakis, Evangelia Panagoulopoulou, Anastasios Philalithis 44

Διερεύνηση του συνδρόμου εξουθένωσης του προσωπικού σχολικών μονάδων ειδικής αγωγής
Burnout syndrome in the professionals employed in special education schools
Νίκη Παναγούλη, Ευαγγελία Μεϊμέτη, Πέτρος Γαλάνης, Μαρία Τσιαχρή, Παγώνα Κουτσογιάννη, Άρης Υφαντής, Ιωάννης Μωύσογλου 53

ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ 61

Εναλλακτικοί και συμπληρωματικοί της φαρμακευτικής αγωγής τρόποι αντιμετώπισης του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2

Μαρία Ευθυμία Κατσά[1], Βασιλική Αδαμοπούλου[2], Ανδρέα Πάολα Ρόχας Χιλ[3]
1. Νοσηλεύτρια, MSc, PhD(c), Mediterraneo Hospital
2. Νοσηλεύτρια, MSc, Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center
3. Επίκουρος Καθηγήτρια Βιολογίας-Βιοχημείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 αποτελεί παγκόσμιο πρόβλημα υγείας και σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο για μικροαγγειακές και μακροαγγειακές επιπλοκές. Η θεραπεία του βασίζεται σε ένα συνδυασμό φαρμακευτικής αγωγής και ισορροπημένου τρόπου ζωής που επιτυγχάνεται μέσω της αλληλεπίδρασης του ασθενή με μια διεπιστημονική ομάδα. Τα τελευταία έτη έμφαση δίνεται σε εναλλακτικά μέσα θεραπείας του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2. Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι η παρουσίαση συμπληρωματικών, της φαρμακευτικής αγωγής, τρόπων αντιμετώπισης του. Για την επίτευξη του σκοπού πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση άρθρων που σχετίζονται με το συγκεκριμένο πεδίο στις βάσεις δεδομένων Pubmed, GoogleScholar στο διάστημα 2000-2018. Σημαντικός είναι ο ρόλος των μικροθρεπτικών συσταστικών όπως βιταμίνη Β3, βιταμίνη Ε, μαγνήσιο, ως δυνητικοί παράγοντες πρόληψης και θεραπείας. Σύμφωνα με την παραδοσιακή Κινέζικη ιατρική θεωρείται ωφέλιμη η κατανάλωση συγκεκριμένων φυτών και βοτάνων, ενώ ιδιαίτερης σημασίας είναι ο τρόπος προετοιμασίας και κατανάλωσης τους. Η γιόγκα έχει επίσης ευεργετική δράση για το γλυκαιμικό έλεγχο και την ψυχική ευεξία. Ως συμπληρωματική θεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί ο βελονισμός καθώς ενισχύει τη σύνθεση της ινσουλίνης, αλλά και το μασάζ το οποίο μειώνει τον καρδιακό ρυθμό και το στρες μέσω της χαλάρωσης που προκαλεί. Η υδροθεραπεία, η χρωματοθεραπεία και η αρωματοθεραπεία επίσης συμβάλλουν μέσω της αποβολής των τοξινών από τον οργανισμό, της ενεργοποίησης ορμονικών διεργασιών και της μείωσης του στρες. Είναι αξιοσημείωτο ότι η χρήση εναλλακτικών μέσων είναι συμβατή με τη χρήση συμβατικών. Ο συνδυασμός τους μπορεί να δώσει μια αποδοτικότερη λύση στην ολιστική αντιμετώπιση του ασθενή, γεγονός που πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν από τους επαγγελματίες υγείας.

Λέξεις-κλειδιά: Εναλλακτική ιατρική, εναλλακτικά μέσα θεραπείας, Σακχαρώδης Διαβήτης

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Μαρία Μπουραζάνη
e-mail: mbourazani@yahoo.com

Ημερομηνία Υποβολής:19/07/2018
Ημερομηνία Δημοσίευσης: Ιούλιος 2019

Αναφορά του άρθρου ως: Κατσά Μ.Ε., Αδαμοπούλου Β. & Ρόχας Χιλ Α.Π. (2019). Εναλλακτικοί και συμπληρωματικοί της φαρμακευτικής αγωγής τρόποι αντιμετώπισης του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 12(3): 3-12

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 αποτελεί παγκόσμιο πρόβλημα υγείας.**
- **Η χρήση εναλλακτικών μέσων θεραπείας είναι συμβατή με τη χρήση συμβατικών.**
- **Χαρακτηριστικά εναλλακτικά μέσα είναι: μικροθρεπτικά συστατικά και γιόγκα.**
- **Εξίσου διαδεδομένα είναι: βελονισμός, μασάζ, χρωματοθεραπεία, αρωματοθεραπεία και υδροθεραπεία.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2 (ΣΔ2) είναι μια μεταβολική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από χρόνια υπεργλυκαιμία, διαταραχές στο μεταβολισμό των υδατανθράκων και των πρωτεϊνών. Σχετίζεται, επίσης, με αυξημένο μακροπρόθεσμο κίνδυνο απόκτησης μικροαγγειακών και μακροαγγειακών επιπλοκών. Η κατάσταση αυτή οφείλεται στην ανεπαρκή δράση της ινσουλίνης, παρόλη την έκκριση της από τα β-κύτταρα του παγκρέατος. Συγκεκριμένα, παρόλο που τα επίπεδα ινσουλίνης είναι φυσιολογικά ή/και αυξημένα ο οργανισμός δεν καταφέρνει να αντιρροπήσει τις ανάγκες του κυρίως λόγω της μειωμένης ανταπόκρισης των ιστών στην κυκλοφορούσα ινσουλίνη (Stumvoll et al 2005, Κατσίκη και συν 2010). Με το πέρασμα των χρόνων προκαλείται προοδευτική μείωση της έκκρισης ινσουλίνης από τα β-κύτταρα του παγκρέατος (Ελληνική Διαβητολογική Εταιρία 2018).

Αποτελεί παγκόσμιο πρόβλημα υγείας με επιδημικές διαστάσεις, καθώς ο αριθμός των ατόμων με ΣΔ2 αυξάνεται συνεχώς. Ενδεικτικά το 2013 οι ασθενείς με ΣΔ2 ήταν 382 εκατομμύρια, ενώ το 2035 αναμένεται να φτάσουν τα 471 εκατομμύρια (International Diabetes Federation, IDF 2013). Επιδημιολογικά δεδομένα που αφορούν την Ελλάδα δείχνουν ότι τα ποσοστά είναι επίσης υψηλά. Αναλυτικότερα, σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε αστική περιοχή της Αττικής ο επιπολασμός του ΣΔ ήταν 6.7% (Panagiotakos et al 2005). Σε άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε αγροτικές περιοχές της Αργολίδας το ποσοστό ήταν 7.8% (Melidonis et al 2006), ενώ σε πιο πρόσφατη μελέτη στη Θεσσαλία το ποσοστό ήταν 10.68% (Tsirona et al 2016).

Η θεραπεία του ατόμου με ΣΔ βασίζεται στην αλληλεπίδρασή του με μια διεπιστημονική ομάδα, η οποία αποτελείται από το θεράποντα ιατρό, το νοσηλευτή, το διαιτολόγο, το φαρμακοποιό και τον ψυχολόγο. Ο ασθενής έχει ενεργό ρόλο και συνεργάζεται αρμονικά με τη διαβητολογική ομάδα προκειμένου να ενημερωθεί πλήρως για τη νόσο, να συμβάλλει στη δημιουργία ενός εξατομικευμένου πλάνου θεραπείας και να εκπαιδευτεί στις απαιτήσεις της θεραπείας του (Βλάχου 2017). Τα βασικότερα σημεία για την αντιμετώπιση του ΣΔ2 είναι η διαμόρφωση ενός ισορροπημένου τρόπου ζωής (διατροφή και φυσική δραστηριότητα), η χρήση κατάλληλων αντιδιαβητικών φαρμάκων και ινσουλίνης και τροποποίηση αυτών όταν κρίνεται απαραίτητο (Καραμάνος και συν 2013).

Η φαρμακευτική αντιμετώπιση ενδείκνυται σε όλους τους ασθενείς στους οποίους οι κατάλληλες τροποποιήσεις στις διατροφικές συνήθειες και την φυσική δραστηριότητα δεν επιτυγχάνουν τον αποδεκτό γλυκαιμικό έλεγχο. Υπάρχουν πέντε κατηγορίες από του στόματος χορηγούμενων φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του ΣΔ: σουλφονυλουρίες, διγουανίδη, αναστολείς της α-γλουκοσιδάσης, θειαζολιδινεδιόνη και μεταγλιτινίδη. Αν και η αρχική απόκριση στην αγωγή μπορεί να είναι καλή, με το πέρασμα του χρόνου τα υπογλυκαιμικά φάρμακα δύνανται να χάσουν την αποτελεσματικότητα τους σε σημαντικό ποσοστό ασθενών. Επιπλέον, κατά τη χορήγηση της αγωγής πάντα πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν και να εξηγούνται στους ασθενείς οι ανεπιθύμητες ενέργειες που πιθανόν προκαλούνται, όπως αύξηση σωματικού βάρους, λόγω της σουλφονυλουρίας, αδυναμία, κόπωση, γαλακτική οξέωση λόγω της διγουανίδης, διαρροϊκές κενώσεις λόγω του αναστολέα της α-γλουκοσιδάσης, αύξηση του επιπέδου της LDL χοληστερόλης λόγω της θειαζολιδινεδιόνης. Η ινσουλίνη προστίθεται στην από του στόματος αγωγή όταν ο γλυκαιμικός έλεγχος δεν είναι βέλτιστος κατά τη χορήγηση της μέγιστης δόσης του φαρμάκου, γεγονός που ουσιαστικά υποδεικνύει την αδυναμία του παγκρέατος να παράγει πλέον ινσουλίνη. Η αύξηση του σωματικού βάρους και η υπογλυκαιμία είναι οι πιο συνηθισμένες ανεπιθύμητες ενέργειες της αγωγής με ινσουλίνη (Pandey et al 2011, Ελληνική Διαβητολογική Εταιρία 2018).

Ουσιαστικά φαίνεται ότι η φαρμακευτική αγωγή ακόμα και σε συνδυασμό με ισορροπημένες καθημερινές συνήθειες διατροφής και φυσικής δραστηριότητας δεν αποτελούν πανάκεια στην αντιμετώπιση του ΣΔ2. Για το λόγο αυτό, τα τελευταία χρόνια όλο και περισσότερη έμφαση δίνεται σε συμπληρωματικά και εναλλακτικά μέσα τα οποία συμβάλλουν στην καλύτερη ρύθμιση και θεραπεία του ΣΔ2. Με τον όρο «εναλλακτική ιατρική» ή «εναλλακτικά μέσα θεραπείας» περιγράφεται μια προσέγγιση θεραπείας που χρησιμοποιεί μέσα που δεν εφαρμόζονται στη συμβατική ιατρική. Η εναλλακτική ιατρική μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως αυτόνομο θεραπευτικό σχέδιο ή παράλληλα με τη συμβατική ιατρική (Mandel 2009).

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να αναφερθούν εναλλακτικοί και συμπληρωματικοί της φαρμακευτικής αγωγής τρόποι αντιμετώπισης του ΣΔ2, καθώς και η αποτελεσματικότητα αυτών.

ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΑ ΜΕΣΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Χρήση εναλλακτικών μέσων θεραπείας

Η χρήση εναλλακτικών μέσων για τη θεραπεία διαφόρων νοσολογικών οντοτήτων αυξάνεται σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες (Laiyemo et al 2015, Handley et al 2017). Στα μέσα αυτά περιλαμβάνεται ένα ευρύ φάσμα πολιτισμικών και πνευματικών παρεμβάσεων, διάφορα προϊόντα όπως συμπληρώματα διατροφής ή φυτικά σκευάσματα, γιόγκα, βελονισμός, μασάζ, χρωματοθεραπεία, υδροθεραπεία, καθώς και αρωματοθεραπεία (Chao et al 2015).

Διατροφικές συνήθειες

Σημαντικός είναι ο ρόλος της διατροφής, και ιδιαίτερα των επιμέρους θρεπτικών συστατικών, στην πρόληψη και αντιμετώπιση του ΣΔ2. Μια διατροφή πλούσια σε δημητριακά ολικής αλέσεως, φρούτα, λαχανικά, όσπρια και ξηρούς καρπούς, συνδυαστικά με χαμηλή κατανάλωση αλκοόλ, κόκκινου κρέατος, γλυκών, αναψυκτικών συμβάλλει στην πρόληψη και αντιμετώπιση του ΣΔ2. Με έμφαση στην ποιότητα της διατροφής, υπάρχουν πολλά διαιτολογικά μοντέλα, όπως η Μεσογειακή διατροφή, διατροφή πλούσια σε τροφές με χαμηλό γλυκαιμικό δείκτη ή πτωχή σε υδατάνθρακες, καθώς και διάφορες ισορροπημένες χορτοφαγικές διατροφές, οι οποίες μπορούν να προσαρμοστούν στις προσωπικές προτιμήσεις και πεποιθήσεις του κάθε ατόμου ξεχωριστά, λαμβάνοντας υπ' όψιν τις θερμιδικές του ανάγκες (Ley et al 2014).

Η Μεσογειακή διατροφή έχει διαπιστωθεί ότι έχει καθοριστικό ρόλο στην αντιμετώπιση του ΣΔ2. Συγκεκριμένα, βελτιώνει το γλυκαιμικό έλεγχο ενώ παράλληλα μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης στεφανιαίας νόσου (Ley et al 2014). Η μείωση των επιπέδων γλυκόζης πιθανόν να σχετίζεται με τη θετική επίδραση της Μεσογειακής διατροφής στην ευαισθησία στην ινσουλίνη που προκύπτει από την αντικατάσταση των κορεσμένων και των trans λιπαρών με ακόρεστα λίπη (Risérus et al 2009). Καθοριστικό ρόλο για την ευεργετική δράση της Μεσογειακής διατροφής έχει το παρθένο ελαιόλαδο, λόγω των φαινολικών ενώσεων που περιέχει. Οι εν λόγω ενώσεις έχουν συσχετιστεί με αυξημένα επίπεδα HDL-χοληστερόλης. Επίσης, συμβάλλουν στην ενδοθηλιακή λειτουργία και επηρεάζουν το μεταβολισμό της γλυκόζης μέσω της αναστολής της πέψης και της απορρόφησης των υδατανθράκων, της μείωση της απελευθέρωσης γλυκόζης από το ήπαρ ή της διέγερσης της πρόσληψης γλυκόζης σε περιφερειακούς ιστούς. Παράλληλα, λόγω της αντιοξειδωτικής τους ιδιότητες δύναται να μειώσουν την παραγωγή προϊόντων αυξημένης γλυκοζυλίωσης- Ages (Schwingshackl et al 2017).

Αναφορικά με τη χορτοφαγική διατροφή (αυστηρώς χορτοφάγοι, γαλακτοωχορτοφάγοι, μερικώς χορτοφάγοι) φαίνεται να έχει θετική επίδραση στη θεραπεία του ΣΔ2. Αναλυτικότερα, η κατανάλωση προϊόντων ολικής άλεσης και οσπρίων σχετίζεται με βελτιωμένο γλυκαιμικό έλεγχο τόσο σε άτομα με ΣΔ2, όσο και σε άτομα με αντοχή στην ινσουλίνη. Επιπλέον, προϊόντα που είναι μέρος μια χορτοφαγικής διατροφής, όπως οι ξηροί καρποί (π.χ. αμύγδαλα), οι ιξώδεις ίνες (π.χ. ίνες από βρώμη και κριθάρι), οι πρωτεΐνες σόγιας και οι φυτικές στερόλες συμβάλλουν στη μείωση των λιπιδίων και στη μείωση του κινδύνου εκδήλωσης στεφανιαίας νόσου (Jenkins et al 2003, Katsa et al 2018). Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η υποκατάσταση των ζωικών πρωτεϊνών με πρωτεΐνη σόγιας ή άλλες φυτικές πρωτεΐνες δύναται να μειώσει τη νεφρική υπερδιήθηση, την πρωτεϊνουρία και μακροπρόθεσμα να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης νεφρικής νόσου στους ασθενείς με ΣΔ2 (Jenkins et al 2003).

Μικροθρεπτικά Συστατικά

Είναι αξιοσημείωτος ο ρόλος των μικροθρεπτικών συστατικών ως δυνητικοί παράγοντες πρόληψης και θεραπείας του ΣΔ2. Οι βιταμίνες και τα μέταλλα είναι μικροθρεπτικά συστατικά που το σώμα μας απαιτεί σε μικρές ποσότητες για συγκεκριμένη λειτουργία. Συνήθως λειτουργούν ως απαραίτητο συνένζυμο και συνεργάζονται για τη μεταβολική αντίδραση βοηθώντας, έτσι, στη στήριξη βασικών κυτταρικών αντιδράσεων (Pandey et al 2011).

Η βιταμίνη Β3 εμφανίζεται σε δύο μορφές, το νικοτινικό οξύ και το νικοτιναμίδιο. Οι ενεργές μορφές είναι απαραίτητες για τις λειτουργίες εκατοντάδων ενζύμων και φυσιολογικού μεταβολισμού υδατανθράκων, λιπιδίων και πρωτεϊνών. Τα αποτελέσματα κλινικών μελετών είναι ενθαρρυντικά για την πιθανή συμβολή της νικοτιναμίδης στη διατήρηση της λειτουργίας των β-κυττάρων του παγκρέατος, χωρίς όμως να έχει αποδειχθεί το εύρημα αυτό (Cam et al 2000). Η βιταμίνη Ε είναι λιποδιαλυτή βιταμίνη που χαρακτηρίζεται για την αντιοξειδωτική της δράση, ιδιαίτερα σε μια κατάσταση ινσουλινοαντίστασης, όπου αυξάνουν τα επίπεδα δεικτών οξειδωτικού στρες. Τα χαμηλά επίπεδα βιταμίνης Ε συνδέονται με αυξημένη συχνότητα εμφάνισης ΣΔ2 (Sharma et al 2000). Επίσης, συμβάλλει στο γλυκαιμικό έλεγχο και την πρόληψη των μικροαγγειακών και μακροαγγειακών επιπλοκών του ΣΔ2 (Skyrme-Jones et al 2000).

Το τρισθενές χρώμιο είναι ένα μικροθρεπτικό συστατικό απαραίτητο για τη διατήρηση του φυσιολογικού μεταβολισμού της γλυκόζης. Επιδημιολογικά στοιχεία υποδει-

κνύουν ότι το επίπεδο χρωμίου είναι ένας καθοριστικός παράγοντας για την ευαισθησία στην ινσουλίνη, καθώς επηρεάζει την αξιοποίηση της στον οργανισμό. Ουσιαστικά διευκολύνει την πρόσληψη γλυκόζης στο κύτταρο, βελτιώνοντας την ανοχή στη γλυκόζη και το λιπιδαιμικό προφίλ. Το μαγνήσιο λειτουργεί ως βασικός συμπαράγοντας για περισσότερες από 300 ενζυμικές αντιδράσεις. Περιορισμένη πρόσληψή του από τη διατροφή έχει συσχετιστεί με αυξημένη συχνότητα εμφάνισης ΣΔ2, αλλά και επιπλοκών του, ιδίως με την αμφιβληστροειδοπάθεια (Meyer et al 2000).

Το ιχνοστοιχείο βανάδιο δεν θεωρείται απαραίτητο θρεπτικό συστατικό, ενώ τα προβλήματα λόγω της ανεπάρκειας του δεν έχουν τεκμηριωθεί επαρκώς. Ωστόσο, από μικρές κλινικές μελέτες φαίνεται ότι αυξάνει την ευαισθησία στην ινσουλίνη ιδιαίτερα στο ΣΔ2 (Pandey et al 2011).

Πρότυπα παραδοσιακής Κινέζικης και Ινδικής ιατρικής

Σύμφωνα με την παραδοσιακή Κινέζικη ιατρική, η διατροφή διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διατήρηση της υγείας και στη θεραπεία των ασθενειών. Στην Κινεζική και Ινδική κουλτούρα, έμφαση δίνεται στην ευεργετική δράση ποικίλων φυτών και βοτάνων. Έχουν αναγνωριστεί περίπου 800 φυτά τα οποία έχουν ευεργετική δράση στη θεραπεία και πρόληψη του ΣΔ2. Τα φυτικά αυτά προϊόντα πιθανόν δρουν με έναν ή περισσότερους από τους παρακάτω τρόπους: 1) μειώνοντας την απορρόφηση υδατανθράκων, 2) βελτιώνοντας την ευαισθησία στην ινσουλίνη, 3) αυξάνοντας την περιφερική πρόσληψη γλυκόζης, 4) διεγείροντας την έκκριση ινσουλίνης, 5) ενισχύοντας τις ενδογενείς κρεατίνες, 6) αυξάνοντας της γλυκογένεση, και 7) αναστέλλοντας την ηπατική γλυκογονόλυση (Wang et al 2013).

Παραδείγματα βοτάνων που χρησιμοποιούνται ευρέως στους πολιτισμούς αυτούς είναι: το Gymnemasylvestre το οποίο φαίνεται να βελτιώνει τα επίπεδα γλυκόζης και γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης και το Momordicacharantia, το οποίο σε ζωικά, τουλάχιστον, μοντέλα αυξάνει την ευαισθησία στην ινσουλίνη και τη λιπόλυση. Η Morusalba L χρησιμοποιείται ως παράγοντας μείωσης της γλυκόζης και της αρτηριακής πίεσης, ενώ η Trigonellafoenum-graecum L προτείνεται λόγω της πιθανής ινσουλινοτροπικής δράσης της, αυξάνοντας, κατ'επέκταση, την περιφερική πρόσληψη γλυκόζης (Wang et al 2013).

Yoga

Η γιόγκα είναι μια σειρά πνευματικών και σωματικών ασκήσεων που βοηθούν στο συντονισμό της αναπνοής, του νου και του σώματος οδηγώντας σε εσωτερική χαλάρωση και σωματική ευεξία. Περιλαμβάνει διάφορες στάσεις και κινήσεις, τεχνικές αναπνοής και διαλογισμό. Η πρακτική της γιόγκα προέρχεται από την Ινδία, όπου και εφαρμόζεται από την αρχαιότητα. Θεωρείται μια πολλά υποσχόμενη επιλογή στη θεραπεία και την πρόληψη του ΣΔ2. Δεδομένα από αρκετές μελέτες υποδηλώνουν τη θετική επίδραση της στον έλεγχο της γλυκόζης αίματος και διατήρηση μιας σταθερής γλυκαιμικής κατάστασης για μεγάλες χρονικές περιόδους, μείωση της συχνότητας εμφάνισης οξέων επιπλοκών, όπως λοιμώξεις ή κέτωση (Sahay 2007).

Αναλυτικότερα αναφέρονται στάσεις της γιόγκα, ασάνες, που διεγείρουν την παραγωγή ινσουλινοπαραγωγών β-κυττάρων μέσω της διάτασης (stretching) που προκαλείται στο πάγκρεας (Malhotra et al 2005). Όπως και άλλες μορφές άσκησης, η γιόγκα αυξάνει την πρόσληψη γλυκόζης από τα μυϊκά κύτταρα, γεγονός που με τη σειρά του συμβάλλει στη μείωση των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα, βελτιώνει την κυκλοφορία και μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών παθήσεων. Επιπρόσθετα, παίζει σημαντικό ρόλο στη μείωση του βάρους και τη διατήρηση του σε σταθερά επίπεδα (Bijlani et al 2005). Αναμφισβήτητα, από τη yoga προκαλείται αυτοβελτίωση και ψυχική ευεξία που βοηθά τον ασθενή να προσεγγίσει με θετική στάση τη θεραπεία του ΣΔ2 (Lazar et al 2000).

Βελονισμός

Τις τελευταίες δεκαετίες ο βελονισμός αποτελεί μία συχνή προσέγγιση για τη θεραπεία του ΣΔ2, ιδίως στην Κίνα. Τα σημεία του βελονισμού επιλέγονται με βάση την παραδοσιακή Κινεζική ιατρική (Wang & Liang 2008). Κατά τη διάρκεια της θεραπείας, τα σημεία τροποποιούνται βάσει των συμπτωμάτων του κάθε ασθενή. Η θεραπεία γίνεται μία φορά την ημέρα ή κάθε δεύτερη ημέρα, προσεγγίζοντας στο σύνολο τις 14-21 συνεδρίες. Πιστεύεται ότι, όσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια της θεραπείας, τόσο καλύτερο είναι και το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Η ισορροπημένη διατροφή, η φυσική δραστηριότητα, οι αναπνευστικές ασκήσεις και το μασάζ, σε συνδυασμό με το βελονισμό, συμβάλλουν στην καλύτερη ρύθμιση του ΣΔ2 (Grossman et al 2018).

Σε πειραματικές μελέτες σε ζώα, φάνηκε ότι ο βελονισμός ενεργοποιεί τη 6-φωσφορική γλυκόζη και πιθανώς επηρεάζει τον υποθάλαμο. Επίσης, δρα στο πάγκρεας ενισχύοντας τη δράση της ινσουλίνης, πιθανόν μέσω της αύξησης του αριθμού των υποδοχέων στα κύτταρα-στόχους και της επιτάχυνσης της χρήσης της γλυκόζης, με αποτέλεσμα τη μείωση της γλυκόζης στο αίμα (Pandey et al 2011). Επιπλέον, βιβλιογραφικά δεδομένα καταδεικνύουν την ευεργετική δράση του βελονισμού έναντι της παχυσαρκίας, η οποία αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα κινδύνου για το ΣΔ2 (Liang & Koya 2009). Συγκεκριμένα η παχυσαρκία σχετίζεται με χαμηλή απόκριση στην φλεγμονή που προέρχεται από τη χρόνια ενεργοποίηση του ανοσοποιητικού συστήματος, το οποίο μπορεί να οδηγή-

σει σε αντίσταση στην ινσουλίνη, ανοχή και ακολούθως ΣΔ2. Παράλληλα, οι παχύσαρκοι ασθενείς έχουν αυξημένα επίπεδα φλεγμονωδών δεικτών που σχετίζονται με αυξημένο αγγειακό κίνδυνο. Σύμφωνα με συστηματική ανασκόπηση των Belivani et al (2013), ο βελονισμός αποτελεί αποτελεσματικό μέσο για τη μείωση του σωματικού βάρους, έχοντας λίγες ανεπιθύμητες ενέργειες. Για αυτό το λόγο και προτείνεται σε άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη.

Μασάζ

Το μασάζ συγκαταλέγεται στις ταχύτερα αναπτυσσόμενες εναλλακτικές θεραπείες στις ΗΠΑ και προτείνεται ως υποστηρικτική θεραπεία για το ΣΔ2 τα τελευταία περίπου 100 χρόνια. Αρκετές μελέτες αναφέρουν τις χαλαρωτικές επιδράσεις του μασάζ, καθώς έχει αποδειχθεί ότι μειώνει την ένταση των μυών. Η χαλάρωση που προκαλεί είναι μεγαλύτερη από αυτή που προκαλείται ακόμα και κατά τη διάρκεια της ανάπαυσης.

Είναι, επίσης, σημαντικό ότι μπορεί να μειώσει τον καρδιακό ρυθμό και την αρτηριακή πίεση και το άγχος σε διάφορους πληθυσμούς ασθενών, όπως τα άτομα με ΣΔ2 (Grossman et al 2018). Αναλυτικότερα, συμβάλλει στον έλεγχο των ορμονών που παράγονται κατά το στρες επιτρέποντας έτσι στον οργανισμό να χρησιμοποιεί την ινσουλίνη αποτελεσματικότερα. Μελέτες υποδεικνύουν ότι το μασάζ πιθανόν να έχει θετική επίδραση στα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα και στα συμπτώματα της διαβητικής νευροπάθειας. Παρόλα ταύτα, περισσότερες τυχαιοποιημένες μελέτες είναι απαραίτητες για να επιβεβαιώσουν τα βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα οφέλη του μασάζ ως συμπληρωματική θεραπεία για το ΣΔ2 (Dalal et al 2014).

Υδροθεραπεία

Η υδροθεραπεία αποτελεί μία θεραπεία που στηρίζεται στη χρήση ζεστού και κρύου νερού, βοηθώντας το σώμα να αποβάλλει τις τοξίνες και να χαλαρώσει τους μυς. Με την υδροθεραπεία επιτυγχάνεται διανοητική και σωματική χαλάρωση. Σε μελέτη παρέμβασης κατά την οποία οκτώ ασθενείς κλήθηκαν να παραμείνουν σε ένα τζακούζι για 30 λεπτά την ημέρα για διάστημα τριών εβδομάδων, βρέθηκε ότι το ζεστό νερό συμβάλλει στη μείωση του σωματικού βάρους, του μέσου επιπέδου γλυκόζης στο αίμα και της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης. Οι ασθενείς με ΣΔ ουσιαστικά επωφελούνται από την αυξημένη ροή του αίματος στους σκελετικούς μύες, καθώς και από τη δυνατότητα που τους δίνεται να μετακινούνται μέσα στο νερό χωρίς να επιβαρύνουν το σώμα τους. Ιδιαίτερη βέβαια προσοχή πρέπει να δίνεται στην πρόληψη εγκαύματος των ασθενών αυτών, οι οποίοι λόγω της πιθανής νευροπάθειας αδυνατούν να αντιληφθούν αν το νερό είναι ιδιαίτερα θερμό (Pandey et al 2011, Qi et al 2018).

Χρωματοθεραπεία

Το ανθρώπινο σώμα, σύμφωνα με το δόγμα της χρωματοθεραπείας, αποτελείται από χρώματα. Το σώμα δημιουργείται και διεγείρεται από τα χρώματα, τα οποία είναι υπεύθυνα για τη σωστή λειτουργία των διαφόρων συστημάτων του οργανισμού. Όλα τα όργανα και τα μέρη του σώματος έχουν το δικό τους ξεχωριστό χρώμα. Η χρωματοθεραπεία χρησιμοποιεί το ορατό φάσμα της ηλεκτρομαγνητικής ακτινοβολίας για τη θεραπεία ασθενειών. Σύμφωνα με το δόγμα της, τα χρώματα παράγουν ηλεκτρικά ερεθίσματα και μαγνητικά ρεύματα, ή ένα πεδίο ενέργειας, τα οποία με τη σειρά τους ενεργοποιούν μία σειρά βιοχημικών και ορμονικών διεργασιών στο ανθρώπινο σώμα απαραίτητων για τη λειτουργία του συνόλου των ανθρώπινων οργάνων (Azeemi & Raza 2005).

Η χρωματοθεραπεία υποδηλώνει ότι υπάρχουν δύο τρόποι θεραπείας, η άμεση και η έμμεση. Κατά την έμμεση θεραπεία, η χημική ενέργεια παρέχεται στα κύτταρα ενός οργανισμού έμμεσα, μέσω της τροφής και των φαρμακευτικών σκευασμάτων, ενώ στην άμεση θεραπεία, οι ιστοί του σώματος απορροφούν την ακτινοβολούμενη χημική ενέργεια. Η χρωματοθεραπεία εντοπίζει και διορθώνει οποιαδήποτε διαταραχή της ισορροπίας στο εσωτερικό ενεργειακό μοτίβο του σώματος που μπορεί να οδηγήσει σε ασθένεια. Υπάρχουν δύο μέθοδοι: η εφαρμογή φωτός που διηθείται μέσω γυαλιού διαφορετικών χρωμάτων και η εξωτερική ή εσωτερική χρήση χρωματικά φορτισμένου νερού (Azeemi et al 2008).

Σύμφωνα με τη θεωρία της χρωματοθεραπείας, ο ΣΔ2 προκαλείται από έλλειψη πορτοκαλί και κίτρινου χρώματος στο σώμα. Το κίτρινο είναι το χρώμα του παγκρέατος και θεωρείται διεγερτικό του εγκεφάλου, του ήπατος και του σπλήνα. Το πράσινο και το πορτοκαλί είναι, επίσης, χρήσιμα για τον έλεγχο του ΣΔ2. Κάθε όργανο και σύστημα του ανθρώπινου σώματος έχει τη δική του χαρακτηριστική δονητική ενέργεια. Η ασθένεια μπορεί να θεραπευθεί εφαρμόζοντας χρώμα αντίστοιχης δόνησης ενέργειας, είτε στο σώμα είτε στο όργανο που πάσχει (Padley et al 2011).

Αρωματοθεραπεία

Η αρωματοθεραπεία έχει χρησιμοποιηθεί από αρχαιοτάτων χρόνων για την αντιμετώπιση πληθώρας συμπτωμάτων, από την αϋπνία και την κατάθλιψη, μέχρι την επούλωση τραυμάτων και την ίαση λοιμώξεων (Ali et al 2015). Η κλινική αρωματοθεραπεία είναι η θεραπευτική χρήση των αιθέριων ελαίων, η αποτελεσματικότητα των οποίων υποστηρίζεται από ερευνητικά δεδομένα. Όλα τα αιθέρια έλαια έχουν ένα άρωμα και μια χημική σύσταση που μπορεί να οδηγήσει σε μια σειρά διεργασιών που επηρεάζουν τη διαδικασία της επούλωσης. Ένα άρωμα έχει την ικανότητα να διεγείρει το οσφρητικό σύστημα και οι συνέπειες της οσμής έχουν ως αποτέλεσμα μια άμεση

αντίδραση. Η αίσθηση της όσφρησης παίζει σημαντικό ρόλο στην επιβίωση του ανθρώπινου οργανισμού, καθώς και στην ποιότητα της ζωής του. Πολλές από τις ενέργειες των ανθρώπων, τόσο στο συνειδητό όσο και υποσυνείδητο, εξαρτώνται από την οσμή (Motilal & Maharaj 2013).

Βιβλιογραφικά, έχει φανεί ότι τα αιθέρια έλαια μπορούν χρησιμοποιηθούν για τη μείωση ορισμένων επιπλοκών του ΣΔ2 (πχ. έλκη, απώλεια ακεραιότητας του δέρματος). Επίσης, συμβάλλουν στη μείωση του στρες που προκαλείται στους ασθενείς λόγω της διαχείρισης μιας χρόνιας πάθησης (Bril et al 2011). Τα χημικά συστατικά των αιθέριων ελαίων περνούν μέσω της ρινικής οδού στο οσφρητικό σύστημα και φτάνουν στον εγκέφαλο μέσω του μεταιχμιακού συστήματος. Εκεί η αμυγδαλή και ο ιππόκαμπος διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην επεξεργασία των αιθέριων ελαίων. Η αμυγδαλή είναι υπεύθυνη για τη συναισθηματική αντίδραση στο άρωμα, ενώ ο ιππόκαμπος συμμετέχει στο σχηματισμό και την ανάκτηση των αναμνήσεων. Όταν εισπνέονται τα αιθέρια έλαια ή απορροφούνται μέσω του δέρματος, διεγείρεται η αμυγδαλή και ο ιππόκαμπος, και με αυτό τον τρόπο δημιουργείται ο αντίστοιχος αντίκτυπος στη φυσική, συναισθηματική και ψυχική υγεία του ατόμου (Gok-Metin et al 2017). Για τη διαχείριση του στρες στην αρωματοθεραπεία, συστήνεται να τοποθετηθούν 3-5 σταγόνες μη αραιωμένου αιθέριου ελαίου σε ένα μαντίλι ή σε λίγο βαμβάκι και ο ασθενής να κρατάει το μαντίλι στη μύτη του και να εισπνέει αργά για 5 λεπτά. Αυτή η θεραπεία μπορεί να επαναληφθεί κάθε 4 ώρες ή συχνότερα όταν είναι απαραίτητο (Garg et al 2001).

Χρήση εναλλακτικών μεσών θεραπείας παράλληλα με τα συμβατικά

Διεθνώς πραγματοποιούνται μελέτες για την αποτελεσματικότητα της εναλλακτικής ιατρικής, παράλληλα με τη συμβατική, σε ενήλικες ασθενείς με ΣΔ2. Έχει βρεθεί θετική συσχέτιση της χρήσης εναλλακτικών μέσων θεραπείας με την πραγματοποίηση εμβολιασμού κατά του πνευμονόκοκκου, τη χρήση υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και επίσκεψης στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, όταν αυτό είναι αναγκαίο. Υποδεικνύεται ουσιαστικά ότι η χρήση εναλλακτικής ιατρικής δεν αποτελεί εμπόδιο στη χρήση της συμβατικής (Garrow & Egede 2006). Επιπρόσθετα, σύμφωνα με μελέτη των Druss και Rosenheck, που διεξήχθη προ 20ετίας, οι ασθενείς που κάνουν χρήση της εναλλακτικής ιατρικής έχουν την τάση να επισκέπτονται τακτικά το τμήμα Εξωτερικών Ιατρείων (Druss & Rosenheck 1999).

Ουσιαστικά τα βιβλιογραφικά δεδομένα ενισχύουν την ανάγκη απόρριψης της επικρατούσας άποψης πολλών επαγγελματιών υγείας, που υποστηρίζουν ότι η χρήση εναλλακτικών μέσων θεραπείας είναι μη συμβατή με τη συμβατική ιατρική (Garrow & Egede 2006, Druss & Rosenheck 1999). Άλλωστε, ο συνδυασμός τους μπορεί να δώσει μια αποδοτικότερη λύση στην ολιστική αντιμετώπιση του ασθενή με ΣΔ2, αξιοποιώντας τα οφέλη τόσο της φαρμακευτικής αγωγής, όσο και της διατροφής, των διάφορων βότανων και λοιπών εναλλακτικών μέσων, τα οποία όπως φαίνεται συμβάλλουν όχι μόνο στη ψυχική υγεία των ασθενών, αλλά και στο γλυκαιμικό έλεγχο και την πρόληψη επιπλοκών του ΣΔ2.

Παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή της εναλλακτικής ιατρικής

Μια πιθανή αιτιολόγηση της χρήσης εναλλακτικής ιατρικής συνδυαστικά με την προληπτική φροντίδα και τις συμβατικές ιατρικές υπηρεσίες, είναι το προφίλ των χρηστών εναλλακτικής ιατρικής οι οποίοι φαίνεται να είναι ηλικιακά νεότεροι, με υψηλότερο μορφωτικό και κοινωνικοοικονομικό επίπεδο (Garrow & Egedel 2006). Σε πρόσφατη μελέτη στις ΗΠΑ βρέθηκε ότι περίπου το 30% των ενήλικων Αμερικανών με ΣΔ2 χρησιμοποιεί εναλλακτικές θεραπείες, με υψηλότερα ποσοστά χρήσης να σημειώνονται στους ασθενείς με υψηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση ή ασθενείς με συνοδά χρόνια νοσήματα (Clarke et al 2015). Λόγω του πιθανού κοινωνικοοικονομικού πλεονεκτήματος, αυτοί οι ασθενείς ίσως έχουν καλύτερη πληροφόρηση σχετικά με τη σημασία εναλλακτικών μέσων αντιμετώπισης του ΣΔ2, αλλά και ευκολότερη πρόσβαση σε αντίστοιχες υπηρεσίες. Μια άλλη πιθανή εξήγηση είναι ότι οι ασθενείς που χρησιμοποιούν την εναλλακτική ιατρική αντιπροσωπεύουν μια υποομάδα που επιθυμεί την αυτονομία στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη θεραπεία της εν λόγω συστηματικής νόσου και φαίνεται πρόθυμη να δοκιμάσει νέες και εναλλακτικές θεραπείες υποστηρικτικά της συμβατικής (Garrow & Egede 2006). Υποστηρίζεται ακόμη, ότι η χρήση τέτοιων θεραπειών σχετίζεται και με την προσπάθεια των ασθενών να βελτιώσουν την πρόγνωση του ΣΔ2, βελτιώνοντας το γλυκαιμικό έλεγχο και τις σοβαρότερες επιπλοκές της νόσου (Nahin et al 2012). Ενώ υπάρχει κι ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών που επιλέγει τη χρήση των εναλλακτικών θεραπειών στο ΣΔ2 με στόχο την ανακούφιση των συμπτωμάτων τους (Nguyen et al 2011).

Τα πρότυπα χρήσης εναλλακτικών θεραπειών διαφέρουν, επίσης, ανάλογα με την εθνικότητα και τη γλώσσα. Παγκοσμίως, έχουν καταγραφεί διαφορετικά ποσοστά χρήσης σε κάθε χώρα, τα οποία μπορεί να κυμαίνονται από 17% στο Ηνωμένο Βασίλειο μέχρι και 72-78% σε ορισμένες περιοχές των ΗΠΑ. Στην Αυστραλία, τη Σαουδική Αραβία και τον Καναδά καταγράφηκαν παρόμοια ποσοστά χρήσης που κυμαίνονταν από 26% έως και 31% (Chang et al 2007). Έρευνα των Nguyen et al (2014), έδειξε ότι οι Αμερικανοί Μεξικανικής καταγωγής και οι Αμερικανοί Βιετναμέζικης καταγωγής, σε σύγκριση με τους λευκούς Αμερικανούς, έχουν περισσότερες πιθανό-

τητες να υποκαταστήσουν ή/και να συμπληρώσουν την αντιδιαβητική φαρμακευτική αγωγή τους με εναλλακτικά μέσα θεραπείας.

Όσον αφορά την Ελληνική πραγματικότητα, η χρήση εναλλακτικών μέσων θεραπείας έχει κυρίως μελετηθεί στον τομέα της ογκολογίας. Συγκεκριμένα έχει βρεθεί ότι οι Έλληνες ιατροί είναι πιο εξοικειωμένοι με την ομοιοπαθητική, την τροποποίηση των διατροφικών συνηθειών, την κατανάλωση αντιοξειδωτικών, όπως βιταμίνη C, και το βελονισμό. Τα ποσοστά βέβαια των ασθενών που επέλεγαν τέτοιες θεραπείες ήταν χαμηλά, ίσως λόγω του χαμηλού ενδιαφέροντος των επαγγελματιών υγείας για την εναλλακτική ιατρική (Theodoropoulos et al 2005). Από μελέτη που διεξήχθη σε 11 Ευρωπαϊκές χώρες, μια εκ των οποίων και η Ελλάδα, βρέθηκε ότι η χρήση εναλλακτικών μέσων θεραπείας από γυναίκες με ιστορικό γυναικολογικών νεοπλασιών, συνέβαλλε στην αντιμετώπιση της νόσου μέσω της αύξησης της ικανότητας του σώματος να καταπολεμήσει τον καρκίνο, καθώς και της σωματικής και ψυχικής ευεξίας (Molassiotis et al 2006).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Διεθνώς φαίνεται ότι η χρήση εναλλακτικής, παράλληλα με τη συμβατική ιατρική, είναι ζωτικής σημασίας για την αντιμετώπιση του ΣΔ2. Στην Ελλάδα τα εναλλακτικά μέσα θεραπείας του ΣΔ2, όπως και γενικά η εναλλακτική ιατρική, δεν είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη, παρόλη την αποτελεσματικότητα της. Ίσως αυτό να οφείλεται στην έλλειψη κλινικών μελετών που να αποδεικνύουν μια πιθανή ισχυρή συσχέτιση μεταξύ αυτών των μέσων θεραπείας και της αποτελεσματικότερης ρύθμισης του ΣΔ2. Παράλληλα, η χρήση των εναλλακτικών μεθόδων δεν αποτελεί κύριο μέρος της κουλτούρας του ελληνικού λαού.

Όσον αφορά τους νοσηλευτές, έχουν χρέος να προάγουν την ολιστική αντιμετώπιση του ασθενή συμβάλλοντας και στην εξατομικευμένη θεραπεία του. Είναι αρωγοί στην προσπάθεια του για συμμόρφωση με τη θεραπεία αλλά και για την εύρεση εναλλακτικών λύσεων. Στο πλαίσιο αυτό, οφείλουν να ενημερώνουν τον ασθενή σχετικά με τη δυνατότητα χρήσης εναλλακτικών μέσων θεραπείας του ΣΔ2, παράλληλα με τη συμβατική, αφού πρώτα επικοινωνήσουν και οργανώσουν ένα πιθανό πλάνο φροντίδας με το σύνολο των επαγγελματιών υγείας που αποτελούν την ομάδα παρακολούθησης του ασθενή. Για την πρόληψη κίνδυνων από τη χρήση εναλλακτικών μέσων θεραπείας είναι, επίσης, απαραίτητη η συνεργασία της διεπιστημονικής ομάδας. Για παράδειγμα, πρέπει να τονίζεται ότι η εφαρμογή της εκάστοτε μεθόδου εναλλακτικής θεραπείας πρέπει να εφαρμόζεται από εξειδικευμένο προσωπικό και δεν υποκαθιστά τα συμβατικά μέσα θεραπείας (η κατανάλωση λόγου χάρη βοτάνων δεν υποκαθιστά κάποιο γεύμα ή τη χορήγηση ινσουλίνης, συμπληρώματα διατροφής δίνονται μόνο όταν κρίνεται απαραίτητο από τη διεπιστημονική ομάδα κλπ). Με άλλα λόγια, οι εναλλακτικές μέθοδοι θεραπείες δύνανται να είναι ευεργετικές για τη ρύθμιση του ΣΔ2 όταν επιλέγονται από τον ασθενή σε συνεργασία με τη διεπιστημονική ομάδα παρακολούθησης του.

Τέλος, είναι σημαντικό για τους νοσηλευτές να ενθαρρύνουν την έρευνα σχετικά με τα εναλλακτικά μέσα αντιμετώπισης του ΣΔ2 σε ασθενείς που κατοικούν στην Ελλάδα, προκειμένου να εξεταστεί εκτενώς η αποτελεσματικότητα τους, αλλά και η τάση των ασθενών να τα χρησιμοποιούν κατόπιν κατάλληλης ενημέρωσης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ali B., Al-Wabel N., Shams S., Ahamad A., Khan S.A. & Anwar F. (2015). Essential oils used in aromatherapy: A systemic review. *Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine* 5(8):601-611.

Azeemi S.T. & Raza S.M. (2005). A Critical Analysis of Chromotherapy and Its Scientific Evolution. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* 2(4):481-488.

Azeemi S., Raza S. & Yasinzai M. (2008). Colors as Catalysts in Enzymatic Reactions. *Journal of Acupuncture and Meridian Studies* 1(2):139-142.

Belivani M., Dimitroula C., Katsiki N., Apostolopoulou M., Cummings M. & Hatzitolios A.I. (2013). Acupuncture in the treatment of obesity: a narrative review of the literature. *Acupuncture in medicine: journal of the British Medical Acupuncture Society* 31(1):88-97.

Bijlani R., Vempati R., Yadav R., Ray R., Gupta V., Sharma R., Mehta N. & Mahapatra S. (2005). A Brief but Comprehensive Lifestyle Education Program Based on Yoga Reduces Risk Factors for Cardiovascular Disease and Diabetes Mellitus. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 11(2):267-274.

Bril V., England J., Franklin G., Backonja M., Cohen J., Del Toro D., Feldman E., Iverson D., Perkins, B., Russell J. & Zochodne D. (2011). Evidence-based Guideline: Treatment of Painful Diabetic Neuropathy. *PM & R: the journal of injury, function, and rehabilitation* 3(4):345-352.e1-21.

Cam M.C., Brownsey R.W. & McNeil J.H. (2000). Mechanisms of vanadium action: Insulin mimetic or insulin-enhancing agent? *Canadian journal of physiology and pharmacology* 78(10):829-47.

Chang H., Wallis M. & Tiralongo E. (2007). Use of complementary and alternative medicine among people living with diabetes: literature review. *Journal of Advanced Nursing* 58(4):307-319.

Chao M., Handley M., Quan J., Sarkar U., Ratanawongsa N. & Schillinger D. (2015). Disclosure of complementary health approaches among low income and racially diverse safety net patients with diabetes. *Patient Education and Counseling* 98(11):1360-1366.

Clarke T.C., Black L.I., Stussman B.J., Barnes P.M. & Nahin R.L. (2015). Trends in the use of complementary health approaches among adults: United States, 2002–2012. *National Health Statistics Report* 10(79):1-16.

Dalal K., Maran V., Pandey R. & Tripathi M. (2014). Determination of Efficacy of Reflexology in Managing Patients with Diabetic Neuropathy: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* 843036: 1-11.

Druss B. & Rosenheck R.A.(1999). Association between use of unconventional therapies and conventional medical services. *Journal of the American Medical Association* 282(7):651.

Garg A., Chren M.M., Sands L.P., Matsui M.S., Marenus K.D., Feingold K.R. & Elias P.M. (2001). Psychological stress perturbs epidermal permeability barrier homeostasis. *Archives of dermatology* 137(1):53-9.

Garrow D. & Egede L.E. (2006). Association between complementary and alternative medicine use, preventive care practices, and use of conventional medical services among adults with diabetes. *Diabetes Care* 29(1):15-19.

Gok Metin Z., Arikan Donmez A., Izgu N., Ozdemir L. & Arslan I. (2017). Aromatherapy massage for neuropathic pain and quality of life in diabetic patients. *Journal of Nursing Scholarship* 49(4):379-388.

Grossman L.D., Roscoe R., Shack A.R. & Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Committee. (2018). Complementary and alternative medicine for diabetes. *Canadian Journal of Diabetes* 42(1):S154-S161.

Handley M., Quan J., Chao M., Ratanawongsa N., Sarkar U., Emmons-Bell S. & Schillinger D. (2017). Use of complementary health approaches among diverse primary care patients with type 2 diabetes and association with cardiometabolic outcomes: from the sf bay collaborative research network (sf bay crn). *The Journal of the American Board of Family Medicine* 30(5):624-631.

International Diabetes Federation (2013). IDF Diabetes Atlas. 6th ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation. Available at: https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas/19-atlas-6th-edition.html [Accessed: June 2018]

Jenkins D.J., Kendall C.W., Marchie A., Jenkins A.L., Augustin L.S., Ludwig D.S., Barnard N.D. & Anderson J.W. (2003). Type 2 diabetes and the vegetarian diet. *American Journal of Clinical Nutrition* 78(3):610S-616S.

Katsa M., Ioannidis A., Zyga S., Tsironi M., Koutsovitis P., Chatzipanagiotou S., Panagiotakos D., Sachlas A., Kolovos P., Routsi K., Pistikou A., Kougioumtzi Dimoliani D. & Rojas Gil A.P. (2018). The Effect of Nutrition and Sleep Habits on Predisposition for Metabolic Syndrome in Greek Children. *Journal of pediatric nursing*40:e2-e8.

Laiyemo M., Nunlee-Bland G., George-Adams R., Laiyemo A. & Lombardo F. (2015). Characteristics and Health Perceptions of Complementary and Alternative Medicine Users in the United States. *The American Journal of the Medical Science*s 349(2):140-144.

Lazar S., Bush G., Gollub R., Fricchione G., Khalsa G. & Benson H. (2000). Functional brain mapping of the relaxation response and meditation. *Neuroreport* 11(7):1581-1585.

Ley S., Hamdy O., Mohan V. & Hu F. (2014). Prevention and management of type 2 diabetes: dietary components and nutritional strategies. *The Lancet* 383(9933):1999-2007.

Liang F. & Koya D. (2009). Acupuncture: is it effective for treatment of insulin resistance? Diabetes, obesity & metabolism 12(7):555-569.

Malhotra V., Singh S., Tandon O.P. & Sharma S.B. (2005).The beneficial effect of yoga in diabetes. *Nepal Medical College Journal* 7(2):145-147.

Mandel I. (2009). Understanding Difference Between Holistic, Alternative, and Complementary Medicine. Inquiries Journal/Student Pulse 1(10).Available at: http://www.inquiriesjournal.com/a?id=9[Accessed: June 2018]

Meyer K.A., Kushi L.H., Jacobs D.R., Slavin J., Sellers T.A. & Folsom A.R. (2000). Carbohydrates, dietary fiber, and incident type 2 diabetes in older women. *The American journal of clinical nutrition* 71(4):921-30.

Melidonis A., Tournis S.M., Kompoti M.G., Lentzas I, Roussou V, Iraklianou S.L., Michail I. & Mariolis A. (2006). Increased prevalence of diabetes mellitus in a rural Greek population. *Rural and Remote Healt*h 6(1):534.

Molassiotis A., Browall M., Milovics L., Panteli V., Patiraki E. & Fernandez-Ortega P. (2006). Complementary and alternative medicine use in patients with gynecological cancers in Europe. *International Journal of Gynecological Cancer* 16(S1):219-224.

Motilal S. & Maharaj R.G. (2013). Nutmeg extracts for painful diabetic neuropathy: A randomized, double-blind, controlled study. *Journal of Alternative Complementary Medicine* 19(4):347–352.

Nahin R., Byrd-Clark D., Stussman B. & Kalyanaraman N. (2012). Disease severity is associated with the use of complementary medicine to treat or manage type-2 diabetes: data from the 2002 and 2007 National Health Interview Survey. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 12:193.

Nguyen L.T., Davis R.B., Kaptchuk T.J. & Phillips R.S. (2011). Use of complementary and alternative medicine and self-rated health status: Results from a national survey. *Journal of General Internal Medicine* 26(4):399–404.

Nguyen H., Sorkin D., Billimek J., Kaplan S., Greenfield S. & Ngo-Metzger Q. (2014). Complementary and Alternative Medicine (CAM) Use among Non-Hispanic White, Mexican American, and Vietnamese American Patients with Type 2 Diabetes. *Journal of*

Health Care for the Poor and Underserved 25(4):1941-1955.
Pandey A., Tripathi P., Pandey R.D., Srivatava R., & Goswami S. (2011). Alternative therapies useful in the management of diabetes: A systematic review. *Journal of pharmacy & bioallied sciences*. 3(4):504-512.
Panagiotakos D., Pitsavos C., Chrysohoou C. & Stefanadis C. (2005). The epidemiology of Type 2 diabetes mellitus in Greek adults: the ATTICA study. *Diabetic Medicine,* 22(11):1581-1588.
Qi Z., Pang Y., Lin L., Zhang B., Shao J., Liu X. & Zhang X. (2018). Acupuncture Combined with Hydrotherapy in Diabetes Patients with Mild Lower-Extremity Arterial Disease: A Prospective, Randomized, Non-blinded Clinical Study. *Medical Science Monitor* 24:2887-2900.
Risérus U., Willett W.C. & Hu F.B. (2009). Dietary fats and prevention of type 2 diabetes. *Progress in Lipid Research* 48:44–51.
Sahay B.K. (2007). Role of Yoga in Diabetes. *Journal of the Association of Physicians of India* 55:121-126.
Schwingshackl L., Lampousi A.M., Portillo M.P., Romaguera D., Hoffmann G. & Boeing H. (2017). Olive oil in the prevention and management of type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis of cohort studies and intervention trials. *Nutrition in Diabetes* 7(4): e262.
Sharma A., Kharb S., Chugh S.N., Kakkar R. & Singh G.P. (2000) Evaluation of oxidative stress before and after control of glycemia and after vitamin E supplementation in diabetic patients. *Metabolism: clinical and experimental* 49(2):160-2.
Skyrme-Jones P., O'Brien R.C., Berry K.L. & Meredith I.T. (2000). Vitamin E supplementation improves endothelial function in type 1 diabetes mellitus: A randomized, placebo-controlled study. *Journal of the American College of Cardiology* 36(1):94-102.
Stumvoll M., Goldstein B. & van Haeften T. (2005). Type 2 diabetes: principles of pathogenesis and therapy. *The Lancet* 365(9467): 1333-1346.
Theodoropoulos I., Manolopoulos K., Georgi R., Bohlmann M. & Münstedt K. (2005). Physicians and Complementary and Alternative Medicine Cancer Therapies in Greece: A Survey. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 11(4):703-708.
Tsirona S., Katsaros F., Alexandra A., Polyzos S., Arapoglou G. & Koukoulis G. (2016). Prevalence and determinants of type 2 diabetes mellitus in a Greek adult population. *Hormones* 15(1):88-98.
Wang H. & Liang F. (2008). Analysis on the Features of Preventive Treatment with Acupuncture and Moxibustion. *Journal of Traditional Chinese Medicine* 28(4): 281-285.
Wang Z., Wang J. & Chan P. (2013). Treating type 2 diabetes mellitus with traditional chinese and Indian medicinal herbs. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine 2013*: 343594.
Βλάχου Ε. (2017). Ειδικός Νοσηλευτής Διαβήτη και Εξατομικευμένη Εκπαίδευση στο Νοσοκομείο. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 1(1):8-14.
Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία. (2018). Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη Διαχείριση του Διαβητικού Ασθενούς. Αθήνα. Διαθέσιμο στο: https://www.ede.gr/wp-content/uploads/2012/odigies.pdf [Accessed: June 2018]
Καραμάνος Β., Μυγδάλης Η., Σωτηρόπουλος Α. & Χριστακόπουλος Π. (2013). Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη Διαχείριση του Διαβητικού Ασθενούς. Ελληνική διαβητολογική εταιρεία. Διαθέσιμο στο: http://www.diabetes.teithe.gr/UsersFiles/entypa/odigies.pdf [Accessed: June 2018]
Κατσίκη Ν., Ηλιάδης Φ., Ζαντίδης Α. & Διδάγγελος Τ. (2010). Σακχαρώδης Διαβήτης: Διάγνωση και Ταξινόμηση. *Ελληνικά Διαβητολιγικά Χρονικά* 23 (1):78-86.

REVIEW

Alternative and complementary to medication therapies for type 2 Diabetes Mellitus

Maria Efthymia Katsa[1], Basiliki Adamopoulou[2], Andrea Paola Rojas Gil[3]
1. Nurse, MSc, PhD(c), Mediterraneo Hospital
2. Nurse, MSc, Errikos Ntinan Hospital Center
3. Assistant Professor of Biology and Biochemistry, Department of Nursing, University of Peloponnese

ABSTRACT
Type 2 Diabetes Mellitus is a global health issue which is associated with high risk for microvascular and macrovascular complications. Its treatment is based on the co-operation of an interdisciplinary healthcare team which helps the patient to combine the suitable medication with balanced lifestyle habits. In recent years, emphasis has been given to complementary to medication therapies. The purpose of this review is to present complementary to medication therapies for type 2 diabetes mellitus. In order to study this field a literature review in the databases such as Pubmed, Google Scholar was conducted during the period 2000-2018. Specifically, important is the role of micronutrients, such as: vitamin B3, vitamin E, magnesium for both prevention and treatment. According to traditional Chinese medicine, it is beneficial to consume specific plants and herbs, while the way in which they are prepared and consumed is important. Yoga also has a beneficial effect on patient's glycemic control and mental wellbeing. Acupuncture may be used as a supplemental therapy for type 2 diabetes mellitus, as it appears to enhance insulin synthesis. Massage is also helpful as it reduces heart rate and stress by the relaxation that causes. Hydrotherapy, chromotherapy and aromatherapy also appear to contribute to type 2 Diabetes Mellitus treatment by eliminating the toxins, triggering hormonal processes and reducing stress. It is remarkable that the use of alternative therapies is compatible with the use of conventional medicine. Their combination may provide an effective-holistic treatment for diabetic patients. This data should always be taken into consideration by healthcare professionals.

Key-words: Althernative medicine, alternative therapies, Diabetes Mellitus

Corresponding author: Rojas Gil AP
e-mail: apaola71@yahoo.com.mx

Submission date: 19/07/2018
Publication date: July 2019

Citation: Katsa M.E., Adamopoulou B. & Rojas Gil A.P. (2019). Alternative and complementary to medication therapies for type 2 Diabetes Mellitus. Hellenic Journal of Nursing Science 12(3): 3-12

Autism Spectrum Conditions (ASC)-Inclusion: ένα εργαλείο παρέμβασης σε παιδιά με διαταραχές του φάσματος του αυτισμού (ΔΑΦ)

Βασιλική Μούγια[1], Θεοδώρα Ανταρέλη[2]
1. Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, PhD, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής
2. Παιδαγωγός Ειδικής Αγωγής, MSc

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Υπολογίζεται ότι 5 εκατομμύρια άνθρωποι στις χώρες της ΕΕ (1% του πληθυσμού) βρίσκονται στο φάσμα του Αυτισμού. Το ASC-Inclusion είναι ένα νέο εργαλείο που μελετήθηκε, σχεδιάστηκε και συνεχώς εξελίσσεται από μια πολυεπιστημονική ομάδα έγκυρων Πανεπιστημίων και Οργανισμών της Ευρώπης. Πρόκειται για μια διαδικτυακή πλατφόρμα που βοηθά παιδιά με διαταραχές Αυτισμού και τους φροντιστές τους. Τα αποτελέσματα της χρήσης του είναι ιδιαίτερα σημαντικά αφού παρατηρείται σημαντική βελτίωση της κοινωνικοποίησης των παιδιών με διαταραχές αυτισμού, βελτίωση της προσαρμοστικής συμπεριφοράς στο σπίτι και στο σχολείο, βελτίωση συναισθηματικής έκφρασης και αναγνώρισης συναισθημάτων. Η επιπλέον εξέλιξή του, αλλά και η εφαρμογή του αναμένεται να έχει σπουδαίες κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις.

Λέξεις κλειδιά: Αυτισμός, επικοινωνία, εργαλείο, διαδίκτυο, συναίσθημα

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας: Βασιλική Μούγια
e-mail: vmougia@gmail.com

Ημερομηνία υποβολής: 10/08/2018
Ημερομηνία δημοσίευσης: Ιούλιος 2019

Αναφορά του άρθρου ως: Μούγια Β. & Ανταρέλη Θ. (2019). Autism Spectrum Conditions (ASC)-Inclusion: Εργαλείο παρέμβασης σε παιδιά με διαταραχές του φάσματος του αυτισμού. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης 12(3): 13-19

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Οι Διαταραχές του Φάσματος του Αυτισμού (ΔΑΦ) είναι νευροαναπτυξιακές διαταραχές που χαρακτηρίζονται από δυσκολίες κοινωνικής επικοινωνίας και επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά.**
- **Το ASC-Inclusion είναι ηλεκτρονικό εργαλείο παρέμβασης που βοηθά τα παιδιά με Διαταραχές Αυτισμού στην αναγνώριση και η έκφραση των συναισθημάτων τους.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι διαταραχές του φάσματος του αυτισμού (ΔΑΦ) είναι νευροαναπτυξιακές διαταραχές, που χαρακτηρίζονται από δυσκολίες κοινωνικής επικοινωνίας και περιορισμένη και επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά. Στερούνται την αίσθηση της κοινωνικής αμοιβαιότητας και αδυνατούν να αναπτύξουν και να διατηρήσουν κατάλληλες για την ηλικία σχέσεις με τους συνομηλίκους τους (WHO 1993, Bell 1994). Μελέτες υποδεικνύουν ότι το 1% του πληθυσμού έχει μια διάγνωση ΔΑΦ (Baron-Cohen et al 2009). Τα κοινωνικά ελλείμματα επικοινωνίας είναι χαρακτηριστικό της ΔΑΦ. Τα παιδιά με ΔΑΦ βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο κοινωνικού αποκλεισμού και βιώνουν, συχνά, απόρριψη, εκφοβισμό και απομόνωση (Frith 1989). Μακροπρόθεσμα, αυτές οι δυσκολίες κοινωνικής επικοινωνίας παρεμποδίζουν την ανεξάρτητη λειτουργία των ατόμων με ΔΑΦ, συμπεριλαμβανομένων και την επίτευξη των επαγγελματικών στόχων, επηρεάζοντας την ικανότητά τους να βρουν φίλους και συντρόφους, αυξάνοντας την πιθανότητα διαταραχών της ψυχικής υγείας (Howlin 2004). Είναι επομένως σημαντικό να εντοπιστούν και αντιμετωπιστούν οι δυσκολίες στην κοινωνική επικοινωνία των ατόμων με ΔΑΦ όσο το δυνατόν πιο νωρίς. Πράγματι, μελέτες παρέμβασης σε άτομα με ΔΑΦ έχει αποδειχθεί ότι όσο πιο γρήγορα παρέχεται η παρέμβαση, τόσο πιο αποτελεσματική είναι (Howlin et al 1987, Schuller et al 2016).

Τρεις δεκαετίες έρευνας έχουν δείξει ότι τα παιδιά και οι ενήλικες με ΔΑΦ έχουν σημαντικές δυσκολίες αναγνώρισης και έκφρασης των συναισθημάτων και ψυχικών καταστάσεων (Hobson 1995, Baron-Cohen 1997). Αυτές οι δυσκολίες είναι εμφανείς όταν τα άτομα με ΔΑΦ αναγνωρίζουν τα συναισθήματα από τις εκφράσεις του προσώπου (Hobson 1986, Celani 1999, Deruelle 2004, Golan 2006), από τον φωνητικό τονισμό (Boucher 2003, Golan 2007), από τις χειρονομίες και τη γλώσσα του σώματος (Grezes 2009, Philip 2010), και από την ενσωμάτωση των πολυτροπικών συναισθηματικών πληροφοριών σε αυτό το πλαίσιο (Yirmiya 1992, Golan 2008, Silverman 2010). Περιορισμένη συναισθηματική εκφραστικότητα σε μη-λεκτική επικοινωνία είναι επίσης χαρακτηριστική στο ΔΑΦ. Μελέτες έχουν δείξει ότι τα άτομα με ΔΑΦ έχουν δυσκολίες να κατευθύνουν κατάλληλα εκφράσεις του προσώπου σε άλλους (Kasari 1990, Kasari 1993, Kasari 2001), να διαμορφώνουν τον φωνητικό τονισμό κατάλληλα όταν εκφράζουν τα συναισθήματά τους (McCann 2003, Paul 2005, Macdonald 2006), καθώς και δυσκολίες στη χρήση κατάλληλων χειρονομιών και της γλώσσα του σώματος (Attwood 1998). Παρεμποδίζεται, επίσης, ενσωμάτωση αυτών των μη-λεκτικών επικοινωνιακών συνθημάτων με ομιλία (de Marchena 2010).

Σε αντίθεση με τις κοινωνικο-συναισθηματικές δυσκολίες τους, τα άτομα με ΔΑΦ έχουν ακέραιες και μερικές φορές ανώτερες ικανότητες συστηματοποίησης (Baron-Cohen 2005). Η έλξη τους από συστήματα και τους ηλεκτρονικούς υπολογιστές είναι εμφανής (Baron-Cohen 1999), ίσως γιατί είναι επαναλαμβανόμενες, συστηματικές διαδικασίες, και ως εκ τούτου προβλέψιμες (Schuller 2014).

Το ASC-Inclusion συνδυάζει διάφορες τεχνολογίες σε ένα ολοκληρωμένο περιβάλλον, συμπεριλαμβανομένων των χειρονομιών, των εκφράσεων του προσώπου και της φωνής, της εκπαίδευσης μέσα από παιχνίδια, της κατανομής κειμένου, βίντεο και ήχου (Schuller 2014). Το περιβάλλον του χρήστη είναι εξατομικευμένο, αντιπροσωπεύοντας ατομικές δεξιότητες και προκλήσεις, αισθητικές απαιτήσεις, και αύξηση των κινήτρων μέσω των ειδικών συμφερόντων. Στους φροντιστές προσφέρεται υποστηρικτικό περιβάλλον, συμπεριλαμβανομένων των επαγγελματικών πληροφοριών, των εκθέσεων προόδου του παιδιού και της χρήσης του συστήματος για chat rooms και φόρουμ για γονείς και θεραπευτές. Παρά τις καινοτόμες τεχνολογίες που εμπλέκονται, το ASC-Inclusion προορίζεται για χρήση στο σπίτι, επιτρέποντας στους χρήστες σε όλη την Ευρώπη να χρησιμοποιούν στάνταρ εξοπλισμό υπολογιστών στο σπίτι.

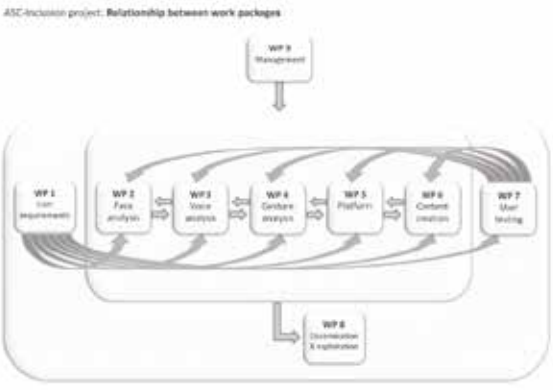
Το ASC-Inclusion στοχεύει σε λύσεις Τεχνολογίας Πληροφορικής και Επικοινωνιών (ΤΠΕ) που θα λαμβάνουν υπόψη το προφίλ των χρηστών και την ανατροφοδότηση, για την παροχή εξατομικευμένων υπηρεσιών και την ενίσχυση της συμμετοχής στην κοινωνική αλληλεπίδραση, και μέσω αυτής στην εκπαίδευση και την εργασία, αλλά και στην έκφραση της κοινωνικο-συναισθηματικής κατάστασης (Schuller 2014). Αν και έχει σχεδιαστεί για να βοηθήσει παιδιά με ΔΑΦ, το ASC-Inclusion θα μπορούσε να χρησιμεύσει και σε άλλες ομάδες πληθυσμού που χαρακτηρίζονται από ελλιπή συναισθηματική κατανόηση και κοινωνικές δεξιότητες, όπως τα παιδιά με μα-

θησιακές δυσκολίες (Holder 1991, Bauminger 2005), ελλειμματική προσοχή και υπερκινητικότητα (Da Fonseca 2009), με προβλήματα συμπεριφοράς (Stevens 2001), ή κοινωνικο-συναισθηματικά προβλήματα (Pollak 2000, Schuller 2014).

Για την παραγωγή του συγκεκριμένου εργαλείου συνεργάστηκαν το 2012 το Πανεπιστήμιο του Μονάχου, Επιστήμονες του Πανεπιστημίου του Cambridge (UCAM), το Πανεπιστήμιο Bar Ilan (BIU), την Compedia Software & Hardware Development Ltd (COMP), το πανεπιστήμιο της Γένοβας, το Ινστιτούτο Καρολίνσκα (KI) και την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Αυτισμού. Η ολοκλήρωσή του αναμενόταν το 2015 μετά τις κλινικές μελέτες, που ανακοινώθηκαν μέσα το 2016 (Schuller 2016).

ΤΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ASC-INCLUSION

Όπως φαίνεται στο Σχήμα 1, το προϊόν αποτελείται από διάφορα υποσυστήματα που ενσωματώνονται για να παρέχουν στο χρήστη μια ολοκληρωμένη εμπειρία (DGEI Expert Workshop 23/24 January 2012 Seville).



Σχήμα 1. ASC-Inclusion πρόγραμμα

Εγγραφή & προφίλ χρήστη

Τα παιδιά και οι φροντιστές τους χρησιμοποιούν ένα πρότυπο υπολογιστή στο σπίτι συνδεδεμένο με το διαδίκτυο, με μικρόφωνο και κάμερα. Οι γονείς των παιδιών, οι θεραπευτές ή οι φροντιστές τους εισέρχονται στην πλατφόρμα, για να εγγράψουν το παιδί και να συμπληρώσουν το προφίλ του χρήστη με τα στοιχεία που θα βοηθήσουν το σύστημα να δημιουργήσει ένα εξατομικευμένο περιβάλλον με αλληλεπίδραση. Τα δεδομένα περιλαμβάνουν την ηλικία, το φύλο, περιοχές ενδιαφέροντος, και το επίπεδο ικανότητας σε επιλεγμένους κύριους τομείς των δυσκολιών (από προεπιλεγμένα στοιχεία). Αυτό το προφίλ διατηρείται στη Βάση Δεδομένων, καθώς και σε ένα αρχείο καταγραφής της αλληλεπίδρασης του χρήστη με το σύστημα. Με αυτό τον τρόπο ο χρήστης μπορεί να εισέρχεται στον εικονικό κόσμο της πλατφόρμας (DGEI Expert Workshop 23/24 January 2012 Seville).

Εκφράσεις του προσώπου, χειρονομίες του σώματος και ανάλυση φωνής

Τα τρία υποσυστήματα (εκφράσεις προσώπου, χειρονομίες σώμα και φωνή) αναλύουν την κατάσταση του χρήστη σε πραγματικό χρόνο και τροφοδοτούν την πλατφόρμα με διάφορες παραμέτρους σχετικά με τις προθέσεις του χρήστη και την συναισθηματική του κατάσταση, όπως ορίζεται από χειρονομίες και τη γλώσσα του σώματος, του προσώπου και τις φωνητικές εκφράσεις. Είκοσι (20) συναισθήματα είναι αυτά που προσδιορίζονται από την έρευνα ότι είναι σημαντικά για την κοινωνική αλληλεπίδραση και επιλέγονται για να διδαχθούν μέσα από την πλατφόρμα (ευτυχία, λύπη, θυμός, φόβος, απδία, έκπληξη, συγκίνηση, ενδιαφέρον, κούραση, ανησυχία, απογοήτευση, ζήλεια, εχθρότητα, αστείο, ύπουλο, ντροπή, περηφάνια κλπ). Οι δείκτες αυτοί θα χρησιμοποιηθούν για την προσαρμογή του συστήματος στη συμπεριφορά προς το χρήστη (π.χ. αλλάξτε τη δραστηριότητα αν ο χρήστης φαίνεται να βαριέται), και ως εισροές για το σύστημα εκπαίδευσης συναισθηματικής έκφρασης (DGEI Expert Workshop 23/24 January 2012 Seville) (Εικόνες 1,2,3).

Πολυτροπικά δεδομένα εισόδου θα ενσωματωθούν στην ανάλυση Real Time User Manager (RTUM)

Μόλις ο χρήστης εισάγει στον εικονικό κόσμο κάθε ένα από τα υποσυστήματα που ζητούνται από την ενότητα RTUM της πλατφόρμας ξεκινά η αποστολή δεδομένων σχετικά με την κατάσταση του χρήστη. Προσδιορίζονται χειρονομίες, εκφράσεις προσώπου ή φωνητικές εκφράσεις (Εικόνα 4). Παλαιότερα δεδομένα του χρήστη χρησιμοποιούνται ως βάση για την καλύτερη αξιολόγηση. Η RTUM λαμβάνει τα παραπάνω πολυτροπικά δεδομένα υψηλού επιπέδου, μέσω ενός συστήματος διεπαφής που ενσωματώνει και συγχρονίζει τα διάφορα υποσυστήματα, και χειρίζεται τις πτυχές του υλικού. Η RTUM προτείνει το σωστό επίπεδο και το είδος της αλληλεπίδρασης που είναι κατάλληλο για το χρήστη, με βάση το προφίλ του, το ιστορικό χρήσης (π.χ. ρυθμίζοντας το επίπεδο δυσκολίας ανάλογα με προηγούμενο επίπεδο επιτυχίας), τις επιλογές του και τη θέση του στον εικονικό κόσμο (π.χ. ειδική περιοχή/είδος δραστηριότητας) και τη συναισθηματική κατάσταση του χρήστη, όπως αναφέρθηκε από τα υποσυστήματα (προσφέροντας μια δραστηριότητα που ταιριάζει με την τρέχουσα συναισθηματική κατάσταση του χρήστη, π.χ. ένα υψηλό επίπεδο εγρήγορσης μπορεί να προκαλέσει πιο χαλαρές, διασκεδαστικές δραστηριότητες) (DGEI Expert Workshop 23/24 January 2012 Seville).

Εικονικός κόσμος

Ο εικονικός κόσμος είναι μέρος της πλατφόρμας και

συμπυκνώνει όλη την αλληλεπίδραση σε μια συνεκτική εμπειρία. Σε κάθε πρόοδο, ο χρήστης θα πάρει θετικά σχόλια, ρυθμίζεται στο επίπεδο, την κατάσταση και τις ανάγκες του: κινούμενα σχέδια, νέα παιχνίδια, συλλεκτικά αντικείμενα (σχεδιασμένο για να καλύψει τις ανάγκες των παιδιών με ΔΑΦ), καθώς και εικονικά νομίσματα που επιτρέπουν στο χρήστη να «αγοράσει» τα αντικείμενα που του αρέσουν για την εικονική θέση του μέσα στον εικονικό κόσμο.

Τύποι αλληλεπιδράσεων

- Ειδική εκπαίδευση και εκπαίδευση δραστηριοτήτων: εκπαιδευτικό υλικό, παιχνίδια και δραστηριότητες, που προωθούν την κατανόηση των κοινωνικών καταστάσεων, τις εκφράσεις του προσώπου και φωνητικές εκφράσεις και χειρονομίες.
- Προσομοιώσεις και ολοκληρωμένες δραστηριότητες: Σε αυτές τις δραστηριότητες, ο χρήστης θα πρέπει να ενσωματώσει τις ικανότητές του στα αληθοφανή σενάρια και να επιλέξει την κατάλληλη απάντηση για την κατάσταση που παρουσιάζεται στην οθόνη, χρησιμοποιώντας διάφορους τρόπους όπως λεκτική (επιλέξτε απάντηση από μια μεγάλη συλλογή από προκαθορισμένα κείμενα), φωνητικό τονισμό (χρησιμοποιώντας ένα μικρόφωνο), τη γλώσσα του σώματος/χειρονομίες και τις εκφράσεις του προσώπου.
- Ασφαλές προκαθορισμένο πλαίσιο επικοινωνίας: ευαίσθητο τεστ με τους συμμαθητές, τους θεραπευτές, γονείς και έξυπνους παράγοντες.
- Δραστηριότητες Διασκέδασης: παρουσιάζονται ως θετικές ανατροφοδοτήσεις. Επίσης, χρησιμοποιούνται όταν το παιδί είναι στρεσαρισμένο ή έχει αποτύχει, προκειμένου να διατηρηθεί το κίνητρο (DGEI Expert Workshop 23/24 January 2012 Seville).

Η ανάγκη και η μοναδικότητα του εργαλείου

Πρόσφατα το ενδιαφέρον των επιστημόνων στράφηκε προς τεχνικές, όπως η εκπαίδευση με τη βοήθεια υπολογιστή, που αναφέρονται σε άτομα με αυτισμό. Υπάρχουν, όμως, λίγες μελέτες για τις νέες τεχνολογίες στον τομέα των τεχνολογικών βοηθημάτων που προορίζονται για άτομα με διανοητική αναπηρία σε αντίθεση με τη σχετική αφθονία των τεχνολογιών υποστήριξης της έρευνας σχετικά με τα άτομα με αισθητηριακές ή κινητικές αναπηρίες (DGEI Expert Workshop 23/24 January 2012 Seville).

Τα αποτελέσματα από την αξιολόγηση σε κλινικές μελέτες στη Βρετανία και το Ισραήλ είναι σημαντικά, αναφέροντας ότι τα παιδιά με ΔΑΦ ηλικίας 5-10 ετών παρουσιάζουν βελτίωση στην αναγνώριση συναισθημάτων και την κοινωνικοποίηση, αφού χρησιμοποιήσουν το εργαλείο ASC-Inclusion. Η ομάδα των παιδιών με ΔΑΦ είχε, επίσης, σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία από τους γονείς τους στην κλίμακα Κοινωνικοποίησης Vineland. Οι πρώτες αυτές μελέτες σε γονείς και παιδιά με αυτισμό έχουν παράσχει χρήσιμες πληροφορίες για βελτίωση του εργαλείου (Schuller 2016).

Οικονομικός αντίκτυπος του ASC-inclusion

Οι τρέχουσες εκτιμήσεις είναι ότι περίπου το 1% του πληθυσμού των ΗΠΑ, αλλά και του Ηνωμένου Βασιλείου έχουν ΔΑΦ. Συνολικά πέντε εκατομμύρια άνθρωποι σε χώρες μέλη της ΕΕ βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού. Αυτές οι τρέχουσες εκτιμήσεις δείχνουν ότι η ΔΑΦ είναι πιο συχνή από ό, τι ο καρκίνος της παιδικής ηλικίας, ή ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου Ι. Οι ευρωπαϊκές χώρες και η Ευρωπαϊκή Επιτροπή θα πρέπει να δράσουν άμεσα για την αντιμετώπιση των προβλημάτων/προκλήσεων που αντιμετωπίζουν τα άτομα με ΔΑΦ και οι οικογένειές τους. Οι ετήσιες οικονομικές δαπάνες για τη θεραπεία της ΔΑΦ στο Ηνωμένο Βασίλειο είναι πάνω από 32 δισεκατομμύρια δολάρια. Με τη σωστή αντιμετώπιση και την παροχή ευκαιριών τα άτομα με ΔΑΦ μπορούν να γίνουν λειτουργικά και να συμμετέχουν ενεργά σ την κοινωνία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο κοινωνικός αντίκτυπος της χρήσης ενός προγράμματος όπως το ASC-Inclusion περιλαμβάνει για τα παιδιά την παροχή αυξημένων κινήτρων και ενδιαφερόντων για τα κοινωνικο-συναισθηματικά φαινόμενα. βελτίωση του ρεπερτορίου συναισθηματικής έκφρασης (συμπεριλαμβανομένων των εκφράσεων του προσώπου, του φωνητικού τονισμού, της γλώσσας του σώματος και του λεξιλόγιου), βελτίωση των δεξιοτήτων αναγνώρισης συναισθημάτων (από τις εκφράσεις του προσώπου, το φωνητικό τονισμό και τη γλώσσα του σώματος) και της προσαρμοστικής συμπεριφοράς στο σπίτι και στο σχολείο. Ενώ για τους γονείς προσφέρει βελτίωση της κοινωνικο-συναισθηματικής επίγνωσης και της κοινωνικο-συναισθηματικής δεξιότητας διαμεσολάβησης.

Μελλοντικά μπορεί να βοηθήσει τα παιδιά στην κοινωνική ένταξη εντός και εκτός του εκπαιδευτικού συστήματος, να περιορίσει την εξάρτηση από επαγγελματική υποστηρικτική παρέμβαση (π.χ. ομιλία και γλώσσα, παθολόγους, ψυχολόγους, δασκάλους ειδικής αγωγής) και να δημιουργήσει τις προϋποθέσεις για παροχή υποστηρικτικής παρέμβασης σε αγροτικές περιοχές των χωρών της ΕΕ (DGEI Expert Workshop 23/24 January 2012 Seville).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Attwood T. (1998). Asperger's syndrome: A guide for parents and professionals. Jessica Kingsley Publications.

Baron-Cohen S. (1997). Mindblindness: An essay on autism and theory of mind. MIT press.

Baron-Cohen S., Scott C., Williams A., Bolton P., Matthews F.E. & Brayne C. (2009). Prevalence of autism-spectrum conditions: UK school-based population study. *The British Journal of Psychiatry* 194(6):500–509.

Baron-Cohen S. & Wheelwright S. (1999). "Obsessions" in children with autism or Asperger's syndrome: content analysis in terms of core domains of cognition. *The British Journal of Psychiatry,* 175(5):484–490.

Baron-Cohen S., Wheelwright S., Lawson J., Griffin R., Ashwin C., Billington J. & Chakrabarti B. (2005). Empathizing and systemizing in autism spectrum conditions. In Volkmar F., Klin A. & Paul R. (eds) Handbook of autism and pervasive developmental disorders: Diagnosis, development, neurobiology and behavior (pp.628-639). Hoboken, NJ, USA: John Wiley and Sons.

Bauminger N., Edelsztein H.S. & Morash J. (2005). Social information processing and emotional understanding in children with LD. *Journal of learning disabilities* 38(1):45–61.

Bell C. (1994). DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. JAMA: *The Journal of the American Medical Association* 272(10):828–829.

Boucher J., Lewis V. & Collis G.M. (2003). Voice processing abilities in children with autism, children with specific language impairments, and young typically developing children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 41(7):847–857.

Celani G., Battacchi M.W. & Arcidiacono L. (1999). The understanding of the emotional meaning of facial expressions in people with autism. *Journal of autism and developmental disorders* 29(1):57–66.

Fonseca D., Seguier V., Santos A., Poinso F. & Deruelle C. (2009). Emotion understanding in children with ADHD. *Child Psychiatry & Human Development* 40(1):111–121.

Marchena A. & Eigsti I.M. (2010). Conversational gestures in autism spectrum disorders: Asynchrony but not decreased frequency. *Autism Research* 3(6):311–322.

Deruelle C., Rondan C., Gepner B. & Tardif C. (2004). Spatial frequency and face processing in children with autism and Asperger's syndrome. *Journal of autism and developmental disorders* 34(2):199–210.

DGEI Expert Workshop 23/24 January 2012 Seville, Spain Author: Technische Universität München

Frith U. (1989). Autism: Explaining the enigma. Cambridge, UK, Blackwell Publishing.

Golan O., Baron-Cohen S. & Golan Y. (2008). The "reading the mind in films" task [child version]: Complex emotion and mental state recognition in children with and without autism spectrum conditions. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 38(8):1534–1541.

Golan O., Baron-Cohen S. & Hill J. (2006). The Cambridge mindreading (cam) face- voice battery: Testing complex emotion recognition in adults with and without Asperger's syndrome. *Journal of autism and developmental disorders* 36(2):169–183.

Golan O., Baron-Cohen S., Hill J.J. & Rutherford M. (2007). The "reading the mind in the voice" test - revised: a study of complex emotion recognition in adults with and without autism spectrum conditions. *Journal of autism and developmental disorders,* 37(6):1096–1106.

Grèzes J., Wicker B., Berthoz S. & De Gelder B. (2009). A failure to grasp the affective meaning of actions in autism spectrum disorder subjects. *Neuropsychologia,* 47(8):1816–1825.

Hobson R. (1995). Autism and the development of mind. Psychology Press.

Hobson R. (1986). The autistic child's appraisal of expressions of emotion. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 27(3):321–342.

Holder H. & Kirkpatrick S.W. (1991). Interpretation of emotion from facial expressions in children with and without learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities* 24(3):170–177.

Howlin P. (2004). Autism and Asperger syndrome: Preparing for adulthood. Routledge Publishers, Abingdon-on-Thames, Oxford, UK.

Howlin P., Rutter M., Berger M., Hemsley R., Hersov L. & Yule W. (1987). Treatment of autistic children. John Wiley and Sons, Oxford, UK.

Kasari C., Chamberlain B. & Bauminger N. (2001). Social emotions and social relationships: Can children with autism compensate? In Burack J., Charman T., Yirmiya N. & Zelazo P. (eds), Development and autism: Perspectives from theory and research, pages 309–323. Lawrence Erlbaum Associates Publishers, Mahwah, NJ, USA.

Kasari C., Sigman M., Mundy P. & Yirmiya N. (1990). Affective sharing in the context of joint attention interactions of normal, autistic, and mentally retarded children. *Journal of autism and developmental disorders* 20(1):87–100.

Kasari C., Sigman M., Yirmiya N. & Mundy P. (1993). Affective development and communication in young children with autism. In Kaiser A.P. & Gray D.B. (eds). Communication and language intervention series, Vol. 2. Enhancing children's communication: Research foundations for intervention (pp. 201-222). Paul H. Brookes Publishing, UK.

Macdonald H., Rutter M., Howlin P., Rios P., Conteur A.L., Evered C. & Folstein S. (2006). Recognition and expression of emotional cues by autistic and normal adults. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 30(6):865–877.

McCann J. & Peppe S. (2003). Prosody in autism spectrum disorders: a critical review. International *Journal of Language & Communication Disorders* 38(4):325–350.

World Health Organization (WHO) (1993). The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: diagnostic criteria for research. World Health Organization.

Paul R., Augustyn A., Klin A. & Volkmar F.R. (2005). Perception and production of prosody by speakers with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders,* 35(2):205–220.

Philip R., Whalley H., Stanfield A., Sprengelmeyer R., Santos I., Young A., Atkinson A., Calder A., Johnstone E., Lawrie S. & Hall J. (2010). Deficits in facial, body movement and vocal emotional processing in autism spectrum disorders. *Psychological medicine* 40(11):1919–1929.

Pollak S., Cicchetti D., Hornung K. & Reed A. (2000). Recognizing emotion in faces: developmental effects of child abuse and neglect. *Developmental psychology* 36(5):679.

Silverman L., Bennetto L., Campana E. & Tanenhaus M.K. (2010). Speech-and- gesture integration in high functioning autism. *Cognition* 115(3):380–393.

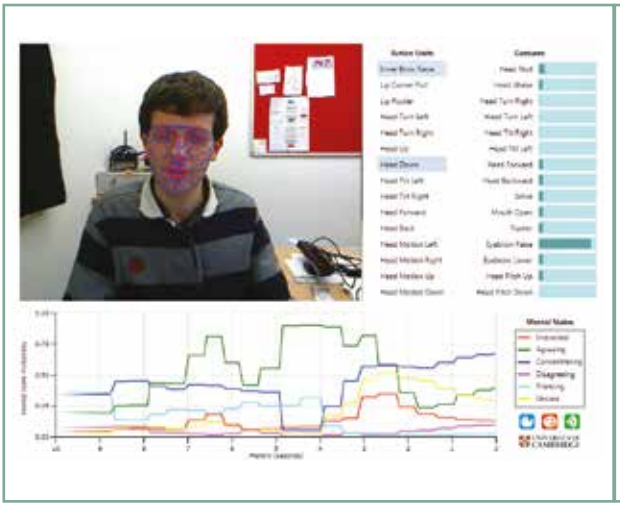
Stevens D., Charman T. & Blair R.J. (2001). Recognition of emotion in facial expressions and vocal tones in children with psychopathic tendencies. *The Journal of genetic psychology* 162(2):201–211.

Schuller B., Golan O., Baron-Cohen S., Newman S., Rodinson P,, Camourri A. (2014). ASC-Inclusion: Interactive Emotion Games for Social Inclusion of Children with Autism Spectrum Conditions. https://www.researchgate.net/publication/259889702, 2014

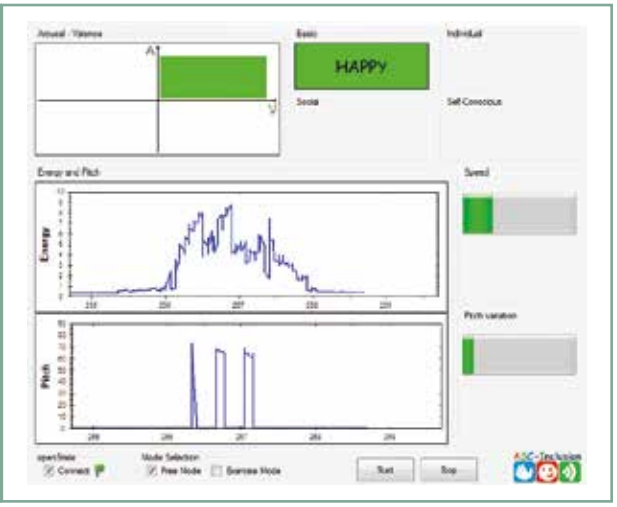
Schuller B., Baron-Cohen S., Rodinson P. (2016). Recent developments and results of ASC-Inclusion: An Integrated Internet-Based Environment for Social Inclusion of Children with Autism Spectrum https://www.researchgate.net/publication/280563052, 2016

Yirmiya N., Sigman M. D., Kasari C. & Mundy P. (1992). Empathy and cognition in high-functioning children with autism. Child development, 63(1):150–160.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ - ΕΙΚΟΝΕΣ



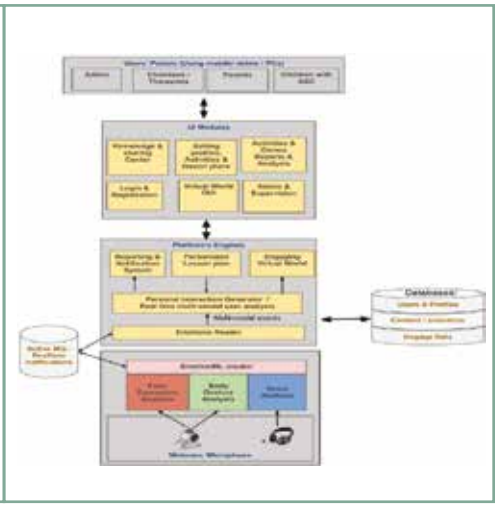
Εικόνα 1: Αναλυτής προσώπου.



Εικόνα 2: Αναλυτής φωνής.



Εικόνα 3: Αναλυτής γλώσσας σώματος



Εικόνα 4: Αρχιτεκτονική Πλατφόρμας.

REVIEW

Autism Spectrum Conditions (ASC)-Inclusion: an intervention tool for children with autism spectrum disorders (ASD)

Vasiliki Mougia[1], Theodora Antareli[2]
1. Director Nursing, PhD, Psychiatric Hospital of Attica
2. Special Education Teacher, MSc

ABSTRACT
It is estimated that 5 million people in the EU countries (1% of the population) are in the autism spectrum. ASC-Inclusion is a new tool that has been studied, designed and constantly evolving from a multidisciplinary team of prestigious Universities and Organizations in Europe. It is an online platform that helps children with autism disorders and their carers. The results of its use are particularly important since there is a significant improvement in the socialization of children with autism disorders, improved adaptive behavior at home and at school, improved emotional expression and emotional recognition. Its further development and implementation is expected to have major social and economic repercussions.

Key-words: autism, communication, emotion, internet, tool

Corresponding author: Vasiliki Mougia
e-mail: vmougia@gmail.com

Submission date: 10/08/2018
Publication date: July 2019

Citation: Mougia B. & Antareli T. (2019). Autism Spectrum Conditions (ASC) Inclusion: an intervention tool for children with autism spectrum disorders (ASD). Hellenic Journal of Nursing Science 12(3): 13-19

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Διερεύνηση των απόψεων των νοσηλευτών για την υιοθέτηση στην κλινική πράξη της πρακτικής βασισμένης σε ενδείξεις

Ευφροσύνη Παπαδοπούλου[1], Ευρυδίκη Καμπά[2], Αρετή Σταυροπούλου[3], Μάρθα Κελέση[4]

1. Νοσηλεύτρια, MSc, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»

2. Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

3. Λέκτορας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

4. Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Αν και υπάρχουν διαθέσιμες κατευθυντήριες οδηγίες και πρωτόκολλα για την κλινική πρακτική, η εφαρμογή, από τους επαγγελματίες υγείας, φροντίδας βασισμένης σε ενδείξεις δεν είναι ευρέως διαδεδομένη στην κλινική πρακτική. Η πρακτική βασισμένη σε ενδείξεις σχετίζεται με την καλύτερη έκβαση των ασθενών και την οικονομικά αποδοτική φροντίδα.

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να διερευνήσει τις απόψεις των νοσηλευτών για την εφαρμογή της πρακτικής βασισμένης σε ενδείξεις στην κλινική πράξη.

Μεθοδολογία: Πρόκειται για συστηματική ανασκόπηση. Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας έγινε στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων Pubmed με συγκεκριμένες λέξεις κλειδιά και αφορούσε δημοσιεύσεις της τελευταίας πενταετίας στην Αγγλική ή Ελληνική γλώσσα. Αρχικά βρέθηκαν 417 άρθρα, από τα οποία επελέγησαν τελικά δέκα κλινικές και πολυκεντρικές μελέτες, μετα-αναλύσεις και συγκριτικές μελέτες που υπήρχε πρόσβαση στο πλήρες κείμενο.

Αποτελέσματα: Περίπου οι μισοί νοσηλευτές γνώριζαν για την πρακτική βασισμένη σε ενδείξεις, είχαν θετική στάση και ήταν πρόθυμοι να αυξήσουν τις γνώσεις τους για ακολουθήσουν τις νέες τάσεις στην κλινική πρακτική. Οι νοσηλευτές έχουν μικρή εξοικείωση με την πρακτική βασισμένη σε ενδείξεις και υποστήριξαν ότι είναι χρήσιμη στην κλινική πρακτική, αλλά δεν διαθέτουν τις γνώσεις για την εφαρμογή της. Παρόλο που οι περισσότεροι νοσηλευτές γνώριζαν τι είναι η πρακτική βασισμένη σε ενδείξεις, ήταν λιγότερο σίγουροι για τις δικές τους γνώσεις και δεξιότητες που απαιτούνται. Οι κλινικές δεξιότητες βασισμένες σε ενδείξεις που απαιτούσαν εξειδικευμένες επιστημονικές γνώσεις και δεξιότητες υλοποιήθηκαν λιγότερο συχνά. Τα εμπόδια για την ενσωμάτωση της πρακτικής βασισμένης σε ενδείξεις στην κλινική πρακτική ήταν η έλλειψη χρόνου, η έλλειψη δεξιοτήτων που απαιτούνται για την αναζήτηση πληροφοριών, την επεξεργασία και εφαρμογή πληροφοριών, η έλλειψη διοικητικής υποστήριξης και η έλλειψη αναγνώρισης του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Οι νεότεροι σε εμπειρία νοσηλευτές, εκείνοι με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, όσοι κατείχαν θέση ευθύνης και το καθεστώς εργασίας πλήρους απασχόλησης είχαν ισχυρότερες πεποιθήσεις ως προς τον βαθμό στον οποία η κλινική νοσηλευτική πρακτική μπορεί να βασιστεί σε ενδείξεις.

Συμπεράσματα: Είναι απαραίτητο όλοι οι νοσηλευτές να λαμβάνουν την κατάλληλη εκπαίδευση και επιμόρφωση ώστε να είναι σε θέση να αξιολογούν τα ερευνητικά δεδομένα και να εφαρμόσουν αλλαγές στην κλινική πρακτική που βασίζονται σε ενδείξεις. Η εισαγωγή της πρακτικής βασισμένης σε ενδείξεις στα προγράμματα σπουδών των νοσηλευτικών σχολών, καθώς και η συστηματική ενσωμάτωσή της στην καθημερινή κλινική πρακτική, θα ενισχύσει σημαντικά τις πεποιθήσεις των νοσηλευτών.

Λέξεις κλειδιά: Απόψεις, εμπόδια, νοσηλευτές, πρακτική βασισμένη σε ενδείξεις, στάσεις.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Ευφροσύνη Παπαδοπούλου
e-mail επικοινωνίας: efro.pap@gmail.com

Ημερομηνία υποβολής: 22/06/2018
Ημερομηνία δημοσίευσης: Ιούλιος 2019

Αναφορά του άρθρου ως: Παπαδοπούλου Ε., Καμπά Ε., Σταυροπούλου Α. & Κελέση Μ. (2019). Διερεύνηση των απόψεων των νοσηλευτών για την υιοθέτηση στην κλινική πράξη της πρακτικής βασισμένης σε ενδείξεις. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης 12(3): 20-30

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Η Πρακτική Βασισμένη σε Ενδείξεις (ΠΒΕ) σχετίζεται με καλύτερη έκβαση των ασθενών και πιο αποδοτική οικονομικά φροντίδα**
- **Οι νοσηλευτές δεν είχαν μεγάλη εμπιστοσύνη στις γνώσεις τους, αλλά και στις δεξιότητες που απαιτούνται για την εφαρμογή της ΠΒΕ, αλλά παράλληλα ήταν διατεθειμένοι να καταβάλουν προσπάθειες βελτίωσης**
- **Η έλλειψη χρόνου και η έλλειψη δεξιοτήτων αναζήτησης και επεξεργασίας πληροφοριών από τη βιβλιογραφία αποτελούν τα πιο σημαντικά εμπόδια για την ενσωμάτωση της πρακτικής βασισμένης σε ενδείξεις στην κλινική πρακτική.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι Melnyk και Fineout-Overholt (2011) ανέφεραν ότι «αν και υπάρχει μια έκρηξη διαθέσιμων επιστημονικών στοιχείων για την καθοδήγηση της κλινικής πρακτικής, σε πολλά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης η εφαρμογή, από τους επαγγελματίες υγείας, βασισμένης σε ενδείξεις φροντίδας δεν αποτελεί συνήθως τον κανόνα». Στην πραγματικότητα, το Ινστιτούτο Ιατρικής (Institute of Medicine 2001) ανέφερε ότι «οι ασθενείς θα πρέπει να είναι σε θέση να λάβουν φροντίδα που να ανταποκρίνεται στις ανάγκες τους και να βασίζεται στις καλύτερες επιστημονικές γνώσεις. Δυστυχώς, υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι αυτό συχνά δεν συμβαίνει».

Αρκετά εμπόδια στη διαδικασία της υιοθέτησης της πρακτικής βασισμένης σε ενδείξεις εντοπίζονται στους χώρους παροχής φροντίδα. Τα σημαντικότερα από αυτά περιλαμβάνουν κακές τεχνικές δεξιότητες, έλλειψη πρόσβασης σε σχετικούς πόρους, έλλειψη εμπειρίας στην κριτική αξιολόγηση και τη σύνθεση των αποτελεσμάτων της έρευνας, ιδίως της στατιστικής ανάλυσης, καθώς και οι απόψεις, στάσεις και πεποιθήσεις των ίδιων των νοσηλευτών (Hauck et al 2012). Επίσης, παρανοήσεις σχετικά με την Πρακτική Βασισμένη σε Ενδείξεις (ΠΒΕ), αρνητικές απόψεις σχετικά με τη χρήση της έρευνας, έλλειψη υποστήριξης και καθοδήγησης από τους ασκούντες διοίκηση, χρονικοί περιορισμοί και έλλειψη βασικών γνώσεων έρευνας (Davidson & Brown 2014) αποτελούν περαιτέρω εμπόδια.

Η ΠΒΕ σχετίζεται με καλύτερη έκβαση των ασθενών και οικονομικά αποδοτική φροντίδα (Thorsteinsson 2013). Παρά τη σημασία της, οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν σημαντικές προκλήσεις όσον αφορά την εφαρμογή αυτής της προσέγγισης (Gerrish & Cooke 2013). Στην πραγματικότητα, παρά την προτροπή για εφαρμογή τεκμηριωμένης πρακτικής, ο Thorsteinsson (2013) διαπίστωσε ότι η χρήση της από τους νοσηλευτές στην καθημερινή πρακτική είναι περιορισμένη. Αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι η εφαρμογή της διαδικασίας αποτελεί σημαντικό πρόβλημα για τη νοσηλευτική κοινότητα.

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να διερευνήσει τις απόψεις των νοσηλευτών για την υιοθέτηση της ΠΒΕ στην κλινική πράξη, όπως αυτές διατυπώνονται σε πληθώρα μελετών.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η παρούσα εργασία αποτελεί μια συστηματική ανασκόπηση. Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας πραγματοποιήθηκε στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων Pubmed με λέξεις κλειδιά, όπως nurses, beliefs, evidence based clinical practice, evidence based practice, clinical practice. Οι λέξεις χρησιμοποιήθηκαν είτε μόνες είτε σε συνδυασμούς μεταξύ τους.

Κριτήρια ένταξης

Ως κριτήρια ένταξης στη μελέτη τέθηκαν τα ακόλουθα: τα άρθρα να είναι δημοσιευμένα στην Ελληνική ή Αγγλική γλώσσα, δημοσιευμένα την τελευταία πενταετία (2013 έως 2018), και να υπάρχει πρόσβαση στο πλήρες κείμενο του άρθρου. Τέλος, τα άρθρα θα έπρεπε να ήταν κλινικές και/ή πολυκεντρικές μελέτες, ελεγχόμενες κλινικές μελέτες, τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες, μετα-αναλύσεις, συγκριτικές μελέτες και συνδυασμοί αυτών.

Κριτήρια αποκλεισμού

Από την παρούσα συστηματική ανασκόπηση αποκλείσθηκαν όσα άρθρα ήταν δημοσιευμένα σε άλλη γλώσσα πλην της ελληνικής και αγγλικής, υπήρχε πρόσβαση μόνο στην περίληψη του άρθρου, ήταν δημοσιευμένα προγενέστερα του 2013 και αποτελούσαν ανασκοπήσεις και συστηματικές ανασκοπήσεις.

Διαδικασία επιλογής άρθρων

Η διαδικασία που ακολουθήθηκε για την τελική επιλογή των άρθρων που θα συμπεριλαμβάνονταν στη μελέτη ήταν η εξής:

- Στο πεδίο «αναζήτηση βιβλιογραφίας» της βάσης δεδομένων γράφτηκαν οι λέξεις κλειδιά και οι συνδυασμοί που αναφέρθηκαν προηγουμένως. Με αυτό τον τρόπο βρέθηκαν συνολικά 417 άρθρα.
- Θέτοντας χρονικό περιορισμό την τελευταία πενταετία, αποκλείσθηκαν 244 άρθρα, οπότε έμειναν 173 άρθρα.

- Από αυτά, 4 άρθρα ήταν γραμμένα στα Ιταλικά, 6 στα Σουηδικά και 5 στα Γερμανικά. Δηλαδή, αποκλείσθηκαν συνολικά 15 άρθρα καθώς ήταν δημοσιευμένα σε άλλη γλώσσα πλην ελληνικής και αγγλικής. Έτσι, η ερευνητική ομάδα κατέληξε σε 158 άρθρα.
- Στη συνέχεια, τέθηκαν περιορισμοί ως προς το είδος των άρθρων και συγκεκριμένα επιλέχθηκαν τα εξής: κλινικές και/ή πολυκεντρικές μελέτες, ελεγχόμενες κλινικές μελέτες, τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες, μετα-αναλύσεις, συγκριτικές μελέτες και συνδυασμοί αυτών. Έτσι αποκλείσθηκαν 129 άρθρα και παρέμειναν για μελέτη 29 άρθρα.
- Μετά την ανάγνωση των τίτλων αποκλείσθηκαν 16 άρθρα, καθώς δεν εντασσόταν στα κριτήρια επιλογής, καταλήγοντας σε 13 άρθρα.
- Μετά την ανάγνωση της περίληψης αποκλείσθηκαν άλλα 3 άρθρα που δεν πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης.
- Τελικά, η διαδικασία κατέληξε σε δέκα άρθρα. Η διαδικασία επιλογής των άρθρων παρουσιάζεται στο διάγραμμα ροής.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Κατά την βιβλιογραφική αναζήτηση βρέθηκαν συνολικά δέκα μελέτες, εκ των οποίων μια ήταν περιγραφική (Thorsteinsson 2013), μια ποιοτική μελέτη (Pétré et al 2018), πέντε περιγραφικές συγχρονικές μελέτες (White-Williams et al 2013, Heydari et al 2014, Nguyen & Wilson 2016, Saunders & Vehviläinen-Julkunen 2017, Pereira et al 2018), μια συγχρονική μη πειραματική ποσοτική μελέτη (Skela-Savič et al 2017), μία συγχρονική μελέτη (Verloo et al 2017) και μια συγκριτική μελέτη (Underhill et al 2015).

Στις περισσότερες μελέτες συμπεριλήφθηκαν νοσηλευτές που εργάζονταν μόνο σε νοσοκομεία (Thorsteinsson 2013, White-Williams et al 2013, Heydari et al 2014, Underhill et al 2015, Nguyen & Wilson 2016, Saunders & Vehviläinen-Julkunen 2017, Skela-Savič et al 2017, Verloo et al 2017). Ενώ, μία μελέτη περιελάμβανε νοσηλευτές που εργάζονταν στην κοινότητα (Pereira et al 2018) και μία νοσηλευτές που εργάζονταν σε ποικίλους χώρους παροχής υγειονομικής φροντίδας, και συγκεκριμένα κατ`οίκον, σε νοσοκομεία, σε χώρους παροχής ψυχιατρικής περίθαλψης και φροντίδας χρονίως πασχόντων, και σε κέντρα φροντίδας ηλικιωμένων (Pétré et al 2018).

Σε κάποιες από τις μελέτες που συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση τα ποσοστά των νοσηλευτών που γνώριζαν τι είναι η ΠΒΕ ήταν υψηλά. Στη μελέτη των White-Williams et al (2013) σχεδόν όλοι οι νοσηλευτές (96%) γνώριζαν τι είναι η ΠΒΕ, και το 32% από αυτούς είχε παρακολουθήσει τουλάχιστον ένα σχετικό σεμινάριο, και στην έρευνα των Pereira et al (2018) περίπου οι μισοί νοσηλευτές γνώριζαν για την ΠΒΕ. Όσον αφορά τις στάσεις των νοσηλευτών απέναντι στην ΠΒΕ, κάποιες μελέτες ανέφεραν ότι οι περισσότεροι νοσηλευτές είχαν θετική στάση και ήταν πρόθυμοι να αυξήσουν τις γνώσεις τους για να βελτιώσουν την κλινική πρακτική τους (Thorsteinsson 2013, White-Williams et al 2013, Heydari et al 2014, Verloo et al 2017, Pereira et al 2018).

Παράλληλα, εντοπίστηκαν και μελέτες (Nguyen & Wilson 2016, Pétré et al 2018) στις οποίες οι νοσηλευτές είχαν μικρή εξοικείωση με την ΠΒΕ. Μάλιστα, η μελέτη των Nguyen & Wilson (2016) ανέφερε ότι μόνο το 29,5% των νοσηλευτών ήταν εξοικειωμένοι με αυτή τη διαδικασία. Σε άλλες μελέτες οι νοσηλευτές ανέφεραν ότι ήταν λιγότερο σίγουροι για τις γνώσεις τους και τις δεξιότητες που απαιτούνται για την εφαρμογή της ΠΒΕ (Thorsteinsson 2013, Heydari et al 2014, Saunders & Vehviläinen-Julkunen 2017), αλλά παράλληλα ήταν διατεθειμένοι να βελτιώσουν τις δεξιότητές τους (Pereira et al 2018), καθώς θεωρούσαν την ΠΒΕ χρήσιμη στην κλινική πρακτική, κυρίως για τη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας (Thorsteinsson 2013, Skela-Savič et al 2017, Verloo et al 2017).

Κατά τη μελέτη, βρέθηκε ότι η εφαρμογή της ΠΒΕ στην καθημερινή κλινική πρακτική είναι από πολύ περιορισμένη (Skela-Savič et al 2017) έως μέτρια (White-Williams et al 2013). Επίσης, βρέθηκε ότι οι διαδικασίες ΠΒΕ που απαιτούσαν υψηλές επιστημονικές γνώσεις και δεξιότητες υλοποιήθηκαν λιγότερο συχνά (Pereira et al 2018).

Αναφορικά με τα εμπόδια ή τους λόγους μη ενσωμάτωσης της ΠΒΕ στην κλινική πρακτική, βρέθηκε ότι ήταν η έλλειψη χρόνου (Thorsteinsson 2013, Pétré et al 2018), η έλλειψη δεξιοτήτων που απαιτούνται για την αναζήτηση, επεξεργασία και εφαρμογή πληροφοριών (Thorsteinsson 2013, White-Williams et al 2013, Pétré et al 2018), την έλλειψη υποστήριξης από τη διοίκηση και την έλλειψη αναγνώρισης του νοσηλευτικού επαγγέλματος (Pétré et al 2018).

Οι νεότεροι σε εμπειρία νοσηλευτές (Saunders & Vehviläinen-Julkunen 2017), εκείνοι με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης (White-Williams et al 2013, Underhill et al 2015, Saunders & Vehviläinen-Julkunen 2017, Verloo et al 2017), όσοι κατείχαν θέση ευθύνης (White-Williams et al 2013,Verloo et al 2017) και όσοι υπηρετούσαν με πλήρη απασχόληση (White-Williams et al 2013) είχαν ισχυρότερες πεποιθήσεις ως προς τον βαθμό στον οποίο η κλινική νοσηλευτική πρακτική μπορεί να βασιστεί σε ενδείξεις.

Οι περισσότεροι νοσηλευτές αναζητούσαν λύση στα κλινικά προβλήματα που αντιμετώπιζαν καταφεύγοντας σε συνομηλίκους και ομόβαθμούς τους αντί να αναζητούν βιβλιογραφική τεκμηρίωση (Thorsteinsson 2013). Η χρήση των αποτελεσμάτων της έρευνας στην κλινική

πρακτική συνδέθηκε με θετικές πεποιθήσεις, εξοικείωση και άλλες δραστηριότητες που σχετίζονται με την ΠΒΕ (Thorsteinsson 2013, Nguyen & Wilson 2016).

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 1.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Κατά τη μελέτη της βιβλιογραφίας βρέθηκε ότι τα τελευταία χρόνια υπήρξαν ορισμένες αλλαγές στις πεποιθήσεις των νοσηλευτών αναφορικά με την ΠΒΕ. Οι πεποιθήσεις των νοσηλευτών είναι πιο θετικές, οι γνώσεις τους περισσότερες, αλλά και η κατανόηση της ανάγκης για εφαρμογή της ΠΒΕ ήταν εμφανής σε όλες τις μελέτες που συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση.

Οι νοσηλευτές αναγνώριζαν την αξία της ΠΒΕ στην κλινική πρακτική, υποστηρίζοντας κυρίως ότι η εφαρμογή της θα μπορούσε να βελτιώσει την παρεχόμενη φροντίδα (Gerrish & Cooke 2013, Thorsteinsson, 2013, Baird & Miller 2015). Παρόλα αυτά, ανέφεραν την ανάγκη της εις βάθος κατανόησης της ΠΒΕ, και ταυτόχρονα έκαναν λόγο για τα οφέλη της κλινικής έρευνας (Majid et al 2011, Stokke et al 2014, Mallion & Brooke 2016). Αρκετά σημαντική ετερογένεια των δεξιοτήτων και ικανοτήτων των νοσηλευτών στην εφαρμογή της ΠΒΕ στην καθημερινή πρακτική τους εντοπίστηκε από τους Friesen-Storms et al (2015).

Η ΠΒΕ σχετίζεται με το επίπεδο εκπαίδευσης, τον επαγγελματικό ρόλο και τα έτη προϋπηρεσίας των νοσηλευτών (Majid et al 2011, Melnyk 2012, Stokke et al 2014, Baird & Miller 2015, Underhill et al 2015). Ωστόσο, τα κύρια εμπόδια που ανέφεραν οι νοσηλευτές για την υιοθέτηση της ΠΒΕ παραμένουν αμετάβλητα και περιλαμβάνουν την έλλειψη χρόνου, γνώσεων και των δεξιοτήτων. Άλλα εμπόδια που αναφέρθηκαν από νοσηλευτές περιλαμβάνουν την έλλειψη πόρων, την απουσία υποστήριξης από τη διοίκηση του οργανισμού που υπηρετούν και την έλλειψη αρμοδιότητας για να μπορέσουν να επιφέρουν τις απαραίτητες αλλαγές στην κλινική πρακτική.

Η έλλειψη χρόνου για να εφαρμόσουν οι νοσηλευτές την ΠΒΕ είναι καλά τεκμηριωμένη στη βιβλιογραφία και η παρούσα συστηματική ανασκόπηση το επιβεβαιώνει. Η ΠΒΕ περιγράφεται από τους νοσηλευτές ως ένα πρόσθετο καθήκον – αρμοδιότητα που προστίθεται στον ήδη μεγάλο φόρτο εργασίας τους (Gray et al 2012). Ο διαθέσιμος χρόνος έχει αναγνωριστεί και χαρακτηριστεί από πολλούς νοσηλευτές ως απαραίτητος για τη σωστή εφαρμογή ΠΒΕ (Breimaier et al 2011, Tan et al 2012, Yoder et al 2014, Mallion & Brooke 2016). Ο επαρκής χρόνος αφορά το χρόνο μακριά από την κλινική πρακτική και τις ευθύνες της φροντίδας των ασθενών κατά τη διάρκεια της βάρδιας. Ωστόσο, αν και η εύρεση χρόνου στην καθημερινή νοσηλευτική ρουτίνα φαίνεται εύκολη, εν τούτοις πολλές φορές είναι αδύνατο να υπάρξει λόγω της υποστελέχωσης των νοσηλευτικών τμημάτων. Η ανάπτυξη νέων ρόλων και υποστήριξη κλινικών νοσηλευτών μέσω της διάδοσης των ερευνητικών δεδομένων μπορεί να είναι πιο πρακτικό και εφικτό να εφαρμοστεί.

Ένα άλλο πρόβλημα που ανιχνεύθηκε από την παρούσα συστηματική ανασκόπηση είναι η έλλειψη γνώσεων και δεξιοτήτων αναφορικά με την ΠΒΕ σε χώρες όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες, το Ηνωμένο Βασίλειο και η Αυστραλία (Thiel & Ghosh 2008, Brown et al 2009). Πολλοί νοσηλευτές ανέφεραν ότι είχαν δυσκολία στην αναζήτηση των κατάλληλων ερευνητικών δεδομένων στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, καθώς και σε άρθρα και περιοδικά (Gerrish & Cooke 2013). Σε πολλά νοσηλευτικά ιδρύματα έχουν αναπτυχθεί πρωτοβουλίες για την αντιμετώπιση αυτών των θεμάτων, όπως για παράδειγμα με η παρουσία ενός βιβλιοθηκονόμου για την υποστήριξη των νοσηλευτών κατά την αναζήτηση πηγών, αν και αυτό δεν αντικαθιστά την αναγκαιότητα οι ίδιοι οι νοσηλευτές να αναπτύξουν αντίστοιχες δεξιότητες (Määttä & Wallmyr 2010).

Οι νοσηλευτές πιστεύουν ότι η ΠΒΕ θα βοηθήσει στη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας και ότι τα πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα είναι απαραίτητα για την επικαιροποίηση των νοσηλευτικών κλινικών παρεμβάσεων. Από την άλλη, όμως, είναι σύνηθες οι νοσηλευτές να μην εμπλέκονται στη διαδικασία της λήψης αποφάσεων για τη διαχείριση των ασθενών, κάτι το οποίο επιδεινώνεται ακόμη περισσότερο από τη μειωμένη αναγνώριση και σεβασμό προς το επάγγελμα (Jones et al 2000).

Μικρό ποσοστό νοσηλευτών είναι διατεθειμένοι να αφιερώσουν χρόνο για να εκπαιδευτούν στην ΠΒΕ (Nagy et al 2001). Οι νοσηλευτές χρειάζονται περισσότερη εκπαίδευση για να αναπτύξουν τις ερευνητικές τους δεξιότητες πριν τις εφαρμόσουν στην καθημερινή κλινική πρακτική (Brown et al 2009, Melnyk et al 2012).

Στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση αναφέρθηκε ότι οι περισσότεροι νοσηλευτές είχαν θετική στάση απέναντι στην ΠΒΕ, ενώ πολλοί λιγότεροι ήταν εξοικειωμένοι με αυτόν τον όρο. Η γνώση του όρου ΠΒΕ δεν εγγυάται, αυτόματα, και την πρακτική εφαρμογή της, κάτι το οποίο υποστηρίζεται εντόνως από τα αποτελέσματα της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης.

Οι προτάσεις που ανέφεραν οι νοσηλευτές για την εφαρμογή της ΠΒΕ ήταν αρχικά η ανάγκη ύπαρξης κουλτούρας αποδοχής της αλλαγής, και ταυτόχρονα υποστήριξη από τους ανώτερους και τους συνάδελφους, αν και αυτό δεν αρκεί για να αλλάξει η καθημερινή πρακτική, καθώς οι ίδιοι αισθάνονται ότι δεν έχουν την εξουσία να επιβάλλουν την εφαρμογή των απαραίτητων αλλαγών (Gerrish & Cooke 2013, Baird & Miller 2015). Αυτή η έλλειψη εξουσίας μπορεί να αντιμετωπιστεί μέσω της ανάπτυξης συμμετοχικών συστημάτων διοίκησης, όπου

οι νοσηλευτές και οι νοσηλευτικές διοικήσεις συνεργάζονται και έχουν την ίδια βαρύτητα στη λήψη αποφάσεων. Μέσω αλλαγών των πολιτικών και των κατευθυντήριων οδηγιών επηρεάζεται θετικά η φροντίδα των ασθενών, αλλά και το περιβάλλον εργασίας (Dunbar et al 2007). Τα συμμετοχικά συστήματα διοίκησης μπορούν να αποτελέσουν την κινητήρια δύναμη της έρευνας και της ΠΒΕ για τη βελτίωση των κλινικών πρακτικών και της έκβασης των ασθενών (Harris et al 2007).

Όσον αφορά την ικανότητά τους να κατανοούν την ερευνητική μεθοδολογία, τη γλώσσα και τα στατιστικά δεδομένα, οι περισσότεροι νοσηλευτές ισχυρίζονται ότι δυσκολεύονται να κατανοήσουν την ερευνητική ορολογία (Glacken 2002). Ακόμη πιο δύσκολη είναι η κατανόηση των στατιστικών μεθόδων, κάτι το οποίο αναφέρεται συχνά από τους νοσηλευτές ως εμπόδιο (Roxburgh 2006). Είναι γεγονός ότι οι νοσηλευτές προτιμούν να απευθύνονται σε ανεπίσημες πληροφορίες (πληροφορίες από συνομηλίκους ή συνάδελφους, πληροφορίες από το Διαδίκτυο) και όχι από επίσημες και έγκυρες πηγές (βιβλία, επιστημονικά περιοδικά ή βάσεις δεδομένων). Αν ήταν δυνατό οι νοσηλευτές στο νοσοκομείο να έχουν πρόσβαση σε μια βιβλιοθήκη για πληροφορίες θα μπορούσαν να εφαρμόσουν πιο άμεσα την ΠΒΕ. Από την άλλη, όμως, ακόμα σε αυτά τα νοσοκομεία που υπάρχουν βιβλιοθήκες, οι νοσηλευτές δεν γνωρίζουν την ύπαρξη τους (Gerrish et al 2008, Thiel & Ghosh 2008).

Το επίπεδο εκπαίδευσης των νοσηλευτών παίζει σημαντικό ρόλο στην πρόθεσή τους να εμπλακούν στην έρευνα και στην ΠΒΕ, αν και η στάση τους απέναντι στην ΠΒΕ στην αρχή της καριέρας τους είναι ουδέτερη (Forsman et al 2010). Αυτό υποδηλώνει ότι η αλλαγή στη νοσηλευτική εκπαίδευση από μόνη της δεν αρκεί για να επηρεάσει την υιοθέτηση, από τους νοσηλευτές, της ΠΒΕ. Λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι το νοσηλευτικό προσωπικό γηράσκει, κυρίως επειδή έχουν αυξηθεί τα όρια συνταξιοδότησης και έχουν μειωθεί οι προσλήψεις νέων νοσηλευτών, εύκολα μπορεί να αντιληφθεί κανείς ότι ένα μεγάλο ποσοστό δεν έχει λάβει καθόλου εκπαίδευση αναφορικά με τη μεθοδολογία της έρευνας και την ΠΒΕ, καθώς δεν περιλαμβανόταν στο πρόγραμμα σπουδών των σχολών τους (Melynk et al 2012).

Ένα πρόβλημα που υπάρχει με την εκπαίδευση των νοσηλευτών είναι ότι, σε πολλές χώρες, πολλοί καθηγητές της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης είναι ιατροί, οι οποίοι έχουν διαφορετική θεώρηση για τη νοσηλευτική επιστήμη και θεωρία (Breimaier et al 2011). Στη Βόρεια Αμερική, όπου η ΠΒΕ αποτελεί μέρος του προπτυχιακού προγράμματος σπουδών για πολλά χρόνια, οι νοσηλευτές με πολλά χρόνια επαγγελματικής εμπειρίας παρουσιάζουν καλύτερες γνώσεις και εφαρμόζουν συνολικά την ΠΒΕ (Brown et al 2010, Majid et al 2011, Baird & Miller 2015). Στην Ευρώπη, από την άλλη, όπου η ΠΒΕ ενσωματώθηκε πρόσφατα στα προγράμματα εκπαίδευσης των νοσηλευτών, οι νεότεροι απόφοιτοι είναι εκείνοι που αναφέρουν καλύτερη γνώση και εφαρμογή στην καθημερινή κλινική πρακτική (González-Torrente 2012, Thorsteinsson 2013, Stokke et al 2014, Verloo et al 2016).

Θα πρέπει να δοθεί η ευκαιρία σε όλους τους νοσηλευτές να λάβουν κατάλληλη εκπαίδευση έτσι ώστε να αποκτήσουν εμπιστοσύνη στις ικανότητές τους να διεξάγουν έρευνα και να εφαρμόζουν αλλαγές. Στην Ελλάδα αυτό θα μπορούσε να γίνει μέσω του επιμελητηρίου. Οι νοσηλευτές, για παράδειγμα, που εργάζονται στο Ηνωμένο Βασίλειο και είναι εγγεγραμμένες στο αντίστοιχο επιμελητήριο (Nursing and Midwifery Council, NMC) είναι υποχρεωμένοι, μέσω της διαδικασίας ανανέωσης της άδειας επαγγέλματος, να αποδεικνύουν ότι έχουν επικαιροποιημένες γνώσεις και δεξιότητες μέσω της τακτικής μάθησης και της επαγγελματικής ανάπτυξης (NMC, 2015b). Η διαδικασία της ανανέωσης της άδειας επαγγέλματος επικεντρώνεται στη συνεχή ικανότητα των νοσηλευτών να ασκούν το επάγγελμα με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα, ενώ ταυτόχρονα περιλαμβάνει την ανάπτυξη νέων δεξιοτήτων και ανταπόκριση στις μεταβαλλόμενες ανάγκες των ασθενών και των λοιπών επαγγελματιών υγείας, πράγματα που περιλαμβάνονται στην ΠΒΕ.

Περιορισμοί

Υπάρχουν αρκετοί περιορισμοί όσον αφορά τις μελέτες που συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση. Πρώτον, αν και τα αποτελέσματα αυτών των μελετών δημοσιεύτηκαν μεταξύ 2013 και 2018, η συλλογή των δεδομένων σε μερικές μελέτες έγινε από το 2010. Δεύτερον, το δείγμα των μελετών προέρχεται από ένα ευρύ φάσμα χωρών με διαφορετικές δομές και συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, ενώ δεν βρέθηκε καμία μελέτη που να έχει διεξαχθεί στην Ελλάδα. Η αναγκαιότητα εφαρμογής της ΠΒΕ φαίνεται ομόφωνη σε όλες τις χώρες, με την εξασφάλιση πόρων, καθοδήγηση, θέσπιση πολιτικών, διαδικασιών και εθνικών κατευθυντήριων οδηγιών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Υπάρχει ένα συνεχές διεθνές ενδιαφέρον για την ΠΒΕ. Είναι απαραίτητο όλοι οι νοσηλευτές να εκπαιδεύονται στη χρήση της ΠΒΕ ώστε να είναι σε θέση να αξιολογούν τις έρευνες που εντοπίζονται στη βιβλιογραφία και να μπορούν να εφαρμόσουν αλλαγές που βασίζονται στην ΠΒΕ. Τα δεδομένα από την παρούσα συστηματική ανασκόπηση έδειξαν ότι τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές κατά την εφαρμογή της ΠΒΕ στην κλινική πρακτική είναι όμοια σε όλες τις χώρες του κόσμου. Απαιτούνται καινοτόμες προσεγγίσεις για την υιοθέτηση της ΠΒΕ ώστε οι διαδικασίες που περιλαμβάνει να μην

θεωρούνται ως πρόσθετος φόρτος εργασίας ή επιβάρυνση του νοσηλευτή στο κλινικό του έργο.

Έχει αναγνωρισθεί ότι τα ευρήματα μίας έρευνας χρειάζονται περίπου 17 χρόνια μέχρι να εφαρμοστούν πλήρως στην καθημερινή κλινική πρακτική (Morris et al 2011). Παρόλο τη διατυπωμένη άποψη των νοσηλευτών για τη χρησιμότητα και αξιοποίηση της έρευνας σχετικά με τη βελτίωση της έκβασης των ασθενών, η υιοθέτηση της ΠΒΕ δεν είναι καθολική ούτε παγκόσμια.

Η εισαγωγή της ΠΒΕ στα προγράμματα σπουδών των νοσηλευτικών σχολών, καθώς και η συστηματική ενσωμάτωσή της στην καθημερινή κλινική πρακτική, θα ενισχύσει σημαντικά τις δεξιότητες των νοσηλευτών, αλλά και θα βελτιώσει την ποιότητα της φροντίδας (Hanrahan et al 2015, Warren et al 2016, Cullen et al 2017).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Baird L.M. & Miller T. (2015). Factors influencing evidence-based practice for community nurses. *British Journal of Community Nursing* 20(5):233–42.

Breimaier H.E., Halfens R.J., Lohrmann C. (2011). Nurses' wishes, knowledge, attitudes and perceived barriers on implementing research findings into practice among graduate nurses in Austria. *Journal of Clinical Nursing* 20(11–12): 1744–56.

Brown C.E., Kim S.C., Stichler J.F. & Fields W. (2010). Predictors of knowledge,attitudes, use and future use of evidence-based practice among baccalaureate nursing students at two universities. *Nurse Education Today* 30:521-527.

Brown C., Ecoff L., Kim S., Wickline M., Rose B., Klimpel K. & Glaser D. (2010). Multi-institutional study of barriers to research utilization and evidence-based practice among hospital nurses. *Journal of Clinical Nursing* 19:1944-1951.

Brown C., Wickline M., Ecoff L. & Glaser D. (2009). Nursing practice, knowledge, attitudes and perceived barriers to evidence-based practice at an academic medical center. *Journal of Advanced Nursing* 65(2):371–381.

Cullen L., Wagner M., Matthews G. & Farrington M. (2017): Evidence into practice: integration within an organizational infrastructure. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 32:247-256.

Davidson J. & Brown C. (2014). Evaluation of nurse engagement in evidence-based practice. *AACN Advanced Critical Care* 25(1):43-55.

Dunbar B., Park B., Berger-Wesley M., Cameron T., Lorenz B.T., Mayes D. & Ashby R. (2007). Shared governance: making the transition in practice and perception. *Journal of Nursing Administration* 37(4):177–83.

Eizenberg M.M. (2011). Implementation of evidence-based nursing practice: nurses' personal and professional factors? *Journal of Advanced Nursing* 67(1):33–42.

Forsman H., Rudman A., Gustavsson P., Ehrenberg A. & Wallin L. (2010). Use of research by nurses during their first two years after graduating. *Journal of Advanced Nursing* 66(4):878–90.

Friesen-Storms J., Moser A., Loo S., Beurskens A. & Bours G. (2015). Systematic implementation of evidence-based practice in a clinical nursing setting: a participatory action research project. *Journal of Clinical Nursing* 24:57-68.

Gerrish K., Ashworth P., Lacey A. & Bailey J. (2008). Developing evidence-based practice: experiences of senior and junior clinical nurses. *Journal of Advanced Nursing* 62:62–73.

Gerrish K. & Cooke J. (2013). Factors influencing evidence-based practice among community nurses. *Journal of Community Nursing* 27(4):98–101.

Glacken M. (2002). Research and development in a Northern Ireland trust. *Nursing Standard* 16:33–37.

González-Torrente S., Pericas-Beltrán J., Bennasar-Veny M., Adrover-Barceló R., Morales-Asencio J.M. & De Pedro-Gómez J. (2012). Perception of evidence-based practice and the professional environment of Primary Health Care nurses in the Spanish context: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research* 12:1-9.

Gray M., Joy E., Plath D. & Webb S.A. (2012). Implementing evidence-based practice: a review of the empirical research literature. *Research on Social Work Practice* 23(2):157–66.

Hanrahan K., Wagner M., Matthews G., Stewart S., Dawson C., Greiner J., Pottinger J., Vernon-Levett P., Herold D., Hottel R., Cullen L., Tucker S. & Williamson A. (2015). *Sacred Cow Gone to Pasture: A Systematic Evaluation and Integration of Evidence-Based Practice. Worldviews on Evidence-Based Nursing* 12:3-11.

Harris K., Spinweber C., Doherty M., Milligan L., Addy L. & Hydo B. (2007). The integration of a nurse model to increase clinical excellence. *Journal of Nurses Staff Development* 23(3):12–17.

Hauck S., Winsett R. & Kuric J. (2012). Leadership facilitation strategies to establish evidence-based practice in an acute care hospital. *Journal of Advanced Nursing* 69(3):664-674.

Heydari A., Mazlom S.R., Ranjbar H. & Scurlock-Evans L. (2014). A study of Iranian nurses' and midwives' knowledge, attitudes, and implementation of evidence-based practice: the time for change has arrived. *Worldviews on Evidence Based Nursing* 11(5):325-31.

Institute of Medicine (2001). Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. Washington, D.C: National Academy Press

Jones P.S., O'Toole M.T. & Ngyuen H. (2000). Empowerment of nursing as a socially significant profession in Vietnam. *Journal of Nursing Scholarship* 32:317–21.

Määttä S. & Wallmyr G. (2010). Clinical librarians as facilitators of nurses' evidence-based practice. *Journal of Clinical Nursing* 19(23–24):3427-34.

Majid S., Foo S., Luyt B., Zhang X., Theng Y.L., Chang Y.K. & Mokhtar I.A. (2011). Adopting evidence-based practice in clinical decision making: nurses' perceptions, knowledge, and barriers. *Journal of the Medical Library Association* 99:229-236.

Mallion J. & Brooke J. (2016). Community- and hospital-based nurses' implementation of evidence based practice: are there any differences? *British Journal of Community Nursing* 21:148-154.

Melnyk B.M. (2012). Achieving a high-reliability organization through implementation of the ARCC model for systemwide sustainability of evidence-based practice. *Nursing Administration Quarterly* 36:127-135.

Melnyk B.M & Fineout-Overholt E. (2011). Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare: A Guide to Best Practice (Second Edition ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Melnyk B., Fineout-Overholt E., Gallagher-Ford L. & Kaplan L. (2012). The state of evidence-based practice in US Nurses: Critical implications for nurse leaders and educators. *Journal of Nursing Administration* 42(9):410-417.

Morris Z.S., Wooding S. & Grant J. (2011). The answer is 17 years, what is the question: understanding time lags in translational research.

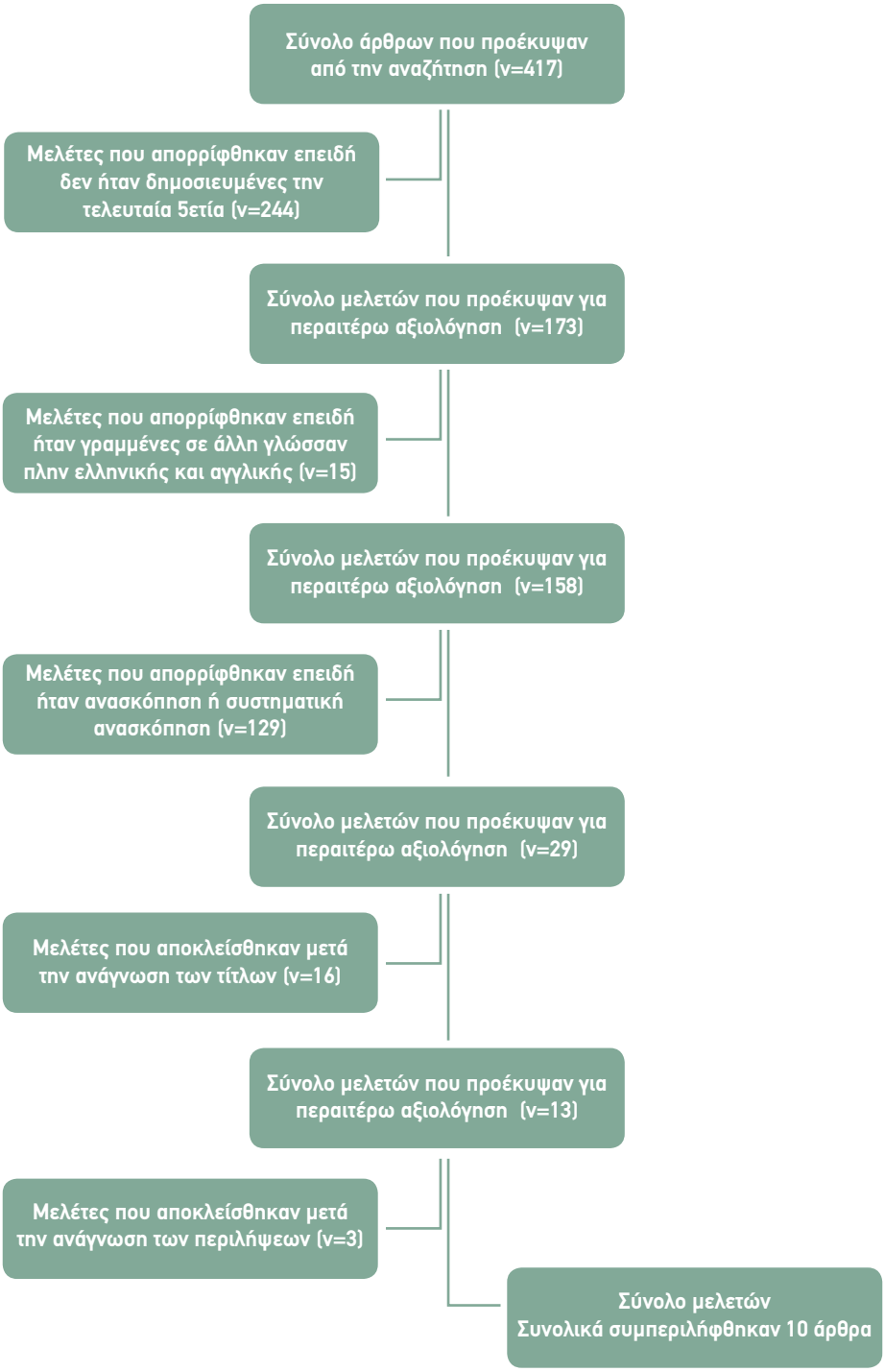
Journal of Royal Society of Medicine 104(12):510–20.
Nagy S., Lumby J., McKinley S. & Macfarlane C. (2001). Nurses' beliefs about the conditions that hinder or support evidence based nursing. *International Journal of Nursing Practice* 7:314–21.
Nguyen T.N. & Wilson A. (2016). Knowledge, skills, and attitudes to implementing best practice in hospitals in Central Vietnam. *International Journal of Evidence Based Healthcare* 14(4):142-149.
Nursing and Midwifery Council. (2015b). Revalidation. Your step-by-step guide through the process. Ανάκτηση από: http://revalidation.nmc.org.uk
Pereira F., Pellaux V. & Verloo H. (2018). Beliefs and implementation of evidence-based practice among community health nurses: A cross-sectional descriptive study. *Journal of Clinical Nursing doi:* 10.1111/jocn.14348.
Pétré B., Gillain N., Jacqmin N., Adriaenssens J., Vandenbosch K., Gillet P., Vander Stichele R., Thienpont G. & Guillaume M. (2018). Perception of Belgian nurses about evidence-based clinical practice implementation: a focus group study. *Acta Clinica Belgium* 73(2):110-118.
Roxburgh M. (2006). An exploration of factors which constrain nurses from research participation. Journal of Clinical Nursing 15:535–45.
Saunders H. & Vehviläinen-Julkunen K. (2017). Nurses' Evidence-Based Practice Beliefs and the Role of Evidence-Based Practice Mentors at University Hospitals in Finland. *Worldviews on Evidence Based Nursing* 14(1):35-45.
Skela-Savič B., Hvalič-Touzery S. & Pesjak K. (2017). Professional values and competencies as explanatory factors for the use of evidence-based practice in nursing. *Journal of Advanced Nursing* 73(8):1910-1923.
Stokke K., Olsen N.R., Espehaug B. & Nortvedt M.W. (2014). Evidence based practice beliefs and implementation among nurses: a cross-sectional study. *BMC Nursing* 13:8.
Tan M., Akgün Sahin Z. & Kardas Özdemir F. (2012). Barriers of research utilization from the perspective of nurses in Eastern Turkey. *Nursing Outlook* 60(1):44–50.
Thiel L. & Ghosh Y. (2008). Determining registered nurses' readiness for evidence-based practice. *Worldviews on Evidence Based Nursing* 5:182–92.
Thorsteinsson H.S. (2013). Icelandic nurses' beliefs, skills, and resources associated with evidence-based practice and related factors: a national survey. *Worldviews on Evidence Based Nursing* 10(2):116-26.
Underhill M., Roper K., Siefert M.L., Boucher J. & Berry D. (2015). Evidence-based practice beliefs and implementation before and after an initiative to promote evidence-based nursing in an ambulatory oncology setting. *Worldviews on Evidence Based Nursing* 12(2):70-78.
Verloo H., Desmedt M. & Morin D. (2017). Beliefs and implementation of evidence-based practice among nurses and allied healthcare providers in the Valais hospital, Switzerland. *Journal of Evaluation Clinical Practice* 23(1):139-148.
Warren J.I., Montgomery K.L. & Friedmann E. (2016). Three-Year Pre–Post Analysis of EBP Integration in a Magnet-Designated Community Hospital. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 13:50-58.
White-Williams C., Patrician P., Fazeli P., Degges M.A., Graham S., Andison M., Shedlarski A., Harris L. & McCaleb K.A. (2013). Use, knowledge, and attitudes toward evidence-based practice among nursing staff. *Journal of Continuing Education in Nursing* 44(6):246-54, quiz 255-6.
Yoder L.H., Kirkley D., McFall D.C., Kirksey K.M., StalBaum A.L. & Sellers D. (2014). CE: Original Research: Staff nurses' use of research to facilitate evidence-based practice. *American Journal of Nursing* 1

Πίνακας 1. Απόψεις των νοσηλευτών για την εφαρμογή πρακτικών βασισμένες σε ενδείξεις στην κλινική πράξη.

Μελέτη	Είδος Μελέτης	Σκοπός	Δείγμα	Εργαλείο	Αποτελέσματα
Pereira et al., 2018	Περιγραφική, συγχρονική μελέτη	Διερεύνηση των πεποιθήσεων σχετικά με την πρακτική βασισμένη σε ενδείξεις	136 νοσηλευτές της κοινότητας στην Ελβετία	EBP Beliefs Scale: 16 ερωτήσεις EBP implementation Scale: 17 ερωτήσεις	Περισσότεροι από τους μισούς ερωτηθέντες γνώριζαν για την πρακτική βασισμένη σε ενδείξεις και ήταν θετικοί στην εφαρμογή. Οι περισσότεροι ήταν διατεθειμένοι να βελτιώσουν τις δεξιότητές τους για να μπορέσουν να το πράξουν. Οι πρακτικές βασισμένες σε ενδείξεις που απαιτούσαν επιστημονικές γνώσεις και δεξιότητες υλοποιήθηκαν λιγότερο συχνά.
Pétré et al., 2018	Ποιοτική μελέτη	Αξιολόγηση των συναισθημάτων των νοσηλευτών για την πρακτική βασισμένη σε ενδείξεις	56 Νοσηλευτές από το Βέλγιο που εργάζονταν σε διάφορους χώρους (κατ`οίκον, νοσοκομεία, ψυχιατρική περίθαλψη, φροντίδα χρονίων πασχόντων και γηροκομεία)	Ερωτήσεις ανοιχτού τύπου	Οι νοσηλευτές είχαν μικρή εξοικείωση με την πρακτική βασισμένη σε ενδείξεις. Εμπόδια για την ενσωμάτωση της πρακτικής βασισμένης σε ενδείξεις: έλλειψη χρόνου. έλλειψη δεξιοτήτων που απαιτούνται για την αναζήτηση, επεξεργασία και εφαρμογή πληροφοριών, έλλειψη υποστήριξης από τη διοίκηση και έλλειψη αναγνώρισης του νοσηλευτικού επαγγέλματος.
Saunders & Vehviläinen-Julkunen, 2017	Περιγραφική, συγχρονική μελέτη	Διερεύνηση των απόψεων των νοσηλευτών για την πρακτική βασισμένη σε ενδείξεις και του ρόλου των συμβούλων της πρακτικής βασισμένης σε ενδείξεις.	943 νοσηλευτές οξείας φροντίδας από 5 πανεπιστημιακά νοσοκομεία στη Φιλανδία	Ερωτηματολόγιο μέτρησης της ετοιμότητας των νοσηλευτών για την πρακτική βασισμένη σε ενδείξεις των Stevens, Puga και Low (2012).	Οι νοσηλευτές ανέφεραν χαμηλά επίπεδα πεποιθήσεων για την πρακτική βασισμένη σε ενδείξεις. Οι νεότεροι σε εμπειρία νοσηλευτές και εκείνοι με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης είχαν ισχυρότερες πεποιθήσεις ως προς τον βαθμό στην οποία η κλινική νοσηλευτική πρακτική μπορεί να βασιστεί σε ενδείξεις.
Skela-Savič et al., 2017	Συγχρονική, μη πειραματική, ποσοτική μελέτη	Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ αξιών, ικανοτήτων, επιλεγμένων χαρακτηριστικών θέσεων εργασίας και χρήσης πρακτικών που βασίζονται σε ενδείξεις.	780 νοσηλευτές από 20 νοσοκομεία στη Σλοβενία.	Nurse Professional Values Scale-R. Nurse Competence Scale. Evidence-Based Practice Beliefs and Implementation Scale.	Οι νοσηλευτές υποστηρίζουν ότι η πρακτική που βασίζεται σε ενδείξεις είναι χρήσιμη στην κλινική πρακτική, αλλά δεν διαθέτουν τις γνώσεις για την εφαρμογή της στην πρακτική. Η εφαρμογή της πρακτικής βασισμένης σε ενδείξεις είναι χαμηλή.
Verloo et al., 2017	Συγχρονική μελέτη	Διερεύνηση των πεποιθήσεων και της εφαρμογής της πρακτικής βασισμένης σε ενδείξεις	1899 νοσηλευτές από 9 νοσοκομεία οξείας περίθαλψης στο Valais της Ελβετίας.	EBP Beliefs Scale: 16 ερωτήσεις EBP implementation Scale: 17 ερωτήσεις	Οι νοσηλευτές είχαν θετική στάση απέναντι στην πρακτική βασισμένη σε ενδείξεις και ήταν πρόθυμοι να αυξήσουν τις γνώσεις τους για να καθοδηγήσουν την πρακτική. Ωστόσο, αναγνώρισαν την κακή εφαρμογή στην καθημερινή πρακτική. Η εκπαίδευση και η θέση ευθύνης σχετίστηκε σημαντικά με την χρήση της πρακτικής βασισμένης σε ενδείξεις.
Nguyen & Wilson, 2016	Περιγραφική, συγχρονική μελέτη	Διερεύνηση των γνώσεων, δεξιοτήτων και στάσεων των νοσηλευτών για την πρακτική βασισμένη σε ενδείξεις.	234 νοσηλευτές από δύο μεγάλα νοσοκομεία στο Βιετνάμ.	2 Ερωτηματολόγια: 20 ερωτήσεων των Nagy et al. (2001) 22 ερωτήσεων των Pravikoff et al. (2005)	Το 29,5% των ερωτηθέντων ήταν εξοικειωμένοι με την πρακτική βασισμένη σε ενδείξεις. Το 57,7% πίστευαν ότι η έρευνα ήταν χρήσιμη για τη βελτίωση της ποιότητας της νοσηλευτικής πρακτικής. Το 67,9% πίστευαν ότι η ανάγνωση ερευνητικών άρθρων είναι μια κρίσιμη δραστηριότητα για να εξασκήσουν τη νοσηλευτική αποτελεσματικά και αποδοτικά.

Μελέτη	Είδος Μελέτης	Σκοπός	Δείγμα	Εργαλείο	Αποτελέσματα
Underhill et al., 2015	Συγκριτική μελέτη	Σύγκριση και περιγραφή των πεποιθήσεων των νοσηλευτών ογκολογίας και της αντιλαμβανόμενης εφαρμογής της πρακτικής εφαρμοσμένης σε ενδείξεις πριν και μετά την εφαρμογή μιας θεσμικής πρωτοβουλίας.	350 νοσηλευτές από ένα νοσοκομείο στη Βοστώνη, ΗΠΑ	EBP Beliefs Scale: 16 ερωτήσεις EBP implementation Scale: 17 ερωτήσεις	Το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης σχετίστηκε με υψηλότερες βαθμολογίες EBP-B και EBP-I ($p < .05$).
Heydari et al., 2014	Περιγραφική, συγχρονική μελέτη	Διερεύνηση γνώσεων, στάσεων και πρακτικής των κλινικών νοσηλευτών και μαιών.	240 νοσηλευτές και μαίες από δημόσια νοσοκομεία του Mashhad στο Ιράν, με τουλάχιστον 1 έτος εμπειρίας	Ερωτηματολόγιο EBP των Upton & Upton (2006)	Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανέφεραν χαμηλές γνώσεις ή δεξιότητες και πρακτική βασισμένες σε ενδείξεις, καθώς και μέτρια στάση. Οι νοσηλευτές είχαν σημαντικά πιο θετική στάση από τους ($p < .001$).
Thorsteinsson, 2013	Περιγραφική μελέτη	Διερεύνηση της ικανότητας των νοσηλευτών να παρέχουν φροντίδα βασισμένη σε ενδείξεις, όπως μετράται από τις πεποιθήσεις τους, την αντίληψη δεξιοτήτων και την πρόσβαση σε κατάλληλους πόρους.	540 νοσηλευτές στην Ισλανδία	EBP Beliefs Scale 16 ερωτήσεις ILNP 71 ερωτήσεις	Οι συμμετέχοντες πίστευαν έντονα στην αξία της πρακτικής βασισμένης σε ενδείξεις για την περίθαλψη των ασθενών, αλλά ήταν λιγότερο σίγουροι για τις δικές τους γνώσεις και δεξιότητες που απαιτούνται. Οι περισσότεροι ρωτούν συνομηλίκους όταν χρειάζονται πληροφορίες, αντί βιβλιογραφίας. Κύριο εμπόδιο: έλλειψη δεξιοτήτων αναζήτησης. Η χρήση των αποτελεσμάτων της έρευνας στην πρακτική συνδέθηκε με θετικές πεποιθήσεις, εξοικείωση και άλλες δραστηριότητες που σχετίζονται με την πρακτική βασισμένη σε ενδείξεις.

Διάγραμμα ροής



RESEARCH STUDY

Looking into the nurses' views regarding implementation of Evidence-Based Nursing in clinical practice

Efrosini Papadopoulou[1], Evridiki Kamba[2], Areti Stavropoulou[3], Martha Kelesi[4]
1. RN, MSc, "Saint Paul" General Hospital of Thessaloniki
2. Assistant professor, Faculty of Nursing, West Attica University
3. Lecturer, Faculty of Nursing, West Attica University
4. Professor, Faculty of Nursing, West Attica University

ABSTRACT

Introduction: Although there are plenty of guidelines and protocols for clinical practice, the implementation, by healthcare professionals, of evidence-based practice (EBP) is not quite widespread in clinical practice. Evidence-based practice is related with improved patient outcomes and cost-effective care.
The purpose of this study was to investigate the nurses's views regarding the implementation of EBP in clinical practice.

Methods: This is a systematic review. The literature review was conducted in Pubmed database with specific key-words and it consisted of last five years publications in English or Greek language. Initially 417 articles were found, of which ten, full text, clinical and multicentered studies, meta-analysis and comparison studies were finally selected.

Results: Almost half of the nurses knew about EBP, had a positive attitude, and were keen to increasing their knowledge to follow the new trends in clinical practice. Nurses are less familiar with EBP, but argued that it is useful in clinical practice eventhough they lack the knowledge to implement it. Although most nurses knew what EBP was, they were less confident about their own knowledge and skills required. EBP needing advanced scientific knowledge and skills have been less frequently implemented. Lack of time, lack of skills required to search for information, processing and implementation of information, lack of administrative support and the lack of recognition of nursing profession were found to be the main obstacles in applying EBP in clinical practice. Younger nurses, those with a higher level of education, who held an administrative position and a full-time job had stronger views regarding the extent to which clinical nursing practice can be based on EBP.

Conclusions: All nurses need to be properly educated and trained in order to be able to evaluate research and apply evidence-based changes in clinical practice. The introduction of evidence-based practice into nursing curricula, as well as its systematic integration into everyday clinical practice, will greatly enhance nurses' conviction.

Key-words: Attitudes, beliefs, evidence-based practice, nurses, obstacles

Corresponding author: Efrosini Papadopoulou
e-mail: efro.pap@gmail.com

Submission date: 22/06/2018
Publication date: July 2019

Citation: Papadopoulou E., Kamba E., Stavropoulou A. & Kelesi M. (2019). Looking into the nurses's views regarding implementation of Evidence-Based Nursing in clinical practice. Hellenic Journal of Nursing Science 12(3): 20-30

Η κατάχρηση αντιβιοτικών και η ανάπτυξη μικροβιακής αντοχής

Γεώργιος Ελεσνίτσαλης[1], Ιωάννα Βεκίλη[2]
1. Νοσηλευτής, MSc, PhD, ΜΕΘ, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου»
2. Νοσηλεύτρια, MSc, MBA(c), ΜΕΘ, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γεώργιος Γεννηματάς»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η αύξηση της κατάχρησης των αντιβιοτικών στην Ελλάδα συνιστά μείζον πρόβλημα τα τελευταία χρόνια. Η παρούσα μελέτη εστιάζει στην αναγκαιότητα μείωσης της χρήσης των αντιβιοτικών μέσω της δράσης των εμπλεκόμενων φορέων.

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να διερευνήσει τη χρήση των αντιβιοτικών και την ανάπτυξη μικροβιακής αντίστασης, ενώ ταυτόχρονα να εντοπίσει μέτρα περιορισμού του φαινομένου μέσω της τήρησης διαφόρων πρωτοκόλλων από τους επαγγελματίες υγείας.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων Pubmed και στη μηχανή αναζήτησης Google Scholar. Κριτήρια ένταξης των άρθρων ήταν η αγγλική γλώσσα, ο ερευνητικός σχεδιασμός τους και η χρονολογία διεξαγωγής της μελέτης (2007-2017). Εντοπίστηκαν 542 αναφορές και τελικά το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτέλεσαν 36 πρωτογενείς ερευνητικές μελέτες οι οποίες κάλυπταν τα παραπάνω κριτήρια.

Αποτελέσματα: Η θνησιμότητα σε ασθενείς με ανθεκτικά λοιμογόνα φορτία είναι διπλάσια σε σχέση με ασθενείς που επιμολύνονται από μικροοργανισμούς μη ανθεκτικούς στην αντιβίωση. Η παρατεταμένη νοσηλεία αυξάνει τον κίνδυνο δημιουργίας ανθεκτικών στελεχών. Η εφαρμογή της εμπειρικής θεραπείας συχνά κρίνεται αναποτελεσματική σε αποικισμένους ασθενείς με ανθεκτικά στελέχη.

Συμπεράσματα: Η ανάπτυξη μικροβιακής ανθεκτικότητας φαίνεται να αποτελεί μια διαρκή απειλή για τη δημόσια υγεία, οδηγώντας σε αύξηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας. Ο σχεδιασμός και η εφαρμογή βέλτιστων πρακτικών για την αντιμετώπιση του προβλήματος κρίνονται αναγκαία. Η συνεχής αναζήτηση νέων λύσεων σε συνδυασμό με την εφαρμογή επικοινωνιακής στρατηγικής απέναντι σε όλους τους εμπλεκόμενους φορείς θα συντελέσει στην ορθολογική χρήση των αντιβιοτικών και κατά επέκταση στην προάσπιση της δημόσιας υγείας.

Λέξεις κλειδιά: Κατάχρηση αντιβιοτικών, μικροβιακή αντίσταση, νοσοκομειακές λοιμώξεις, οικονομικές συνέπειες, πρόληψη, πρωτόκολλα αντιμετώπισης.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:
Γεώργιος Ελεσνίτσαλης,
e-mail: ikon3369@yahoo.com

Ημερομηνία υποβολής: 13.9.2018
Ημερομηνία δημοσίευσης: Ιούλιος 2019

Αναφορά του άρθρου ως: Ελεσνίτσαλης Γ. & Βεκίλη Ι. (2019). Η κατάχρηση αντιβιοτικών και η ανάπτυξη μικροβιακής αντοχής. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης 12(3): 31-43

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ:

- **Ανάπτυξη μικροβιακής αντοχής σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας**
- **Αυξητική τάση της κατανάλωσης των αντιβιοτικών στην Ελλάδα**
- **Ανάγκη αναγνώρισης και διαχείρισης της αλόγιστης χρήσης των αντιβιοτικών από τους εμπλεκόμενους φορείς μέσω του σχεδιασμού στρατηγικών αντιμετώπισης (Πρωτόκολλα, κατευθυντήριες οδηγίες).**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με τα παγκόσμια δημογραφικά στοιχεία, η παράταση του προσδόκιμου επιβίωσης σε συνδυασμό με τη γήρανση του πληθυσμού και την αύξηση της νοσηρότητας, δημιουργούν ένα πλαίσιο αυξανόμενων αναγκών για περαιτέρω φαρμακευτική κάλυψη με αποτέλεσμα την αντίστοιχη αύξηση της υγειονομικής δαπάνης. Τα τελευταία χρόνια η παραπάνω αυξητική τάση που παρουσιάζει η αλόγιστη χρήση των φαρμακευτικών σκευασμάτων, και κυρίως των αντιβιοτικών, έχει φέρει σημαντικές εξελίξεις στην παγκόσμια αγορά φαρμάκου ενώ φαίνεται να προβληματίζει ολοένα και περισσότερο την επιστημονική κοινότητα και τις πολιτικές ηγεσίες τόσο σε εθνική όσο και σε παγκόσμια κλίμακα.

Σε μελέτη του Ventola (2015), αναφέρεται ότι κολοσσιαίες φαρμακευτικές εταιρίες (οι 15 από τις 18 στο σύνολο τους) έχουν αναστείλει τα ερευνητικά τους προγράμματα σε σχέση με την εξέλιξη και την παραγωγή νέων αντιβιοτικών σκευασμάτων. Ενδεικτικά, σύμφωνα με τον Piddock (2012), τα ποσά που δαπανώνται στην έρευνα νέων αντιβιοτικών είναι αμελητέα συγκριτικά με άλλες κατηγορίες φαρμάκων. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με το γραφείο οικονομικών Υγείας στο Λονδίνο, τα ποσά που δαπανώνται στην έρευνα νέων αντιβιοτικών κοστολογούνται στα 50 εκατομμύρια δολάρια, σε σχέση με την δαπάνη του 1 δις δολάρια, σε φάρμακα που αφορούν τη θεραπεία νευρομυϊκών διαταραχών. Το γεγονός ότι τα αντιβιοτικά χρησιμοποιούνται για ορισμένο χρονικό διάστημα και μάλιστα σε πολλές περιπτώσεις επιτυγχάνεται η ίαση, που σημαίνει ότι ο ασθενής δεν θα λάβει εκ νέου επιπλέον αγωγή, δεν τα καθιστά ελκυστικά στις φαρμακευτικές εταιρίες, ώστε να επενδύσουν στην περαιτέρω εξέλιξη τους. Συνεπώς, τα αντιβιοτικά σχήματα τείνουν να ανακυκλώνονται συνεχώς, να χρησιμοποιούνται συνδυαστικά για μεγάλα χρονικά διαστήματα με αποτέλεσμα να εμφανίζονται συνεχώς νέα ανθεκτικά στελέχη με όλο και πιο επιθετικά λοιμογόνα φορτία μη ανταποκρινόμενα στην αντιβίωση.

Τα παραπάνω ίσως να έχουν σχέση με την ανάπτυξη μικροβιακής αντοχής, μια απειλητικής για την υγεία κατάστασης, κατά την οποία οι μικροοργανισμοί δύνανται να αντιστέκονται στα θεραπευτικά σχήματα των αντιβιώσεων με αποτέλεσμα να αναπτύσσεται η ανθεκτικότητα σε αυτά. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η μικροβιακή αντοχή μπορεί να επηρεάσει δυσμενώς τη δημόσια υγεία σε οποιαδήποτε χώρα χωρίς να κάνει διάκριση στο φύλο και την ηλικία (WHO 2017). Το αποτέλεσμα της λανθασμένης χρήσης των αντιβιοτικών στο πλαίσιο της εμπειρικής αντιμετώπισης, η κακή υγιεινή, η αυξημένη νοσηρότητα σε συνδυασμό με τις ελλιπείς μεθόδους επιτήρησης-ελέγχου της κατανάλωσης των αντιβιοτικών, δημιουργούν σήμερα ένα πεδίο προβληματισμών για την ανάγκη αλλαγής της φαρμακευτικής πολιτικής σε παγκόσμιο επίπεδο γενικότερα, και στις χώρες του ΟΟΣΑ ειδικότερα (OECD 2017).

Παρόλο το γεγονός ότι το εγχώριο υγειονομικό κόστος φαίνεται να έχει μία τάση μείωσης, δεν ισχύει το ίδιο αντίστοιχα για το ποσοστό χρήσης αντιβιοτικών στην Ελλάδα, καθώς παραμένει στις πρώτες θέσεις της ευρωπαϊκής λίστας (O'Neill 2016). Η υπέρμετρη χρήση αντιβιοτικών φαρμάκων έχει συντελέσει στην αύξηση της μικροβιακής αντοχής, με αποτέλεσμα να αποτελεί παγκόσμια απειλή για τη δημόσια υγεία (WHO 2017).

Ο σκοπός της παρούσας ανασκόπησης ήταν η μελέτη άρθρων με αντικείμενο έρευνας την αλόγιστη κατανάλωση αντιβιοτικών και την ανάπτυξη μικροβιακής αντίστασης. Παράλληλα, διερευνάται η αναζήτηση μέτρων περιορισμού της κατάχρησης των αντιβιοτικών μέσω της τήρησης διαφόρων πρωτοκόλλων από τους επαγγελματίες υγείας.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Διενεργήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων Pubmed και μέσω της μηχανής αναζήτησης Google Scholar για το χρονικό διάστημα 2007-2017, με τις ακόλουθες λέξεις κλειδιά: "antibiotics overuse", "hospital acquired infection (HAI)", "antimicrobial resistance," "economic consequences,'' "prevention," "guidelines" σε διάφορους συνδυασμούς. Ως κριτήρια ένταξης των μελετών στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση θεωρήθηκαν τα εξής: να είναι πρωτογενή άρθρα στην αγγλική γλώσσα, να έχουν επικεντρωθεί στην κατάχρηση των αντιβιοτικών, στην ανάπτυξη μικροβιακής αντίστασης και στη νοσηλευτική διαχείριση των ασθενών με λοιμογόνα φορτία. Τα κριτήρια αποκλεισμού άρθρων ήταν η μη αναφορά των αποτελεσμάτων αποκλειστικά στην κατάχρηση των αντιβιοτικών, η μη αναφορά σε μέτρα περιορισμού της αλόγιστης χρή-

σης, η μη αναφορά σε παρεμβατικά πρωτόκολλα, ο ερευνητικός σχεδιασμός, οι μελέτες δημοσιευμένες σε περιοδικά υπό τη μορφή μεταπτυχιακών και διδακτορικών διατριβών και μελέτες που παρουσιάστηκαν σε συνέδρια. Από το σύνολο των 542 άρθρων αποκλείστηκαν 506 και περιλήφθηκαν 36 πρωτογενείς ερευνητικές μελέτες βάση των παραπάνω κριτηρίων εισαγωγής-αποκλεισμού. Τα βήματα που ακολουθήθηκαν για την επιλογή των άρθρων απεικονίζονται στο διάγραμμα ροής (Σχήμα 1).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Κατανάλωση των αντιβιοτικών

Όπως υποστηρίζεται από το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νοσημάτων (European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC), το φαινόμενο της αυξημένης ανθεκτικότητας των μικροβίων στα αντιβιοτικά απασχολεί εξίσου τις χώρες της Ευρωζώνης, παίρνοντας όμως το προβάδισμα η νότια και η νοτιοανατολική Ευρώπη (ECDC 2016).

Σε παγκόσμια κλίμακα αναφέρεται ότι η κατανάλωση των αντιβιοτικών αναμένεται να αυξηθεί κατά 67%. Στην Ευρώπη καταγράφονται περίπου 25000 θάνατοι ετησίως, απόρροια της υψηλής μικροβιακής αντοχής, ενώ στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής περίπου δύο εκατομμύρια άνθρωποι ετησίως νοσούν από πολυανθεκτικά μικρόβια και 23000 ασθενείς καταλήγουν. Σύμφωνα με το ECDC (2012), ένας στους 18 ασθενείς την ημέρα φαίνεται να αποικίζεται με τουλάχιστον ένα ενδονοσοκομειακό δυνητικά παθογόνο μικρόβιο, γεγονός που αντιστοιχεί σε 3,2 εκατομμύρια ασθενείς το χρόνο. Αν δεν ληφθούν τα απαραίτητα μέτρα αντιμετώπισης, οι αριθμοί των θανάτων παγκοσμίως τείνουν να αυξηθούν ανησυχητικά έως και 10 εκατομμύρια μέχρι το 2050 (OECD Antimicrobial Resistance 2016, OECD Health at a Glance 2016, ECDC 2016, Special Eurobarometer 2016).

Ακολούθως, τα επίσημα στοιχεία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής αναφέρουν, ότι το ένα τρίτο των Ευρωπαίων φέρεται να έχει καταναλώσει αντιβιοτικά φάρμακα το τελευταίο έτος. Επιπλέον, σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες, όπως Ρουμανία, Λεττονία, Δανία και Ολλανδία, από το 2013 και έπειτα φαίνεται να σημειώνεται μία τάση μείωσης της κατανάλωσης των αντιβιοτικών. Στον αντίποδα της αύξησης του ποσοστού κατανάλωσης συμπεριλαμβάνονται η Ισπανία, η Ιταλία και η Ελλάδα (Antimicrobial Resistance 2017).

Όσον αφορά στην Ελλάδα, σύμφωνα με μελέτη του ECDC, για το 2016 συγκριτικά με το 2013, φαίνεται να κατακτά τις πρώτες θέσεις στην κατανάλωση των αντιβιοτικών. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της ανθεκτικότητας σε μικρόβια όπως στην κλεμπσιέλλα, όπου φαίνεται να ξεπερνά το 50%, και στον εντερόκοκκο με διακυμάνσεις της ανθεκτικότητας του κατά 25-50%. Αυτά τα πολυανθεκτικά μικρόβια δύνανται να προκαλέσουν δυνητικά απειλητικές καταστάσεις για την δημόσια υγεία (ECDC 2016).

Μετά τα τελευταία στοιχεία της αλόγιστης χρήσης των αντιβιοτικών, εγείρεται η ανάγκη προάσπισης της δημόσιας υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ και ειδικότερα στην Ελλάδα μέσα από δράσεις, σχεδιασμούς και αλλαγές της πολιτικής χρήσης-αγοράς των φαρμάκων.

Παρά το γεγονός ότι η Ελλάδα ακολουθεί χαμηλή τιμολογιακή πολιτική στην αγορά των φαρμάκων, μέσω της διάθεσης των γενόσημων φαρμάκων, ο ρυθμός κατανάλωσης των αντιβιοτικών διαρκώς αυξάνεται τα τελευταία 10 χρόνια, όπως αναφέρει το ECDC (2016). Συνεπώς, η ανάπτυξη αντοχής των μικροβίων στα αντιβιοτικά, απόρροια της αλόγιστης χρήσης αυτών, αποτελεί ένα μείζων πολυπαραγοντικό πρόβλημα για τη δημόσια υγεία. Η εφαρμογή βέλτιστων πρακτικών, όσον αφορά στον περιορισμό της κατάχρησης των αντιβιοτικών, καθίσταται αναγκαία μέσω της ανασκόπησης και της καταγραφής του οφέλους που προκύπτει για τη δημόσια υγεία (Κωσταντοπούλου 2016).

Ανθεκτικότητα αντιβιοτικών και δημιουργία ανθεκτικών στελεχών

Οι αναφορές του Cohen et al (1970), επισημαίνουν το γεγονός ότι η θνησιμότητα σε ασθενείς που αποικίζονται από ανθεκτικό λοιμογόνο μικρόβιο, με υψηλή αντίσταση στα αντιμικροβιακά φάρμακα, είναι διπλάσια σε σχέση με τους ασθενείς που επιμολύνονται από μικροοργανισμούς μη ανθεκτικούς. Η παραπάνω διαπίστωση έχει πολλές προεκτάσεις, ενώ εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως η ηλικία, οι συνυπάρχουσες παθήσεις και η βαρύτητα της επικείμενης νόσου. Ωστόσο, από τότε έως και σήμερα ακολούθησε ένα πλήθος μελετών που είτε επιβεβαιώνουν είτε ενισχύουν ή ακόμη και εξειδικεύουν την παραπάνω διαπίστωση.

Προσπαθώντας, η επιστημονική κοινότητα, να μετριάσει το φαινόμενο της ανθεκτικότητας των μικροβιακών στελεχών, φαίνεται να αναπτύσσονται διαρκώς νέοι προβληματισμοί που δύσκολα μπορούν να προβλεφθούν. Αντίστοιχες μελέτες παρουσιάζονται στον Πίνακα 1. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρονται οι συγγραφείς, το πολυανθεκτικό λοιμογόνο αίτιο, η εμπειρική είτε στοχευμένη αντιμετώπιση του πολυαθεκτικού μικροβιακού φορτίου, ενώ παράλληλα αναφέρεται το αποτέλεσμα αυτής της ενέργειας ως αξιολόγηση της 1ης αντιμετώπισης στον πίνακα. Ομοίως αναλύονται οι παρεμβάσεις που έγιναν ως προς το ανθεκτικό στέλεχος και τέλος τα αποτελέσματα αυτών των παρεμβάσεων αναφέρονται στον πίνακα ως προβληματισμοί που προέκυψαν.

Αναλυτικότερα, οι Melzer et al (2007), οι Lautenbach et al (2011) και οι Rottier et al (2012), στην προσπάθεια τους να αντιμετωπίσουν εμπειρικά με κεφτριαξόνη, μια ανθεκτική σε ευρέως φάσματος β-λακταμάση (ιδιαίτερα

ανθεκτικά ένζυμα στα αντιμικροβιακά φάρμακα), την βακτηριαιμία με Escherichia coli, διαπίστωσαν ότι η προτεινόμενη θεραπεία με κεφτριαξόνη ήταν ανεπαρκής με αποτέλεσμα την καθυστέρηση της στοχευμένης θεραπείας (αξιολόγηση της 1ης αντιμετώπισης). Οι παρεμβάσεις, στις οποίες προέβησαν οι παραπάνω ερευνητές για να αντιμετωπίσουν τη λοίμωξη, ήταν η τροποποίηση των οδηγιών και η θεραπεία με καρβαπενέμη. Οι προβληματισμοί που προέκυψαν από την ολοκλήρωση των παρεμβάσεων στο πλαίσιο της αντιμετώπισης-θεραπείας, ήταν οι αυξημένες ανάγκες φαρμακευτικής κάλυψης με αντιβιοτικά ευρέως φάσματος στο σύνολο των ασθενών της μονάδας, λόγω της διασποράς (αναποτελεσματική αρχική αντιμετώπιση με κεφτριαξόνη), η αύξηση των αναγκών νοσηλευτικής επιμέλειας, η παράταση της νοσηλείας και η συνολική αύξηση του υγειονομικού κόστους.

Τα ερωτήματα που εγείρονται από τις παρεμβάσεις των παραπάνω ερευνητών, θα μπορούσαν ενδεχομένως να είχαν αποφευχθεί αν δεν υπήρχε καθυστερημένη έναρξη της ενδεδειγμένης θεραπευτικής αγωγής. Το πρόβλημα γίνεται ιδιαίτερα εμφανές σε λοιμογόνα φορτία με υψηλή ανθεκτικότητα σε αντιμικροβιακά φάρμακα, όπως στη μελέτη των Falagas et al (2015). Η αντιμετώπιση του Acinetobacter Baumannii, ανθεκτικό στην κολιστίνη, αποτελεί πρόκληση για τους περισσότερους λοιμωξιολόγους (Gonzalez et al 2015). Η εκρίζωση κρίνεται ιδιαίτερα ανεπιτυχής αφού οι λοιπές θεραπευτικές επιλογές είναι, σύμφωνα με τους Falagas et al (2015), αφενός περιορισμένες και αφετέρου λιγότερο αποτελεσματικές. Οι παραπάνω ερευνητές, προκειμένου να αντιμετωπίσουν το λοιμογόνο φορτίο, επικεντρώθηκαν σε συνδυασμό αντιβιοτικών σχημάτων, με δεδομένο ότι ένα μόνο σχήμα είναι εξαιρετικά αναποτελεσματικό. Οι προβληματισμοί που ανέκυψαν από τις παραπάνω παρεμβάσεις, ενισχύονται και σε άλλες μελέτες όπως αυτές των Gulen et al (2015), Friedman et al (2016) και Protic et al (2016). Πιο συγκεκριμένα, τονίζεται ο αυξημένος κίνδυνος τοξικότητας (συνδυασμοί αντιμικροβιακών σχημάτων), η αύξηση θνησιμότητας, η αύξηση αναγκών νοσηλευτικής επιμέλειας, το αυξημένο κόστος νοσηλείας, ο παρατεταμένος χρόνος νοσηλείας και η αναποτελεσματική θεραπεία. Σε παρόμοια συμπεράσματα καταλήγουν και οι λοιπές μελέτες που παρουσιάζονται στον πίνακα 1.

Αντιμετώπιση της κατάχρησης των αντιβιοτικών και περιορισμός της διασποράς του λοιμογόνου φορτίου εντός των νοσηλευτικών ιδρυμάτων.

Με δεδομένο την υψηλή μικροβιακή αντίσταση, την αδυναμία εκρίζωσης ανθεκτικών στελεχών, την αυξημένη θνησιμότητα αλλά και την ιδιαίτερα μεγάλη αύξηση του οικονομικού κόστους περίθαλψης και νοσηλείας, η επιστημονική κοινότητα τα τελευταία χρόνια επικεντρώθηκε στην αποτελεσματική αντιμετώπιση του παραπάνω φαινομένου. Στο πλαίσιο της διαχείρισης της υπάρχουσας κατάστασης, σχεδιάστηκαν σχετικές μελέτες, κατευθυντήριες οδηγίες και πρωτόκολλα με στόχο τον περιορισμό εμφάνισης της.

Σε πολλές μελέτες, διερευνάται η χρήση της προκαλσιτονίνης (Procalcitonin PCT), ως προγνωστικός βιοδείκτης σχετικά με τις βακτηριακές ή μη φλεγμονές. Η κεντρική ιδέα των παραπάνω ερευνών ήταν η αξιολόγηση του συγκεκριμένου βιοδείκτη, μέσω ενός αλγόριθμου λήψης αποφάσεων, ως κριτήριο για την ανάγκη κάλυψης ή όχι του αντίστοιχου ασθενή με το θεραπευτικό σχήμα (αντιβίωση), με απώτερο σκοπό τη μείωση της κατάχρησης των αντιβιοτικών. Το αποτέλεσμα των εν λόγω ερευνών έδειξε ότι πράγματι σε κάποιες μελέτες το τεστ της προκαλσιτονίνης είχε υψηλή συσχέτιση με τη μείωση του κόστους, ωστόσο η γενίκευση του συγκεκριμένου αλγόριθμου λήψης αποφάσεων χρήζει περαιτέρω διερεύνησης για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων, αφού οι παραπάνω μελέτες περιορίζονται σε συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες ασθενών, όπως ασθενείς με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (Maas et al 2017). Σε συστηματική ανασκόπηση των Westwood et al (2015), γίνεται αναφορά σχετικά με το όφελος της προκαλσιτονίνης ως προγνωστικού δείκτη για την έναρξη ή όχι ενός αντιβιοτικού σχήματος σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς της ΜΕΘ. Σε αυτήν την έρευνα επισημαίνεται ότι δεν είναι ξεκάθαρο το όφελος που μπορεί να επιφέρει ο συγκεκριμένος προγνωστικός δείκτης, όσον αφορά την έναρξη ή όχι των αντιβιοτικών, αλλά και την κατάχρηση–αλόγιστη χρήση τους (Westwood et al 2015). Στον αντίποδα, μελέτες όπως αυτές των Kusters et al (2015), επισημαίνουν αντίστοιχα ακριβώς το αντίθετο. Πιο συγκεκριμένα, αμφισβητείται η αποτελεσματικότητα του συγκεκριμένου αλγόριθμου, κυρίως σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς της ΜΕΘ (σηπτικούς ασθενείς υπό μηχανικό αερισμό με υψηλά APACHE scores), αλλά και τα οικονομικά οφέλη που μπορεί να προκύψουν από τη χρήση του βιοδείκτη.

Καθότι η κατάχρηση των αντιβιοτικών φαίνεται να συνδέεται με τη διασπορά των ανθεκτικών λοιμογόνων φορτίων, το νοσηλευτικό προσωπικό θα μπορούσε να έχει καθοριστικό ρόλο στον περιορισμό του φαινομένου μέσω της τήρησης πρωτοκόλλων. Αντίστοιχες μελέτες παρουσιάζονται στον Πίνακα 2. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρονται οι πηγές, τα πρωτόκολλα, των οποίων η τήρηση στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις με τη χρήση των κατάλληλων μέσων, μπορούν να οδηγήσουν στην πραγμάτωση των αναμενόμενων στόχων, σχετικών με την αντιμετώπιση της διασποράς ανθεκτικών στελεχών. Αναλυτικότερα, όπως υποστηρίζεται σε μελέτες, η εφαρμογή πρωτοκόλλων πρόληψης οριζόντιας μετάδοσης και άσηπτης τεχνικής μπορεί να συμβάλλει καθοριστικά στον περιορισμό εμφάνισης ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, και κατά επέκταση στην ανάπτυξη ανθεκτικών στελεχών.

Ενδεικτικά αναφέρονται στον πίνακα 2 ορισμένες από τις νοσηλευτικές πράξεις (επιμέλεια τραυμάτων, ελκών, περιποίηση περιφερικών και κεντρικών καθετήρων), στις οποίες κρίνεται αναγκαία η συμμόρφωση στα παραπάνω νοσηλευτικά πρωτόκολλα. Τα εν λόγω πρωτόκολλα εφαρμόζονται σε όλα τα στάδια της νοσηλείας και έχουν ως κοινό παρονομαστή την ελαχιστοποίηση του κινδύνου επιμόλυνσης και διασποράς. Η τήρηση των πρωτοκόλλων στις παραπάνω νοσηλευτικές διεργασίες προϋποθέτει την εφαρμογή των σχετικών βασικών μέτρων (υγιεινή χεριών και διατήρηση άσηπτου περιβάλλοντος) και τη χρήση του ανάλογου προστατευτικού εξοπλισμού (γάντια, μάσκα κτλ). Επιπρόσθετα, η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και η επιτήρηση της συμμόρφωσης αυτών στα πρωτόκολλα, θα μπορούσε να συνεισφέρει θετικά στην επίτευξη του αναμενόμενου στόχου, τη μείωση δηλαδή της διασποράς των μικροβίων.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έδειξε ότι η λανθασμένη χρήση των αντιβιοτικών έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της δραστικότητας τους έναντι των λοιμώξεων (βακτηριακών) και κατ' επέκταση την αύξηση της συχνότητας των λοιμώξεων και της νοσηρότητας, αντίστοιχα. Καθότι η αντοχή των μικροβίων στα αντιβιοτικά δεν αφορά μόνο τους νοσούντες (ενδονοσοκομειακά) αλλά και την κοινότητα, κρίνεται αναγκαία η ορθολογική χρήση των αντιβιοτικών, η οποία με τη σειρά της μπορεί να επιφέρει τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα οφέλη. Ο άμεσα επωφελούμενος φαίνεται να είναι ο ίδιος ο άνθρωπος, είτε ως υγιής είτε ως ασθενής (ΚΕΕΛΠΝΟ 2011, Νικολακοπούλου 2012, Κωσταντοπούλου 2016). Όπως προκύπτει από την ανασκόπηση, η συνεργατική επίδραση των εμπλεκόμενων φορέων δύναται να αποδώσει επιθυμητά αποτελέσματα σχετικά με τη διαχείριση του φαινομένου της αλόγιστης χρήσης των αντιβιοτικών, το οποίο συνιστά μία απειλή για την παγκόσμια υγεία.

α) Φορείς που συνεργούν στη μείωση της άσκοπης χρήσης των αντιβιοτικών

Σύμφωνα με τα στοιχεία που παραθέτει η Ευρωπαϊκή Επιτροπή Eurobarometer (2016), η κατάταξη της Ελλάδας στις πρώτες θέσεις σχετίζεται με το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης γύρω από την κατάχρηση των αντιβιοτικών. Επομένως, η κοινότητα (νοσούντες και μη), μέσω της σωστής εκπαίδευσης για την τήρηση κανόνων υγιεινής, μέσω της αλλαγής αντιλήψεων και στάσεων απέναντι στην ορθολογική χρήση των φαρμάκων, αλλά και στην αγορά αντιβιοτικών μόνο κατόπιν σύστασης ειδικού, θα μπορούσε να συμμετάσχει ενεργά στην αντιμετώπιση του προβλήματος (WHO 2017).

Οι επαγγελματίες υγείας, κυρίως το ιατρικό προσωπικό, διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο μέσω της υπερσυνταγογράφησης ή ακόμη και της μη ενδεδειγμένης συνταγογράφησης ή μη αποτελεσματικής συνταγογράφησης (Ventola 2015). Σύμφωνα με το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (CDCP 2013), το 30-50% των περιπτώσεων όπου ουσιαστικά ελέγχθηκε η συνταγογραφούμενη αγωγή, διαπιστώθηκε ανεπάρκεια τόσο στην ένδειξη και επιλογή της κατάλληλης θεραπείας, όσο και στη διάρκεια της φαρμακευτικής αγωγής. Όσον αφορά τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, ενδεικτικά, οι Luyt et al (2014), αναφέρουν ότι το 30-60% των συνταγογραφούμενων αντιβιοτικών έχουν βρεθεί ότι είναι περιττά, ακατάλληλα ή υποβέλτιστα. Στην Ελλάδα, ανάλογες μελέτες με αντίστοιχο αντικείμενο έρευνας δεν υπάρχουν. Από τα παραπάνω είναι εμφανές, ότι αφενός το ιατρικό προσωπικό ασκεί «αμυντική ιατρική» σε συνάρτηση με το έλλειμμα γνώσεων που προκύπτει, και αφετέρου ίσως να υποκύπτει στις πιέσεις των ασθενών για άμεση φαρμακευτική κάλυψη. Επομένως, οι επαγγελματίες υγείας μέσω της ελεγχόμενης συνταγογράφησης αντιβιοτικών, ακολουθώντας τις κατευθυντήριες οδηγίες, μπορούν να πάρουν λειτουργικές αποφάσεις (Miyakis et al 2011, Βατόπουλος 2016, Raspail et al 2017, Γιαννούχος 2017).

Στους εμπλεκόμενους επαγγελματίες υγείας συμπεριλαμβάνεται εξίσου και το νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς μπορεί να συμμετέχει ενεργά στη μείωση του όγκου κατανάλωσης των αντιβιοτικών. Η πρόληψη μετάδοσης των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων μέσω της τήρησης κανόνων αντισηψίας και εφαρμογής πρωτοκόλλων επιτήρησης λοιμώξεων και η εκπαίδευση των ασθενών σχετικά με τους κίνδυνους που ελλοχεύει η αλόγιστη χρήση αντιβιοτικών, προσδιορίζουν την σημαντικότητα των επαγγελματιών υγείας (WHO 2017).

Ακόμη ένας φορέας που φαίνεται να επηρεάζει άμεσα την υπάρχουσα φαρμακευτική πολιτική είναι οι φαρμακοβιομηχανίες (Γιαννούχος 2017), αφού διακυβεύονται μεγάλα οικονομικά συμφέροντα (Δημοπούλου 2007). Καθώς ο περιορισμός της κατανάλωσης αντιβιοτικών είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με τη δράση των φαρμακοβιομηχανιών, η παραγωγή νέων δραστικότερων φαρμάκων, η ευρεσιτεχνία νέων αντιβιοτικών και εμβολίων καθίσταται αναγκαία για την προστασία της δημόσιας υγείας. Στο ίδιο πεδίο δράσης ο ΕΟΦ μπορεί συμμετέχει εξίσου ενεργά.

Άλλοι φορείς που συνεργούν στη μείωση της άσκοπης χρήσης των αντιβιοτικών είναι το ΚΕΕΛΠΝΟ, δρώντας μέσω της εφαρμογής προγραμμάτων εκπαίδευσης του κοινού, των ασθενών, των επαγγελματιών υγείας και μέσω συστάσεων ελέγχου και επιτήρησης λοιμώξεων σε όλους τους οργανισμούς σε όλη την επικράτεια.

Τέλος, οι κρατικές υπηρεσίες φαίνεται να είναι οι καθ΄ ύλην αρμόδιες για τη λήψη αποφάσεων και το σχεδιασμό δράσεων για την αντιμετώπιση του προβλήματος. Μέσω του ελέγχου που δύναται να ασκήσει το κράτος, τόσο στην τιμολογιακή πολιτική των φαρμάκων, στις φαρμακοβιο-

μηχανίες όσο και στους προμηθευτές, μπορεί να συμβάλλει ενεργά στον περιορισμό του φαινομένου. Εξίσου ως σημαντικής αξίας, εκτιμάται η δράση του Υπουργείου Υγείας σε συνεργασία με τον ΕΟΠΥΥ, μέσω της διενέργειας του ηλεκτρονικού ελέγχου της συνταγογράφησης (Δημοπούλου 2007, Γιαννούχος 2017).

β) Προβληματισμοί που ανακύπτουν από αντιπαραθετικές μελέτες

Αναφορές στη διεθνή βιβλιογραφία παραπέμπουν σε πιθανή υπερεκτίμηση κλινικών ερευνών, όσον αφορά σε μελέτες που επικεντρώνονται στην ανθεκτικότητα των λοιμογόνων φορτίων. Αυτές οι αναφορές εστιάζουν κυρίως σε μεθοδολογικές ασάφειες, όπως είναι το συστηματικό σφάλμα/μεροληψία (bias) και ο ερευνητικός σχεδιασμός. Το αποτέλεσμα αυτών των λανθασμένων μεθοδολογικών επιλογών είναι, ότι επηρεάζεται αφενός το αποτέλεσμα της αντίστοιχης έρευνας και αφετέρου είναι πολύ πιθανό η αντίστοιχη ερευνητική ομάδα να οδηγείται σε λανθασμένα συμπεράσματα (Friedman et al 2015).

Είναι ευρέως γνωστό, ότι η παρατεταμένη νοσηλεία σε νοσηλευτικά ιδρύματα αυξάνει τον κίνδυνο δημιουργίας ανθεκτικών στελεχών (Howard et al 2001, Cosgrove et al 2003, Blot et al 2007, Maragakis et al 2008). Το γεγονός ότι σε πολλές κλινικές μελέτες δεν υπολογίζεται ο χρόνος παραμονής των ασθενών πριν την έναρξη της λοίμωξης, οδηγεί σε υπερεκτίμηση της νοσηρότητας της λοιμογόνου δράσης του ανθεκτικού στελέχους. Επιπρόσθετα, οι βαρέως πάσχοντες ασθενείς, όντας αποικισμένοι με πολυανθεκτικά μικρόβια, συνήθως έχουν συνυπάρχουσες παθολογίες, οι οποίες είναι πιθανόν να διαμορφώνουν τόσο τα αποτελέσματα όσο και τα συμπεράσματα σχετικά με την ανθεκτικότητα, αλλά και τη θνησιμότητα, που είναι η φυσική εξέλιξη της υψηλής μικροβιακής αντίστασης (de Krakker et al 2011). Οι Neidel et al (2012), επισημαίνουν σε αναφορές τους το πρόβλημα της ετερογένειας μιας πληθυσμιακής ομάδας βαρέως πασχόντων ασθενών σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, με αποτέλεσμα τον κίνδυνο εξαγωγής επισφαλών αποτελεσμάτων. Στο πλαίσιο των συνυπαρχουσών παθολογιών, παράλληλα με την υποκείμενη νόσο, οι Thom et al. (2008), αναφέρουν ότι η αδυναμία αντιμετώπισης της υποκείμενης παθολογίας σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς επηρεάζει αρνητικά την αποτελεσματικότητα της ενδεδειγμένης θεραπείας με αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας.

Η εφαρμογή της εμπειρικής θεραπείας σε αποικισμένους ασθενείς με ανθεκτικά στελέχη, συχνά κρίνεται αναποτελεσματική, αφού η πιθανότητα να συμπίπτει η εμπειρική αντιμετώπιση με την ενδεδειγμένη είναι εξαιρετικά χαμηλή. Οι Rottier et al (2012) υποστηρίζουν ότι η μη ενδεδειγμένη αντιβιοτική κάλυψη μπορεί να επιφέρει αντίθετα κλινικά αποτελέσματα. Πιο συγκεκριμένα, μπορεί να οδηγήσει σε υπερεκτίμηση της νοσηρότητας του συγκεκριμένου λοιμογόνου παράγοντα, αλλά και σε μια λανθασμένη αποτύπωση της μικροβιακής συμπεριφοράς, όσον αφορά το μηχανισμό δράσης του, με αποτέλεσμα τα συμπεράσματα να κρίνονται ως επισφαλή.

Πρόσφατες μελέτες, όπως αυτές του Bayersmann et al (2008) και του De Angelis et al (2010), επικεντρώνονται στο φυσικό χρόνο που χρειάζεται το λοιμογόνο φορτίο να ολοκληρώσει τον κύκλου του (έξαρση –ύφεση). Το γεγονός ότι αυτός ο κύκλος (της έξαρσης και της ύφεση της λοίμωξης), σε πολλές έρευνες δεν λαμβάνεται υπόψη ως μια χρονικά εξαρτημένη μεταβλητή, μπορεί σύμφωνα με τους παραπάνω ερευνητές να οδηγήσει σε μια πιθανή λανθασμένη εκτίμηση της νοσηρότητας του προς μελέτη ανθεκτικού στελέχους. Λόγω των αυξημένων ιατρονοσηλευτικών αναγκών, οι μέρες νοσηλείας (Length of stay, LOS) φαίνεται να αποτελούν έναν δείκτη εκτίμησης της νοσηρότητας του μικροβιακού φορτίου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από τα παραπάνω είναι προφανές ότι η ανάπτυξη μικροβιακής ανθεκτικότητας αποτελεί μια διαρκή απειλή για τη δημόσια υγεία οδηγώντας σε αύξηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας. Η διεπιστημονική συνεργασία των επαγγελματιών υγείας, ο σχεδιασμός αλλά και η εφαρμογή βέλτιστων πρακτικών που αφορούν την πρόληψη αλλά και την αντιμετώπιση του προβλήματος κρίνεται αναγκαία. Η συνεχής αναζήτηση νέων λύσεων σε συνδυασμό με την εφαρμογή επικοινωνιακής στρατηγικής απέναντι σε όλους τους εμπλεκόμενους φορείς θα συντελέσει στην ορθολογική χρήση των αντιβιοτικών και κατά επέκταση στην προάσπιση της δημόσιας υγείας.

Συμβολή των συγγραφέων

Ο ΓΕ συνέβαλε στη συγγραφή του άρθρου, στο σχεδιασμό της μελέτης, στην ανάλυση δεδομένων, και στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων, η ΙΒ συνέβαλε στη σύλληψη, συγγραφή και σχεδιασμό της μελέτης, συλλογή δεδομένων, ερμηνεία αποτελεσμάτων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Banerjee T., Bhattacharjee A., Upadhyay S., Mishra S., Tiwari K., Anupurba S., Sen M.R., Basu S. & Kumar A. (2016). Long-term outbreak of *Klebsiella pneumoniae*& third generation cephalosporin use in a neonatal intensive care unit in north India. *Indian Journal of Medical Research* 144(4):622-629.

Bartlett G., Gilbert N. & Spellberg B. (2013). Seven ways to preserve the miracle of antibiotics. *Clinical Infectious Diseases* 56(10):1445–1450.

Beyersmann J., Wolkewitz M. & Schumacher M. (2008). The impact of time- dependent bias in proportional hazards modelling. *Statistical Medicine* 27:6439–6454.

Blot S., Depuydt P., Vandewoude K. & De Bacquer D. (2007). Measuring the impact of multidrug resistance in nosocomial infection. *Current Opinion on Infectious Diseases* 20:391–396.

Center for Disease Control (CDC) (2003). Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities. Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC), *MMWR* 52: RR10, 1-42.

Center for Disease Control (CDC) (2006), Management of Multidrug-Resistant Organisms in Healthcare Settings. Accessed June 2018 http://www.cdc.gov.

Centers for Disease Control and Prevention, Office of Infectious Disease Antibiotic resistance threats in the United States (2013). Available at: http://www.cdc.gov/drugresistance/threat-report-2013. Accessed June 2018.

Claeys K., Zasowski E., Trinh T., Lagnf A., Davis S. & Rybak M. (2018). Antimicrobial Stewardship Opportunities in Critically Ill Patients with Gram-Negative Lower Respiratory Tract Infections: A Multicenter Cross-Sectional Analysis. *Infectious Disease Therapy* 7:135–146.

Cosgrove S.E. & Carmeli Y. (2003). The impact of antimicrobial resistance on health and economic outcomes. *Clinical Infectious Diseases* 36: 1433–1437.

De Angelis G., Murthy A., Beyersmann J. & Harbarth S. (2010). Estimating the impact of healthcare-associated infections on length of stay and costs. *Clinical Microbiological Infection* 16: 1729–1735.

de Kraker M.E., Wolkewitz M., Davey P.G., Koller W., Berger J., Nagler J., Icket C., Kalenic S., Horvatic J., Seifert H., Kaasch A., Paniara O., Argyropoulou A., Bompola M., Smyth E., Skally M., Raglio A., Dumpis U., Melbarde Kelmere A., Borg M., Xuereb D., Ghita M.C., Noble M., Kolman J., Grabljevec S., Turner D., Lansbury L. & Grundmann H. (2011). Burden of antimicrobial resistance in European hospitals: excess mortality and length of hospital stay associated with bloodstream infections due to Escherichia coli resistant to third-generation cephalosporins. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy* 66:398–407.

European Center for Disease Control (ECDC) (2016): Ανθεκτικά μικρόβια στην Ελλάδα λόγω κατάχρησης αντιβιοτικών. Eurobarometer Special 445, Antimicrobial Resistance.

Falagas M.E., Kasiakou S.K. & Saravolatz L.D. (2005). Colistin: the revival of polymyxins for the management of multidrug-resistant Gram-negative bacterial infections. *Clinical Infectious Diseases* 40:1333–41.

Founou R.C., Founou L.L. & Essack S.Y. (2017). Clinical and economic impact of antibiotic resistance in developing countries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* 12(12):e0189621.

Friedman N.D., Temkin E. & Carmeli Y. (2016). The negative impact of antibiotic resistance. *Clinical Microbiology and Infection* 22(5):416-422.

Girmenia C., Rossolini G., Piciocchi A., Bertaina A., Pisapia G. & Pastore D., (2015). Infections by carbapenem-resistant Klebsiella pneumoniae in SCT recipients: a nationwide retrospective survey from Italy. *Bone Marrow Transplantation* 50:282–8.

Gonzalez-Villoria A.M. & Valverde-Garduno V. (2016). Antibiotic-Resistant Acinetobacter baumannii Increasing Success Remains a Challenge as a Nosocomial Pathogen. *Journal of Pathogens e-pub* 7318075.

Gulen T.A., Guner R., Celikbilek N., Keske S. & Tasyaran M. (2015). Clinical importance and cost of bacteremia caused by nosocomial multi drug resistant acinetobacter baumannii. *International Journal of Infectious Diseases* 38:32-35.

Holmes N.E., Turnidge J.D., Munckhof W.J., Robinson J.O., Korman T.M. & O'Sullivan M.(2011). Antibiotic choice may not explain poorer outcomes in patients with Staphylococcus aureus bacteremia and high vancomycin minimum inhibitory concentrations. *Journal of Infectious Diseases* 204:340–7.

Howard D., Cordell R., McGowan J.E., Packard R.M., Scott R.D. 2nd, Solomon S.L. for the workshop group (2001). Measuring the economic costs of antimicrobial resistance in hospital settings: summary of the Centers for Disease Control and Prevention—Emory workshop. *Clinical Infectious Diseases* 33:1573–1578.

Ingram P. & Murdoch M.F. (2009). Aseptic non-touch technique in intravenous therapy. *Nursing Standard* 24(8):49-57.

Johnson P.D.R., Ballard S.A., Grabsch E.A., Stinear T.P., Seemann T., Young H. (2010). A sustained hospital outbreak of vancomycin-resistant Enterococcus faecium bacteremia due to emergence of vanB E. faecium sequence type 203. *Journal of Infectious Diseases* 202:1278–86.

Jim O'Neill. (2016). Tackling Drug-Resistant Infections Globally - Final Report and Recommendations. Review of Antimicrobial Resistance, HM Government.

Kontopidou F., Giamarellou H., Katerelos P., Maragos A., Kioumis I., Trikka-Graphakos E., Valakis C. & Maltezou H.C. (2014). Infections caused by carbapenem-resistant Klebsiella pneumoniae among patients in intensive care units in Greece: a multi-centre study on clinical outcome and therapeutic options. Clinical Microbiology and Infection. *Clinical Microbiology and Infection* 20(2):117-123.

Kip M.M., Kusters R., IJzerman M.J. & Steuten L.M. (2015). A PCT algorithm for discontinuation of antibiotic therapy is a cost-effective way to reduce antibiotic exposure in adult intensive care patients with sepsis. *Journal of Medical Economy* 18(11):944-53.

Lautenbach E., Baldus Patel J., Bilker W.B., Edelstein P.H. & Fishman N.O. (2001).

Extended-spectrum ß-lactamase-producing Escherichia coli and Klebsiella pneumoniae: risk factors for infection and impact of resistance on outcomes. Clinical Infectious Diseases 32:1162–71.

Lemos E.V., de la Hoz F.P., Alvis N., Einarson T.R., Quevedo E., Castaneda C., Leon Y., Amado C., Canon O. & Kawai K. (2014). Impact of carbapenem resistance on clinical and economic outcomes among patients with Acinetobacter baumannii infection in Colombia. *Clinical Microbiology Infections* 20:174–180.

Luyt C.E., Bréchot N., Trouillet J.L. & Chastre J. (2014). Antibiotic stewardship in the intensive care unit. *Critical Care* 18(5):480.

Maas van der M.E., Mantjes G. & Steuten L.M. (2017). Procalcitonin Biomarker Algorithm Reduces Antibiotic Prescriptions, Duration of Therapy, and Costs in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Comparison in the Netherlands, Germany, and the United Kingdom. *OMICS* 21(4):232-243.

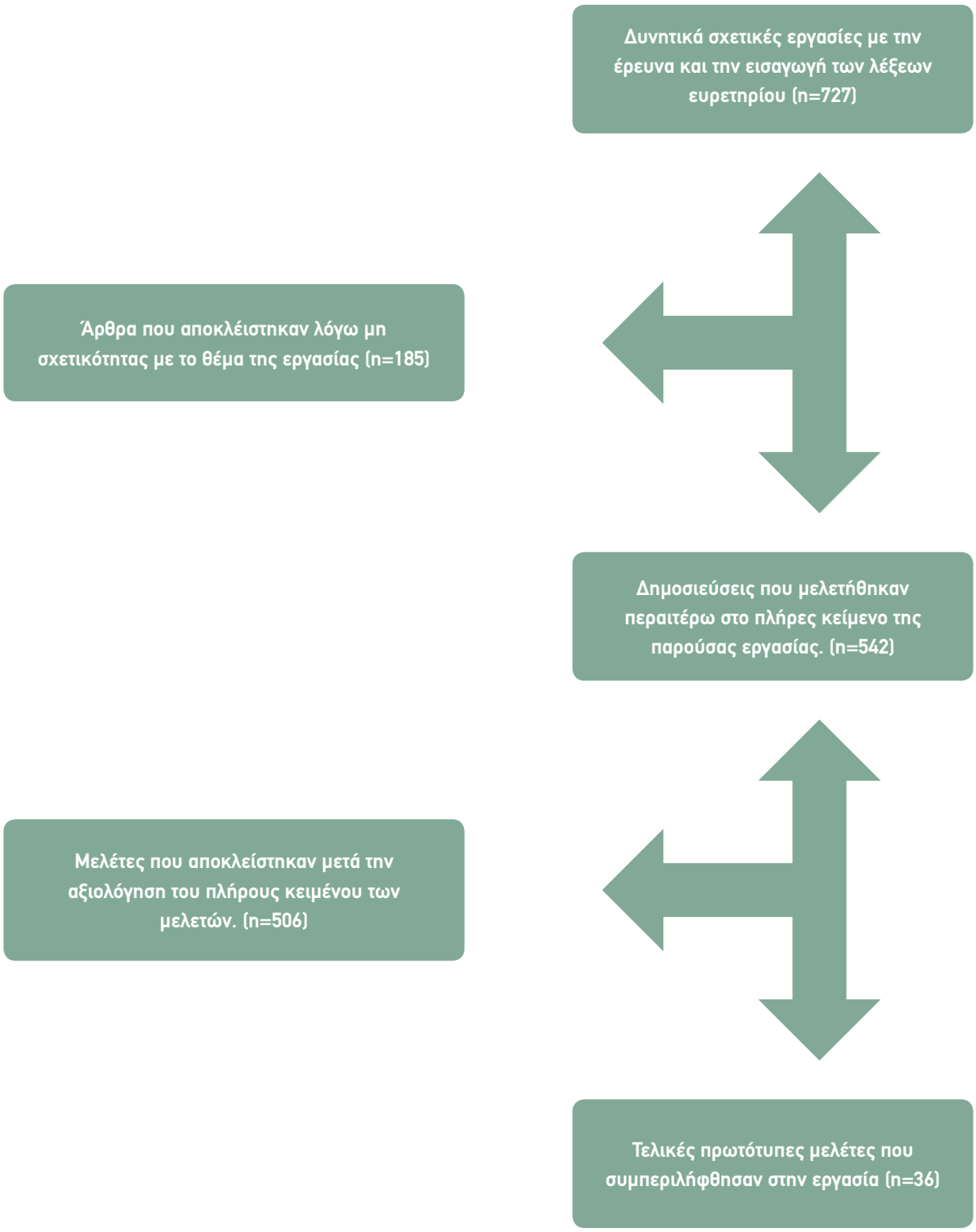
Maragakis L.L., Perencevich E.N. & Cosgrove S.E. (2008). Clinical and economic burden of antimicrobial resistance. *Expert Review of Antimicrobial Infectious Therapy* 6:751–763.

McKibben L., Horan T., Tokars J.I., Fowler G., Cardo D.M., Pearson M.L., Brennan P.J. for the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (2005), Guidance on public reporting of healthcare-associated infections: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. *American Journal of Infection Control* 33(4): 217-226.

Melzer M. & Petersen I. (2007). Mortality following bacteraemic infection caused by extended spectrum ß-lactamase (ESBL) producing E. coli compared to non-ESBL producing E. coli. Journal of Infection

55:254–9.
Michalopoulos A.S., Tsiodras S., Rellos K., Mentzelopoulos S. & Falagas M.E. (2005). Colistin treatment in patients with ICU-acquired infections caused by multiresistant Gram-negative bacteria: the renaissance of an old antibiotic. *Clinical Microbiology Infection* 11:115–21.
Miyakis S., Pefanis A. & Tsakris A. (2011). The Challenges of Antimicrobial Drug Resistance in Greece. *Clinical Infection Diseases* 53(2):177–184.
Neidell M.J., Cohen B., Furuya Y., Hill J., Jeon C.Y., Glied S. & Larson E.L. (2012).
Costs of healthcare- and community-associated infections with antimicrobial-resistant versus antimicrobial-susceptible organisms. *Clinical Infectious Diseases* 55: 807–815.
OECD: Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU, 2016
Piddock L. (2012). The crisis of no new antibiotics—what is the way forward? *Lancet Infectious Diseases* 12(3):249–253.
Pratt R.J., Pellowe C.M., Wilson J.A., Loveday H.P., Harper P.J., Jones S.R., McDougall C. & Wilcox M.H. (2007). epic2: National evidence-based guidelines for preventing healthcare-associated infections in NHS hospitals in England. *Journal of Hospital Infections* 65(1):S1-64.
Preston R.M. (2005). Aseptic technique: evidence-based approach for patient safety. *British Journal of Nursing* 14(10):540-542.
Protic D., Pejovic A., Andjelkovic D., Djukanovic N., Savic D., Piperac P., Markovic Denic L., Zdravkovic M. & Todorovic Z. (2016). Nosocomial Infections Caused by Acinetobacter baumannii: Are We Losing the Battle? *Surgical Infections* 17(2):236-242.
Rottier W.C., Ammerlaan H.S.M. & Bonten M.J.M. (2012). Effects of confounders and intermediates on the association of bacteraemia caused by extendedspectrum ß-lactamase-producing Enterobacteriaceae and patient outcome: a meta-analysis. *Journal of Antimicrobiological Chemotherapy* 67:1311–20.
Stronach K. (2009). Aseptic non-touch technique. *Australian Nursing Journal* 16(11):51.
Thom K.A., Shardell M.D., Osih R.B., Scheweizer M.L., Furuno J.P., Perencevich E.N., McGregor J.C. & Harris A.D. (2008). Controlling for severity of illness in outcome studies involving infectious diseases: impact of measurement at different time points. *Infection Control Hospital Epidemiology* 29:1048–1053.
Ventola C. (2015). The Antibiotic Resistance Crisis Part 1: Causes and Threats. *Pharmacy and Therapeutics* 40(4):277–283.
Wagenlehner F.M.E., van Oostrum E., Tenke P., Tandogdu Z., ek M., Grabe M., Wullit B., Pickard R., Naber K.G., Pilatz A., Weidner W., Bjerklund-Johansen T.E. for the GPIU Investigators. (2013). Infective complications after prostate biopsy: outcome of the Global Prevalence Study of Infections in Urology (GPIU) 2010 and 2011, a prospective multinational multicentre prostate biopsy study. *European Urology* 63:521–527.
WHO Fact sheet Updated November 2017
Westwood M., Ramaekers B., Whiting P., Tomini F., Joore M., Armstrong N., Ryder S., Stirk L., Severens J. & Kleinjnen J. (2015). Procalcitonin testing to guide antibiotic therapy for the treatment of sepsis in intensive care settings and for suspected bacterial infection in emergency department settings: a systematic review and cost-effectiveness analysis. *Health Technology Assessment* 19(96):1-236.
Williamson D.A., Barrett L.K., Rogers B.A., Freeman J.T., Hadway P., Paterson D.L. (2013). Infectious complications following transrectal ultrasound-guided prostate biopsy: new challenges in the era of multidrug-resistant Escherichia coli. Clinical Infectious Diseases 57:267–74.
Βατόπουλος Α.(2016) Η μικροβιακή αντοχή στα αντιβιοτικά. Ένα σημαντικό άγνωστο πρόβλημα της δημόσιας υγείας Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
Γιαννούχος Θ. (2017). Συγκριτική ανάλυση της φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα και στις χώρες της Ευρωζώνης την περίοδο 2005-2016.
Δημοπούλου Ε., Λογοθέτη Σ. & Ρέβη Ε.Ε. (2007). Η φαρμακοβιομηχανία και ο ρόλος της στον τομέα της υγείας. ΤΕΙ Καλαμάτας, Καλαμάτα.
Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ): Ευρωπαϊκή Ημέρα Ορθολογικής Χρήσης Αντιβιοτικών 2011
Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.) 2009, Ποιος είναι ο σωστός τρόπος της εφαρμογής του αλκοολούχου αντισηπτικού, ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., viewed 09 May 2018
Κέντρο Ελέγχου και Πρόλψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.) 2009, Τα πέντε βήματα για την υγιεινή των χεριών, ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, viewed 09 May 2018
Κωσταντοπούλου Α. (2016). Συστηματική μελέτη και διερεύνηση της χρήσης και κατάχρησης των αντιβιοτικών σκευασμάτων στη δημόσια υγεία. Πανεπιστήμιο Πατρών, ΠΜΣ Ιατρική Χημεία. Πάτρα.
Νικολακοπούλου Β. (2012). Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα και η φαρμακευτική Δαπάνη. Πανεπιστήμιο Πειραιά, Τμήμα Οικονομικών Επιστημών. Πειραιάς

Σχήμα 1. Διάγραμμα ροής της διαδικασίας επιλογής των ασθενών



Πίνακας 1
Αναφορές σχετικά με την ανθεκτικότητα των μικροβίων σε αντιμικροβιακά φάρμακα και οι συνέπειες που προέκυψαν από την αντιμετώπιση τους

Συγγραφείς	Πολυανθεκτικό Λοιμογόνο αίτιο	Αξιολόγηση 1ης αντιμετώπισης (εμπειρική θεραπεία)	Παρεμβάσεις	Προβληματισμοί που προέκυψαν
Claeys et al. 2018	Πολυναθεκτικό Acinetobacter baumani	Εμπειρική αντιμετώπιση ελλείψει αποτελεσμάτων των καλλιεργειών και έλεγχος ευαισθησίας (χρονοεξαρτώμενοι παράμετροι)	Τροποποίηση των κατευθυντήριων οδηγιών, αντιμετώπιση με συνδυασμό αντιμικροβιακών φαρμάκων	Αυξημένος κίνδυνος τοξικότητας Αυξημένη θνησιμότητα Αυξημένες ανάγκες νοσηλευτικής επιμέλειας Αυξημένο κόστος νοσηλείας Δημιουργία ανθεκτικών στελεχών
Protic et al. 2016	Πολυανθεκτική λοίμωξη αναπνευστικού (Πνευμονία) Εμπειρική αντιμετώπιση με Κεφαλοσπορίνες Μετρανιδαζόλη Καρβαπενέμες	Ανεπαρκής θεραπεία Καθυστέρηση ενδεδειγμένης/ στοχευμένης θεραπείας	Τροποποίηση κατευθυντήριων οδηγιών. Έναρξη ενδεδειγμένης θεραπείας με κολιστίνη και τιγεκυκλίνη όπου η εμπειρική αντιμετώπιση τελικώς ήταν και η ενδεδειγμένη στο 20% και 12% των ασθενών στο σύνολο τους.	Αύξηση της θνησιμότητας Παρατεταμένη νοσηλεία Αύξηση αναγκών νοσηλευτικής επιμέλειας Αύξηση κόστους νοσηλείας Συνολική οικονομική επιβάρυνση
Banerjee et al. 2016	ESBL Klebsiella pneumoniae σε μονάδα εντατικής νεογνών εμπειρική αντιμετώπιση με κεφαλοσπορίνη 3ης γενιάς.	Ανεπαρκής θεραπεία Καθυστέρηση ενδεδειγμένης θεραπείας	Εφαρμογή μικροβιακού ελέγχου, αντιβιόγραμμα γενετική αποτύπωση	Δημιουργία ανθεκτικών στελεχών ESBL
Girmenia et al. 2015	Εξάπλωση κλεψιέλα σε ΜΕΘ ανθεκτική σε καρβαπενέμη	Έλλειψη αποτελεσματικής θεραπεία	Ανάγκη για πιθανή αναστολή λειτουργίας της ΜΕΘ. Επιτακτική η γενική απολύμανση της ΜΕΘ	Διαταραχή εύρυθμης λειτουργίας του νοσηλευτικού ιδρύματος. Περιορισμός των διαδικασιών.
Gulen et al.2015	Acinetobacter baumani ανθεκτικό σε κεφαλοσπορίνες, αμινογλυκοσίδες πολυμιξίνη Εμπειρική θεραπεία με κινολόνη μετρονιδαζόλη	Ανεπαρκής θεραπεία Καθυστέρηση ενδεδειγμένης θεραπείας	Τροποποίηση κατευθυντήριων οδηγιών Έναρξη στοχευμένης θεραπείας και αντιμετώπιση με κολιστίνη και τιγεκυκλίνη	Αύξηση της θνησιμότητας Αύξηση της τοξικότητας Αύξηση ανάγκης νοσηλευτικής επιμέλειας Αυξημένο κόστος νοσηλείας
Kontopidou et al. 2014	Πολυανθεκτική κλεψιέλα ανθεκτική σε καρβαπενέμη	Έλλειψη αποτελεσματικής θεραπείας Πολύ περιορισμένες θεραπευτικές επιλογές	Αντιμετώπιση με συνδυασμό αντιβιοτικών σχημάτων	Αναποτελεσματική θεραπεία Αύξηση τοξικότητας Αύξηση θνησιμότητας Αύξηση ανάγκης νοσηλευτικής επιμέλειας Παρατεταμένη νοσηλεία Αύξηση του κόστους νοσηλείας

Lemos et al.2014	Acinetobacter baumannii ανθεκτικό στη καρβαπενέμη	Ανεπαρκής θεραπεία/ Αναποτελεσματική πρώτη αντιμετώπιση Καθυστέρηση ενδεδειγμένης θεραπείας	Τροποποίηση κατευθυντήριων οδηγιών : αντιμετώπιση με κολιστίνη και τιγεκυκλίνη	Αύξηση του κόστους ανάλογο με τον Acinetobacter baumannii ευαίσθητο στη καρβαπενέμη Παρατεταμένη νοσηλεία Αυξημένες ανάγκες νοσηλευτικής επιμέλειας
Williamson et al. 2013	Αποτυχία προληπτικής αγωγής αντιμετώπισης της μόλυνσης από E. coli με φθοριοκινολόνη μετά από βιοψία προστάτη	Πρόσθετες επιμολύνσεις	Τροποποίηση κατευθυντήριων οδηγιών με φωσφομυκίνη καρβαπενέμη η αμικασίνη ως προφύλαξη πρίν τη βιοψία προστάτη	Αυξημένες ανάγκες αντιβιοτικών ευρέως φάσματος για όλους τους ασθενείς. Αύξηση των νοσηλειών Αύξηση των αναγκών νοσηλευτικής επιμέλειας Οικονομική επιβάρυνση.
Wagelehner et al. 2013	Piperacillin/ tazobactam ως αντιμετώπιση Ουδετεροπενικής σηψαιμίας με λοιμογόνο αίτιο τον MSSA	Υπερβολικά ευρύ θεραπευτικό φάσμα	Εφαρμογή μικροβιακού ελέγχου με στόχο την αποκλιμάκωση σε Piperacillin/tazobactam	Αύξηση του κόστους αντίστοιχα με το κόστος αντιμετώπισης πολυανθεκτικών στελεχών (Multi drug resistance MDR).
Rottier et al. 2012 Lauterbach et al. 2011 Melzer et al. 2007	ESBL Escherichia coli bacteraemia. Εμπειρική αντιμετώπιση με κεφτριαξόνη	Ανεπαρκής θεραπεία/ καθυστέρηση στοχευμένης θεραπείας	Τροποποίηση κατευθυντήριων οδηγιών, θεραπεία με Καρβαπενέμη Εφαρμογή ταχείας διάγνωσης (αντιβιόγραμμα)	Αυξημένες ανάγκες αντιβιοτικών ευρέως φάσματος για όλους τους ασθενείς. Αύξηση των αναγκών νοσηλευτικής επιμέλειας. Αύξηση των νοσηλειών οικονομικό κόστος
Johnson et al. 2012	Διασπορά εντερόκοκκου ανθεκτικό στη βανκομυκινη σε ΜΕΘ	Πρόσθετες επιμολύνσεις	Απομόνωση των ασθενών, στοχοθετημένα μέτρα ελέγχου των λοιμώξεων για να αποτραπεί περαιτέρω αποικισμός και έλεγχο διασποράς	Αυξημένο κόστος, χρήση των νοσοκομειακών πόρων όπως κλίνες, θάλαμοι απομόνωσης, αναλώσιμο υλικό. Αρνητική στάση των ασθενών που σχετίζονται με την απομόνωση
Holms et al. 2011	Αντιμετώπιση του Methicillin-sensitive Staphylococcus aureus (MSSA) με Βανκομυκίνη	Μειωμένη αποτελεσματικότητα	Εφαρμογή μικροβιακού ελέγχου με στόχο τη μείωση της χρήσης Βανκομυκίνης	Αύξηση του κόστους αντίστοιχα με το κόστος αντιμετώπισης του MRSA.
Michalopoulos AS et al. 2005	Acinetobacter baumani ανθεκτικό στη καρβαπενέμη	Λιγότερο αποτελεσματικές οι λοιπές επιλογές Αυξημένος κίνδυνος τοξικότητας	Αντιμετώπιση με Πολυμυξίνες	Μειωμένη δραστικότητα-αποτελεσματικότητα και αύξηση της τοξικότητας.
Falagas ME et al. 2005	Acinetobacter baumannii ανθεκτικό στη κολιστίνη	Περιορισμένες θεραπευτικές επιλογές με λοιπά σχήματα ή χωρίς άλλες επιλογές με λοιπά σχήματα αντιβίωσης	Αντιμετώπιση με συνδυασμό αντιβιοτικών σχημάτων, με δεδομένο ότι ένα μόνο σχήμα κρίνετε αναποτελεσματικό	Αναποτελεσματική θεραπεία. Αυξημένο κόστος νοσηλείας. Αυξημένος ο κίνδυνος τοξικότητας. Αύξηση των αναγκών νοσηλευτικής επιμέλειας

Πίνακας 2
Νοσηλευτικά πρωτόκολλα αντιμετώπισης της διασποράς των παθογόνων μικροοργανισμών

Συγγραφείς	Πρωτόκολλα	Νοσηλευτική διαδικασία	Μέσα εφαρμογής	Στόχοι/ Αναμενόμενα αποτελέσματα
ΚΕΕΛΠΝΟ 2009 **CDC 2003** **CDC 2006** **McKibben et al. 2005**	1. Πρόληψης οριζόντιας μετάδοσης	1. Βασική νοσηλευτική φροντίδα (προεγχειρητική-διεγχειρητική-μετεγχειρητική) 2. Ειδικές νοσηλευτικές διεργασίες (επιμέλεια βαρέως πάσχοντα όπως διενέργεια βρογχοαναρρόφησης, περιποίηση ΚΦΚ) 3.Τοποθέτηση και περιποίηση ΠΦΚ 4. Προετοιμασία και χορήγηση νοσηλείας (iv,im,sc)	1α. Ειδικά μέτρα-Βασικές προφυλάξεις 1β.Υγιεινή χεριών (χρήση προστατευτικού εξοπλισμού, γαντιών, μάσκας) 1γ. Διατήρηση άσηπτου περιβάλλοντος (επιφάνειες, κλίνη, υλικοτεχνικός εξοπλισμός) 1δ. Απομόνωση ασθενών αποικισμένων με ανθεκτικά στελέχη (cohorting) 2. Άλλα μέτρα 2α. Εκπαίδευση του προσωπικού 2β. Επιτήρηση εφαρμογής των πρωτοκόλλων (audit)	1. Ελαχιστοποίηση του κινδύνου επιμόλυνσης κατά την διενέργεια νοσηλευτικών πράξεων 2. Απομάκρυνση παθογόνων μικροοργανισμών από πιθανές εστίες λοίμωξης 3. Περιορισμός μετάδοσης λοιμώξεων 4. Περιορισμός λήψης αντιβιοτικών
Ingram et al. 2009 **Stronach et al. 2009** **Pratt et al. 2007** **Preston et al. 2005**	2. Άσηπτης Τεχνικής			

RESEARCH STUDY

Antibiotics overuse and development of antimicrobial resistance

George Elesnitsalis[1], Ioanna Vekili[2]
1. RN, MSc, PhD, Intensive Care Unit, Papageorgiou General Hospital of Thessaloniki, Greece
2. RN, MSc, MBA(c), Intensive Care Unit, G.Genimatas General Hospital of Thessaloniki, Greece

ABSTRACT

Introduction: The increase in the consumption of antibiotics is becoming a significant problem of recent years in Greece. This study focuses in the necessity of antimicrobial stewardship programs in order to reduce antibiotics misuse.

The purpose of this study was to investigate the excessive antibiotics use and the development of antimicrobial resistance, while spotting measures of antibiotic misuse reduction through the implementation of various protocols by health professionals.

Method: A systematic literature review of research articles was performed, using the electronic database Pubmed and search engine Google Scholar. The inclusion criteria were English language, the research methodology, the specific time that the study was conducted (2007-2017). Five hundred and forty-two articles were found and finally 36 research studies were included in the present systematic review covering all of the inclusion criteria.

Results: Mortality in patients with resistant infectious loads is twice as high as patients infected with non-resistant microorganisms. Prolonged hospitalization increases the risk of developing antibiotic resistance. Applying empirical therapy is often ineffective on colonized patients with multidrug resistant bacteria.

Conclusion: The developement of antimicrobial resistance seems to be a constant threat for public health, leading to morbidity and mortality increase. Designing and implementing new and better practices is the most effective way for combating the problem. Continuous search for new solutions, combined with communication strategies between all stakeholders could contribute to a proper use of antibiotics, in order to promote and protect public health.

Key-words: antibiotics overuse, antimicrobial resistance, economic consequences, guidelines, hospital acquired infection (HAI), prevention

Corresponding author:
George Elesnitsalis,
e-mail: ikon3369@yahoo.com

Submission date: 13.9.2018
Publication date: July 2019

Citation as: Elesnitsalis G. & Vekili I. (2019). Antibiotics overuse and development of antimicrobial resistance. Hellenic Journal of Nursing Science 12(3): 31-43

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Comparison of self-reported adherence to cervical and breast cancer screening guidelines in relation to the researcher's profession.

Maria Moudatsou[1,3], George Kritsotakis[2], Antonis Koutis[1], Athanasios Alegakis[4], Evangelia Panagoulopoulou[1], Anastasios Philalithis[1]

1 Department of Social Medicine, Medical School, University of Crete, Heraklion,
2 Department of Nursing, Laboratory of Epidemiology, Prevention & Management of Diseases, Hellenic Meditarranean University, Crete
3 Department of Social work, Hellenic Meditarranean University, Crete
4 Laboratory of Toxicology, Medical School, University of Crete, Heraklion

ABSTRACT

Introduction: Self-reporting is a major and, in many cases, the only feasible method to use in cancer screening research. However, its validity has been questioned and numerous studies indicate that women over-report their participation in preventive Pap-test and mammography screenings.

Aim: The objective of this study was to determine whether individuals report in the same way their Pap-test and mammography screening behaviors when the interviews are conducted by researchers of different professions, in this case a social worker and a general practitioner.

Methods: Two studies assessing adherence to cervical and breast cancer screening guidelines were conducted during late 2006 - early 2007 in the same 114 women in Crete, Greece. Kappa coefficient was used to measure the agreement of participants' answers to the same questions between the two interviewers.

Results: Only 32 out of 90 (35,5%) of the women replied that 'have had at least one' gynecological exam respectively in both studies (Kappa=0.189, $p<0.001$). Agreement was also weak (Kappa=0.386 and 0.235) for self-reported mammography and Pap smear tests in the last 6 years, respectively. There were no significant differences in major demographic characteristics between women who provided, or not, the same answers in both interviewers, apart from the self-reported health status ($p=0.032$).

Conclusions: Women overestimated their self-reported adherence to cancer screening guidelines when the interviewer was a doctor once their responses were matched to those given to a social worker. The professional identities of the researchers that perform the data collection should be made explicit to make comparison across studies more accurate.

Keywords: adherence, cancer, gynecological tests, rater's agreement, self-reported health

Corresponding Author: Maria Moudatsou,
e-mail: moudatsoum@yahoo.gr

Submission date: 16.12.2018
Publication date: July 2019

Citation: Moudatsou M., Kritsotakis G., Koutis A., Alegakis A., Panagopoulou E. & Philalithis A. (2019). Comparison of self-reported adherence to cervical and breast cancer screening guidelines in relation to the researcher's profession. Hellenic Journal of Nursing Science 12(3): 44-51

HIGHLIGHTS / KEY POINTS

- **The validity of self-reported data has been questioned.**
- **Numerous studies indicate that women over-report their participation in preventive Pap-test and mammography screenings, but the influence of the researcher has not been examined in detail yet.**
- **In this study, women overestimated their self-reported adherence to cancer screening guidelines when the interviewer was a doctor once their responses were matched to those given to a social worker.**
- **The professional identities of the researchers that perform the data collection should be made explicit to make comparison across studies more accurate.**

INTRODUCTION

Breast and cervical cancers are among the leading causes of mortality worldwide (American Cancer Society Detailed Guide 2010). Their morbidity and mortality can be reduced by early detection, mainly by using mammography and Pap smear tests (Dang et al. 2010, McPhee et al. 2002). Despite the fact that self-reporting is a major and, in many cases, the only feasible method to use in cancer screening research, its validity has been questioned and numerous studies indicate that women over-report their participation in preventive Pap-test and mammography screenings (Lofters et al. 2013, Smyth et al. 2007, Pizarro et al. 2002). A number of studies showed that self-reported screening responses could not be verified with medical records and were less-than-accurate or biased (Fiscella et al. 2004, Newell et al. 2000, Rauscher et al. 2004, McPhee et al. 2002). Thus, study outcomes relying on faulty assumptions might produce misleading results (Pasick et al. 2004).

Many individual and social factors account for these discrepancies between self-reported and medical data, including, among others, inadequate communication and cultural differences between the interviewed people and the researchers, the ethnicity of the respondents, their minority and social disadvantage status, the site of care, the modality of the data collection, the way the questions are worded, and whether clarifications are given during the procedures (Allgood et al. 2014, Howard et al. 2009, Lofters et al. 2013, McPhee et al. 2002, Newell et al. 2000, Pasick et al. 2004). Additionally, it is common for women to underestimate the time since their last mammography or pap smear test, when they are asked retrospectively, and events are reported as being more recent than they actually are (Bowman et al. 1997, Chiquette et al. 2012, Walker et al. 2013).

Research questions relevant to screening issues are sometimes quite complicated for the general population and respondents may misunderstand the relevant concepts. When respondents perceive that screening tests fall under the same category, such as prevention of cancer in general, misreporting might occur, because they lack the knowledge to distinguish which screening test was performed (Vernon et al. 2004). In this case, interviewees who are more knowledgeable about cancer are more accurate in their screening self-reports (Chiquette et al. 2012).

Fiscella et al. (2004) suggested that different wording of the questions affected the results of mammography screening. Whenever respondents were unsure of the meaning of a question, they preferred to agree with the interviewer than appearing foolish and undermining their social status by providing a wrong answer or asking for a clarification (Vernon et al. 2004). The study of Trigoni et al. (2008) supported these results and suggested that if women lack the knowledge for understanding the research questions about their screening behavior, they increase the bias in their responses.

Central role in self–report bias when recalling information regarding screening events, involve cognitive processes such as conscious adjustment of the responses to control for the amount of information revealed (Newell et al. 2000, Vernon et al. 2004). Respondents usually give socially desirable questions when answering sensitive topics, like screening adherence, because they need to present themselves to the interviewers in a favorable manner (Smyth et al. 2007). The role of the researchers, in the cases of interviewing on cancer screening without validating the self–reported responses with medical records, is crucial because they should appreciate if interviewed people are able to understand the research questions or they need further instructions.

The aim of this study was to determine whether the same individuals report in the same way their test–pap and mammography screening behaviors, when the interviews are conducted by researchers of different professions, in this case a social worker and a general practitioner.

METHODS

Study characteristics

Two cross-sectional studies assessing adherence to cervical and breast cancer screening guidelines were conducted during late 2006 - early 2007 in the same individuals in an agricultural area of Crete, Greece (Municipality of Gorgolaini). (Panagoulopoulou et al. 2009, Moudatsou et al. 2014). The municipality

comprises six villages with around 3000 inhabitants (National Statistics Organisation Census 2011). The economy of this district depends largely on agriculture. There is free access to the public Primary Health Care (PHC) services, which are provided by three local medical offices.

Questionnaires in both studies included questions concerning demographic data such as age, educational level, occupation, marital status, number of children, income and place of residence. In both studies the participants were also asked to self-report on «Have you ever had any gynecological exams?» and «How many Pap smears and mammograms have you had in the last 6 years?». The main researcher conducting the interviews and the data collection was a General Practitioner in the first study (Panagoulopoulou et al. 2009) and a social worker in the second study (Moudatsou et al. 2014).

Sample Selection and Sample Size

In both studies, the sample consisted of the same 145 women aged from 35-75 years old, residents in the same area for at least ten years and of Greek origin. They were selected using a random generator function with finite sampling from the total population of 592 women of the 2001 electoral register. The whole procedure of selection and sample size can be found in more details in Panagoulopoulou et al., (2009), and Moudatsou et al., (2014). Briefly the sample size and sample selection for both studies are described in Table 1.

Statistical Methods

Mean and standard deviation was used for describing continuous data, while counts and % proportions were used for discrete data. Kappa coefficient was used to measure the agreement of participants' answers to the same questions between the two interviewers (general doctor and social worker). IBM SPSS Statistics 20.0 was used for statistical analysis and a level of 0.05 was set as significant.

RESULTS

The total number of participants, which were eligible for inclusion in this comparative analysis, was 114. There were no significant differences in major demographic variables between the eligible and the non-eligible samples for analysis [age (55> or <55) (Fishers' p=0.413), income (> or <500 €) (Fisher's p=0.062), family status (married or not) (Fishers' p=0.070) (Data not shown in table)].

The associations and the agreement between the answers of the participants given in a doctor and a social worker are presented in Table 2. There is a slight agreement (Kappa=0.189, p<0.001) between the answers given in the question «Have you ever had gynecological exams?» in both interviewers (General Practitioner and social worker). In more detail, 24 out of 24 (100%) and 32 out of 90 (35,5%) women replied that they 'did not have' and 'have had at least one' gynecological exam respectively in both studies. The agreement coefficient for self-reported adherence to screening guidelines between the two studies was also weak (Kappa=0.386 and 0.235) when we evaluated mammography and Pap smear tests in the last 6 years, respectively.

Furthermore, participants were categorised in two groups. The first group included 56 women who provided similar answers in both raters in the question "have you ever had gynecological exams?". The second group consisting of 58 women did not give similar answers in the same question. The comparisons of their characteristics are shown in Table 3. There were no significant differences between the two groups in their demographic characteristics (age p=0.255, marital status p=0.522, number of children p=0.436, educational level p=0.140, self-reported income p=0.806 and working status p=0.759). Only women that self-reported better health status had higher possibilities of providing the same answers in both studies (63.9%) (p=0.032).

DISCUSSION

The vast majority of current bibliography supports that the results of self-reported screening are overestimated when compared to medical records (Vernon et al. 2004, Coplan et al. 2003, Howard et al. 2009). However, this is one of the very few studies to estimate the differences in self-reported adherence to screening guidelines attributed to different health care professionals. Our study suggests that women overestimated their self-reported adherence to cancer screening guidelines when the interviewer was a General Practitioner once their responses were matched to those given to a social worker.

Primary health care physicians have a crucial role in the delivery of screening services through advising, recommending, performing and referring women for screening (Trigoni et al. 2008). Women may feel embarrassed and uncomfortable to let doctors know that they have not followed their recommendations and thus provide more social desirable answers to them. Women might also overestimate their screening behavior when talking to physicians, because if they gave accurate answers about their screening behaviors, there are more possibilities that the physicians would try to persuade them to perform the necessary screening tests. The difference between physicians and social workers is

that, in the case of physicians, women will be asked to provide the results of the tests to get relevant feedback in a future consultation, and thus, they will need to admit that they have not performed the recommended tests. In the case of social workers, this is not expected because they are not the ones to provide the medical feedback and women may feel that in this way they are released of the responsibility of adherence the screening rules (Smyth et al. 2007).

Another possible explanation for the higher percentage of women admitting that they had not performed the preventive tests to the social worker and not to the General Practitioner may be related to the different scientific approaches and professional identity of these professions: a key theme in social work theory and practice is the empathetic skills, and the ability to identify peoples' experiences and actively understand the respondents' perspectives (Decety & Jackson 2004, Trevithick 2003, Wickman & Cambell 2003). An empathy-driven attitude includes affective responses and cognitive processing that might enable individuals to mirror effectively their responses (Gerdes & Segal 2009). Assessment cannot be effective unless there has been attention to a process of engagement and rapport building with the respondents (Morrison 2006).

Consequently, a social worker may be better prepared to elucidate more accurate screening behaviors from the women. This empathetic relationship might enable the women to give responses that reflect more correctly their real screening behaviours for Pap-test and mammography to a social worker. In addition, social workers may be better prepared to understand possible misunderstandings of the women and then give them more accurate instructions for answering the research questions (Ames & Kammrath 2004). This is in line with Derrett and Colhoum (2011) and Simon et al. (2006), that suggested that the quality of the interaction between the interviewers and the respondents might influence the results of a study.

On the other hand, doctor may have paternalistic relationship with his/her patients. S/he may act as a "parent" figure that makes decisions for them. These forms of relationship traditionally characterized medical consultation and, in many cases, patients may feel comfortable from not having to worry about decision making (Morgan 2003). The problem in this case is that a large number of patients leave the consultation without asking questions about things that are troubling to them (Barry et al. 2000). It is difficult for patients to convey dissatisfaction during the consultation process because they think that doctors will not listen to them (Morgan 2003). A recent qualitative study based on 35 patients, who assessed their communication with doctors, found that only four of them have voiced all their concerns during consultation (Barry et al. 2000).

Women, who self-reported good or very good health, had the highest agreement in their reports of adherence to breast and cervical cancer screening guidelines. A possible explanation is that women with bad subjective health might have actual health problems that are not related to cancer. In this case they may not want to add more health problems in their daily routines, or to avoid further contacts with the health care system, avoiding stating their true adherence behaviors.

Limitations

Although our findings provide support that the professional role of the researcher is crucial to the accuracy of self-reported mammography and Pap-test screening, they are subject to some limitations. The first is dependent on our difficulty to access the accuracy of self-reported mammography and Pap-test screening with medical records. In this case, we could have the ability to make comparisons on the accuracy of self–reported screening based on medical data. Additionally, there is the possibility that the differences noted in this study could be attributed to personal characteristics of the researchers, and not their professional identity, although the differences are quite significant to be attributed only to individual characteristics and not to social desirability bias. This study evaluated only women and not men. Given the vast majority of literature documenting differences between men and women in a range of health outcomes (Kritsotakis et al 2016, 2018), we cannot know if the results apply to men as well.

CONCLUSION

The results of this study illustrate that women overestimate their screening adherence when a General Practitioner, compared to a social worker, makes the assessment. In line with the results presented in current literature and in this study, researchers have a key role on the measurement of self-reported screening adherence and studies should make explicit the professional identities of the researchers that performed the data collection, to make comparison across studies more accurate. Interviewers should also be sensitive in cognitive and culture issues relating to screening process that might influence the respondents' bias.

Future studies should be encouraged to assess in depth the reasons that make women overestimate their self-reported screening adherence and to elucidate whether these differences exist when other health care professionals, e.g. nurses, participate in data collection process and to compare them to medical records.

REFERENCES:

Allgood K.L, Rauscher G.H., Whitman S., Vasquez-Jones G. & Shah A.M. (2014). Validating self-reported mammography use in vulnerable communities: findings and recommendations. Cancer Epidemiology Biomarkers Prevention 23:1649-58.

American Cancer Society Detailed Guide: (2010) Cervical cancer: what are the key statistics about cervical cancer? www.cancer.org/Cancer/CervicalCancer/DetailedGuide/.

Ames D.R. & Kammrath L.K. (2004). Mind–reading and metacognition: Narcissism not actual competence predicts self estimated ability. Journal of Non-verbal Behavior 28: 187- 209.

Barry C.A., Bradley C.P., Britten N. & Stevenson F.A. (2000). Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: Qualitative study. BMJ 320:1245-1250.

Bowman J.A., Sanson-Fisher R. & Redman S. (1997). The accuracy of self-reported pap smear utilisation. Social Science Medicine 44:969-76.

Burke N.J., Bird J.A., Clark M.A., Rakowski W., Guerra C., Barker C.J. & Pasick R.J. (2009). Social and cultural meaning of self-efficacy. Health Education Behavior 36: 111- 128.

Chiquette J., Despiens C., Larouche G., Bouchard K., Simard J. & Dorral M. (2012). Self – reported mammography use following BRCA ½ genetic testing may be overestimated. Family Cancer 11: 27-32.

Coplan L.S., Mandelson M.T. & Anderson L.A. (2003). Validity of self reported mammography: Examing recall and covariates among older women in a health maintenance organization. American Journal of Epidemiology 157: 267-272.

Dang J., Lee J. & Tran J.H. (2010). Knowledge, attitudes and beliefs regarding breast and cancer screening among Cambodian, Laotian, Thai and Tongan women. Journal of Cancer Education 25: 595-601.

Decety J. & Jackson P.L. (2004). The functional architecture of human empathy. Behavior and Cognitive Neuroscience Review 7: 71-100.

Derrett S. & Colhoun S. (2011). Being a quantitative interviewer: Qualitatively exploring interviewers' experience in a longitudinal cohort study. BMC Medical Research Methodology 11: 165- 175.

Fiscella K., Franks P. & Meldrum S. (2004). Estimating racial / ethnic disparity in mammography rates: It all depends on how you ask the questions. Preventive Medicine 39: 399- 403.

Freedberg S. (2007). Re-examining empathy: A relational –feminist point of view. Social Worker 52: 251-259.

Gerdes K.E. & Segal E.A. (2009). A social work model of empathy. Advances in Social Work 10: 114-127.

Griva F., Anagnostopoulos F. & Madoglou S. (2009) Mammography screening and theory of planned behaviour: Suggestions toward an extended model of prediction. Women Health 49: 622-681.

Howard M., Agarwal G. & Lytwyn A. (2009). Accuracy of self – reports of pap and mammography screening compared to medical record: A meta analysis. Cancer Causes Control 20: 1-13.

Kritsotakis G., Konstantinidis T., Androulaki Z., Rizou E., Asprogeraka E.M. & Pitsouni V. (2018). The relationship between smoking and convivial, intimate and negative coping alcohol consumption in young adults. Journal of Clinical Nursing 27(13-14):2710-2718. doi: 10.1111/jocn.13889

Kritsotakis G., Koutis A., Alegakis A. & Philalithis A.E. (2008). Development of the social capital questionnaire in Greece. Research in Nursing & Health 31, 217-225.

Kritsotakis G., Psarrou M., Vassilaki M., Androulaki Z. & Philalithis A.E. (2016). Gender differences in the prevalence and clustering of multiple health risk behaviours in young adults. Journal of Advanced Nursing 72(9), 2098–2113. doi: 10.1111/jan.12981

Kritsotakis G., Antoniadou E., Koutra K., Koutis A., Philalithis A. (2010). Cognitive validation of the Social Capital Questionnaire in Greece. Nosileftiki 49, 274–285 (in Greek).

Lofters A.K., Moineddin R., Hwang S.W. & Glazier R.H. (2013). Does social disadvantage affect the validity of self-report for cervical cancer screening? International Journal of Women's Health 5: 29-33.

Masterson E.A., Hopenhayan C. & Christian W.J. (2009). Self –reported mental health status and recent mammography. Journal of Women's Health 19: 1569- 1576.

McPhee S.J., Nquyen T.T., Shema S.J., Nquyen B., Somkin C., Vo P., Pasick R. (2002). Validation of recall of breast and cervical cancer screening by women in an ethnically diverse population. Preventive Medicine 35: 463-473.

Walker M.J., Chiarelli A.M., Mirea L., Glendon G., Ritvo P., Andruilis I.L. & Knight J.A. (2013). Accuracy of Self-Reported Screening Mammography Use: Examining Recall among Female Relatives from the Ontario Site of the Breast Cancer Family Registry. ISRN Oncology, vol. 2013, Article ID 810573, doi:10.1155/2013/810573

Morgan M. The Doctor- patient relationship, 5th edn. London: Elsevier, 2003.

Morisson T. (2006). Emotional intelligence emotion and social work: Context characteristics, complications and contribution. British Journal of Social Work 37: 245- 263.

Moudatsou M., Kritsotakis G., Alegakis A., Koutis A. & Philalithis A. (2014). Social Capital and Adherence to cervical and breast cancer screening guidelines: a cross- sectional study in rural Crete. Health Care in the Community 22: 395–404.

National Statistics Organisation Census (2011) Available at: www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/ General/NWS_CENSUS_310712_GR.pdf

Newell S., Girgis A., Sanson-Fisher R. & Ireland M. (2000). Accuracy of patients' recall of pap and cholesterol screening. American Journal of Public Health 90: 1431-1435.

O' Keefe P.J. Persuasion: theory and research, 2th edn. USA: Sage Publication, 2002.

Panagoulopoulou E., Alegakis A., Mourad T.A., Sanidas E., Makrigianakis A. & Philalithis A. (2009). The role of general practitioners in promoting cervical cancer screening: A field survey in a rural area of Crete, Greece. European Journal of Cancer Prevention 19:160- 166.

Pasick R.J., Hiatt R.A. & Paskett D. (2004). Lessons learned from community-based cancer screening intervention research. Cancer 101: 1146- 1164.

Pizarro J., Schneider T.R. & Salovey P. (2002) A source of error in self-reports of pap test utilization. Journal of Community Health 27: 351-356.

Rauscher G.H., Earp J.A. & O'Malley M. (2004). Relation between intervention exposures, changes in attitudes, and mammography use in the North Carolina breast cancer screening program. Cancer Epidemiology Biomarkers Prevention 13: 741- 747.

Rothery M. & Tutty L. (2001). Client–Centered Theory. In: Lehmann P, Coady N, eds. Theoretical Perspectives for Direct Social Work Practice: A Generalisteclectic Approach, 2th edn. New York: Springer: pp.223-239.

Simon T.R., Mercy J.A. & Barker L. (2006). Can we talk? Importance of random- digit-dial surveys for injury prevention research. Preventive Medicine 5: 406- 410.

Simou E., Maniadakis N., Pallis A., Foundoulakis E. & Kourlapa G. (2010). Factors associated with use of pap smear testing in Greece. Journal of Women's Health 19:1577-1585.

Skovholt T. (2005). The cycle of caring: A model of expertise in the helping professions. Journal of Mental Health Counseling 27: 82-93.

Smith A. (2006). Cognitive empathy and emotional empathy in human behaviour and evolution. Psychology Research 56: 3-21.

Smyth M.J., Webb M.S. & Oikawa M. Report of cancer–related behaviors, 1th edn. Syracuse: Syracuse University, 2007.

Tolma E.L., Reininger B.M., Ureda J. & Evans A. (2003). Cognitive motivations associated with screening mammography in Cyprus. Preventive Medicine 36: 363–373.

Trevithick P. (2003). Effective relationship-based practice: A theoretical explanation. Journal of Social Work Practice 17: 163-176.
Trigoni M., Griffiths F., Tsiftsis D., Koumantakis E., Green E. & Lionis C. (2008). Mammography screening: Views from women and primary care physician in Crete. BMC Women's Health 8: 20–32.
Turner K. (2009). Mindfulness: The present moment in clinical social work. Clinical Social Work Journal 37: 95- 103.
Vernon S.W., Briss P.A., Tiro J.A. & Warnecke R.B. (2004). Some methodological lessons learned from cancer screening research and practice. Cancer 101: 1131-1145.
Viera A.J. & Garrett J.M. (2005). Understanding interobserver agreement: The Kappa statistic. Family Medicine 37:360-363.
Wampold B.E. (2007). Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment. American Psychology 62:857- 873.
Wickman S.A. & Campbell C. (2003). An analysis of how Carl Rogers enacted client-centered conversation with Gloria. Journal of Counseling Dev 81: 178- 189.

Table 1. Characteristics of the studies

	Interviewer	Period	Questionnaire	Sample	Participants
Study 1 Panagoulopoulou et al 2009	General Doctor	End 2006- 2007	+ Use and knowledge of gynecological examinations + Random selection	+ Gorgolaini municipality	125 women aged 35-75 years old
Study 2 Moudatsou et al 2014	Social Worker	The same as in Study 1	The same as in Study 1 +Social capital questionnaire (SCQ-Greek) (Kritsotakis et al 2008, 2010) The same as in Study 1	The same as in Study 1	The same as in Study 1

	Sample size	Participation	Questions related to the use and knowledge
Study 1 Panagoulopoulou et al 2009	**145 selected 22 excluded 3 refused**	97.5%	- How many Pap smears have you had in the last 6 years? - How many mammographies have you had in the last 6 years? - Have you ever had a Pap smear? - Have you ever had a mammography?
Study 2 Moudatsou et al 2014	**145 selected 19 excluded 6 refused**	97.5%	- Do you know if there are screening tests for the prevention of breast and cervical cancer? - How many Pap smears and mammograms have you had in the last 6 years? - Have you ever had a Pap smear? - Have you ever had a mammography?

Table 2. Agreement between participant's self-reported adherence as answered to a general practitioner and a social worker measured by Cohen's Kappa.

Social worker / General practitioner	Pap's smear or Mammography					
		No	At least one	Total	Kappa	p
Have you ever had gynecological examinations?	No	24	58	82 (64.4%)	0.189	0.001
	Yes	0	32	32 (35.6%)	x^2	p
Total		24 (21.1%)	90 (78.9%)	114	11,863	0,001
	Mammography					
		No	At least one	Total	Kappa	p
'How many mammograms have you had in the last 6 years?'	No	52	30	82 (52,6%)	0,386	<0,001
	Yes	5	27	32 (47,3%)	x^2	p
Total		57 (50,0%)	57 (50%)	114	11,863	0,001
	Pap smear					
		No	At least one	Total	Kappa	p
'How many Pap smears have you had in the last 6 years?'	No	29	53	82 (62,4%)	0,235	0,001
	Yes	0	32	32 (37,6%)	x^2	p
Total		29 (25,4%)	85 (74,6%)	114	15,178	<0,001

Table 3. Characteristics of the women that provided and did not provide the same answers in the two interviewers.

		Have you ever had gynaecological exams					
		Agreement		Non-Agreement		Total	
		%		%			p
Age groups	<= 45	1	57.9%		42.1%	9	0.255
	46 - 55	3	56.5%	0	43.5%	3	
	56 - 65	1	34.4%	1	65.6%	2	
	66+	1	52.5%	9	47.5%	0	
Marital Status	Married	8	48.0%	2	52.0%	0	0.522
	Other		57.1%		42.9%	4	
Children	1 Child		75.0%		25.0%		0.436
	2 Children	1	52.5%	9	47.5%	0	
	3 Children	6	44.4%	0	55.6%	6	
	>=4 Children	0	45.5%	2	54.5%	2	
Family Income	<500 Euro	0	47.6%	2	52.4%	2	0.806
	>500 Euro	6	50.0%	6	50.0%	2	
Working	Housewife	8	45.9%	3	54.1%	1	0.759
	Retired	1	52.5%	9	47.5%	0	
	Work		53.8%		46.2%	3	
Education	Less than Primary	0	42.3%	1	57.7%	1	0.140
	Primary		61.5%		38.5%	3	
	Secondary		100.0%		0.0%		
	University	4	53.8%	2	46.2%	6	
Self reported Health	Other	3	42.3%	5	57.7%	8	0.032
	Good/Very Good	3	63.9%	3	36.1%	6	

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Διερεύνηση του συνδρόμου εξουθένωσης του προσωπικού σχολικών μονάδων ειδικής αγωγής

Νίκη Παναγούλη[1], Ευαγγελία Μεϊμέτη[2], Πέτρος Γαλάνης[3], Μαρία Τσιαχρή[4], Παγώνα Κουτσογιάννη[5], Άρης Υφαντής[6], Ιωάννης Μωύσογλου[6]

1. Νοσηλεύτρια,
2. Νοσηλεύτρια, MSc, PhD, Διοίκηση 1ης ΥΠΕ,
3. Νοσηλευτής, MSc, PhD, Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ,
4. Νηπιαγωγός, MSc, Νηπιαγωγείο Λιβανατών
5. Λογοθεραπεύτρια, MSc, Κέντρο Ψυχικής Υγείας Χαλανδρίου, Νοσοκομείο «Γεώργιος Γεννηματάς»,
6. Νοσηλευτής, MSc, PhD (c), Αυτοτελές Τμήμα Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το εργασιακό περιβάλλον των σχολικών μονάδων ειδικής αγωγής είναι δυνατό να οδηγήσει στην εμφάνιση του συνδρόμου της εξουθένωσης του προσωπικού που απασχολείται σε αυτές.

Σκοπός: Η διερεύνηση του επιπέδου εξουθένωσης του προσωπικού σχολικών μονάδων ειδικής αγωγής, καθώς επίσης και των παραγόντων που επηρεάζουν στην εμφάνιση του συνδρόμου.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε μία συγχρονική μελέτη, με δειγματοληψία ευκολίας, με τη συμμετοχή 346 ατόμων προσωπικού σχολικών μονάδων ειδικής αγωγής. Η μέτρηση του επιπέδου εξουθένωσης πραγματοποιήθηκε με το εργαλείο "The Copenhagen Burnout Inventory".

Αποτελέσματα: Ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha για την υποκλίμακα «προσωπική εξουθένωση» ήταν 0,85, για την υποκλίμακα «εργασιακή εξουθένωση» ήταν 0,73 και για την υποκλίμακα «εξουθένωση σε σχέση με μαθητές» ήταν 0,83. Το 45% των συμμετεχόντων ήταν εκπαιδευτικοί, το 23,7% ήταν σχολικοί νοσηλευτές, το 12,9% ήταν λογοθεραπευτές και το 18,4% ήταν άλλης ειδικότητας. Οι μέσες τιμές και στις τρεις υποκλίμακες του εργαλείου ήταν <50, γεγονός που δηλώνει χαμηλού βαθμού εξουθένωση. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προέκυψε ότι οι μόνιμοι (Συντελεστής b=8,0, 95% ΔΕ=3,2 έως 12,9, p=0,001) και οι συμβασιούχοι (Συντελεστής b=15,4, 95% ΔΕ=8,4 έως 22,4, p<0,001) είχαν μεγαλύτερο σκορ προσωπικής εξουθένωσης σε σχέση με τους αναπληρωτές εκπαιδευτικούς. Οι μόνιμοι (Συντελεστής b=8,9, 95% ΔΕ=3,9 έως 13,9, p=0,001) και οι συμβασιούχοι (Συντελεστής b=10,0, 95% ΔΕ=2,9 έως 17,2, p=0,006) είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία εργασιακής εξουθένωσης σε σχέση με τους αναπληρωτές εκπαιδευτικούς. Τέλος, η αύξηση των ετών συνολικής προϋπηρεσίας στην ειδικότητα σχετιζόταν με μεγαλύτερη βαθμολογία εξουθένωσης σε σχέση με τους μαθητές (Συντελεστής b=0,4, 95% ΔΕ=0,01 έως 0,7, p=0,042).

Συμπεράσματα: Οι εργαζόμενοι στις σχολικές μονάδες ειδικής αγωγής βιώνουν χαμηλά επίπεδα εξουθένωσης. Προτείνεται μελλοντικά η πραγματοποίηση μελετών, όπου εκτός από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, θα διερευνηθούν και άλλοι παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση του συνδρόμου της εξουθένωσης, όπως οι παράγοντες του εργασιακού τους περιβάλλοντος.

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας: Ιωάννης Μωύσογλου
email: giannismois@gmail.com

Ημερομηνία υποβολής: 09/01/2019
Ημερομηνία δημοσίευσης: Ιούλιος 2019

Αναφορά του άρθρου ως: Παναγούλη Ν., Μεϊμέτη Ε., Γαλάνης Π., Τσιαχρή Μ., Κουτσογιάννη Π., Υφαντής Α. & Μωύσογλου Ι. (2019). Διερεύνηση του συνδρόμου εξουθένωσης του προσωπικού σχολικών μονάδων ειδικής αγωγής. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης 12(2): 52-60

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Το εργαλείο μελέτης (The Copenhagen Burnout Inventory, CBI) παρουσίασε υψηλή αξιοπιστία σύμφωνα με τον συντελεστή εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha.**
- **Οι εργαζόμενοι στις σχολικές μονάδες ειδικής αγωγής παρουσίασαν χαμηλά επίπεδα εξουθένωσης.**
- **Οι μόνιμοι και οι συμβασιούχοι εκπαιδευτικοί, συγκριτικά με τους αναπληρωτές, παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα προσωπικής και επαγγελματικής εξουθένωσης.**
- **Τα έτη προϋπηρεσίας στην ειδικότητα σχετίζονται με το βαθμό εξουθένωσης αναφορικά με τους μαθητές.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η διερεύνησης του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) ξεκίνησε στα μέσα της δεκαετίας του 1970, στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (ΗΠΑ). Η αρχική αναφορά έγινε από τον Αμερικανό ψυχίατρο Herbert Freudenberger, όχι ως αποτέλεσμα ερευνών ή ακαδημαϊκών μελετών, αλλά μέσα από τις παρατηρήσεις του ως ένα κοινωνικό πρόβλημα. Ο Freudenberger, στον φορέα υγείας όπου εργαζόταν, παρατήρησε σε αρκετούς εθελοντές συνεργάτες μία σταδιακή συναισθηματική εξάντληση, έλλειψη κινήτρων και δέσμευσης προς την εργασία. Αυτή η ψυχική κατάσταση των εργαζομένων ήταν αποτέλεσμα μίας διεργασίας διάρκειας σχεδόν ενός έτους και για να την περιγράψει, υιοθέτησε τη λέξη burnout, που μέχρι τότε χρησιμοποιούνταν για να αποδοθούν οι επιπτώσεις της χρόνιας χρήσης ναρκωτικών (Freudenberger 1974).

Παράλληλα, η Maslach, κοινωνική ψυχολόγος, και οι συνεργάτες της μελέτησαν τους τρόπους διαχείρισης της επαγγελματικής εξουθένωσης από τους εργαζομένους στις κοινωνικές υπηρεσίες. Η μελέτη έδειξε ότι αυτοί οι εργαζόμενοι συχνά ένοιωθαν συναισθηματική εξάντληση, ανέπτυσσαν αρνητικά αισθήματα και αντιλήψεις για τους πελάτες και ασθενείς τους, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η ικανότητα τους στην άσκηση του επαγγέλματος τους (Schaufeli et al. 2009). Από τη συστηματική μελέτη του φαινομένου αυτού, η Maslach ανέπτυξε ένα εργαλείο αξιολόγησης της επαγγελματικής εξουθένωσης, το The Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach & Jackson 1981). Η ανάπτυξη της κλίμακας MBI είχε ως αποτέλεσμα την συστηματική, αξιόπιστη και έγκυρη πλέον διερεύνηση του φαινομένου της εξουθένωσης μέσα από το εννοιολογικό της πλαίσιο και αποτελεί μέχρι σήμερα το πιο διαδεδομένο εργαλείο για τη μελέτη της επαγγελματικής εξουθένωσης. Τα τελευταία χρόνια έχουν αναπτυχθεί και άλλα εργαλεία, όπως το Copenhagen Burnout Inventory (CBI), το οποίο δημιουργήθηκε από ερευνητές του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας της Εργασίας της Δανίας (Kristensen et al. 2005). Η κλίμακα CBI έχει μεταφραστεί και έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές μελέτες διεθνώς με περισσότερες από 1300 ετεροαναφορές (Lin & Lin 2013, Sestili et al. 2018, Walters et al. 2018).

Μολονότι, αρχικά η διερεύνηση της εξουθένωσης περιορίστηκε στους εργαζομένους στις κοινωνικές υπηρεσίες, ωστόσο οι μελέτες διευρύνθηκαν και έδειξαν την επίπτωση του φαινομένου σε διαφορετικά επαγγελματικά και επιστημονικά πεδία, όπως αυτό της εκπαίδευσης. Ο φόρτος εργασίας, η ασάφεια ρόλου, η έλλειψη υποστήριξης από το διευθυντή του σχολείου, το στρες και η σύγκρουση ρόλων έχουν αναδειχθεί σε μερικούς από τους σημαντικότερους παράγοντες που οδηγούν στην εμφάνιση της εργασιακής εξουθένωσης στους εκπαιδευτικούς, γενικής και ειδικής αγωγής, επηρεάζοντας την αποτελεσματικότητα του εκπαιδευτικού τους έργου (Embich 2001, Antoniou et al. 2006, Aloe et al. 2014, Brunsting et al. 2014, Boujut et al. 2017). Οι μελέτες αυτές, ωστόσο, περιορίζονται σχεδόν αποκλειστικά στο εκπαιδευτικό προσωπικό, αποκλείοντας τους υπόλοιπους επαγγελματίες που εργάζονται στον τομέα της ειδικής αγωγής, όπως οι νοσηλευτές, φυσικοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, κοινωνικοί λειτουργοί και ειδικό βοηθητικό προσωπικό.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση του επιπέδου της εξουθένωσης των εργαζομένων σε σχολικές μονάδες ειδικής αγωγής, καθώς επίσης και των παραγόντων που επηρεάζουν την εξουθένωση αυτή.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σχεδιασμός

Πραγματοποιήθηκε μία συγχρονική μελέτη με τη χρήση δομημένου ερωτηματολογίου κλειστών ερωτήσεων. Η μέθοδος συλλογής δεδομένων ήταν η δειγματοληψία ευκολίας Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν εργαζόμενοι στις σχολικές μονάδες ειδικής αγωγής, πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, της Ελλάδας. Συνολικά διανεμήθηκαν ή στάλθηκαν ηλεκτρονικά 500 ερωτηματολόγια σε σχολικές μονάδες και συνελέχθησαν συμπληρωμένα 346 (ποσοστό ανταπόκρισης 69,2%). Η διάρκεια της μελέτης ήταν 2 μήνες, από 1η Μαΐου έως και 31 Ιουνίου 2018.

Εργαλείο έρευνας

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με την κλίμακα Copenhagen Burnout Inventory (CBI). Η κλίμακα CBI δημιουργήθηκε το 2005 στο πλαίσιο της προοπτικής μελέτης PUMA (Project on Burnout, Motivation and Job Satisfaction) σε εργαζομένους των κοινωνικών υπηρεσιών της Δανίας (Kristensen et al. 2005). Το CBI αποτελεί ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο αξιολόγη-

σης του βαθμού εξουθένωσης και έχει χρησιμοποιηθεί σε μελέτες και στον χώρο της εκπαίδευσης (Milfont et al. 2008, Tomč s et al. 2017). Άδεια για τη μετάφραση και χρήση του ερωτηματολογίου ελήφθη από τον Tage S. Kristensen, συν-δημιουργό του CBI.

Το CBI αποτελείται από 19 προτάσεις, στις οποίες οι συμμετέχοντες καλούνται να δηλώσουν, σε μία κλίμακα τύπου Likert, τη συχνότητα εμφάνισης τους (ποτέ, σπάνια, μερικές φορές, συχνά, πάντα) ή τον βαθμό εμφάνισης τους (σε πολύ μικρό βαθμό, σε μικρό βαθμό, λίγο, σε μεγάλο βαθμό σε πολύ μεγάλο βαθμό). Κάθε μία απάντηση βαθμολογείται από 0 (ποτέ/σε πολύ μικρό βαθμό) έως 100 (πάντα/σε πολύ μεγάλο βαθμό). Υψηλότερη βαθμολογία δηλώνει ψηλότερο βαθμό εξουθένωσης. Το CBI αποτελείται από 3 υποκλίμακες. Η πρώτη υποκλίμακα, προσωπική εξουθένωση (personal burnout), αποτελείται από 6 προτάσεις. Σκοπός της υποκλίμακας είναι ν' απαντήσει στο ερωτήματα πόσο κουρασμένο ή εξαντλημένο είναι το άτομο. Ως προσωπική εξουθένωση ορίζεται ο βαθμός της σωματικής και ψυχολογικής κούρασης και εξάντλησης που βιώνει ένα άτομο. Η δεύτερη υποκλίμακα, εργασιακή εξουθένωση (work-related burnout), αποτελείται από 7 προτάσεις και ορίζεται ως ο βαθμός της σωματικής και ψυχολογικής κούρασης και εξάντλησης την οποία αντιλαμβάνεται το άτομο ότι σχετίζεται με την εργασία του. Η τρίτη υποκλίμακα, εξουθένωση σχετιζόμενη με τους μαθητές, αποτελείται από 6 ερωτήσεις και ορίζεται ως ο βαθμός της σωματικής και ψυχολογικής κούρασης και εξάντλησης την οποία αντιλαμβάνεται το άτομο ότι σχετίζεται με την εργασία του με τους μαθητές.

Δεν πραγματοποιήθηκε factor analysis του ερωτηματολογίου, καθώς σύμφωνα με τους δημιουργούς του, οι τρεις υποκλίμακες είναι ξεχωριστές όχι για λόγους στατιστικούς, αλλά θεωρητικούς και μεθοδολογικούς. Επίσης, οι υποκλίμακες δύναται να χρησιμοποιηθούν και μεμονωμένες (Kristensen et al. 2005). Στο ερωτηματολόγιο, που διανεμήθηκε στους συμμετέχοντες, και σύμφωνα με τις αναφορές των δημιουργών του, οι προτάσεις δεν παρουσιάστηκαν κατά υποκλίμακα, αλλά τοποθετήθηκαν σε τυχαία σειρά, για την αποφυγή στερεοτυπικών απαντήσεων. Εκτός από το CBI, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να δηλώσουν μία σειρά από δημογραφικά δεδομένα.

Στατιστική ανάλυση

Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή, τυπική απόκλιση, διάμεσος, ελάχιστη τιμή και μέγιστη τιμή. Ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov και τα διαγράμματα κανονικότητας χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών.

Ως ανεξάρτητες μεταβλητές ορίστηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, ενώ ως εξαρτημένες μεταβλητές οι βαθμολογίες στις εξής κλίμακες στο ερωτηματολόγιο εξουθένωσης: (α) προσωπική εξουθένωση, (β) εργασιακή εξουθένωση και (γ) εξουθένωση σε σχέση με μαθητές. Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t (student's t-test). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας κατηγορικής μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διασποράς (analysis of variance). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής που ακολουθεί την κανονική κατανομή και μιας ποσοτικής μεταβλητής που δεν ακολουθεί την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (Spearman's correlation coefficient). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο ποσοτικών μεταβλητών που ακολουθούν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (Pearson's correlation coefficient).

Στην περίπτωση που περισσότερες από δύο ανεξάρτητες μεταβλητές προέκυπταν στατιστικά σημαντικές στο επίπεδο του 0,2 ($p<0,2$) στη διμεταβλητή ανάλυση, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (multivariate linear regression) με εξαρτημένη μεταβλητή τις βαθμολογίες. Στην περίπτωση αυτή, εφαρμόστηκε η μέθοδος της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με την προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (backward stepwise linear regression). Αναφορικά με την πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση, παρουσιάζονται οι συντελεστές b (coefficients' beta), τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης και οι τιμές p. Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο για τις κοινωνικές επιστήμες IBM SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ο μελετώμενος πληθυσμός περιλάμβανε 346 συμμετέχοντες. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες (88,4%) και χωρίς παιδιά (63,6%). Το 45% ήταν εκπαιδευτικοί, το 23,7% ήταν νοσηλευτές, το 12,9% ήταν λογοθεραπευτές και το 18,4% ήταν οποιουδήποτε άλλου επαγγέλματος. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων παρουσιάζονται στον πίνακα 1.

Ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha για την κλίμακα «προσωπική εξουθένωση» ήταν 0,85, για την κλίμακα «εργασιακή εξουθένωση» ήταν 0,73 και για την κλίμακα «εξουθένωση σε σχέση με μαθητές» ήταν 0,83 γεγονός που δηλώνει εξαιρετική αξιοπιστία του ερωτηματολογίου για την εξουθένωση.

Στον πίνακα 2 παρουσιάζονται τα περιγραφικά αποτελέσματα για τις τρεις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου για την εξουθένωση. Οι μέσες τιμές και στις τρείς υποκλίμακες ήταν κάτω από 50, γεγονός που δηλώνει

χαμηλού βαθμού εξουθένωση. Ο μεγαλύτερος βαθμός εξουθένωσης αφορούσε την προσωπική εξουθένωση και ακολούθως την εργασιακή εξουθένωση και τέλος την εξουθένωση σε σχέση με τους μαθητές.

Παράλληλα, πραγματοποιήθηκαν διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και στις βαθμολογίες των τριών υποκλιμάκων. Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψαν σημαντικές σχέσεις στο επίπεδο του 0,2 ($p<0,2$) μεταξύ των βαθμολογίας των τριών υποκλιμάκων και των ανεξάρτητων μεταβλητών. Για το λόγο αυτό, πραγματοποιήθηκαν πολυμεταβλητές γραμμικές παλινδρομήσεις, τα αποτελέσματα των οποίων παρουσιάζονται στους πίνακες 3, 4 και 5, αντίστοιχα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης του πίνακα 3, προκύπτει ότι οι μόνιμοι και οι συμβασιούχοι επαγγελματίες είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία προσωπικής εξουθένωσης, δηλαδή μεγαλύτερη εξουθένωση σε σχέση με τους αναπληρωτές. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης του πίνακα 4, προκύπτει ότι οι μόνιμοι και οι συμβασιούχοι επαγγελματίες είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία εργασιακής εξουθένωσης, δηλαδή μεγαλύτερη εξουθένωση σε σχέση με τους αναπληρωτές. Και τέλος, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης του πίνακα 5, προκύπτει ότι η αύξηση των ετών συνολικής προϋπηρεσίας στην ειδικότητα σχετιζόταν με μεγαλύτερη βαθμολογία εξουθένωσης σε σχέση με τους μαθητές, δηλαδή με μεγαλύτερη εξουθένωση.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα μελέτη αφορά στη διερεύνηση της εξουθένωσης του συνόλου των επαγγελματιών που απασχολούνται στις σχολικές μονάδες ειδικής αγωγής, και όχι αποκλειστικά του εκπαιδευτικού προσωπικού. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι εργαζόμενοι βιώνουν χαμηλού βαθμού εξουθένωση, καθώς η βαθμολογία ήταν χαμηλή (<50) και στις τρεις υποκλίμακες του εργαλείου μέτρησης της εξουθένωσης, με χαμηλότερη τη βαθμολογία αναφορικά με την εξουθένωση σε σχέση με τους μαθητές και υψηλότερη τη βαθμολογία στο πεδίο της προσωπικής εξουθένωσης. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης συμφωνούν με ευρήματα μελέτης που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα σε 127 άτομα εκπαιδευτικό προσωπικό ειδικής αγωγής (Platsidou & Agaliotis 2008), η οποία έδειξε χαμηλά επίπεδα εξουθένωσης του προσωπικού. Σε παλαιότερη μελέτη (Καντάς 1996) με τη συμμετοχή εκπαιδευτικών και επαγγελματιών υγείας, βρέθηκαν επίσης χαμηλά ποσοστά εξουθένωσης. Θα πρέπει να αναφερθεί, ωστόσο, ότι η μελέτη αυτή δεν πραγματοποιήθηκε αποκλειστικά σε σχολικές μονάδες, αλλά σε διαφορετικούς εργασιακούς χώρους. Σύμφωνα με διεθνή μελέτη των Boujut et al. (2016), συγκρίνοντας τα δεδομένα μεταξύ ειδικής και γενικής αγωγής, οι εκπαιδευτικοί ειδικής αγωγής βρέθηκε να βιώνουν χαμηλότερα ποσοστά εξουθένωσης σε σχέση με τους συναδέρφους τους της γενικής αγωγής. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης συμφωνούν και με τα αποτελέσματα μελέτης που πραγματοποιήθηκε σε φροντιστές κέντρων ειδικής αγωγής στη Γερμανία. Στη μελέτη συμμετείχαν νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί και βοηθητικό προσωπικό, οι οποίοι στην πλειοψηφία τους (63.5%) βρέθηκε να δηλώνουν χαμηλά ποσοστά εξουθένωσης (Kowalski et al. 2010). Άλλη μελέτη σε φροντιστές ατόμων με ειδικές ανάγκες στην Ταϊβάν, με τη χρήση του εργαλείου CBI, έδειξε μεσαίου βαθμού εξουθένωση (Lin & Lin 2013).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των παλινδρομήσεων της παρούσας μελέτης, βρέθηκε αυξημένη βαθμολογία εξουθένωσης στην προσωπική και επαγγελματική υποκλίμακα στους μόνιμους και συμβασιούχους επαγγελματίες συγκριτικά με τους αναπληρωτές, καθώς και αυξημένη εξουθένωση σχετικά με την εργασία με μαθητές στους εργαζομένους με περισσότερα έτη προϋπηρεσίας στην ειδικότητα τους. Τα ευρήματα σχετικά με τις εργασιακές σχέσεις δεν δύναται να συγκριθούν με αυτά της εγχώριας ή διεθνούς βιβλιογραφίας, καθώς οι μεταβλητές των εργασιακών σχέσεων δεν έχουν μελετηθεί. Η ερμηνεία που μπορεί να δοθεί σχετίζεται με τις απαιτήσεις που απορρέουν από την εργασιακή κατάσταση. Οι απαιτήσεις της διεύθυνσης της σχολικής μονάδας από τους μόνιμους εργαζομένους, αναφορικά με τα παιδαγωγικά καθήκοντα και τις εξωδιδακτικές τους υποχρεώσεις, πιθανώς είναι μεγαλύτερες συγκριτικά με τους αναπληρωτές, καθώς οι δεύτεροι, πολύ πιθανό δεν θα βρίσκονται στην ίδια σχολική μονάδα την επόμενη χρονιά είτε εργάζονται σε διαφορετικές σχολικές μονάδες την ίδια σχολική χρονιά για την κάλυψη του ωραρίου τους. Επίσης, οποιαδήποτε έλλειψη πόρων της σχολικής μονάδας, όπως υποστελέχωση, παιδαγωγικό υλικό, εγκαταστάσεις κ.α., πιθανόν επηρεάζει σε μεγαλύτερο βαθμό το μόνιμο προσωπικό που καλείται να διαχειριστεί την κατάσταση αυτή. Οι απαιτήσεις από την εργασία και η έλλειψη πόρων συμβάλλουν στην εμφάνιση της εξουθένωσης σύμφωνα με μελέτες της διεθνούς βιβλιογραφίας (Alarcon 2011, Barkhuizen et al. 2014, Trépanier et al. 2014).

Η προϋπηρεσία στην ειδικότητα βρέθηκε στην παρούσα μελέτη να σχετίζεται με την εμφάνιση της εξουθένωσης σχετιζόμενης με τους μαθητές, με τους εκπαιδευτικούς με περισσότερα από 20 έτη εμπειρίας να έχουν υψηλότερη βαθμολογία εξουθένωσης (Williams & Dikes 2015, Williams 2015). Ο εργασιακός χώρος των σχολικών μονάδων ειδικής αγωγής χαρακτηρίζεται από αυξημένες απαιτήσεις, οι οποίες επηρεάζουν τους εργαζομένους στην εμφάνιση εργασιακής εξουθένωσης. Η έλλειψη υποστήριξης από τη διεύθυνση του σχολείου, η διαχείριση της συμπεριφοράς των μαθητών, οι αυξημένες

απαιτήσεις και η γραφειοκρατεία συνθέτουν μερικές από τις αιτίες εμφάνισης της εξουθένωσης (Brunsting et al. 2014). Ανάμεσα στις σημαντικότερες αιτίες που οδηγούν στην εμφάνιση της εξουθένωσης έχει αναδειχθεί ο ρόλος του διευθυντή της σχολικής μονάδας. Ειδικότερα, η δημιουργία ενός υποστηρικτικού εργασιακού περιβάλλοντος από το διευθυντή με σαφή καθορισμό των καθηκόντων και υποχρεώσεων, η προαγωγή της συνεργασίας και ο έλεγχος του φόρτου εργασίας του προσωπικού, συμβάλλουν στην πρόληψη της εμφάνισης του συνδρόμου της εξουθένωσης του προσωπικού (Embich 2001, Borritz et al. 2005, Garwood et al. 2017).

Η διοικητική υποστήριξη και η αποτελεσματικότητα της ομάδας των εκπαιδευτικών αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν τους εκπαιδευτικούς ειδικής αγωγής στην απόφαση τους να αποχωρήσουν από το επάγγελμα (Conley & You 2017). Με τη δημιουργία ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος, αυξάνεται η ικανοποίηση των εργαζομένων και η εργασιακή τους ευημερία, δύο σημαντικές μεταβλητές οι οποίες αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες εμφάνισης της εξουθένωσης (De Stasio et al. 2017). Μελέτες έχουν δείξει, επίσης, την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων για τη διαχείριση και τη μείωση των επιπέδων εξουθένωσης στη γενική και ειδική αγωγή (Pietarinen et al. 2013, Siu et al. 2014, Ugwoke et al. 2018).

Περιορισμοί Μελέτης

Ο αριθμός των συμμετεχόντων αποτελεί περιορισμό της μελέτης. Λόγω του μικρού αριθμού συμμετοχής των επαγγελματιών, εκτός των εκπαιδευτικών και των νοσηλευτών, τα αποτελέσματα αναφορικά με το επίπεδο εξουθένωσης θα πρέπει να αξιολογηθούν με προσοχή. Ο μικρός αριθμός των συμμετεχόντων, δεν επέτρεψε τη στατιστική ανάλυση του επιπέδου εξουθένωσης κατά επαγγελματική ομάδα ούτε βεβαίως να πραγματοποιηθεί σύγκριση του επιπέδου εξουθένωσης μεταξύ των διαφορετικών επαγγελματιών. Επίσης, πραγματοποιήθηκαν συσχετίσεις μόνο μεταξύ του επιπέδου της εξουθένωσης και των δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων. Καθώς, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, τα επίπεδα εξουθένωσης επηρεάζονται σημαντικά από το εργασιακό περιβάλλον (οργάνωση και διοίκηση σχολικής μονάδας), απαιτούνται μελέτες που θα διερευνήσουν τη σχέση μεταξύ του επιπέδου εξουθένωσης και των χαρακτηριστικών του εργασιακού περιβάλλοντος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ειδική εκπαίδευση αποτελεί έναν ιδιαίτερα απαιτητικό επαγγελματικό και επιστημονικό κλάδο, όπου το προσωπικό είναι πιθανό να βιώσει κάποιου βαθμού εξουθένωση. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν την χαμηλή επίπτωση της εξουθένωσης στο σύνολο του προσωπικού των σχολικών μονάδων ειδικής αγωγής. Το εργαλείο της μελέτης βρέθηκε να έχει εξαιρετική αξιοπιστία και θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί μελλοντικά σε μελέτες, όπου εκτός από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, θα μπορούσαν να διερευνηθούν και άλλοι παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση του συνδρόμου εξουθένωσης στους εργαζομένους, όπως είναι οι παράγοντες του εργασιακού τους περιβάλλοντος.

Συμβολή των συγγραφέων

Η ΝΠ είχε την ιδέα της μελέτης, συμμετείχε στον σχεδιασμό της και στην συλλογή των δεδομένων. Η ΕΜ συμμετείχε στη συλλογή των δεδομένων και στη συγγραφή του άρθρου. Ο ΠΓ συμμετείχε στην ανάλυση και ερμηνεία των δεδομένων. Η ΜΤ συμμετείχε στη συλλογή των δεδομένων και στη συγγραφή του άρθρου. Η ΠΚ συμμετείχε στον σχεδιασμό της μελέτης και στην συλλογή των δεδομένων . Ο ΑΥ συμμετείχε στον σχεδιασμό της μελέτης και στην συλλογή των δεδομένων. Ο ΙΜ είχε την ιδέα της μελέτης, επικοινώνησε με τους δημιουργούς του εργαλείου της μελέτης, συμμετείχε στο σχεδιασμό της μελέτης και στη συγγραφή του άρθρου. Όλοι οι συγγραφείς μελέτησαν το περιεχόμενο και ενέκριναν την τελική έκδοση του προς δημοσίευση κειμένου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Alarcon G.M. (2011). A meta-analysis of burnout with job demands, resources, and attitudes. *Journal of Vocational Behavior,* 79(2):549–562.

Aloe A.M., Amo L.C. & Shanahan M.E. (2014). Classroom Management Self-Efficacy and Burnout: A Multivariate Meta-analysis. *Educational Psychology Review,* 26(1):101–126.

Barkhuizen N., Rothmann S. & van de Vijver F.J.R. (2014). Burnout and Work Engagement of Academics in Higher Education Institutions: Effects of Dispositional Optimism. *Stress and Health*, 30(4):322–332.

Borritz M., Bültmann U., Rugulies R., Christensen K.B., Villadsen E. & Kristensen T.S. (2005). Psychosocial work characteristics as predictors for burnout: findings from 3-year follow up of the PUMA Study. *Journal of occupational and environmental medicine,* 47(10):1015–25.

Boujut E., Dean A., Grouselle A. & Cappe E. (2016). Comparative Study of Teachers in Regular Schools and Teachers in Specialized Schools in France, Working with Students with an Autism Spectrum Disorder: Stress, Social Support, Coping Strategies and Burnout. *Journal of Autism and Developmental Disorders,* 46(9):2874–2889.

Brunsting N.C., Sreckovic M.A. & Lane K.L. (2014). Special Education Teacher Burnout: A Synthesis of Research from 1979 to 2013. *Education and Treatment of Children*, 37(4):681–711.

Conley S. & You S. (2017). Key influences on special education teachers' intentions to leave. *Educational Management Administration & Leadership,* 45(3):521–540.

Embich J.L. (2001). The Relationship of Secondary Special Education Teachers' Roles and Factors That Lead to Professional Burnout. Teacher Education and Special *Education*, 24(1):58–69.

Freudenberger H.J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues,* 30(1):159–165.

Garwood J.D., Werts M.G., Varghese C. & Gosey L. (2017). Mixed-Methods Analysis of Rural Special Educators' Role Stressors, Behavior Management, and Burnout. *Rural Special Education Quarterly,* 37(1):30–43.

Joy Williams C.D. (2015). The Implications of Demographic Variables as Related to Burnout among a Sample of Special Education Teachers. *Education,* 135(3):337-345.

Kowalski C., Driller E., Ernstmann N., Alich S., Karbach U., Ommen O., Schulz-Nieswandt F. & Pfaff H. (2010). Associations between emotional exhaustion, social capital, workload, and latitude in decision-making among professionals working with people with disabilities. *Research in Developmental Disabilities,* 31(2):470–479.

Kristensen T.S., Borritz M., Villadsen E. & Christensen K.B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress,* 19(3):192–207.

Lin L.P. & Lin J.D. (2013). Job burnout amongst the institutional caregivers working with individuals with intellectual and developmental disabilities: Utilization of the Chinese version of the Copenhagen Burnout Inventory survey. *Research in Autism Spectrum Disorders,* 7(6):777–784.

Maslach C. & Jackson S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior,* 2(2):99–113.

Milfont T.L., Denny S., Ameratunga S., Robinson E. & Merry S. (2008). Burnout and Wellbeing: Testing the Copenhagen Burnout Inventory in New Zealand Teachers. *Soc Indic Res,* (89):169–177.

Pietarinen J., Pyhältö K., Soini T. & Salmela-Arod K. (2013). Reducing teacher burnout: A socio-contextual approach. *Teaching and Teacher Education,* 35:62–72.

Platsidou M. & Agaliotis I. (2008). Burnout, job satisfaction and instructional assignment-related sources of stress in Greek special education teachers. *International Journal of Disability, Development and Education,* 55(1):61–76.

Schaufeli W.B., Leiter M.P. & Maslach C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International,* 14(3):204–220.

Sestili C., Scalingi S., Cianfanelli S., Mannocci A., Del Cimmuto A., De Sio S., Chiarini M., Di Muzio M., Villari P., De Giusti M. & La Torre G. (2018). Reliability and Use of Copenhagen Burnout Inventory in Italian Sample of University Professors. *International Journal of Environmental Research and Public Health,* 15(8):1708.

Siu O.L., Cooper C.L. & Phillips D.R. (2014). Intervention studies on enhancing work well-being, reducing burnout, and improving recovery experiences among Hong Kong health care workers and teachers. *International Journal of Stress Management,* 21(1):69–84.

De Stasio S., Fiorilli C., Benevene P., Uusitalo□Malmivaara L. & Di Chiacchio C. (2017). Burnout in special needs teachers at kindergarten and primary school: Investigating the role of personal resources and work wellbeing. *Psychology in the Schools,* 54(5):472–486.

Tomás J.M., de Los Santos S., Alonso-Andres A. & Fernández I. (2017). Validation of the Maslach Burnout Inventory-General Survey on a Representative Sample of Dominican Teachers: Normative Data. *The Spanish Journal of Psychology,* 19:E83.

Trépanier S.G., Fernet C., Austin S., Forest J. & Vallerand R.J. (2014). Linking job demands and resources to burnout and work engagement: Does passion underlie these differential relationships? *Motivation and Emotion,* 38(3):353–366.

Ugwoke S.C., Eseadi C., Onuigbo L.N., Aye E.N., Akaneme I.N., Oboegbulem A.I., Ezenwaji I.O., Nwobi A.U., Nwaubani O.O., Ezegbe B.N., Ede M.O., Orji C.T., Onuoha J.C., Onu E.U., Okeke F., Agu P., Omeje J.C., Omeke F., Ugwu R., Arumede F. & Eneh A. (2018). A rational-emotive stress management intervention for reducing job burnout and dysfunctional distress among special education teachers An effect study. *Medicine,* 97(17):e0475.

Walters J.E., Brown A.R. & Jones A.E. (2018). Use of the Copenhagen Burnout Inventory with Social Workers: A Confirmatory Factor Analysis. Human Service Organizations: *Management, Leadership & Governance,* 42(5):437–456.

Williams J. & Dikes C. (2015). The implications of demographic variables as related to burnout among a sample of special education teachers. *Education,* 135(3):337–345.

Καντάς Α. (1996). Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στους εκπαιδευτικούς και στους εργαζόμενους σε επαγγέλματα υγείας και πρόνοιας. *Ψυχολογία,* 3(3):71–85.

ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (n=346).

Χαρακτηριστικό	N	%
Φύλο	346	
Άνδρες	40	11,6
Γυναίκες	306	88,4
Ηλικία	35,0[α]	9,4[β]
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμοι	166	48,7
Έγγαμοι	151	44,3
Διαζευγμένοι/χήροι	24	7,0
Επάγγελμα		
Εκπαιδευτικοί	154	45,0
Νοσηλευτές	81	23,7
Λογοθεραπευτές	44	12,9
Εργοθεραπευτές	7	2,0
Ψυχολόγοι	17	5,0
Κοινωνικοί λειτουργοί	18	5,3
Φυσικοθεραπευτές	4	1,2
Ειδικό βοηθητικό προσωπικό	14	4,1
Άλλο	3	0,9
Εκπαίδευση		
Απόφοιτοι γυμνασίου/λυκείου	19	5,5
Απόφοιτοι ΤΕΙ/ΑΕΙ	177	51,6
Μεταπτυχιακό δίπλωμα	143	41,7
Διδακτορικό δίπλωμα	4	1,2
Εργασιακή σχέση		
Μόνιμοι	137	40,3
Αναπληρωτές/ωρομίσθιοι	134	39,4
Συμβασιούχοι	69	20,3
Σχολική μονάδα		
Πρωτοβάθμια	175	58,3
Δευτεροβάθμια	125	41,7
Χρόνος εργασίας στην παρούσα σχολική μονάδα	4,3[α]	5,6[β]
Συνολική προϋπηρεσία στην ειδική αγωγή	5,7[α]	5,7[β]
Συνολική προϋπηρεσία στην ειδικότητα	10,4[α]	9,2[β]
Συνδρομητής σε κάποιο επιστημονικό περιοδικό		
Ναι	65	19,6
Όχι	267	80,4
Συνεχιζόμενη εκπαίδευση αναφορικά με την ειδική αγωγή		
0	105	30,3
1	84	24,3
2	76	22,0
3	34	9,8
4	47	13,6

[α] μέση τιμή
[β] τυπική απόκλιση

Πίνακας 2. Περιγραφικά αποτελέσματα για τις τρεις κλίμακες του ερωτηματολογίου για την εξουθένωση.

Κλίμακα	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
Προσωπική εξουθένωση	49,6	17,8	50	0	100
Εργασιακή εξουθένωση	41,4	18,7	42,9	0	100
Εξουθένωση σε σχέση με μαθητές	34,6	20,4	33,3	0	100

Πίνακας 3. Αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «προσωπική εξουθένωση».

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Μόνιμοι σε σχέση με αναπληρωτές/ωρομίσθιους	8,0	3,2 έως 12,9	0,001
Συμβασιούχοι σε σχέση με αναπληρωτές/ωρομίσθιους	15,4	8,4 έως 22,4	<0,001

Πίνακας 4. Αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «εργασιακή εξουθένωση».

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Μόνιμοι σε σχέση με αναπληρωτές/ωρομίσθιους	8,9	3,9 έως 13,9	0,001
Συμβασιούχοι σε σχέση με αναπληρωτές/ωρομίσθιους	10,0	2,9 έως 17,2	0,006

Πίνακας 5. Αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «εξουθένωση σε σχέση με μαθητές».

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Συνολική προϋπηρεσία στην ειδικότητα	0,4	0,01 έως 0,7	0,042

RESEARCH STUDY

Burnout syndrome in the professionals employed in special education schools

Niki Panagouli[1], Evangelia Meimeti[2], Petros Galanis[3], Maria Tsiachri[4], Pagona Koutsogianni[5], Aris Yfantis[6], Ioannis Moisoglou[6]

1. RN
2. RN, MSc, PhD, Administration Office, 1st Regional Health Authority, Athens
3. RN, MSc, PhD, Center for Health Services Management and Evaluation, Faculty of Nursing, National and Kapodistrian University, Athens,
4. Kindergarden Teacher, MSc, Livanates Public Kindergarden, Fthiotis,
5. Speech Therapist, MSc, Mental Health Center, "G. Gennimatas" Hospital, Athens,
6. RN, MSc, PhD (c), Department of quality control, research and continuing education, General Hospital of Lamia

ABSTRACT

Introduction: The working environment in special education school units may lead to personnel burnout syndrome for the various professionals working in such field.

Objective: To investigate the extent of burnout syndrome among special education school units' personnel and the factors affecting its manifestation.

Methodology: A cross-sectional study was conducted, with a convenience sample of 346 people, working at special education school units. The Copenhagen Burnout Inventory was used for data collection.

Results: Cronbach's alpha internal consistency value was 0.85 regarding personal burnout, 0.73 regarding professional burnout, and 0.83 regarding burnout related to students. As for the participants, 45% were teachers, 23.7% school nurses, 12.9% speech therapists and 18.4% other professionals. The average on all three subscales of the inventory was <50, which shows a low level of burnout. According to the results of the multivariate linear regression, permanent (coefficient b=8.0, 95% CI=3.2-12.9, p=0.001) and contract staff (coefficient b=15.4, 95% CI=8.4-22.4, p<0.001) presented higher levels of personal burnout, in comparison to substitute personnel. Permanent staff (coefficient b=8.9, 95% CI=3.9-13.9, p=0.001) and contract staff (coefficient b=10.0, 95% CI 95=2.9-17.2, p=0.006) presented higher levels of professional burnout, in comparison to substitute staff. Finally, the higher the work experience in the specialty, the higher the level of burnout related to students (coefficient b=0.4, 95% CI=0.01-0.7, p=0.042).

Conclusions: The special education school units' personnel go presented low levels of burnout. It is proposed that more studies would be conducted in the future, where, apart from the demographic characteristics of the participants, other factors that contribute to personnels' burnout syndrome would be examined, such as work environment characteristics.

Keywords: Burnout, Professionals, School, Special education

Corresponding author: Ioannis Moisoglou
e-mail: giannismois@gmail.com

Submission date: 09/01/2019
Publication date: July 2019

Citation: Panagouli N., Meimeti E., Galanis P., Tsiachri M., Koutsogianni P., Yfantis A. & Moisoglou I. (2019). Burnout syndrome in the professionals employed in special education schools. Hellenic Journal of Nursing Science 12(2): 52-60

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 ΘΕΟΔΩΡΑ ΚΑΥΚΙΑ,
Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής,
Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ: ΤΖΑΝΝΗΣ ΠΟΛΥΚΑΝΔΡΙΩΤΗΣ

ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ:

Δρ Μιχαήλ Κουράκος, Διευθυντής Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, ΓΝΑ Ασκληπιείο Βούλας, Αθήνα
Δρ. Γεώργιος Κριτσωτάκης, Επίκουρος Καθηγήτης, Τμήμα Νοσηλευτικής, Μεσογειακό Πανεπιστήμιο

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Παρασκευή Αποστολάρα,Λέκτορας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
Μαρία Γκριζιώτη, MSc,
Αθηνά Καλοκαιρινού, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ,
Μάρθα Κελέση, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο, Δυτικής Αττικής,
Μαρία Μαλλιαρού, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
Στέφανος Μαντζούκας, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
Αθανάσιος Μαστροκώστας, PhD,
Ευγενία Μηνασίδου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος,
Ιωάννα Παπαθανασίου, Επίκουρη Καθηγήτρια Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
Τζαννής Πολυκανδριώτης, MSc, ΨΝΑ «Δαφνί»
Βασιλική Ρόκα, PhD,
Μαρία Σαρίδη, PhD,
Ελένη Χριστοδούλου, PhD,
Χρύσα Χρυσοβιτσάνου, PhD

ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ

Ιωάννης Κυριόπουλος, Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας, Κοσμήτωρ ΕΣΔΥ
Αλέξιος Παραράς, Δικηγόρος Δημοσιολόγος, Νομικός Σύμβουλος ΕΝΕ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΡΙΤΩΝ

Γεώργιος Αργυρίου
Αριστείδης Βασιλόπουλος
Αικατερίνη Βενέτη
Ευγενία Βλάχου
Μαρία Γέραλη
Γεώργιος Ελεσνίτσαλης
Χρήστος Ερμείδης
Ευτυχία Ευαγγελίδου
Γεώργιος Ευλαβής
Μιχαήλ Ζωγραφάκης -Σφακιανάκης
Αγγελική Καραΐσκου,
Νικόλαος Κοντοδημόπουλος,
Αγορίτσα Κουλούρη
Βαΐα Κωνσταντικάκη
Θεοχάρης Κωνσταντινίδης
Ελένη Λαχανά
Πολυξένη Λιαμοπούλου
Γεώργιος Μανομενίδης
Ευαγγελία Μεϊμέτη
Νικόλαος Μπακάλης
Δημήτριος Μπαρουξής
Λάμπρος Μπίζας
Ιωάννης Μωϋσογλου
Δήμητρα Παλητζήκα
Νίκη Παυλάτου
Δημήτριος Πιστόλας
Γεώργιος Ποντισίδης,
Νικόλαος Στεφανόπουλος
Γεώργιος Σιδηράς,
Αγγελική Σταθαρού,
Ευαγγελία Σταματοπούλου,
Αναστάσιος Τζεναλής
Αικατερίνη Τόσκα
Ευάγγελος Φραδέλος
Καλλιόπη Χατζίκα

ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Dr Θεόδωρος Ξάνθος, Καθηγητής Φυσιολογίας & Παθολογικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή, Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου
Dr Theodoros Koutroubas, Professor, UC Louvain, Brussels, Belgium
Dr Irena Papadopoulos, Professor of Transcultural Health and Nursing, Head of Research Centre for Transcultural Studies in Health, Middlesex University, London, UK
Dr Denise 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
Dr Lorendana Sasso, Associate Professor, Universita degli Studi di Genova, Italy
Cecilia Sironi, RN, BSc, MSc, Universita degli Studi dell' Isubria-Varese, Italy,
Dr Rocco Gennaro, Professor, Head of the Nursing School, Catholic University Our Lady of Good Counsel, Director of Centre of Excellence for Nursing Scholarship, Rome, Italy
Dr Thomas Kearns, Professor, Executive Director of Faculty of Nursing & Midwifery, Royal College of Surgeons, Ireland
Dr Helene Kelly, International Consultant, Vice President Florence Network, University College Sealand, Denmark
Dr Vilma Zydziunaite, RN, MSc, MEdSc, PhD, Professor-Researcher, Vytautas Magnus University, Klaipeda State College, Lithuania
Dr Carlos Melo-Dias, Professor of Nursing, 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
Leonardo J Labrague, Lecturer, Department of Fundamentals and Administration, College of Nursing, Sultan Qaboos University, Muscat, Sultanate of Oman,
Dr Viktor Vus, Psychologist, Associate Professor, Department of Psychology, Head of International Academic Mobility Centre, Interregional Academy of Personnel Management, Ukraine
Anastasia Mallidou, Assistant Professor, University of Victoria, School of Nursing, British Columbia, Canada,
Dr Christina Papachristou, Dipl. Psych., MPH, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Charite-Universitatsmedizin, Berlin, Germany

Dr Christina Papachristou, Dipl. Psych. MPH, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Charite-Universitatsmedizin Berlin, Germany

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 12 - ISSUE 3
JULY - AUGUST - SEPTEMBER
2019

Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης
Hellenic journal of Nursing Science

http://journal-ene.gr/

ΤΟΜΟΣ 12 - ΤΕΥΧΟΣ 3
ΙΟΥΛΙΟΣ
ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ
2019

ΕΝΕ
ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
www.enne.gr