



Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης Hellenic journal of Nursing Science

Τόμος 10, Τεύχος 4, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ - ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ - ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2017

Volume 10, Issue 4, OCTOBER - NOVEMBER - DECEMBER 2017

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ - EDITORIAL

Η Αποδελτίωση ενός Επιστημονικού Περιοδικού

Θάλεια Μπελλάλη, Μαρία Σαρίδη, Θεοδώρα Καυκιά

ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ – ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ Παρεμβάσεις για την πρόληψη και διαχείριση των δερματικών βλαβών μετά από ακτινοθεραπεία

Interventions for preventing and managing of skin lesions after radiation.

Ελένη Μπαφέ, Ευάγγελος Δούσης, Αντωνία Καλογιάννη, Ουρανία Γκοβίνα, Άννα Καυγά, Ιωάννης Καλεμικεράκης

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ - RESEARCH ARTICLES

Initial and continued adherence to wearing appropriate footwear in people with diabetic foot disease: results of a pilot study

Aristomenis Kossioris, Nicholas Tentolouris, Venetsana Kyriazopoulou, Chariclia Loupa, Georgia Markou, George Marakomichelakis, Eftychia Zouridaki, Minos Tyllianakis

Συσχέτιση του Δείκτη Μάζας Σώματος με τα επίπεδα ινσουλίνης σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες

Correlation between Body Mass Index and Insulin Levels in Premenopausal Women

Αναστασία Σαχινίδου, Κατερίνα Χρόνη, Ρόζα Μποικίδου, Μαργαρίτα Κουλούση, Ευανθία Τσαρή, Σοφία Τενεκετζή

Αξιολόγηση της προσήλωσης των ασθενών στη διαχείριση της Περιφερικής Αρτηριακής Νόσου σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες

Evaluation of patients' adherence in accordance with guidelines for Peripheral Arterial Disease management

Μιχαήλ Ζωγραφάκης Σφακιανάκης, Μιχαήλ Παπανικολάου, Ιωάννα Αλεξάκη, Ευαγγελία Βασιλάκη, Εμμανουήλ Ανδρουλάκης, Θεοχάρης Κωνσταντινίδης

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 (2^{ος} όροφος)
Τηλ.: 210-3648044, Fax: 210-3648049
e-mail: info@enne.gr

ENE 
ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
www.enne.gr

ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ: ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
Βασιλίσσης Σοφίας 47, 10676 Αθήνα, Τηλ.: 210 3648 044
Fax: 210 3648 049, e-mail: info@enne.gr, www.enne.gr

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ-ΔΙΑΦΗΜΙΣΕΙΣ: ΣΑΒΒΑΣ Ι. ΓΑΒΡΑΣ
Κοτζιά 16, 121 37 Περιστερί, Τηλ.: 210 5718423, Fax: 210 5753246
e-mail: gavras@otenet.gr

ISSN 1791-9002
e-ISSN 2459-2994

ΕΚΔΟΤΗΣ: ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΣΚΟΥΤΕΛΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ: ΑΡΙΣΤΕΙΔΗΣ ΔΑΓΛΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗΣ: ΔΡ. ΘΑΛΕΙΑ ΜΠΕΛΛΑΛΗ, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ: ΛΑΜΠΡΟΣ ΜΠΙΖΑΣ, ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΠΙΣΤΟΛΑΣ

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

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

ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ:
Μαρία Σαρίδη MSc, PhD
Δρ. Θεοδώρα Καυκιά, Καθηγήτρια Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ
Αθηνά Καλοκαιρινού, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ, **Στέφανος Μαντζούκας**, Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής ΤΕΙ Ηπείρου, **Ευγενία Μνασίδου**, Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσ/νίκης, **Ιωάννα Παπαθανασίου**, Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Θεσσαλίας, **Γεώργιος Κριτωτάκης**, Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Κρήτης, **Μιχαήλ Κουράκος**, MSc, PhD, **Βασιλική Ρόκα**, MSc, PhD, **Μαρία Μαλλιαρού**, MSc, PhD, **Ιωάννα Καραμήτρη**, MSc, PhD(c), **Αθανάσιος Μαστροκώστας**, MSc, PhD(c), **Μαρία Γκριζώτη**, MSc

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

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΡΙΤΩΝ
Παρασκευή Αποστολάρα, **Αικατερίνη Βενέτη**, **Μαρία Γέραλη**, **Δημήτριος Δάλλας**, **Γεώργιος Ελεσνίτσας**, **Γεώργιος Ίντας**, **Αγγελική Καραϊσκού**, **Νεκταρία Κάραλη**, **Νικόλαος Κοντοδημόπουλος**, **Βάγια Κωνσταντικάκη**, **Θεοκάρης Κωνσταντινίδης**, **Πολυξένη Μαγγούλια**, **Βασιλική Μούγια**, **Δημήτριος Μπαρουξής**, **Λάμπρος Μπίζας**, **Ιωάννης Μωΰσσογλου**, **Χρυσούλα Νταφογιάννη**, **Δήμητρα Παλιτζήκα**, **Ειρήνη Παπαζογλου**, **Νίκη Παυλάτου**, **Μαρία Ρεκλείτη**, **Νίκος Στεφανόπουλος**, **Νικόλαος Στούφης**, **Σοφία Τάνη**, **Αναστάσιος Τζενάλης**, **Αικατερίνη Τόσκα**, **Ολυμπία Χαλικιοπούλου**, **Αλεξάνδρα Χαραλαμπίδου**, **Καλλιόπη Χατζίκα**, **Ελένη Χριστοδούλου**, **Χρύσα Χρυσοβισσάνου**

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

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ - EDITORIAL

Η Αποδελτίωση ενός Επιστημονικού Περιοδικού <i>Θάλεια Μπελλάλη, Μαρία Σαρίδη, Θεοδώρα Καυκιά</i>	3
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	---

ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ – ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Παρεμβάσεις για την πρόληψη και διαχείριση των δερματικών βλαβών μετά από ακτινοθεραπεία <i>Interventions for preventing and managing of skin lesions after radiation.</i> <i>Ελένη Μπαφέ, Ευάγγελος Δούσης, Αντωνία Καλογιάννη, Ουρανία Γκοβίνα, Άννα Καυγά, Ιωάννης Καλεμικεράκης</i>	7
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ - RESEARCH ARTICLES

Initial and continued adherence to wearing appropriate footwear in people with diabetic foot disease: results of a pilot study <i>Aristomenis Kossioris, Nicholas Tentolouris, Venetsana Kyriazopoulou, Chariclia Loupa, Georgia Markou, George Marakomichelakis, Eftychia Zouridaki, Minos Tyllianakis</i>	21
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Συσχέτιση του Δείκτη Μάζας Σώματος με τα επίπεδα ινσουλίνης σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες <i>Correlation between Body Mass Index and Insulin Levels in Premenopausal Women</i> <i>Αναστασία Σαχινίδου, Κατερίνα Χρόνη, Ρόζα Μποικίδου, Μαργαρίτα Κουλούση, Ευανθία Τσαρή, Σοφία Τενεκετζή</i>	29
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Αξιολόγηση της προσήλωσης των ασθενών στη διαχείριση της Περιφερικής Αρτηριακής Νόσου σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες <i>Evaluation of patients' adherence in accordance with guidelines for Peripheral Arterial Disease management</i> <i>Μιχαήλ Ζωγραφάκης Σφακιανάκης, Μιχαήλ Παπανικολάου, Ιωάννα Αλεξάκη, Ευαγγελία Βασιλάκη, Εμμανουήλ Ανδρουλάκης, Θεοχάρης Κωνσταντινίδης</i>	36
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ & ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ.....	45
------------------------------------------------------------------------	----

ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ.....	47
----------------------------	----

Η Αποδελτίωση ενός Επιστημονικού Περιοδικού Κατανοώντας βασικές έννοιες στη διαδρομή του Ελληνικού Περιοδικού της Νοσηλευτικής Επιστήμης (ΕΠΝΕ)

Θ. Μπελλάλη¹, Μ. Σαρίδη², Θ. Καυκιά²

1. Διευθύντρια Σύνταξης

2. Αναπληρώτρια Διευθύντρια Σύνταξης

Στόχος όλων των επιστημονικών περιοδικών που δημοσιεύουν έγκριτα άρθρα στο γνωστικό τους πεδίο, είναι η αύξηση της προβολής, της διαθεσιμότητας και της αναγνωσιμότητάς τους. Ένας βασικός τρόπος για να το πετύχουν αυτό είναι η αποδελτίωση των δημοσιευμένων άρθρων τους σε ένα ή περισσότερα ευρετήρια, αυτά των ηλεκτρονικών βάσεων δεδομένων.

Η αποδελτίωση είναι ουσιαστική για κάθε επιστημονικό περιοδικό, καθώς βοηθά στην προσβασιμότητα σε αυτό από ένα ευρύ αναγνωστικό κοινό και με τη σειρά της, η προσβασιμότητα βελτιώνει τη φήμη του περιοδικού, αναδεικνύοντάς το ως μία αξιόπιστη πηγή, υψηλής ποιότητας πληροφόρησης για την επιστημονική κοινότητα στην οποία απευθύνεται. Άλλωστε, η αναζήτηση ήδη δημοσιευμένων άρθρων στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων είναι η πρώτη ενέργεια των ερευνητών κατά την εκπόνηση των μελετών τους και φυσικά αυτή η αναζήτηση ξεκινά από τις πιο γνωστές, καθιερωμένες βάσεις δεδομένων που υπάρχουν διεθνώς. Συνεπώς, η αποδελτίωση ενός περιοδικού σε μια αναγνωρισμένη βάση δεδομένων αυξάνει την αναγνωσιμότητά του. Η αποδελτίωση αποτελεί τον «καθρέπτη» της επιστημονικής ποιότητας ενός περιοδικού, αφού τα αποδελτιωμένα περιοδικά θεωρούνται κλάσης ανώτερα, συγκριτικά με αυτά που δεν έχουν αποδελτιωθεί, εφόσον πληρούν αυστηρούς όρους και προϋποθέσεις σύμφωνα με τις συγκεκριμένες απαιτήσεις των διαφόρων και διαφορετικών βάσεων δεδομένων.

Για ένα πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα, ο δείκτης Index Medicus που δημιουργήθηκε το 1879, θεωρούνταν ο πιο ολοκληρωμένος και πλήρης για τα επιστημονικά περιοδικά βιοιατρικού περιεχομένου. Με την πάροδο των ετών ωστόσο, διαμορφώθηκαν πολλές άλλες δημοφιλείς υπηρεσίες αποδελτίωσης όπως οι MedLine, PubMed, EMBASE, SCOPUS, EBSCO Publishing's Electronic Databases, SCIRUS, DOAJ, Expanded Academic ASAP, Index Copernicus, Open J Gate, Pro Quest, SIIIC databases, Ulrich's International Periodical Directory κλπ. Κάποιες από αυτές διασυνδέονται με μεγάλα εκπαιδευτικά ή άλλα ιδρύματα, όπως η βάση δεδομένων PubMed με την Εθνική Βιβλιοθήκη Ιατρικής των ΗΠΑ στο Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας, ενώ κάποιες άλλες παρέχονται από εκδοτικούς οίκους, όπως η Scopus του εκδοτικού οίκου Elsevier.

Πώς όμως λειτουργεί η διαδικασία αποδελτίωσης ενός Περιοδικού;

Από τη στιγμή που αυτό θα αποδελτιωθεί, γίνεται αμέσως διαθέσιμο σε όλους τους χρήστες της συγκεκριμένης ηλεκτρονικής βάσης δεδομένων. Μερικές βάσεις αποδελτιώνουν μόνο τους τίτλους των άρθρων, κάποιες άλλες τα πλήρη κείμενα των δημοσιεύσεων, ή μόνο τις περιλήψεις και τις βιβλιογραφικές αναφορές τους. Τα βήματα που πρέπει να ακολουθηθούν από το διευθυντή σύνταξης και την ομάδα του είναι τα εξής: α) η επιλογή της σωστής βάσης δεδομένων που να ανταποκρίνεται στο σκοπό, στους στόχους και στις θεματικές ενότητες του περιοδικού, διαφορετικά αυτό δεν θα γίνει αποδεκτό, και β) η κατανόηση της διαδικασίας και των κριτηρίων αποδοχής κάθε ηλεκτρονικής βάσης. Μερικά γενικά τέτοια κριτήρια σχετίζονται με την ποιότητα του περιεχομένου των δημοσιευμένων άρθρων, όπως και με το χρόνο από την ημερομηνία υποβολής έως την ημερομηνία δημοσίευσης των άρθρων. Παράμετροι άλλοι μπορεί να αφορούν στην ελεύθερη πρόσβαση στα άρθρα του περιοδικού (open access) και στην άμεση προσβασιμότητα σε αυτά μετά τη δημοσίευση του κάθε τεύχους. Η υποβολή άρθρων χωρίς αντίτιμο δημοσίευσης επίσης λαμβάνεται υπόψη, κάτι που θα πρέπει να αναγράφεται με σαφήνεια στην ιστοσελίδα του περιοδικού.

Άλλα κριτήρια ένδειξης της ποιότητας του περιοδικού, σχετίζονται με τη σύνθεση των βιογραφικών της ομάδας σύνταξης του (προτιμώνται μέλη της ακαδημαϊκής επιστημονικής κοινότητας ή αναγνωρισμένοι επιστήμονες από το δικό τους δημοσιευμένο έργο). Ειδικά για τα ξενόγλωσσα περιοδικά, απαιτείται επίσης ένας συγκεκριμένος αριθμός δημοσιεύσεων

στην αγγλική γλώσσα επισίως. Τα παραπάνω είναι μόνο ορισμένα από τα πολλά άλλα κριτήρια των βάσεων δεδομένων που κάνουν τη διαδικασία υποβολής αιτήσεων για ένταξη ενός περιοδικού σε διάφορα ευρετήρια να φαίνεται αποκαρδιωτική. Για παράδειγμα, η αίτηση της διεύθυνσης σύνταξης μπορεί να απαντηθεί μετά από πολλούς μήνες. Επίσης, κάποιες βάσεις δεδομένων απαιτούν την επαναξιολόγηση του περιοδικού μετά την ένταξή του σε αυτές, ένα ή και δύο χρόνια μετά. Η αυστηρότητά τους είναι απολύτως αιτιολογημένη και σχετίζεται με το διαρκή έλεγχο της ποιότητας των δημοσιευμένων άρθρων των περιοδικών που αποδελτιώνουν.

Μετά από όλα τα παραπάνω, είναι σημαντική η επιλογή και η ένταξη ενός επιστημονικού περιοδικού σε συγκεκριμένες αναγνωρισμένες βάσεις δεδομένων. Μια λίστα γνωστών βάσεων για τα περιοδικά βιοιατρικού περιεχομένου είναι η εξής:

- **Scopus:** Παρέχεται από τον εκδοτικό οίκο Elsevier. Η Scopus αποδελτιώνει περιοδικά επιστημών τεχνολογίας, ιατρικής, κοινωνικών επιστημών, τεχνών και ανθρωπιστικών σπουδών. Παρέχει, επίσης, εργαλεία ερευνητικής ανάλυσης και παρακολούθησης των δημοσιεύσεων ώστε να εντοπίζονται οι αναφορές άλλων συγγραφέων σε αυτές.
- **EMBASE (Excerpta Medica database):** Παρέχεται επίσης από τον εκδοτικό οίκο Elsevier. Η EMBASE είναι μια βιοιατρική βάση δεδομένων στην οποία ανατρέχουν ερευνητές, διαχειριστές πληροφοριών, ειδικοί επιστήμονες, κλινικοί επαγγελματίες, βιβλιοθηκονόμοι και εκπαιδευτικοί από το χώρο της ιατρικής και των συναφών επιστημών.
- **PubMed:** Παρέχεται από την Εθνική Βιβλιοθήκη Ιατρικής των ΗΠΑ. Η PubMed καλύπτει τη βιοιατρική βιβλιογραφία με περιοδικά και διαδικτυακά βιβλία. Παρέχει, επίσης, τη βάση δεδομένων MEDLINE με τις βιβλιογραφικές αναφορές και περιλήψεις δημοσιευμένων άρθρων.
- **SCIE (Science Citation Index-Expanded):** Η SCIE αποτελεί προϊόν της Thomson Reuters. Περιλαμβάνει περιοδικά από τους τομείς διάφορων επιστημών και τεχνολογίας.
- **BIOSIS Citation Index:** Παρέχεται, επίσης, από την Thomson Reuters. Η BIOSIS καλύπτει ένα εύρος βιολογικών και βιοιατρικών επιστημών.
- **DOAJ (Directory of Open Access Journals):** Η DOAJ αποτελεί ένα διαδικτυακό ευρετήριο που αποδελτιώνει και παρέχει πρόσβαση σε περιοδικά ελεύθερης πρόσβασης (open access), με σύστημα κριτών που καλύπτουν τα επιστημονικά πεδία της ιστορίας, θρησκείας, γεωγραφίας, γλωσσολογίας, φιλολογίας, υγείας κτλ.
- **Ovid:** Η Ovid αποτελεί ένα τμήμα του εκδοτικού οίκου Wolters Kluwer. Καλύπτει ένα ευρύ φάσμα επιστημών συμπεριλαμβανομένων της ιατρικής και φαρμακολογίας.
- **EBSCO Information Services:** Η EBSCO περιλαμβάνει τίτλους περιοδικών που εκδίδονται από την ίδια, καθώς και περιοδικά από άλλες βάσεις δεδομένων/εκδοτικούς οίκους όπως τη Medline και την EconLit. Η EBSCO παρέχει τη βάση δεδομένων Academic Search Complete που αποδελτιώνει περιοδικά με πλήρη άρθρα.
- **ResearchBib (Academic Resource Index):** Η ResearchBib είναι μια βάση δεδομένων με ελεύθερη πρόσβαση και υψηλό επίπεδο δημοσιευμένων άρθρων. Αποδελτιώνει πολλά περιοδικά κυρίως ερευνητικού περιεχομένου.
- **EZB (Elektronischen Zeitschriftenbibliothek):** Η EZB ή Electronic Journals Library είναι μια βάση δεδομένων με έδρα το πανεπιστήμιο του Regensburg, (Γερμανία) που προσφέρει ελεύθερη πρόσβαση σε δημοσιεύσεις με πλήρη κείμενα σε ένα μεγάλο αριθμό περιοδικών.
- **CrossRef:** είναι μια βάση δεδομένων στην οποία εντάσσονται πολλοί τίτλοι περιοδικών, βιβλίων, κατευθυντήριων οδηγιών, πρακτικών συνεδρίων, τεχνικών αναφορών κλπ. Περιλαμβάνει τίτλους Τεχνικών, Ιατρικών, Κοινωνικών και Ανθρωπιστικών Επιστημών. Επίσης η CrossRef είναι αυτή που παρέχει την τεχνική υποστήριξη για την απόκτηση των Digital Object Identifiers (DOIs) των άρθρων στα περιοδικά που αποδελτιώνει.
- **CINAHL:** Η βάση δεδομένων CINAHL αποδελτιώνει την κορυφαία βιβλιογραφία στον τομέα της νοσηλευτικής και των συναφών επιστημών υγείας. Αποδελτιώνει νοσηλευτικά περιοδικά και δημοσιεύσεις από την Εθνική Ένωση Νοσηλευτικής των ΗΠΑ και την Αμερικανική Ένωση Νοσηλευτών. Επιπλέον, περιλαμβάνει περιοδικά από 17 άλλες επιστήμες υγείας περαν της νοσηλευτικής, όπως της συμπληρωματικής/εναλλακτικής ιατρικής, της υγείας των καταναλωτών κλπ

Το σημαντικό σημείο σε όλα τα προαναφερθέντα είναι πως σε όσο πιο πολλές βάσεις δεδομένων αποδελτιώνεται ένα περιοδικό τόσο πιο έγκυρο και αξιόπιστο δείχνει να είναι, αυξάνοντας τη φήμη του στο επιστημονικό του πεδίο. Πέρα από τις παραπάνω βάσεις ωστόσο, ένα περιοδικό είναι σημαντικό να αποδελτιώνεται και στο εύχρηστο και φιλικό *Google Scholar*, καθώς πολλοί φοιτητές αναζητούν πληροφορία σε αυτό, με εύκολο τρόπο και χωρίς να απαιτείται πρόσβαση με συνδρομή ή χωρίς, σε κάποια εξειδικευμένη βάση δεδομένων που μπορεί να μη χρηματοδοτεί το εκπαιδευτικό ίδρυμα στο οποίο ανήκουν.

Δύο άλλα σημαντικά σημεία που πρέπει να διευκρινιστούν στη διαδικασία της αποδελτίωσης είναι η απόκτηση του *Digital Object Identifier (DOI)* (δείκτης Ψηφιακής Ταυτότητας Άρθρου), έτσι ώστε μέσω των ευρετηρίων να εντοπίζονται τα δημοσιευμένα άρθρα πολύ πιο εύκολα, καθώς και ο *Δείκτης Απήχησης (ΔΑ)* των περιοδικών (*Impact Factor, IF*). Ο Δείκτης Απήχησης αντιπροσωπεύει τη σημασία ενός περιοδικού εντός του επιστημονικού του πεδίου. Ο ΔΑ παρέχεται στα περι-

οδικά που αποδελτιώνονται από την Thomson Reuters Journal Citation Reports. Ο συγκεκριμένος, παρόλο που πολλοί συγγραφείς επιδιώκουν να δημοσιεύουν σε περιοδικά με υψηλό δείκτη απήχησης, έχει κατηγορηθεί ότι ορισμένες φορές αφορά σε ένα δείκτη ψευδούς βαρύτητας καθώς υπάρχουν πολλοί παράγοντες που επηρεάζουν τον υπολογισμό του. Τέτοιοι παράγοντες μπορεί να είναι η κάλυψη και η γλώσσα προτίμησης της βάσης δεδομένων, οι διαδικασίες συλλογής των αναφορών, ο αλγόριθμος υπολογισμού του, η διασπορά των αναφορών, η διαδικτυακή πρόσβαση στα δημοσιευμένα άρθρα των περιοδικών, οι αρνητικές αναφορές, οι προτιμήσεις των εκδοτών προς συγκεκριμένου μεθοδολογικού τύπου άρθρα, ο χρόνος από την αποδοχή έως τη δημοσίευση ενός άρθρου, καθώς και η δυνατότητα άσκησης επιρροής από τους εκδότες ενός περιοδικού. Είναι ενδιαφέρον το γεγονός, ότι ο ΔΑ δεν παρέχεται για όλα τα αποδελτιωμένα περιοδικά. Για παράδειγμα, δεν αποδελτιώνονται στο Thomson Reuters Journal Citation Reports, όλα τα περιοδικά που αποδελτιώνονται στο Index Medicus/MedLine/PubMed, άρα δεν έχουν ΔΑ και αντίστροφα, δεν περιλαμβάνονται στο Index Medicus/PubMed/MedLine. όλα τα περιοδικά που αποδελτιώνονται στο Thomson Reuters Journal Citation Reports και συνεπώς έχουν ΔΑ!

Όλα τα παραπάνω δημιουργούν το ερώτημα στη διεύθυνση σύνταξης ενός περιοδικού, ποια βάση δεδομένων τελικά είναι η πιο έγκυρη; Και αυτό αντηχεί στο ερώτημα πολλών συγγραφέων που θα εκδηλώσουν ενδιαφέρον να στείλουν την αξιολογηθείσα δουλειά τους για δημοσίευση σε ένα περιοδικό και όχι σε κάποιο άλλο. Για παράδειγμα θα στόχευαν τη δημοσίευση σε περιοδικά που αποδελτιώνονται στο Index Medicus/MedLine/PubMed; Ή θα προτιμούσαν σε κάποιο άλλο περιοδικό που έχει υψηλό δείκτη απήχησης παρόλο που δεν αποδελτιώνεται στο Index Medicus/MedLine/PubMed;

Παρόλο που για το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης (ΕΠΝΕ) που είναι το επίσημο περιοδικό της ΕΝΩΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ και ένα από τα πλέον αξιόπιστα στο χώρο της Υγείας, υπάρχει αρκετός δρόμος ως την αποδελτίωση στο PubMed (προηγείται και αναμένεται η νοσηλευτική βάση δεδομένων CINAHL), τα βήματα που έχουν γίνει τα τρία τελευταία χρόνια αναφορικά με την ποιότητα των άρθρων και τη διαδικασία της αποδελτίωσης είναι πολύ σημαντικά. Άλλωστε με την υπ. αριθ. πρωτ. ΔΥ2α/οικ 122 – 7/8/2009 απόφαση του Υπουργείου Υγείας, το ΕΠΝΕ ανήκει στα Περιοδικά με Εθνική Αναγνώριση και αποτελεί ένα σύγχρονο, τριμηνιαίο επιστημονικό περιοδικό, διαθέσιμο σε ηλεκτρονική και έντυπη μορφή, με ελεύθερη πρόσβαση στη σελίδα <http://journal-ene.gr/> και χωρίς χρέωση των συγγραφέων για τις δημοσιεύσεις τους.

Η ομάδα σύνταξης και οι συνεργάτες (κριτές και ομάδα συντονισμού αποδελτίωσης) έχει αφιερώσει πολύ χρόνο για να φτάσει ως σήμερα το περιοδικό να αποδελτιώνεται ήδη στο **Google Scholar, ResearchBib, EZB, DOAJ, Academic Keys, CrossRef**. Το περιοδικό είναι σε αναμονή για την αποδελτίωση και σε **Scopus, CINAHL, EBSCO και INDEX COPERNICUS**. Οι κριτές του περιοδικού επίσης, μπορούν να αναγνωρίσουν το έργο τους στο Publons (<http://home.publons.com/benefits/researchers>). Σκοπός του Publons είναι να επιταχύνει την έρευνα, αξιοποιώντας τη δύναμη της αξιολόγησης. Πρόκειται ουσιαστικά για μια πλατφόρμα που επιτρέπει στους ερευνητές να εντοπίζονται και να αναγνωρίζονται από άλλους ερευνητές για το δημοσιευμένο έργο τους ή την εργασία τους ως μέλη της επιτροπής κριτών επιστημονικών περιοδικών. Αυτή η συμβολή του ερευνητή είναι δυνατό να είναι εμφανής στο προφίλ του στο Publons, καταδεικνύοντας έτσι την επίδραση που έχει ο ίδιος και το έργο του στην επιστημονική κοινότητα.

Η ΕΝΕ, έχει εξασφαλίσει λοιπόν τα τελευταία χρόνια για όλα τα μέλη της επιστημονικής κοινότητας, ένα εγκεκριμένο και αξιόπιστο επιστημονικό περιοδικό *με διεθνή βαρύτητα πια και σπουδαίες προοπτικές*, συντελώντας έτσι στη σημαντική ενίσχυση των βιογραφικών τους, ενόψει της υπηρεσιακής, υπαλληλικής και ακαδημαϊκής εξέλιξης των νοσηλευτών, αλλά και όλων των επαγγελματιών υγείας, όχι μόνο της Ελλάδας αλλά και του εξωτερικού, καθώς πολλές δημοσιεύσεις είναι από συναδέλφους του εξωτερικού.

Με το παρόν τεύχος ολοκληρώνεται μια τριετία προσπάθειας για το περιοδικό ΕΠΝΕ από την ομάδα σύνταξης και ευελπιστούμε η προσπάθεια να συνεχιστεί με το νέο έτος και με τη συνδρομή νέων και παλιών συναδέλφων, σε ρόλους κριτών των υποβληθέντων άρθρων, μελών της συντακτικής επιτροπής και της διεύθυνσης σύνταξης γενικότερα.

Καλή συνέχεια να έχουμε.

Η Διευθύντρια Σύνταξης
Θ.Μπελλάλη

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Balhara (2012). Indexed journal: What does it mean? Lung India 29(2)

Fassoulaki A., Papilas K., Paraskeva A. & Patris K. (2002). Impact factor bias and proposed adjustments for its determination. Acta Anaesthesiol Scand 46: 902-5.

<http://ezb.uni-regensburg.de/?lang=en>

<http://journal-ene.gr/>

<http://search.crossref.org/>

http://wokinfo.com/products_tools/specialized/bci/

<http://www.ovid.com/site/index.jsp>

<https://clarivate.com/products/web-of-science>

<https://doaj.org/>

<https://health.ebsco.com/products/the-cinahl-database>

<https://www.ebsco.com/>

<https://www.elsevier.com/solutions/embase-biomedical-research>

<https://www.elsevier.com/solutions/scopus>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

<https://www.researchbib.com/>

ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΡΙΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ από τη Διεύθυνση Σύνταξης

Εκφράζουμε ευχαριστίες προς την παλιά και νέα ομάδα αποδελτίωσης του περιοδικού με συντονίστρια αρχικά την κ. Ιωάννα Καραμήτρη και σήμερα την Επίκουρη καθηγήτρια Ιωάννα Παπαθανασίου, όπως και στα νέα μέλη αυτής της ομάδας (Ευαγγελία Σταματοπούλου, Ευτυχία Ευαγγελίδου, Ευάγγελος Φραδέλος), τα οποία ως σήμερα συνεχίζουν αδιάκοπα τις προσπάθειες επικοινωνίας με τις νέες ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων προκειμένου να αναδείξουν την υπάρχουσα ποιότητα των δημοσιευμένων άρθρων του Περιοδικού μας, τα οποία επιμελήθηκαν οι κριτές και τα μέλη της συντακτικής επιτροπής στους οποίους επίσης αξίζουν θερμές ευχαριστίες.

Παρεμβάσεις για την πρόληψη και διαχείριση των δερματικών βλαβών μετά από ακτινοθεραπεία

Ελένη Μπαφέ¹, Ευάγγελος Δούσης², Αντωνία Καλογιάννη³, Ουρανία Γκοβίνα⁴, Άννα Καυγά³,
Ιωάννης Καλεμικεράκης³

1. Νοσηλεύτρια, MSc (c), Νοσοκομείο ΕΑΝΠ ΜΕΤΑΞΑ, 2. Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Αθήνας
3. Καθηγήτρια/τρια Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Αθήνας, 4. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Αθήνας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η ακτινοθεραπεία κατέχει ξεχωριστή θέση στην αντιμετώπιση του καρκίνου, αλλά στο 85% των ασθενών που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία, θα υπάρξει μέτρια έως σοβαρή δερματική αντίδραση, για την αντιμετώπιση της οποίας χρησιμοποιούνται διάφορες τεχνικές και υλικά.

Σκοπός της παρούσας συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης αποτέλεσε η διερεύνηση των μεθόδων και των υλικών που χρησιμοποιούνται για την πρόληψη και θεραπεία των δερματικών βλαβών που επάγονται από την ακτινοβολία.

Μεθοδολογία: Αναζητήθηκαν με λέξεις κλειδιά και χρονικό περιορισμό στις βάσεις δεδομένων PubMed, Cinahl, Sciverse, Scopus και Proquest, πρωτότυπα άρθρα ή μετα-αναλύσεις που έχουν δημοσιευτεί από το 2010-2015 και αφορούν εγκεκριμένα από τον FDA σκευάσματα για την πρόληψη και τη θεραπεία δερματικών βλαβών λόγω ακτινοβολίας, προκλινικούς παράγοντες δοκιμαζόμενους έως σήμερα σε πειραματικά μοντέλα ζώων και επιθέματα χρησιμοποιούμενα για την πρόληψη και θεραπεία της υγρής απολέπισης.

Αποτελέσματα: Βρέθηκαν 38 άρθρα που πληρούσαν τα κριτήρια της αναζήτησης εκ των οποίων τα 34 τηρούσαν τα κριτήρια ένταξης στη μελέτη. Από τα εγκεκριμένα από τον FDA σκευάσματα, οι ενυδατικές και υδρόφιλες κρέμες, τα σκευάσματα φυτικής προέλευσης, οι γέλες με βάση το υαλουρονικό οξύ και την Βιταμίνη Ε, οι ηπαρινοειδείς κρέμες, καθώς και τα σκευάσματα με βάση έλαια φαίνεται να έχουν θετική επίδραση στην πρόληψη της δερματίτιδας, αλλά και στην ανακούφιση των συμπτωμάτων. Από τους παράγοντες που βρίσκονται σε προκλινικό στάδιο μελέτης, η Vasculotide, ο παράγοντας EUK-207, ο παράγοντας RTA 408, ο παράγοντας ALDH2 και ο παράγοντας Celecoxib μπορεί να αποτελέσουν μελλοντικούς θεραπευτικούς στόχους. Επίσης, τα επιθέματα φάνηκε να έχουν ικανοποιητική αποτελεσματικότητα για την αντιμετώπιση της υγρής απολέπισης.

Συμπεράσματα: Οι αντιδράσεις του δέρματος παραμένουν ένα σημαντικό πρόβλημα για τους ασθενείς που υποβάλλονται σε ριζική ακτινοθεραπεία. Όμως, χάρη στη πληθώρα των σκευασμάτων που υπάρχουν και των κλινικών δοκιμών που πραγματοποιούνται είναι δυνατόν να υπάρξει έγκαιρη πρόληψη και θεραπεία της ακτινικής δερματίτιδας. Είναι επομένως ζωτικής σημασίας, οι επαγγελματίες υγείας να γνωρίζουν ποια σκευάσματα ενδείκνυνται στις αντιδράσεις του δέρματος που επάγονται από ακτινοβολία, ώστε να προσαρμόζουν ανάλογα τις παρεμβάσεις τους με σκοπό την πρόληψη και τη διαχείριση των δερματικών βλαβών.

Λέξεις- κλειδιά: Δερματικές βλάβες, ακτινοβολία, πρόληψη, θεραπεία.

Υπεύθυνη αλληλογραφίας: Μπαφέ Ελένη,
Ζαΐμη 89 18538 Πειραιάς
e-mail: elenibafe@yahoo.gr,
τηλέφωνο: +306948308233

Ημερομηνία Υποβολής: 04/05/2017
Ημερομηνία Δημοσίευσης: 25/11/2017

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ακτινοθεραπεία (Α/Θ) χρησιμοποιείται περίπου 100 χρόνια για τη θεραπεία του καρκίνου, σε κάποιες περιπτώσεις αποτελεί τη βασική θεραπεία, ενώ σε άλλες δρα επικουρικά. Σε κάποιες κατηγορίες όγκων (όγκοι κεφαλής – τραχήλου) αποτελεί θεραπεία εκλογής, με άριστα αποτελέσματα, αποφεύγοντας τις ακρωτηριαστικές επεμβάσεις (Lee & Le 2008).

Στο 85%-90% των ασθενών που λαμβάνουν Α/Θ θα υπάρξει μια μέτρια έως σοβαρή δερματική αντίδραση, με συχνότερη παρενέργεια τη μετακτινική δερματίτιδα, η σοβαρότητα της οποίας σχετίζεται με τη δόση της χορηγούμενης ακτινοβολίας (Maddock–Jennings et al 2005, Salvo et al 2010, Ali et al 2014, Maryum et al 2013). Η έναρξη των συμπτωμάτων τοποθετείται στις 1-4 εβδομάδες μετά την έναρξη της ακτινοθεραπείας, και αυτά παραμένουν καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας, ενώ για την θεραπεία τους μπορεί να απαιτηθούν έως και 2-4 εβδομάδες (Mc Question 2006).

Διάφοροι παράγοντες φαίνεται να επηρεάζουν τη σοβαρότητα, την έναρξη και τη διάρκεια των δερματικών αντιδράσεων. Αυτοί διακρίνονται σε ενδογενείς, που σχετίζονται με τον ίδιο τον οργανισμό, και σε εξωγενείς, που έχουν να κάνουν με τις εξωτερικές επιδράσεις που δέχεται το σώμα (Ali et al 2014). Σύμφωνα με τον Mc Question (2011), οι ενδογενείς παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν: Δερματικές πτυχές, φωτοευαισθησία, διατροφική κατάσταση, γενική υγεία, ηλικία, βάρος και μέγεθος στήθους, ιστορικό καρκίνου του δέρματος, διαβήτης, κάπνισμα, στάδιο καρκίνου, ασθένειες του συνδετικού ιστού, χρωμοσωμικά σύνδρομα, αταξία-τελαγγειακτασία, μολυσματικές ασθένειες, προϊόντα φροντίδας δέρματος, παράλληλη χημειοθεραπεία. Ενώ, οι εξωγενείς αφορούν παράγοντες που δρουν κατά την διαδικασία της ακτινοθεραπείας, όπως η θέση του πεδίου ακτινοβολίας, η δόση και η ενέργεια.

Το Εθνικό Ινστιτούτο Καρκίνου, στις ΗΠΑ (National Cancer Institute, USA) έχει ταξινομήσει τις περιπτώσεις οξείας δερματίτιδας σε 4 κατηγορίες ανάλογα με τον βαθμό σοβαρότητάς τους (Goldsmith & Papier 2010):

Βαθμού 1 – Ήπιο ερύθημα ή ξηρή απολέπιση.

Βαθμού 2 – Μετρίου βαθμού έως σοβαρό ερύθημα ή ανομοιομορφη, υγρή απολέπιση περιορισμένη στις δερματικές πτυχές.

Βαθμού 3 – Υγρή απολέπιση μεγαλύτερη από 1,5 εκ σε διάμετρο, που δεν περιορίζεται στις δερματικές πτυχές.

Βαθμού 4 – Δερματική νέκρωση ή εξέλκωση της ολότητας του πάχους του χορίου.

Ο σκοπός της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης ήταν να διερευνηθούν οι κυριότερες κλινικές θεραπευτικές παρεμβάσεις, με τη χρήση υλικών και φαρμακευ-

τικών σκευασμάτων εγκεκριμένων από τον FDA (Food and Drug Administration - USA), για την πρόληψη και θεραπεία των δερματικών βλαβών μετά από ακτινοβολία. Ως επιμέρους στόχος τέθηκε η καταγραφή και διερεύνηση της αποτελεσματικότητας των υλικών σκευασμάτων και επιθεμάτων που βρίσκονται ακόμα σε προ-κλινικό στάδιο και δοκιμάζονται σε πειραματόζωα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η παρούσα δευτερογενής μελέτη αφορά σε μια συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση. Αναζητήθηκε σχετική ελληνική και διεθνής βιβλιογραφία στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed, CINAHL, Sciverse, Scopus και Proquest. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν skin lesions (δερματικές βλάβες), radiation (ακτινοβολία), prevention (πρόληψη), treatment (θεραπεία). Η αναζήτηση έγινε τη χρονική περίοδο 1-15 Φεβρουαρίου του 2016, με βάση τον τίτλο, την περίληψη ή τις λέξεις κλειδιά (TITLE-ABSTRACT-KEYWORD), για μελέτες από το 2010 έως το 2015, σε όλους τους δυνατούς συνδυασμούς.

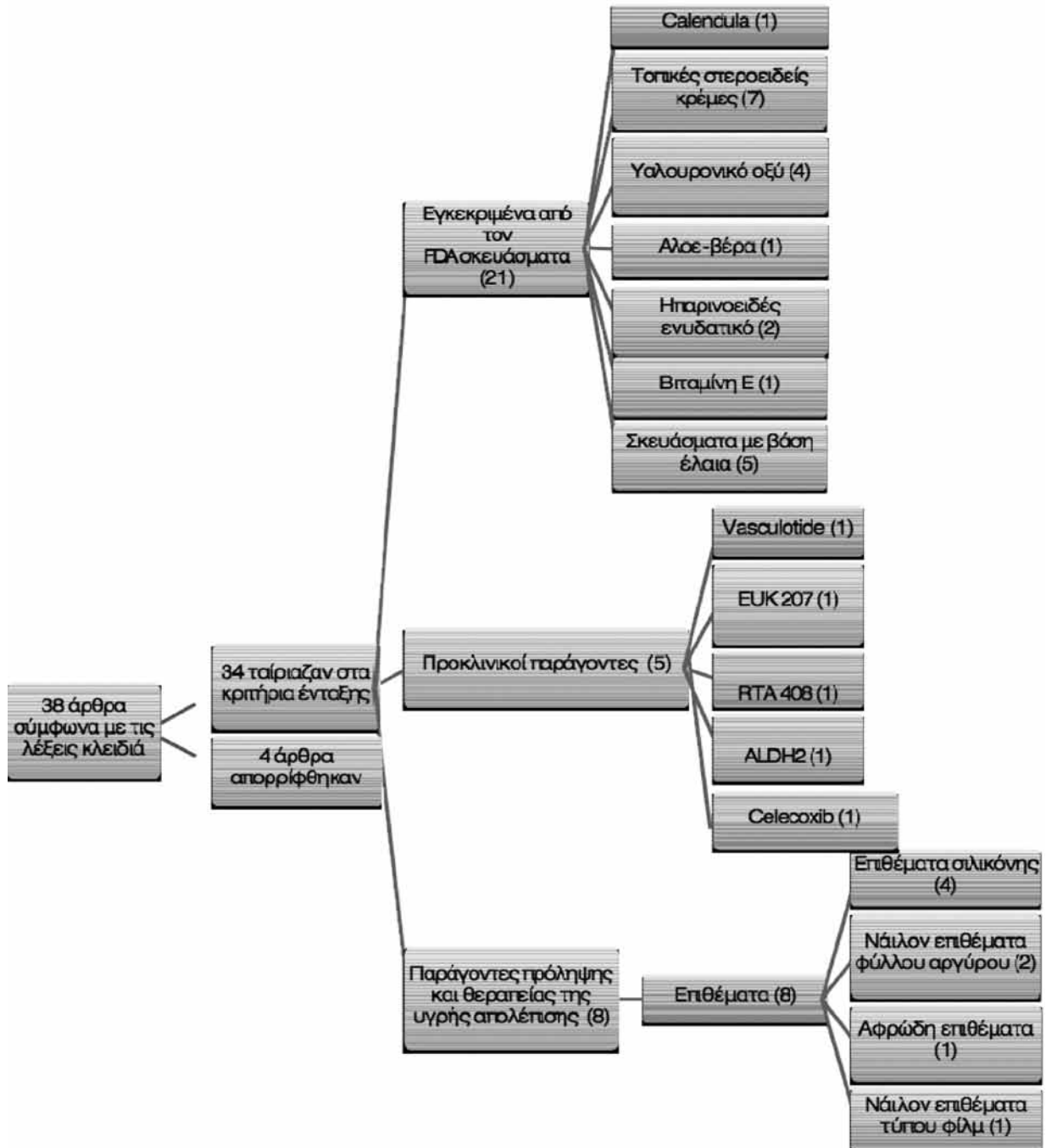
Κριτήρια ένταξης στη μελέτη αποτέλεσαν τα εξής: η δημοσίευση των άρθρων σε έγκυρα επιστημονικά περιοδικά, οι πρωτότυπες δημοσιευμένες ερευνητικές εργασίες ή μετα-αναλύσεις, η γλώσσα συγγραφής των άρθρων (Ελληνική ή Αγγλική), το χρονικό διάστημα δημοσίευσης των άρθρων (2010 έως 2015) και η σχέση τους με το εννοιολογικό περιεχόμενο της εργασίας. Από τη μελέτη αποκλείστηκαν οι ανασκοπήσεις, άρθρα σε άλλες γλώσσες πλην της Αγγλικής και Ελληνικής. Στο διάγραμμα ροής (διάγραμμα 1) φαίνονται οι μελέτες που συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα εργασία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από το σύνολο των άρθρων που εντοπίστηκαν, 38 τηρούσαν τα κριτήρια της αναζήτησης. Από αυτά, τα 34 πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης στη μελέτη. Στην κατηγορία των εγκεκριμένων από τον FDA σκευασμάτων για την πρόληψη και τη θεραπεία δερματικών βλαβών μετά από ακτινοβολία, βρέθηκαν 21 συνολικά μελέτες. Από αυτές, 1 μελέτη αφορούσε τη χρήση της αλοιφής καλέντουλα, 7 μελέτες αφορούσαν τις τοπικές στεροειδείς κρέμες, 4 μελέτες το υαλουρονικό οξύ, 1 μελέτη την αλόη, 2 μελέτες τα ηπαρινοειδή ενυδατικά σκευάσματα, 1 μελέτη τη βιταμίνη E και 5 μελέτες σκευάσματα με βάση τα έλαια.

Στην κατηγορία των παραγόντων που βρίσκονται ακόμα σε προκλινική φάση, βρέθηκαν 5 μελέτες εκ των οποίων 1 μελέτη αφορούσε την Vasculotide (μιμνητική ουσία αγγειοποιητίνης-1), 1 μελέτη αφορούσε τον παράγοντα EUK 207 (συνθετικό μιμνητικό υπερ-οξειδικής-δισμουτάσης/καταλάσης), 1 μελέτη τον παράγοντα RTA 408 (συνθετικό τριτερπενοειδές), 1 μελέτη τον παράγοντα ALDH2 (αλδεϋδικήαποϋδρογενάση 2) και 1 αφορούσε

Διάγραμμα 1: Διάγραμμα Ροής



τους ειδικούς αναστολείς COX-2 (Celecoxib).

Στην κατηγορία των επιθεμάτων βρέθηκαν συνολικά 8 μελέτες εκ των οποίων 4 αφορούσαν τη χρήση επιθεμάτων σιλικόνης, 2 τα νάιλον επιθέματα φύλλου αργύρου, 1 μελέτη τα αφρώδη επιθέματα και 1 τα διάφανα επιθέματα τύπου φιλμ (Διάγραμμα ροής 1).

Εγκεκριμένα σκευάσματα από τον FDA

A. Υδρόφιλες λοσιόν και κρέμες

Οι Di Franco et al [2013] στη μελέτη τους, όπου οι ασθενείς χωρίστηκαν σε 6 ομάδες, διερεύνησαν τον τρόπο που επιδρούν οι υδρόφιλες κρέμες και οι λοσιόν στο δέρμα (προφυλακτική χορήγηση), μετά από ακτινοβολία.

Πίνακας 1.Εγκυκλιμμένα σκευάσματα από τον FDA

Μελέτη	Κύριο Συστατικό	Εντόπιση	Σκεύασμα	Ευρήματα
Di Franco et al 2013	Ενυδατικές κρέμες	Μαστός	Neoviderm, Ixoderm, Radioskin 1, Radioskin 2, Derit, Trixera	Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων ($p>0,05$).
Sharp et al 2013	Καλέντουλα vs Ενυδατική κρέμα	Μαστός	Calendula Weleda vs Essex cream	Καμία στατιστική διαφορά ως προς τις σοβαρές δερματικές αντιδράσεις ($p=0,55$)
Miller et al 2011	Τοπικό στεροειδές vs Κρέμα placebo	Μαστός ή θωρακικό τοίχωμα	Mometasone vs Placebo cream	Η Mometasone πιο αποτελεσματική με λιγότερα δερματικά προβλήματα ($p=0,04$)
Omidvari et al 2011	Τοπικό στεροειδές vs Μέλι	Μαστός	Hydrocortisone vs Honey	Η Hydrocortisone πιο αποτελεσματική (rvalue δεν αναφέρεται)
Ulff et al 2013	Τοπικό στεροειδές vs Ενυδατική κρέμα	Μαστός	Betamethasone vs Essex cream	Η Betamethasone πιο αποτελεσματική ($p=0,003$ την εβδομάδα 4)
Dunn et al 2013	Τοπικό στεροειδές vs Diprobase	Μαστός ή θωρακικό τοίχωμα	Mometasone vs Diprobase	Η Mometasone πιο αποτελεσματική έναντι της πρότυπης φροντίδας ($p=0,046$)
Ansari et al 2013	Τοπικό στεροειδές vs Φυτική αλοιφή	Μαστός	Hydrocortisone vs Alpha ointment	Η φυτική αλοιφή πιο αποτελεσματική από την υδροκορτιζόνη ($p=0,001$)
Hindley et al 2014	Τοπικό στεροειδές vs Diprobase	Μαστός ή θωρακικό τοίχωμα	Mometasone vs Diprobase	Η Mometasone πιο αποτελεσματική ($p=0,046$)
Shaw et al 2015	Τοπικό στεροειδές vs Φιλμ φραγμού	Μαστός	Mometasone vs 3M Cavilon No Sting Barrier Film	Η Mometasone καθυστέρησε περισσότερο την εμφάνιση δερματίτιδας 2 ^{ου} βαθμού έναντι του 3M Cavilon ($p=0,002$). Καμία διαφορά δεν παρατηρήθηκε ως προς τον κνησμό ($p=0,092$).
Masferrer et al 2010	Υαλουρονικό οξύ vs Πρότυπη φροντίδα	Μαστός	Urea + hyaluronicacid + polidocanol vs μέσα υποστήριξης δέρματος	Το υαλουρονικό μειώνει την πιθανότητα εμφάνισης ακτινικής δερματίτιδας ($p<0,01$)
Kirova et al 2011	Υαλουρονικό οξύ vs Κρέμα placebo	Μαστός	Hyaluronic acid vs Emollient	Καμία διαφορά στην αποτελεσματικότητα. Τάση μείωσης του πόνου για το υαλουρονικό ($p=0,053$)
Pinnix et al 2012	Υαλουρονικό οξύ vs Γέλη placebo	Μαστός	Radia Plex (υαλουρονικό) vs Aquaphor	Μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης δερματίτιδας για το RadiaPlex (υαλουρονικό) ($p=0,027$)
Elmashad et al 2015	Υαλουρονικό οξύ vs Κανένα σκεύασμα	Μαστός	Ialugen Plus	Θετική επίδραση του υαλουρονικού. Εμφάνιση ακτινικής δερματίτιδας βαθμού ≥ 2 περισσότερο στην ομάδα ελέγχου ($p=0,001$)
Haddad et al 2013	Αλόε-βέρα vs Κανένα σκεύασμα	Μαστός Κεφαλή Τράχηλος Πύελος	Lotion Aloe vera	Η Αλόε-βέρα φάνηκε χρήσιμη στην προφύλαξη. Ο μέσος βαθμός (meangrade) δερματίτιδας στην περιοχή της αλόης εμφανίστηκε στατιστικά σημαντικά μειωμένος τις εβδομάδες 4, 5, 6 ($p<0,0001$, $p<0,0001$ & $p=0,002$ αντίστοιχα).
Ogita et al 2014	Ηπαρινοειδές ενυδατικό vs Κανένα σκεύασμα	Μαστός	Hirudoid	Βελτίωση ξηροδερμίας ($p<0,05$), μείωση πόνου ($p<0,05$), μείωση απολέπισης ($p<0,05$).

Πίνακας 1.Εγκριμένα σκευάσματα από τον FDA (συνέχεια)

Μελέτη	Κύριο Συστατικό	Εντόπιση	Σκεύασμα	Ευρήματα
Sekiguchi et al 2015	Ηπαρινοειδές ενυδατικό vs Κανένα σκεύασμα	Μαστός	Hirudoid	Βελτίωση των επιπέδων ενυδάτωσης στο δέρμα, 2 εβδομάδες μετά την ακτινοθεραπεία για το ηπαρινοειδές (p<0,01)
Martella et al 2010	Βιταμίνη E	Μαστός	Vea Oil	Βελτίωση (μόνο ένας ασθενής)
Jensen et al 2011	Έλαιο σε νερό vs Κανένα σκεύασμα	Μαστός	W01932	Μείωση κνησμού στην ομάδα παρέμβασης. Εβδομάδες 1, 2, 3, 5 (p=0,035, p=0,038, p=0,039 και p=0,026 αντίστοιχα). Βελτίωση ενυδάτωσης (p=0,014).
Chan et al 2014	Σκεύασμα με βάση έλαιο vs Ενυδατική κρέμα	Πνεύμονας Μαστός Κεφαλή Τράχηλος	NOCA	Τοξικότητα δέρματος μειωμένη την εβδομάδα 3 για το σκεύασμα ελαίου (p<0,05) αλλά αυξημένη τις 7, 8, 9 (p<0,001 για όλες τις εβδομάδες). Μειωμένα επίπεδα πόνου και κνησμού την εβδομάδα 3 για το σκεύασμα ελαίου (p<0,05) αλλά όχι τις άλλες εβδομάδες.
Rollmann et al 2015	Σκεύασμα με βάση έλαιο vs Placebo	Μαστός/ θωρακικό τοίχωμα	Ultra Emu Oil VS Cotton seed oil	Τάση για μείωση δερματίτιδας με Ultra Emu Oil (πιλοτική μελέτη, δεν αναφέρεται p-value).
Cui et al 2015	Σκεύασμα ελαιόλαδου vs Placebo	Ρινοφάρυγγας	Olive Oil preparation vs Placebo	Η ομάδα παρέμβασης εμφάνισε σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα ακτινικής δερματίτιδας σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (p<0,01).

Σε κάθε ομάδα συνταγογραφήθηκε διαφορετική ενυδατική κρέμα (Neoviderm W, Ixoderm W, Radioskin 1W, Radioskin 2W, Xderit W και Trixera). Όλοι οι ασθενείς ολοκλήρωσαν τη μελέτη, ενώ το 72% ανεξαρτήτου ομάδας εμφάνισε δερματικές αντιδράσεις σταδίου G1 (Grade 1), το 18% G2 (Grade 2), το 10% G3 (Grade 3). Επίσης, κανένας ασθενής δεν εμφάνισε βλάβες δέρματος σταδίου G4 (Grade 4). Οι ερευνητές συμπέραναν (p>0,05) ότι όλα τα τοπικά προϊόντα που δοκιμάστηκαν είχαν παρόμοια αποτελεσματικότητα (Πίνακας 1) (Di Franco et al 2013).

B. Αλοιφή καλέντουλας

Οι Sharp et al (2013) πραγματοποίησαν τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη για τη σύγκριση της αλοιφής καλέντουλας και της απλής υδατικής αλοιφής ως προς τη μείωση του κινδύνου εμφάνισης σοβαρών οξέων αντιδράσεων ακτινικής δερματίτιδας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, η συχνότητα εμφάνισης σοβαρών οξέων αντιδράσεων ακτινικής δερματίτιδας για την ομάδα της καλέντουλας ήταν 23% και 19% για την ομάδα της υδατικής κρέμας (Essex). Οι ασθενείς ανέφεραν σε χαμηλό ποσοστό δερματικές αντιδράσεις και δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων (p>0,05). Οι ερευνητές μελέτες συμπέραναν ότι οι σοβαρές οξείες

αντιδράσεις ακτινικής δερματίτιδας, επηρεάζονται περισσότερο από τη μέθοδο θεραπείας που επιλέγεται (είδος και ποσότητα ακτινοβολίας) και λιγότερο από την επιλογή των προϊόντων φροντίδας του δέρματος πριν και μετά την ακτινοβολία (Πίνακας 1) (Sharp et al 2013).

Γ. Τοπικές στεροειδείς κρέμες

Οι Miller et al (2011) πραγματοποίησαν τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη, προκειμένου να αξιολογήσουν την επίδραση της ΦουροϊκήςΜομεταζόνης (MMF) 0,1% στην οξεία ακτινική δερματίτιδα, έναντι εικονικής κρέμας (placebo). Η ομάδα της MMF παρουσίασε λιγότερο κνησμό (p=0,008), λιγότερο ερεθισμό (p=0,01), μικρότερη συχνότητα επανεμφάνισης των συμπτωμάτων (p=0,02) και λιγότερη ενόχληση εξαιτίας δερματικών ερεθισμών (p=0,04), εμφανίζοντας συνολικά μικρότερη τοξικότητα από την ακτινοβολία έναντι της ομάδας ελέγχου (Πίνακας 1) (Miller et al 2011).

Οι Omidvari et al (2011) διερεύνησαν την αποτελεσματικότητα της τοπικής χρήσης υδροκορτιζόνης σε σχέση με τοπική εφαρμογή μελιού. Οι ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν σε δύο ομάδες έτσι ώστε να λαμβάνουν καθημερινά, είτε πλύσιμο της περιοχής και τοπική εφαρμογή μελιού, είτε πλύσιμο της περιοχής και τοπική υδροκορτιζόνη 1%.

Σύμφωνα με τους συγγραφείς, το τοπικό στεροειδές μείωσε τη σοβαρότητα των υποκείμενων συμπτωμάτων, όπως κνησμό και κάψιμο, σε σχέση με το μέλι, παρόλο που δεν αναφέρεται το επίπεδο σημαντικότητας (Πίνακας 1) [Omidvari et al 2011].

Οι Ulf et al (2013) διερεύνησαν την επίδραση της εφαρμογής τοπικών στεροειδών κρεμών στη μείωση του κινδύνου και των συμπτωμάτων της οξείας ακτινικής δερματίτιδας. Μετά από 4 εβδομάδες βρέθηκαν λιγότερες δερματικές αντιδράσεις ($p=0,0003$) στην ομάδα στεροειδών, συγκριτικά με την ομάδα ενυδατικής κρέμας (Πίνακας 1) [Ulf et al 2013].

Οι Dunn et al (2013) σύγκριναν την αποτελεσματικότητα της Φουροϊκής Μομεταζόνης (MMF) έναντι της Diprobase σε δύο ομάδες. Η συχνότητα εμφάνισης ακτινικής δερματίτιδας ήταν χαμηλότερη στην ομάδα MMF σε σχέση με την ομάδα της Diprobase, όπως και το ερύθημα, ενώ η ποιότητα ζωής των ασθενών ήταν καλύτερη ($p=0,047$) [Dunn et al 2013]. Όμοια, μελέτη των Hindley et al (2014) για τα πλεονεκτήματα της MMF έναντι του Diprobase, για την πρόληψη της οξείας ακτινικής δερματίτιδας στην περιοχή του μαστού. Στην έρευνα τυχαιοποιήθηκαν 60 ασθενείς για κάθε ομάδα. Τα άτομα στην ομάδα MMF εμφάνισαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία με την Κλίμακα Radiation Therapy Oncology Group (RTOG) score ($p=0,046$), καθώς και χαμηλότερη μέση βαθμολογία ερυθρήματος ($p=0,012$) (Πίνακας 1) [Hindley et al 2014].

Η μελέτη των Ansari et al (2013) αφορούσε μια τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή, στην οποία συγκρίθηκε η αποτελεσματικότητα της χρήσης τοπικής φυτικής αλοιφής χένα (alphaointment), σε σχέση με την εφαρμογή κρέμας υδροκορτιζόνης (1%). Συνολικά, επιλέχθηκαν 60 ασθενείς, οι οποίοι έκαναν χρήση φυτικής αλοιφής (χένα) ή τοπικής κρέμας υδροκορτιζόνης (1%), αμέσως μετά την θεραπεία με συνολική δόση ακτινοβολίας 45-50 Gy στην περιοχή του θώρακα. Η τοπική χρήση της φυτικής αλοιφής φάνηκε πιο αποτελεσματική στη θεραπεία της προκαλούμενης από ακτινοβολία δερματίτιδας σε σχέση με την χρήση τοπικής κρέμας υδροκορτιζόνης (1%) ($p=0,01$), ενώ παράλληλα μειώθηκαν οι αναφορές των ασθενών για πόνο ($p<0,001$) και κνησμό ($p<0,009$) (Πίνακας 1) [Ansari et al 2013].

Οι Shaw et al (2015) μελέτησαν την επίδραση ενός φιλμ φραγμού (Barrier Film) έναντι τοπικών στεροειδών. Τριάντα-εννέα ασθενείς με καρκίνο του μαστού τυχαιοποιήθηκαν μετεγχειρητικά σε τρεις ομάδες, ενώ το σημείο που επρόκειτο να ακτινοβοληθεί χωρίστηκε σε δύο μέρη. Στην πρώτη ομάδα, στη μια περιοχή χρησιμοποιήθηκε το προστατευτικό φιλμ (3M Sting Barrier Film), έναντι καμίας θεραπείας για την άλλη περιοχή. Αντίστοιχα, στη δεύτερη ομάδα ασθενών, χρησιμοποιήθηκαν τοπικά κορτικοστεροειδή, έναντι καμίας θεραπείας και στην τρί-

τη ομάδα χρησιμοποιήθηκαν κορτικοστεροειδή, έναντι προστατευτικού φιλμ. Τα κορτικοστεροειδή καθυστέρησαν την εμφάνιση βαθμού 2 δερματίτιδας, συγκριτικά με τη μεμβράνη φραγμού, αλλά και τις περιοχές χωρίς θεραπεία ($p<0,05$). Οι περιοχές που έλαβαν κορτικοστεροειδή, αν και είχαν χαμηλότερη συχνότητα εμφάνισης βαθμού 3 δερματίτιδας, δεν έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p>0,05$) και στις τρεις ομάδες, ενώ μη στατιστικά σημαντικές διαφορές φάνηκαν επίσης μεταξύ των ομάδων στη συνολική βαθμολογία του πόνου (Πίνακας 1) [Shaw et al 2015].

Δ. Γέλη-πήκτωμα υαλουρονικού οξέος

Οι Masferrer et al (2010) σε προοπτική μελέτη 10 εβδομάδων, παρακολούθησαν 98 ασθενείς με καρκίνο μαστού που λάμβαναν εντατική θεραπεία με ενυδατική λοσιόν, για την εμφάνιση τοξικότητας του δέρματος (RTOG/EORTC κλίμακας), έναντι 174 ασθενών που αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου και οι οποίοι λάμβαναν τη συνήθη φροντίδα δέρματος (αποφυγή ερεθιστικών για το δέρμα παραγόντων, καθαριότητα με μη-αλκαλικό σαπούνι και νερό, στέγνωμα με μια μαλακή πετσέτα και διατήρηση της ενυδάτωσης του δέρματος με την χρήση ενυδατικής κρέμας δύο φορές την ημέρα) στο ίδιο θεραπευτικό κέντρο, σε προγενέστερο χρόνο, κατά τη διάρκεια του έτους 2006. Το ποσοστό των ασθενών που δεν εμφάνισαν ακτινική δερματίτιδα ήταν σημαντικά υψηλότερο στην ομάδα εντατικής θεραπείας με την ενυδατική λοσιόν φτάνοντας το 27,6% έναντι 15,5% της ομάδας ελέγχου ($p<0,05$, OR=2,07), ενώ η δερματική αντίδραση είχε μικρότερη επίπτωση με ($p<0,001$) (Πίνακας 1).

Οι Kirova et al (2011) πραγματοποίησαν τυχαιοποιημένη μελέτη Φάσης III, με στόχο την αξιολόγηση της τοπικής χορήγησης υαλουρονικού οξέος, για τη θεραπεία των πρώιμων δερματικών αντιδράσεων που προκαλούνται από ακτινοβολία. Οι ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν ώστε να λαμβάνουν είτε υαλουρονικό οξύ (ομάδα Α), είτε απλή ενυδατική κρέμα (ομάδα Β). Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής εμφάνισε μια τάση υπέρ της ομάδας Α, του υαλουρονικού οξέος, χωρίς όμως στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,053$) στη μείωση των επιπέδων του πόνου και τη βελτίωση του χρώματος της περιοχής (Πίνακας 1).

Οι Pinnix et al (2012) μελέτησαν την αποτελεσματικότητα γαλακτώματος υαλουρονικού οξέος στη μείωση της εμφάνισης ακτινικής δερματίτιδας. Η πειραματική ομάδα έλαβε γέλη με βάση το υαλουρονικό οξύ και η ομάδα ελέγχου γέλη εξ' αποστάξεως πετρελαίου (petrolatum gel). Το δέρμα των μαστών στους οποίους είχε χορηγηθεί η γέλη υαλουρονικού οξέος εμφάνισε μεγαλύτερη συχνότητα δερματίτιδας βαθμού ≥ 2 ($p = 0,027$) σε σχέση με το δέρμα που είχε εφαρμοστεί γέλη petrolatum (Πίνακας 1).

Οι Elmashad et al (2015) μελέτησαν την αποτελεσμα-

τικότητα μιας κρέμας υαλουρονικού οξέος στη μείωση της εμφάνισης ακτινικής δερματίτιδας, έναντι καμιάς θεραπείας για την ομάδα ελέγχου, όπου παρατηρήθηκε μεγαλύτερη μείωση της ακτινικής δερματίτιδας ($p < 0,001$) στην ομάδα παρέμβασης (Πίνακας 1).

E. Γέλη αλόε-βέρα.

Για την αξιολόγηση της επίδρασης μιας λοσιόν αλόης στην πρόληψη της δερματίτιδας από ακτινοβολία, ελέχθησαν 60 ασθενείς που υποβάλλονταν σε ακτινοθεραπεία, στους οποίους δόθηκε λοσιόν αλόης για να τη χρησιμοποιήσουν στην μισή ακτινοβολημένη περιοχή, έναντι καμιάς άλλης θεραπείας στην άλλη μισή. Από την τέταρτη έως την έκτη εβδομάδα της ακτινοθεραπείας και στη συνέχεια τη δεύτερη και τέταρτη εβδομάδα μετά την θεραπεία, ο μέσος βαθμός (mean grade) δερματίτιδας με και χωρίς αλόε-βέρα ήταν 0,81 και 1,10 αντίστοιχα με ($p < 0,00$) (Πίνακας 1) (Haddad et al 2013).

ΣΤ. Ηπαρινοειδείς ενυδατικές κρέμες.

Σε μελέτη για την επίδραση ενός σκευάσματος τοπικής ηπαρινοειδούς ενυδατικής κρέμας στην ξηροδερμία από ακτινοβολία, ασθενείς με καρκίνο του μαστού τυχαιοποιήθηκαν ώστε να λάβουν προφυλακτική χορήγηση ενυδατικής ηπαρινοειδούς κρέμας (ομάδα Α), είτε ηπαρινοειδή κρέμα 2 εβδομάδες μετά την ακτινοθεραπεία (ομάδα Β) ή καμία ενυδατική κρέμα (ομάδα Γ). Τέσσερις εβδομάδες μετά την ακτινοθεραπεία, η ενυδάτωση του δέρματος της ομάδας Β επέστρεψε στα επίπεδα προ ακτινοθεραπείας, χωρίς σημαντική διαφορά από την ομάδα Α ($p = 0,70$), ενώ η αφυδάτωση του δέρματος παρέμεινε σταθερή για την ομάδα Γ ($p < 0,05$). Φαίνεται ότι η προφυλακτική χρήση ηπαρινοειδούς ενυδατικής κρέμας πριν και μετά την ακτινοθεραπεία μπορεί να προλάβει τη σοβαρή ξηροδερμία και να βελτιώσει τα συμπτώματα (πόνος, κνησμό, απολέπιση, ερύθημα) που σχετίζονται με την ακτινικού τύπου δερματίτιδα (Πίνακας 1) (Ogita et al 2014).

Οι Sekiguchi et al (2015) πραγματοποίησαν μελέτη στην οποία 62 ασθενείς, τυχαιοποιήθηκαν σε δύο ομάδες ώστε να λάβουν ηπαρινοειδή ενυδατική κρέμα (ομάδα παρέμβασης), ενώ 32 ασθενείς στην ομάδα ελέγχου δεν έλαβαν καμία θεραπεία. Στην ομάδα παρέμβασης η ενυδάτωση του δέρματος μετά τις 2 εβδομάδες ήταν υψηλότερη και η ξηρότητα του δέρματος και η απολέπιση ήταν λιγότερο σοβαρές με ($p < 0,01$) (Πίνακας 1) (Sekiguchi et al 2015).

Z. Βιταμίνη E

Στη βιβλιογραφία βρέθηκε μόνο μια μελέτη περίπτωσης (case study) που αφορούσε στην τοπική θεραπεία με βιταμίνη E σε βάση λιποφίλης γέλης για την αντιμετώπιση της οξείας ακτινικής δερματίτιδας. Σύμφωνα με τη μελέτη

αυτή, η 67 ετών ασθενής είχε υποβληθεί σε συντηρητική θεραπεία για πορώδες διηθητικό καρκίνωμα του αριστερού μαστού. Μετά από την χορήγηση ακτινοβολίας 40 Gy, εμφάνισε δερματική βλάβη 4ου βαθμού, ερύθημα, δερματική νέκρωση, πόνο, πυρετό και τοπική λοίμωξη από *Staphylococcus aureus*. Μετά από 25 ημέρες θεραπείας με Βιταμίνη E και αντιβιοτικά, η λοίμωξη είχε υποχωρήσει και παρατηρήθηκε ολική αναδόμηση του επιθηλίου (Πίνακας 1) (Martella et al 2010).

H. Σκευάσματα με βάση έλαιο

Οι Jensen et al (2011) μελέτησαν την επίδραση του γαλακτώματος ελαίου σε νερό (W/O1932) για την αντιμετώπιση της οξείας δερματίτιδας μετά από ακτινοβολία. Διεξήγαγαν μια τυχαιοποιημένη, ελεγχόμενη, ανοικτή δοκιμή με 66 συμμετέχοντες ασθενείς που είχαν χωριστεί σε δύο ομάδες. Η πρώτη έλαβε θεραπεία με το γαλάκτωμα ελαίου σε νερό και η δεύτερη δεν έλαβε καμία θεραπεία. Βρέθηκε ότι η ενυδάτωση του δέρματος ήταν σημαντικά υψηλότερη για την ομάδα που δέχθηκε το γαλάκτωμα, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου στο τέλος της μελέτης, ενώ σημειώνεται χαρακτηριστικά ότι σχεδόν έφθανε τα ποσοστά του μη ακτινοβολημένου δέρματος ($p = 0,014$) (Πίνακας 1).

Οι Chan et al (2014) διερεύνησαν τις επιδράσεις ενός γαλακτώματος με βάση έλαιο που περιείχε αλλαντοΐνη στην πρόληψη και θεραπεία δερματικών αντιδράσεων από ακτινοβολία. Οι ασθενείς έλαβαν είτε την κρέμα 1 (το φυσικό γαλάκτωμα με βάση έλαιο που περιείχε αλλαντοΐνη) ή την κρέμα 2 (ενυδατική κρέμα). Οι ασθενείς που έλαβαν την κρέμα 1 εμφάνισαν σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό ανεπιθύμητων συμβάντων την τρίτη εβδομάδα ($p < 0,05$), αλλά στατιστικά υψηλότερα μέσα επίπεδα τοξικότητας του δέρματος την έβδομη, όγδοη και ένατη εβδομάδα ($p < 0,001$ για όλους τους στατιστικούς ελέγχους) (Πίνακας 1).

Οι Rollmann et al (2015) διεξήγαγαν μια κλινική, πιλοτική, μελέτη για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας ενός παράγοντα με βάση έλαιο (Ultra Etnu Oil), σε ασθενείς που εμφάνιζαν δερματική τοξικότητα μετά από ακτινοβολία (ομάδα παρέμβασης) έναντι εικονικού σκευάσματος (placebo) για την ομάδα ελέγχου. Η συνολική ποιότητα ζωής ήταν ελαφρώς καλύτερη στην ομάδα χρήσης του παράγοντα με βάση το έλαιο και παρέμεινε σταθερή καθ' όλη τη διάρκεια της μελέτης, χωρίς να αναφέρεται το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (Πίνακας 1).

Οι Cui et al (2015) αξιολόγησαν την αποτελεσματικότητα ενός τοπικού σκευάσματος με βάση το ελαιόλαδο, έναντι σκευάσματος placebo στην πρόληψη της οξείας δερματίτιδας, σε ασθενείς με ρινοφαρυγγικό καρκίνωμα, που υποβάλλονταν σε ταυτόχρονη χημειοθεραπεία και ακτινοβολία. Οι ασθενείς στην ομάδα θεραπείας βίωσαν

Πίνακας 2. Προκλινικοί παράγοντες

Μελέτη	Παράγοντας	Μοντέλο	Αποτέλεσμα
Korpella et al 2014	Μιμνητική ουσία Αγγειοποιητίνης-1	Προκλινικό μοντέλο ποντικού	Μείωση της επιφάνειας σοβαρής απολέπισης (p=0,012).
Doctrow et al 2013	Συνθετικό μιμνητικό υπερ-οξειδωτικής διαμοτάσης/ καταλάσης	Αρουραίου	Μείωση ακτινικής δερματίτιδας (p<0,01).
Reisman et al 2014	Συνθετικό τριτερπενοειδές (RTA – 408 1%)	Αρσενικά BALB/c ποντίκια	Βελτίωση της εμφάνισης (ημέρα 40). Αναγέννηση τριχώματος (ημέρα 40). Καθόλου απολέπιση σε 1% των RTA-408 (ημέρα 16).
Ning et al 2012	Αλδεϋδική αποϋδρογένηση 2	C57BL/C3H/ανοκατεσταλμένα ποντίκια	Μειωμένη ακτινική δερματίτιδα (P<0,001).
Hunter et al 2013	Αναστολέας Κυκλοξυγενάσης-2	C3Hf/KamLaw ποντίκια	Μείωση τοξικότητας λόγω ακτινοβολίας.

σημαντικά λιγότερο σοβαρά επεισόδια δερματίτιδας κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας, σε σύγκριση με τους ασθενείς της ομάδας ελέγχου με (p<0,01)(Πίνακας 1).

Παράγοντες σε προκλινικό στάδιο

A. Vasculotide (VT)

Η ένωση VT με λειτουργική ομοιότητα με την αγγειοποιητίνη Ang1 αποτελεί μια νέα και καινοτόμα προσέγγιση για τη μείωση της οξείας βλάβης του δέρματος κατά τη διάρκεια της ακτινοβολίας. Στο προκλινικό στάδιο έχει φανεί ότι, η VT ελαχιστοποιεί την τοξικότητα, μειώνει την φλεγμονή και βελτιώνει την επούλωση του τραύματος. Η VT προάγει επίσης την επιβίωση των ενδοθηλιακών κυττάρων και τη σωστή λειτουργία τους (Πίνακας 2) (Korpella et al 2014).

B. EUK-207

Πρόκειται για μια συνθετική μιμνητική ουσία της υπερ-οξειδωτικής διαμοτάσης/καταλάσης. Η EUK-207 προκαλεί σημαντική ρύθμιση πολλαπλών γονιδίων στόχων που συμμετέχουν στην αποτοξίνωση του οργανισμού από ενεργές ρίζες οξυγόνου και αζώτου (Πίνακας 2) (Doctrow et al 2013).

Γ. RTA-408

Ελεύθερες ρίζες που παράγονται κατά την διάρκεια της ακτινοθεραπείας πολύ συχνά οδηγούν σε δερματίτιδα, με συμπτώματα που ποικίλουν από ήπιο ερύθημα έως υγρή απολέπιση και εξέλκωση. Δοσοεξαρτώμενες βελτιώσεις, παρατηρήθηκαν στο δέρμα των ποντικών που έλαβαν τον παράγοντα RTA τοπικά (1,0%), οδηγώντας σε μακροσκοπικά φυσιολογική εμφάνιση του δέρματος την ημέρα 40, που περιελάμβανε και αποκατάσταση του τριχωτού του ζώου. Επιπλέον, ο παράγοντας RTA 1,0% μείωσε σημαντικά την επιδερμική λέπτυνση του κολλαγόνου, απέτρεψε την νέκρωση του δέρματος και την ανά-

πτυξη εξελκώματος (Πίνακας 2) (Reisman et al 2014).

Δ. ALDH2

Οι Ning et al (2012) μελέτησαν την επίδραση της ενεργοποίησης της ενζυμικής δραστηριότητας του παράγοντα ALDH2, χρησιμοποιώντας τον αλλοστερικό αγωνιστή Alda-1. Σύμφωνα με τα αποτελέσματά τους, η τοπική εφαρμογή του παράγοντα Alda-1 μείωσε τη σοβαρότητα και καθυστέρησε την εμφάνιση της δερματίτιδας κατά 2-5 ημέρες, σε σχέση με την ομάδα της αιθανόλης (p< 0,001) (Πίνακας 2).

Ε. Σελεκοξίμη (Celecoxib)

Μία από τις δράσεις της ακτινοβολίας είναι να προκαλεί την υπερπαραγωγή των φλεγμονωδών κυτταροκινών και χημειοκινών και να αυξάνει επίσης την παραγωγή της προσταγλανδίνης E (PGE2), τόσο τοπικά όσο και συστηματικά. Η σελεκοξίμη μείωσε σημαντικά την έκλυση των χημειοκινών, καθώς επίσης και τη διείσδυση μονοκυττάρων και ουδετερόφιλων σε τοπικά ακτινοβολημένο όγκο και περιβάλλοντα φυσιολογικό ιστό, αναστέλλοντας τη φλεγμονώδη αντίδραση σε δοκιμή με ποντίκια (Πίνακας 2) (Hunter et al 2013).

Πρόληψη και θεραπεία υγρής απολέπισης με επιθέματα

Οι Aquino-Parsons et al (2010) αξιολόγησαν την επίδραση των νάιλον επιθεμάτων φύλλου αργύρου (silver leaf nylon dressings, SLND). Συνολικά, 196 ασθενείς (93 στην ομάδα παρέμβασης και 103 στην ομάδα ελέγχου) συμμετείχαν σε συγκριτική μελέτη. Δεν παρατηρήθηκε διαφορά στο μέγεθος της υγρής απολέπισης ή της βαθμολογίας της τοξικότητας του δέρματος μεταξύ των ομάδων. Ωστόσο, την τελευταία εβδομάδα και μία εβδομάδα μετά την ακτινοθεραπεία, οι αναφορές των ασθενών για κνησμό μειώθηκαν στην ομάδα θεραπείας με επιθέματα με (p=0,013) και (p=0,019) αντίστοιχα (Πίνακας 3).

Πίνακας 3. Επιθέματα

Μελέτη	Είδος επιθέματος	Εντόπιση	Σκεύασμα	Ευρήματα
Aquino-Parsons et al 2010	Νάιλον επίθεμα φύλλου αργύρου	Μαστός	Silver leaf nylon dressing (SLND)	Την τελευταία εβδομάδα και μία εβδομάδα μετά την ακτινοθεραπεία, οι αναφορές των ασθενών για κνησμό μειώθηκαν στην ομάδα θεραπείας με επιθέματα ($p=0,013$ και $p=0,019$ αντίστοιχα).
Diggelmann et al 2010	Επίθεμα σιλικόνης vs Ενυδατική κρέμα	Μαστός	Mepilex® Lite	Μείωση ερυθρήματος υπομαστικής αναδίπλωσης ($p<0,001$).
Niazi et al 2012	Νάιλον επίθεμα αργύρου	Παχύ έντερο	Silver clear nylon dressing (SCND)	Την τελευταία μέρα της ακτινοθεραπείας η μέση βαθμολογία δερματίτιδας (meandermatitisscore) ήταν $2,53\pm 1,17$ για την ομάδα της πρότυπης φροντίδας δέρματος και $1,67\pm 0,01$ για την ομάδα των SCND ($p=0,01$). Δύο εβδομάδες μετά το πέρας της ακτινοθεραπείας, η διαφορά ήταν 0,39 βαθμοί υπέρ της ομάδας των SCND ($R=0,39$).
Paterson et al 2012	Mepilex Litevs Πρότυπη φροντίδα	Ρινοφάρυγγας	Mepilex® Lite	Όχι σημαντική μείωση υγρής απολέπιση ($p>0,05$), όμως, μείωση της σοβαρότητας δερματικών βλαβών κατά 41% ($p<0,0001$) και υγρής απολέπισης ($p<0,001$).
Zhongetal 2013	Επίθεμα σιλικόνης vs Sulfadiazine cream	Ρινοφάρυγγας	Mepilex® Lite	Επούλωση ακτινικής δερματίτιδας σε λιγότερο χρόνο στην ομάδα παρέμβασης σε σχέση με την ομάδα ελέγχου ($p=0,009$).
Whaleyetal 2013	Διάφανο επίθεμα φιλμ	Προστάτης	Beekley stickers	Εξασθένηση ακτινικής δερματίτιδας.
Herstetal 2014	Επίθεμα σιλικόνης vs Ενυδατική κρέμα	Μαστός	Mepitel Film	Το επίθεμα αποτρέπει την υγρή απολέπιση ($p< 0,0001$).
Leeetal 2015	Αφρώδες επίθεμα	Κεφαλή-τράχηλος	Foam dressing με rhEGF	Επιταχύνει την διαδικασία επούλωσης.

Οι Diggelmann et al (2010) μελέτησαν συνολικά 28 ασθενείς που έλαβαν ακτινοθεραπεία, από τους οποίους οι 24 είχαν 34 ερυθματώδεις περιοχές στο δέρμα τους. Όταν το ερύθημα έγινε ορατό, η προσβεβλημένη περιοχή του δέρματος διαχωρίστηκε σε δύο μέρη και στο ένα εφαρμόστηκαν τα επιθέματα Mepilex Lite, ενώ στο άλλο πρότυπη ενυδατική κρέμα. Τα επιθέματα Mepilex Lite μείωσαν σημαντικά την σοβαρότητα του προκαλούμενου από ακτινοβολία ερυθρήματος, σε σχέση με την απλή ενυδατική κρέμα ($p < 0,001$), δεν επηρέασαν τη θερμοκρασία της επιφάνειας του δέρματος και προκάλεσαν ελάχιστο φαινόμενο συσσώρευσης της δόσης (Πίνακας 3).

Οι Niazi et al (2012) πραγματοποίησαν τυχαioποιημένη κλινική μελέτη φάσης III, για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των νάιλον επιθεμάτων αργύρου (silver clear nylon dressings, SCND) στη φροντίδα του δέρματος σε ασθενείς με καρκίνο πρωκτού και ορθού. Την τελευταία μέρα της ακτινοθεραπείας που είναι και

η πιο κρίσιμη για την εμφάνιση δερματίτιδας, η μέση βαθμολογία δερματίτιδας (mean dermatitis score) ήταν $2,53(\pm 1,17)$ για την ομάδα της πρότυπης φροντίδας δέρματος και $1,67\pm 0,01$ για την ομάδα των SCND (Πίνακας 3).

Οι Paterson et al (2012) πραγματοποίησαν τυχαioποιημένη ελεγχόμενη κλινική μελέτη, με σκοπό της αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας των επιθεμάτων Mepilex Lite σε δερματικές βλάβες, σε σύγκριση με υδατική κρέμα. Τα επιθέματα Mepilex Lite δε μείωσαν σημαντικά την πιθανότητα εμφάνισης υγρής απολέπισης ($p>0,05$), όμως, μείωσαν τη συνολική σοβαρότητα των δερματικών βλαβών κατά 41% ($p<0,001$), την μέση βαθμολογία υγρής απολέπισης κατά 49% ($p=0,043$) και τη διάρκεια της υγρής απολέπισης από 25 σε 18 εβδομάδες ($p=0,049$) (Πίνακας 3) (Paterson et al 2012).

Στη μελέτη των Zhong et al (2013) διερευνήθηκε η αποτελεσματικότητα των επιθεμάτων Mepilex Lite, σε σχέση με την πρότυπη φροντίδα, σε ασθενείς με ρινοφα-

ρυγγικό καρκίνο που είχαν λάβει αγωγή με ακτινοβολία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η δερματίτιδα στην ομάδα θεραπείας αντιμετωπίστηκε σε έναν μέσο χρόνο 16 ημερών, ο οποίος ήταν σημαντικά μικρότερος ($p=0,009$) από το χρόνο epούλωσης της ομάδας ελέγχου (mean time=23days) (Πίνακας 3).

Οι Whaley et al (2013) εξέτασαν την αποτελεσματικότητα των διάφανων επιθεμάτων φιλμ, στην περίπτωση 2 ασθενών με καρκίνο του προστάτη και ακτινική δερματίτιδα. Κατά την διάρκεια της ακτινοβολίας, και οι δύο ασθενείς εμφάνισαν βαθμού I ακτινική δερματίτιδα (ασυμπτωματικό ερύθημα) στην περιοχή του ισχίου, ενώ και στους δύο το ερύθημα ήταν μειωμένο στην περιοχή της σήμανσης (Πίνακας 3).

Οι Herst et al (2014) εξέτασαν την αποτελεσματικότητα των επιθεμάτων σιλικόνης, Mepitel Film (ομάδα παρέμβασης), στην εμφάνιση υγρής απολέπισης μετά από ακτινοβολία, σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού έναντι μιας ενυδατικής κρέμας (ομάδα ελέγχου). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, η συνολική σοβαρότητα της δερματικής αντίδρασης μειώθηκε κατά 92% ($p<0,0001$) στην ομάδα Mepitel Film. Όλοι οι ασθενείς στην ομάδα ελέγχου ανέπτυξαν κάποιο είδος αντίδρασης στην κρέμα, το οποίο εξελίχθηκε προοδευτικά σε υγρή απολέπιση στο 26% των ασθενών. Μόνο το 44% των ασθενών εμφάνισε αντίδραση στα επιθέματα, η οποία όμως δεν εξελίχθηκε σε υγρή απολέπιση σε κανέναν από τους ασθενείς (Πίνακας 3).

Μελέτη των Lee et al (2015) πραγματοποιήθηκε για να αξιολογήσει την επίδραση των αφρωδών επιθεμάτων (foam dressings) με ανασυνδρασμένο ανθρώπινο επιδερμικό αυξητικό παράγοντα (rhEGF) στη διαδικασία epούλωσης της ακτινικής δερματίτιδας σε ασθενείς με καρκίνο κεφαλής-τραχήλου. Εντός 14 ημερών (mean 8 days) όλοι οι ασθενείς εμφάνισαν πλήρη epούλωση της ακτινικής δερματίτιδας, με αποτέλεσμα να μη χρειάζεται περαιτέρω εφαρμογή επιθεμάτων (Πίνακας 3).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η πρόληψη και θεραπεία των δερματικών βλαβών μετά από ακτινοβολία είναι ένα σημαντικό ζήτημα, το οποίο απασχολεί στην καθημερινή πρακτική τους επαγγελματίες υγείας που φροντίζουν ογκολογικούς ασθενείς. Στην παρούσα εργασία συνοψίζονται τα ευρήματα μελετών που αφορούν παράγοντες που είναι εγκεκριμένοι από τον FDA, παράγοντες που βρίσκονται σε προκλινικό στάδιο μελέτης και τέλος ευρήματα μελετών που αφορούν τα επιθέματα.

Παρόλο που οι εγκεκριμένοι από τον FDA παράγοντες είναι σκευάσματα που στην κλινική πράξη χρησιμοποιούνται συχνά για τη θεραπεία της δερματίτιδας (Sharp et al 2013, Miller et al 2011, Omidvari et al 2011), καταδεικνύεται επίσης από την παρούσα ανασκόπηση ότι

είναι σημαντικός ο ρόλος τους και στην πρόληψη των δερματικών βλαβών (Di Franco et al 2013), αλλά και στη μείωση της έντασης των συμπτωμάτων (Ulf et al 2013). Εντούτοις, οι Sharp και συν. (2013), διαπίστωσαν ότι το σημαντικότερο ρόλο στην εμφάνιση δερματικών αντιδράσεων έχει το είδος και η ένταση της ακτινοβολίας, γεγονός που αν και οριοθετεί τις θεραπευτικές δυνατότητες των παρεμβάσεων, ταυτόχρονα, συνεισφέρει στον αποτελεσματικότερο προσδιορισμό των ομάδων ασθενών υψηλού κινδύνου για εμφάνιση δερματικής αντίδρασης, καθιστώντας τις παρεμβάσεις περισσότερο στοχευμένες και ενδεχομένως πιο αποτελεσματικές.

Αναφορικά με τη χρήση σκευασμάτων καλέντουλας, αν και δε φάνηκε αυτά να διαφέρουν σημαντικά από τις απλές ενυδατικές κρέμες (Sharp et al 2013), δε μπορεί να τεκμηριωθεί επαρκώς το αποτέλεσμα, καθώς απαιτούνται περισσότερες μελέτες για να επιβεβαιωθούν ή απορριφθούν τα ευρήματα της μοναδικής δημοσιευμένης μελέτης.

Η εφαρμογή του υαλουρονικού οξέος, στη μορφή του ηνκτώματος γέλης, φαίνεται να έχει αμφιλεγόμενα αποτελέσματα και οι 4 έρευνες που βρέθηκαν καλύπτουν όλο το φάσμα των πιθανών αποτελεσμάτων, από τη θετική επίδραση τους (Masferrer et al 2010, Elmashad et al 2015), μέχρι την αδυναμία τεκμηρίωσης θετικού αποτελέσματος (Kirova et al 2011), αλλά και την καταγραφή χειρότερου αποτελέσματος έναντι του υλικού σύγκρισης που στη συγκεκριμένη μελέτη ήταν η γέλη petrolatum (Pinnix et al 2012). Για τη εξαγωγή ισχυρότερων συμπερασμάτων απαιτούνται περισσότερες τυχαίοποιημένες μελέτες με μεγαλύτερο δείγμα. Σχετικά με την φυτική προέλευσης γέλη αλόε-βέρα, η μια μόνο μελέτη που βρέθηκε ήταν θετική για την αποτελεσματικότητα της ως προφυλακτική παρέμβαση, αλλά το αποτέλεσμα αυτό πρέπει να επιβεβαιωθεί και από άλλες μελέτες.

Οι ηπαρινοειδείς κρέμες, φάνηκε ότι βελτιώνουν την ξηροδερμία, μειώνουν τα επίπεδα του πόνου και την απολέπιση (Sekiguchi et al 2015, Ogita et al 2014) ενώ μία μόνο μελέτη περίπτωσης, που αναφέρεται στην χρήση σκευάσματος με κύριο συστατικό την Βιταμίνη E με βάση λιπόφιλη γέλη υποστηρίζει τα θετικά αποτελέσματα από τη χρήση της, καθιστώντας την περεταίρω μελέτη αναγκαία. Περισσότερο εκτεταμένη έρευνα έχει γίνει επί των σκευασμάτων που έχουν βάση τα έλαια. Όλες οι μελέτες συμφωνούν ότι μειώνουν τον κνησμό, βελτιώνουν την ενυδάτωση του δέρματος και μειώνουν την τοξικότητα και τα επίπεδα πόνου (Cui et al 2015, Chan et al 2014, Chan et al 2012, Cui et al 2015).

Από τις ουσίες που βρίσκονται σε προκλινικό στάδιο μελέτης, η Vasculotide (Korpella et al 2014), η EUK-207 (Doctrow et al 2013), ο RTA 408 (Reisman et al 2014) η ALDH2 (Ning et al 2012) και η Celcoxib (Hunder et al 2013) εμφανίζουν ενθαρρυντικά αποτελέσματα για μελ-

λοντική θεραπευτική χρήση. Ωστόσο, μεγάλο μέρος της έρευνας θα πρέπει να επικεντρωθεί στην ασφάλεια τους και να πραγματοποιηθούν για το σκοπό αυτό περισσότερα πειράματα, πριν καταλήξουν να θεωρούνται ασφαλείς για ανθρώπινη χρήση και κατ' επέκταση να εγκριθούν από τον FDA.

Πολύ συχνή είναι η χρήση επιθεμάτων (dressings) στην αντιμετώπιση των εξιδρωματικών εξελκώσεων. Τα επιθέματα που χρησιμοποιούνται μπορεί να είναι σιλικόνης, φύλλων αργύρου με αντιμικροβιακές ιδιότητες ή και φιλμ. Από ότι φαίνεται, είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικά στην περίπτωση της υγρής απολέπισης (Herst et al 2014), αλλά και στην επούλωση της δερματικής βλάβης (Lee et al 2015, Zhong et al 2013). Τέλος, ανακουφίζουν αποτελεσματικά από τα συμπτώματα της δερματίτιδας όπως κνησμό και ερυθρότητα (Diggelmann et al 2010, Aquino-Parsons et al 2010). Η περιοχή που εφαρμόζονται περισσότερο είναι αυτή του μαστού (Herst et al 2014, Paterson et al 2012, Diggelmann et al 2010, Aquino-Parsons et al 2010).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Δεν υπάρχει γενική συμφωνία μεταξύ των ερευνών, όσον αφορά τη θεραπεία των δερματικών παρενεργειών της ακτινοβολίας. Χρειάζεται, επομένως, μια συστηματική ανασκόπηση των γνώσεων, στάσεων και συμπεριφορών των νοσηλευτών απέναντι στα συγκεκριμένα σκευάσματα, καθώς και η εφαρμογή στην καθημερινή πρακτική

των πληροφοριών της νέας βιβλιογραφίας, με τη δημιουργία πρωτοκόλλων πρόληψης και αντιμετώπισης της ακτινοδερματίτιδας.

Οι αντιδράσεις του δέρματος λόγω ακτινοβολίας παραμένουν ένα σημαντικό πρόβλημα για τους ασθενείς που υποβάλλονται σε ριζική θεραπεία. Σημαντικές αποκλίσεις στην πράξη εξακολουθούν να υφίστανται, και υπάρχει προφανώς ανάγκη για περισσότερη έρευνα στα προϊόντα φροντίδας δέρματος και τραυμάτων, τόσο για την πρόληψη όσο και για τη διαχείριση των δερματικών αντιδράσεων. Υπάρχουσες παρεκκλίσεις στην πράξη δείχνουν ότι η χρήση των πρωτοκόλλων και των κατευθυντήριων γραμμών θα ήταν απαραίτητη.

Συμβολή των συγγραφέων

EM: Συστηματική ανασκόπηση, μελέτη βιβλιογραφίας, συγγραφή εργασίας, επιμέλεια κειμένου και πινάκων.

AK: Διόρθωση εργασίας, έλεγχος πινάκων και βιβλιογραφίας.

ED: Διόρθωση εργασίας, έλεγχος πινάκων και βιβλιογραφίας.

OG: Διόρθωση εργασίας, έλεγχος πινάκων και βιβλιογραφίας, διόρθωση αγγλικής περίληψης.

AK: Διόρθωση εργασίας, έλεγχος πινάκων και βιβλιογραφίας.

IK: Συντονισμός έργου, μελέτη βιβλιογραφίας, διόρθωση εργασίας, γενική επιμέλεια κειμένου και πινάκων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ali S.Y., Reddy M.H. & Hussain S.F. (2014). Cutaneous effects of radiotherapy- a review article. *Innovative Journal of Medical and Health Science* 4:341-349.
- Ansari M., Dehsara F., Mosalaei A., Omidvari S., Ahmadloo N. & Mohammadianpanah M. (2013). Efficacy of topical alpha ointment (containing natural henna) compared to topical hydrocortisone (1%) in the healing of radiation-induced dermatitis in patients with breast cancer: a randomized controlled clinical trial. *Iranian journal of medical sciences* 38: 293-300.
- Aquino-Parsons C., Lomas S., Smith K., Hayes J., Lew S., Bates A.T. & Macdonald A.G. (2010). Phase III study of silver leaf nylon dressing vs standard care for reduction of inframammary moist desquamation in patients undergoing adjuvant whole breast radiation therapy. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences* 41: 215-221.
- Chan R.J., Keller J., Cheuk R., Blades R., Tripcony L. & Keogh S. (2012). A double-blind randomised controlled trial of a natural oil-based emulsion (Moogoo Udder Cream®) containing allantoin versus aqueous cream for managing radiation-induced skin reactions in patients with cancer. *Radiation Oncology* 7: 121-128.
- Chan R.J., Mann J., Tripcony L., Keller J., Cheuk R., Blades R. & Walsh C. (2014). Natural oil-based emulsion containing allantoin versus aqueous cream for managing radiation-induced skin reactions in patients with cancer: a phase 3, double-blind, randomized, controlled trial. *International Journal of Radiation Oncology•Biology•Physics* 90: 756-764.
- Craft N., Fox L.P., Goldsmith L.A., Papier A., Birnbaum R. & Mercurio M.G. (2011). *VisualDX: essential adult dermatology* (2nd eds). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Cui Z., Xin M., Yin H., Zhang J. & Han F. (2015). Topical use of olive oil preparation to prevent radiodermatitis: results of a prospective study in nasopharyngeal carcinoma patients. *International journal of clinical and experimental medicine* 8: 11000-6.
- Di Franco R., Sammarco E., Calvanese M.G., De Natale F., Falivene S., Di Lecce A. & Muto P. (2013). Preventing the acute skin side effects in patients treated with radiotherapy for breast cancer: the use of corneometry in order to evaluate the protective effect of moisturizing creams. *Radiation Oncology* 8: 57-64.
- Diggelmann K.V., Zytkovicz A.E., Tuaine J.M., Bennett N.C., Kelly L.E. & Herst P.M. (2010). Mepilex Lite dressings for the management of radiation-induced erythema: a systematic inpatient controlled clinical trial. *The British Journal of Radiology* 83: 971-8.
- Doctrow S.R., Lopez A., Schock A.M., Duncan N.E., Jourdan M.M., Olasz E.B. & Lazarova Z. (2013). A synthetic superoxide dismutase/catalase mimetic EUK-207 mitigates radiation dermatitis and promotes wound healing in irradiated rat skin. *Journal of Investigative Dermatology* 133: 1088-1096.
- Dunn K., Hindley A., Wood L., Sanneh A., Barber D., Whitehead A. & Zakayah, Z. (2013). Mometasone Furoate significantly reduces radiation dermatitis in patients undergoing breast radiation therapy: a double-blind randomized control trial in 120 patients. *International Journal of Radiation Oncology• Biology• Physics* 87: S115.
- Elmashad N.M., Hussen F.Z. & Eltatawy R.A. (2015). Efficacy of Topical Hyaluronic acid during adjuvant Breast Cancer Radiotherapy for radiation dermatitis prophylaxis. *Life Science Journal* 12: 42-53.
- Haddad P., Amouzgar-Hashemi F., Samsami S., Chinichian S. & Oghabian M.A. (2013). Aloe-vera for prevention of radiation-induced dermatitis: a self-controlled clinical trial. *Current Oncology* 20: e345-8.
- Herst P.M., Bennett N.C., Sutherland A.E., Peszynski R.I., Paterson D.B. & Jasperse M.L. (2014). Prophylactic use of Mepitel Film prevents radiation-induced moist desquamation in an intra-patient randomised controlled clinical trial of 78 breast cancer patients. *Radiation Oncology* 110: 137-143.
- Hindley A., Zain Z., Wood L., Whitehead A., Sanneh A., Barber D. & Hornsby R. (2014). Mometasone furoate cream reduces acute radiation dermatitis in patients receiving breast radiation therapy: results of a randomized trial. *International Journal of Radiation Oncology•Biology•Physics* 90: 748-755.
- Hunter N.R., Valdecenas D., Liao Z., Milas L., Thames H.D. & Mason K.A. (2013). Mitigation and treatment of radiation-induced thoracic injury with a cyclooxygenase-2 inhibitor, celecoxib. *International Journal of Radiation Oncology•Biology•Physics* 85: 472-6.
- Jensen J.M., Gau T., Schultze J., Lemnitz G., Fölster-Holst R., May T. & Proksch E. (2011). Treatment of Acute Radiodermatitis with an oil-in-water emulsion following radiation therapy for breast cancer. *Strahlentherapie und Onkologie* 187: 378-384.
- Kirova Y.M., Fromantin I., De Rycke Y., Fourquet A., Morvan E., Padiglione S. & Bollet M.A. (2011). Can we decrease the skin reaction in breast cancer patients using hyaluronic acid during radiation therapy? Results of phase III randomised trial. *Radiation Oncology* 100: 205-209.
- Korpela E., Yohan D., Chin L. C., Kim A., Huang X., Sade S. & Liu S.K. (2014). Vasculotide, an Angiotensin-1 mimetic, reduces acute skin ionizing radiation damage in a preclinical mouse model. *BioMed Central Cancer* 14: 614-630.
- Lee J., Lee S.W., Hong J.P., Shon M.W., Ryu S.H. & Ahn S.D. (2016). Foam dressing with epidermal growth factor for severe radiation dermatitis in head and neck cancer patients. *International wound journal* 13: 390-393.
- Lee N.Y. & Le Q.T. (2008). New developments in radiation therapy for head and neck cancer: intensity-modulated radiation therapy and hypoxia targeting. In *Seminars in oncology* 35: 236-250.
- Maddocks-Jennings W., Wilkinson J.M. & Shillington D. (2005). Novel approaches to radiotherapy-induced skin reactions: a literature review. *Complementary therapies in clinical practice* 11: 224-231.
- Maryum H., Wahid Z., Ahmed I. & Alam M.Z. (2016). Frequency of cutaneous manifestations of radiotherapy. *Journal of Pakistan Association of Dermatology* 23: 371-377.
- McQuestion M. (2006). Evidence-based skin care management in radiation therapy. In *Seminars in oncology nursing* 22: 163-173.
- Martella S., Rietjens M., Lohsiriwat V., Lazzari R., Vavassori A., Jereczek B.A. & Petit J.Y. (2010). Acute radiation dermatitis in breast cancer: topical therapy with vitamin E acetate in lipophilic gel base. *E-cancer medical science* 4: 190-5.
- Masferrer J.P., Mejía M.M., Fernández M.V., Astudillo A.A., Armenteros M.L.H., Hernández V.M. & Ferre A.M. (2010). Prophylaxis with a cream containing urea reduces the incidence and severity of radio-induced dermatitis. *Clinical and Translational Oncology* 12: 43-48.
- Miller R.C., Schwartz D.J., Sloan J.A., Griffin P.C., Deming R.L., Anders J.C. & Atherton P.J. (2011). Mometasonefuroate effect on acute skin toxicity in breast cancer patients receiving radiotherapy: a phase III double-blind, randomized trial from the North Central Cancer Treatment Group N06C4. *International Journal of Radiation Oncology•Biology•Physics* 79: 1460-1466.
- Niazi T.M., Vuong T., Azoulay L., Marijnen C., Bujko K., Nasr E. & Cummings B. (2012). Silver clear nylon dressing is effective in preventing radiation-induced dermatitis in patients with lower gastrointestinal cancer: results from a phase III study. *International Journal of Radiation Oncology•Biology•Physics* 84: e305-e310.
- Ning S., Budas G.R., Churchill E.N., Chen C.H., Knox S.J. & Mochly-

- Rosen D. (2012). Mitigation of Radiation-Induced Dermatitis by Activation of Aldehyde Dehydrogenase 2 Using Topical Alda-1 in Mice 1. *Radiation research* 178: 69-74.
- Ogita M., Sekiguchi K., Akahane K., Kawamori J., Ito R., Haga C. & Takahashi O. (2014). Randomized, Prospective Trial of Moisturizer Efficacy for the Treatment of Skin Dryness Following Radiation Therapy After Breast-Conserving Surgery. *International Journal of Radiation Oncology•Biology•Physics* 90: S248-S249.
- Omidvari S., Shafizad A., Razmjou-Ghalaei S., Nasrolahi H., Ahmadloo N., Ansari M. & Mohammadianpanah M. (2011). Efficacy of Topical Honey, Topical Hydrocortisone 1% and Simple Washing on Healing of Radiation-induced Dermatitis in Breast Cancer Patients. *Journal of Isfahan Medical School* 28: 1-9.
- Paterson D.B., Poonam P., Bennett N. C., Peszynski R. I., Van Beekhuizen M.J., Jasperse M. & Herst P.M. (2012). Randomized intra-patient controlled trial of mepilex lite dressings versus aqueous cream in managing radiation-induced skin reactions post-mastectomy. *Journal of Cancer Science and Therapy* 4: 347-356.
- Pinnix C., Perkins G.H., Strom E.A., Tereffe W., Woodward W., Oh J.L. & Smith B.D. (2012). Topical hyaluronic acid vs. standard of care for the prevention of radiation dermatitis after adjuvant radiotherapy for breast cancer: single-blind randomized phase III clinical trial. *International Journal of Radiation Oncology•Biology•Physics* 83: 1089-1094.
- Reisman S.A., Lee C.Y.I., Meyer C.J., Proksch J.W., Sonis S.T. & Ward K.W. (2014). Topical application of the synthetic triterpenoid RTA 408 protects mice from radiation-induced dermatitis. *Radiation research* 181: 512-520.
- Rollmann D.C., Novotny P.J., Petersen I.A., Garces Y.I., Bauer H.J., Yan E.S. & Laack N.N.I. (2015). Double-blind, placebo-controlled pilot study of processed ultra emu oil versus placebo in the prevention of radiation dermatitis. *International Journal of Radiation Oncology•Biology•Physics* 92: 650-658.
- Salvo N., Barnes E., Van Draanen J., Stacey E., Mitera G., Breen D. & De Angelis C. (2010). Prophylaxis and management of acute radiation-induced skin reactions: a systematic review of the literature. *Current Oncology* 17: 94-112.
- Sekiguchi K., Ogita M., Akahane K., Haga C., Ito R., Arai S. & Kawamori J. (2015). Randomized, prospective assessment of moisturizer efficacy for the treatment of radiation dermatitis following radiotherapy after breast-conserving surgery. *Japanese journal of clinical oncology* 45: 1146-1153.
- Sharp L., Finnilä K., Johansson H., Abrahamsson M., Hatschek T. & Bergenmar M. (2013). No differences between Calendula cream and aqueous cream in the prevention of acute radiation skin reactions—results from a randomised blinded trial. *European Journal of Oncology Nursing* 17: 429-435.
- Shaw S.Z., Nien H.H., Wu C.J., Lui L.T., Su J.F. & Lang C.H. (2015). 3M Cavilon No-Sting Barrier Film or topical corticosteroid (mometasonefuroate) for protection against radiation dermatitis: A clinical trial. *Journal of the Formosan Medical Association* 114: 407-414.
- Ulf E., Maroti M., Serup J. & Falkmer U. (2013). A potent steroid cream is superior to emollients in reducing acute radiation dermatitis in breast cancer patients treated with adjuvant radiotherapy. A randomised study of betamethasone versus two moisturizing creams. *Radiotherapy and Oncology* 108: 287-292.
- Whaley J.T., Kirk M., Cengel K., McDonough J., Bekelman J. & Christodouleas J.P. (2013). Protective effect of transparent film dressing on proton therapy induced skin reactions. *Radiation Oncology* 8: 19-25.
- Zhong W.H., Tang Q.F., Hu L.Y. & Feng H.X. (2013). Mepilex Lite dressings for managing acute radiation dermatitis in nasopharyngeal carcinoma patients: a systematic controlled clinical trial. *Medical oncology* 30: 1-7.

Interventions for preventing and managing of skin lesions after radiation.

Eleni Bafe¹, Evaggelos Dousis², Antonia Kalogianni³, Ourania Govina⁴, Anna Kavga³,
Ioannis Kalemikerakis³

1. RN, MSc (c), Metaxa Hospital, Piraeus, Greece

2. Assistant Professor, Department of Nursing, Technological Educational Institute (TEI) of Athens, Greece

3. Lecturer, Department of Nursing, Technological Educational Institute (TEI) of Athens, Greece

4. Associate Professor, Department of Nursing, Technological Educational Institute (TEI) of Athens, Greece

ABSTRACT

Introduction: Radiotherapy has a pivotal role in the fight against cancer. However 85% of patients, who undergo radiotherapy, will face moderate to severe skin reactions, for the treatment of which various local products, available in the market, are used.

Aim: The aim of this systematic literature review was to investigate the prevention and treatment of these skin lesions induced by radiation.

Methods: For this purpose 34 articles were collected concerning materials, approved by the FDA, for the prevention and treatment of skin damage due to radiation, preclinical factors tested in animal models, factors involved in the prevention and treatment of moist desquamation and unauthorized agents or with little information about them.

Results: According to the study results, the moisturizing and hydrophilic creams, herbal preparations, gels based on hyaluronic acid, and Vitamin E, heparinoid creams and formulations based on oils appear to have a positive effect in preventing dermatitis as well as in providing symptom relief. Patches are suitable for the case of moist desquamation. Vasculotide, agent EUK-207, agent RTA 408, agent ALDH2 and the agent Celecoxib are still in the preclinical stage but may become future therapeutic targets.

Conclusion: Skin reactions due to radiation remain a significant problem for patients undergoing radical treatment. However, thanks to the multitude of formulations available in the market and several clinical trials it is possible that early prevention and treatment for actinic dermatitis could be achieved. In conclusion, it is crucial that health professionals are aware of the formulations indicated and contraindicated in case of skin reactions induced by radiation and adjust the treatment for the prevention and management of skin reactions in patients receiving radiation therapy.

Keywords: Skin lesions, radiation, prevention, treatment.

Corresponding Author: Bafe Eleni,
89 Zaimi Str., 18538 Pireus, Greece
e-mail: elenibafe@yahoo.gr
tel.: +306948308233

Submission Date: 04/05/2017
Publication Date: 25/11/2017

Initial and continued adherence to wearing appropriate footwear in people with diabetic foot disease: results of a pilot study

Aristomenis Kossioris¹, Nicholas Tentolouris², Venetsana Kyriazopoulou³, Chariclia V Loupa⁴, Georgia Markou⁵, George E Marakomichelakis⁶, Eftychia Zouridaki⁷, Minos Tyllianakis⁸

1. RN, MSc, PhD(c), School of Medicine, University of Patras, Rio, Greece, 2. Associate Professor of Internal Medicine, 1st Department of Propae-
deutic and Internal Medicine, National and Kapodistrian University of Athens, "Laiko" General Hospital, Athens, Greece
3. Professor of Internal Medicine and Endocrinology, Department of Internal Medicine, Division of Endocrinology, School of Medicine, University
of Patras, Rio, Greece, 4. Pathologist-Diabetologist, Internist with specialty in diabetes mellitus - Infectious Diseases physician, 'Demetrios
Voyatzoglou' Diabetic Foot Clinic, 'A. Fleming' General Hospital, Athens, Greece
5. RN, MSc, Diabetes Center, "Laiko" General Hospital, Athens, Greece, 6. Pathologist-Angiologist, Diabetic Foot Clinic, 4th Department of Inter-
nal Medicine and Unit of Vascular Medicine, "Evangelismos" State General Hospital, Athens, Greece
7. Dermatologist-Venereologist, "Andreas Syggros" Hospital of Dermatologic & Venereal Diseases Wound Healing Unit, Athens, Greece
8. Professor of Orthopaedics and Traumatology, Department of Orthopaedics, School of Medicine, University of Patras, Rio, Greece

ABSTRACT

Background: For the prevention and healing of diabetic foot ulcers, appropriate footwear or medical devices are utilized. However, initial and continued adherence of patients with diabetes-related foot problems in using such therapeutic means, is not satisfactory.

Objective: To explore initial and continued adherence to wearing appropriate footwear in people with diabetic foot disease.

Methods: A cross-sectional study was conducted, from March to November 2016, at general and special hospitals in Athens, Greece. Forty-one outpatients with type 1 and 2 Diabetes Mellitus, with medical recommendation for wearing appropriate footwear, participated. A structured quantitative interview guide and medical measuring instruments were used. For data analysis, descriptive and inferential statistic methods were applied using the IBM SPSS 24 software package.

Results: Suitable for diabetes footwear were worn from the 56.1% of participants. The 27.3% of risk patients wore their preventive shoes $\geq 60\%$ (≥ 9.6 hours) of daytime. The patients with active foot ulcers wore appropriate footwear at a lesser percentage than the ones at risk (44.4% versus 78.6%, $\chi^2(1) = 4.36$, $p = 0.037$; OR 4.58, 95% CI 1.04-20.24, $p = 0.045$) and the initially adherent group had significantly subordinate Visual Analogue Scale score in relation to the satisfaction from the footwear price (Mdn=5.00) than the one that was not initially adherent (Mdn=8.00), $U = 97.00$, $z = -2.36$, $p = 0.019$, $r = -.38$.

Conclusion: For the enhancement of initial and continued adherence in wearing appropriate footwear, health care professionals could pay more attention to the education of patients with active foot ulcers, underling the importance of using right shoes. Additionally, they could provide patients with multiple price options concerning their footwear (e.g. by suggesting effective and affordable products).

Keywords: appropriate footwear, continued adherence, diabetic foot disease, initial adherence

Corresponding author:
Aristomenis Kossioris, RN, MSc, PhD(c)
43 Avgis Street
14121, Iraklio Attikis, Athens, Greece
Phone & Fax: 0030 210 2820895
Mobile: 0030 6980801671
E-mail: akossioris@gmail.com

Ημερομηνία Υποβολής: 24/03/2017
Ημερομηνία Δημοσίευσης: 25/11/2017

INTRODUCTION

High plantar pressure is one of the causes of developing diabetic foot ulcers (DFUs). Therefore, the adequate off-loading of the plantar surface, locally or totally, is necessary for their prevention and healing (Cavanagh & Bus 2010). The lifetime risk of developing DFUs, in persons with Diabetes Mellitus (DM), was calculated to be 25% (Singh et al 2005). The risk of ulcer recurrence, in a three years period, is 17-60% higher than in patients without relevant medical history (Apelqvist et al 1993). DM is responsible for the 8 of 10 non-traumatic amputations, 85% of which are a foot ulcer consequence, whereas the age-adjusted annual incidence of them ranges from 2.1 to 13.7 per 1000 persons and the following mortality is 39-80% in 5 years (Singh et al 2005). A Swedish study (Tennvall et al 2000), conducted from 1986 to 1995, has found that the estimated cost of a DFU, without ensuing amputation, was \$18000, while the cost amounted to \$34000 when an amputation was performed (Tennvall et al 2000, Singh et al 2005). Implementing prevention and treatment strategies, in relation to the foot ulcers, is critical for avoiding the human and economic burden of diabetic foot disease (Netten et al 2016). For the prevention of DFUs, as off-loading measure, appropriate footwear is used (Cavanagh & Bus 2010, Bus et al 2016). Preventive footwear incorporates the conventional diabetic shoes or slippers-sandals (off-the-self, semi-custom-made, custom-made) and the running shoes, which should be worn by the risk patients at least for the 60% of the time walking or standing up (Chantelau & Haage 1994, Cavanagh & Bus 2010, Kossioris et al 2014). However, by a simple calculation, almost half of the patients (52%) wear their specially manufactured footwear $\geq 60\%$ daily (Chantelau & Haage 1994, Macfarlane & Jensen 2003, Churchman 2008, Waaijman et al 2013, Arts et al 2014).

In regard to the DFUs treatment, without infection and blood circulation complications there might need up to 6 weeks of immobilization (Uccioli & Giacomozzi 2012). Total contact casts (TCCs), removable cast walkers (RCWs), half-shoes, fore foot off-loading shoes and cast shoes are utilized, as off-loading aids-devices-related intervention (Cavanagh & Bus 2010, Bus et al 2016). Nevertheless, it has been detected that removable devices were worn by the patients for only a minority of daily steps (Armstrong et al 2003).

Considering the above mentioned facts, it could be argued that adherence in wearing appropriate foot medical devices (Busch & Chantelau 2003), both in at risk for ulceration and with active ulcer/s patients, is notably problematic. Still, for accomplishing even this troublesome adherence, which presupposes the possession of the footwear or aids by the patients, it is

firstly needed these products to be provided to them. This first step of adherence is referred in the literature as "initial", "primary" or "first-fill" adherence (Zeber et al 2013). Initial adherence has two phases for the patient (Forestal 2016):

- Bringing the prescription to the pharmacy or the special store and
- Getting back the medication or medical device.

No study yet has concretely and systematically examined the initial adherence to wearing appropriate footwear in patients with diabetes-related foot problems. The aim of this study was to explore the initial and continued adherence, as well as the role of related factors affecting people with diabetic foot disease in their wearing appropriate footwear. Its main objectives were:

- The assessment of initial and continued adherence in wearing appropriate footwear
- The evaluation of satisfaction from the footwear aesthetics and footwear cost/price.

METHODS

This study was designed as a cross-sectional research. It took place at three diabetic foot clinics of general hospitals and one wound unit of a special hospital, all located in Athens, Greece. Ethical approvals were granted by the scientific committees of the hospitals.

Subjects - recruitment

Initially, 65 persons with Type 1 and 2 DM were conveniently approached by the principal investigators during their scheduled visit to the healthcare facilities, from March to November 2016. Forty-nine of the patients (response rate 75%) were willing to participate in the study and 41 met the inclusion criteria. All the participants were enrolled after providing written informed consent. The only inclusion criteria, except the diagnosis of diabetes, were having medical recommendation for wearing appropriate footwear and the absence of cognitive disturbances.

Data collection

The head researcher interviewed one-on-one each patient collecting demographic and medical data, and afterwards confirmed the validity of the data by checking their medical history files. For collecting the data, a structured quantitative interview guide was used. The researcher asked closed-ended questions to interviewees and recorded their responses. Two of the interview guide items were Visual Analogue Scales 0-10.

Measurements

The measurements which took place for the purposes of the study encompassed parameters related to:

Sociodemographic characteristics: Age, sex, marital status, education level, profession and place of residence

Anthropometric characteristics: Height and weight

Clinical characteristics (history, biochemical, hemodynamic and imaging examinations): Diabetes duration and type, type of treatment, HbA1c, number of hypoglycemic episodes in the last 30 days, systolic blood pressure, diastolic blood pressure, SpO₂, heart rate, risk category for foot ulceration, severity of foot deformities and presence or absence of complications, such as active foot ulceration, history of previous ulceration, retinopathy, hypertension, coronary artery disease, renal complications, peripheral neuropathy, autonomic neuropathy and peripheral artery disease (PAD)

Life style characteristics: Smoking habit, frequency of alcohol consumption

Footwear characteristics (constructive, aesthetic and financial): shoe type, satisfaction from the aesthetics and price

Level of initial and continued adherence: Prevalence of using appropriate footwear and hours per day.

Instrumentation – procedures

For measuring the sociodemographic and life style characteristics, appropriate interview guide items were used. Because the items asked mainly objective information, the interview guide subjected only to validity examination. For testing the validity of all the interview guide items, the face validity method was applied.

Concerning the anthropometric characteristics, a stadiometer and a weighing scale were utilized. In terms of the clinical characteristics, appropriate objective interview guide items regarding diabetes duration, diabetes type, type of treatment, number of hypoglycemic episodes in the last 30 days, risk category for foot ulceration, severity of foot deformities and the presence or absence of active foot ulceration, history of previous foot ulceration, coronary artery disease, renal complications, peripheral neuropathy and peripheral artery disease the following were used.

The researcher, at first, interviewed the participants, inspecting where necessary (e.g. for foot deformities severity), and subsequently confirmed the validity of the data by checking their health history files. An example of the usefulness of this confirmation is that some patients were not aware about their peripheral neuropathy and only their health history file testified it.

For the classification of the foot deformities severity the Waaijman et al (2013) guidelines (p. 1617) were followed and for the risk for diabetic ulceration category classification guidelines of the IWGDF (Singh et al 2005). Diabetic foot ulcer was defined as a full thickness break of the skin, at least of Wagner stage 1, with or without inflammation, occurring distal to the malleoli. Neuropathy was diagnosed by the medical personnel of the clinics, by examining the pressure perception with the Semmes-Weinstein 5.07 monofilament as well as by assessing the vibration sensation using a 128 Hz tuning fork (according to the International Working Group on the Diabetic Foot guidelines (Bakker et al 2012).

As for the diagnosis of PAD, it was again assessed by the physicians of the healthcare structures by applying the ankle-brachial index (ABI) test (with values <0.90 and >1.40 being predictive of arterial problems) and by checking diagnostic tests such as duplex ultrasound and angiography. Furthermore, aneroid sphygmomanometer for measuring the systolic and diastolic blood pressure was used. The researcher measured the participant's blood pressure in concordance with the recommendations of the Subcommittee of Professional and Public Education of the American Heart Association Council on High Blood Pressure Research (Pickering et al 2005).

As for the footwear characteristics appropriate objective interview guide items with reference to wearing habits, preferences and events pertinent to the footwear were used. Contemplating that a medical recommendation has a diachronic nature, initial adherence could take place at any time the patients receive and start to use the medical product. Prevalence of using appropriate footwear was considered to be the indicator of initial adherence second step. As appropriate footwear, the ones that are accompanied by literature evidences (including expert opinion) regarding effectiveness (conventional off-the-self, semi-custom-made and custom-made diabetic shoes or slippers-sandals, running shoes and half-shoes) were counted.

Data analysis

Body mass index (BMI) was calculated as body weight (kg) divided by height squared (m²). Then, within the scope of inferential analysis, the numerical variable was transformed to a dichotomous categorical, as normal/overweight "21.5-29.9 kg/m²" and "30.0-42.7 kg/m²", implementing the obesity criterion (BMI ≥ 30 kg/m²) (Morris et al 2015).

Similarly, the parameter "severity of foot deformities" from a four categories variable (none/mild/moderate/severe) was altered to two classes one ("none/mild" and "moderate/severe").

Table 1. Frequencies of patients with diabetic foot disease characteristics

Sociodemographic characteristics	N	Results*
Sex	(41)	Men=80.5%; Women=19.5%
Age (years)	(41)	60.4 ± 8.4
Marital status	(41)	Married=56.1%; Single=22.0%; Divorced=12.2%; Widowed=9.8%
Education level	(41)	Secondary=63.4%; Tertiary=24.4%; Primary only=12.2%
Profession	(41)	Pensioner=56.1%; Freelance=12.2%; Unemployed=9.8%; Public-sector employee=9.8%; Private employee=7.3%; Housework=4.9%
Residence	(41)	Attica basin=85.4%; Countryside=7.3%; County capital=7.3%;
Clinical characteristics		
Diabetes duration (years)	(41)	18.9 ± 9.1
Diabetes type	(40)	Type 2=92.5%; Type 1=7.5%
Treatment	(41)	Insulin only=39.0%; Medications and insulin=36.6%; Medications only=24.4%
HbA1c (%)	(32)	7.1 ± 1.3
Number of hypoglycemic episodes in the last 30 days	(41)	1.0 (0.0-3.0)
BMI (kg/m ²)	(41)	28.7 (25.2-29.8)
Systolic blood pressure (mmHg)	(41)	125 (113.8-141.3)
Diastolic blood pressure (mmHg)	(38)	73.5 ± 11.8
Retinopathy	(40)	62.5%
Renal complications	(28)	25.0%
SpO ₂ (%)	(37)	98 (96-98)
Heart rate (beats per minute)	(38)	76.8 ± 13.0
Hypertension	(37)	64.9%
Coronary artery disease	(39)	35.9%
Diabetic peripheral neuropathy	(38)	76.3%
Diabetic autonomic neuropathy	(33)	54.5%
PAD	(39)	48.7%
Severity of foot deformities	(38)	Moderate=39.5%; Mild=31.6%; None=26.3%; Severe=2.6%
Active foot ulceration	(41)	65.9%
History of previous ulceration	(40)	72.5%
IWGDF risk category	(14)	"3"=85.7%; "1"=7.1%; "0"=7.1%
Life style characteristics		
Smoking	(41)	36.6%
Alcohol drinking frequency	(40)	Never=52.5%; Twice a month=10.0%; Once a month=10.0%; Once a week=10.0%; Less than once a month=7.5%; Daily=5.0%; Three to four times a week=5.0%
Footwear characteristics		
Footwear type	(41)	Semi-custom-made diabetic shoes or slippers-sandals=24.4%; Running shoes=14.6%; Conventional non-specially made shoes=14.6%; Custom-made diabetic shoes=9.8%; Sandals (non-specially-made)=9.8%; Anatomic-comfort shoes=7.3%; Half-shoes=4.9%; Athletic leisure shoes=4.9%; Basketball shoes=4.9%; Off-the-self diabetic shoes=2.4%; Slippers (non-specially-made)=2.4%
Satisfaction from the footwear aesthetics (VAS score, 0-10)	(41)	8.0 (6.0-9.5)

Table 1. Frequencies of patients with diabetic foot disease characteristics (continuation)

Sociodemographic characteristics	N	Results*
Satisfaction from the footwear price (VAS score, 0-10)	(38)	6.0 (3.0-9.0)
Initial adherence to wearing appropriate footwear		
Prevalence of appropriate footwear	(41)	56.1%

*Results are % or median (interquartile range) or mean \pm SD

The estimation of daytime, continued, adherence in wearing appropriate shoes was based on the study of Chantelau and Haage (1994), in which daytime considered to have 16 hours.

Statistical analysis

For data analysis, descriptive and inferential statistics methods were applied using the IBM SPSS 24 software package. In the context of the descriptive analysis, frequencies of the sample and interview responses characteristics were estimated.

With regard to the inferential statistical analysis, Chi-square and Mann-Whitney U tests were performed for examining differences between the initially adherent and non-adherent groups (among all the participants). Subsequently, univariate regression investigation was carried out. The enter method of regression was used and 5% probability criterion was set for entering the linear model. The parameters which investigated as factors of the initial adherence were chosen based on the previous literature and after consensus of the research team.

RESULTS

Descriptive characteristics

Eighty five percent of the participants were men, 56.1% pensioners and 85.4% were residents of the Attica basin. In terms of the anthropometric attributes, the median BMI was 28.7 (interquartile range 25.2-29.8 kg/m²). In regard to the clinical characteristics, 92.5% were patients with Type 2 diabetes, 65.9% had active foot ulcer/s and median systolic pressure 125 (113.8-141.3) mmHg. As for the lifestyle, 36.6% were smokers and 20% frequent alcohol consumers. With respect to the appropriate footwear initial adherence, 56.1% wore suitable for diabetes shoes, while 43.9% inappropriate ones. The above mentioned data are presented in detail in table 1.

With reference to the entire (outdoors and indoors) continued adherence in wearing appropriate footwear among the "at risk for diabetic ulceration" subgroup (the majority of the group members belonged to the "3" IWGDF risk category (Singh et al 2005), 78.6%

wore right preventive shoes (conventional off-the-self, semi-custom-made and custom-made diabetic shoes, or slippers-sandals, and running shoes) and the percentage of the patients who wore them \geq 60% of daytime (9.6 or more hours) was 27.3%.

Comparisons and correlations

There was a significant relationship between the presence or absence of active foot ulcers and whether or not the participants wore right footwear at the time of research ($\chi^2(1)=4.36$, $p=0.037$). The patients with active ulcers wore appropriate shoes at a lower percentage (44.4% versus 78.6%) than those without (the "at risk" patients).

The initially adherent group had significantly lower Visual Analogue Scale (VAS) score with respect to the satisfaction from the footwear price (Mdn=5.00) than the one that was not initially adherent (Mdn=8.00, $U=97.00$, $z=-2.36$, $p=0.019$, $r=-0.38$).

The univariate logistic regression analysis, in relation to the initial adherence outcome, was significant ($p=0.045$) only for the "presence or absence of active foot ulcers" parameter (OR 4.58, 95% CI 1.04-20.24) assuming a linear relationship between the categorical independent variable and the log odds of the dependent. The absence of active foot lesions had a positive influence on initial adherence ($B=1.52$, $SE=0.76$) and the Nagelkerke's R-square of 0.14 betokened a relatively weak association between the predictor variable and dependent one (Tables 2 and 3).

The size of the "at risk for ulceration" subgroup was quite small ($n=11$) and therefore inadequate for inferential analysis with respect to the continued adherence.

DISCUSSION

Although this was a small-scale pilot study, aiming in the background to assess the feasibility and workability of the methodology and measuring instruments that were chosen (Van Teijlingen & Hundley 2002), it attained to brought in weighty results.

The most important finding of the study was the fact that a considerable percentage of people with

Table 2. Cross-tabulations and means comparisons

		Appropriate footwear group*	Inappropriate footwear group [§]	P value
Sex	% Male	63.6	36.4	n.s**
	% Female	25.0	75.0	
Age (years)	% 40-61	57.9	42.1	n.s
	% 63-79	54.5	45.5	
Diabetes type	% Type 1	66.7	33.3	n.s
	% Type 2	54.1	45.9	
Mean of diabetes years (standard error)		20.5 (1.98)	16.9 (1.98)	n.s
BMI (kg/m ²)	% 22.1-29.9	56.3	43.8	n.s
	% 30.0-42.7	55.6	44.4	
Retinopathy	% Yes	56.0	44.0	n.s
	% No	53.3	46.7	
Renal complications	% Yes	71.4	28.6	n.s.
	% No	57.1	42.9	
Coronary artery disease	% Yes	50.0	50.0	n.s
	% No	56.0	44.0	
PAD	% Yes	57.9	42.1	n.s.
	% No	55.0	45.0	
Diabetic peripheral neuropathy	% Yes	51.7	48.3	n.s.
	% No	55.6	44.4	
Diabetic autonomic neuropathy	% Yes	38.9	61.1	n.s.
	% No	66.7	33.3	
Severity of foot deformities	% Moderate/severe	68.8	31.3	n.s.
	% None/mild	50.0	50.0	
Active foot ulceration	% Yes	44.4	55.6	0.037
	% No	78.6	21.4	
Smoking	% Yes	46.7	53.3	n.s.
	% No	61.5	38.5	
Satisfaction from the footwear aesthetics (VAS ^{§§} score, 0-10, mean, standard error)		8.0	8.0	n.s.
Satisfaction from the footwear price (VAS score, 0-10, mean, standard error)		5.0	8.0	0.019

*Appropriate footwear frequencies: Semi-custom-made diabetic shoes or slippers-sandals=24.4%; Running shoes=14.6%; Custom-made diabetic shoes=9.8%; Half-shoes=4.9%; Off-the-self diabetic shoes=2.4%

[§]Inappropriate footwear frequencies: Conventional non-specially made shoes=14.6%; Sandals (non-specially-made)=9.8%; Anatomic-comfort shoes=7.3%; Basketball shoes=4.9%; Athletic leisure shoes=4.9%; Slippers (non-specially-made)=2.4%

**Not significant (p value > 0.05)

^{§§}Visual analogue scale

Table 3. Univariate logistic regression analysis for “active foot ulceration”

	B (SE[§])	Lower	Odds Ratio*	Upper
Included				
Constant	-0.22 (0.39)			
Active foot ulceration	1.52 (0.76)	1.04	4.58	20.24

*95% CI for Odds Ratio

§Standard error

R² = .08 (Hosmer & Lemeshow), .11 (Cox & Snell) and .14 (Nagelkerke)

Model $\chi^2(1) = 4.58, p=0.032$

diabetic foot disease (43.9%), did not wear appropriate footwear when they were examined, an occurrence that is translated to partially adequate initial adherence, the precondition for continued adherence (Zeber et al 2013, Forestal et al 2016). Similar result was yielded by the case-control study of Breuer (1994), in which the initial adherence, in using right footwear, of patients with a healed neuropathic ulcer was 60% (51 of the 85 participants). However, by the retrospective audit of Churchman (2008), it was found that only the 39% of high-risk patients wore suitable for diabetic foot shoes.

The second most notable detection of the study was the inferior continued adherence in relation to the subgroup that was at risk for ulceration. Only the 27.3% of the group members, initially adherent in wearing preventive shoes, wore their footwear $\geq 60\%$ of daytime (9.6 or more hours per day). It could be reasoned that, in general, this finding is consistent with literature (Chantelau & Haage 1994, Macfarlane & Jensen 2003, Churchman 2008, Waaijman et al 2013, Arts et al 2014), in which continued adherence is not satisfactory (almost half of the risk patients have adherence $\geq 60\%$). Nevertheless, it should be pointed that the subgroup of initially adherent high-risk patients was too small, and hence, might not represent data tendencies of a future larger sample from the same health care structures.

By the inferential statistical analysis, it was found that the patients with active foot ulcers wore appropriate shoes at a subordinate percentage (44.4% versus 78.6%) than those without. A study by Breuer (1994), showed that the 100% (against 47% of the adherent group) of the participants who were pertained to the non-initially adherent group answered that they “would prefer normal shoes for cosmetic reasons” ($p<0.05$). Moreover, in the study of Waaijman et al (2013), the better appearance of the specially manufactured shoes, through multivariate ordinary least squares regression analysis, was associated with higher continued adherence by the patients ($B=1.98$ 95% CI 0.18-3.78, $p=0.032$). Considering the above, it could be argued that initial and continued

adherence in wearing specially manufactured footwear (therapeutic or preventive) have, to some degree, common determining factors. Therefore, the study of Armstrong et al (2003), in which individuals with active foot lesions wore their RCWs for only a minority of daily steps (28%), supports the difference that was detected in the present research.

With regard to the satisfaction from the footwear price, it was found that participants of the initially adherent group had lower satisfaction scores (Mdn=5.00) than those of the non-initially adherent one (Mdn=8.00). Taking into account that therapeutic footwear is more expensive than conventional ones (Sheffield Teaching Hospital 2015), this result could be strengthened by the study of Shah et al (2009), which demonstrated that the copays, regarding the purchase of diabetic medications, of $< \$10$ were associated with improved initial adherence rates (OR 2.22, 95% CI 1.57-3.14, $p<0.0001$).

CONCLUSIONS

For the enhancement of initial adherence, and by extension of continued adherence among the total population of people with diabetic foot disease in wearing appropriate footwear, health care professionals could pay more attention to the education of patients with active foot ulcers, underling the importance of using right shoes. Additionally, they could provide patients with multiple price options concerning their footwear (e.g. by suggesting effective and affordable products from competitive economies). The greater coverage of the purchasing expenses from the health insurance organizations could be a solution as well.

CONTRIBUTION OF AUTHORS

AK: Collected the data, analyzed them and wrote the article. **NT:** Helped with the data collection, wrote a part of “data analysis” and “introduction” sections, as well as consulted regarding the statistical analysis. **VK:** Contributed in writing the “Material

and Methods" section. **CVL:** Helped regarding data collection and contributed in tables writing. **GM:** Helped with data collection. **GEM:** Helped with data collection and contributed in "data analysis" section. **EZ:** Helped with data collection. **MT:** Contributed in writing "Method - Material" section as well as in formatting the manuscript.

CONFLICT OF INTEREST

The authors declare that there is no conflict of interest.

The study was self-funding.

REFERENCES

- Apelqvist J., Larsson J. & Agardh C.D. (1993). Long-term prognosis for diabetic patients with foot ulcers. *Journal of Internal Medicine* 233: 485-491.
- Armstrong D.G., Lavery L.A., Kimbriel H.R., Nixon B.P. & Boulton A.J. (2003). Activity patterns of patients with diabetic foot ulceration: patients with active ulceration may not adhere to a standard pressure off-loading regimen. *Diabetes Care* 26: 2595-2597.
- Arts M.L., de Haart M., Bus S.A., Bakker J.P., Hacking H.G. & Nollet F. (2014). Perceived usability and use of custom-made footwear in diabetic patients at high risk for foot ulceration. *Journal of Rehabilitation Medicine* 46: 357-362.
- Bakker K., Apelqvist J. & Schaper N.C. (2012). Practical guidelines on the management and prevention of the diabetic foot 2011. *Diabetes and Metabolism Research Review* 28: 225-231.
- Breuer U. (1994). Diabetic patient's compliance with bespoke footwear after healing of neuropathic foot ulcers. *Diabetes & Metabolism* 20: 415-419.
- Bus S.A., Deursen R.W., Armstrong D.G., Lewis J.E.A., Caravaggi C.F. & Cavanagh P.R. (2016). Footwear and offloading interventions to prevent and heal foot ulcers and reduce plantar pressure in patients with diabetes: a systematic review. *Diabetes and Metabolism Research Review* 32: 99-118.
- Busch K. & Chantelau E. (2003). Effectiveness of a new brand of stock diabetic shoes to protect against diabetic foot ulcer relapse. A prospective cohort study. *Diabetic Medicine* 20: 665-669.
- Cavanagh P.R. & Bus S.A. (2010). Off-loading the diabetic foot for ulcer prevention and healing. *Journal of the American Podiatric Medical Association* 100: 360-368.
- Chantelau E. & Haage P. (1994). An audit of cushioned diabetic footwear: relation to patient compliance. *Diabetic Medicine* 11: 114-116.
- Churchman N.A. (2008). Retrospective audit of footwear use by high-risk individuals in North Derbyshire. *Diabetic Foot Journal* 11: 10-15.
- Forestal D.A., Klaiman T.A., Peterson A.M. & Heller D.A. (2016). Initial Medication Adherence in the Elderly Using PACE Claim Reversals: A Pilot Study. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy* 22: 1046-1050.
- Kossioris A., Tentolouris N. & Hatzigelaki E. (2014). Compliance of patients with feet at risk for diabetic ulceration in the use of appropriate footwear. *Hellenic Journal of Nursing*, 53: 157-165.
- Macfarlane D.J. & Jensen J.L. (2003). Factors in diabetic footwear compliance. *Journal of the American Podiatric Medical Association* 93: 485-491.
- Morris M.J., Beilharz J.E., Maniam J., Reichelt A.C. & Westbrook R.F. (2015). Why is obesity such a problem in the 21st century? The intersection of palatable food, cues and reward pathways, stress and cognition. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 58: 36-45.
- Van Netten J.J., Price P.E., Lavery L.A., Monteiro-Soares M., Rasmussen A., Jubiz Y. & Bus S.A. for International Working Group on the Diabetic Foot (2016). Prevention of foot ulcers in the at-risk patient with diabetes: a systematic review. *Diabetes/Metabolism Research Review* 32: 84-98.
- Pickering T.G., Hall J.E., Appel L.J., Falkner B.E., Graves J., Hill M.N., Jones D.W., Kurtz T., Sheps S.G. & Rocella E.J. (2005). Recommendations for blood pressure measurement in humans and experimental animals: part 1: blood pressure measurement in humans: a statement for professionals from the Subcommittee of Professional and Public Education of the American Heart Association Council on High Blood Pressure Research. *Circulation*, 111: 697-716.
- Shah N.R., Hirsch A.G., Zacker C., Taylor S., Wood G.C. & Stewart W.F. (2009). Factors associated with first-fill adherence rates for diabetic medications: a cohort study. *Journal of General Internal Medicine* 24: 233-237.
- Sheffield Teaching Hospital. Therapeutic footwear for diabetic patients. Available at: <https://publicdocuments.sth.nhs.uk/pil3209.pdf>. Accessed October 12 2016.
- Singh N., Armstrong D.G. & Lipsky BA. (2005). Preventing foot ulcers in patients with diabetes. *JAMA* 293: 217-228.
- Tennvall G.R., Apelqvist J. & Eneroth M. (2000). Costs of deep foot infections in patients with diabetes mellitus. *Pharmacoeconomics* 18: 225-238.
- Van Teijlingen E. & Hundley V. (2002). The importance of pilot studies. *Nursing Standard* 16: 33-36.
- Uccioli L. & Giacomozzi C. (2012). The role of footwear in the prevention of diabetic foot problems. In: *The Diabetic Foot*. New Jersey, Humana Press, 519-536.
- Waaijman R., Keukenkamp R., de Haart M., Polomski W.P., Nollet F. & Bus S.A. (2013). Adherence to wearing prescription custom-made footwear in patients with diabetes at high risk for plantar foot ulceration. *Diabetes Care* 36: 1613-1618.
- Zeber J.E., Manias E., Williams A.F., Hutchins D., Udezi W.A., Roberts C.S. & Peterson A.M. for the ISPOR Medication Adherence Good Research Practices Working Group. (2013). A systematic literature review of psychosocial and behavioral factors associated with initial medication adherence: a report of the ISPOR medication adherence & persistence special interest group. *Value Health*, 16: 891-900.

Συσχέτιση του Δείκτη Μάζας Σώματος με τα επίπεδα ινσουλίνης σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες

Αναστασία Σαξινίδου¹, Κατερίνα Χρόνη², Ρόζα Μποικίδου³, Μαργαρίτα Κουλούση³, Ευανθία Τσαρή³,
Σοφία Τενεκετζή³

1. Νοσηλεύτρια, MSc, Δ' Παθολογική, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»
2. Αναπληρώτρια Προϊσταμένη, Δ' Παθολογική, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»
3. Νοσηλεύτρια, Δ' Παθολογική, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η παχυσαρκία αποτελεί ένα από τα πιο σημαντικά προβλήματα για τις σύγχρονες κοινωνίες. Οι προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες παρουσιάζουν κυρίως ορμονικές διαταραχές και διαταραχές του μεταβολισμού που έχουν σαν αποτέλεσμα την αύξηση του σωματικού βάρους, τις καρδιαγγειακές παθήσεις, την υπέρταση και την εμφάνιση σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί αν τα επίπεδα της βιταμίνης D και της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης διαφοροποιούνται με την άσκηση καθώς και η ύπαρξη συσχέτισης του Δείκτη Μάζας Σώματος και της ινσουλίνης.

Μεθοδολογία: Στην έρευνα συμμετείχαν 48 προεμμηνοπαυσιακές υγιείς γυναίκες. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο που περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικές με το ύψος, το βάρος, την περίμετρο της μέσης, τον τρόπο ζωής και το ιστορικό της εμμηνορρυσίας. Το εν λόγω ερωτηματολόγιο βασίστηκε σε πρότυπο του Κέντρου Αθλητισμού και Έρευνας της Γερμανίας (Karlsruhe Institut fuer Sport und Sportwissenschaft). Οι γυναίκες υποβλήθηκαν επίσης σε εργαστηριακό έλεγχο για τον προσδιορισμό της ινσουλίνης, τα επίπεδα της βιταμίνης D και της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης. Ο προσδιορισμός της βιταμίνης D και της ινσουλίνης έγινε με τη μέθοδο της άμεσης χημιοφωταύγειας, ενώ της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης με τη μέθοδο της αυτοματοποιημένης φωτομέτρησης. Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε με το Στατιστικό Πακέτο IBM SPSS 22.

Αποτελέσματα: Στις γυναίκες ηλικίας (41+/-7ετών) (ΔΜΣ 24+/-4 kg/m²) προέκυψε ότι υπάρχει σημαντική επίδραση της διάρκειας των ασκήσεων στο ποσοστό της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης ($p=0.038<0.05$). Επίσης, προέκυψε οριακά στατιστική διαφορά ($p=0.067>0.05$) των επιπέδων της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης αναφορικά με το συνδυασμό άσκησης με άλλες βαριές σωματικές δραστηριότητες. Τέλος, εντοπίστηκε σημαντική συσχέτιση του Δείκτη Μάζας Σώματος και της ινσουλίνης ($p=0.001<0.05$). Ωστόσο, δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά των επιπέδων της βιταμίνης D σε σχέση με τη φυσική δραστηριότητα.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο Δείκτης Μάζας Σώματος επηρεάζει την έκκριση της ινσουλίνης, ενώ η ινσουλινοαντίσταση, ως μεταβολική διαταραχή, αποτελεί άμεση συνέπεια του αυξημένου ΔΜΣ. Η ενθάρρυνση υπέρβαρων γυναικών να αυξήσουν τη σωματική άσκηση και να επιδιώξουν την απώλεια βάρους πρέπει να κατέχει κύρια θέση προκειμένου να αποφευχθούν μεταβολικά νοσήματα.

Λέξεις - κλειδιά: βιταμίνη D, ινσουλίνη, μεταβολισμός γλυκόζης, παχυσαρκία, προεμμηνοπαυση.

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- Η ινσουλινοαντίσταση αποτελεί άμεση συνέπεια της παχυσαρκίας σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες
- Η άσκηση σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες σχετίζεται με τη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη
- Υπάρχει σημαντική συσχέτιση του ΔΜΣ σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες και της ινσουλίνης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παχυσαρκία αποτελεί μια σύγχρονη μάστιγα που τείνει να πάρει διαστάσεις παγκόσμιας επιδημίας (Heseker et al 2000). Η έρευνα του Borg et al (2005) αναφέρει ότι οι άνδρες και οι γυναίκες με μεγαλύτερο Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης χρόνιων παθήσεων. Οι επιπτώσεις της παχυσαρκίας στην υγεία δεν διαφέρουν σημαντικά από χώρα σε χώρα. Η παχυσαρκία σχετίζεται με σημαντικές επιπλοκές όπως ο ΣΔ, η υπέρταση, η δυσλιπιδαιμία, η στεφανιαία νόσος, η οστεοαρθρίτιδα, ο καρκίνος, η σπυρική άπνοια και η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (Pi-Sunyer et al 2009).

Οι ανθρωπομετρικές μετρήσεις αποτελούν τις πιο ευρέως διαδεδομένες μεθόδους για την εκτίμηση της παχυσαρκίας, ωστόσο δεν αντανακλούν την παρούσα διατροφική κατάσταση και δεν διαχωρίζουν πρόσφατες ή χρόνιες μεταβολές. Η μέτρηση του Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) αποτελεί τον πλέον αποδεκτό τρόπο μέτρησης της παχυσαρκίας και ορίζεται ως το πηλίκο του βάρους σε kg προς το τετράγωνο του ύψους σε μέτρα, kg/m². Ο ΔΜΣ υπολογίζει τη συνολική ποσότητα λίπους, αλλά καθορίζει λιγότερο την κατανομή του λίπους (αναλογική σύσταση του σώματος). Για το λόγο αυτό μπορεί να είναι παραπλανητικός σε ορισμένες περιπτώσεις, όπως για παράδειγμα σε πολύ μυώδεις ανθρώπους, και σε εγκύους. Επιπλέον, απαιτείται προσοχή κατά την χρήση του ΔΜΣ γιατί σε διαφορετικούς πληθυσμούς είναι δυνατόν να μην αντιστοιχεί στον ίδιο βαθμό παχυσαρκίας, λόγω των διαφορών στις αναλογίες του σώματος (Τοκμακίδης 2003, Emery et al 2007, Pi-Sunyer et al 2007).

Η παχυσαρκία αποτελεί παράγοντα πρόκλησης αντίστασης στην ινσουλίνη (Felber et al 2002). Από την άλλη, η ινσουλίνη αποτελεί ρυθμιστή της πρόσληψης τροφής, της ενεργειακής ομοιόστασης και του σωματικού βάρους (Stephen et al 2000). Τα λιποκύτταρα έχουν ρυθμιστικό ρόλο στην ανάπτυξη της αντίστασης στην ινσουλίνη επειδή μπορούν να παράγουν αντιποκίνες (μια ομάδα ορμονών και κυτταροκινών), οι οποίες έχουν την ικανότητα να αποθηκεύουν περίσσεια λιπιδίων. Αυτό οδηγεί σε παχυσαρκία με αποτέλεσμα τη μη ομαλή ανακατανομή των λιπιδίων σε άλλα όργανα και ιστούς (Pelleymounter et al 1995).

Οι συνέπειες από την απουσία του λίπους (λιποδυ-

στροφία) υπογραμμίζουν τη σημασία του λιπώδους ιστού στη φυσιολογική ρύθμιση της δράσης της ινσουλίνης. Στα ζώα που λείπει ο λευκός λιπώδης ιστός υπάρχει σοβαρή ηπατική και μυϊκή αντίσταση στην ινσουλίνη, ενώ παρουσιάζονται μεγάλες αυξήσεις στις αποθήκες TG στους δύο ιστούς (Reitman et al 2000). Η λεπτίνη φαίνεται να έχει καθοριστικό ρόλο στη «διάσωση» της δράσης της ινσουλίνης σε πειραματόζωα (ποντίκια), καθώς η έγχυσή της βελτιώνει την αντίσταση στην ινσουλίνη στα λιποατροφικά ποντίκια (Ebihara et al 2001).

Οι δίαιτες υψηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά ή η παχυσαρκία οδηγούν στην ενεργοποίηση του παράγοντα μεταγραφής NP-κΒ και των στόχων του στο ήπαρ, ενώ τα σαλικυλικά καταστέλλουν τη δραστηριότητα NP-κΒ. Η υπερέκφραση της ενεργής έκδοσης του NF-κΒ ενεργοποίησης της κινάσης, β-υπομονάδα της ΙκΒκινάσης (IKKβ), στο ήπαρ, σε φυσιολογικά ποντίκια, οδηγεί σε αντίσταση του ήπατος και των μυών στην ινσουλίνη και τον διαβήτη. Επιπλέον, τόσο μία δίαιτα υψηλή σε λιπαρά, όσο και η υπερέκφραση της ΙΚΚβ αυξάνει την ηπατική παραγωγή των IL-6, IL-1β και TNFα (Cai et al 2005).

Η βιταμίνη D χαρακτηρίζεται ως βιταμίνη της ηλιοφάνειας. Την τελευταία δεκαετία, έχουν αναφερθεί πολλές συσχετίσεις μη σκελετικών νόσων με ανεπάρκεια της βιταμίνης D, περιλαμβανομένου και του ΣΔ τύπου 2. Οι συγκεντρώσεις 25-υδροξυβιταμίνης D (25 (OH) D) που κυκλοφορούν στο αίμα είναι ένας δείκτης της κατάστασης της βιταμίνης D (Holick 2007).

Σε σύγκριση με τους υγιείς, οι ασθενείς με ΣΔ τύπου 2 έχουν σημαντικά χαμηλότερες συγκεντρώσεις 25 (OH) D στο αίμα (Scragg et al 2004). Η ανεπάρκεια βιταμίνης D όσο και ο ΣΔ τύπου 2 έχουν τους ίδιους παράγοντες κινδύνου, την παχυσαρκία, την ηλικία, τη φυλή (Αφροαμερικάνοι, Ασιάτες ή Ισπανόφωνοι) και την έλλειψη σωματικής δραστηριότητας (που μπορεί να μεταφραστεί σε μειωμένο χρόνο που δαπανάται σε εξωτερικούς χώρους ή μειωμένη έκθεση στον ήλιο) (Saintonge et al 2009).

Έχουν αναφερθεί εποχιακές διακυμάνσεις στις συγκεντρώσεις γλυκόζης και ινσουλίνης που σχετίζονται με τις εποχικές διακυμάνσεις στις συγκεντρώσεις 25-(OH) D (Pittas et al 2007). Η βιταμίνη D έχει, επίσης, ενοχοποιηθεί για την εμφάνιση του ΣΔ τύπου 1 λόγω της διαμόρφωσης του ανοσοποιητικού συστήματος (Hypponen et al 2001). Ο ΣΔ τύπου 2 θεωρείται μια κατάσταση αντο-

χής στην ινσουλίνη και ινσουλινοπενία (αντιρρόπηση των β-κυττάρων) και χαρακτηρίζεται από προοδευτική επιδείνωση της λειτουργίας των β-κυττάρων και ενδεχόμενη απώλεια της μάζας των βήθα κυττάρων (Prentk et al 2006).

Η D3 που περιέχεται σε ζωικά λίπη όπως ο σολομός, οι σαρδέλες κ.α., απορροφάται από το άνω τμήμα του λεπτού εντέρου και με την υποστήριξη των χολικών αλάτων μεταφέρεται μέσω της λεμφικής οδού στην κυκλοφορία, όπου συνδέεται με μια α-σφαιρίνη. Τα γαλακτοκομικά προϊόντα περιέχουν μικρές ποσότητες βιταμίνης D και δεν επαρκούν για να καλύψουν τις ανάγκες του οργανισμού. Με τη δράση της ηλιακής ακτινοβολίας και με θερμική αντίδραση η 7-δεϋδροχοληστερόλη μετατρέπεται σε προβιταμίνη D3 και η προβιταμίνη D3 σε βιταμίνη D3 στο δέρμα. Κατά την διάρκεια του καλοκαιριού σχηματίζεται περισσότερη βιταμίνη D3. Αυτό οφείλεται στα υψηλότερα επίπεδα 25-υδροξυβιταμίνης D3 στο αίμα. Η υδροξυ-19-υδροξυλάση είναι απαραίτητη για τη σύνθεση της 1,25υδροξυ-βιταμίνης. Η 1,25(OH)2D αποτελεί ενεργό μεταβολίτη της βιταμίνης D που δρα στο έντερο και στα οστά. Ο υποδοχέας της βιταμίνης D, VDR, συμβάλλει στη ρύθμιση της ομοιόστασης των μεταβολικών ιόντων (Lips 2006).

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση του βαθμού συσχέτισης της βιταμίνης D και της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης με τη φυσική δραστηριότητα. Επίσης διερευνήθηκε η ύπαρξη συσχέτισης των επιπέδων ινσουλίνης με το Δείκτη Μάζα Σώματος.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σχεδιασμός

Πρόκειται για μια συγχρονική αναλυτική μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τον Ιούνιο ως τον Αύγουστο του 2014 στην περιοχή της Θεσσαλονίκης. Το δείγμα ευκολίας αποτέλεσαν 48 προ-εμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Η συλλογή των δεδομένων και η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε σε ιδιωτικό εργαστήριο

με ενημέρωση των συμμετεχουσών από την ερευνήτρια.

Εργαλεία μέτρησης

Η συλλογή των στοιχείων έγινε με τη χρήση ερωτηματολογίου με δύο μέρη. Το πρώτο μέρος περιλάμβανε ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά (μέτρηση ύψους, βάρους και ΔΜΣ) και το δεύτερο μέρος συμπεριφορές υγείας (κάπνισμα, διατροφή, άσκηση) και ερωτήσεις ελεύθερης ανάπτυξης, οι οποίες μελετούσαν το ιστορικό της εμμηνορρυσίας.

Επιπλέον, οι γυναίκες υποβλήθηκαν σε εργαστηριακό έλεγχο για τον προσδιορισμό της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης, της ινσουλίνης και των επιπέδων βιταμίνης D. Ο προσδιορισμός της βιταμίνης D και της ινσουλίνης έγινε με τη μέθοδο της άμεσης χημειοφωταύγειας, ενώ ο προσδιορισμός της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης με τη μέθοδο της αυτοματοποιημένης φωτομέτρησης.

Ηθική και Δεοντολογία

Τα ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν συμπληρώθηκαν έπειτα από τη σχετική ενημέρωση αναφορικά με τους σκοπούς της έρευνας και άδεια από το Επιστημονικό Συμβούλιο. Οι γυναίκες είχαν τη δυνατότητα να σταματήσουν τη συμμετοχή τους στην έρευνα οποιαδήποτε στιγμή, ενώ όλες οι δραστηριότητες συνοδεύονταν από έντυπο συγκατάθεσης. Τηρήθηκε ο κώδικας δεοντολογίας της Διακήρυξης του Ελσίνκι για την προστασία προσωπικών δεδομένων, ανωνυμίας και εμπιστευτικότητας.

Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το Στατιστικό Πακέτο SPSS 22. Για τη διερεύνηση του βαθμού συσχέτισης της ινσουλίνης με τον ΔΜΣ χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson για να διαπιστωθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα βιταμίνης D και της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης. Ως προς τη φυσική δραστηριότητα χρησιμοποιήθηκε ο στατιστικός έλεγχος t-test για δύο ανεξάρτητα δείγματα και

Πίνακας 1. Η Βιταμίνη D σε σχέση με τη φυσική δραστηριότητα και το κάπνισμα

		Μέση τιμή (τ.α.)	Sig.
Κάνετε συστηματικά κάποιο άθλημα	ΝΑΙ	23,85 (8,11)	0,071
	ΟΧΙ	17,26 (7,75)	
Κάνετε ασκήσεις ή άλλο είδος Γυμναστικής	ΝΑΙ	18,34 (12,76)	0,686
	ΟΧΙ	16,79 (6,95)	
Ασκείτε άλλες βαριές σωματικές δραστηριότητες	ΝΑΙ	16,95 (7,60)	0,297
	ΟΧΙ	19,53 (8,57)	
Καπνίζετε	ΝΑΙ	18,19 (7,92)	0,848
	ΟΧΙ	17,72 (8,39)	

η ανάλυση διακύμανσης ενός παράγοντα (oneway ANOVA) για περισσότερα από δύο ανεξάρτητα δείγματα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στη μελέτη συμμετείχαν 48 υγιείς προεμμηνοπαυσικές γυναίκες (ηλικίας 41+/-7ετών) (ΔΜΣ 24+/-4 kg/m²). Από τα αποτελέσματα της ανάλυσης δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά της τιμής της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης σε σχέση με το αν κάνουν κάποιο άθλημα ή ορισμένες ασκήσεις γυμναστικής (p=0.256). Σε σχέση με το αν κάνουν άλλες βαριές σωματικές δραστηριότητες προέκυψε οριακή στατιστική διαφορά (p=0.067). Επίσης, προέκυψε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση του ΔΜΣ και της ινσουλίνης (p=0.001<0.05).

Από τα αποτελέσματα δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά του επιπέδου βιταμίνης D σε σχέση με την άθληση (p=0.071>0.05), την γυμναστική (p=0.686>0.05), την βαριά σωματική δραστηριότητα (p=0.297>0.05) το κάπνισμα (p=0.848>0.05) (πίνακας 1). Επίσης, φάνηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της διάρκειας της άσκησης με την τιμή της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (p=0.038<0.05). Πιο συγκεκριμένα, προέκυψε ότι όσες γυναίκες ασκούνταν για περισσότερο από 40 λεπτά εμφάνιζαν υψηλότερη της τιμή γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης σε σύγκριση με τις υπόλοιπες (πίνακας 2).

Όσον αφορά στη συσχέτιση της γλυκοζυλιωμένης με τη σωματική δραστηριότητα και το κάπνισμα φάνηκε οριακά στατιστική διαφορά (p=0.067>0.05) της τιμής της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης με τη βαριά σωματική δραστηριότητα (πίνακας 3). Τέλος, όσον αφορά στο ΔΜΣ και στην ινσουλίνη προέκυψε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση (r=0.460, p=0.001<0.05).

Πίνακας 2. Διαφοροποίησης της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης σε σχέση με τη φυσική δραστηριότητα.

		Μέση τιμή (τ.α.)
Πόσο εντατική είναι η σωματική δραστηριότητα		
p=0,554	Χαλαρής-Μικρής	5,3 (0,31)
	Μέτριας	5,31 (0,29)
	Σκληρή και παρατεταμένη	5,13 (0,15)
Πόσες φορές γυμνάζεστε		
p=0,520	<1 φορά /εβδομάδα	5,31 (0,32)
	1 φορά/ εβδομάδα	5,15 (0,17)
	2 φορές εβδομάδα	5,30 (0,20)
	3 φορές/ εβδομάδα	5,32 (0,27)
	>3 φορές/ εβδομάδα	5,49 (0,38)
Διάρκεια ασκήσεων		
p=0,038*	<20 λεπτά	5,18 (0,31)
	20-40λεπτά	5,12 (0,13)
	>40 λεπτά	5,45 (0,33)
Καθημερινό περπάτημα		
p=0,091	Καθόλου	5,60 (0,20)
	<1km/ μέρα	5,26 (0,11)
	1-2km/ μέρα	5,31 (0,24)
	3-5km/ μέρα	5,23 (0,27)
	6-9km/ μέρα	5,85(-)

Πίνακας 3. Διαφοροποίηση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης σε σχέση με άλλες σωματικές δραστηριότητες και το κάπνισμα

		Μέση τιμή	Sig.
Κάνετε συστηματικά κάποιο άθλημα	ΝΑΙ	5,3 (0,11)	0,804
	ΟΧΙ	5,33(0,31)	
Κάνετε ασκήσεις ή άλλο είδος Γυμναστικής	ΝΑΙ	5,47(0,48)	0,256
	ΟΧΙ	5,30(0,29)	
Ασκεείτε άλλες βαριές σωματικές δραστηριότητες	ΝΑΙ	5,23(0,23)	0,067
	ΟΧΙ	5,39(0,33)	
Καπνίζετε	ΝΑΙ	5,27(0,22)	0,227
	ΟΧΙ	5,37(0,35)	

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα έρευνα δε φάνηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ποσότητας της βιταμίνης D σε σχέση με τη συστηματική ενασχόληση με κάποιο άθλημα, με τη γυμναστική, με τη βαριά σωματική δραστηριότητα και το κάπνισμα. Αυτό ενδέχεται να οφείλεται στο γεγονός ότι σε όλο το δείγμα υπήρχε ανεπάρκεια βιταμίνης D, αλλά και στον μικρό αριθμό του δείγματος. Αντίθετα ήταν τα αποτελέσματα προγενέστερης μελέτης του Saintonge et al (2009).

Επίσης παρόλο που η έρευνα διεξήχθη κατά τους καλοκαιρινούς μήνες (Ιούλιο-Αύγουστο 2014) δεν μπορεί να εκτιμηθεί αν υπήρχαν πιθανές τροποποιήσεις της παραγωγής βιταμίνης D από το δέρμα λόγω περιβαλλοντικών επιδράσεων ή άλλων ενδογενών παραγόντων, όπως φάνηκε και στη μελέτη των Holick et al (1994).

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η παρατήρηση ότι οι γυναίκες που ασκούσαν πάνω από 40 λεπτά την ημέρα είχαν αυξημένη τιμή γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης. Μια πιθανή εξήγηση αποτελεί η πιθανότητα οι γυναίκες αυτές να έχουν μια τάση να εμφανίσουν μελλοντικά ΣΔ ή να εμπλέκονται άλλοι παράγοντες κινδύνου, εξαιτίας των οποίων είχαν αυξήσει σημαντικά τη φυσική τους δραστηριότητα.

Από την παρούσα έρευνα φάνηκε ότι η ινσουλινοαντίσταση συνδέεται με την παχυσαρκία. Παρόμοια ήταν και τα αποτελέσματα της μελέτης των Peiris et al (1988) όπου προεμνηνοπαυσιακές γυναίκες με αυξημένο ΔΜΣ παρουσίασαν θετική συσχέτιση της ινσουλίνης με το ποσό του συνολικού λίπους σώματος.

Ωστόσο, περιορισμοί της έρευνας αποτελούν ο μικρός

αριθμός του δείγματος που οφείλεται στο μικρό χρονικό διάστημα της συλλογής του (Ιούνιος-Αύγουστος), όπως και κάποιοι εξωγενείς παράγοντες (κλίμα, έκθεση στον ήλιο, χρήση αντιηλιακής προστασίας, διατροφή και ενδυματολογικές συνήθειες των γυναικών).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την παρούσα μελέτη που φαίνεται να είναι η πρώτη στην Ελλάδα που διερευνά το επίπεδο της βιταμίνης D σε σχέση με σωματική δραστηριότητα προεμνηνοπαυσιακών γυναικών, όπως και τη συσχέτιση του ΔΜΣ με την ινσουλίνη διαπιστώθηκε ότι η ινσουλινοαντίσταση αποτελεί μια άμεση συνέπεια της παχυσαρκίας. Επίσης αναδείχτηκε η σημασία που έχει η αντίσταση στην ινσουλίνη ως παράγοντας κινδύνου εμφάνισης μελλοντικών μεταβολικών διαταραχών (κίνδυνος εμφάνισης διαβήτη τύπου 2). Όσον αφορά την ανεπάρκεια της βιταμίνης D προέκυψε ότι δεν συσχετίζεται με την έλλειψη σωματικής δραστηριότητας σε αντίθεση με άλλα βιβλιογραφικά δεδομένα.

Η ενθάρρυνση των υπέρβαρων γυναικών από τους επαγγελματίες υγείας να αυξήσουν τη σωματική άσκηση και να επιδιώξουν την απώλεια βάρους πρέπει να κατέχει κύρια θέση προκειμένου να αποφευχθούν μεταβολικά νοσήματα.

Συμβολή των συγγραφέων

Η ΑΣ συνέβαλε στο σχεδιασμό της μελέτης και στη συλλογή και ανάλυση των δεδομένων καθώς επίσης και στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων και στη συγγραφή του κειμένου. Οι ΚΧ, ΡΜ, ΜΚ, ΕΤ και ΣΤ συνεισέφεραν στη συγγραφή του κειμένου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Τοκμακίδης Σ., (2000). *Άσκηση και Χρόνιες Παθήσεις*. Εκδ. Πασχαλίδης, Αθήνα.
- Borg S., Persson U., Odegaard K., Berglund G., Nilsson J. A. & Nilsson P.M. (2005). Obesity, survival and hospital costs findings from a screening project in Sweden. *Value Health* 8: 56271.
- Cai D., Yuan M., Frantz D.F., Melendez P.A., Hansen L., Lee J. & Shoelson S.E. (2005). Local and systemic insulin resistance resulting from hepatic activation of IKK- β and NF κ B. *Nature Medicine* 11: 183-190.
- Chen A., Mumick S., Zhang C., Lamb J., Dai H., Weingarth D., Mudgett J., Chen H., Douglas J., MacNeil D.J., Reitman M.L. & Qian S. (2005). Diet induction of Monocchemoattractant protein 1 and its impact on obesity. *Obesity Research*, 13: 1311-1320.
- Ebihara K., Ogawa Y., Masuzaki H., Shintani M., Miyanaga F., Aizawa-Abe M., Hayashi T., Hosoda K., Inoue G., Yoshimasa Y., Gavrilova O., Reitman M.L. & Nakao K. (2001). Transgenic overexpression of leptin rescues insulin resistance and diabetes in a mouse model of lipotrophic diabetes. *Diabetes* 50: 1440-1448.
- Emery C., Dinet J., Lafuma A., Sermet C., Khoshnood B. & Fagnani F. (2007). Cost of obesity in France. *Presse Medicine* 36: 832-40.
- Felber J.P. & Golay A. (2002). Pathways from obesity to diabetes. *International Journal of Obesity* 26: 39-45.
- Heseker H. & Schmid A. (2000). Epidemiology of obesity. *Therapeutische Umschau* 57: 478-81.
- Hyppönen E., Läärä E., Reunanen A., Järvelin M.R. & Virtanen S.M. (2001). Intake of vitamin D and risk of type 1 diabetes: a birth-cohort study. *Lancet* 358: 1500-3.
- Lips P. (2006). Vitamin D physiology. *Progress in Biophysics and Molecular Biology* 92: 4-8.
- Pelleymounter M.A., Cullen M.J., Baker M.B., Hecht R., Winters D., Boone T. & Collins F. (1995). Effects of the obese gene product on body weight regulation in ob/ob mice. *Science* 269: 540-543
- Peiris A.N., Struve M.F., Mueller R.A., Lee M.B. & Kissebah A.H. (1988). Glucose metabolism in obesity: influence of body fat distribution. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 67: 760-7.
- Pi-Sunyer X. (2009). The medical risks of obesity. *Postgraduate Medicine* 121(6): 21-33.
- Pi-Sunyer X. (2007). Reduction in weight and cardiovascular disease risk factors in individuals with type 2 diabetes: one-year results of the look AHEAD trial. *Diabetes Care* 30: 1374-83.
- Pittas A.G., Lau J., Hu FB. & Dawson-Hughes B. (2007). The role of vitamin D and calcium in type 2 diabetes. A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 92: 2017-2029.
- Prentki M. & Nolan C. (2006). Islet β -cell failure in type 2 diabetes. *Clinical Investigation* 116: 1802-12.
- Reitman M.L. & Gavrilova O. (2000). A ZIP/F 1 mice lacking white fat: a model for understanding lipotrophic diabetes. *International journal of obesity and related metabolic disorders* 24: 11-14.
- Saintonge S., Bang H. & Gerber L.M. (2009). Implications of a new definition of vitamin D deficiency in a multiracial US adolescent population: The National Health and Nutrition Examination Survey 3. *Pediatrics* 123: 797-803.
- Scragg R., Sowers M. & Bell C. for the Third National Health and Nutrition Examination Survey (2004). Serum 25-hydroxyvitamin D, diabetes, and ethnicity in the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Diabetes Care* 27: 2813-8
- Holick M.F. (1994). McCollum Award Lecture, 1994: vitamin D--new horizons for the 21st century. *American Journal of Clinical Nutrition* 60: 619-30.
- Woods S.C., Schwartz M.W., Baskin D.G. & Seeley R.J. (2000). Food Intake and the Regulation of Body Weight. *Annual Review of Psychology* 51: 255-277.

Correlation between Body Mass Index and Insulin Levels in Premenopausal Women

Anastasia Sachinidou¹, Katerina Chroni², Roza Boikidou³, Margarita Koulousi³,
Evanthia Tsari³, Sofia Teneketzi³

1. Nurse, MSc, 4th Pathology Clinic, General Hospital of Thessaloniki «Ippokrateio»

2. Assistant Head Nurse, 4th Pathology Clinic, G.H. of Thessaloniki «Ippokrateio»

3. Nurse, 4th Pathology Clinic, G.H. of Thessaloniki «Ippokrateio»

ABSTRACT

Obesity is one of the most important problems of modern societies, and is considered a modern plague which tends to evolve to a global pandemic. Premenopausal women, most of the times, manifest hormonal dysfunctions and dysfunctions in their metabolism. The consequences are weight gain, heart diseases, hypertension and diabetes mellitus type 2.

Purpose: The purpose of this study was to examine if vitamin D levels and Glycosylated hemoglobin are affected by exercise and if there is a connection between Body Mass Index (BMI) and insulin.

Method: The research involved 48 healthy premenopausal women who answered questionnaires which included questions about their height, weight, waist circumference, lifestyle and history of menstruation. This questionnaire, after due electronic approval, was based on a model of the German Sports and Research Centre (Karlsruhe Institut Fuer Sport und Sportwissenschaft). Women, after having completed a consent form, were also subjected to laboratory testing to determine their insulin, vitamin D levels and Glycosylated hemoglobin levels. To specify the vitamin D and insulin levels a method of direct chemiluminescence was used, and Glycosylated hemoglobin identification was specified using an automated light metering method. Statistical analysis performed using IBM SPSS 22.

Results: At the premenopausal women (41+/-7ετών) (BMI24+/-4 kg/m²) a significant impact during the time of the exercises in the glycosylated hemoglobin ($p = 0.038 < 0.05$) was found. Also, there was a marginal statistical difference ($p = 0.067 > 0.05$) regarding the levels of Glycosylated hemoglobin and the combination of exercise with other physical activities. Finally, a significant correlation between BMI and insulin ($p=0.001 < 0.05$) was detected. Furthermore, there was no statistically significant difference found in vitamin D levels relative to physical activity.

Conclusion: During the research it was found that BMI influences the secretion of insulin, and insulin resistance that is a metabolism disorder, is a result of obesity. Encouraging overweight women to increase physical activity and seek weight loss should be a key point to avoiding metabolic diseases.

Keywords: glucose metabolism, insulin, obesity, premenopausal women, vitamin

Correspondence: Anastasia Sachinidou
E-mail :saxinidouan.67@gmail.com
Contact number: +306982428097
Date of submission: 29-04-2016

Submission Date: 19/04/2017
Publication Date: 25/03/2017

Αξιολόγηση της προσήλωσης των ασθενών στη διαχείριση της Περιφερικής Αρτηριακής Νόσου σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες

Μιχαήλ Ζωγραφάκης Σφακιανάκης¹, Μιχαήλ Παπανικολάου², Ιωάννα Αλεξάκη², Ευαγγελία Βασιλάκη²,
Εμμανουήλ Ανδρουλάκης³, Θεοχάρης Κωνσταντινίδης⁴

1. Νοσηλεύτης, MSc, Λέκτορας, Εργαστήριο Επιδημιολογίας, Πρόληψης κ Διαχείρισης Νοσημάτων, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Κρήτης

2. Νοσηλεύτης/τρια ΤΕ, 3. Εργαστηριακός Συνεργάτης, MSc, PhD, Σ.Ε.Υ.Π, Τμήμα Ιατρικών Εργαστηρίων, ΤΕΙ Αθήνας

4. Νοσηλεύτης, MSc, PhD, Λέκτορας, Εργαστήριο Επιδημιολογίας, Πρόληψης κ Διαχείρισης Νοσημάτων, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Κρήτης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η Περιφερική Αρτηριακή Νόσος (ΠΑΝ) αποτελεί μια χρόνια νόσο που επηρεάζει την εκτέλεση καθημερινών λειτουργιών μειώνοντας την ποιότητα της ζωής των ασθενών, των οποίων η προσήλωση στις ιατρονοσηλευτικές οδηγίες δεν είναι απόλυτα δεδομένη.

Σκοπός: Η διερεύνηση της προσήλωσης και της στάσης των ασθενών με ΠΑΝ, οι οποίοι λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή και ακολουθούν τις κατευθυντήριες οδηγίες για τους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου.

Μεθοδολογία: Πρόκειται για μια συγχρονική μελέτη παρατήρησης (κατά το δεύτερο εξάμηνο του 2015), με δείγμα πληθυσμού 101 ασθενών που νοσηλεύτηκαν στην αγγειοχειρουργική κλινική τριτοβάθμιου νοσοκομείου της Κρήτης. Τα δεδομένα συγκεντρώθηκαν μέσω δελτίου καταγραφής δεδομένων που κατασκευάστηκε για τους σκοπούς της μελέτης μελετώντας τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες για την παρακολούθηση της νόσου. Επίσης, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Medication Adherence Self-Efficacy Scale (MASES-R). Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα IBM SPSS 20.0 με επίπεδο σημαντικότητας να ορίζεται το $p < 0,05$.

Αποτελέσματα: Από τους 101 ασθενείς, οι 78 (77,2%) ήταν άνδρες. Η μέση ηλικία ήταν 69 (+13,5) έτη. Ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) ήταν 29 (+5,2). Από τους 72 (71,3%) ασθενείς που ήταν καπνιστές προ νόσου, οι 41 (41,8%) συνέχισαν να καπνίζουν αγνοώντας τις συστάσεις. Μόνο το 15,8% είχε πλήρη επίγνωση (5/5 σωστές απαντήσεις) για τη νόσο τους. Το 52,5% των ασθενών δεν λάμβαναν οι ίδιοι τα φάρμακα. Το 70,4% είχαν διαλείψουσα χωλότητα στα πρώτα 50 μέτρα βαδίσματος. Παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά στο χρονικό διάστημα (έτη) που έπασχαν οι ασθενείς από σακχαρώδη διαβήτη και των κατηγοριών περιφερικής νευροπάθειας ($p=0,038$). Παρατηρήθηκε επίσης αρνητική συσχέτιση της ηλικίας των ασθενών σε σχέση με το βαθμό επίγνωσης της νόσου ($\Delta=-0,344$, $p<0,001$ Somers' d).

Συμπεράσματα: Η προσήλωση στις κατευθυντήριες οδηγίες αποκλίνει σημαντικά του επιθυμητού. Οι νοσηλευτές μπορούν να συμβάλουν στη μείωση της νοσηρότητας των ασθενών με ΠΑΝ μέσω της συνεχιζόμενης και επαρκούς ενημέρωσης για τη νόσο, της τακτικής παρακολούθησής τους και της εστίασης στη βελτίωση των τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου, όπως είναι η μείωση του βάρους και του καπνίσματος.

Λέξεις κλειδιά: διαλείπουσα χωλότητα, κατευθυντήριες οδηγίες, περιφερική αρτηριακή νόσος, συμμόρφωση.

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- Υπάρχει μέτριος βαθμός επίγνωσης της Περιφερικής Αγγειακής Νόσου (ΠΑΝ), παρόλο που θεωρείται χρόνιο νόσημα.
- Παρατηρείται μέτριος βαθμός προσήλωσης των ασθενών στις θεραπευτικές οδηγίες.
- Η σωστή χρήση των φαρμάκων δεν επιβεβαιώνεται ικανοποιητικά στην κοινότητα.
- Κρίσιμο σημείο παρακολούθησης της νόσου είναι η διαλείπουσα χωλότητα στη βάδιση.
- Η απώλεια βάρους βοηθά σημαντικά στη μείωση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης ορού.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η Περιφερική Αρτηριακή Νόσος (ΠΑΝ) αναφέρεται σε ένα σύμπλεγμα συνθηκών υπό τις οποίες η αθηροσκλήρωση ή η στένωση αιμοφόρων αγγείων παίζει σημαντικό ρόλο στην περιφερική κυκλοφορία και κυρίως στα κάτω άκρα (American Diabetes Association 2003, World Health Organization 2011).

Οι παράγοντες κινδύνου της νόσου διακρίνονται σε δύο κατηγορίες, τους μη τροποποιήσιμους και τους τροποποιήσιμους. Οι μη τροποποιήσιμοι είναι η ηλικία, το φύλο, η φυλή, η παρουσία σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) και το κληρονομικό ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου. Στους τροποποιήσιμους παράγοντες περιλαμβάνονται το κάπνισμα, η παχυσαρκία, η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας, η υπέρταση, η υπερλιπιδαιμία, η θρομβοφιλία και η υπερομοκυστεϊναιμία (Ignatavicius & Workman 2008, Κατσάνος 2009, Tendera et al 2011, Rooke et al 2013).

Όσον αφορά στην συμπτωματολογία της νόσου, διακρίνεται σε συμπτωματικούς ασθενείς με την εμφάνιση διαλείπουσας χωλότητας (ΔΧ), οξείας ισχαιμίας οφειλόμενης σε θρόμβωση και κρίσιμης ισχαιμίας μέλους σχετιζόμενης με ισχαιμική εξέλκωση και τέλος γάγγραινα. Ορισμένοι ασθενείς για τη αποφυγή των επώδυνων συμπτωμάτων περιορίζουν ή διακόπτουν τελείως τη φυσική δραστηριότητα (Norgen et al 2007).

Για την κλινική διάγνωση της ΠΑΝ απαιτείται η λήψη ιστορικού και η συστηματική κλινική εξέταση. Επιπρόσθετα, οι επαγγελματίες υγείας χρησιμοποιούν και άλλες εξετάσεις, όπως το υπερηχογράφημα Doppler, το υπερηχογράφημα διπλής όψης, την αγγειογραφία, τη μαγνητική τομογραφία, την αξονική τομογραφία, την κλινική δοκιμασία Ratschow, τη διαδερμική οξυμετρία και τέλος τη μέτρηση του σφυροβραχιόνιου αρτηριακού δείκτη (ΣΒΔ). (Norgen et al 2007, Ignatavicius & Workman 2008, Tendera et al 2011).

Στη διεθνή βιβλιογραφία η ΠΑΝ εμφανίζεται στο 3-10% του γενικού πληθυσμού και ανέρχεται στο 15-20% στις ηλικίες άνω των 70 ετών. Αναφέρεται επίσης ως πρώτη αιτία θνησιμότητας και νοσηρότητας στις ΗΠΑ με ποσοστό 28,7% (Tendera et al 2011, Bich Au et al 2013). Σε έρευνα που διεξήχθη το 2013 για την επανεξέταση 7013

ασθενών με συμπτωματική ΠΑΝ φάνηκε επιδημιολογικά πως το 63% είχαν πολυαγγειακή νόσο. Στην ίδια ανασκόπηση αναφέρεται πως οι ασθενείς ηλικίας μεγαλύτερης των 50ετών με ΠΑΝ είχαν επίπτωση 68% και 42% για συνυπάρχουσα στεφανιαία νόσο και αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (Shammas 2007).

Για την αντιμετώπιση της ΠΑΝ σημαντικό ρόλο σε επίπεδο δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης παίζει η συμμόρφωση των ασθενών στους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου. Ως συμμόρφωση ορίζεται «*ο βαθμός στον οποίο η συμπεριφορά ενός ατόμου όσον αφορά τη λήψη φαρμάκων συνοδευόμενη από δίαιτες ή αλλαγές του τρόπου ζωής, συμπίπτει με τις ιατρικές συμβουλές*» (Urton & Devinder 2010).

Επίσης σε μελέτες ασθενών με χρόνια νοσήματα έχει βρεθεί, ότι οι υψηλοί δείκτες συμμόρφωσης στις οδηγίες συσχετίζονται με χαμηλούς δείκτες νοσηλείας και χαμηλότερα κόστη συνολικής θεραπείας (American Society on Aging and American Society of Consultant Pharmacists Foundation 2006). Σύμφωνα μελέτη των Μαστρογιάννη και συν (2011) με υπερτασικούς ασθενείς που λάμβαναν μακροχρόνια φαρμακευτική αγωγή, δεν συμμορφώνονταν πλήρως στις οδηγίες σε ποσοστό 22,9%, γεγονός που συσχετίστηκε με παθολογικές τιμές αρτηριακής πίεσης.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση του βαθμού προσήλωσης των ασθενών με ΠΑΝ, οι οποίοι εξήλθαν από το νοσοκομείο με κατευθυντήριες οδηγίες από τους επαγγελματίες υγείας.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σχεδιασμός

Πρόκειται για μια συγχρονική μελέτη ασθενών που εξήλθαν από νοσηλεία με διάγνωση ΠΑΝ.

Δείγμα μελέτης

Το δείγμα αποτέλεσαν 101 ασθενείς με ΠΑΝ που νοσηλεύτηκαν σε μια αγγειοχειρουργική κλινική τριτοβάθμιου γενικού νοσοκομείου. Θα έπρεπε να έχει μεσολαβήσει χρονικό διάστημα 3-6 μηνών από το εξιτήριο τους, αναλόγως του προγράμματος παρακολούθησης που τους είχε δοθεί και να είχαν λάβει έγγραφες ιατρικές οδηγίες

εξερχόμενοι, καθώς και φαρμακευτική αγωγή. Αποκλείστηκαν οι ασθενείς οι οποίοι δεν επιθυμούσαν να συμμετέχουν στην έρευνα, ή όσοι δεν ήταν σε θέση να δώσουν επαρκείς πληροφορίες, είτε τηλεφωνικώς, είτε με οποιοδήποτε άλλον τρόπο.

Συλλογή Δεδομένων

Για τις ανάγκες της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν δύο ερευνητικά εργαλεία. Το πρώτο ήταν ένα δελτίο συλλογής δεδομένων με κλινικές μετρήσεις και δεδομένα από τον ιατρικό φάκελο των ασθενών, καθώς και τα στοιχεία από την παρακολούθηση των ασθενών μετά το εξιτήριο.

Το δελτίο, το οποίο αποτελούνταν από 5 ενότητες, κατασκευάστηκε από την ερευνητική ομάδα μελετώντας τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες (Rooke et al 2013, Anderson et al 2013). Στην πρώτη καταγράφηκαν δημογραφικά στοιχεία όπως το φύλο, η ηλικία, το βάρος, το ύψος και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Με τις ερωτήσεις της δεύτερης ενότητας αξιολογήθηκε η επίγνωση των ασθενών για τη νόσο, με βάση πέντε ερωτήσεις που περιλάμβαναν τον ορισμό της νόσου, τη γνώση των παραγόντων κινδύνου και τη διαχείριση της συμπτωματολογίας.

Η τρίτη ενότητα περιελάμβανε ερωτήσεις για την αξιολόγηση της συμμόρφωσης σε θέματα καθημερινής διαβίωσης (διατροφικές συνήθειες, φυσική δραστηριότητα και έκθεση τους στο κάπνισμα κ.ά.). Στην τέταρτη ενότητα οι ασθενείς απάντησαν σε ερωτήσεις που αξιολογούσαν τη γνώση τους στη λήψη των φαρμάκων που ελάμβαναν, εάν τα ελάμβαναν οι ίδιοι ή τους τα έδιναν άλλοι. Η πέμπτη ενότητα περιλάμβανε τα αποτελέσματα της κλινικής εξέτασης από τους ερευνητές, με τη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης, της παλμικής οξυμετρίας αίματος, του σφυροβραχιόνιου δείκτη σε συνδυασμό με την επισκόπηση των κάτω μελών του ασθενή και την τελευταία καταγεγραμμένη τιμή γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης από τον ιατρικό φάκελο.

Το δεύτερο ερευνητικό εργαλείο ήταν το ερωτηματολόγιο Medication Adherence Self-Efficacy Scale (MASES-R) που περιελάμβανε 13 συστατικά στοιχεία. Περιλαμβάνει μία σύνθεση ερωτήσεων που ανιχνεύουν το βαθμό γνώσεων των ασθενών που λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή του κυκλοφορικού συστήματος, ότι είναι σε θέση να λάβουν την φαρμακευτική αγωγή κάτω από διαφορετικές συνθήκες της καθημερινότητας (Fernandez et al 2008). Συμπληρώθηκε μόνο από τους ασθενείς που δήλωσαν ότι παρέλειψαν δόση φαρμάκου την τελευταία εβδομάδα. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε το χρονικό διάστημα Ιουλίου – Δεκεμβρίου 2015.

Ηθική και Δεοντολογία

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μετά από άδεια της επιστημονικής επιτροπής του νοσοκομεί-

ου. Κατά τη διεξαγωγή της μελέτης τηρήθηκαν οι αρχές δεοντολογίας που διέπουν τις ερευνητικές εργασίες όπως η ανωνυμία των συμμετεχόντων, η ενημέρωσή τους για το σκοπό και τους στόχους της έρευνας και η εθελοντική συμμετοχή σε αυτήν.

Στατιστική ανάλυση

Οι ποσοτικές μεταβλητές παρατίθενται με βάση τη μέση τους τιμή και την τυπική απόκλιση, σε συνδυασμό με τη διάμεση τιμή, ενώ για τις ποιοτικές παρατίθενται οι αντίστοιχες συχνότητες και τα ποσοστά. Για την ανάλυση των δεδομένων της μελέτης χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα IBM SPSS 20.0. Ως επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε $p < 0,05$. Έγιναν κυρίως μη παραμετρικοί έλεγχοι για διερεύνηση σχέσεων-συσχετίσεων, λόγω της μη ικανοποίησης των προϋποθέσεων εφαρμογής των παραμετρικών ελέγχων (έλλειψη κανονικότητας, ή λόγω του μικρού αριθμού ατόμων σε ορισμένες κατηγορίες). Όλα αυτά βάσει exact tests ή Monte Carlo simulation (10000 samples). Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκαν οι έλεγχοι Mann-Whitney και Kruskal-Wallis για τη διερεύνηση της διαφοράς μεταξύ δύο ή περισσότερων, αντίστοιχα, ανεξάρτητων δειγμάτων, ως προς κάποια ποσοτική ή διατάξιμη μεταβλητή. Για συγκριτικούς σκοπούς, χρησιμοποιείται το mean rank (μέση θέση ή μέση τάξη). Μόνο σε περιπτώσεις που οι κατανομές των συγκρινόμενων ομάδων είναι παρόμοιας μορφής, χρησιμοποιούνται οι διάμεσες (median) τιμές της ποσοτικής ή διατάξιμης μεταβλητής σε κάθε κατηγορία. Επίσης, για τη διερεύνηση συσχέτισης μεταξύ ποσοτικών (χωρίς μεγάλη ένδειξη κανονικότητας) ή διατάξιμων μεταβλητών, χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος συσχέτισης Spearman. Τέλος, στις περιπτώσεις όπου θέλαμε να διερευνήσουμε το είδος της σχέσης μεταξύ δύο διατάξιμων μεταβλητών, γνωρίζοντας ποια έχει το ρόλο της εξαρτημένης και ποια της ανεξάρτητης, χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο Somers' d.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα περιγραφικά δεδομένα της μελέτης παρουσιάζονται στον Πίνακα 1. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 101 ασθενείς, με μέση ηλικία τα 69,57 ($\pm 13,53$) από τους οποίους οι 78 (77,2%) ήταν άνδρες. Το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών περιλαμβανόταν στις ηλικιακές ομάδες 65-79 (42,6%) και σε σχεδόν ίδια ποσοστά 50-64 έτη (23,8%) και 80-84 έτη (24,8%). Το μέσο σωματικό βάρος των ασθενών κατά τη φάση της παρακολούθησης ήταν 83 κιλά, ενώ στην κλινική ήταν 84,92 κιλά και το ύψος κυμάνθηκε στα 1,69 μέτρα. Ο μέσος δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) ήταν 29, ενώ στην κατηγορία «παχύσαρκοι» ταξινομήθηκαν 40 ασθενείς (39,6%), έναντι 37 (36,6%) όσων καταγράφηκαν ως «υπέρβαροι». Η απόλυτη μείωση του σωματικού βάρους μετά το εξιτήριο βρέθηκε ότι συσχετίζεται θετικά με τη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη

Πίνακας 1. Περιγραφικά χαρακτηριστικά

		v	%	Μέση τιμή ± τ.α.	
Φύλο	Άνδρες	78	77,2		
	Γυναίκες	23	22,8		
Ηλικία	έτη			69,57±13,53	(median=73,0)
	35-69	9	8,9		
	50-64	24	23,8		
	65-79	43	42,6		
	80-94	25	24,8		
Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ)				29,09±5,21	(median=28,7)
	Υγιές βάρος (έως 24,9)	24	23,8		
	Υπέρβαρος (έως 29,9)	37	36,6		
	Παχύσαρκος (30+)	40	39,6		
HDL				54,55±21,29	(median=49,5)
LDL				92,13±47,11	(median=79)
Ολική				120,32±102,72	(median=155,5)
Σωματικό Βάρος προ νοσηλείας				84,92±20,82	(median=82,0)
Σωματικό Βάρος μετά νοσηλείας				83,01±16,73	(median=83,0)
Μεταβολή Σωματικού Βάρους				-2,29±21,12	(median=0,0)
Καπνιστές πριν	Ναι	72	71,3		
	Όχι	29	28,7		
Καπνιστές μετά	Ναι	41	41,8		
	Όχι	57	58,2		
Μέλη στην οικογένεια με ΠΑΝ					
	Γονείς	17	56,7		
	Αδέλφια	11	36,7		
Συστολική Αρτηριακή Πίεση				135,35±19,10	(median=136,5)
Διαστολική Αρτηριακή Πίεση				73,93±10,74	(median=72,0)
SPO2 (%)				96,51±1,59	(median=97,0)
Γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη καταγεγραμμένη					
	Όχι	66	69,5		
	Ναι	29	30,5		
Γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (%)				6,73±1,32	(median=6,80)
Σφυροβραχιόνιος Δείκτης (ΣΒΔ)				0,62±0,26	(median=0,60)

(Spearman $s = 0,381$, $p = 0,029$).

Σχετικά με την έκθεση στον παράγοντα κινδύνου «κάπνισμα», οι μη καπνιστές πριν τη νόσο ήταν 29 (28,7%), ενώ οι καπνιστές 72 (71,3%). Μετά το εξιτήριο, στη φάση της μελέτης, οι 41 ασθενείς (41,8%) συνέχιζαν να καπνίζουν παρά προφανώς τις αντίθετες συστάσεις, ενώ 58,2% δεν κάπνιζαν. Η διακοπή του καπνίσματος ως μεταβολή

από τον αρχικό πληθυσμό των καπνιστών υπολογίστηκε 43%. Αυτό το ποσοστό των ήδη καπνιστών συμμορφώθηκε στις συστάσεις και το διέκοψε άμεσα.

Στις πέντε ερωτήσεις επίγνωσης της νόσου, οι ασθενείς σε ποσοστό 64,3% γνώριζαν <3 ερωτήσεις, ενώ 35,7% απάντησαν σε >3 ερωτήσεις. Ειδικότερα διαπιστώθηκε ότι ένα ποσοστό 63,37% δεν ήταν σε θέση να ορί-

Πίνακας 2. Ερωτηματολόγιο "Medical Adherence Self Efficacy Scale-R" (13 στοιχεία)

Πόσο σίγουροι είστε ότι μπορείτε να λαμβάνετε τα φάρμακά σας όταν:	Απόλυτα σίγουρος (%)	Καθόλου, λίγο, σχεδόν σίγουρος (%)
1) Είστε απασχολημένος στο σπίτι	8,8	91,1
2) Δεν υπάρχει κανείς να σας το θυμίσει	11,7	88,3
3) Ανησυχείτε πως θα τα λαμβάνετε για όλη σας τη ζωή	5,9	94,1
4) Δεν έχετε καθόλου συμπτώματα	23,5	76,5
5) Είστε με μέλη της οικογένειάς σας	14,7	85,3
6) Είστε σε δημόσιο χώρο	14,7	85,3
7) Πρέπει να τα λαμβάνετε μεταξύ των γευμάτων	11,8	88,2
8) Ταξιδεύετε	5,9	94,2
9) Τα λαμβάνετε πάνω από μια φορά ημερησίως	14,7	85,3
10) Έχετε άλλα φάρμακα να λάβετε	14,7	85,3
11) Αισθάνεστε καλά	5,9	94,1
12) Σας κάνουν να ουρρήσετε λίγο μετά την έξοδό σας από το σπίτι	17,6	82,3
Παρακαλώ σημείωσε πόσο σίγουρος είστε ότι μπορείτε να καταφέρετε:	Απόλυτα σίγουρος (%)	Καθόλου, λίγο, σχεδόν σίγουρος (%)
13) Να κάνετε τα φάρμακά σας μέρος της ρουτίνας σας	19,4	80,6

σουν με απλά λόγια τη νόσο από την οποία έπασχαν. Επίσης, μόνο το 19,8% κατάφεραν να περιγράψουν επαρκώς τους παράγοντες κινδύνου εμφάνισης της νόσου.

Στην ερώτηση «Ποιος σας δίνει τη φαρμακευτική αγωγή,» παρατηρήθηκε ότι το 47,5% των πασχόντων τη λάμβαναν μόνοι τους, ενώ οι υπόλοιποι από τρίτο άτομο (σύζυγο ή φροντιστή). Κατά μέσο όρο οι ασθενείς λάμβαναν 3,8 φαρμακευτικά σκευάσματα (εύρος=1-11) με ποσοστό επίγνωσης της δράσης τους 80%.

Διερευνήθηκε εάν ο βαθμός επίγνωσης της δράσης των φαρμάκων διαφοροποιείται αναλόγως του ποιος χορηγεί τα φάρμακα (ο ίδιος ο ασθενής, ο σύζυγος ή ο φροντιστής). Βρέθηκε στατιστικά (οριακή στο 5%) σημαντική διαφορά στο βαθμό επίγνωσης μεταξύ των άνω κατηγοριών ($\chi^2(2)=6,069$, $p=0,048$. Kruskal Wallis, mean rank για τον ασθενή: 56,31, mean rank για το σύζυγο: 44,10, mean rank για τον φροντιστή: 41,98). Παρατηρήθηκε, επίσης, μια αρνητική συσχέτιση της ηλικίας των ασθενών σε σχέση με το βαθμό επίγνωσης της νόσου, δηλαδή οι γηραιότεροι δεν μπορούσαν να κατανοήσουν και να διαχειριστούν βασικές έννοιες για τη νόσο τους σε σχέση με ασθενείς νεότερης ηλικίας ($\Delta=-0,344$. $p<0,001$. Somers' d).

Σχετικά με την προσήλωση στη σωστή λήψη φαρμάκων, 31 ασθενείς (30,7%) είχαν χάσει μια ή περισσότερες δόσεις φαρμάκων την τελευταία εβδομάδα. Μόνο αυτοί οι 31 ασθενείς συμπλήρωσαν την κλίμακα MASES-R. Το ποσοστό των ασθενών που δήλωσαν «καθόλου, λίγο ή σχεδόν σίγουροι» ότι είναι σε θέση να τηρήσουν τη φαρμακευτική τους αγωγή σε 13 συνθήκες, κυμάνθηκε από

76,5% έως 94,2% (Πίνακας 2). Το 11,11% των ασθενών ήταν ελεύθερο άλγους στη βάδιση μέχρι τα 150 μέτρα (κατά δήλωσή τους), το 70,37% δήλωσε άλγος έως και τα πρώτα 50 μέτρα, άλλα μόλις το 29,63% ήταν ελεύθερο άλγους στη βάδιση στα πρώτα 50 μέτρα.

Η συμμόρφωση των ασθενών στη συνήθεια του βαδίσματος ως μια εβδομαδιαία φυσική δραστηριότητα (mean ranks: 53,79-βάδιση vs 38,97-όχι βάδιση) σχετίστηκε (οριακά στο 5%) με τη μείωση του σωματικού βάρους (Mann-Whitney $U=550,500$, $p=0,047$). Παρατηρήθηκε, ότι η LDL μειώνεται στατιστικά σημαντικά περισσότερο όταν «η γυμναστική γίνεται με επιβλέπων» (mean rank=4,33, median=30,0) σε αντιδιαστολή με την «γυμναστική χωρίς επίβλεψη» (mean rank=17,76, median=90,0), (Mann-Whitney $U=7,000$, $p=0,018$).

Στην επισκόπηση των ποδιών, παρατηρήθηκε αλλαγή στο χρώμα τους σε 59 ασθενείς (58,4%), παραμόρφωση νυχιών σε 30 ασθενείς (51,5%) και διαφορετική θερμοκρασία μεταξύ των ποδιών τους σε 36 ασθενείς (36,4%). Διερευνώντας περαιτέρω την περιποίηση των κάτω άκρων βρέθηκε ότι 78 ασθενείς (77,2%) δεν πραγματοποιούσαν τακτικά ποδόλουτρο, ενώ 75 (74,2%) δεν τηρούσαν τις οδηγίες για την ονυχεκτομή. Τέλος, βρέθηκε ότι 76,2% των ασθενών με διαβητικό πόδι δεν χρησιμοποιούσε κάποιο εγκεκριμένο ορθοπεδικό υπόδημα. Από τον ιατρικό φάκελο παρακολούθησης της πορείας των ασθενών καταγράφηκε ότι συνολικά 77 άτομα (76,2%) αντιμετώπιζαν παράλληλα περιφερική νευροπάθεια σε κάποιο από τα δύο πόδια ή και στα δύο συγχρόνως.

Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στα έτη

διάγνωσης του ΣΔ μεταξύ των κατηγοριών ύπαρξης περιφερικής νευροπάθειας ($\chi^2(3)=8,936$, $p=0,038$, Kruskal Wallis, mean rank για απουσία νευροπάθειας=16,30 και median=11,00, mean rank για νευροπάθεια αριστερά=24,60 και median=15,50, mean rank για νευροπάθεια δεξιά=35,61 και median=23,50, mean rank για νευροπάθεια αμφωτερόπλευρα=24,59 και median=15,00).

Τέλος, βρέθηκε ότι 60 ασθενείς (59,4%) αντιμετώπιζαν παράλληλα και έλκη στα πόδια, εκ των οποίων οι 39 είχαν εμφανίσει ήδη σημεία επούλωσης. Σε ακρωτηριασμό δακτύλου λόγω ισχαιμικής γάγγραινας είχαν υποβληθεί 29 άτομα (28,7%), ενώ 21 ασθενείς (20,7%) είχαν ενημερωθεί ότι επίκειται σύντομα ενδεχομένως ένας νέος ακρωτηριασμός.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα μελέτη έγινε μια προσπάθεια να διερευνηθεί η στάση και η προσήλωση των ασθενών στις οδηγίες που τους είχαν δοθεί όταν εξήλθαν από το αγγειοχειρουργικό τμήμα με ΠΑΝ. Υπάρχει σαφώς ένα ποσοστό ασθενών που προσπαθεί και συνεργάζεται με τους επαγγελματίες υγείας, αλλά σίγουρα τα ευρήματα για τη μη προσήλωση των ασθενών σε βασικούς άξονες των οδηγιών, τεκμηριώνουν μια χαμηλή αποτελεσματικότητα στην τριτογενή πρόληψη και ίσως αναδεικνύουν κενά στην επικοινωνία επαγγελματιών υγείας-ασθενών και στη συνεχιζόμενη παρακολούθησή τους.

Το δημογραφικό προφίλ των ασθενών της μελέτης έχει αρκετές ομοιότητες με άλλες διεθνείς μελέτες. Η μέση ηλικία τους ήταν $69,5 \pm 13,5$ έτη, ενώ σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Καλιφόρνια των ΗΠΑ, η μέση τιμή της ηλικίας σε δύο ομάδες με ΠΑΝ μετρήθηκε ως 69,9 και 66,5 έτη αντίστοιχα (Criqui et al 1997).

Επίσης ο μέσος ΔΜΣ στην παρούσα μελέτη κυμαίνεται στα ίδια επίπεδα με τις ομάδες της προαναφερθείσας μελέτης, με τιμές $27,8(\pm 5,7)$ και $27,2(\pm 6,1)$ αντίστοιχα. Καπνιστές πριν τη νόσο στην παρούσα μελέτη ήταν το 71,3%, ενώ σε άλλες μελέτες βρέθηκαν 72% και 79% αντίστοιχα (Armstrong et al 2014a, Armstrong et al 2014b). Ως προς το φύλο παρατηρήθηκε μια διαφοροποίηση, αφού στη παρούσα μελέτη οι άνδρες ήταν 77,2% ενώ, στη βιβλιογραφία κυμαίνονταν από 52% έως 61% (Armstrong et al 2014a, Armstrong et al 2014b).

Για την προσήλωση και την τροποποίηση της στάσης ζωής των ασθενών, σημαντικό ρόλο παίζει η επίγνωση της νόσου αλλά και της βαρύτητάς της κατά περίπτωση. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας έδειξαν χαμηλά επίπεδα εξοικείωσης με τους ορισμούς και τα συμπτώματα της νόσου, αφού σχεδόν δυο στους τρεις ασθενείς δεν ήταν σε θέση να ορίσουν με απλά λόγια τη νόσο από την οποία έπασχαν και να περιγράψουν επαρκώς τους παράγοντες κινδύνου. Παρόμοια αποτελέσματα στα ποσοστά εξοικείωσης με τον ορισμό και τα συμπτώματα της

νόσου καταγράφονται σε δείγμα 219 ασθενών με ΠΑΝ σε ολλανδική μελέτη (Willigendael et al 2004). Σε ίδια ευρήματα καταλήγει μια μελέτη που έγινε στον Καναδά στην οποία αναφέρεται χαμηλή επίγνωση της νόσου, ενώ παράλληλα συσχετίστηκε ισχυρά το γνωστικό χάσμα όσο αυξάνει η ηλικία των ασθενών, γεγονός που επιβεβαιώνεται και στην παρούσα μελέτη (Lovel et al 2009).

Σημαντικός παράγοντας σε αυτούς τους ασθενείς είναι η τριτογενής πρόληψη (από τη στιγμή που έχουν εξέλθει από το νοσοκομείο) για ορισμένους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου, όπως είναι το κάπνισμα, η έλλειψη σωματικής άσκησης και οι κακές διατροφικές συνήθειες. Στην παρούσα μελέτη οι μισοί περίπου ασθενείς διέκοψαν το κάπνισμα με απλές συστάσεις των ιατρών. Παρόμοια ποσοστά παρατηρήθηκαν σε μια πολυκεντρική μελέτη των ΗΠΑ 7807 ασθενών, όπου το ποσοστό των καπνιστών ασθενών που διέκοψαν το κάπνισμα στο πρώτο έτος μετά από αγγειοχειρουργική επέμβαση ήταν 45% (Hoel et al 2013). Αντίθετα, σε μελέτη στη Μινεάπολη των ΗΠΑ το ποσοστό διακοπής ύστερα από εντατική προσπάθεια (φάρμακα και συμβουλευτική υποστήριξη) υπολογίστηκε σε 21,3% σε βάθος τριμήνου, ενώ στην ομάδα ασθενών που δέχθηκαν απλές συστάσεις και οδηγίες η διακοπή ήταν 6,8% στο τρίμηνο (Hennrikus et al 2010).

Η φυσική δραστηριότητα αυτών των ασθενών είναι καθοριστική για την καλύτερη πρόγνωση της νόσου και την αποφυγή υποτροπής. Με το εξιτήριο των ασθενών οι συστάσεις για περπάτημα είναι emphaticές από τους επαγγελματίες υγείας. Η διανυόμενη απόσταση που πέτυχαν οι ασθενείς στη φάση της παρακολούθησης στη παρούσα μελέτη θεωρείται ικανοποιητική αφού αναφέρεται «βάδιση ελεύθερη πόνου» για 50 μέτρα σε ποσοστό 29,6%, ενώ σε μια μελέτη στη Βραζιλία, το 35,3% των ασθενών ανέφεραν «καθόλου δυσκολία στη βάδιση» για τα πρώτα 45 μέτρα (Farah et al 2013).

Στην παρούσα μελέτη καταγράφηκε μια σοβαρή υποκειμενική ανησυχία σχετικά με την επάρκεια και την προσήλωση της τήρησης της φαρμακευτικής αγωγής, όπου τελικά παρατηρήθηκε και αντικειμενικά λάθος φαρμακευτική αγωγή. Βέβαια, το ποσοστό συμμόρφωσης στην μακροχρόνια φαρμακευτική αγωγή κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα διεθνώς (περίπου στο 50% σε ανεπτυγμένα κράτη) και μειώνεται με την αύξηση της ηλικίας των ασθενών (American Society on Aging and American Society of Consultant Pharmacists Foundation 2006, Gold 2006, Fernandez et al 2008).

Η μελέτη υπόκειται σε ορισμένους περιορισμούς. Πρώτον, πρόκειται για μια συγχρονική μελέτη παρατήρησης, χωρίς κάποια παρέμβαση διδασκαλίας των ασθενών. Το δείγμα είναι σχετικά μικρό και προέρχεται μόνο από ένα νοσηλευτικό ίδρυμα. Πολλές απαντήσεις βασίστηκαν στην αναφορά των ασθενών, χωρίς να είναι επιβεβαιωμένη η απόλυτη τεκμηρίωση της αξιοπιστίας τους (π.χ.

αν έχουν διακόψει, ή μειώσει το κάπνισμα, ή στην ακριβή μέτρηση των αποστάσεων του βαδίσματος).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η προσήλωση των ασθενών στις κατευθυντήριες οδηγίες των επαγγελματιών υγείας για τη μείωση των τροποποιητικών παραγόντων που επηρεάζουν δυσμενώς την ΠΑΝ αποκλίνει σημαντικά του επιθυμητού, γεγονός που καταγράφεται και διεθνώς. Οι νοσηλευτές, οι οποίοι αποτελούν δομικό στοιχείο της διεπιστημονικής ομάδας υγείας, οφείλουν να εστιάσουν στη βελτίωση της επαρκούς ενημέρωσης για τη νόσο όπως και στην έμφαση για μείωση του σωματικού βάρους μέσω της αύξησης της φυσικής δραστηριότητας και της υιοθέτησης ενός κατάλληλου διαιτολογίου βασισμένο στη μεσογειακή διατροφή. Επιπλέον, οφείλουν να δώσουν οδηγίες για τους τρόπους διακοπής του καπνίσματος. Χρειάζεται τακτική παρακολούθηση των ασθενών με χρήση κατάλληλων εργαλείων αξιολόγησης της συμμόρφωσης στις οδηγίες και την εφαρμογή αντίστοιχων προγραμμάτων παρέμβασης. Απαιτείται επανασχεδιασμός των προγραμμάτων τριτογενούς πρόληψης σε χρόνια νοσήματα για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, τη μείωση της νοσηρότητας και την επανεισαγωγή τους στα νοσοκομεία.

ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

ΜΖΣ: επιστημονική ευθύνη, σχεδιασμός μελέτης, βιβλιογραφική τεκμηρίωση, ερμηνεία αποτελεσμάτων, συγγραφή άρθρου, **ΜΠ:** βιβλιογραφική τεκμηρίωση,

συλλογή δεδομένων, κωδικοποίηση, ερμηνεία αποτελεσμάτων, συγγραφή άρθρου, **ΙΑ:** βιβλιογραφική τεκμηρίωση, συλλογή δεδομένων, ερμηνεία αποτελεσμάτων, κωδικοποίηση, συγγραφή άρθρου, **ΕΒ:** βιβλιογραφική τεκμηρίωση, συλλογή δεδομένων, κωδικοποίηση, ερμηνεία αποτελεσμάτων, συγγραφή άρθρου, **ΕΑ:** κωδικοποίηση, στατιστική ανάλυση, ερμηνεία αποτελεσμάτων, **ΘΚ:** βιβλιογραφική τεκμηρίωση, ερμηνεία αποτελεσμάτων, συγγραφή άρθρου. Όλοι οι συγγραφείς αξιολόγησαν κριτικά και ενέκριναν την υποβολή του τελικού κειμένου.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θερμές ευχαριστίες οφείλουμε στην προϊσταμένη της αγγειοχειρουργικής κλινικής του ΠΑΓΝΗ κ.Κακουδάκη Ευτυχία και τους συνάδελφους νοσηλευτές της κλινικής για την συνεργασία τους και τη διευκόλυνση εκπόνησης της μελέτης. Ευχαριστούμε επίσης τον επίκουρο καθηγητή και διευθυντή της αγγειοχειρουργικής κλινικής κ. Ιωάννου Χρήστο και τον κ. Καφετζάκη Αλέξανδρο (επιμελητή Α'), οι οποίοι μας συμβούλευσαν στη δημιουργία του δελτίου συλλογής δεδομένων και τους ειδικευμένους ιατρούς της κλινικής για την πολύτιμη βοήθεια τους στην εκμάθηση της χρήσης υπερήχων Doppler και του Σφυροβραχιόνιου Δείκτη.

Προηγούμενη Δημοσίευση:

Προφορική Ανακοίνωση: 10^ο Πανελλήνιο και 9^ο Πανευρωπαϊκό Επιστημονικό και Επαγγελματικό Νοσηλευτικό Συνέδριο, Τεύχος Πρακτικών - Περιλήψεων, σελ. 210.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- American Diabetes Association (2003). Peripheral Arterial Disease in People With Diabetes. *Diabetes Care* 26: 3333-3341.
- American Society on Aging and American Society of Consultant Pharmacists Foundation (2006). Adult education: Improving Medication Adherence in Older Adults. Available at: <http://www.adultmeducation.com/>. [Accessed 10 March 2017].
- Anderson J., Halperin J., Albert N., Bozkurt B., Brindis R., Curtis L., DeMets D., Guyton R., Hochman J., Kovacs R., Ohman M., Pressler S., Sellke F. & Shen W-K. (2013). Management of patients with peripheral artery disease (compilation of 2005 and 2011 ACCF/AHA guideline recommendations): a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation* 127: 1425-1443.
- Armstrong E., Chen D., Westin G., Singh S., McCoach C., Bang H., Yeo K-K., Anderson D., Amsterdam E. & Laird J. (2014). Adherence to guideline-recommended therapy is associated with decreased major adverse cardiovascular events and major adverse limb events among patients with peripheral arterial disease. *Journal of American Heart Association* 3: e000697.
- Armstrong E., Wu J., Singh G., Dawson D., Pevac W., Amsterdam E. & Laird J. (2014). Smoking cessation is associated with decreased mortality and improved amputation-free survival among patients with symptomatic peripheral artery disease. *Journal of Vascular Surgery* 60: 1565-1571.
- Bich Au T., Golledge J., Walker P., Haigh K. & Nelson M. (2013). Peripheral arterial disease - diagnosis and management in general practice. *Australian Family Physician* 42: 397-400.
- Criqui M., Denenberg J., Langer R. & Fronek A. (1997). The epidemiology of peripheral arterial disease: importance of identifying the population at risk. *Vascular Medicine* 2: 221-226.
- Farah BQ., dos Anjos Souza Barbosa, JP., Cucato GG., da Rocha Chehuen M., Gobbo LA., Wolosker N., de Moraes Forjaz CL. & Ritti-Dias RM. (2013). Predictors of walking capacity in peripheral arterial disease patients. *Clinics* 68: 537-541.
- Fernandez S., Chaplin W., Schoenthaler A. & Ogedegbe G. (2008). Revision and validation of the Medication Adherence Self-Efficacy Scale (MASES) in hypertensive african americans. *Journal of Behavioral Medicine* 31: 453-462.
- Gold DT. (2006). Medication Adherence: A challenge for patients with postmenopausal osteoporosis and other chronic illnesses. *Journal of Managed Care Pharmacy* 12: 20-25.
- Hennrikus D., Joseph AM., Lando HA., Duval S., Ukestad L., Kodl M. & Hirsch AT. (2010). Effectiveness of a smoking cessation program for peripheral artery disease patients a randomized controlled trial. *Journal of the American College of Cardiology* 56: 2105-2112.
- Hoel A, Nolan B., Goodney P., Zhao Y., Schanzer A., Stanley A., Eldrup Jorgensen J. & Cronenwett J. (2013). Variation in smoking cessation after vascular operations. *Journal of Vascular Surgery* 57: 1338-1344.
- Ignatavicius D. & Workman L. (2008). Παθολογική - Χειρουργική Νοσηλευτική. *Κριτική σκέψη για συνεργατική φροντίδα (5η έκδοση)*. Αθήνα: Εκδόσεις ΒΗΤΑ.
- Lovel M., Harris K., Forbes T., Twillman G., Abramson B., Criqui M., Schroeder P., Mohler ER. 3rd Hirsch A. (2009). Peripheral arterial disease: Lack of awareness in Canada. *The Canadian Journal of Cardiology* 25: 39-45.
- Norgen W., Hiatt J., Dormandy L., Nehler M., Harris K. & Fowkes F. (2007). Inter-society consensus for the management of peripheral arterial disease (TASC II). *European Journal of Vascular Endovascular Surgery* 33: S1-75.
- Rooke T., Hirsch A., Misra S., Sidawy A., Beckman J., Findeiss L., Golzarian J., Gornik H., Halperin J., Jaff M., Moneta G., Olin J., Stanley J., White C., White J. & Zierler E. (2011). ACCF/AHA focused update of the guideline for the management of patients with peripheral artery disease (updating the 2005 Guideline). *Circulation* 124: 2020-2045.
- Shammas N. (2007). Epidemiology, classification and modifiable risk factors of peripheral arterial disease. *Vascular Health and Risk Management* 3: 229-234.
- Tendera M., Aboyans V., Bartelink M., Baumgartner I., Clement D., Collet J-P., Cremonesi A., De Carlo M., Erbel R., Fowkes G., Heras M., Kownator S., Minar E., Ostergren J., Poldermans D., Rimbau V., Roffi M., Rother J. †, Sievert H., van Sambeek M. & Zeller T. (2011). ESC Guidelines on diagnosis and treatment of the Peripheral Arterial Disease. *European Heart Journal* 32: 2851-2906.
- Devinder R. & Upton D. (2010). Chapter 16. In: Devinder R. & Upton D. *Psychology for nurses (new)*. London: Taylor & Francis.
- Willigendael E., Teijink J., Bartelink M., Boiten J., Moll F., Büller H. & Prins M. (2004). Peripheral arterial disease: public and patient awareness in the Netherlands. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery* 27: 622-628.
- World Health Organization (2011). Tobacco Free Initiative. Peripheral Vascular Disease. Available at: <http://www.who.int/tobacco/research/pagetld21/en/>. [Accessed 10 Feb 2017].
- Κατσάνος Κ. (2009). *Μελέτη των αγγειογενετικών και αρτηριογενετικών ιδιοτήτων της θρομβίνης σε πειραματικό μοντέλο ισχαιμίας κάτω άκρων*. Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Πατρών.
- Μαστρογιάννης Δ., Γκεσούλη-Βολτυράκη Ε., Μαντζώρου Μ., Νούλα Μ., Μιχαλίτση Χ. (2011). Διερεύνηση της συμμόρφωσης υπερτασικών ασθενών σε ένα νοσοκομείο της Αθήνας. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας* 3: 14-23.

Evaluation of patients' adherence in accordance with guidelines for Peripheral Arterial Disease management

Michail Zografakis Sfakianakis¹, Michail Papanikolaou², Ioanna Alexaki², Evangelia Vasilaki², Emmanuel Androulakis³, Theocharis Konstantinidis⁴

1. RN, MSc, PhD, Lecturer, Laboratory of Epidemiology, Prevention and Management of Diseases, Department of Nursing, Technological Educational Institute of Crete, 2. RN.

3. Laboratory Associate, MSc, PhD, Department of Medical Laboratories, Technological Educational Institute of Athens.

4. RN, MSc, PhD, Lecturer, Laboratory of Epidemiology, Prevention and Management of Diseases, Technological Educational Institute of Crete.

ABSTRACT

Introduction: Peripheral Arterial Disease (PAD) is a serious chronic disease of the lower limb circulatory system as it affects the activity daily living and reduces patients' quality of life. Usually, patients have low adherence to medication and guidelines.

Aim: To assess patients' adherence and attitude, after being given instructions for medication and guidelines on the modifiable risk factors.

Methods: It is a descriptive cross-sectional observational study, with a sample of 101 patients, hospitalized in the vascular surgery ward of a tertiary hospital in Crete. Data were collected using a research datasheet that was constructed for the purpose of this study, following the current guidelines for PAD management. Also, the Medication Adherence Self-Efficacy Scale (MASES-R) questionnaire was used. For the statistical analysis, the IBM SPSS 20.0 program was used with a significance level set to $p < 0,05$.

Results: Among 101 patients, 78 patients (77,2%) were men. The mean age was 69(+13,5) years. Body Mass Index (BMI) was 29(+5,2). From 72 patients (71,3%) who were smokers, despite of recommendations, 41 (41,8%) were non-compliant and continued smoking. Only 15,8% were fully aware (5/5 correct answers) of their disease. The 52,5% of patients did not take their medication themselves. Intermittent claudication in the first 50 meters of walking was found in 70,4% of the sample. There was a statistically significant correlation between the period (in years) that patients suffered from diabetes mellitus and the occurrence of peripheral neuropathy ($p=0,038$). A negative correlation between patients' age and disease awareness was observed ($\Delta = -0,344$. $p < 0,001$ Somers' d).

Conclusions: Adherence to the guidelines deviates significantly from what is recommended, as patients were unable to follow a lot of the instructions given by healthcare professionals. Therefore, nurses should initially focus on adequate patients' education about their disease. Interventions such as scheduled patient monitoring, weight loss programs and smoking cessation programs should be implemented, to achieve improved adherence, aiming to a greater decrease in morbidity.

Keywords: adherence, guidelines, intermittent claudication, peripheral arterial disease.

Corresponding Author: Michail Zografakis Sfakianakis
E-mail: mzografakis@staff.teicrete.gr
Telephone Number: +30 2810379553, + 30 6973999455

Submission Date: 6/6/2017
Publication Date:

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

- A. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ
- B. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ
& ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ
- Γ. ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

A. 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
- Κοινωνική Νοσηλευτική – Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
- Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας
- Περιεχειρνητική 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, Akademik Keys, Cross Ref.

B. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ
ΚΑΙ ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ

ΕΚΔΟΤΗΣ: ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΣΚΟΥΤΕΛΗΣ

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ: ΑΡΙΣΤΕΙΔΗΣ ΔΑΓΓΛΑΣ

ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗΣ: Δρ. ΘΑΛΕΙΑ ΜΠΕΛΛΑΛΗ,
Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ: ΛΑΜΠΡΟΣ ΜΠΙΖΑΣ,
ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΠΙΣΤΟΛΑΣ

ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ:

Μαρία Σαρίδη MSc, PhD

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

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Αθηνά Καλοκαιρινού, Καθηγήτρια,
Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ
Στέφανος Μαντζούκας, Επίκουρος Καθηγητής,
Τμήμα Νοσηλευτικής ΤΕΙ Ηπείρου
Ευγενία Μνησίδου, Επίκουρη Καθηγήτρια,
Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Θεσ/νίκης
Ιωάννα Παπαθανασίου, Επίκουρη Καθηγήτρια,
Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλίας
Γεώργιος Κριτωτάκης, Επίκουρος Καθηγητής,
Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Κρήτης
Μιχάηλ Κουράκος, MSc, PhD,
Βασιλική Ρόκα, MSc, PhD,
Μαρία Μαλλιάρου MSc, PhD
Ιωάννα Καραμήτηρ MSc, PhD(c)
Αθανάσιος Μαστροκώστας MSc, PhD(c)
Μαρία Γκριζώτη, MSc

ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ

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

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΡΙΤΩΝ

Παρασκευή Αποστολάρα
Αικατερίνη Βενέτη
Μαρία Γέραλη
Δημήτριος Δάλλας
Γεώργιος Ελεονίσσαλης
Γεώργιος Ίντας
Αγγελική Καραϊσκού
Νεκταρία Κάραλη
Νικόλαος Κοντοδημόπουλος
Βάγια Κωνσταντινάκη
Θεοχάρης Κωνσταντινίδης
Πολυξένη Μαγγούλια
Χρυσούλα Μελισσά
Βασιλική Μούγια
Δημήτριος Μπαρουξής
Λάμπρος Μπίζας
Ιωάννης Μωΰσογλου
Χρυσούλα Νταφογιάννη
Δήμητρα Παλητζήκα
Ειρήνη Παπάζογλου
Νίκη Παυλάτου
Μαρία Ρεκλείτη
Νίκος Στεφανόπουλος
Νικόλαος Στούφης

Σοφία Τάνη
Αναστάσιος Τζενάλης
Αικατερίνη Τόσκα
Ολυμπία Χαλικοπούλου
Αλεξάνδρα Χαραλαμπίδου
Καλλιόπη Χατζίκα
Ελένη Χριστοδούλου
Χρύσα Χρυσοβιτσάνου

ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

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

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

Γ. ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

(Υπάρχουν και στην ιστοσελίδα του περιοδικού)

Οι Έλληνες συγγραφείς μπορούν να δημοσιεύουν άρθρα και στην ελληνική και στην αγγλική γλώσσα

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Τύποι Άρθρων

Διαδικασία Υποβολής Άρθρων

Διαδικασία Αξιολόγησης

Γενικές Οδηγίες

Γενικές οδηγίες Συγγραφής

Θέματα Ηθικής και Δεοντολογίας

ΤΥΠΟΙ ΑΡΘΡΩΝ

Το ΕΠΝΕ δημοσιεύει τα ακόλουθα:

1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ @*

2. ΓΕΝΙΚΑ ΑΡΘΡΑ

Το περιοδικό δημοσιεύει φιλοσοφικά, θεωρητικά, μεθοδολογικά ή επαγγελματικά θέματα/καταστάσεις που παρέχουν επίκαιρη, προηγμένη γνώση για τη διεθνή επιστημονική κοινότητα και μπορεί να αφορούν στη νοσηλευτική πρακτική, την εκπαίδευση, τη διοίκηση κ.λπ. Επίσης, δημοσιεύει άρθρα συζήτησης.

3. ΠΟΣΟΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ

α. Πρωτογενείς

- Εμπειρικές @
- Κλινικές δοκιμές @

β. Δευτερογενείς (συστηματικές ανασκοπήσεις) @

γ. Ανάπτυξης και Ψυχομετρικής Στάθμισης ερευνητικών εργαλείων @

4. ΠΟΙΟΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ

- Εμπειρικές @

5. ΕΡΕΥΝΕΣ ΜΙΚΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑΣ @

6. ΒΙΒΛΙΟΚΡΙΤΙΚΗ @

7. ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΕΚΔΟΤΗ

Οι επιστολές μπορεί να είναι έκτασης ως 500 λέξεων και να περιλαμβάνουν κρίσεις, ή σχόλια για εργασίες που έχουν ήδη δημοσιευτεί σε 2 προηγούμενα τεύχη.

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

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΡΘΡΩΝ @

Έως ότου ολοκληρωθεί το σύστημα ηλεκτρονικής υποβολής άρθρων, καλούνται οι συγγραφείς να υποβάλλουν τα προς αξιολόγηση άρθρα μέσω του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου του περιοδικού στη διεύθυνση journal@enne.gr. Όλη η αλληλογραφία θα πραγματοποιείται μέσω του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου.

Κάθε άρθρο θα συνοδεύεται από **επιστολή του συγγραφέα**, υπόδειγμα της οποίας μπορείτε να βρείτε εδώ ([link](#)) και στην οποία αναφέρονται τα ακόλουθα:

- Βεβαίωση ότι η εργασία (ολόκληρη ή τμήμα αυτής) δεν έχει δημοσιευτεί (ή υποβληθεί για δημοσίευση) σε έντυπη ή ηλεκτρονική μορφή σε άλλο περιοδικό ή μέσο στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό.
- Δήλωση ότι το τελικό κείμενο της εργασίας αναγνώστηκε και εγκρίθηκε από όλους τους συγγραφείς.
- Δήλωση ότι δεν υπάρχει καμία σύγκρουση συμφέροντος ή άλλο οικονομικό όφελος σχετικά με την μελέτη
- Γραπτή βεβαίωση άδειας (Αρ. πρωτοκόλλου έγκρισης) διεξαγωγής της μελέτης από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του φορέα στον οποίο διεξήχθη η 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, ξενόγλωσσα 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 αποφαινόμενοι 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, τσεκάρητε 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 εκπό-

νηση 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 στήλων.

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 π.χ. «...το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ενός ελληνικού, γενικού περιφερειακού νοσοκομείου...»
- Αποφύγετε τις συντομογραφίες, οπουδήποτε είναι δυνατόν. Οποιοσδήποτε 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 π.χ. World Health Organization (WHO) και στη συνέχεια χρησιμοποιείται μόνο με το ακρωνύμιο WHO. Αποφύγετε την υπερβολική χρήση πολλαπλών ακρωνυμίων.
- Μην χρησιμοποιείτε κεφαλαίο αρχικό γράμμα σε διάφορες λέξεις, χωρίς λόγο π.χ. 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» γράψουμε «αυτή η έρευνα έγινε με σκοπό...» ή «προτείνονται τα εξής μέτρα».
- Μέσα στο κείμενο δεν χρησιμοποιούνται υπογράμμισεις, 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 κ.λπ. 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 περαιτέρω 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 (π.χ. 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 εξεργασίας 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, σπηρίζονται 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 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 τρεις 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 (τυχαίοι-ποικίμενη, διαστρωματωμένη, ευκολίας, σκόπιμη κτλ). Επίσης, τα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού στη μελέτη (όπου είναι εφικτό) και οι λόγοι που επιλέχθηκαν 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 συντήσεων και να αναφέρονται σε χωριστή τελευταία γραμμή οι αντίστοιχες στατιστικές δοκιμασίες.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΠΟΙΟΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ

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

Τίτλος*

Περίληψη*

Λέξεις-κλειδιά*

Εισαγωγή

Μεθοδολογία (Σχεδιασμός, Δείγμα μελέτης, Συλλογή δεδομένων, Θέματα ηθικής-Δεοντολογίας, Ανάλυση Δεδομένων, Αληθοφάνεια/σταθερότητα/εμπιστευσιμότητα)

Αποτελέσματα

Συζήτηση

Συμπεράσματα

Συμεισφορά

* 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 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 τρεις 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 εξηγηθεί το υπό μελέτη φαινόμενο, στην εισαγωγή θα πρέπει να περιγράφεται το επιστημονικό και θεωρητικό πλαίσιο στο οποίο στηρίζεται η έρευνα και να εξηγηθεί 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 εξηγηθεί 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, εξηγήστε 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 εξηγήστε 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 (μέγιστη απόκλιση 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 προτιμότεο 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 ενότητων χρειάζεται να εξηγηθεί 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 υπάρχουσών αντιλήψεων) ή στη δημιουργία θεωριών ή στην προαγωγή υπάρχουσών 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 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 τρεις 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 (έως 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 hermeneutic 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 (τυχαίοποιημένη, 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 επιλέχθηκαν 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 Kruskal-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 συντημήσεων 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 γλωσσική στάθμιση ερωτηματολογίων και κλιμάκων. Οι οδηγίες του περιοδικού για τις ποσοτικές εμπειρικές έρευνες, πχ τίτλος, ονόματα, έκταση των άρθρων, περιλήψη, 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 κλίμακα] 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 αιτιολογήστε 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

Συζητήστε 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

Παρουσίαση Περίπτωσης

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 αναδειχθηκαν 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 δισταύρωση 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 διπραγματεύεται;
- 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

Αξιολογήστε προσεκτικά τις σημειώσεις σας και προσπαθήστε να συνθέσετε τη βιβλιοκριτική σας με τέτοιο τρόπο ώστε να περιγράψει τη θέση σας για το βιβλίο. Έπειτα, αναφέρετε τα επιχειρήματα που στηρίζουν αυτή τη θέση. Τα επιχειρήματά 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 προιδεάζει 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 π.χ. (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 π.χ. Σύμφωνα με τους Cullingworth and Nadin (2007), ή εντός παρένθεσως 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 π.χ. (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 π.χ. (Smith 2004a), (Smith 2004b).

Σε πολλαπλές αναφορές, η αναγραφή εντός της παρένθεσης γίνεται με βάση τη χρονολογία δημοσίευσης, ξεκινώντας από την παλιότερη π.χ. (Midgley 1994, Smith 1994, UNCHS 1996, Gandelonas 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 ουσιαστικής για το υπό δημοσίευση άρθρο. Στην περίπτωση αυτή, εντός του κειμένου αναγράφεται το επώνυμο του συγγραφέα με το έτος εντός παρένθεσως και στη συνέχεια το επώνυμο του συγγραφέα που χρησιμοποίησε την αρχική πηγή, έτος και σελίδα στο άρθρο του, εντός παρένθεσως 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. Π.χ.

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 neighborhoods: 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 slimmer and healthier? [Online]. (Updated 16 Jan 2005) Available at: <http://www.nhs.uk.hth.walking> [accessed 10 April 2005]

Πρακτικά Συνεδρίων

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

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



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

HRBN 
HELLENIC REGULATORY BODY OF NURSES

VOLUME 10 - ISSUE 4
OCTOBER - NOVEMBER - DECEMBER
2017



Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης
Hellenic journal of Nursing Science

<http://journal-ene.gr/>

ΤΟΜΟΣ 10 - ΤΕΥΧΟΣ 4

ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ
ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ

2017

ENE 
ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
www.ene.gr