Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης
Hellenic Journal of Nursing Science



Τόμος 7, Τεύχος 4, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ - ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ - ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2014
Volume 7, Number 4, OCTOBER - NOVEMBER - DECEMBER 2014

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ - EDITORIAL
Ενιαία Τριτοβάθμια Πανεπιστημιακή Νοσηλευτική Εκπαίδευση
Στέφανος Μαντζούκας

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ - REVIEWS

Προγράμματα μεθαδόνης και ποιότητα ζωής: Μια βιβλιογραφική ανασκόπηση
Methadone programs and quality of life: A literature review
Μαρία Μαντζάνα, Θάλεια Μπελλάλη

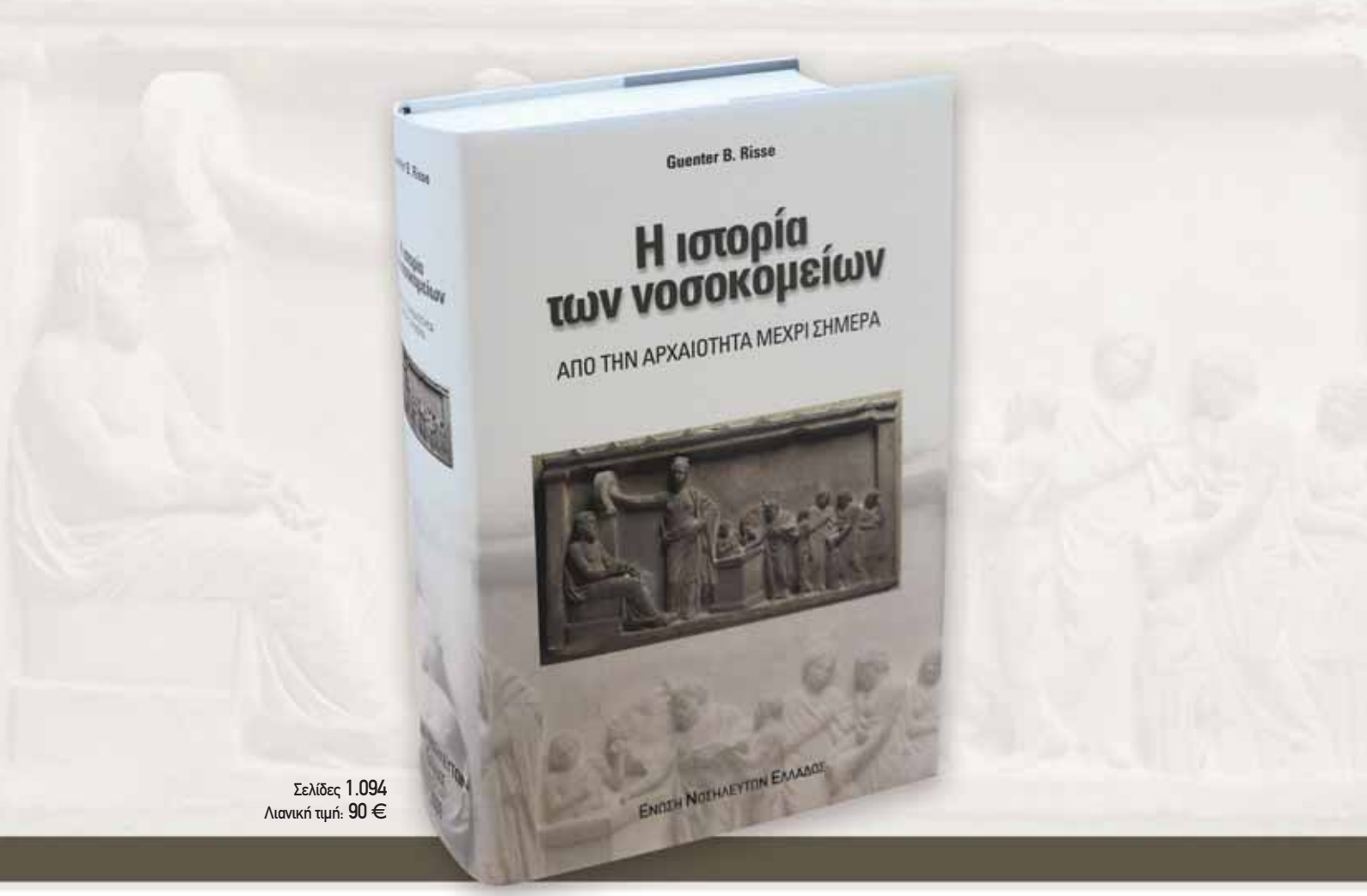
Το παραλήρημα στη μονάδα εντατικής θεραπείας ΠΑΙΔΩΝ
ICU delirium in the pediatric intensive care unit
Μαρία Κάψα

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ - RESEARCH ARTICLES

Παράγοντες που σχετίζονται με τις στάσεις και γνώσεις των γονέων για τον εμβολιασμό των εφήβων, κατά του ιού των ανθρωπίνων κονδυλωμάτων (HPV)
Factors associated with the attitudes of parents to vaccinate adolescents against human papilloma virus (HPV).
Παναγιώτα Βαρελά, Μαρία Σαρίδη

Διερεύνηση της συσχέτισης του κυκλικού ωραρίου και των εφημεριών με τις συνήθειες ύπνου, τις συμπεριφορές υγείας, το άγχος και την ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας
Exploring the correlation between the rotating shift system and on-call times to sleeping habits, health behaviours, stress and satisfaction of health proffessionals
Άννα Παυλίδου, Θάλεια Μπελλάλη

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



Σελίδες 1.094
Λιανική τιμή: 90 €

Guenter B. Risse

Η ιστορία των νοσοκομείων

ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΧΑΙΟΤΗΤΑ ΜΕΧΡΙ ΣΗΜΕΡΑ

Το βιβλίο αυτό, απεικονίζοντας το χρονικό της μεταμόρφωσης των νοσοκομείων από οίκους ελέους σε δομές εγκλεισμού ασθενών, από χώρους αποκατάστασης σε χώρους κλινικής διδασκαλίας και έρευνας και από δωμάτια τοκετών και θανάτων σε ιδρύματα επιστήμης και τεχνολογίας, μας προσφέρει μια ιστορική οπτική στην κατανόηση των νοσοκομείων της εποχής μας. Η ιστορία ξετυλίγεται σε δώδεκα επεισόδια τα οποία απεικονίζουν τα νοσοκομεία σε συγκεκριμένα μέρη και χρονικές περιόδους, καλύπτοντας σημαντικά θέματα και εξελίξεις στην ιστορία της ιατρικής και της θεραπευτικής, από την αρχαία Ελλάδα ως την εποχή του AIDS. Το βιβλίο αυτό προσφέρει μια μοναδική και εκ των έσω ματιά στον κόσμο των νοημάτων και των συναισθημάτων που συσχετίζονται με τη ζωή στα νοσοκομεία και την περίθαλψη των ασθενών, περιλαμβάνοντας αφηγήσεις τόσο των ασθενών, όσο και των θεραπευτών τους. Εάν θεωρήσουμε τα νοσοκομεία οίκους «αποκατάστασης της τάξης», ικανούς να δαμάσουν το χάος που συσχετίζεται με τα δεινά, τις ασθένειες και το θάνατο των ανθρώπων, μπορούμε να καταλάβουμε καλύτερα και τη σημασία των τελετουργικών τους ρουτινών και κανόνων. Από τις απαρχές τους, τα νοσοκομεία αποτέλεσαν μέρη πνευματικής και σωματικής ανάρρωσης. Θα πρέπει να συνεχίσουν να ανταποκρίνονται σε κάθε ανθρώπινη ανάγκη. Ως παραδοσιακοί μάρτυρες της ανθρώπινης συμπόνιας και φιλανθρωπίας, τα νοσοκομεία πρέπει να συνεχίσουν να αποτελούν χώρους ίασης.

ΜΙΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΑΠΟ ΤΗΝ Ε.Ν.Ε.

Η Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος, στοχεύοντας στη συνεχή επιμόρφωση των Νοσηλευτών θα διαθέσει ΔΩΡΕΑΝ το βιβλίο «Η Ιστορία των Νοσοκομείων» σε όλους τους επί πτυχίω φοιτητές της Νοσηλευτικής.

Όλοι οι υπόλοιποι Νοσηλευτές μπορούν να προμηθευτούν το βιβλίο στην ειδική τιμή των 45 €.

Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης

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

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ-ΔΙΑΦΗΜΙΣΕΙΣ: Μ. ΠΙΤΣΙΛΙΔΗΣ Α.Ε.
Αγ. Νικολάου 102, 16674 Γλυφάδα,
Τηλ.: 210-8947 002, Fax: 210 8941 551
e-mail: info@pitsilidis.gr, www.pitsilidis.gr

ISSN 1791-9002

ΕΚΔΟΤΗΣ: **ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΣΚΟΥΤΕΛΗΣ**
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ: **ΑΡΙΣΤΕΙΔΗΣ ΔΑΓΛΑΣ**
ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ ΕΚΔΟΣΗΣ: **ΜΙΧΑΛΗΣ ΠΙΤΣΙΛΙΔΗΣ**
ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗΣ: **ΔΡ. ΘΑΛΕΙΑ ΜΠΕΛΛΑΛΗ,** Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ: **ΛΑΜΠΡΟΣ ΜΠΙΖΑΣ**

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

Μέλη ΔΣ:
Πιστόλας Δημήτριος, Αρβανίτης Γεώργιος, Ποντισίδης Γεώργιος, Κωτσής Απόστολος, Ριζόπουλος Ρίζος, Δημητρέλλης Δημήτριος, Γιάκης Νικόλαος, Σπυράτος Φώτιος

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

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

ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ:
Φωτεινή- Ελένη Καραχάλιου, Παιδίατρος Ενδοκρινολόγος, Διευθύντρια Τμήματος Άθλησης και Ανάπτυξης Ν.Π. Αγλαΐα Κυριακού
Ιωάννης Κυριόπουλος, Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας, Κοσμήτωρ ΕΣΔΥ
Φώτιος Λεπίδας, Νομικός Σύμβουλος της 6ης ΥΠΕ, DEA, Διοικητικό Δίκαιο, Montpellier France
Αλέξιος Παραράς, Δικηγόρος Δημοσιολόγος, Νομικός Σύμβουλος ΕΝΕ

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

ΜΕΛΗ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ
Dr. Theodoros Koutroubas, Professor, UC Louvain, **Dr. Mally Ehrenfeld**, RN, PhD, Head of Nursing dep. Associate Professor Tel-Aviv University, Dep of Nursing, Israel, **Dr. Irena Papadopoulos**, PhD, MA(Ed), BA, DipNEd, DipN, NDNCert, RGN, RM Professor of Transcultural Health and Nursing and Head of Research Centre for Transcultural Studies in Health Middlesex University, London UK, **Dr. Evridiki Papastavrou**, Lecturer Department of Nursing, Cyprus University of Technology, President of the Council of Nursing and Midwifery, **Dr. Betty Chung Pui Man**, RN, RNT, MSc, PhD (Health Sciences Syd), Lecturer, Hong Kong Polytechnic University, **Cecilia Sironi RN,** BSc, MSc Universita degli Studi dell' Insubria-Varese Italy, **Lorendana Sasso,** Professore Associato, Universita degli Studi di Genova, **Rocco Gennaro** Vice Presidente IPASVI.

Περιεχομενα

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ - EDITORIAL
Ενιαία Τριτοβάθμια Πανεπιστημιακή Νοσηλευτική Εκπαίδευση
Στέφανος Μαντζούκας 3

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ - REVIEWS
Προγράμματα μεθαδόνης και ποιότητα ζωής: Μια βιβλιογραφική ανασκόπηση
Methadone programs and quality of life: A literature review
Μαρία Μαντζάνα, Θάλεια Μπελλάλη 6

Το παραλήρημα στη μονάδα εντατικής θεραπείας ΠΑΙΔΩΝ
ICU delirium in the pediatric intensive care unit
Μαρία Κάψα 15

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ - RESEARCH ARTICLES
Παράγοντες που σχετίζονται με τις στάσεις και γνώσεις των γονέων για τον εμβολιασμό των εφήβων, κατά του ιού των ανθρωπίνων κονδυλωμάτων (HPV)
Factors associated with the attitudes of parents to vaccinate adolescents against human papilloma virus (HPV).
Παναγιώτα Βαρελά, Μαρία Σαρίδη 24

Διερεύνηση της συσχέτισης του κυκλικού ωραρίου και των εφημεριών με τις συνήθειες ύπνου, τις συμπεριφορές υγείας, το άγχος και την ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας
Exploring the correlation between the rotating shift system and on-call times to sleeping habits, health behaviours, stress and satisfaction of health proffessionals
Άννα Παυλίδου, Θάλεια Μπελλάλη 33

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ 46

EDITORIAL

Ενιαία Τριτοβάθμια Πανεπιστημιακή Νοσηλευτική Εκπαίδευση

Στέφανος Μαντζούκας

Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Ηπείρου

Η Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος (Ε.Ν.Ε.), σε πρόσφατο έγγραφό της, προσκάλεσε τα νοσηλευτικά τμήματα των Πανεπιστημίων και των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων (Τ.Ε.Ι.) να εκφράσουν τις θέσεις τους αναφορικά με την ενιαία τριτοβάθμια πανεπιστημιακή νοσηλευτική εκπαίδευση, ώστε να μεταφερθούν αυτές οι θέσεις στον Υπουργό Παιδείας. Το αίτημα για τη δημιουργία ενιαίας τριτοβάθμιας πανεπιστημιακής νοσηλευτικής εκπαίδευσης αποτελεί θέμα συζήτησης, προβληματισμού και ανάλυσης αρκετά χρόνια στο νοσηλευτικό χώρο, τόσο στην ακαδημαϊκή βιβλιογραφία, όσο και στα πρακτικά πολλών συνεδρίων. Τα πιο βασικά επιχειρήματα για την ενιαία τριτοβάθμια πανεπιστημιακή εκπαίδευση είναι ο άλογος κατακερματισμός της νοσηλευτικής επιστήμης, η διεθνής τάση και πρακτική, καθώς και ότι είναι απαίτηση της νοσηλευτικής κοινότητας.

Σύμφωνα με το Ν. 4009/2011, αναφορικά με τη διάρθρωση της ανώτατης εκπαίδευσης, μνημονεύεται ότι η ανώτατη εκπαίδευση αποτελείται από δύο παράλληλους τομείς, τον πανεπιστημιακό τομέα και τον τεχνολογικό τομέα και ότι *«τα ιδρύματα των δύο τομέων της ανώτατης εκπαίδευσης λειτουργούν παράλληλα, με διακριτή φυσιογνωμία, σκοπό και αποστολή, που διαφοροποιούνται σύμφωνα με τις διατάξεις που ισχύουν για τα Πανεπιστήμια και τα Τ.Ε.Ι., αντίστοιχα»*. Είναι σαφές ότι σύμφωνα με το Ν. 4009/2011, μολονότι τα Πανεπιστήμια και τα Τ.Ε.Ι. ανήκουν στην ανώτατη εκπαίδευση, ωστόσο διαφοροποιούνται ως προς τη φυσιογνωμία, το σκοπό και την αποστολή τους. Κατά προέκταση το παραγόμενο έργο και το παραγόμενο επιστημονικό νοσηλευτικό δυναμικό των Τ.Ε.Ι., μολονότι είναι ανώτατης εκπαίδευσης, ωστόσο έχει (ή θα έπρεπε να έχει) σύμφωνα με τον παραπάνω νόμο, διαφορετική φυσιογνωμία από αυτό των Πανεπιστημίων. Δηλαδή, η εκπαίδευση στα Τ.Ε.Ι. επιτυγχάνει διαφορετικούς σκοπούς και τελικά έχει διαφορετική επιστημονική αποστολή και ρόλο στην κοινωνία από αυτή των Πανεπιστημίων. Στον παρόντα χρόνο, η νοσηλευτική στην Ελλάδα διδάσκεται αποκλειστικά στην ανώτατη εκπαίδευση, όπως γίνεται σε όλες τις χώρες, ωστόσο διδάσκεται, τόσο σε Πανεπιστήμια (2 Τμήματα), όσο και σε Τ.Ε.Ι. (7 τμήματα). Δηλαδή, τόσο τα Πανεπιστήμια, όσο και τα Τ.Ε.Ι. παράγουν επιστημονικό δυναμικό που φέρουν ακριβώς τον ίδιο επιστημονικό τίτλο και έχουν ακριβώς τα ίδια επαγγελματικά δικαιώματα. Ωστόσο, αυτό αποτελεί αντίφαση στη φιλοσοφία του νομοθέτη του Ν. 4009/2011 και στον ορισμό και διαχωρισμό που κάνει ο Ν. 4009/2011 μεταξύ Πανεπιστημίων και Τ.Ε.Ι., αφού, όπως είναι σαφές, υπάρχει (ή θα έπρεπε να υπάρχει) διάκριση στη φυσιογνωμία, σκοπό και αποστολή μεταξύ Πανεπιστημίων και Τ.Ε.Ι. Αυτό δεν συμβαίνει στην περίπτωση της νοσηλευτικής επιστήμης, αφού τα ιδρύματα και των δύο τομέων παράγουν ακριβώς το ίδιο επιστημονικό δυναμικό. Άρα η διδασκαλία της νοσηλευτικής τόσο σε Πανεπιστήμια, όσο και σε Τ.Ε.Ι. αντιβαίνει στη φιλοσοφία και θέση του Ν. 4009/2011 του υπουργείου παιδείας & θρησκευμάτων περί ανώτατης εκπαίδευσης.

Επιπλέον, η παράλληλη διδασκαλία της νοσηλευτικής σε Πανεπιστήμια και Τ.Ε.Ι. δημιουργεί προβλήματα στην επαγγελματική εξέλιξη των νοσηλευτών και την επιστημονική ταυτότητα της Νοσηλευτικής επιστήμης. Οι Μαντζούκας & Μαντζούκα (2015) αναφέρουν ότι *«μολονότι υπάρχει ένας επιστημονικός νοσηλευτικός τίτλος, υπάρχουν δυο κατηγορίες νοσηλευτών στην ελληνική επαγγελματική πραγματικότητα, οι νοσηλευτές απόφοι-*

τοι των ΤΕΙ που ορίζονται ως νοσηλευτές (ΤΕ) και οι νοσηλευτές απόφοιτοι των πανεπιστημίων που ορίζονται ως Νοσηλευτές (ΠΕ).[...] Αυτό έχει ως συνέπεια οι έλληνες νοσηλευτές που έχουν το ίδιο επίπεδο εκπαίδευσης, τον ίδιο επιστημονικό τίτλο και τα ίδια επαγγελματικά δικαιώματα να μην αμείβονται το ίδιο για την παροχή των επαγγελματικών τους υπηρεσιών και να μην εξελίσσονται στην επαγγελματική ιεραρχία με τον ίδιο τρόπο. Αυτό δεν είναι ωφέλιμο για κανένα νοσηλευτή (είτε ΤΕ, είτε ΠΕ), γιατί στο βάθος πλήττει την επιστημονική επαγγελματική ταυτότητα της νοσηλευτικής». Επομένως, παρόλο που οι απόφοιτοι των νοσηλευτικών τμημάτων των Πανεπιστημίων και των Τ.Ε.Ι. διδάσκονται το ίδιο περιεχόμενο, φέρουν τον ίδιο επιστημονικό τίτλο και έχουν τα ίδια επαγγελματικά δικαιώματα, υπάρχει η αντίφαση να μην διορίζονται στο ίδιο επαγγελματικό κλιμάκιο και να μην ακολουθούν την ίδια πορεία επαγγελματικής εξέλιξης. Αυτό είναι αντιφατικό και δημιουργεί προβλήματα στην επαγγελματική εξέλιξη των νοσηλευτών και την επιστημονική ταυτότητα της νοσηλευτικής επιστήμης.

Τέλος, το αίτημα για ενιαία Τριτοβάθμια πανεπιστημιακή νοσηλευτική εκπαίδευση (και όχι ενιαία τριτοβάθμια νοσηλευτική εκπαίδευση στα Τ.Ε.Ι.) είναι κατάλληλο και αρμόζον για δυο σημαντικούς λόγους (Μαντζούκας & Μαντζούκα 2015):

α) γιατί *«η απονομή διδακτορικών διπλωμάτων από νοσηλευτικά τμήματα με την επίβλεψη κατεξοχήν (και όχι συμπληρωματικά) από καθηγητές νοσηλευτικής είναι σημαντικό για την παραγωγή νέας επιστημονικής νοσηλευτικής γνώσης. Προς το παρόν μόνο τα τμήματα νοσηλευτικής των πανεπιστημίων Αθηνών και Σπάρτης απονέμουν αυτόνομα διδακτορικούς τίτλους, ενώ τα υπόλοιπα επτά τμήματα νοσηλευτικής των ΤΕΙ δεν έχουν ακόμη αυτό το δικαίωμα με συνέπεια τον περιορισμό της παραγόμενης νοσηλευτικής γνώσης».* Το γεγονός ότι τα Τ.Ε.Ι. δεν μπορούν αυτόνομα να απονείμουν διδακτορικούς τίτλους (οι οποίοι Διδακτορικοί τίτλοι απονέμονται, μόνο και όταν οι υποψήφιοι παράγουν νέα γνώση) δεν επιτρέπει, ως προέκταση, την παραγωγή νέας γνώσης από ένα μεγάλο τμήμα της ελληνικής νοσηλευτικής κοινότητας και αποδυναμώνει επιστημονικά την ελληνική νοσηλευτική σε σχέση με τη διεθνή νοσηλευτική,

β) γιατί το *«χαρακτηριστικό [...της] επαγγελματικής επιστημονικής συμπεριφοράς [της Διεθνούς Νοσηλευτικής] είναι ότι [...] έχει διευρύνει και εν μέρει μετασχηματίσει τα όρια του επιστημονικού νοσηλευτικού επαγγέλματος και από αμιγώς υγειονομικό επάγγελμα έχει μετεξελιχθεί σε ανθρωπιστικό και κοινωνικής φροντίδας επάγγελμα με ένα συμπληρωματικό μέρος την κλινική φροντίδα».* Δηλαδή, τα χαρακτηριστικά της διεθνούς νοσηλευτικής δεν είναι εκείνα των τεχνολογικών επαγγελμάτων που απαιτούν την εφαρμογή υψηλής τεχνολογίας. Αντίθετα, τα χαρακτηριστικά της διεθνούς νοσηλευτικής είναι εκείνα των αυτόνομων επαγγελμάτων που απαιτούν υψηλή και ολοκληρωμένη εκπαίδευση, ώστε τα μέλη της να μπορούν να δημιουργούν νέες επιστημονικές θεωρίες, κλινικές ενδείξεις και ερευνητικά δεδομένα και μέσα από αυτή τη διαδικασία να ενδυναμώνονται, ώστε να προάγουν τη νοσηλευτική ως ανθρωπιστικό και κοινωνικής φροντίδας επιστημονικό επάγγελμα.

Στην Ελληνική πραγματικότητα, τόσο στα Πανεπιστήμια, όσο και στα Τ.Ε.Ι. η νοσηλευτική διδάσκεται σε υψηλό επίπεδο και προετοιμάζει τους αποφοίτους της στην εφαρμογή και ανάπτυξη επιστημονικών θεωριών, κλινικών ενδείξεων και ερευνητικών δεδομένων. Ωστόσο, αυτή η πραγματικότητα έρχεται σε αντίφαση (και ως ένα βαθμό περιορίζεται) από νόμο για την ανώτατη εκπαίδευση αναφορικά με τα Τ.Ε.Ι. Σύμφωνα με το Ν. 4009/2011 αναφορικά με τη διάρθρωση της ανώτατης εκπαίδευσης, η αποστολή των ιδρυμάτων του κάθε τομέα της ανώτατης εκπαίδευσης επισημαίνει ότι: *«α) Τα Πανεπιστήμια δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στην υψηλή και ολοκληρωμένη εκπαίδευση, σύμφωνα με τις απαιτήσεις της επιστήμης, της τεχνολογίας και των τεχνών, καθώς και της διεθνούς επιστημονικής πρακτικής σε συνδυασμό με τα αντίστοιχα επαγγελματικά πεδία. β) Τα Τ.Ε.Ι. δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στην εκπαίδευση υψηλής ποιότητας, στις εφαρμογές των επιστημών, της τεχνολογίας και των τεχνών, στα αντίστοιχα επαγγελματικά πεδία. Στο πλαίσιο αυτό συνδυάζουν την ανάπτυξη του κατάλληλου θεωρητικού υποβάθρου σπουδών με υψηλού επιπέδου εργαστηριακή και πρακτική άσκηση».* Δηλαδή, τα Τ.Ε.Ι. από τη δομή και την οργά-

νωση τους, όπως προσδιορίζονται από τον παραπάνω νόμο, δεν ανταποκρίνονται στους στόχους της νοσηλευτικής επιστήμης και λειτουργούν περιοριστικά στις προσπάθειες επίτευξης αυτών. Άρα, είτε θα προσπαθούν τα τμήματα νοσηλευτικής στα Τ.Ε.Ι. να επιτύχουν τους στόχους της νοσηλευτικής μέσα σε ένα πλαίσιο που δεν τους δίνει αυτή τη δυνατότητα, είτε θα πρέπει να τοποθετηθούν όλα τα νοσηλευτικά τμήματα στα Πανεπιστήμια.

Σύμφωνα με τα παραπάνω και την υπάρχουσα νομοθεσία για την ανώτατη εκπαίδευση, η αυτόνομη θεωρητική και ερευνητική κατάρτιση των υποψήφιων νοσηλευτών επιτυγχάνεται καλύτερα στα Πανεπιστήμια.

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ε.Ν.Ε., 2014. *Έγγραφο της ΕΝΕ στα ΑΕΙ και ΤΕΙ Νοσηλευτικής για τη Νοσηλευτική Εκπαίδευση. Ε.Ν.Ε.* (http://enne.gr/8303)

Μαντζούκας Σ. & Μαντζούκα Χ. (2015). Αρχές Επαγγελματικής Επιστημονικής Νοσηλευτικής Φροντίδας. Στο: *Εισαγωγή στη Νοσηλευτική Επιστήμη και τη Φροντίδα Υγείας* (Επιμελούμενο Εγχειρίδιο). Λευκωσία: Broken Hill Publishers Ltd.

Μπακάλης Ν., Κουρκούλη Ε., Μπλέτα Π., Πισσά-Δημητρίου Δ. & Μπατσολάκη Μ. (2012). Οι απόψεις φοιτητών νοσηλευτικής σχετικά με την παρεχόμενη νοσηλευτική εκπαίδευση. *Νοσηλευτική*, 51(1): 55–62.

Ν. 4009/2011. *Δομή, λειτουργία, διασφάλιση της ποιότητας των σπουδών και διεθνοποίηση των ανωτάτων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων.* Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα.

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Προγράμματα μεθαδόνης και ποιότητα ζωής: Μια βιβλιογραφική ανασκόπηση

Μαρία Μαντζάνα[1], Θάλεια Μπελλάλη [2]

1 Ψυχολόγος-Ψυχοθεραπεύτρια
2 Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήμα Νοσηλευτικής, «Αλεξάνδρειο» Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η διαχείριση της ουσιοεξάρτησης αποτελεί μια πρόκληση για το σύστημα υγείας κάθε σύγχρονης κοινωνίας και καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την αποθεραπεία και την κοινωνική επανένταξη των εξαρτημένων ατόμων. Μεταξύ των διαφόρων θεραπευτικών προσεγγίσεων, η θεραπεία της υποκατάστασης οπιοειδών με μεθαδόνη, χρονολογείται διεθνώς από το 1965, αλλά η αποτελεσματικότητά της εγείρει διάφορα ερωτηματικά. Αφενός, οι υπέρμαχοι της υποκατάστασης με μεθαδόνη διατείνονται ότι συμβάλλει τόσο στη μείωση της παράλληλης χρήσης άλλων ουσιών και στο υψηλό ποσοστό παραμονής των ατόμων στη θεραπεία, όσο και στη βελτίωση της υγείας των χρηστών αλλά και στη μείωση των παραβατικών συμπεριφορών τους. Αφετέρου, αρκετοί επαγγελματίες ψυχικής υγείας υποστηρίζουν ότι η μεθαδόνη αποτελεί άλλο ένα «ναρκωτικό», οπότε το άτομο παραμένει διά βίου στην κατάσταση της εξάρτησης, η ποιότητα ζωής του επιδεινώνεται κι έτσι τελικά υποσκάπτεται ο στόχος της πλήρους απεξάρτησής του. Σκοπός του παρόντος άρθρου είναι, μέσα από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, να παρουσιαστεί η συμβολή των προγραμμάτων μεθαδόνης στην ποιότητα ζωής των εξαρτημένων ατόμων. Τα ερευνητικά δεδομένα, όπως αποτυπώνονται στη διεθνή βιβλιογραφία, μπορούν να συμβάλλουν στη χάραξη μιας νέας φιλοσοφίας για τη χρήση της μεθαδόνης με μια διαφορετική στοχοθεσία και με την αναθεώρηση του όρου «χρόνια υποτροπιάζουσα ασθένεια» για τα εξαρτημένα άτομα, η οποία παραβλέπει την προσπάθεια της πλήρους απεξάρτησής τους.

Λέξεις κλειδιά: μεθαδόνη, ουσιοεξάρτηση, ποιότητα ζωής, θεραπεία υποκατάστασης

ΥΠΕΥΘ. ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ: Μαρία Μαντζάνα
Διεύθυνση: Αγίου Όρους 62, Μαρούσι, Τ.Κ. 15123, Τηλέφωνο: 6974-053093, e- mail: maria_mantzana@hotmail.com

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Τα προγράμματα υποκατάστασης μεθαδόνης βασίζονται στο βιοιατρικό μοντέλο προσέγγισης της υγείας και της αρρώστιας**
- **Η ποιότητα ζωής στην απεξάρτηση αποτελεί σημαντική παράμετρο της θεραπείας των εξαρτημένων ατόμων.**
- **Η ποιότητα ζωής των εξαρτημένων ατόμων στα προγράμματα μεθαδόνης υπόκειται σε περιορισμούς, παρά τα οφέλη που τα άτομα αποκομίζουν από τη συγκεκριμένη θεραπεία.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης συνιστά στις μέρες μας ένα σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας με πολλαπλές κοινωνικές προεκτάσεις, αλλά και συννοσηρότητα άλλων καταστάσεων. Σύμφωνα με την ετήσια έκθεση του ΟΗΕ για τα ναρκωτικά, έχει πολλαπλασιαστεί η χρήση συνθετικών ναρκωτικών διεθνώς που κατασκευάζονται κυρίως στην Κίνα και στην Ινδία και διακινούνται μέσω του Διαδικτύου (UNODC 2013). Ειδικότερα στην Ευρώπη, από το 2011 έως σήμερα, ο αριθμός των ανακοινώσεων για την εμφάνιση νέων ουσιών έχει δεκαπλασιαστεί και οι ιστοσελίδες που πωλούν τα σχετικά σκευάσματα έχουν υπερτετραπλασιαστεί.

Στην Ελλάδα, η ετήσια έκθεση του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν.) του 2014, αναφέρει ότι για το έτος 2012 οι χρήστες ουσιών με κύρια ουσία την ηρωίνη ανέρχονται σε 20.429 άτομα ηλικίας 15-64 ετών. Την περίοδο 2011-2012, μεταξύ των χρηστών ενδοφλεβίων ουσιών, παρατηρήθηκε αύξηση των κρουσμάτων της HIV λοίμωξης, ένα σημαντικό ποσοστό (21%-24%) των οποίων ήταν άστεγοι. Ταυτόχρονα, από το 2007 έως το 2011 σημειώθηκε αύξηση στη χρήση κάνναβης στους εφήβους ηλικίας 15-19 ετών (από 9,5% σε 13,4%), καθώς και η χρήση ηρεμιστικών ή υπνωτικών χαπιών (από 5% σε 9,3%). Τα παραπάνω ποσοστά δείχνουν την έκταση που καταλαμβάνει η εξάρτηση τόσο στο εξωτερικό, όσο και στη σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα, ήδη από την εφηβική ηλικία, καθώς και τη συνθετότητα που παρουσιάζει το κλινικό προφίλ των εξαρτημένων ατόμων, βάσει των διαφόρων κοινωνικο-οικονομικών συνθηκών.

Οι Dole και Nyswander (1965), πρωτεργάτες της θεραπείας υποκατάστασης με μεθαδόνη, βασίστηκαν στην υπόθεση ότι υπάρχει στο εξαρτημένο άτομο από τα οπιοειδή ένα μεταβολικό έλλειμμα, ανάλογο με εκείνο της ινσουλίνης στο διαβητικό ασθενή και έτσι, κατά τη δεκαετία του 1970 το θέμα της εξάρτησης ιατρικοποιήθηκε. Με βάση λοιπόν το βιοιατρικό μοντέλο διαχείρισης των νόσων, αναπτύχθηκε η αντίληψη της γραμμικής αιτιότητας, δηλαδή ότι η ουσία αποτελεί την αιτία και ότι η ασθένεια, δηλαδή η εξάρτηση, είναι αποτέλεσμα της δράσης της στον οργανισμό. Σύμφωνα με αυτή την άποψη, η εξάρτηση θεωρήθηκε ως «χρόνια υποτροπιάζουσα ασθένεια», χωρίς να λαμβάνει υπόψη της την ιδιαιτερότητα του ανθρώπινου ψυχισμού ή την προϋπάρχουσα ψυχοπαθολογία του ατόμου. Στην ουσία, αντιλαμβάνεται την εξάρτηση αποκομμένη από τους κοινωνικο-πολιτιστικούς παράγοντες που επιδρούν στην εμφάνισή της. Για το λόγο αυτό, στόχος της απεξάρτησης, σύμφωνα με αυτή τη θεώρηση, είναι η διακοπή της χρήσης και η τροποποίηση της εξαρτητικής συμπεριφοράς των «ασθενών» ή αλλιώς η μείωση της βλάβης (harm reduction). Ακριβώς στην κατεύθυνση αυτή είναι βασισμένα τα προγράμματα υποκατάστασης, τα οποία συνδέουν την απεξάρτηση και την επιτυχή ολοκλήρωση του προγράμματος με δύο βασικές προϋποθέσεις: την αποχή από τη χρήση ουσιών και έπειτα, τη διακοπή χορήγησης του υποκατάστατου (Verster & Buning 2000).

Τα τελευταία χρόνια, η ποιότητα ζωής (quality of life) και η ευημερία (well-being) μεμονωμένων ατόμων, αλλά και συγκεκριμένων ομάδων του πληθυσμού, βρίσκονται συνεχώς στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος της παγκόσμιας επιστημονικής κοινότητας. Ωστόσο, στην ελληνική πραγματικότητα και στο πλαίσιο της απεξάρτησης, η ποιότητα ζωής συχνά αποτελεί μια έννοια παρεξηγημένη, αφού οι εξαρτημένοι στα θεραπευτικά προγράμματα «οφείλουν» να αρκούνται στην επιβίωσή τους και να μη θέτουν μακροπρόθεσμους στόχους που μπορεί να ξεπερνούν ακόμη και το προσδόκιμο της επιβίωσής τους.

Ιδιαίτερα στην περίπτωση των προγραμμάτων υποκατάστασης με μεθαδόνη που υποστηρίζουν ότι η εξάρτηση αποτελεί χρόνια και μάλιστα υποτροπιάζουσα ασθένεια, γίνεται αντιληπτό πόσο το εξαρτημένο άτομο συχνά παραμένει ουσιαστικά εγκλωβισμένο στην αναζήτηση της ουσίας (μεθαδόνη) με κυριολεκτική σημασία και σπάνια μεταβαίνει στην αναζήτηση της «ουσίας», δηλαδή του βαθύτερου νοήματος που αποκτά η ζωή κατά τη διάρκεια της απεξάρτησης. Στην προσπάθεια προσέγγισης αυτής της νοηματοδότησης εμπλέκεται και ο όρος της υποκειμενικής «ποιότητας ζωής» του.

Σκοπός του παρόντος άρθρου είναι, μέσα από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, να παρουσιαστεί η συμβολή των προγραμμάτων μεθαδόνης στην ποιότητα ζωής των εξαρτημένων ατόμων. Τα ερευνητικά δεδομένα, όπως αποτυπώνονται στη διεθνή βιβλιογραφία, μπορούν να βοηθήσουν τους επαγγελματίες υγείας να αναθεωρήσουν τον όρο της χρόνιας υποτροπιάζουσας ασθένειας για τα εξαρτημένα άτομα και να θέσουν διαφορετικούς στόχους στην κλινική τους προσέγγιση.

1.ΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΜΕΘΑΔΟΝΗΣ

1.1 Η φιλοσοφία των προγραμμάτων

Η μεθαδόνη είναι ένα σύνθετο οπιοειδές αναλγητικό που αναπτύχθηκε στη Γερμανία στα τέλη της δεκαετίας

του 1930 και απέβλεπε στην αντιμετώπιση ενδεχόμενης έλλειψης σε ακατέργαστο όπιο κατά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο. Το 1947 μετά την εισαγωγή της μεθαδόνης στις Η.Π.Α., πραγματοποιήθηκαν διάφορες μελέτες στο Πανεπιστήμιο Rockefeller της Νέας Υόρκης από τον καθηγητή Vincent Dole σε συνεργασία με την ψυχίατρο Marie Nyswander και ανακαλύφθηκε η δυνατότητα χρήσης της στη θεραπεία εξαρτημένων ατόμων από την ηρωίνη (Dole & Nyswander 1965). Η μεθαδόνη, δρα ως «αγωνιστής» των οπιοειδών και χρησιμοποιείται τόσο για την αντιμετώπιση του στερητικού συνδρόμου, όσο και για τη σταδιακή απεξάρτηση ή τη συντήρηση των εξαρτημένων από τα οπιοειδή. Τα πλεονεκτήματά της είναι τα εξής: η δυνατότητα στοματικής λήψης και η άμεση απορρόφησή της από τον οργανισμό, η παρατεταμένη δράση της και η σχετικά περιορισμένη ανάπτυξη ανοχής. Μία δόση μεθαδόνης είναι αποτελεσματική τουλάχιστον για 24 ώρες και μπορεί να μειώνει την επιθυμία χρήσης οπιοειδών. Η μεθαδόνη έχει αναλγητική και ηρεμιστική δράση (Γρίβας 1995).

Τα προγράμματα μεθαδόνης, με τη σημερινή τους μορφή, αναπτύσσονται τα τελευταία 50 χρόνια στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ. Το πρώτο πειραματικό ευρωπαϊκό πρόγραμμα χρήσης μεθαδόνης λειτούργησε στην Ουψάλα της Σουηδίας το 1965 (Γαζγαλίδης 2003). Η χορήγηση της μεθαδόνης στις χώρες της Ευρώπης διεξάγεται με τρεις τρόπους: α) μέσω συνταγογράφησης από γενικούς γιατρούς (π.χ. Αυστρία, Ιρλανδία), β) μέσω εξειδικευμένων κέντρων και δομών (π.χ. Σουηδία, Ελλάδα) και γ) με ένα συνδυασμό των δύο προηγούμενων τρόπων (π.χ. Ηνωμένο Βασίλειο, Βέλγιο) (Γαζγαλίδης 2003).

Στην Ελλάδα, τα πρώτα προγράμματα μεθαδόνης λειτούργησαν πιλοτικά το 1996 με νόμο που εισήγαγε τη δυνατότητα χορήγησης υποκατάστατων από τον Οργανισμό Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ). Στην πιλοτική φάση προσέφεραν 300 θέσεις θεραπείας. Με τη λήξη της πιλοτικής φάσης, υπήρξε αξιολόγηση των προγραμμάτων από ανεξάρτητη επιτροπή εμπειρογνωμόνων. Τα αποτελέσματα κρίθηκαν θετικά και αποφασίστηκε η περαιτέρω ανάπτυξη των εν λόγω προγραμμάτων, τα οποία αρχικά είχαν προβληθεί ότι στόχευαν στην ουσιαστική απεξάρτηση.

Κεντρική φιλοσοφία των προγραμμάτων του ΟΚΑΝΑ αποτέλεσε ουσιαστικά η έννοια της μείωσης της βλάβης προσπαθώντας να αναδείξει το θέμα της ουσιοεξάρτησης ως εξαιρετικά σημαντικό για τη δημόσια υγεία. Πρωταρχικός στόχος υπήρξε η προσέλκυση και η συγκράτηση των ασθενών στα προγράμματα μεθαδόνης. Ταυτόχρονα στόχευαν και στοχεύουν έως σήμερα στη μείωση της χρήσης παράνομων ουσιών, στην απεμπλοκή των ασθενών από τα κυκλώματα διακίνησής τους, στην απομάκρυνση των ασθενών από τη δευτερογενή εγκληματικότητα και στη βελτίωση της συνολικότερης υγείας τους (Γαζγαλίδης 2005).

Όπως ορίζεται στο άρθρο 48 της Υπουργικής Απόφασης αριθμ.Υ5γ/Γ.Π.οικ.100847-ΦΕΚ 1343/ Β/14.10.2002 και ΦΕΚ Α 191-2007 Κεφάλαιο Ι και στο Πλαίσιο Λειτουργίας των Θεραπευτικών Δομών του ΟΚΑΝΑ (2012a), οι στόχοι των προγραμμάτων υποκατάστασης είναι οι εξής:

α) σε σχέση με την ελαχιστοποίηση των κινδύνων από τη χρήση:

- η συγκράτηση του ασθενούς στο πρόγραμμα με θέσπιση κινήτρων,
- η μείωση της παράλληλης χρήσης,
- η μείωση της παραβατικότητας,
- ο περιορισμός του ενδεχόμενου προσβολής από μολυσματικές ασθένειες και η μετάδοσή τους σε τρίτους,
- η σταθεροποίηση σε έναν κανονικό τρόπο ζωής που συνοδεύεται από βελτίωση των οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων, καθώς και από ενδιαφέρον για εκπαίδευση/ κατάρτιση, με σκοπό την επαγγελματική αποκατάσταση

β) σε σχέση με την απεξάρτηση

- η αποχή από τη χρήση οπιοειδών,
- η αποχή από τη χρήση άλλων ναρκωτικών,
- η αποχή από την κατάχρηση αλκοόλ,
- η μείωση της παραβατικότητας και η διασφάλιση της υγείας,
- η εξεύρεση εργασίας/ παραγωγικής απασχόλησης, η βελτίωση του επιπέδου σπουδών και η επαγγελματική αποκατάσταση».

Καθίσταται λοιπόν σαφές από τα προαναφερθέντα, ότι η στοχοθεσία του προγράμματος είναι πολύπλευρη και καλύπτει τις ανάγκες των ασθενών με βάση το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο προσέγγισης της υγείας και ασθένειας. Ωστόσο, στην κλινική πρακτική, αρκετοί από αυτούς τους στόχους παραμένουν ανεκπλήρωτοι εξαιτίας είτε του μειωμένου κινήτρου των ίδιων των ασθενών, είτε της έλλειψης διασύνδεσης με άλλους δημόσιους φορείς ή με εξειδικευμένα κέντρα ψυχικής υγείας, είτε λόγω της αντίληψης κάποιων εργαζόμενων ότι η εξάρτηση είναι χρόνια υποτροπιάζουσα νόσος και συνεπώς το εξαρτημένο άτομο έχει ανάγκη μόνο την «ουσία».

1.2 Η διαδικασία λειτουργίας των προγραμμάτων μεθαδόνης στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα, το 2011 ο ΟΚΑΝΑ με Υπουργική απόφαση (ΔΥΓ6/ΓΠ. 123148 (1)- ΦΕΚ 2773/Β/2.12.2011) ξεκίνησε την ίδρυση, μεταφορά και λειτουργία θεραπευτικών μονάδων του σε παραχωρούμενους χώρους νοσοκομείων. Συνολικά μέχρι σήμερα έχουν δημιουργηθεί 54 μονάδες ολοκληρωμένης θεραπείας (δηλαδή, εξειδικευμένες δομές) ως προς τη χρησιμοποιούμενη ουσία υποκατάστασης, μεθαδόνη ή βουπρενορφίνη, που περιλαμβάνουν έναν κορμό θεραπευτικών υπηρεσιών βασισμένο στο βιοιατρικό μοντέλο προσέγγισης της υγείας και της ασθένειας. Σε αυτές συμμετέχουν συνολικά 7.338 εξαρτημένα άτομα (ΟΚΑΝΑ 2012b). Η συγκεκριμένη υπουργική απόφαση, σε πανελλήνια κλίμακα, δίνει στα άτομα αυτά τη δυνατότητα να παρακολουθούν ένα θεραπευτικό πρόγραμμα κοντά στον τόπο διαμονής τους.

Τα εξαρτημένα άτομα μπορούν να παρακολουθούν το πρόγραμμα καθημερινά, σε εξωτερική βάση, με ωράριο που να καλύπτει τις ανάγκες τους. Το υποκατάστατο, η μεθαδόνη, χορηγείται από το στόμα, είναι υδατοδιαλυτή και για τη μεταφορά της μπαίνει σε ειδικό φιαλίδιο. Κάθε άτομο προσέρχεται για να χορηγηθεί από τον αρμόδιο νοσηλευτή την ημερήσια δοσολογία μεθαδόνης που έχει οριστεί από τον ψυχίατρο και να πάρει μαζί του και τις αντίστοιχες δοσολογίες (take-home) μέχρι την επόμενη φορά που θα επιστρέψει στο πρόγραμμα. Αυτό σημαίνει ότι δεν είναι υποχρεωτικό να προσέρχονται καθημερινά για χορήγηση, γεγονός που τους επιτρέπει να εργαστούν ή να ολοκληρώσουν κάποια εκπαίδευση, ή να εκπληρώσουν κάποιο απαιτούμενο γονεϊκό ρόλο (π.χ. ανύπαντρες μητέρες με παιδί). Εάν τους ζητηθεί, υποχρεούνται να προβούν σε ουροληψία ενδεικτική της οποιαδήποτε χρήσης ουσιών έχουν κάνει κατά το προηγούμενο διάστημα.

Το πρόγραμμα μεθαδόνης υποστηρίζεται από μια διεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών υγείας, π.χ. ψυχίατρο (συνήθως είναι ο υπεύθυνος της εκάστοτε μονάδας), παθολόγο, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό και νοσηλευτή. Εάν το άτομο έχει την ανάγκη ιατρικής παρακολούθησης ή τη διενέργεια μικροβιολογικών εξετάσεων, τότε παραπέμπεται στον εκάστοτε παθολόγο κι εκείνος μπορεί να συνεργαστεί περαιτέρω με κάποια πιο εξειδικευμένη ιατρική μονάδα. Η παρουσία του παθολόγου στη μονάδα είναι καθοριστικής σημασίας, διότι τα εξαρτημένα άτομα τις περισσότερες φορές δεν προσέρχονται οικειοθελώς και εγκαίρως σε υπηρεσίες υγείας για να εξεταστούν.

Παράλληλα, το εξαρτημένο άτομο μπορεί να παρακολουθεί ατομικές συνεδρίες με τον ψυχίατρο της μονάδας για συνοδές διαταραχές, σχετιζόμενες με τις ουσίες ή για τη συνταγογράφηση αντίστοιχων φαρμάκων (περιπτώσεις διπλής διάγνωσης). Επίσης, μπορεί να έχει ατομικές συνεδρίες με τον προσωπικό ψυχοθεραπευτή του. Υπάρχει ακόμη, η δυνατότητα συνεδριών ζεύγους ή οικογενειακών συνεδριών, εφόσον αυτό κρίνεται απαραίτητο από το επιστημονικό προσωπικό της μονάδας.

2. ΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΤΗΝ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ

Ο Lehman (1983) υποστήριξε ότι η ποιότητα ζωής, αν και επιδέχεται πολλαπλούς ορισμούς, περιλαμβάνει τρεις θεμελιώδεις διαστάσεις: α) τι είναι ικανό το άτομο να κάνει, β) την πρόσβαση σε πόρους και ευκαιρίες ώστε να μπορέσει να τις αξιοποιήσει για την επίτευξη των ενδιαφερόντων του και γ) το αίσθημα ψυχικής ευεξίας που το άτομο βιώνει.

Αργότερα, αναπτύχθηκε και η έννοια της «εσωτερικής ποιότητας ζωής» από τον Naess (1987), σύμφωνα με την οποία η ποιότητα ζωής θεωρείται καλή, όταν το άτομο: α) είναι δραστήριο και ασχολείται με εξωτερικές δραστηριότητες που δίνουν σημασία στη ζωή του, β) έχει καλές διαπροσωπικές σχέσεις που του εξασφαλίζουν την αίσθηση του ανήκειν, γ) νιώθει αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση, γνωρίζει τις δεξιότητές του και ικανοποιείται από τις επιτυχίες του δ) είναι χαρούμενο, βρίσκει τη ζωή όμορφη και αισθάνεται ασφαλές.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, έχει δώσει μεγαλύτερη έμφαση στην υποκειμενική διάσταση της ποιότητας ζωής και την ορίζει ως την «υποκειμενική αντίληψη που έχουν οι άνθρωποι για τη θέση τους στη ζωή, μέσα στα πλαίσια των πολιτισμικών χαρακτηριστικών και του συστήματος αξιών της κοινωνίας στην οποία ζουν και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους» (WHOQOL 1995).

Οι έρευνες που έχουν γίνει διαχρονικά για την ποιότητα ζωής (quality of life) και την ευημερία (well-being) αναδεικνύουν μια σειρά από παραμέτρους που τις προσδιορίζουν. Σε μια έρευνα των Andrews & Whitney (1974), εντοπίστηκαν δώδεκα παράγοντες, αντικειμενικοί και υποκειμενικοί, που παίζουν κύριο ρόλο στην «αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής»: α) αυτοεκτίμηση, β) οικογενειακή ζωή, γ) οικονομικό επίπεδο, δ) απόλαυση ζωής, ε) στέγη, στ) οικογενειακές δραστηριότητες, ζ) διάθεση χρόνου, η) δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου, θ) κυβέρνηση, ι) πρόσβαση σε υπηρεσίες και αγορά, ια) υγεία, ιβ) εργασία και απασχόληση.

Πιο εξειδικευμένα, στον τομέα της κλινικής Ιατρικής έχει αναπτυχθεί ο όρος «η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής» (ΣΥΠΖ) (health-related quality of life) που αναφέρεται στον «τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς αντιλαμβάνονται και αντιδρούν στην κατάσταση της υγείας τους και στις άλλες, μη ιατρικές, πλευρές της ζωής τους» σύμφωνα με τους Gill & Feinstein (1994). Λαμβάνοντας υπόψη τον παραπάνω ορισμό, η κλινική Ιατρική έδωσε αρχικά έμφαση στους αρνητικούς δείκτες ποιότητας ζωής (π.χ. θνησιμότητα, νοσηρότητα, βαθμός αναπηρίας, αριθμός ημερών νοσηλείας) και αργότερα στους θετικούς δείκτες (π.χ. επιβίωση, αναμενόμενα χρόνια ζωής) με στόχο την εκτίμηση της γενικής κατάστασης υγείας (health status) και της λειτουργικότητας.

Με μια συνολικότερη οπτική, θα πρέπει να επισημανθεί ότι η ποιότητα ζωής αποτελεί ένα πολυδιάστατο κοινωνικό φαινόμενο, του οποίου, «η λειτουργία διέπεται, τόσο από τις αρχές της καθολικότητας αλλά και της εξατομίκευσης, όσο και από τις αρχές της πραγματικότητας αλλά και της ικανοποίησης των ιδιαίτερων-προσωπικών αναγκών του κάθε ατόμου ξεχωριστά». Οι προσδιοριστικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία και την ποιότητα ζωής των ατόμων κατηγοριοποιούνται ως εξής (Σαρρής 2001):

- κοινωνικο-οικονομική δομή και λειτουργία της κοινωνίας
- οικονομικο-πολιτικοί παράγοντες
- κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες
- ψυχο-κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες

- περιβαλλοντολογικοί παράγοντες
- γεωφυσικοί παράγοντες
- δημογραφικοί παράγοντες
- υγειονομικοί και ιατρικοί παράγοντες

Εξαιτίας της πολυπαραγοντικότητας του φαινομένου, η μελέτη για την ποιότητα ζωής αποτελεί συνάρτηση της υποκειμενικής διάστασης και της αντικειμενικής διάστασης, δηλαδή εξαρτάται τόσο από την εμπειρία ενός ατόμου για τη ζωή του, όσο και από την εκτίμηση εξωτερικών παραγόντων που επηρεάζουν τη ζωή του. Για αυτό και στις σχετικές μελέτες, χρησιμοποιείται ένας συνδυασμός εργαλείων για την εκτίμηση των δύο διαστάσεων, της αντικειμενικής και της υποκειμενικής. Όμως, επειδή ακριβώς η ποιότητα ζωής είναι και πολυσήμαντη και πολυεπίπεδη έννοια, προκύπτουν διάφορες δυσκολίες στη διεξαγωγή ερευνών, όπως η προσωπικότητα και οι προτεραιότητες του ασθενούς, οι αλλαγές στην αυτο-αντίληψη της ποιότητας ζωής και η αλληλεπίδραση των παραγόντων που επηρεάζουν την ίδια την ποιότητα ζωής (Νάκου 2001).

3.ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗ

Έως το 2000, οι έρευνες για την ποιότητα ζωής αφορούσαν κυρίως σε χρόνιες ασθένειες, όπως ο καρκίνος και τα καρδιαγγειακά νοσήματα (Sanders et al 1998). Στον τομέα των εξαρτήσεων και των θεραπευτικών προγραμμάτων απεξάρτησης υπήρχαν πολύ περιορισμένα ερευνητικά δεδομένα. Αυτό μπορεί πιθανόν να ερμηνευθεί από το γεγονός ότι οι χρήστες ουσιών δε θεωρούνταν ως αξιόπιστες πηγές πληροφόρησης (Montagne 2002, Drumm et al 2003, Kolind 2007). Παράλληλα, οι έρευνες που διεξάγονταν σχετικά με την εξάρτηση, ξεκινούσαν από μια μονομερή εστίαση στις νόρμες και τις αξίες της κοινωνίας, χωρίς να αφουγκράζονται τις προσωπικές εμπειρίες των χρηστών ουσιών (Fischer et al 2001, Stajduhar et al 2009). Κατά συνέπεια, περισσότερη προσοχή έχει δοθεί σε κοινωνικά επιθυμητά αποτελέσματα, όπως είναι η διακοπή της χρήσης ουσιών, η αναζήτηση εργασίας και η απουσία παραβατικότητας (Ward et al 1999, Mattick et al 2003, Fischer et al 2005) καθώς και σε αποτελέσματα σχετικά με την υγεία, όπως είναι η πρόληψη μολυσματικών ασθενειών (Farrell et al 2005, Verrando et al 2005).

Το 1996, οι Ryan & White διεξήγαγαν μια από τις πιο σημαντικές μελέτες για την ποιότητα ζωής των χρηστών ηρωίνης χρησιμοποιώντας την κλίμακα της γενικής επισκόπησης υγείας SF-36, σε δείγμα 100 χρηστών ηρωίνης που βρίσκονταν σε πρόγραμμα μεθαδόνης στην Αυστραλία. Στην έρευνα αυτή, βρέθηκε ότι η ποιότητα ζωής αυτών των εξαρτημένων ατόμων, ήταν σημαντικά χειρότερη από αυτή του γενικού πληθυσμού και περισσότερο συγκρίσιμη με αυτή των ατόμων με ψυχιατρικές διαταραχές. Επίσης, το 1997, οι Torrens et al, σε μια διαχρονική μελέτη με δείγμα 135 ασθενών χρησιμοποιώντας την κλίμακα Nottingham Health Profile, διαπίστωσαν μια σημαντική βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων που ακολουθούσαν θεραπεία συντήρησης με μεθαδόνη, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια του πρώτου μήνα της θεραπείας τους.

Επίσης, όπως μπορεί να διαπιστώσει κανείς, έως το 2000 οι έρευνες σε δείγμα εξαρτημένων ατόμων ήταν περιορισμένες, περιελάμβαναν μικρό δείγμα (με διακύμανση από 50 έως 219 άτομα) και χρησιμοποιούσαν διαφορετικά επιστημονικά εργαλεία αξιολόγησης της ποιότητας ζωής, γεγονός που δεν επέτρεπε την εξαγωγή και γενίκευση αξιόπιστων συμπερασμάτων Έκτοτε, το ενδιαφέρον για την ποιότητα ζωής στον τομέα της εξάρτησης έχει αυξηθεί σημαντικά, κυρίως αναφορικά με τους χρήστες οπιοειδών. Αυτό συνάδει με τη διαπίστωση ότι η κατάχρηση ουσιών είναι μια χρόνια, υποτροπιάζουσα διαταραχή, η οποία μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες σε διάφορους τομείς της ζωής (McLellan et al 2000, Rudolf &Watts 2002, Vanderplasschen et al 2004). Η υποτροπή στην απεξάρτηση θεωρείται περισσότερο κανόνας, παρά εξαίρεση, ιδιαίτερα μεταξύ των εξαρτημένων από οπιοειδή (Van den Brink et al 2003, Van den Brink & Haasen 2006, De Maeyer et al 2010).

Σε μια πρόσφατη βιβλιογραφική ανασκόπηση (De Maeyer 2010), παρουσιάστηκαν 38 έρευνες (16 διαχρονικές και 23 συγχρονικές) που δημοσιεύτηκαν σε επιστημονικά περιοδικά από το 1993 έως το 2008 και οι οποίες είχαν χρησιμοποιήσει 15 διαφορετικά εργαλεία που μετρούσαν την ποιότητα ζωής των εξαρτημένων ατόμων. Δεδομένης της ετερογένειας αυτών των ερευνών (διαφορετικό μέγεθος δείγματος, χρήση διαφορετικών εργαλείων, διαφορετική προσέγγιση της ποιότητας ζωής), δεν ήταν δυνατόν να πραγματοποιηθεί μια μετα-ανάλυση των αποτελεσμάτων της ποιότητας ζωής.

4.ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΜΕΘΑΔΟΝΗΣ

Οι έρευνες που μελετούν την ποιότητα ζωής των εξαρτημένων ατόμων στα προγράμματα μεθαδόνης διεθνώς είναι περιορισμένες, παρά τη μακροχρόνια λειτουργίας τους στον τομέα της απεξάρτησης. Οι έρευνες αυτές δείχνουν να συμφωνούν πως τα εξαρτημένα άτομα αντιλαμβάνονται την υγεία τους ως χειρότερη από αυτή του γενικού πληθυσμού ή από αυτή άλλων χρόνιων ασθενών, αλλά όμοια με αυτή των σοβαρά ψυχιατρικών ασθενών (Ryan et al 1996, Stein et al 1998, Millson et al 2004). Πιο συγκεκριμένα, έχει βρεθεί ότι περίπου το 50% των νέων ασθενών που εισάγονται σε προγράμματα μεθαδόνης σε προγράμματα μεθαδόνης εμφανίζουν κάποια διαταραχή της διάθεσης ή διαταραχή προσωπικότητας (Brooner et al 1997, McGovern et al 2006). Επίσης, τα τελευταία χρόνια κάποιες έρευνες υποστηρίζουν ότι δε θα πρέπει να γίνεται διαχωρισμός μεταξύ των προβλημάτων ψυχικής υγείας (π.χ. άγχος, κατάθλιψη, έλεγχος παρορμήσεων) και της ψυχοπαθολογίας της εξάρτησης και κατά συνέπεια δεν αποδέχονται τον όρο «συννοσηρότητα» (εξάρτηση και ψυχική νόσος) (Maremmani et al 2006, 2010 Pani et al 2010).

Σε γενικές γραμμές, οι χρήστες οπιοειδών συχνά αναφέρουν χαμηλή ποιότητα ζωής στη φάση εισαγωγής τους στο πρόγραμμα χρήσης μεθαδόνης, η οποία βελτιώνεται σημαντικά κατά τη διάρκεια των πρώτων μηνών της θεραπείας σχεδόν σε όλους τους τομείς της ζωής τους (Reno &Aiken 1993, Torrens et al 1997). Έτσι, σε κάποιες έρευνες διαφαίνεται ότι η θεραπεία με μεθαδόνη λειτουργεί πιο αποτελεσματικά στην αποχή από την παράνομη χρήση ουσιών και επιμηκύνει χρονικά τη συγκράτηση στη θεραπεία (Amato et al 2005, Bao et al 2009, Mattick et al 2009). Σε άλλες μελέτες ωστόσο, επειδή ο στόχος των προγραμμάτων μεθαδόνης είναι η παραμονή-συγκράτηση στη θεραπεία και η μείωση της βλάβης, τα εξαρτημένα άτομα δεν αποβάλλονται από το πρόγραμμα ακόμη κι εάν συνεχίζουν τη χρήση οπιοειδών ή άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών, γεγονός όμως που επιδεινώνει την ποιότητα ζωής τους (Hartgers et al 1992, Finch et al 1995, Van Ameijden et al 1999).

Κατά τη διάρκεια της μακροχρόνιας παραμονής των χρηστών στο πρόγραμμα, παρατηρείται σταθεροποίηση της ποιότητας ζωής τους (Torrens et al 1997, Lawrinson et al 2008) ή παλινδρόμηση, αλλά όχι στο αρχικό στάδιο εισαγωγής τους στο πρόγραμμα (Habrat et al 2002, Giacomuzzi et al 2005). Μπορεί να υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ των αρχικών προσδοκιών για τη ζωή και την ποιότητα ζωής μετά από ένα χρόνο παραμονής στο πρόγραμμα (Dazord et al 1998), αφού τα εξαρτημένα άτομα αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην εκπλήρωση των υψηλών προσδοκιών τους κι αυτό επιδρά αρνητικά στην ποιότητα ζωής τους (Habrat et al 2002).

Τέλος, οι χρήστες αναφέρουν χαμηλή ποιότητα ζωής σε διάφορους τομείς, όπως για παράδειγμα στην οικονομική κατάσταση και στις οικογενειακές τους σχέσεις (De Maeyer et al 2011b) και αναδεικνύουν ως ιδιαίτερο παράγοντα την ψυχική δυσφορία (psychological distress). Η συννοσηρότητα, η λήψη ψυχιατρικών φαρμάκων και η αδυναμία-ανικανότητα να αλλάξουν τις συνθήκες διαβίωσής τους συσχετίζονται με τη χαμηλή ποιότητα ζωής, ενώ η ύπαρξη κοινωνικών σχέσεων και το δομημένο καθημερινό πρόγραμμα έχουν θετική επίδραση (De Maeyer 2011b). Σε μια άλλη έρευνα εντοπίστηκαν πέντε διαφορετικοί παράγοντες να συμβάλλουν στην καλή ποιότητα ζωής των ατόμων που βρίσκονται σε πρόγραμμα χρήσης μεθαδόνης: α) οι κοινωνικές σχέσεις, β) η διατήρηση μιας απασχόλησης, γ) η καλή αίσθηση εαυτού, δ) η ανεξαρτησία και ε) μια ζωή με νόημα (De Maeyer 2011a). Αντίθετα, ο στιγματισμός, οι διακρίσεις, η εξάρτηση από τη μεθαδόνη και η ακινητοποιητική επίδρασή της στα συναισθήματα, αναφέρονται ως οι πιο συχνές αρνητικές συνέπειες παραμονής στο πρόγραμμα (De Maeyer 2011a).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Στα θεραπευτικά προγράμματα μεθαδόνης, η εξάρτηση συχνά θεωρείται ως χρόνια υποτροπιάζουσα ασθένεια και κατά συνέπεια το άτομο λογίζεται ως χρόνιος ασθενής που ποτέ δε θα απεξαρτηθεί. Για το λόγο αυτό δεν υπάρχει πρόβλεψη για το χρονικό διάστημα παραμονής στη θεραπεία, αλλά θεωρείται «δικαίωμα» του ασθενή διά βίου. Επίσης, ενώ τα προγράμματα μεθαδόνης παρέχουν στοιχειωδώς υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, εντούτοις η φιλοσοφία τους παραμένει εγκλωβισμένη στο βιοιατρικό μοντέλο.

Παρόλο που η μεθαδόνη, ως φαρμακευτική ουσία, βελτιώνει τη σωματική υγεία των εξαρτημένων ατόμων και κατ' επέκταση την ποιότητα ζωής τους κατά την είσοδό τους στο θεραπευτικό πρόγραμμα, καθώς αυξάνεται ο χρόνος παραμονής τους στο πρόγραμμα, η σωματική και ψυχική τους υγεία επιδεινώνονται. Αυτό συμβαίνει καθώς άλλοι παράγοντες στη ζωή τους παραμένουν αμετάβλητοι, όπως είναι η οικονομική και εργασιακή τους κατάσταση, το χαμηλό εκπαιδευτικό τους επίπεδο, η απουσία υποστηρικτικού δικτύου.

Συγκριτικά, ανάμεσα στη σωματική και στην ψυχική υγεία, η ψυχική υγεία των ασθενών στο πρόγραμμα μεθαδόνης επιδεινώνεται περισσότερο και προσομοιάζει με αυτή των ψυχικά ασθενών. Αυτό απαιτεί μεγαλύτερη διερεύνηση αναφορικά με τη συνθετότητα των ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών που πρέπει να παρέχονται στα εξαρτημένα άτομα. Επειδή τα θεραπευτικά προγράμματα μεθαδόνης οφείλουν να είναι ανθρωποκεντρικά και να συμβάλλουν στην ποιότητα ζωής, δεν αρκεί να καλύπτουν μόνο κάποιους γενικούς ιατρικούς στόχους, όπως είναι η μακροβιότητα των ασθενών και η μείωση της νοσηρότητας από HIV και ηπατίτιδα C. Θα πρέπει να ανταποκρίνονται στις πολλαπλές και σύνθετες ανάγκες των ασθενών, όπως είναι η εξεύρεση εργασίας, η δημιουργία κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου, η δεύτερη ευκαιρία στην εκπαίδευση και στην επιμόρφωση, κ.α.

Η χάραξη της νέας φιλοσοφίας των προγραμμάτων μεθαδόνης απαιτεί πλέον διαφορετική στοχοθεσία και συγκεκριμένα θα πρέπει να περιλαμβάνει: α) την παραμονή στη θεραπεία για επαρκές χρονικό διάστημα, απαραίτητο για την αποτελεσματικότητά της, β) τη διασύνδεση του θεραπευτικού προγράμματος με φορείς απασχόλησης, εκπαίδευσης και πολιτισμού, γ) τη συνεχή αξιολόγηση του ατομικού πλάνου θεραπείας για το κάθε εξαρτημένο άτομο ξεχωριστά, δ) την ταυτόχρονη και ολοκληρωμένη θεραπεία στις περιπτώσεις συννοσηρότητας (εξάρτηση και ψυχιατρική διαταραχή) και ε) την αναθεώρηση του όρου «χρόνια υποτροπιάζουσα ασθένεια» που παραβλέπει την προσπάθεια πλήρους απεξάρτησης πολλών εξαρτημένων ατόμων στα προγράμματα μεθαδόνης.

Τέλος, απαιτείται η διεξαγωγή αντιπροσωπευτικών ερευνών (ποσοτικής και ποιοτικής μεθοδολογικής προσέγγισης) στον τομέα των θεραπευτικών προγραμμάτων μεθαδόνης στην Ελλάδα, τα οποία επιπλέον δεν έχουν έως σήμερα αξιολογηθεί για την αποτελεσματικότητά τους, σε αντίθεση με τα προγράμματα μεθαδόνης του εξωτερικού, των οποίων η αποτελεσματικότητα έχει καταγραφεί. Πολύ πρόσφατα, από το 2012 και μετά, ξεκί-

νησε μια απόπειρα καταγραφής κάποιων στατιστικών δεδομένων για τη λειτουργία των θεραπευτικών προγραμμάτων μεθαδόνης, προσπάθεια που επιβάλλεται να εντατικοποιηθεί για να επιτευχθεί η αξιολόγησή τους και ενδεχομένως και η αναθεώρησή τους.

Κεντρικό σημείο, ωστόσο, παραμένει η αλλαγή της φιλοσοφίας των επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι θα πρέπει να μην θεωρούν την εξάρτηση ως χρόνια υποτροπιάζουσα ασθένεια, όπως υπαγορεύει το βιοιατρικό μοντέλο, αλλά ως μια αέναη προσπάθεια που καταβάλλει το εξαρτημένο άτομο να επαναπροσδιορίσει τη ζωή του, χωρίς να βιώνει την οδύνη που του προκαλεί η χρήση ουσιών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ahmad B., Mufti K.A. & Farooq S. (2005). Psychiatric comorbidity in substance abuse (opioids), *Substance Use Misuse*. 40:13-14.

Andrews FM & Whitney SB. (1976). Social indicators of well-being: The development of the measurement of perceptual indicators. New York: Plenum Press.

Bao Y., Liu Z., Epstein D.H., Du C., Shi J & Lu L. (2009). A Meta-Analysis of Retention in Methadone Maintenance by Dose and Dosing Strategy. *American Journal of Drug Alcohol Abuse* 35: 28–33.

Brooner, R.K., King, V.L., Kidorf, M., Schmidt, C.W & Bigelow G.E. (1997). Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers, *Archives of General Psychiatry*, 54: 71-80.

Dazord, A., Mino, A., Page, D., & Broers, B. (1998). Patients on methadone maintenance treatment in Geneva. *European Psychiatry*, 13: 235-241.

De Maeyer, J., Vanderplasschen, W. & Broekaert, E. (2010). Quality of life among opiate-dependent individuals: A review of the literature. *International Journal of Drug Policy* xxx, 1-17.

De Maeyer, J., Vandreplasschen, W., Camfield, L., Vanheule, S., Sabbe, B., & Broekaert E. (2011a). A good quality of life under the influence of methadone: A qualitative study among opiate-dependent individuals. *International Journal of Nursing Studies*, 48: 1244-1257.

De Maeyer, J., Vanderplasschen, W., Lammertyn, J., Nieuwenhuizen, C., Sabbe, B & Broekaert, E. (2011b). Current quality of life and its determinants among opiate-dependent individuals five years after starting methadone treatment. *Quality Life Research*, 20:139-150.

Dole, V.P & Nyswander, M.E. (1965). A Medical Treatment for Diacetylmorphine (Heroin) *JAMA, 193:646-650.*

Drumm, R., McBride, D., Metsch, L., Page, J., Dickerson, K & Jones, B. (2003). The rock always comes first: drug users' accounts about using formal health care. *Journal of Psychoactive Drugs* 35: 461-469.

Farrell, M., Gowing, L., Marsden, J., Ling, W & Ali, R. (2005). Effectiveness of drug dependence treatment in HIV prevention. *International Journal of Drug Policy*, 16(Suppl.1): 67-75.

Finch, E., Groves, I., Feinmann, C. & Farmer, R. (1995). A low threshold methadone stabilization programme description and first stage evaluation. *Addiction Research*, 3: 63-71.

Fischer, B., Rehm, J., & Kim, G. (2001). Whose quality of life is it, really? *British Medical Journal*, 322: 1357-1360.

Fischer, B., Rehm, J., Kim, G., &Kirst, M. (2005). Eyes wide shut?-A conceptual and empirical critique of methadone maintenance treatment. *European Addiction Research*, 11: 1-9.

Giacomuzzi, S.M., Riemer, Y., Ertl, M., Kemmler, G., Rossler, H., Hinterhuber, H & Kurz, M. (2005). Gender differences in health-related quality of life on admission to a maintenance treatment program. *European Addiction Research*, 11: 69-75.

Gill, TM & Feinstein AR. (1994). A critical appraisal of the quality-of-life measurements. *JAMA*, 272: 619-625.

Habrat, B., Chmielewska, K., Baran-Furga, H., Keszycka, B & Taracha, E. (2002). Subjective quality of life in opiate dependent patients before admission, after six months and one-year participation in methadone program. *Przeglad Lekarski*, 59(4-5): 351-354.

Hartgers, C., van den Hoek, A., Krijnen, P.& Coutinho RA. (1992). HIV prevalence and risk behavior among injecting drug users who participate in "Low-Threshold" methadone programs in Amsterdam. *American Journal of Public Health*, 82: 547-551.

Kolind, T. (2007). Form or content: The application of user perspectives in treatment research. *Drugs-Education Prevention and Policy*, 14: 261-275.

Lawrinson P., Ali R., Buavirat A., Chiamwongpaet S., Dvoryak, S., Habrat, B.,Jie, S., Mardiati, R., Mokri, A., Moskalewicz, J., Newcombe, D., Poznyak, V., Subata, E., Uchtenhagen, A., Utami, D., Vial, R & Zhao, C.(2008). Key findings from the WHO collaborative study on substitution therapy for opioid dependence and HIV/AIDS. *Addiction*, 103:1484-92.

Lehman, AF. (1983). The well-being of chronic mental patients: assessing their quality of life. *Archives of General Psychiatry*, 40: 369-373.

Maremmani, I., Perugi, G., Pacini, M. & Akiskal, H.S. (2006). Toward a unitary perspective on the bipolar spectrum and substance abuse: opiate addiction as a paradigm, *Journal of Affective Disorder*, 93:1-12.

Maremmani, I., Pani, P.P., Pacini, M., Bizzarri, J.V., Trogu, E., Maremmani, A., Gerra, G., Perugi, G & Dell'Osso, L. (2010). Subtyping patients with heroin addiction at treatment entry: factors derived from the SCL-90, *Annals of General Psychiatry*, 9: 15.

Mattick, R.P., Ali, R., White, J.M., O' Brien, S., Wolk, S., & Danz, C. (2003). Buprenorphine versus methadone maintenance therapy: A randomized double-blind trial with 405 opioid-dependent patients. Addiction, 98: 441-452.

Mattick. R. P., Breen, C., Kimber, J.& Davoli, M. (2009). Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. Cochrane Database of systematic Reviews 3 (CD002209).

McLellan, A. T., Lewis, D.C., O'Brien, C. P., & Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness. Implications for treatment, insurance and outcomes evaluation. *Journal of the American Medical Association*, 284: 1689-1695.

McGovern, M. P., Xie, H., Segal, S.R., Siembab, L., Drake, RE. (2006). Addiction treatment services and co-occuring disorders: prevalence estimates, treatment practices and barriers, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31: 267-275.

Millson P, Challacombe L, Villeneuve PJ, Fischer B, Strike CJ, Myers T, Shore R, Hopkins S, Raftis S & Pearson M. (2004). Self-perceived health among Canadian opiate users: a comparison

to the general population and to other chronic disease populations. *Canadian Journal of Public Health*, 95: 99-103.

Montagne, M. (2002). Appreciating the user's perspective: listening to the "methadonians". *Substance Use & Misuse* 37: 565-570.

Naess S. (1987). Quality of life research: concepts, methods, and applications. Institute of Applied Social Research. Oslo.

Pani, P.P., Maremmani, I., Trogu, E., Gessa, G.L., Ruiz, P & Akiskal, HS. (2010). Delineating the psychic structure of substance abuse and addictions: should anxiety, mood and impulse-control dysregulation be included? *Journal of Affective Disorder*, 122: 185-197.

Reno, R.R., & Aiken, L.S. (1993). Life activities and life quality of heroin addicts in and out of methadone treatment. The International Journal of the Addictions, 28: 211-232.

Rudolf, H., & Watts, J. (2002). Quality of life in substance abuse and dependency. *International Review of Psychiatry*, 14: 190-197.

Ryan CF & White JM (1996). Health Status at entry to methadone maintenance treatment using the SF 36 health survey questionnaire. *Addiction*, 91: 39-45.

Sanders, C., Egger, M., Donovan, J., Tallon, D & Frankel, S. (1998). Reporting on quality of life in randomized controlled trials: Bibliographic study. *British Medical Journal*, 317: 1191-1194.

Stajduhar, K. I., Funk, L., Shaw, A.L., Bottorff, J.L. & Johnson, J. (2009). Resilience from the perspective of the illicit injection drug user: An exploratory descriptive study. *International Journal and Drug Policy*, 20: 309-316.

Stein MD, Mulvey KP, Plough A. & Samet JH. (1998). The Functioning and well being of persons who seek treatment for drug and alcohol use. *Journal of Substance Abuse*, 10:75-84.

Torrens, M., San, L., Martinez, A., Castillo, C., Domingo-Salvany, A & Alonso, J. (1997). Use of the Nottingham health profile for measuring health status of patients in methadone maintenance treatment. *Addiction*, 92: 707-716.

UNODC (2013). World Drug Report.United Nations Office on Drugs and Crime. New York.

Van Ameijden EJ., Langendam MW & Coutinho RA. (1999). Dose-effect relationship between overdose mortality and prescribed methadone dosage in low threshold maintenance programs. *Addictive Behaviours*, 24: 559-563.

Van den Brink W., Goppel M., & van Ree J. M. (2003). Management of opioid dependence. *Current Opinion in Psychiatry*, 16: 297-304.

Van den Brink W., & Haasen C. (2006). Evidenced-based treatment of opioid dependent patients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51: 635-646.

Vanderplasschen W., Rapp R.C., Wolf J., & Broekaert E. (2004). The development and implementation of case management for substance use disorders in North America and Europe. *Psychiatric Services*, 55: 913-922.

Verrando R., Robaeys G., Mathei C., & Buntinx, F. (2005). Methadone and buprenorphine maintenance therapies for patients with hepatitis C virus infected after intravenous drug use. *Acta Gastro-Enterologica Belgica*, 68: 81-85.

Verster, A & Buning, E. (2000). Methadone Guidelines. EuroMethwork. Amsterdam.

Ward J., Hall W., & Mattick R.P. (1999). Role of maintenance treatment in opioid dependence. *The Lancet*, 353 (9148): 221-226.

Wittchen. H.U., Apelt S.M., Soyka M., Gastpar M., Backmund, M., Golz, J., Kraus, MR., Tretter, F., Schafer, M., Siegert, J., Scherbaum, N., Rehm, J & Buhringer, G.(2008). Feasibility and outcome of substitution treatment of heroin-dependent patients in specialized substitution centers and primary care facilities in Germany: a naturalistic study in 2694 patients. *Drug Alcohol Dependence*, 95: 245-257.

WHOQOL (1995). Position paper from the Health Organization. *Social Science Medicine*, 41: 1403-1409.

Γαζγαλίδης, Κ. (2003). Ηρωίνη, Υποκατάστατα και Ανταγωνιστές. Θεσσαλονίκη: Εκδοτική Θεσσαλονίκης.

Γαζγαλίδης, Κ. (2005). «Ναρκωτικά»: εγχειρίδιο για τη μείωση της βλάβης. Αθήνα: Εκδ. Εξάντας.

Γρίβας, Κ. (1995). Οπιούχα: Μορφίνη, Ηρωίνη, Μεθαδόνη. Αθήνα: Εκδ.Λιβάνη.

Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν. (2014). Η Κατάσταση του Προβλήματος των Ναρκωτικών και των Οινοπνευματωδών στην Ελλάδα: Ετήσια Έκθεση 2013. Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά. Αθήνα.

Νάκου, Σ. (2001). «Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας: Εφαρμογές στην Παιδιατρική». *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18: 254-266.

ΟΚΑΝΑ (2012a). Πλαίσιο Λειτουργίας των Θεραπευτικών Δομών του ΟΚΑΝΑ. Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών. Αθήνα.

ΟΚΑΝΑ (2012b). Απολογισμός Έργου Διετίας 2010-2012. Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών. Αθήνα.

Σαρρής, Μ. (2001). Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα Ζωής. Αθήνα: Εκδ. Παπαζήση.

RESEARCH ARTICLE

Methadone programs and quality of life: A literature review

Maria Mantzana[1] , Thalia Bellali[2]

1. Psychologist-Psychotherapist
2. Associate Professor, Nursing Department, "Alexandreio" Technological Educational Institute of Thessaloniki, Greece

ABSTRACT

Addiction management remains a challenge for the health care system of any modern society and it largely determines the recovery and the rehabilitation of drug addicts. Among the various therapeutic approaches, opioid substitution treatment using methadone has been offered internationally since 1965, though its effectiveness raises several questions. Proponents of the use of methadone argue that it helps reducing the parallel use of other substances, maintains high retention on treatment rates, improves the users' health and reduces their delinquent behavior. Contrastingly, many mental health professionals state that methadone is just another "drug", meaning that the person remains in a lifelong state of dependency with his/her quality of life deteriorating. Thus the goal of full detoxification is undermined. The purpose of this paper is to present the contribution of methadone treatment programs in the quality of life of drug-dependent people, through international literature review. Research data, as reflected in the literature, might help develop a new philosophy on the use of methadone, with a different target-setting and an eventual revision of the term "chronic relapsing disease" for the addicted people, which overlooks their efforts to achieve a complete rehabilitation.

Key-words: methadone, drug addiction, quality of life, substitution treatment

Corresponding Author Maria Mantzana
62, Agiou Orous Str., 15123, Maroussi, Tel +306974053093, e-mail: maria_mantzana@hotmail.com

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Το παραλήρημα στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ΠΑΙΔΩΝ

Μαρία Κάψα

Νοσηλεύτρια, Msc, Phd (c), ΓΝΘ Ιπποκράτειο

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το παραλήρημα στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) είναι μια νευροψυχιατρική διαταραχή που χαρακτηρίζεται κυρίως από διαταραχή της συνείδησης. Αφορά σε μια σοβαρή κλινική κατάσταση που σχετίζεται με αυξημένο χρόνο φροντίδας και κόστος νοσηλείας στη ΜΕΘ, παρατεταμένη διάρκεια μηχανικού αερισμού, κακή έκβαση σε γνωστικό και λειτουργικό επίπεδο και υψηλή θνητότητα μετά την έξοδο από το νοσοκομείο. Πολλές φορές η εμφάνιση του παραληρήματος στα παιδιά που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ υποεκτιμάται ή παραμένει αδιάγνωστη. Οι δυσκολίες στην εκτίμηση του παραληρήματος σε μεγάλο βαθμό οφείλονται στις ιδιαιτερότητές της, στην ηλικία και το αναπτυξιακό στάδιο του παιδιού, αλλά και στα διαγνωστικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται. Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι να περιγραφούν τα χαρακτηριστικά, οι ιδιαιτερότητες και οι δυσκολίες προσέγγισης του συνδρόμου στον παιδιατρικό πληθυσμό ώστε να επισημανθεί η ανάγκη για περαιτέρω έρευνα, τόσο των παραμέτρων που αφορούν στην πρόγνωση και διάγνωσή του, όσο και της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών προσεγγίσεων στα παιδιά. Ο νοσηλευτής καλείται να παίξει καίριο ρόλο, τόσο στη διάγνωση, όσο και στην αντιμετώπιση του συνδρόμου.

Λέξεις κλειδιά: παιδί, εντατική φροντίδα, παραλήρημα, μονάδα εντατικής θεραπείας, ψύχωση

Υπεύθυνη αλληλογραφίας: Κάψα Μαρία, mariakapsa@yahoo.com, τηλ. +306937756843

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Το παραλήρημα στη ΜΕΘ είναι μια νευροψυχιατρική διαταραχή με ποικίλες κλινικές εκδηλώσεις.**
- **Υπάρχουν διαφορές στα κριτήρια διάγνωσης και τη συμπτωματολογία μεταξύ ενηλίκων και παιδιών**
- **Στην εκδήλωση του συνδρόμου συντελούν παράγοντες βιολογικοί, φαρμακευτικοί και περιβαλλοντικοί.**
- **Υπάρχουν σοβαρές επιπτώσεις στους παιδιατρικούς ασθενείς, τόσο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας στη ΜΕΘ, όσο και μετά την έξοδο από αυτή.**
- **Είναι απαραίτητη η δημιουργία και εφαρμογή έγκυρων και κατάλληλων διαγνωστικών εργαλείων για τα βαρέως πάσχοντα παιδιά.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), έχει παρατηρηθεί η εμφάνιση μια σειράς ψυχιατρικών διαταραχών στους ασθενείς, παράλληλα με το κύριο αίτιο της νοσηλείας τους. Αυτές οι διαταραχές είναι κυρίως το παραλήρημα (ντελίριο), οι αγχώδεις διαταραχές (από την απλή ανησυχία έως και τη διαταραχή πανικού), η διαταραχή προσαρμογής με καταθλιπτική διάθεση και η οξεία, παροδική ψυχωτική διαταραχή με ιδέες δίωξης. Αξίζει μάλιστα να σημειωθεί ότι οι εκδηλώσεις των ψυχιατρικών διαταραχών δεν εμφανίζονται μόνο κατά τη διάρκεια της παραμονής στη ΜΕΘ, αλλά και μετά από τη μεταφορά από τη ΜΕΘ σε άλλο τμήμα του νοσοκομείου ή ακόμη και αρκετούς μήνες μετά από την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο (Ampelas et al. 2002).

Το παραλήρημα κατά τη διάρκεια ή μετά από νοσηλεία στη ΜΕΘ, αναφέρεται στη βιβλιογραφία και ως σύνδρομο της ΜΕΘ ή ψύχωση της ΜΕΘ, παραλήρημα μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση, μετεγχειρητική ψύχωση, οξεία σύγχυση και διαταραχή ψυχολογικής ανταπόκρισης (Παπαθανάσογλου 2003). Άλλωστε, κάνοντας μια σύντομη ιστορική αναδρομή διαπιστώνεται ότι στα γραπτά των αρχαίων Ελλήνων και Ρωμαίων περιγράφονται καταστάσεις εμπύρετων και τοξικών ασθενειών που είχαν σαν συνέπεια αλλαγές στην αντίληψη, τη συνείδηση και τη συμπεριφορά (Rabinowitz 2002). Χρησιμοποιούσαν τους όρους «φρενίτιδα» για την κατάσταση εγρήγορσης και «λήθαργος» για την κατάσταση αδράνειας και υπνηλίας. Στη βιβλιογραφία αναφέρονται τουλάχιστον 52 ονομασίες ή φράσεις που χρησιμοποιούνται για να περιγράψουν το ντελίριο, γεγονός που δυσκολεύει την αναγνώρισή του (Cason-Mcneeley 2004).

Παρόλο που η σχετική βιβλιογραφία είναι πλούσια για τον ενήλικα πληθυσμό, για τα παιδιά είναι ελάχιστη. Το παραλήρημα γενικά παραμελείται στους νεότερους πληθυσμούς. Η απουσία ειδικού διαγνωστικού εργαλείου για τα παιδιά και τους εφήβους και το έλλειμμα γνώσης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού είναι σημαντικοί παράγοντες που συνετέλεσαν σε αυτό (Turkel & Tavare 2003, Janssen et al 2011, Smith et al 2011). Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι να περιγραφούν τα χαρακτηριστικά, οι ιδιαιτερότητες και οι δυσκολίες προσέγγισης του συνδρόμου στον παιδιατρικό πληθυσμό, ώστε να επισημανθεί η ανάγκη για περαιτέρω έρευνα, τόσο των παραμέτρων που αφορούν στην πρόγνωση και διάγνωσή του, όσο και της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών προσεγγίσεων στα παιδιά.

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΤΥΠΟΙ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΝΗΛΙΚΕΣ

Το παραλήρημα στη ΜΕΘ είναι μια νευροψυχιατρική διαταραχή που προκύπτει δευτεροπαθώς από μια γενικότερη κατάσταση της υγείας του ατόμου ως επιπλοκή της υποκείμενης νόσου ή της θεραπείας της (Schiveld et al 2007, Janssen et al 2011). Το σύνδρομο χαρακτηρίζεται από διαταραχή της συνείδησης και του γνωστικού επιπέδου, ελάττωση της ικανότητας για συγκέντρωση, αποπροσανατολισμό, απώλεια μνήμης και ευμετάβλητα συναισθήματα (Hartwick 2003, Muhl 2006). Τα συμπτώματα άρχονται συνήθως με αντιληπτικές διαταραχές που μπορεί να εξελιχθούν σε πλήρεις και έντονες παραισθήσεις και ο ασθενής μπορεί να εμφανίσει έως και παράνοια ή επιθετικότητα (Παπαθανάσογλου 2003). Έχει παρατηρηθεί μάλιστα, ότι τα σημεία και συμπτώματα του συνδρόμου μπορεί να διαρκέσουν για μια μικρή ή μεγαλύτερη περίοδο ακόμη και μετά από την έξοδο από τη ΜΕΘ (Granberg et al 1996) και οι ασθενείς μπορεί να εμφανίσουν αμνησία, συνεχείς παραισθήσεις ή αναδρομές στο παρελθόν (flashbacks), ανησυχία, κατάθλιψη και εφιάλτες (Pattison 2005).

Οι Granberg et al (1998), διερευνώντας την εμπειρία της οξείας σύγχυσης, του αποπροσανατολισμού, του αισθήματος αδυναμίας, των ονείρων και εφιαλτών κατά τη διάρκεια και μετά από την παραμονή ασθενών στη ΜΕΘ, μελέτησαν 19 μηχανικά αεριζόμενους ασθενείς που είχαν παραμείνει στη ΜΕΘ τουλάχιστον 36 ώρες. Οι ασθενείς περιέγραψαν το βίωμά τους ως κάποιου είδους κατάσταση χάους μετά από την αρχή της ασθένειας, του τραυματισμού ή του ατυχήματός τους συνοδευόμενη από ακραία συναισθήματα αστάθειας, ευαλωτότητας και φόβου, μέσα στο πλαίσιο μιας παρατεταμένης εσωτερικής έντασης. Σε διεύρυνση της ίδιας μελέτης, φάνηκε ότι στις περισσότερες περιπτώσεις οι εμπειρίες αυτές των ασθενών συνδεόταν με έντονο φόβο. Ο έντονος ή συνεχής αφόρητος φόβος φαίνεται να επάγει την πλασματική εμπειρία και την περαιτέρω αύξη-

ση του επιπέδου φόβου (Granberg et al 1999).

Ειδικότερα, στην αναθεωρημένη τέταρτη έκδοση του διαγνωστικού και στατιστικού εργαλείου αξιολόγησης ψυχικών διαταραχών (DSM-IV-TR), το παραλήρημα προσδιορίζεται από τέσσερα διαγνωστικά κριτήρια: (1) οξεία έναρξη των συμπτωμάτων ή και κυμαινόμενη πορεία που χαρακτηρίζεται από (2) διαταραχή της συνείδησης με μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης, εναλλαγής ή διατήρησης της προσοχής και (3) αλλαγή του γνωστικού επιπέδου με έκπτωση της μνήμης, αποπροσανατολισμό, διαταραχή της γλώσσας, διαταραχές της αντίληψης και ψευδαισθήσεις (4) που προκύπτουν ως άμεση φυσιολογική συνέπεια μιας γενικότερης κατάστασης της υγείας του ατόμου (Schieveld et al 2007). Όσον αφορά στα παιδιά, το DSM-IV δεν αναφέρει ειδικά διαγνωστικά κριτήρια, παρά μόνο γίνεται μικρή αναφορά στο παραλήρημα που μπορεί να εμφανίσουν στο κεφάλαιο «παραλήρημα, άνοια, αμνησιακές και άλλες γνωσιακές διαταραχές» (Schieveld et al 2009, Creten et al 2011).

Σε παλαιότερη έρευνά τους οι Turkel & Tavare (2003) επεσήμαναν ότι στα παιδιά και ιδιαίτερα στα βρέφη, μπορεί να παρατηρούνται ιδιαίτερα αναπτυξιολογικά σημεία και συμπτώματα που δεν διακρίνονται από τα υπάρχοντα εργαλεία μέτρησης. Ωστόσο, δεν βρήκαν διαφορά μεταξύ των κλινικών εκδηλώσεων του παραληρήματος σε παιδιά και εφήβους και στους ενήλικες. Η μειωμένη εγρήγορση, ο αποπροσανατολισμός, το άγχος και οι παραισθήσεις ήταν στα ίδια επίπεδα. Οι Creten et al (2011) από την άλλη πλευρά, αναφέρουν ότι οι κλινικές εκδηλώσεις του παραληρήματος στα παιδιά και τους ενήλικες θα μπορούσαν να διαφέρουν εξαιτίας του νεαρού της ηλικίας και τις αναπτυξιακές μεταβολές στα παιδιά. Πιο συγκεκριμένα, το παραλήρημα στα παιδιά έχει πιο διακριτή πορεία συμπτωμάτων που χαρακτηρίζεται από οξέα έναρξη, μικρότερη διακύμανση των συμπτωμάτων με βάση τον κιρκαδιανό ρυθμό και λιγότερες διαταραχές στον κύκλο ύπνου-αφύπνισης, συγκριτικά με τους ενήλικες.

Τόσο στα παιδιά, όσο και στους ενήλικες διακρίνονται τρεις τύποι εκδήλωσης του παραληρήματος: το υπερενεργητικού τύπου παραλήρημα, το υποενεργητικού τύπου και ο συνδυασμός των δυο παραπάνω (Silver et al 2010, Creten et al 2011, Janssen et al 2011, Smith et al 2011).

Ο υπερενεργητικός τύπος παραληρήματος χαρακτηρίζεται από συναισθηματική αστάθεια και διέγερση (Janssen et al 2011). Οι ασθενείς αυτοί, μπορεί να εμφανίσουν οπτικές ψευδαισθήσεις και η συμπεριφορά τους μπορεί να διαταραχθεί, να γίνει παράξενη και εντελώς διαφορετική από τον πρότερο χαρακτήρα τους (Roberts 2001). Οι ασθενείς που εμφανίζουν τον υπερενεργητικό τύπο παραληρήματος, είναι πολύ πιθανό να προσπαθήσουν να απομακρύνουν τον τραχειοσωλήνα, τις φλεβικές και αρτηριακές γραμμές και άλλες συσκευές που μπορεί να χρησιμοποιούνται στη ΜΕΘ για την παρακολούθηση και διατήρησή τους στη ζωή. Εξαιτίας της έντονης ψυχοκινητικής δραστηριότητας, ο τύπος αυτός παραληρήματος, αναγνωρίζεται εγκαίρως, αν και εμφανίζεται λιγότερο συχνά από τον υποενεργητικό τύπο (Ely et al 2001, Smith et al 2011).

Ο υποενεργητικός τύπος παραληρήματος χαρακτηρίζεται από απάθεια, μειωμένη ανταπόκριση, απόσυρση και λήθαργο (Janssen et al 2011, Smith et al 2011). Αυτοί οι ασθενείς συνήθως περνούν απαρατήρητοι γιατί δεν δυσκολεύουν με κάποιο τρόπο το κλινικό έργο (Laitinen 1996). Επιπλέον, οι ληθαργικοί ασθενείς είναι πιο επιρρεπείς σε κατακλίσεις και εκδήλωση ενδονοσοκομειακής πνευμονίας και φυσικά πιο δύσκολο να διαγνωστεί η κατάστασή τους εξαρχής με αποτέλεσμα να έχουν χειρότερη πρόγνωση (Ely et al 2001, Smith et al 2011).

Τέλος, είναι και εκείνοι οι ασθενείς που εμφανίζουν ένα συνδυασμό υπό- και υπέρ- ενεργητικότητας. Και στις τρεις περιπτώσεις, τα συμπτώματα των ασθενών κυμαίνονται συνήθως μεταξύ «φωτεινών» και διαταραγμένων περιόδων κατά τη διάρκεια της ημέρας (Rundshagen et al 2002, Janssen et al 2011).

Το παραλήρημα στους ενήλικες συχνά υποδιαγιγνώσκεται γιατί ανήκει στον υποενεργητικό τύπο και υπάρχουν στοιχεία ότι το ίδιο συμβαίνει και στον παιδιατρικό πληθυσμό (Janssen et al 2011). Την κλινική εικόνα του ασθενή «θολώνει» και το γεγονός ότι τα συμπτώματα του παραληρήματος επιδεινώνονται το βράδυ. Έτσι, ενώ το νοσηλευτικό προσωπικό παρατηρεί επιδείνωση των συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια της νύχτας, οι γιατροί την ημέρα έχουν μια διαφορετική εικόνα για τον ασθενή. Για το λόγο αυτό είναι απαραίτητη η ακριβής περιγραφή, τεκμηριωμένη με αντικειμενικά και υποκειμενικά στοιχεία (Cason-Mcneeley 2004).

Οι ενήλικες με υπερενεργητικού τύπου παραλήρημα είναι σε κίνδυνο να εμφανίσουν μακροχρόνια γνωστική έκπτωση και διαταραχή μετατραυματικού στρες. Στα παιδιά παρατηρούνται παραληρηματικές αναμνήσεις της νοσηλείας στη ΜΕΘ που μπορεί να αποτελέσουν τη βάση για μελλοντική εκδήλωση διαταραχής μετατραυματικού στρες (Silver, 2010). Σε μεγάλο ποσοστό μάλιστα, ενδέχεται να εμφανίζουν τη διαταραχή αυτή, εξαιτίας παραληρηματικών εμπειριών που δεν διαγνώστηκαν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους στη ΜΕΘ (Creten et al 2011).

Στους ενήλικες, το παραλήρημα σχετίζεται με κακή πρόγνωση, αυξημένο χρόνο νοσηλείας και υψηλό δείκτη θνησιμότητας. Η εμφάνιση του συνδρόμου στους ασθενείς της ΜΕΘ έχει σχετιστεί ισχυρά με αυξημένη θνησιμότητα, μεγαλύτερη παραμονή στο νοσοκομείο, μεγαλύτερο χρόνο καταστολής και μηχανικού αερισμού του ασθενή, μειωμένο επίπεδο λειτουργικότητας στους ηλικιωμένους, το οποίο οδηγεί συχνά στην τοποθέτηση σε έναν οίκο ευγηρίας ή άλλο ίδρυμα και αυξημένο στρες μετά από την εισαγωγή σε νοσοκομείο (Tess 1991, Justic 2000, McGuire et al 2000, McCusker et al 2002, Ely et al 2004, Roberts 2004, Muhl 2006).

Οι μελέτες στον παιδιατρικό πληθυσμό συνηγορούν ότι πρόκειται για μια σοβαρότατη κατάσταση και στα παιδιά.

Έτσι, η εμφάνιση παραληρήματος στα παιδιά σχετίζεται επίσης με αυξημένο χρόνο και κόστος νοσηλείας στη μονάδα, παρατεταμένη διάρκεια μηχανικού αερισμού, κακή έκβαση σε γνωστικό και λειτουργικό επίπεδο και υψηλότερη θνητότητα μετά την έξοδο από το νοσοκομείο (Shcieveld et al 2007, Hatheril & Flisher 2009, Smeets et al 2010, Janssen et al 2011, Smith et al 2011, Traube et al 2013).

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Όσον αφορά στον ενήλικα πληθυσμό, ήδη από το 1999 η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία ανέφερε έναν επιπολασμό του παραληρήματος σε γενικά νοσοκομεία της τάξεως του 10-30% που έφτανε το 50% στις ΜΕΘ και το 80% στους τελικού σταδίου ασθενείς. Νεότερα δεδομένα συνηγορούν ότι η συχνότητα εμφάνισης παραληρήματος σε μηχανικά αεριζόμενους ενήλικες είναι 60-80%, ενώ σε μη μηχανικά αερίζομενους ή λιγότερο βαρέως πάσχοντες κυμαίνεται στο 20-60% (Pun et al 2005, Schieveld et al 2007, Smith et al 2011). Μεγάλο είναι βέβαια και το ποσοστό που δεν διαγιγνώσκεται, κυρίως επειδή είναι υποενεργητικού - ληθαργικού τύπου (Sanders 2002, Immers et al 2005).

Η συχνότητα εμφάνισης του παραληρήματος στα παιδιά δεν είναι εξακριβωμένη. Σε έρευνά τους οι Schieveld et al (2009) αναφέρουν ότι το 33% των παιδιών που νοσηλεύθηκαν σε ΜΕΘ, ανέφερε αναμνήσεις με ψυχωτικά στοιχεία, 3 μήνες μετά την έξοδό τους από αυτήν, γεγονός που συνάδει με υψηλό δείκτη παραληρήματος. Ωστόσο, άλλες μελέτες σε ΜΕΘ παίδων δεν αναφέρουν ποσοστό πάνω από 5% (Schieveld et al 2007). Σε μελέτες με επιλεγμένους παιδιατρικούς πληθυσμούς για τους οποίους αναζητήθηκε ψυχιατρική γνωμάτευση από τους εντατικολόγους παίδων, αναφέρεται συχνότητα εμφάνισης του παραληρήματος της τάξεως του 10% (Smith et al 2011), ενώ άλλες μελέτες σε βαρέως πάσχοντα παιδιά έδειξαν ποσοστό εμφάνισης του παραληρήματος 4.6 – 16.9%. Σε βαρέως πάσχοντα μηχανικά αεριζόμενα παιδιά, το ποσοστό είναι μεγαλύτερο από τα παιδιά με αυτόματο αερισμό, όπως και στους ενήλικες, και αγγίζει το 23.5% (de Grahl et al 2012).

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΝΤΕΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ

Το σύνδρομο της ΜΕΘ δεν εμφανίζεται σε όλους τους ασθενείς, αλλά κάποιοι από αυτούς βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο να το εμφανίσουν (Justic 2000). Δεν είναι σαφές από τι προκαλείται ακριβώς και οι περισσότεροι συγγραφείς συμφωνούν στο ότι είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης διάφορων παραγόντων, οι οποίοι συμβάλλουν στην ανάπτυξή του (Granberg et al 1996, Granberg et al 1998). Οι παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση του συνδρόμου είναι βιολογικοί, φαρμακευτικοί και περιβαλλοντικοί.

Βιολογικοί παράγοντες που παίζουν σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση της διαταραχής είναι η ηλικία, η βαρύτητα της νόσου, συνυπάρχουσες χρόνιες νόσοι (π.χ. σχετικές με την καρδιαγγειακή, μεταβολική, αναπνευστική και νεφρική λειτουργία), οι ηλεκτρολυτικές, ενδοκρινικές, μεταβολικές διαταραχές, επιδράσεις φαρμάκων ή/ και ουσιών, σύνδρομο στέρησης, λοιμώξεις, εγκεφαλικά τραύματα, αγγειακές διαταραχές, μετεγχειρητικές επιπλοκές κ.λ.π. (Dubois et al 2001, Ampelas et al 2002, Muhl 2006).

Τόσο στα παιδιά, όσο και στους ενήλικες το παραλήρημα μπορεί να προκύψει ως αποτέλεσμα διαφόρων συστηματικών ασθενειών ή ιατρικών παρεμβάσεων, όπως υποξία, απελευθέρωση κυτοκινών μετά από λοίμωξη, τροποποίηση της διαπερατότητας του αιματοεγκεφαλικού φραγμού, ευθυρεοειδικό σύνδρομο, διαταραχή της ρύθμισης των νευροδιαβιβαστικών συστημάτων (ειδικά της ντοπαμίνης και της ακετυλοχολίνης) κ.λπ. Ωστόσο, ο ανώριμος εγκέφαλος των παιδιών έχει διαφορετική ανταπόκριση στην υποξία και την απελευθέρωση κυτοκινών σε σχέση με του ενήλικα, όπως δείχνουν μελέτες σχετικά με κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, επιληψία και μηνιγγίτιδα (Silver et al 2010).

Οι φαρμακευτικοί παράγοντες φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο στην αιτιολογία του παραληρήματος και αν και σχεδόν οποιοδήποτε φάρμακο μπορεί να συσχετιστεί με την ανάπτυξη του παραληρήματος, ορισμένες κατηγορίες φαρμάκων όπως τα οπιοειδή, οι αντιχολινεργικοί παράγοντες και οι βενζοδιαζεπίνες εμπλέκονται συχνότερα (Roberts 2004). Οι Franz et al (2013) αναφέρουν ως ανεξάρτητους προδιαθεσικούς παράγοντες εμφάνισης παραληρήματος σε ενήλικες που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ, τη χρήση μιδαζολάμης και δεξμετομιδίνης από την άλλη η οξυκωδόνη με ακεταμινοφαίνη ήταν ανεξάρτητος παράγοντας που σχετιζόταν με μειωμένη εμφάνιση παραληρήματος στον πληθυσμό. Η χορήγηση αλοπεριδόλης, δεξμετομιδίνης, προποφόλης και υδροκωδόνης με ακεταμινοφαίνη συνδέθηκαν με αυξημένη διάρκεια του παραληρήματος. Στην περίπτωση βαρέως πασχόντων ενηλίκων ασθενών που τους χορηγούνται κατασταλτικά και αναλγησία συστήνεται από τη Society of Critical Care Medicine συστηματικό monitoring για παραλήρημα και κατάλληλη θεραπεία με αλλοπεριδόλη (Jacobi et al 2002).

Στους περιβαλλοντικούς παράγοντες, περιλαμβάνονται καταστάσεις όπως η απουσία κανονικού κύκλου ημέρας-νύχτας και παρεπόμενη στέρηση ύπνου, η διάσπαση ύπνου καθώς και η αισθητηριακή αποστέρηση ή/και υπερφόρτωση (Παπαθανάσογλου 2003), ο θόρυβος, ο πόνος και η ατελέσφορη επικοινωνία του ασθενή (Justic 2000). Έχει υπολογιστεί ότι στο χώρο των ΜΕΘ επικρατεί υψηλό επίπεδο θορύβου που κυμαίνεται κατά μέσο όρο στα 50 – 60 dB. Η αδυναμία του διασωληνωμένου ασθενή να μιλήσει, ο πόνος που προκαλείται από διάφορες ιατρο–νοσηλευτικές πράξεις, καθώς και η πιθανότητα ο ασθενής να γίνει μάρτυρας του θανάτου ενός άλλου ασθενή, είναι καταστάσεις που επιβαρύνουν τη δική του κλινική κατάσταση. Τέλος, ενώ πολλοί από τους ασθενείς που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ εκλαμβάνουν

το περιβάλλον ως ασφαλές, πολλοί είναι αυτοί που το εκλαμβάνουν ως απειλητικό (Ampelas et al 2002).

Σε έρευνα που έγινε σε παιδιατρικό νοσοκομείο στο Los Angeles, τα υποκείμενα νοσήματα των παιδιών ήταν λοιμώδη, φαρμακοεπαγόμενα, αυτοάνοσα, νεοπλάσματα, πολυοργανική ανεπάρκεια και νοσηλεία μετά από μεταμόσχευση, μετά από τραυματισμό ή μετεγχειρητικά και συχνότερα απαντιόταν παραλήρημα, όταν υπήρχε λοίμωξη του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ). Το φαρμακοεπαγόμενο ντελίριο σχετιζόταν με ποικίλα φάρμακα όπως αντιχολινεργικά, οπιοειδή κ.α.. Εντοπίστηκε παραλήρημα επίσης, σε αυτοάνοσα νοσήματα όπως στο συστηματικό ερυθηματώδη λύκο και μετά από μεταμόσχευση νεφρού, πνεύμονα, καρδιάς και μυελού των οστών. Τα παιδιά με λευχαιμία, λέμφωμα ή όγκους του ΚΝΣ, ήταν σε υψηλό κίνδυνο να αναπτύξουν παραλήρημα σε υπόβαθρο σήψης, πολλαπλής φαρμακευτικής αγωγής και του βαθμού της κακοήθειας της ασθένειάς τους. Το παραλήρημα σε βρέφη, εντοπίστηκε μετεγχειρητικά ή μετά από υπερβολική δόση αντιχολινεργικών, μετά από σήψη ή τραύμα (Turkel & Tavare, 2003).

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑΤΟΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Είναι παραδεκτό από τους επαγγελματίες υγείας ότι υπάρχει δυσκολία στην αναγνώριση του συνδρόμου λόγω ελλείμματος γνώσεων, αλλά και μη συστηματικής χρήσης κατάλληλων διαγνωστικών εργαλείων. Αν δεν χρησιμοποιούνται επίσημα διαγνωστικά εργαλεία για την εκτίμηση αλλαγών της ψυχικής κατάστασης των ασθενών, το παραλήρημα παραμένει αδιάγνωστο και έτσι δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος (Cason-Mcneeley, 2004).

Ειδικότερα, όσον αφορά στα βαρέως πάσχοντα παιδιά, οι μελετητές συμφωνούν ότι η κατάσταση υποεκτιμάται. Προκειμένου να προσδιοριστεί η επιδημιολογία και οι παράγοντες κινδύνου αυτής της οργανικής δυσλειτουργίας, να γίνεται σωστή παρακολουθησή της, να εκτιμούνται οι απώτερες γνωστικές επιπτώσεις και να γίνονται επιτυχείς παρεμβάσεις, υπάρχει η ανάγκη ανάπτυξης ενός αξιόπιστου και έγκυρου εργαλείου εκτίμησης του παραληρήματος στα βαρέως πάσχοντα παιδιά (Smith et al 2011).

Τα όργανα μέτρησης που χρησιμοποιούνται πιο συχνά για τη διάγνωση του παραληρήματος είναι ελάχιστα και μπορούν να αναφερθούν τα εξής (Truman et al, 2005). : 1) το Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU), 2) το Intensive Care Delirium Screening Checklist, 3) το Cognitive Test for Delirium, 4) το Abbreviated Cognitive Test for Delirium 5) το Delirium Rating Scale (DRS), 6) το Delirium Rating Scale-Revised-98 (DRS-R-98) και 7) το Pediatric Anesthesia Emergence Delirium Scale (PAED) στα παιδιά. Το PAED είναι έγκυρο σε παιδιά μετά από αναισθησία ηλικιών 19 μηνών και 6 ετών. Η σοβαρότητα της ασθένειας του παιδιού, τα υψηλά επίπεδα καταστολής, η συχνή χρήση μηχανικού αερισμού, το νεαρό της ηλικίας και το υψηλό ποσοστό ασθενών με ήδη υπάρχουσα νοητική υστέρηση, είναι παράγοντες που καθιστούν δύσκολη την εφαρμογή των διαφόρων εργαλείων και κλιμάκων στην ΜΕΘ παίδων (Schieveld et al 2009).

Οι Janssen et al (2011) μετά από δοκιμασία των εργαλείων DRS και PAED για την εκτίμηση του παραληρήματος στα παιδιά μέσα στο πλαίσιο της ΜΕΘ, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το PAED ήταν εξαιρετικό στον εντοπισμό παραληρήματος στους ασθενείς. Την ίδια αποτελεσματικότητα είχε και στο πλαίσιο της ανάνηψης των ασθενών μετά από αναισθησία. Όσον αφορά στην κλίμακα DRS (και τις δυο εκδοχές της), δεν ήταν τόσο εύχρηστη γιατί περιελάμβανε συνιστώσες, ειδικά όσον αφορά στο γνωστικό επίπεδο, δύσκολες να εκτιμηθούν στα παιδιά. Επιπλέον, απαιτούσε περισσότερο χρόνο η εκτίμηση και δεν ήταν κατάλληλη για παιδιά κάτω των τριών ετών, σε αντίθεση με τη χρήση του PAED.

Η παιδιατρική έκδοση του CAM-ICU (p-CAM-ICU) δοκιμάστηκε από τους Smith et al (2011) σε παιδιά που νοσηλευόταν σε παιδιατρική, χειρουργική και καρδιολογική μονάδα, συγκρινόμενη με το DSM-IV και βρέθηκε ότι έχει ευαισθησία 83% και ειδικότητα 99% και επομένως είναι έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο αξιολόγησης για παιδιά που είναι βιολογικά και αναπτυξιολογικά τουλάχιστον πέντε ετών. Επειδή στη ΜΕΘ παίδων συχνά νοσηλεύονται παιδιά κάτω των πέντε ετών, έχουν δημιουργηθεί δυο διαγνωστικοί αλγόριθμοι. Οι Schieveld et al (2009), προτείνουν πρωταρχικά να γίνεται εκτίμηση του επιπέδου καταστολής - διέγερσης του ασθενή με την κλίμακα RASS και στη συνέχεια εκτίμηση της κλίμακας PAED παράλληλα με την αξιολόγηση της γνώμης των ανθρώπων που φροντίζουν το παιδί (νοσηλευτές, γονείς κλπ). Και στην περίπτωση αυτή βέβαια, τα εργαλεία δεν είναι κατάλληλα για την εκτίμηση πιθανού παραληρήματος σε παιδιά κάτω του ενός έτους.

Εκτός από τα ψυχομετρικά εργαλεία, είναι υπό διερεύνηση το κατά πόσο θα μπορούσε να είναι χρήσιμοι διαγνωστικά βιολογικοί δείκτες όπως η αιμογλοβίνη β, η S100B και η IL-6. Αναφέρονται και κάποιες περιπτώσεις σε παιδιά που το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα θα μπορούσε να παίξει διαγνωστικό ρόλο, σε αντίθεση με τους ενήλικες, χωρίς όμως αυτό το στοιχείο να είναι απόλυτα τεκμηριωμένο (Schieveld et al 2009).

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΜΕΘ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Οι πρακτικές διαχείρισης του παραληρήματος στα παιδιά αντλούνται από την υπάρχουσα βιβλιογραφία σχετικά με την αντιμετώπιση του παραληρήματος στους ενήλικες (Creten et al 2011). Η ψυχιατρική εκτίμηση του παιδιού στη ΜΕΘ περιλαμβάνει λήψη πλήρους ιατρικού ιστορικού με έμφαση στην τρέχουσα φαρμακευτική αγωγή, τον πόνο, τον κνησμό και άλλα συμπτώματα που μπορεί να λειτουργούν επαγωγικά για την εμφάνιση του παραληρήματος, καθώς και παράγοντες όπως οι επιδράσεις από το προσωπικό υγείας και την οικογένειά

του (Silver et al 2010).

Η πρόληψη του παραληρήματος και η πρώιμη αναγνώρισή του πρέπει να βρίσκεται σε πρώτη προτεραιότητα. Αρχικά, γίνεται αναγνώριση των ασθενών υψηλού κινδύνου και των παραγόντων κινδύνου εμφάνισής του. Συνήθως η θεραπεία της υποκείμενης νόσου και των οργανικών διαταραχών που σχετίζονται με το σύνδρομο λειτουργεί θετικά και για το παραλήρημα. Επίσης, σημαντικό είναι να γίνεται χρήση κατά το ελάχιστο δυνατό των φαρμάκων που σχετίζονται με την εμφάνιση του συνδρόμου (Justic 2000, Schieveld et al 2009, Creten et al 2011).

Η αντιμετώπιση του παραληρήματος περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

- Εργαστηριακό – κλινικό έλεγχο
- Νοσηλευτική φροντίδα σε ήσυχο δωμάτιο (μιας κλίνης)
- Ενυδάτωση του ασθενούς (διατήρηση ηλεκτρολυτικού ισοζυγίου)
- Γνωστοποίηση της κατάστασης στον ίδιο τον ασθενή
- Παροχή ερεθισμάτων προσανατολισμού στον ασθενή

Αντιμετώπιση τυχόν ευερεθιστότητας, άγχους ή διέγερσης με κατασταλτικά τύπου αλοπεριδόλης, τιαπρίδη ή με βενζοδιαζεπίνες (Μαδιανός, 2004).

Όσον αφορά στη φαρμακευτική αγωγή, συνήθως χρησιμοποιούνται αλοπεριδόλη και άτυπα αντιψυχωτικά στον υπερενεργητικό και μικτό τύπο παραληρήματος. Η προμεθαζίνη και η αλιμεμαζίνη χρησιμοποιούνται επίσης, είναι ανταγωνιστές των Η1-υποδοχέων, αλλά μπορεί να προκαλέσουν το παράδοξο της αύξησης της διέγερσης αντί της καταστολής του ασθενή. Επομένως η αλοπεριδόλη χαρακτηρίζεται από μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα (Creten et al, 2011). Αποτελεσματική για την αντιμετώπιση του παραληρήματος στον παιδιατρικό πληθυσμό δείχνουν διάφορες μελέτες ότι είναι και η χρήση ολανζαπίνης, ρισπεριδόνης και κουετιαπίνης (Schieveld et al 2007, Turkel et al 2012, Sassano-Higgins et al 2013, Traube et al 2013). Ωστόσο, προτείνεται περεταίρω διερεύνηση επί του θέματος.

Μπορεί τα ψυχοτρόπα φάρμακα να είναι χρήσιμα, ωστόσο, η ενσυναίσθηση και η ζεστή, φιλική συμπεριφορά εκ μέρους του προσωπικού, κρίνονται επίσης πολύ σημαντικά. Κάποιοι συγγραφείς περιγράφουν συγκεκριμένες ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις στην ΜΕΘ π.χ. ύπνωση και ποικίλες στρατηγικές διαχείρισης του προβλήματος κλπ (Ampelas et al 2002). Διάφορες παρεμβάσεις από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό όπως ο αναπροσανατολισμός, η απόσπαση της προσοχής, η μείωση των ερεθισμάτων και η συντήρηση ενός κανονικού κύκλου ύπνου-αφύπνισης μπορεί να ελαχιστοποιήσουν τη δριμύτητα του συνδρόμου της ΜΕΘ (Hartwick 2003). Η διευκόλυνση της επικοινωνίας, η παροχή πληροφοριών και επεξηγήσεων σχετικών με τη φροντίδα και η ορθολογική οργάνωση των χειρισμών/ επεμβάσεων έτσι ώστε οι ασθενείς να είναι προσανατολισμένοι ως προς το χρόνο και τον τόπο, ο καθησυχασμός των ασθενών για τυχόν μεταφορά τους και η συνετή χρήση αγχολυτικών, είναι όλες πρακτικές που έχουν ευεργετική επίδραση στην φροντίδα και θεραπεία του ασθενή (Pattison 2005).

Η αξία της νοσηλευτικής φροντίδας στην πρόληψη του παραληρήματος φαίνεται μέσα από τη γνώση και την αναγνώριση των πρωταρχικών αιτίων του και την ανάπτυξη στρατηγικών για τον αποκλεισμό τους από τους ασθενείς τους. Θεμελιώδης ρόλος των νοσηλευτών είναι η παροχή πρώιμης αναγνώρισης των σημείων και συμπτωμάτων, καθώς και ο συντονισμός της ομάδας των επαγγελματιών υγείας έτσι ώστε να ξεκινήσει ένα πλάνο φροντίδας που να περιλαμβάνει την άμεση θεραπεία του παραληρήματος με στόχο να μειωθούν τα σημεία και συμπτώματα, η διάρκεια και τα πιθανά δυσμενή δευτερογενή συμπτώματα της διαταραχής.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις έχουν ως στόχο να ενισχύσουν την γνωστική κατάσταση του ασθενούς, την αίσθηση ασφάλειάς του και την ανακούφισή του. Οι νοσηλευτές συμβάλλουν στη λήψη των κατάλληλων αποφάσεων και επιλογών σχετικά με τη χορήγηση και σωστή δοσολογία των φαρμάκων και την αναγνώριση τυχόν παρενεργειών τους. Τέλος, οι νοσηλευτές είναι αυτοί που αναγνωρίζουν την ανάγκη για καλύτερη παρακολούθηση και διαχείριση των ασθενών ή ακόμη και για πρόσθετη βοήθεια μέσω συνεδριών με κάποιον ψυχίατρο ώστε να αυξηθεί η ποιότητα της φροντίδας του ασθενή (Justic 2000).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η εμφάνιση του παραληρήματος στα παιδιά που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ είναι μια σοβαρή κατάσταση που χρήζει την πρόληψη όπου είναι αυτό εφικτό, την άμεση διάγνωση και αντιμετώπιση προς αποφυγή δυσμενών συνεπειών στο παιδί, βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα. Απαραίτητη προϋπόθεση προς την κατεύθυνση αυτή, είναι η ανάπτυξη εξειδικευμένων εργαλείων εκτίμησης του παραληρήματος στον παιδιατρικό πληθυσμό ή/ και εξοικείωση με τα ήδη υπάρχοντα, τόσο από το ιατρικό, όσο και από το νοσηλευτικό προσωπικό. Είναι επίσης αναγκαία η περαιτέρω μελέτη της διαταραχής αυτής, έτσι ώστε να προκύψουν νέα στοιχεία και να βελτιωθούν τα διαγνωστικά κριτήρια.

Είναι σημαντικό το προσωπικό να έχει πάντα υπόψη του το λανθάνοντα, υποενεργητικό τύπο παραληρήματος, που πολλές φορές περνά απαρατήρητος, θεωρώντας ότι είναι μέρος της γενικότερης κατάστασης του ασθενή και να αναζητείται γνωμάτευση και παρέμβαση από εξειδικευμένους ψυχιάτρους. Στα παιδιά επίσης, το ηλικιακό και αναπτυξιακό επίπεδό τους, αποτελούν παράγοντες που παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη, αλλά και στην αξιολόγηση του παραληρήματος. Για το λόγο αυτό, είναι επιβεβλημένη η λήψη πλήρους ιστορικού, στο οποίο θα αναφέρεται η προηγούμενη νοητική κατάσταση και λειτουργικότητα του παιδιού, αλλά και η χρησιμοποίηση διαγνωστικών κριτηρίων κατάλληλων για την ηλικία και το αναπτυξιακό στάδιο του παιδιού.

Τέλος, προτείνεται να δίνεται βαρύτητα όχι μόνο στη φαρμακευτική αντιμετώπιση του συνδρόμου, αλλά και στις ψυχοκοινωνικές του διαστάσεις και τις παρεμβάσεις που μπορεί να γίνουν προς αυτήν την κατεύθυνση. Επίσης, δεν πρέπει να παραγνωρίζεται και η οικογένεια του παιδιού, η οποία είναι ήδη φορτισμένη με την υποκείμενη νόσο του παιδιού και το παραλήρημα αποτελεί έναν επιπλέον αγχογόνο παράγοντα. Η κατάρτιση των νοσηλευτών που εργάζονται σε ΜΕΘ σε θέματα ψυχιατρικής είναι σημαντική, δεδομένου ότι οι διαταραχές της εγκεφαλικής λειτουργίας συνοδεύονται συχνά από διαταραχές της συμπεριφοράς και θα μπορούσαν οι νοσηλευτές να παίξουν σε αυτό το σημείο πολύ θετικό ρόλο, τόσο για τον άρρωστο, όσο και για την οικογένειά του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

American Psychiatric Association (1999). Practice guidelines for the treatment of patients with delirium. *American Journal of Psychiatry* 5: 1–20.

Ampelas, J.F, Pochard, F. & Consoli, S.M. (2002). Psychiatric disorders in intensive care units. *Encephale* 28: 191-9.

Cason-Mcneeley D. (2004). *Delirium. The mistaken confusion. Wisconsin*: Pesi healthcare.

Creten C., Van Der Zwaan S., Blankespoor R.J., Leroy P.L. & Schieveld J.N. (2011) Pediatric delirium in the pediatric intensive care unit: a systematic review and an update on key issues and research questions. *Minerva Anestesiologica* 77: 1099-1107.

de Grahl C. , Luetz A., Gratopp A., Gensel D., Mueller J., Smith H., Ely E. W., Krude H. & Spies C. (2012) The paediatric Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (pCAM-ICU): Translation and cognitive debriefing for the German-speaking area. *German Medical Science* 10: 1-18.

Dubois, M., Bergeron, N., Dumont, M., Dial, S. & Skrobik, Y. (2001). Delirium in an intensive care unit: a study of risk factors. *Intensive Care Medicine* 27: 1297–1304.

Ely E.W., Siegel M.D. & Inouye S.K., (2001). Delirium in the intensive care unit: an under-recognized syndrome of organ dysfunction. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine* 22: 115–126.

Ely E.W., Shintani A., Truman B., Speroff, T., Gordon S.M., Harrell F.E., Inouye S.K., Bernard G.R. & Dittus R.S. (2004). Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. *Journal of the American Medical Association* 291: 1753-62.

Franz D., Olsen K., Balas M., Lander L., Schmid K., Shostrom V. & Burke W. (2013) 662: Psychoactive Medication administration and Delirium Prevalence and Duration in ICU patients. *Critical Care Medicine* 41: A162.

Granberg A., Engberg I.B. & Lundberg D. (1996). Intensive care syndrome: a literature review. *Intensive and Critical Care Nursing* 12: 173-82.

Granberg A., Engberg I.B. & Lundberg D. (1998). Patients' experience of being critically ill or severely injured and cared for in an intensive care unit in relation to the ICU syndrome. Part I. *Intensive and Critical Care Nursing* 14: 294-307.

Granberg A., Engberg I.B. & Lundberg D. (1999). Acute confusion and unreal experiences in intensive care patients in relation to the ICU syndrome. Part II. *Intensive and Critical Care in Nursing* 15: 19-33.

Hartwick SS (2003) ICU delirium: a case study. *Critical Care Nursing Quarterly* 26: 221-4.

Hatherill S. & Flisher A. J. (2010) Delirium in children and adolescents: A systematic review of the literature *Journal of Psychosomatic Research* 68: 337–344.

Immers H.E., Schuurmans M.J., van de Bijl J.J. (2005) Recognition of delirium in ICU patients: a diagnostic study of the NEECHAM confusion scale in ICU patients. *BioMed Central Nursing* 4: 7.

Jacobi J., Fraser G.L., Coursin D.B., Riker R.R., Fontaine D., Wittbrodt E.T., Chalfin D.B., Masica M.F., Bjerke H.S., Coplin W.M., Crippen D.W., Fuchs B.D., Kelleher R.M., Marik P.E., Nasraway Jr S.A., Murray M.J., Peruzzi W.T. & Lumb P.D. (2002). Clinical practise guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult. *Critical Care Medicine* 30: 119–141

Janssen N.J.J.F., Tan E.Y.L., Staal M., Janssen E.P.C.J., Leroy P.L.J.M., Lousberg R., van Os J., & Schieveld J.N.M. (2011) On the utility of diagnostic instruments for pediatric delirium in critical illness: an evaluation of the Pediatric Anesthesia Emergence Delirium Scale, the Delirium Rating Scale 88, and the Delirium Rating Scale-Revised R-98 *Intensive Care Medicine* 37: 1331–1337.

Justic M. (2000). Does "ICU psychosis" really exist? *Critical Care Nurse*. 20: 28-37.

Laitinen H. (1996). Patients' experience of confusion in the intensive care unit following cardiac surgery, Intensive. *Intensive Critical Care Nursing* 12: 79–83.

Μαδιανός Μ. Γ. (2004). *Κλινική Ψυχιατρική*, Αθήνα: Εκδ. Καστανιώτη.

McCusker J., Cole M., Abrahamowicz M., Primeau F. & Belzile E. (2002). Delirium predicts 12-month mortality. *Archives of Internal Medicine* 162: 457–463.

McGuire B.E., Basten C.J., Ryan C.J., Gallagher J. (2000). Intensive care unit syndrome: a dangerous misnomer. *Archives of Internal Medicine* 160: 906-9.

Muhl E. (2006). Delirium and intensive care unit syndrome. *Chirurgia* 77: 463-71.

Παπαθανάσογλου, Ε. (2003). Εισαγωγή στην Επείγουσα και Εντατική Νοσηλευτική, *Σημειώσεις Τμήματος Νοσηλευτικής*, Ε.Κ.Π.Α.

Pattison, N. (2005). Psychological implications of admission to critical care. *British Journal of Nursing* 14: 708-14.

Pun B.T., Gordon S.M., Peterson J.F., Shintani A.K., Jackson J.C., Foss J., Harding S.D., Bernard G.R., Dittus R.S. & Ely E.W. (2005) Large-scale implementation of sedation and delirium monitoring in the intensive care unit: a report from two medical centers. *Critical Care Medicine* 33:1199-205.

Rabinowitz T. (2002). Delirium: An important (but often unrecognized) clinical syndrome. *Current Psychiatry Report* 4: 202–208.

Roberts B.L. (2001). Managing delirium in adult intensive care patients. *Critical Care Nurse* 21: 48–55.

Roberts B. (2004). Screening for delirium in an adult intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing* 20: 206-213.

Rundshagen I., Schnabel K., Wegner C. & Schulte am Esch J. (2002). Incidence of recall, nightmares, and hallucinations during analgosedation in intensive care. *Intensive Care Medicine* 28: 38–43.

Sanders A.B. (2002) Missed delirium in older emergency department patients: a quality-of-care problem. *Annals of Emergency Medicine* 39:338-41.

Sassano-Higgins S., Freudenberg N., Jacobson J., Turkel S. Olanzapine reduces delirum symptoms in the critically ill pediatric patient. *Journal of Pediatric Intensive Care* 2: 49-54.

Schieveld J. N. M., Leroy P. L. J. M., van Os J., Nicolai J., Vos G. D. & Leentjens A. F. G. (2007) Pediatric delirium in critical illness: phenomenology, clinical correlates and treatment response in 40 cases in the pediatric intensive care unit. *Intensive Care Medicine* 33: 1033–1040.

Schieveld J. N. M., van der Valk J. A., Smeets I., Berghmans E., Wassenberg R., Leroy P. L.M.N., Vos G.D. & van Os J. 2009. Diagnostic considerations regarding pediatric delirium: a review and a proposal for an algorithm for pediatric intensive care units *Intensive Care Medicine* 35: 843–1849.

Silver G.H., Kearney J.A., Kutko M.C., Bartell A.S. (2010) Infant delirium in pediatric critical care settings. *American Journal of Psychiatry*. 167:1172-7.

Smeets I. A. P., Tan E. Y. L., Vossen H.G. M., Leroy P. L. J. M., Lousberg R. H. B., van Os J. & Schieveld J. N. M. (2010) Prolonged stay at the paediatric intensive care unit associated with paediatric delirium *European Child & Adolescent Psychiatry* 19: 389-393.

Smith H.A., Boyd J., Fuchs D.C., Melvin K., Berry P., Shintani A., Eden S.K., Terrell M.K., Boswell T., Wolfram K., Sopfe J., Barr F.E., Pandharipande P.P. & Ely E.W. (2011). Diagnosing delirium in critically ill children: Validity and reliability of the Pediatric Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine* 39: 150-7.

Tess M.M. (1991). Acute confusional states in critically ill patients: a review. *Journal of Neuroscience Nursing* 23: 398-402.

Traube C., Witcher R., Mendez-Rico E. & Silver G. (2013) Quetiapine as treatment for delirium in critically ill children. *Journal of Pediatric Intensive Care* 2: 121-126.

Truman P.B., Gordon S.M., Peterson J.F., Shintani, A.K., Jackson J.C., Foss J., Harding S.D.B., Bernard G.R. , Dittus R.S. & Ely E.W. (2005). Large-scale implementation of sedation and delirium monitoring in the intensive care unit: A report from two medical centers. *Official Journal of the Society of Critical Care Medicine* 33: 1199-1205.

Turkel S. B. & Tavare C. J. (2003) Delirium in Children and Adolescents *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 15: 31–435.

Turkel S.B., Jacobson J., Munzig E. & Tavaré C.J. (2012) Atypical antipsychotic medications to control symptoms of delirium in children and adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 22: 126-30.

ICU delirium in the pediatric intensive care unit

Maria Kapsa

RN, Msc, Phd (c), General Hospital of Thessaloniki Hippokratio

ABSTRACT

Intensive Care Unit (ICU) delirium is a neuropsyciatric disorder, mostly characterized by consciousness disturbance. It is a serious clinical condition associated with a longer hospital stay, increased cost, prolonged mechanical ventilation, a worse cognitive and functional outcome and higher mortality rate after discharge from hospital. Delirium in children hospitalized in Pediatric Intensive Care

Unit (PICU) is often underestimated or remains undiagnosed. Given the diagnostic tools that exist and the child's critical condition, age and developmental stage, it is often difficult to estimate delirium in children. The aim of this literature review is to describe the characteristics and the difficulties in diagnosing delirium in critically ill children and highlight the need for furthermore research concerning prognosis, diagnosis and therapy in this population. The nurses' role in diagnosing and treating the syndrome in children is fundamental.

Key Words: : children, critical care, delirium, intensive care unit, psychosis,

Correspondent author: Kapsa Maria, mariakapsa@yahoo.com, tel. +306937756843

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Παράγοντες που σχετίζονται με τις στάσεις και γνώσεις των γονέων για τον εμβολιασμό των εφήβων, κατά του ιού των ανθρωπίνων κονδυλωμάτων (HPV)

Παναγιώτα Βαρελά[1], Μαρία Σαρίδη[2]

1. Νοσηλεύτρια, MSc, Γ.Ν. Κορίνθου
2. Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Γ.Ν. Κορίνθου, Επιστημονική Συνεργάτης, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Κόρινθος

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Παγκοσμίως, η λοίμωξη από τον ιό HPV είναι η συχνότερη ιογενής λοίμωξη. όσμο. Στην Ευρώπη και την Αμερική , ποσοστό 40-70% του πληθυσμού έχουν προσβληθεί από τον ιό, ενώ 200.000 άτομα χάνουν τη ζωή τους σε ετήσια βάση.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν ο προσδιορισμός των γνώσεων, των στάσεων και των παραγόντων που σχετίζονται με αυτές, σχετικά με τον ιό του HPV και του εμβολιασμού κατά των στελεχών του, που ενοχοποιούνται για την εμφάνιση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Μεθοδολογία: Η παρούσα συγχρονική, περιγραφική έρευνα διεξήχθη στους νομούς Αττικής, Θεσσαλονίκης, Λάρισας, Μαγνησίας, Ιωαννίνων, Αχαΐας και Κορινθίας. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 592 γονείς, ανεξαρτήτως ηλικίας και φύλου, των ιδίων ή των παιδιών τους (ποσοστό απόκρισης 91,45%). Τα δεδομένα συγκεντρώθηκαν μέσω ανώνυμου ερωτηματολογίου που κατασκευάστηκε για τους σκοπούς της μελέτης και η στατιστική ανάλυση έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS 14.0.

Αποτελέσματα: Οι συμμετέχοντες ήταν 503 γυναίκες (85%) και 89 άνδρες (15%), ηλικίας 30-45 ετών, στην πλειοψηφία τους. Από το σύνολο του δείγματος, το 84,4% διέμενε σε πόλη, 58% των ερωτηθέντων ανήκαν στην κατηγορία της υποχρεωτικής εκπαίδευσης, ενώ το 42% ήταν απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Καλύτερα ενημερωμένοι σχετικά με τον ιό HPV, εμφανίστηκαν οι γονείς που κατοικούν σε πόλη, σε αντίθεση με εκείνους που κατοικούν σε χωριό (p=0,007) και οι γονείς που έχουν κορίτσι σε αντίθεση με εκείνους που δεν έχουν (p=0.037). Κυρίως οι κάτοικοι των αστικών περιοχών ήταν γνώστες σχετικά με το εμβόλιο κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, σε σχέση με όσους κατοικούν σε χωριά (p=0,036) και όσους έχουν κορίτσι (p=0,022). Οι γονείς, ηλικίας μεταξύ 30-45 ετών (p=0,022) και με καλή οικονομική κατάσταση (p=0,007) δήλωσαν επίσης, ότι έχουν κάνει ήδη το εμβόλιο στα παιδιά τους.Τέλος βρέθηκε ότι η μεγαλύτερη ηλικία των γονέων σχετίζεται με τη μειωμένη επιρροή που μπορεί να τους ασκήσει ο γιατρός, ώστε να δεχτούν τον εμβολιασμό (p=0,002).

Συμπεράσματα: Οι γνώσεις των γονέων ήταν αυξημένες για αυτούς που είχαν καλύτερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση, καθώς και όσων έχουν κόρη, με αποτέλεσμα να είναι περισσότερο δεκτικοί στον εμβολιασμό του παιδιού τους.

Λέξεις κλειδιά: εμβόλιο, ιός ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV), καρκίνος τραχήλου μήτρας, κονδυλώματα.

Υπεύθυνη αλληλογραφίας:
Μαρία Σαρίδη, Σίνα 33, Τ.Κ. 20100, Τηλ. 6974439637, e-mail: sarmar32@windowslive.com

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Το κοινωνικοοικονομικό και μορφωτικό επίπεδο των γονέων σχετίζεται με τη στάση τους έναντι του εμβολιασμού κατά του HPV.**
- **Οι παράγοντες που σχετίζονται με τη γνώση και τη στάση των γυναικών για το εμβόλιο είναι το επίπεδο εκπαίδευσης και ο τόπος κατοικίας.**
- **Πιο επιφυλακτικοί σχετικά με τον εμβολιασμό των εφήβων παρουσιάζονται οι γονείς που δεν έχουν κορίτσι.**
- **Γονείς ηλικίας άνω των 45 ετών, δεν επηρεάζονται από το γιατρό ώστε να προβούν στον εμβολιασμό του παιδιού τους, σε σχέση με νεώτερους γονείς.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ο δεύτερος συχνότερος καρκίνος στις γυναίκες παγκοσμίως (Champion et al 1986, Parkin & Bray 2006). Σε παγκόσμια κλίμακα, 500.000 γυναίκες κάθε χρόνο αναπτύσσουν το συγκεκριμένο τύπο καρκίνου, 60.000 σε ευρωπαϊκό επίπεδο και 600 στο επίπεδο της Ελλάδας, ενώ οι θάνατοι φτάνουν τις 30.000 παγκοσμίως και 240 στη χώρα μας (Zur Hausen 1982). Συνήθως προσβάλλονται γυναίκες ηλικίας 40-45 ετών με οικογενειακές, επαγγελματικές και κοινωνικές υποχρεώσεις (Bouboulis 2013).

Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι η έκθεση του γυναικείου οργανισμού σε συγκεκριμένα στελέχη του ιού HPV ευθύνεται για την ανάπτυξη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (Κουρούνης 2004, Μπότσης 2007). Με δεδομένο ότι το 80% των σεξουαλικά ενεργών γυναικών θα προσβληθεί από τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων κάποια στιγμή στη ζωή τους (Howard et al 1988) και τον κίνδυνο της καρκινογένεσης από τους τύπους 16 και 18 (Μορτάκης 2007), η πρόληψη καθίσταται ιδιαίτερα σημαντική. Υπάρχουν διάφοροι τρόποι αποφυγής προσβολής από τον ιό, όπως αποχή από σεξουαλική επαφή, χρήση προφυλακτικών μέτρων ή εμβολιασμός (Ferlay et al 2007). Το εμβόλιο παρέχει υψηλού βαθμού προστασία και σε σχέση με τους υπόλοιπους τρόπους πρόληψης είναι προτιμότερος (Τεγόπουλος- Φυτράκης 1993). Τα εμβόλια που έχουν κυκλοφορήσει για τον ιό HPV μπορούν να προλάβουν το 86% των τραχηλικών αδενοκαρκινωμάτων παγκοσμίως (Laarae et al 1987).

Προκειμένου να αποφευχθεί μόλυνση από τον ιό, οι κατευθυντήριες οδηγίες για την εφαρμογή του εμβολιασμού εστιάζουν στην εφηβική ηλικία όπου εντοπίζεται η έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας (Καλογερόπουλος 2004). Η πρόσφατη απελευθέρωση των σεξουαλικών σχέσεων, η αύξηση του μέσου όρου ηλικίας για τη δημιουργία οικογένειας, η λανθασμένη αντίληψη πως τα προφυλακτικά μέσα παρέχουν 100% προστασία, ο ενθουσιασμός που χαρακτηρίζει την εφηβική ηλικία και η έντονη σεξουαλική δραστηριότητα των Ελλήνων, κάνουν επιτακτική την εφαρμογή του εμβολιασμού (Λώλης 1998).

Οι γνώσεις, τόσο για την ύπαρξη του εμβολίου, όσο και για τα οφέλη του, φαίνεται να είναι περιορισμένες στο ευρύ κοινό. Η αποδοχή του εμβολίου κυρίως από τους γονείς, τείνει να αυξάνει με την όσο το δυνατό μεγαλύτερη ενημέρωση και γνώση. Τα ΜΜΕ φαίνεται να διαδραματίζουν ιδιαίτερο ρόλο στην ενημέρωση των γονέων με μεγάλη επίσης συμμετοχή και των παιδιάτρων, οι οποίοι τους παρακινούν να προβούν στον εμβολιασμό των εφήβων, εφόσον το επιτρέπει η ηλικία τους (Penroll 1991). Η ένταξη του εμβολίου στον εθνικό εμβολιασμό και η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση από τη σχολική ηλικία αποτελούν σημαντικούς παράγοντες, οι οποίοι ενισχύουν τη συμμόρφωση με τον εμβολιασμό σε όλον τον κόσμο (Garland et al 2007, Sauvageau et al 2007).

Στη χώρα μας έχουν διεξαχθεί ελάχιστες έρευνες οι οποίες να καταγράφουν τους παράγοντες που επηρεάζουν τη στάση των γονέων ως προς τον εμβολιασμό των ανήλικων παιδιών τους, μιας και το συγκεκριμένο εμβόλιο δεν κυκλοφορεί εδώ και μεγάλο χρονικό διάστημα (Γκεσούλη-Βολτυράκη και συν 2010, Υφαντή και συν 2013, Voltsi et al 2014),).

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν ο προσδιορισμός των γνώσεων, των στάσεων και των παραγόντων που σχετίζονται με αυτές, σχετικά με τον ιό του HPV και του εμβολιασμού κατά των στελεχών του, που ενοχοποιούνται για την εμφάνιση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, με απώτερο στόχο την αύξηση των γνώσεων και την υιοθέτηση ορθών συμπεριφορών που θα συμβάλλουν στην πρόληψη των εφήβων γυναικών.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Πρόκειται για μια ποσοτική περιγραφική μελέτη που διεξήχθη με δείγμα γονείς παιδιών κατοίκων των αστικών κέντρων της χώρας. Από τους 681 γονείς στους οποίους εδόθη ερωτηματολόγιο που κατασκευάστηκε για τους σκοπούς της μελέτης, δε δέχθηκαν να το συμπληρώσουν ή δεν το επέστρεψαν οι 65 (ποσοστό ανταπόκρισης 90,45% (n=616). Λόγω 24 ερωτηματολογίων που ήταν ατελώς συμπληρωμένα, το τελικό δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 592 γονείς, άντρες και γυναίκες, κάτοικοι επτά νομών της χώρας-Αττικής, Θεσσαλονίκης, Λάρισας, Μαγνησίας, Ιωαννίνων, Αχαΐας και Κορινθίας. Οι νομοί αυτοί επελέγησαν, γιατί είναι οι μεγαλύτεροι πληθυσμιακά και καλύπτουν το μεγαλύτερο τμήμα της χώρας, ώστε να είναι όσο το δυνατό πιο αντιπροσωπευτικό το δείγμα. Ως μέθοδος δειγματοληψίας επιλέχθηκε η κατά συστάδες τυχαία δειγματοληψία. Το σύνολο της χώρας διαιρέθηκε σε νομούς από τους οποίους επελέγησαν οι 7 παραπάνω. Στη συνέχεια, αναζητήθηκε τυχαίο δείγ-

μα από αυτούς τους νομούς που αφορούσε σε γονείς οι οποίοι επισκέπτονταν τυχαία επιλεγμένα ιδιωτικά παιδιατρικά και γυναικολογικά - μαιευτικά ιατρεία. Το χρονικό διάστημα που απαιτήθηκε για τη συλλογή του δείγματος ήταν 8 μήνες (Δεκέμβριος 2007-Ιούλιος 2008).

Ο εντοπισμός των τελικών δειγματοληπτικών μονάδων έγινε σε συνεργασία με ομάδα ιατρών, παιδιατρικών κλινικών νοσοκομείων, παιδιατρικών ιδιωτικών ιατρείων και γυναικολογικών ιδιωτικών ιατρείων. Η επιλογή της συνεργαζόμενης ομάδας έγινε επίσης με τυχαίο τρόπο και με βάση κατάλογο παιδιάτρων, οι οποίοι δραστηριοποιούνται στα επιλεγμένα αστικά κέντρα.

Ερευνητικό εργαλείο

Το ερωτηματολόγιο το οποίο χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα κατασκευάστηκε, στηριζόμενο κατά βάση σε αντίστοιχο ερωτηματολόγιο που χορηγήθηκε σε παρόμοια μελέτη που πραγματοποιήθηκε από την Α' Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης και αναφερόταν στο τεστ Παπανικολάου, τον ιό HPV, τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και το αντίστοιχο εμβόλιο (Αγοραστός και συν. 2005).

Το τελικό ερωτηματολόγιο απαρτίζεται από τρία βασικά μέρη και έχει 40 ερωτήσεις.

Στο πρώτο μέρος περιλαμβάνονται 10 ερωτήσεις, οι οποίες αφορούν στα δημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, εθνικότητα, θρήσκευμα, τόπος διαμονής, σπουδές, επάγγελμα, εισόδημα, αριθμός παιδιών, το φύλο των παιδιών και την ηλικία τους. Στο δεύτερο μέρος περιλαμβάνονται 5 ερωτήσεις που αναφέρονται στις γνώσεις των γονέων αναφορικά με την ύπαρξη της νόσου των κονδυλωμάτων, στο που αυτή οφείλεται, στον τρόπο μετάδοσης του ιού, στις βλάβες που προκαλεί, καθώς και στην πηγή ενημέρωσής τους. Στο τρίτο μέρος, περιλαμβάνονται 25 ερωτήσεις, που αναφέρονται στη γνώση των πιο συχνών τύπων καρκίνου στη γυναίκα, στην ύπαρξη ατόμου στην οικογένεια που τυχόν έχει προσβληθεί από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, η ηλικία αυτού του ατόμου και η συνύπαρξη κονδυλωμάτων. Επίσης, υπάρχουν ερωτήσεις που αναφέρονται στο εμβόλιο κατά του HPV, στις γνώσεις των γονέων σχετικά με αυτό, αλλά και στη στάση τους και τους παράγοντες που καθορίζουν αυτή τη στάση.

Θέματα ηθικής-Δεοντολογίας

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου έγινε οικειοθελώς και ανωνύμως και εφόσον εξασφαλίστηκε η έγγραφη συγκατάθεση των συμμετεχόντων. Το ερωτηματολόγιο δεν περιείχε στοιχεία που θα μπορούσαν να οδηγήσουν στην ταυτοποίηση των ερωτηθέντων, ή του νοσοκομείου και του ιατρείου από το οποίο προερχόταν το δείγμα. Ελήφθησαν οι απαραίτητες άδειες από τα επιστημονικά συμβούλια και τους διευθυντές των κλινικών των νοσοκομείων του δείγματος, καθώς και από τους ιδιώτες ιατρούς

Στατιστική ανάλυση των δεδομένων

Η στατιστική ανάλυση αφορούσε στον υπολογισμό συχνοτήτων και ποσοστών για την περίπτωση των κατηγορικών μεταβλητών, αλλά και μέσων τιμών και διασπορών για την περίπτωση των συνεχών μεταβλητών. Για την πραγματοποίηση ελέγχων, αν υπάρχει διαφοροποίηση στην συμπεριφορά διάφορων υποκατηγοριών του υπό μελέτη πληθυσμού εφαρμόστηκε x2 test στην περίπτωση των κατηγορικών μεταβλητών, t test στην περίπτωση συνεχών μεταβλητών (το t test εφαρμόστηκε στις περιπτώσεις ελέγχου μέσων τιμών υποπληθυσμών όπως αυτοί χωρίστηκαν από μεταβλητές 2 πιθανών απαντήσεων), και ANOVA στην περίπτωση συνεχών μεταβλητών. Η ANOVA εφαρμόστηκε στις περιπτώσεις ελέγχου μέσων τιμών υποπληθυσμών όπως αυτοί χωρίστηκαν από μεταβλητές περισσότερων των 2 πιθανών απαντήσεων. Το στατιστικό πακέτο ανάλυσης δεδομένων που χρησιμοποιήθηκε είναι το SPSS 14.0

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από το δείγμα της μελέτης το 15% (n=89) ήταν άνδρες και το 85% (n=503) γυναίκες. Ποσοστό 8,9% (n=408) ήταν ηλικίας 30-45 ετών. Κύρια εθνικότητα που δηλώθηκε ήταν η Ελληνική σε ποσοστό 97,5% (n=577). Και το θρήσκευμα ήταν στην πλειοψηφία 97,6% (n=576) χριστιανοί ορθόδοξοι.

Αναφορικά με την βαθμίδα εκπαίδευσης, η κύρια πληθυσμιακή ομάδα εντοπίστηκε στην κατηγορία 6-12 έτη, σε ποσοστό 48,1% (n=284). Επαγγελματίες υγείας ήταν σε ποσοστό 7,8% (n=46) στον εξεταζόμενο πληθυσμό. Ως τόπος διαμονής δηλώθηκε η αστική περιοχή, σε ποσοστό 84,4 % (n=496). Αναφορικά με τα παιδιά, κατά μέσο όρο ήταν 1,97 παιδιά ανά οικογένεια, με μέσες τιμές 0,91 για αγόρια και 1,06 για τα κορίτσια. Οι μέσες τιμές των αγοριών και κοριτσιών ανά οικογένεια διέφεραν σημαντικά (p=0,017,) με μεγαλύτερη αυτή των κοριτσιών. Τέλος κορίτσια υπήρξαν στο 75,5% (n=447) των οικογενειών που συμμετείχαν, ενώ στο 60% (n=347) περίπου των περιπτώσεων η ηλικία του μεγαλύτερου παιδιού ήταν κάτω από 10 ετών. Σχετικά με το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα, αυτό διαμορφωνόταν μεταξύ 11000-20000 ευρώ στο 32,1% (n=190). Τα δηΒογραφικά δεδοΒένα και τα χαρακτηριστικά του δείγματος παρουσιάζονται στον πίνακα 1.

Οι γνώσεις σχετικά με τον ιό HPV φάνηκε να είναι αυξημένες στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες (ποσοστό γυναικών 80,1% έναντι ποσοστού ανδρών 60,7%, p=0.000) και σε ηλικίες άνω των 45 ετών (p=0.028), καθώς επίσης και σε περισσότερο μορφωμένα άτομα (p=0.000) (Γράφημα 1). Όσοι διαμένουν σε πόλεις και οι επιφανέστεροι οικονομικά, γνώριζαν περισσότερα για τον ιό και τις επιδράσεις του στην υγεία του ατόμου (p=0.007), και το ίδιο ανέφεραν ότι γνώριζαν και οι γονείς εκείνοι που ήταν επαγγελματίες υγείας (p=0.000). Η βασική πηγή ενημέρωσης ήταν τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης για τους άνδρες κυρίως, ενώ για τις γυναίκες ο γιατρός (p=0.031).

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

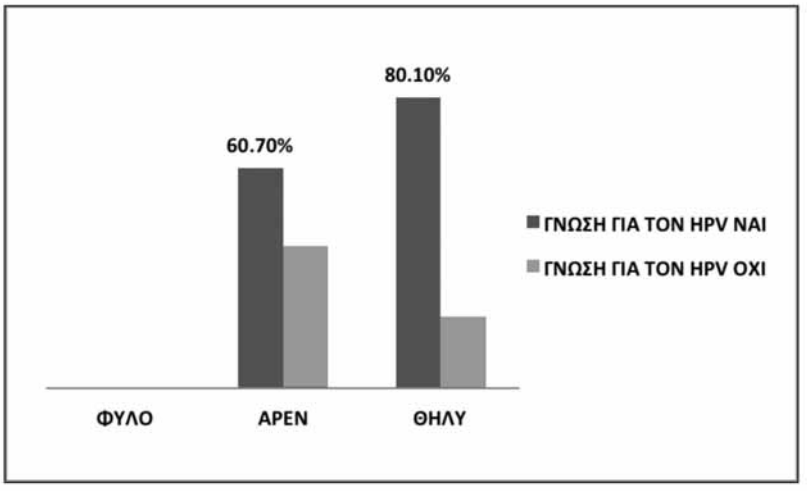
Μεταβλητή	N	(%)	Μεταβλητή	N	(%)
Φύλο	592		Αριθμός παιδιών		
Άνδρες	89	(15,0)	0	1	(0,2)
Γυναίκες	503	(85,0)	1	153	(25,8)
Ηλικία			2	329	(55,6)
<30	113	(19,1)	3	85	(14,4)
30-45	408	(68,9)	4	20	(3,4)
>45	71	(12,0)	5	4	(0,7)
			Αριθμός αγοριών		
Ελληνική	577	(97,5)	0	202	(34,1)
Άλλο	15	(2,5)	1	258	(43,6)
			2	114	(19,3)
Χριστιανός ορθόδοξος	576	(97,3)	3	14	(2,4)
Άλλο	14	(2,4)	4	4	(0,7)
			Αριθμός κοριτσιών		
<6έτη	59	(10,0)	0	145	(24,5)
6-12έτη	284	(48,0)	1	288	(48,6)
Πανεπιστημίου	206	(34,8)	2	140	(23,6)
Μεταπτυχιακά	42	(7,1)	3	18	(3,0)
			4	1	(0,2)
Επαγγελματίας υγείας	46	(7,8)	Ύπαρξη κοριτσιού		
Άλλο	545	(92,1)	Ναι	447	(75,5)
			Όχι	145	(24,5)
Χωριό	92	(15,5)	Ηλικία μεγαλύτερου παιδιού		
Πόλη	496	(83,8)	<10ετών	347	(58,6)
			10-15ετών	141	(23,8)
<10.000 ευρώ	70	(11,8)	>15 ετών	102	(17,2)
11.000-20.000 ευρώ	190	(32,1)			
21.000-30.000 ευρώ	161	(27,2)			
31.000-40.000 ευρώ	117	(19,8)			
>41.000 ευρώ	54	(9,1)			

Πίνακας 2. Γνώση ύπαρξης εμβολίου και ηλικία

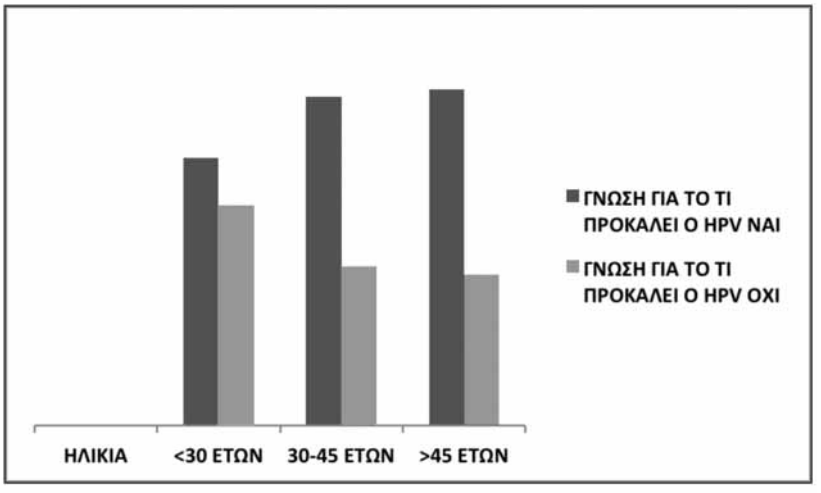
Γνωρίζετε ότι υπάρχει εμβόλιο για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας;				**Σύνολο**
p 0,013		Όχι	Ναι	
Ηλικία μεγαλύτερου παιδιού	<10ετών	17,0%	83,0%	100,0%
	10-15ετών	7,1%	92,9%	100,0%
	>15 ετών	11,8%	88,2%	100,0%
Σύνολο		13,7%	86,3%	100,0%

Επίσης, σχετικά με το τι μπορεί να προκαλέσει ο HPV βρέθηκε ποσοστό γνώσης στις γυναίκες 80,0%, έναντι του ποσοστού στους άνδρες 49,4% (p=0.001). Αναλόγως, λιγότερα φαίνεται ότι γνώριζαν και οι γονείς που έχουν μικρή ηλικία (p=0.036), (Γράφημα 2). Επίσης, καταγράφηκε υψηλότερο ποσοστό γνώσεων στους Έλληνες, έναντι άλλων εθνικοτήτων (p=0.002), στους απόφοιτους πανεπιστημίου (p=0.000), στους επαγγελματίες υγείας, στους κατοίκους πόλεων, σε σχέση με τους κατοίκους χωριών (p=0.008) και στους οικονομικά ευκατάστατους (>31.000 ευρώ ετήσιο εισόδημα) (p=0.001).

Όσον αφορά στο εμβόλιο κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, οι περισσότερες γυναίκες δήλωσαν ότι γνωρίζουν την ύπαρξή του (p=0.00), κυρίως αυτές



Γράφημα 1: Γνώση για τη νόσο HPV και φύλο



Γράφημα 2: Γνώση επιπτώσεων HPV και ηλικία

που έχουν κόρη (p=0.022) ή παιδί ηλικίας 10-15 ετών (p=0.013) (Πίνακας 2).

Αναφορικά με την ερώτηση εάν έχουν εμβολιάσει το παιδί τους, οι γονείς ηλικίας μεγαλύτερης από 45 ετών εμφάνισαν μεγαλύτερο ποσοστό εμβολιασμού (p=0.022). Ομοίως και οι οικονομικά επιφανείς γονείς, με εισόδημα μεγαλύτερο από 40.000 ευρώ ανά έτος (p=0.007), καθώς επίσης και εκείνοι που το παιδί τους βρίσκεται στην ηλικία περίπου των 15 ετών (p=0.00). Υψηλότερο επίσης, βρέθηκε να είναι το ποσοστό των ερωτηθέντων νεαρής ηλικίας (μικρότερης των30 ετών) που θα έκαναν τον εμβολιασμό του παιδιού τους εάν τους προέτρεπε ο γιατρός (p=0.029) (Πίνακας 3).

Τέλος, πιο θετικοί στο δικό τους εμβολιασμό κατά του ιού HPV βρέθηκαν να είναι οι γυναίκες (p=0.00), οι επαγγελματίες υγείας (p=0.003), οι κάτοικοι των αστικών περιοχών (p=0.030) και όσοι έχουν κόρη (p=0.029) (Πίνακας 3).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα Βελέτη προσδιορίστηκαν οι γνώσεις, οι στάσεις και οι παράγοντες εκείνοι που σχετίζονται με αυτά, για τον ιό του HPV και του εμβολιασμού κατά των στελεχών του, που ενοχοποιούνται για την εμφάνιση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, με απώτερο στόχο την αύξηση των γνώσεων και την υιοθέτηση ορθών συμπεριφορών που θα συμβάλλουν στην πρόληψη των εφήβων γυναικών.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι γονείς που είχαν ανώτερη εκπαιδευτική και κοινωνικο-οικονομική κατάσταση υπερτερούσαν σε γνώσεις και κυρίως οι γυναίκες. Το ποσοστό αυτό που φαίνεται να γνωρίζει τον ιό HPV (77,2%) συμβαδίζει με αντίστοιχα ποσοστά που βρέθηκαν σε μελέτες του εξωτερικού. . Συγκεκριμένα, σε μελέτη που έλαβε χώρα στις ΗΠΑ, στην περιοχή Georgia αναφέρεται ότι το 60% των ερωτηθέντων είχε ακούσει για τον ιό

(Davis et al 2004). Επίσης, στην Ολλανδία, οι Lenselink et al. (2008), αναφέρουν ότι μόνο το 33,3% των ερωτηθέντων ήταν ενήμεροι για την ύπαρξη του ιού. Αντίθετα, σε άλλη μελέτη που διεξήχθη στην Ελλάδα, το ποσοστό αυτό εμφανίστηκε να είναι περίπου 20% (Voltsi et al 2014). Η ενημέρωση για τη νόσο προήλθε κατά κύριο λόγο από τα Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας (Fylan 1998).

Το ποσοστό των γονέων που γνώριζαν που οφείλεται η νόσος βρέθηκε να είναι στην παρούσα μελέτη, μικρότερο του 50% (47,3%). Αντίθετα με τα ευρήματα της μελέτης μας, γονείς που συμμετείχαν σε έρευνες που έγινε σε ΗΠΑ και Αυστραλία, παρουσίασαν πολύ μικρό ποσοστό (7%) όσον αφορά στη γνώση των αιτών της νόσου (Davis et al 2004, Marshall et al 2007).

Αναφορικά με τη γνώση για τη μετάδοση της νόσου, το 55,7% του δείγματος της μελέτης γνώριζαν τον τρόπο μετάδοσης, ενώ υψηλότερο ποσοστό(65,2%) εμφανίζεται σε ότι αφορά τη γνώση για τις επιπτώσεις από τον HPV. Ιδιαίτερα χαμηλό είναι το ανάλογο ποσοστό (1,9%) στην Cuernavaca του Μεξικό, όπως καταγράφηκε σε έρευνα των Lazcano-Ponce et al (2001). Σε άλλες έρευνες που έγιναν σε ΗΠΑ και Αυστραλία, βρέθηκε πως μόνο το 2% γνώριζε ότι ο ιός HPV μπορεί να προκαλέσει καρκίνο του τραχήλου της μήτρας νόσου (Davis et al 2004, Marshall et al 2007), ενώ αντίθετα μεγαλύτερο είναι το ποσοστό που εμφανίζεται σε έρευνα από την Ολλανδία σχετικά με τη γνώση των επιπτώσεων του HPV(Lenselink et al 2008).

Σε ποσοστό 7,8% των περιπτώσεων στην παρούσα μελέτη, δηλώθηκε η ύπαρξη ατόμου στην οικογένεια που είχε προσβληθεί από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Η μέση ηλικία του ατόμου που αναφέρθηκε, προσδιορίστηκε στα 47,7 έτη, ενώ η ύπαρξη της παραπάνω νόσου, σε μεγάλο ποσοστό (72,3%), δεν αναφέρθηκε ότι υπήρχε παράλληλα με την εμφάνιση κονδυλωμάτων.

Σύμφωνα με την παρούσα μελέτη, το 69,4% ανέφερε ότι γνώριζε για την κυκλοφορία του εμβολίου στην Ελλάδα. Μεγάλη διαφοροποίηση αυτών των ποσοστών παρατηρείται σε σχέση με αντίστοιχη μελέτη που διεξήχθη στο Βιετνάμ, στην οποία αναφέρεται ότι μόνο το 11% γνώριζε για την ύπαρξη του συγκεκριμένου εμβολίου (Dinh et al 2007). Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης επίσης, έδειξαν ότι το 84% απάντησε πως δε γνωρίζει αν το εμβόλιο έχει παρενέργειες. Μοιρασμένα είναι τα ποσοστά όσων γνώριζαν την ηλικία στην οποία συστήνεται να γίνεται ο εμβολιασμός και εκείνων που δεν την γνώριζαν. Παρ΄ όλ΄ αυτά, μόνο το 1,7% των γονέων που συμμετείχαν στη μελέτη, ανέφερε ότι είχε εμβολιάσει το παιδί του με το εμβόλιο κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, ποσοστό ιδιαίτερα χαμηλό, χωρίς όμως να είμαστε σε θέση να το συγκρίνουμε με άλλες έρευνες λόγω έλλειψης στοιχείων.

Η πλειοψηφία των γονέων (77%) που συμμετείχε στη μελέτη δήλωσε ότι επιθυμούσε να εμβολιάσει την κόρη με το εμβόλιο για τον HPV. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με αντίστοιχο μελέτης που έγινε στο Βιετνάμ και έδειξε ότι πάνω από το 90% των ερωτηθέντων γονέων δέχονταν να εμβολιάσουν την ανήλικη κόρη τους (Dinh et al 2007). Σε μία ακόμη έρευνα που έγινε στο Τέξας, το 67% των γονέων ανέφεραν ότι θα δεχόταν να προβεί στον εμβολιασμό της κόρης τους (Slomovits et al 2006). Στις ΗΠΑ και πιο συγκεκριμένα στην Καλιφόρνια (Constatine & Jerman 2007) το ποσοστό αυτό (75%), σχεδόν συμπίπτει με εκείνο της μελέτης μας, ενώ λίγο μικρότερο (70%) βρέθηκε να είναι σε σχέση με το ποσοστό αντίστοιχης μελέτης που έγινε στον Καναδά (Ogilvie et al 2008).

Το 43% των γονέων στη μελέτη μας δήλωσε ότι θα δεχόταν να εμβολιάσει το γιο τους. Σε αντίστοιχες έρευνες από το Τέξας και τον Καναδά, το αντίστοιχο ποσοστό αποδοχής εμβολιασμού του γιου διαφέρει[(66%) και (67,8%)] (Slomovitz et al 2006, Ogilvie et al 2008) . Σε σχετικές μελέτες επίσης από ΗΠΑ και Αυστραλία, το 77% των γονέων δήλωσε ότι θα δεχόταν να εμβολιάσει το ανήλικο παιδί του (Marshall 2007). Ακόμα μεγαλύτερο είναι το ποσοστό αυτό στο Βιετνάμ όπου το 94% πιστεύει ότι το εμβόλιο είναι αποτελεσματικό και θα δεχόταν να εμβολιάσει το παιδί του (Dinh et al 2007). Μία επιπλέον έρευνα που έλαβε χώρα στην Αγγλία, έδειξε ότι το ποσοστό αποδοχής του εμβολιασμού στα παιδιά και των δύο φύλων ανέρχεται στο 75% (Marlow et al 2006). Στην Ολλανδία το ποσοστό αυτό ανέρχεται σε 88% (Lenselink et al 2008), ενώ σε παρόμοια μελέτη από την Ινδιανάπολη των ΗΠΑ, το ποσοστό αυτό φτάνει το 70% (Mays et al 2004).

Ο βασικότερος λόγος μη εμβολιασμού που περιγράφεται διεθνώς, είναι οι παρενέργειες που μπορεί να εμφανιστούν στα κορίτσια και η πεποίθηση ότι το εμβόλιο δεν προσφέρει τίποτε στα αγόρια (Jones & Cook 2008). Το κόστος φαίνεται επίσης να παίζει κάποιο μικρό ρόλο (6%) στην άρνηση αποδοχής του εμβολιασμού από γονείς στις ΗΠΑ (Brewer et al 2008). Στην παρούσα μελέτη ωστόσο, τα ποσοστά μη εμβολιασμού λόγω οικονομικού κόστους βρέθηκαν να είναι ακόμη μικρότερα (1,4%). Αντίθετα, το ζήτημα των παρενεργειών του εμβολίου φάνηκε να είναι σημαντικός παράγοντας μη αποδοχής του εμβολιασμού (37,5%).

Η πιθανότητα αύξησης της σεξουαλικής δραστηριότητας μετά από τον εμβολιασμό και μάλιστα με ελαχιστοποίηση των προφυλάξεων, αναφέρθηκε από μεγάλο ποσοστό γονέων στη μελέτη μας(68%). Έρευνα από το Βιετνάμ αντίθετα έδειξε ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (90%), δεν πίστευαν ότι ο εμβολιασμός των παιδιών θα οδηγήσει πιθανά στην αύξηση της σεξουαλικής δραστηριότητας (Dinh et al 2007), εύρημα που συμφωνεί με εκείνο αντίστοιχης μελέτης από τις ΗΠΑ (88%) (Brewer et al 2008).

Αναφορικά με τις διάφορες θρησκευτικές πεποιθήσεις, η πλειοψηφία των γονέων (99%) που συμμετείχαν στη μελέτη μας ανέφεραν ότι δεν τις θεωρούν εμπόδιο στον εμβολιασμό. Υψηλά ήταν επίσης τα ποσοστά

των γονέων (74%) δήλωσε ότι θα αποδεχόταν τον εμβολιασμό του παιδιού τους, αν υπήρχε δωρεάν χορήγηση, ένταξη στο εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμού, προτροπή γιατρού ή πλήρη ενημέρωση, κάτι που δείχνει τη θετική στάση των γονέων όταν αποφορτίζεται από την οικονομική δαπάνη και τεκμηριώνεται από την επιστημονική γνώση. Υψηλότερα ποσοστά αποδοχής του εμβολίου (95%), μετά τη σύσταση του γιατρού, αναφέρθηκαν σε μελέτη από το Βιετνάμ (Dinh et al 2007).

Στην πιθανή συμμετοχή σε πρόγραμμα παρακολούθησης των εμβολιασμένων παιδιών δήλωσαν ότι θα συμμετείχε το ένα τρίτο των γονέων (33,3%) που συμμετείχαν στη μελέτη μας, ενώ σε σχετική έρευνα στο Μεξικό, το ποσοστό αυτό ήταν υπερδιπλάσιο (Lazcano-Ponche et al 2001). Επίσης στη μελέτη μας το 94,3% των γονέων θεωρούσε ότι πρέπει να ενημερώνεται περισσότερο για τον εμβολιασμό και ως πηγές της ενημέρωσης αυτής, προτάθηκαν, ο ιατρός με ποσοστό 76,2% και η οικογένεια με ποσοστό 50,8%.

Τέλος μόνο το 9% των γονέων που συμμετείχαν στη μελέτη, ανέφεραν ότι γνωρίζουν άτομα του περιβάλλοντος που έχουν κάνει το συγκεκριμένο εμβόλιο, ενώ το 63,7% των γονέων δήλωσαν ότι θα επιθυμούσαν να εμβολιασθούν και οι ίδιοι στην περίπτωση που αυτό θα ήταν εφικτό και υπήρχε σύσταση από γιατρό. Οι Slomovitz et al (2006) στο Χιούστον του Τέξας, σε σχετική έρευνά τους κατέγραψαν ότι το 77% των ερωτηθέντων θα δεχόταν να εμβολιαστεί ο ίδιος. Λίγο μεγαλύτερο βρέθηκε να είναι το ποσοστό αυτό (86%) για τους γονείς στη Φιλανδία, όπως αναφέρουν και οι Woodhall et al (2007).

Περιορισμοί της μελέτης

Στους περιορισμούς της μελέτης περιλαμβάνεται το μικρό και μη αντιπροσωπευτικό δείγμα, λόγω μη συμμετοχής στη μελέτη της νησιωτικής Ελλάδας, αλλά και των αγροτικών περιοχών ή κάποιων μεγαλύτερων αστικών κέντρων της χώρας. Επίσης, πρέπει να αναφερθεί ότι δε μπορεί να γίνει εξακρίβωση της αντικειμενικής γνώσης των ερωτηθέντων και να αποκλειστεί η πιθανότητα κάποιων τυχαίων απαντήσεων που μπορεί να αποδίδονται στην αμηχανία της άγνοιας, ή την παρερμηνεία της γνώσης του HPV με άλλο ιό.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Με βάση την πρόσφατη απελευθέρωση των σεξουαλικών σχέσεων, την αύξηση του μέσου όρου ηλικίας δημιουργίας οικογένειας, τη λανθασμένη αντίληψη πως τα προφυλακτικά μέσα παρέχουν 100% προστασία, τον ενθουσιασμό που χαρακτηρίζει την εφηβική ηλικία και την έντονη σεξουαλική δραστηριότητα των Ελλήνων, γίνεται κατανοητή η σημαντικότητα της πρόληψης στον τομέα της υγείας.

Η παρούσα μελέτη κατέγραψε τα κενά των γνώσεων των γονέων αναφορικά με τον ιό HPV και το σχετικό εμβόλιο. Η ανάγκη ενημέρωσης των γονέων κρίνεται επιτακτική. Η ενημέρωση αυτή θα πρέπει να γίνεται από πολλές πηγές και να είναι σφαιρική και αντικειμενική, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη τα κέρδη που αποκομίζουν οι αντίστοιχες φαρμακευτικές εταιρίες από την πώληση των εμβολίων. Τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης κατά πρώτο λόγο, αλλά και οι επαγγελματίες υγείας σε δεύτερη φάση, είναι δυνατό και θα έπρεπε να συμβάλλουν στην ενημέρωση και προτροπή του εμβολιασμού.

Παγκόσμια θα πρέπει βέβαια να υπάρξει μεγάλη κινητοποίηση και αφύπνιση, λόγω της σπουδαιότητας του θέματος εάν αναλογιστεί κανείς τις συνέπειες της προσβολής από τον ιό, αλλά και τη μεταδοτική μορφή της νόσου, με συνέπεια τη γρήγορη εξάπλωσή της, χωρίς τη λήψη κατάλληλων προληπτικών και προφυλακτικών μέτρων.

Μελλοντικές έρευνες πάνω στο θέμα αυτό στη χώρα μας, θα αποτύπωναν με σαφήνεια τα ποσοστά συμμόρφωσης με το πρόγραμμα εμβολιασμού, αλλά και τους παράγοντες εκείνους που οδηγούν στην μη αποδοχή του εμβολίου, έτσι ώστε να σχεδιαστούν προγράμματα ενημέρωσης και εκπαίδευσης του πληθυσμού, τα οποία θα συμβάλλουν στην πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Συνεισφορά ερευνητών

ΠΒ: Συμμετείχε στη σύλληψη και το σχεδιασμό της Βελέτης, στη συλλογή και ανάλυση των δεδομένων, στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων και στη συγγραφή του κειμένου. ΜΣ: Συμμετείχε στη συγγραφή του κειμένου και στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων.

Ευχαριστίες

Ευχαριστούμε θερμά τους γονείς που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια και βοήθησαν να ολοκληρωθεί η μελέτη, καθώς και τους γιατρούς που επέτρεψαν τη διανομή των ερωτηματολογίων στους γονείς που είχαν επισκεφτεί το ιατρείο τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Bouboulis G (2013). *Απαντήσεις για τον ιό hpv*. Διαθέσιμο σε : https://aretaieio-obgym.com/el/hpv.html [Προσπέλαση στις 22/12/2014]

Brewer N.T., Fazekas K.I. & Smith J.S.. (2008). HPV vaccine acceptability in a rural Southern area. *Journal of Women's Health* (Mary Ann Liebert, Inc.) 17: 539-48

Burns & Grove S. (2001). *The practice of Nursing Research. Conduct, critique and utilization*. 4th eds. Philadelphia. WB Saunders Company.

Campion M.J., McCance D.J., Cuzick J. & Singer A. (1986). Progressive potential of mild cervical atypia. Prospective cytological colposcopic and virological study. *The Lancet* 328(8501):237-240

Constantine N.A. & Jerman P. (2007). Acceptance of human papillomavirus vaccination among Californian parents of daughters: a representative statewide analysis. *Journal of Adolescent Health* 40: 108-15

Davis K., Dickman E.D., Ferris D. & Dias J.K. (2004). Human pappilomavirus vaccine acceptability among parents of 10- to 15- year-old adolescents. *Journal of Lower Genital Tract Disease* 8 : 188-94

Dinh T.A., Rosenthal S.L., Doan E.D., Trang T., Pham V.H., Tran B.D., Tran V.D., Phan G.A., Chu H.K. & Breitkopf C.R. (2007). Attitudes of mothers in Da Nan, Vietnam toward a human papilomavirus vaccine. *Journal of Adolescent Health* 40: 559-63

Ferlay J., Shin H.R., Bray F., Forman D., Mathers C. & Parkin D. M. (2010). Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. International Journal of Cancer 127: 2893–2917

Fylan F. (1998). Screening for cervical cancer: A review of women's attitudes, knowledge, and behaviour. *British Journal of General Practice* 48(433) : 1509-14

Garland S.M., Hernandez-Avila M., Wheeler C.M., Perez G. (2007). Quadrivalent vaccine against human papillomavirus to prevent anogenital diseases. *New England Journal of Medicine* 356: 1928–1943

Jones M. & Cook R. (2008). Intent to receive an HPV vaccine among university men and women and implications for vaccine administration. *The Journal of American College Health* 57: 23?32.

Laarae E., Day N.E. & Hanama M. (1987). Trends in mortality from cervical cancer in Nordic countries: association with organized screening programme. Lancet. 30(8544): 1247-9

Lazcano-Ponce E., Rivera L., Arillo-Santillán E., Salmerón J., Hernández-Avila M. & Muñoz N.(2001). Acceptability of a human papillomavirus (HPV) trial vaccine among mothers of adolescents in Cuernavaca, Mexico. *Archives of Medical Research* 32(3) : 243-7

Lenselink C.H., Gerrits M.M., Melchers W.J., Massuger L.F., van Hamont D. & Bekkers R.L. (2008). Parental acceptance of human papillomavirus vaccines. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 137(1) : 103-7

Marshall H., Ryan P., Robertson D. & Baghurst P. (2007). A cross-sectional survey to assess community attitudes to introduction of Human papillomavirus vaccine. *Australian and New Zealand Journal of public health* 31 : 235-242

Mays R.M., Sturm L.A. & Zimet G.D. (2004). Parental perspectives on vaccinating children against sexually transmitted infections. *Social Science & Medicine* 58 (7) : 1405-13

Ogilvie G.S., Remple V.P., Marra F., McNeil S.A., Naus M., Pielak K., Ehlen T., Dobson S., Patrick D.M. & Money D.M. (2008). Intention of parents to have male children vaccinated with the human papillomavirus vaccine. *Sexually Transmitted Infections* 84(4) 4 : 318-23

Parkin D. (2006). The global health of infection associated cancers in the year 2002. *International Journal of Cancer* 118, 3030-44.

Parkin D.M. & Bray F.(2006). Chapter 2: The burden of HPV-related cancers. *Vaccine*. 31:24.

Penroll M. & DeCherney A. (1991). *Current obstetric and gynecologic Diagnosis and Treatment*. 8th eds. Norwalk.Appleton & Lange.

Polit D.F. & Hungler B. (1991). *Nursing Research-Principles and Methods*. 4th eds. Philadelphia. JB Lippincott Company.

Sauvageau C., Duval B., GilcaV., Lavoie F., Ouakki M.(2007). Human papilloma virus vaccine and cervical cancer screening acceptability among adults in Quebec, Canada. *BMC Public Health* 7:304.

Schwartz S.M., Daling J.R., Shera K.A., Madeleine M.M., McKnight B., Galloway D.A., Porter P.L. & McDougall J.K. (2001). Human papillomavirus and prognosis of invasive cervical cancer: a population-based study. *Journal of Clinical Oncology* 19:1906-1915.

Slomovitz B.M., Sun C.C., Frumovitz M., Soliman P.T., Schmeler K.M., Pearson H.C., Berenson A., Ramirez P.T., Lu K.H., Bodurka D.C. (2006). Are women ready for the HPV vaccine? *Gynecologic Oncology* 103 : 151-4.

Voltsi E, Lamprinakou M., Liopa M., Rekleiti M., Saridi M., Souliotis K. (2014). Knowledge and attitudes of women regarding Sexually Transmitted Diseases, sexual health and preventive controls. *Rostrum of Asclepius* 13(2): 177-201

Woodhall S.C., Lehtinen M., Vehro T., Huhtala H., Hokkanem M. & Kosunen E. (2007). A survey of parental and adolescent knowledge and attitudes in Finland. Anticipated acceptance of HPV vaccination at the baseline of implementation. *Journal of Adolescents Health* 40(5) : 466-9

Zur Hausen H. (1982). Human genital cancer: synergism between two virus infections or synergism between a virus infection and initiating events? *Lancet* 18 (8312): 1370-2

Αγοραστός Θ., Τογκαρίδου Ε., Λαμπρόπουλος Α., Μίκος Θ., Κωνσταντινίδης Γουλής Δ., Τυμπανίδης .Ι, Αθάνατος Δ., Ζαφράκας Μ., Χατζηγεωργίου Κ., Σαλονικίδου Ε., Δάμπαλα Κ., Κύρου Δ., Μπίλη Ε., Βαβίλης Δ. & Μπόντης Ι.Ν. (2008). Συχνότητα λοίμωξης και κατανομή των ογκογόνων τύπων του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων σε Ελληνίδες και αποδοχή της προοπτικής του εμβολιασμού εναντίον του ιού – Πρόδρομα αποτελέσματα του «Προγράμματος Λυσιστράτη». *Ελληνικό Περιοδικό Γυναικολογίας και Μαιευτικής*, 7: 331- 348.

Γκεσούλη-Βολτυράκη Ε., Τσετσέκου Ε., Μαρνέρας Χ., Κράππης Κ., Υφαντής Α., Νούλα Μ.(2010). Η αποδοχή του εμβολιασμού έναντι του ιού HPV σε γυναίκες της ελληνικής επαρχίας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 27(3): 522-528.

Καλογερόπουλος Α. (2004). *Γυναικολογία*. (2η έκδ). University Studio Press, Θεσσαλονίκη.

Κουρούνης Γ. (2004), *Παθολογία Κατώτερου Γεννητικού Συστήματος- Κολποσκόπηση*. 2η έκδοση. Αθήνα: Παρισιάνου Μαρία .

Λώλης Δ. (1998). Γυναικολογία και Μαιευτική. 2η έκδοση. Αθήνα: Παρισιάνου Μαρία

Μαδιανός Γ. (2000). *Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική*. (1η εκδ). Αθήνα: Καστανιώτη

Μορτάκης Α. (2007). *Γυναίκα και HPV. Πρόληψη της μόλυνσης και των επιπλοκών της*. Αθήνα: Λίτσας.

Μπαλοδήμου Χρ., Καλαντζής Α., Σαράφης Π.(2013). Ιός HPV και εμβολιαστική κάλυψη εφήβων. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας* 5(2): 92-96.

Μπότσης Ι. (2007). *Βασικές γνώσεις Μαιευτικής και Γυναικολογίας*. 2η έκδοση. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Πεκτασίδης Δ. (2001). *Γυναικολογική Ογκολογία*. (1η έκδ.) Αθήνα: Πασχαλίδης.

Τεγόπουλος & Φυτράκης (1993). Ελληνικό Λεξικό: *Ορθογραφικό, Ερμηνευτικό, Ετυμολογικό*. (8η εκδ). Αθήνα: Αρμονία.

Factors associated with the attitudes of parents to vaccinate adolescents against human papilloma virus (HPV).

Panagiota VarelaV, Maria Saridi[2]

1. RN,MSc, General hospital of Korinthos
2. Director of Nursing, General Hospital of Korinthos, Greece Scientific Fellow, Faculty of Social Sciences, University of Peloponnese

ABSTRACT

Introduction: This is a study that captures the parents' knowledge about HPV and the vaccine against it, and correlated with demographic and social factors. According to recent data, the HPV infection is the most common viral infection in worldwide. 40-70% of the population in Europe and USA, has been infected, while 200.00 people have died from this cause.

Aim: The main objective of this study is to identify the knowledge, attitudes and factors affecting the attitude against the HPV virus and vaccination against strains implicated in cancer of the cervix.

Methodology: The quantitative descriptive research conducted in the prefectures of Attica, Thessaloniki, Larissa, Magnesia, Ioannina, Achaia and Corinth. The sample of the study consisted of 592 parents regardless of age, sex themselves or their children. Data were collected via anonymous questionnaire and statistical analysis was performed with the statistical package SPSS 14.0.

Results: The study sample consisted of 503 women (85%) and 89 (15%) men aged 30-45 most. 58% from the participants were in compulsory education level and 42% of them had higher education level. Of the total sample 84.4% lived in the city and 75.5% had a girl. Better informed about HPV virus appear parents residing in the city as opposed to those who live in the village (p = 0,007) and parents with girl as opposed to those without (p = 0.037). About the vaccine against cervical mainly living in urban areas of cancer are knowledgeable than those who live in villages (p = 0,036) and those with girl compared with those without (p = 0,022). They state that they have already taken the vaccine to their children more parents aged between 30-45 years (p = 0,022) and with good financial status (p = 0,007). As she gets older age of parents influence decreases the doctor may bring them to accept vaccination compared with younger parents (p = 0,002).

Conclusions: Knowledge of parents increase as improved socioeconomic status of urban residents and parents of those with daughter and become more receptive to vaccinate their child.

Key Words: cervical cancer, Human Papilloma Virus (HPV), kondyloma, vaccine

Corresponding Author Maria Saridi
Sina 33, P.K.20100, Tel. 6974439637, e-mail: sarmar32@windowslive.com

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Διερεύνηση της συσχέτισης του κυκλικού ωραρίου και των εφημεριών με τις συνήθειες ύπνου, τις συμπεριφορές υγείας, το άγχος και την ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας

Άννα Παυλίδου[1], Θάλεια Μπελλάλη[2]

1. Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, Γ.Ν.Θ. "Γ.Παπανικολάου", Θεσσαλονίκη.
2. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, «Αλεξάνδρειο» Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η λειτουργία των υπηρεσιών υγείας σε εικοσιτετράωρη βάση επιβάλλει στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό να εργάζεται με κυκλικό ωράριο και εφημερίες. Συχνά αυτό, προκαλεί διαταραχή και αποδιοργάνωση του βιορυθμού των επαγγελματιών υγείας.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας συγχρονικής μελέτης ήταν να διερευνηθεί εάν και σε ποιο βαθμό το κυκλικό ωράριο και οι εφημερίες των επαγγελματιών υγείας σχετίζονται με τις συνήθειες ύπνου, τις συμπεριφορές υγείας, το αντιλαμβανόμενο άγχος και την ικανοποίηση που αυτοί βιώνουν από το ωράριο εργασίας τους, τα οποία επηρεάζουν τις οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις, τη συνεργασία και την απόδοσή τους στον επαγγελματικό χώρο.

Υλικό-Μέθοδος: Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 352 εργαζόμενοι (135 ιατροί και 217 νοσηλευτές) δύο γενικών νοσοκομείων της Ελληνικής Περιφέρειας, οι οποίοι κατά το διάστημα Απριλίου-Ιουνίου 2012 συμπλήρωσαν ερωτηματολόγιο που περιελάμβανε: α) ερωτήσεις δημογραφικών χαρακτηριστικών και συμπεριφορών υγείας, καθώς και ερωτήσεις για το αντιλαμβανόμενο άγχος και την ικανοποίηση που βιώνουν στο χώρο εργασίας και β) την κλίμακα «Circadian Type Inventory» (CTI) αναφορικά με τις συνήθειες ύπνου, η οποία περιλαμβάνει 30 ερωτήσεις που ομαδοποιούνται στις υποκλίμακες της νωθρότητας και της ελαστικότητας. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 19.0.

Αποτελέσματα: Το 92% των συμμετεχόντων εργάζονται με κυκλικό ωράριο και εφημερίες. Οι εργαζόμενοι σε κυκλικό ωράριο και εφημερίες βρέθηκε να βιώνουν υψηλότερο άγχος ($p=0,006$), ενώ οι συμμετέχοντες χωρίς κυκλικό ωράριο και εφημερίες ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από το ωράριο ($p<0,001$) και τον ελεύθερο χρόνο που διαθέτουν ($p<0,001$). Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο ωράριο και το κάπνισμα ($p=0,4$), στην κατανάλωση καφέ/τσαγιού ($p=0,4$) και στην κατανάλωση αλκοόλ ($p=0,9$). Τέλος, το ωράριο δε συσχετίστηκε στατιστικώς σημαντικά με το Δείκτη Μάζας Σώματος ($p=0,2$).

Στο ερωτηματολόγιο CTI, οι γυναίκες βρέθηκε να έχουν μεγαλύτερη μέση βαθμολογία νωθρότητας σε σχέση με τους άντρες ($p=0,003$). Επίσης, οι άντρες εμφάνισαν μεγαλύτερη μέση βαθμολογία ελαστικότητας σε σχέση με τις γυναίκες ($p<0,001$), το ίδιο και οι ιατροί σε σχέση με τους νοσηλευτές ($p=0,02$).

Συμπεράσματα: Οι επιδράσεις στην υγεία των επαγγελματιών υγείας, λόγω του κυκλικού ωραρίου και των εφημεριών, σχετίζονται με ορισμένους τομείς της ζωής τους. Οι υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να λάβουν τα αναγκαία μέτρα για τη μείωση των αρνητικών επιπτώσεων, ώστε να διασφαλιστεί η υγεία και να βελτιωθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Λέξεις – Κλειδιά: επαγγελματίες υγείας, εφημερίες, κυκλικό ωράριο εργασίας, υγεία, ύπνος

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας: Άννα Παυλίδου, e-mail: anna.andreas06@gmail.com, Τηλ. +306944365849

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Οι εργαζόμενοι σε κυκλικό ωράριο και εφημερίες βιώνουν υψηλότερο άγχος**
- **Η ικανοποίηση από το ωράριο και τον ελεύθερο χρόνο σχετίζεται σημαντικά με το κυκλικό ωράριο και τις εφημερίες**
- **Οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη μέση βαθμολογία νωθρότητας και χαμηλότερη μέση βαθμολογία ελαστικότητας σε σχέση με τους άντρες**
- **Οι ιατροί εμφάνισαν μεγαλύτερη μέση βαθμολογία ελαστικότητας σε σχέση με τους νοσηλευτές**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η 24ωρη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας υποχρεώνει το νοσηλευτικό προσωπικό να εργάζεται με κυκλικό εναλλασσόμενο ωράριο. Το συγκεκριμένο ωράριο περιλαμβάνει βάρδιες κατά τη διάρκεια της ημέρας και της νύχτας. Επίσης, οι γιατροί εργάζονται με βάρδιες που περιλαμβάνουν είτε 8ωρες είτε 24ωρες εφημερίες. Ενώ ο συγκεκριμένος τύπος απασχόλησης έχει πλεονεκτήματα στην αύξηση της παραγωγικότητας, εντούτοις ενέχει κινδύνους που αφορούν στην υγεία των εργαζομένων.

Στα άτομα που εργάζονται με το σύστημα των εναλλασσόμενων βαρδιών διαταράσσεται ο κιρκαδιανός ρυθμός. Ο κιρκαδιανός ρυθμός καθορίζει τις φάσεις της δραστηριότητας των κυττάρων και των οργάνων του ανθρώπινου οργανισμού και είναι λίγο μεγαλύτερος από τη διάρκεια της κανονικής μέρας (Muecke 2005). Το αποτέλεσμα της αποδιοργάνωσής του προκαλεί το λεγόμενο «σύνδρομο διαταραχής του ύπνου σε εργαζόμενους με βάρδιες» (shift workers sleep disorder syndrome), το οποίο έχει βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες συνέπειες στην υγεία των εργαζομένων και οι οποίες είναι εμφανείς σε διάφορους τομείς της ζωής τους. Έτσι παρουσιάζονται διαταραχές ύπνου, πεπτικά προβλήματα, καρδιαγγειακά προβλήματα, προβλήματα που αφορούν στην ασφάλεια των εργαζομένων και προβλήματα στην οικογενειακή και κοινωνική ζωή (Κορομπέλη και συν 2006).

Η συχνότερη διαταραχή του ύπνου είναι η αϋπνία που μπορεί να αποτελέσει ένα χρόνιο πρόβλημα υγείας και έχει υπολογιστεί ότι μέχρι 50% του πληθυσμού παγκοσμίως πάσχει από αυτή. Ως αϋπνία ορίζεται η δυσκολία στην έλευση του ύπνου ή η μη διατήρηση του ύπνου. Για να τεθεί η ιατρική της διάγνωση θα πρέπει να υφίσταται τουλάχιστον για τρεις νύχτες την εβδομάδα και για ένα χρονικό διάστημα έξι μηνών. Η αϋπνία επίσης, μπορεί να καθοριστεί και από την ποσότητα του ύπνου. Όταν μέρος της νύχτας δαπανάται σε εγρήγορση τότε το έλλειμμα του ύπνου που συσσωρεύεται μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα του ατόμου να λειτουργήσει την επόμενη ημέρα. Τα άτομα που πάσχουν από αϋπνία παρουσιάζουν ατονία, κούραση, υπνηλία, αστάθεια σώματος, ζαλάδες, μείωση της ακουστικής ικανότητας, οφθαλμικές ψευδαισθήσεις, δυσκολία στη μνήμη, αδυναμία αντίληψης και μειωμένη συγκέντρωση, συχνά λάθη και ροπή προς ατυχήματα, αλλαγές στην ψυχική διάθεση, κατάθλιψη, έντονη ευερεθιστότητα, νευρικότητα, επιθετικότητα, συναισθηματική αστάθεια, κακή διάθεση και μελαγχολία (Πολυζόπουλος 2012). Η έρευνα του Akerstedt (2003) έδειξε ότι οι ακανόνιστες ώρες της εργασίας έχουν ισχυρές επιπτώσεις στον ύπνο και την εγρήγορση, σε βάρδιες που σχετίζονται με τη νύχτα ή το πρωί. Οι επιπτώσεις επηρεάζουν ακόμα και τις ημέρες που τα άτομα δεν εργάζονται. Το επίπεδο των διαταραχών από το κυκλικό εναλλασσόμενο ωράριο είναι παρόμοιο με αυτό που φαίνεται στην κλινική αϋπνία και μπορεί να είναι υπεύθυνο για αξιοσημείωτα ανθρώπινα ατυχήματα που σχετίζονται με την κόπωση και τη μειωμένη παραγωγικότητα.

Οι διαταραχές του γαστρεντερικού συστήματος επίσης, είναι από τις πιο συχνές επιπτώσεις που παρατηρούνται σε άτομα που δουλεύουν σε εργασία με κυκλικό εναλλασσόμενο ωράριο. Σε μια παλαιότερη μελέτη του Rutenfranz et al (1981) βρέθηκε ότι έως 75% των ατόμων που εργάζονται τη νύχτα παραπονούνται για διαταραχή της όρεξης, προβλήματα του εντέρου, δυσπεψία, κοιλιακά άλγη, δυσκοιλιότητα και καύσο σε σύγκριση με 25% των ατόμων που έχουν τα ίδια συμπτώματα και δουλεύουν σε ημερήσια βάση. Τα πεπτικά έλκη επιπλέον, έχουν εκτιμηθεί ότι είναι από 2 έως 8 φορές υψηλότερα στους ανθρώπους που εργάζονται σε κυκλικό ωράριο από αυτούς που δουλεύουν μόνο πρωί. Ο Leonard (1996)αναφέρει ότι το μεσημεριανό γεύμα δεν καταναλώνεται από το 25% των εργαζομένων που απασχολείται σε νυχτερινή βάρδια. Επίσης 16% των εργαζομένων πίνει μεγαλύτερη ποσότητα καφέ το βράδυ και το 13% καπνίζει περισσότερο. Ο Mignot και οι συνεργάτες του (2004) βρήκαν ότι στα άτομα που κοιμόταν λιγότερο από 8 ώρες (74% του συνόλου του δείγματος) ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) ήταν αντιστρόφως ανάλογος προς τη διάρκεια του ύπνου. Άλλες μελέτες επίσης, έχουν δείξει ότι η οξεία και η χρόνια στέρηση του ύπνου μπορούν να προκαλέσουν μείωση της συγκέντρωσης της λεπτίνης (Mullington et al 2003, Spiegel et al 2003).

Οι συνθήκες επίσης στο εργασιακό περιβάλλον συνεισφέρουν στην ανάπτυξη καρδιαγγειακών νοσημάτων, με συχνότερες μορφές αυτή της στεφανιαίας νόσου και του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. Η μελέτη του Kawachi και των συνεργατών του (1995) έδειξε ότι ο κίνδυνος για καρδιαγγειακή νόσο σε γυναίκες που έκαναν εργασία με εναλλασσόμενες βάρδιες ήταν 1,38 σε σχέση με αυτές που δεν έκαναν. Ο αντίστοιχος κίνδυνος ήταν 1,21 σε γυναίκες που έκαναν κυκλικό ωράριο για λιγότερο από 6 έτη

και 1,51 σε αυτές που έκαναν βάρδιες για περισσότερο από 6 χρόνια. Ο Brown και οι συνεργάτες του (2009) αναφέρουν ότι η εργασία με κυκλικό ωράριο που διαταράσσει τον κιρκαδιανό ρυθμό, συνδέεται με τη στεφανιαία νόσο (ΣΝ) και οι γυναίκες φαίνεται να έχουν ένα μέτρια αυξημένο κίνδυνο εγκεφαλικού επεισοδίου μετά από μεγάλες περιόδους εργασίας με εναλλασσόμενες βάρδιες.

Ο ανθρώπινος παράγοντας συχνά αναφέρεται ως ένας σημαντικός παράγοντας για την εμφάνιση εργατικών ατυχημάτων και αυτό μπορεί να εξαρτηθεί σε ορισμένο βαθμό από τους παράγοντες ύπνου και τον κιρκαδιανό ρυθμό. Η μείωση της διάρκειας του ύπνου η οποία προκαλείται λόγω της πρόωρης έναρξης της εργασίας, ή από την εγρήγορση κατά τη διάρκεια της νύχτας, έχει δείξει ότι σχετίζεται με την αύξηση στα λάθη και τα ατυχήματα στον τομέα εργασίας (Harrington 2001). Τόσο η παραγωγικότητα, όσο και η ασφάλεια, διακυβεύονται κατά τη νυχτερινή εργασία. Ειδικότερα, η ασφάλεια μειώνεται κατά τη διάρκεια διαδοχικών νυχτερινών βαρδιών (Folkard et al 2003). Στον τομέα της υγείας ωστόσο, που είναι τόσο ιδιαίτερος, η ασφάλεια των εργαζομένων, αλλά και των ασθενών συνιστά ένα μείζον θέμα. Οι νοσηλευτές και οι γιατροί είναι επιρρεπείς σε ατυχήματα, λάθη και παραλείψεις. Η κούραση είναι σωματική, πνευματική και ψυχολογική. Η έλλειψη ύπνου, καθώς και σωστής διατροφής μπορεί να οδηγήσει στην εξάντληση, στην εμφάνιση άγχους και νευρικότητας κατά την εκτέλεση των καθηκόντων, στη μειωμένη αντίληψη και αντίδραση, σε λάθος διαγνώσεις, σε ατυχήματα που αφορούν τόσο στη λανθασμένη χορήγηση δόσης ή φαρμάκου, όσο και σε τσιμπήματα ή κοψίματα από τη λανθασμένη χρήση του αναλώσιμου υλικού (Suzuki et al 2005). Σοβαρά ιατρικά λάθη έγιναν από ιατρούς που δούλευαν σε 24ωρες και παραπάνω ωρών βάρδιες σε σχέση με αυτούς που έκαναν μικρότερες βάρδιες (Landrigan et al 2004). Στην προοπτική διαχρονική μελέτη των West και των συνεργατών (2006) βρέθηκε ότι τα περισσότερα ιατρικά λάθη έγιναν από ειδικευόμενους ιατρούς και η εμφάνισή τους συσχετιζόταν με την μειωμένη ποιότητα ζωής και προσωπική ευημερία. Η έρευνα του Taoda και των συνεργατών (2008) επίσης, έδειξε ότι οι πολυάσχολοι γιατροί έχουν την τάση να εκδηλώνουν κόπωση και μείωση της αποδοτικότητας, που έχει άμεση συσχέτιση με την ασφάλεια των ασθενών. Επίσης, ο μεγαλύτερος ίσως κίνδυνος που προκύπτει από την εργασία με εναλλασσόμενες βάρδιες είναι η ασφάλεια των εργαζομένων μετά το πέρας της εργασίας τους μέχρι να φτάσουν στο σπίτι τους. Συχνά συμβαίνουν τροχαία ατυχήματα θανατηφόρα ή μη, μετά από την εκτέλεση νυχτερινής βάρδιας ή εφημερίας.

Οι εναλλασσόμενες βάρδιες δεν είναι ένα απλό πρόγραμμα εργασίας, αλλά αφορά σε έναν τρόπο ζωής. Το κυκλικό ωράριο έχει αντίκτυπο στα άτομα ως μονάδες, στις οικογένειές τους, καθώς και στην κοινωνική τους ζωή (Jacobs & Gerson 2004). Η εργασία με βάρδιες δημιουργεί πρόβλημα κυρίως στον προγραμματισμό της οικογενειακής ζωής και όχι τόσο στο χρόνο που διατίθεται για οικογενειακές δραστηριότητες (Staines & Pleck 1984). Η έρευνα του White και του Keith το 1980-83 ασχολήθηκε με τις επιπτώσεις που επιφέρει η εργασία με κυκλικό ωράριο στην ποιότητα και σταθερότητα στον έγγαμο βίο και έδειξε μια αύξηση της πιθανότητας διαζυγίου (White & Keith 1990). Επίσης, σε μια άλλη μελέτη παρουσιάστηκε ο συναισθηματικός αντίκτυπος που έχει η εργασία με βάρδιες πάνω στα παιδιά και επισημάνθηκε ότι η έκφραση αυτών των συναισθηματικών δυσκολιών μπορεί να ποικίλει ανάλογα με το φύλο του παιδιού (Barton et al 1998).

Στη βιβλιογραφία εντοπίστηκε μόνο μία μελέτη που έχει γίνει στην Ελλάδα σχετικά με την επίδραση του εναλλασσόμενου κυκλικού ωραρίου στους επαγγελματίες υγείας. Η συγκεκριμένη πραγματοποιήθηκε σε Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο της Αττικής σε δείγμα 154 νοσηλευτών που εργάζονται σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), καρδιολογική μονάδα εμφραγμάτων και παθολογικά, πνευμονολογικά και ουρολογικά τμήματα. Η συγκεκριμένη έρευνα έδειξε ότι εμφανίζονται επιπτώσεις στους νοσηλευτές που εργάζονται με κυκλικό ωράριο και νυχτερινές βάρδιες, οι οποίες δεν υφίστανται άμεσα, αλλά έμμεσα, μέσω των αλλαγών στην ποσότητα και ποιότητα του ύπνου (Κορομπέλη και συν 2006).

Σκοπός της παρούσας συγχρονικής μελέτης ήταν να διερευνηθεί εάν και σε ποιο βαθμό το κυκλικό ωράριο και οι εφημερίες των επαγγελματιών υγείας σχετίζονται με τις συνήθειες ύπνου, τις συμπεριφορές υγείας, το αντιλαμβανόμενο άγχος και την ικανοποίηση που αυτοί βιώνουν από το ωράριο εργασίας τους, τα οποία επηρεάζουν τις οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις, τη συνεργασία και την απόδοσή τους στον επαγγελματικό χώρο.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σχεδιασμός

Πρόκειται για μια συγχρονική μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε επαγγελματίες υγείας δύο Γενικών νοσοκομείων της Ελληνικής Περιφέρειας, το χρονικό διάστημα από 1/4/2012 έως 30/6/2012.

Δείγμα μελέτης και διαδικασία συλλογής δεδομένων

Το δείγμα ευκολίας της έρευνας αποτέλεσαν 352 επαγγελματίες υγείας (ποσοστό ανταπόκρισης 92,6%), που εργάζονταν με ή χωρίς κυκλικό ωράριο ή εφημερίες. Συμμετείχαν συνολικά 135 ιατροί όλων των βαθμίδων (διευθυντής, επιμελητής Α΄, επιμελητής Β΄, ειδικευόμενος) και διαφόρων ειδικοτήτων, καθώς και 217 νοσηλευτές όλων των βαθμίδων (προϊστάμενος, αναπληρωτής προϊστάμενος, νοσηλευτής και βοηθοί νοσηλευτές). Η χορήγηση των ερωτηματολογίων έγινε σε κλειστούς φακέλους από την πρώτη ερευνήτρια, στο χώρο εργασίας των συμμετεχόντων.

Εργαλεία συλλογής δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη χρήση αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου που αποτελούνταν από δύο

μέρη. Το πρώτο μέρος περιλάμβανε 27 ερωτήσεις κλειστού τύπου που αφορούσαν στα δημογραφικά στοιχεία (π.χ. επίπεδο μόρφωσης, θέση εργασίας, έτη προϋπηρεσίας, τμήμα εργασίας, αριθμό των εφημεριών και των βαρδιών το μήνα), σε κάποια προσωπικά στοιχεία όπως το βάρος, το ύψος των συμμετεχόντων και τον αριθμό των τσιγάρων, του καφέ και του αλκοόλ που κατανάλωναν, αλλά και σε ερωτήσεις σχετικά με το αντιλαμβανόμενο άγχος και την ικανοποίηση από το ωράριο εργασίας τους.

Το δεύτερο μέρος περιλάμβανε το ερωτηματολόγιο «Circadian Type Inventory» (CTI) (Folkard et al 1979), το οποίο αποτελείται από 30 ερωτήσεις, που ομαδοποιούνται σε δυο υποκλίμακες, της νωθρότητας (vigorousness factor) και της ελαστικότητας (flexibility factor) αναφορικά με τις συνήθειες ύπνου. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων υπάγονται σε μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων τύπου Likert, από το «σχεδόν ποτέ» έως το «σχεδόν πάντα». Η υποκλίμακα της νωθρότητας περιέχει 15 ερωτήσεις σχετικά με την ικανότητα του εργαζομένου να την ξεπεράσει εάν αλλάξουν οι συνήθειες ύπνου (αν δυσκολεύεται να ξυπνήσει ομαλά μια ασυνήθιστη ώρα, αν ξεπερνάει την κούραση σε μια απαιτητική περίσταση, αν δυσκολεύεται να μείνει ξύπνιος ακόμα και αν πρέπει, αν οι ώρες της ημέρας επηρεάζουν τη διάθεση και τις ικανότητές του κλπ). Η υποκλίμακα της ελαστικότητας περιέχει επίσης 15 ερωτήσεις που ερευνούν την προσαρμοστικότητα του εργαζομένου στις συνήθειες του ύπνου (αν ξεπερνάει εύκολα την υπνηλία αν έχει με κάτι να ασχοληθεί, αν κοιμάται με ευκολία νωρίτερα από το κανονικό, αν έχει ιδιαίτερη προτίμηση σχετικά με το πότε κοιμάται, αν μπορεί να μην κοιμηθεί καθόλου για ένα βράδυ χωρίς δυσκολία, αν τα καταφέρνει με λίγες ώρες ύπνου για συνεχόμενες ημέρες κλπ). Η συνολική βαθμολογία και στις δύο υποκλίμακες κυμαίνεται μεταξύ 15-75. Μεγαλύτερες βαθμολογίες δηλώνουν μεγαλύτερη νωθρότητα ή ελαστικότητα των συμμετεχόντων αναφορικά με τις συνήθειες ύπνου. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί και χρησιμοποιηθεί σε μελέτη στην ελληνική γλώσσα με αξιοπιστία που βρέθηκε αποδεκτή σε επίπεδο (cronbach a=0,71) (Κορομπέλη και συν 2006).

Θέματα δεοντολογίας

Για την εκπόνηση της μελέτης ελήφθη άδεια από το επιστημονικό και το υπηρεσιακό συμβούλιο των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, αφού ενημερώθηκαν προφορικά οι διευθυντές και οι προϊστάμενοι των τμημάτων. Επίσης, ενημερώθηκαν όλοι οι συμμετέχοντες για τη διενέργεια της έρευνας, το σκοπό της, καθώς και ότι η συμμετοχή τους θα ήταν εθελοντική, ανώνυμη, απόρρητη και σε οποιαδήποτε φάση το επιθυμούσαν, θα μπορούσαν να αρνηθούν τη συνέχιση της συμμετοχής τους σε αυτή.

Ανάλυση Δεδομένων

Στην περιγραφική στατιστική οι συνεχείς μεταβλητές εκφράστηκαν με τη μέση τιμή (mean), την τυπική απόκλιση (sd) και τα 95% Διαστήματα Εμπιστοσύνης (95% ΔΕ). Οι διχοτόμες και κατηγορικές μεταβλητές εκφράστηκαν με συχνότητες. Ο έλεγχος της κανονικότητας των μεταβλητών έγινε με το κριτήριο Kolmogorov-Smirnov. Στην αναλυτική στατιστική ο έλεγχος των διχοτόμων και κατηγορικών μεταβλητών μεταξύ δύο ανεξάρτητων δειγμάτων έγινε με τις στατιστικές δοκιμασίες Chi-square test. Ο έλεγχος των συνεχών μεταβλητών μεταξύ δύο ή περισσότερων ανεξάρτητων δειγμάτων έγινε με τις στατιστικές δοκιμασίες student's t-test και one-way ANOVA. Χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson και μοντέλα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (multivariate linear regression). Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 19.0. Ο έλεγχος όλων των υποθέσεων έγινε για επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας p<0,05.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Δημογραφικά χαρακτηριστικά και συμπεριφορές υγείας (κάπνισμα, αλκοόλ, καφές/τσάι)

Το 66,2% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες και το 33,8% ήταν άνδρες, ενώ η μέση τιμή της ηλικίας ήταν 40,6 έτη. Το 72,7% ήταν έγγαμοι και το 72,2% είχαν παιδιά. Ποσοστό 46,9% των συμμετεχόντων ήταν καπνιστές, και η ημερήσια κατανάλωση σε αριθμό τσιγάρων ήταν 7,8. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά περιγράφονται στον Πίνακα 1.

Επαγγελματικά χαρακτηριστικά

Αναφορικά με τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων το 38,4% ήταν ιατροί και το 45,5% ήταν νοσηλευτές. Η μέση διάρκεια προϋπηρεσίας στον κλινικό χώρο ήταν 8,7 έτη για τους ιατρούς και 13,8 έτη για τους νοσηλευτές. Μόλις το 6,8% κατείχαν διοικητικές θέσεις (διευθυντής, προϊστάμενος και αναπληρωτής προϊστάμενος). Τα υπόλοιπα επαγγελματικά χαρακτηριστικά περιγράφονται στον Πίνακα 2.

Χαρακτηριστικά που αφορούν στο ωράριο εργασίας

Η πλειονότητα των συμμετεχόντων 92% εργάζονταν με κυκλικό ωράριο/εφημερίες. Ο συνολικός αριθμός ετών εργασίας με κυκλικό ωράριο και εφημερίες ήταν 13,1. Ποσοστό 87,8% θα προτιμούσε να εργάζεται μόνο σε πρωινές βάρδιες. Ο μέσος αριθμός των απογευματινών και νυχτερινών ωραρίων σε ένα μήνα για τους νοσηλευτές ήταν 10,9 και για τους γιατρούς ο αριθμός των εφημεριών ήταν 6,8. Το 68,1%, δήλωσε πως οι βάρδιες/εφημερίες δεν τους διευκολύνουν καθόλου ή τους διευκολύνουν λίγο στις οικιακές τους υποχρεώσεις. Το 23,5% των συμμετεχόντων δήλωσε πως συχνά/σχεδόν πάντα οι εργαζόμενοι ζητούν να εργαστούν σε συγκεκριμένες βάρδιες/εφημερίες. Το 73,3% δήλωσε πως μάλλον/σίγουρα προτιμάει να σταματήσει να εργάζεται σε βάρδιες/εφημερίες. Το 84,1%, δήλωσε πως αντιμετωπίζει μέτρια/αρκετά/πάρα πολύ συχνά προβλήματα εξαιτίας του ωραρίου εργασίας. Τέλος, το 59,9% δήλωσε πως βιώνει αρκετά/πάρα πολύ άγχος ή/και ένταση εξαιτίας του ωραρίου εργασίας (Πίνακας 3).

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων	
Χαρακτηριστικό	N (%)
Φύλο	
Άντρας	119(33,8)
Γυναίκα	233(66,2)
Ηλικία	40,6(7,4)[α]
Βάρος (kg)	74,6(15,0)[α]
Ύψος (cm)	170 (9,4)[α]
Οικογενειακή κατάσταση	
Άγαμος/η	79 (22,4)
Έγγαμος/η	256 (72,7)
Διαζευγμένος/η	14 (4,0)
Χήρος/α	3 (0,9)
Παιδιά	
Ναι	254 (72,2)
Όχι	98 (27,8)
Δείκτης μάζας σώματος (kg/m2)	25,7 (4,0)[α]
Καπνιστής	
Ναι	165 (46,9)
Όχι	187 (53,1)
Ημερήσιος αριθμός τσιγάρων	7,8 (10)[α]
Ημερήσιος αριθμός φλιτζανιών καφέ/τσάι/αναψυκτικών τύπου κόλα	2,5 (1,3)[α]
Αριθμός ποτηριών αλκοόλ σε μια εβδομάδα	2,1 (2,4)[α]

[α] *Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)*

Πίνακας 2. Επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων	
Χαρακτηριστικό	N (%)
Επάγγελμα	
Ιατρός	135(38,4)
Νοσηλευτής ΠΕ	9 (2,6)
Νοσηλευτής ΤΕ	151(42,9)
Βοηθός νοσηλευτής ΔΕ	57 (16,2)
Θέση στο χώρο εργασίας	
Διευθυντής	14 (4,0)
Επιμελητής	36 (10,2)
Ειδικευόμενος ιατρός	85 (24,1)
Προϊστάμενος	5 (1,4)
Αναπληρωτής προϊστάμενος	5 (1,4)
Νοσηλευτής	150(42,6)
Βοηθός νοσηλευτή	57 (16,2)
Έτη προϋπηρεσίας στον κλινικό χώρο	13,8(8,7)[α]
Τμήμα εργασίας για νοσηλευτές (n=217)	
Παθολογικό/Χειρουργικό	118(54,4)
ΜΕΘ	77 (35,5)
ΤΕΠ	22 (10,1)
Τμήμα εργασίας για ιατρούς (n=135)	
Παθολογικό/Χειρουργικό	100(74,0)
ΜΕΘ	35 (26,0)
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο τμήμα	8,7 (7,7)[α]

[α] *Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)*

Πίνακας 3. Χαρακτηριστικά που αφορούν στο ωράριο εργασίας	
Χαρακτηριστικό	N (%)
Αριθμός απογευματινών και νυχτερινών ωραρίων σε ένα μήνα για νοσηλευτές	10,9 (5,1)[α]
Αριθμός εφημεριών σε ένα μήνα για ιατρούς	6,8 (1,8)[α]
Εργασία με κυκλικό ωράριο (απογευματινές και νυχτερινές βάρδιες ή εφημερίες)	324 (92,0)
Συνολικός αριθμός ετών εργασίας με κυκλικό ωράριο/εφημερίες	13,1 (8,2)[α]
Προτίμηση εργασίας μόνο σε πρωινές βάρδιες	309 (87,8)
Οι βάρδιες/εφημερίες με διευκολύνουν περισσότερο στις οικιακές μου υποχρεώσεις	
Καθόλου σημαντικός λόγος για τον οποίο εργάζομαι βάρδιες/εφημερίες	180(51,1)
Λίγο σημαντικός λόγος	60 (17,0)
Συχνότητα με την οποία οι εργαζόμενοι ζητούν να εργαστούν σε συγκεκριμένες βάρδιες/εφημερίες	
Συχνά	67 (19,0)
Σχεδόν πάντα	16 (4,5)
Βαθμός προτίμησης διακοπής της εργασίας σε βάρδιες/εφημερίες	
Μάλλον ναι	113(32,1)
Σίγουρα ναι	145(41,2)
Συχνότητα προβλημάτων εξαιτίας του ωραρίου εργασίας	
Μέτρια	90 (25,6)
Αρκετά	163(46,3)
Πάρα πολύ	43 (12,2)
Άγχος ή/και ένταση εξαιτίας του ωραρίου εργασίας	
Αρκετά	138(39,2)
Πάρα πολύ	73(20,7)

[α] *Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)*

Πίνακας 4.Μέση βαθμολογία νωθρότητας και ελαστικότητας		
	Βαθμολογία νωθρότητας	Βαθμολογία ελαστικότητας
Μέση τιμή	47,6	44,5
Τυπική απόκλιση	7,7	7,1
Διάμεσος	48	44

Ερωτηματολόγιο «Circadian Type Inventory» Μέση βαθμολογία νωθρότητας-Μέση βαθμολογία ελαστικότητας

Στην παρούσα μελέτη η μέση βαθμολογία νωθρότητας είχε τιμή 47,6 και η μέση βαθμολογία ελαστικότητας είχε τιμή 44,5 (Πίνακας 4).

Απόδοση και συνεργασία των συμμετεχόντων

Αναφορικά με την απόδοση και τη συνεργασία των συμμετεχόντων στον παράγοντα της νωθρότητας, ένα μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων 25,6% δυσκολεύεται να ξυπνήσει ομαλά μια ασυνήθιστη ώρα, το 19,3% δεν ξεπερνάει την κούραση σε μια απαιτητική περίσταση και για το 39,8% οι ώρες της ημέρας επηρεάζουν τη διάθεση και τις ικανότητές του. Σχετικά με τον παράγοντα της ελαστικότητας οι συμμετέχοντες σε ποσοστό 57,1% μπορούν να ξεπεράσουν εύκολα την υπνηλία αν έχουν μία ασχολία, το 34,1% μπορεί να μην κοιμηθεί καθόλου ένα βράδυ χωρίς μεγάλη δυσκολία, το 25,3% τα καταφέρνει με λίγες μόνο ώρες ύπνο για συνεχόμενες ημέρες και το 32,4% αν έχει να επιτελέσει μια εργασία μέσα στην νύχτα θα την κάνει σχεδόν τόσο εύκολα, όσο και σε μία φυσιολογική ώρα της ημέρας (Πίνακας 5).

Συσχετίσεις ερωτηματολογίου «Circadian Type Inventory» με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στη συσχέτιση ανάμεσα στη βαθμολογία νωθρότητας και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά δε βρέθηκε σχέση στην εργασία με κυκλικό ωράριο ή μη. Δεν πραγματοποιήθηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, διότι στη διμεταβλητή ανάλυση μόνο μια μεταβλητή (φύλο) σχετίζονταν με τη βαθμολογία νωθρότητας.
Οι γυναίκες είχαν μεγαλύτερη μέση βαθμολογία νωθρότητας σε σχέση με τους άντρες (p=0,003). Οι ιατροί είχαν σχεδόν ίση μέση βαθμολογία νωθρότητας με τους νοσηλευτές και τους βοηθούς νοσηλευτές (Πίνακας 6).

Στη συσχέτιση ανάμεσα στη βαθμολογία ελαστικότητας και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά δε βρέθηκε σχέση στην εργασία με κυκλικό ωράριο ή μη. Βρέθηκε συσχέτιση σε δύο μεταβλητές (φύλο, επάγγελμα) που σχετίζονταν με τη βαθμολογία ελαστικότητας.

Οι άντρες είχαν μεγαλύτερη μέση βαθμολογία ελαστικότητας σε σχέση με τις γυναίκες (p<0,001). Οι ιατροί είχαν μεγαλύτερη μέση βαθμολογία ελαστικότητας σε σχέση με

Πίνακας 5. Συχνότητες απαντήσεων του ερωτηματολογίου CTI, που αφορούν στην απόδοση και τη συνεργασία των συμμετεχόντων

	Σχεδόν ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συνήθως	Σχεδόν πάντα
1. Δυσκολεύεστε να ξυπνήσετε ομαλά εάν σας ξυπνήσουν μια ασυνήθιστη ώρα;	56(15,9)	112(31,8)	94 (26,7)	58 (16,5)	32 (9,1)
2. Το θεωρείτε σχετικά δύσκολο να ξεπεράσετε την κούραση σας ακόμη και σε μια απαιτητική περίσταση;	30 (8,5)	120(34,1)	134(38,1)	55 (15,6)	13 (3,7)
3. Οι ώρες της ημέρας επηρεάζουν πολύ την διάθεση και τις ικανότητές σας;	18 (5,1)	44 (12,5)	150(42,6)	95 (27,0)	45(12,8)
4. Όταν νιώθετε υπνηλία μπορείτε να το ξεπεράσετε εύκολα αν έχετε με κάτι να ασχοληθείτε;	5 (1,4)	28 (8,0)	118(33,5)	151(42,9)	50(14,2)
5. Μπορείτε να μην κοιμηθείτε καθόλου ένα βράδυ χωρίς μεγάλη δυσκολία;	41(11,6)	75(21,3)	116(33,0)	76 (21,6)	44(12,5)
6. Μπορείτε να τα καταφέρετε με λίγες μόνο ώρες ύπνο επί πολλές συνεχόμενες μέρες χωρίς ιδιαίτερη δυσκολία;	58(16,5)	93 (26,4)	112(31,8)	66 (18,8)	23 (6,5)
7. Εάν έπρεπε να κάνετε κάποια δουλειά μέσα στη νύχτα, πιστεύετε ότι θα την κάνατε σχεδόν τόσο εύκολα όσο σε μια πιο φυσιολογική ώρα της ημέρας;	48(13,6)	81 (23,0)	109(31,0)	86 (24,4)	28 (8,0)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Πίνακας 6. Συσχέτιση ανάμεσα στη βαθμολογία νωθρότητας και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

Χαρακτηριστικό	Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)	Συντελεστής συσχέτισης του Pearson	Τιμή p
Φύλο			0,003[α]
Άντρες	45,8 (8,3)		
Γυναίκες	48,4 (7,3)		
Ηλικία		-0,08	0,1[β]
Οικογενειακή κατάσταση			0,1[α]
Άγαμος/διαζευγμένος/χήρος	48,8 (6,9)		
Έγγαμος	47,1 (8,0)		
Παιδιά			0,1[α]
Ναι	47,1 (8,0)		
Όχι	48,7 (6,8)		
Επάγγελμα			0,9[γ]
Ιατρός	47,3 (8,5)		
Νοσηλευτής (ΠΕ και ΤΕ)	47,8 (7,3)		
Βοηθός νοσηλευτής ΔΕ	47,4 (7,3)		
Έτη προϋπηρεσίας στον κλινικό χώρο		-0,08	0,1[β]
Κυκλικό ωράριο			0,13[α]
Ναι	47,7 (7,7)		
Όχι	45,4 (7,7)		
Συνολικός αριθμός ετών εργασίας με κυκλικό ωράριο/εφημερίες		-0,08	0,13[β]
Αριθμός απογευματινών και νυχτερινών ωραρίων σε ένα μήνα για νοσηλευτές ή αριθμός εφημεριών σε ένα μήνα για ιατρούς		0,03	0,6[β]

[α] Έλεγχος t, [β] Συντελεστής συσχέτισης του Pearson, [γ] Ανάλυση διασποράς

Πίνακας 7. Συσχέτιση ανάμεσα στη βαθμολογία ελαστικότητας και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

Χαρακτηριστικό	Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)	Συντελεστής συσχέτισης του Pearson	Τιμή p
Φύλο			<0,001[α]
Άντρες	46,3 (7,2)		
Γυναίκες	43,5 (6,9)		
Ηλικία		-0,02	0,7[β]
Οικογενειακή κατάσταση			0,4[α]
Άγαμος/διαζευγμένος/χήρος	45,0 (7,1)		
Έγγαμος	44,3 (7,1)		
Παιδιά			0,4[α]
Ναι	44,3 (8,0)		
Όχι	45,1 (7,6)		
Επάγγελμα			0,02[γ]
Ιατρός	45,6 (8,5)		
Νοσηλευτής (ΠΕ και ΤΕ)	43,6 (7,3)		
Βοηθός νοσηλευτής ΔΕ	43,7 (6,5)		
Έτη προϋπηρεσίας στον κλινικό χώρο		-0,06	0,3[β]
Κυκλικό ωράριο			0,3[α]
Ναι	44,4 (7,2)		
Όχι	45,8 (6,4)		
Συνολικός αριθμός ετών εργασίας με κυκλικό ωράριο/εφημερίες		-0,07	0,2[β]
Αριθμός απογευματινών και νυχτερινών ωραρίων σε ένα μήνα για νοσηλευτές ή αριθμός εφημεριών σε ένα μήνα για ιατρούς		-0,02	0,7[β]

[α] Έλεγχος t, [β] Συντελεστής συσχέτισης του Pearson, [γ] Ανάλυση διασποράς

Πίνακας 8. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία ελαστικότητας

	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Άντρες σε σχέση με γυναίκες	2,8	1,3 έως 4,4	<0,001

Πίνακας 9. Συσχετίσεις του κυκλικού ωραρίου εργασίας και άλλων παραγόντων

	Κυκλικό ωράριο		Τιμή p[α] 0,006
Άγχος ή/και ένταση εξαιτίας του ωραρίου εργασίας[β]	Ναι	Όχι	
Αρκετά	135 (41,7)	3 (10,7)	
Πάρα πολύ	68 (21,0)	5 (17,9)	
Προβλήματα εξαιτίας του ωραρίου εργασίας[β]			0,001
Αρκετά	155 (47,8)	8 (28,6)	
Πάρα πολύ	41 (12,7)	2 (7,1)	
Ικανοποίηση από το ωράριο εργασίαςβ			<0,001
Αρκετά	61 (18,8)	16 (57,1)	
Πάρα πολύ	6 (1,9)	6 (21,4)	
Ικανοποίηση από τον ελεύθερο χρόνο που αφήνει το ωράριο εργασίας[β]			<0,001
Αρκετά	41 (12,7)	12 (42,9)	
Πάρα πολύ	3 (0,9)	3 (10,7)	

[α] Έλεγχος x2 για τάση [β] Οι τιμές εκφράζονται ως n (%)

τους νοσηλευτές και τους βοηθούς νοσηλευτές (p=0,02) (Πίνακας 7).

Κατά τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε ότι δύο ανεξάρτητες μεταβλητές σχετίζονταν με τη βαθμολογία ελαστικότητας. Για το λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση. Οι άντρες είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία ελαστικότητας σε σχέση με τις γυναίκες κατά 2,8 μονάδες (p<0,001)(Πίνακας 8).

Συσχετίσεις κυκλικού ωραρίου εργασίας και άλλων παραγόντων

Το 62,7% των συμμετεχόντων με κυκλικό ωράριο εργασίας δήλωσε πως βιώνει αρκετό/πάρα πολύ άγχος. Οι συμμετέχοντες με κυκλικό ωράριο εργασίας βιώνουν μεγαλύτερο άγχος ή/και ένταση εξαιτίας του ωραρίου εργασίας σε σχέση με αυτούς χωρίς κυκλικό ωράριο εργασίας (p=0,006). Το 60,5% των συμμετεχόντων με κυκλικό ωράριο εργασίας δήλωσε πως αντιμετωπίζει αρκετά/πάρα πολύ συχνά προβλήματα. Οι συμμετέχοντες με κυκλικό ωράριο εργασίας αντιμετωπίζουν συχνότερα προβλήματα εξαιτίας του ωραρίου εργασίας σε σχέση με αυτούς χωρίς κυκλικό ωράριο εργασίας (p=0,001). Το 78,5% των συμμετεχόντων χωρίς κυκλικό ωράριο εργασίας δήλωσε πως είναι αρκετά/πάρα πολύ ικανοποιημένο από το ωράριο εργασίας. Οι συμμετέχοντες χωρίς κυκλικό ωράριο εργασίας ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από το ωράριο εργασίας σε σχέση με αυτούς με κυκλικό ωράριο εργασίας (p<0,001). Το 53,6% των συμμετεχόντων χωρίς κυκλικό ωράριο εργασίας δήλωσε πως είναι αρκετά/πάρα πολύ ικανοποιημένο από τον ελεύθερο χρόνο που αφήνει το ωράριο εργασίας. Οι συμμετέχοντες χωρίς κυκλικό ωράριο εργασίας ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από τον ελεύθερο χρόνο που αφήνει το ωράριο εργασίας σε σχέση με αυτούς με κυκλικό ωράριο εργασίας (p<0,001). Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην καπνιστική συνήθεια και το κυκλικό ωράριο εργασίας (p=0,4). Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην κατανάλωση καφέ/τσαγιού σε σχέση με το κυκλικό ωράριο (p=0,4). Επίσης δε βρέθηκε σημαντική στατιστικά σχέση ανάμεσα στην κατανάλωση αλκοόλ και το ωράριο (p=0,9). Τέλος, το ωράριο δε συσχετίστηκε στατιστικώς σημαντικά με το Δείκτη Μάζας Σώματος (p=0,2) (Πίνακας 9).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας συγχρονικής μελέτης ήταν να διερευνηθεί εάν και σε ποιο βαθμό το κυκλικό ωράριο και οι εφημερίες των επαγγελματιών υγείας σχετίζονται με τις συνήθειες ύπνου, τις συμπεριφορές υγείας, το αντιλαμβανόμενο άγχος και την ικανοποίηση που αυτοί βιώνουν από το ωράριο εργασίας τους, το οποίο επηρεάζει τις οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις, τη συνεργασία και την απόδοσή τους στον επαγγελματικό χώρο.

Τα αποτελέσματα της μελέτης σχετικά με τη νωθρότητα και πώς αυτή επηρεάζει την απόδοση και τη συνεργασία στη δουλειά των συμμετεχόντων, έδειξαν ότι ένα μεγάλο ποσοστό δυσκολεύεται να ξυπνήσει ομαλά μια ασυνήθιστη ώρα, δεν ξεπερνάει την κούραση σε μια απαιτητική περίσταση και οι ώρες της ημέρας επηρεάζουν τη διάθεση και τις ικανότητές του. Όσον αφορά στην ελαστικότητα και πώς αυτή επηρεάζει την απόδοσή τους, η έρευνα έδειξε ότι οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να ξεπεράσουν εύκολα την υπνηλία εάν έχουν μία ασχολία, ότι μπορούν να μην κοιμηθούν καθόλου ένα βράδυ χωρίς μεγάλη δυσκολία, ότι τα καταφέρνουν με λίγες μόνο ώρες ύπνο για συνεχόμενες ημέρες και ότι αν είχαν να επιτελέσουν μια εργασία μέσα στην νύχτα θα την κάνανε σχεδόν τόσο εύκολα όσο και σε μία φυσιολογική ώρα της ημέρας. Τα ευρήματα συμφωνούν με τη μελέτη των Di Milia και των συνεργατών (2005), η οποία χρησιμοποίησε το ίδιο ερωτηματολόγιο (CTI) και έδειξε ότι τα άτομα με νωθρότητα επηρεάζονται περισσότερο από την αδράνεια που προκαλείται μετά την πρωινή έγερση και είναι περισσότερο ενεργά από ό,τι τα άτομα με ελαστικότητα, τα οποία χρειάζονται λιγότερο ύπνο κατά τη διάρκεια της ημέρας. Τόσο οι επαγγελματίες με νωθρότητα, όσο και με ελαστικότητα έχουν καλύτερη προσαρμογή του κιρκαδιανού ρυθμού τους σε ακανόνιστες ώρες εργασίας και μπορούν να ανταπεξέλθουν σε μορφή εργασίας με εναλλασσόμενες βάρδιες. Επιπλέον, τα ευρήματα αυτά συμφωνούν και με άλλη έρευνα που έδειξε πως η νωθρότητα έχει μια σχέση ανοχής στο θέμα του ύπνου στην εργασία με όλους τους τύπους εναλλασσόμενων βαρδιών και συσχετίστηκε αρνητικά με την ανοχή στη μετατόπιση του ύπνου την ημέρα, τη νύχτα και κατά τις νυχτερινές βάρδιες (Storemark et al 2013). Υψηλά ποσοστά νωθρότητας, σχετίζονται με την αντιμετώπιση περισσότερων δυσκολιών στην υπέρβαση της υπνηλίας και οι συμμετέχοντες με υψηλή βαθμολογία σε αυτό το χαρακτηριστικό τείνουν να είναι περισσότερο ευαίσθητοι από την έλλειψη ύπνου. Οι επιπτώσεις της ελαστικότητας δείχνουν να εξαρτώνται από το πρόγραμμα εργασίας. Η ελαστικότητα συσχετίστηκε θετικά με την ανοχή στο θέμα του ύπνου για το βράδυ και για τις νυχτερινές βάρδιες και η υψηλή βαθμολογία προβλέπει υψηλή ανοχή στο θέμα του ύπνου στην εργασία με εναλλασσόμενες βάρδιες. Ένα ελαστικό άτομο είναι ικανό να εργαστεί και να κοιμηθεί σε περίεργες ώρες, σε σχέση με ένα άτομο νωθρό σχετικά με τις συνήθειες του ύπνου (Storemark et al 2013). Επίσης, σύμφωνα με τη μελέτη των Flo και των συνεργατών (2012), η διαταραχή λόγω εναλλασσόμενων βαρδιών είναι μια διαταραχή του ύπνου και χαρακτηρίζεται από υπνηλία και αϋπνία. Τα συμπτώματα της διαταραχής στη μελέτη αυτή, σχετίστηκαν αρνητικά με την ελαστικότητα και θετικά με τη νωθρότητα.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης επίσης, έδειξαν ότι ένα πολύ μεγάλο ποσοστό των επαγγελματιών υγείας, θα προτιμούσε να σταματήσει να εργάζεται με βάρδιες ή εφημερίες, καθώς και ένα εξαιρετικά υψηλό ποσοστό των συμμετεχόντων δήλωσε πως αντιμετωπίζει προβλήματα εξαιτίας του ωραρίου εργασίας και βιώνει άγχος και ένταση. Αυτό το εύρημα έρχεται σε συμφωνία

με άλλες μελέτες (Jamal & Baba 1992, Coffey et al 1988). Σημαντικό ποσοστό των εργαζομένων, δήλωσε πως δυσκολεύεται να προγραμματίσει τις οικιακές του εργασίες, σε συμφωνία με ευρήματα άλλων μελετών (Staines & Pleck 1984, Hertz & Charltron 1989). Ο αριθμός των νυχτερινών βαρδιών επηρεάζει την οικογενειακή και κοινωνική ζωή (Κορομπέλη και συν 2006). Ένα αρκετά σημαντικό ποσοστό εργαζομένων επίσης, δήλωσε ότι εάν ξυπνήσει πολύ νωρίς το πρωί, νιώθει κουρασμένο όλη την υπόλοιπη μέρα και επηρεάζεται η διάθεση και οι ικανότητές του ανάλογα με τις ώρες της ημέρας, σε συμφωνία με ευρήματα άλλων μελετών που δείχνουν ότι η διάρκεια του ύπνου σχετίζεται με την έλλειψη προσοχής, μεγαλύτερο χρόνο αντίδρασης, αυξημένο ποσοστό λαθών και παραλείψεων, καθώς και λανθασμένη χρήση αναλώσιμου υλικού από τους επαγγελματίες υγείας κατά τη διάρκεια εκτέλεσης των καθηκόντων τους (Gold et al 1992, Harrington 2001, Suzuki et al 2005).

Πολλοί επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη, δεν μπορούν να τα καταφέρουν με λίγες μόνο ώρες ύπνο για συνεχόμενες ημέρες, με αποτέλεσμα να διακυβεύεται η παραγωγικότητα και η ασφάλεια και να παρατηρούνται ιατρικά λάθη, όπως επισημαίνουν και άλλες μελέτες (Folkard et al 2003, Landrigan et al 2004). Αντιμετωπίζουν δυσκολία να ξυπνήσουν ομαλά μια ασυνήθιστη ώρα, γεγονός που δείχνει την κόπωση που υφίστανται κατά τη διάρκεια εκτέλεσης των καθηκόντων τους, σε συμφωνία με τα ευρήματα της ελληνικής μελέτης της Κορομπέλη και των συνεργατών (2006). Τα άτομα με διαταραχές ύπνου λόγω εναλλασσόμενων βαρδιών, είναι σε κίνδυνο για εμφάνιση νοσηρότητας στην υγεία τους που συνδέεται με τη συμπτωματολογία του ύπνου-εγρήγορσης όπως επισημαίνουν και οι Drake και οι συνεργάτες (2004). Αναγνωρίζεται ωστόσο, μια διαφορά ανάμεσα στην οξεία και χρόνια κόπωση και την επίδραση της τελευταίας στον τρόπο ζωής και την αποδοτικότητα. Τα ακανόνιστα και μεγάλης διάρκειας ωράρια αναγκαστικά εμπλέκονται στην καθυστέρηση του ύπνου και μερικές φορές στην απώλειά του (Wilkinson et al 1975). Το κυκλικό ωράριο και οι εφημερίες επηρεάζουν τις ώρες που κοιμάται το άτομο ημερησίως και έχουν επιπτώσεις στον ύπνο και την εγρήγορση (Ohida et al 2001, Akerstedt 2003). Έχει βρεθεί επίσης στη βιβλιογραφία, ότι η διάρκεια του ύπνου μειώνεται στις συνεχόμενες βραδινές βάρδιες και ότι πολυάσχολοι ιατροί έχουν την τάση να εμφανίζουν κόπωση και μείωση της αποδοτικότητας, καθώς έχουν τάσεις υπνηλίας κατά τη διάρκεια της εργασίας τους (Knauth et al 1980, Taoda et al 2008).

Η έρευνα σχετικά με τις συνήθειες του ύπνου και τη βιολογία του κιρκαδιανού ρυθμού μπορεί να συνεισφέρει σημαντικά στην κατανόηση της συμπεριφοράς, της φυσιολογίας και των μοριακών μηχανισμών, που είναι υπεύθυνοι για επιδημικές νόσους, όπως η παχυσαρκία, ο διαβήτης και το μεταβολικό σύνδρομο (Laposky et al 2008). Η αδιπονεκτίνη, η γκρελίνη και η λεπτίνη διαδραματίζουν ένα σημαντικό ρόλο στην ανθρώπινη παχυσαρκία, με τη μακροπρόθεσμη ρύθμιση του σωματικού βάρους και της ενεργειακής ομοιόστασης (Szosland 2010). Έτσι, σε αντίθεση με άλλες μελέτες στις οποίες έχει βρεθεί ότι τα άτομα με λιγότερο ύπνο εμφάνιζαν μεγαλύτερο ΔΜΣ (Mignot 2004) και η οξεία και η χρόνια στέρηση του ύπνου μπορούν να προκαλέσουν μείωση της συγκέντρωσης της λεπτίνης και άρα αύξηση του σωματικού βάρους (Mullington et al 2003, Spiegel et al 2003) στα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας δεν βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ του ΔΜΣ και της διάρκειας της εργασίας με εναλλασσόμενες βάρδιες, τόσο στους άνδρες, όσο και στις γυναίκες, σε αντίθεση με τα ευρήματα άλλης μελέτης (Ha et al 2005), καθώς έδειξαν ότι τα άτομα με κυκλικό ωράριο και εφημερίες είχαν χαμηλότερο ΔΜΣ (25,7 kg/m2) σε σχέση με τα άτομα που εργάζονταν χωρίς κυκλικό ωράριο και εφημερίες (26,6 kg/m2).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η πλειοψηφία των γιατρών και νοσηλευτών, που συμμετείχε στην παρούσα μελέτη εργάζεται με κυκλικό ωράριο και εφημερίες. Οι περισσότεροι ανέφεραν ότι δεν έχουν δυνατότητα ρύθμισης των βαρδιών και εφημεριών και ότι θα προτιμούσαν να σταματήσουν να εργάζονται με βάρδιες ή εφημερίες, γιατί αντιμετωπίζουν προβλήματα και βιώνουν άγχος και ένταση. Σημαντικό ποσοστό δήλωσε ότι αν ξυπνήσει πολύ νωρίς το πρωί νιώθει κουρασμένο όλη την υπόλοιπη μέρα και επηρεάζεται η διάθεση και οι ικανότητες του, ωστόσο, μπορεί και ξεπερνά την τάση υπνηλίας όταν έχει να ασχοληθεί με κάποιο αντικείμενο και μπορεί να διατηρηθεί σε εγρήγορση. Μεγάλο ποσοστό συμμετεχόντων ανέφερε ότι μπορεί να κοιμηθεί νωρίτερα από το κανονικό για να αναπληρώσει το χαμένο ύπνο και ότι η έλευση του ύπνου γίνεται σχετικά γρήγορα όταν πέφτει για ύπνο νωρίτερα από την κανονική ώρα. Εξαιρετικά μεγάλο ποσοστό επίσης, δήλωσε πως χρειάζεται ένα φλιτζάνι καφέ ή τσάι προκειμένου να ξυπνήσει κανονικά το πρωί, ενώ αρκετοί είναι αυτοί που μπορούν να τα καταφέρουν με λίγες μόνο ώρες ύπνο επί πολλές συνεχόμενες ημέρες χωρίς δυσκολία. Τέλος, η πλειονότητα των συμμετεχόντων βασίζεται σε ξυπνητήρι ή σε κάποιον άλλο προκειμένου να ξυπνήσει το πρωί και χρειάζεται περισσότερο ύπνο το επόμενο πρωί αν κοιμηθεί αργά το βράδυ.

Η παρούσα μελέτη υπόκειται σε μια σειρά περιορισμών όπως είναι η δειγματοληψία ευκολίας και η συλλογή δεδομένων από επαγγελματίες υγείας, που εργάζονταν σε δύο μόνο νοσοκομεία της ελληνικής περιφέρειας. Επίσης, τα στοιχεία των συμμετεχόντων που αφορούν στο ύψος και στο βάρος, και τα οποία χρησιμοποιήθηκαν για την εύρεση του ΔΜΣ, προέκυψαν από τις υποκειμενικές απαντήσεις των ερωτηθέντων και όχι μέσω μέτρησης από τον ερευνητή. Ομοίως υποκειμενικές μπορούν να θεωρηθούν και οι απαντήσεις στις ερωτήσεις σχετικά με τις

συνήθειες του ύπνου καθώς και οι επιπτώσεις που προκύπτουν από την έλλειψή του, καθώς και το άγχος και η ικανοποίηση που βιώνουν. Οι απαντήσεις αυτές, πιθανά να δόθηκαν από τους συμμετέχοντες για τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο που απάντησαν το ερωτηματολόγιο και όχι για ένα ευρύτερο χρονικό διάστημα (σφάλμα ανάκλησης).

Παρά τους παραπάνω περιορισμούς, μπορούν να διατυπωθούν ορισμένες προτάσεις, με στόχο να βελτιωθεί ο ρυθμός του κυκλικού ωραρίου και των εφημεριών και να μειωθούν οι επιπτώσεις που παρατηρούνται στους εργαζομένους.

Συμφωνα με φυλλάδιο που εξέδωσε η Occupational Health Clinics for Ontario Workers (Anonymous 2005), τα ωράρια έναρξης και λήξης των βαρδιών θα μπορούσαν να λαμβάνουν υπόψη διάφορες παραμέτρους της καθημερινής ζωής των εργαζομένων. Δηλαδή τα άτομα να μπορούν να λαμβάνουν έστω ένα γεύμα την ημέρα με την οικογένειά τους. Επίσης, για να μειωθεί το άγχος και η ένταση θα πρέπει να παρέχεται η δυνατότητα από την υπηρεσία, στο βαθμό που είναι εφικτό, τα άτομα να επιλέγουν τις βάρδιες που θα εργαστούν. Ο σχεδιασμός των βαρδιών θα πρέπει να γίνεται εκ των προτέρων, ο προγραμματισμός να είναι ευέλικτος και να επιτρέπει στους εργαζόμενους την αλλαγή βαρδιών, να μεγιστοποιηθεί η αυτονομία των εργαζομένων και οι μέρες των ρεπό και των αδειών να προγραμματίζονται επίσης εκ των προτέρων. Με τον τρόπο αυτό, ελέγχεται από τη μία πλευρά το άγχος και η ένταση σε σχέση με την οικογένειά τους, γιατί ως ένα σημείο οι ίδιοι οι εργαζόμενοι καθορίζουν το πρόγραμμά τους, ενώ από την άλλη, αποφεύγονται οι συγκρούσεις στο χώρο εργασίας για τυχόν ανισότητες ανάμεσα στους εργαζομένους, σχετικά με τις βάρδιες του κυκλικού ωραρίου και των εφημεριών. Επίσης οι ημέρες των αργιών και των γιορτών μπορούν να είναι σε σταθερό κύκλο για όλους τους εργαζόμενους.

Για να αποφευχθεί η κόπωση των επαγγελματιών υγείας θα ήταν αναγκαίος ο προγραμματισμός των πιο απαιτητικών εργασιών στην αρχή της βάρδιας, όταν οι εργαζόμενοι είναι σε εγρήγορση. Ακόμα θα πρέπει να υπάρχει ικανοποιητικός φωτισμός στο χώρο εργασίας, να γίνονται συχνά διαλείμματα κατά τη διάρκεια της βάρδιας, η νυχτερινή εργασία να μειωθεί όσο το δυνατό περισσότερο, σε περιπτώσεις που καθίσταται εφικτό και να μην υπάρχουν περισσότερες από 5 ή 7 βάρδιες στη σειρά. Για την καλύτερη αντιμετώπιση των διαταραχών του ύπνου προτείνεται να υπάρχει ελάχιστη ξεκούραση 48 ωρών ανάμεσα σε αλλαγή βάρδιας, ώστε να προσαρμόζεται ο οργανισμός, οι νυχτερινές βάρδιες να μην υπερβαίνουν τη μία με δύο διαδοχικά και να μπορούν να εντοπίζονται και να αντιμετωπίζονται κατάλληλα οι εργαζόμενοι με διαταραχές ύπνου. Επίσης, να υπάρχει δεξιόστροφη φορά του κυκλικού ωραρίου, δηλαδή οι πρωινές βάρδιες να ακολουθούνται από τις απογευματινές και στη συνέχεια από τις νυχτερινές, να υπάρχει ελάχιστη ανάπαυση τουλάχιστον 12 ωρών ανάμεσα σε δύο βάρδιες και να υπάρχουν τουλάχιστον 1-2 σαββατοκύριακα το μήνα ελεύθερα για να μπορεί ο εργαζόμενος να ασχοληθεί με την προσωπική, οικογενειακή και κοινωνική του ζωή. Τέλος, θα μπορούσαν να δίνονται ολιγοήμερες άδειες κατά τη διάρκεια του έτους, ώστε οι εργαζόμενοι να ανακουφίζονται από τις επιπτώσεις του κυκλικού ωραρίου και των εφημεριών.

Ωστόσο, η πραγματικότητα είναι ότι καμία από τις παραπάνω προτάσεις δε θα είναι εύκολο να εφαρμοστεί και να ανακουφίσει τους επαγγελματίες υγείας από τις επιπτώσεις που υφίστανται λόγω των εναλλασσόμενων βαρδιών και των εφημεριών, εάν δε λυθεί το κύριο πρόβλημα της έλλειψης προσωπικού. Τα προβλήματα λόγω των εναλλασσόμενων βαρδιών και των εφημεριών θα πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη από τους αρμοδίους, ενώ οι έρευνες θα πρέπει να συνεχιστούν σε μεγαλύτερο δείγμα επαγγελματιών υγείας, σε εργαζόμενους τόσο σε δημόσια νοσοκομεία μεγάλων αστικών κέντρων, όσο και σε εργαζόμενους στον ιδιωτικό τομέα. Τέλος, θα πρέπει να υλοποιηθούν διαχρονικές μελέτες με στόχο την αξιολόγηση των ληφθέντων μέτρων για τις επιπτώσεις στην υγεία των εργαζομένων, που σχετίζονται με την εργασία με κυκλικό ωράριο και εφημερίες, έτσι ώστε να διαπιστωθεί η αποτελεσματικότητα των μέτρων που έχουν ληφθεί.

ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

Η ΑΠ: συμμετείχε στη σύλληψη, στο σχεδιασμό της μελέτης, συνέλεξε και ανέλυσε τα δεδομένα, συνέβαλε στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων και στη συγγραφή του κειμένου. Η ΘΜ: συμμετείχε στο σχεδιασμό της μελέτης, συνέβαλε στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων και στη συγγραφή του κειμένου. Και οι δύο συγγραφείς αξιολόγησαν κριτικά και ενέκριναν την υποβολή του τελικού κειμένου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Akerstedt T. (2003). Shift Work and Disturbed Sleep/ Wakefulness. *Occupational Medicine* 53: 89-94.

Anonymous (2005). Shiftwork: Health Effects and Solutions. Ontario: Occupational Health Clinics for Ontario Workers Inc.

Barton J., Aldridge J. & Smith P. (1998). The emotional impact of shift work on the children of shift workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 24 suppl 3: 146-150.

Brown D.L., Feskanich D., S¨nchez B.N., Rexrode K.M., Schernhammer E.S. & Lisabeth L.D. (2009). Rotating night shift work and the risk of ischemic stroke. *American Journal of Epidemiology* 169:1370-7.

Coffey L.C., Skipper J.K. & Jung F.D. (1988). Nurses and shift work: effects on job performance and job- related stress. *Journal of Advanced Nursing* 13: 245-254.

Drake C.L., Roehrs T., Richardson G., Walsh J.K. & Roth T. (2004). Shift Work Sleep Disorder: Prevalence and Consequences Beyond than of Sympomatic Day Workers. *SLEEP* 27: 1453-62.

Flo E., Pallesen S., Mageroy N., Moen B.E., Gronli J., Nordhus I.H. & Bjorvatn B. (2012). Shift Work Disorder in Nurses – Assessment, Prevalence and Related Health Problems. *Public Library of Science* ONE 7:e33981.

Folkard S. & Monk T.H. (1979). Towards a Predictive Test of Adjustment to Shift Work. *Ergonomics* 22: 79-91.

Folkard S. & Tucker P. (2003). Shift work, safety and productivity. *Occupational Medicine* 53: 95-101.

Gold D.R., Rogacz S., Bock N., Tosteson T.D., Baum T.M., Speizer F.E. & Czeisler C.A. (1992). Rotating shift work, sleep, and accidents related to sleepiness in hospital nurses. *American Journal of Public Health* 82: 1011-1014.

Ha M. & Park J. (2005). Shiftwork and Metabolic Risk Factors of Cardiovascular Disease. *Journal of Occupational Health* 47:89-95.

Harrington J.M. (2001). Health effects of shift work and extended hours of work. *Occupational and Environmental Medicine* 58: 68-72.

Hertz R. & Charlton J. (1989). Making Family under a Shiftwork Schedule : Air Force Security Guards and Their Wives. *Social Problems* 36:491-507.

Jacobs J.A. & Gerson K. (2004). «*The time divide : Work, family and gender inequality*». United States of America: The President and Fellows of Harvard College.

Jamal M. & Baba V.V. (1992). Shiftwork and department – type related to job stress, work attitudes and behavioral intentions: A study of nurses. *Journal of Organizational Behavior* 13: 449-464.

Kawachi I., Colditz G.A., Stampfer M.J., Willett W.C., Manson J.E., Speizer F.E. & Hennekens C.H. (1995). Prospective study of shift work and risk of coronary heart disease in women. *Circulation* 92: 3178-3182.

Knauth P., Landau K., Dröge C., Schwitteck M., Widynski M. & Rutenfranz J. (1980). Duration of sleep depending on the type of shift work. *International Archives of Occupational and Environmental Health* 46: 167-77.

Landrigan C.P., Rothschild J.M., Cronin J.W., Kaushal R., Burdick E., Katz J.T., Lilly C.M., Stone P.H., Lockley S.W., Bates D.W. & Czeisler C.A. (2004). Effect of Reducing Interns'Work Hours on Serious Medical Errors in Intensive Care Units. *The New England Journal of Medicine* 351: 1838-48.

Laposky A.D., Bass J., Kohsaka A. & Turek F.W. (2008). Sleep and circadian rhythms: Key components in the regulation of energy metabolism. *Federation of European Biochemical Societies Letters* 582: 142-151.

Léonard R. (1996). *Health and working time*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

Milia L.D., Smith P.A. & Folkard S. (2005). A validation of the revised circadian type inventory in a working sample. *Personality and Individual Differences* 39: 1293-1305.

Muecke S. (2005). Effects of rotating night shifts: literature review. *Journal of Advanced Nursing* 50: 433-439.

Mullington J.M., Chan J.L., Van Dongen H.P., Szuba M.P., Samaras J., Price N.J. & Mantzoros C.S. (2003). Sleep loss reduces diurnal rhythm amplitude of leptin in healthy men. *Journal of Neuroendocrinology* 15: 851–854.

Ohida T., Kamal A., Sone T., Ishii T., Uchiyama M., Minowa M. & Nozaki S. (2001). Night-Shift Work Related Problems in Young Female Nurses in Japan. *Journal of Occupational Health* 43: 150-156.

Rutenfranz J., Knauth P. & Angersbach D. (1981). Shift work research issues. In: Johnson L.C., Tepas D.I., Colquhoun W.P. and Colligan M.J. (eds.). *The twenty-four hour workday: Proceedings of a Symposium on Variations in Work-Sleep Schedules*, Division of Biomedical and Behavioral Science. Cincinnati, Ohio: U.S. Department of Health and Human Services, pp 221-269.

Spiegel K., Leproult R., Tasali E., Penev P. & Van Cauter E. (2003). Sleep curtailment results in decreased leptin levels and increased hunger and appetite. *Sleep* 26: A174.

Staines G.L. & Pleck J.H. (1984). Nonstandard work schedules and family life. *Journal of Applied Psychology*. 69: 515-523.

Storemark S.S., Fossum I.N., Bjorvatn B., Moen B.E., Flo E. & Pallesen S. (2013). Personality factors predict sleep-related shift work tolerance in different shifts at 2-year follow-up: a prospective study. *British Medical Journal Open* 3(11): e003696.

Suzuki K., Ohida T., Kaneita Y., Yokoyama E. & Uchiyama M. (2005). Daytime sleepiness, sleep habits and occupational accidents among hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing* 52: 445-53.

Szosland D. (2010). Shift work and metabolic syndrome, diabetes mellitus and ischaemic heart disease. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health* 23: 287-291.

Taheri S., Lin L., Austin D., Young T. & Mignot E. (2004). Short sleep duration is associated with reduced leptin, elevated ghrelin, and increased body mass index. *Public Library of Science Medicine* 1(3):e62.

Taoda K., Nakamura K., Kitahara T. & Nishiyama K. (2008). Sleeping and working hours of residents at a national university hospital in Japan. *Industrial Health* 46: 594-600.

West C.P., Huschka M.M., Novotny P.J., Sloan J.A., Kolars J.C, Habermann T.M. & Shanafelt T.D. (2006). Association of Perceived Medical Errors With Resident Distress and Empathy A Prospective Longitudinal Study. *Journal of the American Medical Association* 296:1071-1078.

White L. & Keith B. (1990). The Effect of Shift Work on the Quality and Stability of Marital Relations. *Journal of Marriage and Family* 52: 453-462.

Wilkinson R.T., Tyler P.D. & Varey C.A. (1975). Duty Hours of young hospital doctors: Effects on the quality of work. *Journal of Occupational Psychology* 48: 219-229.

Κορομπέλη Α., Κτενάς Ε. & Κικεμένη Α. (2006). Κυκλικό ωράριο επιπτώσεις στην υγεία των νοσηλευτών. *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ* 45: 98–106.

Πολυζόπουλος Ε. (2012). Ο ύπνος και η σημασία του. Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Ενηλίκων [Online]. Διαθέσιμο στο: http://www.inpsy.gr/el/ekpaideusi/arthra/arthra-ellinika/270-2013-04-24-18-47-17 [Προσπελάστηκε: 26 Μαρτίου 2012]

Exploring the correlation between the rotating shift system and on-call times to sleeping habits, health behaviors, stress and satisfaction of health professionals

Anna Pavlidou[1], Thalia Bellali[2]

1. RN, MSc, General Hospital of Thessaloniki «G.Papanikolaou»,, Thessaloniki, Greece.
2. Associate Professor, Nursing Department, "Alexandreio" Technological Educational Institution of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece.

ABSTRACT

Introduction: The operation of health services on a 24-hour basis, forces the medical and nursing personnel to work in a rotating shift system and on - call times. This often causes disruption and disorganization of the biorhythms of health professionals.

Purpose: The purpose of this cross-sectional study was to explore whether and to what extent the rotating shift system and on-call times of the health professionals is associated with sleeping habits, health behaviors, perceived stress and satisfaction experienced from their working schedule, which affect family and social relations, cooperation and performance in the workplace.

Sample-Method: The sample of the study consisted of 352 employees (135 physicians and 217 nurses) of two general hospitals in Greece. From April to June 2012 they completed a questionnaire that included: a) questions about demographic characteristics, health behaviors and about perceived stress and job satisfaction and b) «Circadian Type Inventory» (CTI) regarding sleeping habits, which includes 30 questions grouped into two subscales of vigorousness and flexibility. Data were analyzed with the program SPSS, version 19.0.

Results: Ninety two per cent of participants worked in a rotating shift system and on – call times. Employees of rotating shift work system and on – call times experience greater stress - intensity ($p = 0,006$). Participants without a rotating shift work and on – call were more satisfied with working time ($p < 0,001$) and leisure time spent ($p < 0,001$). We did not find any statistically significant relationship between working system and smoking ($p=0,4$), consumption of coffee/tea ($p=0,4$) or alcohol ($p=0,9$). Finally, working hours were not significantly associated with BMI ($p=0,2$). CTI questionnaire showed that women had higher average rating of vigorousness than men ($p=0,003$), men had higher average rating of flexibility compared to women ($p<0,001$) and doctors compared with nurses ($p=0,02$) respectively.

Conclusions: Rotating shift system and on-call times affect specific areas of health professional's lives. Health services should take necessary measures to reduce the negative effects, in order to ensure the health of medical and nursing staff and improve the quality of provided health services.

Keywords: health professionals, on call times, rotating shift system, health, sleep.

Corresponding Author: Anna Pavlidou, e-mail: anna.andreas06@gmail.com, Tel. +306944365849

Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης

ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ (ΕΠΝΕ)

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Α. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ
Β. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ
Γ. ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

Α. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ

Το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης (ΕΠΝΕ) είναι το επίσημο περιοδικό της ΕΝΩΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ. Είναι ένα διεπιστημονικό περιοδικό με σύστημα κριτών, με σκοπό την προώθηση της Νοσηλευτικής Επιστήμης και των Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας. Παρέχει τη δυνατότητα δημοσίευσης επιστημονικών, ανασκοπικών και ερευνητικών άρθρων, καθώς και κριτική άρθρων και σχόλια που ενδιαφέρουν το διεθνές αναγνωστικό κοινό των επαγγελματιών, των εκπαιδευτικών και των ερευνητών, σε όλους τους τομείς της νοσηλευτικής, αλλά και γενικότερα των επιστημών φροντίδας υγείας και πρόνοιας.

Με την υπ. αριθ. πρωτ. ΔΥ2α/οικ 122 – 7/8/2009 απόφαση του Υπουργείου Υγείας ανήκει στα Περιοδικά με Εθνική Αναγνώριση, αποτελεί ένα αξιόπιστο, σύγχρονο, τριμηνιαίο επιστημονικό περιοδικό και είναι διαθέσιμο σε ηλεκτρονική και έντυπη μορφή. Ταυτόχρονα αποτελεί ένα πολύτιμο εργαλείο επιστημονικής γνώσης για το Νοσηλευτή, για όσους σπουδάζουν τη νοσηλευτική, για τους επαγγελματίες άλλων επιστημών υγείας και συμπεριφοράς, καθώς και για κάθε αναγνώστη που επιθυμεί επιστημονική ενημέρωση και εκπαίδευση. Παρέχει τη δυνατότητα σε νέους επιστήμονες να έχουν εύκολη πρόσβαση στη γνώση και στην πρόοδο της νοσηλευτικής, ενώ αποτελεί το επιστημονικό βήμα για τους νοσηλευτές που απασχολούνται στην εκπαίδευση ή στην κλινική νοσηλευτική, ώστε να δημοσιεύουν το έργο τους και να δέχονται εποικοδομητικές κριτικές. Σε ένα δεύτερο επίπεδο ευαισθητοποιεί άλλους επιστήμονες στα γνωστικά αντικείμενα της νοσηλευτικής και προάγει γενικότερα τη συνεργασία των υπηρεσιών υγείας.

Όλα τα άρθρα που υποβάλλονται στο Περιοδικό θα πρέπει να ακολουθούν συγκεκριμένες οδηγίες συγγραφής ώστε να διασφαλίζεται η ξεκάθαρη δομή, σε σχέση με την περιεκτικότητα του περιεχομένου.

Οι υποβληθείσες εργασίες θα πρέπει να είναι κατάλληλες για το διεθνές κοινό. Εάν τα άρθρα εστιάζουν σε συγκεκριμένα πολιτιστικά, ή άλλα εξειδικευμένα θέματα, θα πρέπει να περιγράφεται το πλαίσιο της μελέτης και να απευθύνονται σαφώς σε διεθνές κοινό, έτσι ώστε οι αναγνώστες ακόμη και αν προέρχονται από διαφορετική χώρα, κουλτούρα ή επιστημονικό υπόβαθρο, να μπορούν να τα κατανοήσουν.

Στο περιοδικό δημοσιεύονται ανασκοπήσεις, πρωτογενείς ή δευτερογενείς ερευνητικές μελέτες, γενικά θεωρητικά (φιλοσοφικά, μεθοδολογικά) άρθρα, ενδιαφέρουσες κλινικές περιπτώσεις και βιβλιοκριτικές. Οι τομείς που καλύπτει το περιοδικό είναι οι εξής:

- Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική
- Κοινοτική Νοσηλευτική – Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
- Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας
- Περιεγχειρητική Νοσηλευτική
- Καρδιολογική – Καρδιοχειρουργική Νοσηλευτική
- Παιδιατρική – Παιδοχειρουργική Νοσηλευτική
- Νοσηλευτική Μητρότητας – Γυναικολογική Νοσηλευτική
- Ογκολογική Νοσηλευτική – Ανακουφιστική Φροντίδα
- Νοσηλευτική ΜΕΘ – Επείγουσα Νοσηλευτική
- Νεφρολογική Νοσηλευτική
- Διοίκηση – Οργάνωση & Οικονομική Αξιολόγηση Υπηρεσιών Υγείας / Ποιότητα Νοσηλευτικής Φροντίδας
- Δημόσια Υγεία & Επιδημιολογία
- Νομικά & Επαγγελματικά Θέματα / Δίκαιο της Υγείας
- Υγιεινή & Ασφάλεια της Εργασίας - Νοσοκομειακές Λοιμώξεις
- Πληροφορική της Υγείας
- Νοσηλευτική Εκπαίδευση & Μεθοδολογία της Έρευνας

Β. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ

ΕΚΔΟΤΗΣ: ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΣΚΟΥΤΕΛΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ: ΑΡΙΣΤΕΙΔΗΣ ΔΑΓΛΑΣ
ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ ΕΚΔΟΣΗΣ: ΜΙΧΑΛΗΣ ΠΙΤΣΙΛΙΔΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗΣ: Δρ. ΘΑΛΕΙΑ ΜΠΕΛΛΑΛΗ, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ: ΛΑΜΠΡΟΣ ΜΠΙΖΑΣ

ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ:
Μαρία Σαρίδη MSc, PhD
Βασιλική Ρόκκα MSc, PhD

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ
Αθηνά Καλοκαιρινού, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ
Στέφανος Μαντζούκας, Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής ΤΕΙ Ηπείρου

Ευγενία Μηνασίδου, Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Θεσ/νίκης
Ιωάννα Παπαθανασίου, Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Θεσσαλίας
Θεοδώρα Καυκιά Καθηγήτρια Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Θεσ/νίκης
Γεώργιος Κριτσιωτάκης, Καθηγητής Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Κρήτης
Μαρία Μαλλιαρού MSc, PhD
Ιωάννα Καραμήτρη MSc, PhD(c)
Αθανάσιος Μαστροκώστας MSc, PhD(c)
Μαρία Γκριζώτη, MSc

ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ
Φωτεινή- Ελένη Καραχάλιου, Παιδίατρος Ενδοκρινολόγος, Διευθύντρια Τμήματος Άθλησης και Ανάπτυξης Ν.Π. Αγλαΐα Κυριακού
Ιωάννης Κυριόπουλος, Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας, Κοσμήτωρ ΕΣΔΥ
Φώτιος Λεπίδας, Νομικός Σύμβουλος της 6ης ΥΠΕ, DEA, Διοικητικό Δίκαιο, Montpellier France
Αλέξιος Παραράς, Δικηγόρος Δημοσιολόγος, Νομικός Σύμβουλος ΕΝΕ

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

ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ
Dr. Theodoros Koutroubas, Professor, UC Louvain.
Dr. Irena Papadopoulos, Professor of Transcultural Health and Nursing and Head of Research Centre for Transcultural Studies in Health Middlesex University, London UK.
Dr. Mally Ehrenfeld, Associate Professor, Head of Nursing Department, Tel-Aviv University Israel.
Dr. Betty Chung Pui Man, Lecturer, (Health Sciences Syd), Nursing Faculty, Polytechnic University, Hong Kong
Dr. Evridiki Papastavrou, Lecturer, Department of Nursing, Cyprus University of Technology, President of the Council of Nursing and Midwifery.
Lorendana Sasso, Professore Associato,Universita degli Studi di Genova
Cecilia Sironi, MSc Universita degli Studi dell' Insubria-Varese Italy.
Rocco Gennaro, Vice Presidente IPASVI.

Γ. ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

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** link*
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 link
      - Κλινικές δοκιμές link

   β.Δευτερογενείς (συστηματικές ανασκοπήσεις) link
   γ. Ανάπτυξης και Ψυχομετρικής Στάθμισης ερευνητικών εργαλείων link
4. **ΠΟΙΟΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ**
   - Εμπειρικές link
5. **ΕΡΕΥΝΕΣ ΜΙΚΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑΣ** link
6. **ΒΙΒΛΙΟΚΡΙΤΙΚΗ** link
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 link, υπάρχουν αναρτημένες οι επιπλέον σχετικές, εξειδικευμένες οδηγίες στην ιστοσελίδα του περιοδικού.

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΡΘΡΩΝ link

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, ξενόγλωσση συνοδευτική επιστολή (link).

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Οι υποβληθείσες εργασίες αξιολογούνται από τη Διεύθυνση Σύνταξης, εάν συνάδουν με την αποστολή και τους στόχους του Περιοδικού, προκειμένου να προωθηθούν για ανώνυμη αξιολόγηση. Ανάλογα με τη θεματική ενότητα στην οποία ανήκουν, προωθούνται στο υπεύθυνο μέλος της συντακτικής επιτροπής και σε δύο κριτές της αντίστοιχης θεματικής ενότητας, ή σε ανεξάρτητους κριτές.

Οι κριτές αποφαίνονται εάν το άρθρο είναι:

(α) Αποδεκτό για δημοσίευση χωρίς τροποποιήσεις
(β) Αποδεκτό για δημοσίευση με μικρές τροποποιήσεις
(γ) Αποδεκτό για δημοσίευση κατόπιν σημαντικών τροποποιήσεων
(δ) Μη αποδεκτό για δημοσίευση στην παρούσα μορφή

Η τελική προσαρμογή του κειμένου στις υποδείξεις των κριτών διαπιστώνεται από τη Διεύθυνση Σύνταξης, ώστε το άρθρο να προωθηθεί προς δημοσίευση.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

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

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

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

ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ (λίστα ελέγχου – check list)

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

1. **Συνοδευτική Επιστολή (υπάρχει υπόδειγμα)**
2. **Σελίδα τίτλου***
3. **Σελίδα περίληψης***
4. **Σελίδα Βασικών Σημείων του Άρθρου**
5. **Κυρίως κείμενο του άρθρου**
6. **Συμβολή των συγγραφέων**
7. **Χρηματοδότηση (εάν υπάρχει)**
8. **Ευχαριστίες (εάν υπάρχουν)**
9. **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 links, ανάλογα με τον τύπο του άρθρου). Μετά το κείμενο, θα αναγράφεται η Συμβολή του κάθε συγγραφέα αναλυτικά, όπως και οι τυχόν Ευχαριστίες.

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

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

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

Βιβλιογραφικός κατάλογος (σύμφωνα με τις οδηγίες, βλ. link)
Πίνακες – Σχήματα. Οι πίνακες και τα σχήματα παρα-

τίθενται στο τέλος του άρθρου, σε χωριστή σελίδα το καθένα από αυτά. Ωστόσο, εντός του κυρίως κειμένου του άρθρου θα πρέπει να μπαίνει σε παρένθεση η ένδειξη (Πίνακας ΧΧ κάπου εδώ).

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

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

Άλλες οδηγίες μορφοποίησης

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

ΕΠΙΠΕΔΟ 1. κεφαλαία γράμματα με έντονη γραφή, (bold)
ΕΠΙΠΕΔΟ 2. πεζά γράμματα με έντονη γραφή,(bold)
ΕΠΙΠΕΔΟ 3. πεζά γράμματα με πλάγια γραφή, (italics)

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

ΘΕΜΑΤΑ ΗΘΙΚΗΣ & ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

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

Άδειες: Οι συγγραφείς θα πρέπει να έχουν λάβει την

άδεια χρήσης ερωτηματολογίων ή άλλων κλιμάκων που χρησιμοποίησαν για την εκπόνηση της έρευνάς τους, από τον κάτοχο πνευματικών δικαιωμάτων αυτών και φέρουν την αποκλειστική ευθύνη της χρήσης τους.

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

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

Πνευματικά Δικαιώματα (transfer of copyright): Η υποβολή ενός άρθρου, προϋποθέτει ότι δεν έχει δημοσιευθεί προηγουμένως, ότι δεν είναι υπό εξέταση για δημοσίευση αλλού και ότι εάν γίνει αποδεκτό δεν θα δημοσιευθεί αλλού, στην αγγλική ή σε οποιαδήποτε άλλη γλώσσα, χωρίς τη γραπτή συγκατάθεση του εκδότη.
Εάν ωστόσο, κάποιο άρθρο ή μέρος αυτού, βρίσκεται υπό κρίση, ή έχει προηγουμένως δημοσιευθεί σε πρακτικά ενός Συνεδρίου, αυτό θα πρέπει να αναφέρεται από τους συγγραφείς, κατά την υποβολή του στο Περιοδικό. Προϋπόθεση για τη δημοσίευση οποιουδήποτε άρθρου αποτελεί η παραχώρηση στο ΕΠΝΕ του αποκλειστικού δικαιώματος χρήσης του. Εφόσον γίνει αποδεκτό το άρθρο, οι συγγραφείς καλούνται να αποστείλουν σε σκαναρισμένη μορφή ή ταχυδρομικά, ειδικό έντυπο παροχής άδειας αποκλειστικής δημοσίευσης, το οποίο υπογράφεται από όλους τους συγγραφείς.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ

Οι περιγραφικές ή αφηγηματικές ανασκοπήσεις παρουσιάζουν τα αποτελέσματα ερευνών πάνω σε ένα θέμα κατά τη διάρκεια μιας συγκεκριμένης χρονικής περιόδου, ή τα αποτελέσματα νέων ερευνών με αξιολογική σειρά, τα οποία συσχετίζονται με την προϋπάρχουσα γνώση. Το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης δέχεται περιγραφικές ανασκοπήσεις που συμβάλλουν στην εξέλιξη της νοσηλευτικής επιστήμης, στις οποίες συμμετέχουν έως τρεις (3) συγγραφείς, με έκταση μέχρι 3500 λέξεις, εξαιρουμένων των πινάκων, των γραφημάτων, της βιβλιογραφίας και της περίληψης. Η δομή θα πρέπει να είναι η ακόλουθη:

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

Επισήμανση: Στις περιγραφικές ανασκοπήσεις δεν περιλαμβάνεται κεφάλαιο μεθοδολογίας.

Περίληψη

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

Λέξεις-κλειδιά

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

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

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

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

ΚΥΡΙΟ ΘΕΜΑ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ

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

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

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

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ

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

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

Περίληψη

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

Λέξεις-κλειδιά

Τρεις έως πέντε λέξεις που αντιπροσωπεύουν το περιεχόμενο της έρευνας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

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

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

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

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

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

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

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

ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΕΡΕΥΝΗΤΩΝ

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

Πίνακες

Περιλαμβάνονται πίνακες όπως

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

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΕΜΠΕΙΡΙΚΕΣ-ΠΟΣΟΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ

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

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

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

Περίληψη

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

Λέξεις-κλειδιά

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

ΚΥΡΙΩΣ ΚΕΙΜΕΝΟ

Το κυρίως κείμενο θα πρέπει να περιλαμβάνει τις παρακάτω υποενότητες:

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

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

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

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

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

Σχεδιασμός

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

Δείγμα μελέτης

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

Συλλογή δεδομένων

Θα πρέπει να προσδιορίζεται ο τόπος, ο τρόπος και η χρονική περίοδος της δειγματοληψίας, η οποία είναι προτιμητέο να μην υπερβαίνει τα πέντε έτη από την ημερομηνία υποβολής. Περιγράψτε τις τεχνικές και τα εργαλεία συλλογής δεδομένων. Αν πρόκειται για ερωτη-



ματολόγια που είναι γνωστά και σταθμισμένα περιγράψτε αναλυτικά και συμπεριλάβετε τη σχετική βιβλιογραφία, περιλαμβάνοντας απαραίτητα, την αναφορά της εργασίας στάθμισης του εργαλείου. Αν πρόκειται για εργαλεία που αναπτύχθηκαν ειδικά για αυτή τη μελέτη, περιγράψτε τη διαδικασία ανάπτυξης, περιλαμβάνοντας στοιχεία ελέγχου της αξιοπιστίας και εγκυρότητας. Διατυπώστε γιατί είναι κατάλληλα αυτά τα εργαλεία και οι τεχνικές για τις μεταβλητές. Συμπεριλάβετε στοιχεία από πιλοτική έρευνα, εάν αυτή έγινε.

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

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

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

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

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

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

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

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΠΟΙΟΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ

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

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

Περίληψη

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

Λέξεις-κλειδιά

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

ΚΥΡΙΩΣ ΚΕΙΜΕΝΟ

Το κυρίως κείμενο θα πρέπει να περιλαμβάνει τις παρακάτω υποενότητες:

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

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

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

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

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

Σχεδιασμός

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

Δείγμα μελέτης

Εδώ περιγράφεται ο πληθυσμός και το δείγμα, το οποίο στις ποιοτικές έρευνες αναφέρεται ως οι «συμμετέχοντες». Συγκεκριμένα, περιγράψτε το είδος και τον τρόπο δειγματοληψίας (μέγιστης απόκλισης δείγμα, εξαιρετικών περιπτώσεων δείγμα, θεωρητική δειγματοληψία κ.λπ), τα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού των συμμετεχόντων στη μελέτη και τους λόγους που επιλέχθηκαν αυτά τα κριτήρια. Αναφέρατε το μέγεθος του δείγματος (πόσοι/πόσες συμμετείχαν στη μελέτη) και αιτιολογήστε τον αριθμό των συμμετεχόντων (γιατί ο συγκεκριμένος αριθμός είναι κατάλληλος και επαρκής). Δώστε λεπτομέρειες αναφορικά με το δείγμα, όπως π.χ. ηλικία, ιδιότητα, φύλο, οικογενειακή κατάσταση κ.λπ, για να βοηθηθεί ο αναγνώστης να κατανοήσει το πλαίσιο της μελέτης. Μπο-

ρεί να χρησιμοποιηθεί και πίνακας για την παρουσίαση των δημογραφικών ή κλινικών χαρακτηριστικών.

Συλλογή δεδομένων

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

Θέματα ηθικής-Δεοντολογίας

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

Ανάλυση Δεδομένων

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

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

Κριτήρια μεθοδολογικής αυστηρότητας διεξαγωγής της μελέτης

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

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

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

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

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

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

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

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

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

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

Συνεισφορά ερευνητών

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

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΜΕΛΕΤΕΣ ΜΙΚΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑΣ

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

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

Τα κριτήρια αξιολόγησης είναι τα εξής:

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

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

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

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

Περίληψη

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

Λέξεις-κλειδιά

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

ΚΥΡΙΩΣ ΚΕΙΜΕΝΟ

Το κυρίως κείμενο θα πρέπει να περιλαμβάνει τις παρακάτω υποενότητες:

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

Προσοχή θα πρέπει να δίνεται στην κριτική αξιολόγηση και επιλογή των βιβλιογραφικών παραπομπών, ώστε να είναι οι πιο αντιπροσωπευτικές, σύγχρονες και σχετικές (εως 30 πηγές), να προέρχονται τόσο από ποσοτικές, όσο και από ποιοτικές έρευνες και να υποστηρίζουν την ανάγκη εκπόνησης μελέτης μικτής μεθοδολογίας πάνω στο θέμα. Σε περίπτωση που η μελέτη αφορά ελληνικό πληθυσμό, θα πρέπει να περιλαμβάνει και αντίστοιχες αναφορές σε ελληνική βιβλιογραφία, εάν υπάρχουν. Στο τέλος, σε χωριστή παράγραφο της εισαγωγής, αναφέρονται ο σκοπός και οι στόχοι της μελέτης. Ο σκοπός της μελέτης παρουσιάζεται ως αφήγηση προθέσεων ή ως ερευνητική ερώτηση ή ως ερευνητική υπόθεση που πρέπει να ερευνηθεί. Η έκταση της εισαγωγής δε θα πρέπει να υπερβαίνει σε έκταση το 1/4 του συνολικού κειμένου.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

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

Σχεδιασμός

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

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

Δείγμα μελέτης

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

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

Συλλογή δεδομένων

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

Θέματα ηθικής-Δεοντολογίας

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

Ανάλυση των δεδομένων

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

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

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

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

Κριτήρια μεθοδολογικής αυστηρότητας διεξαγωγής της μελέτης

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

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

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

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η συζήτηση ξεκινά με αναφορά στο σκοπό της εργασίας και εστιάζει στα κύρια αποτελέσματα, ανακεφαλαιώνοντας και ερμηνεύοντας. Επιπλέον, σκοπός της συζήτησης, είναι να συγκρίνει τα αποτελέσματα/ευρήματα με αυτά της ήδη υπάρχουσας βιβλιογραφίας και να καταλήγει εάν απαντήθηκαν τα ερευνητικά

ερωτήματα. Ακόμη, η συζήτηση πρέπει να παρουσιάζει πώς τα αποτελέσματα και η νέα γνώση μπορούν να συμβάλουν στη δημιουργία νέων αντιλήψεων (ή αμφισβήτησης υπαρχουσών αντιλήψεων) ή στη δημιουργία θεωριών ή στην προαγωγή υπαρχουσών θεωριών ή στη βελτίωση της νοσηλευτικής πράξης.
Τέλος, αναφέρονται τα δυνατά και αδύνατα σημεία της έρευνας (περιορισμοί), καθώς και η δυνατότητα ή μη, γενίκευσης των ευρημάτων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

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

Συνεισφορά ερευνητών

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

Πίνακες, Διαγράμματα, Σχήματα

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

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

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

ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΗ ΣΤΑΘΜΙΣΗ

ΔΟΜΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗΣ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ΚΥΡΙΩΣ ΚΕΙΜΕΝΟ:

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

ΣΚΟΠΟΣ

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

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

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

Περιγραφή πρωτότυπου ερωτηματολογίου/αρχικής κλίμακας

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

Συμμετέχοντες – Πληθυσμός

Να αναφερθεί το μέγεθος και ο τρόπος επιλογής του δείγματος και τυχόν κριτήρια επιλογής ή αποκλεισμού των συμμετεχόντων. Το μέγεθος του δείγματος οφείλει να είναι επαρκές για τις ανάγκες της ψυχομετρικής στάθμισης (οι περισσότεροι ερευνητές δέχονται ότι χρειάζεται αναλογία αριθμού ερωτήσεων και αριθμού συμμετεχόντων τουλάχιστον 1:10 για τη διερεύνηση της εγκυρότητας των κλιμάκων. Αυτό μεταφράζεται πρακτικά στο ότι εάν το προς στάθμιση ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 26 ερωτήσεις, χρειάζονται τουλάχιστον 260 άτομα για τις στατιστικές δοκιμασίες). Εάν η στάθμιση πραγματοποιήθηκε σε περισσότερα από

ένα στάδια, περιγράφεται αναλυτικά ο πληθυσμός για το κάθε στάδιο. Άρθρα που περιγράφουν ψυχομετρική στάθμιση ερωτηματολογίων με πληθυσμό κάτω των 50 ατόμων δεν θα γίνονται δεκτά προς δημοσίευση.

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

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

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

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

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

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

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

ΒΙΒΛΙΟΚΡΙΤΙΚΗ

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

Πριν τη λεπτομερή ανάγνωση του βιβλίου, ελέγξτε:
Τίτλος – τι μας προτείνει
Πρόλογος – παρέχει σημαντικές πληροφορίες για το σκοπό του συγγραφέα? Βοηθά στη συνολική αξιολόγηση του βιβλίου? Επιτεύχθηκε ο σκοπός που τέθηκε?
Περιεχόμενα - παρουσιάζουν τη δομή και οργάνωση του βιβλίου. Συνήθως η ομαδοποίηση των επιμέρους τμημάτων του βιβλίου γίνεται με βάση τον τόπο, το χρόνο ή τη θεματική ενότητα.

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

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

Προετοιμάστε ένα προσχέδιο κριτικής
Αξιολογείστε προσεκτικά τις σημειώσεις σας και προσπαθήστε να συνθέσετε τη βιβλιοκριτική σας με τέτοιο τρόπο ώστε να περιγράφει τη θέση σας για το βιβλίο. Έπειτα, αναφέρετε τα επιχειρήματα που στηρίζουν αυτή τη θέση. Τα 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 προϊδεάζει για τον τόνο της βιβλιοκριτικής σας.
Ανάπτυξη – Αναπτύξτε το κείμενό σας χρησιμοποιώντας τα επιχειρήματα που σημειώσατε στο προσχέδιό σας. Χρησιμοποιήστε περιγραφή, αξιολόγηση και επεξήγηση του λόγου για τον οποίο ο συγγραφέας έγραψε αυτό το βιβλίο. Χρησιμοποιήστε αναφορές για να δείξετε τα σημαντικά σημεία του κειμένου.
Συμπέρασμα – Αν η κριτική σας είναι καλογραμμένη και με επιχειρήματα, το συμπέρασμα θα ακολουθήσει με λογική σειρά. Μπορεί να περιλαμβάνει την τελική αξιολόγηση του βιβλίου ή απλά την επαναδιατύπωση της αρχικής σας πρότασης. Δεν θα πρέπει να εισάγετε νέο υλικό/ιδέες σε αυτό το σημείο.

Τελικός έλεγχος του προσχέδιου
Αφήστε λίγο χρόνο να μεσολαβήσει ανάμεσα στο προσχέδιο και το τελικό κείμενο.
Διαβάστε προσεκτικά όλο το κείμενο, ελέγχοντας τη σαφήνεια και τη λογική συνέχεια των επιχειρημάτων. Διορθώστε τυχόν γραμματικά ή ορθογραφικά λάθη. Επιβεβαιώστε ότι οι αναφορές που χρησιμοποιήθηκαν είναι σωστά γραμμένες στο βιβλιογραφικό κατάλογο.

ΣΥΓΓΡΑΦΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΠΑΡΑΠΟΜΠΩΝ

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

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

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

Παραπομπές εντός κειμένου:

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

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

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

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

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

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

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

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

Βιβλιογραφικός Κατάλογος

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

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

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

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

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

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

Βιβλίο

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

Κεφάλαιο σε βιβλίο

Αναγράφεται το επώνυμο και τα αρχικά του ονόματος του συγγραφέα, το έτος έκδοσης σε παρένθεση και ο τίτλος του κεφαλαίου. Ακολουθεί το «στο» ή «in» (για αγγλόφωνο βιβλίο), το επώνυμο και τα αρχικά του ονό-

ματος του/των συγγραφέα/ων, η έκδοση, ο τίτλος του βιβλίου με πλάγιους χαρακτήρες (Italics), ο τόπος έκδοσης και ο εκδοτικός οίκος. Π.χ.

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

Ηλεκτρονικό βιβλίο

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

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

Άρθρο

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

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

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

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

Διατριβή:

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

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

Πληροφορίες από το Διαδίκτυο (Ιστοσελίδες):

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

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

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

Πρακτικά Συνεδρίων

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

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

Επιτομή χρήσιμων πληροφοριών

Σύσταση της ΕΝΕ

Η ΕΝΕ συστήθηκε δια του Νόμου 3252/2004 υπό την μορφή Νομικού Προσώπου Δημοσίου Δικαίου και λειτουργεί ως επίσημος επαγγελματικός σύλλογος των Νοσηλευτών. Η εγγραφή σε αυτήν όλων των Νοσηλευτών, είναι υποχρεωτική, όπως συμβαίνει σε κάθε αντίστοιχο επιμελητήριο άλλων επαγγελματιών που λειτουργεί ως ρυθμιστικός φορέας και επίσημος σύμβουλος της Πολιτείας (Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, Δικηγορικός Σύλλογος Αθηνών, Τεχνικό Επιμελητήριο Ελλάδος, κ.τ.λ).

Κυριότεροι σκοποί της ΕΝΕ

Για να γίνουν κατανοητοί οι λόγοι που πρέπει όλοι οι νοσηλευτές να είναι εγγεγραμμένοι, παραθέτουμε τους βασικότερους στόχους που περιγράφει ο Νόμος 3252/2004 και που καλείται να επιτελέσει η Ε.Ν.Ε:

- την προαγωγή και ανάπτυξη της Νοσηλευτικής ως ανεξάρτητης και αυτόνομης επιστήμης και τέχνης
- την έρευνα, ανάλυση και μελέτη των νοσηλευτικών θεμάτων και τη σύνταξη και υποβολή επιστημονικά τεκμηριωμένων μελετών για τα διάφορα νοσηλευτικά προβλήματα της χώρας
- τη διατύπωση εισηγήσεων για νοσηλευτικά θέματα
- τη διαρκή εκπαίδευση, μετεκπαίδευση και επιμόρφωση των Νοσηλευτών και την υλοποίηση και αξιοποίηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων
- τη συμμετοχή στην υλοποίηση προγραμμάτων που επιχορηγούνται από την Ευρωπαϊκή Ένωση ή άλλους διεθνείς οργανισμούς
- την έκδοση πιστοποιητικών, απαραίτητων για την άδεια άσκησης επαγγέλματος των Νοσηλευτών
- τον περιορισμό της αντιποίησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος
- την αξιολόγηση της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας
- την εκπροσώπηση της χώρας σε διεθνείς οργανισμούς του νοσηλευτικού κλάδου
- την έκδοση περιοδικού, ενημερωτικού δελτίου, συγγραμμάτων και φυλλαδίων για την ενημέρωση των μελών της αλλά και του κοινωνικού συνόλου
- τη μελέτη υγειονομικών θεμάτων και την οργάνωση επιστημονικών συνεδρίων αυτόνομα ή σε συνεργασία με άλλους φορείς
- τη δημιουργία επιτροπής δεοντολογίας και ηθικής του επαγγέλματος του νοσηλευτή
- τον καθορισμό και κοστολόγηση των νοσηλευτικών πράξεων και
- την προστασία και προαγωγή της υγείας του Ελληνικού Λαού.

Μέλη της ΕΝΕ

Μέλη της Ε.Ν.Ε είναι υποχρεωτικώς όλοι οι νοσηλευτές που είναι απόφοιτοι: α) Τμημάτων Νοσηλευτικών Α.Ε.Ι., β) Νοσηλευτικών Τμημάτων Τ.Ε.Ι., γ) Πρώην Ανώτερων Σχολών Αδελφών Νοσοκόμων, Επισκεπτριών Αδελφών Νοσοκόμων, αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, δ) Πρώην Νοσηλευτικών Σχολών ΚΑΤΕΕ, ε) Νοσηλευτικών Σχολών ή Τμημάτων της αλλοδαπής, των οποίων τα διπλώματα έχουν αναγνωριστεί ως ισότιμα με τα πτυχία των νοσηλευτικών σχολών της ημεδαπής από τις αρμόδιες υπηρεσίες και στ) Στρατιωτικών Ανωτάτων Νοσηλευτικών Σχολών.

Διάρθρωση της ΕΝΕ

Η ΕΝΕ διαρθρώνεται σε Κεντρική Διοίκηση, που εδρεύει στην Αθήνα και σε δεκατρία Περιφερειακά Τμήματα, που λειτουργούν σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια της χώρας.

Κεντρική Διοίκηση

Η Κεντρική Διοίκηση αποτελείται από 15μελές Δ.Σ και έχει έδρα την Αθήνα. Η διεύθυνση των γραφείων είναι: Λεωφόρος Βασιλίσσης Σοφίας 47, Τ.Κ. 10676, τηλ. 210 3648044, 048 και fax. 210 3617859 και 210 3648049. Η ιστοσελίδα της Ε.Ν.Ε είναι www.enne.gr και το e-mail: info@enne.gr.

Περιφερειακά Τμήματα

Τα δεκατρία Περιφερειακά Τμήματα (Π.Τ) της Ε.Ν.Ε, ακολουθούν τον αριθμό των Υγειονομικών Περιφερειών (Υ.Π.Ε) και είναι τα ακόλουθα:

1. Πρώτο Περιφερειακό Τμήμα Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης: Β. ΠΑΥΛΟΥ 10Α ΚΟΜΟΤΗΝΗ ΤΗΛ. 6944152505-6948625299 FAX. 2531080126. Περιλαμβάνει τους Νομούς Δράμας, Έβρου, Καβάλας, Ξάνθης και Ροδόπης. Έδρα του 1ου ΠΤ Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης είναι η Κομοτηνή
2. Δεύτερο Περιφερειακό Τμήμα Κεντρικής Μακεδονίας: ΜΑΒΙΛΗ 11, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, Τ.Κ.54630, τηλ. 2310522822 και fax. 2310522219. Περιλαμβάνει τους Νομούς Ημαθίας, Θεσσαλονίκης, Κιλκίς, Πιερίας, Πέλλας, Σερρών και Χαλκιδικής. Έδρα του 2ου ΠΤ Κεντρικής Μακεδονίας είναι η Θεσσαλονίκη.
3. Τρίτο Περιφερειακό Τμήμα Δυτικής Μακεδονίας: ΑΕΤΟΡΑΧΗΣ & ΓΡΑΜΜΟΥ 5, ΚΟΖΑΝΗ ΤΗΛ.24610 49591 FAX:2461067817. Περιλαμβάνει τους Νομούς Γρεβενών, Καστοριάς, Κοζάνης και Φλώρινας. Έδρα του 3ου ΠΤ Δυτικής Μακεδονίας είναι η Κοζάνη
4. Τέταρτο Περιφερειακό Τμήμα Ηπείρου: ΥΠΑΤΗΣ 1 &Ν.Ε.Ο. ΠΑΤΡΩΝ ΑΘΗΝΩΝ, ΠΑΤΡΑ ΤΗΛ. 2610423830 FAX. 2610426215. Περιλαμβάνει τους Νομούς Άρτας, Θεσπρωτίας, Ιωαννίνων, και Πρεβέζης. Έδρα του 4ου ΠΤ Ηπείρου είναι τα Ιωάννινα.
5. Πέμπτο Περιφερειακό Τμήμα Θεσσαλίας: ΝΑΥΑΡΙΝΟΥ 2, ΛΑΡΙΣΑ ΤΚ 41223 ΤΗΛ 2410284866 FAX. 2410284871. Περιλαμβάνει τους Νομούς Καρδίτσας, Λάρισας, Μαγνη-

σίας και Τρικάλων. Έδρα του 5ου ΠΤ Θεσσαλίας είναι η Λάρισα.
6. Εκτο Περιφερειακό Τμήμα Ιονίων Νήσων: ΥΠΑΤΗΣ 1 &Ν.Ε.Ο. ΠΑΤΡΩΝ ΑΘΗΝΩΝ, ΠΑΤΡΑ ΤΚ 26441 ΤΗΛ. 2610423830 FAX. 2610426215. Περιλαμβάνει τους Νομούς Ζακύνθου, Κέρκυρας, Κεφαλληνίας και Λευκάδας καθώς και το δήμο Ιθάκης που αποτελεί αυτοτελή περιφερειακή ενότητα.
7. Έβδομο Περιφερειακό Τμήμα Δυτικής Ελλάδας: ΥΠΑΤΗΣ 1 &Ν.Ε.Ο. ΠΑΤΡΩΝ ΑΘΗΝΩΝ, ΠΑΤΡΑ, ΤΚ 26441 ΤΗΛ. 2610423830 FAX. 2610426215. Περιλαμβάνει τους Νομούς Αιτωλοακαρνανίας, Αχαΐας και Ηλείας. Έδρα του 7ου ΠΤ Δυτικής Ελλάδας είναι η Πάτρα.
8. Όγδοο Περιφερειακό Τμήμα Στερεάς Ελλάδας: ΝΑΥΑΡΙΝΟΥ 2 ΤΚ. 41223 ΤΗΛ.2410284866 FAX. 2410284871. Περιλαμβάνει τους Νομούς Βοιωτίας, Ευβοίας, Ευρυτανίας, Φθιώτιδος και Φωκίδος. Έδρα του 8ου ΠΤ Στερεάς Ελλάδας είναι η Λαμία.
9. Ένατο Περιφερειακό Τμήμα Αττικής: ΛΕΩΦΟΡΟΣ ΒΑΣΙΛΙΣΣΗΣ ΣΟΦΙΑΣ 47,Τ.Κ. 10676, τηλ. 210 3648044, 048 και fax. 210 3617859 και 210 3648049. Περιλαμβάνει το Νομό Αττικής.
10. Δέκατο Περιφερειακό Τμήμα Πελοποννήσου: ΥΠΑΤΗΣ 1 & Ν.Ε.Ο. ΠΑΤΡΩΝ ΑΘΗΝΩΝ, ΠΑΤΡΑ ΤΚ 441 ΤΗΛ. 2610423830 ΦΑΞ. 2610426215. Περιλαμβάνει τους Νομούς Αργολίδος, Αρκαδίας, Κορινθίας, Λακωνίας και Μεσσηνίας. Έδρα του 10ου ΠΤ Πελοποννήσου είναι η Τρίπολη.
11. Ενδέκατο Περιφερειακό Τμήμα Βορείου Αιγαίου: ΑΛΚΑΙΟΥ 8, ΜΥΤΙΛΗΝΗ ΤΚ 81100 ΤΗΛ. 22510-46272 ΦΑΞ. 22510-46272. Περιλαμβάνει τους Νομούς Λέσβου, Σάμου και Χίου.
12. Δωδέκατο Περιφερειακό Τμήμα Νοτίου Αιγαίου: ΛΕΩΦΟΡΟΣ ΒΑΣΙΛΙΣΣΗΣ ΣΟΦΙΑΣ 47,Τ.Κ. 10676, τηλ. 210 3648044, 048 και fax. 210 3617859 και 210 3648049. Περιλαμβάνει τους Νομούς Κυκλάδων και Δωδεκανήσου.
13. Δέκατο Τρίτο Περιφερειακό Τμήμα Κρήτης: ΣΠΙΝΑΛΟΓΚΑΣ 6, ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΤΚ 71201 τηλ. 2810310366, 2810311684 και fax.2810310014. Περιλαμβάνει τους Νομούς Ηρακλείου, Λασιθίου, Ρεθύμνου και Χανίων. Έδρα του 13ου ΠΤ Κρήτης είναι το Ηράκλειο.

Εγγραφή και συνδρομή των μελών

Κάθε Νοσηλευτής υποχρεούται να υποβάλλει αίτηση εγγραφής στο οικείο Περιφερειακό Τμήμα. Η αίτηση συνοδεύεται υποχρεωτικά από επικυρωμένα αντίγραφα πτυχίου και αστυνομικής ταυτότητας, δυο έγχρωμες φωτογραφίες, το αποδεικτικό της τραπεζικής κατάθεσης των 45 €, απλό φωτοαντίγραφο της άδειας άσκησης επαγγέλματος και προαιρετικά από τους τίτλους που τυχόν κατέχει το υποψήφιο μέλος (μεταπτυχιακοί τίτλοι, πιστοποιητικά γνώσης ξένης γλώσσας, κοινωνικές δραστηριότητες κ.τ.λ).

Κάθε Νοσηλευτής υποχρεούται να ανανεώνει την εγγραφή του ετησίως, αυτοπροσώπως ή ταχυδρομικώς (όχι με fax) μέχρι το τέλος Φεβρουαρίου, υποβάλλοντας σχετική δήλωση στο Περιφερειακό Τμήμα όπου ανήκει. Η δήλωση υποβάλλεται ταυτόχρονα με την καταβολή της ετήσιας συνδρομής, που έχει οριστεί δια του Νόμου 3252/2004 στο ποσό των σαράντα πέντε (40) ευρώ. Σε κάθε Νοσηλευτή που εγγράφεται ή ανανεώνει την εγγραφή του στην ΕΝΕ χορηγείται Δελτίο Ταυτότητας Νοσηλευτή.

Άδεια άσκησης επαγγέλματος

Για την έκδοση από τις κατά τόπους Νομαρχίες της άδειας άσκησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος, οι νοσηλευτές οφείλουν να συμπεριλάβουν, μεταξύ των δικαιολογητικών, και βεβαίωση εγγραφής στο οικείο Περιφερειακό Τμήμα της Ε.Ν.Ε. Με την παραλαβή της άδειας άσκησης επαγγέλματος, υποχρεούνται να καταθέσουν άμεσα αντίγραφο αυτής, στο Περιφερειακό Τμήμα όπου ανήκουν.

Βάσει του Νόμου 3252/2004, όποιος ασκεί τη νοσηλευτική χωρίς να έχει άδεια άσκησης επαγγέλματος διώκεται ποινικά σύμφωνα με το άρθρο 458 του Ποινικού Κώδικα.

Καταγγελία για παράνομη άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος μπορεί να κάνει οποιοσδήποτε ιδιώτης στα Περιφερειακά Συμβούλια ή στο Δ.Σ. της Ε.Ν.Ε., το οποίο στη συνέχεια υποχρεούται να γνωστοποιήσει το γεγονός στις αρμόδιες δικαστικές αρχές.

Στις περιπτώσεις που επιβάλλεται πειθαρχική ποινή προσωρινής ή οριστικής διαγραφής από την Ε.Ν.Ε., αναστέλλεται αυτοδίκαια η άδεια άσκησης επαγγέλματος.

Όργανα διοίκησης

Η Ε.Ν.Ε διοικείται από την Συνέλευση των Αντιπροσώπων και το Διοικητικό Συμβούλιο. Τα Περιφερειακά Τμήματα διοικούνται από την Γενική Συνέλευση και το Περιφερειακό Συμβούλιο.

Διεθνής εκπροσώπηση της Ε.Ν.Ε

Η Ε.Ν.Ε είναι μέλος της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου Νοσηλευτών (F.E.P.I), κατέχοντας μια από τις επτά θέσεις του Διοικητικού της Συμβουλίου. Στην εν λόγω Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία συμμετέχουν ακόμα η Αγγλία, η Ιταλία, η Ισπανία, η Ιρλανδία, η Πολωνία, η Κροατία, η Ρουμανία, η Πορτογαλία και υπό ένταξη είναι η Γαλλία, η Κύπρος και το Βέλγιο. Για περισσότερες πληροφορίες, συνδεθείτε με την ιστοσελίδα www.fepi.org.

Ανάδειξη και θητεία των αιρετών οργάνων διοίκησης

Το Διοικητικό Συμβούλιο της Ε.Ν.Ε, εκλέγεται από την Συνέλευση των Αντιπροσώπων. Οι Αντιπρόσωποι εκλέγονται χωριστά για κάθε Περιφερειακό Τμήμα από τα μέλη της Γενικής Συνέλευσης του Τμήματος. Τα Περιφερειακά Συμβούλια εκλέγονται ομοίως από τα μέλη της Γενικής Συνέλευσης του Περιφερειακού Τμήματος. Οι εκλογές διεξάγονται κάθε τρία (3) χρόνια, ενώ συμμετέχουν σ΄αυτές όσοι Νοσηλευτές είναι οικονομικώς τακτοποιημένοι.

Πειθαρχικός έλεγχος

Ο πειθαρχικός έλεγχος των μελών της Ε.Ν.Ε ασκείται σε

πρώτο βαθμό από τα Περιφερειακά Συμβούλια, που λειτουργούν και ως Πειθαρχικά Συμβούλια.
Ο δευτεροβάθμιος πειθαρχικός έλεγχος, καθώς και ο πειθαρχικός έλεγχος των μελών του Διοικητικού Συμβουλίου και των Περιφερειακών Συμβουλίων ασκείται από το Ανώτατο Πειθαρχικό Συμβούλιο, στο οποίο προεδρεύει Εφέτης των Πολιτικών Δικαστηρίων.

Επιστημονικό Περιοδικό

Η Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος δημιούργησε το 2008 το «Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης» που αποτελεί και το επίσημο περιοδικό της. Είναι ένα περιοδικό πολυδιάστατο με κριτική επιτροπή που στοχεύει στην προώθηση της Νοσηλευτικής Επιστήμης στην Ελλάδα.
Το «Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης» αποτελεί ένα αξιόπιστο, σύγχρονο, τριμηνιαίο επιστημονικό περιοδικό που εκδίδεται στην Ελληνική και την Αγγλική γλώσσα και είναι διαθέσιμο σε ηλεκτρονική και έντυπη μορφή με συμβολική αμοιβή σε όλους τους ενδιαφερόμενους ερευνητές, πανεπιστημιακούς δασκάλους, φοιτητές, σε όλη τη νοσηλευτική κοινότητα γενικότερα αλλά και στα ανώτατα εκπαιδευτικά ιδρύματα (ΑΤΕΙ και ΑΕΙ) της ημεδαπής και της αλλοδαπής.
Παράλληλα 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 και στην κλινική νοσηλευτική να δημοσιεύσουν το έργο τους και να δεχθούν εποικοδομητικές κριτικές. Στο περιοδικό δημοσιεύονται ερευνητικές μελέτες, ανασκοπήσεις, πρωτότυπες πραγματείες και βιβλιοκριτικές. Οι εργασίες που δημοσιεύονται, μοριοδοτούνται με τρόπο θεσμικά προβλεπόμενο και επικυρωμένο από την ελληνική νομοθεσία και σύμφωνα πάντα με τη διεθνή πρακτική.

Ενημερωτικό περιοδικό

Η Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος δημιούργησε το 2008 το μηνιαίο ενημερωτικό περιοδικό «Ο Ρυθμός της Υγείας», με σκοπό την ανάδειξη του νοσηλευτή ως ενιαίας ψυχοσωματικής, και επαγγελματικής οντότητας, με ενδιαφέροντα που κινούνται πέρα από τα τετριμμένα, αγκαλιάζοντας όλα τα επίπεδα της πολύπλευρης κοινωνικής του υπόστασης.
Ο Έλληνας νοσηλευτής, εκτός από την ανάγκη για την επίλυση πρωταρχικών ζητημάτων που τον απασχολούν ως επαγγελματία, έχει ανάγκη να εκφραστεί, να επικοινωνήσει, να διασκεδάσει και να προβάλλει πολύπλευρα τον κοινωνικό του προορισμό.
Έτσι, «Ο Ρυθμός της Υγείας», σκοπεύει να ενώσει τη φωνή όλων των νοσηλευτών της χώρας και να αποτελέσει ένα άμεσο και έγκυρο κανάλι επικοινωνίας, δίνοντας βήμα σε όλες ανεξαιρέτως της φωνές της επαγγελματικής –και όχι μόνο- κοινότητας.

Μελλοντικοί Στόχοι

Η Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδας, με τη συνεργασία όλων των μελών της, στοχεύει να υλοποιήσει και να ολοκληρώσει κάποια σημαντικά έργα που αποτελούν πάγια αιτήματα της νοσηλευτικής κοινότητας, ορισμένα από τα οποία ήδη άρχισαν να εκπονούνται:

- Καθορισμός και κοστολόγηση των νοσηλευτικών πράξεων
- Δημιουργία ανοιχτής γραμμής επικοινωνίας με σκοπό την καταγραφή και επίλυση των προβλημάτων των νοσηλευτών
- Ενίσχυση των διεθνών σχέσεων των ελλήνων νοσηλευτών με οργανισμούς, fora και ινστιτούτα του εξωτερικού
- Δημιουργία ηλεκτρονικής ψηφιακής βιβλιοθήκης η χρήση της οποίας θα είναι δωρεάν για τα μέλη της ΕΝΕ και προσβάσιμη από όλη την επικράτεια
- Προσφορά ειδικών εκπαιδευτικών και μετεκπαιδευτικών προγραμμάτων
- Διοργάνωση επιστημονικών συνεδρίων και ημερίδων με μοριοδότηση των συνέδρων νομικά ισχύουσα και κατοχυρωμένη
- Δημιουργία Ειδικών Επιτροπών Έργου, όπως Εκπαίδευσης, Τεκμηρίωσης, Διεθνών Σχέσεων και Ενημέρωσης
- Οργάνωση δικτύου εμπειρογνωμόνων για νοσηλευτικά θέματα και παροχή νομοτεχνικών συμβουλών
- Οργάνωση και λειτουργία προγραμμάτων εξειδίκευσης
- Πιστοποίηση Νοσηλευτικών Ειδικοτήτων και Νοσηλευτικής επάρκειας

Επικοινωνία

Οι νοσηλευτές μπορούν να απευθύνονται στα τηλέφωνα: 210 3648044, 3648048 (08:00- 15:00), στα fax:210 3648049, 3617859 και στο e- mail: info@enne.gr

- για επαγγελματικά θέματα
- για θέματα εκπαίδευσης
- για νομικά θέματα
- για την εγγραφή τους ή την ανανέωση αυτής
- για γενική ενημέρωση (συνέδρια, δράσεις, εκδηλώσεις κλπ)
- για τις προκηρύξεις μέσω ΑΣΕΠ
- για θέσεις εργασίας στον ευρύτερο τομέα της υγείας

Τώρα, όλα τα έντυπά μας στο διαδίκτυο!



κάντε κλικ...

[username: **abcd** password: **1234**]

Diabetes Care - Greek Edition
http://diacare.gr

Harvard Review of Psychiatry - Greek Edition
http://hrps.gr

Heartreat
http://heartreat.gr

Neurologic Clinics Greek Edition
http://semneuro.gr

Medical Express
http://medicalexpress.gr

Pharmanews
http://pharmanews.gr

Διάγνωση
http://diagnosispress.gr

Μ. ΠΙΤΣΙΛΙΔΗΣ
ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ & ΕΚΔΟΣΕΩΝ

Μ. ΠΙΤΣΙΛΙΔΗΣ Α.Ε. | 210 8947 002 | info@pitsilidis.gr | www.pitsilidis.gr

E.N.E.



ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

www.enne.gr