



Ελληνικό
περιοδικό της
Νοσηλευτικής
Επιστήμης

Τόμος 2, Τεύχος 2, Απρίλιος - Ιούνιος 2009



Το Επιστημονικό Περιοδικό της



Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος

ISSN 1791-9002

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΗΣ ΕΝΩΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ (ΕΝΕ)

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ-ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Διευθυντής Σύνταξης: **Δρ. Κυριάκος Κουβελιώτης**
Υπεύθυνος Έκδοσης: **Δημήτριος Σκουτέλης**
Υπεύθυνος Επικοινωνίας και Δημ. Σχέσεων: **Αριστείδης Δάγλας**
Υπεύθυνος Διεθνών Σχέσεων: **Νικόλαος Αντωνάκοπουλος**
Επιμέλεια Ύλης: **Ισμήνη Χατζηθεοφίλου**
Υπεύθυνος Ιστοσελίδας: **Αντώνης Θεοδωρίδης**
Διοικητική Υποστήριξη: **Ελένη Μπαλτζή**

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ

Δρ. Σοφία Ζυγά, Επίκουρη Καθηγήτρια Βασικής Νοσηλευτικής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.
Δρ. Αθηνά Καλοκαιρινού, Επίκουρη Καθηγήτρια Κοινωνικής Νοσηλευτικής, Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ (Επικεφαλής Επιστημονικής Επιτροπής)
Δρ. Ευμορφία Κούκια, Λέκτορας Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής, Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ.
Δρ. Παναγιώτα Μπέλλου, Καθηγήτρια Νοσηλευτικής, Προϊσταμένη Τμήματος Νοσηλευτικής Α΄ ΑΤΕΙ Αθηνών.
Δρ. Φωτούλα Μπαμπάτσικου, Νοσηλεύτρια - Ιατρός Δημόσιας Υγείας, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών.

ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ

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. Enridiki Papastavrou Lecturer Department of Nursing School of Health Studies Cyprus University of Technology President of the Council of Nursing and Midwifery, Cyprus.
Δρ. Ανδρέας Παυλάκης, Καθηγητής Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου.
Dr. Elisabeth Rappold, RN, Mag. PhD Institut für Pflegewissenschaft University of Vienna, Austria
Ms Cecilia Sironi RN, BSc, MSc Università degli Studi dell'Insubria Varese Italy.
Dr. Lorraine N. Smith, BScN, MEd, PhD, Professor Nursing & Health Care, University of Glasgow, Scotland, UK.
Dr. Edwin R. van Teijlingen, Υφηγητής Δημόσιας Υγείας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Aberdeen.
Dr. Steve Willcocks, Καθηγητής Σχολής Υγείας, Πανεπιστήμιο Central Lancashire.

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΙΔΙΚΩΝ ΣΥΜΒΟΥΛΩΝ

Σπύρος Βρεττός, Συγγραφέας, Διδάκτωρ Φιλολογίας.
Αθανάσιος Γιαννόπουλος, Αν. Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
Χρήστος Κίττας, Καθηγητής Ιατρικής Σχολής και Πρύτανης του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
Γεώργιος Μπαλτόπουλος, Πρόεδρος Τμήματος Νοσηλευτικής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
Ιωάννης Μπράμης, Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
Κυριάκος Στριγγάρης, Ομότιμος Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Πρόεδρος Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας
Ιωάννης Υφαντόπουλος, Καθηγητής Κοινωνικής Πολιτικής, Νομικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Το ΔΣ της ΕΝΕ, αποτελείται από τα παρακάτω 15 τακτικά μέλη:

Δημήτριος Σκουτέλης, Πρόεδρος, **Αριστείδης Δάγλας**, Γενικός Γραμματέας, **Δημήτριος Πιστόλας**, Ταμίας, **Νικόλαος Ορφανός**, Α΄ Αντιπρόεδρος, **Κωνσταντία Μπελαλή**, Μέλος ΔΣ, **Δημοσθένης Σαληκίδης**, Μέλος ΔΣ, **Λάμπρος Μπίζας**, Αν. Γραμματέας, **Ελένη Αλμπάνη**, Οργαν. Γραμματέας, **Ευτέρπη Βασιλειάδου**, Μέλος ΔΣ, **Γεώργιος Δρακτιδης**, Μέλος ΔΣ, **Απόστολος Κωτσής**, Μέλος ΔΣ, **Γεωργία Μπλάντα**, Μέλος ΔΣ, **Γεώργιος Δόντσιος**, Μέλος ΔΣ, **Κων/νος Μπουμπάρης**, Β΄ Αντιπρόεδρος, **Νικόλαος Σαββίδης**, Μέλος ΔΣ

ΣΥΝΘΕΣΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΩΝ ΣΥΜΒΟΥΛΙΩΝ Ε.Ν.Ε.

1ο Περιφερειακό Συμβούλιο

Πρόεδρος: **Σοφία Κωσταδιού**, Αντιπρόεδρος: **Γεωργία Κουτσοββίου**, Γ. Γραμματέας: **Μιχαήλ Κουράκος**, Αν. Γραμματέας: **Κωνσταντία Μπελαλή**, Ταμίας: **Λάμπρος Μπίζας**, Μέλη: **Δημήτριος Σκουτέλης**, **Γεώργιος Δρακτιδης**, **Γεωργία Μπλάντα**, **Δημήτριος Πιστόλας**

2ο Περιφερειακό Συμβούλιο

Πρόεδρος: **Βασιλική Μούγια**, Αντιπρόεδρος: **Ελένη Πισιμίσση**, Γ. Γραμματέας: **Ευαγγελία Τσιότσιου**, Αν. Γραμματέας: **Παναγιώτης Ψας**, Ταμίας: **Ελένη Σπιριδοπούλου**, Μέλη: **Αριστείδης Δάγλας**, **Μαρία Μελετιάδου**

3ο Περιφερειακό Συμβούλιο

Πρόεδρος: **Γεώργιος Μπαλιόζογλου**, Αντιπρόεδρος: **Δημήτριος Παλητζής**, Γ. Γραμματέας: **Γεώργιος Χρυσομαλλίδης**, Αν. Γραμματέας: **Ιωάννης Κουτσονίκος**, Ταμίας: **Χρήστος Καργιώτης**, Μέλη: **Φίλιππος Κακάνης**, **Στέφανος Παπουτσάκης**, **Αντώνιος Θεοδωρίδης**

4ο Περιφερειακό Συμβούλιο

Πρόεδρος: **Γεώργιος Δόντσιος**, Αντιπρόεδρος: **Ελένη Αβράμη**, Γ. Γραμματέας: **Φαίδρα Ιωαννίδου**, Αν. Γραμματέας: **Κων/νος Μπουμπάρης**, Ταμίας: **Όλγα Δημητριάδου**, Μέλη: **Τριαντάφυλλος Παγκαλίδης**, **Μελανία Κοσμαδάκη**

5ο Περιφερειακό Συμβούλιο

Πρόεδρος: **Απόστολος Κωτσής**, Αντιπρόεδρος: **Μαρία Σουλτοούκη**, Γ. Γραμματέας: **Μαγδαληνή Σελαμανίδου**, Αν. Γραμματέας: **Μαρία Γκτεέρσου**, Ταμίας: **Κων/νος Νιανιόπουλος**, Μέλη: **Γεώργιος Ρότσας**, **Νικόλαος Κιούσης**

6ο Περιφερειακό Συμβούλιο

Πρόεδρος: **Γεωργία Θεοδωρακοπούλου**, Αντιπρόεδρος: **Νικόλαος Ορφανός**, Γ. Γραμματέας: **Γεώργιος Αρβανίτης**, Αν. Γραμματέας: **Γεώργιος Σιώχος**, Ταμίας: **Ελένη Αλμπάνη**, Μέλη: **Κυριάκος Κούφαλης**, **Δήμητρα Τσίλη**, **Γεώργιος Τζιτζίκος**, **Χρήστος Μαρνέρας**

7ο Περιφερειακό Συμβούλιο

Πρόεδρος: **Νικόλαος Σαββίδης**, Αντιπρόεδρος: **Πηνελόπη Ντζιλέπη**, Γ. Γραμματέας: **Γεώργιος Μερραμβελιωτάκης**, Αν. Γραμματέας: **Εμμανουήλ Αστυρακάκης**, Ταμίας: **Μιχαήλ Ζωγραφάκης**- **Σφακιανάκης**

Ερευνητικές Εργασίες

Τραυματική Βλητική: Ανάλυση Παραμέτρων και Αντιμετώπιση Τραυμάτων που Προκαλούνται από Βλήματα στο Ανθρώπινο Σώμα....	σελ. 31
PEST και SWOT	
Ανάλυση του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι»	σελ. 37
Εκτίμηση της Αποτελεσματικότητας της Θρέψης στον Έγκυματρία Ασθενή. –Τυχαιοποιημένη Ελεγχόμενη Δοκιμή.	σελ. 43

Ανασκοπήσεις

Η Διά Βίου Εκπαίδευση στη Νοσηλευτική Επιστήμη και Πράξη: μια Βιβλιογραφική Ανασκόπηση	σελ. 47
Η Εκπαίδευση για την Σεξουαλική και Αναπαραγωγική Υγεία στα Πλαίσια της Ευρωπαϊκής Πολιτικής: Βιβλιογραφική Ανασκόπηση	σελ. 52

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΗΣ ΕΝΩΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ (ΕΝΕ)

Το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης είναι το επίσημο περιοδικό της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος. Είναι ένα περιοδικό πολυδιάστατο με κριτική επιτροπή που στοχεύει στην προώθηση της Νοσηλευτικής Επιστήμης στην Ελλάδα.

Με το συγκεκριμένο επιστημονικό έντυπο η Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος συμβάλλει στην προαγωγή της νοσηλευτικής επιστημονικής γνώσης και ανοίγει ένα νέο κεφάλαιο στην σύγχρονη νοσηλευτική ιστορία της Ελλάδας.

Σε αυτό το πλαίσιο το επιστημονικό περιοδικό έχει τους εξής στόχους:

- Την προαγωγή της Νοσηλευτικής επιστήμης
- Την συμβολή στην ποιότητα φροντίδας ατόμων, ομάδων και του κοινωνικού συνόλου σε κάθε κατάσταση υγείας και αρρώστιας
- Την ανάδειξη και επιστημονική διερεύνηση επιστημονικών νοσηλευτικών θεμάτων
- Την παραγωγή νοσηλευτικής πολιτικής και
- Την ενίσχυση της νοσηλευτικής έρευνας

Το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης αποτελεί ένα αξιόπιστο, σύγχρονο, τριμηνιαίο επιστημονικό περιοδικό 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 ανώτερα και ανώτατα εκπαιδευτικά ιδρύματα της ημεδαπής και της αλλοδαπής.

Ταυτόχρονα αποτελεί ένα πολύτιμο εργαλείο επιστημονικής γνώσης για τον έλληνα 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.

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 ή στην κλινική νοσηλευτική να δημοσιεύσουν το έργο τους και να δεχθούν οικοδομητικές κριτικές. Σε ένα δεύτερο επίπεδο ευαισθητοποιεί άλλους επιστήμονες στα γνωστικά αντικείμενα της νοσηλευτικής και προάγει γενικότερα τη συνεργασία των υπηρεσιών υγείας.

Στο περιοδικό δημοσιεύονται ερευνητικές μελέτες, ανασκοπήσεις, πρωτότυπες πραγματείες και βιβλιοκριτικές. Οι τομείς που καλύπτει το περιοδικό είναι οι εξής:

- Η Νοσηλευτική Έρευνα
- Η Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας
- Η Νοσηλευτική Εκπαίδευση
- Η Κλινική Νοσηλευτική
- Η Κοινωνική Νοσηλευτική
- Η Ηθική και Δεοντολογία Νοσηλευτικής και
- Η Νοσηλευτική Νομοθεσία

Η Επιστημονική Επιτροπή του Περιοδικού:

1. Θεωρεί ότι η ανοικτή πρόσβαση στη έρευνα, στις ανασκοπήσεις και σε άλλα άρθρα συντελεί ευρύτερα στην πρόοδο και εξέλιξη της νοσηλευτικής με τελικό στόχο την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας,
2. Δεσμεύεται να διατηρεί την ποιότητα του περιοδικού σε υψηλό επίπεδο και να προάγει την επιστημονική γνώση,
3. Παρέχει τα απαραίτητα εργαλεία και τη γνώση για την ορθή οργάνωση και παρουσίαση των δημοσιεύσεων,
4. Προωθεί την ελεύθερη και ανοικτή πρόσβαση στην επιστημονική γνώση για τους λειτουργούς της υγείας,
5. Αναγνωρίζει τις επιστημονικές ανάγκες της νοσηλευτικής κοινότητας και με τη δημιουργία του περιοδικού συμβάλλει στην ικανοποίησή τους.

■ editorial

Το Επιστημονικό Περιοδικό της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδας, μετά τη δημιουργία του ειδικού πρότυπου ιστοχώρου του κάνει ένα ακόμη βήμα προς την ενίσχυση της νοσηλευτικής επιστήμης στη χώρα μας προσφέροντας δωρεάν στα μέλη της ΕΝΕ ελεύθερη πρόσβαση στα ακόλουθα Διεθνή Επιστημονικά Περιοδικά και σε ολόκληρα τα αρχεία τους από το 1896 έως σήμερα:

Δρ. Κυριάκος Κουβελιώτης
Διευθυντής Σύνταξης

Autism	1362-3613
Biological Research For Nursing	1099-8004
Clinical Child Psychology and Psychiatry	1359-1045
Clinical Nursing Research	1054-7738
Dementia	1471-3012
Evaluation & the Health Professions	0163-2787
Health Education & Behavior	1363-4593
Health Promotion Practice	1090-1981
Health:	1524-8399
Home Health Care Management & Practice	1084-8223
International Journal of Social Psychiatry	0020-7640
Journal of Aging and Health	0898-2643
Journal of Child Health Care	1367-4935
Journal of Family Nursing	1074-8407
Journal of Health Psychology	1359-1053
Journal of Holistic Nursing	0898-0101
Journal of Intellectual Disabilities	1744-6295
Journal of Research in Nursing	1744-9871
Journal of the Royal Society for Promotion of Health, The	1466-4240
Journal of Transcultural Nursing	1043-6596
Medical Care Research and Review	1077-5587
Nursing Science Quarterly	0894-3184
Policy, Politics, & Nursing Practice	1527-1544
Qualitative Health Research	1049-7323
Transcultural Psychiatry	1363-4615
Western Journal of Nursing Research	0193-9459

Όλοι οι συντελεστές του Επιστημονικού Περιοδικού σας καλωσορίζουν στη νέα αυτή πηγή γνώσης για την ελληνική νοσηλευτική κοινότητα.

Τραυματική Βλητική: Ανάλυση Παραμέτρων και Αντιμετώπιση Τραυμάτων που Προκαλούνται από Βλήματα στο Ανθρώπινο Σώμα

Αλεξανδροπούλου Χρηστίνα-Αθανασία
 Φοιτήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής,
 Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας Α.Τ.Ε.Ι Πατρών
Δρ. Παναγιωτόπουλος Ηλίας
 Λέκτορας Βλητικής (Π.Δ. 407/80), Τομέας Μαθηματικών και Επιστημών Μηχανικού,
 Στρατιωτική Σχολή Ευελπίδων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας αποτελεί η μελέτη των επιπτώσεων που προκαλούνται στο ανθρώπινο σώμα όταν αυτό προσβάλλεται από βλήματα, η αντιμετώπιση των τραυμάτων που οφείλονται σε αυτά και η νοσηλευτική και ιατρική διάγνωση που πραγματοποιείται μέσα από την εξέταση των τραυματιών. Για τη διερεύνηση και διάγνωση των βλαβών που προκαλούνται στον ανθρώπινο οργανισμό, κρίνεται απαραίτητη η γνώση των παραμέτρων που συνιστούν το τραύμα βλήματος, όπως μέσο διάτρησης, μόνιμη κοιλότητα, προσωρινή κοιλότητα, θραυσματοποίηση. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν, ότι το κεντρικό νευρικό σύστημα και το καρδιαγγειακό σύστημα υπόκεινται σε σοβαρούς τραυματισμούς, οι οποίοι χρίζουν άμεσης αντιμετώπισης, καθώς είναι δυνατόν να οδηγήσουν ακόμα και σε ακαριαίο θάνατο..

Λέξεις-κλειδιά: διάτρηση, θραυσματοποίηση, κοιλότητα, μηχανισμός τραύματος βλήματος, τραυματική βλητική, υδροστατικό σοκ.

Εισαγωγή

Πριν ακόμα ο άνθρωπος δημιουργήσει τους πρώτους πολιτισμούς, σπαταλούσε το μεγαλύτερο μέρος της ζωής του για να εξασφαλίσει τροφή, στέγη και νερό. Πολλές φορές κλήθηκε να αντιμετωπίσει άλλους ανθρώπους και άλλα είδη που διεκδικούσαν τα ίδια ακριβώς πράγματα. Αιώνες αργότερα οι άνθρωποι αντιμετώπισαν την πρόκληση της μετανάστευσης, καθώς εγκατέλειπαν το μέρος που είχαν εγκατασταθεί προς αναζήτηση καινούριων εδαφών και πλούτου.

Στη σύγχρονη εποχή οι άνθρωποι εμπλέκονται σε συγκρούσεις μεγάλης κλίμακας προκειμένου να κερδίσουν είτε την ελευθερία τους, είτε χρήματα, είτε πρώτες ύλες.

Σε όποια εποχή του ανθρώπινου είδους και αν αναφερόμαστε, παρατηρείται ότι, όσον αφορά τις συγκρούσεις, ο άνθρωπος μελετούσε και ερευνούσε τις μεθόδους που ήταν δυνατόν να χρησιμοποιηθούν επιτυχώς έτσι ώστε να προξενήσουν τις μέγιστες απώλειες στους αντιπάλους του. Οι μέθοδοι αυτοί στηρίζονταν – εκτός των άλλων – στα υλικά και τις τεχνικές κατασκευής των οπλικών συστημάτων που διέθετε, καθώς και στην προσβολή ευπαθών σημείων του ανθρωπίνου σώματος των

αντιπάλων, με στόχο να επιφέρουν γρηγορότερο θάνατο.

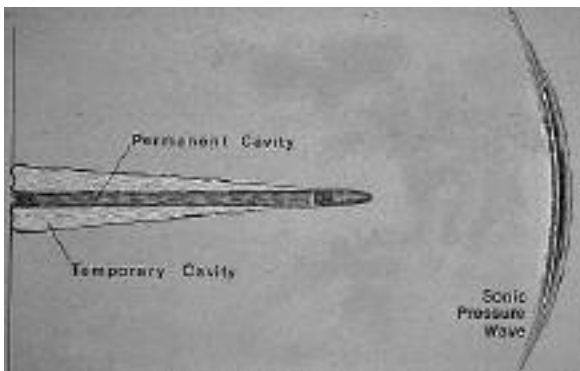
Στη σύγχρονη εποχή τα οπτικά συστήματα που χρησιμοποιούνται εκμεταλλεύονται εκρηκτικές ύλες (όπως η πυρίτιδα) για να μεταδώσουν μεγάλη ποσότητα κινητικής ενέργειας σε βλήματα και σφαίρες εναντίον κινητών και σταθερών στόχων προσβολής. Σε αυτή την αρχή στηρίζεται η λειτουργία των πολυβόλων, τυφεκίων και κάποιων ειδών χειροβομβίδων (Winter J.M., 1989).

Συνεπώς η Τραυματική Βλητική αποτελεί έναν ιδιαίτερα σημαντικό κλάδο της επιστήμης της βλητικής που ασχολείται με τη μελέτη των επιπτώσεων στο ανθρώπινο σώμα που προκύπτουν από βλήματα και σύγχρονα όπλα μάχης που εισέρχονται μέσα του ή/και το διαπερνούν (Ann H. Ross, 1995). Στην παρούσα εργασία εξετάζονται τα είδη των τραυμάτων που προκαλούνται από διάφορα βλήματα διαφορετικής γεωμετρίας και διαφορετικού διαμετρήματος, τα σημεία του σώματος τα οποία αν βληθούν θα επιφέρουν γρηγορότερο θάνατο καθώς και οι παράμετροι αντιμετώπισης των τραυμάτων που προκαλούνται στον άνθρωπο πέραν των εμφανών.

Μηχανισμός Βαλλιστικού Τραύματος

Τέσσερις είναι οι βασικές παράμετροι που συμβάλλουν στη "διαμόρφωση" του τραύματος από την είσοδο βλημάτων στο ανθρώπινο σώμα. Καμία όμως από αυτές δεν είναι πάντα υπεύθυνη για το θάνατο ή την αποδυνάμωση του ατόμου (Peter's C.E., 1990). Οι παράμετροι αυτές είναι απαραίτητες για την κατανόηση των βλαβών που προκαλεί ένα βλήμα στον ανθρώπινο οργανισμό, καθώς εισβάλλει στους ιστούς και για τον χρόνο που χρειάζεται για να σκοτώσει ή απλά να αποδυναμώσει ένα άτομο. Αυτές διακρίνονται σε τέσσερις βασικές κατηγορίες (Peter's C.E. και λοιποί, 1996):

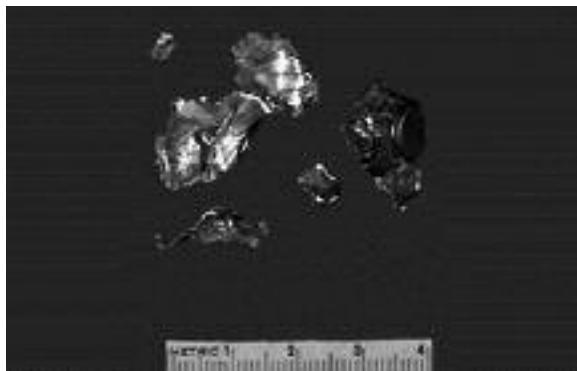
1. **Μέσο διάτρησης (penetration medium):** είναι ο ιστός μέσα από τον οποίο περνά το βλήμα, και είτε τον εκτοπίζει, είτε τον καταστρέφει.
2. **Μόνιμη κοιλότητα (permanent cavity):** είναι ο όγκος του χώρου στο ανθρώπινο σώμα που καταλαμβάνεται από



Εικόνα 1: Δημιουργία μόνιμης και προσωρινής κοιλότητας λόγω της κινητικής ενέργειας που μεταφέρεται στους ιστούς ανθρώπινου σώματος από την είσοδο σφαίρας. Στο ίδιο σχήμα απεικονίζεται και η μορφή του πιεστικού ηχητικού κύματος που δημιουργεί η σφαίρα λόγω της υψηλής της ταχύτητας.

ιστό ο οποίος καταστράφηκε λόγω της διαδρομής εισόδου του βλήματος (βλ. Εικόνα 1). Ο όγκος αυτός εξαρτάται από το μέσο διάτρησης και τη μορφολογία του εμπρόσθιου τμήματος του βλήματος. Με απλά λόγια, είναι η οπή (τρύπα) που αφήνει η σφαίρα καθώς περνά στο εσωτερικό του σώματος.

3. **Προσωρινή κοιλότητα (temporary cavity):** είναι η επέκταση της μόνιμης κοιλότητας λόγω της κινητικής ενέργειας που μεταφέρεται στους ιστούς από το βλήμα (βλ. Εικόνα 1).
4. **Θραυσματοποίηση (fragmentation):** είναι κομμάτια βλήματος (βλ. Εικόνα 2) ή θραύσματα από οστά, τα οποία ωθούνται εκτός της μόνιμης κοιλότητας και μπορούν να πλήξουν γειτονικούς ιστούς, ζωτικά όργανα και αιμοφόρα αγγεία. Το φαινόμενο της θραυσματοποίησης δεν παρατηρείται σε όλα τα τραύματα από βλήματα.



Εικόνα 2: Όταν μια σφαίρα χτυπήσει έναν στόχο, μπορεί να υπάρξει αξιοσημείωτη παραμόρφωση και θρυμματισμός. Στην περίπτωση αυτή η κεφαλή της σφαίρας παραμορφώνεται πλήρως και αποκόπτεται από το περιβλήμα της (δεξιά της κεφαλής).

Επιπτώσεις στον Ανθρώπινο Οργανισμό

Τα τραύματα από βλήματα που προκαλούνται στον ανθρώπινο οργανισμό είναι δυνατόν να επιφέρουν κατάρρευση ή θάνατο είτε καταστρέφοντας κάποιο σημείο του κεντρικού νευρικού συστήματος, είτε προκαλώντας σοβαρή απώλεια αίματος προσβάλλοντας μεγάλες αρτηρίες του κυκλοφορικού συστήματος, είτε διακόπτοντας την παροχή οξυγόνου στον εγκέφαλο (Peter's C.E., 1997). Οι ανωτέρω παράμετροι συμβάλλουν σε σημαντικό βαθμό στον καθορισμό των επιπτώσεων που υφίστανται το ανθρώπινο σώμα από την είσοδο βλήματος, και αναλύονται ως ακολούθως:

1. Βολές στο κεντρικό νευρικό σύστημα: Οι βολές στο κεντρικό νευρικό σύστημα είναι σχεδόν πάντα θανατηφόρες (βλ. Εικόνα 3). Όταν μία σφαίρα διαπεράσει τον εγκέφαλο είναι πολύ πιθανόν να τραυματίσει ή ακόμα και να κόψει τους νευρικούς ιστούς που καταλήγουν σε ζωτικά όργανα, όπως το μυοκάρδιο, το ήπαρ και οι πνεύμονες, με αποτέλεσμα τα όργανα αυτά να δυσλειτουργούν ή ακόμα και να πάψουν να λειτουργούν. Επίσης, υπάρχει περίπτωση να καταστραφεί το

κέντρο αισθήσεων του εγκεφάλου, με αποτέλεσμα το άτομο να πέσει σε κώμα από το οποίο είναι δύσκολο να ανανήψει. Οι βολές στην παρεγκεφαλίδα προκαλούν ακαριαίο θάνατο, ενώ οι βολές στο νωτιαίο μυελό, που είναι το κατώτερο σημείο του κεντρικού νευρικού συστήματος, είναι δυνατόν να προκαλέσουν από παράλυση μέχρι θάνατο (Sellier K.G. και λοιποί, 1994).

2. Βολές στο κυκλοφορικό σύστημα (βλ. Εικόνα 3): Σύμφωνα με κλινικές έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί (Σακίνη-Καρδάση Α. και λοιποί, 1993), έχει αποδειχτεί ότι ο οργανισμός ενός μέσου ανθρώπου μπορεί να ανεχθεί μέχρι 20% απώλεια αίματος. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι ο οργανισμός ενός ανθρώπου μπορεί να λειτουργήσει μόνο με το 80% του αίματός του, παρά την εμφάνιση μικρής έντασης συμπτωμάτων αναιμίας. Μεγαλύτερη απώλεια αίματος οδηγεί σε σταδιακή νέκρωση των τμημάτων του εγκεφάλου. Ποιος είναι λοιπόν ο ελάχιστος χρόνος που απαιτείται, έτσι ώστε κάποιος που έχει χτυπηθεί από σφαίρα να μπορεί να χάσει

το 20% του αίματός του; Η απάντηση είναι η εξής: Η καρδιακή απόδοση ενός άντρα 70 κιλών ανέρχεται στα 5,5 λίτρα το λεπτό (δηλαδή η καρδιά του αιματώνει το σώμα του με 5,5 λίτρα αίματος το λεπτό). Ο όγκος του αίματός του είναι 60 ml ανά κιλό, δηλαδή 4,2 λίτρα συνολικά. Υποθέτοντας ότι το άτομο υπόκειται σε στρες η καρδιακή του απόδοση αυξάνεται στα 11 λίτρα το λεπτό. Αν ένα βλήμα διαπερνώντας το σώμα του άντρα καταφέρει και κόψει τη θωρακική αορτή, θα χρειαστούν μόλις 4,6 δευτερόλεπτα για να χάσει το 20% του αίματός του από ένα μόνο σημείο. Βέβαια ο εγκέφαλος θα συνεχίσει να λειτουργεί για μερικά δευτερόλεπτα ακόμη, λόγω του οξυγονωμένου αίματος που κυκλοφορεί στον εγκέφαλο.

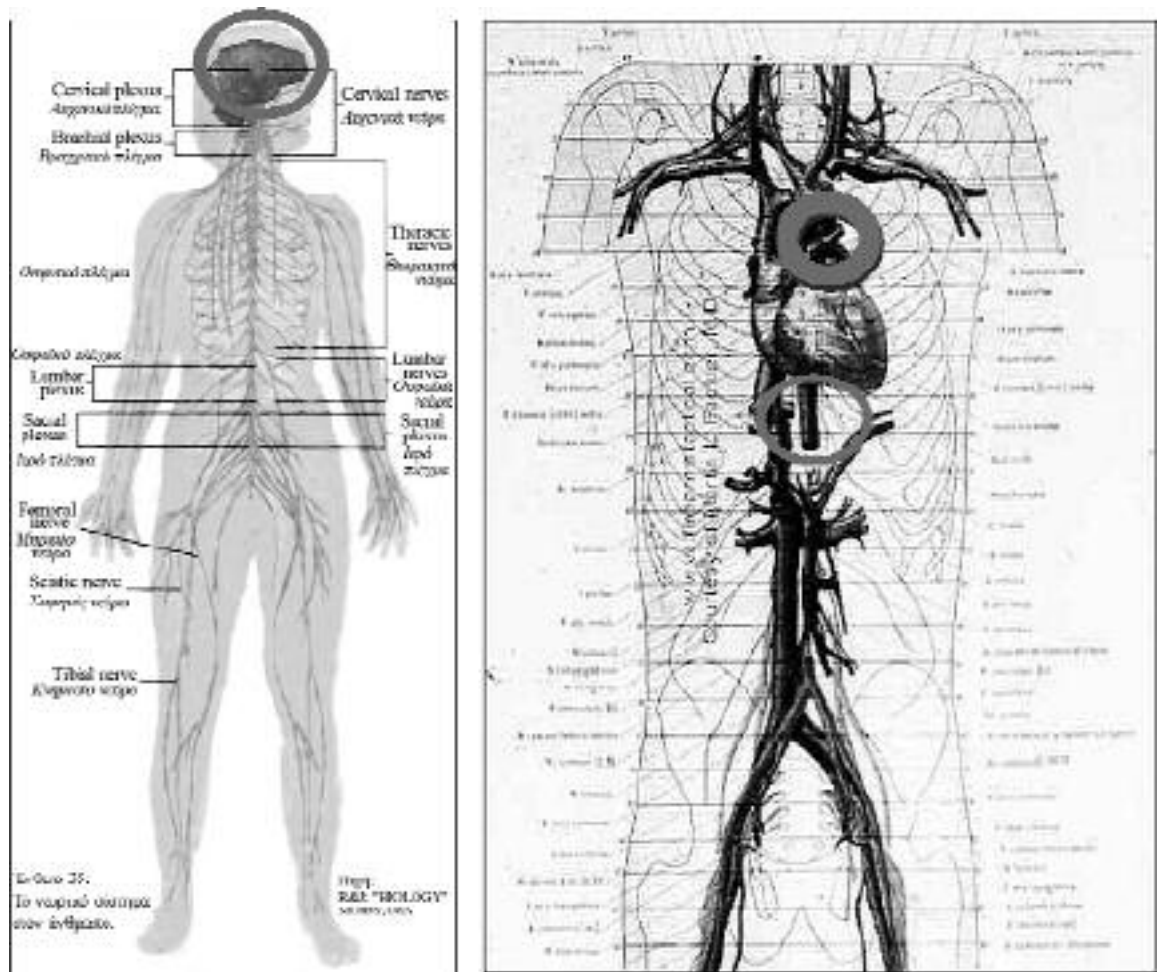
Πρέπει να σημειωθεί πως η πλειοψηφία των τραυμάτων βλήματος δεν αιμορραγούν με τέτοιο ρυθμό, αλλά σε αρκετά μικρότερο, διότι: α) οι σφαίρες συνήθως δεν κόβουν τελείως τις αρτηρίες, β) καθώς η πίεση του αίματος πέφτει, η αιμορραγία μειώνεται, γ) οι γύρω ιστοί λειτουργούν σαν φράγμα που περιορίζει την απώλεια αίματος, δ) οι σφαίρες μπορεί να μην πετύχουν κάποια μεγάλη αρτηρία (Peter's C.E., 1990).

3. Υδροστατικό σοκ: Είναι εκείνο το φαινόμενο κατά το οποίο ένα βλήμα που διαπερνά το σώμα προκαλεί βλάβη σε

ιστούς μακριά από τη μόνιμη κοιλότητα, λόγω υδραυλικών φαινομένων που παρουσιάζονται σε σημεία του σώματος γεμάτα με υγρό, όπως τα αγγεία, ο εγκέφαλος και το ήπαρ (Patel HC και λοιποί, 2002). Σύμφωνα με τη θεωρία του υδροστατικού σοκ, το πιεστικό κύμα που δημιουργεί μια σφαίρα λόγω της υπερηχητικής ταχύτητάς της, όταν αυτή εισέλθει στο σώμα (βλ. Εικόνα 1), εκτοπίζει μεγάλο μέρος της σάρκας έως και δέκα φορές το μέγεθός της. Έτσι δημιουργείται η προσωρινή κοιλότητα.

Ένα πιεστικό κύμα μπορεί να δημιουργηθεί όταν ένα ρευστό (όπως ο αέρας και το νερό) εγκαταλείπει με μεγάλη ταχύτητα τη θέση στην οποία ηρεμούσε, απορροφώντας ενέργεια από μια έκρηξη ή ένα βλήμα μεγάλης ταχύτητας. Οι ιστοί του ανθρώπινου σώματος παρουσιάζουν μία συμπεριφορά παρόμοια με αυτή του νερού όταν εισέρχεται σε αυτό σφαίρα, δημιουργώντας πιεστικά κύματα ισχύος πάνω από 100 ατμόσφαιρες. Οι ιστοί υποχωρούν βίαια υπό την επίδραση αυτής της πίεσης, δημιουργώντας την προσωρινή κοιλότητα ενώ παρασύρουν στην κίνησή τους υγρά του σώματος όπως το αίμα (Sellier K.G και λοιποί, 1994).

Το αίμα κινούμενο με ταχύτητα στα αιμοφόρα αγγεία



Εικόνα 3: Απεικόνιση οργάνων ζωτικής σημασίας του νευρικού (αριστερά) και του κυκλοφοριακού (δεξιά) συστήματος, τα οποία όταν προσβάλλονται με βλήματα μπορεί να οδηγήσουν ακόμη και σε ακαριαίο θάνατο.

είναι δυνατόν να καταστρέψει τα πιο λεπτά τριχοειδή αγγεία δημιουργώντας αιμορραγίες μακριά από την τροχιά του εισερχόμενου βλήματος. Από μια βολή στο στήθος, διαμέσου των αγγείων, το πιεστικό κύμα μπορεί να φτάσει μέχρι τον εγκέφαλο δημιουργώντας δυσλειτουργία στον υποθάλαμο και σε κάποια νεύρα, ενώ είναι δυνατόν να σημειωθούν και μικρές αιμορραγίες λόγω της αύξησης της πίεσης του αίματος. Το φαινόμενο αυτό επιβεβαιώθηκε από την ερευνητική ομάδα (Goransson A.M και λοιποί, 1988) που πραγματοποίησε πειράματα με γουρούνια. Σύμφωνα με αυτήν την έρευνα τα γουρούνια συνδέθηκαν με ηλεκτροεγκεφαλογράφο και στη συνέχεια πραγματοποιήθηκαν βολές με περίστροφο στο στή-

θος των ζώων από κοντινή απόσταση. Ο ηλεκτροεγκεφαλογράφος παρουσίασε ενδείξεις μειωμένης εγκεφαλικής λειτουργίας σχεδόν αμέσως. Στη συνέχεια, μελέτες στον εγκέφαλο των γουρουνιών έδειξαν πως ένα μέρος των νευρικών ιστών νεκρώθηκε αρκετά πριν το ζώο πεθάνει. Παρόμοια αποτελέσματα έδειξαν και πειράματα σε σκύλους. Επιπλέον, η ερευνητική ομάδα (Goransson A.M και λοιποί, 1988) απέδειξε με πειράματα βολών σε αλεξίσφαιρα γιλέκα Kevlar πως ακόμα και αν η σφαίρα δεν διαπεράσει το γιλέκο από μια βολή στο στέρνο με βλήμα μάζας 8 γραμμαρίων και ταχύτητας 400 μέτρα το δευτερόλεπτο, η καρδιά θα δεχτεί πίεση 2 MPa (280 psi), ενώ οι πνεύμονες θα δεχτούν πίεση 1,5 MPa (210 psi).

"Βαλλιστική" Εξέταση Τραυματία

Προϋπόθεση για τη σωστή αντιμετώπιση του τραυματία είναι η διαπίστωση της βλάβης που έχει υποστεί. Η διαπίστωση αυτή μπορεί να βασιστεί σε πληροφορίες που λαμβάνονται απ' τον ίδιο ή απ' τους γύρω του (ιατρικό και νοσηλευτικό ιστορικό), καθώς και στην εξέταση που θα του γίνει (Ρούπα – Δαριβάκη Ζ. και λοιποί, 2005).

Ερωτήσεις πραγματοποιούνται: α) σε αυτούς που βρέθηκαν στο ατύχημα και θα πρέπει να αναφέρουν τις συνθήκες του ατυχήματος, β) στον τραυματία για τα ενοχλήματα που αισθάνεται (πόνος, δυσκολία στην αναπνοή κ.λπ.)

Η εξέταση του τραυματία από βολή οπλικού συστήματος έχει σκοπό να επισημάνει τα ακόλουθα:

1. Αιμορραγία.
2. Κάταγμα στην αυχενική μοίρα της σπονδυλικής στήλης. Αν το ασθενής παρουσιάζει δυσκολία κατά την κίνηση του κεφαλιού του, είτε δεξιά είτε αριστερά, τότε είναι πολύ πιθανό να έχει υποστεί κάταγμα στον αυχένα. Τα κατάγματα της αυχενικής μοίρας είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε τραυματισμό του νωτιαίου μυελού, με αποτέλεσμα την τετραπληγία ή τον τραυματισμό των ριζών του βραχιονίου πλέγματος (Μαλγαρινού Μ.Α και λοιποί, 2005).
3. Κάταγμα στη θωρακική και οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης. Αν ο τραυματίας πονά καθώς πιέζουμε ελαφριά με το χέρι μας την ράχη του, τότε είναι πιθανό να έχει



Εικόνα 4: Τραυματισμοί κάτω άκρων και τραύματα εισόδου-εξόδου: Α) όπλο χειρός (handgun), Β) τυφέκιο (shotgun), Γ) στρατιωτικό τυφέκιο (military rifle)

υποστεί κάταγμα στη θωρακική ή οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης. Τέτοιου είδους κατάγματα συναντάμε συχνότερα στον Θ11, Θ12, Ο1 και Ο2 και σε περίπτωση κακώσεως του νωτιαίου μυελού ή της ιπποϋρίδας, προκαλείται παραπληγία (Σαχίνη – Καρδάση Α και λοιποί, 1993).

4. Κάταγμα στο θώρακα. Αν ο τραυματίας καθώς αναπνέει πονάει, τότε είναι πολύ πιθανόν να έχει υποστεί κάταγμα στο θώρακα. Ένα κάταγμα στο θώρακα μπορεί να προκαλέσει μεγάλη δυσκολία στην αναπνοή, ειδικά όταν συνοδεύεται από κλειστό πνευμοθώρακα. Σ' αυτήν την περίπτωση η τεχνητή αναπνοή δεν ωφελεί, καθώς η κατάσταση

του πάσχοντα δεν βελτιώνεται, αλλά παραμένει στάσιμη (Steyerberg EW και λοιποί, 2008).

5. Κάταγμα στα άκρα (βλ. Εικόνα 4). Αν ο τραυματίας παρουσιάσει δυνατό πόνο σε κάποιο άκρο και δεν μπορεί να το κινήσει ή εάν κάποιο άκρο παρουσιάσει οίδημα ή έχει λάβει αφύσικη θέση, τότε είναι πιθανό ο τραυματίας να έχει υποστεί κάταγμα στο άκρο που πάσχει (Ντέρος Κ και λοιποί, 1999).
6. Εσωτερικό τραύμα στην κοιλιακή χώρα. Αυτά συνήθως συνοδεύονται από κάταγμα λεκάνης. Τα πιο ευπαθή ενδοκοιλιακά όργανα είναι η ουροδόχος κύστη, η ουρήθρα, το λεπτό και παχύ έντερο (Μαλγαρινού Μ.Α και λοιποί, 2005).

Διαχείριση Τραυματισμών από Βλήματα

Ο συνήθης χειρισμός όλων των τραυματισμών βασίζεται στην άμεση καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση. Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να είναι εκπαιδευμένο στην τοποθέτηση ενδοτραχειακού σωλήνα, καθώς στην υποστήριξη της αναπνοής με αναπνευστήρες χειρός. Είναι αναγκαίο να τεθεί άμεσα φλεβικός καθετήρας και ορός, έτσι ώστε η ενδοφλέβια χορήγηση αντιβιοτικών να ξεκινήσει εντός των πρώτων 48 ωρών, για την πρόληψη των μολύνσεων. Οι μολύνσεις προκαλούνται κατά την εισαγωγή της σφαίρας στο σώμα, αφού τα βακτήρια είναι ευρέως διαδεδομένα στο σώμα και στα ρούχα, με αποτέλεσμα την μεταφορά βακτηρίων στην περιοχή της πληγής (Peter's C.E και λοιποί, 1996). Σε περίπτωση μόλυνσης συνίσταται η ενδοφλέβια χορήγηση πενικιλίνης. Όπου υπάρχει αμφιβολία για ενδοθωρακική ζημιά τίθεται σωλήνας θωρακοτομής.

Η χρήση προσωρινής αρτηριακής προσπέλασης συνίσταται ιδιαίτερα όταν γίνεται παρατεταμένη χειρουργική διερεύνηση. Η αρτηριακή προσπέλαση, σαν πρώτο βήμα της χειρουργικής επέμβασης, επιτρέπει στις διάφορες ειδικότητες ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού που εμπλέκονται να εργάζονται χωρίς σημαντική εξοίδηση και αιμορραγία σε ιστούς που είναι μακρύτερα από το σημείο διάρρηξης της αρτηρίας, χωρίς το κίνδυνο της θρόμβωσης, και επιτρέποντας έτσι την καλύτερη εκτίμηση της βιωσιμότητας των εμπλεκόμενων οργάνων (Σαχίνη – Καρδάση Α. και λοιποί, 1993).

Εξωτερική οστεοσύνθεση των άκρων που υπέστησαν κατάγματα ή σκελετική έλξη είναι προτιμότερη από την εσωτερική οστεοσύνθεση (Ντέρος Κ. και λοιποί, 1999).

Σε τραυματικούς ακρωτηριασμούς, το κολόβωμα δεν πρέπει να κλείνεται άμεσα. Επίσης τα τραύματα των νεύρων δεν πρέπει να διορθώνονται χειρουργικά σε πρώτο χρόνο. Συστηματική αντιπηκτική αγωγή πιθανόν να αποδειχθεί επι-

κίνδυνη. Μπορεί να υπάρχει ρήξη του εντέρου μακριά από το σημείο εισχώρησης του τραύματος και μερικές φορές απαιτείται η πραγματοποίηση μεγάλης έκτασης εκτομής του εντέρου (Ρούπα – Δαριβάκη Ζ. και λοιποί, 2005). Μεγάλης έκτασης εκτομή του ήπατος συνήθως είναι απαραίτητη, λόγω της καταστροφής του ηπατικού παρεγχύματος. Η επίδραση των κυμάτων κρούσης και σπληαιοποίησης (δημιουργία κοιλότητας) παρατηρούνται στο ήπαρ και τον σπλήνα, ως αποτέλεσμα των τραυματισμών του θώρακα (Goransson A.M. και λοιποί, 1988).

Η δημιουργία κοιλότητας στον εγκέφαλο πιθανότατα προκαλεί μη αναστρέψιμες βλάβες της εγκεφαλικής ουσίας και άμεσο ενδοκρανικό τραυματισμό, ο οποίος συνήθως δεν είναι συμβατός με τη ζωή (Perel P. και λοιποί, 2008).

Ο άμεσος τραυματισμός της κοιλιακής χώρας αποδεικνύεται θανάσιμα μοιραίος, εκτός και αν γίνει άμεσα χειρουργική λαπαροτομία. Σε κάποια περιστατικά ίσως χρειαστεί να πραγματοποιηθεί και δεύτερη διερευνητική, ενώ είναι πολύ πιθανόν να χρειαστεί και κολοστομία. Τραυματισμοί των μηρών και των γλουτών πρέπει να αντιμετωπίζονται με προσοχή και με μεγάλη υποψία για τραύματα στη λεκάνη και στην κοιλιά, τα οποία δεν εντοπίζονται εύκολα. Σε τραυματισμούς του αυχένα απαιτείται χειρουργική διερεύνηση, ενώ η περαιτέρω θωρακοτομή πρέπει να αποτελεί την επόμενη κίνηση μας (Patel HC και λοιποί, 2002).

Η παγίδα της "νεύρωσης της μάχης" πρέπει πάντοτε να λαμβάνεται υπόψη με την γνωστή συμπτωματολογία της: τον φόβο, το άγχος, την χωρίς σκοπό κίνηση και τις μεταπτώσεις της συνείδησης. Τα συμπτώματα αυτά είναι πολύ εύκολο να μας ξεγελάσουν προσποιούμενα εγκεφαλικά τραύματα, κατάσταση σοκ, ανοξαιμία εγκεφάλου και διάφορες άλλες παθολογικές καταστάσεις (Steyerberg EW και λοιποί, 2008).

Συμπέρασμα

Σύμφωνα με την ανάλυση που πραγματοποιήθηκε στις προηγούμενες ενότητες οι παράγοντες που καθορίζουν τη βαρύτητα του τραύματος εξαρτώνται από τα χαρακτηριστικά του βλήματος και τα χαρακτηριστικά των ιστών του ανθρωπίνου σώματος που πλήττονται. Όσο μεγαλύτερη είναι η ταχύτητα και η μάζα του βλήματος, το σχήμα και η επιβράδυνση του μέσα στο σώμα, τόσο μεγαλύτερη

είναι η διάνοιξη μόνιμης κοιλότητας και μεγαλύτερος ο τραυματισμός. Άλλωστε το είδος του ιστού που πλήττεται αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την επιβίωση του ανθρώπου όταν προσβάλλεται από σφαίρα ή βλήμα. Ο τραυματισμός του εγκεφάλου, μεγάλων αγγείων ή του ήπατος είναι συνήθως ασύμβατα με την ζωή. Είναι προφανές, ότι στο πεδίο της μάχης όλοι οι τραυμα-

τισμοί θα πρέπει να αντιμετωπίζονται σαν να προέρχονται από βλήματα ή σφαίρες, ακόμη κι αυτοί που προέρχονται από απότομη πτώση, από αιφνίδια επιβράδυνση και επιτάχυνση, από έκρηξη, κ.α..

Ιδιαίτερα επιτακτική κρίνεται η ιατρική και νοσηλευτική επέμβαση υποστήριξης των βασικών ζωτικών λειτουργιών του ανθρώπινου οργανισμού, όταν προσβάλλεται από βαλλιστικούς στόχους, όπως η υποστήριξη της αναπνοής, η μείωση της αιμορραγίας, η ακινητοποίηση των καταγμάτων. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίδεται στους ιατρικούς και νοσηλευτικούς χειρισμούς για τη διατήρη-

ση ανοικτών των αεραγωγών, προκειμένου να μην επιβαρυνθεί ένας προϋπάρχον τραυματισμός στη σπονδυλική στήλη.

Άλλωστε, σύμφωνα με την παρούσα εργασία, το κεντρικό νευρικό σύστημα και το καρδιαγγειακό σύστημα δέχονται τους σοβαρότερους τραυματισμούς, όταν ο άνθρωπος οργανισμός προσβάλλεται από βλήματα ή σφαίρες. Η αντιμετώπιση των τραυμάτων αυτών σε συνδυασμό με την έγκαιρη διάγνωση χρίζει άμεσης ιατρικής και νοσηλευτικής αντιμετώπισης, καθώς είναι δυνατόν να οδηγήσουν ακόμα και σε ακαριαίο θάνατο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ann H. Ross, 1995. Gunshot Wounds: A Summary.

Goransson A.M., Ingvar D.H. and Kutyna F, 1988. Remote Cerebral Effects on EEG in High-Energy Missile Trauma, The Journal of Trauma, 204-205.

Patel HC, Menon DK, Tebbs S, 2002. Specialist neurocritical care and outcome from head injury.

Perel P, Arango M, Clayton T, 2008. Predicting outcome after traumatic brain injury: practical prognostic models based on large cohort of international patients.

Peter's C.E., 1990. Common misconceptions about the physical mechanisms in wound ballistics, 319-326.

Peter's C.E., 1997. Defensive Handgun Effectiveness.

Peter's C.E., Sebourm C.L. and Crowder H.L., 1996. Wound ballistics of unstable projectiles. Part I: Projectile yaw growth and retardation, Journal of Trauma, Injury, Infection and Critical Care, 10-15.

Sellier K.G. and Kneubuehl B.P., 1994. Wound Ballistics and the Scientific Background.

Steyerberg EW, Mushkudiani N, Perel P, 2008. Predicting outcome after traumatic brain injury: development and international validation of prognostic scores based on admission characteristics.

Winter J.M., 1989. The experience of World War:

Μαλγαρινού Μ.Α. και Κωνσταντινίδου Σ.Φ., 2005. Νοσηλευτική: Παθολογική - Χειρουργική, 321-330.

Ντέρος Κ. και Δίκη Ε., 1999. Χειρουργική, 59-60.

Ρούπα – Δαρβιάκη Ζ., Τσίκος Ν. και Χατζηπέτρου Μ., 2005. Νοσηλευτική, 71-75.

Σαχίνη – Καρδόση Α. και Πάνου Μ., 1993. Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, 625-634.

PEST και SWOT Ανάλυση του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι»

Κυριακή Σωτηριάδου

Λοχαγός (ΥΝ) 223 ΚΙΧΝΕ Κοζάνης

Λίλα Αντωνοπούλου

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Οικονομικών της Υγείας, Τμήμα Οικονομικών Επιστημών,
Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ανασκόπηση. Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» είναι μια παρέμβαση που στοχεύει στη δημιουργία ενός δικτύου κοινωνικής αλληλεγγύης και στην αποφυγή καταστάσεων αποκλεισμού και ιδρυματοποίησης ηλικιωμένων ατόμων χαμηλού εισοδήματος που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας, αναπηρίας ή έντονης μοναξιάς και απομόνωσης.

Εισαγωγή-Σκοπός. Στην παρούσα εργασία επιχειρείται η αξιολόγηση της εφαρμογής του προγράμματος, με σκοπό την ανάδειξη των αδύνατων και δυνατών σημείων του τα οποία και θα καθορίσουν την μελλοντική του πορεία.

Μεθοδολογία. Η αξιολόγηση γίνεται με τις αναλύσεις PEST και SWOT, μέσω των οποίων έχουμε μια πλήρη και συνεκτική εικόνα του εσωτερικού και του εξωτερικού περιβάλλοντος λειτουργίας του προγράμματος, με στόχο την ανάπτυξη του στρατηγικού του σχεδιασμού και τη βελτίωση της λειτουργίας του.

Αποτελέσματα. Το «Βοήθεια στο Σπίτι» είναι ένα επιτυχημένο πρόγραμμα κοινωνικής προστασίας και ο ρόλος του αποτιμάται πολύ θετικά από τις τοπικές κοινωνίες. Ωστόσο, υπάρχουν σημαντικά προβλήματα με κυριότερο το αβέβαιο καθεστώς λειτουργίας και χρηματοδότησης. Άλλα προβλήματα αφορούν στην τεχνολογική υποδομή που είναι προβληματική έως ανύπαρκτη και στην ελλιπή επιμόρφωση και κατάρτιση του προσωπικού.

Συμπεράσματα. Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» μπορεί να αποτελέσει έναν σημαντικό πυλώνα της πρωτοβάθμιας φροντίδας στη χώρα μας αρκεί να γίνουν τα αναγκαία βήματα που θα καταστήσουν αποτελεσματικότερη τη λειτουργία του. Για το σκοπό αυτό, απαιτείται η απρόσκοπτη χρηματοδότησή του και η διασφάλιση της λειτουργίας του, παράλληλα με την αναβάθμιση της τεχνολογικής υποδομής και την διαρκή επιμόρφωση του προσωπικού.

Λέξεις – κλειδιά: Βοήθεια στο Σπίτι, PEST ανάλυση, SWOT ανάλυση

I. Εισαγωγή – Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι»

Η γήρανση του πληθυσμού είναι ένα φαινόμενο που παρατηρείται με ιδιαίτερη ένταση τα τελευταία χρόνια σχεδόν σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες. Στη χώρα μας το φαινόμενο έχει προσλάβει ιδιαίτερα ανησυχητικές διαστάσεις, ενώ «μέχρι σήμερα δεν έχει εκτιμηθεί ποιο θα είναι το οικονομικό και κοινωνικό κόστος της επερχόμενης γήρανσης του πληθυσμού» (Υφαντόπουλος, 2005). Η Ελλάδα ήδη από το 2004 έχει τον τρίτο υψηλότερο δείκτη εξάρτησης ηλικιωμένων (ηλικιωμένοι προς πληθυσμό

εργάσιμης ηλικίας) στην Ευρωπαϊκή Ένωση με 26,4 έναντι μέσου όρου 24,5, ενώ το 2050 θα συνεχίσει να έχει τον τρίτο μεγαλύτερο δείκτη (58,8 με μέσο ευρωπαϊκό όρο 52,8). Επίσης, το 2050 θα έχει τον έκτο μεγαλύτερο δείκτη στον ΟΟΣΑ (OECD, Health Data 2007). Το αποτέλεσμα είναι ότι οι ανάγκες των ηλικιωμένων ολοένα και θα αυξάνονται.

Η φροντίδα των ηλικιωμένων ανήκε παραδοσιακά στην οικογένεια. Σήμερα ωστόσο, ολοένα και περισσότε-

ρες οικογένειες, αδυνατούν, για διάφορους λόγους, να ανταποκριθούν σε αυτόν το ρόλο. Έτσι, λοιπόν, προκύπτει επιτακτική η ανάγκη για τη λειτουργία προγραμμάτων κοινωνικής προστασίας και φροντίδας των ηλικιωμένων ατόμων, αλλά και ατόμων που χρήζουν βοήθειας γενικά, όπως άτομα με αναπηρίες (ΑμεΑ), άτομα με κινητικά προβλήματα, κλπ.

Στο πλαίσιο αυτό, έχουν αναπτυχθεί τα τελευταία χρόνια κυρίως σε τοπικό επίπεδο διάφορα προγράμματα, τα οποία στοχεύουν στη δημιουργία ενός δικτύου κοινωνικής αλληλεγγύης και στην αποφυγή καταστάσεων κοινωνικού αποκλεισμού για τα άτομα αυτά. Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» είναι ένα από τα προγράμματα αυτά, ενώ κάποια άλλα είναι τα ΚΑΠΗ, τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ), τα Κέντρα Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιών με αναπηρίες (ΚΔΑΠ-ΑμεΑ), τα Γραφεία ψυχοκοινωνικής υποστήριξης ατόμων και ομάδων, τα Γραφεία κοινωνικής αλληλεγγύης ευπαθών κοινωνικών ομάδων, κλπ.

Το «Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι» («ΒοΣ») έχει ως βασικό σκοπό «την κάλυψη των βασικών αναγκών κοινωνικής φροντίδας για την αξιοπρεπή και αυτόνομη διαβίωση των ηλικιωμένων, καθώς και των ατόμων που αντιμετωπίζουν πρόσκαιρα ή μόνιμα προβλήματα υγείας ή αναπηρίας»³. Τα κατά τόπους προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» υλοποιήθηκαν με τη συγχρηματοδότηση του Ευρωπαϊκού

Κοινωνικού Ταμείου (ΕΚΤ) μέσω των Περιφερειακών Επιχειρησιακών Προγραμμάτων (ΠΕΠ) της Τρίτης Προγραμματικής Περιόδου (2000-2006) και συνήθως λειτουργούν υπό την εποπτεία μιας Δημοτικής Επιχείρησης του οικείου ΟΤΑ.

Τα προγράμματα λειτουργούν με αρκετά καλά αποτελέσματα στις περισσότερες των περιπτώσεων. Σε μελέτες για αυτό ή άλλα παρόμοια προγράμματα (ΚΑΠΗ), ο βαθμός ικανοποίησης εμφανίζεται εξαιρετικά υψηλός και κυμαίνεται σε επίπεδα άνω του 80% (Αλεξιάς και Φλάμου, 2007; Περγάμαλη, 2006; Χαλκουτσάκη, 2006; Daniilidou et al., 2003). Βέβαια είναι ίσως λίγο υπερβολικά τα ποσοστά ικανοποίησης που αναφέρονται στις μελέτες και αυτό συμβαίνει γιατί οι ηλικιωμένοι είναι σχετικά επιρρεπείς σε σφάλματα απάντησης (Bauld et al., 2000; Geron, 2000). Σε κάθε περίπτωση όμως, τα ποσοστά ικανοποίησης είναι πράγματι σε υψηλά επίπεδα, γεγονός που δικαιολογεί απόλυτα την υιοθέτηση των προγραμμάτων αυτών αλλά και υπογραμμίζει την ανάγκη για περαιτέρω διεύρυνση και εξάπλωσή τους. Εξάλλου, με τη λειτουργία τους έχει απασχοληθεί ένας σημαντικός αριθμός ατόμων, συμβάλλοντας έτσι στην επίλυση του προβλήματος της ανεργίας σε τοπικό επίπεδο. Υπολογίζεται ότι ο αριθμός των ανέργων που μέσω του προγράμματος βρήκαν εργασία ως στελέχη των μονάδων αυτών ανέρχεται περίπου στον αριθμό των 3.600 ατόμων για το σύνολο της χώρας (ΑΝΚΑ, 2006).

1. Σύμφωνα με προβλέψεις της Eurostat, κατά το διάστημα 2005 – 2050 ο συνολικός πληθυσμός της Ευρωπαϊκής Ένωσης θα παρουσιάσει πτώση κατά 2,1%, ωστόσο τα άτομα τρίτης ηλικίας (65-79 ετών) θα αυξηθούν κατά 44,1% και τα υπέργηρα άτομα (+80 ετών) κατά 180,5%. [European Commission, Green Paper "Confronting demographic change: a new solidarity between the generations", COM(2005) 94 final, 16.3.2005, Brussels]

2. "The rising demands of an ageing population – the Greek experience", Ομιλία του Διοικητή της Τράπεζας της Ελλάδας Ν. Γκαργκάνο στο Συνέδριο του Economist "Social Security Reform in Greece", Αθήνα, 14.02.2008, http://www.bankofgreece.gr/announcements/files/14%202%2008_Economist.doc

3. Άρθρο 13, Ν. 3106/2003 Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις, ΦΕΚ 30/10.2.2003, Α'.

2. PEST ανάλυση

Η PEST (Political - Economic - Socio-cultural - Technological) ανάλυση είναι ένα εργαλείο του στρατηγικού σχεδιασμού του μάρκατζμεντ με το οποίο περιγράφεται το πολιτικό, το οικονομικό, το κοινωνικο-πολιτιστικό και το τεχνολογικό περιβάλλον.

Πολιτικό περιβάλλον

Το πρόγραμμα «ΒοΣ» ξεκίνησε ως πιλοτικό πρόγραμμα αρχικά στο Δήμο Περιστερίου το 1997 και στη συνέχεια επεκτάθηκε σε 102 δήμους της χώρας. Με την εφαρμογή του Γ' ΚΠΣ ιδρύθηκαν και χρηματοδοτήθηκαν μέσω των ΠΕΠ για ένα αρχικό διάστημα δύο ετών ανάλογα προγράμματα σχεδόν στο σύνολο των δήμων. Ωστόσο, η λειτουργία του προγράμματος ήταν προβληματική, καθώς δεν υπήρξε ποτέ συνολική και τελική ρύθμιση και κατοχύρωση της λειτουργίας του, παρά μόνο παρατάσεις επί παρατάσεων που δινόταν την τελευταία στιγμή. Αυτό φαίνεται από τις διαδοχικές νομοθετικές ρυθμίσεις: με τις ΚΥΑ Π4β/5814/1997 και Γ4β/Φ383/οικ.4504/1998 γίνονται οι πρώτες ρυθμίσεις της λειτουργίας του προγράμματος. Ο Ν. 3106/2003 (άρθρο 13) έθεσε σε πιο συγκεκριμένη βάση το πλαίσιο λειτουργίας του προγράμματος, ενώ ο Ν. 3146/2003 (άρθρο 13) έδωσε παράταση λειτουργίας του προγράμματος για δύο χρόνια (μέχρι

το 2005). Στη συνέχεια, με το Ν. 3329/2005 (άρθρο 26) δόθηκε παράταση για άλλα δύο χρόνια, ενώ με το Ν. 3613/2007 (άρθρο 27) η παράταση «παρατάθηκε» μέχρι τις 31/8/2008. Τέλος, τέσσερις μόλις ημέρες πριν τη λήξη της προθεσμίας, δηλαδή στις 27/8/2008, με την ΚΥΑ 60292/2158/27.08.2008 παρατάθηκε η λειτουργία του προγράμματος μέχρι τις 31/12/2008. Εν τω μεταξύ, με την ίδια ΚΥΑ, το πρόγραμμα για την Τέταρτη Προγραμματική Περίοδο (2007 – 2013) μετονομάζεται σε «Ενέργειες ενίσχυσης της κοινωνικής συνοχής και βελτίωσης της ποιότητας ζωής ηλικιωμένων και ατόμων που χρήζουν κατ' οίκον βοήθειας» και πρόκειται να προκηρυχθεί στο πλαίσιο των νέων ΠΕΠ. Ωστόσο, στις προκηρύξεις που θα γίνουν θα μπορούν να συμμετέχουν και άλλοι φορείς πέραν των δήμων, δηλαδή η εκκλησία, διάφοροι σύλλογοι και οργανώσεις, ακόμα και ιδιώτες. Επομένως, οι υπάρχουσες δομές είναι και πάλι στον αέρα. Η αδυναμία της πολιτείας να δώσει μια οριστική λύση στο θέμα έχει δημιουργήσει κλίμα ανασφάλειας στους εργαζόμενους που οπωσδήποτε έχει δυσμενή επίδραση στη συνολική λειτουργία του προγράμματος.

Οικονομικό περιβάλλον

Οι δομές δεν είναι οικονομικά αυτόνομες. Ο συντονι-

αμός, η υποστήριξη και η παρακολούθηση της πορείας και εξέλιξης της δράσης της αποτελεί ευθύνη της Ομάδας Διοίκησης Έργου που έχει συσταθεί στο Υπουργείο Υγείας (ΚΥΑ 4035/27.07.2001) για τα προγράμματα όλης της χώρας, ενώ ο έλεγχος διενεργείται σε τρία επίπεδα: Πρωτοβάθμιος έλεγχος, ο οποίος διενεργείται από τη Διαχειριστική Αρχή κάθε ΠΕΠ, Δευτεροβάθμιος Έλεγχος που διενεργείται από την Αρχή Πληρωμής του ΚΠΣ και Εξωτερικός δημοσιονομικός Έλεγχος, ο οποίος διενεργείται από την Επιτροπή Δημοσιονομικού Ελέγχου (ΕΔΕΛ). Ωστόσο, την άμεση διοικητική εποπτεία του προγράμματος αλλά και την ευθύνη χρηματοδότησης έχει η Δημοτική Επιχείρηση του οικείου Δήμου, που είναι ο φορέας υλοποίησης του προγράμματος. Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία (ΑΝΚΑ, 2006), το μέσο κόστος των αναλωσίμων ανέρχεται σε 149,13€ ανά μήνα, το μέσο κόστος χρήσης του αυτοκινήτου ανέρχεται σε 135€ ανά μήνα και το μέσο κόστος πάγιου εξοπλισμού ανέρχεται σε 2.345€ για κάθε δομή. Πρόκειται επομένως για δομές που λειτουργούν με χαμηλό κόστος, πολύ χαμηλότερο από την κλειστή νοσηλεία σε νοσοκομείο. Ανάλογα με το επίπεδο της παρεχόμενης φροντίδας και ανάλογα με το διάστημα της απαιτούμενης νοσηλείας, η φροντίδα στο σπίτι μπορεί να είναι στο 40 - 75% του κόστους φροντίδας σε νοσηλευτικό ίδρυμα (Hollander and Chappell, 2002; Uchida et al., 2001).

Κοινωνικο-πολιτιστικό περιβάλλον

Παράγοντες όπως οι κινητικές δυσλειτουργίες, οι συναισθηματικές και γνωστικές δυσκολίες ο αυξημένος αριθμός πτώσεων, η προχωρημένη ηλικία, η χηρεία και η κακή υποκειμενική αντίληψη για την κατάσταση της υγείας σχετίζονται με μεγαλύτερη χρήση υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας, είτε δημόσιων είτε ιδιωτικών σε παγκόσμιο επίπεδο (Stoddart et

al., 2002). Η γήρανση του πληθυσμού και οι γενικότερες κοινωνικές τάσεις που έχουν μειώσει το ποσοστό της άτυπης φροντίδας που παρέχεται από την οικογένεια είναι παράγοντες που συνηγορούν στην επέκταση και αναβάθμιση των υπηρεσιών που παρέχονται από το πρόγραμμα. Με το «ΒοΣ» εξυπηρετούνται από κάθε δομή κατά μέσο όρο 94 άτομα (ΑΝΚΑ, 2006). Στη μεγάλη πλειοψηφία οι εξυπηρετούμενοι είναι συνταξιούχοι του ΟΓΑ. Δεν υπάρχουν λεπτομερή στοιχεία για το εισόδημά τους, ωστόσο, σύμφωνα με εκτιμήσεις, βρίσκεται στην κλίμακα 0-500 € ανά μήνα για το 90% των περιπτώσεων.

Τεχνολογικό περιβάλλον

Η χρήση επιβοηθητικών τεχνολογιών για την παροχή καλύτερης φροντίδας στους ηλικιωμένους στο χώρο τους είναι ένα ζήτημα που έχει προωθηθεί εδώ και αρκετά χρόνια (Elliott, 1991). Σήμερα, με την τεράστια εξάπλωση των τεχνολογιών πληροφορικής και επικοινωνιών και την ευρύτατη διάδοση του Internet, τα ζητήματα της χρήσης τεχνολογιών στην υγεία και στη φροντίδα βρίσκονται στην πρώτη γραμμή των πολιτικών υγείας. Η υιοθέτηση πρωτοβουλιών για eHealth προσφέρει τη δυνατότητα νέων προσεγγίσεων σε πολλούς τομείς της φροντίδας. Το προηγμένο τεχνολογικό περιβάλλον μπορεί να αξιοποιηθεί έτσι ώστε να προσφέρονται σύγχρονες υπηρεσίες φροντίδας. Ωστόσο, στις περισσότερες δομές του προγράμματος δεν υπάρχει ούτε η στοιχειώδης δυνατότητα ενός ηλεκτρονικού υπολογιστή, έτσι ώστε να αρχειοθετούνται οι δράσεις της δομής. Είναι λοιπόν απαραίτητο να γεφυρωθεί αυτό το χάσμα ανάμεσα στην τεχνολογική πραγματικότητα που είναι διαθέσιμη πλέον παντού και στην ανυπαρξία τεχνολογικής υποστήριξης που σήμερα παρατηρείται σε πολλές δομές.

3. SWOT ανάλυση

Η SWOT (Strengths - Weaknesses - Opportunities - Threats) ανάλυση είναι ένα σημαντικό εργαλείο του στρατηγικού σχεδιασμού που πρωτοπαρουσιάστηκε στη δεκαετία του 1970 (Andrews, 1971), και χρησιμοποιείται για να εντοπιστούν και να περιγραφούν τα **δυνατά** και τα **αδύναμα** σημεία στο εσωτερικό του οργανισμού και οι **ευκαιρίες** και οι **απειλές** που υπάρχουν στο εξωτερικό περιβάλλον του οργανισμού.

Συνήθως όλα τα παραπάνω τοποθετούνται σε ένα πλαίσιο σε συνοπτική και συνεκτική μορφή (βλ. Διάγραμμα), έτσι ώστε να αποτελέσουν ένα πολύτιμο εργαλείο ανάλυσης στα χέρια της διοίκησης του οργανισμού προκειμένου να βελτιωθεί η λειτουργία του και αυξηθούν οι πιθανότητες επίτευξης των στόχων του, μέσω της κεφαλαιοποίησης των δυνατών σημείων, της εξάλειψης των αδυναμιών, της εκμετάλλευσης των ευκαιριών και της αντιμετώπισης των απειλών.

Δυνατά σημεία

Καλό επίπεδο παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι υπηρεσίες που προσφέρονται βοηθούν να διασφαλιστεί για τους εξυπηρετούμενους ένα αίσθημα αξιοπρεπούς και υγιούς διαμονής, διαβίωσης, υγειονομικής περίθαλψης, σίτισης κλπ., ενώ

ταυτόχρονα διευκολύνεται σημαντικά η οικογένεια του ηλικιωμένου καθώς απαλλάσσεται από σημαντικό μέρος της φροντίδας.

Αποφυγή ιδρυματοποίησης ασθενών. Πολλά περιστατικά σε άλλες περιπτώσεις, λόγω του χρόνιου χαρακτήρα των προβλημάτων, ίσως κατέληγαν σε εισαγωγή σε κάποιο ίδρυμα για μακροχρόνια νοσηλεία.

Μείωση χρήσης νοσοκομειακών υπηρεσιών. Πολλά από τα περιστατικά που εξυπηρετεί η δομή θα κατέληγαν στο νοσοκομείο, ενώ τώρα αποφεύγεται η στρεσογόνος επαφή με το νοσοκομείο ή ελαχιστοποιείται ο χρόνος της νοσοκομειακής περίθαλψης. Από την άλλη μεριά, αυτό έχει επίσης σημαντικές οικονομικές επιπτώσεις, με τη μείωση του κόστους νοσηλείας, ενώ δεν θα πρέπει να παραλείψουμε την ελάφρυνση από αυτά τα περιστατικά του προσωπικού των νοσοκομείων που ήδη λειτουργεί σε πολλές περιπτώσεις ακόμα και πάνω από τα όριά του.

Ικανοποιημένοι εξυπηρετούμενοι. Στη συντριπτική πλειοψηφία των δομών τα ποσοστά ικανοποίησης των εξυπηρετούμενων είναι σε πολύ υψηλά επίπεδα (ΑΝΚΑ, 2006).

Ευρύτερη κοινωνική αποδοχή του ρόλου της δομής. Για

το σύνολο της χώρας το πρόγραμμα «ΒοΣ» αναδείχτηκε ως η πιο δημοφιλής παρεχόμενη υπηρεσία από τους ΟΤΑ (ANKA, 2006).

Πολύ καλή γνώση του περιβάλλοντος λειτουργίας. Η κάθε δομή έχει συνήθως μια πολύ καλή γνώση του περιβάλλοντος στο οποίο λειτουργεί, αφενός με την αρχική καταγραφή και συλλογή των πρωτογενών δεδομένων για τους ηλικιωμένους και στη συνέχεια με την τήρηση του Βιβλίου Μητρώου και των ατομικών φακέλων των εξυπηρετούμενων.

Εμπειρία προσωπικού. Το προσωπικό συνήθως υπηρετεί από την αρχή της λειτουργίας του προγράμματος, επομένως έχει πλήρη γνώση των δραστηριοτήτων της δομής και έχει αποκτήσει πολύ σημαντική εμπειρία σχετικά με το ποιές θα πρέπει να είναι οι ενέργειες σε κάθε περιστατικό που αντιμετωπίζουν.

Αίσθημα κοινωνικής ευθύνης και προσφοράς από πλευράς του προσωπικού. Το προσωπικό της δομής έχει πλήρη συναίσθηση του ρόλου του και αισθάνεται ότι προσφέρει στην τοπική κοινωνία.

Καλές σχέσεις του προσωπικού. Η ύπαρξη καλών διαπροσωπικών σχέσεων ανάμεσα στα μέλη του προσωπικού είναι ένα θετικό σημείο που βοηθάει στην καθημερινή λειτουργία της δομής.

Καλές σχέσεις με την επιβλέπουσα αρχή. Το καλό επίπεδο συνεργασίας με την επιβλέπουσα αρχή συμβάλλει στην εύρυθμη λειτουργία της δομής.

Δικτύωση της δομής με άλλες κοινωνικές δομές. Οι καλές σχέσεις με άλλες κοινωνικές δομές και υπηρεσίες της ευρύτερης περιοχής (Νοσοκομείο, Κέντρα Υγείας, φαρμακεία, Πρόνοια, Κοινωνική υπηρεσία, ΚΑΠΗ, κλπ.) βοηθούν πολύ στην παραγωγή καλής ποιότητας υπηρεσιών.

Καινοτόμες δράσεις. Η κάθε δομή μπορεί να αναλάβει καινοτόμες δράσεις που συμβάλλουν στη βελτίωση της εικόνας της και στη διεύρυνση της κοινωνικής αποδοχής. Για παράδειγμα, μπορεί να λειτουργήσει ένα πρόγραμμα συλλογής φαρμάκων με την τοποθέτηση σε κεντρικά σημεία της πόλης κουτιών στα οποία οι πολίτες μπορούν να αφήνουν φάρμακα που δεν χρησιμοποίησαν. Τα φάρμακα στη συνέχεια, κατόπιν φυσικά ελέγχου καταλληλότητας, μπορεί να χρησιμοποιηθούν για τους εξυπηρετούμενους της δομής απαλλάσσοντάς τους από μια σημαντική οικονομική επιβάρυνση.

Αδύναμα σημεία

Ελλείψεις προσωπικού. Σε πολλές δομές δεν υπάρχει φυσιοθεραπευτής και ψυχολόγος, ειδικότητες που είναι απαραίτητες λόγω της φύσης των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν συχνά οι εξυπηρετούμενοι (κινητικά προβλήματα λόγω γήρατος ή τραυματισμών, ψυχολογικά προβλήματα λόγω μοναξιάς).

Καμία επιμόρφωση προσωπικού. Το προσωπικό δεν επιμορφώθηκε καθόλου. Δεν υπήρξε κάποια εξειδικευμένη αρχική κατάρτιση, ούτε κάποια επιμόρφωση στη συνέχεια. Το γεγονός αυτό στερεί από το προσωπικό της δομής την ενημέρωση σε νέες τάσεις που υπάρχουν για την εφαρμογή δράσεων κοινωνικών προγραμμάτων, εξελίξεις στο χώρο της νοσηλευτικής, της συμβουλευτικής, της ψυχολογικής υποστή-

ριξης και άλλων τομέων που εμπλέκεται η δομή.

Επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού. Πολλές δομές έχουν μόνο το απολύτως απαραίτητο προσωπικό το οποίο δεν επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών. Έτσι, σε συνδυασμό και με το γεγονός της νομοθετικής εκκρεμότητας, δημιουργούνται συνθήκες στρες και επαγγελματικής εξουθένωσης στο προσωπικό.

Ελλείψεις εξοπλισμού. Πολλές δομές λειτουργούν με στοιχειώδη εξοπλισμό και δεν διαθέτουν ούτε καν έναν απλό ηλεκτρονικό υπολογιστή για την τήρηση των αρχείων τους.

Περιορισμένη δυνατότητα μετακινήσεων. Η κάθε δομή διαθέτει συνήθως ένα αυτοκίνητο και περιορίζεται έτσι η δυνατότητα μετακινήσεων του προσωπικού. Εάν υπήρχε δεύτερο αυτοκίνητο θα άλλαζε κατά πολύ ο σχεδιασμός των κινήσεων, με αποτέλεσμα τον αυξημένο αριθμό και τη σημαντική βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Αδύναμο μάντζιμντ. Συνήθως κανείς από το προσωπικό δεν έχει στοιχειώδεις έστω γνώσεις μάντζιμντ, ούτε θεωρητικές ούτε εμπειρικές και αυτό αποτελεί ένα αδύναμο σημείο καθώς μπορεί να μην υπάρχει σωστός προγραμματισμός δράσεων.

Ανύπαρκτος επιχειρησιακός σχεδιασμός των δράσεων. Συνήθως δεν καταρτίζεται επιχειρησιακό σχέδιο δράσης σε ετήσια ή άλλη βάση.

Ελλιπής αξιολόγηση. Οι έλεγχοι που διενεργούνται έχουν διαχειριστικό χαρακτήρα και δεν αποτιμώνται ούτε αξιολογούνται τα αποτελέσματα και ο αντίκτυπος της δράσης της δομής στην τοπική κοινωνία. Σημειώνεται ότι στις περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης η αξιολόγηση κοινωνικών προγραμμάτων είναι μια ευρύτατα διαδεδομένη διαδικασία, η οποία αποτελεί μια από τις βασικές συνιστώσες του όλου συστήματος υλοποίησης των προγραμμάτων (Rossi et al., 2004). Ειδικότερα σε ότι αφορά στα προγράμματα για ηλικιωμένους, η αξιολόγησή τους γίνεται πλέον στην Ευρώπη σε ποσοστό 100%, δηλαδή στο σύνολο των προγραμμάτων (van Campen, 2008).

Ανύπαρκτη δημοσιοποίηση των δράσεων. Δεν υπάρχει συνήθως επαρκής δημοσιοποίηση των δράσεων και των αποτελεσμάτων, κάτι που θα μπορούσε να διευρύνει περαιτέρω την αποδοχή εκ μέρους του ευρύτερου κοινού.

Ευκαιρίες

Αποσαφήνιση του νομοθετικού καθεστώτος. Κινήσεις προς τη διασφάλιση του μέλλοντος της δομής, όπως π.χ. η μονιμοποίηση του προσωπικού, είναι δυνατόν να συμβούν λόγω της αυξημένης ανάγκης και απαίτησης της κοινωνίας για τις παρεχόμενες από τη δομή υπηρεσίες.

Εκαυχρονισμός λειτουργίας. Η απόκτηση υπολογιστή και η διενέργεια εξωτερικής αξιολόγησης είναι βασικές κινήσεις που μπορεί να βελτιώσουν σημαντικά την εσωτερική λειτουργία της κάθε δομής.

Επιμόρφωση προσωπικού. Υπάρχουν και πρέπει να αναζητηθούν ευκαιρίες επιμόρφωσης του προσωπικού σε πολλά θέματα, όπως μάντζιμντ και διαχείριση υπηρεσιών υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών, διάφορα νοσηλευτικά ζητήματα, ψυχολογία κλπ.

Διεύρυνση δραστηριοτήτων. Η κάθε δομή μπορεί να επεκτείνει τις δραστηριότητές της με κάποιες εύκολες κινήσεις όπως π.χ. την προμήθεια δεύτερου αυτοκινήτου, ή την απασχόληση φυσιοθεραπευτή ή ψυχολόγου.

Ενίσχυση και καλύτερη εκμετάλλευση των σχέσεων με άλλες δομές. Οι σχέσεις με άλλες δομές μπορούν να διευρυνθούν και να ενισχυθούν ώστε να υπάρχει ευρύτερη συνεργασία, ανταλλαγή καλών πρακτικών, ανάληψη κοινών δράσεων και πρωτοβουλιών, κλπ.

Συνεργασία με εθελοντικές οργανώσεις. Η κάθε δομή μπορεί να εγκαθιδρύσει σχέσεις με εθελοντικές οργανώσεις στο πλαίσιο κοινών δράσεων και πρωτοβουλιών, αφενός προωθώντας τον εθελοντισμό και αφετέρου βοηθούμενη η ίδια από την διεύρυνση του εθελοντισμού.

Απειλές

Ασταθές νομοθετικό καθεστώς. Το νομοθετικό καθεστώς λειτουργίας είναι ασαφές και ενδέχεται να υπάρξουν

μεταβολές που να απειλήσουν τη βιωσιμότητα διαφόρων δομών και να δημιουργήσουν αναστάτωση σε αρκετές περιοχές.

Απώλεια χρηματοδότησης. Η χρηματοδότηση δεν είναι εξασφαλισμένη παρά μόνο μέχρι το 2011. Στη συνέχεια, οι δομές θα πρέπει να λειτουργήσουν με ίδιους πόρους των ΟΤΑ ή να αναζητήσουν πόρους χρηματοδότησης.

Οικονομική ύφεση και περικοπές κοινωνικών κονδυλίων. Η πρόσφατη οικονομική κρίση μπορεί να έχει σοβαρές παρενέργειες στις κοινωνικές δαπάνες συνολικά και να απειληθεί η βιωσιμότητα κοινωνικών δομών.

Αδυναμία εξυπηρέτησης αυξημένου αριθμού ασθενών. Ο αριθμός των ατόμων που χρήζει βοήθειας συνεχώς αυξάνει, αφενός λόγω της γήρανσης του πληθυσμού και αφετέρου λόγω της αυξανόμενης δυσκολίας του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος των ατόμων να ανταποκριθεί στις αυξημένες ανάγκες φροντίδας.

3.1. Πίνακας SWOT



5. Συμπεράσματα

Είναι προφανές ότι το πρόγραμμα «ΒοΣ» έχει συμβάλει θετικά στην αντιμετώπιση κοινωνικών προβλημάτων σε τοπικό επίπεδο και αποτελεί μια σημαντική συνιστώσα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη χώρα μας. Θα πρέπει όμως να υπάρξει μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση από την κεντρική εξουσία και να διατεθούν οι απαραίτητοι πόροι, έτσι ώστε αφενός να εξασφαλιστεί η επιβίωση των δομών και αφετέρου να δημιουργηθούν προϋποθέσεις

ανάπτυξης και διεύρυνσης του ρόλου τους, κάτι που θα ανακουφίσει μεγάλο αριθμό ατόμων της τρίτης ηλικίας που έχουν άμεση ανάγκη από τις υπηρεσίες αυτές. Ένα σύγχρονο κοινωνικό κράτος χαρακτηρίζεται, ανάμεσα σε άλλα, από την εύρυθμη και αποτελεσματική λειτουργία δομών κοινωνικής φροντίδας και αυτό είναι κάτι που ακόμα αποτελεί ζητούμενο για τη χώρα μας.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

Αλεξιάς, Γ., Φλάμου Α., 2007. Αξιολόγηση της κοινωνικής και ψυχο-συναισθηματικής υποστήριξης των ηλικιωμένων με προβλήματα υγείας, κοινωνικής απομόνωσης και αποκλεισμού: Η περίπτωση του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι». Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 24(Suppl I), 37-42.

ΑΝΚΑ, 2006. Έρευνα Καταγραφής και Αποτύπωσης των Προβλημάτων, των Αναγκών και των Ενεργειών για τη Συνέχιση Λειτουργίας των Μονάδων «Βοήθεια στο Σπίτι». Μελέτη της Αναπτυξιακής Καρδίτσας (ΑΝΚΑ) για λογαριασμό της ΚΕΔΚΕ, Καρδίτσα.

Περγάμη, Μ., 2006. Ικανοποίηση των ηλικιωμένων από τις υπηρεσίες του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» στο Δήμο Ηρακλείου. Μεταπτυχιακή εργασία (επιβλέποντες: Α. Φιλαλήθης και Α. Αλεγκάκης). Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο.

Υφαντόπουλος, Γ., 2005. Τα Οικονομικά της Υγείας: Θεωρία και Πολιτική. Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα.

Χαλκουτσάκη, Σ., 2007. Ικανοποίηση χρηστών υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας στο Δήμο Ηρακλείου. Μεταπτυχιακή εργασία (επιβλέποντες: Α. Φιλαλήθης και Α. Αλεγκάκης). Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο.

Ξενόγλωσση

Andrews, K., 1971. The Concept of Corporate Strategy. R.D. Irwin, Homewood, IL.

Bauld, L., Chesterman, J., Judge, K., 2000. Measuring satisfaction with social care amongst older service users: issues from the literature. Health and Social Care in the Community, 8: 316-324.

Daniilidou N., Economou, C., Zavras, D., Kyriopoulos J., Georgoussi, E., 2003. Health and social care in aging population: an integrated care institution for the elderly in Greece. International Journal of Integrated Care, 2003 (3): e04.

Elliott, R., 1991. Assistive Technology for the frail elderly: An Introduction and Overview. Report prepared for the Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation. U.S. Department of Health and Human Services, USA.

Hollander, M., Chappell, N., 2002. Final report of the national evaluation of the cost-effectiveness of home care. Health Transition Fund, Health Canada.

Geron, S.M., Smith, K., Tennstedt, S., Jette, A., Chassler, d., Kasten, L., 2000. The Homecare satisfaction measure: A client-centered approach to assessing the satisfaction of frail older adults with homecare services. Journal of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 55:259-270.

OECD, 2007. Health Data. Paris.

Rossi, P.H., Lipsey, M.W., Freeman, H.E., 2004. Evaluation: A Systematic Approach. 7th edition, Sage Publications, London.

Stoddart H., Whitley, E., Harvey I., Sharp, D., 2002. What determines the use of home care services by elderly people? Health and Social Care in the Community, 10 (5):348-360.

Uchida, Y., Shimanouchi, S., Kono, A., 2001. Outcome Evaluation and Cost-Effectiveness of Home Care Services. Journal of Japan Academy of Nursing Science, 21(1):9-17.

van Campen, C., 2008. Values on a grey scale: Elderly Policy Monitor 2008. The Netherlands Institute for Social Research, The Hague.

Εκτίμηση της Αποτελεσματικότητας της Θρέψης στον Εγκαυματία Ασθενή. –Τυχαιοποιημένη Ελεγχόμενη Δοκιμή.

Ιωάννα Καραγκούνη,

Νοσηλεύτρια ΠΕ MSc, Μ.Α.Φ. Εγκαυμάτων Γ.Ν. Ελευσίνας «ΘΡΙΑΣΙΟ» ΛΑΤΣΕΙΟ Κέντρο Εγκαυμάτων

Μαρία Αρβανίτη,

Προϊσταμένη ΤΕ MSc, Μ.Α.Φ. Εγκαυμάτων Γ.Ν. Ελευσίνας «ΘΡΙΑΣΙΟ» ΛΑΤΣΕΙΟ Κέντρο Εγκαυμάτων

Απόστολος Γκετσιδης

Νοσηλευτής ΤΕ, Μ.Α.Φ. Εγκαυμάτων Γ.Ν. Ελευσίνας «ΘΡΙΑΣΙΟ» ΛΑΤΣΕΙΟ Κέντρο Εγκαυμάτων

Σοφία Σωτηρίου

Νοσηλεύτρια ΤΕ, Μ.Α.Φ. Εγκαυμάτων Γ.Ν. Ελευσίνας «ΘΡΙΑΣΙΟ» ΛΑΤΣΕΙΟ Κέντρο Εγκαυμάτων

Δρ. Παύλος Σαράφης

Νοσηλευτής ΠΕ, MSc, MSc, PhD, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Υπόβαθρο- Η σίτιση στον εγκαυματία ασθενή είναι μείζονος σημασίας θέμα δεδομένου του αυξημένου μεταβολισμού στον οποίο υπόκειται. Η πρώιμη έναρξη της σίτισης παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην έκβαση της νόσου.

Στόχοι- Στόχος της συγκεκριμένης μελέτης είναι η εκτίμηση της θρέψης στον εγκαυματία ασθενή συσχετίζοντας τις συνολικές θερμίδες που λαμβάνει ο ασθενής με τις τιμές των ολικών λευκωμάτων στον ορό του αίματος.

Σχέδιο- Για να προσδιοριστεί η αποτελεσματικότητα της θρέψης χρησιμοποιήθηκαν δύο τύποι υπολογισμού των θερμίδων για τη σίτιση των εγκαυματιών που προτείνονται στη διεθνή βιβλιογραφία. Κατόπιν έγινε σύγκριση αυτών των δυο μεθόδων που εφαρμόστηκαν.

Συμμετέχοντες- Το δείγμα αποτέλεσαν 16 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας Εγκαυμάτων στην Ελλάδα με 20-30% ολικής επιφάνειας σώματος εγκαύματα (μερικού ή και ολικού πάχους). Οι ασθενείς ήταν όλοι ενήλικες από 25 έως 68 ετών και η επιλογή του δείγματος ήταν τυχαία.

Μέθοδοι Αποτελέσματα- Από την μελέτη φάνηκε πως υπάρχει θετική συσχέτιση των θερμίδων που λαμβάνει ο ασθενής με τις τιμές των ολικών λευκωμάτων. Χρησιμοποιώντας τον έλεγχο t δεν φάνηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις δύο μεθόδους σίτισης όσον αφορά τον αριθμό των χορηγούμενων θερμίδων ($t=0,226$, $p>0,05$)

Συμπεράσματα- Επομένως δεν έχει σημασία ποιον από τους τύπους υπολογισμού των θερμίδων χρησιμοποιούμε καθώς έχουν την ίδια αποτελεσματικότητα. Σημασία έχει η εφαρμογή ενός συνολικού προγράμματος φροντίδας υγείας που θα οδηγήσει στη θεραπεία της νόσου

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Θρέψη, Εγκαυματίας, Ολικά λευκώματα

Εισαγωγή

Η μεταβολική απάντηση του οργανισμού στη βαριά νόσο είναι γενικευμένη και ανεξάρτητη από το είδος της βλάβης είτε πρόκειται για σήψη, τραύμα, έγκαυμα ή εγχείρηση. Χαρακτηρίζεται από επιτάχυνση όλου του μεταβολισμού. Οι ασθενείς με βαριά εγκαύματα βρίσκονται σε υπερ-

μεταβολική κατάσταση και έχουν άμεση ανάγκη θερμιδικής υποστήριξης. Θρεπτικά αποθέματα κινητοποιούνται για να προσφέρουν τα απαραίτητα αμινοξέα, γλυκόζη και λιπαρά οξέα για την κάλυψη των αυξημένων αναγκών του οργανισμού με αποτέλεσμα πρωτεόλυση, γλυκόλυση και λιπόλυση.

Ο υπερμεταβολισμός αρχίζει και υποστηρίζεται από το συνδυασμό χημικών, νευρογενών και περιβαλλοντικών ερεθισμάτων και είναι ανάλογος της έκτασης και σοβαρότητας της βλάβης, (Bessey P.Q., Downey R.S., 1997). Η έντονη και παρατεταμένη κινητοποίηση του μεταβολισμού μπορεί να προκαλέσει εξάντληση των μεταβολικών αποθεμάτων, διαταραχές του ανοσολογικού συστήματος και διαταραχές της λειτουργίας ζωτικών οργάνων. Τα γεγονότα αυτά εάν παραμείνουν ανεξέλεγκτα συνοδεύονται από σημαντική αύξηση νοσηρότητας και θνητότητας, γεγονός που καθιστά αναγκαία την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση τους, (Deitch F.A. 1999, Mizock B.A.2000, Sayeed M.M. 2000).

Η ορθή θεραπευτική αντιμετώπιση και κατάλληλη διατροφή των εγκαυματιών ασθενών επιταχύνει την επούλωση της εγκαυματικής επιφάνειας και βελτιώνει την επιβίωση. Η έναρξη της σίτισης πρέπει να γίνεται άμεσα μετά το έγκαυμα, διότι το γαστρεντερικό σύστημα αποτελεί από την αρχή της εγκαυματικής καταπληξίας το όργανο στόχο που πλήττεται άμεσα. Παρατηρείται σημαντική ελάττωση της αιμάτωσης του γαστρεντερικού σωλήνα με αποτέλεσμα την έκπτωση της λειτουργίας του, (Peck M., Ward Q., 1997). Είναι γνωστό ότι η έλλειψη του ερεθισμού του εντερικού βλεννογόνου για χρονικό διάστημα πάνω από έξι ώρες προκαλεί ατροφία και επιτρέπει τη διόδο μικροβίων και τοξινών διαμέσου του εντερικού φραγμού. Είναι λοιπόν φανερό η ανάγκη προστασίας των βλεννογόνων και εφαρμογής σίτισης, (Tayek J. 1999).

Ο καλύτερος τρόπος για να επιτευχθεί αυτό είναι η πρώιμη έναρξη εντερικής σίτισης. Μελέτη δείχνει ότι η εντερική σίτιση είναι η πιο αποτελεσματική οδός για να διατηρηθούν οι γαστρικές εκκρίσεις και η κινητικότητα του γαστρεντερικού σωλήνα (Zhongyong C. 2007). Μειζονος σημασίας θέμα είναι και η χορήγηση γλουταμίνης στους εγκαυματίες ασθενείς, η οποία είναι σημαντική πηγή ενέργειας για τα κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος (Xí Peng, 2006). Ωστόσο πρόσφατη μελέτη καταλήγει ότι η έναρξη της σίτισης μετά από ένα εικοσιτετράωρο δεν επηρεάζει την έκβαση της νόσου σε σχέση με την πρώιμη έναρξη της σίτισης (Wasiak J. et al., 2006).

Η έμμεση θερμιδομετρία χρησιμοποιείται συχνά για τον υπολογισμό των θερμιδικών αναγκών των ασθενών που βρίσκονται σε έντονο καταβολισμό.

Στη βιβλιογραφία αναφέρονται διάφοροι τύποι υπολογισμού αυτών των αναγκών όπως φαίνεται στον πίνακα 1. (Curreri R.W., Richmond D., Marvin J. 1974., Wolfe 1981, Dickerson R.N., 2002).

Σήμερα χρησιμοποιούνται ευρέως, παρότι έχουν περάσει αρκετά χρόνια από τότε που ανακοινώθηκαν, οι τύποι της ομάδας της Βοστώνης και ο τύπος του Curreri.

Ο τύπος της Βοστώνης προτείνει ότι ακόμα και τα πιο σοβαρά εγκαύματα δεν έχουν ανάγκη περισσότερων θερμίδων από το διπλάσιο της ενέργειας που καταναλώνεται κατά τη διάρκεια πλήρους ηρεμίας όπως αναφέρεται στην εξίσωση Haris – Benedict (Πίνακας 1), (Wolfe 1981).

Υλικό Μέθοδοι

Η παρούσα μελέτη ασχολείται με την εφαρμογή των δύο αυτών τύπων σε 16 εγκαυματίες ασθενείς με 20 – 30% ολικής επιφάνειας σώματος (TBS – Total Body Surfau) εγκαύματα μερικού ή ολικού πάχους που νοσηλεύτηκαν σε μονάδες εγκαυμάτων. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες Α και Β. Η ομάδα Α αποτελείται από 9 άτομα στους οποίους εφαρμόστηκε ο τύπος του Curreri και η ομάδα Β αποτελείται από 7 άτομα, όπου εφαρμόστηκε ο τύπος της Βοστώνης. Στη συνέχεια, χρησιμοποιώντας τον συντελεστή συσχέτισης του Pearson, έγινε συσχέτιση των τιμών αυτών με την μέση

τιμή των ολικών λευκωμάτων στον όρο του αίματος του κάθε ασθενή για όσες ημέρες εφαρμόστηκε η σίτιση με βάση αυτούς τους τύπους. Οι τιμές των ολικών λευκωμάτων είναι δείκτες εκτίμησης της θρέψης στην κλινική πρακτική.

Κατόπιν χρησιμοποιώντας τον έλεγχο t για ζεύγη έγινε σύγκριση των δύο τύπων όσον αφορά την αποτελεσματικότητά τους σε σχέση με το επίπεδο των ολικών λευκωμάτων στο αίμα των ασθενών. Τα δεδομένα της μελέτης φαίνονται στον Πίνακα 2. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με το πρόγραμμα SPSS Vs 16.0

Αποτελέσματα

Χρησιμοποιώντας τον συντελεστή συσχέτισης του Pearson για κάθε δείγμα ξεχωριστά έχουμε στην ομάδα Α $r = 0,55$ και στην ομάδα Β $r = 0,668$. Φαίνεται επομένως και από τα δύο δείγματα πως υπάρχει μια μέτρια προς ισχυρή σχέση ανάμεσα στις τιμές των ολικών λευκωμάτων και στον αριθμό των θερμίδων στους εγκαυματίες ασθενείς. Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται να υπάρχει θετική συσχέτιση, δηλαδή όσο αυξάνεται ο αριθμός των θερμίδων αυξάνει και η τιμή των ολικών λευκωμάτων στο αίμα.

Στη συνέχεια μας ενδιέφερε να συγκρίνουμε της μέσες τιμές των ολικών λευκωμάτων στους δύο πληθυσμούς χρησιμοποιώντας τους μέσους των δειγμάτων Α και Β.

Εφαρμόζοντας τον έλεγχο t για ζεύγη βρέθηκε ότι οι μέσοι των δύο πληθυσμών ταυτίζονται ($t = 0,226$ $p > 0,05$). Αυτό σημαίνει ότι οποιαδήποτε από τους δύο τύπους έμμεσης θερμιδομετρίας και αν χρησιμοποιήσουμε έχουν το ίδιο αποτέλεσμα όσον αφορά την επάρκεια της θρέψης στους εγκαυματίες.

Αυτό που παρατηρούμε με βάση τον πίνακα 2 είναι ότι στις γυναίκες ο αριθμός των θερμίδων και στις δύο ομάδες είναι περίπου ίδιος. Αντίθετα στην περίπτωση των ανδρών δεν φαίνεται να ισχύει το ίδιο. Οι άνδρες της ομάδας Β, σύμφωνα με τον τύπο, φαίνεται να χρειάζονται μεγαλύτερο αριθμό θερμίδων σε σχέση με τους άνδρες της ομάδας Α.

Για παράδειγμα, άντρας εγκαυματίας της ομάδας Α με 20% ΟΕΣ (Ολικής Επιφάνειας Σώματος) έγκαυμα χρειάζεται με βάση τον τύπο Curreti περίπου 2500 θερμίδες, ενώ άντρας εγκαυματίας με 20% ΟΕΣ έγκαυμα έχει ανάγκη περίπου

4300 kcal με βάση τον τύπο της ομάδας της Βοστώνης. Αυτή η διαφορά θερμίδων στο παραπάνω παράδειγμα είναι αρκετά σημαντική λαμβάνοντας υπόψη ότι οι τιμές των ολικών λευκωμάτων είναι σχεδόν ίδιες.

Συζήτηση

Είναι γενικά αποδεκτό ότι ο ρυθμός μεταβολισμού αυξάνει ανάλογα και σε γραμμική σχέση με την έκταση του εγκαύματος. Χρειάζεται επομένως ορθή θεραπευτική αντιμετώπιση και κατάλληλη διατροφή. Αυτό μας αποδεικνύει και ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson. Βέβαια πρέπει να είμαστε προσεκτικοί ερμηνεύοντας τον συντελεστή συσχέτισης του Pearson, γιατί μπορεί ένα αποτελεσματικό σε θερμίδες πρόγραμμα σίτισης να είναι κύριος λόγος για την διατήρηση των ολικών λευκωμάτων στις φυσιολογικές τιμές, μπορεί όμως να είναι το αποτέλεσμα ενός συνολικού προγράμματος φροντίδας υγείας.

Από την μελέτη των δύο δειγμάτων προέκυψε ότι οι μέσες τιμές των ολικών λευκωμάτων στους δύο πληθυσμούς ταυτίζεται. Συμπεραίνουμε λοιπόν, ότι παρόλο που υπάρχουν κάποιες διαφορές στον αριθμό των θερμίδων στις δύο ομάδες, οι διατροφικές ανάγκες των εγκαυματιών καλύπτονται και από τον τύπο του Curreti που δίνει στους άνδρες σημαντικά μικρότερο αριθμό θερμίδων. Αυτό προφανώς συμβαίνει, όπως φαίνεται και στον πίνακα I, γιατί ο τύπος της ομάδας της Βοστώνης επηρεάζεται σημαντικά από την ηλικία, ενώ ο τύπος του Curreti επηρεάζεται κυρίως από την έκταση του εγκαύματος.

Μεγαλύτερη σημασία επομένως από τον ακριβή αριθμό θερμίδων έχει η ποιοτική σύνθεση της διαίτας που θα

χορηγηθεί. Σύμφωνα με έρευνες το ποσοστό των υδατανθράκων πρέπει να ισοδυναμεί με 45 – 55% του ολικού ποσού θερμίδων που έχει υπολογιστεί (Burk, 1980). Παροχή υδατανθράκων σε μεγαλύτερο ποσοστό συνοδεύεται από διάφορες παρενέργειες, όπως επιβάρυνση της αναπνευστικής λειτουργίας.

Οι ανάγκες σε πρωτεΐνες για τον εγκαυματία με δεδομένη την αυξημένη ανάγκη για την επούλωση ενός τόσο εκτεταμένου τραύματος και την αυξημένη απώλεια αζώτου από τα ούρα είναι σαφές πώς είναι μεγάλες. Πιο συγκεκριμένα στον πίνακα 3 φαίνονται οι ανάγκες σε πρωτεΐνες σύμφωνα με τον Curreti και την ομάδα της Βοστώνης.

Επιπλέον έχει αποδειχτεί ότι σε ασθενείς με αυξημένο καταβολισμό πρωτεϊνών είναι ωφέλιμη η χορήγηση πρωτεΐνης πλούσιας σε αμινοξέα διακλαδούμενης αλυσού (BCAA), (Echeniqui, 1984).

Τέλος η χορηγούμενη ποσότητα του λίπους πρέπει να αποτελεί το 30 – 40% των ολικών θερμίδων χωρίς να παραβλέπεται ο εμπλουτισμός της σίτισης με ηλεκτρολύτες, βιταμίνες και ιχνοστοιχεία.

Όλα τα ανωτέρω μας οδηγούν στο συμπέρασμα ότι μεγαλύτερη σημασία από τον ακριβή αριθμό των θερμίδων έχει η ποιοτική σύνθεση της διαίτας που θα χορηγηθεί.

Πίνακας 1 • Τρόποι υπολογισμού των θερμιδικών αναγκών στους εγκαυματίες.

Μέθοδος	Υπολογισμός των χορηγούμενων θερμίδων (kcal/d)
Curreti et al	Ενήλικες (25 × ΣΒ/κgr) + (40 × % TBS)
Ομάδα Βοστώνης	2 × REE (Υπολογίζεται με βάση τον τύπο του Harris – Benedict) Γυναίκες: REE = 655 + (4,3 × Βάρος (kg)) + (4,3 × ύψος (cm)) Άνδρες: REE = 65 + (6,2 × βάρος (kg)) + (12,7 × ύψος (cm)) – (6,8 × ηλικία)
Xie et al	Κατανάλωση ενέργειας = (1000 kcal × BSA (m ²) + 25 × % TBS) Όπου BSA: επιφάνεια σώματος TBS: επιφάνεια εγκαύματος

Πίνακας 2- Δεδομένα Μελέτης

ΟΜΑΔΑ Α-Τύπος του Curreri						
ΦΥΛΟ	ΗΛΙΚΙΑ	ΒΑΡΟΣ(KG)	TBS %	Kcal	ΟΛΙΚΑ ΛΕΥΚΩΜΑΤΑ	
Θ	25	75	23	2800	5,4	
Θ	38	82	25	3000	5,7	
A	35	78	24	2900	6	
Θ	37	65	20	2400	5,1	
Θ	42	87	22	3000	4,8	
Θ	45	86	27	3200	5,5	
Θ	28	58	25	2400	4,8	
A	29	67	20	2500	5,3	
A	58	86	24	3100	6,5	
ΟΜΑΔΑ Β- Τύπος της ομάδας της Βοστώνης						
ΦΥΛΟ	ΗΛΙΚΙΑ	ΒΑΡΟΣ(KG)	TBS %	Kcal	ΟΛΙΚΑ ΛΕΥΚΩΜΑΤΑ	Υψος (cm)
Θ	35	76	25	2900	5,2	155
Θ	27	65	26	3000	5,8	162
Θ	50	79	24	2800	4,8	160
Θ	51	92	24	2900	5,1	158
A	68	60	20	4000	5,5	171
A	62	68	25	4000	5,6	170
A	65	72	20	4300	5,8	165
correlation ομάδας A		0,555				
correlation ομάδας B		0,668				

Πίνακας 3 • Υπολογισμός των αναγκών σε πρωτεΐνες στους εγκαυματίες

Curreri	Πρωτεΐνες σε gr/d = 3 gr × ΣΒ (kgr)
Ομάδα Βοστώνης	Πρωτεΐνες σε gr/d = 1,5 – 2 gr × ΣΒ (kgr)

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Bessey P.Q., Downey R.S., Monaco W.W.,1997. Metabolic response to injury and critical illness. In: Civetta M., Taylor R.W., Kirby R.R. (eds). Critical Care. Lippincott – Raven Publishers, Philadelphia, PA ,pp. 325 – 335.

Burk, J.F., Wolfe,R.R.,Mullani,C.J., Mathews, D.E Biet, D.W. 1980. Glycose requirements following burn injury. Ann. Surg. 3:274,

Curreri R.W., Richmond D., Marvin J., 1974. Dietary requirements of patients with major burns. J.Am. Diet. Assoc. 65: 415.

Deitch E.A., Goodman F.R.,1999. Prevention of multiple organ . Surg Clin North Am. 79 (6): 1471 – 88.

Dickerson R.N. 2002 Estimating energy and protein requirements of thermally injured patients: art or science? Nutrition.18 (s): 439 – 442

Echenique, M.M., Bistran, B.R., Moldawer, L.L., Palombo, J.D., Miller, M.M. 1984. Improvement in amino-acid use in the critically patient with parenteral formula enriched with branchlein amino-acid. Surg. Gynec.obstet. 159:233,

Mizok B.A., 2000 Metabolic derangements in sepsis and septic shock. Critical Care Clinics 16 (2): 319 – 336.

Peck M., Ward Q., 1997. Burn injury. In Civetta J., Taylor R., Kirby R. (eds). Critical Care, 3rd ed. Lippincott – Raven, Philadelphia, USA , pp. 1265 – 1275.

Sayed M.M., 2000. Signaling mechanism us of altered cellular responses in trauma, burn and sepsis: role of Ca+. Arch Surg 135 (12): 1432 – 42.

Tayek J. Nutrition In: Bongard F., Sue D. (1999) Current Critical Care Diagnosis and treatment. 2nd edition, Mc Graw Hill, USA: 126 – 145.

Wasiak J, Cleland H, Jeffery R. (2006) Early versus delayed enteral nutrition support for burn injuries. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3. Art. No.: CD005489. DOI: 10.1002/14651858.CD005489.pub2.

Wolf e, 1981. R.R.:Caloric requirements of the burn patient. G. Trauma 21:712,

Xi Peng , Hong Yan, Zhongyi You, Pei Wang, Shiliang Wang (2006) Glutamine granule-supplemented enteral nutrition maintains immunological function in severely burned patients. Burns 32, 589-593

Zhongyong Chen, Shiliang Wang, Bin Yu, Ao Li(2007) A comparison study between early enteral nutrition and parenteral nutrition in severe burn patients Burns 33, 708-712

Η Διά Βίου Εκπαίδευση στη Νοσηλευτική Επιστήμη και Πράξη: μια Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

Στεργιανή Πεταλωτή

Νοσηλεύτρια Στεφανιαίας Μονάδας Γ. Ν. Σερρών

ΠΕΡΙΛΗΨΗ Η μάθηση δεν είναι η απλή απορρόφηση πληροφοριών, γεγονότων και θεωριών, αλλά η ανάπτυξη του κριτικού τρόπου σκέψης, ώστε να αντιμετωπίσουμε την υπεραφθονία των πληροφοριών που μας κατακλύζουν. Οι νοσηλευτές εργάζονται σε ένα περιβάλλον γρήγορων αλλαγών, που απαιτεί από αυτούς να εκσυγχρονίζουν τις γνώσεις και τις δεξιότητές τους ή να προετοιμάζονται για ένα διαφορετικό τομέα γνώσεων. Για την απόκτηση των νέων απαιτούμενων γνώσεων εντάσσονται σε εκπαιδευτικά προγράμματα και αποτελούν τους λεγόμενους «ενήλικες» μαθητές. Στόχος της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η διερεύνηση της προοπτικής ανάπτυξης της συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης των νοσηλευτών στο χώρο της υγείας.

Για το σκοπό αυτό έγινε βιβλιογραφική ανασκόπηση η οποία στηρίχθηκε στην ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία που αφορά τη δια βίου εκπαίδευση των νοσηλευτών και την εφαρμογή της στην Ελλάδα.

Αναζητήθηκαν ανασκοπικές μελέτες δημοσιευμένες σε ελληνικά και διεθνή επιστημονικά περιοδικά. Ως κύριο εργαλείο ανάκλησης βιβλιογραφίας χρησιμοποιήθηκε το διαδίκτυο. Οι λέξεις κλειδιά που τέθηκαν προς αναζήτηση ήταν: Δια βίου εκπαίδευση, Ενδοϋπηρεσιακή εκπαίδευση, Επαγγελματική ανάπτυξη, Ποιότητα υπηρεσιών υγείας, Συνεχιζόμενη επαγγελματική κατάρτιση.

Ο σύγχρονος νοσηλευτής πρέπει να μαθαίνει συνεχώς. Ενώ η αρχική, βασική του εκπαίδευση είναι αυτόνομο προαπαιτούμενο της επαγγελματικής επάρκειάς του, η συμμετοχή του σε προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και η δίψα του για μάθηση αποτελούν τα ειδοποιά γνωρίσματα της αυξημένης επαγγελματικής του συνείδησης. Τα πλεονεκτήματα που προσφέρει η διά βίου εκπαίδευση στους επαγγελματίες νοσηλευτές είναι, εκτός από πρόσβαση σε νέα γνώση, η δυνατότητα για διερεύνηση των προσόντων, ικανοτήτων και δεξιοτήτων τους, για να μπορούν να ανταπεξέλθουν στην πληθώρα των αλλαγών, των νέων τεχνολογιών και των επάλληλων εξελίξεων στο χώρο της υγείας.

Λέξεις-κλειδιά: Δια βίου εκπαίδευση, Ενδοϋπηρεσιακή εκπαίδευση, Επαγγελματική ανάπτυξη, Ποιότητα υπηρεσιών υγείας, Συνεχιζόμενη επαγγελματική κατάρτιση

I. Εισαγωγή

Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού και κυρίως ο εκσυγχρονισμός των δεξιοτήτων και η επέκταση της δια βίου μάθησης είναι αποφασιστικής σημασίας στην οικονομία που βασίζεται στη γνώση. Η κατάρτιση είναι ένα σύνολο ενεργειών που σχεδιάζονται με σκοπό την απόκτηση από τον καταρτιζόμενο αναγκαίων επαγγελματικών γνώσεων και δεξιοτήτων. Ειδικότερα η Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Κατάρτιση, αποτελεί μία διαρκή διαδικασία,

που έχει σκοπό να διασφαλίσει ότι οι γνώσεις και δεξιότητες του ατόμου προσαρμόζονται συνεχώς και ανταποκρίνονται στις εξελισσόμενες απαιτήσεις της θέσης εργασίας του και των αναγκών της αγοράς εργασίας. Συνεπώς, η συνεχιζόμενη εκπαίδευση αποβλέπει στη συντήρηση, ανανέωση, αναβάθμιση και εκσυγχρονισμό των επαγγελματικών γνώσεων και δεξιοτήτων (Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο).

Αναφορά στο Παρελθόν

Η **συνεχιζόμενη εκπαίδευση** (continued/continuing education) ως αυτόνομος όρος πρωτοεμφανίζεται στις αγγλο-σαξονικές χώρες την δεκαετία του 1960 και επικράτησε να αναφέρεται στην προσφορά επαγγελματικής κατάρτισης σε αποφοίτους Πανεπιστημίων. Ήταν σαφές πως στα «**επιστημονικά επαγγέλματα**» έπρεπε η γνώση να εμπλουτίζεται με τις νέες επιστημονικές ανακαλύψεις οι οποίες αφορούσαν άμεσα την καλή επιτέλεση του επαγγελματικού λειτουργήματος, και την προσπάθεια εμπλουτισμού αναλάμβαναν με δικές τους πρωτοβουλίες οι εθνικής εμβέλειας επιστημονικο-επαγγελματικοί σύλλογοι και σωματεία (scientific

societies) («ΕΠΕΑΕΚ II»).

Μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του 1980, η Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Κατάρτιση (ΣΕΚ), αποτελούσε έναν μάλλον μικρής σημασίας αντικείμενο συλλογικής διαπραγμάτευσης στις περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η ΣΕΚ των εργαζομένων αρχίζει να αποκτά μεγαλύτερη σημασία, γεγονός που γίνεται ιδιαίτερα φανερό μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 1990. Η εξέλιξη αυτή οφείλεται κατά κύριο λόγο στην αλλαγή που πραγματοποιήθηκε στις προσεγγίσεις του τρόπου διοίκησης (Σουμέλη, Ε.).

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας

Η ποιότητα στην παρεχόμενη φροντίδα θα πρέπει να αποτελεί τον κύριο στόχο των υπηρεσιών η οποία είναι σημαντική για όλους (Πορίσματα, 14ο Παγκύπριο Συνέδριο Νοσηλευτικής και Μαιευτικής, 2007) και η οποία επηρεάζεται άμεσα από το επίπεδο της προσφερόμενης νοσηλευτικής φροντίδας που είναι ανάλογη του επιπέδου εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού (Καλοκαιρινού, Α., Αναγνωστοπούλου, Α., 2007). Κρίνεται ουσιώδης η παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών, αλλά και η αναγνώριση αυτών από τους ασθενείς. Ο σημερινός καταναλωτής φαίνεται ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένος στο θέμα της ποιότητας (Κρητικός, Α., 2004).

Η βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας μπορεί να επιτευχθεί μέσω της βελτίωσης της νοσηλευτικής και των παρεχόμενων υπηρεσιών, καθώς επίσης, και μέσω της προ-

ώθησης δραστηριοτήτων για υποστηρικτικό, ασφαλές εργασιακό περιβάλλον (Πορίσματα, 14ο Παγκύπριο Συνέδριο Νοσηλευτικής και Μαιευτικής, 2007).

Η διαρκής βελτίωση της ποιότητας εμπλέκει το σύνολο της οργανωτικής δομής και 'εξουσιοδοτεί' τόσο το υγειονομικό προσωπικό, όσο και τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας στη σχηματοποίηση σύγχρονης διαχειριστικής δομής και αντίληψης (Ελληνική Εταιρεία για την Ποιότητα στην Υγεία).

Για την επίτευξη του στόχου, της παροχής υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας, απαραίτητες είναι οι κύριες λειτουργίες της διοίκησης, όπως: Σχεδιασμός-προγραμματισμός (Planning), Οργάνωση-στελέχωση (Organizing), Διεύθυνση-συντονισμός (Leading), Έλεγχος (Controlling) (Μπαλασοπούλου, Α.).

Διά Βίου Μάθηση (Life Long Learning)

Ένας από τους λόγους που η «διά βίου μάθηση» έχει καταστεί τόσο σημαντική είναι η επιταχυνόμενη ανάπτυξη της επιστήμης και της τεχνολογίας. Η «διά βίου μάθηση» είναι υποκειμενική και σχετίζεται με το κατά πόσο κάποιος μπορεί να είναι ανοικτός στις νέες ιδέες, αποφάσεις, δεξιότητες ή συμπεριφορές.

Σε όλο τον κόσμο υφίσταται μια πληθώρα ειδικοτήτων και εξειδικεύσεων, η οποία ουσιαστικά, αντικατοπτρίζει το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της κάθε χώρας. Για κάθε χώρα, θεωρείται αναγκαία η συστηματοποιημένη ανίχνευση των πραγματικών αναγκών σε ειδικευμένο και εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό και η υιοθέτηση ήδη δοκιμασμένων προγραμμάτων άλλων χωρών στην εφαρμογή τους και στην αξιολόγηση της επάρκειας και την

κρίση των επαγγελματιών νοσηλευτών ως ειδικευμένων ή εξειδικευμένων.

Με την προοπτική της βελτίωσης της ποιότητας φροντίδας και της ασφάλειας των ασθενών σε Ευρωπαϊκό επίπεδο, επιβάλλεται όλοι οι νοσηλευτές να συμμετέχουν ενεργά στην ανάπτυξη της γνώσης και της νοσηλευτικής πρακτικής. Οι νοσηλευτές έχουν ατομική ευθύνη και αναλαμβάνουν την καθοδήγηση για βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Οι απαιτήσεις για βελτίωση της ποιότητας, η υπευθυνότητα και η αποτελεσματικότητα της νοσηλευτικής άσκησης υπογραμμίζουν την αναγκαιότητα για επίδειξη ενδιαφέροντος εκ μέρους των νοσηλευτών για συνεχή ενημέρωση στη νέα γνώση, στις τεχνικές και εξελίξεις που αφορούν το επάγγελμα.

Συνεχής Επαγγελματική Ανάπτυξη (Continuous Professional Development)

Η συνεχής επαγγελματική ανάπτυξη είναι μέρος της «διά βίου μάθησης» και ορίζεται ως η συνεχής διαδικασία προσωπικής ανάπτυξης για βελτίωση της ικανότητας και αναγνώρισης των μέγιστων δυνατοτήτων των επαγγελματιών υγείας στον εργασιακό χώρο. Όλα αυτά μπορούν να επιτευχθούν μέσω της απόκτησης και ανάπτυξης του ευρέως

φάσματος της γνώσης, των δεξιοτήτων και των εμπειριών, που συνήθως δεν αποκτώνται κατά τη διάρκεια της κατάρτισης ή της καθημερινής πρακτικής και που μαζί αναπτύσσονται και διατηρούν την επάρκεια για την εφαρμογή της άσκησης του επαγγέλματος.

Ενδοϋπηρεσιακή Εκπαίδευση (In Service Education)

Η ενδοϋπηρεσιακή εκπαίδευση καθορίζεται ως: «Η εκπαίδευση που παραδίδεται σε ένα δομημένο εργασιακό περιβάλλον και η οποία ενδυναμώνει το άτομο ώστε να καταστεί πιο επαρκές επαγγελματικά». Έτσι, το άτομο (δηλαδή στην προκειμένη περίπτωση ο επαγγελματίας υγείας) έχει τη δυνατότητα να αναπτυχθεί περισσότερο σε επάρκειες που αφορούν γνώση σε τεχνικά αντικείμενα, ώστε να διατηρήσει και να διευρύνει το εκπαιδευτικό και τεχνικό περιεχόμενο και τις διαδικασίες σε ένα μεταβαλλόμενο περιβάλλον με προοπτική ανάπτυξης των προσωπικών του ικανοτήτων.

Η συνεχής ενδοϋπηρεσιακή εκπαίδευση βοηθά τους παροχούς φροντίδας υγείας (τους νοσηλευτές), να αποκτήσουν, να διατηρήσουν και να βελτιώσουν τις ικανότητες και δεξιότητες τους σε εξειδικευμένους τομείς της νοσηλευτικής.

Η συνεχής ενδοϋπηρεσιακή νοσηλευτική εκπαίδευση είναι αναμφίβολα αναγκαία στον κλινικό χώρο. Η αξιοποίηση του κατάλληλου δυναμικού δύναται να βοηθήσει τα μέγιστα στην

προσπάθεια για διεύρυνση της γνώσης και βελτίωση των δεξιοτήτων του νοσηλευτικού προσωπικού (Πρακτικά Ημερίδας του Παγκύπριου Συνδέσμου Νοσηλευτών και Μαιών, 2007).

Η F. Nightingale το 1860 είχε επισημάνει την αναγκαιότητα για συνεχή εκπαίδευση των νοσηλευτών, αλλά ακόμα και σήμερα αυτή αντιμετωπίζεται ευκαιριακά και χωρίς σοβαρότητα (Υφαντή, Ε., 2006).

Είναι επιτακτική ανάγκη λοιπόν, οι νοσηλευτές σήμερα να διευρύνουν τις γνώσεις τους με τη συνεχή επιμόρφωση (Αλμπάνη, Ε., 2006). Στο χώρο της υγείας, όπου συμβαίνουν τόσες εξελίξεις καθημερινά, απαιτείται από κάθε επαγγελματία υγείας να εφοδιάζεται με σύγχρονες γνώσεις και δεξιότητες (Παπαγεωργίου Γενικό Νοσοκομείο). Η παρακολούθηση προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης θα συμβάλει στην κατοχύρωση του νοσηλευτή ως υπεύθυνου επαγγελματία υγείας (Αλμπάνη, Ε., 2006).

Ενδοϋπηρεσιακή Εκπαίδευση (In Service Education)

Η ενδοϋπηρεσιακή εκπαίδευση καθορίζεται ως: «Η εκπαίδευση που παραδίδεται σε ένα δομημένο εργασιακό περιβάλλον και η οποία ενδυναμώνει το άτομο ώστε να καταστεί πιο επαρκές επαγγελματικά». Έτσι, το άτομο (δηλαδή στην προκειμένη περίπτωση ο επαγγελματίας υγείας) έχει τη δυνατότητα να αναπτυχθεί περισσότερο σε επάρκειες που αφορούν γνώση σε τεχνικά αντικείμενα, ώστε να διατηρήσει και να διευρύνει το εκπαιδευτικό και τεχνικό περιεχόμενο και τις διαδικασίες σε ένα μεταβαλλόμενο περιβάλλον με προοπτική ανάπτυξης των προσωπικών του ικανοτήτων.

Η συνεχής ενδοϋπηρεσιακή εκπαίδευση βοηθά τους παροχούς φροντίδας υγείας (τους νοσηλευτές), να αποκτήσουν, να διατηρήσουν και να βελτιώσουν τις ικανότητες και δεξιότητες τους σε εξειδικευμένους τομείς της νοσηλευτικής.

Η συνεχής ενδοϋπηρεσιακή νοσηλευτική εκπαίδευση είναι αναμφίβολα αναγκαία στον κλινικό χώρο. Η αξιοποίηση του κατάλληλου δυναμικού δύναται να βοηθήσει τα μέγιστα στην

προσπάθεια για διεύρυνση της γνώσης και βελτίωση των δεξιοτήτων του νοσηλευτικού προσωπικού (Πρακτικά Ημερίδας του Παγκύπριου Συνδέσμου Νοσηλευτών και Μαιών, 2007).

Η F. Nightingale το 1860 είχε επισημάνει την αναγκαιότητα για συνεχή εκπαίδευση των νοσηλευτών, αλλά ακόμα και σήμερα αυτή αντιμετωπίζεται ευκαιριακά και χωρίς σοβαρότητα (Υφαντή, Ε., 2006).

Είναι επιτακτική ανάγκη λοιπόν, οι νοσηλευτές σήμερα να διευρύνουν τις γνώσεις τους με τη συνεχή επιμόρφωση (Αλμπάνη, Ε., 2006). Στο χώρο της υγείας, όπου συμβαίνουν τόσες εξελίξεις καθημερινά, απαιτείται από κάθε επαγγελματία υγείας να εφοδιάζεται με σύγχρονες γνώσεις και δεξιότητες (Παπαγεωργίου Γενικό Νοσοκομείο). Η παρακολούθηση προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης θα συμβάλει στην κατοχύρωση του νοσηλευτή ως υπεύθυνου επαγγελματία υγείας (Αλμπάνη, Ε., 2006).

Επαγγελματική Ικανοποίηση – Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση

Το φαινόμενο της επαγγελματικής ικανοποίησης στη νοσηλευτική έχει μελετηθεί εκτεταμένα τα τελευταία χρόνια. Η επαγγελματική ικανοποίηση αφορά στο βαθμό που το άτομο είναι ευχαριστημένο από την εργασία του.

Από έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε έξι Δημόσια και δύο Ιδιωτικά Νοσοκομεία της Αττικής, ένας σημαντικός παράγοντας που φάνηκε να συνδέεται με συναισθήματα δυσαρέσκειας στους συμμετέχοντες από τον επαγγελματικό χώρο ήταν οι περιορισμένες δυνατότητες συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα φάνηκε να αναγνωρίζουν την αναγκαιότητα της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, καθώς τη συνδέανε με την ενδυνάμωση και τον επαγγελματισμό

του νοσηλευτικού ρόλου, τη βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας της νοσηλευτικής φροντίδας, αλλά και με την ενίσχυση συναισθημάτων ικανοποίησης, αυτοπεποίθησης και επάρκειας (Καρανικόλα, Μ., και συν, 2008).

Το περιβάλλον του Νοσοκομείου χαρακτηρίζεται ως χώρος «έντασης εργασίας» και το ανθρώπινο δυναμικό είναι το μέσο με το οποίο κινείται ο περίπλοκος μηχανισμός του. Το Νοσηλευτικό Προσωπικό λόγω της φύσεως της εργασίας του υφίσταται έντονες καταστάσεις stress και ματαίωσης. Οι Νοσηλευτές είναι οι περισσότερο εκτεθειμένοι συναισθηματικά και ψυχολογικά από όλους τους επαγγελματίες υγείας. Γι' αυτό το λόγο, η δημιουργία κινήτρων με σκοπό τη δυναμική ενεργοποίησή τους είναι επιτακτική.

Ένα κίνητρο λοιπόν, είναι η επένδυση στη συστηματική επαγγελματική ανάπτυξη του εργαζομένου, ένας τρόπος ενεργοποίησης του προς θετικές συμπεριφορές. Η συνεχής επιμόρφωση, τα σεμινάρια, τα μετεκπαιδευτικά προγράμματα και η συμμετοχή σε συνέδρια δίνουν αφορμή για εξέλιξη και ανάπτυξη (Μπασσιούρη, Φ., 2008).

Σύμφωνα με έρευνα της κ. Κοντογιάννη, Α., (2007), σε δύο Δημόσια Παιδιατρικά Νοσοκομεία και σε παιδιατρικά τμήματα από δύο Γενικά Νοσοκομεία της Ελλάδας, σχετικά με τις συγκρούσεις μεταξύ νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού, μία πρόταση επίλυσης-διαχείρισης των συγκρούσεων αυτών, είναι η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και η επιστημονική έρευνα, διότι τα άτομα, οι ομάδες θα έρθουν πιο κοντά και με την στενότερη συνεργασία θα εκτιμήσει η μία

το έργο της άλλης.

Από έρευνα της κ. Μιχαηλίδου, Λ., (2005) σε 79 Νοσοκομεία της Ελλάδας, για την περίπτωση της συμμετοχής των χρηστών υπηρεσιών υγείας στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία, οι ερωτώμενοι έκριναν ότι συνεχιζόμενη εκπαίδευση και κατάρτιση του προσωπικού χρήζει τεκμηριωμένης βελτίωσης, η κατάλληλη εκπαίδευση των εργαζομένων τονίστηκε ιδιαίτερος, αφού οι ερωτώμενοι απέδωσαν σημαντικό μέρος της επιτυχίας, της συμμετοχής των χρηστών υπηρεσιών υγείας, στην εκπαίδευση.

Ο ενθουσιασμός, η θέληση, η υπομονή (επαγγελματική ικανοποίηση) και η ηγεσία σε συνδυασμό με την αντίστοιχη τεχνογνωσία είναι δυνατό να οδηγήσουν σε μικρές ή μεγάλες αλλαγές.

Κουλτούρα και Νοσηλευτική Εκπαίδευση

Η σημερινή κοινωνία αποτελείται από πολλές διαφορετικές ομάδες ατόμων, οι οποίες περιλαμβάνουν άτομα με διαφορετικό φυλετικό, εθνικό και κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ύπαρξη κοινωνικών ομάδων από διαφορετικούς πολιτισμούς και με διαφορετικές κουλτούρες. Η κουλτούρα αποτελεί αναπόσπαστο στοιχείο τόσο της υγείας, όσο και της ασθένειας. Γι' αυτό, οι Νοσηλευτές θα πρέπει να είναι ενημερωμένοι σχετικά με τις διαφορετικές πολιτισμικές ανάγκες των διαφόρων ατόμων, προκειμένου να τις κατανοούν αποτελεσματικά και να συμβάλλουν στην ικανοποίησή τους.

Σύμφωνα όμως, με μία ερευνητική μελέτη, τονίζεται η έλλειψη πολιτισμικής εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, η οποία προκαλεί απώλεια εκατομμυρίων κάθε χρόνο και, μερικές φορές, έχει ως αποτέλεσμα τη λανθασμένη διάγνωση του προβλήματος του ασθενούς. Αξίζει λοιπόν, να τονιστεί η αναγκαιότητα παροχής συνεχιζόμενης Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης στους Νοσηλευτές, με σκοπό την κάλυψη των εκπαιδευτικών αναγκών τους σχετικά με θέματα Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής (Γερογιάννη, Γ., Πλεξίδα, Α., 2008).

Ένα αποτελεσματικό σύστημα υγείας, εξαρτάται κυρίως από την επάρκεια και την ποιότητα του υγειονομικού προσωπικού. Πρέπει να γίνεται συνεχώς αναφορά στην ειδική εκπαίδευση που πρέπει να παρασχεθεί σε όλα τα στελέχη των υγειονομικών υπηρεσιών. Για την εκπαίδευση αυτή θα απαιτηθούν κάποια κονδύλια, η εξοικονόμηση όμως των χρημάτων αυτών, θεωρείται ότι θα γίνει άμεσα από τη βελτίωση της αποδοτικότητας των υπηρεσιών (Πολύζος, Ν., Υφαντόπουλος, Ι., 2000).

Σύμφωνα με τη Συνέντευξη Τύπου της κ. Λινού, Α., υπάρχουν ανισότητες-διαφορές στην εκπαίδευση/κατάρτιση, διά βίου εκπαίδευση, συνεχιζόμενη εκπαίδευση των λειτουργών υγείας στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Παρόλου τις διαφορές αυτές, σύμφωνα με ερευνητική μελέτη της κ. Τυρίμου Προδρόμου Χ., και συν, (2007), οι Νοσηλευτές αναγνωρίζουν τη σημασία της συνεχούς επαγγελματικής εκπαίδευσης, δηλώνουν ότι η συνεχιζόμενη επαγγελματική εκπαίδευση πρέπει να είναι υποχρεωτική για όλους και εθελοντική μόνο για συγκεκριμένες και εξειδικευμένες περιπτώσεις.

Σύγχρονα Εργαλεία Εκπαίδευσης στη Νοσηλευτική Πρακτική

Ο χώρος της υγείας είναι ιδιαίτερα σημαντικός, τόσο για το κοινωνικό σύνολο, όσο και για τους επαγγελματίες υγείας, αλλά και για την εικόνα ενός κράτους. Η εισαγωγή και χρήση της πληροφορικής και των νέων τεχνολογιών δεν πρέπει να φοβίζει το προσωπικό των οργανισμών υγείας, αλλά να τους υποστηρίζει (Μαντζάνα, Β., 2008).

Τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται σε παγκόσμια κλίμακα ραγδαία αύξηση της παραγωγής επιστημονικών γνώσεων, αλλά και πρωτοποριακών μεθόδων διοχέτευσης της γνώσης στους επαγγελματίες υγείας. Η Ηλεκτρονική Μάθηση ως πρωτοποριακό εργαλείο μάθησης μπορεί να αποτελέσει μέσο διά βίου εκπαίδευσης των νοσηλευτών, συμβάλλοντας στην επαγγελματική και προσωπική τους ανάπτυξη, αλλά και στην αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών του συστήματος υγείας (Χάλαρης, Ι., 2006). Οι

στόχοι του προγράμματος για μαθήματα μέσω του διαδικτύου είναι η παροχή γνώσης, η ενημέρωση για νέες πρακτικές και καινοτομίες και η υποστήριξη και συνεργασία μεταξύ ενδιαφερομένων (Μαλλίδου, Α., 2005).

Οι νέες δυνατότητες του Διαδικτύου, όπως η εκπαίδευση από απόσταση ως κύριο όχημα της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης αποκτά νέο νόημα στο πλαίσιο του Διαδικτύου. Υπάρχει πια στην πράξη η δυνατότητα για ίδια ένταση και ρυθμό σπουδών, ανεξάρτητα από τη φυσική παρουσία εκπαιδευτή και εκπαιδευμένου στον ίδιο χώρο και χρόνο. Η εύκολη πρόσβαση στο σύνολο των παγκόσμιων πηγών και η δυνατότητα χρήσης τους δίνει σε κάθε ενδιαφερόμενο την ευχέρεια να αναζητήσει συμβουλές, επιρροές και μέντορες στον τομέα που τον ενδιαφέρει (Ταρακτσής, Α., 2002).

Επίλογος

Ο σύγχρονος νοσηλευτής πρέπει να μαθαίνει συνεχώς. Ενώ η αρχική, βασική του εκπαίδευση είναι αυτονόητο προαπαιτούμενο της επαγγελματικής επάρκειάς του, η συμμετοχή του σε προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και η δίψα του για μάθηση αποτελούν τα ειδοποιά γνωρίσματα της αυξημένης επαγγελματικής του συνείδησης (Θεοφανίδης Δ., Φουντούκη Α.).

Η Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση αποτελεί αναγκαιότητα για επαγγελματική ανάπτυξη, ενδυνάμωση και αυτονομία στη λήψη αποφάσεων. Για να καταστεί ένας οργανισμός ανταγωνιστικός και ελκυστικός για τη διατήρηση υψηλά καταρτισμένου νοσηλευτικού προσωπικού, θα πρέπει να υιοθετήσει τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση, η οποία είναι μέσο για διασφάλιση ποιότητας (Πορίσματα, 14ο Παγκύπριο Συνέδριο Νοσηλευτικής και Μαιευτικής, 2007).

Χρειάζεται ευαισθητοποίηση των Νοσηλευτών για συνεχή ενημέρωση, λειτουργία υπηρεσίας συνεχούς εκπαί-

δευσης σε κάθε Νοσηλευτικό Ίδρυμα, σωστή στελέκωση με καταρτισμένο προσωπικό, ηθική υποστήριξη και οικονομική ενίσχυση. Παράλληλα, χρειάζεται σωστή στελέκωση του προσωπικού, ώστε να δίνεται η δυνατότητα στο προσωπικό για επαγγελματική ανάπτυξη, με κίνητρα για μάθηση (Πρακτικά Ημερίδας του Παγκύπριου Συνδέσμου Νοσηλευτών και Μαιών, 2007).

Τα Γραφεία εκπαίδευσης των Νοσοκομείων μπορούν να οργανώνουν μετεκπαιδευτικά προγράμματα εστιασμένου ενδιαφέροντος στο πλαίσιο μιας γενικότερης στρατηγικής ενδοϋπηρεσιακής επιμόρφωσης. Απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχή συμμετοχή σε δραστηριότητες συνεχιζόμενης κατάρτισης είναι, εκτός από τη διάθεση του νοσηλευτή για επιμόρφωση, η πρακτική διευκόλυνση και ηθική ενθάρρυνση από όλα τα επίπεδα της νοσηλευτικής ιεραρχίας. (Θεοφανίδης Δ., Φουντούκη Α.).

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αλμπάνη, Ε., 2006. Πώς οι Εκπαιδευτικές Ανάγκες των Εργαζόμενων Νοσηλευτών Επιηρεάζουν την Ποιότητα Παροχής Νοσηλευτικής Φροντίδας. Πρακτικά 7ου Πανελληνίου Συνεδρίου των Νοσηλευτών-τριών ΕΣΥ. Ερέτρια.
- Γερογιάννη, Γ., Πλεξίδα, Α., 2008. Κουλτούρα και Νοσηλευτική Εκπαίδευση: Νέες προοπτικές και αναγκαιότητες στην Ελληνική Νοσηλευτική πραγματικότητα. Το Βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 7ος, Τεύχος 2ο, 113-119.
- Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο, Κέντρο Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, Σχετικά με τη Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση.
- Ελληνική Εταιρεία για την Ποιότητα στην Υγεία, ΕΛ.Ε.Π.Υ.: http://www.esqh.net/Members/elepy/workgroup_Files/H.S.Q.S.H_Info.doc
Accessed on 20th December 2008.
- «ΕΠΕΑΕΚ II», Μέτρο 2.5, 2001. Η Πρακτική της Διά Βίου Εκπαίδευσης (ΔΒΕ), Μάθηση...Για μια Ζωή.
- Θεοφανίδης, Δ., Φουντούκη, Α., Η διά βίου εκπαίδευση στη νοσηλευτική επιστήμη και πράξη: www.iatrotek.org/foArt.asp?id=17922-4k
Accessed on 17th December 2008.
- Καλοκαιρινού, Α., Αναγνωστοπούλου, Α., 2007. Από το Νοσοκομείο στο Σπίτι: Ο ρόλος του Ιατρού και του Νοσηλευτή. Πρακτικά 5ου Πολυθεματικού Ιατρικού Συνεδρίου. Νεάπολη Λακωνίας.
- Καρανικόλα, Μ., Παπαθανασόγλου, Ε., Παπαδάτου, Δ., Κουτρούμπα, Α., Λεμονίδου, Χ., 2008. Ποιοτική Διερεύνηση των Παραγόντων Επαγγελματικής Ικανοποίησης σε Ελληνικό Νοσηλευτικό Προσωπικό. Νοσηλεία και Έρευνα, Τεύχος 21, 11-22.
- Κοντογιάννη, Α., 2007. Η Διαχείριση των συγκρούσεων στο Νοσηλευτικό και Ιατρικό Προσωπικό στα Δημόσια Παιδιατρικά Νοσοκομεία. Διπλωματική Εργασία, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Κρητικός, Α., 2004. Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας: Μια Θεωρητική Προσέγγιση. Διπλωματική Εργασία, Τμήμα Οικονομικών Επιστημών. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.
- Λινού, Α., Συνέντευξη Τύπου:
http://prolepsis.gr/healthtraining-eu-conf/conf_present/day1_press_conference/2Inequalities_andDifference_in_Education.pdf
Accessed on 20th December 2008.
- Μαλλίδου, Α., 2005. Νέα Τεχνολογία στην Εκπαίδευση. Πρακτικά 32ου Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου. Θεσσαλονίκη.
- Μαντζάνα, Β., 2008. Κατάρτιση Επαγγελματιών Υγείας σε Καινοτόμες Πρακτικές και Μεθόδους με τη χρήση Ψηφιακών Εργαλείων.
http://www.e-esdy.gr/images/presentation_1day.ppt

Accessed on 10th January 2009.

Μιχαηλίδου, Λ., 2005. Η Περίπτωση της Συμμετοχής των Χρηστών Υπηρεσιών Υγείας στα Ελληνικά Δημόσια Νοσοκομεία: Πώς επιτυγχάνεται η Άρση των Εμποδίων του Δημόσιου Τομέα. Διοικητική Ενημέρωση, Τεύχος 35, 106-117.

Μπαλασοπούλου, Α., Η λειτουργία του Ελέγχου στη Διοίκηση και οι Τεχνικές Ελέγχου, Εφαρμογή στις Υπηρεσίες Υγείας:

http://www.nspg.gr/esdy_basict2/downloads/epistimonikaypeychoc
Accessed on 20th January 2009.

Μπασιούρη, Φ., 2008. Η Υποκίνηση του Νοσηλευτικού Προσωπικού στο Δημόσιο και στο Ιδιωτικό Νοσοκομείο. Επιθεώρηση Υγείας, Τόμος 19, Τεύχος 114, 23-26.

Παπαγεωργίου Γενικό Νοσοκομείο, Γραφείο Εκπαίδευσης:
http://www.papageorgiou-hospital.gr/cms/front_content.php?idcat=380
Accessed on 20th December 2008.

Πολύζος, Ν., Υφαντόπουλος, Ι., 2000. Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέκωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 17(6):627-639.

Πορίσματα, 2007. Ισότητα, Ποιότητα και Ασφάλεια στη Φροντίδα Υγείας, 14ο Παγκύπριο Συνέδριο Νοσηλευτικής και Μαιευτικής, Λευκωσία.

Πρακτικά Ημερίδας, 2007. Διά Βίου Μάθηση, Συνεχής Επαγγελματική Ανάπτυξη, Ενδοϋπηρεσιακή Εκπαίδευση, Πάφος.

Συμμελή, Ε., Συλλογική Διαπραγμάτευση και Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Κατάρτιση στην Ευρώπη:

<http://www.inegsee.gr/enimerwsi-38-docl.htm-27k>
Accessed on 20th December 2008.

Ταρακτσής, Α., 2002. Η Εκπαίδευση στην Ψηφιακή Εποχή, Πρώτη Εργασία Μαθήματος. Σχολή Θετικών Επιστημών. Πανεπιστήμιο Κρήτης.

Τυρίμου, Προδρόμου, Χ., Μιχαήλ, Σ., Κίτσιου, Α., Ανδρέου, Α., Φελλά, Β., Κούσουλος, Γ., Τριμιθιώτου, Χ., Τρισόκκα, Κ., 2007. Αξιολόγηση αναγκών μάθησης Νοσηλευτικού Προσωπικού σε Δημόσια Νοσοκομεία. 14ο Παγκύπριο Συνέδριο Νοσηλευτικής και Μαιευτικής, Λευκωσία.

Υφαντή, Ε., 2006. Διοίκηση Νοσηλευτικού Τμήματος: Αντιμετώπιση των Προβλημάτων στην καθ' Ημέρα Κλινική Πράξη. Πρακτικά 7ου Πανελληνίου Συνεδρίου των Νοσηλευτών-τριών ΕΣΥ. Ερέτρια.

Χάλαρης, Ι., 2006. Σύγχρονα Εργαλεία Εκπαίδευσης στη Νοσηλευτική Πρακτική: Από τη Θεωρία στην Πράξη. Πρακτικά 7ου Πανελληνίου Συνεδρίου των Νοσηλευτών-τριών ΕΣΥ. Ερέτρια.

Η Εκπαίδευση για την Σεξουαλική και Αναπαραγωγική Υγεία στα Πλαίσια της Ευρωπαϊκής Πολιτικής: Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

Χριστιάνα Κούτα, PhD, Msc, Bsc, Dipl.N., RN
Λέκτορας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας,
Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Μαρία Αθανασοπούλου, MSc, Bsc, RN
Νοσηλεύτρια ΠΕ Γ. Ν. «ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ»

Εισαγωγή: Η έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας σε μικρή ηλικία, τα αυξανόμενα ποσοστά εφηβικών κηρίσεων και εκτρώσεων, τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα (ΣΜΝ), είναι κάποιοι από τους παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά τη σεξουαλική υγεία των νέων στη σύγχρονη εποχή. Η σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία διαμορφώνεται και επηρεάζεται μέσα από συγκεκριμένα κοινωνικο-πολιτισμικά πλαίσια (π.χ. θρησκεία, οικογένεια).

Σκοπός: Το άρθρο αυτό έχει σκοπό την ανασκόπηση Ελληνικών και Κυπριακών δεδομένων σε σχέση με την σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία και εκπαίδευση, μέσα από την πολιτική που καθορίζει η Ευρωπαϊκή Ένωση.

Μέθοδος: Η μεθοδολογία περιλάμβανε αναζήτηση ανασκοπικών και ερευνητικών μελετών, που αναφέρονταν στην καταγραφή της Ελληνικών και Κυπριακών δεδομένων σε σχέση με την σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία και εκπαίδευση, μέσα από την πολιτική που καθορίζει η Ευρωπαϊκή Ένωση. Η μεθοδολογία περιέλαβε βιβλιογραφική αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων MEDLINE και CINAHL (1990-2009).

Συμπεράσματα: Η σύγχρονη μεθοδολογία της Αγωγής Υγείας αφορά την ανάπτυξη δεξιοτήτων για την υιοθέτηση θετικών συμπεριφορών, που προασπίζουν και προάγουν την υγεία μέσα από την ενεργητική και βιωματική μάθηση. Ο εκπαιδευτικός ή ο επαγγελματίας υγείας έχει την δυνατότητα να μεταφέρει γνώσεις και να τροποποιεί στάσεις και συμπεριφορές σχετικά με την σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία. Στην Ελλάδα και στην Κύπρο οι μαθητές της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης διδάσκονται στοιχεία σεξουαλικής αγωγής στα πλαίσια του αναλυτικού προγράμματος μαθημάτων. Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και το Συμβούλιο της Ευρώπης με διάφορους κανονισμούς υπογραμμίζουν την αναγκαιότητα της σεξουαλικής αγωγής και καθορίζουν ένα ευρύ πεδίο μάθησης.

Λέξεις-κλειδιά: Σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία, εκπαίδευση, Ευρωπαϊκή πολιτική.

Εισαγωγή

Παγκόσμια, η Σεξουαλική Αγωγή αποτέλεσε και αποτελεί ένα πολυσυζητημένο θέμα με πολλές διαστάσεις: το περιοχόμενο, το χρονικό πλαίσιο, οι τρόποι διδασκαλίας, οι κατάλληλοι εκπαιδευτές, από ποια ηλικία πρέπει να ξεκινά η εκπαίδευση κλπ. Σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό κανονισμό 1567/2003 άρθρο 2, οι έφηβοι έχουν το δικαίωμα «...μίας επαρκούς πρόσβασης σε πληροφορίες, εκπαίδευση και... υπηρεσίες όσον αφορά την αναπαραγωγή και σεξουαλική ζωή...». Είναι αναγκαία μία πολυδιάστατη προσέγγιση λόγω των πολλών παραγόντων που συμβάλλουν στην κοινωνική και ατομική ανάπτυξη για την αντιμετώπιση θεμάτων που αφορούν τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία (π.χ. HIV/AIDS, ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη). Αυτή η προσέγγιση δεν μπορεί να απέχει από την υπάρχουσα κοινωνικοπολιτισμική υποδομή κάθε χώρας, ούτε μπορεί να αγνοήσει

σε τα δικαιώματα και τις ευθύνες των νέων σε θέματα της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας. Στην Ευρώπη το 25% των εφήβων ηλικίας 15 ετών είναι σεξουαλικά ενεργοί, ενώ στην Αμερική αυτό το ποσοστό κυμαίνεται στο 50% (Knerf, 2006, Warren και συν. 1998). Στη Κύπρο, είναι 16 ετών (Οργανισμός Νεολαίας και Ινστιτούτο Αναπαραγωγικής Ιατρικής Κύπρου, 2006). Στην Ελλάδα ο μέσος όρος ηλικίας έναρξης της σεξουαλικής δραστηριότητας είναι 15-16 ετών (Μονάδα Εφηβικής Υγείας, 2009). Η έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας σε πρώιμη ηλικία, το αυξανόμενο ποσοστό κηρύσεων εφηβικής ηλικίας, οι εκτρώσεις, ο ιός HIV/AIDS και τα Σ.Μ.Ν. είναι μερικοί από τους παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά τη σεξουαλική υγεία των νέων στη σύγχρονη εποχή (UNAIDS, 2004).

Σεξουαλική υγεία και εκπαίδευση

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2002), η σεξουαλικότητα είναι μια κυρίαρχη έννοια της ανθρώπινης ύπαρξης καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής που περιλαμβάνει το φύλο και τους ρόλους που απορρέουν από αυτό, το σεξουαλικό προσανατολισμό, την ευχαρίστηση, τις σεξουαλικές σχέσεις και την αναπαραγωγή. Η σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία προϋποθέτει μια θετική προσέγγιση χαρακτηριζόμενη από σεβασμό στη σεξουαλικότητα και τις σεξουαλικές σχέσεις καθώς και τη δυνατότητα απόκτησης ευχάριστων και ασφαλών σεξουαλικών εμπειριών, χωρίς εξαναγκασμό, διάκριση και άσκηση βίας (WHO, 2002).

Η σεξουαλική αγωγή και συμπεριφορά όπως και η σεξουαλικότητα (π.χ. έναρξη σεξουαλικής δραστηριότητας) διαμορφώνεται μέσα σε συγκεκριμένα πολιτισμικά πλαίσια της κάθε κοινωνίας και επηρεάζεται από παράγοντες που έχουν σχέση με τις κοινωνικές αξίες και τα θρησκευτικά πιστεύω (Bonell και συν., 2006, Okun, 2000).

Επίσης, το οικογενειακό περιβάλλον και η παρέα των συνομηλίκων διαδραματίζουν καίριο ρόλο στη διαμόρφωση των στάσεων και αντιλήψεων ενώ έχει φανερό ότι η σεξουαλική αγωγή περιορίζει την επικίνδυνη συμπεριφορά (Aspy και συν., 2006, Wight και συν., 2002). Σε ορισμένες Σκανδιναβικές χώρες, οι γονείς φαίνεται να είναι αρκετά ώριμοι να συζητούν το θέμα ανοικτά με τα παιδιά τους σε σχέση με άλλες χώρες όπως η Αγγλία ή η Ελλάδα. Διαπιστώνεται ότι οι νέοι εκεί είναι πολύ καλύτερα πληροφορημένοι και κάνουν ώριμες επιλογές όσον αφορά τη σεξουαλική τους ζωή, η έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας παρατείνεται ενώ οι σεξουαλικές τους επαφές είναι πιο ασφαλείς (McCafferty, 2007).

Η σεξουαλική αγωγή δεν περιορίζεται μόνο στην παρο-

χή γνώσεων για τα Σ.Μ.Ν. ή την αντιούληψη αλλά αποσκοπεί στην δια βίου μάθηση για τη σεξουαλικότητα, τα συναισθήματα, τις σχέσεις, την ανάπτυξη δεξιοτήτων, στάσεων και συμπεριφορών. Εξετάζει επίσης τις σχέσεις και τα συναισθήματα που αφορούν τη σεξουαλική εμπειρία. Προσεγγίζει τη σεξουαλικότητα ως ένα φυσικό, αναπόσπαστο και θετικό μέρος της ζωής και καλύπτει όλες τις πτυχές της εξέλιξης και της ύπαρξης (Καυγά-Παλιτόγλου, 2008). Πρωθυμεί την ισότητα των φύλων, την αυτο-εκτίμηση και τον σεβασμό για τα σεξουαλικά και αναπαραγωγικά δικαιώματα.

Σχετικά με τα αποτελέσματα προγραμμάτων σεξουαλικής αγωγής οι Kirby και συν. (2007), κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η αποτελεσματικότητα τους εξαρτάται από τη διερεύνηση των εκπαιδευτικών αναγκών και τον κατάλληλο σχεδιασμό τους. Για να είναι αποτελεσματικό ένα «μάθημα» σεξουαλικής αγωγής, πρέπει να ληφθούν υπόψη οι γνώσεις, η στάση και η συμπεριφορά των νέων απέναντι σε θέματα σχετικά με τη σεξουαλικότητα, όπως διαφυλικές σχέσεις και αντισύλληψη (WHO, 2003). Στην Ελλάδα και στην Κύπρο οι μαθητές της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης διδάσκονται στοιχεία σεξουαλικής αγωγής στα πλαίσια του αναλυτικού προγράμματος μαθημάτων. Μέσα απ' αυτά οι μαθητές ενημερώνονται και συζητούν για θέματα όπως: σεξουαλική ανάπτυξη, αναπαραγωγή, αντισύλληψη, διαπροσωπικές σχέσεις. Η νέα γνώση είναι απαραίτητη για να λειτουργεί σαν βάση πάνω στην οποία οι νέοι άνθρωποι θα στηριχτούν για να αναπτύξουν υπεύθυνους τρόπους συμπεριφοράς και τρόπους σκέψης και δεξιότητες σε σχέση με τη σεξουαλικότητα (Δάβου και Σουριτζή, 2009).

Σεξουαλική αγωγή και Ευρωπαϊκή πολιτική

Η Ευρωπαϊκή διάσταση στην εκπαίδευση, είναι απαραίτητο να προσεγγιστεί μέσα από το πλαίσιο της ευρύτερης Κοινωνικής εκπαιδευτικής πολιτικής, ως στοιχείο που συμ-

βάλλει στην ανάπτυξη της Κοινότητας και στην υλοποίηση του στόχου της δημιουργίας ενιαίας κοινής Ευρωπαϊκής συνείδησης. Ως πρακτική, η Ευρωπαϊκή διάσταση σχετίζε-

ται άμεσα με τη εκπαιδευτική διάσταση. Πρόκειται ουσιαστικά για την πραγμάτωση του θεωρητικού πλαισίου της Κοινωνικής εκπαιδευτικής πολιτικής στη καθημερινή πρακτική στο σχολείο και σε κέντρα υγείας. Συνεπώς, η έννοια της Ευρωπαϊκής διάστασης οφείλει να συσχετιστεί με διδακτικές αρχές και παιδαγωγικές μεθόδους, να συνδυαστεί και να εναρμονιστεί με τα γνωστικά αντικείμενα του αναλυτικού προγράμματος, να προβληθεί μέσα από εκπαιδευτικά εγχειρίδια και τέλος να αποτελέσει αντικείμενο συνεχούς επιμόρφωσης των εκπαιδευτικών και επαγγελματιών υγείας (Δανασσής- Αφεντάκης, 2003).

Ο κανονισμός της Ευρωπαϊκής Ένωσης 1567/2003 ανάμεσα σε άλλα τονίζει:

- την ατομική ελευθερία για πρόσβαση σε πληροφορίες, εκπαίδευση και υπηρεσίες για τους εφήβους
- την στήριξη των πολιτικών και προγραμμάτων υγείας για την σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία
- την διαρκή παροχή και διάθεση σε οικονομικά προσιτή τιμή αποτελεσματικότερων και αποδεκτών μεθόδων αντισύλληψης και προστασίας από τα ΣΜΝ, HIV/AIDS
- το δικαίωμα του ασφαλούς τερματισμού της εγκυμοσύνης και την διεξαγωγή συμβουλευτικής πριν και μετά τον τερματισμό της εγκυμοσύνης
- την εκπαίδευση για τον οικογενειακό προγραμματισμό
- την εκπαίδευση για την ισότητα των φύλων σε σχέση με την συμπεριφορά ως προς τις σεξουαλικές τους σχέσεις

(π.χ. ευθύνες)

Πολύ καθαρά μέσα από τον πιο πάνω κανονισμό το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και το Συμβούλιο της Ευρώπης υπογραμμίζουν την αναγκαιότητα της σεξουαλικής αγωγής και καθορίζουν ένα ευρύ πεδίο μάθησης.

Οι Moore και Rienzo (2000) εισηγήθηκαν ένα πιο συγκεκριμένο θεματολόγιο όσον αφορά την σεξουαλική εκπαίδευση που συμπεριλαμβάνει:

1. Ανθρώπινη ανάπτυξη (π.χ. ανατομία, φυσιολογία, εφηβεία, σωματικό είδωλο, σεξουαλική ταυτότητα)
2. Σχέσεις (π.χ. οικογένεια, αγάπη, γάμος, ραντεβού)
3. Προσωπικές δεξιότητες, Αξίες, (π.χ. διαπραγμάτευση, αποφάσεις)
4. Σεξουαλική συμπεριφορά (π.χ. αυνανισμός, αποχή, φαντασία)
5. Σεξουαλική υγεία (π.χ. αντισύλληψη, έκτρωση, βία)
6. Κοινωνία και Κουλτούρα (π.χ. νομοθεσία, θρησκεία, ΜΜΕ)

Αυτές οι κατευθυντήριες γραμμές φαίνεται να δίνουν μία ολιστική προσέγγιση της σεξουαλικής αγωγής. Συνδυάζουν όλες τις παραμέτρους προσεγγίζοντας τον έφηβο ως μία βιο-ψυχο-κοινωνικο-πολιτισμική οντότητα.

Η Ευρωπαϊκή πολιτική δίνει συγκεκριμένες κατευθυντήριες γραμμές, είναι όμως στην διακριτική ευχέρεια της κάθε χώρας πως και σε ποιο βαθμό θα τις συμπεριλάβει μέσα στα πλαίσια της δικής της κουλτούρας και κοινωνίας.

Η σεξουαλική αγωγή σε άλλες χώρες

Σχεδόν σε όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης η σεξουαλική αγωγή έχει ενσωματωθεί στο αναλυτικό πρόγραμμα του σχολείου ως υποχρεωτικό ή προαιρετικό «μάθημα». Σε χώρες που θεωρούνται πιο προοδευτικές όπως η Ολλανδία και η Σουηδία το θέμα διδάσκεται από το νηπιαγωγείο και αργότερα στο σχολείο διαθεματικά. Σημαντικό στοιχείο είναι ότι στην εκπαιδευτική διαδικασία υπάρχει ανάμειξη των παιδιών (δηλαδή υπάρχουν πυρήνες μάθησης) και των γονιών (Moore, 2000). Στην Αγγλία, παρόλο που γίνεται διαθεματικά στο σχολικό πρόγραμμα, δεν ακολουθείται μία συστηματική ολιστική προσέγγιση το θέματος της σεξουαλικής αγωγής. Πιθανόν αυτό να εξηγεί και τα υψηλά ποσοστά των εκτρώσεων που σημειώνονται

κάθε χρόνο. Το ίδιο όμως φαίνεται να ισχύει και για άλλες χώρες όπου η σεξουαλική εκπαίδευση είναι περιορισμένη ή αποσπασματική ή συνειδητά επικεντρωμένη σε συγκεκριμένα πλαίσια. Για παράδειγμα στην Ρουμανία υπάρχει αρκετή θεωρητική εκπαίδευση κυρίως σε σχέση με την επικίνδυνη συμπεριφορά. Στη Ρωσία η εκπαίδευση επικεντρώνεται κυρίως σε θέματα που αφορούν τη γυναίκα (π.χ. εγκυμοσύνη, έμμηνος ρύση) και όχι στις διαφυλικές σχέσεις. Επίσης, σε κάποιες χώρες οι κοινωνικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις δημιουργούν αντιστάσεις που δυσχεραίνουν την αντικειμενική εκπαίδευση για την σεξουαλικότητα (π.χ. Πολωνία, Ιρλανδία) (Okun, 2000).

Νομικά πλαίσια σε Ελλάδα και Κύπρο σχετικά με την σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία

Έκτρωση (EU 2001/2128 (INI))

Στην Ελλάδα η διακοπή κύησης είναι νομοθετικά κατοχυρωμένη με το Νόμο 1609/86 «Τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης και προστασία της υγείας της γυναίκας». Η έκτρωση είναι νόμιμη όταν πραγματοποιείται έως τη 12η εβδομάδα με αίτηση της γυναίκας. Μετά τη 12η και έως την 20η εβδομάδα γίνεται όταν συντρέχουν ειδικοί ιατρικοί λόγοι, και μόνο σε νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), όπως λόγοι υγείας του εμβρύου ή της μητέρας. Στην Κύπρο βάσει νομικού πλαισίου (Νόμος Περί Εκτρώσεων 1986, άρθρο 161Α) η έκτρωση επιτρέπεται υπό

ορισμένες όμως συνθήκες. Σε δημόσια νοσοκομεία είναι δύσκολο να πραγματοποιηθεί, κυρίως για κοινωνικούς και πολιτισμικούς λόγους και την αποφυγή κοινωνικού στιγματισμού. Σε περιπτώσεις βιασμού, η αστυνομία είναι υποχρεωμένη μαζί με την ιατροδικαστική γνωμάτευση βιασμού, να καταθέσει και ιατρικό πιστοποιητικό. Η έκτρωση απαγορεύεται από την Εκκλησία της Κύπρου.

Δημόσια υγεία (EU 2001/2128 (INI))

Στην Κύπρο δεν υπάρχει επίσημη δημόσια υπηρεσία άμεσης βοήθειας και υποστήριξης για τους νέους σε

σχέση με την σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία και συμπεριφορά. Στην Ελλάδα ο Οικογενειακός Προγραμματισμός είναι αναγνωρισμένος ως δικαίωμα των πολιτών με το Ν.1397/83 για το ΕΣΥ, όπου ορίζεται ότι την αποκλειστική ευθύνη παροχής τέτοιων υπηρεσιών την αναλαμβάνει το κράτος (Σουρτζή, 2006).

Σεξουαλική αγωγή (EU 89/C 3/01; 2001/2128(INI))

Στην Κύπρο δεν υπάρχει νομοθεσία για υποχρεωτική σεξουαλική αγωγή ενώ υπάρχει στα πλαίσια του προγράμματος Αγωγής Υγείας από το 1992. Στην Ελλάδα η Αγωγή Υγείας στα σχολεία είναι θεσμοθετημένη για τις βαθμίδες

της Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης: «Στα σχολεία Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης εφαρμόζονται προγράμματα Αγωγής Υγείας, που αποτελούν τμήμα των ωρολογίων και αναλυτικών προγραμμάτων των σχολείων αυτών και περιλαμβάνουν τη διδασκόμενη αναλυτική ύλη και τις σχετικές δραστηριότητες...» (άρθρο 7, ν. 2817/ΦΕΚ78/14-3- 2000). Τα αναλυτικά προγράμματα Αγωγής Υγείας έχουν εγκριθεί από τα αντίστοιχα τμήματα του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου και βρίσκονται στα σχολεία με τις 2/6006/7- II-2001 και Φ11.2/818/78436/Γ1/25-7-2002 Εγκυκλίου και την Γ2/43520/ΦΕΚ/543/τ.Β' /1-5-2002 Υπουργική Απόφαση.

Συμπεράσματα

Η εκπαίδευση για τη σεξουαλική υγεία των εφήβων στοχεύει στην διαμόρφωση ασφαλούς και υγιούς συμπεριφοράς μέσα από εκπαιδευτικές μεθόδους, την παροχή γνώσεων και στην ευαισθητοποίηση σε σχέση με τη σεξουαλική πρακτική και συμπεριφορά. Η σύγχρονη μεθοδολογία της Αγωγής Υγείας δεν είναι μια απλή ενημέρωση και συσώρευση γνώσεων σε εξειδικευμένα θέματα υγείας, αλλά αφορά την ανάπτυξη δεξιοτήτων για την υιοθέτηση θετικών συμπεριφορών, που προασπίζουν και προάγουν την υγεία μέσα από την ενεργητική και βιωματική μάθηση. Η αγωγή υγείας, δύναται να εφαρμοστεί από επιστήμονες, ανεξαρτήτου ειδικότητας με την προϋπόθεση να έχουν κατανοήσει τις βασικές έννοιες και αρχές της (Καλοκαιρινού και Σουρτζή, 2005).

Η σεξουαλική εκπαίδευση με την ευρύτερη έννοια εγείρει και το ζήτημα της πρόσβασης στις ειδικές υπηρεσίες ενημέρωσης των νέων και ιδιαίτερα των κοινωνικά αποκλεισμένων ομάδων για τα δικαιώματα σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας. Η έκτρωση δεν έχει νομιμοποιηθεί ακόμα σε πολλές τις χώρες. Ακόμη και όταν επιτρέπεται, συχνά υπόκειται σε πολλές διοικητικές διατυπώσεις που αποτελούν εμπόδια για πολλές γυναίκες. Σε ορισμένες περιπτώσεις και σε ορισμένες χώρες, υπάρχουν αυστηρά χρονικά όρια για τη διενέργεια των διακοπών κυήσεως έτσι ώστε, το δικαίωμα αυτό να μην έχει αξία στην πράξη. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να υπάρχει η δυνατότητα πληροφόρησης και παραπομπής των νέων στις κατάλληλες δομές και υπηρεσίες στήριξης όταν κρίνεται απαραίτητο. Συνεπώς, όσοι ασχολούνται με την σεξουαλική αγωγή γίνονται εν δυνάμει μοχλοί πίεσης για την δημιουργία τέτοιων δομών.

Ο εκπαιδευτικός και ο επαγγελματίας υγείας μέσα από την ειδικότητα του θέματος που διδάσκει και τη καθημερινή πρακτική, έχει την δυνατότητα να μεταφέρει γνώσεις και να τροποποιεί στάσεις και συμπεριφορές σχετικά με την σεξου-

αλική και αναπαραγωγική υγεία. Είναι απαραίτητο λοιπόν να υιοθετούνται ολοκληρωμένες προτάσεις στο εκπαιδευτικό σύστημα και στο σύστημα υγείας, μέσα από στοχευμένα προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης. Τα προγράμματα σεξουαλικής αγωγής αποτελούν προγραμματισμένες δραστηριότητες που στηρίζονται στην εκτίμηση των αναγκών, των εμπειριών και των δυνητικών κινδύνων του πληθυσμού των νέων που απευθύνονται. Αποσκοπούν στην ενίσχυση θετικών μορφών συμπεριφοράς και στην αποφυγή επιρροών ή αλλαγών που επιβάλλουν έναν μη υγιή τρόπο ζωής. Βασίζονται σε διάφορες θεωρίες (εκπαιδευτικές, κοινωνιολογικές, υγείας) που στοχεύουν κυρίως στη διαμόρφωση και την αλλαγή συμπεριφοράς. Σχετικά με την σεξουαλική αγωγή πρωτεύοντα ρόλο κατέχει η διδασκαλία μηχανισμών αποφυγής ψυχολογικής πίεσης από κοινωνικούς ή άλλους παράγοντες (Δανασσής-Αφεντάκης, 2000).

Απαραίτητος θεωρείται ο εκαισθητισμός των εκπαιδευτικών εγχειριδίων αλλά και η ευαισθητοποίηση και σωστή κατάρτιση των εκπαιδευτικών και όλων των επιστημόνων υγείας. Η σεξουαλική αγωγή προβλέπει μια διαρκή εξελικτική και υπεύθυνη ενημέρωση, ξεκινώντας από τα πρώτα χρόνια της ζωής του παιδιού και απαιτεί μια διεπιστημονική συνεργασία τόσο στο χώρο της εκπαίδευσης όσο και της ευρύτερης κοινότητας (Βιδαλάκη, 1990).

Απώτερος στόχος της σεξουαλικής εκπαίδευσης είναι η προαγωγή της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας, ιδιαίτερα των νέων, και η πρόληψη ανεπιθύμητων καταστάσεων με ό,τι αυτό συνεπάγεται σε ψυχολογικό, σωματικό και κοινωνικό κόστος. Η αξιοποίηση της δυνατότητας για πρόληψη, αποτελεί την ασφαλέστερη μέθοδο. Οι νέοι με γνώση, αυτοπεποίθηση και θετικές σεξουαλικές επιλογές, προάγουν τη σεξουαλική και αναπαραγωγική τους υγεία σήμερα και μελλοντικά (Δανασσής-Αφεντάκης, 2003).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

Aspy, CB, Vesely, SK, Oman, RF, Rodine, S, Marshall, L, Fluhr, J, McLeroy, K., 2006. Youth-parent communication and youth sexual behavior: implications for physicians. *Family Medicine* 38(7):500-4

Βιδαλάκη, Μ, Λάγιου, Α, Σουρτζή, Π, Φρισόρας, Σ, 1990. Πρακτικά 2ου Πανελληνίου Σεμιναρίου «Σεξουαλική Αγωγή και Υγεία». 1-3/3/1990, Αθήνα

Bonell C, Allen E, Strange V, Oakley A, Copaw A, Johnson A, Stephenson J., 2006. Influence of family type and parenting behaviours on teenage sexual behavior and conceptions. *Epidemiol Community Health*, 60(6):502-6

Δάβου, Ε. & Σουρτζή, Π., 2009. Πιλοτική μελέτη της γνώσης, στάσης και συμπεριφοράς μαθητών λυκείου σε θέματα διαφυλικών σχέσεων και

- αντιούλληψης. Νοσηλεία και Έρευνα τεύχος 23, Ιαν-Απρ 2009, Αθήνα
- Δανασσής-Αφεντάκης, ΑΚ, 2003. Εισαγωγή στην Παιδαγωγική. Σύγχρονες Τάσεις της Αγωγής, τομ.Γ':251-252, Αθήνα.
- Δανασσής-Αφεντάκης, ΑΚ, 2000. Η Κοινωνικο-γνωστική μάθηση. Παιδαγωγική Ψυχολογία. Τόμος Α' Μάθηση και Ανάπτυξη, Δ' Έκδοση, Εκδόσεις Γ. Γκελιμπέσης: Αθήνα
- Καυγά-Παλιόγλου Α., Σταθοπούλου Χ., 2008. Προαγωγή σεξουαλικής υγείας των νέων. Νοσηλευτική διάσταση. Το Βήμα του Ασκληπιού [www.cyna.org/15th/articles/13.pdf\(10/11/2008\)](http://www.cyna.org/15th/articles/13.pdf(10/11/2008))
- Καλοκαιρινού, Α. & Σουρτζή, Π., 2005. Κοινωνική Νοσηλευτική. Βήτα: Αθήνα σελ:85-88
- Kirby, D., Laris, B., Rollieri, L., 2007. Sex and HIV Education Programs: Their impact on sexual behaviours of young people throughout the World. *Journal of Adolescent Health* 40, 206-217
- Kner, W., 2006. Sexuality education in Europe: A reference Guide to policies and practices. IPPF Europe, the SAFE project.
- Μονάδα Εφηβικής Υγείας (MEY) 2009. <http://www.youth-health.gr/gr/index.php?l=5&j=2&k=7> (accessed 10/5/2009)
- McCafferty, Ch., 2007. Αναπαραγωγική υγεία και σεξουαλική εκπαίδευση. Δημοσίευση της ομάδας ΕΕΑ/ΑρΠρΒΧ. Ανακτήθηκε στις 10/12/2008 από http://www.no-fortress-europe.eu/upload/Reproduction_EL_Final.pdf
- Moore, M.J. & Rienzo, B.A., 2000. Utilizing the SIECUS guidelines to access sexuality education in one State: Content scope and importance. *Journal of School Health*. 70 (2): 56-60
- Moore, M.L., 2000. Adolescent Pregnancy Rates in three European Countries: Lessons to be learned? *JOGNN* 29, 355-362.
- Okun, BS., 2000. Religiosity and contraceptive method choice: The Jewish population of Israel. *European Journal of Population* 16(2):109-32
- Οργανισμός Νεολαίας και Ινστιτούτο Αναπαραγωγικής Ιατρικής Κύπρου, 2006. Διαφυλικές σχέσεις και σεξουαλικότητα. Οργανισμός Νεολαίας, Κύπρος
- Σουρτζή, Π., 2006. Σημειώσεις Δημογραφίας. Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών. ΕΚΠΑ, Αθήνα
- UNAIDS, 2004. Report on the global AIDS epidemic. XI International AIDS Conference. Bangkok, Thailand.
- Warren, CW, Santelli, JS, Everett, SA, Kann, L, Collins, JL, Cassell, C, Morris, L, Kolb, LJ. 1998. Sexual behaviour among U.S high school students, 1990-1995. *Family Planning Perspectives* 30(4):170-200
- Wight, D., Raab, G.M., Henderson, M., Abraham, C., Buston, K., Hart G. & Scott, S., 2002. Limits of teacher delivered sexuality education: Interim behaviour outcomes from randomized trial. *British Medical Journal* 324:1430-1433
- World Health Organization, 2003. Preparing for adulthood: adolescent sexual and reproductive health. *Progress in Reproductive health research* No 64, WHO
- World Health Organisation, 2002. Working definition of sexual health. Available at: <http://www.who.int/reproductivehealth/gender/sexualhealth.html> (Accessed 14/1/09)

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ για ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΑΡΘΡΑ

Το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης είναι το επίσημο περιοδικό της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος. Είναι ένα περιοδικό πολυδιάστατο με κριτική επιτροπή που στοχεύει στην προώθηση της Νοσηλευτικής Επιστήμης στην Ελλάδα. Ερευνητικές αναφορές, αναλύσεις, άρθρα, βιβλιογραφικές επισκοπήσεις, κλινικές εφαρμογές και περιπτώσιολογικές μελέτες είναι επιθυμητές. Τα κείμενα πρέπει να υποβάλλονται στα αγγλικά και στα ελληνικά.

Το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης καλωσορίζει ερευνητικά δοκίμια, άρθρα και πρωτότυπες πραγματείες στους ακόλουθους τομείς:

- **Νοσηλευτική Έρευνα** (Μεθοδολογία της έρευνας, ηθική της έρευνας, εργαστηριακή έρευνα, επιδημιολογική έρευνα)
- **Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας** (οργάνωση και διοίκηση υπηρεσιών υγείας, οικονομική αξιολόγηση και αποτίμηση υπηρεσιών υγείας, διαχείριση ανθρώπινων πόρων, ποιότητα υπηρεσιών υγείας, στρατηγικός σχεδιασμός, επικοινωνία, διοίκηση χρόνου, ηγεσία)
- **Νοσηλευτική Εκπαίδευση** (Νέες Εκπαιδευτικές Μέθοδοι, Μεθοδολογία Εκπαίδευσης, Μεταπτυχιακή Νοσηλευτική Έρευνα)
- **Κλινική Νοσηλευτική** (Παθολογική Νοσηλευτική, Χειρουργική Νοσηλευτική, Νοσηλευτική Λοιμώξεων, Νεφρολογική Νοσηλευτική, Παιδιατρική Νοσηλευτική, Γαστρεντερολογική Νοσηλευτική, Ογκολογική Νοσηλευτική, Εντατική και Επείγουσα Νοσηλευτική, Καρδιολογική Νοσηλευτική, Ορθοπεδική Νοσηλευτική, Ψυχιατρική Νοσηλευτική)
- **Κοινωνική Νοσηλευτική** (Υποστήριξη Κοινωνικών Ομάδων, Φροντίδα Ευπαθών Πληθυσμιακών Ομάδων, Ενημέρωση και Πρόληψη Νόσων, Προαγωγή Κοινωνικής Υγείας)
- **Ηθική και Δεοντολογία Νοσηλευτικής** (ηθική για τη νοσηλευτική πρακτική, ηθική της έρευνας, ηθικά διλήμματα και λήψη αποφάσεων στη νοσηλευτική πρακτική)
- **Νοσηλευτική Νομοθεσία** (δίκαιο της υγείας, ατομικά δικαιώματα, νοσηλευτικό εργατικό δίκαιο, αξιώσεις ασθενών, επαγγελματικά δικαιώματα)

Οι ενδιαφερόμενοι να υποβάλουν άρθρο προς δημοσίευση παρακαλούν να επικοινωνήσουν με:

Ιστοσελίδα: **www.nursingjournal.gr**
Ηλεκ. Ταχυδρομείο: **hjns@otenet.gr**
Ταχ. Διεύθυνση: **Βασ. Σοφίας 47, 10676, Αθήνα**
Τηλέφωνο: **210 3648 044**
Fax: **210 3617 859**

Οι οδηγίες για τους συγγραφείς είναι διαθέσιμες στην ηλεκτρονική διεύθυνση **www.nursingjournal.gr** ή είναι διαθέσιμες εφόσον ζητηθούν.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

Το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης είναι το επίσημο περιοδικό του της ΕΝΩΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ Είναι ένα με σύστημα κριτών, διεπιστημονικό περιοδικό που προορίζεται να προωθήσει την επιστήμη της Νοσηλευτικής στην Ελλάδα.

Το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης παρέχει ένα φόρουμ για τη δημοσίευση των ακαδημαϊκών άρθρων που εκθέτουν ερευνητικά συμπεράσματα, ανασκοπήσεις βασισμένες στην έρευνα, άρθρα συζήτησης και σχόλια που ενδιαφέρουν ένα διεθνές αναγνωστικό κοινό των επαγγελματιών, των εκπαιδευτικών, των διοικητών και των ερευνητών σε όλους τους τομείς της νοσηλευτικής, της μαιευτικής και των επιστημών φροντίδας. Τα άρθρα πρέπει να δώσουν έμφαση στη συμβολή τους στη θεωρητική ή βάση γνώσεων του επιστημονικού κλάδου.

Τα άρθρα πρέπει να έχουν μια διεθνή διάσταση και εκείνα που εστιάζουν σε μια μόνο χώρα πρέπει να προσδιορίσουν πώς η ύλη που παρουσιάζεται μπορεί να είναι σχετική σε ένα ευρύτερο ακροατήριο.

Η επιλογή των άρθρων για δημοσίευση βασίζεται στη συμβολή τους στη γνώση (συμπεριλαμβανομένης της μεθοδολογικής ανάπτυξης) και τη σημασία τους στη σύγχρονη νοσηλευτική, και τη σχέση τους με την μαιευτική και τα σχετικά επαγγέλματα. Τα άρθρα θα πρέπει να υποβάλλονται στα ελληνικά και στα αγγλικά.

ΤΥΠΟΙ ΑΡΘΡΩΝ ΠΟΥ ΕΞΕΤΑΖΟΝΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗ

Το ΕΠΙΝΕ δημοσιεύει τα άρθρα κάτω από τρεις κύριες κατηγορίες:

Άρθρα σύνταξης και προοπτικές/απόψεις

Γενικά τα άρθρα σύνταξης ανατίθενται αλλά οι συγγραφείς, που έχουν ιδέες για άρθρα σύνταξης που απευθύνονται σε ζητήματα ουσιαστικής ανησυχίας στον επιστημονικό κλάδο που μπορεί να συνδεθούν με το υλικό που δημοσιεύεται στο περιοδικό, πρέπει να έρθουν σε επαφή με τον υπεύθυνο έκδοσης. Τα άρθρα σύνταξης είναι χαρακτηριστικά σύντομα (μέγιστο 200 λέξεων) αν και δεν υπάρχει κανένα σταθερό όριο.

Πρωτότυπα άρθρα - ερευνητικές εργασίες

- Τα πλήρη άρθρα που παρουσιάζουν αρχική έρευνα μπορούν να είναι σε ένα μέγιστο 5000 λέξεων μήκος, αν και τα πιο σύντομα άρθρα προτιμώνται.
- Τα πρωτόκολλα των μελετών ελεγχόμενης επέμβασης και οι συστηματικές ανασκοπήσεις μέχρι 2.500 λέξεις. Οι συγγραφείς πρέπει να δώσουν επιχειρήματα για τη δημοσίευση του πρωτοκόλλου στο οποίο πρέπει να δηλώσουν τον αριθμό μητρώου της δοκιμής (εάν υπάρχει) και τότε θα παρουσιαστούν τα συμπεράσματα.

Ανασκοπήσεις και σύντομες παρουσιάσεις (μέχρι 2000 λέξεις)

• Ανασκοπήσεις, που περιλαμβάνουν:

- συστηματικές ανασκοπήσεις, που εξετάζουν ακριβείς ερωτήσεις πρακτικής
- βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις, οι οποίες παρέχουν μια λεπτομερή ανάλυση της βιβλιογραφίας σε ένα ευρύ θέμα
- πολιτικές ανασκοπήσεις, δηλ. ανασκοπήσεις των δημοσιευμένων εγγράφων λογοτεχνίας και πολιτικής που ενημερώνουν την νοσηλευτική πρακτική, την οργάνωση των νοσηλευτικών υπηρεσιών, ή την εκπαίδευση και την προετοιμασία των νοσηλευτριών ή/και των μαίων.
- Σύντομες εκθέσεις και 5 αναφορές, που εκθέτουν την ανάπτυξη των ερευνητικών οργάνων και τις κλίμακες μέτρησης και που συμπεριλαμβάνουν ένα αντίγραφο του σχετικού οργάνου έτσι ώστε να μπορούν να δημοσιευθούν πλήρως. Εάν οι συγγραφείς επιθυμούν να διατηρήσουν τα πνευματικά δικαιώματα - μπορούν να το κάνουν απλά σημειώνοντας το ως πνευματικά δικαιώματα σε αυτούς/το ινστιτούτο τους και λέγοντας ότι αναπαράγονται με την άδεια τους.
- Άρθρα κριτικής βιβλίων, δηλ. άρθρα που παρέχουν μια κριτική συζήτηση μιας πτυχής της νοσηλευτικής σε σχέση με δύο ή περισσότερες πρόσφατες δημοσιεύσεις σε ένα παρόμοιο θέμα. Ο υπεύθυνος έκδοσης καλωσορίζει προτάσεις για άρθρα κριτικής βιβλίων (μέχρι 1000 λέξεων), και μπορεί επίσης να τις αναθέσει.

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ

Οι συγγραφείς πρέπει να υποβάλουν τα χειρόγραφα στο περιοδικό ηλεκτρονικά μέσω του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου του περιοδικού: HYPERLINK "mailto:hjns@otenet.gr" hjns@otenet.gr. Όλη η αλληλογραφία, συμπεριλαμβανομένης της ανακοίνωσης της απόφασης του υπεύθυνου σύνταξης και των αιτημάτων για επανεξέταση, θα γίνεται με το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο. Όποιος συγγραφέας δεν μπορεί να υποβάλει ηλεκτρονικά αντίγραφα για κάποιο σημαντικό λόγο πρέπει να έρθει σε επαφή με το εκδοτικό γραφείο κατά αρχήν για συμβουλές (λεπτομέρειες επικοινωνίας στο HYPERLINK "http://www.nursingjournal.gr" www.nursingjournal.gr).

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

Διαδικασία αξιολόγησης

Όλα τα άρθρα που γίνονται αποδεκτά για δημοσίευση υποβάλλονται σε μια διπλή τυφλή αξιολόγηση από τουλάχιστον δύο κριτές. Αρχικά όλα τα άρθρα αξιολογούνται από μια εκδοτική επιτροπή. Τα άρθρα που είναι άπιθανο να δημοσιευθούν, παραδείγματος χάριν επειδή η

νέα συμβολή τους είναι ανεπαρκής ή η σχετικότητα στον επιστημονικό κλάδο είναι ασαφής, μπορούν να απορριφθούν σε αυτό το σημείο προκειμένου αποφευχθούν καθυστερήσεις στους συγγραφείς που μπορεί να θέλουν να επιδιώξουν τη δημοσίευση αλλού. Περιστασιακά ένα άρθρο μπορεί επιστραφεί στο συγγραφέα με το αίτημα για επανεξέταση προκειμένου να βοηθήσει σε αυτό το σημείο τους συγγραφείς στην απόφαση τους εάν θα το στείλουν ή όχι έξω για αξιολόγηση. Οι συγγραφείς μπορούν να αναμείνουν μια απόφαση σχετικά με αυτό το στάδιο της διαδικασίας αξιολόγησης μέσα σε 2-3 εβδομάδες από την υποβολή. Τα χειρόγραφα που πηγαίνουν προς τη διαδικασία αξιολόγησης είναι με δίπλα-κρυφό σύστημα αξιολόγησης με κριτές από τα μέλη μιας διεθνούς επιτροπής ειδικών. Στοχεύουμε να ολοκληρώσουμε αυτήν την διαδικασία μέσα σε 8 εβδομάδες από την απόφαση να αξιολογήσουμε αν και περιστασιακά καθυστερήσεις συμβαίνουν και οι συγγραφείς πρέπει να επιτρέψουν τουλάχιστον 12 εβδομάδες πριν έρθουν σε επαφή με το περιοδικό. Η απόφαση όσον αφορά τη δημοσίευση είναι βασισμένη στην κριτική και την εκδοτική αξιολόγηση της προτεραιότητας για τη δημοσίευση. Ο υπεύθυνος έκδοσης διατηρεί το δικαίωμα στην τελική απόφαση σχετικά με την αποδοχή.

ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΓΡΑΦΟΥ

Γενικές οδηγίες: Οι υποβληθείσες εργασίες πρέπει να είναι κατάλληλες για ένα διεθνές ακροατήριο και οι συγγραφείς δεν πρέπει να θεωρούν ως δεδομένο τη γνώση των εθνικών πρακτικών, των πολιτικών, και της νομοθεσίας. Πρέπει να δακτυλογραφηθούν, με διπλό διάστιχο με τα ευρέα περιθώρια στη μια πλευρά λευκού χαρτιού. Οι συγγραφείς δεν πρέπει να προσδιοριστούν ή τα νοσηλεύματα τους στο χειρόγραφο εκτός από τη σελίδα τίτλου, η οποία αφαιρείται πριν από την αξιολόγηση. Για το αντίγραφο σε χαρτί τα τυπωμένα κείμενα καλής ποιότητας με ένα μέγεθος γραμματοσειράς 12 PT απαιτούνται. Οι συγγραφείς πρέπει να συμβουλευθούν ένα πρόσφατο τεύχος του περιοδικού για το ύψος ει δυνατόν. Δεδομένου ότι το περιοδικό διανέμεται σε όλο τον κόσμο, και δεδομένου ότι τα αγγλικά είναι μια δεύτερη γλώσσα για πολλούς αναγνώστες, οι συγγραφείς καλούνται να γράψουν σε σαφή αγγλικά και χρησιμοποιούν μια ορολογία που είναι διεθνώς αποδεκτή. Ο υπεύθυνος έκδοσης διατηρεί το δικαίωμα να ρυθμίσει το ύψος για να εξασφαλίσει ορισμένα πρότυπα ομοιομορφίας.

ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΓΡΑΦΟΥ

Οργανώστε το χειρόγραφο στην ακόλουθη σειρά: τίτλος του άρθρου, σελίδα τίτλου, ευχαριστίες, περίληψη και λέξεις κλειδιού, κείμενο, βιβλιογραφικές αναφορές, πίνακες, αριθμοί, παράρτημα (γραμματοσειρά: TIMES NEW ROMAN μέγεθος 12, 1,5 διάστημα γραμμών). Παρακαλώ αριθμήστε τις σελίδες του χειρογράφου σας.

Μήκος άρθρου: Όλα τα άρθρα υπόκεινται στην αξιολόγηση και οι συγγραφείς ωθούνται να είναι συνοπτικοί; τα εκτενή άρθρα με πολλούς πίνακες και αριθμούς μπορεί να χρειαστεί να γίνουν πιο σύντομα εάν πρόκειται να γίνουν αποδεκτά για δημοσίευση. Δεν υπάρχει κανένα συγκεκριμένο όριο λέξεων, εντούτοις, (εκτός από τις κατηγορίες που απαριθμούνται ανωτέρω) τα άρθρα μπορεί να είναι μέχρι 5000 λέξεις στο μήκος, συν τους πίνακες, τους αριθμούς, και την βιβλιογραφία. Συνήθως δεν πρέπει να υπάρξει κανένα παράρτημα αν και στην περίπτωση των άρθρων που εκθέτουν την ανάπτυξη εργαλείων ή της χρήσης των νέων ερωτηματολογίων είναι συνηθισμένο να περιληφθεί ένα αντίγραφο του εργαλείου ως παράρτημα. Οι συγγραφείς οποιωνδήποτε άρθρων, που δεν συμμορφώνονται με αυτούς τους περιορισμούς, πρέπει να κάνουν την προκαταρκτική ερώτηση στον υπεύθυνο έκδοσης πριν υποβάλουν το χειρόγραφο.

Τίτλος: Ο τίτλος ενός άρθρου πρέπει να δείχνει το θέμα του και όπου είναι σχετικό τον πληθυσμό, το κλινικό πρόβλημα και την μέθοδο της έρευνάς του. Εάν το άρθρο είναι μια ανασκόπηση, αυτό πρέπει να δηλωθεί στον τίτλο π.χ. «μονάδες κατευθυνόμενες από τις νοσηλεύτριες: μια συστηματική ανασκόπηση», «ενδυνάμω-

ση ασθενή : μια βιβλιογραφική ανασκόπηση», «φαινομενολογία για την νοσηλευτική έρευνα: μια μεθοδολογική ανασκόπηση», «βρετανικές οδηγίες για την θεραπεία της κατάθλιψης: μια πολιτική ανασκόπηση».

Για τις ερευνητικές εργασίες το ερευνητικό σχέδιο που υιοθετείται πρέπει να δηλωθεί π.χ. «η αποτελεσματικότητα των μονάδων που κατευθύνονται από νοσηλεύτριες: μια τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή», «αντιμετωπίζοντας το χρόνιο πόνο: μια εθνογραφία», «εμπόδια επικοινωνίας που γίνονται αντιληπτά από τους ηλικιωμένους ασθενείς και από τις νοσηλεύτριες: μια έρευνα ερωτηματολογίων», «οι ψυχομετρικές ιδιότητες της κλίμακας πόνου και στρες : ανάπτυξη κλίμακας».

Σελίδα τίτλου: Περιλάβετε το πλήρες όνομα, τον τίτλο εργασίας, τα υψηλότερα ακαδημαϊκά και επαγγελματικά προσόντα και το ινστιτούτο για κάθε συγγραφέα. Δηλώστε μια διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου για τον αντίστοιχο συγγραφέα.

Ευχαριστίες: περιορίστε τις ευχαριστίες στους βασικούς συνεισφέροντες.

Περίληψη: Προετοιμάστε μια δομημένη περίληψη. Οι περιλήψεις πρέπει να είναι λιγότερο από 250 λέξεις, και δεν πρέπει να περιλάβουν βιβλιογραφικές αναφορές ή τις συντμήσεις.

Οι περιλήψεις των ερευνητικών εργασιών πρέπει να υιοθετήσουν τους ακόλουθους τίτλους, όπου είναι δυνατόν: Υπόβαθρο Στόχοι Σχέδιο Τοποθετήσεις (μην διευκρινίσετε τα πραγματικά κέντρα, αλλά δώστε τον αριθμό και τους τύπους κέντρων και γεωγραφική θέση εάν είναι σημαντικά) Συμμετέχοντες (λεπτομέρειες για το πώς επιλέχθηκαν, κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού, αριθμοί αυτών που εισάγονται και που αφήνουν τη μελέτη, τα σχετικά κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά) Μέθοδοι Αποτελέσματα, εκθέστε την κύρια έκβαση /συμπεράσματα συμπεριλαμβανομένου (όπου σχετικά) επίπεδα στατιστικών σημαντικών και εμπιστοσύνης , και συμπεράσματα, τα οποία πρέπει να αφορούν τους στόχους και τις υποθέσεις μελέτης.

Οι περιλήψεις για τις ανασκοπήσεις πρέπει να παρέχουν μια περίληψη υπό τους ακόλουθους τίτλους, όπου είναι δυνατόν: Στόχοι, σχέδιο, πηγές δεδομένων, μέθοδοι ανασκόπησης, αποτελέσματα, συμπεράσματα.

Οι περιλήψεις για τα άρθρα κριτικής βιβλίων πρέπει να παρέχουν μια συνοπτική περίληψη της γραμμής επιχειρήματος που ακολουθείται και συμπερασμάτων. Ένα δομημένο σχήμα δεν είναι ουσιαστικό.

λέξεις-κλειδιά: Παρέχετε μεταξύ δύο και έξι λέξεις-κλειδιά κατά αλφαβητική σειρά, οι οποίες προσδιορίζουν ακριβώς το θέμα του άρθρου, σκοπό, μέθοδο και επίκεντρο. Χρησιμοποιήστε τον ιατρικό θησαυρό τίτλων (MeSH®) ή τον αθροιστικό δείκτη για τίτλους στην νοσηλευτική και υγείας (CINAHL) όπου είναι δυνατόν.

Κείμενο: στην εισαγωγή του κειμένου απαιτείται για όλα

τα άρθρα να έχουν μια αναφορά σε αυτό που είναι ήδη γνωστό για το θέμα και τι είναι αυτό που το άρθρο προσθέτει στην νοσηλευτική επιστήμη .

Πίνακες/αριθμοί: Οι πίνακες και οι αριθμοί είναι τυπικοί μόνο όταν εκφράζουν κάτι περισσότερο από αυτό που μπορεί να γίνει από τις λέξεις στο ίδιο ποσό διαστήματος. Δείξτε την προτεινόμενη τοποθέτηση των πινάκων ή των αριθμών στο κείμενο. Οι πίνακες πρέπει να αριθμηθούν με συνέπεια και να τους δοθεί ένας κατάλληλος τίτλος και κάθε πίνακας να δακτυλογραφείται σε ένα χωριστό φύλλο.

Συντμήσεις: Αποφύγετε τις συντμήσεις οπουδήποτε είναι δυνατόν. Οποιοσδήποτε συντμήσεις που οι συγγραφείς σκοπεύουν να χρησιμοποιήσουν πρέπει να καταγραφούν πλήρως και να ακολουθηθούν από γράμματα εντός παρενθέσεως την πρώτη φορά που εμφανίζονται, έκτοτε μόνο τα γράμματα εκτός παρένθεσης πρέπει να χρησιμοποιηθούν.

Στατιστική: οι πρότυποι μέθοδοι παρουσίασης στατιστικού υλικού πρέπει να χρησιμοποιηθούν. Όπου οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται δεν αναγνωρίζονται ευρέως μια εξήγηση και πλήρης αναφορά στις ευρέως προσιτές πηγές πρέπει να δοθούν.

συγκατάθεση Ενημέρωσης: Όπου είναι κατάλληλο οι συγγραφείς πρέπει να επιβεβαιώσουν ότι η συγκατάθεση ενημέρωσης λήφθηκε από τους ανθρώπους και ότι η ηθική εκκαθάριση λήφθηκε από τις αρμόδιες αρχές.

Άδειες: Η άδεια να αναπαραχθεί το προηγούμενο δημοσιευμένο υλικό πρέπει να ληφθεί εγγράφως από τον κάτοχο πνευματικών δικαιωμάτων (συνήθως ο εκδότης) και να αναγνωριστεί στο χειρόγραφο.

Ερωτηματολόγια: Ερωτηματολόγια και προγράμματα αξιολόγησης που χρησιμοποιούνται στις ερευνητικές μελέτες που δεν είναι καθιερωμένα και καλά – γνωστά πρέπει να περιληφθούν ως παράρτημα.

Βιβλιογραφικές Αναφορές: Όλες οι δημοσιεύσεις που αναφέρονται στο κείμενο πρέπει να παρουσιαστούν σε έναν κατάλογο βιβλιογραφικών αναφορών μετά από το κείμενο του χειρογράφου. Στο κείμενο αναφερθείτε στο όνομα του συγγραφέα (χωρίς αρχικά) και έτος δημοσίευσης (π.χ. «δεδομένου ότι Peterson (1993) έχει δείξει αυτό;» ή «αυτό το αποτέλεσμα υποστηρίζεται από τα αποτελέσματα που λήφθηκαν προηγουμένως (Kramer; 1994)»). Για τρεις ή περισσότερους συγγραφείς χρησιμοποιήστε τον πρώτο συγγραφέα που ακολουθείται από «και λοιποί.», στο κείμενο. Ο κατάλογος βιβλιογραφικών αναφορών πρέπει να τακτοποιηθεί αλφαβητικά με τα ονόματα των συγγραφέων. Το χειρόγραφο πρέπει να ελεγχθεί προσεκτικά για να εξασφαλίσετε ότι η ορθογραφία των ονομάτων των συγγραφέων και οι ημερομηνίες είναι ακριβώς οι ίδιες στο κείμενο όπως στον κατάλογο βιβλιογραφικών αναφο-

ρών. Οι αναφορές πρέπει να δοθούν στην ακόλουθη μορφή:

Arthur, D., Sohng, K.Y., Noh, C.H., Kim, S., 1998. The professional self concept of Korean hospital nurses. *International Journal of Nursing Studies* 35 (3), 155-162.

Barnes, B., Bloor, D., 1982. Relativism, rationalism and the sociology of knowledge. In: Hollis, M., Lukes, S. (Eds.), *Rationality and Relativism*. Basil Blackwell, Oxford, pp. 21-47.

Dijkstra, A., Buist, G., Dassen, Th.W.N., 1996. Nursing-care dependency: development and psychometric testing of the NCD-scale for demented and mentally handicapped in-patients. In: *Proceedings of the 8th Biennial Conference of the WENR, Research on Nursing throughout the Lifespan*, vol. I. Ekblad & Co, Vastervik, pp. 117-126.

Gower, B., 1997. *Scientific method: an historical and philosophical introduction*. Routledge, London.

ΑΝΑΘΕΩΡΗΜΕΝΑ ΑΡΘΡΑ

Εάν υποβάλλετε εκ νέου ένα άρθρο που έχει αξιολογηθεί παρακαλώ περιλάβετε ένα ηλεκτρονικό μήνυμα ή μια επιστολή που παρέχουν μια λεπτομερή περιγραφή για το πώς έχετε απαντήσει στα σχόλια του εκδότη και των κριτών ή άλλη καθοδήγηση που μπορεί να είχατε λάβει. Όπου οι προτάσεις δεν έχουν ακολουθηθεί πρέπει να εξηγήσετε και να δικαιολογήσετε την απόφασή σας. Αυτό πρέπει να περιλαμβάνει μια συγκεκριμένη αναφορά από το τμήμα/αριθμός σελίδων/παραγράφου στις αλλαγές στο κείμενο.

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

Αποδείξεις /τυπογραφική διόρθωση

Οι αποδείξεις θα σταλούν στο συγγραφέα (στον συγγραφέα με πρώτο το όνομα του εάν κανένας συγγραφέας δεν προσδιορίζεται ως ο συγγραφέας σε επικοινωνία σε άρθρα με πολλούς συγγραφείς) και πρέπει να επιστραφούν μέσα σε 48 ώρες από την παραλαβή. Οι διορθώσεις πρέπει να περιοριστούν στα λάθη στοιχειοθεσίας οποιοσδήποτε άλλες μπορούν να χρεωθούν στο συγγραφέα.

Οποιοσδήποτε ερωτήσεις πρέπει να απαντηθούν πλήρως. Παρακαλώ σημειώστε ότι οι συντάκτες ωθούνται για να ελέγξουν τις αποδείξεις τους προσεκτικά πριν από την επιστροφή, δεδομένου ότι ο συνυπολογισμός των πρόσφατων διορθώσεων δεν μπορεί να εγγυηθεί. Οι αποδείξεις πρόκειται να επιστραφούν στην ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ, Βασιλίσσης Σοφίας 47, 10676 Αθήνα, Ελλάδα

Ανάτυπα

Πέντε ανάτυπα θα δοθούν δωρεάν. Τα πρόσθετα ανάτυπα και τα αντίγραφα του άρθρου μπορούν να ζητηθούν σε ένα ειδικά μειωμένο ποσό κατόπιν αιτήσεως.

Πνευματικά δικαιώματα

Όλοι οι συγγραφείς πρέπει να υπογράψουν τη συμφωνία «μεταφοράς των πνευματικών δικαιωμάτων» προτού να μπορέσει να δημοσιευθεί το άρθρο. Αυτή η συμφωνία

μεταφοράς επιτρέπει στην ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ να προστατεύσει το υλικό για τους συγγραφείς, χωρίς ο συγγραφέας να παραιτείται από τα δικαιώματά του/της ιδιοκτησίας του. Η μεταφορά πνευματικών δικαιωμάτων καλύπτει τα αποκλειστικά δικαιώματα να αναπαράχθει και να διανεμηθεί το άρθρο, συμπεριλαμβανομένων των ανατύπων, οι φωτογραφικές αναπαραγωγές, το μικροφίλμ ή οποιοσδήποτε άλλες αναπαραγωγές παρόμοιας φύσης, και οι μεταφράσεις. Περιλαμβάνει επίσης το δικαίωμα να προσαρμοστεί το άρθρο για τη χρήση από κοινού με ηλεκτρονικούς υπολογιστές και προγράμματα, συμπεριλαμβανομένης της αναπαραγωγής ή της δημοσίευσης με αναγνώσιμη από μηχανή μορφή και της ενσωμάτωσης στα συστήματα ανάκτησης. Οι συγγραφείς είναι αρμόδιοι για τη λήψη από την άδεια κατόχων πνευματικών δικαιωμάτων να αναπαραγάγουν οποιοδήποτε υλικό για το οποίο τα πνευματικά δικαιώματα υπάρχουν ήδη.

Οι ερωτήσεις για τις ερωτήσεις σχετικά με τη γενική υποβολή των χειρογράφων (συμπεριλαμβανομένου του ηλεκτρονικού κειμένου και καλλιτεχνίας) και τη κατάσταση των αποδεκτών χειρογράφων, παρακαλώ επικοινωνείτε με τον υπεύθυνο σύνταξης (hjns@otenet.gr)

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

1. 1ο Π.Τ. Αττικής: Λεωφόρος Βασιλίσσης Σοφίας 47, Τ.Κ. 10676, τηλ. 210 3648044, 048 και fax. 210 3617859 και 210 3648049
2. 2ο Π.Τ. Πειραιώς και Αιγαίου: Λεωφόρος Βασιλίσσης Σοφίας 47, Τ.Κ. 10676, τηλ. 210 3648044, 048 και fax. 210 3617859 και 210 3648049
3. 3ο Π.Τ. Μακεδονίας: Μαβίλη II, Θεσσαλονίκη, Τ.Κ. 54630, τηλ. 2310522822 και fax. 2310522219
4. 4ο Π.Τ. Μακεδονίας και Θράκης: Μαβίλη II, Θεσσαλονίκη, Τ.Κ. 54630, τηλ. 2310522229 και fax. 2310522219
5. 5ο Π.Τ. Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας: Ναυαρίνου 2, Λάρισα, Τ.Κ. 41223, τηλ. 2410284866 και fax. 2410284871
6. 6ο Π.Τ. Πελοποννήσου, Ιονίων νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας: Υπάτης I και Ν.Ε.Ο Πάτρας – Αθήνας, Πάτρα, Τ.Κ. 26441, τηλ και fax. 2610 423830
7. 7ο Π.Τ. Κρήτης: Μενελάου Παρλαμά II6, Ηράκλειο, Τ.Κ. 73105, τηλ. 2810310366, 2810311684 και fax. 2810310014

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 65 €, 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 ταχυδρομικά (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 (45) 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 οικονομικά 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 δισκεδάσει και να προβάλλει πολύπλευρα τον κοινωνικό του προσορισμό.

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 συνεδριων νομικά ισχύουσα και κατο-

χυρωμένη

- Δημιουργία Ειδικών Επιτροπών Έργου, όπως Εκπαίδευσης, Τεκμηρίωσης, Διεθνών Σχέσεων και Ενημέρωσης
- Οργάνωση δικτύου εμπειρογνομένων 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