



Ε λ λ η ν ι κ ό
π ε ρ ι ο δ ι κ ό τ η ς
Ν ο σ η λ ε υ τ ι κ ή ς
Ε π ι σ τ ή μ η ς

Τόμος 2, Τεύχος 3, Ιούλιος - Σεπτέμβριος 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 Αντωνακόπουλος**
Επιμέλεια Ύλης: **Ισμήνη Χατζηθεοφίλου**
Υπεύθυνος Ιστοσελίδας: **Αντώνης Θεοδωρίδης**
Διοικητική Υποστήριξη: **Ελένη Μπαλιτζή**

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 Αθήνας.
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. Evridiki 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
Ιωάννης Κυρίδης, Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
Νικόλαος Μανιάδης, Επίκουρος Καθηγητής Οικονομικών και Διοίκησης της Υγείας, Πανεπιστήμιο Πειραιά

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 Μπιζας**, Αν. Γραμματέας, **Ελένη Αλμπάνη**, Οργαν. Γραμματέας, **Ευτέρπη Βασιλειάδου**, Μέλος ΔΣ, **Γεώργιος Δραχτιδης**, 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 Κουτσοβάβου**, Γ. Γραμματέας: **Μιχαήλ Κουράκος**, Αν. Γραμματέας: **Κωνσταντία Μπελαλή**, Ταμίας: **Λάμπρος Μπιζας**, Μέλη: **Δημήτριος Σκουτέλης**, **Γεώργιος Δραχτιδης**, **Γεωργία Μπλάντα**, **Δημήτριος Πιστόλας**

2ο Περιφερειακό Συμβούλιο

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

3ο Περιφερειακό Συμβούλιο

Πρόεδρος: **Γεώργιος Μπαλιόζογλου**, Αντιπρόεδρος: **Δημήτριος Παλητζίκας**, 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 Σουλτούκη**, Γ. Γραμματέας: **Μαγδαληνή Σελαμανίδου**, Αν. Γραμματέας: **Μαρία Γκιτέρσου**, 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 Σιάχος**, Ταμίας: **Ελένη Αλμπάνη**, Μέλη: **Κυριάκος Κούφαλης**, **Δήμητρα Τσίλη**, **Γεώργιος Τσιτζίκος**, **Χρήστος Μαρνέρας**

7ο Περιφερειακό Συμβούλιο

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

Ερευνητικές Εργασίες

Ανάλυση Παθολογικών Καταστάσεων και Αντιμετώπιση Τραυμάτων κατά την Είσοδο Βλημάτων στη Θωρακική Κοιλότητα.....	σελ. 57
Η Χρήση των Μεθόδων Προσυμπτωματικού Ελέγχου για τον Καρκίνο του Μαστού και του Τραχήλου της Μήτρας από Γυναίκες της Νησιωτικής Χώρας.....	σελ. 63
Νοσηλευτές και Συναισθηματική Νοημοσύνη: Περιγραφική Μελέτη.....	σελ. 69

Ανασκοπήσεις

Συμβουλευτική και Σχεδιασμός Προγράμματος Αγωγής Υγείας στο Χώρο της Εκπαίδευσης: Ο Ρόλος του Σχολικού Νοσηλευτή.....	σελ. 76
--	----------------

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 εποικοδομητικές 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.

Το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, το επίσημο επιστημονικό περιοδικό της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος, διαθέτει πλέον «Εθνική Αναγνώριση»! Όλοι οι συντελεστές του Περιοδικού επιθυμούν να εκφράσουν τόσο την υπερηφάνεια τους για την πρόοδο του εντύπου όσο και τις ευχαριστίες τους προς την ελληνική νοσηλευτική κοινότητα για την υποστήριξη και αμέριστη αρωγή της.

Δρ. Κυριάκος Κουβελιώτης
Διευθυντής Σύνταξης



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
ΓΕΝ. Δ/ΝΣΗ ΔΙΟΙΚ. ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ
ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΥΠΟΔΟΜΩΝ
Δ/ΝΣΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Ταχ. Δ/ση : Αριστοτέλους 17
Ταχ. Κώδικας : 101 87
Πληροφορίες : Α. Υφαντή
Τηλέφωνο : 210 5232564

Υ. Υ. Κ. Κ. Α.
Ε. Ν. Ε.

Αρ. Πρωτ. 638
Ημερ. 14.9.09

Αθήνα, 7/9/2009
Αριθ. Πρωτ. ΔΥ2α/οικ. 122

ΘΕΜΑ : << Αναγνώριση επιστημονικού περιοδικού >>.

ΑΠΟΦΑΣΗ Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝ/ΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Το Π.Δ. 95/2000 «Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας και Κοιν. Αλληλεγγύης» (ΦΕΚ 78/10-3-2000 τ.Α') όπως τροποποιήθηκε μεταγενέστερα.
2. Τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου 1 του Ν. 2256/94 «Συμβούλια κρίσης και επιλογής Ιατρικού και Οδοντιατρικού προσωπικού και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 196/Α/94) με τις οποίες επανήλθαν σε ισχύ οι διατάξεις των παραγράφων 4 (εκτός της περίπτωσης δ') και 5 του άρθρου 27 του Ν. 1397/83 «Εθνικό Σύστημα Υγείας» (ΦΕΚ 143/Α/83).
3. Τη γνώμη του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.) όπως διατυπώνεται με την αριθ. 3994/24-8-09.
4. Το γεγονός ότι, από τις διατάξεις αυτής της Απόφασης δεν προκαλείται δαπάνη σε βάρος του κρατικού προϋπολογισμού.

ΑΠΟΦΑΣΙΖΟΥΜΕ

Στα περιοδικά με Εθνική αναγνώριση στα οποία οι δημοσιευμένες εργασίες των γιατρών, αποτελούν κριτήριο συγκριτικής αξιολόγησης για την κατάληξη θέσης του κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ. προστίθεται και το περιοδικό «ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ» που εκδίδεται από την ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευτεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.



Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΔΗΜ. ΑΒΡΑΜΟΠΟΥΛΟΣ

Ανάλυση Παθολογικών Καταστάσεων και Αντιμετώπιση Τραυμάτων κατά την Είσοδο Βλημάτων στη Θωρακική Κοιλότητα

Αλεξανδροπούλου Χριστίνα-Αθανασία

Φοιτήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επαγγελματών 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 της επίδρασης εισόδου βλημάτων διαφορετικού διαμετρήματος και διαφορετικής ταχύτητας στη θωρακική κοιλότητα του ανθρώπινου σώματος. Ιδιαίτερα σημαντική κρίνεται η άμεση διάγνωση και αντιμετώπιση των τραυμάτων στο θώρακα, καθώς είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε ακαριαίο θάνατο ή σοβαρές παθολογικές καταστάσεις, όπως απόφραξη αεραγωγών, πνευμοθώρακας, αιμοθώρακας, εμπύημα πνεύμονα, κακώσεις και δυσλειτουργίες στην περιοχή της καρδιάς, οι οποίες είναι δυνητικά επικίνδυνες στο μέλλον. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν, ότι η βαρύτητα των τραυματισμών της θωρακικής κοιλότητας εξαρτάται αφενός από τα χαρακτηριστικά του βλήματος που εισέρχεται στη θωρακική κοιλότητα και αφετέρου από τα χαρακτηριστικά των ιστών του θώρακα που πλήττονται.

Λέξεις – Κλειδιά: απόφραξη αεραγωγών, θωρακική κοιλότητα, κακώσεις, καρδιακός επιπωματισμός, πνευμοθώρακας, χαρακτηριστικά εισόδου βλημάτων.

Εισαγωγή

Στο σύγχρονο πεδίο μάχης οι τραυματισμοί προέρχονται συνήθως από εκρηκτικούς μηχανισμούς (πυροβολικό, όλμους, νάρκες) και σε ένα μικρότερο ποσοστό από βλήματα υψηλής ή/και χαμηλής ταχύτητας αναλόγου διαμετρήματος. Η βαρύτητα αυτών των τραυματισμών εξαρτάται από τα συστήματα και τα όργανα του ανθρώπινου σώματος που κάθε φορά προσβάλλονται, καθώς και από τα χαρακτηριστικά του βλήματος που τα προσβάλλει (Ordog G.J. και λοιποί, 1988). Επομένως, η Τραυματική Βλητική αποτελεί έναν ιδιαίτερο 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 (Alexandroulou C.E. και λοιποί, 2009). Στην παρούσα εργασία εξετάζονται τα είδη των τραυμάτων και αναλύονται οι ιδιαίτερες παθολογικές καταστάσεις που είναι δυνατόν να προκληθούν στην θωρακική κοιλότητα από την είσοδο βλημάτων (βλ. Εικόνα 1), καθώς είναι μείζονος σημασίας και έχουν απασχολήσει κατά καιρούς αρκετούς επιστήμονες. Τα τραύματα αυτά

στην αρχαιότητα θεωρούντο συχνά θανατηφόρα. Βέβαια, η αντίληψη αυτή στην εποχή μας δεν ισχύει, καθώς με την πρόοδο της ιατρικής τεχνολογίας σε συνδυασμό με την έγκαιρη και σωστή αντιμετώπιση των τραυματισμών του θώρακα, η ζωή του τραυματία είναι δυνατόν να σωθεί και η πρόγνωση του τραύματος μπορεί να είναι άριστη.



Εικόνα 1: Τυπικά τραύματα σε θώρακα ανθρώπινου σώματος από βλήματα υψηλής ταχύτητας και μικρού διαμετρήματος.

Ιστορική αναδρομή

Τα κατάγματα των πλευρών είναι γνωστά από την εποχή του Ιπποκράτη (5ος π.Χ. αιώνας), που θεώρησε την αιμόπτυση σαν επιπλοκή τους. Πρότεινε θεραπευτικά τη στερρή επίδεση του θώρακα με λινά υφάσματα, πρακτική που αποτέλεσε τη βάση αντιμετώπισης τους για αιώνες (Ντολάτζας Θ., 1992). Αργότερα, ο Ambroise Pare, ο γνωστότερος χειρουργός του 16ου αιώνα, αντιμετώπισε το υποδόριο εμφύσημα με πολλαπλές τομές του δέρματος και του υποδορίου ιστού. Το 1740 ο Daniel Hoffman περιέγραψε την κλινική εικόνα ενός τραυματία με παράδοξη κινητικότητα του θωρακικού τοιχώματος και το 1807 ο Andrew Halliday παρουσίασε τις μέχρι τότε γνώσεις για τον πνευμοθώρακα (Τούντας Κ., 1977).

Η πρώτη επιτυχής διόρθωση τραυματικής καρδιακής ρήξης αποδίδεται στο Γερμανό Von Rehn. Τον ίδιο χρόνο, ο Paget δήλωσε ότι η χειρουργική είχε φθάσει στα όρια της και ήταν αδύνατη η διόρθωση των τραυμάτων της καρδιάς. Ο Dupuytren και ο Larrey είχαν ήδη επιχειρήσει παρόμοιες επεμβάσεις χωρίς επιτυχία και ο Boerhaave το 1709 δήλωσε ότι τα καρδιακά τραύματα είναι πάντα θανατηφόρα (Ντολάτζας Θ., 1992). Ο Giovanni Battista Morgagni είναι ο πρώτος που περιέγραψε την πνευμονική θλάση και το 1833 ο J. Jobert διέκρινε τρεις βαθμούς σοβαρότητας της πνευμονικής θλάσης. Μέχρι το τέλος του 19ου αιώνα ανακοινώθηκαν αρκετές περιπτώσεις κλειστών κακώσεων του θώρακα. Ο G. J. Guthrie, Άγγλος στρατιωτικός χειρουργός των Ναπολεοντινών πολέμων, περιέγραψε τις επιπλοκές των κλειστών κακώσεων του θώρακα (πλευρίτιδα, πνευμονία, απόστημα κλπ.) και ο Paget στο πρώτο Αγγλικό σύγγραμμα χειρουργικής του θώρακα σημειώνει ότι τα τραύματα του πνεύμονα μπορεί να οφείλονται στην ενέργεια της κάκωσης και όχι μόνο στα κατάγματα των πλευρών (Ντέρος Κ. και λοιποί, 1999).

Οι μελέτες των E. Graham και R. Bell, την εποχή του 1ου παγκοσμίου πολέμου, βοήθησαν στην πλήρη κατανόηση της φυσιολογίας του πνευμοθώρακα και της αξίας της

κλειστής παροχέτευσης του εμπυήματος με σωλήνα. Μέχρι το 2ο παγκόσμιο πόλεμο, η απλή αυτή μέθοδος χρησιμοποιήθηκε ελάχιστα. Επιπλέον, καθιερώθηκε θεραπευτικά η αποφλοώση του πνεύμονα, για τις περιπτώσεις που η απλή παροχέτευση με σωλήνα αποτύγχανε και οδηγούσε στην παραμονή υπολειμματικής συλλογής, η οποία θα εμπόδιζε την πλήρη επανέκπτυξη του πνεύμονα. Η συχνότητα του εμπυήματος στα θωρακικά τραύματα την περίοδο του 2ου παγκοσμίου πολέμου και του πολέμου της Κορέας ήταν 25-30%. Με την ανωτέρω πρακτική, η συχνότητα εμπυήματος περιορίστηκε στο 6% στον πόλεμο του Viet-Nam (Ann H. Ross, 1995).

Τα τελευταία χρόνια, το Αμερικανικό Κολέγιο Χειρουργών ανέπτυξε ένα σύστημα αντιμετώπισης του τραύματος, που είναι γνωστό σαν Advanced Trauma Life Support (ATLS). Στην ουσία, πρόκειται για φιλοσοφία, που σκοπεύει στην αναγνώριση και αποτελεσματική αντιμετώπιση των άμεσα απειλητικών για τη ζωή κακώσεων, με σκοπό την πρώιμη σταθεροποίηση του τραυματία. Η αντιμετώπιση αυτή είναι γνωστή ως Αρχική Εκτίμηση και περιλαμβάνει το σύνολο των απαραίτητων ενεργειών, από το σημείο του τραυματισμού μέχρι το κέντρο, που θα προσφέρει την οριστική θεραπεία. Απαραίτητα και ουσιώδη βήματα αποτελούν η Πρωτοβάθμια και η Δευτεροβάθμια Εκτίμηση. Με την Πρωτοβάθμια Εκτίμηση, αναγνωρίζονται και αντιμετωπίζονται οι επικίνδυνες για τη ζωή κακώσεις, σταθεροποιείται η κατάσταση του τραυματία και καθορίζεται η δυνατότητα παροχής οριστικής θεραπείας. Η Δευτεροβάθμια Εκτίμηση είναι στην ουσία μια λεπτομερέστερη κλινική εξέταση, που σκοπεύει σε αποκάλυψη του συνόλου των κακώσεων. Η αδυναμία παροχής οριστικής θεραπείας ακολουθείται από ασφαλή διακομιδή του σταθεροποιημένου τραυματία στο πλησιέστερο και καταλληλότερο κέντρο, με δυνατότητα προσφοράς υπηρεσιών υψηλής στάθμης (Murphy G., 1980).

Επίδραση του βλήματος

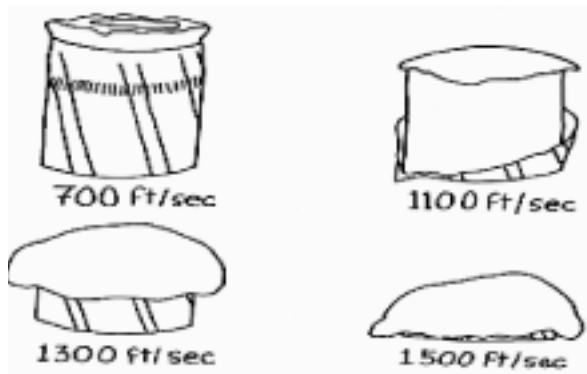
Στα προηγούμενα αναφέρθηκε ότι η βαρύτητα των τραυματισμών εξαρτάται όχι μόνο από τα όργανα και τα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού που κάθε φορά πλήττονται, αλλά και από τα χαρακτηριστικά του βλήματος που τα προσβάλλει. Η στροφορμή του βλήματος έχει μεγάλη σχέση με τον τρόπο που προκαλείται η ζημιά, όταν αυτό χτυπήσει τη θωρακική κοιλότητα. Ένα μικρού διαμετρήματος βλήμα που κινείται με μεγάλη ταχύτητα ξεκινάει να πάλλεται γρήγορα καθώς εισέρχεται στους ιστούς, υποχρεώνοντας όλο και περισσότερους ιστούς να μετακινούνται. Με αυτόν τον τρόπο μεταδίδεται στο θώρακα το μεγαλύτερο μέρος της κινητικής ενέργειας του βλήματος. Ένα μεγαλύτερου διαμετρήματος και πιο βαρύ βλήμα μεταφέρει περισσότερη κινητική ενέργεια στο θώρακα, ακόμα και από μεγαλύτερη απόσταση (βλ. Εικόνα 2). Υπάρχει όμως μεγάλη πιθανότητα το βλήμα να

τριπήσει τόσο πολύ το θώρακα ώστε να τον διαπεράσει με το υπόλοιπο της κινητικής ενέργειας. Ακόμα όμως και ένα βλήμα με χαμηλή κινητική ενέργεια μπορεί να προκαλέσει σημαντική βλάβη στο θώρακα, αρκεί να είναι σχεδιασμένο κατά τέτοιο τρόπο ώστε να μεταφέρει όλη την ενέργεια του επί του στόχου. Απαραίτητη προϋπόθεση, όμως, είναι η κοντινή απόσταση της βολής (Coe J.I., 1982).

Επίσης, ο σχεδιασμός του βλήματος καθορίζει σε σημαντικό βαθμό τη βαρύτητα του τραύματος. Η σύμβαση της Χάγης και συνακόλουθα της Γενεύης απαγορεύουν τη χρήση εκρηκτικών βλημάτων σε καιρό πολέμου, γι' αυτό τα στρατιωτικά βλήματα είναι μεταλλικά επενδυμένα. Τα σημερινά βλήματα είναι επενδυμένα με χαλκό, επειδή τα βλήματα αρχίζουν να πυρακτώνονται από την θερμότητα που παράγεται σε ταχύτητες μεγαλύτερες των

2000 ft/s (περίπου 60 m/s). Ένα αιχμηρό και μικρό σε διάμετρο βλήμα (βλ. Εικόνα 3) μπορεί να διαπεράσει τη θωρακική κοιλότητα και να προκαλέσει ζημιά ίση με ένα μαχαίρι ή μια λόγχη. Το άκρο του βλήματος, σχεδιασμένο να καταστρέψει ανθρώπινους ιστούς πρέπει να έχει κάποιο "φρένο", έτσι ώστε όλη η κινητική ενέργεια να μεταφερθεί στο στόχο (Peter's C.E., 1997).

Ακόμα, σημαντικό ρόλο παίζει και η ταχύτητα του βλήματος. Η ταχύτητα που πρέπει να έχει ένα βλήμα για να διαπεράσει το δέρμα είναι 163 ft/s (περίπου 50 m/s)



Εικόνα 2: Αλλοίωση της σφαίρας σύμφωνα με την ταχύτητα της. Όσο μεγαλύτερη είναι η ταχύτητα της, τόσο μεγαλύτερη είναι και η κινητική της ενέργεια.

και για να διαπεράσει ένα οστό 213 ft/s (περίπου 65 m/s). Και οι δύο τιμές είναι αρκετά χαμηλές (Definis Gojan vic M., 1995) για να προκαλέσουν ζημιά στο θώρακα, αλλά σε συνδυασμό και με άλλους παράγοντες, οι οποίοι αναλύθηκαν στα προηγούμενα, είναι δυνατόν να προκαλέσουν ακαριαίο θάνατο ή διάφορες σοβαρές παθολογικές καταστάσεις, οι οποίες είναι δυνητικά επικίνδυνες στο μέλλον και απαιτούν έγκαιρη και σωστή αντιμετώπιση. Οι κυριότερες από αυτές αναλύονται διεξοδικά στις ενότητες που ακολουθούν.



Εικόνα 3: Διάφορα είδη βλημάτων με διαφορετικά γεωμετρικά χαρακτηριστικά και ανάλογο διαμέτρημα.

Απόφραξη αεραγωγών

Εκδηλώνεται με αλλοίωση της φωνής, δύσπνοια, η οποία μπορεί να συνοδεύεται από κυάνωση, αδυναμία έκπτυξης του θωρακικού τοιχώματος, έντονη ανησυχία του τραυματία, καθώς και με τη χρήση των επικουρικών αναπνευστικών μυών και την παρουσία αιματωμάτων ή τραυμάτων στον τράχηλο (Γαρδίκια Κ.Δ., 2005). Η προσπάθεια διατήρησης βρατού του αεραγωγού με απλά μέσα, όπως η ανάσπαση της κάτω γνάθου, η εμφύσηση αέρα δια του κρικοθυροειδούς διαστήματος και η τοποθέτηση

στοματοφαρυγγικού αεραγωγού είναι πρόσκαιρες λύσεις και δεν προστατεύουν τον αεραγωγό. Θα πρέπει, λοιπόν, ο νοσηλευτής να τοποθετήσει τεχνητό αεραγωγό για την διευκόλυνση της αναπνοής του ασθενούς. Σε περίπτωση που η απόφραξη διαρκεί για μεγάλο χρονικό διάστημα, μπορεί να επέλθει καρδιακή ανακοπή λόγω της υποξίας. Εάν η απόφραξη αρθεί και ο ασθενής δεν έχει σφυγμό πρέπει να αρχίσει άμεσα καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση (Μάκος Κ. και λοιποί, 2003).

Πνευμοθώρακας

Εκδηλώνεται με τη συλλογή αέρα μέσα στην κοιλότητα του υπεζωκότα. Ο πνευμοθώρακας ονομάζεται ανοικτός, όταν δια της οπής ο αέρας εισέρχεται στην υπεζωκοτική κοιλότητα και εξέρχεται με τις αναπνευστικές κινήσεις. Αντίθετα, ορίζεται ως κλειστός όταν ο αέρας παύει να εισέρχεται και να εξέρχεται. Ο αέρας βαθμιαία απορροφάται και η κοιλότητα εξαφανίζεται. Ο πιο επικίνδυνος είναι ο πνευμοθώρακας υπό τάση, κατά τον οποίο εμφανίζεται μηχανισμός βαλβίδας, οπότε ο αέρας εισέρχεται στην κοιλότητα του υπεζωκότα, αλλά αδυνατεί να εξέλθει. Κατ' ακολουθία συλλέγεται μεγάλη ποσότητα αέρα που προκαλεί μετακίνηση του μεσοθωρακίου, κάμψη των μεγάλων φλεβών με έντονη αναπνευστική και κυκλοφορική ανεπάρκεια (Αθανασοπούλου Π. και λοιποί, 2004).

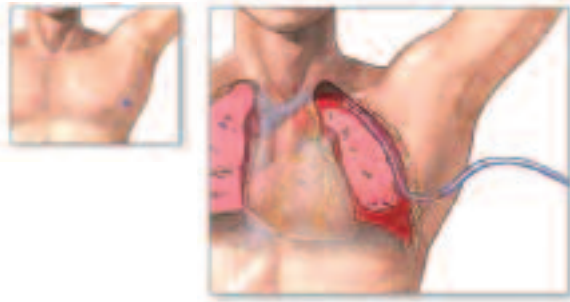
Ο πνευμοθώρακας χαρακτηρίζεται από ισχυρό ετερόπλευρο πόνο του θώρακα, δύσπνοια, κυάνωση, ανησυχία και αγωνία. Σε βαρύ πνευμοθώρακα, ιδιαίτερα υπό τάση, η ενδοπλευρική πίεση ανέρχεται γρήγορα, η επάνοδος του αίματος δια των φλεβών παρεμποδίζεται, με αποτέλεσμα την ελάττωση της καρδιακής παροχής. Αν δεν αφαιρεθεί ο αέρας, επέρχεται θάνατος ως αποτέλεσμα συνδυασμού αναπνευστικής και κυκλοφορικής ανεπάρκειας. Σε μικρό βαθμό πνευμοθώρακα συνιστάται απλή ανάσπαση και καταπολέμηση του πόνου. Σε κάθε περίπτωση βαρέος πνευμοθώρακα επιβάλλεται η εισαγωγή καθετήρα μέσα στην κοιλότητα του υπεζωκότα, ενώ το άλλο άκρο του σωλήνα τοποθετείται στον πυθμένα δοχείου που περιέχει νερό (συσκευή billow). Ο πνεύμονας εκπύσσεται κατά

κανόνα εντός 12-14 ωρών. Μετά την πλήρη έκπτυξη ο καθετήρας αφήνεται ακόμα για 2-3 ημέρες. Επιμονή του πνευμοθώρακα υποδηλώνει βρογχοπλευρικό συρίγγιο, οπότε ο ασθενής υποβάλλεται σε θωρακοτομία και συρ-

ραφή του συριγγίου. Σε ασθενείς με υποτροπιάζοντα πνευμοθώρακα πραγματοποιείται πλευρεκτομία κατά την οποία αφαιρείται ο τοιχωματικός υπεζωκότας (Σακίνη – Καρδάση Α. και λοιποί, 1993).

Αιμοθώρακας

Είναι η συλλογή αίματος στην υπεζωκοτική κοιλότητα. Δεν αναγνωρίζεται από κάποιο ειδικό σημείο, αλλά από τα γενικά σημεία της αιμορραγίας. Εκτός από τα γενικά σημεία της αιμορραγίας, ο αιμοθώρακας αναγνωρίζεται από την ελάττωση του αναπνευστικού ψιθυρίσματος ακροαστικά και από την αμβλύτητα κατά την επίκρουση. Η θεραπεία συνίσταται στην παροχέτευση του αίματος μέσω της συσκευής Billow (βλ. Εικόνα 4), που αποσκοπεί στην επανέκπτυξη του πνεύμονα, και στην αποκατάσταση του κυκλοφορούντος όγκου αίματος. Σε σοβαρού βαθμού αιμοθώρακα, δηλαδή συνεχιζόμενη αιμορραγία (200 ml/ώρα) για τις επόμενες 3-4 ώρες, πραγματοποιείται θωρακοτομή (Ραχμανίδου Μ. και λοιποί, 2000).



Εικόνα 4: Παροχέτευση του αίματος μέσω της συσκευής Billow

Εμπύημα πνεύμονα

Είναι η συλλογή πύου μέσα στην κοιλότητα του υπεζωκότα. Εκδηλώνεται με υψηλό πυρετό με ρίγος, πόνο στο θώρακα, εφίδρωση και βήχα. Η παρακέντηση δίνει πυώδες υγρό και ανευρίσκονται σημεία πλευριτικού υγρού. Όταν το εμπύημα παρατείνεται, παρατηρείται έντονη καταβολή δυνάμεων και πληκτροδακτυλία. Σε σπάνιες περιπτώσεις παρατηρείται φλεγμονώδες οίδημα των μαλακών μορίων, ενώ το πύο από τον υπεζωκό-

τα και τα μεσοπλεύρια διαστήματα εξέρχεται προς το δέρμα με συρίγγιο. Η θεραπεία συνίσταται σε μόνιμη παροχέτευση του εμπύματος με ελαστικό σωλήνα με την προϋπόθεση ότι το εμπύημα παραμένει για μακρό χρονικό διάστημα. Αν το εμπύημα καταστεί χρόνιο, τότε πραγματοποιείται αποφλοιώση του πνεύμονα, όπου αφαιρείται ο σάκος του εμπύματος (Μαλγαρινού Μ.Α. και λοιποί, 2005).

Συνθλιπτικές ή κλειστές κακώσεις θώρακα

Το απλό κατάγμα μίας ή δύο πλευρών είναι μία επώδυνη βλάβη, που περιορίζει το βήχα και τις αναπνευστικές κινήσεις. Αν τα κατάγματα των πλευρών είναι πολλαπλά, οπότε και καταργείται το σταθερό οστέινο υποστήριγμα του θώρακα, δημιουργείται η παράδοξη αναπνοή. Το μέρος του θώρακα που έχασε το οστέινο υποστήριγμά του, κατά την εισπνοή, πιεζόμενο από την ατμοσφαιρική πίεση, υποχωρεί και ο αέρας του παρέγχυματος που βρίσκεται κάτω από αυτή την περιοχή κινείται προς το υπόλοιπο παρέγχυμα του ίδιου πνεύμονα και προς τον άλλο

πνεύμονα. Αντίθετα, κατά την εκπνοή, ο αέρας από τον άλλο πνεύμονα και από το υπόλοιπο παρέγχυμα του ίδιου πνεύμονα κινείται προς το παρέγχυμα που βρίσκεται κάτω από την προσβεβλημένη περιοχή (Hefts D., 1991). Η αντιμετώπιση γίνεται με σταθεροποίηση του θώρακα με τα χέρια, εφαρμογή πιεστικού επιδέσμου, γύρισμα προς το πάσχον ημιθώρακιο, τραχειοτομία ή ενδοτραχειακή διασωλήνωση, σύνδεση με μηχανικό αναπνευστήρα για έκπτυξη των πνευμόνων και χορήγηση επαρκούς ποσότητας οξυγόνου (Τούντας Κ., 1988).

Καρδιακός επιπωματισμός

Είναι η συλλογή αίματος στην περικαρδιακή κοιλότητα, που παρεμποδίζει την πλήρωση των κοιλοτήτων της καρδιάς, καθώς και τη δραστηριότητά της. Το αίμα προέρχεται από τον τραυματισμό της καρδιάς, των στεφανιαίων αγγείων ή της αορτής. Εκδηλώνεται με δύσπνοια, ταχύπνοια και σημεία shock. Η γνωστή τριάδα του Beck, που συνίσταται σε διάταση των σφαγιτίδων φλεβών, βύθιους καρδιακούς τόνους και πτώση της αρτηριακής πίεσης, μπορεί να θέσει

τη διάγνωση καρδιακού επιπωματισμού. Η παράλληλη αύξηση της κεντρικής φλεβικής πίεσης σε συνδυασμό με κλειστό τραύμα του θώρακα αποτελούν επίσης ενδείξεις καρδιακού επιπωματισμού (Ραχμανίδου Μ. και λοιποί, 2000). Ο νοσηλευτής σε συνεργασία με το γιατρό θα πρέπει να πραγματοποιήσει περικαρδιοκέντηση και υποξυφοειδική παροχέτευση της περικαρδιακής κοιλότητας, οι οποίες αποτελούν σωτηρίες επεμβάσεις (Γκουργκούλη Ε. και λοιποί, 2005).

Ρήξη τραχειάς και μεγάλων βρόγχων

Η κάκωση αυτή έχει σαν αποτέλεσμα την αθρόα διαφυγή αέρα, που αθροίζεται στην υπεζωκοτική κοιλότητα. Αιμόπτυση, συνεχιζόμενη διαφυγή αέρα από παροχετευμένο ημιθωράκιο και ατελής πνευμονική έκπτυξη αποτελούν ύποπτα σημεία, που απαιτούν περαιτέρω διερεύνηση. Η βρογχοσκόπηση είναι η μέθοδος εκλογής, που αποκα-

λύπτει ρήξη, αν βέβαια υπάρχει, σε απόσταση 2,5 cm από την κυρίως τρόπιδα και μάλιστα δεξιά (Γαρδίκια Κ.Δ., 2005). Θεραπευτικά απαιτείται χειρουργική διόρθωση, εφόσον έχει προηγηθεί η αρχική σταθεροποίηση του αρρώστου, με παροχέτευση των ημιθωρακίων, που συστήνεται ανεπιφύλακτα (Susan C. deWit, 2009).

Θλάση καρδιάς

Η κλειστή κάκωση της καρδιάς μπορεί να οδηγήσει σε θλάση του μυοκαρδίου, βαλβιδική δυσλειτουργία ή ρήξη καρδιακών κοιλοτήτων. Στην τελευταία περίπτωση αναπτύσσεται καρδιακός επιπωματισμός, ο οποίος αναλύθηκε στα προηγούμενα. Στις άλλες περιπτώσεις δεν υπάρχουν ειδικά σημεία. Αρρυθμίες, υπόταση, πόνος στην

περιοχή του θώρακα και δύσπνοια αποτελούν ενδείξεις θλάσης της καρδιάς. Η μέτρηση του επιπέδου των καρδιακών τροπονινών είναι χρήσιμη, όπως επίσης χρήσιμη είναι και η ηλεκτροκαρδιογραφική παρακολούθηση το πρώτο τουλάχιστον 24ωρο μετά τον τραυματισμό (Ντέρος Κ. και λοιποί, 1999).

Αορτική κάκωση

Η ρήξη της θωρακικής αορτής είναι άμεσα θανατηφόρος. Επιβιώνουν μόνο οι τραυματίες με ατελείς ρήξεις του τοιχώματος της, που εντοπίζονται πλησίον του αρτηριακού συνδέσμου της. Η διάγνωση τίθεται με τη βοήθεια αορτογραφίας. Εναλλακτικά, μπορεί να χρησιμοποιηθεί η ελικοειδής υπολογιστική τομογραφία με έγχυση σκιαγρα-

φικού, που αν δε δείξει την παρουσία αίματος στο μεσάυλιο, αποκλείει την παρουσία αορτικού τραύματος. Η αποκάλυψη του αορτικού τραύματος, αλλά και η υποψία του είναι απαραίτητα στοιχεία για τη σωτηρία του τραυματία. Θεραπευτικά επιβάλλεται χειρουργική διόρθωση (Τούντας Κ., 1977).

Συμπέρασμα

Σύμφωνα με την ανάλυση που πραγματοποιήθηκε στις προηγούμενες ενότητες, γίνεται κατανοητό ότι η βαρύτητα των τραυματισμών της θωρακικής κοιλότητας εξαρτάται αφενός από τα χαρακτηριστικά του βλήματος που εισέρχεται στη θωρακική κοιλότητα και αφετέρου από τα χαρακτηριστικά των ιστών του θώρακα που πλήττονται. Κάθε επιστήμονας στον τομέα της υγείας είναι υποχρεωμένος να γνωρίζει τον τρόπο με τον οποίο το βλήμα εισέρχεται στη θωρακική κοιλότητα και το είδος του τραυματισμού που είναι δυνατόν να προκληθεί με βάση τα χαρακτηριστικά του όπλου και του βλήματος, έτσι ώστε να μπορέσει να αντιμετωπίσει τον τραυματισμό άμεσα και αποτελεσματικά.

Τα τραύματα του θώρακα είναι ιδιαίτερα απειλητικά για τη ζωή του τραυματία και χρειάζονται άμεση διάγνωση και αντιμετώπιση με απλά μέσα, όπως με χορήγηση οξυγόνου, διασφάλιση αεραγωγού, παροχέτευση με συσκευή Billow, υποστήριξη της αναπνοής, επίσχεση της αιμορραγίας, αναπλήρωση απολεσθέντος όγκου αίματος και άλλα, ανάλογα με την περίπτωση. Είναι αξιοσημείωτο

το γεγονός, ότι αν τα τραύματα της θωρακικής κοιλότητας δεν αντιμετωπιστούν έγκαιρα και αποτελεσματικά, τότε είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε ακαριαίο θάνατο λόγω της συνεχιζόμενης αιμορραγίας και ιστικής βλάβης ή να προκαλέσουν σοβαρές παθολογικές καταστάσεις, οι οποίες είναι δυνητικά επικίνδυνες στο μέλλον, όπως η απόφραξη αεραγωγών, πνευμοθώρακας, κ.α..

Στην παρούσα εργασία εξετάστηκαν οι πιο σοβαρές παθολογικές καταστάσεις που προκαλούνται από την είσοδο του βλήματος στη θωρακική κοιλότητα. Υπάρχουν, όμως, και άλλες παθολογικές καταστάσεις, λιγότερο επικίνδυνες και απειλητικές για τη ζωή του τραυματία, όπως τα κατάγματα της ωμοπλάτης, του στέρνου και της κλείδας. Σε κάθε περίπτωση είναι απαραίτητη η ιατρική και νοσηλευτική παρέμβαση, η οποία αποσκοπεί στην προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των επιπλοκών, που είναι δυνατόν να προκληθούν στον άνθρωπο εξαιτίας των τραυμάτων που υφίσταται στη θωρακική κοιλότητα από βλήματα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Alexandropoulou C.E., Panagiotopoulos E.E., 2009. Traumatic Ballistic: Analysis of Parameters and Confrontation of Wounds Caused from Missiles in Human Body, *Hellenic Journal of Nursing Science*, 2(2): 30-34.
- Ann H. Ross, 1995. *Gunshot Wounds: A Summary*.
- Coe J.I., 1982. External beveling of entrance wounds by handguns. *Am. J. Forensic Med. Pathol*, 3(3): 215-219.
- Definis Gojan vic M., 1995. Fatal firearm injuries caused by handmade weapons. *J. Clin. Forensic Med*, 2:213-216.
- Hefts D., 1991. Chest trauma, 28-32.
- Murphy G., 1980. The study of gunshot wounds in surgical pathology. *Am. J. Forensic Med. Pathol*, 1(2): 123-130.
- Ordog G.J., Wessenberger J. and Balasubramanium S., 1988. Shotgun wound ballistics. *J. Trauma* 28(5): 624-631.
- Peter's C.E., 1997. *Defensive Handgun Effectiveness*.
- Susan C. deWit, 2009. *Medical-Surgical Nursing: Concepts and Practice*, 473-476.
- Van Meter M., 1974. Chest tubes: Basic techniques for better care, 48-55.
- Αθανασοπούλου Π., Οικονόμου Μ. και Ρίζος Μ., 2004. *Νοσολογία*, 95-96.
- Γαρδίκας Κ.Δ., 2005. *Ειδική Νοσολογία*, 218-221.
- Γκουργκούλη Ε., Κισσούδη Α., Λυκοστράτη Α. και Πετροπούλου Ε., 2005. *Νοσηλευτική: Θεωρία-Εργαστήριο*, 198-200.
- Μάκος Κ., Μπάρλας Κ. και Χείλαρης Σ., 2003. *Πρώτες Βοήθειες*, 65-70.
- Μαλγαρινού Μ.Α. και Κωνσταντινίδου Σ.Φ., 2005. *Νοσηλευτική: Παθολογική - Χειρουργική*, 173-184.
- Ντέρος Κ. και Δίκη Ε., 1999. *Χειρουργική*, 236-241.
- Ντολάτζας Θ., 1992. *Συνοπτική Χειρουργική*, 57-62.
- Ραχμανίδου Μ. και Δοξανίδης Ε., 2000. *Στοιχεία Παθολογίας*, 90-92.
- Σαχίνη – Καρδάση Α. και Πάνου Μ., 1993. *Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική*, 302-307.
- Τούντας Κ., 1977. *Χειρουργική*, 22-30
- Τούντας Κ., 1988. *Πρώτες Βοήθειες – Επείγουσα Θεραπευτική*, 100-112.

Η Χρήση των Μεθόδων Προσυμπτωματικού Ελέγχου για τον Καρκίνο του Μαστού και του Τραχήλου της Μήτρας από Γυναίκες της Νησιωτικής Χώρας

Νούλα Μαρία

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής ΤΕΙ Λαμίας

Λεοντζίνη Αθηνά

Νοσηλεύτρια, ΤΕΙ Λαμίας

Αναστασιάδης Αναστάσης

Ειδικευόμενος Μαιευτικής -Γυναικολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Τρίπολης

Υφαντή Ελένη

Επισκέπτρια υγείας, MSc, Εργαστηριακός συνεργάτης, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Λαμίας

Τσιρίγκα Σοφία

Επισκέπτρια υγείας, MSc, Κέντρο Υγείας Στυλίδας

Σερίφης Χρήστος

Τεχνολόγος –Ακτινολόγος MSc, Γενικό νοσοκομείο Κω

Γκεσούλη - Βολτυράκη Ευτυχία

Επίκουρη Καθηγήτρια ΤΕΙ Λαμίας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Γενικά: Ο καρκίνος του τραχήλου και του μαστού παραμένουν οι δυο πιο συχνοί τύποι καρκίνου παγκοσμίως, με μεγάλη θνητότητα. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί η συμμετοχή των Ελληνίδων ενός ελληνικού νησιού στις εξετάσεις πρόληψης του καρκίνου του μαστού και του τραχήλου της μήτρας.

Υλικό και μέθοδος: Διακόσιες γυναίκες από την ευρύτερη περιοχή της Χίου συμπλήρωσαν κλειστού τύπου ερωτηματολόγιο που αφορούσαν στα δημογραφικά στοιχεία των υποκειμένων και στη χρήση Υπηρεσιών Φροντίδας Υγείας γυναικολογικής φύσης και των προληπτικών εξετάσεων για τους γυναικολογικούς καρκίνους. Διερευνήθηκε η συχνότητα πραγματοποίησης μαστογραφίας, Κλινικής Εξέτασης του Μαστού (ΚΕΜ) και εξέτασης κατά Παπανικολάου (Τεστ Παπ).

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία των γυναικών του δείγματος ήταν τα 43 ± 11.02 έτη. Τα ποσοστά διενέργειας μαστογραφίας, ΚΕΜ, και Τεστ Παπ τουλάχιστον μία φορά στη διάρκεια της ζωής στο σύνολο του δείγματος ήταν αντίστοιχα 41.5%, 69.5% και 87%. Οι εργαζόμενες, οι υψηλού εισοδήματος γυναίκες και με ανώτερη εκπαίδευση ανέφεραν σε μεγαλύτερο ποσοστό τη διενέργεια τεστ Παπ. Γυναίκες απόφοιτες Λυκείου ή χαμηλότερων τάξεων ανέφεραν υψηλότερα ποσοστά μαστογραφίας. Οι γυναίκες ηλικίας άνω των 40 ετών είχαν υψηλότερα ποσοστά πραγματοποίησης και των τριών εξετάσεων, τουλάχιστον μια φορά στη διάρκεια της ζωής τους.

Συμπεράσματα: Το τεστ Παπ είναι η συχνότερα πραγματοποιούμενη εξέταση. Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση συνδέεται με τη χρήση των προληπτικών εξετάσεων. Γυναίκες χαμηλού εισοδήματος εμφανίζουν μικρότερη χρήση των προληπτικών εξετάσεων. Ιδιαίτερη μέριμνα πρέπει να λαμβάνεται για τις νεαρότερες γυναίκες.

Εισαγωγή

Ο καρκίνος του μαστού και του τραχήλου της μήτρας παραμένουν ακόμα οι δυο πιο συχνοί τύποι καρκίνου παγκοσμίως, συνοδευόμενοι από μεγάλη θνητότητα (Ferlay et al 2004, Knutson & Steiner 2007). Οι εξετάσεις προσυμπτωματικού ελέγχου μπορούν να οδηγήσουν σε ελάττωση της επίπτωσης και των δύο τύπων καρκίνων. Πράγματι, αυτό έχει εν μέρει συμβεί, τόσο στην Ελλάδα, όσο και σε άλλες ανεπτυγμένες χώρες στη διάρκεια των τελευταίων δέκα ετών (Kiriakogianni et al 1998, Dimitrakaki et al 2009). Οι οδηγίες προσυμπτωματικής ανίχνευσης του καρκίνου του μαστού μεταβάλλονται συνεχώς. Εξαιτίας της αυξημένης επαγρύπνησης για τα σημεία και τα συμπτώματα του καρκίνου του μαστού και της χρήσης της μαστογραφίας, ο καρκίνος του μαστού διαγιγνώσκεται ολοένα και περισσότερο σε πρώιμα στάδια. Ετήσια μαστογραφία και κλινική εξέταση του μαστού συστήνονται σε γυναίκες άνω των 40 ετών. Γυναίκες άνω των 20 ετών θα πρέπει να ενθαρρύνονται να πραγματοποιούν αυτοεξέταση του μαστού τους κάθε μήνα και γυναίκες ανάμεσα σε 20 και 39 έτη θα πρέπει να πραγματοποιούν κλινική εξέταση στο μαστό τους, ανα τριετία. (Knutson & Steiner 2007). Αναφορικά με το τεστ Παπ, η εξέταση θα πρέπει να πραγματοποιείται ανά τριετία, μετά την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας (<http://www.cdc.gov/std/hpv/Screening Table.pdf>)

Παρόλα αυτά η συμμετοχή των γυναικών στις προληπτικές εξετάσεις απέχει πολύ από το ιδανικό και σημαντικές ανισότητες υπάρχουν ανάμεσα στις διάφορες κοινωνικές ομάδες. Υψηλά ποσοστά συμμετοχής αναφέρονται για το τεστ Παπ σε σχέση με τη μαστογραφία, ενώ συχνά παραμελείται η κλινική εξέταση του μαστού. Πράγματι, μετά την αλματώδη αύξηση στη χρήση της μαστογραφίας από τις γυναίκες, ήδη από το 1987 στις ΗΠΑ, οι εκτιμήσεις από την πανεθνική αμερικανική έρευνα του 2005 δείχνουν μια κάμψη, σε σχέση με το 2000. (από το 70 % στο 66%) (Breen et al 2007). Τα ποσοστά για το Παπ τεστ κυμαίνονται συνήθως άνω του 70 %, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά για την κλινική εξέταση του μαστού είναι χαμηλότερα. (Peterson et al 2008).

Τα δεδομένα από την Ελλάδα είναι περιορισμένα, ειδικά όσον αφορά την κλινική εξέταση του μαστού. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί η συμμετοχή των Ελληνίδων ενός ελληνικού νησιού στις εξετάσεις πρό-

ληψης του καρκίνου του μαστού και του τραχήλου της μήτρας. Διερευνήθηκε η συχνότητα πραγματοποίησης μαστογραφίας, Κλινικής Εξέτασης του Μαστού (ΚΕΜ) και εξέτασης κατά Παπανικολάου (Τεστ Παπ).

Υλικό και μέθοδοι

Η συλλογή του δείγματος πραγματοποιήθηκε μετά από επισκέψεις των ερευνητών σε εργασιακούς χώρους, αλλά και σε σπίτια, κομμωτήρια και ινστιτούτα ομορφιάς προκειμένου να συμπεριληφθούν και άνεργες γυναίκες στο δείγμα. Χρησιμοποιήθηκε κλειστού τύπου ερωτηματολόγιο, το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί και παλαιότερα σε ανάλογες έρευνες στον Ελλαδικό χώρο (Danou 2005). Ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν σε Δημόσιες Υπηρεσίες και Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου. Οι εργασιακοί χώροι από όπου έγινε η συλλογή των δεδομένων ήταν ένα δημόσιο νοσοκομείο, κεντρικά καταστήματα τραπεζών και ορισμένες ιδιωτικές εταιρείες. Αρχικά, γινόταν ενημέρωση των γυναικών σχετικά με τον σκοπό της μελέτης και στη συνέχεια μοιράζονταν τα ερωτηματολόγια σε όσες κυρίες ενδιαφέρονταν να συμμετέχουν. Γινόταν σαφές στις συμμετέχουσες ότι τα δεδομένα συλλέγονταν εμπιστευτικά και ότι δεν θα ήταν δυνατόν να αναγνωριστεί κάποιος άτομο από τα αποτελέσματα της μελέτης.

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων γινόταν παρουσία των ερευνητών, στις οποίες μπορούσαν να απευθύνουν τυχόν διευκρινιστικά ερωτήματα οι συμμετέχουσες. Το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε από την ερευνητική ομάδα και περιείχε ερωτήσεις που αφορούν στα δημογραφικά στοιχεία των υποκειμένων, στην χρήση Υπηρεσιών Φροντίδας Υγείας γυναικολογικής φύσης και στη χρήση των εξετάσεων προσυμπτωματικού ελέγχου. Στην έρευνα συμμετείχαν 200 γυναίκες.

Στατιστική Ανάλυση. Αρχικά έγινε περιγραφική στατιστική ανάλυση και κατασκευάστηκαν πίνακες συχνότητας για τις εξεταζόμενες μεταβλητές. Η δοκιμασία χ^2 χρησιμοποιήθηκε για τις ποιοτικές μεταβλητές μαζί με τη διόρθωση του Yates (χ^2). Οι μεταβλητές που αφορούσαν στη συχνότητα διενέργειας των προληπτικών εξετάσεων διχοτομήθηκαν σε «ποτέ» και « τουλάχιστον μία φορά» Για τη στατιστική επεξεργασία της παρούσας έρευνας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS, 13.0 v.

Αποτελέσματα

Ο μέσος όρος ηλικίας των γυναικών του δείγματος ήταν $43 \pm 11,02$ έτη. Παντρεμένες ήταν το 87 % των γυναικών (174), με μέσο όρο ηλικίας τα $42 \pm 10,52$ έτη. Η μέση ηλικία των ανύπαντρων γυναικών ήταν $34 \pm 12,01$ έτη. Ποσοστό 55,5 % είχε 1-2 παιδιά. Οι γυναίκες εργάζονταν σε ποσοστό 79,5 % (159). Μηνιαίο εισόδημα μέχρι 1000 ευρώ ανέφερε το 52,6 % των γυναικών. Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο, 5% ήταν απόφοιτες Δημοτικού, 12,5 % απόφοιτες Γυμνασίου, 45 % Λυκείου ή τεχνικών επαγγελμα-

τικών σχολών μέσης εκπαίδευσης, 36 % ΑΕΙ/ΤΕΙ, ενώ μεταπτυχιακές σπουδές ανέφερε το 3 % των ερωτηθέντων (Πίνακας 1). Τα ποσοστά πραγματοποίησης μαστογραφίας, ΚΕΜ και Παπ τεστ στο σύνολο του δείγματος, τουλάχιστον μια φορά στη διάρκεια της ζωής, ήταν 41,5%, 69,5% και 87%. Τα ποσοστά της μαστογραφίας στις γυναίκες ηλικίας άνω των 40 ετών ήταν 56,7% (Πίνακας 2). Η κλινική εξέταση του μαστού αναφέρετο συχνότερα στις γυναίκες υψηλού εισοδήματος, ενώ γυναίκες κατώτερου εκπαιδευτι-

κού επιπέδου (Λύκειο ή χαμηλότερων τάξεων) ανέφεραν υψηλότερα ποσοστά μαστογραφίας (Πίνακας 3). Οι εργαζόμενες, οι υψηλού εισοδήματος γυναίκες και με ανώτερη εκπαίδευση, καθώς και οι έγγαμες ανέφεραν σε μεγαλύτερο ποσοστό τη διενέργεια τεστ Παπ (Πίνακας 4,5,6.). Οι γυναίκες ηλικίας άνω των 40 ετών είχαν υψηλότερα ποσοστά πραγματοποίησης και των τριών εξετάσεων, τουλάχιστον μια φορά στη διάρκεια της ζωής τους (Πίνακας 7).

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Μεταβλητές	N	%	Μέσος όρος (± SD),
Ηλικία (έτη)	200	100,0	43 ± 11,02 71-18;
Ηλικία εγγάμων	174	87,0	42± 10,52
Ηλικία αγάμων	26	13,0	34± 12,01
Σύνολο	200	100,0	
Εργασία			
ΝΑΙ	159	79,5	
ΟΧΙ	41	20,5	
Σύνολο	200	100,0	
Μηνιαίο Εισόδημα			
< 500 ευρώ	32	16,5	
500-1000	70	36,1	
1000-1500	67	34,5	
1500-2000	16	8,3	
> 2000	9	4,6	
Σύνολο	194	100,0	
Εκπαιδευτική βαθμίδα			
Δημοτικό	10	5,0	
Γυμνάσιο	25	12,5	
Λύκειο και τεχνικές σχολές	90	45,0	
ΑΕΙ/ΤΕΙ	72	36,0	
Μεταπτυχιακές σπουδές	3	1,5	
Σύνολο	200	100,0	

Πίνακας 2 . Ποσοστά πραγματοποίησης εξετάσεων προσυμπτωματικού ελέγχου

Μαστογραφία		
ΝΑΙ	83	(41.5%)
ΟΧΙ	117	(58.5%)
Σύνολο	200	(100%)
Μαστογραφία σε γυναίκες άνω των 40 ετών		
ΝΑΙ	68	(56.7%)
ΟΧΙ	52	(43.3%)
Σύνολο	120	(100.0%)
KEM		
ΝΑΙ	139	(69.5%)
ΟΧΙ	61	(30.5%)
Σύνολο	200	(100%)
Παπ τεστ		
ΝΑΙ	174	(87 %)
ΟΧΙ	26	(13%)
Σύνολο	200	(100%)

Πίνακας 3. Εκπαιδευτική βαθμίδα και εξετάσεις προσυμπτωματικού ελέγχου

	Λύκειο ή κατώτερη	ΑΕΙ/ΤΕΙ	Σύνολο
Μαστογραφία τουλάχιστον μια φορά			
ΝΑΙ	57	26	83 (41.5%)
ΟΧΙ	62	55	117 (58.5%)
Σύνολο	119	81	200
p=0,026			
KEM τουλάχιστον μια φορά			
ΝΑΙ	79	60	139
ΟΧΙ	40	21	61
Σύνολο	119	81	200
p=0,246			
Παπ τεστ τουλάχιστον μια φορά			
ΝΑΙ	103	71	174
ΟΧΙ	16	10	26
Σύνολο	119	81	200
p=0,820			

Πίνακας 4. Εργασία και εξετάσεις προσυμπτωματικού ελέγχου

	Εργαζόμενη	Άνεργη	Σύνολο
Μαστογραφία τουλάχιστον μια φορά			
ΝΑΙ	64	19	83
ΟΧΙ	95	22	117
Σύνολο	159	41	200
p=0,48			
KEM τουλάχιστον μια φορά			
ΝΑΙ	112	27	139
ΟΧΙ	47	14	61
Σύνολο	159	41	200
p= 0,57			
Παπ τεστ τουλάχιστον μια φορά			
ΝΑΙ	144	30	174
ΟΧΙ	15	11	26
Σύνολο	159	41	200
p=0,003			

Πίνακας 5. Μηνιαίο εισόδημα και εξετάσεις προσυμπτωματικού ελέγχου

	Μηνιαίο εισόδημα ≤1000€	>1000€	Σύνολο
Μαστογραφία τουλάχιστον μία φορά			
ΝΑΙ	37	43	80
ΟΧΙ	65	49	114
Σύνολο	102	92	194
p=0,139			
KEM τουλάχιστον μια φορά			
ΝΑΙ	64	71	135
ΟΧΙ	38	21	59
Σύνολο	102	92	194
p=0,029			
Παπ τεστ τουλάχιστον μια φορά			
ΝΑΙ	80	88	168
ΟΧΙ	22	4	26
Σύνολο	102	92	194
p=0,000			

Πίνακας 6. Οικογενειακή κατάσταση και εξετάσεις προσυμπτωματικού ελέγχου

	Αρραβω- νισμένες/ έγγαμες	Άγαμες	Σύνολο
Μαστογραφία τουλάχιστον μία φορά			
ΝΑΙ	76	7	83
ΟΧΙ	99	18	117
Σύνολο	175	25	200
p=0,143			
KEM τουλάχιστον μια φορά			
ΝΑΙ	124	15	139
ΟΧΙ	51	10	61
Σύνολο	175	25	200
p= 0,270			
Παπ τεστ τουλάχιστον μια φορά			
ΝΑΙ	160	14	174
ΟΧΙ	15	11	26
Σύνολο	175	25	200
p= 0,000			

Συζήτηση

Σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, το τεστ Παπ ήταν η πιο συχνά πραγματοποιούμενη εξέταση προσυμπτωματικού ελέγχου. Υψηλά ποσοστά τεστ Παπ αναφέρονται στις ανεπτυγμένες χώρες, αν και το εύρος του εξεταζόμενου πληθυσμού ποικίλει, ανάλογα με τη χώρα. Για παράδειγμα στην Αγγλία, 83 % των γυναικών ηλικίας 25-64 ετών ελέγχονται στα συνιστώμενα χρονικά διαστήματα σε σύγκριση με το 53-74% των γυναικών στην Ιταλία, ηλικίας 25-64 ετών. (Antilla et al 2004). Τα ποσοστά μαστογραφίας και KEM είναι γενικά μικρότερα και ανακρίπτουν ζητήματα σχετικά με τη μελλοντική συχνότητα του καρκίνου. Τα ποσοστά μαστογραφία και KEM –τουλάχιστον μια φορά στη διάρκεια της ζωής- στις Αμερικανίδες κορεατικής καταγωγής υπολογίζονται σε 67 % και 58% αντίστοιχα. (Han et al 2000). Τα ποσοστά στις αναπτυσσόμενες χώρες είναι απογοητευτικά. Σε μια έρευνα που διεξήχθη στη Νιγηρία, βρέθηκε ότι τα 2/3 τω φοιτητριών (60% από τους οποίους ήταν σεξουαλικά ενεργείς) δε γνώριζαν το σκοπό του Παπ τεστ, και καμιά τους δεν είχε πραγματοποιήσει την εξέταση (Akujobi et al 2008). Δεδομένα από προηγούμενη μελέτη στη χώρα μας αναφέρουν ποσοστά για τις προσυμπτωματικές εξετάσεις των καρκίνων του μαστού και του τραχήλου της μήτρας ανάμεσα στο 50% και 70 %, ανάλογα με την ηλικία και την κοινωνική ομάδα) (Paraskevouroulou et al 2005, Dimitrakaki et al 2009). Πιο συγκεκριμένα, το ποσοστό των γυναικών ηλικίας 21-69 ετών που υπεβλήθη σε εξέταση Παπανικολάου την τελευταία τριετία ήταν 59,4 % και το ποσοστό των γυναικών ηλικίας 50-69 ετών που υπεβλήθησαν σε μαστογραφία κατά τη διάρκεια της τελευταίας τριετίας ήταν 53,8%. Βρέθηκε επίσης ότι το 25 % των γυναικών

ουδέποτε στη ζωή του είχε πραγματοποιήσει τεστ Παπ. Υπήρχαν σημαντικές επιδράσεις της ηλικίας, του μορφωτικού επιπέδου και της οικογενειακής κατάστασης στην πραγματοποίηση τεστ Παπ και μαστογραφίας (Dimitrakaki et al 2009).

Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση έχει επιπτώσεις στην πραγματοποίηση των προληπτικών εξετάσεων για τον καρκίνο του μαστού και του τραχήλου της μήτρας. Γενικά, γυναίκες με μικρότερο εκπαιδευτικό επίπεδο, χαμηλότερου οικογενειακού εισοδήματος τείνουν να υπολείπονται στη χρήση των προληπτικών εξετάσεων (Katz & Hoffer 1994, Peek & Han 2004). Σύμφωνα με μελέτη στις ΗΠΑ, γυναίκες χαμηλότερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου είναι πιθανό να είναι ανασφάλιστες και να μην έχουν πόρους φροντίδας. Σε σύγκριση με τις ανώτερης κοινωνικοοικονομικής και μέσης τάξης συνομιλήκούς τους, οι γυναίκες χαμηλού εισοδήματος διενεργούν σε μικρότερα ποσοστά προληπτικό έλεγχο για τον καρκίνο του μαστού, ακόμα και όταν σταθμίζεται η εθνικότητά τους, η φυλή και η ασφαλιστική τους κατάσταση (Katz & Hoffer 1994). Αναφορικά με το Παπ τεστ, μελέτη που διεξήχθη στις μεγαλύτερες πόλεις των ΗΠΑ έδειξε ότι το χαμηλό οικογενειακό εισόδημα (<15000\$) και επίσης το σχετικά χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (απόφοιτοι Γυμνασίου) συνοδεύονταν από χαμηλά ποσοστά διενέργειας τεστ Παπ. (περίπου 75 %) (Coughlin et al 2006).

Μελέτες που διεξήχθησαν σε διάφορες χώρες, όπως οι ΗΠΑ, ο Καναδάς η Ταϊβάν, καθώς και η Λατινική Αμερική υπογραμμίζουν το ρόλο των κοινωνικών ανισοτήτων στα ζητήματα πρόληψης (McDonald & Kennedy 2007, Reyes-Ortiz et al 2007). Μια έρευνα στην Ταϊβάν αποκάλυψε ότι,

ακόμα και όταν υπάρχει ελεύθερη πρόσβαση στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας για τον καρκίνο του μαστού και του τραχήλου της μήτρας, η συμμετοχή των ανθρώπων με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο είναι περιορισμένη (Lin et al 2008). Παρόλα αυτά, αναφορικά με τη μαστογραφία, οι λιγότερο μορφωμένες ΑφροΑμερικανές γυναίκες εμφάνισαν υψηλότερα ποσοστά πραγματοποίησης της εξέτασης (Wilson et al 2009). Υπάρχει μεγαλύτερη συσχέτιση του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού με το μορφωτικό επίπεδο και, αν και διαπιστώνεται μια αύξηση στην πραγματοποίηση μαστογραφίας με την άνοδο του μορφωτικού επιπέδου στις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες, αυτό δεν παρατηρείται σε γυναίκες μικρότερες των 40 ετών. (Borras et al 1999). Γυναίκες υψηλού μορφωτικού επιπέδου στην Ελλάδα βρέθηκε ότι πραγματοποιούν μαστογραφία λιγότερο συχνά σε σχέση με εκείνες μέσης και κατώτερης εκπαιδευτικής βαθμίδας. (Dimitrakaki et al 2009). Ίσως θα μπορούσε να διατυπωθεί η υπόθεση ότι όσο υψηλότερο το μορφωτικό επίπεδο, τόσο μεγαλύτερος και ο φόβος για κάποια επιπλοκή/συνέ-

πεια της μαστογραφίας. Είναι μια υπόθεση που θα μπορούσε να ελεγχθεί σε μελλοντική έρευνα. Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση, τα ποσοστά προσυμπτωματικού ελέγχου είναι μικρότερα στις άγαμες γυναίκες, τόσο στην Ελλάδα, όσο και στο εξωτερικό (Dimitrakaki et al 2009, Cabeza et al 2007). Στις μικρότερες ηλικίες (<40ετών) διαπιστώνονται μικρότερα ποσοστά προσυμπτωματικού ελέγχου. Πρόκειται για ένα ζήτημα που χρήζει μεγαλύτερης προσοχής από τους επαγγελματίες υγείας και τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας, ειδικά στην περίπτωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, όπου η έγκαιρη έναρξη των προληπτικών εξετάσεων έχει τεράστια σημασία.

Περιορισμοί της μελέτης

Το δείγμα της μελέτης κρίνεται μάλλον μικρό και δεν ήταν διστρωματοποιημένο. Ο αριθμός των ηλικιωμένων γυναικών ήταν μικρός και δεν μπορούν να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα αναφορικά με η συχνότητα πραγματοποίησης των εξετάσεων προσυμπτωματικού ελέγχου στις γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Akujobi CN., Ikechebelou JI., Onunkwo I., Onyiaorah IV., 2008. Knowledge, attitude and practice of screening for cervical cancer among female students of a tertiary institution in South Eastern Nigeria. *Nigerian journal of clinical practice* 13(3),216-9.
- Anttila, A., Ronco, G., Clifford, G., Bray F., Hakama, M., Arbyn, M., Weiderpass, E., 2004. Cervical cancer screening programmes and policies in 18 European countries. *British journal of cancer* 91(5),935-41
- Borràs, J. M., Guillen, M., Sanchez, V., Juncà, S., Vicente, R., 1999. Educational level, voluntary private health insurance and opportunistic cancer screening among women in Catalonia (Spain). *European journal of cancer prevention* 8(5),427-34.
- Breen, N.A., Cronin, K., Meissner, H.I., Taplin, S.H., Tangka, F.K., Tiro, J.A., McNeel, T.S., 2007. Reported drop in mammography : is this cause for concern? *Cancer* 109(12), 2405-9
- Cabeza, E., Esteve, M., Pujol, A., Homas, V., Sanchez-Contador, C., 2007. Social disparities in breast and cervical cancer preventive practices. *European journal of cancer prevention* 16(4),372-9
- Coughlin, S.S., King, J., Richards, T.B., Ekwueme, D.U., 2006. Cervical cancer screening among women in metropolitan areas of the United States by individual-level and area-based measures of socioeconomic status, 2000 to 2002. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention* 15(11),2154-9
- Davou, E., Katostaras, T., 2005. Search Behavior and choice of an obstetrician gynecologist in Greek urban population. *Review of clinical pharmacology and pharmacokinetics, international edition* 19, 143 – 148
- Dimitrakaki, C., Boulamatsis, D., Mariolis, A., Kontodimopoulos, N., Niakas, D., Tountas, Y., 2009. Use of cancer screening services in Greece and associated social factors: results from the nation-wide Hellas Health I survey. *European journal of cancer prevention* 18(3),248-57
- Ferlay, J., Bray, F., Pisani, P., 2004. *Cancer Incidence, mortality and prevalence worldwide. IARC CANCER Base No.5. version 2.0* IARC Press, Lyon
- Han, Y., Williams, R.D., Harrison, R.A., 2000. Breast cancer screening knowledge, attitudes, and practices among Korean American women. *Oncology nursing forum* 27(10),1585-91
- Katz, S.J., Hofer, T.P., 1994. Socioeconomic disparities in preventive care persist despite universal coverage: breast and cervical cancer screening in Ontario and the United States. *Journal of the American Medical Association*. 272,530-4
- Kiriakogianni-Psaropoulou, P., Zarogianni, Ch., Markidou, S., Poulianou, E., Kyrkou, K., Koutselini, E., Kizi, O., Daskalopoulou, D., Martinopoulou, O., Sidoni, S., Filippas, S., Abatzoglou, E., Mihas, A., Kakaboulis, P., Gravas S., 1998. Screening for on time diagnosis of the cervical cancer in Greece (Ilela-Messenia) *MEDICINE*. 74 (3), 236-241
- Knutson, D., Steiner, E., 2007. Screening for breast cancer: current recommendations and future directions *American family physician* 75(11),1660-6
- Lin, S.J., 2008. Factors influencing the uptake of screening services for breast and cervical cancer in Taiwan. *Journal of the Royal Society of Health* 128(6), 327-34
- McDonald, J.T., Kennedy, S., 2007. Cervical cancer screening by immigrant and minority women in Canada. *Journal of immigrant and minority health* 9(4), 323-34.
- Nelson, D., Bland, S., Powell-Griner, E., Klein, R., Wells, H.E., Hogelin, G., Marks, J.S., 2002. State Trends in Health Risk Factors and Receipt of Clinical Preventive Services Among US Adults During the 1990s *JAMA*. 2002;287:2659-2667.
- Paraskevopoulou, E., Economou, A., Panagopoulos, P., Zikopoulos, M., Petrakos, G., Koutras, I., 2005. Cervix cancer screening among Greek and immigrant women: the experience of a Greek District Hospital. *Clinical and experimental obstetrics & gynecology* 32(1), 52-4
- Peek, M.E., Han, J.H., 2004. Disparities in screening mammography. Current status, interventions and implications. *Journal of general internal medicine* 19(2),184-94.
- Peterson, N.B., Murff, H.J., Cui, Y., Hargreaves, M., Fowke, J.H., 2008. Papanicolaou testing among women in the southern United States. *Journal of women's health* 17(6),939-46
- Reyes-Ortiz, C.A., Camacho, M.E., Amador, L.F., Velez, L.F., Ottenbacher, K.J., Markides, K.S., 2007. The impact of education and literacy levels on cancer screening among older Latin American and Caribbean adults. *Cancer control* 14(4),388-95
- Wilson, D.B., McClish, D., Tracy, K., Quillin, J., Jones, R., Bodurtha, J., 2009. Variations in breast cancer screening and health behaviors by age and race among attendees of women's health clinics. *J Natl Med Assoc*. 101(6),528-35

Νοσηλευτές και Συναισθηματική Νοημοσύνη: Περιγραφική Μελέτη

Δημήτρης Παπαγεωργίου

Νοσηλευτής ΠΕ, PhD, MSc, Γραφείο Χειρουργικής Νοσηλευτικής Ειδικότητας,
Γ.Ν.Α. 'Γ. Γεννηματάς'

Ε. Μπολιουδάκη

Πλοίαρχος (ΥΝ), ΠΝ, MSc, Διευθύνουσα NNK

Ε. Παπαλά

Υποπλοίαρχος (ΥΝ), ΠΝ, MSc, Υπεύθυνη ΜΕΘ, NNK

Πετρούλα Σταματάκη

Υποπλοίαρχος (ΥΝ), ΠΝ, Υποψήφια PhD, Υπεύθυνη Καρδιολογικής Κλινικής NNA

Μαρία Καγιαλάρη

Υποπλοίαρχος (ΥΝ), Υπεύθυνη Χειρουργικής Κλινικής NNA

Θεόδωρος Σταθόπουλος

Καθηγητής Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, PhD

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή. Η συναισθηματική νοημοσύνη (EQ) στο χώρο της υγείας είναι ένα πεδίο που παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, διότι το συγκεκριμένο περιβάλλον εργασίας παρουσιάζει ιδιαιτερότητες που δε συναντώνται αλλού. Οι ψυχοφθόρες συνθήκες εργασίας που επικρατούν, κάνουν επιτακτική την ανάγκη της χρήσης και της ανάπτυξης των συναισθηματικών δεξιοτήτων καταρχήν για καλή απόδοση στην εργασία και κατά δεύτερο λόγο για προστασία του εργαζόμενου από το στρεσογόνο περιβάλλον.

Σκοπός. Η μέτρηση της συναισθηματικής νοημοσύνης των νοσηλευτών που εργάζονται σε Δημόσια Πολιτικά Νοσοκομεία.

Υλικό-Μέθοδος. Αναπτύχθηκε εξειδικευμένο ερωτηματολόγιο που δόθηκε σε 251 Νοσηλευτές που εργάζονται σε Δημόσια Νοσοκομεία της Ελλάδας. Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε 69 ερωτήσεις που περιέγραφαν τις ακόλουθες 7 διαστάσεις της συναισθηματικής νοημοσύνης: αυτεπίγνωση, αυτορύθμιση, κίνητρα συμπεριφοράς, ενσυναίσθηση, κοινωνικές δεξιότητες, χιούμορ, κριτική σκέψη. Οι απαντήσεις δόθηκαν βάσει της κλίμακας Likert 4 σημείων (καθόλου-λίγο-αρκετά-πολύ). Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγινε με τη βοήθεια του στατιστικού πακέτου SPSS 14.0 (Statistical Package for Social Sciences).

Αποτελέσματα. Η στατιστική ανάλυση έδειξε ότι το 50.5% του δείγματος των Νοσηλευτών που εργάζονται σε Δημόσια Πολιτικά Νοσοκομεία διαθέτει ικανοποιητικό επίπεδο Συναισθηματικής Νοημοσύνης (EQ), το 29.2% υψηλό EQ και ακολουθεί το 20.4% που διαθέτει κάτω του μετρίου EQ.

Συμπεράσματα. Το στρεσογόνο περιβάλλον του χώρου της Υγείας επιβάλλει την ανάπτυξη των συναισθηματικών δεξιοτήτων αφενός μεν για εξαιρετική κλινική επίδοση και αφετέρου για προστασία του εργαζόμενου από το ιδιαίτερο αυτό περιβάλλον.

Λέξεις - κλειδιά: Συναισθηματική Νοημοσύνη, συναισθήματα, φροντίδα, νοσηλευτική.

Εισαγωγή

Η συναισθηματική νοημοσύνη (EQ) στο χώρο της υγείας είναι ένα πεδίο που παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, διότι το συγκεκριμένο περιβάλλον εργασίας παρουσιάζει ιδιαιτερότητες που δε συναντώνται αλλού (Cadman & Brewer, 2001, Cherniss, 2002, Evans & Allen, 2002, Freshman & Rubino, 2002). Ο επίσημος ορισμός της συναισθηματικής νοημοσύνης αναφέρει ότι: «πρόκειται για μια μορφή κοινωνικής νοημοσύνης που περιλαμβάνει την ικανότητα αναγνώρισης των δικών μας συναισθημάτων και των συναισθημάτων των άλλων, διάκρισης μεταξύ των συναισθημάτων και χρήσης της πληροφορίας (που απορρέει από τα συναισθήματα) για την καθοδήγηση της σκέψης και των πράξεων μας» (Goleman, 1995, Mayer & Salovey, 1997, Davies et al., 1998, Bar-On, 2000, Law, 2004, Murphy, 2006). Με άλλα λόγια το άτομο διαθέτει την ικανότητα να κατανοεί με ακρίβεια τα δικά του συναισθήματα και των άλλων και να τα χρησιμοποιεί ώστε να κατευθύνει τη σκέψη και τη δράση του (Goleman, 2000, Safran, 2006). Οι καθημερινές αλληλεπιδράσεις αφορούν συνδέλους με διαφορετικές ειδικότητες, συχνά με κάποια αλληλοκαλυπτόμενα καθήκοντα, οι οποίοι ως ομάδα και ο καθένας ατομικά αντιμετωπίζει ανθρώπους που βρίσκονται εξ ορισμού (ως ασθενείς) σε σωματικό και ψυχολογικό stress. Μελετώντας την βιβλιογραφία, προκύπτει το συμπέρασμα ότι οι σχέσεις των δύο μεγαλύτερων ομάδων εργαζομένων στο νοσοκομείο, δηλαδή των γιατρών και των νοσηλευτών, περνούν μία φάση επαναπροσδιορισμού κάτι που αυξάνει ακόμα περισσότερο την ένταση στο χώρο της εργασίας (Mohammadreza et al., 2002, Mohammadreza et al., 2003). Οι ψυχοφθόρες συνθήκες εργασίας κάνουν επιτακτική την ανάγκη της χρήσης και της ανάπτυξης των συναισθηματικών δεξιοτήτων καταρχήν για καλή απόδοση στην εργασία και κατά δεύτερο λόγο για προστασία του εργαζόμενου από το στρεσογόνο περιβάλλον (Graham, 1999, Strickland, 2000).

Ο Goleman στο βιβλίο του «Η Συναισθηματική Νοημοσύνη στο Χώρο της Εργασίας» αναφέρει την εργασία των Williams and Sternberg οι οποίοι ανέπτυξαν πρώτοι την ιδέα του ομαδικού δείκτη νοημοσύνης. Στην κλασική μελέτη τους "Group Intelligence", βασική προϋπόθεση για εξαιρετική επίδοση είναι οι καλές σχέσεις ανάμεσα στα μέλη της ομάδας. Όσοι δεν είναι κοινωνικά επιδέξιοι και δεν μπορούν να συντονιστούν με τα αισθήματα των

άλλων αποτελούν τροχοπέδη για τη συνολική προσπάθεια, ιδιαίτερα εάν τους λείπουν οι ικανότητες της επίλυσης διαφορών και της αποτελεσματικής επικοινωνίας (Druskat & Wilff, 2001, Code of Professional Conduct, 2002, Cherniss, 2007).

Οι συναισθηματικές ικανότητες που κάνουν τις ομάδες να διακρίνονται είναι:

- Ενσυναίσθηση ή διαπροσωπική κατανόηση
- Συνεργασία και ενιαία προσπάθεια
- Ανοικτή επικοινωνία, θέση σαφών προδιαγραφών και προσδοκιών και ανοικτή αντιμετώπιση των μελών της ομάδας με χαμηλή επίδοση
- Τάση για βελτίωση
- Αυτεπίγνωση, υπό τη μορφή της αξιολόγησης των δυνατών και αδύνατων σημείων της ομάδας
- Πρωτοβουλία και έγκαιρη προετοιμασία για την επίλυση των προβλημάτων
- Αυτοπεποίθηση ως ομάδα
- Ευελιξία σε σχέση με την εκτέλεση συλλογικών καθηκόντων
- Επίγνωση της κατάστασης του οργανισμού με την έννοια της αντίληψης των αναγκών άλλων βασικών ομάδων μέσα στην εταιρεία και της δημιουργικής αξιοποίησης των πόρων που έχει να προσφέρει ο οργανισμός.
- Δημιουργία δεσμών με άλλες ομάδες (Druskat & Wilff, 2001, Code of Professional Conduct, 2002, Semple & Cable, 2003, Cherniss, 2007).

Η συναισθηματική νοημοσύνη έχει βρεθεί ότι αναπτύσσεται καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής μας και κορυφώνεται στη δεκαετία των 40-50 ετών. Σε αυτήν την ηλικία οι άνθρωποι μπορούν να ανταποκριθούν καλύτερα στις απαιτήσεις και τις πιέσεις του περιβάλλοντος διότι:

- είναι περισσότερο ανεξάρτητοι στις σκέψεις και τις πράξεις τους
- έχουν καλύτερη αντίληψη των συναισθημάτων των άλλων
- είναι περισσότερο κοινωνικά υπεύθυνοι
- προσαρμόζονται ευκολότερα
- ζυγίζουν καλύτερα τις καταστάσεις και λύνουν καλύτερα τα προβλήματα
- αντιμετωπίζουν το stress αποτελεσματικότερα από τους νεότερους (Six Seconds' EQ Institute for Healthcare Leadership, 2007, Vitello-Ciccio, 2003).

Μέθοδος

Σχεδιασμός έρευνας

Ο σκοπός της έρευνας ήταν η μέτρηση της συναισθηματικής νοημοσύνης των νοσηλευτών / τριών που εργάζονται σε δημόσια πολιτικά νοσοκομεία. Διανεμήθηκαν 251 ερωτηματολόγια σε νοσηλευτές που εργάζονται σε τρία Δημόσια Νοσοκομεία για το χρονικό διάστημα από Μάιο 2007 έως και το Μάιο 2008.

Δείγμα

Το δείγμα προέρχεται από τον πληθυσμό αναφορές των Νοσηλευτών που εργάζονται σε Δημόσια Νοσοκομεία Αθηνών και Περιφέρειας Ενηλίκων και συγκεκριμένα σε Νοσηλευτικά τμήματα, εργαστήρια, γραφεία εκπαίδευσης και διοικητικές υπηρεσίες των Νοσοκομείων. Ο προσδιορισμός του μεγέθους του δείγματος στην συγκεκρι-

κριμένη μελέτη καθορίστηκε από τους εξής παράγοντες:

- Το επιθυμητό επίπεδο ακρίβειας των αποτελεσμάτων
- Την διαθέσιμη οικονομική δαπάνη
- Τα διαθέσιμα χρονικά περιθώρια
- Την διακύμανση του υπό μελέτη πληθυσμού
- Τον αριθμό και το είδος των μεταβλητών που θα εμπλακούν στην ερευνητική διαδικασία (Williams, 1978).

Κατατέθηκε αίτηση και πρωτόκολλο προς έγκριση στις αντίστοιχες επιστημονικές επιτροπές των Νοσοκομείων. Η δειγματοληψία ήταν σκόπιμη και τυχαίοποιημένη. Τα κριτήρια εισόδου στην ομάδα ήταν τα ακόλουθα:

- Εργαζόμενοι στο Νοσηλευτικό Ίδρυμα για διάστημα μεγαλύτερο του ενός έτους
- Εργαζόμενοι σε οποιοδήποτε τμήμα του Νοσοκομείου
- Εργαζόμενοι τουλάχιστον με πτυχίο σχολής μονοετούς φοιτήσεως.

Τα κριτήρια αποκλεισμού ήταν εργαζόμενοι που δεν έχουν ολοκληρώσει τις σπουδές τους. Η επιλογή του συγκεκριμένου τρόπου δειγματοληψίας έγινε για να μην δημιουργηθεί πρόβλημα στην ανεύρεση του δείγματος. Οι νοσηλευτές συμμετείχαν στην έρευνα με τη διαδικασία της πληροφορημένης συναίνεσης.

Συλλογή δεδομένων

Η ανάπτυξη του περιεχομένου του εργαλείου μέτρησης στηρίχτηκε στην εκτεταμένη βιβλιογραφική και ερευνητική ανασκόπηση, στην αναζήτηση σχετικών με το θέμα ερωτηματολογίων (EQi του BarOn, ECI του Daniel Goleman και Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy) και στην υποβολή του ερωτηματολογίου σε ειδικούς από τους οποίους ζητήθηκε να γίνει σχολιασμός και τροποποίηση των τμημάτων του ερωτηματολογίου.

Αποτελέσματα

Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Το 84.9% ήταν νοσηλεύτριες και το 15.1% ήταν νοσηλευτές. Από τους ερωτηθέντες το 66.5% ήταν έγγαμοι, το 28.3% άγαμοι, ενώ το 5.2% ήταν διαζευγμένοι και χήροι. Ο πίνακας I περιγράφει τα βασικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών/τριών.

Στατιστική ανάλυση

Η αξιοπιστία του εργαλείου μέτρησης για τον προσδιορισμό του EQ των Νοσηλευτών / τριών είναι ικανοποιητική και κυμαίνεται στο 0.88 (Norusis, 1990).

Η περιγραφική ανάλυση των ερωτήσεων σχετικά με τον άξονα 'αυτεπίγνωση' έδειξε ότι το 2.6% δεν αναγνωρίζει τα συναισθήματά του, το 20.7% τα αναγνωρίζει μερικώς, το 54.2% τα αναγνωρίζει σε ικανοποιητικό βαθμό ενώ, το 22.5% αναγνωρίζει απόλυτα τα συναισθήματά του, τις επιπτώσεις και τα αποτελέσματά τους. Το 0.8% δεν γνωρίζει τα εσωτερικά του αποθέματα, το 8.8% τα γνωρίζει μερικώς, το 53.9% τα γνωρίζει ικανοποιητικά ενώ, το 34.3% γνωρίζει απόλυτα τα εσωτερικά του αποθέματα, τις ικανότητες και τα όριά του. Το 3% δεν έχει

Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε δύο μέρη: ένα για τη συλλογή δημογραφικών στοιχείων και ένα για τη συλλογή στοιχείων σχετικά με τις δεξιότητες που το νοσηλευτικό προσωπικό διαθέτει. Οι απαντήσεις δόθηκαν βάσει της κλίμακας Likert 4 σημείων (καθόλου - λίγο- αρκετά -πολύ).

Επιπλέον, το ερωτηματολόγιο:

- είναι κατά τέτοιο τρόπο δομημένο, ώστε να αποτελεί ένα κατάλληλο, πλήρες και ακριβές εργαλείο εξυπηρέτησης του σκοπού και των στόχων της έρευνας. Εκμαιεύει τις απαντήσεις που ενδιαφέρουν την έρευνα και όχι τις γενικές τους απόψεις επί παντός επιστητού.
- απαρτίζεται από απλές αλλά ταυτόχρονα μεστές σε περιεχόμενο, φράσεις και ερωτήσεις – και όχι περίτεχνα λεκτικά σχήματα ή σύνθετες εννοιολογικές κατασκευές.
- είναι αμερόληπτο, δεν ωθεί, δηλαδή, τον ερωτώμενο προς την μια ή την άλλη κατεύθυνση, αλλά δίνει την δυνατότητα επιλογής απάντησης μέσα από μια κλίμακα τεσσάρων σημείων (καθόλου – λίγο – αρκετά – πολύ).

Διαχείριση δεδομένων-Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγινε με την βοήθεια του στατιστικού πακέτου SPSS 14 (Statistical Package for Social Sciences) για Windows. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν στην ανάλυση είναι:

- Δοκιμαστική έρευνα (pilot study) σε ένα μικρό δείγμα
- Αξιολογήσεις αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής (internal consistency reliability) με βάση το συντελεστή άλφα (Cronbach's coefficient alpha).
- Περιγραφική στατιστική για δημογραφικά δεδομένα
- Περιγραφική στατιστική των κατηγοριών της Συναισθηματικής Νοημοσύνης

αυτοπεποίθηση, το 8.8% έχει χαμηλή αυτοπεποίθηση, το 53.9% έχει ικανοποιητική αυτοπεποίθηση ενώ, το 34.3% διαθέτει υψηλή αυτοπεποίθηση.

Σχετικά με τον άξονα 'αυτορύθμιση', το 27% δεν μπορεί να χειριστεί τα διασπαστικά του συναισθήματα και παρορμήσεις, το 42% μπορεί και τα χειρίζεται εν μέρει, το 24.7% τα χειρίζεται καλά ενώ, το 6.3% τα χειρίζεται αποτελεσματικά. Το 15.8% δεν αναλαμβάνει την ευθύνη για την προσωπική του επίδοση, το 9.7% αναλαμβάνει την ευθύνη εν μέρει, το 35.2% αναλαμβάνει την ευθύνη αρκετά ενώ, το 39.3% αναλαμβάνει πλήρως την ευθύνη διατηρώντας παράλληλα την τιμιότητα και ακεραιότητα του. Το 28.4% των ερωτηθέντων παρουσιάζουν ικανοποιητική ευελιξία στον χειρισμό των αλλαγών και είναι ανοικτοί σε πρωτοποριακές ιδέες, προσεγγίσεις και νέες πληροφορίες σε αντίθεση με το 19.2% που εμφανίζει αδυναμία στον τρόπο που αντιμετωπίζει τα γεγονότα και στην αναζήτηση καινούργιων ιδεών. Το υπόλοιπο 52.4% χειρίζεται καλά τις πολλαπλές απαιτήσεις, την αλλαγή προτεραιοτήτων και την γρήγορη αλλαγή.

Σχετικά με τον άξονα 'κίνητρα συμπεριφοράς', το

Πίνακας 1 Δημογραφικά στοιχεία

<i>Ηλικία</i>	%
20-30	20.7
31-40	47.8
41-50	27.5
>51	4.0
<i>Μορφωτικό επίπεδο</i>	
ΑΕΙ	3.6
ΤΕΙ	53.8
Μεταπτυχιακός τίτλος	3.2
Διδακτορικός τίτλος	2.0
Ειδικότητα	23.0
Μονοετούς φοίτησης	1.6
Διετούς φοίτησης	12.4
<i>Καταγωγή</i>	
Κρήτη	39.4
Στερεά Ελλάδα	15.5
Πελοπόννησος	9.6
Θεσσαλία	9.2
Ήπειρος	8.0
Μακεδονία	8.8
Θράκη	1.2
Νησιά	6.4
Κύπρος	1.6
Ρωσία	0.4
<i>Τμήμα εργασίας</i>	
Κλινική	39.8
ΜΕΘ	24.3
Χειρουργείο	12.8
Εργαστήριο	8.8
Γραφείο	5.6
ΤΕΠ	8.8
<i>Ξένες γλώσσες</i>	
Μια (I)	62.2
>2	18.3
Καμμία	19.5

24.7% προσπαθεί απόλυτα να βελτιωθεί ή να ανταποκριθεί σε κάποια δεδομένα τελειότητας, το 47.2% προσπαθεί πολύ ενώ, το 28.1% δεν μαθαίνει πώς να βελτιώνει την επίδοσή του. Το 37.1% ευθυγραμμίζεται απόλυτα με τους στόχους του Οργανισμού, το 59% ευθυγραμμίζεται σε μεγάλο βαθμό ενώ, το 4% δεν αναζητά με ενεργητικό τρόπο ευκαιρίες για να εκπληρώσει την αποστολή της ομάδας. Το 33.1% παρουσιάζει απόλυτη ετοιμότητα για δράση μόλις εμφανιστεί ή ευκαιρία, το 50.2% επιδιώκει σε ικανοποιητικό βαθμό στόχους πέρα από εκείνους που άλλοι τους επιβάλλουν ή προσδοκούν από αυτούς ενώ, το 16.7% δεν παρακάμπτει την γραφειοκρατία και τους κανόνες προκειμένου να γίνει η δουλειά. Το 20.5% επιμένει στην επιδίωξη στόχων παρά τα εμπόδια και τις αναποδιές, το 36.5% επιμένει εν μέρει ενώ, το 43% λειτουργεί περισσότερο με τον φόβο της αποτυχίας και λιγότερο με βάση την ελπίδα για την επιτυχία.

Σχετικά με τον άξονα 'ενσυναίσθηση', το 80.5% κατανοεί σε ικανοποιητικό βαθμό τα συναισθήματα και τις

απόψεις των ασθενών και δείχνει ενεργό ενδιαφέρον για τις ανησυχίες τους σε αντίθεση με το 19.5% που δεν αντιλαμβάνεται τα συναισθηματικά σήματα των ασθενών και δεν διαθέτει την ικανότητα της ακρόασης. Το 92.6% προβλέπει και αναγνωρίζει τις ανάγκες των ασθενών τις οποίες και ικανοποιεί ενώ, το 7.4% δεν αναζητά τρόπους να ικανοποιήσουν τους ασθενείς και να κερδίσει έτσι την αφοσίωση τους. Το 92% υποστηρίζει ότι έχει αίσθηση του τι έχουν οι ασθενείς ανάγκη για να αναπτυχθούν και ενισχύει τις δυνατότητές τους ενώ το 8% δεν αναγνωρίζει τα επιτεύγματα των άλλων. Το 18.3% αναγνωρίζει απόλυτα τις συναισθηματικές τάσεις της ομάδας υγείας και συμβάλλει στην ενδυνάμωση των σχέσεων, το 50.2% τις αναγνωρίζει εν μέρει ενώ, το 31.5% αδυνατεί να καταλάβει τις δυνάμεις που διαμορφώνουν τις απόψεις και τις κινήσεις των ασθενών.

Σχετικά με τον άξονα 'κοινωνικές δεξιότητες', το 65.7% διαθέτει τις δεξιότητες που απαιτούνται για να κερδίσουν τους άλλους ενώ, το 34.3% δεν χρησιμοποιεί αποτελεσματικές μεθόδους πειθούς. Το 59% επικοινωνεί καλά, το 26.7% διαθέτει την ικανότητα της καλής ακρόασης, αναζητά αμοιβαία κατανόηση και δέχεται πρόθυμα να μοιραστεί πληροφορίες με άλλους ενώ, το 14.3% δεν ενθαρρύνει την ανοικτή επικοινωνία. Το 75.7% υποστηρίζει ότι διαθέτει την έμπνευση και μπορεί και καθοδηγεί ομάδες και ανθρώπους ενώ, το 24.3% δεν μπορούν να πάρουν πρωτοβουλίες και δεν δρουν σαν ηγέτες άσχετα από την θέση που κατέχουν. Το 21.5% είναι υπέρμαχο της αλλαγής και στρατολογεί και άλλους για την επιδίωξή της, το 54.6% εν μέρει προκαλεί το κατεστημένο να παραδεχτεί την ανάγκη για αλλαγή ενώ, το 23.9% δεν αναγνωρίζει την ανάγκη για αλλαγή. Το 8.4% είναι σε απόλυτη θέση να χειρίζεται με διπλωματία δύσκολους ανθρώπους και καταστάσεις έντασης, το 73.7% μπορεί μερικώς να διαπραγματευτεί και να επιλύσει διαφωνίες ενώ, το 17.9% δεν μπορεί να εντοπίζει την πιθανότητα συγκρούσεων και δεν φροντίζει να αποκλιμακώσει τις διαφωνίες. Το 53.8% δημιουργεί δεσμούς και έχει καλή και συνεχή επικοινωνία με τους άλλους, το 43.4% συνάπτει μερικώς και διατηρεί προσωπικές φιλίες με τους συναδέλφους και συνεργάτες ενώ, το 2.8% καλλιεργεί ελάχιστες λειτουργικές σχέσεις. Το 48.2% διαθέτει ομαδικές ικανότητες και καλλιεργεί στη ομάδα μια αίσθηση ταυτότητας, το 49.4% συμβάλλει μερικώς στη δημιουργία συνοχής στην ομάδα προς επίτευξη στόχων ενώ, το 2.4% δεν διακατέχεται από ομαδικότητα.

Σχετικά με τον άξονα 'χιούμορ', το 32.1% υποστηρίζει ότι διαθέτει και το χρησιμοποιεί καθημερινά προκειμένου να ελιχθεί, το 49.2% διαθέτει χιούμορ το οποίο δεν χρησιμοποιεί πάντα ενώ, το 18.7% διαθέτει λίγο έως και καθόλου χιούμορ.

Σχετικά με τον άξονα 'σκέψη', το 25.3% των ερωτηθέντων υποστηρίζει ότι χρησιμοποιεί τις δυνατότητες του νου προκειμένου να ανταπεξέλθει στις αντιξοότητες της εργασίας, το 55.7% χρησιμοποιεί την κριτική σκέψη αλλά όχι καθημερινά ενώ, το 19% διαθέτει λίγο έως και καθόλου κριτική σκέψη.

Συζήτηση

Η παρούσα μελέτη έδειξε ότι το ½ των ερωτηθέντων αναγνωρίζει και διαχειρίζεται απόλυτα την εσωτερική του κατάσταση, τις προτιμήσεις, τα προσωπικά του αποθέματα και έχει τις συναισθηματικές τάσεις που οδηγούν προς την επίτευξη στόχων. Το ? του δείγματος αναφέρει ότι έχει καλή αυτεπίγνωση και αρκετά κίνητρα συμπεριφοράς, ότι διαθέτει χιούμορ το οποίο χρησιμοποιεί επιλεκτικά και ότι χρησιμοποιεί την κριτική σκέψη αλλά όχι σε καθημερινή βάση.

Η αναγνώριση των συναισθημάτων και κατ' επέκταση η ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών επιτυγχάνεται μόνο μέσα από την ικανότητα του επαγγελματία υγείας να αναγνωρίζει αρχικώς τα δικά του συναισθήματα και ανάγκες. Στην παρούσα μελέτη, περίπου το ½ του δείγματος ανέφερε ότι αναγνωρίζει τα συναισθήματά του. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι Προϊστάμενοι Νοσηλευτές, που διαθέτουν σε ικανοποιητικό βαθμό συναισθηματική νοημοσύνη, αντιλαμβάνονται επακριβώς τα συναισθήματα των ιδίων αλλά και των υπολοίπων και έτσι, διαφοροποιούνται από εκείνους που εκφράζονται με ψεύτικα συναισθήματα. Για παράδειγμα, μπορούν να διακρίνουν τον θυμό του Νοσηλευτών που σχετίζεται με την λήψη αποφάσεων και τον διαχειρίζονται με τέτοιον τρόπο ώστε επαναφέρουν τους Νοσηλευτές αυτούς στον αρχικό στόχο, αυτόν, δηλαδή, της φροντίδας του ασθενή. Επίσης, μπορούν και κατανοούν τα σύνθετα συναισθήματα συγγενών αλλά και προσωπικού υγείας που συνοδεύουν καταστάσεις θανάτου ασθενών (Vitello – Cicciu, 2002, Caruso et al., 2002).

Το ψυχοφθόρο περιβάλλον του χώρου της Υγείας επιβάλλει την ανάπτυξη των συναισθηματικών δεξιοτήτων αφενός μεν για εξαιρετική κλινική επίδοση και αφετέρου για προστασία του εργαζόμενου από το ιδιαίτερο αυτό περιβάλλον. Στην μελέτη αυτή ένα μεγάλο ποσοστό βρέθηκε ότι δεν μπορεί να χειριστεί σωστά τον παρορμητισμό αλλά και τα δισπαστικά του συναισθήματα με αποτέλεσμα η ομάδα να μην λειτουργεί ικανοποιητικά όσον αφορά τη φροντίδα του ασθενή. Παράλληλα βρέθηκε ότι, ενώ οι Νοσηλευτές ευθυγραμμίζονται απόλυτα με τους στόχους του Νοσηλευτικού Ιδρύματος, ωστόσο τους διακρίνει και μια διάθεση για προσωπική ανέλιξη. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι ομάδες στο χώρο εργασίας εμπίπτουν σε τρία επίπεδα επίδοσης. Στη χειρότερη περίπτωση, οι προστριβές μέσα στην ομάδα την οδηγούν στην αποτυχία παρουσιάζοντας επίδοση χαμηλότερη από ό,τι ο μέσος όρος των μεμονωμένων ατόμων. Όταν η ομάδα λειτουργεί αρκετά καλά η βαθμολογία είναι υψηλότερη από το μέσο όρο των μελών της. Όταν όμως στην ομάδα υπάρχει αληθινή συνεργασία, η βαθμολογία της υπερβαίνει κατά πολύ ακόμα και τη βαθμολογία του καλύτερου μεμονωμένου ατόμου. Όταν οι ομάδες λειτουργούν όσο καλύτερα γίνεται, τα αποτελέσματα μπορεί να είναι κάτι περισσότερο από αθροιστικά, μπορεί να είναι πολλαπλασιαστικά με τα σημαντικότερα ταλέντα ενός ατόμου να αναδεικνύουν τα σημαντικότερα ταλέντα

του επόμενου, παράγοντας πολύ περισσότερα αποτελέσματα παρά από όσα θα ήταν εφικτό από ένα άτομο. Όταν τα μέλη της ομάδας δίνουν τον καλύτερο εαυτό τους τα αποτελέσματα δεν είναι πια αθροιστικά αλλά πολλαπλασιαστικά καθώς χρησιμοποιούνται τα ταλέντα και οι ικανότητες όλης της ομάδας (Goleman, 2000).

Η ενσυναίσθηση είναι ένα απαραίτητο συστατικό της ιατρονοσηλευτικής φροντίδας. Η παρούσα μελέτη έδειξε ότι οι Νοσηλευτές κατανοούν σε ικανοποιητικό βαθμό τα συναισθήματα και τις απόψεις των ασθενών. Παρόμοια αποτελέσματα προέκυψαν όταν σε μια έρευνα προσεγγίσθηκε το θέμα της ενσυναίσθησης, αξιολογώντας τις απαντήσεις Ιατρονοσηλευτικού προσωπικού αλλά και φοιτητών Νοσηλευτικής και Μαιευτικής. Η ίδια μελέτη έδειξε ότι τόσο οι άντρες όσο και οι γυναίκες κατανοούν εξίσου τις ανάγκες και τα προβλήματα των ασθενών. Αντίθετα, όμως, γνώμη είχαν οι ασθενείς που συμμετείχαν σε άλλη μελέτη και έπασχαν από χρόνια αναπνευστική ανεπάρκεια. Όταν, λοιπόν, τους ζητήθηκε να προσδιορίσουν τους τομείς της φροντίδας που το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να βελτιώσει, η πλειονότητα των απαντήσεών τους επικεντρώθηκε στη μεγαλύτερη συναισθηματική κατανόηση (Parageorgiou, 2006).

Όσον αφορά τις κοινωνικές δεξιότητες (ή κοινωνική επιρροή), βρέθηκε στη μελέτη αυτή ότι οι Νοσηλευτές επηρεάζουν το περιβάλλον με πειστικότητα και έμπνευση, εν μέρει αναγνωρίζουν την ανάγκη για αλλαγή και προωθούν την ομαδικότητα και την συνεργασία. Παλαιότερη μελέτη έδειξε ότι ο ανθρώπινος εγκέφαλος σχετίζεται με την ανάπτυξη των κοινωνικών δεξιοτήτων, διότι μπορεί και δημιουργεί νέους νευρικούς ιστούς και νέες νευρικές συνδέσεις καθόλη την ενήλικη ζωή, τα οποία 'μάχονται' ενάντια σε ριζωμένα πρότυπα που υπάρχουν ήδη στον εγκέφαλο (Goleman & Boyatzis, 2008).

Χιούμορ είναι η ικανότητα του ατόμου να βλέπει την αστεία πλευρά των καταστάσεων αντί να παραμένει σοβαρός συνέχεια. Στην μελέτη αυτή τονίστηκε η αναγκαιότητα της χρήσης του χιούμορ. Ένα μεγάλο ποσοστό το χρησιμοποιεί επιλεκτικά είτε μεταξύ του προσωπικού είτε με τους ασθενείς. Έρευνα που έχει γίνει έδειξε ότι η χρήση του χιούμορ συμβάλλει στην πνευματική ευημερία των ατόμων, ελαχιστοποιώντας την επίδραση των αρνητικών καταστάσεων στο άτομο και προστατεύοντάς το έναντι των καθημερινών δυσκολιών (Ojanen, 1996). Σε άλλη μελέτη, φάνηκε ότι η καθημερινή χρήση του καλού χιούμορ βοήθησε τους Νοσηλευτές στο να ικανοποιούν περισσότερο τις ανάγκες των ασθενών (Astedt – Kurki & Isola, 2001).

Συμπερασματικά, η ανάλυση των αποτελεσμάτων έδειξε ότι το 50.5% του δείγματος των Νοσηλευτών που εργάζονται σε Δημόσια Πολιτικά Νοσοκομεία διαθέτει ικανοποιητικό δείκτη Συναισθηματικής Νοημοσύνης (EQ), το 29.2% υψηλό EQ και ακολουθεί το 20.4% που διαθέτει κάτω του μετρίου EQ.

Περιορισμοί

Υπάρχουν κάποιοι περιορισμοί στη μελέτη αυτή οι οποίοι πρέπει να ληφθούν υπόψη για την καλύτερη επεξεργασία και γενίκευση των αποτελεσμάτων. Το μέγεθος του δείγματος των νοσηλευτών θα μπορούσε να θεωρηθεί μικρό από πλευράς αξιοπιστίας της μέτρησης καθώς αποτελούσε ένα ενδεικτικό δείγμα από τον ολικό πληθυσμό νοσηλευτών / τριών που εργάζονται στα δημόσια πολιτικά νοσοκομεία τη δεδομένη στιγμή διενέργειας της έρευνας. Ένας δεύτερος περιορισμός αποτελεί το γεγονός ότι τα ευρήματα της μελέτης αντικατοπτρίζουν τις απόψεις νοσηλευτών και νοσηλεύτριών από τρία μόνο νοσοκομεία της

χώρας χωρίς απαραίτητα να αντικατοπτρίζουν τις απόψεις του συνόλου των νοσηλευτών και νοσηλεύτριών που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία πανελλαδικώς. Με δεδομένη την ποικιλία των επαγγελματιών υγείας που λειτουργούν κάτω από την ομπρέλα της παροχής φροντίδας στα Νοσοκομεία, το ότι το προσωπικό που συμμετείχε στην παρούσα μελέτη αποτελούνταν μόνο από νοσηλευτές και νοσηλεύτριες, αποτελεί ίσως έναν τρίτο περιορισμό στη γενίκευση των αποτελεσμάτων. Η σύγκριση των απόψεων σχετικά με την συναισθηματικά νοημοσύνη νοσηλευτών που εργάζονται σε δημόσια πολιτικά και σε στρατιωτικά νοσοκομεία της Ελλάδος, θα ήτανε ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα.

Συμπεράσματα

Η συναισθηματική νοημοσύνη είναι ένας βασικός παράγοντας επιτυχίας. Προκύπτει και εξελίσσεται μόνο όταν ο άνθρωπος αναλαμβάνει την πλήρη ευθύνη της συμπεριφοράς του, της αντίδρασής του στα γεγονότα, των σκέψεων και των συναισθημάτων του.

Λαμβάνοντας υπόψη τους ανωτέρω περιορισμούς, μία παρόμοια μελέτη με ένα μεγαλύτερο δείγμα από νοσηλευτές, και μάλιστα από ένα πιο αντιπροσωπευτικό εύρος νοσοκομείων της χώρας, θα μπορούσε να οδηγήσει και σε μεγαλύτερη γενίκευση και εγκυρότητα των αποτελεσμάτων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Astedt – Kurki, P., Isola, A., 2001. Humour between nurse and patient, and among staff: analysis of nurses' diaries. *Journal of Advanced Nursing* 35 (3), 452 – 458.
- Bar – On, R., 2000. Emotional and Social intelligence: insights from the emotion quotient inventory. In: Bar – On R. and Parker J. *The handbook of Emotional Intelligence*. Jossey – Bass, San Francisco, pp. 363-388.
- Cadman, C., Brewer; J., 2001. Emotional intelligence: a vital prerequisite for recruitment in nursing. *Journal of Nursing Management* 9 (6), 321-324.
- Caruso, DR, Mayer; JD, Salovey P., 2002. Emotional intelligence and emotional leadership. In Riggio R. and Murphy S. eds. *Multiple intelligences and leadership*. NJ: Lawrence Erlbaum Assoc., Mahwah, pp. 55-74.
- Chemiss, C., 2002. Emotional intelligence and the good community. *American Journal of Community Psychology* 30 (1), 1-11.
- Chemiss, C. Emotional Intelligence: What it is and Why it Matters, chemiss@rci.rutgers.edu www.eiconsortium.org Paper presented at the Annual Meeting of the Society for Industrial and Organizational Psychology, New Orleans, LA, April 15, 2000 accessed 10/3/2007
- Davies, M., Stankov, L., Roberts RD., 1998. Emotional intelligence: in search of an elusive construct. *J Pers Soc Psychol* 75, 989-1015.
- Druskat, VU., Wilff, S.B., 2001. Building the emotional intelligence of groups. *Harvard Business Review* 79 (3), 80-90.
- Evans, D., Allen, H., 2002. Emotional intelligence: its role in training. *Nursing Times* 98 (27), 41-42.
- Freshman, B., Rubino, L., 2002. Emotional intelligence: a core competency for health care administrators. *Health Care Management* 20 (4), 1-9.
- Goleman, DP., 1995. *Emotional Intelligence: Why it can matter more than IQ for character, health and lifelong achievement*. NY: Bantam Books, New York.
- Goleman, DP., 2000. Η Συναισθηματική Νοημοσύνη στο Χώρο της Εργασίας. ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, 1Γ έκδοση, ΑΘΗΝΑ.
- Goleman, D., Boyatzis, R., 2008. Social intelligence and the biology of leadership. *Harv Bus Rev* 86 (9), 74-81, 136.
- Graham, IW., 1999. Reflective narrative and dementia care. *Journal of Clinical Nursing* 8 (6), 675 – 683.
- Hojat Mohammadreza et al: "Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty". *American Journal Psychiatry* 159:1563-1569, September 2002
- Hojat Mohammadreza, Fields, Sylvia K, Gonnella, Joseph S : "Empathy: An NP/MD comparison" , *Nurse Practitioner*, Apr 2003 http://www.findarticles.com/p/articles/mi_qa3958/is_200304/ai_n9197452 accessed 1/3/2007
- Kliszcc, J., Nowicka – Sauer, K., Trzeciak, B., Nowak, P., Sadowska, A., 2006. Empathy in health care providers – validation study of the Polish version of the Jefferson Scale of Empathy. *Adv Med Sci* 51, 219 – 225.
- Law, KS., Wong, CS., Song, L., 2004. The construct and criterion validity of emotional intelligence and its potential utility for management studies. *J Appl Psychol* 89, 483-496.
- Mayer, JD., Salovey, P., 1997. What is emotional intelligence? In: Salovey P and Sluyter D. *Emotional development and emotional intelligence: educational implications*. Basic Books, New York, pp. 3-31.
- Murphy, KR., 2006. *A critique of Emotional Intelligence*. NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah.
- Norusis, MJ., 1990. *SPSS Base System User's Guide*. Illinois: SPSS Inc, Chicago.
- Nursing and Midwifery Council., 2002. *Code of Professional Conduct*. London.
- Ojanen, M., 1996. What is a 'self' ? The structure, development, disturbances and integration of 'self' . Kirjatoimi, Tampere.
- Papageorgiou, DE., 2006. Comparison of respiratory patients' and health professionals' perceptions about the level of care provided in Intensive Care Unit. *Nosileftiki* 45(4), 527-535.
- Safran, D, Miller, W, Beckman, H., 2006. "Organizational Dimentions of Relationship-centered Care". *Journal of General Internal Medicine* 21(S1), 9-15.
- Sample, M., Cable, S., 2003. The new code of professional conduct. *Nursing Standard* 17 (23), 40-48.
- Six Seconds' EQ Institute for Healthcare Leadership: Reduce Nurse turnover with research based emotional intelligence ©2004 Six Seconds - All Rights Reserved Updated: 6/26/04: www.healtheq.com/problem.php, accessed 5/3/2007
- Strickland, D., 2000. Emotional intelligence: the most potent factor in the success equation. *Journal of Nursing Administration* 30 (3), 112-127.
- Vitello – Cicciu, J., 2002. Exploring emotional intelligence. *JONA* 32 (4), 203 – 210.
- Vitello-Cicciu, J., 2003. "Innovative leadership through emotional intelligence". *Nursing Management* 34(10), 28-33.
- Williams, WH., 1978. *A sampler on sampling*. John Wiley, New York.

Συμβουλευτική και Σχεδιασμός Προγράμματος Αγωγής Υγείας στο Χώρο της Εκπαίδευσης: Ο Ρόλος του Σχολικού Νοσηλευτή

Μαρνέρας Χρήστος

Νοσηλεύτης Τ.Ε., MSc-Π.Φ.Υ., Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ρίου.

Αλμπάνη Ελένη

Νοσηλεύτρια Τ.Ε., MSc-Π.Φ.Υ., Νοσοκομείο Παιδών «Καραμανδάνειο» Πατρών .

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ακόμα και σήμερα, τα θέματα ψυχικής υγείας θεωρούνταν αποκλειστικά ευθύνη των φορέων υγείας. Όμως σύγχρονες έρευνες, με βάση την εξέλιξη των αναγκών, οδήγησαν στη συνειδητοποίηση ότι το αποτελεσματικό σχολείο δεν έχει μόνο την ευθύνη της διανοητικής ανάπτυξης των μαθητών του, αλλά έχει ανάγκη πλαισίωσης και άλλων υποστηρικτικών προγραμμάτων συμβουλευτικής ενίσχυσης σε θέματα συναισθηματικής και ψυχικής βοήθειας των μαθητών.

Επομένως, ο ρόλος του σχολικού νοσηλευτή φαίνεται να είναι καθοριστικός στην προαγωγή της ψυχικής υγείας των μαθητών του και πλέον το σχολείο φέρει την ευθύνη να φροντίσει για την ασφάλεια και την ευεξία των παιδιών. Εξάλλου, αποτελεί δικαίωμα όλων των παιδιών να γνωρίζουν ισότιμα τους τρόπους για τη διασφάλιση και θωράκιση τόσο της σωματικής όσο και της ψυχικής τους υγείας και ασφάλειας.

Λέξεις κλειδιά: συμβουλευτική ενίσχυση, αγωγή υγείας, σχολικός νοσηλευτής, πρόληψη, παρέμβαση.

Εισαγωγή

Σύμφωνα με το καταστατικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας «υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Ένας άλλος ορισμός θεωρεί την υγεία ως το αποτέλεσμα της φυσικής κατάστασης ενός ατόμου που υιοθετεί απέναντι και στο περιβάλλον.

Ο ορισμός της υγείας, σύμφωνα πάντα με το παραπάνω καταστατικό, περιλαμβάνει τρεις τουλάχιστον διαστάσεις. Η πρώτη δίνει έμφαση στη βιολογική πλευρά της υγείας και αφορά κυρίως τη σωματική δυσλειτουργία ή τους κοινωνικούς ρόλους που υιοθετούν τα άτομα και η τελευταία αφορά τους ψυχολογικούς παράγοντες. Σύμφωνα με την τελευταία άποψη, προσωπικές εμπειρίες και γνωστικοί παράγοντες μπορούν να προβλέψουν την καλή υγεία ή την εμφάνιση ασθένειας σε ένα άτομο και κατά συνέπεια τα άτομα είναι υπεύθυνα ή ελέγχουν τα ίδια την υγεία τους και η υγεία αποτελεί ένα ψυχοκοινωνικό φαινόμενο.

Το 1972 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έδωσε τον

εξής ορισμό για την Αγωγή Υγείας: «Αγωγή για την υγεία είναι μια διαδικασία που γεφυρώνει το χάσμα μεταξύ της πληροφόρησης για την υγεία και της πρακτικής για την υγεία». Ο ορισμός αυτός διαμορφώθηκε λίγο αργότερα: «Αγωγή για την υγεία είναι μια εκπαιδευτική διαδικασία με πολλές παραμέτρους (πνευματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές) που εμπεριέχει δραστηριότητες, οι οποίες οδηγούν στην κατανόηση των προβλημάτων υγείας και στην ενίσχυση της υπευθυνότητας και της ικανότητας του ατόμου μου για τη λήψη της σωστής αποφάσεων σε ότι αφορά στην προσωπική του ευημερία, αλλά και στην ευημερία της οικογένειας του και της κοινωνίας που ανήκει».

Ο ορισμός της Αγωγής Υγείας που έγινε αποδεκτός από την Ευρωπαϊκή Ένωση το 1986 αναφέρει ότι η Αγωγή Υγείας είναι μια διαδικασία που στηρίζεται σε επιστημονικές αρχές και χρησιμοποιεί προγραμματισμένες ευκαιρίες μάθησης που δίνουν τη δυνατότητα στους ανθρώπους, όταν λειτουργούν ως άτομα ή ως σύνολο, να αποφασίζουν και να ενεργούν συνειδητά (ενημερωμένα) για θέματα που επηρεάζουν την υγεία τους».

Σκοπός και Στόχοι της Συμβουλευτικής στο Θέμα της Αγωγής Υγείας

Η Αγωγή Υγείας είναι μια διαθεματική δραστηριότητα, μια καινοτόμος δράση που η συμβουλή της μέσα στη σχολική ζωή κρίνεται σήμερα ως ιδιαίτερα σημαντική και απαραίτητη. Ο ρόλος της Συμβουλευτικής στην Αγωγή Υγείας εγκρίνεται στην προάσπιση, τη βελτίωση και την προαγωγή της ψυχικής και σωματικής ευεξίας των μαθητών, αφενός με την ανάπτυξη των κοινωνικών δεξιοτήτων τους και της κριτικής τους σκέψης και αφετέρου με την αναβάθμιση του κοινωνικού και φυσικού περιβάλλοντος τους.

Παράλληλα με τον παραπάνω βασικό σκοπό υπάρχουν διάφοροι γενικοί στόχοι που δίνουν τις γενικές αλλά και συγκεκριμένες κατευθύνσεις στα προγράμματα συμβουλευ-

τικής στήριξης.

Οι σημαντικότεροι από τους στόχους αυτούς είναι:

- Η λεπτομερής και εμπειριστατωμένη ενημέρωση των νεαρών ατόμων σχετικά με τους κινδύνους που απειλούν την ψυχική και σωματική τους υγεία. Η Alysoun Moon (1998) αναφέρει ότι όλα τα παιδιά έχουν το δικαίωμα να γνωρίζουν τους τρόπους που μπορούν να διασφαλίσουν τόσο τη σωματική, όσο και την ψυχική τους υγεία και ασφάλεια.
- Η ανάπτυξη δεξιοτήτων, κριτικής στάσης, η βελτίωση της αυτοπεποίθησης, της αυτοεκτίμησης, αλλά και της δυνατότητας να διαπραγματεύεται και να προβαίνει στις σωστές επιλογές.

Ο ρόλος του Νοσηλευτή στο χώρο του σχολείου

Οι Νοσηλευτές έχουν τη δυνατότητα να βρίσκονται κοντά στα παιδιά, να έρχονται σε στενή επαφή μαζί τους στο σχολικό περιβάλλον και να αναγνωρίζουν τις δυσκολίες των μαθητών (Μαλικιώση-Λοίζου, 1999).

Ένα πρόγραμμα Αγωγής Υγείας μέσα στο σχολικό περιβάλλον μπορεί να επικεντρώνεται στη βελτίωση της ικανότητας του μαθητή να «φροντίζει συνολικά» τον εαυτό του, όμως ο Σχολικός Νοσηλευτής αποτελεί το σημαντικό εκείνο παράγοντα που καλείται να αφήσει τον παραδοσιακό του ρόλο, να γίνει και αυτός «μαθητής» μέσα στο πρόγραμμα και συνεργάτης των μαθητών του. Είναι απαραίτητο να είναι απαλλαγμένος από κάθε είδους προκαταλήψεις, να ενδιαφέρεται για όλους χωρίς διακρίσεις και να σέβεται τους εσωτερικούς ρυθμούς των μαθητών του. Να είναι συντονιστής στις ιδέες και στις εμπειρίες που αποκομίζονται και όχι να λειτουργεί ως ο μοναδικός πομπός γνώσης.

Οι Σχολικοί Νοσηλευτές έχουν χρέος να διερευνήσουν και να αξιολογήσουν πρώτα τα δικά τους συναισθήματα, αξίες και στάση, ώστε να μπορέσουν στη συνέχεια τόσο με τη στάση τους όσο και μέσα από την ενημέρωση-διδασκαλία να καλλιεργήσουν στους μαθητές συναισθήματα αυτοεκτίμησης, αυτοαξιολόγησης και αυτοελέγχου. Είναι απαραίτητο να δείχνουν σεβασμό στους μαθητές, στις επιλογές τους και στον τρόπο που τις εκφράζουν και να τους δείξουν καθαρά ότι τους αποδέχονται. Η αποδοχή είναι καθοριστική και ουσιαστικά

που θα προάγει τους διαπροσωπικούς δεσμούς, μεταξύ των δυο μερών.

Για να κατέχουν όμως αυτές τις δεξιότητες οι Σχολικοί Νοσηλευτές πρέπει να έχει δημιουργηθεί ένα δίκτυο κατάρτισης αλλά και υποστήριξης τους με την βοήθεια των σχολικών νοσηλευτών και των άλλων φορέων ψυχικής υγείας. Η κατάρτιση των Σχολικών Νοσηλευτών αποτελεί το μέσο μετάδοσης της απαραίτητης τεχνογνωσίας, ώστε να λειτουργήσουν οι ίδιοι ως σύμβουλοι της σχολικής κοινότητας στην αντιμετώπιση των προβλημάτων της προεφηβείας και της εφηβείας στην προαγωγή της υγείας.

Ο σύγχρονος Σχολικός Νοσηλευτής αναλαμβάνει το καθήκον να συμβάλει στη δημιουργία, ικανών και ψυχικά υγιών ανθρώπων. Καλείται, λοιπόν, σήμερα να λειτουργήσει ως σύμβουλος όπου η σχέση του με τους μαθητές κάποιες φορές θα πρέπει να συνυπάρχουν κάποιιοι ή και όλοι οι παρακάτω παράγοντες (εντελώς απαραίτητοι στη συμβουλευτική σχέση):

1. αναγνώριση του προβλήματος του μαθητή ή των μαθητών
2. συμφωνία ή γνησιότητα απέναντι τους
3. απεριόριστη και άνευ όρων θετική αναγνώριση
4. ενσυναίσθηση, κατανόηση

Η αποδοχή μαθητή, των συναισθημάτων του, ακόμη και αυτών τα οποία ο ίδιος φοβάται, θεωρείται σημαντική για τη συναισθηματική του ανάπτυξη και την εξεύρεση θετικών λύσεων.

Ο ρόλος των γονέων

Είναι παραδεκτό από όλους ότι η κοινωνία σήμερα απαιτεί από τους ενήλικες, γονείς και εκπαιδευτικούς, για να μπορέσουν να μεγαλώσουν τα παιδιά τους, να είναι σε θέση να εξακολουθούν να «μεγαλώνουν» και οι ίδιοι. Σ' ένα μεταβαλλόμενο κόσμο τα σταθερά σημεία αναφοράς δεν μπορούν να βρεθούν «έξω», αλλά μέσα στο ίδιο το άτομο.

Ο ρόλος του γονέα «μαθαίνεται» και σχεδόν κάθε γονέας ανατρέχει στην εμπειρία που απέκτησε από τους γονείς του από την πρώτη του νηπιακή ηλικία. Όμως στη σύγχρονη εποχή δεν υπάρχουν οι σταθερές αξίες, οι

καθορισμένοι ρόλοι και άλλα σταθερά σημεία αναφοράς. Οι αλλαγές είναι συχνές και ραγδαίες, και στις αλλαγές αυτές που έχουν να κάνουν με το ρόλο του σημερινού γονιού εμπεριέχονται αγωνίες και αβεβαιότητα, αλλά και ευκαιρίες για καλύτερη προσωπική πορεία γονέων και παιδιών, καθώς και δυναμικότερη εσωτερική εξέλιξη (Καλογρίδης, 2006). Τα σύγχρονα προγράμματα Αγωγής Υγείας αντιμετωπίζουν τον γονεϊκό ρόλο όχι σαν απόρροια μια εξωτερικής μαθησιακής, αλλά μιας ειλικρινούς εσωτερικής διεργασίας (Κλεφτάρας, 2002).

Μεθοδολογία ανάπτυξης προγραμμάτων Αγωγής Υγείας

Για την ολοκλήρωση των προγραμμάτων Συμβουλευτικής στήριξης και Αγωγής Υγείας ακολουθείται μεθοδολογία με συγκεκριμένα διδακτικά εργαλεία. Η σύγχρονη μεθοδολογία της Αγωγής Υγείας δεν στηρίζεται πλέον στην απλή ενημέρωση και μεταφορά γνώσεων σε εξειδικευμένα θέματα υγείας. Αντιθέτως, για την εκπλήρωση των στόχων της απαιτείται να χρησιμοποιηθούν μέσα που στοχεύουν στην ενεργητική και βιωματική μάθηση των αντικειμένων των προγραμμάτων.

Στη μεθοδολογία αυτή προτείνεται:

- η προσέγγιση στην σχολική τάξη ως ομάδας
- η εστίαση στην παιδαγωγική σχέση
- η ενεργητική ακρόαση ως τρόπος επικοινωνίας
- η διαθεματική προσέγγιση μέσα από ενοποιημένη μορφή διδασκαλίας
- η χρήση διερευνητικών μεθόδων με στόχο τη σταδιακή οικοδόμηση της γνώσης.

Ως καταλληλότερο μοντέλο προσέγγισης προτείνεται το Ψυχοκοινωνικό, το οποίο εισάγει την έννοια των κοινωνικών δεξιοτήτων και αναπτύσσει:

- τρόπους επικοινωνίας
- τρόπους επίλυσης αποφάσεων
- τρόπους λήψης αποφάσεων
- τρόπους συνειδητής επιλογής κ.α.

Για την προαγωγή και αγωγή υγείας είναι φανερό λοιπόν ότι είναι απαραίτητη η εφαρμογή μεθόδων διδασκαλίας και μάθησης, οι οποίες ενθαρρύνουν τη συμμετοχή και τη συνεργασία. Το να διδάσκεται απλώς στους ανθρώπους το χρήσιμο, το ωφέλιμο και το σωστό δεν επαρκεί στο να φέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα. Όλοι οι άνθρωποι, και φυσικά και οι μαθητές, πρέπει να είναι ενεργά αναμεμιγμένοι και να αισθάνονται ότι αυτό το οποίο μαθαίνουν είναι σχετικό με τις δικές τους εμπειρίες.

Στην παραδοσιακή μέθοδο διδασκαλίας η μετάδοση πληροφοριών ακολουθεί μονόδρομη κατεύθυνση, από τον εκπαιδευτικό προς τον μαθητή. Στη συμμετοχική προσέγγιση ή στην ενεργό μάθηση ο Σχολικός Νοσηλευτής εφαρμόζει μια διττή διαδικασία: ανακαλύπτει τις ανάγκες των μαθητών, τις στάσεις τους και το πώς αισθάνονται και ανακαλύπτει τρόπους να καλύψει τις ανάγκες τους αυτές, «ξέρω ότι δεν μπορώ να διδάξω τίποτα σε κανέναν, μπορώ

μόνο να δημιουργήσω ένα περιβάλλον μέσα στο οποίο κάποιος θα μπορεί να μάθει κάτι». σύμφωνα με τη θεωρία του Rogers (Μαλικιώση-Λοΐζου, 1999).

Με τη μέθοδο της ομαδοκεντρικής διδασκαλίας και συμμετοχικής προσέγγισης ο σχολικός νοσηλευτής ενθαρρύνει τους μαθητές να αναλάβουν οι ίδιοι την ευθύνη να μάθουν και να αναπτυχθούν, προκειμένου να νιώσουν ικανοί να αναλάβουν τον έλεγχο της ζωής τους και την ευθύνη των αποφάσεων τους. Ειδικότερα, όταν αναφερόμαστε στην προαγωγή της ψυχικής υγείας, χρειάζεται να βοηθηθούν οι άνθρωποι να αναγνωρίσουν τις αντιλήψεις και τα συναισθήματά τους, να τα αποδεχθούν και να ενισχύσουν έτσι την αίσθηση της αυτοαξίας τους.

Η αλληλεπίδραση των παιδιών στην ομάδα συμβάλλει στη μείωση των λαθών και λειτουργεί ως έλεγχος στις διάφορες προτάσεις και εναλλακτικές λύσεις (Γεώργας, 1986). Τα παιδιά κατανοούν καλύτερα ότι τα προβλήματα τους ζητούν την επαφή με τους σημαντικά «άλλους» που τους περιβάλλουν.

Ο Malcolm Knowles υποστηρίζει ότι απαραίτητη προϋπόθεση για τη διαδικασία της μάθησης είναι η ύπαρξη ενός μαθησιακού συμβολαίου που χρησιμοποιείται από τους εκπαιδευόμενους για τη διάγνωση των αναγκών τους, τον ορισμό των στόχων τους, τον εντοπισμό των μαθησιακών στρατηγικών και την αξιολόγηση της προόδου τους (Cross, 1981).

Παρατηρώντας τα προγράμματα Αγωγής Υγείας που γίνονται στη χώρα μας, διαπιστώνουμε ότι έχουν σχεδιαστεί με βάση τις μεθόδους που αναφέρθηκαν, θεωρώντας την μεθοδολογία ως ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία στην επιτυχία ενός από τα σημαντικότερα στοιχεία στην επιτυχία ενός προγράμματος.

Σημαντικό είναι να υπογραμμισθεί ότι τα προγράμματα Αγωγής Υγείας για να έχουν τα επιθυμητά αποτελέσματα απαιτούν συγκεκριμένες δεξιότητες – προϋποθέσεις για να λειτουργήσει σωστά και εποικοδομητικά η συμβουλευτική σχέση μέσα σε αυτά (ορθή αντίληψη, εστίαση, αναζήτηση – ανάδειξη προσόντων, προσεκτική παρακολούθηση και ενεργή ακρόαση, χρήση ερωτήσεων, ενθάρρυνση, αντανάκλαση συναισθημάτων, αναδιτύπωση, παράφραση, ερμηνεία, πληροφόρηση και καθοδήγηση).

Σχεδιασμός και Υλοποίηση Προγραμμάτων Πρόληψης και Παρεμβατικών Προγραμμάτων Συμβουλευτικής και Αγωγής Υγείας

Η Συμβουλευτική και η Αγωγή Υγείας είναι κατεξοχήν διαθεματικές και διεπιστημονικές δραστηριότητες. Επομένως, τα σχετικά προγράμματα για να είναι αποτελεσματικά, πρέπει τα θέματα που διαπραγματεύονται να έχουν σπειροειδή και ολιστική δομή και μέσα από τη διαθεματική προσέγγιση να διαχέονται ή να ενσωματώνονται σε άλλα μαθήματα του αναλυτικού προγράμματος. Τόσο η

ψυχοσύνθεση του μαθητή όσο και η φύση των προγραμμάτων μας επιτρέπουν και μας κατευθύνουν στην εφαρμογή της διαθεματικής προσέγγισής ως την πλέον αποτελεσματική μαθησιακή διαδικασία. Πρέπει να αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της όλης μαθησιακής διαδικασίας του σχολείου.

Με τη διαθεματική προσέγγιση το αντικείμενο δεν

ερευνάνται μόνο σε μια καθορισμένη ώρα εντός ή εκτός ωρολογίου προγράμματος με τη συμμετοχή όποιων θέλουν, αλλά επανέρχεται συχνά μέσα στο ωρολόγιο πρόγραμμα, συνδεδεμένο με τα άλλα μαθήματα. Επιπλέον, με τον τρόπο αυτό συμμετέχει, ευαισθητοποιείται και ενεργοποιείται όλο το δυναμικό της τάξης.

Η διαθεματική προσέγγιση διευκολύνει το μαθητή να εμπλουτίσει και να διαμορφώσει τις γνώσεις του σχετικά με ένα θέμα, από διάφορες πτυχές του ωρολογίου προγράμματος και να μετατρέψει τη σχολική γνώση σε καθημερινές συνήθειες και πράξεις, που έχουν άμεση θετική επίδραση στον τρόπο ζωής του. Η ικανότητα του σχολικού Νοσηλευτή να εντάξει αυτό που θέλει να κατανοήσουν οι μαθητές πάνω σε ένα θέμα προαγωγής υγείας, μέσα σε διάφορα γνωστικά αντικείμενα είναι αυτή που θα τον οδηγήσει ή

όχι στην επιτυχία του στόχου που έχει προσδιορίσει.

Η Συμβουλευτική δεν αντιμετωπίζεται ως μεμονωμένο γνωστικό αντικείμενο, αλλά αποτελεί στοιχείο κάθε πτυχής της σχολικής ζωής και εξοπλίζει τους μαθητές με ικανότητες ώστε:

- Να βρίσκουν, να κατατάσσουν και να αξιοποιούν τις πληροφορίες.
- Να σχεδιάζουν μια έρευνα και να αξιολογούν τα δεδομένα της.
- Να επικοινωνούν
- Να ερμηνεύουν τις σχέσεις μεταξύ του φυσικού κόσμου και των ανθρώπων
- Να αναγνωρίζουν τους κινδύνους που τους απειλούν
- Να αναπτύσσουν συνεργασία με τους άλλους
- Να κοινωνικοποιούνται.

Ο ρόλος του Σχολικού Νοσηλευτή στην ανάπτυξη προγραμμάτων Πρόληψης, και προαγωγής της υγείας στην Πρωτοβάθμια εκπαίδευση

Στόχοι:

- Κατανόηση του ρόλου της οικογένειας ως «κώρου» που παρέχει ασφάλεια και προστασία και επισήμανση των διαφορετικών ρόλων του κάθε μέλους (γονιός, παιδί, παππούς, γιαγιά κ.α.).
- Συνειδητοποίηση του πως αποκτούν φίλους και ανάδειξη της σημασίας της φιλίας στη ζωή τους.
- Συζήτηση για θέματα που αφορούν στον τρόπο με τον οποίο τα παιδιά αξιοποιούν το περιβάλλον τους, προκειμένου να ικανοποιήσουν ορισμένες ανάγκες τους.
- Κατανόηση βασικών παραμέτρων και τρόπων με τους οποίους οι κοινωνικές και πολιτισμικές συνθήκες επηρε-

άζουν και διαμορφώνουν στάσεις και πρότυπα ταύτισης και συμπεριφοράς.

Ενδεικτικές δραστηριότητες:

Μέσα από τις παρακάτω δραστηριότητες μπορούμε να επιτύχουμε τους παρακάτω στόχους :

- ανάπτυξη της δυναμικής της ομάδας
- παιχνίδια ρόλων
- ερωτηματολόγιο έρευνας
- καλλιτεχνική δημιουργία
- δουλειά σε μικρές ομάδες πάνω σε θέματα αγωγής υγείας
- μμητικά παιχνίδια πάλι πάνω σε θέματα υγείας.

Ο ρόλος του Σχολικού Νοσηλευτή στην ανάπτυξη προγραμμάτων Πρόληψης, και προαγωγής της υγείας στη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση

Στόχοι:

- A) Αναζήτηση παραγόντων που συντελούν στη διαμόρφωση της ατομικής ταυτότητας κάθε μαθητή.
- B) Αυτογνωσία και κατανόηση του τρόπου συσχέτισης με τους άλλους συμμαθητές και ιδιαίτερα των «σημαντικών άλλων» στη ζωή τους.
- Γ) Συνειδητοποίηση της σημασίας των συναισθημάτων τους και της επίδρασης που αυτά έχουν στις σχέσεις με τους άλλους και το πώς νιώθουν για τον εαυτό τους.
- Δ) Η αλληλεπίδραση των εφήβων και η σημασία της για τη διαμόρφωση στάσεων, συμπεριφορών, συναισθημάτων, αναγκών και επιθυμιών, σύνδεση με ειδικότερα θέματα, όπως πως επηρεάζομαι από τους άλλους σε θέματα διατροφής- σεξουαλικής συμπεριφοράς- χρήση ουσιών, πως αντιμετωπίζω περιπτώσεις πίεσης από τους άλλους για θέματα που αφορούν την προσωπική μου ασφάλεια- τη χρήση ουσιών- τις σχέσεις με το άλλο φύλο.

Ενδεικτικές δραστηριότητες:

Μέσα από τις παρακάτω δραστηριότητες μπορούμε να επιτύχουμε τους στόχους μας:

- ανάπτυξη της δυναμικής της ομάδας
 - παιχνίδια ρόλων, ερωτηματολόγια έρευνας
 - καλλιτεχνική δημιουργία
 - δουλειά σε μικρές ομάδες, όλα τα παραπάνω πρέπει να έχουν ως βασικό τους έρεισμα θέματα αγωγής υγείας
- Επισημαίνεται η σημαντικότητα του ρόλου που μπορεί να αναπτύξει ένας Σχολικός Νοσηλευτής στην ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών

Ενδεικτικά αναφέρεται ότι τα προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης έχουν ως στόχο να εμποδίσουν ή να καθυστερήσουν την έναρξη της χρήσης ουσιών καθώς και τη μετάβαση από τη δοκιμή στη συστηματική χρήση. Αντίθετα, η δευτερογενής και η τριτογενής πρόληψη

στοχεύουν στο να βοηθήσουν τους συστηματικούς χρήστες να μην επανέλθουν στη χρήση ή να αποφύγουν περαιτέρω προβλήματα που μπορεί να προκληθούν από τη χρήση ουσιών. Η διερεύνηση ορισμένων αιτιών που

οδηγούν τα άτομα στη χρήση ουσιών δικαιολογεί την έμφαση που δίνεται από τα προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης στην ενίσχυση των ατομικών και κοινωνικών δεξιοτήτων.

Επίλογος

Οι διαπιστώσεις που προκύπτουν από την εφαρμογή προγραμμάτων Πρόληψης και Παρέμβασης σε θέματα υγείας στα σχολεία σε διεθνές επίπεδο δεν είναι και τόσο ευχάριστες για την απόδοσή τους στη λειτουργικότητα των παιδιών, συγκεκριμένα έχει διαπιστωθεί ότι (Χατζηχρήστου, 2004):

- Μεγάλο ποσοστό παιδιών και εφήβων αντιμετωπίζει πολλά αναπτυξιακά προβλήματα.
- Τα προβλήματα των παιδιών είναι σύνθετα, αλληλένδετα και σχετίζονται με ποικίλες κοινωνικοοικονομικές παραμέτρους.
- Ελάχιστοι ενδιαφέρονται οι εμπλεκόμενοι φορείς κυρίως για την ψυχική υγεία των παιδιών.
- Έλλειψη συμβουλευτικής υποστήριξης και θεραπευτικής παρέμβασης.

Οι διαπιστώσεις αυτές καθιστούν έντονη και επιτακτική την ανάγκη για:

- Συνεργασία όλων των φορέων στους τομείς υγείας, παιδείας, κοινωνικής πρόνοιας και δικαιοσύνης.
- Ολόπλευρη ανάπτυξη των μοντέλων παροχής υπηρεσιών.
- Συνεργασία, συντονισμός, διασύνδεση υπηρεσιών, φορέων, συστημάτων και διεπιστημονική συνεργασία ειδικών.
- Ανάπτυξη υπηρεσιών ανάλογα με την ιδιαιτερότητα κάθε περιοχής (εθνικές/πολιτιστικές ιδιαιτερότητες).
- Δραστηριοποίηση ομάδων, συλλόγων γονέων.
- Συχνή αξιολόγηση των προγραμμάτων πρόληψης και παρέμβασης.
- Συνεχής επιμόρφωση και κατάρτιση των ειδικών. (Χατζηχρήστου, 2004). Ο σχολικός νοσηλευτής μπορεί να γίνει συνδετικός κρίκος ανάμεσα σε όλους του ενδιαφερόμενους έτσι ώστε να γίνει εφικτός ο σκοπός όλων, που δεν είναι άλλος από την συνεχή και ουσιαστική βοήθεια σε όλα τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι μαθητές, της πρωτοβάθμιας ή δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Γεώργας, Δ. (1986). Κοινωνική ψυχολογία, (τ. Α' & τ. Β'). Αθήνα.
- Α' Δ'νοση Δ.Ε. Ν. Αθηνών, (1999). Θεωρητική & Βιωματική Προσέγγιση Αγωγής Υγείας στα Σχολεία, Σεμινάριο Αγωγής Υγείας.
- Cross, K. P. (1981). Adults as Learners. San Francisco: Jossey-Bass.
- Delaroché, P., (2005). Εφηβεία: Τα προβλήματα της και πως θα τα αντιμετωπίσετε. Αθήνα: Μπουκουμάνης.
- Εγχειρίδιο για τον εκπαιδευτικό, Πρόγραμμα αγωγής υγείας, (1996). Στήριζομαι στα πόδια μου, Ε.Π.Ι.Ψ.Υ., Ο.Ι.Λ.Α.Ν.Α., Αθήνα.
- Ζυμβρακάκη, Ε. (1996). Ζητήματα θεωρίας και μεθόδου στην επιστήμη της Αγωγής και Προαγωγής της Υγείας. Σύγχρονη Εκπαίδευση, αρ. τεύχους 89.
- Head, J., (2000). Εκπαιδύοντας τους εφήβους. Αθήνα: Σαββάλας.
- Herbert, M. (1992). Ψυχολογικά προβλήματα εφηβικής ηλικίας. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Herbert, M. (1993). Ψυχολογικά προβλήματα παιδικής ηλικίας. Τ. Ια, Ιβ, Επ. Ι. Παρασκευόπουλος. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Καλαντζή – Αζίζι, Α. & Μπεζεβέγκης, Η. (2000). Θέματα ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Καλαντζή – Αζίζι, Α. & Ζαφειροπούλου, Μ., (2004). Προσαρμογή στο σχολείο. Πρόληψη και αντιμετώπιση δυσκολιών. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Καλογρίδη, Σ. (2006). Συνεργασία σχολείου – οικογένειας: Αντιλήψεις εκπαιδευτικών. Σύγχρονη Εκπαίδευση, αρ. τεύχους 146.
- Κλεφτάρης, Γ. (2002). Η κατάθλιψη σε παιδιά και εφήβους: Μέθοδοι αυτοαξιολόγησης και προβληματισμοί, στο Πολεμικός, Ν. Καϊλα, Μ. Καλαβάσης, Φ. (επιμ.). Εκπαιδευτική, οικογενειακή και πολιτική ψυχοπαθολογία. Αθήνα: Ατραπός.
- Μαλικιώση – Λοϊζου, Μ. (1999). Συμβουλευτική Ψυχολογία. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Mcleod, J. (2005). Εισαγωγή στη Συμβουλευτική. Αθήνα: Μεταίχιμο.
- Molnar, A & Lindquist, B. (1990). Προβλήματα συμπεριφοράς στο σχολείο Οικοσυστημική Προσέγγιση. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, Weare, K., Gray, G. (Επιμ.: Σώκου, Κ.) (2000). Η προαγωγή της ψυχικής και συναισθηματικής υγείας στο σχολείο. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Παρασκευόπουλος, Ι. Ν. (2002). Η ψυχική υγεία των παιδιών και ο ρόλος του σχολείου, στο Πολεμικός, Ν. Καϊλα, Μ. Καλαβάσης, Φ. (επιμ.), Εκπαιδευτική, οικογενειακή και πολιτική ψυχοπαθολογία. Αθήνα: Ατραπός.
- Περάκη, Β. (1994). Αγωγή Υγείας: Ένα όπλο στη μάχη για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ανθρώπου. Ο ρόλος του σχολείου. Σύγχρονη Εκπαίδευση, αρ. τεύχους 76.
- Πετρόπουλος Ν. – Παταστυλιανού Α., (2001). Μορφές επιθετικότητας, βίας και διαμαρτυρίας στο σχολείο. Αθήνα: ΥΠΕΠΘ, Παιδαγωγικό Ινστιτούτο.
- Πολεμικός, Ν. Καϊλα, Μ. Καλαβάσης, Φ. (επιμ.) (2002). Εκπαιδευτική, οικογενειακή και πολιτική ψυχοπαθολογία. Αθήνα: Ατραπός.
- Rice, I. P. (επ. Α. Αντωνίου) (2005). Η Ψυχολογία της Υγείας, Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην.
- Σώκου, Κ. (1999). Οδηγός αγωγής και προαγωγής της υγείας. Πρότυπο πρόγραμμα «αλκοόλ και ατύχημα». Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Τούντας, Γ. (2002). Πολιτική Υγείας, Αθήνα: Οδυσσέας.
- Τούντας, Γ. (2004). Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα: Οδυσσέας/Νέα Υγεία.
- ΥΠΕΠΘ, Δ/ση Σπουδών Δευτερίας Εκπαίδευσης, Γραφείο Αγωγής υγείας, ΕΙΝ, (2000), Ψυχική Υγεία – Διαπροσωπικές σχέσεις ΙΙ – Ι4 ετών, Αθήνα.
- Χατζηχρήστου Χ. (2004). Εισαγωγή στη Σχολική Ψυχολογία. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

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 μαϊών.
- 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 αναπαρχθεί 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, Πρόνοις 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 ταχυδρομικώς (όχι με fax) μέχρι το τέλος Φεβρουαρίου, υποβάλλοντας σχετική δήλωση στο Περιφερειακό Τμήμα όπου ανήκει. Η δήλωση υποβάλλεται ταυτόχρονα με την καταβολή της ετήσιας συνδρομής, που έχει οριστεί δια του Νόμου 3252/2004 στο ποσό των σαράντα πέντε (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 οικονομικώς τακτοποιημένοι.

Πειθαρχικός έλεγχος

Ο πειθαρχικός έλεγχος των μελών της Ε.Ν.Ε ασκείται σε πρώτο βαθμό από τα Περιφερειακά Συμβούλια, που λειτουργούν και ως Πειθαρχικά Συμβούλια.

Ο δευτεροβάθμιος πειθαρχικός έλεγχος, καθώς και ο πειθαρχικός έλεγχος των μελών του Διοικητικού Συμβουλίου και των Περιφερειακών Συμβουλίων ασκείται από το Ανώτατο Πειθαρχικό Συμβούλιο, στο οποίο προεδρεύει Εφέτης των Πολιτικών Δικαστηρίων.

Επιστημονικό Περιοδικό

Η Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος δημιούργησε το 2008 το «Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης» που αποτελεί και το επίσημο περιοδικό της. Είναι ένα περιοδικό πολυδιάστατο με κριτική επιτροπή που στοχεύει στην προώθηση της Νοσηλευτικής Επιστήμης στην Ελλάδα.

Το «Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης» αποτελεί ένα αξιόπιστο, σύγχρονο, τριμηνιαίο επιστημονικό περιοδικό που εκδίδεται στην Ελληνική και την Αγγλική γλώσσα και είναι διαθέσιμο σε ηλεκτρονική και έντυπη μορφή με συμβολική αμοιβή σε όλους τους ενδιαφερόμενους ερευνητές, πανεπιστημιακούς δασκάλους, φοιτητές, σε όλη τη νοσηλευτική κοινότητα γενικότερα αλλά και στα ανώτατα εκπαιδευτικά ιδρύματα (ΑΤΕΙ και ΑΕΙ) της ημεδαπής και της αλλοδαπής.

Παράλληλα παρέχει τη δυνατότητα σε νέους επιστήμονες να έχουν εύκολη πρόσβαση στη γνώση και στην πρόοδο της νοσηλευτικής ενώ αποτελεί το επιστημονικό βήμα για τους νοσηλευτές που απασχολούνται στην εκπαίδευση και στην κλινική νοσηλευτική να δημοσιεύσουν το έργο τους και να δεχθούν εποικοδομητικές κριτικές. Στο περιοδικό δημοσιεύονται ερευνητικές μελέτες, ανασκοπήσεις, πρωτότυπες πραγματείες και βιβλιοκριτικές.

Οι εργασίες που δημοσιεύονται, μοριοδοτούνται με τρόπο θεσμικά προβλεπόμενο και επικυρωμένο από την ελληνική νομοθεσία και σύμφωνα πάντα με τη διεθνή πρακτική.

Ενημερωτικό περιοδικό

Η Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος δημιούργησε το 2008 το μηνιαίο ενημερωτικό περιοδικό «Ο Ρυθμός της Υγείας», με σκοπό την ανάδειξη του νοσηλευτή ως ενιαίας ψυχοσωματικής, και επαγγελματικής οντότητας, με ενδιαφέροντα που κινούνται πέρα από τα τετριμμένα, αγκαλιάζοντας όλα τα επίπεδα της πολύπλευρης κοινωνικής του υπόστασης.

Ο Έλληνας νοσηλευτής, εκτός από την ανάγκη για την επίλυση πρωταρχικών ζητημάτων που τον απασχολούν ως επαγγελματία, έχει ανάγκη να εκφραστεί, να επικοινωνήσει, να 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 συνεδρων νομικά ισχύουσα και κατοχυρωμένη
- Δημιουργία Ειδικών Επιτροπών Έργου, όπως Εκπαίδευσης, Τεκμηρίωσης, Διεθνών Σχέσεων και Ενημέρωσης
- Οργάνωση δικτύου εμπειρογνομώνων 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