



Ελληνικό
περιοδικό της
Νοσηλευτικής
Επιστήμης

Τόμος 2, Τεύχος 4, Οκτώβριος - Δεκέμβριος 2009



ISSN 1791-9002

Το Επιστημονικό Περιοδικό της

Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος

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 Μπαλτζή**

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ

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

ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ

Dr. Mally Ehrenfeld, RN, PhD, Head of Nursing dep. Associate Professor Tel-Aviv University, Dep of Nursing, Israel.
Dr. Irena Papadopoulos PhD, MA(Ed), BA, DipNEd, DipN, NDNCert, RGN, RM Professor of Transcultural Health and Nursing and Head of Research Centre for Transcultural Studies in Health Middlesex University, London UK.
Dr. 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.
Χρήστος Κίττας, Καθηγητής Ιατρικής Σχολής και Πρύτανης του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
Γεώργιος Μπαλτόπουλος, Πρόεδρος Τμήματος Νοσηλευτικής 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 Κυριόπουλος, Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
Νικόλαος Μανιαδάκης, 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 Μπίζας**, Αν. Γραμματέας, **Ελένη Αλμπάνη**, Οργαν. Γραμματέας, **Ευτέρπη Βασιλειάδου**, Μέλος ΔΣ, **Γεώργιος Δρακίδης**, 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 Κουτσοβάδου**, Γ. Γραμματέας: **Μιχαήλ Κουράκος**, Αν. Γραμματέας: **Κωνσταντία Μπελαλή**, Ταμίας: **Λάμπρος Μπίζας**, Μέλη: **Δημήτριος Σκουτέλης**, **Γεώργιος Δρακίδης**, **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 Παλητζής**, Γ. Γραμματέας: **Γεώργιος Χρυσομαλλίδης**, Αν. Γραμματέας: **Ιωάννης Κουτσονίκος**, Ταμίας: **Χρήστος Καργιώτης**, Μέλη: **Φίλιππος Κακάνης**, **Στέφανος Παπουτσάκης**, **Αντώνιος Θεοδωρίδης**

4ο Περιφερειακό Συμβούλιο

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

5ο Περιφερειακό Συμβούλιο

Πρόεδρος: **Απόστολος Κωτσής**, Αντιπρόεδρος: **Μαρία Σουλτούκη**, Γ. Γραμματέας: **Μαγδαληνή Σελαμανίδου**, Αν. Γραμματέας: **Μαρία Γκτέρου**, 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 Σιώκος**, Ταμίας: **Ελένη Αλμπάνη**, Μέλη: **Κυριάκος Κούφαλης**, **Δήμητρα Τσίλη**, **Γεώργιος Τζιτζίκος**, **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

Κλινικά Συμπτώματα των Κρανιοεγκεφαλικών Κακώσεων που Οφείλονται στην Είσοδο Βλημάτων στο Κρανίο του Ανθρώπινου Σώματος και Νοσηλευτική Αντιμετώπιση σελ. 81

Εθελοντικές & Δημοτικές Κοινωνικές Δομές για Ηλικιωμένους σε Νησιώτικες Αγροτικές περιοχές της Ελλάδας” (Μελέτη Νήσου Τήνου) σελ. 86

Μπορεί η Αγορά Υπηρεσιών Υγείας να Είναι μια Ανταγωνιστική Αγορά; σελ. 94

Ανασκοπήσεις

Νοσηλευτική Δράση για τη Κλιματική Αλλαγή Μια Συστηματική Βιβλιογραφική Ανασκόπηση. σελ. 100

Η Ανάγκη Αλλαγής στη Παροχή Νοσηλευτικής Φροντίδας στην Ελλάδα: Παρουσίαση Πλάνου (Επιδράσεις στην Βασική Νοσηλευτική Φροντίδα) σελ. 105

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. Πρωθυε την ελεύθερη και ανοικτή πρόσβαση στην επιστημονική γνώση για τους λειτουργούς της υγείας,
5. Αναγνωρίζει τις επιστημονικές ανάγκες της νοσηλευτικής κοινότητας και με τη δημιουργία του περιοδικού συμβάλλει στην ικανοποίησή τους.

■ editorial

Δρ. Κυριάκος Κουβελιώτης
Διευθυντής Σύνταξης

Το Επιστημονικό Περιοδικό της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδας, στο πλαίσιο της συνεχούς προσπάθειας αναβάθμισης του ανακοινώνει ότι με την νέα χρονιά 2010 και τον Τρίτο Τόμο (Volume 3) θα ξεκινήσει τις διαδικασίες που απαιτούνται ώστε η λειτουργία του Επιστημονικού Εντύπου να πιστοποιηθεί με το διεθνές πρότυπο ποιότητας ISO (International Organization for Standardization). Η συγκεκριμένη προσπάθεια είναι μοναδική για Επιστημονικό Περιοδικό και προχωρεί ένα ακόμη βήμα προς την ενίσχυση της ποιότητας της νοσηλευτικής επιστήμης στη χώρα μας.

Παράλληλα, όλοι εμείς που συμμετέχουμε από την αρχή στη δημιουργία του Επιστημονικού Περιοδικού, που ξεκίνησε πραγματικά από το σημείο 0, επιθυμούμε να ευχαριστήσουμε όλους εσάς που υποστηρίζετε αυτή την προσπάθεια με τόσο ενεργό και θερμό τρόπο.

Κλινικά Συμπτώματα των Κρανιοεγκεφαλικών Κακώσεων που Οφείλονται στην Είσοδο Βλήματων στο Κρανίο του Ανθρώπινου Σώματος και Νοσηλευτική Αντιμετώπιση

Αλεξανδροπούλου Χρηστίνα-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 και ανάλυση των κλινικών σημείων και συμπτωμάτων των κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων που οφείλονται στην είσοδο βλήματος στον εγκέφαλο ανθρώπου. Η βαρύτητα των κακώσεων που δημιουργούνται εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από τις ζώνες διαδρομής του βλήματος στο εσωτερικό του κρανίου ανάλογα προς την ταχύτητα εισόδου του σε αυτό. Ιδιαίτερα σημαντική κρίνεται η άμεση νοσηλευτική και ιατρική παρέμβαση αφού οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε μόνιμες αναπηρίες. Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένο στην αναγνώριση των συμπτωμάτων που θα κινητοποιήσουν υποψίες για ύπαρξη κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης, καθώς και στη σωστή αντιμετώπιση των κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων με κατάλληλους χειρισμούς. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η έκβαση των ασθενών με κρανιοεγκεφαλική κάκωση είναι απρόβλεπτη και εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την άμεση και ορθή ιατρονοσηλευτική παρέμβαση.

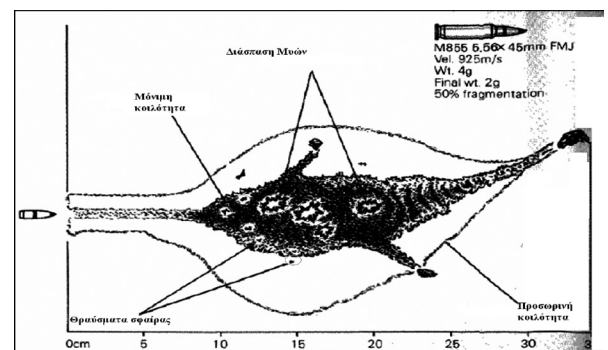
Λέξεις – Κλειδιά: αιμάτωμα, ζώνες διαδρομής του βλήματος, κλίμακα Γλασκόβης, κρανιοεγκεφαλική κάκωση, τραύμα εισόδου, τραύμα εξόδου.

Εισαγωγή

Η βλητική/βαλλιστική είναι η επιστήμη που ασχολείται με την εκτόξευση, την κίνηση, τη συμπεριφορά και τα αποτελέσματα που προκαλούνται επί των στόχων, διαφόρων τύπων βλημάτων, όπως σφαίρες, βλήματα πυροβολικού, βόμβες, ρουκέτες κ.τ.λ. Χωρίζεται σε τρία κύρια στάδια: (α) εσωτερική βλητική, (β) εξωτερική βλητική, και (γ) τραυματική βλητική (Malcolm J.D., 2006).

Στον τομέα της τραυματικής βλητικής μελετώνται τα αποτελέσματα που επιφέρει η κρούση του βλήματος στον ανθρώπινο οργανισμό. Όταν το βλήμα φτάσει τελικά στον ανθρώπινο οργανισμό, προκαλείται φθορά είτε από ολόκληρο το βλήμα είτε από τεμάχιά του (Ann H. Ross, 1995). Με την πρόσκρουση του βλήματος προκαλείται η μόνιμη κοιλότητα (δηλαδή όγκος στο ανθρώπινο σώμα που καταλαμβάνεται από ιστούς ο οποίος καταστράφηκε λόγω της διαδρομής εισόδου του βλήματος), ενώ η προσωρινή κοιλότητα (δηλαδή επέκταση της μόνιμης κοιλότητας λόγω της κινητικής ενέργειας που μεταφέρεται στους ιστούς από το βλήμα) διαμορφώνεται από τη συνεχή μπροστινή επιτάχυνση του αέρα αμέσως μετά το βλήμα, αναγκάζοντας την κοιλότητα να

τεντωθεί εξωτερικά (βλ. Εικόνα 1). Τα κρουστικά κύματα συμπιέζουν τον αέρα και "ταξιδεύουν" μπροστά από το βλήμα, καθώς επίσης και στις πλευρές και μπορούν να φθάσουν μέχρι 200 ατμόσφαιρες πίεση (Alexandroulou C.E. et. al., 2009).



Εικόνα 1 Δημιουργία προσωρινής και μόνιμης κοιλότητας κατά την είσοδο βλήματος στο ανθρώπινο σώμα.

Στην παρούσα εργασία εξετάζονται οι παράμετροι που συμβάλλουν στη δημιουργία κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων εξαιτίας της "βίαιης" εισόδου βλήματος στον ανθρώπινο εγκέφαλο. Αναλύονται τα κυριότερα κλινικά συμπτώματα των βλαβών που προκαλούνται όταν ένα βλήμα διαπεράσει το κρανίο και εισέλθει μέσα σε αυτό.

ΖΩΝΕΣ ΔΙΑΔΡΟΜΗΣ ΒΛΗΜΑΤΟΣ

Μετά την εκπιυροσκόρηση, η διαδρομή του βλήματος ανάλογα με την ταχύτητα του διακρίνεται σε τρεις ζώνες, οι οποίες ποικίλλουν στα διάφορα όπλα: (α) ζώνη διάρρηξης, (β) ζώνη διάτρησης και (γ) ζώνη θλάσης (Murphy G., 1980).

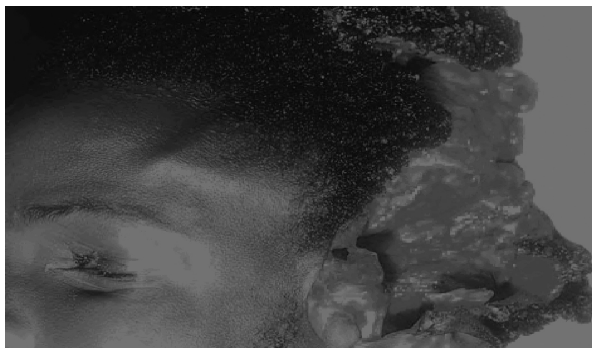
Κατά τη ζώνη διάρρηξης προκαλούνται διαρρηκτικά τραύματα, λόγω της μεγάλης ταχύτητας του βλήματος και της περιστροφικής κίνησης, που θέτει σε κίνηση τα υγρά των ιστών, με αποτέλεσμα η κίνηση να μεταδίδεται κυκλικά και πολλαπλάσια. Ως εκ τούτου, το μεν στόμιο εισόδου (δηλαδή το τραύμα που δημιουργείται κατά την επαφή του βλήματος με τους ανθρώπινους ιστούς) είναι ίσο ή μικρότερο από το μέγεθος του βλήματος (βλ. Εικόνα 2), εκτός από τραυματισμούς που γίνονται από απόλυτη επαφή ή ελάχιστη απόσταση, το δε στόμιο εξόδου (δηλαδή το τραύμα που δημιουργείται στο εσωτερικό του σώματος κατά την έξοδο του βλήματος από το ανθρώπινο σώμα) είναι πολύ μεγαλύτερο από το μέγεθος του βλήματος (βλ. Εικόνα 3). Ο πόρος του τραύματος έχει σχήμα κόλουρου κώνου με τη βάση του στραμμένη προς το στόμιο εξόδου. Για να σχηματιστεί η ζώνη διάρρηξης πρέπει το βλήμα να έχει ταχύτητα μεγαλύτερη από 60 m/s. (βλ. Εικόνα 4).

Κατά τη ζώνη διάτρησης δεν προκαλούνται διαρρηκτικά τραύματα, καθώς απουσιάζει η περιστροφική κίνηση του βλήματος. Το στόμιο εισόδου είναι ίσο ή μικρότερο από τη

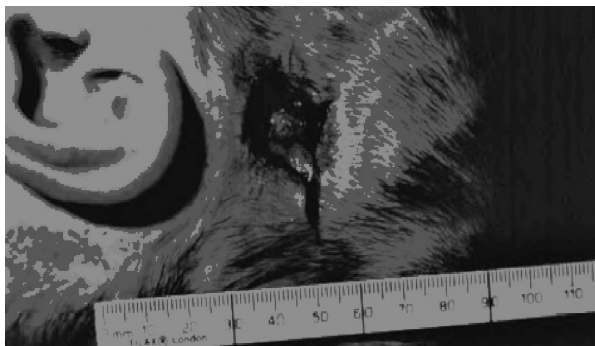
Προτείνονται τρόποι άμεσης ιατρικής και νοσηλευτικής παρέμβασης που αποσκοπούν στην πρόληψη των επιπλοκών των κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων, οι οποίες απειλούν άμεσα τη ζωή του τραυματία, καθώς και στην πλήρη ίαση των κακώσεων της κεφαλής σε διάστημα μηνών ή και χρόνων.

διάμετρο του βλήματος, ενώ το στόμιο εξόδου αρχικά είναι περίπου διπλάσιο από το στόμιο εισόδου, κατά το τέλος όμως της ζώνης διάτρησης το στόμιο εξόδου εξισώνεται με το στόμιο εισόδου. Ο πόρος του τραύματος έχει κυλινδρικό σχήμα (Druid H. και λοιποί, 2000).

Η ζώνη θλάσης αρχίζει από τη λήξη της ζώνης διάτρησης και φθάνει μέχρι την πτώση του βλήματος. Κατ' αυτή τη ζώνη το βλήμα διατηρεί μικρή ταχύτητα και επομένως δεν προκαλεί τραύματα στους ιστούς, αλλά απλώς θλάση (Murphy G., 1980).



Εικόνα 3: Απεικόνιση του τραύματος εξόδου το οποίο είναι μεγαλύτερο από το μέγεθος του βλήματος.



Εικόνα 2: Απεικόνιση του τραύματος εισόδου το οποίο είναι ίσο ή μικρότερο από το μέγεθος του βλήματος.



Εικόνα 4: Σχηματισμός ζώνης διάρρηξης από βλήμα με ταχύτητα μεγαλύτερη των 60 m/s.

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΚΡΑΝΙΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΚΑΚΩΣΕΩΝ

Οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις δημιουργούνται όταν η κεφαλή δεχτεί ισχυρό χτύπημα ή όταν στο πεδίο της μάχης ένα βλήμα διαπεράσει το κρανίο και εισέλθει μέσα σε αυτό. Ως αποτέλεσμα, το τραύμα μπορεί να επιφέρει μετακίνηση του εγκεφάλου μέσα στο κρανίο, προκαλώντας ρήξη των αιμοφόρων αγγείων και κατά συνέπεια ακατάσχετη εγκεφα-

λική αιμορραγία (Ντέρος Κ. και λοιποί, 1999).

Όταν συμβεί ένα συμπίεστικό κάταγμα του κρανίου, αναπτύσσεται αιμάτωμα, θλάση ή ρήξη του υποκείμενου εγκεφαλικού ιστού, με όλες τις φλεγμονώδεις διεργασίες που εμφανίζονται σε οποιοδήποτε τραύμα. Μια ελάχιστονη κάκωση της κεφαλής μπορεί να προκαλέσει διάσειση. Η διάσειση

είναι όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει μια κλειστή κρανιοεγκεφαλική κάκωση κατά την οποία υπάρχει βραχεία διάρκεια διαταραχή του επιπέδου συνείδησης, αμνησία σχετική με το συμβάν και κεφαλαλγία (Susan C. deWit, 2009).

Στην εγκεφαλική θλάση, οι ιστοί του εγκεφάλου κακοποιούνται, αθροίζεται αίμα από τα κατεστραμμένα αιμοφόρα αγγεία και αναπτύσσεται οίδημα που προκαλεί αυξημένη ενδοκράνια πίεση.

Το υποκληρίδιο αιμάτωμα είναι ένα σύνθετος αποτέλεσμα της κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης. Το αιμάτωμα είναι οίδημα από αίμα. Ένα βλήμα που διαπερνά την κεφαλή μπορεί να προκαλέσει ρήξη των αιμοφόρων αγγείων που βρίσκονται ανάμεσα στη λεπτή αραχνοειδή μεμβράνη, που

καλύπτει τον εγκέφαλο, και στη σκληρή ινώδη σκληρά μήνιγγα. Καθώς το αίμα ρέει κάτω από τη σκληρά μήνιγγα, το αιμάτωμα μεγαλώνει σε μέγεθος, πιέζοντας την πιο μαλακή αραχνοειδή μήνιγγα και τον εγκεφαλικό ιστό που αυτή καλύπτει (Γαρδίκια Κ.Δ., 2005).

Το επισκληρίδιο αιμάτωμα συμβαίνει σπανιότερα. Όταν συμβεί, προκαλείται από ταχεία διαρροή αίματος από τη μέση μηνιγγική αρτηρία, με αποτέλεσμα την ταχεία αύξηση της ενδοκράνιας πίεσης. Συνιστά επείγουσα ιατρική κατάσταση. Για να διορθωθεί η βλάβη στο κατεστραμμένο αγγείο και να ανακουφιστεί η ταχέως αναπτυσσόμενη πίεση, πριν επέλθει θάνατος λόγω αυξημένης ενδοκράνιας πίεσης, εκτελείται κρανιοτομή (Σαχίνη – Καρδάση Α. και λοιποί, 1993).

ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΡΑΝΙΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΚΑΚΩΣΕΩΝ

Η βαρύτητα της εγκεφαλικής βλάβης από μια κρανιοεγκεφαλική κάκωση αξιολογείται από τα συμπτώματα που εμφανίζει ο ασθενής, από τη νευρολογική εξέταση και από τον αν ο τραυματίας έχασε τη συνείδηση του αμέσως μετά την είσοδο του βλήματος στον εγκέφαλο (Παπανικολάου Π., 2005).

Τα εξωτερικά συμπτώματα της κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης είναι αρκετά προφανή. Σε αυτά περιλαμβάνονται οι εκχυμώσεις, το οίδημα, η διάσχιση και η αιμορραγία. Μπορεί να υπάρχουν περικογχικά κατάγματα με εκχυμώσεις ή εκχυμώσεις πίσω από το αυτί. Επίσης, μπορεί να παρατηρηθεί ωτόρροια, ρινόρροια, εμβόες ή δυσκολία στην ακοή, παράλυση των μυών του προσώπου και συζυγής απόκλιση των οφθαλμών προς τη μία πλευρά. Η ωτόρροια και η ρινόρροια θα πρέπει να εξετάζονται περαιτέρω για να καθοριστεί εάν

υπάρχει διαρροή εγκεφαλονωτιαίου υγρού (Perel P. και λοιποί, 2008).

Η διάσειση μπορεί να προκαλέσει βραχεία διαταραχή στο φυσιολογικό επίπεδο συνείδησης, αμνησία σχετικά με το συμβάν και κεφαλαλγία. Η εγκεφαλική θλάση μπορεί να προκαλέσει αλλαγή στο επίπεδο συνείδησης και επιληπτικές κρίσεις (Steyerberg EW και λοιποί, 2008).

Στα σημεία του επισκληρίδιου αιματώματος περιλαμβάνονται η απώλεια των αισθήσεων τη στιγμή του τραυματισμού, ένα σύντομο φωτεινό διάστημα που ακολουθείται από μείωση του επιπέδου συνείδησης, κεφαλαλγία, ναυτία, έμετο και μυδρίαση της ομόπλευρης κόρης. Ο ασθενής θα πρέπει να παρακολουθείται για σημεία αύξησης της ενδοκράνιας πίεσης, καθώς και άλλη εστιακή σημειολογία (Perel P. και λοιποί, 2008).

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΡΑΝΙΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΚΑΚΩΣΕΩΝ

Η κλίμακα της Γλασκόβης (βλ. Πίνακα Ι) αποτελεί ένα διαγνωστικό μέσο αναγνώρισης της πρόγνωσης και της βαρύτητας των κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων και των τραυματισμών του εγκεφάλου. Όσο μεγαλύτερη είναι η βαθμολογία, τόσο καλύτερη είναι η πρόγνωση της κατάστασης του ασθενή (Malcolm J.D., 2006).

Οι διαγνωστικές εξετάσεις που χρησιμοποιούνται συνήθως για τον καθορισμό της έκτασης μιας κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης περιλαμβάνουν την ακτινογραφία του κρανίου, την αξονική τομογραφία, τη μαγνητική τομογραφία με έγχυση σκιαγραφικού, την τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων, τα προκλητά δυναμικά και το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (Prahlow J.A. και λοιποί, 1999).

Ο ασθενής με κρανιοεγκεφαλική κάκωση συνήθως στην αρχή αντιμετωπίζεται συντηρητικά. Αν η κάκωση προκαλέσει αύξηση της ενδοκράνιας πίεσης ή εάν η κάκωση περιλαμβάνει συντριπτικό κάταγμα του κρανίου, τότε θα πρέπει να γίνει χειρουργικός καθαρισμός του τραύματος και απομάκρυνση των τμημάτων του οστού από τον εγκεφαλικό ιστό ή επαναφορά του θραύσματος του κρανίου στη θέση του. Στις σοβαρές κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, χρησιμοποιούνται

Πίνακας 1: Κλίμακα Γλασκόβης: Όσο μεγαλύτερη είναι η βαθμολογία, τόσο καλύτερη είναι η πρόγνωση της κατάστασης του ασθενή

ΚΙΝΗΣΗ ΤΩΝ ΟΦΘΑΛΜΩΝ	ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ
Αυτόματα	4
Στην ομιλία	3
Στον πόνο	2
Καμία	1
ΚΙΝΗΣΗ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ	ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ
Υπακούει σε παραγγέλματα	6
Εντοπίζει πόνο	5
Φυσιολογική κάμψη	4
Ανώμαλη κάμψη	3
Έκταση	2
Καμία	1
ΟΜΙΛΙΑ	ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ
Προσανατολισμένη ομιλία	5
Συγκεκριμένη ομιλία	4
Ακατάλληλες λέξεις	3
Ακατάληπτοι ήχοι	2
Καμία	1

όλα τα υπάρχοντα μέτρα για να προληφθεί η αύξηση της ενδοκράνιας πίεσης (Patel HC και λοιποί, 2002).

Θα πρέπει να διασφαλίζεται η βατότητα του αεραγωγού και η κεφαλή να ανυψώνεται κατά 30 με 45 μοίρες. Η ανύψωση αυτή βοηθά στη μείωση της ενδοκράνιας πίεσης. Παρακολουθείται στενά η εμφάνιση νευρολογικής σημειολογίας (Παπανικολάου Π., 2005). Εισάγεται μια

ενδοφλέβια γραμμή για το ενδεχόμενο ανάγκης διουρητικών φαρμάκων και για τη χορήγηση υγρών. Τα ενδοφλέβια υγρά εγχέονται πολύ αργά, έτσι ώστε να μην υπάρξει υπερφόρτωση με υγρά που θα αυξήσει την ενδοκράνια πίεση. Τα διουρητικά χρησιμοποιούνται για να μειωθεί ο αγγειακός όγκος και να διατηρηθεί η ενδοκράνια πίεση όσο χαμηλότερα γίνεται (Αθανάτου Κ.Ε., 2007).

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΡΑΝΙΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΚΑΚΩΣΕΩΝ

Η νοσηλευτική παρέμβαση είναι ιδιαίτερα σημαντική για τον έλεγχο και τη θεραπεία των κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων. Σε περίπτωση που ο νοσηλευτής διαπιστώσει ότι υπάρχει διαρροή εγκεφαλονωτιαίου υγρού από τη μύτη, το αυτί ή από το ανοικτό τραύμα, τότε θα πρέπει να ληφθούν ειδικά μέτρα για την πρόληψη επιμόλυνσης του τραύματος και να ενημερωθεί ο ιατρός. Τα προφυλακτικά μέτρα περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

(α) Ο ασθενής πρέπει να μείνει απόλυτα κινήρης με την κεφαλή του κρεβατιού ανυψωμένη κατά 30 έως 45 μοίρες, ώστε να προάγεται η φλεβική παροχέτευση από την κεφαλή.

(β) Το αυτί από το οποίο εκρέει το υγρό θα πρέπει να καλύπτεται με μια αποστειρωμένη γάζα, η οποία θα πρέπει να αλλάζεται περιοδικά, έτσι ώστε να παρακολουθείται η έκταση της παροχέτευσης.

(γ) Δίνονται οδηγίες στον ασθενή να μη φυσάει τη μύτη του και να αποφεύγει την επαφή με τα χέρια. Το φύσημα μπορεί να αυξήσει την ενδοκράνια πίεση και η επαφή με τα χέρια μπορεί να προκαλέσει είσοδο μικροοργανισμών.

(δ) Ο νοσηλευτής υπενθυμίζει στον ασθενή ότι δεν θα πρέπει να αλλάζει θέση στο κρεβάτι για την πρόληψη αύξησης της ενδοκράνιας πίεσης (Ρούπα – Δαριβάκη Ζ. και λοιποί, 2005).

Η παρακολούθηση ενός ασθενούς που βρίσκεται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών λόγω κρανιοεγκεφαλικής κακώσης και επιστρέφει στο σπίτι απαιτεί συγκεκριμένες οδηγίες. Οι οδηγίες αυτές δίδονται στην οικογένεια του τραυματία (βλ. Πίνακα 2).

Πίνακας 2: Οδηγίες φροντίδας του ασθενή με κρανιοεγκεφαλική κάκωση στα μέλη της οικογένειάς του.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΡΑΝΙΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΚΑΚΩΣΗ

ΠΑ ΤΟ ΠΡΩΤΟ 24ΩΡΟ

1. Ο ασθενής θα πρέπει να αφυπνίζεται κάθε 2 ώρες για να βεβαιωθεί ότι αφυπνίζεται με ευκολία.
2. Θα πρέπει να ερωτάται ο ασθενής για το που είναι, ποιος είναι ο συνομιλητής του, έτσι ώστε να ελέγχεται ο προσανατολισμός του.
3. Έλεγχος των κορών των οφθαλμών με τη βοήθεια ενός φακού για να διαπιστωθεί εάν το μέγεθος είναι ίσο και αν αντιδρούν.
4. Ο ασθενής θα πρέπει να αποφεύγει την έντονη δραστηριότητα για 24 ώρες.
5. Τοποθέτηση παγοκύστης στις περιοχές όπου υπάρχει οίδημα.

ΠΑ ΤΙΣ ΕΠΟΜΕΝΕΣ 48 ΩΡΕΣ

1. Παρακολούθηση του ασθενή για αλλαγή του επιπέδου συνείδησης (π.χ. υπνηλία, δυσκολία στην αφύπνιση, σύγχυση)
2. Παρακολούθηση για ρουκετοειδείς εμέτους χωρίς ναυτία.
3. Παρακολούθηση για ζάλη, απώλεια της ισορροπίας ή πτώση.
4. Παρακολούθηση για αλλαγές στην όραση (π.χ. διπλωπία, θάμβος όρασης)
5. Παρακολούθηση για παλινδρομικές κινήσεις των οφθαλμών.
6. Παρακολούθηση για εμφάνιση κεφαλαλγίας αυξανόμενης έντασης που επιδεινώνεται με τη μετακίνηση.
7. Παρακολούθηση για σπαστικές κινήσεις των άνω ή κάτω άκρων που δεν μπορούν να ελεγχθούν.
8. Παρακολούθηση για αλλαγές στην ομιλία ή στην ικανότητα ανεύρεσης λέξεων.
9. Παρακολούθηση για περιέργη συμπεριφορά.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Σύμφωνα με την ανάλυση που πραγματοποιήθηκε στις προηγούμενες ενότητες, γίνεται κατανοητό ότι οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις αποτελούν βλάβες του εγκεφάλου που οφείλονται σε χτυπήματα στην περιοχή του κεφαλιού ή στην είσοδο του βλήματος μέσα στο κρανίο. Οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις προκαλούν απώλεια της συνείδησης για ώρες

ή πολλές ημέρες, που ακολουθείται από απώλεια της μνήμης. Το κρανίο μπορεί να έχει κάταγμα και είναι δυνατόν να αναπτυχθεί ενδοκρανιακό, επισκληρίδιο ή υποσκληρίδιο αιμάτωμα. Ως αποτέλεσμα, τα αιματώματα αυτά συμπιέζουν τον εγκέφαλο και αυξάνεται η ενδοκράνια πίεση. Τα αιματώματα αναγνωρίζονται από τους νευρολόγους και τους νευ-

ροχειούργους με διαγνωστικές εξετάσεις που αναφέρθηκαν στα προηγούμενα. Η μακροχρόνια έκβαση των ασθενών με σοβαρή κρανιοεγκεφαλική κάκωση είναι απρόβλεπτη. Η ανάρρωση είναι μια μακρά διαδικασία και σε κάποιους ασθενείς η βελτίωση μπορεί να συμβεί μετά από πολλούς μήνες. Είναι επίσης δυνατόν οι αναπηρίες να παρα-

μείνουν δια βίου. Σε κάθε περίπτωση είναι απαραίτητη η άμεση ιατρική και νοσηλευτική παρέμβαση που αποσκοπούν στην πρόληψη των επιπλοκών των κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων, οι οποίες απειλούν άμεσα τη ζωή του τραυματία, καθώς και στην πλήρη ίαση των κακώσεων της κεφαλής σε διάστημα μηνών ή και χρόνων.

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*.

Druid H. and Ward M., 2000. Incomplete shored exit wounds-a report of 3 cases *Am. J. Forensic Med. Pathol*, 21(3): 220-224.

Malcolm J.D., 2006. *Terminal Ballistics: A text and atlas of gunshot wounds*.

Murphy G., 1980. The study of gunshot wounds in surgical pathology. *Am. J. Forensic Med. Pathol*. 1(2): 123-130

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

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

Prahlow J.A. and J.Barnard., 1999 "Contact gunshot wound of the head: diagnosis with surgical debridement of the wound." *J. Clin. Forensic Med*. 6:156-158.

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

Susan C. deWit, 2009. *Medical-Surgical Nursing: Concepts and Practice*, 749-757.

Αθανάτου Κ.Ε., 2007. Κλινική Νοσηλευτική: Βασικές και Ειδικές Νοσηλεύσεις.

Γαρδίκια Κ.Δ., 2005. Ειδική Νοσολογία.

Ντέρος Κ. και Δίκη Ε., 1999. Χειρουργική, 295-296.

Παπανικολάου Π., 2005. Νευρολογία – Ψυχιατρική.

Ρούπα – Δαριβάκη Ζ., Τσίκος Ν. και Χατζηπέτρου Μ., 2005. Νοσηλευτική.

Σακίνη – Καρδάση Α. και Πάνου Μ., 1993. Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική.

Εθελοντικές & Δημοτικές Κοινωνικές Δομές για Ηλικιωμένους σε Νησιώτικες Αγροτικές περιοχές της Ελλάδας” (Μελέτη Νήσου Τήνου)

Μαρία Δελατόλα – Παγανέλη
ΜΑ Γεροντολογίας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρούσα εργασία θα εξετάσει στοιχεία που συνήθως χαρακτηρίζουν τις κοινωνικές δομές νησιωτικών αγροτικών περιοχών στην Ελλάδα, περίπτωση μελέτης το νησί Τήνος, και επηρεάζουν το ρόλο των δομών αυτών στην τοπική κοινότητα. Υποθετικά, τα στοιχεία αυτά επιδρούν στους κύριους σκοπούς των κοινωνικών δομών, να καλύψουν τις ανάγκες ηλικιωμένων ατόμων (βασικός αριθμός εξυπηρετούμενων), των φροντιστών τους, καθώς και της τοπικής κοινότητας.

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ: Η μελέτη στηρίχθηκε, κυρίως, σε ποιοτικά δεδομένα, από ατομικές και ομαδικές συνεντεύξεις με 64 άτομα (ηλικιωμένοι εξυπηρετούμενοι, οικογενειακοί φροντιστές, φορείς, προσωπικό). Ένα νέο μοντέλο διαμορφώθηκε, βασισμένο σε προϋπάρχουσες θεωρίες, προκειμένου να παρουσιάσει ποικίλους ευνοϊκούς ή δυσμενείς παράγοντες¹, οι οποίοι προερχόμενοι από διαφορετικές πηγές, επηρεάζουν ποικιλοτρόπως το ρόλο των τοπικών κοινωνικών δομών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα ευρήματα υποστηρίζουν ότι οι εσωτερικοί παράγοντες, οι οποίοι προέρχονται από τις ίδιες τις κοινωνικές δομές, σχετίζονται με την κάλυψη αναγκών (ποσότητα) και ποιότητα των υπηρεσιών, σε συνδυασμό με τις αντιλήψεις του προσωπικού για τους ηλικιωμένους εξυπηρετούμενους. Οι εσωτερικοί αυτοί παράγοντες επιδρούν τόσο στη διαδικασία λειτουργίας όσο και στα τελικά αποτελέσματα των κοινωνικών δομών. Συγκεκριμένα, οι ευνοϊκοί ή δυσμενείς παράγοντες τα στοιχεία αυτά επιδρούν στην παροχή και διάθεση κοινωνικών υπηρεσιών, στην προσέγγιση και χρήση των δομών, καθώς και στα οφέλη, τα οποία γίνονται αντιληπτά από τους εξυπηρετούμενους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Συγκεκριμένοι παράγοντες, όπως τα στοιχεία των ίδιων των κοινωνικών δομών, ευνοούν ή παρεμποδίζουν το ρόλο τους σε ένα νησιωτικό αγροτικό πλαίσιο. Ως αποτέλεσμα, στο σχεδιασμό χάραξης κοινωνικής πολιτικής και στην υλοποίηση αποτελεσματικών κοινωνικών υπηρεσιών σημαντικό είναι να συνυπολογίζονται οι τοπικές ιδιαιτερότητες και ανάγκες.

Εισαγωγή

Η παροχή κοινωνικών υπηρεσιών σε μια τοπική κοινότητα είναι ένα μέσο, που βοηθάει ανθρώπους με ανάγκες εξάρτησης (π.χ. ευπαθή ηλικιωμένα άτομα) να παραμένουν στο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον τους, πλαισιωμένοι από τις προσωπικές τους διασυνδέσεις (π.χ. συγγενείς, γείτονες, συγχωριανούς και φίλους). Η συγκρότηση παροχής και διάθεσης κοινωνικών υπηρεσιών μπορεί να εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως την τοπική κοινότητα στην οποία παρέχονται οι υπηρεσίες, τις ανάγκες που πρέπει να

καλύψουν, τις ενέργειες και τα προγράμματα που εφαρμόζονται, καθώς και τα άτομα τα οποία εμπλέκονται.

Στην Ελλάδα, η οργανωμένη παροχή κοινωνικών υπηρεσιών έχει αυξηθεί μέσα στην τελευταία δεκαετία. Τοπικές πρωτοβουλίες, μέσω εθελοντικών οργανισμών και δημοτικών επιχειρήσεων της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, έχουν υλοποιηθεί, ώστε να αντιμετωπισθούν τοπικές ανάγκες. Έτσι και στη νήσο Τήνο, η τοπική κοινότητα δραστηριοποιήθηκε με γνώμονα τις δικές της ανάγκες. Συγκεκριμένα, πριν το 1999,

1. Στη μελέτη εξετάστηκαν και άλλοι παράγοντες, όπως τα ατομικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων εξυπηρετούμενων και των φροντιστών τους, καθώς και οι τοπικές ιδιαιτερότητες της κοινότητας. Οι παράγοντες αυτοί χαρακτηρίστηκαν ως εξωτερικοί σε αντίθεση με τους εσωτερικούς που προέρχονται από τις ίδιες τις κοινωνικές δομές και παρουσιάζονται στην παρούσα εργασία.

οργανωμένη παροχή κοινωνικών υπηρεσιών δεν προσφερόταν στους ηλικιωμένους που ζούνε στην κοινότητα. Πρώτα, η εθελοντική οργάνωση 'Σύλλογος Φίλων Κέντρου Υγείας Τήνου, Νικόλαος Κόγκος' εδραίωσε στο νησί και λειτουργεί τη μονάδα 'Κατ' Οίκον Νοσηλεία' για σχεδόν 10 χρόνια. Μόλις πριν επτά χρόνια, ο Δήμος Εξωμβούργου υλοποίησε τις δημοτικές κοινωνικές δομές: 'Βοήθεια στο Σπίτι', που παρέχει υπηρεσίες κατ' οίκου, και το Κέντρο Ημερησίας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ).

Οι στόχοι της εργασίας αυτής είναι να:

- καταγράψει την ιστορία της ίδρυσης, τους σκοπούς και στόχους, καθώς και την υφιστάμενη κατάσταση των εθε-

λοντικών & δημοτικών κοινωνικών δομών στην Τήνο.

- παρουσιάσει τα συμπεράσματα και προτάσεις σχετικά με τη χάραξη κοινωνικής πολιτικής για νησιωτικές αγροτικές περιοχές που θα βασίζονται στα ευρήματα της μελέτης.

Τα ευρήματα της μελέτης, σχετικά με τα χαρακτηριστικά των τοπικών κοινωνικών δομών, παρουσιάζονται στην παρούσα εργασία, η οποία χωρίζεται σε πέντε τμήματα:

- Κοινωνικές δομές σε αγροτικές περιοχές (βιβλιογραφία)
- Περιοχή μελέτης: Τήνος
- Μεθοδολογία
- Ευρήματα
- Συμπεράσματα & προτάσεις

2. Κοινωνικές δομές σε αγροτικές περιοχές

Στο τμήμα αυτό γίνεται ανασκόπηση της γνώσης που υπάρχει, σχετικά με τα στοιχεία εκείνα που χαρακτηρίζουν, συνήθως, τις δομές παροχής κοινωνικών υπηρεσιών σε αγροτικές περιοχές.

Στελέχωση κοινωνικών δομών, διατήρηση & εκπαίδευση προσωπικού

Οι αγροτικές περιοχές (π.χ. νησιά) χαρακτηρίζονται από μια σταδιακή μείωση του πληθυσμού τους, ιδιαίτερα των νέων ανθρώπων. Η μείωση αυτή επηρεάζει μεταξύ άλλων την ύπαρξη τοπικού ανθρώπινου δυναμικού με εξειδικευμένες γνώσεις αφού οι νέοι άνθρωποι συχνά παραμένουν στις αστικές περιοχές, όπου έχουν εκπαιδευτεί. Έτσι επηρεάζεται η διαδικασία παροχής & διάθεσης υπηρεσιών στην τοπική κοινότητα. Αποτέλεσμα αυτών είναι η δυσλειτουργία των τοπικών κοινωνικών δομών, όπως η υποστελέχωση των δομών και η περιορισμένη διατήρηση καθώς και η απουσία συνεχούς εκπαίδευσης προσωπικού.

Υπερφόρτωση εργασίας του υπάρχοντος προσωπικού, εξ αιτίας της έλλειψης συναδέλφων άλλων εξειδικευμένων υπηρεσιών, και ως εκ τούτου, ανεπαρκείς παρεχόμενες κοινωνικές υπηρεσίες είναι κάποιες από τις κύριες συνέπειες (Haaren & Williams, 2000; Cho, 2005). Από την άλλη πλευρά, δεν υπάρχουν συνήθως στοιχεία, που να δείχνουν τις συνθήκες κάτω από τις οποίες υλοποιείται η παροχή και διάθεση των κοινωνικών υπηρεσιών, σε τοπικό επίπεδο. Για παράδειγμα, η σημασία που έχει για το προσωπικό, η παρουσία διαφορετικών εξειδικεύσεων στον ίδιο χώρο και η παροχή ομαδικής υποστήριξης και συνεργασίας (Walker, 2000; Steenbergen & Mackenzie, 2004; Burau & Kröger, 2004).

Κυρίως έξι θέματα ευθύνονται για την αδυναμία στελέχωσης των τοπικών κοινωνικών δομών και τη διατήρηση του προσωπικού τους (Denham & Shaddock, 2004; Williams et al., 2003):

- τρόπος ζωής & προσωπικά ζητήματα προσωπικού
- ποικίλα εργασιακά θέματα (άνιση διανομή εργασίας, περιορισμένοι πόροι)
- οικονομικά ζητήματα (ασταθείς μισθολογικές αποδοχές)
- επαγγελματική ανάπτυξη & επιστασία
- ομαδική εργασία (ανεπαρκής αριθμός συναδέλφων)
- επαγγελματική στασιμότητα (αντικίνητρα)

Οι ελλείψεις, που δημιουργούνται στις κοινωνικές δομές τοπικού επιπέδου, λόγω αδυναμίας στελέχωσης και διατήρησης προσωπικού, καθώς και συνεχόμενης επιμόρφωσης, έχουν συντελέσει στην ανάληψη καινοτόμων πρωτοβουλιών, τουλάχιστον σε κάποιες χώρες. Συγκεκριμένα, σε δομές παροχής υπηρεσιών σε αγροτικές περιοχές, η εξειδικευμένη και συνεχής εκπαίδευση έχει αναγνωρισθεί ως 'κλειδί' (Parry-Jones et al., 2000) σε:

- εφαρμογή προτύπων λειτουργίας
- σχέδια βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων κοινωνικών υπηρεσιών

Βελτίωση σε διατήρηση προσωπικού έχει επιτευχθεί στις περιπτώσεις, που οι φορείς των δομών εστιάζουν την προσοχή τους στην εκπαίδευση ατόμων που προέρχονται από την ίδια την τοπική κοινότητα. Η στρατηγική αυτή μπορεί να περιλαμβάνει, αρχικά, μια περίοδο κλινικής εξάσκησης νέων από την κοινότητα σε μικρά περιφερειακά νοσοκομεία και μετέπειτα προχωρημένη εκπαίδευση σε πανεπιστήμια. Οι συμμετέχοντες ενθαρρύνονται για επαγγελματική ανάπτυξη (Gibb et al., 2004). Πιο ευέλικτες πρωτοβουλίες θεωρούνται αυτές, που περιλαμβάνουν μικρής διάρκειας

εκπαιδεύσεις, οι οποίες παρέχουν ταυτόχρονα στους υπαλλήλους τη δυνατότητα να ευρίσκονται στον εργασιακό τους χώρο (Haaren & Williams, 2000). Άλλα προγράμματα εστιάζουν στην εκπαίδευση εξειδικευμένων υπηρεσιών σε ντόπιους επαγγελματίες, όπως, για παράδειγμα, είναι η κάλυψη αναγκών ηλικιωμένων με άνοια και των φροντιστών τους (Connell et al., 2002).

2. Οι λέξεις, που περικλείονται με μονά εισαγωγικά ' ' προσδιορίζουν όρους επιστημονικών περιοδικών και άρθρων, καθώς και τοπικές εκφράσεις.

3. Περιοχή Μελέτης: ΤΗΝΟΣ

Στο τμήμα αυτό, πρώτον, δίνεται η 'νησιωτική ταυτότητα' της Τήνου, δεύτερον, εξετάζεται η ανεπίσημη παροχή κοινωνικών υπηρεσιών για ηλικιωμένους στο νησί και τέλος, περιγράφονται οι υφιστάμενες κοινωνικές δομές παροχής υπηρεσιών υγείας και φροντίδας για ηλικιωμένους.

3.1 Νησιωτική Ταυτότητα Τήνου

Στοιχεία, τα οποία συνήθως χαρακτηρίζουν τις νησιωτικές περιοχές (CEC report, 2003), και είναι σχετικά με αυτή τη μελέτη, μπορούν να καταγραφούν και για τη νήσο Τήνο, όπως:

- απομακρυσμένα από την ηπειρωτική χώρα
- περιορισμένη καλλιεργήσιμη γη λόγω του ορεινού εδάφους
- υψηλό κόστος στα θαλάσσια μεταφορικά μέσα
- δυσκολίες & υψηλό κόστος στα μέσα επικοινωνίας, υποδομής, λόγω των φυσικών & κλιματικών συνθηκών
- δύσκολη προσέγγιση σε υπηρεσίες υγείας (π.χ. νοσοκομεία)
- επίπεδο εκπαίδευσης: η πλειονότητα πληθυσμού έως & Δευτεροβάθμια εκπαίδευση, λόγω έλλειψης υποδομών Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης σε τοπικό επίπεδο & αναγκαστικής μετάβασης στην ηπειρωτική χώρα

Η Τήνος έχει κάποια επιπλέον χαρακτηριστικά, που προσδιορίζουν τη δική της τοπική ταυτότητα. Για παράδειγμα, ο διασκορπισμός των χωριών σε ολόκληρο το νησί, η τοποθεσία, όπου βρίσκονται, καθώς και οι τοπικές συνθήκες δημιουργούν τόσο σημαντικές διαφορές, ώστε τα χωριά να χαρακτηρίζονται ως "ζωντανά" ή "νεκρά", σύμφωνα με την άποψη των κατοίκων. Ο χαρακτηρισμός αυτός εξαρτάται από την:

- ηλικιακή κατανομή του πληθυσμού
- ύπαρξη ή όχι κάποιων οργανισμών & καταστημάτων προμήθειας βασικών αγαθών

Ο πληθυσμός της Τήνου, σύμφωνα με την εθνική απογραφή, έχει αυξηθεί σταδιακά τις δύο τελευταίες δεκαετίες. Παρόλα αυτά, οι περισσότεροι κάτοικοι είναι συγκεντρωμένοι στην πόλη της Τήνου και υπάρχει μια αύξηση των κατοίκων ηλικίας πάνω από 60 και έως 79 χρόνων. Στην ίδια απογραφή, η μετακίνηση της εργαζόμενης γενιάς στην πόλη του νησιού είτε σε άλλες αστικές περιοχές της Ελλάδας είναι εμφανής, όπου οι νέοι άνθρωποι εργάζονται κυρίως στο δευτερογενή ή τριτογενή τομέα. Το αποτέλεσμα είναι ότι τα περισσότερα χωριά είναι "σκληρά χτυπημένα" από μείωση της εργατικής τάξης σε μηδενικά επίπεδα, ενώ από την άλλη παρατηρείται μια ραγδαία αύξηση στον αριθμό των ηλικιωμένων κατοίκων τους.

3.1 φροντίδας για ηλικιωμένους στη νήσο Τήνο

Ένας μύθος υπάρχει σε ότι αφορά στην παροχή οικογενειακής ή ανεπίσημης φροντίδας, ότι είναι καλλίτερη σε αγροτικές περιοχές παρά αυτή που παρέχεται στις πόλεις (Μεσθένεος, 1996). Η πραγματικότητα όμως είναι διαφορετική,

αφού τα νέα μέλη της οικογένειας είναι συνήθως απόντα σε αγροτικές περιοχές, καθώς έχουν μεταναστεύσει σε πόλεις, όπως συμβαίνει για την πλειοψηφία των νησιών της Ελλάδας (Μπαλούρδος & άλλοι, 1996). Οι ηλικιωμένοι άνθρωποι, από την άλλη πλευρά, τείνουν να παραμένουν στα σπίτια τους και μπορεί να γίνονται σταδιακά εξαρτημένοι από τους συζύγους τους, ή τα παιδιά τους, αδέρφια και ανίψια (Τριανταφύλλου & Μεσθένεος, 2001; Eurofamcare, 2005). Στην περίπτωση των χωριών έχει διαπιστωθεί ότι μεταξύ των συγχωριανών υπάρχουν κοινωνικές ανταλλαγές πολλαπλής υποστήριξης και βοήθειας (Μπαλούρδος & άλλοι, 1996).

Στην Τήνο, η παροχή οικογενειακής φροντίδας είναι, συνήθως, περιορισμένη, καθώς τα νέα μέλη της οικογένειας έχουν μεταναστεύσει από τα χωριά τους. Παρόλα αυτά, οι ηλικιωμένοι συγγενείς δέχονται υποστήριξη και φροντίδα μέσω άλλων τρόπων. Για παράδειγμα, τα παιδιά τους είτε ταξιδεύουν από την πόλη της Τήνου και από ακόμη μακρύτερα μέρη (π.χ. Αθήνα), προκειμένου να στηρίζουν και να βοηθούν τους γονείς τους ή μισθώνουν ιδιώτη φροντιστή για να συγκοιτεί με το συγγενή τους. Στην τελευταία περίπτωση, μετανάστες γυναίκες, κυρίως από τις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης παρέχουν έμμισθη φροντίδα κατ'οίκον, κάτι που παρατηρείται σε όλη την Ελλάδα (Eurofamcare, 2004; Sissouras et al., 2004; Van der Geest et al., 2004). Όμως η απασχόληση των έμμισθων φροντιστών συμβαίνει μόνο, όταν τα ηλικιωμένα άτομα είναι σοβαρά ανήμπορα και εξαρτημένα λόγω της κατάστασής τους. Σε άλλες περιπτώσεις, η μίσθωση φροντιστών εξαρτάται από τις προτιμήσεις και την οικονομική κατάσταση των ηλικιωμένων και των κυρίως φροντιστών τους (Van der Geest et al., 2004).

3.3 Κοινωνικές δομές στη Τήνο

3.3.1 Εθελοντική οργάνωση παροχής κοινωνικών υπηρεσιών

Ο 'Σύλλογος Φίλων Κέντρου Υγείας Τήνου, Νικόλαος Κόγκος' ιδρύθηκε το 1995. Ο πρώτος σκοπός του Συλλόγου ήταν να στηρίξει το Κέντρο Υγείας Τήνου. Το 1999, ο Σύλλογος εδραίωσε την 'Κατ' Οίκον Νοσηλεία', μια δράση που αφορούσε στην εθελοντική παροχή κοινωνικών υπηρεσιών στο νησί. Ο εθελοντικός Σύλλογος περιορίστηκε να καλύπτει τις ανάγκες των κατοίκων του Δήμου Τήνου και της Κοινότητας Πανόρμου, από τότε που ο Δήμος Εξωμβούργου εδραίωσε και έθεσε σε λειτουργία τις δημοτικές δομές παροχής κοινωνικών υπηρεσιών.

3.3.2 Δημοτικές δομές παροχής κοινωνικών υπηρεσιών

Το 2000, ο Δήμος Εξωμβούργου Τήνου ήταν ο πρώτος δήμος στη Νομαρχία Κυκλάδων, που υπέβαλε προτάσεις στην Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου για δύο δομές παροχής κοινωνικών υπηρεσιών για ηλικιωμένους και ανήμπορους, το 'Βοήθεια στο σπίτι' και το ΚΗΦΗ. Οι δομές αυτές λειτουργούν από το 2002.

3. Οι λέξεις, που περικλείονται με διπλά εισαγωγικά "" και είναι σε πλάγια γραφή μεταφέρουν αυτολεξεί λόγια αρθρογράφων ή εκφράσεις και λόγια των ανθρώπων, οι οποίοι συμμετείχαν στην έρευνα.

4. Μεθοδολογία

Τα δεδομένα καταγράφηκαν κυρίως από προσωπικές απόψεις των ενδιαφερόμενων (πρωτογενή δεδομένα), καθώς και από επίσημα αρχεία των δομών (δευτερογενή δεδομένα). Η δειγματοληψία πραγματοποιήθηκε το Μάρτιο 2005. Οι ομάδες στόχου των ενδιαφερόμενων ήταν οι εξυπηρετούμενοι ηλικιωμένοι, οι οικογενειακοί φροντιστές τους (σύζυγοι και παιδιά), καθώς και το προ-

σωπικό και οι φορείς των δομών. Ατομικές συνεντεύξεις «σε βάθος» και ομαδικές συνεντεύξεις με «ομάδες εστίασης» πραγματοποιήθηκαν με συνολικά 64 συμμετέχοντες (εξυπηρετούμενοι, οικογενειακοί φροντιστές, προσωπικό και φορείς). Οι συνεντεύξεις ήταν μαγνητοφωνημένες, λεπτομερώς απομαγνητοφωνημένες και καταγεγραμμένες.

5. Ευρήματα

Τα συνολικά ευρήματα μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε τρία 'κλειδιά' θέματα, σχετικά με το ρόλο των κοινωνικών δομών σε νησιωτικές αγροτικές περιοχές, όπως η 'Τήνος'. Σε αυτή την εργασία, θα παρουσιαστούν τα χαρακτηριστικά των ίδιων των δομών (εσωτερικοί παράγοντες).

Θέμα: Κοινωνικές Δομές – Χαρακτηριστικά (Ευνοϊκοί & Δυσμενείς Εσωτερικοί Παράγοντες)

Το θέμα αυτό παρουσιάζει τα ευρήματα που είναι σχετικά με το ανθρώπινο δυναμικό των τοπικών κοινωνικών δομών. Αξιοσημείωτο είναι ότι ενώ οι φορείς και το προσωπικό αναγνωρίζουν και αναφέρονται στους παράγοντες αυτούς, οι εξυπηρετούμενοι ηλικιωμένοι και οι φροντιστές τους αντιλαμβάνονται και περιγράφουν την ποσότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών μέσα από την προσωπική τους εμπειρία και επαφή που έχουν με το προσωπικό. Συγκεκριμένα, τα κύρια σημεία αυτού του θέματος είναι:

- στελέχωση & διατήρηση προσωπικού
- εκπαίδευση & επαγγελματική στήριξη
- αλληλεπίδραση – επαφή με εξυπηρετούμενους

5.1 Στελέχωση & διατήρηση προσωπικού

Το προσωπικό και οι φορείς επικεντρώνουν τη συζήτηση τους στη στελέχωση και διατήρηση του προσωπικού, τα οποία θεωρούνται σημαντικά ζητήματα των δομών, αφού επηρεάζουν:

- τη διαδικασία παροχής & διάθεσης υπηρεσιών (κάλυψη αναγκών)
- τις εργασιακές συνθήκες (π.χ. εργασιακό ωράριο)

Δυσκολίες με τη στελέχωση και τη διατήρηση προσωπικού χαρακτηρίζονται ως χρόνια και άλυτα θέματα. Το προσωπικό ανησυχεί για τις συνέπειες τους και ιδιαίτερα για το περιορισμένο ή "στατικό" επίπεδο ανάπτυξης των δομών. Εντούτοις, αξιοσημείωτο είναι, όπως το προσωπικό χαρακτηριστικά τονίζει, ότι από την κοινότητα δεν υπάρχει "καμιά πίεση", ώστε να βελτιωθεί η κατάσταση, καθώς οι "Τηνιακοί ηλικιωμένοι" και οι φροντιστές τους είναι ανενημέρωτοι για τα δικαιώματά τους, δηλαδή, να δέχονται τέτοιου είδους υπηρεσίες. Αποτέλεσμα είναι, ότι ενώ οι ανάγκες στην κοινότητα είναι αρκετές και ακάλυπτες, από την άλλη πλευρά, δεν υπάρχουν απαιτήσεις για την αντιμετώπισή τους.

Εξυπηρετούμενοι και φροντιστές δεν αναφέρονται, συνήθως, στις ελλείψεις των δομών. Αυτό μπορεί να συμβαίνει εξαιτίας ποικίλων παραγόντων, όπως:

- στωική συμπεριφορά των 'ντόπιων' ανθρώπων
- επίπεδο εκπαίδευσης
- περιοχή διαμονής
- μη ενημέρωση για δικαίωμα κοινωνικών παροχών

Περιοχή και εκπαίδευση ίσως είναι παράγοντες που μπορεί να αλλάζουν τη 'στωική συμπεριφορά' που φαίνεται συχνά να χαρακτηρίζει τους κατοίκους της Τήνου. Για παράδειγμα, οι άνθρωποι, που ζούνε στην πόλη, καθώς και εκείνοι, που έχουν αποφασίσει να επιστρέψουν στην περιοχή που γεννήθηκαν δείχνουν περισσότερο απαιτητικοί. Οι τελευταίοι σκέφτονται ότι ίσως και να δικαιούνται καλύτερη παροχή κοινωνικών υπηρεσιών, και κάποιοι από αυτούς παραπονιούνται κατευθείαν για τις ανισότητες μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών.

Οι φορείς παρατηρούν ότι οι συνέπειες της ανεπαρκούς στελέχωσης και μειωμένης διατήρησης του προσωπικού των δομών επιδρούν στις 'εργασιακές συνθήκες' αυτών που ήδη εργάζονται. Συγκεκριμένα, οι φορείς αναφέρονται στην προσπάθεια των υπαλλήλων να καλύψουν τα κενά που δημιουργούνται από την έλλειψη συναδέλφων άλλων ειδικοτήτων. Δεύτερον, οι φορείς μιλάνε για υπερφορτωμένο ωράριο του προσωπικού, που για να εκπληρώσει τις υποχρεώσεις του και μη, δεν περιορίζεται στον καθορισμένο χρόνο εργασίας του. Επιπλέον, οι φορείς των δύο οργανισμών υποστηρίζουν ότι το προσωπικό των δομών δεν περιορίζεται στις υπηρεσίες που αφορούν στα καθήκοντά τους. Για παράδειγμα, το προσωπικό έχει συμμετάσχει σε μεγάλες εξορμήσεις στην Τήνο μαζί με προσωπικό από το Κέντρο Υγείας και Περιφερειακών Ιατρείων για καρδιολογικό και αιματολογικό έλεγχο. Για το ίδιο το προσωπικό, η εθελοντική συμμετοχή σε αυτές τις εξορμήσεις είναι σημαντική, καθώς θεωρούν ότι η ενημέρωση και ενασχόληση τους σε θέματα που απασχολούν την κοινότητα βελτιώνει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Κοινή άποψη των φορέων είναι ότι η καλή ποιότητα των υπηρεσιών οφείλεται στην αλτρουιστική συμπεριφορά του προσωπικού. Επομένως, η ποιότητα και ο χαρακτήρας των υπαλλήλων θεωρείται ότι θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στη διαδικασία πρόσληψης, σε αυτές τις υπηρεσίες, αν και αυτά τα κριτήρια επιλογής μάλλον περιορίζουν τον αριθμό των υποψηφίων. Ενώ, οι τοπικοί φορείς δείχνουν εμπιστοσύνη στις υπηρεσίες που παρέχει το προσωπικό, εντούτοις, δεν έχουν αξιολογήσει τη δουλειά που πραγμα-

τικά γίνεται.

Οι αποφάσεις για το είδος και το μέγεθος των κοινωνικών υπηρεσιών που παρέχονται μέσω των τοπικών δημοτικών δομών, φαίνεται να σχεδιάζεται από εξωτερικούς γραφειοκράτες παρά από τους τοπικούς φορείς. Σύμφωνα με το προσωπικό, οι “μακριά ιστάμενοι” ενδιαφέρονται, συνήθως, μόνο για “ποσοτικά ζητήματα”, όπως ο αριθμός των περιπτώσεων και τα οικονομικά θέματα, παρά για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Σαν απόδειξη αυτών, το προσωπικό αναφέρει ότι μέχρι τώρα, κανένας από τους ανώτερους διοικητικούς προϊστάμενους δεν έχει ρωτήσει για τις απόψεις τους και τη δική τους εμπειρία σχετικά με τις υπηρεσίες. Τέλος, άξιο προσοχής ίσως είναι ότι οι εκτός Τήνου υπεύθυνοι των δημοτικών κοινωνικών δομών είναι μάλλον άγνωστοι στο προσωπικό και στενή συνεργασία είναι ανύπαρκτη, κάτι που πιθανόν να επηρεάζει αρνητικά την αυτοπεποίθηση των υπαλλήλων.

5. 2 Εκπαίδευση & επαγγελματική στήριξη

Η ποιότητα και τα πρότυπα των κοινωνικών υπηρεσιών φαίνεται να είναι, εν μέρει, επηρεασμένα από τους προαναφερθέντες παράγοντες (δηλαδή, αδυναμία στη στελέχωση και στη διατήρηση επαγγελματιών υγείας). Άλλα θέματα, στα οποία οι φορείς και το προσωπικό εστιάζουν την προσοχή τους, είναι η εκπαίδευση καθώς και η επαγγελματική και ομαδική στήριξη. Παράγοντες που επηρεάζουν τη συχνότητα, ποιότητα και το μέγεθος φροντίδας που παρέχεται από τις υφιστάμενες τοπικές κοινωνικές δομές.

Η συμπεριφορά του προσωπικού προς τους ηλικιωμένους είναι ένα σημαντικό θέμα καθώς έχει επηρεάσει τη μεταξύ τους συναναστροφή και, συνεπώς, τη φήμη των υπηρεσιών. Στις συζητήσεις με το προσωπικό, το θέμα που επισημαίνεται είναι η απειρία τους να εργάζονται με ηλικιωμένους. Εκ των υστέρων, οι υπάλληλοι αναγνωρίζουν ότι η διαδικασία να καταλαβαίνεις και να αντιδράς κατάλληλα στους ηλικιωμένους δεν είναι ένα απλό θέμα. Εντούτοις, όπως αναφέρουν, το συγκεκριμένο θέμα δεν υπήρξε εμπόδιο στην πρόληψη τους και στην απασχόληση τους στις κοινωνικές δομές. Όλο το προσωπικό συμφωνεί ότι, επειδή η βασική τους εκπαίδευση δεν τους παρέχει εξειδικευμένες γνώσεις για τη διαδικασία γήρανσης ή επικοινωνίας με ηλικιωμένους, εκπαίδευση σε τακτά διαστήματα θα ήταν μια σημαντική ενέργεια.

Η απουσία συνεχούς εκπαίδευσης και εξάσκησης αναγνωρίζεται ως ένα μεγάλο θέμα, για τρεις λόγους:

- την ικανότητα του προσωπικού να καλύπτει ποικίλες υπηρεσίες
- την ετοιμότητα του προσωπικού να αντιμετωπίζει πολλαπλές & διαφορετικές ανάγκες
- τη συμπεριφορά του προσωπικού προς τους ηλικιωμένους

Επειδή οι δυσκολίες στη στελέχωση και διατήρηση του προσωπικού μπορεί να είναι μόνιμη κατάσταση και στο μέλλον, για τις νησιωτικές αγροτικές κοινωνικές δομές, η εκπαίδευση του προσωπικού ίσως θα πρέπει να είναι μια πρωταρχική σκέψη. Το προσωπικό στις τοπικές δομές καλείται καθημερινά από εξυπηρετούμενους και φροντι-

στές να δίνει συμβουλές για ποικίλα θέματα που τους απασχολούν. Αν και το προσωπικό των δομών δηλώνει ότι έχει μικρή εμπειρία στη συνεργασία με ηλικιωμένους ανθρώπους, παρόλα αυτά αισθάνονται ότι έχουν καταφέρει να παρέχουν στην κοινότητα υπηρεσίες σε ένα σημαντικό αριθμό και επίπεδο. Εντούτοις, οι ίδιοι οι υπάλληλοι αισθάνονται ότι έχουν την ικανότητα να προσφέρουν περισσότερα από ό,τι μέχρι σήμερα κάνουν.

Το ζήτημα της εκπαίδευσης είναι πιο περίπλοκο από ό,τι αυτό φαίνεται, καθώς, από τη μια πλευρά, το υπάρχον προσωπικό αναγνωρίζει ότι η συγκεκριμένη θέση τους απαιτεί περισσότερη εκπαίδευση και επαγγελματική στήριξη. Από την άλλη πλευρά, ανεξάρτητα από την απειρία τους σε κάποια θέματα, το προσωπικό αισθάνεται καθήκον να αναπληρώνει τα κενά άλλων επαγγελματιών υγείας και να ανταποκρίνεται στις ανάγκες που εκφράζονται, αφού “δεν υπάρχει η πολυτέλεια άμεσης κάλυψης των θέσεων”. Όμως, οι ίδιοι επισημαίνουν, ότι αν και έχουν αντιληφθεί την ανάγκη εξειδικευμένης γνώσης, πρακτικά ζητήματα δημιουργούν εμπόδια.

Συγκεκριμένα, αναφορά γίνεται στην παρακολούθηση εκπαιδευτικού σεμιναρίου ή κάποιου επιμορφωτικού εργαστηρίου, τα οποία, αυτή τη στιγμή μπορούν να γίνουν μόνο εκτός νησιού. Το αποτέλεσμα θα είναι, ότι η απουσία τους, έστω και δύο ημέρες από το χώρο εργασίας τους να δημιουργήσει επιπρόσθετα ζητήματα, αφού δεν θα υπάρχει δυνατότητα αναπλήρωσης. Παρόλα αυτά, οι ίδιοι θεωρούν ότι η επένδυση στην εκπαίδευση των υπαλλήλων των τοπικών κοινωνικών δομών, και μάλιστα αυτών που λειτουργούν σε περιοχές, όπως η Τήνος, πρέπει να αντιμετωπίζεται ως η καλύτερη μέθοδος βελτίωσης των υπηρεσιών στο άμεσο και απώτερο μέλλον.

5. 3 Διαδικασία αλληλεπίδρασης- επαφής

Αλληλεπίδραση ή επαφή μεταξύ των ηλικιωμένων και των υπαλλήλων, που προσφέρουν υπηρεσίες στο σπίτι, είναι από μόνη της μια σημαντική δράση. Εκεί το προσωπικό έχει την ευκαιρία να “πίσει κουβέντα” με τους εξυπηρετούμενους καθώς εκτελεί νοσηλευτικές πράξεις ή βοηθάει σε δουλειές του σπιτιού. Το προσωπικό επισημαίνει τη διαφορετικότητα των αναγκών των εξυπηρετούμενων, οι οποίες μπορεί να ποικίλλουν από κοινωνικές και συναισθηματικές ανάγκες έως ψυχολογικές ή σχετικές με βασικές ανάγκες των εξυπηρετούμενων. Επιπροσθέτως, το προσωπικό δίνει μεγάλη προσοχή στην εξασφάλιση της κατάλληλης χρονικής στιγμής, σε ημέρα και ώρα, παροχής υπηρεσιών για τον ηλικιωμένο και τον συγκάτοικο-φροντιστή. Από την πλευρά τους, οι ηλικιωμένοι και ιδιαίτερα οι φροντιστές τους σημειώνουν ότι εκτιμούν αυτού του είδους τη συνεργασία με το προσωπικό, αφού έτσι μπορούν και ρυθμίζουν και τις άλλες καθημερινές δουλειές τους.

Για το προσωπικό, η συχνότητα επισκέψεων έχει μεγαλύτερη σημασία παρά ο αριθμός των εξυπηρετούμενων, που επισκέπτονται. Πολλαπλοί παράγοντες φαίνεται να δημιουργούν κοινωνικές ανάγκες και να διαμορφώνουν την υγεία και γενική κατάσταση των ηλικιωμένων, κάτι που επιβάλλει συχνές επισκέψεις. Για παράδειγμα, οι αποστάσεις μεταξύ

χωριών και πόλης, οι ελλείψεις των τοπικών υπηρεσιών υγείας και η απουσία οικογενειακής φροντίδας δείχνουν να “σπρώχνουν” συχνά τους ηλικιωμένους να μετακομίζουν σε άλλες περιοχές. Οι συχνά αναφερόμενες αιτίες μετακόμισης είναι ή εξειδικευμένη ιατρική φροντίδα την οποία βρίσκουν στα περιφερειακά και κεντρικά νοσοκομεία και η ανεπίσημη φροντίδα, που δέχονται από τα παιδιά τους, πηγαίνοντας στον τόπο διαμονής των τελευταίων (π.χ. στην Αθήνα). Γι’ αυτούς τους λόγους, το προσωπικό των κοινωνικών δομών, θεωρεί ότι θα πρέπει να προσπαθεί να βοηθάει τους ηλικιωμένους να παραμένουν στα δικά τους σπίτια και να μην μετακομίζουν μακριά από τις κοινότητές τους, παρόλο που θα επωμισθούν επιπρόσθετη εργασία.

Η ποιοτική αλληλεπίδραση μεταξύ του προσωπικού, των εξυπηρετούμενων και των φροντιστών τους φαίνεται να έχει οδηγήσει μάλλον στην ανάπτυξη σχέσεων φιλίας, παρά στις αναγκαίες σχέσεις που αναπτύσσονται συνήθως μεταξύ χρηστών υπηρεσιών και εργαζόμενων. Όταν η επαφή είναι κάπως μακροχρόνια, τότε το προσωπικό φαίνεται να είναι ένα μέρος της ζωής των ηλικιωμένων. Έτσι, για τους ηλικιωμένους που είναι περιορισμένοι στο σπίτι τους, (π.χ. κατάκοιτοι, ανήμποροι), το προσωπικό συγκαταλέγεται ανάμεσα στις περιπτώσεις εκείνων (συγγενών, φίλων) που τους επισκέπτονται.

Στην περίπτωση του ΚΗΦΗ, οι εξυπηρετούμενοι αναφέρουν τις σχέσεις που έχουν αναπτυχθεί μεταξύ αυτών και του προσωπικού του κέντρου. Οι ηλικιωμένοι, όχι όλοι, συμμετέχουν εθελοντικά στην κουζίνα ή βοηθούν σε κάποιες άλλες δουλειές, αισθανόμενοι ευχαριστημένοι, όταν σκέφτονται ότι βοηθάνε το προσωπικό του κέντρου. Από την άλλη πλευρά, το προσωπικό του κέντρου αφιερώνει αρκετό χρόνο στη συζήτηση προσωπικών θεμάτων μεταξύ τους, κάτι που εκτιμάται από τους εξυπηρετούμενους. Επιπλέον, το μειωμένο, κατά τα άλλα, προσωπικό του ΚΗΦΗ πραγματοποιεί κάποιες δραστηριότητες που είναι πέρα από εκείνες που προσδιορίζουν το επάγγελμα τους

(π.χ. ημερήσιες εκδρομές στο νησί, εκτέλεση θεατρικών παραστάσεων στη διάρκεια του χρόνου και χειροτεχνίες).

Οι εξυπηρετούμενοι του κέντρου δηλώνουν την ευχαρίστηση αλλά και προτίμηση τους για περισσότερες δραστηριότητες, όπως την πραγματοποίηση εκδρομών εκτός Τήνου ή συχνότερες περιηγήσεις μέσα στο νησί. Από την άλλη πλευρά, δείχνουν ανενθαρμωτοί ότι οι ήδη δράσεις του ΚΗΦΗ προσφέρονται εθελοντικά από το προσωπικό. Επιπλέον, κάποιοι υποστηρίζουν ότι θα ήθελαν να τους ρωτούν για τη δική τους άποψη, σχετικά με τη λειτουργία του κέντρου καθώς και τις προτιμήσεις τους. Τέλος, αισθάνονται ότι οι συμβουλές τους θα μπορούσαν να βελτιώσουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Ένα ακόμη αποδεικτικό στοιχείο της ποιότητας των σχέσεων, που υπάρχει μεταξύ του προσωπικού και των ηλικιωμένων είναι ότι ενώ οι εξυπηρετούμενοι αγνοούν βασικά στοιχεία των κοινωνικών δομών, έχουν αναπτύξει προσωπικές σχέσεις και αισθάνονται οικείο με τους ανθρώπους της ‘πρώτης γραμμής’, δηλαδή, τους υπάλληλους, που έρχονται άμεσα σε επαφή. Για παράδειγμα, ενώ δεν γνωρίζουν την επωνυμία των κοινωνικών δομών, η αναγνώριση τους γίνεται μέσω του ονόματος των ίδιων των υπαλλήλων. Το φαινόμενο όμως αυτό, δηλαδή, να μη γνωρίζουν οι εξυπηρετούμενοι, από πού προέρχονται και πώς χρηματοδοτούνται αυτές οι δομές, φαίνεται ότι θέτει σε κίνδυνο να σχολιάζονται οι ίδιοι οι υπάλληλοι.

Γενικά, αρκετές από τις ελλείψεις των κοινωνικών δομών στην Τήνο, έχουν ελαττωθεί ή καλυφθεί από τον αλτρουισμό του υπάρχοντος προσωπικού και τις προσωπικές σχέσεις, που έχουν αναπτυχθεί μεταξύ των εργαζόμενων και εκείνων που εξυπηρετούνται από τις υπηρεσίες. Παρόλα αυτά, οι σχέσεις αυτές είναι λεπτές και εύκολα μπορεί να τεθούν σε κίνδυνο, εάν οι οργανωτικές και διοικητικές ελλείψεις των δομών διατηρούνται για μεγάλα χρονικά διαστήματα.

6. Συμπεράσματα - Προτάσεις

Το τμήμα αυτό περιλαμβάνει τα συμπεράσματα που εξαγονται από τα κυριότερα ευρήματα της μελέτης των εθελοντικών και δημοτικών κοινωνικών δομών στο νησί Τήνος και τις προτάσεις που διατυπώνονται.

6.1 Συμπεράσματα

Στο νησί Τήνος, την τελευταία δεκαετία, έχει παρατηρηθεί κάποια πρόοδος στην ανάπτυξη και παροχή κοινωνικών υπηρεσιών για ηλικιωμένους με ανάγκες. Αν και κάποιες θετικές αλλαγές έχουν σημειωθεί, οι υπάρχουσες κοινωνικές δομές υποφέρουν από συνεχείς ελλείψεις προσωπικού.

Προσωπικό και φορείς δεν βλέπουν τους εαυτούς τους απλώς ως εκτελεστές κοινωνικών υπηρεσιών, αλλά αισθάνονται υπεύθυνοι γι’ αυτές τις υπηρεσίες. Οι συνεντεύξεις, που δόθηκαν, καταγράφουν τη σημερινή παροχή κοινωνικών υπηρεσιών, η οποία χαρακτηρίζεται από:

- ανεπαρκείς κοινωνικές δομές

- υπεραπασχολούμενο προσωπικό
- απογοητευμένους υπαλλήλους & φορείς

Οι σημερινές ελλείψεις των δομών είναι θέματα, στα οποία εστιάζονται οι φορείς και το προσωπικό. Επίσης προβληματίζονται για τη μελλοντική ύπαρξη των δομών. Συγκεκριμένα, η συζήτηση συνήθως περιστρέφεται γύρω από τα εξής θέματα:

- στελέχωση
- διατήρηση προσωπικού
- εκπαίδευση, εμπειρία, συνεχής επιμόρφωση

Η αλληλεπίδραση ή επαφή μεταξύ προσωπικού και ηλικιωμένων εξυπηρετούμενων, δείχνει να επηρεάζεται από την έλλειψη υπαλλήλων, αφού περιορίζει το χρόνο, που το προσωπικό έχει στη διάθεση του για εκτέλεση υπηρεσιών και κοινωνικών επαφών με τους ηλικιωμένους και τους φροντιστές τους. Για παράδειγμα, ενώ τα προγραμματισμένα ραντεβού και η πραγματοποίησή τους “την ώρα που έχει κανονισθεί” θεωρούνται σημαντικά στοιχεία, η πραγ-

μάτωση όλων αυτών επιτυγχάνεται δύσκολα, λόγω:

- της έλλειψης ικανοποιητικού αριθμού υπαλλήλων
- της γεωγραφικά μεγάλης περιοχής
- των διεσπαρμένων χωριών

Η έλλειψη συνεχούς επιμόρφωσης των υπαλλήλων είναι ένα σημαντικό ζήτημα. Οι υπάλληλοι θεωρούν την επιμόρφωση τους απαραίτητη, λόγω της περιορισμένης εξειδίκευσης τους στη συνεργασία τους με ηλικιωμένους, οι οποίοι έχουν ποικίλες και διαφορετικές ανάγκες. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν, δεν αρκεί το προσωπικό να αποτελείται από πτυχιούχους και αλτρουιστές νοσηλευτές, καθώς και από ευγενικό και υποστηρικτικό βοηθητικό προσωπικό. Αντίθετα, αισθάνονται ότι θα πρέπει να έχουν κατάλληλες γνώσεις για βασικά θέματα που περιβάλλουν τη διαδικασία της γήρανσης και τους ηλικιωμένους.

Ανάληψη εργασιών, διαφορετικών από το καθηκοντολόγιο, όπως κοινωνικές επισκέψεις στα σπίτια των ηλικιωμένων και συζήτηση για θέματα που τους απασχολούν, προσφέρονται αρκετά συχνά από το προσωπικό. Παρόλα αυτά, φανερό είναι ότι οι υπάλληλοι, που ήδη υπάρχουν, δεν διατίθενται να επωμιστούν υποχρεώσεις, που δημιουργούνται από την απουσία κάποιων ειδικοτήτων, δίκως κάποια βασική εκπαίδευση και ιδιαίτερα δίκως να τους αναγνωρισθεί επίσημα η ανάληψη αυτών. Στην πραγματικότητα, οι υπάλληλοι δείχνουν να αισθάνονται ανασφάλεια όταν εκτελούν υπηρεσίες για τις οποίες δεν έχουν λάβει κατάλληλη εκπαίδευση. Θεωρείται ότι αυτά τα κενά μπορεί να οδηγήσουν σταδιακά τα άτομα με ανάγκες σε αρνητική στάση και άποψη, σε σχέση με τις κοινωνικές δομές, το προσωπικό και τις υπηρεσίες που παρέχονται.

Συνεχής επιμόρφωση προσωπικού, για εκσυγχρονισμό σπουδών ή για απόκτηση επιπλέον επαγγελματικών δεξιοτήτων, δεν είναι διαδεδωμένο στην Ελλάδα. Επιπροσθέτως, στην περίπτωση πραγματοποίησης επιμορφωτικών σεμιναρίων εκτός Τήνου, η παρακολούθηση τους γίνεται δύσκολη. Συγκεκριμένα η απουσία από το χώρο εργασίας, έστω και μια ημέρα, προκαλεί δυσχέρεια στην κάλυψη των καθημερινών αναγκών εξαιτίας του περιορισμένου διαθέσιμου προσωπικού. Αποτέλεσμα: το προσωπικό ομολογεί αισθήματα απομόνωσης, αφού δεν υπάρχουν ευκαιρίες συνεργασίας και ανταλλαγής εμπειριών με συναδέλφους τους. Από την άλλη πλευρά, η απογοήτευση πλανιέται συνέχεια στις συζητήσεις τους και αφορά στις περιορισμένες υπηρεσίες, που παρέχονται.

Συμπερασματικά, οι αδυναμίες των τοπικών κοινωνικών δομών επηρεάζουν και διαμορφώνουν τα αποτελέσματα της παροχής και διάθεσης υπηρεσιών. Παρόλα αυτά, υπευθυνότητα για τις ελλείψεις των υπηρεσιών και των αποτελεσμάτων δεν πρέπει να αποδίδεται στο προσωπικό 'πρώτης γραμμής' και τους τοπικούς φορείς αλλά στους υπεύθυνους χάραξης και υλοποίησης προγραμμάτων για ηλικιωμένους σε αγροτικές περιοχές. Συγκεκριμένα, οι σχεδιαστές κοινωνικής πολιτικής θα πρέπει να αντιληφθούν τις συνέπειες, που μπορεί να προκύψουν όταν οι υπηρεσίες είναι μη επαρκώς στελεχωμένες και το προσωπικό δεν έχει τις ευκαιρίες συνεχούς επιμόρφωσης ενισχύοντας έτσι τις τοπικές κοινωνικές υπηρεσίες.

6.2 Προτάσεις

Η στελέχωση των τοπικών δομών με ένα επαρκή αριθμό εξειδικευμένων υπαλλήλων θα μπορούσε να βελτιώσει πολλές από τις ελλείψεις τους και να καλύψει ποικίλες τοπικές ανάγκες. Συγκεκριμένα, η παροχή κοινωνικών υπηρεσιών θα έπρεπε να είναι σχεδιασμένη, προσαρμοσμένη και εφαρμοσμένη σύμφωνα με τις τοπικές ανάγκες. Για παράδειγμα, φάνηκε να είναι ξεκάθαρο ότι οι επισκέψεις στο σπίτι από τους νοσηλευτές θα έπρεπε να είναι πιο συχνές και μεγαλύτερης διάρκειας. Επίσης, η διαδικασία παροχής και διάθεσης φαρμάκων, που είναι ένα περίπλοκο θέμα για εκείνους τους ηλικιωμένους, που ζούνε σε χωριά με περιορισμένη εξυπηρέτηση από τα μέσα μαζικής μεταφοράς, ίσως θα ήταν μια αποτελεσματική υπηρεσία. Παρόλα αυτά, τέτοιες δράσεις δεν είναι σήμερα εφικτές.

Η εντοπιότητα είναι ένα ευαίσθητο ζήτημα στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών σε περιοχές, όπως το νησί Τήνος. Προσπάθειες πρέπει να γίνονται, ώστε οι υπηρεσίες αυτές, όχι μόνο να στελεχώνονται από 'ντόπιους' αλλά και να διατηρούν το προσωπικό τους. Έτσι, αναγκαίο είναι να αναγνωρισθεί η σημασία της:

- εντοπιότητας του προσωπικού των κοινωνικών δομών
- ύπαρξης επαγγελματιών υγείας και φροντίδας μέσα στην κοινότητα
- εκπαίδευσης κατοίκων (κυρίως νέων) στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών
- ενθάρρυνσης των μαθητών Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης για επαγγελματική αποκατάσταση στην κοινότητα τους (π.χ. σαν προσωπικό κοινωνικών υπηρεσιών)

Η επιμόρφωση του υπάρχοντος προσωπικού μπορεί να είναι η πιο αποτελεσματική βοήθεια στις ανεπαρκείς υπηρεσίες, ακόμη και αν η ανάληψη περισσότερων εξειδικευμένων εργασιών από το μειωμένο προσωπικό θα ήταν αρκετά επιβαρυντικό. Εντούτοις, εάν οι κοινωνικές δομές στοχεύουν να γίνουν περισσότερο αποτελεσματικές, το προσωπικό χρειάζεται να είναι εκπαιδευμένο με τέτοιο τρόπο, που θα προσέδιδε σε αυτούς 'ρόλους κλειδιά' επάνω στην κοινότητα της Τήνου. Συνολικά, η κατάλληλη εκγύμναση του προσωπικού είναι σημαντική και πρέπει να βασίζεται και να ανταποκρίνεται σε τοπικές ανάγκες και απαιτήσεις, όπως, συναισθηματική, κοινωνική & υλική στήριξη.

Η επιμόρφωση του προσωπικού ίσως μπορεί να επιτευχθεί μέσω κάποιων προτάσεων, που θα έδιναν τη δυνατότητα να 'υπερνηκθεί' η δυσκολία σύνδεσης των δομών με ανάλογα εκπαιδευτικά κέντρα και ειδικούς, που συνήθως ευρίσκονται μόνο σε αστικά κέντρα της ηπειρωτικής χώρας. Έτσι το υπάρχον προσωπικό θα είχε τη δυνατότητα να αποκτήσει περισσότερα προσόντα και δεξιότητες, όπως να ενισχύσει ποικίλες ικανότητες. Οι προτάσεις αυτές μπορεί να είναι:

- επικεντρωμένη επιμόρφωση & εκπαίδευση μέσω ηλεκτρονικού συστήματος εκπαίδευσης (π.χ. χρησιμοποιώντας το μοντέλο του Ανοικτού Πανεπιστημίου)
- ευέλικτα εκπαιδευτικά σεμινάρια που θα πραγματοποιούντο στο ίδιο το νησί (π.χ. περιφερειακές ομάδες ενημέρωσης με μετάβαση εκπαιδευτών στο νησί)
- επιμορφωτικά κοινά σεμινάρια και εργαστήρια, στα

οποία θα μπορεί να συμμετέχει προσωπικό από όλους τους ανάλογους τοπικούς οργανισμούς

- επιμορφωτικά σεμινάρια, τα οποία να παρακολουθούνται, ταυτόχρονα, από προσωπικό, φροντιστές, εθελοντές και φορείς.

Σε ότι αφορά στην πραγματοποίηση κοινών σεμιναρίων, αυτό μπορεί να πραγματοποιηθεί με το προσωπικό των τοπικών κοινωνικών υπηρεσιών και υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγείας, όπως Κέντρου Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ), Μονάδας Φροντίδας Ηλικιωμένων, Κέντρου Υγείας και Περιφερειακών Ιατρείων. Έτσι, οι υπάλληλοι θα έχουν τη δυνατότητα να διαμορφώσουν απόψεις και ιδέες ευρείας αντίληψης και προοπτικής, για τα τοπικά κοινωνικό-πολιτισμικά ζητήματα, καθώς και για τις περιπτώσεις των ηλικιωμένων με ανάγκες. Συγκεκριμένα, οι τοπικές δομές θα μπορούν να αναπτύξουν κοινές στρατηγικές και δράσεις, οι οποίες θα περικλείουν, σε σύνολο, την παροχή κοινωνικών υπηρεσιών σε ολόκληρο το νησί, αλλά και τη διευθέτηση περιπτώσεων κατ' άτομο. Τελικά, ένας τρόπος για αποτελεσματικότερη παροχή κοινωνικών υπηρεσιών και εμπειριστατωμένη κάλυψη περισσότερων τοπικών αναγκών, μπορεί να επιτευχθεί μέσω της ενσωμάτωσης των

διασπασμένων δράσεων των ανάλογων υπηρεσιών.

Η δημιουργία ποικίλων διασυνδέσεων μεταξύ των εμπλεκόμενων, (εξυπηρετούμενων, φροντιστών, προσωπικού και φορέων), η οποία θα βασίζεται σε ποικίλες ικανότητες και δεξιότητες και η διαμόρφωση αμοιβαίας υποστήριξης, ίσως αποβεί σημαντική για τις τοπικές κοινωνικές δομές αφού, εν μέρει, θα αντισταθμίσει τις ελλείψεις σε στελέχωση προσωπικού. Μέσω αυτών των συνεργασιών αυξάνουν οι δεξιότητες και ικανότητες του τοπικού ανθρώπινου δυναμικού. Επιπλέον, μέσω της παρακολούθησης κοινών επιμορφωτικών σεμιναρίων και κατανοώντας ο ένας την ανάγκη του άλλου, ίσως να δοθούν ευκαιρίες στους εμπλεκόμενους να διαμορφώσουν στρατηγικές και πρακτικές λύσεις, ώστε να ξεπεραστούν αρκετές από τις τοπικές δυσκολίες.

Κύριο στοιχείο είναι ότι ο ρόλος των τοπικών κοινωνικών δομών σε συγκεκριμένο πολιτισμικό πλαίσιο, όπως το νησί Τήνος, θα πρέπει να θεωρούνται σε μια συνεχή διαδικασία ανάπτυξης. Σε αυτή τη διαδικασία, οι δομές προτείνεται να έχουν 'την ευλυγισία' να εφαρμόζουν νέες στρατηγικές και δράσεις, προκειμένου να προσαρμόζονται στις τοπικές ατομικές και κοινοτικές ανάγκες, απαιτήσεις καθώς και τοπικά χαρακτηριστικά και ιδιαιτερότητες.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Bureau, V. & Kröger, T. (2004). "The local and the national in community care: exploring policy and politics in Finland and Britain," *Social Policy & Administration*, vol 38, no 7, pp. 793-810

CEC (2003). *Trans-European networks and islands: European Economic and Social Committee*, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Community.

Cho, S.H. (2005). "Older people's willingness to use home care nursing services," *Journal of Advanced Nursing*, vol 51, no 2, pp. 166-173

Connell, C., Holmes, S., Voelki, J. & Bakalar, H. (2002). "Providing dementia outreach education to rural communities: lessons learned from a train-the-trainer program," *The Journal of Applied Gerontology*, vol 21, no 3, pp. 294-313

Denham, L. & Shaddock, A. (2004). "Recruitment and retention of rural allied health professionals in developmental disability services in New South Wales," *Australian Journal of Rural Health*, vol 12, pp. 28-29

Eurofamcare (2004). *National background report for Greece*, Athens, Sextant Group, - available on <http://www.uke.uni-hamburg.de/eurofamcare/sextant.gr>

Eurofamcare (2005). *Services for supporting family carers of elderly people in Europe: characteristics, coverage and usage. Summary of main findings from EUROFAMCARE*, - available on

<http://www.uke.uni-hamburg.de/eurofamcare/>

Haaren, M. & Williams, G. (2000) "Central Australian nurse management model (CAN MODEL): A strategic approach to the recruitment and retention of remote-area nurses," *Australian Journal of Rural Health*, vol 8, pp. 1-5

Gibb, H., Anderson, J. & Forsyth, K. (2004). "Developing support for remote nursing education through workplace culture that values learning," *Australian Journal of Rural Health*, vol 12, pp. 201-205

Μεσθεναίου, Ε. (1996). Ποιος φροντίζει?, σελ. 441- 447, στο Γήρανση και Κοινωνία: Πρακτικά Πανελληνίου Συνεδρίου ΕΚΚΕ, Β. Κοτζαμάνης, Λ.

Μαράτου- Αλιμπράντη, Α. Τεπέρογλου & Μ. Τζωρτζοπούλου (εκδ.), Αθήνα, ΕΚΚΕ.

Mpalourdos, D., Teperoglou, A., & Faciolas, N. (1996). *Aged people in conditions of social exclusion: dimensions of social exclusion in Greece. Main Themes and Determination of Policy Priorities*. European Community Report.

Parry-Jones, B., Robinson, C. & Soulsby, J. (2000). *The monitoring and evaluation of domiciliary social care*, Centre for Social Policy Research and Development, University of Wales, Bangor.

Sisouras, A., Ketsopoulou, M., Bouzas, N., Fagadaki, E., Papaliou, O. & Fakoura, A. (2004). *Providing integrated health and social care for older persons in Greece*, in K. Leichsenring & A. M. Alaszewski (Eds.) *Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons: A European Overview of Issues and Stake*, England, Ashgate.

Steenbergen, K. & Mackenzie, L. (2004). "Professional support in rural New South Wales: perceptions of new graduate occupational therapists," *Australian Journal of Rural Health*, vol 12, pp. 160-165

Triantafyllou, J. & Mestheneos, E. (2001). *Greece*, pp.76-95 in I. Philip (Ed.) *Family Care of Older People in Europe- COPE*, The Netherlands, IOS Press.

Van der Geest, S. Mul, A. & Vermeulen, H. (2004). "Linkages between migration and the care of frail older people: observations from Greece, Ghana and the Netherlands," *Ageing & Society* vol 24, pp. 431-450

Walker, T. (2000). "Letter to the editor," *Australian Journal of Rural Health*, vol 8, pp. 335

Williams, L., Hill, J., Parry-Jones, B., Robinson, C., Wenger, C. & Apsitis, Y. (2003). *Retention and recruitment of home care workers*, Centre for Social Policy Research and Development, University of Wales, Bangor.

Μπορεί η Αγορά Υπηρεσιών Υγείας να Είναι μια Ανταγωνιστική Αγορά;

Κυριακή Σωτηριάδου,
Λοχαγός (ΥΝ), 223 ΚΙΧΝΕ Κοζάνης,
MSc Οικονομία και Διοίκηση (ΑΠΘ)

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρούσα εργασία σχολιάζεται η άποψη ότι ο τομέας των υπηρεσιών υγείας μπορεί να λειτουργήσει με βάση το ανταγωνιστικό υπόδειγμα. Αρχικά γίνεται αναφορά στο περίφημο άρθρο του Kenneth Arrow, στο οποίο τέθηκε για πρώτη φορά το ζήτημα των ιδιαιτεροτήτων του τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας. Στη συνέχεια, παρουσιάζονται κάποια σημεία τα οποία αποτέλεσαν αντικείμενο αντιπαράθεσεων, σχετικά με το εάν ο ανταγωνισμός στην αγορά υπηρεσιών υγείας μπορεί να καταλήξει σε αποδοτικές λύσεις και βελτιστοποίηση της κοινωνικής ευημερίας. Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στο σύστημα υγείας των ΗΠΑ, το οποίο παρόλο που είναι το περισσότερο ανταγωνιστικό στο δυτικό κόσμο, δεν φαίνεται να έχει επιτύχει τους στόχους του, με αποτέλεσμα να υποστηρίζεται η άποψη ότι αποτελεί παράδειγμα προς αποφυγήν για τα άλλα έθνη.

Λέξεις – κλειδιά: ανταγωνισμός, αγορά υπηρεσιών υγείας

I. Εισαγωγή

Στα οικονομικά ως ανταγωνιστική περιγράφεται μια αγορά στην οποία υπάρχει μεγάλος αριθμός αγοραστών και πωλητών, που ο καθένας τους δεν έχει τη δύναμη να επηρεάσει τις τιμές, οι οποίες διαμορφώνονται ελεύθερα μέσω της ζήτησης και της προσφοράς, δεν υπάρχουν κυβερνητικοί περιορισμοί στις τιμές και στις ποσότητες και υπάρχει πλήρης πληροφόρηση και στις δύο πλευρές για τις συνθήκες που επικρατούν στην αγορά, δηλαδή για τις τιμές, τις ποσότητες και τις ποιότητες των προϊόντων. Το προϊόν κάθε παραγωγού είναι ομογενές, πανομοιότυπο δηλαδή με των άλλων παραγωγών και υπάρχει ελεύθερη είσοδος και έξοδος από την αγορά. Δεδομένων κάποιων

υποθέσεων για τις προτιμήσεις, την κατανομή του εισοδήματος και τις οικονομίες κλίμακας, ο ανταγωνισμός συνιστά το ιδεατό μοντέλο, με την έννοια ότι εάν επικρατήσει σε όλες τις αγορές έχουμε την κοινωνικά άριστη κατανομή πόρων.

Το ερώτημα είναι εάν ο τομέας της παροχής υπηρεσιών υγείας μπορεί ή πρέπει να λειτουργήσει ως ανταγωνιστική αγορά. Η σχετική συζήτηση έχει τις απαρχές της στη δημοσίευση του μνημειώδους άρθρου του βραβευμένου με Νόμπελ Καθηγητή Kenneth Arrow ¹ "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care" στο περιοδικό American Economic Review το 1963.

2. Η επιχειρηματολογία του Arrow

Ο Arrow επικεντρώνει την ανάλυσή του στις ιδιαιτερότητες του τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας (ειδικότερα της ιατρικής φροντίδας), οι οποίες δημιουργούν κενά στην αγορά και τοποθετούν τον τομέα σε απόσταση από το ανταγωνιστικό υπόδειγμα.

Οι ιδιαιτερότητες αυτές αναφέρονται (Arrow, 1963:pp. 948-954):

- στη φύση της ζήτησης για ιατρικές υπηρεσίες, η οποία είναι ασταθής και απρόβλεπτη. Το γεγονός της ασθένειας είναι μια απόκλιση από την κανονική ροή των πραγμάτων και το

1. Πρόκειται για ένα πολύ πυκνογραμμένο κείμενο το οποίο «απαιτεί από τον αναγνώστη το ακαδημαϊκό ανάλογο της ταλμουδικής ευριμάθειας», όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Reinhardt (2001:p. 967). Είναι εντυπωσιακό ότι η επιλεκτική χρήση του δίνει επιχειρήματα και στους υπέρμαχους και στους πολέμιους της ελεύθερης αγοράς στον τομέα της υγείας (Savedoff, 2004; Robinson, 2001).

κόστος της ασθένειας δεν αναφέρεται μόνο στα έξοδα για ιατρική φροντίδα αλλά και στο κόστος που συνεπάγεται ο κίνδυνος της αδυναμίας της φυσιολογικής λειτουργίας του ασθενούς. Επομένως, αυτό συνιστά μια ιδιαιτερότητα του αγαθού ιατρική φροντίδα σε σχέση με κάθε άλλο αγαθό.

- στην αναμενόμενη συμπεριφορά των γιατρών, η οποία δεν είναι η τυπική συμπεριφορά που αναμένεται από οποιονδήποτε άλλον επιχειρηματία, που στοχεύει στη μεγιστοποίηση του κέρδους του.
- στην αβεβαιότητα ως προς το προϊόν, καθώς η ανάνηψη από την ασθένεια είναι τόσο απρόβλεπτη όσο είναι και το γεγονός της εμφάνισής της (1963:p. 951). Επιπλέον, υπάρχει σημαντική διαφορά στην αβεβαιότητα που έχουν οι δύο πλευρές, ο ασθενής και ο γιατρός.
- στην πληροφόρηση του γιατρού για τις επιπτώσεις της ασθένειας και για τις δυνατότητες θεραπείας, η οποία είναι σαφώς μεγαλύτερη από ότι του ασθενούς, ή τουλάχιστον, όπως χαρακτηριστικά επισημαίνει ο Arrow, έτσι πιστεύουν και τα δύο μέρη. Επίσης, τα δύο μέρη γνωρίζουν ότι υπάρχει ασυμμετρία πληροφόρησης και το γεγονός αυτής της γνώσης χρωματίζει με ιδιαίτερο τρόπο τη μεταξύ τους σχέση (1963:p. 951).
- στην περιορισμένη προσφορά των ιατρικών υπηρεσιών, καθώς υπάρχουν σημαντικοί περιορισμοί εισόδου στο

ιατρικό επάγγελμα (αυτό ισχύει βέβαια λίγο – πολύ και για άλλα επαγγέλματα). Το κόστος της εκπαίδευσής των φοιτητών στην ιατρική σχολή είναι πολλαπλάσιο από το κόστος εκπαίδευσης σε άλλες σχολές. Αυτό το γεγονός, ότι δηλαδή η εκπαίδευσή των γιατρών είναι επιδοτούμενη από την κοινωνία, θα έπρεπε να σημαίνει ότι οι τιμές των ιατρικών υπηρεσιών θα ήταν χαμηλές, αφού ο γιατρός δεν επωμίστηκε ο ίδιος το υψηλό κόστος των σπουδών του. Ωστόσο, οι γιατροί είναι οι υψηλότερα αμειβόμενοι επαγγελματίες². Τέλος, ένα ακόμα χαρακτηριστικό της προσφοράς είναι ότι συνήθως ένα προϊόν ή μια υπηρεσία προσφέρεται σε μια μεγάλη ποικιλία ποιότητας και σε αντίστοιχες τιμές, κάτι που δεν συμβαίνει με τις ιατρικές υπηρεσίες.

- στις πρακτικές τιμολόγησης για τις ιατρικές υπηρεσίες, οι οποίες μπορεί να ξεκινούν από το μηδέν (για πελάτες που είναι ανήμποροι να πληρώσουν), μπορεί όμως να είναι και πολύ υψηλές. Επίσης, συνήθως δεν υπάρχει ανταγωνισμός τιμών, όπως υπάρχει στις άλλες ανταγωνιστικές αγορές.
 - στο ζήτημα του ηθικού³ κινδύνου (moral hazard), της βλάβης δηλαδή που υφίστανται οι ασφαλιστικές εταιρείες από την υπερχρήση ιατρικών πράξεων⁴
- Ο Arrow καταλήγει ότι «...αναγνωρίζουμε την στελή περιγραφή της πραγματικότητας που παρέχεται από το πρόσωπο σύστημα των τιμών» (1963:p. 967).

3. Μπορεί η αγορά υπηρεσιών υγείας να είναι ανταγωνιστική;

Οι παραπάνω απόψεις είχαν τεράστια επίδραση στα οικονομικά της υγείας (ουσιαστικά «γέννησαν» τον κλάδο) και διαμόρφωσαν ένα πλαίσιο συζήτησης το οποίο παραμένει ενεργό πάνω από 40 χρόνια. Βέβαια, στη διάρκεια αυτών των χρόνων έχουν αλλάξει πολλά και ο τομέας της υγείας είναι σήμερα πολύ διαφορετικός από το 1963 (Chernew, 2001; Hammer et al., 2001; Sloan, 2001).

Έτσι, από την κάλυψη των αναγκών υγείας από έναν γιατρό, έχουμε μεταβεί σε ένα σύστημα που βασίζεται στη λει-

τουργία πολύπλοκων ιδρυμάτων. Η ιατρική τεχνολογία έχει εξελιχθεί με ταχύτατους ρυθμούς. Η δημόσια παρέμβαση έχει πάρει μεγάλη έκταση με προγράμματα όπως το Medicare και το Medicaid⁵ στις ΗΠΑ ή τα Εθνικά Συστήματα Υγείας σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες. Μία προσπάθεια πρόωθησης του ανταγωνισμού (Pauly, 1988), έγινε στις ΗΠΑ με την υιοθέτηση από το 1973 σχημάτων όπως οι Health Maintenance Organizations (HMO), που ανήκουν στη λεγόμενη οργανωμένη φροντίδα υγείας (managed

2. Οι Friedman and Kuznets (1945:pp. 118-137) ισχυρίζονται ότι τα εμπόδια εισόδου στο επάγγελμα είναι ένας από τους λόγους που οι γιατροί έχουν μεγαλύτερο εισόδημα. Ο Arrow ωστόσο αμφισβήτησε τις υποθέσεις στις οποίες βασίζονται οι υπολογισμοί τους (1963:p. 955, fn 29). Ο Friedman ισχυρίζεται περαιτέρω (1962:p. 158), ότι «η χορήγηση αδείας επαγγέλματος πρέπει να πάψει να είναι προαπαιτούμενο για την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος». Πολλοί αμφισβητούν τη σχέση ανάμεσα στην άδεια άσκησης επαγγέλματος και στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας (Svorny, 2004). Ο ίδιος ο Arrow (1963:p. 956), αναγνωρίζει ότι ορισμένες ιατρικές πράξεις θα μπορούσαν να εκτελεστούν από κάποιον μη γιατρό με λιγότερο κόστος.

3. Ο όρος «ηθικός» έχει κάποια αρνητική χροιά, καθώς παραπέμπει σε ανήθικη συμπεριφορά, υπονοώντας ότι υπάρχει ψεύδος ή εξαπάτηση. Με αυτή την έννοια χρησιμοποιείται πολλές φορές από τους ασφαλιστές ή από τους πολιτικούς ιδιαίτερα στις ΗΠΑ, όπου υπάρχει μια ιδιαίτερα φορτισμένη συζήτηση σχετικά με την υποχρεωτική ασφάλιση και την κοινωνική και οικονομική αποτελεσματικότητά της. Ωστόσο, στην ουσία, οι οικονομολόγοι με τον όρο αυτό απλώς εννοούν την αναποτελεσματικότητα και την ανεπάρκεια που μπορεί να προκύψει στην ασφαλιστική αγορά και όχι κάτι ανήθικο (Hale, 2009). Πράγματι, όπως υποστηρίζει ο Pauly (1968:pp. 531, 535), ο ηθικός κίνδυνος δεν έχει να κάνει τίποτα με την ηθική ή την ηθικότητα, αλλά πρόκειται απλώς για ορθολογική οικονομική συμπεριφορά, σύμφωνα με την οποία τόσο ο γιατρός όσο και ο ασθενής δεν έχουν κίνητρο να περικόψουν το κόστος της ιατρικής φροντίδας αφού αυτό αναλαμβάνεται από την ασφαλιστική εταιρεία. Ωστόσο, η λογική του Pauly έχει οδηγήσει στην εμμονή στις ΗΠΑ για τον ηθικό κίνδυνο ο φόβος του οποίου έχει οδηγήσει στη μη εξάπλωση της ασφάλισης υγείας στο σύνολο του πληθυσμού.

4. Η ύπαρξη του ηθικού κινδύνου επιβεβαιώθηκε με τη μεγάλη (και μοναδική) πειραματική μελέτη RAND Health Insurance Experiment που διεξήχθη στις ΗΠΑ από το 1971 έως το 1982 υπό τη διεύθυνση του Joseph Newhouse (<http://www.rand.org/health/projects/hie/>).

5. Πρόκειται για δύο μεγάλα δημόσια προγράμματα υγείας στις ΗΠΑ που υπογράφηκαν από τον Πρόεδρο Lyndon Johnson στις 30/7/1965 με σκοπό την κάλυψη των αναγκών φροντίδας υγείας για τους άνω των 65 ετών (<http://www.cms.hhs.gov/MedicareGenInfo/>), και των ατόμων χαμηλού εισοδήματος όλων των ηλικιών (<http://www.cms.hhs.gov/MedicaidGenInfo/>), αντίστοιχα. Σήμερα τα προγράμματα αυτά καλύπτουν τις ανάγκες υγείας για το ένα τρίτο του πληθυσμού των ΗΠΑ.

care). Όταν στα μέσα της δεκαετίας του 1970 το κόστος του Medicare άρχισε να ανεβαίνει πολύ, ως διέξοδος θεωρήθηκε η εγγραφή πολλών ηλικιωμένων σε κάποιον ΗΜΟ. Ωστόσο, όπως αναλύουν διεξοδικά οι Woolhandler and Himmelstein⁶ (2007), οι ιδιωτικές συμβάσεις με τους ΗΜΟ στο πλαίσιο του προγράμματος Medicare έχουν αποτύχει. Πολύ γρήγορα οι μάντζερ των ΗΜΟ αντιλήφθηκαν ότι το κέρδος βρίσκεται στην προσέλκυση σχετικά υγιών ηλικιωμένων, και αυτό ακριβώς έκαναν χρησιμοποιώντας διάφορες τεχνικές marketing, στέλνοντας πίσω στο Medicare άτομα που έχουν προβλήματα υγείας και φυσικά απαιτείται υψηλό κόστος για τη φροντίδα τους⁷. Λειτουργώντας έτσι, οι ΗΜΟ εξασφάλισαν τεράστια κέρδη⁸ και συνακόλουθα ισχυρή πολιτική επιρροή, την οποία βεβαίως χρησιμοποιούν προκειμένου να εμποδίσουν τις προσπάθειες να τεθεί τέλος στις πρακτικές που ακολουθούν.

Ισχυρή κριτική ασκήθηκε στην άποψη ότι η αγορά υπηρεσιών υγείας είναι διαφορετική από τις άλλες αγορές. Ο Robinson (2001:p. 1046) ισχυρίζεται ότι πολλοί δανείστηκαν τις ιδέες (και το κύρος) του Arrow για να δικαιολογήσουν κάθε αναποτελεσματικότητα και ιδιορρυθμία στην αγορά υπηρεσιών υγείας.

Ωστόσο, υπάρχουν και σήμερα πολλές ιδιαιτερότητες που συνιστούν απόκλιση από το ανταγωνιστικό μοντέλο. Η αποτυχία του ανταγωνιστικού μοντέλου φαίνεται ξεκάθαρα στις ΗΠΑ όπου παρόλο που η κατά κεφαλήν δαπάνη για φροντίδα υγείας είναι περίπου διπλάσια από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ⁹, οι δείκτες υγείας σε πολλές περιπτώσεις βρίσκονται σε μέτρια επίπεδα, ενώ υπάρχουν εκα-

τομμύρια ανασφάλιστοι¹⁰.

Έντονη διαμάχη διεξάγεται γύρω από την άποψη του Arrow ότι τα κενά της αγοράς καλύπτονται από κοινωνικούς θεσμούς εκτός αγοράς (1963:p. 947), εννοώντας κατά βάση την εμπιστοσύνη την οποία υποτίθεται ότι θα πρέπει να απολαμβάνει ο γιατρός (Arrow, 1963:pp. 949-951, 965-966). Η κριτική εστιάζεται στο γεγονός ότι ο κόσμος δεν υπήρξε ποτέ έτσι όπως ο Arrow τον περιγράφει¹¹ (Pauly, 1988; 2001; Robinson, 2001). Βεβαίως, πολλά από όσα είπε ο Arrow σχετικά με το ότι το ιατρικό επάγγελμα μπορεί να θέσει κανόνες αυτορρύθμισης, έχουν πράγματι ξεθωριάσει από τα γεγονότα. Η θέση και η ισχύς του ιατρικού επαγγέλματος έχουν αμφισβητηθεί εξαιτίας παραδειγμάτων κακής πρακτικής και η σχέση γιατρού και ασθενούς¹² έχει υποστεί σημαντικές μεταβολές σε σχέση με το παρελθόν. Εξάλλου, με τη διάδοση του Internet, μέσω της διάχυσης της πληροφορίας, σπάει ο έλεγχος της ροής της πληροφόρησης για ζητήματα υγείας που παραδοσιακά ανήκε στο γιατρό (Hardey, 2001:p. 404). Παρέχεται λοιπόν η δυνατότητα στους ασθενείς να έχουν καλύτερη πληροφόρηση και συνακόλουθα μεγαλύτερη ελευθερία επιλογών. Ωστόσο, όσο μεγάλη πρόσβαση σε πληροφόρηση και να έχουν οι ασθενείς, είναι αμφίβολο εάν και σε ποιό βαθμό μπορούν να διαχειριστούν αυτή την πληροφορία, έτσι ώστε να κάνουν οι ίδιοι επιλογές για τη θεραπεία τους ανεξάρτητα των οδηγιών του γιατρού τους (Haas-Wilson, 2001:p. 1042). Η ασυμμετρία πληροφόρησης θα παραμείνει ένα κεντρικό χαρακτηριστικό της σχέσης γιατρού και ασθενούς και επομένως, όπως ισχυρίζεται ο Fuchs (1988:p. 22), θα πρέπει η

6. Καθηγητές της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Harvard και συνιδρυτές της οργάνωσης Physicians for a National Health Program (<http://www.pnhp.org>), που από το 1986 μάχεται για την καθιέρωση στις ΗΠΑ ενός συστήματος υγείας, που να θεωρεί τη φροντίδας δημόσιο αγαθό προσβάσιμο σε όλους και όχι αγαθό που αγοράζεται και πωλείται όπως ένα οποιοδήποτε εμπόρευμα.
7. Εύστοχος είναι ο τίτλος σχετικού άρθρου: "Η περιτρεφόμενη πόρτα από το Medicare στους ΗΜΟ – οι υγείες μπαίνουν μέσα ενώ οι άρρωστοι μένουν έξω", (Morgan et al., 1997). Σε άλλο άρθρο (Angell, 2008), χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι οι ΗΠΑ είναι η μόνη χώρα του κόσμου που έχει σύστημα υγείας που προσπαθεί να αποφύγει τους ασθενείς (p. 917). Συγκρίνοντας τις ΗΠΑ με τον Καναδά, η Angell συμπεραίνει ότι το πρόβλημα στον Καναδά είναι ότι το σύστημα υγείας αλλά η υποχρηματοδότησή του, ενώ στις ΗΠΑ το πρόβλημα είναι το ακριβώς αντίθετο (p. 918).
8. Πολλοί ΗΜΟ είναι σήμερα γιγάντιοι οργανισμοί με τεράστια κέρδη και πολύ μεγάλο διοικητικό κόστος, κάτι που αφαιρεί πόρους από την πραγματική φροντίδα υγείας (Woolhandler and Himmelstein, 2004).
9. Το 2007 η δαπάνη για υγεία ήταν στις ΗΠΑ στο 16% του ΑΕΠ, ενώ ο μέσος όρος των άλλων χωρών του ΟΟΣΑ ήταν στο 8,7% (OECD, Health Data 2009).
10. Σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα στοιχεία που δημοσιεύτηκαν στις 10/9/2009, το 2007 υπήρχαν 45,7 εκατομμύρια ανασφάλιστοι ενώ το 2008 ο σχετικός αριθμός ανήλθε σε 46,3 εκατομμύρια (U.S. Census Bureau, 2009).
11. Ο Robinson θεωρεί ότι «το άρθρο του Arrow βίωσε τη μοίρα πολλών δημιουργικών κειμένων, να περιγράφουν το παρόν ενός κόσμου που ήδη αποτελεί παρελθόν» (2001:p. 1052).
12. Τη σχέση αυτή περιγράφει με σχηματικό τρόπο ο Williams (1988): Θεωρητικά ο ασθενής και ο γιατρός είναι σε σχέση εντολέα (ασθενής) – εντολοδόχου (γιατρός). Επομένως: Ο ΠΑΤΡΟΣ είναι εκεί για να δώσει στον ΑΣΘΕΝΗ όλες τις πληροφορίες που ο ΑΣΘΕΝΗΣ χρειάζεται, προκειμένου ο ΑΣΘΕΝΗΣ να λάβει μια απόφαση, και ο ΠΑΤΡΟΣ θα πρέπει στη συνέχεια να εφαρμόσει την απόφαση αυτή, που έχει μόλις πάρει ο ΑΣΘΕΝΗΣ. Αλλάζοντας όμως τις λέξεις ΑΣΘΕΝΗΣ και ΠΑΤΡΟΣ: Ο ΑΣΘΕΝΗΣ είναι εκεί για να δώσει στον ΠΑΤΡΟ όλες τις πληροφορίες που ο ΠΑΤΡΟΣ χρειάζεται, προκειμένου ο ΠΑΤΡΟΣ να λάβει μια απόφαση, και ο ΑΣΘΕΝΗΣ θα πρέπει στη συνέχεια να εφαρμόσει την απόφαση αυτή, που έχει μόλις πάρει ο ΠΑΤΡΟΣ. Είναι προφανές ότι στην πράξη ισχύει το δεύτερο, δηλαδή ο γιατρός δεν είναι τέλειος αντιπρόσωπος του ασθενούς και αυτό βεβαίως είναι επακόλουθο της ασυμμετρίας πληροφόρησης, η οποία είναι υπεύθυνη και για το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης.
13. Εξάλλου και ο Νομπελίστας Καθηγητής Paul Krugman, στην τακτική στήλη που διατηρεί στην εφημερίδα New York Times, σημείωσε πρόσφατα (25/7/2009): «επειδή δεν μπορούμε να βρούμε στην αγορά και να συγκρίνουμε... ..γι' αυτό περιμένουμε περισσότερα από τους γιατρούς από ότι από τους φουρνάρηδες ή τους μπασκάληδες». (<http://krugman.blogs.nytimes.com/2009/07/25/why-markets-cant-cure-healthcare/>).

σχέση αυτή να παραμείνει μια σχέση εμπιστοσύνης.¹³

Το υψηλό κόστος λειτουργίας του τομέα υγείας με κριτήρια ελεύθερου ανταγωνισμού είναι επίσης ένα μεγάλο πρόβλημα. Οι Woolhandler and Himmelstein (1997), δείχνουν ότι το διοικητικό κόστος¹⁴ στα ιδιωτικά νοσοκομεία είναι 34%, έναντι 22,9% στα δημόσια νοσοκομεία. Οι Woolhandler et al. (2003), αναφέρουν ότι το διοικητικό κόστος ολόκληρου του τομέα υγείας στις ΗΠΑ φτάνει στο 31%, σχεδόν διπλάσιο από τον Καναδά που είναι 16,7%. Οι διάφοροι μάντζερ επίσης απορροφούν πολλούς πόρους με τους τεράστιους μισθούς ή bonus (stock options κλπ.) που παίρνουν, ακόμα και σε περιπτώσεις που απολύονται λόγω π.χ. καταδίκης της εταιρείας για παράνομες πράξεις (Woolhandler and Himmelstein, 2004). Η απόφαση να «αμολυθούν» οι δυνάμεις της αγοράς στην υγεία εκτρέπει χρήματα από την παροχή φροντίδας υγείας προς τη διοικητική γραφειοκρατία (Woolhandler and Himmelstein, 2007:p. 1128) και αυτό πιθανώς έχει συνέπειες στην ποιότητα της φροντίδας¹⁵.

Κατά την άποψη των πολέμιων του ανταγωνιστικού μοντέλου η αποτυχία του ανταγωνισμού να μειώσει το κόστος έγκειται στο γεγονός ότι οι ιδιωτικές επιχειρήσεις στο χώρο της υγείας ακολουθούν μια συμπεριφορά μεγιστοποίησης του κέρδους και όχι ελαχιστοποίησης του κόστους. Εξάλλου, το να θεωρούμε τους ασθενείς ως «καταναλωτές υπηρεσιών υγείας» μπορεί να ακούγεται καλά ως μοντέρνα οικονομική ορολογία, ωστόσο ένας σοβαρά ασθενής άνθρωπος δεν μπορεί να βγει στην «αγορά» για να «ψωνίσει» υπηρεσίες υγείας, ούτε μπορεί να συγκρίνει τιμές, ούτε να μειώσει τη ζητούμενη ποσότητα όταν οι προσφέροντες ανεβάζουν τις τιμές, ούτε, τέλος, μπορεί να αποτιμήσει επακριβώς την ποιότητα του «προϊόντος»¹⁶.

Επιπλέον, σε πολλές περιπτώσεις υπάρχουν μονοπωλια-

κά φαινόμενα, ενώ πάνω από τους μισούς αμερικανούς ζουν σε περιοχές των οποίων το μέγεθος του πληθυσμού δεν επιτρέπει την ανάπτυξη υγιούς ανταγωνισμού¹⁷. Για παράδειγμα, όπως επισημαίνει ο Fuchs (1988:p. 21), πόσα νοσοκομεία μπορούμε να έχουμε σε έναν πληθυσμό 100.000 κατοίκων; Ένα, το πολύ δύο. Πόσες ειδικευμένες ομάδες καρδιοχειρουργικής μπορούμε να έχουμε ανά εκατομμύριο πληθυσμού; Μία, το πολύ δύο. Ακόμα και για μεγάλους πληθυσμούς, είναι αμφίβολο εάν εξυπηρετείται το δημόσιο συμφέρον με το να έχουμε γιατρούς και νοσοκομεία που ανταγωνίζονται μεταξύ τους. «Οι ασθενείς μπορεί να ωφεληθούν από τη συνεργασία μεταξύ γιατρών και νοσοκομείων με χαμηλότερο κόστος και καλύτερη εξυπηρέτηση» (Fuchs, 1988:p. 21).

Τέλος, η συνάρτηση παραγωγής υπηρεσιών υγείας είναι μια «περιέργη» συνάρτηση: συνήθως απαιτεί τη συνεργασία ασθενών και επαγγελματιών υγείας παρά να ενεργούν αυτοί ως αγοραστές και πωλητές που έχουν αντιτιθέμενα συμφέροντα. Η αμοιβαία εμπιστοσύνη συμβάλει τα μέγιστα στην αποτελεσματικότητα της «παραγωγής», δηλαδή της θεραπευτικής προσπάθειας.

Συμπερασματικά, λοιπόν, πολλοί θεωρούν ότι πολλές από τις απόψεις που διατύπωσε ο Arrow είναι και σήμερα ισχυρές. Για παράδειγμα, ο Krugman γράφει: «... ο Arrow έδειξε ότι..., ...η φροντίδα υγείας δεν μπορεί να είναι εμπορεύσιμη όπως το ψωμί ή οι τηλεοράσεις»¹⁸, ενώ ο Joseph Stiglitz λέει: «αυτό που είδαμε είναι ότι οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες δεν ξέρουν πώς να παρέχουν υπηρεσίες με αποδοτικό τρόπο»¹⁹. Τέλος, ο Fuchs (1988:p. 22), συμπεραίνει ότι «το μοντέλο της ατομικής ανταγωνιστικής συμπεριφοράς, που συνήθως θεωρείται ιδεατό στα οικονομικά εγχειρίδια, συχνά δεν είναι το σωστό ζητούμενο για τις υπηρεσίες υγείας».

4. Συμπέρασμα

Το ζήτημα της λειτουργίας του ανταγωνιστικού μοντέλου στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας προκαλεί έντονες αντιπαραθέσεις. Αυτό είναι φυσικό, δεδομένου ότι πρόκειται για ένα θέμα που δεν μπορεί να αναλυθεί από την θετική οικονομική, αλλά ανήκει στην κανονιστική οικονομική, δηλαδή δεν πρόκειται για ένα ερώτημα του τύπου «πώς λειτουργεί» αλλά για ερώτημα του τύπου «πόσο καλά λειτουργεί». Η απά-

ντηση, λοιπόν, στο εάν οι δυνάμεις της αγοράς στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας μπορούν να οδηγήσουν σε άριστη κατανομή πόρων και σε αποδοτικές λύσεις και βελτιστοποίηση της κοινωνικής ευημερίας εξαρτάται εν πολλοίς από τις υποκειμενικές αξιολογικές κρίσεις που κάνει ο ερευνητής, από την ψυχοσύνθεσή του, από τις φιλοσοφικές αντιλήψεις του και από τις πολιτικές πεποιθήσεις του. Είναι επίσης

14. «...δεν είμαι σίγουρος εάν έχουμε μία νοσηλεύτρια για κάθε κρεβάτι, αλλά έχουμε έναν διοικητικό για κάθε κρεβάτι ...είναι κατάπτυστο» (Dr. Uwe Reinhardt, καταθέτοντας στην Επιτροπή Οικονομικών της Αμερικανικής Γερουσίας, 19/11/2008).

15. Μεγάλη μετα-ανάλυση (Deveraux et al., 2002), με στοιχεία για 38 εκατομμύρια ασθενείς σε χιλιάδες νοσοκομεία των ΗΠΑ για τη χρονική περίοδο 1982-1995, δείχνει ότι η νοσηλεία σε ιδιωτικό νοσοκομείο έχει μεγαλύτερο κίνδυνο θανάτου σε σχέση με τη νοσηλεία σε δημόσιο νοσοκομείο.

16. Πρόκειται ουσιαστικά για τις επισημάνσεις του Arrow (1963). Όπως γράφει ο Paul Krugman με σκωπτικό ύφος, «...δεν μπορείς να βασιστείς στην εμπειρία ή να συγκρίνεις τα ψώνια σου. ("Άκουσα ότι έχει καλές προσφορές στα stents στο St. Mary")». Krugman, op. cit.

17. Ο οργανισμός Health Care for America Now υπολογίζει με στοιχεία της Αμερικανικής Ιατρικής Ένωσης για το 2008 ότι το 95% της ασφαλιστικής αγοράς των ΗΠΑ είναι συγκεντρωμένο σε σημείο που να απαιτείται η ενεργοποίηση του αντιμονοπωλιακού νόμου (<http://healthcareforamericanow.org/>).

18 Krugman, op. cit.

19. Συνέντευξη στην Amy Goodman, 25/2/2009, <http://www.democracynow.org/2009/2/25/stiglitz>

προφανές ότι η απάντηση που η κοινωνία δίνει και οι αποφάσεις που παίρνει για τα ζητήματα αυτού του τύπου μπορεί διαχρονικά να μεταβάλλεται, όπως εξάλλου μεταβάλλεται άρδην και το πλαίσιο, θεσμικό, πολιτικό και οικονομικό, μέσα στο οποίο τίθενται τα ζητήματα.

Φαίνεται πάντως ότι τελευταία επικρατεί η άποψη ότι το ανταγωνιστικό υπόδειγμα δεν μπορεί να λειτουργήσει στον τομέα της υγείας. Οι ιδιαιτερότητες είναι πολλές και η ανισότητα²⁰ είναι ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που προκύπτουν από την είσοδο του ανταγωνισμού στον τομέα της υγείας. Οι κακές επιδόσεις της υγειονομικής περίθαλψης των ΗΠΑ αποδίδονται στην πίστη στους μηχανισμούς της αγοράς (Woolhandler and Himmelstein, 2007:p. 1129), και επομένως άλλα έθνη θα πρέπει να αποφυγούν αυτό το κακό παρά-

δειγμα²¹. Γι αυτό και ο Πρόεδρος των ΗΠΑ Barack Obama ξεκαθάρισε την πρόθεσή του για υιοθέτηση πολιτικών που έχουν στόχο τη ρύθμιση των ανεξέλεγκτων αγορών²² από την πρώτη στιγμή της ανάληψης των καθηκόντων του²³.

Για την Ευρώπη, η οποία στο πλαίσιο του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Μοντέλου (ΕΚΜ)²⁴ είναι το μόνο τμήμα του κόσμου όπου η κοινωνική δικαιοσύνη και η ανταγωνιστικότητα αντιμετωπίζονται ως στόχοι αμοιβαία εφικτοί και όχι ως αμοιβαία αποκλειόμενοι, η απάντηση στις προκλήσεις των καιρών δεν μπορεί να είναι η άνευ όρων παράδοση στις δυνάμεις της αγοράς, αλλά πρέπει να είναι η ενδυνάμωση του ενεργητικού και δυναμικού κράτους πρόνοιας, που θα οδηγήσει σε μια Νέα Κοινωνική Ευρώπη (Giddens, 2008; Rasmussen and Delors, 2007).

Βιβλιογραφία

- Angell, Marcia (2008), "Privatizing health care is not the answer: lessons from the United States," *Canadian Medical Association Journal*, 179(9), pp. 916-919.
- Arrow, Kenneth J. (1963), "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care," *American Economic Review* 53(5), pp. 941-973.
- Chemew, Michael (2001), "General Equilibrium and Marketability in the Health Care Industry," *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 26, No. 5, pp. 885-897.
- Devereaux, P.J., P.T.L. Choi, C. Lacchetti, B. Weaver, H.J. Schünemann, T. Haines, J.N. Lavis, B.J.B. Grant, D.R.S. Haslam, M. Bhandari, T. Sullivan, D.J. Cook, S.D. Walter, M. Meade, H. Khan, N. Bhatnagar, G.H. Guyatt (2002), "A systematic review and metaanalysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals," *Canadian Medical Association Journal*, 166(11), pp. 1399-1406.
- Epstein, Arnold M., Henry J. Aaron, Katherine Baicker, Jacob S. Hacker and Mark V. Pauly (2009), "Health Care Reform in Perspective," *New England Journal of Medicine*, Vol. 361(16): e30
- Friedman, Milton (1962), *Capitalism and Freedom*, University of Chicago Press, Chicago IL.
- Friedman, Milton and Simon Kuznets (1945), *Income from Independent Professional Practice*, National Bureau of Economic Research, New York.
- Fuchs, Victor R. (1988), "The 'Competition Revolution' in health Care," *Health Affairs*, 7(3), pp. 5-24.
- Giddens, Anthony (2008), Μετά τον Τρίτο Δρόμο: «Η σειρά σας κύριε Μπράουν», [Over To You, Mr Brown], (μετάφραση: Α. Πελώνη, πρόλογος: Πάνος Μπεγγίτης), εκδόσεις Πόλις, Αθήνα.
- Haas-Wilson, Deborah (2001), "Arrow and the Information Market Failure in Health Care: The Changing Content and Sources of Health Care Information," *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 26, No. 5, pp. 1031-1044.
- Hale, Benjamin (2009), "What's so moral about the moral hazard?" *Public Affairs Quarterly*, 23(1), pp. 1-25.
- Hammer, P.J., d. Haas-Wilson and W.M. Sage (2001), "Kenneth Arrow and the Changing Economics of Health Care: 'Why Arrow? Why Now?'" *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 26, No. 5, pp. 835-849.
- Hardey, Michael (2001), "Doctor in the house: the Internet as a source of lay health knowledge and the challenge to expertise", in Basiro Davey, Alastair Gray and Clive Seale (eds.), *Health and Disease: A Reader*, 3rd edition, Open University Press, Buckingham, England.
- Krugman, Paul (2009), "Why markets can't cure healthcare," *The conscience of a Liberal*, *The New York Times*, NY.
- Morgan Robert O., Beth A. Virnig, Carolee A. DeVito and Nancy A. Persily (1997), "The Medicare – HMO revolving door – The healthy go in and the sick go out," *New England Journal of Medicine* 337(3), pp. 169-175.
- Pauly, Mark V. (1968), "The Economics of Moral Hazard: Comment" *American Economic Review*, 58(3), pp. 531-537.

20. «Από όλες τις μορφές της ανισότητας, η αδικία στη φροντίδα υγείας είναι η πλέον ειδικής και απάνθρωπη» (Rev. Dr. Martin Luther King Jr., 25/5/1966, Εθνικό Συνέδριο της Ιατρικής Επιτροπής για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα, Σικάγο).
21. Ανάλογο είναι και το συμπέρασμα της Angell (2008), που επιχειρηματολογεί εναντίον της προσπάθειας που γίνεται στον Καναδά να ιδιωτικοποιηθεί ο τομέας της υγείας στα πρότυπα των ΗΠΑ.
22. «... χωρίς προσεκτική παρακολούθηση η αγορά μπορεί να κινηθεί ανεξέλεγκτα», Barack Obama Inaugural Speech, (<http://www.whitehouse.gov/blog/inaugural-address/>).
23. Όπως πολύ πρόσφατα (25/9/2009) σημειώνει ο Epstein «...ένα χρόνο μετά δεν αμφιταλαντεύτηκε ούτε στο ελάχιστο» (<http://www.nejm.org/perspective-roundtable/health-care-reform-in-perspective/>), με αποτέλεσμα την πρόσφατη (7/11/2009) υπερψήφιση από τη Βουλή των Αντιπροσώπων του νέου νόμου για την υγεία.
24. Το ΕΚΜ είναι στη βάση του ένα πολιτικό όραμα μιας κοινωνίας που επιθυμεί την πρόοδο και την ανάπτυξη χωρίς να θυσιάζει κάποια από τα μέλη της, μιας κοινωνίας που οργανώνεται συλλογικά απέναντι σε κινδύνους που απειλούν την ποιότητα ζωής ή την ίδια τη ζωή – όπως είναι η ασθένεια, η ανεργία, τα γηρατειά – μιας κοινωνίας που αναζητά ανθρωποκεντρικούς τρόπους ενσωμάτωσης και οικονομικής ολοκλήρωσης στην παγκόσμια οικονομία.

Pauly, Mark V. (1988), "Is Medical Care Different? Old Questions, New Answers,"

Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 13, pp. 227-237.

Pauly, Mark V. (2001), "Kenneth Arrow and the Changing Economics of Health Care - Foreword," Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 26, No. 5, pp. 829-834.

Rasmussen Poul Nyrup and Jacques Delors (2007), The New Social Europe, Party of European Socialists, Brussels.

Reinhardt, Uwe (2001), "Can efficiency in Health Care Be Left to the Market?" Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 26, No. 5, pp. 967-992.

Robinson, James C. (2001), "The End of Asymmetric Information," Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 26, No. 5, pp. 1045-1053.

Savedoff, William D. (2004), "Kenneth Arrow and the birth of health economics," Bulletin of the World Health Organization, 82(2), pp. 139-140.

Sloan, Frank A. (2001), "Arrow's Concept of the Health Care Consumer: A Forty-Year Retrospective," Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 26, No. 5, pp. 899-911.

Svorny, Shirley (2004), "Licensing Doctors: Do Economists Agree?" Journal Watch, Vol. 1(2), pp. 279-305.

Woolhandler, S., T. Campbell and D.U. Himmelstein (2003), "Costs of health care administration in the United States and Canada," New England Journal of Medicine, 349(8), pp. 768-775.

Woolhandler, S. and D.U. Himmelstein (1997), "Costs of care and administration at for-profit and other hospitals in the United States," New England Journal of Medicine, 336(11), pp. 769-774.

Woolhandler, S. and D.U. Himmelstein (2004), "The high costs of for-profit care," Canadian Medical Association Journal, 170(12), pp. 1814-1815.

Woolhandler, S. and D.U. Himmelstein (2007), "Competition in a publicly funded healthcare system," British Medical Journal, 335, pp. 1126-1129.

U.S. Census Bureau (2009), Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2008, Issued: September 2009, Washington DC.

Williams, Alan (1988), "Health economics: the end of clinical freedom?" British Medical Journal, 297, pp. 1183-1186.

Νοσηλευτική Δράση για τη Κλιματική Αλλαγή Μια Συστηματική Βιβλιογραφική Ανασκόπηση.

Θεοδόσιος Σταυριανόπουλος¹, Άννα Χρυσανθακοπούλου², Γιώργος Αρβανίτης³.

1:ΤΕ Νοσηλεύτριας, Msc(c), ΓΝ ΠΥΡΓΟΥ, 2:ΤΕ Νοσηλεύτρια, ΓΝ ΠΥΡΓΟΥ, 3: ΤΕ Νοσηλεύτριας, ΠΠΓΝ Πάτρας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Υπόβαθρο: Η αλλαγή του κλίματος έχει επιφέρει και θα επιφέρει στην ανθρώπινη υγεία σημαντικές συνέπειες. Η νοσηλευτική πρέπει να συμμετάσχει πιο κεντρικά στις προσπάθειες ανταπόκρισης κι ελάττωσης της οξύτητας του προβλήματος.

Στόχοι:

Η παρουσίαση με βάση τη διεθνή ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, ενός πλαισίου νοσηλευτικής δράσης για την αλλαγή του κλίματος.

Πηγές Δεδομένων:

Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος αναζήτησης σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (MEDLINE,CINAHL) για ανασκόπηση της ξενόγλωσσας βιβλιογραφίας ως το 2009 ενώ έγινε και χειροδιαλογή βιβλίων, άρθρων και μελετών από βιβλιοθήκες.

Αποτελέσματα:

Με δεδομένο τη κλιματική αλλαγή, αναπτύσσεται ένα πλαίσιο εργασίας για σοβαρή επαγγελματική σκέψη και δράση για τη νοσηλευτική κοινότητα. Όπως και πολλά άλλα επαγγέλματα, έτσι και η νοσηλευτική διεθνώς θα πρέπει τώρα να θέσει το ερώτημα του πως θα μπορούσε να συνεισφέρει, και του που θα μπορούσαν ίσως να εστιασθούν καλύτερα οι ατομικές και συλλογικές προσπάθειες. Τα τέσσερα κύρια μέρη του πλαισίου δράσης είναι: οι συνήθειες τακτικές, η μεγιστοποίηση των ειδικεύσεων, η σωστή προτεραιότητα των τόπων και οι δημόσιες υποτροφίες.

Συμπεράσματα:

Η νοσηλευτική πρέπει να συνδεθεί στενά με άλλα επαγγέλματα και τομείς δράσης ώστε να μεγιστοποιήσει τις εθνικές και διεθνείς προσπάθειες μετριασμού κι αντιμετώπισης της κλιματολογικής αλλαγής. Η ανταπόκριση του επαγγέλματος στην κλιματολογική αλλαγή πρέπει να είναι τόσο ποικίλη όσο κι ο ίδιος ο τομέας, και να προέρχεται από όλες τις χώρες.

Λέξεις-Κλειδιά: Κλιματική αλλαγή, νοσηλευτές, νοσηλευτική δράση, περιβάλλον.

Υπόβαθρο

Καμία πολιτική, καμία κυβέρνηση, καμία βιομηχανία ή ανθρώπινη ομάδα δεν πρόκειται ποτέ από μόνη της να αντιστρέψει την παγκόσμια κλιματολογική αλλαγή, ή έστω να αρχίσει να αντιμετωπίζει τις σημαντικές της συνέπειες. Η κατάσταση είναι τέτοιου τεράστιου μεγέθους, φάσματος και προχωρημένου σταδίου, που μόνο μια συντονισμένη προσπάθεια που θα περιλαμβάνει ενοποιημένη δράση από κοινού με διάφορες ανταποκρίσεις από πολλούς λαούς και τομείς σε όλον τον κόσμο, θα έχει κάποια πραγ-

ματική ελπίδα επιτυχίας. (United Nations Environment Programme 2001)

Αναπτύσσοντας ένα πλαίσιο εργασίας για μελλοντική επαγγελματική δράση (Lewis S. 2009) διακρίνουμε τέσσερις συσχετιζόμενες κατηγορίες διαμέσου των οποίων η διεθνής νοσηλευτική θα μπορούσε ίσως να ανταποκριθεί α) κοινές τακτικές, β) μεγιστοποίηση των εξειδικεύσεων, γ) θέσπιση προτεραιότητας τόπων, δ) δημόσιες μελέτες (Πιν. 1).

Αποτελέσματα

1.1 Κοινές τακτικές

Και οι τέσσερις από τις ανωτέρω κατηγορίες έχουν να κάνουν με σκέψη σχετικά με τακτικές και με δράση πάνω στην κλιματολογική αλλαγή. Όμως, αξίζει να αναφερθούμε ιδιαίτερα στις συγκεκριμένες τακτικές που θα μπορούσαν ίσως να χρησιμοποιηθούν από τις νοσηλεύτριες σε συχνή βάση. Τρεις τύποι αυτών των τακτικών μπορούν να αναγνωρισθούν (Πιν. 2).

Ένας τρόπος με τον οποίο οι νοσηλεύτριες κι οι άλλοι επαγγελματίες της υγείας μπορούν να επηρεάσουν προς την κατεύθυνση θετικών αλλαγών είναι αναλαμβάνοντας δραστηριότητες φιλικές προς το περιβάλλον. Αυτές οι δραστηριότητες θα μπορούσαν να προέρχονται από ενέργειες ατόμων μέχρι πράξεις ολόκληρων των τόπων εργασίας των νοσηλευτριών και των εργατικών δυναμικών τους. (Neira M, Bertollini R et al 2008 , Frumklin H, McMichael AJ 2008) Ένας άλλος τρόπος με τον οποίο θα μπορούσαν οι νοσηλεύτριες να επηρεάσουν την κλιματολογική αλλαγή, είναι παρέχοντας επαγγελματικές συμβουλές σε ασθενείς και στο κοινό για δραστηριότητες που είναι υγιεινές και φιλικές προς το περιβάλλον, ή τονίζοντας εκείνες τις δραστηριότητες που είναι πιθανόν να είναι επιζήμιες για την υγεία και το περιβάλλον. (Neira M, Bertollini R et al 2008 , Frumklin H, McMichael AJ 2008 , Canadian Nurses Association 2008 , McMichael 2008)

Θα μπορούσαν εξίσου να εξηγήσουν πως η κατανάλωση λιγότερων ζωικών προϊόντων είναι ευεργετική στην καρδιαγγειακή υγεία ενώ, σε βιομηχανικό επίπεδο, δυνητικά μειώνει τις εκπομπές μεθανίου και άνθρακα στην παραγωγή και μεταφορά τέτοιων τροφίμων.

Μερικοί υποστηρίζουν ότι η αλλαγή συμπεριφοράς (να ενεργεί με τρόπο φιλικό προς το περιβάλλον) είναι περισσότερο αποτελεσματική στο να κάνει την κοινωνία να νοιώσει ότι συνεισφέρει σημαντικά στην καταπολέμηση της κλιματολογικής αλλαγής σε σχέση με την πραγματική εφαρμογή συμπαγούς αλλαγής. Σαν αποτέλεσμα, άσχετα με το τι τα άτομα και οι ομάδες θα μπορούσαν ίσως να κάνουν από μόνα τους, υπάρχει η αναγκαιότητα να μειώσουν οι κυβερνήσεις την εκπομπή άνθρακα άμεσα, και να διευκολύνουν μια σημαντική μετάβαση προς την ανανεώσιμη ενέργεια ώστε να αντικαταστήσουν την υπερβολική κατανάλωση πετρελαίου, άνθρακα και φυσικού αερίου. (Lewis S. 2009)

Με αυτά κατά νου, μια τρίτη τακτική εμπλέκει τις νοσηλεύτριες και τους άλλους επαγγελματίες υγείας σε συλλογική εργασία ώστε να ενθαρρύνουν την αλλαγή πολιτικής σε θεσμικά, εθνικά και διεθνή επίπεδα. (Canadian Nurses Association 2008 , McMichael 2008)

Οι νοσηλεύτριες ανέκαθεν έχαιραν της επίσημης αναγνώρισης και της προσοχής, της υποστήριξης και της εκτίμησης των πολιτών, γεγονός που τις καθιστά ικανές να παρέμβουν με αυτούς τους τρόπους. Κατέχουν δύναμη εντός κι εκτός της πολιτικής διαδικασίας και ασκούν μεγαλύτερη επιρροή από πολλούς άλλους τομείς ή ομάδες, μολονότι δεν φαίνεται πάντα ότι συμβαίνει κάτι τέτοιο.

Αυτό που υποστηρίζει την συμμετοχή των νοσηλευτριών και στις τρεις τακτικές που παρουσιάσαμε παραπάνω είναι τα αντιληπτά «φυσιολογικά» χαρακτηριστικά της «μέριμνας» του επαγγέλματος, κι οι προσωπικές επαφές και οι επικοινωνίες που έχουν οι νοσηλεύτριες με τα άτομα και την καλή τους υγεία. Αυτό τις καθιστά ικανές για να δρουν ως οπαδοί αρχών και για να αρθρώνουν δυνατά επιχειρήματα για την υγεία και για το περιβάλλον.

1.2 Μεγιστοποίηση εξειδικεύσεων

Το ουσιαστικό και δυνητικά καταστροφικό πρόβλημα της παγκόσμιας κλιματολογικής αλλαγής απαιτεί εννοποιημένη προσοχή , όχι μόνο από τους τομείς υγείας και από τα επαγγέλματα ως σύνολα (Kein ME 2008) αλλά κι από όλες τις εσωτερικές τους εξειδικεύσεις και πεδία. Το καθένα μπορεί να προσαρμόσει την ανταπόκρισή του ώστε να συντελέσει κατά μοναδικό τρόπο θετικά μέσα από τις κεντρικές του υπηρεσίες. (Lewis S. 2009) Στην νοσηλευτική, μπορούν να αναγνωρισθούν πέντε τύποι εξειδικεύσεων. (Πιν. 3)

Η ανταπόκριση της νοσηλευτικής στην κλιματολογική αλλαγή πρέπει πρώτα να αντικατοπτρίζει την εξειδίκευσή της και την συνεισφορά της σε συγκεκριμένους τομείς των γενικών συστημάτων υγείας, είτε αυτά είναι πρωτοβάθμια μέριμνα για την υγεία, είτε είναι κοινοτική υγεία, είτε είναι δημόσια υγεία ή κάτι άλλο, η νοσηλευτική τοποθετείται διαφορετικά στο καθένα, έχει διαφορετικές διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις και βάσεις ισχύος και μπορεί ως εκ τούτου να κάνει διαφορετικά πράγματα. Θα μπορούσε κανείς να φαντασθεί, πχ, τις σχολικές νοσηλεύτριες να συζητούν με παιδιά για το περιβάλλον και την υγεία.

Δεύτερον, η νοσηλευτική έχει καθιερώσει ειδικά ενδιαφέροντα σε συγκεκριμένες πελατειακές και δημογραφικές ομάδες και κατέχει γνώσεις σχετικές με τις εξειδικευμένες ανάγκες και περιστάσεις αυτών και των οικογενειών τους. Αυτή η εμπειρογνομοσύνη θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί ώστε να διασφαλισθεί η αντιμετώπιση των περιστάσεων των διαφορετικών ομάδων κι η ευρύτερη δυνατή διάχυση των πληροφοριών.

Μια τρίτη διαίρεση στην νοσηλευτική βασίζεται στις διακριτές συνθήκες υγείας και τύπους ιατρικής (πχ παρηγορητική φροντίδα, ογκολογία, καρδιολογία, , εντατική φροντίδα).

Τέταρτον, η νοσηλευτική είναι μια κατηγορία εργασίας με απίστευτη ποικιλομορφία και όσον αφορά το εύρος της και όσον αφορά τα επίπεδα της ευθύνης της. Ενώ μια προϊσταμένη τμήματος θα μπορούσε να υποδείξει στο προσωπικό της την φιλική προς το περιβάλλον πρακτική, μια διευθύντρια νοσηλευτικής υπηρεσίας θα μπορούσε να προσαρμόσει τα κεφάλαια που διατίθενται στο επίπεδο μονάδας έτσι ώστε να αντιμετωπίσει ένα περιβαλλοντολογικό πρόβλημα ή θα μπορούσε να ηγηθεί περιβαλλοντολογικών πρωτοβουλιών θεσμικής κλίμακας, κι επίσης να εμπλακεί στο επίπεδο της τοπικής αυτοδιοίκησης και του σχεδιασμού.

Ανακεφαλαιώνοντας, η νοσηλευτική πρέπει να συνδε-

θεί στενά με τα άλλα επαγγέλματα και τους τομείς ώστε να μεγιστοποιήσει τις εθνικές και διεθνείς προσπάθειες μετριασμού κι αντιμετώπισης της κλιματολογικής αλλαγής. Η νοσηλευτική όμως απέχει πολύ από το να είναι ένα μονοδιάστατο επάγγελμα. Η ανταπόκριση του επαγγέλματος στην κλιματολογική αλλαγή πρέπει να είναι τόσο ποικίλη όσο κι ο ίδιος ο τομέας, και να προέρχεται από όλα τα μέρη. (Kein ME 2008)

1.3 Καθορίζοντας προτεραιότητα τόπων

Τα προβλήματα υγείας που έχουν σχέση με το κλίμα υπάρχουν και επιδρούν διαφορετικά στον κόσμο. Αυτό το γεωγραφικό περιβάλλον είναι κρίσιμη σημασίας και καθορίζει την φύση της επαγγελματικής ανταπόκρισης. (Lewis S. 2009 , St Louis ME, Hess JJ 2008 , Hess JJ et al 2008)

Μολονότι είναι κατανοητό ότι οι νοσηλεύτριες φυσιολογικά θα εσιιάσουν την πλειονότητα των περιβαλλοντολογικών τους προσπαθειών στις δικές τους χώρες, χρειάζεται να παραδεχθούμε ότι η περιβαλλοντολογική αλλαγή θα γίνει αισθητή πιο επιθετικά στην Νότιο Αφρική. (Lewis S. 2009) Μια πιο λεπτομερής ανάπτυξη της πολυπλοκότητας της κατάστασης αυτής της ηπείρου δείχνει το πώς το ένα πρόβλημα υγείας εκτυλίσσεται σε ένα άλλο.

Η κλιματολογική αλλαγή στο μέλλον θα εντείνει την ξηρασία στην Αφρική, μειώνοντας την γεωργική παραγωγή εκεί και προκαλώντας μαζικούς θανάτους από πείνα. Εκτός από τις άμεσες επιδράσεις αυτού του γεγονότος στην νοσηρότητα και στην θνησιμότητα, η έλλειψη τροφίμων θα οξύνει τα προϋπάρχοντα προβλήματα υγείας. Για παράδειγμα, η έρευνα για τον HIV και το AIDS μας λέει ότι η επιτυχή αντιρετροϊκή αγωγή εξαρτάται από την κατανάλωση θρεπτικών τροφών. (Anabwani G, Navario P 2005) Οι άνθρωποι σε αυτές τις περιοχές ως εκ τούτου θα αντιμετωπίσουν ακόμη μεγαλύτερες προκλήσεις κι απειλές για την υγεία τους.

Άλλη μια κρίση που αντιμετωπίζει η Αφρική είναι εκείνη των περιβαλλοντολογικών προσφύγων που έπεται της ξηρασίας και του λιμού. Εκεί βρίσκεται το ενδεχόμενο μετακίνησης εκατομμυρίων ανθρώπων, ιδιαιτέρως από την Νότιο Αφρική προς τα βόρεια. (McMichael 2008)

Η υγεία αυτών των ανθρώπων αναμφίβολα θα επιδεινωθεί περισσότερο κατά την διάρκεια της μετανάστευσής τους, και θα αυξηθούν τα περιστατικά των ασθενειών. Η παρουσία τους θα αυξήσει την πίεση στα ήδη ανεπαρκή και υποχρηματοδοτούμενα συστήματα υγείας των γεωγραφικών περιοχών στις οποίες μετακινούνται. (Lewis S. 2009) Η μετανάστευση όμως, δεν είναι αποκλειστικά ανθρώπινη δραστηριότητα.

Πιο γενικά, πέραν της Αφρικής, ο τόπος χρειάζεται να αναγνωρισθεί ως θεμελιώδες και σημαντικό μέλημα. Για παράδειγμα, προκύπτουν ζητήματα ως προς το πώς η κλιματολογική αλλαγή επιδρά στην υγεία διαφορετικά σε διαφορετικές γειτονίες, σε μεγάλες και μικρές πόλεις, σε αγροτικές περιοχές, σε φυσικά περιβάλλοντα και σε πολιτικά καθορισμένες περιοχές. Μια πολύ ευρύτερη γεωγραφική επίγνωση πρέπει να οδηγεί τις επαγγελματικές ανταποκρίσεις σε συγκεκριμένα μέρη. (Hess JJ et al 2008 , Younger M et al 2008)

1.4 Δημόσιες Μελέτες

Η νοσηλευτική χρειάζεται ένα αφιερωμένο πεδίο έρευνας για να στηρίξει την περιβαλλοντολογική της δραστηριότητα. Δύο ζητήματα έρχονται στο προσκήνιο σε αυτήν την προσπάθεια. Το πρώτο αφορά το φάσμα των μεθόδων και των προοπτικών. Αναγνωρίζεται ευρέως ότι οι νοσηλεύτριες χρειάζεται να βασίζονται στις αποφάσεις που λαμβάνουν πάνω στις καλύτερες διαθέσιμες δημοσιευμένες αποδεδειγμένες έρευνες. Όπως αυτό αληθεύει για τις γνωστές κλινικές αποφάσεις και τα περιβάλλοντα, το ίδιο ισχύει και για τις αποφάσεις που λαμβάνονται για την αντιμετώπιση της κλιματολογικής αλλαγής. (Lewis S. 2009)

Ενώ η ψυχρή επιστήμη μπορεί να συγκεντρώνει πολύ ενδιαφέροντα επιχειρήματα για να αποδείξει την πραγματικότητα της κλιματολογικής αλλαγής και για το πως θα μπορούσε να επιδράσει στην υγεία, θα πρέπει επίσης να έχει κατά νου ότι πέρα από την επιστημονική μέτρηση και την εξήγηση ενός τέτοιου φαινομένου, η κλιματολογική αλλαγή έχει βαθιά κοινωνική πολυπλοκότητα, πράγμα που σημαίνει ότι έχει κοινωνικά αίτια, συνέπειες και λύσεις. (Haines A 2008 , Ebi KL, Semenza JC 2008)

Το δεύτερο ζήτημα αφορά τις πολιτικές της έρευνας. Μερικοί κοινωνικοί επιστήμονες έχουν πρόσφατα υποστηρίξει ότι οι επιστημονικοί τους κλάδοι υποφέρουν από «εμμονή με την θεωρία», έχοντας πολύ περισσότερο από πριν χαθεί από την καθημερινή ζωή για χάρη της δημιουργίας της εξειδικευμένης γνώσης, κι έχουν ως εκ τούτου επιτρέψει να αναπτύσσεται ένα χάσμα μεταξύ της έρευνας και των μεγάλων καθημερινών προβλημάτων. (Burawoy M 2005 , Murphy AB 2006)

Επιπλέον, οι μελετητές επίσης συμφωνούν ότι η δίψα για την αύξηση του βάθους και της πολυπλοκότητας της ανάλυσης έχει παράλληλα συντελέσει στην εμφάνιση μιας ακαδημαϊκής κουλτούρας επιτέλεσης έργου μέσω της οποίας πανεπιστήμια έχουν γίνει εταιρείες με στυλ διοίκησης του ιδιωτικού τομέα, και ακαδημαϊκούς που έχουν παθιαστεί με σωματειακές διαδικασίες ή/και εξαναγκάζονται να ασχοληθούν με αυτές. Αυτά λίγο χρόνο αφήνουν για οικοδόμηση δραστηριοτήτων κι ενδιαφερόντων που θα γίνονταν αντιληπτά ως ευρισκόμενα «έξω» από τα επισήμως αξιολογούμενα χαρακτηριστικά μιας ακαδημαϊκής εργασίας.

Το αρχικό πάθος για κοινωνική δικαιοσύνη, οικονομική ισότητα, ανθρώπινα δικαιώματα, βιώσιμη ανάπτυξη, πολιτική ελευθερία ή απλά για έναν καλύτερο κόσμο, διοχετεύεται στην επιδίωξη ακαδημαϊκών διαπιστευτηρίων. Η πρόοδος γίνεται συσσωρευτής επιστημονικών τεχνικών, προγραμμάτων σπουδών συμμορφωμένων με συγκεκριμένα κριτήρια, έγκυρων καταλόγων βιβλιογραφίας, γραφειοκρατικών κατατάξεων στην ιεραρχία θέσεων, εντατικών εξετάσεων, ανασκοπήσεων βιβλιογραφιών, προσαρμοσμένων μεταπτυχιακών εργασιών σε «μέτρα», εκδόσεων υπό διαιτησία, παντοδύναμων βιογραφικών, της αναζήτησης για εργασία, των τίτλων ιδιοκτησίας. (Burawoy M 2005)

Εν όψει αυτών των εξελίξεων, οι ερευνητές θα μπορούσαν ίσως να συμμετέχουν σε πολιτική δράση ή να κάνουν την έρευνά τους πιο προσιτή σε ένα ευρύτερο κοινό. Κάτι

τέτοιο θα είχε να κάνει πχ με περιστασιακές αλλαγές σε ένα πιο απλό και ανοικτό ύφος γραπτού λόγου, με την δημοσίευση της έρευνας σε ευρύτερης ακτίνας μέσα,

συμπεριλαμβανομένου και του διαδικτύου και των άλλων δημοφιλών μέσων, και με δημόσιες ομιλίες, συζητήσεις και διαλόγους.

Συμπεράσματα

Η νοσηλευτική δεν έχει χάσει την επαφή με δημόσια προβλήματα όπως συνέβη σε άλλες κοινωνικές επιστήμες, φαίνεται ότι θα μπορούσε να μάθει από την δημόσια συζήτηση της κοινωνικής επιστήμης για την αλλαγή του κλίματος. Εν όψει της κλιματολογικής αλλαγής, είναι καιρός να πάρει θέση η νοσηλευτική έρευνα, για να θέσει δυνατές πεποιθήσεις πάνω σε αυτό το θέμα και να τις κάνει δημοφιλείς.

Η νοσηλευτική πρέπει να συνδεθεί στενά με τα άλλα επαγγέλματα και τομείς δράσης ώστε να μεγιστοποιήσει τις εθνικές και διεθνείς προσπάθειες μετριασμού κι αντιμετώπισης της κλιματολογικής αλλαγής. Η ανταπόκριση του επαγγέλματος στην κλιματολογική αλλαγή πρέπει να είναι τόσο ποικίλη όσο κι ο ίδιος ο τομέας, και να προέρχεται από όλα τα μέρη της γης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Anabwani G, Navario P: Nutrition and HIV in Saharan Africa: an overview. *Nutrition*, 2005; 21, 96-99
2. Burawoy M: 2004, American Sociological Association Presidential Address: for public sociology. *The British Journal of Sociology*, 2005; 56, 259-94
3. Canadian Nurses Association. The role of nurses in addressing climate change. CAN; Ottawa, 2008
4. Ebi KL, Semenza JC: Community based-adaption to the health impacts of climate change. *American Journal of Preventive Medicine*, 2008; 35, 501-07
5. Frumkin H, McMichael AJ: Climate change and public health: thinking, communicating, acting. *American Journal of Preventive Medicine*, 2008; 35, 403-10
6. Haines A: Climate change and health: strengthening the evidence-base for policy. *American Journal of Preventive Medicine*, 2008; 35, 411-13
7. Hess JJ et al: Climate change: the importance of place. *American Journal of Preventive Medicine*, 2008; 35, 468-78
8. Kein ME: Building human resilience: the role of public health preparedness and response as an adaption to climate change. *American Journal of Preventive Medicine*, 2008; 35, 508-16
9. Lewis S, Andrews GJ: Climate change and health: Priorities for the CAM community. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 2009 (in press)
10. McMichael AJ, Friel S, Nyong A: Global environmental change and health: impacts, inequalities and the health sector. *BMJ*, 2008; 336: 391-4
11. Murphy AB: Enhancing geography's role in public debate. *Annals of the Association of American Geographers*, 2006; 96: 1-13.
12. Neira M, Bertollini R et al: The year 2008 : a breakthrough year for health protection from climate change? *American Journal of Preventive Medicine*, 2008; 35, 424-5
13. St Louis ME, Hess JJ: Climate change: impacts on and implications for global health. *American Journal of Preventive Medicine*, 2008; 35, 527-38
14. United Nations Intergovernmental Panel on Climate Change (UN, IPCC). Climate Change: mitigation. United Nations Environment Programme. Geneva 2001.
15. Younger M et al: The built environment, climate change and health: opportunities and co-benefits. *American Journal of Preventive Medicine*, 2008; 35, 517-26

Πίνακας 1: Τέσσερις κατηγορίες νοσηλευτικής δράσης πάνω στην κλιματολογική αλλαγή (Lewis and Andrews, 2009)

Κατηγορία	Επεξήγηση
Κοινές Τακτικές	Τι μπορούν να κάνουν οι νοσηλεύτριες για να επηρεάσουν την συμπεριφορά του κοινού και πολιτική δράση
Μεγιστοποιώντας τις εξειδικεύσεις	Η ανάγκη ώστε διαφορετικές εξειδικεύσεις νοσηλευτικής να αντιμετωπίζουν συγκεκριμένα κλιματολογικά προβλήματα
Καθορισμός προτεραιότητας τόπων	Η ανάγκη αναγνώρισης περιστάσεων και αναγκών που διαφέρουν σε όλον τον κόσμο
Δημόσιες μελέτες	Η ανάγκη να προσαρμόσουμε την φύση και την εστίαση της νοσηλευτικής έρευνας

Πίνακας 2: Τύποι κοινών νοσηλευτικών τακτικών (Lewis & Andrews, 2009)

Τακτική

Οδηγώντας με το παράδειγμα
Δίνοντας συμβουλές
Πολιτική Δράση

Επεξήγηση

Ενθαρρύνοντας παρόμοια συμπεριφορά
Σε επίπεδο πρακτικής και τομέα
Από σχηματισμό ομάδων πολιτικής πίεσης ως άμεση δράση

Πίνακας 3: Οι Διαφορετικοί τύποι εξειδικεύσεων

Τύπος Εξειδίκευσης

Τομέας Εστίασης
Πελάτης που εστιάζεται
Σώμα που εστιάζεται
Επαγγέλματα και ρόλοι
Εξειδικευμένα ενδιαφέροντα

Παράδειγμα

Π.Φ.Υ. , Κοινωνική Νοσηλευτική, Δημόσια Υγεία
Γεροντολογία, Παιδιατρική, Ψυχική Υγεία
Παρηγορητική Φροντίδα, Ογκολογία, Καρδιολογία, Εντατική νοσηλεία
Κλινικοί νοσηλευτές, Κλινικοί εκπαιδευτές, ειδικευμένοι νοσηλευτές
Βιοηθική, δημιουργία πολιτικών, βιοιατρικά προϊόντα, ρίσκο, μετάφραση της γνώσης.

Η Ανάγκη Αλλαγής στη Παροχή Νοσηλευτικής Φροντίδας στην Ελλάδα: Παρουσίαση Πλάνου (Επιδράσεις στην Βασική Νοσηλευτική Φροντίδα)

Δρ. Νικόλαος Α. Μπακάλης

RN, BSc, PgCert., PgDipl., MSc, PhD
Επίκουρος Καθηγητής Νοσηλευτικής, Τ.Ε.Ι. Πάτρας

Δρ. Γεωργία Θεοδωρακοπούλου

RN, BSc, PhD
Καθηγήτρια Νοσηλευτικής, Τ.Ε.Ι. Πάτρας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο με ποικίλες αντιδράσεις τόσο από τους ασθενείς όσο και από τους νοσηλευτές. Το ενδιαφέρον στο κλινικό έργο των επιστημόνων υγείας αυξάνεται χρόνο με το χρόνο και αυτό φαίνεται από τα δημοσιεύματα στη τηλεόραση και τα περιοδικά. Η φροντίδα των ασθενών είναι ευθύνη κυρίως των νοσηλευτών και ποτέ δεν ήταν τόσο σημαντική όσο στις μέρες μας. Οι προσδοκίες του κοινού έχουν αυξηθεί σε τέτοιο βαθμό, ώστε οι ασθενείς με τις οικογένειές τους να παραπονούνται όταν οι υπηρεσίες που προσφέρονται δεν είναι καλές. Η νοσηλευτική ως επιστήμη πρέπει να ακολουθήσει τις αλλαγές που συμβαίνουν στον χώρο της υγείας ώστε να ανταποκριθεί στις νέες προκλήσεις της εποχής.

Η εργασία περιγράφει τα μοντέλα παροχής νοσηλευτικής φροντίδας που χρησιμοποιούνται σήμερα, αναλύοντας την ομαδική νοσηλευτική ως το επικρατέστερο μοντέλο που μπορεί να εφαρμοσθεί στην Ελλάδα. Τα πλεονεκτήματα του μοντέλου αναφέρονται και περιγράφεται το πλάνο εφαρμογής του. Οι ρόλοι του νοσηλευτικού προσωπικού προσδιορίζονται και το κόστος της αλλαγής αναφέρεται.

Είναι γενικά παραδεκτό ότι οποιοδήποτε μοντέλο παροχής νοσηλευτικής φροντίδας χρησιμοποιούμε στην πράξη, ούτε ο σκοπός της βασικής νοσηλευτικής φροντίδας αλλάζει αλλά ούτε και η ποιότητα της φροντίδας στους ασθενείς.

Λέξεις – Κλειδιά: ομαδική νοσηλευτική, παροχή φροντίδας, πλάνο

Εισαγωγή

Για πολλά χρόνια πολύ λίγη προσοχή δόθηκε στην ανάπτυξη της νοσηλευτικής άσκησης στην Ελλάδα. Στα περισσότερα νοσοκομεία της χώρας, λόγω της έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού, η νοσηλευτική φροντίδα παρέχεται μέσω του μοντέλου κατανομής έργου. Στην κατανομή έργου όλη η δουλειά που πρέπει να γίνει διαιρείται σε δραστηριότητες οι οποίες έπειτα κατανέμονται σε έναν ή περισσότερους νοσηλευτές (π.χ να στρώσουν όλα τα κρεβάτια, να κάνουν όλες τις αλλαγές, να δώσουν τα φάρμακα, κ.α) (Salvage και Wright, 1995). Παρότι έρευνες στην Ελλάδα, δεν έχουν γίνει για να εξακριβώσουν αν αυτό το μοντέλο είναι αποτελεσματικό, φαίνεται ότι ασθενείς και νοσηλευτικό προσωπικό βρίσκουν το μοντέλο αυτό μη ικανοποιητικό. Οι Salvage και Wright (1995) περιγράφουν τους λόγους που το μοντέλο αυτό δεν είναι αποτελεσματικό, πρώτον η φροντίδα διαιρείται σε έναν αριθμό ενεργειών που συνδέεται με την ιατρική διάγνωση και δεύτερον, οι νοσηλευτές περιγράφονται σαν τα άτομα που καλύπτουν κυρίως την ατομική φροντίδα των ασθενών.

Εν τούτοις, θέματα που αναδύονται καθημερινά, όπως για παράδειγμα νέες προσδοκίες των νοσηλευτών και των ασθενών, η ανάγκη να δίδεται ολοκληρωμένη φροντίδα στους ασθενείς και η εξάπλωση των εκπαιδευτικών ευκαιριών, δίδουν την ώθηση για αλλαγές στη νοσηλευτική επιστήμη. Σε άλλα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης όπως για παράδειγμα στη Μ. Βρετανία, στα τέλη της δεκαετίας του 80, το μοντέλο κατανομής έργου κατέρρευσε και οι νοσηλευτές άρχισαν να δουλεύουν μοντέλα κλινικής άσκησης που ο ασθενής ήταν το κέντρο βάρους της φροντίδας, όπως ομαδική νοσηλευτική (team nursing), κατανομή ασθενών (patient allocation) και πρωτοβάθμια νοσηλευτική (primary nursing).

Μοντέλο κατανομή έργου

Σήμερα, οι νοσηλευτές δυσκολεύονται καθημερινά να τελειώσουν σωστά τη δουλειά τους. Βασικές αρχές νοσηλευτικής όπως ψυχολογική υποστήριξη και επικοινωνία/σχέση μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών, σχεδόν, δεν υπάρχουν. Τα κύρια μειονεκτήματα του μοντέλου κατανομής έργου είναι δύο. Πρώτον, ότι δημιουργεί ιεραρχικό έργο (Wilkinson, 1994). Με άλλα λόγια, νοσηλευτικές διαδικασίες όπως ατομική φροντίδα ασθενών και σίτιση, εξουσιοδοτούνται να κάνουν οι βοηθοί νοσηλευτές ή πρακτικοί νοσηλευτές, ενώ εργασίες που απαιτούνται επιστημονικές γνώσεις, ανατίθενται σε πτυχιούχους νοσηλευτές. Έτσι η βασική νοσηλευτική φροντίδα, η οποία βοηθάει τον νοσηλευτή να αναπτύξει προσωπική σχέση με τον ασθενή και δίνει την ευκαιρία της παρατηρητικότητας, σπάνια εκτελείται από νοσηλευτές ή υπεύθυνους νοσηλευτές.

Το δεύτερο μειονέκτημα είναι ότι η νοσηλευτική φροντίδα γίνεται τμηματική με ελάχιστη συνέχεια της φροντίδας (Wilkinson, 1994). Ο ασθενής παρουσιάζεται σαν σειρά από μη συνδεδεμένα καθήκοντα και κάθε πτυχή των αναγκών του συνήθως μοιράζεται σε διαφορετικό άτομο. Η τμηματική δουλειά έχει βοηθήσει στη δημιουργία ρουτίνας η οποία έχει γίνει τόσο αυστηρή, που και οι ασθενείς και οι νοσηλευτές είναι απασχολημένοι τόσο πολύ με την ρουτίνα που ξεχνούν τις βασικές ανάγκες (Waters, 1985). Ως επακόλουθο, οι ασθενείς παραπονούνται σχετικά με τη φροντίδα που τους παρέχεται (Pearson, 1986). Δεν είναι μόνο τα δημοσιεύματα στο τύπο αλλά και στις τηλεοράσεις που όχι μόνο αναδεικνύουν αλλά και πιστοποιούν το πρόβλημα στη φροντίδα των ασθενών. Πρέπει να αναφερθεί εδώ, ότι η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού είναι ο κυριότερος παράγοντας που προκαλεί αυτή τη κατάσταση.

Είναι αλήθεια ότι αν αυξήσουμε τον αριθμό των νοσηλευτών, η κατάσταση ενδεχομένως να είναι καλύτερη. Αλλά αυτό είναι θέμα της κυβέρνησης και δεν μπορούμε να προτείνουμε τίποτε πάνω σε αυτό το θέμα. Αυτό όμως που μπορούμε να κάνουμε, είναι να αλλάξουμε το νοσηλευτικό 'στάτους κβο', με το να εκτιμήσουμε την αποτελεσματικό-

τητα της τωρινής κλινικής άσκησης και να προωθήσουμε καινοτομίες, οι οποίες θα βελτιώσουν την φροντίδα στους ασθενείς. Σαν αποτέλεσμα, νέα πλαίσια, μοντέλα και πρωτόκολλα μπορούν να αναπτυχθούν για την κλινική άσκηση.

Είναι γενικά αποδεκτό ότι τα μοντέλα κλινικής άσκησης προσδιορίζουν και τη φιλοσοφία της νοσηλευτικής στην πράξη (Fawcett, 1995). Έτσι, αλλάζοντας μοντέλο κλινικής άσκησης προωθείται καινούργια νοσηλευτική φιλοσοφία. Το γεγονός ότι οι κοινωνίες αλλάζουν ραγδαία, αναγκάζει τη νοσηλευτική επιστήμη να ακολουθήσει με γοργά βήματα αυτές τις εξελίξεις. Μένοντας σταθερή στη φιλοσοφία της, το μόνο που επιτυγχάνει είναι να απομακρύνεται από τις κοινωνικές φιλοδοξίες και έτσι να απομονώνεται. Η εργασία αυτή έρχεται απλά και μόνο, να κάνει την αρχή μιας νέας καινοτομίας στη νοσηλευτική κλινική άσκηση, παίρνοντας τη σκυτάλη από άλλους συναδέλφους.

Σε αυτή την εργασία, το μοντέλο παροχής νοσηλευτικής φροντίδας που αναλύεται είναι η ομαδική νοσηλευτική. Προτιμήθηκε το συγκεκριμένο μοντέλο και όχι τα υπόλοιπα, διότι το μεν μοντέλο πρωτοβάθμια νοσηλευτική είναι η ανάθεση μικρού αριθμού ασθενών σε ένα νοσηλευτή από την εισαγωγή μέχρι την έξοδο τους από το νοσοκομείο (Pearson, 1988), το δε μοντέλο κατανομή ασθενών είναι ο τρόπος νοσηλευτικής φροντίδας, ο οποίος περιλαμβάνει την ανάθεση μικρού αριθμού ασθενών σε έναν νοσηλευτή το οποίο όμως αλλάζει καθημερινά (Pearson, 1988). Ως αποτέλεσμα, σε αυτά τα μοντέλα παροχής φροντίδας, ο αριθμός των νοσηλευτών είναι το κλειδί στην επιτυχία αυτών των μοντέλων. Στην Ελλάδα δουλεύουν περίπου 36,000 νοσηλευτές (ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ), που αντιστοιχούν 3,6 νοσηλευτές σε 1,000 κατοίκους (ΕΣΝΕ, 2004). Στην Ελλάδα, φαίνεται ότι η έλλειψη ικανού αριθμού νοσηλευτών οδηγεί σε μόνο ένα σκοπό, "να καλυφθούν οι επείγουσες ανάγκες". Έχοντας λοιπόν υπόψη την έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού στην Ελλάδα, τόσο σε αριθμό όσο και σε ποιότητα, κρίναμε ότι τα παραπάνω μοντέλα θα είναι αναποτελεσματικά στη παρούσα κατάσταση.

Αποδείξεις που υποστηρίζουν την αλλαγή

Ο Pearson (1992) περιγράφει την ομαδική νοσηλευτική σαν ένα σύστημα παροχής φροντίδας που επικεντρώνεται στην ιδέα της καλής ομαδικότητας. Εν τούτοις, οι Butterworth και Faugier (1992) έδωσαν πιο σαφή ορισμό της ομαδικής νοσηλευτικής. Προτείνουν ότι η ομαδική νοσηλευτική είναι η κατανομή ενός μικρού αριθμού νοσηλευτών (ομάδα) σε ένα γκρουπ ασθενών, η οποία ομάδα είναι υπεύθυνη για την φροντίδα των ασθενών καθόλη τη διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο. Έρευνες έχουν δείξει ότι η ομαδική νοσηλευτική προάγει υψηλά πρότυπα νοσηλευτικής φροντίδας (Wright 1990, Pearson 1992).

Σύμφωνα με προσωπικές εμπειρίες, στο μοντέλο αυτό ο νοσηλευτής φροντίζει τον ασθενή σαν οντότητα, σχεδιάζει και εκτιμά την φροντίδα πιο προσωπικά. Σύμφωνα με τους Lionis και Koutis (1995) φροντίζοντας τον ασθενή σαν οντό-

τητα βοηθάει στην προαγωγή καλής επικοινωνίας και συμβουλευτικών επιδεξιοτήτων. Επίσης, βοηθάει τους νοσηλευτές να αναπτύξουν στενές σχέσεις με τους ασθενείς. Όταν η επικοινωνία είναι ελεύθερη, συνεχής και ανοιχτή, δημιουργεί μία ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και ένα κλίμα συμπαράστασης. Ένα παράδειγμα μπορεί να είναι η προεγχειρητική διδασκαλία. Δίνοντας πληροφορίες στους ασθενείς σχετικά με την εγχείρησή τους, τι να περιμένουν, προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά, και δίνοντας υποστήριξη ακούγοντας τις ερωτήσεις και τις ανησυχίες τους, η ένταση και η αγωνία μπορούν να ελαττωθούν.

Επιπροσθέτως, σχεδιάζοντας και εκτιμώντας την φροντίδα των ασθενών, οι νοσηλευτές αρχίζουν να κινούνται σε έναν πιο αυτόνομο ρόλο (Pearson, 1992). Αυτό είναι σημαντικό για δύο λόγους πρώτον, η αυτονομία της νοσηλευτικής

άσκησης αναφέρεται στην εξουσία των νοσηλευτών να παίρνουν αποφάσεις σχετικά με την φροντίδα των ασθενών και δεύτερον, η αυτονομία κάνει τους νοσηλευτές να νοιώθουν υπεύθυνοι για τις αποφάσεις τους και τις ενέργειες τους. Ο σκοπός των νοσηλευτών είναι να έχουν αξιοπιστία και ευκαιρία να αναπτύξουν τις αρχηγικές τους επιδεξιότητες, τα οποία μπορούν να οδηγήσουν στην αύξηση της εμπιστοσύνης και ικανοποίησης στην άσκηση του επαγγέλματος (Gardner, 1991). Επιπροσθέτως, η αυτονομία της νοσηλευτικής άσκησης ανοίγει δρόμους στους νοσηλευτές έτσι ώστε να τους συμπεριφέρονται με σεβασμό και εκτίμηση από άλλες επιστήμες υγείας.

Είναι αλήθεια ότι όταν οι νοσηλευτές παρέχουν φροντίδα σε έναν αριθμό ασθενών καθημερινά, μαθαίνουν τους ασθενείς τους καλύτερα, αποφεύγουν την ρουτίνα της δουλειάς και ασχολούνται περισσότερο με τους ασθενείς. Ακόμα, το μοντέλο αυτό δίνει την δυνατότητα στα μέλη της ομάδας να συμβουλευούνται και να συζητάνε μεταξύ τους τυχόν προβλήματα ή δυσκολίες που αντιμετωπίζουν (Fawcett, 1995). Ως αποτέλεσμα, προσφέρει δυνατότητα σύμφιξης των σχέσεων μεταξύ του προσωπικού. Ακόμα, η ομαδική νοσηλευτική προάγει την ανθρωπιστική προσέγγιση της παροχής φροντίδας η οποία δίνει την ευκαιρία σε ασθενείς και συγγενείς να συμμετέχουν στη φροντίδα τους (Berry και Metcalf, 1986). Η συμμετοχή αυτή μπορεί να εκτείνεται από την διαπραγμάτευση στο σχεδιασμό της φροντίδας μέχρι την διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής.

Στην ομαδική νοσηλευτική το νοσηλευτικό προσωπικό διαιρείται σε δύο ομάδες. Η κάθε ομάδα έχει τον αρχηγό της, που είναι υπεύθυνος για τον σχεδιασμό και οργάνωση της νοσηλευτικής φροντίδας στους ασθενείς της ομάδας του. Ο κάθε αρχηγός δίνει αναφορά στην προϊσταμένη της κλινικής, η οποία εποπτεύει και είναι υπεύθυνη για όλη την

κλινική.

Η προϊσταμένη θεωρείται ένα σημαντικό κομμάτι της ομαδικής νοσηλευτικής. Έχει διαπιστωθεί ότι η προϊσταμένη μπορεί να βοηθήσει στην υποστήριξη και ανάπτυξη της κλινικής άσκησης (Butterworth και Faugier, 1992) και επίσης παρέχει προστασία στην ελεύθερη και αξιοπιστη κλινική άσκηση (Butterworth, 1995). Στην ομαδική νοσηλευτική η προϊσταμένη έχει θέση κλειδί έτσι ώστε να αναλύει καταστάσεις, να προσδιορίζει προτεραιότητες, να προσφέρει εναλλακτικές λύσεις στους ασθενείς, να υποστηρίζει τις αποφάσεις τους και να ορίζει τρόπους παροχής φροντίδας πιο αποτελεσματικούς.

Όταν οι νοσηλευτές έχουν καθαρή εικόνα για τις αξίες και τα οράματα τους, είναι σε καλύτερη θέση να δουλεύουν ομαδικά. Με άλλα λόγια, το τι πιστεύουν οι νοσηλευτές για τον εαυτό τους και τους ασθενείς, επηρεάζει τελικώς τον τρόπο που εργάζονται. Είναι αλήθεια, ότι οι αξίες καθοδηγούν την κλινική άσκηση (Waters, 1985). Οι νοσηλευτές χρειάζονται ένα περιβάλλον που θα μπορούν να αναπτύξουν τις επιδεξιότητες τους. Η ομάδα πρέπει να συνειδητοποιήσει ότι οι ατομικές ανάγκες είναι ομαδικές ανάγκες. Πρέπει να εμπιστεύονται ο ένας τον άλλον και σύμφωνα με τον Cole (1988) να μοιράζονται τα προβλήματα τους και όχι μόνο να δουλεύουν σαν ομάδα αλλά να σκέφτονται και σαν ομάδα. Οι συγκρούσεις δεν βοηθούν στην επίτευξη των αναγκών τους. Πριν τα μέλη δουλέψουν σαν ομάδα, πρέπει κάθε μέλος να καταλάβει τους ρόλους των άλλων μελών της ομάδας και πως αντιλαμβάνονται αυτούς τους ρόλους. Με αυτό τον τρόπο, προλαμβάνουμε συγκρούσεις μεταξύ των μελών και παρεξηγήσεις. Οι Salvage και Wright (1995) προτείνουν ότι όταν η νοσηλευτική ομάδα δουλεύει καλά και υποστηρίζει η μία την άλλη, οι ασθενείς νοιώθουν ικανοποιημένοι από την φροντίδα που τους παρέχεται.

Πλάνο Εφαρμογής

Η πιλοτική εφαρμογή του μοντέλου ομαδικής νοσηλευτικής απαιτεί την δημιουργία ενός μακροχρόνιου project και ως εκ τούτο χρειάζεται προσεκτικό σχεδιασμό έτσι

ώστε να ελαττωθούν συγκρούσεις και παρανοήσεις μεταξύ του προσωπικού (πίνακας 1).

Πίνακας 1: Πλάνο και εφαρμογή του μοντέλου "Ομαδικής Νοσηλευτικής"

ΠΛΑΝΟ

- 1) Αναγνώριση για εκπαίδευση πριν την εφαρμογή
- 2) Εισαγωγή του μοντέλου στους νοσηλευτές
- 3) Περιγραφή του ρόλου στους νοσηλευτές
- 4) Ανάλυση του ρόλου στους νοσηλευτές
- 5) Εισαγωγή του μοντέλου στους ασθενείς.
- 6) Η κλινική αρχίζει να εφαρμόζει το μοντέλο.
- 7) Εκτίμηση της κατάστασης και αλλαγή στα σχέδια εφαρμογής (αν χρειάζεται)

ΕΦΑΡΜΟΓΗ

- 1) 3 μήνες. Είναι σημαντικό το άτομο που θα αναπτύξει το μοντέλο να το γνωρίζει πολύ καλά.
- 2) 3 εβδομάδες.
Την 1η εβδομάδα φυλλάδια θα δοθούν στο προσωπικό.
Την 2η + 3η εβδομάδα, ομαδικές συγκεντρώσεις θα γίνουν. Θα γίνει σαφές το όραμα του νοσηλευτικού έργου.
- 3) 1 μήνα. Τέσσερις συναντήσεις θα γίνουν.
1η + 2η : Συζήτηση και ερωτήσεις σχετικά με την προηγούμενη συνάντηση.
3η + 4η : Περιγραφή των ρόλων.
- 4) 2 μήνες. Έξι συναντήσεις θα γίνουν.
1η + 2η : Συμπεράσματα από τους προτεινόμενους ρόλους. Συζήτηση και ερωτήσεις.
3η + 4η : Ανάλυση των ρόλων. Σχηματισμός των ομάδων. Παραδείγματα θα δοθούν στο προσωπικό.
5η + 6η : Κριτική των συναντήσεων.
- 5) 2 εβδομάδες. Ενημερωτικά φυλλάδια σχεδιασμένα για τους ασθενείς -συγγενείς θα δοθούν. Εάν οι ασθενείς έχουν ερωτήσεις, το προσωπικό θα δίνει τις απαιτούμενες διευκρινίσεις.
- 6) 2 – 3 μήνες.
- 7) 1 μήνα. Έξι συναντήσεις θα γίνουν.
1η + 2η : Εκτίμηση των αποτελεσμάτων. Ερωτηματολόγια θα δοθούν στους ασθενείς έτσι ώστε να εκτιμηθεί το μοντέλο.
3η + 4η : Το προσωπικό θα κρίνει το μοντέλο. Οι ομάδες θα συζητήσουν τα θετικά και αρνητικά του μοντέλου κατά την εφαρμογή.
5η + 6η : Αν παρουσιαστούν προβλήματα, προτείνονται εναλλακτικές λύσεις.

Ρόλοι

Στην ομαδική νοσηλευτική όλοι έχουν ένα ρόλο. Είναι σημαντικό όταν περιγράφουμε τους προτεινόμενους ρόλους έτσι ώστε να γίνει σαφής η συνεισφορά του καθενός. Η προϊσταμένη του τμήματος, όπως αναφέρθηκε πιο πάνω, είναι ο συντονιστής όλων των ενεργειών και της επικοινωνίας. Είναι υπεύθυνη για τα πρότυπα της νοσηλευτικής φροντίδας, για τον προσανατολισμό του καινούργιου προσωπικού και την διδασκαλία των φοιτητών. Για να καλύψει επαρκώς και επιτυχώς τα παραπάνω καθήκοντα, θα πρέπει να έχει κλινική εμπειρία στον τομέα και ακαδημαϊκά προσόντα (κάποιο μεταπτυχιακό τίτλο) (Butterworth, 1995). Με αυτό τον τρόπο θα υποστηρίζει (κλινικά) τους νοσηλευτές, θα είναι υπεύθυνη για την διδασκαλία κλινικών εκπαιδευτικών μαθημάτων και θα λειτουργεί σαν βοηθητική ερευνήτρια .

Οι νοσηλευτές θα είναι υπεύθυνοι για την φροντίδα των ασθενών. Οι νοσηλευτές θα χωρίζονται σε 2 ομάδες. Κάθε ομάδα θα έχει τον αρχηγό της που θα καθορίζεται από την

προϊσταμένη (συνήθως η αρχαιότερη νοσηλεύτρια). Κάθε ομάδα θα αποτελείται από 2-3 νοσηλευτές (ανάλογα τη δυναμικότητα της κλινικής) και θα είναι υπεύθυνοι για 10 περίπου ασθενείς. Ο αρχηγός της ομάδας θα είναι υπεύθυνος για την κατανομή, εφαρμογή και εκτίμηση της νοσηλευτικής φροντίδας (Salvage και Wright, 1995).

Οι φοιτητές θα κατανομούνται σε κάθε ομάδα κάτω από την καθοδήγηση της προϊσταμένης. Ανάλογα το εξάμηνο των σπουδών, θα δουλεύουν με τα άλλα μέλη της ομάδας ή θα αναλαμβάνουν κάποιο συγκεκριμένο ασθενή. Έτσι, οι φοιτητές δεν θα είναι 'ένα ζευγάρι χέρια' βοηθώντας το προσωπικό, αλλά θα είναι μέλη της ομάδας και θα έχουν ένα ρόλο να εκπληρώσουν. Σύμφωνα με τον Butterworth και Faugier (1992) ο τρόπος που οργανώνεται μία κλινική και η διάθεση των νοσηλευτών είναι σημαντικοί παράγοντες για την εξασφάλιση ενός κατάλληλου περιβάλλοντος μάθησης.

Εκτίμηση

Παρότι η εκτίμηση θεωρείται σημαντική, πολύ συχνά αγνοείται από την νοσηλευτική επιστήμη. Για να εκτιμηθεί το προτεινόμενο μοντέλο κλινικής άσκησης, πρέπει να γίνονται συναντήσεις συχνά. Φυσιοθεραπευτές, η προϊσταμένη και ο καθηγητής της κλινικής θα κάνουν ομαδικές συναντήσεις κάθε εβδομάδα και ο καθηγητής θα δίνει ιατρικές οδηγίες (Watets, 1985). Κατά τις συναντήσεις αυτές, θέματα όπως αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα, αμεροληψία και παραδοχή του μοντέλου θα συζητούνται.

Η εκτίμηση για το μοντέλο κλινικής νοσηλευτικής

άσκησης μπορεί επίσης να επιτευχθεί μέσω των ασθενών. Η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένας τρόπος μέτρησης ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας (Baker και Whitfield, 2002). Ερωτηματολόγιο θα δίνεται στους ασθενείς για να κρίνουν την νοσηλευτική κλινική άσκηση. Έτσι, αναλύοντας τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου οι ομάδες μπορούν να εκτιμήσουν αν οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι με την νοσηλευτική φροντίδα και κατά πόσο το μοντέλο λειτουργεί ικανοποιητικά ή όχι.

Κόστος

Η λέξη 'καινοτομία' προσδιορίζει την αλλαγή. Είναι αλήθεια ότι αλλάζοντας κάτι, θα κοστίσει κάτι, και το μοντέλο της ομαδικής νοσηλευτικής δεν αποτελεί εξαίρεση. Οι κατηγορίες που περιλαμβάνουν κόστος αναφέρονται παρακάτω:

α) Εξοπλισμός: φωτοτυπικό μηχάνημα. Δεδομένο ότι κάθε νοσηλευτικός τομέας έχει το παραπάνω εξοπλισμό, το κόστος μηδενίζεται.

β) Εκπαίδευση και εξάσκηση: πληροφόρηση του προσωπικού και προσανατολισμός των ασθενών. Μέσω ενημερωτικών φυλλαδίων το προσωπικό και οι ασθενείς/συγγενείς θα ενημερωθούν για το νέο μοντέλο. Η κατασκευή του φυλλαδίου μπορεί να γίνει με την συνεργασία ακαδημαϊκών συναδέλφων. Όσον αφορά την παραγωγή του φυλλαδίου μπορεί να γίνει μέσω φωτοτυπίας, οπότε το κόστος μηδενίζεται. Ερωτηματολόγιο θα χρησιμοποιηθεί (σε συνεργασία με ακαδημαϊκούς συναδέλφους) και η παραγωγή αυτών θα γίνει μέσω φωτοτυπίας. Η ανάλυση και παρουσίαση των αποτελεσμάτων θα γίνει σε συνεργασία με τους ακαδημαϊκούς συναδέλφους. Οι συνδιασκέψεις θα γίνονται σε χώρους της κλινικής ή του νοσοκομείου. Βιβλία και περιοδικά σχετικά με το νέο μοντέλο θα πρέπει να αγοραστούν (2,000 ευρώ).

γ) Γενικά έξοδα: Θα πρέπει να αγοραστεί ένας πίνακας (200 ευρώ) ο οποίος θα αναγράφει όλους τους ασθενείς της κλινικής, σε ποια ομάδα ανήκουν (συνήθως οι ομάδες χωρίζονται σε μπλε και κόκκινη), καθώς επίσης και το προσωπικό που εργάζεται σε κάθε βάρδια και σε ποια ομάδα ανήκει.

Σύμφωνα με τον Fawcett (1995) τα μακροπρόθεσμα πλάνα πρέπει να περιλαμβάνουν τους οικονομικούς πόρους που χρειάζονται και τους πόρους που είναι διαθέσιμοι. Παρουσιάσαμε τους πόρους που χρειάζονται για την εφαρμογή του μοντέλου ομαδική νοσηλευτική. Το ερώτημα είναι, ποιοι πόροι είναι διαθέσιμοι; Βλέποντας το κόστος της εφαρμογής, είναι περίπου 2,200 ευρώ. Είναι σημαντικό να αναφερθεί, ότι από τα χρήματα αυτά, μόνο τα 200 ευρώ είναι απαραίτητα για την πιλοτική εφαρμογή του μοντέλου. Τα υπόλοιπα χρήματα (2,000 ευρώ) περιλαμβάνουν υλικά τα οποία θα χρησιμεύσουν εφόσον το μοντέλο εφαρμοστεί πλήρως στην πράξη. Για το ποσό που χρειάζεται για την πιλοτική εφαρμογή του μοντέλου (200 ευρώ), η προϊσταμένη της κλινικής θα πρέπει να διαπραγματευθεί με τον οικονομικό τομέα του νοσοκομείου για την εξασφάλιση των χρημάτων.

Επίλογος

Η εργασία παρουσιάζει ένα μοντέλο κλινικής νοσηλευτικής άσκησης, την ομαδική νοσηλευτική. Ευχής έργο είναι το μοντέλο αυτό να εφαρμοστεί και να κάνει σημαντική συνεισφορά στη νοσηλευτική κλινική άσκηση. Ως επακόλουθο, αναπτύσσοντας την νοσηλευτική άσκηση θα επιφέρει βελτιώσεις στην νοσηλευτική εκπαίδευση, έρευνα και διοίκηση (Wright, 1990).

Η εφαρμογή του μοντέλου ομαδική νοσηλευτική πιστεύουμε ότι θα έχει θετικά αποτελέσματα όχι μόνο στους νοσηλευτές και στη νοσηλευτική, αλλά και στην ποιότητα της φροντίδας των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, η ομαδική νοσηλευτική επικεντρώνεται:

- στην αναγνώριση και εφαρμογή της νοσηλευτικής σαν θεραπευτική ιδιότητα
- στην ανάπτυξη του αυτόνομου ρόλου των νοσηλευτών

- στην θεραπεία και πρόληψη των ασθενών σαν οντότητα
- στην δημιουργία περιβάλλοντος ομαδικής συνεργασίας (η ομάδα έχει τους ίδιους σκοπούς, στόχους, αξίες και οράματα)
- στην δημιουργία νέων ρόλων για τους νοσηλευτές
- στην δημιουργία κλίματος συνεταιρισμού της νοσηλευτικής φροντίδας, τόσο με την νοσηλευτική ομάδα όσο και με τους ασθενείς.

Ο χρόνος είναι κατάλληλος για τη νοσηλευτική στη χώρα μας, να 'σπάσει το κέλυφος' και να γίνει πιο ανοικτή και θετική σχετικά με τα όνειρα της και τα κατορθώματα της. Σκοπός της νοσηλευτικής είναι, μέσω καινοτομιών, να αναπτυχθεί περισσότερο έτσι ώστε να παρέχει καλύτερη και ασφαλή νοσηλευτική φροντίδα στους ασθενείς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Baker, R., Whitfield M., 2002. Measuring patient satisfaction: a test of construct validity. *Quality in Health Care* 1, 104-109.

Berry, A., Metcalf, C., 1986. Paradigms and practices: the organization of the delivery of nursing care. *Journal of Advanced Nursing* 11, 589-597.

Butterworth, T., 1995. *Clinical supervision in Nursing. A briefing paper*, School of Nursing Studies, University of Manchester.

Butterworth, T., Faugier, M., 1992. *Clinical supervision and mentorship in nursing*. Chapman and Hall, London.

Cole, A., 1988. *Management theory and practice*. Hants Publication, London.

Νοσηλευτικό Δελτίο ΕΣΝΕ., 2004. Τεύχος 94, ΜΑΙΟΣ, 14.

Fawcett, J., 1995. *Analysis and evaluation of conceptual models of nursing*. Davies, Philadelphia.

Gardner, K., 1991. A summary of findings of a five-year comparison study of primary and team nursing. *Nursing Research* 40(2), 113-116.

Lionis, C., Koutis, A., 1995. *Assessment of population health needs: the role of GPs and health team*. Scutari, London.

Pearson.,A., 1988. Primary nursing. Chapman and Hall, London.

Pearson., A., 1992. Nursing Beds: an evaluation of the effects of therapeutic nursing. Scutari, London.

Pearson., A., Vaughan., B., 1986. Nursing models for practice. Heinemann, Oxford.

Salvage., J., Wright., S., 1995. Nursing Developments Units: a force for change. Scutari, London.

Waters., K., 1985. Organising nursing care: team nursing. Nursing Practice 1(1), 7-15.

Wilkinson., R., 1994. A more autonomous and independent role: primary nursing versus patient allocation. Professional Nurse July, 680-684.

Wright., S., 1990. My patient-my nurse: the practice of primary nursing. Scutari, London.

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 περιπρωσιολογικές 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 διλλήματα 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 ΕΠΝΕ 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 μαιών.
- Σύντομες εκθέσεις και 5 αναφορές, που εκθέτουν την ανάπτυξη των ερευνητικών όργανων 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 απίθανο 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 ισοτιπύτα 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 συνεισφέροντας.

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 τυπωμένοι 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 προηγούμενος δημοσιευμένο υλικό πρέπει να ληφθεί εγγράφως από τον κάτοχο πνευματικών δικαιωμάτων (συνήθως ο εκδότης) και να αναγνωρισθεί στο χειρόγραφο.

Ερωτηματολογία: Ερωτηματολογία 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. 1. 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 η 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 οποιοδήποτε άλλες μπορούν να χρεωθούν στο συγγραφέα.

Οποιοδήποτε 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 αναπαραχθεί και να διανεμηθεί το άρθρο, συμπεριλαμβανομένων των ανατύπων, οι φωτογραφικές αναπαραγωγές, το μικροφίλμ ή οποιοδήποτε άλλες αναπαραγωγές παρόμοιας φύσης, και οι μεταφράσεις. Περιλαμβάνει επίσης το δικαίωμα να προσαρμοστεί το άρθρο για τη χρήση από κοινού με ηλεκτρονικούς υπολογιστές και προγράμματα, συμπεριλαμβανομένης της αναπαραγωγής ή της δημοσίευσης με αναγνώσιμη από μηχανή μορφή και της ενσωμάτωσης στα συστήματα ανάκτησης. Οι συγγραφείς είναι αρμόδιοι για τη λήψη από την άδεια κατόχων πνευματικών δικαιωμάτων να αναπαραγάγουν οποιοδήποτε υλικό για το οποίο τα πνευματικά δικαιώματα υπάρχουν ήδη.

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

Επιτομή χρήσιμων πληροφοριών

Σύσταση της ΕΝΕ

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

Κυριότεροι σκοποί της ΕΝΕ

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

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

Μέλη της ΕΝΕ

Μέλη της Ε.Ν.Ε είναι υποχρεωτικώς όλοι οι νοσηλευτές που είναι απόφοιτοι: α) Τμημάτων Νοσηλευτικών Α.Ε.Ι., β) Νοσηλευτικών Τμημάτων Τ.Ε.Ι., γ) Πρώην Ανώτερων

Σχολών Αδελφών Νοσοκόμων, Επισκεπτριών Αδελφών Νοσοκόμων, αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, δ) Πρώην Νοσηλευτικών Σχολών ΚΑΤΕΕ, ε) Νοσηλευτικών Σχολών ή Τμημάτων της αλλοδαπής, των οποίων τα διπλώματα έχουν αναγνωρισθεί ως ισότιμα με τα πτυχία των νοσηλευτικών σχολών της ημεδαπής από τις αρμόδιες υπηρεσίες και στ) Στρατιωτικών Ανωτάτων Νοσηλευτικών Σχολών.

Διάρθρωση της ΕΝΕ

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

Κεντρική Διοίκηση

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

Περιφερειακά Τμήματα

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

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

Εγγραφή και συνδρομή των μελών

Κάθε Νοσηλευτής υποχρεούται να υποβάλλει αίτηση εγγραφής στο οικείο Περιφερειακό Τμήμα. Η αίτηση συνοδεύεται υποχρεωτικά από επικυρωμένα αντίγραφα πτυχίου και αστυνομικής ταυτότητας, δυο έγχρωμες φωτογραφίες, το αποδεικτικό της τραπεζικής κατάθεσης των 65 €, απλό φωτοαντίγραφο της άδειας άσκησης επαγγέλματος και προαιρετικά από τους τίτλους που τυχόν κατέχει

το υποψήφιο μέλος (μεταπτυχιακοί τίτλοι, πιστοποιητικά γνώσης ξένης γλώσσας, κοινωνικές δραστηριότητες κ.τ.λ).

Κάθε Νοσηλευτής υποχρεούται να ανανεώνει την εγγραφή του ετησίως, αυτοπροσώπως ή 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 διασκεδάσει και να προβάλλει πολύπλευρα τον κοινωνικό του προορισμό.

Έτσι, «Ο Ρυθμός της Υγείας», σκοπεύει να ενώσει τη φωνή όλων των νοσηλευτών της χώρας και να αποτελέσει ένα άμεσο και έγκυρο κανάλι επικοινωνίας, δίνοντας βήμα σε όλες ανεξαιρέτως της φωνές της επαγγελματικής –και όχι μόνο- κοινότητας.

Μελλοντικοί Στόχοι

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

- Καθορισμός και κοστολόγηση των νοσηλευτικών πράξεων
- Δημιουργία ανοιχτής γραμμής επικοινωνίας με σκοπό την καταγραφή και επίλυση των προβλημάτων των νοσηλευτών
- Ενίσχυση των διεθνών σχέσεων των ελλήνων νοσηλευτών με οργανισμούς, fora και ινστιτούτα του εξωτερικού
- Δημιουργία ηλεκτρονικής ψηφιακής βιβλιοθήκης η χρήση της οποίας θα είναι δωρεάν για τα μέλη της ΕΝΕ και προσβάσιμη από όλη την επικράτεια
- Προσφορά ειδικών εκπαιδευτικών και μετεκπαιδευτικών προγραμμάτων
- Διοργάνωση επιστημονικών συνεδρίων και ημερίδων με μοριοδότηση των συνεδρων νομικά ισχύουσα και κατο-

χυρωμένη

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