



Ελληνικό
περιοδικό της
Νοσηλευτικής
Επιστήμης

Τόμος 2, Τεύχος 1, Ιανουάριος - Μάρτιος 2009



Το Επιστημονικό Περιοδικό της



Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος

ISSN 1791-9002

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΗΣ ΕΝΩΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ (ΕΝΕ)

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ-ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Διευθυντής Σύνταξης: **Δρ. Κυριάκος Κουβελιώτης**
Υπεύθυνος Έκδοσης: **Δημήτριος Σκουτέλης**
Υπεύθυνος Επικοινωνίας και Δημ. Σχέσεων: **Αριστείδης Δάγλας**
Υπεύθυνος Διεθνών Σχέσεων: **Νικόλαος Αντωνακόπουλος**
Επιμέλεια Ύλης: **Ισμήνη Χατζηθεοφίλου**
Υπεύθυνος Ιστοσελίδας: **Αντώνης Θεοδωρίδης**
Διοικητική Υποστήριξη: **Ελένη 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 Αθήνας.
Δρ. Φωτούλα Μπαμπάτσικου, Νοσηλεύτρια - Ιατρός Δημόσιας Υγείας, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών.

ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ

Dr. Mally Ehrenfeld, RN, PhD, Head of Nursing dep. Associate Professor Tel-Aviv University, Dep of Nursing, Israel.
Dr. Irena Papadopoulos PhD, MA(Ed), BA, DipNEd, DipN, NDNCert, RGN, RM Professor of Transcultural Health and Nursing and Head of Research Centre for Transcultural Studies in Health Middlesex University, London UK.
Dr. Enridiki Papastavrou Lecturer Department of Nursing School of Health Studies Cyprus University of Technology President of the Council of Nursing and Midwifery, Cyprus.
Δρ. Ανδρέας Παυλάκης, Καθηγητής Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου.
Dr. Elisabeth Rappold, RN, Mag. PhD Institut für Pflegewissenschaft University of Vienna, Austria
Ms Cecilia Sironi RN, BSc, MSc Università degli Studi dell'Insubria Varese Italy.
Dr. Lorraine N. Smith, BScN, MEd, PhD, Professor Nursing & Health Care, University of Glasgow, Scotland, UK.
Dr. Edwin R. van Teijlingen, Υφηγητής Δημόσιας Υγείας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Aberdeen.
Dr. Steve Willcocks, Καθηγητής Σχολής Υγείας, Πανεπιστήμιο Central Lancashire.

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΙΔΙΚΩΝ ΣΥΜΒΟΥΛΩΝ

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

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

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

ΣΥΝΘΕΣΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΩΝ ΣΥΜΒΟΥΛΙΩΝ Ε.Ν.Ε.

1ο Περιφερειακό Συμβούλιο

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

2ο Περιφερειακό Συμβούλιο

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

3ο Περιφερειακό Συμβούλιο

Πρόεδρος: **Γεώργιος Μπαλιόζογλου**, Αντιπρόεδρος: **Δημήτριος Παλητζήκας**, 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 Γκτεέρσου**, Ταμίας: **Κων/νος Νιανιόπουλος**, Μέλη: **Γεώργιος Ρότσας**, **Νικόλαος Κιούσης**

6ο Περιφερειακό Συμβούλιο

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

7ο Περιφερειακό Συμβούλιο

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

Ερευνητικές Εργασίες

Διερεύνηση Γνώσεων, Στάσεων και Αντιλήψεων Φοιτητών Σχολών Επαγγελματιών Υγείας σε σχέση με το AIDS.....	σελ. 1
Η Σημασία των Δεικτών Αξιολόγησης Θεραπευτικών Παρεμβάσεων, Λειτουργίας Υπηρεσιών Υγείας και Υγείας του Πληθυσμού, στο Σχεδιασμό Πολιτικής Υγείας	σελ. 8
Κόστος Ιατρονοσηλευτικών Πράξεων σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας	σελ. 14

Ανασκοπήσεις

Διερεύνηση του Άγχους και της Ικανοποίησης των Νοσηλευτών από την Εργασία τους. Η Περίπτωση των Νεφρολογικών Κέντρων. Σύντομη Βιβλιογραφική Ανασκόπηση	σελ. 20
Η Διαπολιτισμική Νοσηλευτική ως Θεωρητικό Πλαίσιο για τη Στήριξη της Νοσηλευτικής Μαζικών Καταστροφών.....	σελ. 26

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΗΣ ΕΝΩΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ (ΕΝΕ)

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

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

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

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

Το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης αποτελεί ένα αξιόπιστο, σύγχρονο, τριμηνιαίο επιστημονικό περιοδικό και είναι διαθέσιμο σε ηλεκτρονική και έντυπη μορφή με συμβολική αμοιβή σε

όλους τους ενδιαφερόμενους ερευνητές, πανεπιστημιακούς δασκάλους, φοιτητές, σε όλη τη νοσηλευτική κοινότητα γενικότερα αλλά και στα ανώτερα και ανώτατα εκπαιδευτικά ιδρύματα της ημεδαπής και της αλλοδαπής.

Ταυτόχρονα αποτελεί ένα πολύτιμο εργαλείο επιστημονικής γνώσης για τον έλληνα νοσηλευτή, για όσους σπουδάζουν τη νοσηλευτική, για τους επαγγελματίες άλλων επιστημών υγείας και συμπεριφοράς καθώς και για κάθε αναγνώστη που επιθυμεί επιστημονική ενημέρωση και εκπαίδευση.

Παράλληλα παρέχει τη δυνατότητα σε νέους επιστήμονες να έχουν εύκολη πρόσβαση στη γνώση και στην πρόοδο της νοσηλευτικής ενώ αποτελεί το επιστημονικό βήμα για τους νοσηλευτές που απασχολούνται στην εκπαίδευση ή στην κλινική νοσηλευτική να δημοσιεύσουν το έργο τους και να δεχθούν εποικοδομητικές κριτικές. Σε ένα δεύτερο επίπεδο ευαισθητοποιεί άλλους επιστήμονες στα γνωστικά αντικείμενα της νοσηλευτικής και προάγει γενικότερα τη συνεργασία των υπηρεσιών υγείας.

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

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

Η Επιστημονική Επιτροπή του Περιοδικού:

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

■ editorial

Δρ. Κυριάκος Κουβελιώτης
Διευθυντής Σύνταξης

Όλοι οι συντελεστές του Περιοδικού επιθυμούν να εκφράσουν τόσο την ικανοποίηση για την πρόοδο του εντύπου όσο και τις ευχαριστίες τους προς την ελληνική νοσηλευτική κοινότητα για την υποστήριξη της. Το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, το επίσημο επιστημονικό περιοδικό της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος εισέρχεται στο δεύτερο χρόνο λειτουργίας του. Στα πλαίσια της συνεχούς του αναβάθμισης με την ταυτόχρονη έκδοση του νέου Τεύχους (Τόμος II, Τεύχος I, Ιανουάριος - Φεβρουάριος - Μάρτιος 2009) δημιουργήσαμε ένα πρότυπο ειδικό ιστοχώρο στην ηλεκτρονική διεύθυνση: www.nursingjournal.gr στον οποίο όλα τα τεύχη του επιστημονικού περιοδικού από την αρχή λειτουργίας του έως σήμερα θα είναι διαθέσιμα δωρεάν σε όλους τους νοσηλευτές της χώρας που είναι μέλη στην Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδας. Σε αυτό το πλαίσιο και λόγω της διεθνούς του διάστασης θα υπάρχει και αντίστοιχη αγγλική έκδοση της ιστοσελίδας.

Το Περιοδικό παραμένει πιστό στους πρωταρχικούς του 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

και δεσμεύεται σε μία συνεχή προσπάθεια ποιοτικής αναβάθμισης και προώθησης της Νοσηλευτικής Επιστήμης στην Ελλάδα.

Διερεύνηση Γνώσεων, Στάσεων και Αντιλήψεων Φοιτητών Σχολών Επαγγελματιών Υγείας σε σχέση με το AIDS

Μαριάννα Διομήδους, MD PhD λέκτορας Επιδημιολογίας¹,
Δημήτρης Ζήκος, RN PhD¹,
Ευφροσύνη Τζιμογιάννη MSc¹

1. Εργαστήριο Επιδημιολογίας, τμήμα Νοσηλευτικής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στη διερεύνηση του επιπέδου γνώσεων και αντιλήψεων των φοιτητών σχολών Επαγγελματιών Υγείας του Πανεπιστημίου Αθηνών αναφορικά με παραμέτρους για τη νόσο του AIDS καθώς και τις απόψεις τους για τη στάση της πολιτείας. Η μελέτη αφορά σε πληθυσμό που απαρτίζεται από μελλοντικούς επιστήμονες υγείας, στοιχείο που έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, αφού τόσο οι γνώσεις που παρέχονται στις σπουδές, όσο και η εξοικείωση με ασθενείς κατά την κλινική άσκηση των ενδέχεται να αποτελούν παράγοντες που συμβάλλουν στην ευαισθητοποίηση του δείγματος απέναντι στη νόσο. **Υλικό και μέθοδος:** Η μελέτη πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ερωτηματολογίου που περιλαμβάνει 4 ενότητες σε σχέση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, την αυτοαξιολόγηση γνώσεων για διάφορες παραμέτρους της νόσου, τις σεξουαλικές συνήθειες και τις αντιλήψεις για τη νόσο του AIDS. Το δείγμα απαρτίζεται από 200 φοιτητές και φοιτήτριες Σχολών Επαγγελματιών Υγείας του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Αποτελέσματα: Επιχειρώντας να σκιαγραφηθεί το προφίλ των γνώσεων, στάσεων και αντιλήψεων των φοιτητών σχολών επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα φαίνεται ότι αυτοί έχουν ικανοποιητικές γνώσεις γύρω από τον τρόπο μετάδοσης της νόσου, την έκβαση και τις κοινωνικές συνέπειες αυτής, αλλά όχι όσον αφορά την αντιμετώπιση της νόσου και κυρίως τα κλινικά συμπτώματα και τα εργαστηριακά ευρήματα. Σχεδόν όλοι οι ερωτηθέντες ανέφεραν υγιή σεξουαλική συμπεριφορά και χρήση προφυλακτικών μέτρων. Οι μελλοντικοί τέλος επαγγελματίες υγείας σε γενικές γραμμές θα αποδέχονταν τους φορείς HIV και νόσουντες με AIDS τόσο στην οικογένειά τους όσο και στο ευρύτερο φιλικό τους περιβάλλον, ενώ αντίθετα, κατά την εργασία τους στο νοσοκομείο θα ήταν διστακτικοί στο να περιθάλψουν ασθενή με AIDS.

Συμπεράσματα: σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης καθώς και άλλων συναφών ερευνών, φαίνεται ότι υπάρχει ανάγκη κυρίως από την πλευρά της πολιτείας για λήψη μέτρων πρόληψης για τη νόσο και συστηματικών μέτρων ενημέρωσης, τόσο του γενικού πληθυσμού, αλλά και του νεανικού πληθυσμού, αλλά και ειδικών ομάδων πληθυσμού ιδιαίτερα των επαγγελματιών υγείας, που είναι οι κατ'εξοκί αρμόδιοι για την αντιμετώπιση και αναχαίτιση της υπάρχουσας επιδημίας του AIDS.

Λέξεις-κλειδιά: AIDS, HIV, γνώσεις, στάσεις, αντιλήψεις, σπουδαστές επαγγελματιών υγείας,

Εισαγωγή

Επιδημιολογία

Η λοίμωξη από τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV) αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες απειλές για τη Δημόσια Υγεία σε παγκόσμια κλίμακα. Με βάση τα πλέον πρόσφατα επιδημιολογικά δεδομένα για το 2006 ο συνολικός αριθμός φορέων ανέρχεται παγκοσμίως στα 39,5 εκατομμύρια εκ των οποίων τα 37,2 εκατομμύρια είναι ενήλικες και τα 2,3 εκατομμύρια, παιδιά κάτω των 15 ετών (WHO, 2006).

Στην Ελλάδα σημειώνεται ανησυχητική έξαρση του ιού του AIDS τα τελευταία χρόνια. Συγκεκριμένα, στους πρώτους δέκα μήνες του 2008 δηλώθηκαν στο Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Λοιμωδών Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠ.ΝΟ.) ως HIV οροθετικά άτομα 410 άνδρες και 82 γυναίκες. Κατά την ίδια περίοδο, ο αριθμός των δηλωθέντων κρουσμάτων της νόσου ήταν 48 και 7 αντίστοιχα (UNAIDS, 2006). Ο κυρίαρχος τρόπος μετάδοσης είναι η σεξουαλική επαφή μεταξύ αντρών (51,3%) και ακολουθεί η ετεροφυλοφιλική επαφή σε ποσοστό 13,3% με κυρίαρχη ηλικιακά ομάδα τη στιγμή της δήλωσης για τους άρρενες τα 30-34 έτη (19,9%) και για τις γυναίκες τα 25-29 έτη (22,5%) (ΚΕΕΛΠ.ΝΟ., 2006). Χαρακτηριστικό είναι ότι σύμφωνα με το ΚΕΕΛΠ.ΝΟ., 1 στα 3 περιστατικά στους άνδρες και 1 στα 2 στις γυναίκες αφορούν τους ακαθόριστους τρόπους μετάδοσης.

Ο συνολικός αριθμός των HIV οροθετικών ατόμων ξεπερνάει τις 8 χιλιάδες στην Ελλάδα, με τους άρρενες να υπερτερούν από πλευράς ποσοστού (79,9%) και κυρίαρχο τρόπο μετάδοσης τη σεξουαλική επαφή με άλλους άρρενες (46,3%). Διαχρονικά η τάση της επιδημίας ήταν αυξητική τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Όμως από το 2000, ο αριθμός των δηλωθέντων νέων μολύνσεων μειώνεται, τάση που συνεχίζεται μέχρι το 2002 για να παρουσιάσει αύξηση τα επόμενα χρόνια (ΚΕΕΛΠ.ΝΟ., 2006).

Μετά τα μέσα του '90 η αναλογία των ομοφυλόφιλων στο σύνολο των οροθετικών παρουσίασε ελαφρά μείωση, ακολουθώντας σταθεροποιήθηκε αλλά παραμένει ο κύριος πληθυσμός μεταξύ των οροθετικών ατόμων. Απεναντίας, η ετεροφυλοφιλική επαφή αυξήθηκε σταθερά και αποτελεί μία συνήθη οδό για την εξάπλωση του HIV/AIDS στα πρόσφατα χρόνια (Δαρδαβέσης, 2005), (Τσαντές, 2005). Οι μετανάστες από τις περιοχές της Υποσαχάριας Αφρικής και της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης είναι οι πιο συνηθισμένες περιπτώσεις σε αυτή την κατηγορία (Νικολόπουλος, 2005). Πάντως, το ποσοστό μετάδοσης μεταξύ χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών παραμένει διαχρονικά στην Ελλάδα αναλογικά χαμηλότερο σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης (ΚΕΕΛΠ.ΝΟ., 2006). Οι επιστήμονες αναφέρουν ότι η ραγδαία αύξηση κρουσμάτων στη χώρα μας οφείλεται στην αλλαγή της σεξουαλικής συμπεριφοράς, με περισσότερες εναλλαγές συντρόφων καθώς και στη μη χρήση προφυλάξης από πολλά ζευγάρια. Το πρόβλημα επιδεινώνεται από την εισροή μεταναστών από κράτη με υποβαθμισμένα συστήματα υγείας (UNAIDS, 2006)

Σε παγκόσμια κλίμακα, οι εν ζωή οροθετικοί για το 2008 ανέρχονται στα 39,5 εκ των οποίων 70% ήταν άρρενες. Το 38,3% αφορούσε άρρενες που έχουν σεξουαλικές επαφές με άλλους άρρενες ενώ στο 46,7% των περιπτώσεων η μετάδοση είχε γίνει μέσω της ετεροφυλοφιλικής σεξουαλικής επαφής.

Η πλειονότητα των νέων περιπτώσεων αφορά ηλικίες μεγαλύτερες των 35 ετών κατά τη διάγνωση.

Γνώσεις, στάσεις και αντιλήψεις για το AIDS στην Ελλάδα

Αρκετές είναι οι μελέτες που διερευνούν τις στάσεις, γνώσεις και αντιλήψεις απέναντι στη νόσο του AIDS. Ως προς τις αντιλήψεις, τα πρώτα έτη εμφάνισης της νόσου στην Ελλάδα διαφαίνεται μία ρατσιστική διάθεση απέναντι στους φορείς και ασθενείς με AIDS. Χαρακτηριστικά, κατά το ακαδημαϊκό έτος 1993-1994 πραγματοποιήθηκε μελέτη από τους Γρηγοριάδου και συν με στόχο τη διερεύνηση των αντιλήψεων των σπουδαστών απέναντι στη νόσο (Γρηγοριάδου, 1995). Υλικό της μελέτης αποτέλεσαν 720 σπουδαστές του ΟΑΕΔ, ηλικίας 18-28 ετών. Διαπιστώθηκε ότι μεγάλο ποσοστό ανδρών και γυναικών έχουν ρατσιστικά αισθήματα απέναντι στους φορείς και ασθενείς με AIDS. Συγκεκριμένα, 24,8% δηλώνει αρνητικό στο μέτρο του απορρήτου για τους εξεταζόμενους, 27,1% πιστεύει ότι οι φορείς και οι πάσχοντες πρέπει να απομονώνονται και το 15,13% αισθάνεται απέχθεια και αδιαφορία για αυτούς. Θετικό ωστόσο αποτελεί το γεγονός ότι το 94,5% θεωρεί ότι τα άτομα αυτά αξίζουν τη συμπαράσταση της πολιτείας και ότι το 81% νιώθει συμπόνια για φορείς και νοσούντες. Αντίστοιχα ήταν και τα αποτελέσματα μελέτης που πραγματοποιήθηκε 3 χρόνια μετά από τους Μεράκου και συν (Μεράκου, 2002). Υλικό αυτής της μελέτης αποτέλεσαν 702 σπουδαστές, ηλικίας 15-20 ετών, από 13 Τεχνολογικά Επαγγελματικά Εκπαιδευτήρια στην ευρύτερη περιοχή των Αθηνών, το 1997. 89,65% θεωρούν το AIDS ως απειλή για την κοινωνία και το 31,75% θα ένωθε ντροπή αν διαπίστωνε ότι είναι φορέας. Ωστόσο το 76,55% θα συνέχιζε να συναναστρέφεται με φορέα HIV. Σχετική μελέτη πραγματοποιήθηκε αργότερα από την Σαπουντζή-Κρέπια και συν (2000). Υλικό της μελέτης αποτέλεσαν 320 σπουδαστές από δύο σχολές του ΤΕΙ Αθήνας, τη Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Π.) και τη Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας (Σ.Δ.Ο.), ηλικίας 18-30 ετών. Διαπιστώθηκε απροθυμία ως προς την παροχή φροντίδας σε φορείς και νοσούντες. Συγκεκριμένα, για την παροχή φροντίδας το 44,58% απάντησε καταφατικά, ενώ το 53,03% απάντησε «δεν ξέρω/ίσως». Καταφατική απάντηση έδωσε επίσης το 63,64% των ανδρών σπουδαστών της ΣΕΥΠ και μόνο το 47,48% των γυναικών της σχολής, γεγονός το οποίο προκαλεί προβληματισμό. Όσον αφορά στη φοίτηση φορέα HIV στο τμήμα, το 76,6% του δείγματος προτείνει συνέχιση των σπουδών, ενώ το 21% προτείνει φοίτηση υπό όρους. Το 58,86% απάντησε ότι θα διέκοπτε τη σεξουαλική επαφή με τον/τη σύντροφο εφόσον μάθαινε ότι αυτός/ή είναι φορέας της νόσου, ενώ το 34,12% δεν ξέριε πως θα ενεργούσε. Τέλος αναφορικά με την παροχή βοήθειας σε φίλους, οι γυναίκες και των δύο σχολών δήλωσαν ότι θα την παρείχαν σε μεγαλύτερο ποσοστό από τους άντρες συμφοιτητές τους. Ενδιαφέρον παρουσιάζουν και οι απόψεις των μεταναστών για τους φορείς και νοσούντες με AIDS οι οποίες διερευνήθηκαν από τους Καμπούρα-Νιφλή και συν (2000). Πιο ειδικά, την περίοδο Δεκέμβρη 1999 - Απρίλη 2000, διεξήχθη στη Λάρισα μελέτη μεταξύ 100 γυναικών αλβανικής και 100 βουλγαρικής υπηκοότητας, ηλικίας 17-48 ετών. Το 59,5% δήλωσε αδιάφορο για τους φορείς και το 27% δήλωσε ότι θα εγκα-

τέλειπε τον ερωτικό της σύντροφο σε περίπτωση που αυτός ήταν φορέας. Τέλος, σε πρόσφατη έρευνα σε αντιπροσωπευτικό δείγμα πληθυσμού ηλικίας 10 με 65 ετών διαφαίνεται μια διαφοροποίηση των αντιλήψεων (Κατσιαρδάνης, 2006). Συγκεκριμένα, το 80% των ερωτηθέντων πιστεύει ότι οι πάσχοντες θα πρέπει να είναι ενταγμένοι στην κοινωνία και όχι απομονωμένοι. Εντούτοις, το 10% δηλώνει ότι υπήρχε συμμαθητής του παιδιού του που έπασχε από AIDS, θα άλλαζε στο παιδί του σχολείο ή τάξη, ενώ αντίστοιχο ποσοστό αδυνατεί να απαντήσει.

Οι αντιλήψεις για τη νόσο ενδεχομένως να επηρεάζονται από τις σχετικές γνώσεις. Το επίπεδο γνώσεων αναφορικά με τη νόσο έχει απασχολήσει σε μεγάλο βαθμό την επιστημονική κοινότητα. Στην προαναφερθείσα μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 13 Τεχνολογικά Επαγγελματικά Εκπαιδευτήρια των Αθηνών (Μεράκου, 2002) διαπίστωσαν ότι οι σχετικές με τη νόσο γνώσεις ήταν επαρκείς καθώς το 72% των ερωτήσεων που αναφέρονται στο επίπεδο γνώσεων για το AIDS απαντήθηκαν σωστά, παρόλο που μόνο το 43,15% των σπουδαστών θεώρησε το επίπεδο γνώσεών του για το HIV/AIDS ικανοποιητικό. Ως προς τη σεξουαλική συμπεριφορά, ανησυχητικό ήταν το γεγονός ότι το 30% περίπου υποψιαζόταν ότι έχει μολυνθεί λόγω μη ασφαλούς ερωτικής συμπεριφοράς στο παρελθόν, κυρίως άρρηνες και ότι το 41,9% των αγοριών διατηρούσαν σχέσεις με περιστασιακούς συντρόφους. Στα ευρήματα της έρευνας εντάσσονται η ευρεία χρήση προφυλακτικού με ποσοστά 80,9% για τα αγόρια και 56,7% για τα κορίτσια όπως και τα υψηλά ποσοστά, (64,8%) των κοριτσιών που δεν είχαν ακόμα ξεκινήσει σεξουαλικές επαφές. Οι παράγοντες που ταυτοποιήθηκαν ως σημαντικά συσχετιζόμενοι με το επίπεδο γνώσεων για τη νόσο, ήταν η ηλικία, το φύλο, οι σχολικοί βαθμοί και η θρησκευτικότητα. Αναφορικά με τις γνώσεις των μεταναστριών για το AIDS και τη σεξουαλική τους συμπεριφορά, στην προαναφερθείσα έρευνα (Καμπουρά-Νίφλη, 2000), η σεξουαλική ζωή της πλειοψηφίας χαρακτηρίστηκε έντονη, μονογαμική, από χρήση προφυλακτικού μόνο για την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και από αδιαφορία για τον κίνδυνο νόσησης από τα σεξουαλικά νοσήματα. Ανάλογες έρευνες διεξήχθησαν τα επόμενα χρόνια με επίκεντρο το γενικό πληθυσμό όπως η έρευνα των Καμπουράκη και συν (2006). Υλικό αποτέλεσαν οι επισκέπτες της έκθεσης «HELEXPO ΠΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ» το 2006 και οι ομάδες σχολείων για τα οποία οργανώθηκε σεμινάριο ενημέρωσης για το HIV/AIDS. Μοιράστηκαν 171 ερωτηματολόγια σε άτομα ηλικίας 16-41 ετών. Τα αποτελέσματα δεν ήταν ιδιαίτερα ενθαρρυντικά καθώς το 19,23% δήλωσε ότι σπάνια χρησιμοποιεί προφυλακτικό κατά τη σεξουαλική επαφή. Ως αιτία μη χρήσης του προφυλακτικού, το 51,4% αναφέρει την ύπαρξη μόνιμου δεσμού. Πάντα δηλώνει ότι χρησιμοποιεί προφυλακτικό μόνο το 63,6% των αποφοίτων γυμνασίου. Στο δείγμα που εξετάστηκε αυτό αντιστοιχεί κυρίως σε μαθητές αφού το 71,4% των ατόμων ηλικίας μικρότερης των 18 ετών δηλώνει επίσης ότι χρησιμοποιεί πάντα προφυλακτικό. Εντυπωσιακή είναι η εκτίμηση γνώσεων για τα λοιμώδη αφού τα άτομα ηλικίας ≤ 18 ετών αναγνωρίζουν σε μικρότερο ποσοστό βασικά Σ.Μ.Ν. ενώ το ποσοστό των ατόμων

που έχουν αντίστοιχα καλύτερη γνώση είναι ηλικίας 26-35 ετών. Παρόμοια αποτελέσματα παρουσιάζει μελέτη σε αντιπροσωπευτικό δείγμα πληθυσμού ηλικίας μεταξύ 10 και 65 ετών (Κατσιαρδάνης, 2006) όπου διαπιστώνεται ελλιπής γνώση για τους τρόπους μετάδοσης. Ενδεικτικά, το 15% δε γνωρίζει ότι ο ιός μπορεί να μεταδοθεί από την πάσχουσα μητέρα στο παιδί ενώ 30% νομίζει ότι ο ιός μπορεί να μεταδοθεί με τα κουνούπια και αντίστοιχο ποσοστό δεν πιστεύει ότι ο ιός μεταδίδεται μέσω κοινής χρήσης οδοντόβουρτσας. Σε αντιστοιχία με τις παραπάνω έρευνες είναι η έρευνα των Δετοράκη και συν (2006). Η έρευνα διεξήχθη το 2006 όπου συμπληρώθηκαν 600 ανώνυμα ερωτηματολόγια κλειστού τύπου (300 από ενήλικες ηλικίας 26-55 ετών και 300 από σπουδαστές Α.Τ.Ε.Ι. ηλικίας 18-25 ετών). Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος ήταν σπουδαστές 18-25 ετών (67,8%) ενώ οι ενήλικες 26-55 ετών (30,5%). Περισσότεροι σπουδαστές απ' ότι ενήλικες δηλώνουν ενήμεροι στο θέμα του AIDS ($p < 0,05$). Οι σπουδαστές χρησιμοποιούν σε μεγαλύτερο ποσοστό (58,8%) έναντι των ενηλίκων (48,8%) προφυλακτικό σε κάθε σεξουαλική επαφή. Το σύνολο του δείγματος απαντά ότι σε μεγάλο βαθμό δεν επιθυμεί να ενημερωθεί για τους τρόπους μετάδοσης του AIDS, ούτε για τους τρόπους προφύλαξης (ενήλικες 89%, σπουδαστές 72%) ενώ λίγο περισσότεροι σπουδαστές απ' ότι ενήλικες (45,2% με 35,1%) θα ήθελαν να ενημερωθούν για το τεστ. Η αίσθηση του κινδύνου σχετικά με τη μόλυνση από τον ιό διαφέρει ανάλογα με το εάν πρόκειται για ενήλικους ή σπουδαστές, με τους πρώτους να πιστεύουν ότι ο κίνδυνος είναι γενικά χαμηλός και τους σπουδαστές πιο επιφυλακτικούς. Περισσότεροι σπουδαστές (72,5%) σε σχέση με τους ενήλικες (64,1%) δήλωσαν ότι έχουν διαβάσει σχετικό διαφημιστικό υλικό ενώ τόσο οι σπουδαστές όσο και οι ενήλικες χαρακτηρίζουν την πρόληψη του AIDS ανεπαρκή έως λίγο ικανοποιητική. Υψηλό ποσοστό αδιαφορίας για την ενημέρωση στο θέμα του AIDS παρατηρήθηκε τόσο από τους σπουδαστές όσο και από ενήλικους κατοίκους της πόλης των Πατρών με τους πρώτους ελαφρά ενημερωμένους σε σχέση με την δεύτερη ομάδα. Τα αποτελέσματα θεωρούνται ότι είναι ενδεικτικά της πλημелούς ενημέρωσης. Στο πνεύμα των παραπάνω ερευνών κινούνται και τα ευρήματα άλλης μελέτης (Μπότση, 2006), σχετικά με τους καλούντες, συνολικά 376, την τηλεφωνική γραμμή (hotline) του προγράμματος «ΛΑΪΣ», από την περίοδο έναρξης της λειτουργίας της (καλοκαίρι του 2004) μέχρι την αντίστοιχη περίοδο του 2006. Όσον αφορά στο λόγο κλήσης αυτός κατανέμεται ισόποσα στην παροχή πληροφοριών (N=189) ή για να αναφέρουν πιθανή έκθεση σε ΣΜΝ (N=187). Και τα 187 άτομα που κάλεσαν για να αναφέρουν για την πηγή έκθεσής τους, αυτή προήλθε από σεξουαλική επαφή. Το 37% δηλώνει ότι δεν έκανε χρήση προφυλακτικού. Ο συνδυασμός ηλικιακής κατηγορίας και πηγής έκθεσης παρουσιάζει υψηλά ποσοστά για το HIV/AIDS για άτομα ηλικίας άνω των 29 ετών, ενώ το 8% αυτών που είχαν εν γνώσει τους επαφή με οροθετικό άτομο δεν χρησιμοποίησαν προφυλακτικό καθώς και το 37% όσων είχαν πρωκτική επαφή. Τέλος σχετική έρευνα πραγματοποιήθηκε σε επαγγελματίες υγείας από τους Αναστασίου και συν (2006). Μοιράστηκαν 100 ερωτηματο-

λόγια σε ιατρονοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό, καθώς επίσης και σε συνοδούς παιδιών νοσηλευόμενων ή προσκομισθέντων στα Εξωτερικά Ιατρεία, ηλικίας 10-65 ετών. Διαπιστώθηκε ότι υπάρχει ακόμη και σήμερα μεγάλο ποσοστό ατόμων που έχουν άγνοια για την επιδημιολογία, τον επιπολασμό και τους τρόπους μετάδοσης του ιού καθώς και ότι η άγνοια σχετίζεται ισχυρά και στατιστικά σημαντικά με το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο των ατόμων. Ένα υψηλό ποσοστό, 2 στους 3 συμμετέχοντες, συμπεριλαμβανομένων και ατόμων με υψηλό μορφωτικό επίπεδο, συγχέει την μολυ-

σματικότητα με τη σοβαρότητα των επιπτώσεων της νόσου και θεωρεί τον HIV μολυσματικότερο από τον ιό της Ηπατίτιδας Β (61%). Το 95% αναφέρει τη σεξουαλική μετάδοση ως κύριο τρόπο μετάδοσης, ενώ όσον αφορά την ανίχνευση του ιού στα βιολογικά υγρά απαντά σωστά μόνο το 94%. Εν κατακλείδι, στη μελέτη παρουσιάζεται ελλείψεις γνώσεις, γεγονός το οποίο αναδεικνύει τη μη αποτελεσματική δραστηριοποίηση των αρμόδιων οργάνων στο θέμα της σεξουαλικής αγωγής και της ενημέρωσης- πρόληψης για το AIDS.

Σκοπός

Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στη διερεύνηση του επιπέδου γνώσεων και αντιλήψεων των φοιτητών σχολών Επαγγελματιών Υγείας του Πανεπιστημίου Αθηνών αναφορικά με παραμέτρους για τη νόσο του AIDS καθώς και τις απόψεις τους για τη στάση της πολιτείας. Η μελέτη αφορά σε πληθυσμό που απαρτίζεται από μελλοντικούς επιστή-

μονες υγείας, στοιχείο που έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, αφού τόσο οι γνώσεις που παρέχονται στις σπουδές, όσο και η εξοικείωση με ασθενείς κατά την κλινική άσκηση των φοιτητών ενδέχεται να αποτελούν παράγοντες που συμβάλλουν στην ευαισθητοποίηση του δείγματος απέναντι στη νόσο.

Υλικό & Μέθοδος

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο περιέχει 4 ενότητες ερωτημάτων. Η πρώτη ενότητα αφορά στα δημογραφικά στοιχεία. Συγκεκριμένα η ενότητα περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με την ηλικία, το φύλο, τον τόπο καταγωγής, το μορφωτικό επίπεδο, το επάγγελμα των γονέων, την οικογενειακή κατάσταση των ιδίων και των γονέων και το μορφωτικό επίπεδο των γονέων.

Η δεύτερη ενότητα αφορά ερωτήσεις στις οποίες οι συμμετέχοντες καλούνται να αυτοαξιολογήσουν το επίπεδο γνώσεων για τη νόσο. Η Τρίτη ενότητα αφορά τις σεξουαλικές συνήθειες των ερωτηθέντων.

Η τέταρτη ενότητα αναφέρεται στις αντιλήψεις για τη νόσο. Συγκεκριμένα διερευνάται ο βαθμός αποδοχής φορέων/νοσοούντων μελών της οικογένειας, φιλικού περιβάλλοντος, καθώς και το αν ως επαγγελματίες υγείας θα περιθάλπταν ασθενείς με AIDS. Τέλος, η πέμπτη ενότητα αξιολογεί τις αντιλήψεις αναφορικά τη στάση και τις πρωτοβουλίες της πολιτείας.

Το ερωτηματολόγιο δόθηκε σε 200 προπτυχιακούς και μεταπτυχιακούς φοιτητές του Πανεπιστημίου Αθηνών. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο SPSS, έκδοση 13.

Αποτελέσματα

Η μέση ηλικία του δείγματος είναι τα 22 έτη, με ελάχιστη τιμή τα 18 έτη και μέγιστη τα 42 έτη (τυπική απόκλιση=4). Το 79% του δείγματος (N=158) είναι γυναίκες και το 21% (N=42) άρρενες. Αναφορικά με τον τόπο καταγωγής του δείγματος, το 27,1% κατάγονται από την Αθήνα και τα προάστειά της (N=52), το 7,3% από τη Θεσσαλονίκη (N=14), το 3,1% από την Πάτρα (N=6), το 34,4% από άλλη μικρότερη πόλη (N=66), το 17,7% από επαρχιακή μη αστική περιοχή (N=34) και τέλος το 10,4% (N=20) εκτός Ελλάδας. Αναφορικά με το επάγγελμα του πατέρα, το 15,5% είναι δημόσιοι υπάλληλοι (N=30), 13,4% ιδιωτικοί υπάλληλοι (N=26), 29,9% ελεύθεροι επαγγελματίες (N=58), 8,2% αγρότες (N=16), 6,2% είναι ιατροί/επαγγελματίες υγείας (N=12), 9,3% εκπαιδευτικοί (N=18), 3,1% στρατιωτικοί (N=6), 4,1% εργάτες (N=8).

Η πλειονότητα των μητέρων του δείγματος ασχολούνται με οικιακά (43,8%, N=84), επαγγέλλονται δημόσιοι υπάλληλοι στο 8,3% των περιπτώσεων (N=16), ιδιωτικοί υπάλληλοι σε ποσοστό 13,5% (N=26), ελεύθεροι επαγγελματίες σε ποσοστό 10,4% (N=20), ιατροί/επαγγελματίες υγείας σε ποσοστό 8,3% (N=16), εκπαιδευτικοί σε ποσοστό 7,3% (N=14), εργάτριες σε ποσοστό 2,1% (N=4) και συνταξιούχοι

6,3% (N=12).

Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση του δείγματος, το 98% είναι άγαμοι και μόλις 2% έγγαμοι, αναμενόμενο στοιχείο λόγω του νεαρού της ηλικίας του δείγματος. Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση των γονέων του δείγματος, το 89,8% (N=176) είναι έγγαμοι, 6,1% (N=12) διαζευγμένοι και 4,1% (N=8) χήρες/οι. Σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο του πατρός, το 21,4% είναι απόφοιτοι Δημοτικού (N=42), 7,1% απόφοιτοι Γυμνασίου (N=14), 27,6% απόφοιτοι Λυκείου/ΤΕΕ (N=54), 11,2% απόφοιτοι ΤΕΙ (N=22) και 32,7% (N=64) απόφοιτοι ΑΕΙ. Σχετικά τέλος με το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας, το 14,1% είναι απόφοιτοι Δημοτικού (N=28), 15,2% απόφοιτοι Γυμνασίου (N=30), 36,4% απόφοιτοι Λυκείου/ΤΕΕ (N=72), 13,1% απόφοιτοι ΤΕΙ (N=26) και 21,2% (N=42) απόφοιτοι ΑΕΙ.

Ενημέρωση για το AIDS

Αναφορικά με την αυτοαξιολόγηση του βαθμού ενημέρωσης για τον τρόπο μετάδοσης της νόσου το 5,1% (N=20) δήλωσε ελάχιστα ενήμερο για τον τρόπο μετάδοσης της νόσου, το 52% (N=104) αρκετά ενήμερο και το 42,9% πλή-

πως ενήμερο ενώ κανένας φοιτητής δε δήλωσε πλήρη άγνοια για τον τρόπο μετάδοσης του AIDS.

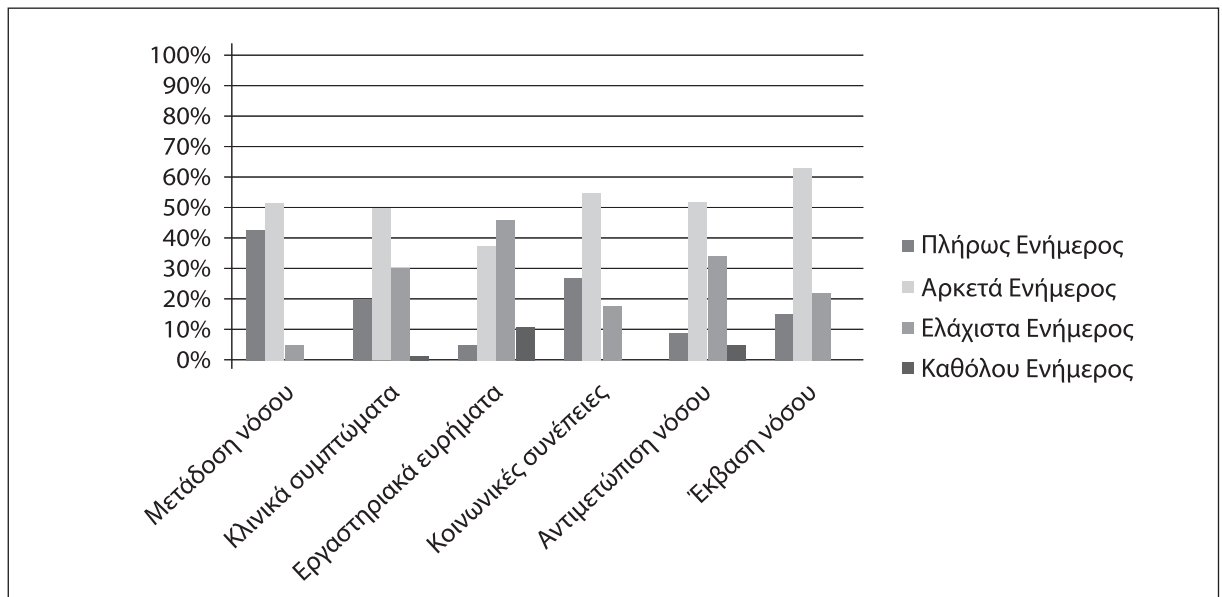
Αναφορικά με το βαθμό ενημέρωσης για τα κλινικά συμπτώματα της νόσου, ένα σημαντικό ποσοστό (30,3%, N=60) δήλωσε στο ερώτημα αυτό ότι είναι ελάχιστα ενήμερο, ενώ το 49,5% (N=98) και το 20,2% (N=40) δήλωσαν αρκετά και πλήρως ενήμεροι αντίστοιχα, ενώ για τα εργαστηριακά ευρήματα της νόσου, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι περισσότεροι από τους μισούς φοιτητές είναι λίγο ή και καθόλου ενήμεροι. Συγκεκριμένα, 11,1% δήλωσαν καθόλου ενήμεροι (N=22), 46,5% ελάχιστα ενήμεροι (N=92), 37,4% αρκετά ενήμεροι (N=74), ενώ μόλις το 5,1% (N=10) δήλωσαν πλήρως ενήμεροι για τα εργαστηριακά ευρήματα της νόσου. Αναφορικά με το βαθμό ενημέρωσής

τους για τις κοινωνικές συνέπειες της νόσου, το 27% δήλωσε πλήρως ενήμερο (N=54), το 55% αρκετά ενήμερο (N=110) και τέλος το 18% (N=36) δήλωσε ελάχιστα ενήμερο. Όσον αφορά το βαθμό ενημέρωσης τους για την αντιμετώπιση της νόσου, το 5% (N=10) του δείγματος δήλωσε καθόλου ενήμερο, το 34% (N=68) ελάχιστα ενήμερο, το 52% (N=104) αρκετά ενήμερο και τέλος το 9% (N=18) πλήρως ενήμερο. Η τελευταία ερώτηση της ενότητας αφορά στην αυτοαξιολόγηση των φοιτητών αναφορικά με την ενημέρωση που έχουν για την έκβαση της νόσου. Στην ερώτηση αυτή, το 22% των φοιτητών δήλωσαν ότι είναι ελάχιστα ενήμεροι (N=44), το 63% αρκετά ενήμεροι (N=126), το 15% πλήρως ενήμεροι (N=30) ενώ κανένας απολύτως δε δήλωσε πλήρη άγνοια.

Πίνακας 1: Αυτοαξιολόγηση γνώσεων για το AIDS

ΠΕΔΙΟ ΓΝΩΣΗΣ (αυτοαξιολόγηση ενημέρωσης)	Πλήρως Ενήμερος	Αρκετά Ενήμερος	Ελάχιστα Ενήμερος	Καθόλου Ενήμερος
Μετάδοση νόσου	42,9% (N=76)	52% (N=104)	5,1% (N=20)	-
Κλινικά συμπτώματα	20,2% (N=40)	49,5% (N=98)	30,3% (N=60)	1% (N=2)
Εργαστηριακά ευρήματα	5,1% (N=10)	37,4% (N=74)	46,5% (N=92)	11,1% (N=22)
Κοινωνικές συνέπειες	27% (N=54)	55% (N=110)	18% (N=36)	-
Αντιμετώπιση νόσου	9% (N=18)	52% (N=104)	34% (N=68)	5% (N=10)
Έκβαση νόσου	15% (N=30)	63% (N=126)	22% (N=44)	-

Σχήμα 1: αυτοαξιολόγηση γνώσεων για το AIDS



Συνήθειες

Αναφορικά με τη χρήση προφυλακτικού κατά την ερωτική πράξη, το 74,2% δήλωσε ότι το χρησιμοποιεί πάντα (N=144), 21,6% μερικές φορές (N=42) και μόλις 4,2% σπάνια ή ποτέ (N=8). Μόλις 10 άτομα δήλωσαν ότι κάνουν χρήση άλλων μέτρων προφύλαξης, εκ των οποίων

οι 6 ανέφεραν χρήση αντιουλληπτικών και 4 απομάκρυνση κατά την ερωτική πράξη. Σχετικά με το αριθμό ερωτικών συντρόφων κατά το τελευταίο έτος, το 19,2% δήλωσε ότι δεν είχε κανέναν ερωτικό σύντροφο, 66,7% έναν με δύο (N=132), 10,1% τρεις με πέντε (N=20) και 4% πάνω από πέντε (N=8).

Αντιλήψεις

Στην ερώτηση αναφορικά με το βαθμό αποδοχής φορέα του AIDS στην οικογένεια, το 41% (N=82) απάντησαν ότι σίγουρα θα αποδέχονταν ένα τέτοιο άτομο, 49% (N=98) απάντησαν πως μάλλον θα τον αποδέχονταν, 8% (N=16) απάντησαν μάλλον όχι και μόλις 4 άτομα σίγουρα όχι. Όσον αφορά στο βαθμό αποδοχής ασθενούς από AIDS στην οικογένεια, το 39,4% (N=78) απάντησε ότι σίγουρα θα αποδέχονταν ένα τέτοιο άτομο, 41,4% (N=82) μάλλον θα τον αποδέχονταν, 14,1% (N=28) απάντησαν μάλλον όχι και 5,1% (N=10) σίγουρα όχι.

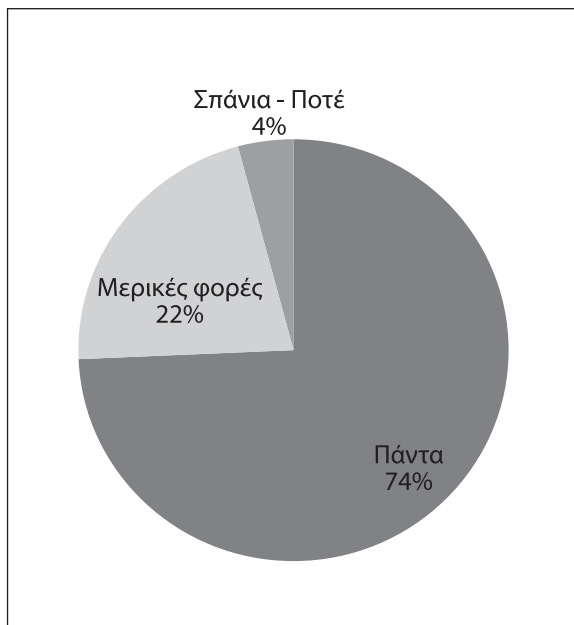
Στην ερώτηση αναφορικά με το βαθμό αποδοχής φορέα του AIDS στο φιλικό περιβάλλον, το 34% (N=68) απάντησε ότι σίγουρα θα αποδέχονταν ένα τέτοιο άτομο, 55% (N=110) απάντησε πως μάλλον θα τον αποδέχονταν, 10% (N=20) ότι μάλλον όχι και μόλις 2 άτομα σίγουρα όχι.

Όσον αφορά στο βαθμό αποδοχής νοσούντα από AIDS στο φιλικό περιβάλλον, το 29,9% (N=58) απάντησαν ότι σίγουρα θα αποδέχονταν ένα τέτοιο άτομο, 48,5% (N=94) απάντησαν πως μάλλον θα τον αποδέχονταν, 18,6% (N=36) απάντησαν μάλλον όχι και 3,1% (N=6) σίγουρα όχι.

Ενδιαφέροντα είναι τα αποτελέσματα της ερώτησης που διερευνά το αν ως εργαζόμενοι σε ένα νοσοκομείο και εφόσον τους δίνονταν η δυνατότητα να επιλέξουν θα δέχονταν να περιθάλψουν έναν ασθενή με AIDS. Το 33% μόνο (N=66) δήλωσε ότι σίγουρα θα τον περίθαλπε, 47% (N=94) δήλωσαν πως μάλλον ναι, 16% (N=32) πως μάλλον όχι, ενώ 4% (N=8) των ερωτηθέντων ήταν απάντησαν όχι.

Χαρακτηριστικά είναι τα αποτελέσματα της ερώτησης που διερευνά τις απόψεις των φοιτητών αναφορικά με τη

Σχήμα 2: Συχνότητα χρήσης προφυλακτικού



στάση της πολιτείας απέναντι στους φορείς/ ασθενείς με AIDS. Περισσότεροι από το 80% έδωσαν ως απάντηση αρνητικές έννοιες. Συγκεκριμένα 20,4% δηλώσαν ότι η στάση της πολιτείας είναι αδιάφορη, 18,3% ότι περιθωριοποιεί τους ασθενείς/φορείς, 16,1% ότι η στάση της πολιτείας είναι ανεπαρκής ενώ ποσοστό 19,4% χαρακτήρισε τη στάση της πολιτείας ως αρνητική.

Συμπεράσματα - Συζήτηση

Οι επαγγελματίες υγείας της παρούσας μελέτης φαίνεται ότι γνωρίζουν σε ικανοποιητικό βαθμό τις παραμέτρους σε σχέση με τον τρόπο μετάδοσης της νόσου του AIDS, ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό (5,1%) δηλώνει ελάχιστα ενήμερο. Αντίθετα, αναφορικά με τις γνώσεις για τα κλινικά συμπτώματα της νόσου, μόλις 1 στους 5 ερωτηθέντες δηλώνει πλήρως ενήμερο, με την πλειοψηφία να εμφανίζεται ως αρκετά ενήμερο. 1 στους 3, μάλιστα από τους φοιτητές σχολών επαγγελματιών υγείας αυτοαξιολογούν με χαμηλό σκορ τις γνώσεις τους γύρω από τα κλινικά συμπτώματα του AIDS. Ακόμα μεγαλύτερο είναι το ποσοστό που δηλώνει ότι είναι λίγο ή καθόλου ενήμερο για τα εργαστηριακά ευρήματα της νόσου, με τους μισούς από τους ερωτηθέντες να κατατάσσονται σε αυτές τις κατηγορίες. Σε σχέση με τις κοινωνικές συνέπειες του AIDS 4 στους 5 ερωτηθέντες δηλώνουν ότι είναι αρκετά ή πλήρως ενήμεροι ενώ για την αντιμετώπιση της νόσου σημαντικό ποσοστό των ερωτηθέντων (2 στους 5) αναφέρουν ότι είναι καθόλου ή ελάχιστα ενήμεροι. Το αντίστοιχο ποσοστό στην ερώτηση αυτοαξιολόγησης των γνώσεων για την έκβαση της νόσου είναι χαμηλότερο, αφού μόλις 1 στους 5 δηλώνει καθόλου ή ελάχιστα ενήμερος σχετικά.

Όσον αφορά στις σεξουαλικές συνήθειες του δείγμα-

τος, 3 στους 4 ερωτηθέντες χρησιμοποιούν πάντοτε προφυλακτικό κατά τη σεξουαλική επαφή, ενώ μόλις 4% δεν κάνει χρήση προφυλακτικού. Ελάχιστα (5%) είναι και τα άτομα που κάνουν χρήση διαφορετικών μεθόδων αντισύλληψης. Τα ποσοστά χρήσης προφυλακτικού είναι ιδιαίτερα υψηλά στο δείγμα, σε σχέση με άλλες μελέτες που διεξήχθησαν στον ελλαδικό χώρο. Συγκεκριμένα, σε σύγχρονη μελέτη του Δετοράκη και συν20 οι σπουδαστές της μελέτης χρησιμοποιούν προφυλακτικό σε ποσοστό 58,8%.

Οι αντιλήψεις των συμμετεχόντων στην έρευνα για τη δυνητική τους στάση απέναντι σε φορείς και νοσούντες καταγράφουν ότι σχεδόν το σύνολο των ερωτηθέντων (9 στους 10) θα δέχονταν φορέα του HIV στην οικογένειά τους. Μικρότερο είναι το ποσοστό αποδοχής ασθενή με AIDS στην οικογένεια (80,8%). Πανομοιότυπα είναι και τα αποτελέσματα όταν το ερώτημα αφορά το φιλικό περιβάλλον. Τα ευρήματα της μελέτης είναι συναφή με αντίστοιχη έρευνα στον ελλαδικό χώρο, η οποία όμως αφορά νεαρά άτομα μικρότερης ηλικίας που ανήκουν σε μη ειδική επαγγελματική ομάδα¹⁵ ενώ σε άλλη μελέτη¹⁸ αντίστοιχο ποσοστό γονέων (10%) θα άλλαζε το παιδί του τάξει/σχολείο αν υπήρχε σε αυτή μαθητής με τη νόσο. Ανησυχία προκαλεί το εύρημα ότι μόλις 1 στους 3 θα περιέθαλπε

οίγουρα ασθενή με AIDS στο νοσοκομείο, εφόσον είχε τη δυνατότητα να επιλέξει, γεγονός που αναδεικνύει υποβόσκουσα ύπαρξη κοινωνικού ρατσισμού για τα άτομα αυτά. Ενδεχομένως το χαμηλό αυτό ποσοστό να σχετίζεται με το φόβο μετάδοσης του ιού με τρύπημα, αλλά θα ήταν χρήσιμο να διερευνηθεί περαιτέρω ο λόγος που οδηγεί σε τέτοιες δυνητικές συμπεριφορές.

Σε σχέση με τις απόψεις των φοιτητών για τη στάση της πολιτείας απέναντι στους φορείς/ ασθενείς με AIDS, περισσότεροι από το 80% έδωσαν ως απάντηση αρνητικές έννοιες, με κυρίαρχο τον χαρακτηρισμό της στάσης της πολιτείας ως αδιάφορη, ανεπαρκή έως αρνητική. Σημαντικό ποσοστό χαρακτηρίζει μάλιστα τη στάση ως τέτοια που οδηγεί σε περιθωριοποίηση των ασθενών. Ως ανεπαρκής χαρακτηρίζεται από ιδιαίτερα ψηλό ποσοστό η στρατηγική πρόληψης της νόσου και σε δείγμα ενηλίκων

και πσουδαστών στα ΤΕΙ Πατρών.

Συνοψίζοντας, επιχειρώντας να σκιαγραφηθεί το προφίλ των γνώσεων, στάσεων και αντιλήψεων των φοιτητών σχολών επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα θα μπορούσε να πει κανείς ότι αυτοί έχουν ικανοποιητικές γνώσεις γύρω από τον τρόπο μετάδοσης της νόσου, την έκβαση και τις κοινωνικές συνέπειες αυτής, αλλά όχι όσον αφορά την αντιμετώπιση της νόσου και κυρίως τα κλινικά συμπτώματα και τα εργαστηριακά ευρήματα. Σχεδόν όλοι οι ερωτηθέντες ανέφεραν υγιή σεξουαλική συμπεριφορά και χρήση προφυλακτικών μέτρων. Οι μελλοντικοί τέλος επαγγελματίες υγείας σε γενικές γραμμές θα αποδέχονταν τους φορείς HIV και νόσους με AIDS τόσο στην οικογένειά τους όσο και στο ευρύτερο φιλικό τους περιβάλλον, ενώ αντίθετα, κατά την εργασία τους στο νοσοκομείο θα ήταν διστακτικοί στο να περιθάλψουν ασθενή με AIDS.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αναστασίου Α, Κατσιαρδάνης Κ, Κατσιαρδάνη ΚΠ και συν. (2006) Γνώσεις για την Επιδημιολογία-Μετάδοση Και Προφύλαξη Από Τον HIV, Σχολιασμός Απαντήσεων Αντιπροσωπευτικού Δείγματος. 18ο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS, Αθήνα 24-26 Νοεμβρίου 2006: 1.

Γρηγοριάδου Α, Ντούτσος Ι, Τυροδήμος Η. και συν. (1995) Στάση σπουδαστών του ΟΑΕΔ απέναντι στους φορείς και πάσχοντες από AIDS. Ελληνικά αρχεία AIDS 3(2): 146-150

Δαρδαβέσης Θ. (2005) Επιδημιολογική Ανάλυση της HIV Λοίμωξης. Δεδομένα από την Ελλάδα, τον Ευρωπαϊκό και το Διεθνή Χώρο. 17ο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS: 46

Δετοράκης Ι, Βασιβάνου Α, Γεωργιάδη Π και συν. (2006) Γνώσεις και συμπεριφορές ενηλίκων και σπουδαστών ΑΤΕΙ της πόλης των Πατρών απέναντι στο τεστ του AIDS. 18ο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS, Αθήνα 24-26 Νοεμβρίου 2006: 106

Καμπουρα-Νίφλη Ε, Νίφλη ΑΦ, Φιλίππου-Κυβέλου Φ και συν. (2000) Μετανάστριες: Γνώσεις, στάσεις και συμπεριφορές ως προς το AIDS και τα άλλα σεξουαλικά νοσήματα. Ελληνικά αρχεία AIDS 8 (4):291-297

Καμπουράκης Κ, Χωριανοπούλου Χ, Συργκάνη Χ και συν. (2006) Εκτίμηση στάσεων και γνώσεων γενικού πληθυσμού και μαθητών σε σχέση με τα μεταδιδόμενα νοσήματα & το HIV/AIDS. 18ο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS, Αθήνα 24-26 Νοεμβρίου 2006: 104

Κατσιαρδάνης Κ, Βλαχάκη-Ταβέλη Ε, Κατσιαρδάνη ΚΠ και συν. (2006) Γνώση - Συμπεριφορά και προκατάληψη απέναντι στο HIV. Αντιπροσωπευτικό δείγμα πληθυσμού απαντά σε ερωτήσεις. 18ο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS, Αθήνα 24-26 Νοεμβρίου 2006: 106

Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Δελτίο Επιδημιολογικής Επιτήρησης της HIV/AIDS Λοίμωξης στην Ελλάδα (2006) <<http://www.keelpno.gr>>

Μπότση Χ, Κουτσούμπος Φ, Καμπουράκης Κ και συν. (2006) Τηλεφωνική γραμμή ΛΑΪΣ: Δεδομένα του Προγράμματος Παρέμβασης /Πρόληψης για τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα & Το HIV/AIDS. 18ο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS, Αθήνα 24-26 Νοεμβρίου 2006: 58

Νικολόπουλος Γ, Τσιόρα Χ, Μακρή Ε και συν. (2005) Επιδημιολογικά δεδομένα της HIV λοίμωξης στην Ελλάδα σε άτομα αλλοδαπής εθνικότητας (1984-2005). 17ο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS: 67

Σαπουτζή-Κρέπια Δ, Ρούπα-Δαριβάκη Ζ, Δημητριάδου Α και συν. (2000) Στάσεις και προθέσεις συμπεριφοράς απέναντι σε φορείς HIV και ασθενείς με AIDS σπουδαστών του ΤΕΙ Αθήνας. Ελληνικά

αρχεία AIDS 8(1): 21-29

Joint United Nations Program on HIV/AIDS (2006). WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. <[http:// data.unaids.org/pub/EpiReport/2006/01-Front_Matter_2006_EpiUpdate_eng.pdf](http://data.unaids.org/pub/EpiReport/2006/01-Front_Matter_2006_EpiUpdate_eng.pdf)>

Merakou K, Costopoulos Ch, Marcopoulou J et al. (2002) Knowledge, attitudes and behaviour after 15 years of HIV/AIDS prevention in schools. European Journal of Public Health 12: 90-93.

Tsantes A, Nikolopoulos G, Masgala A et al. (2005) HIV Assessing the secular trends in the transmission of HIV in Greece. Sex Transm Infect 81:230-232.

Η Σημασία των Δεικτών Αξιολόγησης Θεραπευτικών Παρεμβάσεων, Λειτουργίας Υπηρεσιών Υγείας και Υγείας του Πληθυσμού, στο Σχεδιασμό Πολιτικής Υγείας

Μαρίνα Αντ. Ναούμ

Νοσηλεύτρια ΤΕ, Φοιτήτρια (επί διατριβή) στο πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών
«Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας», της Σχολής Κοινωνικών Επιστημών
Τμήμα: Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής - Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ανάγκη για αξιολόγηση στο χώρο της υγείας δημιουργήθηκε κυρίως λόγω της αμφισβητούμενης αποτελεσματικότητας πολλών θεραπευτικών παρεμβάσεων και υπηρεσιών υγείας, αλλά και οργανωτικών και διοικητικών ελλείψεων που οδηγούν σε απώλεια πόρων και σε διόγκωση των δαπανών για την υγεία. Με τον όρο «Αξιολόγηση», νοείται η εκτίμηση, με συστηματικό τρόπο, του βαθμού επίτευξης προσχεδιασμένων και προκαθορισμένων σκοπών και στόχων, σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, με αντικειμενικό σκοπό την επιβεβαίωση της επίτευξης των στόχων αυτών, καθώς και των μέσων και των διεργασιών που χρησιμοποιούνται για την επίτευξη αυτή. Η αξιολόγηση θεωρείται αναπόσπαστο και σημαντικό κομμάτι του σχεδιασμού, της οργάνωσης και της διοίκησης κάθε υπηρεσίας ή συστήματος υγείας. Στο άρθρο αυτό υπάρχει μία συνοπτική και συνθετική ανασκόπηση των δεικτών αξιολόγησης θεραπευτικών παρεμβάσεων, λειτουργίας υπηρεσιών υγείας και υγείας του πληθυσμού, στο σχεδιασμό πολιτικής υγείας, καθώς και ανάδειξη της κοινωνικής και πολιτικής διάστασης της αξιολόγησης. Τέλος διατυπώνονται προβληματισμοί και προτάσεις.

Λέξεις-κλειδιά: Αξιολόγηση, Αποδοτικότητα, Αποτελεσματικότητα, Ισότητα, Υγεία

Η αξιολόγηση στο Χώρο της Υγείας

Η αξιολόγηση θεωρείται αναπόσπαστο και σημαντικό κομμάτι του σχεδιασμού, της οργάνωσης και της διοίκησης κάθε υπηρεσίας ή συστήματος υγείας. Η αξιολόγηση στο χώρο της υγείας περιλαμβάνει δύο βασικούς τομείς: την αξιολόγηση των ιατρικών και νοσηλευτικών παρεμβάσεων και προγραμμάτων υγείας και την αξιολόγηση των επιμέρους υπηρεσιών υγείας ή των ευρύτερων συστημάτων υγείας (Τούντας Γ., 1999). Ως αξιολόγηση των υπηρεσιών και των συστημάτων υγείας μπορεί να οριστεί η εκτίμηση της λειτουργίας ενός

συστήματος υγείας ή των επιμέρους υπηρεσιών υγείας με βάση κάποια κριτήρια ως προς πρότυπα που διαμορφώνονται θεωρητικά ή εμπειρικά. Τα πρότυπα μπορεί να είναι είτε απόλυτα, είτε συγκριτικά. Στην πρώτη περίπτωση, η αξιολόγηση του συστήματος υγείας ή των υπηρεσιών υγείας και των παραγόμενων αποτελεσμάτων γίνεται με βάση τους προκαθορισμένους στόχους τους, ενώ στη δεύτερη περίπτωση η αξιολόγηση γίνεται ως προς ανάλογα συστήματα ή υπηρεσίες υγείας που θεωρούνται σημεία αναφοράς.

Επίπεδα Αξιολόγησης Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας

Οι υπηρεσίες και τα συστήματα υγείας μπορούν να αναλυθούν και να αξιολογηθούν σε διαφορετικά επίπεδα. Έχουν προταθεί διάφορες ταξινομήσεις για τα επίπεδα αυτά. Σύμφωνα με τον Donabedian, υπάρχουν τέσσερα επίπεδα αξιολόγησης στο χώρο της υγείας (Donabedian 2004).

Η αξιολόγηση των εισροών αποτιμά τους ανθρώπινους και υλικούς πόρους μιας υπηρεσίας υγείας. Αξιολογείται, δηλαδή, το προσωπικό, ο εξοπλισμός, οι εγκαταστάσεις, το κόστος, καθώς και οι άλλοι παράγοντες που καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό τη δομή και το περιε-

χόμενο μιας υπηρεσίας υγείας.

Η αξιολόγηση της διαδικασίας παροχής υπηρεσιών αναφέρεται στην αποτίμηση της οργάνωσης και της ποιότητας των «ενδιάμεσων» παρεχομένων υπηρεσιών. Η αξιολόγηση της ποιότητας αποτελεί έναν ταχέως αναπτυσσόμενο τομέα αξιολόγησης, που εντάσσεται στις διαδικασίες διασφάλισης και βελτίωσης της ποιότητας.

Η αξιολόγηση των ενδιάμεσων εκροών εκτιμά τη χρήση των υπηρεσιών υγείας (π.χ. νοσοκομειακών κρεβατιών, ιδιωτικών ή εξωτερικών ιατρείων) και τον όγκο του άμεσα παραγόμενου προϊόντος (π.χ. εργαστηριακών εξετάσεων, εμβολιασμών ή χειρουργικών επεμβάσεων). Οι ενδιάμεσες εκροές χρησιμοποιούνται ως μέτρο της αποτελεσματικότητας μιας υπηρεσίας υγείας σε πολλές περιπτώσεις, όπου είναι δύσκολη ή χρονοβόρα η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της. Η σχέση εισροών προς εκροές αποτελεί το μέτρο της αποδοτικότητας μιας υπηρεσίας.

Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων αποτελεί τον τελικό

στόχο της αξιολόγησης και αναφέρεται στις επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου ή του πληθυσμού. Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων μπορεί να πραγματοποιηθεί κατά τη διάρκεια λειτουργίας της υπηρεσίας ή αναδρομικά μετά από την ολοκλήρωση μιας περιόδου λειτουργίας της, όταν θα είναι πλέον εμφανείς οι επιπτώσεις στην υγεία. Με τη χρήση δεικτών νοσηρότητας και θνησιμότητας που προκύπτουν από σύνθετες επιδημιολογικές έρευνες πεδίου, τους δείκτες θνητότητας, τους πίνακες επιβίωσης, τις καμπύλες επιβίωσης, καθώς και με τη χρήση σύγχρονων δεικτών που μετρούν τη διάσταση της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, όπως είναι τα ερωτηματολόγια για τη μέτρηση της ποιότητας της ζωής που σχετίζεται με την υγεία, είναι δυνατή η συνεχής και συστηματική αξιολόγηση του επιπέδου υγείας. Ο συνδυασμός και των τεσσάρων επιπέδων αξιολόγησης με τη χρήση κατάλληλων δεικτών, μπορεί να οδηγήσει στην ολοκληρωμένη αποτίμηση μιας υπηρεσίας υγείας ή ενός συστήματος αλλά και στη εξαγωγή αξιόπιστων συμπερασμάτων.

Κριτήρια Απόδοσης Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας

Η αξιολόγηση των υπηρεσιών και συστημάτων υγείας, συνήθως συνδυάζει τις οπτικές διαφορετικών ομάδων που εμπλέκονται με την υγεία, όπως ασθενείς, προμηθευτές, ασφαλιστικοί οργανισμοί, κλπ. Κατά συνέπεια, η αξιολόγηση θα πρέπει να γίνεται όχι μόνο με απλή ανάλυση εισροών, διαδικασιών, εκροών και αποτελεσμάτων, αλλά απαιτείται μια σωστή και ισορροπημένη επιλογή **κατάλληλων μέτρων ή κριτηρίων απόδοσης**. Τα κριτήρια αποτελούν ποσοτικά προσδιορισμένες μεταβλητές, που αποτιμούν τομείς της λειτουργίας των υπηρεσιών και συστημάτων υγείας σε σχέση με κάποια αποδεκτά πρότυπα. Τα κριτήρια απόδοσης θα πρέπει να αφορούν στις εισροές, τις διαδικασίες, τις εκροές και τα τελικά αποτελέσματα και να εστιάζουν στους τομείς που ενδιαφέρουν περισσότερο τους εμπλεκόμενους φορείς. Τα κριτήρια αυτά, στη συνέχεια, αντιστοιχούνται με κατάλληλους δείκτες απόδοσης. Οι **δείκτες** με βάση τους οποίους διαμορφώνονται τα κριτήρια είναι ένας καθαρός αριθμός, που ορίζεται ως μια ποσοστιαία αναλογία συχνότητας ενός συγκεκριμένου γεγονότος (Moullin M., 2004).

Ο Cochrane υπήρξε ο πρώτος που ανέδειξε την ανάγκη αποτίμησης της κλινικής πρακτικής, με βάση τα κριτήρια της Ισότητας, Αποτελεσματικότητας, Αποδοτικότητας και της Ποιότητας (Cochrane, 1977).

Σύμφωνα με το Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ισότητα σημαίνει ισότιμη πρόσβαση και χρήση υπηρεσιών υγείας και ίδια ποιότητα φροντίδας των ασθενών, ανεξαρτήτως κοινωνικών, οικονομικών, φυλετικών, πολιτισμικών και άλλων παραγόντων. Η ισότητα αποτελεί Βασικό και κυρίως μέλημα της πολιτικής υγείας.

Ως αποτελεσματικότητα μιας υπηρεσίας ή ενός συστήματος υγείας ορίζεται ο βαθμός επίτευξης των στόχων που θέτει ο σχεδιασμός και ο προγραμματισμός τους. Επειδή όμως οι στόχοι άπτονται πολλών πεδίων (π.χ. ποιότητας, ισότητας, προσβασιμότητας), συνήθως ο όρος αναφέρεται στην κλινική αποτελεσματικότητα, δηλαδή στο βαθμό επίτευξης των στόχων των σχετικών με τα αποτελέσματα στην υγεία

του πληθυσμού (νοσηρότητα, θνητότητα, κλπ). Η αποτελεσματικότητα αποτελεί κυρίως μέλημα των άμεσων παραγωγών (Ιατρών και Νοσηλευτών).

Η αποδοτικότητα αξιολογεί τα αποτελέσματα μιας υπηρεσίας ή ενός συστήματος υγείας σε σχέση με τους πόρους -οικονομικούς, υλικούς και ανθρώπινους- που χρησιμοποιούνται. Η αποδοτικότητα αποτελεί βασικό ζητούμενο των διοικούντων των υπηρεσιών υγείας, σε αντίθεση με το βασικό στόχο των ασκούντων την φροντίδα υγείας, την αποτελεσματικότητα. Αυτό οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι το υψηλό κόστος της περίθαλψης συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με την έλλειψη αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας. Η αποδοτικότητα θεωρείται γενικά ότι είναι μέγιστη όταν μια δεδομένη ποσότητα προϊόντος παράγεται με το ελάχιστο δυνατό κόστος και στην καλύτερη δυνατή ποιότητα ή όταν με δεδομένο το κόστος παράγεται η μέγιστη ποσότητα προϊόντος. Στενά συνυφασμένη με την αποδοτικότητα είναι η παραγωγικότητα, που υπολογίζει το πηλίκο των αποτελεσμάτων προς τις εισροές, εκφραζόμενες σε ανθρωπόωρες, δίνοντας δηλαδή έμφαση στην αξία της ανθρώπινης εργασίας ως συντελεστή παραγωγής.

Σε επίπεδο υπηρεσίας ή συστήματος υγείας, η αποδοτικότητα συνήθως προσδιορίζεται από το λόγο εκροών / εισροών, όπου οι εκροές είναι είτε ενδιάμεσες είτε τελικές και οι εισροές είτε μετρώνται σε φυσικές μονάδες, είτε μετατρέπονται σε χρηματικές μονάδες και αναφέρονται ως κόστος. Παράδειγμα, κατά την αξιολόγηση ενός νοσοκομείου, οι εισροές συχνά περιλαμβάνουν το άμεσο κόστος λειτουργίας, το ανθρώπινο δυναμικό, τις διαθέσιμες κλίνες, ενώ στις ενδιάμεσες εκροές συμπεριλαμβάνονται ο αριθμός χειρουργικών ή εργαστηριακών πράξεων και ο αριθμός νοσηλευθέντων και στις τελικές εκροές η Βελτίωση των δεικτών νοσηρότητας ή θνησιμότητας.

Η έννοια της ποιότητας άλλοτε χρησιμοποιείται ως κριτήριο που εκφράζει το βαθμό ικανοποίησης των πελατών-ασθενών- και άλλοτε ως ευρύτερο κριτήριο συνολικής από-

δοσης, που περιλαμβάνει την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα, την προσβασιμότητα των υπηρεσιών υγείας, την ικανοποίηση των ασθενών και την επιστημονική αρτιότητα και ασφάλεια των διαδικασιών φροντίδας (Γ. Τούντας, Ν. Α. Οικονόμου, 2007). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), ποιότητα αποτελεί η παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ικανών να διασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στον τομέα της υγείας, μέσα στο πλαίσιο των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, η οποία πρέπει να στοχεύει στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα με τον ελάχιστο ιατρογενή κίνδυνο, καθώς και στη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενούς από πλευράς διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής. Το κριτήριο της ποιότητας, λόγω της ιδιαίτερης σημασίας του στην εποχή μας, αποτελεί έναν ξεχωριστό πλέον τομέα των υπηρεσιών υγείας, που μελετάται αυτόνομα από τις υπόλοιπες διαστάσεις της αξιολόγησης.

Δευτερεύοντα κριτήρια αξιολόγησης

Άλλα, δευτερεύοντα κριτήρια, που σχετίζονται με τα κριτήρια που προαναφέρθηκαν και χρησιμοποιούνται για την πληρέστερη αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας, είναι:

- **Η επάρκεια.** Εκφράζει το βαθμό της ποσοτικής ανταπόκρισης των υπηρεσιών υγείας στις ανάγκες υγείας και στην παραγόμενη ζήτηση ενός καθορισμένου πληθυσμού. Υπολογίζεται κυρίως με δείκτες κλινών ανά πληθυσμό, γιατρών ανά πληθυσμό κ.λπ.
- **Η καταλληλότητα.** Προσδιορίζει την αντιστοιχία των παρεχομένων υπηρεσιών σε σχέση με τις ανάγκες αλλά και τις επιθυμίες του πληθυσμού. Οι δείκτες καταλληλότητας αφορούν κυρίως στο βαθμό κάλυψης του πληθυσμού, τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά.
- **Η διαθεσιμότητα.** Εκφράζει τη δυνατότητα προσφοράς των υπηρεσιών υγείας χωρίς χρονικούς ή άλλους περιορισμούς (π.χ. 74ωρη λειτουργία ενός κέντρου υγείας).
- **Η προσβασιμότητα ή προσπελασιμότητα.** Προϋποθέτει την επάρκεια και τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών και εκφράζει την ισότιμη δυνατότητα χρήσης των προσφερομένων υπηρεσιών υγείας από κάθε δικαιούχο, χωρίς γεωγραφικά, συγκοινωνιακά ή οικονομικά εμπόδια. Προσδιορίζεται από τον αριθμό ατόμων ή το ποσοστό ενός συγκεκριμένου πληθυσμού που αναμένεται να χρησιμοποιήσουν κάποια υπηρεσία υγείας, καθώς και από το χρόνο μετάβασης στην υπηρεσία και το χρόνο αναμονής μέχρι τη χρήση.
- **Η αποδοχή.** Αποτιμά το βαθμό στον οποίο κοινωνικοί και πολιτιστικοί παράγοντες επηρεάζουν την αποδοχή

των υπηρεσιών υγείας, επιτρέποντας ή αποτρέποντας την αρχική επαφή και χρήση της υπηρεσίας.

- **Η δραστικότητα.** Εκφράζει την κλινική αποτελεσματικότητα των εφαρμοζόμενων από την υπηρεσία παρεμβάσεων υπό ιδανικές, πειραματικές συνθήκες.
- **Η συμμόρφωση.** Προσδιορίζει το βαθμό στον οποίο εφαρμόζονται οι ιατρικές και οι νοσηλευτικές οδηγίες από τους ασθενείς με συστηματικό τρόπο.
- **Η συνέχεια.** Εκφράζει τη δυνατότητα προσφοράς ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό, προκειμένου να παρέχεται συνεχής και όχι αποσπασματική περίθαλψη (π.χ. σύνδεση πρωτοβάθμιας και νοσηλευτικής περίθαλψης).
- **Η λογοδοσία.** Είναι η δυνατότητα των καταναλωτών υγείας και των αγοραστών να ελέγχουν και να επηρεάζουν με διάφορους τρόπους τις κατευθύνσεις και τις πολιτικές των υπηρεσιών υγείας. Υπολογίζεται με δείκτες συχνότητας συλλογής δεδομένων, αξιοπιστίας δεδομένων, συμμετοχής καταναλωτών στις αποφάσεις κ.λπ.
- **Η ανταποκρισιμότητα.** Πρόκειται για μια έννοια που αναπτύχθηκε από τον Π.Ο.Υ και ορίζεται ως ο βαθμός στον οποίο το σύστημα υγείας ανταποκρίνεται στις θεμιτές προσδοκίες των πολιτών σε σχέση με όλες τις μη ιατρικές πλευρές της συναλλαγής τους με αυτό (π.χ. αξιοπρέπεια, εμπιστευτικότητα, δικαίωμα επιλογής κ.ά.). Συντίθεται από οκτώ επιμέρους τομείς, οι οποίοι αξιολογούνται από τους πολίτες, και συνδέεται με την ποιότητα της περίθαλψης.

Άλλα δευτερεύοντα κριτήρια είναι:

Υπάρχουν και άλλα, δευτερεύοντα κριτήρια, όπως:

- Επιστημονική και Τεχνική Ποιότητα (Scientific and Technical Quality Level)
- Επάρκεια (adequacy)
- Επίδραση (aspect)
- Επίπτωση (impact)
- Οικονομική Διάσταση (Economic Proportion)

Τα παραπάνω κριτήρια, αποτελούν παραμέτρους που λαμβάνονται υπ' όψιν κατά την διεργασία της αξιολόγησης των Υπηρεσιών Υγείας. ("www.nosokomia.gr", 2008)

Η αξιολόγηση μιας υπηρεσίας υγείας εξετάζει συνήθως συγκεκριμένους στόχους της υπηρεσίας ή επιμέρους προγραμμάτων της, των οποίων ο βαθμός επίτευξης αξιολογείται με τη χρήση αντίστοιχων κριτηρίων (π.χ. επάρκειας, αποδοτικότητας, αποτελεσματικότητας, κλπ), που αντιστοιχίζονται με κατάλληλους δείκτες. Η αξιολόγηση πραγματοποιείται με την επιλογή και εφαρμογή των κατάλληλων μεθόδων.

Μεθοδολογία Αξιολόγησης

Τα βασικά στοιχεία τα οποία θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για τον καθορισμό του πλαισίου αξιολόγησης περιλαμβάνουν τον καθορισμό του πεδίου αξιολόγησης, δηλαδή το κύριο αντικείμενο αυτής, τους προορισμένους στόχους της αξιολόγησης, τον καθορισμό της μεθοδολογίας η οποία πρόκειται να ακολουθηθεί και τέλος τη συλλογή και

ανάλυση των στοιχείων και των αποτελεσμάτων. Για να μπορούν να συλλεχθούν, να αναλυθούν και να προκύψουν αποτελέσματα σχετικά με την αξιολόγηση, όλοι οι στόχοι που θα έχουν τεθεί, πρέπει να είναι μετρήσιμοι, να εκφράζονται σε αριθμητική μορφή και να οριοθετείται η παρακολούθηση αυτών για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα.

Δείκτες Αξιολόγησης

Οι δείκτες με βάση τους οποίους διαμορφώνονται τα κριτήρια αξιολόγησης είναι συνήθως ένας καθαρός αριθμός, που ορίζεται ως μια ποσοστιαία αναλογία συχνότητας ενός συγκεκριμένου γεγονότος. Οι Δείκτες Αξιολόγησης (Δ.Α.) χρησιμοποιούνται ευρέως για τη μέτρηση και ανάλυση των στοιχείων και την εξαγωγή αποτελεσμάτων τα οποία προκύπτουν κατά την αξιολόγηση. Οι Δείκτες Αξιολόγησης θα πρέπει να χαρακτηρίζονται από εγκυρότητα, αξιοπιστία, ευαισθησία και εξειδίκευση. Υπάρχει μεγάλο πλήθος Δεικτών Αξιολόγησης, οι οποίοι με βάση τον Π.Ο.Υ ταξινομούνται σε πέντε βασικές κατηγορίες:

- Δείκτες υγειονομικής πολιτικής
- Κοινωνικο-οικονομικοί δείκτες
- Δείκτες επιπέδου υγείας πληθυσμού
- Δείκτες παροχής υπηρεσιών υγείας
- Δείκτες κάλυψης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Ανάλογα με τις υπό αξιολόγηση υπηρεσίες υγείας, το είδος της επιδιωκόμενης αξιολόγησης και τις δυνατότητες που διατίθενται, επιλέγονται και οι αντίστοιχοι δείκτες από ένα μεγάλο αριθμό δεικτών που χρησιμοποιούνται στο χώρο της υγείας. ("www.nosokomia.gr", 2008) Οι κυριότεροι τύποι δεικτών είναι:

Δείκτες εισροών (απλοί ποσοτικοί δείκτες, όπως ο αριθμός των ιατρών, των νοσηλευτών, δείκτες ποιότητας των εισροών, όπως η εκπαίδευση του προσωπικού, δείκτες επάρκειας, όπως ο αριθμός κλινών ανά 100000 κατοίκους (Δικτυακή πύλη της ΕΕ για την υγεία, 2008) γεωγραφικής προσπελασιμότητας, όπως το ποσοστό του πληθυσμού που βρίσκεται κοντά σε μια υπηρεσία υγείας, Απασχολούμενο νοσηλευτικό προσωπικό (Δικτυακή πύλη της ΕΕ για την υγεία, 2008)

Δείκτες αξιολόγησης διαδικασιών (π.χ αξιοπιστίας διαγνωστικών εξετάσεων, ικανοποίησης ασθενών, αρτιότητας ιατρικών τεχνικών, χρόνου αναμονής)

Δείκτες ενδιάμεσων εκροών (π.χ. απλοί δείκτες επαφών ή χρήσης υπηρεσιών, όπως ο αριθμός εισαγωγών, σύνθετοι δείκτες χρησιμοποίησης, όπως η μέση διάρκεια νοσηλείας, δείκτες εργαστηριακών εξετάσεων ή προϊόντων, όπως ο αριθμός χειρουργικών πράξεων ανά ειδικότητα το χρόνο, Δείκτες αποτελέσματος και υγείας πληθυσμού (δείκτες νοσηρότητας, θνητότητας, θνησιμότητας και σύγχρονοι δείκτες ευεξίας, δείκτες αποτελεσματικότητας, όπως η σχετική αποτελεσματικότητα, και δείκτες ανεπιθύμητων ενεργειών. Ο δείκτης που αφορά στην Προσδοκώμενη ζωή χωρίς προβλήματα υγείας υπολογίζει τον αριθμό ετών που προσδοκά-

ται ότι θα ζήσουν κατά μέσο όρο χωρίς προβλήματα υγείας, άτομα ορισμένης ηλικίας (Γενική Γραμματεία Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδος Δελτίου Τύπου, 2004), ενώ ο δείκτης Προσδοκώμενης ζωής υπολογίζει τον αριθμό των ετών, που προσδοκάται ότι θα ζήσουν, κατά μέσο όρο, άτομα ορισμένης ηλικίας, κ.ά.

Δείκτες αποδοτικότητας (όπως η τεχνική αποδοτικότητα, δείκτες οικονομικής αξιολόγησης, ο λόγος κόστους-αποτελεσματικότητας κ.ά.)

Σύνθετοι κοινωνικοοικονομικοί δείκτες (π.χ. εισόδημα, κατοικία, συνθήκες εργασίας)

Δείκτες πολιτικής υγείας (πολιτικών επιλογών, κατανομής πόρων, οργανωτικού πλαισίου κ.ά.)

Παράλληλα με τη θέσπιση της Στρατηγικής της Λισσαβόνας, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή πρότεινε μια γενική στρατηγική προσέγγισης των δεικτών Υγείας για τα μέλη-κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Δικτυακή πύλη της ΕΕ για την υγεία, 2008).

Σκοπός αυτής της στρατηγικής είναι η ανάπτυξη ενός συγκρίσιμου –μεταξύ των κρατών μελών– συστήματος πληροφόρησης σχετικά με το θέματα υγείας. Αυτή η πληροφόρηση καλύπτει:

- Υγεία – σχετικά με τη συμπεριφορά του πληθυσμού (π.χ πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο ζωής, κάπνισμα, αλκοόλ, άσκηση, κλπ)
- Ασθένειες (π.χ. χρόνιες, σπάνιες και σοβαρές ασθένειες, κλπ)
- Συστήματα υγείας (π.χ δείκτες σχετικά με την περίθαλψη, την ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης, τους ανθρώπινους πόρους, την οικονομική βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας, κλπ)

Οι διαρθρωτικοί δείκτες έχουν επιλεχθεί βάσει των κάτωθι κριτηρίων:

- Να γίνονται εύκολα κατανοητοί
- Να είναι σχετικοί με τις ασκούμενες πολιτικές
- Να υπάρχει αμοιβαία συνέπεια προς τους υπόλοιπους δείκτες
- Να παρατίθενται χρονικά και να ανανεώνονται τακτικά
- Να είναι προσβάσιμοι προς όλες της Χώρες μέλη
- Να είναι συγκρίσιμοι μεταξύ των Χωρών Μελών αλλά και συμβατοί με Χώρες όπως οι ΗΠΑ και η Ιαπωνία
- Τα δεδομένα να προέρχονται από αξιόπιστες πηγές
- Να μην επιβάλλουν υψηλό φόρτο στα στατιστικά ιδρύματα και τους Οργανισμούς

Ιεράρχηση των Βασικών Κριτηρίων Αξιολόγησης

Η ιεράρχηση μεταξύ των βασικών κριτηρίων αξιολόγησης έχει αποτελέσει αντικείμενο εντόνου επιστημονικού ενδιαφέροντος. Για τον Cochrane (1977), πρώτιστο ενδιαφέρον αποτελούσε η αποτελεσματικότητα. Η επιλογή μιας αποτελεσματικής ιατρικής μεθόδου συμβάλλει ταυτόχρονα στην αποδοτική χρήση των πόρων και έτσι διασφαλίζεται -σχεδόν αυτόματα- η αποδοτικότητα. Για τον Cochrane (1977), το ζήτημα

της ισότητας επιλύεται με την παροχή κάθε αποτελεσματικής θεραπείας δωρεάν, θεωρώντας ότι έτσι θα εξασφαλίζεται ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Η εξίσωση την οποία χρησιμοποίησε ο Cochrane (1977) είναι:

Αποτελεσματικότητα > Αποδοτικότητα > Ισότητα

Ο αντίλογος είναι ότι η αυτόματη διασφάλιση της αποδοτικότητας δεν είναι πάντα δυνατή. Έτσι, όταν εδραιώνε-

ται η αποτελεσματικότητα μιας ιατρικής παρέμβασης, πρέπει να αξιολογείται το κόστος της και να καθορίζονται οι επωφελέστερες προϋποθέσεις για την εφαρμογή της, με την εφαρμογή τεχνικών ανάλυσης κόστους-αποτελεσματικότητας. Με βάση τα κριτήρια αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας, μπορούν να καθοριστούν οι προτεραιότητες και οι ανάγκες σε ανθρώπινους, υλικούς και οικονομικούς πόρους. Επιπρόσθετα, η εξίσωση αυτή υποβαθμίζει το θέμα της ισότητας, αφού προϋποθέτει την ελεύθερη θέση των χρηστών να εκμεταλλευθούν τις ευκαιρίες, οι οποίες προσφέρονται από ένα σύστημα υγείας. Η εκμετάλλευση όμως των ίσων ευκαιριών συχνά δεν είναι εφικτή. Γι' αυτό και κρίθηκε σκόπιμη η επαναδιατύπωση της εξίσωσης, ώστε να δίνεται η έμφαση στη διασφάλιση της ισότητας στα επιθυμητά αποτελέσματα υγείας και όχι μόνο στη δυνατότητα πρόσβασης, με την εξής μορφή:

Ισότητα > Αποτελεσματικότητα > Αποδοτικότητα

Σε μερικές περιπτώσεις, οι στόχοι της ισότητας και της αποδοτικότητας εξυπηρετούνται ταυτόχρονα. Η μετατόπιση πόρων υγείας από μια περιοχή με μεγάλες υποδομές

υγείας και χαμηλούς δείκτες θνησιμότητας σε μια περιοχή με ανεπαρκείς υποδομές και μεγάλη θνησιμότητα αποτελεί ένα τέτοιο παράδειγμα. Συνήθως, όμως, η ισότητα και η αποδοτικότητα είναι ανταγωνιστικές έννοιες και δύσκολα επιτυγχάνεται η ταυτόχρονη μεγιστοποίηση και των δύο. Στις περιπτώσεις αυτές επιβάλλεται συμβιβασμός για την ανεύρεση της «άριστης ισορροπίας» ή ισοδύναμου αποδοτικότητας-ισότητας, δηλαδή του σημείου πέρα από το οποίο η βελτίωση του ενός μεγέθους μπορεί να επιτευχθεί μόνο σε βάρος του άλλου. Σε μερικές περιπτώσεις, μάλιστα, η επιλογή του προγράμματος υγείας μπορεί να γίνει πρωταρχικά με βάση την κοινωνική προσφορά, σε συγκεκριμένα «αδύναμα» μέρη του πληθυσμού (π.χ. φτωχοί, ηλικιωμένοι, εργαζόμενες μητέρες), ακόμα και αν αυτό αποβαίνει σε βάρος της αποδοτικότητας.

Από τα πιο πάνω συμπεραίνεται ότι πέρα από το επιστημονικό ενδιαφέρον της ιεράρχησης των βασικών κριτηρίων αξιολόγησης, διαφαίνεται και το πολιτικό πλαίσιο μέσα στο οποίο θα γίνει η αξιολόγηση των υπηρεσιών και συστημάτων υγείας.

Η Κοινωνική & Πολιτική Διάσταση της Αξιολόγησης

Η ένταξη της ισότητας στα βασικά κριτήρια αξιολόγησης ενός συστήματος υγείας προϋποθέτει την παραδοχή ότι η υγεία αποτελεί κοινωνικό αγαθό. Η άποψη αυτή αναπτύχθηκε από τη σχολή της ισοτιμίας. Σύμφωνα με τη σχολή αυτή, η παραγωγή και η κατανομή των υπηρεσιών υγείας πρέπει να γίνεται με βάση τις πραγματικές ανάγκες των ασθενών. Η ισότητα συνδέεται λοιπόν με την έννοια της αποδοτικότητας διανομής, που επιδιώκει τη δίκαιη κατανομή των πόρων. Στον αντίποδα βρίσκεται η φιλελεύθερη άποψη, που θεωρεί ότι η κατανομή αυτή πρέπει να γίνεται όπως σε όλα τα καταναλωτικά αγαθά, δηλαδή με βάση τη λειτουργία της αγοράς.

Η ισότητα έχει δύο διαστάσεις, την οριζόντια και την κάθετη (Γ. Τούντας, Ν. Α. Οικονόμου, 2007). Η οριζόντια επιτυγχάνεται με την ισότιμη κατανομή πόρων και υπηρεσιών (π.χ. ίδιες αναλογίες ιατρών ανά 1000 κατοίκους), καθώς και με την ισότιμη πρόσβαση (π.χ. ίδιες αποστάσεις από πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας) και χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας από το σύνολο του πληθυσμού. Τελικός στόχος είναι η μείωση των ανισοτήτων στην υγεία, με τη σύγκλιση των δεικτών υγείας σε γεωγραφικό ή πληθυσμιακό επίπεδο. Η κάθετη ισότητα αναγνωρίζει την ανάγκη αντιμετώπισης του πληθυσμού με βάση τις ιδιαίτερες ανάγκες που παρουσιάζει, γεγονός που οδηγεί σε διαφορετική κατανάλωση προϊόντων και υπηρεσιών υγείας ανάλογα με τις επιμέρους ανάγκες. Ακόμα, η κάθετη ισότητα προβλέπει προοδευτική χρηματοδότηση βασισμένη στην οικονομική δυνατότητα του κάθε πολίτη.

Σε όλες τις χώρες, ανάλογα με την ιστορική και την πολιτική συγκυρία, παρατηρείται ότι η ισοτιμία στην πρόσβαση και την κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας επιτυγχάνεται με παρεμβάσεις -μικρότερες ή μεγαλύτερες- από την πλευρά του κράτους. Οι παρεμβάσεις είναι πολλές και διαφορετικές, εξαρτώνται από τη μορφή των συστημάτων υγείας, το βαθμό άσκησης της κοινωνικής πολιτικής και από τη δομή του πολι-

τικο-οικονομικού συστήματος, αλλά έχουν συχνά κοινό παρονομαστή τον έλεγχο της πλευράς της προσφοράς υπηρεσιών υγείας και τη μεγιστοποίηση της χρησιμότητας / ωφελιμότητας του κοινωνικού συνόλου.

Η κατανομή των πόρων, με στόχο την αύξηση της αποδοτικότητας και την απόδοση της μέγιστης χρησιμότητας / ωφελιμότητας στο κοινωνικό σύνολο, αποτελεί θεμελιώδη στόχο των συστημάτων υγείας, αλλά δεν μπορεί πάντα να διασφαλίσει ότι η ολική χρησιμότητα κατανέμεται σύμφωνα με τις πραγματικές ανάγκες υγείας. Έτσι, έχει διαπιστωθεί ότι στα συστήματα υγείας όπου επικρατούν οι μηχανισμοί της αγοράς (Φιλελεύθερες πολιτικές) υπάρχουν σημαντικές ανισότητες στην κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας, με αποτέλεσμα το μεγαλύτερο μέρος της χρησιμότητας να κατανέμεται στις ανώτερες κοινωνικο-οικονομικές τάξεις, (Γ. Τούντας, Ν. Α. Οικονόμου, 2007).

Πρέπει πάντως να τονιστεί ότι η ουσιαστική αντιμετώπιση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στην υγεία προϋποθέτει, πέρα από τις υγειονομικές, και ευρύτερες κοινωνικοοικονομικές παρεμβάσεις (π.χ. καλύτερη εκπαίδευση, καταπολέμηση της ανεργίας).

Μια άλλη ανισότητα που παρατηρείται σε πολλά συστήματα υγείας είναι ότι οι ομάδες πληθυσμού με χαμηλά εισοδήματα δαπανούν μεγαλύτερο ποσοστό από το ακαθάριστο εισόδημα τους για την υγεία τους, σε σχέση με τις ομάδες με τα υψηλά εισοδήματα, παρά το γεγονός ότι απολαμβάνουν λιγότερες παροχές υγείας. Το μίγμα, λοιπόν, των πηγών χρηματοδότησης επιδρά σε σημαντικό βαθμό στο κριτήριο της ισότητας στις υπηρεσίες υγείας και με βάση αυτό γίνεται η διάκριση των συστημάτων χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας σε προοδευτικά και μη προοδευτικά. Χώρες με προοδευτικό σύστημα είναι οι χώρες με δημόσιο ή κοινωνικοασφαλιστικό χαρακτήρα. Τα εθνικά συστήματα υγείας, τα οποία χρηματοδοτούνται μέσω της φορολογίας και στα

οποία ισχύει η προοδευτικότητα του φορολογικού συντελεστή, αποβλέπουν στην επιβάρυνση των υψηλών εισοδημάτων, με στόχο την ισότητα και την κοινωνική αλληλεγγύη. Στα κοινωνικοασφαλιστικά συστήματα επιχειρείται, μέσω της μεγαλύτερης επιβάρυνσης των εργοδοτικών εισφορών, μια ανακατανομή των πόρων από τα υψηλά προς τα χαμηλά εισοδήματα. Αντίθετα, σε χώρες στις οποίες δεν ισχύει η προοδευτικότητα στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας (π.χ. ΗΠΑ) υπάρχουν σημαντικές ανισότητες στην πρόσβαση και στη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας, (Γ. Τούντας, Ν. Α. Οικονόμου, 2007)

Οι ανισότητες αυτές στην υγεία αποτελούν μια μείζονα πρόκληση για την πολιτική υγείας. Επομένως, η μέτρηση και η επιτήρηση των μεταβολών στις ανισότητες αυτές είναι απαραίτητη για την αποτίμηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων της πολιτικής υγείας.

Μία αντίληψη που έχει αναπτυχθεί τελευταία σε μερικούς τεχνοκράτες, είναι αυτή της κοινωνικής συνυπευθυνότητας του ατόμου, σύμφωνα με την οποία το άτομο έχει και αυτό ευθύνη απέναντι στο κοινωνικό σύνολο και δεν θα πρέπει να επιβαρύνει με πρόσθετες δαπάνες το σύστημα υγείας, παραμελώντας την υγεία του. Με βάση αυτή την

αντίληψη σαν κύρια αρχή για τον σχεδιασμό συστημάτων υγείας, ενδέχεται, να σχεδιασθούν πολιτικές Υγείας που να προσανατολίζονται κυρίως σε λύσεις προβλημάτων μερίδας του πληθυσμού, αντί να στοχεύουν στην επίλυση των γενικότερων προβλημάτων του, με αποτέλεσμα αυτοί που αποφασίζουν, πολλές φορές, να θεωρούν τα άτομα αποκλειστικά υπεύθυνα για την υγεία τους και να αποκλείουν κατηγορίες ατόμων (όπως: παχύσαρκοι, καπνιστές, αλκοολικοί και γενικότερα άτομα εξαρτημένα από ουσίες, κλπ) από υπηρεσίες υγείας. Αυτό οδηγεί στην εσφαλμένη εντύπωση ότι οι άνθρωποι έχουν τη δύναμη να σχεδιάζουν εξ' ολοκλήρου τη ζωή τους έτσι ώστε να μπορούν να αντιμετωπίσουν τους προληψίμους κινδύνους και κατά συνέπεια, όταν αρρωσταίνουν, να θεωρούνται υπεύθυνοι και να στιγματίζονται ανάλογα (victim blaming). Μία τέτοια αντίληψη αντανακλάται και στην επιχειρούμενη αναθεώρηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS) του Ην. Βασιλείου, σύμφωνα με την οποία κατά το τρέχον έτος, δόθηκε η κυβερνητική έγκριση στο "Leicester City Primary Care Trust" για να εξαιρέσει τους καπνιστές από τις λίστες αναμονής για εγχειρίσεις όπως οι αντικαταστάσεις ισχίων και η χειρουργική επέμβαση καρδιάς (www.Telegraph.co.uk, 2008).

Συμπεράσματα

Από τα παραπάνω στοιχεία, προκύπτει ότι η αξιολόγηση των Υπηρεσιών Υγείας αποτελεί μια ιδιαίτερα σύνθετη και εκτεταμένη διεργασία, η οποία προϋποθέτει την ανάπτυξη συγκεκριμένου τύπου και μοντέλου αξιολόγησης, συγκεκριμένης μεθοδολογίας, καθώς και την κατάλληλη επιλογή και χρήση Δεικτών Αξιολόγησης, στα πλαίσια μιας γενικής κοινωνικής και οικονομικής πολιτικής. Παρόλα αυτά, η διαδικασία της αξιολόγησης, αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο για την διαχείριση των υπηρεσιών υγείας, γιατί διευκολύνει τον οικονομικό έλεγχο, συντελεί στην εκτίμηση της επίδρασης των εφαρμο-

ζόμενων πολιτικών, εντοπίζει τυχόν αδυναμίες και προωθεί την εφαρμογή διορθωτικών ενεργειών, παρέχει στοιχεία για την αποτελεσματικότερη κατανομή πόρων και τέλος καθοδηγεί τον σχεδιασμό μελλοντικών πολιτικών και τον καθορισμό των νέων στόχων.

Η αξιοποίηση των αποτελεσμάτων αξιολόγησης και των δεικτών, δεν πρέπει να γίνεται μόνο μέσα στα αυστηρά πλαίσια μιας στεγνής «τεχνοκρατικής» αντίληψης αλλά σε στενή και άμεση σχέση με τις σταθερές αξίες και πεποιθήσεις της κοινωνίας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Cochrane Al., 1977. Effectiveness and efficiency: Random reflections on health services. Nuffield Provincial Hospitals Trust, London.

Donabedian A., 1996. Evaluating the quality of medical care. Milb Mem Fd Quart 1996.

Moullin M., 2004. Eight essentials of performance measurement. Int. J Health Care Qual Assur.

Γενική Γραμματεία Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδος Δελτίου Τύπου, 2004. Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών 1995- 2003- Προσοδωκόμενη ζωή χωρίς προβλήματα υγείας, Αθήνα.

Τούντας Γ., Οικονόμου Ν. Α., 2007. Οικονομικά της Υγείας, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής 74.

Τούντας Γ., 1999. Υπηρεσίες υγείας, Διδακτικές σημειώσεις Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.

Δικτυακή πύλη για την Υγεία "www.nosokomia.gr", (2008): http://www.nosokomia.gr/web/index.php?option=com_content&task=view&id=48&Itemid=70

Δικτυακή πύλη της ΕΕ για την υγεία, (2008): http://ec.europa.eu/health-eu/health_in_the_eu/ec_health_indicators/index_el.htm

Δικτυακή πύλη της ΕΕ για την υγεία, (2008): http://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/ev20040705_rd09_en.pdf

Δικτυακή πύλη της "telegraph.co.uk" (2008): <http://www.telegraph.co.uk/news/uknews/1574203/%27Patients-to-lose-weight-before-NHS-treatment%27.html>

Κόστος Ιατρονοσηλευτικών Πράξεων σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

Ίντας Γεώργιος

Νοσηλεύτης Π.Ε., MSc, Υποψήφιος διδάκτωρ πανεπιστημίου Αθηνών.

Πιτσόλη Μαρία

Νοσηλεύτρια Π.Ε.

Μυριανθείς Παύλος

Επίκουρος Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα.

Μπαλτόπουλος Γεώργιος

Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΣΚΟΠΟΣ της παρούσης μελέτης ήταν ο υπολογισμός του κόστους διαφόρων ιατρονοσηλευτικών πράξεων ρουτίνας σε Μ.Ε.Θ.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 60 ασθενείς ΜΕΘ για 166 ημέρες νοσηλείας. Η μελέτη είχε διάρκεια 5 περίπου μηνών, ενώ η συλλογή των δεδομένων ξεκίνησε στις 1/6/2005 και ολοκληρώθηκε στις 13/11/2005. Υπολογίσθηκε το κόστος για τη τοποθέτηση αρτηριακής και περιφερικής γραμμής, τη μεταφορά του ασθενούς εκτός μονάδας για αξονική τομογραφία, τη βρογχοαναρρόφηση, τη λήψη καλλιέργειας αίματος, ούρων και πτυέλων, την αλλαγή τραχειοστόματος, την τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα και καθετήρα Swan Ganz. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με ειδική φόρμα καταγραφής, ενώ η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS 13 και χρησιμοποιήθηκε ο στατιστικός έλεγχος χ^2 .

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 53.62 έτη. Το κόστος των πράξεων ήταν: τοποθέτηση κεντρικής γραμμής 67.03±29.18 ευρώ, τοποθέτηση αρτηριακής γραμμής 3.92±0.18 ευρώ, αλλαγή τραχειοστόματος 17.23±0.33 ευρώ, βρογχοαναρρόφηση 3.32±0.03 ευρώ, μεταφορά ασθενούς εκτός ΜΕΘ 0.49±0 ευρώ, λήψη αερίων αίματος 1.6±0 ευρώ, λήψη βρογχικών εκκρίσεων 3.46±0.56 ευρώ, λήψη δειγμάτων ούρων 1.26±0.43 ευρώ, περιποίηση κατακλίσεων 8.48±0.28 ευρώ, τοποθέτηση περιφερικής φλεβικής γραμμής 1.71±0.28 ευρώ, τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα 5.81±0.62 ευρώ και τοποθέτηση Swan-Ganz 265.94±0.86 ευρώ.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μελέτη έδειξε το κόστος των πιο κοινών ιατρονοσηλευτικών πράξεων σε ΜΕΘ και τη συσχέτισή του με την εξειδίκευση των επαγγελματιών υγείας.

Λέξεις-κλειδιά: Κόστος, εξειδίκευση, Περιποίηση κατακλίσεων, Βρογχοαναρροφήσεις, Λήψη καλλιέργειών, Αρτηριακή γραμμή, Περιφερική γραμμή, Μεταφορά ασθενούς για αξονική τομογραφία, ρινογαστρικός σωλήνας, καθετήρας Swan-Ganz.

Εισαγωγή

Το κόστος των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) μπορεί να χωρισθεί σε άμεσες δαπάνες για τη λειτουργία τους και σε έμμεσες δαπάνες (Arthur, 1979, Health technology, 2003). Ο Sanders εκτίμησε ότι για το Massachusetts γενικό νοσοκομείο της Βοστώνης οι άμεσες δαπάνες (εξοπλισμός κ.α.) αποτελούν τον 65%, ενώ το 35% αποτελούν οι έμμεσες δαπάνες (γενικά έξοδα, καθαριότη-

τα κ.α.) (Sanders, 1983, Health technology, 2003). Οι άμεσες δαπάνες περιλαμβάνουν σταθερά και μεταβλητά έξοδα. Οι σταθερές δαπάνες δεν εξαρτώνται από τον αριθμό των νοσηλευόμενων ασθενών και περιλαμβάνουν τα έξοδα κατασκευής, ανακαίνισης, αγοράς και συντήρησης εξοπλισμού (Arthur, 1979, Health technology, 2003). Οι μεταβλητές δαπάνες εξαρτώνται από τον όγκο των παρεχόμενων

υπηρεσιών. Μερικές μεταβλητές δαπάνες, όπως οι αμοιβές των επαγγελματιών υγείας είναι σταθερές για ένα συγκεκριμένο όγκο ασθενών και αλλάζουν όταν ο αριθμός των ασθενών υπερβεί το αναμενόμενο. Άλλες μεταβλητές δαπάνες, όπως ο "αναλώσιμος" εξοπλισμός και το οξυγόνο, εξαρτώνται απευθείας από το αριθμό των βαρέως πασχόντων που νοσηλεύονται σε μία Μ.Ε.Θ. (Arthur, 1979, Health

technology, 2003). Δεδομένα από Μ.Ε.Θ. έδειξαν ότι το 50-80% των άμεσων δαπανών είναι έξοδα προσωπικού, κυρίως για νοσηλεία (Sanders, 1983, Civetta, 1973, Griner, 1971, McCleave, 1977). Κατά μέσο όρο, οι ασθενείς Μ.Ε.Θ. απαιτούν τρεις φορές περισσότερο χρόνο για νοσηλεία από τους ασθενείς εκείνους που νοσηλεύονται στα τμήματα (Russell, 1979).

Σκοπός

Σκοπός της μελέτης ήταν να υπολογισθεί το κόστος (σε ευρώ) των πιο κοινών πράξεων που πραγματοποιούνται σε καθημερινή βάση στη Μ.Ε.Θ., αναφέροντας τόσο το από-

λυτο κόστος μιας πράξης, όσο και το σχετιζόμενο με διάφορους παραμέτρους όπως η εξειδίκευση των επαγγελματιών υγείας και η βαρύτητα της κατάστασης του ασθενούς,

Υλικό και Μέθοδος

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 60 ασθενείς, από τους οποίους 43 ήταν άντρες (71,67%) και 17 γυναίκες (28,33%), που εισήχθησαν για νοσηλεία στη πολυδύναμη Πανεπιστημιακή ΜΕΘ του ΚΑΤ σε χρονικό διάστημα 166 ημερών (1 Ιουνίου 2005-13 Νοεμβρίου 2005). Κριτήρια αποκλεισμού ασθενών από τη μελέτη δεν υπήρχαν.

Υπολογίστηκε το κόστος στις κάτωθι πράξεις: τοποθέτηση κεντρικής φλεβικής γραμμής, τοποθέτηση αρτηριακής και περιφερικής γραμμής, αλλαγή τραχειοστόματος, βρογχοαναρροφήσεις, μεταφορά για αξονική τομογραφία, λήψη αερίων αίματος, λήψη καλλιέργειών και περιποίησης κατακλίσεων.

Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε φόρμα καταγραφής που περιελάμβανε τα δημογραφικά στοιχεία του ασθενούς, τα συστήματα μέτρησης της βαρύτητας της νόσου των ασθενών, τα υλικά που απαιτούνται προκειμένου να πραγματοποιηθεί μία πράξη, τον αριθμό των προσπαθειών που έγι-

ναν για να επιτευχθεί και ποιος επαγγελματίας υγείας συμμετείχε στη διαδικασία. Σε όλους τους ασθενείς υπολογίστηκε η βαρύτητα της νόσου τους κατά τα συστήματα APACHE II (Knaus, 1985) και SAPS II (Le Gall, 1993), με βάση τα δεδομένα που προέρχονταν από το φάκελό του και από τα ηλεκτρονικά συστήματα συνεχούς παρακολούθησής του, βάσει των οδηγιών που περιγράφονται στα άρθρα ανάπτυξης των πρωτότυπων συστημάτων. Η καταγραφή των δεδομένων γινόταν μόνο κατά τη διάρκεια της πρωινής βάρδιας.

Το κόστος των πράξεων έχει υπολογισθεί με βάση τα τιμολόγια που δόθηκαν από το γραφείο προμηθειών του νοσοκομείου και έχει συνηπολογισθεί ο φόρος προστιθέμενης αξίας 19%.

Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της μελέτης πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο SPSS 13. Πιο συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκε η περιγραφική στατιστική και ο στατιστικός έλεγχος του χ^2 .

Αποτελέσματα

Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 53.6 ± 3.33 έτη (μέσος ± τυπικό σφάλμα). Το 63,2% των ασθενών εισήχθη για ιατρικούς λόγους, δηλαδή χωρίς να προηγηθεί χειρουργείο, το 13,2% μετά από προγραμματισμένο χειρουργείο και το 23,5% μετά από επείγουσα χειρουργική επέμβαση. Οι ασθενείς χωρίστηκαν ανάλογα με τη διάγνωση κατά την εισαγωγή σε πέντε κατηγορίες: επιπλεγμένοι τραυματισμοί (συνήθως μετά από τροχαία) με ποσοστό 35%, ασθενείς για μετεχειρητική παρακολούθηση ύστερα από επείγον χειρουργείο με ποσοστό 40%, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια με ποσοστό 15%, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια με ποσοστό 6,67% και κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις σε ποσοστό 3,33%. Η βαρύτητα της νόσου των ασθενών βρέθηκε με το APACHE II = 16.52 ± 0.31 και με το SAPS II = 46.37 ± 0.73 . Ο μέσος χρόνος καταγραφής των ασθενών ήταν $18,6 \pm 2,86$ ημέρες με ελάχιστο μία (1) ημέρα νοσηλείας και μέγιστο εξήντα τέσσερις (64).

Στον Πίνακα I δίνεται το πλήθος των ιατρονοσηλευτικών

πράξεων που καταγράφηκαν κατά τη διάρκεια της μελέτης.

Τα υλικά που χρησιμοποιήθηκαν, καταγράφηκαν και κοστολογήθηκαν ανά πράξη είναι:

- Τοποθέτηση κεντρικής γραμμής: ένα flagon τοπικό αναισθητικό (xylocaine 2%), ένα ζευγάρι αποστειρωμένα γάντια, μία σύριγγα των 5ml, ένα σετ κεντρικής φλεβικής προσπέλασης απλό ή αργύρου αναλόγως τις ανάγκες του ασθενούς, δύο βελόνες για σύριγγα μεγέθους 18G και 25G, ένα νυστέρι Νο II, ένα flagon ηπαρίνη, ράμμα δέρματος (2-0 ή 3-0) με βελονοκάτοχο, ένα σετ που περιλαμβάνει γάζες για επίδεση και διαφανές επικάλυμμα, μία αποστειρωμένη μπλούζα, μία μάσκα, ένα σκούφο και ένα αποστειρωμένο πεδίο.
- Τοποθέτηση αρτηριακής γραμμής: ένας αρτηριακός καθετήρας ή ενδοφλέβιος καθετήρας 18-20G, ένα Tesoplast (διαφανές αυτοκόλλητο επίθεμα σταθεροποίησης του καθετήρα), διάλυμα έκπλυσης 500ml (φυσιολογικός ορός), ένα ζευγάρι αποστειρωμένα γάντια και ένα flagon ηπαρίνης,

- Αλλαγή τραχειοστόματος: ένα ζευγάρι αποστειρωμένα γάντια, μία μάσκα, δύο λεπίδες χειρουργικού μαχαιριού Νο 15 και Noll, ένα flagon τοπικό αναισθητικό (xylocaine 2%), μία σύριγγα των 5 ml, ένα σετ διαδερμικής τραχειοστομίας, ένα πακέτο αποστειρωμένων γαζών, ένας καθετήρας αναρρόφησης elaton, ράμματα μεταξύ 3-0 ή 4-0 και δύο βελόνες 18G και 27G.
- Βρογχοαναρρόφηση: ένα δοχείο ή σάκος αναρρόφησης, ένα συνδετικό σωλήνα αναρρόφησης, ένας αποστειρωμένος καθετήρας αναρρόφησης με αντιστόμιο διακεκομμένου ελέγχου της αναρρόφησης, ένα ζευγάρι αποστειρωμένα γάντια και 10ml φυσιολογικού ορού N/S 0.9%.
- Μεταφορά ασθενούς εκτός Μ.Ε.Θ. για υπολογιστική αξονική τομογραφία: το μόνο αναλώσιμο που χρειαζόταν σε κάθε περίπτωση ήταν μία φιάλη οξυγόνου.
- Λήψη αερίων αίματος: μία σύριγγα 2.5 ή 5 ml, μία βελόνη 20G με διαφανή θάλαμο στο άκρο της, μία σύριγγα 1-2 ml και 5000 units ηπαρίνης.
- Λήψη δειγμάτων για καλλιέργεια. Για βρογχικές εκκρίσεις χρειάστηκαν μία συσκευή συλλογής εκκρίσεων, ένας σωλήνας αναρρόφησης και ένα ζευγάρι αποστειρωμένα γάντια. Για συλλογή ούρων ήταν αναγκαία ένα δοχείο περισυλλογής ούρων, ένα ζευγάρι αποστειρωμένα γάντια και μία σύριγγα 20 ml.
- Περιποίηση κατακλίσεων: επιθέματα διαφόρων τύπων αναλόγως με την ανατομική θέση της κατάκλισης, ένα Seasorb soft filler, ένα purilon gel, ένα πακέτο αποστειρωμένων γαζών, ένα ζευγάρι αποστειρωμένα γάντια, φυσιολογικό ορό σε αμπούλες των 10 ml.
- Τοποθέτηση περιφερικής γραμμής: ένας φλεβοκαθετήρας και ένα επίθεμα κάλυψης σημείου φλεβοκέντησης (Opsite).
- Τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα: μία σύριγγα 60ml, ένα gel ξυλοκαϊνης, ένα νεφροειδές μιας χρήσεως και ένας ρινογαστρικός σωλήνας.
- Τοποθέτηση καθετήρα Swan-Ganz: ένα ζευγάρι αποστειρωμένα γάντια, ένα αποστειρωμένο πεδίο, μία σύριγγα 20 ml, ένα σετ Swan-Ganz, ένα σετ διαδερμικής εισαγωγής και ένα 3-way stop cock.

Στις ανωτέρω πράξεις δεν μπορούσε να υπολογισθεί το κόστος που απαιτήθηκε για αντισηπτικό διάλυμα γιατί κάθε φορά χρησιμοποιούταν μία συγκεκριμένη ποσότητα και όχι όλη η συσκευασία, τα γάντια μιας χρήσεως (μη αποστειρωμένα) καθώς και οι γάζες που χρειαζόνταν κάθε φορά για να πραγματοποιηθεί μία πράξη.

- Το πλήθος των ιατρονοσηλευτικών πράξεων, το απόλυτο κόστος των πράξεων, δηλαδή το κόστος το οποίο προκύπτει βάσει των υλικών που προαναφέρθηκαν και το

μέσο κόστος, δηλαδή το κόστος που προκύπτει από επιπλέον υλικά που χρησιμοποιήθηκαν αποτυπώνεται στον πίνακα I. Σε μερικές περιπτώσεις λόγω έλλειψης υλικών, χρησιμοποιήθηκαν λιγότερα με αποτέλεσμα να υπάρξει μειωμένο κόστος.

Η τοποθέτηση της αρτηριακής γραμμής γινόταν κατά κόρον (96.83%) από γιατρό, ενώ σε ποσοστό 3.17% συμμετείχε και νοσηλεύτης. Στη δεύτερη περίπτωση υπήρχε σημαντική στατιστική διαφορά στο κόστος της διαδικασίας ($P < 0.001$). Η τοποθέτηση περιφερικής γραμμής πραγματοποιούνταν από γιατρό κατά 70%, ενώ μόνο στο 30% των περιπτώσεων από νοσηλεύτη. Σε αυτή την περίπτωση δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στο κόστος ($P = 0.12$). Επιπλέον οι βρογχοαναρροφήσεις στο τμήμα γίνονταν κατά 28,15% από φυσιοθεραπευτή, 34,5% από νοσηλεύτες και 37,35% από γιατρό. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στο κόστος των βρογχοαναρροφήσεων ανάλογα με το ποιος την έκανε. Η μεταφορά των ασθενών εκτός ΜΕΘ είτε για αξονική τομογραφία, είτε για άλλες διαγνωστικές εξετάσεις γινόταν πάντα σε συνεργασία ιατρού και νοσηλεύτη. Η λήψη δείγματος το οποίο λαμβάνεται για καλλιέργειες πραγματοποιείται κατά 85,47% από γιατρούς, 11,96% από φυσιοθεραπευτές και 2,57% από γιατρό και νοσηλεύτη μαζί. Δεν παρατηρήθηκε σημαντική στατιστική διαφορά ($P = 0.02$). Οι κατακλίσεις που δημιουργούνται και αναπτύσσονται στους βαρέως πάσχοντες ασθενείς φροντίζονται αποκλειστικά από τους νοσηλεύτες και κατά τη διάρκεια της πρωινής φροντίδας. Κατακλίσεις τετάρτου βαθμού που έρχονταν χειρουργική αντιμετώπιση δεν υπήρξαν. Η τοποθέτηση κεντρικής γραμμής, ρινογαστρικού σωλήνα, η αλλαγή τραχειοστόματος και η τοποθέτηση καθετήρα Swan-Ganz γινόταν αποκλειστικά σε συνεργασία γιατρού και νοσηλεύτη.

Όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα II για την επιτυχή ολοκλήρωση συγκεκριμένων πράξεων χρειάστηκαν περισσότερες από μία προσπάθειες, ενώ άλλες φορές μερικές πράξεις δεν ολοκληρώθηκαν ποτέ. Αυτή είναι η κύρια αιτία που το κόστος των πράξεων αυτών δεν είναι σταθερό, αλλά ποικίλλει αναλόγως των επιπροσθέτων υλικών που χρησιμοποιήθηκαν.

Σε επείγουσες και απειλητικές για τον βαρέως πάσχοντα καταστάσεις δεν παρατηρήθηκε σημαντική στατιστική διαφορά στο κόστος των παρεμβατικών διαδικασιών που έγιναν.

Σε προσπάθεια συνδυασμού κόστους πράξεων και βαρύτητας νόσου του ασθενούς, μετρούμενη με τα Apache II score και Saps II score δεν βρέθηκε σημαντική στατιστική διαφορά. Το φύλο και η ηλικία των ασθενών δεν έπαιξαν ρόλο στο κόστος των καταγραφόμενων ιατρονοσηλευτικών πράξεων.

Συζήτηση

Στην ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για το ακριβές κόστος των προαναφερθέντων ιατρονοσηλευτικών διαδικασιών δεν βρέθηκαν αποτελέσματα εκτός από την τοποθέτηση των κεντρικών φλεβικών γραμμών και τη διαδικασία της τραχειοστομίας.

Έχει γίνει διεθνής προτεραιότητα στις μέρες μας ο έλεγχος

του κόστους της φροντίδας υγείας. Το κόστος που απαιτείται για τη λειτουργία μιας Μ.Ε.Θ. ανέρχεται στο 28% του συνολικού κόστους ενός νοσοκομείου (Critical Care in the united states, 1992, American medical Association council, 1999).

Ο Halpern et al (2004) σε μελέτη που έκανε και διήρκησε από 1985-2000 κατέγραψε πως ο συνολικός αριθμός των

νοσοκομείων στις Η.Π.Α. μειώθηκε κατά 8.9% (από 6.032 σε 5.494), ενώ τα νοσοκομεία που προσφέρουν εντατική θεραπεία μειώθηκαν κατά 13.7% (από 4.150 σε 3.581). Ο συνολικός αριθμός των κρεβατιών σε νοσοκομεία με Μ.Ε.Θ. μειώθηκαν κατά 26.4% (από 889.600 σε 654.400) εν αντιθέσει με τα κρεβάτια στις Μ.Ε.Θ. που αυξήθηκαν κατά 26.2% (από 69.300 σε 87.400). Το κόστος λειτουργίας ανά ημέρα των κρεβατιών εντατικής θεραπείας αυξήθηκε κατά 126% (από 1.185\$ σε 2.674\$). Αν και το συνολικό κόστος των Μ.Ε.Θ. στις ΗΠΑ αυξήθηκε κατά 190.4% (191-55.5 δισεκατομμύρια δολάρια) ο κρατικός προϋπολογισμός για τον τομέα της υγείας μειώθηκε κατά 5.4%.

Οι Warren et al (2004) σε μελέτη τους επικεντρώθηκαν στο να εκπαιδεύσουν γιατρούς για 24 μήνες στη διαδικασία εισαγωγής κεντρικών φλεβικών γραμμών. Στη μελέτη υπήρχαν δύο ομάδες παρατήρησης. Στη μία συμμετείχαν εκπαιδευμένοι γιατροί με το συγκεκριμένο σεμινάριο και στην άλλοι μη εξειδικευμένοι. Το αποτέλεσμα ήταν πως οι εξειδικευμένοι γιατροί είχαν λιγότερες επιπλοκές στην τοποθέτηση των κεντρικών φλεβικών γραμμών με αποτέλεσμα το κόστος να μειωθεί από 1.573.000\$ σε 1.036.000\$. μελέτη αυτή αποδεικνύει πως η εξειδίκευση των επαγγελματιών υγείας μειώνει το κόστος της φροντίδας υγείας. Το κόστος σχετιζόμενο με τις λοιμώξεις και τις επιπλοκές που εμφανίζονται στους κεντρικούς φλεβικούς καθετήρες κυμαίνεται από 3.700\$ μέχρι 56.167\$ (Dimick, 2001, Digiovine, 1999, Arnow, 1993).

Η Kinsella et al (2008) υπολόγισε πως το κόστος τοποθέτησης κεντρικής φλεβικής γραμμής στις ΗΠΑ είναι 130.26 \$. Σε αυτό το ποσό έχει υπολογιστεί και η ακτινογραφία θώρακος η οποία παραγγέλλεται για να πιστοποιήσει την ορθή θέση του καθετήρα.

Οι Knudsen et al (1999) στο Durham των ΗΠΑ υπολόγισαν το κόστος για 13 τραχειοστομίες, το οποίο υπολογίστηκε σε 1323.92\$. Οι τιμές υπολογίστηκαν με βάση το εκάστοτε κοστολόγιο, μιας και η μελέτη διεξήχθη τον Ιούλιο του 1999.

Οι Hakellis et al (1996) μελέτησαν 30 ασθενείς οι οποίοι ανέπτυξαν 45 κατακλίσεις. Το μέσο κόστος της θεραπείας, συμπεριλαμβανομένων τα μακράς διάρκειας κόστη της περιποίησης και νοσηλείας ήταν 2.731\$ για κάθε έλκος. Αν εξαιρεθούν τα έξοδα για τη νοσηλεία το καθαρό κόστος για τα έλκη ήταν 489 δολάρια. Το μέσο κόστος θεραπείας για κάθε ασθενή ήταν 4.647\$. Αν εξαιρεθούν οι δαπάνες για τη νοσηλεία το καθαρό κόστος για κάθε ασθενή ήταν 1.284 δολάρια. Το 80% του συνολικού κόστους των ελκών που θεραπεύτηκαν προήλθαν από το 4% των ασθενών που εισήχθησαν στο νοσοκομείο για θεραπεία των κατακλίσεών τους.

Είκοσι έξι μελέτες υπολόγισαν το κόστος για κάθε κατάκλιση που θεραπεύτηκε από 910\$ μέχρι 2179\$. Για ένα υποθετικό πλάνο φροντίδας, η διαφορά μεταξύ του ελάχιστου και του πιο οικονομικά-αποδοτικού πλάνου ήταν 1,9 εκατομμύρια δολάρια για τα έλκη πίεσης. Οι παρατηρηθείσες διαφορές αποδόθηκαν γενικά στις διαφορές στις εκβάσεις και τις αποκλίσεις δαπανών σχετικές με τη συχνότητα των αλλαγών επιθεμάτων. Οι συχνότερες επίσκεψης παθολόγων ήταν μία φορά κάθε τέσσερις εβδομάδες. Τα μεγέθη

ελκών κυμάνθηκαν από 2.5cm² σε 5.6cm² για τα έλκη πίεσης. Όλοι οι ασθενείς με τα έλκη πίεσης χρειάστηκαν ανακούφιση από την πίεση, θρεπτική υποστήριξη και τη διαχείριση της ακράτειας. Οι δαπάνες ανά ασθενή που θεραπεύτηκε με έλκη πίεσης με υδροκολλοειδή ήταν χαμηλότερες και υψηλότερες σε αυτούς που θεραπεύτηκαν με γάζα και φυσιολογικό ορό. (Kerstein et al, 2001).

Είναι αξιοσημείωτη μία μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε κατοίκους νοσηλείας και σύγκρινε κόστος και ποσοστά επώλυσης θεραπειών κατακλίσεων με δύο διαφορετικά είδη επιθεμάτων. Το ένα είναι με γάζα και ταινία και το άλλο με διαφανές επίθεμα που επιτρέπει την εξάτμιση της υγρασίας (MVP). Κάθε πληγή τυχαία επουλωνόταν είτε με τη μία μέθοδο είτε με την άλλη. Ο βαθμός της κατάκλισης υπολογιζόταν την πρώτη ημέρα (κριτήρια Shea) και κάθε εβδομάδα για μία περίοδο δύο μηνών. Στη αρχή και στο τέλος της θεραπείας οι κατακλίσεις φωτογραφίζονταν. Το μέσο κόστος για κάθε έλκος χρησιμοποιώντας την MVP μέθοδο ήταν 845\$, ενώ η θεραπεία με τις γάζες κόστισε 1359\$, $p < 0,05$. Η διαφορά του κόστους για κατακλίσεις τρίτου βαθμού δεν είχε σημαντικά στατιστική διαφορά στις δύο ομάδες. (Sebern, 1986).

Μία αναδρομική ερευνητική μελέτη σχεδιάστηκε για να περιγράψει τις δαπάνες 830 κρεβατιών στα οποία θεραπεύτηκαν 81 κατακλίσεις βάσει πρωτοκόλλου. Το συνολικό κόστος ήταν 30.079 δολάρια εκ των οποίων το 73% ήταν νοσηλευτικά έξοδα. Το μέσο κόστος της θεραπείας βάσει πρωτοκόλλου ήταν 3.74\$/κατάκλιση/ημέρα, ενώ το κόστος χωρίς πρωτόκολλο ήταν 5.35 δολάρια/κατάκλιση/ημέρα. (Frantz et al, 1995).

Ο Alterescu (1981) σε μία τρίμηνη αναδρομική ερευνητική μελέτη εξέτασε 75 ασθενείς με κατακλίσεις. Το μέσο κόστος της θεραπείας την ημέρα ήταν 80.42 δολάρια. Το μέσο συνολικό κόστος ανά ασθενή ήταν 1.300,37 δολάρια. Το μέσο κόστος για ασθενή ο οποίος εισήχθη για θεραπεία κατακλίσεως ήταν 3.746,03\$, ενώ το μέσο κόστος για ασθενείς οι οποίοι εισήχθησαν για άλλους λόγους ήταν 621,02 δολάρια.

Μία Ευρωπαϊκή κόστους αποτελεσματικότητας μελέτη πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας δημοσιευμένα κλινικά δεδομένα από πολυεθνικές μελέτες σε χρόνια φλεβικά έλκη ποδιών και κατακλίσεις. Σε αυτή τη μελέτη παρουσιάζονται δεδομένα σχετικά με τη διαχείριση ελκών στο Ηνωμένο Βασίλειο. Συνολικά 15 μελέτες κατακλίσεων περιλαμβάνουν 519 τραύματα-πληγές και 12 μελέτες φλεβικών ελκών ποδιών περιλαμβάνουν 843 έλκη και χρησιμοποιούνται σε μία συγκεντρωτική ανάλυση. Ο στόχος της μελέτης ήταν η σύγκριση των δαπανών σε στερλίνες Αγγλίας για τρία διαφορετικά θεραπευτικά πρωτόκολλα για κάθε είδους τραύμα. Τα πρωτόκολλα προσαρμόστηκαν βάσει των κλινικών του Ηνωμένου Βασιλείου και στα δύο νοσοκομεία και είναι βασισμένα αρχικά στα επιθέματα και κόστος του νοσηλευτικού χρόνου εργασίας, στην καθαριότητα των τραυμάτων και τη χειρουργική περιποίηση όπου χρειάζεται, τη χρήση ειδικών υλικών πλήρωσης και συμπίεσης όπου χρειάζονταν. Η εστίαση της μελέτης ήταν η σύγκριση

κόστους-αποτελεσματικότητας (όπως μετρήθηκε από το κόστος ανά θεραπευμένο τραύμα) δύο καινούργιων επιθεμάτων - Granuflex(R) υδροκολλοειδές επίθεμα και Arligraf(R) υποκατάστατο δέρματος- και οι παραδοσιακές γάζες ως επιθέματα ως θεραπεία για τα φλεβικά έλκη ποδιού και στην περίπτωση των κατακλίσεων, σύγκριση του Granuflex(R) Comfeel(R) υδροκολλοειδούς επιθέματος και των παραδοσιακών γαζών ως επίθεμα με φυσιολογικό ορό. Η επιλογή των επιθεμάτων που μελετήθηκαν βασίστηκε στη διαθέσιμη δημοσιευμένη βιβλιογραφία. Η σύνταξη των θεραπευτικών πρωτοκόλλων και οι υποθέσεις των θεραπειών που έλλειπαν από τις δημοσιευμένες εργασίες επιτεύχθηκαν μέσω μιας ειδικής επιτροπής. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το Granuflex(R) ήταν κατά 50% περισσότερο οικονομικά πιο αποδοτικό, σε 422 rounds ανά θεραπευμένη κατάκλιση από το Comfeel(R) (643 rounds) και 500% περισσότερο από τις γάζες με φυσιολογικό ορό (2548 rounds) στη θεραπεία των κατακλίσεων. Το Granuflex(R) με 342 rounds ήτα επίσης πιο αποδοτικό οικονομικά από τις γάζες (541 rounds) ή το Arligraf(R)

(6741 rounds) στη θεραπεία των φλεβικών ελκών στα πόδια. Αυτά τα στοιχεία θα παράσχουν μια πολύτιμη προσθήκη στα δημοσιευμένα κλινικά στοιχεία, προσφέροντας συμπληρωματικές πληροφορίες με τις οποίες οι φροντιστές μπορούν να βασίσουν την επιλογή των επιθεμάτων για τη θεραπεία των ελκών. (Harding et al, 2000).

Οι Bennet et al (2004) εκτίμησαν το ετήσιο κόστος θεραπείας κατακλίσεων στο Ηνωμένο Βασίλειο το 2004. Το κόστος της θεραπείας των κατακλίσεων ποικίλλει από 1.064 rounds (βαθμός I) μέχρι 10.551 rounds (βαθμός 4). Το κόστος αυξάνεται όσο αυξάνεται ο βαθμός διότι ο χρόνος επούλωσης είναι μεγαλύτερος και οι εμφανιζόμενες επιπλοκές πιο σοβαρές στις περισσότερες περιπτώσεις. Το συνολικό ετήσιο κόστος στο Ηνωμένο Βασίλειο για τις κατακλίσεις είναι 1.4–2.1 δισεκατομμύρια rounds (4% του ΕΑΠ). Το περισσότερο από αυτό το κόστος είναι χρόνος εργασίας των νοσηλευτών. Το κόστος ανά ημέρα για κατακλίσεις πρώτου βαθμού ήταν το 2004 38 rounds, για του δεύτερου βαθμού 42 rounds και για τους βαθμούς III και IV 50 rounds.

Συμπεράσματα

Η μελέτη έδειξε το κόστος των πιο κοινών ιατρονοσηλευτικών πράξεων σε ΜΕΘ. Επίσης μέσω των δεδομένων αποδείχτηκε πως υπάρχει συσχέτιση μεταξύ κόστους μιας πράξης και εξειδίκευσης των επαγγελματιών υγείας.

Οι μη ειδικευμένοι θεράποντες ή νοσηλευτές χρησιμοποιούσαν περισσότερα υλικά με αποτέλεσμα να αυξάνεται το κόστος που απαιτείται για μία παρεμβατική διαδικασία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- American Medical Association Council on Long Range Planning and Development in cooperation with the Council on Constitution and Bylaws, and the Council on Ethical and Judicial Affairs. Policy Compendium. Chicago: American Medical Association, 1999: H-425,0, H-440.9.
- Alterescu V. The financial costs of inpatient pressure ulcers to an acute care facility. *Decubitus*. 1989 Aug;2(3):14-23.
- Arnow PM, Quimosing EM, Beach M. Consequences of intravascular catheter sepsis. *Clin Infect Dis* 1993; 16:778–784.
- Arthur D. Little, Inc., "Planning for General Medical and Surgical Intensive Care Units: A Technical Assistance Document for Planning Agencies, prepared for the U.S. Department of Health, Education, and Welfare, publication No.(HRS) 79-14020 (Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1979).
- Bennett G, Dealey C, Posnett J. The cost of pressure ulcers in the UK. *Age and Ageing* 2004; 33: 230–235.
- Civetta, J. M., 'The Inverse Relationship between Cost and Survival. *Res*. 14(3):265, 1973.
- Critical care in the United States: coordinating intensive care resources for positive cost-effective patient outcomes. Anaheim, Calif: Society of Critical Care Medicine, 1992; 18.
- David K. Warren, MD; Jeanne E. Zack, BSN; Jennie L. Mayfield, MPH; Alexander Chen, MD; Donna Prentice, MSN; Victoria J. Fraser, MD; and Marin H. Kollef, MD, FCCP. The Effect of an Education Program on the Incidence of Central Venous Catheter-Associated Bloodstream Infection in a Medical ICU. *Chest* 2004; 126: 1612-1618.
- Digiiovine B, Chenoweth C, Watts C, et al. The attributable mortality and costs of primary nosocomial bloodstream infections in the intensive care unit. *Am J Respir Crit Care Med* 1999; 160:976–981.
- Dimick JB, Pelz RK, Conunji R, et al. Increased resource use associated with catheter-related bloodstream infection in the surgical intensive care unit. *Arch Surg* 2001; 136:229–234.
- Frantz RA, Bergquist S, Specht J. The cost of treating pressure ulcers following implementation of a research-based skin care protocol in a long-term care facility. *Adv Wound Care*. 1995 Jan-Feb;8(1):36-45.
- Griner, P. F. and Liptzin, B., "Use of the Laboratory in a Teaching Hospital: Implications for Patient Care, Education, and Hospital Costs, *Ann. Intern. Med.* 1971 Aug; 75(2):157-63.
- Halpern, Neil A. MD, FCCM; Pastores, Stephen M. MD, FCCM; Greenstein, Robert J. MD. Critical care medicine in the United States 1985-2000: An analysis of bed numbers, use and costs [Feature Articles]. *Critical Care Medicine: Volume 32(6)* June 2004pp 1254-1259.
- Harding K, Cutting K, Price P. The cost-effectiveness of wound management protocols of care. *Br J Nurs*. 2000 Oct;9(19 Suppl):S6, S8, S10 passim.
- HEALTH TECHNOLOGY CASE STUDY 28 Intensive Care Units (ICUs) Clinical Outcomes, Costs, and Decision making. 2003; 23: 38-53.
- Kerstein, Morris D.; Gemmen, Eric; van Rijswijk, Lia; Lyder, Courtney H.; Phillips, Tania; Xakellis, George; Golden, Katharine; Harrington, Catherine. Cost and Cost Effectiveness of Venous and Pressure Ulcer Protocols of Care. *Disease Management & Health Outcomes*. 9(11):651-636, 2001.
- Kinsella S, Young N. Ultrasound-Guided Central Line Placement as

- Compared with Standard Landmark Technique: Some Unpleasant Arithmetic for the Economics of Medical Innovation. Value Health. 2008 Jul 18.
18. Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE. APACHE II: A severity of disease classification system. Crit Care Med 1985, 13:818.
 19. Le Gall JR, Lemeshow S, Saulnier F. A new Simplified Acute Physiology Score (SAPS II) based on a European/ North American multicenter study. JAMA 1993, 270: 2957-2963.
 20. McCleave, D. J., Gilligan, J. E., and Worthley, L. I. G., "The Role and Function of an Australian Intensive Care Unit, Crit. Care Med. 5(5):245, 1977.
 21. NW Knudsen, MW Sebastian, RA Perez-Tamayo, WL Johanson and SN Vaslef. Intensive care unit procedures: cost savings and patient safety. Crit Care 1999; 158: 546-551.
 22. Russell, L. B., "Intensive Care, ch. 3 in Technology in Hospitals: Medical Advances and Their Diffusion (Washington, DC: The Brookings Institution, 1979).
 23. Sanders, C. A., "Hospital Management of Critical Care I, presentation at the National Institute of Health Consensus Development Conference, Critical Care Medicine, Mar. 8, 1983.
 24. Sebern MD. Pressure ulcer management in home health care: efficacy and cost effectiveness of moisture vapor permeable dressing. Arch Phys Med Rehabil. 1986 Oct;67(10):726-9.
 25. Xakellis GC, Frantz R. The cost of healing pressure ulcers across multiple health care settings. Adv Wound Care. 1996 Nov-Dec;9(6):18-22.

Πίνακας 1: Κόστος ιατρονοσηλευτικών πράξεων

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ Ν	ΑΠΟΛΥΤΟ ΚΟΣΤΟΣ (ΕΥΡΩ)	ΚΟΣΤΟΣ (ΕΥΡΩ)
ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΓΡΑΜΜΗΣ Ag	250	66.29	67.03±29.18
ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΓΡΑΜΜΗΣ	500	3.81	3.92±0.18
ΑΛΛΑΓΗ ΤΡΑΧΕΙΟΣΤΟΜΑΤΟΣ	150	16.56	17.23±0.33
ΒΡΟΓΧΟΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗ	500	3.31	3.32±0.03
ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΕΚΤΟΣ ΜΕΘ	300	4.95	0.495±0
ΛΗΨΗ ΑΕΡΙΩΝ ΑΙΜΑΤΟΣ	500	1.6	1.6±0
ΛΗΨΗ ΒΡΟΓΧΙΚΩΝ ΕΚΚΡΙΣΕΩΝ	500	2.05	3.46±0.56
ΛΗΨΗ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ ΟΥΡΩΝ	500	0.8	1.26±0.43
ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ	500		8.48±0.28
ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΓΡΑΜΜΗΣ	300	1.62	1.71±0.28
ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΡΙΝΟΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ	150	5.32	5.81±0.62
ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ SWAN-GANZ	100	260.54	265.94±0.86

Πίνακας II

ΠΡΑΞΗ	ΑΡ. ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΩΝ	ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ
ΑΛΛΑΓΗ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΓΡΑΜΜΗΣ	2,6±0,29	2% ΝΑΙ
ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΓΡΑΜΜΗΣ	2,3±0,2	19% ΝΑΙ
ΑΛΛΑΓΗ ΤΡΑΧΕΙΟΣΤΟΜΙΑΣ	1,1±7,1	ΟΧΙ
ΒΡΟΓΧΟΑΝΑΡΡΟΦΗΣΕΙΣ	1±0,8	63.7% ΝΑΙ
ΑΕΡΙΑ ΑΙΜΑΤΟΣ	1,6±0,2	34% ΝΑΙ
ΛΗΨΗ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΩΝ	1,3±0,3	18.8% ΝΑΙ
ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ	1±0,1	ΟΧΙ
ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΓΡΑΜΜΗΣ	2±0.1	21.05% ΝΑΙ

Διερεύνηση του Άγχους και της Ικανοποίησης των Νοσηλευτών από την Εργασία τους. Η Περίπτωση των Νεφρολογικών Κέντρων. Σύντομη Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

Μαρνέρας Χρήστος¹, Αλμπάνη Ελένη².

1. Νοσηλεύτρια Τ.Ε., MSc-Π.Φ.Υ., Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ρίου.
2. Νοσηλεύτρια Τ.Ε., MSc-Π.Φ.Υ., Νοσοκομείο Παιδων «Καραμανδάνειο» Πατρών .

Στόχος: Το νοσηλευτικό προσωπικό διαδραματίζει ιδιαίτερα σημαντικούς ρόλους και η συμβολή του στην αποτελεσματικότητα του νοσοκομείου είναι τεράστια. Η ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού από την εργασία, έχει καταστεί τις τελευταίες δεκαετίες αντικείμενο μελέτης της διεθνούς βιβλιογραφίας. Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να ανασκοπηθεί η υπάρχουσα βιβλιογραφία σχετικά με την ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού από την εργασία, σε μια μονάδα αιμοδιάλυσης.

Σχεδιασμός και μέθοδοι ανασκόπησης: Έγινε αναζήτηση στη βάση δεδομένων Medline με τη χρήση των «αιμοδιάλυση», «νοσηλευτικό προσωπικό/νοσηλεύτρια/νοσηλεύτρια», «ικανοποίηση από την εργασία», «εξάντληση», ως χαρακτηριστικές λέξεις-κλειδιά. Η υπάρχουσα βιβλιογραφία στην Ελληνική γλώσσα, αναζητήθηκε επίσης. Διατριβές στα Ελληνικά και βιβλία, αναζητήθηκαν επίσης.

Αποτελέσματα: Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, ανιχνεύεται μια συνολική χαμηλού επιπέδου ικανοποίηση από την εργασία στο νοσηλευτικό προσωπικό και οι μονάδες αιμοδιάλυσης δεν αποτελούν εξαίρεση. Το κυριότερο αίτιο, όπως συμπεραίνεται από διεθνείς μελέτες , είναι οι συνθήκες εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού. Αυτές συνδέονται πολύ λιγότερο με τη φύση της εργασίας αυτής και πολύ περισσότερο με οργανωτικά θέματα, τα οποία αντανακλούν τη δομή και τα προβλήματα των συστημάτων υγείας.

Συμπεράσματα: Η ικανοποίηση από την εργασία είναι θέμα υψηλής προτεραιότητας με το οποίο, τα νοσηλευτικά ιδρύματα σε όλο τον κόσμο, πρέπει να ασχοληθούν με προσοχή. Αναφορικά με τον Ελληνικό χώρο, απαιτούνται περισσότερες επισκοπήσεις, προκειμένου να εξεταστεί σε βάθος το ποιοι παράγοντες και σε ποια έκταση ορίζουν την ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού από την εργασία του στη χώρα μας.

Λέξεις-κλειδιά: Εργασιακή ικανοποίηση, επαγγελματική εξουθένωση , νοσηλευτές , μονάδα τεχνητού νεφρού

I. Εισαγωγή

Ο όρος «ικανοποίηση από την Εργασία » (job satisfaction) αναφέρεται στη θεώρηση των συναισθημάτων των εργαζομένων τόσο σε σχέση με την εργασία τους στο σύνολό της, όσο και σε σχέση με κάποιες από τις εκφάνσεις της. Είναι ο βαθμός στον οποίο οι εργαζόμενοι είτε είναι ευχαριστημένοι (οπότε και ικανοποιούνται) είτε δυσαρεστημένοι

(οπότε δεν ικανοποιούνται). Η ικανοποίηση από την εργασία έχει αποτελέσει τις τελευταίες δεκαετίες αντικείμενο ενός μεγάλου αριθμού θεωρητικών και εμπειρικών άρθρων και δημοσιεύσεων, λόγω οικονομικού, ανθρωπιστικού και γενικότερα θεωρητικού ενδιαφέροντος. Ιδιαίτερη σημασία δίνεται στους παράγοντες που τη διαμορφώνουν και τις επιπτώσεις

της.(Staiger 2000, Buchan 2002)

Παρά την αλματώδη τεχνολογική πρόοδο που σημειώνεται σε όλους τους τομείς, ο παράγων άνθρωπος, εξακολουθεί να παραμένει ο πιο σημαντικός συντελεστής επιτυχίας των στόχων κάθε οργανισμού. Είναι κοινά παραδεκτό ότι το ανθρώπινο δυναμικό κάθε οργανισμού αποτελεί ένα πολύτιμο κεφάλαιο για αυτόν και η συμβολή του στην επίτευξη των αντικειμενικών σκοπών και στόχων του είναι καθοριστική. (Shader 2001, Staiger 2000).

Το ίδιο ισχύει και στους υγειονομικούς οργανισμούς και στο σύστημα υγείας κάθε χώρας γενικότερα. Το νοσηλευτικό προσωπικό ειδικά είναι επιφορτισμένο με σημαντικότερους ρόλους και η συμβολή του στην αποδοτικότητα των νοσοκομείων είναι τεράστια. Ωστόσο, προκειμένου να είναι παραγωγικό το προσωπικό αυτό πρέπει να επιλέγεται σωστά, να εντάσσεται σε αποτελεσματικά οργανωτικά σχήματα και να είναι ικανοποιημένο από την εργασία του συνολικά, αλλά και από τις επιμέρους διαστάσεις της. (Lu 2005)

Οι ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό, η αύξηση των αναγκών των υπηρεσιών φροντίδας υγείας σε ρυθμό μεγαλύτερο από τη στελέχωσή τους, αλλά και το κόστος σε χρόνο και χρήμα για την πρόσληψη εξ αρχής ή την αντικατάσταση του νοσηλευτικού προσωπικού, δημιουργούν την ανάγκη οι ήδη υπάρχοντες νοσηλευτές να αισθάνονται ικανοποίηση από την εργασία τους, προκειμένου να ασκούν αποτελεσματικά και ποιοτικά τα καθήκοντά τους. (Buchan 1994, Buchan 2002)

Η ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού από την εργασία του έχει αποτελέσει, τις τελευταίες δεκαετίες, αντικείμενο μελέτης στη διεθνή βιβλιογραφία. Τις τελευταίες δεκαετίες το ενδιαφέρον της μέτρησης της ικανοποίησης από την εργασία του νοσηλευτικού προσωπικού εστιάζεται στο προσωπικό που εργάζεται σε νοσοκομεία, καθώς τα τελευταία αποτελούν χώρους επίπονης εργασίας και βίωσης δυσάρεσκων (Χαραλαμπίδου 1996), ενώ σε συγκεκριμένα τμήματά τους, όπως οι μονάδες εντατικής θεραπείας, οι μονάδες

τεκνητού νεφρού, και το τμήμα επειγόντων περιστατικών, το νοσηλευτικό προσωπικό βιώνει αυξημένο στρες και υπάρχουν επιπλέον αυξημένες ανάγκες για παροχή φροντίδας. (Cooper C, & Cartwright, 1994, Tselebis 2006, Li 2008) Η διεξοδική μελέτη των παραγόντων που σχετίζονται με την επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών αναμένεται να βοηθήσει στη βελτίωση των συνθηκών άσκησης του λειτουργήματός τους και στη βελτίωση της παρεχόμενης ποιότητας της φροντίδας.

1.α. Μέθοδος

Όσον αφορά τη μέθοδο που ακολουθήθηκε και τις πηγές δεδομένων Αρχικά, πραγματοποιήθηκε μια γενική προσέγγιση στο θέμα της ικανοποίησης από την εργασία. Έγινε αναζήτηση στη βάση δεδομένων MEDLINE με τη χρήση των «αιμοδιάλυση», «νοσηλευτικό προσωπικό/ νοσηλεύτριας», «ικανοποίηση από την εργασία», «εξάντληση», ως χαρακτηριστικές λέξεις-κλειδιά. Εντοπίστηκαν οι σχετικές με το θέμα διευθύνσεις στο διαδίκτυο. Η υπάρχουσα βιβλιογραφία στην Ελληνική γλώσσα, αναζητήθηκε επίσης. Διατριβές στα Ελληνικά και βιβλία, αναζητήθηκαν επίσης.

1. β. Αποτελέσματα

Χρησιμοποιήθηκε 1 βιβλιογραφική αναφορά στην ελληνική γλώσσα (διδακτορική διατριβή) και 1 ιστοσελίδα στο διαδίκτυο στα Αγγλικά. Σε ό,τι αφορά τη λοιπή Αγγλική βιβλιογραφία, χρησιμοποιήθηκαν 44 άρθρα, δημοσιευμένα μεταξύ των ετών 1978 και 2008. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, ανιχνεύεται μια συνολική χαμηλού επιπέδου ικανοποίηση από την εργασία στο νοσηλευτικό προσωπικό και οι μονάδες αιμοδιάλυσης δεν αποτελούν εξαίρεση. Το κυριότερο αίτιο, όπως συμπεραίνεται από ποικίλες έρευνες στη χώρα μας και σε άλλες χώρες, είναι οι συνθήκες εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού. Αυτές συνδέονται πολύ λιγότερο με τη φύση της εργασίας αυτής και πολύ περισσότερο με οργανωτικά θέματα, τα οποία αντανάκλουν τη δομή και τα προβλήματα των συστημάτων υγείας.

2. Παράγοντες που καθορίζουν την ικανοποίηση των νοσηλευτών από την εργασία τους

Οι παράγοντες που συντελούν στην ικανοποίηση από την εργασία ανήκουν σε τρεις μεγάλες κατηγορίες: α) τους **ατομικούς**, β) τους **οργανωτικούς** και γ) τους **εργασιακούς**. Σε μια μετα-ανάλυση των δεδομένων 48 ερευνών σχετικά με την ικανοποίηση των νοσηλευτών από την εργασία τους, η Blegen (1987) προσδιόρισε τέσσερις ατομικούς και εννέα οργανωτικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην ικανοποίηση από την εργασία. Οι **ατομικοί παράγοντες** περιλαμβάνουν την ηλικία, την εκπαίδευση, τον επαγγελματισμό και την εμπειρία. Από τους **οργανωτικούς παράγοντες** το άγχος είχε αρνητική συσχέτιση, ενώ η αυτονομία, η αναγνώριση του έργου, η επικοινωνία με τους συναδέλφους και το αίσθημα δικαιοσύνης παρουσίασαν θετική συσχέτιση με την ικανοποίηση από την εργασία. Οι **εργασιακοί παράγοντες** που επηρεάζουν την ικανοποίηση των νοσηλευτών είναι ο φόρτος εργασίας (αναλογία ασθενών-νοσηλευτών), η σύνθεση του νοσηλευτικού προσωπικού και η κρισιμότητα των ασθενών μεγάλη κρισιμότητα των

ασθενών σε συνδυασμό με αλλαγές στη δομή του νοσηλευτικού έργου, σχετίζεται δυσμενώς με το φόρτο εργασίας και την ποιότητα φροντίδας. Επίσης, η σύνθεση του νοσηλευτικού προσωπικού (μικρή αναλογία πτυχιούχων νοσηλευτών – βοηθών νοσηλευτών) και η αυξημένη αναλογία ασθενών - νοσηλευτών συμβάλλουν σημαντικά στη δυσαρέσκεια των νοσηλευτών, στα κλινικά αποτελέσματα και στην ποιότητα φροντίδας (Best και Thurston, 2004).

Η βαρύτητα των παραγόντων που συνεισφέρουν στην ικανοποίηση των νοσηλευτών διαφέρει. Αν και η αμοιβή των νοσηλευτών εξακολουθεί να παραμένει ένα στοιχείο των μετρήσιμων κλιμάκων της εργασιακής ικανοποίησης, πολύ λίγο συνεισφέρει σε αυτήν σύμφωνα με τους Blegen & Mueller (1987) και τον Cavanagh (1990). Μετά το τέλος του 2ου Παγκόσμιου πολέμου ο Mayo (1945) ισχυρίστηκε ότι ο καθοριστικός παράγοντας της εργασιακής ικανοποίησης εντοπίζεται στην αλληλεπίδραση της ομάδας εργασίας, δίνοντας μεγάλη έμφαση στην καλή ηγεσία και στις

ευχάριστες διαπροσωπικές σχέσεις στο χώρο της εργασίας. Ο τρόπος διοίκησης και η ηγεσία τόσο σε επίπεδο νοσοκομείου όσο και σε επίπεδο πτέρυγας επηρεάζουν την εργασιακή ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς και τη συμπεριφορά του η οποία εκφράζεται με τη μορφή παραπόνων υγείας, απουσιών καθώς και άλλων δεικτών καλής ή μη κατάστασης (Boumans & Landeweerd 1993, McNeese Smith 1993, Morrison et al. 1997).

Όπου η επικοινωνία είναι καλή και οι νοσηλευτές απολαμβάνουν ένα καλό περιβάλλον το οποίο τους στηρίζει, ενώ η συνεργασία τους είναι καλή, τότε και η εργασιακή ικανοποίηση και η καινοτομία στην πράξη ενισχύονται (Adams & Bond, 1995). Στην αντίθετη περίπτωση οι νοσηλευτές βιώνουν υψηλά επίπεδα στρες τα οποία οδηγούν σε κατάθλιψη, εκθρότητα, αρνητικά συναισθήματα και σε χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση αλλά και σε μειωμένη απόδοση του οργανισμού και της νοσοκομειακής πτέρυγας (Wheeler & Riding, 1994).

Επίσης σημαντικής βαρύτητας είναι και η αυτονομία των νοσηλευτών και η δυνατότητα ανάληψης πρωτοβουλιών. Μάλιστα όσο μεγαλύτερη είναι κλινικά η ελευθερία αποφάσεων τόσο μεγαλύτερη είναι η ικανοποίηση που απολαμβάνουν οι νοσηλευτές από την εργασία. Επίσης, ο φόρτος εργασίας έχει μεγάλη (αρνητική) συσχέτιση με την ικανοποίηση από την εργασία (Aiken et al. 2002) καθώς επίσης σχετίζεται αρνητικά με την αυτονομία και τη χαμηλή ποιότητα φροντίδας.

Σύμφωνα με έρευνα του Health Care Advisory Board (2001) έχει επισημανθεί ότι ο ρυθμός αποχωρήσεων (turnover rate) των νοσηλευτών κυμαίνεται διεθνώς σε ποσοστό 15%. Παρομοίως οι Khowaja & Nensley (1999) ανέφεραν ότι οι ρυθμοί αποχωρήσεων στο The Aga Khan University Hospital, Karachi, Pakistan κυμαίνονταν σε ποσοστό 33,6% το 1996-1997. Φαίνεται να ισχύει ότι όσο μικρότερη είναι η συνοχή της νοσηλευτικής ομάδας, και όσο μεγαλύτερο το stress, τόσο μικρότερη η εργασιακή ικανοποίηση και μεγαλύτερος ο κίνδυνος αποχώρησης. το υψηλό ποσοστό αποχωρήσεων και απουσιών έχουν υψηλό κόστος και έχουν ως αποτέλεσμα χαμηλά επίπεδα ποιότητας της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας και επομένως χαμηλή παραγωγικότητα και αποδοτικότητα (Severinsson, 2001). Ακόμη, με αυτόν τρόπο αυξάνεται η πίεση στους εναπομείναντες με αποτέλεσμα την επαγγελματική εξουθένωση και την παραπέρα ενίσχυση του φαινομένου των πρόωρων συνταξιοδοτήσεων ή και παραιτήσεων (Borda, Norman, 1997).

2.α. Οργανωτικοί περιορισμοί

Υπάρχουν κάποιες καταστάσεις εντός του χώρου εργασίας οι οποίες εμπλέκονται άμεσα με την απόδοση των εργαζομένων με αποτέλεσμα να την επηρεάζουν. Αυτές χαρακτηρίζονται ως «οργανωτικοί περιορισμοί». Οι περιορισμοί προέρχονται από διάφορες συνιστώσες της εργασίας, συμπεριλαμβανομένων των συνεργατών και το φυσικό εργασιακό περιβάλλον, όπως φαίνεται αμέσως παρακάτω :

Οι Peters, O' Connor & Gordon (1978) ανέπτυξαν μια ταξινόμηση των περιορισμών σε 8 περιοχές οι οποίες είναι οι κάτωθι:

- Πληροφορίες οι οποίες χρειάζονται σχετικά με την εργασία
- Εργαλεία και εξοπλισμός για την εργασία
- Υλικά και προμήθειες
- Οικονομική υποστήριξη
- Προετοιμασία για την εκτέλεση του έργου (θέση εργασίας)
- Διαθεσιμότητα χρόνου
- Εργασιακό περιβάλλον
- Βοήθεια από τρίτους

2.β. Η σύγκρουση οικογένειας - εργασίας

Η σύγκρουση οικογένειας-εργασίας προκύπτει όταν οι απαιτήσεις της οικογένειας και οι απαιτήσεις της εργασίας παρεμβαίνουν η μία στην άλλη. Το πρόβλημα απασχολεί τον καθένα που έχει οικογένεια αλλά κυρίως τους εργαζόμενους που απασχολούνται και οι δύο και έχουν παιδιά καθώς και τις μονογονεϊκές οικογένειες. Πάντως η σύγκρουση είναι πιο πιθανή όταν τα παιδιά είναι άρρωστα και όταν οι δραστηριότητες του σχολείου απαιτούν τη συμμετοχή των γονιών, ενώ η ίδια η σύγκρουση επηρεάζει διαφορετικά τις γυναίκες από τους άνδρες, διότι οι γυναίκες ασχολούνται κατά κύριο λόγο με την ανατροφή των παιδιών.

Η εργασιακή-οικογενειακή σύγκρουση έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με την εργασιακή ικανοποίηση. Συγκεκριμένα σε έρευνες αναφέρεται ότι εργαζόμενοι οι οποίοι βιώνουν υψηλά επίπεδα σύγκρουσης αναφέρουν χαμηλά επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης. Σύμφωνα με τους Parasuraman, Greenhaus & Granrose (1992) στους άνδρες και όχι στις γυναίκες η σύγκρουση σχετιζόταν ειδικότερα με την εργασιακή ικανοποίηση. Για τους άνδρες η σύγκρουση σχετιζόταν αρνητικά (correlation coefficient) με την εργασιακή ικανοποίηση κατά -0.40 ενώ η συσχέτιση αυτή για τις εργαζόμενες γυναίκες ήταν μόνο -0.02.

2.γ. Αμοιβές

Οι Rice, Phillips & McFarlin (1990) ανέφεραν θετική συσχέτιση ανάμεσα στο βαθμό της αμοιβής και στην εργασιακή ικανοποίηση σε ένα δείγμα επαγγελματιών ψυχικής υγείας που είχαν τα ίδια καθήκοντα. Οι εργαζόμενοι είναι πολύ πιθανόν να συγκρίνουν τον μισθό τους με των υπολοίπων και να είναι αρκετά δυσαρεστημένοι αν διαπιστώσουν μισθολογικές διαφορές μεταξύ ατόμων που εκτελούν την ίδια εργασία. Πιο σημαντική επίδραση από τις μισθολογικές διαφορές, έχει η διαδικασία από την οποία προκύπτουν οι αμοιβές. Εφόσον αυτές είναι δίκαιες ακόμη και αν οδηγούν σε μισθολογικές διαφορές έχουν μεγαλύτερη επίδραση στην εργασιακή ικανοποίηση από ότι η ίδια η αμοιβή. (Rice, R.W., Phillips, S.M., McFarlin)

2.δ. Εργασιακό στρες

Οι καταστάσεις πίεσης (stress) που δημιουργούνται στο χώρο της εργασίας σε συνδυασμό με παράγοντες της προσωπικής ζωής μας, αυξάνουν το συνολικό ψυχικό μας φορτίο, αλλά και τον κίνδυνο καρδιακών παθήσεων ή καταχρήσεων. Το επαγγελματικό άγχος αποτελεί συχνά αντικείμενο μελέτης, καθώς αποτελεί σημαντικό παράγο-

να της εργασίας του κάθε ατόμου. Το άγχος μπορεί να επηρεάσει την ψυχική και σωματική υγεία του ατόμου μειώνοντας την απόδοσή του στον χώρο εργασίας.

Οι κυριότεροι παράγοντες που προκαλούν άγχος στους νοσηλευτές είναι οι συχνές βάρδιες, η σύγκρουση των ρόλων τους, η συνεχής επικοινωνία με ποικιλία ατόμων, ο φόρτος εργασίας, η βαρύτητα των περιστατικών, όπως επίσης ανάλογα με τον τομέα εργασίας τους, η καθημερινή αντιμετώπιση του θανάτου. Συγχρόνως, αναγκάζονται να αντιμετωπίσουν οικογενειακά προβλήματα λόγω της εργασίας τους, βιώνοντας έτσι μεγαλύτερο άγχος, που μεταφέρεται στη συνέχεια στον χώρο εργασίας (Cooper & Cartwright 1994, Brokalaki 2001, Kluger 2008).

2.στ.Φόρτος εργασίας

Ο φόρτος εργασίας ορίζεται ως οι απαιτήσεις της εργασίας από τους εργαζόμενους. Έχει βρεθεί ότι αυτός συσχετίζεται αρνητικά με την εργασιακή ικανοποίηση. Οι Karasek, Gardell & Lindell (1987) βρήκαν ότι ο φόρτος εργασίας συσχετιζόταν αρνητικά με την εργασιακή ικανοποίηση και θετικά με τις παθήσεις της καρδιάς. Έχουν μάλιστα δημιουργηθεί και ειδικά εργαλεία (ερωτηματολόγια μέτρησης του εργασιακού φόρτου). (Karasek, 2007)

2.ζ.Ωράρια εργασίας

Το κατεξοχήν ωράριο εργασίας που εφαρμόζεται είναι η εργασία των οκτώ ωρών για πέντε ημέρες την εβδομάδα. Ωστόσο λόγω των αναγκών των οργανισμών για περισσότερη εργασία υιοθετούνται μη σταθερά ωράρια όπως τα ευέλικτα ωράρια, μεγάλης διάρκειας βάρδιες, νυκτερινές βάρδιες και τα ωράρια μερικής απασχόλησης (Barton, 1994) Στον υγειονομικό κλάδο συχνές είναι οι μακράς διάρκειας

βάρδιες, τα κυκλικά ωράρια και οι νυκτερινές βάρδιες.

Τα νοσοκομεία ανήκουν σε εκείνους τους οργανισμούς που λειτουργούν όλο το 24ωρο. Με τον όρο μακράς διάρκειας βάρδιες εννοείται η εργασία που επεκτείνεται πέρα από τις οκτώ ώρες. Η αναγκαιότητα πολλές φορές μέσα σε ένα 24ωρο να δουλεύουν οι νοσηλευτές 16 ώρες είναι συχνό και επίπονο πρόβλημα για όλους τους νοσηλευτές και ιδιαίτερα αυτούς που έχουν οικογένεια (West et al 2007, Lee et al 2004) Συνεπώς απαιτούνται δύο ή τρεις βάρδιες προκειμένου να καλυφθεί το 24ωρο. Πολλοί εργαζόμενοι επίσης εργάζονται με κυκλικό ωράριο σε πρωινές, απογευματινές και νυκτερινές βάρδιες. Το μεγαλύτερο πρόβλημα που υπάρχει με το κυκλικό ωράριο είναι η διαταραχή του κύκλου ύπνου-αφύπνισης που διαταράσσει τον κερκάρδιο ρυθμό και κατά συνέπεια επιφέρει αλλαγές τόσο στη θερμοκρασία του σώματος όσο και στα επίπεδα των ορμονών του αίματος. Όλα αυτά μπορεί να οδηγήσουν σε προβλήματα υγείας. (Viswanathan 2007).

2.η.Επαγγελματική εξουθένωση (burn out)

Όπως ήδη φαίνεται από προϋπάρχουσες έρευνες, οι νοσηλευτές κατέχουν το μεγαλύτερο ποσοστό επαγγελματικής εξουθένωσης σε σχέση με άλλους επαγγελματίες, που συνδυάζεται με τον αυξημένο φόρτο εργασίας, και τα αυξημένα καθήκοντα. Οι περισσότεροι νοσηλευτές ξεκινάνε συνήθως αναμένοντας κακές συνθήκες εργασίας: ουρές πελατών, πίεση χρόνου, καθημερινή αντιμετώπιση πόνου και θανάτου, με αποτέλεσμα, η απουσία θετικής αντιμετώπισης να είναι που τελικά επιτείνει την πίεση. Αντίθετα η αίσθηση της προσφοράς, η εκτίμηση προς τους άλλους, οι σχέσεις ανταποδοτικότητας και αμοιβής, η πρόκληση και η ποικιλία αποφορτίζουν την εργασία. (Hart, & Rotem 1995, Stapleton et al 2007)

3. Εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών που εργάζονται σε νεφρολογικά κέντρα.

Η μονάδα αιμοκάθαρσης δεν αποτελεί εξαίρεση στα προβλήματα που σχετίζονται με την εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών. Αν και τα επείγοντα συμβλήματα είναι λίγα, η χρονιότητα της πάθησης και το προφίλ των ασθενών με την επιβαρυσμένη κατάσταση, ο κίνδυνος μεταδοτικών νοσημάτων και η ρουτίνα της εργασίας συνιστούν ιδιαίτερες του τομέα που επηρεάζουν την εργασιακή ικανοποίηση. (Bryson 2005, Sabo 2006). Η έλλειψη νοσηλευτών, ο φόρτος εργασίας, το στρεσογόνο εργασιακό περιβάλλον, και οι απαιτήσεις της ίδιας της νοσηλευτικής φροντίδας, που έχει να κάνει με ανθρώπους ηλικιωμένους και με τεχνητού νεφρού αποτελούν δείκτες πρόγνωσης της εργασιακής ικανοποίησης (Murphy 2004, Gardner και συ, 2007, Cowin & Jacobson 2003).

Έχει βρεθεί ότι η κλινική επίβλεψη και καθοδήγηση των νοσηλευτών μπορεί να αυξήσει την εργασιακή τους ικανοποίηση και να συμβάλει στη κατά το δυνατό αρτιότερη περαίωση του έργου τους. (Bryson 2005) Στα αυξημένα επίπεδα stress των νοσηλευτών στον τεχνητό νεφρό συμβάλλουν τόσο οι εξωτερικοί παράγοντες, όσο και η ίδια η φύση της εργασίας τους, οι μηχανισμοί άμυνας των νοσηλευτών και οι σχέσεις των νοσηλευτών μεταξύ τους

(Murphy 2004). Η θετική ανατροφοδότηση των νοσηλευτών, από ασθενείς και συνεργάτες συμβάλλει στη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας. (Oithuis et al, 2007). Το νοσηλευτικό προσωπικό εκτιμά ότι τον μεγαλύτερο αγχογόνο παράγοντα αντιπροσωπεύει ο φόρτος εργασίας στη μονάδα και δηλώνει ότι αισθάνονται αυτό το υψηλό επίπεδο στρες σε καθημερινή βάση. Ο πιο αξιοσημείωτος στρεσογόμος παράγοντας έχει να κάνει με τη συμπεριφορά του ασθενούς (Dermody & Bennett, 2008).

Επιπλέον, σε κάθε περίπτωση που απαιτείται υψηλό επίπεδο ομαδικής εργασίας, οι σχέσεις ανάμεσα στα μέλη της ομάδας διαδραματίζουν πολύ σημαντικό ρόλο, τόσο στην επίτευξη του τελικού στόχου, όσο και στην ικανοποίηση του κάθε μέλους της ομάδας. Τα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι το μεγαλύτερο μέρος του προσωπικού δεν λαμβάνει συμβουλευτική για αβεβαιότητες, η πραγματικότητα δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες τους, ενώ υπάρχει δυσπιστία και έλλειψη συμμετοχής. Αυτά τα στοιχεία φαίνεται να προκαλούν εκνευρισμό και δυσαρέσκεια και αν δεν επιλυθούν ευθύνονται, μαζί με διαδικαστικούς –τεχνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες για τη σοβαρή επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού στις

μονάδες αιμοκάθαρσης. (Di Iorio et al , 2008)

Ειδικά για την Ελλάδα, λιγότερο από το 50 % των νοσηλευτών στη μονάδα αιμοκάθαρσης δηλώνουν ικανοποιημένοι από την εργασία τους, αν και τα ποσοστά των αρχικών τους προσδοκιών για την εργασιακή ικανοποίηση ήταν υψηλά φτάνοντας το 75 %. Και στην περίπτωση αυτής της έρευνας, φάνηκε ότι οι ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό, οι αυξημένες ευθύνες, αλλά και ο κίνδυνος λοιμώξεων, λόγω της επιβαρυσμένης κατάστασης των ασθενών, όπως και ο τυχόν θάνατος του ασθενούς ήταν οι πιο σημαντικοί στρεσογόνοι παράγοντες (Brokalaki , 2001).

Το λεγόμενο δευτερογενές τραυματικό stress, λόγω

της βαρύτητας της ασθένειας συχνά εξουθενώνει τους νοσηλευτές. Νοσηλευτές που δήλωναν πρόθυμοι να παραιτηθούν αξιολογούσαν πολύ αρνητικά το εργασιακό περιβάλλον (Gardner; 2007). Η αυτονομία και η ανάληψη πρωτοβουλιών στο χώρο εργασίας, αλλά και οι σωστές επαγγελματικές σχέσεις είναι βασικές συνιστώσες στη βελτίωση του εργασιακού περιβάλλοντος, όπως σε κάθε νοσηλευτικό τομέα.(Argentero 2008). Μια ολιστική προσέγγιση του εργασιακού περιβάλλοντος είναι απαραίτητη προκειμένου να αυξηθεί η επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών και συνακόλουθα η επαγγελματική τους απόδοση. (Weber; 2007)

Επίλογος

Η εργασιακή ικανοποίηση αποτελεί παράμετρο με μεγάλο ενδιαφέρον για τα σύγχρονα συστήματα υγείας. Σχετίζεται με το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών και με την κινητικότητα στο νοσηλευτικό επάγγελμα. Η χαμηλή ικανοποίηση από την εργασία ευθύνεται εν μέρει και για την έλλειψη νοσηλευτών που παρατηρείται παγκοσμίως. Κυριότερος λόγος, όπως προκύπτει από πλειάδα ερευνών στη χώρα μας και το εξωτερικό είναι οι συνθήκες άσκησης της νοσηλευτικής. αυτές σχετίζονται πολύ λιγότερο με τη φύση της εργασίας και πολύ περισσότερο με οργανωτικά ζητήματα που

αντανακλούν τη δομή και προβλήματα των συστημάτων υγείας.

Η εργασιακή ικανοποίηση αποτελεί ζήτημα υψίστης προτεραιότητας που πρέπει να απασχολήσει έντονα τα νοσηλευτικά ιδρύματα ανά τον κόσμο. Διαφορετικά το ποσοστό των αποχωρήσεων θα μεγαλώνει με επακόλουθο την ακόμα μεγαλύτερη έλλειψη σε νοσηλευτικό προσωπικό. Όσον αφορά τον ελλαδικό χώρο περισσότερες μελέτες απαιτούνται ώστε να διερευνηθούν σε βάθος ποιοι παράγοντες και σε ποιο βαθμό καθορίζουν την εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών στη χώρα μας.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Adams A., Bond S., (2000). Hospital nurses' job satisfaction, individual and organizational characteristics. *Journal of Advanced Nursing* 32(3), 536-543.

Aiken LH, Clarke SP, Sloanne DM, Sochalski J., Silber JH (2002) Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. *JAMA* 288:1987-1993

Argentero P; Dell'Olivo B, Ferretti MS. (2008) Staff burnout and patient satisfaction with the quality of dialysis care. *Am J Kidney Dis*. 51(1), 80-92

Barton, J. Choosing to work at night: A moderating influence on individual tolerance to shift work. (1994). *Journal of Applied Psychology*, 79(3) 449-454

Best MF, Thurston NE. (2004) Measuring nurse job satisfaction. *J Nurs Adm* 34(6):283-90.

Blegen M.A. & Mueller C.A. (1987) Nurses' job satisfaction: a longitudinal analysis. *Research in Nursing and Health*, 227-237.

Borda R., Norman I., (1997) Factors influencing turnover and absences of nurses: a research review. *International Journal of Nursing Studies*, Vol 34 No 6 pg385-394.

Boumans N.P.G. & Landeweerd J. (1993). Leadership in the nursing unit: relationships with nurses «well-being». *Journal of Advanced Nursing* 18, 767-775.

Buchan J. (1994) Nursing shortages and human resource planning. *International Journal of Nursing Studies* 31 (5), 460-470.

Buchan J. (2002) Global nursing shortages Are often a symptom of wider health system or societal ailments *BMJ*. 324(7340): 751-752

Brokalaki H, Matziou V, Thanou J, Ziogiannis P, Dafni U, Papadatou D. (2001) Job-related stress among nursing personnel in Greek dialysis

units. *EDTNA ERCA J* 27(4), 181-6.

Bryson C (2005). The role of peer mentorship in job satisfaction of registered nurses in the hemodialysis unit. *CANNT J* 15 (3), 31-4

Cavanagh S.J. (1990) Predictors of nursing staff working in hospitals. *Journal of Advanced Nursing* 15, 373-380. 21(4):37-44.

Cooper C., Cartwright, S. (1994) *Healthy Mind; Healthy Organization A Proactive Approach to Occupational Stress*. *Human Relations*, 47, 4, 455-471

Cowin L, Jacobsson D (2003). The nursing shortage: part way down the slippery slope. *Collegian* 10 (3), 31-5

Demody, K., Bennett P.N. (2008). Nurse stress in hospital and satellite haemodialysis units. *J Ren Care*. 34(1), 28-32.

Di Iorio, B., Cillo, N., Cucciniello, E., Bellizzi, V. (2008) Burn-out in the dialysis unit. *J Nephrol*. 21(Suppl 13), S158-62.

Gardner JK, Thomas-Hawkins C, Fogg L, Latham CE (2007). The relationships between nurses' perceptions of the haemodialysis unit work environment and nurse turnover; patient satisfaction, and hospitalizations. *Nephrol Nurs J*. 34(3), 271-81

Hart, G., Rotem, A. (1995). The clinical learning environment: nurses' perceptions of professional development in clinical settings. *Nurse Educ Today*. 15(1):3-10

Health Care Advisory Board (2001) *The nurse perspective: drivers of nurse satisfaction and turnover*: The Health Care Advisory Board, Washington D.C., USA.

Karasek R, Gardell B, Lindell J. Work and non-work correlates of illness and behaviour in male and female Swedish white collar workers. *J Occup Behav* 1987; 8:187.

Karasek R, Choi B, Ostergren P, Ferrario M, De Smet P (2007). Testing Two Methods to Create Comparable Scale Scores between the Job Content Questionnaire (JCQ) and JCQ-Like Questionnaires in the European JACE Study. *Int J Behav Med.* 14 (4):189-201

Khowaja K, Merchant R, Hirani D.(2005) Registered nurses perception of work satisfaction at a Tertiary Care University Hospital. *Journal of Nursing Management* 13:32-39

Kluger, M.T., Bryant, J.(2008) Job satisfaction, stress and burnout in anaesthetic technicians in New Zealand *Anaesth Intensive Care.* 36(2):214-21

Lee, H., Hwang, S., Kim, J., Daly, B. (2004) Predictors of life satisfaction of Korean nurses. *J Adv Nurs.* 48(6):632-41.

Lu, H., While, A.E., Barriball, K.L.(2005) Job satisfaction among nurses: a literature review. *Int J Nurs Stud.* 42(2):211-27

Mc Neese Smith D.(1993) Leadership behaviour and employee effectiveness. *Nursing Management* 24(5):38-39

Morrison R.S., Jones L., & Fuller B.(1997) The relation between leadership style and empowerment on job satisfaction of nurses. *Journal of Nursing Administration* 27(5), 27-34.

Murphy F. (2004) An investigation into stress levels amongst renal nurses. *EDTNA ERCA J.* 30 (4), 226-9

O'Connor E, Peters L, Gordon S (1978). The Measurement of Job Satisfaction: Current Practices and Future Considerations. *Journal of Management*, Vol. 4, (2), 17-26

Olthuis G, Leget C, Dekkers W (2007). Why hospice nurses need high self-esteem. *Nurs Ethics* 14 (1), 62-71

Parasuraman S, Granrose C, Greenhaus J (1992) A Proposed Model of Support Provided by Two-Earner Couples. *Human Relations*, 45, (12), 1367-1393

Peterson C.A. (2001) Nursing shortage: not a simple problem- no easy answers. *On line Journal of Issues in Nursing* 6(1), 1-14

Rice, R.V., Phillips, S.M., McFarlin, D.B. (1990), "Multiple discrepancies and pay satisfaction", *Journal of Applied Psychology*, 75(4), 386-93.

Sabo BM (2006). Compassion fatigue and nursing work: can we accurately capture the consequences of caring work? *Int J Nurs Pract* 12 (3), 136-42

Severinson E., (2001) Factors influencing job satisfaction and ethical dilemmas in acute psychiatric care. *Nursing and Health Sciences* 3, 81-90. 25

Shader; K Broome, M E., Broome, C.D., West, M.E.; Nash, M..(2001) Factors Influencing Satisfaction and Anticipated Turnover for Nurses in an Academic Medical Center: *Journal of Nursing Administration.* 31(4):210-216

Staiger DO et al. (2000) Expanding Career Opportunities for Women and the Declining Interest in Nursing as a Career." *Nursing Economics* 18 (5): 230-236.

Stapleton, P., Henderson, A., Creedy, D.K., Cooke, M., Patterson, E., Alexander, H., Haywood, A., Dalton, M. (2007). Boosting morale and improving performance in the nursing setting. *J Nurs Manag.* 15(8):811-6

Tselebis, A., Gourmas, G., Tzitzanidou, G., Panagiotou, A., Ilias, I.(2006). Anxiety and depression in Greek nursing and medical personnel. *Psychol Rep.* 99(1):93-6.

Viswanathan AN, Hankinson SE, Schemhammer ES.(2007) Night shift work and the risk of endometrial cancer: *Cancer Res.*, 67(21):10618-22.

Weber J. (2007) Creating a holistic environment for practicing nurses. *Nurs Clin North Am.* 42 (2); 295-307

West, S.H., Ahern, M., Byrnes, M., Kwanten, L. New graduate nurses adaptation to shift work: can we help? (2007) *Collegian.* 14(1):23-30.

Wheeler H. & Riding R (1994) Occupational stress in general nurses and midwives. *British Journal of Nursing* 3(10), 527-534

Ελληνική βιβλιογραφία

Χαραλαμπίδου, Ε.,(1996), Επαγγελματική Ικανοποίηση των Νοσηλευτών στο Χώρο του Νοσοκομείου, Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, τμήμα Νοσηλευτικής.

Διαδίκτυο

Mayo's Hawthorne Experiments,[online],available at:

<http://www.telelavoro.rassegna.it/fad/socorg03/14/Elton%20Mayo-Hawthorne.htm> [accessed: 18/07/05

Η Διαπολιτισμική Νοσηλευτική ως Θεωρητικό Πλαίσιο για τη Στήριξη της Νοσηλευτικής Μαζικών Καταστροφών

Θεόδωρος Πεσιρίδης

Νοσηλεύτης ΠΕ, MSc Κοινωνικής Νοσηλευτικής, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»

Παρασκευή Αποστολάρα

Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc Κοινωνικής Νοσηλευτικής, Υποψήφια διδάκτορας ΕΚΠΑ
Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Πεντέλης

Εργαστήριο Κοινωνικής Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ: Δ/ντρια, Δρ Α. Καλοκαιρινού

Λέξεις-κλειδιά: Νοσηλευτικές Θεωρίες, Νοσηλευτικά Μοντέλα, Νοσηλευτική Μαζικών Καταστροφών, Διαπολιτισμική Νοσηλευτική, Πολιτισμική Ικανότητα.

Θα θέλαμε να εκφράσουμε την ευγνωμοσύνη μας στη Μαρία Γκίκα, η οποία μοιράστηκε την εμπειρία της στη μελέτη – περίπτωση που παρατίθεται και στη δασκάλα μας Αν. Καθ. Παναγιώτα Σουριτζή, η οποία με τις ενδιαφέρουσες προτάσεις και την παρότρυνσή της βοήθησε να ολοκληρωθεί αυτή η ανασκόπηση.

Εισαγωγή: Οι σύγχρονοι νοσηλευτές στα πλαίσια διεθνών ανθρωπιστικών αποστολών καλούνται να παρέχουν φροντίδα σε άτομα, οικογένειες και ομάδες διαφορετικής πολιτισμικής καταγωγής. Για να ανταποκριθούν αποτελεσματικά στον πολύ σημαντικό αυτό ρόλο, απαιτείται να έχουν γνώσεις Νοσηλευτικών θεωριών και μοντέλων προερχόμενων κυρίως από τους χώρους της Νοσηλευτικής Μαζικών Καταστροφών και της Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής, τα οποία σωστά συνδυασμένα μπορούν να εφαρμοστούν σε ευρείας κλίμακας καταστροφές.

Πηγές Δεδομένων: Πηγή πληροφοριών αποτέλεσαν Ηλεκτρονικές Βιβλιοθήκες και Βάσεις δεδομένων όπως: Medline, Cinahl & Google.

Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας: Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση αναδείχθηκε πληθώρα Νοσηλευτικών θεωριών και μοντέλων που μπορούν να βρουν θέση στη Νοσηλευτική Μαζικών Καταστροφών. Μοντέλα που έχουν διαμορφωθεί ειδικά για την καθοδήγηση των νοσηλευτών προκειμένου να είναι ικανοί να κατανοήσουν το περιεχόμενο και τις έννοιες της Νοσηλευτικής Μαζικών Καταστροφών, ακόμη όμως και μοντέλα που περιγράφουν έννοιες διαφορετικές από αυτές της Νοσηλευτικής Μαζικών Καταστροφών τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε πραγματικές καταστάσεις, εάν προσεγγιστούν από την κατάλληλη σκοπιά. Σημαντικά είναι τα μοντέλα που αναφέρονται στην ανάπτυξη πολιτισμικής ικανότητας των νοσηλευτών, για την κατανόηση της κουλτούρας και του πολιτισμού του πληθυσμού που έχει πληγεί και αποζητά ανθρωπιστική βοήθεια.

Συμπεράσματα: Αναμφισβήτητα σε ένα πολυεθνικό – πολυπολιτισμικό περιβάλλον υπάρχει έντονα η ανάγκη για πολιτισμική ικανότητα στην αντιμετώπιση μαζικών καταστροφικών γεγονότων. Ο συνδυασμός μοντέλων και θεωριών είναι η καλύτερη επιλογή στη Νοσηλευτική Μαζικών Καταστροφών προκειμένου να επιτευχθεί ο στόχος που ετέθη και το επιθυμητό αποτέλεσμα. Μετά την εφαρμογή του μοντέλου που επιλέχθηκε και εφαρμόστηκε στην συγκεκριμένη νοσηλευτική κατάσταση, η αξιολόγησή του θα καθορίσει αν τελικά ήταν η σωστή επιλογή.

Εισαγωγή

Η παγκοσμιοποίηση είναι πλέον μια δεδομένη κατάσταση. Οι νοσηλευτές στη σημερινή εποχή περισσότερο από ποτέ καλούνται να παρέχουν φροντίδα σε κοινότητες, οικογένειες και ομάδες που έχουν πληγεί από καταστροφικά γεγονότα, σε μετακινούμενους πληθυσμούς που ξεριζώθηκαν από την πατρίδα τους, είτε λόγω κάποιας εμπόλεμης κατάστασης είτε ακόμη και μετά από μια καταστροφή που συνέβη στον τόπο διαμονής τους και τους ανάγκασε να μετακινηθούν για την εύρεση τροφής και στέγης. Για να ανταποκριθούν αποτελεσματικά σ' αυτό το ρόλο, απαιτείται να έχουν γνώσεις και δεξιότητες που θα τους επιτρέπουν να παρέχουν φροντίδα σε άτομα διαφορετικής πολιτισμικής καταγωγής αλλά και να μπορούν να συνεργαστούν με άλλους επαγγελματίες με διαφορετική πολιτισμική προέλευση στα πλαίσια διεθνών ανθρωπιστικών αποστολών (Weiner et al, 2005). Οι ικανότητες αυτές διευκολύνουν τους νοσηλευτές στην παροχή φροντίδας των πληγέντων αλλά και εξασφαλίζουν στους ίδιους μια αποδοτικότερη συνεργασία σε διεθνές επίπεδο.

Με τη γένεση της Νοσηλευτικής δημιουργήθηκε η ανάγκη για ανάπτυξη θεωριών και μοντέλων που στόχευαν στην

περιγραφή και κατανόηση των φαινομένων στο πεδίο της φροντίδας των ατόμων. Από την εποχή της Florence Nightingale, όπου διατυπώθηκε η πρώτη ολοκληρωμένη Νοσηλευτική θεωρία μέχρι και σήμερα, έχουν διαμορφωθεί σημαντικές θεωρίες που αποτέλεσαν τη βάση και έδωσαν την ώθηση για την ανάπτυξη της Νοσηλευτικής επιστήμης ευρύτερα (Αποστολοπούλου, 1999). Ειδικότερα στη Νοσηλευτική Μαζικών Καταστροφών έχουν αναπτυχθεί κάποια μοντέλα με σκοπό την καθοδήγηση των νοσηλευτών μέσα από τη διαδικασία της κατανόησης της φιλοσοφίας της Νοσηλευτικής Μαζικών Καταστροφών.

Η παρούσα εργασία αποτελεί μια βιβλιογραφική ανασκόπηση νοσηλευτικών θεωριών και μοντέλων προερχόμενων κυρίως από τους χώρους της Νοσηλευτικής Μαζικών Καταστροφών και Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής, που μπορούν να εφαρμοστούν σε ευρείας κλίμακας καταστροφές. Επιπρόσθετα, γίνεται μια προσπάθεια ώστε να διαφανεί η καθολικότητα των θεωριών σε όλους τους κλινικούς τομείς της νοσηλευτικής και η αμφίδρομη σχέση που έχουν.

Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας

Τα νοσηλευτικά μοντέλα θα πρέπει να περικλείουν όλες εκείνες τις μεταβλητές του υποκείμενου θέματος αλλά και να αποτελούν πολύτιμους οδηγούς ως προς την καθοδήγηση σε μια πραγματική νοσηλευτική κατάσταση (Meleis, 2005). Υπάρχει για πληθώρα θεωριών και νοσηλευτικών μοντέλων που μπορούν να βρουν θέση στη Νοσηλευτική Μαζικών Καταστροφών. Μοντέλα που έχουν διαμορφωθεί ειδικά για την καθοδήγηση των νοσηλευτών προκειμένου να είναι ικανοί να κατανοήσουν το περιεχόμενο και τις έννοιες της Νοσηλευτικής Μαζικών Καταστροφών, ώστε να μπορούν να εκτιμήσουν μια κατάσταση με μαζικές απώλειες και να παρέχουν φροντίδα. Κάποια άλλα όπως το Μοντέλο Παροχής Επείγουσας Φροντίδας από Μεταφερόμενη Εναέρια Ομάδα (CCATT Model), έχουν διαμορφωθεί από τον τομέα των υγειονομικών ενόπλων δυνάμεων αλλά μπορούν να έχουν εφαρμογή και στη διαχείριση μη στρατιωτικών κρίσεων (Sariego, 2006). Ακόμη όμως και μοντέλα που περιγράφουν σχέσεις και έννοιες διαφορετικές από αυτές της Νοσηλευτικής Μαζικών Καταστροφών μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε πραγματικές καταστάσεις, εάν προσεγγιστούν από την κατάλληλη σκοπιά. Μεγάλης αξίας είναι τα μοντέλα που αναφέρονται στην ανάπτυξη πολιτισμικής ικανότητας των νοσηλευτών, προκειμένου να καλύψουν την ανάγκη για κατανόηση της κουλτούρας και των πολιτισμικών νορμών, αξιών και πεποιθήσεων του πληθυσμού που έχει πληγεί και αποζητά ανθρωπιστική βοήθεια.

Η θεωρία του Περιβάλλοντος της F. Nightingale

Η θεωρία του Περιβάλλοντος της Nightingale που δημιουργήθηκε μέσα από την εμπειρία της στον Κριμαϊκό

πόλεμο (Selanders, 1995) αποδίδοντας την ασθένεια και το θάνατο των στρατιωτών στις ανθυγιεινές περιβαλλοντολογικές καταστάσεις, μπορεί ακόμη και σήμερα να έχει εφαρμογές σε γεγονότα με μαζικές απώλειες. Επικεντρώθηκε στο περιβάλλον τονίζοντας ότι «ο καθαρός αέρας, το πόσιμο νερό, το καλό αποχετευτικό σύστημα, η καθαριότητα κι ο φωτισμός μπορούν να μετατρέψουν ένα περιβάλλον από ανθυγιεινό σε υγιεινό» και ότι υπάρχει ανάγκη να τροποποιηθούν κάποιες μεταβλητές σ' αυτό, ώστε να αναρρώσουν τα άτομα (Αποστολοπούλου, 1999). Σε καταστροφικά γεγονότα το περιβάλλον περιέχει πληθώρα κινδύνων όπως έλλειψη πόσιμου νερού, τροφής, αποχετευτικού συστήματος και βιώνεται με έντονο stress, καταστάσεις που μπορούν να βλάψουν τα θύματα και τους νοσηλευτές. Η νοσηλευτική μαζικών καταστροφών επικεντρώνεται στην αναγνώριση τέτοιων κινδύνων και αναπτύσσει το σχεδιασμό και τις παρεμβάσεις για την εξάλειψή τους.

Το Νοσηλευτικό μοντέλο Διαχείρισης Καταστροφών της A.Jennings

Το νοσηλευτικό μοντέλο Διαχείρισης Καταστροφών της Jennings (2004) δημιουργήθηκε για να βοηθήσει τους κοινωνικούς νοσηλευτές στο σχεδιασμό και διαχείριση καταστροφικών γεγονότων και ενσωματώνει τέσσερα στάδια που συνδέονται με χρονική αλληλουχία. Το πρώτο στάδιο (Πριν το Καταστροφικό Συμβάν) αφορά στην εκτίμηση της επικινδυνότητας και των διαθέσιμων πόρων της κοινότητας. Το δεύτερο στάδιο (Καταστροφικό Συμβάν) είναι το χρονικό σημείο όπου συμβαίνει η καταστροφή και αναφέρεται στην ανάπτυξη του νοσηλευτικού ρόλου ως φροντιστή, εκπαιδευτή και διαχειριστή της

κατάστασης. Στο τρίτο στάδιο (Μετά το Καταστροφικό Συμβάν) γίνεται μια προσπάθεια αξιολόγησης του σχεδιασμού αναφορικά με την φροντίδα που χορηγήθηκε. Εντοπίζονται τα αδύνατα και δυνατά σημεία του σχεδιασμού, καταγράφονται με επιστημονικό τρόπο οι αδυναμίες του σχεδιασμού στη βιβλιογραφία και γίνεται καινούργια προσπάθεια για επανασχεδιασμό του μοντέλου. Καταλήγοντας στο τέταρτο στάδιο (Συνέπεια για τον Πληθυσμό/Πελάτη) η Jennings τονίζει ότι οι ενέργειες που έγιναν στα προηγούμενα στάδια θα πρέπει να έχουν θετική έκβαση στην κατάσταση υγείας του πληθυσμού. Μέσα από δείκτες όπως η μείωση της θνησιμότητας, η μείωση του κόστους φροντίδας αλλά και η βελτίωση του επιπέδου υγείας και της νοσηλευτικής γνώσης σε θέματα καταστροφών, θα γίνει προσπάθεια καταγραφής της έκβασης του σχεδιασμού με μετρήσιμους δείκτες.

Το Χρονοδιάγραμμα της Νοσηλευτικής Μαζικών Καταστροφών του T.Veenema (Disaster Nursing Timeline)

Ένα άλλο μοντέλο αναπτύχθηκε από τον Veenema, μέσα από το οποίο αναδεικνύεται «το συνεχές» του σχεδιασμού για τις μαζικές καταστροφές. Το μοντέλο περιλαμβάνει τρεις χρονικές στιγμές αλληλένδετες μεταξύ τους. Η Φάση I είναι η χρονική στιγμή πριν την καταστροφή και περιλαμβάνει τον σχεδιασμό, την προετοιμασία, την πρόληψη και τα προειδοποιητικά σημεία. Η Φάση II εκτείνεται χρονικά από τον χρόνο 0 όπου νοείται η έναρξη του καταστροφικού συμβάντος έως και 72 ώρες μετά και περιλαμβάνει την ανταπόκριση, την επείγουσα διαχείριση της κρίσης και την εξομάλυνση της κατάστασης. Και την Φάση III μετά την τρίτη μέρα από την καταστροφή, ξεκινούν οι προσπάθειες αποκατάστασης, επανένταξης, αναδόμησης και αξιολόγησης (Veenema, 2007).

Το Μοντέλο της Πολιτισμικής Ποικιλομορφίας & Καθολικότητας της φροντίδας της M. Leininger (Cultural Care Diversity & Universality: A Theory of Nursing)

Από τη ματιά της Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής η M. Leininger πρώτη διατύπωσε τη θεωρία για την Πολιτισμική Ποικιλομορφία και Καθολικότητα της Φροντίδας που συμπληρώνεται από το Sunrise Model (το Μοντέλο του Ανατέλλοντος Ηλίου) σαν υπόδειγμα για την εφαρμογή της θεωρίας και αργότερα από την Ethno nursing Research Method (ΕθνοΝοσηλευτική Ερευνητική Μέθοδος,) ως μια ερευνητική μέθοδο που εξυπηρετεί τους στόχους της θεωρίας (Leininger, 2002). Η Διαπολιτισμική Θεωρία της Leininger μπορεί να εφαρμοστεί και στη νοσηλευτική μαζικών καταστροφών, αφού παρέχει έναν ολοκληρωμένο οδηγό για τη μελέτη και την ανάλυση των μεταβλητών μέσα στις διάφορες κουλτούρες μιας και κεντρικός σκοπός της θεωρίας της είναι να ανακαλυφθούν, να τεκμηριωθούν, να ερμηνευθούν και να εξηγηθούν οι πολλαπλοί παράγοντες που επηρεάζουν και που εξηγούν τη φροντίδα από μια ολιστική πολιτισμική οπτική, που θα συμβάλλει στην υγεία και την ευημερία των ανθρώπων (Leininger ,1997).

Μελέτη Περίπτωσης (Case Study) Εφαρμογής μιας Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής Θεωρίας στην Παροχή Φροντίδας Υγείας σε Μαζικές Απώλειες.

Η Γ.Μ. είναι κλινική νοσηλεύτρια λοιμώξεων και εργάζεται στο Ε.Σ.Υ. Στο κείμενο που ακολουθεί μας παραθέτει την εμπειρία της, στην παρ' ολίγον καταστροφή που θα συνέβαινε στα αμπάρια δουλεμπορικού πλοίου, έπειτα από πυρκαγιά που ξέσπασε. Η Γ.Μ ήταν μέρος του κλιμακίου της διεπιστημονικής ομάδας που έστειλε η Ελληνική Κυβέρνηση.

«Αρχές Νοεμβρίου 2001 : Προσάραξε στη Ζάκυνθο το επονομαζόμενο από τον τύπο «πλοίο της ντροπής». Επτακόσιοι πενήντα (750) μετανάστες μεταφέρονται από δουλεμπόρους σε άθλιες συνθήκες υγιεινής και διαβίωσης. Ταυτόχρονα με τους Γιατρούς χωρίς Σύνορα, τους Γιατρούς του Κόσμου, τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό και άλλες μη κυβερνητικές οργανώσεις το ΚΕΕΛΠΝΟ στέλνει κλιμάκιο αρχικά αποτελούμενο από εννέα άτομα, εκ των οποίων, οκτώ ιατρούς και μια νοσηλεύτρια λοιμώξεων. Στη συνέχεια ακολουθεί κλιμάκιο που στελεχώνεται από κοινωνιολόγους και ψυχολόγους. Στην αποστολή συμμετέχω ως η νοσηλεύτρια του κλιμακίου. Το μεγαλύτερο μέρος των μεταναστών έχει μεταφερθεί στο κλειστό γυμναστήριο, ενώ γυναίκες, παιδιά και οικογένειες σε χώρο ξενοδοχείου.

Η ομάδα προσπαθεί να καταγράψει τις ιατροφαρμακευτικές ανάγκες. Ο σχεδιασμός ακολουθεί την εξής πορεία:

- οι πληθυσμοί δεν είναι ομοιόμορφοι. Πρέπει να βρεθεί κοινή γλώσσα επικοινωνίας. Από την ομάδα 5 μιλάμε αγγλικά, 3 γαλλικά, 1 γερμανικά. Σηκώνουμε ταμπέλες με την εισαγωγική ερώτηση κάθε γλώσσας και περιμένουμε ποιοι από τους πρόσφυγες θα ανταποκριθούν. Αφού κάποιος ανταποκρίνεται, μαθαίνουμε τη χώρα καταγωγής τους και τους τοποθετούμε επικεφαλής ομάδος συμπατριωτών τους. Οι γιατροί μοιράζονται σε τρία πρόχειρα ιατρεία (3,2,2) ενώ η αρχική εκτίμηση των αναγκών και η προώθηση στο αντίστοιχο ιατρείο με βάση τη γλώσσα του μεταφραστή γίνεται από ιατρό και νοσηλεύτρια. Έτσι αρχίζει και δημιουργείται κοινός κώδικας επικοινωνίας.
- άμεσα πρέπει να αντιμετωπιστούν σοβαρά προβλήματα γενικής ιατρικής και λοιμώδη νοσήματα τα οποία είναι ευθύνη του κλιμακίου και πρέπει η διασπορά τους να προληφθεί. Δίνονται οδηγίες στους πρόσφυγες-μεταφραστές να ανακοινώσουν τα συμπτώματα με βάση τα οποία όποιοι τα έχουν πρέπει να προηγηθούν. Ιατρός και νοσηλεύτρια περιφέρονται στο χώρο και ελέγχουν κλινικά συμπτώματα και σημεία μακροσκοπικά. γίνεται εκπαίδευση των μεταναστών σε απλούς κανόνες καθαριότητας και υγιεινής και μοιράζονται αναγκαία είδη υγιεινής.
- αναγκαίες είναι οι εξετάσεις αίματος και η χορήγηση φαρμάκων. Ο πληθυσμός είναι εθνολογικά και θρησκευτικά ανομοιογενής. Η στατιστική ανάλυση εκ των υστέρων έδειξε ότι οι μετανάστες ήταν Κούρδοι από Ιράν και Ιράκ, Παλαιστίνιοι, Ινδοί, Πακιστανοί, κάτοικοι της Ερυθραίας. Το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού ήταν σουνίτες μουσουλμάνοι. Η περίοδος συνέπεσε να είναι ο εορτασμός του Ραμαζανιού. Ποια θεωρία ήταν

η πλέον κατάλληλη να εφαρμοστεί από τις υπάρχουσες νοσηλευτικές θεωρίες; Η θεωρία της Madeleine Leininger μπορούσε να εφαρμοστεί. Κεντρικό της σημείο ότι η κουλτούρα προάγει τις αποφάσεις. Έτσι οποιαδήποτε υγειονομική απόφαση έπρεπε να περάσει μέσα από διαπολιτισμικές διαδικασίες. Οι εξετάσεις αίματος μεταφέρθηκαν μετά τη δύση του ήλιου, ενώ έγινε προσπάθεια να μεταφερθούν και όσες από τις θεραπείες μπορούσαν να μεταφερθούν χρονικά. Ο σεβασμός των ηθών και εθίμων των προσφύγων από την ομάδα οδήγησε στην αποδοχή και το σεβασμό των υγειονομικών, ενώ πριν το κλιμάκιο αναχωρήσει οργανώθηκε από τους μετανάστες συγκινητική εορτή».

Το Μοντέλο της Πολιτισμικής Ικανότητας της Campinha-Bacote (*A Culturally Competent Model of Care*)

Η Campinha-Bacote το 1991, στο «Μοντέλο για την Πολιτισμική Ικανότητα» (Model for cultural competence) ορίζει ως πολιτισμική ικανότητα «την διαδικασία, στην οποία οι επαγγελματίες υγείας προσπαθούν συνεχώς να αποκτήσουν την ικανότητα να εργάζονται αποτελεσματικά με βάση το πολιτισμικό πλαίσιο ενός ατόμου, μιας οικογένειας ή μιας κοινότητας που προέρχονται από διαφορετικό πολιτισμικό/εθνικό υπόβαθρο» (Campinha-Bacote, 1998). Είναι ένα αναθεωρημένο μοντέλο (1998) πέντε στοιχείων, (πολιτισμική συνειδητοποίηση, πολιτισμική γνώση, πολιτισμικές δεξιότητες, πολιτισμικές συγκρούσεις και πολιτισμική επιθυμία) με αλληλοεξαρτώμενη σχέση το ένα με το άλλο, τα οποία αποτελούν οικοδομήματα της πολιτισμικής ικανότητας (cultural competence) αναδεικνύοντας την ως κεντρική έννοια και προσφέροντας ένα πολύτιμο θεωρητικό πλαίσιο και στο περιεχόμενο της νοσηλευτικής μαζικών καταστροφών (Campinha-Bacote, 1999). Το μοντέλο απαιτεί οι παροχές υπηρεσιών υγείας μέσω όχι μιας απλής διαδικασίας, αλλά ενός δυναμικού ταξιδιού - το οποίο το 2002 συμβολικά σχηματοποίησε ως ηφαιστειο - να θεωρήσουν τους εαυτούς τους ως το «να γίνουν» πολιτισμικά ικανοί (becoming) από το «να είναι ήδη» πολιτισμικά ικανοί (Already being) (Campinha-Bacote, 2002, Campinha-Bacote, 2007).

Το Μοντέλο της Πολιτισμικής Ικανότητας των Papadopoulos & Tilki and Taylor (*The PTT Model of developing Cultural Competence*)

Τέλος, και οι I. Papadopoulos, M.Tilki and G.Taylor στο μοντέλο (PTT Model) που διατύπωσαν το 1994 όρισαν ως κεντρική έννοια την πολιτισμική ικανότητα (cultural

competence) δηλαδή την ικανότητα παροχής αποτελεσματικής νοσηλευτικής φροντίδας κατά την οποία λαμβάνονται υπόψη οι πολιτισμικές πεποιθήσεις, συμπεριφορές και ανάγκες του πελάτη, που συνιστά ταυτόχρονα μια διαδικασία και ένα αποτέλεσμα και που προκύπτει από τη σύνθεση γνώσεων και δεξιοτήτων τις οποίες ο νοσηλευτής αποκτά, εξελίσσει και εμπλουτίζει κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής του πορείας και του προσωπικού του βίου (Papadopoulos, 2003). Αυτό αναμφισβήτητα αποτελεί πρόκληση για τον επαγγελματία υγείας αφού η εκπαίδευσή του έχει βασιστεί στη Δυτική φιλοσοφία και κουλτούρα. Αγνοώντας κανείς τέτοια ζητήματα στη νοσηλευτική μαζικών καταστροφών είναι σίγουρο ότι θα αποτύχει στο στόχο του, που δεν είναι άλλος από την παροχή ποιοτικής φροντίδας. Ανταποκρινόμενος όμως με ένα πολιτισμικά ευαίσθητο και στοχευόμενο στην κοινότητα τρόπο, φανερώνει το σεβασμό προς την κουλτούρα των ατόμων που έχει κληθεί να παρέχει φροντίδα. Το βασικό στοιχείο που διαφοροποιεί αυτό το μοντέλο είναι η έμφαση που δίνει στα ανθρώπινα δικαιώματα (Papadopoulos, 2005). Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό η διαδικασία της απόκτησης πολιτισμικής ικανότητας περιλαμβάνει 4 στάδια: Το πρώτο στάδιο του μοντέλου είναι η πολιτισμική αντίληψη (προσωπική εξέταση των αξιών και των πεποιθήσεών μας) το δεύτερο είναι η πολιτισμική γνώση (σημαντική επαφή με ανθρώπους από διαφορετικές εθνικές ομάδες για να ενισχυθεί η γνώση γύρω από τις πεποιθήσεις και τις συμπεριφορές τους), το τρίτο στάδιο αποτελεί η πολιτισμική ευαισθησία (ο τρόπος με τον οποίο οι επαγγελματίες αντιλαμβάνονται τα άτομα που φροντίζουν). Η επίτευξη του τέταρτου σταδίου (πολιτισμική ικανότητα) απαιτεί τη σύνθεση και την εφαρμογή των τριών προηγούμενων σταδίων, δηλαδή της αντίληψης, της γνώσης και της ευαισθησίας (Papadopoulos, 2003). Σύμφωνα τέλος με το μοντέλο οι πολιτισμικές ικανότητες μπορούν να είναι και ειδικές και γενικές. Οι ειδικές πολιτισμικές ικανότητες αναφέρονται στις γνώσεις και στις δεξιότητες που σχετίζονται με μια ορισμένη πολιτισμική ομάδα ενώ οι γενικές πολιτισμικές ικανότητες ορίζονται ως το απόκτημα γνώσεων και δεξιοτήτων που είναι εφαρμόσιμες σε όλες τις πολιτισμικές ομάδες. Για να μπορέσει να ανταπεξέλθει ο νοσηλευτής μαζικών καταστροφών στον σύγχρονο ρόλο του και να θεωρείται πολιτισμικά ικανός κρίνεται απαραίτητο να αναπτύξει και τα δύο είδη ικανοτήτων, μιας και η σχέση μεταξύ τους είναι μια δυναμική και ελικοειδής διαδικασία. (Papadopoulos & Gerrish, 1999, Papadopoulos & Lees, 2002).

Συμπεράσματα

Το διαρκώς εναλλασσόμενο περιεχόμενο των μαζικών καταστροφών σε μια παγκόσμια κλίμακα, παρέχει το έναυσμα για συνεχή έρευνα και βελτίωση της νοσηλευτικής φροντίδας σε διεθνές επίπεδο. Οι μαζικές καταστροφές αποτελούν πλέον σύνθετες καταστάσεις επείγουσας φροντίδας, επηρεάζοντας την ανθρώπινη ύπαρξη σε τομείς όπως η υγεία και ευεξία, η κουλτούρα και πνευματικότητα, αλλά και η οικονομική ευμάρεια.

Τα νοσηλευτικά μοντέλα και θεωρίες συμβάλλουν περισσότερο στην εκτίμηση των αναγκών ενός πελάτη - ασθενή και την αναζήτηση της κατάλληλης φροντίδας παρά σε μια προσπάθεια εξήγησης κάποιου νοσηλευτικού φαινομένου. Έχουν δεχτεί κριτική κατά καιρούς με το σκεπτικό ότι περιορίζουν την κριτική σκέψη του νοσηλευτή παγιδεύοντας τον σε ένα πλαίσιο. Ας σημειωθεί ότι τα νοσηλευτικά μοντέλα δημιουργήθηκαν για να δώσουν στη

νοσηλευτική μια άλλη προοπτική και διάσταση, μεταπηδώντας από την τελετουργική φροντίδα στη νοσηλευτική βασισμένη σε ενδείξεις (Fawcett, 1992).

Από μια τόσο μεγάλη δεξαμενή θεωριών μπορεί να προκύψει το δίλλημα της πιο ειδικής για την κάθε περίπτωση θεωρίας. Ωστόσο, θα ήταν λάθος να βρεθεί κανείς αντιμετώπιση με αυτό το δίλλημα μιας και κάθε νοσηλευτική θεωρία μπορεί να εφαρμοστεί σε περίοδο κρίσης μετά από κάποιο καταστροφικό γεγονός. Αναμφισβήτητα, σε ένα πολυεθνικό – πολυπολιτισμικό περιβάλλον υπάρχει έντονα η ανάγκη για ανάπτυξη της πολιτισμικής ικανότητας στην αντιμετώπιση καταστροφικών γεγονότων που απαιτούν διεθνή ανθρωπιστική βοήθεια. Ο συνδυασμός μοντέλων και

θεωριών ίσως να είναι η καλύτερη επιλογή στη Νοσηλευτική Μαζικών Καταστροφών προκειμένου να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα και ο στόχος που ετέθη.

Η αξιολόγηση μετά την εφαρμογή του μοντέλου που επιλέχθηκε και εφαρμόστηκε στη συγκεκριμένη νοσηλευτική κατάσταση είναι αυτή που θα καθορίσει αν τελικά ήταν αυτή η σωστή επιλογή. Μέσα από τη διαδικασία αυτή φαίνεται και η αμφίδρομη σχέση που υπάρχει μεταξύ ενός εννοιολογικού μοντέλου με την κλινική νοσηλευτική. Τα μοντέλα οφείλουν να διαμορφώνονται για να δώσουν τον γενικό τόνο και να μεταπλάσουν τη νοσηλευτική άσκηση ενώ ταυτόχρονα θα πρέπει να βελτιώνονται και αναπροσαρμόζονται μέσα από τις ανάγκες της κλινικής νοσηλευτικής (Speedy, 1989).

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αποστολοπούλου, Ε. 1999. Θεωρίες της Νοσηλευτικής. Αθήνα.
- Campinha-Bacote, J. 1998. *The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services* (3rd Ed.). Cincinnati, OH: Transcultural C.A.R.E. Associates.
- Campinha-Bacote, J. 1999. A model and instrument for addressing cultural competence in health care. *Journal of Nursing Education* 38 (5), 203-207
- Campinha-Bacote, J. 2002. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: a model of care. *J Transcult Nurs* 13, 181-184
- Campinha-Bacote, J. 2007. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: The Journey Continues. Cincinnati, OH: Transcultural C.A.R.E. Associates.
- Fawcett, J. 1992. Conceptual models and nursing practice: the reciprocal relationship. *Journal of Advanced Nursing* 17, 224 – 228.
- Gerrish, K., Papadopoulos, I. 1999. Transcultural competence: the challenge for nurse education. *British Journal of Nursing* 8 (21), 1453-1457.
- Jennings – Sanders, A. 2004. Teaching disaster nursing by utilizing the Jennings Disaster Nursing Management Model. *Nurse Educator in Practice* 4, 69-76.
- Leininger, M. 1997. Overview of the theory of culture care with the ethnonursing research method. *J Transcult Nurs* 8, 32–52.
- Leininger, M., McFarland, M. 2002. *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practices*. 3rd Edition. McGraw-Hill, New York.
- Meleis, A. 2005. *Theoretical nursing: Development and progress*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Papadopoulos, I., Lees, S. 2002. Developing Culturally Competent Researchers. *Journal of Advanced Nursing* 37 (3), 258-264.
- Papadopoulos, I. 2003. The Papadopoulos, Tilki and Taylor Model for the development of Cultural Competence. *Journal of Health Social and Environment Issues* 4 (1), 5-8.
- Papadopoulos, I. 2005. *Transcultural Health and Social Care. Development of Culturally Component Practitioners*. Churchill Livingstone: Elsevier; xi.
- Sariego, J. 2006. CCATT: A Military Model for Civilian Disaster management. *Disaster Manage Response* 4, 114 - 117.
- Selanders, L. C. 1995. Florence Nightingale: An environmental adaptation theory. In C. Metzger – McQuiston & A.A. Webb (Eds.), *Foundations in nursing theory: Contributions of 12 key theories*. London: Sage.
- Speedy, S. 1989. Theory – practice debate setting the scene. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 6(3), 12 - 20.
- Veenema, T. 2007. *Disaster Nursing and Emergency Preparedness for Chemical, Biological and Radiological Terrorism and other Hazards*. 2nd Edition, Springer Publishing Co, New York, pp. 9.
- Weiner, E., Irwin, M., Trangenstein, P., Gordon, J. 2005. Emergency Preparedness Curriculum in Nursing Schools in the United States. *Nursing Education Perspectives* 26 (6), 334 – 339.

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 περιπτωσιολογικές μελέτες είναι επιθυμητές. Τα κείμενα πρέπει να υποβάλλονται στα αγγλικά και στα ελληνικά.

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

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

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

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

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

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

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

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

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

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

ΤΥΠΟΙ ΑΡΘΡΩΝ ΠΟΥ ΕΞΕΤΑΖΟΝΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗ

Το ΕΠΙΝΕ δημοσιεύει τα άρθρα κάτω από τρεις κύριες κατηγορίες:

Άρθρα σύνταξης και προοπτικές/απόψεις

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

Πρωτότυπα άρθρα - ερευνητικές εργασίες

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

Ανασκοπήσεις και σύντομες παρουσιάσεις (μέχρι 2000 λέξεις)

• Ανασκοπήσεις, που περιλαμβάνουν:

- συστηματικές ανασκοπήσεις, που εξετάζουν ακριβείς ερωτήσεις πρακτικής
- βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις, οι οποίες παρέχουν μια λεπτομερή ανάλυση της βιβλιογραφίας σε ένα ευρύ θέμα
- πολιτικές ανασκοπήσεις, δηλ. ανασκοπήσεις των δημοσιευμένων εγγράφων λογοτεχνίας και πολιτικής που ενημερώνουν την νοσηλευτική πρακτική, την οργάνωση των νοσηλευτικών υπηρεσιών, ή την εκπαίδευση και την προετοιμασία των νοσηλευτριών ή/και των 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 ινστιτούτα 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 πρόσωπο 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», «κενδυνάμω-

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

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

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

Ευχαριστίες: περιορίστε τις ευχαριστίες στους βασικούς συνεισφέροντες.

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

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

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

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

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

Κείμενο: στην εισαγωγή του κειμένου απαιτείται για όλα

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

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

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

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

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

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

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

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

ρών. Οι αναφορές πρέπει να δοθούν στην ακόλουθη μορφή:

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

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

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

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

ΑΝΑΘΕΩΡΗΜΕΝΑ ΑΡΘΡΑ

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

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

Αποδείξεις /τυπογραφική διόρθωση

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

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

Ανάτυπα

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

Πνευματικά δικαιώματα

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

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

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

Επιτομή χρήσιμων πληροφοριών

Σύσταση της ΕΝΕ

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

Κυριότεροι σκοποί της ΕΝΕ

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

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

Μέλη της ΕΝΕ

Μέλη της Ε.Ν.Ε είναι υποχρεωτικός 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 Νοσηλεύτης 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 Νοσηλεύτη που εγγράφεται ή ανανεώνει την εγγραφή του στην ΕΝΕ χορηγείται Δελτίο Ταυτότητας Νοσηλεύτη.

Άδεια άσκησης επαγγέλματος

Για την έκδοση από τις κατά τόπους Νομαρχίες της άδειας άσκησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος, οι νοσηλεύτες 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 Νοσηλεύτες 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 νοσηλεύτες 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 νοσηλεύτη 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 νοσηλεύτης, εκτός από την ανάγκη για την επίλυση πρωταρχικών ζητημάτων που τον απασχολούν ως επαγγελματία, έχει ανάγκη να εκφραστεί, να επικοινωνήσει, να δισκεδάσει και να προβάλλει πολύπλευρα τον κοινωνικό του προορισμό.

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

Μελλοντικοί Στόχοι

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

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