



Ελληνικό
περιοδικό της
**Νοσηλευτικής
Επιστήμης**

Τόμος 3, Τεύχος 1, Ιανουάριος - Μάρτιος 2010



ISSN 1791-9002

Το Επιστημονικό Περιοδικό της

Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΗΣ ΕΝΩΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ (ΕΝΕ)

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ-ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

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

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ

Δρ. Σοφία Ζυγά, Επίκουρη Καθηγήτρια Βασικής Νοσηλευτικής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.
Δρ. Αθηνά Καλοκαιρινού, Επίκουρη Καθηγήτρια Κοινωνικής Νοσηλευτικής, Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ (Επικεφαλής Επιστημονικής Επιτροπής)
Δρ. Ευμορφία Κούκια, Λέκτορας Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής, Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ.
Δρ. 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.
Χρήστος Κίττας, Καθηγητής Ιατρικής Σχολής και Πρύτανης του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
Γεώργιος Μπαλτόπουλος, Καθηγητής Τμήματος Νοσηλευτικής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
Κυριάκος Στριγγάρης, Ομότιμος Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Πρώην Πρόεδρος Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας
Ιωάννης Υφαντόπουλος, Καθηγητής Κοινωνικής Πολιτικής, Νομικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
Ιωάννης Κυρίοπουλος, Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
Νικόλαος Μανιαδάκης, Επίκουρος Καθηγητής Οικονομικών και Διοίκησης της Υγείας, Πανεπιστήμιο Πειραιά
Νικόλαος Πολύζος, Αναπληρωτής Καθηγητής Διοίκησης και Οργάνωσης Υπηρεσιών Υγείας στο Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης
Γεώργιος Σαρόγλου, Καθηγητής, Πρόεδρος Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ)
Γεράσιμος Μπονάτσος, Καθηγητής, Πρόεδρος Τμήματος Νοσηλευτικής 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 Μπιζας**, Αν. Γραμματέας, **Ελένη Αλμπάνη**, Οργαν. Γραμματέας, **Ευτέρπη Βασιλειάδου**, Μέλος ΔΣ, **Γεώργιος Δραχτιδης**, Μέλος ΔΣ, **Απόστολος Κωτσής**, Μέλος ΔΣ, **Γεωργία Μπλάντα**, Μέλος ΔΣ, **Γεώργιος Δόντσιος**, Μέλος ΔΣ, **Κων/νος Μπουμπάρης**, Β΄ Αντιπρόεδρος, **Νικόλαος Σαββίδης**, Μέλος ΔΣ

ΣΥΝΘΕΣΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΩΝ ΣΥΜΒΟΥΛΙΩΝ Ε.Ν.Ε.

1ο Περιφερειακό Συμβούλιο

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

2ο Περιφερειακό Συμβούλιο

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

3ο Περιφερειακό Συμβούλιο

Πρόεδρος: **Γεώργιος Μπαλιόζογλου**, Αντιπρόεδρος: **Δημήτριος 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 Γκατέρσου**, 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 Αστρακάκης**, Ταμίας: **Μιχαήλ Ζωγραφάκης- Σφακιανάκης**

Ερευνητικές Εργασίες

Μια Κριτική Διερεύνηση των Αντιλήψεων των Νοσηλευτών Χειρουργικής Ογκολογίας για τους Παράγοντες που Περιλαμβάνονται στη Λήψη Αποφάσεων στη Μετεγχειρητική Διαχείριση Τραύματος: μια Περιγραφική Μελέτη

σελ. 1

Η Θεραπευτική Εκπαίδευση ως Εργαλείο Προώθησης της Ασφάλειας για τους Ασθενείς με Αντιπηκτική Αγωγή από το Στόμα

σελ. 13

Συμβουλές Νοσηλευτικής για την Πρόληψη των Ελκών Κατακλίσεων: Μια Μελέτη Επίπτωσης αυτού του Φαινομένου σε ένα Νοσοκομείο για τη Φροντίδα Ενηλίκων στην Ιταλία

σελ. 21

Από το Σχολείο στο Πανεπιστήμιο: Μια Περιπτωσιολογική Μελέτη των Φοιτητών της Νοσηλευτικής

σελ. 25

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΗΣ ΕΝΩΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ (ΕΝΕ)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Η Επιστημονική Επιτροπή του Περιοδικού:

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

Το Επιστημονικό Περιοδικό της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδας με μεγάλη ικανοποίηση ανακοινώνει στην Ελληνική επιστημονική κοινότητα ότι παρά τη σύντομη ιστορία του κατόρθωσε να συμπεριληφθεί στα αναγνωρισμένα επιστημονικά περιοδικά της χώρας σύμφωνα με το ΦΕΚ Τεύχος Β 2035/21-09-2009.

Αναγνώριση Επιστημονικού Περιοδικού

Δρ. Κυριάκος Κουβελιώτης
Διευθυντής Σύνταξης

ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ Αρ. φύλλου 2035
21 Σεπτεμβρίου 2009

<p>ΠΕΡΙΧΟΜΕΝΑ</p> <p>ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ</p> <p>Έγκριση επιδομάτων θέσεων Προϊσταμένων της Επιστημ. Επιτελείου Θεωτικής Αφρόδεσης (ΕΠ.Ε.Α.)..... 1</p> <p>Παρεχί, δωρεάν Νοσηλείας των όγκων και αναρρωθέντων τέκνων των εν ενεργεία και εν αποστρατεύσει Στρατιωτικών των τριών κλάδων των Ενόχων Δυνάμεων στη Στρατιωτική Προσωπική που διατίθεται σύμφωνα νοσηλείας Τρίτων..... 2</p> <p>Μερίδιος χρόνο διεξαγωγής εκλογών του Τ.Ε.Ε..... 3</p> <p>Σύσταση Γενικού Ψυχολογικού Αποκέντρωσης Δυδечка (Τ.Σ. Ατόμων «ΜΤΟΣ ΑΡΧΑΔΕΪΣ» στα Θεραπευτήρια Ψυχικών Παθήσεων Κριμαίας (ΘΨΤΚ)..... 4</p> <p>Σύσταση του Οργανισμού Ψυχολογικής Αποκέντρωσης «Δάρνη» στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία Πέτρας Ουλάκου..... 5</p> <p>Αναγνώριση επιστημονικού περιοδικού..... 6</p> <p>Έγκριση πρόκλησης κέρους από 167 στήλαι με ελάφιων μίσθιας έργου στο Δήμο Σπίου και στο Ημερό του Γρόουσι..... 7</p> <p>Έγκριση επιδόματος μίσθιας έργου στην Δήμο Ελευσίνας ως ένα έτος..... 8</p> <p>Έγκριση επιδόματος μίσθιας έργου στην Δήμο Αιόλου Αιόλου ως ένα έτος..... 9</p> <p>Επίθεση της υπέρβασης όγκου λειτουργίας Κέντρου Αποθεμάτων και Αποκατάστασης Αιμοσφαιρίων και Αποκατάστασης Α.Ε..... 10</p> <p>Συγκριτική αναγκαιότητα Ψυχολογικής γαροσίας..... 11</p> <p>ΔΗΡΩΦΕΙΣ ΣΩΛΑΜΑΤΩΝ</p> <p>Διόρθωση αριθμού στην υπ αριθμ. 384/16.7.2009 απόφαση του Γενικού Γραμματέα Περιφέρειας Βαρέων Αεροίων..... 12</p>	<p>ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ</p> <p>Αριθμ. 4950/8.9.2009 (Π)</p> <p>Έγκριση επιδομάτων θέσεων Προϊσταμένων της Επιστημ. Επιτελείου Θεωτικής Αφρόδεσης (ΕΠ.Ε.Α.)..... 1</p> <p>Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ</p> <p>Έχοντας υπόψη</p> <p>1. Τη διαταγή:</p> <p>α) Του άρθρου 90 του άρθρου νομοθέσιας για την Καθάρωση και τα κλιμακωτά έργα που εκτελούνται με το άρθρο 1 του π.δ. 63/9/05 (ΦΕΚ Β' 184)</p> <p>β) Το π.δ. 85/9.3.2002 (ΦΕΚ Β' 174) «Συγκριτική των Υποχρεώσεων Εθνικής Οικονομίας και Οικονομικών στο Υπουργείο Οικονομίας και Οικονομικών»</p> <p>γ) Το άρθρο 6 του ν. 3229/2004 (ΦΕΚ Β' 15.2.2004) «Επίθεση της εθνικής οικονομίας, απελευθέρωση των τριτογενών παραγωγικών δραστηριοτήτων διεθνών Αγοραστικών Προσλήψεων και άλλες διατάξεις και εξουσιοδότηση της εκτέλεσης, 8 άρθρο όπως τροποποιήθηκε με ισχύ με το άρθρο 71 του ν. 3746/2009 (ΦΕΚ Β' 16.2.2009)</p> <p>δ) Την υπ αριθμ. 1.2.3.4 και 5 του άρθρου 35 του π.δ. 25/2006 (ΦΕΚ Β' 7.2.2006) «Οργανισμός Επιτελείου Επιστημ. Επιτελείου Αφρόδεσης» όπως ισχύει</p> <p>2. Την υπ αριθμ. 1094/8.9.2009 Απόφαση του Δ.Σ. της ΕΠ.Ε.Α με θέμα «Ανάθεση καθηκόντων προϊσταμένου διευθυντή και τροποποίηση της κατά αριθμ. 7Α/884/843/2008</p> <p>4. Την υπ αριθμ. 119/208.5.2008 Απόφαση του Δ.Σ. της ΕΠ.Ε.Α με θέμα «Προσφυγή ανάθεση καθηκόντων προϊσταμένου Κατανομή προσωπικού σε τμήματα και ανακατανομή θέσεων-Επιλογή θέσεων στο Δ.Σ.»</p> <p>5. Το Πρωτόκολλο της υπ αριθμ. 143/30.4.2009 Συνεδρίασης των Διοικητικών Συμβουλίων της ΕΠ.Ε.Α.</p>
---	--

Αριθμ. 622/21.9.2009 (Π)

Αναγνώριση επιστημονικού περιοδικού..... (Π)

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

Έχοντας υπόψη

1. Το π.δ. 96/2002 «Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας και Κοιν. Αλληλεγγύης» (ΦΕΚ Β' 10.3.2002 κ.Α.) όπως τροποποιήθηκε μετ'εφεξής.

2. Τη διαταγή της παρ. 2 του άρθρου 1 του ν. 2256/1994 «Συμφωνία κλάδου και επαγγελματική και Οδοντιατρικού προσωπικού και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ Β' 196/Α/94) με τις οποίες επληρώθηκαν οι ισχύοντες διατάξεις των παραγράφων 4 άρθρου της περίπτωσης δ) και 5 του άρθρου 27 του ν. 1367/1983 «Εθνικό Σύστημα Υγείας» (ΦΕΚ Β' 13/Α/1983).

3. Τη γνώμη του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.) όπως διατυπώνεται με την υπ αριθμ. 3994/24.6.2009

4. Το γεγονός ότι, από τις διατάξεις αυτής της Απόφασης δεν προκαλείται βλάβη σε βάρος του κρατικού προϋπολογισμού, αποφασίζουμε:

ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

Στα πλαίσια με Εθνική αναγνώριση στα οποία οι δημοσιογραφικές εργασίες των γιατρών, ιατρούλων κριτήριο συγκριτικής αξιολόγησης για την κατάληψη θέσης του κλάδου γιατρών Ε.Υ. προτίθεται και το περιοδικό «ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ» που εκδίδεται από την ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 7 Σεπτεμβρίου 2009

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΑΒΡΑΜΟΠΟΥΛΟΣ

Μια Κριτική Διερεύνηση των Αντιλήψεων των Νοσηλευτών Χειρουργικής Ογκολογίας για τους Παράγοντες που Περιλαμβάνονται στη Λήψη Αποφάσεων στη Μετεγχειρητική Διαχείριση Τραύματος: μια Περιγραφική Μελέτη.

Melanie Charalambous
Cyprus University of Technology

Dr. Andreas Charalampous
Cyprus University of Technology

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Να ερευνησει τις αντιλήψεις των νοσηλευτών χειρουργικής-ογκολογίας Κυπρίων στη μετεγχειρητική διαχείριση τραύματος και για να προσδιορίσουν τους παράγοντες που περιλαμβάνονται στη λήψη αποφάσεων όσον αφορά αυτό το θέμα. Οι παράγοντες κινδύνου που επηρεάζουν την ποιότητα της διαχείρισης τραύματος εξερευνήθηκαν επίσης.

Μέθοδοι και Σχεδιασμός: Ένας σχεδιασμός μελέτης υιοθετήθηκε σε σχέση με τις ημι-δομημένες συνεντεύξεις που πραγματοποιήθηκαν μεταξύ Φεβρουαρίου 2009 Ιανουαρίου. Ένα ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε και διανεμήθηκε σε όλες τους χειρουργικούς νοσηλευτές επτά χειρουργικών θαλάμων σε ένα νοσοκομείο της Κύπρου (132 νοσηλευτές). Επτά νοσηλευτές επιλέχτηκαν τυχαία και πέρασαν από συνέντευξη. Τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια κωδικοποιήθηκαν και αναλύθηκαν με το πρόγραμμα SPSS. Οι συνεντεύξεις μεταγράφηκαν κατά λέξη και αναλύθηκαν ξεχωριστά με τη χρήση της θεματικής ανάλυσης.

Αποτελέσματα: Η απουσία ενημερωμένης γνώσης του νοσηλευτή και η απουσία οδηγιών φροντίδα τραύματος φαίνεται να επηρεάζει αρνητικά τη λήψη αποφάσεων μετεγχειρητικής περιποίησης τραύματος. Επιπλέον, ο ρόλος επιρροής των γιατρών στην απόφαση στο πώς να διαχειριστεί το μετεγχειρητικό τραύμα είναι ένας από τους παράγοντες που οι νοσηλευτές προσδιόρισαν ως αρνητική επιρροή στην αυτονομία τους. Ο φόρτος εργασίας προσδιορίστηκε ως ένας από τους κύριους παράγοντες που επηρεάζει την ποιότητα της μετεγχειρητικής φροντίδα τραύματος και μεγιστοποιεί τους επαγγελματικούς κινδύνους στον τομέα εξάσκησης του νοσηλευτή.

Οι νοσηλευτές έχουν επιρροές που τους εμποδίζουν να λαμβάνουν αποφάσεις σχετικά με τη μετεγχειρητική διαχείριση τραύματος και τα συμπεράσματα είναι σύμφωνα με τη σχετική βιβλιογραφία. Τα συμπεράσματα μπορούν να γίνουν ένα χρήσιμο εργαλείο για τους φορείς χάραξης πολιτικής και τους διοικητές νοσοκομείων προκειμένου να βρεθούν τρόποι να βελτιωθεί η λήψη αποφάσεων μετεγχειρητικής φροντίδας τραύματος.

Λέξεις κλειδί: λήψη αποφάσεων, μετεγχειρητική διαχείριση τραύματος, νοσηλευτές χειρουργικής-ογκολογίας.

Εισαγωγή

Η λήψη αποφάσεων είναι μια σύνθετη, γνωστική διαδικασία που ορίζεται συχνά ως την επιλογή συγκεκριμένου σχεδίου δράσης (Marquis & Huston, 2002). Επειδή οι αποφάσεις φροντίδας τραύματος μπορούν να έχουν εκτεταμένες συνέπειες, η επίλυση προβλήματος και η λήψη αποφάσεων πάνω σε αυτό το θέμα πρέπει να είναι υψηλής ποιότητας στη μετεγχειρητική φροντίδα τραύματος. Τα πλεονεκτήματα των σύνθετων ομάδων πολλαπλών ειδικοτήτων για τους χρήστες υπηρεσιών μπορούν να γίνουν αντιληπτοί εάν γίνουν οι δεξιότητες της διαδικασίας της λήψης αποφάσεων.

Στις τελευταίες δεκαετίες πολλές προσπάθειες έχουν καταβληθεί να καθιερώσουν μια αποδεδειγμένη προσέγγιση στη θεραπεία των ασθενών με καρκίνο, που συνδυάζει τη χειρουργική και τη μετεγχειρητική φροντίδα τραύματος. Η κατάλληλη μετεγχειρητική διαχείριση τραύματος μπορεί σημαντικά να μειώσει τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα του ασθενή με καρκίνο συμπεριλαμβανομένων των πρώιμων και καθυστερημένων περιπλοκών. Οι ερευνητές αποφάσισαν να εστιάσουν στους ασθενείς με καρκίνο εξαιτίας του γεγονότος ότι αυτοί οι ασθενείς αποτελούν μια ομάδα με ειδικές μετεγχειρητικές ανάγκες. Στο στάδιο της λήψης αποφάσεων σε σχέση με τη μετεγχειρητική φροντίδα τραύματος για τους ασθενείς με καρκίνο, οι χειρουργοί και οι χειρουργικοί νοσηλευτές συμπεριλαμβάνονται και οι δύο με το ρόλο των νοσηλευτών που στρέφονται στην κλινική πρακτική. Για το σκοπό αυτής της μελέτης μόνο οι απόψεις των νοσηλευτών για τη λήψη αποφάσεων θα εξερευνηθούν. Οι νοσηλευτές είναι εκπαιδευμένοι επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης στη διαχείριση τραύματος και αναγνωρίζεται ότι οι αντιλήψεις τους δεν λαμβάνονται υπόψη μερικές φορές.

Οι νοσηλευτές πρέπει να λαμβάνουν αποφάσεις σχετικά

με τη μετεγχειρητική φροντίδα τραύματος στην καθημερινή πρακτική τους αλλά υπάρχουν μερικοί παράγοντες που επηρεάζουν αυτές τις αποφάσεις στην Κυπριακή πραγματικότητα. Ένας σοβαρός παράγοντας που αναγνωρίζεται συχνά στις ανεπίσημες συζητήσεις μεταξύ των νοσηλευτών στη Κύπρο σε σχέση με τη λήψη αποφάσεων για τη διαχείριση του τραύματος είναι η αυτονομία των νοσηλευτών. Επιπλέον, η προσωπική εμπειρία των ερευνητών δείχνει επίσης μια περιορισμένη αυτονομία των νοσηλευτών στην άσκηση του κλινικού έργου και τα ζητήματα σχετικά με αυτό το θέμα δεν έχουν αντιμετωπιστεί προηγουμένως εμπειρικά ή συστηματικά στη Κύπρο.

Ο ρόλος του ιατρικού προσωπικού στη διαδικασία λήψης αποφάσεων στη διαχείριση τραύματος είναι επίσης ένας παράγοντας που συμβάλλει στην περιορισμένη αυτονομία των νοσηλευτών έναντι των νοσηλευτών που εργάζονται σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Επιπλέον, παράγοντες όπως ο φόρτος εργασίας, η απουσία επαρκούς γνώσης και συνεχούς εκπαίδευσης, η απουσία ειδικού εξοπλισμού είναι μερικοί άλλοι σοβαροί παράγοντες που θεωρούνται από τους νοσηλευτές χειρουργικής ογκολογίας ότι επηρεάζουν αρνητικά τη μετεγχειρητική φροντίδα τραύματος που παρέχουν στους ασθενείς με καρκίνο.

Προσδιορίζοντας τις αντιλήψεις των νοσηλευτών για τους παράγοντες που περιλαμβάνονται στη λήψη αποφάσεων της διαχείρισης τραύματος για τους ασθενείς με καρκίνο και ανακαλύπτοντας τις οδηγίες που χρησιμοποιούν στην καθημερινή πρακτική τους στις κλινικές θα ήταν χρήσιμοι και σημαντικοί για την προώθηση της ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας, την ανάπτυξη της νοσηλευτικής πρακτικής και τη βελτίωση της υγείας των ασθενών.

Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Η επιτυχής νοσηλευτική φροντίδα των χειρουργικών τραυμάτων εξαρτάται από πολλαπλούς παράγοντες. Αυτοί περιλαμβάνουν την επίγνωση του νοσηλευτή και η κατανόηση του για φυσιολογική επούλωση πληγών, φυσιολογία, το τύπο της χειρουργικής επέμβασης που εκτελέστηκε, οι μέθοδοι περάτωσης του τραύματος, των τεχνικών φροντίδας τραύματος, και των προϊόντων φροντίδας τραύματος προκειμένου να ληφθεί μια ενημερωμένη απόφαση σχετικά με τη διαχείριση τραύματος (Vucolo, 2006). Χρησιμοποιώντας αυτήν την γνώση, οι νοσηλευτές χειρουργικής- ογκολογίας μπορούν να παρέχουν μια συστηματική και ολιστική αξιολόγηση ασθενούς και να εξετάσουν οποιοσδήποτε πιθανές επιπλοκές σχετιζόμενες με το τραύμα.

Ένας άλλος παράγοντας που μπορεί να επηρεάσει τη γνώση και τη συνεχή εκπαίδευση του νοσηλευτή είναι η διαθεσιμότητα χρόνου για μελέτη. Η έρευνα δείχνει ότι ο χρόνος μελέτης μειώθηκε λόγω του αυξανόμενου φόρτου εργασίας που στη συνέχεια περιορίσε την πρόσβαση σε εκπαιδευμένο προσωπικό (Russel και Ρέυνολντς, 2001). Οι νοσηλευτές έχουν έναν κεντρικό ρόλο στη διαχείριση τραύματος και την επιλογή επιδεσμικού υλικού και πρέπει να στοχεύουν στη συνεχή ενημέρωσή τους σε αυτήν την δυναμική ειδικότητα

(Murphy, 2006). Διάφοροι ερευνητές έχουν προσπαθήσει να μετρήσουν τη γνώση των νοσηλευτών όσον αφορά τη θεραπεία τραύματος και την επιλογή επιδεσμικού υλικού (Morgan, 1999, Courtenay, 2000, Collier, 1999) και διαπίστωσαν ότι υπάρχει ένα χάσμα μεταξύ της θεωρίας και της πρακτικής και μια έλλειψη γνώσης εις βάθος μεταξύ των νοσηλευτών που φαίνεται να βασίζουν την πρακτική τους στην παράδοση. Εν πάση περιπτώσει, η έλλειψη βασικής γνώσης διαχείρισης τραύματος μπορεί να οδηγήσει στην κακοδιαχείριση τραύματος, προκαλώντας μια περιττή και δαπανηρή σπατάλη στους πόρους υγειονομικής περίθαλψης (Bedell και λοιποί, 2003, Glover, 2001).

Μερικές μελέτες στόχευσαν να μετρήσουν πώς οι νοσηλευτές εκτίμησαν τη γνώση τους ή την αυτοπεποίθησή τους στην φροντίδα τραύματος. Ο Vowden και Vowden, (2001), δηλώνουν ότι η αυτοπεποίθηση των νοσηλευτών στην ικανότητά τους να αναλάβουν την κατάλληλη διαχείριση τραύματος επηρεάζεται από τη δύναμη της γνώσης τους. Μια μελέτη από τους Lamond και Farnell (1998), προτείνει ότι δεν είναι μόνο η γνώση που έχουν οι νοσηλευτές αλλά το πώς εφαρμόζουν εκείνη την γνώση στην πράξη κατά τη λήψη των αποφάσεων. Η ίδια μελέτη έδειξε ότι ειδική εκπαίδευση στην φροντίδα

τραύματος επηρεάζει τις αποφάσεις που λαμβάνονται όσον αφορά τη θεραπεία τραυμάτων, που επιτρέπει καταλληλότερη και αποτελεσματικότερη διαχείριση. Μια άλλη μελέτη που εξέτασε τα αποτελέσματα της εισαγωγής ενός ειδικού νοσηλευτή πιστοποιημένου στη διαχείριση τραύματος σε μια ομάδα κοινοτικών νοσηλευτών για να παρέχει τα πρωτόκολλα εκπαίδευσης και κατάρτισης και οργάνωσης, οδήγησε στη βελτιωμένη ποιότητα της φροντίδας, στην ελαχιστοποίηση του κινδύνου, στην αύξηση της αποδοτικότητας και παραγωγικότητας, στην εξοικονόμηση κόστους και στη βελτιωμένη ικανοποίηση του ασθενούς (Bedell και λοιποί, 2003).

Ένας αυξανόμενος όγκος βιβλιογραφίας (Borges και Savickas, 2002, Carol, 2004, Keast και λοιποί, 2004), τονίζει ότι ένα σημαντικό θέμα που οι νοσηλευτές χειρουργείου πρέπει να εξετάσουν είναι οι τεχνικές φροντίδας τραύματος. Μια αποστειρωμένη τεχνική απαιτείται για διάφορες μετεγχειρητικές διαδικασίες φροντίδας τραύματος, και οι νοσηλευτές θα εκτελέσουν την ίδια τεχνική διαφορετικά σύμφωνα με τους διαφορετικούς τρόπους με τους οποίους μπορεί να έχουν εκπαιδευθεί. Η καθαρή-έναντι-αποστειρωμένη τεχνική συζήτηση ήταν μεταξύ των νοσοκομειακών γιατρών για πολλά έτη και παραμένει μέχρι σήμερα χωρίς την συναίνεση των απόψεων. Υπάρχουν στοιχεία στη βιβλιογραφία για μια μετακίνηση προς καθαρή τεχνική ειδικά στα χρόνια τραύματα (Gilmour, 1999, Ουίλιαμς, 1999, Michalopoulos και Spagos, 2003).

Η αναζήτηση βιβλιογραφίας αποκάλυψε ότι η πρακτική της αποστειρωμένης τεχνικής τείνει να βασίζεται στην τελετουργική παρατήρηση παρά στην επιστημονική απόδειξη (Aziz, 2009). Παρά την έλλειψη συγκεκριμένης έρευνας βασισμένη στα στοιχεία για την επιρροή της αποστειρωμένης εναντίον μη-αποστειρωμένης, οι νοσηλευτές διδάσκονται παραδοσιακά να χρησιμοποιούν αποστειρωμένες παρά μη-αποστειρωμένες τεχνικές όταν φροντίζουν χειρουργικά τραύματα. Οι κίνδυνοι αυτών των δύο αντίθετων εκβάσεων της μετεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας απαιτούν περαιτέρω και ενημερωμένα στοιχεία (Rosswurf, 1999). Ο Hallett (2000) προσδιόρισε ότι πολλά νοσοκομεία υιοθετούν ένα ποσό διαφορετικών προσεγγίσεων για την απόδοση της αποστειρωμένης τεχνικής, ανάλογα με το που και το πώς εκπαιδεύθηκαν οι νοσηλευτές και αυτό μπορεί να προκαλεί σύγχυση για τους επαγγελματίες και μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στους νοσηλευτές καθώς επίσης και να

αυξήσει τον κίνδυνο μετεγχειρητικής μόλυνσης τραύματος.

Με εξαίρεση τις τεχνικές που χρησιμοποιούν οι νοσηλευτές στην καθημερινή πρακτική τους σχετικά με τη μετεγχειρητική φροντίδα τραύματος, υπάρχει μια άλλη πτυχή που οι νοσηλευτές χειρουργικής ογκολογίας πρέπει να λάβουν υπόψη, αυτή του κατάλληλου επιδεσμικού υλικού. Κατά τη διάρκεια της προηγούμενης δεκαετίας, έχει υπάρξει μια μεγάλη αύξηση στους τύπους επιδεσμικών υλικών διαθέσιμων για χρήση και έγινε μια σύνθετη διαδικασία η επιλογή του κατάλληλου επιδεσμικού υλικού για κάθε τύπο τραύματος (Gurta και λοιποί, 2002). Όπως συζητήθηκε νωρίτερα, οι νοσηλευτές πρέπει να έχουν καλή γνώση των τύπων επιδεσμικών υλικών που είναι διαθέσιμοι, των ιδιοτήτων των επιδεσμικών υλικών μεμονωμένα, μια προσεγγισμένη κατανόηση της επούλωσης πληγών και άλλων πτυχών προκειμένου να ληφθεί μια ενημερωμένη απόφαση σχετικά με τη διαχείριση τραύματος (O'Brien και λοιποί, 2000, Bale και λοιποί, 2001, Lohman και λοιποί, 2004).

Στην καθημερινή φροντίδα τραύματος, οι γιατροί και οι νοσηλευτές έρχονται αντιμέτωποι με μια ευρεία ποικιλία επιδεσμικών υλικών κατά την θεραπεία ασθενών με οξεία ή χρόνια τραύματα όπως οι ασθενείς με καρκίνο. Οι διαφορετικές επιλογές των γιατρών και των νοσηλευτών όσον αφορά την εκτίμηση των επιδεσμικών υλικών τραύματος είναι γενικά βασισμένες στις προσωπικές προτιμήσεις τις περισσότερες φορές, που μπορούν μερικές φορές να είναι συγκρουόμενες. Η βιβλιογραφική επισκόπηση υποστηρίζει ότι μπορούν να υπάρξουν διαφωνίες ή συγκρούσεις μεταξύ των γιατρών και των νοσηλευτών ειδικά σχετικά με τους ασθενείς με τραύματα που θεραπεύονται αργά ή τραύματα που θεραπεύονται από δευτεροβάθμια πρόθεση (Baganoski, 1999, Bux & Malhi, 1996).

Με όλη την αντίφαση, τις συγκρούσεις και τις διαφορετικές αντιλήψεις στο θέμα λήψης αποφάσεων στη διαχείριση τραύματος θα ήταν ιδιαίτερα σημαντικό και ενδιαφέρον να ερευνηθεί κανείς τις αντιλήψεις των νοσηλευτών χειρουργείου για τους παράγοντες που περιλαμβάνονται στη λήψη αποφάσεων στη μετεγχειρητική διαχείριση τραύματος. Δεδομένου ότι καμία έρευνα σε αυτό το θέμα δεν έχει διεξαχθεί πριν στη Κύπρο τα συμπεράσματα αυτού του προγράμματος θα είναι χρήσιμα για τους νοσηλευτές, τους εκπαιδευτικούς νοσηλευτών και τους φορείς χάραξης πολιτικής.

Μεθοδολογία

Ερευνητική και μεθοδολογική προσέγγιση

Τα θέματα σχετικά με τις αντιλήψεις των νοσηλευτών χειρουργείου στη διαχείριση τραύματος κατά τη διάρκεια της φροντίδας τραύματος απαιτούν μια περιγραφική και λεπτομερή εργασία και καλά οργανωμένες τεχνικές συλλογής δεδομένων προκειμένου να επιτευχθούν έμπιστα αποτελέσματα και μια αυξανόμενη δυνατότητα γενίκευσης.

Ένας συνδυασμός ποιοτικών και ποσοτικών προσεγγίσεων εφαρμόστηκε σε αυτήν την μελέτη. Μέσω αυτού του συνδυασμού πέτυχε τη δυνατότητα στατιστικής γενίκευσης

όσον αφορά ερευνητικά συμπεράσματα και διευκόλυσε την ερμηνεία. Μια έρευνα ερωτηματολογίων αναπτύχθηκε για να μετρήσει τους τρόπους μετεγχειρητικής φροντίδας τραύματος. Οι συνεντεύξεις χρησιμοποιήθηκαν προκειμένου να ερευνηθούν οι αντιλήψεις των νοσηλευτών σε βάθος, σχετικά με αυτό το θέμα. Οι ερευνητές αποφάσισαν να χρησιμοποιήσουν τις πρόσωπο με πρόσωπο ημι-δομημένες συνεντεύξεις πριν από τα ερωτηματολόγια, και οι ερωτήσεις προέκυψαν από τη βιβλιογραφική επισκόπηση και τις ερευνητικές ερωτήσεις της μελέτης. Επομένως, προκειμένου να ακολουθήσουν ενδιαφέρουσες απαντήσεις και τα ερευνημένα

ελλοχεύοντα κίνητρα που έχουν τη δυνατότητα να παρέχουν πολύτιμες και διαφωτιστικές πληροφορίες, επέλεξαν τις συνεντεύξεις ως τεχνική συλλογής δεδομένων.

Ο σχεδιασμός του ερωτηματολογίου έγινε μετά από την ανάλυση των συνεντεύξεων και οι ερωτήσεις του προήλθαν από τα συμπεράσματα των συνεντεύξεων, από τη βιβλιογραφική επισκόπηση και τους στόχους έρευνας. Και οι συνεντεύξεις και τα ερωτηματολόγια προηγήθηκαν την ερευνητική επιχείρηση. Αυτό έγινε ώστε να ελαχιστοποιηθούν τα προβλήματα και για να βεβαιώσει ότι τα στοιχεία ήταν τα προσδοκώμενα.

Δεδομένου ότι οι συντάκτες στόχευσαν να πραγματοποιήσουν ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα ενός μεγάλου πληθυσμού, επέλεξαν αυτήν την μέθοδο που έχει ως κύριο πλεονέκτημα της εύκολης συλλογής δεδομένων. Περαιτέρω, επειδή το ερευνητικό θέμα αυτής της μελέτης ήταν να προσδιορίσει τις απόψεις και τις αντιλήψεις των συμμετεχόντων για τη λήψη αποφάσεων στη μετεγχειρητική φροντίδα τραύματος, μια περιγραφική έρευνα ήταν η κατάλληλη προσέγγιση για αυτό το πρόγραμμα.

Επιλογή δειγμάτων και ανάλυση στοιχείων.

Το δείγμα ανακτήθηκε από ένα κύριο Γενικό Νοσοκομείο. Νοσηλευτές που εργάστηκαν στα χειρουργικά τμήματα συμπεριλαμβανομένης της γενικής χειρουργικής-ογκολογίας, της ουρολογίας, του ορθοπεδικού, του νευροχειρουργικού και του αγγειοθωρακικού θαλάμου. Η απόφαση να χρησιμοποιηθεί ο συγκεκριμένος πληθυσμός βασίστηκε στο γεγονός ότι υπάρχει ένας αυξανόμενος αριθμός ασθενών με καρκίνο που νοσηλεύονται μετεγχειρητικά σε αυτούς τους θαλάμους.

Οι νοσηλευτές ποίκιλλαν ανάλογα με τη θέση τους και αποτελούνταν από νοσηλευτές προσωπικού και βοηθητικούς νοσηλευτές. Ένα από τα κύρια κριτήρια που τέθηκαν από τους ερευνητές για την επιλογή του δείγματος ήταν η ενεργός συμμετοχή του νοσηλευτή στη διαχείριση τραύματος. Με βάση αυτό το κριτήριο, οι διευθυντές θαλάμου αποκλείστηκαν από τη μελέτη λόγω της έλλειψης ενεργού συμμετοχής τους στη φροντίδα τραύματος. Ο συνολικός αριθμός των νοσηλευτών προσωπικού ήταν 140 και ο συνολικός αριθμός των βοηθητικών νοσηλευτών ήταν 10. Από τις 150

νοσηλευτές, οι 18 αποκλείστηκαν (1 νοσηλευτής από το ξεκίνημα των συνεντεύξεων, 7 δίδοντες συνέντευξη και 10 νοσηλευτές από τα ερωτηματολόγια). Επομένως, ο πληθυσμός μειώθηκε σε 132.

Λόγω του μικρού μεγέθους του πληθυσμού αποφασίστηκε να χρησιμοποιηθεί μια δειγματοληψία απογραφής για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων. Η παρούσα απόφαση χρησίμευσε επίσης ώστε να επιτευχθεί η καλύτερη αντιπροσωπευτική επιλογή και η δυνατότητα γενίκευσης.

Το δείγμα για τις συνεντεύξεις αποτελούνταν από επτά νοσηλευτές που επιλέχτηκαν τυχαία, (ο αριθμός 13 από τον ιεραρχικό κατάλογο προσωπικού) έξι νοσηλευτές προσωπικού και έναν βοηθητικό νοσηλευτή από τους θαλάμους που συμμετείχαν. Κάθε θάλαμος αντιπροσωπεύονταν από έναν συμμετέχοντα στο δείγμα.

Η θεματική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη. Από την άποψη αυτής της μελέτης τα ποιοτικά στοιχεία αναλύθηκαν βάσει των ακόλουθων έξι φάσεων όπως αυτές περιγράφηκαν από τον Braun (2005):

- εξοικείωση με τα στοιχεία
- παραγωγή των αρχικών κωδίκων
- έρευνα για τα θέματα
- θέματα αναθεώρησης
- ορισμός και ονομασία των θεμάτων
- σύνταξη της έκθεσης.

Το στατιστικό πρόγραμμα SPSS (v.10) χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση των ποσοτικών στοιχείων που προήλθαν από τα ερωτηματολόγια. Η διαδικασία κωδικοποίησης του ερωτηματολογίου περιέλαβε την αντικατάσταση των ερωτήσεων με αριθμούς για τον σκοπό της ανάλυσης.

Συνολικά 109 ερωτηματολόγια επιστράφηκαν μετά από δύο εβδομάδες ειδοποίησης (ποσοστό απάντησης 88%). Δύο από αυτά βρέθηκαν να είναι λάθος απαντημένα και έτσι θεωρήθηκαν άκυρα. Για αυτόν τον λόγο η ανάλυση περιλαμβανόταν συνολικά από 107 ερωτηματολόγια. Ένας αριθμός αναφοράς ορίστηκε σε κάθε ερωτηματολόγιο προκειμένου να επιτραπεί η εύκολη πρόσβαση για καθεμία σε περίπτωση επαλήθευσης. Κατά τη διάρκεια του ελέγχου, της κωδικοποίησης και της καθιέρωσης των φάσεων δεδομένων, τα στοιχεία εισήχθησαν στο λογισμικό SPSS για την ανάλυση.

Δεοντολογικές Εκτιμήσεις

Η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα εγγυήθηκαν στην υποβολή έκθεσης όλων των αποτελεσμάτων και οι πληροφορίες βεβαιώθηκαν ότι τα ακατέργαστα στοιχεία δεν θα μοιράζονταν με κανέναν εκτός από τους ερευνητές. Οι πληροφοριοδότες διατήρησαν το δικαίωμα να αποσύρουν

τη συγκατάθεσή τους για να συμμετέχουν οποιαδήποτε χρονική στιγμή χωρίς αντίκτυπο. Η μελέτη αναθεωρήθηκε και εγκρίθηκε από το πανεπιστήμιο του Middlesex - Υποεπιτροπή Ηθικής Μελετών Υγείας (HSESC) και το Υπουργείο Υγείας της Κύπρου.

Συμπεράσματα και Συζήτηση

Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες ήταν μεταξύ 20-30 ετών και αυτό είναι μια απόδειξη ότι υπάρχουν πρόσφατα-πιστοποιημένοι νοσηλευτές στο συγκεκριμένο νοσοκομείο. Έχοντας περισσότερους νέους νοσηλευτές (55%)

του συνόλου του ποσοστού απάντησης, αναμένεται ότι αυτοί οι νοσηλευτές έχουν ενημερωμένη γνώση στη μετεγχειρητική φροντίδα τραύματος (λόγω της πρόσφατης κατάρτισής τους). Αφ' ενός, έχουν λιγότερη εμπειρία από τους παλαιότερους νοσηλευτές. Είκοσι τρεις από τους συμμετέχοντες ήταν

άντρες και 84 ήταν γυναίκες. Η εκπαίδευση των συμμετεχόντων επίσης κυμαινόταν από διπλώματα έως μεταπτυχιακά (πίνακας 1). Οι συμμετέχοντες προέρχονταν από διάφορους χειρουργικούς θαλάμους συμπεριλαμβανομένου εκείνου της χειρουργικής-ογκολογίας, της ουρολογίας και θάλαμοι της νευροχειρουργικής (πίνακας 2).

Η πλειοψηφία των νοσηλευτών χειρουργείου (98.1%) συμφώνησε ότι η εκτίμηση τραυμάτων είναι ένα μέρος της καθημερινής αξιολόγησης των νοσηλευτών που προηγείται την φροντίδα τραύματος και μόνο ένα μικρό ποσοστό 1.9% διαφώνησε. Αυτά τα συμπεράσματα φαίνεται να συμφωνούν με τη σχετική βιβλιογραφία (Falangan, 2003, Bjork & Kirkenvold, 2000, Maylor, 2003). Έκπληξη δημιούργησε το γεγονός ότι αυτά τα συμπεράσματα δεν συμφωνούν με εκείνα που εκφράστηκαν στις συνεντεύξεις αφού οι επτά συνάδελφοι διαφώνησαν με την άποψη ότι η εκτίμηση του τραύματος είναι ένα μέρος της καθημερινής νοσηλευτικής αξιολόγησης τους, μια πτυχή που υποστηρίζεται επίσης από τη βιβλιογραφία (Malagamm, 1999). Μόνο μια νοσοκόμα (N/3-θηλυκή νοσοκόμα-ηλικία 33) συμφώνησε. Σύμφωνα με τους συμμετέχοντες, **«εκτελώ μόνο την αξιολόγηση των τραυμάτων κατά τη διάρκεια της πρωινής βάρδιας, που είναι η στιγμή της ημέρας όπου η περισσότερη εάν όχι όλη η φροντίδα τραύματος πραγματοποιείται»** (N/7 - νοσοκόμα προσωπικού γυναίκα - ηλικία 50), **«εγώ δεν βλέπω το λόγο για τον οποίο να κάνω οποιαδήποτε εκτίμηση των τραυμάτων στην απογευματινή βάρδια εάν δεν πρόκειται να φροντίσω το τραύμα, δεν είναι μέρος ρουτίνας μας»** (N/4 - νοσηλεύτρια γυναίκα-ηλικία 48). Κάποιος συμμετέχων εξέφρασε επίσης την άποψη ότι στο θάλαμό τους προχωρούν σε εκτίμηση τραύματος όταν την συστήνει ο διευθυντής θαλάμων τους. Μια γυναίκα νοσοκόμα (προσωπικού) σχολίασε ότι **«η εκτέλεση της φροντίδας τραύματος δεν είναι μια διαδικασία ρουτίνας σε αυτόν τον θάλαμο για τους ασθενείς με καρκίνο, αυτό που συμβαίνει συνήθως είναι ότι ο διευθυντής θαλάμων παρέχει τις οδηγίες στους νοσηλευτές για το πότε ή για το πώς πρέπει να εκτελεστεί αυτό»**. Τέλος, ένας συμμετέχων σχολίασε ότι η **«η εκτίμηση τραύματος πραγματοποιείται μόνο κατά τη διάρκεια των πρώτων 48 ωρών μετά την χειρουργική, μετά από αυτήν την περίοδο χρησιμοποιούμε συνήθως την αρχική εκτίμηση για να πραγματοποιήσουμε την φροντίδα τραύματος»** (N/1 - νοσηλεύτρια προσωπικού άνδρας - ηλικία 30).

Αυτά τα συμπεράσματα επισημαίνουν ότι δεν υπάρχει μια κοινή πολιτική (ή οδηγίες) για το πότε ή πόσο συχνά πρέπει να εκτελείται εκτίμηση των τραυμάτων μεταξύ των διαφορετικών τμημάτων χειρουργικής-ογκολογίας. Λαμβάνοντας υπόψη αυτήν την έλλειψη οδηγιών οι νοσηλευτές επιλέγουν να κάνουν εκτίμηση των τραυμάτων σε διαφορετικούς χρόνους και σημεία κατά τη διάρκεια της μετεγχειρητικής περιόδου του ασθενή. Οι αποφάσεις φαίνεται να λαμβάνονται βασισμένες σε μια αξιολόγηση των αναγκών και σύμφωνα με τη ρουτίνα που ο κάθε ένας έχει επiléξει να εφαρμόσει για τους ασθενείς τους.

Εντούτοις, αυτά τα συμπεράσματα φαίνεται να έρχονται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα μιας άλλης ερώτησης που αναφερόταν στη γνώση των συμμετεχόντων για τα επιδε-

σμικά υλικά τραύματος και τη χρήση τους. Σε αυτήν την ερώτηση φαίνεται ότι οι νοσηλευτές χειρουργείου είναι απληροφόρητοι για τα συγκεκριμένα είδη επιδεσμικών υλικών και ιδιαίτερα εξοικειώνονται με τα επιδεσμικά υλικά που χρησιμοποιούν στην καθημερινή πρακτική τους, όπως είναι η γάζα σαν επιδεσμικό υλικό. Το 74.8% των συμμετεχόντων συμφώνησε ότι το πιο συνηθισμένο υλικό φροντίδας τραύματος ήταν η γάζα και το 99.1% συμφώνησε ότι το χρησιμοποιούν στην καθημερινή πρακτική τους. Η γάζα είναι μια παραδοσιακό επιδεσμικό υλικό για τις παγκόσμιες κλινικές αλλά δεν είναι πάντα η καλύτερη επιλογή για τη διαχείριση τραύματος. Βασικά, είναι πιο φτηνή να αγοραστεί και πιο εύκολο να χρησιμοποιηθεί στις διαδικασίες φροντίδας τραύματος. Αλλά, η πραγματική τιμή του επιδεσμικού υλικού δεν είναι η τιμή αγοράς αλλά αν είναι επικερδής, που θα προάγει την ευεξία του ασθενή με τέτοιο τρόπο ώστε να τον βοηθήσει να υπερνικήσει την ασθένειά του νωρίτερα. Επιπλέον, οι περισσότερες από τις συγκριτικές μελέτες σχετικές με τις γάζες έχουν παρουσιαστεί ότι οι γάζες δεν είναι συμβάλλουσες στη θεραπεία τραυμάτων (Hoekstra και λοιποί, 2002), δεν είναι επικερδείς (Moore and Fosten, 2000) και άβολοι για τον ασθενή όταν πρόκειται για την αλλαγή του επιδεσμικού υλικού (Chang, 1998).

Η κύρια εκτίμηση των νοσηλευτών κατά τη διάρκεια αλλαγής επιδεσμικού υλικού τραύματος είναι η πρόληψη της εξάπλωσης της μόλυνσης. Αυτά τα συμπεράσματα είναι πολύ ενθαρρυντικά. Συγκεκριμένα, το 88% των συμμετεχόντων θεώρησε ότι η κύρια έννοιά τους είναι η πρόληψη της εξάπλωσης της μόλυνσης και αυτό μπορεί να αντιμετωπισθεί ως πολύ σημαντικό ζήτημα για αυτήν την μελέτη. Οι νοσηλευτές χειρουργείου βρέθηκαν να είναι πολύ ευαίσθητοι στην πρόληψη των μολύνσεων των τραυμάτων δεδομένου ότι προσπαθούν να ελαχιστοποιήσουν τα ποσοστά μετεγχειρητικών μολύνσεων στους ασθενείς με καρκίνο. Περαιτέρω, αυτό το συμπέρασμα επιβεβαιώνεται από τα αποτελέσματα μιας άλλης ερώτησης που ζήτησε από τους συμμετέχοντες να δηλώσουν εάν χρησιμοποιούν ή όχι όλες τις προφυλάξεις που απαιτούνται για την αποφυγή κινδύνου στη διαχείριση τραύματος. Ένα δείγμα 86.3% συμφώνησε ότι χρησιμοποιούν όλες τις προφυλάξεις που απαιτούνται για να αποφεύγουν τον κίνδυνο στη διαχείριση τραύματος.

Η στροφή της έμφασης πρέπει να γυρίσει τώρα στη γνώση του νοσηλευτή χειρουργείου σχετικά με τη διαχείριση τραύματος. Ένα μεγάλο δείγμα, το 72% των νοσηλευτών συμφώνησαν ότι έλαβαν ικανοποιητική εκπαίδευση κατά τη διάρκεια του βασικού εκπαιδευτικού προγράμματος της νοσηλευτικής και το 28% διαφώνησε. Τα 78% των εναγομένων που απάντησαν θετικά ήταν μεταξύ 20-30 ετών. Στη Κύπρο, το βασικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα νοσηλευτικής είναι το ίδιο για όλους τους φοιτητές νοσηλευτικής αλλά υπάρχει μια καλή εξήγηση για αυτήν την διαφορά. Τα τελευταία δέκα έτη το πρόγραμμα της σχολής της νοσηλευτικής και της μαιευτικής αναθεωρήθηκε και γι' αυτό το μεγαλύτερο μέρος των συμμετεχόντων των ηλικιών 20-30 συμφώνησε με αυτήν την ερώτηση σε συνάρτηση με το χαμηλότερο αποτέλεσμα του 61% για 46 χρονών και άνω. Συγχρόνως, αυτά τα συμπεράσματα τονίζουν την ανάγκη για τρέχοντα

προγράμματα εκπαίδευσης και κατάρτισης για τη μετεγχειρητική διαχείριση τραύματος για νοσηλευτές που πήραν το πτυχίο τους περισσότερο από 10 χρόνια πριν.

Σε μια σχετική ερώτηση που αφορά την περαιτέρω εκπαίδευση στη μετεγχειρητική φροντίδα τραύματος, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (72.9%) δεν έλαβε την περαιτέρω εκπαίδευση από την οργάνωση τους και μόνο το 27.1% έλαβε. Οι Severinsson & Hallberg (1996), προτείνει ότι οι προϊστάμενοι νοσηλευτών των κλινικών είναι αρμόδιοι για τη διευκόλυνση της εκμάθησης και της συμβολής σε μια ενισχυμένη κατανόηση της κλινικής εργασίας που εκτελείται από τους προϊστάμενους. Οι περισσότεροι από τους νοσηλευτές που έλαβαν την εκπαίδευση από την οργάνωσή τους ανήκουν στην ομάδα των 20-30 χρονών και την ομάδα ηλικίας 46 και άνω. Αυτό αποδίδεται πιθανώς στο γεγονός ότι οι ηλικίες 46 και άνω έχουν μια ανώτερη θέση στις κλινικές και έχουν περισσότερες ευκαιρίες να λάβουν περαιτέρω εκπαίδευση στη μετεγχειρητική φροντίδα τραύματος. Όσον αφορά τις ηλικίες 20-30, αναγνωρίζεται ότι οι νέοι νοσηλευτές είναι πιο επιδεκτικοί και πρόθυμοι να μάθουν και να εφαρμόσουν στην πράξη νέες τεχνικές και υλικά και αυτό εκτιμάται από τους διευθυντές θαλάμων.

Εντούτοις, τα ευρήματα συνέντευξης των ίδιων ερωτήσεων είναι αντικρουόμενα. Κανένας από τους νοσηλευτές συμφώνησε ότι έλαβαν την περαιτέρω εκπαίδευση από την οργάνωσή τους. Τέτοια αντικρουόμενα αποτελέσματα μπορούν να αποδοθούν στο μικρό δείγμα που πέρασε από συνέντευξη και επίσης στο γεγονός ότι μόνο 27.1% των εναγομένων συμφώνησε με αυτήν την ερώτηση. Συγκεκριμένα, πέντε από τους δίδοντες συνέντευξη δήλωσαν ότι η γνώση τους σχετικά με τη διαχείριση τραύματος προήλθε από τη βασική εκπαίδευση νοσηλευτικής (N/1, N/5, N/3, N/6, και N/7), δύο απέκτησαν τη γνώση τους από άλλους συναδέλφους (N/2, N/7). Οι συμμετέχοντες N/5, N/3, N/6 υποστήριξαν ότι απέκτησαν την περαιτέρω γνώση σχετικά με τη διαχείριση τραύματος λόγω προσωπικού ενδιαφέροντος.

Μια ερώτηση σχετικά με τη γνώση των νοσηλευτών χειρουργείου σχετικά με τη διαχείριση τραύματος διαπίστωσε ότι το μόνο 48.1% των συμμετεχόντων έλαβε περαιτέρω εκπαίδευση χάρη σε προσωπικές πρωτοβουλίες. Αυτό υποστηρίχθηκε περαιτέρω από τις συνεντεύξεις δεδομένου ότι οι τρεις από τους συμμετέχοντες συμφώνησαν ότι έλαβαν περαιτέρω εκπαίδευση από διάφορα συνέδρια χειρουργικά και φροντίδας τραύματος. (N/1 νοσηλευτής προσωπικού άνδρας-ηλικίας 30, N/4 –νοσηλευτής γυναίκα –ηλικίας 48) και οι υπόλοιποι απέκτησαν τη γνώση τους από την περαιτέρω μελέτη (N/3 νοσηλευτής γυναίκα-ηλικίας 33, N/5-νοσηλευτής προσωπικού γυναίκα-ηλικίας 35, N/6 νοσηλευτής προσωπικού γυναίκα-ηλικίας 24). Μια πιθανή εξήγηση αυτών των συμπερασμάτων είναι ότι η απουσία προσωπικού ενδιαφέροντος των νοσηλευτών για περαιτέρω εκπαίδευση στη διαχείριση τραύματος μπορεί να εξαρτάται από την απουσία αυτονομίας του νοσηλευτή στη λήψη αποφάσεων, αλλά το φόρτο εργασίας μπορεί να επιφέρει απογοήτευση και αδιαφορία για περαιτέρω εκπαίδευση. Στη βιβλιογραφία αυτά τα συμπεράσματα συμπίπτουν με τον Mragyan, (2004) που βεβαιώνει ότι, οι τρεις σημαντικές μεταβλητές που ανα-

φέρθηκαν στη μελέτη του από τους νοσηλευτές προσωπικού για την αύξηση της αυτονομίας τους ήταν υποστηρικτική διαχείριση, εκπαίδευση και εμπειρία.

Η επιλογή επιδεσμικού υλικού είναι μερικές φορές μια περίπλοκη διαδικασία. Οι νοσηλευτές κλήθηκαν να επιλέξουν και να βάλουν ιεραρχικά 5 παράγοντες που προσδιόρισαν στις συνεντεύξεις που επηρεάζουν την απόφασή τους για το ποιο τύπο επιδεσμικού υλικού θα επιλέξουν. Αυτοί οι παράγοντες περιέλαβαν: (α) οδηγίες του γιατρού, (β) χαρακτηριστικά της επιφάνειας του τραύματος, (γ) προσωπική εμπειρία, (δ) οι οδηγίες των διευθυντών θαλάμων και (ε) σχετικές οδηγίες. Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες (N=29) απάντησαν ότι οι οδηγίες του γιατρού είναι ο κυριότερος παράγοντας που επηρεάζει την επιλογή του επιδεσμικού υλικού ενός τραύματος. Αυτά τα συμπεράσματα θεμελιώνονται επίσης από τη βιβλιογραφία αφού ο Mragyan (του 2004) υποστηρίζει ότι οι τρεις πιο σοβαροί παράγοντες που αναφέρθηκαν να μειώνουν την αυτονομία των νοσηλευτών ήταν η αυταρκική διαχείριση, οι γιατροί και ο φόρτος εργασίας. Clarke και λοιποί, (2000), σχολιάζουν ότι στους ιεραρχικούς τύπους νοσοκομείων, οι αποφάσεις λαμβάνονται από τους γιατρούς και όχι συλλογικά από την ομάδα. Αυτό στηρίζεται περαιτέρω από τα συμπεράσματα των συνεντεύξεων. Δύο από τους συμμετέχοντες είπαν: **Δεν μου αρέσει να το λέω αλλά στις περισσότερες περιπτώσεις δεν έχω την εξουσία για να πάρω μια απόφαση για το πώς να φροντίσω ένα τραύμα, το νοσηλευτικό προσωπικό δεν είναι πιστοποιημένο για να λάβει τέτοιες αποφάσεις που αφορούν τη διαχείριση τραύματος (N/5 νοσηλευτής προσωπικού γυναίκα- ηλικίας 35, N/3 νοσηλευτής προσωπικού γυναίκα- ηλικίας 33).**

Προσοχή πρέπει να δοθεί σε μια ερώτηση που ρώτησε εάν η οργάνωση του συμμετέχοντος περιλαμβάνει οδηγίες για τις διαδικασίες αλλαγής τραύματος. Ένα δείγμα 55.8% των συμμετεχόντων συμφώνησε ότι στον πρακτικό τομέα υπάρχουν οδηγίες και το 44.2% διαφώνησε. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων δημιούργησαν αμφιβολία όσον αφορά το εάν οι οδηγίες που υιοθετούνται από τους θαλάμους των συμμετεχόντων εφαρμόζονται και στην πράξη. Μια άλλη ερμηνεία για αυτά τα συμπεράσματα μπορεί να είναι ότι οι συμμετέχοντες συνέχισαν τη λέξη «οδηγίες» με τις αρχές που χρησιμοποιούν στην καθημερινή πρακτική τους που προέκυψαν από την παράδοση και την εμπειρία. Η βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι η χρήση των οδηγιών και η ανάπτυξη πρωτοκόλλων αξιολόγησης κινδύνου, καλύπτουν τα ζητήματα ασφάλειας και για τον επαγγελματία υγείας και για τον ασθενή (Bree-Williams and Waterman, 1996, Ford και Kohler και λοιποί, 2001, Michalopoulos and Sparos, 2003).

Σε μια σχετική ερώτηση οι νοσηλευτές ρωτήθηκαν εάν χρησιμοποιούν στην καθημερινή πρακτική οδηγίες που έμαθαν κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης τους στη νοσηλευτική. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι 86.5% των συμμετεχόντων χρησιμοποιούν τέτοιες οδηγίες για τις αλλαγές τραυμάτων και τις τεχνικές αλλαγής επιδεσμικού υλικού και 13.5% απάντησαν αρνητικά. Εναγόμενοι, που απάντησαν αρνητικά σε αυτήν την ερώτηση, επέλεξαν ένα από τους ακόλουθους παράγοντες που επηρεάζουν την απόφασή τους να μην

ακολουθήσουν τις οδηγίες: φόρτος εργασίας, απουσία υλικών, οδηγίες του διευθυντή θαλάμων, και διαφωνία με τις σχετικές οδηγίες. Ένα ποσοστό 57.1% των συμμετεχόντων συμφώνησε ότι ο φόρτος εργασίας είναι ο κυριότερος παράγοντας που τους αποτρέπει από το να ακολουθήσουν αυτές τις οδηγίες, το 28.6% επιλέγει την απουσία υλικών και το 14.3% απάντησε ότι οι οδηγίες του διευθυντή θαλάμων είναι ο κυριότερος παράγοντας που τους επηρεάζει ώστε να μην ακολουθήσουν τις οδηγίες. Ο φόρτος εργασίας και η απουσία υλικών προσδιορίστηκαν μέσω της βιβλιογραφικής επισκόπησης ως οι κυριότεροι παράγοντες που οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν στην καθημερινή πρακτική τους (Mgrayan, 2004, Berggren & Severinsson, 2003) που καταδεικνύει τη συνέπεια των συμπερασμάτων αυτής της μελέτης.

Στο ίδιο θέμα, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να προσδιορίσουν ιεραρχικά τους 6 παράγοντες που θεωρούν είναι σημαντικοί στην επιρροή της ποιότητας της διαχείρισης τραύματος. Οι έξι παράγοντες που προσδιορίστηκαν στις συνεντεύξεις συμπεριλαμβάνουν: (α) φόρτος εργασίας, (β) απουσία συνεχούς εκπαίδευσης στη φροντίδα τραύματος, (γ) προτιμήσεις διευθυντών θαλάμων, (δ) συνεργασία μεταξύ των νοσηλευτών και των ασθενών, (ε) απουσία εξοπλισμού φροντίδας τραύματος και (στ) απουσία ενός ειδικού στη φροντίδα τραύματος. Ο πρώτος κυριότερος παράγοντας που προσδιορίστηκε ήταν ο φόρτος εργασίας που φαίνεται να εξασφαλίζει τη σημασία αυτού του ζητήματος στη φροντίδα τραύματος. Αυτά τα συμπεράσματα ήταν σύμφωνα με εκείνα που ανακτήθηκαν από τα συμπεράσματα των συνεντεύξεων. Ένας δίδων συνέντευξη επαίνεσε: **Όπως είπα προτού μας κάνει η πίεση του χρόνου να εργαστούμε εσφαλμένα (μερικές φορές). Μερικές φορές βρέθηκα παγιδευμένη σε μια βάρδια όπου έπρεπε να φροντίσω 6 ασθενείς που απαιτούσαν όλοι την προσοχή μου, σε αυτή την περίπτωση το βρήκα δύσκολο να μοιράσω το χρόνο μου μεταξύ τους, αναγνωρίζω τον ότι μερικές φορές δεν υπάρχει αρκετός χρόνος να γίνουν όλα, ή τουλάχιστον με τον τρόπο που θέλετε {...}**«(N /4-νοσηλεύτρια γυναίκα-ηλικίας 48).

Μια ένδειξη της απουσίας οδηγιών για την φροντίδα τραύματος ή της απροθυμίας των νοσηλευτών να τις χρησιμοποιήσουν στην καθημερινή πρακτική προήλθε από τη διαπίστωση ότι το 48.6% των συμμετεχόντων αποφάσιζαν από μόνοι τους για τη χρήση ή μη της αποστειρωμένης τεχνικής στην πρακτική τους. Οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν επίσης γιατί επέλεξαν να χρησιμοποιήσουν την αποστειρωμένη τεχνική πέρα από άλλες τεχνικές. Στην πλειοψηφία τους (68.4%) οι νοσηλευτές απέτυχαν να παρέχουν έναν λόγο βασισμένο σε στοιχεία για την επιλογή τους. Μερικοί νοσηλευτές αναγνώρισαν ότι τις περισσότερες φορές η αποστειρωμένη τεχνική εφαρμόστηκε χωρίς να είναι βασισμένη σε εξαστομικευμένη βάση αλλά μάλλον σε μια τελετουργική εφαρμογή. Αυτή η εύρεση είναι σύμφωνη με τη σχετική βιβλιογραφία που αποκάλυψε ότι η πρακτική της αποστειρωμένης τεχνικής τείνει να βασιστεί στην τελετουργική τήρηση παρά στην επιστημονική ένδειξη (Aziz, 2009). Παρά την έλλειψη συγκεκριμένης έρευνας βασισμένης στα στοιχεία για την επιρροή της αποστειρωμένης εναντίον της

μη-αποστειρωμένης τεχνικής υπάρχουν στοιχεία στη βιβλιογραφία για μια μεταστροφή προς μια καθαρή τεχνική (Gilmour, 1999, Williams, 1999, Michalopoulos και Sparos, 2003) ειδικά στα χρόνια τραύματα.

Μπορεί να ειπωθεί ότι η γενική αντίληψη για τους νοσηλευτές σχετικά με τους διευθυντές θαλάμων και τη λήψη αποφάσεων είναι ότι χρησιμοποιούν και την παράδοση και την εμπειρία για την καθοδήγησή τους σχετικά με τη διαχείριση τραύματος. Η ανεπάρκεια της ενημερωμένης γνώσης και της πρακτικής βασισμένης στα στοιχεία που διευθυντές και γιατροί μπορεί να έχουν, μπορεί να παρουσιάσει σοβαρά προβλήματα στους ασθενείς με καρκίνο και στην υγιονομική περίθαλψη γενικά. Μέσω αυτής της μελέτης προέκυψε ότι οι γιατροί διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαχείριση τραύματος. Ένα δείγμα 73.1% των συμμετεχόντων συμφώνησε ότι οι γιατροί είναι αρμόδιοι για τη λήψη αποφάσεων φροντίδας τραύματος και 26.9% διαφώνησε. Αυτά τα συμπεράσματα υποστηρίζουν το γεγονός ότι οι νοσηλευτές έχουν περιορισμένη αυτονομία που είναι ένας σοβαρός παράγοντας που επηρεάζει τη λήψη αποφάσεων τους στη διαχείριση τραύματος. Η αυτονομία έχει θεωρηθεί από άλλους ως ένας σοβαρός παράγοντας στην ασυμμετρία της δύναμης μεταξύ των νοσηλευτών και των παθολόγων (McParland και λοιποί., 2000). Αυτά τα συμπεράσματα δείχνουν την ανάγκη για ενέργειες των γιατρών που να προωθούν την αυτονομία των νοσηλευτών που υποστηρίζεται επίσης από άλλες μελέτες (Adams και λοιποί 1996, McGillis & Donner 1997, Taunton και λοιποί, 1997).

Μέσω αυτής της έρευνας προέκυψε ότι οι νοσηλευτές αδυνατούν να λάβουν αποφάσεις χωρίς προγενέστερη άδεια από το διευθυντή θαλάμων ή τη ιατρική ομάδα και αυτό φαίνεται να είναι άσχετο με το κλινικό πλαίσιο. Οι ιατρικές αποφάσεις αναφορικά είχαν υψηλότερη προτεραιότητα από τις αποφάσεις των νοσηλευτών. Αυτό τοποθετεί τους νοσηλευτές στο περιθώριο στην καθημερινή πρακτική τους και να εργαστούν ως εκτελεστικά πρόσωπα σε κάθε διαδικασία φροντίδας. Η απουσία αυτονομίας νοσηλευτών μπορεί να προκαλέσει την απάθεια τους στον εργασιακό χώρο και να τους καθιστά ανίκανους να χειριστούν μια δύσκολη κατάσταση.

Οι ασθενείς με καρκίνο είναι ομάδα ασθενών που μπορεί να αντιμετωπίσει διάφορες μετεγχειρητικές περιπλοκές εξαιτίας του γεγονότος ότι το ανοσοποιητικό σύστημα τους είναι ευαίσθητο στις μολύνσεις. Στους θαλάμους χειρουργικής-ογκολογίας η πρόληψη των μολύνσεων στους ασθενείς με καρκίνο πρέπει να είναι ένας από τους πρώτους στόχους. Ένα θέμα του ερωτηματολογίου ρωτούσε τους νοσηλευτές εάν χρησιμοποιούν όλες τις προφυλάξεις που απαιτούνται για την αποφυγή κινδύνων στη διαχείριση τραύματος. Η πλειοψηφία των εναγομένων (86.3%) συμφώνησε ότι χρησιμοποιούν όλες τις προφυλάξεις που απαιτούνται για να αποτρέψουν τον κίνδυνο στη διαχείριση τραύματος για τους ασθενείς με καρκίνο και 13.7% διαφώνησε. Αυτά τα συμπεράσματα είναι διαφορετικά με εκείνα των συνεντεύξεων δεδομένου ότι μόνο ένας δίδων συνέντευξη (N/1-νοσηλεύτρια προσωπικού άνδρας-ηλικίας 30) συμφώνησε ότι οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν τις

απαραίτητες προφυλάξεις που είναι διαθέσιμες για την αποφυγή κινδύνων στη διαχείριση τραύματος. Οι άλλοι νοσηλευτές είχαν αντίθετες αντιλήψεις: «Μπορώ να πω ότι το 50% των συναδέλφων χρησιμοποιούν τις διαθέσιμες προφυλάξεις για την αποφυγή κινδύνων (N/2-νοσηλευτήςπροσωπικού άντρας-ηλικίας 30). Μια γυναίκα νοσοκόμα σχολίασε ότι: «μερικοί νοσηλευτές κάνουν ακατάλληλη χρήση του εξοπλισμού όπως τα αποστειρωμένα γάντια ,το επιδεσμικό υλικό ακόμη και τα αιχμηρά εργαλεία προκειμένου να αποτραπεί ο κίνδυνος στη διαχείριση τραύματος (N/3-νοσηλευτής προσωπικού γυναίκα-ηλικίας 33). Άλλοι δίδοντας συνέντευξη σχολίασαν ότι: «σκέφτομαι ότι η προσωπική προστασία είναι ο πρώτος στόχος των περισσότερων νοσηλευτών κατά τη διάρκεια της φροντίδας τραυμάτων έτσι υπάρχει ένας κίνδυνος του τραυματισμού και της μετάδοσης της μόλυνσης μεταξύ των ασθενών» (N/5 νοσηλευτής προσωπικού-ηλικίας 35) Σύμφωνα με έναν άλλο δίδοντα συνέντευξη: «μερικοί νοσηλευτές προετοιμάζουν ένα μεγάλο καρτοτάκι με τα διαφορετικά είδη αποστειρωμένων και μη αποστειρωμένων υλικών και αρχίζουν τις αλλαγές τραύματος πηγαίνοντας από έναν τον έναν ασθενή στον άλλον» (N/6 νοσηλευτής προσωπικού-ηλικίας 24). Οι νοσηλευτές που διαφώνησαν (13.7%) στην παραπάνω ερώτηση κλήθηκαν να επιλέξουν μια από τις ακόλουθες τρεις επιλογές, οι οποίες επηρέασαν αρνητικά τις αποφάσεις τους να μην ακολουθήσουν όλες τις ενδεικτικές προφυλάξεις: φόρτος εργασίας, απουσία εξοπλισμού και αναλωσίμων και απουσία μεταδοτικών ασθενειών. Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες (13 από τα 14 σε ποσοστό

92.9%) απάντησαν ότι ο φόρτος εργασίας είναι ο κύριος παράγοντας που επηρεάζει την απόφασή τους και 7.1% (1 περίπτωση) απάντησε ότι η απουσία μεταδοτικών ασθενειών είναι ο κύριος παράγοντας που επηρέασε την απόφασή τους να μην ακολουθήσουν τις διαθέσιμες προφυλάξεις στη διαχείριση τραύματος. Αυτά τα συμπεράσματα θεμελιώθηκαν επίσης από τις συνεντεύξεις αφού ένας από τους δίδοντα συνέντευξη είπε: «Η πίεση του χρόνου και τα χαμηλά επίπεδα προσωπικού δεν μας αφήνουν να κάνουμε το καλύτερο σε ορισμένες διαδικασίες». (N/4 Νοσηλευτής προσωπικού-ηλικίας 48). Τελικά ένας συμμετέχων δήλωσε ότι: «η προσωπική προστασία είναι ο πρώτος στόχος των περισσότερων νοσηλευτών κατά τη διάρκεια της φροντίδας τραύματος και αυτό φαίνεται να μην λειτουργεί υπέρ της ασφάλειας των ασθενών κατά τη διάρκεια της φροντίδας τραύματος»(N/5 νοσηλευτής προσωπικού ηλικίας 35).

Τα συμπεράσματα δηλώνουν ότι στις κλινικές χειρουργικής-ογκολογίας στη Κύπρο, οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται ότι δεν έχουν την επιθυμητή αυτονομία στην καθημερινή πρακτική τους σε σχέση με τη διαχείριση τραύματος που επιβεβαίωσε τις πρώιμες υποθέσεις των ερευνητών. Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη λήψη αποφάσεων των νοσηλευτών σχετικά με τη διαχείριση τραύματος εκτός από την αυτονομία είναι: περιορισμένη ή απουσία γνώσης για τις αλλαγές τραύματος, πληροφορίες βασισμένες στα στοιχεία, ο ρόλος του ιατρικού προσωπικού, ο δυναμισμός διευθυντών θαλάμων και η απουσία εξοπλισμού όπως προσδιορίστηκαν από αυτήν την μελέτη.

Συμπεράσματα και συστάσεις

Συνολικά, αυτή η μελέτη δείχνει ότι οι νοσηλευτές εργάζονται χωρίς την αρχή αποφάσεων, τη συνεχή εκπαίδευση και ανάπτυξη της φροντίδας τραύματος. Ένας κύριος παράγοντας που προσδιορίστηκε ήταν ο φόρτος εργασίας και οι αρνητικές συνέπειές του στη διαχείριση τραύματος. Η διαχείριση τραύματος είναι ένα σύνθετο ζήτημα και επηρεάζεται από πολλούς άλλους παράγοντες όπως η γνώση του νοσηλευτή, οι προτιμήσεις του διευθυντή θαλάμου, οι οδηγίες του γιατρού, και η συνεργασία νοσηλευτών- ασθενών.

Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας προορίζονται να βοηθήσουν τους υπεύθυνους λήψης αποφάσεων στον προσδιορισμό των βασικών ζητημάτων εργασιακών χώρων σχετικά με τη λήψη αποφάσεων στη διαχείριση τραύματος, να βελτιώσουν τη μετεγχειρητική φροντίδα τραύματος στις κλινικές και να ελαχιστοποιήσουν τους παράγοντες κινδύνου που περιλαμβάνονται στην ποιότητα της φροντίδας τραύματος. Τα συμπεράσματα μπορούν να φανούν χρήσιμα στην ανάπτυξη στρατηγικών που θα εξέταζαν και θα βελτίωναν την ποιότητα της μετεγχειρητικής διαχείρισης τραύματος επειδή είναι γνωστό ότι παράγοντες όπως η μόλυνση τραυμάτων μπορούν να απειλούν την ανάρρωση του ασθενή.

Η μετεγχειρητική φροντίδα τραύματος απαιτεί συστηματικό προγραμματισμό και προσπάθειες δεδομένου ότι η εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο μπορεί να έχει μεγάλη διάρκεια καλύπτοντας την προεγχειρητική, την διεγχειρητική και την μετεγχειρητική περιόδους. Οι συστάσεις για

ποιοτική φροντίδα τραύματος πρέπει να προκύψουν από μια συζήτηση με το διοικητή νοσοκομείου και τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (Υπουργείο Υγείας). Άνθρωποι με τέτοιες κύριες θέσεις πρέπει να συμμετέχουν στη διατύπωση αυτών των συστάσεων.

Η καθιέρωση των οδηγιών στις τοποθετήσεις υγειονομικής περίθαλψης είναι σημαντικής σημασίας. Η απουσία συγκεκριμένων οδηγιών στη μετεγχειρητική φροντίδα τραύματος μπορεί να προκαλέσει σοβαρές περιπλοκές στην υγεία του ασθενή αλλά και σε ολόκληρο το υγειονομικό σύστημα. Δεδομένου ότι η ανάπτυξη των οδηγιών απαιτεί χρόνο, μια ομάδα ειδικών επαγγελματιών υγειονομικής περίθαλψης θα μπορούσε να οργανωθεί για να εργαστεί σε αυτό το ζήτημα. Μετά από τις οδηγίες, οι νοσηλευτές θα έχουν περισσότερη εμπιστοσύνη στην καθημερινή πρακτική τους και αυτό το γεγονός θα ελαχιστοποιήσει τους παράγοντες κινδύνου στον τομέα πρακτικής τους που αυξάνοντας την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας.

Μια πρόταση θα γίνει σχετικά με την καθιέρωση ενός νοσηλευτή επιφορτισμένου με τη φροντίδα του τραύματος. Δεδομένου ότι η βιβλιογραφία υποστηρίζει τη δημιουργία αυτού του ιδρύματος και στις περισσότερες χώρες αυτό έχει καθιερωθεί ήδη, είναι ένας καλός λόγος να υπολογίζεται θετικά από τους διοικητές υγειονομικής περίθαλψης.

Ο εργασιακός χώρος του νοσηλευτή πρέπει να αναπτύξει μια κουλτούρα μέσω της συμμετοχής, της ανάμιξης και

της δυνατότητας λήψης αποφάσεων. Η απουσία αυτονομίας του νοσηλευτή είναι ένας παράγοντας που επηρεάζει τη λήψη αποφάσεων φροντίδας τραύματος στις κλινικές τοποθετήσεις της Κύπρου. Επειδή η σχολή της νοσηλευτικής και της μαιευτικής καθιερώθηκαν πρόσφατα ως επιστήμες στο Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο της Κύπρου, αναμένεται να αναθεωρηθεί η νομοθεσία για την πιστοποίηση και τις ευθύνες των νοσηλευτών γενικά. Η συμμετοχή στα προγράμματα διαβίου μάθησης πρέπει να γίνει ένα αναπόσπαστο κομμάτι της απόδοσης εργασίας και της επαγγελματικής εξέλιξης. Η ενημερωμένη γνώση σχετικά με τη μετεγχειρητική φροντίδα τραύματος και τα διαθέσιμα επιδεσμικά υλικά πρέπει να αναπτυχθεί μέσω των σεμιναρίων και των διασκέψεων και την έρευνα βασισμένη στα στοιχεία.

Μια αποτελεσματική συνεργασία μεταξύ των γιατρών και των νοσηλευτών πρέπει να επιτευχθεί. Οι κοινές συνεδριάσεις και τα σεμινάρια πρέπει να οργανωθούν προκειμένου να δοθούν προτάσεις σχετικά με την διεκπεραίωση νοσηλευτικών και ιατρικών διαδικασιών. Αυτή η αλληλεπίδραση μεταξύ τους θα κερδίσει την εκτίμηση και το σεβασμό σε

κάθε διοικητική λήψη αποφάσεων τραύματος.

Μια άλλη πρόταση για την επίτευξη υψηλής ποιότητας της διαχείρισης τραύματος που προκύπτει από τα συμπεράσματα είναι να μειωθεί ο φόρτος εργασίας στις κλινικές τοποθετήσεις. Αυτό είναι ένα επίμονο πρόβλημα για τους επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης σε όλο τον κόσμο και η διαχείρισή του έχει αποδειχθεί δύσκολη. Καλά-οργανωμένοι μηχανισμοί πρέπει να εδραιωθούν που θα βοηθήσουν το προσωπικό να ελαχιστοποιήσει το φόρτο εργασίας επειδή η πίεση του χρόνου είναι ένας αρνητικός παράγοντας που επηρεάζει την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας.

Τέλος, θα ήταν σημαντικής σπουδαιότητας εάν αυτή η γνώση σχετικά με τη λήψη αποφάσεων μετεγχειρητικής φροντίδας τραύματος επεκτεινόταν σε περαιτέρω έρευνα. Αν και αυτή η μελέτη ήταν κάτι νέο για τη Κύπρο και τη νοσηλευτική πρακτική, οι ερευνητές αναμένουν να διεξαχθεί περαιτέρω έρευνα από άλλους επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης για το ίδιο θέμα.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Adams, D. Miller B.K & Beck L. 1996 Professional behaviors of hospital nurses executives and middle managers in 10 Western States. *Western Journal of Nursing Research* 18: 77-88.

Aziz A.M. 2009. Variations in Aseptic technique and implications for infection control. *British Journal of Nursing* Volume 18 NO 1.

Bale S, Baker N, Crook H, Rayman G, Marding KG 2001 Exploring the use of an alginate dressing for diabetic foot ulcers. *J of wound care* 10(3):81-4

Baranoski S. 1999 Wound dressings: challenging decisions. *Home Health Nursing*. 1999; 17:19-25

Beddel, B. Bradley, M. Pyriales, M. 2003 How a wound resource team saved expenses and improved outcomes. *Home Healthcare. Nurs* 2003, 21:6. 397-403.

Berggren I. & Severinsson E. (2003) Nurse supervisors' actions in relation to their decision-making style and ethical approach to clinical supervision. *Journal of Advanced Nursing* 41, 615-622.

Bjork IT & Kirkevold M.(2000) From simplicity to complexity: developing a model of practical skill performance in Nursing. *Journal of clinical nursing* 9,620-631

Borges, NJ & Savickas, M.L. (2002). Personality and medical choice: a literature review and integration. *Journal of Career assessment* 10,362-380.

Braun, V. (2005) In search of (better) female sexual pleasure: female genital 'cosmetic' surgery. *Sexualities* 8, 407-24.

Bree-Williams FJ, Waterman H (1996) An examination of nurses' practices when performing aseptic techniques for wound dressings. *J Adv Nurs* 23(1): 48-54

Bux, M. Mahi, JS. (1996) Assessing the use of dressings in practice. *Journal of wound care* 1996; 5:305-88

Carroll, L.(2004). Clinical skills for nurses in medical assessment units. *Nursing standard* 18, 33-40.

Chang KW, Alsagoff S, Ong KT, Sim PH. 1998 Pressure ulcers-randomized control trial comparing hydrocolloid and saline gauze

dressings. *Med J Malaysia* ;53:428-31.

Clarke, C., Cook, G., Gertig, P., Gibb, C. & Morrow, M. 2000. Integration of a health and social work team in mental health an evaluation. University of Northumbria at Newcastle: Practice Development Programme.

Collier, M. 1999. Acceptable evidence? *Journal of wound care*. 7:8,433.

Courtenay, M. 2000. An overview of the development of nurse prescribing. *British Journal of Community Nursing* 5:3,122-125.

Flanagan M. 2003. Improving accuracy of wound measurement in clinical practice. *Ostomy wound management* 49,28-40

Ford D, Koehler S 2001 A creative process for reinforcing aseptic technique practices (research/education). *AORN J* 73(2): 446-50

Gilmour D 1999 Redefining aseptic technique. *J Community Nurs* 13(7): 22-6

Glover, D. 2001. Making skilled wound care a political priority. *Journal of wound care* 10(7):247.

Gupta, S.K., Lee, S., Moseley, L.G. 2002. Postoperative wound blistering: is there a link with dressing usage? *Journal of wound care* 11:7,271-273.

Hallett, C.E 2000 Infection control in wound care: a study of Fatalism in community nursing. *Journal of Chin Nursing*. 9(1):103-9.

Hoekstra MJ, Hermans MH, Richters CD, Dutriex RP. A historical comparison of acute inflammatory responses with a hydrofibre or tulle gauze dressing. *Journal of wound care* (2002); 11:113-117.

Keast, D.H., Bowering, K., Evans, A.W., Mackean GL., Burrows C & D' Souza, L. 2004. Measure: a proposed assessment framework for developing best practice recommendations for wound assessment. *Wound Repair and Regeneration* 12, S1-S17.

Lohmann M, Thomsen Jk, Edmonds ME, Harding KG, Apelqvist J, Gottrup F. (2004). Safety and performance of a new non-adhesive foam dressing for the treatment of diabetic foot ulcers. *J of wound care* 10 (8):118-20

Marquis B.L & Huston C.J. 2002. Leadership roles and management functions in Nursing. (4th edn) Philadelphia: Lippincott Williams 7

Wilkins.

Maylor, M. 2003. Problems identified in gaining non-expert consensus for an hypothetical wound assessment form. *Journal of clinical Nursing* 12, 824-833.

McGillis L. & Donner G.J. 1997 The changing role of hospital nurse managers: a literature review. *Canadian Journal of Nursing Administration* 10, 14-39.

McParland J., Scott P.A., Arndt M., Dassen T., Gasull M., Lemonidou C., Valmiaki M. & Leino-Kilpi H. 2000 Professional issues, autonomy and clinical practice: identifying areas of concern. *British Journal of Nursing* 9, 507-513.

Michalopoulos A, Sparos L 2003 Postoperative wound infections. *Nurs Stand* 17(44): 53-4, 56, 58, 60

Moore, P.J., Foster, L. 2000. Cost benefits of two dressings in the management of surgical wounds. *British journal of Nursing* 9:1128-32.

Morgan, D. 1999. Wound management products in the drug Tariff. *Pharmaceutical Journal* 263:820-825.

Mrayyan, M.T. 2004. Nurses autonomy: Influences of nurse's managers actions. *Journal of advanced Nursing* 45 (3) 326-536.

Murphy, F. Assessment and management of patients with surgical cavity wounds. *Nursing standards* (2006) 20(45):57-58,60,62.

O' Brien JF, Grace PA, Burks PE 2000. Prevalence and etiology of leg ulcers in Ireland. *Ir J Med Sa* 169(2): 110-12

Reynolds, T.M. Russel, L. 2001 Evaluation of a wound dressing trial by different methodologies demonstrates convent wound care evidence

is unreliable. *British Journal Nursing in Press* 2001.

Rosswurm M.A., Larrabee J.H. 1999 A model for change evidence practice. *Image*; 31: 317-322.

Severinsson E. & Hallberg I.-L. 1996 Clinical supervisors' views of their leadership role in the clinical supervision process within nursing care. *Journal of Advanced Nursing* 24, 151-161.

Taunton R.L., Boyle D.K., Woods C.Q., Hansen H.E. & Bott M.J. 1997 Manager leadership and retention of hospital staff nurses. *Western Journal of Nursing Research* 19, 205-226.

Vowden K.R., Vowden P. 2001. Knowledge is power: *Journal of wound care* 10(40):97

Vuolo, J.C. Assessment and management of surgical wounds in clinical practice. *Nursing standards* (2006) 20(52): 46-56

Williams C 1999 Wound irrigation techniques: new Steripod normal saline.

Πίνακες

Πίνακας 1: Ακαδημαϊκά Προσόντα

		Academic Qualifications			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	diploma	85<	79.4<	81.7<	81.7<
	Bsc	9<	8.4<	8.7<	90.4<
Master degree		1<	,9<	1,0<	91.3<
	Total	104<	97.2<	100,0<	
Missing	System	3<	2,8<		
	Total	107<	100,0		

Πίνακας 2: Εργασιακό Περιβάλλον

		Work Setting			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Neurosurgical Ward	16	15,0	15,0	15,0
	Angiosurgical Ward	13	12,1	12,1	27,1
	Surgical A	17	15,9	15,9	43,0
	Surgical B	18	16,8	16,8	59,8
	Orthopedic Ward A	14	13,1	13,1	72,9
	Orthopedic Ward B	15	14,0	14,0	86,9
	Urology Ward	14	13,1	13,1	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Παράρτημα Α

Ερωτήσεις δειγμάτων συνέντευξης

1. Μπορείτε να μου πείτε για τον τρέχοντα ρόλο σας στο νοσοκομείο;
2. Θεωρείτε ότι ο τομέας της πρακτικής σας χρησιμοποιεί τις πρόσφατες τεχνικές φροντίδας τραύματος κατά τη διάρκεια της μετεγχειρητικής φροντίδας τραύματος;
3. Πότε κάνετε την εκτίμηση των τραυμάτων κατά τη διάρκεια της καθημερινής νοσηλευτικής φροντίδας σας;
4. Μπορείτε να μου πείτε για μερικά από τα επιδεσμικά υλικά φροντίδας τραύματος που χρησιμοποιείτε, και τη χρησιμότητά τους στη διαχείριση τραύματος;

5. Από πού προέρχεται η γνώση σας, σχετικά με τη διαχείριση τραύματος;
6. Πώς λαμβάνετε τις αποφάσεις για τα υλικά που θα χρησιμοποιηθούν σε ένα συγκεκριμένο τραύμα; Τι πρέπει να λάβετε υπόψη;
7. Θεωρείτε ότι οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν όλες τις προφυλάξεις για την αποφυγή κινδύνου στη διαχείριση τραύματος;
8. Ποιοι παράγοντες κατά την άποψή σας επηρεάζουν την ποιότητα της διαχείρισης τραύματος;

Παράρτημα Β

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Δημογραφικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών

- Άνδρας Γυναίκα
- Θέση Νοσηλεύτη
- Ρύθμιση εργασίας
- Εμπειρία μετά το πτυχίο
- Ειδικευμένος τομέας νοσηλευτικής εργασίας
- Ηλικία 20-30 30-40 άνω 45

I. Η αξιολόγηση των τραυμάτων είναι ένα μέρος της καθημερινής νοσηλευτικής εκτίμησης σας για τους ασθενείς σας πριν από τη φροντίδα τραύματος.

Σωστό Λάθος

2. Είστε βέβαιοι λαμβάνοντας τις αποφάσεις σχετικά με τον κατάλληλο επιδεσμικό υλικό για τους ασθενείς σας.

Σωστό Λάθος

3. Λάβετε ικανοποιητική εκπαίδευση στη μετεγχειρητική φροντίδα τραύματος στο πρόγραμμα βασικής νοσηλευτικής εκπαίδευσης σας.

Σωστό Λάθος

4. Λάβετε περαιτέρω εκπαίδευση στη μετεγχειρητική φροντίδα τραύματος κατά τη διάρκεια της σταδιοδρομίας σας από την οργάνωσή σας.

Σωστό Λάθος

5. Λάβετε περαιτέρω εκπαίδευση στη μετεγχειρητική φροντίδα τραύματος κατά τη διάρκεια της σταδιοδρομίας σας λόγω προσωπικής πρωτοβουλίας.

Σωστό Λάθος

6. Οι ακόλουθοι 5 παράγοντες επηρεάζουν την επιλογή μιας αλλαγής τραύματος:

- A. Προσωπική εμπειρία
- B. Οδηγίες ιατρών
- C. Χαρακτηριστικά των επιφανειών τραύματος
- D. οδηγίες του διοικητή θαλάμου
- E. σχετικές οδηγίες

Προσδιορίστε πόσο σημαντικοί αισθάνεστε ότι είναι το καθένα τοποθετώντας έναν αριθμό δίπλα. Παραδείγματος χάριν, εάν θεωρείτε ότι οι οδηγίες διευθυντών θαλάμων είναι οι σημαντικότερες, τοποθετείστε τον αριθμό 1 δίπλα σε εκείνο το στοιχείο. Εάν θεωρείτε ότι η προσωπική εμπειρία είναι η δεύτερη πλέον σημαντικότερη τοποθετείστε τον αριθμό 2 δίπλα σε εκείνο το στοιχείο, και ούτω καθεξής.

7. Η οργάνωσή σας έχει τις οδηγίες για τις διαδικασίες αλλαγής τραυμάτων συμπεριλαμβανομένης της συχνότητας αλλαγών και την κατάλληλη επιλογή επιδεσμικού υλικού.

ΝΑΙ ΟΧΙ

8. Η χρήση αποστειρωμένων γαντιών ή όχι για τις αλλαγές τραυμάτων για τη μετεγχειρητική φροντίδα τραύματος είναι δική σας απόφαση.

ΝΑΙ ΟΧΙ

9. Η χρήση αποστειρωμένης τεχνικής ή όχι σε ένα μετεγχειρητικό τραύμα είναι δική σας απόφαση.

ΝΑΙ ΟΧΙ

10. Πόσες αλλαγές τραύματος (κατά μέσο όρο) διεξάγετε σε κάθε βάρδια συνολικά;

- Πρωινή βάρδια
- Απογευματινή βάρδια
- Βραδινή βάρδια

11. Πόσο χρόνο (κατά μέσο όρο) καταναλώνεται κατά τη διάρκεια μιας αλλαγής τραύματος

5 λεπτά 10 λεπτά 15 λεπτά 20 λεπτά

12. Ποιος είναι ο κύριος παράγοντας κατά τη διάρκεια μιας αλλαγής τραύματος ώστε να λάβετε τη σωστή απόφαση;

- Πρόληψη ζημιών στο surrounding δέρμα.
- Πρόληψη πόνων του ασθενούς.
- Αποτροπή της εξάπλωσης της μόλυνσης.
- Προσωπική ασφάλεια.
- Άλλο (παρακαλώ διευκρινίστε)

.....

13. Το Povidone ιώδιο χρησιμοποιείται συχνά για τον καθαρισμό οξέων τραυμάτων στις δικές σας εγκαταστάσεις.

ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν χρησιμοποιείται διαφορετικό αντισηπτικό παρακαλώ διευκρινίστε:

14. Παρακαλώ υποδείξτε ποια από τα αναγραφόμενα υλικά σας είναι γνωστά σχετικά με τη χρήση τους.

Υλικό

- 1. Film dressings
- 2. Transparent dressings with pad
- 3. foams
- 4. hydrogels
- 5. Paraffin gauze
- 6. hydrocolloids
- 7. Low – adherent dressings
- 8. Semi permeable dressings
- 9. Gauze dressings
- 10. Non transparent dressings with pad

15. Ποιο επιδεσμικό υλικό από την παραπάνω λίστα χρησιμοποιείται πιο συχνά σε καθημερινές διαδικασίες διαχείρισης τραύματος; Παρακαλώ διευκρινίστε τον αριθμό που αντιστοιχεί:

16. Η οργάνωση σας έχει αρκετά αναλώσιμα και υλικά για τις καθημερινές διαδικασίες αλλαγής τραύματος.
ΝΑΙ ΟΧΙ Μερικές φορές

17. Υπάρχουν προϊόντα φροντίδας τραύματος που δεν έχετε, που θα θέλατε να έχετε τη δυνατότητα να χρησιμοποιείτε;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ναι παρακαλώ διευκρινίστε:

18. Οι παρακάτω 6 παράγοντες επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα της διαχείρισης τραύματος:

- A. Φόρτος εργασίας
- B. Απουσία συνεχόμενης εκπαίδευσης στη φροντίδα τραύματος
- C. Προτιμήσεις των διευθυντών θαλάμων
- D. Συνεργασία μεταξύ γιατρών και ασθενών
- E. Απουσία εξοπλισμού φροντίδας τραύματος
- F. Απουσία ειδικού φροντίδας τραύματος

Προσδιορίστε πόσο σημαντικοί αισθάνεστε ότι είναι το καθένα τοποθετώντας έναν αριθμό δίπλα. Παραδείγματος χάριν, αν αισθάνεστε ότι ο φόρτος εργασίας είναι ο πιο σημαντικός, τοποθετείστε τον αριθμό 1 δίπλα στο στοιχείο. Αν αισθάνεστε ότι η απουσία εξοπλισμού φροντίδας τραύματος είναι το δεύτερο τοποθετείστε τον αριθμό 2 δίπλα στο στοιχείο, και ούτω καθεξής.

19. Κατά την άποψη σας τι είναι πιο χρήσιμο ώστε να καθοδηγήσει ένα διευθυντή θαλάμου στη λήψη αποφάσεων στη διαχείριση τραύματος;

- A. Παράδοση
- B. Εμπειρία
- C. Πρακτική βασισμένη στην πρακτική
- D. Ενημερωμένη γνώση
- E. Όλοι

20. Στην δική σας οργάνωση, οι γιατροί είναι υπεύθυνοι για τη λήψη αποφάσεων στη φροντίδα τραύματος.

ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ναι:

Οι αποφάσεις τους αποτελούν τον κυρίαρχο παράγοντα στην απόφαση για την αντιμετώπιση της φροντίδας τραύματος;

Μερικές φορές Πάντα

Τις περισσότερες φορές Ποτέ

21. Πιστεύετε ότι η επιρροή του γιατρού μπορεί να επηρεάσει τη δική σας λήψη αποφάσεων για τη διαχείριση τραύματος.

ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ναι:

Συμφωνείτε με την απόφαση του γιατρού όσον αφορά τη φροντίδα τραύματος;

Ναι Μερικές φορές

Όχι Τις περισσότερες φορές

22. Χρησιμοποιείτε τις οδηγίες φροντίδας τραύματος που μάθατε στη σχολή της νοσηλευτικής στην καθημερινή σας πρακτική;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν όχι:

Ποιοι από τους παρακάτω παράγοντες επηρεάζουν την απόφασή σας να μην τους ακολουθήσετε;

- A. φόρτος εργασίας
- B. Απουσία εξοπλισμού
- C. Οι οδηγίες του διευθυντή θαλάμου
- D. Διαφωνία με αυτές τις οδηγίες

23. Χρησιμοποιείτε όλες τις προφυλάξεις απαραίτητες για την αποτροπή κινδύνου στη διαχείριση τραύματος;

Σωστό Λάθος

Αν λάθος:

Ποιοι από τους παρακάτω παράγοντες επηρεάζουν την απόφασή σας να μην ακολουθήσετε τις προφυλάξεις διαθέσιμες στη διαχείριση τραύματος;

- A. Φόρτος εργασίας
- B. Απουσία εξοπλισμού και αναλώσιμων
- C. Απουσία περιπτώσεων γνωστής μολυσματικής ασθένειας στο θάλαμο
- D. Άλλο (παρακαλώ διευκρινίστε).

Η Θεραπευτική Εκπαίδευση ως Εργαλείο Προώθησης της Ασφάλειας για τους Ασθενείς με Αντιπηκτική Αγωγή από το Στόμα

Annamaria Bagnasco ¹, Forroni Paola ², Corbella Angela ³, Giuseppe Aleo ⁴, Anna Siri ⁵,
Laura Tibaldi ⁶, Katia Lentini ⁷, Loredana Sasso ⁸

1. Μεταπτυχιακό στις επιστήμες της εκπαίδευσης & Σπουδαστής PHD στη νοσηλευτική,
Καθηγήτρια με σύμβαση της εκπαίδευσης και της νοσηλευτικής

& Συντονίστρια εκπαίδευσης στο Πανεπιστήμιο της Γένοβας

2. MSc στη Νοσηλευτική, στο Πανεπιστήμιο της Γένοβας

3. MSc στη Νοσηλευτική, στο Πανεπιστήμιο της Γένοβας, Προϊσταμένη Νοσηλεύτρια

4. Μεταπτυχιακό Γλώσσας και Λογοτεχνίας, Λέκτορας των επιστημονικών αγγλικών

5. Σπουδαστής Ph.D. στην αξιολόγηση της εκπαιδευτικής διαδικασίας και των συστημάτων,
Πανεπιστήμιο της Γένοβας, Ιταλία

6. MSc στη Νοσηλευτική, στο Πανεπιστήμιο της Γένοβας, Προϊσταμένη Νοσηλεύτρια

7. Φοιτήτρια PHD στη νοσηλευτική

8. Μεταπτυχιακό στις επιστήμες εκπαίδευσης, Μεταπτυχιακό στη νοσηλευτική,

Αναπληρώτρια καθηγήτρια της νοσηλευτικής

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εργασία μας εστίασε στην κλινική επικινδυνότητα, εξετάζοντας στην επιδημιολογία των δυσμενών γεγονότων, την συστηματική προσέγγιση, τους παράγοντες κινδύνου και το μοντέλο Reason's/πρότυπο των οργανωμένων ατυχημάτων για να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα της εκπαίδευσης στην προώθηση της ασφάλειας των ασθενών με αντιπηκτική αγωγή από το στόμα ΑΑΣ (OAT- Oral Anticoagulation Therapy).

Σκοπός

Τη μελέτη του επιπέδου ικανοποίησης του ασθενούς στην αντιπηκτική αγωγή μέσω του στόματος ακολουθώντας σεμινάρια εκπαίδευσης των νοσηλευτών.

Υλικά και μέθοδοι

Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα σχεδιάστηκε με βάση τα στοιχεία που συλλέχθηκαν από την αυθόρμητη καταγραφή των γεγονότων που συσχετίστηκαν στη διοίκηση της Αντιπηκτικής Αγωγής μέσω στόματος. Η έρευνα σε αυτά τα γεγονότα έγινε με τη χρήση ενός « Έντυπου αναφοράς τυχαίων περιστατικών» (GEN-DS-MD scheda incident reporting-00), που ενσωματώθηκε με τα συστήματα καταγραφής γεγονότος που ήδη ισχύουν στους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας.

Η ικανοποίηση του ασθενούς μετρήθηκε με τη χρήση ενός επικυρωμένου ερωτηματολογίου.

Ο πειραματισμός του εκπαιδευτικού προγράμματος περιλάμβανε 9 μονάδες που ανήκουν σε 5 υπηρεσίες νοσοκομείων των Τοπικών Αρχών Υγείας της Λιγουρίας.

Αποτελέσματα

Από τους 222 ασθενείς που παρευρέθηκαν στα σεμινάρια εκπαίδευσης, 221 δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα. Πενήντα δύο τοις εκατό ήταν γυναίκες και ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 73.8 έτη (Τυπική Απόκλιση 10.98). Η μέση περίοδος θεραπείας με αντιπηκτικά φάρμακα μέσω στόματος ήταν περίπου 5 έτη (61 μήνες). Μόνο το κέντρο υγείας στο Voltri δεν συμμετείχε στην έρευνά μας. Οι ερωτώμενοι που κατόρθωσαν να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο από μόνοι τους ήταν 163 (73.8%). Όλοι οι συμμετέχοντες εκτίμησαν το εκπαιδευτικό πρόγραμμα θετικά (55% είπε ότι ήταν καλό, 45% είπε ήταν άριστο). Η ομάδα εργασίας που προετοίμασε το φυλλάδιο πληροφοριών περιέλαβε κυρίως πληροφορίες που θα είχαν θετικό αντίκτυπο στις ζωές των ασθενών.

Συμπεράσματα

Κατά τρόπο ενδιαφέροντα, αυτός ο πληθυσμός περιέλαβε κυρίως τα άτομα που έκαναν ΑΑΣ (Αντιπηκτική Αγωγή μέσω Στόματος για περισσότερα από ένα έτος (κατά μέσο όρο 61 μήνες). Τα αποτελέσματά μας έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες είχαν κατανοήσει τη χρησιμότητα των πληροφοριών που είχαν λάβει.

Λέξεις κλειδιά Ασφάλεια ασθενών, Ποιοτική περίθαλψη, Θεραπευτική εκπαίδευση

Εισαγωγή

Σήμερα, οι αποτυχίες της ασφάλειας έχουν φθάσει στις «επιδημικές αναλογίες/epidemic proportions» στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Αν και πολλές χώρες δεν συγκεντρώνουν συστηματικά στοιχεία όσον αφορά το μέγεθος αυτού του φαινομένου, τα στοιχεία που συγκεντρώνονται στις χώρες όπως τις ΗΠΑ, το Ηνωμένο Βασίλειο και την Αυστραλία έχουν δείξει ότι τα δυσμενή γεγονότα έχουν γίνει προτεραιότητα για τις οργανώσεις υγειονομικής περίθαλψης. Στη δημοσίευσή του (Kohn LT, LT Corrigan JM, Donaldson MS, 1999) το ίδρυμα ιατρικής (IOM-Institute of Medicine) δήλωσε ότι στις Ηνωμένες Πολιτείες τα λάθη εμφανίζονται σε ποσοστό 3-4% του συνολικού αριθμού των νοσηλευόμενων ασθενών.

Πολλές μελέτες έχουν ερευνήσει τα δυσμενή γεγονότα φαρμάκων στην κοινότητα ή στα εξωτερικά ιατρεία : Ο Gandhi (Gandhi TK, Weingart SN, Borus J και λοιποί., 2003) έδειξε ότι η επίπτωση των ανεπιθύμητων (δυσμενών) γεγονότων φαρμάκων σε 661 εξωτερικούς ασθενείς στο διάστημα τριών μηνών ήταν ίσο με 17% για τα αναπόφευκτα λάθη και 3% για τα σφάλματα που θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί, των οποίων περισσότερο από 50% είχε σοβαρές συνέπειες. Ο μόνος στατιστικά σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης για αυτά τα δυσμενή γεγονότα ήταν ο αριθμός των φαρμάκων που πήραν οι ασθενείς.

Μια πρόσφατη αμερικανική έρευνα διαπίστωσε ότι 93% των ασθενών ΑΑΣ είχε περάσει ένα δυσμενές γεγονός (Harris Interactive το 2005) και άλλοι ερευνητές διαπίστωσαν ότι πολλά από αυτά τα δυσμενή γεγονότα είχαν προκληθεί από τα σφάλματα των ασθενών που θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί (Gurwitz JH, τομέας TS, Harrold LR, Rothschild J, Devellis K, Seger AC, Cadoret C, Fish LS, Garber L, Kelleher M, Bates DW, 2003) (Field TS, Mazor KM, Briesacher B, DeBellis KR. Gurwitz JH, 2007)

Προκειμένου να εξασφαλιστεί η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια της ΑΑΣ, οι ασθενείς οφείλουν να γνωρίζουν τους κινδύνους και οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να ξέρουν πάντα ποια θεραπεία χορηγείται.

Μια επαρκής δοκιμή για το International Normalized Ratio (INR) και μια συγκεκριμένη κλινική εξέταση σε βάθος φαίνεται να συμβάλουν στη βελτιστοποίηση της αποτελεσματικότητας αυτής της θεραπείας. Εντούτοις, πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι η επίγνωση του ασθενή για το φάρμακο είναι εξίσου σημαντική (δηλ. τα αποτελέσματά του, η θεραπευτική δράση και οι πιθανές επιπλοκές), η αλληλεπίδρασή του με άλλα φάρμακα και τρόφιμα.

Συγκεκριμένα, το ποσό της γνώσης είναι αντιστρόφως ανάλογο του αριθμού των περιπλοκών. Τα θετικά αποτελέ-

ματα επιτεύχθηκαν στους ασθενείς που διαδραμάτισαν ενεργό ρόλο στη διαχείριση της θεραπείας και που είχαν αποτελεσματική καθοδήγηση από τους επαγγελματίες υγείας για τις αλληλεπιδράσεις των φαρμάκων, καθώς επίσης και αλλαγές του τρόπου ζωής και της διατροφής (Field TS, Mazor KM, Briesacher B, DeBellis KR, Gurwitz JH, 2000 (Tang Eoyl, Lai Csm, Lee Kkc και λοιποί, 2003).

Πολλές μελέτες έχουν επιδείξει πόσο αποτελεσματική μια επαρκής παροχή πληροφοριών για την ΑΑΣ στους ασθενείς μπορεί να είναι για την επιτυχή διαχείριση της θεραπείας (Newall F, Monagle P, Johnston L., 2005) (Fang MC, Machtinger EL, Wang F, Schillinger D. 2006) (Harris Interactive, 2005) (Claes N, Buntinx F, Vijgen J, Arnout J, Vermeylen, Fieus S, Van Loon H, 2005) (Mazor KM, Baril J, Dugan E, Spencer F, Burgwinkle P, Gurwitz JH, 2007) (Frtschi J, Raddaz- Muller P, Schmid P, Wuillemin WA, 2007).

Μερικές κλινικές μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στο Ηνωμένο Βασίλειο (Heneghan C, Alonso-Coello P, Garcia-Alamino JM, Perera R, Meats E, Glasziou P, 2006), στην Ολλανδία (Cromheecke ME, Levi M, Colly LP, και λοιποί., 2000) και στην Ιταλία (Cosmi B, Palareti G, Moia M, και λοιποί, 2000) ακόμη επέδειξαν πώς η αυτοδιαχείριση της ΑΑΣ χρησιμοποιώντας ένα φορητό όργανο ελέγχου του χρόνου προθρομβίνης θα μπορούσε να είναι εξίσου αποτελεσματικό με τη διαχείριση της θεραπείας σε ένα ειδικευμένο κέντρο, εφ' όσον οι ασθενείς λάμβαναν τις κατάλληλες οδηγίες για τα χαρακτηριστικά και τις πιθανές παρενέργειες του φαρμάκου.

Εντούτοις, οι μελέτες δεν δηλώνουν πάντα εάν οι ασθενείς αποκομίζουν ένα ικανοποιητικό επίπεδο γνώσης. Μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη Γερμανία το 2008 στο επίπεδο της γνώσης των ασθενών σχετικά με την ΑΑΣ έδειξε ότι ένα υψηλό ποσοστό των ασθενών - ακόμη και μεταξύ εκείνων που χορηγούνταν αυτήν την θεραπεία για πολύ καιρό- δεν είχε αρκετή γνώση για τις αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα και τρόφιμα (Jank S, Bertesche T, Herzog W, Haefeli WE, 2008). Η προαναφερθείσα μελέτη δεν παρουσίασε συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου γνώσης του ασθενή και των χαρακτηριστικών τους, όπως το επίπεδο μόρφωσης και την ηλικία τους. Αυτό που προέκυψε εν τούτοις ήταν ότι ήταν σημαντικό να παρέχονται οι οδηγίες στην αρχή της θεραπείας και έπειτα περιοδικά να ελεγχθεί η γνώση τους με ένα ερωτηματολόγιο. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι επιπλέον ενημερωτικά σεμινάρια ήταν απαραίτητα για την κάλυψη κενών στη γνώση (Jank S, Bertesche T, Herzog W, Haefeli WE, 2008).

Μια πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι όλοι οι ασθενείς μπο-

ρούν να ωφεληθούν από τα εκπαιδευτικά προγράμματα (Mazor KM, Baril J, Dugan E, Spencer F, Burgwinkle P, Gurwitz JH, 2007). Τα εκπαιδευτικά σεμινάρια δεν θα πρέπει να σχεδιάζονται μόνο για τους ασθενείς που αρχίζουν τη θεραπεία, αλλά και περιοδικά σεμινάρια ανανέωσης για τους ασθενείς που λαμβάνουν θεραπείες για μήνες ή για χρόνια μπορεί να είναι εξίσου χρήσιμα, δεδομένου ότι αυτά τα άτομα συχνά δεν έχουν αρκετή γνώση για την ΑΑΣ (Jank S,

Bertesche T, Herzog W, Haefeli WE, 2008).

Η μελέτη μας πραγματοποιήθηκε στην περιφέρεια 3 των Τοπικών Αρχών Υγείας της Γένοβας (ASL 3 Genovese), αρχίσαμε με τη χρήση των στοιχείων που συλλέχθηκαν προηγουμένως κατά τη διάρκεια της περιόδου πειραματισμού ενός συστήματος αναφοράς περιστατικών που είχε εγκαταστήσει η προαναφερθείσα οργάνωση το 2007.

Σκοπός και περιεχόμενο της μελέτης

Ο σκοπός της μελέτης μας ήταν να αξιολογηθεί το επίπεδο ικανοποίησης ασθενών στη ΑΑΣ που ζούσαν στην περιφέρεια 8 του A.S.L. της Γένοβας, σε σχέση με τα εκπαιδευτικά σεμινάρια που παρέχονταν στους ασθενείς και το βιβλιόριο που τους δόθηκε. Η αξιολόγηση έγινε μέσω της ανάλυσης των ερωτηματολογίων που διανεμήθηκαν στους ασθενείς στο τέλος των εκπαιδευτικών σεμιναρίων.

Η περιφέρεια υγειονομικής περίθαλψης 8 έχει έναν πληθυσμό περίπου 102.555 κατοίκων και περιλαμβάνει 8 δήμους (Arenzano, Cogoleto, Masone, Rossiglione, Campoligure, Tiglieto, Mele και Genoa). Η ακτή της περιφέρειας είναι πυκνά κατοικημένη. Αντιθέτως οι ορεινές κοινότητες Valle Stura και Orba δεν είναι τόσο πυκνά κατοικημένες. Υπάρχει επίσης μια τεμαχισμένη περιοχή με απομονωμένα χωριά. Τα κύρια δημογραφικά και γεωγραφικά στοιχεία συνοψίζονται στον πίνακα 1.

Τα διάφορα βήματα:

1. Συγκέντρωση των στοιχείων όσον αφορά τον πληθυσμό που περιλαμβάνεται στη μελέτη μας (αριθμοί, ηλικίες και συχνότητες της δοκιμής INR) και μοίρασμα των στοιχείων με το νοσηλευτικό προσωπικό της περιφέρειας.

2. Προετοιμασία ενός φυλλάδιο πληροφοριών που διανέμεται στους ασθενείς κατά τη διάρκεια των εκπαιδευτικών σεμιναρίων (παράρτημα Ι). Το φυλλάδιο, με τίτλο «Ο οδηγός σας για την Αντιπηκτική Αγωγή από του στόματος ΑΑΣ-ΟΑΤ (La tua guida per la terapia anticoagulante orale-TAO)», προετοιμάστηκε από μια ομάδα που αποτελείται από:

- Νοσηλευτές των περιφερειών κοινωνικό-υγειονομικής περίθαλψης ASL 3 της Γένοβας
- Ιατροί γενικής Ιατρικής της περιφέρειας 8
- Ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του Τμήματος Καρδιολογικής Αποκατάστασης στο νοσοκομείο «La Colletta» στο Cogoleto
- Τμήμα Κλινικής Παθολογικής Ανατομικής του ASL 3.

3. Επιλογή των διδακτικών μεθοδολογιών που προσαρμόζονται στο στόχο και στο πλαίσιο. (Επίσημα μαθήματα σε ομάδες 10-20 ανθρώπων που ολοκληρώνονται με μια ελεύθερη συζήτηση).

4. Προετοιμασία των υλικών που απαιτούνται για τα εκπαιδευτικά σεμινάρια: διαφάνειες, προσκλήσεις, κατάλογοι προσκεκλημένων ασθενών, φύλλα συμμετοχής.

5. Προγραμματισμός των σεμιναρίων και διανομή μιας προσωπικής γραπτής πρόσκλησης σε κάθε ασθενή κατά τη συλλογή των δειγμάτων αίματος.

6. Πραγματοποίηση των εκπαιδευτικών σεμιναρίων και της αξιολόγησης των εκτιμήσεων των συμμετεχόντων.

Τα εκπαιδευτικά σεμινάρια είχαν διάρκεια 45-50 λεπτά και παρέχονταν από το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στα διάφορα κέντρα της περιφέρειας. Κάθε σεμινάριο συμπεριλάμβανε μια ομάδα 10-20 ανθρώπων, με ένα σύντομο μάθημα για την επεξήγηση του περιεχομένου του φυλλάδιου, με την υποστήριξη μιας παρουσίας διαφανειών, που ακολουθήθηκε από μια ελεύθερη συζήτηση με τους ασθενείς σχετικά με το οτιδήποτε έκριναν σημαντικό.

Υλικά και μέθοδοι

Αυτή ήταν μια περιγραφική και ποιοτική μελέτη, βασισμένη στην ανάλυση των πληροφοριών που συλλέχθηκαν μέσω ενός ερωτηματολογίου εκτίμησης που διανεμήθηκε στους συμμετέχοντες των εκπαιδευτικών σεμιναρίων. Η ανάγκη να προγραμματιστούν εκπαιδευτικά σεμινάρια για τους ασθενείς στην αντιπηκτική αγωγή από του στόματος προήλθε όχι μόνο από την αναθεώρηση της βιβλιογραφίας, αλλά και από τα δεδομένα αναφορών περιστατικών που συγκεντρώθηκαν από την ίδια την οργάνωση υγειονομικής περίθαλψης δίνοντας έμφαση στους κινδύνους που συνδέονται με τα δυσμενή γεγονότα που προκλήθηκαν από τα αντιπηκτικά φάρμακα που χορηγούνται από το στόμα.

Στη μελέτη μας, οι συμμετέχοντες ζητήθηκαν να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο και να το επιστρέψουν στο τέλος του εκπαιδευτικού σεμιναρίου. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν άμεσα στους συμμετέχοντες από τους νοσηλευτές κατά τη διάρκεια του σεμιναρίου. Αυτή η μέθοδος διανομής ερωτη-

ματολογίων εξασφάλισε αποφυγή καθυστερήσεων και οι συμμετέχοντες μπορούσαν άμεσα να παρέχουν τις εντυπώσεις τους. Επιπλέον, οι ερωτώμενοι μπορούσαν να υποβάλουν ερωτήσεις άμεσα σε εκείνους που είχαν διανείμει τα ερωτηματολόγια σε περίπτωση που υπήρχαν αμφιβολίες ή ερωτήσεις (ASR Regione Emilia Romagna Dossier 88-2003). Σε μερικές περιπτώσεις, ειδικά με τους ηλικιωμένους ανθρώπους ή με τον καθέναν που είχε ιδιαίτερη δυσκολία, οι νοσηλευτές δώσανε το ερωτηματολόγιο κατά τη διάρκεια της συνέντευξης. Οι ερευνητές διατήρησαν την ίδια διαπροσωπική συμπεριφορά με όλους που έδωσαν συνέντευξη όταν επέβαλλαν τις ερωτήσεις, δίνοντας προσοχή να μην σχολιάσουν ή/και επηρεάσουν τις απαντήσεις με οποιονδήποτε τρόπο. Μόλις ολοκληρώθηκαν τα ερωτηματολόγια, ταχυδρομήθηκαν σε ένα σφραγισμένο κιβώτιο για να εξασφαλιστεί η ανωνυμία των ασθενών.

Οι τοποθεσίες όπου έλαβαν μέρος τα σεμινάρια και όπου διανεμήθηκαν τα ερωτηματολόγια ήταν:

- Campoligure, Masone και Rossiglione για Valle Stura
- Cogoleto
- Voltri για τη αστική περιοχή

Μερικές ημέρες πριν από τα εκπαιδευτικά σεμινάρια, οι συμμετέχοντες έλαβαν μια προσωπική γραπτή πρόσκληση από το νοσηλευτικό προσωπικό καθώς γινόταν η συλλογή των δειγμάτων αίματος για τη δοκιμή INR. Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για την έρευνά μας ήταν ένα δομημένο ερωτηματολόγιο που αποτελούνταν από 7 σύντομες ερωτήσεις και οι ερωτώμενοι έπρεπε απλά να σημειώσουν τη σωστή απάντηση. Αυτό έγινε για να βοηθήσει τους ανταποκρινόμενους να καταλάβουν την ερώτηση και να επιταχύνουν τη διαδικασία απάντησης (ASR Regione Emilia Romagna Dossier 88-2003). Το ερωτηματολόγιο χωρίστηκε σε δύο μέρη: το πρώτο μέρος περιλάμβανε διοικητικά στοιχεία, ενώ το δεύτερο περιλάμβανε στοιχεία της μελέτης μας.

Το πρώτο μέρος σχεδιάστηκε για τη συλλογή των επίσημων στοιχείων όσον αφορά το εκπαιδευτικό σεμινάριο (δηλ. η ημερομηνία που έλαβε μέρος το σεμινάριο, η τοποθεσία, το όνομα του εκπαιδευτή, τα στοιχεία του συμμετέχοντος, η ηλικία και πόσο καιρό ο συμμετέχων λαμβάνει ΑΑΣ).

Το δεύτερο μέρος περιλάμβανε 7 κλειστές ερωτήσεις εκ των οποίων 6 παρείχαν μια βαθμολογημένη επιλογή και το ένα μια σταθερή επιλογή (ναι ή όχι).

Κατά σχεδιασμό του ερωτηματολογίου, λάβαμε υπόψη τρεις θεμελιώδεις απόψεις: τη σχετικότητα της έρευνας, τη σχετικότητα των ερωτήσεων για την έρευνα και τη σχετικότητα των ερωτήσεων για αυτούς που έδιναν συνέντευξη. Προκειμένου να αποφευχθεί η αποκαλούμενη «επίδραση της απάντησης», περιλάβαμε μια ερώτηση διασταύρωσης (ερώτηση 4) όπου οι επιλογές απάντησης είχαν αναστραφεί. Αυτό έδινε τη δυνατότητα να ελεγχθεί ότι οι απαντήσεις ήταν ειλικρινείς.

Η διαμόρφωση του ερωτηματολογίου περιέλαβε μια προκαταρκτική φάση:

- Την ανάλυση της βιβλιογραφίας στο θέμα της έρευνας και τον τρόπο που οι σχετικές πληροφορίες συγκεντρώθηκαν. Ανασκοπήσαμε βιβλία και περιοδικά που αφορούσαν την εκτίμηση των δραστηριοτήτων εκπαίδευσης.
- Την ανάλυση παρόμοιων εμπειριών. Ανασκοπήσαμε τα ερωτηματολόγια ερευνώντας την ικανοποίηση των

ανθρώπων που συμμετείχαν στα εκπαιδευτικά σεμινάρια/προγράμματα.

- Την ανταλλαγή ιδεών με το Τμήμα Εκπαίδευσης ASL της Γένοβας και με το νοσηλευτικό προσωπικό της περιφέρειας 8, για να διαπιστωθεί εάν υπήρχαν ζητήματα δυνατότητας πρόσβασης και για να συλλέγουν οποιεσδήποτε απόψεις και προτάσεις για την έρευνα.

Κάναμε το καλύτερο δυνατό για να είμαστε όσο το δυνατόν περισσότερο σαφείς και απλοί κατά το σύνταξη των ερωτήσεων, έτσι ώστε να μπορούν να γίνουν κατανοητά εύκολα από όλους τους εναγομένους.

Εξετάσαμε την ισχύ του ερωτηματολογίου με τη διανομή της σε μια ομάδα 11 ασθενών που ήρθαν στο Rossiglione. Κατά αυτόν τον τρόπο, ανιχνεύσαμε και διορθώσαμε οτιδήποτε που θα μπορούσε να οδηγήσει σε παρερμηνεία (με την αφαίρεση των περιττών, confusing ή ακατάλληλων ερωτήσεων και απαντήσεων, και την προσθήκη αυτών που έλλειπαν). Κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης, εξηγήσαμε στους ερωτωμένους ποιος ήταν ο στόχος της δοκιμής και τους ενθαρρύνσαμε να σχολιάσουν τις ερωτήσεις και τις απαντήσεις του ερωτηματολογίου, και να προσδιορίσουν οποιαδήποτε ζητήματα.

Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν από τα προαναφερθέντα πέντε κέντρα της περιφέρειας 8 στο τέλος των εκπαιδευτικών σεμιναρίων. Στο τέλος κάθε εκπαιδευτικού σεμιναρίου, μετά από μια σύντομη εξήγηση του λόγου, οι νοσηλευτές ρωτούσαν τους συμμετέχοντες εάν ήταν σύμφωνοι να συμμετάσχουν στην έρευνα και εάν ήταν σύμφωνοι, οι νοσηλευτές συμπλήρωναν το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου.

Κατόπιν, τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν στους ερωτωμένους μαζί με ένα στυλό και τους ζητήθηκε να μην γράψουν τα ονόματά τους ώστε να εξασφαλιστεί η ανωνυμία. Τα στοιχεία που λάβαμε τα περιλάβαμε σε ένα αρχείο του Excel και διαμορφώθηκαν στατιστικά χρησιμοποιώντας το λογισμικό STATA SE9. Αρχικά, τα στοιχεία σχετικά με το δείγμα αναλύθηκαν και έπειτα τα στοιχεία του ερωτηματολογίου επαληθεύθηκαν με την ηλικία, την τοποθεσία και τη διάρκεια της θεραπείας για την κατάρτιση της γενικής επισκόπησης. Στη συνέχεια, τα στοιχεία χωρίστηκαν σύμφωνα με τις τρεις προαναφερθείσες κατηγορίες, έτσι ώστε να μπορούν να συγκριθούν για την ανάλυση των διαφορών μεταξύ των διαφορετικών περιοχών προέλευσης.

Αποτελέσματα

Από τους 222 ασθενείς που παρευρίσκονται στα εκπαιδευτικά σεμινάρια, 221 δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα. Έτσι υπήρξε ένα πολύ υψηλό ποσοστό των ερωτωμένων, στην πραγματικότητα μόνο ένας ασθενής δεν επέστρεψε το ερωτηματολόγιο. Οι εναγόμενοι διανεμήθηκαν ως εξής: 33 προήλθαν από τις διάφορες πόλεις Valle Stura (Campoligure, Masone και Rossiglione), 86 από Cogoleto και 102 από τη αστική περιοχή της Γένοβας (οι περιοχές Voltri και Prà).

Όσον αφορά τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού που περιλήφθηκε στη μελέτη μας, 52% ήταν γυναίκες και ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 73.8 έτη (κυμαινόμενος μεταξύ 33 και 94 ετών). Ο μέσος χρόνος θεραπείας στην αντιπηκτική αγωγή μέσω στό-

ματος ήταν περίπου 5 έτη (61 μήνες). (Πίνακας 2 και 3)

Οι ερωτώμενοι που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο από μόνα τους ήταν 163 (73.8%), ενώ 58 ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν με τη βοήθεια ενός νοσηλευτή κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων. (Σχήμα 2)

Κατά τρόπο ενδιαφέροντα, ο πληθυσμός αυτός περιελάβε κυρίως άτομα που έκαναν ΑΑΣ για χρόνια (κατά μέσο όρο 61 μήνες). Κατά αυτόν τον τρόπο, επίσης οι ασθενείς που λαμβάνανε αυτήν την θεραπεία για πολύ καιρό θα μπορούσαν να ενδιαφερθούν να συμμετάσχουν περιοδικά σε εκπαιδευτικά σεμινάρια και να ωφεληθούν από αυτά όσον αφορά την ενημέρωση και το φρεσκάρισμα των γνώσεών τους.

Συμπεράσματα

Η ομάδα εργασίας που προετοίμασε το φυλλάδιο περιέλαβε πληροφορίες που θα μπορούσαν να έχουν θετικό αντίκτυπο στη ζωή του ασθενή. Δεν προσπαθήσαμε μόνο να παρέχουμε στους ασθενείς γνώση θεωρίας σχετικά με το φάρμακο (όπως οι θεραπευτικές ενδείξεις), αλλά μάλλον να εξηγήσουμε το ρόλο του, πώς λειτουργεί και προ πάντων ποιές είναι οι αρνητικές συνέπειες μιας υπερβολικά υψηλής δόσης ή μιας υπερβολικά χαμηλής δόσης. Ένας από τους κύριους στόχους ολόκληρης της προσπάθειας ήταν να ενημερωθούν οι ασθενείς για τα αποτελέσματα του φαρμάκου στον οργανισμό τους, τη χρησιμότητά του, αλλά συγχρόνως επίσης τους κινδύνους του. Όλες οι παρεχόμενες πληροφορίες είχαν πρακτικές επιπτώσεις και θα μπορούσαν να έχουν έναν θετικό αντίκτυπο στη ζωή και στην ασφάλεια συγκεκριμένα του ασθενή. Οι απαντήσεις που λάβαμε έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες είχαν καταλάβει τη χρησιμότητα των πληροφοριών που είχαν λάβει. (Σχήμα 3)

Ένα πρόβλημα η ομάδα εργασίας αντιμετώπισε κατά την

προετοιμασία του φυλλαδίου και των εκπαιδευτικών σεμιναρίων ήταν η έλλειψη ομογένειας του πληθυσμού που περιλήφθηκε στη μελέτη μας. Αυτός ο πληθυσμός είχε έναν μέσο όρο ηλικίας 74 ετών, με ένα πολύ ευρύ φάσμα μεταξύ 33 και 94 ετών. Επίσης τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων ήταν πολύ διαφορετικά (επίπεδο παιδείας, επάγγελμα, κ.λπ.). Για την αποφυγή του κινδύνου ότι οι άνθρωποι δεν θα καταλάβαιναν ή θα παρερμήνευαν τις πληροφορίες που δόθηκαν, η ομάδα εργασίας επέλεξε να χρησιμοποιήσει σαφή και απλή γλώσσα. Ο κύριος στόχος ήταν να δοθεί ένα σαφές μήνυμα σε όλους τους ασθενείς, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που είχαν σημαντικές δυσκολίες στην κατανόηση.

Οι απαντήσεις στη δεύτερη ερώτηση έδειξαν ότι αυτός ο στόχος επιτεύχθηκε σε ικανοποιητικό επίπεδο. (Σχήμα 4)

Μια άλλη ενδιαφέρουσα πτυχή ήταν ότι η επιλογή μεθοδολογίας - μικρές ομάδες διδασκαλίας - δεν έφερε τους ασθενείς σε δύσκολη θέση, αντίθετα ωφελήθηκαν από την ομιλία με άλλους ανθρώπους που είχαν παρόμοια προβλήματα.

Συζήτηση

Η βιβλιογραφία σαφώς δηλώνει ότι πολλά λάθη εμφανίζονται στις οργανώσεις υγειονομικής περίθαλψης. Αν και δεν θα ήταν ρεαλιστικό να εξαλειφτούν πλήρως τα λάθη από τις δραστηριότητες υγειονομικής περίθαλψης, ακριβώς όπως σε οποιαδήποτε ανθρώπινη δραστηριότητα, εντούτοις η αποφυγή των λαθών πρέπει να είναι μια προτεραιότητα για όλες τις οργανώσεις υγειονομικής περίθαλψης. Τα περισσότερα ατυχήματα σε σύνθετες οργανώσεις είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ των τεχνολογικών, ανθρώπινων και οργανωτικών στοιχείων του συστήματος.

Σύμφωνα με το πρότυπο του Reason των οργανωτικών ατυχημάτων, είναι η ευθύνη του συστήματος να δημιουργηθούν οι όροι που θα απαιτήσουν τα ανθρώπινα λάθη με την παροχή προστατευτικών «εμποδίων». Υπάρχουν 2 τύποι «εμποδίων»:

- «Σκληρά» εμπόδια, τα οποία είναι φυσικοί παράγοντες: η απόσταση του χρόνου ή του διαστήματος, διακόπτες
- «Μαλακά» εμπόδια, τα οποία είναι οργανωτικά: διαδικασίες, πρωτόκολλα, έλεγχοι.

Αυτό το πρότυπο παρουσιάζει δύο καινοτόμα στοιχεία: ξεπερνά τις έννοιες «του καταλογισμού ευθύνης» και «του λάθους» υποκινώντας αντίθετα μια λειτουργική χρήση των πληροφοριών που προέρχονται από ατυχήματα. Επιπλέον, βοηθά να προσδιοριστούν οι «αιτίες» των ατυχημάτων και να αποφευχθούν. Ενθαρρύνει μια ολιστική προσέγγιση προς τον κίνδυνο, με την προσπέραση της διάκρισης μεταξύ των ειδικοτήτων, ώστε να βελτιωθεί η πληροφόρηση και η ενσωματωμένη δράση όλων εκείνων που περιλαμβάνονται στη διαχείριση του περιστατικού και των πολλών συμβαλλόντων αιτιών, αντί να ευνοεί μια τμηματική προσέγγιση.

Διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι η επίγνωση του ασθενή για το φάρμακο (για παράδειγμα πώς λειτουργεί, η θεραπευτική δράση και οι πιθανές επιπλοκές) και η αλληλεπίδρασή της με άλλα φάρμακα ή τρόφιμα είναι εξίσου σημαντική. Πιο συγκεκριμένα, υπήρξε μια αντίστροφη σχέση μεταξύ του επι-

πέδου γνώσης και της αρχής των επιπλοκών. Τα καλά αποτελέσματα επιτεύχθηκαν στους ασθενείς που συμμετείχαν ενεργά στη θεραπεία και είχαν καθιερώσει μια αποδοτική επικοινωνία με τους εργαζομένους στον ιατρικό κλάδο που συμμετείχαν πιο ενεργά στη θεραπεία και επικοινωνήσαν αποτελεσματικά με τους εργαζομένους στον ιατρικό κλάδο στις αλληλεπιδράσεις του φαρμάκου, στις αλλαγές του τρόπου ζωής και της διατροφής (Beyth RJ, Quinn L, Lendefeld CS, 2000) (Tang Eoyl, Lai Csm, Lee Kkc και λοιποί, 2003).

Πολλές μελέτες έχουν επιδείξει πώς η εκπαίδευση των ασθενών της ΑΑΣ μπορεί να βελτιώσει τον τρόπο που η θεραπεία διαχειρίζεται (Newall F, Monagle P, Johnston L, 2005) (Fang MC, Machtinger EL, Wang F, Schillinger D, 2006) (Harris Interactive, 2005) (Claes N, Buntinx F, Vijgen J, Arnout J, Vermeylen, Fieuws S, Van Loon H., 2005) (Mazor KM, Baril J, Dugan E, Spencer F, Burgwinkle P, Gurwitz JH, 2007) (Fritschi J, Raddaz- Muller P, Schmid P, Vuillemin WA, 2007). Μερικές κλινικές μελέτες, που πραγματοποιούνται στο Ηνωμένο Βασίλειο (Heneghan C, Alonso-Coello P, Garcia-Alamino JM, Perera R, Meats E, Glasziou P, 2006), στην Ολλανδία (Cromheecke ME, Levi M, Colly LP, και λοιποί, 2000) και στην Ιταλία (Cosmi B, Palareti G, Moia M, και λοιποί, 2000) έχουν επιδείξει ότι η αυτοδιαχείριση της ΑΑΣ με τη χρήση των φορητών οργάνων ελέγχου του χρόνου προθρομβίνης ήταν στις χειρότερες περιπτώσεις εξίσου αποτελεσματική με τη ρύθμιση σε ένα ειδικό κέντρο, αλλά μόνο εάν οι ασθενείς είχαν την κατάλληλη καθοδήγηση για τα χαρακτηριστικά του φαρμάκου και των πιθανών παρενεργειών του.

Λαμβάνοντας υπόψη αυτό που προέκυψε από τη μελέτη μας, συμπεράναμε ότι αυτή η προσπάθεια θα μπορούσε να εκτιμηθεί θετικά. Το ενδιαφέρον για τα εκπαιδευτικά σεμινάρια και η ενεργός συμμετοχή των συμμετεχόντων, που προστέθηκε στις ευνοϊκές απόψεις που εκφράστηκαν προφορικά από τους συμμετέχοντες και επιβεβαιώθηκαν από τα αποτελέσματα της μελέτης, καταδεικνύει το θετικό ρόλο που ένα σωστό

εκπαιδευτικό πρόγραμμα μπορεί να διαδραματίσει στη διαχείριση μιας χρόνιας παθολογίας. Για αυτόν τον λόγο σκεφτόμαστε ότι αυτός ο τύπος επέμβασης δεν πρέπει να παραμείνει ως ένα απομονωμένο επεισόδιο, αλλά πρέπει μάλλον να είναι

το πρώτο από μια σειρά εκπαιδευτικών σεμιναρίων που υποστηρίζουν περιστασιακά τους ασθενείς με την παροχή ενημερώσεων για τη θεραπεία τους ή απλά «ανανεώνονται» οι ήδη υπάρχουσες ειδικότητες.

ΠΗΓΕΣ

1. Battles JB, Lilford RJ: 2003;12 (supp II).Organizing patient safety research to identify risks and hazards. Qual Saf Health Care
2. Runciman WB, Moller J: , 2001, Iatrogenic Injury in Australia. Adelaide Australian Patient Safety Foundation report
3. World Alliance for Patient Safety-Forward Programme. 2005. National Patient Safety Agency (NPSA)
4. Department of Health (UK). London June 2000. An organisation with a memory.
5. Centro Studi Investimenti Sociali (CENSIS). Roma 2001. Rischi ed errori nella sanità italiana. La gestione delle responsabilità nelle politiche assicurative per la salute.
6. Caminati A, Di Denia P, Mazzoni R, Carocci Faber Roma 2007; Risk Management.
7. ASL Piacenza. Atti del Convegno 5 giugno 1998. Rischi, danni e profili di responsabilità nell'attività sanitaria.
8. Allnutt MF, Qual Saf Health Care 2002. Human factors in accident 1987.
9. Reason J, Ashgate Publishing; 1997 Managing the risks of organizational accidents.
10. Centro Studi Investimenti Sociali (CENSIS). Roma 2001. Rischi ed errori nella sanità italiana. La gestione delle responsabilità nelle politiche assicurative per la salute.
11. Scally G, Donaldson L J, BMJ, 4 July 1998
12. Seven step to patient safety, NPSA UK, 2005-step 5: Involve and communicate with Patients and the Public
13. Vincent CA, Coulter A, Quality in Healthcare, 2002, II, 1, 76-80 Patient Safety: what about the Patient?
14. Charles C., Gafni A., Whelan T., 1997, 44: 681-692. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (Or it takes at least to tango), "Social Science and Medicine"
15. Goode LD, Clancy C M, Kimball HR, Academic Medicine, 2002, 77, 10:947-952. When is 'good enough'? The role and responsibility of physicians to improve patient safety
16. Leape LL, Berwick DM. 90. JAMA. 2005; 293:2384-23. Five years after 'To Err is Human': what have we learned?
17. www.salute.toscana.it Regione Toscana – Centro Gestione Risk Management
18. Ministero della Salute -Raccomandazione n. 7- Settembre 2007. Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
19. Ministero della Salute (Mds) Centro per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie "Progetto nazionale cure sicure" sito internet Mds
20. Centers For Disease Control and Prevention (CDC) - 2002 "Guideline for hand Hygiene in Health care Settings"
21. Joint Commission International Patient safety solution – 2007- Sito Internet "Control of concentrated electrolyte solutions"
22. Ministero della Salute - 2005 –"Raccomandazione sul corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio – KCL – ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio"
23. Ministero della Salute – Raccomandazione n. 5 – Marzo 2007 "Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO"
24. ASR Emilia Romagna- Dossier 86-2003;"il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie"
25. Art. 357; Art. 361; Art. 589; Art. 590, Codice penale
26. WHO, Geneva 2003: Strengths and weaknesses of available methods for assessing the nature and scale of harm caused by the health system: a systematic literature review.
27. Nuckols TK et Al, 2007 : Rates and types of events reported to established incident reporting systems in two US hospitals
28. Mikkelsen TH, Sokolowski I, Olesen F. Scand J Prim Health Care 2006 "General practitioners' attitudes toward reporting and learning from adverse events: results from a survey"
29. Evans SM, Berry JG, Smith BJ, Esterman A, Selim P, O'Shaughnessy J, DeWit M-Qual Saf Health Care 2006 Feb "Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study"
30. Jeffe DB, Dunagan WC, Garbutt J, Burroughs TE, Callagher TH, Hill PR, Harris CB, Bommarito K, Fraser VJ - Jt Comm J Qual Saf. 2004 "Using focus groups to understand physicians and nurses perspectives on error reporting in hospitals"
31. Vincent C, Stanhope N, Crowley, Murphy - J Eval Clin Pract. 1999 Feb - M. "Reasons for not reporting adverse incidents: an empirical study"
32. Stanhope N, Crowley-Murphy M, Vincent C, O'Connor AM, Taylor, Adams SE - J Eval Clin Pract. 1999 Feb. "An evaluation of adverse incident reporting"
33. King ES, Moyer DV, Couturie MJ, Gaughan JP, Shulkin DJ. - Jt Comm J Qual Patient Saf. 2006-"Getting doctors to report medical errors: project DISCLOSE"
34. Bhatia R, Blackshaw G, Rogers A, Grant A, Kulkarni R. - Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv. 2003-Developing a departmental culture for reporting adverse incidents
35. M. Catino, Da Chernobil 2007 a Linate
36. Waring JJ - Beyond blame- Soc Sci Med. 2005 May "Cultural barriers to medical incident reporting"
37. Raymond Wetzels, René Wolters, Chris van Weel and Michel Wensing, BMC Family Practice 2008 "Mix of methods is needed to identify adverse events in general practice: A prospective observational study"
38. Olsen S, Neale G, Schwab K, Psaila B, Patel T, Chapman EJ, Vincent C. Qual Saf Health Care. 2007 Feb "Hospital staff should use more than one method to detect adverse events and potential adverse events: incident reporting, pharmacist surveillance and local real-time record review may all have a place"
39. Sari AB, Sheldon TA, Cracknell A, Turnbull A. BMJ. 2007 Jan "Sensitivity of routine system for reporting patient safety incidents in an NHS hospital: retrospective patient case note review"
40. B Wilson, H L Bekker, F Fylan - Quality and Safety in Health Care 2008– "Error manager; Reporting of Clinical Adverse Events Scale: a

measure of doctor and nurse attitudes to adverse event reporting”

41. Kingston MJ, Evans SM, Smith BJ, Berry JG – 2004 Med J Australian “Attitudes of doctors and nurses towards incident reporting: a qualitative analysis”

42. Harry C. Triandis USA, 1998 McGraw-Hill – “Culture and social behaviour”

43. Y M Coyle, S Q Mercer, C L Murphy-Cullen, GW Schneider; L S Hyman; 2005- “Effectiveness of a graduate medical education program for improving medical event reporting attitude and behavior”

44. Lawton R, Parker D- 2002 Mar - Qual Saf Health Care. – “Barriers to incident reporting in a healthcare system”

45. Waring JJ -2004 Oct - Int J Qual Health Care - “A qualitative study of the intra-hospital variations in incident reporting”

46. Madsen MD, stergaard D, Andersen HB, Hermann N, Schioler T, Freil M - 2006 Nov – “The attitude of doctors and nurses towards reporting and handling errors and adverse events - Ugeskr Laeger”

47. Corso Sicure, Ministero della Salute

48. Tartaglia GRC progetto regione toscana La promozione dell'innovazione e la gestione del rischio Progetto nazionale promosso dal Ministero della Salute

49. Caminati et al; Carocci 2007 – “Risk management manuale teorico pratico per le professioni dell'assistenza”

50. Dossier 88-2003 - ASR Emilia Romagna

Πίνακες

Πίνακας 1. Demographic data of District 8

MUNICIPALITY	INHABITANTS	EXTESION KM2	POPULATION DENSITY
Arenzano	11,529	24.6	468.7
Cogoleto	9,539	20.4	467.6
Masone	4,343	29.8	145.7
Campo Ligure	3,492	23.8	146.7
Rossiglione	3634	47.2	146.7
Tiglieto	599	24.5	24.5
Mele	2,714	16.9	160.6
Genoa (Voltri, Prà, Pegli)	66,705	75.9	878.85
TOTAL	102,555	263.1	389.79

Πίνακας 2. Age distribution of the respondents

Centre	Mean age	Min age	Max age	Median	Q1	Q3
Campoligure	77.2 (std. dev. 7.8)	63	92	77	72	84
Rossiglione	59 (std. dev. 9)	34	76	64	52	72
Masone	74,6 (std. dev. 9.2)	64	87	74	68	80
Cogoleto	77,9 (std. dev. 9.9)	33	94	79	75	84
Voltri	71,4 (std. dev. 9)	40	87	73	67	78
TOTAL	73,8 (std. dev. 10.98)	33	94	76	69	80

Πίνακας 3. Distribution of the respondents' OAT duration (in months)

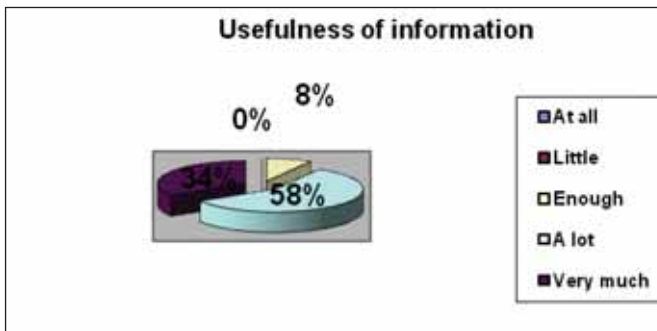
Centre	Average	Min Value	Max Value	Median	Q1	Q3
Campoligure	76,6 (std. dev. 128)	7	240	36	24	60
Rossiglione	32 (std. dev. 31)	1	96	24	8	60
Masone	27 (std. dev. 8)	18	36	24	24	36
Cogoleto	77,2 (std. dev. 74)	1	240	60	24	120
Voltri	49,7 (std. dev. 51)	0	240	36	12	60
TOTALE	61 (std. dev. 69)	0	240	36	14	84

Σχήματα

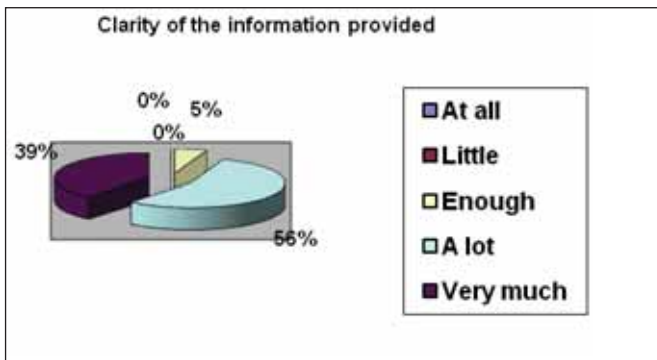
Σχήμα 1. District 8 of the ASL 3 Genovese



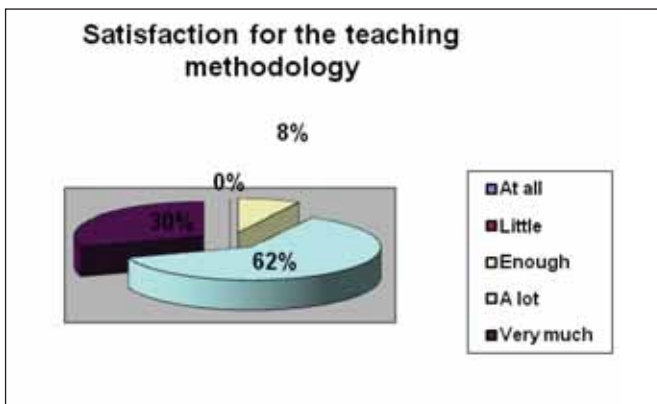
Σχήμα 2



Σχήμα 3



Σχήμα 4



Συμβουλές Νοσηλευτικής για την Πρόληψη των Ελκών Κατακλίσεων: Μια Μελέτη Επίπτωσης αυτού του Φαινομένου σε ένα Νοσοκομείο για τη Φροντίδα Ενηλίκων στην Ιταλία

Annamaria Bagnasco

Μεταπτυχιακό στις επιστήμες της εκπαίδευσης & Σπουδάστρια PHD στη νοσηλευτική, Καθηγήτρια με σύμβαση της εκπαίδευσης και της νοσηλευτικής & Συντονίστρια εκπαίδευσης στο Πανεπιστήμιο της Γένοβας

Nicola Bertolotto

Μεταπτυχιακό στη νοσηλευτική, νοσηλεύτρια

Katia Lentini

Φοιτήτρια PHD στη νοσηλευτική

Giuseppe Aleo

Μεταπτυχιακό Γλώσσας και Λογοτεχνίας, Λέκτορας των επιστημονικών αγγλικών

Loredana Sasso

Μεταπτυχιακό στις επιστήμες εκπαίδευσης, Μεταπτυχιακό στη νοσηλευτική Αναπληρώτρια καθηγήτρια της νοσηλευτικής

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα έλκη κατακλίσεων είναι κλινικές υγειονομικές βλάβες που απαιτούν μια πολύ καλά καταρτισμένη ομάδα υγειονομικής περίθαλψης, λόγω της πολλαπλότητας αιτιολογικής πολυπλοκότητας των ελκών κατακλίσεων και των συχνών πολλαπλών παθολογικών χαρακτηριστικών των ατόμων σε κίνδυνο. Χάρη στο συγκεκριμένο ρόλο τους στην επίλυση αυτής της αναταραχής, της υπευθυνότητάς τους στο χειρισμό των ελκών πίεσης και της συνοχής της περίθαλψης που παρέχουν, οι νοσηλευτές συγκεκριμένα είναι οι κατεξοχήν επαγγελματίες υγείας που μπορούν να εξασφαλίσουν υψηλής ποιότητας δεξιότητες και να παρέχουν τις κατάλληλες συμβουλές. Στην Ιταλία, η πρακτική εμπειρία των Νοσηλευτικών Συμβουλευτικών Κέντρων για τα έλκη κατακλίσεων είναι ακόμα πολύ λίγα, έτσι στη μελέτη μας περιγράψαμε την εμπειρία ενός νοσοκομείου στη βόρεια Ιταλία.

ΣΚΟΠΟΣ: Να αξιολογηθούν οι εκβάσεις των ασθενών μετά από νοσηλευτική συμβουλευτική επέμβαση για έλκη πίεσης ελέγχοντας εάν τα έλκη βελτιώθηκαν ή επιδεινώθηκαν.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Διεξαγάγαμε τις συστηματικές μελέτες επικράτησης και μελέτες επίπτωσης για τους δείκτες των εκβάσεων υγειονομικής περίθαλψης. Οι μελέτες πραγματοποιήθηκαν σε όλο το νοσοκομείο, έχοντας κατά νου τις διαφορές που συνδέθηκαν με τα χαρακτηριστικά των διάφορων τμημάτων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Διαπιστώσαμε ότι οι νοσηλευτικές συμβουλευτικές επεμβάσεις αποδείχθηκαν αποτελεσματικές στην παρεμπόδιση της δημιουργίας νέων ελκών κατακλίσεων και στον περιορισμό της επέκτασης και της επιδείνωσης εκείνων που ήδη υπάρχουν.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η προηγμένη νοσηλευτική πρακτική είναι μια ευκαιρία για ανάπτυξη εντός της επαγγελματικής κοινότητας. Οι νοσηλευτές σύμβουλοι, κατά τη διάρκεια των επεμβάσεων, κατάφεραν να καλύψουν τα αρχικά κενά, παρέχοντας οδηγίες σε άλλους νοσηλευτές ειδικά όταν πρόκειται για το σχεδιασμό και τον προσδιορισμό των καταλληλότερων στρατηγικών υγειονομικής περίθαλψης.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Διαχείριση κινδύνου, έλκη κατακλίσεων, συμβουλές νοσηλευτικής, πρόληψη

Εισαγωγή

Τα έλκη κατακλίσεων είναι ένα σημαντικό κλινικό ζήτημα, και στο νοσοκομείο και στην κοινότητα λόγω του σημαντικού αριθμού τους (The multicentred AISLeC, το 1984), ως βασικοί ποιοτικοί δείκτες για τη νοσηλευτική περίθαλψη και τις ιατρικές περιθάλψεις που παρέχονται στους ασθενείς με ειδικές ανάγκες και πολλαπλές παθολογίες, την ανάγκη για τις ενσωματωμένες επεμβάσεις παράλληλα με τη διαδικασία υγειονομικής περίθαλψης μεταξύ του νοσοκομείου και της κοινότητας, την ανάγκη να θέσουν σωστά κατάλληλα προληπτικά μέτρα και θεραπείες, η μεγάλη δυσφορία που προκαλούν στους ασθενείς εάν δεν αντιμετωπιστούν επαρκώς και κατάλληλα, μακραινώντας κατά συνέπεια την παραμονή τους στο νοσοκομείο και αυξάνοντας κοινωνικές και οικονομικές δαπάνες.

Τα έλκη κατακλίσεων επομένως αναγνωρίζονται παγκοσμίως ως σχετικό ζήτημα υγειονομικής περίθαλψης που ζυγίζει βαριά και στην εθνική υπηρεσία υγειονομικής περίθαλψης και στους επαγγελματίες παροχής ιατρικών υπηρεσιών, λόγω του μεγάλου αριθμού περιπτώσεων, τις υψηλές δαπάνες και για το άτομο και για την κοινωνία γενικά, καθώς επίσης και τις περιπλοκές της υγειονομικής περίθαλψης και την πολυπλοκότητα που συνδέεται με αυτήν. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις που γίνονται από το Σύλλογο Επούλωσης Τραυμάτων, 13 εκατομμύρια άνθρωποι στον κόσμο πάσχουν από χρόνιες δερματικές αλλοιώσεις.

Οι δαπάνες περιλαμβάνουν τη διαχείριση φροντίδας τραύματος και τα υλικά που χρησιμοποιούνται στις φαρμακευτικές αγωγές, τη φαρμακευτική θεραπεία, την αύξηση της νοσηρότητας ασθενών με επακόλουθο την αύξηση της παραμονής στο νοσοκομείο, καθώς επίσης και τις δίκες και την αποζημίωση.

Οι νοσηλευτές είναι σχεδόν πάντα υπεύθυνοι για την

έναρξη των κατακλίσεων, επειδή στο σχέδιο υγειονομικής περίθαλψής τους αναμένεται να βάλουν σε τάξη ενέργειες που αποφεύγουν την αρχή ή/και την επιδείνωση των ελκών κατακλίσεων στα άτομα που πάσχουν ήδη από αυτήν την βλάβη, είτε στο νοσοκομείο είτε στο σπίτι.

Ίσως για καμία άλλη ασθένεια όπως τα έλκη κατακλίσεων, η θεραπεία είναι και μερικώς ακόμα παραμένει πολύ ετερογενής και διαφοροποιημένη, αλλά και κακώς ελεγχόμενη και μερικές φορές ακόμη και αντικείμενο διακρίσεων.

Στην Ιταλία, ο ρόλος των νοσηλευτών ως συμβούλους ακόμα δεν έχει αναπτυχθεί στο νοσοκομείο και τα κοινωνικά υπόβαθρα υγειονομικής περίθαλψης, αλλά εξετάζοντας τις ριζικές αλλαγές που έχουν εμφανιστεί τα τελευταία 10 χρόνια σε νομοθετικό επίπεδο, και από την άποψη της εκπαίδευσης και της επαγγελματικής πρακτικής, είναι δυνατό να υποθέσει κανείς ότι ο ρόλος των νοσηλευτών ως συμβούλους θα αναπτυχθεί πλήρως στο μέλλον.

Αυτές οι αλλαγές έχουν βαθιά μετασχηματίσει την έννοια της ευθύνης και των ικανοτήτων που απαιτούνται για να εξεταστούν τα όλο και περισσότερο σύνθετα ζητήματα υγειονομικής περίθαλψης και εξασφαλίζουν τώρα μια υπηρεσία υψηλής ποιότητας που λαμβάνει υπόψη επίσης την ανάγκη να εξεταστεί και να αντιμετωπιστεί οποιαδήποτε κατάσταση που περιλαμβάνει την κλινική πρόληψη και διαχείριση κινδύνου.

Οι επαγγελματίες νοσηλευτές μπορούν να συμβουλέψουν άλλους νοσηλευτές. Για αυτόν τον λόγο, είναι απαραίτητο να υπάρξει μια συστηματική τεκμηρίωση των προηγμένων κλινικών υπηρεσιών που παρέχονται. Αυτή η τεκμηρίωση θα ανοίξει τους νέους τομείς της κλινικής γνώσης για τις περαιτέρω μελέτες και εξελίξεις (The multicentred AISLeC, το 1984) (Funkesson KH, Anbäcken EM, Ek AC, 2007).

Υλικά και Μεθοδολογία

Από το 2002, οι μελέτες επίπτωσης έχουν πραγματοποιηθεί σε μηνιαία βάση και την ίδια ημέρα σε όλους τους θαλάμους του νοσοκομείου μας, που ελέγχουν τον αριθμό ασθενών με έλκη κατακλίσεων ανά θάλαμο. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από νοσηλευτές ειδικευμένους στη φροντίδα τραύματος σε συνεργασία με τους νοσηλευτές προσωπικού των διάφορων μονάδων.

Συγχρόνως, πραγματοποιήθηκαν μελέτες περιστατικών για να συγκριθεί ο αριθμός των ασθενών που επηρεάζονται ήδη από έλκη κατακλίσεων με εκείνους που κινδυνεύουν να τα αναπτύξουν, για να ανιχνευτεί ποια φαινόμενα αφύπνισαν σημαντικά ζητήματα υγειονομικής περίθαλψης, και για ολόκληρο νοσοκομείο και για τους ενιαίους θαλάμους και για τις μονάδες.

Οι ασθενείς σε κίνδυνο προσδιορίστηκαν κατά την εισαγωγή τους χρησιμοποιώντας την κλίμακα Norton. Οι ασθενείς που βρέθηκαν να είναι σε κίνδυνο ή που ήδη παρουσίαζαν κατακλίσεις περιλήφθηκαν σε ένα διάγραμμα ελέγχου που περιείχε τα ακόλουθα στοιχεία: την προέλευση

του ασθενούς, το στάδιο της βλάβης, τη βελτίωση/την επιδείνωση του τραύματος που ταξινομείται σύμφωνα με την οπισθοδρόμηση ή την πρόοδο του στάδιου.

Η παρουσία βλαβών ταξινομήθηκε σε στάδια, χρησιμοποιώντας το N.P.U.A.P (National Pressure Ulcers Advisory Panel-Εθνική Συμβουλευτική Επιτροπή Ελκών Κατακλίσεων) κλίμακα αξιολόγησης. Η αξιολόγηση της διαδικασίας θεραπείας, που ορίστηκε σαν βαθμολογία, έγινε χρησιμοποιώντας το Προωθητικό Εργαλείο κλίμακα 3.0, η οποία μας έλεγε εάν το τραύμα βελτιωνόταν ή χειροτέρευε.

Όταν ένας ασθενής είχε ήδη μία βλάβη, το πρόγραμμα φαρμακευτικής αγωγής καταγράφονταν στο αντίστοιχο διάγραμμα φαρμάκων. Επισυναπτόμενο σε αυτό το διάγραμμα, υπήρξε το κινητοποιημένο σχέδιο δράσης για την πρόληψη των τραυμάτων στους ασθενείς σε κίνδυνο. Στο συμβουλευτικό κέντρο, υπήρξε ένας ειδικός νοσηλευτής έτοιμος να δώσει συμβουλές από το τηλέφωνο σε μια εικοσιτετράωρη βάση.

Αποτελέσματα

Η μελέτη επίπτωσης έγινε με τη σύγκριση του αριθμού των επηρεασμένων ασθενών με εκείνους σε κίνδυνο. Αυτό μας επέτρεψε να αξιολογήσουμε το φαινόμενο σε σχέση με την παρεχόμενη φροντίδα. (Γράφημα 1)

Σε 5 έτη, παρατηρήσαμε ότι ακόμα και όταν υπάρχει ένα ουσιαστικά σταθερό πληθυσμό, υπήρξε εντούτοις μια σταθερή αύξηση του πληθυσμού σε κίνδυνο με μια χαρακτηριστική μείωση των επηρεασμένων ατόμων.

Παρατηρήσαμε μια βαθμιαία μείωση του αριθμού επιδεινώσεων κατά τη διάρκεια της τριετούς περιόδου επιτήρησης

των βλαβών (Γράφημα 2).

Οι τρεις νοσοκομειακές μονάδες όπου αυτή διαταραχή ήταν περισσότερο συνηθισμένη ήταν η ορθοπεδική, η νευρολογία και η αίθουσα αναζωογόνησης. Στην τριετή περίοδο παρατήρησης, μεταξύ 2005 και 2007, υπήρξε μια ιδιαίτερα σημαντική μείωση του αριθμού επιδεινώσεων στα τμήματα της αίθουσας αναζωογόνησης και της νευρολογίας (Γράφημα 3). Στις ορθοπεδικές αντιθέτως η τάση ήταν σταθερή, κυρίως λόγω της διαθεσιμότητας των ενισχύσεων

Συμπεράσματα

Η μελέτη μας υπογράμμισε τη σημασία της καθιέρωσης συμβουλευτικών κέντρων στην κοινότητα σε συνεργασία με τα κύρια κέντρα υγείας. Αυτά τα συμβουλευτικά κέντρα πρέπει να στελεκώνονται από επαγγελματίες που είναι πολύ καλά καταρτισμένοι στη θεραπεία των κατακλίσεων. Τα αποτελέσματα που επιτύχαμε μπορούσαν να μετρηθούν χάρη στη

συστηματοποίηση της αξιολόγησης της κλινικής αναταραχής με τη χρησιμοποίηση διαφορετικών εργαλείων κατά μήκος των διάφορων φάσεων ελέγχου.

Όσον αφορά τη συμβουλευτική νοσηλευτική υπηρεσία, αισθανθήκαμε ότι θα αναπτυχθεί πλήρως στο κοντινό μέλλον.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Codice Deontologico dell'Infermiere 2009 Approvato dalla Federazione Nazionale Collegi IPASVI con deliberazione n. 1/09 del 10.01.2009 e dal Consiglio Nazionale della Federazione Nazionale Collegi IPASVI nella seduta svoltasi in Roma in data 17.01.09

Cutting KF, White RJ, Mahoney P, Harding KG. 2005 Clinical identification of wound infection: a Delphi approach. In EWMA Position Document. Identifying criteria for wound infection. London: MEP Ltd

Cutting KF, White RJ. Ostomy Wound Management 2005; 51(1):28-34 - Criteria for identifying wound infection – revisited.

D.lgs 30 Dicembre 1992 n. 502 Supplemento Ordinario alla G.U. 30 dicembre 1992, n. 305 - articolo 6 comma 3 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"

D.lgs. 229/99 Gazzetta Ufficiale n. 165 del 16 luglio 1999 - Supplemento Ordinario n. 132 - (art 16 bis) "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419"

European Wound Management Association (EWMA) 2006, Position document: Management of Wound Infection. London: MEP Ltd

Stotts NA, Rodeheaver GT, Thomas DR, et al. 2001; 56(12):M795-M799 An instrument to measure healing in pressure ulcers: development and validation of the pressure ulcer scale for healing (PUSH). J Gerontol A Bio Sci Med Sci

Tonelli et al. pag 20-27, 2/2001 Management infermieristico - La consulenza infermieristica: l'esperienza a disposizione dell'utente

World Union of Wound Healing Societies (WUWHS) 2007 - London: MEP Ltd - L'essudato e il ruolo delle medicazioni. Documento di Consenso.

World Union of Wound Healing Societies (WUWHS) 2008. Londra: MEP Ltd - Principi di best practice: Il sistema vacuum assisted closure: raccomandazioni d'impiego. Documento di consenso.

AHCPR Supported Clinical Practice Guideline N. 15 treatment of Pressure Ulcer National Library of Medicine (publication December 1994 revised 16 October 2008) ultima consultazione 02/02/2009

disponibile su <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat2.chapter.5124>

AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) <http://www.ahrq.gov/>

AWMA - Clinical Practice Guidelines for the Prediction and Prevention of Pressure Ulcers (Australian Wound Management Association Inc. 2001) <http://www.lesioncutaneecroniche.it/linee%20guida/PDF/LDD/AWMA.pdf>

Cumulative Index to nursing and Allied Health Literature (CINHAL)

autori vari: new pressure sore remedy (last update 2009) (last consultation 21/02/2009)

Deflo T, Gerrie Bours G, Schoonhoven L, Clark M, Draft, Issue 1 2002, Volume 4, epup statement on prevalence and incidence monitoring, European Pressure Ulcer Advisory Panel,

Funkesson KH, Anbäck EM, Ek AC.

Nurses' reasoning process during care planning taking pressure ulcer prevention as an example. A think-aloud study.

2007 Sep;44(7):1109-19. Epub 2006 Jun 27, Int J Nurs Stud.

Helberg D, Mertens E, Halfens RJ, Dassen T. Ostomy Wound Manage. 2006 Aug;52(8):60-72 -- "Treatment of pressure ulcers: results of a study comparing evidence and practice"

Hiser B, Rochette J, Philbin S, Lowerhouse N, Terburgh C, Pietsch C

2006 Feb;52(2):48-59 - Ostomy Wound Manage. "Implementing a pressure ulcer prevention program and enhancing the role of the CWOCN: impact on outcomes"

AA.VV.: JAN Journal of advanced Nursing volume 57 issue 5 page 494-504 - published on line 5/2/2007 - "Pressure ulcers and their treatment and effects on quality of life: hospital inpatient perspectives"

Joanna Briggs Institute (JBI) 12(3) 2008 Pressure ulcers – management of pressure related tissue damage Best Practice – "Topical negative pressure"

McInemey JA

2008 Feb;21(2):75-8 - Adv Skin Wound Care. – "Reducing hospital-

acquired pressure ulcer prevalence through a focused prevention program”

Mistiaen P, Duijnhouwer E, Prins-Hoekstra A, Ros W, Blaylock A.

Volume 30, Number 5, November 1999, pp. 1050-1056(7) – Journal of Advanced Nursing “Predictive validity of the BRASS index in screening patients with post-discharge problems

NICE (National Institute for Clinical Excellence) LG LdD January 2005 pressure ulcers first draft for consultation: The management of pressure ulcers in primary and secondary care

National Guideline Clearing House, RNAO Registered Nursing Association of Ontario: Preventing Pressure Ulcers and Skin Tears in Evidence Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice

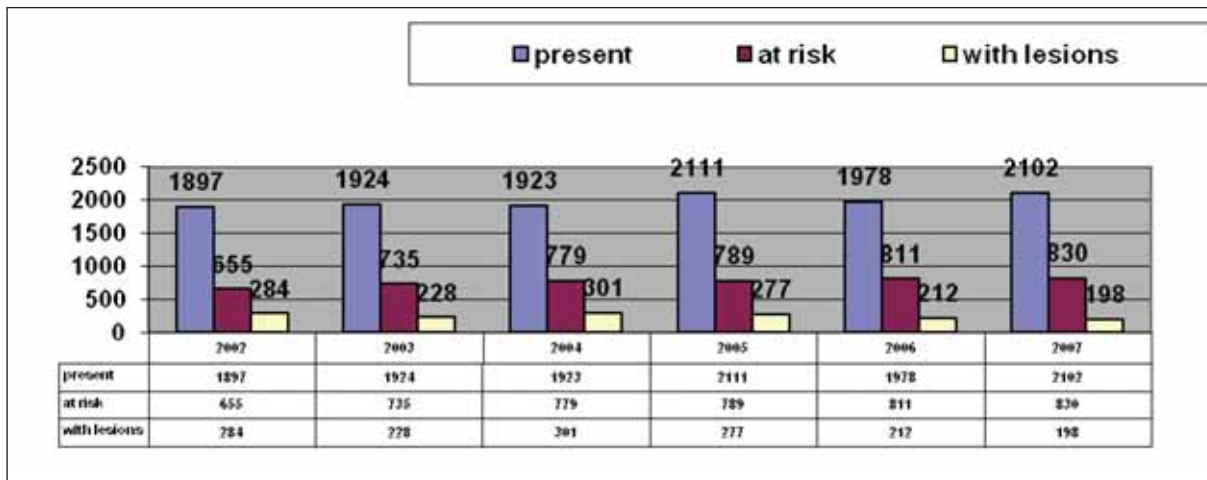
Royal College of Nursing, 2005 A Clinical Practice Guideline “The management of pressure ulcers in primary and secondary care”

RNAO nursing best practice guidelines program

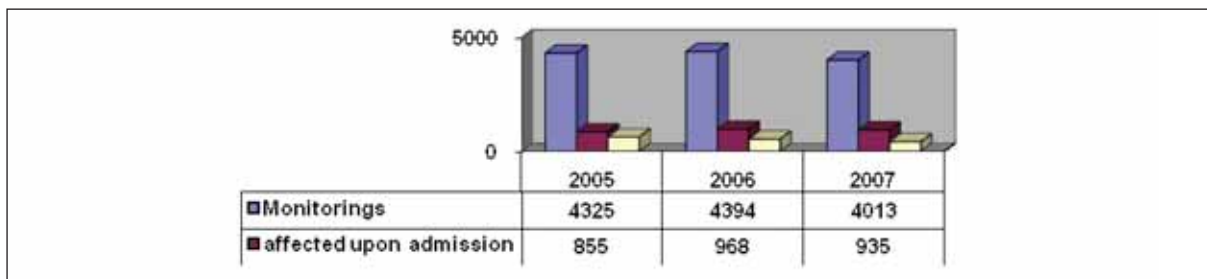
Risk Assessment & Prevention of Pressure Ulcer

www.mao.org/bestpractices

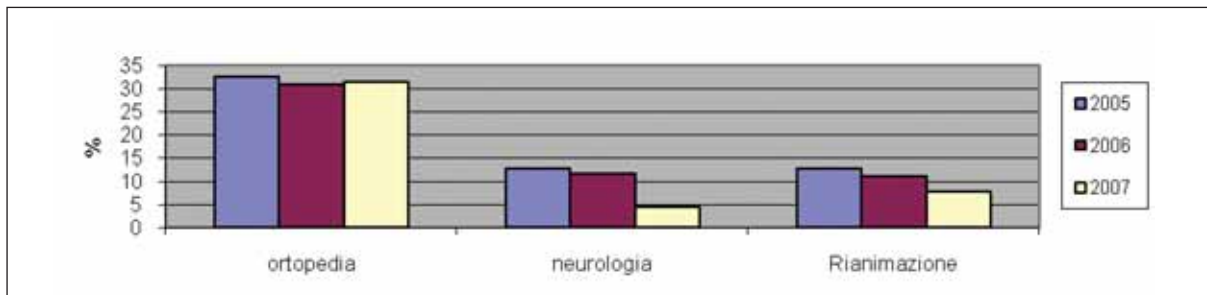
Γράφημα 1: Prevalence overview between 2002 and 2007



Γράφημα 2: Overview of the aggravations observed in 2005, 2006 and 2007



Γράφημα 3: Overview in % of the orthopaedic, neurology and resuscitation departments over the 3 years



Από το Σχολείο στο Πανεπιστήμιο: Μια Περιπτώσιολογική Μελέτη των Φοιτητών της Νοσηλευτικής

Siri Anna ¹, Rania Nadia ², Bagnasco Annamaria ³, Lentini Katia ⁴, Sasso Loredana ⁵

¹ Σπουδάστρια Ph.D. στην αξιολόγηση της εκπαιδευτικής διαδικασίας και των συστημάτων, Πανεπιστήμιο της Γένοβας, Ιταλία

² Κοινωνική Ερευνήτρια Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο της Γένοβας, Ιταλία

³ Σπουδάστρια Ph.D. στη μεθοδολογική έρευνα της νοσηλευτικής επιστήμης, Πανεπιστήμιο της Γένοβας, Ιταλία

⁴ Σπουδάστρια Ph.D. στη μεθοδολογική έρευνα της νοσηλευτικής επιστήμης, Πανεπιστήμιο της Γένοβας, Ιταλία

⁵ Αναπληρώτρια καθηγήτρια, Πανεπιστήμιο της Γένοβας, Ιταλία

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Υπόβαθρο: Η επιτυχής μετάβαση από το σχολείο στο πανεπιστήμιο διαδραματίζει έναν αποφασιστικό ρόλο στα ακαδημαϊκά ποσοστά επιτυχίας και απόδοσης. Η υψηλότερη αποχώρηση από τα εκπαιδευτικά προγράμματα της νοσηλευτικής πραγματοποιείται στο πρώτο ακαδημαϊκό έτος και συνήθως στους πρώτους έξι μήνες. Εάν τα ιδρύματα ανωτάτης εκπαίδευσης θέλουν να βελτιώσουν τα ποσοστά διατήρησής τους, εντατικές επεμβάσεις είναι απαραίτητες στην πρόωγη φάση, όχι μόνο για να προσδιορίσουν τους πιθανούς σπουδαστές σε κίνδυνο, αλλά και για να προετοιμάσουν τους ενδεχόμενους σπουδαστές για μια ανώτερη εκπαίδευση.

Στόχος: Αυτή η μελέτη είναι μέρος ενός ερευνητικού προγράμματος στο πανεπιστήμιο της Γένοβας που στοχεύει στη μείωση της διακοπής των νοσηλευτών σπουδαστών. Η βασική υπόθεση είναι να εξεταστούν οι εγκαταλείψεις ως φαινόμενο πολλών συντελεστών λόγω της ανάμειξης πολλών παραγόντων, όπως τα κίνητρα των σπουδαστών σε αυτήν την επαγγελματική επιλογή και την αντίληψή τους για την εργασία, την ατομική ευημερία και τον αυτοσεβασμό, τη σχέση δασκάλων και φίλων στα νέα πλαίσια, το οικογενειακό κοινωνικοπολιτιστικό επίπεδο, την ακαδημαϊκή επίδοση, την οργάνωση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων, τον αντίκτυπο με την εκπαίδευση και τα περιβαλλοντικά προβλήματα. Ο στόχος είναι να προσδιοριστεί ποιοι από αυτούς τους παράγοντες είναι η μεγαλύτερη αιτία των εγκαταλείψεων.

Συμμετέχοντες: 391 σπουδαστές, 20 εκπαιδευτικοί δάσκαλοι.

Μέθοδοι: Η μέθοδος που υιοθετήθηκε ήταν ποιοτικό-ποσοτική. Οι πληροφορίες συλλέχθηκαν από τρεις πηγές: τα αρχεία στην πανεπιστημιακή βάση δεδομένων, ένα συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο στους σπουδαστές νοσηλευτές και συνεντεύξεις σε εκπαιδευμένους δασκάλους προκειμένου να γίνει κατανοητή η άποψή τους για το φαινόμενο.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα παρουσιάζουν σημαντική σχέση μεταξύ της ευημερίας, του αυτοσεβασμού, της πανεπιστημιακής αντίληψης κλίματος, του κινήτρου και της ακαδημαϊκής επίδοσης.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα επιτρέπουν να προσδιοριστούν συγκεκριμένα μέτρα για να αποτραπούν, να υποστηριχθούν και να μειωθούν οι εγκαταλείψεις, όπως να προωθηθεί μια υπηρεσία πληροφοριών για τους σπουδαστές που εισάγονται, να δημιουργηθεί ένας αποτελεσματικός σύνδεσμο μεταξύ των σχολείων και των πανεπιστημίων, να διευκολυνθούν οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ των σπουδαστών.

Λέξεις κλειδιά: καθοδήγηση, εκπαιδευτικό πρόγραμμα νοσηλευτικής, μετάβαση, πανεπιστημιακή ατμόσφαιρα, εγκατάλειψη πανεπιστημιακών σπουδών, ευημερία.

Εισαγωγή

Πανεπιστημιακή μετάβαση και παράγοντες που προβλέπουν την εγκατάλειψη των σπουδαστών της νοσηλευτικής

Ένας από τους καθοριστικούς παράγοντες για την οικονομική και την κοινωνική ανάπτυξη ενός έθνους είναι βεβαίως η ποιότητα και η αποτελεσματικότητα των συστημάτων εκπαίδευσης του. Αυτό είναι ένας λόγος για τον οποίο τα θέματα της εκπαίδευσης έχουν αποκτήσει αυξημένη σημασία τα τελευταία χρόνια (Monaci, 1992).

Ιδιαίτερα, η επιτυχής μετάβαση από το σχολείο στο πανεπιστήμιο διαδραματίζει έναν αποφασιστικό ρόλο στα ακαδημαϊκά ποσοστά επιτυχίας και απόδοσης. Η υψηλότερη εγκατάλειψη στα εκπαιδευτικά προγράμματα νοσηλευτικής πραγματοποιείται στο πρώτο ακαδημαϊκό έτος και συνήθως στους πρώτους έξι μήνες (Tinto, 1993 Maxakato1999 Tinto, 2006 Thomas & Quinn, 2007), ειδικά μετά από την επαφή με το επιμορφωτικό πρόγραμμα. Το κίνητρο μπορεί να αντιληφθεί είτε ως εγγενής είτε εξωγενής παράγοντας και είναι ένα άλλο κατασκευάσμα που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την πρόβλεψη του επιτεύγματος και των επιτευγμάτων σχετικών με τις συμπεριφορές. Ο Deci και ο Ryan (2000) καθόρισαν το εγγενές κίνητρο ως κίνητρο που προέρχεται από το ίδιο το άτομο και οδηγεί στην απόλαυση της διαδικασίας της αύξησης των ικανοτήτων του ατόμου σχετικά με συγκεκριμένους ακαδημαϊκούς στόχους. Πιο συγκεκριμένα, εγγενώς παρακινημένοι σπουδαστές είναι παρακινημένοι για να μάθουν, να εκτελούν, ή/και να πετύχουν για την αίσθηση της ικανοποίησης (Gottfried, 1985 Deci & Ryan, 2000). Το εξωγενές κίνητρο, απ' ετέρου, είναι κίνητρο που κατευθύνεται στην επίτευξη ή την αποφυγή κάτι εκτός αυτού. Η έρευνα έχει δείξει ότι οι σπουδαστές που είναι εγγενώς παρακινημένοι είναι πιθανότερο να επιμείνουν σε μια ακαδημαϊκή πρόκληση (Vallerand & Bissonnette, 1992 To Boyd, to 2002), να έχουν μια ισχυρότερη έννοια του ακαδημαϊκού εαυτού (Cokley, Bernard, Cunningham, & To Motoike, to 2001), να προσφερθούν εθελοντικά για στόχους (Johnson, Beebe, Mortimer, & To Snyder, to 1998), και, τελικά, να παρουσιάσουν υψηλότερη ακαδημαϊκή απόδοση (Mitchell, 1992 Goldberg & Cornell, 1998).

Η έρευνα έχει εξετάσει τους λόγους για την εγκατάλειψη των σπουδαστών και έχει καταδείξει τη σύνθετη επιρροή πολλαπλών παραγόντων (Ehrenfeld και λοιποί., 1997 Charnley, 1999 White και λοιποί., 1999 Jennings, 2002 Στο τέλος, Fulbrook, 2003 Glossop, 2002 Timmins, Kaliszer, 2002). Πολλοί συγγραφείς (Morrow, 1986 To Janosz, Blank, Bouleric, Tremblay, to 2000) έχουν προσπαθήσει να καταλάβουν και να ερμηνεύσουν το φαινόμενο της εγκατάλειψης πανεπιστημιακών σπουδών. Προγενέστερες μελέτες αναφέρουν μια ποικιλία δημογραφικών, σχολικών, ατομικών, οικογενειακών υπόβαθρων και κοινωνικών χαρακτηριστικών που συσχετίζονται με την εγκατάλειψη του Λυκείου (Jimerson, Egeland, Sroufe, Carlson, 2000 Francescato, Tomai, Ghirelli, 2002). Σύμφωνα με Tanucci (2005), η εγκατάλειψη πραγματοποιείται λόγω του ανεπαρκούς επιπέδου προσαρμογής και ένταξης των σπουδαστών στο σχολείο και σε ένα κοινωνικό περιβάλλον, χαρακτηριστικό της πανεπιστημιακής πραγματικότητας. Με άλλα λόγια ένα από εκείνα τα στοιχεία του σχο-

λείου και του πανεπιστημιακού πλαισίου που φαίνεται να έχει ιδιαίτερη σημασία για την προσαρμογή των σπουδαστών, είναι οι αναφορές των ίδιων των σπουδαστών για τις εμπειρίες τους στο κοινωνικό περιβάλλον (Trickett & Moos, 1973 Fraser; 1985 Brand, Felner, Shim, Seitsinger, & Dumas, 2008). Το κλίμα είναι μια σύνθετη και πολυδιάστατη δομή που περιλαμβάνει την ατμόσφαιρα, τον πολιτισμό, τις αξίες, τους πόρους, το κοινωνικό δίκτυο, και τις οργανωτικές, εκπαιδευτικές, διαπροσωπικές διαστάσεις (Loukas, Murphy, 2007). Οι μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι είναι ένα από τα στοιχεία που μπορούν να τροποποιήσουν τις σχολικές αποδόσεις, την αυτο-αποτελεσματικότητα, τον αυτοσεβασμό, την έκβαση του κινητήριων στόχων και την αίσθηση της διαχείρισης σε καταστάσεις εκμάθησης (Urdu, Schoenfelder, 2006, Gilman και Anderman 2006, Appleton, Christenson, Kim, Reschly 2006).

Το άτομο θα αναπτύξει ευρείες και συγκεκριμένες προσδοκίες. Μέσω της διαδικασίας εκμάθησης, τα άτομα θα αναπτύξουν την πεποίθηση ότι ορισμένες εκβάσεις προκύπτουν από τη δράση τους (internals) ή από άλλες δυνάμεις, ανεξάρτητες από τους ίδιους (externals). Οι άνθρωποι με μια εσωτερική πηγή ελέγχου, θεωρούν ότι οι ενέργειές τους καθορίζουν τις ανταμοιβές που λαμβάνουν. Απ' ετέρου, εκείνοι με εξωτερική πηγή ελέγχου, θεωρούν ότι η συμπεριφορά τους δεν έχει ιδιαίτερη σημασία και ότι οι ανταμοιβές στη ζωή είναι γενικά εκτός του δικού τους έλεγχου. Η κοινή τάση στη βιβλιογραφία προτείνει ένα πλεονέκτημα της εσωτερικής πηγής ελέγχου παρά της εξωτερικής, σύμφωνα με την ικανοποίηση που σχετίζεται με την ακαδημαϊκή επίδοση (Amoretti, Rania, 2005).

Ο Hay(1998), Moos και Trickett (2002) θεωρούν ότι το αίσθημα ένταξης σε μια ομάδα μελέτης είναι ένα στοιχείο ιδιαίτερα σημαντικό για την ευημερία και για την ανάπτυξη της ικανότητας κοινωνικοποίησης. Η ευημερία δεν εξαρτάται μόνο από τη συμπεριφορά φυσικής υγείας ή κινδύνου, αλλά και από τις προσωπικές ικανοποιήσεις της ζωής που συνδέονται με τις κοινωνικές σχέσεις, το όραμα του εαυτού και τη γενική ευημερία (Santinello και λοιποί., 2005). Ο αυτοσεβασμός, πιο συγκεκριμένα, συνήθως θεωρείται δείκτης ευημερίας (Benjet, Hernandez-Guzman, 2001).

Επομένως, εάν τα ιδρύματα που παρέχουν ανώτερη εκπαίδευση στοχεύουν να βελτιώσουν τα ποσοστά διατήρησης των φοιτητών τους, εντατικές επεμβάσεις είναι απαραίτητες στην πρόωμη φάση - όχι μόνο για να προσδιορίσουν τους σπουδαστές ενδεχομένως σε κίνδυνο, αλλά για να προετοιμάσουν επίσης τους πιθανούς σπουδαστές για την τριτοβάθμια εκπαίδευση (Troskie-de Bruin 1999 Eiselen & Geyser, 2003 Bitzer & Troskie-de Bruin, 2004).

Σύμφωνα με τους Eriksen και Strommer (1991), οι σπουδαστές πρέπει να επιτύχουν στη φάση της μετάβασης στο: να προσαρμοστεί στην αλλαγή, να εξοικειωθεί με τους νέους τρόπους διδασκαλίας και εκμάθησης, στην αποδοχή των διαφορετικών κανόνων της τάξης, στη διαχείριση του χρόνου και στην κοινωνική ένταξη. Η μετάβαση από το Λύκειο στο Πανεπιστήμιο αποτελεί ένα σημαντικό βήμα στην ακαδημαϊκή σταδιοδρομία ενός σπουδαστή. Το βήμα

καθορίζει μια στροφή από εξαρτώμενο σε ανεξάρτητο μαθητευόμενο, από τη μελέτη σε ένα προσεκτικά ελεγχόμενο περιβάλλον, με ένα προσεκτικά ρυθμισμένο πρόγραμμα, σε μια νέα φάση της ζωής όπου οι σπουδαστές μαθαίνουν να διαχειρίζονται το χρόνο τους και να λαμβάνουν αποφάσεις με τρόπο ώριμο και υπεύθυνο. Στις διαφορετικές μελέτες, ποικίλα προγράμματα προ-πανεπιστημίων και συνεργασίας, στοχεύοντας στην διευκόλυνση της πρόσβασης και της μετάβασης, που αναπτύσσονται στα ιδρύματα ανώτερης εκπαίδευσης, συζητούνται (Chaffee, 1992 Foxcroft & Stumpf, 2005 Thomas & Quinn, 2007). Μερικά προγράμματα εστιάζουν συγκεκριμένα στη διάδοση πληροφοριών και στις ευκαιρίες σπουδών ενώ άλλα στοχεύουν στην προετοιμασία των σπουδαστών στην ακαδημαϊκή μετάβαση.

Η Εκπαίδευση του OECD με μια ματιά το 2008 (OECD's Education at a Glance) δείχνει τα ανησυχητικά ποσοστά εγκατάλειψης στην ανωτάτη εκπαίδευση. Η Ιταλία έχει το υψηλότερο ποσοστό εγκατάλειψης των σπουδαστών συγκριτικά με το άλλο έθνος που περιλαμβάνεται στη μελέτη. Στην πραγματικότητα, λιγότερο από τους μισούς από

εκείνους που εγγράφονται για εκπαιδευτικά προγράμματα ή για πτυχίο πανεπιστημίου ολοκληρώνουν τις σπουδές τους.

Συγκεντρώσαμε την ανάλυσή μας στην πιθανότητα εγκατάλειψης από το πρώτο έτος επειδή, όπως έχει παρουσιαστεί σε προηγούμενες εργασίες, οι καθοριστικοί παράγοντες της πιθανότητας εγκατάλειψης είναι σημαντικά διαφορετικοί για τους σπουδαστές του πρώτου έτους σε σύγκριση με εκείνους του επόμενου έτους (Arulampalam, Naylor, Smith, 2004). Τα στατιστικά στοιχεία σχετικά με την εγκατάλειψη των πανεπιστημιακών σπουδών στην Ιταλία φαίνεται να δείχνει ότι ένα 20% των σπουδαστών εγκαταλείπουν τα εκπαιδευτικά προγράμματα στο πρώτο έτος. Τα τελευταία χρόνια, ο αριθμός σπουδαστών που εγγράφονται στο πρόγραμμα νοσηλευτικής στο Πανεπιστήμιο της Γένοβας (Ιταλία) έχει παρουσιάσει ουσιαστική αύξηση. Εντούτοις, το ποσοστό εγκατάλειψης για το εκπαιδευτικό πρόγραμμα της νοσηλευτικής είναι ακόμα αρκετά υψηλό. Στο Πανεπιστήμιο της Γένοβας, κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους, το ποσοστό εγκατάλειψης των σπουδαστών νοσηλευτικής αυξήθηκε κατά 19%.

Σκοπός

Αυτή η μελέτη είναι μέρος ενός διαμήκους ερευνητικού προγράμματος στο Πανεπιστήμιο της Γένοβας της οποίας στόχος είναι να προσδιοριστούν συγκεκριμένα μετρά για την αποτροπή, την υποστήριξη και τη μείωση το ποσοστού εγκατάλειψης των σπουδαστών νοσηλευτικής.

Η υπόθεση είναι να εξεταστεί η εγκατάλειψη ως φαινόμενο πολλών συντελεστών που δημιουργείται από πολλούς παράγοντες που ανακατεύονται μαζί όπως τα κίνητρα των σπουδαστών για την επιλογή αυτού του επαγγέλματος και την αντίληψή τους για αυτήν την εργασία, ατομική ευημερία και αυτοσεβασμός, τις σχέσεις με τους δασκάλους και τους φίλους στο νέο περιβάλλον, το κοινωνικοπολιτιστικό επίπεδο

της οικογένειας, την ακαδημαϊκή επίδοση, την οργάνωση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων, τον αντίκτυπο της εκπαίδευσης και των περιβαλλοντικών προβλημάτων. Ο στόχος αυτής της έρευνας είναι να προσδιοριστούν ποιοι από αυτούς τους παράγοντες θα είχαν πιθανή επίπτωση στην ακαδημαϊκή απόδοση και θα επέτρεπε ενδεχομένως να αναγνωριστούν οι παράγοντες που συνδέονται με την εγκατάλειψη στο πρώτου έτους. Κατανοώντας τους διαφορετικούς αιτιολογικούς παράγοντες πρόβλεψης, ίσως βοηθήσει τους εκπαιδευτικούς στην ανάπτυξη αποτελεσματικότερων προγραμμάτων και στρατηγικών πρόληψης.

Ερευνητικές μέθοδοι

Το μεθοδολογικό πλαίσιο της μελέτης είναι ποιοτικό-ποσοτικό, διαιρείται σε δύο συμπληρωματικές φάσεις. Η πρώτη φάση της μελέτης περιλαμβάνει ημι-δομημένες συνεντεύξεις για εκπαιδευόμενους δασκάλους (n=20) για να ληφθούν τα λεπτομερή ποιοτικά στοιχεία συμπεριφοράς που χρησιμοποιούνται για τη σύνταξη του ερωτηματολογίου.

Η δεύτερη φάση αποτελείται από μια ποιοτική και ποσοτική έρευνα ερωτηματολογίων που δόθηκε σε 391 σπουδαστές νοσηλευτικής, που παρακολουθούσαν τα πρώτα έτη στο Πανεπιστήμιο της Γένοβας (ακαδημαϊκό έτος 2008-09). Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν στους σπουδαστές κατά τη διάρκεια των διαλέξεων στην αρχή των εκπαιδευτικών προγραμμάτων.

Υπόθεση:

HP 1 αναμένουμε τα κίνητρα των σπουδαστών για την επιλογή του πανεπιστημιακού προγράμματος να είναι κυρίως εγγενή

HP 2 αναμένουμε οι σπουδαστές να αντιμετωπίσουν δυσκολίες κατά τη μετάβαση από το σχολείο στο πανεπιστήμιο, λόγω της ανεπαρκούς προετοιμασίας τους για την τριτοβάθμια εκπαίδευση και των αδύναμων μεθόδων εκμάθησης.

HP 3 αναμένουμε τους δομικούς παράγοντες (οργάνωση εκπαιδευτικών προγραμμάτων, φόρτος εργασίας των σπουδαστών, χρονοδιαγράμματα) και τις προκλήσεις στη διαδικασία εκμάθησης να είναι σημαντικοί παράγοντες κινδύ-

νου για την εγκατάλειψη των πανεπιστημιακών σπουδών.

HP 4 αναμένουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές στον αυτοσεβασμό, στην ψυχολογική ευημερία, στο πανεπιστημιακό περιβάλλον και στην ακαδημαϊκή ηγνγία ελέγχου εξετάζοντας τα αρσενικά και τα θηλυκά.

HP 5 αναμένουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές συγκρίνοντας τους σπουδαστές με χαμηλές και υψηλές ακαδημαϊκές επιδόσεις, εξετάζοντας τον αυτοσεβασμό και τις διστάσεις του σκοπού της ζωής και τις σχέσεις με τους συμμαθητές και τους εκπαιδευτές τους.

HP 6 αναμένουμε να δούμε στατιστικά σημαντικές δια-

φορές μεταξύ των φύλων κατά την ανάλυση της ακαδημαϊκής επίδοσης: οι γυναίκες σπουδαστές θα αποδώσουν καλύτερα από τους αντίστοιχους άνδρες σπουδαστές.

HP 7 αναμένουμε τα υψηλότερα επίπεδα εγγενών κινήτρων να συσχετίζονται με μια υψηλότερη ακαδημαϊκή απόδοση.

Όργανα

Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε τα ακόλουθα θέματα:

- Κοινωνικά και δημογραφικά στοιχεία
- Πληροφορίες για τη μετάβαση από το Λύκειο στο πανεπιστήμιο (τύποι προσανατολισμών που παρέχονται σχετικά με τα πανεπιστημιακά προγράμματα, ζητήματα κατά τη μετάβαση από το σχολείο στο πανεπιστήμιο, προσωπικά κίνητρα των σπουδαστών για την εγγραφή τους στο συγκεκριμένο εκπαιδευτικό πρόγραμμα, παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν την απόφαση για την αποχώρηση από το πρόγραμμα της νοσηλευτικής,)
- Ο αντίκτυπος της πανεπιστημιακής ζωής έχει μετρηθεί με τις ακόλουθες κλίμακες:

ο Ακαδημαϊκό περιβάλλον. Η κλίμακα απαρτίζεται από 49 στοιχεία που οργανώνονται σε εννέα διαστάσεις συμπεριλαμβανομένων των σχέσεων με τους συμμαθητές, των σχέσεων με τους δασκάλους, της σχολικής ευημερίας, των ακαδημαϊκών ενδιαφερόντων και του αυτοσεβασμού, της μεθόδου μελέτης, των προσδοκιών των γονέων, των δομικών πτυχών, της μελλοντικής απασχόλησης (QSS-SV, Student Version, Santinello, Bertarelli, 2002 Santinello's modified

HP 8 αναμένουμε να βρούμε συσχετισμό μεταξύ του αυτοσεβασμού, της ψυχολογικής ευημερίας, του πανεπιστημιακού περιβάλλοντος, της ακαδημαϊκής πηγής ελέγχου και της ακαδημαϊκής απόδοσης.

version, modified by the Authors of this proposal). Μια κλίμακα συμφωνίας Likert 4 σημείων θα χρησιμοποιηθεί.

ο Παγκόσμιες κλίμακες αυτοσεβασμού Rosenberg (GSES-Global self-esteem scale, Rosenberg, 1965). Αυτή η κλίμακα παρέχει ένα μέτρο του αυτοσεβασμού, που ορίζεται ως η συναισθηματική αξία που γίνεται αντιληπτή από ένα άτομο, αποτελείται από 10 στοιχεία που θα απαντηθούν σύμφωνα με μια κλίμακα 4 σημείων, από «απόλυτα συμφωνεί» έως «απόλυτα διαφωνεί».

ο Ψυχολογική κλίμακα ευημερίας (PWB- Psychological well-being scale) Di Ryff & Keyes, (1995 Italian version modified for adolescents by Ruini, Belaise, Ottolini, Tomba, Caffo, Fava 2007). Η κλίμακα απαρτίζεται από έξι διαστάσεις της ψυχολογικής ευημερίας: αυτό-αποδοχή, θετικές σχέσεις με άλλους, αυτονομία, περιβαλλοντική κυριότητα, σκοπός στη ζωή και προσωπική ανάπτυξη. Οι διαφορετικές διαστάσεις αναμειγνύονται μαζί σε ένα ενιαίο μέτρο 18 στοιχείων.

ο Η ακαδημαϊκή πηγή ελέγχου (Pombeni, 1998), η κλίμακα απαρτίζεται από 12 στοιχεία και αξίες για να προσδιοριστεί η εσωτερική και εξωτερική πηγή ελέγχου.

Δείγμα

Οι σπουδαστές που εγγράφηκαν στο πρόγραμμα νοσηλευτικής στο πανεπιστήμιο της Γένοβας (Ιταλία) προτάθηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη. 357 από τους 391 σπουδαστές

που εγγράφηκαν στο πρόγραμμα νοσηλευτικής, συμμετείχαν στη μελέτη και απάντησαν στο ερωτηματολόγιο.

Περιγραφική ανάλυση

Όλα τα στοιχεία αποθηκεύτηκαν σε μια αυτοματοποιημένη βάση δεδομένων και υποβλήθηκαν σε επεξεργασία χρησιμοποιώντας τη Στατιστική Συσκευασία για τις Κοινωνικές Επιστήμες (Statistical Package for the social Sciences SPSS ver: 16.0.2 2008).

Συμμετέχοντες

Σύμφωνα με τα δημογραφικά στοιχεία το συνολικό δείγμα χωρίστηκε ως εξής: 73.6% γυναίκες και 26.4% άνδρες, ένα αποτέλεσμα που αντανάκλα την κατανομή των φύλων στα προγράμματα νοσηλευτικής. Τα στοιχεία υποδεικνύουν ότι οι άνδρες αντιπροσωπεύουν ένα σχετικά μικρό ποσοστό των σπουδαστών νοσηλευτικής, επιβεβαιώνοντας το στερεότυπο ότι «η νοσηλευτική» είναι παραδοσιακά ένα γυναικείο επάγγελμα. Επομένως μπορούμε να υποθέσουμε ότι η νοσηλευτική είναι ένα πρόγραμμα σπουδών που ακόμα σχετίζεται με το φύλο.

Ο μέσος όρος ηλικίας των σπουδαστών είναι 24.38 έτη (\pm 7.14 ST DEV), με ελάχιστο 16 (ξένοι σπουδαστές με ένα ισοδύναμο δίπλωμα) και μέγιστο 58 χρονών.

Πολλοί σπουδαστές είχαν τελειώσει σε τεχνικά ιδρύματα (24.5%), σε επιστημονικό λύκειο (20.3%), το ψυχο-εκπαιδευτικό

κό Γυμνάσιο/educational secondary school (14.1%), σε επαγγελματικά σχολεία (13.8%) υπόβαθρο. Τα κλασικά, γλωσσικά και καλλιτεχνικά λύκεια ακολουθούν με ένα χαμηλότερο ποσοστό σπουδαστών (10%), ενώ ένα 10.4% αντιπροσωπεύεται από ξένους σπουδαστές με ισοδύναμο δίπλωμα.

Οι σπουδαστές πλήρους απασχόλησης είναι 45.4%, ενώ οι εργαζόμενοι σπουδαστές αντιπροσωπεύουν το 21.6%. Το υπόλοιπο 33% αντιπροσωπεύεται από σπουδαστές που εργάζονται περιστασιακά.

Μετάβαση από το λύκειο στο πανεπιστήμιο

Μεταξύ των κινήτρων που εντάσσονται σε ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα νοσηλευτικής, το πιο δημοφιλές είναι η επαγγελματική ασφάλεια (62.7%), ένα εξωγενές κίνητρο, ακολουθούν εγγενή κίνητρα που συνδέονται με το χαρακτηριστικά του επαγγέλματος (58.2% βοήθεια για εκείνους που υποφέρουν, 52.1% η άμεση επαφή με ανθρώπους, 46.5% κλίση προς το επάγγελμα της νοσηλευτικής, 26.7% προσφορά εθελοντικής βοήθειας ήδη). Άλλα κίνητρα, όπως η επιρροή των γονέων ή των φίλων, το σύντομο χρονικό διάστημα των εκπαιδευτικών προγραμμάτων, η ικανότητα των δασκάλων σημειώνουν περίπου 10%. Κατά τρόπο ενδιαφέροντα, 8% δεν ήξερε τι να

κάνει. Περίπου 15% των σπουδαστών εγγράφονται αυτήν την περίοδο στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα νοσηλευτικής επειδή απέτυχαν στην εισαγωγή τους σε άλλο εκπαιδευτικό πρόγραμμα της επιλογής τους.

Η πρώτη υπόθεση φαίνεται να επιβεβαιώνεται, αν και η πρώτη επιλογή είναι ένα εξωγενές κίνητρο. Στην πραγματικότητα τα εγγενή κίνητρα σχετικά με το επάγγελμα, και έμμεσα με το εκπαιδευτικό πρόγραμμα, επηρεάζουν περισσότερο την επιλογή του σπουδαστή.

Εξετάζοντας τα προβλήματα μετάβασης σχολείου- πανεπιστημίου, το 42.1% των σπουδαστών επιβεβαιώνει ότι αντιμετώπισε δυσκολίες κατά τη μετάβαση. Οι πιο συχνά αναφερόμενες δυσκολίες είναι: η έλλειψη βασικών δεξιοτήτων (15%), η ανεπαρκής μέθοδος εκμάθησης (15%), η λανθασμένη επιλογή του εκπαιδευτικού προγράμματος (10.3%), η οργάνωση του εκπαιδευτικού προγράμματος (8.6%), άλλες (8.1%). Κατά τρόπο ενδιαφέροντα, το 30% των σπουδαστών επιβεβαιώνει ότι η εμπειρία από το λύκειο δεν τους προετοίμασε επαρκώς για αυτές τις συγκεκριμένες σπουδές.

Κατά συνέπεια η δεύτερη υπόθεση φαίνεται να επιβεβαιώνεται επίσης.

Όσον αφορά την ερώτηση για τον πανεπιστημιακό προσανατολισμό, το 55% των σπουδαστών είπε ότι είχε λάβει ικανοποιητικές πληροφορίες από απόφοιτους φοιτητές ή από φοιτητές που είναι ακόμα εγγεγραμμένοι, το 30.9% ήταν ικανοποιημένοι με πληροφορίες από το διαδίκτυο, το 27.9% έλαβε αρκετές πληροφορίες από το φυλλάδιο, το 25.3% από το προσωπικό πανεπιστημιακού προσανατολισμού, το 22% από το κέντρο υποστήριξης φοιτητών, το 11.4% από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (TV, ραδιόφωνο, εφημερίδες) 12.8% άλλοι (όπως η επαγγελματική εμπειρία).

Κατά τρόπο ενδιαφέροντα, 36.14% των σπουδαστών, που είχαν περάσει από συνέντευξη κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους τους, έχουν σκεφτεί να εγκαταλείψουν τις σπουδές τους, λόγω των δυσκολιών εκμάθησης (53.2%) και στην παρακολούθηση των δραστηριοτήτων του εκπαιδευτικού προγράμματος (30.6%), λόγω της αύξησης στα πανεπιστημιακά διδάκτρα (46.0%), της απομυθοποίησης μετά τη σύγκριση των ακαδημαϊκών σπουδών με τις προσδοκίες (27.9%), της δυσκολίας στη διαχείριση των σπουδών και της εργασίας (27.9%), το γεγονός ότι τους προσφέρονται καλοπληρωμένες εργασίες (26.5%) ή εργασίες που προσφέρουν περισσότερη ικανοποίηση (26.2%) και οποιαδήποτε κανονική εργασία (13.4%).

Επομένως επίσης η τρίτη υπόθεση φαίνεται να επιβεβαιώνεται.

Ακαδημαϊκό περιβάλλον, αυτοσεβασμός, ψυχολογική ευημερία και πηγή του ελέγχου

Εξετάζοντας όλες τις διαστάσεις του ακαδημαϊκού περιβάλλοντος, εντοπίστηκε ότι δεν υπάρχει καμία σημαντική διαφορά στην αντίληψη όταν εξετάζονται τα φύλα. Ο πίνακας 1 παρουσιάζει το μέσο όρο και τη σταθερή τυπική απόκλιση για τις διαστάσεις της κλίμακας ακαδημαϊκού περιβάλλοντος.

Τα αποτελέσματα που λήφθηκαν σε διάφορες διαστάσεις είναι όλα πάνω από το μέσο όρο. Εντούτοις, δεν προκύ-

πτουν εξαιρετικά θετικές πανεπιστημιακές αξιολογήσεις πλαισίου. Εν πάση περιπτώσει, από τα ανακτώμενα αποτελέσματα μπορούμε να καταλήξουμε στο συμπέρασμα ότι οι σπουδαστές είναι σίγουροι για τις μελλοντικές πιθανότητες απασχόλησης που προσφέρονται από το εκπαιδευτικό πρόγραμμα (μέσο αποτέλεσμα 3.64), οι προσδοκίες των γονέων είναι σύμφωνες με τις δικές τους (3.17), έχουν μια καλή σχέση με τους συμφοιτητές (3.16), θεωρούν ότι θα υιοθετήσουν μια καλή μέθοδο μελέτης (3.02) και επίσης σκέφτονται ότι οι σχέσεις τους με τους δασκάλους είναι αποδεκτές (2.99). Όσον αφορά την πτυχή της πανεπιστημιακής δομής, τα αποτελέσματα αποκαλύπτουν το χαμηλότερο αποτέλεσμα μεταξύ των εξεταζόμενων διαστάσεων (2.80), ελαφρώς πάνω από το μέσο όρο, αυτό επομένως θα έδειχνε ότι οι σπουδαστές δεν είναι ιδιαίτερα ικανοποιημένοι.

Κατά αξιολόγηση του ακαδημαϊκού αυτοσεβασμού, ο μέσος όρος (2.92) είναι ελαφρώς χαμηλότερος από το γενικό αυτοσεβασμό που μετρείται με την κλίμακα Rosenberg (3.27). Αυτή η μέση αξία φαίνεται να επιβεβαιώνει άλλες μελέτες για τους φοιτητές πανεπιστημίου (Martin-Albo, Nunez, Navarro, Grijalvo 2007). Κατά συνέπεια αυτά τα αποτελέσματα δείχνουν ότι ο αυτοσεβασμός των σπουδαστών στο πανεπιστήμιο είναι γενικά χαμηλότερος από τον αυτοσεβασμό των σπουδαστών σε καταστάσεις της πραγματικότητας.

Ο πίνακας 2 παρουσιάζει το μέσο όρο και τη σταθερή τυπική απόκλιση των διαστάσεων της ψυχολογικής κλίμακας ευημερίας (PWB Psychological well-being scale).

Η μέτρηση του σκοπού στη ζωή έλαβε τον υψηλότερο μέσο όρο, πιθανώς επειδή οι συμμετέχοντες ζουν σε μια φάση της ζωής τους όπου οι στόχοι έχουν σημαντική αξία. Κατά την εξέταση των διαφορών φύλου, δεν βρίσκουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές στις διαφορετικές διαστάσεις της κλίμακας.

Κατά τρόπο ενδιαφέροντα, σπουδαστές με υψηλότερη εσωτερική πηγή ελέγχου (μέσο όρο 21.89 ± 2.02 ST DEV) από εξωτερική (μέσο όρο 15.36 ± 2.70 ST DEV). Μερικοί συγγραφείς πρότειναν ότι η μεγαλύτερη εσωτερική πηγή ελέγχου συνδέεται με υψηλότερα επίπεδα ακαδημαϊκής απόδοσης.

Η τέταρτη υπόθεση φαίνεται να επιβεβαιώνεται μερικώς. Εντοπίστηκε ότι δεν υπάρχει καμία σημαντική διαφορά στο φύλο σε όλες τις διαστάσεις, εκτός από το γενικό αυτοσεβασμό ($F=4546$ **), όπου οι άνδρες έλαβαν τον υψηλότερο μέσο όρο ($M = 3.36$, $F = 3.24$), και εσωτερική πηγή ελέγχου ($F=4754$ **) όπου, αντιφατικά, οι γυναίκες έλαβαν τον υψηλότερο μέσο όρο ($M = 21.48$, $F = 22.03$).

Ακαδημαϊκές επιδόσεις

Το 16.8% των σπουδαστών δεν πέρασε ούτε ένα μάθημα στο τέλος του πρώτου εξαμήνου, από το υπόλοιπο 83.2% των σπουδαστών, το 61.7% πέρασε μόνο ένα μάθημα, το 36.9% δύο και το 1.4% τρεις.

Ο πίνακας 3 παρουσιάζει τον αριθμό των διδακτικών μονάδων, που λαμβάνονται περνώντας επιτυχώς τις εξετάσεις, στο τέλος του πρώτου εξαμήνου (σύνολο 23, εκτός της εκπαίδευσης).

Ο μέσος όρος των πανεπιστημίων είναι 25.64 (\pm 2.85 ST DEV).

Ένας δείκτης βασισμένος στον αριθμό των μονάδων που λαμβάνονται και των βαθμών πανεπιστημίου έχει προσδιοριστεί. Χωρίσαμε τους σπουδαστές σε δύο ομάδες (υψηλές έναντι χαμηλών ακαδημαϊκών επιδόσεων).

Οι σπουδαστές με υψηλές ακαδημαϊκές επιδόσεις πιθανόν έχουν υψηλότερες μέσες τιμές σε όλες τις διαστάσεις, ειδικά αφού αναμέναμε να έχουμε υψηλότερα μέσα αποτελέσματα στη διάσταση της εσωτερικής πηγής ελέγχου και χαμηλότερα στη διάσταση της εξωτερικής πηγής ελέγχου. Εντούτοις, όπως φαίνεται στον πίνακα 4, ανακαλύψαμε μια στατιστικά σημαντική διαφορά μόνο για το γενικό αυτοσεβασμό ($F=8.507^{**}$), την προσωπική ανάπτυξη ($F=7.549^{**}$), τις σχέσεις με τους συμμαθητές ($F=5.332^{**}$), τις προσδοκίες των γονέων ($F=9.886^{**}$) και την εξωτερική πηγή ελέγχου ($F=4.551^{**}$). Οι σπουδαστές με τα υψηλότερα επίπεδα αυτοσεβασμού και προσωπικής ανάπτυξης, θετικές και αυξανόμενες σχέσεις με τους συμμαθητές, χαμηλότερες προσδοκίες γονέων, υψηλή εσωτερική ακαδημαϊκή πηγή ελέγχου και χαμηλή εξωτερική θα αναμένονταν να αποδώσουν καλύτερα στους στόχους ακαδημαϊκής επίδοσης.

Η πέμπτη υπόθεση φαίνεται να επιβεβαιώνεται, με εξαίρεση τη διάσταση της σχέσης με τους δασκάλους.

Επίσης η έκτη υπόθεση φαίνεται να επιβεβαιώνεται. Ακόμα κι αν δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των φύλων, οι γυναίκες έλαβαν υψηλότερα μέσα αποτελέσματα στην ακαδημαϊκή απόδοση και στον αυτοσεβασμό σε σύγκριση με τους άνδρες. Οι γυναίκες έλαβαν χαμηλότερα αποτελέσματα για τον αυτοσεβασμό γενικά (Martin-Albo, Nunez, Navarro, Grijalva 2007), αλλά επέδειξαν καλύτερες ακαδημαϊκές αποδόσεις λόγω της υψηλότερης αυτοεκτίμησης που συνδέθηκε με το πανεπιστημιακό περιβάλλον.

Εγγενές κίνητρο σπουδαστών όσον αφορά την επιλογή του πανεπιστημιακού εκπαιδευτικού προγράμματος

Προσδιορίσαμε δύο ομάδες, μια με υψηλό εγγενές κίνητρο και μια άλλη με χαμηλό εγγενές κίνητρο, με βάση τις απαντήσεις του ερωτηματολογίου. Οι σπουδαστές με υψηλό εγγενές κίνητρο είχαν καλύτερη ακαδημαϊκή απόδοση, ακόμα κι αν οι διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων δεν ήταν στατιστικά σημαντικές.

Συμπεράσματα

Τα αποτελέσματα αυτών των αρχικών μελετών θα υποδείκνυαν ότι τα προβλήματα που αντιμετωπίζονται από τους σπουδαστές μας φαίνονται να αφορούν τη μετάβαση από το σχολείο στο πανεπιστήμιο. Αυτές οι δυσκολίες, που επιβεβαιώνονται από αυτήν την έρευνα, δίνουν έμφαση στην ανάγκη να δημιουργηθεί ένας αποτελεσματικός σύνδεσμος και μια υπηρεσία συντονισμού μεταξύ των σχολείων και των πανεπιστημίων, συμπεριλαμβανομένων των δομών για συνεργασία μεταξύ των σχολικών και των πανεπιστημιακών καθηγητών, ειδικά στον τρέχοντα προσδιορισμό των εκβάσεων προσανατολισμού ικανότητας και εκμάθησης για την ολοκληρωμένη δευτεροβάθμια εκπαίδευση.

Το πρώτο έτος πανεπιστημιακών σπουδών μπορεί επο-

μείως να πρέπει να εξετάσει στρατηγικές για την πρόωξη προώθηση προγραμμάτων ακαδημαϊκού προσανατολισμού, σχεδιασμένα ειδικά με σκοπό να εντοπίζουν τους κακούς συνδυασμούς μεταξύ των προσδοκιών των εκπαιδευτικών προγραμμάτων και της εμπειρίας/στόχοι των εκπαιδευτικών προγραμμάτων.

Όσον αφορά τα προβλήματα που συνδέονται με το πανεπιστημιακό περιβάλλον, φαίνεται ότι η ανωνυμία της μεγάλης τάξης μπορεί να αποθαρρύνει τη παρακολούθηση, ότι οι σπουδαστές μπορεί να μην έχουν συνηθίσει στην οργάνωση της μελέτης τους, και μπορεί να αισθάνονται ότι δεν έχουν κάποιον να ζητήσουν βοήθεια. Μια λύση μπορεί να είναι η δημιουργία προγραμμάτων κοινωνικού προσανα-

Η έβδομη υπόθεση φαίνεται επομένως να επιβεβαιώνεται. Ο πίνακας 5 παρουσιάζει σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων (χαμηλού έναντι υψηλού) σύμφωνα με τις διάφορες εξεταζόμενες διαστάσεις. Οι σπουδαστές που σημείωσαν υψηλότερα αποτελέσματα στο εγγενές κίνητρο έτειναν επίσης να σημειώνουν υψηλότερα αποτελέσματα στις διαστάσεις που αναλύθηκαν, όπως η προσωπική ανάπτυξη, οι θετικές σχέσεις με άλλους και σχέσεις με συμμαθητές, το ακαδημαϊκό ενδιαφέρον, οι προσδοκίες των γονέων και η μελλοντική απασχόληση.

Συσχέτιση

Η διάρθρωση του αυτοσεβασμού (GSES) και της ευημερίας (PWB) συσχετίζονται θετικά (.542**), σύμφωνα με τη βιβλιογραφία για την ψυχολογική ευημερία του ατόμου.

Όπως φαίνεται στον πίνακα 6, αυξανόμενα αποτελέσματα αυτοσεβασμού συσχετίζονται με μια αυξανόμενη αξία των διαστάσεων της αυτο-αποδοχής, του σκοπού της ζωής, της ανεξαρτησίας και των θετικών σχέσεων με άλλους, και με μετρίότητα στις διαστάσεις της περιβαλλοντικής κυριότητας και της προσωπικής ανάπτυξης.

Οι ακαδημαϊκές επιδόσεις συσχετίζονται θετικά με τις διαστάσεις του αυτοσεβασμού (.156**) και των σχέσεων με τους συμμαθητές (QSS_S) (.124**) και συσχετίζονται αρνητικά με τη διάσταση της προσδοκίας των γονέων (QSS_S) (-.168**).

Το διάρθρωση του αυτοσεβασμού συσχετίζεται θετικά με όλες τις διαστάσεις του ακαδημαϊκού περιβάλλοντος, με εξαίρεση τις προσδοκίες των γονέων και των δομικών πτυχών. Πιο συγκεκριμένα, η ισχυρότερη συσχέτιση βρίσκεται στον ακαδημαϊκό αυτοσεβασμό και στις σχέσεις με τους συμμαθητές (πίνακας 7).

Αυτά τα αποτελέσματα αποκαλύπτουν επίσης ότι ο γενικός αυτοσεβασμός συσχετίζεται με τον εσωτερική πηγή ακαδημαϊκού ελέγχου.

Η υπόθεση οκτώ φαίνεται να επιβεβαιώνεται δεδομένου ότι η GSES συσχετίζεται με μερικές διαστάσεις των κλιμάκων PWB και QSS και με την ακαδημαϊκή πηγή ελέγχου και την ακαδημαϊκή απόδοση.

τολισμού, όπως δραστηριότητες προσανατολισμού και άλλες πρωτοβουλίες με σκοπό τη διευκόλυνση των αλληλεπιδράσεων μεταξύ των φοιτητών που αρχίζουν την πανεπιστημιακή σταδιοδρομία τους, και μεταξύ τους και ανώτερων προπτυχιακών φοιτητών.

Επομένως σκεπτόμαστε ότι οι χαμηλές ακαδημαϊκές επιδόσεις (χαμηλά αποτελέσματα ή αποτυχημένες εξετάσεις) θα μπορούσαν να είναι ένας παράγοντας πρόβλεψης για την εγκατάλειψη των σπουδών στο πρώτο έτος. Επομένως, λόγω της υπάρχουσας θετικής συσχέτισης μεταξύ της ακαδημαϊκής απόδοσης και του αυτοσεβασμού, θα πρέπει να προσ-

διορίσουμε μέτρα για την αύξηση της ακαδημαϊκής επιτυχίας όπως ένα κέντρο υποστήριξης, όπου οι φοιτητές μπορούν να λάβουν προσωπική βοήθεια από έναν πεπειραμένο δάσκαλο, και μια ομάδα αυτοβοήθειας εκμάθησης για την υποστήριξη των φοιτητών που μελετούν μόνοι τους.

Τέλος, πιο εκτενείς διαχρονικές μελέτες θα ήταν απαραίτητες επίσης, προκειμένου να ελέγχεται η εξέλιξη των κινήτρων με την πάροδο του χρόνου και για να επιβεβαιώνεται ποιοι παράγοντες έχουν υψηλότερη επιρροή στο φαινόμενο της εγκατάλειψης των σπουδών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Amoretti, G., Rania, N., 2005. L'orientamento: teorie, strumenti e metodi. Collana Le Bussolle, Carocci, Roma.
- Appleton, J.J., Christenson, S.L., Kim D., Reschly, A.L., 2006. Measuring cognitive and psychological engagement: Validation of the Student Engagement Instrument. *Journal of School Psychology*, 44, pp. 427-445.
- Arulampalam, W., Naylor, R.A., Smith, J.A., 2004. Hazard Model of the Probability of Medical School Dropout in the United Kingdom. *Journal of the Royal Statistical Society, Series A*, 167, pp. 157-178.
- Benjet, C., Hernandez-Guzman, L., 2001. Gender differences in psychological well-being of Mexican early adolescents. *Adolescence* 35, pp. 47-65.
- Bitzer, E., Troskie-De Bruin, C., 2004. The effect of factors related to prior schooling on student persistence in higher education. *South African Journal of Education*, 24, pp. 119-125.
- Boyd, F.B., 2002. Motivation to continue: Enhancing literacy learning for struggling readers and writers. *Reading and Writing Quarterly: Overcoming Learning Difficulties* 18, pp. 257-277.
- Brand, S., Felner, R., Seitsinger, A., Burns, A., Bolton, A., 2008. Assessing the social environment of middle schools: The validity and utility of teachers' ratings of school climate, cultural pluralism, and safety problems for understanding and assessing the impact of school improvement. *Journal of School Psychology*, 46(5), pp. 507-535.
- Chaffee, J., 1992. Transforming educational dreams into educational reality. In L. S. Zwerling & H. B. London (Eds.), *First-generation students: Confronting the cultural issues*, New Directions for Community Colleges, no. 80 (pp. 81-88). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Chamley, E., 1999. Occupational stress in the newly qualified staff nurse. *Nursing Standard*, 13 (29), pp. 32-36.
- Cokley, K.O., Bernard, N., Cunningham, D. and Motoike, J., 2001. A psychometric investigation of the academic motivation scale using a United States sample. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development* 34, pp. 109-119.
- Deci, E.L., Ryan, R.M., 2000. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well being. *American Psychologist* 55, pp. 68-78.
- Education at a Glance 2008: OECD indicator:
- Ehrenfeld, M., Rotemberg, A., Sharon, R., Bergman, R., 1997. Reasons for student attrition on nursing courses: a study. *Nursing Standard*, 11 (23), pp. 34-38.
- Eiselen, R., Geysler, H., 2003. Factors distinguishing between achievers and at risk students: A qualitative and quantitative analysis. *South African Journal of Higher Education* 17(2), pp. 118-30.
- Eriksen, B., Strommer, D., 1991. *Teaching College Freshmen*. San Francisco: Jossey Bass.
- Foxcroft, C., Stumpf, R., 2005. What is matric for? Paper presented at Umalusi Seminar, Pretoria.
- Francescato, D., Tomai, M., Ghirelli, G., 2002. *Fondamenti di psicologia di comunità*. Roma: Carocci.
- Fraser, B. J., 1985. *The study of learning environments*. Salem, OR: Assessment Research.
- Gilman, R., Anderman, E.M., 2006. The relationship between relative levels of motivation and intrapersonal, interpersonal, and academic functioning among older adolescents. *Journal of School Psychology*, 44, pp. 375-391.
- Glossop, C., 2002. Student nurse attrition: use of an exit interview procedure to determine student's leaving reasons. *Nurse Education Today* 22 (5), pp. 375-396.
- Goldberg, M.D., Cornell, D.G., 1998. The influence of intrinsic motivation and self-concept on academic achievement in second- and third-grade students. *Journal of Education of the Gifted* 21, pp. 179-205.
- Gottfried, A.E., 1985. Academic intrinsic motivation in elementary and junior high school students. *Journal of Educational Psychology* 77, pp. 631-645.
- Hay, R., 1998. Sense of place in developmental context. *Journal of Environmental Psychology*, 18(1), pp. 5- 29.
- Janosz, M., Blank, M., Bouleric, B., Tremblay, R.E., 2000. Predicting different types of school dropout: a typological approach with two longitudinal samples. *Journal of educational psychology*, 92, pp. 171-190.
- Jennings, K., 2002. Nursing: it is vital to raise the profile of the nursing sector: *The Independent*, 26 March 2002, p. 2.
- Jimerson, S., Egeland, B., Sroufe, L.A., Carlson, B., 2000. A Prospective Longitudinal Study of High School Dropouts Examining Multiple Predictors Across Development. *Journal of School Psychology*, Vol. 38, No. 6, pp. 525-549.
- Johnson, M.K., Beebe, T., Mortimer, J.T., Snyder, M., 1998. Volunteerism in adolescence: A process perspective. *Journal of Research on Adolescence* 8, pp. 309-332.
- Last, L., Fulbrook, P., 2003. Why do student nurses leave? Suggestions from a Delphi Study. *Nurse Education Today*, 23, pp. 449-458.
- Loukas, A., Murphy, J.L., 2007. Middle school student perceptions of school climate: Examining protective functions on subsequent adjustment problems. *Journal of School Psychology*, 45, pp. 293-309.
- Martín-Albo, J., Nuez, J.L., Navarro, J.G., Grijalvo, F., 2007. The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students, *The Spanish Journal of Psychology*, Vol. 10, n. 2, pp. 458-467.
- Maxakato, P., 1999. A study of perceived causes of academic failure of first-year students at the University of the Western Cape. MEd in the Department of Educational Psychology, University of the Western Cape, Cape Town.
- Mitchell, J.V., 1992. Interrelationships and predictive efficacy for indices of intrinsic, extrinsic, and self-assessed motivation for learning. *Journal of Research and Development in Education* 25, pp. 149-155.

- Monaci, G., 1992. Gli abbandoni degli studi universitari in Lombardia. Franco Angeli, Milano.
- Moos, R., Trickett, E., 2002. Classroom Environment Scale Manual (3 éd.). Palo Alto CA: Consulting Psychologists Press.
- Morrow, G., 1986. Standardizing practice in the analysis of school drop-outs. In Natriello G. (a cura di), School drop-outs. Patterns and Policies. Teachers College Press, New York, pp. 38-51.
- Pascarella, E.T., Terenzini, P.T., 1991. How college affects students. San Francisco: Jossey Bass.
- Pombeni, M.L., 1998. Il colloquio di orientamento. Carocci, Roma.
- Rosemberg, M., 1965. Society and the adolescent self-image. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Ruini, C., Belaise, C., Ottolini, F., Tomba, E., Caffo, E., Fava, G.A., 2007. L'applicazione della Well-being therapy in ambito scolastico: uno studio pilota, Rivista di Psichiatria, 42(5), pp. 320-326.
- Ryff, C.D., Keyes, C.L., 1995. The structure of psychological well-being revisited. Journal of Personality and Social Psychology, 69, pp. 719-727.
- Santinello, M., Bonsuan, C., Dallago, L., Noventa, D., Salvan, L., 2005. Salute: benessere fisico, emotivo e sociale. In Bertinato L., Mirandola M., Ramazzo L., Santinello M. (a cura di). Diventare adolescenti: salute e stili di vita nei giovani tra gli undici e i quindici anni. McGraw-Hill, Milano.
- Santinello, M., Bertarelli, P., 2002. La scuola come setting. In M. Prezza e M. Santinello (a cura di), Conoscere la comunità. L'analisi degli ambienti di vita quotidiana. Il Mulino, Bologna, pp. 257-296.
- Tanucci, G., 2005. Il successo universitario: sapere di psicologia per iscriversi a psicologia. Risorsa uomo, vol. II, n. 1-2, pp. 163-177.
- Thomas, D.L., Thomas, E., Quinn, J., 2007. First generation entry into higher education: an international study. Society for Research into Higher Education, McGraw-Hill International.
- Timmins, F., Kaliszer, M., 2002. Aspects of nurse education programmes that frequently cause stress to nursing students. Fact-finding sample survey. Nurse Education Today, 22 (3), pp. 203-211.
- Tinto, V., 1993. Leaving College: Rethinking the causes and cures of student attrition (2nd Ed). Chicago: University of Chicago Press.
- Tinto, V., 2006. Research & practice of student retention: What next? Journal of College Student Retention, 8, pp. 1-19.
- Trickett, E., Moos, R.H., 1973. The social environment of junior high and high school classrooms. Journal of Educational Psychology, 65, pp. 93-102.
- Troskie-de Bruin, C., 1999. Academic Development: Bridging at a South African University. DEd in the Faculty of Education, Stellenbosch University, Stellenbosch.
- Urdan, T., Schoenfelder, E., 2006. Classroom effects on student motivation: goal structures, social relationships, and competence beliefs. Journal of School Psychology, pp. 331-349.
- Vallerand, R.J., Bissonnette, R., 1992. Intrinsic, extrinsic, and amotivational styles as predictors of behavior: A prospective study. Journal of Personality 60, pp. 599-620.
- White, J., Williams, R., Green, B.F., 1999. Discontinuation, leaving reasons, and course evaluation comments of students on the common programme. Nurse Education Today, 19, pp. 142-150.

Πίνακες

Πίνακας 1 Mean and standard deviation for the QSS-SV dimensions

Dimension	Mean	S. D.
relationships with schoolmates	3.16	0.38
relationships with teachers	2.99	0.41
academic interest	2.94	0.43
method of study	3.02	0.47
parents' expectations	3.17	0.46
academic self-esteem	2.92	0.58
structural aspects	2.80	0.59
future employment	3.64	0.37

Πίνακας 2 PWB dimensions

	autonomy	environmental mastery	personal growth	positive relationships with others	purpose in life	self-acceptance
Mean	14.60	14.73	13.30	14.20	15.63	12.62
Std. Deviation	2.80	2.15	2.78	3.07	2.73	2.65

Πίνακας 3 Credits at the end of the first semester

Credits obtained	Students	Percent
2	10	3.4
5	174	58.4
6	1	.3
7	107	35.9
8	2	.7
10	4	1.3
Total	298	100,0

Πίνακας 4 Academic achievements and levels of GSES, PWB, QSS, locus of control

Dimensions	academic achievements (mean)		F
	low	high	
self-esteem (GSES)	31.59	33.23	8.507**
personal growth (PWB)	12.69	13.58	7.549**
purpose in life (PWB)	15.44	15.72	.774
self-acceptance (PWB)	12.49	12.68	.366
autonomy (PWB)	14.59	14.61	.006
environmental mastery (PWB)	14.80	14.70	.142
relationship with others (PWB)	14.40	14.13	.575
relationship with schoolmates (QSS_S)	3.09	3.19	5.332**
relationship with teachers (QSS_S)	3.00	2.99	.090
academic interest (QSS_S)	2.97	3.01	.896
method of study (QSS_S)	3.01	3.03	.110
parents' expectation (QSS_S)	3.29	3.12	9.886**
academic self-esteem (QSS_S)	2.95	2.90	.560
structural aspects (QSS_S)	2.79	3.63	.031
future employment (QSS_S)	2.80	3.65	.192
internal academic locus of control	21.68	21.98	1.15
external academic locus of control	15.83	15.15	1.551**

Note: ** = $p < .001$

Πίνακας 5 Significant differences between low and high intrinsic motivation in the questionnaire dimensions

Dimensions	Intrinsic motivation	Mean	F
personal growth (PWB)	Low	12.88	4.488**
	High	13.54	
positive relationships with others (PWB)	Low	13.74	4.468**
	High	14.46	
relationships with schoolmates (QSS_S)	Low	3.09	6.340**
	High	3.20	
academic interest (QSS_S)	Low	2.84	9.187**
	High	2.99	
parents' expectations (QSS_S)	Low	3.10	4.548**
	High	3.21	
future employment (QSS_S)	Low	3.58	4.518**
	High	3.67	

Note: ** = $p < .001$

Πίνακας 6 Correlation among GSES and PWB dimensions

Dimensions	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1. self-esteem (GSES)	1						
2. autonomy	.378**	1					
3. environmental mastery	.321**	.226**	1				
4. personal growth	.264**	.200**	.160**	1			
5. positive relationships with others	.352**	.331**	.278**	.314**	1		
6. purpose in life	.400**	.294**	.359**	.230**	.346**	1	
7. self-acceptance	.441**	.415**	.341**	.251**	.291**	.402**	1

Note: ** = $p < .001$

Πίνακας 7 Correlation among GSES, academic climate and academic locus of control

Dimensions	I.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	II.
1.self-esteem (GSES)	I										
2.relationships with schoolmates (QSS_S)	.246**	I									
3.relationships with teachers (QSS_S)	.133**	.138*	I								
4.academic interest (QSS_S)	.182**	.239**	.319**	I							
5.method of study (QSS_S)	.161**	.238**	.270**	.544**	I						
6.parents' expectations (QSS_S)	.079	.214**	.113**	.250**	.338**	I					
7.academic self-esteem (QSS_S)	.465**	.152**	.249**	.346**	.365**	.191**	I				
8.structural aspects (QSS_S)	.143*	.261**	.438**	.425**	.331**	.149*	.204**	I			
9.future employment (QSS_S)	.155**	.151**	.282**	.382**	.312**	.185**	.214**	.365**	I		
10.internal academic locus of control	.163**	.048	.130*	.306**	.247**	.174**	.143*	.176**	.205**	I	
11.external academic locus of control	-.036	.137**	-.016	.064	-.045	.161**	-.007	.124*	.044	.236**	I

Note: * = $p < .01$; ** = $p < .001$

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 διλλήματα και λήψη αποφάσεων στη νοσηλευτική πρακτική)
- **Νοσηλευτική Νομοθεσία** (δίκαιο της υγείας, ατομικά δικαιώματα, νοσηλευτικό εργατικό δίκαιο, αξιώσεις ασθενών, επαγγελματικά δικαιώματα)

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

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

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

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

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

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

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

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

ΤΥΠΟΙ ΑΡΘΡΩΝ ΠΟΥ ΕΞΕΤΑΖΟΝΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗ

Το ΕΠΝΕ δημοσιεύει τα άρθρα κάτω από τρεις κύριες κατηγορίες:

Άρθρα σύνταξης και προοπτικές/απόψεις

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

Πρωτότυπα άρθρα - ερευνητικές εργασίες

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

Ανασκοπήσεις και σύντομες παρουσιάσεις (μέχρι 2000 λέξεις)

• Ανασκοπήσεις, που περιλαμβάνουν:

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

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ

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

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

Διαδικασία αξιολόγησης

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

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

ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΓΡΑΦΟΥ

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

ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΓΡΑΦΟΥ

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

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

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

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

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

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

Ευχαριστίες: περιορίστε τις ευχαριστίες στους βασικούς συνεισφέροντας.

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

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

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

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

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

Κείμενο: στην εισαγωγή του κειμένου απαιτείται για όλα

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

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

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

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

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

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

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

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

ρών. Οι αναφορές πρέπει να δοθούν στην ακόλουθη μορφή:

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

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

Dijkstra, A., Buist, G., Dassen, Th.W.N., 1996. Nursing-care dependency: development and psychometric testing of the NCD-scale for demented and mentally handicapped in-patients. In: *Proceedings of the 8th Biennial Conference of the WENR, Research on Nursing throughout the Lifespan*, vol. 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 συστάθηκε δια του Νόμου 3252/2004 υπό την μορφή Νομικού Προσώπου Δημοσίου Δικαίου και λειτουργεί ως επίσημος επαγγελματικός σύλλογος των Νοσηλευτών. Η εγγραφή σε αυτήν όλων των Νοσηλευτών, είναι υποχρεωτική, όπως συμβαίνει σε κάθε αντίστοιχο επιμελητήριο άλλων επαγγελματιών που λειτουργεί ως ρυθμιστικός φορέας και επίσημος σύμβουλος της Πολιτείας (Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, Δικηγορικός Σύλλογος Αθηνών, Τεχνικό Επιμελητήριο Ελλάδος, κ.τ.λ.).

Κυριότεροι σκοποί της ΕΝΕ

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

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

Μέλη της ΕΝΕ

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

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

Διάρθρωση της ΕΝΕ

Η ΕΝΕ διαρθρώνεται σε Κεντρική Διοίκηση, που εδρεύει στην Αθήνα και σε 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 II, 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 Νοσηλευτές είναι οικονομικώς τακτοποιημένοι.

Πειθαρχικός έλεγχος

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

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

Επιστημονικό Περιοδικό

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

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

Παράλληλα παρέχει τη δυνατότητα σε νέους επιστήμονες να έχουν εύκολη πρόσβαση στη γνώση και στην πρόοδο της νοσηλευτικής ενώ αποτελεί το επιστημονικό βήμα για τους νοσηλεύτες που απασχολούνται στην εκπαίδευση και στην κλινική νοσηλευτική να δημοσιεύσουν το έργο τους και να δεχθούν επισκοποδομητικές 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 διασκεδάσει και να προβάλλει πολύπλευρα τον κοινωνικό του προορισμό.

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

Μελλοντικοί Στόχοι

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

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