



Ελληνικό
περιοδικό της
Νοσηλευτικής
Επιστήμης

Τόμος 1, Τεύχος 1, Οκτώβριος 2008



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 Μπαλιτζή**

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ

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

ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ

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

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΙΔΙΚΩΝ ΣΥΜΒΟΥΛΩΝ

Σπύρος Βρεττός, Συγγραφέας, Διδάκτωρ Φιλολογίας.
Αθανάσιος Γιαννόπουλος, Αν. Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
Χρήστος Κίττας, Καθηγητής Ιατρικής Σχολής και Πρύτανης του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
Ιωάννης Μπράμης, Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
Κυριάκος Στριγγάρης, Ομότιμος Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Πρόεδρος Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας

Ιωάννης Υφαντόπουλος, Καθηγητής Κοινωνικής Πολιτικής, Νομικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

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

Δημήτριος Σκουτέλης, Πρόεδρος, **Αριστείδης Δάγλας**, Γενικός Γραμματέας, **Νικόλαος Ορφανός**, Α΄ Αντιπρόεδρος, **Κωνσταντία Μπελαλή**, Μέλος ΔΣ, **Δημοσθένης Σαληκίδης**, Μέλος ΔΣ, **Λάμπρος Μπίζας**, Αν. Γραμματέας, **Ελένη Αλμπάνη**, Οργαν. Γραμματέας, **Ευτέρπη Βασιλειάδου**, Μέλος ΔΣ, **Γεώργιος Δραχτιδης**, Μέλος ΔΣ, **Απόστολος Κωτσής**, Μέλος ΔΣ, **Δημήτριος Πιστόλας**, Ταμίας, **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 Μπίζας**, 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**

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 Κοσμοδάκη**

5ο Περιφερειακό Συμβούλιο

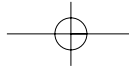
Πρόεδρος: **Απόστολος Κωτσής**, Αντιπρόεδρος: **Μαρία Σουλτούκη**, Γ. Γραμματέας: **Μαγδαληνή Σελαμανίδου**, Αν. Γραμματέας: **Μαρία Γκιτέρσου**, Ταμίας: **Κων/νος Νιανιόπουλος**, Μέλη: **Γεώργιος Ρότσας**, **Νικόλαος Κιούσης**

6ο Περιφερειακό Συμβούλιο

Πρόεδρος: **Γεωργία Θεοδωρακοπούλου**, Αντιπρόεδρος: **Νικόλαος Ορφανός**, Γ. Γραμματέας: **Γεώργιος Αρβανίτης**, Αν. Γραμματέας: **Γεώργιος 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 Μεραμβελιώτακης**, Αν. Γραμματέας: **Εμμανουήλ Αστουρακάκης**, Ταμίας: **Μιχαήλ Ζωγραφάκης- Σφακιανάκης**



Περιεχόμενα

Επιστημονικά άρθρα

Αξιολόγηση των αναγκών και της ικανοποίησης των αναπνευστικών ασθενών ΜΕΘ στην Ελλάδα από τους ίδιους και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό: περιγραφική μελέτη σελ 1

Μικροβιοφορία χεριών Ιατρικού και Νοσηλευτικού προσωπικού του Νοσοκομείου Κορίνθου σελ 15

Χρόνια Οσφυαλγία: Προκαταρκτικά αποτελέσματα από τη διερεύνηση του Άγχους και της Κατάθλιψης σε ασθενείς που πάσχουν από Χρόνια Οσφυαλγία σελ 25

Ανασκοπήσεις

Οι Έξυπνες Κάρτες στις Υπηρεσίες Υγείας: μια βιβλιογραφική ανασκόπηση σελ 35

Ασφαλής Νοσηλευτική Στελέκωση: μια συστηματική ανασκόπηση σελ 40

Βιβλιοκριτικές

Κλινική Ψυχιατρική 2η έκδ. σελ 49

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΗΣ ΕΝΩΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ (ΕΝΕ)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Η Επιστημονική Επιτροπή του Περιοδικού:

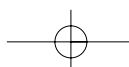
1. Θεωρεί ότι η ανοικτή πρόσβαση στη έρευνα, στις ανασκοπήσεις και σε άλλα άρθρα συντελεί ευρύτερα στην πρόοδο και εξέλιξη της νοσηλευτικής με τελικό στόχο την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας.

2. Δεσμεύεται να διατηρεί την ποιότητα του περιοδικού σε υψηλό επίπεδο και να προάγει την επιστημονική γνώση.

3. Παρέχει τα απαραίτητα εργαλεία και τη γνώση για την ορθή οργάνωση και παρουσίαση των δημοσιεύσεων.

4. Προωθεί την ελεύθερη και ανοικτή πρόσβαση στην επιστημονική γνώση για τους λειτουργούς της υγείας.

5. Αναγνωρίζει τις επιστημονικές ανάγκες της νοσηλευτικής κοινότητας και με τη δημιουργία του περιοδικού συμβάλλει στην ικανοποίησή τους.



editorial

Αυτονομία, αυτορρύθμιση, αυτοπροσδιορισμός: Οι πυλώνες της διενεργούμενης νοσηλευτικής μεταρρύθμισης από την ΕΝΕ

Η εποχή που διανύουμε, διάστικτη από νέα, πρωτοεμφανιζόμενα στοιχεία αναφορικά με τη μακρόχρονη ιστορία της Νοσηλευτικής, αποτελεί αναμφίβολα τη θρυαλλίδα της σχεδιαζόμενης-ίσως για πρώτη φορά με τρόπο οργανωμένο και θεσμοθετημένο- αναβάθμισης της Νοσηλευτικής και της άρρηκτα συνδεδεμένης με αυτήν επαγγελματικής και εργασιακής ανάτασης.

Νοσηλευτική εκπαίδευση και κλινική εφαρμογή, είναι δυο έννοιες αλληλοσυμπληρούμενες και αμφικαθοριζόμενες, έτσι που η ανάπτυξη της πρώτης, δεν ωφελεί σε τίποτε αν δεν ακολουθηθεί και από την ανταπόκριση της δεύτερης κάτι που ισχύει και αντίστροφως. Όσο δηλαδή κι αν προσδεύσει η παραγωγή της γνώσης με την ανάπτυξη της έρευνας και της τεχνολογίας, το ωφέλιμο αποτέλεσμα είναι ελάχιστο, εάν η ικανότητα μετουσίωσης της σε απτή παραγωγή έργου, παραμείνει πλημμελής.

Βεβαίως, οι λόγοι εξαιτίας των οποίων μπορεί να συμβεί το παραπάνω, είναι λίγο πολύ γνωστοί σε όλους εμάς που ασχολούμαστε με το εν λόγω αντικείμενο. Το ζητούμενο όμως είναι να περιορίσουμε τα αίτια που εκπηγάζουν από την ίδια τη νοσηλευτική μας κοινότητα και έπειτα να στραφούμε στην αναζήτηση των ευθυνών από τους άλλους.

Η ετερονομία της εκπαίδευσης, η παραχώρηση της δυνατότητας του καθορισμού και της διασφάλισης των θεσμών και της λειτουργίας της κοινότητάς μας σε άλλους επαγγελματικούς κλάδους και η ενίσχυση του υδροκέφαλου μοντέλου της Νοσηλευτικής, όπου η συσσωρευμένη γνώση αδυνατεί να φτάσει στους νοσηλευτές ελλείψει της κατάλληλης διόδου, οδήγησαν στην ανάγκη της αυτορρύθμισης του χώρου με αλλαγές τόσο θεσμοθετημένες, όσο και κοινά αποδεκτές.

Έτσι, η δημιουργία της ΕΝΕ με την ψήφιση του Ν. 3252/04, η ύπαρξη εκλεγμένης διοίκησης και η έναρξη της εφαρμογής των διατάξεων του εν λόγω νομοθετήματος, σε συνδυασμό με τη στήριξη του συνόλου των νοσηλευτών της χώρας και την ανάδειξη της ισχύος της πλειοψηφίας, χαράσσουν αποφασιστικά, μια ευκρινή και ανθεκτική στο χρόνο γραμμή, διαμηνύοντας προς κάθε κατεύθυνση ότι οι αλλαγές που έπονται για τον κλάδο, μπορούν κάλλιστα να χαρακτηριστούν ως κοσμογονικές.

Η Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδας, συνεργαζόμενη με επίλεκτους συναδέλφους του χώρου της εκπαίδευσης από την Ελλάδα και το εξωτερικό, οι οποίοι έχουν διακριθεί με το έργο τους στους τομείς της Νοσηλευτικής που ο καθένας εκπροσωπεί, έχει τη βάσιμη πεποίθηση ότι κάθε πρωτοποριακή επιστημονική ιδέα θα βρει γόνιμο έδαφος έκφρασης στις σελίδες του περιοδικού μας. Ο μελετητής του, θα βρει σε αυτές, τις πρωτότυπες εργασίες συστηματικών και επαληθεύσιμων γνώσεων, καθώς και τις ερευνητικές προσπάθειες καθορισμένων σημείων του επιστητού με συγκεκριμένες και ορθολογικές μεθόδους.

Στην κατεύθυνση αυτή και συνεκτιμώντας τη σημερινή κατάσταση, μπορεί ανενδοίαστα να υποστηριχθεί ότι η προσπάθεια της έκδοσης του περιοδικού που κρατάμε στα χέρια μας, αποτελεί έναν από τους ακρογωνιαίους λίθους, στην ευρύτερη προσπάθεια για την εδραίωση ενός στιβαρού και επιστημονικά αποδεκτού πλαισίου έκφρασης και αποθησαύρισης της νέας γνώσης, από επιστήμονες που θα έχουν την ευκαιρία να δημοσιεύσουν την εργασία τους σύμφωνα με τις διεθνώς ισχύουσες αρχές της ισονομίας, της αξιοκρατίας και της διαφάνειας.

Εξάλλου, ο σεβασμός στην ατομικότητα και στην ιδιαίτερη αξία καθενός από εμάς, προσδιορίζει νομοτελειακά και τη ζητούμενη πορεία προς την αναβάθμιση ολόκληρης της νοσηλευτικής μας κοινότητας, χωρίς αποκλεισμούς, στεγανά και περιχαρακώσεις. Γιατί δεν πρέπει να διαφεύγει από κανέναν, ότι η γνώση αποτελεί κτήμα όλων μας, πράγμα το οποίο οφείλουμε να διαφυλάξουμε ως κόρη οφθαλμού.

Καλή μας αρχή.

Δημήτριος Σκουτέλης
Πρόεδρος ΔΣ ΕΝΕ

Αριστείδης Δάγλας
Γενικός Γραμματέας ΔΣ ΕΝΕ

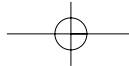
■ editorial

Επιστημονικό Περιοδικό της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος (ΕΝΕ)

Δρ. Κυριάκος Κουβελιώτης
Διευθυντής Σύνταξης

Η Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδας και η νοσηλευτική κοινότητα της χώρας αποκτούν το δικό τους Επιστημονικό Περιοδικό δομημένο και οργανωμένο με διεθνή πρότυπα, συνεισφέροντας με τον καλύτερο τρόπο στην πρόοδο της νοσηλευτικής επιστήμης. Το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης θα συμβάλει στην προαγωγή της νοσηλευτικής επιστημονικής γνώσης και θα ανοίξει ένα νέο κεφάλαιο στην σύγχρονη νοσηλευτική ιστορία της Ελλάδας. Σε αυτό το πλαίσιο, η ΕΝΕ στοχεύει στο να: συμβάλει στην ποιότητα φροντίδας ατόμων, ομάδων και του κοινωνικού συνόλου σε κάθε κατάσταση υγείας και αρρώστιας, να αναδείξει και να διερευνήσει επιστημονικά νοσηλευτικά θέματα, να δημιουργήσει νοσηλευτική πολιτική, να ενισχύσει τη νοσηλευτική έρευνα και γενικότερα να προάγει τη νοσηλευτική επιστήμη.

Το Επιστημονικό Περιοδικό καλύπτει τους ακόλουθους τομείς: την Νοσηλευτική Έρευνα, την Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, την Νοσηλευτική Εκπαίδευση, την Κλινική Νοσηλευτική, την Κοινωνική Νοσηλευτική, την Ηθική και Δεοντολογία της Νοσηλευτικής και τέλος την Νοσηλευτική Νομοθεσία.



Αξιολόγηση των αναγκών και της ικανοποίησης των αναπνευστικών ασθενών ΜΕΘ στην Ελλάδα από τους ίδιους και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό: περιγραφική μελέτη

Δημήτρης Ε. Παπαγεωργίου

Νοσηλεύτης ΠΕ, MSc, PhD, Υπεύθυνος Νοσηλευτικών Ειδικοτήτων Γ.Ν.Α. 'Γ. Γεννηματάς', Αθήνα.

Σταύρος Κωνσταντόπουλος,

Ιατρός, Καθηγητής Πνευμονολογίας, Πνευμονολογικό Τμήμα Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Νικόλαος Γκόνης

Βιολόγος MSc, υποψήφιος διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Αθηνών.

Μίλτος Βασιλείου

Ιατρός, Αναπλ. Καθηγητής Πνευμονολογίας
Πνευμονολογικό Τμήμα Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ανασκόπηση: Οι αναπνευστικοί ασθενείς στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) καθώς και οι συγγενείς τους αποτελούν πολύτιμη πηγή πληροφοριών σχετικά με τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν σε αυτήν τη φάση καθώς και τις εξειδικευμένες ανάγκες που έχουν.

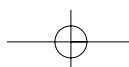
Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν η προσέγγιση των αναγκών των αναπνευστικών ασθενών και η εκτίμηση της ικανοποίησης σχετικά με τη φροντίδα που τους δόθηκε στις Μ.Ε.Θ. σύμφωνα με τις απόψεις του προσωπικού και των ασθενών.

Μέθοδος: Αναπτύχθηκε εξειδικευμένο ερωτηματολόγιο που δόθηκε στους αναπνευστικούς αρρώστους και στους φροντιστές τους, στις Μ.Ε.Θ. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε 72 ερωτήσεις που περιέγραφαν τις ακόλουθες δέκα διαστάσεις των αναγκών των ασθενών: εξυπηρέτηση βασικών αναγκών, επικοινωνία με προσωπικό, ικανό προσωπικό από άποψη τεχνικής αντιμετώπισης των αναγκών τους, συνέχεια φροντίδας, δυνατότητα επικοινωνίας με συγγενικό-φιλικό περιβάλλον, διαπροσωπική σχέση ασθενή-προσωπικού, ηθική, ανακούφιση πόνου, συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων και αποτελεσματική θεραπεία.

Αποτελέσματα: Ο έλεγχος των Mann-Whitney έδειξε ότι υπήρχαν σημαντικά στατιστικές διαφορές μεταξύ ασθενών και προσωπικού στο 86% των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου. Σημαντικά στατιστικές διαφορές μεταξύ των ασθενών και του προσωπικού βρέθηκαν στις 8 από τις 10 κατηγορίες αναγκών όπου οι ασθενείς εξέφρασαν περισσότερη ικανοποίηση από την παρεχόμενη στις Μ.Ε.Θ. φροντίδα σε σύγκριση με το προσωπικό αυτών.

Συμπεράσματα: οι επαγγελματίες υγείας και οι αναπνευστικοί άρρωστοι έχουν διαφορετικές απόψεις σε σχέση με το επίπεδο της παρεχόμενης φροντίδας από τις Μ.Ε.Θ. Τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν ότι η ικανοποίηση του ασθενή αυξάνεται όταν ικανοποιούνται οι ανάγκες του. Συμπερασματικά, αυτή η μελέτη ελπίζουμε να δώσει ώθηση και κατευθύνσεις για την καλύτερη κατανόηση των αναγκών των αναπνευστικών ασθενών ως ένα βήμα για την παροχή ποιοτικής φροντίδας στις Μ.Ε.Θ.

Λέξεις - κλειδιά: Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, ικανοποίηση αρρώστου, ανάγκες του αρρώστου, ποιοτική φροντίδα, νοσηλευτική αναπνευστικών παθήσεων.



επιστημονικά άρθρα

Εισαγωγή

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών έχει παρατηρηθεί αυξανόμενο ενδιαφέρον όσον αφορά στη μέτρηση και αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας που παρέχεται στο χώρο της υγείας (Greeneich και λοιποί, 1992). Αν και οι επαγγελματίες υγείας έχουν χρησιμοποιήσει ποικίλα μέσα μέτρησης της ποιότητας, η ικανοποίηση του ασθενή θεωρείται ίσως η πιο κυρίαρχη μέθοδος συλλογής πληροφοριών σχετικά με τις απόψεις των ασθενών για την ποιότητα της φροντίδας που λαμβάνουν (Mahon, 1996). Όπως έχει υπογραμμιστεί, ο πιο σημαντικός παράγοντας για την παροχή ποιοτικής φροντίδας είναι η επίτευξη και η προαγωγή τόσο της υγείας όσο και της ικανοποίησης του ασθενή (Sixma και λοιποί, 1998).

Παραδοσιακά, οι επαγγελματίες υγείας κρίνουν την ποιότητα φροντίδα βασιζόμενοι σε σκέψεις και ενέργειες πάνω στο τί οι ασθενείς τους θα ήθελαν να έχουν και πώς θα μπορούσαν να ικανοποιηθούν (Sitzia, 1997).

Τα πράγματα, όμως, αλλάζουν. Η Megivern και οι συνεργάτες της (1992) υποστήριξαν ότι στους σημερινούς ασθενείς δίνεται η ευκαιρία να επιλέξουν τί πραγματικά χρειάζονται και επιθυμούν όσον αφορά στη φροντίδα τους και να γίνουν έτσι μέλη της ομάδας λήψης αποφάσεων. Το τί προσμένουν μάλιστα οι ασθενείς από τις υπηρεσίες υγείας αποτελεί και το δεδομένο αξιολόγησης της φροντίδας που τελικά τους παρέχεται (Mooney, 2000).

Η αντιμετώπιση του χώρου της υγείας ως μια βιομηχανία υπηρεσιών και η αύξηση του καταναλωτισμού θα μπορούσαν να θεωρηθούν ως ένας σημαντικός λόγος για την αυξημένη προσοχή που έχει δοθεί στην ικανοποίηση του ασθενή. Κατά αυτήν την έννοια, το καταναλωτικό μοντέλο του χώρου της υγείας είναι μία προσέγγιση όπου ο ασθενής υιοθετεί το ρόλο του πελάτη κατά τη διάρκεια που λαμβάνει τη φροντίδα μέσα στον οποιοδήποτε χώρο υγείας αυτός νοσηλεύεται (Avis, 1992a). Οι ασθενείς είναι οι χρήστες ενώ οι επαγγελματίες υγείας οι παρέχοντες τη φροντίδα. Έτσι, μέσα σε ένα κλίμα συνεχούς ανταγωνισμού μεταξύ των οργανισμών υγείας, θεωρείται απαραίτητο να επιτρέπεται στους ασθενείς να επιλέγουν αυτούς που θα τους φροντίσουν με βάση το βαθμό ικανοποίησής τους όχι μόνο από την στάση των επαγγελματιών υγείας απέναντί τους αλλά και από το προϊόν της εργασίας τους (Batchelor και λοιποί, 1994).

Από την άλλη μεριά, οι όροι 'πελάτης' και 'ασθενής' θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν σαν διαφορετικές οντότητες. Ο ασθενής συνήθως υιοθετεί έναν μάλλον παθητικό ρόλο στη λήψη της φροντίδας ενώ παράλληλα οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν τους ασθενείς με έναν μάλλον πατεernalιστικό τρόπο (Hildman και λοιποί, 1990, Falkum και λοιποί, 2001).

Εντούτοις, από οποιαδήποτε οπτική γωνία και να δει κάποιος το ζήτημα αυτό, θα έπρεπε να παραδεχτεί ότι ο χώρος των υπηρεσιών υγείας πρέπει να είναι γνώστης των απόψεων και συμπεριφορών των πελατών / ασθενών. Επιπρόσθετα, ο εκδημοκρατισμός των υπηρεσιών υγείας όπως επίσης και η πρόοδος της επαγγελματικής ηθικής μέσω του σεβασμού στα ανθρώπινα δικαιώματα του ασθενή αποτελούν μία συνεχή πρόκληση για τους επαγγελματίες

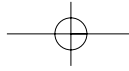
και διευθυντές του χώρου υγείας (Williamson, 1992, Eddie, 1994, Enehaug, 2000).

Η ικανοποίηση του ασθενή θα μπορούσε εναλλακτικά να θεωρηθεί και μία μεταβλητή που δεν επηρεάζει μόνο την συμπεριφορά της ασθένειας αλλά αλλοτριώνει τόσο την σωματική όσο και την ψυχολογική υγεία του ασθενή (Carr-Hill, 1992, Kane και λοιποί, 1997).

Η ερευνητική βιβλιογραφία έχει αποκαλύψει διάφορες διαστάσεις της έννοιας «ικανοποίηση του ασθενή» μέσα από λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιούν ασθενείς σε έρευνες προκειμένου να χαρακτηρίσουν την παραμονή τους σε ένα νοσοκομείο. Έτσι, ο όρος ικανοποίηση περιγράφεται μέσα από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: την τέχνη της φροντίδας (θετικά χαρακτηριστικά γνώρισμα, όπως η φιλικότητα και το ενδιαφέρον), την τεχνική της φροντίδας (για παράδειγμα την ακρίβεια, την προσοχή σε λεπτομέρειες), την διαπροσωπική φροντίδα, την προσιτότητα, το φυσικό περιβάλλον παροχής, τη διαθεσιμότητα, τη συνέχεια, την αποτελεσματικότητα, την ασφάλεια, την παροχή πληροφοριών, την έλλειψη θορύβου, την καθαριότητα και την υπηρεσία φαγητού (Meterko και λοιποί, 1990, Williams, 1991, Carey και λοιποί, 1993, Avis και λοιποί, 1997).

Παρά το έντονο ενδιαφέρον, όμως, της βιβλιογραφίας του χώρου της υγείας για την ικανοποίηση του ασθενή δεν υπάρχει κάποιος ορισμός αυτής ή κάποιος συγκεκριμένος προσδιορισμός των διαστάσεών της με τον οποίο οι πάντες να συμφωνούν (Linder-Pelz, 1982a, Like και λοιποί, 1987, Straniszewska, 1999). Αυτό, ίσως, με το οποίο όλοι θα συμφωνούσαν είναι ότι η εκτίμηση των απόψεων των ασθενών για το είδος της φροντίδας που λαμβάνουν θα έπρεπε να προηγείται οποιασδήποτε προσπάθειας προσδιορισμού και μέτρησης είτε της ικανοποίησης του ασθενή είτε των διαστάσεων αυτής. Μια ενδιαφέρουσα άποψη ήταν αυτή των Thompson & Sunol (1995), οι οποίοι υποστήριξαν ότι η κριτική των ασθενών σχετικά με τη φροντίδα που λαμβάνουν δεν είναι τίποτε άλλο παρά οι προσμονές τους από τη φροντίδα αυτή και έτσι, για να κατανοηθεί η επιρροή τους στην ικανοποίηση του ασθενή, αυτές οι προσμονές θα πρέπει πρώτα να κατανοηθούν και να μετρηθούν.

Μελέτες σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) έχουν πραγματοποιηθεί με σκοπό περισσότερο να προσδιορίσουν τα κύρια προβλήματα που σχετίζονται με το είδος της φροντίδας που οι ασθενείς λαμβάνουν εκεί παρά να εκτιμήσουν το επίπεδο της ικανοποίησης των αναγκών τους κατά τη διάρκεια νοσηλείας τους. Η παρούσα μελέτη επικεντρώνεται στις ανάγκες των αναπνευστικών ασθενών. Οι ασθενείς αυτοί αποτελούν μία συγκεκριμένη και μαζική κατηγορία ασθενών που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ, και η μηχανική υποστήριξη, επεμβατική ή μη, δεν συμβάλλει μόνο στην εφαρμογή διαφορετικών θεραπευτικών προγραμμάτων αλλά αποτελεί τον κύριο λόγο για την νοσηλεία των ασθενών αυτών σε περιβάλλον εντατικής φροντίδας, γεγονός που από μόνο του προκαλεί ποικίλα προβλήματα κατά την εφαρμογή του. Έχει αυτή η κατηγορία των ασθενών ειδικές ανάγκες, διαφορετικές ίσως ως έναν βαθμό από εκείνες του υπόλοιπου πληθυσμού των γενικών ΜΕΘ; Σύμφωνα με τα



επιστημονικά άρθρα

όσα γνωρίζουμε, καμμία προηγούμενη προσπάθεια δεν έχει γίνει διεθνώς για την ανάπτυξη ενός εργαλείου μέτρησης της ικανοποίησης των αναπνευστικών ασθενών από την εντατική φροντίδα. Υπ' αυτήν την έννοια, η μελέτη αυτή θα μπορούσε να αποτελέσει ένα θέμα προσέλευσης του διεθνούς ενδιαφέροντος και ακόμη περισσότερο του ενδιαφέροντος στον Ελλαδικό χώρο, όπου η πλειοψηφία των ΜΕΘ είναι γενικές ΜΕΘ και στις οποίες οι αναπνευστικοί ασθενείς αντιπροσωπεύουν το υψηλότερο ποσοστό αυτών που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ. Εξάλλου, καμμία άλλη μελέτη δεν έχει ασχοληθεί με το να ανακαλύψει τις ανάγκες τέτοιων ασθενών στην Ελλάδα.

Έτσι, αυτή η μελέτη περιγράφει τη διαδικασία ανάπτυξης και εφαρμογής ενός εργαλείου μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών σε περιβάλλον ΜΕΘ, σε μια προσπάθεια να εκτιμηθούν οι ανάγκες των αναπνευστικών

ασθενών (φυσιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικές) στην Ελλάδα, όπως αυτές εκφράζονται από ασθενείς ΜΕΘ και προσωπικό, και να φωταγωγήσει έτσι τις τυχόν υπάρχουσες διαφορές που μπορεί να υπάρχουν στις απόψεις τους. Επιπρόσθετα, παρέχονται κάποιες σημαντικές πληροφορίες και συστάσεις για το προσωπικό, τους ιθύνοντες των ΜΕΘ και των νοσοκομείων καθώς και προτάσεις για τη διενέργεια μελλοντικών ερευνών. Ελπίζουμε ότι τα ευρήματα αυτής της μελέτης θα μπορούσαν να λειτουργήσουν ως ένα μέσο συνεχούς βελτίωσης της πρακτικής της εντατικής φροντίδας με το περισσότερο δυνατόν κέρδος για όλους τους ασθενείς που νοσηλεύονται σε ελληνικές ΜΕΘ και όχι μόνο για τους αναπνευστικούς ασθενείς.

Μέθοδος

Σχέδιο έρευνας

Ο σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να μετρήσουμε το επίπεδο της ικανοποίησης των αναπνευστικών ασθενών από την φροντίδα που τους παρέχεται κατά την παραμονή τους στη ΜΕΘ, σύμφωνα με την άποψη όχι μόνο των ιδίων των ασθενών αλλά και του προσωπικού που τους φροντίζει. Αυτή η έρευνα ήταν μια περιγραφική μελέτη που έλαβε χώρα σε 10 νοσοκομεία με 12 ΜΕΘ, οι οποίες ποίκιλλαν από 4 έως 12 κρεβάτια, με μια μέση πληρότητα κρεβατιών πάνω από 90% και μια αναλογία νοσηλευτή ανά ασθενή 1:2 ή 1:3, ανάλογα με την κατάσταση του ασθενή. Οι απαντήσεις των ασθενών δεν συγκρίθηκαν με εκείνες που έδωσε το προσωπικό που τους φρόντιζε στην συγκεκριμένη ΜΕΘ. Αυτό σημαίνει ότι οι απόψεις των ασθενών και του προσωπικού εκτιμήθηκαν συνολικά προκειμένου να αποφευχθούν τυχόν περιορισμοί από προκατάληψη.

Δείγμα

Κατά την διάρκεια του έτους 2003 (Φεβρουάριος – Νοέμβριος), μελετήσαμε τις απόψεις ασθενών και ιατρονοσηλευτικού προσωπικού ΜΕΘ σχετικά με τις ανάγκες των αναπνευστικών ασθενών. Οι ασθενείς συμμετείχαν μόνο μια φορά στη μελέτη αυτή. Υπήρχαν έξι (6) κριτήρια επιλογής των ασθενών για το δείγμα της μελέτης: να είναι άνω των 18 ετών - να είναι δηλαδή ενήλικες που μπορούσαν να δώσουν την συγκατάθεσή τους για συμμετοχή στην έρευνα, να έχουν νοσηλευτεί στη συγκεκριμένη ΜΕΘ για 4 τουλάχιστον ημέρες πριν την πραγματοποίηση της συνέντευξης, να αντιμετωπίζουν αναπνευστικά προβλήματα, να μην βρίσκονται σε μηχανική υποστήριξη προκειμένου να έχουν τη δυνατότητα λεκτικής επικοινωνίας, να βρίσκονται σε κατάσταση ψυχικής ηρεμίας και πνευματικής διαύγειας μετά από εισήγηση και του θεράποντος ιατρού, και τέλος, να μη λαμβάνουν ψυχιατρικά φάρμακα ή να υποβάλλονται σε κάποια θεραπευτική ή διαγνωστική διαδικασία που πιθανώς να επηρέαζε την ψυχολογική ή τη συναισθηματική τους κατάσταση.

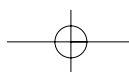
Επίσης, το δείγμα περιελάμβανε επαγγελματίες υγείας (ιατρούς και νοσηλευτές), οι οποίοι είχαν κυκλικό ωράριο

εργασίας. Το μόνο κριτήριο συμμετοχής για το προσωπικό ήταν να έχει ένα (1) τουλάχιστον έτος εμπειρίας στη ΜΕΘ.

Συλλογή δεδομένων

Πολλά ερωτηματολόγια έχουν κατά καιρούς αναπτυχθεί προκειμένου να μετρήσουν την ικανοποίηση ή τις ανάγκες του ασθενή. Εντούτοις, ελάχιστα γνωρίζουμε σχετικά με τις ανάγκες των αναπνευστικών ασθενών που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ. Αυτός ήταν και ο λόγος που αναπτύξαμε ένα ερωτηματολόγιο το οποίο επικεντρώθηκε στις ανάγκες των αναπνευστικών ασθενών και στην μέτρηση της ικανοποίησής τους από την παρεχόμενη στις ΜΕΘ φροντίδα. Η ανάπτυξη του περιεχομένου του εργαλείου μέτρησης στηρίχθηκε στην ύπαρξη εννοιολογικών θεωριών σχετικά με όρους όπως «η ικανοποίηση του ασθενή», «οι ανάγκες του ασθενή» και «ποιοτική φροντίδα», στην υπάρχουσα ερευνητική δραστηριότητα για ασθενείς με σοβαρά προβλήματα υγείας, στην συμβουλευτική υποστήριξη εκ μέρους εξειδικευμένων επαγγελματιών υγείας και ιατρών ΜΕΘ καθώς και στην συμμετοχή αναπνευστικών ασθενών ΜΕΘ σε ανοιχτές ημι-δομημένες συνεντεύξεις. Το τελικό ερωτηματολόγιο περιελάμβανε 72 ερωτήσεις οι οποίες κατηγοριοποιήθηκαν ως εξής: εξυπηρέτηση βασικών αναγκών, επικοινωνία με προσωπικό, ικανό προσωπικό από άποψη τεχνικής αντιμετώπισης των αναγκών των ασθενών, συνέχεια φροντίδας, δυνατότητα επικοινωνίας με συγγενικό-φιλικό περιβάλλον ασθενή, διαπροσωπική σχέση ασθενή-προσωπικού, ηθική, ανακούφιση πόνου, συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων και αποτελεσματική θεραπεία. Αυτές οι δέκα κατηγορίες όπου ομαδοποιήθηκαν οι ερωτήσεις, αντικατοπτρίζουν δέκα διαφορετικές διαστάσεις των αναγκών των ασθενών οι οποίες επηρεάζουν την ικανοποίηση των αναπνευστικών ασθενών ΜΕΘ όχι μόνο στην Ελλάδα αλλά και οπουδήποτε αλλού. Για την βαθμολόγηση των ερωτήσεων χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα διαβάθμισης 4 σημείων: καθόλου ικανοποιημένος, λίγο ικανοποιημένος, αρκετά ικανοποιημένος, πολύ ικανοποιημένος.

Τα ερωτηματολόγια δίνονταν στους ασθενείς όταν



επιστημονικά άρθρα

ήταν έτοιμοι να μεταφερθούν από την ΜΕΘ σε κλινική για αποκατάσταση με σκοπό την διερεύνηση των παραγόντων εκείνων που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών από την παρεχόμενη σε ΜΕΘ φροντίδα. Το ίδιο ερωτηματολόγιο εδόθη και στο προσωπικό των ΜΕΘ όπου του ζητήθηκε να απαντήσει όχι σύμφωνα με την δική του άποψη αλλά σύμφωνα με το πώς πιστεύει ότι θα απαντούσαν οι ασθενείς. Η ανακάλυψη τόσο των απόψεων των αναπνευστικών ασθενών όσο και του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού είχε ως σκοπό την ανάδειξη των διαφορών που πιθανόν να υπάρχουν στις απόψεις τους.

Επιπρόσθετα, το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε δημογραφικά στοιχεία τόσο των ασθενών όσο και των επαγγελματιών υγείας.

Αξιοπιστία και εγκυρότητα εργαλείου μέτρησης

Η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου στηρίχθηκε στην μελέτη θεωρητικών προσδιορισμών της ικανοποίησης του ασθενή, των αναγκών των ασθενών, της ποιοτικής φροντίδας γενικώς αλλά και ειδικότερα στις ΜΕΘ, καθώς και στην μελέτη των αποτελεσμάτων της υπάρχουσας ερευνητικής δραστηριότητας σχετικά με τον προσδιορισμό των αναγκών των ασθενών (Smith, 1992, Stein και λοιποί, 1993, Gothenstrom και λοιποί, 1995, VanderVeen και λοιποί, 1996, Niles και λοιποί, 1996, Egbert, 1996, Eriksson, 1997, Kristensson-Hallstrom και λοιποί, 2000). Χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής άλφα (Cronbach's coefficient alpha) για την αξιολόγηση της αξιοπιστίας ολόκληρου του εργαλείου μέτρησης αλλά και για κάθε μία κατηγορία ξεχωριστά. Έτσι, ο συντελεστής άλφα για το σύνολο των 72 ερωτήσεων ποίκιλε από 0.92 για τους ασθενείς έως 0.95 για το προσωπικό. Ο συντελεστής άλφα για κάθε κατηγορία, όσον αφορά στους ασθενείς, ήταν: εξυπηρέτηση βασικών αναγκών 0.95, επικοινωνία με προσωπικό 0.87, ικανό προσωπικό από άποψη τεχνικής αντιμετώπισης των αναγκών των ασθενών 0.84, συνέχεια φροντίδας 0.54, δυνατότητα επικοινωνίας με συγγενικό-φιλικό περιβάλλον ασθενή 0.63, διαπροσωπική σχέση ασθενή-προσωπικού 0.71, ηθική 0.56, ανακούφιση πόνου 0.74, συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων 0.54, αποτελεσματική θεραπεία 0.73, ενώ για τους επαγγελματίες υγείας ήταν 0.53, 0.81, 0.79, 0.67, 0.70, 0.82, 0.73, 0.66, 0.54 και 0.87 αντίστοιχα.

Η εγκυρότητα του περιεχομένου του εργαλείου μέτρησης στηρίχθηκε σε pre-testing που έγινε σε ασθενείς και προσωπικό ΜΕΘ όπου ζητήθηκε από 20 αναπνευστικούς ασθενείς και 20 επαγγελματίες υγείας να κρίνουν το περιεχόμενο και τον σκελετό του ερωτηματολογίου. Για παράδειγμα ρωτήθηκαν εάν οι ερωτήσεις ήταν ευκολονόητες ή αν ήταν συντακτικώς καλά διατυπωμένες ή εάν έπρεπε να επισημανθούν και άλλα θέματα.

Στατιστική ανάλυση

Για την επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS II (Statistical package for the Social Sciences) για Windows. Θέτοντας ένα επίπεδο σημαντικότητας $p \leq 0,05$, έγινε ο μη παραμετρικός έλεγχος U των Mann-Whitney προκειμένου να υπολογιστεί

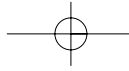
αν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των αξιολογήσεων των ασθενών και του προσωπικού στις 72 ερωτήσεις που απαρτίζουν τις 10 κατηγορίες αναγκών. Όλα οι δοκιμές έγιναν με πιθανότητα διπλής ουράς (2-tailed).

Ηθική

Πληροφορημένη συγκατάθεση δινόταν από όλους τους συμμετέχοντες στην έρευνα. Όταν ο ερευνημένος συμφωνούσε να συμμετάσχει στην έρευνα, ο ερευνητής του έθετε τις ερωτήσεις και εκείνος βσιζόμενος στις εμπειρίες του απαντούσε χρησιμοποιώντας μία εκ των τεσσάρων επιλογών-πολύ ικανοποιημένος, αρκετά ικανοποιημένος, λίγο ικανοποιημένος, καθόλου ικανοποιημένος. Δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως η ηλικία, το φύλο, η εθνικότητα, η οικογενειακή και επαγγελματική κατάσταση και το μορφωτικό επίπεδο απαντήθηκαν από όλους τους ασθενείς. Επιπρόσθετα, οι ασθενείς ρωτήθηκαν σχετικά με τον τόπο διαμονής, την διάγνωση που ετέθη στην εισαγωγή, τις γνώσεις που έχουν σχετικά με την ασθένειά τους, την συχνότητα εισαγωγής τους στο ίδιο ή και σε άλλο νοσοκομείο κατά το παρελθόν, τον τρόπο εισαγωγής και τέλος, την φαρμακευτική ή υποστηρικτική αγωγή που ακολουθούσαν εφόσον ήταν χρόνιοι ασθενείς.

Όλοι οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονταν στις συγκεκριμένες ΜΕΘ κλήθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα αφού πρώτα ενημερώθηκαν προφορικά. Σε αυτούς που τελικά δέχτηκαν να συμμετάσχουν, ζητήθηκε να μεταφράσουν τις απόψεις των ασθενών τους και συμπλήρωσαν το ίδιο ερωτηματολόγιο με τους ασθενείς. Το προσωπικό των ΜΕΘ ρωτήθηκε σχετικά με την ηλικία, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, την επαγγελματική τους ιδιότητα, το μορφωτικό τους επίπεδο και τα χρόνια προϋπηρεσίας.

Πριν από την διεξαγωγή της έρευνας έγινε σχετικό αίτημα στο Δ.Σ. του Ιδρύματος. Στη συνέχεια δόθηκε άδεια για τη διεξαγωγή της έρευνας από τους διευθυντές των ΜΕΘ των Νοσοκομείων. Όλοι οι συμμετέχοντες στην έρευνα ενημερώθηκαν ότι η συμμετοχή είναι εθελοντική και ως εκ τούτου τα αποτελέσματα μπορούν να δημοσιοποιηθούν και να ανακοινωθούν σε συνέδρια. Όσον αφορά στην συμμετοχή των ασθενών, ο ερευνητής ζητούσε από έναν εργαζόμενο της ΜΕΘ, ο οποίος δεν συμμετείχε στην έρευνα, να ενημερώσει τον ασθενή που έπασχε από αναπνευστική ανεπάρκεια για το αν επιθυμεί εθελοντικά να συμμετάσχει στην έρευνα. Όσον αφορά στην συμμετοχή επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι ενθαρρύνονταν αλλά δεν καθοδηγούνταν ή εξαναγκάζονταν από τους διευθυντές των ΜΕΘ να συμμετάσχουν στην έρευνα, ο ίδιος ο ερευνητής ζητούσε τη συμμετοχή τους. Ο ερευνητής διαβεβαίωνε τους ασθενείς για την τήρηση της ανωνυμίας τους. Έτσι, οι απαντήσεις των ασθενών υπήρξαν ειλικρινείς, χωρίς να επηρεαστούν από το αίσθημα εξάρτησης τους από το προσωπικό σχετικά με τη φροντίδα τους ή από φόβο μήπως οι απόψεις τους οδηγήσουν σε κακομεταχείρισή τους εν συνεχεία από το προσωπικό.



επιστημονικά άρθρα

Αποτελέσματα

62 αναπνευστικοί ασθενείς ΜΕΘ πληρούσαν τα κριτήρια και δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα. 49 μέλη ιατρονοσηλευτικού προσωπικού ΜΕΘ, με χρόνο προϋπηρεσίας τουλάχιστον 1 έτος, επέστρεψαν τα ερωτηματολόγια.

Χαρακτηριστικά δείγματος

Η μέση ηλικία των 62 ασθενών ήταν τα 56.37 έτη με μια τυπική απόκλιση τα 17.26 έτη. Τα υπόλοιπα δημογραφικά στοιχεία και βασικά χαρακτηριστικά τους φαίνονται στον πίνακα 1.

Η μέση ηλικία του προσωπικού ήταν τα 32.94 έτη με μια τυπική απόκλιση τα 7.10 έτη. Η προϋπηρεσία του προσωπικού κυμάνθηκε από 1 έτος έως 23 έτη με μια μέση τιμή τα 6.41 έτη. Άλλα δημογραφικά χαρακτηριστικά – φύλο, οικογενειακή και επαγγελματική κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο – φαίνονται στον πίνακα 2.

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά δεν διέφεραν σημαντικά μεταξύ ασθενών και προσωπικού ΜΕΘ.

Αποτελέσματα στατιστικής ανάλυσης

Η ανάλυση έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας στις 62 από τις 72 ερωτήσεις. Ο πίνακας 3 δείχνει τις μέσες αξιολογήσεις των απαντήσεων που οι ασθενείς και το προσωπικό έδωσαν. Σε όλες τις περιπτώσεις, εκτός από την αποτελεσματική ρύθμιση του φωτισμού και την παροχή προχωρημένης καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης, οι ασθενείς εμφανίστηκαν περισσότερο ικανοποιημένοι από την παρεχόμενη στις ΜΕΘ φροντίδα από ό,τι το προσωπικό αυτών.

Στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ασθενών και του προσωπικού βρέθηκαν και στις 8 από τις 10 κατηγορίες αναγκών. Αυτές είναι: η αποτελεσματική θεραπεία, η επικοινωνία με προσωπικό, το ικανό προσωπικό από άποψη τεχνικής αντιμετώπισης των αναγκών των ασθενών, η συνέχεια φροντίδας, η δυνατότητα επικοινωνίας με συγγενικό-φιλικό περιβάλλον ασθενή, η διαπροσωπική σχέση ασθενή-προσωπικού, η ηθική και η ανακούφιση πόνου. Μόνο στις κατηγορίες που αφορούν στην εξυπηρέτηση βασικών αναγκών και στην συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, οι απαντήσεις και των δύο συμφωνούν. Το σχήμα 1 δείχνει πώς οι κατηγορίες των αναγκών βαθμολογήθηκαν από αναπνευστικούς ασθενείς και προσωπικό ΜΕΘ παρουσιάζοντας τη μέση αξιολόγηση για τις δύο ομάδες του δείγματος.

Περιορισμοί

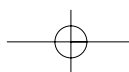
Υπάρχουν κάποιοι περιορισμοί στη μελέτη αυτή οι οποίοι πρέπει να ληφθούν υπόψη για την καλύτερη επεξεργασία και γενίκευση των αποτελεσμάτων. Το μέγεθος του δείγματος των αναπνευστικών ασθενών θα μπορούσε να θεωρηθεί μικρό από πλευράς αξιοπιστίας της μέτρη-

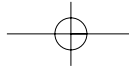
σης καθώς αποτελούσε ένα ενδεικτικό δείγμα από τον ολικό πληθυσμό αναπνευστικών ασθενών ΜΕΘ που νοσηλεύονταν στα συγκεκριμένα νοσοκομεία τη δεδομένη στιγμή διενέργειας της έρευνας. Θα μπορούσε κάποιος να υπαινιχθεί προκατάληψη στη συλλογή του δείγματος. Από την άλλη, η διεξαγωγή έρευνας σε περιβάλλον εντατικής φροντίδας όπου οι ασθενείς πάσχουν από βαριάς μορφής αρρώστιες και η θεραπεία τους είναι πολυποίκιλη, αποτελεί ένα πρόβλημα από μόνο του μιάς και οι ασθενείς δεν είναι πάντοτε στη διαθεσιμότητα του ερευνητή. Στην παρούσα μελέτη, ένας αριθμός ασθενών που είχε δώσει την προφορική του συγκατάθεση, δεν προσεγγίστηκε λόγω των έντονων θεραπευτικών σχημάτων στα οποία υποβάλλονταν, ενώ κάποιοι άλλοι ασθενείς επειδή τη δεδομένη στιγμή δεν ήταν δυνατόν να επικοινωνήσουν προφορικά. Το σχετικό μικρό δείγμα της μελέτης αυτής αποτελεί φυσικά ένα σημαντικό πρόβλημα, δεν διαφαίνεται όμως να έχει επηρεάσει τα αποτελέσματα και συμπεράσματα σε τόσο μεγάλο βαθμό. Επίσης, οι απόψεις αναφορικά με την εντατική φροντίδα αναπνευστικών ασθενών που ενώ είχαν πολλά και διαφορετικής φύσης προβλήματα να αντιμετωπίσουν, αποδέχτηκαν τη συμμετοχή, δεν φαίνεται να διαφέρουν σημαντικά από εκείνες αναπνευστικών ασθενών που βρίσκονταν σε καλύτερη κατάσταση υγείας.

Ένας δεύτερος περιορισμός αποτελεί το γεγονός ότι τα ευρήματα της μελέτης αντικατοπτρίζουν τις απόψεις αναπνευστικών ασθενών από δέκα μόνο νοσοκομεία της χώρας και συγκεκριμένα δώδεκα Μονάδων Εντατικής Θεραπείας αυτών χωρίς απαραίτητα να αντικατοπτρίζουν τις απόψεις του συνόλου των αναπνευστικών ασθενών που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ πανελλαδικώς. Πιθανώς, κάποιοι συγκεκριμένοι οργανωτικοί παράγοντες των μονάδων αυτών να έχουν ένα βαθμό επίδρασης στη συλλογή των παρόντων δεδομένων.

Με δεδομένη την ποικιλία των επαγγελματιών υγείας που λειτουργούν κάτω από την ομπρέλα της παροχής φροντίδας στις ΜΕΘ, το ότι το προσωπικό που συμμετείχε στην παρούσα μελέτη αποτελούνταν μόνο από γιατρούς και νοσηλευτές, αποτελεί ίσως έναν τρίτο περιορισμό στη γενίκευση των αποτελεσμάτων. Το ίδιο ισχύει και για το γεγονός ότι το προσωπικό αυτό προήλθε από δώδεκα μόνο Ελληνικές ΜΕΘ. Η σύγκριση των απόψεων αναπνευστικών ασθενών ΜΕΘ και διαφορετικών ειδικοτήτων επαγγελματιών υγείας που στελεχώνουν τις ΜΕΘ στην Ελλάδα, θα ήταν ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα.

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





επιστημονικά άρθρα

Συζήτηση

Η παρούσα μελέτη έδειξε μεγάλες διαφορές μεταξύ των αναπνευστικών ασθενών και του προσωπικού όσον αφορά στην εκτίμηση της ποιότητας της εντατικής φροντίδας στην Ελλάδα. Αυτό το συμπέρασμα δεν είναι τόσο πεσιμιστικό όσο φαίνεται αρχικώς. Όπως αναμενόταν, οι ασθενείς ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι σε ποσοστό 86% επί του ερωτηματολογίου. Επιπλέον, είναι αξιοσημείωτο ότι στο ερωτηματολόγιο των τεσσάρων σημείων, οι ασθενείς βαθμολόγησαν τις περισσότερες ερωτήσεις (60 από τις 72) με υψηλότερη βαθμολογία απ' ό,τι το προσωπικό. Όλες αυτές οι ερωτήσεις σχετίζονταν με ζητήματα για τα οποία οι ασθενείς μπορούσαν να έχουν πιο ακριβή αντίληψη των πραγμάτων. Αντιθέτως, το προσωπικό βαθμολόγησε υψηλότερα δύο ερωτήσεις που είχαν να κάνουν αφενός μεν με την ικανότητα του προσωπικού να αντιμετωπίζει αποτελεσματικά την αδυναμία ύπνου των ασθενών τους και αφετέρου με την ικανότητά του στην υποστήριξη των ζωτικών οργάνων (υποστήριξη της αναπνοής, φάρμακα). Οι ασθενείς ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι στις 8 από τις 10 κατηγορίες αναγκών αναφορικά με την αποτελεσματική φροντίδα, επικοινωνία με προσωπικό, ικανό προσωπικό από άποψη τεχνικής αντιμετώπισης των αναγκών των ασθενών, ανακούφιση πόνου, δυνατότητα επικοινωνίας με συγγενικό-φιλικό περιβάλλον ασθενή, διαπροσωπική σχέση ασθενή-προσωπικού, συνέχεια φροντίδας και ηθική.

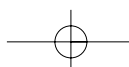
Η αποτελεσματικότητα της φροντίδας βρέθηκε ότι αποτελεί τον σπουδαιότερο παράγοντα της ικανοποίησης των αναπνευστικών ασθενών στη ΜΕΘ. Θετική σχέση μεταξύ της αποτελεσματικότητας και της ικανοποίησης των ασθενών αναφέρθηκε και από άλλους ερευνητές για τους οποίους η αποτελεσματικότητα σχετίζεται με τα θεραπευτικά μέτρα και τις βελτιώσεις στην κατάσταση υγείας του ασθενή (Carmel, 1985, Fitzpatrick και λοιποί, 1987, Nelson και λοιποί, 1989, Carr-Hill, 1992). Παράγοντες καθοριστικοί για την ικανοποίηση του ασθενή αναφέρονται συχνά εκτός από την αποτελεσματικότητα και η αποδοχή, η αποδοτικότητα και η συνέχεια της φροντίδας ((Donabedian, 1980, Marek, 1997). Ο Holland (1983) ανακάλυψε ότι η αποτελεσματικότητα είναι ο βασικότερος παράγοντας της ποιοτικής φροντίδας από τη στιγμή που μπορεί να εκφραστεί ως μείωση της νοσηρότητας και της θνητότητας ή με όρους σχετικούς με ανάρρωση, αποκατάσταση και επιβίωση. Πιθανόν οι ασθενείς της μελέτης αυτής θα μπορούσαν να συμφωνήσουν με αυτή την ιδέα αν σκεφτούμε ότι η υψηλή βαθμολόγηση της αποτελεσματικότητας προέρχεται από ασθενείς που αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους, και των οποίων ο κύριος στόχος είναι να γίνουν το γρηγορότερο καλά. Κατ' αυτόν τον τρόπο, αποτελεσματικότητα για αυτούς σημαίνει ιατρική αποτελεσματικότητα, οικονομική αποδοτικότητα και κοινωνική αποδοχή τα οποία όλα μαζί συμβάλλουν στην ικανοποίηση των προσμονών τους και στη βελτίωση του περιβάλλοντος υγείας.

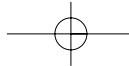
Η ανάγκη για καλή επικοινωνία μεταξύ ασθενή και επαγγελματία υγείας βαθμολογήθηκε, επίσης, υψηλά από

τους ασθενείς και χαμηλότερα από τους επαγγελματίες υγείας, αναδεικνύοντας την σπουδαιότητα της ανάγκης αυτής για τους ασθενείς. Αυτό το αποτέλεσμα της παρούσας μελέτης ισχυροποιεί προηγούμενη μελέτη που εξέτασε την σπουδαιότητα της επικοινωνίας αναφορικά με την ποιοτική φροντίδα (Stuart, 1995). Οι αναπνευστικοί ασθενείς περιέγραψαν ως ικανοποιητική επικοινωνία εκείνη που λαμβάνει χώρα όταν το προσωπικό επικοινωνεί μαζί τους με λεκτικούς αλλά και μη λεκτικούς τρόπους, όταν αντιμετωπίζονται με αγάπη, και όταν τους προσφέρονται ελπίδα, ησυχία, χιούμορ, ενημέρωση και κατανόηση. Το γεγονός ότι το προσωπικό των ΜΕΘ σκέφτεται ότι οι ασθενείς είναι λιγότερο ικανοποιημένοι με την επικοινωνία που αυτό παρέχει από ό,τι πραγματικά συμβαίνει, θα μπορούσε να εξηγηθεί από το γεγονός ότι το προσωπικό αισθάνεται ότι θα μπορούσε και θα έπρεπε να προσφέρει περισσότερα στους ασθενείς. Μια άλλη εξήγηση θα μπορούσε να ήταν ότι το προσωπικό βασίζει τις απόψεις του στην επαγγελματική του εμπειρία, ενώ οι ασθενείς εκφράζουν τις προσωπικές τους -μη επαγγελματικές- στάσεις. Παρόμοιες διαφορές μεταξύ ασθενών και προσωπικού έχουν επίσης βρεθεί και σε άλλες μελέτες (Von Essen και λοιποί 1993, Lovgren, 1998).

Υψηλότερη βαθμολόγηση από τους ασθενείς και χαμηλότερη από τα μέλη του προσωπικού ΜΕΘ παρατηρήθηκε και στις κατηγορίες των τεχνικών και διαπροσωπικών πλευρών της φροντίδας. Είναι πιθανό ότι οι επαγγελματίες υγείας θεωρούν ως δεδομένη την καλή ποιότητα της τεχνικής υποστήριξης της υγείας του ασθενή και της διαπροσωπικής επικοινωνίας που παρέχεται στις ελληνικές ΜΕΘ. Από την άλλη, η υψηλή βαθμολόγηση εκ μέρους των ασθενών εκφράζει την εμπιστοσύνη τους στην ικανότητα του προσωπικού να αντιμετωπίζει αποτελεσματικά και τις δύο αυτές πλευρές της φροντίδας.

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι ασθενείς σε αυτή τη μελέτη με την υψηλή βαθμολογία που έδωσαν στην τεχνική φροντίδα, την ανέδειξαν σπουδαιότερη ως παράγοντα της ικανοποίησής τους απ' ό,τι τη διαπροσωπική φροντίδα. Πολλές μελέτες έχουν υπογραμμίσει το γεγονός ότι οι ασθενείς τείνουν να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι με τις τεχνικές πλευρές της φροντίδας τους παρά με την δεκτικότητα, την διαθεσιμότητα και την διαπροσωπική σχέση με αυτούς που τους φροντίζουν (Fitzpatrick και λοιποί, 1983, Hall και λοιποί, 1988). Αυτό μπορεί να αποδοθεί σε πολλούς παράγοντες. Για παράδειγμα, ο French (1981) σημείωσε ότι οι ασθενείς αγνοούν τις ανεπάρκειες της φροντίδας και ίσως να αισθάνονται πιο άνετα όταν εκφράζονται θετικά σε θέματα που αφορούν τις τεχνικές ικανότητες των επαγγελματιών υγείας. Κατά μία άλλη άποψη, δεν είναι εξειδικευμένοι στο να αξιολογούν τις τεχνικές διαστάσεις των νοσηλευτικών ή ιατρικών ενεργειών, γεγονός που τους ωθεί στο να εξετάζουν με μεγαλύτερη σχολαστικότητα τα διαπροσωπικής φύσεως προβλήματα της φροντίδας (Strasen, 1988). Μια άλλη εξήγηση δόθηκε από τους Hall & Dornan, (1988) οι οποίοι είπαν ότι οι ασθενείς εκφράζουν υψηλά ποσοστά ικανοποίησης





επιστημονικά άρθρα

με τις τεχνικές πλευρές της φροντίδας τους επειδή δεν είναι επαρκώς ενημερωμένοι έτσι ώστε να είναι ικανοί να τις κρίνουν διαφορετικά.

Η ανακούφιση των συμπτωμάτων είναι η πέμπτη ανάγκη όπως προέκυψε από την ανάλυση των δεδομένων, η οποία συγκέντρωσε υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης απ' τους αναπνευστικούς ασθενείς σε σύγκριση με το προσωπικό. Το γεγονός αυτό υποδεικνύει τη σημαντικότητα που αποδίδουν οι αναπνευστικοί ασθενείς στην ικανότητα του προσωπικού να αντιμετωπίζει τα αναπνευστικά προβλήματα (πόνος, δυσχέρεια αναπνοής, απομόνωση, ψυχικές διαταραχές και εφιάλτες) ως παράγοντα ποιοτικής φροντίδας στη ΜΕΘ. Η αποτελεσματική ανακούφιση των συμπτωμάτων έχει αποδειχθεί και από άλλες έρευνες ότι συσχετίζεται άμεσα με την ικανοποίηση του ασθενή από την παρεχόμενη σε ΜΕΘ φροντίδα (Dragsted και λοιποί, 1990, Johnson και λοιποί, 1990, Daffurn και λοιποί, 1994).

Επιπρόσθετα, οι ασθενείς φαίνεται να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από το προσωπικό στις κατηγορίες που αφορούν στην επικοινωνία με τους συγγενείς, στη συνέχεια της φροντίδας και στην ηθική. Η επικοινωνία του ασθενή με τους συγγενείς θεωρήθηκε ζωτικής σημασίας από τους ασθενείς της μελέτης μας. Η εξήγηση πιθανώς να στηρίζεται στο γεγονός ότι η επαφή με την οικογένεια και τους φίλους, βοηθά τους ασθενείς να αντιμετωπίσουν δυσάρεστα συναισθήματα σε ένα ξένο για αυτούς περιβάλλον. Επίσης, δεδομένης της πλειοψηφίας των ασθενών που η κατάστασή τους είναι κρίσιμη-συμπεριλαμβανομένων και των αναπνευστικών ασθενών- οι οποίοι είναι ανίκανοι να επικοινωνήσουν προφορικά με τους παρέχοντες τη φροντίδα ή να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την θεραπευτική τους αγωγή, η επαφή με τους συγγενείς είναι σπουδαία για τους ίδιους ως ένα μέσο μετάδοσης των συναισθημάτων τους. Για όλους αυτούς τους λόγους, η προοπτική της οικογένειας λαμβάνει κεντρικό ενδιαφέρον στην κατανόηση και μέτρηση της ικανοποίησης ασθενών από την φροντίδα σε περιβάλλον ΜΕΘ. Ως εκ τούτου, πολλές μελέτες έχουν πρόσφατα επικεντρωθεί στην ικανοποίηση της οικογένειας (Johnson και λοιποί, 1998, Malacrida και λοιποί, 1998, Abott και λοιποί, 2001).

Η συνέχεια της φροντίδας θεωρήθηκε εξίσου σημαντικός παράγοντας παροχής ποιοτικής φροντίδας σε ΜΕΘ. Ως συνέχεια, νοείται η συσχέτιση μεταξύ θεραπευτικών μεθόδων που στο παρελθόν είχαν εφαρμοσθεί και της χρήσης τους στην παρούσα φροντίδα προκειμένου να επιτευχθεί μια διαδοχική ακολουθία θεραπειών (Starfield και λοιποί, 1976). Κατ' αυτήν την έννοια και δεδομένου του γεγονότος ότι η πλειοψηφία των αναπνευστικών ασθενών της μελέτης είχαν επανειλημμένα εισαχθεί σε ΜΕΘ, θα μπορούσαμε να συμπεράνουμε ότι η ύπαρξη συνέχειας στη φροντίδα τους βοηθά να αισθάνονται μεγαλύτερη ασφάλεια. Από την άλλη, βοηθά τους επαγγελματίες υγείας να αφουγκράζονται τα προβλήματα, συναισθήματα και συμπεριφορές των ασθενών και εν συνεχεία να παρέχουν ένα είδος φροντίδας αντάξιο των προσμονών τους (Donabedian, 1980).

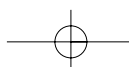
Τέλος, οι ασθενείς βαθμολόγησαν υψηλότερα από το

προσωπικό την ανάγκη για τέτοια παροχή φροντίδας η οποία θα συμβαδίζει με την υιοθέτηση ηθικών αρχών όπως η προστασία του ασθενή από κινδύνους, η εμπιστευτικότητα, η ασφάλεια και η αποφυγή διακρίσεων, και ηθικών αξιών όπως η ακεραιότητα, ο σεβασμός των δικαιωμάτων του ασθενή και η αμεροληψία. Αρκετές έρευνες γύρω από την ικανοποίηση του ασθενή έχουν αποκαλύψει τη σημασία που οι ασθενείς αποδίδουν στην ύπαρξη ηθικής κατά την παροχή φροντίδας (Greenfield και λοιποί, 1989, Williams και λοιποί, 1991, Scardina, 1994, Finn, 1995).

Το γεγονός ότι το ερωτηματολόγιο δεν περιελάμβανε κάποιες ανοιχτές ερωτήσεις οι οποίες θα έδιναν και τη δυνατότητα στο ερευνητικό δείγμα να εκφράσει κάποια ζητήματα ιδιαίτερου ενδιαφέροντος για τους ίδιους, δεν προέκυψαν περαιτέρω θέματα προς συζήτηση.

Η διαφορετικότητα απόψεων προσωπικού και αναπνευστικών ασθενών που αποκαλύφθηκε στην παρούσα μελέτη, αναδεικνύει ότι το προσωπικό των ΜΕΘ δεν αντιλαμβάνεται αρκετά το επίπεδο ικανοποίησης των αναγκών και των προβλημάτων των ασθενών αυτών. Στην ουσία, αυτό είναι και το μεγαλύτερο ζήτημα που αποκαλύπτει η συγκεκριμένη έρευνα. Το πρόβλημα δεν είναι τελικά η ύπαρξη ή μη τεχνικών ή διαπροσωπικών ικανοτήτων του προσωπικού. Ένα καλύτερο «πάντρεμα» των αναγκών των αναπνευστικών ασθενών και της αποτελεσματικότητας έργου του προσωπικού φαίνεται να είναι απαραίτητο στις ελληνικές ΜΕΘ. Εάν οι επαγγελματίες υγείας ενδιαφέρονται πραγματικά για την αποτελεσματικότητα και την ποιότητα της φροντίδας που προσφέρουν στις ΜΕΘ, πρέπει να αρχίσουν να αποδέχονται τις απόψεις των ασθενών τους ως δεδομένα της πρακτικής τους. Επιπρόσθετα, δεν θα έπρεπε να χρησιμοποιούν την ανατροφοδότηση των ασθενών, δηλαδή τη συλλογή δεδομένων από αυτούς, σαν ένα ακόμη τεχνικό εργαλείο της δουλειάς τους, αλλά σαν ένα μέσο και για την ποιοτική βελτίωση της φροντίδας του ασθενή αλλά και για τη διασφάλισή του ότι οι απόψεις του λαμβάνονται υπόψη. Έτσι, μία συνεχής και δημιουργική ανατροφοδότηση του αναπνευστικού ασθενή πρέπει να εγκαθιδρυθεί ως απαραίτητο συστατικό στην τόσο σύνθετη διαδικασία παροχής φροντίδας στις ΜΕΘ προκειμένου τελικά ο ασθενής να βοηθηθεί πραγματικά-γεγονός που αποτελεί και τον τελικό στόχο της φροντίδας.

Θα έπρεπε ίσως να επισημανθεί ότι αν και επίκεντρο της συγκεκριμένης έρευνας υπήρξε ο αναπνευστικός ασθενής, η πλειοψηφία των προβλημάτων που αυτός αντιμετωπίζει στη ΜΕΘ είναι περισσότερο ή λιγότερο κοινά με τα προβλήματα άλλων κατηγοριών ασθενών (πολυτραυματιών, μεταχειουργημένων ασθενών, ασθενών με νευρομυϊκά προβλήματα). Έτσι, τα παρόντα συμπεράσματα κάτω από κατάλληλες διαφοροποιήσεις θα ήταν χρήσιμα για την ευρεία πλειοψηφία ασθενών ΜΕΘ τουλάχιστον στην Ελλάδα, αλλά ίσως και οπουδήποτε αλλού.



επιστημονικά άρθρα

Συμπεράσματα

Η χρήση έγκυρων και αξιόπιστων εργαλείων μέτρησης για την αξιολόγηση της ικανοποίησης αναπνευστικών ασθενών από την εντατική φροντίδα είναι επιβεβλημένη εάν οι επαγγελματίες υγείας θεωρούν πραγματικά ότι οι αποτέλεσμα της φροντίδας που οι ίδιοι παρέχουν. Η παρούσα μελέτη προσπάθησε να σχεδιάσει και να εξετάσει ένα ερωτηματολόγιο με απώτερο στόχο τη μέτρηση των απόψεων των αναπνευστικών ασθενών γύρω από την ποιότητα της εντατικής φροντίδας όπως και των αναγκών τους οι οποίες επηρεάζουν αυτές τους τις απόψεις. Δεν ισχυρίζεται κανείς ότι η συγκεκριμένη μελέτη έχει επιτύχει στο να αποκαλύψει είτε όλα τα διαφορετικά συστατικά στοιχεία των απόψεων των αναπνευστικών ασθενών είτε τους σημαντικότερους παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίησή τους από την εντατική φροντίδα στην Ελλάδα από τη στιγμή που το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε, βασίστηκε μόνο σε ποσοτικά δεδομένα. Τα ευρήματά της, όμως, αποκαλύπτουν ότι οι αναπνευστικοί ασθενείς ΜΕΘ στην Ελλάδα που υποφέρουν από βαριάς μορφής αρρώστιες, κατακλύζονται από μία σωρεία αναγκών – σωματικών, ψυχολογικών, κοινωνικών, οικονομικών και λειτουργικών, οι οποίες απαιτούν μία ολιστική προσέγγιση προκειμένου να αντιμετωπιστούν. Στην ελληνική πραγματικότητα η παρούσα εντατική φροντίδα περιορίζεται στην αντιμετώπιση της ασθένειας, είναι κατά μία έννοια «ασθενειοκεντρική» και όχι ανθρωποκεντρική. Αγνοεί και παραβλέπει, δηλαδή, τις μύριες ανάγκες που συσσωρεύονται και ζητούν αντιμετώπιση κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τέτοιων ασθενών στις ΜΕΘ. Είναι πιθανό, κατά συνέπεια, πολλές από αυτές τις ανάγκες οι οποίες τυγχάνει να μην ικανοποιούνται, να εμποδίζουν την ανάκαμψη της υγείας του ασθενή και επιπρόσθετα, να επηρεάζουν σε κάποιο βαθμό όχι μόνο την ικανοποίηση του ασθενή από τη φροντίδα που του παρέχεται στη ΜΕΘ αλλά και τη συνολική του εικόνα από το συγκεκριμένο ίδρυμα. Οι ακόλουθες επιπτώσεις και συστάσεις που προέκυψαν από την παρούσα μελέτη είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρουσες για τους κλινικούς εκπαιδευτές, διευθυντές, διοικητές και ερευνητές του χώρου υγείας.

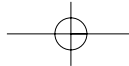
Επιπτώσεις / Συστάσεις

Η μελέτη αυτή έχει ποικίλες επιπτώσεις. Κατ' αρχάς, τα ευρήματά της ισχυροποιούν την αναγκαιότητα για τη διαμόρφωση μίας βάσης δεδομένων αναφορικά με την ικανοποίηση των αναπνευστικών ασθενών στην Ελλάδα προκειμένου να προσδιοριστούν επισήμως εκείνοι οι παράγοντες που επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό την ικανοποίηση ασθενών ΜΕΘ. Δεύτερον, τα ευρήματα θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν ως ένα πρώτο βήμα μίας ευρύτερης προσπάθειας για την εύρεση των τάσεων που ακολουθεί η ικανοποίηση του ασθενή στο βάθος του χρόνου, αποτελώντας κατά συνέπεια ένα μέσο συνεχούς βελτίωσης της πρακτικής στη ΜΕΘ. Τρίτον, οι κλινικοί εκπαιδευτές οφείλουν να είναι γνώστες των απόψεων των ασθενών για την ποιοτική εντατική φροντίδα προκειμένου να διαμορφώνε-

ται ανάλογα και η εκπαιδευτική πρακτική. Τέταρτον, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας θα μπορούσαν να παρουσιαστούν σε διευθυντές και διοικητές νοσοκομείων οι οποίοι εν συνεχεία θα μπορούσαν να τα μοιραστούν με το προσωπικό των ΜΕΘ. Έτσι, τόσο τα θετικά όσο και τα αρνητικά σχόλια του δείγματος της μελέτης θα μπορούσαν να αναλυθούν και να χρησιμοποιηθούν ως ένα αξιόλογο μέσο από τη μία για να ισχυροποιηθούν θετικές συμπεριφορές και από την άλλη για να αποφευχθούν στο μέλλον εκείνα τα προβλήματα που προκάλεσαν τα αρνητικά σχόλια. Τέλος, το προσωπικό θα μπορούσε να προσδιορίσει εκείνους τους τομείς πρακτικής του που απαιτούν περαιτέρω διερεύνηση, να προβεί σε αλλαγές στον τρόπο παροχής της φροντίδας στις ΜΕΘ και, πιθανώς, να ενεργοποιήσει τους πάντες προς όφελος του πληθυσμού των αναπνευστικών ασθενών.

Αν και το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών στη μελέτη αυτή είναι αρκετά υψηλό, οι απαιτήσεις για ποιότητα όχι μόνο εξακολουθούν να υφίστανται αλλά υπάρχει και χώρος για περαιτέρω βελτίωση. Τα αποτελέσματα της έρευνας αποτελούν ένα δείγμα μόνο της ευρύτερης κατάστασης στην Ελλάδα, και θα ήταν χρήσιμο να επαναληφθεί προκειμένου να αποδειχθεί κατά πόσον είναι σταθερά τα αποτελέσματα αυτά σε ένα περιβάλλον έρευνας όπου ραγδαίες δομικές και οικονομικές αλλαγές λαμβάνουν χώρα συνεχώς. Λαμβάνοντας υπόψη τους περιορισμούς της παρούσας μελέτης, κάποιες άλλες μελέτες με ένα μεγαλύτερο δείγμα αναπνευστικών ασθενών και προσωπικού ΜΕΘ είναι αναγκαίες για την αναπαραγωγή της παρούσας και γιατί όχι, για την αναδιαμόρφωση και συγκεκριμενοποίησή της. Ενδιαφέρουσα θα ήταν και μία μελέτη η οποία θα είχε ως δείγμα άλλους ασθενείς που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ προκειμένου τα αποτελέσματά της να συγκριθούν με τις απόψεις των αναπνευστικών ασθενών της παρούσας μελέτης. Παρόμοιες πάλι έρευνες θα μπορούσαν να γίνουν όπου θα ζητούνταν από το συγγενικό ή φιλικό περιβάλλον αναπνευστικών ασθενών να αξιολογήσουν και να εκφράσουν τις απόψεις τους σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση τόσο των ιδίων όσο και του ασθενή τους που νοσηλεύεται στη ΜΕΘ.

Τα ευρήματα υποδεικνύουν και κάποια άλλα ζητήματα που θα μπορούσαν να διερευνηθούν. Για παράδειγμα, η σχέση – ομοιότητες και διαφορές – μεταξύ των προσδιοριστικών παραγόντων της ικανοποίησης του ασθενή που ανέδειξε η παρούσα μελέτη και των διαστάσεων της συνολικής ικανοποίησης του ασθενή όπως αυτές αναδείχθηκαν από άλλες μελέτες, θα μπορούσε να εξεταστεί. Μία άλλη μελέτη θα μπορούσε να συγκρίνει τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης από την οπτική γωνία των επαγγελματιών υγείας των ΜΕΘ. Δηλαδή, θα μπορούσε να ζητηθεί από την πολυπειθαρχική ομάδα των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε ΜΕΘ, να αξιολογήσουν εάν νομίζουν ότι πραγματικά παρέχουν ποιοτική φροντίδα, σε ποιο βαθμό και με τι ποσοστό. Τέλος, τα ευρήματα θα ήταν ουσιαστικά χρήσιμα εάν γινόταν αξιολόγηση της ποιοτικής εντατικής φροντίδας στο βαθμό που ικανοποιεί ασθενείς



επιστημονικά άρθρα

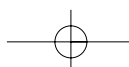
πολλών και διαφορετικών πολιτισμών, προκειμένου να αποκαλυφθούν τοπικές, θρησκευτικές, εθνικές ή ακόμη και διεθνείς απόψεις γύρω από τη φροντίδα που παρέχεται στις ΜΕΘ.

Εν τέλει, οι ερευνητές πρέπει να εξακολουθούν να ψάχνουν για ερωτήσεις, να εξετάζουν παράγοντες που καθορίζουν το αποτέλεσμα της φροντίδας, και να διοργα-

νώνουν μελέτες ικανοποίησης του ασθενή οι οποίες θα μεγιστοποιούν την κατανόηση από πλευράς επαγγελματιών υγείας των απόψεων και συναισθημάτων των ασθενών για την φροντίδα που λαμβάνουν. Μόνον έτσι θα βοηθηθούν και οι ίδιοι να παράσχουν εργασία προσανατολισμένη στον ασθενή, ανθρωποκεντρική και σίγουρα αποτελεσματική.

Πίνακας 1: Δημογραφικά στοιχεία και βασικά χαρακτηριστικά των υπό μελέτη ασθενών (n=62)

Χαρακτηριστικά	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Μορφωτικό επίπεδο		
Αγράμματοι	6	9.7
Δημοτικό σχολείο	30	48.4
Γυμνάσιο - Λύκειο	23	37.1
T.E.I & A.E.I.	3	4.8
Φύλο		
Άντρες	37	59.7
Γυναίκες	25	40.3
Εθνικότητα		
Ελληνική	61	98.4
Άλλη	1	1.6
Τόπος κατοικίας		
Αθήνα	44	71
Επαρχία	18	29
Η νόσος εμφανίστηκε για πρώτη φορά	34	54.8
Νοσηλεία στο ίδιο νοσοκομείο κατά το παρελθόν	20	32.3
Νοσηλεία σε άλλο νοσοκομείο	19	30.6
Μεταφορά στο νοσοκομείο με ασθενοφόρο	31	50
Διάγνωση εισαγωγής		
Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΝΠ)	21	33.9
Πολυτραυματίας	11	17.7
Λοίμωξη αναπνευστικού συστήματος	8	12.9
Βρογχικό άσθμα	4	6.5
Υποτροπιάζουσες πνευμονολογικές εμβολές	3	4.8
Πλευρίτιδα - Πνευμονία	3	4.8
Πνευμοθώρακας	2	3.2
Πνευμονία - ΧΑΝΠ	2	3.2
Άλλη	8	12.8



επιστημονικά άρθρα

Πίνακας 2: Δημογραφικά χαρακτηριστικά προσωπικού (n=49)

Χαρακτηριστικά	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Φύλλο		
Άντρες	11	22.4
Γυναίκες	38	77.6
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμοι	25	51
Έγγαμοι	24	49
Μορφωτικό επίπεδο		
Δημοτικό, Γυμνάσιο, Λύκειο	9	16.5
T.E.I. & A.E.I.	35	71.4
MSc & PhD	5	10.1
Επαγγελματική ιδιότητα		
Νοσηλεύτες / τριες	40	81.6
Ιατροί	9	18.4

Πίνακας 3: Μέση αξιολόγηση (Mean value) των απαντήσεων των ασθενών ΜΕΘ και του προσωπικού.

Ερωτήσεις	Μέση αξιολόγηση	Μέση αξιολόγηση	2-Tailed
Σας προστατεύουν από ενοχλητικούς θορύβους;	68.79	39.82	0.000
Προκειμένου να κοιμηθείτε καλά, ρυθμίζουν το φως;	45.03	69.88	0.000
Σας ενθαρρύνουν λεκτικά;	67.31	41.68	0.000
Σας δίνουν σημασία παρά το φόρτο εργασίας τους;	67.60	41.32	0.000
Σας ενημερώνουν σχετικά με εξετάσεις, φάρμακα κ.λπ.;	67.77	44.90	0.000
Σας βοηθούν να λυθείτε συναισθηματικά;	67.69	41.20	0.000
Είναι ικανοί στην αντιμετώπιση των επιπλοκών;	68.53	40.14	0.000
Δείχνουν προσοχή σε λεπτομέρειες της κατάστασής σας;	66.04	43.30	0.000
Θα χαρακτηρίζατε την φροντίδα ως ανακουφιστική;	64.96	44.66	0.000
Έχετε εμπιστοσύνη στην συνεργασία του προσωπικού;	69.26	39.22	0.000
Έχετε δει να επαναφέρουν στην ζωή κάποιον ασθενή;	36.09	81.19	0.000
Αισθάνεσθε ότι λαμβάνετε την καλύτερη φροντίδα;	68.65	39.99	0.000
Είστε ικανοποιημένοι από την διαρκή εναλλαγή των προσώπων;	69.39	39.06	0.000
Προτιμάτε την περιθαλψη από συγκεκριμένα άτομα;	71.20	36.77	0.000

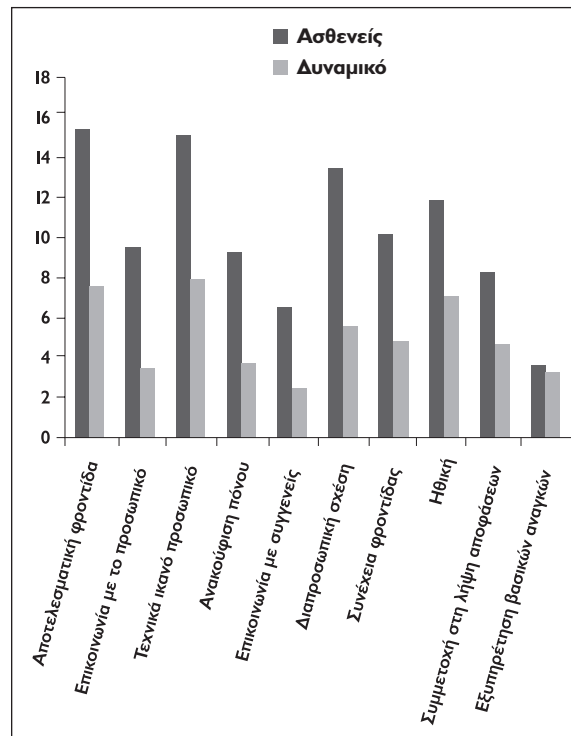
επιστημονικά άρθρα

Ερωτήσεις	Μέση αξιολόγηση	Μέση αξιολόγηση	2-Tailed
Το προσωπικό επιδεικνύει υπομονή κατά την νοσηλεία;	64.90	44.74	0.000
Βλέπετε συχνά συγγενείς και φίλους;	74.58	32.49	0.000
Τους επιτρέπουν να σας πλησιάζουν;	74.45	32.65	0.000
Τους συμπεριφέρονται με ευγενικό τρόπο;	67.29	41.71	0.000
Σέβονται τους προβληματισμούς των συγγενών;	70.24	37.98	0.000
Σας συμπεριφέρεται το προσωπικό με ζεστασιά;	66.02	43.33	0.000
Είναι γνήσιοι στις εκδηλώσεις τους,αληθινοί,αυθόρμητοι	65.33	44.19	0.000
Νιώθετε ότι δεν σας λυπούνται;	71.08	36.92	0.000
Είναι υπομονετικοί μαζί σας γενικώς;	67.26	41.76	0.000
Χρησιμοποιούν εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας;	65.11	44.47	0.000
Είναι όσο ειλικρινείς και φιλικόί θα θέλατε;	70.23	37.99	0.000
Είναι πραγματικά αλτρουιστές;	71.61	36.24	0.000
Σας σέβονται ως άτομο με ανάγκες και ευαίσθητες;	67.15	41.89	0.000
Αισθάνεστε ότι λαμβάνετε ειλικρινείς απαντήσεις;	69.59	38.81	0.000
Θα μπορούσατε να πείτε ότι δεν υποκρίνονται;	66.64	42.54	0.000
Δεν εκφράζονται άσχημα είτε για εσάς είτε για άλλον;	66.04	43.30	0.000
Προσέχουν ώστε να μην γίνονται αποθαρρυντικές για την κατάστασή σας συζητήσεις;	66.45	42.78	0.000
Η ανάγκη σας για αποδοχή και αγάπη ικανοποιείται;	67.51	41.44	0.000
Όταν λέτε το πόνο σας, δείχνουν την πρέπουσα προσοχή;	65.53	43.94	0.000
Έχετε εμπιστοσύνη στην κρίση του προσωπικού;	67.05	42.02	0.000
Σας δίνουν επαρκείς πληροφορίες για την υγεία σας;	65.43	44.07	0.000
Είστε ικανοποιημένοι όταν νιώθετε ότι δεν σας κρύβουν πληροφορίες για το δικό σας καλό;	72.51	35.11	0.000
Είστε ικανοποιημένοι από τη συχνότητα ενημέρωσής σας;	69.19	39.32	0.000
Είστε ικανοποιημένοι από την παρεχόμενη φροντίδα;	70.30	37.91	0.000
Είστε δυσαρεστημένοι;	69.66	38.71	0.000
Είστε απογοητευμένοι;	70.15	38.10	0.000
Σας αντιμετωπίζουν ως άνθρωπο με ανάγκες και όχι μόνο ως πελάτη;	67.57	41.36	0.000
Νομίζετε ότι έγινε το καλύτερο δυνατό από το προσωπικό;	66.72	42.44	0.000
Θα θέλατε την εισαγωγή σας στον ίδιο χώρο μελλοντικά;	65.59	43.87	0.000

επιστημονικά άρθρα

Ερωτήσεις	Μέση αξιολόγηση	Μέση αξιολόγηση	2-Tailed
Είστε ικανοποιημένοι από τη φροντίδα που σας παρέχουν ώστε η ανάμνησή της να μην σας είναι τραυματική όταν βγείτε από εδώ;	64.33	45.46	0.001
Σας βοηθούν στην εκτέλεση καθημερινών αναγκών;	63.60	46.38	0.001
Υπάρχει συνέχεια στην φροντίδα σας από όλες τις βάρδιες;	64.03	45.84	0.001
Κατανοούν την θέση σας λες και είναι οι ίδιοι ασθενείς;	63.94	45.96	0.002
Αισθάνεστε ότι υπάρχει μια ανθρώπινη επαφή με το προσωπικό;	63.62	46.36	0.002
Θα επιθυμούσατε υγιείς να επισκεφθείτε την ΜΕΘ;	63.77	46.17	0.002
Σας αποδέχονται όπως είστε χωρίς κριτική συμπεριφορά;	63.08	47.04	0.003
Θα συστήνατε το νοσοκομείο σε φίλους, συγγενείς;	63.35	46.70	0.003
Διαθέτουν άνεση στην παροχή υπηρεσιών;	62.65	47.59	0.004
Θεωρείτε ότι υπάρχει συντονισμός από τον επικεφαλής;	63.08	47.04	0.004
Το προσωπικό ασκεί περισσότερο ποιοτική παρά ποσοτική φροντίδα;	62.27	48.06	0.015
Όταν πονάτε σας χορηγούν τα απαραίτητα φάρμακα;	60.92	49.78	0.018
Προστρέχουν ανά πάσα στιγμή κοντά σας για να σας βοηθήσουν;	61.92	48.51	0.018
Κάνουν ενέργειες ανακούφισης όπως αλλαγή θέσης;	61.58	48.94	0.022
Με την ίδια αγάπη αντιμετωπίζονται όλοι οι ασθενείς;	61.53	49.00	0.023
Είναι αποτελεσματικοί στην ανακούφιση από τον πόνο;	61.26	49.35	0.025
Σας ενθαρρύνουν με ένα χαμόγελο, με μία κίνηση;	61.51	49.03	0.028
Υπάρχει αλληλουχία σε παλαιές και τωρινές μεθόδους;	61.02	49.64	0.037
Τηρούνται κανόνες ασφαλείας;	60.48	50.33	0.058
Αντιμετωπίστηκε το πρόβλημά σας;	60.31	50.55	0.058
Πιστεύετε ότι αποκτήσατε στο νοσοκομείο φίλους;	60.45	50.37	0.076
Σας δίνουν κουράγιο;	60.24	50.63	0.087
Θα επιθυμούσατε να μην σας αποκαλούν «ο ασθενής στο κρεβάτι τάδε»;	59.15	52.02	0.228
Προφυλάσσεται το απόρρητο της κατάστασής σας;	58.43	52.93	0.321
Έχετε άμεση επαφή με υπηρεσίες όπως χειρουργείο,CT;	53.81	58.78	0.401
Νιώθετε να δημιουργήθηκε ένα κλίμα φιλίας;	54.14	58.36	0.455
Σας πληροφορούν για τις εξετάσεις ή τις θεραπευτικές μεθόδους που ακολουθούνται προκειμένου να μπορείτε να εκφράσετε επιθυμίες, ανάγκες ή φόβους σας;	57.62	53.95	0.517
Τους θεωρείτε έμπειρους στις διάφορες τεχνικές;	54.73	57.61	0.580
Ενδιαφέρονται για εσάς μετά την εφαρμογή μέτρων;	57.13	54.57	0.646

Εικόνα 1. Μέση αξιολόγηση (Mean value) των κατηγοριών των αναγκών



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abott KH, Sago JG, Breen CM et al. Families looking back: one year after discussion of withdrawal or withholding of life-sustaining support. *Crit Care Med* 2001; 29: 197-201.

Avis M. Patient's choice. *Nurs Times* 1992a; 88(30): 29-30.

Avis M, Bond M, Arhtur A. Questioning patient satisfaction: an empirical investigation in two outpatients' clinics. *Soc Sci Med* 1997; 44(1): 85-92.

Batchelor C, Owens DJ, Read M et al. Patient satisfaction studies: methodology, management and consumer evaluation. *Int J Health Care Qual Assur* 1994; 7(7): 22-30.

Carey RG, Seibert JH. A patient survey system to measure quality improvement: questionnaire reliability and validity. *Med Care* 1993; 31(9): 834-845.

Carmel S. Satisfaction with hospitalization: a comparative analysis of three types of services. *Soc Sci Med* 1985; 21: 1243.

Carr-Hill R. The measurement of patient satisfaction. *J Public Health Med* 1992; 14(3): 236-249.

Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment. USA, University of Michigan; Health Administration Press, 1980.

Dragsted L, Qvist J, Madsen M. Outcome from intensive care IV. A five year study of 1308 patients: long term outcome. *Eur J Anaesthesiol* 1990; 7 (5): 51-62.

Eddie CT. Moral and ethical dilemmas in relation to research projects. *Br J Nurs* 1994; 3(4): 182-184.

Egbert AM. Postoperative pain in the management in the frail elderly. *Clin Geriatr Med* 1996; 12(3): 583-98.

Enehaug IH. Patient participation requires a change of attitude in health care. *Int J Health Care Qual Assur* 2000; 13(4): 178-181.

Eriksson K. Understanding the world of the patient, the suffering human-the new clinical paradigm from nursing to caring. *Advanced Prac Nurs Quart* 1997; 3: 8-13.

Falkum E, Forbe R. Paternalism, patient autonomy, and moral deliberation in the physician-patient relationship. Attitudes among Norwegian physicians. *Soc Sci Med* 2001; 52: 239-248.

Firm S. Nurses' role in supporting people who are HIV positive. *Nurs Times* 1995; 91(12): 37-39.

Fitzpatrick R, Bury M, Frank A et al. T. Problems in the assessment of outcome in a back pain clinic. *Int Reh Stud* 1987; 9: 161-5.

Fitzpatrick R, Hopkins A. Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: an empirical exploration. *Soc Health Illn* 1983; 5(3): 297-311.

French K. Methodological considerations in hospital patient opinion surveys. *Int J Nurs Stud* 1981; 18: 7-32.

Gotherstrom C, Hamrin E, Gullberg M. Developing a tool for measuring the concept of good care among patients and staff in relation to Swedish legislation. *Int J Nurs Stud* 1995; 32: 277-87.

Greenfield TK, Attkisson CC. Steps toward a multifactorial satisfaction scale for primary care and mental health services. *Evaluation Prog Plann* 1989; 12: 271-278.

Greeneich DS, Long CO, Miller BK. Patient satisfaction update: research applied to practice. *Appl Nurs Res* 1992; 5(1): 43-48.

Hall JA, Doman MC. What the patients like about their care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. *Soc Sci Med* 1988; 27: 935-939.

Hildman TB, Ferguson GH. Prompt service: a factor in patient satisfaction. *Nurs Manage* 1990; 21(12): 26-9.

επιστημονικά άρθρα

Holland W. Evaluation of health care. Oxford; Oxford University Press, 1983.

Johnson MM, Sexton DL. Distress during mechanical ventilation: patients perceptions. Crit Care Nurse 1990; 10(7): 48-58.

Johnson D, Wilson M, Cavanagh B et al O. Measuring the ability to meet family needs in an intensive care unit. Crit Care Med 1998; 26: 266-71.

Kane RL, Maciejewski M, Finch M. The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcomes. Med Care 1997; 35: 714-730.

Kristensson-Hallstrom I, Elander G, Rooke L. Pain and nutrition as experienced by patients with hip fracture. J Clin Nurs 2000; 9: 639-46.

Like R, Zyzanski SJ. Patient satisfaction with the clinical encounter: social psychological determinants. Soc Sci Med 1987; 24: 351-357.

Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. Soc Sci Med 1982a; 16: 577-582.

Lovgren G, Sandman PO, Engstrom B et al. The view of Caring among Patients and Personnel. Scand J Caring Sci 1998; 12: 33-41.

Mahon PY. An analysis of the concept "patient satisfaction" as it relates to contemporary nursing care. J Adv Nurs 1996; 24: 1241-1248.

Malacrida R, Bettelini CM, Degrate A et al. Reasons for dissatisfaction : a survey of relatives of intensive care unit patients who died. Crit Care Med 1998; 26: 1187-1193.

Marek KD. Measuring the effectiveness of nursing care. Manage Nurs Pract 1997; 1(1): 8-12.

Megivern K, Halm M, Jones G. Measuring patient satisfaction as an outcome of nursing care. J Nurs Care Qual 1992; 6(4): 9-24.

Meterko M., Nelson E., Rubin H. Patient judgments of hospital quality. Med Care 1990; 28(9): S1-S27.

Mooney G. Judging goodness must come before judging quality-but what is the good of health care? Int J Qual Health Care 2000; 12(5): 389-394.

Nelson E, Hays R, Larson C et al. The patient judgment system: reliability and validity. QRB 1989; 185-191.

Niles N, Tarbox G, Schults W. Using qualitative and quantitative patient satisfaction data to improve the quality of cardiac care. J Qual Improve 1996; 22(5): 323-335.

Scardina SA. SERVQUAL: a tool for evaluating patient satisfaction with nursing care. J Nurs Qual Assur 1994; 8(2): 38-46.

Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. Soc Sci Med 1997; 45(12): 1829-1843.

Sixma HJ, Kerssens JJ, Van Campen C et al. Quality of care from the patients' perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument. Health Expectations 1998; 1: 82-95.

Smith C. Validation of a patient satisfaction system in the United Kingdom. Qual Assur Health Care 1992; 4(3): 171-177.

Stein MD, Fleishman J, Mor V et al. Factors associated with patient satisfaction among symptomatic HIV-infected persons. Med Care 1993; 31(2): 182-188.

Straniszewska S, Ahmed L. The concepts of expectation and satisfaction: do they capture the way patients evaluate their care? J Adv Nurs 1999; 29: 364-372.

Starfield BH, Simborg DW, Horn SD et al. Continuity and coordination in primary care: their achievement and utility. Med Care 1976; 14: 625-636.

Strasen L. Incorporating patient satisfaction standards into quality of care measures. J Nurs Adm 1988; 18(11): 5-6.

Stuart GW, Sundeen S. Principles and Practice of Psychiatric Nursing. New York; Mosby, 1995.

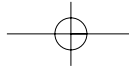
Thompson AG, Sunol R. Expectations as determinants of patient satisfaction: concepts, theory and evidence. Int J Qual Health Care 1995; 72: 127-141.

VanderVeen L, Ritz M. Customer satisfaction; a practical approach for hospitals. J Health Care Qual 1996; 18(2): 10-15.

Von Essen L, Sjoden PO. Perceived importance of caring behaviors to Swedish psychiatric inpatients and staff, with comparison to somatically-ill samples. Res Nurs Health 1993; 16: 293-303.

Williamson C. Whose standards? Buckingham; Open University Press, 1992.

Williams SJ, Calnan M. Key determinants of consumer satisfaction with general practice. Fam Pract 1991; 8: 237-242.



Μικροβιοφορία χεριών Ιατρικού και Νοσηλευτικού προσωπικού του Νοσοκομείου Κορίνθου

Σαρίδη Μ¹, Παππά Β. ¹, Ζέρβας Ε. ², Κυριαζής ^{1,3}

1. Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, Κλινικής Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ, Τμήμα Νοσηλευτικής
2. Ιατρός, Πνευμονολόγος, Συνεργάτης της Ελληνικής Εταιρείας Άσθματος
3. Ιατρός, Παθολόγος, Διαβητολόγος, Παθολογική Κλινική Γ. Ν. Κορίνθου

Εισαγωγή: Ο συχνότερος τρόπος μετάδοσης των νοσοκομειακών λοιμώξεων έχει αποδειχθεί ότι γίνεται μέσω του παροδικού αποικισμού των χεριών του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν η μελέτη της επίπτωσης της μικροβιοφορίας στα χέρια ιατρών και νοσηλευτών του Παθολογικού και Χειρουργικού τομέα του Νοσοκομείου Κορίνθου.

Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε περιγραφική, προοπτική μελέτη συσχέτισης. Στη μελέτη έλαβαν μέρος 50 επαγγελματίες υγείας που εργάζονταν σε Παθολογικά και Χειρουργικά τμήματα στο Γ. Ν. Κορίνθου.

Στατιστική Ανάλυση: Για την στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 13. Το Επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο ή μικρότερο του ($P= 0.5$).

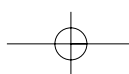
Αποτελέσματα: Από τα εξετασθέντα άτομα, το 76%, παρουσίασε μικροβιοφορία στα χέρια. Στα άτομα με μικροβιοφορία ανεπτύχθησαν Gram αρνητικά μικρόβια σε ποσοστό 52,6%, Gram θετικά μικρόβια σε ποσοστό 89,5% και μύκητες σε ποσοστό 8%. Καμία στατιστική διαφορά δεν παρατηρήθηκε ως προς το είδος της μικροβιοφορίας μεταξύ ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού ή μεταξύ χειρουργικού και παθολογικού τομέα.

Όσον αφορά την αντοχή των μικροβίων στα αντιβιοτικά, στους Νοσηλευτές- εμφανίζεται υψηλή αντοχή (Gram) ενώ αντίθετα για τους Ιατρούς εμφανίζεται αντοχή στα ίδια αντιβιοτικά (αμινοπενικιλίνες και σουλφοναμίδες), αλλά με πολύ χαμηλότερα ποσοστά.

Δεν παρατηρήθηκε καμία σημαντική στατιστική διαφορά μεταξύ αντοχής των μικροβίων μεταξύ επαγγελματιών υγείας χειρουργικού και παθολογικού τομέα.

Συμπεράσματα: Όλες οι μελέτες συγκλίνουν στο γεγονός ότι ο βαθμός συμμόρφωσης των επαγγελματιών υγείας όσον αφορά την υγιεινή των χεριών, είναι ιδιαίτερα χαμηλός και ότι είναι επιτακτική η ανάγκη εφαρμογής μέτρων και μεθόδων για την κατανόηση της σημασίας αλλά και τη συμβολής της, στην πρόληψη των νοσοκομειακών λοιμώξεων τόσο στο Ιατρικό όσο και στο Νοσηλευτικό προσωπικό.

Λέξεις κλειδιά: Υγιεινή χεριών, Νοσοκομειακές Λοιμώξεις, Μικροβιοφορία, Επαγγελματίες υγείας, Ανθεκτικότητα αντιβιοτικών.



επιστημονικά άρθρα

Εισαγωγή:

Η σωστή τήρηση των κανόνων υγιεινής των χεριών, αποτελεί ένα από τα βασικά σημεία όλων των προγραμματιών πρόληψης των νοσοκομειακών λοιμώξεων.¹

Χαρακτηριστική είναι η αλληγορική φράση «Οι δέκα κυριότερες αιτίες πρόκλησης των νοσοκομειακών λοιμώξεων είναι τα δέκα δάκτυλα των χεριών μας».

Ο Ignaz Semmelweis είχε διατυπώσει αυτό ο γεγονός, ήδη από το 1847 και καθιέρωσε στη Μαιευτική Κλινική του Νοσοκομείου της Βιέννης όπου και εργαζόταν, ειδική πολιτική αντισηψίας των χεριών, μειώνοντας δραστικά τους θανάτους των λεχωίδων από τον επιλόχειο πυρετό.

Ο συχνότερος τρόπος μετάδοσης των νοσοκομειακών λοιμώξεων έχει αποδειχθεί ότι γίνεται μέσω του παροδικού αποικισμού των χεριών του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Η πλειοψηφία των μικροοργανισμών που μεταφέρονται και μεταδίδονται με τα χέρια του προσωπικού είναι στελέχη εντεροβακτηριακών, Staphylococcus aureus και στελέχη εντεροκόκκων, ανθεκτικών σε λίγα ή

πολλά αντιβιοτικά.²

Μετά από πολλές παρεμβάσεις και εξελίξεις στο πεδίο αυτό, θεωρείται ως πρόκληση για τις Επιτροπές Νοσοκομειακών Λοιμώξεων και τις Διοικήσεις των Νοσοκομείων, η συμμόρφωση του προσωπικού στις οδηγίες που δίνονται και προτείνονται από εθνικά και διεθνή επιστημονικά όργανα.^{1,2}

Σε αυτή τη βάση στηρίχτηκε και η νέα οδηγία του CDC3, τον Οκτώβριο του 2002, η οποία εισάγει την έννοια της ταχείας αντισηψίας ε την ευρύτερη χρησιμοποίηση των διαλυμάτων με αντισηπτικό, σε αντικατάσταση του απλού πλυσίματος με σαπούνι.

Είναι δεδομένο πως μια Πολιτική Υγιεινής των χεριών, σύμφωνη με τις οδηγίες Εθνικών και Διεθνών Οργανισμών, προσαρμοσμένη στις ιδιαιτερότητες κάθε Νοσοκομείου, μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στον περιορισμό των Νοσοκομειακών Λοιμώξεων.

Σκοπός:

Σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν η μελέτη της επίπτωσης της μικροβιοφορίας στα χέρια ιατρών και νοσηλευτών του Παθολογικού και Χειρουργικού τομέα του

Νοσοκομείου Κορίνθου καθώς και η διερεύνηση της ευσυνηθισίας των απομονωθέντων μικροβίων στα διάφορα ευρέως χρησιμοποιούμενα αντιμικροβιακά.

Μέθοδος:

Ερευνητικός Σχεδιασμός:

Πραγματοποιήθηκε περιγραφική, προοπτική μελέτη συσχετίσεων.

Ηθικά θέματα:

Για τη διεξαγωγή της μελέτης κατατέθηκε το Ερευνητικό Πρωτόκολλο και ελήφθησαν άδειες από την Επιστημονική Επιτροπή του Γ.Ν. Κορίνθου, την Ιατρική και τη Νοσηλευτική Υπηρεσία. Η συμπλήρωση του πρωτοκόλλου δεδομένων έγινε στηριζόμενη στις αρχές ανωνυμίας, εμπιστευτικότητας και απορρήτου ως προς τους συμμετέχοντες στη μελέτη. Πιθανοί κίνδυνοι για τα άτομα που συμπεριελήφθησαν στη μελέτη δεν υπάρχουν. Επίσης ζητήθηκε γραπτή πληροφορημένη συγκατάθεση των εργαζομένων για την αποδοχή συμμετοχής τους στη μελέτη.

Στους συμμετέχοντες δόθηκε τέλος η πληροφόρηση για το δικαίωμα τυχόν εθελοντικής αποχώρησής τους, από τη μελέτη.

Χώρος Μελέτης:

Ιατρικό και Νοσηλευτικό προσωπικό Παθολογικού και Χειρουργικού Τομέα, του Γ.Ν.Κορίνθου.

Δείγμα:

Στη μελέτη έλαβαν μέρος 50 επαγγελματίες υγείας (N=50), Ιατρικό (25 άτομα) και Νοσηλευτικό Προσωπικό (25 άτομα), (πίνακας Ι). Ως προς η επιλογή των εργαζομένων ακολουθήθηκε συστηματική τυχαία δειγματοληψία.

Ελέγχθηκαν οι εργαζόμενοι όλων των βραδιών, των Κλινικών του Παθολογικού Τομέα και του Χειρουργικού Τομέα του Γ.Ν. Κορίνθου, το χρονικό διάστημα από τον Σεπτέμβριο του 2006 έως τον Δεκέμβριο του ίδιου χρόνου.

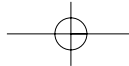
Πίνακας 1: Εξετασθέντα άτομα ανά κατηγορία

	Παθολογικός Τομέας	Χειρουργικός Τομέας	ΣΥΝΟΛΟ
Γιατροί	12	13	25
Νοσηλεύτες	8	17	25
ΣΥΝΟΛΟ	20	30	50

Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων:

Τα δείγματα από τα χέρια των συμμετεχόντων ελήφθησαν με την εφαρμογή πλυσίματος με στείρο φυσιολογικό ορό. Το έκπλυμα του κάθε συμμετέχοντος συλλέχθηκε σε αποστειρωμένο δοχείο. Αριθμήθηκαν όλα τα δείγματα και ο ίδιος αριθμός ετέθη στο αντίστοιχο πρωτόκολλο δεδομένων του κάθε συμμετέχοντος.

Όλα τα δείγματα επώστηκαν στη συνέχεια στους 37^ο για 24h. Στη συνέχεια επιστρώθηκαν σε τέσσερα υλικά το καθένα:



επιστημονικά άρθρα

1. MAC CONKEY 2
2. ΑΙΜΑΤΟΥΧΟ ΑΓΑΡ
3. MANNITOL CHAPMAN AGAR
4. SABOURAUD DEXTROSE ΑΓΑΡ

Τα δείγματα καλλιεργήθηκαν στους 37° για 34-48 ώρες, σε αερόβιες συνθήκες.

Τα απομονωθέντα μικρόβια υποβλήθηκαν σε αντιβιογράμμα.

Τα δεδομένα καταγράφηκαν με κωδικοποίηση στο πρωτόκολλο δεδομένων το οποίο συντάχθηκε για τη συγκεκριμένη μελέτη.

Στατιστική Ανάλυση:

Για την στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 13.

Το Επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο ή μικρότερο του 0,5 και οι τιμές πιθανότητας σφάλματος (P value) μικρότερες του 0,5 θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές. Οι ποσοτικές μεταβλητές περιγράφονται με τη μέση τιμή ± τυπική απόκλιση.

Για τον έλεγχο της σχέσης δύο ποσοτικών μεταβλητών που πληρούσαν τα κριτήρια της κανονικότητας χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson. Για τη

σύγκριση των μέσων τιμών χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διακύμανσης Ανοva.

Αξιοπιστία και Εγκυρότητα:

Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής στη μελέτη μας, ελέγχθηκε με το συντελεστή άλφα (Cronbach's α), ο οποίος βρέθηκε ίσος με 0,71. Εφόσον ο δείκτης είναι μεγαλύτερος του 0,70, η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου είναι επαρκής.

Αποτελέσματα:

Μικροβιοφορία

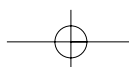
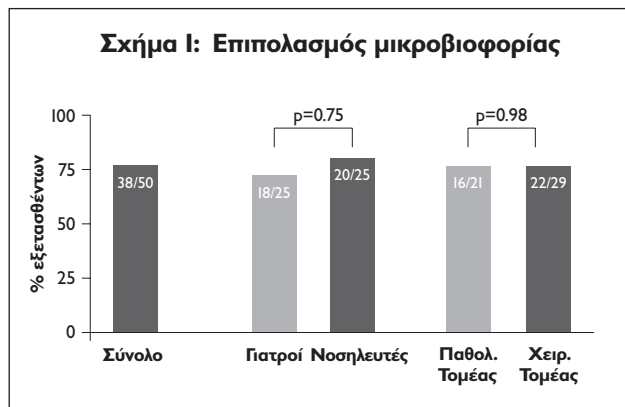
Από τα εξετασθέντα άτομα, (N=50), τα 38, ποσοστό (76%), παρουσίαζαν μικροβιοφορία στα χέρια και μάλιστα οι 32 από αυτούς (84%) ανέπτυξαν πάνω από 1 μικρόβιο. Ειδικότερα 18/25 (72%) γιατρούς και 20/25 (80%) νοσηλευτές παρουσίαζαν μικροβιοφορία στα

χέρια (μη στατιστικά σημαντική διαφορά $p = 0,75$).

Επίσης καμία στατιστική διαφορά στον επιπολασμό της μικροβιοφορίας δεν παρατηρήθηκε μεταξύ χειρουργικού και παθολογικού τομέα (8/12 67% και 10/13 77% αντίστοιχα, $p = 0,68$) (Πίνακας 2 και Σχήμα 1).

Πίνακας 2: Επιπολασμός μικροβιοφορίας

	Επίπτωση μικροβιοφορίας	Στατιστική σημαντικότητα
Σύνολο ατόμων (50)	38/50 (76%)	
Γιατροί (25)	18/25 (72%)	$p = 0,75$
Νοσηλευτές (25)	20/25 (80%)	
Παθολογικός Τομέας	16/21 76%	$p = 0,98$
Χειρουργικός Τομέας	22/29 76%	



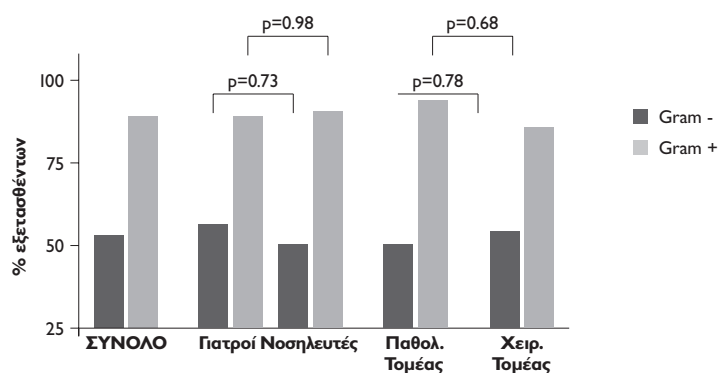
επιστημονικά άρθρα

Στα άτομα με μικροβιοφορία ανεπτύχθησαν Gram αρνητικά μικρόβια σε ποσοστό 52,6% (20/38), Gram θετικά μικρόβια σε ποσοστό 89,5% (34/38) και μύκητες σε ποσοστό 8% (3/38). Καμία στατιστική διαφορά δεν παρατηρήθηκε ως προς το είδος της μικροβιοφορίας μεταξύ ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού ή μεταξύ χειρουργικού και παθολογικού τομέα (Πίνακας 3 και Σχήμα 2).

Πίνακας 3: Είδος επικρατούντων μικροβίων ανά κατηγορία εξετασθέντων ατόμων

	Gram -	ρ	Gram +	ρ	Μύκητες	ρ
Μικροβιοφορείς (38)	52,6% (20/38)		89,5% (34/38)		8% (3/38)	
Γιατροί (18)	55,5% (10/18)	0,73	89% (16/18)	0,98	---	0,23
Νοσηλευτές (20)	50% (10/20)		90% (18/20)		15% (3/20)	
Παθολογικός Τομέας	50% (8/16)	0,78	94% (15/16)	0,68	12,5% (2/16)	0,56
Χειρουργικός Τομέας	54,5% (12/22)		86,5% (19/22)		4,5% (1/22)	

Σχήμα 2: Είδος μικροβίων ανά κατηγορία



* δεν παρουσιάζεται το ποσοστό των μυκήτων

Επικρατούντα Μικρόβια

Τα επικρατούντα μικρόβια ανά κατηγορία ήταν:

Gram αρνητικά μικρόβια (επί συνόλου 20 ατόμων με θετική καλλιέργεια): Klebsiela 10 (50%), E. Coli 9 (45%), Acinetobacter 1 (5%), Naiseria 1 (5%) και Pseudomonas 1 (5%).

Gram θετικά μικρόβια (επί συνόλου 34 ατόμων με

θετική καλλιέργεια): Staphylococcus epidermitis 20 (59%), Micrococcus 16 (47%), Enterococcus 13 (38%), Staphylococcus A 8 (23,5%), Corynobacterium 2 (5,8%) και β-αιμολυτικός Streptococcus 2 (5,8%).

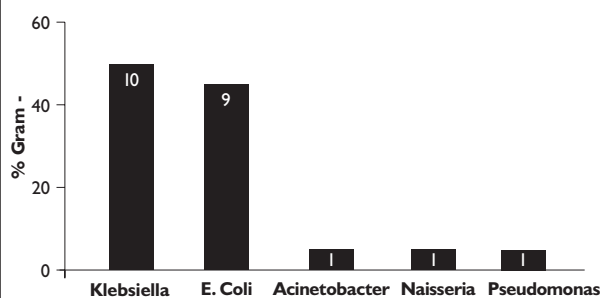
Μύκητες (επί συνόλου 3 ατόμων με θετική καλλιέργεια): Candinda Albicans 3 (100%), (Πίνακας 4, Σχήμα 3, 4)

επιστημονικά άρθρα

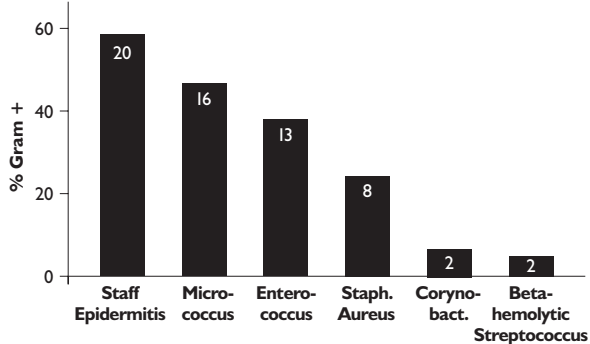
Πίνακας 4 : Είδη επικρατούντων μικροβίων ανά κατηγορία

Gram - μικρόβια	Klebsiela	10	Gram - μικρόβια	Staph. epidermitis	20	Μύκητες	Candinda Albicans	3
	E. Coli	9		Micrococcus	16			
	Acinetobacter	1		Enterococcus	13			
	Naiseria	1		Staph. Aureus	8			
	Pseudomonas	1		Corynobacterium β-αιμολυτικός Streptococcus	2			

Σχήμα 3: Gram αρνητικά μικρόβια



Σχήμα 4: Gram θετικά μικρόβια

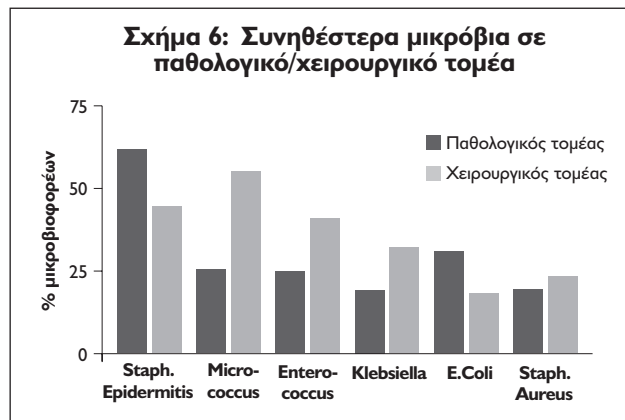
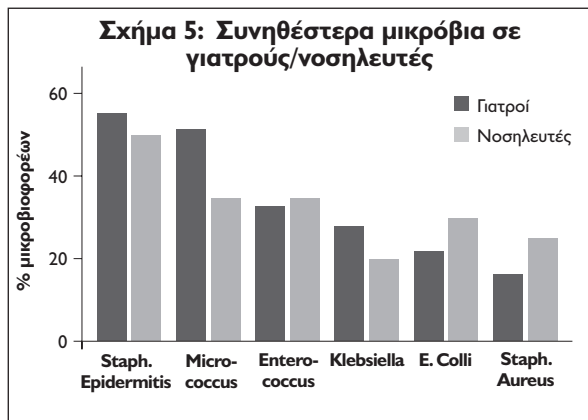


Καμία στατιστική διαφορά δεν διαπιστώθηκε ως προς τον επιπολασμό των συνηθέστερων μικροβίων μεταξύ ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού ή μεταξύ χειρουργικού και παθολογικού τομέα (Πίνακας 5, Σχήμα 5,6)

Πίνακας 5: Επιπολασμός των συνηθέστερων μικροβίων ανά κατηγορία εξετασθέντων

	Γιατροί	Νοσηλευτές	ρ	Παθολογικός Τομέας	Χειρουργικός Τομέας	ρ
Gram - μικρόβια						
Klebsiela (10)	22% (4/18)	30% (6/20)	0,72	19% (3/16)	32% (7/22)	0,47
E. Coli (9)	28% (5/18)	20% (4/20)	0,71	31% (5/16)	18% (4/22)	0,45
Staph. Epiderm. (20)	55% (10/18)	50% (10/20)	0,73	62% (10/16)	45% (10/22)	0,34
Micrococcus (16)	52% (9/18)	35% (7/20)	0,35	25% (4/16)	55% (12/22)	0,11
Enterococcus (13)	33% (6/18)	35% (7/20)	0,91	25% (4/16)	41% (9/22)	0,41
Staph. aureus (8)	17% (3/18)	25% (5/20)	0,70	19% (3/16)	23% (5/22)	0,78

επιστημονικά άρθρα

**Ευαισθησία Απομονωθέντων Μικροβίων**

Ο έλεγχος της ευαισθησίας των απομονωθέντων μικροβίων έγινε με την χρήση των κατωτέρω κατηγοριών φαρμάκων και αντιβιοτικών ουσιών (Πίνακας 6):

Πίνακας 6: Κατηγορίες αντιβιοτικών ουσιών

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ	ΕΙΔΗ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ
Αμινοπενικιλίνες	Αμοξικιλίνη-κλαβουλανικό Αμπικιλίνη-σουλμπακτάμη
Αντιψευδομοναδικές πενικιλίνες	Πιπερακιλίνη-ταζομπακτάμη Τικαρσιλλίνη-κλαβουλανικό
Κεφαλοσπορίνες	Κεφταζιδίμη Κεφτριαξόνη Κεφουροξίμη
Καρβαπενέμες	Ιμιπενέμη
Αμινογλυκοσίδες	Νετιλμισίνη
Μακρολίδια	Ερυθρομυκίνη Κλαριθρομυκίνη
Γλυκοπεπτιδία	Βανκομυκίνη Τεϊκοπλαμίνη
Τετρακυκλίνες	Δοξικυκλίνη Μινοκυκλίνη
Σουλφοναμίδες	Τριμεθοπρίνη-Σουλφαμεθαζόνη
Κινολόνες	Σiproφλοξασίνη Νορφοξασίνη Οφλοξασίνη

επιστημονικά άρθρα

Οι ευαισθησίες ανά κατηγορία μικροβίων (Gram αρνητικά μικρόβια και Gram θετικά μικρόβια) στις κυριότερες κατηγορίες αντιβιοτικών σκευασμάτων παρατίθενται στον (Πίνακα 7).

Πίνακας 7: Ευαισθησία και αντοχή μικροβίων στα αντιβιοτικά

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ	Gram - μικρόβια		Gram + μικρόβια	
Αμινοπενικιλίνες	E	37%	E	41%
	ME	21%	ME	33%
	A	42%	A	26%
Αντιψευδ. πενικιλίνες	E	79%	E	40%
	ME	7%	ME	27%
	A	14%	A	33%
Κεφαλοσπορίνες	E	25%	E	17%
	ME	25%	ME	39%
	A	50%	A	44%
Καρβαπενέμες	E	67%	E	64%
	ME	33%	ME	36%
	A	0%	A	0%
Αμινογλυκοσίδες	E	40%	E	---
	ME	0%	ME	---
	A	60%	A	---
Μακρολίδια	E	---	E	11%
	ME	---	ME	17%
	A	---	A	72%
Γλυκοπεπτιδία	E	---	E	25%
	ME	---	ME	71%
	A	---	A	4%
Τετρακυκλίνες	E	---	E	65%
	ME	---	ME	31%
	A	---	A	4%
Σουλφοναμίδες	E	31%	E	10%
	ME	25%	ME	42%
	A	44%	A	48%
Κινολόνες	E	47%	E	65%
	ME	29%	ME	31%
	A	24%	A	4%

Τα μικρόβια που απομονώθηκαν από τα χέρια του νοσηλευτικού προσωπικού παρουσίαζαν μεγαλύτερη ανθεκτικότητα σε αρκετές κατηγορίες αντιβιοτικών σε σχέση με αυτά που απομονώθηκαν από το ιατρικό προσωπικό (Πίνακας 8).

επιστημονικά άρθρα

Πίνακας 8: Διαφορές ανθεκτικότητας μεταξύ ιατρών/ νοσηλευτών

	Γιατροί	Νοσηλευτές	ρ
Ανθεκτικότητα Gram - μικρόβιων			
Αμινοπενικιλίνες	22%	62%	0,04
Σουλφοναμίδες	28%	56%	0,04
Ανθεκτικότητα Gram + μικρόβιων			
Αμινοπενικιλίνες	15%	37%	0,04
Κεφαλοσπορίνες	28%	55%	0,04

Καμία διαφορά δεν παρατηρήθηκε μεταξύ παθολογικού και χειρουργικού τομέα όσον αφορά την ανθεκτικότητα των απομονωθέντων μικροβίων στα ελεγχθέντα αντιβιοτικά.

Συζήτηση

Το ποσοστό μικροβιοφορίας στα χέρια των επαγγελματιών υγείας που καταγράφηκε από τη μελέτη μας εμφανίζει ανησυχητικά υψηλό ποσοστό (76%) και μάλιστα το 84% από τους παραπάνω εμφάνισε πάνω από ένα μικρόβια.⁴

Είναι γνωστό ότι το ανθρώπινο δέρμα αποικίζεται από πλήθος βακτηριδίων.

Μετρήσεις της μικροβιοφορίας χεριών επαγγελματιών υγείας δείχνουν ότι το μικροβιακό φορτίο φτάνει από $3,9 \times 10^4$ έως $4,6 \times 10^6$ αποικίες. Τα συνηθέστερα μικρόβια που αποικίζουν στα χέρια των επαγγελματιών υγείας είναι ο *S. Aureus*, gram- βάκιλοι, Εντερόκοκκοι και μύκητες, 5,6,7.

Σε μια μελέτη επίσης στην Αγγλία⁸, καταγράφηκε πως τα συνηθέστερα μικρόβια που απομονώθηκαν σε επαγγελματίες υγείας ήταν : *Staphylococcus aureus*, ανθεκτικοί εντερόκοκκοι, *Clostridium difficile*, *Streptococcus pneumoniae*, *Acinetobacter spp.*, *Escherichia coli*, και *Candida* διαφόρων ειδών.

Σε άλλη μελέτη αναφέρεται ότι μετά από την επαφή με τον ασθενή το προσωπικό απέκτησε κατά μέσο όρο 100 αποικίες βακτηριδίων με κυριότερα εκείνα του *S. aureus* και gram- σε ποσοστά 10% και 15% αντίστοιχα.⁹ Διαφωνία με τα αποτελέσματά μας αναφέρεται σε μελέτη των J.-C. Lucet et al.¹⁰, όπου μόνο το 4,3% από 43 επαγγελματίες υγείας σε νοσοκομείο της Γαλλίας ανέπτυξε θετικά παθολογικά βακτήρια στα χέρια του. Επίσης στη μελέτη των Widmer AE, Dangel M II το ποσοστό για *S. aureus* είναι 13% και για gram- βακτηρίδια 6,7%. Το μικρό ποσοστό δικαιολογείται από το υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης και των συνεχών ελέγχων από την Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων.

Στη μελέτη μας τα κυριότερα μικρόβια που απομονώθηκαν και συμφωνούν με αποτελέσματα αντίστοιχων παγκόσμιων μελετών - ήταν (πίνακας 4):

Gram+: *Staphylococcus epidermitis* (50%) και *Micrococcus* (47%)

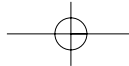
Gram-: *Klebsiella* (50%), *E. Coli* 9 (45%)

Μύκητες: *Candida Albicans* (100%).

Η διαφορά μεταξύ των Ιατρών και του Νοσηλευτικού προσωπικού στη μελέτη μας δεν είναι στατιστικά σημαντική, με το 72% των γιατρών και το 80% να εμφανίζουν μικροβιοφορία στα χέρια τους.

Επίσης δεν φαίνεται να υπάρχει σημαντική διαφορά στο μικροβιακό φορτίο των χεριών των εργαζομένων σε χειρουργικό τμήμα σε σχέση με τους εργαζόμενους σε παθολογικό τμήμα.

Μικρές διαφοροποιήσεις που αξίζει να αναφερθούν αφορούν τα είδη των μικροβίων που απομονώθηκαν σε σχέση με το τμήμα εργασίας. Συγκεκριμένα στο προσωπικό χειρουργικών τμημάτων συχνότερα εμφανίζεται αποικισμός από *Micrococcus* (55%), ακολουθεί ο *Staphylococcus epidermitis* (45%) και έπονται οι *Enterococcus* (41%) και *Klebsiella* (32%). Αντίθετα στο προσωπικό παθολογικών τμημάτων εμφανίζονται συχνότερα οι *Staphylococcus epidermitis* (55%) και *Micrococcus* (52%) και έπονται οι *Enterococcus* (33%) και *E. Coli* (28%). (πίνακας 6). Σε αντίστοιχες μελέτες από το διεθνή χώρο αναφέρεται πως οι εργαζόμενοι σε παθολογικά τμήματα υπολείπονται στην υγιεινή των χεριών¹⁴. Ο φόρτος εργασίας που φαίνεται ότι υπάρχει στον Παθολογικό τομέα και η έλλειψη επεμβατικών πράξεων αποτελούν παράγοντες που φαίνεται ότι επηρεάζουν την μειωμένη συμμόρφωση



επιστημονικά άρθρα

ειδικά του ιατρικού προσωπικού αυτού του τομέα στο Νοσοκομειακό χώρο.

Η ανθεκτικότητα των απομονωθέντων βακτηριδίων στα αντιβιοτικά (πίνακας 8), έδειξε ότι τα gram- εμφανίζουν υψηλή αντοχή κυρίως στις αμινογλυκοσίδες (60%), στις κεφαλοσπορίνες (50%), στις σουλφοναμίδες (44%) και στις αμινοπενικιλίνες (40%). Επίσης τα gram+ εμφανίζουν υψηλή αντοχή κυρίως στις μακρολίδες (72%), στις σουλφοναμίδες (48%) και στις κεφαλοσπορίνες (44%).

Ενθαρρυντικό εύρημα της μελέτης μας είναι η χαμηλή αντοχή που εμφανίζεται στις κινολόνες 24% και 4% για τα gram- και τα gram+ αντίστοιχα και στις καρβαπενέμες 0% και για τις δύο κατηγορίες βακτηριδίων. Ενδεικτικά αποτελέσματα από διεθνείς μελέτες αναφέρουν ότι 41% των δειγμάτων από χέρια επαγγελματιών υγείας έδειξε ανθεκτικότητα σε VRI II (ανθεκτικότητα σε Βανκομυκίνη).

Δεν παρατηρήθηκε καμία σημαντική στατιστική διαφορά μεταξύ αντοχής των μικροβίων που απομονώθηκαν στο προσωπικό του χειρουργικού τομέα και εκείνων που απομονώθηκαν στο προσωπικό του παθολογικού τομέα.

Αντίθετα τα ευρήματα από τη συσχέτιση της αντοχής μεταξύ Ιατρικού και Νοσηλευτικού προσωπικού παρουσιάζουν

στατιστικά σημαντική διαφορά.

Τα μικρόβια που απομονώθηκαν σε νοσηλευτικό προσωπικό εμφανίζουν μεγαλύτερη ανθεκτικότητα από τα αντίστοιχα που απομονώθηκαν στο Ιατρικό προσωπικό (πίνακας 8). Συμφωνία με τα αποτελέσματα της μελέτης μας όσον αφορά τα ευρήματα αποικισμού των χεριών των νοσηλευτών φαίνεται να υπάρχει με μελέτη από την Ιαπωνία 12, όπου το μικροβιακό φορτίο ανέρχεται σε $5,0 \times 10^3$ αποικίες.

Συγκεκριμένα – για τους Νοσηλευτές- εμφανίζεται υψηλή αντοχή (Gram-) σε αμινοπενικιλίνες (60%) και σε σουλφοναμίδες (56%) και στα (Gram+) σε κεφαλοσπορίνες (55%) και σε αμινοπενικιλίνες (37%).

Αντίθετα για τους Γιατρούς στα (Gram-) εμφανίζεται αντοχή στα ίδια αντιβιοτικά (αμινοπενικιλίνες και σουλφοναμίδες), αλλά με πολύ χαμηλότερα ποσοστά, 22% και 28% αντίστοιχα. Η ίδια διαφοροποίηση παρατηρείται και για τα (Gram+) στο ιατρικό προσωπικό, όπου οι κεφαλοσπορίνες (28%) και οι αμινοπενικιλίνες (15%), εμφανίζουν μικρότερη αντοχή από αυτή των Νοσηλευτών.

Δεδομένου του ότι η επαφή των Νοσηλευτών με τον ασθενή είναι συχνότερη, τα παραπάνω αποτελέσματα θα πρέπει να μας ανησυχήσουν ιδιαίτερα.

Συζήτηση

Η μελέτη μας επιβεβαίωσε το σημαντικό ρόλο που έχει στη μετάδοση των νοσοκομειακών λοιμώξεων ο παροδικός αποικισμός των χεριών του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού καθώς και το πρόβλημα της αυξανόμενης μικροβιακής αντοχής.^{13,14}

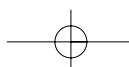
Στις στρατηγικές που πρέπει να αναπτυχθούν πρωτεύοντα ρόλο έχει η αλλαγή των υγιεινομικών συνηθειών^{15,16} και της συμπεριφοράς του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου μας καθώς και η αύξηση

του ποσοστού συμμόρφωσης σχετικά με την υγιεινή των χεριών, τόσο όσο αφορά το πλύσιμο όσο και την αντισηψία αυτών γενικότερα.

Για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος, είναι αναγκαία η ενεργοποίηση προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στα θέματα του τρόπου μετάδοσης των νοσοκομειακών λοιμώξεων. Τα πόστερ και οι συνεχείς παραινέσεις από την Επιτροπή Λοιμώξεων έχουν δείξει ότι συμβάλλουν σημαντικά σε αυτόν τον στόχο.

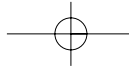
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Rotter M, Hand washing and hand disinfection ,Chapter 87. In: Mayhall CG, ed. Hospital epidemiology and infection control. 2nd ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 1999.
2. Boyce J, Pittet D. Guideline for hand hygiene in health-care settings. MMWR. 2002;51(RR-16);1–45.
3. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings, June 2007
4. Brunetti L, Santoro E, De Caro F, Cavallo P, Boccia G, Capunzo M, et al., Surveillance of nosocomial infections: a preliminary study on hand hygiene compliance of healthcare workers. J Prev Med Hyg. 2006 Jun;47(2):64-8.
5. Rudolf KI , Hand Hygiene for Dental Health Care Workers. Online Continuing Education in Health and Ethics 24/07, Learn Work.Org.
6. Andrew Mc Ar ,Hand hygiene and healthcare associated infections, Student BMJ 2007;15:213-256
7. Roberts S, Upton A, Morris A, Woodhouse A. Hand-hygiene practices of medical staff: room for improvement, Journal of the New Zealand Medical Association, 1-02-2005, Vol. 118, No 1209.
8. Carvel J. Hospital's focus on waiting time targets led to 41 superbug deaths., S tudentBMJ .The Guardian 25 Jul 2006. availableat: www.guardian.co.uk/uk_news/story/0,1828033,00.html.
9. Pittet D, Dharan S, Touveneau S, Sauvan V, Perneger TV. Bacterial contamination of the hands of hospital staff during routine patient care. Arch Int Med 1999;159:821-6.
10. Lucet J,C, Rigaud M,P, Mentre F, Kassis N, Deblangy C ,Andremont A et al., Hand contamination before and after different hand hygiene techniques: a randomized clinical trial. Journal of Hospital Infection ,Volume 50, Issue 4, April 2002, Pages 276-280
11. Hayden MK, Clin Infect Diseases 2000;31:1058-1065



επιστημονικά άρθρα

12. Widmer AE, Dangel M. Alcohol-based handrub: evaluation of technique and microbiological efficacy with international infection control professionals, *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2004 Mar;25(3):207-9
13. Furukawa K, Tajiri T, Suzuki H, Norose Y. Are sterile water and brushes necessary for hand washing before surgery in Japan?, *Med Sch.* 2005 Jun;72(3):149-54.
14. Pittet D, Simon A, Hugonnet S, Pessoa-Silva CL, Sauvan V, Perneger TV. Hand hygiene among physicians: performance, beliefs, and perceptions, *Ann Intern Med.* 2004 Jul 6;141(1):1-8
15. Larson EL, Early E, Cloonan P, Sugrue S, Parides M. An organizational climate intervention associated with increased handwashing and decreased nosocomial infections. *Behav Med* 2000;26:14--22.
16. Widmer AF. Replace hand washing with use of a waterless alcohol hand rub? *Clin Infect Dis* 2000;31:136--43.
17. Fogg D, Parker N, Shevlin D, et al., Standards, Recommended Practices, and Guidelines Recommended Practices Committee. Recommended practices for surgical hand scrubs. Denver, CO: AORN, 2001.
18. Berhe M, Edmond M, Bearman G. Practices and an assessment of health care workers' perceptions of compliance with infection control knowledge of nosocomial infections. *American Journal of Infection Control*, 2007:Volume 33, Issue 1, Pages 55 - 57



Χρόνια Οσφυαλγία: Προκαταρκτικά αποτελέσματα από τη διερεύνηση του Άγχους και της Κατάθλιψης σε ασθενείς που πάσχουν από Χρόνια Οσφυαλγία

Π. Σαράφης¹, Μ. Αρβανίτη², Ε. Ξένου¹, Κ. Μήτσιου¹, Β. Ρόκα¹, Κ. Γαϊτάνου¹, Δ. Δάλλας³, Μ. Μαλλιάρου⁴

1. Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών
2. "Θριάσειο" Γενικό Νοσοκομείο
3. 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας
4. 492 ΓΣΝ Αλεξανδρούπολης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Στην παρούσα μελέτη εξετάζεται η σχέση μεταξύ αγχώδους συνδρομής, κατάθλιψης και έντασης του πόνου σε ασθενείς με οσφυαλγία.

Σχεδιασμός/επιστημονικό υπόβαθρο: Στην Ελλάδα, παρά τα υψηλά ποσοστά επιπολασμού μείζονος κατάθλιψης και άγχους που παρατηρούνται σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία, δεν υπάρχει καμία συστηματική προσπάθεια διερεύνησης του ζητήματος αυτού.

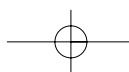
Μέθοδοι: Στην παρούσα περιγραφική μελέτη συσχέτισης παρουσιάζονται τα πρώτα αποτελέσματα σαράντα (40) ασθενών με χρόνια οσφυαλγία που νοσηλεύτηκαν σε Νευροχειρουργική κλινική Γενικού Νοσοκομείου του νομού Αττικής. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με ατομικές συνεντεύξεις χρησιμοποιώντας μία συντόμευση του ερωτηματολογίου McGill για τα δημογραφικά στοιχεία και τα δεδομένα που σχετίζονται με τον πόνο, την τροποποιημένη αναλογική κλίμακα Hamilton για την κατάθλιψη και την αναλογική κλίμακα Hamilton για το άγχος.

Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν 40 ασθενείς, 16 άνδρες και 24 γυναίκες με οσφυαλγία. Το μέσο επίπεδο κατάθλιψης σε μία κλίμακα έντασης 3-40 ήταν 15,15 (SD=10,13), οπότε η κατάθλιψη θεωρείται ήπια. Το μέσο επίπεδο άγχους σε μία κλίμακα έντασης 2-26 αξιολογήθηκε στο 7,40 (SD=6,52), το οποίο είναι μικρότερο από εκείνο που αντιστοιχεί στο μέτριο άγχος. Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της έντασης της κατάθλιψης, του άγχους και του πόνου.

Συμπεράσματα: Τα ευρήματα καταδεικνύουν ότι η ένταση του πόνου σχετίζεται θετικά με τη νεαρή ηλικία και το ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης. Επιπρόσθετα, η διάρκεια του πόνου σχετίζεται θετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης ως εκ τούτου εμφανίζουν υψηλότερο επίπεδο κατάθλιψης. Επίσης, ασθενείς με υψηλά επίπεδα άγχους υποφέρουν σε μεγαλύτερο ποσοστό από κατάθλιψη. Ταυτόχρονα διαπιστώνεται ότι όσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια του πόνου, τόσο η έντασή του αποδίδεται ως σοβαρότερη. Σημαντική σχέση παρατηρήθηκε μεταξύ της κατάθλιψης και του άγχους καθώς τα συμπτώματα της κατάθλιψης ήταν πιο κοινά σε αγχώδεις ασθενείς.

Ενδιαφέρον για την κλινική πράξη: Αξιολογούνται οι ασθενείς με οσφυαλγία προκειμένου να τεθεί μία βάση αποκάλυψης των υφιστάμενων ψυχολογικών προβλημάτων και έτσι να επιλεγεί η κατάλληλη κάθε φορά παρέμβαση και να αξιολογηθεί η ανταπόκριση του ασθενούς στην θεραπευτική αντιμετώπιση.

Λέξεις κλειδιά: άγχος, επείγουσα φροντίδα, κατάθλιψη, νοσηλευτική φροντίδα, οσφυαλγία.



επιστημονικά άρθρα

I. Εισαγωγή

Η οσφυαλγία αποτελεί έναν από τους συχνότερους λόγους αναζήτησης ιατρικής βοήθειας σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Κατά τη διάρκεια ενός έτους περί το 7% του ενήλικου πληθυσμού στη Μεγάλη Βρετανία αναζητά ιατρική βοήθεια εξαιτίας του προβλήματος της οσφυαλγίας (Wynne, et. al., 2008, Royal College of General Practitioners and Office of Population Censuses and Surveys, 1995). Αντίστοιχα, στο Χονγκ-Κόνγκ αποτελεί ένα συνηθισμένο πρόβλημα υγείας (Mok, Lee, 2008).

Επιπρόσθετα, στις ΗΠΑ, έχει αναφερθεί απώλεια 149 εκατομμυρίων εργάσιμων ημερών ετησίως εξαιτίας της οσφυαλγίας (Wynne, et. al., 2008, Guo, et. al., 1999). Ομοίως, στην Ελλάδα σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα (Beltsios, et. al., 1990) το 10% του πληθυσμού, έχει επισκεφτεί το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ή Ορθοπεδικές κλινικές και τμήματα Φυσιοθεραπείας των νοσοκομείων, τουλάχιστον μία φορά, με οσφυαλγία. Κατά το χρονικό διάστημα 1986-87, υπολογίστηκε ότι το κόστος των εργαστηριακών εξετάσεων και δοκιμασιών σε εξωτερικούς ασθενείς ήταν μεγαλύτερο από 5.000 δρχ ανά περίπτωση οσφυαλγίας χωρίς να ληφθούν υπόψη τα λειτουργικά έξοδα των κλινικών (Beltsios, et. al., 1990). Αυτό το ποσό έχει αυξηθεί χαρακτηριστικά με την πάροδο του χρόνου. Εντούτοις υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα που καταδεικνύουν ότι περίπου 12% των Ελλήνων έχει διαγνωστεί ότι πάσχουν από κάποια μορφή οσφυαλγίας (Beltsios, et. al., 1990).

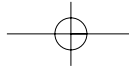
Παράλληλα, ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων σε ότι αφορά στις δημογραφικές παραμέτρους (ηλικία, απασχόληση, τόπος κατοικίας) σε σχέση με τη νόσο. Η ηλικία συσχετίζεται θετικά με τον χρόνιο πόνο (Anderson, 1999) και τη μακροχρόνια ανικανότητα σε ασθενείς με οσφυαλγία (Clauw, et. al., 1999). Και τα δύο φύλα είναι περισσότερο ευπρόσβλητα να εμφανίσουν οσφυαλγία κατά την 4η δεκαετία της ζωής τους (Beltsios, et. al., 1990). Παρόλο που ο επιπολασμός φαίνεται να είναι ελαφρώς μεγαλύτερος στους νέους άνδρες και τις γυναίκες με οικιακή απασχόληση, οι άνδρες βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο υποτροπής της νόσου (Anderson, 1999) γεγονός που πιθανώς οφείλεται στις περισσότερες, από φυσικής πλευράς, απαιτήσεις των ανδρικών επαγγελματιών (Mok, Lee, 2008). Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι σωματικές απαιτήσεις της εργασίας συνδέονται με την οσφυαλγία. Ως παράδειγμα μπορούν να αναφερθούν: κάμψη και περιστροφή του κορμού, άρση βαρών, υπερβολικά φορτία, απότομες μετακινήσεις, ο χειρισμός βαρέως κινούμενου εξοπλισμού, η έκθεση σε δονήσεις και περιστροφικές κινήσεις (Hoogendoorn, et. al., 2000, Jayson, 2001, Wing, 2001, Yip, 2004). Παράλληλα, η εκπαίδευση, η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση και η ανεργία αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες σχετικά με την εμφάνιση οσφυαλγίας, τη διάρκεια και την υποτροπή, παρόλο που δεν περιγράφεται καθαρά στην υφιστάμενη βιβλιογραφία ο τρόπος και ο βαθμός επίδρασής τους (Dionne, et. al., 2001). Άλλα βιβλιογραφικά ευρήματα καταδεικνύουν ότι τέτοια κοινωνικά χαρακτηριστικά είναι πολύ πιθανό να συνδέονται στενά με ψυχολογικές παραμέ-

τρους, λειτουργώντας ταυτόχρονα και ως αιτίες αλλά και ως παράγοντες που συντηρούν τα υφιστάμενα ψυχολογικά προβλήματα (Keeley, et. al., 2008). Επομένως, ένα σύνολο παραγόντων επιδρούν στην εμφάνιση των διαταραχών αυτών. Επιπρόσθετα, ο πόνος έχει σοβαρές κοινωνικο-οικονομικές επιπτώσεις που δεν περιορίζονται στον ασθενή, αλλά επηρεάζουν όλα τα μέλη της οικογένειάς του και το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο και δεν μπορούν σε καμία περίπτωση να αγνοηθούν.

Κατά τη διάγνωση ασθενών με πόνο υπάρχουν δύο ξεχωριστοί αλλά αλληλένδετοι στόχοι. Αρχικός στόχος, είναι η διαχείριση του ίδιου του πόνου με την αξιολόγηση των παθοφυσιολογικών μηχανισμών που εμπλέκονται σε αυτόν, προκειμένου να επιλεγεί το καταλληλότερο θεραπευτικό σχήμα. Είναι γνωστό ότι οι νευρο-ενδοκρινολογικές αλλαγές που υφίστανται σε κάποιες ηλικιακές ομάδες ενισχύουν την ανάπτυξη του χρόνιου πόνου στους ασθενείς, όπως επίσης και την εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους. Συγκεκριμένα, έχει προσδιοριστεί ότι διαταραχές στην παραγωγή συγκεκριμένων αμινών του ΚΝΣ (Κεντρικού Νευρικού Συστήματος), συμπεριλαμβανομένων της σεροτονίνης και της νορ-επινεφρίνης, συνδέονται με διαταραχές του συναισθήματος, ενώ ταυτόχρονα είναι γνωστό ότι επιδρούν στην αντίληψη και αντιμετώπιση του άγχους (Atkinson, et. al., 1988). Παρόλα αυτά είναι ενδιαφέρον να σχολιαστεί το ότι μεταξύ των ατόμων που διαγνώστηκαν με οσφυαλγία, μόνο το 4% ανέφερε νευρολογικά συμπτώματα (Beltsios, et. al., 1990).

Ο δεύτερος στόχος είναι η ολιστική προσέγγιση της κατάστασης του ασθενούς, ως ένα άτομο πάσχων με μοναδικό ιστορικό. Ο πόνος είναι υποκειμενικός και η βιβλιογραφία καταδεικνύει ότι οι πάσχοντες από οσφυαλγία που αναζητούν ιατρική παρέμβαση αντιλαμβάνονται πιο έντονα τον πόνο από εκείνους που δεν αναζητούν την ιατρική παρέμβαση (Carey, et. al., 1996). Επιπλέον, η αντιμετώπιση του πόνου φαίνεται να αποτελεί την κύρια ανησυχία των ασθενών με οσφυαλγία και κυρίως των ασθενών που εισάγονται για πρώτη φορά σε νοσοκομείο (Katz, 1998). Επομένως, θα πρέπει να εξεταστεί η υποκειμενικότητα του ασθενούς στην αντίληψη του πόνου, σε σχέση με το πώς μπορεί να επηρεαστεί από την ψυχολογική, κοινωνική και οικονομική κατάσταση του ατόμου, αλλά επίσης και τον τρόπο που μπορεί να επιδράσει στην ένταση του πόνου και την αντιμετώπισή του. Εντούτοις, πρέπει πάντα να γίνεται προσπάθεια κατανόησης του τρόπου με τον οποίο, η μια διάγνωση επηρεάζει την άλλη, χωρίς όμως να αγνοούνται οι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί που προκαλούν πόνο. Είναι γεγονός ότι μόνο λίγες προγενέστερες ερευνητικές εργασίες έχουν εστιάσει στη διερεύνηση του κομβικού αυτού σημείου του πόνου και των συνδεόμενων με αυτόν παραγόντων.

Στην παρούσα έρευνα, μελετάται η οσφυαλγία προκειμένου να διερευνηθεί ο τρόπος με τον οποίο ο πόνος επιδρά στη συναισθηματική κατάσταση των ασθενών και ιδιαίτερα σε ότι αφορά στο άγχος και την κατάθλιψη. Μελέτες έχουν δείξει ότι το άγχος και η κατάθλιψη συν-



επιστημονικά άρθρα

δέονται με την εμφάνιση οσφυαλγίας (Anderson, 1999, McCracken, Gross, 1998) και ότι άνθρωποι με οσφυαλγία είναι περισσότερο πιθανό να αναπτύξουν άγχος και καταθλιπτικές διαταραχές (Polatin, et. al., 1993). Επιπρόσθετα, η κατάθλιψη και οι φοβίες είναι προγνωστικοί παράγοντες για ανικανότητα, απουσιασμό από την εργασία και χρήση των υπηρεσιών υγείας (Sullivan, et. al., 2003, 2005, 2006, Smith, et. al., 2004, Boersman, Linton, 2005, Carragee, et. al., 2005) παρόλο που η ισχύς της προγνωστικής τους δυνατότητας εξαρτάται από τη χρονιότητα του πόνου (Boersma, Linton, 2005, 2006). Επίσης, η κατάθλιψη και το άγχος κάνουν τον ασθενή πιο ευαίσθητο ως προς την αντίληψη των οργανικών του προβλημάτων και ενίοτε ο πόνος είναι μόνο μία επικάλυψη κατάθλιψης ή αγχώδους συνδρομής (Keefe, et. al., 1988, Magni, et. al., 1988).

Παράλληλα, παρά το μεγάλο ποσοστό κατάθλιψης και άγχους που παρατηρήθηκε σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία, πιστεύουμε ότι αυτή η συσχέτιση έχει σπανίως μελετηθεί στην Ελλάδα και ως εκ τούτου δεν έχει διερευ-

νηθεί επαρκώς. Αυτό το έλλειμμα γνώσης είναι αποτέλεσμα της τάσης που έχουν οι ερευνητές θεμάτων υγείας να εξετάζουν περισσότερο τα επιδημιολογικά και βιομετρικά χαρακτηριστικά του πόνου, παρά τις γνωστικές και ψυχολογικές διαστάσεις και συνέπειες. Έτσι, αυτή η μελέτη στοχεύει να καλύψει το έλλειμμα γνώσης με την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τη θεωρία για τον πόνο.

Επιπλέον, με την πραγματοποίηση μίας μελέτης μικρής κλίμακας στοχεύουμε στο να διερευνήσουμε τις σχέσεις της οσφυαλγίας, του άγχους και της κατάθλιψης. Μία, σε βάθος γνώση του θέματος θα μπορούσε να υποστηρίξει τις προσπάθειες ανάπτυξης προγραμμάτων που στοχεύουν στην προστασία, τόσο των ασθενών όσο και των επαγγελματιών υγείας. Λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω, είναι προφανές ότι θεωρητικές και ερευνητικές προσπάθειες που σκοπεύουν στην αύξηση της γνώσης σχετικά με τον πόνο και τις ψυχολογικές του διαστάσεις φαίνεται να εκτιμούνται και να ενθαρρύνονται. Αυτές οι πληροφορίες είναι ουσιαστικές για την ολιστική προσέγγιση που επιδιώκεται από τη σύγχρονη νοσηλευτική.

2. Υλικό & Μέθοδοι

2.1 Η μελέτη:

Η ερευνητική αυτή μελέτη αντιπροσωπεύει ένα συνδυασμό ποιοτικής και ποσοτικής έρευνας. Μία περιγραφική συσχέτιση διευκολύνει την εξέταση της ερευνητικής πρότασης, την περιγραφή των μεταβλητών των παραγόντων που τροποποιούνται, δηλαδή οσφυαλγίας, κατάθλιψης και άγχους, καθώς και την περιγραφή της συσχέτισης μεταξύ αυτών των μεταβλητών. Οι ασθενείς που αποτελούν τον πληθυσμό της έρευνας νοσηλεύτηκαν στο Νευροχειρουργικό τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Ελευσίνας. Αυτό το τμήμα επιλέχθηκε γιατί εκεί παρέχεται θεραπευτική αγωγή και νοσηλεία σε μεγάλο αριθμό πασχόντων από οσφυαλγία. Η παρούσα μελέτη διενεργήθηκε σε κατάλληλο διαμορφωμένο χώρο του Νοσοκομείου. Τα δεδομένα που αφορούσαν κλινήρεις ασθενείς συλλέχτηκαν εντός του θαλάμου νοσηλείας.

2.2 Εννοιολογικοί προσδιορισμοί

Η Χρόνια Οσφυαλγία είναι ο πόνος που ανεξαρτήτως αιτιολογίας εντοπίζεται στην οσφυϊκή ή ιερά μοίρα της σπονδυλικής στήλης και διαρκεί έξι μήνες ή περισσότερο.

Ως κατάθλιψη, ορίζεται το σύνθετο πρόβλημα υγείας (σύμπτωμα, σύνδρομο ή νόσος) που συνδέεται με τη χρόνια οσφυαλγία και με την παρουσία κυρίαρχης χαμηλής διάθεσης και επιπρόσθετων γνωστικών και σωματικών συμπτωμάτων.

Ως άγχος, ορίζεται η υπέρμετρη αγωνία και ανησυχία, η οποία προκαλείται από χρόνια οσφυαλγία και συνοδεύεται από γνωστική, συναισθηματική και σωματική διαταραχή. Η μελέτη αυτή ασχολείται περισσότερο με την ύπαρξη παρά με την διαχείριση του άγχους. Το άγχος προσδιορίζεται λειτουργικά με την Κλίμακα Εκτίμησης του Hamilton (HARS, Hamilton, 1959).

2.3 Επιλογή πληθυσμού μελέτης

Ο πληθυσμός της μελέτης αποτελείται από σαράντα ασθενείς πάσχοντες από οσφυαλγία που νοσηλεύτηκαν στο Νευροχειρουργικό τμήμα του προαναφερθέντος Γενικού Νοσοκομείου, από το Δεκέμβριο του 2006 έως το Δεκέμβριο του 2007. Ο πληθυσμός επιλέχθηκε με δεδομένη δειγματοληπτική μέθοδο. Η επιλογή του δείγματος έγινε με τη χρήση συγκεκριμένων κριτηρίων επιλογής και αποκλεισμού, τα οποία περιγράφονται στο θεωρητικό και ερευνητικό απολογισμό (Krishnan, et. al., 1985, Atkinson, et. al., 1988, Weickgenant, et. al., 1993).

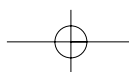
Κριτήρια Επιλογής

1. Ηλικία ασθενούς: 35 και 65 ετών,
2. Φύλο ασθενούς,
3. Εθελοντική συμμετοχή στην έρευνα,
4. Νοσηλεία με διάγνωση εισόδου την χρόνια οσφυαλγία,
5. Δυνατότητα επικοινωνίας στην ελληνική γλώσσα,
6. Ο ασθενής να αισθάνεται πόνο σε καθημερινή βάση κατά τους τελευταίους 6 μήνες ή και περισσότερο.

Κριτήρια Αποκλεισμού

Ο ασθενής:

1. να έχει συνυπάρχουσα σημαντική νόσο (π.χ. χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, σακχαρώδη διαβήτη),
2. να υποφέρει από συνυπάρχοντα ορθοπεδικά προβλήματα ή να εμφανίζει άλλου είδους πόνο,
3. να έχει εγκεφαλική ή ψυχιατρική διαταραχή σύμφωνα με τη Διεθνή Κατάταξη Ψυχικών Διαταραχών (DSM IV),
4. να έχει υποβληθεί σε μεγάλη χειρουργική παρέμβαση κατά το διάστημα των τελευταίων 12 μηνών,
5. να λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση κατάθλιψης ή άλλων νοητικών διαταραχών,



επιστημονικά άρθρα

6. να υποφέρει από κατάργηση των αντανακλαστικών και μυϊκή ατροφία.

2.4 Η συλλογή των δεδομένων

2.4.1 Εργαλεία μελέτης

Δεδομένου ότι το άλγος είναι δύσκολο να αξιολογηθεί, υπάρχουν πολλές διαφορετικές απόψεις ως προς την πιο δόκιμη προσέγγιση. Υπάρχουν διάφοροι τρόποι να αξιολογηθεί ο πόνος, αλλά δεν υπάρχει ακόμα καμία αμιγώς αντικειμενική παθοφυσιολογική μέθοδος, η οποία να μπορεί να χρησιμοποιηθεί. Για τους λόγους αυτούς, οι επαγγελματίες υγείας συχνά συνδυάζουν διαφορετικές διαγνωστικές μεθόδους προκειμένου να δώσουν μία κατά προσέγγιση εκτίμηση του πόνου. Τα δεδομένα συγκεντρώθηκαν χρησιμοποιώντας τα ακόλουθα εργαλεία:

i) Εργαλείο για κοινωνικο-δημογραφικά και σχετικά με τον πόνο δεδομένα: Περιλαμβάνει 12 στοιχεία και κατασκευάστηκε προκειμένου να συλλεχθούν πληροφορίες για την κοινωνικο-δημογραφική κατάσταση των ασθενών, όπως φύλο, ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης, εργασία, κατοικία και οικογενειακή κατάσταση (ερωτήσεις 1-6) και στοιχεία σχετικά με τον πόνο (ερωτήσεις 7-12).

ii) Σύντομη μορφή του ερωτηματολογίου McGill (SF-MPQ): Τα ποιοτικά και ποσοτικά χαρακτηριστικά της χρόνιας οσφυαλγίας εκτιμώνται με τις ερωτήσεις 1-12 του εργαλείου για κοινωνικο-δημογραφικά και σχετικά με τον πόνο δεδομένα, όπως επίσης και με την σύντομη μορφή του ερωτηματολογίου McGill. Αυτό παρέχει πολύτιμες πληροφορίες σχετικά με τις αισθητικές, συναισθηματικές και αξιολογικές διαστάσεις της εμπειρίας του πόνου και δίνει τη δυνατότητα διάκρισης μεταξύ διαφόρων τύπων προβλημάτων (Melzack, 1987).

iii) Τροποποιημένη Κλίμακα Αξιολόγησης Hamilton: η κατάθλιψη μετράται με την Τροποποιημένη Κλίμακα Αξιολόγησης Hamilton (MHRSRD, Miller, et al., 1984). Τα 17 στοιχεία της κλίμακας χρησιμοποιούνται για να εκτιμηθεί η βαρύτητα των συμπτω-

μάτων κατάθλιψης και παρέχουν έναν πολύτιμο οδηγό της πρόοδου των ασθενών με την πάροδο του χρόνου (Hamilton, 1960). Τα στοιχεία βαθμολογούνται με 0 έως 4 και σε γενικές γραμμές, όσο μεγαλύτερο είναι το σύνολο της βαθμολογίας, τόσο μεγαλύτερος είναι και ο βαθμός της κατάθλιψης. Οι ερωτήσεις συνδέονται με συμπτώματα όπως τα συναισθήματα έντονης διάθεσης του ασθενούς, αυτοκτονικές σκέψεις, διαταραγμένος ύπνος, αυξημένη ανησυχία και απώλεια βάρους (J. Rymaszewska, et al., 2008, Kramlingler, et al., 1983, Kraus, et al., 1994) και

iv) Κλίμακα Αξιολόγησης Άγχους Hamilton (HRSA): Πρόκειται για μία πρωτοπόρο αξιολογική κλίμακα που εφαρμόστηκε για να μετρηθεί η σοβαρότητα των συμπτωμάτων του άγχους (Hamilton, 1959). Η κλίμακα συμπεριλαμβάνει 13 συμπτώματα σχετικά με διαθέσεις ανησυχίας, ένταση και φόβο, αϋπνία, γνωστικές αλλαγές, κατάθλιψη και σωματικά γενικευμένα συμπτώματα από το καρδιαγγειακό, το αναπνευστικό, το γαστρεντερικό, το γεννητικό, το ουροποιητικό και το αυτόνομο νευρικό σύστημα. Κάθε στοιχείο εκτιμάται σε μία κλίμακα 5 σημείων. Η μέτρηση του άγχους είναι το άθροισμα των σημείων σε κάθε στοιχείο. Οι πέντε συνολικές βαθμολογίες αντιστοιχούν σε καμία (0), ήπια (1), μέτρια (2), σοβαρή (3) και πολύ σοβαρή (4) διαταραχή. Πρόκειται για μία ευρέως χρησιμοποιούμενη κλίμακα και ένα αποδεκτό εργαλείο μέτρησης κατά τις κλινικές δοκιμές (J. Rymaszewska, et al., 2008, Kramlingler et al., 1983, Kraus et al., 1994).

2.4.2 Θέματα Ηθικής και Δεοντολογίας

Η ομάδα των ερευνητών υπέβαλλε το ερευνητικό πρωτόκολλο στην επιτροπή έρευνας, ηθικής και δεοντολογίας του νοσοκομείου προς έγκριση. Αφού εξασφαλίστηκε η άδεια διεξαγωγής της ερευνητικής δραστηριότητας προσεγγίστηκε το Νοσηλευτικό και Ιατρικό προσωπικό του Νευροχειρουργικού τμήματος. Επίσης, εξασφαλίστηκε γραπτή και προφορική συναίνεση από τους ασθενείς.

3. Αποτελέσματα

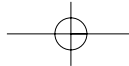
Περιγραφικά Χαρακτηριστικά του πληθυσμού της μελέτης:

Από τα άτομα που συμμετείχαν στη μελέτη 60% ήταν γυναίκες και 40% ήταν άνδρες. Η ηλικία των ασθενών κυμαίνεται μεταξύ 35 και 65 ετών. Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 50,40 έτη (SD=11,65). Η πλειονότητα των συμμετεχόν-

των ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 60-65. Η συχνότητα κατανομής και τα ποσοστά των ασθενών περιγράφονται αναλόγως της οικογενειακής τους κατάστασης και του τύπου κατοικίας, στον πίνακα Ι.

Πίνακας 1: Συχνότητα κατανομής και ποσοστά των συμμετεχόντων αναλόγως της οικογενειακής κατάστασης και του τύπου διαμονής

	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ		ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ		
	v	%	v	%	
Παντρεμένος/η	34	85	προάστιο	18	45
Ανύπανδρος/η	4	10	Αστική περιοχή	22	55
Χήρος/α	2	5			
ΣΥΝΟΛΟ	40	100	ΣΥΝΟΛΟ	40	100



επιστημονικά άρθρα

Σε ό,τι αφορά στο επίπεδο εκπαίδευσης των ασθενών, οι περισσότεροι από αυτούς είχαν λάβει τη βασική εκπαίδευση ενώ ένα μικρό ποσοστό ήταν ανώτερου ή ανώτατου μορφωτικού επιπέδου. Σε σχέση με την εργασία, η πλειονότητα των συμμετεχόντων ήταν τεχνικοί και εργάτες εργοστασίων (35%) ενώ οι υπόλοιποι ανέφεραν διάφορα επαγγέλματα όπως αγρότες (10%), έμποροι και πωλητές (10%), υπάλληλοι (10%) και επιστήμονες (5%). Έξι γυναίκες (15%) δήλωσαν τα οικιακά ως τη βασική τους απασχόληση.

ματολογίου βρέθηκε να είναι 6,85 (SD=1,81) και κυμάνθηκε από το 5 στο 11. Οι περισσότεροι ασθενείς περιέγραψαν τον πόνο τους σαν πυροβολισμό, κούραση- εξάντληση, οξύ, περιοριστικό και σοβαρό. Αντιθέτως, μόνο λίγοι ασθενείς απέδωσαν στον πόνο τους ποιοτικά χαρακτηριστικά όπως οδύνη, αηδία, τιμωρία, σκληρότητα. Οι δύο δείκτες (οπτική αναλογική κλίμακα-VAS και υφιστάμενος δείκτης πόνου-PPI) για την εκτίμηση της έντασης του πόνου έδειξαν ότι ο πόνος των συμμετεχόντων ήταν μέτριος έως μέτρια σοβαρός. Με πιθανές τιμές από 0 έως 5, η VAS

Πίνακας 2: Συχνότητα κατανομής και ποσοστά σχετικά με τον τρόπο θεραπείας και τη χρήση αναλγητικών φαρμάκων.

ΤΡΟΠΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	v	%	ΧΡΗΣΗ ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	v	%
Νευροχειρουργική επέμβαση	6	15	Συνεχώς	6	15
Φαρμακευτική	34	85	Μόνο επί πόνου	26	80
Φυσιοθεραπεία	22	55	Συνεχώς και επί πόνου	6	15
Ψυχοκοινωνική	2	5	Χωρίς προσδιορισμό	2	5

Χαρακτηριστικά του πληθυσμού της μελέτης που σχετίζονται με τον πόνο:

Η πλειονότητα των συμμετεχόντων (65%) ανέφεραν ότι τα επεισόδια του πόνου εμφανίστηκαν για πρώτη φορά πριν από έξι έως οκτώ μήνες. Δύο ασθενείς ανέφεραν ότι ο πόνος ξεκίνησε περίπου πριν από 36 μήνες. Οι επιλογές των θεραπευτικών προσεγγίσεων των ασθενών προκειμένου να ανακουφίσουν τον πόνο τους καθώς και η συχνότητα της χρήσης των αναλγητικών φαρμάκων φαίνονται στον πίνακα 2.

Σε ό,τι αφορά στις εναλλαγές στα επίπεδα του πόνου με την πάροδο του χρόνου, 65% ανέφεραν ότι ο πόνος εμφανίζει περιοδικές αλλαγές. Επιπλέον, 12 ασθενείς ανέφεραν ότι ο πόνος τους μεταβάλλεται και οι υπόλοιποι 2 ασθενείς είπαν ότι ο πόνος τους μεταβάλλεται με τρόπο ακαθόριστο. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων παραδέχτηκαν ότι υπάρχουν δραστηριότητες που ανακουφίζουν ή αυξάνουν τον πόνο τους κατά 85% και 100% αντίστοιχα. Η πλειονότητα (60%) των ασθενών αναφέρει ότι ο πιο αποτελεσματικός τρόπος για να ανακουφίσουν τον πόνο τους είναι η λήψη φαρμάκων. Αντιθέτως, σωματικές δραστηριότητες φάνηκαν να αυξάνουν τα επίπεδα του πόνου σε πολλούς ασθενείς μαζί με άλλους παράγοντες όπως ψυχολογικούς και περιβαλλοντικούς.

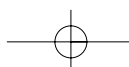
Αποτελέσματα από τη σύντομη μορφή του ερωτηματολογίου McGill (SF-MPQ):

Η μέση βαθμολογία του SF-MPQ ήταν στο 20,15 (SD=3,30). Η χαμηλότερη βαθμολογία ήταν 15 και η υψηλότερη 29. Επιπλέον, η μέση βαθμολογία των 11 στοιχείων αισθητηρίων ήταν 13,30 (SD=2,26) ενώ η μικρότερη βρέθηκε 10 και η υψηλότερη 20. Τέλος, η μέση βαθμολογία των 4 στοιχείων στην υποκλίμακα συναισθημάτων του ερωτη-

βρέθηκε να κυμαίνεται από 1,24 έως 5 και η μέση βαθμολογία της υπολογίστηκε στο 3,94 (SD=1,34). Σε ό,τι αφορά στον PPI τα αποτελέσματα της μελέτης καταδεικνύουν ότι κανένας ασθενής δεν ήταν ελεύθερος πόνου κατά την διάρκεια της συνέντευξης. Το 20% των ασθενών ανέφεραν ότι ο πόνος ήταν ήπιος, 10% ότι ο πόνος τους προκαλούσε δυσφορία, 35% ότι ο πόνος τους προκαλούσε στεναχώρια ενώ το υπόλοιπο 35% των ασθενών περιέγραψαν πόνο φρικτό ή βασανιστικό. Από το σχέδιο που χρησιμοποιήθηκε για τη λήψη πληροφοριών σχετικά με εντόπιση του πόνου, τα ευρήματα έδειξαν ότι για την πλειονότητα (60%) των ασθενών ο πόνος εντοπιζόταν στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης (ιδιαίτερα 14-15) ενώ το 40% υπέδειξε την ιερά μοίρα της σπονδυλικής στήλης ως επώδυνη περιοχή.

Περιγραφή της Κατάθλιψης:

Αποτελέσματα δεικτών κατάθλιψης υπολογίστηκαν για κάθε ασθενή από ψυχίατρο. Μεμονωμένα αποτελέσματα κυμάνθηκαν από 3 έως 40. Βασιζόμενοι στις βαθμολογήσεις που παρέχονται, κατηγοριοποιήσαμε κάθε συμμετέχοντα σε ένα από τα ακόλουθα επίπεδα κατάθλιψης: απουσία κατάθλιψης, ήπια, μέτρια και σοβαρή κατάθλιψη. Η συχνότητα των κατανομών και τα ποσοστά των συμμετεχόντων, μετά την ένταξή τους σε κάθε ένα από τα επίπεδα κατάθλιψης, αναφέρονται στον πίνακα 3 ως ακολούθως:



επιστημονικά άρθρα

Πίνακας 3: Συχνότητα κατανομών και ποσοστά ασθενών αναλόγως του φύλου και του επιπέδου κατάθλιψης

ΕΠΙΠΕΔΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	Άνδρες		Γυναίκες		Σύνολο	
	v	%	v	%	v	%
Απουσία Κατάθλιψης	8	20	4	10	12	30
Ήπια Κατάθλιψη	6	15	8	20	14	35
Μέτρια Κατάθλιψη	2	5	8	20	10	25
Σοβαρή Κατάθλιψη	-	-	4	10	4	10
ΣΥΝΟΛΟ	16	40	24	60	40	100

Βρέθηκε ότι η πλειονότητα ασθενών ανέφερε ήπια επίπεδα κατάθλιψης. Εντούτοις, ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών βρέθηκε ότι υπέφερε από μέτρια ή σοβαρή κατάθλιψη. Επιπρόσθετα, η κατάθλιψη φαίνεται ότι αποτελεί σημαντικότερο πρόβλημα για τις γυναίκες απ' ό,τι για τους άνδρες.

Υπολογίστηκε μία μέση τιμή για κάθε κλίμακα στοιχείων. Η μέση τιμή αυτών υπολογίστηκε στο 15,15 (SD=10,13). Η αρχική αϋπνία και το ενδιαφέρον για εργασία ήταν στις υψηλότερες κατανομές (1,55 και 1,40 αντίστοιχα). Τα στοιχεία σχετικά με άλλους τύπους αϋπνίας (δηλαδή καθυστερημένη και μέση αϋπνία) καθώς και το άγχος επίσης πήρε υψηλές βαθμολογίες. Αντιθέτως, το δείγμα δεν βρέθηκε να εμφανίζει καθυστέρηση, παρανοϊκά ή ιδεοληπτικά συμπτώματα.

Περιγραφή του άγχους:

Τα αποτελέσματα των δεικτών του άγχους υπολογίστηκαν για κάθε θέμα από ψυχίατρο. Η μεμονωμένη ανησυχία χαρακτηρίστηκε από 2 έως 26. Σύμφωνα με τις βαθμολογίες που παρατηρήθηκαν, οι ασθενείς κατηγοριοποιήθηκαν ως οι μη έχοντες άγχος, οι ήπια αγχωμένοι και οι πολύ αγχωμένοι. Τα τρία επίπεδα άγχους, όπως και ο αριθμός και τα ποσοστά των ασθενών φαίνονται στον πίνακα 4.

Τα ευρήματα σχετικά με το βαθμό στον οποίο οι συμμετέχοντες ενέταξαν τον εαυτό τους σε αγχωτικούς και μη αγχωτικούς, κατέδειξαν ότι η πλειονότητα των ασθενών δεν εμφάνισε κανένα σημάδι ανησυχίας. Μόνον λιγότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες ανέφεραν μέτριο ή μεγάλο άγχος. Ομοίως με την κατάθλιψη, το άγχος φάνηκε να είναι σημαντι-

κότερο πρόβλημα για τις γυναίκες παρά για τους άνδρες.

Μία μέση τιμή υπολογίστηκε για κάθε μία από τις HRSA κλίμακες. Η μέση τιμή των αυτών υπολογίστηκε στο 7,40 (SD=6,52). Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στα επιμέρους στοιχεία της κλίμακας του άγχους έδειξαν ότι ένταση, ανήσυχη διάθεση και αϋπνία ήταν τα σοβαρότερα προβλήματα για τους ασθενείς. Συμπτώματα από το γεννητικό, το ουροποιητικό σύστημα και το δέρμα καθώς και φοβίες ή ανησυχία αντιπροσωπεύουν τα λιγότερο σημαντικά προβλήματα των ασθενών.

Σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών:

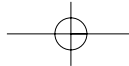
Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων δεν έδειξε σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ: (α) των κοινωνικοδημογραφικών και σχετικών με τον πόνο χαρακτηριστικών του δείγματος (φύλο, οικογενειακή κατάσταση, απασχόληση, τόπος κατοικίας, αλλαγή του πόνου σε συνάρτηση με το χρόνο ή τις δραστηριότητες που αυξάνουν ή ελαττώνουν τον πόνο και (β) χρόνιας οσφυαλγίας, κατάθλιψης και άγχους. Ομοίως, δεν βρέθηκαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ ποιοτικών χαρακτηριστικών και έντασης χρόνιας οσφυαλγίας, κατάθλιψης και άγχους (Pilowsky, et. al., 1997).

Ο μικρός αριθμός συμμετεχόντων πιθανώς να είναι υπεύθυνος για την έλλειψη συσχετίσεων μεταξύ των προαναφερθέντων μεταβλητών.

Αντιθέτως, ο συντελεστής συσχέτισης Spearman έδειξε σημαντική σχέση μεταξύ έντασης και διάρκειας του πόνου και κοινωνικοδημογραφικών και σχετικών με τον πόνο παραμέτρων, όπως φαίνεται στον πίνακα 5.

Πίνακας 4: Συχνότητα κατανομών και ποσοστά ασθενών σε σχέση με το φύλο και τα επίπεδα άγχους

ΕΠΙΠΕΔΑ ΑΓΧΟΥΣ	Άνδρες		Γυναίκες		Σύνολο	
	v	%	v	%	v	%
Απουσία άγχους	14	35	10	25	24	60
Μέτριο άγχος	2	5	10	25	12	30
Μεγάλο άγχος	-	-	4	10	4	10
Σύνολο	16	40	24	60	40	100



επιστημονικά άρθρα

Πίνακας 5: Σχέσεις μεταξύ κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών, έντασης και διάρκειας του πόνου.

ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ	ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ	p*	p
Ηλικία	Ένταση του πόνου	-0,462	0,04
Έτη σπουδών	Ένταση του πόνου	0,559	0,01
Έτη σπουδών	Διάρκεια του πόνου	0,515	0,02
Διάρκεια του πόνου	Ένταση του πόνου	0,499	0,025

Οι συσχετίσεις καταδεικνύουν ότι οι νεώτεροι σε ηλικία ασθενείς και με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης και εκείνοι με μεγαλύτερη διάρκεια πόνου τείνουν να αναφέρουν ότι το πρόβλημα της οσφυαλγίας είναι περισσότερο σοβαρό. Επιπρόσθετα, όσο πιο μακροχρόνιος είναι ο πόνος, τόσο ως πιο σοβαρός χαρακτηρίζεται.

Ο συντελεστής συσχέτισης Spearman καταδεικνύει επιπλέον συσχετίσεις μεταξύ κατάθλιψης και μερικών από

τις μεταβλητές που μελετήθηκαν. Απαριθμούνται ακολούθως και δείχνουν ότι οι συμμετέχοντες με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης και μεγαλύτερη διάρκεια πόνου εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης (Kupfer, et. al., 1991). Επιπρόσθετα, οι περισσότεροι καταθλιπτικοί ασθενείς με οσφυαλγία βρέθηκαν και περισσότερο αγχώδεις, όπως φαίνεται στον πίνακα 6 .

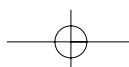
Πίνακας 6: Σχέσεις μεταξύ κοινωνικοδημογραφικών και σχετικών με τον πόνο χαρακτηριστικών, κατάθλιψης και άγχους.

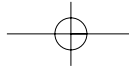
ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ	ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ	p*	p
Έτη εκπαίδευσης	Κατάθλιψη	0,446	0,049
Διάρκεια του πόνου	Κατάθλιψη	0,609	0,004
Άγχος	Κατάθλιψη	0,827	0,000

4. Συζήτηση

Σύμφωνα με το θεωρητικό υπόβαθρο και τα ευρήματα της παρούσας έρευνας εργασία (Klarow, et. al., 1993) καταδεικνύεται ότι οι συμμετέχοντες που πάσχουν από οσφυαλγία εμφανίζουν μέτριες έως σοβαρές ενοχλήσεις, γεγονός που σημαίνει ότι οι επιδράσεις στην ποιότητα της ζωής τους είναι σημαντικές και για το λόγο αυτό θα πρέπει να αντιμετωπισθούν ολιστικά από τους νοσηλευτές και τους λοιπούς επαγγελματίες υγείας. Παρόλο που σε αυτή την εργασία δεν παρατηρήθηκε κανένας συσχετισμός μεταξύ του πόνου από τη χρόνια οσφυαλγία και της κατάθλιψης (Pilowsky et. al., 1997), η αναφερθείσα υψηλή ένταση του πόνου μπορεί να εξηγηθεί σε σχέση με τα αναφερόμενα υψηλά επίπεδα κατάθλιψης. Αποτελέσματα προγενέστερων μελετών (Hall, Stride, 1954) έδειξαν ότι ασθενείς με κατάθλιψη συχνά δείχνουν μικρή ανοχή στον πόνο. Από αυτή τη μελέτη, γίνεται εμφανές ότι ασθενείς που υποφέρουν από χρόνια οσφυαλγία δείχνουν μία καθαρή προτίμηση σε παραδοσιακές μεθόδους θεραπείας και αντιμετώπισης του πόνου τους. Αυτό φαίνεται από το ότι μεγάλος αριθμός από τους συμμετέχοντες ανέφεραν τη φαρμακευτική αγωγή και τη χειρουργική θεραπεία ως κυρίαρχους

τύπους ιατρικής παρέμβασης. Η προτίμηση αυτής της αντιμετώπισης της χρόνιας οσφυαλγίας πιθανότατα επηρεάστηκε από την ιατροκεντρική φιλοσοφία του εθνικού μας συστήματος υγείας. Είναι εμφανές από την στατιστική ανάλυση ότι οι νεώτεροι ηλικιακά ασθενείς χαρακτηρίζουν τον πόνο τους περισσότερο σοβαρό από τους συμμετέχοντες που ανήκουν στις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες. Διαφορές στη φιλοσοφία της ζωής που πιθανώς ωθούν τους μεγαλύτερους ηλικιακά ανθρώπους να αναπτύξουν μεγαλύτερη ανοχή στον πόνο, ίσως να μπορούν να ερμηνεύσουν αυτή τη σχέση. Επιπρόσθετα, οι νεώτεροι άνθρωποι είναι περισσότερο δραστήριοι σωματικά από τους πιο ηλικιωμένους και έτσι οποιοσδήποτε σωματικός πόνος ή φυσική εξασθένηση που εμποδίζει τις δραστηριότητές τους, φαίνεται να μην είναι ανεκτή από αυτούς. Τέλος, άλλα επιπρόσθετα σοβαρά προβλήματα υγείας δεν συναντώνται συχνά στους νεώτερους ανθρώπους που επικεντρώνουν την προσοχή τους στο συγκεκριμένο τμήμα του σώματός τους που αποτελεί περιοχή δευτερεύουσας οργανικής δυσλειτουργίας. Αντιθέτως, οι μεγαλύτεροι ηλικιακά άνθρωποι διασπούν την προσοχή τους σε άλλες περισσό-





επιστημονικά άρθρα

τερο σοβαρές φυσικές διαταραχές που συχνά αντιμετωπίζουν και πρέπει να ασχοληθούν με αυτές.

Άτομα με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης βρέθηκε ότι εκλαμβάνουν ως μεγαλύτερη τη διάρκεια και ως σοβαρότερη την ένταση του πόνου σε σχέση με τους ασθενείς χαμηλότερου επιπέδου εκπαίδευσης. Αυτά τα αποτελέσματα μπορούν να εξηγηθούν υπό το πλαίσιο των θετικών στάσεων που τα περισσότερα μορφωμένα άτομα τηρούν απέναντι στα θέματα υγείας και της επαρκέστερης αγωγής υγείας που συνήθως λαμβάνουν. Ως αποτέλεσμα, ακόμα και ένας μικρή έντασης πόνος τους ανησυχεί εύκολα και θεωρείται από αυτούς σοβαρότερος από όσο αξιολογείται σύμφωνα με ιατρικά και νοσηλευτικά επιστημονικά κριτήρια. Επιπλέον, άνθρωποι με υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο ίσως να δείχνουν μεγαλύτερη συμμόρφωση παραμένοντας μακριά από τις εργασίες τους (και ως πρόληψη και ως μέτρο θεραπείας) για μεγαλύτερη χρονική περίοδο και έτσι να θεωρούν ότι ο πόνος τους έχει μεγαλύτερη διάρκεια. Αντιθέτως, εξαιτίας του χαμηλότερου οικονομικού τους προφίλ, λιγότερο μορφωμένοι άνθρωποι αγνοούν την οσφυαλγία τους και επιστρέφουν στην εργασία τους το συντομότερο δυνατό, έχοντας την λανθασμένη εντύπωση, ότι ο πόνος τους διαρκεί λιγότερο.

Οι διαφορές ως προς τη διάρκεια και την ένταση του πόνου σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης, φαίνεται ότι αναφέρεται σε μία διαδικασία υποχόνδριας σωματοποίησης των συμπτωμάτων που απορρέει από την έλλειψη του ενδιαφέροντος για πιο πνευματικά θέματα αλλά και οικογενειακές και κοινωνικές δραστηριότητες, όπως προσφάτως παρατηρείται στην υψηλότερη μεσαία τάξη. Η διαδικασία αυτή συχνά υποστηρίζεται και προστατεύεται από τη σύγχρονη κοινωνία. Ενώ, ο συσχετισμός που παρατηρείται μεταξύ της έντασης και της διάρκειας του πόνου, πιθανώς να συνδέεται με γνωστικές διαδικασίες που κάνουν τους ασθενείς να πιστεύουν ότι όσο μεγαλύτερης διάρκειας είναι ο πόνος, τόσο περισσότερο ανησυχητικός είναι.

Συνολικά, οι απαντήσεις των συμμετεχόντων έδειξαν ότι η κατάθλιψη ως ψυχοπαθολογική διαταραχή συμβαίνει σε ένα σημαντικό αριθμό ασθενών που πάσχουν από χρόνια οσφυαλγία. Αυτό είναι εμφανές στο 33% του πληθυσμού της μελέτης που βρέθηκε να έχει από μέτρια ως σοβαρή κατάθλιψη. Αυτή η αναλογία της κατάθλιψης σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία είναι υψηλότερη στη μελέτη του Love (26%: Love, 1987), αλλά μικρότερη σε άλλες μελέτες (44%: Atkinson, et al., 1988), (78%: Sullivan, D'Eon, 1990).

Η θετική συσχέτιση μεταξύ ετών εκπαίδευσης και κατάθλιψης καταδεικνύει ότι τα περισσότερα μορφωμένα άτομα εμφανίζουν περισσότερο συμπτώματα κατάθλιψης πιθανώς αναλόγως με την άποψη Maruta (Maruta, et al., 1976), σύμφωνα με την οποία παράπονα ψυχολογικού περιεχομένου και η θεραπεία είναι περισσότερο αποδεκτά

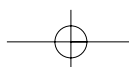
σε αυτή την κοινωνικο-οικονομική τάξη. Άτομα που ανήκουν σε αυτή την τάξη μπορούν επίσης να θεωρούν τις απώλειες που συνδέονται με τη χρόνια οσφυαλγία τους, ως μεγαλύτερες ως προς τον αριθμό και πιο σοβαρές ως προς τη φύση τους και έτσι να βιώνουν μεγαλύτερη κατάθλιψη. Κατά συνέπεια, ασθενείς που υποφέρουν από χρόνια οσφυαλγία και εμφανίζουν αγχώδεις εκδηλώσεις, εκφράζουν κατάθλιψη συχνότερα (Von Knorring, et al., 1983, Krishnan, et al., 1985).

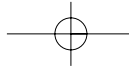
Συμπτώματα από μέτριο και μεγάλο άγχος παρατηρήθηκαν επίσης σε κάποιους από τους ασθενείς (40%) που συμμετείχαν στη μελέτη. Η χρήση της HRSA επέτρεψε την κατηγοριοποίηση των ασθενών με διαφορετικά επίπεδα άγχους. Η ένταση, ανήσυχη διάθεση και αϋπνία ήταν οι αγχώδεις εκδηλώσεις που αναφέρθηκαν συχνότερα στον πληθυσμό της μελέτης.

Αντιθέτως με προγενέστερων ερευνητών ευρήματα (Atkinson, et al., 1988, Love, 1987, Merskey, Boyd, 1978) αυτή η μελέτη έδειξε ότι η χρόνια οσφυαλγία δεν συνδέεται ούτε με την κατάθλιψη, ούτε με το άγχος. Επομένως, η χρόνια οσφυαλγία δεν μπορεί να θεωρηθεί ως αιτιολογικός παράγοντας για διαταραχές σχετικές με το άγχος και την κατάθλιψη (Krishnan, et al., 1985, Pilowsky, et al., 1997). Αυτή η έλλειψη σημαντικών συσχετίσεων μεταξύ αυτών των μεταβλητών μπορεί να αποδοθεί στο μικρό μέγεθος του δείγματος ή στο ότι η χρόνια οσφυαλγία, το άγχος και η κατάθλιψη δεν έχουν κάποια σχέση. Αυτό το εύρημα δείχνει ότι η χρόνια οσφυαλγία ίσως δεν πρέπει πάντα να αντιμετωπίζεται ως επιπλοκή της κατάθλιψης και του άγχους ή ως πρωταρχικός αιτιολογικός τους παράγοντας. Υπό αυτή την έννοια, η παρούσα μελέτη δεν παρέχει ακριβείς πληροφορίες σχετικά με την ύπαρξη και τη φύση της σχέσης μεταξύ της χρόνιας οσφυαλγίας, της κατάθλιψης και του άγχους, η οποία παραμένει αδιευκρίνιστη.

Στην παρούσα μελέτη, η στατιστική ανάλυση μας έδωσε τη δυνατότητα να αποφανθούμε ότι υπάρχει ξεκάθαρη σχέση μεταξύ των μεταβλητών της κατάθλιψης και του άγχους (Kupfer, et al., 1991, Maruta, et al. 1976). Ο συντελεστής συσχέτισης Spearman κατέδειξε ότι τα συμπτώματα από το άγχος ήταν περισσότερο συχνά σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία, στους οποίους επίσης διαγνώστηκε συμπτωματολογία κατάθλιψης.

Είναι ενδιαφέρον το ότι αυτή η ομοιότητα παρατηρήθηκε ακόμα και όταν αυτές οι μελέτες διεξήχθησαν με διαφορετικές ερευνητικές μεθόδους και διαδικασίες από τις αντίστοιχες της παρούσας μελέτης. Η παρατηρηθείσα σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών εγείρει ερωτήσεις σχετικά με το ρόλο του άγχους στην αλλαγή των επιπέδων της κατάθλιψης των ασθενών που πάσχουν από χρόνια οσφυαλγία και στην τροποποίηση της αντίληψής τους για την εμπειρία του πόνου.





5. Συμπεράσματα

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, κυρίως όταν εξετασθούν σε σύγκριση με το θεωρητικό υπόβαθρο και τα αποτελέσματα προγενέστερων ερευνητικών εργασιών που συναντώνται στη διεθνή βιβλιογραφία, δείχνουν ότι η θεώρηση της χρόνιας οσφυαλγίας ως αιτιολογικός παράγοντας της κατάθλιψης και του άγχους, ίσως, αποτελεί μία υπεραπλούστευση του θέματος. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η χρόνια οσφυαλγία πιθανώς να αποτελεί παράγοντα που προκαλεί συναισθηματικές και ψυχολογικές διαταραχές. Δηλαδή, σημαντικά επίπεδα κατάθλιψης και άγχους θα μπορούσαν να είναι απόρροια της χρόνιας οσφυαλγίας. Τέτοιες εναλλακτικές εξηγήσεις των σχέσεων μεταξύ αυτών των μεταβλητών παρέχουν μία λογική βάση προκειμένου να υποστηριχθεί ότι σε ορισμένους ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία, οι αγχώδεις εκδηλώσεις μπορούν να συσχετισθούν με την διαχείριση του άγχους και των συμπτωμάτων της κατάθλιψης πιθανώς επί εδάφους γενετικής ροπής στην κατάθλιψη. Επομένως, προσεκτική αξιολόγηση και θεώρηση όλων των σημαντικών παραγόντων είναι ιδιαίτερος σημαντικός για το ρόλο των νοσηλευτών κατά την νοσηλεία ασθενών με χρόνια οσφυαλγία.

Επιπλέον, θα ήταν καλό να διενεργηθούν περαιτέρω μελέτες σχετικές με το θέμα έτσι ώστε να διερευνηθούν οι πιθανές αλλαγές της χρόνιας οσφυαλγίας σε συνάρτηση με αλλαγές στα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Επιπρόσθετα απαιτείται μελέτη των εννοιών που συνδέονται με τους τρόπους που βιώνεται ο πόνος, όπως καθο-

ρίζονται από τις πολιτιστικές ιδέες και αξίες του ασθενούς και τις ψυχοπαθολογικές διαταραχές -εκτός της κατάθλιψης και του άγχους- που μπορούν να διαδραματίσουν ένα σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση, διάρκεια, ένταση και επιπτώσεις της χρόνιας οσφυαλγίας.

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι περαιτέρω διερεύνηση του θέματος, σε ότι αφορά τους νοσηλευτές, θα διευρύνει την κατανόηση των θεωρητικών σχέσεων μεταξύ χρόνιας οσφυαλγίας και άγχους και κατάθλιψης. Για να υπάρξει πληρέστερη κατανόηση, απαιτούνται ερευνητικές παρεμβάσεις προκειμένου να υπάρξει επαρκής διαχείριση των ψυχολογικών, κοινωνικών και φυσικών προβλημάτων των πασχόντων από χρόνια οσφυαλγία, στο σύνολό τους. Επιπλέον, η αξιολόγηση των συνδυασμένων παρεμβάσεων, όπως ψυχολογικές θεραπείες σε συνδυασμό με τις παραδοσιακές θεραπευτικές προσεγγίσεις των φυσικών-σωματικών προβλημάτων, είναι απαραίτητη. Τέλος, περισσότερες μελέτες είναι απαραίτητες προκειμένου να καθοριστεί εάν εκβάσεις όπως, ποιότητα ζωής που βασίζεται στη σωματική υγεία και χρήση των υπηρεσιών υγείας, βελτιώνονται όταν θεραπευτικές προσεγγίσεις των κοινωνικών πιέσεων, της κατάθλιψης και των πεποιθήσεων που αντίκεινται στην συμμόρφωση, προσφέρονται συμπληρωματικά με τις παραδοσιακές τεχνικές αποκατάστασης (Sullivan, et. al., 2006, Keeley, et.al., 2008). Η κατανόηση σε αυτό το επίπεδο μπορεί να αποβεί εξαιρετικά χρήσιμη για τους νοσηλευτές όταν φροντίζουν άτομα που πονούν και σχεδιάζουν την επαγγελματική τους παρέμβαση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Anderson GBJ., 1999. Epidemiological features of chronic low-back pain. *The Lancet* 254, 581-585.

Atkinson, J.H, Slater, M.A, Grant, I., Patterson, T.L., Grafm, S.R., 1988. Depressed mood in chronic low back pain: relationship with successful life event. *Pain* 35, 47-55.

Beltsios M., Petropoulou K., Tega D., Rapidi G., Paspatis A., Magualaras N., Lampiris H., 1990. Epidimiological study of low back pain patients during the years 1986-87, in the area of Athens. Socioeconomic influences. *Transcripts of the 16th Medical Congress in Greece*, 76-82.

Boersma K, Linton SJ., 2005. Screening to identify patients at risk: profiles of psychological risk factors for early intervention. *Clin J Pain* 21, 38-43.

Boersma K, Linton SJ., 2006. Psychological processes underlying the development of a chronic pain problem: a prospective study of the relationship between profiles of psychological variables in the fear-avoidance model and disability. *Clin J Pain* 22, 160-166.

Carey T, Evans A, Hadler N, Lieberman G, Kaalsbeek W, Jackman A, Fryer J & McNett R., 1996. Acute severe low back pain: a population-based study of prevalence and care-seeking. *Spine* 21, 339-344.

Carragee EJ, Alamin TF, Miller JL, Carragee JM., 2005. Discographic, MRI and psychosocial determinants of low back pain disability and remission: a prospective study in subjects with benign persistent back pain. *Spine* J. 5, 24-35.

Clauw DJ, Williams D, Lauerman W, Dahlman M, Aslami A,

Nachemson AL, Kobrine AI & Wiesel SW., 1999. Pain sensitivity as a correlate of clinical status in individuals with chronic low back pain. *Spine* 24, 2035-2041.

Dionne CE, Von Korff M, Koepsell TD, Deyo RA, Barlow WE, Checkoway H., 2001. Formal education and back pain: a review. *J Epidemiol Community Health* 55, 455-468.

Guo HR, Tanaka S, Halperin WE, Cameron LL., 1999. Back pain prevalence in US industry and estimates of lost workdays. *Am J Public Health* 89, 1029-1035.

Hall KRL., Stride E., 1954. The varying response to pain in psychiatric disorders: a study in abnormal psychology. *Brit J Med Psychol* 27, 48-60.

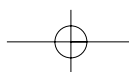
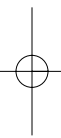
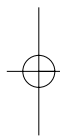
Hamilton M., 1959. The assessment of anxiety states by rating. *Br. J. Med. Psychol.*, 32, 50-55.

Hamilton M., 1960. A rating scale for depression. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, 23, 56-62.

Hoogendoorn WE, Bongers PM, de Vet HCW, Douwes M, Koes BW, Miedema MC, Ariens GAM & Bouter LM., 2000. Flexion and rotation of the trunk and lifting at work are risk factors for low back pain. Results of a prospective cohort study. *Spine* 25, 3087-3092.

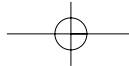
Jayson MIV., 2001. Acute back pain. *Clinical Medicine* 1, 188-189.

Klapow JC., Slater MA., Patterson TL., Doctor JN., Atkinson JH, Garfin SR., 1993. An empirical evaluation of multidimensional clinical outcome in chronic low back pain patients. *Pain* 55, 107-118.



επιστημονικά άρθρα

- Kramlinger, K.G., Swanson, D.W., Maruta, T., 1983. Are patients with chronic back pain depressed?. *Am J Psychat* 140, 747-749.
- Katz W.A., 1998. The need of a patient in pain. *The American Journal of Medicine* 105, 25-75.
- Keefe, F., Wilkins, R., Cook, W., Crisson, S., Mullbaier, I., 1988. Depression, pain and pain behaviour : *J Consult Psychol* 54, 665-669.
- Keeley P., Creed F., Tomenson B., Todd C., Borlin G., Dickens C., 2008. Psychosocial predictors of health-related quality of life and health service utilisation in people with chronic low back pain. *Pain* 135, 142-150.
- Kraus, S.J., Wiener, R.L., Tait, R.C., 1994. Depression and Pain Behaviour in Patients with Chronic Pain. *The Clinical Journal of Pain*, 10, 122-123.
- Krishnan, K.R.R., France, R.D., Houpt, J.L., 1985. Chronic low back pain and depression. *Psychosomatics* 26, 299-302.
- Kupfer, D.J., 1991. Biological markers of depression. In: Fieghner, J.P., Boyer, W.F., (Eds). *The Diagnosis of Depression*. Chichester; Wiley, pp.79-98.
- Love, A.W., 1987. Attributional, style of depressed chronic low back patients. *Journal of Clinical Psychology* 44, 317-321.
- Magni, G., Schfano, F., Deleo, D., 1988. Pain as a symptom in elderly depressed patients- Relationship to diagnostic subgroups. *Eur Arch Psychiatric Neurol Sci* 235, 143-145.
- Maruta, T., Swanson, D.W., Swanson, W.M., 1976. Pain as a Psychiatric Symptom: Comparison between low back pain and Depression. *Psychosomatics* 17, 123-127.
- McCracken LM & Gross RT., 1998. The role of pain-related anxiety reduction in the outcome of multidisciplinary treatment for chronic low back pain: preliminary results. *Journal of Occupational Rehabilitation* 8, 179-189.
- Merkey H., Boyd P., 1978. Emotional adjustment and chronic pain. *Pain* 5, 187-193.
- Melzack R., Abbot F., Zackon W., Mulder D.S., Davis W., 1987. Pain on a surgical ward: a survey of duration and intensity of pain and the effectiveness of medication. *Pain* 29, 67-72.
- Miller IW., Bishop S., Norman WH., Maddever P., 1984. The modified Hamilton Rating Scale for depression: Reliability and Validity. *Psychiatry Research* 14, 131-142.
- Mok C.L., Lee I.F.-K., 2008. Anxiety, depression and pain intensity in patients with low back pain who are admitted to acute care hospitals. *Journal of Clinical Nursing* 17, 1471-1480.
- Polatin PB, Kinney RK, Gatchel RJ, Lillo E & Mayer TG., 1993. Psychiatric illness and chronic back pain. The mind and the spine – which goes first? *Spine* 18, 66-71.
- Pilowsky, I., Chapman, C.R., Bonica, J.J., 1997. Pain, depressing and illness behaviour in a pain clinic population. *Pain* 4, 183-192.
- Royal College of General Practitioners and Office of Population Censuses and Surveys. *Morbidity Statistics from General Practice, 4th national Survey 1991-1992*. UK: HMSO, 1995.
- Rymaszewska J., Ramsey D., Chladzinska-Kiejna S., 2008. Whole body cryotherapy as adjunct treatment of depressive and anxiety disorders. *Arch. Immunol. Ther. Exp.* 56, 63-68.
- Sullivan MJ, Adams H, Thibault P, Corbiere M, Stanish WD., 2006. Initial depression severity and the trajectory of recovery following cognitive-behavioural intervention for work disability. *J Occup Rehabil* 16, 63-74.
- Sullivan MJ, Feuerstein M, Gatchel R, Linton SJ, Pransky G., 2005. Integrating psychosocial and behavioral interventions to achieve optimal rehabilitation outcomes. *J Occup Rehabil* 15, 475-89.
- Sullivan MJ, Stanish WD, Sullivan MJL, Stanish WD., 2003. Psychologically based occupational rehabilitation: the pain-disability prevention program. *Clin J Pain* 19, 97-104.
- Sullivan, M.J., D' Eon, J., 1990. Relation between catastrophizing and depression in chronic pain patients. *Journal Abnorm Psychol* 99, 260-263.
- Smith BH, Elliott AM, Hannaford PC, Chambers WA, Smith WC., 2004. Factors related to the onset and persistence of chronic back pain in the community: results from a general population follow-up study. *Spine* 29, 1032-1040.
- Von Knorring, L., Perris, C., Eisemann, M., Erickson, V., Perris, H., 1983. Pain as a symptom in depressive disorders. Relationship to personality twist as assessed by mans of KPS. *Pain* 17, 377-384.
- Wynne-Jones G., Dunn K.M., Main C., 2008. The impact of low back pain on work : a study in primary care consultants. *European Journal of Pain* 12, 180-188.
- Weickgenant, A.L., Slatr, M.A., Patteron, T.L., Atkinson, I.G., Garfin, S.R., 1993. Coping activities in chronic low back pain: relationship with depression. *Pain* 53, 95-103.
- Wing PC., 2001. Rheumatology: minimizing disability in patients with low-back pain. *Canadian Medical Association* 164, 1459-1468.
- Yip VYB., 2004. New low back pain in nurses: work activities, work stress and sedentary lifestyle. *Journal of Advanced Nursing* 46, 430-440.



Οι Έξυπνες Κάρτες στις Υπηρεσίες Υγείας: μια βιβλιογραφική ανασκόπηση

Ελένη Μπαλτζή
Διδάκτωρ Νοσηλευτικής
Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας
Γ.Ν.Ν.Θ.Α. "Η ΣΩΤΗΡΙΑ"

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι έξυπνες κάρτες παρέχουν ένα εύκολο και ασφαλή τρόπο αποθήκευσης ιατρικών πληροφοριών. Αναλυτικότερα, παρέχουν άμεση πρόσβαση στην ιατρική πληροφορία, διαφυλάσσουν το ιατρικό απόρρητο, παρέχουν ελεγχόμενη πρόσβαση στα στοιχεία της και είναι συμβατές με όλα τα ιατρικά πληροφοριακά συστήματα, τα δίκτυα και τις εφαρμογές τους. Σε περίπτωση απώλειας απενεργοποιούνται και αντικαθίστανται αμέσως. Επιπλέον, υποστηρίζουν υπηρεσίες αποπληρωμής και περιέχουν στοιχεία για άτομα τα οποία χρειάζονται ειδική φροντίδα υγείας. Στόχος της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η διερεύνηση της προοπτικής ανάπτυξης των έξυπνων καρτών στο χώρο της υγείας.

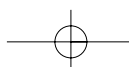
Για το σκοπό αυτό έγινε βιβλιογραφική ανασκόπηση η οποία στηρίχθηκε στη διεθνή βιβλιογραφία κατά το χρονικό διάστημα 1990 -2008, που αφορά στις έξυπνες κάρτες υγείας και στην εφαρμογή τους στην Ελλάδα.

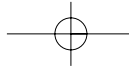
Αναζητήθηκαν ανασκοπικές μελέτες δημοσιευμένες σε διεθνή επιστημονικά περιοδικά, αρχικά συγγραμμένες στην αγγλική γλώσσα καθώς και ελληνικές μελέτες. Ως κύριο εργαλείο ανάκλησης βιβλιογραφίας χρησιμοποιήθηκε το διαδίκτυο και συγκεκριμένα οι διαδικτυακοί τόποι βάσεων δεδομένων και βιβλιοθηκών: Pubmed, Medline, Google. Οι λέξεις κλειδιά που τέθηκαν προς αναζήτηση ήταν: Βιβλιάριο υγείας, Έξυπνη κάρτα, Έξυπνη κάρτα Υγείας, Ευρωπαϊκή κάρτα Υγείας, Κοινωνία της Πληροφορίας (ΚτΠ). Επιπλέον έγινε αναδίφηση περιοδικών και βιβλίων δια χειρός, σημειώσεις παραδόσεων, διπλωματικές εργασίες.

Οι έξυπνες κάρτες παρέχουν ένα εύκολο και ασφαλή τρόπο αποθήκευσης ιατρικών πληροφοριών. Η Ελλάδα παρακολουθεί τις διεθνείς εξελίξεις και ως μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης συμμετέχει στις προσπάθειες για την ανάπτυξη των εφαρμογών των έξυπνων καρτών υγείας και κοινωνικής ασφάλισης με πολύ καλά αποτελέσματα.

Λέξεις - κλειδιά:

Βιβλιάριο υγείας, Έξυπνη κάρτα, Έξυπνη κάρτα Υγείας, Ευρωπαϊκή κάρτα Υγείας, Κοινωνία της Πληροφορίας (ΚτΠ)





ανασκοπήσεις

Εισαγωγή

Την τελευταία δεκαετία οι τεχνολογίες των Έξυπνων καρτών χρησιμοποιούνται διεθνώς για την προσέγγιση και επίλυση προβλημάτων πρόσβασης, διαχείρισης και διακίνησης πληροφορίας σχεδόν σε όλους τους τομείς της οικονομίας και της κοινωνίας.

Μια από τις σημαντικότερες λειτουργίες των έξυπνων καρτών είναι η ασφάλεια και η ακεραιότητα των αποθηκευμένων πληροφοριών που παρέχονται με την κρυπτογράφηση των δεδομένων (Καραπέτσας και λοιποί, 1994).

Η χρησιμοποίηση των έξυπνων καρτών για την αποθήκευση των διαχειριστικών και ιατρικών πληροφοριών του ασθενούς παρέχει τη δυνατότητα μεταφοράς των πληροφοριών σε όλες τις μονάδες παροχής ιατρικών υπηρεσιών, ανεξάρτητα, τόσο από το ηλεκτρονικό σύστημα που αυτές χρησιμοποιούν, όσο και από την απόσταση που αυτές βρίσκονται από τον τόπο όπου έγινε η ενημέρωση της κάρτας ή και φυλάσσεται το αρχείο του ασθενούς. Επίσης

παρέχει τη δυνατότητα ενημέρωσης της κάρτας από όλες τις μονάδες παροχής ιατρικών υπηρεσιών, με τη χρησιμοποίηση της κρυπτογράφησης διασφαλίζεται το απόρρητο των αποθηκευμένων πληροφοριών και τέλος, παρέχεται η δυνατότητα πρόσβασης και ενημέρωσης των διαφορετικών ομάδων πληροφοριών μόνο από επαγγελματίες υγείας που έχουν τέτοιο δικαίωμα (Καγκελάρης, 1990).

Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση αποτελεί μια προσπάθεια προσέγγισης της ανάπτυξης των έξυπνων καρτών υγείας σε διεθνές επίπεδο.

Αναλύεται το προφίλ των έξυπνων καρτών και συγκεκριμένα παρουσιάζονται τα γενικά χαρακτηριστικά τους, οι εφαρμογές τους, τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα και η ταξινόμηση των καρτών που χρησιμοποιούνται στο χώρο της υγείας και της κοινωνικής ασφάλισης. Τέλος, παρουσιάζεται η εφαρμογή των έξυπνων καρτών υγείας στην Ελλάδα.

Οι έξυπνες κάρτες

Η Έξυπνη Κάρτα είναι μια πλαστική κάρτα στο μέγεθος των πιστωτικών καρτών με ενσωματωμένο στην επιφάνειά της ένα ολοκληρωμένο κύκλωμα που μπορεί να αποθηκεύει και να ελέγχει πληροφορίες. Επιπρόσθετα, οι Έξυπνες Κάρτες περιέχουν και ένα μικροεπεξεργαστή ο οποίος μπορεί να κάνει υπολογιστικές εργασίες. Η διαχείριση των πληροφοριών γίνεται με ασφαλείς τρόπους και πολλαπλές δυνατότητες χρήσης των καρτών.

Σήμερα οι έξυπνες κάρτες χρησιμοποιούνται σε πολλούς τομείς της καθημερινής μας ζωής. Στις δημόσιες τηλεφωνικές συσκευές οι έξυπνες κάρτες χρησιμοποιούνται αντί των νομισμάτων. Στον τομέα της υγείας, δίνουν τη δυνατότητα στον ασθενή να έχει, όπου και αν βρίσκεται, όλο το ιατρικό του αποθηκευμένο σε μία έξυπνη κάρτα. Επίσης οι έξυπνες κάρτες μπορούν να περιέχουν ένα χρηματικό ποσό για τις μικρές, καθημερινές χρηματικές συναλλαγές. Όλες αυτές οι διαφορετικές και ανεξάρτητες

εφαρμογές μπορούν να συνυπάρχουν σε μία έξυπνη κάρτα κάνοντάς την ένα απαραίτητο εξάρτημα της καθημερινής μας ζωής (McElroy 1998, Smart Technology 2005).

Οι έξυπνες κάρτες αποθηκεύουν τις προσωπικές πληροφορίες του κατόχου της κάρτας σε ένα μικρό, ιδιαίτερα ασφαλές τσιπ πυριτίου.

Η ανάπτυξη των έξυπνων καρτών άρχισε κυρίως τη δεκαετία του 1990. Οι λόγοι που οδήγησαν στην ανάπτυξη τους είναι το μικρότερο κόστος τους και το γεγονός ότι οι μαγνητικές κάρτες δεν μπορούσαν να παρέχουν την απαραίτητη προστασία σε πιθανή παραβίαση του κωδικού ασφαλείας τους. Ειδικότερα, οι έξυπνες κάρτες μέσω του μικροεπεξεργαστή δύνανται να επεξεργαστούν δεδομένα αντιδρώντας σε μια κατάσταση, είναι μικρές, αλληλεπιδρούν με υπολογιστές και άλλα αυτοματοποιημένα συστήματα, ενώ τα στοιχεία που φέρουν μπορούν να αλλάζουν και να ανανεώνονται συνεχώς (Rinaldo 1997, Αποστολάκης 2002).

Εφαρμογές των έξυπνων καρτών στις υπηρεσίες υγείας.

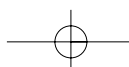
Οι έξυπνες κάρτες παρέχουν ένα εύκολο και ασφαλή τρόπο αποθήκευσης ιατρικών πληροφοριών.

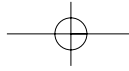
Μπορούμε να πούμε ότι η έξυπνη κάρτα υγείας παρέχει άμεση πρόσβαση στην ιατρική πληροφορία, διαφυλάσσει το ιατρικό απόρρητο, παρέχει ελεγχόμενη πρόσβαση στα στοιχεία της, είναι συμβατή με όλα τα ιατρικά πληροφοριακά συστήματα, τα δίκτυα και τις εφαρμογές τους. Σε περίπτωση απώλειας απενεργοποιείται και αντικαθίσταται αμέσως, υποστηρίζει υπηρεσίες αποπληρωμής και περιέχει στοιχεία για άτομα τα οποία χρειάζονται ειδική φροντίδα υγείας.

Οι εφαρμογές τους στο χώρο της υγείας μπορούν να ταξινομηθούν σε έξι κατηγορίες ανάλογα με τον τύπο και το σύνολο των πληροφοριών που αποθηκεύονται:

- Insurance Cards: περιέχουν πληροφορίες σχετικά με την ταυτότητα των ασφαλισμένων.

- Emergency Medical Cards: περιέχουν ιατρικές πληροφορίες προσαρμοσμένες στις ανάγκες του προσωπικού του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών.
- Hospital Admission Cards: περιλαμβάνονται δημογραφικά στοιχεία και στοιχεία του ασφαλιστικού φορέα.
- Follow up Cards: αποθηκεύουν ιατρικά στοιχεία για ειδικές περιπτώσεις όπως καρδιολογικά προβλήματα, σακχαρώδης διαβήτης, αιμοκάθαρση, μητρότητα, ογκολογία και φαρμακευτική.
- Universal Health Cards: περιέχουν πληροφορίες ασφάλισης, δημογραφικά δεδομένα και διασύνδεση με το ιατρικό ιστορικό των ασθενών.
- Health Passport Cards: περιέχουν ιατρικές πληροφορίες κοινωνικής ασφάλισης (Health card technology, 2003).





ανασκοπήσεις

Λειτουργίες των έξυπνων καρτών υγείας

Υπάρχουν πολλές λειτουργίες τις οποίες μπορεί να ενσωματώσει μια έξυπνη κάρτα υγείας, με κυριότερες τις παρακάτω :

- **Αναγνώριση στοιχείων:** οι κάρτες χρησιμοποιούνται για να απλοποιήσουν τη διαδικασία προσδιορισμού των στοιχείων , η οποία γίνεται είτε οπτικά είτε με τη χρησιμοποίηση ηλεκτρονικά αναγνώσιμων στοιχείων. Τα στοιχεία αυτά μπορεί να είναι το όνομα του ασθενή, ο αριθμός ταυτότητάς του κ.λπ.
- **Έλεγχος πρόσβασης :** οι κάρτες μπορούν να παίξουν ένα ρόλο στην πρόσβαση των στοιχείων όσον αφορά τα τοπικά συστήματα, τα δικτυωμένα συστήματα πληροφοριών ή σε μια άλλη κάρτα.
- **Μεταφορά στοιχείων :** τα στοιχεία μπορούν να εισαχθούν σε μια κάρτα και να διαβαστούν σε διαφορετικές θέσεις. Με τον τρόπο αυτό οι ίδιες πληροφορίες μπορούν να δοθούν στις οργανώσεις που διαφορετικά δεν μπορούν να ανταλλάξουν τα στοιχεία λόγω έλλειψης συνδέσεων, τεχνικού ασυμβατότητας ή διαφορετικών οργανωτικών δομών υποβολής εκθέσεων. Τέτοια

στοιχεία είναι διοικητικά, έκτακτης ανάγκης, ιατρικές βάσεις δεδομένων ειδικότητας, συνταγές για αλλεργίες, ιστορικό ανοσοποίησης, κ.λπ

- Μεταφορά πληροφοριών οι πληροφορίες για την κάρτα μεταφέρονται στα συγκροτήματα ηλεκτρονικών υπολογιστών ή μεταφέρονται στα απαραίτητα αρχεία εγγράφου. Οι πληροφορίες μεταφέρονται στο έγγραφο είτε μηχανικά είτε ηλεκτρονικά με την ανάγνωση των πληροφοριών των καρτών και την εκτύπωσή τους.
- **Επικύρωση :** οι κάρτες μπορούν να φέρουν τα κλειδιά και τα πιστοποιητικά που χρησιμοποιούνται για την κρυπτογράφηση και τις ψηφιακές υπογραφές. Το ιδιωτικό κλειδί ενός ατόμου χρησιμοποιείται για να δημιουργήσει μια ψηφιακή υπογραφή για ένα έγγραφο. Τα ηλεκτρονικά συστήματα επικοινωνιών χρησιμοποιούν τις ψηφιακές υπογραφές για να επικυρώσουν τον αποστολέα και να καταδείξουν την ακεραιότητα μηνυμάτων. Τα ηλεκτρονικά κλειδιά που φέρονται στις έξυπνες κάρτες θεωρούνται ασφαλέστερα από τα κλειδιά που φέρονται σε άλλο μέσο όπως οι δισκέτες (Rinaldo , 1998).

Πλεονεκτήματα των έξυπνων καρτών υγείας

- Προστατεύουν το απόρρητο των δεδομένων που αφορούν στους ασθενείς.
- Επιτρέπουν την πρόσβαση στα δεδομένα των ασθενών ακόμα και όταν είναι εκτός δικτύου επικοινωνίας.
- Προσαρμόζεται ουσιαστικά στην πλατφόρμα οποιουδήποτε Η/Υ.
- Παρέχει ζωτικής σημασίας πληροφορίες σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης υγείας.
- Επιταχύνουν τις διαδικασίες στα νοσοκομεία και κλινικές.
- Επιβεβαιώνεται η ταυτότητα των ασθενών.
- Ελέγχεται η ασφαλιστική κάλυψη.
- Εξασφαλίζεται η πληρωμή για τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες (Αποστολάκης 2002, Health card technology 2003).

Διαλειτουργικότητα των έξυπνων καρτών υγείας

Σημαντική έμφαση δίνεται στην ανάπτυξη της τεχνικής διαλειτουργικότητας, έτσι ώστε όλες οι κάρτες να μπορούν να διαβαστούν από όλους τους συμμετέχοντες κατασκευαστές σε διαφορετικές χώρες (G-8 Healthcard Data Card project 2000, Blobel et al.,2001).

Η διαλειτουργικότητα μεταξύ των συστημάτων έξυ-

πνων καρτών υγείας είναι η δυνατότητα ενός συστήματος να διαβάσει, να χρησιμοποιήσει και να ενημερώσει τα στοιχεία έξυπνων καρτών υγείας που εκδίδονται από άλλο σύστημα. Είναι μια από τις σημαντικότερες προϋποθέσεις για τη διαδεδομένη χρήση των έξυπνων καρτών υγείας (Gritzalis, 1998).

Πλεονεκτήματα της λειτουργικής διαλειτουργικότητας

Τα πλεονεκτήματα της διαλειτουργικότητας αφορούν στην υγειονομική περίθαλψη και στα οικονομικά της υγείας και συγκεκριμένα είναι:

A. Υγειονομική Περίθαλψη

Διοικητικά

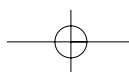
- Απλοποιούνται οι διοικητικές διαδικασίες για τον ασθενή (π.χ. η λειτουργία EIII)
- Προσδιορισμός του επαγγελματία υγείας που είναι υπεύθυνος για τη φροντίδα του αρρώστου, έτσι ώστε να παρέχει πληροφορίες όταν απαιτείται για να βοη-

θήσει στη θεραπεία.

- Η χρήση της έξυπνης κάρτας υγείας επιτρέπει την πρόσβαση στα αρχεία του αρρώστου μέσω δικτύου.

Κλινικά

- Πρόσβαση στα επείγοντα και άλλα κλινικά δεδομένα, τα οποία βρίσκονται στην κάρτα υγείας, όταν και όπου ζητηθούν (και όχι μόνο στο σύστημα που εκδίδει την κάρτα).
- Μείωση της καθυστέρησης της θεραπείας των ασθενών εξαιτίας αργοπορημένης πρόσβασης στα κλινικά του στοιχεία.



ανασκοπήσεις

B. Οικονομικά της υγείας

- Αποδοτικότερες διοικητικές διαδικασίες κατά τη φροντίδα ενός ασθενή, ο οποίος καλύπτεται από άλλο σύστημα.
- Απλοποίηση της τιμολόγησης για τις παρεχόμενες υπηρεσίες σε ασθενή που συμμετέχει σε άλλο σύστημα.

- Παρόμοια συστήματα μπορούν να διευκολύνουν την κινητικότητα του προσωπικού μεταξύ διαφορετικών νοσοκομείων ή οργανισμών (G-8 Healthcard Data Card project 2000, Blobel et al.,2001).

Πλεονεκτήματα των έξυπνων καρτών υγείας

Η Ελλάδα έχει συμμετάσχει στο πρόγραμμα Ishtar: Στόχος του προγράμματος είναι να μελετήσει το πρόβλημα της προστασίας των δεδομένων στα πληροφοριακά συστήματα υγείας και να προτείνει λύσεις μέσα από οριζόντιες κυρίως δράσεις. Το πρόγραμμα θα χρησιμοποιήσει για το σκοπό αυτό τα αποτελέσματα του ερευνητικού προγράμματος Seismed (Cordis, 2003).

Το καλοκαίρι του 1996 πραγματοποιήθηκε στο Νοσοκομείο Ερυθρός Σταυρός στην Αθήνα μία δοκιμή της Diabcard. Το πιλοτικό πρόγραμμα στόχευε στη δυνατότητα επικοινωνίας με τη χρήση της κάρτας, η οποία περιείχε πληροφορίες για τον ασθενή, μεταξύ ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού και προσωπικού εργαστηρίων.

Η αξιολόγηση του συστήματος έδειξε ότι το λογισμικό χρειάζεται βελτίωση και μια περαιτέρω δοκιμή όσον αφορά στην ταχύτητα και λειτουργικότητα. Οι επαγγελματίες υγείας είναι πρόθυμοι να δεχτούν την κάρτα υγείας ως μια εναλλακτική μέθοδο καταχώρησης ασθενών και ανταλλαγής πληροφοριών, αλλά απαιτούν ένα σύστημα

σύμφωνα με τις ανάγκες τους και δεν είναι πρόθυμοι προς το παρόν να εγκαταλείψουν τα γραπτά αρχεία. Η στάση των ασθενών προς το σύστημα ήταν πολύ θετική (Καραπέτσας 1994, Diabedcart 1995).

Στην Ελλάδα πραγματοποιήθηκε και το πρόγραμμα Cardlink 2 από το Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο. Το πρόγραμμα ήθελε να ενισχύσει τα αποτελέσματα της δράσης του Cardlink 1 και να προωθήσει το πρόγραμμα Eurocards. Η πρόταση ήταν να δημιουργηθεί μια κάρτα υγείας για 6.500 περίπου φοιτητές που καλύπτονταν από συγκεκριμένο ασφαλιστικό σχήμα. Οι υπηρεσίες υγείας που παρέχονταν είτε από πανεπιστημιακή κλινική είτε από τμήματα επειγόντων περιστατικών που βρίσκονταν σε νοσοκομεία. Επιπλέον, το σχέδιο περιελάμβανε και την εφαρμογή κάρτας υγείας για παιδιά, καθώς και την κάρτα υγείας για άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών σε συνεργασία με το Δήμο Αμαρουσίου. Το πρόγραμμα εξέδωσε 100.000 κάρτες και παρήγαγε μια λεπτομερή αξιολόγηση για τους χρήστες και τους παροχείς της υπηρεσίας αυτής (e business Forum, 2002).

Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Στο σχέδιο νόμου για την οργάνωση και λειτουργία του γενικού συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, περιλαμβάνεται το Σύστημα Ηλεκτρονικής Κάρτας Υγείας. Στο σύστημα της Ηλεκτρονικής Κάρτας Υγείας καταχωρούνται με ορισμένο κωδικό οι ασφαλισμένοι και τα προστατευόμενα μέλη των ασφαλιστικών οργανισμών που υπάγονται στις διατάξεις του παρόντος νομοσχεδίου, οι δημόσιοι και ιδιωτικοί φορείς που υπάγονται στο Γενικό Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και οι ιατρικές υπηρεσίες, εξετάσεις και φάρμακα των πρωτοκόλλων ιατρικών πράξεων και φαρμάκων με τις εγκεκριμένες αμοιβές και τιμές.

Σε κάθε ασφαλισμένο και προστατευόμενο μέλος των ασφαλιστικών οργανισμών, χορηγείται ηλεκτρονική κάρτα υγείας, ετήσιας δαπάνης, η οποία προεγκρίνεται και πιστώνεται στην αρχή κάθε ημερολογιακού έτους, από τον αντίστοιχο ασφαλιστικό οργανισμό.

Κάθε παροχή ιατρικής υπηρεσίας / εξέτασης και

αγορά φαρμάκου καταχωρείται από τους παροχείς των υπηρεσιών αυτών, στο σύστημα ηλεκτρονικής κάρτας πληρωμών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, εισάγοντας τους κωδικούς του ασφαλισμένου, του φορέα παροχής, της ιατρικής υπηρεσίας / εξέτασης που παρεσχέθη και του φαρμάκου που χορηγήθηκε. Μετά την καταχώρηση εκδίδεται από τον πάροχο βεβαίωση στην οποία αναγράφεται η αξία των παρεσχεθεισών υπηρεσιών ή φαρμάκων. Το αναγραφόμενο ποσόν μειώνει αυτομάτως μέσω του ηλεκτρονικού συστήματος, το πιστωτικό υπόλοιπο της κάρτας για τη συγκεκριμένη κατηγορία δαπάνης. Στο τέλος κάθε ημερολογιακού έτους μηδενίζεται τυχόν πιστωτικό υπόλοιπο της ηλεκτρονικής κάρτας πληρωμών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και επαναπιστώνεται το νέο όριο. (Σχέδιο νόμου για την οργάνωση και λειτουργία του γενικού συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, 2008)

Επίλογος

Οι έξυπνες κάρτες είναι μια νέα και καινοτόμος τεχνολογία που αναπτύσσεται ραγδαία σε όλο τον κόσμο και προσφέρουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, στις ηλεκτρονικές πληρωμές, στις δημόσιες συγκοινωνίες, κ.λπ.

Στο χώρο της υγείας οι έξυπνες κάρτες εφαρμόζονται στην ταυτοποίηση του ασθενούς, στην εισαγωγή του ιατρικού ιστορικού, στις προπληρωμένες λύσεις κ.λπ. Μια από τις σημαντικότερες λειτουργίες των έξυπνων καρτών είναι

η ασφάλεια και η ακεραιότητα των αποθηκευμένων πληροφοριών που παρέχονται με την κρυπτογράφηση των δεδομένων.

Η χώρα μας παρακολουθώντας τις διεθνείς εξελίξεις ως μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης συμμετέχει στις προσπάθειες για την ανάπτυξη των εφαρμογών των έξυπνων καρτών υγείας. Μέχρι σήμερα τα μηνύματα από την εφαρμογή προγραμμάτων έξυπνων καρτών υγείας είναι θετικά.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αποστολάκης Ι.,(2002), Πληροφοριακά Συστήματα Υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα

Blobel B. et al. (2001) "Security interoperability between ship card based medical informations system and health networks". International Journal of Medical Informations, 24 (2): 401-415

ebusiness forum(2002) <<http://www.e-businessforum.gr/>> [22 February 2008]

G -8 Healthcard Data Card Project (2000) <<http://www.va.gov/card/>> [Viewed 24 February 2008]

Gritzalis D. (1998) "Enhancing security and improving interoperability in health care information". Information for health and social care 23(4): 309-323

Health Card Technologies (2003) <[http:// www.hct.com/](http://www.hct.com/)> [Viewed 25 April 2008]

Η Ελλάδα στην Ευρωπαϊκή έρευνα και καινοτομία (2003) <<http://cordis.europa.eu/data/>> [Viewed 10 April 2008]

Improved communication in diabetes care based on chip card

technology (1995) <<http://www-mi.gsf.de/diabcards/>> [Viewed 10 April 2008]

Καγκελάρης Ν. (1990) Βάση δεδομένων ιατρικού ιστορικού συνεργαζόμενη με ηλεκτρονικές κάρτες, Διπλωματική εργασία τομέα Πληροφορικής ΕΜΠ

Καραπέτσης Σ.,κα (1994) Σύστημα ηλεκτρονικών καρτών υγείας <<http://www.netmode.ntua.gr/papers/papers/smart94>> [Viewed 15 April 2008]

McElroy D, Turban E.(1998) Using smart cards in electronic commerce management. International Journal of information management 18: 61-72

Rinaldo G. (2006) Smart Cards:A primer

<<http://www.javaworld.com/>> [Viewed 25 April 2008]

Rinaldo G. (2006) Smart Cards and the opencard framework

<<http://www.javaworld.com/>> [Viewed 25 April 2008]

Smart technology (2008)

<<http://www.gemplus.com/smart/cards/basics/what.html>, > [Viewed 20 April 2008]

Σχέδιο νόμου για την οργάνωση και λειτουργία του γενικού συστήματος Π.Φ.Υ.(2008)

Ασφαλής Νοσηλευτική Στελέχωση: μια συστηματική ανασκόπηση

Μαλλιαρού Μαρία¹, Καραθανάση Κωσταντινιά², Σαράφης Παύλος³

1. Λοχαγός (ΥΝ), Νοσηλεύτρια Ψυχικής Υγείας, 492 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης.
2. Λοχαγός (ΥΝ) Νοσηλεύτρια, Σχολή Μονίμων Υπαξιωματικών.
3. Υποπλοίαρχος (ΥΝ) Π.Ν., Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στόχοι: η παρουσίαση της σημασίας της θεσμοθέτησης ασφαλούς στελέχωσης που αφορά στις αναλογίες διπλωματούχων νοσηλευτών ανά ασθενή για την παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας, για την προώθηση υγιούς εργασιακού περιβάλλοντος για τους νοσηλευτές και για την μείωση του κόστους παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας για τους οργανισμούς υγείας σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα.

Σχέδιο: Ακολουθήθηκε μεθοδολογία θεματικής ανάλυσης περιεχομένου.

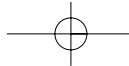
Πηγές δεδομένων: Οι ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Blackwell-synergy και Medline (1970-2007). Συμπληρωματική βιβλιογραφία αναζητήθηκε και μέσω άλλων ηλεκτρονικών μηχανών αναζήτησης διαδικτύου καθώς επίσης και μέσω βιβλιογραφικών παραπομπών των ήδη ανακτημένων άρθρων.

Μέθοδοι ανασκόπησης: Μεθοδολογία θεματικής ανάλυσης περιεχομένου, που προβλέπει προσεκτική ανάγνωση του υλικού, αναγνώριση των επαναλαμβανόμενων θεμάτων και ταξινόμηση σε ευρύτερες κατηγορίες. Η διαδικασία αυτή κατέληξε στην διαμόρφωση δύο θεματικών κατηγοριών: ασφαλή νοσηλευτική στελέχωση σε σχέση με τον ασθενή, τον νοσηλευτή και τον οργανισμό και νομοθεσία χωρών περί νοσηλευτικής στελέχωσης.

Αποτελέσματα: Στο Βέλγιο από το 1987 υπάρχει νομοθεσία που καθορίζει 12 νοσηλευτές ανά 30 κρεβάτια το 24 ώρο. Στην Βικτόρια της Αυστραλίας συγκεκριμένες αναλογίες ασθενών ανά νοσηλευτή ισχύουν με νόμο από το 2000 και προσδιορίζονται επακριβώς ανάλογα με τον τύπο νοσοκομείου. Το 2005 η Αμερικανική πολιτεία της Καλιφόρνια εφάρμοσε την αναλογία 1:5 νοσηλευτών ανά ασθενή σε κλινική.

Συμπεράσματα: Ασφαλής και επαρκής στελέχωση είναι το κλειδί για την ποιότητα και ασφάλεια στην παροχή της υγειονομικής φροντίδας. Ο καθορισμός της σωστής σύνθεσης προσωπικού είναι σημαντικός.

Λέξεις κλειδιά: αναλογία νοσηλευτή ανά ασθενή, ασφάλεια, νοσηλευτής, στελέχωση.



Εισαγωγή

Η στελέχωση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων έχει γίνει αντικείμενο μελέτης από πλήθος ερευνητών λόγω των πολλαπλών επιδράσεων που επιφέρει στην ασφάλεια, την παροχή ποιοτικής φροντίδας στον ασθενή αλλά και την επιβάρυνση των δαπανών για την υγεία. Αυτό που προσθέτει το παρόν άρθρο στην νοσηλευτική επιστήμη είναι η σύνθεση της βιβλιογραφίας για τις επιπτώσεις της νοσηλευτικής υποστελέχωσης στο προσωπικό, τους ασθενείς και τους οργανισμούς, η επικέντρωση στα μέτρα που λαμβάνονται από τη διεθνή νοσηλευτική κοινότητα για την επίλυση του προβλήματος καθώς και η προώθηση της

ανάγκης για θεσμοθέτηση ασφαλών αναλογιών νοσηλευτών ανά ασθενή.

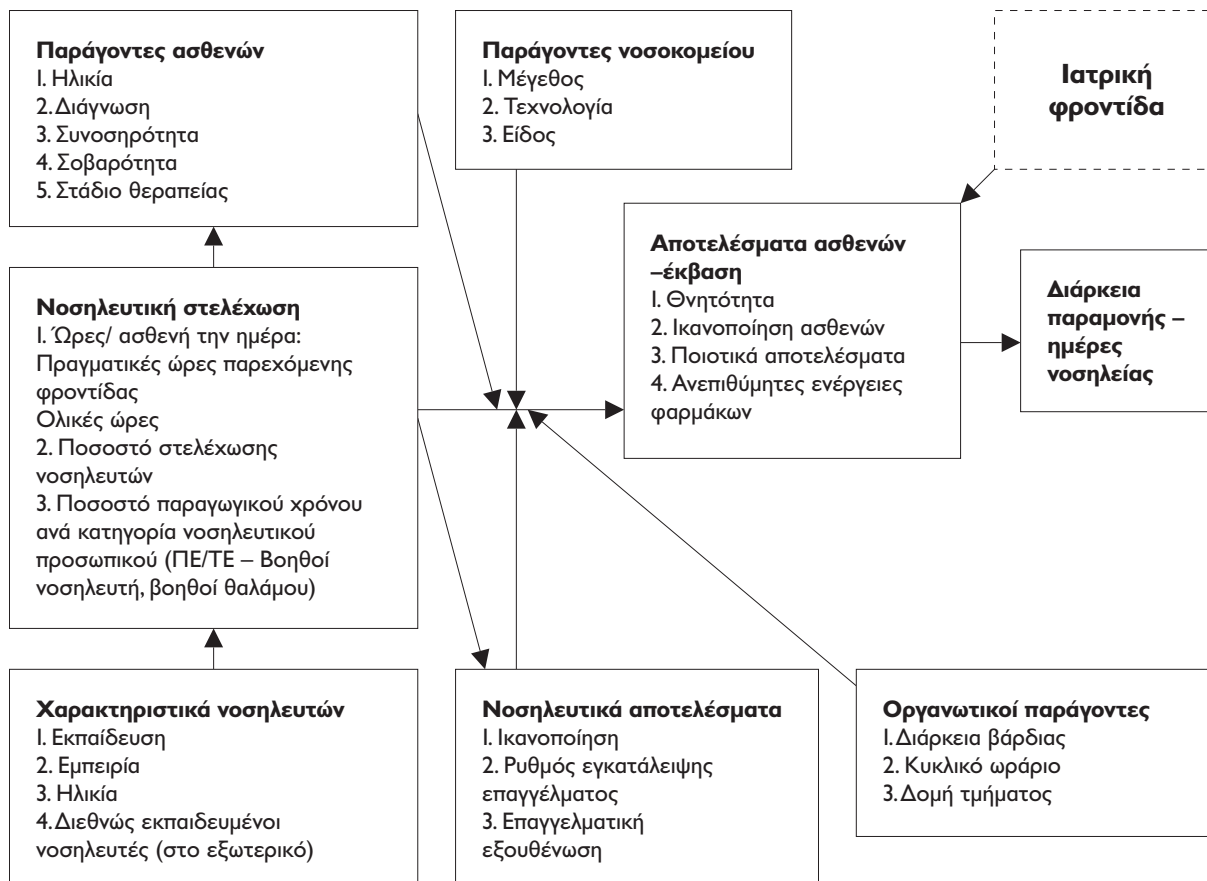
Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας με έκθεση του "Working Together for Health" το 2006, ανακήρυξε τη δεκαετία 2006-2015, ως την δεκαετία εργατικού δυναμικού υγείας, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην ανάπτυξη αποτελεσματικών στρατηγικών εργατικού δυναμικού. Αυτές περιλαμβάνουν τρία βασικά στοιχεία: βελτίωση της στελέχωσης του εργατικού δυναμικού, υποστήριξη του υπάρχοντος εργατικού δυναμικού για τη μεγιστοποίηση της δυνατότητας

Αναδίφηση βιβλιογραφίας

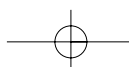
Για την εντόπιση της σχετικής βιβλιογραφίας χρησιμοποιήθηκαν οι ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων CINAHL, Blakwell-synergy και Medline (1970-2007) και λέξεις κλειδιά όπως νοσηλευτές, διπλωματούχοι νοσηλευτές, ασφάλεια, στελέχωση, αναλογία νοσηλευτή ανά ασθενή. Συμπληρωματική βιβλιογραφία αναζητήθηκε και μέσω άλλων ηλεκτρονικών μηχανών αναζήτησης διαδι-

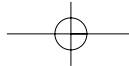
κτύου καθώς επίσης και μέσω βιβλιογραφικών παραπομπών των ήδη ανακτημένων άρθρων. Για την επεξεργασία του υλικού επιλέχθηκε η μεθοδολογία θεματικής ανάλυσης περιεχομένου, που προβλέπει προσεκτική ανάγνωση του υλικού, αναγνώριση των επαναλαμβανόμενων θεμάτων και ταξινόμηση σε ευρύτερες κατηγορίες (Green, Thorogood, 2004).

Διάγραμμα I: Πλαίσιο νοσηλευτικής στελέχωσης και έκβασης των ασθενών



Πηγή: Kane, R.L., Shamlivan, T., Mueller, C., Duval, S., Wilt, T., 2007. Nursing staffing and quality of patient care. Evidence Report /Technology Assessment No. 151. Agency for Healthcare and Quality, Rockville. Available at <http://www.ahrq.gov/clinic/tp/nursesttp.htm> Accessed on 20th December 2007.





Νοσηλευτική Στελέκωση

Η Αμερικανική Ομοσπονδία Δασκάλων (1995) ορίζει την εγγυημένη στελέκωση ως «έναν ικανό αριθμό προσωπικού, με κατάλληλο συνδυασμό επιπέδου ικανοτήτων, διαθέσιμο όλες τις ώρες, ώστε να διασφαλίσει ότι οι ανάγκες στα πλαίσια της φροντίδας του ασθενούς αντιμετωπίζονται και ότι διατηρούνται εργασιακές συνθήκες χωρίς επικείμενους κινδύνους».

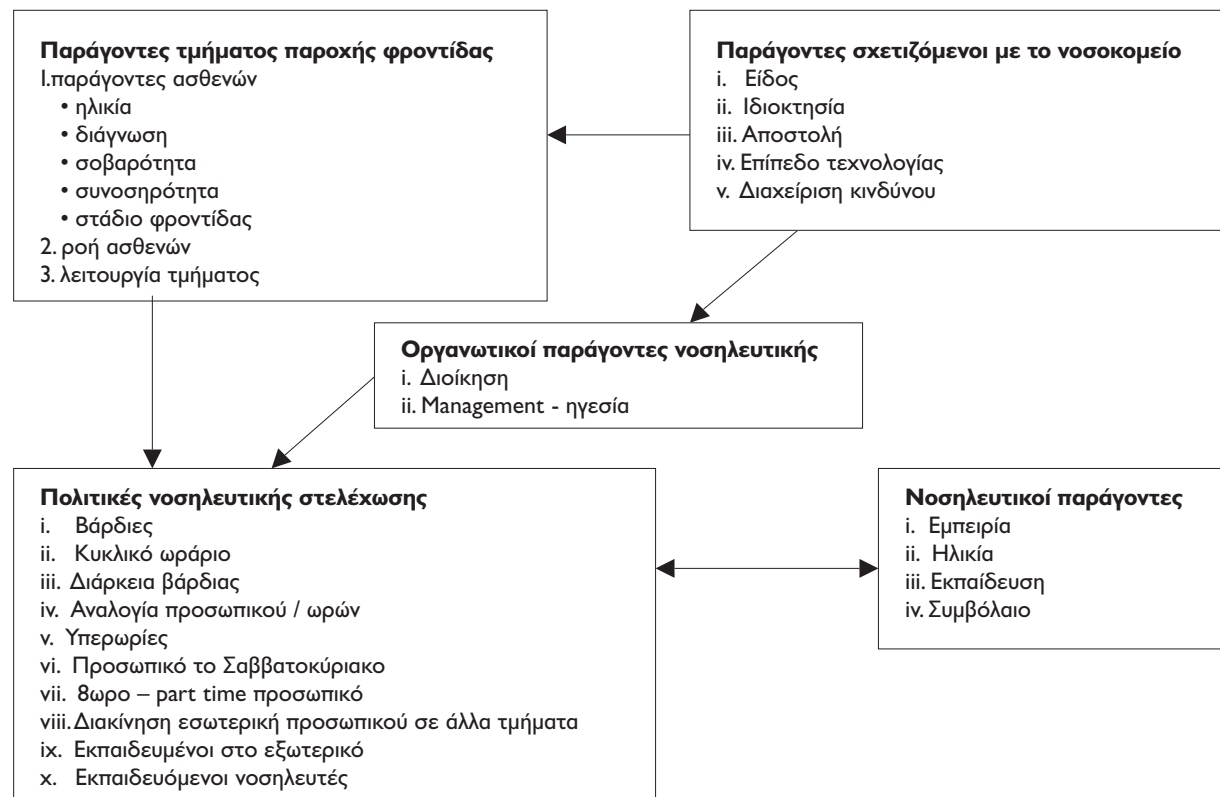
Σύμφωνα και με τον Σύνδεσμο Νοσηλευτών Βόρειας Καρολίνας (2005), η εγγυημένη στελέκωση απεικονίζει, τόσο τη διατήρηση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας, όσο και τον εργασιακό βίο των νοσηλευτών και τις οργανωτικές εκβάσεις. Οι ασφαλείς πρακτικές στελέκωσης ενσωματώνουν την πολυπλοκότητα των δραστηριοτήτων και την ένταση των νοσηλευτών: ποικίλα επίπεδα προετοιμασίας των νοσηλευτών, ικανότητα και εμπειρία: ανάπτυξη του υγειονομικού προσωπικού, υποστήριξη της διαχείρισης του νοσηλευτικού προσωπικού σε οργανωτικό και εκτελεστικό επίπεδο, πλαίσιο και τεχνολογικό περιβάλλον της υποστήριξης, διαθέσιμες υπηρεσίες υποστή-

ριξης (International Council of Nurses, 2006).

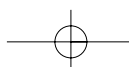
Η στελέκωση συνδέεται με τον αριθμό και το είδος του προσωπικού που απαιτείται για την παροχή φροντίδας στον ασθενή αλλά πρέπει πάντα να συσχετίζεται και με μεταβλητές όπως ο φόρτος εργασίας, το εργασιακό περιβάλλον, η αποδοτικότητα, η αποτελεσματικότητα των δαπανών, η πολυπλοκότητα του ασθενούς και το επίπεδο ικανοτήτων του νοσηλευτικού προσωπικού για το σωστό καθορισμό των πραγματικών αναγκών κάθε νοσηλευτικής μονάδας (διάγραμμα 1).

Η νοσηλευτική στελέκωση έχει επίδραση όχι μόνο στους ασθενείς και τους νοσηλευτές αλλά γενικότερα σε όλο το σύστημα παροχής υγείας, ενώ αναλογίες ασφαλών νοσηλευτικής στελέκωσης έχουν διαμορφωθεί, τόσο από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, όσο και από το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών. Οι πολιτικές νοσηλευτικής στελέκωσης κάθε χώρας γενικότερα αλλά και κάθε οργανισμού ειδικότερα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη πλήθος στοιχείων (διάγραμμα 2).

Διάγραμμα 2: Παράγοντες που επηρεάζουν πολιτικές νοσηλευτικής στελέκωσης



Πηγή: Kane, R.L., Shamliyan, T., Mueller, C., Duval, S., Wilt, T., 2007. Nursing staffing and quality of patient care. Evidence Report/ Technology Assessment No. 151. Agency for Healthcare and Quality, Rockville. Available at <http://www.ahrq.gov/clinic/tp/nursesttp.htm> Accessed on 20th December 2007.



Συσχέτιση στελέχωσης υπηρεσιών υγείας με δείκτες ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας. Ερευνητικά αποτελέσματα

Οι περισσότεροι ερευνητές διαπίστωσαν μία αντίστροφη σχέση μεταξύ της θνησιμότητας και του αριθμού των διπλωματούχων νοσηλευτών ανά ημέρα νοσηλείας, του ποσοστού των διπλωματούχων νοσηλευτών στη σύνθεση του συνολικού προσωπικού που παρέχει φροντίδα και των διπλωματούχων νοσηλευτών ανά νοσοκομείο. Διαπιστώθηκε μία αντίστροφη σχέση μεταξύ διπλωματούχων νοσηλευτών ανά ημέρα νοσηλείας και ατυχών συμβάντων ενώ αυξημένα ποσοστά διπλωματούχων νοσηλευτών αντιστοιχούν σε μικρότερη επίπτωση σφαλμάτων στη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής, σε λιγότερες κατακλίσεις και σε υψηλότερη ικανοποίηση των ασθενών (Blegen, et. al., 1998). Ο Sovie (2001) κατέληξε ότι περισσότερες ώρες ενασχόλησης των διπλωματούχων νοσηλευτών με τους ασθενείς συσχετίστηκαν με λιγότερες πτώσεις και μεγαλύτερη ικανοποίηση όσον αφορά στη διαχείριση του πόνου.

Σε μελέτη που διενεργήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες εξετάστηκε η σχέση ανάμεσα στα επίπεδα στελέχωσης της νοσηλευτικής υπηρεσίας και τις δυσμενείς εκβάσεις της κατάστασης των ασθενών (Needleman, et. al., 2002). Τα αποτελέσματα καταδεικνύουν ότι υψηλότερη αναλογία ωρών νοσηλευτικής φροντίδας που παρέχεται από διπλωματούχους νοσηλευτές και μεγαλύτερος αριθμός ωρών φροντίδας ανά ημέρα συσχετίζονται με καλύτερα αποτελέσματα φροντίδας για τους νοσοκομειακούς ασθενείς.

Τα τελευταία χρόνια η νοσηλευτική έχει επικεντρώσει το ενδιαφέρον της στην αναγνώριση ευαίσθητων δεικτών αποτελεσμάτων (nursing sensitive outcome indicators) (Ke-Ping, et. al., 1999). Οι δείκτες αυτοί προσδιορίζουν τα τελικά αποτελέσματα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων (Manojlovich, Sidani, 2008, Seago, 2006). Κάποιοι τέτοιοι δείκτες είναι επιπλοκές όπως οι ουρολοιμώξεις, κατακλίσεις, πνευμονία, εν τω βάθην θρόμβωση, πνευμονική εμβολή, αιμορραγία πεπτικού (Brooten, Naylor, 1995).

Συγκρίνοντας αυτούς τους ευαίσθητους νοσηλευτικούς δείκτες με τις αναλογίες νοσηλευτικού προσωπικού, διαφαίνεται ότι όταν υπάρχουν περισσότεροι διπλωματούχοι νοσηλευτές οι ασθενείς αντιμετωπίζουν λιγότερες επιπλοκές, μειώνονται οι ημέρες νοσηλείας, τα επίπεδα θνησιμότητας και τελικά μειώνεται το συνολικό κόστος νοσηλείας (American Nurses Association, 1996). Επίσης, η θνησιμότητα είναι ανάλογη με τον αριθμό νοσηλευτών /ασθενή (Aiken, et. al., 2002, Aiken, et. al., 2003). Συγκεκριμένα αναφέρεται αύξηση 7% της θνησιμότητας για κάθε επιπλέον ασθενή που αναλαμβάνει ο νοσηλευτής. Επίσης, μία αύξηση της τάξεως του 0,25 νοσηλευτών ανά ημέρα νοσηλείας συνδέεται με μείωση 20% της θνησιμότητας για διάστημα 30 ημερών. Σε ανασκόπηση 22 μελετών επιβεβαιώθηκε ότι η κατάλληλη στελέχωση και σύνθεση του νοσηλευτικού προσωπικού συνδέεται με τη βελτίωση της έκβασης των περιστατικών (Lankshear, 2005).

Διερευνώντας το συνδυασμό κατάρτισης-ειδικότητας των νοσηλευτών, τα έτη κλινικής εμπειρίας την ικανότητα στη νοσηλευτική εργασία με τα ποσοστά θνησιμότητας

αναφέρεται ότι αύξηση κατά 10% του ποσοστού των διπλωματούχων νοσηλευτών οδήγησε σε 5 λιγότερους θανάτους ανά 1000 ασθενείς, ενώ κάθε επιπλέον χρόνος κλινικής εμπειρίας του νοσηλευτή σχετίστηκε με 6 λιγότερους θανάτους ανά 1000 ασθενείς στα αστικά νοσοκομεία και 5 λιγότερους στα περιφερειακά νοσοκομεία (Tourangeau, et. al., 2002).

Σε Καναδική μελέτη ατυχών συμβάντων αναφέρεται ένα ποσοστό επίπτωσης 7,5% για δυσμενή γεγονότα, ενώ σε σύνολο περίπου 2,5 εκατομμυρίων εισαγωγών σε νοσοκομεία του Καναδά, περί τις 185.000 συνδέονται με ατυχή περιστατικά εκ των οποίων τα 70.000 (38%) θα μπορούσαν να προληφθούν (Baker, et. al., 2004).

Το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών προτείνει 4 ασθενείς ανά 1 νοσηλευτή και τονίζει ότι αυξάνοντας το φόρτο εργασίας σε 6, αυξάνεται η πιθανότητα των ασθενών κατά 14% να πεθάνουν μέσα σε 30 ημέρες από την εισαγωγή τους. Επίσης αναφέρει ότι χαμηλά ποσοστά διπλωματούχων νοσηλευτών θέτουν τους ίδιους σε μεγαλύτερο κίνδυνο τρυπήματος από βελόνα. Δεν έχει διευκρινισθεί ως τώρα από καμιά έρευνα το κατάλληλο ποσοστό νοσηλευτών προς βοηθών νοσηλευτών που οδηγεί σε ασφαλή νοσηλευτική φροντίδα (Mix skill). Όσο αφορά την αναλογία γιατρών – νοσηλευτών αναφέρεται ως αξιόπιστο το ποσοστό 4 νοσηλευτών ανά 1 γιατρό (Λιαρόπουλος, 2007).

Στην Ελλάδα, το μέγεθος και η σύνθεση του ανθρώπινου δυναμικού καθιερώθηκε μετά την εγκαθίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Νομοθετική ρύθμιση που να επιβάλλει συγκεκριμένα ποσοστά στελέχωσης στα δημόσια νοσοκομεία δεν υπάρχει.

Για την στελέχωση ιδιωτικών κλινικών υπάρχει το Π.Δ. 517/1991 το οποίο επιβάλλει για το νοσηλευτικό προσωπικό την εξής σύνθεση:

Ένας (1) νοσηλευτής -τρια διπλωματούχος ΠΕ ή ΤΕ ως Γενικός Προϊστάμενος.

Δύο (2) νοσηλευτές -τριες ΤΕ ανά δεκαπέντε (15) κλίνες.

Προκειμένου περί Παιδιατρικών και Παιδοψυχιατρικών κλινικών, τρεις (3) νοσηλευτές -τριες ΤΕ ανά δέκα (10) κλίνες.

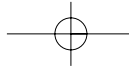
Δύο (2) βοηθοί νοσοκόμοι διαιτούς ή μονοετούς φοιτήσεως ανά πέντε (5) κλίνες.

Προκειμένου περί Παιδιατρικών κλινικών, τρεις (3) βοηθοί νοσοκόμοι διαιτούς ή μονοετούς φοιτήσεως, ανά πέντε (5) κλίνες.

Προκειμένου περί Παιδοψυχιατρικών κλινικών, ένας (1) βοηθός νοσοκόμος διαιτούς ή μονοετούς φοιτήσεως ανά τρεις (3) κλίνες.

Νοσηλευτική στελέχωση και επιπτώσεις στους νοσηλευτές

Είναι σημαντικό ότι για να επιτευχθεί η κατάλληλη στελέχωση πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι ανάγκες των ασθενών



ανασκοπήσεις

νών και εάν είναι δυνατόν και των φροντιστών τους. Η ελλιπής στελέχωση σχετίζεται σημαντικά με μεγαλύτερες πιθανότητες τρυπημάτων (Clarke, et. al., 2002). Σε μια πιο πρόσφατη μελέτη από τον Clarke (2007), εξετάστηκε η συσχέτιση μεταξύ τραυματισμών από αιχμηρά αντικείμενα και διαφόρων οργανωτικών παραγόντων (π.χ. υποστηρικτικό ηγετικό προσωπικό, επαρκής στελέχωση μονάδων από νοσηλεύτες) σε 188 νοσοκομεία στην Πενσυλβάνια των ΗΠΑ. Η μελέτη αναφέρει ότι ο τραυματισμός από αιχμηρά αντικείμενα ήταν πιο συχνός σε νοσηλεύτες με προϋ-

πηρεσία λιγότερη των πέντε ετών.

Το μειωμένο νοσηλευτικό προσωπικό συσχετίστηκε με υψηλά ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι μελέτες έχουν καταδείξει ότι υπάρχει σχέση μεταξύ των επιπέδων του προσωπικού και της ικανοποίησης από την εργασία (Aiken, et. al., 2002).

Πολλοί νοσηλεύτες τραυματίζουν την πλάτη τους όταν τα νοσηλευτικά ιδρύματα είναι ανεπαρκώς στελεχωμένα και πρέπει να μετακινούν τους ασθενείς μόνοι τους (Rothschild, 1996).

Νοσηλευτικοί Οργανισμοί και Νοσηλευτική στελέχωση

Η ανεπαρκής στελέχωση οδηγεί σε αύξηση των δαπανών υγείας. Σε έρευνα που έλαβε χώρα σε νοσοκομεία της Νέας Υόρκης διαπιστώθηκε ότι κάθε επιπλέον ώρα νοσηλευτικής φροντίδας ανά ασθενή συνεπαγόταν μείωση του αναμενόμενου χρόνου παραμονής του ασθενούς στο νοσοκομείο κατά 4,4%-9,7%. Από την άλλη περισσότερες ώρες νοσηλευτικής φροντίδας από διπλωματούχους νοσηλεύτες μείωσε την παραμονή

κατά 2,7% δηλαδή σε ποσοστό 7-8,5 ημερών.

Η εγγυημένη στελέχωση έχει αποδειχθεί επανειλημμένα ότι σχετίζεται με την καλύτερη έκβαση των ασθενών, η οποία τελικά εμφανώς σχετίζεται με περιοριζόμενες δαπάνες υγείας για τα άτομα, τις οικογένειες και τις κοινότητες και με αυξανόμενα φορολογικά έσοδα καθώς οι ασθενείς επιστρέφουν στο ενεργό εργατικό δυναμικό.

Χώρες που θεσμοθέτησαν ποσοστά ασφαλούς νοσηλευτικής στελέχωσης

Μια από τις προσεγγίσεις για την εξασφάλιση της εγγυημένης στελέχωσης στη Νοσηλευτική είναι η θεσμοθέτηση των αξιόπιστων - ασφαλών αναλογιών στελέχωσης (ICN n.d.). Οι αναλογίες είναι ο μέγιστος αριθμός ασθενών που μπορούν να ανατεθούν σε ένα διπλωματούχο νοσηλευτή κατά τη διάρκεια μιας βάρδιας και μπορεί να διαφοροποιείται στις μονάδες φροντίδας οξέων περιστατικών (CNA, 2003). Στο Βέλγιο ήδη από το 1987 υπάρχει νομοθεσία που καθορίζει 12 νοσηλεύτες ανά 30 κρεβάτια το 24 άωρο. Στην Καλιφόρνια το 2001, (πίνακας 1) καθιερώθηκε συγκεκριμένη αναλογία νοσηλευτών/ νοσηλευόμενων ως μέρος της εθνικής κίνησης προστασίας ασθενών ενώ το 2005 νοση-

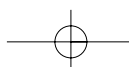
λευτικές ενώσεις πρότειναν ποσοστό 3:1 (σε νοσηλευτικό τμήμα) ενώ τελικά τέθηκε ο στόχος των 5:1 μέσα σε διάστημα 18 μηνών με απώτερο στόχο το 3:1. Στις ΗΠΑ, η Αμερικανική Ένωση Νοσηλευτών έχει προτείνει τη θεσμοθέτηση της εγγυημένης στελέχωσης για τους νοσηλεύτες (The ANA Talks, 2001).

Στην Βικτόρια της Αυστραλίας (CNA n.d.) συγκεκριμένες αναλογίες ασθενών ανά νοσηλευτή (πίνακας 2) ισχύουν με νόμο από το 2000 και προσδιορίζονται επακριβώς ανάλογα με τον τύπο νοσοκομείου και ανάλογα με το είδος των ασθενών που φροντίζει (μυαιτηγριο, παιδιατρικό, ψυχιατρικό).

Πίνακας 1: Καλιφόρνια (ΗΠΑ) - Αναλογίες Νοσηλευτών ανά Ασθενή

Εντατική Φροντίδα	1:2
Νεογνική Εντατική Φροντίδα	1:2
Χειρουργείο	1:1
Ανάνηψη	1:1
Τοκετός	1:2
Παιδιατρικά	1:4
Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών	1:4
Ασθενείς της ΜΕΘ στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών	1:2
Τραυματίες στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών	1:1
Τηλεμετρία	1:4
Χειρουργικό τμήμα	1:5
Φροντίδα άλλων ειδικοτήτων	1:4
Ψυχιατρικό Τμήμα	1:6

Πηγή: California Nurses Association, 2008. Ratio basics. Available at <http://www.calnurses.org/assets/pdf/ratios/ratiosbooklet.pdf> Accessed on 2nd August, 2008.



Πίνακας 2: Βικτόρια Αυστραλίας - Αναλογίες Νοσηλευτών ανά Ασθενή.

Τύπος Μονάδας	Κατηγορία Νοσοκομείου	Πρώτη Βάρδια	Βραδινή Βάρδια
Γενικό Ιατρικό / Χειρουργικό Τμήμα	Επίπεδο 1	1:4 + προϊστάμενος	1:4 + προϊστάμενος
	Επίπεδο 3	1:5 + προϊστάμενος	1:6 + προϊστάμενος
Προ/ Μεταγεννητικό	Όλα τα επίπεδα	1:5 + προϊστάμενος	1:6 + προϊστάμενος
Χειρουργείο	3 νοσηλεύτες σε κάθε χειρουργείο (1 για αποστείρωση, 1 νοσηλεύτης κίνησης και 1 για την αναισθησία) αυτό μπορεί να ποικίλει πάνω κάτω και εξαρτάται από προαποφασισμένους παράγοντες.		
Μετά – Αναισθητική Φροντίδα Μονάδα / Δωμάτιο Ανάρρωσης ΜΑΦ	Όλες οι βάρδιες 1:1 για ασθενείς σε καταστολή		

Πηγή: Canadian Federation of Nurses Union, 2005. Enhancement of patient safety through formal nurse – patient ratios: A discussion paper. Available at <http://www.nursesunions.ca/en/Docs/20051003Nurse-Patient-Ratio-EN.pdf> Accessed on 2nd November, 2007.

Συμπεράσματα

Σε λειτουργικό επίπεδο είναι ευθύνη των διευθυντικών στελεχών να προτείνουν τα κατάλληλα ποσοστά νοσηλευτών όλων των βαθμίδων για την διασφάλιση της ποιότητας και τον συνδυασμό τους σε ένα περιβάλλον προσφοράς και ζήτησης (Scott, 2003). Τα περιβάλλοντα φροντίδας υγείας ποικίλλουν, αλλά η ανάγκη για επαρκές προσωπικό είναι κοινή.

Η αριθμητική σύνθεση των εργαζομένων και η μεταξύ τους αναλογία στις υγειονομικές μονάδες σε διεθνές επίπεδο, βασίζεται πλέον πάνω σε αυστηρά νομικά πλαίσια που όμως παρά τις νομοθετικές ρυθμίσεις ακόμη γίνεται προσπάθεια να ανταποκριθούν στις νέες απαιτήσεις σύμφωνα με τα διεθνή δεδομένα για την ασφαλή χορήγηση της φροντίδας.

Στην Ελλάδα χρειάζονται να γίνουν ρυθμίσεις που

αφορούν τόσο στη ρύθμιση των αναλογιών των εργαζομένων, όσο και στη δημιουργία ευνοϊκών συνθηκών εργασίας, ώστε οι νοσηλεύτες να μην εμφανίζονται δυσαρεστημένοι και επαγγελματικά εξουθενωμένοι και τελικά καταφεύγουν στον επαναπροσδιορισμό της επαγγελματικής τους ιδιότητας ή στην απασχόληση με την εκπαίδευση και τη διοίκηση και όχι την κλινική πράξη.

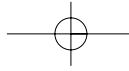
Η φροντίδα των ασθενών ωφελείται μέσω της ύπαρξης ασφαλούς εργασιακού περιβάλλοντος για το προσωπικό υγείας. Η ποιότητα φροντίδας σχετίζεται άμεσα με την επαρκή στελέχωση με νοσηλεύτες, την καταγραφή στατιστικών στοιχείων σε όλα τα νοσοκομεία και την ποιότητα του εργασιακού περιβάλλοντος (Μαλλίδου, Giovannetti, 2005).

Εισηγήσεις

- Απαιτείται ορθολογικός σχεδιασμός (διάγραμμα 3) και ακριβής ταξινόμηση των ανθρώπινων πόρων, που να εγγυάται το σωστό και κατάλληλο αριθμό προσωπικού και τις απαραίτητες ειδικότητες στον αναγκαίο τόπο και χρόνο
- Διεκδίκηση συνθηκών εργασίας που διατηρούν ικανούς νοσηλεύτες στα πλαίσια του τομέα υγείας.
- Επαναδιαπραγμάτευση της εργασιακής ζωής των νοσηλευτών
- Συντονισμός μελετών αξιολόγησης αποτελέσματος από την άποψη των εργασιακών συνθηκών, της εργα-

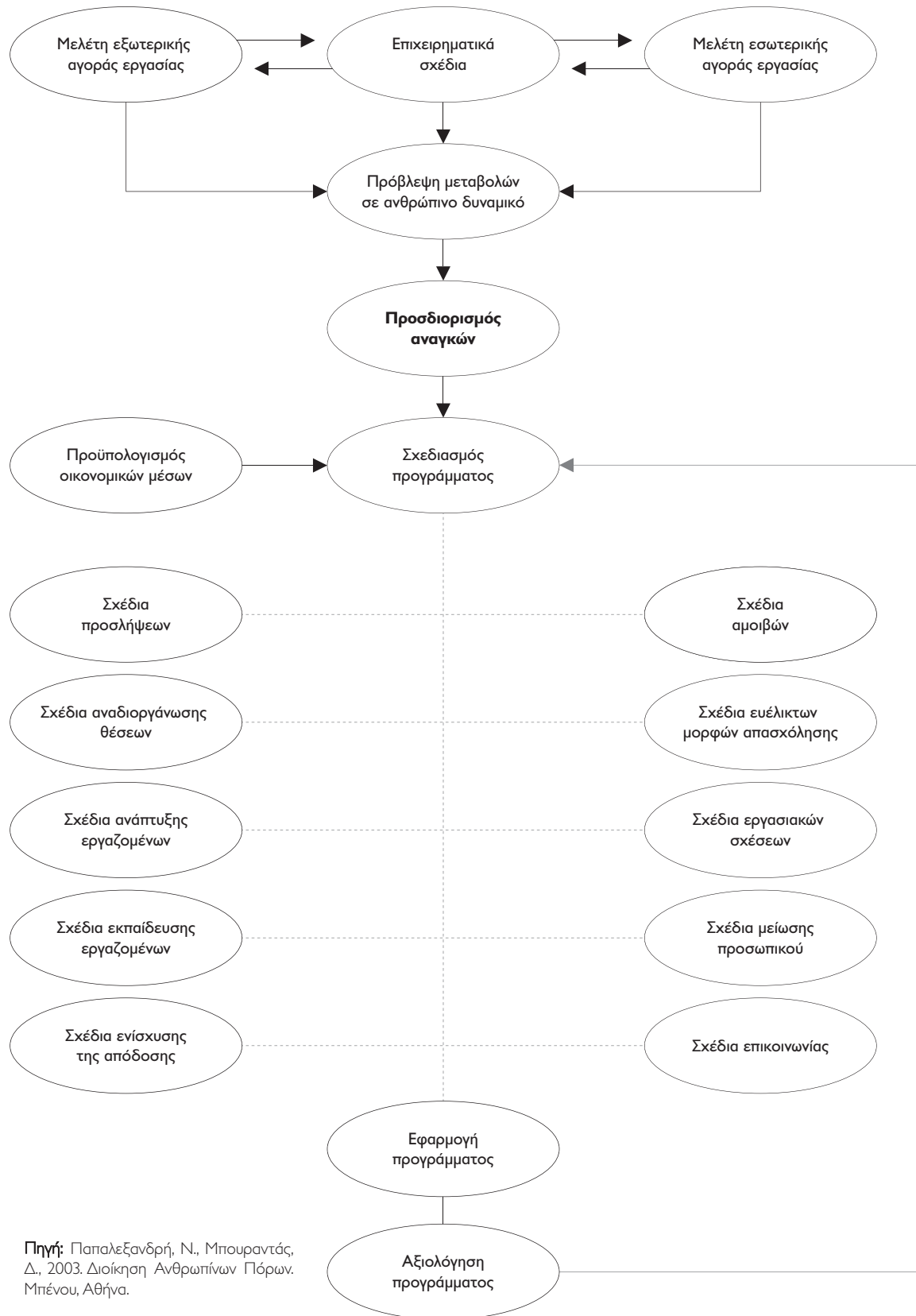
σιακής ζωής και της ασφάλειας των ασθενών σε σχέση με το υπάρχον νοσηλευτικό προσωπικό.

- Προώθηση πιστοποίησης για οργανισμούς υγείας με κριτήριο την ασφαλή στελέχωση.
- Συμμαχίες με οργανισμούς ασθενών ή άλλων επαγγελματικών ομάδων για ενημέρωση κοινού για τη σημασία των ασφαλών νοσηλευτικών υπηρεσιών και τη σημαντικότητα των επιπέδων ασφαλούς στελέχωσης και των επαρκών ποσοστών αναλογιών νοσηλευτών ανά ασθενή.

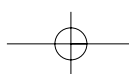


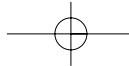
ανασκοπήσεις

Διάγραμμα 3: Διαδικασία προγραμματισμού ανθρωπίνων πόρων



Πηγή: Παπαλεξανδρή, Ν., Μπουραντάς, Δ., 2003. Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων. Μπένου, Αθήνα.





Εισηγήσεις

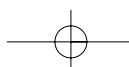
Υψηλές αναλογίες ασθενή ανά νοσηλευτή δεν έχουν μόνο αρνητική επίπτωση στις εκβάσεις των ασθενών, αλλά επίσης επηρεάζουν τους νοσηλευτές που βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο συναισθηματικής κόπωσης, στρες, μη ικανοποίησης από την εργασία και εξουθένωσης.

Ασφαλής και επαρκής στελέχωση είναι το κλειδί για την ποιότητα και ασφάλεια στην παροχή της υγειονομικής φροντίδας. Ο καθορισμός της σωστής σύνθεσης προσωπικού είναι σημαντικός. Τα λάθη στη σύνθεση - στελέχωση του νοσηλευτικού προσωπικού μπορούν να οδηγήσουν σε κλινικά λάθη, τα οποία μπορούν να έχουν ως αποτέλεσμα τη δυσμενή έκβαση του ασθενούς αλλά και τη δυσμενή οργανωτική έκβαση (California Nurses Association, 2003).

Οι επαγγελματικοί σύνδεσμοι θα πρέπει να συνεχίσουν να είναι συνήγοροι των νοσηλευτών και σύμβουλοι σε κυβερνήσεις σχετικά με τις τάσεις στο νοσηλευτικό εργατικό δυναμικό, και να ασκούν πίεση για ρυθμιστικές νομοθεσίες ώστε οι νοσηλευτές να μπορούν να εξασκούν το επάγγελμα στη μέγιστη δυνατότητά του (Baumann, et. al., 2001, Dubois, et. al., 2006). Είναι σημαντικό να καλλιεργηθεί κουλτούρα για δημιουργία ελκυστικού για τους νοσηλευτές εργασιακού περιβάλλοντος, έτσι ώστε να μπορεί να διατηρηθεί επαρκής αριθμός νοσηλευτών στο επάγγελμα, που λαμβάνουν ικανοποίηση και ανταπόκριση από αυτό, να παρέχονται ευκαιρίες για συνεχείς εκπαίδευση καθώς και η ευελιξία που να επιτρέπει στους εργαζομένους να συμμετέχουν σε αυτές τις δραστηριότητες.

Βιβλιογραφία

- Aiken, L., Clarke, S.P., Cheung, R.B., Sloane, D.M., Silber, J.H., 2003. Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *Journal of the American Medical Association* 290 (12), 1617-1619.
- Aiken, L., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J., Silber, J.H., 2002. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association* 288, 1987-1993.
- American Federation of Teachers, 1995. Definition of "safe staffing." Available at: <http://www.aft.org/topics/healthcare/staffing/definition.htm> Accessed on 28th December 2007.
- American Nurses Association, 1996. *Nursing Quality Indicators: Definitions and Implications*. Washington, DC:ANA.
- American Nurses Association, 1996. *Nursing Quality Indicators: Guide for Implementation*. ANA, Washington, DC.
- American Nurses Association, 1999. *Principles for Nurse Staffing*. ANA, Washington, DC.
- Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., Armstrong-Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S., Irvine-Doran, D., Kerr, M., Mc Gillis Hall, L., Zina, M., Butt, M., Ryan, L., 2001. Commitment and care: the benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system. CHSRF, Ottawa.
- Baker, R., Norton, P., Flitoff, V., Blais, R., Brown, A., Cox, J., 2004. The Canadian Adverse Events Study: The incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal* 170 (11), 1678-1686.
- Blegen, M.A., Goode, C.J., Reed, L., 1998. Nurse staffing and patient outcomes. *Nursing Research* 47 (1), 43-50.
- Brooten, D., Naylor, M.D., 1995. Nurses' Effect on Changing Patient Outcomes. *Journal of Nursing Scholarship* 27 (2), 95 - 99.
- California Nurses Association, 2008. Ratio basics. Available at: <http://www.calnurses.org/assets/pdf/ratios/ratiosbooklet.pdf> Accessed on August 2nd, 2008.
- California Nurses Association., 2003. Fact sheet on RN staffing ratio law Available at: <http://www.calnurse.org/ActionPrint&id170> Accessed on 28th December 2007.
- Canadian Nurses Association, 2003. Patient safety: Developing the right staff mix. Report of think tank. Available at: <http://www.cna-nurses.ca/cna/documents/pdf/publications/PatientSafetyThinkTanke.pdf> Accessed on 28th December 2007.
- Canadian Nurses Association, 2005. Nursing staff mix: A key link to patient safety. *Nursing Now* 19, 1-6.
- Canadian Federation of Nurses Union, 2005. Enhancement of patient safety through formal nurse-patient ratios: A discussion paper Available at: <http://www.nursesunions.ca/en/Docs/20051003-Nurse-Patient-Ratio-EN.pdf> Accessed on 28th December 2007.
- Cho, S.H., Ketefian, S., Barkauskas, V.H., Smith, D.G., 2003. The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality and medical costs. *Nursing Research* 52 (2), 71-79.
- Dubois, C.A., McKee, M., Nolte, E., 2006. *Human Resources for Health in Europe*. Open University Press, Maidenhead.
- Green, J., Thorogood, N., 2004. *Qualitative Methods for Health Research*. Sage Publications, London.
- International Council of Nurses., 2006. The global nursing shortage: priority areas for intervention. ICN, Geneva.
- International Council of Nurses, 2007. *Positive Practice Environments: Quality Workplace = Quality Patient Care*. ICN, Geneva.
- Kane, R.L., Shamliyan, T., Mueller, C., Duval, S., Wilt, T., 2007. Nursing staffing and quality of patient care. Evidence Report/ Technology Assessment No. 151. Agency for Healthcare and Quality, Rockville. Available at <http://www.ahrq.gov/clinic/tp/nursesttp.htm> Accessed on 20th December 2007.
- Ke-Ping, A.Y., L., Simms, M.L., Jee-Chen, T.Y., 1999. Factors Influencing Nursing-Sensitive Outcomes in Taiwanese Nursing Homes. *Online Journal of Issues in Nursing* 3 (2).



ανασκοπήσεις

Λιαρόπουλος, Λ., 2007. Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας. (Α τόμος) ΒΗΤΑ medical arts, Αθήνα.

Μαλλίδου, ΑΑ., Giovannetti, P.B., 2005. Κλινικά αποτελέσματα ασθενών εξαρτώμενα από οργανωτικά χαρακτηριστικά και στελέχωση νοσηλευτών - Μέρος ΙΙ. Νοσηλευτική 44 (2), 212-222.

Mc Gillis Hall, L., 2005. Nurse staffing. In: McGillis Hall, L. (Ed.), Quality work environments for nurse and patient safety. Jones and Bartlett Publishers, Sudbury, pp. 9-37.

Manojlovich, M., Sidani S., 2008. Nurse dose: What's in a concept? Research in Nursing & Health 31 (4), 310 – 319.

Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., Zelevinsky, K., 2002. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. New England Journal of Medicine 346 (22), 1715-1722.

North Carolina Nurses Association Commission of Standards and Professional

Practice, 2005. Position paper on safe staffing. Nurse to patient Ratios: research and reality. Available at:

<http://www.bos.frb.org/economic/neppc/conreports/2005/conreport051.pdf>

Accessed on 20th December 2007.

Παπαλεξανδρή, Ν., Μπουραντάς, Δ., 2003. Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων. Μπένου, Αθήνα.

Π.Δ. 247/1991 (ΦΕΚ 93/Α/21.6.91).

Potter, P., Barr, N., Mc Sweeney, M., Sledge, J., 2003. Identifying Nurse Staffing and Patient outcome relationships: A guide for change in Care Delivery. Nurse Econ 21 (4), 158-166.

Rothberg, M., Abraham, I., Lindenauer, P., Rose, D., 2005. Improving Nurse - to - Patient Staffing Ratios as a Cost Effective Safety Intervention. Med Care 43 (8), 785-791.

Seago, J.A., Williamson, A., Atwood, C., 2006. Longitudinal Analyses of nurse staffing and patient outcomes: more about failure to rescue. Journal of Nursing Administration 36 (1), 13-21.

Schindul-Rothschild, J., Berry, D., Long-Middleton, E., 1996. Where have all the nurses gone? American Journal of Nursing 96 (11), 25-39.

Scott, S., 2003. Setting safe nurse staffing levels. An exploration of the issues. RCN institute research. Available from:

http://www.rcn.org.uk/data/assets/pdf_file/0008/78551/001934.pdf

Accessed on 20th December 2007.

Sovie, M.D., Jawad, A.F., 2001. Hospital restructuring and its impact on outcomes. Journal of Nursing Administration 31 (12), 588-600.

Tourangeau, A.E., Giovanetti, P., Tu, J.V., Wood, M., 2002. Nursing-related determinants of 30-mortality for hospitalized patients. Canadian Journal of Nursing Research 33 (4), 71-88.

Φιλίππου, Τ., 2007. Ποιοτικές συνθήκες εργασίας - Ασφαλείς νοσηλευτές. Ανασκόπηση βιβλιογραφίας σχετικά με τις επιπτώσεις του νοσηλευτικού επαγγέλματος στη υγεία των νοσηλευτών. Πρακτικά 14ου Παγκύπριου Συνεδρίου Νοσηλευτικής και Μαιευτικής. Λευκωσία.

βιβλιοκριτικές

Κλινική Ψυχιατρική 2η έκδ.

Μιχάλης Γ. Μαδιανός

MD MPH Dr. Med
Καθηγητής Ψυχιατρικής,
Διευθυντής του Τομέα Ψυχικής
Υγείας και Επιστημών
Συμπεριφοράς, Διευθυντής του
Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής
Υγιεινής του Δήμου Ζωγράφου,
Τμήμα Νοσηλευτικής,
Πανεπιστήμιο Αθηνών

Ελλάδα, εκδ. Καστανιώτης, 2006,
σελ.754, 155€.

Αυτή είναι η δεύτερη έκδοση ενός επιτυχημένου μονότομου εγχειριδίου, το οποίο τιμάει την μακροχρόνια και παραγωγική, κλινική και ακαδημαϊκή σταδιοδρομία του Καθηγητή Μιχάλη Μαδιανού. Το βιβλίο καταφέρνει επιτυχώς να αναφερθεί στο σύνολο των πεδίων της Ψυχιατρικής Επιστήμης και είναι χρήσιμο και καινοτόμο. Εμπλουτίστηκε για να συμπεριλάβει το Μέλλον της Ψυχιατρικής.

Το εγχειρίδιο είναι καλά οργανωμένο σε δέκα μέρη και περιλαμβάνει 48 κεφάλαια. Η πλειοψηφία των κεφαλαίων θα μπορούσα να σχολιαστεί ξεχωριστά. Το βιβλίο εισάγει νέα θέματα που συνδυάζουν την πληροφόρηση και το ενδιαφέρον.

Το πρώτο μέρος το οποίο περιλαμβάνει την Ιστορική Εξέλιξη της Ψυχιατρικής παρουσιάζει μία συνοπτική αναφορά της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης και προσφέρει στον αναγνώστη μια γρήγορη ματιά στην εξέλιξη της ψυχιατρικής στην Ελλάδα. Δοθέντος ότι η ιστορία της φροντίδας της Ψυχικής υγείας δεν περιορίζεται σε γεωγραφικά όρια, αυτό το κεφάλαιο μπορεί να αποτελέσει αναφορά για Έλληνες αλλά και ξένους επαγγελματίες υγείας. Τα «Άνθρωπος και η Συμπεριφορά του», «Μίκρο - μακρο περιβάλλον και ψυχική υγεία», «Επιδημιολογία των ψυχικών διαταραχών» παρουσιάζουν τους γενετικούς και περιβαλλοντολογικούς παράγοντες οι οποίοι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη και διαμόρφωση της προσωπικότητας σε σχέση με την παθογένεση των ψυχικών διαταραχών. Σε αυτό το μέρος πραγματοποιείται μία σύντομη ανασκόπηση των ρόλων και των καθηκόντων ολόκληρης της θεραπευτικής ομάδας.

Το δεύτερο μέρος παρουσιάζει τις νοσολογικές οντότητες του συνόλου των ψυχιατρικών διαταραχών και προσφέρει πληροφορίες βασισμένες σε ενδείξεις σε σχέση με την αιτιολογία, την επιδημιολογία, τις διαγνώσεις, την πρόληψη και τη διαχείριση των ψυχικών διαταραχών. Η παρουσίαση των ψυχικών διαταραχών βασίζεται στα διαγνωστικά κριτήρια των DSM IV και ICD 10. Πρέπει να επισημανθεί ότι αφιερώνεται ένα σημαντικό κομμάτι στην Παιδοψυχιατρική.

Το τρίτο μέρος ασχολείται με μερικά πραγματικά ενδιαφέροντα θέματα που αφορούν σε ειδικούς τομείς όπως η Διαφορική Διαγνωστική, η Συννόσηση, Ο Χρόνος και η Ψυχοπαθολογία και η Ψυχιατρική στην Τρίτη ηλικία.

Το τέταρτο μέρος επιχειρεί μία ανασκόπηση των φαρμακευτικών, ψυχολογικών και ψυχοσωματικών θεραπειών. Τα κεφάλαια επικεντρώνονται στην παρουσίαση των θεραπειών και περιλαμβάνουν την αναφορά σε φαρμακοκινητικά, φαρμακοδυναμικά θέματα, στα ψυχοφάρμακα και στη σωματική θεραπεία. Ο Καθηγητής Κος Μαδιανός επιτυγχάνει να συνθέσει το σύνολο των πληροφοριών και να τις αναπαραστήσει σε εύχρηστους πίνακες.

Το πέμπτο μέρος περιγράφει την Ενδονοσοκομειακή, την Επείγουσα, την Άμεση φροντίδα και τη Διασυνδεδετική ψυχιατρική. Οι πληροφορίες δίνονται με ακριβή και καλά οργανωμένο σε πίνακες τρόπο, ο οποίος βοηθά τον επαγγελματία υγείας στην αντιμετώπιση των κρίσιμων περιστατικών. Ο συγγραφέας παρουσιάζει βοηθητικές οδηγίες με στόχο την εκτίμηση και τη μείωση της επικινδυνότητας των βίαιων επεισοδίων.

Το έκτο μέρος επιχειρεί μία ανασκόπηση της Κοινωνικής και Κοινοτικής Ψυχιατρικής, της Πρόληπτικής Ψυχιατρικής και της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Ο συγγραφέας παρουσιάζει επίσης την Ψυχιατρική μεταρρύθμιση γενικά αλλά και στην Ελλάδα. Ειδικά το κεφάλαιο που αναφέρεται στην πρόληψη προβάλλει την ανάγκη της πρόληψης των διαταραχών της Ψυχικής Υγείας ως το επόμενο βήμα στην έρευνα.

Το έβδομο μέρος αναφέρεται σε ένα πολύ ενδιαφέρον θέμα που αφορά στην ποιότητα ζωής του αρρώστου με ψυχικό νόσημα. Αυτή η προσέγγιση προσφέρει

Βιβλιοκριτικές

μία ευρύτερη αντίληψη σε σχέση με τη φροντίδα του ψυχικά αρρώστου ως ένα κοινωνικό ον.

Το όγδοο και ένατο μέρος ασχολείται με την έρευνα στην ψυχιατρική, δίνει έμφαση στην ψυχιατρική βασισμένη σε ενδείξεις και στα νέα θέματα της πληροφορικής και της τηλεψυχιατρικής. Τα κεφάλαια αυτά αποτελούν μία στοχαστική διατύπωση μελλοντικών θεμάτων.

Το τελευταίο μέρος αναφέρεται σε κλινικά, νομικά και ηθικά θέματα της Ψυχιατρικής.

Υπάρχει επίσης ένα εκτεταμένο παράρτημα με λεπτομερείς πληροφορίες για τη συνταγογράφηση των ψυχοφαρμάκων στην Ελλάδα, ένα δείγμα διαγνωστικής και κλινικής ψυχιατρικής εκτίμησης, ένα αντίγραφο της Σύνοψης Εξέτασης της Διανοητικής Κατάστασης, ένα αντίγραφο της Κλίμακας Ολικής Εκτίμησης της Λειτουργικότητας και η Δομημένη Κλινική Συνέντευξη του DSM IV (SCID I).

Σε αυτό το εγχειρίδιο υπάρχουν μερικά εξαιρετικά κεφάλαια. Το μέρος που αφορά στις «Ψυχικές Διαταραχές» καταφέρνει να προσφέρει μία εύχρηστη και χρήσιμη δομή γνώσεων για τους φοιτητές αλλά και τους επαγγελματίες. Τα κεφάλαια είναι καλογραμμένα και ακριβή.

Οι «Ψυχικές Διαταραχές και Διαταραχές Συμπεροφοράς από τη Χρήση Οιοπνευματωδών» αποτελούν μία χρήσιμη σύνοψη μίας ομάδας διαταραχών που είχαν προσελκύσει ανεπαρκή προσοχή αλλά που αντιπροσωπεύουν ένα σημαντικό θέμα της ανησυχίας της κοινής γνώμης.

Η «Κοινωνική και Κοινωνική Ψυχιατρική» αποτελεί μία ολοκληρωμένη παρουσίαση που αντανακλά την εξειδίκευση του συγγραφέα.

Κάθε κεφάλαιο περιλαμβάνει έναν αριθμό αναφορών, ειδικά για τους φοιτητές που ενδιαφέρονται για επιπρόσθετες πληροφορίες. Γίνεται επίσης μια προσεκτική παρουσίαση της ορολογίας. Οι έννοιες παρουσιάζονται αποτελεσματικά σε επεξηγηματικούς πίνακες και σχήματα. Το βιβλίο μπορεί να χρησιμεύσει ως ένα εξαιρετικό εγχειρίδιο εισαγωγικών γνώσεων αλλά και ως ένα περιεκτικό εργαλείο κλινικών ψυχιατρικών θεμάτων για ειδικούς αλλά και για οποιονδήποτε ενδιαφέρεται για την ψυχιατρική επιστήμη.

Ο στόχος του βιβλίου είναι να προσφέρει στον αναγνώστη μία γενική αλλά περιεκτική εικόνα της ψυχιατρικής. Η πρόθεση του Καθηγητή Κου Μαδιανού είναι το βιβλίο να αποτελέσει εγχειρίδιο κλινικής ψυχιατρικής που θα προσελκύσει το ενδιαφέρον τόσο των φοιτητών όσο και των επαγγελματιών υγείας.

Αποτελεί βοηθητικό και πληροφοριακό εγχειρίδιο για επαγγελματίες ψυχικής υγείας, ψυχιάτρους ή μη, ή για όσους ενδιαφέρονται για το συγκεκριμένο πεδίο. Η «Κλινική Ψυχιατρική» είναι ένα πολύτιμο εγχειρίδιο και οφείλουμε να συγχαρούμε τον Καθηγητή Κου Μαδιανό για την πλούσια συνεισφορά του στο πεδίο της ψυχιατρικής.

Ευμορφία Κούκια

Λέκτορας Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής

Τμήμα Νοσηλευτικής

Πανεπιστήμιο Αθηνών

γενικά

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.enne.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.enne.gr**
 ή είναι διαθέσιμες εφόσον ζητηθούν.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

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

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

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

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

ΤΥΠΟΙ ΑΡΘΡΩΝ ΠΟΥ ΕΞΕΤΑΖΟΝΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗ

Το ΕΠΙΝΕ δημοσιεύει τα άρθρα κάτω από τρεις κύριες κατηγορίες:

Άρθρα σύνταξης και προοπτικές/απόψεις

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

Πρωτότυπα άρθρα - ερευνητικές εργασίες

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

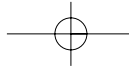
Γενικές οδηγίες: Οι υποβληθείσες εργασίες πρέπει να είναι κατάλληλες για ένα διεθνές ακροατήριο και οι συγγραφείς δεν πρέπει να θεωρούν ως δεδομένο τη γνώση των εθνικών πρακτικών, των πολιτικών, και της νομοθεσίας. Πρέπει να δακτυλογραφηθούν, με διπλό διάστιχο με τα ευρέα περιθώρια στη μια πλευρά λευκού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

ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΓΡΑΦΟΥ

Οργανώστε το χειρόγραφο στην ακόλουθη σειρά: τίτλος του άρθρου, σελίδα τίτλου, ευχαριστίες, περίληψη και λέξεις κλειδιού, κείμενο, βιβλιογραφικές αναφορές, πίνακες, αριθμοί, παράρτημα (γραμματοσειρά: TIMES NEW ROMAN μέγεθος 12, 1.5 διάστημα γραμμών). Παρακαλώ αριθμήστε τις σελίδες του χειρογράφου σας.

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

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



γενικά

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 ισοτιούτο για κάθε συγγραφέα. Δηλώστε μια διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου για τον αντίστοιχο συγγραφέα.

Ευχαριστίες: περιορίστε τις ευχαριστίες στους βασικούς συνεισφέροντας.

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

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

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

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

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

Κείμενο: στην εισαγωγή του κειμένου απαιτείται για όλα

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

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

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

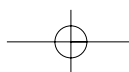
Στατιστική: οι πρότυποι μέθοδοι παρουσίασης στατιστικού υλικού πρέπει να χρησιμοποιηθούν. Όπου οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται δεν αναγνωρίζονται ευρέως μια εξήγηση και πλήρης αναφορά στις ευρέως προσιτές πηγές πρέπει να δοθούν.

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

Άδειες: Η άδεια να αναπαραχθεί το προηγούμενος δημοσιευμένο υλικό πρέπει να ληφθεί εγγράφως από τον κάτοχο πνευματικών δικαιωμάτων (συνήθως ο εκδότης) και να 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 προηγούμενως (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-



Γενικά

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 η άλλη καθοδήγηση που μπορεί να είχατε λάβει. Όπου οι προτάσεις δεν έχουν ακολουθηθεί πρέπει να εξηγήσετε και να δικαιολογήσετε την απόφασή σας. Αυτό πρέπει να περιλαμβάνει μια συγκεκριμένη αναφορά από το τμήμα/αριθμός σελίδων/παραγράφου στις αλλαγές στο κείμενο.

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

Αποδείξεις /τυπογραφική διόρθωση

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

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

Ανάτυπα

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

Πνευματικά δικαιώματα

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

μεταφοράς επιτρέπει στην ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ να προστατεύσει το υλικό για τους συγγραφείς, χωρίς ο συγγραφέας να παραιτείται από τα δικαιώματά του/της ιδιοκτησίας του. Η μεταφορά πνευματικών δικαιωμάτων καλύπτει τα αποκλειστικά δικαιώματα να αναπαραχθεί και να διανεμηθεί το άρθρο, συμπεριλαμβανομένων των ανατύπων, οι φωτογραφικές αναπαραγωγές, το μικροφίλμ ή 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 (HYPERLINK "mailto:hjns@otenet.gr" hjns@otenet.gr)

Επιτομή χρήσιμων πληροφοριών

Σύσταση της ΕΝΕ

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

Κυριότεροι σκοποί της ΕΝΕ

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

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

Μέλη της ΕΝΕ

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

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

Διάρθρωση της ΕΝΕ

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

Κεντρική Διοίκηση

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

Περιφερειακά Τμήματα

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

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

Εγγραφή και συνδρομή των μελών

Κάθε Νοσηλευτής υποχρεούται να υποβάλλει αίτηση εγγραφής στο οικείο Περιφερειακό Τμήμα. Η αίτηση συνοδεύεται υποχρεωτικά από επικυρωμένα αντίγραφα πτυχίου και αστυνομικής ταυτότητας, δυο έγχρωμες φωτογραφίες, το αποδεικτικό της τραπεζικής κατάθεσης των 65

Γενικά

?, απλό φωτοαντίγραφο της άδειας άσκησης επαγγέλματος και προαιρετικά από τους τίτλους που τυχόν κατέχει το υποψήφιο μέλος (μεταπτυχιακοί τίτλοι, πιστοποιητικά γνώσης ξένης γλώσσας, κοινωνικές δραστηριότητες κ.τ.λ.).

Κάθε Νοσηλευτής υποχρεούται να ανανεώνει την εγγραφή του ετησίως, αυτοπροσώπως ή ταχυδρομικώς (όχι με fax) μέχρι το τέλος Φεβρουαρίου, υποβάλλοντας σχετική δήλωση στο Περιφερειακό Τμήμα όπου ανήκει. Η δήλωση υποβάλλεται ταυτόχρονα με την καταβολή της ετήσιας συνδρομής, που έχει οριστεί δια του Νόμου 3252/2004 στο ποσό των σαράντα πέντε (45) ευρώ.

Σε κάθε Νοσηλευτή που εγγράφεται ή ανανεώνει την εγγραφή του στην ΕΝΕ χορηγείται Δελτίο Ταυτότητας Νοσηλευτή.

Άδεια άσκησης επαγγέλματος

Για την έκδοση από τις κατά τόπους Νομαρχίες της άδειας άσκησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος, οι νοσηλευτές οφείλουν να συμπεριλάβουν, μεταξύ των δικαιολογητικών, και βεβαίωση εγγραφής στο οικείο Περιφερειακό Τμήμα της Ε.Ν.Ε. Με την παραλαβή της άδειας άσκησης επαγγέλματος, υποχρεούνται να καταθέσουν άμεσα αντίγραφο αυτής, στο Περιφερειακό Τμήμα όπου ανήκουν.

Βάσει του Νόμου 3252/2004, όποιος ασκεί τη νοσηλευτική χωρίς να έχει άδεια άσκησης επαγγέλματος διώκεται ποινικά σύμφωνα με το άρθρο 458 του Ποινικού Κώδικα.

Καταγγελία για παράνομη άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος μπορεί να κάνει οποιοσδήποτε ιδιώτης στα Περιφερειακά Συμβούλια ή στο Δ.Σ. της Ε.Ν.Ε., το οποίο στη συνέχεια υποχρεούται να γνωστοποιήσει το γεγονός στις αρμόδιες δικαστικές αρχές.

Στις περιπτώσεις που επιβάλλεται πειθαρχική ποινή προσωρινής ή οριστικής διαγραφής από την Ε.Ν.Ε., αναστέλλεται αυτοδίκαια η άδεια άσκησης επαγγέλματος.

Όργανα διοίκησης

Η Ε.Ν.Ε διοικείται από την Συνέλευση των Αντιπροσώπων και το Διοικητικό Συμβούλιο. Τα Περιφερειακά Τμήματα διοικούνται από την Γενική Συνέλευση και το Περιφερειακό Συμβούλιο.

Διεθνής εκπροσώπηση της Ε.Ν.Ε

Η Ε.Ν.Ε είναι μέλος της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου Νοσηλευτών (F.E.P.I), κατέχοντας μια από τις επτά θέσεις του Διοικητικού της Συμβουλίου. Στην εν λόγω Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία συμμετέχουν ακόμα η Αγγλία, η Ιταλία, η Ισπανία, η Ιρλανδία, η Πολωνία, η Κροατία, η Ρουμανία, η Πορτογαλία και υπό ένταξη είναι η Γαλλία, η Κύπρος και το Βέλγιο. Για περισσότερες πληροφορίες, συνδεθείτε με την ιστοσελίδα www.fepi.org.

Ανάδειξη και θητεία των αιρετών οργάνων διοίκησης

Το Διοικητικό Συμβούλιο της Ε.Ν.Ε, εκλέγεται από την Συνέλευση των Αντιπροσώπων. Οι Αντιπρόσωποι εκλέγο-

νται χωριστά για κάθε Περιφερειακό Τμήμα από τα μέλη της Γενικής Συνέλευσης του Τμήματος. Τα Περιφερειακά Συμβούλια εκλέγονται ομοίως από τα μέλη της Γενικής Συνέλευσης του Περιφερειακού Τμήματος.

Οι εκλογές διεξάγονται κάθε τρία (3) χρόνια, ενώ συμμετέχουν σ'αυτές όσοι Νοσηλευτές είναι οικονομικώς τακτοποιημένοι.

Πειθαρχικός έλεγχος

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

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

Επιστημονικό Περιοδικό

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

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

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

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

Ενημερωτικό περιοδικό

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

Ο Έλληνας νοσηλευτής, εκτός από την ανάγκη για την επίλυση πρωταρχικών ζητημάτων που τον απασχολούν ως επαγγελματία, έχει ανάγκη να εκφραστεί, να επικοινωνήσει,

γενικά

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 κατοχυρωμένη
- 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