

[Πολιτισμική ετερότητα και φροντίδα υγείας]

[Σχεδιασμός προγράμματος εκπαίδευσης νοσηλευτών και φοιτητών νοσηλευτικής για τη διασφάλιση του δικαιώματος των κωφών στην υγεία]

[Accidents in Hospitalised Children: A Retrospective Study in a Paediatric Research Hospital in Northern Italy]

[Διερεύνηση Επίπτωσης της Φυματίωσης στον Ελλαδικό Χώρο]

[Γνώσεις νοσηλευτών που εργάζονται σε ελληνικά παιδιατρικά τμήματα σχετικά με τη βασική υποστήριξη της ζωής στα παιδιά]

[Πρότυπα οργάνωσης της κοινωνίας, πρόσληψης της αρρώστιας και εφαρμογής πολιτικής]

[Επιληψία-Σκοποί Φροντίδας & Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις σε Επιληπτικό Επεισόδιο. "Μία Διεθνή Βιβλιογραφική Ανασκόπηση"]

[Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγείας και οι προτεινόμενες πολιτικές υγείας σε εθνικό και διεθνές επίπεδο]

[Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία-Προτάσεις για παρέμβαση]

[Διαπολιτισμική προσέγγιση οικογενειών με διαφορετική κουλτούρα από τους επαγγελματίες υγείας]



ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ: ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
Βασιλίσσης Σοφίας 47, 10676 Αθήνα, Τηλ.: 210 3648 044
Fax: 210 3617 859, e-mail: info@enne.gr, www.enne.gr

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ-ΔΙΑΦΗΜΙΣΕΙΣ: Μ. ΠΙΤΣΙΛΙΔΗΣ Α.Ε.
Αγ. Νικολάου 102, 16674 Γλυφάδα,
Τηλ.: 210-8947 002, Fax: 210 8941 551
e-mail: info@pitsilidis.gr, www.pitsilidis.gr

ΕΚΔΟΤΗΣ: **ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΣΚΟΥΤΕΛΗΣ***

ISSN 1791-9002

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ: **ΑΡΙΣΤΕΙΔΗΣ ΔΑΓΛΑΣ***

ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ ΕΚΔΟΣΗΣ: **ΜΙΧΑΛΗΣ ΠΙΤΣΙΛΙΔΗΣ**

ΑΡΧΙΣΥΝΤΑΚΤΗΣ: **Δρ. ΑΘΗΝΑ ΚΑΛΟΚΑΙΡΙΝΟΥ** Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ: **ΛΑΜΠΡΟΣ ΜΠΙΖΑΣ***, **ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΠΙΣΤΟΛΑΣ***

ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ ΣΥΝΔΡΟΜΩΝ: **ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΑ ΜΠΕΛΛΗ***, **ΔΗΜΟΣΘΕΝΗΣ ΣΑΛΗΚΙΔΗΣ***

ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ ΔΙΑΝΟΜΗΣ ΕΝΤΥΠΟΥ: **ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΔΡΑΧΤΙΔΗΣ***

Το ΔΣ της ΕΝΕ*:

Δημήτριος Σκουτέλης: Πρόεδρος, **Αριστείδης Δάγλας:** Γενικός Γραμματέας, **Νικόλαος Ορφανός:** Α' Αντιπρόεδρος, **Γεώργιος Δόντσιος:** Β' Αντιπρόεδρος, **Λάμπρος Μπίζας:** Ταμίας, **Αβραμίδης Γεώργιος:** Οργανωτικός Γραμματέας, **Κωνσταντία Μπελαλή:** Αναπληρωτής Γραμματέας

Μέλη Δ.Σ.:

Πιστόλας Δημήτριος, Αρβανίτης Γεώργιος, Ποντισίδης Γεώργιος, Κωστής Απόστολος, Ριζόπουλος Ρίζος, Δημητρίδης Δημήτριος, Γιάκης Νικόλαος, Σπυράτος Φώτιος

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Δρ. ΕΛΕΝΗ ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΥ Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ

Δρ. ΜΑΡΙΑ ΓΚΙΚΑ Νοσηλεύτρια Εκπαίδευσης ΕΕΣ

Δρ. ΣΟΦΙΑ ΖΥΓΑ Επίκουρη Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Δρ. ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ΙΩΡΔΑΝΟΥ Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Α ΑΤΕΙ ΑΘΗΝΩΝ

Δρ. ΕΥΜΟΡΦΙΑ ΚΟΥΚΙΑ Λέκτορας Τμήματος Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ

ΘΕΟΧΑΡΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ MSc Καθηγητής Εφαρμογών Τμήματος Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Κρήτης

Δρ. ΦΩΤΟΥΛΑ ΜΠΑΜΠΑΤΣΙΚΟΥ Επίκουρη Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Α ΑΤΕΙ ΑΘΗΝΩΝ

Δρ. ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΠΡΕΖΕΡΑΚΟΣ Επίκουρος Καθηγητής Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

ΜΕΛΗ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

Dr. Ehrenfeld Mally, RN, PhD, Head of Nursing dep. Associate Professor Tel-Aviv University, Dep of Nursing, Israel.

Dr. Merkouris Anastasios, RN, PhD, Associate Professor, Cyprus University of Technology.

Dr. Pavlakis Andreas, Professor of Open University of Cyprus.

Dr. Papadopoulos Irena 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. Papastavrou Evridiki Lecturer Department of Nursing, Cyprus University of Technology. President of the Council of Nursing and Midwifery.

Sironi Cecilia RN, BSc, MSc Universita degli Studi dell' Insubria-Varese Italy.

ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ:

1. **ΙΩΑΝΝΗΣ ΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ,** Καθηγητής Κοινωνικής Πολιτικής, Νομική Σχολή ΕΚΠΑ

2. **ΙΩΑΝΝΗΣ ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ,** Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας, Κοσμήτωρ ΕΣΔΥ

3. **ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΜΑΝΙΑΔΑΚΗΣ,** Επίκουρος Καθηγητής Οικονομικών και Διοίκησης της Υγείας, Πανεπιστήμιο Πειραιά

4. **ΓΕΡΑΣΙΜΟΣ ΜΠΟΝΑΤΣΟΣ** Καθηγητής Ιατρικής, Πρόεδρος Τμήματος Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ

5. **ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΜΠΑΛΤΟΠΟΥΛΟΣ** Καθηγητής Τμήματος Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ

6. **ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΑΡΟΓΛΟΥ** Καθηγητής Τμήματος Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ, Πρόεδρος ΚΕΕΛΠΝΟ

7. **ΑΛΕΞΙΟΣ ΠΑΡΑΡΑΣ,** Δικηγόρος Δημοσιολόγος, Νομικός Σύμβουλος ΕΝΕ

8. **ΣΠΥΡΟΣ ΒΡΕΤΤΟΣ,** Συγγραφέας, Διδάκτωρ Φιλολογίας

9. **ΦΩΤΙΟΣ ΛΕΠΙΔΑΣ,** Νομικός Σύμβουλος της όης ΥΠΕ, DEA, Διοικητικό Δίκαιο, Montpellier France

ΣΟΦΙΑ ΖΥΓΑ	
Πολιτισμική ετερότητα και φροντίδα υγείας.....	3
ΒΕΝΕΤΙΑ-ΣΟΦΙΑ ΒΕΛΟΝΑΚΗ, ΜΑΡΘΑ ΒΕΛΟΝΑΚΗ, ΑΘΗΝΑ ΚΑΛΟΚΑΙΡΙΝΟΥ	
Σχεδιασμός προγράμματος εκπαίδευσης νοσηλευτών και φοιτητών νοσηλευτικής για τη διασφάλιση του δικαιώματος των κωφών στην υγεία	4
<i>[DESIGNING OF AN EDUCATIONAL PROGRAMME FOR NURSES AND NURSING STUDENTS TO ENSURE THE DEAFS' RIGHT TO HEALTH CARE]</i>	
ANNAMARIA BAGNASCO, MARIA LUCIA SPERLINGA, ANNA MARIA URBANO, FULVIA ESIBITI, ROBERTA DA RIN DELLA MORA, SIMONA CALZA, LAURA TIBALDI, LOREDANA SASSO	
Accidents in Hospitalised Children: A Retrospective Study in a Paediatric Research Hospital in Northern Italy	14
<i>[ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΑ ΠΑΙΔΙΑ: ΜΙΑ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ ΕΝΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΤΗ ΒΟΡΕΙΑ ΙΤΑΛΙΑ]</i>	
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ ΓΚΟΥΓΚΟΥΜΑΤΗ, ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΖΗΚΟΣ, ΜΑΡΙΑΝΝΑ ΔΙΟΜΗΔΟΥΣ	
Διερεύνηση Επίπτωσης της Φυματίωσης στον Ελλαδικό Χώρο	20
<i>[INVESTIGATION OF THE INCIDENCE OF TUBERCULOSIS IN GREECE]</i>	
ΚΑΛΟΓΗΡΟΥ ΜΑΡΙΑ	
Γνώσεις νοσηλευτών που εργάζονται σε ελληνικά παιδιατρικά τμήματα σχετικά με τη βασική υποστήριξη της ζωής στα παιδιά	27
<i>[NURSES' KNOWLEDGE OF BASIC LIFE SUPPORT IN GREEK PEDIATRIC DEPARTMENTS]</i>	
ΣΩΤΗΡΙΑΔΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ, ΣΑΡΑΦΗΣ ΠΑΥΛΟΣ, ΜΑΛΛΙΑΡΟΥ ΜΑΡΙΑ	
Πρότυπα οργάνωσης της κοινωνίας, πρόσληψης της αρρώστιας και εφαρμογής πολιτικής	34
<i>[SOCIETY ORGANISATION MODELS, PERCEPTION OF ILLNESS AND POLICY IMPLEMENTATION]</i>	
ΕΛΕΝΗ ΣΤΑΜΑΤΟΠΟΥΛΟΥ, ΑΘΑΝΑΣΙΑ ΣΤΑΜΑΤΟΠΟΥΛΟΥ, ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΠΡΕΚΑΤΕΣ	
Επιληψία-Σκοποί Φροντίδας & Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις σε Επιληπτικό Επεισόδιο. "Μία Διεθνή Βιβλιογραφική Ανασκόπηση"	41
<i>[EPILEPSY-AIMS & NURSING CARE INTERVENTIONS IN EPILEPTIC EPISODE. "AN INTERNATIONAL LITERATURE REVIEW"]</i>	
ΕΥΚΑΡΠΙΔΗΣ ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ	
Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγείας και οι προτεινόμενες πολιτικές υγείας σε εθνικό και διεθνές επίπεδο.....	48
<i>[THE INFLUENCE OF GLOBAL FINANCIAL CRISIS ON HEALTH SYSTEMS AND THE PROPOSED HEALTH POLICIES AT NATIONAL AND INTERNATIONAL LEVEL]</i>	
ΑΘΗΝΑ ΠΑΤΕΛΑΡΟΥ, ΑΝΝΑ ΜΑΝΙΔΑΚΗ, ΑΝΤΩΝΙΟΣ ΜΠΑΛΟΛΑΚΗΣ, ΕΥΑ ΟΡΦΑΝΟΥ, ΕΥΡΙΔΙΚΗ ΠΑΤΕΛΑΡΟΥ	
Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία- Προτάσεις για παρέμβαση	53
<i>[THE ECONOMICAL CRISIS AND CONSEQUENCES TO HEALTH. SUGGESTIONS]</i>	
ΑΘΑΝΑΣΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ, ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ ΕΛΕΝΗ	
Διαπολιτισμική προσέγγιση οικογενειών με διαφορετική κουλτούρα από τους επαγγελματίες υγείας	62
<i>[INTERCULTURAL EFFECTIVE APPROACH OF FAMILIES WITH DIFFERENT CULTURES BY HEALTH PROFESSIONALS]</i>	

ΚΡΙΤΕΣ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ

1. ΑΔΑΜΑΚΙΔΟΥ ΘΕΟΔΟΥΛΗ	12. ΖΗΚΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ	23. ΜΑΓΓΟΥΛΙΑ ΠΟΛΥΞΕΝΗ	34. ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ
2. ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑΝΘΗ	13. ΙΩΑΝΝΙΔΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ	24. ΜΑΛΛΙΑΡΟΥ ΜΑΡΙΑ	35. ΣΤΑΜΑΤΑΚΗ ΠΕΤΡΟΥΛΑ
3. ΑΠΟΣΤΟΛΑΡΑ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ	14. ΚΑΙΤΕΛΙΔΟΥ ΔΑΦΝΗ	25. ΜΕΛΛΟΥ ΚΑΣΣΙΑΝΗ	36. ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ
4. ΒΕΛΟΝΑΚΗ ΒΕΝΕΤΙΑ-ΣΟΦΙΑ	15. ΚΑΠΕΛΛΑ ΜΑΡΙΑ	26. ΜΟΥΓΙΑ ΒΑΣΙΛΙΚΗ	37. ΤΖΙΑΦΕΡΗ ΣΤΥΛΙΑΝΗ
5. ΓΑΛΑΝΗΣ ΠΕΤΡΟΣ	16. ΚΑΡΑΙΣΚΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ	27. ΝΤΑΦΟΓΙΑΝΝΗ ΧΡΥΣΟΥΛΑ	38. ΤΟΥΡΟΥΚΗ ΓΕΩΡΓΙΑ
6. ΓΕΡΑΛΗ ΜΑΡΙΑ	17. ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ	28. ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ ΑΣΠΑΣΙΑ	39. ΤΣΙΑΡΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ
7. ΓΚΟΛΦΙΝΟΠΟΥΛΟΥ ΚΑΣΣΙΑΝΗ	18. ΚΑΤΣΑΡΑΓΑΚΗΣ ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ	29. ΠΕΤΡΟΓΛΟΥ ΝΙΚΗ	40. ΦΕΣΤΕΡΙΔΟΥ ΧΡΙΣΤΙΝΑ
8. ΓΚΟΥΒΑ ΜΑΙΡΗ	19. ΚΑΥΚΙΑ ΘΕΟΔΩΡΑ	30. ΡΟΚΑ ΒΑΣΙΛΙΚΗ	41. ΦΩΤΗΣ ΘΕΟΦΑΝΗΣ
9. ΓΚΟΥΖΟΥ ΜΑΡΙΑ	20. ΚΟΛΟΒΟΣ ΠΕΤΡΟΣ	31. ΣΑΡΑΦΗΣ ΠΑΥΛΟΣ	42. ΧΑΡΑΛΑΜΠΙΔΟΥ ΑΛΑΞΑΝΔΡΑ
10. ΔΑΛΛΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ	21. ΛΑΜΠΡΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ	32. ΣΑΡΙΔΗ ΜΑΡΙΑ	43. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ ΕΛΕΝΗ
11. ΔΡΕΛΙΩΖΗ ΑΓΓΕΛΙΚΗ	22. ΛΑΣΚΑΡΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ	33. ΣΤΑΘΑΡΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ	

Πολιτισμική ετερότητα και φροντίδα υγείας

Σοφία Ζυγά, Επίκουρη Καθηγήτρια Τμήματος
Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Η δραματική αλλαγή στο πολιτισμικό και εθνοτικό τοπίο της Ελλάδας μετά από τα φαινόμενα παλιννόστησης και της μετανάστευσης εντάσσεται σε μια ήδη υπάρχουσα κατάσταση κινητικότητας και πολιτισμικής επαφής σε όλον τον κόσμο. Η πολιτισμική ετερότητα σε διεθνές αλλά και σε εθνικό επίπεδο διαμορφώνει τη σύγχρονη κοινωνική πραγματικότητα, καθώς παρατηρείται αυξημένη επαφή μεταξύ χωρών, η οποία άλλωστε αντανάκλα την αυξημένη οικονομική και πολιτιστική αλληλεξάρτηση σε παγκόσμιο επίπεδο.

Στις σύγχρονες πολυπολιτισμικές κοινωνίες δε γίνονται ανεκτές οι διάφορες διακρίσεις, για παράδειγμα εθνικές, φυλετικές, θρησκευτικές ή άλλες. Οι κοινωνίες αυτές αναγνωρίζουν και κατοχυρώνουν νομικά το δικαίωμα της διαφορετικότητας και ευνοούν την ελεύθερη έκφραση όλων των επιμέρους πολιτισμικών ταυτοτήτων.

Οι πολιτισμικές διαφορές τίθενται στο επίκεντρο ενός ευρύτερου κοινωνικού προβληματισμού και ενός ειδικού επιστημονικού λόγου που αφορά στόχους και προϋποθέσεις φροντίδας υγείας, υπό το πρίσμα της διαμορφούμενης πολυπολιτισμικότητας. Οι δύο κύριες και αντιπαρατιθέμενες θεωρητικές κατευθύνσεις του πολιτισμικού οικουμενισμού και του πολιτισμικού σχετικισμού προσεγγίζουν με διαφορετικό τρόπο τον πολιτισμό και την πολιτισμική ετερότητα και επηρεάζουν τη στοχοθεσία της φροντίδας υγείας. Η έννοια της αναγνώρισης του Άλλου αποτελεί την κεντρική έννοια σύγχρονων φιλοσοφικών

κατευθύνσεων και ζητούμενο της φροντίδας υγείας.

Η διαπίστωση ότι οι ανθρώπινες ομάδες διαφέρουν ως προς τις πρακτικές, τις συμπεριφορές, τις κοσμοαντιλήψεις και τις αξίες που τις χαρακτηρίζουν μας οδηγεί στην έννοια της πολιτισμικής ποικιλομορφίας. Η επιστήμη της κοινωνικής ανθρωπολογίας εστίασε το ενδιαφέρον της στη μελέτη των πολιτισμικών γνωρισμάτων που διαφέρουν από τη μία ομάδα στην άλλη, υιοθετώντας μια συγκριτική οπτική. Η πολιτισμική ποικιλότητα συγκροτείται από ένα σύνολο κοινωνικών, πολιτικών και πολιτιστικών ιδιαιτεροτήτων, που εκφράζονται στη διαφορετικότητα της γλώσσας, της θρησκείας και της συνείδησης της εθνότητας και στη διαφορετικότητα των στάσεων και αξιών, των προτύπων ζωής και διαβίωσης, της κοινωνικής οργάνωσης και συμπεριφοράς και τέλος της κοσμοθεωρίας της ζωής και της αντιμετώπισης των υπαρκτών προβλημάτων.

Τα τελευταία χρόνια η διαπολιτισμική προσέγγιση της φροντίδας υγείας δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην επίδραση των κοινωνικών και των οργανωτικών δομών στην υγεία, εφόσον με τις νέες συνθήκες που επικρατούν επισημαίνονται νέες δεξιότητες που απαιτείται να έχουν οι επαγγελματίες υγείας για να παρέχουν ποιτική φροντίδα. Η αποτελεσματική φροντίδα εξαρτάται από τη γνώση της διαφορετικότητας και των αξιών που επικρατούν σε κάθε πολιτισμό. Οι επαγγελματίες υγείας είναι πιθανό να έχουν διαφορετικές πεποιθήσεις και αξίες από τους ανθρώπους που περιθάλπουν, όμως μπορούν να στηρίξουν την παρεχόμενη φροντίδα τους σε ένα «συμβόλαιο» που θα κάνουν με τον ασθενή, το οποίο θα περιλαμβάνει σεβασμό στις αξίες και τις πεποιθήσεις του.

Σχεδιασμός προγράμματος εκπαίδευσης νοσηλευτών και φοιτητών νοσηλευτικής για τη διασφάλιση του δικαιώματος των κωφών στην υγεία

Βενετία – Σοφία Βελονάκη¹, Μάρθα Βελονάκη², Αθηνά Καλοκαιρινού³

1. Βενετία – Σοφία Βελονάκη, Νοσηλεύτρια, MSc, PhDc, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
2. Μάρθα Βελονάκη, Φοιτήτρια Ιατρικού τμήματος Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
3. Αθηνά Καλοκαιρινού, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Περίληψη

Εισαγωγή: Οι κωφοί χρήστες νοηματικής γλώσσας σε σχέση με το γενικό πληθυσμό εμφανίζουν έλλειμμα γνώσης σε θέματα υγείας, αντιμετωπίζουν δυσκολίες πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και κίνδυνο να συμβεί λάθος στη φαρμακευτική αγωγή τους, εξαιτίας κυρίως προβλημάτων επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας. Οι δυσκολίες αυτές θα μπορούσαν να περιοριστούν με κατάλληλη εκπαίδευση των νοσηλευτών.

Σκοπός: Ο σχεδιασμός και η πιλοτική εφαρμογή προγράμματος εκπαίδευσης νοσηλευτών και φοιτητών νοσηλευτικής για τη διασφάλιση του δικαιώματος των κωφών στην υγεία.

Υλικό και μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση αναλυτικών προγραμμάτων διδασκαλίας της ελληνικής νοηματικής γλώσσας, ως ξένης γλώσσας και προγραμμάτων σχετικών με την κουλτούρα των κωφών και τις ιδιαιτερότητες κατά την παροχή φροντίδας υγείας σε αυτούς.

Αποτελέσματα: Από τη σύνθεση των βιβλιογραφικών ευρημάτων σχεδιάστηκε και εφαρμόστηκε πιλοτικά πρόγραμμα εκπαίδευσης νοσηλευτών και φοιτητών νοσηλευτικής σε θέματα σχετικά με την κουλτούρα, τα δικαιώματα και τις ιδιαίτερες ανάγκες των κωφών κατά την παροχή φροντίδας υγείας. Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα περιλαμβάνει επίσης μαθήματα για την απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων επικοινωνίας στην ελληνική νοηματική γλώσσα, εστιασμένα στις ανάγκες επικοινωνίας του νοσηλευτή με κωφούς ασθενείς. Η διάρκεια της εκπαίδευσης ήταν 30 ώρες (10 τρίωρα μαθήματα).

Συμπεράσματα – Συζήτηση: Είναι η πρώτη φορά που εφαρμόζεται σχετική εκπαίδευση σε νοσηλευτές και φοιτητές νοσηλευτικής. Από την πιλοτική εφαρμογή της κρίνεται, ότι οι εκπαιδευόμενοι ευαισθητοποιήθηκαν και απέκτησαν γνώσεις και δεξιότητες, ώστε να είναι σε θέση να βελτιώσουν την παρεχόμενη σε κωφούς ασθενείς φροντίδα υγείας. Αναμένονται τα αποτελέσματα από την αξιολόγηση του προγράμματος, ώστε αντίστοιχα μελλοντικά εκπαιδευτικά προγράμματα να χρησιμοποιήσουν τα θετικά στοιχεία του και να βελτιώσουν τυχόν αδυναμίες του.

Λέξεις Κλειδιά: εκπαίδευση, κωφός, νοηματική γλώσσα, νοσηλευτική, υγεία

Εισαγωγή

Η απώλεια ακοής αφορά περίπου στο 9-10% του πληθυσμού, ποσοστό το οποίο αυξάνεται συνεχώς. (Barnett, 2002) Τα άτομα με προβλήματα ακοής εμφανίζουν έλλειμμα γνώσης σε θέματα υγείας, σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (Margellos-Anast et al, 2006) και αντιμετωπίζουν δυσκολίες πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και κίνδυνο να συμβεί λάθος στη φαρμακευτική αγωγή τους, (Iezzoni, 2004) εξαιτίας κυρίως προβλημάτων επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας. (Barnett, 2002; Steinberg et al, 2006) Οι δυσκολίες αυτές είναι εντονότερες στους κωφούς οι οποίοι είναι χρήστες της νοηματικής γλώσσας (Bat-Chava et al, 2005) και γι' αυτό το παρόν άρθρο αναφέρεται σε αυτή την ομάδα κωφών. Είναι γεγονός ότι ελάχιστοι νοσηλευτές γνωρίζουν τη νοηματική γλώσσα (Pagliuca et al, 2007), ενώ στην Ελλάδα σήμερα, το κόστος διερμηνείας βαρύνει, ουσιαστικά, τον κωφό (ΟΜΚΕ, 2011). Προκειμένου να επιτευχθεί εξοικονομημένη φροντίδα και να γίνει άρση των ανισοτήτων και των έμμεσων διακρίσεων σε βάρος των κωφών κατά την παροχή φροντίδας υγείας, προτείνεται οι επαγγελματίες υγείας να εκπαιδεύονται κατάλληλα ώστε να γνωρίζουν τις βασικές ιδιαιτερότητες της φροντίδας ενός κωφού ασθενή. (Sinclair-Penwarden, 2009; Pagliuca et al, 2007; Golden & Ulrich, 1978).

Σκοπός:

Για το λόγο αυτό, σχεδιάστηκε και εφαρμόστηκε πιλοτικά ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης νοσηλευτών και φοιτητών νοσηλευτικής. Στόχοι του εκπαιδευτικού προγράμματος είναι οι συμμετέχοντες να ευαισθητοποιηθούν σε θέματα σχετικά με την κώφωση, να έρθουν σε επαφή με την κουλτούρα των μελών της κοινότητας των κωφών, να αναγνωρίσουν τις ιδιαίτερες ανάγκες και τα δικαιώματα των ατόμων αυτών σε θέματα σχετικά με την υγεία και να αποκτήσουν βασικές γνώσεις και δεξιότητες επικοινωνίας στην ελληνική νοηματική γλώσσα.

Υλικό-μέθοδος:

Για το σχεδιασμό κατάλληλου εκπαιδευτικού προγράμματος για τη συγκεκριμένη εκπαίδευση, έγινε αναζήτηση στη βιβλιογραφία αναλυτικών προγραμμάτων διδασκαλίας της ελληνικής νοηματικής γλώσσας ως ξένης γλώσσας, καθώς και προγραμμάτων που απευθύνονται σε ακούοντες επαγγελματίες υγείας ή φοιτητές επιστημών υγείας σχετικά με τις ιδιαιτερότητες κατά την παροχή φροντίδας υγείας και την κουλτούρα των κωφών.

Βιβλιογραφία αναζητήθηκε στη βιβλιοθήκη της Φιλοσοφικής σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, στη βιβλιοθήκη και στα αρχεία της «ΔΡΩ», αστικής μη κερδοσκοπικής εταιρίας για την ανάπτυξη της ποιότητας ζωής των εμποδιζόμενων ατόμων, σε εθνικές (www.iatrotek.org, www.omke.gr) και διεθνείς (www.medline.com, www.cinahl.com, www.pubmed.com)

βάσεις δεδομένων, καθώς και μέσω μηχανών αναζήτησης. Ως λέξεις κλειδιά για τη βιβλιογραφική αναζήτηση χρησιμοποιήθηκαν στα ελληνικά και αγγλικά οι λέξεις αναλυτικά προγράμματα, ιατρική, νοσηλευτική, εκπαίδευση, (ελληνική) νοηματική γλώσσα, επαγγελματίες υγείας.

Αποτελέσματα βιβλιογραφικής ανασκόπησης:

Για τη διδασκαλία της νοηματικής ως ξένης γλώσσας, σε διεθνές επίπεδο, υπάρχει ελάχιστη βιβλιογραφία και δεν υπάρχουν αναλυτικά προγράμματα καθολικής αποδοχής. (Wilcox & Wilcox, 1998; Παπασπύρου & Ταγκάλου, 2007) Στη βιβλιογραφία, ανευρέθη να περιγράφεται μόνο ένα αναλυτικό πρόγραμμα διδασκαλίας της ελληνικής νοηματικής γλώσσας σε ακούοντες. Το αναλυτικό αυτό πρόγραμμα διαρθρώνεται σε τέσσερις αυτοτελείς βαθμίδες, οι οποίες αντιστοιχούν σε τέσσερα επίπεδα γλωσσικής επάρκειας (ικανοποιητική, καλή, πολύ καλή και άριστη γνώση). Προτείνεται κάθε βαθμίδα να διαρκεί 2 εκπαιδευτικά έτη με συχνότητα 2 τρίωρα ή 3 δίωρα μαθήματα ανά εβδομάδα. (Παπασπύρου & Ταγκάλου, 2007)

Από τη βιβλιογραφική αναζήτηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων σχετικών με την παροχή φροντίδας υγείας σε κωφούς ασθενείς, ανευρέθησαν τέσσερα, τα οποία απευθύνονταν σε φοιτητές ιατρικής, ένα εκ των οποίων εφαρμόστηκε στη συνέχεια και σε φοιτητές της φαρμακευτικής. Οι στόχοι, η εκπαιδευτική μέθοδος, το περιεχόμενο και η διάρκεια κάθε προγράμματος, διέφεραν σημαντικά.

Ειδικότερα, σε πανεπιστήμιο του Καναδά, διεξήχθησαν τρίωρα εκπαιδευτικά workshops, τα οποία απευθύνονταν κυρίως σε πρωτοετείς και δευτεροετείς φοιτητές της ιατρικής. Οι συμμετέχοντες εκπαιδεύτηκαν στην επικοινωνία μεταξύ του ασθενή, χρήστη βοηθημάτων ακοής και του ιατρού, ενημερώθηκαν για τα βοηθήματα ακοής και διερεύνησαν τα ζητήματα που ανακύπτουν κατά τη φροντίδα των ασθενών αυτών, σχετικά με την πολυπολιτισμικότητα, την τεχνολογία και την ηθική. Κάθε workshop περιελάμβανε ερωτηματολόγιο-λίστα θεμάτων για τα οποία συχνά υπάρχουν εσφαλμένες αντιλήψεις, ασκήσεις σε ομάδες, διαλέξεις, συνεντεύξεις εθελοντών κωφών, ασκήσεις εναλλαγής ρόλων, συζητήσεις, τη χορήγηση έντυπου υλικού κ.α. (Lock, 2003)

Αντίστοιχου περιεχομένου ήταν και η -διάρκειας μιας ημέρας- εκπαίδευση τεταρτοετών φοιτητών ιατρικής του πανεπιστημίου του Leeds, σε δεξιότητες επικοινωνίας και γνωριμίας -σε βάθος- με την κώφωση. Η εκπαίδευση περιελάμβανε ομιλίες κωφών και ακουόντων, αλλά και ασκήσεις εναλλαγής ρόλων και προσομοίωσης. (Smith & Hasnir, 1991)

Ένα άλλο πρόγραμμα εκπαίδευσης φοιτητών ιατρικής σε θέματα σχετικά με τη φροντίδα των κωφών ασθενών είναι το "Deaf Strong Hospital". Πρόκειται για μια άσκηση με αντιστροφή ρόλων, στην οποία συμμετέχουν πρωτοετείς φοιτητές ιατρικής του Πανεπι-

ΠΙΝΑΚΑΣ. «Εκπαιδευτικό πρόγραμμα: μαθήματα 3-10»

Μάθημα 3ο:

- Βασικές λέξεις και έκφραση (επανάληψη και συνέχεια)
- Ημέρες, μήνες, εποχές
Χρόνος: πριν, μετά, χτες, προχθές, αύριο, πέρσι, τώρα, χρόνια (πριν 3 χρόνια, σε 3 χρόνια)
Τι μέρα ήταν χτες/ είναι σήμερα/ θα είναι αύριο;
- Αθήνα, πόλη, χωριό, Ελλάδα, εξωτερικό
Πού μένεις; Πού γεννήθηκες;
- Καιρός –φυσικά φαινόμενα (ζέστη, κρύο, βροχή, χιόνι, αέρας, συννεφιά κλπ)
- Επαγγέλματα (γιατρός, νοσηλεύτης, προϊστάμενος, κοινωνικός λειτουργός, ψυχολόγος, καθαρίστρια, τραπεζοκόμος) / ασθενής
Τι δουλειά κάνετε;
- νοσοκομείο – τμήματα (παθολογικό, καρδιολογικό, χειρουργικό, χειρουργεία, μονάδα εντατικής θεραπείας, παιδιατρικό, ψυχιατρικό, ορθοπαιδικό, οφθαλμολογικό, ΩΡΛ, δερματολογικό, ουρολογικό, γυναικολογικό, αναισθησιολογικό)
Σε ποιο τμήμα δουλεύετε;

Μάθημα 4ο:

Επανάληψη

Λεξιλόγιο

- ασθενής, γιατρός, νοσηλεύτης, νοσοκομείο
- Καθημερινές ανάγκες ασθενή που νοσηλεύεται:
δίψα, πείνα, φάρμακα, ούρηση, αφόδευση, τουαλέτα, μπάνιο, μυρίζει, αερισμός θαλάμου, ένεση (υποδόρια, ενδομυϊκή, ενδοφλέβια) κλπ
- γενικά συμπτώματα (έμφαση στην αξία της έκφρασης)
(σώμα, άλγος, πυρετός, υπνηλία, ψύχος, εφίδρωση, κούραση, χλωμός κλπ) πρόβλημα, τίποτα

Αναπνευστικό - Καρδιαγγειακό (θώρακας, καρδιά, αγγεία)

ιστορικό- συμπτώματα: βήχας, δύσπνοια, εισπνοή, εκπνοή, απόχρεμψη - χρώμα, θωρακικό άλγος, οίδημα (γενικό, στα άκρα), ταχυπαλμία, εύκολη κόπωση, λαχανιάζω

εξέταση: ακτινογραφία θώρακα, ηλεκτροκαρδιογράφημα, αρτηριακή πίεση, δοκιμασία κοπώσεως (τεστ κοπώσεως), βρογχοσκόπηση

διάγνωση: υπέρταση, καρδιακή ανεπάρκεια, καρδιακή ανακοπή, εγκεφαλικό

θεραπεία: βηματοδότης, μάσκα οξυγόνου (2), χειρουργείο.

Διάλογος – Ερωτήσεις

1. Είστε άρρωστος;
2. Πώς νιώθετε;
3. Τι θέλετε;
4. Πονάτε; Πού; Πού ακριβώς;
5. Κάντε λίγο υπομονή
6. Τελειώνουμε
7. Περιμένετε
8. Θα έρθει ο γιατρός
9. Διψάτε; Θέλετε νερό;
10. Μην κινήστε
11. Φοβάστε; Ηρεμήστε
12. Ξέρετε να έχετε κάποια άλλη ασθένεια –νόσημα;
13. Πήρατε φάρμακο; Τι άλλα φάρμακα παίρνετε;
14. Έχετε ξανανοσηλευτεί στο νοσοκομείο στο παρελθόν;
15. Έχετε γενικά υψηλή πίεση; Τώρα θα μετρήσουμε την αρτηριακή σας πίεση.
16. Έχετε κάνει κάποια εγχείριση στο παρελθόν;

17. Είχατε πυρετό; Πόσο; Μέχρι πόσο έφτασε;
18. Καπνίζετε; Πότε το αρχίσατε;
19. Πότε κόψατε το κάπνισμα; Πόσα τσιγάρα καπνίζατε κάθε μέρα;
20. Έχετε πάθει ποτέ εγκεφαλικό;
21. Κουράζεστε εύκολα όταν περπατάτε;

Μάθημα 5ο:

Επανάληψη Λεξιλόγιο

για ποιο λόγο; τι φταίει;/ ποιο είναι το αίτιο;

Αθλήματα

Μυοσκελετικό / Νευρικό:

σπονδυλική στήλη, σπόνδυλος, οστό, κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου, σκολίωση, κύφωση
πόνος αρθρώσεων ή δυσκαμψία, οσφυαλγία, μυϊκοί πόνοι ή κράμπες, κάταγμα, ακινησία
λιποθυμία, εγκεφαλικό, επιληψία, κρίση, παράλυση, αδυναμία, τρόμος, μνήμη
Ακτινογραφία, αξονική, μαγνητική τομογραφία, μέταλλο

Ερωτήσεις/Διάλογος:

1. Πονάτε στις αρθρώσεις σας;
2. Πονάτε πιο πολύ το πρωί μόλις ξυπνήσετε ή το βράδυ προτού ξαπλώσετε;
3. Ποια άρθρωση σας πονάει πιο πολύ;
4. Πονάει η μέση σας; Πότε αρχίσατε να πονάτε;
5. Έχει επιδεινωθεί με το πέρασμα του χρόνου;
6. Είχατε ποτέ κάποιο κάταγμα;
7. Δυσκολεύεστε στις καθημερινές δουλειές σας; Ξέρετε τι φταίει;
8. Νιώθετε πόνο ή κουράζεστε εύκολα;
9. Αθλείστε καθημερινά; Σηκώνετε βάρη;
10. Μπορείτε να ανεβείτε σκαλιά;
11. Τώρα θα κάνετε αξονική τομογραφία. Είναι η πρώτη φορά; Βγάλτε ότι μεταλλικό έχετε πάνω σας.
12. Αντιμετωπίζετε προβλήματα με τη μέση σας; Έχετε κάνει κάποια εγχείρηση;
13. Είχατε παλιά κάποιο πρόβλημα με τα γόνατά σας; Θα πρέπει να αποφεύγετε τις σκάλες;
14. Έχετε πόνο στον αυχένα σας; Δυσκολεύεστε να στρίψετε το κεφάλι σας;
15. Νιώθετε ότι δεν μπορείτε να ασκηθείτε; Γιατί πιστεύετε ότι γίνεται αυτό;
16. Έχετε λιποθυμήσει ποτέ; Ξέρετε το λόγο;
17. Έχετε επιληψία; Αν ναι, πότε συνέβη η τελευταία σας επιληπτική κρίση; Παίρνετε φάρμακα για αυτό;
18. Έχετε νιώσει ποτέ να μουδιάζει το χέρι σας ή το πόδι σας;
19. Νιώθετε να κουράζεστε εύκολα; Γιατί συμβαίνει αυτό;
20. Βλέπατε ποτέ τα πράγματα διπλά (διπλωπία);
21. Αντιμετωπίζετε προβλήματα με τη μνήμη σας; Θυμάστε τι φάγατε χθες;
22. Μπορείτε να περπατήσετε καλά; Μήπως χάνετε την ισορροπία σας; Μπορείτε να μου δείξετε πως περπατάτε;
23. Μπορείτε να σφυρίξετε, να δείξετε τα δόντια σας και να σηκώσετε τα φρύδια σας;
24. Τρέμει ποτέ το χέρι σας; Πότε συμβαίνει αυτό; Όταν είστε ήρεμοι ή όταν προσπαθείτε να κάνετε κάποια κίνηση;

Μάθημα 6ο:

Επανάληψη λέξεων, απορίες Λεξιλόγιο

Οικογένεια

Αριθμοί, ώρα

Χρώματα

Μικρόβιο, μετάδοση, περαστικά

Περιγραφή εικόνας - Ο ρόλος της εικόνας στην επικοινωνία των επαγγελματιών υγείας με τους Κωφούς ασθενείς.

Ενημέρωση ασθενή με κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου, με τη χρήση εικόνων: εξετάσεις, διάγνωση- ενημέρωση

Συνέχεια στις πίσω σελ.

για την πάθηση, αίτια, αντιμετώπιση (συντηρητικά – σπονδυλοδεσία)

Βίντεο: Νοσηματική από διάφορους κωφούς, μέσα στην καθημερινότητά τους.

Συζήτηση σχετικά με τους προβληματισμούς-εντυπώσεις από το βίντεο.

Μάθημα 7ο:

Επανάληψη

Λεξιλόγιο

Φαγητό -Τροφές

Γαστρεντερικό – Ουρογεννητικό

1) Στομάχι, έντερο, ήπαρ, νεφρά, ούρηση.

Ιστορικό - Συμπτώματα: λόξυγγας, συχνουρία, διάρροια, δυσκοιλιότητα, μέλαινα κένωση, εμετός, αναγωγή, αιμορροΐδες

Εξέταση: γαστροσκόπηση, κολonosκόπηση, καλλιέργεια ούρων

Διάγνωση: τροφική δηλητηρίαση, σκωληκοειδίτιδα, έλκος στομάχου

Θεραπεία-αντιμετώπιση: ορός, κλίσμα, καθαρτικό, ουροκαθετήρας, χειρουργική επέμβαση, πάνες – εσώρουκα ακράτειας

2) Πέος, αιδοίο, όρχεις, ωσθήκες, ωάριο

Ιστορικό - Συμπτώματα: συνουσία, έμμηνος ρύση, εκκρίσεις του πέους, σεξουαλική επιθυμία, στύση, εκσπερμάτωση, πρόωρη εκσπερμάτωση, εγκυμοσύνη, κνησμός

Εξέταση: υπερηχογράφημα, γυναικολογική εξέταση, τεστ Παπανικολάου

Διάγνωση: αποβολή, επιπλοκές εγκυμοσύνης, στυτική δυσλειτουργία, AIDS

Πρόληψη- Θεραπεία- Αντιμετώπιση: φυσιολογικός τοκετός, καισαρική τομή, έκτρωση, εξωσωματική γονιμοποίηση, αντισύλληψη (χάπια, προφυλακτικό, σπιράλ).

Ερωτήσεις - διάλογος

1. Έχετε ρίγος (τρέμουλο/κρυάδες);

2. Κάνετε εμετό; Τι χρώμα ήταν;

3. Κάνετε διάρροια; Πόσες φορές; Πιείτε λίγο νερό.

4. Έχετε αέρια; Τι φάγατε χθες;

5. Αισθάνεστε τελευταία κουρασμένος (κομμένος);

6. Έχετε όρεξη για φαγητό; Έχετε χάσει βάρος;

7. Θέλετε να σας βοηθήσω να βάλετε καθαρή πάνα; Να πλυθείτε;

8. Θέλετε να σας βοηθήσω να πάτε στην τουαλέτα;

9. Να σας φέρω την πάπια/σκοραμίδα;

10. Τώρα θα βάλουμε ουροκαθετήρα. Έχετε βάλει ξανά στο παρελθόν;

11. Μήπως έχετε έντονο αίσθημα κνησμού στη γεννητική περιοχή;

12. Πόσες φορές την ημέρα/ εβδομάδα/ μήνα έρχεστε σε συνουσία;

13. Η σεξουαλική σας επιθυμία είναι φυσιολογική, μειωμένη ή αυξημένη;

14. Αντιμετωπίζετε προβλήματα στύσης ή πρόωρης εκσπερμάτωσης;

15. Τι πρόβλημα αντιμετωπίζετε κατά τη συνουσία;

16. Σε ποια ηλικία σας ήρθε για πρώτη φορά περίοδος;

17. Κάθε πότε έχετε περίοδο; Περίοδο έχετε σε τακτικά διαστήματα;

18. Πόσο κρατάει η περίοδος σας; Έχετε πολύ ή λίγο αίμα;

19. Έχετε αίμα μετά τη συνουσία;

20. Πότε αδιαθετήσατε τελευταία φορά; πότε σας σταμάτησε η περίοδος;

21. Πόσα παιδιά έχετε; Γεννήσατε φυσιολογικά ή με καισαρική;

22. Έχετε κάνει έκτρωση στο παρελθόν; Είχατε επιπλοκές;

23. Πόσες κύσεις είχατε; Είχατε ποτέ επιπλοκές κατά την εγκυμοσύνη σας;

24. Τι μεθόδους αντισύλληψης χρησιμοποιείτε; Έχετε πάρει ποτέ αντισυλληπτικά χάπια;

25. Χρησιμοποιείτε προφυλακτικό σε κάθε σας σεξουαλική επαφή;

Μάθημα 8ο:

Επανάληψη

Λεξιλόγιο

Ρούχα, παπούτσι, τακούι, σαγιονάρα, σεντόνι, κουβέρτα, κρεβάτι, μαξιλάρι, ντύνω-ομαι, γδύνω-ομαι, σήκωσε την μπλούζα σου

«Αλλάζω» (ρούχα, χτένισμα, γιατρό, πλευρό κλπ)

1. Παιδιατρική: ηλικία, πόσο χρονών είσαι; Πόσο χρονών είναι το παιδί; Κοντός, ψηλός, υπέρβαρος (χοντρός), λιποβαρής, πόσα κιλά είσαι; ανεμοβλογιά, ιλαρά εφηβική ακμή, εμβόλιο, ψείρες, καραμέλα, τσίχλα, γάλα, σχολείο, νηπιαγωγείο, παιχνίδι, κοινωνικός λειτουργός, πιστοποιητικό υγείας
2. Ενδοκρινολογία - Αίμα: Θυρεοειδής, θυρεοειδεκτομή, Σακχαρώδης διαβήτης, σάκχαρο αίματος, χοληστερίνη, τριγλυκερίδια, εξετάσεις αίματος, μικρόβιο, μεσογειακή αναιμία, λευκαίμια, αλλεργία, μετάγγιση, αιμοκάθαρση, αιμορραγία, δίψα, πείνα, αφυδάτωση, κρυώνω, ιδρώνω, αδυναμία, διαίτα, ελεύθερη διαίτα
3. Ψυχική Υγεία: εκνευρισμός, υπερκινητικότητα, κακή διάθεση, κατάθλιψη, μνήμη, άνοια, φοβία, αγοραφοβία, μικροβιοφοβία, κλειστοφοβία, νοπτική υστέρηση, ψυχολόγος, ψυχίατρος
4. Δέρμα: ερυθρότητα, σπυρί, μελανιά, σπίλος, κατάκλιση, αλοιφή
5. Μαστός: θηλή, θηλασμός, εκκρίσεις των θηλών, αυτοεξέταση, μαστογραφία, μαστεκτομή.

Ερωτήσεις/Διάλογος:

1. Μπορείτε να τρωτε ό,τι θέλετε. Ελεύθερη διαίτα
2. Κάνετε αυτοεξέταση στους μαστούς σας; Τακτικά;
3. Οι γονείς σας ζουν; Αν ναι, νοσούν ή είναι υγιείς; Αν όχι, από τι έχουν πεθάνει;
4. Είστε παντρεμένος; Έχετε παιδιά; Αυτά έχουν κάποια ασθένεια;
5. Έχετε παρατηρήσει κάποια ερυθρότητα στο δέρμα σας; Θα πρέπει το σεντόνι να είναι καλά τεντωμένο και να αλλάζετε συχνά πλευρό ώστε να μην δημιουργηθούν κατακλίσεις.
6. Πόσο χρονών είσαι; Είχες σπυράκια και στο παρελθόν;
7. Έχετε παρατηρήσει κάποια έκκριση από τις θηλές σας;
8. Πότε κάνατε μαστογραφία για τελευταία φορά; Θα πρέπει να ξανακάνετε άμεσα.
9. Έχετε παρατηρήσει αυτός ο σπίλος (ελιά) να έχει αλλάξει σχήμα ή χρώμα;
10. Αρρωσταίνετε συχνά το τελευταίο διάστημα;
11. Να σας βοηθήσω να αλλάξετε παντελόνι; Πρέπει να βάλετε καθαρό.
12. Πώς πάθατε τις μελανιές; Κάνετε εύκολα μελανιές;
13. Εάν τραυματιστείτε η αιμορραγία σταματάει εύκολα;
14. Πάσχετε από μεσογειακή αναιμία; Οι γονείς σας;
15. Πότε κάνατε την τελευταία εξέταση αίματος; Ήταν όλα φυσιολογικά;
16. Έχετε κάνει στο παρελθόν κάποια μετάγγιση; Αν ναι, για ποιο λόγο;
17. Έχετε κάποια αλλεργία; Αλλεργία έχετε μόνο την άνοιξη;
18. Γεια σας! Καλά είστε; Σήμερα, θα αλλάξουμε τα σεντόνια.
19. Όταν βρίσκεστε ανάμεσα σε πολύ κόσμο νιώθετε δυσφορία ή φόβο;
20. Πώς αισθάνεστε; Νιώθετε έντονο εκνευρισμό ή δυσφορία;
21. Πόσο καιρό νιώθετε στενοχώρια; Υπάρχει κάποιος λόγος;
22. Παίρνετε κάποια φάρμακα για να βελτιώσετε την διάθεση σας; Αλλάζει εύκολα η διάθεσή σας;
23. Πίνετε; Καθημερινά; Πολύ ή λίγο; Μόνο όταν είστε με παρέα ή και μόνος σας στο σπίτι;
24. Θηλάζετε ακόμα το μωρό; Έχετε αρκετό γάλα; Χορταίνει;
25. Πρέπει να ξαναέρθετε για εμβόλιο σε 6 μήνες. Εντάξει;
26. Πόσα κιλά είστε; Πρέπει να χάσετε βάρος και να αποφεύγετε τα γλυκά.

Μάθημα 9ο:

ΜΕΡΟΣ Α'

Επανάληψη

Λεξιλόγιο

Κεφάλι (ΩΡΛ, Οφθαλμοί):

- Στόμα, λάρυγγας; ούλα, δόντια, σταφυλή, οδοντιατρική εξέταση, κυνάγχη, καταπίνω, εξαγωγή δοντιού, σφράγισμα, μασέλα.

Συνέχεια στην πίσω σελ.

- Μύτη: συνάχι, καταρροή, ρινική απόφραξη
- Αυτιά: ακοή, βαρήκοος, κωφός, ακούων, ακουστικό νεύρο, ίλιγγος, κυψελίδα, ακοόγραμμα, ακουστικό βαρηκοΐας, κοχλιακό εμφύτευμα, ωτικές σταγόνες
- Μάτια: όραση, βλέπω, γυαλιά ή φακοί επαφής, τελευταία οφθαλμολογική εξέταση, ερυθρότητα, πολλά ή λίγα δάκρυα, μυωπία, πρεσβυωπία, διπλωπία, βλέπω θολά, καταρράκτης, τυφλός, κολλύριο, λείζερ, στραβισμός, αχρωματοψία.

Ερωτήσεις

1. Νιώθετε τη μύτη σας βουλωμένη; Αυτό το σπρέι βοηθά τη ρινική αποσυμφόρηση.
2. Έχετε καταρροή; Αν ναι, τι χρώμα έχουν τα εκκρίματα;
3. Από πότε έχετε συνάχι; Πού πιστεύετε ότι οφείλεται;
4. Καταλάβατε τις ιατρικές οδηγίες; Θέλετε να τις επαναλάβω ή να σας εξηγήσω κάτι;
5. Πότε ήταν η τελευταία επίσκεψη που κάνατε σε οδοντίατρο;
6. Πονάτε όταν μασάτε την τροφή; Όταν καταπίνετε;
7. Ανοίξετε το στόμα σας, σας παρακαλώ. Μην κινείστε.
8. Ματώνει εύκολα η μύτη σας; Σταματάει εύκολα;
9. Ποια φάρμακα παίρνετε να ανακουφιστείτε από την ρινική συμφόρηση;
10. Νιώθετε κάποιο πόνο στα αυτιά σας, εσωτερικά ή εξωτερικά;
11. Πότε κάνατε ακοόγραμμα τελευταία; Έχετε βάλει κοχλιακό εμφύτευμα;
12. Είστε κωφός ή βαρήκοος;
13. Θα βάζετε 2 σταγόνες κολλύριο σε κάθε μάτι πρωί, μεσημέρι και βράδυ, για 10 μέρες. Ξέρετε πως να βάζετε τις σταγόνες;
14. Μήπως βλέπετε διπλά; Θολά; Δακρύζουν τα μάτια σας;
15. Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα στα μάτια; Για παράδειγμα, μυωπία ή πρεσβυωπία;
16. Φοράτε φακούς επαφής ή γυαλιά;
17. Πότε ήταν η τελευταία φορά που επισκεφτήκατε οφθαλμίατρο;
18. Το μωρό κλαίει γιατί βγάζει δόντια και πονάει. Μην ανησυχείτε.
19. Έχετε κάνει εγχείρηση για καταρράκτη; Πριν από πόσο καιρό;
20. Νιώθετε πόνο στα μάτια; Έχετε κάποιο άλλο σύμπτωμα;

ΜΕΡΟΣ Β':

Επανάληψη - Απορίες

1. Καλημέρα! Βάλτε το θερμόμετρο, σας παρακαλώ. Έχετε πυρετό;
2. Γεια σας! Θα μετρήσουμε την πίεση τώρα.
3. Μην φοβάστε... Η ένταση πονάει πολύ λίγο.
4. Περιμένετε λίγο. Έρχεται ο γιατρός να σας εξετάσει.
5. Ηρεμήστε... Κάντε υπομονή. Η εξέταση τελειώνει...
6. Θα σας βάλω φλεβοκαθετήρα και ορό. Φοβάστε;
7. Ελάτε πάλι την άλλη βδομάδα για να αλλάξουμε το τραύμα. (καθαρίσουμε)
8. Θα θέλατε να σας βοηθήσω να αλλάξετε πάνα; Πρέπει να βάλετε καθαρή.
9. Θα θέλατε να σας συνοδέψω στην τουαλέτα μην ζαλιστείτε;
10. Σας παρακαλώ να βγάλετε ό,τι μεταλλικό έχετε πάνω σας για να βγάλουμε ακτινογραφία
11. Τα αποτελέσματα των εξετάσεων αίματος δεν ήταν καλά.
12. Πρέπει αν προσέχετε τι τρώτε. Να αποφεύγετε το ζωικό λίπος και το αλάτι.
13. Αύριο δεν πρέπει να φάτε τίποτα και θα πάρετε καθαρτικό για να κάνετε κολοноσκόπηση

Μάθημα 10ο:

Παρουσίαση Ηλεκτρονικού Βοήθηματος για νοσηλευτές στην επικοινωνία τους με κωφούς χρήστες Ελληνικής Νοηματικής Γλώσσας

Προσομοίωση / Επικοινωνία με κωφούς «ασθενείς»

στημίου του Ρότσεστερ. Η άσκηση αυτή διενεργείται σε ένα χώρο προσομοίωσης χώρου παροχής υπηρεσιών υγείας. Οι φοιτητές έχουν το ρόλο των ασθενών, ενώ το ρόλο των επαγγελματιών υγείας αναλαμβάνουν μέλη της κοινότητας των κωφών. Στόχος της άσκησης αυτής ήταν να αποκτήσουν οι φοιτητές δεξιότητες, ώστε να ξεπερνούν τα εμπόδια επικοινωνίας με ασθενείς με προβλήματα ακοής. Πριν τη συμμετοχή στην άσκηση, οι φοιτητές διδάσκονταν το δακτυλικό αλφάβητο και ορισμένα βασικά νοήματα. (Richards et al, 1999). Το πρόγραμμα αυτό συνέχισε να εφαρμόζεται και το 2009 εφαρμόστηκε και σε φοιτητές της φαρμακευτικής. (Mathews et al, 2011).

Τέλος, ένα άλλο πρόγραμμα εκπαίδευσης σε θέματα σχετικά με τη φροντίδα υγείας των κωφών ατόμων είναι το «Breaking the silence...in Athens». Φοιτητές ιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών εκπαιδεύονται στη λήψη ιατρικού ιστορικού στην ελληνική νοηματική γλώσσα, ανά συστήματα του οργανισμού. Η εκπαίδευση αυτή, πραγματοποιήθηκε για πρώτη φορά το 2009, περιελάμβανε 13 τρίωρα μαθήματα και επαυλήθη τα επόμενα έτη. (HeLMSIC, 2009)

Αποτελέσματα σχεδιασμού εκπαιδευτικού προγράμματος

Για το σχεδιασμό του περιεχομένου του εκπαιδευτικού προγράμματος χρησιμοποιήθηκε το αναλυτικό πρόγραμμα για την εκμάθηση της ελληνικής νοηματικής γλώσσας ως δεύτερης (ξένης) γλώσσας (Παπασύρου & Ταγκάλου, 2007) με τη χρήση στοιχείων από τα ως άνω περιγραφέντα εκπαιδευτικά προγράμματα για φοιτητές ιατρικής και φαρμακευτικής. Ειδικότερα, το περιεχόμενο της εκπαίδευσης περιορίστηκε στην πρώτη βαθμίδα του αναλυτικού προγράμματος, όπως αυτή περιγράφεται από τους Παπασύρου και Ταγκάλου (2007), δηλαδή στην εισαγωγή των συμμετεχόντων στην ελληνική νοηματική γλώσσα και στην παροχή σε αυτούς ικανοποιητικών γλωσσικών γνώσεων, ώστε να μπορούν να ανταποκριθούν σε «βασικές επικοινωνιακές απαιτήσεις», εστιασμένες πάντα, στο χώρο παροχής υπηρεσιών υγείας (νοσοκομείο, κέντρο υγείας, κοινότητα).

Οι στόχοι της εκπαίδευσης, η προτεινόμενη από το αναλυτικό πρόγραμμα συχνότητα και διάρκεια των μαθημάτων και το γεγονός ότι όλοι οι εμπλεκόμενοι για την οργάνωση και υλοποίηση της εκπαίδευσης καθώς και οι εκπαιδευόμενοι συμμετείχαν ανιδιοτελώς, κατά τη διάρκεια του ελεύθερου χρόνου τους, επέβαλαν η εκπαίδευση να αποτελείται από 10 τρίωρα μαθήματα, με συχνότητα 2 φορές την εβδομάδα.

Ο εκπαιδευτής σε όλα τα μαθήματα ήταν κωφός δάσκαλος της ελληνικής νοηματικής γλώσσας, υπήρχε όμως και συνεχής παρουσία ακούουσας νοσηλεύτριας με γνώσεις νοηματικής γλώσσας. Η τελευταία δεν παρενέβαινε στη ροή του μαθήματος, πλην ελαχίστων περιπτώσεων, όταν υπήρχε κίνδυνος παρανόησης λόγω του διαφορετικού επιπέδου γνώσεων επί

του εξειδικευμένου περιεχομένου της εκπαίδευσης (ορολογία) των φοιτητών (πρωτοετείς-τεταρτοετείς), των νοσηλευτών και του εκπαιδευτή.

Ειδικότερα, στο πρώτο μάθημα έγινε εισαγωγή των συμμετεχόντων στον κόσμο των κωφών, στη γλώσσα και στην κουλτούρα τους. Οι εισηγήσεις έγιναν από τον κωφό δάσκαλο, με τη χρήση διερμνείας. Με αφορμή αυτή τη διερμνεία, οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για το ρόλο του διερμνείας στην επικοινωνία τους με τον κωφό ασθενή, για τη δυσκολία του κωφού στην απασχόληση διερμνείας και για τα θετικά και τα αρνητικά των εναλλακτικών μορφών επικοινωνίας. Επιπλέον, ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε σε θέματα σχετικά με την ιδιαιτερότητα της νοσηλευτικής φροντίδας κωφών ασθενών. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για τη συχνά περιορισμένη αξία του έντυπου υλικού σε σχέση με το οπτικό υλικό κατά την ενημέρωση του κωφού ασθενή, για τον κίνδυνο λάθους λόγω εσφαλμένης κατανόησης, είτε από το νοσηλευτή, είτε από τον ασθενή και για την αξία της επανάληψης και της ανακεφαλαίωσης από το δέκτη της πληροφορίας, για την αποφυγή λαθών. (Mathews et al, 2011) Στη συνέχεια, έγινε εισαγωγή στην ελληνική νοηματική γλώσσα (έκφραση, κίνηση, χειρομορφές, τοποθεσία, νοηματικός χώρος) και στον τρόπο με τον οποίο γίνεται η χρήση των δύο χεριών από τους αριστερόχειρες και τους δεξιόχειρες. Οι συμμετέχοντες παροτρύνθηκαν να χρησιμοποιούν το σώμα τους προκειμένου να αποδώσουν το νόημα που θέλουν, αλλά και να παρατηρούν τις κινήσεις του σώματος των κωφών ασθενών τους (Smith & Hasnir, 1991). Τέλος, δόθηκε φυλλάδιο με το ελληνικό νοηματικό αλφάβητο και έγινε εισαγωγή σχετικά με τον τρόπο που αυτό χρησιμοποιείται. (Richards et al, 1999)

Το δεύτερο μάθημα, το οποίο διεξήχθη χωρίς την παρουσία διερμνείας, ξεκίνησε με εξάσκηση στο νοηματικό αλφάβητο και με τη γνωριμία των συμμετεχόντων μεταξύ τους και με τον εκπαιδευτή. Κάθε εκπαιδευόμενος νοημάτισε το όνομά του και σε ορισμένους από αυτούς δόθηκε νοηματικό όνομα. Στη συνέχεια, ο εκπαιδευτής δείχνοντας τα αντικείμενα στο χώρο (τραπέζι, καρέκλα, πόρτα, κλπ) τα νοημάτιζε, καλώντας ταυτόχρονα και τους εκπαιδευόμενους να δοκιμάσουν να κάνουν το ίδιο, προκειμένου να εξοικειωθούν με τις κινήσεις των χεριών και του σώματός τους, αλλά και να αντιληφθούν τη χρήση των διαφορετικών χειρομορφών (πιάτο, μπάλα, μπαλάκι τένις, βιβλίο που μετακινώ κλπ). Ακολούθησε η παρουσίαση των διαφορετικών χειρομορφών που χρησιμοποιούνται για την περιγραφή της κίνησης του ανθρώπου, των ζώων και των οχημάτων και οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να αναφέρουν παραδείγματα (περπατάω, κουτσαίνω, ανεβαίνω σκάλες κλπ). Έπειτα, οι εκπαιδευόμενοι διδάχθηκαν ορισμένες βασικές λέξεις (πχ δάσκαλος, μαθαίνω, παράδειγμα) και ορισμένες λέξεις με το αντίθετό τους (πχ ναι- όχι, σωστό-λάθος, αρχή-τέλος). Τέλος,

οι εκπαιδευόμενοι έκαναν μικρούς αυτοσχέδιους διαλόγους με φράσεις πρώτης γνωριμίας, με τις λέξεις που διδάχθηκαν, αλλά και με τη χρήση κινήσεων, οι οποίες παραπέμπουν σε παντομίμα. Στο σημείο αυτό δόθηκε έμφαση στην αξία των εκφράσεων του προσώπου στην επικοινωνία με κωφά άτομα.

Στο τρίτο μάθημα, οι εκπαιδευόμενοι διδάχθηκαν επιπλέον βασικές λέξεις της καθημερινότητας (χρόνος, καιρός κλπ) και βασικές λέξεις που χρησιμοποιούνται στις υπηρεσίες υγείας (τμήματα, επαγγέλματα υγείας κλπ). Γενικά, η δομή των επόμενων μαθημάτων αποτελείται από τέσσερα μέρη: επανάληψη μέρους της ύλης του προηγούμενου μαθήματος, λεξιλόγιο καθημερινής ζωής, λεξιλόγιο συστήματος του οργανισμού και τέλος, μικρός διάλογος μεταξύ των συμμετεχόντων, οι οποίοι είχαν τον ρόλο του νοσηλευτή ή του ασθενή (Lock, 2003; Smith & Hasnir, 1991). Η ερώτηση για την έναρξη κάθε διαλόγου ήταν συγκεκριμένη, η επιλογή όμως της απάντησης ήταν ελεύθερη. Για το περιεχόμενο του ιατρικο-νοσηλευτικού λεξιλογίου και των ερωτήσεων, χρησιμοποιήθηκε σε μεγάλο βαθμό το υλικό από την εκπαίδευση των φοιτητών ιατρικής στη λήψη ιατρικού ιστορικού από κωφούς ασθενείς (HELMUSIC, 2009), τροποποιημένο ώστε να ανταποκρίνεται στις ανάγκες επικοινωνίας του νοσηλευτικού προσωπικού με τον κωφό ασθενή, σε ευρύ φάσμα της νοσηλευτικής φροντίδας (The British Medical Association, 2001). Κριτήρια επιλογής των λέξεων και ερωτήσεων ήταν η συχνότητα χρήσης και η χρησιμότητά τους στις υπηρεσίες υγείας. Μια καινοτομία του εκπαιδευτικού προγράμματος είναι ότι σε κάθε μάθημα, η επιλογή της θεματολογίας που αφορούσε στην καθημερινή ζωή και στην ιατρονοσηλευτική ορολογία, έγινε στο μέτρο του δυνατού, με τέτοιο τρόπο, ώστε να μπορούν στη συνέχεια να συνδυαστούν από τους συμμετέχοντες στο διάλογο. Για παράδειγμα, σε ένα μάθημα περιελήφθησαν τα αθλήματα και η ορολογία του μυοσκελετικού και του νευρικού συστήματος και σε άλλο τα τρόφιμα και το γαστρεντερικό σύστημα.

Στο έκτο μάθημα, το τρίτο και τέταρτο μέρος του μαθήματος, δηλαδή η διδασκαλία ιατρονοσηλευτικής ορολογίας και ο διάλογος αντικαταστάθηκαν από την εκπαίδευση των συμμετεχόντων στην περιγραφή εικόνων, την ενημέρωσή τους σχετικά με τη χρησιμότητά τους κατά την ενημέρωση του κωφού ασθενή (Mathews et al, 2011; Lieu et al, 2007; Iezzoni et al, 2004; Folkins et al, 2005) και την προβολή βίντεο. Το μάθημα έκλεισε με την προβολή βίντεο με διάφορα μέλη της κοινότητας των κωφών να νοηματίζουν και να εξιστορούν εμπειρίες τους, στην καθημερινότητά τους. Ακολούθησε συζήτηση σχετικά με τις εντυπώσεις των συμμετεχόντων από το βίντεο.

Στο τελευταίο μάθημα πραγματοποιήθηκε άσκηση-προσομοίωση του χώρου παροχής υπηρεσιών υγείας. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να επικοινωνήσουν με κωφό, μέλος της κοινότητας των κωφών, ο οποίος υποδύοταν τον ασθενή (Smith & Hasnir, 1991). Τα σενάρια κάλυπταν όλο το φάσμα της διδαχθείσας ύλης

και ο κωφός εθελοντής δεν έκανε χρήση προφορικού λόγου ή χειλανάγνωσης (Richards et al, 1999). Τέλος, στους συμμετέχοντες παρουσιάστηκε ηλεκτρονικό βοήθημα για επαγγελματίες υγείας στην επικοινωνία τους με κωφούς ασθενείς. Το βοήθημα αυτό σχεδιάστηκε για τους σκοπούς της εκπαίδευσης και δεν είναι ακόμα διαθέσιμο στο κοινό.

Συμπεράσματα - Συζήτηση

Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα το οποίο παρουσιάστηκε, αποτελεί σύνθεση του αναλυτικού προγράμματος για τη διδασκαλία της ελληνικής νοηματικής γλώσσας, ως ξένης γλώσσας (Παπασπύρου & Ταγκάλου, 2007) και των απαραίτητων γνώσεων κατά την εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας και φοιτητών επιστημών υγείας, όπως αυτές παρουσιάζονται στη διεθνή βιβλιογραφία. Είναι η πρώτη φορά που εφαρμόζεται σχετική εκπαίδευση σε νοσηλευτές και φοιτητές νοσηλευτικής. Από την πιλοτική εφαρμογή του, το Μάιο και τον Ιούνιο του 2011, κρίνεται ότι οι εκπαιδευόμενοι ευαισθητοποιήθηκαν και απέκτησαν γνώσεις και δεξιότητες ώστε να βελτιώσουν την παρεχόμενη σε κωφούς ασθενείς φροντίδα υγείας. Αναμένονται τα αποτελέσματα από την αξιολόγηση του προγράμματος, ώστε αντίστοιχα μελλοντικά εκπαιδευτικά προγράμματα να χρησιμοποιήσουν τα θετικά στοιχεία του και να βελτιώσουν τυχόν αδυναμίες.

Ευχαριστίες

Ευχαριστούμε τη «ΔΡΩ», αστική μη κερδοσκοπική εταιρία, για την ανάπτυξη της ποιότητας ζωής των εμποδιζόμενων ατόμων, τον κ. Κωνσταντίνο Γαλάνη, την κ. Μαρία Τσεκούρα, την κ. Φωτεινή Σκαφίδα και τον κ. Γεώργιο Καμπούρογλου, για τη συμβολή τους στην πιλοτική εφαρμογή της εκπαίδευσης. Επίσης, ευχαριστούμε ιδιαίτερα τον δάσκαλο ελληνικής νοηματικής γλώσσας, κ. Νικόλαο Γαλάνη και την καθηγήτρια του τμήματος νοσηλευτικής ΕΚΠΑ, κ. Παναγιώτα Σουρτζή για τις πολύτιμες συμβουλές τους και την ουσιαστική συμβολή τους στην πιλοτική εφαρμογή της εκπαίδευσης.

Βιβλιογραφία

1. Barnett S. (2002) "Communication with deaf and hard-of-hearing people: a guide for medical education". Acad Med 77(7):694
2. Bat-Chava Y, Martin D., Kosciw J.G (2005) "Barriers to HIV/AIDS knowledge and prevention among deaf and hard of hearing people". AIDS Care, 17(5): 623-634
3. Folkins A., Sadler G., Ko C., Branz P., Marsh S., Bovee m. (2005) "Improving the Deaf community's access to prostate and testicular cancer information: a survey study". BMC Public Health, 5:63
4. Golden P & Ulrich M. (1978) "Deaf patients' access to care depends on staff communication". Hospitals 1978 May 16; 52(10):86-90.
5. HeLMSIC (2009) "Breaking the silence...in Athens". Αδημοσίευτο υλικό εκπαίδευσης για φοιτητές ιατρικής στη λήψη ιατρικού ιστορικού από Κωφούς ασθενείς. Τμήμα Ιατρικής, ΕΚΠΑ
6. Iezzoni LI, O'Day BL., Killeen M., Harker H. (2004) "Communicating about health care: observations from persons who are deaf or hard of hearing". Ann Intern Med 2;140(5):356-62
7. Lieu C., Sadler G., Fullerton J., Stohlmann P. (2007) "Communication

ABSTRACT

SPECIAL ARTICLE

DESIGNING OF AN EDUCATIONAL PROGRAMME FOR NURSES AND NURSING STUDENTS TO ENSURE THE DEAFS' RIGHT TO HEALTH CARE

Venetia – Sofia Velonaki¹, Martha Velonaki², Athina Kalokerinou³

[1. Venetia – Sofia Velonaki, Nurse RN, MSc, PhDc, Faculty of Nursing, University of Athens, 2. Martha Velonaki, student, Medical School, University of Athens, 3. Athina Kalokerinou, Associate professor of Community Nursing, Faculty of Nursing, University of Athens]

Acknowledgements: We would like to thank mr Nikolaos Galanis, prof Panagiota Sourtzi, mr Konstantinos Galanis, ms. Maria Tsekoura, ms Fotini Skafida, mr Georgios Kampouroglou for their contribution to the pilot testing of the educational programme.

Introduction: Deaf sign language users face limited access to health information and health care and an increased risk concerning medication safety, mainly because of communication barriers with health professionals. Such problems and risks could be mitigated by properly educated nurses.

Aim: To design and pilot test an educational programme for nurses and nursing students to ensure the deafs' right in better health care.

Material and Methods: Literature was searched for education curricula of teaching greek sign language as a foreign language and for educational programmes for health professionals and students on deafness awareness, deaf culture and other aspects that arise when caring for deaf patients.

Results: By synthesising the literature findings, an educational programme for nurses and nursing students was designed and pilot tested. The educational programme contains issues related to the culture, the rights and the particular needs of deaf people on health care settings. It also includes courses to acquire knowledge and communication skills in greek sign language, focused on the communication needs of the nurse when caring for deaf patients. The duration of the education is 30 hours (10 courses).

Conclusions - Discussion: It is the first time that a relevant education programme for nurses and nursing students is applied. From the pilot testing it seems that the participants' awareness and acquired knowledge and skills about deafness were increased so that nurses will be able to improve the health care provided to deaf patients. Future educational programmes could use the strong points and improve any weaknesses of this educational programme, when the results of its evaluation will be available.

Key words: Education, deaf, sign language, nursing, health

- strategies for nurses interacting with patients who are deaf". *Dermatology Nursing*. Dec 2007 19(6):541-551
8. Lock E. (2003) "A workshop for medical students on deafness and hearing impairments" *Acad Med* 2003, Dec;78(12):1229-34
 9. Margellos-Anast H., Estarziou M., Kaufman G. (2006) "Cardiovascular disease knowledge among culturally Deaf patients in Chicago" *Preventive Medicine* 42:235-239
 10. Mathews J., Parkhill A, Schlehof D., Starr M. and Barnett S. (2011) "Innovations in teaching: Role-Reversal Exercise with Deaf Strong Hospital to Teach Communication, Competency and Cultural Awareness". *American Journal of Pharmaceutical Education* 2011; 75 (3) Article 53
 11. Pagliuca LM, Fiuza NL, Rebouças CB. (2007) "Aspects of nurses' communication with hearing impaired persons" *Rev Esc Enferm USP*. 2007 Sep;41(3):411-8
 12. Richards J., Harmer L., Pollard P., Pollard R. (1999) "Deaf Strong Hospital: An exercise in cross-cultural communication for first year Medical students" *Jurmc* volume 10: pages 4-8
 13. Sinclair-Penwarden, A. (2009) "Deaf people have unique care needs that nurses must understand and help address". *Nursing times.net*, 27-1-2009 <http://www.nursingtimes.net/deaf-people-have-unique-care-needs-that-nurses-must-understand-and-help-address/1975775.article> ανακτήθηκε 13-1-2010
 14. Smith MC & Hasnip JH (1991) "The lessons of deafness: deafness awareness and communication skills training with medical students". *med educ*. Jul;25(4):319-21
 15. Steinberg A., Barnett S., Meador H., Wiggins E., Zazove P. (2006) "Health Care System Accesibility. Experiences and perceptions of Deaf people" *J.Gen. Intern. Med*. 21:260-266.
 16. The British Medical Association (2001) *Ιατρικό εγκυκλοπαιδικό λεξικό, Γουδί: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσα*
 17. Wilcox S. & Wilcox P. (1998) "More than a Gesture". In: *Learning to see: Teaching American Sign Language as a second language*. Gallaudet University Press Washington, 2nd printing, 1998, pages 1-12
 18. ΟΜΚΕ- ΟΜοσπονδία Κωφών Ελλάδος (2011) *Δελτίο τύπου για κατάργηση του προγράμματος διερμηνείας ΕΝΓ (αριθμ. Πρωτ. 1329/9-9-2011) Διαθέσιμο από http://www.omke.gr/files/uploads/Diamartyria_gia_tin_katargisi_tou_Programmatos_Diermineias_ENG.pdf [Σεπτ 2011]*
 19. Παπασπύρου Χ. & Ταγκάλου Κ. (2007) «Ολοκληρωμένο αναλυτικό πρόγραμμα για τη διδασκαλία της ελληνικής κινηματικής γλώσσας ως δεύτερης (ξένης) γλώσσας». *Θέματα Ειδικής Αγωγής, Αθήνα: ΠΕΣΕΑ και Ατραπός* 38: 122-145

Accidents in Hospitalised Children: A Retrospective Study in a Paediatric Research Hospital in Northern Italy

Annamaria Bagnasco¹, Maria Lucia Sperlinga², Anna Maria Urbano², Fulvia Esibiti²,
Roberta Da Rin Della Mora¹, Simona Calza², Laura Tibaldi¹, Loredana Sasso³.

Consulenza Statistica: Dott.ssa Stefania Menoni Centro di Elaborazione statistica Università
degli Studi di Genova

Traduzione lingua Inglese: Dott. Giuseppe Aleo

1. PhD Università degli Studi di Genova

2. I.R.C.C.S. Giannina Gaslini, Genova

3. Professore Associato Università degli Studi di Genova

ABSTRACT

Aim: The aim of our study was to assess accidents in hospitalised children and define the main features of paediatric patients at risk for accidents.

Methods: Data were collected using the medical reports of hospitalised children who experienced accidents provided by the Accident & Emergency Department (A&E) of the “G. Gaslini” Research Hospital in Genoa between 2003 and 2006 (in those years, the institutional procedure for hospitalized children who accidentally hurt themselves was to refer them to the A&E).

Results: Accidents involving hospitalised children, were estimated to be 814 out of the total number of admissions between 2003 and 2006 (1.1%). The rate of accidents in children was highest between 1.00 pm and 8.00 pm. (338 events, equal to 41.5%). This phenomenon mostly involved children between 1 and 3 years of age (338 cases, equal to 41.5%). Falling out of bed was found to be the most frequent accident (209 cases, equal to 25.7%).

Conclusions: We found elements that were useful for the risk assessment and management of accidental injuries in hospitalized children. Such elements allowed our research team to design a project that allowed to improve both the quality of care and patient safety.

Background

Accidents in hospitalised children have not yet been thoroughly investigated in literature, whereas in hospitalised adults falls are perhaps one of the most deeply and widely investigated phenomena in terms of predictability and their avoidance. Most of the studies focus on the population with the highest risk of falling, i.e. the elderly, but accidents also occur in children, as shown by a study that monitored all accidents occurring on hospital wards (Levene, Bonfield 1991).

Patients and visitors were studied for a period of 18 months: children between the age of 3 and 5 were those mostly subject to the risk of accidents and 41%

of the accidents occurred in the presence of parents.

Among the factors associated with the risk of falls in children are early ambulation and the ability to perceive height and depth. The risk of falls in children is higher when they crawl on all fours (Adolph 2000).

Falls can be divided into the following three categories:

1. **Accidental falls:** these occur when a patient falls unintentionally, usually after stumbling or slipping, equipment failure or other environmental factors; these patients cannot be classified “at risk” before the event occurs;

2. **Unexpected falls:** these occur when the cause cannot be considered among the patient's risks of falling and are therefore unforeseeable;
3. **Expected falls:** occur in patients who are assessed to be at risk of falling (Morse 2002).

In paediatric patients, falls are predictable for instance in a 13-month child who still has not fully developed the ability to walk much and has the typical unstable gait commonly found in children of this age.

This classification is for adults and it may be necessary to identify other categories for falls in children, in relation to their level of development and type of fall (Rasmus, Wilson 2006).

The guidelines aimed at preventing domestic accidents show some similarities between these and accidents in hospitalised children, especially in the areas where children spend most of their time (ward room and playroom), just like at home.

Guidelines to prevent and manage falls (Gioachin, Marilli 2004), charts to assess the risk of falls (Chiari et al 2002), retrospective analyses (Bari et al 2002), suggestions for clinical practice and surveillance projects for falls (AA.VV 2002a), regional programs for the prevention of falls in hospitals (like the one implemented in Tuscany in 2006) (AA.VV 2002b) were all for adults. The only literature available on falls in children mainly focuses on accidents at home. Literature on domestic accidents identifies as one of the most effective measures of prevention, educating parents on how to look after and guard their children, especially if they are very young, to prevent risk behaviours and make the room the child spends most of the time safer (i.e. protections for sharp edges, stairs, windows, beds, furniture and toys suitable for their age, well-illuminated and tidy rooms).

In health care centres, preventing the risk of falls in patients and visitors, monitoring the phenomenon, identifying the causes and implementing corrective actions also contribute to reducing the number of lawsuits claiming for compensation and extra costs due to outcomes that often require a longer stay in hospital and resources to treat the patient.

The Quality Management System of the Research Hospital "G. Gaslini" in Genoa has the purpose of integrating Institutional Accreditation provided by the directives of the Liguria Region, the UNI EN 9000 certification (for healthcare and administration services) and the process of accreditation to excellence of the whole Hospital according to the Joint Commission International (JCI) methodology.

Preventing accidents in patients and visitors within JCI standards of quality and patient safety (Joint Commission 2004) are required for JCI accreditation of a hospital.

One of these standards is: "managerial monitoring

should include surveillance, control and prevention of events that represent a risk for the safety of patients, family members and the staff".

Aims

The aims of this project were: a) to identify the various types of accidents experienced by hospitalised children; b) outline the profile of children potentially at risk of having an accident, which would allow to set up an institutional policy for the prevention and signalling of accidents, as well as an adequate information program for parents and health workers.

Materials and Methods

We collected data from a retrospective analysis of the clinical records belonging to all the children hospitalised between 2003 and 2006 in all the inpatient Departments of the *Istituto Pediatrico 'Giannina Gaslini'* in Genoa (Urgency-Emergency, Medical-Medical Specializations and Obstetrics-Maternity). Day Hospital and Day Surgery patients were excluded from the study.

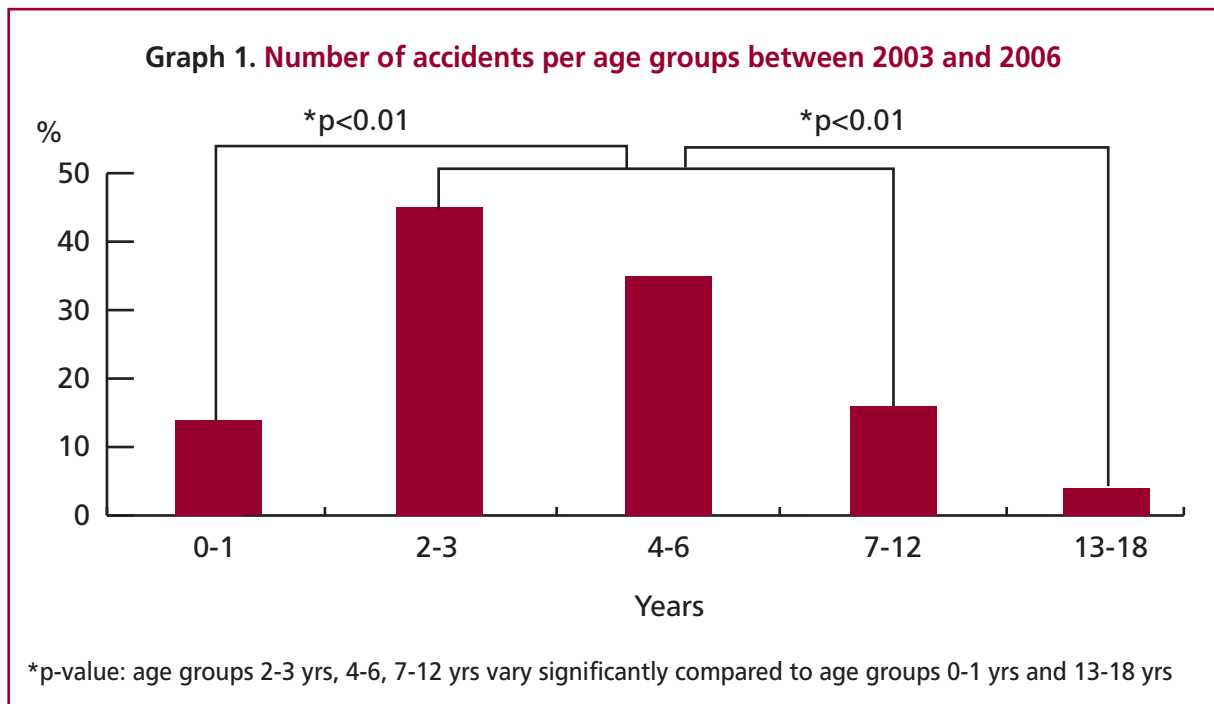
We examined the medical reports of children who experienced falls during their hospitalisation and were referred to the Accident and Emergency Department (A&E) of the same hospital (*Istituto Pediatrico 'Giannina Gaslini'*) between 2003-2006. The Institutional procedure in those years was to refer children who hurt themselves during their period of hospitalisation to the A&E to be seen by the physician on duty. From the medical reports we gathered information on the ward the child was hospitalised, the date and time the accident occurred, the child's age and gender, type of accident and how it occurred, the type of treatment provided and days of prognosis.

Results

In the four-year period mentioned above, 814 hospitalised children were referred to the A&E of the same hospital due to accidents (1.1% of 75510 hospitalised children). The number of accidents was constant across the four years and their frequency was found to be higher in October and May (95 accidents, 11.7%) and lowest in August (41 accidents, 5%). Accidents were found to occur mainly in the afternoons, between 1.00pm and 8.00pm (338 accidents, 41.5%). Instead in the morning, between 7.00am and 1.00pm, and at night between 8.00pm and 7am the number of accidents were respectively 194 (23.9%) and 192 (23.6%).

The highest number of accidents occurred in children aged between 1 and 3 years (338 cases, 41.5%), whereas in other age groups, especially between the age of 0 and 1 years and between the age of 12 and 18 years were much less, even considering the number of hospitalized children according to the age groups.

The number of accidents per age groups are shown in Graph 1.



Head traumas were found to be the most frequent type of accident, in particular cranial traumas (215 cases = 26.4%), forehead trauma (206 cases = 25.3%) and facial trauma (26 cases = 15.5%).

During the four years of observation, we found that accidents occurred similarly to the way they occur at home, such as bumping against doors, windows and furniture (182 cases = 22.4%), falls while playing (86 cases = 10.6%), falling off chairs,

sofas and changing-tables (60 cases = 7.3%), falling off pushchairs (17 cases = 2.1%), from tricycles (8 cases = 1%), from the arms of an adult (5 cases = 0.6%) and 3 cases of burns caused by liquids.

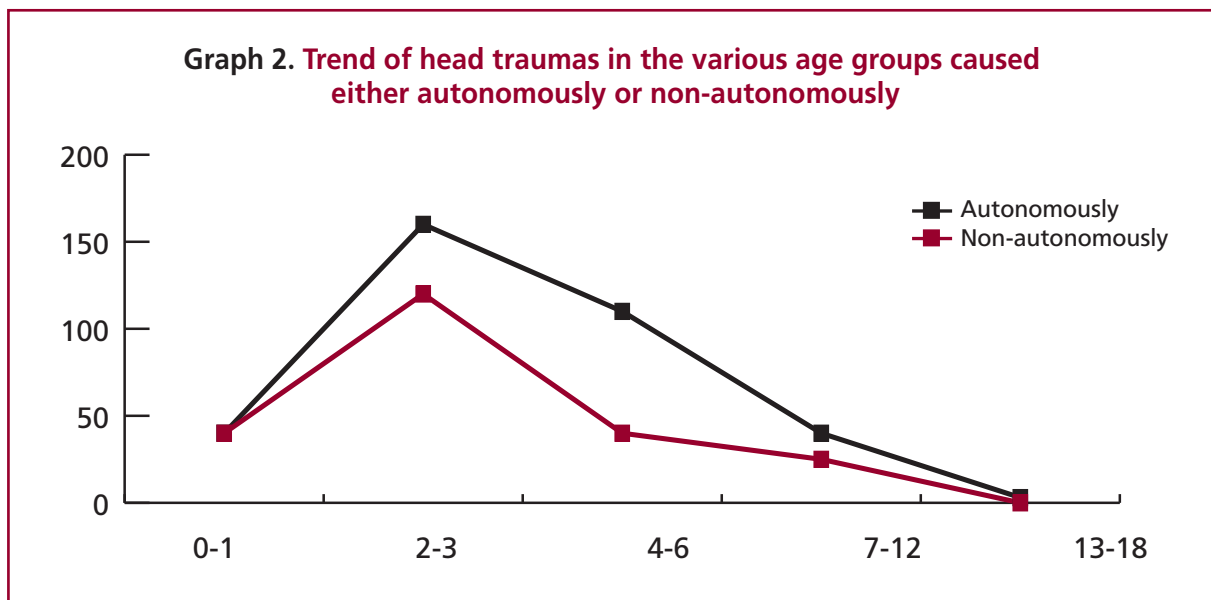
In these cases, accidents in children were probably due to their parent's distraction or reduced level of attention.

Graph 2 shows a significant difference between autonomously and non-autonomously caused traumas.

TABLE 1

Type of Accident	# Cases	%
Cranial traumas	215	26.4
Forehead traumas	206	25.3
Occipital traumas	99	12.2
Parietal /temporal traumas	28	3.4
Facial traumas	126	15.5
Traumas in other parts of the body	95	11.7
Dislocations in upper/lower limbs	6	0.7
Fractures in upper/lower limbs	5	0.6
Injuries, excoriations, bruises in other parts of the body	12	15
Burns	3	0.4
Multiple traumas	14	1.7
Other	2	0.2
Total	811	99.6
Missing data	3	0.4
Total	814	100

Main types of Falls



Accidents occurred more frequently in males than in females (509 cases, 62.5% vs. 305 cases, 37.5%), also in proportion to the number of admissions for each gender group during the 4-year period, i.e. 37,604 males and 37,906 females, equal to 1.35% and 0.8% respectively (see Graph 3).

No statistically significant differences emerged between males and females in relation to the total proportions, however accidents occurred more frequently in males.

Most of the accidents (463 cases, 56.9%) were dealt by a surgeon at the A&E and the most frequent prognosis was 48 hours (445 cases, 57.7%).

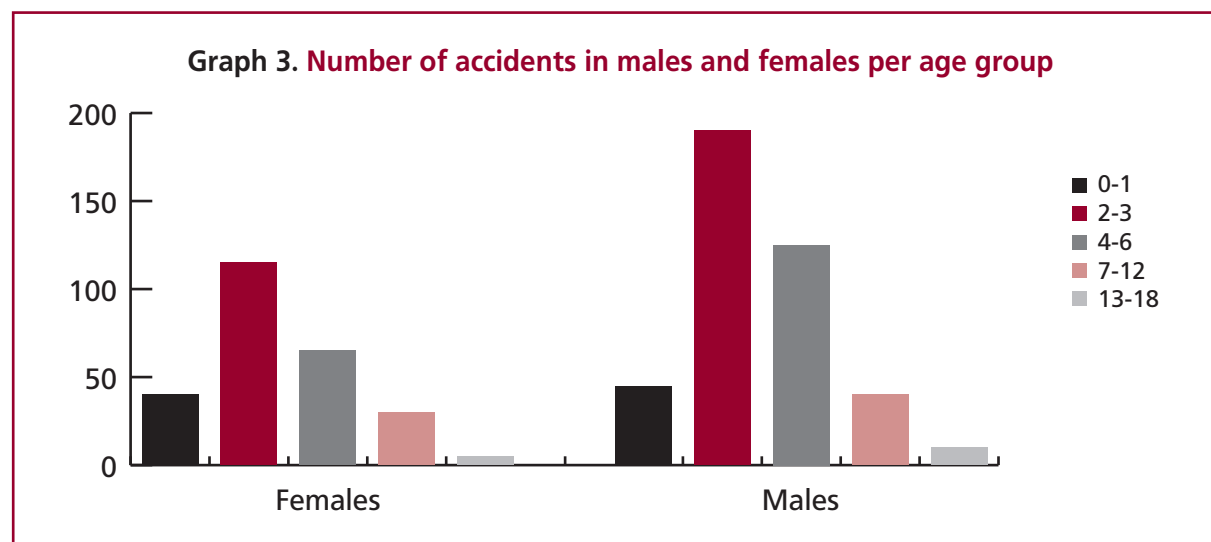
Most of the accidents were not serious, although they did increase hospital costs due to extra diagnostic

tests (1.25 extra tests per each child with an accident), due to possible complications that required a longer stay in hospital and more work for the staff dealing with these cases.

In the Urgency/Emergency Area, the accidents were 247 (30.3%), 1 in the Obstetrics-Neonatal Area (0.1%) and 563 in the Medical / Medical Specialties Area (69.2%); in 3 cases (0.4%) the A&E medical record did not state from which internal unit the inpatient came from.

Accidents were more frequent in the Medical /Medical Specialties Area (1.8% out of 30,709 admissions) compared to the Urgency/Emergency and Obstetrics-Neonatal Areas (0.5% out of 44,801 admissions, of which only 1 case in the Obstetrics-Neonatal Area).

Of the medical units, the highest number of accidents



were reported in Paediatrics III-Gastroenterology (3,3%) and Neuropsychiatry (2.6%), of the surgical units, in Ophthalmology (1.6%) and in Otolaryngology (1.4%).

No accidents were reported in the three units of intensive therapy (Centre for Newborns at Risk, Bone Marrow Transplantation, Intensive Care).

Discussion

This phenomenon appears to follow the seasonal trend of admissions linked to the holiday periods (because in the Summer and in December it was reduced), and it also seems to be influenced by the activity program: in the morning children are in bed or undergoing treatments (examinations, therapies, diagnostic activities), whereas in the afternoon they have more free time to play and this may increase the risk of having an accident.

The greatest number of accidents occurred in the 1-3 year age group, because this is typically the time of the child's ambulatory and cognitive development, progressive increase of autonomy and of the awareness of danger (after their first year, children learn how to walk on their own and therefore gain more physical independence and the freedom to explore a world that rapidly becomes bigger and bigger).

Since in literature no parameters referred to accidents in hospitalised children are reported, we could only hypothesise that the higher rates of this event in given units could be linked to the disease, mean length of stay, which was shorter in the surgery units (4-5 days vs. 5-6 days in the medical units), to the therapy, and the child's and family's ability to adapt themselves to the hospital environment.

The absence of accidents in the intensive care units could be related to the serious clinical conditions and to the age of the patients (e.g. pre-term babies, or children in critical conditions admitted to the Centre for Newborns at Risk and Intensive Care).

Accidents involving the head were the most frequent ones, especially cranial traumas. This datum was confirmed by literature when describing accidents that occurred in homes (Kim et al 2007). Head traumas occur when children lose their balance and fall forward due to their head which is physiological disproportionate compared to the rest of their body.

Literature on domestic accidents identifies as one of the most effective measures of prevention, educating parents on how to look after and guard their children, especially if they are very young, to prevent risk behaviours and make the room the child spends most the time safer (i.e. protections for sharp edges, stairs, windows, beds, furniture and toys suitable for their age, well-illuminated and tidy rooms). It is thought that such measures could be included in a prevention program for children, along with tools that measure the risk of falls, since this

was the most frequently reported accident.

Considered that the mean frequency of accidents reported between 2003-2006 was equal to 1.1%, according to the Probability Scale of the Clinical Risk Technical Commission (www.azisanrovig.it), such probability can be defined as "occasional".

The scale measuring the severity of harm set up by the same Commission, allowed to classify the level of risk for each event:

- 1) 56.9% of the cases only required the examination of a surgeon and probably more monitoring (no harm);
- 2) 42.1%, as well as the examination of a surgeon, required further tests and/or care (x-rays, specialised examinations, sutures, medications), where harm was rated as "mild".
- 3) 0.9% produced temporary consequences (plaster cast), where harm was rated as "average".

In the light of these data, risk was estimated to be between "acceptable" and "low".

According to the matrix suggested by the Technical Commission, when the level of risk is between "acceptable" and "low", this requires monitoring and planning interventions aimed at managing and keeping under control the risk linked to accidental trauma events.

Conclusions

Our study confirmed that accidents in hospitalised children constitute a real phenomenon, they can be objectively quantified, it is possible to specify which age group is mostly affected, describe the various types of accidents, how they occur, the healthcare services they require and the respective days of prognosis.

When the study was started, there were no institutional procedures, tools and standard actions to deal with and report accidents.

On the basis of the data we gathered, we developed an institutional improvement plan that responded to the need to have common procedures and tools to report, manage and monitor accidents. Such plan, moreover, allowed to set up informative initiatives for families, involve health workers in the designing of tools and procedures, create a computerised monitoring system of accidents to crosscheck the effectiveness of the changes determined by improvement actions over time.

Of all the accidents, falls were studied in relation to the prevention tools and the *Heinrich II Fall Risk Model* was identified and included in the nurses' assessment tools for children between the age of 3-6.

This study took into account only the events described in the chart filled in by the resident physician at the Accident and Emergency Department. This was a limit of our study because it did not include information – inferred from the medical record – regarding, for instance, the complications that produced various

types of outcomes in children and lengthened their stay in hospital. Moreover, there was no guarantee that every single child who had an accident was then actually referred to the A&E of the hospital (patients in serious conditions, immunodepressed or whose parents refused the examinations, etc.), thus the extent

of the phenomenon could be underestimated.

The risk assessment of accidents hereby hypothesised, in order to be confirmed, would require a specific study conducted by a multidisciplinary or multicentered team, as well as the comparison with other data available in literature regarding this phenomenon.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΑ ΠΑΙΔΙΑ: ΜΙΑ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ ΕΝΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΤΗ ΒΟΡΕΙΑ ΙΤΑΛΙΑ

Annamaria Bagnasco¹, Maria Lucia Sperlinga², Anna Maria Urbano², Fulvia Esibiti², Roberta Da Rin Della Mora¹, Simona Calza², Laura Tibaldi¹, Loredana Sasso³.

Consulenza Statistica: Dott.ssa Stefania Menoni Centro di Elaborazione statistica Università degli Studi di Genova. Traduzione lingua Inglese: Dott. Giuseppe Aleo

[1. PhD Università degli Studi di Genova, 2. I.R.C.C.S. Giannina Gaslini, Genova 3. Professore Associato Università degli Studi di Genova]

Σκοπός: Ο σκοπός της μελέτης μας ήταν η αξιολόγηση των ατυχημάτων σε νοσηλευόμενα παιδιά και να προσδιοριστούν τα κύρια χαρακτηριστικά των παιδιατρικών ασθενών που προδιαθέτουν για ατυχήματα.

Μέθοδοι: Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με χρήση των ιατρικών εκθέσεων των νοσηλευόμενων παιδιών που εμφάνισαν τα ατυχήματα που παρέχονται από το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (A & E) του "G. Gaslini " Πανεπιστημιακό Παιδιατρικό Νοσοκομείο στη Γένοβα το 2003 έως το 2006

Αποτελέσματα: Ατυχήματα στα παιδιά στο ανωτέρω νοσοκομείο, εκτιμήθηκαν ότι ήταν 814 από το συνολικό αριθμό των εισαγωγών μεταξύ 2003 και 2006 (1,1%). Το ποσοστό των ατυχημάτων στα παιδιά ήταν υψηλότερα 13:00 μμ - 20:00 μ.μ.. (338 εκδηλώσεις, ίση με 41,5%). Αυτό το φαινόμενο που εμπλέκονται ως επί το πλείστον τα παιδιά μεταξύ 1 και 3 ετών (338 περιπτώσεις, ίση με 41,5%). Η πτώση από το κρεβάτι βρέθηκε να είναι η πιο συχνή ατύχημα (209 περιπτώσεις, ίση με 25,7%).

Συμπεράσματα: Βρήκαμε στοιχεία που ήταν χρήσιμα για την αξιολόγηση του κινδύνου και της διαχείρισης των τραυματισμών από ατυχήματα στα νοσηλευόμενα παιδιά. Τα στοιχεία αυτά επιτρέπεται η ερευνητική μας ομάδα να σχεδιάσει ένα πρόγραμμα που μπορούν να βελτιώσουν τόσο την ποιότητα της περίθαλψης και την ασφάλεια των ασθενών.

References

1. AA.VV. Progetto anti-cadute in corsia. Il Sole 24 ore Sanità anno X - n°4
2. AA.VV. Progetto di sorveglianza delle cadute dei pazienti. Centro Studi EBN Policlinico S. Orsola- Malpigli, 2002
3. Adolph K.E. Specificity of learning; why infants fall over a veritable cliff Psychol Science: a journal of the American Psychological Science 2000 Jul;11(4):290-5
4. ANG N.K.E., MORDIFFI S.Z., WONG H.B., DEVI K. & EVANS D. "Evaluation of three fall-risk assessment tools in an acute care setting", 2007, Journal of Advanced Nursing 60(4), 427-435
5. Brandi A et al. Indagine retrospettiva sulle cadute nei pazienti ricoverati in ospedale. Assistenza Infermieristica e Ricerca 2002; n. 21
6. Chiari P, Mosci D, Fontana S. Valutazione degli strumenti di misura del rischio di cadute dei pazienti. Assistenza Infermieristica e Ricerca 2002; n. 21
7. Commissione Tecnica sul Rischio Clinico. Risk management in Sanità. Il problema degli errori. Roma: 2004
8. Gioachin G, Marilli R. Un programma di prevenzione delle cadute del paziente anziano in ospedale Risultati di un'indagine. Nursing Oggi; 2004; 2
9. http://www.azisanrovigo.it/asl18/salute_cittadino/ehlass/3%20ITALIANA.doc
10. Joint Commission International (a cura di Pro.ge.a. S.r.l.) Standard per ospedali seconda edizione. Milano: Edizioni Libreria Bocca, 2004
11. Kim EA, Mordiffi SZ, Bee WH, Devi K, Evans D. Evaluation of three fall-risk assessment tools in an acute care setting. J Adv Nurs. 2007 Nov; 66(4): 427-35.
12. Levene S., Bonfield G. Accidents on hospital wards Archives of Disease in Childhood 1991; 66: 1047-1049
13. Lovallo C, Rolandi S, Rossetti AM, Lusignani M. Accidental falls in hospital inpatients: evaluation of sensitivity and specificity of two risk assessment tools. Department, IRCCS San Raffaele Hospital, Milan, Italy. J Adv Nurs. 2010 Mar; 66(3):690-6.
14. Morse J., Enhancing the safety of hospitalization by reducing patient falls. Am J Infect Control. 2002 Oct; 30 (6): 376-80.
15. Razmus I, Wilson D, Smith R, Newman E. Falls in Hospitalized Children. Pediatric Nursing 2006; 32 (6): 568-72.

Διερεύνηση Επίπτωσης της Φυματίωσης στον Ελλαδικό Χώρο

Κωνσταντίνα Γκουγκουμάτη¹, Δημήτριος Ζήκος², Μαριάννα Διομήδους³

1. Νοσηλεύτρια, Msc Δημόσιας Υγείας, email: gougou_eye@hotmail.com
 2. Νοσηλευτής ΠΕ, PhD Health Informatics, MSc, email: dimitriszikos@gmail.com
 3. Επίκουρος Καθηγήτρια Επιδημιολογίας, email: mdiomidi@nurs.uoa.gr
- 1,2,3. Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η επίπτωση της φυματίωσης σε παγκόσμιο επίπεδο έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια. Σκοπός της εργασίας η διερεύνηση της επίπτωσης της φυματίωσης και των ατομικών και κλινικών χαρακτηριστικών ασθενών στον ελλαδικό χώρο που διαγνώστηκαν με τη νόσο κατά τη χρονική περίοδο 2003-2009.

Υλικό και Μέθοδος: Το υλικό της έρευνας αποτέλεσαν 869 δελτία δήλωσης κρουσμάτων ασθενών από το Εθνικό Κέντρο Αναφοράς της νόσου, με καταγεγραμμένα κρούσματα κατά το χρονικό διάστημα 2003-2009. Τα δελτία περιλάμβαναν πληροφορίες σχετικά με τα ατομικά χαρακτηριστικά, εθνικότητα, εντόπιση της νόσου, τύπο θεραπείας και τα αποτελέσματα διαγνωστικών ελέγχων. Ακολούθησε συστηματική αποδελτίωση και περιγραφική ανάλυση.

Αποτελέσματα: Οι περισσότεροι ασθενείς (67,4%) ήταν άρρενες, η πλειοψηφία διέμενε στην Αττική (75,4%) και η επικρατούσα ηλικιακή ομάδα ήταν αυτή των 31-40 ετών (21,5%). Οι ασθενείς διαβιούσαν ομαδικά σε ποσοστό 14,3%, ενώ 337 ασθενείς ήταν μετανάστες, αποτελώντας τη μεγαλύτερη ειδική πληθυσμιακή ομάδα. Σχετικά με τη χρονική διάρκεια παραμονής στην Ελλάδα τα υψηλότερα ποσοστά βρέθηκαν μεταξύ ατόμων που διέμειναν στη χώρα μας από 2 έως 8 έτη. Το αποτέλεσμα της φυματινοαντίδρασης Mantoux και της α/α θώρακος βρέθηκαν να είναι θετικά σε ποσοστά 79,5% και 94,8% αντίστοιχα. Στην πλειοψηφία, η εντόπιση της νόσου ήταν πνευμονική (82,8%). Η πλειοψηφία των ασθενών (95,5%) ελάμβανε αντιφυματική αγωγή, σε αντίθεση με το παρελθόν (προ καταγραφής) όπου μόλις το 8,1% είχε λάβει αγωγή. Τέλος, ανοσοκαταστολή σημειώθηκε σε ποσοστό 11,1%, ενώ η καταγραφή σχετικά με το είδος του μυκοβακτηριδίου παρουσιάστηκε ελλιπής.

Συζήτηση: Ο μεγάλος αριθμός ειδικών ομάδων (ανασφάλιστοι μετανάστες, πρόσφυγες) και η ανάπτυξη πολυανθεκτικών στελεχών αναχαιτίζουν την εξάλειψη της φυματίωσης στην Ελλάδα. Η καταγραφή των κρουσμάτων παρουσιάζει μεγάλα περιθώρια βελτίωσης, ειδικά προς την κατεύθυνση περιορισμού της υποδήλωσης. Η υποστήριξη του συστήματος καταγραφής θα μπορούσε να γίνει με κατάλληλο ηλεκτρονικό σύστημα διασύνδεσης του Κέντρου Αναφοράς με περιφερειακά νοσοκομεία, υποστηρίζοντας σημαντικά την επιτήρηση της νόσου.

Λέξεις-Κλειδιά (MeSH): incidence, registries, tuberculosis

Εισαγωγή

Η φυματίωση αποτελεί σημαντικό ζήτημα τόσο κλινικού ενδιαφέροντος όσο και δημόσιας υγείας. Η ορθή διερεύνηση, η πρόληψη και η επιτυχής θεραπεία αποτελούν τη βάση για την εκρίζωσή της. Σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ) η φυματίωση είναι μεταδοτική ασθένεια που προκαλείται από το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης και συνήθως επηρεάζει τους πνεύμονες. Μεταδίδεται από άνθρωπο σε άνθρωπο με ενεργό αναπνευστική νόσο μέσω σταγονιδίων από το λαιμό και τους πνεύμονες. Η φυματίωση διακρίνεται σε πνευμονική και εξωπνευμονική μορφή. Η περίοδος επώασης της φυματίωσης διαρκεί 4-12 εβδομάδες

ενώ η κλινική εικόνα περιλαμβάνει νυκτερινές επιδρώσεις, καταβολή δυνάμεων, πυρετό, ρίγη και απώλεια της όρεξης. Στην πνευμονική φυματίωση παρατηρείται επίμονος βήχας, θωρακικό άλγος κατά την αναπνοή, πυώδης απόχρεμψη ή αίμα. Πριν την έναρξη της θεραπείας απαιτείται διενέργεια καλλιέργειας πτυέλων, ενώ όταν το παρασκεύασμα των πτυέλων είναι αρνητικό για οξεάντοχα βακτηρίδια, απαιτείται βρογχική έκπλυση (Lederman 2003). Σε άτομα με θετική φυματινοαντίδραση, χορηγείται προληπτικά χημειοπροφύλαξη ενώ η τυπική θεραπεία της λανθάνουσας φυματίωσης περιλαμβάνει τη χορήγηση ισονιαζιδης (INH) σε ημερήσια δόση για 9 μήνες. Η πνευμονική φυματίωση πρέπει να αντιμετωπίζεται με τα πρωτεύοντα αντιφυματικά (ισονιαζίδη, ριφαμπικίνη, στρεπτομυκίνη). Τα τελευταία χρόνια έχουν παρουσιαστεί ειδικά αντιφυματικά φαρμάκων, όπως οι φθοριοκινόλνες, ενώ η γαπιφλοξασίνη και η μοξιφλοξασίνη έχουν ισχυρότερη αντιφυματική δράση. Η λινεζολίδα αποτελεί νεότερο αντιβιοτικό και είναι *in vitro* και *in vivo* δραστικό έναντι του *M. Tuberculosis* (Παπακωνσταντίνου 20007).

Στη Δυτική Ευρώπη, εμφανίζεται το χαμηλότερο ποσοστό επίπτωσης και θνησιμότητας της φυματίωσης (Falzon 2008). Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ το 2009 η μέση ετήσια επίπτωση στο σύνολο της ευρωπαϊκής ηπείρου ήταν 47/100.000 (WHO 2010). Στους γηγενείς η επίπτωση είναι ιδιαίτερα χαμηλότερη σε σχέση με τους μετανάστες, ιδιαίτερα στις ηλικίες 25-34 ετών. Υπάρχει πάντως τάση μείωσης της επίπτωσης σε σχέση με τα καταγεγραμμένα ποσοστά του 1998 (Υπουργείο Υγείας 2008).

Στις αρχές του 20ού αιώνα, το πρόβλημα στην Ελλάδα είχε τεράστιες διαστάσεις. Κατά το δεύτερο μισό του 20ού αιώνα, με τη χρήση των αντιφυματικών φαρμάκων, η θνησιμότητα από φυματίωση εμφάνισε πτωτική πορεία (Γουργουλιάνης 1997) ενώ με την εμφάνιση του λαθρομεταναστευτικού ρεύματος παρουσιάστηκε εκ νέου αύξηση των κρουσμάτων (Θεοδωρακόπουλος 2003). Το 1960 θεσπίστηκε ο νόμος 4053 που καθιέρωσε τον «Αντιφυματικό Αγώνα» ενώ αργότερα υλοποιήθηκε το Εθνικό Πρόγραμμα Ελέγχου της Φυματίωσης (Ε.Π.Ε.Φ) από την Επιστημονική Επιτροπή Φυματίωσης του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, στηριζόμενο στο «Παγκόσμιο Σχέδιο Αναχαίτισης της Φυματίωσης 2006-2015» (Υπουργείο Υγείας 2008).

Το 2009 στην Ελλάδα δηλώθηκαν 593 νέες περιπτώσεις στο ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. Η πνευμονική εντόπιση ανερχόταν στο 74,4%, των νέων περιπτώσεων. Το ποσοστό αλλοδαπών ασθενών έφτανε το 43,3% επί του συνόλου των δηλωμένων κρουσμάτων. Στην Ελλάδα υπάρχει σοβαρή υποδήλωση της νόσου, συνεπώς η πραγματική επίπτωση είναι αρκετά μεγαλύτερη από αυτή που δηλώνεται. Στη χώρα μας την περίοδο 2005-09 εμφανίστηκαν 2289 νέες περιπτώσεις φυματίωσης, από τις οποίες το 41,5% αφορά μετανάστες

(Eurosurveillance), ενώ η συχνότητα ποικίλλει στις διάφορες περιοχές της χώρας (Υπουργείο Υγείας 2008). Επισημαίνεται από το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ πάντως ότι τα στοιχεία αυτά συχνά δεν αντιπροσωπεύουν την πραγματική συχνότητα της νόσου (Jelastorpu 2009).

Το πρόβλημα της υποδήλωσης επισημαίνεται και από την αναδρομική μελέτη των Γελαστοπούλου και συν. Στη μελέτη έγινε συλλογή δεδομένων κατά τα έτη 2000-2003 σε νοσοκομεία και κέντρα υγείας της Δυτικής Ελλάδας. Η σύγκριση των δεδομένων με τα δηλωθέντα στο ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ ανέδειξε ότι μόνο το 70% των κρουσμάτων είχαν δηλωθεί παράλληλα και στο ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. Επιπρόσθετα, δεν υπήρχε συνέπεια στις καταγραφές των κέντρων υγείας σε σχέση με τα νοσοκομεία αναφοράς. Στη μελέτη αυτή η πραγματική επίπτωση υπολογίστηκε να είναι 3,7 φορές υψηλότερη από αυτή που είχε δηλωθεί κατά το διάστημα 2000-2003 (European Lung Foundation).

Σκοπός

Σκοπός της μελέτης είναι η επιδημιολογική διερεύνηση της φυματίωσης στον ελλαδικό χώρο. Συγκεκριμένα, η μελέτη έχει στόχο τη διερεύνηση των ατομικών και κλινικών χαρακτηριστικών των ασθενών που διαγνώστηκαν με φυματίωση κατά τη χρονική περίοδο 2003-2009. Γίνεται ταξινόμηση των περιπτώσεων ανά ηλικία, προκειμένου να κατανοηθεί το ηλικιακό προφίλ, ανά φύλο και γεωγραφικό διαμέρισμα. Επίσης, μελετάται η ύπαρξη σχέσης με άλλο κρούσμα και ο προσδιορισμός του είδους σχέσης, προκειμένου να διαπιστωθεί εάν το υψηλότερο ποσοστό κρουσμάτων σχετίζεται με την διαβίωση σε οικογένεια, φιλικό περιβάλλον ή τη συμβίωση. Επιπλέον, μελετάται η ύπαρξη ομαδικής διαβίωσης, που αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για τη μεταδόση της νόσου, όπως και η ένταξη του ασθενή σε ειδική πληθυσμιακή ομάδα. Τέλος, στόχος είναι η διερεύνηση της εντόπισης της νόσου, η διεξαγωγή εμβολιασμού BCG, το ποσοστό των ασθενών με προϋπάρχουσα ανοσοκαταστολή ως παράγοντα κινδύνου, το είδος του μυκοβακτηριδίου, η ανθεκτικότητα καθώς και το θεραπευτικό σχήμα που ακολουθήθηκε.

Υλικό και Μέθοδος

Το υλικό της έρευνας αποτέλεσαν τα δελτία δήλωσης κρουσμάτων των ασθενών με φυματίωση από το Εθνικό Κέντρο Αναφοράς της νόσου. Συγκεκριμένα, συγκεκριντρώθηκαν και αξιοποιήθηκαν 869 δελτία. Η καταγραφή κρούσματος στα δελτία δήλωσης, αφορούσε το χρονικό διάστημα 2003-09. Για τη διεξαγωγή της μελέτης, χρησιμοποιήθηκαν από το αρχείο τα παρακάτω δεδομένα: φύλο, νομός κατοικίας, ηλικία, σύνδεση με άλλο κρούσμα, ένταξη ασθενή σε ειδική πληθυσμιακή ομάδα, ύπαρξη ομαδικής διαβίωσης, εθνικότητα, έτη διαβίωσης στην Ελλάδα, προηγούμενος εμβολιασμός BCG και ύπαρξη ουλής. Επιπρό-

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Ασθενείς που εντάσσονται σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες

Πληθυσμιακή Ομάδα	Αριθμός Καταγραφών (N) των Καταγραφών	Ποσοστό (%) στο Σύνολο	Ποσοστό (%) επί των ενταχθέντων σε Πληθυσμιακή Ομάδα
Μετανάστες	347	39,9%	89,7%
Αθίγαντοι	4	0,5%	1%
Τοξικομανείς	7	0,8%	1,8%
Αλκοολικοί	7	0,8%	1,8%
Πάσχοντες με χρόνια νόσο	8	0,9%	2,1%
Ιατρονοσηλευτικό Προσωπικό	4	0,5%	1%
Τρόφιμοι Φυλακών	6	0,7%	1,6%
Άλλες Κατηγορίες	4	0,5%	1%
ΣΥΝΟΛΟ ΑΣΘΕΝΩΝ			
ΣΕ ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ	387	44,5%	100%
ΣΥΝΟΛΟ ΚΑΤΑΓΡΑΦΩΝ	869	100,0	

σθετα, χρησιμοποιηθήκαν δεδομένα που αφορούσαν στα κλινικά χαρακτηριστικά, δηλαδή το αποτέλεσμα της φυματινοαντίδρασης Mantoux, η εντόπιση της νόσου, το αποτέλεσμα της ακτινογραφίας θώρακος, η έκταση της περιοχής βλάβης, η ύπαρξη ανοσοκαταστολής, η προηγηθείσα θεραπεία και η έκβαση, η χορηγούμενη θεραπευτική αγωγή, καθώς επίσης και εργαστηριακά ευρήματα. Τα δελτία μελετήθηκαν και τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν ομαδοποιήθηκαν και καταχωρήθηκαν σε υπολογιστικά φύλα.

Αποτελέσματα

Το δείγμα αποτελείται από 869 ασθενείς, εκ των οποίων οι 586 (67,4%) ήταν άνδρες και οι 283 (32,6%) γυναίκες. Σχετικά με τον τόπο διαμονής, 539 περιστατικά (75,4%), διέμεναν στο λεκανοπέδιο της Αττικής, 70 ασθενείς (9,8%) διέμεναν στην Πελοπόννησο και 66 ασθενείς (9,2%) στη Στερεά Ελλάδα. Ελάχιστες καταγραφές αφορούσαν άλλες περιοχές. Βρέθηκε ότι τα περισσότερα καταγεγραμμένα κρούσματα (21,5%) ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα των 31-40 ετών και στην ηλικιακή ομάδα 21-30 ετών (18%). Στις ηλικιακές ομάδες 41-50 ετών, 51-60 ετών, 61-70 ετών και 71-80 ετών, τα ποσοστά βρέθηκαν να είναι ίσα με 13,5%, 11,9%, 10,6% και 11,9% αντίστοιχα. Τέλος ποσοστό 10,3% ήταν ηλικίας >81 ετών, ενώ μόνο το 2,3% είχε ηλικία μικρότερη ή ίση των 20 ετών.

Σε σχέση με την ομαδική διαβίωση, βρέθηκαν δηλωμένες 109 περιπτώσεις (14,3%) οι οποίες διαβίωναν ομαδικά. Από αυτούς, ποσοστό 20,2% συγκατοικούσαν με άλλα άτομα εκτός οικογενείας, το 16,5% διέμενε με την οικογένειά του και ποσοστό 13,8% σε σωφρονιστικά ιδρύματα. Σχετικά με την ένταξη των ασθενών σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες το 89,7% (347 ασθενείς) ανήκαν στην ομάδα των μεταναστών. Πολύ λίγες ήταν οι καταγραφές που αφορούσαν άλλες πληθυσμιακές ομάδες (αλκοολικοί, χρήστες ουσιών,

κρατούμενοι, ψυχιατρικοί ασθενείς και αθίγαντοι) (Πίνακας 1). Σχετικά με τα έτη διαμονής των αλλοδαπών στην Ελλάδα, υπήρχαν συμπληρωμένα στοιχεία μόνο για τους 219 ασθενείς. Η κατηγορία με το υψηλότερο ποσοστό φυματίωσης αφορούσε άτομα που διέμεναν στην Ελλάδα για χρονικό διάστημα 5 ετών (32 περιπτώσεις, 14,6%). Γενικά οι περισσότερες περιπτώσεις διέμεναν στην Ελλάδα για χρονικό διάστημα μεταξύ 2 και 8 ετών. Από το σύνολο των 869 καταγραφών, βρέθηκαν συμπληρωμένα 777 δελτία σχετικά με την ύπαρξη σύνδεσης της νόσου με άλλο πρόσωπο. Από τα δελτία αυτά, ποσοστό 94,2%, δεν παρουσίαζε σύνδεση με άλλο πρόσωπο ενώ σε 44 περιπτώσεις (5,7%) υπήρξε σύνδεση με άλλα άτομα, κυρίως εντός του οικογενειακού περιβάλλοντος.

Ποσοστό 9,7% (N=68) των περιπτώσεων είχε εμβολιαστεί με BCG, σε αντίθεση με το 40,1% (N=280) στο οποίο δεν πραγματοποιήθηκε εμβολιασμός. Το ποσοστό των περιπτώσεων για τις οποίες είχε καταγραφεί ως «άγνωστη» η διεξαγωγή του εμβολιασμού καθώς και αυτές για τις οποίες δεν υπήρχε καθόλου καταγραφή ήταν ιδιαίτερα υψηλό (50,1% και 19,7% αντίστοιχα) και αναδεικνύει τις αδυναμίες του τρέχοντος συστήματος καταγραφής. Σε 238 ασθενείς (80,1%) δεν παρατηρήθηκε ουλή, ενώ 59 (19,9%) περιπτώσεις καταγράφηκαν με ύπαρξη ουλής από BCG.

Σχετικά με τον χαρακτηρισμό των κρουσμάτων ως «επιβεβαιωμένα» ή «μη επιβεβαιωμένα», από το σύνολο των 869 καταγραφών, υπήρχαν καταγεγραμμένα στοιχεία για 754 ασθενείς, εκ των οποίων σε 307 περιπτώσεις (40,7%) καταγράφηκε βέβαιο κρούσμα. Σε περισσότερες από τις μισές, δηλαδή σε 447 περιπτώσεις (59,3%), το κρούσμα δεν ήταν επιβεβαιωμένο. Από τα 682 δελτία με συμπληρωμένο το αποτέλεσμα της φυματινοαντίδρασης Mantoux, οι 542 καταγραφές (79,5%) ήταν θετικές, ενώ μόνο το

12% είχε αρνητικό αποτέλεσμα. Σε 58 δελτία (8,5%), το αποτέλεσμα σημειωνόταν ως «αμφίβολο».

Το αποτέλεσμα της δερματοαντίδρασης Mantoux καταγράφηκε σε 588 δελτία από το σύνολο των 869. Το αποτέλεσμα της εξέτασης ήταν μικρότερο ή ίσο των 5 mm σε ποσοστό μόλις 1,9%. Ποσοστό 52% των καταγραφών είχαν χαρακτηριστεί ως «θετικές» χωρίς να περιγράφεται η διάμετρος της σκληρίας. Σε ποσοστό 15,3% παρατηρήθηκε σκληρία διαμέτρου 11-15mm. Επίσης, ποσοστά 8,5% και 16,3% αφορούσαν σκληρία διαμέτρου 16-20 mm και ≥ 21 mm αντίστοιχα, ενώ η ακτινογραφία θώρακος ήταν θετική ως προς την ανίχνευση της νόσου σε 786 περιπτώσεις (94,8%). Η συχνότητα των κρουσμάτων για την οποία δεν υπήρξαν καταγραφές ανερχόταν σε 40.

Στα περισσότερα δελτία αναγραφόταν η εντόπιση της νόσου (833 καταγραφές από το σύνολο των 869). Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, η εντόπιση της νόσου ήταν πνευμονική (692 καταγραφές, 82,8%). Η εξωπνευμονική εντόπιση ανέρχεται σε ποσοστό 1,7%. Σε 57 περιπτώσεις (6,8%), εμφανίστηκε πλευρίτιδα ενώ συνδυασμός πλευρίτιδας και πνευμονικής εντόπισης καταγράφηκε σε ποσοστό 1,7%. Το ποσοστό των υπόλοιπων περιπτώσεων όσον αφορά στην εντόπιση ήταν ιδιαίτερα χαμηλό. Η έκταση της περιοχής βλάβης της α/α θώρακος είχε καταγραφεί σε 705 δελτία, εκ των οποίων στα 368 (52,2%) αναφερόταν ως εκτεταμένη, στα 45 (6,4%) ως λίαν εκτεταμένη και σε 290 δελτία (41,1%) ως περιορισμένη. Σε 801 δελτία υπήρξε συμπληρωμένη η πληροφορία για την ύπαρξη σπληαίου. Από αυτά, σε 431 περιπτώσεις (53,8%) δεν εντοπίστηκε σπλήαιο ενώ σε 370 (46,2%) καταγράφηκε η ύπαρξή του. Η πλειονότητα των καταγραφών, δηλαδή ποσοστό 91,9% (790 ασθενείς) έλαβε αντιφυματική αγωγή, ενώ μόλις το 8,1% (N=70) είχε λάβει αντιφυματική αγωγή κατά τα προηγούμενα έτη (πριν την τρέχουσα διάγνωση).

Από τους 70 ασθενείς που έλαβαν αγωγή κατά το παρελθόν, για τους 15 δεν υπήρχαν στοιχεία σχετικά με την έκβαση. Από τους υπόλοιπους 55 ασθενείς, οι 24 (43,6%) διέκοψαν την αγωγή, οι 23 (41,8%) υποτροπίασαν, ενώ στους 5 (9,1%) η αγωγή απέτυχε. Τέλος, 2 ασθενείς (3,6%) απεβίωσαν. Επιπλέον παρατηρήθηκε ότι σε 652 κρούσματα (76,3%), δεν υπήρχε ανοσοκαταστολή, ενώ 95 κρούσματα (11,1%) ήταν ανοσοκατεσταλμένα. Σε 14 περιπτώσεις δεν υπήρχε καταγραφή. Λήψη θεραπευτικής αγωγής καταγράφηκε για την πλειοψηφία των περιπτώσεων, αφού μόλις το 4,5% δεν έλαβε καμία αγωγή. Τέλος είναι χαρακτηριστικό ότι οι καταγραφές για την ανθεκτικότητα του στελέχους της φυματίωσης ήταν μόλις δεκατρείς επί του συνόλου των δελτίων.

Συζήτηση

Η μελέτη της επιδημιολογίας της φυματίωσης στον ελλαδικό χώρο, επικεντρώνεται στην καταγραφή των

δημογραφικών, κλινικών και εργαστηριακών χαρακτηριστικών των ασθενών που διαγνώστηκαν με φυματίωση το χρονικό διάστημα 2003-2009. Το υψηλότερο ποσοστό κρουσμάτων έλαβε χώρα στην ηλικιακή ομάδα των 31-40 ετών ενώ η ύπαρξη προηγούμενης θεραπείας ανευρέθηκε σε ελάχιστες περιπτώσεις, καθώς η πλειονότητα δεν είχε λάβει προηγούμενη αγωγή (91,9%). Το υψηλό ποσοστό κρουσμάτων που διέκοψε την αγωγή είναι ιδιαίτερα σημαντικό, καθώς η αποτυχία ολοκλήρωσης της αγωγής οδηγεί συχνά σε υποτροπή ή επανεμφάνιση της νόσου, με συνέπεια σε αρκετές περιπτώσεις τη δημιουργία ανθεκτικών στελεχών. Ανοσοκαταστολή βρέθηκε στο 11,1% των συμπληρωμένων δελτίων.

Χαρακτηριστικό εύρημα της μελέτης είναι το υψηλό ποσοστό των μεταναστών με φυματίωση. Από το σύνολο των μεταναστών, τα υψηλότερα ποσοστά κρουσμάτων εμφανίστηκαν σε όσους διέμεναν στην Ελλάδα μεταξύ 2-8 έτη. Το χρονικό αυτό διάστημα υποδηλώνει ενδεχομένως την εμφάνιση ανθεκτικότητας του μυκοβακτηριδίου, καθώς η εμφάνιση των συμπτωμάτων έγινε πιθανότατα με την πάροδο μεγάλου χρονικού διαστήματος.

Σε ερευνητική εργασία των Χούχουλα και συν. γίνεται επίσης ιδιαίτερη αναφορά για το μεγάλο αριθμό νοσούστων μεταναστών στη χώρα μας, με χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επιπέδο. Στην παραπάνω εργασία μελετήθηκε η επιδημιολογία 250 διαδοχικών ασθενών με φυματίωση σε δύο νοσοκομεία της Αθήνας. Οι αλλοδαποί ασθενείς διαφοροποιούνται ως προς τη μέση ηλικία, αφού είναι κατά πολύ νεότεροι από τους γηγενείς Έλληνες (58,3 και 34,0 έτη αντίστοιχα) (Χούχουλα 2006). Παρόμοια είναι και τα στοιχεία του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ με βάση τα οποία η ηλικιακή ομάδα >65 ετών, εμφάνιζε τα περισσότερα κρούσματα φυματίωσης στου Έλληνες, ενώ στους αλλοδαπούς τα περισσότερα κρούσματα εμφανίζονταν στις ηλικίες μεταξύ 20-34 ετών (ΚΕΕΛΠΝΟ).

Σε περισσότερα από τα μισά δελτία της μελέτης το κρούσμα δεν είχε καταγραφεί ως «επιβεβαιωμένο». Τα επιβεβαιωμένα κρούσματα αποτελούσαν μόλις το 40,7% των περιπτώσεων με βάση τα εργαστηριακά κριτήρια της απομόνωσης του *M. Tuberculosis* από οποιοδήποτε κλινικό δείγμα (Απόφαση Ευρωπαϊκής Επιτροπής 2002). Το γεγονός αυτό αποδίδεται στην αδυναμία διαθεσιμότητας των εργαστηριακών αποτελεσμάτων κατά την καταγραφή, αφού η διενέργεια των εργαστηριακών εξετάσεων είναι χρονοβόρα ή τα αποτελέσματά ανεπαρκή να αποδώσουν από μόνα τους τη διάγνωση.

Το σύνολο σχεδόν των κρουσμάτων έλαβε αγωγή χωρίς όμως να ολοκληρώνει το σχήμα. Η αδυναμία χορήγησης της αγωγής ενδεχομένως να σχετίζεται με κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά των ασθενών. Λόγω του γεγονότος πως ορισμένες εργαστηριακές εξετάσεις είναι χρονοβόρες και απαιτείται η πάρο-

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Κλινικά χαρακτηριστικά καταγεγραμμένων κρουσμάτων

		N	%
Τύπος Κρούσματος	Επιβεβαιωμένο	307	35,3%
	Μη επιβεβαιωμένο	447	51,4%
	Μη καταγραφή	115	13,1%
Εμβολιασμός BCG	Ναι	68	7,8%
	Όχι	280	32,2%
	Άγνωστο	350	50,1%
	Μη καταγραφή	171	19,7%
Φυματινοαντίδραση Mantoux	Θετική	542	62,4%
	Αρνητική	82	9,4%
	Αμφίβολη	58	6,7%
	Μη καταγραφή	187	21,5%
Έκταση Βλάβης	Περιορισμένη	290	33,4%
	Εκτεταμένη	368	42,4%
	Λίαν Εκτεταμένη	45	5,3%
	Μη καταγραφή	164	18,9%
Υπαρξη Σπληαίου	Ναι	370	42,6%
	Όχι	431	49,6%
	Μη καταγραφή	68	7,8%
Λαμβάνει Αγωγή	Ναι	790	90,9%
	Όχι	70	8%
	Μη καταγραφή	9	1,1%
Ανοσοκαταστολή	Ναι	95	10,9%
	Όχι	652	75%
	Μη καταγραφή	122	14,1%

δος χρονικού διαστήματος για τη γνωστοποίηση των αποτελεσμάτων, αρκετοί ασθενείς εξέρχονταν από το νοσοκομείο πριν γνωστοποίηση των αποτελεσμάτων. Σε πλήθος περιπτώσεων δεν υπήρξε δήλωση μόνιμης κατοικίας και κατά συνέπεια αδυναμία τηλεφωνικής επικοινωνίας, καθώς τα καταχωρημένα στοιχεία ήταν ελλιπή ή αναληθή. Έτσι, στις περιπτώσεις όπου το αποτέλεσμα της καλλιέργειας αίματος ήταν θετικό, δεν ήταν δυνατή η επικοινωνία και εν συνεχεία περαιτέρω παρακολούθηση των ασθενών.

Τα παραπάνω συμπεράσματα που προκύπτουν τόσο από τα αποτελέσματα της μελέτης όσο και από την επικοινωνία με το προσωπικό του κέντρου αναφοράς, επιβεβαιώνονται από σχετικό δημοσίευμα στο οποίο επισημαίνεται πως ένας εκ των τριών μεταναστών που διαμένουν στην Ελλάδα και πάσχουν από φυματίωση στην ενεργό φάση της, αρνείται να υποβληθεί σε θεραπεία δημιουργώντας σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας. Κατά το διάστημα 2000-2009 προσήλθαν 86.618 μετανάστες στο Ινστιτούτο Έρευνας Νοσημάτων Θώρακα, Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας (ΙΕΝΘΥΑΕ), προκειμένου να υποβληθούν σε α/α θώρακος, για έκδοση άδειας διαμονής. Εκ των 122 αλλοδαπών που κρίθηκαν ύποπτοι για ενεργό φυματίωση, το 33,6% δεν προσήλθε στο νοσοκομείο, προκειμένου να λάβει

την αγωγή. Η αδυναμία χορήγησης ή ολοκλήρωσης της αγωγής αποτελεί τροχοπέδη για τη δημόσια υγεία και είναι επιτακτική η ανάγκη ευαισθητοποίησης των αρχών για τον περιορισμό της μετάδοσης (Εφημερίδα Καθημερινή 2010).

Η ελληνική καταγραφή των κρουσμάτων, αποτέλεσε περιορισμό ως προς την περιγραφή της συνολικής εικόνας των περιπτώσεων στον ελλαδικό χώρο. Ιδιαίτερα, για το είδος του μυκοβακτηριδίου, του οποίου η γνώση αποτελεί εφαλτήριο για τη βελτίωση των επιδημιολογικών ερευνών, οι καταγραφές ήταν ελάχιστες ενώ προκαλούνται ασάφειες από διαφορετική προσέγγιση των δελτίων από μέρους διαφορετικών ιατρών. Συγκεκριμένα, ο τρόπος παράθεσης των ερωτημάτων στο δελτίο δήλωσης κρούσματος δε διευκολύνει την ορθή και λεπτομερή συμπλήρωση των δεδομένων. Επίσης, η έλλειψη σχετικού ερωτήματος για την ανθεκτικότητα, περιορίζει τη μετέπειτα χορήγηση αποτελεσματικής αγωγής. Κάτι τέτοιο είναι ιδιαίτερα σημαντικό καθώς η ανάπτυξη ανθεκτικών στελεχών σε σχέση με τη διαρκή μετακίνηση των πληθυσμών προκαλεί την έξαρση της φυματίωσης.

Συμπεράσματα

Τα τελευταία έτη παρατηρείται αναζωπύρωση της

φυματίωσης λόγω της διαρκούς μετακίνησης πληθυσμών και της ανάπτυξης πολυανθεκτικών στελεχών. Όπως άλλωστε προκύπτει από τη μελέτη, στην Ελλάδα οι μετανάστες αποτελούν την πληθυσμιακή ομάδα με το υψηλότερο ποσοστό ασθενών. Στη χώρα μας, η φυματίωση έχει περιληφθεί στα υποχρεωτικά δηλούμενα νοσήματα από το 1958. Εντούτοις, η επιτήρηση τόσο της νόσου, όσο και των μέτρων ελέγχου, δεν είναι ικανοποιητική και επίσης είναι γνωστό το πρόβλημα της υποδήλωσης και η παροχή ελλιπών στοιχείων. Συνάμα, από τη μελέτη των δελτίων δήλωσης κρουσμάτων, εξάγεται το συμπέρασμα πως η καταγραφή είτε λόγω της έλλειψης συμπλήρωσης, είτε λόγω ασαφειών κατά τον τρόπο συμπλήρωσης του δελτίου, έχει ιδιαίτερα μεγάλα περιθώρια βελτίωσης.

Είναι ιδιαίτερα σημαντική η δήλωση όλων των κρουσμάτων. Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τις εκθέσεις του Π.Ο.Υ. δηλώνεται περίπου το 1/3 των περιπτώσεων φυματίωσης. Προκειμένου να γίνεται η δήλωση, ο φαρμακοποιός θα ήταν χρήσιμο να συμπλη-

ρώνει και αυτός δήλωση ή να βεβαιώνει την ύπαρξή της. Επίσης είναι σημαντικό να καθιερωθεί ελεγχόμενη συνταγογράφηση των αντιφυματικών φαρμάκων (Μυρτσιώτη 2007).

Κρίνεται επίσης απαραίτητο να ενισχυθεί το Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Μυκοβακτηριδίων και ειδικών ιατρικών πολυανθεκτικών μορφών φυματίωσης. Η ορθή εφαρμογή του Εθνικού Προγράμματος Ελέγχου της φυματίωσης, με ιδιαίτερη έμφαση στον εκσυγχρονισμό των νομοθετικών μέτρων κυρίως όσον αφορά την υποχρεωτική νοσηλεία των φυματικών, η δωρεάν χορήγηση φαρμάκων και η απαγόρευση απέλασης λαθρομεταναστών με τη νόσο είναι επίσης σημαντικά μέτρα.

Ως προς την καταγραφή, θα ήταν ωφέλιμη η υιοθέτηση ενιαίου συστήματος και η εκπαίδευση του ιατρικού προσωπικού ως προς τη χρήση του συστήματος. Η ευαισθητοποίηση για τη σωστή, έγκαιρη και πλήρη συμπλήρωση των στοιχείων είναι ιδιαίτερης σημασίας. Προτείνεται η αναδιαμόρφωση του δελτίου δήλωσης κρούσματος. Συγκεκριμένα, θα ήταν ορθό

ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE INCIDENCE OF TUBERCULOSIS IN GREECE

Konstantina Gougoumati¹, Dimitrios Zikos², Marianna Diomidous³

[1. RN, Msc Public Health, email: gougou_eye@hotmail.com, 2. RN, PhD Health Informatics, MSc, email: dimitriszikos@gmail.com, 3. Associate Professor of Epidemiology, email: mdiomidi@nurs.uoa.gr, 1,2,3 Faculty of Nursing, National and Kapodistrian University of Athens]

Introduction: During the recent years, the incidence of tuberculosis has increased worldwide. Aim of this study is to investigate the incidence of tuberculosis and the personal and clinical characteristics of patients who were diagnosed with the disease during the years 2003-2009, in Greece.

Material and Methods: The material of this research was 869 handwritten reports of patients diagnosed with tuberculosis, acquired from the National Reference Centre of Tuberculosis, for the period 2003-2009. The reports included information about the personal characteristics, ethnicity, location of the disease, type of therapy and the results of the diagnostic tests.

Results: Most patients (67.4%) were male, the majority resided in the Attica area (75.4%) and the most prevalent age group was that of 31-40 years (21,5%). The percentage of patients living within a group was 14.3%, while 337 patients were immigrants, shaping the largest population group. Regarding the number of years living in Greece the higher rates were found among patients living in Greece between 2 and 8 years. The result of the Mantoux control test and the chest x-rays were found to be positive at a rate of 79.5% and 94.8% respectively. To the majority of the cases, the location was pulmonary (82.8%). Most patients (95.5%) were receiving anti-tuberculosis treatment, contrary to the past (before registration). Finally, immunosuppression was found at 11.1% of the cases, while the available information regarding the kind of mycobacterium was found to be insufficient

Discussion: The large number of special groups (ie immigrants) and the existence of multi resistant stems are factors against the elimination of tuberculosis in Greece. A more efficient registration mechanism of tuberculosis would be more than welcome, especially towards the complete registration of all existing cases. A suitable electronic system to interconnect hospitals with the Reference Centre would vastly improve the epidemiologic surveillance of the disease.

Keywords (MeSH): incidence, registries, tuberculosis

να διασαφηνίζονται πλήρως τα διάφορα ερωτήματα, προκειμένου να μην υπάρχουν ασάφειες και να συμπεριληφθούν περαιτέρω χαρακτηριστικά (λ.χ. ανθεκτικότητα). Χρήσιμη θα ήταν επίσης η ανάπτυξη κατάλληλου συστήματος ηλεκτρονικής καταγραφής. Τα πληροφοριακά συστήματα υγείας, είναι σε θέση να αποτελέσουν πολύτιμο αρωγό στην αναβάθμιση της καταγραφής με τη δημιουργία βάσεων δεδομένων, για την άμεση ενημέρωση των δελτίων των ασθενών, τη δόρθωση ασαφειών και τη συμπλήρωση ελλείπων στοιχείων. Ένα τέτοιο σύστημα θα μπορούσε να βρίσκεται σε άμεση διασύνδεση με το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ και τις υπηρεσίες επιτήρησης υγείας του υπουργείου. Με την υποστήριξη τέτοιων συστημάτων, η μετά-αξιολόγηση της πληροφορίας από τους ιατρούς για επιδημιολογική έρευνα αναμένεται να γίνει ευκολότερη αφού η δυναμική επεξεργασία των δεδομένων, θα συμβάλει στην διεξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων για την επιδημιολογία της νόσου.

Βιβλιογραφία

1. Γουργουλιάνης, Κ, Μπιστάκου, Χ, Πολυζωγόπουλος, Δ, Μαγκίνα-Βλαχαντώνη, Ν, Πατεντάκης, Μ. (1997) «Φυματίωση». Εκδόσεις Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας. Αθήνα
2. Ευρωπαϊκή Επιτροπή. 2002/253/ΕΚ: Απόφαση της Επιτροπής, 19ης Μαρτίου 2002, για τη διατύπωση ορισμών κρουσμάτων για αναφορά μεταδοτικών νόσων στο κοινοτικό δίκτυο, σύμφωνα με απόφ. 2119/98/ΕΚ. Επίσημη Εφημερίδα. 2002 3 Απριλίου; L 086: 44-62.
3. Εφημερίδα Καθημερινή. (2010) «Ένας στους τρεις μετανάστες που πάσχουν από φυματίωση αρνείται τη θεραπεία». Νοέ 8, 2010.
4. Θεοδωρακόπουλος, Π. (2003) 1ο Πανελλήνιο Συνέδριο Προληπτικής Ιατρικής και Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Τόμος Πρακτικών, Κύμη 4-6/4/2003, 40-43.
5. Μυρτσιώτη, Γ. (2007) Έξαρση της φυματίωσης στην Ελλάδα. Εφημερίδα «Η Καθημερινή» [serial online] 2007 Απρ 29. Διαθέσιμο από: http://news.kathimerini.gr/4dcgi/_w_articles_world_2_29/04/2007_225044 [2 Σεπτεμβρίου 2010]
6. Παπακωνσταντίνου, Α. (2007) «Σύγχρονη θεραπεία της φυματίωσης.» Iatronet [Online]. Διαθέσιμο από: http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=1378 [11 Μαΐου 2010]
7. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία. (2008) «Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Πρόληψη των Μεταδοτικών Νοσημάτων 2008-2012». Παράρτημα 1:102-118
8. Χούκουλα, Δ., Σκαρμούτσου, Ν., Φαβίου, Ε., Φακίρη, Ε., Νικολάου, Σ., Βλέτσας, Χ., Ταμβάκης, Β., Παπαφράγκας, Ε., Καναβάκη, Σ., Βουρλή, Γ., Τάσιος, Θ., Λεγάκης, Ν., Ζέρβας, Λ. (2006) «Η Επιδημιολογία της πνευμονικής φυματίωσης σε ασθενείς δύο νοσοκομείων της Αθήνας.» Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 23(1):52-62.
9. European Lung Foundation. (2010) «Τι προκαλεί τη φυματίωση (TB).» [Online]. Διαθέσιμο από: <http://www.gr.european-lung-foundation.org/index.php?id=3327> [2 Ιουνίου 2010]
10. Falzon, D, Kudjawi, Y, Desenclos, J C, Fernandez de la Hoz, K, Dadu, A, Zaleskis, R. (2008) "Stopping TB in Europe: some progress but still not there." Euro Surveill. 13(12): 8073.
11. Jelastopulu, E., Alexopoulos, EC, Venieri, D, Tsiros, G, Komninou, G, Constantinidis, T, Chrysanthopoulos, K. (2009) "Substantial underreporting of tuberculosis in West Greece - implications for local and national surveillance." Euro Surveill. 14(11): 19152.
12. Lederman, M. (2003) Cecil Παθολογία. 5th edn. Αθήνα
13. World Health Organization. Tuberculosis. Fact sheet NΓ104 [Online]. Διαθέσιμο από: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/> [Nov 2010].

Γνώσεις νοσηλευτών που εργάζονται σε ελληνικά παιδιατρικά τμήματα σχετικά με τη βασική υποστήριξη της ζωής στα παιδιά

Καλογήρου Μαρία, Νοσηλεύτρια, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών Πεντέλης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Τα επείγοντα παιδιατρικά προβλήματα, τα οποία χρειάζονται άμεση παρέμβαση από τους λειτουργούς υγείας δεν είναι σπάνια. Ο νοσηλευτής είναι συνήθως ο πρώτος που βρίσκεται μπροστά στα δυνητικά θανατηφόρα αυτά περιστατικά και πρέπει να δράσει άμεσα.

Σκοπός: Ήταν να διερευνηθούν οι γνώσεις των νοσηλευτών παιδιατρικών τμημάτων νοσοκομείων της Αττικής πάνω στην αντιμετώπιση απειλητικών καταστάσεων για τη ζωή του παιδιού.

Υλικό και μέθοδος: Στην εργασία συμμετείχαν 102 νοσηλευτές και από τα τρία παιδιατρικά νοσοκομεία της Αττικής οι οποίοι συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο 10 ερωτήσεων, που κάλυπτε όλο το εύρος των γνώσεων και δεξιοτήτων βασικής υποστήριξης της ζωής σε παιδιά. Υψηλότερη συνολική βαθμολογία σήμαινε και περισσότερες σωστές απαντήσεις (εύρος 0-1). Εφαρμόστηκαν οι στατιστικές δοκιμασίες ANOVA και t-test.

Αποτελέσματα: Η υψηλότερη συνολική βαθμολογία σημειώθηκε στην ερώτηση σχετικά με το βαρέως πάσχον παιδί (0,94±0,11) και η χαμηλότερη στην ερώτηση σχετικά με την ενδοστική έγχυση (0,59±0,18). Η προηγούμενη συμμετοχή σε ειδικό επιμορφωτικό σεμινάριο δε διαφοροποίησε τις απαντήσεις. Οι εργαζόμενοι σε ΜΕΘ απάντησαν στατιστικά πιο σωστά σε σχέση με την ομάδα της κλινικής (p<0,05). Η ομάδα με 0-5 έτη προϋπηρεσίας διέφερε στατιστικά σημαντικά από τις ομάδες με 6-10, 11-15, 16-20 έτη συγκεντρώνοντας χαμηλότερη βαθμολογία, p<0,05.

Συμπεράσματα: Υπάρχουν σημαντικές ελλείψεις γνώσεων στον τομέα της αντιμετώπισης απειλητικών καταστάσεων για τη ζωή του παιδιού. Είναι απαραίτητο τα εκπαιδευτικά προγράμματα βασικής υποστήριξης της ζωής να θεσμοθετηθούν ως μέρος της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης των νοσηλευτών.

Λέξεις –κλειδιά: Βασική υποστήριξη της ζωής, Παιδί, Νοσηλευτής, γνώσεις

Εισαγωγή

Κοινός στόχος όλων των επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με παιδιά, είναι η διάσωσή τους από απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις. Παράλληλα με την αναγκαία ευαισθητοποίηση, η συνεχιζόμενη εκπαίδευση, θεωρητική και πρακτική, σε γνώσεις και δεξιότητες βασικής υποστήριξης της ζωής για παιδιά, αποτελεί έναν από τους κυριότερους τρόπους επίτευξης αυτού του στόχου. Συγκεκριμένα, κάθε λειτουργός της υγείας πρέπει να είναι ικανός να αναγνωρίζει και να αντιμετωπίζει τις συνηθέστερες απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις, οι οποίες δεν αφορούν μόνο στην καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση αλλά και άλλες οξείες, αλλά ιάσιμες καταστάσεις της παιδικής ηλικίας

(<http://www.aplshellas.gr>). Την τελευταία 30ετία έχει διεξαχθεί μια πληθώρα μελετών που να αξιολογεί το επίπεδο των γνώσεων και δεξιοτήτων νοσηλευτών σε ζητήματα βασικής υποστήριξης της ζωής. Οι αρχικές μελέτες κατέγραφαν απλά το πρόβλημα, ενώ στη συνέχεια εμφανίστηκαν και μελέτες παρέμβασης, μελέτες που κατέγραφαν αρχικά το επίπεδο γνώσεων και δεξιοτήτων και στη συνέχεια πραγματοποιούνταν κάποιο πρόγραμμα εκπαίδευσης και αξιολογούνταν εκ νέου το επίπεδο των γνώσεων.

Για παράδειγμα, οι G. Wynne και συν. το 1987, εξέτασαν 53 νοσηλευτές του Εθνικού Συστήματος της Βρετανίας, μέσω της συμπλήρωσης ενός ερωτηματολογίου. Τα αποτελέσματα ήταν εντυπωσιακά: Κανένας

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Χαρακτηριστικά της εργασίας και δημογραφικά-κοινωνικά χαρακτηριστικά (%)

	%
Φύλο (N=101)	
Ανδρας	26.5%
Γυναίκα	72.5%
Ηλικία (N=102)	
<40	66.7%
>40	33.3%
Παιδιά (N=101)	
Ναι	52.9%
Όχι	46.1%
Επίπεδο σπουδών (N=101)	
Διδακτορικό	2%
Μεταπτυχιακό	2.9%
Νοσηλευτική ειδικότητα	28.4%
Πανεπιστημιακή εκπαίδευση	14.7%
Τεχνολογική εκπαίδευση	43.1%
Άλλη	8.8%
Έτη εργασίας (N=92)	
0-5	23.5%
6-10	34.3%
11-15	8.8%
16-20	11.8%
>21	21.6%
Θέση (N=98)	
Προϊστάμενος	4.9%
Υπεύθυνος Βάρδιας	81.4%
Κλινικός νοσηλευτής	9.8%
Τμήμα (N=65)	
Κλινική	47.1%
ΜΕΘ	40.2%
Χειρουργείο	2.9%
ΤΕΠ	5.9%
Άλλο	3.9%

από τους νοσηλευτές δεν απάντησε επαρκώς στις ερωτήσεις που τέθηκαν (5/5 απαντήσεις σωστές), ενώ 30/53 βαθμολογήθηκαν με 0/5 σωστές απαντήσεις (Wynne et al 1987). Ανάλογα πτωχά αποτελέσματα στις ΗΠΑ έδειξε και η εργασία των Gass και Curry, η οποία συμπεριλάμβανε τόσο νοσηλευτές όσο και ιατρούς (Gass & Curry 1983). Οι ίδιοι ερευνητές πραγματοποίησαν και μία μελέτη παρέμβασης, ανιχνεύοντας το επίπεδο των γνώσεων και δεξιοτήτων πριν και μετά από εκπαίδευση στην καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση σε ιατρούς και νοσηλευτές στις ΗΠΑ. Το συμπέρασμα ήταν ότι ένα χρόνο μετά την εκπαίδευση, το επίπεδο των γνώσεων είχε επιστρέψει στο ίδιο περίπου με αυτό που είχαν πριν την εκπαίδευση. Ένα άλλο, μάλλον απρόβλεπτο αποτέλεσμα, ήταν ότι η θνητότητα δεν μεταβάλλονταν μεταξύ ασθενών στους οποίους

εφαρμόστηκε ΚΑΡ.ΠΑ από εκπαιδευμένο και μη εκπαιδευμένο προσωπικό (Curry & Gass 1987). Ίσως το μη αναμενόμενο αυτό αποτέλεσμα να οφείλονταν στο περιεχόμενο και στον τρόπο παρουσίασης του προγράμματος.

Περνώντας στη δεκαετία του 1990, οι Crouch και Graham σε σχετική μελέτη τους σε νοσηλευτές συνεχίζουν να διαπιστώνουν ότι το επίπεδο γνώσεων και οι προσφερόμενες συστάσεις καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης είναι χαμηλού επιπέδου (Crouch & Graham 1993). Σε παρόμοια αποτελέσματα καταλήγουν και οι Badger και Rawstorne, αναφέροντας ότι στις δεξιότητες βασικής υποστήριξης της ζωής τα αποτελέσματα είναι «γενικώς μη ικανοποιητικά» (generally unsatisfactory), επισημαίνοντας την ανάγκη για περισσότερα και πληρέστερα προγράμματα εκπαίδευσης (Badger & Rawstorne 1998).

Ο προβληματισμός σχετικά με την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων εκπαίδευσης αποτυπώνεται και στην εργασία των Moule και Knight το 1997, οι οποίοι διαπιστώνουν ότι μπορεί να βελτιώνονται οι γνώσεις των φοιτητών επαγγελματιών υγείας, αλλά όχι και οι πρακτικές δεξιότητες. Έτσι, προχώρησαν σε μια μελέτη παρέμβασης, με αλλαγή του προγράμματος σπουδών, εκπαίδευση των εκπαιδευτών, χαμηλή αναλογία εκπαιδευτών/φοιτητών. Ως αποτέλεσμα, υπήρξε βελτίωση τόσο των γνώσεων όσο και των πρακτικών δεξιοτήτων (Moule & Knight 1997). Σε μια παρόμοια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Μ. Βρετανία, διαπιστώθηκε για μία ακόμη φορά ότι το επίπεδο των γνώσεων σχετικά με την αναζωογόνηση σε νοσηλευτές ήταν χαμηλό, αλλά υπήρξε βελτίωση μετά από εκπαίδευσή τους. Η αξιολόγηση έγινε 3 μήνες μετά την εκπαίδευση (Inwood 1996). Παράλληλα υπάρχουν εργασίες που καταδεικνύουν τη σπουδαιότητα του ρόλου των νοσηλευτών στην βασική υποστήριξη της ζωής και την ανάγκη παρακολούθησης δύο σχετικών σεμιναρίων κάθε έτος, για να διασφαλιστεί η διατήρηση των γνώσεων και δεξιοτήτων (Whelan 1997).

Ακόμη και σε πιο πρόσφατες έρευνες, της δεκαετίας του 2000, τα αποτελέσματα εξακολουθούν να μην είναι ενθαρρυντικά, παρόλο που τα προγράμματα βασικής υποστήριξης της ζωής έχουν γενικευτεί, τουλάχιστον στις προηγμένες χώρες. Για παράδειγμα, σε μια πρόσφατη εργασία των Keenan και συν., διερευνήθηκε το επίπεδο των γνώσεων σχετικά με την βασική υποστήριξη της ζωής σε νοσηλευτές. Διαπιστώθηκε ότι, παρόλο που το 83,4% είχε παρακολουθήσει αντίστοιχα προγράμματα μέσα στο τελευταίο έτος, μόλις ένα ποσοστό 11% «πέρασε» το test (ποσοστό απαντήσεων >80%). Στα συμπεράσματα τονίστηκε η ανάγκη συνεχούς περιοδικής εκπαίδευσης των νοσηλευτών (Keenan et al 2009). Σε σχετική έρευνα προέτους στην Πολωνία, η οποία διεξήχθη σε ιατρούς και νοσηλευτές παιδιατρικού νοσοκομείου, διαπιστώθηκε ότι οι γνώσεις και δεξιότητες σε θέματα βασικής

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Αθροιστική βαθμολογία ανά ερώτηση και συνολική βαθμολογία στο σύνολο του δείγματος

	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	ΜΤ±ΤΑ
Ερώτηση1	98	0,20	1,00	0,72±0.19
Ερώτηση 2	102	0,60	1,00	0,94±0.11
Ερώτηση 3	98	0,40	1,00	0,68±0.18
Ερώτηση 4	98	0,20	1,00	0,75±0.25
Ερώτηση 5	102	0,60	1,00	0,87±0.14
Ερώτηση 6	102	0,20	1,00	0,59±0.18
Ερώτηση 7	92	0,40	1,00	0,71±0.17
Ερώτηση 8	102	0,20	1,00	0,60±0.20
Ερώτηση 9	99	0,40	1,00	0,91±0.13
Ερώτηση 10	102	0,40	1,00	0,79±0.20
Συνολική βαθμολογία	102	0,54	,94	0,76±0.83

υποστήριξης της ζωής ήταν πολύ χαμηλή. Η συντριπτική πλειοψηφία των ιατρών και νοσηλευτών δεν ήταν ενημερωμένοι με τις νεότερες οδηγίες ΚΑΡΠΑ της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Επίσης, οι περισσότεροι δεν έκαναν καμία διάκριση στην αντιμετώπιση ενήλικα και παιδιού, δεν γνώριζαν τον συνιστώμενο αριθμό τεχνητών αναπνοών σε ασθενείς που διατηρούσαν την καρδιακή τους λειτουργία και δεν μπορούσαν να περιγράψουν το σωστό χειρισμό διάνοιξης του αεραγωγού. Το συμπέρασμα της έρευνας ήταν ότι τα εκπαιδευτικά προγράμματα βασικής υποστήριξης της ζωής θα έπρεπε να είναι υποχρεωτικά για ιατρούς και νοσηλευτές (Grzeskowiak et al 2009).

Απογοητευτικά όμως είναι και τα αποτελέσματα ελληνικών μελετών όπως δείχνει η εργασία των Bakalis και συν για το επίπεδο καρδιολογικών γνώσεων σε τελειόφοιτους νοσηλευτές στην Ελλάδα και τη Βρετανία (Bakalis et al 2004). Η έλλειψη γνώσεων και δεξιοτήτων στην Ελλάδα είναι τόσο εμφανής που έχει κινητοποιήσει ήδη από το 2007 και το υπουργείο υγείας, το οποίο με την υπ. Αριθμό Υ4α/οικ 15576, 5.2.2007 περί «Κανόνων οργάνωσης συστήματος Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης», επιβεβαιώνει την ανάγκη οργάνωσης και εκπαίδευσης έστω στο αντικείμενο αυτό (<http://www.aplshellas.gr>).

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να διερευνηθούν οι γνώσεις των νοσηλευτών παιδιατρικών τμημάτων νοσοκομείων της Αττικής πάνω στην αντιμετώπιση απειλητικών καταστάσεων για τη ζωή του παιδιού.

Υλικό και μέθοδος

Η έρευνα διήρκεσε από τον Φεβρουάριο του 2010 έως τον Ιούνιο του ίδιου έτους. Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο με 10 ερωτήσεις, κάθε μία από τις οποίες είχε 5 υποερωτήματα –φράσεις σχετικές με την αρχική ερώτηση. Κάθε ερώτηση αναφέρονταν σε ένα ζήτημα βασικής γνώσης πάνω στην υποστήριξη της ζωής του πάσχοντος παιδιού. Τα ζητήματα αυτά ήταν η αστολία, η παροχή βασικής υποστήριξης της ζωής, οι

διαφορές ενήλικου και παιδιού, η καρδιακή ανακοπή, τα χαρακτηριστικά του βαρέως πάσχοντος παιδιού, η ενδοστική έγχυση, η αξιολόγηση ενός σοβαρά τραυματισμένου παιδιού, η διαστολή των οφθαλμικών κορών, η αφυδάτωση και τα εγκαύματα. Το ερωτηματολόγιο βασίστηκε σε ερωτήσεις αξιολόγησης κατά τα σεμινάρια υποστήριξης της ζωής των παιδιατρικών ασθενών (Paediatric Life Support-PLS και Advanced Paediatric Life Support-APLS. Οι ερωτήσεις παρουσιάζονται στο παράρτημα της παρούσας μελέτης. Από τους νοσηλευτές ζητήθηκε να χαρακτηρίσουν κάθε φράση-υποερώτημα ως σωστή ή λάθος. Κάθε υποερώτημα βαθμολογούνταν με 1 αν ήταν η σωστή και με 0 αν ήταν λάθος. Συνεπώς η μέγιστη βαθμολογία για το σύνολο και των 5 ερωτήσεων ήταν 5 και αντιστοιχούσε στη μέγιστη δυνατή επάρκεια γνώσεων και η ελάχιστη 0. Το αρχικό ερωτηματολόγιο στάλθηκε σε τρεις καθηγητές παιδιατρικής του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών και τροποποιήθηκε η εκφώνηση των ερωτήσεων σύμφωνα με τις υπο-

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Δημογραφικά χαρακτηριστικά και συνολική βαθμολογία

	ΜΤ (ΤΑ)
Φύλο	
Άνδρες (N=27)	0,78±0.09
Γυναίκες (N=74)	0,76±0.08
p-sig ¹	0,236
Ηλικία	
< 40 (N=68)	0,77±0.08
> 40 (N=34)	0,78±0.09
p-sig ¹	0,221
Υπαρξη παιδιών	
ΝΑΙ (N=54)	0,77±0.08
ΟΧΙ (N=47)	0,76±0.08
p-sig ¹	0,693

δείξεις τους. Στη συνέχεια το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε σε 10 νοσηλευτές που το συμπλήρωσαν πιλοτικά. Δύο εβδομάδες αργότερα οι ίδιοι νοσηλευτές συμπλήρωσαν το ίδιο ερωτηματολόγιο και αξιολογήθηκε η αξιοπιστία ελέγχου –επανελέγχου: συντελεστήν Pearson $r=0.92$. Στην έρευνα περιελήφθη δείγμα ευκολίας 102 νοσηλευτών και από τα τρία παιδιατρικά νοσοκομεία της Αττικής.

Στατιστική ανάλυση

Έγινε περιγραφική και επαγωγική στατιστική ανάλυση. Η βαθμολογία σε κάθε υποερώτημα αθροίστηκε και προέκυψε η συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου για κάθε νοσηλεύτη. Στη συνέχεια η βαθμολογία σε κάθε ερώτηση διαιρέθηκε δια του 5 ενώ η συνολική δια 50, έτσι ώστε η τιμή 1 (για τη συνολική βαθμολογία και τη βαθμολογία κάθε υποερωτήματος) να αντιστοιχεί στην άριστη γνώση. Ο έλεγχος της κανονικότητας των κατανομών πραγματοποιήθηκε με τη δοκιμασία Shapiro – Wilk. Οι κατανομές ήταν μη κανονικές. Ωστόσο προς χάριν της ευκολότερης παρουσίασης των αποτελεσμάτων της έρευνας και με δεδομένο ότι η βιβλιογραφία υποστηρίζει τη χρήση παραμετρικών μεθόδων σε δεδομένα από τις κοινωνικές και βιολογικές επιστήμες χωρίς να πληρούνται οι αυστηρές προϋποθέσεις για το σκοπό αυτό, επελέγησαν παραμετρικές μέθοδοι ανάλυσης (Vickers 2005). Οι συγκρίσεις δύο ομάδων πραγματοποιήθηκαν με τη δοκιμασία t-test και οι διαφορές μεταξύ περισσότερων των δύο ομάδων ανιχνεύθηκαν με τη δοκιμασία ANOVA. Ακολούθησε post-hoc ανάλυση με τη δοκιμασία Bonferroni για τη διερεύνηση των διαφορών μεταξύ των επιμέρους ομάδων.

Αποτελέσματα

Το 72,5% του δείγματος ήταν γυναίκες και το υπόλοιπο 26,5% άνδρες. Ποσοστό 33,3% ήταν άνω των 40 ετών, ενώ 52,9% είχε παιδιά. Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης (ΠΕ) ήταν το 14,7%, ενώ Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (ΤΕ) ήταν το 43,1%. Το 2% διέθετε διδακτορικό δίπλωμα. Η πλειονότητα (57,8%) είχε λιγότερα από 10 χρόνια εργασίας. Το 81,4% έχει διατελέσει σε θέση υπευθύνου βάρδιας και σε κλινική εργαζόταν το 47,1% (πίνακας 1). Η υψηλότερη συνολική βαθμολογία σημειώθηκε στην ερώτηση 2 (σχετικά με το βαρέως πάσχων παιδί) ($0,94 \pm 0,11$) και η χαμηλότερη στην ερώτηση 6 (σχετικά με την ενδοστική έγχυση) ($0,59 \pm 0,18$) (πίνακας 2). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών ως προς τη συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου (πίνακας 3). Στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν σε σχέση με τα έτη εργασίας. Η ομάδα με 0-5 έτη προϋπηρεσίας διέφερε στατιστικά σημαντικά από τις ομάδες με 6-10, 11-15, 16-20 έτη συγκεντρώνοντας χαμηλότερη βαθμολογία, $p < 0,05$ (post-hoc δοκιμασία Bonferroni) και το τμήμα εργασίας. Η ομάδα της ΜΕΘ

διέφερε στατιστικά σημαντικά από την ομάδα της κλινικής, συγκεντρώνοντας υψηλότερη βαθμολογία $p < 0,05$ (post-hoc δοκιμασία Bonferroni) (πίνακας 4).

Συζήτηση

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δείχνουν ότι αν και η πλειονότητα των νοσηλευτών διαθέτει τις απαιτούμενες γνώσεις και εμπειρία στην αντιμετώπιση απειλητικών καταστάσεων για τη ζωή του παιδιού, ωστόσο ένα καθόλου ευκαταφρόνητο ποσοστό που σε ορισμένες περιπτώσεις πλησιάζει ακόμα και το 50% φαίνεται πως αγνοεί βασικές παραμέτρους της υποστήριξης της ζωής του παιδιού. Το γεγονός επίσης η προηγούμενη συμμετοχή σε ειδικά επιμορφωτικά σεμινάρια δε διαφοροποιεί το τελικό αποτέλεσμα ενισχύει την υπόθεση ότι η μακροπρόθεσμη διατήρηση των γνώσεων δεν είναι εύκολη και απαιτούνται συνεχείς μετεκπαιδεύσεις για το σκοπό αυτό. Από την άλλη πλευρά το εύρημα ότι οι έχοντες λίγα χρόνια εργασίας στο ενεργητικό τους υστερούν σε γνώσεις, ενώ όσοι υπηρετούν σε ΜΕΘ είχαν καλύτερες επιδόσεις τονίζει τη μεγάλη σημασία της εμπειρίας που έρχεται να συμπληρώσει τη θεωρητική κατάρτιση. Σε αυτό συγκλίνει και η διεθνής βιβλιογραφία σύμφωνα με την οποία η εκπαίδευση αποδίδει βραχυπρόθεσμα, χρειάζεται όμως συνεχής μετεκπαίδευση για τη βελτιστοποίηση των γνώσεων πάνω στην υποστήριξη της ζωής του μικρού ασθενή που στο σύνολό τους παραμένουν αποσπασματικές.

Διεθνώς υπάρχει έντονος προβληματισμός σχετικά με την εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού στη βασική υποστήριξη της ζωής γενικά και ειδικότερα σε παιδιά. Μετά τις διαπιστώσεις των πενιχρών γνώσεων της δεκαετίας του 1980, οι διάφορες χώρες προώθησαν προγράμματα προπτυχιακής και μεταπτυχιακής εκπαίδευσης και προχώρησαν σε αρκετές μελέτες αξιολόγησής τους. Αρχικά, τα αποτελέσματα ήταν μάλλον αποθαρρυντικά, με την υιοθέτηση όμως προγραμμάτων αλληλεπίδρασης (interactive) φαίνεται ότι το επίπεδο των γνώσεων και δεξιοτήτων του νοσηλευτικού προσωπικού βελτιώνεται ραγδαία, με τελικό αποτέλεσμα το ζητούμενο, που είναι η αύξηση της άμεσης και απώτερης επιβίωσης των μικρών ασθενών.

Αναφορικά με τη χώρα μας, στην έρευνά μας στο διαδίκτυο και συγκεκριμένα στη βάση δεδομένων PUBMED δεν μπορέσαμε να βρούμε καμία έρευνα που να πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα και να αναφέρονταν στο επίπεδο των γνώσεων και δεξιοτήτων βασικής υποστήριξης της ζωής σε παιδιατρικούς ασθενείς σε νοσηλευτές. Στη βάση Google Scholar, ανακτήθηκαν τα εξής άρθρα: Σύμφωνα με την ερευνητική μελέτη των Ξάνθου και συνεργατών του 2010 επισημαίνεται το πολύ χαμηλό ποσοστό θεωρητικών γνώσεων στη βασική υποστήριξη της ζωής μεταξύ νοσηλευτών σε ελληνικό νοσοκομείο: συγκεκριμένα, το ποσοστό αποτυχίας ήταν 84%. Ταυτόχρονα, κι αυτό

προκαλεί επίσης εντύπωση, οι νοσηλευτές αξιολογούσαν τις γνώσεις τους πολύ παραπάνω από αυτές που πραγματικά είχαν (Xanthos et al 2010). Μια ακόμη ελληνική εργασία, που δεν αφορούσε πάντως παιδιά, και η οποία δημοσιεύτηκε στο περιοδικό Νοσηλευτική το 2007, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι γνώσεις και δεξιότητες του νοσηλευτικού προσωπικού (ΤΕ-ΔΕ) είναι ανεπαρκείς, είτε εξαιτίας προσωπικών λόγων (αδιαφορία, μη κατανόηση της σημαντικότητας των μεθόδων εκπαίδευσης) είτε λόγω αδυναμίας των νοσοκομείων να παρέχουν τη σχετική γνώση (Ζαχαρόπουλος και συν. 2007). Η ύπαρξη ελάχιστων εργασιών και μόνο πιστεύουμε ότι καταδεικνύει το πόσο πίσω είμαστε ως χώρα, όχι μόνο στο επίπεδο των γνώσεων και δεξιοτήτων, αλλά και στο βαθμό ευαισθητοποίησης στο πολύ σοβαρό αυτό ζήτημα.

Στην χώρα μας, η εκπαίδευση στην Καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ) καθώς και ο βαθμός διατήρησής της δε γίνεται συστηματικά με αποτέλεσμα να προκύπτει το ερώτημα αν τελικά το νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων είναι έτοιμο να αντιμετωπίσει σωστά ένα περιστατικό που χρήζει άμεσης βοήθειας. Σε μια Ελληνική μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 42 Καρδιολογικές και Καρδιοχειρουργικές μονάδες (Μ.Ε.Θ.) βρέθηκε ότι μόνο ένας στους τρεις νοσηλευτές (38,5%), έχει συμμετάσχει σε επίσημο πρόγραμμα ΚΑΡΠΑ μετά την ολοκλήρωση των βασικών σπουδών του. Επίσης μόνο 12 από τις 42 μονάδες έχει επίσημο πρόγραμμα εκπαίδευσης προσωπικού στην ΚΑΡΠΑ δηλαδή ποσοστό 37,5% (Mercuris et al 2003). Να υπενθυμίσουμε στο σημείο αυτό ότι σε πολλές από τις εργασίες στις οποίες έχουμε ήδη παραπέμψει, παρόμοια προγράμματα είναι υποχρεωτικά όχι μόνο για νοσηλευτές των ΜΕΘ, αλλά για όλους τους νοσηλευτές.

Από την ανάλυση που προηγήθηκε έγινε σαφές το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης των νοσηλευτών στην Ελλάδα στα θέματα βασικής υποστήριξης της ζωής. Το επόμενο θέμα, μετά τη διαπίστωση ενός προβλήματος, είναι η λήψη συγκεκριμένων μέτρων για την αντιμετώπισή του. Στην προκείμενη περίπτωση είναι ο σχεδιασμός ενός σταθερού, αλλά και με δυνατότητες τροποποιήσεων, εκπαιδευτικού προγράμματος για επαγγελματίες υγείας που θεραπεύουν παιδιά, στο οποίο να περιλαμβάνεται η αναγνώριση και η επείγουσα θεραπεία των συνθηθέστερων απειλητικών για τη ζωή καταστάσεων και τραυματισμών. Μ' αυτόν τον τρόπο, παράλληλα βέβαια με την εκπαίδευση στην καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση, μπορεί να παρατηρηθεί σημαντική ελάττωση στη θνητότητα των διαφόρων οξέων αλλά δυνητικά θεραπεύσιμων καταστάσεων της παιδικής ηλικίας (Κατσανούλας 2009). Σήμερα, αποτελεί αντικείμενο εντατικής έρευνας τόσο το ακριβές πρόγραμμα που θα πρέπει να διδασθεί, όσο και οι τρόπος που θα γίνει αυτό. Τέτοιου είδους προγράμματα ειδικά για

παιδιά είναι: το Pediatric Life Support (PLS), το Advanced Pediatric Life Support (APLS), το European Pediatric Immediate Life Support Course (EPILS), το European Paediatric Life Support (EPLS), το ΚΑΡΠΑ της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών κ.α.

Παρόλα αυτά η συνεχής εκπαίδευση σε συνδυασμό με την επαρκή κλινική εμπειρία είναι αυτές που μπορούν να εξασφαλίσουν την ετοιμότητα παροχής εξειδικευμένης και υψηλής ποιότητας φροντίδας από τους νοσηλευτές προς το πάσχον παιδί.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. Εργασιακά χαρακτηριστικά και συνολική βαθμολογία

	ΜΤ(ΤΑ)
Επίπεδο σπουδών	
Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό(N=5)	0,71±0,11
Νοσηλευτική ειδικότητα (N=29)	0,76±0,80
Πανεπιστημιακή εκπαίδευση(N=15)	0,75±0,31
Τεχνολογική εκπαίδευση (N=44)	0,79±0,96
Άλλο(N=9)	0,73±0,54
p-sig ²	0,082
Έτη εργασίας	
0-5 (N=24)	0,70±0,07
6-10 (N=35)	0,80±0,06
11-15(N=9)	0,80±0,09
16-20(N=12)	0,81±0,10
>21(N=22)	0,75±0,07
p-sig ^{2*}	<0,001
Θέση εργασίας	
Υπεύθυνος νοσηλευτής (N=88)	0,77±0,06
Κλινικός Νοσηλευτής (N=10)	0,73±0,05
p-sig ¹	0,171
Τμήμα εργασίας	
Μ ΕΘ(N=48)	0,82±0,06
Κλινική (N=42)	0,71±0,06
Χειρουργείο (N=5)	0,80±0,08
p-sig ^{2**}	<0,001
Ειδικό σεμινάριο	
ΝΑΙ (APLS, PLS, ΚΑΡΠΑ,άλλο) (N=28)	0,77±0,01
ΟΧΙ (N=74)	0,75±0,02
p-sig ¹	0,221

p-sig¹: t-test

p-sig²: ANOVA

* Η ομάδα με 0-5 έτη προϋπηρεσίας διέφερε στατιστικά σημαντικά από τις ομάδες με 6-10, 11-15, 16-20 έτη συγκεντρώνοντας χαμηλότερη βαθμολογία, p<0,05 (post-hoc δοκιμασία Bonferroni)

** Η ομάδα της ΜΕΘ διέφερε στατιστικά σημαντικά από την ομάδα της κλινικής, συγκεντρώνοντας υψηλότερη βαθμολογία p<0,05 (post-hoc δοκιμασία Bonferroni)

ABSTRACT

ORIGINAL ARTICLE

NURSES' KNOWLEDGE OF BASIC LIFE SUPPORT IN GREEK PEDIATRIC DEPARTMENTS

Kalogirou Maria, RN, Intensive Care Unit, Penteli Children's Hospital

Introduction: Emergency pediatric problems which need immediate intervention from health professionals are not infrequent. Usually, the first person who deals with these potential fatal incidents and has to act instantly is the nurse.

Aim: It was to investigate the knowledge of nurses working in pediatric departments on the treatment of a child's life threatening condition.

Materials and methods: One hundred and two nurses from all the three pediatric hospital in Attica were enrolled in the study. They filled in a questionnaire covering the whole range of knowledge and skills in the field of basic life support in children. A highest total score meant more correct answers (range 0-1). ANOVA and t-test were the statistical methods applied.

Results: The highest total score was observed in the question regarding the severe ill child (0.94 ± 0.11), while the lowest in the question dealing with intraosseous infusion (0.59 ± 0.18). Previous participation in special educational seminars did not differentiate the answers. Nurses working in ICU had statistically significantly more correct answers in comparison with the clinic team ($p < 0.05$). Nurses with less than five years of longevity differed statistically significantly from the those with 6-10, 11-15 and 16-10 years of longevity having a lower total score ($p < 0.05$).

Conclusions: There is a considerable lack of knowledge in the treatment of life threatening conditions in children. It is necessary to institutionalize educational programs in basic life support as part of the continuing education of nurses.

Key words: Basic Life Support, Child, Nurse, Knowledge

Βιβλιογραφία

1. Badger, T. and Rawstorne, D. (1998) "An evaluative study of pre-registration nursing students' skills in basic life support". *Nurse Education Today* 18 (3) 231-6.
2. Bakalis, N.A., Bowman, G.S. and Porock, D. (2004) "A comparison of education in Greek and English nurses". *International Nursing Review* 51(2) 88-93
3. Curry, L. and Gass, D. (1987) "Effects of training in cardiopulmonary resuscitation on competence and patient outcome". *Canadian Medical Association Journal* 137 (6) 491-6.
4. Crouch, R. and Graham, L. (1993) "Resuscitation. Nurses' skills in basic life support: a survey". *Nursing Standard* 7 (20) 28-31.
5. Ζαχαρόπουλος, Π., Πρελορέντζου, Χ. και Μερκούρης, Α. (2007) "Αξιολόγηση του επιπέδου γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού στη βασική καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση (Β-ΚΑΡΠΑ)". *Νοσηλευτική* 46 (3) 381-389
6. Gass, D.A. and Curry, L. (1983) "Physicians' and nurses' retention of knowledge and skill after training in cardiopulmonary resuscitation". *Canadian Medicine Association Journal* 128 (5) 550-1.
7. Grzeskowiak, M., Bartkowska-Sniatkowska, A., Rosada-KurasiPska, J. and PukliPska, K. (2009) "A survey of basic resuscitation knowledge among medical personnel of a paediatric hospital". *Anestezjologia Intensywna Terapia* 41(3)155-8
8. <http://www.apshellas.gr/content/view/33/34/lang,el προσβάσιμο στις 12/10/11>
9. Inwood, H. (1996) "Knowledge of resuscitation Intensive". *Critical Care Nursing* 12(1) 33-9.
10. Κατσανούλας, Κ. (2009) «Η εκπαίδευση στην επείγουσα ιατρική για παιδιά» στο περιοδικό *Ιατρικά θέματα* (38) 30-33
11. Keenan, M., Lamacraft, G. and Joubert, G. (2009) "A survey of nurses' basic life support knowledge and training at a tertiary hospital" *African Journal of Health Professions Education* 1(1) 3-7.
12. Merkouris, A., Papathanassoglou, E.D., Pistolas, D., Papagiannaki, V., Floros, J. and Lemonidou, C. (2003) "Staffing and organization of nursing care in cardiac intensive care units in Greece". *European Journal Cardiovascular Nursing* 2(2) 123-129.
13. Moule, P. and Knight, C. (1997) "Emergency, cardiac arrest! Can we teach the skills?" *Nurse Education Today* 17 (2) 99-105.
14. Vickers, A. (2005). Parametric versus non-parametric statistics in the analysis of randomized trials with non-normally distributed data. *BMC Medical Research Methodology*, 5(35) Retrieved April 17, 2008 from <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/5/35>
15. Whelan, Y. (1997) "Cardiac arrest: the skills of the emergency nurse practitioner". *Accident and emergency nursing* 5(2)107-10
16. Wynne, G., Marteau, T.M., Johnston, M., Whiteley, C.A. and Evans, T.R. (1987) "Inability of trained nurses to perform basic life support". *British Medical Journal (Clinical research ed)* 294 (6581) 1198-9.
17. Xanthos, Th., Akrivopoulou, Ag., Pantazopoulos, I., Aroni, F., Datsis, A. and Iacovidou, N. (2010) Evaluation of nurses' theoretical knowledge in Basic Life Support: A study in a district Greek hospital. *International Emergency Nursing* [online] available from <http://www.internationalemergencynursing.com/>-October 2011

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Το ερωτηματολόγιο γνώσεων

Συμπληρώστε Σ για τη σωστή
Λ για τη λανθασμένη απάντηση

1. Ένα παιδί σε ασυστολία

- α. Σπάνια είναι οξεωτικό
- β. Μπορεί να έχει κύματα P στην καταγραφή του monitor
- γ. Φάρμακο εκλογής είναι η ενδοτραχειακή χορήγηση επινεφρίνης
- δ. Η δόση χορηγούμενης επινεφρίνης I.V είναι 0,1 ml/kg από το διάλυμα 1/10.000
- ε. Δεν υπάρχει διαφορά στην I.V και στην I.O χορήγηση επινεφρίνης.

2. Τα παρακάτω μπορεί να παρατηρηθούν σε ένα βαρέως πάσχον παιδί

- α. Εισολκές μεσοπλευρίων
- β. Διαδερμικός κορεσμός οξυγόνου 89%
- γ. Διέγερση ακολουθούμενη από βυθιότητα
- δ. Ανώμαλη θέση σώματος
- ε. Αδυναμία πρόσληψης τροφής/υποσιτισμός

3. Κατά την παροχή βασικής υποστήριξης ζωής σε βρέφος

- α. Ο αυχένος πρέπει να είναι σε θέση έκτασης, ώστε ο αεραγωγός να είναι απελευθερωμένος
- β. Οι καρδιακές συμπίεσεις και οι εμφυσήσεις πρέπει να χορηγούνται σε αναλογία 15/2
- γ. Καλύτερες συμπίεσεις επιτυγχάνονται με τη μέθοδο κύκλωσης του θώρακα με δύο χέρια
- δ. Η καρωτίδα είναι εύκολα ψυλαφητή
- ε. Ο ρυθμός συμπίεσεων πρέπει να είναι 120/min

4. Τα βρέφη διαφέρουν ως προς τους ενήλικες στα εξής

- α. Έχουν σχετικά μικρότερη γλώσσα
- β. Έχουν μικρότερο ποσοστό εμβρυικής αιμοσφαιρίνης κατά τη γέννηση
- γ. Η έκπτυξη του θώρακα γίνεται κύρια με την υποστήριξη των πλευρών
- δ. Επικουρικός μυς στην αναπνοή είναι ο στερνοκλειδομαστοειδής
- ε. Η τραχεία είναι πιο μαλακή και ευπίεστη

5. Η καρδιακή ανακοπή στα παιδιά

- α. Συμβαίνει συνήθως λόγω πρωτοπαθούς νόσου του μυοκαρδίου
- β. Συνήθως εμφανίζεται ως ασυστολία
- γ. Μπορεί να οφείλεται σε σοκ
- δ. Μπορεί να οφείλεται σε υποξία
- ε. Έχει πολύ καλή πρόγνωση

6. Η ενδοοστική έγχυση

- α. Είναι μια νέα τεχνική
- β. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στα παιδιά που βρίσκονται σε κυκλοφορική καταπληξία
- γ. Γίνεται στο άνω άκρο της κνήμης
- δ. Λειτουργεί αποτελεσματικά σε ελεύθερη ροή
- ε. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά για χορήγηση όλων των I.V φαρμάκων.

7. Κατά την εκτίμηση ενός σοβαρά τραυματισμένου παιδιού

- α. Προέχει η απελευθέρωση του αεραγωγού
- β. Πρέπει να γίνει αιμοληψία αμέσως μόλις γίνει η φλεβοκέντηση
- γ. Το αυχενικό κολλάρο δεν αφαιρείται ούτε κατά τη διασωλήνωση
- δ. Πρέπει άμεσα να χορηγηθούν ισότονα υγρά σε ταχείες φορτίσεις
- ε. Πρέπει να μεταφερθεί άμεσα σε ΜΕΘ εφόσον δε μπορεί να σταθεροποιηθεί.

8. Οι διεσταλμένες οφθαλμικές κόρες συσχετίζονται με

- α. Υποθερμία
- β. Λήψη βαρβιτουρικών
- γ. Σπασμούς
- δ. Αυξηση ενδοκράνιας πίεσης
- ε. Πυρετό

9. Σε παιδί με αφυδάτωση παρατηρούμε

- α. Σπαργή δέρματος
- β. Απώλεια βάρους
- γ. Ξηρούς βλεννογόνους
- δ. Εισέχοντες οφθαλμούς
- ε. Αυξημένες καρδιακές σφύξεις

10. Σε παιδί με έγκαυμα προσώπου και άνω ημιθωρακίου

- α. Χορηγούμε οξυγόνο με 15lt/min
- β. Σκεπτόμαστε ότι θα χρειαστεί άμεσα διασωλήνωση
- γ. Εξασφαλίζουμε 2 φλεβικές γραμμές
- δ. Χορηγούμε άμεσα φορτίσεις N/S
- ε. Εξασφαλίζουμε δροσερό περιβάλλον

ΟΙ ΣΩΣΤΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΙΝΑΙ:

- 1Α-Λ 1Β-Σ 1Γ-Λ 1Δ-Σ 1Ε-Σ
- 2Α-Σ 2Β-Λ 2Γ-Σ 2Δ-Σ 2Ε-Σ
- 3Α-Λ 3Β-Σ 3Γ-Λ 3Δ-Λ 3Ε-Λ
- 4Α-Λ 4Β-Λ 4Γ- Λ 4Δ- Σ 4Ε-Σ
- 5Α-Λ 5Β-Σ 5Γ-Σ 5Δ-Σ 5Ε-Λ
- 6Α-Λ 6Β-Σ 6Γ-Σ 6Δ-Λ 6Ε-Σ
- 7Α-Σ 7Β-Σ 7Γ-Λ 7Δ-Σ 7Ε-Λ
- 8Α-Σ 8Β-Λ 8Γ-Λ 8Δ-Σ 8Ε-Λ
- 9Α-Σ 9Β-Σ 9Γ-Σ 9Δ-Σ 9Ε-Σ
- 10Α-Σ 10Β-Σ 10Γ-Σ 10Δ-Σ 10Ε-Λ

Πρότυπα οργάνωσης της κοινωνίας, πρόσληψης της αρρώστιας και εφαρμογής πολιτικής

Σωτηριάδου Κυριακή¹, Σαράφης Πάυλος², Μαλλιαρού Μαρία³

1. Λγος (ΥΝ), MSc, Υπ. Διδάκτωρ Αριστοτελείου Πανεπιστημίου, 2η ΤΑΞΥΠ/ΔΥΓ, Κοζάνη ksotiriadou@yahoo.gr
2. Καθηγητής Εφαρμογών ΤΕΙ Λαμίας/τμήμα Νοσηλευτικής psarafis@gmail.com
3. Λγος (ΥΝ), MSc, Υπ. Διδάκτωρ ΕΚΠΑ, 404 ΓΣΝ Λάρισας mmalliarou@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η παρούσα εργασία αναφέρεται στις δύο διαφορετικές προσεγγίσεις στις έννοιες της υγείας και της ασθένειας, αφενός στο κυρίαρχο βιοϊατρικό μοντέλο και αφετέρου στην οπτική της δημόσιας υγείας και της κοινωνιολογίας της υγείας. Σκοπός: Η παρουσίαση του βιοϊατρικού μοντέλου που κυριάρχησε στη δυτική ιατρική για πολλά χρόνια., η κριτική που έχει ασκηθεί στο μοντέλο αυτό, συγκριτικά με την προσέγγιση της δημόσιας υγείας

Ανασκόπηση βιβλιογραφίας: Έγινε αναζήτηση βιβλιογραφίας σε διεθνείς βάσεις δεδομένων με λέξεις κλειδιά: βιοιατρικό μοντέλο, δημόσια υγεία, κλινική ιατρική για αρθρογραφία της τελευταίας 10ετίας στο συγκεκριμένο θέμα.

Αποτελέσματα: Η κυριαρχία του βιοϊατρικού μοντέλου το οποίο παραμελεί τις κοινωνικές διαστάσεις της ασθένειας και βλέπει τον ασθενή όχι ως άνθρωπο αλλά ως απρόσωπο περιστατικό, έχει υποστεί σημαντική φθορά. Οι γιατροί έχουν πλέον αρχίσει να υιοθετούν στην καθημερινή πρακτική τους μια προσέγγιση δημόσιας υγείας, ταυτόχρονα με την κλινική προσέγγιση.

Συμπεράσματα: Η συμμετοχή των οικογενειών είναι απαραίτητη για τη διατήρηση της υγείας του ασθενούς, ενώ απαιτούνται γλωσσικές και πολιτιστικές ικανότητες, όταν ασχολείται ο γιατρός με ασθενείς που ανήκουν σε κάποια μειονότητα. Οι γιατροί θα πρέπει να δημιουργήσουν δεσμούς με κοινωνικές και κοινοτικές οργανώσεις, σχολεία και επιχειρήσεις και να συμβάλουν στη δημιουργία ομάδων αυτοβοήθειας για τους ασθενείς

Λέξεις – κλειδιά: δημόσια υγεία, βιοϊατρικό μοντέλο, κλινική ιατρική

1. Εισαγωγή

Είναι κοινός τόπος ότι η υγεία και η ζωή είναι το πολυτιμότερο αγαθό του ανθρώπου. Δεν είναι επομένως τυχαίο ότι η ιατρική, έχοντας κύριο σκοπό και ενασχόληση τη διαφύλαξη της υγείας, έχει κυρίαρχη θέση ανάμεσα στις επιστήμες και οι γιατροί προνομιούχα θέση ανάμεσα στους επιστήμονες. Ωστόσο, στη σύγχρονη εποχή, αυτή η κυριαρχία όχι μόνο αμφισβητείται, αλλά συχνά κλονίζεται. Το κυρίαρχο για πολλά χρόνια βιοϊατρικό μοντέλο που επέβαλλε η σύγχρονη δυτική ιατρική δίνει τη θέση του σε ένα άλλο μοντέλο, στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο ερμηνείας της υγείας και της αρρώστιας (Τούντας, 2004).

Στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας θα γίνει αρχικά μια αναφορά στους όρους «υγεία» και «ασθένεια», ενώ στη συνέχεια θα αναλυθούν οι προσεγγίσεις της δημόσιας υγείας και της κλινικής ιατρικής. Γίνεται αναφορά στα χαρακτηριστικά των δύο μοντέλων, καθώς επίσης και στο ζήτημα της εμπιστοσύνης προς τους γιατρούς. Τέλος, θα γίνουν κάποιες παρατηρήσεις σχετικά με τις πρόσφατες εξελίξεις και την προοπτική της ιατρικής και της δημόσιας υγείας στον 21ο αιώνα.

2. Υγεία και ασθένεια

Ο ορισμός της υγείας έχει προκαλέσει έντονες επιστημονικές συζητήσεις. Δύο σημαντικές προσεγγί-

σεις είναι των «νορματιβιστών» και των «νατουραλιστών» (Schwartz, 2007:p.47). Εκπρόσωπος των πρώτων, ο Lester King στο κλασικό του άρθρο "What is disease" (King, 1954), προτάσσει το αίσθημα του ανεπιθύμητου και ορίζει την ασθένεια ως τις «συνθήκες που από την κοινωνία κρίνονται ότι προκαλούν πόνο ή αναπηρία. Η υγεία, αντίθετα, είναι η κατάσταση της ευεξίας που συμβαδίζει με τις επικρατούσα κουλτούρα ή με τη στατιστική νόρμα» (King, 1954:p. 197).

Ο «νατουραλιστής» Christopher Boorse (1977), υποστηρίζει ότι πρέπει να αποβάλουμε από τον ορισμό της ασθένειας κάθε αξιακή κρίση και να επικεντρωθούμε μόνο στις βιολογικές φύσης δυσλειτουργίες, σε σύγκριση με τη στατιστικά κανονική βιολογική λειτουργία. Οι απόψεις του Boorse και η «βιοστατιστική θεωρία» που ανέπτυξε (Boorse, 1977:p. 555), είναι ίσως από τις ευρύτερα συζητημένες θεωρίες στη βιβλιογραφία, έχοντας ξεσηκώσει πλήθος αντιδράσεων (Schwartz, 2007:p. 53; Lewens and McMillan, 2004), καθώς, για παράδειγμα, η ομοφυλοφιλία θεωρείται σύμφωνα με τον ορισμό του ασθένεια, αφού ξεφεύγει από τη στατιστικά μέση συμπεριφορά του πληθυσμού.

Η δυσκολία να ορίσουμε την ασθένεια¹ (και την υγεία) έγκειται στο ότι εκτός από τους βιολογικούς παράγοντες πρέπει να ληφθούν υπόψη και το περιβάλλον, οι κοινωνικές και πολιτισμικές αξίες, οι υποκειμενικές κρίσεις των ανθρώπων. Η ασθένεια ωστόσο αποτελεί κατά κύριο λόγο μια προσωπική και σωματική εμπειρία, με αποτέλεσμα να εμποδίζεται ο προσδιορισμός της φύσης των κοινωνικών και πολιτιστικών παραμέτρων αυτής της εμπειρίας (Αγραφιώτης, 2003).

Σε πρόσφατη παρέμβαση σε αυτή τη μακρά διαμάχη, ο Schwartz διατείνεται ότι ο ορισμός της ασθένειας δεν μπορεί να είναι ένας και μοναδικός (Schwartz, 2007:p. 47). Αντίθετα, θα πρέπει να περιέχει στοιχεία για κοινωνικές αξίες, καθώς επίσης και για σωματικές και βιολογικές δυσλειτουργίες. Ένας ορισμός που θέτει σαφείς διαχωριστικές γραμμές ως προς το τι είναι ασθένεια και τι όχι είναι απλώς η επιβολή μιας απόφασης (Schwartz, 2007:p. 59).

3. Το Βιοϊατρικό μοντέλο

Η σύγχρονη δυτική ιατρική έχει ως βάση το βιοϊατρικό μοντέλο το οποίο στηρίζεται σε μια σειρά από παραδοχές: δυϊσμός πνεύματος και σώματος, το σώμα είναι «επισκευάσιμο», η τεχνολογία είναι απαραίτητη στις ιατρικές παρεμβάσεις, τα νοσήματα αποτελούν παρέκκλιση από το φυσιολογικό και έχουν βιολογικά αίτια και, τέλος, πίσω από κάθε ασθένεια υπάρχει συγκεκριμένη αιτιολογία (Nettleton, 2002:σ. 25; Οικονόμου, 2005:σ. 34)

1. Υπάρχει πληθώρα αντιλήψεων για το τι είναι υγεία όταν ερωτηθεί ο γενικός πληθυσμός, χωρίς ωστόσο να υπάρχει μεγάλη απόσταση από την ιατρική αντίληψη για την υγεία (Blaxter, 2001).

Οι γιατροί αρχικά ήταν μια επαγγελματική ομάδα με μικρή συμβολή στη θεραπεία των ασθενειών, αφού τον πρώτο λόγο είχαν οι μάγοι, η θρησκεία και οι διάφοροι πρακτικοί². Ωστόσο, η ιατρική κατάφερε σταδιακά να γίνει ο κυρίαρχος θεσμός που προσφέρει τη μοναδική αυθεντική πρόταση για την κατανόηση της ασθένειας και την αντιμετώπισή της (Nettleton, 2002:σ. 24). «Η ιατρική απέκτησε απόλυτη εξουσία πάνω στην ασθένεια καθώς επίσης και το μονοπώλιο της θεραπείας της» (Adam και Hertzlich, 1999:σ. 32). Οι εξελίξεις στον τομέα της ιατρικής ήταν σημαντικές, ωστόσο οι διεκδικήσεις των γιατρών πάντα προηγούνταν των εξελίξεων στην ιατρική γνώση. Οι γιατροί κατάφεραν να αποκτήσουν σημαντική δύναμη πείθοντας την πολιτική εξουσία ότι είναι η μόνη επαγγελματική ομάδα που μπορεί να βοηθήσει στην άνοδο του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Μέσω των συλλόγων τους οι γιατροί καθορίζουν οι ίδιοι το περιεχόμενο σπουδών στις ιατρικές σχολές και τον κώδικα ιατρικής δεοντολογίας, ενώ κυριαρχούν στο χώρο της υγείας, παραμερίζοντας ως υποδεέστερες τις άλλες ειδικότητες (Adam και Hertzlich, 1999:σσ. 29-39). Με βάση αυτή την κυριαρχία, το βιοϊατρικό μοντέλο έχει οδηγήσει σε μια ιατροκεντρική κοινωνία, στην ιατροποίηση της καθημερινότητας (Οικονόμου, 2005:σ. 38).

4. Η κριτική στο βιοϊατρικό μοντέλο

Το βιοϊατρικό μοντέλο έχει υποστεί ισχυρή κριτική, τόσο από το ευρύ κοινό όσο και στον ακαδημαϊκό χώρο (Nettleton, 2002). Καθώς οι δαπάνες για την υγεία τα τελευταία 30 χρόνια έχουν διογκωθεί σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ, η κριτική αυτή προσλαμβάνει ολοένα μεγαλύτερες διαστάσεις με αποτέλεσμα οι γιατροί να αισθάνονται ότι απειλείται η κλινική ελευθερία τους. Χαρακτηριστικός είναι ο τίτλος άρθρου του Alan Williams (1988): "Οικονομικά της υγείας: το τέλος της κλινικής ελευθερίας;" Ο Williams θεωρεί ότι «είναι μάλλον πρόωρη η άποψη ότι η κλινική ελευθερία έχει πεθάνει, γιατί εάν πραγματικά έχει πεθάνει φαίνεται απρόθυμη να πέσει κάτω». Ωστόσο, παρόλο που δεν έχει έρθει το τέλος της κλινικής ελευθερίας, η ενασχόληση με τα οικονομικά της υγείας έχει (σωστά κατά το συγγραφέα) φέρει έναν περιορισμό στο εύρος της (Williams, 1988:p. 1186).

Σημαντική κριτική στο βιοϊατρικό μοντέλο ασκήθηκε από τον Thomas McKeown (2001)³ με την παράθεση στοιχείων σύμφωνα με τα οποία η πτώση της θνησιμότητας στον 20ο αιώνα δεν οφείλεται σε ιατρικές

2. Σύμφωνα με στοιχεία της ΕΣΥΕ, το 1956 αναλόγως του προσώπου που παραστάθηκε κατά τον τοκετό, στο 37% των γεννήσεων παραστάθηκε γιατρός, στο 38,6% μαιία και στο 22,1% άλλο πρόσωπο. Το 1997 τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 99,5, 0,3% και 0,1% αντίστοιχα.
3. Το πρωτότυπο κείμενο δημοσιεύτηκε το 1976, αλλά στην παρούσα θέση χρησιμοποιείται απόσπασμα που περιέχεται στο συλλογικό τόμο Health and Disease: A Reader (Open University Press, Buckingham, 2001).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Ευρωπαϊκοί οργανισμοί για τη δημόσια υγεία

Ευρωπαϊκός Οργανισμός Περιβάλλοντος
Ιδρύθηκε το 1990 με τον Κανονισμό (ΕΟΚ) 1210/90 και λειτουργεί από το 1994 με έδρα την Κοπεγχάγη [http://www.eea.eu.int]
Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας
Ιδρύθηκε το 1993 με τον Κανονισμό (ΕΟΚ) 302/93 και λειτουργεί από τις αρχές του 1995 με έδρα τη Λισσαβόνα [http://www.emcdda.eu.int]
Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Αξιολόγηση Φαρμακευτικών Προϊόντων
Ιδρύθηκε το 1993 με τον Κανονισμό (ΕΟΚ) 2309/93 και λειτουργεί από το 1995 με έδρα το Λονδίνο [http://www.emea.europa.eu]
Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία
Ιδρύθηκε το 1994 με τον Κανονισμό (ΕΟΚ) 2062/94 και έχει έδρα το Μπιλμπάο της Ισπανίας [http://www.agency.osha.eu.int]
Ευρωπαϊκή Αρχή για την Ασφάλεια των Τροφίμων
Ιδρύθηκε το 2002 με τον Κανονισμό (ΕΚ) 178/2002 και έχει έδρα στην Πάρμα της Ιταλίας [http://www.efsa.eu.int]
Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων
Ιδρύθηκε με τον Κανονισμό (ΕΚ) 851/2004 και έχει έδρα τη Στοκχόλμη [http://ecdc.europa.eu/en]

παρεμβάσεις, αλλά στην αλλαγή των συνθηκών υγιεινής, της διατροφής και γενικότερα των συνθηκών ζωής. Ωστόσο, ο McKeown αναγνωρίζει ότι με την εισαγωγή φαρμάκων και ιατρικών παρεμβάσεων επιταχύνθηκε η φθίνουσα πορεία των δεικτών θνησιμότητας.

Σχολιάζοντας τα επιχειρήματα του McKeown, ο Bunker (2001) υποστηρίζει ότι στο τελευταίο τέταρτο του 20ου αιώνα (διάστημα στο οποίο φυσικά δεν αναφέρεται ο McKeown αφού η εργασία του δημοσιεύτηκε το 1976), οι πρόοδοι της ιατρικής έχουν επιτύχει ακόμα σημαντικότερη πτώση της θνησιμότητας. Επίσης, δεδομένου ότι η επιστημονική βάση της ιατρικής είναι πολύ περισσότερο σαφής και κατανοητή από τις κοινωνικές διεργασίες που επηρεάζουν την υγεία, ο Bunker προτείνει να ληφθούν σοβαρά υπόψη στον πολιτικό σχεδιασμό για την κατανομή των πόρων τα αποτελέσματα της ιατρικής φροντίδας (Bunker, 2001: p. 240).

Σε επίρρωση των απόψεων του McKeown, είναι ενδιαφέρον να δούμε τη μείωση της θνησιμότητας από μια άλλη σκοπιά. Από την εξέταση των ιστορικών στοιχείων είναι σαφές ότι η βιομηχανική επανάσταση, η άνοδος των πόλεων και η αστικοποίηση έγιναν εφικτά όταν οι αγρότες απέκτησαν τη δυνατότητα να παρά-

γουν περισσότερα τρόφιμα από όσα οι ίδιοι κατανάλωναν (Johnson, 1997:σ. 5). Όπως έδειξε ο Νομπελίστας Robert Fogel με τη χρήση τεράστιου αριθμού βιομετρικών στοιχείων για το ύψος, τη μάζα σώματος και τους δείκτες θνησιμότητας, η αύξηση της θερμιδικής εισροής ήταν αυτό που προκάλεσε τη μείωση της θνησιμότητας στη Βρετανία τους τελευταίους δύο αιώνες (Fogel, 1993).

Φαίνεται λοιπόν ότι η άνοδος του καπιταλισμού, που προέκυψε ως αποτέλεσμα της βιομηχανικής επανάστασης, έγινε εφικτή μέσω της αύξησης του προσδόκιμου ζωής των ανθρώπων: πολύ απλά, ο καπιταλισμός για να εδραιωθεί είχε ανάγκη από εργατικό δυναμικό ικανό για εργασία, από ανθρώπους δηλαδή που δεν τρέφονταν απλά και μόνο στο επίπεδο επιβίωσης.

Ίσως η πιο σφοδρή κριτική στο βιοϊατρικό μοντέλο ασκήθηκε από το θεολόγο και φιλόσοφο Ivan Illich (2001)⁴, ο οποίος δεν βρίσκει καμία αιτιώδη σχέση ανάμεσα στην υποχώρηση της ασθένειας και στην πρόοδο της ιατρικής. «Οι αλλαγές είναι εξαρτημένες μεταβλητές πολιτικών και τεχνολογικών μετασχηματισμών και δεν είναι σημαντικά σχετιζόμενες με τις δραστηριότητες που απαιτούν την κατάρτιση, το κύρος και τον ακριβό εξοπλισμό για τα οποία το ιατρικό επάγγελμα επαιρείται» (Illich, 2001: p. 264). Ο Illich πηγαίνει ένα βήμα παραπέρα, χαρακτηρίζοντας ως ιατρογενή πολλά από τα προβλήματα που ταλαιπωρούν τους ασθενείς (παρενέργειες φαρμάκων, αρνητικά κλινικά αποτελέσματα χειρουργικών επεμβάσεων, κλπ.).

5. Η προσέγγιση της δημόσιας υγείας

Η δημόσια υγεία έχει μια ιστορία 125 χρόνων στο δυτικό κόσμο (Donaldson, 2001; Moore, 2001), στη διάρκεια των οποίων έχουν συμβεί τεράστιες αλλαγές στις συνθήκες διαβίωσης του πληθυσμού, στην υγιεινή, στον τρόπο ζωής γενικότερα. Στη διάρκεια αυτών των χρόνων υπήρξαν πολύ σημαντικές αλλαγές στη λογική και στο εύρος των παρεμβάσεων της δημόσιας υγείας (Moore, 2001). Ενώ παλαιότερα η δημόσια υγεία ήταν ζήτημα τοπικού χαρακτήρα, σήμερα υπερβαίνει τα εθνικά σύνορα με υπερεθνικούς οργανισμούς, όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ή με οργανισμούς σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης (Πίνακας 1).

Αναφέρεται⁵ ότι η συνολική αύξηση της προσδοκώμενης ζωής στις ΗΠΑ στη διάρκεια του 20ου αιώνα ήταν 30 έτη, από τα οποία πάνω από 25 οφείλονται στα μεγάλα επιτεύγματα της δημόσιας υγείας (εμβολιασμοί, ασφαλέστερα τρόφιμα, φθορίωση του νερού, θέσπιση κανόνων ασφαλούς οδήγησης, κλπ). Αντίθετα, στην πρόοδο της ιατρικής αποδίδονται λίγο πάνω από 4 χρόνια.

Στο σημείο αυτό είναι ίσως χρήσιμο να δούμε συνο-

4. Ibid.

5. <http://www.whatispublichealth.org/impact/achievements.html>

πτικά (Διάγραμμα 1) κάποιες από τις διαφορές της δημόσιας υγείας με την κλινική ιατρική, όπως διατυπώνονται από την αμερικανική Ένωση Σχολείων Δημόσιας Υγείας (ASPH)⁶.

Η σύγχρονη δημόσια υγεία είναι ένα πολυεπιστημονικό πεδίο, με μια ολιστική οπτική που περιλαμβάνει την τέχνη και την πολιτική συντονισμού και εξισορρόπησης διαφορετικών υπηρεσιών της κοινότητας (Tulchinsky and Varanikona, 2000). Βεβαίως, έχει επεκταθεί σε σημείο που να τίθενται ζητήματα ελευθε-

6. Εκπροσωπεί πάνω από 50 πανεπιστημιακές σχολές δημόσιας υγείας των ΗΠΑ και ιδρύθηκε το 1953 με κεντρικό σύνθημα «είσαι τόσο υγιής όσο ο κόσμος μέσα στον οποίο ζεις» (<http://www.asph.org/>).

ρίας επιλογών⁷ και να υποστηρίζεται ότι ασκείται τυραννική επιρροή στη ζωή του ατόμου (Fitzpatrick, 2004a:σ. 336). «Αν οι άνθρωποι δέχονται να κυβερνάται η ζωή

7. «Το κράτος – νταντά του παρελθόντος έχει μεταμορφωθεί στο θεραπευτικό κράτος και η νταντά έχει δώσει τη θέση της στο σύμβουλο. Η νταντά απλώς έλεγε στον κόσμο τι να κάνει, οι σύμβουλοι λένε επίσης και τι να αισθάνεται και τι να σκέφτεται» (Fitzpatrick, 2004b). Απαντώντας η Anna Coote, σε άρθρο της στον Guardian (26/5/2004), αναρωτιέται γιατί υπάρχουν τόσες αντιδράσεις για το κράτος – νταντά (“Nanny madness: What’s so terrible about the nanny state, anyway?” <http://www.guardian.co.uk/society/2004/may/26/guardiansocietysupplement.politics1>), αφού σε πολλές περιπτώσεις υπήρξε παρέμβαση του κράτους για την προστασία της δημόσιας υγείας (παστερίωση του γάλακτος, ζώνη ασφαλείας στα οχήματα, κλπ.) και θα φαινόταν σήμερα γελοίο κάποιος να ζητήσει την άρση των μέτρων αυτών.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1. Δημόσια υγεία και κλινική ιατρική

Δημόσια Υγεία

Επικεντρώνεται στον πληθυσμό και εστιάζεται στην παροχή δημόσιας υπηρεσίας, με έμφαση στην πρόληψη, την προαγωγή της υγείας για ολόκληρη την κοινότητα

Πολλαπλές επαγγελματικές ταυτότητες και συγκεχυμένη δημόσια εικόνα

Χρησιμοποιεί πλήθος παρεμβάσεων για την ανθρώπινη συμπεριφορά και τον τρόπο ζωής

Εκπαίδευση και κατάρτιση: Βιολογικές επιστήμες κεντρικός ρόλος με έμφαση στην υγεία των πληθυσμών, οι αριθμητικές επιστήμες είναι βασικό στοιχείο, οι κοινωνικές επιστήμες αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της εκπαίδευσης και τέλος οι κλινικές επιστήμες έχουν περιφερικό ρόλο

Κλινική ιατρική

Επικεντρώνεται στο άτομο, με ηθική παροχή προσωπικής υπηρεσίας και έμφαση στην διάγνωση και θεραπεία

Καλά εδραιωμένο επάγγελμα με έντονη δημόσια εικόνα

Ρόλος των επιστημών στην εκπαίδευση και κατάρτιση: Βιολογικές επιστήμες στο κέντρο της εκπαίδευσης, οι αριθμητικές επιστήμες έχουν αυξανόμενη προβολή, οι κοινωνικές επιστήμες είναι προαιρετικό μέρος της εκπαίδευσης, ενώ οι κλινικές επιστήμες έχουν ουσιαστικό ρόλο

τους από μέτρα που πιστεύουν ότι ίσως βοηθήσουν να παρατείνουν την ύπαρξή τους, τότε η ποιότητα της ζωής τους μειώνεται». (Fitzpatrick, 2004a:σ. 336). Στο πλαίσιο αυτό ασκείται κριτική στους γιατρούς που δίνουν συμβουλές υγείας⁸ και στο κράτος που παρεμβαίνει σε θέματα δημόσιας υγείας⁹.

6. Σχέση γιατρού και ασθενούς

Η σχέση γιατρού και ασθενούς¹⁰ περιγράφεται ως μια σχέση ασύμμετρης πληροφόρησης, όπως τονίζει ο Νομπελίστας Kenneth Arrow στο μνημειώδες¹¹ άρθρο του "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care". Η πληροφόρηση του γιατρού είναι σαφώς μεγαλύτερη από του ασθενούς, ή τουλάχιστον, όπως επισημαίνει ο Arrow (1963:p. 951), έτσι πιστεύουν και τα δύο μέρη, τα οποία γνωρίζουν ότι υπάρχει ασυμμετρία πληροφόρησης και το γεγονός αυτής της γνώσης χρωματίζει με ιδιαίτερο τρόπο τη μεταξὺ τους σχέση. Οι ιδιαιτερότητες του τομέα της υγείας τον καθιστούν ξεχωριστό από άλλους τομείς της οικονομίας (Arrow, 1963:pp. 948-954), και δημιουργούν κενά τα οποία καλύπτονται από κοινωνικούς θεσμούς εκτός αγοράς, εννοώντας κατά βάση την εμπιστοσύνη¹² την οποία θα πρέπει να απολαμβάνει ο γιατρός (Arrow, 1963:pp. 947, 949-951, 965-966).

7. Δημόσια υγεία και ιατρική στον 21ο αιώνα

Η κυριαρχία του βιοϊατρικού μοντέλου το οποίο παραμελεί τις κοινωνικές διαστάσεις της ασθένειας και βλέπει τον ασθενή όχι ως άνθρωπο αλλά ως απρόσωπο περιστατικό, έχει υποστεί σημαντική φθορά¹³. Βεβαίως οι γιατροί έχουν πλέον αρχίσει να υιοθετούν στην καθημερινή πρακτική τους μια προσέγγιση δημόσιας υγείας, ταυτόχρονα με την κλινική προσέγγιση (Shortell and Swartzberg, 2008)¹⁴. Η συμμετοχή των οικογενει-

ών είναι απαραίτητη για τη διατήρηση της υγείας του ασθενούς, ενώ απαιτούνται γλωσσικές και πολιτιστικές ικανότητες, όταν ασχολείται ο γιατρός με ασθενείς που ανήκουν σε κάποια μειονότητα. Οι οικογενειακοί γιατροί θα πρέπει να δημιουργήσουν δεσμούς με κοινωνικές και κοινοτικές οργανώσεις, σχολεία και επιχειρήσεις και να συμβάλουν στη δημιουργία ομάδων αυτοβοήθειας για τους ασθενείς (Shortell and Swartzberg, 2008). Όλα αυτά είναι ζητήματα της κοινωνικής επιδημιολογίας, η οποία επικεντρώνεται στην ταυτοποίηση παραγόντων του κοινωνικού περιβάλλοντος που επηρεάζουν την έκβαση της ασθένειας (Berkman and Kawachi, 2000).

8. Συμπέρασμα

Στην εποχή μας υπάρχει έντονη αμφισβήτηση της αποτελεσματικότητας της κλινικής ιατρικής αλλά και του έντονα παρεμβατικού χαρακτήρα της δημόσιας υγείας. Αυτό που συμβαίνει με τη νέα γρίπη είναι ενδεικτικό: ο πληθυσμός, αλλά και ένα μεγάλο ποσοστό γιατρών, έχοντας υπόψη το «αμαρτωλό» παρελθόν¹⁵, αρνείται να εμβολιαστεί. Οι αντιδράσεις κυμαίνονται από εύλογα επιχειρήματα για τη μη δοκιμασμένη αποτελεσματικότητα και μακροχρόνια ασφάλεια του εμβολίου, μέχρι συνομωσιολογικά σενάρια τύπου η CIA εφνύρε τον ιό. Ανεξάρτητα από τη βασιμότητα των επιχειρημάτων, είναι σαφές ότι ποτέ άλλοτε δεν υπήρξε παρόμοιας έκτασης αντίδραση στην επίσημη γραμμή κυβερνήσεων και διεθνών οργανισμών. Οι γιατροί καλούν για εμπιστοσύνη¹⁶, ωστόσο το ερώτημα είναι εμπιστοσύνη σε ποιούς γιατρούς; Σε αυτούς που λένε να στο εμβόλιο ή σε αυτούς που λένε όχι;

Είναι προφανές ότι η αμφισβήτηση θα συνεχιστεί, ίσως ακόμα πιο έντονη, στο μέλλον. Είναι ενδιαφέρουσες εν προκειμένω οι απόψεις φουτουριστών

8. «Οι γιατροί πρέπει να πάψουν την προσπάθεια να σωφρονίσουν τους ασθενείς και να συγκεντρωθούν στο πώς θα τους θεραπεύσουν» (Fitzpatrick, 2004a:σ. 357).

9. «Να επανορίσουμε την ιατρική με όρους του να θεραπεύουμε τον άρρωστο και να αφήσουμε τον υγιή στην ψυχία του». (Fitzpatrick, 2004a:σ. 357).

10. Τη σχέση αυτή περιγράφει με σχηματικό τρόπο ο Williams (1988): Θεωρητικά ο ασθενής και ο γιατρός είναι σε σχέση εντολέα (ασθενής) – εντολοδόχου (γιατρός). Εάν ήταν πράγματι έτσι, τότε θα ίσχυε ότι: Ο ΓΙΑΤΡΟΣ είναι εκεί για να δώσει στον ΑΣΘΕΝΗ όλες τις πληροφορίες που ο ΑΣΘΕΝΗΣ χρειάζεται, προκειμένου ο ΑΣΘΕΝΗΣ να λάβει μια απόφαση, και ο ΓΙΑΤΡΟΣ στη συνέχεια να εφαρμόσει την απόφαση αυτή, που έχει μόλις πάρει ο ΑΣΘΕΝΗΣ. Αλλάζοντας όμως τις λέξεις ΑΣΘΕΝΗΣ και ΓΙΑΤΡΟΣ: Ο ΑΣΘΕΝΗΣ είναι εκεί για να δώσει στο ΓΙΑΤΡΟ όλες τις πληροφορίες που ο ΓΙΑΤΡΟΣ χρειάζεται, προκειμένου ο ΓΙΑΤΡΟΣ να λάβει μια απόφαση, και ο ΑΣΘΕΝΗΣ στη συνέχεια να εφαρμόσει την απόφαση αυτή, που έχει μόλις πάρει ο ΓΙΑΤΡΟΣ. Είναι προφανές ότι στην πράξη ισχύει το δεύτερο, επομένως ο γιατρός δεν είναι τέλειος αντιπρόσωπος του ασθενούς και αυτό βεβαίως είναι επακόλουθο της ασυμμετρίας πληροφόρησης, η οποία είναι υπεύθυνη και για το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης.

11. Πρόκειται για ένα πυκνογραμμένο κείμενο που «απαιτεί από τον αναγνώστη το ακαδημαϊκό ανάλογο της ταλμουδικής ευρυμάθειας», όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Reinhardt (2001:p. 967). Με το άρθρο αυτό θεωρείται ότι «γεννήθηκε» ο κλάδος των οικονομικών της υγείας.

12. Ο Νομπελίστας Paul Krugman, στην τακτική στήλη του στους New York Times, γράφει πρόσφατα (25/7/2009): «...περιμένουμε περισσότερα από τους γιατρούς από ότι από τους φουρνάρηδες ή τους μπακάληδες». (<http://krugman.blogs.nytimes.com/2009/07/25/why-markets-cant-cure-healthcare/>).

13. Ένας επιπρόσθετος λόγος που συμβάλλει στην απομυθοποίηση της ιατρικής είναι το Internet, όπου μέσω της διάχυσης της πληροφορίας σπάει ο έλεγχος της ροής της πληροφόρησης για ζητήματα υγείας που παραδοσιακά ανήκε στο γιατρό (Hardey, 2001:p. 404).

14. Στο άρθρο εξάιρεται το (μοναδικό στις ΗΠΑ) πρόγραμμα σπουδών του Πανεπιστημίου του Berkeley (ο Stephen Shortell είναι κοσμήτορας της Σχολής Δημόσιας Υγείας στο U.C. Berkeley), που οδηγεί σε διπλό πτυχίο, στην ιατρική και στη δημόσια υγεία. Θεωρείται επίσης θετικό το ότι ορισμένες ιατρικές σχολές υιοθέτησαν μια αναθεωρημένη έκδοση του όρκου του Ιπποκράτη (γράφτηκε το 1964 από το Louis Lasagna, Διευθυντή της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Tufts) που αναφέρει ότι: «θα θυμάμαι ότι θεραπεύω έναν άρρωστο άνθρωπο, που η ασθένειά του επηρεάζει την οικογένειά του και την οικονομική του σταθερότητα. Θα προλαμβάνω τη νόσο όποτε έχω τη δυνατότητα, γιατί η πρόληψη είναι προτιμότερη από τη θεραπεία».

15. Η υστερία που επικράτησε στις ΗΠΑ για τον ιό της γρίπης στα μέσα της δεκαετίας του 1970 και η εκστρατεία για το μαζικό εμβολιασμό εκατομμυρίων αμερικανών θεωρείται ότι αποτέλεσε μέρος της στρατηγικής του προέδρου Gerald Ford να επανεκλεγεί στις εκλογές του 1976 (Dixon, 2002).

16. Βλ. π.χ. τα άρθρα των καθηγητών Τριχόπουλου, Κωνσταντόπουλου, Μουτσόπουλου στο ΒΗΜΑ της Κυριακής, 15/11/2009.

της υγείας σχετικά με τις απαντήσεις στις προκλήσεις του τομέα υγείας. Καταρχήν θεωρείται ότι οι πρόοδοι της ιατρικής δεν θα καθορίσουν τη βελτίωση της υγείας. Καθώς το προσδόκιμο ζωής φτάνει στο όριο του, η φροντίδα υγείας θα επικεντρωθεί στη διασφάλιση συνθηκών για ένα υψηλής ποιότητας τέλος της ζωής, έναν «υγιή θάνατο» θα λέγαμε

(Hancock and Garrett, 1995:p. 942). Ένας τομέας που θα γνωρίσει άνθηση είναι η ψυχονευροανοσολογία, ενώ αυτά που θα παίξουν κυρίαρχο ρόλο θα είναι οι βελτιώσεις στο μακρο-περιβάλλον μέσω οικολογικών, κοινωνικών, οικονομικών, πολιτικών και τεχνολογικών μεταβολών (Hancock and Garrett, 1995:p. 943).

ABSTRACT

SOCIETY ORGANISATION MODELS, PERCEPTION OF ILLNESS AND POLICY IMPLEMENTATION

Sotiriadou Kiriaki¹, Pavlos Sarafis², Maria Malliarou³

[1. Captain Nurse, MSc, PhDc Aristotle University of Thessaloniki, 2nd Brigade, Kozani, 2. Lecturer Technological Educational Institute of Lamia / Nursing Faculty, 3. Captain Nurse, MSc, PhDc University of Athens, 404 Military Hospital of Larisa]

Introduction: This paper refers to two different approaches to the concepts of health and illness, the dominant biomedical model on the one hand and the perspective of public health and health sociology on the other.

Purpose: The presentation of the biomedical model which dominated Western medicine for many years. The criticism in this model compared with the public health approach

Literature Review: Searched literature in international databases by keywords: biomedical model, public health, clinical medicine articles in the last 10 years on this issue.

Results: The dominance of the biomedical model which neglects the social dimensions of illness and sees the patient not as human being but as an impersonal medical incident, has been significantly reduced. Doctors have now begun to adopt in their daily practice a public health approach, together with the clinical approach.

Conclusions: The involvement of families is essential to maintaining the health of the patient whereas the doctor needs linguistic and cultural skills are required, when dealing with patients belonging to a minority. Physicians should establish links with social and community organizations, schools and businesses and help create self-help groups for patients

Keywords: public health, biomedical model, clinical medicine

Βιβλιογραφία Ελληνική

1. Αγραφιώτης, Δημοσθένης (2003), Υγεία, αρρώστια, κοινωνία – τόποι και τρόποι σύμπλεξης, εκδόσεις τυπωθήτω, Αθήνα.
2. Οικονόμου, Χαράλαμπος (2005), Κοινωνιολογία της υγείας, εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα.
3. Τούντας, Γιάννης (2004), Κοινωνία και υγεία, εκδόσεις Οδυσσεάς, Αθήνα.
4. Adam, Philippe και Claudine Hertzlich (1999), Η Κοινωνιολογία της ασθένειας και της ιατρικής, (μετάφραση Κατερίνα Βασιλικού, επιστημονική επιμέλεια Δημοσθένης Αγραφιώτης), Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.
5. Dixon, Bernard (2002), Η αόρατη δύναμη, πώς τα μικρόβια κυβερνούν τον κόσμο, (απόδοση στα ελληνικά: Μαρία Αστροπεκάκη, επιστημονική επιμέλεια: Τάσος Οικονόμου), Πανεπιστημιακές εκδόσεις Κρήτης.
6. Fitzpatrick, Michael (2004a), Η τυραννία της υγείας – οι γιατροί

και οι κανόνες για το σύγχρονο τρόπο ζωής, (μετάφραση Άσπα Γολέμη, επιμέλεια Βαγγέλης Γεωργίου και Θανάσης Παπαγεωργίου), εκδόσεις Πολύτροπον, Αθήνα.

7. Nettleton, Sarah (2002), Κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας, (μετάφραση Ανθή Βακάκη, επιμέλεια Δημοσθένης Αγραφιώτης), εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα.

Ξενόγλωσση

1. Arrow, Kenneth J. (1963), "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care," *American Economic Review* 53(5), pp. 941-973.
2. Berkman, Lisa and Ichiro Kawachi (2000), "A Historical Framework for Social Epidemiology," in Lisa Berkman and Ichiro Kawachi (eds.), *Social Epidemiology*, Oxford University Press.
3. Blaxter, Mildred (2001), "What is health?," in Basiro Davey, Alastair Gray and Clive Seale (eds.), *Health and Disease: A Reader*, 3rd edition, Open University Press, Buckingham, England.
4. Boorse, C. (1977), "Health as a theoretical concept," *Philosophy*

- of Science, 44, pp. 542-573.
5. Bunker, John (2001), "Medicine matters after all", in Basiro Davey, Alastair Gray and Clive Seale (eds.), *Health and Disease: A Reader*, 3rd edition, Open University Press, Buckingham, England.
 6. Donaldson, L.J. (2001), "125 years of public health in the UK," *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 121(3), pp. 146-151.
 7. Fitzpatrick, Michael (2004b), "From 'nanny state' to 'therapeutic state'," *British Journal of General Practice*, 54(505): p. 645.
 8. Fogel, R. W. (1993), "Economic growth, population theory, and physiology: the bearing of long-term processes on the making of economic policy," (Nobel Prize lecture), http://nobelprize.org/nobel_prizes/economics/laureates/1993/
 9. Hancock, Trevor and Martha Garrett (1995), "Beyond Medicine: Health challenges and strategies in the 21st century," *Futures*, 9/10, pp. 935-951.
 10. Hardey, Michael (2001), "Doctor in the house: the Internet as a source of lay health knowledge and the challenge to expertise", in Basiro Davey, Alastair Gray and Clive Seale (eds.), *Health and Disease: A Reader*, 3rd edition, Open University Press, Buckingham, England.
 11. Illich, Ivan (2001), "The epidemics of modern medicine", in Basiro Davey, Alastair Gray and Clive Seale (eds.), *Health and Disease: A Reader*, 3rd edition, Open University Press, Buckingham, England.
 12. Johnson, D. Gale (1997), "Agriculture and the Wealth of Nations," (Ely lecture), *American Economic Review*, 87(2), pp. 1-12.
 13. King, L.S. (1954), "What is disease?", *Philosophy of Science*, 21(3), pp. 193-203.
 14. Lewens, T. and J. McMillan (2004), "Defining disease," *The Lancet*, 363, p. 664.
 15. McKeown, Thomas (2001), "The medical contribution", in Basiro Davey, Alastair Gray and Clive Seale (eds.), *Health and Disease: A Reader*, 3rd edition, Open University Press, Buckingham, England.
 16. Moore, S.R. (2001), "125 years of public health in the USA," *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 121(4), pp. 262-267.
 17. Reinhardt, Uwe (2001), "Can efficiency in Health Care Be Left to the Market?" *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 26(5), pp. 967-992.
 18. Schwartz, Peter H. (2007), *Decision and Discovery in Defining 'Disease'*, in Harold Kincaid and Jennifer McKittrick (eds.), *Establishing Medical Reality – Essays In The Metaphysics And Epistemology Of Biomedical Science*, Springer, Netherlands.
 19. Shortell, Stephen and John Swartzberg (2008), "The Physician as Public Health Professional in the 21st Century," *Journal of the American Medical Association*, 300(24), pp. 2916-2918.
 20. Tulchinsky, Theodore H. and Elena A. Varavikova (2000), *The New Public Health, An Introduction for the 21st Century*, Elsevier Science, Netherlands.
 21. Williams, Alan (1988), "Health economics: the end of clinical freedom?" *British Medical Journal*, 297, pp. 1183-1186.

Επιληψία-Σκοποί Φροντίδας & Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις σε Επιληπτικό Επεισόδιο. “Μια Διεθνή Βιβλιογραφική Ανασκόπηση”

Ελένη Σταματοπούλου¹, Αθανασία Σταματοπούλου², Αθανάσιος Πρεκατές³.

1. RN, BSC, MS(c) Ph, TE Νοσηλεύτρια (Μ.Ε.Θ) Γ.Ν. Πειραιά “ΤΖΑΝΕΙΟ”.

2. Λογίστρια Α.Τ.Ε.Ι, MS(c) Διεθνές Διοικητική Επιχειρήσεων.

3. Πνευμονολόγος, Διευθυντής (Μ.Ε.Θ) Γ.Ν. Πειραιά “ΤΖΑΝΕΙΟ”

Μετεκπαιδεύσεις στον Καναδά στο Πανεπιστήμιο Mc-Gill Νοσοκομείο Royal Vic.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), μέχρι 50 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο, ποσοστό που αντιστοιχεί στη συχνότητα τουλάχιστον 50 ανά 100.000 του γενικού πληθυσμού, θα εμφανίσουν επιληψία σε οποιαδήποτε στιγμή της ζωής τους. Πρόκειται για μια συχνή νευρολογική πάθηση που συναντάται στο 0,5 έως 0,8% του γενικού πληθυσμού.

Σκοπός: Να προβληθούν ορισμένες πλευρές της επιληψίας, μιας νοσολογικής νευρολογικής διαταραχής, που προκαλεί οδύνη στους πάσχοντες και στις οικογένειες τους, εφόσον αφορά ένα σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού επηρεάζοντας το προσδόκιμο ζωής και έχοντας ανυπολόγιστες κοινωνικές επιπτώσεις.

Στόχος: Η ευαισθητοποίηση του κάθε πολίτη για την απόκτηση των βασικών γνώσεων της επιληψίας, οι έγκυρες Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις σε ένα επιληπτικό επεισόδιο δίνοντας τη σωστή αντιμετώπιση των πρώτων βοηθειών σε μία επιληπτική κρίση.

Πηγές Δεδομένων: Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος αναζήτησης σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (MEDLINE, CINAHL, GOOGLE, WHO, PUBMED) για ανασκόπηση της ξενόγλωσσας βιβλιογραφίας, ενώ έγινε επιλογή ελληνικών βιβλίων, δημοσιεύσεις άρθρων και ερευνητικών μελετών της τελευταίας δεκαεπταετίας. Κριτήρια εξαίρεσης των εργασιών αποτέλεσαν η αδυναμία ανεύρεσης σχετικού άρθρου ή η ύπαρξη ξενόγλωσσων κειμένων τα οποία θα μπορούσαν να μεταφραστούν.

Αποτελέσματα: Η επιληψία είναι ένα μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας, έχει σημαντικές οικονομικές συνέπειες και επηρεάζει το προσδόκιμο ζωής.

Συμπεράσματα: Η νοσηλευτική παρέμβαση, η εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου και οι σκοποί φροντίδας είναι σημαντικές παράμετροι για τον έλεγχο και τη θεραπεία των επιληπτικών κρίσεων προσφέροντας την άριστη ποιότητα φροντίδας και αποφεύγοντας τον πρόωρο θάνατο. Χρειάζεται ενίσχυση για τη βελτίωση της φροντίδας και για την παροχή καλύτερης ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του κόσμου σχετικά με την πάθηση.

Λέξεις-κλειδιά: Επιληψία, ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (EEG), μαγνητική τομογραφία (MRI), νευροφυσιολογικά ευρήματα, σπασμοί.

Εισαγωγή

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), μέχρι 50 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο, ποσοστό που αντιστοιχεί στη συχνότητα τουλάχιστον 50 ανά 100.000 του γενικού πληθυσμού, θα εμφανίσουν επιλη-

ψία σε οποιαδήποτε στιγμή της ζωής τους. Σε αναπτυσσόμενες χώρες όμως, ο αριθμός αυτός είναι διπλάσιος. Πρόκειται για μια συχνή νευρολογική πάθηση που συναντάται στο 0,5 έως 0,8% του γενικού πληθυσμού. Πάνω από 60 εκ. άτομα σε όλο τον κόσμο πάσχουν από διάφο-

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Βασικές κατηγορίες επιληψιών και επιληπτικών συνδρόμων

Κατηγορία	Χαρακτηρισμός
Σε εστιακές συσχετιζόμενες με την εντόπιση.	<ul style="list-style-type: none"> • Ιδιοπαθείς • Συμπτωματικές • Κρυπτογενείς
Γενικευμένες επιληψίες.	<ul style="list-style-type: none"> • Ιδιοπαθείς • Κρυπτογενείς ή συμπτωματικές • Συμπτωματικές
Επιληψίες & σύνδρομα ακαθόριστα ως την εντόπιση.	
Ειδικά σύνδρομα συσχετιζόμενα με συγκεκριμένες καταστάσεις.	

Πηγή: http://www.cs.teiher.gr/archimidis2/deliverables/Deliverable_Package3.1.pdf

ρες μορφές επιληψίας. Στην Ελλάδα υπολογίζεται ο αριθμός αυτός μεταξύ 100-120.000 ατόμων ενώ μέχρι το 5% του πληθυσμού θα παρουσιάσει τουλάχιστον μία επιληπτική κρίση κατά τη διάρκεια της ζωής του, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι το άτομο είναι επιληπτικό. Πριν από την Ιπποκρατική εποχή, εθεωρείτο υπερφυσικό φαινόμενο. Πίστευαν ότι πήγαζε από θεϊκές (ή δαιμονικές) αιτίες και συχεόταν με τον σεληνιασμό και τον δαιμονισμό. Πολλές παλιές αντιλήψεις για αυτή τη σοβαρή νευρολογική ασθένεια συντηρούνται ακόμα και σήμερα εμποδίζοντας τους ανθρώπους που νοσούν να ασκήσουν το δικαίωμα τους για μια φυσιολογική ζωή. Οι αρχαίοι Έλληνες την ονόμαζαν και Ηράκλεια νόσο. Πρώτος ο Ιπποκράτης την όρισε "ιερή νόσο". Θεωρώντας την ως κοινή ασθένεια, βρήκε μάλιστα και βότανα με τα οποία μπορούσε να ιαθεί κάποιος που έπασχε από αυτή.

Επιπολασμός επιληψίας

Συστηματικές μελέτες για την επιληψία άρχισαν το 19ο αιώνα με κύριο ερευνητή τον Hughlings Jackson, ο οποίος έδωσε και τον μέχρι σήμερα γενικά αποδεκτό από τους ειδικούς ορισμό: «η επιληψία οφείλεται σε επεισοδιακή και αιφνίδια εκφόρτιση του εγκεφάλου, υπερβολική και ταχεία, που καταλαμβάνει ικανό αριθμό νευρώνων της φαιάς ουσίας του εγκεφάλου» (Μπαλλής 1998). Μεταξύ ερευνητών σε διάφορες χώρες, υπάρχουν σημαντικές αποκλίσεις για την ποσοστιαία αναλογία και την επίπτωση (νέα περιστατικά) της επιληψίας στο πληθυσμό. Ατο-

μα τα οποία έχουν υποστεί μία μόνο, είτε γενικά λίγες μόνο επιληπτικές κρίσεις, δεν θεωρούνται ότι πάσχουν από την «νόσο» της Επιληψίας, η οποία είναι μία χρόνια κατάσταση. Όμως και αυτά τα περιστατικά μελετώνται μαζί με τις χρόνιες καταστάσεις. Η αναλογία (επιπολασμός) εμφάνισης της επιληψίας παρουσιάζεται σε παιδιά (βρέφη έως και εφήβους) και στο γηραιότερο πληθυσμό πάνω από 60 ετών (Hauser 1992) με την μεγαλύτερη επίπτωση (περίπου 75%) να παρατηρείται σε ηλικίες κάτω των 20 ετών (Cockerell 1996). Μεταξύ 0,5-1% των παιδιών παθαίνουν ένα μη επαναλαμβανόμενο, μοναδικό μη προκλητό επεισόδιο σπασμών (Καρβέλας 1997). Έχει εκτιμηθεί ότι ποσοστό από 2% έως 4% των παιδιών της Ευρώπης και της Αμερικής, έχουν εμφανίσει τουλάχιστον ένα επιληπτικό σπασμό (κρίση / seizure) που συνήθως συνδυάζεται με εμπύρετο νόσημα, πριν την ηλικία των τεσσάρων ετών (Hauser 1994). Η Επιληψία είναι δυνατόν να επηρεάσει την επίδοση στο σχολείο (Bulteau 2000). Η επίπτωση της επιληψίας κυμαίνεται μεταξύ 50 έως 122 ανά 100.000 κατοίκους ανά έτος. Εκτιμάται ότι η επιληψία είναι δυνατόν να επηρεάζει την θνησιμότητα δεν υπάρχουν όμως επαρκείς μελέτες για το ποσοστό που οφείλεται αποκλειστικά στην ίδια την νόσο και όχι σε συνυπάρχουσες εγκεφαλικές βλάβες (Cockerell 1996).

Ταξινόμηση των επιληψιών (ILAE)

Η σπουδαιότητα της ταξινόμησης των επιληψιών έχει οδηγήσει την «Διεθνή Ένωση κατά της Επιληψίας»

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Σχετιζόμενες με εντόπιση (εστιακές, τοπικές, μερικές) επιληψίες και σύνδρομα (Localization related -focal, local, partial)

Ιδιοπαθείς, με έναρξη που σχετίζεται με την ηλικία (Idiopathic, with age related onset)
Συμπτωματικές, με απλές μερικές κρίσεις (symptomatic, simple partial seizures)
Συμπτωματικές, με σύνθετες μερικές κρίσεις (symptomatic, complex partial seizures)
Συμπτωματικές, με δευτερευόντως γενικευμένες κρίσεις (symptomatic, secondary generalized seizures)
Κρυπτογενείς - άγνωστο αν το σύνδρομο είναι ιδιοπαθές ή συμπτωματικό (unknown as to whether the syndrome is idiopathic or symptomatic -cryptogenic)

Πηγή: http://www.cs.teiher.gr/archimidis2/deliverables/Deliverable_Package3.1.pdf

(International League Against Epilepsy - ILAE) να δημοσιοποιήσει κατά καιρούς διάφορες ταξινομήσεις οι οποίες αφορούν την επιληψία και τα επιληπτικά σύνδρομα (International Classification of Epilepsies and Epileptic Syndromes) (ILAE 1985, ILAE 1989) και ξεχωριστά τις επιληπτικές κρίσεις (International Classification of Epileptic Seizures), (ILAE 1981). Δηλαδή σύμφωνα με τις διεθνείς ταξινομήσεις, γίνεται μία σαφής διάκριση μεταξύ των επιληψιών και των επιληπτικών κρίσεων. Μια επιληπτική κρίση έχει μία αρχή και ένα τέλος, ενώ η επιληψία θεωρείται χρόνια δυσλειτουργία (ILAE 1981, ILAE 1985, ILAE 1989). Σύμφωνα με την διεθνή ταξινόμηση, σε σχέση με την εστία της επιληπτικής κρίσης, οι επιληψίες διακρίνονται σε 4 βασικές κατηγορίες (Πίνακας 1). Ανάλογα με τις αιτίες που προκαλούν τις επιληπτικές κρίσεις οι εστιακές και οι γενικευμένες επιληψίες διακρίνονται: α) ιδιοπαθείς που οφείλονται στην «προδιάθεση» του εγκεφάλου να προκαλέσει επιληπτική κρίση (πιθανολογείται κληρονομική προδιάθεση), β) συμπτωματικές όταν έχουμε εμφανή αιτία που προξένησε την επιληπτική κρίση (επίκτητες βλάβες του εγκεφαλικού φλοιού, περιορισμένης έκτασης) και σε γ) κρυπτογενείς (από το 1989) όπου δεν είναι δυνατόν να προσδιοριστεί η αιτία. Οι τύποι επιληψίας με βάση τη διαγνωστική κατηγορία διακρίνονται i) σε σχετιζόμενες με εντόπιση (εστιακές, τοπικές, μερικές) επιληψίες και σύνδρομα (Localization related – focal, local, partial) (Πίνακας 2), ii) σε γενικευμένες επιληψίες και σύνδρομα (Generalized epilepsies and syndromes) (Πίνακας 3), και iii) σε επιληψίες και σύνδρομα, που δεν είναι καθορισμένο αν είναι εστιακές ή γενικευμένες (Πίνακας 4). Σημαντικό βοήθημα σε αυτή φάση ήταν οι επισημάνσεις, οι ερμηνείες και τα σχόλια που αναφέρονται στις διεθνείς ταξινομήσεις και σε σχετικές με αυτές μελέτες (ILAE 1981, ILAE 1985, ILAE 1989, Dreifus 1989), (Μπαλλής 1998, Panayiotopoulos 1999). Μελέτες έχουν δείξει ότι η ταξινόμηση των επιληπτικών συνδρόμων και επιληψιών όπως προτείνεται από την ILAE,

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Γενικευμένες επιληψίες και σύνδρομα (Generalized epilepsies and syndromes)

Γενικευμένες ιδιοπαθείς (Idiopathic) με έναρξη σχετιζόμενη με την ηλικία.

Γενικευμένες Κρυπτογενείς ή Συμπτωματικές επιληψίες (Cryptogenic or symptomatic epilepsy).

Γενικευμένες Συμπτωματικές επιληψίες (generalized symptomatic).

Πηγή: http://www.cs.teiher.gr/archimidis2/deliverables/Deliverable_Package3.1.pdf

έχει αρκετά καλή πρακτική εφαρμογή με ικανοποιητικά αποτελέσματα (Shah 1992, Avanzini 1996).

Διάγνωση και θεραπεία επιληψίας

Ο τύπος της επιληπτικής κρίσης, ο οποίος είναι και η βασική ένδειξη για την διάγνωση της επιληψίας, εκτιμάται σύμφωνα με τις περιγραφές της διεθνούς ταξινόμησης, η οποία προτείνει δεκαεννέα (19) διαφορετικές κατηγορίες επιληπτικών κρίσεων (Πίνακας 5). Ο εντοπισμός της επιληπτικής κρίσης και η ακριβής ταξινόμηση της, είναι το πρώτο βασικό βήμα για την διάγνωση της επιληψίας. Η διαδικασία της διάγνωσης εξαρτάται: α) από την ένταση της κρίσης, και β) από τον εστιακό (μετωπιαίος, κροταφικός, βρεγματικός, ινιακός, πολλαπλών εστιών) ή διάχυτο χαρακτήρα της κρίσης. Η διάγνωση της «παιδικής επιληψίας» αποτελεί ένα δύσκολο έργο. Τα καθοριστικής σημασίας δεδομένα, έχουν ενταχθεί σε: α) σε δεδομένα που αφορούν τον τύπο της επιληπτικής κρίσης, διάφορα κλινικά στοιχεία και πληροφορίες δημογραφικού τύπου, β) σε δεδομένα που αφορούν αποτελέσματα εργαστηριακών εξετάσεων όπως της αξονικής τομογραφίας (CT ή Υπολογιστική τομογραφία) «Computed Tomography» που είναι ακτινολογική μέθοδος εξέτασης του ανθρώπινου σώματος.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. Επιληψίες και σύνδρομα, που δεν είναι καθορισμένο αν είναι εστιακές ή γενικευμένες.

Undetermined (focal or generalized) with both seizures

- Νεογνικές κρίσεις (neonatal seizures) και με γενικευμένες κρίσεις και με εστιακές κρίσεις
- Σοβαρή μυοκλονική επιληψία βρεφικής ηλικίας (severe myoclonic epilepsy in infancy) και με γενικευμένες κρίσεις και με εστιακές κρίσεις
- Επιληψία με συνεχή εκφόρτιση συμπλέγματος αιχμής-κύματος κατά την διάρκεια βραδυκυματικού ύπνου (continues spike-waves during slow wave sleep) και με γενικευμένες κρίσεις και με εστιακές κρίσεις
- Επίκτητη επιληπτική αφασία (acquired, epileptic aphasia /Landau-Kleffner syndrome) και με γενικευμένες κρίσεις και με εστιακές κρίσεις
- Άλλες μη καθορισμένες επιληψίες (other undetermined epilepsies not defined above) που δεν προσδιορίζονται πιο πάνω και με γενικευμένες κρίσεις και με εστιακές κρίσεις .
- Χωρίς σαφή γενικευμένα ή εστιακά χαρακτηριστικά (undetermined without unequivocal generalized or focal features)

Πηγή: http://www.cs.teiher.gr/archimidis2/deliverables/Deliverable_Package3.1.pdf

ΠΙΝΑΚΑΣ 5. Ταξινόμηση Επιληπτικών Κρίσεων

Τύπος κρίσης	Περιγραφή – συμπτώματα
Απλές μερικές κρίσεις χωρίς θόλωση συνείδησης	
I.A.1	● με κινητικές εκδηλώσεις
I.A.2	● με σωματοαισθητικά ή αισθητηριακά συμπτώματα
I.A.3	● με νευροφυτικές εκδηλώσεις
I.A.4	● με ψυχικά συμπτώματα
Σύνθετες μερικές κρίσεις που ξεκινούν σαν απλές μερικές και καταλήγουν με θόλωση συνείδησης	
I.B.1.a	● χωρίς άλλα συμπτώματα
I.B.1.b	● με συμπτώματα όπως στις I.A.1- 4
I.B.1.c	● με αυτοματισμούς
Σύνθετες μερικές κρίσεις με θόλωση συνείδησης στη έναρξη	
I.B.2.a	● χωρίς άλλα συμπτώματα.
I.B.2.b	● με ψυχικά συμπτώματα.
I.B.2.c	● με αυτοματισμούς
I.C	Μερικές κρίσεις με δευτερογενή γενίκευση
Γενικευμένες κρίσεις	
II.A.1	● με τυπικές αφαιρέσεις
II.A.2	● με άτυπες αφαιρέσεις
II.B	● μυοκλονικές κρίσεις
II.C	● κλονικές κρίσεις
II.D	● τονικές κρίσεις
II.E	● τονικοκλονικές κρίσεις
II.F	● ατονικές κρίσεις
III	Αταξιλόγητες κρίσεις

ΠΗΓΗ : http://www.cs.teiher.gr/archimidis2/deliverables/Deliverable_Package3.1.pdf

Μπορεί να απεικονίσει σε κάθετες τομές ολόκληρο το σώμα, χρησιμοποιώντας την ακτινοβολία Χ. Ξεκίνησε από τις ΗΠΑ και το πρώτο όργανο που μελετήθηκε με αυτήν ήταν ο εγκέφαλος. Ο εξεταζόμενος ακτινοβολείται με μεγάλη ποσότητα ακτίνων Χ και η ακτινοβολία έχει διαπιστωθεί ότι είναι ένας μεταλλαξιογόνος παράγοντας (Αλειφερόπουλος Δ.2000, Βλάχος Λ.2000). Σημαντική πρόοδος στην διάγνωση έφερε η μαγνητική τομογραφία (MRI Magnetic Resonance Imaging ή Πυρηνικός Μαγνητικός Συντονισμός). Είναι η λήψη πληροφοριών σχετικά με την βιοχημική κατάσταση των ιστών με την μορφή εικόνων και φασμάτων όπου οι εξεταζόμενοι δεν επιβαρύνονται με ιοντίζουσες - επιβλαβείς ακτινοβολίες (Καρατόπης Α. , Κανδαράκης Ι.,2007).

Σε συνέδριο της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Νευρολογίας συζητήθηκε ο μαγνητικός συντονισμός και σε έμβρυα που μπορεί να πραγματοποιηθεί από το 2ο τρίμηνο της κύησης (19η εβδομάδα χωρίς κίνδυνο) και γ) σε ευρήματα που αφορούν το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ), δηλαδή την καταγραφή της βιοηλεκτρικής δραστηριότητας του εγκεφάλου (Εικόνα 1). Ένα φυσιολογικό ηλεκτροεγκεφαλογράφημα δεν αποκλείει την ύπαρξη επιληψίας (ILAE 1981, ILAE 1989, Dreifus 1989, Dulac 1995, Benbadis 1996, Panayiotopoulos 1999). Μία σημαντική ερευνητική μελέτη που έγινε στο Ιπποκράτειο ΓΠ

Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης από την Α΄ Νεογολογική Κλινική και Εντατική νοσηλεία Νεογών και από την Α΄ Παιδιατρική κλινική έδειξε ότι το α-πλεκτροεγκεφαλογράφημα (amplitude-integrated electroencephalography-aEEG) προσφέρει την δυνατότητα άμεσης εκτίμησης των μεταβολών της εγκεφαλικής δραστηριότητας και της αποτελεσματικότητας της αντιεπιληπτικής θεραπείας (Mathur AM, Morris LD, Teteh F, Inder TE, Zempel J.2008, Hellstrom-Westas L, de Vries LS, Rosen I.2008). Το aEEG επίσης μπορεί να συμβάλει στη διαγνωστική προσέγγιση του τελειόμηνου νεογνού με υποτονία. Είναι άμεσα διαθέσιμο για την εκτίμηση της εγκεφαλικής λειτουργίας των βαρέων πασχόντων ασθενών. Επιτρέπει την συνεχή παρακολούθηση της βασικής ηλεκτρικής δραστηριότητας του εγκεφαλικού φλοιού και ανιχνεύει τους κλινικούς και υποκλινικούς σπασμούς (Peredo D, Hannibal a.2009).

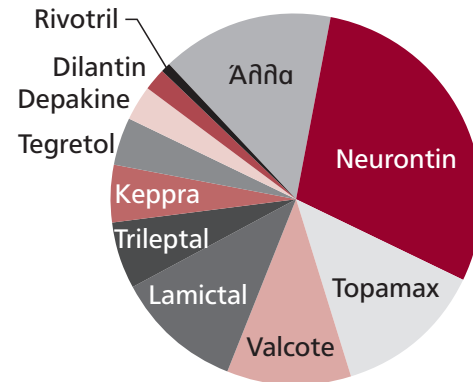
Τα ευρήματα που προέρχονται από το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα είναι χρήσιμα για την διάγνωση και την διαφορική διάγνωση της επιληψίας και χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση του τύπου τη επιληπτικής κρίσης (ILAE 1989). Το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα καταγράφει μέρος της βιοηλεκτρικής δραστηριότητας του φλοιού του εγκεφάλου. Τοποθετούνται ηλεκτρόδια στο τριχωτό μέρος της κεφαλής και τα σήματα που προκαλούνται από

την δυναμική ενέργεια σημαντικού αριθμού νευρώνων, ενισχύονται και καταγράφονται σε χαρτί, είτε σε οθόνες υπολογιστών, ως διαφορές δυναμικού μεταξύ δύο σημείων του κρανίου (το σύνηθες). Δυστυχώς το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα δίνει πληροφορίες για την ηλεκτρική δραστηριότητα, μόνο κατά την διάρκεια της καταγραφής και αξιολογείται μόνο αν παρατηρηθούν επιληπτικού τύπου κυματομορφές. Ένα φυσιολογικό ηλεκτροεγκεφαλογράφημα δεν αποκλείει την ύπαρξη επιληψίας. Δεδομένα που αφορούν την ηλικία του ασθενούς, τυχόν δυσκολίες στην εγκυμοσύνη και τον τοκετό, την ύπαρξη αντίστοιχων περιστατικών στην οικογένεια (κληρονομικότητα) του, τον τρόπο συμπεριφοράς του ασθενούς, την νευρολογική του εκτίμηση, την ψυχοκινητική του ανάπτυξη και την απόδοση του στο σχολείο, είναι στοιχεία που βοηθούν στην ενίσχυση της διάγνωσης. Συχνά επίσης γίνονται αιματολογικές εξετάσεις για να διαπιστωθεί η γενική κατάσταση της υγείας του ασθενούς, αλλά και για να αποκλεισθεί κάποια μεταβολική αιτία, η οποία είναι δυνατόν να προκαλέσει τις κρίσεις. Ο εμπλουτισμός της γνώσης είναι αναπόφευκτα εξαιρετικά χρονοβόρο και επίπονο έργο, που όμως θεωρείται ως το πιο σημαντικό βήμα για την δημιουργία ενός διαγνωστικού συστήματος (Βλαχάβας 2002, Kolodner 2087).

Οι επιληπτικές κρίσεις οφείλονται σε ασυνεχείς, προσωρινές διαταραχές του εγκεφάλου και η μορφή τους εξαρτάται από το είδος και τον αριθμό των νευρώνων του φλοιού που ενεργοποιούνται. Οι επιληπτικές κρίσεις είναι δυνατόν να παρουσιάσουν συμπτώματα απώλειας της συνείδησης, αισθήσεων ή αντίληψης του περιβάλλοντος και μεταβολές στην σωματική κίνηση. Συνήθως μετά το πέρας της κρίσης ο ασθενής δεν θυμάται τι έγινε και για αυτό τον λόγο η περιγραφή των συμπτωμάτων στον ιατρό, γίνεται από τους συγγενείς ή τους επαγγελματίες υγείας και είναι πολύ σημαντικές οι μαρτυρίες τους για τον προσδιορισμό της μορφής της επιληπτικής κρίσης.

Από πολύ παλιά, οι άνθρωποι αναζητούσαν αποτελεσματικά φάρμακα για την επιληψία. Στα πολύ παλιά χρόνια έχουν χρησιμοποιηθεί ως φάρμακα κονιοροποιημένο ανθρώπινο κρανίο, αίμα από όρνεα κ.τ.λ. Η πρώτη αποτελεσματική θεραπεία αναφέρθηκε το 1857 από τον σερ Τσάρλς Λόκοκ μαιευτήρα, που πίστευε λανθασμένα ότι η επιληψία κάποιων γυναικών προερχόταν από

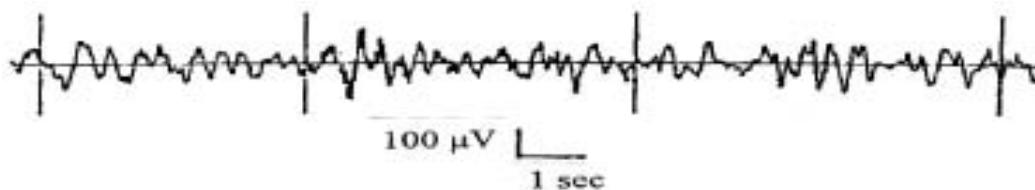
Διάγραμμα 1. Τα κορυφαία 10 αντιεπιληπτικά φάρμακα παγκοσμίως



Πηγή: http://pharmalicensing.com/public/articles/view/1105704251_41e7b53b24a8d/new-drugs-balance-genericsation-of-epilepsy-market

τη μήτρα τους. Το φάρμακο που χρησιμοποιήθηκε ήταν το βρωμιούχο κάλιο το οποίο αποδείχθηκε η πιο αποτελεσματική θεραπεία μέχρι το 1912 όταν εισήχθη η rhenobarbitone. Σήμερα υπάρχουν περίπου 17 φάρμακα πρώτης γραμμής (Διάγραμμα 1). Το 70% των ασθενών που παρουσιάζουν επιληψία και παίρνουν αντιεπιληπτικά ελέγχονται πολύ ικανοποιητικά με ένα φάρμακο. Το 20% βελτιώνονται με την προσθήκη δεύτερου ή τρίτου φαρμάκου. Το 10% των επιληπτικών δεν ανταποκρίνονται με αποτέλεσμα να αλλάζουν φάρμακα ή να αναζητούν άλλους τρόπους θεραπείας όπως π.χ. η χειρουργική. Για τη θεραπεία παιδιών που πάσχουν από ανθεκτικής μορφής επιληψίας η οποία δεν ανταποκρίνεται στη θεραπεία με φάρμακα, εφαρμόζεται δίαιτα πλούσια σε λιπαρά, αποτελεσματική για των έλεγχο και πρόληψη των σπασμών ονομαζόμενη κετογενική δίαιτα (Harvey R. 2003). Είναι μία πολύ περιοριστική δίαιτα και απαιτεί παρακολούθηση από νοσοκομειακό διαιτολόγο. Περιέχει πολύ υψηλή συγκέντρωση λιπαρών ουσιών χαμηλή συγκέντρωση υδατανθράκων και ελεγχόμενο ποσοστό πρωτεϊνών. Χρησιμοποιήθηκε ευρέως το 1920.

Εικόνα 1. Καταγραφή φυσιολογικού ΗΕΓ



ΠΗΓΗ: http://www.biomed.ntua.gr/.../CHAPTER_5_FYSIOLOGIA_EGGEFALOU.doc

Εικόνα 2. Τοποθέτηση αρρώστου σε θέση ανάνηψης



Πηγή: http://www.malagomedical.nhs.uk/malago_medical_emergencies.html

Νοσηλευτική αντιμετώπιση σε επιληπτικό επεισόδιο

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε επιληπτικό επεισόδιο πρέπει να είναι άμεσες (Πίνακας 6). Ειδοποιούμε γιατρό όταν: α) ο σπασμός διαρκεί περισσότερο από το συνηθισμένο, β) όταν ένας μεγάλος σπασμός ακολουθείται από τον άλλο χωρίς ανάκτηση των αισθήσεων στο μεσοδιάστημα, και γ) όταν ο ασθενής χτυπήσει το κεφάλι του πέφτοντας με την έναρξη του σπασμού και δεν ανακάτ τις αισθήσεις του. Σκοπός της φροντίδας μας είναι να γίνεται εκπαίδευση στο οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς (Πίνακας 7). Κατά τη διάρκεια μιας κρίσης: α) δεν μετακινούμε τον ασθενή, β) περιορίζουμε τις κινήσεις, γ) δεν βάζουμε τίποτα στο στόμα, και δ) δεν δίνουμε τίποτα να πιει. Εκτιμούμε την κατάσταση του αρρώστου 10ν από το Ιστορικό υγείας: ελέγχοντας α) την εμφάνιση κρίσης και την παρουσία αύρας, β) την αισθητική ή κινητική δυσλειτουργία του, γ) τις παρατηρήσεις που έγιναν από άτομα που ήταν παρόντα, και δ) το ατομικό και οικογενειακό αναμνηστικό. 20ν από τη Φυσική εκτίμηση και 30ν από τις Διαγνωστικές εξετάσεις (Σαχίνη 1997).

ΠΙΝΑΚΑΣ 6. Άμεσες νοσηλευτικές παρεμβάσεις

1. Διατηρούμε την ψυχραιμία μας και χρονομετρούμε την κρίση.
2. Απομακρύνουμε αντικείμενα γύρω από τον ασθενή.
3. Χαλαρώνουμε τα ρούχα του, βγάζουμε τα γυαλιά αν φορά.
4. Τοποθετούμε σε θέση ανάνηψης (Εικόνα 2) Διατήρηση ανοικτού αεραγωγού.
5. Γυρίζουμε το κεφάλι του στο πλάι ώστε να μην καταπιεί ενδεχόμενα εμέσματα.
6. Βάζουμε κάτι μαλακό κάτω από το κεφάλι του.
7. Δείχνουμε κατανόηση μετά την κρίση.

Πηγή: <http://lyk-skalas.att.sch.gr/Epilepsy.htm>

Συμπεράσματα

Το κράτος πρέπει να χρηματοδοτήσει επαγγελματίες υγείας για επιμόρφωση προγραμμάτων αποκομίζοντας γνώσεις, δεξιότητες και τεχνικές. Οι γονείς παιδιών, έγκυες γυναίκες, και πάσχοντα άτομα θα πρέπει να εκπαιδεύονται από νοσηλευτές διότι το νοσηλευτικό επάγγελμα είναι επάγγελμα φροντίδας που απαιτεί διανοητική, συναισθηματική και φυσική προσπάθεια ενώ η άσκησή του έχει ως στόχο την ικανοποίηση των αναγκών του κάθε ασθενούς. Με αυτό τον τρόπο κάνουμε πρόληψη και δεν έχουμε πρόωρους θανάτους. Η κοινωνία δεν πρέπει να ξεχωρίζει τα επιληπτικά άτομα ως ειδική ομάδα ανθρώπων σε περίπτωση που μπορούν να εργαστούν δημιουργώντας μία προκατάληψη που πολύ δύσκολα μπορεί να ξεπεραστεί.

Ευχαριστίες: Ευχαριστούμε για την συνεισφορά του, τον κ. Δαμιανό Ε. Σακά καθηγητή Νευροχειρουργικής του Πανεπιστημίου Αθηνών και Διευθυντή της Νευροχειρουργικής Κλινικής του Νοσοκομείου «Ευαγγελισμός».

ΠΙΝΑΚΑΣ 7. Οδηγίες του ασθενή που πάσχει από επιληψία.

Τι πρέπει να κάνει	Τι ΔΕΝ πρέπει να κάνει
1. Να ακολουθεί την θεραπεία του κανονικά και σύμφωνα με τις υποδείξεις του γιατρού του.	1. Να κολυμπάει μόνος του.
2. Να μην διακόπτει απότομα την θεραπεία του.	2. Να κάνει μπάνιο με κλειστή πόρτα.
3. Να αναφέρει στον γιατρό τυχόν παρενέργειες από τα φάρμακα.	3. Να οδηγεί αυτοκίνητο εάν δεν έχουν ρυθμιστεί απόλυτα οι κρίσεις του και σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού.
4. Να ζει φυσιολογική ζωή. Ανάλογα με το είδος των κρίσεων, μπορεί να υπάρχουν ειδικοί περιορισμοί.	4. Να αποφεύγει ορισμένα επαγγέλματα και δραστηριότητες (π.χ. οικοδόμος που δουλεύει σε σκαλωσιές, επαγγελματίας οδηγός, χειρουργός κλπ).

Πηγή: <http://lyk-skalas.att.sch.gr/Epilepsy.htm>

ABSTRACT

REVIEW

EPILEPSY-AIMS & NURSING CARE INTERVENTIONS IN EPILEPTIC EPISODE.

"AN INTERNATIONAL LITERATURE REVIEW."

Eleni Stamatopoulou¹, Athanasia Stamatopoulou², Athanasios Prekates³

[1. RN, BSC, MS(c)Ph, TE Nurse (ICU) General Hospital Piraeus "Tzaneio", 2. Accountant ATEI, MS(c) International Business Administration, 3. Pulmonary. Director (ICU) General Hospital Piraeus "Tzaneio", Trainings in Canada at the University Hospital of MC-Gill Royal Vic]

Introduction: According to the World Health Organization (WHO), up 50 million people worldwide, equivalent to the rate of at least 50 per 100,000 general population will develop epilepsy at any time of their life. This is a common neurological disorder which occurs in 0.5 to 0.8% of the general population.

Aim: To highlight some aspects of epilepsy, a neurological disorder immunological, which causes distress to sufferers and their families, provided for a significant percentage of the population, affecting the life expectancy and with incalculable social consequences.

Objective: The awareness of every citizen to acquire basic knowledge of epilepsy, the authoritative Nursing Interventions in an epileptic attack given with the correct address of first aid to a seizure.

Data Sources: The method used to search electronic databases (MEDLINE, CINAHL, GOOGLE, WHO, PUBMED) for review of foreign literature, and was selected Greek books, published articles and research studies of the last fifteen years. Exclusion criteria were the work of the impossibility of finding the relevant article or the existence of foreign language texts which could be translated.

Results: Epilepsy is a major public health problem, has important economic consequences and affect life expectancy.

Conclusions: The nursing intervention, assessing the status of the patient and goals of care are important parameters for control and treatment of epileptic seizures, offering the best quality care and avoiding premature death. We need support to improve care and to provide better information and awareness of people about the disease.

Key-words: Epilepsy, electroencephalogram (EEG), magnetic resonance imaging (MRI), neurophysiological findings, seizures.

Βιβλιογραφία

1. Αλεφερόπουλος Δ., (2000). "Ακτινογραφική απεικόνιση", Εκδόσεις Βήτα.
2. Avanzini G et al, (1996). "ILAE Classification of Epilepsies: Its Applicability and Practical Value of Different Diagnostic Categories", *Epilepsia*, 37(11): 1051-1059.
3. Βλαχάβας Ι, Κεφάλας Π, Βασιλειάδης Ν, Ρεφανίδης Ι, Κόκορας Φ, Σακελάρη Η, (2002). «Τεχνητή Νοημοσύνη», Εκδόσεις Γαρταγάνη.
4. Βλάχος Λ., (2000). "Σύγχρονη διαγνωστική απεικόνιση" τόμος 1ος, Ιατρικές εκδόσεις Χρ. Βασιλειάδης.
5. Benbadis GSR & Luders HO, (1996). "Epileptic Syndromes: An Underutilized Concept", *Epilepsia*, 37(11): 1029-1034.
6. Bulteau C, Jambasque I, Vinuier D et al (2000). "Epileptic syndromes cognitive assessment and school placement: a study of 251 children" *Developmental Medicine Child Neurology*, 42: 319-327.
7. Cockerell CO, (1996). Shorvon Sd, "Epilepsy - Current Concepts" *Current Medical Literature*.
8. Dreifus FE, (1989). "Classification of Epileptic Seizures and the Epilepsies", *Pediatric Clinics of North America*, April, 36(2).
9. Dulac O, (1995). "Epileptic Syndromes in Infancy and Childhood: Recent Advances", *Epilepsia*, 36 (Suppl.1), S51-S57.
10. Hauser WA, (1992). "Seizure disorders: the change with age", *Epilepsia*, 33 (Suppl.4): S6-S14.
11. Harvey R., (2003). Φαρμακολογία, 2η έκδοση, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε.
12. Hauser WA, (1994). "The prevalence and incidence of convulsive disorders in children" *Epilepsia*, 35 (Suppl.2): S1-S6.
13. Commission on Classification and Terminology of the ILAE, (1981). "Proposal for revised clinical and electroencephalographic classification of epileptic seizures", *Epilepsia*, 22:489-501.
14. Commission on Classification and Terminology of the ILAE, (1985). "Proposal for classification of epilepsies and epileptic syndromes", *Epilepsia*, 26:268-278.
15. Commission on Classification and Terminology of the ILAE, (1989). "Proposal for revised classification of epilepsies and epileptic syndromes", *Epilepsia*, 30 (4):389-399.
16. Καρατόνης Α., Κανδάρκης Ι., (2007). Απεικόνιση Μαγνητικού Συντονισμού, Πανεπιστημιακές εκδόσεις Αράκυνθος.
17. Μπαλλής Θ, (1998). «Επιληψίες», κεφάλαιο 38 του βιβλίου «Νευρολογία», Ι. Λογοθέτη, University Studio Press.
18. Panayiotopoulos CP (1999). "Benign Childhood Partial Seizures and Related Epileptic Syndromes", London, John Libbey.
19. Peredo D, Hannibal a. (2009). The Floppy Infant: Evaluation of Hypotonia. *Pediatr Rev*, 30: 66-76.
20. Σαχίν-Καρδόση Α. και Πάνου Μ., 1993. Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική.
21. Shah KN and others, (1981), (1989), (1992). "Experience with International League Against Epilepsy Classifications of Epileptic Seizures and Epilepsies and Epileptic Syndrome in epileptic children in a developing country", *Epilepsia*, 33(6):1072-1077.

Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγείας και οι προτεινόμενες πολιτικές υγείας σε εθνικό και διεθνές επίπεδο

Ευκαρπίδης Απόστολος, Νοσηλευτής TE, MSc, Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας,
Στεφανιαία Μονάδα Γ. Ν. Σύρου «Βαρδάκειο και Πρώιο», Ερμούπολη, Σύρος.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η παγκόσμια οικονομική κρίση και η οικονομική ύφεση που την ακολουθεί, επιβαρύνει ιδιαίτερα τους πολίτες αλλά και το σύστημα υγείας των χωρών που θα την υποστούν μέσω του φαύλου κύκλου που δημιουργείται από την αύξηση της ανεργίας, την απώλεια της ασφάλισης υγείας, την μείωση των εισοδημάτων, την μη ανταπόκριση στα έξοδα για την υγεία και τη δυνατότητα περίθαλψης και εν τέλει την κακή υγεία που έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας μέσω της συνεχόμενης επίτασης της φτώχειας.

Σκοποί: Η ανάδειξη μέσα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση των συνεπειών της οικονομικής κρίσης στην υγεία των πολιτών, η επίδραση της πολιτικής υγείας στην οικονομική και κοινωνική κατάσταση των πολιτών, καθώς και η αποτύπωση των πολιτικών υγείας που προτείνονται για την τρέχουσα περίοδο σε εθνικό και διεθνές επίπεδο.

Βιβλιογραφική ανασκόπηση: Η συγγραφή του παρόντος άρθρου πραγματοποιήθηκε μέσα από την ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας, καθώς και της αντίστοιχης αρθρογραφίας, εστιάζοντας κυρίως την προσοχή στις απόψεις ευρωπαϊκών και παγκόσμιων οργανισμών για την υγεία.

Αποτελέσματα: Τεκμηριώνεται η συνάφεια μεταξύ της πολιτικής υγείας και της γενικότερης πολιτικής και οικονομικής κατάστασης μιας χώρας και αποδεικνύεται η ανάγκη μη υποτίμησης των ζητημάτων υγείας και η ανάδειξή τους ως ζητήματα πρώτης προτεραιότητας για τους πολίτες σε περιόδους οικονομικής κρίσης.

Συμπεράσματα: Σε περιόδους οικονομικής κρίσης, δεν πρέπει να γίνεται περικοπή των δαπανών για ζητήματα υγείας, καθώς η περικοπή οδηγεί σε μειωμένη διαθεσιμότητα περίθαλψης και αυτή με τη σειρά της επιδρά άμεσα και επιβαρυντικά τόσο στα άτομα όσο και στα συστήματα υγείας.

Λέξεις κλειδιά: Οικονομική κρίση και υγεία, πολιτική υγείας σε οικονομική κρίση, συστήματα υγείας.

Εισαγωγή

Ένα από τα χαρακτηριστικά της σύγχρονης παγκόσμιας οικονομικής κρίσης είναι ότι ξεκίνησε από τον βιομηχανοποιημένο κόσμο, ενώ αντίστοιχες προηγούμενες κρίσεις στη δεκαετία του '80 και τη δεκαετία του '90 άρχισαν στις αναπτυσσόμενες χώρες.

Από την κρίση που διέρχεται η παγκόσμια κοινότητα φαίνεται ότι όλες οι χώρες θα επηρεαστούν, αλλά μερικές θα επηρεαστούν περισσότερο από άλλες. Λόγω της παρούσας κρίσης ο κόσμος διακινδυνεύει τη σοβαρότερη οικονομική μείωση από τη δεκαετία του '30. Μόνο ο αντίκτυπος των αυξήσεων στο κόστος των τροφίμων και στα καύσιμα, είναι υπολογισμένος και θα τοποθετήσει περισσότερους από 100 εκατομμύρια ανθρώπους στην Ευρώπη κάτω από το όριο της φτώχειας (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας,

2009-α). Έτσι κρίνεται αναγκαίο να θεθούν νέες προτεραιότητες σε πολλές χώρες στην προσπάθεια αναζήτησης οικονομικών πόρων για την αντιμετώπιση των πολλαπλών της συνεπειών, από τις οποίες μεταξύ των πρώτων είναι η επίδραση στην υγεία των πολιτών.

Η Επιτροπή για θέματα υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση κ. Ανδρούλα Βασιλείου (2009-β), ανέφερε ότι στη συγκεκριμένη εποχή καλούμαστε όλο και περισσότερο να επενδύσουμε σε δραστηριότητες για την προαγωγή της καλής υγείας και την πρόληψη των νόσων και αυτό αποτελεί καθήκον καθώς πρέπει να βοηθήσουμε να διασφαλιστεί η βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας ως βασικού μέρους της οικονομίας και της κοινωνίας (Βασιλείου, 2009-β).

Έτσι, διαφαίνεται ότι σήμερα ίσως περισσότερο από ποτέ, η υγεία θα πρέπει να αντιμετωπιστεί ως ένα οικο-

νομικό αγαθό καθώς σύμφωνα με την Βασιλείου (2009-α) «η καλή υγεία έχει θετικές επιπτώσεις στην οικονομία και επομένως είναι ζωτικής σημασίας η ύπαρξη επαρκούς επένδυσης σε αυτή, ως μέρος μιας ευρύτερης οικονομικής ατζέντας» (Βασιλείου,2009-α).

Σκοποί

Η ανάδειξη μέσα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση των συνεπειών της οικονομικής κρίσης: α) στην υγεία των πολιτών αλλά και στα ίδια τα συστήματα υγείας.

Η αποτύπωση της επίδρασης της υπάρχουσας πολιτικής υγείας στην οικονομική και κοινωνική κατάσταση των πολιτών και

Η αποτύπωση των οδηγιών και των στόχων που προτείνονται σε εθνικό και διεθνές επίπεδο προκειμένου να γίνει η κατά το δυνατόν ορθότερη διαχείριση της οικονομικής κρίσης από τα κράτη.

Υλικό και Μέθοδος

Η παρούσα μελέτη διενεργήθηκε στο πρώτο εξάμηνο του 2010 όπως επίσης και η αναζήτηση της βιβλιογραφίας. Σε αυτήν αναζητήθηκαν οι απόψεις και οι στόχοι που τέθηκαν από διεθνείς οργανισμούς για την καθοδήγηση των κρατών σχετικά με την αντιμετώπιση της τρέχουσας οικονομικής κρίσης και στη συνέχεια συσχετίστηκαν οι απόψεις αυτές με την ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία και αρθρογραφία.

Αποτελέσματα

Ήδη από τον Απρίλιο του 2009 ο ΠΟΥ (2009-β), ανακοίνωσε ότι κατά τη διάρκεια των τελευταίων τεσσάρων μηνών, οι προβλέψεις για την οικονομική ανάπτυξη όλων των μερών του κόσμου έχουν αναθεωρηθεί προς τα κάτω, καθώς η κρίση είναι αληθινά παγκόσμια και χτυπά σε έναν κρίσιμο χρόνο για την υγεία σε όλα τα μέρη του κόσμου. Επισημαίνει δε, ότι δεν είναι ακόμα σαφές τι θα σημάνει η τρέχουσα οικονομική κρίση για τις χαμηλού εισοδήματος και αναπτυσσόμενες οικονομίες, αλλά πολλές προβλέψεις είναι ιδιαίτερα απαισιόδοξες (ΠΟΥ, 2009-β).

Πράγματι, ο ΟΗΕ (Εφημερίδα «ΤΟ ΒΗΜΑ» 6/7/2009), σε έκθεσή του προέβλεψε πως το ποσοστό των ανθρώπων που θα ζουν σε συνθήκες απόλυτης φτώχειας μέχρι το τέλος του 2009, θα ανέλθει στο 17 % των 6,8 δισεκατομμυρίων κατοίκων της γης (ΟΗΕ,2009).

Όπως αναφέρει ο Κυριόπουλος, (2009), «ευρήματα μελετών από τις κυκλικές οικονομικές κρίσεις στη διάρκεια του επιχειρηματικού κύκλου στην πρόσφατη περίοδο -με αναλογίες στην παρούσα κρίση- δείχνουν ότι κυρίως η ανεργία, η ευπρόσβλητη εργασία και η ανασφάλεια (και δευτερευόντως το εισόδημα) έχουν σημαντική αρνητική επίδραση στην υγεία». Τούτο επιβεβαιώνεται καθώς πολλοί Ευρωπαίοι που έχουν ήδη χάσει τις δουλειές τους, δεν έχουν τη δυνατότητα αξιοπρεπούς στέγασης, υγιεινής διατροφής ή συμμετοχής στις δαπάνες για την περίθαλψη και τα φάρμακά τους (Βασιλείου, 2009-α).

Αντίστοιχα, στις χαμηλού εισοδήματος χώρες, η επα-

κόλουθη ανεργία πολύ συχνά εμφανίζεται χωρίς να υπάρχει προστατευτικό κοινωνικό δίκτυο ασφάλειας. Καθώς τα εισοδήματα πέφτουν, οι υπηρεσίες του δημόσιου τομέα γίνονται η κύρια πηγή υγειονομικής περίθαλψης, στον ίδιο το χρόνο που τα κυβερνητικά εισοδήματα δέχονται την ισχυρότερη πίεση για την συγκρατημένη χρηματοδότησή τους (ΠΟΥ 2009-β).

Ο Frenk (2009), αναλύοντας τον τρόπο που μακροπρόθεσμα επιβαρύνονται οι πολίτες και το σύστημα υγείας μιας χώρας από την οικονομική κρίση, αναφέρει ότι η αυξημένη ανεργία οδηγεί σε απώλεια της ασφάλισης υγείας, με αποτέλεσμα οι άνεργοι να μην μπορούν να αντεπεξέλθουν στα έξοδα για υγεία. Οι κυβερνήσεις περικοπών τους προϋπολογισμούς υγείας, γεγονός που οδηγεί σε μειωμένη διαθεσιμότητα περίθαλψης. Η μειωμένη διαθεσιμότητα περίθαλψης επιδρά άμεσα και επιβαρυντικά, τόσο στα άτομα όσο και στο σύστημα υγείας. Παράλληλα, η μείωση των εισοδημάτων στερεί τους ανθρώπους τη δυνατότητα περίθαλψης, τους αναγκάζει να μειώσουν ή ακόμη και να κόψουν τα φάρμακα και την πρόληψη. Μία από τις συνέπειες που δημιουργείται είναι οι άνθρωποι να αρρωσταίνουν περισσότερο, να μην μπορούν να δουλέψουν και αυτό να τους κάνει ακόμη φτωχότερους (Frenk,2009).

Σύμφωνα με τον Τσαλίκη (2006), ο βαθμός συμμετοχής των κοινωνικών παραγόντων στη δημιουργία ασθενειών επηρεάζεται από δύο βασικά στοιχεία: α) Την ταχύτητα των κοινωνικών αλλαγών και β) την ικανότητα των κοινωνικών ομάδων και πληθυσμών να ισορροπήσουν τους κινδύνους που δημιουργούν οι κοινωνικές αλλαγές με αποτελεσματικούς μηχανισμούς επίλυσης προβλημάτων (Τσαλίκης,2006).

Μέχρι σήμερα, σοβαρό σταθεροποιητικό παράγοντα διατήρησης και συνεχόμενης βελτίωσης της υγείας των πληθυσμών, κυρίως των ανεπτυγμένων κρατών, αποτελεί η κοινωνική πολιτική που ασκούν, ή οποία κατά τον Δικαίο (1999, σελ. 20), περιλαμβάνει συντάξεις, επιδόματα, κατασκευή φτηνής κατοικίας, επιδόματα ενοικίου, απασχόλησης και κατάρτισης, επιδόματα ανεργίας, επιδόματα νέων θέσεων εργασίας, επαγγελματική κατάρτιση υγείας προστασία υγείας, προαγωγή υγείας, πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια υγεία, παιδεία, εκπαίδευση ενηλίκων, προσωπικές υπηρεσίες, φροντίδα αναπήρων ή υπερηλίκων στο σπίτι, ΚΑΠΗ και τέλος προστασία της μητρότητας και της παιδικής ηλικίας (Δικαίος, 1999)

Στα πλαίσια της κοινωνικής πολιτικής ενός κράτους υπάγεται και η πολιτική υγείας του κράτους αυτού, της οποίας η χάραξη σύμφωνα με τον Σιγάλα (1999), δεν είναι αποκλειστική υπόθεση μιας κυβερνητικής υπηρεσίας ενός Υπουργείου, αλλά αποτελεί συλλογική υπόθεση και ευθύνη της κυβέρνησης (Σιγάλας,1999).

Σύμφωνα με την Κωνσταντοπούλου (2008), «πολιτική υγείας (health policy) είναι το σύνολο των προσπαθειών που αποβλέπουν στην επίτευξη των στόχων του ΠΟΥ για την υγεία. Εντάσσεται στις κοινωνικές πολιτικές και αποτελεί τμήμα των κρατικών πολιτικών (policies) κάθε χώρας, ενώ εξαρτάται τόσο από τις εν γένει πολιτικές (politics)

δομές και την οικονομική κατάσταση μιας χώρας, όσο και από παραμέτρους όπως η προϋπάρχουσα γενικότερη κατάσταση υγείας του πληθυσμού, οι συνθήκες ζωής, οι ατομικές συνήθειες κ.ά.» (Κωνσταντοπούλου, 2008).

Η πολιτική υγείας στηρίζεται σε δύο βασικούς πυλώνες, οι οποίοι διαμορφώνουν κάθε φορά το επίπεδο ανάπτυξης του συστήματος υγείας. Ο πρώτος αφορά τους πόρους, υλικούς και ανθρώπινους που διατίθενται και ο δεύτερος τον τρόπο οργάνωσης και διοίκησης του συστήματος. (Λιαρόπουλος, 2005).

Κατά τον Ζηλίδη (2005), η διάθεση πόρων είναι αναγκαία αλλά όχι ικανή συνθήκη για την επίτευξη των κύριων στόχων ενός συστήματος υγείας που στοχεύει στην καθολική κάλυψη του πληθυσμού. Η επίτευξη όμως των άλλων δύο στόχων, που είναι η δίκαιη κατανομή των πόρων και η αποτελεσματικότητα και ποιότητα των υπηρεσιών, εξαρτάται από την οργάνωση του συστήματος υγείας και τον τρόπο χρηματοδότησης της δαπάνης (Ζηλίδης, 2005).

Στο περιεχόμενο της εκάστοτε πολιτικής για την υγεία που ακολουθείται, ενυπάρχουν στοιχεία των αρχών και κοινωνικών αξιών της κοινωνίας, που καθορίζουν τη μορφή της.

Ο τρόπος που θα κατανεμηθούν οι πόροι και οι εξουσίες μέσα στο υγειονομικό σύστημα, επίσης αντανάκλα τις αρχές και τα πιστεύω της κοινωνίας. Στην πορεία για τη διαμόρφωση της δομής του περιεχομένου των πολιτικών υγείας στην εκάστοτε κοινωνία, θα χρειαστεί να απαντηθούν σημαντικά ερωτήματα όπως:

- Πώς μια πολιτική υγείας μπορεί να ενσωματώνει συγχρόνως στοιχεία ισότητας, αποδοτικότητας και ατομικής αυτονομίας;
- Πώς θα υπάρξει συμφωνία για να σχεδιαστεί μια πολιτική υγείας, πάνω σε βασικές έννοιες και φαινόμενα όπως είναι η υγεία, η αρρώστια, ο θάνατος και ποιοι είναι οι «καθοριστές» αυτών των φαινομένων;
- Με βάση ποια αντίληψη η κοινωνία και η πολιτική υγείας θα διανέμει τους πόρους μεταξύ διαφορετικών τομέων όπως η πρόληψη και η θεραπεία, η πρωτοβάθμια και η νοσοκομειακή φροντίδα, ο δημόσιος και ο ιδιωτικός τομέας;
- Μέσα από ποιο μοντέλο (μοντέλο της αγοράς, το τεχνκρατικό μοντέλο, δημοκρατικό μοντέλο κλπ) θα γίνεται η παραγωγή και διανομή των υπηρεσιών υγείας; (Θεοδώρου, 2009)

Κάθε διαφορετική απάντηση στα παραπάνω ερωτήματα δημιουργεί και έναν αναπροσανατολισμό της εκάστοτε πολιτικής υγείας που θα ακολουθηθεί και διαμορφώνει διαφορετικό περιεχόμενο, καθώς έχει καταλυτικές συνέπειες στον τρόπο λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας, στις προτεραιότητες και στη χρηματοδότηση των επιμέρους δραστηριοτήτων στην υγεία, ειδικά σε περιόδους οικονομικής ύφεσης (Θεοδώρου, 2009), καθώς χώρες με ήδη περιορισμένα δημόσια οικονομικά και φτωχή εθνική οικονομία, δεν έχουν συνήθως επαρκείς πόρους για διευρυμένες πολιτικές υγείας όπως οι πλουσιότερες. (Δικαίος, 1999).

Την ισχυρή συσχέτιση της πολιτικής υγείας με την γενικότερη οικονομική και κοινωνική κατάσταση μιας χώρας, υιοθέτησε ο ΠΟΥ ο οποίος στο πλαίσιο της στρατηγικής «Υγεία για όλους», ανέπτυξε πλαίσια πολιτικών υγείας, με στόχους και προτεραιότητες, προσαρμοσμένα στις ιδιαιτερότητες και στα κοινωνικά και επιδημιολογικά δεδομένα κάθε περιοχής της υφηλίου. Μέσα στο πλαίσιο αυτής της στρατηγικής, πολλές ευρωπαϊκές χώρες διαμόρφωσαν εθνικές πολιτικές που εξειδικεύουν τους στόχους του ΠΟΥ στα δικά τους δεδομένα.

Θετική αλλαγή προς την κατεύθυνση αυτή θα μπορούσε να προσδώσει η χάραξη μιας κοινής ευρωπαϊκής πολιτικής υγείας. Όμως και σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης, παρά την αυξανόμενη ανάμιξη της στα ζητήματα υγείας, δεν υπήρξε μια ολοκληρωμένη πολιτική υγείας ή ένα υπεύθυνο κέντρο υγειονομικών αποφάσεων. Σχετικά με το ζήτημα αυτό, η συντελούμενη εναρμόνιση των αγορών της Ευρωπαϊκής Ένωσης δεν έχει περιλάβει την εναρμόνιση των συστημάτων υγείας. Η οργάνωση και η διοίκηση των συστημάτων υγείας παραμένει στην αποκλειστική δικαιοδοσία των εθνικών κυβερνήσεων. (Τούντας, 2001).

Συζήτηση

Όπως ανακοινώθηκε σε Ευρωπαϊκό φόρουμ για την υγεία, η κρίση έχει επιπτώσεις συνήθως σε ανθρώπους που ζουν ήδη στην ένδεια, σε νέους, σε μονογονεϊκές οικογένειες, στην νέα μεσαία τάξη, στους ανέργους και στους μισθωτές ιδιωτικών διαμερισμάτων (European Health Forum Gastein, 2009).

Σύμφωνα με τον Κυριόπουλο (2009), η αντιμετώπιση των κοινωνικών και οικονομικών ανισοτήτων στην υγεία καθίσταται κορυφαία προτεραιότητα της εθνικής υγειονομικής πολιτικής και ειδικότερα η κάλυψη των νοικοκυριών τα οποία υφίστανται καταστροφικές δαπάνες για την υγεία σε συνθήκες οικονομικής κρίσης» (Κωνσταντοπούλου, 2008)

Κάτω από αυτές τις συνθήκες, η παγκόσμια κρίση φαίνεται να «βάζει το μαχαίρι στο λαιμό» των κρατών, προσανατολίζοντάς τους στη λήψη απαραίτητων μέτρων για εξυγίανση των συστημάτων υγείας και της εφαρμογής πολιτικών που θα δημιουργούν δίκτυ ασφαλείας στην παροχή υπηρεσιών σε όσους έχουν πραγματικά ανάγκη. Τούτο θα μπορέσει να επιτευχθεί μέσα από την περικοπή της σπατάλης, την καλή καταγραφή χρήσιμων πληροφοριών σε πραγματικό χρόνο, τον συνολικό επαναπροσδιορισμό για την αντιμετώπιση των νοσημάτων και κυρίως των χρόνιων, καθώς και τον προσδιορισμό των ομάδων που βρίσκονται σε κίνδυνο (ΠΟΥ, 2009- β)

Ένα καλό παράδειγμα περικοπής της σπατάλης και επαναπροσδιορισμού της αντιμετώπισης των νοσημάτων και κυρίως των χρόνιων ειδικά για τη χώρα μας όπως ανακοινώθηκε σε πανελλήνιο συνέδριο, είναι η εφαρμογή εθνικών κλινικών πρωτοκόλλων για τη διαχείριση της νόσου και του ασθενούς στην υπέρταση, τον διαβήτη, τις καρδιοπάθειες, τα ψυχικά νοσήματα και τα νεοπλάσματα, με τιμές που αντανάκλουν στο πραγματικό κόστος

για την πλήρη αντιμετώπισή τους. Η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας μελέτησε και κοστολόγησε την εφαρμογή αυτών των πρωτοκόλλων (Βλάχος, 2008).

Με άλλα λόγια η παγκόσμια κρίση μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως ευκαιρία για συνεχείς μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας. Ο ΠΟΥ (2009- γ), ανακοίνωσε βασικές και εξειδικευμένες οδηγίες προς τα κράτη για τη διαμόρφωση πολιτικών υγείας και σύστησε:

- Η διανομή του πλούτου να γίνεται στη βάση της αλληλεγγύης και της δικαιοσύνης, καθώς διατυπώνεται η ανησυχία ότι οι αρχές για την υγεία δεν διανέμουν τον πλούτο βάσει αυτών των αξιών, εμποδίζοντας κατά συνέπεια τη βελτίωση και προαγωγή της υγείας.
- Να αυξηθεί η επίσημη βοήθεια για ανάπτυξη (ODA Official Development Assistance), προκειμένου να προστατευτούν οι πιο ευάλωτοι. Οι φτωχότερες χώρες είναι οι πιο τρωτές για την απώλεια της υγείας σε περιόδους κρίσης.
- Να επενδύσουν στην υγεία για να βελτιωθεί η ευημερία και ο πλούτος, καθώς η επένδυση στην υγεία είναι επένδυση στην ανθρώπινη ανάπτυξη, την κοινωνική ευημερία και τον πλούτο.
- Στον κάθε Υπουργό να πράττει ως Υπουργός Υγείας, προωθώντας την υγεία σε όλες τις πολιτικές.
- Να προστατευτούν τα προγράμματα δημόσιας υγείας από τη σπατάλη.
- Να προστατευτούν και να διασφαλιστούν οι δαπάνες για την πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη.
- Να εξασφαλιστούν «περισσότερα χρήματα για την υγεία και περισσότερη υγεία για τα χρήματα», δια της βελτίωσης της ποιότητας μέσα από την διαφανή αξιολόγηση του ελέγχου και της απόδοσης, της βασισμένης σε στοιχεία ιατρικής (Evidence Based Medicine) και της εγκατάστασης ασφαλέστερων υγειονομικών υπηρεσιών.
- Να εξασφαλιστεί η καθολική πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες και να δημιουργηθούν κοινωνικά δίκτυα ασφάλειας για τις πιο ευάλωτες κοινωνικές ομάδες.
- Να επιφέρουν δικαιοσύνη στη χρηματοδότηση μέσω της υποχρεωτικής και αναδιανεμητικής μορφής συλλογής οικονομικών πόρων.
- Να αυξήσουν τον φόρο στον καπνό, το οινόπνευμα, τη ζάχαρη και το αλάτι, κάτι που θα ασκήσει θετική επίδραση στη δημόσια υγεία.
- Να εντοπίσουν τις τρέχουσες ανάγκες σε επαγγελματίες υγείας και να εκμεταλλευτούν την ευκαιρία για προσέλκυση και εκπαίδευση νέων στα επαγγέλματα υγείας.
- Να ενθαρρύνουν την ενεργό συμμετοχή των πολιτών σε δημόσιες διαβουλεύσεις ή μέσω αντιπροσωπευτικών οργανώσεων για τη λήψη, τον έλεγχο και την εκτέλεση αποφάσεων.

Συμπεράσματα

Ανασκοπώντας τη σχετική βιβλιογραφία και αρθρογραφία, διαπιστώνουμε πως η άποψη της Επιτρόπου στην Ευρωπαϊκή Ένωση για θέματα υγείας κ. Βασιλείου, ότι «σε περιόδους οικονομικής κρίσης τα ζητήματα υγείας

όχι μόνο δεν πρέπει να υποτιμούνται αλλά, αντιθέτως, πρέπει να τους δίνεται προτεραιότητα», συνάδει απόλυτα με τις απόψεις αλλά και τις προτροπές επίσημων παγκόσμιων και διεθνών οργανισμών και φορέων, καθώς η υγεία και η οικονομία αλληλοσυνδέονται στενά. Η καλή υγεία έχει θετικό αντίκτυπο στην οικονομία συνολικά, ενώ αποτελεί βασική προϋπόθεση της ύπαρξης ισχυρού και παραγωγικού εργατικού δυναμικού. Η επένδυση στην υγεία δημιουργεί δυνατότητες νέων θέσεων εργασίας, τόνωσης των αγορών και ενίσχυσης των εμπορικών συναλλαγών (Βασιλείου, 2009-α).

Και στις προηγούμενες και στην τωρινή οικονομική κρίση, μια συχνή αντίδραση πολλών κυβερνήσεων είναι η περικοπή των δαπανών για την υγεία. Ωστόσο, οι περικοπές αυτές εξασθενούν το σύστημα υγείας και προσθέτουν μια κρίση που μπορεί να έχει ακόμη πιο μακροχρόνιες επιπτώσεις από ότι η οικονομική κρίση.

Αυτό σημαίνει ότι η αντιμετώπιση μιας βραχυχρόνιας οικονομικής κρίσης, δεν πρέπει να γίνει με τρόπο που να προκαλέσει μια μακροχρόνια καταστροφή της υγείας, καθώς μέσα από αυτήν οι οικογένειες δεν θα καταφέρουν να αναρρώσουν, ακόμη και αν η οικονομία ανακάμψει.

Έτσι, όπως συμπερασματικά διαμνύεται από τον Frenk (2009), «το χειρότερο που μπορεί να κάνει κανείς είναι να μειώσει τον προϋπολογισμό για την υγεία. Οι κυβερνήσεις θα πρέπει να επικεντρωθούν στο να μειώσουν τις σπατάλες και να βελτιώσουν την αποδοτικότητα. Σε αυτές ακριβώς τις κρίσεις είναι που χρειαζόμαστε περισσότερα χρήματα για υγεία, αλλά και περισσότερη υγεία για χρήματα» (Frenk, 2009).

Με δεδομένα τα παραπάνω, θα λέγαμε ότι η Ελλάδα έχει να διανύσει πολύ περισσότερο δρόμο από άλλες ανεπτυγμένες χώρες καθώς σύμφωνα με τον Θεοδώρου και συν (2001), ποτέ δεν διέθεσε σημαντικούς πόρους για την υγεία ακόμα και σε περιόδους μη οικονομικής ύφεσης. Η κακή οργάνωση και διοίκηση του συστήματος, σε συνδυασμό με τον πολυκερματισμό της ασφάλισης υγείας, οδήγησε ήδη στη μετακύλιση σημαντικού μέρους του κόστους στους ίδιους τους ασθενείς (Θεοδώρου και συν., 2001).

Επίσης, αναμένεται το ήδη επιβαρυνόμενο σύστημα να δεχθεί ακόμη μεγαλύτερη πίεση, καθώς η αιφνίδια αλλαγή και κατά συνέπεια η μείωση στα εισοδήματα των οικογενειών, θα αναγκάσουν πολίτες που είχαν μέχρι τώρα τη δυνατότητα να χρησιμοποιούν υπηρεσίες υγείας στον ιδιωτικό τομέα με δικές τους δαπάνες, να περικόψουν τη δαπάνη αυτές από τον προϋπολογισμό τους και να στραφούν στην ζήτηση των αντίστοιχων υπηρεσιών από το δημόσιο σύστημα υγείας, οδηγώντας αυτό και τα ασφαλιστικά ταμεία σε ακόμη μεγαλύτερη δυσχέρεια.

Βιβλιογραφία

1. Βασιλείου, Α. (2009-α) Η κρίση πλήττει ήδη την υγεία των Ελλήνων πολιτών. Διαθέσιμο στο <http://www.gr/content/view/2703/114/>, προσπέλαση 20/12/2009
2. Βασιλείου, Α. (2009-β) Προκλήσεις και προοπτικές για τα θέματα υγείας στην Ε.Ε. Ευρωπαϊκή Πρόκληση. Διαθέσιμο στο

ABSTRACT

THE INFLUENCE OF GLOBAL FINANCIAL CRISIS ON HEALTH SYSTEMS AND THE PROPOSED HEALTH POLICIES AT NATIONAL AND INTERNATIONAL LEVEL.

Efkarpidis Apostolos, RN, MSc, Management of Health Services, Director of Nursing Service of the General Hospital of Syros

Introduction: The global financial crisis and the recession that follows it, burden particularly on citizens and the health system in countries that will suffer through the vicious circle that created by rising unemployment, loss of health insurance, reduction of income failure to respond to the charges for health care and the ability and ultimately ill health resulting in increased morbidity and mortality through the continuous intensification of poverty.

Aims: The emergence through a bibliographical review of the effects of the economic crisis in public health, the influence of health policy in economic and social situation of citizens and the mapping of health policy proposed for the current national and international level.

Literature review: The writing of this article took place through the review of Greek and international bibliography and the corresponding editorial, focusing mainly in the attention on the views of European and global health-related organizations.

Results: Documented the link between health policy and overall political and economic situation of a country and demonstrate the need for non-devaluation of health issues and their emergence as a prime priority that concerns the citizens in times of economic crisis.

Conclusions: In times of economic crisis, it should be cutting spending on health issues, as the passage leading to reduced availability of care and this in turn affects directly on incriminating both individuals and health systems.

Keywords: Financial crisis and health, health policy in economic crisis, health systems.

- <http://www.proeuro.gr/articles.php?artid=3278&lang=1&catid=1> προσπέλαση 20/12/2009
3. Βλάχος, Θ. (2008) Η οικονομική κρίση επηρεάζει και την υγεία. Εφημερίδα Η Έρευνα. Διαθέσιμο στο <http://www.e-erevna.gr/portal/story.aspx?ID=52157>, προσπέλαση 10/1/2010
 4. Δικαίος, Κ. (1999) «Πολιτική Υγείας» στο Υπηρεσίες υγείας/ Νοσοκομείο Ιδιοτητίες και Προκλήσεις. Τόμος Β` (επιμ) Δικαίος, Κ., Χλέτσος, Μ. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, σελ.20
 5. Εφημερίδα ΤΟ ΒΗΜΑ (2009), Έκθεση του ΟΗΕ. Σε συνθήκες φτώχειας ενδέχεται να οδηγήσει η οικονομική κρίση 90 εκατομμύρια ανθρώπους. Διαθέσιμο στο
 6. <http://www.tovima.gr/default.asp?pid=2&ct=3&artid=277107&dt=06/07/2009>, προσπέλαση 22/12/2009
 7. European Health Forum Gastein (2009) Financial Crisis and Health Policy. Διαθέσιμο στο http://www.ehfg.org/fileadmin/ehfg/Programm/2009/EHFG_2PA_update_AUGUST.pdf, προσπέλαση 5/1/2010
 8. Frenk, J. (2009) Όταν η οικονομία νοσεί, αυξάνεται η θνησιμότητα. Healthview. Διαθέσιμο στο <http://www.healthview.gr/node/6242> προσπέλαση 7/1/2010
 9. Ζηλιδης, Χ. (2005) Αρχές και Εφαρμογές Πολιτικής Υγείας Η μεταρρύθμιση 2000 – 4. Mediforce, Αθήνα
 10. Θεοδώρου, Μ. (2009) Πολιτική υγείας και Μεταρρυθμίσεις Ευρωπαϊκή εμπειρία και Ελληνική πραγματικότητα. Σημειώσεις για το Μεταπτυχιακό πρόγραμμα στη Διοίκηση Μονάδων Υγείας του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, σελ10
 11. Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ. (2001) Συστήματα Υγείας. Παπαζήσης, Αθήνα
 12. Κυριόπουλος, Γ. (2009) Οικονομική Κρίση και Υγεία. Εφημερίδα Απογευματινή. Διαθέσιμο στο <http://www.apogevmatini.gr/?p=50153>, προσπέλαση 5/1/2010
 13. Κωνσταντοπούλου, Α. (2008) Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα. Archive. Διαθέσιμο στο <http://www.archive.gr/modules.php?name=News&file=article&sid=95> προσπέλαση 5/1/2010
 14. Λιαρόπουλος, Λ. (2005) Τα Εγώ του Εσού. Βήτα, Αθήνα
 15. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2009-α), The Financial Crisis and Global Health. Διαθέσιμο στο http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2009_financial_crisis_report_en_.pdf προσπέλαση 22/12/2009
 16. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2009-β), Impact of financial crisis on health: a truly global solution is needed. Διαθέσιμο στο http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/financial_crisis_20090401/en/index.html προσπέλαση 20/12/2009
 17. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2009-γ), Health in times of global economic crisis: implications for the WHO European Region. Διαθέσιμο στο http://www.euro.who.int/document/hsm/oslo_report.pdf, προσπέλαση 7/1/2010
 18. Σιγάλας, Ι. (1999) «Τα Συστήματα Υγείας Μοντέλα και Πρότυπα» στο Δικαίος, Κ., Κουτούζης, Μ., Πολύζος, Ν., Σιγάλας, Ι., Χλέτσος, Μ. (επιμ) Βασικές Αρχές Διοίκησης – Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα σελ. 82
 19. Τούντας, Γ. (2001) Η Ευρωπαϊκή Πολιτική Υγείας. Αρχεία ελληνικής ιατρικής, 18(1), 13-15.
 20. Τσαλίκης, Γ. (2006), «Κοινωνικοί και Πολιτιστικοί Παράγοντες της Υγείας και των Υπηρεσιών Υγείας» στο Σουλιώτης, Κ., (επιμ.) Πολιτική και Οικονομία της Υγείας, Παπαζήσης, Αθήνα, σελ. 126.

Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία- Προτάσεις για παρέμβαση

Αθηνά Πατελάρου¹, Άννα Μανιδάκη², Αντώνιος Μπαλολάκης³, Εύα Ορφανού⁴, Ευριδίκη Πατελάρου⁵

1. Νοσηλεύτρια ΠΕ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου
2. Κοινωνική λειτουργός
3. Τεχνολόγος ιατρικών οργάνων
4. Β' Διαιτολόγος, Υγιεινολόγος
5. Νοσηλεύτρια ΠΕ, Msc, Phd, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η οικονομική κρίση συνοδεύεται από φαινόμενα όπως η ανεργία, η οικονομική εξαθλίωση του πληθυσμού, η αποδυνάμωση του συστήματος υγείας, η αύξηση του επιπολασμού συγκεκριμένων ασθενειών και η γενικότερη κατάρπτωση του οικοδομήματος της υγείας σε μια κοινωνία.

Αποτελέσματα ανασκόπησης: Η ανεργία, το χαμηλό εισόδημα και η ανέχεια έχουν ως αποτέλεσμα τον περιορισμό των δαπανών για την υγεία, την καθυστέρηση της θεραπείας και συχνά τη μη προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας. Επιπρόσθετα, η οικονομική ύφεση και τα συνοδά φαινόμενα αυτής συνεπάγονται σοβαρές επιπτώσεις τόσο στην ψυχική όσο και στην σωματική υγεία των πολιτών. Προβλήματα εθισμού, εξαρτήσεις, υιοθέτηση μη υγιεινού τρόπου ζωής με αυξανόμενη κατανάλωση τροφίμων χαμηλής διατροφικής αξίας, καπνού και οινοπνεύματος, καθώς επίσης και η πλημμελής διαχείριση των νοσημάτων από τις επιβαρυνμένες υπηρεσίες υγείας είναι κάποιες από τις αρνητικές συνέπειες της οικονομικής κρίσης στην υγεία.

Συμπεράσματα -Προτάσεις: Οι ιθύνοντες οφείλουν να προστατέψουν και να υπερασπιστούν το αγαθό της υγείας θέτοντάς το σε βασική προτεραιότητα ανεξάρτητα από τις δύσκολες οικονομικές συνθήκες. Η αποτελεσματική και έγκαιρη λήψη μέτρων, οι αναδιαρθρώσεις και η εύρεση εναλλακτικών πηγών χρηματοδότησης μπορούν να αποτρέψουν φαινόμενα, όπως η εξαθλίωση και η καταρράκωση του συστήματος υγείας. Η ανάπτυξη προγραμμάτων οικονομικής ανάπτυξης, η καταπολέμηση της ανεργίας, η ενίσχυση των φορέων δημόσιας υγείας και η στήριξη των ευπαθών ομάδων, όπως οι άνεργοι, θα πρέπει να αποτελέσουν βασικές προτεραιότητες της πολιτείας σε περιόδους οικονομικής ύφεσης.

Λέξεις κλειδιά: ανεργία, ασθένεια, θνησιμότητα, οικονομική κρίση, υγεία

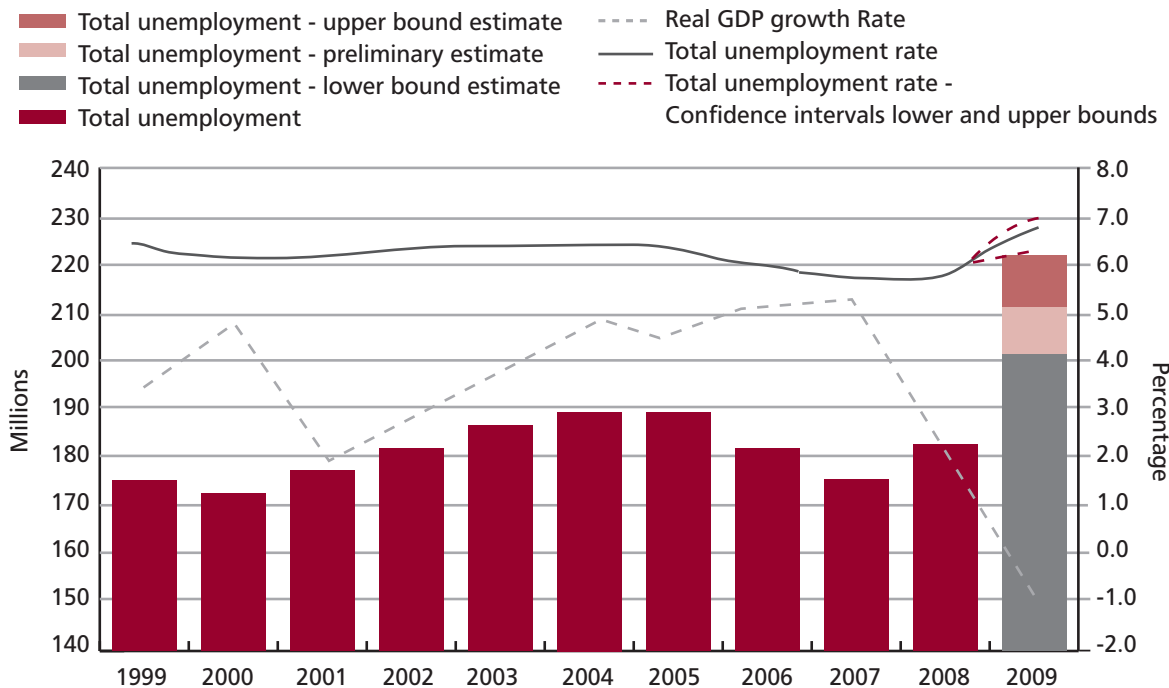
1. Εισαγωγή

Σύμφωνα με τον ορισμό που διατυπώθηκε στο καταστατικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (1946) η υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας. Παράγοντες γενετικοί, περιβαλλοντικοί, ο τρόπος ζωής, καθώς επίσης και οι κοινωνικοί προσδιοριστές όπως η εκπαίδευση, η ανεργία και το οικονομικό επίπεδο επηρεάζουν την υγεία των ατόμων, αλλά και την κοινωνική αναπαράσταση του διπόλου υγείας-ασθένειας.

Η οικονομική κρίση συνεπάγεται μείωση του εισοδήματος, αύξηση του ποσοστού ανεργίας, περικοπές μισθών, αύξηση των τιμών των φαρμάκων και των ιατρι-

κών νοσηλίων, ενώ από την άλλη μεριά περιορίζονται σημαντικά οι κρατικές δαπάνες και τα κονδύλια για τη δημόσια υγεία (Πίνακας 1). Αφενός λοιπόν ο τομέας της δημόσιας υγείας αποδυναμώνεται και υπολειπεται, χωρίς πολλές φορές να μπορεί να ανταπεξέλθει στις ανάγκες του πληθυσμού, και αφετέρου περιορίζεται η πρόσβαση του πολίτη στις υπηρεσίες υγείας. Η ιδιωτική ασφάλιση είναι πλέον πολυτέλεια, δεδομένης της οικονομικής στενότητας, ενώ οι φορείς δημόσιας υγείας είναι ανεπαρκείς. Αποτέλεσμα αυτής της ανεπάρκειας είναι η αύξηση του επιπολασμού συγκεκριμένων ασθενειών και η γενικότερη κατάρπτωση του οικοδομήματος της υγείας σε μια κοινωνία (Yang, 2001).

Πίνακας 1. Παγκόσμια τάση αύξησης του ποσοστού της ανεργίας



International Labour Organization (2010) Available at <http://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/P/09332/09332%282010-January%29.pdf>
*2009 are preliminary estimates.

Σύγχρονα δεδομένα από καταγραφές δείχνουν τη σχέση του ΑΕΠ ενός κράτους με το προσδόκιμο επιβίωσης και τις δαπάνες για την υγεία. Πιο συγκεκριμένα, όσο αυξάνεται το ΑΕΠ μιας χώρας τόσο μεγαλώνει το προσδόκιμο επιβίωσης και όσο μεγαλώνουν τα έσοδα ενός κράτους αυξάνονται οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία. Από τον Πίνακα 2 φαίνεται η σχέση προσδόκιμου επιβίωσης και κατά κεφαλήν δαπανών για την υγεία. Όσο περισσότερο επενδύει στον τομέα της υγείας ένα κράτος, τόσο μεγαλώνει το προσδόκιμο επιβίωσης των πολιτών του.

Σε περιόδους οικονομικής κρίσης περιορίζονται σημαντικά τα περιθώρια για επένδυση στον τομέα της υγείας, ενώ παράλληλα ανακύπτουν σημαντικά προβλήματα υγείας στον πληθυσμό ως αρνητικά αποτελέσματα της οικονομικής δυσχέρειας.

2. Σκοπός

Σκοπό της παρούσας ανασκόπησης αποτελεί η παρουσίαση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην σωματική και ψυχική υγεία βάσει σύγχρονων επιδημιολογικών δεδομένων και η παράθεση προτάσεων για τη θωράκιση και προαγωγή της υγείας των πολιτών ακόμη και σε περιόδους οικονομικής ύφεσης.

3. Επιπτώσεις οικονομικής κρίσης

3.1. Σωματική και ψυχική υγεία

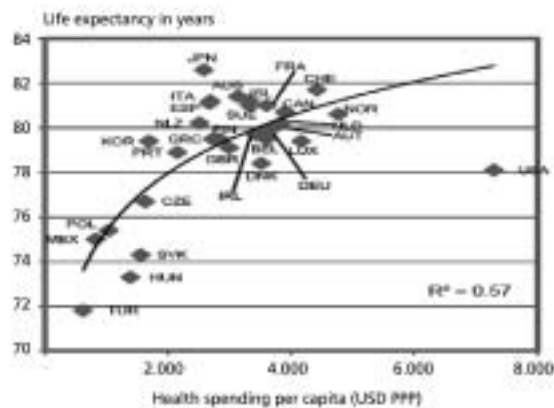
Η ανεργία, το χαμηλό εισόδημα και η ανέχεια έχουν ως αποτέλεσμα τον περιορισμό των δαπανών για την υγεία, την καθυστέρηση της θεραπείας και συχνά τη μη προσαρμοστικότητα στις υπηρεσίες υγείας. Συν τοις άλλοις, η οικονομική ύφεση και τα συνοδά φαινόμενα αυτής συνεπάγονται σοβαρές επιπτώσεις τόσο στην ψυχική όσο και στην σωματική υγεία των πολιτών. Τα προβλήματα εθισμού, οι εξαρτήσεις, η υιοθέτηση μη υγιεινού τρόπου ζωής με αυξανόμενη την κατανάλωση τροφών χαμηλής διατροφικής αξίας, καπνού και οιοσπνεύματος, καθώς επίσης πλημμελής διαχείριση των νοσημάτων από τις επιβαρυνόμενες υπηρεσίες υγείας είναι κάποιες από τις αρνητικές συνέπειες στην υγεία (Stuckler et al. 2009).

3.1.1. Διατροφή και φυσική άσκηση

Οι αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες είναι διαδεδομένες σε περιόδους οικονομικής κρίσης, δεδομένης της μείωσης των εσόδων του νοικοκυριού, γεγονός που κατ' επέκταση επηρεάζει τον τρόπο που οι πολίτες δαπανούν τα χρήματά τους σε είδη διατροφής.

Ορισμένοι συγγραφείς παρατηρούν ότι οι πολίτες

Πίνακας 2. Προσδόκιμο επιβίωσης και κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία, 2007



Πηγή: OECD(2008), OECD Health Data.

επιλέγουν φθηνότερα, επεξεργασμένα τρόφιμα, ενώ από την άλλη μεριά άλλοι έχουν δείξει μέτριες μειώσεις στον επιπολασμό της παχυσαρκίας λόγω λιγότερης κατανάλωσης ποσότητας φαγητού έξω από το σπίτι, καθώς επίσης, λόγω περισσότερου ελεύθερου χρόνου για φυσική δραστηριότητα (Ludwig & Pollack 2009, Ruhm 2005, Ruhm 2009). Στην πραγματικότητα, και οι δύο τάσεις παρατηρούνται. Συγκεκριμένα, στις ΗΠΑ παρατηρείται σημαντική πτώση σε πωλήσεις γλυκών, πουλερικών και κόκκινου κρέατος, ενώ αντίθετα παρατηρήθηκαν αυξήσεις στις πωλήσεις αυγών, λαχανικών, και γαλακτοκομικών προϊόντων (Lahart et al., 2009). Αντίθετα, δεδομένα για τις συνήθειες άσκησης κατά τη διάρκεια μιας οικονομικής ύφεσης δεν διατίθενται σε επάρκεια ώστε να μας οδηγήσουν σε συγκεκριμένα συμπεράσματα.

3.1.2. Κάπνισμα

Πολλές μελέτες έχουν δείξει την ύπαρξη συσχέτισης ανάμεσα στον επιπολασμό καπνίσματος και των ποσοστών ανεργίας. Έχει φανεί μέσα από επιδημιολογικές μελέτες ότι οι άνεργοι είναι βαρύτεροι καπνιστές από τους μισθωτούς (Lee et al., 1991), ενώ οι καπνιστές έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να μείνουν άνεργοι (Waldron et al., 1989). Αυτή η διαφορά μπορεί να εξηγηθεί εν μέρει από φαινόμενα, όπως η συσχέτιση μεταξύ καπνίσματος και χαμηλού επιπέδου εκπαίδευσης, καθώς επίσης μέσω της σχέσης καπνίσματος και χαμηλής κοινωνικοοικονομικής τάξης. Άλλες μελέτες υποστηρίζουν την υπόθεση ότι η ανεργία αυξάνει τον επιπολασμό του καπνίσματος μεταξύ νεότερων ηλικιακά τάξεων (Hammarstrom A. et al., 1995) ενώ, τέλος, μελέτες στη Βρετανία, Νορβηγία και Σουηδία έχουν δείξει ότι υπάρχει σχέση μεταξύ ανεργίας και της χρήσης ναρκωτικών ουσιών και κυρίως κάνναβης (Peck & Plant 1986, Hammer 1992, Hammarstrom 1994).

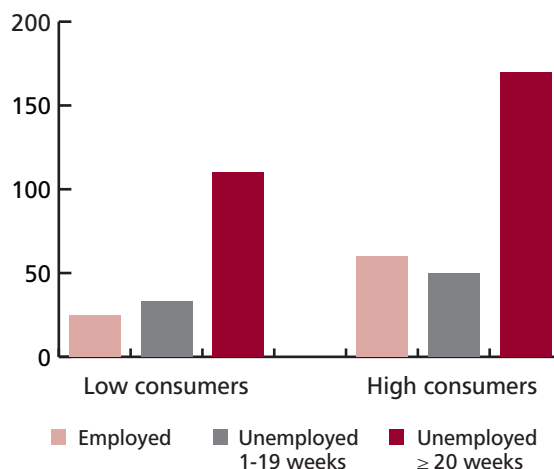
3.1.3. Κατανάλωση αλκοόλ

Όσον αφορά τη σχέση αλκοόλ και οικονομικής κρίσης επικρατούν δύο απόψεις: Πρώτον, ότι η ανεργία ως φαινόμενο που βρίσκεται σε έξαρση σε περιόδους οικονομικής ύφεσης οδηγεί σε αυξανόμενο άγχος και κατ'επέκταση σε αύξηση της κατανάλωσης οινοπνεύματος ιδιαίτερα σε νεαρά άνεργα άτομα (Janlert & Hammarstrom, 1992). Δεύτερον, σύμφωνα με μια άλλη άποψη, η κατανάλωση αλκοόλ περιορίζεται σε περιόδους ανεργίας λόγω έλλειψης χρημάτων. Μια μακροχρόνια μελέτη, στην οποία νέα άτομα παρακολουθήθηκαν για πέντε χρόνια μετά την ολοκλήρωση της υποχρεωτικής τους εκπαίδευσης, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι όσοι από αυτούς υπήρξαν άνεργοι για μεγάλο χρονικό διάστημα παρουσίαζαν σημαντικά μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλ, σε σχέση με αυτούς που εργάζονταν ή ήταν άνεργοι για μικρή χρονική περίοδο (Πίνακας 3). Αξίζει να σημειωθεί ότι οι καταναλωτές αλκοόλ που εργάζονται καταφέρνουν να μην ξεπερνούν τα επιτρεπόμενα όρια κατανάλωσης, ενώ τα ίδια άτομα όταν μείνουν άνεργα συχνά γίνονται αλκοολικοί ξεπερνώντας τα επιτρεπτά όρια. Συνεπώς, η απασχόληση μπορεί να θεωρηθεί σημαντική μέθοδος βελτίωσης της ποιότητας της ζωής και της παραγωγής της υγείας ενός ατόμου.

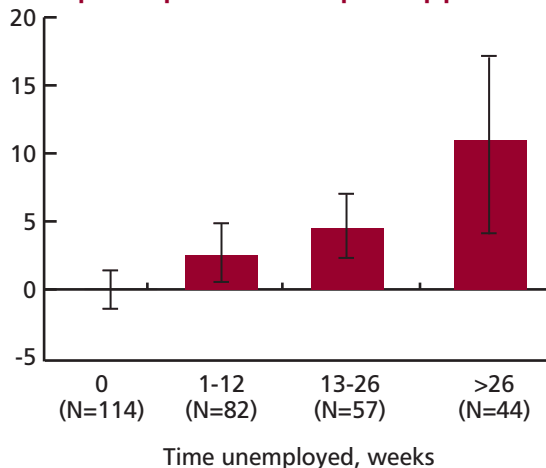
3.1.4. Ψυχική υγεία - Δείκτες ψυχικής υγείας

Η ψυχική υγεία είναι ένας από τους περισσότερο μελετημένους παράγοντες που επηρεάζονται σε περιόδους οικονομικής κρίσης (Winefiel, 1995). Κατά τη διεξαγωγή αντίστοιχων μελετών τα άτομα συχνά δίνουν ψευδείς απαντήσεις στα ερωτηματολόγια, οδηγώντας έτσι τους μελετητές σε λανθασμένα συμπεράσματα. Στην προκειμένη περίπτωση δεδομένου ότι η ανεργία και η οικονο-

Πίνακας 3. Μέση κατανάλωση αλκοόλ μεταξύ των ηλικιών 16-21 ετών σε σχέση με το χρονικό διάστημα της ανεργίας



Πίνακας 4. Διαφορές στη συστολική πίεση (95% ΔΕ) μεταξύ της πρώτης και της δεύτερης μέτρησης ανάλογα με το χρονικό διάστημα ανεργίας



μική κρίση είναι αρνητικές καταστάσεις για τη ζωή ενός ατόμου, στις ερωτήσεις για τυχόν επιπτώσεις που έχει η ανεργία και η κρίση στην υγεία τους τα άτομα είναι προδιατεθειμένα να απαντήσουν θετικά οδηγώντας τους ερευνητές σε σφάλμα πληροφορίας (information bias). Η αρτηριακή πίεση όμως αποτελεί ένα δείκτη που δεν μπορεί κανείς να ελέγξει και μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως ένα σημαντικός δείκτης ψυχικής υγείας (Janlert, 1992). Σε μια μελέτη παρακολούθησης 300 εργατών σε εργοστάσια για 2 χρόνια παρατηρήθηκε η αλλαγή της αρτηριακής πίεσης σε σχέση με την επαγγελματική τους κατάσταση (ανεργία, απώλεια εργασίας, επαναπρόσληψη). Σύμφωνα με τους μελετητές, τα άτομα που υπήρξαν άνεργα για μεγάλο χρονικό διάστημα παρουσίασαν τη μεγαλύτερη αύξηση αρτηριακής πίεσης (Janlert, 1992). Ο πίνακας 4 δείχνει ότι οι άνεργοι εργάτες παρουσίαζαν πολύ μεγαλύτερη αρτηριακή πίεση από τους εργαζόμενους συναδέλφους τους την ίδια χρονική περίοδο. Επίσης, η μεγαλύτερη αύξηση στην αρτηριακή πίεση παρατηρήθηκε στα άτομα με το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα ανεργίας, γεγονός που τονίζει τη σχέση του διαστήματος της ανεργίας με την αύξηση της αρτηριακής πίεσης και την επιβάρυνση της ψυχικής υγείας.

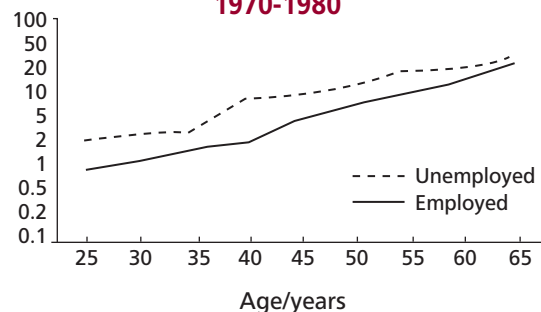
Τα αποτελέσματα των μελετών που διαπραγματεύονται τη σχέση ανεργίας με τη ψυχική υγεία ποικίλουν και διαφέρουν ανάλογα με το δείγμα, τον πληθυσμό και την ψυχική ασθένεια την οποία μελετούν (Dooley, 1996). Έτσι, για παράδειγμα, στην ανάλυση που έγινε στα πλαίσια του NIMH Epidemiologic Catchment Area project όσοι έμειναν άνεργοι παρουσίαζαν διπλάσιο κίνδυνο να εμφανίσουν συμπτώματα κατάθλιψης. (Dooley, 1994). Στην ίδια μελέτη η ανεργία συσχετίστηκε με εννέα φορές μεγαλύτερο κίνδυνο εκδήλωσης αλκοολικού συνδρόμου

σε σχέση με όσους εργάζονταν (Dooley, 1992). Σε μια άλλη μελέτη σε 677 χτίστες βρέθηκε ότι όσοι παρέμειναν άνεργοι για περισσότερο από μισό έτος διέτρεχαν σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο για εισαγωγή σε κάποια ψυχιατρική μονάδα (Lajer, 1982). Αποτελέσματα μελετών έχουν δείξει, επίσης, ότι υπάρχει σχέση μεταξύ της ανεργίας και της εκδήλωσης επιθετικότητας (Catalano, 1993), και της αύξησης του αριθμού των διαζυγίων (Stack, 1981), της παιδικής κακοποίησης (Steinberg, 1981), της εγκληματικότητας και της παραβατικότητας (Brenner, 1976, Allan & Steffensmeier, 1989).

3.1.5. Θνησιμότητα

Σε περιόδους οικονομικής κρίσης το αυξημένο στρες, η κατάθλιψη, οι αλλαγές στον τρόπο ζωής και στις συνήθειες μπορεί να οδηγήσουν σε αύξηση της θνησιμότητας από όλες τις αιτίες θανάτου (Πίνακας 5). Σοβαρές οικονομικές υφέσεις έχει αποδειχθεί ότι αυξάνουν τους κινδύνους για την υγεία και ενδεχομένως τα ποσοστά θνησιμότητας (Cutler et al., 2003, Musgrove et al., 1987). Σημαντικές αλλαγές στη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα σε περιόδους οικονομικής κρίσης έχουν αναφερθεί και στις Φιλιππίνες και στο Βιετνάμ (Tool et al., 2000). Στην μελέτη των Falagas et al. πραγματοποιήθηκε μια ανασκόπηση των μελετών που είχαν διερευνήσει τη θνησιμότητα στο γενικό πληθυσμό διαφόρων χωρών σε περιόδους οικονομικής κρίσης, σε σύγκριση με περιόδους πριν ή μετά την κρίση. Οι περιοδοί των οικονομικών κρίσεων σχετίστηκαν με την αύξηση στη θνησιμότητα από όλες τις αιτίες, στις 7 από τις 8 μελέτες, και με αύξηση στη θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα, στις 6 από τις 7 μελέτες. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνουν και η μελέτη των Economidou et al. σε 13 ευρωπαϊκές χώρες, η οποία έδειξε στατιστικά σημαντική σχέση της ανεργίας και της θνησιμότητας (ανά 100.000 κατοίκους). Ειδικότερα, η αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνεπάγεται αύξηση στο δείκτη θνησιμότητας κατά 2,18 (δηλαδή 2,18 θανάτους/100.000). Αύξηση του ποσοστού θνησιμότητας σε ανέργους σε σύγκριση με εργαζόμενους υποστηρίζουν και μελέτες από Φιλανδία, Ιταλία,

Πίνακας 5. Καμπύλη θνησιμότητας ανέργων και εργαζόμενων τη χρονική περίοδο 1970-1980



Σουηδία, ΗΠΑ και Ηνωμένο Βασίλειο (Martikainen 1990, Stefansson, 1991, Sorlie & Rogot, 1990, Iversen et al., 1987, Junankar 1991).

Η μειωμένη χρήση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης είναι ένας παράγοντας που μπορεί να συμβάλει στην αύξηση της θνησιμότητας σε περιόδους οικονομικής κρίσης, ιδίως αν αυτό συνδέεται με τις προσωπικές δαπάνες (Yang et al., 2001). Αυξημένο κίνδυνο για πρόωρη θνησιμότητα έχουν άτομα τα οποία ανήκουν σε μειονότητες, όπως οι μετανάστες και οι χρονίως πάσχοντες από ψυχικά ή σωματικά νοσήματα (Van Dooslaer et al., 1997, Wilkinson et al., 1996). Παρομοίως, τα άτομα και οι οικογένειες χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου διατρέχουν δυο φορές περισσότερο τον κίνδυνο πρόωρου θανάτου και αυξημένης νοσηρότητας (Bartley et al. 1997, Blane et al. 1997) εξαιτίας της αθροιστικής δράσης ενός αριθμού παραγόντων όπως το χαμηλό εισόδημα, το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, τη μειωμένη πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη και τις κακές συνθήκες διαβίωσης οι οποίες οδηγούν σε αθροιστικά.

Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν διάφορα ευρήματα τα οποία παρουσιάζουν την εικόνα ότι στις βιομηχανικές χώρες η οικονομική κρίση μικρής διάρκειας έχει ως αποτέλεσμα την αλλαγή των καταναλωτικών προτύπων προς την υιοθέτηση ενός περισσότερο υγιεινού τρόπου ζωής και κατά συνέπεια τη μείωση της θνησιμότητας (Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2010). Επιπρόσθετα, αποτελέσματα ερευνών δείχνουν ότι σε περιόδους οικονομικής κρίσης η θνησιμότητα μειώνεται, με εξαίρεση τις αυτοκτονίες, οι οποίες φαίνεται να αυξάνονται (Ruhm, 2000, Gerdtham et al., 2006).

3.1.6. Χρόνια νοσήματα

Ψυχολογικές παράμετροι όπως το άγχος και η κατάθλιψη που αυξάνονται σε περιόδους οικονομικής κρίσης θεωρείται ότι αποτελούν παράγοντες για αύξηση της καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνησιμότητας (Greenwood et al., 1996, Gump et al., 2005). Η ανεργία που αυξάνεται σε περιόδους οικονομικής κρίσης συνδέεται, επίσης, με χαμηλή αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας και παράγοντες κινδύνου για τα καρδιαγγειακά νοσήματα (Bethune 1997, Burchell 1994). Σύμφωνα με μελέτες, αύξηση έχει παρατηρηθεί στην καρδιαγγειακή θνησιμότητα σε χρονική συσχέτιση με την περίοδο οικονομικής κρίσης (Waltisperger et al., 2005, Kim et al., 2004, Men et al., 2003, Shkolnikov et al., 2001, Notzon et al., 1998, Leon et al., 1997). Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και η μελέτη των Economidou et al, που πραγματοποιήθηκε σε 13 ευρωπαϊκές χώρες και κατέδειξε τη θετική συσχέτιση της ανεργίας με τη θνησιμότητα από ισχαιμική καρδιοπάθεια.

Τα αναπνευστικά προβλήματα σύμφωνα με ερευνητές αυξάνονται σε περιόδους οικονομικής κρίσης. Συγκεκριμένα, σε μελέτες αναφέρεται ότι αυξήθηκε η θνησιμότητα λόγω της πνευμονίας ή γρίπης σε περιόδους

οικονομικής κρίσης (Khang et al., 2005, Men et al., 2003, Shkolnikov et al., 2001, Gavrilova et al., 2000, Leon et al., 1997). Επίσης, ασθένειες που σχετίζονται με το αλκοόλ, ηπατικά νοσήματα και κυρίως κίρρωση ήπατος έχουν συσχετιστεί με αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας κατά τη διάρκεια οικονομικών κρίσεων σύμφωνα με μελέτες (Men et al., 2003, Shkolnikov et al., 2001, Khang et al., 2005, Notzon et al., 1998, Gavrilova et al., 2000, Leon et al., 1997).

3.1.7 Τροχαία ατυχήματα

Ευρήματα μελετών υποστηρίζουν την μείωση της θνησιμότητας από τροχαία ατυχήματα σε περιόδους οικονομικής κρίσης (Khang et al., 2005, Men et al., 2003, Shkolnikov et al., 2001, Notzon et al., 1998). Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνονται και από την μελέτη των Stuckler et al που ανέδειξε μείωση της θνησιμότητας από τροχαία ατυχήματα κατά 1,39%, γεγονός που μπορεί να εξηγηθεί λόγω της μειωμένης χρήσης οχημάτων και των μετακινήσεων σε περίοδο οικονομικών δυσκολιών (Stuckler et al., 2009). Όσον αφορά την Ελλάδα μείωση στα τροχαία ατυχήματα και τα θύματά τους κατά το ένα τρίτο στο πρώτο εξάμηνο του 2011 σε σχέση με το πρώτο εξάμηνο του 2010 καταγράφεται στα στοιχεία που δόθηκαν στη δημοσιότητα από το αρχηγείο της ΕΛ.ΑΣ. Ωστόσο, όπως αναφέρεται, ενδιαφέρον θα ήταν να εξεταστεί κατά πόσο αυτή η μείωση οφείλεται και στη μείωση των μετακινήσεων εξαιτίας της οικονομικής κρίσης (Hellenic driving Instructors, 2011).

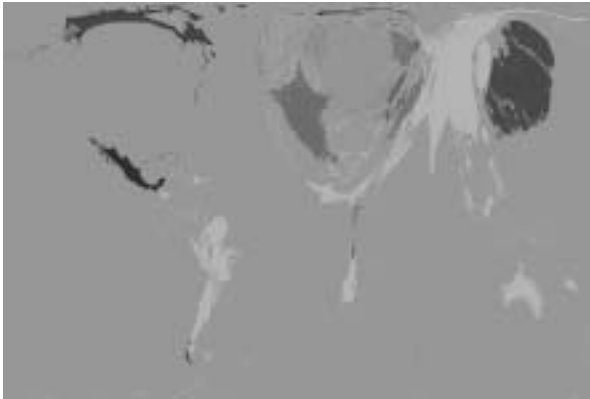
3.1.8 Αυτοκτονίες

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 26 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης έδειξε πως η αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνδέεται με παράλληλη αύξηση των αυτοκτονιών κατά 0,79% (Stuckler et al., 2009). Σύμφωνα με την ίδια έρευνα σε περίπτωση κατά την οποία ο δείκτης ανεργίας αυξάνεται >3% για μακρά περίοδο, η επίπτωση στη θνησιμότητα από αυτοκτονίες ανέρχεται σε 4-4,5%. Την αύξηση του ποσοστού αυτοκτονιών σε περιόδους οικονομικής κρίσης επιβεβαιώνουν και άλλες μελέτες (Khang et al., 2005, Kim et al., 2004, Men et al., 2003, Shkolnikov et al., 2001, Gavrilova et al., 2000, Notzon et al., 1998, Ruhm, 2000, Gerdtham et al., 2006). Στην Νότιο Κορέα επίσης, μελέτες υποστηρίζουν την αύξηση του ποσοστού αυτοκτονιών λόγω οικονομικής κρίσης (Watts et al., 1998, Park et al., 2003). Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί και το οικονομικό κραχ στις Η.Π.Α. στις αρχές του 1930, που χαρακτηρίστηκε από μείωση της θνησιμότητας από όλες τις αιτίες κατά 10%, και από αύξηση των αυτοκτονιών κατά 40%, όταν το εισόδημα μειώθηκε κατά 30% (Stuckler et al., 2009).

3.1.9 Βρεφική θνησιμότητα

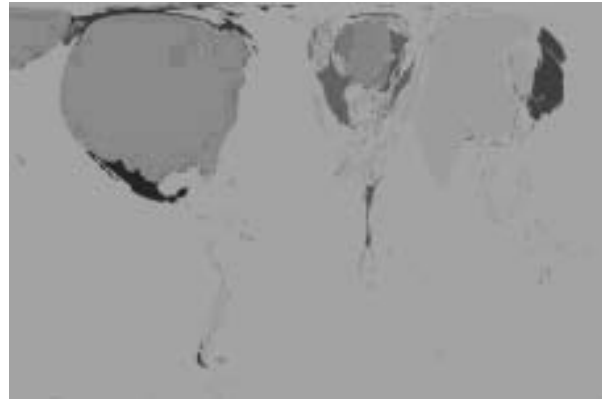
Η βρεφική θνησιμότητα έχει αποδειχθεί να αυξάνεται σε περιόδους οικονομική κρίσης (Paxson et al., 2004, Waltisperger et al., 2005, Carlson et al., 2000). Η μει-

Χάρτης 1. Δαπάνες για δημόσια υγεία σε διεθνή κλίμακα



Πηγή: Dorling D (2007) *Worldmapper: The Human Anatomy of a Small Planet*. *PLoS Med* 4(1): e1 doi:10.1371/journal.pmed.0040001

Χάρτης 2. Δαπάνες για ιδιωτική υγεία σε διεθνή κλίμακα



Πηγή: Dorling D (2007) *Worldmapper: The Human Anatomy of a Small Planet*. *PLoS Med* 4(1): e1 doi:10.1371/journal.pmed.0040001

ωση των κρατικών χρηματοδοτικών πόρων είναι ένας παράγοντας που μπορεί να επηρεάσει το βαθμό της κοινωνικής πρόνοιας, καθώς και τη λειτουργία του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, γεγονός που οδηγεί σε αύξηση της βρεφικής θνησιμότητας (Bokhari et al., 2007, Schell et al., 2007). Αυτό υποστηρίζει και η μελέτη των Falagas et al, σύμφωνα με την οποία η δυσλειτουργία του υγειονομικού συστήματος εξαιτίας της μείωσης των δημόσιων δαπανών στον τομέα της υγείας οδηγεί στην αύξηση της βρεφικής θνησιμότητας (Falagas et al., 2009). Ειδικότερα στις χώρες με χαμηλή και μέση ανάπτυξη, ο περιορισμός στους προϋπολογισμούς υγείας απειλεί βασικές παροχές όπως είναι οι εμβολιασμοί, η μείωση των οποίων συνδέεται με αυξημένη βρεφική θνησιμότητα (WHO, 2009). Σύμφωνα με εκτιμήσεις της Παγκόσμιας Τράπεζας κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης είναι πιθανό να παρατηρηθούν 400.000 επιπλέον θάνατοι σε ετήσια βάση λόγω της μείωσης της εμβολιαστικής κάλυψης (Buviniuk, 2009).

3.2. Υπηρεσίες υγείας

Δεδομένου ότι με την παγκόσμια οικονομία σε κρίση παρατηρείται συνολική αρνητική επίπτωση στην υγεία του πληθυσμού, απαιτείται η δέσμευση τουλάχιστον 1,1 τρις δολαρίων σε δανειοδοτήσεις για την εξυπηρέτηση τμήματος της θεραπευτικής δραστηριότητας. Λόγω της αύξησης της ανεργίας οι κυβερνήσεις, οι καταναλωτές και οι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί βρίσκονται υπό πίεση, καθώς η ανεργία αυξάνεται και η απώλεια των θέσεων εργασίας οδηγεί σε μείωση της ασφαλιστικής κάλυψης (Stuckler et al., 2009). Οι αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία λόγω της οικονομικής κρίσης δημιουργούν επιπλέον ζήτηση στις υπηρεσίες υγείας. Κυρίως επιβαρύνονται οι δημόσιες μονάδες παροχής υγείας, καθώς έχει φανεί ότι οι ασθενείς

στρέφονται σε υπηρεσίες οι οποίες έχουν ασφαλιστική κάλυψη.

3.2.1. Δημόσια υγεία

Σε έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα φαίνεται ότι υπάρχει μια ισχυρή συσχέτιση της χρήσης υπηρεσιών υγείας και της αυτοαξιολόγησης του επιπέδου της υγείας με το εισόδημα. Τα ελλείμματα των δημοσίων νοσοκομείων και των ασφαλιστικών οργανισμών θα αυξηθούν και θα υπάρξουν δυσκολίες στην κάλυψη τους. Προβλήματα έχουν δημιουργηθεί στην αποτελεσματική διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων, ειδικά των ατόμων που βρίσκονται στις ασθενέστερες κοινωνικές ομάδες. Εδώ αναδεικνύεται και η ανάγκη στήριξης των νοικοκυριών, που ξοδεύουν το 40% του εισοδήματός τους για την υγεία, είτε λόγω δαπανηρού χρόνιου νοσήματος, είτε λόγω αιφνίδιου συμβάντος (Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2010). Σύμφωνα με μελέτη του "Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας" της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, όταν τα δημοσιά έξοδα μειώνονται παρατηρείται και μείωση των δαπανών για τη δημόσια υγεία και παράλληλα μείωση της επάρκειας και της ποιότητας των υπηρεσιών δημόσιας υγείας, ενώ αυξητικά κινείται η παραοικονομία στην υγεία λόγω της μείωσης της κοινωνικής πρόνοιας και του εισοδήματος του κάθε νοικοκυριού.

3.2.2. Ιδιωτική υγεία

Σύμφωνα με μελέτη του "Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας" της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, σε σχέση με τις δαπάνες για την υγεία, παράμετροι όπως η ετησία αμοιβή, η απασχόληση, οι δείκτες αγοραστικής δύναμης, οι τιμές των ακίνητων και χρήματα που δίνονται ως δάνεια από τράπεζες προς τα νοικοκυριά, σχετίζονται ισχυρά με την ιδιωτική δαπάνη υγείας.

Τα νοικοκυριά αδυνατούν να πληρώσουν την ιδιωτι-

κή υγεία, με αποτέλεσμα τη μείωση της ζήτησης για σύναψη ιδιωτικών ασφαλιστηρίων συμβολαίων υγείας λόγω της μείωσης του διαθέσιμου εισοδήματος (ΕΣΥΕ, 2009). Παράλληλα, οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, σε περιόδους οικονομικής ύφεσης, αντιμετωπίζουν δυσχέρειες στη χρηματοδότηση τους. Έχει παρατηρηθεί ότι χρηματοδότες ασφαλείων υγείας που περιορίζονται από τα οικονομικά μέτρα, εφαρμόζουν μέτρα μείωσης κόστους, επαναδιαπραγματεύονται τιμές και πληρωμές, ενώ επιβάλουν πρόστιμα σε ασθενείς που δεν τηρούν θεραπείες και προληπτικές συστάσεις.

4. Συζήτηση- Παρεμβάσεις

Σε περιόδους οικονομικής κρίσης, η ανάγκη για έγκαιρες παρεμβάσεις με στόχο τη θωράκιση του πολυτιμου αγαθού της υγείας των πολιτών κρίνεται σκόπιμη. Αποτελεσματικές ενέργειες για την άρση των προβλημάτων που επιβαρύνουν την υγεία του πληθυσμού ενδέχεται να αποτελέσουν οι παρακάτω:

- προγράμματα οικονομικής ανάπτυξης
- προσφορά άμεσης βοήθειας σε ευάλωτα άτομα που χάνουν την εργασία και επανεκπαίδευση των απολυμένων με σκοπό την επανένταξή τους στη νέα αγορά εργασίας.
- προαγωγή διαχείρισης του στρες στις ομάδες υψηλού κινδύνου, όπως για παράδειγμα συμβουλευτικά προγράμματα οικονομικής διαχείρισης, ψυχολογική υποστήριξη και οικονομικές διευκολύνσεις ή φοροελαφρύνσεις.
- ενίσχυση αντιμετώπισης των συνήθων ψυχιατρικών διαταραχών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας
- αποκατάσταση της οικονομικής υγείας των πληγέντων, με επιδόματα ανεργίας ή με ενεργά προγράμματα στήριξης της αγοράς εργασίας. Κάθε αύξηση 10 δολαρίων ανά άτομο στις επενδύσεις για προγράμματα στήριξης της αγοράς εργασίας μειώνει την επίπτωση της ανεργίας στις αυτοκτονίες κατά 0,04%. (Γιωτάκος Ο., 2011).

Οι Park et al. μελέτησαν τη σχέση μεταξύ των δημόσιων κοινωνικών δαπανών και των αυτοκτονιών στις 27 χώρες του Οργανισμού για την Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη (OECD) από το 1980 έως το 2003. Τα ευρήματά τους δείχνουν ότι τα προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας μπορούν να αποτελέσουν ζωτικό παράγοντα για την πρόληψη των αυτοκτονιών και ειδικά σε χώρες που βιώνουν κοινωνικοοικονομική κρίση (Park et al, 2009). Σύμφωνα με τους Benatar, Gill, και Bakker, η παγκόσμια υγεία θα μπορούσε να βελτιωθεί με τα εξής βήματα:

- διεύρυνση της ανησυχίας για τα ανθρώπινα δικαιώματα: Ομοίως, η ανησυχία για τα ανθρώπινα δικαιώματα πρέπει περιλαμβάνεται στην εκτίμηση των κοινωνικών, οικονομικών, και πολιτιστικών δικαιωμάτων και η απαίτηση να μπορούν περισσότεροι άνθρωποι να προαχθούν μέσα από τις ικανότητες τους.
- άμεση κοινωνική και οικονομική πολιτική: Αυτές οι πολιτικές θα περιελάμβαναν την προώθηση των νέων μέσα από την κοινωνικά βιώσιμη οικονομική αποκατά-

σταση και την κοινωνική συνοχή, χρηματοδοτώντας μηχανισμούς για την υγεία ώστε παρέχει την πιο δίκαιη διανομή των οφελών, και τη μακροοικονομική σταθεροποίηση που θα μπορούσε να παρέχουν τη μεγαλύτερη κοινωνική προστασία για τους φτωχούς.

- αναθεώρηση φορολογικής βάση σε έναν περισσότερο ικανό τρόπο εξασφαλίζοντας ώστε η μελλοντική διανομή των φορολογικών επιβαρύνσεων είναι δίκαιη και βιώσιμη
- ανάπτυξη των περιεκτικών μέτρων που εξασφαλίζουν την αποτελεσματική και σχολαστική ρύθμιση της οικονομίας
- ανάπτυξη πολιτικών προς αναζωογόνηση των δημόσιων και συλλογικών υπηρεσιών όπως τα συστήματα δημόσιας υγείας, καθώς επίσης και την υποδομή για το δημόσια μέσα μεταφοράς, δημόσια συστήματα πληροφόρησης, και συστήματα επικοινωνιών
- εξέταση των δημογραφικών μετατοπίσεων (π.χ., ζητήματα υγείας που συνδέονται με τη γηράσκουσα Ευρώπη και την Ιαπωνία)
- άρση των διακρίσεων, όπως «παραγωγικά» και «μη παραγωγικά» μέλη της κοινωνίας
- αναθεώρηση πολιτικών και αλλαγή της λογικής της αφθονίας ώστε να ελαχιστοποιηθεί η υπερκατανάλωση, και η παραγωγή απορριμμάτων (και να προαχθούν ένας πιο υγιεινός τρόπος ζωής, συντηρώντας την ανεκτικότητα και την ποικιλομορφία των κοινωνικών επιλογών.
- μεταβολή νοοτροπίας ώστε να παραμείνει το μακροπρόθεσμο όφελος
- βαρύτητα στην πληροφόρηση, την εκπαίδευση και τον πολιτισμό.

5. Συμπεράσματα

Η οικονομική κρίση αποτελεί μια δύσκολη περίοδο για το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο μιας κοινωνίας και για τομείς μείζονος σημασίας, όπως είναι ο τομέας της υγείας. Ωστόσο η αποτελεσματική και έγκαιρη λήψη μέτρων, οι στοχευμένες αναδιαρθρώσεις και η εύρεση εναλλακτικών πηγών χρηματοδότησης μπορούν να αποτρέψουν φαινόμενα, όπως η εξαθλίωση και η καταρράκωση του συστήματος υγείας, θωρακίζοντας έτσι την υγεία των πολιτών. Οι ιθύνοντες οφείλουν να προστατέψουν και να υπερασπιστούν το αγαθό της υγείας, θέτοντάς το σε βασική προτεραιότητα ανεξάρτητα από τις δύσκολες οικονομικές συνθήκες.

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση

1. Allan, EA, Steffensmeier, DJ. (1989). Youth, underemployment, and property crime: differential effects of job availability and job quality on juvenile and young adult arrest rates. *Am. Sociol. Rev.* 54, 107-23.
2. Benatar, R.S., Gill, S., Bakker, I., (2011). Global Health and the Global Economic Crisis
3. Bethune, A. (1997). Unemployment and mortality in: Drever F

ABSTRACT

REVIEW

THE ECONOMICAL CRISIS AND CONSEQUENCES TO HEALTH. SUGGESTIONS

Athina Patelarou, Anna Manidaki, Andonios Mpalolakis, Eva-Orfanou, Evridiki Patelarou.

Introduction: The economical crisis is accompanied by phenomena such as the unemployment, the economical misery of the population, the weakening of the health care system, the increase of specific diseases' prevalence and the overall unreleased of the health care system in a community.

Review's results: Unemployment, low income and poverty result to the health care expenditures' restriction, to the delay in therapy and very often to the absence of access to the health care services. Additionally, the economical crisis and its accompanied phenomena result to major consequences to both mental and physical health of the population. Addiction related problems, non healthy lifestyle patterns adoption including the consumption of low dietary content foods, the increased smoke and alcohol consumption and the inadequate health disease management by the health care system are some of the negative consequences of the economical crisis to health.

Conclusions-Suggestions: The policy makers have to protect and defend health putting it as a major priority independently to the awful economical conditions. The effective and consistent adoption of measures, the reformations and the adoption of alternative sources of foundations can prevent phenomena such as the misery and the decimation of the health care system. The development of economical support programs, the defense of unemployment, the empowerment of public health organizations and the support of sensitive groups such as the unemployed should consist the main community's priorities during economic recession periods.

Key-words: disease, economic crisis, health, mortality, unemployment

- & Whitehead M. ed. Health inequalities. London, H.M. stationery Office
4. Bokhari, FA, Gai, Y, Gottret, P. [2007]. Government health expenditures and health outcomes. *Health Econ.* 16: 257-73.
 5. Brenner, MH. [1976]. Estimating the social costs of economic policy: implications for mental and physical health, and criminal aggression. Pap. No. 5, Rep. Congr. Res. Sew. Libr. Congr. Joint Econ. Comm. Congr. Washington, DC: US GPO
 6. Bunting, M. Digging for victory again. The Guardian available from: <http://www.guardian.co.uk/commentisfree/cif-green/2009/sep/10/michelle-obama-vegetable-garden>. [August 2011].
 7. Burchell, B. [1994]. The effects of labour market position, job insecurity and unemployment on psychological health in: Gallie D. et al. Social change and the experience of unemployment. Oxford, Oxford university press
 8. Buvinik, M. The global financial crisis: Assessing vulnerability for women and children, identifying policy responses. World Bank, available from: <http://www.worldbank.org/financialcrisis/pdf/Women-Children-Vulnerability-March09.pdf>. [August 2011].
 9. Carlson, E, Tsvetarsky, S. [2000]. Birthweight and infant mortality in Bulgaria's transition crisis. *Paediatr Perinat Epidemiol* 14: 159-62.
 10. Catalano, R, Dooley, D, Novaco, R, Wilson, G, Hough, R. [1993]. Using ECA survey data to examine the effect of job layoffs on violent behavior. *Hosp. Community Psychiatr.* 44:874-19
 11. Countries and Consumers. FMCG and the recession – how are consumers of food, drink and tobacco products responding? Euromonitor International available from: http://www.euromonitor.com/FMCG_and_the_recession_how_are_consumers_of_food_drink_and_tobacco_products_responding. [August 2011].
 12. Cutler, DM, Knaul, F, Lozano, R, Mendez, O, Zurita, B. Financial crisis, health outcomes, and aging: Mexico in the 1980s and 1990s. NBER Working Paper No. 7746. National Bureau of Economic Research: Cambridge, MA. στο: <http://www.nber.org/papers/w7746> , [August 2011].
 13. Dooley, D, Catalano, R, Hough, R. [1992]. Unemployment and alcohol disorder in 1910 and 1990: drift versus social causation. *J. Occup. Organ. Psychol.* 65: Dooley
 14. Dooley, D, Catalano, R, Wilson, G. [1994]. Depression and unemployment: panel findings from the Epidemiologic Catchment Area Study. *Am. J. Community Psychol.* 22:745-65
 15. Dooley, D, Fielding, J, Levi, L. [1996] Health and unemployment. *Annu Rev Public Health.* 17:449-65.
 16. Economou, A, Nikolaou, A, Theodossiou, I. Are recessions harmful to health after all? Evidence from the European Union. Centre for European Labour Market Research. University of Aberdeen, UK, Business School Working Paper Series, 2007-182007. available from: <http://auraserv.abdn.ac.uk:9080/> [August 2011].
 17. Gavrilova, NS, Semyonova, VG, Evdokushkina, GN, Gavrilov, LA [2000]. The response of violent mortality to economic crisis in Russia. *Popul Res Policy Rev* 19: 397-419.
 18. Gerdtham, UG, Ruhm, CJ. [2006]. Deaths rise in good economic times: Evidence from the OECD. *Econ Hum Biol* 4:298-316.
 19. Greenwood, DC, Muir, KR, Packham, CJ, Madeley, RJ. [1996]. Coronary heart disease: a review of the role of psychosocial stress and social support. *J Public Health Med* 18: 221-31.
 20. Gump, BB, Matthews, KA, Eberly, LE, Chang, YF. [2005]. Depressive symptoms and mortality in men: results from the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Stroke* 36: 98-102.

21. Hammarstrom, A. (1995). Health consequences of youth unemployment- review from a gender perspective. *Soc Sci Med* 1994; 38:699-709. Winefield AH. Unemployment: its psychological costs. In: Cooper CL, Robertson IT, editors. *International review of industrial and organizational psychology*. New York (NY): John Wiley & Sons Ltd, 169-212.
22. Hammarstrom, A, Janlert, U. (1995). Unemployment and change of tobacco habits: a study of young people from 16 to 21 years of age. *Addiction* 89:1691-6.
23. Hammer, T. (1992). Unemployment and use of drug and alcohol among young people: a longitudinal study in the general population. *Br J Addict* 87:1571-81.
24. Hellenic Driving Instructors, International Conference on Traffic Education and Road Safety Traffic in Athens. available from <http://drivingorg.blogspot.com/2010/07/international-conference-on-traffic.html> στις 11/08/2011
25. Higgins, A. Demand for vegetable seeds is rooted in recession. available from <http://www.washingtonpost.com/wpdyn/content/article/2009/06/14/AR2009061402741.html>. [August 2011].
26. Iversen, L, Andersen, O, Andersen, PK, Christoffersen, K, Keiding, N. (1987). Unemployment and mortality in Denmark, 1970-80. *BMJ* 295:879-84.
27. Janlert, U, Hammarstrom, A. (1992). Alcohol consumption among unemployed youths: results from a prospective study. *Br J Addict* 87:703-14.
28. Janlert, U. (1992). Unemployment and blood pressure in Swedish building labourers. *J Intern Med* 231:241-6.
29. Junankar, PN. (1991). Unemployment and mortality in England and Wales: a preliminary analysis. *Oxf Econ Pap* 43: 305-20.
30. Khang, YH, Lynch, JW, Kaplan, GA. (2005). Impact of economic crisis on cause-specific mortality in South Korea. *Int J Epidemiol* 34: 1291-301.
31. Kim H, Song YJ, Yi JJ, Chung WJ, Nam CM. Changes in mortality after the recent economic crisis in South Korea. *Ann Epidemiol* 2004; 14: 442-6.
32. Lahart, J, Martin, TW, Adamy, J. Consumers cut food spending sharply. *Wall Street Journal*. available from <http://online.wsj.com/article/SB123448606475780133.html> [August 2011].
33. Lajer, M. (1982). Unemployment and hospitalization among bricklayers. *Scand.J. Soc. Med.* 10:3-10.
34. Lee, AJ, Crombie, IK, Smith, WC, Tunstall, PHD. (1991). Cigarette smoking and employment status. *Soc Sci Med* 33: 1309-12.
35. Ludwig, DS, Pollack, HA. (2009). Obesity and the economy: from crisis to opportunity. *JAMA* 301(5):533-5.
36. Martikainen, PT. (1990). Unemployment and mortality among Finnish men, 1981-5. *BMJ* 301:407-11.
37. Min, KB, Min, JY, Park, JB, Park, SG, Lee, KJ. (2010). Changes in occupational safety and health indices after the Korean economic crisis: analysis of a national sample, 1991-2007. *Am J Public Health*. 100 (11):2165-7.
38. Musgrove, P. (1987). The economic crisis and its impact on health and health care in Latin America and the Caribbean. *Int J Health Serv*.17: 411-41.
39. Park, JS, Lee, JY, Kim, SD. (2003). A study for effects of economic growth rate and unemployment rate to suicide rate in Korea. *Korean J Prev Med*.36:85-91.
40. Park, Y, Kim, MH, Kown, S, Shin, YJ. (2009). The association between public social expenditure and suicides: evidence from OECD countries. *J Prev Med Public Health*. 42(2):123-9.
41. Paxson, C, Schady, N. (2004). Child Health and the 1988-1992 Economic Crisis in Peru (World Bank Policy Research Working Paper No. 3260). Washington, D.C., World Bank, 131-141. 26 P.
42. Peck, DF, Plant, MA. (1986). Unemployment and illegal drug use: concordant evidence from a prospective study and national trends. *BMJ* 293:929-32.
43. Ruhm, CJ. (2000). Are recessions good for your health? *Quarterly Journal of Economics*, 115:617-650.
44. Ruhm, CJ. (2005). Healthy living in hard times. *J Health Econ* 24(2):341-63.
45. Ruhm, CJ. (2009). Economic conditions and health behaviors: are recessions good for your health? *N C Med J* 70(4):328-9.
46. Schell, CO, Reilly, M, Rosling, H, Peterson, S, Ekstrom, AM (2007;). Socioeconomic determinants of infant mortality: a worldwide study of 152 low-, middle-, and high-income countries. *Scand J Public Health* 35: 288-97.
47. Stack, S. (1981). Divorce and suicide: a time series analysis, 1933-1970. *J. Fam. Issues* 2:77-90
48. Stefansson, CG. (1991). Long-term unemployment and mortality in Sweden, 1980-1986. *Soc Sci Med* 32:419-23.
49. Steinberg, L, Catalano, R, Dooley, D. (1981). Economic antecedents of child abuse and neglect. *Child Dev*. 52:260-67
50. Sorlie, PD, Rogot, E. (1990). Mortality by employment status in the National longitudinal mortality study. *Am J Epidemiol* 132:983-92.
51. Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., McKee, M (2009). The health implications of financial crisis: A review of the evidence. *Ulster Med J*. 78(3): 142-145
52. Toole, M, Rodger, A, Peregrino-Go, E et al (2000). Impact of the Asian Financial Crisis on Health: Indonesia, Thailand, The Philippines, Vietnam, Lao PDR. Macfarlane Burnet Centre for Medical Research.
53. Van, E. Doorslaer, Wagstaff, A, Bleichrodt, H, Calonge, S, Gerdtham, UG, Gerfin, M. (1997). Income related inequalities in health: some international comparisons. *J Health Econ* 16:937112.
54. Waldron, I, Lye, D. (1989). Employment, unemployment, occupation, and smolung. *Am J Prev Med* 5:142-9.
55. Waltisperger, D, Mesle, F. (2005). Economic crisis and mortality: The case of Antananarivo, 1976-2000. *Population* 60: 199-230.
56. WHO. The financial crisis and global health. Geneva, 2009. available from: http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2011_ [August 2011].
57. Watts, J. (1998). Suicide rate rises as South Korea's economy falters. *Lancet* 352:1365.
58. Westerlund, H, Theorell, T, Alfredsson, L. (2004). Organizational instability and cardiovascular risk factors in white-collar employees: an analysis of correlates of structural instability of workplace organization on risk factors for coronary heart disease in a sample of 3,904 white collar employees in the Stockholm region. *Eur J Public Health*. 14(1):37-42.
59. Wilkinson, RG. (1996). *Unhealthy societies: The afflictions of inequalities*. Ed 1. Routledge, London.
60. Winefield AH. (1995). Unemployment: its psychological costs. In:Cooper CL, Robertson IT, editors. *International review of industrial and organizational psychology*. New York (NY):John Wiley & Sons Ltd, 169-212.
61. Yang, BM, Prescott, N, Bae, EY. (2001). The impact of economic crisis on health-care consumption in Korea. *Health Policy Plan* 16: 372-85.

Ελληνική

1. ΕΣΥΕ. Βασικά μεγέθη απασχόλησης. Ποσοστό ανεργίας 2009. available from: <http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/PAGE-presentation> [August 2011].
2. Κυριόπουλος, Γ., Τσιάντου, Β. (2010). Οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 27(5):834-840.

Διαπολιτισμική προσέγγιση οικογενειών με διαφορετική κουλτούρα από τους επαγγελματίες υγείας

Αθανασοπούλου Μαρία¹, Χριστοδούλου Ελένη²

1. Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, PhD© ΕΚΠΑ, Εργαστηριακή Συνεργάτης τμήματος Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Αθήνας
2. Εκπαιδευτικός Δευτεροβάθμιας Τεχνικής και Επαγγελματικής Εκπαίδευσης, Νοσηλεύτρια, MSc, PhD© Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, τμήματος Νοσηλευτικής.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ποικιλομορφία του εθνικού και παγκόσμιου πληθυσμού (οικονομικοί μετανάστες, πρόσφυγες, αιτούντες πολιτικό άσυλο κ.ά) επιφορτίζει τον επαγγελματία υγείας με την προαγωγή της υγείας και την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σε άτομα, ομάδες και οικογένειες που προέρχονται από διαφορετικές κουλτούρες. Η παροχή υψηλού επιπέδου φροντίδας υγείας, απαιτεί γνώση και κατανόηση των ιδιαίτερων πολιτισμικών χαρακτηριστικών τους. Προϋποθέτει εξετασμένη και πολιτισμικά ευαίσθητη νοσηλευτική φροντίδα, βασισμένη στη γνώση των αξιών υγείας και της ασθένειας, στη θρησκεία, στην ιστορία, στην φιλοσοφία του πολιτισμού, στα ήθη και έθιμα, στις πεποιθήσεις και συμπεριφορές, στον τρόπο ζωής μέσα στις διάφορες κουλτούρες. Προϋποθέτει επίσης πολιτισμική ενσυναίσθηση, σωστή σχέση και επικοινωνία, αποδοχή και σεβασμό στη διαφορετικότητα. Στο συγκεκριμένο άρθρο τονίζεται η ανάγκη της αποτελεσματικής διαπολιτισμικής προσέγγισης από τους επαγγελματίες υγείας με την απαιτούμενη πολιτισμική ευαισθησία και επάρκεια, με σκοπό την προαγωγή της υγείας στις οικογένειες με διαφορετική κουλτούρα.

Λέξεις Κλειδιά: Κουλτούρα, οικογενειακή υγεία, πολιτισμική επάρκεια.

Εισαγωγή

Το φαινόμενο της μετανάστευσης έχει οδηγήσει σε ολοένα αυξανόμενες πολυπολιτισμικές κοινωνίες με δημογραφικές αλλαγές στις περισσότερες δυτικές χώρες. Αναμένεται η τάση αυτή σε παγκόσμιο επίπεδο να συνεχιστεί σύμφωνα με την έως τώρα κινητικότητα των μεταναστευτικών ρευμάτων. Από την δεκαετία του '90, υπήρξε μια σταθερή ροή μεταναστών στην Ελλάδα, και ιδιαίτερα μετά την ένταξη νέων χωρών στην ΕΕ, αλλά και της γειτνίασής της με τις χώρες της Βαλκανικής και γενικότερα με τη γεωγραφική της θέση (Μαργαρίτη κ.ά 2001, Καβουρίδης 2002).

Η ελληνική κοινωνία τις τελευταίες δεκαετίες έχει αλλάξει σημαντικά, ιδιαίτερα μετά την αυξανόμενη εισροή μεταναστών στη χώρα. Νέες κοινωνικές ομάδες κάνουν την εμφάνισή τους, σύμφωνα με το Ελληνικό Συμβούλιο για τους πρόσφυγες, ενώ καταγράφονται αλλαγές στα κοινωνικά, πολιτισμικά,

εθνικά, και θρησκευτικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού της Ελλάδας (Μίτιλης & Σκαλή 2004). Ο πολιτισμός των μεταναστών δεν είναι σε καμία περίπτωση ο πολιτισμός των «ξένων», αλλά η όψη και η διάσταση του πολιτισμού της χώρας υποδοχής, αφού αντικατοπτρίζει διαδικασίες ένταξης και αποκλεισμού (Γκόβαρης 2000). Είναι φυσικό οι άνθρωποι που προέρχονται από διαφορετικές εθνοτικές ομάδες να έχουν ένα κοινωνικό, πολιτισμικό και γλωσσικό υπόβαθρο που ενδέχεται να επηρεάζει τις αντιλήψεις τους για τη ζωή, την υγεία και την ασθένεια. Επηρεάζει επίσης την μετάδοση από γενιά σε γενιά, των αξιών και των παραδόσεων που σχετίζονται με την υγεία και την ασθένεια.

Μειωμένη προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας

Οι οικογένειες που προέρχονται από διαφορετικές χώρες με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο, έχουν συνήθως υψηλότερα ποσοστά ασθενειών, χαμη-

λό επίπεδο προληπτικής υγειονομικής φροντίδας, αδυναμία διατήρησης καλού επιπέδου υγείας, καθώς και περιορισμένη προσβασιμότητα σε υπηρεσίες υγείας. Ο κοινωνικός αποκλεισμός αποθαρρύνει ορισμένα μέλη των οικογενειών αυτών να αναζητήσουν έγκαιρα και άμεσα ιατρονοσηλευτική φροντίδα για οποιαδήποτε σοβαρή ασθένεια ή τραυματισμό (Καψάλης 2003). Υποφέρουν τόσο από χρόνιες ασθένειες όσο και από οξεία συμπτώματα, σε μεγαλύτερο ποσοστό από ό,τι ο υπόλοιπος γενεής πληθυσμός εξαιτίας των ανθυγιεινών συνθηκών διαβίωσης, της φτώχειας, της ανεπαρκούς ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και της συχνά δυσμενούς κοινωνικοοικονομικής τους κατάστασης.

Οι απόψεις και οι πεποιθήσεις που έχουν ορισμένες οικογένειες με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο σχετικά με τις εναλλακτικές και παραδοσιακές μορφές θεραπείας ενδέχεται να τους αποθαρρύνει για την αναζήτηση συμβατικής ιατρικής βοήθειας. Το πιο πιθανό είναι η αναζήτηση ιατρικής βοήθειας να γίνει μόνο σε ασθένειες με οξεία συμπτώματα και απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις. Κυρίως το πρόβλημα της γλώσσας και της επικοινωνίας ή πιθανές αρνητικές εμπειρίες μη εξυπηρετήσής τους στις υπηρεσίες υγείας των ίδιων ή ομοεθνών τους, καθιστά τις ομάδες αυτές του πληθυσμού αποκλεισμένες από το κοινωνικό σύστημα υγείας (Paradourous κ.ά., 2010)

Διαπολιτισμική προσέγγιση οικογενειών με διαφορετική κουλτούρα

Οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να αντιμετωπίσουν μια κοινωνική πραγματικότητα που συνεχώς αλλάζει και το φαινόμενο αυτό γίνεται όλο και πιο έντονο καθώς καλούνται να φροντίσουν θύματα πολέμου, ανθρώπους που προέρχονται από καταπιεστικά πολιτικά συστήματα ζητώντας πολιτικό άσυλο και οικονομικούς μετανάστες. Το Διεθνές Συμβούλιο των Νοσηλευτών, παρατηρώντας αυτή τη νέα πραγματικότητα, συμπεριέλαβε το 2006 την επισήμανση ότι η νοσηλευτική φροντίδα είναι ανεξάρτητη και δεν ορίζεται από ηλικία, χρώμα, πολιτισμό, αναπηρία ή ασθένεια, φύλο, εθνικότητα, πολιτικές πεποιθήσεις, φυλή ή κοινωνική θέση (Lancellotti, 2008). Οι νοσηλευτές και γενικά οι επαγγελματίες υγείας είναι σε θέση να παρέχουν κατάλληλη φροντίδα σε ασθενείς με διαφορετική κουλτούρα, όταν είναι ενήμεροι οι ίδιοι για το πώς οι ιστορικοί, πολιτισμικοί, πολιτικοί, κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες καθορίζουν τη ζωή και διαβίωσή τους (Ζυγά, 2010).

Οι οικογένειες θέτουν δικά τους πλαίσια λειτουργίας που είναι μοναδικά για κάθε οικογένεια και συχνά καλούνται να αναπτύξουν έναν δικό τους ιδιότυπο πολλές φορές τρόπο επίλυσης προβλημάτων που τους διευκολύνει να αντιμετωπίσουν την προσαρμογή σε μια νέα κατάσταση. Οι σύγχρονες τάσεις δείχνουν ότι ο τύπος της εκτεταμένης οικογένειας και το υποστη-

ρικτικό δίκτυο της κοινότητας αναγνωρίζεται ως ένας σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει στην αρμονική λειτουργία των οικογενειών και την ευημερία (Καλοκαιρινού & Αθανασοπούλου, 2010). Ως εκ τούτου η θεωρητική γνώση των οικογενειακών συστημάτων και τα χαρακτηριστικά των οικογενειών που προέρχονται από διαφορετικές κουλτούρες από τους νοσηλευτές που διαθέτουν πολιτισμική επάρκεια, είναι σαφές ότι συμβάλλει στην παροχή κατάλληλης φροντίδας και προσπίζει την υγεία της οικογένειας. Η προοπτική της θετικής προσέγγισης των οικογενειών αυτών θα ενθαρρύνει την αναγνώριση των όποιων προβλημάτων προσαρμογής και την αγωνία που βιώνουν οι οικογένειες αυτές.

Οι επαγγελματίες υγείας στην διάρκεια της επαγγελματικής τους διαδρομής καλούνται να αντιμετωπίσουν ασθενείς και οικογένειες που προέρχονται από άλλους πολιτισμούς με διαφορετική κουλτούρα. Μερικές φορές αναγκάζονται να κατατάξουν τους ασθενείς, σε αυτούς που έχουν υποστήριξη από την οικογένεια και το συγγενικό περιβάλλον και αυτούς που προέρχονται από προβληματικές οικογένειες που δεν έχουν καμιά στήριξη. Αυτόματα γίνεται ο διαχωρισμός σε «καλές» και «προβληματικές» οικογένειες. Αυτό γιατί η «καλή» οικογένεια είναι εκείνη που κατά κανόνα ανταποκρίνεται και συμμορφώνεται στις οδηγίες των γιατρών και των επαγγελματιών υγείας και διευκολύνει έτσι τη θεραπευτική σχέση. Αντίθετα η «προβληματική» οικογένεια είναι αυτή που αποτυγχάνει να ανταποκριθεί και να ακολουθήσει το θεραπευτικό πλαίσιο δημιουργώντας διάφορα προβλήματα σε αυτή τη σχέση.

Ο χαρακτηρισμός της οικογένειας σε προβληματική ή μη, ενδέχεται να άπτεται της μεροληπτικής στάσης απέναντι στο πολιτισμικό υπόβαθρο ή στην κακή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, αγνοώντας πολλές φορές το γεγονός ότι οι οικογένειες αυτές ίσως να προσπαθούν να αντιμετωπίσουν την κατάσταση βασισμένη σε ένα δικό τους πλαίσιο αναφοράς που ανταποκρίνεται στην κουλτούρα τους. Οικογένειες από διαφορετικούς πολιτισμούς μπορεί να αγνοούν τι σημαίνει κατάλληλη συμπεριφορά στον τομέα της υγειονομικής φροντίδας και των αλληλεπιδράσεων της, με αποτέλεσμα αυτό να οδηγεί σε παρεξηγήσεις και συγκρούσεις. Μαθαίνοντας να διαπραγματεύονται σε μια κουλτούρα που έχει διαφορετικά πρότυπα και αξίες δεν είναι εύκολο για αυτούς, όταν αισθάνονται ευάλωτοι και άρρωστοι. Κατά συνέπεια ο διαχωρισμός των οικογενειών είναι μεροληπτικός. Πολλοί από τους επαγγελματίες υγείας είναι επιρρεπείς να κάνουν γενικές επειδή ίσως αγνοούν την κουλτούρα άλλων πληθυσμών, διακατέχονται από στερεότυπα που αναπόφευκτα οδηγούν σε εσφαλμένες απόψεις, στάσεις και συμπεριφορές. Αυτό έχει σαν συνέπεια την κακή διαχείριση και μεροληψία, η οποία κατά συνέπεια οδηγεί σε μειωμένη ή ανεπαρκή νοσηλευτική φροντίδα

των ασθενών αυτών. Η προκατάληψη που υπάρχει για τις πολιτισμικά διαφορετικές ομάδες πληθυσμού δεν τους αφήνει περιθώρια σκέψης ότι πολλές από αυτές τις οικογένειες, δείχνουν τεράστια υπομονή όταν έρχονται αντιμέτωπες με την ασθένεια, το τραύμα ή απροσδόκητες κρίσεις. Οι ελληνικές οικογένειες μπορούν συνήθως να βασίζονται σε ένα ευρύ άτυπο υποστηρικτικό δίκτυο, που στηρίζεται στα μέλη της οικογένειας, συγγενείς, φίλους και κοινωνικό περίγυρο, πράγμα που μπορεί να μην είναι τόσο εμφανές και κατανοητό σε άλλους πολιτισμούς.

Η ολόένα και περισσότερο, συσχέτιση μεταξύ κοινωνικού υπόβαθρου της οικογένειας και της συμπεριφοράς της απέναντι στην υγεία και την ασθένεια, υποχρεώνει τους επαγγελματίες υγείας στην καθημερινή τους πρακτική να ακολουθήσει μια πολυσυστηματική, πολιτισμική προσέγγιση και διάσταση για να έχει θετικά αποτελέσματα όσον αφορά στην προαγωγή και την διατήρηση της υγείας.

Η ανάπτυξη της πολιτισμικής επάρκειας για τους επαγγελματίες υγείας

Αναγνωρίζοντας ότι η πλειονότητα των ανθρώπων ζει σε πολυπολιτισμικές κοινωνίες και ότι η πολιτισμική ταυτότητα παίζει ένα πολύ σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση των πεποιθήσεων και πρακτικών για την Υγεία, οι Επαγγελματίες Υγείας είναι πλέον απαραίτητο να έχουν τέτοια εκπαίδευση ώστε να καθίστανται ικανοί να παρέχουν φροντίδα με τρόπο αποδοτικό και πολιτισμικά κατάλληλο. Σε συμφωνία με την πολυπολιτισμικότητα των κοινωνιών, σε πολλές χώρες, αναπτύσσεται ένα διαπολιτισμικό πλαίσιο, τόσο κατά τις βασικές σπουδές των επαγγελματιών υγείας, όσο και κατά την δια βίου συνεχιζόμενη εκπαίδευση. Το γεγονός αυτό σημαίνει ότι η απόκτηση των πολιτισμικών ικανοτήτων και του ανάλογου γνωστικού υπόβαθρου μπορεί να οδηγήσει στην παροχή φροντίδας με πολιτισμική επάρκεια (Paradopoulos κ.ά, 2011). Γνώσεις που αφορούν στη δομή της οικογένειας, στον τρόπο ζωής, στην λαϊκή και παραδοσιακή θεραπευτική, στην αξιολόγηση του πόνου μέσω της γλώσσας του σώματος και στις αξίες σχετικά με τον πόνο, στις διατροφικές συνήθειες των ασθενών, στις θρησκευτικές πεποιθήσεις και τις αντιλήψεις για το θάνατο, συμβάλλουν στην αξιολόγηση και την καλύτερη φροντίδα των ασθενών. Οι επαγγελματίες υγείας που διαθέτουν πολιτισμική επάρκεια μπορούν να προσφέρουν κατάλληλη φροντίδα σε πληθυσμούς με διαφορετική κουλτούρα. Διασφαλίζουν τα δικαιώματα των ασθενών και των οικογενειών και αυτό επιτυγχάνεται μόνο γνωρίζοντας το πολιτισμικό τους υπόβαθρο (Ζυγά, 2010). Η πολιτισμική επάρκεια στη νοσηλευτική πρακτική είναι μια διαρκής διαδικασία που αποσκοπεί στο να παρέχουν οι επαγγελματίες υγείας και οι νοσηλευτές φροντίδα στα άτομα που προέρχονται από ποικίλους πολιτισμούς, λαμβάνο-

ντας υπόψη τη διαφορετικότητά τους, έχοντας καλή γνώση αλλά και προσόντα στη διαπολιτισμική νοσηλευτική και δείχνοντας σεβασμό στους ανθρώπους που προέρχονται από άλλους πολιτισμούς (Leininger, 2002). Η διαπολιτισμική νοσηλευτική φροντίδα είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται από την Leininger για να περιγράψει τη φροντίδα που αναγνωρίζει την πολιτισμική ποικιλομορφία και επικεντρώνεται στις πολιτισμικές ανάγκες του ασθενή και της οικογένειάς του. Η θεωρία της έχει ως στόχο να βοηθήσει τους νοσηλευτές αλλά και τους άλλους επαγγελματίες υγείας να διακρίνουν και να εξηγήσουν τους πολιτισμικούς παράγοντες που αφορούν στις ομοιότητες και στις διαφορές που μπορεί να έχουν επίδραση στους ανθρώπους. Με βάση αυτή τη θεωρία έχουν σχεδιασθεί και εφαρμοσθεί μοντέλα στη Β. Αμερική και στην Ευρώπη.

Τα κυριότερα μοντέλα ανάπτυξης πολιτισμικής επάρκειας για τους επαγγελματίες υγείας

Με δεδομένο ότι ο μεταναστευτικός πληθυσμός αυξάνεται διαρκώς, τα μοντέλα ανάπτυξης πολιτισμικής επάρκειας στους επαγγελματίες υγείας σε όλες τις δομές υπηρεσιών υγείας, είναι πιο επίκαιρα από ποτέ. Τα διάφορα μοντέλα που έχουν αναπτυχθεί περιγράφουν διαστάσεις και διαδικασίες που αφορούν τη διαπολιτισμική νοσηλευτική, παρέχουν εργαλεία και δεξιότητες που βοηθούν στην επικοινωνία με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Βοηθούν επίσης τους επαγγελματίες υγείας να κατανοήσουν συμπεριφορές και στάσεις απέναντι στην υγεία και την ασθένεια.

Το Μοντέλο για τις πολιτισμικές δεξιότητες του Purnell είναι ένα μοντέλο που παρέχει ένα πλαίσιο αναφοράς για την διαπολιτισμική αξιολόγηση. Στο μοντέλο του Purnell διακρίνονται 12 τομείς που είναι κοινοί για όλους τους πολιτισμούς: 1) συνολική θεώρηση, τόπος προέλευσης και τοπογραφία 2) επικοινωνία, 3) οι ρόλοι και η δομή της οικογένειας, 4) θέματα εργατικού δυναμικού, 5) βιοπολιτισμική οικολογία, 6) συμπεριφορές υψηλού κινδύνου, 7) διατροφή, 8) εγκυμοσύνη και πρακτικές τεκνοποίησης 9) τελετουργίες θανάτου, 10) πνευματικότητα, 11) πρακτικές υγειονομικής φροντίδας, και 12) επαγγελματίες υγείας.

Το μοντέλο μπορεί να καθοδηγήσει την εκτίμηση του πολιτισμού, τους τομείς που παρέχουν ένα αρχικό πλαίσιο για τη συλλογή πληροφοριών σχετικά με την οικογένεια (Purnell & Paulanka 1998). Σε περισσότερο πρακτικό επίπεδο, οι Purnell και Paulanka (1998) αναφέρουν ότι οι δεξιότητες επικοινωνίας περιλαμβάνουν γλωσσικά στοιχεία (κυρίαρχη γλώσσα, διαλέκτους), μη γλωσσικές παραλλαγές (τόνος και αποχρώσεις της φωνής), μη λεκτική επικοινωνία (οπτική επαφή, εκφράσεις προσώπου, χρήση αγγίγματος, γλώσσα σώματος, ειδικές πρακτικές,

αποδεκτοί τρόποι χαιρετισμού), δυναμικότητα (αντίληψη του κόσμου κατά το παρελθόν, το παρόν και προοπτικές για το μέλλον), και την χρήση του πρωτοκόλλου εθιμοτυπίας κατά τη χρήση των ονομάτων. Όλα αυτά τα στοιχεία είναι πιθανό να διαφέρουν από κουλτούρα σε κουλτούρα και η άγνοιά τους μπορεί να επιφέρει εμπόδια στην επικοινωνία.

Σύμφωνα με το μοντέλο των Papadopoulos, Tilki & Taylor (1998) η ανάπτυξη πολιτισμικής ικανότητας προϋποθέτει την παροχή αποτελεσματικής φροντίδας υγείας λαμβάνοντας υπόψη τις πολιτισμικές πεποιθήσεις, συμπεριφορές και ανάγκες των ανθρώπων. Αποτελεί τη σύνθεση πολλών γνώσεων και δεξιοτήτων, οι οποίες αποκτώνται κατά τη διάρκεια της προσωπικής και επαγγελματικής ζωής που συνεχώς προστίθενται νέες. Για να δοθεί σε αυτήν τη γνώση και στις δεξιότητες μια δομή και για να διευκολυνθεί η εκμάθησή τους προτείνουν τα στάδια της πολιτισμικής επάρκειας, πολιτισμικής γνώσης, πολιτισμικής ευαισθησίας και πολιτισμικής ικανότητας.

Εκτός από το μοντέλο των Papadopoulos, Tilki & Taylor (1998), στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν διάφορα άλλα μοντέλα πολιτισμικής επάρκειας που αναφέρουν χρήσιμες λύσεις και προτάσεις σχετικά με την διάρθρωση της νοσηλευτικής πρακτικής με διαπολιτισμική κατεύθυνση (Campinha Bacote 1998). Η Campinha-Bacote (1998) παρέχει μία περιεκτική λίστα από μοντέλα και εργαλεία, που αναπτύχθηκαν προκειμένου να συλλεχθούν δεδομένα που αφορούν στα πολιτισμικά στοιχεία, που είναι απαραίτητα για τη σωστή εκτίμηση των αναγκών του αρρώστου. Η Campinha-Bacote (1998) καταδεικνύει ότι το να πραγματοποιεί κανείς μία πολιτισμική αξιολόγηση είναι κάτι περισσότερο από την επιλογή ενός εργαλείου και ικανοποίηση των συστατικών στοιχείων του. Η διαδικασία αυτή πρέπει να πραγματοποιείται με έναν πολιτισμικά ευαίσθητο τρόπο, λαμβάνοντας υπόψη το «επίγειο» της κατάστασης υγείας του ασθενή και την υπάρχουσα γνώση για τον πολιτισμό του, έτσι ώστε, για παράδειγμα, να αποφευχθούν ατυχή περιστατικά και να συμπεριληφθεί η οικογένεια στη διαδικασία. Η ίδια συγγραφέας συστήνει ότι μία αποτελεσματική προσέγγιση της πολιτισμικής αξιολόγησης θα έπρεπε να περιλαμβάνει την ενσωμάτωση των στοιχείων πολιτισμικού περιεχομένου στα ήδη υπάρχοντα νοσηλευτικά έντυπα. Με τον τρόπο αυτό η κουλτούρα δεν αντιμετωπίζεται ως ένα επιπλέον στοιχείο αλλά ως ένα σημαντικό μέρος, αναπόσπαστο από τη νοσηλευτικές διαδικασίες (Papadopoulos κ.ά 2011).

Πολλές φορές η απλή και στείρα γνώση δεν ταυτίζεται με την πολιτισμική ευαισθησία και επάρκεια. Στην πραγματικότητα οι περισσότεροι νοσηλευτές και επαγγελματίες υγείας, έχουν την πρόθεση να παράσχουν πολιτισμικά ευαίσθητη νοσηλευτική φροντίδα που να έχει ανταπόκριση στις διάφορες πολιτισμικές ομάδες. Αυτό που διαπιστώνεται στην πράξη, είναι

ότι οι νοσηλευτές και οι επαγγελματίες υγείας που έχουν οι ίδιοι ως άτομα ανεπτυγμένη κουλτούρα και πολιτισμικό πλαίσιο αναφοράς τότε αυτό το πλαίσιο συνδέεται άμεσα και έχει αντίκτυπο στην εργασία τους (Papadopoulos, 2004). Συχνά δε, δεν έχουν επίγνωση ότι οι ατομικές πολιτισμικές αξίες επηρεάζουν την σκέψη τους, την στάση τους και την συμπεριφορά τους. Εκείνοι που έχουν πολιτισμική ευαισθησία απέναντι στη διαφορετικότητα και στην ξένη κουλτούρα έχουν συμπεριφορά ανάλογη και απαλλαγμένη από στερεότυπα. Όμως αυτό που είναι αποδεκτό από την σύγχρονη νοσηλευτική είναι ότι κάθε νοσηλεύτης είναι σχεδόν απαραίτητο να συμπεριλάβει στα καθήκοντά του την προσέγγιση της κάθε οικογένειας ως μοναδική, με σεβασμό στις πολιτισμικές της διαφορές ώστε να της παρασχεθεί κάθε δυνατή βοήθεια και νοσηλευτική φροντίδα σε όλο το φάσμα της ασθένειας και της υγείας.

Συμπεράσματα

Η γνώση και η εκτίμηση της πολιτισμικής και εθνοτικής ταυτότητας των ασθενών και των οικογενειών τους είναι πρωταρχικής σημασίας για την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας προσαρμοσμένη στο ανάλογο πολιτισμικό υπόβαθρο. Δίνοντας τον απαραίτητο χρόνο για μια αποτελεσματική επικοινωνία με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, αυτό θα οδηγήσει στην σωστή αξιολόγηση των προβλημάτων, και θα διαμορφώσει την εξατομίκευση του σχεδίου της νοσηλευτικής παρέμβασης. Οι σύγχρονοι επαγγελματίες υγείας είναι απαραίτητο να κατανοήσουν τις θεωρίες των οικογενειακών συστημάτων, να επιδιώκουν να γνωρίσουν τις συμπεριφορές και την κουλτούρα των ασθενών, ώστε να διαχειρίζονται κατάλληλα το σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας τους. Η νοσηλευτική παρέμβαση που εναρμονίζεται στα σύγχρονα κοινωνικά και πολιτισμικά ζητήματα συμβάλλει αναμφίβολα στην πρόσπιση και προαγωγή υγείας.

Θεωρείται επιτακτική η ανάγκη να επεκταθεί η έρευνα σχετικά με την αλληλεπίδραση των κοινωνικών και πολιτισμικών παραγόντων όσον αφορά την διάταξη του υγειονομικού χάρτη και την προαγωγή της υγείας. Η υγεία δεν επιδέχεται όρια και φραγμούς και το ανθρωπιστικό χρέος των λειτουργών της είναι να περιθάλλουν κάθε ανθρώπινη ύπαρξη από οποιοδήποτε σημείο της γης και αν προέρχεται, ανεξαρτήτως της τήρησης ή μη των συμβατικών κοινωνικο-πολιτισμικών κανόνων (Macionis, Benokraitis 2007).

Η προσέγγιση των πληθυσμών με διαφορετική κουλτούρα θεωρείται απαραίτητη, προκειμένου να ανοίξει ο δρόμος σε μια υγειονομική εμπειρία η οποία να είναι συμβατή με τα νέα οικουμενικά πρότυπα, αλλά που ταυτόχρονα να σέβεται την κουλτούρα του κάθε πολίτη και την κουλτούρα των ολιγάριθμων ή πολυάριθμων πληθυσμιακών ομάδων (Καλοκαιρινού κ.ά 2003).

ABSTRACT

REVIEW

INTERCULTURAL EFFECTIVE APPROACH OF FAMILIES WITH DIFFERENT CULTURES BY HEALTH PROFESSIONALS [Athanasopoulou Maria RN, MSc, PhD(c) NKUOA, Contributor of Athens ATEI, Christodoulou Eleni RN, MSc, PhD© University of Peloponnese]

The diversity of the national and global population, such as economic migrants, refugees, asylum-seekers and others, entrusts health professionals with health promotion and nursing care provision to individuals, groups and families coming from different cultures.

Providing high quality health care requires a deep insight into their special cultural characteristics. Individualized and culturally sensitive nursing care, based on the religion, history, culture philosophy, manners and customs, beliefs and attitudes, lifestyle and a profound understanding of the values of health and illness within various cultures, is undoubtedly a necessity. In conclusion, it requires cultural empathy, good relationship and communication, acceptance and respect for diversity.

The aim of this review is to emphasize on the need for effective intercultural approach by health professionals, equipped with the requisite cultural sensitivity and competence, in order to promote health to families of different cultures.

Key words: Culture, cultural competence, family health.

Βιβλιογραφία

1. Μιτλής Α. και Σκαλή Θ. «Το δικαίωμα στην Εκπαίδευση». Στο Ελληνικό Συμβούλιο για τους Πρόσφυγες (2004) Σχέδιο Δράσης «Καινούργια Αρχή», Συγγραφική ομάδα Μιτλής Α., Σκαλή Θ. Οδηγός Διαπολιτισμικής Εκπαίδευσης, επιμέλεια έκδοσης Σκλάβου Κ. Αθήνα.
2. Γκόβαρης, Χ. (2000) Διαπολιτισμική Εκπαίδευση και το δίλλημα των πολιτισμικών διαφορών, Παιδαγωγικός Λόγος, 3: 23-30.
3. Lancellotti, K. (2008) Culture Care Theory: A Framework for Expanding Awareness of Diversity and Racism in Nursing Education, Journal of Professional Nursing, 24 (3): 179-183.
4. Leininger, M. (2002) Culture Care Theory: A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Nursing, Journal of Transcultural Nursing, 13 (3): 189-192.
5. Campinha-Bacote J (1998) The process of cultural competence in the delivery of healthcare services. A culturally competent model of care. 3rd ed. Transcultural C.A.R.E. Associates, Cincinnati
6. Purnell L D, Paulanka B J (1998) Transcultural health care. A culturally competent approach. F A Davies, Philadelphia
7. Papadopoulos I, Tilki M, Taylor G (1998) Transcultural care. A guide for health care professionals. Quay Books, Dinton
8. Papadopoulos I, Lay M, Lees S (2004) The A.S.E.R.T. project. Enhancing the evidence base on health promotion issues among ethnic minorities, refugees, and Gypsy Travellers in Wales. Welsh Assembly Government. Cardiff
9. Leininger M M (1995) Transcultural Nursing. Concepts, theories, research and practices. 2nd edn. McGraw-Hill, New York
10. Μαρβάκης, Αθ., Παρασάνογλου, Δ. Παύλου, Μ. (2001). Μετανάστες στην Ελλάδα. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
11. Καβουνιδη Τζ. (2002). Χαρακτηριστικά μεταναστών: το Ελληνικό Πρόγραμμα νομιμοποίησης του 1998. Αθήνα: Σάκκουλας
12. Καλοκαφρινού Α, Κορδέλλα Κ, Τολικά Φ. Θεωρητικές προσεγγίσεις της Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής. Νοσηλευτική 2003, 42:451-456
13. Καψάλης Α., (2003) Συμπεράσματα της διμερείδας της ΓΣΕΕ με θέμα «Για μια κοινή μεταναστευτική πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης», Ενημέρωση του ΙΝΕ-ΓΣΕΕ/ΑΔΕΔΥ, τεύχος 92, Φεβρουάριος 2003, σελ. 2-9
14. Καλοκαφρινού Α., Αθανασοπούλου Μ., (2010) Νοσηλευτική της Οικογένειας, Αθήνα Εκδ.Βήτα
15. Papadopoulos I., Καλοκαφρινού Α., Κούτα Χ., (2011) Διαπολιτισμική Νοσηλευτική και Πολιτισμική Επάρκεια για Επαγγελματίες Υγείας, Αθήνα Εκδ.Πασχαλίδη
16. Ζυγά Σ. (2010) Εισαγωγή στη Νοσηλευτική Επιστήμη, Αθήνα Εκδ.Βήτα
17. Macionis J. John and Benokraitis V.Nijole (2007) Seeing Ourselves: Classic, Contemporary, and Cross-Cultural Readings in Sociology Edition: 7TH 07 Prentice Hall, Inc USA

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

Το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης (ΕΠΝΕ) είναι το επίσημο περιοδικό της ΕΝΩΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ. Είναι ένα διεπιστημονικό περιοδικό με σύστημα κριτών, με σκοπό την προώθηση της Νοσηλευτικής επιστήμης στην Ελλάδα.

Το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης παρέχει την δυνατότητα για τη δημοσίευση ακαδημαϊκών άρθρων που εκθέτουν ερευνητικά συμπεράσματα, ανασκοπήσεις βασισμένες στην έρευνα, άρθρα συζήτησης και σχόλια που ενδιαφέρουν το διεθνές αναγνωστικό κοινό των επαγγελματιών, των εκπαιδευτικών, των διοικητών και των ερευνητών σε όλους τους τομείς της νοσηλευτικής, και των επιστημών φροντίδας υγείας.

ΤΥΠΟΙ ΑΡΘΡΩΝ

Το ΕΠΝΕ δημοσιεύει τα άρθρα κάτω από τρεις κύριες κατηγορίες:

- Άρθρα σύνταξης
- Τα άρθρα σύνταξης που είναι σχετικά σύντομα (μέγιστο 200 λέξεων).
- Πρωτότυπα άρθρα - ερευνητικές εργασίες

- Τα πλήρη άρθρα που αναφέρονται σε πρωτογενή έρευνα μπορούν να είναι μέχρι 5.000 λέξεις.
- Τα πρωτόκολλα των κλινικών δοκιμών πρέπει να είναι μέχρι 2.500 λέξεις. Οι συγγραφείς πρέπει να δηλώσουν τον αριθμό μπηρώου της δοκιμής (εάν υπάρχει), καθώς επίσης και πότε θα παρουσιαστούν τα συμπεράσματα.

Ανασκοπήσεις και σύντομες παρουσιάσεις (μέχρι 2000 λέξεις)

- Ανασκοπήσεις, που περιλαμβάνουν:
 - συστηματικές ανασκοπήσεις, μετα-ανάλυση,
 - βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις,
 - πολιτικές ανασκοπήσεις.
 - άλλου είδους (π.χ κοινωνικο-οικονομικές)
- Άρθρα κριτικής βιβλίων: Να είναι μέχρι 1000 λέξεις.

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΡΘΡΩΝ

Οι συγγραφείς πρέπει να υποβάλλουν τα χειρόγραφα στο περιοδικό ηλεκτρονικά μέσω του ηλεκτρονικού

ταχυδρομείου του περιοδικού: journal@enne.gr. Όλη η αλληλογραφία, συμπεριλαμβανομένης της ανακοίνωσης της απόφασης του υπεύθυνου σύνταξης και των αιτημάτων για επανεξέταση, θα γίνονται με το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο. Η υποβολή ενός άρθρου, προϋποθέτει ότι δεν έχει δημοσιευθεί προηγουμένως, ότι δεν είναι υπό εξέταση για δημοσίευση αλλού και ότι εάν γίνει αποδεκτό δεν θα δημοσιευθεί αλλού, στα αγγλικά ή σε οποιαδήποτε άλλη γλώσσα, χωρίς τη γραπτή συγκατάθεση του εκδότη.

Διαδικασία αξιολόγησης

Αρχικά όλα τα άρθρα αξιολογούνται από την συντακτική επιτροπή και κατανέμονται ανά θεματικό τομέα στους κριτές. Ακολούθως γίνονται αποδεκτά για δημοσίευση μετά από μια διπλή μυστική αξιολόγηση από τουλάχιστον δύο κριτές.

Οι κριτές αποφαίνονται εάν το άρθρο είναι:

- (α) Αποδεκτό για δημοσίευση χωρίς τροποποιήσεις.
- (β) Αποδεκτό για δημοσίευση με μικρές τροποποιήσεις.
- (γ) Αποδεκτό για δημοσίευση κατόπιν σημαντικών τροποποιήσεων.
- (δ) Μη αποδεκτό για δημοσίευση στην παρούσα μορφή.

ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΓΡΑΦΟΥ

Γενικές οδηγίες: Οι υποβληθείσες εργασίες πρέπει να είναι κατάλληλες για διεθνές ακροατήριο και οι συγγραφείς δεν πρέπει να περιορίζονται μόνο στις εθνικές και πολιτικές πρακτικές και την εγχώρια νομοθεσία. Κάθε άρθρο πρέπει να συνοδεύεται από επιστολή του συγγραφέα, υπόδειγμα της οποίας υπάρχει στην σελίδα του περιοδικού που φιλοξενείται στην ηλεκτρονική διεύθυνση της ΕΝΕ: www.enne.gr

Στην επιστολή θα αναφέρονται τα ακόλουθα:

- Βεβαίωση ότι η εργασία δεν έχει δημοσιευτεί ολόκληρη ή τμήμα αυτής σε άλλο περιοδικό.
- Δήλωση ότι το τελικό κείμενο της εργασίας αναγνώστηκε και εγκρίθηκε από όλους τους συγγραφείς.
- Γραπτή βεβαίωση άδειας (Αρ. πρωτοκόλλου έγκρισης) διεξαγωγής της μελέτης από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του φορέα στον οποίο διεξήχθη η εν λόγω μελέτη.
- Το ονοματεπώνυμο, την ταχυδρομική και την ηλεκτρονική διεύθυνση καθώς και το τηλέφωνο του συγγραφέα που είναι υπεύθυνος για την αλληλογραφία. Αναλυτικές πληροφορίες σχετικά με τη διαδικασία

ηλεκτρονικής υποβολής του άρθρου δημοσιεύονται στην ιστοσελίδα μας.

ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΓΡΑΦΟΥ

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

Τίτλος: Ο τίτλος ενός άρθρου πρέπει να περιγράφει το θέμα του και όπου είναι σχετικό τον πληθυσμό, το κλινικό πρόβλημα και την μέθοδο της έρευνάς του.

Σελίδα τίτλου: Η σελίδα τίτλου περιλαμβάνει:

- Το πλήρες όνομα, τον πλήρη τίτλο του άρθρου (μέχρι 90 χαρακτήρες), τα ακαδημαϊκά και επαγγελματικά προσόντα και το ινστιτούτο για κάθε συγγραφέα.
- Την διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου για τον κάθε συγγραφέα.
- Την ημερομηνία υποβολής του άρθρου.

Ευχαριστίες: Γράφονται ευχαριστίες στους βασικούς συνεισφέροντες.

Περίληψη: Οι περιλήψεις πρέπει να είναι μέχρι 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: (α) Εισαγωγή, (β) Υλικό και μέθοδος, (γ) Αποτελέσματα, (δ) Συζήτηση, (ε) Περιορισμοί μελέτης και (στ) Συμπεράσματα, τα οποία πρέπει να αφορούν τους στόχους και τις υποθέσεις μελέτης. Και προτάσεις για εφαρμογή των αποτελεσμάτων στην κλινική πράξη.

Οι περιλήψεις για τις ανασκοπήσεις πρέπει να παρέχουν μια περίληψη υπό τους ακόλουθους τίτλους, όπου είναι δυνατόν: Εισαγωγή, σκοπός, επί μέρους στόχοι, ανασκόπηση βιβλιογραφίας: 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.

Λέξεις-κλειδιά: Ο αριθμός αυτών να είναι μέχρι έξι λέξεις-κλειδιά κατά αλφαβητική σειρά, οι οποίες προσδιορίζουν ακριβώς το θέμα του άρθρου, σκοπό και μέθοδο. Χρησιμοποιήστε τον ιατρικό θησαυρό τίτλων (MeSH®) και (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. Αναλόγως της κατηγορίας του άρθρου ακολουθείται η ακόλουθη μορφή:

Οι ανασκοπήσεις πρέπει απαραίτητα να περιλαμβάνουν (α) Εισαγωγή, (β) Σκοπό, (γ) Υλικό και μέθοδο, (δ) Αποτελέσματα, (ε) Συζήτηση, (στ) Συμπεράσματα και να ακολουθούν την ανάπτυξη της περίληψης αλλά σε μεγαλύτερη έκταση.

Οι ερευνητικές εργασίες πρέπει να ακολουθούν συγκεκριμένη δομή: (α) Εισαγωγή, (β) Υλικό και μέθοδος, (πρέπει απαραίτητα να αναφέρεται η χρονική περίοδος συγκέντρωσης των δεδομένων, η πηγή των δεδομένων, το μέγεθος και η μέθοδος επιλογής του δείγματος, λεπτομέρειες για το πώς επιλέχθηκαν, κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού, αριθμοί αυτών που εισάγονται και που αφήνουν τη μελέτη, τα σχετικά κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά, η μεθοδολογία συλλογής των δεδομένων, το εργαλείο για τη συλλογή των δεδομένων, η άδεια χρήσης αυτού, η διαδικασία στάθμισης αυτού, το ποσοστό ανταπόκρισης, το είδος της στατιστικής ανάλυσης που χρησιμοποιήθηκε), (γ) Αποτελέσματα που πρέπει να συνοδεύουν ακριβείς τιμές στατιστικής σημαντικότητας (δ) Συζήτηση, (ε) Περιορισμοί μελέτης και (στ) Συμπεράσματα, τα οποία πρέπει να αφορούν τους στόχους και τις υποθέσεις μελέτης, και προτάσεις για εφαρμογή των αποτελεσμάτων στην κλινική πράξη.

Οι ενδιαφέρουσες περιπτώσεις διακρίνονται στα τμήματα: (α) Εισαγωγή, (β) Περιγραφή περίπτωσης, (γ) Σχόλιο.

Οι βραχείες δημοσιεύσεις διακρίνονται στα τμήματα: (α) Εισαγωγή, (β) Υλικό και μέθοδος, (γ) Αποτελέσματα, (δ) Συζήτηση.

Πίνακες/αριθμοί: Οι πίνακες και οι αριθμοί είναι τυπωμένοι μόνο όταν εκφράζουν κάτι περισσότερο από αυτό που μπορεί να γίνει από τις λέξεις. Οι πίνακες πρέπει να αριθμηθούν με συνέπεια και να τους δοθεί ένας κατάλληλος τίτλος και κάθε πίνακας να δακτυλογραφείται σε ξεχωριστή σελίδα.

Μονάδες μέτρησης: Μετρήσεις μήκους, ύψους, βάρους και όγκου πρέπει να αναφέρονται σε μετρικές μονάδες σύμφωνα με τα διεθνώς αναγνωρισμένα σύμβολα.

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.

Οι συντμήσεις των τίτλων των περιοδικών πρέπει να

γράφονται σύμφωνα με το Index Medicus, που δημοσιεύονται κάθε χρόνο, τον Ιανουάριο, σε χωριστό τεύχος (List of Journals Indexed in Index Medicus). Για τις συντμήσεις των ελληνικών περιοδικών υπάρχει ο σχετικός κατάλογος του ΙΑΤΡΟΤΕΚ.

Στατιστική: Πρέπει να χρησιμοποιηθούν πρότυποι και διεθνώς αναγνωρισμένοι μέθοδοι παρουσίασης στατιστικού υλικού.

Συγκατάθεση Ενημέρωσης: Οι συγγραφείς θα πρέπει να επιβεβαιώσουν ότι τήρησαν τις αρχές δεοντολογίας για την έρευνα, όπως αυτές διατυπώνονται σαφώς από τη Διεθνή Επιτροπή Εκδότων Ιατρικών Επιστημονικών Περιοδικών (International Committee of Medical Journal Editors, www.icmje.org) και τη Διακήρυξη του Ελσίνκι (World Medical Association Declaration of Helsinki, 2000). Δηλαδή όπου είναι απαραίτητο οι συγγραφείς πρέπει να επιβεβαιώσουν ότι τα αποτελέσματα των μελετών τους προέκυψαν από ερευνητικές εργασίες, που η συγκατάθεση ενημέρωσης λήφθηκε από τους συμμετέχοντες ανθρώπους και τις αρμόδιες αρχές ηθικής και δεοντολογίας.

Άδειες: Η άδεια να αναπαραχθεί το προηγούμενως δημοσιευμένο υλικό πρέπει να ληφθεί εγγράφως από τον κάτοχο πνευματικών δικαιωμάτων.

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

Βιβλιογραφικές Αναφορές: Όλες οι δημοσιεύσεις που αναφέρονται στο κείμενο πρέπει να παρουσιαστούν σε έναν κατάλογο βιβλιογραφικών αναφορών. Οι αναφορές πρέπει να δοθούν με το σύστημα «Harvard» Revised for 2009 version 3.0 editions of: The Coventry University (CU) Harvard Reference Style Guide v3.0, Quickstart Guide v3.0, Glossary v3.0.

Παράδειγμα:

1. Για βιβλίο με ένα συγγραφέα: Biggs, G. (2000) *Gender and Scientific Discovery*. 2nd edn. London: Routledge
2. Για βιβλίο με πολλαπλούς συγγραφείς: Ong, E., Chan, W. and Peters, J. (2004) *Advances in Engineering*. 2nd edn. London: Routledge
3. Για ένα κεφάλαιο ή δοκίμιο συγκεκριμένου συγγραφέα σε ένα βιβλίο: Aggarwal, B. (2004) "Has the British Bird Population Declined?" In a Guide to Contemporary Ornithology, ed by Adams, G. London: Palgrave, 66-99
4. Για ένα τυπωμένο άρθρο σε περιοδικό: Padda, J. (2003) "Creative Writing in Coventry". *Journal of Writing Studies* 3 (2) 44-59
5. Για μια ιστοσελίδα: Centre of Academic Writing The List of References Illustrated [online] available from <http://home.ched.coventry.ac.uk/caw/harvard/index.htm> [Sept 2009]
6. Για ένα άρθρο σε ηλεκτρονικό περιοδικό: Dhillon, B. (2004) "Should Doctors Wear Ties?" *Medical Monthly* [online] 3 (1) 55-88. available from <http://hospitals/infections/latest-advice> [20 April 2005]

ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΣΗΜΕΙΩΣΗ

Εάν υποβάλλετε ένα άρθρο που έχει ήδη αξιολογηθεί από την συντακτική επιτροπή του ΕΠΝΕ, παρακαλώ να συνοποβάλλετε ηλεκτρονικό μήνυμα που παρέχει τις τυχόν παρατηρήσεις σας στα σχόλια του εκδότη και των κριτών.

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΡΟΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

Οι Αποδείξεις της διακίνησης των άρθρων γίνονται ΜΟΝΟ ηλεκτρονικά.

Ανάτυπα

Τρία ανάτυπα θα δοθούν δωρεάν στον υπεύθυνο επικοινωνίας του άρθρου.

Πνευματικά δικαιώματα

Τα Πνευματικά δικαιώματα των δημοσιευθέντων άρθρων ανήκουν στους συγγραφείς. Το Περιοδικό διατηρεί το δικαίωμα της αναπαραγωγής ή της αναδημοσίευσης του άρθρου με σκοπό την προαγωγή της Νοσηλευτικής Επιστήμης.

Η ΕΝΕ θα προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες για την εγγύηση της προστασίας των πνευματικών δικαιωμάτων των συγγραφέων.

Επιτομή χρήσιμων πληροφοριών

Σύσταση της ΕΝΕ

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

Κυριότεροι σκοποί της ΕΝΕ

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

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

- τον καθορισμό και κοστολόγηση των νοσηλευτικών πράξεων και
- την προστασία και προαγωγή της υγείας του Ελληνικού Λαού.

Μέλη της ΕΝΕ

Μέλη της Ε.Ν.Ε είναι υποχρεωτικώς όλοι οι νοσηλευτές που είναι απόφοιτοι: α) Τμημάτων Νοσηλευτικών Α.Ε.Ι., β) Νοσηλευτικών Τμημάτων Τ.Ε.Ι., γ) Πρώην Ανώτερων Σχολών Αδελφών Νοσοκόμων, Επισκεπτριών Αδελφών Νοσοκόμων, αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας, 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 11, Θεσσαλονίκη, Τ.Κ. 54630, τηλ. 2310522822 και fax. 2310522219
4. 4ο Π.Τ. Μακεδονίας και Θράκης: Μαβίλη 11, 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 1 και Ν.Ε.Ο Πάτρας – Αθήνας, Πάτρα, Τ.Κ. 26441, τηλ και fax. 2610 423830
7. 7ο Π.Τ. Κρήτης: Μενελάου Παρλαμά 116, Ηράκλειο, Τ.Κ. 73105, τηλ. 2810310366, 2810311684 και fax. 2810310014

Εγγραφή και συνδρομή των μελών

Κάθε Νοσηλευτής υποχρεούται να υποβάλλει αίτηση εγγραφής στο οικείο Περιφερειακό Τμήμα. Η αίτηση συνοδεύεται υποχρεωτικά από επικυρωμένα αντίγραφα πτυχίου και αστυνομικής ταυτότητας, δυο έγχρωμες φωτογραφίες, το αποδεικτικό της τραπεζικής κατάθεσης των 65 €, απλό φωτοαντίγραφο της άδειας άσκησης επαγγέλματος και προαιρετικά από τους τίτλους που τυχόν κατέχει το υποψήφιο μέλος (μεταπτυχιακοί τίτλοι, πιστοποιητικά γνώσης ξένης γλώσσας, κοινωνικές δραστηριότητες κ.τ.λ.). Κάθε Νοσηλευτής υποχρεούται να ανανεώνει την εγγραφή του ετησίως, αυτοπροσώπως ή ταχυδρομικώς (όχι με fax) μέχρι το τέλος Φεβρουαρίου, υποβάλλοντας σχετική δήλωση στο Περιφερειακό Τμήμα όπου ανήκει. Η δήλωση υποβάλλεται ταυτόχρονα με την καταβολή της ετήσιας συνδρομής, που έχει οριστεί δια του Νόμου 3252/2004 στο ποσό των σαράντα πέντε (45) ευρώ. Σε κάθε Νοσηλευτή που εγγράφεται ή ανανεώνει την εγγραφή του στην ΕΝΕ χορηγείται Δελτίο Ταυτότητας Νοσηλευτή.

Άδεια άσκησης επαγγέλματος

Για την έκδοση από τις κατά τόπους Νομαρχίες της άδειας άσκησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος, οι νοσηλευτές οφείλουν να συμπεριλάβουν, μεταξύ των δικαιολογητικών, και βεβαίωση εγγραφής στο οικείο Περιφερειακό Τμήμα της Ε.Ν.Ε. Με την παραλαβή της άδειας άσκησης επαγγέλματος, υποχρεούνται να καταθέσουν άμεσα αντίγραφο αυτής, στο Περιφερειακό Τμήμα όπου ανήκουν. Βάσει του Νόμου 3252/2004, όποιος ασκεί τη νοσηλευτική χωρίς να έχει άδεια άσκησης επαγγέλματος διώκεται ποινικά σύμφωνα με το άρθρο 458 του Ποινικού Κώδικα. Καταγγελία για παράνομη άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος μπορεί να κάνει οποιοσδήποτε ιδιώτης στα Περιφερειακά Συμβούλια ή στο Δ.Σ. της Ε.Ν.Ε., το οποίο στη συνέχεια υποχρεούται να γνωστοποιήσει το γεγονός στις αρμόδιες δικαστικές αρχές.

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

Όργανα διοίκησης

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

Διεθνής εκπροσώπηση της Ε.Ν.Ε

Η Ε.Ν.Ε είναι μέλος της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου Νοσηλευτών (F.E.P.I), κατέχοντας μια από τις επτά θέσεις του Διοικητικού της

Συμβουλίου. Στην εν λόγω Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία συμμετέχουν ακόμα η Αγγλία, η Ιταλία, η Ισπανία, η Ιρλανδία, η Πολωνία, η Κροατία, η Ρουμανία, η Πορτογαλία και υπό ένταξη είναι η Γαλλία, η Κύπρος και το Βέλγιο. Για περισσότερες πληροφορίες, συνδεθείτε με την ιστοσελίδα www.fepi.org.

Ανάδειξη και θητεία των αιρετών οργάνων διοίκησης

Το Διοικητικό Συμβούλιο της Ε.Ν.Ε, εκλέγεται από την Συνέλευση των Αντιπροσώπων. Οι Αντιπρόσωποι εκλέγονται χωριστά για κάθε Περιφερειακό Τμήμα από τα μέλη της Γενικής Συνέλευσης του Τμήματος. Τα Περιφερειακά Συμβούλια εκλέγονται ομοίως από τα μέλη της Γενικής Συνέλευσης του Περιφερειακού Τμήματος. Οι εκλογές διεξάγονται κάθε τρία (3) χρόνια, ενώ συμμετέχουν σ' αυτές όσοι Νοσηλευτές είναι οικονομικώς τακτοποιημένοι.

Πειθαρχικός έλεγχος

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

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

Επιστημονικό Περιοδικό

Η Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος δημιούργησε το 2008 το «Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης» που αποτελεί και το επίσημο περιοδικό της. Είναι ένα περιοδικό πολυδιάστατο με κριτική επιτροπή που στοχεύει στην προώθηση της Νοσηλευτικής Επιστήμης στην Ελλάδα. Το «Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης» αποτελεί ένα αξιόπιστο, σύγχρονο, τριμηνιαίο επιστημονικό περιοδικό που εκδίδεται στην Ελληνική και την Αγγλική γλώσσα και είναι διαθέσιμο σε ηλεκτρονική και έντυπη μορφή με συμβολική αμοιβή σε όλους τους ενδιαφερόμενους ερευνητές, πανεπιστημιακούς δασκάλους, φοιτητές, σε όλη τη νοσηλευτική κοινότητα γενικότερα αλλά και στα ανώτατα εκπαιδευτικά ιδρύματα (ΑΤΕΙ και ΑΕΙ) της ημεδαπής και της αλλοδαπής.

Παράλληλα παρέχει τη δυνατότητα σε νέους επιστήμονες να έχουν εύκολη πρόσβαση στη γνώση και στην πρόοδο της νοσηλευτικής ενώ αποτελεί το επιστημονικό βήμα για τους νοσηλευτές που απασχολούνται στην εκπαίδευση και στην κλινική νοσηλευτική να δημοσιεύσουν το έργο τους και να δεχθούν εποικοδομητικές κριτικές. Στο περιοδικό δημοσιεύονται ερευνητικές μελέτες, ανασκοπήσεις, πρωτότυπες πραγματείες και βιβλιοκριτικές. Οι εργασίες που δημοσιεύονται, μοριοδοτούνται με τρόπο θεσμικά προβλεπόμενο και επικυρωμένο από την ελληνική νομοθεσία και σύμφωνα πάντα με τη διεθνή πρακτική.

Ενημερωτικό περιοδικό

Η Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος δημιούργησε το 2008

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

Ο Έλληνας νοσηλευτής, εκτός από την ανάγκη για την επίλυση πρωταρχικών ζητημάτων που τον απασχολούν ως επαγγελματία, έχει ανάγκη να εκφραστεί, να επικοινωνήσει, να διασκεδάσει και να προβάλλει πολύπλευρα τον κοινωνικό του προσορισμό.

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

Μελλοντικοί Στόχοι

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

- 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 κατοχυρωμένα
- 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

E.N.E. 

ΕΝΩΣΗ ΡΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

www.enne.gr