



Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης Hellenic journal of Nursing Science

Τόμος 6, Τεύχος 2, ΑΠΡΙΛΙΟΣ - ΜΑΙΟΣ - ΙΟΥΝΙΟΣ 2013
Volume 6, Number 2, APRIL - MAY - JUNE 2013

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: η «Ευκαιρία» των Συστημάτων Υγείας
σε Καιρό Οικονομικής Κρίσης

Ηθικοί προβληματισμοί για τον περιορισμό της θεραπείας
και αποφάσεις στο τέλος της ζωής

Η επίδραση του “συνδρόμου mobbing” στην επαγγελματική ζωή
των Νοσηλευτών

Πρόληψη και αντιμετώπιση του ιού της λύσσας

Μετατραυματική Οξεία Νεφρική Ανεπάρκεια: Κλινική Προσέγγιση

Ο διευθυντής – ηγέτης στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση

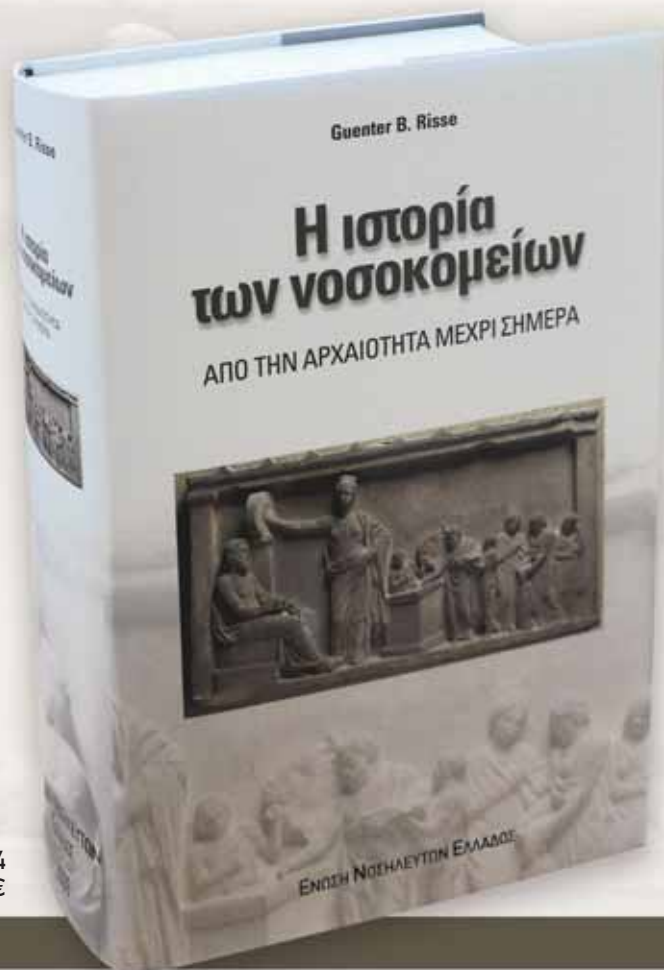
Αντιλήψεις του νοσηλευτικού προσωπικού αναφορικά με τη
μετασχηματίζουσα και την τοποθετημένη μάθηση στον επαγγελματικό
τους χώρο: Η περίπτωση δημόσιου Νοσοκομείου της Περιφέρειας
Πελοποννήσου

“The Syndrome of Sleep Apnea in the elderly suffering from COPD
and live in the county of Attica”.

Diabetes in Greece - A recent approach

Το Επιστημονικό Περιοδικό της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος

The Scientific Journal of the Hellenic Regulatory Body of Nurses



Σελίδες 1.094
Λιανική τιμή: 90 €

Guenter B. Risse

Η ιστορία των νοσοκομείων

ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΧΑΙΟΤΗΤΑ ΜΕΧΡΙ ΣΗΜΕΡΑ

Το βιβλίο αυτό, απεικονίζοντας το χρονικό της μεταμόρφωσης των νοσοκομείων από οίκους ελέους σε δομές εγκλεισμού ασθενών, από χώρους αποκατάστασης σε χώρους κλινικής διδασκαλίας και έρευνας και από δωμάτια τοκετών και θανάτων σε ιδρύματα επιστήμης και τεχνολογίας, μας προσφέρει μια ιστορική οπτική στην κατανόηση των νοσοκομείων της εποχής μας. Η ιστορία ξετυλίγεται σε δώδεκα επεισόδια τα οποία απεικονίζουν τα νοσοκομεία σε συγκεκριμένα μέρη και χρονικές περιόδους, καλύπτοντας σημαντικά θέματα και εξελίξεις στην ιστορία της ιατρικής και της θεραπευτικής, από την αρχαία Ελλάδα ως την εποχή του AIDS. Το βιβλίο αυτό προσφέρει μια μοναδική και εκ των έσω ματιά στον κόσμο των νοσημάτων και των συναισθημάτων που συσχετίζονται με τη ζωή στα νοσοκομεία και την περίθαλψη των ασθενών, περιλαμβάνοντας αφηγήσεις τόσο των ασθενών, όσο και των θεραπειών τους. Εάν θεωρήσουμε τα νοσοκομεία οίκους «αποκατάστασης της τάξης», ικανούς να δαμάσουν το χάος που συσχετίζεται με τα δεινά, τις ασθένειες και το θάνατο των ανθρώπων, μπορούμε να καταλάβουμε καλύτερα και τη σημασία των τελετουργικών τους ρουτινών και κανόνων. Από τις απαρχές τους, τα νοσοκομεία αποτέλεσαν μέρη πνευματικής και σωματικής ανάρρωσης. Θα πρέπει να συνεχίσουν να ανταποκρίνονται σε κάθε ανθρώπινη ανάγκη. Ως παραδοσιακοί μάρτυρες της ανθρώπινης συμπόνιας και φιλανθρωπίας, τα νοσοκομεία πρέπει να συνεχίσουν να αποτελούν χώρους ίσης.

ΜΙΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΑΠΟ ΤΗΝ Ε.Ν.Ε.

Η Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος, στοχεύοντας στη συνεχή επιμόρφωση των Νοσηλευτών θα διαθέσει ΔΩΡΕΑΝ το βιβλίο «Η Ιστορία των Νοσοκομείων» σε όλους τους επί πτυχίω φοιτητές της Νοσηλευτικής.

Όλοι οι υπόλοιποι Νοσηλευτές μπορούν να προμηθευτούν το βιβλίο στην ειδική τιμή των 45 €.



ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ: ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
Βασιλίσσης Σοφίας 47, 10676 Αθήνα, Τηλ.: 210 3648 044
Fax: 210 3648 049, 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***
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ: **ΑΡΙΣΤΕΙΔΗΣ ΔΑΓΛΑΣ***
ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ ΕΚΔΟΣΗΣ: **ΜΙΧΑΛΗΣ ΠΙΤΣΙΛΙΔΗΣ**
ΑΡΧΙΣΥΝΤΑΚΤΗΣ: **Δρ. ΑΘΗΝΑ ΚΑΛΟΚΑΙΡΙΝΟΥ** Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ
ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ: **Δρ. ΡΟΚΚΑ ΒΑΣΙΛΙΚΗ, Δρ. ΣΑΡΙΔΗ ΜΑΡΙΑ**
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ: **ΛΑΜΠΡΟΣ ΜΠΙΖΑΣ*, ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΠΙΣΤΟΛΑΣ***
ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ ΣΥΝΔΡΟΜΩΝ: **ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΑ ΜΠΕΛΑΛΗ***
ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ ΔΙΑΝΟΜΗΣ ΕΝΤΥΠΟΥ: **ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΑΒΡΑΜΙΔΗΣ***

ISSN 1791-9002

Το ΔΣ της ΕΝΕ*:

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

Μέλη ΔΣ:

Πιστόλας Δημήτριος, Αρβανίτης Γεώργιος, Ποντισίδης Γεώργιος, Κωστής Απόστολος, Ριζόπουλος Ρίζος, Δημητρέλης Δημήτριος, Γάκης Νικόλαος, Σπυράτος Φώτιος

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Δρ. ΚΩΝ/ΝΟΣ ΑΘΑΝΑΣΑΚΗΣ Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας, Επιστημονικός Συνεργάτης ΕΣΔΥ
Δρ. ΣΟΦΙΑ ΖΥΓΑ Επίκουρη Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου
Δρ. ΕΥΜΟΡΦΙΑ ΚΟΥΚΙΑ Λέκτορας Τμήματος Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ
ΘΕΟΧΑΡΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ MSc Καθηγητής Εφαρμογών ΑΤΕΙ Κρήτης
Δρ. ΘΑΛΕΙΑ ΜΠΕΛΑΛΗ Επίκουρη Καθηγήτρια ΤΕΙ Θεσσαλονίκης

ΜΕΛΗ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

Dr. Koutroubas Theodoros, Professor, UC Louvain.
Dr. Ehrenfeld Mally, RN, PhD, Head of Nursing dep. Associate Professor Tel-Aviv University, Dep of Nursing, Israel.
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 Enridiki, Lecturer Department of Nursing, Cyprus University of Technology. President of the Council of Nursing and Midwifery.
Sironi Cecilia RN, BSc, MSc Università degli Studi dell' Insubria-Varese Italy.
Sasso Lorendana, Professore Associato, Università degli Studi di Genova.
Gennaro Rocco, Vice Presidente IPASVI.

ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ:

- 1. ΙΩΑΝΝΗΣ ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ**, Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας, Κοσμήτωρ ΕΣΔΥ
- 2. ΑΛΕΞΙΟΣ ΠΑΡΑΡΑΣ**, Δικηγόρος Δημοσιολόγος, Νομικός Σύμβουλος ΕΝΕ
- 3. ΦΩΤΙΟΣ ΛΕΠΙΔΑΣ**, Νομικός Σύμβουλος της όης ΥΠΕ, DEA, Διοικητικό Δίκαιο, Montpellier France
- 4. ΦΩΤΕΙΝΗ ΕΛΕΝΗ ΚΑΡΑΧΑΛΙΟΥ**, Παιδίατρος Ενδοκρινολόγος, Διευθύντρια Τμήματος Άθλησης και Ανάπτυξης Ν.Π. Αγλαΐα Κυριακού

ΔΡ ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΡΟΚΑ

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: η «Ευκαιρία» των Συστημάτων Υγείας σε Καιρό Οικονομικής Κρίσης3

ΒΡΑΒΕΙΟ ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ ΕΝΕ 2013

ΓΙΑΝΝΟΥΛΑ ΝΤΑΒΩΝΗ, ΜΑΡΙΑ ΜΠΑΓΙΑΤΗ-ΛΕΒΑΚΟΥ, ΜΑΡΙΑ ΔΑΝΤΣΙΟΥ

Ηθικοί προβληματισμοί για τον περιορισμό της θεραπείας και αποφάσεις στο τέλος της ζωής5

ΓΙΑΝΝΟΥΛΑ ΝΤΑΒΟΝΙ, ΜΑΡΙΑ ΒΑΓΙΑΤΙ-ΛΕΒΑΚΟΥ, ΜΑΡΙΑ ΔΑΝΤΣΙΟΥ

Ethical Considerations for the reduction of treatment decisions and the end of life

ΒΡΑΒΕΙΟ ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ ΕΝΕ 2013

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ ΜΠΑΚΕΛΛΑ, ΕΥΤΥΧΙΑ ΓΙΑΓΚΟΥ, ΚΑΛΛΙΟΠΗ ΜΠΡΑΧΑΝΤΙΝΗ

Η επίδραση του “συνδρόμου mobbing” στην επαγγελματική ζωή των Νοσηλευτών 15

PARASKEVI BAKELLA, EFTYCHIA GIAGOU, KALLIOPH BRACHANTINI

The influence of “mobbing syndrome” in the professional life of nurses

ΒΡΑΒΕΙΟ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ ΕΝΕ 2013

ΣΤΑΥΡΟΣ ΣΤΑΦΥΛΙΔΗΣ, ΘΕΟΛΟΓΟΣ ΜΠΑΞΕΒΑΝΟΣ, ΣΩΤΗΡΙΑ ΚΟΡΑΝΗ

Πρόληψη και αντιμετώπιση του ιού της λύσσας 22

STAVROS STAFYLIDIS, THEOLOGOS BAXEVANOS, SOTIRIA KORANI

Prevention and treatment of rabies virus

ΣΟΦΙΑ ΖΥΓΑ

Μετατραυματική Οξεία Νεφρική Ανεπάρκεια: Κλινική Προσέγγιση30

SOFIA ZYGA

Post Traumatic Acute Renal Failure: Clinical Process

ΤΟΓΚΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ, ΡΕΚΛΕΙΤΗ ΜΑΡΙΑ

Ο διευθυντής – ηγέτης στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση36

TOGAS KONSTANTINOS, REKLEITI MARIA

The Administrator-Leader in Third-Level Education

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΤΣΑΠΑΛΟΣ, ΘΑΝΑΣΗΣ ΚΑΡΑΛΗΣ, ΣΤΥΛΙΑΝΗ ΤΖΙΑΦΕΡΗ, ΠΕΤΡΟΣ ΓΑΛΑΝΗΣ, ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΠΡΕΖΕΡΑΚΟΣ

Αντίληψεις του νοσηλευτικού προσωπικού αναφορικά με τη μετασχηματίζουσα και την τοποθετημένη μάθηση στον επαγγελματικό τους χώρο: Η περίπτωση δημόσιου Νοσοκομείου της Περιφέρειας Πελοποννήσου43

GEORGE TSAPALOS, THANASIS KARALIS, STYLIANI TZIAFERI, PETROS GALANIS, PANAGIOTIS PREZERAKOS

Quality of life and cancer patient (part III): proxy assessment of patient quality of life

ΝΙΚΑΣ ΜΑΡΙΟΣ, ΓΟΥΡΓΟΥΛΙΑΝΙΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ, ΔΑΝΙΗΛ ΖΟΕ, ΧΑΤΖΟΓΛΟΥ ΧΡΥΣΙ, ΡΟΥΠΑ ΖΟΕ5ΒΙΖΟΡΟΥΛΟΥ ΖΟΕ,

ΜΕΗΙΛΙΑΓΓΕΛΟΣ ,ΓΟΥΓΟΥΜΑΤΙ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΑ, ΔΙΟΜΙΔΟΥΣ ΜΑΡΙΑΝΝΑ

“The Syndrome of Sleep Apnea in the elderly suffering from COPD and live in the county of Attica”53

ΚΥΡΙΑΖΙΣ ΙΩΑΝΝΙΣ, ΡΕΚΛΕΙΤΗ ΜΑΡΙΑ, ΒΕΛΙΟΤΙΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ, ΣΑΡΙΔΗ ΜΑΡΙΑ

Diabetes in Greece - A recent approach60

ΚΡΙΤΕΣ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ

- | | | | | |
|----------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|----------------------------|
| 1. ΑΔΑΜΟΠΟΥΛΟΥ ΘΕΟΔΟΥΛΗ | 11. ΕΥΑΓΓΕΛΙΔΟΥ ΕΥΤΥΧΙΑ | 21. ΚΟΥΡΑΚΟΣ ΜΙΧΑΗΛ | 30. ΜΠΙΖΑΣ ΛΑΜΠΡΟΣ | 39. ΣΤΑΘΑΡΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ |
| 2. ΑΠΟΣΤΟΛΑΡΑ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ | 12. ΕΥΓΕΝΙΔΟΥ ΕΛΕΝΗ | 22. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑΚΗ ΒΑΙΑ | 31. ΜΩΥΣΟΓΛΟΥ ΓΙΑΝΝΗΣ | 40. ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ |
| 3. ΒΕΛΟΝΑΚΗ ΒΕΝΕΤΙΑ-ΣΟΦΙΑ | 13. ΕΥΛΑΒΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ | 23. ΜΑΓΓΟΥΛΙΑ ΠΟΥΛΥΞΗΝΗ | 32. ΝΤΑΒΩΝΗ ΓΙΑΝΝΟΥΛΑ | 41. ΣΤΑΜΑΤΑΚΗ ΠΕΤΡΟΥΛΑ |
| 4. ΒΕΝΕΤΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ | 14. ΙΩΑΝΝΙΔΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ | 24. ΜΑΛΛΙΑΡΟΥ ΜΑΡΙΑ | 33. ΝΤΑΦΟΓΙΑΝΝΗ ΧΡΥΣΟΥΛΑ | 42. ΣΤΟΥΦΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ |
| 5. ΓΕΡΑΛΗ ΜΑΡΙΑ | 15. ΚΑΝΕΛΗ ΣΤΑΜΑΤΙΑ | 25. ΜΕΛΛΟΥ ΚΑΣΣΙΑΝΗ | 34. ΝΤΙΟΥΔΗ ΠΑΓΩΝΑ | 43. ΤΑΝΗ ΣΟΦΙΑ |
| 6. ΠΑΚΟΥΜΑΚΗ ΕΙΡΗΝΗ | 16. ΚΑΠΕΛΛΑ ΜΑΡΙΑ | 26. ΜΟΥΓΙΑ ΒΑΣΙΛΙΚΗ | 35. ΠΑΛΗΤΖΗΚΑ ΔΗΜΗΤΡΑ | 44. ΧΑΡΑΛΑΜΠΙΔΟΥ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ |
| 7. ΓΚΟΛΦΙΝΟΠΟΥΛΟΥ ΚΑΣΣΙΑΝΗ | 17. ΚΑΡΑΙΣΚΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ | 27. ΜΠΑΛΑΣΚΑ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ | 36. ΠΑΝΤΑΖΗ ΚΥΡΙΑΚΟΥΛΑ | 45. ΧΑΤΖΙΚΑ ΚΑΛΛΙΟΠΗ |
| 8. ΓΛΟΥΦΤΣΗ ΕΛΕΝΗ | 18. ΚΑΡΑΛΗ ΝΕΚΤΑΡΙΑ | 28. ΜΠΑΡΕ ΕΛΠΙΔΑ | 37. ΠΑΥΛΑΤΟΥ ΝΙΚΗ | 46. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ ΕΛΕΝΗ |
| 9. ΔΑΛΛΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ | 19. ΚΑΥΚΙΑ ΘΕΟΔΩΡΑ | 29. ΜΠΑΡΟΥΣΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ | 38. ΡΕΚΛΕΙΤΗ ΜΑΡΙΑ | |
| 10. ΔΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑΝΑ | 20. ΚΟΛΟΒΟΣ ΠΕΤΡΟΣ | | | |

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: η «Ευκαιρία» των Συστημάτων Υγείας σε Καιρό Οικονομικής Κρίσης

Είναι καθολικώς αποδεκτό ότι η Υγεία είναι ο κυριότερος παράγοντας κοινωνικο-οικονομικής προόδου και προσωπικής ανέλιξης του ατόμου. Πολιτικοί, οικονομικοί, κοινωνικοί, πολιτιστικοί, πολιτισμικοί, περιβαλλοντικοί, συμπεριφερσιολογικοί και βιολογικοί παράγοντες επιδρούν στο επίπεδο Υγείας της πληθυσμού. Αναλόγως, οι σύγχρονες κοινωνίες δραστηριοποιούνται σε όλο το εύρος των παραγόντων αυτών, προκειμένου να τους καταστήσουν υποστηρικτικούς για την Υγεία και να αποτρέψουν τη Νόσο.

Οι Υπηρεσίες Υγείας, με τη μορφή των σύγχρονων συστημάτων υγείας, αποτελούν οργανωμένα σύνολα επιμέρους υπηρεσιών, με διαρκώς εξελισσόμενη μορφή, που συνεργάζονται προκειμένου να διασφαλιστεί η συνολική Υγεία του πληθυσμού. Στα πλαίσια αυτά, η επιστημονική ιατρική πράξη μετασχηματίζεται σε «Φροντίδα Υγείας» και ανάλογα με το επίπεδο στο οποίο ασκείται, ταξινομείται σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, όπως ορίστηκε στην παγκόσμια διάσκεψη της Alma Ata, είναι η βασική φροντίδα υγείας βασισμένη σε πρακτικές, επιστημονικά τεκμηριωμένες και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογία, προσιτή σε όλα τα άτομα και της οικογένειας στην κοινότητα, μέσα από την πλήρη συμμετοχή της και με κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορούν να καλύψουν, σε κάθε βήμα της ανάπτυξης της, στο πνεύμα της αυτοδυναμίας και του αυτοπροσδιορισμού. Αποτελεί δε αναπόσπαστο κομμάτι τόσο του συστήματος υγείας της χώρας του οποίου είναι κεντρική λειτουργία και κύριος στόχος, όσο και της συνολικής κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας. Ταυτόχρονα, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι το πρώτο επίπεδο επαφής των ατόμων, της οικογένειας και της κοινότητας με το εθνικό σύστημα υγείας, το οποίο φέρνει τη φροντίδα υγείας όσο το δυνατόν πλησιέστερα στον τόπο, όπου ο πληθυσμός ζει και εργάζεται, και αποτελεί το πρώτο στοιχείο μιας συνεχούς διαδικασίας για τη φροντίδα υγείας. Η Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, περιλαμβάνουν δράσεις και παρεμβάσεις που αναφέρονται στο νοσοκομειακό χώρο. Τα τρία επίπεδα Φροντίδας Υγείας βρίσκονται σε μία λειτουργική διασύνδεση από την αποτελεσματικότητα της οποίας εξαρτώνται και οι εκβάσεις των Συστημάτων Υγείας.

Η Πολιτική Υγείας αναφέρεται στο σύνολο των μέτρων και των δράσεων που αναλαμβάνει μία κυβέρνηση στο χώρο της Υγείας, με κριτήριο τις ανάγκες Υγείας του πληθυσμού, τους διαθέσιμους πόρους και μέσα, το πολιτικό πλαίσιο και την γενικότερη οικονομική κατάσταση. Είναι σαφές ότι ο βασικός στόχος των Πολιτικών Υγείας, στις αναπτυγμένες χώρες, είναι ο εκσυγχρονισμός των Συστημάτων Υγείας, με το χαμηλότερο δυνατό κόστος και για την υψηλότερη δυνατή ποιότητα.

Επιστημονικές μελέτες διεθνούς εμβέλειας καταδεικνύουν ότι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, όπως υλοποιείται στα ιατρεία κέντρων υγείας, πολυιατρείων και νοσοκομείων, αποτελεί νημό για τη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα, συμβάλλοντας έτσι στον περιορισμό της άσκοπης ζήτησης εξειδικευμένων υπηρεσιών καθώς και της άσκοπης νοσηλείας. Παράλληλα, δεδομένης της επικέντρωσης στην πρόληψη, μέσα από τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και την αλλαγή της συμπεριφοράς, συμβάλλει αποφασιστικά στη μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας, με μέτρα σαφώς χαμηλότερου κόστους και απαιτήσεων σε πόρους και μέσα. Επίσης, είναι η ενδεδειγμένη φροντίδα υγείας σε άτομα με ψυχικές νόσους, καθώς στις περιπτώσεις αυτές η έγκαιρη αναγνώριση και εξειδικευμένη αντιμετώπιση, μπορούν να συμβάλλουν στην παραμονή των πασχόντων στο οικείο περιβάλλον της οικογένειας και την ομαλότερη ένταξη και διαβίωσή τους στο κοινωνικό σύνολο. Αναλόγως, σε περιπτώσεις χρόνιων παθήσεων, η συστηματική παρακολούθηση των πασχόντων και η ενίσχυση της κατ'οίκον αντιμετώπισης των προβλημάτων της υγείας τους οριοθετούν μία πολιτική αντιμετώπισης επικεντρωμένη στον άνθρωπο, που επηρεάζει σαφώς τόσο τον πάσχοντα και την οικογένειά του όσο και το σύστημα υγείας και το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Ενδεικτικά μπορεί να αναφερθεί η αποφυγή της άσκοπης αλλαγής περιβάλλοντος και των μετακινήσεων, πολλές φορές μακριά από τον τόπο κατοικίας, επιπλοκών όπως νοσοκομειακές λοιμώξεις, δυσβάσταχτων εξόδων για την οικογένεια, υπερκόπωσης των φροντιστών, φόρτισης του συστήματος υγείας με υπερπλήρωση των νοσοκομειακών κλινών, αύξησης του κόστους υγείας. Επίσης, κομβικό σημείο αποτελεί η εγγύτητα των υπηρεσιών, καθώς και η προσβασιμότητα και προσπελασιμότητα. Δεδομένου ότι οι δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, βασίζονται επί το πλείστον στο ανθρώπινο δυναμικό και λιγότερο στην υλικοτεχνική υποδομή, που κατά κανόνα είναι η στοιχειώδης, δίνουν τη δυνατότητα της άρσης γεωγραφικών εμποδίων, χρονικών περιορισμών και απαιτήσεων υψηλών δαπανών.

Η ενίσχυση των δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και η ενθάρρυνση της σωστής επικοινωνίας στους κόλπους των Συστημάτων Υγείας, σε συνδυασμό με τη σωστή ενημέρωση του πληθυσμού- χρηστών των υπηρεσιών, μπορούν να συμβάλλουν αποφασιστικά στη διασφάλιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου υγείας και την εν γένει βελτίωση της υγείας, ως παράγοντα ανθρώπινου κεφαλαίου. Αναλόγως και οι δαπάνες για την υγεία μπορούν να μειωθούν χαρακτηριστικά, μέσα από την αναδιανομή των πόρων και μέσων και την ενδεδειγμένη μελέτη του κόστους σε συνάρτηση με την αποτελεσματικότητα και το όφελος.

Σε ό,τι αφορά στην Ελληνική πραγματικότητα, πρόσφατες μελέτες κρούουν τον κώδωνα του κινδύνου σχετικά με το επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Η οικονομική ύφεση και η ένδεια των πόρων και μέσων, που πλήττουν την Ελλάδα, περισσότερο από κάθε άλλη Ευρωπαϊκή χώρα, καθιστά μονόδρομο τον επανασχεδιασμό του Συστήματος Υγείας και τον προσανατολισμό των Πολιτικών Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Τώρα, περισσότερο από ποτέ, πρέπει να καταρριφθεί ο μύθος του Σίσυφου, με τις αέναες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες του τομέα της Υγείας που τελικά παραμένουν ατελέσφορες. Ο στρατηγικός σχεδιασμός υπηρεσιών που μπορούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες υγείας του πληθυσμού και στις οποίες μπορεί να έχει πρόσβαση ο πληθυσμός, μέσα από την υποστήριξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, αποτελεί επιταγή των καιρών και ευκαιρία του Συστήματος Υγείας να ανατρέψει ένα καθόλα δυσμενές κοινωνικοπολιτικό περιβάλλον και να το καταστήσει υποστηρικτικό για την Υγεία, το πολυτιμότερο αγαθό για τον άνθρωπο.

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αδαμακίδου Θ., Καλοκαιρινού- Αναγνωστοπούλου Α. (2008) Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, 47(3):320-333
- Διεθνής Συνδιάσκεψη Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας Alma-Ata, USSR, 6-12 Σεπτεμβρίου 1978
- Ευμορφίδου Π., (2009), Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα .Κριτική της εξέλιξης της και οι προκλήσεις του μέλλοντος. Διοικητική ενημέρωση, 50, 76-87
- Κυριόπουλος Ι., Β. Τσιάντου, (2010), Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής. 27(5):834-840, διαθέσιμο στο <http://www.mednet.gr/archives/2010-5/pdf/834.pdf>
- Λιονής, Χ. (2007). Ο οικογενειακός γιατρός ως παράγων δημόσιας υγείας. Στο βιβλίο των Κορνάρου Ε. και Ρουμελιώτου Α: Η Δημόσια Υγεία στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Αθήνα: εκδόσεις Παπαζήση.
- Πατελάρου Α.,(2011), Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία- Προτάσεις για παρέμβαση. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης, 4 (3), 53-61
- Τούντας, Γ. (2000). Οργάνωση και αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας. Στο βιβλίο των Τριχόπουλος, Δ., Καλαποθάκη, Β., Πετρίδου, Ε. Πρωτοβάθμια Ιατρική και Δημόσια Υγεία. Αθήνα: εκδόσεις ΖΗΤΑ
- OECD (2012), Health at a Glance. Διαθέσιμο στο <http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en>
- Polyzos, N., C. Economou and C. Zilidis (2008), "National Health Policy in Greece: Regulations or Reforms? The Sisyphus Myth,". European Research Studies, XI(3):91-118
- Andrews M. & Boyle J. (1999) Transcultural Concepts in nursing care. Philadelphia: Lippincot, Williams & Wilkins.
- College of Nurses of Ontario (2009). Practice Guideline: Culturally Sensitive Care. Available at http://www.cno.org/Global/docs/prac/41040_CulturallySens.pdf Accessed Jun 22, 2011.
- Giger J., & Davidhizar R. (2008) Transcultural nursing: Assessment and intervention. St. Louis: 5th Edition. Mosby/Elsevier.
- Omeri A., & Raymond L. (2009) Diversity in the context of multicultural Australia: Implications for nursing practice. In Daly, J. Speedy S & Jackson D (Eds.) Contexts of nursing: An introduction. Ch. 19, 3rd Edition, Australia: Elsevier, ChurchillLivingstone.
- Purnell, L., & Paulanka, B. (2008). Transcultural health care: A culturally competent approach. Philadelphia: F.A. Davis
- Stewart M., Brown B., Boon H., Galadja J., Meredith L., Sangser M. (1999) Evidence on patient-doctor communication. Cancer Prevention and Control 3(1):25-30.
- Weech-Maldonado R., Morales S., Spritzer K., Elliot M., Hays D. (2001) Racial and ethnic differences in parents' assessments of pediatric care in Medicaid managed. Health Services Research 36(3):575-595.
- Ευρωπαϊκός Διαπολιτισμικός Διάλογος (2007). Ευρωπαϊκός Διαπολιτισμικός Χώρος εργασίας. Leonardo Da Vinci: European Intercultural Workplace (EIW). Ανάκτηση από http://imm1.se/eiw/texts/National_Report_Greek.pdf Πρόσβαση στις 13 Μαρτίου 2010.
- Παραδόπουλος Ι., Καλοκαιρινού Α., Κουτά Χ. (2011) Διαπολιτισμική Νοσηλευτική και Πολιτισμική Επάρκεια για τους Επαγγελματίες Υγείας. Αθήνα: Πασχαλίδης.
- Saldaña D. (2010). Πολιτισμική επάρκεια, Ένας πρακτικός οδηγός για εργαζόμενους σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Αθήνα: Κέντρο Βαβέλ (Βλασοπούλου Α, μπφ, επιστ. επιμ. Γκιωνάκης Ν). Διαθέσιμο σε http://www.syn-eirmos.gr/Sub_vanel/pdfs/Po_epar.pdf Πρόσβαση στις 9 Σεπτεμβρίου 2011.
- Φίλη Κ. (2006) Φροντίδα υγείας ατόμων με πολιτισμικές διαφορές : θεωρητικές προσεγγίσεις. Αθήνα: Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία. Τμήμα Νοσηλευτικής: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Δρ Βασιλική Ρόκα
Αξιωματικός (ΥΝ) ΠΝ,

Τμηματάρχης Δνσης Εκπαίδευσης & Έρευνας, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών,
Επιστημονικός Συνεργάτης, ΕΚΠΑ, Τμ. Νοσηλευτικής
Εργαστηριακός Συνεργάτης, ΤΕΙ Αθηνών, Τμ. Νοσηλευτικής

ΒΡΑΒΕΙΟ ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ ΕΝΕ 2013

Ηθικοί προβληματισμοί για τον περιορισμό της θεραπείας και αποφάσεις στο τέλος της ζωής

Γιαννούλα Νταβώνη¹, Μαρία Μπαγιάτη-Λεβάκου², Μαρία Δάντσιου³

1. Προϊσταμένη Χειρουργείου Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», yiannadavoni@gmail.com
2. Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς».
3. Νοσηλεύτρια, Msc, Γραφείου Ν.Υ. Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», mariadan1977@gmail.com

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Νταβώνη Γιαννούλα

Αγ. Σπυρίδωνος 10, 11146 Γαλάτσι Τηλ: 6977745797, 2102220573, E-mail: yannadavoni@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Οι επαγγελματίες υγείας σήμερα δίνουν μάχη για να κρατήσουν στη ζωή έναν ασθενή. Σε κάθε εποχή ο διάλογος για τις αποφάσεις στο τέλος της ζωής επικεντρώνεται στο αν το άτομο έχει δικαίωμα να αποφασίσει για το τέλος του.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας ανασκοπικής εργασίας είναι η παράθεση νομικών και ηθικών ζητημάτων που ανακύπτουν σχετικά με το θάνατο.

Ανασκόπηση βιβλιογραφίας: Διενεργήθηκε εκτενής και συστηματική ανασκόπηση σε διεθνείς βάσεις δεδομένων (MeSH, Pubmed), ανακτήθηκαν πληροφορίες από τις επιτροπές βιοηθικής διαφόρων χωρών (Ελλάδα, Κύπρου, Βρετανίας, Γαλλίας, Αυστρίας, Βελγίου) και τη Διευθύνουσα επιτροπή βιοηθικής του συμβουλίου της Ευρώπης και μελετήθηκε η σχετική βιβλιογραφία της τελευταίας δεκαετίας με λέξεις κλειδιά όπως: θεραπευτικό όφελος, ανακουφιστική φροντίδα υγείας, τελικό στάδιο, αυτονομία.

Η συστηματική ανασκόπηση κατέδειξε ότι ο θάνατος αποτελεί μείζον θέμα δημόσιας υγείας λόγω των πολλών παραμέτρων του που σχετίζονται με τις αρχές άσκησης του ιατρονοσηλευτικού λειτουργήματος, τις ανισότητες στο χώρο της υγείας καθώς και τις κοινωνικοηθικές και θρησκευτικές αντιλήψεις. Η τεχνητή υποστήριξη των βασικών λειτουργιών του ανθρώπου, οδήγησε στον εντοπισμό ιδιόμορφων συνδρόμων όπως του εγκεφαλικού θανάτου και της εξακολουθητικής φυτικής κατάστασης, με αποτέλεσμα τη δημιουργία ηθικών διλημάτων περί εφαρμογής, συνέχιση ή απόσυρση της υποστήριξης της ζωής.

Συμπέρασμα: Γίνεται αντιληπτό ότι κάθε συζήτηση γύρω από το θέμα, δεν μπορεί να βρει απαντήσεις ή λύσεις που να είναι ομόφωνα αποδεκτές. Όσο περισσότερο και αν υποστηρίζεται ένα δικαίωμα στο θάνατο, στο όνομα της όποιας «αξιοπρεπούς λύτρωσης», ο ρόλος του ιατρού και των νοσηλευτών είναι να προσπαθούν να θεραπεύσουν και αν αυτό δεν σταθεί δυνατό, να απαλύνουν τον πόνο και να ανακουφίσουν μέχρι το τέλος.

Λέξεις Κλειδιά: Ανακουφιστική φροντίδα υγείας, αυτονομία, θεραπευτικό όφελος, περιορισμός θεραπείας, τελικό στάδιο

Ethical Considerations for the reduction of treatment decisions and the end of life

Giannoula Ntavoni¹, Maria Bagiati-Levakou², Maria Dantsiou³

1. O.R. Manager General Hospital of Athens "G. Gennimatas", yiannadavoni@gmail.com

2. Director of Nursing Services, General Hospital of Athens "G. Gennimatas"

3. Msc, Nurse of Nursing Service Office,
General Hospital of Athens "G. Gennimatas", mariadan1977@gmail.com

ABSTRACT

Introduction: Health professionals today are struggling to keep afloat a patient. Each time the debate about the decisions at the end of life centers on whether the person has the right to decide on the end.

Objective: The purpose of this retrospective study is to quote legal and ethical issues that arise on death.

Literature review: Extensive and systematic review of international databases (MeSH, Pubmed), retrieved information from the bioethics committees of various countries (Greece, Cyprus, Britain, France, Austria, Belgium) and the Steering Committee for Bioethics of the Council of Europe and studied the literature of the last decade with keywords like: a therapeutic benefit, palliative health care, ultimately, independence.

The systematic review has shown that death is a major public health issue because of several parameters related to the early exercise of the medical and nursing functions, to inequalities in health and the social, ethics and religious perceptions. The artificial support of basic functions in humans, led to the identification of particular types of syndromes such as brain death and the persistent vegetative state, thus creating moral dilemmas on the application, continuation or withdrawal of life support.

Conclusion: It is understood that any discussion on the subject, cannot find answers or solutions to be adopted unanimously. The more supported a right to death, in the name of any "decent redemption," the role of doctors and nurses are trying to heal and if it does not stand possible, alleviate pain and relieve until the end.

Keywords: palliative care, autonomy, therapeutic benefit, treatment limitation, final stage

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σήμερα γίνεται ολοένα και περισσότερο λόγος για την έννοια των αποφάσεων στο τέλος της ζωής και του περιορισμού της θεραπείας, ιδίως όταν αυτή θεωρείται μάταιη (futile). Ο προβληματισμός για το τέλος της ζωής υπάρχει από την αρχαιότητα, ωστόσο η ανάγκη επιλογής ανάμεσα στην υποστήριξη της ζωής με τη χρήση της τεχνολογίας ή την απρόσκοπτη κατάληξη του ασθενούς από τη νόσο και τις επιπλοκές της ανέκυψε για πρώτη φορά τη δεκαετία του '60 όταν η τεχνολογική εξέλιξη επέτρεψε στους θεράποντες τη δυνατότητα να διατηρήσουν στη ζωή ακόμη και ασθενείς που ήταν σε μη αναστρέψιμη κωματώδη κατάσταση. Το αποτέλεσμα ήταν ο καθημερινός προβληματισμός και η δημιουργία ηθικών διλημάτων περί εφαρμογής, συνέχισης ή απόσυρσης της υποστήριξης της ζωής.

Το 20% των θανάτων στις ΗΠΑ και την Ευρώπη συμβαίνουν στο χώρο της μονάδας εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) ενώ για το 8-10% των ασθενών λαμβάνονται αποφάσεις τέλους ζωής. Στοιχεία πρόσφατης μελέτης έδειξαν ότι το 36% των θανάτων στις ΜΕΘ επέρχεται μετά από λήψη αποφάσεων τέλους ζωής, οι οποίες συνήθως αφορούν την απόσυρση ή τον περιορισμό της θεραπείας, που πιθανώς παρατείνει τη ζωή, καθώς και την εφαρμογή της ανακουφιστικής αγωγής (Randal, 2007). Για τη χώρα μας δεν υπάρχουν στατιστικά στοιχεία, ωστόσο φαίνεται ότι η πλειονότητα των ανθρώπων πεθαίνουν νοσηλεύόμενοι και ειδικότερα στις ΜΕΘ (Magina, 2009). Ο περιορισμός ή η απόσυρση της υποστήριξης των ασθενών της ΜΕΘ, προηγείται του θανάτου τους πάνω από τις μισές φορές τόσο στις ΗΠΑ όσο και στην Ευρώπη. Σε μελέτη που έγινε σε 17 χώρες της Ευρώπης για τις πρακτικές που αφορούν τις αποφάσεις των γιατρών στο τέλος της ζωής των ασθενών, βρέθηκε ότι είχε ληφθεί απόφαση περιορισμού της υποστήριξης ή απόσυρσης της στο 72,6% των ασθενών που απεβίωσαν. Στις ΗΠΑ η συχνότητα είναι μεγαλύτερη και φαίνεται πως συνεχώς αυξάνει. Άξιο λόγου είναι το γεγονός ότι οι αποφάσεις περιορισμού της θεραπείας, από 51% που ήταν το 1987 άγγιξαν το 90% το 1993. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι επί 5910 θανάτων σε ΜΕΘ που μελετήθηκαν στις ΗΠΑ στο 14% είχε προηγηθεί περιορισμός της υποστήριξης, στο 36% είχε προηγηθεί απόσυρση θεραπείας, στο 24% είχε χορηγηθεί πλήρης υποστήριξη και είχε περιοριστεί μόνο η καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση και τέλος μόνο στο 26% είχε χορηγηθεί υποστήριξη μέχρι την έλευση του θανάτου (Grubb et al, 2012).

Αποτελέσματα ερευνών στην Ελλάδα δείχνουν ότι, ένα σημαντικό ποσοστό γιατρών έχει έμμεση αντίληψη συγκεκριμένων περιπτώσεων ενεργητικής και παθητικής ευθανασίας (18,5% και 32,1% αντίστοιχα). Επιπλέον, οι μισοί περίπου από τους ερωτηθέντες γιατρούς αναφέρουν ότι τους έχει ζητηθεί από συγγενείς ασθενούς να προβούν σε ενεργητική ή παθη-

τική ευθανασία, παρόλο που η πλειοψηφία δηλώνει πως ποτέ δεν ανταποκρίθηκε θετικά σε σχετικό αίτημα. Τα αποτελέσματα δείχνουν επίσης ότι οι αποφάσεις που αφορούν το τέλος της ζωής, είναι ιδιαίτερα δύσκολες και συχνές, γεγονός που αποδεικνύει πως το θέμα αυτό υπάρχει, προβληματίζει και κυρίως δικάζει, καθώς τα ποσοστά των απαντήσεων μοιράζονται.

Όλα αυτά τονίζουν την ανάγκη ενημέρωσης, εκπαίδευσης και αποσαφήνισης ορισμένων σκοτεινών σημείων, έτσι ώστε να γίνει κατανοητό ότι αυτό το στενά συνδεδεμένο με πολλές προκαταλήψεις θέμα δεν πρέπει να αποτελεί μια "λύση", αλλά θέμα διαλόγου και προβληματισμού, καθιστώντας αναγκαία την ύπαρξη κατευθυντηρίων γραμμών (Garani et al, 1996). Μία άλλη έρευνα δείχνει ότι η συντριπτική πλειονότητα των ασθενών των μονάδων εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) δεν μπορούν να συμμετάσχουν στη λήψη της απόφασης μη κλιμάκωσης ή απόσυρσης της αγωγής. Οι προγενέστερες οδηγίες προβάλλουν ως πιθανός τρόπος διεύρυνσης της αυτονομίας του ασθενούς. Η ευθύνη της απόφασης μοιράζεται ανάμεσα στη θεραπευτική ομάδα και τους συγγενείς. Μέσω μιας διαδικασίας συζήτησης και ανταλλαγής πληροφοριών, καθορίζονται οι στόχοι της αγωγής. Όταν η αγωγή δεν μπορεί να εκπληρώσει τους στόχους που τέθηκαν, κρίνεται ανώφελη και δεν κλιμακώνεται ή αποσύρεται. Τυχόν συγκρούσεις αντιμετωπίζονται αρχικά μέσω της επανάληψης του διαλόγου και της εμπάθουσας της επικοινωνίας. Σε ανεπίλυτη διαφωνία, το θέμα παραπέμπεται στην επιτροπή δεοντολογίας του νοσοκομείου. Μελέτες παρατήρησης που έγιναν σε διάφορες χώρες και ηπείρους έδειξαν ότι, σε ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών που πεθαίνουν στη ΜΕΘ, έχει προηγηθεί μη κλιμάκωση ή απόσυρση της αγωγής, και ότι η απόφαση σχετίζεται με ποικίλους κλινικούς παράγοντες. Η συχνότητα του περιορισμού της αγωγής καθώς και ο βαθμός συμμετοχής των συγγενών στη λήψη της απόφασης επηρεάζονται από το πολιτισμικό πλαίσιο (Margaritis, 2011).

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η παράθεση νομικών και ηθικών ζητημάτων που ανακύπτουν σχετικά με το θάνατο, όπως και η διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο αντιμετωπίζεται το θέμα του περιορισμού μιας μάταιης θεραπείας, ιδιαίτερα στις μονάδες εντατικής θεραπείας.

Προκειμένου λοιπόν να εξασφαλιστεί η καλύτερη δυνατή απάντηση στον προβληματισμό για το ποιός αποφασίζει το τέλος της ζωής ασθενούς τελικού σταδίου, διενεργήθηκε εκτενής και συστηματική ανασκόπηση σε διεθνείς βάσεις δεδομένων (MeSH, Pubmed), ανακτήθηκαν πληροφορίες από τις επιτροπές βιοηθικής διαφόρων χωρών (Ελλάδας, Κύπρου, Βρετανίας, Γαλλίας, Αυστρίας, Βελγίου) και τη Διευθύντρια επιτροπή βιοηθικής του συμβουλίου της Ευρώπης, έγινε

περίηγηση σε ιστοσελίδες και μελετήθηκε η σχετική βιβλιογραφία της τελευταίας δεκαετίας με λέξεις κλειδιά όπως θεραπευτικό όφελος, ανακουφιστική φροντίδα υγείας, τελικό στάδιο, αυτονομία.

Αποφάσεις στο τέλος της ζωής

Σήμερα κερδίζει έδαφος η έννοια των αποφάσεων στο τέλος της ζωής (Medical Decisions at the End of Life). Ο όρος υποδηλώνει τις περιπτώσεις κατά τις οποίες γίνεται συζήτηση σχετικά με τις αποφάσεις που πρέπει να ληφθούν από τον ασθενή, τους συγγενείς και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, όταν η κατάσταση του ασθενούς καθιστά οποιαδήποτε περαιτέρω περίεμβαση μάταιη. Οι περιπτώσεις αυτές αφορούν:

Την καρδιοαναπνευστική ανάνηψη: Με βάση τη συμφωνία του Appleton (1849), οι γιατροί έχουν την υποχρέωση να σέβονται την επιθυμία του ασθενούς για εφαρμογή καρδιοαναπνευστικής ανάνηψης και παράτασης της θεραπείας, όχι όμως όταν αυτά θεωρούνται μάταια. Μάταιη θεωρείται η θεραπεία όταν δεν μπορεί να ματαιώσει την επέλευση του θανάτου, να παρατείνει τη ζωή για μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο και να διατηρήσει μια αποδεκτή ποιότητα ζωής.

Το δόγμα του διπλού αποτελέσματος: Θεωρείται αποδεκτή ιατρική πράξη, η οποία ορίζεται ως παροχή θεραπείας που μπορεί να οδηγήσει στη συντόμευση της ζωής, χωρίς όμως αυτή να είναι ο στόχος της.

Τις προγενέστερες επιθυμίες του ασθενούς: Οι οδηγίες αυτές αποτελούν έκφραση της συναίνεσης ή της άρνησης του ασθενούς στις ιατρονοσηλευτικές πράξεις, στην περίπτωση που σε μεταγενέστερο χρόνο καταστεί ανίκανος να αντιληφθεί την κατάσταση της υγείας του και να εκφράσει τη βούλησή του. Οι βασικές αρχές οι οποίες διέπουν αυτές τις επιθυμίες είναι ο σεβασμός της ελευθερίας του πολίτη και ο σεβασμός του δικαιώματος της αυτοδιάθεσης.

Στο ερώτημα αν έχει νόημα η διατήρηση του ασθενούς στη ζωή με «κάθε μέσο», θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι: «Η σύγχρονη τεχνολογία υποστήριξης της ζωής στοχεύει στη διασφάλιση καθημερινής υποστήριξης σε ασθενείς με δυνητικά αναστρέψιμη ανεπάρκεια οργάνου και όχι στο αναμέτρηση με το θάνατο» (Garani, 2010; National Bioethics Committee, 2006). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) το 2000, στο πλαίσιο της αξιολόγησης των συστημάτων υγείας διεθνώς, χρησιμοποίησε σαν βασικό κριτήριο την «υπευθυνότητα» (World Health Organization, 2000). Το κριτήριο αυτό περιλαμβάνει το σεβασμό της αξιοπρέπειας των προσώπων και των οικογενειών τους, και την προστασία της αυτονομίας τους στη λήψη αποφάσεων για την υγεία τους. Με τον τρόπο αυτόν,

ο Π.Ο.Υ. θέτει την αυτονομία του ασθενούς και τον ιατρικό ανθρωπισμό στο επίκεντρο των συστημάτων υγείας (World Health Organization, 2000). Στην ιατρική πράξη, ο σεβασμός της αυτονομίας έχει ως στόχο την καλύτερη δυνατή εφαρμογή της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, με τρόπο όμως που γίνονται σεβαστές οι ανάγκες και επιθυμίες των ασθενών. Τα ηθικά διλήμματα του τέλους της ζωής πρέπει να εξετάζονται με βάση τα συγκεκριμένα κατά περίπτωση δεδομένα και να αποφεύγονται οι γενικές αφοριστικές παρατηρήσεις. Πρωταρχικός στόχος είναι η καλύτερη δυνατή αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού και υλικών μέσων ώστε να καλύπτονται οι ανάγκες των πολιτών. Η λειτουργία του συστήματος υγείας δεν είναι, εκ πρώτης όψεως, άμεσα συνδεδεμένη με τη συναίνεση στη σχέση ιατρού-ασθενούς.

Εκτός από την εξατομικευση της ιατρικής φροντίδας με βάση τις ανάγκες και προτιμήσεις του ατόμου μια άλλη διεθνής τάση στην άσκηση της ιατρικής, άμεσα συνδεδεμένη με τις επιδιώξεις των συστημάτων υγείας, είναι η «τεκμηριωμένη ιατρική» (Timmermans et al, 2005). Η τεκμηριωμένη ιατρική είναι η «ευσυνείδητη, σαφής και συνετή χρήση των καλύτερων και πιο πρόσφατων (επιστημονικών) στοιχείων στη λήψη αποφάσεων για τη φροντίδα συγκεκριμένων ασθενών» (Sackett et al, 1996). Για την εφαρμογή αυτού του είδους της ιατρικής πρακτικής απαραίτητη είναι η κατάρτιση συγκεκριμένων κατευθυντήριων οδηγιών. Η τεκμηριωμένη ιατρική δεν φαίνεται, σε πρώτη ανάγνωση, να έρχεται σε σύγκρουση με την εξατομικευμένη ιατρική που έχει ως κέντρο της το πρόσωπο, εφόσον οι οδηγίες υπάρχουν για την καθοδήγηση στη λήψη αποφάσεων ως προς την επιστημονικά καλύτερη θεραπεία σε ένα συγκεκριμένο ασθενή και μια συγκεκριμένη πάθηση και όχι για την επιβολή συγκεκριμένων θεραπειών ή ορίων. Όμως σε κάποιες από τις χώρες όπου η τεκμηριωμένη ιατρική ήδη εφαρμόζεται, συμβαίνει να λειτουργεί περιοριστικά στην άσκηση της ιατρικής, καθώς οι οδηγίες επιβάλλονται και σε κάποιες περιπτώσεις οι γιατροί δεν μπορούν να τις παραβούν ακόμα και εάν πιστεύουν ότι κάτι τέτοιο θα ωφελούσε τον ασθενή τους (Timmermans et al, 2005; Sackett et al, 1996).

Αντίθετα, στη χώρα μας, δεν έχουν καθιερωθεί τέτοιου είδους κατευθυντήριες οδηγίες ή και περιορισμοί. Η συγκεκριμένη έλλειψη μπορεί να οδηγήσει τόσο σε θεραπείες που δεν είναι οι ενδεδειγμένες, σύμφωνα με τις πιο πρόσφατες επιστημονικές ανακαλύψεις, αλλά και ενδεχομένως σε κατασπατάληση πόρων. Η δίκαιη και αποτελεσματική αξιοποίηση των συγκεκριμένων και περιορισμένων πόρων που διαθέτει το σύστημα υγείας είναι ένα βασικό ζητούμενο, εξαιρετικά επίκαιρο για τη χώρα μας. Η αξιοποίηση των διεθνών εμπειριών και η ανάλυση των πλεονεκτημάτων και προβλημάτων που έχουν παρατηρηθεί σε συστήματα υγείας



ας άλλων χωρών, μπορούν να αποτελέσουν τη βάση για την καλύτερη δυνατή εφαρμογή της τεκμηριωμένης ιατρικής, παράλληλα με το σεβασμό της αυτονομίας του ατόμου (Garani et al, 1996; Margaritis, 2011).

Νομοθετική Προσέγγιση του ζητήματος στο Διεθνές Δίκαιο

Κατά το Αγγλικό δίκαιο η αφαίρεση ζωής είναι έγκλημα, ανεξάρτητα από τα κίνητρα του δράστη (Grubb, 2006). Στην περίπτωση, όμως, που ο γιατρός χορηγεί φαρμακευτική αγωγή που ενδέχεται να έχει ως αποτέλεσμα το θάνατο του ασθενούς, αν αποδειχθεί ότι ο κύριος στόχος ήταν να ανακουφίσει τους πόνους του ασθενούς, τότε ο γιατρός δεν διώκεται (Androulidaki, 1993). Η αγγλική νομοθεσία όσον αφορά την προστασία της ζωής θεωρείται πολύ αυστηρή, καθώς έχει υποστεί μεγάλη επίδραση από τη θρησκεία και για το λόγο αυτό η ζωή θεωρείται ιερή και η προστασία της εκτείνεται μέχρι και στο θάνατο. Ωστόσο, προβλήματα προκύπτουν όταν υπάρχει σύγκρουση του δικαιώματος στη ζωή και εκείνου που δίνει σε όλους τους ασθενείς που έχουν πλήρη συνείδηση, το δικαίωμα να αποφασίζουν οι ίδιοι για τη θεραπεία τους, ως ειδικότερη εκδήλωση του δικαιώματος έκφρασης της αυτονομίας του ασθενούς (Liatsa, 2009; Panagou, 2010; Garani, 2010).

Η βρετανική νομολογία ήδη από το 1965 αναγνώρισε το δικαίωμα του ασθενή να αρνηθεί κάθε θεραπεία, έστω και αν η άρνηση αυτή ενδέχεται να επιφέρει το θάνατο. Τα δικαστήρια αναγνωρίζουν επίσης τις λεγόμενες «προγενέστερες οδηγίες» των ασθενών, δηλαδή οι γιατροί είναι υποχρεωμένοι να σεβαστούν την τελευταία βούληση του ασθενούς, έστω και αν αυτός δεν είναι πλέον σε θέση να την επαναβεβαιώσει. Στην περίπτωση αυτή, γίνεται σεβαστή η απόφασή του, ακόμη και αν είναι προφανές σε όλους, συμπεριλαμβανομένου του ασθενούς, ότι είναι δυνατόν να προκληθούν αρνητικές συνέπειες ή ακόμη και ο θάνατός του (Liatsa, 2009; Panagou, 2010; Garani, 2010).

Η Γαλλική νομοθεσία όμως, από το 2005 εμφανίζεται πιο ελαστική καθώς επιτρέπει στις οικογένειες των ασθενών σε τελικό στάδιο να ζητήσουν το κλείσιμο των μηχανημάτων που υποστηρίζουν τεχνητά τη ζωή. Ο Γάλλος πρωθυπουργός Laurent Fabius πρότεινε νομοσχέδιο που επιτρέπει σε ασθενείς σε πολύ ειδικές περιπτώσεις να λάβουν βοήθεια για να πεθάνουν. Η πρόταση αναγνωρίζει το δικαίωμα των προσώπων που πάσχουν από ανίατη ασθένεια και βιώνουν ως ανυπόφορη την κατάστασή τους, σωματικά ή ψυχικά, να ζητούν από τον θεράποντα ιατρό τους την ενεργητική του συμμετοχή στον τερματισμό της ζωής τους. Ο ασθενής πρέπει να εκφράζει γραπτώς την επιθυμία του, η οποία θα συνοπογράφεται από δύο μάρτυρες παρουσία εκπροσώπου της δικαστικής εξου-

σίας, ενώ παράλληλα διατυπώνεται ξεκάθαρα ότι η πράξη του δεν επισύρει ποινικές ή επαγγελματικές κυρώσεις (Liatsa, 2009; Panagou, 2010).

Στη Γερμανία, παλιότεροι ποινικολόγοι υποστήριξαν ότι η πρακτική της ευθανασίας δεν αποτελεί άδικη πράξη. Επίσης η πλειονότητα των νεότερων και σύγχρονων ποινικολόγων της Γερμανίας τάσσεται εναντίον της απαλλαγής από κάθε ποινή του δράστη της ανθρωποκτονίας που γίνεται με συναίνεση. Από το 1971, δεν υπάρχουν κυρώσεις για την αυτοκτονία ή την υποβοηθούμενη αυτοκτονία ενώ από το 2005 υπάρχει παράρτημα της Ελβετικής κλινικής Dignitas με σκοπό αποκλειστικά την ενημέρωση των ασθενών για την διαδικασία υποβοηθούμενης αυτοκτονίας (Liatsa, 2009; Panagou, 2010).

Στην Ιταλία το 1984, πρόταση νόμου που κατατέθηκε προέβλεπε το ατιμώρητο του γιατρού όταν παλείπει να πάρει μέτρα διατήρησης της ζωής ενός ασθενούς τελικού σταδίου. Η δεύτερη πρόταση, το 1985, επεκτάθηκε πέρα από την παθητική και στην ενεργητική ευθανασία και προέβλεπε ότι όταν αυτή εφαρμόζεται σε ασθενείς που πάσχουν από ανίατη ασθένεια ή έχουν σοβαρές σωματικές ή πνευματικές επιβαρύνσεις, τότε ο δράστης τιμωρείται πάντοτε, όμως, με την μειωμένη ποινή που προβλέπει ο ιταλικός ΠΚ για την ανθρωποκτονία κατ' απαίτηση.

Άξιο λόγου είναι ότι Ανωτάτου Δικαστηρίου (τον Νοέμβριο του 2008), για πρώτη φορά στην Ιταλία αναγνώρισε το «δικαίωμα στο θάνατο» και επέτρεψε την αποσύνδεση. Πρόκειται για την υπόθεση της Ελουάνα Ενγκλάρο, η οποία βρισκόταν σε κωματώδη κατάσταση από το 1991, όταν υπέστη σοβαρό τροχαίο ατύχημα. Η άτυχη γυναίκα διατηρούνταν στη ζωή με ιατρικά μηχανήματα για 17 χρόνια, χωρίς να υπάρχει αποδεδεδειγμένα καμία πιθανότητα ανάκαμψης (Liatsa, 2009; Panagou, 2010).

Στην Ολλανδία, η ευθανασία νομιμοποιήθηκε σχετικά πρόσφατα, μετά από σχετική πρόταση το Νοέμβριο του 2000, η οποία υπερψηφίστηκε τον Απρίλιο του 2001 (Henk, 2003). Πρόκειται για την πρώτη ευρωπαϊκή χώρα που προέβη στη νομιμοποίηση. Προ της νομιμοποίησης της ευθανασίας είχε προηγηθεί μεγάλη εκστρατεία ενημέρωσης, αλλά και έλεγχος της γνώμης της ολλανδικής κοινωνίας και εμπλοκή πολλών παραγόντων (εκκλησίας και ιατρικού συλλόγου). Σύμφωνα, λοιπόν, με τον ολλανδικό νόμο δεν αποτελεί έγκλημα η πράξη του ιατρού, η οποία μπορεί να γίνεται με παροχή των καταλλήλων φαρμάκων ή με κάποια άλλη μέθοδο, εάν συντρέχουν σωρευτικά ορισμένες προϋποθέσεις που απαριθμεί ο νόμος. Συγκεκριμένα, ο ασθενής πρέπει να υποβάλει με τη δική του βούληση το σχετικό αίτημα κατόπιν σοβαρής σκέψης, να βιώνει αφόρητους πόνους και η κατάσταση του να μην επιδέχεται βελτίωση, να έχει πλήρη γνώση της κατάστασής του και της επιθυμίας του να πεθάνει (Liatsa, 2009; Panagou, 2010).

Το Βέλγιο ακολούθησε λίγο αργότερα το παράδειγμα της Ολλανδίας, η οποία έγινε η δεύτερη χώρα που νομιμοποίησε την ευθανασία, στα τέλη Σεπτεμβρίου του 2002. Με το νόμο αυτό δίνεται το δικαίωμα στους ανθρώπους, άνω των 18 χρονών, που πάσχουν από ανίατη ασθένεια να πεθάνουν. Και στη βελγική νομοθεσία αναφέρονται ρητά οι προϋποθέσεις σύμφωνα με οποίες η διαδικασία της ευθανασίας είναι νόμιμη. Απαραίτητη είναι η γραπτή δήλωση του ασθενή που εκφράζει, ένα μήνα τουλάχιστον πριν τη διαδικασία, την επιθυμία του να τερματίσει τη ζωή του, να πάσχει τούτος από ανίατη ασθένεια και να υποφέρει από αβάσταχτους πόνους, η κατάστασή του να είναι μη αναστρέψιμη, να γίνει εγωμάτευση της κατάστασής του και από δεύτερο γιατρό και τέλος πρέπει ο γιατρός να δώσει μια γραπτή λεπτομερειακή αναφορά για την διαδικασία της ευθανασίας για να την εξετάσει μια Επιτροπή. Πολύ πρόσφατα μάλιστα, θεσμοθετήθηκε η δυνατότητα να γίνεται ευθανασία και σε ασθενείς μικρότερους από 18 χρόνων. Η διαδικασία αυτή προβλέπεται μόνο για τους Βέλγους και δεν καλύπτει πολίτες άλλων χωρών (Liatsa, 2009; Panagou, 2010).

Στο Λουξεμβούργο, σύμφωνα με την πρόσφατη αλλαγή της νομοθεσίας, οι ασθενείς τελικού σταδίου μπορούν να δώσουν τέλος στη ζωή τους με τη σύμφωνη γνώμη δυο γιατρών και επιτροπής ειδικών (National Bioethics Committee, 2006). Μετά την ισχύ νόμου, "η πράξη ενός γιατρού να ανταποκριθεί σε ένα αίτημα για ευθανασία ή υποβοηθούμενη αυτοκτονία δεν τιμωρείται ποινικά και δεν μπορεί να αποτελέσει αντικείμενο αγωγής για αποζημίωση ή ηθική βλάβη" (Liatsa, 2009; Panagou, 2010).

Η νομοθεσία της Ελβετίας προβλέπει ότι σε περίπτωση που μπορεί να αποδειχθεί πως κάποιος βοήθησε ασθενή με ανίατη ασθένεια να τερματίσει τη ζωή του, και δεν το έκανε βάσει εγωιστικών κινήτρων, τότε αυτός δεν έχει να αντιμετωπίσει ποινικές κυρώσεις (Paracharalambous, 1997). Στη χώρα μάλιστα υπάρχει μια ιδιόζουσα κλινική, η §Dignitas§ (από τη λέξη dignity = αξιοπρέπεια), η οποία είναι παγκοσμίως γνωστή και καταφεύγουν εκεί ασθενείς βαρύτατων και ανίατων ασθενειών από όλο τον κόσμο (καθώς δεν υπάρχει στην ελβετική νομοθεσία κώλυμα σχετικά με την ιδιότητα του μόνιμου κατοίκου) που επιθυμούν να τερματίσουν τη ζωή τους (Liatsa, 2009; Panagou, 2010).

Στην Πολιτεία Όρεγκον των ΗΠΑ, επιτρέπεται η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία, αρκεί η πράξη να αφορά τους πολίτες της συγκεκριμένης πολιτείας εφόσον είναι ενήλικες και διανοητικά υγιείς (Niemeyer, 2006). Πρόσφατα (2008) και οι πολιτείες της Ουάσιγκτον και της Μοντάνα προστέθηκαν στις χώρες που επιτρέπεται υπό προϋποθέσεις η διενέργεια της ευθανασίας. Με αφορμή την υπόθεση Terri Schiano, εμπλέκεται και ο Νόμος που ψηφίστηκε στην Πολιτεία του Texas το 1999, όταν ακόμη ο πρώην Πρόεδρος Bush ήταν Γερουσιαστής της Πολιτείας. Ο νόμος αυτός, γνωστός

ως «Texas Futile Care Law» (Νόμος της μάταιης ιατρικής φροντίδας) απαριθμεί μία σειρά διατάξεων, οι οποίες σήμερα περιγράφουν το άρθρο 166 του Κώδικα Υγείας και Ασφάλειας του Τέξας. Ο Νόμος αυτός επιτρέπει σε ένα κέντρο υγείας να αποσυνδέσει τα μηχανήματα που διατηρούν στη ζωή ακόμη και ενάντια στις επιθυμίες του ασθενούς ή των συγγενών, παρέχοντας πλήρη ποινική απαλλαγή των ιατρών που προβαίνουν σε αυτή την πράξη (Liatsa, 2009; Panagou, 2010).

Νομοθετική Προσέγγιση του ζητήματος στην Ελλάδα

Η ελληνική νομοθεσία σχετικά με τις ιατρικές αποφάσεις για το τέλος της ζωής, μπορεί να υπαχθεί σε διατάξεις του Ποινικού Κώδικα (ΠΚ), (όπως αναφέρονται στο κεφ. Α' παρ. 2.3.2, 2.3.3., 2.3.4., 2.4.1 και 2.4.3.)175, χωρίς ωστόσο καμία από αυτές να μπορεί να θεωρηθεί ότι ρυθμίζει εξ ολοκλήρου τις μορφές της. Έτσι, η ανθρωποκτονία με συναίνεση (άρθρο 300 του ΠΚ) είναι συναφής διάταξη, όχι όμως και ταυτόσημη με την ευθανασία, επίσης και η διάταξη του άρθρου 301 του ΠΚ που ορίζει τα σχετικά με τη συμμετοχή σε αυτοκτονία, θα αξιώσει εφαρμογή π.χ. σε μία ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Και βέβαια εφαρμογή διεκδικούν ανάλογα με την κάθε συγκεκριμένη περίπτωση, οι διατάξεις για την ανθρωποκτονία με πρόθεση (άρθρο 299 του ΠΚ) ή από αμέλεια (άρθρο 302 του ΠΚ).

Αυτό έχει τη σημασία ότι ο νομοθέτης παραδέχεται ότι όταν μία ασθένεια αποδεικνύεται ιατρικά σοβαρή και μη αναστρέψιμη, καθώς καμία ιατρική θεραπεία δεν μπορεί να ωφελήσει τον ασθενή (ανώφελη θεραπεία), τότε ο γιατρός οφείλει να φροντίζει για την ανακούφιση των ψυχοσωματικών πόνων του ασθενή, να του προσφέρει δηλαδή μία παρηγορητική αγωγή και να συνεργαστεί με τους οικείους του ασθενή προς αυτήν την κατεύθυνση, εγκαταλείποντας ουσιαστικά την προσπάθεια μίας ανώφελης προσπάθειας να τον σώσει. Η επικέντρωση του ενδιαφέροντός του στρέφεται λοιπόν σε έναν άλλο στόχο. Σε κάθε περίπτωση, στη συμπαράσταση στον ασθενή μέχρι το τέλος της ζωής του και στην φροντίδα ώστε να διατηρεί την αξιοπρέπεια του μέχρι το σημείο αυτό. Με αυτόν τον τρόπο ο έλληνας νομοθέτης φαίνεται να νομιμοποιεί την παθητική ευθανασία καθώς επιτρέπει στο γιατρό να εγκαταλείψει την ανώφελη θεραπεία και να προβεί στην παρηγορητική αγωγή, αποδεχόμενος έτσι την έλευση του επικείμενου θανάτου, χωρίς πάντως να την επιδιώκει.

Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με το Ν. 3418/2005, στο άρθρο 29 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (ΚΙΔ), ο γιατρός σε περιπτώσεις ανίατης ασθένειας τελικού σταδίου οφείλει να φροντίζει για την ανακούφιση των ψυχοσωματικών πόνων ακόμη και όταν έχουν εξαντληθεί όλα τα θεραπευτικά περιθώρια, να του προσφέρει παρηγορητική αγωγή.

Επιπλέον, ο γιατρός οφείλει να γνωρίζει ότι η επι-

θυμία ενός ασθενή να πεθάνει, όταν αυτός βρίσκεται σε τελικό στάδιο, δεν συνιστά νομική δικαιολόγηση πράξεων, οι οποίες στοχεύουν στην επίσπευση του θανάτου (Garani, 2010; National Bioethics Committee, 2006).

Με την κύρωση της Σύμβασης του Οβιέδο για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική, το ελληνικό δίκαιο με το Ν. 2619/1998, κατοχυρώνει την προστασία των δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής. Το κύριο χαρακτηριστικό της είναι ότι προβλέπει έμμεσα τη διακοπή της θεραπείας που κρατά στη ζωή έναν ασθενή ευρισκόμενο σε κωματώδη κατάσταση, με την προϋπόθεση της προηγούμενης συγκατάθεσής του (Varika et al, 2008).

Οι κυριότερες διατάξεις της Σύμβασης του Οβιέδο σε σχέση με το δικαίωμα του ασθενούς στο θάνατο αφορούν την υποχρεωτική συναίνεση του ασθενούς σε κάθε ιατρική ενέργεια που τον αφορά (άρθρο 5) και το σεβασμό στην προγενέστερα εκπεφρασμένη βούλησή του όταν ο ίδιος δε θα είναι σε θέση να την εκφράσει πια (Garani, 2010).

Ο νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (ΚΙΔ) λοιπόν, εισήγαγε μια σοβαρή καινοτομία στα δύσκολα ζητήματα που αφορούν ιατρικές αποφάσεις κοντά στο «τέλος της ζωής». Υιοθετώντας σύγχρονους προβληματισμούς καθιέρωσε στην παρ. 1 του άρθρου 29 τον κανόνα που δεσμεύει τον γιατρό να ακολουθεί «παρηγορητική» αγωγή, όταν «εξαντληθούν όλα τα ιατρικά θεραπευτικά περιθώρια», αναφέροντας: «Ο ιατρός, σε περίπτωση ανίατης ασθένειας που βρίσκεται στο τελικό στάδιο, ακόμη και αν εξαντληθούν όλα τα ιατρικά θεραπευτικά περιθώρια, οφείλει να φροντίζει για την ανακούφιση των ψυχοσωματικών πόνων του ασθενή. Του προσφέρει παρηγορητική αγωγή και συνεργάζεται με τους οικείους του ασθενή προς αυτή την κατεύθυνση. Σε κάθε περίπτωση, συμπαρίσταται στον ασθενή μέχρι το τέλος της ζωής του και φροντίζει ώστε να διατηρεί την αξιοπρέπειά του μέχρι το σημείο αυτό». Αυτό σημαίνει δύο παραδοχές του νομοθέτη: α) μια ασθένεια μπορεί να είναι τόσο σοβαρή και μοιραία, ώστε αντικειμενικά καμία ιατρική αγωγή – συμβατική ή πειραματική – να μην είναι ικανή να ωφελήσει τον ασθενή (ανώφελη θεραπεία) και β) αφού ισχύει η παραδοχή αυτή, ο γιατρός δεν έχει δικαίωμα να περιμένει ίσως ένα «θαύμα» για να τον σώσει: έχει υποχρέωση να εγκαταλείψει την ανώφελη αγωγή και να στραφεί προς την ανακούφιση του πόνου και των ταλαιπωριών του ασθενούς του, αποδεχόμενος έτσι την έλευση του θανάτου, χωρίς πάντως και να την επιδιώκει. Με τη διάταξη αυτή, το κοινό μας δίκαιο φαίνεται ότι αποδέχθηκε τη λεγόμενη «παθητική» ευθανασία, το να αφήνεις δηλ. κάποιον να πεθάνει, όταν ό,τι και να κάνεις είναι μάταιο (Garani, 2010).

Όστόσο, αυτό που δημιουργεί προβληματισμούς σχε-

τικά με την «νομιμοποίηση» αυτής της μορφής ευθανασίας είναι η υπενθύμιση που υπάρχει στην παρ. 3 του άρθρου 29 του ΚΙΔ, ότι δηλαδή ο γιατρός οφείλει να γνωρίζει ότι η επιθυμία ενός ασθενή να πεθάνει, όταν αυτός βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο, δεν συνιστά νομική δικαιολόγηση για τη διενέργεια πράξεων οι οποίες στοχεύουν στην επίσπευση του θανάτου. Αυτό σημαίνει ότι ο γιατρός δεν πρέπει να διενεργήσει «πράξη» και ότι δεν πρέπει να επιδιώκει την επίσπευση του θανάτου. Στην έννοια όμως της πράξης κατά το δίκαιο μας εμπεριέχεται και η παράλειψη με τις προϋποθέσεις του άρθρου 15 του ΠΚ (δηλαδή ιδιαίτερη νομική υποχρέωση). Επίσης, και η έννοια της επίσπευσης του θανάτου δημιουργεί πρόβλημα καθώς, όταν δεν λαμβάνονται ιατρικά μέτρα, ανώφελα έστω, για την τελική βελτίωση της κατάστασης του ασθενούς, τότε δεν επιβραδύνεται η διαδικασία προς το θάνατο, πράγμα που θα μπορούσε να γίνει.

Σημαντικότερες κρίνονται και οι διατάξεις του άρθρου 11 όπου αναβαθμίζεται ρητά ο ρόλος της ενημέρωσης και της συναίνεσης (παρ. 12) του ασθενούς (Voultsos et al, 2008).

Αναφορά θα πρέπει να γίνει στο άρθρο 300 του ΠΚ - ανθρωποκτονία με συναίνεση: «Όποιος αποφάσισε και εκτέλεσε ανθρωποκτονία ύστερα από σπουδαία και επίμονη απαίτηση του θύματος και από οίκτο, γι' αυτόν που έπασχε από ανίατη ασθένεια, τιμωρείται με φυλάκιση». Ο έλληνας νομοθέτης, λοιπόν, δεν θέλησε να αφήσει εντελώς ατιμώρητη τη θανάτωση ενός ασθενή που ζητά (εκούσια) τη θανάτωση του από τρίτον και παρά το γεγονός ότι ο δράστης κινείται από οίκτο. Πολύ περισσότερο, δεν θέλησε, η παραπάνω ηπιότερη ποινή, να ισχύει για εκείνον που θανατώνει από οίκτο κάποιον που πάσχει από ανίατη ασθένεια, ακόμη και αν είναι βέβαιος ο θάνατός του λόγω της ασθένειας, αν δεν υπάρχει η επίμονη και σπουδαία απαίτηση του ασθενή.

Επίσης όμοια αναφορά στο άρθρο 301 του ΠΚ - συμμετοχή σε αυτοκτονία: «όποιος με πρόθεση κατέπεισε άλλον να αυτοκτονήσει, αν τελέσθηκε αυτοκτονία ή έγινε απόπειρά της, καθώς και όποιος έδωσε βοήθεια κατ' αυτήν, τιμωρείται με φυλάκιση». Στην προαναφερόμενη διάταξη τυποποιούνται ως αυτοτελή εγκλήματα ορισμένες συμπεριφορές που συνιστούν συμμετοχικές πράξεις στην αυτοκτονία άλλου, είτε επειδή τον πείθουν να αυτοκτονήσει, είτε επειδή του παρέχουν βοήθεια κατά την τέλεση της αυτοκτονίας. Και στις δυο περιπτώσεις ο συνεργός τιμωρείται με φυλάκιση (Αναρλιότου, 2003). Η διαφορά της παρούσας διάταξης από εκείνη του άρθρου 300 του ΠΚ είναι ότι στην ανθρωποκτονία με συναίνεση η πράξη της θανάτωσης γίνεται από πρόσωπο διαφορετικό του θανατωθέντος, ενώ στη συμμετοχή στην αυτοκτονία η κύρια υλική πράξη είναι έργο του ίδιου του θύματος, ο δράστης παρέχει μόνο τη συνδρομή του.

Συζήτηση

Η συζήτηση περί θανάτου είναι πάντα παρούσα κι αν πλέον μετατρέπεται σε συζήτηση περί ευθανασίας είναι γιατί η έπαρση του μοντέρνου ανθρώπου επιβάλλει πλέον αυτός να έχει λόγο και δικαίωμα σε έναν περήφανο, ελεύθερα και συνειδητά επιλεγμένο θάνατο.

Ο τεχνολογικός εξοπλισμός σήμερα δεν πρέπει να μετατρέπεται σε εργαλείο παράτασης της διαδικασίας του θανάτου. Η θεραπεία δεν πρέπει να καθίσταται χειρότερη από την ασθένεια. Η μη κλιμάκωση και η απόσυρση της υποστηρικτικής της ζωής αγωγής, σε ασθενείς που δεν ανταποκρίθηκαν στη θεραπεία που ήδη εφαρμόστηκε και των οποίων η πορεία προς το θάνατο είναι μη αναστρέψιμη, συνιστούν ιατρικά δόκιμες, ηθικά αποδεκτές και παγκόσμια διαδεδομένες πρακτικές, ενώ δεν πρέπει να συγχέονται με την ευθανασία.

Το θεραπευτικό αποτέλεσμα της τεχνητής παράτασης άλλοτε δεν αναμένεται και άλλοτε πιθανολογείται ελάχιστα. Επιπλέον συνεπάγονται πολύ χαμηλή ποιότητα ζωής για τον ασθενή ενώ τίθενται και ευρύτερα ζητήματα κατανομήσ σπανίων πόρων υγείας, όπως οι μονάδες εντατικής θεραπείας. Τίθεται το ερώτημα εάν είναι δεσμευτικές οι οδηγίες του ασθενή για τη διακοπή αυτής της μορφής θεραπείας και εύλογα υποστηρίζονται διάφορες απόψεις.

Σε μια μελέτη ασθενών που επέζησαν μετά από παρατεταμένο μηχανικό αερισμό, τα 2/3 αυτών θυμόταν τη νοσηλεία τους στη ΜΕΘ και την παρουσία του τραχειοσωλήνα και είχαν την ανάμνηση μιας ποικιλίας ψυχικών και σωματικών ενοχλημάτων: πόνο, φόβο, αγωνία, διαταραχές του ύπνου, αδυναμία ομιλίας/επικοινωνίας, δίψα, δυσκολία κατάποσης, εφιάλτες, μοναξιά (Rotondi et al, 2002). Σε άλλη μελέτη, καταγράφονταν σε πραγματικό χρόνο τα βιώματα καρκινοπαθών νοσηλευομένων στη ΜΕΘ που είχαν τη δυνατότητα να επικοινωνούν. Οι ασθενείς αυτοί παραπονούσαν, επιπλέον όσων αναφέρθηκαν προηγουμένως, και για τα εξής: πείνα, κατάθλιψη, δύσπνοια, περιορισμοί στο επισκεπτήριο, δυσφορία προκαλούμενη από το ρινογαστρικό σωλήνα, τις ενδοτραχειακές αναρροφήσεις και τις αρτηριοκεντήσεις. Κοινές τεχνικές, όπως η τοποθέτηση καθετήρα σε κεντρική φλέβα και η αφαίρεση παροχέτευσης τραύματος ή ηθκαρίου μηριαίας αρτηρίας, έχει αποδειχθεί ότι είναι αρκετά επώδυνες για τους ασθενείς (Puntillo et al, 2004).

Με αφορμή λοιπόν τα παραπάνω, ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχουν οι συζητήσεις γύρω από συγκεκριμένες περιπτώσεις λήψης αποφάσεων, όπως του ασθενούς σε τελικό στάδιο, σε μη τελικό στάδιο και με αβάστακτο πόνο.

Αναμφισβήτητο όφελος του ασθενούς τελικού σταδίου παραμένει η ανακούφισή του από τους πόνους και την ταλαιπωρία. Σύμφωνα με την σχετική εισήγηση της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής εάν δεν υπάρχει ελπίδα ίασης του ασθενή αλλά η επιδείνωση της κατάστασής του είναι αργή και είναι αβέβαιος ο χρόνος επέλευσης του θανάτου, ο γιατρός αφού ενημερώσει τον ασθενή και

τους οικείους του μπορεί να διακόψει την παράταση και να περιοριστεί στην ανακουφιστική αγωγή του ασθενή. Ο γιατρός οφείλει να λάβει υπόψη την ήδη εκφρασθείσα συναίνεση του ασθενή του. Εάν υπάρξουν διαφωνίες μεταξύ του ιατρού και των οικείων του ασθενή ή μεταξύ συγγενών του ασθενή πρέπει να προβλεφθούν διαδικασίες επίλυσης τους, όπως η διαμεσολάβηση της Επιτροπής δεοντολογίας και η παρέμβαση των κοινωνικών λειτουργών της μονάδας. Σε περίπτωση αδυναμίας επίλυσης της σύγκρουσης προτείνεται η παραίτηση του γιατρού ή η παράταση της ζωής του ασθενή (National Bioethics Committee, 2006).

Η τεχνητή παράταση των βιολογικών του λειτουργιών, χωρίς ελπίδα θεραπείας, θεωρείται βλάβη που βιώνεται από τους ίδιους τους ασθενείς. Άρα ο θεράπων έχει την υποχρέωση να προτείνει τη συγκέντρωση των προσπαθειών στην ανακούφιση του ασθενούς με κατάλληλη αγωγή, αποδεχόμενος τον επικείμενο θάνατο, στοχεύοντας όμως στην κατά το δυνατόν ήρεμη επέλευσή του.

Υπάρχουν, όμως, φορές που η βούληση του ασθενή και η συναίνεση του σε πράξη που συνιστά το τερματισμό της ζωής του δεν είναι δυνατόν να δοθεί, διότι εκλείπει πλέον η ικανότητα αυτή (όπως π.χ. επειδή βρίσκεται σε κώμα, ή σε κατάσταση σοβαρής άνοιας, ή σε φυτική κατάσταση). Εφόσον δεν υπάρχει ελπίδα ίασης του ασθενούς, η τεχνητή παράταση των βιολογικών του λειτουργιών συνιστά «βλάβη», αφού παρατείνει τον πόνο και την προθανάτια αγωνία και δεν σέβεται την αυτονομία του ασθενούς. Όταν ο ασθενής έχει χάσει κάθε δυνατότητα επικοινωνίας και ο γιατρός δεν είναι πια υποχρεωμένος να διατηρήσει απλά μία βιολογική λειτουργία του σώματος, κάτι που το χαρακτηρίζει ο H. Otto ως «απάνθρωπη διατήρηση» ενός «αντικειμένου» εξαιτίας της οποίας στερείται από τον άνθρωπο η δυνατότητα αξιοπρεπούς θανάτου. Επομένως ο θεράπων γιατρός έχει και πάλι νομική και ηθική υποχρέωση να προτείνει την επιλογή της ανακουφιστικής αγωγής (Garani, 2010).

Στην περίπτωση ανίατης και θανατηφόρας ασθένειας που συνοδεύεται από αφόρητους πόνους μετατίθεται ο σκοπός της ιατρικής πράξης, καθώς η αρχή ωφέλειας-βλάβης αφορά μόνο τα συμπτώματα και όχι την ασθένεια. Το πρόβλημα είναι ότι στην πραγματικότητα τα αναλγητικά φάρμακα επισπεύδουν τον θάνατο που όμως θα επέρχονταν ούτως ή άλλως. Δημιουργείται ένα τραγικό δίλημμα, πρέπει να γίνει επιλογή μεταξύ μακρότερης ζωής που όμως συνεπάγεται μεγάλη ταλαιπωρία και συντομότερης που εξασφαλίζει στοιχειώδη αξιοπρέπεια. Δυστυχώς ο ΚΙΔ δεν διευκολύνει την δύσκολη αυτή επιλογή. Ναι μεν νομιμοποιεί την ανακουφιστική αγωγή αλλά απαγορεύει την επίσπευση του θανάτου, με το ίδιο άρθρο. Αντιλαμβάνεται όμως κανείς ότι η νοσοκομειακή πρακτική αναγκάζει την ιατρική ομάδα να αποφασίζει στην πράξη πότε η οδύνη του ασθενή νομιμοποιεί την προσπάθεια ανακούφισης του χωρίς κανένα όριο.



Είναι οι περιπτώσεις που οι γιατροί έρχονται αντιμέτωποι με το επίμονο αίτημα των ασθενών να επισπεύσουν την επέλευση του θανάτου τους. Η αγωγή περιορίζεται στη χορήγηση ισχυρών αναλγητικών και ψυχοτρόπων ουσιών. Οι αποφάσεις για παράταση της ζωής ενέχουν έντονη συναισθηματική φόρτιση και ενίοτε οδηγούν στην διατύπωση εκ διαμέτρου αντίθετων επιθυμιών και αποφάσεων. Για την διακοπή της παράτασης της ζωής, θα πρέπει να υπάρχει ομοφωνία της απόφασης. Δέσμευση αποτελούν οι «προγενέστερες οδηγίες». Δηλαδή οδηγίες που διατυπώθηκαν από τον ασθενή εκ των προτέρων σε περίπτωση μελλοντικής αδυναμίας έκφρασης της βούλησής του. Εάν δεν έχει οριστεί αντιπρόσωπος, τότε σε περίπτωση ανεπίλυτης διαφωνίας μεταξύ των οικείων, η απόφαση πρέπει να είναι υπέρ της τεχνητής παράτασης της ζωής, σύμφωνα με το συμφέρον του ασθενούς (Garani, 2010; National Bioethics Committee, 2006).

Γενικά, η ιατρική παρέμβαση, ακόμα και όταν είναι ενδεδειγμένη και προσήκουσα, δεν είναι κατά κανόνα επιτρεπτή αν συμβαίνει χωρίς τη σύμφωνη βούληση του πάσχοντος, όταν αυτός είναι σε θέση να σχηματίσει έγκυρη βούληση.

Το θέμα της βούλησης του ασθενή να αρνηθεί μία θεραπεία ή να μην θέλει να παραταθεί η ζωή του με μηχανικά μέσα υποστήριξης, δεν αποτελεί μία ανορθολογική βούληση σε έναν αδιαφοροποίητο θάνατο, όπως ίσως συμβαίνει με την αυτοκτονία και ούτε πρόκειται για νομικό παράδοξο, αλλά για συνταγματικό δικαίωμα του ασθενή σε επιλογή μίας ιατρικής-φαρμακευτικής αγωγής, ασκώντας το δικαίωμά του στην αυτοδιάθεση (Androulidaki, 1993). Ο ασθενής μπορεί ο ίδιος να αποφασίσει για την διενέργεια των ιατρικών πράξεων που υποστηρίζουν ή συντηρούν τις λειτουργίες του οργανισμού του, αφού προηγουμένως έχει ενημερωθεί. Σε περίπτωση αντίθεσης ιατρού/ασθενούς, τον τελικό λόγο έχει ο ασθενής.

Ο γιατρός είναι υποχρεωμένος να προσφέρει τη βοήθειά του, αλλά, θα πρέπει και ο ασθενής να συμφωνεί σε αυτό, πράγμα που άλλωστε ορίζεται ρητά και στο αρ. 12 παρ. 1 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας. Αυτή τη θέση αποδέχτηκαν κατά πλειοψηφία και τα μέλη της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής, σε πρόσφατη εισήγησή τους (2006) σχετικά με την τεχνητή παράταση της ζωής. Η ευθύνη του γιατρού επικεντρώνεται αποκλειστικά στην ενημέρωση και στήριξη του ασθενούς ή των οικείων του (National Bioethics Committee, 2006).

Όταν ο ασθενής διατυπώνει στην αρχή τη βούληση του να μην ληφθούν μέτρα παράτασης της ζωής του, στη συνέχεια πέφτει σε κώμα, ενώ ο γιατρός ή οι οικείοι του μπορούν ακόμη να επέμβουν, από τη στιγμή που έχει εκδηλώσει τη βούλησή του ο ασθενής, δεν υφίσταται πλέον υποχρέωση του γιατρού και υπό αυτό το πρίσμα ερμηνεύεται και το άρθρο. 29 παρ. 2 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας που υποχρεώνει το γιατρό στο τέλος

της ζωής να λαμβάνει υπόψη τις επιθυμίες που έχει εκφράσει ο ασθενής, ακόμη και αν κατά το χρόνο της επέμβασης, δεν μπορεί να τις επαναλάβει. Ο ασθενής μπορεί να μην βρίσκεται σε θέση να εκφράσει τις επιθυμίες του. Στην περίπτωση αυτή την απόφαση αναγκαστικά θα την πάρουν τρίτοι. Για τον ανήλικο αντιπρόσωποι είναι οι γονείς του, ενώ για τον ενήλικο ο σύζυγος, οι γονείς και τα παιδιά (Garani, 2010; National Bioethics Committee, 2006).

Συμπέρασμα

Η αντιμετώπιση του ζητήματος περιορισμού της θεραπείας συνδέεται βαθύτατα με τις κοινωνικοηθικές και θρησκευτικές αντιλήψεις ενός λαού σχετικά με το νόημα της ζωής και του θανάτου, αλλά και με την αντίληψή μας για τον ρόλο και τις αρχές άσκησης του λειτουργήματος των επαγγελματιών υγείας. Κάθε ένα από αυτά τα ζητήματα που οδηγεί σε ενδοιασμούς για την ορθότητα των ενεργειών ή δημιουργεί διλήμματα για διακυβευόμενα αγαθά παίρνει το χαρακτήρα του ηθικού προβληματισμού. Όσο και αν φαίνεται ότι οι δυτικές κοινωνίες βαίνουν ίσως προς τη νομιμοποίηση της ευθανασίας, τα ερωτήματα ως προς τη δυνατότητα, τις προϋποθέσεις και την ορθότητα μιας τέτοιας επιλογής παραμένουν. Στο επίπεδο των προσπαθειών ρύθμισης του προβλήματος της ευθανασίας από το δίκαιο οι δικαιοσυγκριτικές προσεγγίσεις μπορεί να είναι χρήσιμες, αλλά σίγουρα δεν μπορούν να αποτελέσουν αντικείμενο άκριτης υιοθέτησης ή να διεκδικούν έστω τον ρόλο των κατευθυντήριων οδηγιών. Το ερώτημα που τίθεται είναι εάν το θετικό δίκαιο καλείται να πράξει περισσότερα και να δώσει απαντήσεις σε θέματα που έως τώρα δεν μπορεί με την τυπικότητα και τη σχετικότητά του να αγγίξει. Η δυσκολία αυτή του θετικού δικαίου να αντιμετωπίσει τα διλήμματα του τέλους της ζωής αποδεικνύει εκ νέου ότι τα ζητήματα αυτά είναι πρωτίστως ηθικά, στα οποία όμως δεν μπορεί να απαντήσει, εφόσον οι κοινωνίες που παράγουν τις κοινωνικοηθικές αντιλήψεις δεν έχουν αποφασίσει για τον τρόπο επίλυσής τους. Είναι όμως γνωστό ότι και το ίδιο το δίκαιο στηρίζεται στις ηθικές αντιλήψεις και, εφόσον αυτές μεταβάλλονται, επόμενο είναι μέσα από την εφαρμογή τους να δημιουργούν προϋποθέσεις για νέες ρυθμίσεις μέσω του δικαίου. Κατά ορθότερη διατύπωση οι δύο σφαίρες, του δικαίου και της ηθικής τέμνονται, αλλά δεν συμπίπτουν. Μέχρι στιγμής πάντως πρέπει να δεχθούμε ότι η αφαίρεση της ζωής, με όλα τα κατά περίπτωση ελαφρυντικά, δεν μπορεί παρά να συνιστά έγκλημα, του οποίου οι συνέπειες είναι σοβαρές τόσο για τον συγγενή που το αποφασίζει όσο και για τον ιατρό και τον νοσηλευτή που υλοποιεί αυτή την απόφαση.

Το σημαντικό όμως στην περίπτωση αυτή είναι να προσπαθεί ο καθένας να έρθει στη θέση αυτών που αντιμετωπίζουν συγκεκριμένα προβλήματα. Το να βλέπει κανείς το ζήτημα της ευθανασίας με τα μάτια αυτού



που υποφέρει είναι μια από τις βασικότερες αρχές που πρέπει να λειτουργεί ως κριτήριο για τη διατύπωση οποιωνδήποτε απόψεων. Ο πόνος του άλλου δεν είναι μέσο για να δικαιολογούν ορισμένοι έναν κοινωνικό ρόλο για τον εαυτό τους. Όπως έχει ήδη πολλές φορές αναφερθεί, με βάση την ορθή αντιμετώπιση της βιοηθικής, ο άνθρωπος ποτέ δεν μπορεί να είναι μέσο, αλλά σκοπός. Η ουσιαστική αυτή αρχή δεν πρέπει ποτέ να παραβλέπεται.

Συνοψίζοντας λοιπόν, όλες οι αγωγές θα πρέπει να έχουν ένα θεραπευτικό αποτέλεσμα, χωρίς παράλληλα να θέτουν σε κίνδυνο τον ασθενή. Όταν ο θεραπευτικός σκοπός εκλείπει, κάθε περαιτέρω αγωγή εμπίπτει στην κατηγορία του «ιατρικής ματαιού» (medical futility). Αυτό δεν συνεπάγεται την εγκατάλειψη του ασθενούς. Ο ασθενής συνεχίζει να υποστηρίζεται ιατρικά με την εφαρμογή της «ανακουφιστικής ιατρικής». Σκοπός σε αυτή τη φάση είναι η βελτίωση της ποιότητας της ζωής του ασθενούς και η απόλειψη των πάσης φύσεως πόνων και βασάνων (Garani, 2010).

Σε κάθε λοιπόν περίπτωση τα ηθικά διλήμματα που σχετίζονται με το τέλος της ζωής πρέπει να αντιμετωπίζονται με γνώμονα το καλό του συγκεκριμένου ασθενή. Σε καμιά περίπτωση, ο άνθρωπος δεν μπορεί να γίνει το μέσο για την ικανοποίηση κοινωνικών, οικονομικών και άλλων σκοπών. Αυτό ισχύει πολύ περισσότερο στην περίπτωση κάποιου ανθρώπου που υποφέρει. Ο άνθρωπος θα πρέπει να είναι αυτοσκοπός για την ιατρονοσηλευτική φροντίδα και ποτέ το «μέσο».

Όσο όμως και αν οι κοινωνίες εξελίσσονται, όσο περισσότερο και αν αναγνωρίζεται ένα δικαίωμα στο θάνατο, στο όνομα της όποιας «αξιοπρεπούς λύτρωσης», θα πρέπει να γίνει αποδεκτό ότι ο ανίατος πάσχων και ο ασθενής σε εμμένουσα φυτική κατάσταση παραμένουν μέλη της οικογένειας και της κοινωνίας μας, η δε λύση δεν είναι η εύκολη απαλλαγή από αυτούς, αλλά η ανθρωπινή σκέψη και πράξη.

Ο ρόλος του ιατρού και των νοσηλευτών είναι να προσπαθούν να θεραπεύσουν και αν αυτό δεν σταθεί δυνατό, να απαλύνουν τον πόνο και να ανακουφίσουν μέχρι το τέλος.

Συνεπώς η λήψη οποιασδήποτε απόφασης θα πρέπει να περιστρέφεται γύρω από την σκέψη ότι ανάλογα με τις εκάστοτε συνθήκες, όχι αποφασίζοντας αλλά επιτρέποντας το θάνατο, οι επαγγελματίες υγείας δεν είναι υπηρέτες του θανάτου αλλά της ζωής, την αξιοπρέπεια της οποίας υπερασπίζονται ως το τέλος.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Anapliotou, A. (2003) The right to euthanasia – immortality. Athens: Zymel.
2. Androulidaki-Demetriades, I. (1993) The obligation to inform the patient - to help to ascertain the civil medical liability. Athens: Sakoulas.
3. Magina, N. (2009) Ethical dilemmas and decisions concerning the end of life. Thessaloniki: Proceedings of the 6th Seminar of the Dept. Available from <http://www.kathimerini.gr> [Feb.2009]
4. Garani, T. Dalla-Borgia, P. Papadatos, I. and Kremastinou, T. (1996) Critical Care Ethical Considerations in the subject of euthanasia. Archives of Greek Medicine, 13(1), 38-44.
5. Garani-Papadatou, T. (2010) Law-Health Bioethics Lecture Notes. Athens: National School of Public Health.
6. Grubb, A. (2001) Euthanasia in England - A Law Lacking Compassion? European Journal of Health Law, 8(2), 89 - 93.
7. Grubb, BP. Karabin, B. (2012) Ethical Dilemmas and End-of-Life. Decisions Regarding Discontinuation of Therapy, 13(5), 385-92.
8. Henk, H. (2003) Why (not) legalize euthanasia and physician - assisted suicide? European Journal of Palliative care, 10(2), 21-28.
9. Kourti, M. Katostaras, T. Fildisis, G. Kallergis, G. Christofilou, E. and Floros, I. (2011) Conflicts in the intensive care unit. Hellenic Medicine, 28(4), 555-560. available from <http://www.mednet.gr/archives/2011-4/pdf/555.pdf>
10. Liatsa, K. (2009) Philosophical issues of euthanasia (dissertation). Athens: Panteio University.
11. Margaritis, K. (2011) Searching for the forest and losing the tree: debate about euthanasia in Greece. Amsterdam Law Forum, 3(1), 139-145. Available from <http://ojs.uvu.vu.nl/alf/article/download/.../380>.
12. National Bioethics Committee. (2006) Report on the Artificial Prolongation of Life. France: available from http://bioethics.org/en/10_frame_10.html?
13. Niemeyer, N. (2006) Eighth Annual Report on Oregon's Death with Dignity Act. Portland, Oregon: Office of Disease Prevention and Epidemiology. Available from <http://www.oregon.gov/DHS/ph/pas/index.shtm>
14. Panagou, A. (2010) Euthanasia and Law (dissertation). Athens: Panteio University.
15. Papacharalambous, Ch. (1997) Involvement in suicide - one related to the life eteroprosvoli backup constituent elements. Publishing Law & Economics, 1. 1-2.
16. Puntillo, KA. Morris, AB. Thompson, CL. Stanik -Hutt, J. White, CA. and Wild, LR. (2004) Pain behaviors observed during six common procedures: Results from Thunder Project II. Crit Care Med, 32. 421-427.
17. Randal, J. (2007) Integrating Palliative and Critical Care. American Journal Of Respiratory And Critical Care Medicine, 178(3), 269-275.
18. Rotondi, AJ. Chelluri, L. Sirio, C. Mendelsohn, A. Schulz, R. and Belle, S. (2002) Patients' recollections of stressful experiences while receiving prolonged mechanical ventilation in an intensive care unit. Crit Care Med, 30. 746-752.
19. Sackett, D. Rosenberg, WM. Gray, JA. Haynes, RB. and Richardson, WS. (1996) Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ, 312. 71-72
20. Timmermans, S. and Mauck, A. (2005) The promises and pitfalls of evidence-based medicine. Health Affairs, 24. 18-28.
21. Varka-Adami, A. Adamis, S. (2008) Information and Consent of the patient. Archives of Hellenic Medicine, 25(5), 577-583.
22. Voultsov, P. Tsoungas, M. (2008) The issue of legal acceptance of euthanasia wills in Austria, Germany and Greece. Medical Step, 3. 83-85.
23. Wikipedia. (2005) Terri Schiavo Case. Available from http://en.wikipedia.org/wiki/Terri_Schiavo_case.
24. World Health Organization (2000). Hartzband and Groopman (2009). Report for autonomy and consent to medical. Available from http://176.32.230.19/bioethics.gr/images/.../informed_consent_report_gr.pdf?

ΒΡΑΒΕΙΟ ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ ΕΝΕ 2013

Η επίδραση του “συνδρόμου mobbing” στην επαγγελματική ζωή των Νοσηλευτών

Παρασκευή Μπακέλλα¹, Ευτυχία Γιάγκου², Καλλιόπη Μπραχαντίνη³
1 MScT.E. Νοσηλεύτρια, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων “Γ.Χατζηκώστα”
2 MScT.E. Νοσηλεύτρια, Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων
3 MScT.E. Νοσηλεύτρια, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων “Γ.Χατζηκώστα”

Υπεύθυνος Επικοινωνίας

Παρασκευή Μπακέλλα. Γ.Ν.Ι. “Γ.Χατζηκώστα”, Τηλ: 697-6676993, e-mail: parabakel@yahoo.gr

Ευχαριστίες Αισθανόμαστε την υποχρέωση να ευχαριστήσουμε κάποιους συνεργάτες που βοήθησαν στην υλοποίηση της παρούσης εργασίας. Ευχαριστούμε θερμά: Την υποδιοικήτρια της 6ης ΥΠΕ, κα Ελένη Αλμπάνη. Την Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Νοσοκομείου Φιλιππών, κα Κόντου Πετρούλα. Τον Προϊστάμενο Παιδιατρικής Κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου Άρτας, κ. Μιχάλη Θανάση. Την Προϊσταμένη της Γ΄ Παθολογικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών, κα Μπουστρώκη Ραλλού. Τον Ειδικευόμενο της Γαστρεντερολογικής Κλινικής του Π.Γ.Ν.Ι, κ. Δημήτρη Συγκούνα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το σύνδρομο mobbing στο εργασιακό περιβάλλον περιγράφει μια συστηματική και σκόπιμη επιθετική συμπεριφορά ενός ατόμου ή ομάδας ατόμων προς ένα άλλο άτομο.

Σκοπός: Η παρούσα μελέτη διερευνά τις διαστάσεις του φαινομένου στα ελληνικά νοσοκομεία και τις επιδράσεις του στην υγεία των νοσηλευτών, προκειμένου να ενημερώσουμε τους νοσηλευτές για τους τρόπους αναγνώρισης, αντιμετώπισης και προστασίας.

Υλικό και Μέθοδος: Δόθηκε δομημένο, ανώνυμο ερωτηματολόγιο στους νοσηλευτές 7 νοσοκομείων της 6ης Υ.Π.Ε., τον Φεβρουάριο του 2013. Έγινε επεξεργασία των αποτελεσμάτων με το στατιστικό πακέτο SPSS 20.0.

Αποτελέσματα: Οι νοσηλευτές (n=521) 17,7% άνδρες, 82,3% γυναίκες, έπεσαν θύματα του συνδρόμου mobbing σε ποσοστό (71%). Ανεξαρτήτως φύλου ή επιπέδου σπουδών. Εμφάνισαν στην διάρκεια του προηγούμενου έτους, άγχος (54,3%), κεφαλαλγίες (52%), ατονία (41,5%), διαταραχές ύπνου (32,6%), άρνηση για εργασία (28%), έλλειψη συγκέντρωσης (22,8%), αρρυθμίες (22,6%), διαταραχές πρόσληψης τροφής (20,9%), αύξηση καπνίσματος (19,4%), κατάθλιψη (16,3%), αύξηση αρτηριακής πίεσης (16%), επιθετικότητα (11,9%), έλλειψη επικοινωνίας (7,7%), αύξηση κατανάλωσης αλκοόλ (3,3%). Η πλειοψηφία (80%) δηλώνει ότι επηρεάστηκε η προσωπική ζωή. Κυριότερη πηγή πληροφόρησης του συνδρόμου mobbing αποτέλεσε το διαδικτυο (21,1%). Το 72,6% δεν γνωρίζει αν υπάρχει οργανωμένο, επιστημονικό δίκτυο αντιμετώπισης φαινομένων εργασιακής παρενόχλησης. Το 88,1% θα επιθυμούσε να υπάρχει.

Συμπεράσματα: Απαραίτητη η ενημέρωση των νοσηλευτών για έγκαιρη αναγνώριση του φαινομένου και η δημιουργία ασφαλούς εργασιακού περιβάλλοντος, ώστε οι νοσηλευτές να μπορούν να αποδώσουν τις μέγιστες δυνατότητες και γνώσεις και να περιορισθεί στο ελάχιστο η εμφάνιση ψυχοσωματικών συμπτωμάτων που έχουν ως αφετηρία την εργασιακή ηθική παρενόχληση.

Λέξεις – Κλειδιά: εκφοβισμός στην εργασία, ηθική εργασιακή παρενόχληση, σύνδρομο mobbing.

The influence of “mobbing syndrome” in the professional life of nurses

Paraskevi Bakella¹, Eftyxia Giagou², Kalliopi Brachantini³

1 MSc Nurse, General Hospital of Ioannina “G. Hatzikosta”

2 MSc Nurse, University Hospital of Ioannina

3 MSc Nurse, General Hospital of Ioannina “G. Hatzikosta”

ABSTRACT

Introduction: The mobbing syndrome in the working environment describes a systematic and on purpose aggressive behavior of one person or group of persons towards another person.

Aim: The aim of the study was to investigate the dimensions of this phenomenon in Greek hospitals and its impact in nurses' health, in order to effectively inform nurses on the ways of recognizing, protecting and managing this phenomenon.

Materials and Methods: A structured anonymous questionnaire was distributed among nurses of the 7 hospitals belonging to the 6th District of Health in February 2013. Results were analyzed with the statistical package SPSS 20.0.

Results: Nurses (n=521) 17,7% men, 82,3% women, faced mobbing syndrome at their work in 71% of them independently of sex or the level of education. Nurses, participating in research, during the previous year demonstrated stress (54,3%), headaches (52%), weakness (41,5%), sleeping problems (32,6%), refusal to work (28%), lack of concentration (22,8%), arrhythmias (22,6%), food consumption disorders (20,9%), increase of smoking (19,4%), depression (16,3%), blood pressure increase (16%), aggressiveness (11,9%), communication problems(7,7%) and increase of alcohol consumption (3,3%). The majority of the “victims” of the mobbing syndrome (80%) declares that this phenomenon has influenced their personal life. The main source of information for the mobbing syndrome was internet (21,1%). In total 72,6% of the nurses that were interviewed are not aware of the existence of any structured scientific network targeting to face this syndrome, however 88,1% wishes that such a network could exist.

Results: This study demonstrated the need for nurse information in order to early recognize the mobbing syndrome and the creation of a safe working environment in order for nurses to work at their maximum capacity and knowledge and moreover in order to eliminate at minimum the psychosomatic symptoms that are generated from the moral harassment at the working environment.

Key words: fear in work, moral harassment at work, mobbing syndrome

Correspondence author:

Paraskevi Bakella

General Hospital of Ioannina “G. Hatzikosta”

Tel: ++30- 697-6676993

E-mail: parabakel@yahoo.gr

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο όρος εργασιακή παρενόχληση (Leymann, 1990) χρησιμοποιήθηκε για να περιγράψει φαινόμενα επαναλαμβανόμενης επιθετικότητας στον εργασιακό χώρο. Με το ίδιο περιεχόμενο, χρησιμοποιήθηκε και ο όρος εκφοβισμός (Adams, 1992). Ο όρος mobbing είναι σχετικά άγνωστος, αλλά δεν είναι άγνωστα τα φαινόμενα τρομακτικής πίεσης στον εργασιακό χώρο, καθώς και φαινόμενα ψυχο-τρομοκρατίας ή αφηρημένης βίας, που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι σε όλους τους εργασιακούς χώρους (Worhohm, 2003). Μέχρι σήμερα, τα φαινόμενα ανταγωνιστικής συμπεριφοράς έχουν αποδοθεί με διάφορους όρους, όπως: εργασιακή κακοποίηση (Bassman, 1992), αποδιοπομπαίος τράγος (Thylefors, 1987), εργασιακό τραύμα (Wilson, 1991). Όμως ο όρος mobbing, χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον Leymann το 1984, για να περιγράψει την τρομοκρατία στον χώρο εργασίας (Yildirim, 2007). Σύμφωνα με τον Leymann, πρόκειται για την παρουσία συστηματικής, ανήθικης επικοινωνίας και ανταγωνιστικής συμπεριφοράς, από ένα ή περισσότερα άτομα προς ένα άλλο άτομο.

Η σημασία της ηθικής παρενόχλησης στο χώρο εργασίας, στον τομέα της υγείας, αρχίζει να αναγνωρίζεται. Σε συναφείς μελέτες (Matthiesenetal, 1989), το 10% των νοσηλευτών δήλωσαν ότι έπεσαν θύματα εκφοβισμού και το 26% επίσης ότι αντιμετώπισε μία ή και περισσότερες φορές την εβδομάδα εχθρικές ενέργειες στον εργασιακό χώρο (Nield, 1996). Το 51% των επαγγελματιών υγείας αναφέρει ότι έχει εκτεθεί σε λεκτική κακοποίηση (Ferrinhoetal, 2003), γεγονός που επιβεβαιώνεται και από άλλη έρευνα (Cox, 1987), κατά την οποία το 82% των νοσηλευτών ανέφεραν ότι δέχθηκαν λεκτική κακοποίηση από γιατρούς στο χώρο εργασίας. Στην Αυστραλία, το 50% των νοσηλευτών έπεσαν θύματα εργασιακού εκφοβισμού (Mayhewetal, 2001), που αρκετές φορές έχει τη μορφή οργανωτικής εργασιακής πολιτικής (Salin, 2003).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η έρευνα διεξήχθη σε 7 Νοσοκομεία της όλης Υ.ΠΕ. τον Φεβρουάριο του 2013. Συγκεκριμένα συμμετείχαν τα εξής νοσοκομεία: Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων (Π.Γ.Ν.Ι.), Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων "Γ.Χατζηκώστα" (Γ.Ν.Ι.), Γενικό Νοσοκομείο Άρτας, Γενικό Νοσοκομείο Φιλιππών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Γενικό νοσοκομείο Πατρών "Ο Άγιος Ανδρέας", Καραμανδάνειο Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Πατρών.

Για την έρευνα χρησιμοποιήθηκε έντυπο, ανώνυμο ερωτηματολόγιο, που δομήθηκε από την ερευνητική ομάδα υπό το πρίσμα των πληροφοριών της διεθνούς βιβλιογραφίας. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 25 ερωτήσεις, εκ των οποίων οι 9 πρώτες αφορούσαν σε δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων. Οι υπόλοιπες ερωτήσεις είναι κλειστού τύπου και επιλογής και αναφέρονται στο αν έχουν βιώσει ή ασκήσει οι ερωτηθέντες με κάποιο τρόπο εργασιακή παρενόχληση, αν η

βοήθεια προήλθε από τον εργασιακό χώρο, αν γνωρίζουν την ύπαρξη ή μη υποστηρικτικών δομών στον χώρο εργασίας και πώς βαθμολογούν την επαγγελματική σχέση που έχουν με τους συναδέλφους τους. Υπήρξε και μια ερώτηση ανοικτού τύπου, η οποία αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζει ο κάθε εργαζόμενος το φαινόμενο της εργασιακής παρενόχλησης. Έγινε στάθμιση του ερωτηματολογίου σε μια πιλοτική έρευνα, στη οποία συμμετείχαν νοσηλευτές από το Γ.Ν.Ι. και το Π.Γ.Ν.Ι. Το ερωτηματολόγιο της έρευνας κατατέθηκε και πήρε έγκριση από την 6η ΥΠΕ για όλα τα νοσοκομεία αυτής της Υγειονομικής Περιφέρειας. Η επιλογή των συμμετεχόντων έγινε και συμμετείχαν σε αυτό οι νοσηλευτές που εργάζονταν τον μήνα Φεβρουάριο στα νοσοκομεία. Μοιράσθηκαν 550 ερωτηματολόγια, εκ των οποίων απαντήθηκαν τα 521. Υπήρξε, δηλαδή, ανταπόκριση από τους ερωτηθέντες, σε ποσοστό 94,7 %.

Οι συμμετέχοντες έπρεπε να ανήκουν στις κατηγορίες ΠΕ Νοσηλευτών/τριων, ΤΕ Νοσηλευτών/τριων και ΔΕ Βοηθών Νοσηλευτών/τριων. Έπρεπε να είναι μόνιμοι υπάλληλοι των Νοσοκομείων και να επιθυμούσαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο. Εξαιρέθηκαν από αυτή την διαδικασία όσοι έλειπαν με άδεια (κανονική ή αναρρωτική).

Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 20. Επιπλέον, οι απαντήσεις όλων των Νοσηλευτών συσχετίζονται σημαντικά ($p < 0.005$) με το φύλο, την ηλικία, το επίπεδο σπουδών αλλά και μεταξύ τους.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 521 Νοσηλευτές (19 ΠΕ, 306 ΤΕ, 196 ΔΕ). Από αυτούς το 17,7% ήταν άνδρες και το 82,3% γυναίκες, από 39 έως 49 ετών (58,3%), με αμέσως επόμενη εκείνη 30 έως 39 ετών (32,2%). Από τους εργαζόμενους οι 327 (62,8%) εργάζονται σε Κλινική και οι 194 (37,2%) εργάζονται σε Μονάδα (Πίνακας 1 και πίνακας 2).

Το επίπεδο σπουδών των ερωτηθέντων διαμορφώθηκε ως εξής: 447 κατείχαν το βασικό πτυχίο (85,8%), 71 κατείχαν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών (13,6%) και 3 κατείχαν διδακτορικό τίτλο σπουδών Μονάδα (Πίνακας 3). Όσον αφορά στην οικογενειακή τους κατάσταση, οι 405 είναι έγγαμοι (77,7%), 91 άγαμοι (17,5%) και 24 διαζευγμένοι (4,6%). Το 31,8% του δείγματος εργάζονταν από 11 έως και 20 έτη και το 46,4% εργάζονταν από 21 έως και 30 έτη.

Από το σύνολο των ερωτηθέντων, το 71% έχει βιώσει κάποια στιγμή εργασιακή ηθική παρενόχληση, ενώ το 22,8% δηλώνει ότι ασκήσει σε κάποιο συνάδελφο ηθική παρενόχληση κατά την ώρα εργασίας στο Νοσοκομείο. Από τα θύματα εργασιακής ηθικής παρενόχλησης, το 38,2% μόνο ζήτησε βοήθεια. Πηγή βοήθειας αποτέλεσε κάποιος συνάδελφος σε ποσοστό 23,4% και εν συνεχεία ο Προϊστάμενος σε ποσοστό 9,2%. Βασική πηγή βοήθειας αποτελεί, επίσης και η οικογένεια με ποσοστό 4,6%.

Πίνακας 1. Χώρος εργασίας και εργασιακή παρενόχληση

			Έχω βιώσει		Total
			Ναι	Όχι	
Χώρος εργασίας	Κλινική	Count	230	95	325
		% within Χώρος εργασίας	70,8%	29,2%	100,0%
	Μονάδα	N	140	54	194
		%	72,2%	27,8%	100,0%
Total	N	370	149	519	
	%	71,3%	28,7%	100,0%	
N of ValidCases	519				

Chi-SquareTests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	ExactSig. (2-sided)	ExactSig. (1-sided)
PearsonChi-Square	,116a	1	,734		
ContinuityCorrectionb	,057	1	,811		
LikelihoodRatio	,116	1	,734		
Fisher'sExactTest				,764	,407
N ofValidCases	519				
Chi-SquareTests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	ExactSig. (2-sided)	ExactSig. (1-sided)
PearsonChi-Square	,116a	1	,734		
ContinuityCorrectionb	,057	1	,811		
LikelihoodRatio	,116	1	,734		
Fisher'sExactTest				,764	,407

Πίνακας 1α. Χώρος εργασίας και εργασιακή παρενόχληση

Chi-SquareTests				
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	ExactSig. (2-sided)
ExactSig. (1-sided)				
PearsonChi-Square	,116a	1	,734	
ContinuityCorrectionb	,057	1	,811	
LikelihoodRatio	,116	1	,734	
Fisher'sExactTest				,764 ,407
N of ValidCases	519			

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 55,70. b. Computed only for a 2x2 table

Όταν κάποιος από τους ερωτηθέντες αντιλήφθηκε ότι ένας συνάδελφός του έπεσε θύμα ηθικής παρενόχλησης, προσέφερε την βοήθειά του σε ποσοστό 63,3%, ενώ το 6,5% έπραξε “σαν να μην το αντιλήφθηκε”.

Η πλειοψηφία των θυμάτων (80%) δηλώνει ότι αυτό το γεγονός έχει επηρεάσει την προσωπική τους ζωή. Η κυριότερη πηγή πληροφόρησης για το σύνδρομο mobbing αποτέλεσε το διαδικτυο (21,1%). Από τους ερωτηθέντες, το 72,6% δεν γνωρίζει αν υπάρχει οργανωμένο,

επιστημονικό δίκτυο αντιμετώπισης τέτοιων φαινομένων στον εργασιακό χώρο, αλλά το 88,1% θα επιθυμούσε να υπάρχει.

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα, εμφάνιζαν κατά την διάρκεια του προηγούμενου έτους, άγχος (54,3%), κεφαλαλγίες (52%), ατονία (41,5%), διαταραχές στον ύπνο (32,6%), άρνηση για εργασία (28%), έλλειψη συγκέντρωσης (22,8%), αρρυθμίες (22,6%), διαταραχές στην πρόσληψη τροφής (20,9%), αύξηση του καπνίσματος (19,4%),

Πίνακας 2. Φύλο και εργασιακή παρενόχληση

Crosstab					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	ExactSig. (2-sided)	
ExactSig. (1-sided)	Έχω βιώσει	Total			
	Ναι	Όχι			
Φύλο	Άρρεν	Count	67	25	92
		% within Φύλο	72,8%	27,2%	100,0%
	Θήλυ	Count	303	124	427
		% within Φύλο	71,0%	29,0%	100,0%
Total	Count	370	149	519	
	% within Φύλο	71,3%	28,7%	100,0%	

Πίνακας 2α. Φύλο και εργασιακή παρενόχληση

Chi-SquareTests				
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	ExactSig. (2-sided)
ExactSig. (1-sided)				
PearsonChi-Square	,129a	1	,720	
ContinuityCorrectionb	,054	1	,817	
LikelihoodRatio	,130	1	,719	
Fisher'sExactTest				,800 ,413
N ofValidCases	519			

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 26,41. b. Computed only for a 2x2 table

κατάθλιψη (16,3%), αύξηση της αρτηριακής πίεσης (16%), επιθετικότητα (11,9%), έλλειψη επικοινωνίας (7,7%) και αύξηση στην κατανάλωση αλκοόλ (3,3%).

Οι εργαζόμενοι σε Κλινικές και Μονάδες βίωσαν σε παρόμοια ποσοστά το φαινόμενο της ηθικής εργασιακής παρενόχλησης (70,8% και 72,2% αντίστοιχα) (Πίνακας 1 και 1α). Παρόμοια υπήρξαν επίσης τα ποσοστά και σε σχέση με το φύλο των ερωτηθέντων (72,8% άνδρες και 71,0% γυναίκες) (Πίνακας 2α).

Η κατηγορία ΔΕ Βοηθών Νοσηλευτών/τριών έπεσε θύμα σε ποσοστό 63,1%, οι ΤΕ Νοσηλευτές/τριες σε ποσοστό 75,7% και οι ΠΕ Νοσηλευτές/τριες σε ποσοστό 84,2% (Πίνακας 3α). Όσον αφορά στο επίπεδο σπουδών, τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 68,8%, 85,9% και 100,0%.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η ηθική παρενόχληση στον εργασιακό χώρο είναι η εκθρική και ανήθικη επικοινωνία, που κατευθύνεται με συστηματικό τρόπο προς ένα άτομο. Είναι η συνεχής σκληρή επίθεση προς την αυτοπεποίθηση και τον αυτοσεβασμό του εργαζόμενου (Cobanoglu, 2005).

Από τους 521 ερωτηθέντες, οι 370 δήλωσαν ότι είχαν πέσει θύματα ηθικής εργασιακής παρενόχλησης, έστω μία

φορά. Το γεγονός είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό, αν σκεφθεί κάποιος ότι η πλειοψηφία των Νοσηλευτών/τριών έχει δεχθεί σκόπιμη και συστηματική καταπίεση. Σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία, οι ενέργειες αυτές κατευθύνονται συχνά από την διοίκηση, αλλά μερικές φορές ξεκινούν και από συνάδελφο, ή από άτομα με χαμηλότερη ιεραρχικά θέση από εκείνη του θύματος (Ozturk, 2008).

“Προσπαθώ να εργάζομαι με σωστό τρόπο, δηλαδή, με άψογη συμπεριφορά και γοργό ρυθμό”, δηλώνει μια νοσηλεύτρια στο ερωτηματολόγιό της. Οι έρευνες δείχνουν ότι τα θύματα έχουν υψηλή συναισθηματική νοημοσύνη, είναι παραγωγικά, ειλικρινή, δίκαια και φιλεύσπλαχνα. Έχουν, συνήθως, υψηλό εκπαιδευτικό υπόβαθρο και είναι άνθρωποι που εργάζονται ιδιαίτερα σκληρά με υψηλούς στόχους (Davenport, 2003 ; Leymann, 1996).

Η συμπτωματολογία που εμφανίζεται στους ερωτηθέντες, καταδεικνύει υψηλά ποσοστά άγχους κεφαλαλγιών, αίσθημα ατονίας, διαταραχές στις συνήθειες του ύπνου, άρνηση για εργασία και έλλειψη συγκέντρωσης. Θα πρέπει επίσης να αναφέρουμε και την ύπαρξη αρρυθμιών, την υπέρταση, τα γαστρεντερολογικά προβλήματα, το αίσθημα επιθετικότητας, τις διαταραχές στις συνήθειες διατροφής και την αύξηση του ποσοστού κατανάλωσης

Πίνακας 3. Επίπεδο σπουδών και εργασιακή παρενόχληση

Crosstab					
			Έχω βιώσει		Total
			Ναι	Όχι	
Κατηγορία	ΔΕ	Count	123	72	195
		% within Κατηγορία	63,1%	36,9%	100,0%
	ΤΕ	Count	231	74	305
		% within Κατηγορία	75,7%	24,3%	100,0%
	ΠΕ	Count	16	3	19
		% within Κατηγορία	84,2%	15,8%	100,0%
Total	Count	370	149	519	
		% within Κατηγορία	71,3%	28,7%	100,0%

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,924a	2	,004
Likelihood Ratio	10,910	2	,004
N of Valid Cases	519		

Πίνακας 3α. Επίπεδο σπουδών και εργασιακή παρενόχληση

Crosstab					
		% within Κατηγορία	63,1%	36,9%	100,0%
ΤΕ	Count	231	74	305	
	% within Κατηγορία	75,7%	24,3%	100,0%	
ΠΕ	Count	16	3	19	
	% within Κατηγορία	84,2%	15,8%	100,0%	
Total	Count	370	149	519	
	% within Κατηγορία	71,3%	28,7%	100,0%	

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,45.

αλκοόλ. Από την διεθνή βιβλιογραφία προκύπτει ότι άτομα που έχουν βιώσει ψυχολογική κακοποίηση στο εργασιακό χώρο, σχετίζονται με υψηλά επίπεδα στρες και άγχους (Einarsen, 2000). Σύμφωνα με παρόμοιες μελέτες, τα θύματα έχουν μειωμένη ποιότητα ζωής, επηρεάζεται αρνητικά η απόδοση στην εργασία τους, κλονίζεται η υγεία τους και καταστρέφονται οι διαπροσωπικές τους σχέσεις (Cowie et al., 2002).

Από την έρευνα προκύπτει ότι όσο αυξάνεται η ηλικία, άρα και η προϋπηρεσία, τόσο αυξάνονται και τα κρούσματα mobbing. Οι άνδρες νοσηλευτές παρουσίασαν περίπου ίδια ποσοστά με εκείνα των νοσηλευτριών. Το ίδιο παρατηρήθηκε και με τα ποσοστά των νοσηλευτών σε Κλινικές και Μονάδες. Προκύπτει, δηλαδή, ότι

το φαινόμενο mobbing δεν σχετίζεται με το φύλο ή το νοσηλευτικό τμήμα στο οποίο εργάζεται ο νοσηλευτής, αλλά αυξάνεται με την παραμονή του τελευταίου στον υγειονομικό χώρο. Σε γενικές γραμμές, οι Νοσηλευτές είναι θύματα σωματικής, συναισθηματικής και λεκτικής βίας, λόγω της φύσης της εργασίας τους (Jackson et al., 2002). Σε μελέτες που έχουν γίνει, βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές έχουν υψηλότερο κίνδυνο για έκθεση στη βία από άλλους εργαζόμενους στα νοσοκομεία. (Ayrançi, 2005). Οι πηγές βίας προέρχονται από ασθενείς, συγγενείς ασθενών, ιατρούς και λοιπούς εργαζόμενους των υγειονομικών υπηρεσιών (Rowe et al., 2005). Όμως, δεν υπάρχουν μελέτες που να αναφέρουν τα ακριβή ποσοστά άσκησης εργασιακής παρενόχλησης από κάθε ανω-

τέρω πηγή.

Η κύρια πηγή βοήθειας των θυμάτων αποτέλεσε κάποιος συνάδελφος. Επομένως η βοήθεια αναζητείται μέσα στον ίδιο εργασιακό χώρο και μάλιστα σε εργαζόμενο ισότιμο, ιεραρχικά, με το θύμα. Προκύπτει επίσης, από την έρευνα, ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων, επιθυμεί την ύπαρξη επιστημονικού, οργανωμένου συστήματος αντιμετώπισης τέτοιων φαινομένων, μέσα στον χώρο των νοσοκομείων, παρά το γεγονός ότι δεν είναι ενήμερη για την ύπαρξη παρόμοιων δομών. Για να συμβεί αυτό θα πρέπει να βρίσκεται η αιτία που προκαλεί τέτοια φαινόμενα (Einarsen et al., 2003), ώστε να αποφεύγονται οι συγκρούσεις στους εργασιακούς χώρους (Zarfetal., 2003).

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΜΕΛΕΤΗΣ

Το γεγονός ότι οι ερωτηθέντες δεν μπορούσαν με ευκολία να ανασύρουν από την μνήμη τους περιστατικά εργασιακής ηθικής παρενόχλησης που βίωσαν στο παρελθόν. Ίσως το γεγονός της απώθησης τραυματικών εμπειριών για την ισορροπία και προστασία του ψυχισμού, οδηγεί στην δυσκολία αναβίωσης παρόμοιων περιστατικών.

Επίσης, το γεγονός ότι στην διεθνή βιβλιογραφία δεν υπάρχει κάποιο εργαλείο μέτρησης του φαινομένου mobbing, καθιστά δύσκολη την καταγραφή όλων των παραμέτρων που εμπεριέχει η ηθική παρενόχληση στον χώρο της εργασίας.

Τέλος, η ανυπαρξία ελληνικού νομοθετικού πλαισίου, έχει ως αποτέλεσμα να μην οριοθετείται το φαινόμενο mobbing στους εργασιακούς χώρους, με αποτέλεσμα την δυσκολία περιγραφής του από τους ερωτηθέντες.

Επιπλέον, το μικρό δείγμα των ερωτηθέντων, που οφείλεται στον περιορισμένο χρόνο συλλογής ερωτηματολογίων, ίσως να μην μας οδηγεί σε απόλυτα ασφαλείς γενικεύσεις για το σύνδρομο επαγγελματικής παρενόχλησης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η επιθετικότητα στον υγειονομικό χώρο και η παρενόχληση είναι, δυστυχώς, υπαρκτά φαινόμενα. Η μελέτη μας κατέδειξε ότι ο οποιοσδήποτε Νοσηλευτής μπορεί να πέσει θύμα του φαινομένου της ηθικής παρενόχλησης, ανεξάρτητα από ηλικία, φύλο ή επίπεδο σπουδών. Εκείνο, όμως, που μπορεί πραγματικά να βοηθήσει στην άμβλυση και εξάλειψη του φαινομένου, είναι η ενημέρωση των Νοσηλευτών, η πρόληψη εχθρικών συμπεριφορών στον χώρο του Νοσοκομείου και η στρατηγική επίλυση των έντονων διαπροσωπικών συγκρούσεων. Οι σύγχρονοι οργανισμοί υγείας οφείλουν να κατανοήσουν ότι μόνο σε ένα ασφαλές περιβάλλον οι Νοσηλευτές/τριες, μπορούν να αποδώσουν τα μέγιστα των δυνατοτήτων και γνώσεών τους. "Ο καθένας οφείλει να σέβεται τον συνάδελφό του, κυρίως να σέβεται τον εαυτό του και να εργάζεται με αξιοπρέπεια και

συνεννόηση" αναφέρει χαρακτηριστικά κάποια συνάδελφος στο ερωτηματολόγιό της.

Η ενεργοποίηση ομάδων που θα πλαισιώνονται από ειδικούς επιστήμονες καθώς και η συνεχιζόμενη ενημέρωση του νοσηλευτικού προσωπικού και η καταγραφή των περιστατικών mobbing, θα καταδείξει το πρόβλημα, με αποτέλεσμα την ενεργοποίηση δομών και πολιτικών ενεργειών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ayranci U (2005). "Violence toward health care workers in emergency departments in West Turkey". *The Journal of Emergency Medicine* 28, 361-365.
- Cowie H, Naylor P, Rivers I, Smith PK & Pereira B (2002) "Measuring workplace bullying". *Aggression and Violent Behavior* 7, 33-51.
- Cox HC (1987) "Verbal abuse in nursing: report of a study". *Nursing Management* Nov. 18, 47-50.
- Einarsen S (2000) "Harassment and bullying at work: a review of the Scandinavian approach". *Aggression and Violent Behavior* 5, 379-401.
- Einarsen S, Matthiesen S & Skogstad A (1998) "Bullying at work: bullying, burnout and well-being among assistant nurses". *Journal of Occupational Health Safety* 14, 563-568.
- Ferrinho P, Biscaia A, Fronteira I, Craveiro I, Antunes AR, Conceic C, Flores I & Santos O (2003) "Patterns of perceptions of workplace violence in the Portuguese health care sector". *Human Resources for Health* 1, 1-11.
- Jackson D, Clare J & Mannix J (2002) "Who would want to be a nurse? Violence in the workplace - a factor in recruitment and retention". *Journal of Nursing Management* 10, 13-20.
- Leymann, H. (1996). "The content and development of mobbing at work". *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5, 165-184.
- Matthiesen SB, Raknes BI & Røsjøkkum O (1989) "Mobbing par beidsplassen". *Tidsskrift for Norsk Psykologforening (in Norwegian)* 26, 761-774.
- Mayhew C & Chappell D (2001) "Occupational Violence Types, Reporting Patterns and Variations Between Health Sectors. Taskforce on the Prevention and Management of Violence in the".
- Niedl (1996) "Mobbing and wellbeing". *European Journal of Work and Organizational Psychology* 5, 239-249.
- Ozturk H & Yilmaz F (2008) "Measuring mobbing experiences of academic nurses: Development of a mobbing scales". *American Academy of Nurses Practitioners* 20, 453-442.
- Rowe MM & Sherlock H (2005) "Stress and verbal abuse in nursing: do burned out nurses eat their young?" *Journal of Nursing Management* 13, 242-248.
- Salin D (2003) "Ways of explaining workplace bullying: a review of enabling, motivating and precipitating structures and processes in the work environment". *Human Relations* 56, 1213-1232.
- Thylefors I (1987) "Syndbockar (Scapegoats)". *Naturoch Kultur*, Stockholm, Sweden.
- Wilson LB (1991) "US businesses suffer from workplace trauma". *Personnel Journal* July, 47-50.
- Workplace". Discussion Paper No. 1. University of NSW, Kensington.
- Wornhom D (2003) "A descriptive investigation of morality and victimisation at work". *Journal of Business Ethics* 45, 29-40.
- Yildirim A. & Yildirim D (2007), "Mobbing in the workplace by peers and managers: mobbing experienced by nurses working in healthcare facilities in Turkey and its effect on nurses". *Journal of Clinical Nursing*, 1444-1453.

ΒΡΑΒΕΙΟ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ ΕΝΕ 2013

Πρόληψη και αντιμετώπιση του ιού της λύσσας

Σταύρος Σταφυλίδης¹, Θεολόγος Μπαξεβάνος², Σωτηρία Κοράνη³

1. Φοιτητής Νοσηλευτικής Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, stavros_staffy@hotmail.com
2. Φοιτητής Νοσηλευτικής Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, gmbaxevanos@hotmail.com
3. Φοιτήτρια Νοσηλευτικής Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, sotia_korani@yahoo.gr

Υπεύθυνος Επικοινωνίας

Σταύρος Σταφυλίδης, Ίμβρου 26, Θεσσαλονίκη, ΤΚ: 54453, stavros_staffy@hotmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η λύσσα αποτελεί ιογενές νόσημα του κεντρικού νευρικού συστήματος, όντας μια λοιμώδης ασθένεια που προκαλείται από διηθητικό.

Σκοπός: Στην παρούσα ανασκοπική μελέτη επισημαίνονται τα μέτρα πρόληψης κατά του ιού αλλά και αντιμετώπισής του σε άτομα που έχουν προσβληθεί από αυτόν.

Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας: Διενεργήθηκε εκτενής ανασκόπηση της πρόσφατης σχετικής βιβλιογραφίας σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων από 1 Μαρτίου 2013 έως και 22 Μαρτίου 2013 (PubMed, Google Scholar) και επιστημονικά περιοδικά, με λέξεις κλειδιά: λύσσα, πρόληψη και αντιμετώπιση λύσσας, επιπτώσεις. Η λύσσα μπορεί να μεταδοθεί μέσω μιας πληγής, ή μιας εκδοράς με τη σίελο του μολυσμένου ξενιστή, αλλά και αερογενώς μέσω αιματοφάγων νυχτερίδων, ενώ έχουν αναφερθεί και περιστατικά μετάδοσης μέσω μεταμόσχευσης οργάνων.

Ο ιός μεταναστεύει από την πύλη εισόδου του στονεγκέφαλο του θύματος. Κατά τη διάρκεια της περιόδου επώασης, η οποία στον άνθρωπο διαρκεί 20-40 ημέρες ενώ στα ζώα 15-30 ημέρες, δεν εκδηλώνονται συνήθως κλινικά συμπτώματα. Ο ιός της λύσσας είναι ιδιαίτερα επικίνδυνος (έως θανάσιμος) εάν δεν αντιμετωπιστεί εγκαίρως για αυτόν το λόγο, ωφέλιμο θα ήταν να λαμβάνουν προληπτικά μέτρα (π.χ. αντιλυσσικά εμβόλια, αντιλυσσικοί οροί) όλοι, ώστε να είναι προστατευμένοι σε πιθανή προσβολή του ιού. Σύμφωνα με τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας περίπου 60.000 άνθρωποι κάθε χρόνο πεθαίνουν από τον ιό της λύσσας. Αξίζει ακόμη να αναφερθεί ότι πολλοί διεθνείς οργανισμοί (Π.Ο.Υ, Αμερικανικός οργανισμός υγείας, Ινστιτούτο Pasteur κ.α.) έχουν ασχοληθεί ενεργά με τον ιό της λύσσας τα τελευταία χρόνια. Ακόμη, έχει θεσπιστεί και παγκόσμια ημέρα κατά του ιού της λύσσας στις 28 Σεπτεμβρίου.

Συμπεράσματα: Με αφορμή τα τελευταία επιβεβαιωμένα κρούσματα εμφάνισης λύσσας σε αρκετές περιοχές της Βόρειας Ελλάδας και δεδομένου ότι η Ελλάδα ήταν ελεύθερη λύσσας από το 1987, θεωρείται επιβεβλημένη η κινητοποίηση και η ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας αλλά και του γενικότερου συνόλου σχετικά με την αντιμετώπιση και την πρόληψη του ιού.

Λέξεις ευρετηρίου: Λύσσα, Αντιμετώπιση, Επιπτώσεις, Πρόληψη.

Prevention and treatment of rabies virus

Stavros Stafylidis¹, Theologos Baxevas², Sotiria Korani³

1. Nurse Student Alexander Technological Educational Institute of Thessaloniki (A.TEI.TH),
stavros_staffy@hotmail.com
2. Nurse Student Alexander Technological Educational Institute of Thessaloniki (A.TEI.TH),
gmbaxevas@hotmail.com
3. Nurse Student Alexander Technological Educational Institute of Thessaloniki (A.TEI.TH),
sotia_korani@yahoo.gr

ABSTRACT

Introduction: Rabies is a viral disease of the central nervous system, being an infectious disease caused by a filterable virus.

Purpose: This study identifies the preventive measures against the virus and treatment of people infected with the virus.

Literature Review: Extensive review of the recent relevant literature in electronic databases (PubMed, Google Scholar) and scientific journals was performed using keywords: rabies, prevention and treatment of rabies, impacts. Rabies virus is transmitted to human and other animals by biting and by saliva of infected animals or by contact with a section of skin having a wound. They have also reported cases of transmission of the virus through the air and through hematophagous bats. Finally, there have been reported outbreaks that have been transmitted through organ transplantation.

The virus migrates from the entry gate of the brain of the victim. During the incubation period, which lasts 20-40 days in man and 15-30 days in animals, usually no clinical symptoms are manifested. The rabies virus is particularly dangerous (up to fatal) if it is not treated promptly and for this reason it would be beneficial for all people to take preventive measures (e.g. rabies vaccines, rabies sera) in order to be protected against a possible virus attack. According to the World Health Organization, approximately 60,000 people every year die from rabies virus. It is also worth mentioning that many international organizations (WHO, American Health Organization, Institute Pasteur, etc.) have been actively involved with the rabies virus in recent years. It has also been adopted as World Day against the rabies virus on 28 of September.

Conclusions: On the occasion of the last confirmed rabies outbreaks in many areas of Northern Greece and due to the fact that Greece was free of rabies since 1987, it is essential for healthcare professionals and the public to be informed about the prevention and treatment of rabies.

Keywords: Rabies, Treatment, Effects, Prevention

*Corresponding Author: Stavros Stafylidis, 26 Imvrou Ave, GR54453, Thessaloniki, Greece
stavros_staffy@hotmail.com*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι επιστημονικά τεκμηριωμένο ότι τα λοιμώδη νοσήματα, όπως και ο ιός της λύσσας, εκδηλώνονται κυρίως με ήπιο τρόπο και τις περισσότερες φορές εξελίσσονται σε βαριές νόσους που δυνητικά οδηγούν ακόμη και στον θάνατο. Επί των ημερών μας, όλοι λίγο-πολύ έχουμε γίνει αποδέκτες κάποιας είδησης μέσω των μέσων μαζικής ενημέρωσης σχετικής με την απειλή μίας επιδημίας που επηρεάζει ένα πολύ μεγάλο μέρος ανθρώπων και συντελεί σε ένα σημαντικό παγκόσμιο ενδιαφέρον. Η λύσσα, όπως άλλωστε και άλλα λοιμώδη νοσήματα, έχει αποτελέσει κατά καιρούς βασικό θέμα στις διεθνείς ειδήσεις, προκαλώντας το ενδιαφέρον του κοινού δημιουργώντας την ανάγκη για μεγαλύτερη και πιο αξιόπιστη ενημέρωσή του σχετικά με την πρόληψη αλλά και τους κινδύνους της νόσου. Οι λοιμώδεις επιπτώσεις της βιο-τρομοκρατίας, η εμφάνιση επικίνδυνων και πολυανθεκτικών, επιβλαβών για την υγεία, μικροοργανισμών, όπως και η διάδοση των προαναφερθέντων επιδημιών και πανδημιών εκπροσωπούν μία διαρκή απειλή για την Παγκόσμια Δημόσια Υγεία [Αποστολοπούλου 2010].

Το 1978 στις Η.Π.Α. έγινε πρόβλεψη ότι μέχρι το 2000 τα λοιμώδη νοσήματα δεν θα αποτελούσαν απειλή για τους ανθρώπους, ακόμα και στα φτωχότερα έθνη [WHO, 2013]. Η μεγάλη αστοχία αυτής της πρόβλεψης διαπιστώθηκε όταν το 1998, περίπου 15 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο πέθαναν από λοιμώδη νοσήματα. Αυτοί οι δραματικά μεγάλοι αριθμοί θνησιμότητας από λοιμώδεις ασθένειες τονίζουν την σπουδαιότητα της επαγρύπνησης, της προετοιμασίας, της έγκαιρης αναγνώρισης και της ανοιχτής επικοινωνίας έτσι ώστε να περιοριστούν οι επιπτώσεις τους, να διατηρηθεί η ασφάλεια των ασθενών στην κοινότητα αλλά και στο περιβάλλον της παρεχόμενης φροντίδας. Ένα από τα σημαντικότερα λοιμώδη νοσήματα είναι και η λύσσα η οποία έχει κάνει την επανεμφάνισή της στην χώρα μας μετά από αρκετά χρόνια.

Ο αιτιολογικός παράγοντας της λύσσας στους ανθρώπους είναι ένας ραβδοϊός σχήματος οβίδας με μονή έλικα RNA. Ο ιός εκκρίνεται στο σάλιο μολυσμένων σκύλων, αλεπούδων, τσακαλιών, λύκων, αιμοβόρων νυχτερίδων, γατών κ.α. και η μετάδοση στον άνθρωπο γίνεται με δήγμα ή με επιμόλυνση από σιέλο άλλου τύπου εκδορών ή τραυμάτων του δέρματος. Η λοίμωξη είναι τελικά θανατηφόρος, αν και η πορεία της νόσου διαφέρει ανάμεσα στα διάφορα είδη. Ο ιός μπορεί να προσβάλει όλα τα θερμόαιμα ζώα. Η λύσσα από νυχτερίδες προκαλεί περισσότερους από ένα εκατομμύριο θανάτους βοοειδών ανά έτος στην κεντρική και νότια Αμερική. Οι σκύλοι μεταδίδουν το μεγαλύτερο μέρος από τις 45.000 περιπτώσεις λύσσας σε ανθρώπους, που παρουσιάζονται ανά έτος σε όλο τον κόσμο.

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι να ανατροφοδοτήσει και να πληροφορήσει το νοσηλευτικό προσωπικό καθώς και το ευρύτερο ιατρικό / παραϊατρικό προσωπικό σχετικά με τους αιτιολογικούς παράγοντες, την ευπάθεια, την παθογένεια, τη συμπτωματολογία, την επιδημιολογία, τη γεωγραφική εξάπλωση καθώς και τα νεότερα δεδομένα σχετικά με τη θεραπεία του ιού της λύσσας. Τέλος, γίνεται προσπάθεια για ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τα μέτρα προφύλαξης στον εργασιακό χώρο.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Τα βασικά ερωτήματα που τίθενται προς διερεύνηση είναι τα εξής:

1. Τι γνωρίζουμε πραγματικά για τον ιό της λύσσας;
2. Υπάρχει επαρκής ενημέρωση σχετικά με την αντιμετώπιση περιστατικών;
3. Γνωρίζουμε τρόπους και μεθόδους πρόληψης σχετικές με τη νόσο;
4. Γνωρίζουμε, οι επαγγελματίες υγείας, για τα μέτρα που πρέπει να λαμβάνουμε κατά την διαχείριση τέτοιων περιστατικών;

Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος αναζήτησης μέσω ηλεκτρονικών βάσεων δεδομένων στο διαδίκτυο. Πραγματοποιήθηκε εκτεταμένη αναζήτηση ερευνητικών άρθρων δημοσιευμένων σε έγκυρα και έγκριτα επιστημονικά περιοδικά, καταχωρημένων στις διεθνείς ακαδημαϊκές βάσεις δεδομένων: heallink, scopus, sciencedirect, elsevier, pubmed, googlescholar, ιατροτεκμη κριτήρια αναζήτησης και λέξεις κλειδιά τους όρους: [MeSH] «rabiesandprevention», «rabiesandpathology», «rabiesandnurses», «rabiesandcure», «rabiesandhealthcare», «rabiesandsymptoms», «rabiesandepidemiology», «rabiesinGreece», «rabiesinEurope», «rabiesvirus», καθώς και συνδυασμούς αυτών. Επιπλέον, αναζητήθηκαν αντίστοιχα δεδομένα σε άρθρα βιβλίων, πρακτικά και περιλήψεις συνεδρίων, ενώ όσες παραπομπές και σχετικά άρθρα βρέθηκαν μελετήθηκαν ενδελεχώς.

Επίσης, αναζητήθηκαν ειδικές πληροφορίες από τη Βιβλιοθήκη Διδασκόντων του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης καθώς και από τις Βάσεις Δεδομένων του ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης.

Η αποδελτίωση των επιστημονικών άρθρων έγινε με βάση τις εξής παραμέτρους:

1. Τις λέξεις-κλειδιά της έρευνας.
2. Το περιοδικό δημοσίευσης βάσει της παγκόσμιας αποδελτίωσής του.
3. Την χρονολογία καταχώρισης της επιστημονικής δημοσίευσης.
4. Τα συμπεράσματα της δημοσίευσης βάσει της σχετικότητας με το θέμα

Πίνακας 1. Κρούσματα του ιού της λύσσας στην Ελλάδα (Οκτώβριος 2012-Μάρτιος 2013)

Πηγή: Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (2013).

A/A	Είδος Ζώου	Ημερομηνία ενημέρωσης εργαστηριακής επιβεβαίωσης	Νομός εντόπισης ζώου	Περιοχή εντόπισης ζώου
1	Κόκκινη αλεπού	19/10/2012	Κοζάνης	Σιάτιστα
2	Σκύλος	19/11/2012	Καστοριάς	Ιεροπηγή
3	Κόκκινη αλεπού	7/12/2012	Κιλκίς	Μεταξοχώρι
4	Κόκκινη αλεπού	12/12/2012	Κιλκίς	Κάτω Ποταμιά
5	Σκύλος	20/12/2012	Πέλλας	Αριδαία
6	Κόκκινη αλεπού	24/12/2012	Πέλλας	Αριδαία
7	Κόκκινη αλεπού	31/12/2012	Κιλκίς	Μεταλλικό
8	Κόκκινη αλεπού	31/12/2012	Κιλκίς	Σταυροχώρι
9	Κόκκινη αλεπού	31/12/2012	Πέλλας	Λουτράκι
10	Κόκκινη αλεπού	14/1/2013	Κιλκίς	Κιλκίς
11	Κόκκινη αλεπού	18/1/2013	Κιλκίς	Αντιγόνεια
12	Κόκκινη αλεπού	31/1/2103	Κιλκίς	Κορομπλιά
13	Κόκκινη αλεπού	20/2/2013	Κοζάνης	Κτένι
14	Γάτα	28/2/2013	Τρικάλων	Αγριελιά
15	Κόκκινη αλεπού	28/2/2013	Κιλκίς	Κορομπλιά
16	Κόκκινη αλεπού	11/3/2013	Κιλκίς	Βαφειοχώρι

Πίνακας 2. Ευπάθεια των σημαντικότερων ξενιστών του ιού

Πηγή: (Παπαδόπουλος, Ο.Α, 1983).

ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΠΑΘΗ	ΠΟΛΥ ΕΥΠΑΘΗ	ΜΕΤΡΙΑ ΕΥΠΑΘΗ
Αλεπού	Γάτες	Σκύλοι
Τσακάλια	Βοοειδή	Αιγοπρόβατα
Λύκοι	Νυκτερίδες	Άλογα
	Τρωκτικά	Πίθηκοι
	Κουνέλια	Άνθρωποι

Ο ΙΟΣ ΤΗΣ ΛΥΣΣΑΣ
Ιστορική αναδρομή

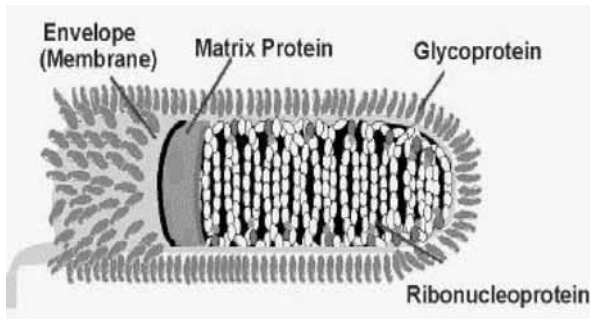
Η λύσσα ήταν ενδημική στην Ελλάδα από τον 10ο αιώνα π.Χ (Όμηρος, Δημόκριτος, Αριστοτέλης κ.λπ.). Το 30 π.Χ. ήταν η πρώτη φορά που διαγνώστηκε άνθρωπος και ζώο με τον ιό της Λύσσας. Σήμερα γνωρίζουμε πως η επώαση του ιού αυτού, έχει πολύ μεγαλύτερη διάρκεια από ότι πιστεύαμε στο παρελθόν. Βασισμένοι σε εικόνες αρχαίων Ινδουιστών που παρουσιάζουν σκυλιά με τα συμπτώματα της Λύσσας όπως τα γνωρίζουμε, έχου-

με αρκετές αποδείξεις για να πιστέψουμε πως ο ιός αυτός υπάρχει από τα αρχαία ακόμη χρόνια. Στις αρχές του 12ου αιώνα, ακόμη και η εκκλησία ενδιαφέρθηκε για τον ιό αυτό και έχρισε μάλιστα και έναν άγιο προστάτη κατά του δαγκώματος της Λύσσας, τον άγιο Ubald. Επίσης, η εκκλησία στην αρχή πίστευε και υποστήριζε ότι οι άνθρωποι και τα σκυλιά που ήταν μολυσμένοι από τον ιό, ήταν υπό την κατοχή δαιμόνων.

Στην Αμερική, η πρώτη εμφάνιση της Λύσσας περιγράφεται στο βιβλίο του Petrus Martyr Anglerius



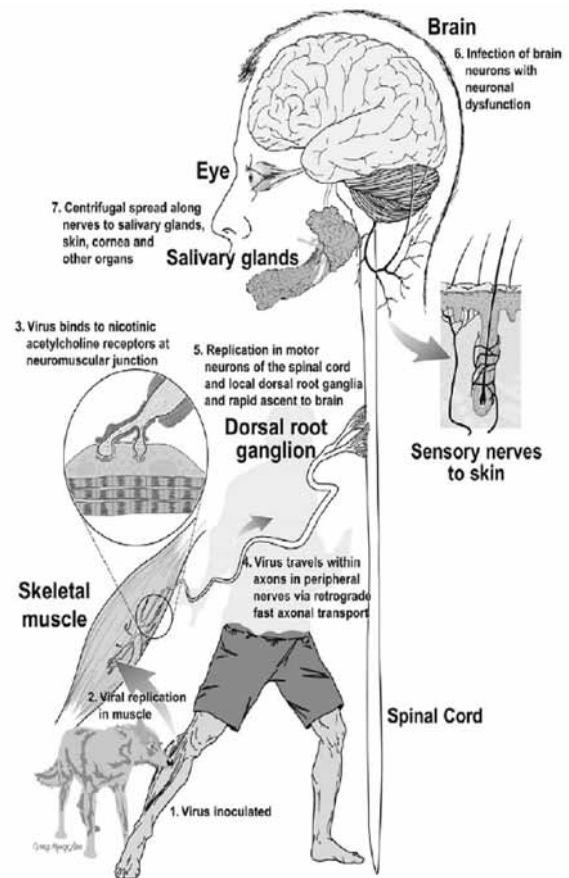
Εικόνα 1. Περιοχές εμφάνισης κρουσμάτων στην Ελλάδα Πηγή: (Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (2013).



Εικόνα 2. Ο ιός της λύσσας Πηγή: (World Health Organization, 2013)

«DeRebusOceanicis et de Orbi Novi Decades Octo», το οποίο γράφτηκε τον 16ο αιώνα. Συγκεκριμένα, κάνει λόγο για κοπάδια νυχτεριδών που πετάνε φουριόζες και περιγράφονται με πληθώρα συμπτωμάτων του ιού (Korowski, H, 2009)

Έπειτα από αναφορές των κτηνιατρικών αρχών το 1933, είναι γνωστό ότι η λύσσα ενδημούσε σε όλη την Ελληνική επικράτεια και στην διάρκεια του 2ου Παγκοσμίου Πολέμου, τα κρούσματα της λύσσας είχαν αυξηθεί δραματικά. Στη Ζάκυνθο, κατά το έτος 1949, εφαρμόστηκε πιλοτικά ένα πρόγραμμα εμβολιασμών των οικιστικών ζώων προκειμένου να καταπολεμηθεί η λύσσα, το οποίο στέφτηκε με απόλυτη επιτυχία. Από την επόμενη χρονιά το πρόγραμμα αυτό εφαρμόστηκε σε όλη την ελληνική επικράτεια και σε συνδυασμό με την πραγματοποίηση δωρεάν εμβολιασμών σε οικίστια ζώα, με τον περιορισμό του πληθυσμού αδέσποτων και άγριων σαρκοβόρων και με την ενημέρωση του ευρύτερου κοινού από τις κτηνιατρικές αρχές της χώρας πραγματοποιήθηκε η εξάλειψη της νόσου. (Δραγώνας Π.Ν. & Στοφώρος Α., 1996)



Εικόνα 3. Η διαδρομή του ιού Πηγή: (Haider, S. 2008).

Η Ελλάδα ήταν ελεύθερη λύσσας από το 1987 έως και τον Οκτώβριο του 2012, που επανεμφανίστηκε επιβεβαιωμένο κρούσμα σε αλεπού στην περιοχή Παλαιόκαστρου Κοζάνης (Εικόνα 1). Το γεγονός ότι ο ελλαδικός χώρος συνορεύει με χώρες στις οποίες εξακολουθεί και ενδημεί ο ιός ήταν μείζονος σημασίας στην επανεμφάνιση της νόσου.

Επιδημιολογία

Η λύσσα έχει παγκόσμια εξάπλωση με εξαίρεση την Αυστραλία, Ν.Ζηλανδία, Ιαπωνία, Βρετανικά νησιά και Κύπρο. Οι χώρες αυτές διατηρούνται απαλλαγμένες εξαιτίας της απουσίας της νόσου στα άγρια ζώα τους και των αυστηρών μέτρων που λαμβάνονται για τη μη εισαγωγή της νόσου. Σε όλες τις ηπειρωτικές χώρες η λοίμωξη από τον ιό συντηρείται σε μη ανθρώπινους θηλαστικούς ξενιστές. Σε νησιά όπως η Αυστραλία, η Μ. Βρετανία, η Ιαπωνία, η Χαβάη στα περισσότερα νησιά της Καραϊβικής καθώς και στις Σκανδιναβικές χώρες η λύσσα δεν ενδημεί λόγω του αυστηρού ελέγχου στην εισαγωγή ζώων (Mimsetal, 2010.)



Η Ελλάδα ήταν ελεύθερη λύσσας από το 1987 έως τον Οκτώβριο του 2012, όπου έγινε διάγνωση λύσσας σε ζώο της άγριας πανίδας (κόκκινη αλεπού) στην περιοχή Παλαιόκαστρο της Περιφερειακής Ενότητας Κοζάνης και στα μέσα Νοεμβρίου 2012 σε ποιμενικό σκύλο στη περιοχή Ιεροπηγής Καστοριάς (Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, 2013)

Από τον Οκτώβριο του 2012 μέχρι και σήμερα έχουν αναφερθεί 16 διαφορετικά κρούσματα του ιού της λύσσας μεταξύ των οποίων και σε άνθρωπο από οικόσιτη γάτα στην περιοχή Αγριελιά Τρικάλων. (Πίνακας 1)

Παθογένεια

Ο ιός της λύσσας ανήκει στην οικογένεια Rhabdoviridae. Το σωματίδιο έχει σχήμα οβίδας, διαστάσεις 80x180nm και νουκλεοτίδιο RNA ελικοειδούς συμμετρίας, που περιβάλλεται από περίβλημα και φέρει στην επιφάνειά του ακίδες (Εικόνα 2).

Η μόλυνση δημιουργείται συνήθως από λύσεις συνέχειας του δέρματος, που προκαλούνται από τα δήγματα μολυσμένων με τον ιό ζώων. Είναι ακόμη δυνατή και από εναπόθεση μολυσμένου υλικού (π.χ. σάλιου) σε προϋπάρχουσες λύσεις συνέχειας του δερματικού ιστού (π.χ. αμυχές). Ακόμη, έχουν αναφερθεί και περιστατικά μόλυνσεων μέσω βλεννογόνων όπως του επιπεφυκότα, δια της αναπνευστικής οδού και μέσω του πεπτικού συστήματος (Εικόνα 3).

Όλα τα θερμόαιμα ζώα, συμπεριλαμβανομένων και των πτηνών καθώς και ο άνθρωπος είναι ευπαθή στον ιό της λύσσας. Οι φυσικοί όμως ξενιστές του ιού ανήκουν στις τάξεις των σαρκοφάγων (Carnivora) και των χειροπτέρων (Chiroptera) (Πίνακας 2).

Συμπτωματολογία

Η επώαση του ιού της λύσσας γίνεται μέσα σε 20 με 90 μέρες ή και περισσότερο. Μέσα σε αυτό το διάστημα, ο ιός μεταφέρεται από τα περιφερειακά νεύρα προς το κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ) και έπειτα διαμέσου αυτού μεταφέρεται σε όλες τις νευροανατομικές συνδέσεις του σώματος. Τέλος, μεταφέρεται μέσω του αισθητήριου αλλά και του αυτόνομου κεντρικού μας συστήματος και σε πληθώρα άλλων οργάνων. Τα πρόδρομα σύνδρομα του ιού δυστυχώς δεν είναι συγκεκριμένα. Έχουν αναφερθεί παραισθήσεις, κνησμός και πόνος στο σημείο της μόλυνσης, τα οποία τις περισσότερες φορές πιστεύεται πως είναι από κάποια μόλυνση ή από κάποια τοπική φλεγμονή. Μετά την ανάπτυξη κινάγκης, κεφαλαλγίας, πυρετού και δυσανεξίας στην θέση του δήγματος, ο ασθενής γίνεται ευερέθιστος, με μυϊκές συσπάσεις και σπασμούς. Η προσβολή των μυών της κατάποσης κατά την προσπάθεια λήψης νερού έδωσε στην λύσσα το παλιό της όνομα (υδροφοβία) μια και τα συμπτώματα κάποιες φορές εκλύονται μόνο και μόνο στη θέα του νερού. Όταν ο ιός αναπτυχθεί είναι πια θανατηφόρος, με τον θάνατο να προκαλείται από καρδιακή ή αναπνευστική ανακοπή.

Αξίζει ακόμη να αναφερθεί ότι το διάστημα ανάπτυξης του ιού είναι ανάλογο με το διάστημα επώασής στον ξενιστή που προσβάλλει. Έχουν αναφερθεί περιπτώσεις από δύο εβδομάδες έως και τρία χρόνια

Εργαστηριακή διάγνωση

Εργαστηριακή διάγνωση μπορεί να γίνει με την ανίχνευση των αντιγόνων του ιού με μελέτη ανοσοφθορισμού υλικού βιοψίας από το δέρμα, αποτυπώματος του κερατοειδούς ή υλικού βιοψίας του εγκεφάλου. Στους νευρώνες του ξενιστή παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά ενδοκυττάρια έγκλειστα.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Πρόληψη

Η συχνότητα της λύσσας στον άνθρωπο είναι μικρή. Το μεγάλο όμως άγχος που προκαλεί η υποψία της νόσου και η ταλαιπωρία της αντιλυσσικής θεραπείας κάνουν την σημασία της λύσσας πολύ μεγαλύτερη από αυτό που δείχνουν οι στατιστικές μελέτες (Αποστολοπούλου, 2010). Επειδή στην συντριπτική του πλειοψηφία ο ιός μεταφέρεται από τα ζώα στους ανθρώπους, δόκιμο είναι να γνωρίζουμε τα συμπτώματα των ζώων που έχουν προσληφθεί από τη νόσο για να μπορούμε να τα αναγνωρίσουμε. Αυτά είναι: Ίχνη αφρώδους σάλιου στην στοματική περιοχή, να έχει ανήσυχη συμπεριφορά, να είναι υπερβολικά φιλικό ή υπάκουο ή υπερβολικά επιθετικό, να έχει σύγχυση και αποπροσανατολισμό κατά την μετακίνησή του, να θεωρείται νυκτόβιο (π.χ. αλεπού) και να έχει παρατηρηθεί να κυκλοφορεί ημέρα.

Ακόμα, σε περιοχές υψηλού κινδύνου ή σε περιοχές που έχουν αναφερθεί περιστατικά κρουσμάτων του ιού της λύσσας θα πρέπει: Τα κατοικίδια ζώα να παραμένουν σε ασφαλή απόσταση από τα αδέσποτα, απαραίτητως να εμβολιάζονται, να αποφεύγεται η επαφή των ανθρώπων με τα αδέσποτα ζώα, να αποτρέπεται η ελεύθερη περιαγωγή των κατοικίδιων, να καθορίζεται το κοινό λόγω της δυνατότητας αντιμετώπισης του ιού και να αναφέρεται στις αρμόδιες αρχές κάθε ύποπτο κρούσμα (Snow M, 2011).

Τέλος, σημαντικό είναι να αναφερθούν και τα κυριότερα μέτρα πρόληψης μετάδοσης του ιού από το νοσηλευτικό προσωπικό και τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας κατά την άσκηση της εργασίας τους: Να χρησιμοποιεί προστατευτικά γάντια μιας χρήσης, να γίνεται χρήση προστατευτικών γυαλιών, προστατευτικής μάσκας όπως και να τηρείται προσεκτική και ενδεδειγμένη διαδικασία κατά την λήψη αίματος, ούρων αναρροφήσεων κλπ. (Stantic- Pavlinic, M, 2002).

Αντιμετώπιση

Ο σκοπός της Προ-έκθεσης-Προφύλαξης (ΠΕΠ) είναι να αποτρέψει τον ιό από το να προσβάλλει και να αποκτήσει πρόσβαση στο Νευρικό σύστημα. Η όσο το δυνατόν γρηγορότερη και επαρκέστερη αντιμετώπιση των

τραυμάτων αποτελεί το κυριότερο μέτρο προφύλαξης από την εξέλιξη της νόσου και προηγείται της χορήγησης εμβολίου και ορού. Η διαδικασία ΠΕΠ περιλαμβάνει: Εντοπισμό όλων των τραυμάτων που έχουν προκληθεί, άμεση και ενδελεχής πλύση τους σε βάθος με άφθονο νερό και σαπούνι για τουλάχιστον 10 λεπτά, καθώς και εφαρμογή στο τραύμα διαλύματος αιθυλικής αλκοόλης, ιωδίου ή άλλου αντισηπτικού για την αδρανοποίηση του ιού.

Αποτελεσματική θεραπεία για την λύσσα δεν υπάρχει και η θνητότητα της νόσου αγγίζει το 100%. Εκτός από την προ-έκθεση στη νόσο προφύλαξη που αναφέρθηκε παραπάνω ο πιο αποτελεσματικός τρόπος για την προστασία από την λύσσα είναι:

Είτε προληπτικός εμβολιασμός με το αντιλυσσικό εμβόλιο που συστήνεται κυρίως για τις ομάδες υψηλού κινδύνου (θηροφύλακες, κτηνογούς, προσωπικό ιατρικών εργαστηρίων, κτηνιάτρους, αγρότες), είτε άμεση χορήγηση εμβολίου και ανθρώπινης ανοσοσφαιρίνης μετά την έκθεση στον ιό. Στη περίπτωση που ο θεράπων ιατρός κρίνει ότι μία έκθεση/επαφή με άγριο ή οικόσιτο ζώο είναι ύποπτη για τη μετάδοση της λύσσας συστήνεται η χορήγηση αντιλυσσικού εμβολίου και ειδικής ανοσοσφαιρίνης (αντιλυσσικός ορός).

Αντιλυσσικό εμβόλιο

Είναι δυνατό να χορηγηθεί και προληπτικά και μετά την πιθανή έκθεση (σε συνδυασμό με τον αντιλυσσικό ορό) στον ιό. Για το συγκεκριμένο τύπο εμβολίου, που κυκλοφορεί στην Ελλάδα, μετά από ύποπτη έκθεση συνιστάται η χορήγηση 5 δόσεων εμβολίου: ημέρα 0, ημέρα 3, ημέρα 7, ημέρα 14 και την ημέρα 28. Ως ημέρα 0, ορίζεται η ημέρα λήψης της πρώτης δόσης του αντιλυσσικού εμβολίου, η οποία καλό θα ήταν να συμπίπτει με την ημέρα της έκθεσης στην ασθένεια.

Ειδική Ανοσοσφαιρίνη κατά της λύσσας (αντιλυσσικός ορός για την παθητική ανοσία)

Η ανοσοσφαιρίνη χορηγείται μετά την πιθανή έκθεση στον ιό κατά προτίμηση την ημέρα 0, ταυτόχρονα με την 1η δόση του αντιλυσσικού εμβολίου, αλλά σε διαφορετικό σημείο και με διαφορετική σύριγγα. Αν αυτό δεν είναι εφικτό, η ανοσοσφαιρίνη μπορεί να χορηγηθεί το αργότερο έως και την ημέρα 7 μετά την έκθεση στην ασθένεια.

Το αντιλυσσικό εμβόλιο χορηγείται ενδομυϊκά: στους ενήλικες στην περιοχή του δελτοειδούς (βραχίονας) και στα παιδιά στην προσθιο-πλάγια επιφάνεια του μηρού. Η χορήγηση του εμβολίου δεν πρέπει να γίνει ποτέ ενδοφλέβια. Ο αντιλυσσικός ορός είναι προτιμητέο να χορηγηθεί στην περιοχή του τραύματος, αν αυτό είναι ανατομικά εφικτό. Αν αυτό δεν είναι δυνατόν για όλη τη ποσότητα (π.χ. τραύμα σε δάχτυλο), θα πρέπει η ποσότητα ανοσοσφαιρίνης που θα περισσεύσει να εγχυθεί σε άλλο σημείο ενδομυϊκά μακριά από το σημείο του εμβολιασμού (κατά προτίμηση στον άλλο δελτοειδή ή στην

προσθιο-πλάγια επιφάνεια του μηρού). Η χορήγηση της ανοσοσφαιρίνης δεν πρέπει να γίνει ποτέ ενδοφλέβια. (Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, 2013).

ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ

Η μόλυνση από τον ιό της λύσσας θεωρείται επισήμως μια θανατηφόρα ασθένεια. Ωστόσο, τις τελευταίες δεκαετίες υπάρχουν ασθενείς που έχουν παρουσιάσει κλινικά συμπτώματα του ιού αυτού, αλλά έχουν επιζήσει, συνήθως με μόνιμες νευρολογικές διαταραχές. Το 2003, ειδικοί της λύσσας υποστήριξαν πως η επιβίωση μπορεί να βελτιωθεί με τον συνδυασμό εμβολίου, ανοσοσφαιρίνης της λύσσας, αντικατάστασης φάρμακα και αναισθητικών κεταμινών, που είχαν αποδειχτεί ευεργετικά σε δοκιμές πάνω σε ζώα. Ένα χρόνο αργότερα, μια κοπέλα από το Μιλγουόκι που προσβλήθηκε από τον ιό, αντιμετωπίστηκε ιατρικά με τους παραπάνω τρόπους και νίκησε την ασθένεια, με ήπιες μόνο νευρολογικές διαταραχές (Jackson A.C, 2013). Παρόλα αυτά, το πρωτόκολλο αυτό είναι ακόμα σε πειραματικό στάδιο και δεν μπορούμε να πούμε ότι είναι επιτυχές, καθώς χρησιμοποιήθηκε σε αρκετά περιστατικά μετά από την κοπέλα αυτή, δίχως όμως κάποιο θετικό αποτέλεσμα. Συνεπώς, χρειάζονται περαιτέρω μελέτες πάνω σε ζώα για να βελτιωθεί η κατανόηση μας πάνω στην παθογένεση του ιού αυτού και στην δημιουργία νέων θεραπευτικών μεθόδων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σε έρευνα που έγινε το 2012 στην Ελλάδα, δόθηκαν ερωτηματολόγια σε 237 φοιτητές νοσηλευτικής, από τους οποίους η πλειοψηφία 67,9% απάντησε σωστά μόνο σε 3 από τις 7 ερωτήσεις κλειδιά με βάση τη λύσσα. (Ioannidou C. et al 2012.) Στην γειτονική Τουρκία σε έρευνα σχετική με τον ιό της λύσσας, από τους 890 ιατρούς που ερωτήθηκαν μόνο το 64,5% ήταν σε θέση να διαχειριστεί με επάρκεια ένα περιστατικό σχετικό με την λύσσα. (Ismail G. et al 2011.)

Είναι φανερό πως η εγρήγορση σχετικά με τη νόσο, λόγω ότι ο ιός της λύσσας σε αρκετές χώρες είχε εξαλειφθεί, αλλά και επειδή έχει αρκετά χρόνια να κάνει την εμφάνισή της, όπως στην περίπτωση της Ελλάδας, έχει ατονήσει σε μεγάλο βαθμό. Το γεγονός όμως ότι πρόκειται για ένα δυνητικά θανατηφόρο ιό ο οποίος αν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα μπορεί να δημιουργήσει σοβαρές επιπλοκές στην δημόσια υγεία, καθώς και το γεγονός ότι η νόσος είναι 100% θανατηφόρος δημιουργεί της προϋποθέσεις για περαιτέρω έρευνες σχετικές με την πρόληψη και αντιμετώπιση της νόσου. Η ανάγκη επικαιροποίησης της γνώσης καθώς και η κινητοποίηση των κρατικών φορέων για την ανατροφοδότηση και επιμόρφωση τόσο των επαγγελματιών υγείας όσο και του ευρέους κοινού σχετικά με τον ιό είναι επιτακτική, καθώς θα επικαιροποιήσει την γνώση σχετικά με τη νόσο, έτσι ώστε να μπορεί να ανταποκριθεί επαρκώς σε κάποιο περιστατικό αλλά και θα καθυστερήσει τον πληθυσμό.



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αποστολοπούλου, Ε.Α. (2010). «Λοιμώξεις Σχετιζόμενες με την Φροντίδα Υγείας» σελ. 10-15
- Bakir, M., Gonen, I., Soysal, A., Topuzoglu, A. (2011). «Clinical knowledge and Attitudes of Turkish Physicians toward Rabies caused by animal bites. Jpn. J. Infect. Dis.»64: 382-388.
- Bartholomew, M.L., Brauer, E., Davis, J.P., Kazmierczak, J.I., Recuenco, S., Rupprecht, C.E., (2011). «MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report. U.S. Centre for Disease Control» 60:34, 1164-1166.
- Christopoulou-Aletra, H., Varlami, C., Togia, A., (2006). «Rabies in Greece during the 19th century; Scientific views therapeutic strategies and preventive measures presented in the medical literature». Aristotle University Medical Journal, 1:165-168.
- Ekdahl, K., Steffens, I. (2008). «Rabies – a recurrent danger to European countries from dogs introduced from endemic countries.» Euro Surveill, European Centre for Disease Prevention and Control, 13, 19.
- Galanis, P., Ioannidou, C., Pavlopoulou, I.O., Tsoumakas, K., (2012). «Characteristics of dog bites among nursing students and knowledge about their emergency management.» International Nursing Review, 59: 245-251.
- Godfrey, S.M., Kunda, J., Rudovic, K., (2008). «Knowledge of causes, clinical features and diagnosis of common zoonoses among medical practitioners in Tanzania.» BMC Infectious diseases, 8:162.
- Grill, A.K. (2009). «Approach to management of suspected rabies exposures.» Canadian Family Physician, 55:247-251.
- Hadjianastasiou, Maltezou, H.C., Ouzounidou, Z., Pavli, A., S., Patrinos, S., Vakali, A., Saroglou, G. (2011). «Knowledge and practices about rabies among travel medicine consultants in Greece.» Travel Medicine and Infectious Disease, 9:1, 32-66
- Haider, S. (2008). «Rabies: old disease, new challenges.» Division of Infectious Diseases. Canadian Medical Association or its licensors (CMAJ), 5:178.
- Jackson, A.C. (2013). «Current and Future approaches to the therapy of human rabies. Antiviral Research» Article in Press.
- Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (2013). Νοσήματα Θέματος ταυγείας, Λοιμώδη Νοσήματα, Ζωονόσοι, Λύσσα, ΚΕΕΛΠΝΟ, [http://www.keelrno.gr/el-gr/Πρόσβαση 6 Μαρτίου 2013](http://www.keelrno.gr/el-gr/Πρόσβαση_6_Μαρτίου_2013)
- Koprowski, H. (2009). «Rabies in the face of the 21st century. Zoonoses and Public Health» 56:258-261.
- Malerczyk, C. (2010). «Caring about rabies: A deadly neglected disease. Human Vaccines» 6:4, 436-438.
- Mims, C., Playfair, J., Roitt, I., Wakelin, D., Williams, R. (2010). «Εγκεφαλίτιδα. Λοιμώξεις του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος. Μικροβιολογία.» σελ. 303-305
- Παπαδόπουλος, Ο.Α. (1983). «Λοιμώξεις στον σκύλο. Λύσσα» σελ. 45-50. Λοιμώδη Νοσημάτων Ζώων. Θεσσαλονίκη.
- Snow, M. (2011). «Human rabies: Treatment and Prevention». Nursing 2011, 65-66.
- Stantic- Pavlinic, M. (2002). «Rabies Treatment of Health care staff.» Swiss Med Wkly, 132, 129-131.
- Warell, M.J. (2012). «Current rabies vaccines and prophylaxis schedules: Preventing rabies before and after exposure. Travel Medicine and Infectious Disease» 10:2-10.
- World Health Organization. Rabies: A neglected zoonotic Disease. WHO, [http://www.who.int/rabies/en/Πρόσβαση 6 Μαρτίου 2013](http://www.who.int/rabies/en/Πρόσβαση_6_Μαρτίου_2013)

Μετατραυματική Οξεία Νεφρική Ανεπάρκεια: Κλινική Προσέγγιση

Σοφία Ζυγά

Επίκουρη Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, zygast@uop.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η μετατραυματική οξεία νεφρική ανεπάρκεια είναι δυνατόν να προκληθεί από αίτια που προκαλούν τραυματισμό ή ρήξη στο ουροποιητικού συστήματος από την ουρήθρα έως το νεφρό. Αποτελεί πολύ σοβαρή κλινική κατάσταση με μεγάλη νοσηρότητα και θνητότητα. Η νεφρική ανεπάρκεια μπορεί να είναι είτε παροδική και αυτοπεριοριζόμενη, είτε παρατεταμένη εκδήλωση του συνδρόμου πολυοργανικής ανεπάρκειας με μεγάλη θνητότητα. Η πιο κοινή αιτία μετατραυματικής ΟΝΑ είναι η ανεπαρκής χορήγηση υγρών μετά αιμορραγικό shock.

Λέξεις - κλειδιά: Τραύμα, Οξεία Νεφρική Ανεπάρκεια, Οξεία Νεφρική Βλάβη Σύνδρομο Πολυοργανικής Ανεπάρκειας.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:

Σοφία Ζυγά,
Επίκουρος Καθηγήτρια,
Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου,
Σχολή Επιστημών Ανθρώπινης Κίνησης και Ποιότητας Ζωής,
Τμήμα Νοσηλευτικής, Σπάρτη Λακωνίας, Ελλάδα
Τηλ.:+30 2731 089 725,
E-mail:zygast@uop.gr

Post-Traumatic Acute Renal Failure: Clinical Process

Sofia Zyga

Assistant Professor, Faculty of Human Movement and Quality of Life Sciences, Department of Nursing,
University of Peloponnese, Sparta, Greece, zygass@uop.gr

ABSTRACT

Acute post-traumatic renal failure is one of the most serious complications that can affect polytrauma patients, with a high morbidity and mortality. The kidney is vulnerable to developing acute renal failure by virtue of the arrangement of its blood supply and the high metabolic demands involved in the production of urine. While several intrinsic mechanisms exist to protect the kidney, these may be swamped following polytrauma. In particular haemorrhage and hypotension can lead to early renal failure; and the massive release of cytokines occurring in the systemic inflammatory response syndrome can lead to renal failure as part of the multiorgan failure syndrome.

Key words: Trauma, Acute Renal Failure, Acute Kidney Injury, Multiorgan Failure Syndrome.

Corresponding author:

Sofia Zyga

Assistant Professor,
University of Peloponnese,
Faculty of Human Movement and Quality of Life Sciences,
Department of Nursing,
Leonidou 3,
Sparta Lakonias, Greece,
Tel:+30 2731 089 725,
E-mail:zygass@uop.gr



ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ος οξεία νεφρική ανεπάρκεια (ΟΝΑ) ορίζεται η αιφνίδια αδυναμία του νεφρού να διατηρήσει το ισοζύγιο ύδατος και ηλεκτρολυτών του οργανισμού. Παρότι από παθοφυσιολογική άποψη αυτός ο ορισμός είναι έγκυρος, επέτρεπε τον αυθαίρετο καθορισμό των σημείων αποκοπής των συνεχών μεταβλητών που υπεισέρχονται στην κλινική διάγνωση της οξείας νεφρικής ανεπάρκειας, δηλαδή του μεγέθους αύξησης της κρεατινίνης ορού ή ελάττωσης του ρυθμού σπειραματικής διήθησης (GFR). Το γεγονός αυτό οδήγησε στο να υπάρχουν πάνω από 30 διαφορετικοί ορισμοί της οξείας νεφρικής ανεπάρκειας και ήταν απαγορευτικό για την σύγκριση των επιδημιολογικών και κλινικών μελετών για την επίπτωση, τον επιπολασμό, την πρόγνωση και την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών χειρισμών αντιμετώπισης της οξείας νεφρικής νόσου (Mehta and Chertow, 2003).

Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι ακόμα και μικρές αυξήσεις της κρεατινίνης ορού αυξάνουν σημαντικά την θνητότητα (Chertow et al., 2005). Για τον λόγο αυτό ο όρος οξεία νεφρική βλάβη (Acute Kidney Injury), που προτείνεται αντί του παλαιότερου όρου οξεία νεφρική ανεπάρκεια (Acute Kidney Failure), με βάση τα κριτήρια RIFLE περιγράφει ένα ενιαίο φάσμα απώλειας της νεφρικής λειτουργίας, που εκτείνεται από μικρές κλινικά σιωπηλές αυξήσεις της κρεατινίνης ορού έως τις κλινικά επείγουσες καταστάσεις που απαιτούν υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας.

Προκαλείται από:

- Ανεπαρκή νεφρική αιμάτωση (από εξωνεφρικά αίτια).
- Αρτηριακή ή φλεβική απόφραξη νεφρικών αγγείων.
- Βλάβη του νεφρικού παρεγχύματος.
- Απόφραξη της αποχετευτικής μοίρας του ουροποιητικού συστήματος, όπως συμβαίνει στις αποφρακτικές ουροπάθειες.

Απαραίτητη προϋπόθεση για την εκδήλωση ΟΝΑ είναι η βλάβη αμφοτέρων των νεφρών ή ενός μονήρους νεφρού. Η ΟΝΑ χαρακτηρίζεται από ποικίλες μεταβολικές διαταραχές και σημαντική ελάττωση του ποσού των αποβαλλομένων ούρων, μέχρι και πλήρους ανουρίας. Σε μερικές περιπτώσεις ΟΝΑ, το ποσό των αποβαλλομένων ούρων μπορεί να είναι φυσιολογικό ή και μεγαλύτερο του κανονικού. (Levins, 2004; Kellum, 2008).

Η ΟΝΑ ανεξάρτητα από την αιτία που την προκαλεί εκδηλώνεται όταν μειωθεί ή διαταραχθεί η νεφρική αιμάτωση και/ ή η σπειραματική πίεση διήθησης. Η μετατραυματική οξεία νεφρική ανεπάρκεια είναι δυνατόν να προκληθεί από αίτια που προκαλούν τραυματισμό ή ρήξη στη διαδρομή του ουροποιητικού συστήματος από την ουρήθρα έως το νεφρό. Σε κάθε περίπτωση, η κλινική έκφραση της βλάβης θα συνίσταται σε απώ-

λεια αίματος, ή στη δημιουργία αιματώματος, με συνέπεια την εκδήλωση νεφρικής ισχαιμίας (Stene, 1990; Letteri, 1987; Thadani et al., 1996; Mason et al., 1989).

Η νεφρική ανεπάρκεια μπορεί να είναι είτε παροδική και αυτοπεριοριζόμενη, είτε παρατενόμενη εκδήλωση του συνδρόμου πολυοργανικής ανεπάρκειας με μεγάλη θνητότητα. Η επίπτωση με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία κυμαίνεται από 0.098-8.4% (Morris et al., 1991; Regel et al., 1995) και η θνητότητα από 7-83% (Nadvi et al., 1996; Mehta et al., 2002; Υμπα et al., 2005).

Παθογένεια

Η μετατραυματική ΟΝΑ για διαγνωστικούς και θεραπευτικούς σκοπούς μπορεί να διαιρεθεί σε τρεις κύριες κατηγορίες: προνεφρική, νεφρική και μετανεφρική (Kribben et al., 1999; Racusen and Nast, 1999). Τα αίτια είναι συνήθως τα ακόλουθα:

- Προνεφρική: αιμορραγικό shock, ανεπαρκής αναπλήρωση υγρών, υψηλής πίεσης αερισμός, ενδοκοιλιακό αιμάτωμα, σήψη.
- Νεφρική: προϋπάρχουσα νεφρική νόσος, μυοσφαιρινουρία – αιμοσφαιρινουρία, νεφρικό τραύμα, απόφραξη νεφρικών αγγείων, νεφροτοξικά φάρμακα, σήψη.
- Μετανεφρική: απόφραξη ουρητήρων.

Η πιο κοινή αιτία μετατραυματικής ΟΝΑ είναι η ανεπαρκής χορήγηση υγρών μετά από αιμορραγικό shock. Ο νεφρός θα υποστεί αγγειοσύσπαση και θα μειώσει την ολική αιμάτωση (RBF) και το ρυθμό σπειραματικής διήθησης (GFR), ως απάντηση στη μείωση του όγκου του αίματος, που προκαλεί διέγερση του συμπαθητικού, ενεργοποίηση του άξονα ρενίνης – αγγειοτενσίνης και έκκριση αντιδιουρητικής ορμόνης, ενώ η επαφορά του δραστικού όγκου αίματος θα αποκαταστήσει τη νεφρική αιμάτωση και ροή των ούρων.

Ενδονεφρική ανεπάρκεια προκαλείται από άμεση βλάβη των νεφρών από τραύμα, από νεφροτοξικά φάρμακα, από παρατεταμένο shock, από καθίζηση κρυστάλλων αιμοσφαιρίνης ή μυοσφαιρίνης στο νεφρό. Πολύ σπάνια, μετατραυματική ΟΝΑ προέρχεται από τραυματική απόφραξη των ουρητήρων ή της κύστης.

Γενικά, ο συνδυασμός ισχαιμίας και χημικών τοξινών, είτε εξωγενών, είτε από τα ενδογενή τοξικά συστατικά των προσβληθέντων κυττάρων καταστρέφει τα νεφρικά κύτταρα. Εφόσον δεν υπάρχει αρχικά εμφανής ανατομική βλάβη του σπειράματος, του διάμεσου χώρου ή των αγγείων του νεφρού, υπεύθυνη θεωρείται η διαταραχή της λειτουργίας των σωληναρίων και η ομάδα αυτή των νοσημάτων, που προκαλεί νεφρικής αιτιολογίας ΟΝΑ, αναφέρεται με τον όρο Οξεία Σωληναριακή Νέκρωση. Συχνά στη βιβλιογραφία, ο όρος αυτός ταυτίζεται με την ΟΝΑ επειδή αποτελεί τη συχνότερη κλινική και ιστολογική της εκδήλωση. Ο μυελός του νεφρού δεχόμενος μόνο το 5-10% της RBF



είναι ιδιαίτερα ευαίσθητος στην ισχαιμία παρά την αύξηση της αιμάτωσης της έξω μοίρας του σε καταστάσεις αιμορραγικού shock. Η επανακατανομή αυτή του αίματος προάγει την αυξημένη επαναρόφηση Na^+ στις μακρές αγκύλες του Henle των παραμυελικών νεφρώνων, αυτό όμως επιτυγχάνεται με κατανάλωση ενέργειας και επομένως με αύξηση της ευπάθειας σε συνθήκες υποξίας. Παρατεταμένο shock, μειώνει τον οξειδωτικό μεταβολισμό και διαταράσσει τη συμπυκνωτική λειτουργία των νεφρών. Τοξικοί κυτταρικοί μεταβολίτες συσχετίζονται με μεγάλες νεκρωτικές περιοχές, όπως συμβαίνει στο σύνδρομο κατάκωσης (crush syndrome), ενώ συχνά η νεφρική λειτουργία βελτιώνεται μετά τον καθαρισμό των νεκρωτικών περιοχών. Δύο ιατρογενή αίτια ONA ενδονεφρικής αιτιολογίας είναι η χορήγηση νεφροτοξικών αντιβιοτικών (αμινογλυκοσίδες, αμφοτερικίνη Β) ή η χρήση σκιαγραφικών για διαγνωστικούς σκοπούς, ιδίως σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη ή σε ολιγουρικούς ασθενείς με αιμορραγικό shock (Better, 1992; Bone et al., 1997; Fraklin and Klein, 1987; Gando et al., 1995).

Η τραυματική ραβδομύωση συμβαίνει σε σύνδρομο κατάκωσης σε χρήστες ουσιών, που περιπίπτουν σε κώμα και περιστασιακά σε αθλητές κατόπιν υπερβολικής μυϊκής άσκησης. Οι μύες αποτελούν το 40-50% του βάρους και είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι σε δυνάμεις πίεσης-έκτασης από εξωτερική μηχανική πίεση ή από εσωτερικό οίδημα. Σε τέτοιες καταστάσεις αυξάνεται η ενδομυϊκή διάμεση πίεση και διαταράσσεται η ισορροπία μεταξύ σαρκειλημματικής διαφυγής και ικανότητας έκκρισης ιόντων μέσω K^+ - Na^+ -ΑΤΡάσης. Η είσοδος του διάμεσου υγρού στα μυϊκά κύτταρα ευνοείται από την ενεργοποίηση των καναλιών Ca^{++} . Η είσοδος Ca^{++} και πιθανόν Na^+ αυξάνει τις ενεργειακές ανάγκες για ιοντική έξοδο και οδηγεί σε κατανάλωση των αποθεμάτων ΑΤΡ. Σε επόμενο στάδιο ο καταβολισμός μεγαλομοριακών μορίων σε μικρότερα αυξάνει την ενδοκυττάρια ωσμωτικότητα και ευνοεί το οίδημα. Η αύξηση του ιονισμένου Ca^{++} στο κυτταρόπλασμα και η έκκριση του από τα κυτταρικά οργανύλια ενεργοποιεί αυτολυτικά ένζυμα και παρεμβαίνει στη λειτουργία των μιτοχονδρίων και την παραγωγή ενέργειας. Επακόλουθο αυτών η ραβδομύωση και η μυϊκή νέκρωση. Αυτή συχνά συνοδεύεται από νευρομυϊκή βλάβη, που οδηγεί σε χαλαρή κινητική και αισθητική παράλυση. Το κύριο χαρακτηριστικό της ραβδομύωσης είναι αιμοδυναμικό shock, λόγω μειωμένου εξωκυττάρου όγκου σε συνδυασμό με καρδιαγγειακή καταστολή από οξείες μεταβολές της ηλεκτρολυτικής σύστασης του εξωκυττάρου υγρού. Η διαφυγή K^+ από τους μύς και η προκαλούμενη υπερκαλιαιμία οδηγεί σε αγγειοδιαστολή, καρδιοκαταστολή, που επιτείνεται από την υπασβεστιαμία και αρρυθμιόγνεση. Συχνή επίσης επιπλοκή είναι η γαλακτική οξέωση, που επιβαρύνει περαιτέρω την καρδιαγγει-

ακή ακεραιότητα (Stene, 1990; Szewczyk et al., 1998; Tran et al., 1994).

Επίσης, αναφέρεται η οντότητα του συνδρόμου μετατραυματικού τοξικού shock σχετιζόμενου με χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο ύστερα από δερματικό τραύμα. Χαρακτηρίζεται από πυρετό, ερύθημα, αποφολιδωση παλαμών, πελμάτων, υπόταση, αρνητικές καλλιέργειες και προσβολή τριών ή περισσότερων οργάνων (γαστρεντερικό-έμετοι, διάρροια, μυϊκό-μυαλγία, αύξηση CPK, βλεννογόνοι- κόλπος, φάρυγγας, νεφροί-ολιγουρική νεφρική ανεπάρκεια, ήπαρ- αύξηση χολερυθρίνης, AST, ALT, αίμα- θρομβοπενία, ΚΝΣ- διαταραχή προσανατολισμού).

Ο βαριά πάσχων που νοσηλεύεται στη ΜΕΘ παρουσιάζει πληθώρα προβλημάτων, τα οποία αντανακλούν βλάβη περισσότερων του ενός οργάνου. Οι βλάβες των οργάνων αυτών μπορεί να είναι αποτέλεσμα λοιμώξεων, τραυμάτων, διαταραχής της ομοιόστασης του οργανισμού, παραγωγής ενδογενών ή εξογενών τοξικών ουσιών και αποδίδονται στο σύνδρομο συστηματικής φλεγμονώδους απάντησης (Systemic Inflammatory Response Syndrome, SIRS). Χαρακτηρίζεται από φλεγμονώδη αντίδραση σε όργανα απομακρυσμένα από την αρχική εισβολή λόγω αλληλεπίδρασης μεταξύ προφλεγμονωδών και αντιφλεγμονωδών μεσολαβητών. Κλινική έκφραση όλων αυτών των διεργασιών είναι το προαναφερθέν σύνδρομο πολυοργανικής ανεπάρκειας. Η δυσλειτουργία των νεφρών προηγείται της υπότασης και οφείλεται σε εκλεκτική νεφρική αγγειοσύσπαση και μείωση του GFR (Knudson et al., 1988; Schor, 2002; Schrier and Wang, 2004).

Κλινική εικόνα

Σε περίπτωση αιμορραγικού shock ο ασθενής εμφανίζει χαμηλή αρτηριακή πίεση, ορθοστατική υπόταση, ταχυκαρδία, ψυχρά άκρα, μείωση της ποσότητας των ούρων, ξηρότητα δέρματος και βλεννογόνων, μείωση σωματικού βάρους, απώλεια της σπαργής του δέρματος.

Η εγκατεστημένη οξεία σωληναριακή νέκρωση μπορεί να είναι ανουρική (<50 ml ούρων ημερησίως), ολιγουρική (<500 ml ημερησίως) ή μη ολιγουρική.

Κατά την ολιγουρική φάση πιθανόν να παρατηρηθούν εκδηλώσεις, επιπλοκές από τα συστήματα :

- Καρδιαγγειακό (Συμφορητική καρδιαγγειακή ανεπάρκεια και υπέρταση λόγω της υπερφόρτωσης με υγρά, αρρυθμίες, περικαρδίτιδα, μυοκαρδιακό έμφραγμα, πνευμονική εμβολή).
- Κεντρικό Νευρικό (Λήθαργος, διανοητική σύγχυση, μυοκλονίες, υπεραντιδραστικότητα).
- Γαστρεντερικό (Ανορεξία, ναυτία, έμετοι, κοιλιακά άλγη, εξελκώσεις, αιμορραγία).
- Αναπνευστικό (Μη καρδιογενές πνευμονικό οίδημα, πλευριτίδα)
- Λοιμώξεις.



Στο SIRS εκτός από τη νεφρική ανεπάρκεια υπάρχουν εκδηλώσεις από το αναπνευστικό, το καρδιαγγειακό, το ΚΝΣ, το γαστρεντερικό και το ήπαρ, καθώς και αιματολογικές διαταραχές και διαταραχές ηκτικότητας.

Η λειτουργική αποκατάσταση της οξείας σωληνιακής νέκρωσης εμφανίζεται 7-21 ημέρες μετά την εγκατάστασή της και γίνεται προοδευτικά σε αντίθεση με την οξεία της έναρξη. Στους ολιγουρικούς το ποσό των ούρων αυξάνεται σταδιακά κατά 50-100% σε σχέση με αυτό του προηγούμενου 24ώρου και μπορεί να παρατηρηθεί βαριά πολυουρία και αποβολή ηλεκτρολυτών (Schrier et al., 2004).

Θεραπεία

Για την εγκατεστημένη ΟΝΑ απαιτείται διατήρηση του ισοζυγίου υγρών, ηλεκτρολυτών και απομάκρυνση των συσσωρευόμενων προϊόντων του πρωτεϊνικού μεταβολισμού μέσω της αιμοκάθαρσης με τεχνητό νεφρό ή με περιτοναϊκή κάθαρση. Η περιτοναϊκή κάθαρση υστερεί στην κάθαρση των μικρού μοριακού βάρους ουσιών και δεν χρησιμοποιείται σε υπερκαταβολικές καταστάσεις, στις οποίες μπορεί να απαιτηθεί ακόμη και καθημερινή αιμοκάθαρση. Παρέχει καλύτερη αιμοδυναμική σταθερότητα και δε χρειάζεται ούτε αγγειακή προσπέλαση, ούτε χορήγηση αντιπηκτικών. Η εφαρμογή συνεχούς αρτηριοφλεβικής ή φλεβοφλεβικής αιμοδιαδιήθησης πρώιμα (BUN<60 mg/dl) βελτίωσε την επιβίωση (39%) έναντι της επιβίωσης (20,3%) όσων άρχισαν θεραπεία όψιμα (BUN>60 mg/dl). Στις περιπτώσεις αιμοκάθαρσης, η διατροφή συνιστάται να περιέχει λεύκωμα υψηλής βιολογικής αξίας σε ποσότητα τουλάχιστον 1g/kg βάρους για την αποφυγή αρνητικού ισοζυγίου αζώτου και αύξησης του καταβολισμού (Teehan et al., 2003; Brivet et al., 1996; Poole and Schrier, 2005).

Πρόληψη

Η αναγνώριση προνεφρικής αζωθαιμίας και η διόρθωσή της προλαβαίνει την ισχαιμική ή τοξική βλάβη των νεφρικών κυττάρων. Η αντιμετώπιση του αιμορραγικού shock επιβάλλει την επαρκή ενυδάτωση και την εξασφάλιση της ροής των ούρων σε ποσότητα μεγαλύτερη από 0.5 ml/kg/min. Για την πρόληψη της μετατραυματικής ΟΝΑ σημαντική είναι η έγκαιρη αναγνώριση της μυσσοφαιρινουρίας ή αιμοσφαιρινουρίας (μπορεί να βοηθήσει η αλκαλοποίηση των ούρων) και η αποφυγή νεφροτοξικών φαρμάκων. Σημειώνεται ότι η ΟΝΑ από ραβδομύωση είναι συνήθως ολιγουρική (80%), σοβαρή (στο 71% απαιτείται αιμοκάθαρση), αλλά αναστρέψιμη (100%). Αν και η μη ολιγουρική ΟΝΑ θεωρείται πιο εύκολο να αντιμετωπισθεί δεν υπάρχει ομοφωνία για τη χρησιμοποίηση μανιτόλης ή φουροσεμίδης σε αρχόμενη ΟΝΑ. Η μετατροπή της ολιγουρικής σε μη ολιγουρική ΟΝΑ δείχνει την προνεφρική αιτιολογία της (Schrier and Wang, 2004; Wang et al., 2002; Burke et al., 1983).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Better, OS. (1992). Post-traumatic acute renal failure: pathogenesis and prophylaxis. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 7: 260-264.
- Bone, RC., Grozdin, CJ. and Balk, RA. (1997). Sepsis: A new hypothesis for pathogenesis of the disease process. *Chest*, 11: 235-243.
- Brivet, FG., Kleinknecht, DJ., Loirat, P. and Landais, PJ. (1996). Acute renal failure in intensive care units: causes, outcome, and prognostic factors of hospital mortality; a prospective, multicenter study. *French Study Group on Acute Renal Failure. Critical Care Medicine*, 24:192-198.
- Burke, TJ., Arnold, PE. and Schrier, RW. (1983). Prevention of ischemic acute renal failure with impermeant solutes. *American Journal of Physiology*, 244:F646-F649.
- Chertow, G., Burdick E., Honour M. Bonventre JV. And Bates D. (2005). Acute Kidney Injury, Mortality, Length of Stay and Costs in Hospitalized Patients. *Journal of the American Society of Nephrology*, 16: 3365-3370.
- Fraklin, SS., and Klein, KL. (1987). Acute renal failure. Fluid – electrolyte and acid based complication. In: *Clinical disorders of fluid and electrolyte metabolism*. Eds: Maxwell MH, Kleeman CR, Navins RG. 4th edition, McGraw-Hill Book Company.
- Gando, S., Nakanishi, Y., Kameue, T., and Nanzaki, S. (1995). Soluble thrombomodulin increases in patients with disseminated intravascular coagulation and in those with multiple organ dysfunction syndrome after trauma: role of neutrophil elastase. *Journal of Trauma*, 39: 660-664.
- Kellum, JA. (2008). Acute Kidney Injury. *Critical Care Medicine*, 36:141-5.
- Knudson, P., Charney, M. and Salcido, D. (1988). Post-traumatic toxic shock syndrome. *Journal of Trauma*, 28 : 121-123.
- Kribben, A., Edelstein, CL., and Schrier, RW. (1999). Pathophysiology of acute renal failure. *Journal of Nephrology*, 12(Suppl. 2):S142-S151.
- Letteri, JM. (1987). Post-traumatic acute renal failure. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 212:211-8.
- Levins, FA. (2004). Post-traumatic acute renal failure: its pathophysiological basis and treatment. *Trauma*, 6(2): 111-120.
- Mason, JC., Joeris, B., Welsch J and Kriz, W. (1989). Vascular congestion in ischemic renal failure: the role of cell swelling. *Miner Electrolyte Metabolism*, 15:114-24.
- Mehta, RL., Pascual, MT., Soroko, S. and Chertow, GM. (2002). PICARD Study Group. Diuretics, mortality, and nonrecovery of renal function in acute renal failure. *JAMA*, 288:2547-53.
- Mehta, RL. and Chertow, GM. (2003). Acute Renal Failure Definitions and Classification: Time for Change? *Journal of the American Society of Nephrology*, 14: 2178-2187.
- Morris, JA., Mucha, P., Ross, SE., Moore, BF., Hoyt, DB., Gentilello, L., Landercasper, J., Feliciano, DV. and Shackford, S. (1991). Acute posttraumatic renal failure: a multicenter perspective. *Journal of Trauma*, 31:1584-90.
- Nadvi, SS., Mokoena, T., Gouws, E. and Haffajee, AA. (1996). Prognosis in post-traumatic acute renal failure is adversely influenced by hypotension and hyperkalemia. *European Journal of Surgery*, 162:121-4.
- Poole, B., and Schrier, R. (2005). Acute renal failure in the intensive care unit. In *Textbook of critical care*. 5th edition. F. Mitchell, E. Abraham, J. Vincent, and P. Kochanek, editors. Elsevier. Philadelphia, Pennsylvania, USA.
- Racusen, LC., and Nast, CC. (1999). Renal histopathology, urine cytology, and cytopathology in acute renal failure. In *Atlas of*

- diseases of the kidney. R.W. Schrier, editor. Blackwell Science. Philadelphia, Pennsylvania, USA. 1-9, 12.
- Regel, G., Lobenhoffer, R., Grotz, M., Pape, HC., Lahmann, and Tscherne, H. (1995). Treatment results of patients with multiple trauma: an analysis of 3406 cases treated between 1972 and 1991 at German level I trauma center. *Journal of Trauma*, 38:70-7.
- Schrier, R., Wang, W., Poole, B. and Mitra, A. (2004). *Clinical and Investigative Medicine*, 114(1):5-14.
- Schor, N. (2002). Acute renal failure and the sepsis syndrome. *Kidney International*, 61:764-76.
- Schrier, R. and Wang, W. (2004). Acute renal failure and sepsis. *The New England Journal of Medicine*, 351:35-45.
- Stene, JK. (1990). Renal failure in trauma patient. *Critical Care Clinics*, 6: 111-119.
- Szewczyk, D., Ovadia, P., Abdullah, F. and Rabinovici, R. (1998). Pressure-induced rhabdomyolysis and acute renal failure. *Journal of Trauma*, 44 : 384-388.
- Teehan, GS., Liangos, O., Lau, J., Levey, AS., Pereira, BJ. and Jaber, BC. (2003). Dialysis membrane and modality in acute renal failure: understanding discordant meta-analyses. *Seminars in Dialysis*, 16:356-360.
- Thadani, R., Pascual, M. and Bonventre, JV. (1996). Acute renal failure. *The New England Journal of Medicine*, 30:1448-59.
- Tran, DD., Cuesta, MA. and Oe, PL. (1994). Acute renal failure in patients with severe civilian trauma. *Nephrology Dialysis Transplantation*, (Suppl 4) : 121-125.
- Wang, W., Mitra, A., Poole, B., Falk S., Lucia, MS., Tayal, S. and Schrier, RW. (2004). Endothelial nitric oxide synthase-deficient mice exhibit increased susceptibility to endotoxin-induced acute renal failure. *American Journal of Physiology*, 287: F1044-F1048.
- Ympa, YP., Sakr, Y., Reinhart, K. and Vincent, J. (2005). Has mortality from acute renal failure decreased? A systematic review of the literature. *American Journal of Medicine*, 118:827-32.

Ο διευθυντής – ηγέτης στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση

Τόγκας Κωνσταντίνος¹, Ρεκλείτη Μαρία²

1. Κοινωνικός Λειτουργός, Ψυχολόγος, MSc, PhD©
2. Νοσηλεύτρια, MSc, PhD©, Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας

Ρεκλείτη Μαρία, Νικομηδείας 27, ΤΚ20100, Κόρινθος, Τηλ. 2741361910, e-mail: mrekliti@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το σύγχρονο τριτοβάθμιο εκπαιδευτικό σύστημα απαιτεί εκσυγχρονισμό των μέσων διδασκαλίας και μάθησης και νέες στρατηγικές από την διοικητική ηγεσία. Για την επίτευξη των στόχων των εκπαιδευτικών μονάδων είναι αναγκαίο η ηγεσία να δημιουργήσει τις προοπτικές και τις καινούριες εμπειρίες, οι οποίες σε συνδυασμό με δεξιότητες και εμπνευσμένες προσωπικές στάσεις, θα οδηγήσει σε αποδοτικές συνεργασίες εντός και εκτός των εκπαιδευτικών οργανισμών.

Σκοπός: Στην παρούσα μελέτη πραγματοποιείται προσπάθεια διερεύνησης της έννοιας της ηγεσίας σε σχέση με τη λειτουργία της διεύθυνσης των τριτοβάθμιων εκπαιδευτικών μονάδων και αναλύεται το πιο πρόσφορο μοντέλο ηγεσίας στο εκπαιδευτικό σύστημα της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης της Ελλάδας.

Μέθοδος: Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε περιελάμβανε ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας, ηλεκτρονικής και έντυπης, με τη βοήθεια λέξεων-κλειδίων.

Συμπεράσματα: Τα νεότερα βιβλιογραφικά δεδομένα αναδεικνύουν την παρουσία ισχυρής ηγεσίας ως τη σημαντικότερη παράμετρο για την αποτελεσματικότητα κάθε εκπαιδευτικού οργανισμού. Ο διευθυντής – ηγέτης μέσα από τον πολυδιάστατο ρόλο του στο εκπαιδευτικό σύστημα, ως αποδέκτης και ρυθμιστής του ανθρώπινου δυναμικού και του υλικοτεχνολογικού εξοπλισμού του εκπαιδευτικού περιβάλλοντος, καλείται να συμβάλλει θετικά προς τη βελτίωση και την επιτυχία κάθε μεταρρυθμιστικής προσπάθειας.

Λέξεις – κλειδιά: τριτοβάθμια εκπαίδευση, ηγεσία, διεύθυνση εκπαιδευτικών ιδρυμάτων, μοντέλα ηγεσίας, διευθυντής – ηγέτης

The Administrator-Leader in Third-Level Education

Togas Konstantinos¹, Rekleiti Maria²

1. Social Worker, Psychologist, MSc, PhD©
2. RN, MSc, PhD©, General Hospital of Korinthos

ABSTRACT

Introduction: Modern third level educational system requires that teaching and learning tools be modernised, and that leadership should adopt new strategies. Leaders, in order for the targets of the educational units to be met, should create perspectives and new experiences that, combined with skills and inspired personal attitudes, will lead to fruitful co operations within and out of educational organisations.

Aim: This study attempts to investigate the concept of leadership in relation to the administrative functions of third level educational units, and to analyse the most suitable leadership model in Greek third level education.

Method: Greek and international bibliography review, including both electronic and print sources, by using suitable key-words.

Conclusions: According to the most recent sources, powerful leadership is the most important factor for the efficiency of every educational organisation. The Administrator-Leader, through his/her multidimensional role within the educational system as a host and a regulator of human resources and technological equipment, is expected to contribute to the progress and success of every reform effort.

Key words: Third-level education, leadership, educational institutions administration, leadership models, administrator-leader

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ανατρέχοντας στη διαθέσιμη βιβλιογραφία, αναδεικνύεται διάχυτη η αντίληψη ότι όλοι οι οργανισμοί που παρέχουν υπηρεσίες, ακόμα και οι εκπαιδευτικοί, δεν διαφέρουν σημαντικά από τις κάθε είδους επιχειρήσεις, εκτός από την ειδική αποστολή της μόρφωσης και εκπαίδευσης. Οι προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τόσο στον τρόπο άσκησης της διοίκησης, όσο και στην επίτευξη των στόχων είναι παραπλήσιες με κάθε άλλο οργανισμό.

Το βασικό όμως πρόβλημα που παρατηρείται στους εκπαιδευτικούς οργανισμούς αφορά την χαμηλή απόδοσή τους. Οι ερευνητές καταλήγουν σε τρεις αιτίες που ερμηνεύουν τους λόγους της παρατηρούμενης χαμηλής απόδοσης, όπως το γεγονός ότι ο διευθυντής του εκπαιδευτικού οργανισμού δεν λειτουργεί με κριτήρια απόδοσης και κόστους, ότι υπάρχει η ανάγκη για ποιοτική αναβάθμιση του εκπαιδευτικού προσωπικού και ότι τόσο οι στόχοι, όσο και τα αποτελέσματα του εκπαιδευτικού οργανισμού είναι μη μετρήσιμα. Οι αιτίες όμως αυτές περισσότερο δικαιολογούν παρά ερμηνεύουν αξιόπιστα το φαινόμενο της χαμηλής απόδοσης του εκπαιδευτικού ιδρύματος (Drucker, 1994). Φαίνεται όμως ότι ένας από τους βασικότερους παράγοντες για την επίτευξη των στόχων είναι ο διευθυντής και οι ερευνητές συμφωνούν ότι το τυπικό μοντέλο του διευθυντή – γραφειοκράτη έχει πλέον ξεπεραστεί. Η πρόσφατη βιβλιογραφία κάνει σαφή διάκριση μεταξύ του διευθυντή με την παλαιά γραφειοκρατική αντίληψη και του διευθυντή – ηγέτη. Η διάκριση μεταξύ ηγεσίας και των καθηκόντων του διευθυντή αποτελεί παράγοντα που αναστέλλει την προσέγγιση στο θέμα της ηγεσίας στους εκπαιδευτικούς οργανισμούς (Duignan, 1994).

Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η αποκωδικοποίηση της έννοιας της ηγεσίας σε σχέση με τη λειτουργία της διεύθυνσης των τριτοβάθμιων εκπαιδευτικών μονάδων. Επίσης, προτείνεται και αναλύεται το πιο επιτυχές και εύχρηστο μοντέλο ηγεσίας, καθώς και τα ιδανικά κριτήρια και μέθοδοι επιλογής των διευθυντικών στελεχών στο εκπαιδευτικό σύστημα της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης της Ελλάδας.

Η έννοια της ηγεσίας σε συνάρτηση με τη λειτουργία της διεύθυνσης

Η έννοια της ηγεσίας αφορά άμεσα τη θεωρία της Διοικητικής Επιστήμης και τη λειτουργία όλων των οργανισμών και προσεγγίστηκε από πολλούς μελετητές. Ο Μπουραντάς, σε μια προσέγγιση σύνθεσης των ορισμών που αναφέρονται στη βιβλιογραφία, ορίζει την ηγεσία «ως μια διαδικασία επηρεασμού της σκέψης, των συναισθημάτων, των στάσεων και των συμπεριφορών μιας μικρής ή μεγάλης τυπικής ή άτυπης ομάδας ανθρώπων από ένα άτομο (ηγέτη), με τέτοιο τρόπο ώστε πρόθυμα και εθελοντικά με την κατάλληλη συνεργασία να δίνουν τον καλύτερό τους εαυτό για να υλοποιήσουν αποτελεσματικούς

στόχους που απορρέουν από την αποστολή της ομάδας και τη φιλοδοξία της για πρόοδο ή ένα καλύτερο μέλλον» (Μπουραντάς, 2005). Ο Πασιαρδής αναφέρει τη «Διοίκηση Μέσω Συναισθημάτων» ("Management By Feeling and Emotions") ως ύψος ηγεσίας, όπου ο ηγέτης χρησιμοποιεί την συναισθηματική επιρροή του με σκοπό την έμπνευση των υφισταμένων του (Πασιαρδής, 2004).

Ο αριθμός των ορισμών για την έννοια του «ηγέτη» είναι μεγάλος στη σχετική βιβλιογραφία. Συμπερασματικά, αποτελεσματικός είναι ο ηγέτης αυτός που μπορεί να επηρεάσει τη συμπεριφορά των μελών της ομάδας του, οδηγώντας τους με προθυμία στην εργασία, με σκοπό την επίτευξη των στόχων (Koontz & Donnell, 1983; Κωνσταντίνου, 2005). Ο Σαΐτης αναφέρει ότι όσοι μπορούν να αξιοποιούν κατάλληλα το ανθρώπινο δυναμικό είναι και οι καλύτεροι «ηγέτες» (Σαΐτης, 2008). Άλλοι επιστήμονες, μεταξύ τους και ο Πασιαρδής, διαχωρίζουν την έννοια «διευθυντής» (manager) και «ηγέτης» (leader). Σύμφωνα με τη θεωρία τους, ο «διευθυντής» είναι ένα άτομο έμπειρο, σκληρά εργαζόμενο, πολύ μορφωμένο, με σεβασμό στο σύστημα και τους νόμους, πολυάσχολο, που δεν διαθέτει χρόνο για τους υφισταμένους του, δίνοντας όμως σαφείς και λεπτομερείς οδηγίες, που δεν αποδέχεται παρεκκλίσεις και πρωτοβουλίες, ασυτηρός με τα λάθη, απομακρυσμένος όμως από την πραγματικότητα. Αντίθετα, ο «ηγέτης» είναι άτομο με όραμα, καινοτόμο, προωθεί την πρωτοβουλία, επικοινωνιακό με τους υφισταμένους του, με αισθήματα σεβασμού και εκτίμησης προς αυτούς, αναγνωρίζοντας την ανάγκη της από κοινού επίλυσης των προβλημάτων. Γνωρίζει τους στόχους και τις επιδιώξεις τόσο του οργανισμού, όσο και της ομάδας και επηρεάζει για εργασία με ζήλο προς την επιτυχία της πραγμάτωσης των στόχων (Πασιαρδής, 2004). Επομένως, ο ιδανικότερος συνδυασμός στο χώρο της διοίκησης είναι ο «ηγέτης – διευθυντής» (Σαΐτης, 2008).

Θεωρώντας ότι η ηγεσία αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της διοίκησης, η σχέση «ηγεσίας – διεύθυνσης – διοίκησης» περιλαμβάνει μικρά διαχωριστικά: η «διοίκηση» είναι η καθημερινή διεκπεραίωση των εργασιών για τη λειτουργία του οργανισμού, η «διεύθυνση» είναι η καθημερινή διοίκηση του οργανισμού, αλλά βάση των κατευθύνσεων που δίνει ο ηγέτης με βραχυπρόθεσμους ή μακροπρόθεσμους στόχους και η «ηγεσία» είναι ο συγκεκριμένος των δύο προηγούμενων, που δίνει τον προσανατολισμό στον οργανισμό. Οι παραπάνω όροι δρουν συμπληρωματικά και ο καθένας μόνος δεν μπορεί να περιγράψει και να αποδώσει το καθήκον του σύγχρονου ηγέτη (Πασιαρδής, 2001; Πασιαρδής, 2004; Μπουραντάς, 2005).

Προσέγγιση της διοίκησης των εκπαιδευτικών μονάδων – Ο ρόλος του διευθυντή

Όπως είναι κοινώς αποδεκτό οι σχολές των επαγγελματιών υγείας στην τριτοβάθμια εκπαίδευση, διατηρώντας τον βοηθητικό και υποστηρικτικό τους χαρακτήρα προς



τους φοιτητές, δεν μπορεί να είναι πάντα και αποδοτικές. Αν υποθεθεί ότι η σύγχρονη τριτοβάθμια εκπαίδευση πρέπει να είναι και αποδοτική, τότε θα πρέπει να αποδεχτεί την εφαρμογή σύγχρονων τεχνικών διοίκησης, αντίληψη που βρίσκει αντίθετους τους εκπαιδευτικούς. Ο ακαδημαϊκός χαρακτήρας και οι εκπαιδευτικές αξίες των εκπαιδευτικών μονάδων σε βάθος ετών δεν επιτρέπουν την επιτυχή εφαρμογή της διοίκησης και της ιεραρχίας στην πρωτογενή τους μορφή. Τα τριτοβάθμια ιδρύματα πιο πολύ πλησιάζουν σε μοντέλο αυτοδιοικούμενης κοινωνίας, με κατανεμημένη την ισχύ σε όλους ισάξια. Αναλυτικότερα, η εφαρμογή των αρχών της διοίκησης έρχεται αντιμέτωπη με τους σκοπούς και τις αξίες του ιδρύματος, η ιεραρχία προκαλεί καταπίεση στους εκπαιδευτικούς και εγκλωβίζει την ανάπτυξη ελεύθερης σκέψης. Επίσης, η πραγμάτωση σχέσεων εξουσίας δρα αντιπαιδαγωγικά στους φοιτητές και σημείο αναφοράς στα εκπαιδευτικά ιδρύματα είναι η ηθική, σε αντίθεση με τους βιομηχανικούς ή άλλους οργανισμούς (Everard & Morris, 1996).

Ο ρόλος του διευθυντή περιλαμβάνει την ευθύνη συνολικά της λειτουργίας των σχολών και της απόδοσής τους. Για την επίτευξη των στόχων της σχολής είναι απαραίτητος ο συντονισμός και ο έλεγχος του εκπαιδευτικού προσωπικού. Υπολογίζοντας τις συνεχείς αλλαγές και τις συνθήκες αβεβαιότητας που υπόκεινται τα ανώτερα και ανώτατα εκπαιδευτικά ιδρύματα σήμερα, ο ρόλος του διευθυντή φαίνεται να είναι καθοριστικός, τόσο για την εύρυθμη λειτουργία της σχολής, όσο και για την επίτευξη των εκπαιδευτικών στόχων. Ο διευθυντής πρέπει να ανακαλύψει το κοινό σημείο επαφής με τους εκπαιδευτικούς και τους φοιτητές, ώστε να μπορέσει να προωθήσει το όραμά του και τους στόχους του (Walker, 1987).

Μοντέλα ηγεσίας

Για την επιτυχία και την αποτελεσματική λειτουργία του εκπαιδευτικού ιδρύματος διαδραματίζει βασικό ρόλο η ηγεσία. Η επίτευξη των στόχων και η αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα των εκπαιδευτικών μονάδων έγκειται σε μεγάλο βαθμό στις ικανότητες του διευθυντή – ηγέτη. Τα μοντέλα ηγεσίας και οι θεωρίες άσκησης διοικητικής εξουσίας είναι ποικίλα και περίπλοκα. Τα τρία βασικά μοντέλα ηγεσίας, τα οποία μπορούν να εφαρμοστούν στη διοίκηση των εκπαιδευτικών μονάδων, σύμφωνα με την πλειοψηφία των ερευνητών, κατηγοριοποιούνται ως εξής: η αυταρχική ηγεσία, η δημοκρατική ή συμμετοχική ηγεσία και η χαλαρή ή εξουσιοδοτική ηγεσία (Θεοφιλιδής, 1994; Ζαβλανός, 1998; Σαϊτς, 2002; Σαϊτς, 2008).

Η δημοκρατική ή συμμετοχική ηγεσία

Κατά τη βιβλιογραφική ανασκόπηση αναδύεται ως πιο επιτυχές στην εφαρμογή του στο εκπαιδευτικό σύστημα το μοντέλο της δημοκρατικής ή συμμετοχικής ηγεσίας. Οι ηγέτες σε αυτό το μοντέλο διοίκησης λαμβάνουν υπόψη τις εκτιμήσεις, σκέψεις και γνώμες, καθώς και προτάσεις και πρωτοβουλίες των υφισταμένων τους,

τους ενθαρρύνουν να συμμετέχουν ενεργά στη λήψη αποφάσεων και τους συμβουλευονται για αρκετές από τις ενέργειές τους. Ορισμένοι ερευνητές αναφέρονται σε τρεις τύπους συμμετοχικών ηγετών: τους συμβουλευτικούς, τους συναινετικούς και τους δημοκρατικούς. Οι συμβουλευτικοί ηγέτες συζητούν και ανταλλάσσουν απόψεις με τους υφισταμένους τους σχετικά με τη λήψη κάποιας απόφασης. Παρόλα αυτά, η τελική ευθύνη της απόφασης είναι αποκλειστικά δική τους. Οι συναινετικοί ηγέτες προωθούν τη συζήτηση μεταξύ των μελών της ομάδας σχετικά με κάποιο θέμα. Όταν όμως αποφασίζουν σχετικά, προτιμούν την απόφαση για την οποία συμφωνούν τα μέλη της ομάδας. Οι δημοκρατικοί ηγέτες πιστεύουν στην εξουσία της πλειοψηφίας, γι' αυτό και ακολουθούν τη διαδικασία της ψηφοφορίας για τη λήψη της τελικής απόφασης (Dubrin, 1998; March & Simon, 2003; Σαϊτς, 2008).

Τα χαρακτηριστικά του διευθυντή – ηγέτη

Σύμφωνα με τον Morgan (1996), ο διευθυντής – ηγέτης πρέπει να συγκεντρώνει στο πρόσωπό του ικανότητες και εξειδικευμένες γνώσεις για να παρέχει καθημερινά βοήθεια, χωρίς να έχει την ανάγκη για στενή επίβλεψη, να λειτουργεί αυθεντικά και όχι ως ελεγκτής, να απευθύνεται στους υφισταμένους του όταν είναι απαραίτητο και υπάρχει κάποιος λόγος. Πρέπει να είναι δημιουργός οραμάτων και επιτρεπών συνθηκών για την επίτευξη των στόχων, να επιλύει επιτυχώς τα προβλήματα που ανακύπτουν και να επιλύει διαφορές και συγκρούσεις, αναπτύσσοντας τη συναδελφικότητα. Να προωθεί κάθε είδους συμμετοχικές εργασίες και συνεργασίες, να κινείται ευέλικτα αλλά αποφασιστικά όπου χρειάζεται και να ωθεί ενεργά τους υφισταμένους του στην εργασία και να τους ενθαρρύνει. Επίσης, θα πρέπει να συνδέει με προσωπικές επαφές την ομάδα, να ηγείται και να διαμορφώνει τις συνθήκες και τις κατευθύνσεις με το παράδειγμά του, διαδίδοντας τους στόχους και τις αξίες του εκπαιδευτικού οργανισμού (Morgan, 1996).

Ο Αποτελεσματικός Ηγέτης – Διευθυντής Τριτοβάθμιου Εκπαιδευτικού Ιδρύματος

Ο αποτελεσματικός εκπαιδευτικός ηγέτης είναι αυτός που έχει στόχους και όραμα και μπορεί να το μεταλαμπαδεύσει με επιτυχία σε όλη την ομάδα (εκπαιδευτικούς, φοιτητές). Οι στόχοι του είναι σαφώς καθορισμένοι και σωστά διατυπωμένοι προς την ομάδα, είναι δραστήριος και εργάζεται σκληρά προς την επίτευξη των στόχων του. Η επικοινωνία και η συνεργασία μεταξύ αυτού και της ομάδας είναι δεδομένη, ο διαμοιρασμός δραστηριοτήτων και εργασιών ξεκάθαρος, είτε γραπτά, είτε προφορικά και παρέχει την υποστήριξη για την αποτελεσματική εκτέλεση κάθε εργασίας.

Βασική επιδίωξή του είναι η δημιουργία ενθαρρυντικού και θετικού κλίματος, η καθοδήγηση του προγραμματισμού της ομάδας κι όλα αυτά μέσα σε ένα περιβάλ-

λον με τάξη και πειθαρχία. Οφείλει να αξιολογεί τους υφισταμένους του εκπαιδευτικούς όσον αφορά τις δυνατότητές τους για την επιτυχή πραγμάτωση των στόχων και να προωθήσει την συνεχή επιμόρφωσή τους. Πρέπει να προσπαθεί να παρέχει πάντοτε την κατάλληλη υποδομή σε υλικά και τεχνολογία, προάγοντας με αυτόν τον τρόπο τόσο την εκπαιδευτική διαδικασία, όσο και τις απαραίτητες διοικητικές διαδικασίες (Θεοφιλίδης, 1994; Σαϊτής, 2002; Πασιαρδής, 2004).

Πολλοί ερευνητές τονίζουν ότι ο αποτελεσματικός ηγέτης είναι παρών σε όλες τις φάσεις της καθημερινότητας στο εκπαιδευτικό ίδρυμα, δρα ως ενεργό μέλος της κοινότητας του ιδρύματος και είναι απαραίτητη η παρουσία του. Είναι ο βασικός φορέας καινοτόμων δράσεων και νεωτερισμών, κύριος επιβλέπων της εφαρμογής των δράσεων αυτών και υπεύθυνος της επιτυχίας ή της αποτυχίας (Πασιαρδής, 2004; Ράπτης & Βιτσιλάκη, 2007). Γνωρίζει τον τρόπο να παρέχει βοήθεια και υποστηρικτικό περιβάλλον στους υφισταμένους του, ώστε με ευχέρεια να προγραμματίζουν στρατηγικές μάθησης και να τις εφαρμόζουν, καλύπτοντας τις μαθησιακές ανάγκες των εκπαιδευομένων. Επιβάλλεται επίσης να προσαρμόζεται εύκολα σε κάθε δύσκολη περίπτωση, να ανακάμπτει γρήγορα και να υποστηρίζει τα μέλη της ομάδας και συναισθηματικά (Σαϊτής, 2002). Σημαντική είναι επίσης και η ικανότητα του αποτελεσματικού ηγέτη να διατηρεί υψηλές προσδοκίες, δημιουργώντας ένα θετικό κλίμα μάθησης και εργασίας. Η εικόνα του εκπαιδευτικού ιδρύματος αντανακλά την εικόνα του διευθυντή (Θεοφιλίδης, 1994; Πασιαρδής, 2004).

Οι Shoemaker & Fraser διατυπώνουν την άποψη, μέσα από την έρευνα, ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των υψηλών προσδοκιών των εκπαιδευτικών και των φοιτητών με την επίδοση των τελευταίων (Shoemaker & Fraser, 1981). Οι ηγέτες ακολουθούν το όραμά τους, πιστεύουν στις ικανότητες της ομάδας και την οδηγούν σε υψηλά επίπεδα. Αυτό όμως προϋποθέτει ότι οι ηγέτες έχουν πρώτα υψηλές προσδοκίες από τον ίδιο τους τον εαυτό και συνεχώς προσπαθούν να αναπτύξουν τις γνώσεις και τις δεξιότητές τους (Πασιαρδής, 2004).

Ο Μπουραντάς (2005) υποστηρίζει ότι ο αποτελεσματικός ηγέτης πρέπει να έχει ικανότητες αντίληψης και κατανόησης των συναισθημάτων τόσο του εαυτού του, όσο και των άλλων ανθρώπων και να μπορεί να τα καθοδηγεί και να τα χρησιμοποιεί ανάλογα, προς την επίτευξη των στόχων. Σημειώνει ότι η συναισθηματική νοημοσύνη αναπτύσσει ικανότητες όπως, η ενσυναίσθηση, η επίγνωση του εαυτού, ικανότητα στις σχέσεις και τα κίνητρα της συμπεριφοράς (Μπουραντάς, 2005). Συνεχίζοντας αυτές τις σκέψεις και απόψεις, ο Σαϊτής, υπογραμμίζει ότι ο διευθυντής κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του πρέπει να είναι υπομονετικός, ευδιάθετος, αντικειμενικός και με σεβασμό προς τις απόψεις των υφισταμένων του (Σαϊτής, 2008).

Συμπληρώνοντας την εικόνα του ηγέτη – διευθυντή

τριτοβάθμιου εκπαιδευτικού ιδρύματος, ο Γεωργόπουλος αναφέρεται στην απαραίτητη επαγγελματική και αντιληπτική ικανότητα. Να μπορεί να εργάζεται έτσι ώστε να πετυχαίνει την καλύτερη εκτίμηση της εργασίας του, της ευθύνης και των προβλημάτων που παρουσιάζονται, να λαμβάνει ορθολογικές αποφάσεις και να έχει τους υφισταμένους του υπό την εποπτεία του, χωρίς να εμφανίζει αυταρχισμό. Επίσης, να είναι παρατηρητικός, με φαντασία στην άσκηση διοίκησης, να μπορεί να εντοπίζει έγκαιρα τυχόν αδυναμίες της εκπαιδευτικής μονάδας και του ανθρώπινου δυναμικού και να δίνει άμεσες και σωστές λύσεις (Γεωργόπουλος, 2006).

Επιλογή Διευθυντή – Ηγέτη στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση

Τα χαρακτηριστικά που πρέπει να συγκεντρώνει ο διευθυντής – ηγέτης μιας τριτοβάθμιας εκπαιδευτικής μονάδας διατυπώθηκαν από πολλούς ερευνητές. Σημασία βέβαια έχει το είδος του έργου που καλείται να επιτελέσει, καθώς και υπό ποιες συνθήκες πρέπει να το επιτύχει. Ο τρόπος επιλογής των ηγετικών στελεχών είναι μεγίστης αξίας, επειδή η σωστή επιλογή θα φέρει και τα αναμενόμενα θετικά αποτελέσματα και την επίτευξη των στόχων του σχολείου. Συνεπώς, η τοποθέτηση ικανών και άξιων στελεχών στις διοικητικές θέσεις των εκπαιδευτικών μονάδων θα επιτύχει ποιοτικά αποτελέσματα, τόσο στη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού, όσο και στην προώθηση της γνώσης. Δίνοντας έμφαση στην προαγωγή και τοποθέτηση σε νευραλγικά διοικητικά σημεία ατόμων έμπειρων, ικανών, μορφωμένων και έντιμων, διατηρείται η εύρυθμη λειτουργία του περιβάλλοντος του εκπαιδευτικού ιδρύματος.

Η διαδικασία επιλογής διευθυντικών στελεχών αντιμετωπίζει αντικειμενικά προσκόμματα, εξαιτίας των δυσκολιών σχετικά με την περιγραφή του έργου προς εκτέλεση, την εκτίμηση της προβλεπόμενης απόδοσης στα διοικητικά καθήκοντα, υπό το πρίσμα της υποκειμενικής κρίσης που διαμορφώνεται από τους υφισταμένους ή τους ανωτέρους τους ως προς την προσωπικότητα του κάθε υποψηφίου. Δεν πρέπει να παραβλέπονται και τα σύμφωνα με το νόμο αντικειμενικά κριτήρια επιλογής, όπως τα έτη προϋπηρεσίας, το μορφωτικό επίπεδο (βασικό πτυχίο, μεταπτυχιακός τίτλος ειδίκευσης, διδακτορικός τίτλος, άλλες εξειδικεύσεις, κ.λ.π.), καθώς και εμπειρία σε διοικητική θέση και άλλες πρόσθετες ικανότητες, οι οποίες όμως δεν μπορούν να εκτιμηθούν με ακρίβεια (Σαϊτής, 2008).

Ένα σωστά ανεπτυγμένο σύστημα αξιολόγησης, το οποίο να βασίζεται σε αντικειμενικά κριτήρια, να παρέχει τις απαραίτητες πληροφορίες και να εντοπίζει τους κατάλληλους υποψηφίους για προαγωγή σε διοικητικές θέσεις, που θα μπορούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες και να πετύχουν τους στόχους, θα ικανοποιούσε το εκπαιδευτικό σύστημα (Πασιαρδής, 1996; Κυριακίδης, 2001). Ο σκοπός μιας τέτοιου είδους αξιολόγησης είναι η κρι-



τική θεώρηση στην ποιότητα της απόδοσης των εκπαιδευτικών (Sergiovanni & Starratt, 2002). Ο Πασιαρδής αναφέρει ότι προέχουν οι στόχοι του εκπαιδευτικού οργανισμού στην τελική αξιολόγηση, αφού συλλέγονται πληροφορίες για τη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη βαθμολογική ή μισθολογική αναβάθμιση και προαγωγή των αποδοτικότερων εκπαιδευτικών (Πασιαρδής, 1996).

Με την εφαρμογή συστήματος αξιολόγησης θα επιτυγχάνεται η αξιοποίηση κάθε εκπαιδευτικού ανάλογα με τις δυνατότητές του στον τομέα που του ταιριάζει. Με αυτόν τον τρόπο το εκπαιδευτικό σύστημα στο σύνολό του κερδίζει, αφού στελεκώνεται από τους ικανότερους εκπαιδευτικούς σε διοικητικές θέσεις και οι εκπαιδευτικοί είναι ευχαριστημένοι, αφού ασκούν διοικητικά καθήκοντα από θέσεις που τους αρμόζουν και ασχολούνται με αντικείμενα που τους ενδιαφέρουν.

Η αλληλεπίδραση της προσωπικότητας ενός ατόμου με το ρόλο που αναλαμβάνει αποτελεί την κοινωνική του συμπεριφορά (Getzels & Guba, 1957). Το ίδιο το εκπαιδευτικό σύστημα πρέπει να προσπαθεί οι στόχοι του να είναι σε αρμονία με τα ενδιαφέροντα των ατόμων που βρίσκονται στις διοικητικές θέσεις. Με τον τρόπο αυτό ελαχιστοποιούνται οι συγκρούσεις και επιτυγχάνονται αποτελεσματικά οι στόχοι (Πασιαρδής, 2004). Η αξιολόγηση των εκπαιδευτικών στοχεύει τόσο στην επαγγελματική βελτίωση, όσο και την εξέλιξή τους, και για το λόγο αυτό θα πρέπει να υπάρχουν διαφορετικές διαδικασίες, που να ανταποκρίνονται ανάλογα (Κυριακίδης, 2001). Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν την ανάγκη ανάπτυξης ξεχωριστών εργαλείων αξιολόγησης, που να αποδίδουν το καθένα στο συγκεκριμένο σκοπό (Πασιαρδής, 1994; Harlen & James, 1997; Stronge, 1997; Κυριακίδης, 2001; Kyriakides & Telemachou, 2001).

Κρίνεται απαραίτητη η συνεργασία όλων των φορέων της διοίκησης του εκπαιδευτικού οργανισμού ώστε να καθοριστούν τα κριτήρια αξιολόγησης επιλογής των διευθυντικών στελεχών της εκπαίδευσης, ακολουθώντας τη σχετική νομοθεσία. Ο τρόπος αξιολόγησης με συγκεκριμένα και ξεκάθαρα αντικειμενικά κριτήρια, τα οποία να διαφοροποιούνται ανάλογα με τη θέση προαγωγής, θα έχει μεγάλη σημασία και θα αναδείξει τα ικανότερα στελέχη, που θα ανταποκρίνονται στο ρόλο και τις αρμοδιότητες της κάθε διοικητικής θέσης.

Συμπεράσματα

Το σύγχρονο τριτοβάθμιο εκπαιδευτικό ίδρυμα έχει ως απώτερο στόχο τη δημιουργία σύνθετων προσωπικοτήτων, ικανών να ανταποκριθούν στις σημερινές προκλήσεις, τόσο από την πλευρά της κοινωνίας, όσο και από γνωσιακή και τεχνική άποψη. Η βασική συνιστώσα της επιτυχίας φαίνεται να είναι το εκπαιδευτικό ανθρώπινο δυναμικό, και κυρίως οι διευθυντές – ηγέτες, οι οποίοι θα δώσουν την έμπνευση και το έναυσμα για την πορεία προς την επίτευξη του σκοπού.

Ιδιαίτερα σημαντικός καθίσταται ο ρόλος του διευθυ-

νή, ο οποίος καλείται να φέρει εις πέρας μια σειρά πολύπλοκων και πολύπλευρων στόχων. Η μεταμόρφωση του τύπου του διευθυντή στο ελληνικό εκπαιδευτικό σύστημα από τη γραφειοκρατική μορφή του στην ηγετική, πρέπει να είναι μέλημα πρώτα της εκπαιδευτικής πολιτικής της χώρας κι έπειτα του κάθε ανώτερου διοικητικού υπαλλήλου ξεχωριστά. Παραμερίζοντας τις παλαιές γραφειοκρατικές και άκαμπτες αντιλήψεις, χαράσσοντας καινούριες στρατηγικές και αξιοποιώντας τις νέες τεχνολογίες μέσω ενός ολοκληρωμένου εκπαιδευτικού προγράμματος, θα επιτύχει την αναδιάρθρωση του σχολικού περιβάλλοντος και την αξιοποίηση όλων των εμπλεκομένων.

Σχετικά με το σύστημα προαγωγής και την αξιολόγηση των ικανών στελεχών, είναι δύσκολο να θεωρηθεί κάποιο ως πιο ακριβοδίκαιο. Αξιολογώντας όμως, με κλειστά και αδιάβλητα συστήματα, αξιολογικά και χωρίς μεροληψία τους υποψηφίους, ελαχιστοποιούνται τυχόν λανθασμένες επιλογές, οι οποίες ουσιαστικά θα πλήξουν μελλοντικά το ίδιο το εκπαιδευτικό σύστημα. Λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαιτερότητες της ελληνικής πραγματικότητας και έχοντας ως παράδειγμα τα επιτυχημένα εκπαιδευτικά συστήματα άλλων προηγμένων χωρών, και με δημιουργική συμμετοχή όλων των φορέων, καθώς και των φοιτητών, το σύγχρονο τριτοβάθμιο εκπαιδευτικό σύστημα δεν μπορεί να είναι απλά μια ουτοπία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Dubrin, A.J. (1998) *Leadership: Research findings, practice, and skills*. 2nd edition, Houghton Mifflin, Boston.
- Duignan, P.A. (1994) *Reflective management: the key to quality leadership*. In Riches, C., & Morgan, C. (Eds), *Human Resource Management in Education*. London: The Open University, 74-90.
- Drucker, P.F. (1994) *Why service institutions do not perform?* In Riches, C., & Morgan, C. (Eds), *Human Resource Management in Education*. London: The Open University, 24-31.
- Everard, K.B., & Morris, G. (1996) *Effective school management*. London: Paul Chapman Publishing.
- Getzels, J.W., & Guba, E.G. (1957) *Social behavior and the administrative process*. *School Review*, 65, 423-441.
- Harlen, W., & James, M.J. (1997) *Assessment and learning: differences and relationships between formative and summative assessment*. *Assessment in Education*, 4(3), 365-80.
- Koontz, H., & Donnell, C. (1983) *Οργάνωση και Διοίκηση*. Εκδόσεις Παπαζήση (Μετάφραση Χρ. Βαρδάκος), Τόμος Α', Β', Γ', Αθήνα.
- Kyriakides, L., & Telemachou, K. (2001) *Integrating formative and summative functions of national assessment in Mathematics through positioning pupils/ errors on a Rasch scale*, *Learning in Mathematics and Science and Educational Technology*. Gagatsis, A. (Ed.), Department of Education, University of Cyprus, Nicosia, Cyprus, 327-345.
- March, J., & Simon, H. (1958) *Organizations*. NY: John Wiley & Sons, Inc. Ελλ. Έκδοον: March, J. & Simon, H. 2003. *Οργανώσεις*. Αθήνα: Εκδ. Κριτική.
- Morgan, G. (1996) *Empowering human resources*. In Riches, C. & Morgan C. (Eds), *Human Resource Management in Education*. London: The Open University, 32-37.
- Sergiovanni, T.J., & Starratt, R.J. (2002) *Supervision: A redefinition* (7th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Shoemaker, J., & Fraser, H. (1981) *What Principals Can Do: Some*

- Implications from Studies of Effective Schooling. Phi Delta Kappan, 63: 178-182.
- Stronge, J.H. (1997) Evaluating teaching: A guide to current thinking and best practice. United States: Corwin Press Inc.
- Walker, J. (1987) Educative Leadership for Curriculum Development: A Pragmatic and Holistic Approach. In J. Walker (Ed.), Educative Leadership for Curriculum Development, Educative Leadership Monograph Series No. 2, ACT Schools Authority. Canberra.
- Γεωργόπουλος, Ν. (2006) Στρατηγικό Μάνατζμεντ. Εκδόσεις Μπένου, Αθήνα.
- Ζαβλανός, Μ. (1998) Μάνατζμεντ. Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα.
- Θεοφιλιδής, Χ. (1994) Ορθολογιστική οργάνωση και Διοίκηση Σχολείου. Αυτοέκδοση, Λευκωσία.
- Κυριακίδης, Λ. (2001) Αξιολόγηση και Λογοδότηση του Εκπαιδευτικού: Αντιλήψεις Εκπαιδευτικών και Γονιών. Πρακτικά Τ' Συνεδρίου Εκπαιδευτικού ΟΒίλου Κύπρου, Λευκωσία: ΕΟΚ. σελ. 53-65.
- Κωνσταντίνου, Α. (2005) Πως θα Διευθύνεις Αποτελεσματικά το Σχολείο σου. Εκδόσεις Καντζηλάρη, Λευκωσία.
- Μπουραντάς, Δ. (2005) Ηγεσία: Ο δρόμος της Διαρκούς Επιτυχίας, Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα.
- Πασιαρδή, Γ. (2001) Το Σχολικό κλίμα: Θεωρητική και Εμπειρική Διερεύνηση των Βασικών Παραμέτρων του. Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα.
- Πασιαρδής, Π. (1994) Προς ένα νέο σύστημα αξιολόγησης του έργου του εκπαιδευτικού. Νέα Παιδεία, 18 (72), 15-33.
- Πασιαρδής, Π. (1996) Η Αξιολόγηση του Έργου των Εκπαιδευτικών: Απόψεις και Θέσεις των Εκπαιδευτικών Λειτουργών της Κύπρου. Εκδόσεις Γρηγόρη, Αθήνα.
- Πασιαρδής, Π. (2004) Εκπαιδευτική Ηγεσία – Από την Περίοδο της Ευμενούς Αδιαφορίας στην Σύγχρονη Εποχή, Εκδόσεις Μεταίχμιο, Αθήνα.
- Ράπτης, Ν., & Βιτουλάκη, Χ. (2007) Ηγεσία και Διοίκηση Εκπαιδευτικών Μονάδων: Η Ταυτότητα του Διευθυντή της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης. Εκδοτικός Οίκος Αδελφών Κυριακίδη α.ε., Θεσσαλονίκη.
- Σαΐτης, Χ.Α. (2008) Οργάνωση & Διοίκηση της Εκπαίδευσης. 5η έκδοση, Αυτοέκδοση, Αθήνα.
- Σαΐτης, Χ.Α. (2002) Οργάνωση & Διοίκηση της Εκπαίδευσης. 2η έκδοση, Εκδόσεις Ατραπός, Αθήνα.

Αντιλήψεις του νοσηλευτικού προσωπικού αναφορικά με τη μετασχηματί-
ζουσα και την τοποθετημένη μάθηση στον επαγγελματικό τους χώρο:

Η περίπτωση δημόσιου Νοσοκομείου της Περιφέρειας Πελοποννήσου

Γεώργιος Τσάπαλος¹, Θανάσης Καραλής², Στυλιανή Τζιαφέρη³, Πέτρος Γαλάνης⁴, Παναγιώτης Πρεζεράκος⁵

1. Νοσηλευτής MSc, Γραφείο Υποστήριξης Πολίτη - Γραφείο Εκπαίδευσης, Γενικό Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης "Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ"

2. Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Επιστημών της Εκπαίδευσης και της Αγωγής στην Προσχολική Ηλικία, Πανεπιστήμιο Πατρών

3. Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

4. Νοσηλευτής ΠΕ, MSc, PhD, Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

5. Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της εφαρμογής των θεωριών της μετασχηματίζουσας και της τοποθετημένης μάθησης στο χώρο εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού καθώς και του βαθμού, στον οποίο τα αρχάρια και τα έμπειρα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού συνειδητοποιούν τις αλλαγές στις πεποιθήσεις τους και τις αξίες τους, τις διαδικασίες σταδιακής ένταξης στην κοινότητα και τους τρόπους αναστοχασμού σε ζητήματα, που αντιμετωπίζουν και ίσως θελήσουν να προσεγγίσουν εκ νέου.

Υλικό – Μέθοδος: Το ερωτηματολόγιο της έρευνας βασίστηκε στο εργαλείο αξιολόγησης που προτείνει η Kathleen P. King (1998) και αποτελείται από 18 ερωτήσεις κλειστού τύπου και 1 ανοικτού. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 194 νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών δημόσιου Νοσοκομείου της περιφέρειας Πελοποννήσου (βαθμός ανταπόκρισης 88,2%). Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγινε με το πρόγραμμα IBM SPSS 19.0

Αποτελέσματα: Το 70,6 % των συμμετεχόντων δηλώνει ότι αντιμετώπισε μια κατάσταση, που τους οδήγησε να αναρωτηθούν για τον τρόπο που σκέφτονται ή ενεργούν κατά τα δύο πρώτα έτη της εργασίας τους. Όσον αφορά στο χρονικό διάστημα ένταξης στην κοινότητα το 67% δήλωσαν τα δύο πρώτα έτη και για το χρονικό διάστημα ένταξης στον πυρήνα το 74,2% τα πέντε πρώτα έτη. Τέλος το 85,9% δήλωσε ότι εξακολουθεί να μαθαίνει το αντικείμενο εργασίας από την επαφή με εμπειρότερους συναδέλφους. Αύξηση των ετών προϋπηρεσίας σχετιζόταν με αύξηση του βαθμού συμφωνίας με τους τρόπους με τους οποίους οι συμμετέχοντες θεωρούσαν ότι εξακολουθούν να μαθαίνουν στο αντικείμενό τους (ανάλυση προσωπικής πρακτικής ($p=0,004$), παρακολούθηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων ($p<0,001$), παρακολούθηση συνεδρίων και ημερίδων ($p<0,001$) και μελέτη άρθρων και βιβλίων ($p=0,004$) ενώ οι νοσηλευτές ΠΕ και ΤΕ συμφωνούσαν σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό διετούς εκπαίδευσης αναφορικά με τους τρόπους, με τους οποίους θεωρούσαν ότι εξακολουθούν να μαθαίνουν στο αντικείμενό τους (παρακολούθηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων ($p=0,001$), παρακολούθηση συνεδρίων και ημερίδων ($p<0,001$) και μελέτη άρθρων και βιβλίων ($p=0,001$)).

Συμπεράσματα: Από τη διερεύνηση των στάσεων και των αντιλήψεων του νοσηλευτικού προσωπικού, μεταξύ των άλλων ευρημάτων, αναδείχθηκε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό χρησιμοποιεί κριτική σκέψη καθώς και στοχασμό στο εργασιακό του περιβάλλον και εντάσσεται στην κοινότητα πρακτικής, χρησιμοποιώντας ως τρόπο συνεχιζόμενης μάθησης την επαφή του με τους πιο έμπειρους συναδέλφους του.

Λέξεις κλειδιά: Κριτικός στοχασμός, μετασχηματίζουσα μάθηση, τοποθετημένη μάθηση, συνεχιζόμενη εκπαίδευση και δια βίου εκπαίδευση, critical reflection, transformative learning, situated learning, continuing education and lifelong learning

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Παναγιώτης Πρεζεράκος, Ορθίας Αρτέμιδος & Πλαταιών, 22100, Σπάρτη, panprez@uop.gr, Τηλ.: 27310 89 728, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

Nursing staff's perceptions regarding the transformative and situated learning in their workplace: The case of an NHS hospital in the Region of Peloponnese

George Tsapalos¹, Thanasis Karalis², Styliani Tziaferi³, Petros Galanis⁴, Panagiotis Prezerakos⁵

1. RN, MSc, General Panarkadiko Hospital of Tripolis "EVAGGELISTRIA"

2. Associate Professor, Department of Educational Sciences and Early Childhood Education, University of Patras

3. Assistant Professor, Department of Nursing, University of Peloponnese

4. RN, MSc, PhD, Center for Health Services Management and Evaluation, National and Kapodistrian University of Athens

5. Assistant Professor, Department of Nursing, University of Peloponnese

ABSTRACT

Purpose: The aim of this study is to investigate: a) the application of theories of transformative and situated learning in nursing staff's workplace and b) the extent to which the novice and experienced nursing staff are aware of changes in their beliefs and values, procedures for gradual adaptation into the practice community and how they reflect on issues they face and could be willing to approach again.

Materials - Methods : The survey questionnaire was based on the assessment tool proposed by Kathleen P. King (1998) and consists of 18 closed and one open questions. The sample size was 194 nurses and nursing assistants working in a public hospital in Peloponnese district. The response rate was 94.2 %. For the statistical analysis the program IBM SPSS 19.0 was used.

Results: 70.6 % of respondents state that, during their first two years of carrier, they have faced a situation that led them to question their way of thinking or acting. Regarding the time needed for integration in the working community, 67 % stated that it was two years. According to the 74.2 % of the participants the time needed for integration in the core was five years. Finally the 85.9 % of the respondents reported they are still learning by routine cooperation with their experienced colleagues. Increase of working experience was associated with an increase in the degree of agreement on learning patterns of participants (analysis of personal practice ($p = 0,004$), monitoring training programs ($p < 0,001$), attending conferences and workshops ($p < 0,001$) and study books and articles ($p = 0,004$) . Nurses agreed to a greater degree on the learning patterns they use (monitoring educational programs ($p = 0,001$), attending conferences and workshops ($p < 0,001$) and study books and articles ($p = 0,001$) compared to nursing assistants.

Conclusions: The study shows that nurses use critical thinking and reflection in their working environment and adapts in the practice community using continuous learning by interacting with more experienced colleagues.

Keywords: critical reflection, transformative learning, situated learning, continuing education and lifelong learning

Corresponding Author: Panagiotis Prezerakos, Orthias Artemidos & Plataion str,2100, Sparti, panprez@uop.gr, Τηλ.: +30-27310 89 728, Department of Nursing, University of Peloponnese

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Καθώς η αναμόρφωση του τομέα υγείας καθοδηγείται από την ικανοποίηση των αναγκών για ελεύθερη πρόσβαση, περιορισμό του κόστους και παροχή ποιοτικής φροντίδας, η Νοσηλευτική θα πρέπει να διερευνά τις επιπτώσεις των επιδιώξεων αυτών στην εξέλιξή της. Στις αρχές του 21ου αιώνα, ο νοσηλευτής φαίνεται να αναλαμβάνει έναν κεντρικό ρόλο στη διαμόρφωση ποιοτικών υπηρεσιών υγείας με χαμηλό κόστος. Η νοσηλευτική πρακτική μετασχηματίζεται κάτω από την πίεση κοινωνικοοικονομικών παραγόντων όπως και των εξελίξεων στο χώρο της παροχής φροντίδας υγείας. Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση, η προσωπική και η επαγγελματική βελτίωση μέσω των αναθεωρήσεων των απόψεων και πεποιθήσεων τους καθώς και η υιοθέτηση νέων τεκμηριωμένων πρακτικών, θα δώσει στους νοσηλευτές τη δυνατότητα να αντεπεξέλθουν στα παραπάνω δεδομένα (Κοτρώτσιου, 2004). Οι νοσηλευτές και οι βοηθοί τους πρέπει να έχουν την ετοιμότητα να λειτουργήσουν στο πλαίσιο κάποιου τύπου κοινοτικού συστήματος υγείας, να είναι σε θέση να συνεργαστούν με κάποια μικτή ομάδα και να επιδεικνύουν κριτική σκέψη και ικανότητες λήψης αποφάσεων (Marquis & Huston, 2010).

Μετασχηματίζουσα μάθηση (transformative learning)

Ένα κύριο χαρακτηριστικό του ενήλικα στη διεργασία της μάθησης είναι η εμπειρία. Παρόλο που, όπως επισημαίνουν πολλοί θεωρητικοί της εκπαίδευσης ενήλικων, υπάρχουν διάφοροι προσωπικοί τρόποι μάθησης, το κοινό στοιχείο που αναδεικνύεται από τις περισσότερες προσεγγίσεις είναι ότι ο αναστοχασμός και η κριτική επεξεργασία της εμπειρίας, που οδηγεί σε πράξη, είναι ο κύριος τρόπος με τον οποίο δημιουργείται η «κριτική ή δημιουργική μάθηση».

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δύο δεκαετιών, η θεωρία της μετασχηματίζουσας μάθησης, με κύριο εκφραστή της τον Jack Mezirow (1991), έχει εξελιχθεί σε μια εκτενή και πολύπλοκη περιγραφή του τρόπου, σύμφωνα με τον οποίο, οι ενήλικες μαθαίνουν να ερμηνεύουν, να επικυρώνουν και να επανακαθορίζουν την έννοια της εμπειρίας τους. Επίκεντρο της εμπειρίας, της κριτικής σκέψης και του ορθολογικού διαλόγου της θεωρίας του Mezirow είναι η ψυχαναλυτική θεωρία και η θεωρία της κοινωνικής κριτικής.

Όπως αναφέρει ο Λιντζέρης (2007), ο συνθετέστερος ορισμός για τη μετασχηματίζουσα μάθηση κατά τον Mezirow είναι ο εξής: «Η μετασχηματίζουσα μάθηση αναφέρεται στη διεργασία μέσω της οποίας μετασχηματίζουμε τα δεδομένα πλαίσια αναφοράς (σύστημα αντιλήψεων, νοητικές συνήθειες κλπ) για να τα κάνουμε πιο περιεκτικά, διαφοροποιημένα, ανοικτά συναισθηματικά, ικανά για αλλαγή και στοχαστικά, έτσι ώστε να μπορούν να δημιουργήσουν πεποιθήσεις και απόψεις οι οποίες θα αποδειχθούν περισσότερο αληθινές και δικαιολογημένες στην καθοδήγηση της πράξης». Επίσης ο

ίδιος εξ αρχής τόνισε στις εισηγήσεις του: «Για να αλλάξετε τους μαθητές -ειδικά τις πεποιθήσεις, στάσεις και συναισθηματικές αντιδράσεις- πρέπει να τους ωθήσετε στο να ασχολούνται με τον κριτικό προβληματισμό σχετικά με τις εμπειρίες τους, το οποίο με τη σειρά του οδηγεί σε μια προοπτική μετασχηματισμού» (Imel, 1998).

Κατά την έννοια αυτήν ο ουσιαστικός σκοπός της εκπαίδευσης ενήλικων είναι η κινητοποίηση μιας αναθεώρησης των αντιλήψεων και των παραδοχών, που έχουμε διαμορφώσει για τον εαυτό μας και τους άλλους, μέχρι να μετασχηματιστεί η βαθύτερη δομή της θεώρησής μας (Λιντζέρης, 2007). Σύμφωνα πάντα με τον Mezirow, καταγράφονται με πολύ συστηματικό τρόπο οι φάσεις που ενδέχεται να ακολουθήσει η διεργασία της μετασχηματίζουσας μάθησης διευκρινίζοντας επιπλέον ότι αυτές δεν αναμένεται να εμφανίζονται σε όλες τις περιπτώσεις και υπό οποιεσδήποτε συνθήκες, αλλά αποτελούν μια ενδεικτική ακολουθία δράσεων, που μπορεί να εμφανιστούν με παραλλαγές. Συγκεκριμένα οι φάσεις που ενδέχεται να ακολουθήσει η διαδικασία της μετασχηματίζουσας μάθησης είναι οι ακόλουθες (Mezirow, 2007):

1. Η εμφάνιση ενός αποπροσανατολιστικού διλήμματος (είναι αυτό που κινητοποιεί τη διεργασία)
2. Η αυτοεξέταση των συναισθημάτων οργής, φόβου, ενοχής ή ντροπής
3. Η κριτική αξιολόγηση και αποτίμηση των παραδοχών
4. Η αναγνώριση της πηγής δυσαρέσκειας και μοίρασμα με άλλους της διεργασίας μετασχηματισμού
5. Η εξερεύνηση των επιλογών για νέους ρόλους, σχέσεις και ενέργειες
6. Ο προγραμματισμός ενός σχεδίου δράσης
7. Η απόκτηση της γνώσης και των δεξιοτήτων για την εφαρμογή αυτού του σχεδίου
8. Η δοκιμή των νέων ρόλων που προκύπτουν
9. Η οικοδόμηση της ικανότητας και της αυτοπεποίθησης στους νέους ρόλους και σχέσεις
10. Η επανένταξη στη ζωή σύμφωνα με τις συνθήκες που έχουν πλέον διαμορφωθεί από τις νέες προοπτικές.

Η μετασχηματίζουσα μαθησιακή θεωρία περιγράφει τις συνθήκες και τις διεργασίες που είναι αναγκαίες, έτσι ώστε οι εκπαιδευόμενοι να οδηγούνται στο ριζικό μετασχηματισμό του τρόπου που προσεγγίζουν τη σκέψη και τη μάθηση. Κατ' αυτόν τον τρόπο δεν καθίσταται αναγκαίο οι εκπαιδευόμενοι να αποκτούν μόνο νέες δεξιότητες και πληροφορίες, αλλά και να επιτυγχάνουν το σημαντικότερο είδος μετασχηματισμού γνώσης, που είναι γνωστή και ως «μετασχηματισμός οπτικής». Κάθε φορά η γνώση τους είναι αναγκαίο να εξετάζεται και να αναθεωρείται και όχι απλώς να διογκώνεται (Mc Gonigal, 2007).

Στην περίπτωση των νοσηλευτών ή/και των βοηθών τους, το πλαίσιο αναφοράς (σύστημα αντιλήψεων) στο οποίο βασίζονται όταν ξεκινούν την κλινική τους άσκηση, μετέπειτα την πρακτική τους ή ακόμα και την εργασία τους,

είναι διαμορφωμένο με επιρροές που έχουν δεχθεί από την -μέχρι τότε- εκπαίδευσή τους. Συμβαίνει, όμως, κατά τη διάρκεια της πρακτικής να έρθουν αντιμέτωποι με καταστάσεις που δεν είναι σύμφωνες με τις παραδοχές και τις προσδοκίες του πλαισίου αναφοράς τους. Έτσι δημιουργείται χάσμα μεταξύ της θεωρίας και αυτών που πρέπει να πράξουν και ανάγκη για επανεξέταση των παραδοχών και αντιλήψεων (στοχασμός) (Τσάπαλος, 2010).

Τοποθετημένη μάθηση (Situated learning)

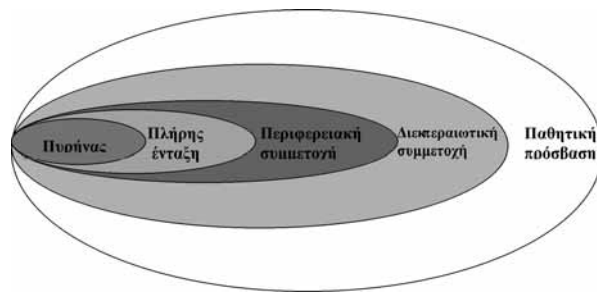
Σύμφωνα με τη Lave (1988) η τοποθετημένη μάθηση εμφανίζεται ως μια μαθησιακή δραστηριότητα μέσα σε ένα πλαίσιο και είναι εγκαθιδρυμένη στις αλληλεπιδράσεις του κοινωνικού και του φυσικού περιβάλλοντος, εντός του οποίου ενεργούν τα άτομα. Αυτό μπορεί να ισχύει για ένα κοινωνικό ή και επαγγελματικό περιβάλλον.

Το 1991 οι Lave & Wenger διατύπωσαν μια θεωρητική προσέγγιση για τη μάθηση, όπου αναφέρουν ότι οι εκπαιδευόμενοι μαθαίνουν μέσα από τη συμμετοχή τους στις διαδικασίες ενός συγκεκριμένου πλαισίου. Εάν θεωρήσουμε ένα επαγγελματικό πεδίο -όπως για παράδειγμα αυτό των νοσηλευτών- αυτή η προσέγγιση μπορεί να μας ερμηνεύσει τον τρόπο που οι νεοεισερχόμενοι (αρχάριοι) σε αυτό το πεδίο, μαθαίνουν μέσα από την ένταξή τους.

Ο όρος, λοιπόν, «τοποθετημένη μάθηση» περιγράφει την εκμάθηση που εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της διαδικασίας της βαθμιαίας ένταξης κάποιου σε μια κοινότητα πρακτικής ή μια επαγγελματική κοινότητα. Η κοινότητα πρακτικής είναι μια ομάδα ανθρώπων, η οποία μοιράζεται ένα κοινό ενδιαφέρον σε ένα πεδίο ανθρώπινης δραστηριότητας και δεσμεύεται σε μια διαδικασία συλλογικής μάθησης, η οποία μάθηση δημιουργεί δεσμούς μεταξύ των μελών αυτής της κοινότητας. Ως παράδειγμα αναφέρεται το ό,τι οι νοσηλεύτες που εργάζονται σε ένα νοσοκομείο, συζητούν για την αντιμετώπιση ενός ιού ή την αλλαγή νοσηλευτικών παρεμβάσεων, όταν εμφανιστεί κάποιο σχετικό συγκεκριμένο περιστατικό.

Το κλινικό περιβάλλον μπορεί να περιγραφεί ως κοινότητα της πρακτικής. Οι Lave και Wenger (1991) περιγράφουν αυτό ως μια περιοχή, όπου οι διαδικασίες μάθησης πραγματοποιούνται μέσα στην κανονική δραστηριότητα σχετική με το πλαίσιο ή τον πολιτισμό ενός περιβάλλοντος, όπου η κοινωνική αλληλεπίδραση αποτελεί συστατικό ζωτικής σημασίας. Προσδιορίζοντας το κλινικό περιβάλλον για τους νοσηλεύτες ως κοινότητα πρακτικής, θεωρούμε μια περιοχή όπου η συνεργασία, η φροντίδα, η υποστήριξη, η κατανόηση, η ενότητα και η αποδοχή εμφανίζονται ως στοιχεία της. Η κουλτούρα και η πρακτική που αναπτύσσεται στο εργασιακό περιβάλλον μπορεί να επηρεάσει θετικά ή αρνητικά τον άμεσα εμπλεκόμενο με αυτό (Wenger, 2001; Lave & Wenger, 1991).

Σύμφωνα με τους Lave & Wenger (1991) σε μια κοινότητα πρακτικής παρατηρούνται διάφορα επίπεδα συμμετοχής και ένταξης σε αυτήν. Τα επίπεδα αυτά, σύμφωνα με την Εικόνα 1, είναι τα ακόλουθα:



Εικόνα 1. Επίπεδα συμμετοχής στην κοινότητα πρακτικής
Πηγή: Lave & Wenger (1991)

Πυρήνας (core group): πρόκειται για μια μικρή σε μέγεθος ομάδα ανθρώπων που επηρεάζει και κινητοποιεί την κοινότητα πρακτικής.

Πλήρης ένταξη (full membership): αφορά σε μέλη της κοινότητας πρακτικής, που αναγνωρίζονται ως επαγγελματίες ή ασκούντες το βασικό έργο της κοινότητας, αν και σε αρκετές περιπτώσεις δεν έχουν την ίδια αντίληψη σχετικά με τη λειτουργία της κοινότητας.

Περιφερειακή συμμετοχή (peripheral membership): αφορά σε μέλη της κοινότητας με μικρότερο βαθμό ένταξης, σε σχέση με τις προηγούμενες δύο ομάδες, είτε λόγω του ό,τι είναι νεοεισερχόμενα μέλη είτε γιατί δεν έχουν τον ίδιο βαθμό προσωπικής δέσμευσης στην πρακτική της κοινότητας.

Διεκπαιρωτική συμμετοχή (transactional participation): αφορά σε συμμετέχοντες εξωτερικούς ως προς την κοινότητα πρακτικής, που περιστασιακά αλληλεπιδρούν με αυτήν παρέχοντας ή λαμβάνοντας κάποιες υπηρεσίες, χωρίς να είναι μέλη.

Παθητική πρόσβαση (passive access): αφορά σε μια ευρεία ομάδα ανθρώπων που έχουν πρόσβαση στα αποτελέσματα των διαδικασιών της κοινότητας πρακτικής.

Εφαρμογές στη Νοσηλευτική

Η Parker (2005) αναφέρει ότι η έννοια της φροντίδας, η αντανάκλαση και η κριτική σκέψη είναι η σφραγίδα του «τέλειου» νοσηλευτή και καθίσταται αναγκαίο οι νοσηλευτικές θεωρίες να περιζώνουν και να προάγουν αυτές τις διαδικασίες. Η εκτίμηση και η χρήση των νοσηλευτικών θεωριών προσφέρουν την ευκαιρία για την επιτυχή συνεργασία των σχετικών διαδικασιών και των πρακτικών εφαρμογής και παρέχουν τον ορισμό για την ολική συμβολή της Νοσηλευτικής στη διαδικασία παροχής φροντίδας υγείας.

Εάν όμως η έννοια της περιποίησης και η στοχαστική κριτική σκέψη, στηριζόμενα στη νοσηλευτική θεωρία, είναι η σφραγίδα του «τέλειου» νοσηλευτή, τι γίνεται με τις τεχνικές του δεξιότητες και την πρακτική εφαρμογή τους; Η Sigma Theta Tau International Honor Society in

Nursing (STT) (2004), καθόρισε την πρακτική βασισμένη σε ενδείξεις και προσδιόρισε την εμπειρία ως ένα από τα κύρια συστατικά της αποτελεσματικής νοσηλευτικής πρακτικής, αποφεύγοντας όμως να καθορίσει τα χαρακτηριστικά αυτής της εμπειρίας, διότι αυτά κάθε φορά προσδιορίζονται από τις προτιμήσεις και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ατόμων, των οικογενειών και των κοινοτήτων. Αυτό προϋποθέτει ότι οι νοσηλευτές έχουν μια ικανότητα κριτικής σύνθεσης των προϋπαρχουσών γνώσεων, των γνώσεων που συνεχιζόμενα λαμβάνουν καθώς και των πρακτικών από την συνεργασία με άλλους ιθύνοντες στην υγειονομική περίθαλψη. Το απόσταγμα αυτής της διεργασίας μαζί με την εμπειρία θα οδηγήσει στην παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας, λαμβάνοντας ταυτόχρονα υπόψη τις κοινωνικές, πολιτιστικές και προσωπικές ανάγκες και τις προτιμήσεις του κάθε ατόμου ξεχωριστά.

Με βάση τις προαναφερόμενες θεωρίες μάθησης, προτείνεται ο συνδυασμός της μετασχηματίζουσας μάθησης με την προσέγγιση των κοινοτήτων πρακτικής, έτσι ώστε ο νεοεισερχόμενος σε μια κοινότητα πρακτικής νοσηλεύτης, να συνειδητοποιεί από τη μια το βαθμό και τις διαδικασίες σταδιακής ένταξής του και από την άλλη, αναλύοντας –κριτικά– τις εμπειρίες από τη συμμετοχή του, να υιοθετεί νέες πρακτικές και όχι απλά να αφομοιώνει τις υπάρχουσες. Η υπάρχουσα εμπειρία, η οποία διέπει μια καθημερινή εργασιακή ρουτίνα και πρακτική, περικλείει τον κίνδυνο να είναι μια συνεχής επανάληψη του ίδιου λάθους με όλο και μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση. Εάν δεν υπάρξει διεργασία στοχασμού και κοινή αποδεκτή αλλαγή στην καθημερινή πρακτική, το μόνο που θα γίνεται είναι να επαναλαμβάνεται το λάθος (Τσάπαλος, 2010)

Οι νεοεισερχόμενοι, σε έναν οργανισμό, νοσηλευτές και βοηθοί τους μεταβαίνουν από την περιφερειακή συμμετοχή στην πλήρη ένταξη (Εικόνα 1) ανάλογα με τον τρόπο σκέψης και τα εργαλεία που έχουν από τη βασική τους εκπαίδευση, το βαθμό στον οποίο συνειδητοποιούν και ελέγχουν τις επιμέρους διαδικασίες και τη δυνατότητα που τους δίδεται για συμμετοχή και εκτέλεση δραστηριοτήτων (Lave & Wenger, 1991).

Κατά τη διάρκεια της περιφερειακής συμμετοχής τους, είναι ιδιαίτερα κρίσιμο το κατά πόσο οι νεοεισερχόμενοι νοσηλευτές έχουν τις δυνατότητες να επηρεάσουν τα ενεργά μέλη και τον πυρήνα της κοινότητας. Αφ' ενός δεν πρέπει να είναι παθητικοί δέκτες των περιχαρακωμένων γνώσεων και των πρακτικών της κοινότητας, ενώ από την άλλη πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να αναλύσουν κριτικά ο,τιδήποτε συμβαίνει κατά τη διάρκεια της βαθμιαίας εισόδου τους στην επαγγελματική κοινότητα. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί, εάν την ικανότητα για κριτικό στοχασμό την έχουν ήδη αποκτήσει από την προηγούμενη εκπαίδευσή τους (Karalis, 2010). Σχετική πρόταση έχει διατυπωθεί και για την περίπτωση των εκπαιδευομένων εκπαιδευτικών, ιδιαίτερα μάλιστα μέσω της αξιοποίησης της πρακτικής άσκησης τους (Karalis et al., 2007). Για το λόγο αυτό θα είναι χρήσι-

μη μια νοσηλευτική εκπαίδευση βασισμένη στις θεωρίες που αναπτύχθηκαν, όχι μόνο για το φοιτητή ή το νεοεισερχόμενο επαγγελματία που αντιμετωπίζει διλήμματα, αλλά και για τον έμπειρο επαγγελματία που θα αναστοχαστεί σε ζητήματα που αντιμετωπίζει και ίσως θελήσει να τα προσεγγίσει εκ νέου.

Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της εφαρμογής των θεωριών της μετασχηματίζουσας και της τοποθετημένης μάθησης στον επαγγελματικό χώρο των μελών των νοσηλευτικών υπηρεσιών, του κατά πόσο ο αρχάριος και ο έμπειρος νοσηλευτής συνειδητοποιούν τις αλλαγές στις πεποιθήσεις τους και τις αξίες τους, τις διαδικασίες σταδιακής ένταξης στην κοινότητα και τέλος, εάν είναι σε θέση να αναστοχαστούν σε ζητήματα που αντιμετωπίζουν και ίσως θελήσουν να επαναπροσεγγίσουν. Οι νοσηλευτές και οι βοηθοί τους είναι αναγκαίο να έχουν την ετοιμότητα να λειτουργήσουν στο πλαίσιο κάποιου τύπου κοινοτικού συστήματος υγείας, να είναι σε θέση να συνεργαστούν με κάποια μικτή ομάδα και να επιδεικνύουν κριτική σκέψη και ικανότητες λήψης αποφάσεων (Levett-Jones et al., 2007)

Μεθοδολογία της έρευνας

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για την εκπόνηση της συγκεκριμένης μελέτης συντάχθηκε από την Kathleen P. King (1998), το οποίο μεταφράστηκε στην ελληνική γλώσσα και προσαρμόστηκε προκειμένου να χρησιμοποιηθεί από επαγγελματίες υγείας από τον Γεώργιο Τσάπαλο υπό την επίβλεψη του Αναπληρωτή Καθηγητή Θανάση Καραλή (Τσάπαλος, 2010) Το ερωτηματολόγιο έχει σκοπό να προσδιορίσει:

- εάν το νοσηλευτικό προσωπικό είχε μετασχηματισμό οπτικής σε σχέση με την εκπαιδευτική εμπειρία του και την εργασιακή ζωή του,
- εάν οι δραστηριότητες μάθησης είναι καθοριστικός παράγοντας για να συμβάλει σε αυτό το μετασχηματισμό, και
- εάν οι νοσηλευτές και οι βοηθοί τους συνειδητοποιούν τις διαδικασίες σταδιακής ένταξής τους σε μια κοινότητα πρακτικής.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από ερωτήσεις κλειστού τύπου και μια ερώτηση ανοικτού τύπου και δομείται σε τέσσερις άξονες:

1. Στον πρώτο άξονα αναζητούνται δημογραφικές πληροφορίες όπως είναι το φύλο, η ηλικία, η εργασιακή εμπειρία, η ειδικότητα και το επίπεδο σπουδών.
2. Στο δεύτερο άξονα που αφορά στην εργασιακή ζωή, εξετάζεται εάν οι ερωτώμενοι βίωσαν ένα μετασχηματισμό οπτικής κατά την εργασιακή εμπειρία τους καθώς και το χρόνο που αυτό συνέβη (στα 0-2 πρώτα έτη, 3-5 έτη, μετά τα 5 πρώτα έτη). Οι ερωτήσεις του δεύτερου άξονα του ερωτηματολογίου αντιστοιχούν στα δέκα στάδια ή φάσεις του Mezigo

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

Χαρακτηριστικό	N (%)
Φύλο	
Άντρες	33 (17,0)
Γυναίκες	161 (83,0)
Ηλικία	
22-35	66 (34,0)
36-40	45 (23,2)
41-45	68 (35,1)
46-50	9 (4,6)
>50	6 (3,1)
Εργασιακή εμπειρία (έτη)	
< 5	49 (25,3)
6-10	27 (13,9)
>10	118 (60,8)
Νοσηλευτικό Προσωπικό	
ΠΕ	7 (3,6)
ΤΕ	130 (67,0)
Διετούς εκπαίδευσης	57 (29,4)
Μεταπτυχιακό δίπλωμα	
Ναι	17 (8,8)
Όχι	177 (91,2)

(2007), που ακολουθούν τη διεργασία της μετασχηματίζουσας μάθησης.

3. Στον τρίτο άξονα ο ερωτώμενος καλείται να απαντήσει σε μια ανοικτή ερώτηση και να αποτυπώσει μια εμπειρία αλλαγής. Εδώ επιδιώκουμε μια βασική περιγραφή της εμπειρίας του μετασχηματισμού οπτικής.
4. Στον τέταρτο άξονα εξετάζεται η χρονική συχνότητα (0-6 μήνες, 6-12 μήνες, 0-2 έτη, 3-5 έτη, μετά τα 5 έτη, ακόμη και σήμερα δεν αισθάνομαι σίγουρος/η) της καθοδήγησης και υποστήριξης των νοσηλευτών και των βοηθών τους, ενώ παράλληλα διερευνώνται οι τρόποι και οι μορφές της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης με τη χρήση της τακτικής κλίμακας Likert (Robson, 2007).

Υλικό και μέθοδος

Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε στο σύνολο του νοσηλευτικού προσωπικού του Γενικού Νοσοκομείου του ΕΣΥ της Περιφέρειας Πελοποννήσου και επιστράφηκαν συμπληρωμένα 194 ερωτηματολόγια (ποσοστό ανταπόκρισης 94,2%) ενώ η εκπόνηση της μελέτης διήρκεσε από το Φεβρουάριο του 2013 έως και τον Μάιο του 2013.

Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες. Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας κατηγορικής μεταβλητής και μιας διατάξιμης μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος χ^2 για τάση (χ^2 trend test), ενώ για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος χ^2 (χ^2 test).

Πίνακας 2. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τη διαδικασία στοχασμού και τα έτη προϋπηρεσίας.

	Έτη προϋπηρεσίας		
	0-2	3-5	> 5
Αντιμετώπισα μια κατάσταση που με οδήγησε να αναρωτηθώ για τον τρόπο που συνήθως σκέφτομαι ή ενεργώ	113 (70,6)	24 (15,0)	23 (14,4)
Εξετάζοντας τις απόψεις μου διαπίστωσα ότι μετά από αυτή την εμπειρία έχουν αλλάξει σε μεγάλο βαθμό	70 (45,5)	50 (32,5)	34 (22,1)
Συζήτησα αυτή την κατάσταση / εμπειρία και με άλλους συναδέλφους	70 (48,6)	46 (31,9)	28 (19,4)
Σκέφτηκα διαφορετικούς τρόπους δράσης και συμπεριφοράς που να ταιριάζουν με τις νέες απόψεις και αντιλήψεις που διαμόρφωσα	45 (29,8)	53 (35,1)	53 (35,1)
Απόκτησα τις απαιτούμενες γνώσεις και δεξιότητες για αυτούς τους νέους τρόπους δράσης και συμπεριφοράς	39 (27,3)	51 (35,7)	53 (37,1)
Εφάρμοσα αυτούς τους νέους τρόπους συμπεριφοράς	31 (22,3)	49 (35,3)	59 (42,4)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Πίνακας 3. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με το χρονικό διάστημα ένταξης στην κοινότητα πρακτικής, στον πυρήνα και για την αναγνώριση από τα μέλη της κοινότητας πρακτικής.

	0-6 μήνες	6-12 μήνες	1-2 έτη	3-5 έτη	>5 έτη	Έως και σήμερα δεν μπορώ να δηλώσω με βεβαιότητα
Χρονικός προσδιορισμός από ποιο σημείο και μετά κατά την εργασιακή σας ζωή αισθανόσασταν σίγουρος/η για ότι εφαρμόζετε, χωρίς να χρειάζεστε τη βοήθεια άλλων εμπειροτέρων συναδέλφων σας	27 (13,9)	63 (32,5)	40 (20,6)	14 (7,2)	19 (9,8)	31 (16,0)
Χρονικός προσδιορισμός από ποιο σημείο και μετά ξεκινήσατε να καθοδηγείτε νεότερους συναδέλφους σας	20 (10,3)	43 (22,2)	45 (23,2)	36 (18,6)	28 (14,4)	22 (11,3)
Χρονικός προσδιορισμός από ποιο σημείο και μετά απευθύνονταν σε εσάς νέοι συναδέλφοι για καθοδήγηση και βοήθεια	39 (20,1)	34 (17,5)	55 (28,3)	24 (12,4)	25 (12,9)	17 (8,8)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο διατάξιμων μεταβλητών ή μεταξύ μιας κατηγορικής μεταβλητής και μιας διατάξιμης μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (Spearman's correlation coefficient, r_s). Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το IBM SPSS 19.0 (Statistical Package for Social Sciences).

Αποτελέσματα

Ο μελετώμενος πληθυσμός αποτελούνταν από 194 εργαζόμενους. Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Το 83% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες, το 92,3% ήταν <45 ετών, το 60,8% είχαν προϋπηρεσία >10 έτη, το 67% ήταν νοσηλευτές ΠΕ και το 8,8% είχαν μεταπτυχιακό δίπλωμα.

Στον πίνακα 2 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τη διαδικασία στοχασμού και τα έτη προϋπηρεσίας. Κατά τα 2 πρώτα έτη εργασίας, το 70,6% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι αντιμετώπισε μια κατάσταση που τους οδήγησε να αναρωτηθούν για τον τρόπο που συνήθως σκέφτονται και ενεργούν, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό μειώθηκε σημαντικά για τα 3-5 έτη και >5 έτη εργασίας, φτάνοντας το 15% και το 14,4% αντιστοίχως. Κατά τα 2 πρώτα έτη εργασίας, το 45,5% δήλωσε ότι εξετάζοντας τις απόψεις τους διαπίστωσαν ότι μετά από αυτή την εμπειρία έχουν αλλάξει σε μεγάλο βαθμό, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό μειώθηκε για τα 3-5 έτη και >5 έτη εργασίας, φτάνοντας το 32,5% και το 22,1% αντιστοίχως. Επιπλέον, κατά τα 2 πρώτα έτη εργασίας το 48,6% των νοσηλευτών δήλωσε ότι συζήτησε αυτή την κατάσταση-εμπειρία και με άλλους συναδέλφους, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό μειώθηκε για τα 3-5 έτη και >5 έτη εργασίας, φτάνοντας το 31,9% και το 19,4% αντιστοίχως. Κατά τα 3-5 και >5 έτη εργασίας, το 35,1% δήλωσε ότι σκέφτηκε διαφορετικούς τρόπους δράσης και συμπεριφοράς που να ταυριάζουν με τις νέες απόψεις και αντιλήψεις που διαμόρφωσαν. Επιπλέον, κατά τα 3-5 και >5 έτη εργασίας, το 35,7% και το 37,1% αντιστοίχως δήλωσε ότι απέκτησε τις απαιτούμενες γνώσεις και δεξιότητες για αυτούς τους νέους τρόπους δράσης και συμπεριφοράς.

Στον πίνακα 3 παρουσιάζονται το χρονικό

Πίνακας 4. Οι τρόποι με τους οποίους οι συμμετέχοντες θεωρούσαν ότι εξακολουθούν να μαθαίνουν στο αντικείμενό τους.

	Βαθμός συμφωνίας				
	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
Ανάλυση προσωπικής πρακτικής	8 (5,2)	24 (15,7)	54 (35,3)	29 (19,0)	38 (24,8)
Ανάλυση πρακτικής άλλων συναδέλφων	12 (8,2)	33 (22,4)	58 (39,5)	28 (19,0)	16 (10,9)
Από άλλους εμπειρότερους συναδέλφους	6 (3,7)	17 (10,4)	46 (28,0)	42 (25,6)	53 (32,3)
Παρακολούθηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων	10 (6,0)	28 (16,8)	32 (19,2)	34 (20,4)	63 (37,7)
Παρακολούθηση συνεδρίων και ημερίδων	10 (5,2)	29 (17,9)	36 (22,2)	27 (16,7)	60 (37,0)
Μελέτη άρθρων και βιβλίων	14 (8,5)	27 (16,5)	39 (23,8)	31 (18,9)	53 (32,3)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

διάστημα ένταξης στην κοινότητα πρακτικής, το χρονικό διάστημα ένταξης στον πυρήνα καθώς και το χρονικό διάστημα για την αναγνώριση από τα μέλη της κοινότητας πρακτικής].

Στον πίνακα 4 παρουσιάζονται οι τρόποι με τους οποίους οι συμμετέχοντες θεωρούσαν ότι εξακολουθούν να αποκτούν νέες γνώσεις περί του αντικείμενου τους. Με φθίνουσα σειρά κατάταξης, ξεκινώντας από τον τρόπο με το μεγαλύτερο ποσοστό «αρκετά», «πολύ» και «πάρα πολύ», η κατάταξη ήταν η εξής: (1) από άλλους εμπειρότερους συναδέλφους (85,9%), (2) ανάλυση προσωπικής πρακτικής (79,1%), (3) παρακολούθηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων (77,3%), (4) παρακολούθηση συνεδρίων και ημερίδων (75,9%), (5) μελέτη άρθρων και βιβλίων (75%) και (6) αναλύοντας την πρακτική άλλων συναδέλφων (69,4%).

Αύξηση των ετών προϋπηρεσίας σχετιζόταν στατιστικά σημαντικά με αύξηση του βαθμού συμφωνίας με τους τρόπους με τους οποίους οι συμμετέχοντες θεωρούσαν ότι εξακολουθούν να μαθαίνουν στο αντικείμενό τους ως εξής: (α) ανάλυση προσωπικής πρακτικής ($r_s=0,23$, $p=0,004$), (β) παρακολούθηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων ($r_s=0,3$, $p<0,001$), (γ) παρακολούθηση συνεδρίων και ημερίδων ($r_s=0,33$, $p<0,001$) και (δ) μελέτη άρθρων και βιβλίων ($r_s=0,22$, $p=0,004$).

Οι νοσηλευτές συμφωνούσαν σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό διευθυντή εκπαιδευτικής αναφορικά με τους τρόπους, με τους οποίους θεωρούσαν ότι εξακολουθούν να μαθαίνουν στο αντικείμενό τους ως εξής: (α) παρακολούθηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων (χ^2 για τάση=23, $p=0,001$), (β) παρακολούθηση συνεδρίων και ημερίδων (χ^2 για τάση=21, $p<0,001$) και (γ) μελέτη άρθρων και βιβλίων (χ^2 για τάση=15, $p=0,001$).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η συγκεκριμένη μελέτη αναδεικνύει ότι οι νοσηλευτές στην αρχή της επαγγελματικής τους καριέρας βιώνουν σε μεγάλο ποσοστό στοιχεία (αποπροσανατολιστικό δίλημμα), που τους δημιουργούν την ανάγκη της κινητοποίησης και του στοχασμού στην εξεύρεση γνώσεων, απόκτησης δεξιοτήτων και την αλλαγή συμπεριφορών και στάσεων για τη βελτίωση των συνθηκών και των αναγκών του εργασιακού τους περιβάλλοντος. Ο Mezigo (1991) υποστηρίζει ότι μια επαγγελματική πρακτική που αποτελείται κατά ένα μεγάλο μέρος από τη στερεότυπη και συνήθη δράση είναι μη στοχαστική.

Οι καταστάσεις που συνήθως οι επαγγελματίες νοσηλευτές βρίσκονται είναι τόσο πολύπλοκες και σύνθετες, που η έννοια της στερεότυπης συνηθισμένης πρακτικής πρέπει να αποκλειστεί. Για να είναι αποδοτικότερη και αποτελεσματικότερη η πρακτική τους, οι νοσηλευτές καθίσταται αναγκαίο να εξετάζουν τα γεγονότα που απορρέουν από κάθε αλληλεπίδραση, λαμβάνοντας υπόψη ότι κάθε διαπροσωπική συνάντηση είναι ως ένα ορισμένο βαθμό μοναδική και ότι υπάρχουν συνήθως περισσότερες από μια επιθυμητές εκβάσεις. Θα πρέπει το νοσηλευτικό προσωπικό να αναθεωρεί την εμπειρία και τη γνώση του, να εξετάζει τη ρουτίνα, να διερευνά τις εναλλακτικές λύσεις και να μετασχηματίζει τους προηγούμενους τρόπους κατανόησης (Clarke et al., 1996).

Όσον αφορά στην ένταξη των νοσηλευτών και των βοηθών τους στην κοινότητα πρακτικής σταδιακά από την είσοδό τους ως αρχάριοι επαγγελματίες μέχρι και την πλήρη ένταξή τους και την αναγνώρισή τους από τα υπόλοιπα μέλη, η μελέτη αναδεικνύει ότι αυτό επιτυγχάνεται στα πρώτα πέντε (5) έτη της επαγγελματικής τους καριέρας. Στη διεθνή βιβλιογραφία η έννοια της τοπο-

θετημένης μάθησης έχει ερευνηθεί περισσότερο κατά τη διάρκεια των εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων των νοσηλευτών ως ένα εργαλείο καλής μετάβασης από το εκπαιδευτικό περιβάλλον στο πραγματικό εργασιακό.

Η χρήση της τοποθετημένης μάθησης στους νοσηλευτές, ως προσέγγιση στην κλινική τους εκμάθηση έχει χρησιμοποιηθεί στην Αυστραλία από τους Grealish (2006) και Gieselman et al (2000) στις Ηνωμένες Πολιτείες και από τους Core et al (2000) στο Ηνωμένο Βασίλειο. Άλλοι τομείς υγείας όπως η φυσιοθεραπεία και η επαγγελματική θεραπεία έχουν εφαρμόσει επίσης αυτό το πρότυπο στην ανάπτυξη της επαγγελματικής εκμάθησης στους εργασιακούς χώρους.

Ο Levett-Jones και οι συνεργάτες του (2007) ανέφεραν ότι οι φοιτητές Νοσηλευτικής εξέθεσαν τα υψηλά επίπεδα ικανοποίησης, που τους ενίσχυσαν την εκμάθηση, όταν αντιλήφθηκαν ότι ήταν μέλη της ομάδας και αντιμετωπίστηκαν με σεβασμό. Τόνισαν τη σημασία του «ανήκειν» στη νοσηλευτική κοινότητα πρακτικής για να ενισχυθεί η εκμάθηση. Επίσης ανέφεραν ότι όσο περισσότερο διαρκεί αυτή η αίσθηση του «ανήκειν» τόσο διευκολύνεται η εμφάνιση ευκαιριών στη μάθηση.

Η δημιουργία και η διατήρηση θετικού κλινικού περιβάλλοντος όπου προωθείται η εκμάθηση μέσω της αποτελεσματικής κλινικής διδασκαλίας και διαμόρφωσης ρόλων και όπου οι φοιτητές εκτιμούνται, εδραιώνονται, ενισχύεται η θέση τους και ενθαρρύνονται, αποτελούν κείρια ζητήματα στην επιτυχή μετάβαση του φοιτητή στο επάγγελμα της Νοσηλευτικής (Morgan, 2005).

Ένας σημαντικός χώρος της υγείας όπου η δράση των κοινοτήτων πρακτικής κατά το πρότυπο του Wenger, έχει νόημα, είναι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Η οργάνωση και δράση κοινοτήτων πρακτικής σε αυτό το επίπεδο θα έχει κοινό στόχο τη χάραξη πολιτικής για την βελτίωση ανθυγιεινών καταστάσεων και την υιοθέτηση υγιούς τρόπου ζωής. Όπως αναφέρει ο McDonald (2007), τον Ιούνιο του 2005, οι Lambraki, Morrison, Manske and Barry πραγματοποίησαν μια μελέτη περίπτωσης σε καναδικές επαρχίες, στην εφαρμογή μιας ολοκληρωμένης στρατηγικής καταπολέμησης του καπνίσματος. Οι αρμοδιότητες, οι οποίες προέκυψαν από αμοιβαίες δεσμεύσεις, κοινή επιχειρησιακή δράση και κοινούς ρόλους, παρουσίασαν υψηλά επίπεδα ανταλλαγής γνώσεων, σχετικά με τους στόχους που είχαν τεθεί. Τα αποτελέσματα της συσχετιστικής μελέτης ανέδειξαν τη δυνατότητα που κατέχουν κοινότητες με τα θεμελιώδη στοιχεία της κοινότητας πρακτικής, να μπορούν να συμμετέχουν στην ανταλλαγή γνώσης, η οποία οδηγεί στη συνέχεια σε βελτιωμένες πρακτικές στην πολιτική ελέγχου του καπνίσματος.

Τέλος η μελέτη αναδεικνύει το ό,τι οι νοσηλευτές και οι βοηθοί τους θεωρούν την επαφή με τους εμπειρότερους συναδέλφους και την ανάλυση των πρακτικών που χρησιμοποιούν κάθε φορά τόσο οι συνάδελφοι όσο και

οι ίδιοι από τους πλέον αποδεκτούς τρόπους στην συνεχιζόμενη διεργασία της μάθησης.

Ο νοσηλευτής βρίσκεται συνεχώς σε ένα εναλλασσόμενο πεδίο μάθησης (εναλλασσόμενη διαδικασία), έχοντας τόσο το ρόλο του εκπαιδευόμενου όσο και του εκπαιδευτή. Ξεκινώντας τις βασικές σπουδές του είναι εκπαιδευόμενος, αλλά στην επαγγελματική του πορεία χρειάζεται να εναλλάσσεται στους δύο αυτούς ρόλους. Ως εκπαιδευόμενος συμμετέχει, από τη μια, στις απαραίτητες εκπαιδευτικές διαδικασίες που τον ενημερώνουν για τα νέα δεδομένα της επιστήμης του και τον εξελίσσουν στην εργασία του και από την άλλη, μαθαίνει συνεχώς στην εργασιακή του καθημερινότητα από τους εμπειρότερους συναδέλφους του και από τους άλλους συνεργάτες - επαγγελματίες του χώρου του. Ως εκπαιδευτής συμμετέχει με το να ενημερώνει και να επιδεικνύει κατάλληλες δεξιότητες σε νέους συναδέλφους από την μια και από την άλλη να περιγράφει και να επεξηγεί θεραπευτικές μεθόδους στους ασθενείς. Τέλος, σημαντικός είναι ο ρόλος του στην ενημέρωση και παρότρυνση για υιοθέτηση «υγιών» τρόπων συμπεριφοράς στην κοινότητα.

Όπως αναφέρει ο Quinn (Χάλαρη, 2004), στόχος της Συνεχιζόμενης Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης - ΣΝΕ είναι η διατήρηση αλλά και η προαγωγή των επαγγελματικών γνώσεων και ικανοτήτων. Ο στόχος αυτός επιτυγχάνεται με τα κατάλληλα σχεδιασμένα και οργανωμένα προγράμματα ΣΝΕ, που συνεχώς αξιολογούνται και αναμορφώνονται.

Κατά τα τελευταία έτη έχουν καθιερωθεί πολλές έννοιες και όροι που αποτελούν λέξεις-κλειδιά για την ΣΝΕ. Οι έννοιες αυτές είναι :

- Η ατομική καθοδήγηση (tutorship)
- Η συνεργατικότητα (cooperation): συνεργασία μεταξύ όλων των συμμετεχόντων στη διαδικασία μάθησης
- Η μαθητοκεντρική εκπαίδευση (student-centered education): στηρίζεται στις ανάγκες του εκπαιδευόμενου
- Η άσκηση στον προβληματισμό (reflective practice) σε συγκεκριμένες καταστάσεις
- Η ενσυναίσθηση (empathy): συναισθηματική προσέγγιση για καλύτερη κατανόηση του τι χρειάζεται ο εκπαιδευόμενος
- Η συμμετοχικότητα (partneship): ενεργητική συμμετοχή και διαδικασία της μάθησης
- Η πρόσωπο με πρόσωπο εκπαιδευτική σχέση (mentorship)

Περιορισμοί της μελέτης

Οι περιορισμοί της μελέτης αφορούν στη μη γενίκευση των συμπερασμάτων που προέκυψαν, αφού το δείγμα της μελέτης προέρχεται από ένα και μόνο Νοσοκομείο του ΕΣΥ.

Συμπεράσματα

Καταλήγοντας, υποστηρίζουμε πως θα ήταν χρήσιμο η νοσηλευτική εκπαίδευση να λάβει υπόψη τις θεωρίες της μετασχηματίζουσας και τοποθετημένης μάθησης, στο πλαίσιο των μεθόδων μάθησης. Η μελέτη αναδεικνύει ότι η μάθηση σε αυτό το περιβάλλον μπορεί να υποστηρίξει τους νεοεισερχόμενους νοσηλευτές, οι οποίοι με κριτικό στοχασμό θα αναλύουν ο,τιδήποτε συμβαίνει κατά τη διάρκεια της βαθμιαίας εισόδου τους στην επαγγελματική κοινότητα, αλλά και τους αντίστοιχους έμπειρους που θα αναστοχαστούν σε ζητήματα που αντιμετωπίζουν και πιθανώς να τροποποιήσουν την προσέγγιση που ακολουθούσαν έως τώρα.

Χαρακτηριστικά οι Van der Zalm & Bergum (2000) αναφέρουν ότι οι επαγγελματίες της νοσηλευτικής πρέπει να ξέρουν τις νέες δυνατότητες της νοσηλευτικής πρακτικής έτσι ώστε να επικοινωνούν με τους ασθενείς με πιο ενεργείς και στοχαστικούς τρόπους. Είναι αναγκαίο να έχουν τη δυνατότητα να υποστηρίξουν περισσότερο τη στοχαστική δράση: «πράττω σκεπτόμενος και σκέφτομαι πράττοντας».

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Clarke B., James C & Kelly J. (1996) Reflective practice: reviewing the issues and refocusing the debate. *International Journal of Nursing Studies* 33: 171-180.

Cope P., Cuthbertson P., Stoddart B. (2000) Situated learning in the practice placement. *Journal Advanced in Nursing* 31: 850-856.

Gieselman M.S., Stark N., Farruggia M.J. (2000) Implications of the situated learning model for teaching and learning nursing research. *Journal of Continuing Education in Nursing* 31: 263-268.

Grealish L. (2006) Situated Learning and Nursing. Presentation at the Australian Nurse Teachers Society Conference, Canberra:

Australian National University

Imel S. (1998) Transformative Learning in Adulthood. ERIC Digest No. 200 on ERIC Clearinghouse on Adult Career and Vocational Education

Karalis T., Sotiropoulos L., Kampeza M. (2007) La contribution de l'éducation tout au long de la vie et de l'anthropologie dans la préparation professionnelle des enseignants: réflexions théoriques. *Skholè*, 1 hors série 1: 49-155.

Karalis Th. (2010) Feature article. Situated and transformative learning: exploring the potential of critical reflection to enhance organizational knowledge. *Development and Learning in Organizations* 24(1): p.18.

King KP. (1998) A Guide to perspective transformation and learning activities: The Learning Activities Survey. Research for better schools Inc, N.Y.

Κοτρώτσιου Ε. (2004) Νοσηλευτικές θεωρίες Αθήνα: Βήτα

Lave J., Wenger E. (1991) *Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation*, Cambridge University Press. New York

Levett-Jones T., Lathlean J., Maguire J., McMillan M. (2007) Belongingness: a critique of the concept and implications for nursing education. *Nurse Education Today* 27: 210-218

Λιντζέρης Π. Η σημασία του κριτικού στοχασμού και του ορθολογικού διαλόγου στη θεωρία του Jack Mezirow για τη μετασχηματίζουσα μάθηση. (Διπλωματική Διατριβή). Ανάρτηση στις 20/01/2013 από: <http://www.eap.gr>

Marquis, B., Huston, H. (2010), *Διοίκηση & Ηγεσία: Θεωρία εργου*, V. (2000) Hermeneutic phenomenology: Providing living knowledge for nursing practice. *Journal of Advanced Nursing* 31(1) :211-218.

Wenger E. (2001) «Communities of Practice» in N. J. Smelser and P. B. Baltes (eds.) *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, New York: Elsevier 2339-2342

Χάλαρη Α. (2004) «Θεωρίες Μάθησης - Εκπαίδευσης Ενηλίκων» στο Κυριακίδου, Ε. (επιβ.) *Κλινική Νοσηλευτική Εκπαίδευση. Πρακτικά 2ης ΗΒερίδας ΕΣΝΕ*, Αθήνα, 2004.

“The Syndrome of Sleep Apnea in the elderly suffering from COPD and live in the county of Attica”.

Nikas Marios¹, Gourgoulialis Konstantinos², Daniil Zoe³, Xatzoglou Xrysi⁴, Roupa Zoe⁵, Bizopoulou Zoe¹, MehilliAggelos¹, Gougoumati Konstantinia¹, Diomidous Marianna⁶

1. RGN, MSc, PhD (c).

2. Professor of the Department of Medicine, University of Thessaly.

3. Professor of the Department of Medicine, University of Thessaly.

4. Assistant Professor of the Department of Medicine, University of Thessaly.

5. Professor of the Department of Nursing, European University of Cyprus.

6. Professor of the Department of Nursing National and Kapodistrian University of Athens

ABSTRACT

Introduction: Chronic obstructive pulmonary disease and obstructive sleep apnea syndrome are two diseases often coexist in one person. The sleep apnea is often caused by an interruption of breathing during sleep due to obstruction of the upper airway during inhalation, causing the sufferer chronic snoring, morning headaches, increased body weight, blood pressure and sleepiness during the day.

Aim: The purpose of this study is the identification of the problem among the elderly people living in the Attica Basin.

Materials and Methods: Material of the study were 500 people, including 274 men and 226 women. The data collection took place by using an anonymous questionnaire specialized in identifying patients with apnea, after a personal interview with the researcher. The processing and imaging carried out, using the statistical package SPSS 17.

Results: The men who took part in the survey have a precedence over women, 54.8% versus 45.2%. Based on their responses to the questionnaires, it was found that 98.0% of the participants have abnormal sleepiness during the day. The 35.4% of them show no apnea, while 36.0% of the sample has sleep apnea but in normal levels. It is important though, the fact that about 1 out of 3 seniors, 28.6%, shows sleep apnea in a high risk level.

Conclusions: COPD is a complex disease that occurs in a large proportion of the elderly. Emphasis should be given on early diagnosis and treatment of sleep apnea syndrome, in order to improve the quality of life of the elderly.

Key Words: COPD, Obstructive Sleep Apnea, Daily Sleepiness.

Corresponding Author:

Marianna Diomidous,

Assistant Professor, University of Athens, Faculty of Nursing,

123 Papadiamantopoulou street, GR-115 27 Goudi, Athens, Greece, Tel. +30 210-74 61 438

E-mail: mdiomidi@nurs.uoa.gr

Introduction:

Chronic Obstructive Pulmonary Disease is a group of diseases, including chronic bronchitis and pulmonary emphysema, having as a common feature the blockage of the airways of the lung, thus reducing significantly the flow of air at the end and trapping the air inside. The obstruction initially causes decline in lung function, leading to decreased breathing, especially after severe fatigue. Moreover, daily living of elderly is often disturbed by exacerbations of the disease, caused by frequent pulmonary infections (Kontaxakis and Hristodoulou, 2000; Sahini-Kardasi and Panou, 1997).

The main characteristic of COPD is a progressive airway obstruction, however the term COPD often refers to a separate group of diseases concerning their pathophysiology, which share common causes, such as smoking and air pollution, leading to a common result of obstruction. The obstruction in COPD is irreversible, but some patients have a low degree of reversibility after administration of bronchodilators and cortisone drugs, that is why often appear common characteristics with chronic asthma, where airway obstruction may be improved (Ohri and Steiner, 2004; Pauwels et. al. 2001; Nazir and Erbland 2009).

The elderly consist a vulnerable age group, with many special features and needs. Several times, the elderly suffering from Chronic Obstructive Pulmonary Disease appear complications in breathing, during sleep, that characterize sleep apnea syndrome. Apnea is defined as the cessation of breathing, of the air flow, in a sleeping person, at least for 10 seconds, causing electrocerebral "awakening" and drop of the saturation of hemoglobin in oxygen (Koutsourelakis and Vagiakis, 2008). If the cessation of airflow is accompanied by lack of respiratory movements in the chest and abdomen, and there is no aspiratory effort, then the apnea is characterized as central, where, on the contrary, if there is respiratory activity in the chest or both, and the inhalation effort is growing during apnea, then it is characterized as obstructive (American Academy of Sleep Medicine Force, 1999).

The term sleep apnea is usually laboratory, in contrast with the term Sleep Apnea Syndrome, which, in addition to apnea, requires the appearance of clinical symptoms. To show the clinical manifestations of the syndrome usually are required more than 15 apneas per one hour of sleep, and vary depending on the chronic status, the number and severity of apneas. At the beginning, the clinical symptoms appearing to patients with COPD are of low gravity or absent, during time, as COPD progresses, apneas increase, leading to more symptoms, of acute gravity (American Thoracic Society, 1994).

The main clinical symptoms of the Syndrome of Obstructive Sleep Apnea are (Koutsourelakis and Vagiakis, 2008; Younget al., 1993):

- **Sleepiness during the day:** It is the most important and troublesome symptom seen in an elderly patient

with COPD. Often patients complain that they have not slept for several hours and that they fall asleep during daily activities. This is because the nocturnal sleep is disturbed and interrupted by apneas. People who have an increased level of daytime sleepiness should be advised to avoid driving, in order to prevent accidents (Farsin et al., 2003).

- **Snoring:** It is a sound generated during sleep by the vibration of the walls of the pharynx and soft palate. The vibration is caused due to the difficulty of access to air through a clogged throat. Along with sleepiness are the main symptoms of the syndrome and the type of snoring can help in diagnosis, since the instability in frequency and intensity, suggest the presence of the Syndrome of Obstructive Sleep Apnea (American Thoracic Society, 1989).
- **Obesity:** The Syndrome occurs more often in people with increased body weight, causing increased fat tissue in the neck.
- **Night frequent urination:** It forces sufferers to cease their sleep and occasionally to have involuntary loss of urine. This is due to release of natriuretic factor from the dilatation of the sinuses and to a pressure of the urinary bladder, caused by increased abdominal pressure during obstructive apnea.
- **Night sweats:** Are often due to restless sleep and the intense respiratory efforts during sleep.
- **Morning headaches, irritability and memory decline:** Patients awake with a feeling of dizziness, headaches and dry mouth. In more severe cases, there is a reduction in memory, concentration and observation. Trying to overcome the drowsiness and the sense of inferiority because of the symptoms, usually leads to depressive symptoms and stress disorders.
- **Decreased Sexual Activity:** Men often face sexual problems due to loss of libido and sense of helplessness.

The diagnosis of obstructive sleep apnea syndrome takes place by studying the elderly patients in a special workshop during sleep, while recording parameters of sleep and respiratory function (Bear and Priest, 1980). For the staging of sleep, EEG is recorded, along with the movements of the eyes, with an electrocardiogram, the movements of chest and abdominal wall, the airflow in the nose and mouth, the saturation of hemoglobin and the body's position during sleep. Other methods that help assess the functioning of the position and the degree of airway obstruction during sleep are the imaging methods of computing and MRI, fluoroscopy, and ultrasound (Boraz et al., 1979). The only non-imaging method, but also the only one that directly assess the functional competence in multiple sites of upper airways, is the measurement of the differential pressure across the palate until the rinofarynx (Chaban et al., 1988; Onen and Onen, 2010).

In order to choose the appropriate way of management, the

severity of the clinical picture, the study's findings in sleep centers, as well as patients' severity of COPD must be taken into account (Jelic, 2010). The treatment of sleep apnea syndrome targets to the increase of the diameter of pharynx's lumen during sleep. These remedies may be generic, non-intrusive, and in many difficult cases, surgical. These include (Zamarron, 2008):

- Reduce of body weight, because obesity is an aggravating factor in the obstruction of the upper airway, during sleep.
- Avoid alcohol consumption by patients with COPD and Syndrome of Obstructive Sleep Apnea, especially before bedtime.
- Education of the patient to take sides rather than supine position during sleep.
- Continuous Positive Airway Pressure (CPAP): It consists the continuous provision of positive air pressure in the upper airway through the nose, by a special device. The result is to prevent the collapse and therefore a narrow. The CPAP device is causing the operation of the entire airway, using pressure bigger than atmospheric pressure, so that at no stage and point becomes negative, creating thus a respiratory "splint" that keeps upper airway open
- Nasopharyngeal Tube: It can help directly, simply and safely, cheaply and effectively all patients, bypassing the airway obstruction during sleep.
- Surgical interventions often take place is permanent tracheostomy, and surgery of the nose, jaws and throat ,aiming at the opening the upper airway.

Quality of life is an important factor of assessing recovery in patients suffering from Chronic Obstructive Pulmonary Disease and appear Obstructive Sleep Apnea Syndrome. The recovery can take place either in specialized medical units, whose primary purpose is addressing the problem, such as sleep centers, or through properly designed programs implemented at home by a group of health professionals, whose main concern is the location, recording and dealing with the problem, along with applying appropriate techniques, teaching the patients and their carers, with a view to active participation in the selection and application of therapeutic approach.

Material and Methods:

Material in this study were 500 individuals (274 men and 226 women), chosen from the Open Centers for The Elderly, existing inside the municipalities of the county Attica. Data collection was based on the rules of random sampling, by completing a specialized anonymous questionnaire, with a personal interview with the investigator, and after having clearly explained the purpose and objectives of the investigation.

During the investigation, spirometry was carried out by using a portable spirometer, MIR SPIROBANK, while the parameters examined were FEV1, FEVC, and particularly the relation FEV1/FEVC, under which was also the classification of the disease. To investigate the occurrence of apnea in people suffering from COPD were also used, specialized and standardized questionnaires, such as the Berlin Questionnaire and Epworth Sleepiness Scale.

For presenting the qualitative-categorical variables, frequency tables and pie charts were used, while for the display of continuous-numerical variables, used descriptive statistics (mean, standard deviation, median, etc.). Furthermore, contingency tables were used for the relationship between categorical variables, using Fishers' exact test (for tables 2x2) and Person's Chi square test (for all other dimensions of contingency tables), as appropriate.

Data processing, along with statistic analysis and visualization was done by using the statistical package SPSS 17.

Results:

Table 1 Distribution of Sex

Sex		
	N	%
Men	274	54.8%
Women	226	45.2%
Total	500	100.0%

From Table 1 it is shown that men of the sample have as light advantage over women, 54.80% versus 45.20%.

Table 2 Classification of the COPD, regarding the Sex, by using GOLD sca

Classification of COPD (GOLD)											Total		
		MILD			MODERATE			SEVERE			N	Row %	Col %
		N	Row %	Col %	N	Row %	Col %	N	Row %	Col %			
Sex	Men	46	16.8	37.4	221	80.7	61.0	7	2.6	46.7	274	100.0	54.8
	Woman	77	34.1	62.6	141	62.4	39.0	8	3.5	53.3	226	100.0	45.2
Total	123	24.6	100.0	362	72.4	100.0	15	3.0	100.0	500	100.0	100.0	

According to table 2, a statistically significant difference in the stratification of mild COPD between the sexes is observed, with women greater men, 62.6% versus 37.4%. The opposite is shown in the case when older people suffer from moderate COPD, where men have higher rates, 61% versus 39% of women. There is no statistically significant difference between the sexes in terms of severe COPD.

Table 1 Level of Daily Sleepiness using Epworth Sleepiness Scale

	Sleepiness	
	N	%
Normal	490	98.0
High Risk	10	2.0
Total	500	100.0

Almost all elderly people of the sample, 98.0%, exhibit nosleepiness during the day.

Table 4 Investigation of Apnea using Berlin Questionnaire

	Apnea	
	N	%
No apnea	177	35.4
Low risk	180	36.0
High Risk	143	28.6
Total	500	100.0

Table 5 Providing Home Care to the Elderly Suffering from COPD and Apnea

Home Care	N		%	
	N	%	N	%
I did receive home care for my disease and it quite helped	52	10.40%		
I did receive home care for my disease and it helped my very much	56	11.20%		
I didn't receive home care but I think it would help me with my health problem	332	66.40%		
I didn't receive home care but I think it wouldn't help me with my health problem	60	12.00%		
Total	500	100.00%		

According to Table 5, a large proportion of the respondents, 66.4%, stated that they have not received home care in order to confront their disease, but they believe that such an option would help to manage their health problem, while, 12.0 % believe that even the home care cannot alleviate symptoms resulting from health problems. On the other hand, 21.6% of participants received home help, and found that they were helped in a satisfactory level.

Table 6 Classification of COPD (GOLD) in correlation with the appearance of Apnea

		Classification of COPD (GOLD)									Total		
		MILD			MODERATE			SEVERE			N	Row %	Col %
		N	Row %	Col %	N	Row %	Col %	N	Row %	Col %			
Apnea	No apnea	48	27.1	39.0	126	71.2	34.8	3	1.7	20.0	177	100.0	35.4
	Low Risk	40	22.2	32.5	129	71.7	35.6	11	6.1	73.3	180	100.0	36.0
	High Risk	35	24.5	28.5	107	74.8	29.6	1	.7	6.7	143	100.0	28.6

By comparing the possibility of apnea and the classification of COPD, there was no statistically significant difference between different forms of COPD. The only exception was the existence of severe COPD among elderly people who have low risk of apnea.

Table 7 Daily Sleepiness by Sex

Sleepiness		Sex						Total		
		Men			Women			N	Row %	Col %
		N	Row %	Col %	N	Row %	Col %			
	Normal Sleepiness	273	55.7	99.6	217	44.3	96.0	490	100.0	98.0
	High Risk Sleepiness	1	10.0	0.4	9	90.0	4.0	10	100.0	2.0
Total		274	54.8	100.0	226	45.2	100.0	500	100.0	100.0

As it is shown from the table above, there is no statistically significant difference between the two sexes, both in normal as well as in high-risk sleepiness the elderly appearing during the day.

Table 8 Appearance of Apnea by Sex

		Sex					Total			
		Men			Women		N	Row %	Col %	
	N	Row %	Col %	N	Row %	Col %				
Apnea	No Apnea	77	43.5%	28.1%	100	56.5%	44.2%	177	100.0%	35.4%
	Low Risk	109	60.6%	39.8%	71	39.4%	31.4%	180	100.0%	36.0%
	High Risk	88	61.5%	32.1%	55	38.5%	24.3%	143	100.0%	28.6%
Total	274	54.8%	100.0%	226	45.2%	100.0%	500	100.0%	100.0%	

From table 8, regarding who are a thighter risk for apnea, it is observed that men are more likely to face such situation, than women

According to Berlin Questionnaire, which was used on whether the population sample showing apnea, 28.6% of the elderly appear a dangerous level of apnea for their health, 36.0% a lower risk of apnea, and 35.4% noapnea at all.

Discussion-Conclusions:

As shown in this study, individuals in our sample consist avulnerableagegroupwithsignificanthealthproblemsandwithdif ficultiesintheir daily lives, preventing them from having a quality living.

Regarding the sample of the survey, no significant statistical difference between the two sexes is observed, 54.8% men versus 45.2% women. One possible interpretation is that women develop, through time, a higher life expectancy than men, following the general trend around the world. According to a report published by G.S.V.E.E., in Greece, in 2003, life expectancy stood at 76.5 years for males and 81.3 years for females (G.S.V.E.E. 2008).

According to the results obtained from Table 2, regarding the stratification of COPD in relation with the gender of participants, it is shown that women suffer from COPD more frequently than men, 53.3% versus 46.7%, and even more often suffer from mild COPD, 62.6% versus 37.4%, while men appear more often symptoms of moderate COPD, 61.0% versus 39% respectively. There is no any statistically significant difference concerning severe COPD.

In a similar survey, conducted in Beijing by Zhou YM, Wang C. et al. and published in 2009, among 9.434 elderly people, coming from 7 provinces of China, it was found that 30% of the sample were patients diagnosed with COPD, while from the total sample, at a rate of 12.8% COPD was diagnosed in men, with only 5.4% in women (Zhou et al. 2009).

From an other survey, held in Poland from Nizankowska-Mogilnicka E et al., in 2007, it is shown that among 603 elderly people, 22.1% suffered from COPD, with 10.9% of them suffering from COPD of moderateto severe type (Nizankowska-Mogilnicka 2007). The disease

occurredd more frequently in malesmokers,34%versus22% in women.

From these studies above, it is shown that gender plays an important role in the occurrence of COPD, and along with smoking, exposure to in appropriate weather conditions and age, a configuration hatleads to a large extentontheexistenceofCOPD in thee lderly.

From the information gathered and assessed, it is observed that the vast majority of the sample does not show the main symptom for the existence of sleep apnea, as daytime sleepiness, at a rate of 98% (Table 3) . This does not mean that they don't appear sleep apnea, as 36.0% of older people have sleep apnea of low risk to their health, 28.6% of them appear apnea of high risk to their health, while one out of three seniors do not suffer at all from sleep apnea, 35.4% (Table 4). There is no statistically significant difference between the existence of sleep apnea among the various forms of COPD, except the occurrence of severe COPD in people with low risk of apnea (Bixler et al. ,1998).

From 2 similar surveys carried out by E. Bixler et al, in 1998 and 2001, in Pennsylvania, it was found that among 1741 adults, aged up to 99 years of age, obstructive sleep apnea syndrome occurs at a rate of 24.0% among men and 9.0% among women (Bixler 2001).

Another study conducted by Duran J. et al, in 2001, in Spain, showed that at a sample of 400 elderly people, with a maximum age limit of 70 years, sleep apnea syndrome occurs at a rate of 26.0% among men, while the rate for women is 28.0% (Duran, et al. 2001).

According to what has been previously been reported, it is easily seen that there is not a limiting factor in the occurrence of apnea between the two genders. The obstructive sleep apnea syndrome may occur with the same frequency in both men and women in old age, and occurs more frequently in people who suffer from COPD and other obstructive airway diseases.

Regarding the rehabilitation and participation in a program of home care (Table 5), the majority of the sample, 66.4%, stated that they do not take part in a specialized program, but they do believe a program

like this would help considerably, with only 21.6% of the respondents, participating in a program and have already seen positive changes in their health problems. It is striking though, that 12.0% of the elderly state that neither participate in a rehabilitation program, nor they think that a specialized program would help the relief of their disease's symptoms.

In a similar survey conducted by Maltais F. et al., in Canada and published in 2005, it was found that among 240 elderly patients who were divided into two groups (a group participating in a home care rehabilitation program and a group following inpatient rehabilitation), after three months of intervention, imports in hospitals and emergency departments were decreased significantly to those who had followed the home care program (Maltais, 2005). Also, these people appeared to be more happy with the choice of such a program of managing their health problem.

Similar are the results of another investigation that took place in Australia, by Boxall AM et al., in 2005, among 60 persons aged 60 years old and more. In particular, the elderly people who consisted the survey sample attended a specialized home assistance program, lasting 12 weeks, which included specific exercises and education of patients and their carers, on issues related to COPD and apnea syndrome. The result of the project was the improvement of patients resistance to the treatment of painful symptoms, as well as their satisfaction, while being informed of the status of their health problems (Boxall et al. 2005).

All the above indicate how important is not only for elderly patients, but also for their attendants and carers, the existence of specialized programs, competent of dealing with their disease, either on an in-patient level of intervention, or through a program of home monitoring and care (Bowns et al., 1991; Hinohara, 1979).

Suggestions:

In conclusion, it is understood that as the number of the elderly people, and their proportion to the general population increases, it is important to understand the changes that must be made in order to support their efforts to integrate into society. Furthermore, most of them want to deal with their daily problems by their own, but also having the necessary support by the state (Forbes et al., 1991; Murphy, 2006; Lang, 2001).

An important step is the creation of additional social support structures and monitoring of the elderly, in order to detect, prevent and confront their daily problems (Tsenteliero, 2005). Furthermore, it is important and that they are being given the opportunity to feel the presence of someone who has the knowledge, the skills and the mood to listen to their experiences, problems and vicissitudes of daily life (Chaikovskaia and Vialyk, 2000; Basta et al., 2007). Such structures

are the centers of sleep, in which takes place the diagnosis of sleep apnea syndrome, rehabilitation centers for patients with COPD, Open Care Centers for the Elderly, along with and specialized pulmonary rehabilitation home care programs, very important for people with disabilities or who have not access to primary health care services (Cantor and Little, 1985).

Imperative, however, is considered the staffing of these special social support structures with sufficient health professionals, who will have the appropriate knowledge and skills, in order to be able to plan, organize and implement strategies of approaching older people, aiming to emotional rehabilitation and social reintegration (Chappell, 2000). Another significant duty of the group of health professionals, who will staff these structures, is the teaching of educational techniques in elderly patients and their carers, in order to ensure continued care even after removal of the group, and a better quality life (Sissouras et al., 2002).

It is also important the social policy of the state to move in new directions. In particular, imperative must be the participation volunteers, others than health professionals, in social support networks (Penning, 2000). These people will be able to offer their services after attending special training promoting health programs, which will take place within the community and aiming to the awareness and change of attitudes toward the diverse needs of elderly people. These programs must be put into practice by specially trained individuals such as community nurses, social workers and other health professionals, with expertise in the technical understanding of the dynamics and functioning of family and social environment of the elderly (Okun, 1993).

Since aging is directly related to physical illness, and loss of independence and self-care, entering the group of the elderly is an important area of studying the current health system (Kumari, 2001). Living conditions, social and emotional status of the elderly and their participation in society, are issues that should be studied further, and so future studies are needed, as the main purpose is not only to add extra years in the life of older people, but also quality of life in their remaining years.

REFERENCES

- American Thoracic Society (1994) Indications and standards for use of nasal continuous positive airway pressure (CPAP) in sleep apnea syndromes. *Am J Respir Crit Care Med*, 150:1738-45.
- American Academy of Sleep Medicine Force (1999) Sleep-related breathing disorders in adults: Recommendations for syndrome definition and measurement techniques in clinical research. *Sleep*, 22:667-89.
- American Thoracic Society (1989) Indications and standards for cardiopulmonary sleep studies. *Am Rev Respir Dis*, 139:559-68.
- Basta N., Matthews F., Chatfield M., Brayne C. (2007) Community-level socio-economic status and cognitive and functional impairment

- in the older population. *European Journal of Public Health*, July, Vol.18(1), p.48-54.
- Bear SE, Priest JH. (1980) Sleep Apnea syndrome: correction with surgical advancement of the mandible. *J Oral Surg*, 38:543-49.
- Bixler E, Vgontzas A, Ten Have T, Tyson K, Kales A. (1998) Effects of age on sleep apnea in men. *Am J Respir Crit Care Med*;157:144-148
- Bixler E, Vgontzas A, Lin H, Ten Have T, Rein J, Vela-Bueno A, Kales A (2001) Prevalence of sleep-disordered breathing in women. *Am J Respir Crit Care Med*;163:608-613.
- Boraz RA, Martin HE, Michael JD (1979) Sleep apnea syndrome: report of case. *J Dent Child*, 46:50-2.
- Bowns I., Challis D., Tong Ms (1991) Case finding in elderly people: validation of a postal questionnaire. *Br J Gen Pract*, March, 41(344):100-4.
- Boxall AM, Barclay L., Sayers A., Caplan GA (2005) Managing chronic obstructive pulmonary disease in the community. A randomized controlled trial of home-based pulmonary rehabilitation housebound patients. *J Cardiopulm Rehabil*, Nov-Dec, 25(6):378-85.
- Cantor M. and Little V. (1985) "Aging and Social Care", *Handbook of aging and social sciences*, 2nd ed., New York, pp.745-781.
- Chaban R., Cole P., Hoffstein V. (1988) Site of upper airway obstruction in patients with idiopathic obstructive sleep apnea. *Laryngoscope*, 98:641-7.
- Chaikovskaia V., Vialyk T. (2000) The characteristics of the delivery of hospital care to the elderly, under the current conditions. *Lik. Sprava*, March,(2):122-4.
- Chappell N. (2000) Aging and social care. *Aging and the social sciences*, Binstock&E.Shanas Eds, New York, , pp. 450-451.
- Durán J, Esnaola S, Rubio R, Iztueta A. (2001) Obstructive sleep apnea-hypopnea and related clinical features in a population-based sample of subjects aged 30 to 70 yr. *Am J Respir Crit Care Med*;163:685-689.
- Farsaris N., Athanasiou E., Goumas P. (2003) Syndrome of Obstructive Sleep Apnea, modern aspects regarding etiology, clinical features, diagnosis and therapeutic confrontation. *Greek Orthodontic Review*, Vol. 6, p.7-42.
- Forbes WF, Hayward LM, Agwani N. (1991) Factors associated with the prevalence of various self-reported impairments among older people residing in the community. *Can J Public Health*, 82:240-4.
- G.S.V.E.E. (2008) *Training National Strategy Report on Social Protection and Social Inclusion 2008-2010*, Posts of Social Protection,
- Hinohara S. (1979) W.H.O report: Nursing aspects in the care of the elderly, report on a working group. *Jan.*, 31(1): 119.
- Jelic S. (2008) Diagnostic and therapeutic approach to coexistent chronic obstructive pulmonary disease and obstructive sleep apnea. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 3(2):269-75.
- Kontaxakis, V.P, Hristodoulou G.N. (2000) *Third Age*. Veta Publications, Athens, p.167-171, 179-184, 211-221, 223-235.
- Koutsourelakis I., Vagiakis E. (2008) *Sleep Apnea Syndrome*. Scientific Issues, p. 24-28.
- Lang FR (2001) Regulation of social relationships in later adulthood. *J. Gerontol. B Psychol Sci Soc Sci*, Nov., 56(6) :321-6.
- Maltais F., Bourbeau J., Lacasse Y., Shapiro S., Perrault H., Penrod JR, Baltzan M., Rouleau M., Julien M., Paradis B., Audet R., Hernandez P., Levy RD, Camp P., Lecours R., Picard D., Bernard S. (2005) A Canadian multicentre, randomized clinical trial of home-based pulmonary rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease: rationale and methods. *Can Respir J*, May-Jun, 12(4):193-8.
- Murphy F. (2006) Loneliness: a challenge for nurses caring for older people. *Nurs Older People*, June, 18(5):22-5.
- Nazir SA, Erbland ML. (2009) Chronic obstructive pulmonary disease: an update on diagnosis and management issues in older adults. *Drugs Aging*, , 26(10):813-31.
- Nizankowska-Mogilnicka E., Mejza F., Buist AS, Voilner WM, Skucha W., Harat R., Pajak A., Gasowski J., Frey J., Nastalek P., Twardoska M., Janicka J., Szczeklik A. (2007) Prevalence of copd and tobacco smoking in Malopolska region-results from the BOLD study in Poland. *Pol Arch Med Wewn.*, Sept, 117(9):402-10.
- Ohri M. Chandra, Steiner C. Michael (2004) COPD: the disease and non-drug treatment. *Hospital Pharmacist*, Oct, vol.11, p.359-364.
- Okun M. (1993) Predictors of Volunteer Status in a retirement community. *International Journal Of Aging and Human Development*, Vol.36, 1:57-74.
- Onen F., Onen H. (2010) Obstructive sleep apnea and cognitive impairment in the elderly. *Psychol Neuro psychiatr Vieil*, Sept, 8(3):163-9.
- Pauwels RA, Buist AS, Calverley PM, Jenkins CR, Hurd SS (2001) Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease", *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 163:1256-76.
- Penning M. (2000) Health, Social Support and the utilisation of Health Services among older adults. *Journal of Gerontology*, Vol.50B, 5:330-9.
- Sahini-Kardasi A., Panou M. (1997) *Pathological & Surgical Nursing-Nursing Procedures*. Veta Publications, Athens, , Vol 1, p.273-284.
- SarasaKumari R.S. (2001) Socio-economic conditions, morbidity pattern and social support among the elderly women in a rural area", *Sreekarym-Panchayat, India*, , p.1-78.
- Sissouras A., Ketssetzopoulou M., Bouzas N., Fagadaki E., Papaliou O., Fakoura A. (2002) Providing integrated health and social care for older persons in Greece. *National Centre for Social Research*, March, p.1-33.
- Tsentelierou S. (2005) We need love, company, and your interest, *Newspaper "Patris"*, Crete
- Young T., Palta M., Dempsey J., Skatrud J., Weber S., Bard S. (1993) The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults", *N engl J Med*, 328:1230-35.
- Zamarron C., Garcia Paz V., Morete E., Del Campo Matias F. (2008) Association of chronic obstructive pulmonary disease and obstructive sleep apnea consequences. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, , 3(4):671-82.
- Zhou YM, Wang C., Yao WZ, Chen P., Kang J., Huang SG, Chen BY, Wang CZ, Ni DT, Wang XP, Wang DL, Liu SM, Lu JC, Zheng JP, Zhong NS, Ran PX (2009) Current status of prevention and management of chronic obstructive pulmonary disease in rural area in China", *Zhonghua Nei Ke Za Zhi*, May, 48(5):358-61.

Diabetes in Greece - A recent approach

Kyriazis Ioannis¹, Rekleiti Maria², Beliotis Emmanouhl³, Saridi Maria⁴

1. MD, PhD, NFSCOPE, Internal Medicine – Diabetology , Director - 1st Internal Medicine Dpt. & Diabetes – Obesity Outpatient Clinic , Asclepeion General Hospital , Voula , Greece
2. RN, MSc, PhD©, Faculty of Nursing, University of Peloponnese, Sparta, Greece
3. MD, Internal Medicine, Scientific Associate in Diabetes – Obesity Outpatient Clinic, Konstantopouleio General Hospital, N. Ionia, Athens, Greece
4. RN, BSc, MSc, PhD, Lecturer with contract, Faculty of Nursing, University of Peloponnese, Sparta, Greece

ABSTRACT

Introduction: Diabetes mellitus is one of the most common non-communicable diseases globally.

Aim: The aim of the present study was to review the literature and the new items about diabetes approach in Greece.

Materials and Methods: Study of international and Greek literature from electronic databases Medline, PubMed and scientific journals, WHO, and other current databases, mainly from the last ten years. The keywords used were: diabetes mellitus, National Health System, insulin approach and complications.

Literature review: From the literature review data showed that diabetes presents a higher incidence in the western world which is related to diet and sedentary life style. Greece has a population of about 11 million and most of the specialists indicated that the prevalence of diabetes in Greece is close to 7% for 2011. One diabetic subject loses his leg every 20 seconds worldwide and annually one million of diabetic foot is lost. Patients with diabetes exhibit considerable heterogeneity in the severity of the disease and in the need of managing it by physicians of primary or secondary care . Today, most patients who visit Diabetes Outpatient clinics, should and could easily be monitored by physicians or general practitioners and not by qualified medical personnel.

Conclusions: The objectives of a National Plan of Action should be aimed at improving the quality of life of patients with type 2 diabetes and the prevention of complications. National Health System in Greece has to give access for at least regular testing for diabetes in all people.

Key Words: Diabetes mellitus, National Health System, insulin approach and complications.

Corresponding Author:

Rekleiti Maria,

53th Athinon Av., GR20100, Korinthos, Greece

Tel. +302741361910, e-mail: mrekliti@gmail.com

INTRODUCTION

Diabetes mellitus is one of the most common non-communicable diseases globally. It is the fourth or fifth leading cause of death in most high-income countries. Each new edition of the authoritative Diabetes Atlas, which incorporates updated international epidemiological data, flatly confirms the fact that the number of new cases of diabetes is soaring. According to the Diabetes Atlas (fifth edition) 366 million people have diabetes in 2011, more than 55 million people in the EUR Region have diabetes, 4.6 million deaths are connected with diabetes in 2011 and in 2030 this number is expecting to rise to 552 million especially to people who live in low- and middle-income countries (WHO, 2010). Many middle- and low-income countries have more people under the age of 60 with diabetes compared to the world average. Meanwhile, for high-income countries, a growing population over the age of 60 makes up the largest proportion of diabetes prevalence (IDF, 2012).

Diabetes in conjunction with obesity has exploded during the last years. Diabetes presents a higher incidence in the western world which is related to diet and sedentary life style. 32 million people in the EU are diabetic and as many as them have corresponding susceptibility. 75 % of patients can not regulate diabetes and the statistics show that every two minutes an EU citizen dies from the effects of the disease. The whole situation is not different. Within the last 30 years, the number of people with diabetes worldwide has six-folded and from 50 millions in the 80's they have reached the 350 millions today. The future looks bleak. The World Health Organization (WHO) predicts that if within the next 15 years there are no coordinated interventions, the number of diabetic subjects will exceed 500 millions. During the last 30 years in our country, diabetes has quadrupled and it is estimated that 8% - 9% of the population (800-900.000) suffers from the disease. There is also 3-4 % who does not know that they suffer from diabetes. Type 1 diabetes is growing by 3 % per year in children and adolescents. Type 2 diabetes also affects more and more younger people and young children (IDF, 2009; IDF, 2012). Greece has a population of about 11 million and most of the specialists indicated that the prevalence of diabetes in Greece is close to 7% for 2011 (about 1 million people with diagnosed diabetes). The International Diabetes Federation estimates that these rates will raise to 8.3% at 2030 and 7.7% are the total health budget which the National Health System in Greece spends on diabetes (Souliotis et al, 2005; Yfantopoulos, 2008; HNDC, 2013). There were 638.770 cases of diabetes in Greece in 2012 (IDF, 2013). The prevalence estimates for diabetes in the population 20-79 years old is 8.6% (Figure 1).

Diabetes and complications

Diabetes is not an innocent, temporary and inconsequential disease. Diabetes is the leading cause of adult blindness, amputation of lower limbs, chronic renal failure and dialysis, erectile dysfunction, and the main cause of heart attacks

and strokes. Diabetics have the same risk of myocardial infarction with that of non- diabetics who are older by 15 years. Up to 40 % of people with diabetes suffer from coronary heart disease. Up to 12% of people with diabetes suffer from stroke; up to 23% suffer from retinopathy and 44% by microalbuminuria; up to 68 % suffer from neuropathy; up to 52 % of suffer from retinopathy that can result in blindness; 5% of diabetics develop foot ulcers. One diabetic subject loses his leg every 20 seconds worldwide and annually one million of diabetic foot are lost . 40,000 to 50,000 patients in Greece are at risk of foot amputation annually, because only one in two patients visits the doctor in time. 3,000 diabetic foot amputations take place in Greece annually. 8.5 to 17.5 % of all deaths in the Greek population, are associated with a lack of proper control of diabetes. The only shield against complications is screening and regulating the disease (Athanasakis et al, 2010).

Diabetes, an "expensive" disease

According to recent studies of the National School of Public Health, the direct cost of a patient with type II diabetes in Greece regardless the adjustment is 1,300€ per year. The well-adjusted patient (HbA1c <7%) has an annual cost of 983€, while the unsettled (A1c> 7%) 1.570 € (60 % higher treatment cost for non-regulated patients) with the pharmaceutical expenditure in 2011 reached 200 million €. So the total cost for the treatment of diabetic patients in Greece (which are about 800.000 to 1.000.000) exceeds 1.3 billion € (6.4% of total costs made for health totally) (Economou, 2010).

If we also count the expenditure for the treatment of the complications of the disease (according to international studies they represent 50-60% of total cost), then the average annual cost per patient is about 2900€, while the total expenditures for diabetes are estimated at 2.3 billion €, which means 12-15 % of total health expenditure. Finally, we should also calculate the indirect costs of diabetes (loss of working hours, reduced productivity, disability, early retirement, psychosocial effects, etc.) which are estimated at 110% of direct costs (Kanavos et al, 2012). If we take under consideration the whole situation, the total cost of diabetes exceeds 4.5 billion€ annually.

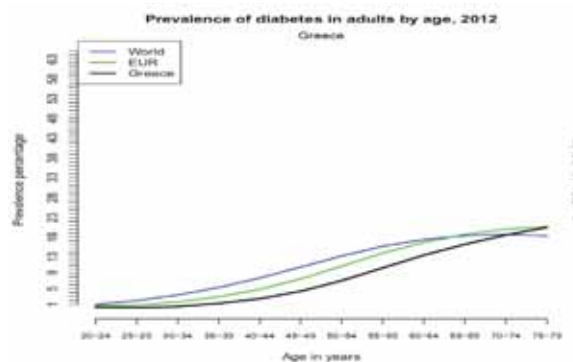


Figure 1. Prevalence of diabetes by age in Greece, 2012. Source: International Diabetes Federation.

Diabetes and new therapeutic directions

During the last years, the science of medicine with the correct clinical practice, which is based on scientific data, investigated lots of laboratory tests. The Evidence Based Medicine, as named internationally, is a basic requirement in modern medical practice that stems from the need for proper patient management for his benefit on the purpose of reducing potential risks of the practice of medicine (WHO, 2011).

Specifically, according to the latest data, the safety of new pharmaceutical antidiabetic treatments is documented. This led to the development of incretins (GLP-1 agonists and DPP-4 inhibitors), without significant side effects, so the therapeutic strategies change, as new molecules of long-acting incretin molecules develop (GLP-1 agonists and DPP-4 inhibitors of weekly action). It is also important that the scientific data and clinical benefits of the concomitant of insulin and incretin action concerning the effective regulation and reducing hypoglycemia. Finally, the new sophisticated pumps of insulin administration, in the form of patch, perhaps in the future will replace the existing pumps (Katsilambros et al, 1993).

The management of patients with diabetes in Greece - recording problems

Patients with diabetes exhibit considerable heterogeneity in the severity of the disease and in the need of managing it by physicians of primary or secondary care. Today, most patients who visit Diabetes Outpatient clinics, should and could easily be monitored by physicians or general practitioners and not by qualified medical personnel. This would give the opportunity for more frequent and more effective monitoring of patients with type 1 diabetes, with complications or generally, "difficult cases". The average waiting time for an appointment in the Diabetes Centres in Athens or Piraeus is about 3.5-4 months. This time could be reduced if the specialized centers could be referred for follow-up of some patients (those who are on diet or tablets) to physicians outside the hospital (Manes et al, 2002; Rekleiti et al, 2013).

From the symptom to the hospital

The management and treatment of the disease is lacking at all levels of the health system. In the field of recognition of the signs of diabetes, there has never been any organized, systematic and long-term campaign to inform the public and there are no organized programs of primary and secondary prevention of the disease (Vaughn et al, 2007). Patients often come to clinics or hospitals without being aware of the disease. Quite often, patients discover the disease when they have already experienced complications from it, especially for type 2 diabetes. This has often resulted in a delay of diagnosis for several years after the onset of symptoms and when they have already displayed the complications of the disease.

There is no organized network of Primary Health Care (crucial for diabetes and the prevention of its complications); there is complete absence of units of residential care, insufficient number of clinics monitoring patients with diabetes in primary care level and insufficient number of clinics treating

obesity. At the level of secondary and tertiary care, there is a lack of specialized clinics for treating and hospitalizing diabetic subjects (only a few in Attica), a problem which is bigger in the rest of the country. In theory, there are Diabetes clinics in almost every city but these actually underperform or their function has stopped due to lack of staff.

Urgent outpatient and inpatient treatment

A large and important problem is the lack of organized management of patients on their arrival at the hospital. No hospital in the country has an organized management protocol and treatment of patients in emergency rooms on the day of call. Patients arrive at the emergency units by ambulance or privately, and, depending on the hospital, most of them are hospitalized in internal medicine units. There are few specialized sections for the hospitalization of patients with diabetes in hospitals in large urban centers, while there are no such sections at the rest of the country.

Monitoring Diabetes in special units

The existing Diabetes Specialist Units and Centers in our country are very few. By the National Diabetes Center, only eleven are mentioned vaguely labeled as diabetes centers in Attica, two in Thessalonika and one in Patras. About ten beds for diabetic subjects exist in the entire country. In theory, such beds exist in most cities in the country but they are underperforming or shut down due to lack of staff. Specifically, these structures:

- Have been developed in internal medicine or endocrine clinics by doctors' personal actions and not by a central or regional hospital coordinated proposal.
- Essentially do not exist in the hospitals' structure; they function randomly with lack of nursing staff.
- With regard to staffing, the diabetes care units (centers and Diabetes outpatient clinics) need nurses, dieticians, psychologists, etc, whose number in the existing Greek units is very limited.
- Large private hospitals have developed specialized Diabetes clinics, and some special units that manage patients with diabetes, but patients are usually treated in pathological sections.

At the level of primary care, which is a critical stage for the timely and effective diagnosis and treatment of diabetes, there are no organized and functionally interconnected structures for the regular monitoring of patients with diabetes.

Diabetes in everyday life

The need for better monitoring and management of diabetes was the reason for the invention of self control methods of blood glucose levels at home. Thus, in 1965 Anrie Adams and Ames Company discovered and presented a product named Dextrostix. In 1970 Tom Clemens was the scientist who developed the first glucose meter. The most important step in terms of publicity was the device Eyetone, invented by the Japanese company Kyoto Daichi. This new device was smaller, easier to use and, most importantly, it was quite cheaper. In 1972, it was available in the market, shortly after the discovery of the ARM, and spread quite quickly unlike the ARM, which took several years to be instructed. The Eyetone operated on AC power and not with

rechargeable battery, and this was one of the major problems faced by the makers of ARM. Both counters should be prescribed by a doctor so that a person could buy them, and the doctor would also be responsible for training the individual to use the device. The first patient who bought such a device for personal use at home was Dick Vernstein, an engineer who saw it at his doctor's office and was interested to learn more about this method. Since he began to check his own blood sugar levels, he was no longer hospitalized, he felt better and generally the quality of his life improved. He was so excited to see his life changing, that he attended the Medical School at the age of 47. Everyone knows the later development in blood sugar devices (Panagiotakos et al, 2005).

SMBG can aid in diabetes control by facilitating the development of an individualized blood glucose profile, which can then guide health care professionals in treatment planning for an individualized diabetic regimen; giving people with diabetes and their families the ability to make appropriate day-to-day treatment choices in diet and physical activity as well as in insulin or other agents; improving patients' recognition of hypoglycemia or severe hyperglycemia; and at last enhancing patients' education and emancipation, regarding the effects of lifestyle and pharmaceutical intervention on glycemic control (Karamanos, 2008).

Education on Diabetes

Diabetes imposes lots of requirements for the life of sufferers and their families. These requirements have to do with a multitude of decisions related to the management of diabetes. Patients must monitor their blood sugar (self control), take medication, exercise regularly and change their eating habits. Additionally, they may have to deal with issues related to the complications of diabetes and they may be required to engage in significant psychological adjustments. For all these reasons, it is crucial to benefit from high quality education that fits their needs. Mismanagement will lead to a poor outcome and increased incidence of complications.

Diabetes and economic crisis

In a study investigating the effect of the economic crisis in the management of patients with diabetes (communication by phone of 600 people with diabetes), it was found that: only 13% considered the quality of primary care satisfactory, 34% moderate and 47% poor to unacceptable. 53% believe that the economic crisis has adversely affected the quality of food and 85% believed that the economic crisis has adversely affected the supply of medication and consumables (Economist, 2007).

Planning and Objectives

The objectives of a National Plan of Action should be aimed at improving the quality of life of patients with type 2 diabetes and the prevention of complications (Liatis et al, 2009). For this purpose the Greek Diabetes Association in 2012 proposed the following actions (IDF, 2012): • Informing and educating patients with type 2 diabetes to actively participate in the disease management. • Awareness and training of health

professionals on issues of dealing with type 2 diabetes and its complications. • Improvement of care from health institutions in patients with type 2 DM. • Provide specialized medical treatment and upgrading the quality of services. • Upgrading both facilities and equipment of existing diabetology clinics and centers and creating new ones where needed. • Reduce morbidity and mortality from complications of type 2 diabetes.

Conclusion

The Hellenic Diabetes Federation believes that diabetes policy is moving too slowly. It's a challenge and parallel target for the National Health System in Greece to give access for at least regular testing for diabetes in all people. Also specialized centers must be friendlier to patients. Finally, and until we reach the ideal, the message that today dominates the treatment of diabetes is: "Personalization, information - education and participation".

REFERENCES

- Athanasakis, K., Ollandezos, M., Angeli, A., et al. [2010] "Estimating the direct cost of Type 2 diabetes in Greece: the effects of blood glucose regulation on patient cost". *Diabet Med* 27 679-684.
- Hellenical National Center for the Research, Prevention and Treatment of Diabetes Melitus and its Complications. [H.N.D.C.] [2013]. Available at: www.hndc.gr/info/ekedi.htm. [Accessed on 12/09/2013]
- Country Report for Greece, Cristian Andricuic, Organizational Development Officer, IDF European Region. [2009]. Available at: <http://www.idf.org/webdata/docs/idf-europe/Country%20report%20GR%20pub.pdf>. [Accessed on 10/10/2013]
- Economist Intelligence Unit. [2007] The silent epidemic: An economic study of diabetes in developed and developing countries. *The Economist*.
- Economou C. [2010] Health Systems in Transition.Greece: Health System Review. European Observatory on Health Systems and Policies.
- International Diabetes Federation (IDF). Europe. [2012]. The policy puzzle: Is Europe making progress? (third edition). Available at: http://passthrough.fw.notify.net/download/281000/http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/docs/policy_puzzle_2011.pdf. [Accessed on 10/10/2013]
- International Diabetes Federation (IDF). Diabetic Atlas. Fifth edition. The Global Burden. Available at: <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/the-global-burden>. [Accessed on 12/09/2013]
- Kanavos, P., van den Aardweg, S., Schurer, W.[2012] "Diabetes expenditure, burden of disease and management in 5 EU countries". LSE Health, London School of Economics. Available at: <http://www.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/research/LSEHealth/MTRG/LSEDiabetesReport26Jan2012.pdf>. [Accessed on 10/10/2013]
- Karamanos, B.G. [2008]. Epidemiology of macroangiopathy and hypertension in diabetes. In: Mygdalis, H.N. (Eds) Strategies in diabetes. ZHTA edition, Athens, pp. 373-385. [In Greek]
- Katsilambros N, Aliferis K, Darviri CH, et al. (1993) "Evidence for an increase in the prevalence of known diabetes in a sample of urban population in Greece". *Diabet Med* 10 87-90.
- Liatis, S., Thomakos, P., Papaioikonomou, S., et al. [2009] "Trends in the Management of Type 2 Diabetes and its Prescription Drug Costs in Greece (1998 & 2006)". *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 117 505-510.
- Manes, C., Papazoglou, N., Sossidou, E., Soulis, K., Milarakis, D., Satsoglou, A., et al. [2002] "Prevalence of diabetic neuropathy and foot ulceration: identification of potential risk factors. A population - based study". *Wounds* 14 11-15.
- Panagiotakos, D., Pitsavos, C., Chrysohoou, C., et al. [2005] "The epidemiology of Type 2 diabetes mellitus in Greek adults: the ATTICA study". *Diabet Med* 22 1581-1588.
- Rekleiti, M., Sarafis, P., Saridi, M., Toska, A., Melos, C., Souliotis, K., et al. [2013] "Investigation of depression in greek patients with diabetic peripheral neuropathy". *Glob J Health Sci* 5 107-114.
- Souliotis, K., Lionis, C. [2005] "Creating an integrated health care system in Greece: A primary care perspective". *J Med Syst* 29 187-196.
- Yfantopoulos, J. [2008] "Pharmaceutical pricing and reimbursement reforms in Greece". *Eur J Health Econ* 9 87-97.
- Waugh, N., Scotland, G., McNamee, P., Gillett, M., Brennan, E.A., Goyder, E., et al. [2007] "Screening for type 2 diabetes: literature review and economic modeling". *Health Technol Assess* 11 1-125.
- WHO Regional Office for Europe. [2010] European Health for All database (HFA-DB) [offline database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. Available at: <http://www.euro.who.int/hfad> [Accessed on 8/10/2013]
- World Health Organisation. Quick diabetes facts. [2011] Available at: <http://www.who.int/diabetes/en/>. [Accessed in 8/10/2013]

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 μπρώου 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 αποφαινόμενοι 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 (γραμματσειρά: 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. Οποιαδήποτε 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 συντηρήσεις 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 συνοψοβάλλετε 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.



INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

The Hellenic Journal of Nursing Science (HJNS) is the official journal of the Hellenic Regulatory Body of Nurses HRBoN. It is a peer-reviewed, cross-disciplinary journal with the purpose of promoting nursing science in Greece.

The Hellenic Journal of Nursing Science provides opportunity for the publication of academic articles presenting research conclusions, research based reviews, discussion articles and commentaries of interest to an international readership of professionals, educators, administrators and researchers in all the fields of nursing, and health care professionals.

TYPE OF ARTICLES

HJNS publishes articles which fall into three main categories:

- Editorial articles
- Editorial articles which are relatively brief (200 words maximum)
- Original articles – research work

- Full articles relating to primary research can have up to 5000 words.
- Clinical trials protocols should not exceed 2.500 words. Authors must state the trial registration number (where available), as well as the timing of the presentation of the conclusions.

Reviews and brief presentations (2000 words maximum)

- Reviews that contain:
 - systematic reviews, meta-analysis
 - book reviews
 - political reviews
 - other type (e.g. socio-economic)

- Book reviews: Should not exceed 1000 words.

ARTICLE SUBMISSION

Authors must submit manuscripts via the journal email address: journal@enne.gr. All correspondence, including the editorial decision statement and re-review requests, will be carried out online. An article is submitted on the condition that it has not been previously published, that it is not under consideration

for publication elsewhere and that if accepted it will not be published elsewhere, either in English or in any other language, without the written consent of the publisher.

REVIEW PROCESS

All articles are initially evaluated by the editorial team and are thematically assigned to the reviewers. Subsequently they are admitted for publication following a double-blind review by at least two anonymous reviewers. Reviewers decide whether the article is:

- (a) Accepted for publication without alterations.
- (b) Accepted for publication after minor modifications.
- (c) Accepted for publication after extensive revision.
- (d) Rejected for publication in its present form

PREPARATION OF MANUSCRIPT

General Guidelines: All submitted work should be suitable for an international audience and authors should not limit their work to national and political practices and to legislation specific to their country. Each article must be accompanied by a cover letter, an example of which can be found on the journal website: www.enne.gr

The cover letter must provide the following:

- Statement that the work has not been published in whole or in part in another journal.
- Statement that the final version has been acknowledged and approved by all the authors.
- Written permission (registration number of approval) for the research from the ethics committee of the institution where the work was carried out.
- Full name, postal address, email address and telephone number of the author responsible for correspondence.

Detailed information about online submission of manuscripts can be found on our website.

ORGANIZATION OF MANUSCRIPT

Organize your manuscript in the following order: article title, title page, acknowledgements, abstract and keywords, text, references, tables, figures, supplements (Font: TIMES NEW ROMAN size12, 1.5 line spacing). Please number the pages of your manuscript.

Title: The title must describe the topic of the article,

participants where relevant, clinical problem and research method used.

Title page: The title page contains:

- Full name, full article title (maximum 90 characters), academic and professional qualifications and institute for every author.
- Email address of every author.
- Submission date of article.

Acknowledgements: Basic contributors to the work are thanked in the acknowledgements.

Abstract: Abstracts should be no more than 250 words and should not include any references or abbreviations. Abstracts of research work should be structured under the following headings, where possible: (a) Introduction, (b) Materials and Methods, (c) Results, (d) Discussion, (e) Research limitations and (f) Conclusions, which must have a bearing on the objectives and the context of the study, and provide recommendations for clinical implementation of the results.

Abstracts of reviews should come under the following headings, where possible: Introduction, purpose, secondary aims, references: data bases, review methods, results, conclusions.

Abstracts of book reviews should provide a brief summary of the rationale and conclusions.

Keywords: Up to six keywords in alphabetical order should be included, stating clearly the context of the article, objective and method used.

Use the medical title thesaurus (MeSH®) and (CINAHL) where possible.

Text: The text introduction must refer to what is already known on the topic and what this article has to add to nursing science. Depending on the type of article, it should be set out as follows:

Reviews should carry: (a) Introduction, (b) Purpose, (c) Materials and Methods, (d) Results, (e) Discussion, (f) Conclusions, and must expand in detail on the summary.

Research works must follow a specific structure: (a) Introduction, (b) Materials and Methods, (it is necessary to state the time period for the collection of data, data source, sample sizes and sample selection methods, details of how they were chosen, selection and exclusion criteria, number of new participants or dropouts, relevant clinical and demographic characteristics, data collection methods, data collection device and permission and approval process for its use, response rates, statistical methods used for analysis (c) Results along with accurate rates of

statistical importance (d) Discussion, (e) Research limitations and (f) Conclusion, which must have a bearing on the objective and the context of the review, and provide recommendations for clinical implementation of the results.

Interesting cases are divided into: (a) Introduction, (b) Case reports, (c) Comments.

Prolonged publications are separated into: (a) Introduction, (b) Materials and Methods, (c) Results, (d) Discussion.

Tables/figures: Tables and figures are printed only when presenting further supporting data not provided by text. Tables should be numbered consecutively, given a concise title and must each be typed on a separate page.

Units of Measurement: Length, height, weight and volume must be expressed in metric units in accordance with internationally recognized symbols.

Abbreviations: Avoid using abbreviations wherever possible. All abbreviations to be used by the authors must be written in their expanded form along with their abbreviated form in parenthesis at first use. Titles of journals should be abbreviated according to the list of Index Medicus, which is published in January every year in a separate issue (List of Journals Indexed in Index Medicus). There is a relevant list (IATROTEK) with abbreviations of Greek journals.

Statistics: Standardized and internationally approved methods must be used to present statistical material.

Statement of Informed Consent: Authors must ensure that research has been conducted in accordance with the ethical principles clearly laid down in the International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org) and the World Medical Association Declaration of Helsinki, 2000. In other words it is imperative that authors assure that the results of their studies arise from research work which has obtained informed consent from the participants and approval from the formal ethics committee.

Permissions: Permission to reprint previously published material must be obtained in written form from the copyright holder.

Questionnaires: Non-standard and unfamiliar questionnaires and evaluation programmes used in research work should be applied to supplements.

References: All publications referring to the text must be cited in a reference list. References should

be presented according to the style used in «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.

Examples

1. Book with one author: Biggs, G. (2000) *Gender and Scientific Discovery*. 2nd edn. London: Routledge
2. Book with many authors: Ong, E., Chan, W. and Peters, J. (2004) *Advances in Engineering*. 2nd edn. London: Routledge
3. Chapter or dissertation of specific author in a book: Aggarwal, B. (2004) "Has the British Bird Population Declined?" In *a Guide to Contemporary Ornithology*, ed by Adams, G. London: Palgrave, 66-99
4. Journal article: Padda, J. (2003) "Creative Writing in Coventry". *Journal of Writing Studies* 3 (2) 44-59
5. Website: 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. Article in electronic journal: 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]

IMPORTANT NOTE

If submitting an article that has already been reviewed by the editorial team of EPNE, please attach the email message with your response to the comments of the editor and reviewers.

AUTHOR SERVICES

Article progress can be checked ONLY online.

Reprints

Three reprints will be given free of charge to the corresponding author of the article.

Copyright

Copyright of published articles belongs to the authors. The journal retains the right to reproduce or republish an article for the purposes of promoting Nursing Science.

EPNE will take all necessary measures to protect authors' rights.

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 αναγνωριστεί ως ισότιμα με τα πτυχία των νοσηλευτικών σχολών της ημεδαπής από τις αρμόδιες υπηρεσίες και στ) Στρατιωτικών Ανωτάτων Νοσηλευτικών Σχολών.

Διάρθρωση της ΕΝΕ

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

Κεντρική Διοίκηση

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

Περιφερειακά Τμήματα

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

1. Πρώτο Περιφερειακό Τμήμα Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης: Β. ΠΑΥΛΟΥ 10Α ΚΟΜΟΤΗΝΗ ΤΗΛ. 6944152505-6948625299 FAX. 2531080126. Περιλαμβάνει τους Νομούς Δράμας, Έβρου, Καβάλας, Ξάνθης και Ροδόπης. Έδρα του 1ου ΠΤ Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης είναι η Κομοτηνή
2. Δεύτερο Περιφερειακό Τμήμα Κεντρικής Μακεδονίας: ΜΑΒΙΛΗ 11, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, Τ.Κ.54630, τηλ. 2310522822 και fax. 2310522219. Περιλαμβάνει τους Νομούς Ημαθίας, Θεσσαλονίκης, Κιλκίς, Πιερίας, Πέλλας, Σερρών και Χαλκιδικής. Έδρα του 2ου ΠΤ Κεντρικής Μακεδονίας είναι η Θεσσαλονίκη.

3. Τρίτο Περιφερειακό Τμήμα Δυτικής Μακεδονίας: ΑΕΤΟΡΑΧΗΣ & ΓΡΑΜΜΟΥ 5, ΚΟΖΑΝΗ ΤΗΛ.24610 49591 FAX:2461067817. Περιλαμβάνει τους Νομούς Γρεβενών, Καστοριάς, Κοζάνης και Φλώρινας. Έδρα του 3ου ΠΤ Δυτικής Μακεδονίας είναι η Κοζάνη
4. Τέταρτο Περιφερειακό Τμήμα Ηπείρου: ΥΠΑΤΗΣ 1 & Ν.Ε.Ο. ΠΑΤΡΩΝ ΑΘΗΝΩΝ, ΠΑΤΡΑ ΤΗΛ. 2610423830 FAX. 2610426215. Περιλαμβάνει τους Νομούς Άρτας, Θεσπρωτίας, Ιωαννίνων, και Πρεβέζης. Έδρα του 4ου ΠΤ Ηπείρου είναι τα Ιωάννινα.
5. Πέμπτο Περιφερειακό Τμήμα Θεσσαλίας: ΝΑΥΑΡΙΝΟΥ 2, ΛΑΡΙΣΑ ΤΚ 41223 ΤΗΛ 2410284866 FAX. 2410284871. Περιλαμβάνει τους Νομούς Καρδίτσας, Λάρισας, Μαγνησίας και Τρικάλων. Έδρα του 5ου ΠΤ Θεσσαλίας είναι η Λάρισα.
6. Έκτο Περιφερειακό Τμήμα Ιονίων Νήσων: ΥΠΑΤΗΣ 1 & Ν.Ε.Ο. ΠΑΤΡΩΝ ΑΘΗΝΩΝ, ΠΑΤΡΑ ΤΚ 26441 ΤΗΛ. 2610423830 FAX. 2610426215. Περιλαμβάνει τους Νομούς Ζακύνθου, Κέρκυρας, Κεφαλληνίας και Λευκάδας καθώς και το δήμο Ιθάκης που αποτελεί αυτοτελή περιφερειακή ενότητα.
7. Έβδομο Περιφερειακό Τμήμα Δυτικής Ελλάδας: ΥΠΑΤΗΣ 1 & Ν.Ε.Ο. ΠΑΤΡΩΝ ΑΘΗΝΩΝ, ΠΑΤΡΑ, ΤΚ 26441 ΤΗΛ. 2610423830 FAX. 2610426215. Περιλαμβάνει τους Νομούς Αιτωλοακαρνανίας, Αχαΐας και Ηλείας. Έδρα του 7ου ΠΤ Δυτικής Ελλάδας είναι η Πάτρα.
8. Ογδοο Περιφερειακό Τμήμα Στερεάς Ελλάδας: ΝΑΥΑΡΙΝΟΥ 2 ΤΚ. 41223 ΤΗΛ.2410284866 FAX. 2410284871. Περιλαμβάνει τους Νομούς Βοιωτίας, Ευβοίας, Ευρυτανίας, Φθιώτιδος και Φωκίδος. Έδρα του 8ου ΠΤ Στερεάς Ελλάδας είναι η Λαμία.
9. Ένατο Περιφερειακό Τμήμα Αττικής: ΛΕΩΦΟΡΟΣ ΒΑΣΙΛΙΣΣΗΣ ΣΟΦΙΑΣ 47, Τ.Κ. 10676, τηλ. 210 3648044, 048 και fax. 210 3617859 και 210 3648049. Περιλαμβάνει το Νομό Αττικής.
10. Δέκατο Περιφερειακό Τμήμα Πελοποννήσου: ΥΠΑΤΗΣ 1 & Ν.Ε.Ο. ΠΑΤΡΩΝ ΑΘΗΝΩΝ, ΠΑΤΡΑ ΤΚ 441 ΤΗΛ. 2610423830 ΦΑΞ. 2610426215. Περιλαμβάνει τους Νομούς Αργολίδος, Αρκαδίας, Κορινθίας, Λακωνίας και Μεσσηνίας. Έδρα του 10ου ΠΤ Πελοποννήσου είναι η Τρίπολη.
11. Ενδέκατο Περιφερειακό Τμήμα Βορείου Αιγαίου: ΑΛΚΑΙΟΥ 8, ΜΥΤΙΛΗΝΗ ΤΚ 81100 ΤΗΛ. 22510-46272 ΦΑΞ. 22510-46272. Περιλαμβάνει τους Νομούς Λέσβου, Σάμου και Χίου.
12. Δωδέκατο Περιφερειακό Τμήμα Νοτίου Αιγαίου: ΛΕΩΦΟΡΟΣ ΒΑΣΙΛΙΣΣΗΣ ΣΟΦΙΑΣ 47, Τ.Κ. 10676, τηλ. 210 3648044, 048 και fax. 210 3617859 και 210 3648049. Περιλαμβάνει τους Νομούς Κυκλάδων και Δωδεκανήσου.
13. Δέκατο Τρίτο Περιφερειακό Τμήμα Κρήτης: ΣΠΙΝΑΛΟΓΚΑΣ 6, ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΤΚ 71201 τηλ. 2810310366, 2810311684 και fax.2810310014. Περιλαμβάνει τους Νομούς Ηρακλείου, Λασιθίου, Ρεθύμνου και Χανίων. Έδρα του 13ου ΠΤ Κρήτης είναι το Ηράκλειο.

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 προσρισμό.

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

Μελλοντικοί Στόχοι

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

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

Τώρα, όλα τα έντυπά μας στο **διαδίκτυο!**



Κάντε κλικ...

[username: abcd password: 1234]

Diabetes Care - Greek Edition
<http://diacare.gr>

Harvard Review of Psychiatry -
Greek Edition
<http://hrps.gr>

Heartreat
<http://heartreat.gr>

Neurologic Clinics
Greek Edition
<http://semneuro.gr>

Medical Express
<http://medicalexpress.gr>

Pharmanews
<http://pharmanews.gr>

Διάγνωση
<http://diagnosispress.gr>

Μ. ΠΙΤΣΙΛΙΔΗΣ
ΑΝΩΤΗ ΕΡΕΥΝΑ
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΣ & ΚΑΘΕΣΤΩΣ

Μ. ΠΙΤΣΙΛΙΔΗΣ Α.Ε. | 210 8947 002 | info@pitsilidis.gr | www.pitsilidis.gr

Ε.Ν.Ε. 
ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
www.enne.gr