Ελληνικό περιοδικό της
Νοσηλευτικής Επιστήμης



Τόμος 4, Τεύχος 1, Ιανουάριος-Φεβρουάριος-Μάρτιος 2011



[Πιστοποίηση και αναγνώριση της συνεχιζόμενης νοσηλευτικής εκπαίδευσης]

[Η αποτελεσματικότητα της διαχείρισης του πόνου στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών και ο βαθμός ανταπόκρισής της στις ανάγκες των ασθενών]

[Death Attitude Profile-Revised (DAP-R)-Ερωτηματολόγιο διερεύνησης στάσης απέναντι στο θάνατο. Στάθμιση της ελληνικής εκδοχής του ερωτηματολογίου]

[Εμβολιαστική κάλυψη μαθητών ηλικίας 6-16 ετών σε περιοχή της ελληνικής επαρχίας]

[Εκτίμηση των Αναγκών Εκπαίδευσης και Κατάρτισης των Ανθρώπινων Πόρων Υγείας στη Χώρα μας στο Πλαίσιο του Εθνικού Στρατηγικού Σχεδίου Ανάπτυξης 2007-2013]

[Θεραπεία της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας: μελέτη κόστους των μεθόδων αιμοκάθαρσης με φύσιγγα και διττανθρακικό διάλυμα και της αιμοδιαδιήθησης]

[Συναισθηματική νοημοσύνη-θεωρία και εφαρμογές στη νοσηλευτική διοίκηση]

[Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας και η βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών στα νοσοκομεία]

[Η συζήτηση ως αποτελεσματικός τρόπος επικοινωνίας στην καθημερινή νοσηλευτική πράξη]

[Ευφυή φορετά συστήματα υγείας για την εκτίμηση καρδιαγγειακών και αναπνευστικών προβλημάτων]

Το Επιστημονικό Περιοδικό της
Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος

Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης

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

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

ISSN 1791-9002

ΕΚΔΟΤΗΣ: **ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΣΚΟΥΤΕΛΗΣ***
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ: **ΑΡΙΣΤΕΙΔΗΣ ΔΑΓΛΑΣ***
ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ ΕΚΔΟΣΗΣ: **ΜΙΧΑΛΗΣ ΠΙΤΣΙΛΙΔΗΣ**
ΑΡΧΙΣΥΝΤΑΚΤΗΣ: **Δρ. ΑΘΗΝΑ ΚΑΛΟΚΑΙΡΙΝΟΥ** Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ: **ΛΑΜΠΡΟΣ ΜΠΙΖΑΣ*, ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΠΙΣΤΟΛΑΣ***
ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ ΣΥΝΔΡΟΜΩΝ: **ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΑ ΜΠΕΛΑΛΗ*, ΔΗΜΟΣΘΕΝΗΣ ΣΑΛΗΚΙΔΗΣ***
ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ ΔΙΑΝΟΜΗΣ ΕΝΤΥΠΟΥ: **ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΔΡΑΧΤΙΔΗΣ***

Το ΔΣ της ΕΝΕ*:
Δημήτριος Σκουτέλης: Πρόεδρος, **Αριστείδης Δάγλας:** Γενικός Γραμματέας, **Νικόλαος Ορφανός:** Α΄ Αντιπρόεδρος,
Κων/νος Μπουμπάρης: Β΄ Αντιπρόεδρος, **Δημήτριος Πιστόλας:** Ταμίας, **Λάμπρος Μπίζας,:** Αν. Γραμματέας,
Ελένη Αλμπάνη: Οργαν. Γραμματέας, **Δημοσθένης Σαλκίδης:** Αν. Ταμίας

Μέλη Δ.Σ:
Κωνσταντία Μπελαλή, Ευτέρπη Βασιλειάδου, Γεώργιος Δραχτίδης, Απόστολος Κωτσής, Γεωργία Μπλάντα, Γεώργιος Δόντσιος, Νικόλαος Σαββίδης

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ
Δρ. ΕΛΕΝΗ ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΥ Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ
Δρ. ΜΑΡΙΑ ΓΚΙΚΑ Νοσηλεύτρια Εκπαίδευσης ΕΕΣ
Δρ. ΣΟΦΙΑ ΖΥΓΑ Επίκουρη Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου
Δρ. ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ΙΟΡΔΑΝΟΥ Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Α ΑΤΕΙ ΑΘΗΝΩΝ
Δρ. ΕΥΜΟΡΦΙΑ ΚΟΥΚΙΑ Λέκτορας Τμήματος Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ
ΘΕΟΧΑΡΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ MSc Καθηγητής Εφαρμογών Τμήματος Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Κρήτης
Δρ. ΦΩΤΟΥΛΑ ΜΠΑΜΠΑΤΣΙΚΟΥ Επίκουρη Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Α ΑΤΕΙ ΑΘΗΝΩΝ
Δρ. ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΠΡΕΖΕΡΑΚΟΣ Επίκουρος Καθηγητής Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

ΜΕΛΗ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ
Dr. Ehrenfeld Mally, RN, PhD, Head of Nursing dep. Associate Professor Tel-Aviv University,Dep of Nursing, Israel.
Dr. Merkouris Anastasios. RN, PhD, Associate Professor, Cyprus University of Technology.
Dr. Pavlakis Andreas, Professor of Open University of Cyprus.
Dr. Papadopoulos Irena PhD, MA(Ed), BA, DipNEd, DipN, NDNCert, RGN, RM Professor of Transcultural Health and Nursing and Head of Research Centre for Transcultural Studies in Health Middlesex University, London UK.
Dr. Papastavrou Evridiki Lecturer Department of Nursing, Cyprus University of Technology.President of the Council of Nursing and Midwifery.
Sironi Cecilia RN, BSc, MSc Universita degli Studi dell' Insubria-Varese Italy.

ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ:
1. ΙΩΑΝΝΗΣ ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ, Καθητητής Κοινωνικής Πολιτικής, Νομική Σχολή ΕΚΠΑ
2. ΙΩΑΝΝΗΣ ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας, Κοσμήτωρ ΕΣΔΥ
3. ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΜΑΝΙΑΔΑΚΗΣ, Επίκουρος Καθηγητής Οικονομικών και Διοίκησης της Υγείας, Πανεπιστήμιο Πειραιά
4. ΓΕΡΑΣΙΜΟΣ ΜΠΟΝΑΤΣΟΣ Καθηγητής Ιατρικής, Πρόεδρος Τμήματος Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ
5. ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΜΠΑΛΤΟΠΟΥΛΟΣ Καθηγητής Τμήματος Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ
6. ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΑΡΟΓΛΟΥ Καθηγητής Τμήματος Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ, Πρόεδρος ΚΕΕΛΠΝΟ
7. ΑΛΕΞΙΟΣ ΠΑΡΑΡΑΣ, Δικηγόρος Δημοσιολόγος, Νομικός Σύμβουλος ΕΝΕ
8. ΣΠΥΡΟΣ ΒΡΕΤΤΟΣ, Συγγραφέας, Διδάκτωρ Φιλολογίας
9. ΦΩΤΙΟΣ ΛΕΠΙΔΑΣ, Νομικός Σύμβουλος της 6ης ΥΠΕ, DEA, Διοικητικό Δίκαιο, Montpellier France

Περιεχομενα

ΛΑΜΠΡΟΣ ΜΠΙΖΑΣ
Πιστοποίηση και αναγνώριση της συνεχιζόμενης νοσηλευτικής εκπαίδευσης 3

ΓΙΩΡΓΟΣ ΦΙΛΙΠΠΑΤΟΣ
Η αποτελεσματικότητα της διαχείρισης του πόνου στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών και ο βαθμός ανταπόκρισής της στις ανάγκες των ασθενών 5
THE EFFECTIVENESS OF PAIN MANAGEMENT IN THE EMERGENCY DEPARTMENT AND THE DEGREE OF RESPONSIVENESS TO THE PATIENT'S NEEDS

ΜΑΛΛΙΑΡΟΥ ΜΑΡΙΑ, ΣΑΡΑΦΗΣ ΠΑΥΛΟΣ, ΚΑΡΑΘΑΝΑΣΗ ΚΩΣΤΑΝΤΙΝΙΑ, ΣΕΡΑΦΕΙΜ ΤΑΤΙΑΝΑ, ΣΩΤΗΡΙΑΔΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ, ΘΕΟΔΟΣΟΠΟΥΛΟΥ ΕΛΕΝΗ
Death Attitude Profile-Revised (DAP-R)-Ερωτηματολόγιο διερεύνησης στάσης απέναντι στο θάνατο. Στάθμιση της ελληνικής εκδοχής του ερωτηματολογίου 14
[DEATH ATTITUDE PROFILE-REVISED (DAP-R)-VALIDATION OF GREEK VERSION]

ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΜΑΣΤΡΑΠΑ, ΑΡΗΣ ΥΦΑΝΤΗΣ, ΔΕΣΠΟΙΝΑ ΧΑΝΙΩΤΗ, ΕΛΕΝΗ ΣΙΑΜΑΓΚΑ, ΙΩΑΝΝΗΣ ΠΡΕΣΣΑΣ, ΓΕΩΡΓΙΑ ΡΑΠΤΗ, ΣΟΦΙΑ ΤΣΙΡΙΓΚΑ
Εμβολιαστική κάλυψη μαθητών ηλικίας 6-16 ετών σε περιοχή της ελληνικής επαρχίας 27
[THE VACCINE COVERAGE OF SCHOOLCHILDREN (6-16 YEARS OLD) IN A GREEK PROVINCE]

ΔΕΣΠΟΙΝΑ ΑΝΔΡΙΩΤΗ, ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΚΟΜΜΑΤΑΣ, ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΣΚΙΤΣΟΥ, ΓΙΩΡΓΟΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥΣ, ΧΡΥΣΑ ΜΠΑΡΟ
Εκτίμηση των Αναγκών Εκπαίδευσης και Κατάρτισης των Ανθρώπινων Πόρων Υγείας στη Χώρα μας στο Πλαίσιο του Εθνικού Στρατηγικού Σχεδίου Ανάπτυξης 2007-2013 32
[HUMAN RESOURCES FOR HEALTH NEEDS ASSESSMENT OF LIFE-LONG LEARNING IN THE FRAMEWORK OF THE STRATEGIC NATIONAL DEVELOPMENT PLAN 2007-2013]

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ ΘΕΟΦΙΛΟΥ
Θεραπεία της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας: μελέτη κόστους των μεθόδων αιμοκάθαρσης με φύσιγγα και διττανθρακικό διάλυμα και της αιμοδιαδιήθησης 39
[TREATMENT OF CHRONIC KIDNEY DISEASE: COST ANALYSIS OF BICARBONATE DIALYSIS AND HAEMODIAFILTRATION]

ΖΩΗ ΒΟΡΡΗ
Συναισθηματική νοημοσύνη-θεωρία και εφαρμογές στη νοσηλευτική διοίκηση 46
[EMOTIONAL INTELLIGENCE: THEORY AND THE IMPLICATIONS IN THE NURSING LEADERSHIP]

ΔΡ. ΓΙΑΝΝΗΣ ΜΑΡΚΟΒΙΤΣ, ΣΟΦΙΑ ΜΟΝΑΣΤΗΡΙΔΟΥ
Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας και η βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών στα νοσοκομεία 51
[THE ROLE OF HEALTHCARE PROFESSIONALS AND THE IMPROVEMENT OF SERVICE QUALITY IN HOSPITALS]

ΧΡΗΣΤΟΣ ΜΑΡΝΕΡΑΣ, ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΑΡΒΑΝΙΤΗΣ
Η συζήτηση ως αποτελεσματικός τρόπος επικοινωνίας στην καθημερινή νοσηλευτική πράξη 57
[THE DISCUSSION AS AN EFFECTIVE WAY OF COMMUNICATION IN DAILY NURSING PRACTICE]

Χ. ΚΑΛΟΚΑΙΡΙΝΟΣ, Δ. ΖΗΚΟΣ, Ι. ΜΑΝΤΑΣ
Ευφυή φορετά συστήματα υγείας για την εκτίμηση καρδιαγγειακών και αναπνευστικών προβλημάτων 62
["SMART WEARABLE BIOMEDICAL SYSTEMS" FOR THE MONITORING OF CARDIOVASCULAR AND RESPIRATORY DISORDERS]

ΚΡΙΤΕΣ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ

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

Πιστοποίηση και αναγνώριση της συνεχιζόμενης νοσηλευτικής εκπαίδευσης

Του Λάμπρου Μπίζα, Αν. Γραμματέα ΕΝΕ

Η Δια Βίου Μάθηση (Life Long Learning - LLL), ενός Νοσηλευτή αρχίζει από την πρώτη μέρα των προπτυχιακών σπουδών και συνεχίζεται ακατάπαυστα καθ' όλη τη διάρκεια της επιστημονικής του σταδιοδρομίας. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η δια βίου αποκτώμενη γνώση των νοσηλευτών προέρχεται από την προπτυχιακή εκπαίδευση, από τη μεταπτυχιακή και από τη Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση.

Η Νοσηλευτική Εκπαίδευση (ΝΕ) περιλαμβάνει την απόκτηση γνώσεων (knowledge), ικανοτήτων (skills), συμπεριφορών (attitudes) και ηθικών αξιών (values) εκ μέρους των φοιτητών, ώστε να μπορούν να εξασκήσουν το Νοσηλευτικό επάγγελμα. Οι νοσηλευτές μαθαίνουν να μελετούν στα βήματα μίας δια βίου εκπαίδευσης και πρέπει να είναι ικανοί να παρέχουν στους πολίτες της χώρας υπηρεσίες υγείας υψηλής ποιότητας συμβάλλοντας σε όλα τα επίπεδα όπως αυτά της πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας και αποκατάστασης. Για το σκοπό αυτό, η Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση (ΣΝΕ) - Continuing Nursing Education (CNE), των νοσηλευτών καθίσταται απαραίτητη έχοντας ως σκοπό την εξασφάλιση της δια βίου εκπαίδευσης των νοσηλευτών.

Αναφορικά με τη Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Ανάπτυξη (ΣΕΑ) - Continuing Professional Development (CPD), η νέα γνώση είναι βέβαια απαραίτητη, αλλά από μόνη της δεν επαρκεί για να αλλάξει τις ικανότητες, τις δεξιότητες, τη συμπεριφορά και τις ηθικές αξίες του νοσηλευτή, ώστε να παρατηρηθούν ουσιαστικές βελτιώσεις στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Δίνεται έτσι βάρος στη διαρκή θεωρητική ενημέρωση και πρακτική κατάρτιση του νοσηλευτή στις τρέχουσες επιστημονικές εξελίξεις.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον επί του ζητήματος της ΣΕΑ, δίδεται και από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Συγκεκριμένα, η Γενική Διεύθυνση Εσωτερικής Αγοράς και Υπηρεσιών στο πλαίσιο της επικείμενης αναθεώρησης της Ευρωπαϊκής Οδηγίας (ΕΟ) 36/2005 για την αναγνώριση των επαγγελματικών προσόντων, έθεσε το περασμένο Ιανουάριο κείμενο προς διαβούλευση για την αξιολόγηση της ΕΟ όπου γίνεται μνεία για τη ΣΕΑ. Αναφέρεται η σπουδαιότητα της ΣΕΑ στην απαιτούμενη απόκτηση νέων ικανοτήτων και δεξιοτήτων για την επιδιωκόμενη προσωπική επαγγελματική ανάπτυξη αλλά και η αναγκαιότητά της από την πλευρά των συνεχώς αυξανόμενων απαιτήσεων των καταναλωτών υγείας για υψηλού επιπέδου παροχές υπηρεσιών. Επίσης, αναδεικνύεται η συνεχόμενα αυξανόμενη τάση για την αποτύπωση του υποχρεωτικού χαρακτήρα της ΣΕΑ για τα τομεακά επαγγέλματα στην αναθεωρημένη μορφή της Ευρωπαϊκής Οδηγίας 36/2005.

Συμπερασματικά, η Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση και η Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Ανάπτυξη αποτελούν πλέον, επί της ουσίας, μία ενιαία έννοια ΣΝΕ-ΣΕΑ. Στον προφορικό και στο γραπτό λόγο χρησιμοποιούνται και οι δύο όροι εναλλάξ, αλλά, εξ ορισμού, η κάθε μία από τις δύο έννοιες εμπεριέχει και την άλλη, σε βαθμό που μπορεί να ειπωθεί ότι η ΣΝΕ αποτελεί την εφαρμογή-απόδοση του όρου ΣΕΑ για τον Επαγγελματία Νοσηλευτή.

Παγκοσμίως, σ' ολόκληρο το φάσμα των προγραμμάτων ΣΝΕ-ΣΕΑ, χρησιμοποιείται μια ποικιλία από μοριοδοτούμενες μαθησιακές δραστηριότητες, οι οποίες παρέχονται ανεξάρτητα, ή μέσα στο πλαίσιο ενός Συνεδρίου ή άλλης επιστημονικής εκδήλωσης, που οργανώνεται από: Πανεπιστήμια, Σχολές, Τμήματα, Τομείς, Νοσοκομεία, Κλινικές, Εργαστήρια, Μονάδες, Επιστημονικές Εταιρείες Ειδικοτήτων, Επαγγελματικές Ενώσεις (ΕΝΕ), Διεθνείς Ενώσεις - Οργανισμοί (WHO, ICN, FEPI). Τέτοιες δραστηριότητες δύναται να είναι οι παρακάτω.

Μοριοδοτούμενες μαθησιακές δραστηριότητες μέσα στα Νοσοκομεία:

- Επιστημονικές συναντήσεις των κλινικών (grand rounds)
- Βιβλιογραφική ενημέρωση (journal club)
- Άλλες εκπαιδευτικές δραστηριότητες στο Νοσοκομείο
- Διαλέξεις σε μεγάλες ομάδες
- Συζητήσεις σε μικρές ομάδες
- Επίλυση προβλημάτων βασισμένων σε πραγματικά περιστατικά
- Τυποποιημένες εξετάσεις ασθενών
- Εκπαιδευτικές δραστηριότητες με τη χρήση Η/Υ
- Ανάπτυξη-βελτίωση δεξιοτήτων πάνω σε διάφορες τεχνικές και νοσηλευτικές πράξεις

- Ανάπτυξη-βελτίωση διδακτικών ικανοτήτων (εκπαίδευση εκπαιδευτών)

Μοριοδοτούμενες μαθησιακές δραστηριότητες στην Ελλάδα ή το εξωτερικό:

- Επιστημονικά συνέδρια
- Εκπαιδευτικά Σεμινάρια
- Φροντιστήρια
- On-line δραστηριότητες ΣΝΕ-ΣΕΑ, προσφερόμενες στο διαδίκτυο

Αν και στην απέναντι πλευρά του Ατλαντικού η ΣΕΑ αποτελεί παράδοση (ιδιαίτερα όσον αφορά στους γιατρούς), στην Ευρώπη (εντός και εκτός της ΕΕ) δεν υπάρχει κοινή γραμμή ενώ οι μορφές εφαρμογής της ποικίλουν. Αναφορικά με τα τομεακά επαγγέλματα (όπως και αυτό του νοσηλευτή), η ΣΕΑ δεν είναι υποχρεωτική σε όλες τις χώρες και δεν συνδέεται άμεσα με την επαγγελματική εξέλιξη ή την ανανέωση της άδειας άσκησης του επαγγέλματος. Η υποχρέωση απέναντι στη ΣΕΑ βαρύνει άλλοτε τον επαγγελματία και άλλοτε τον εργοδότη ενώ προγράμματα ΣΕΑ διαχειρίζονται εξίσου από δημόσια ή ιδιωτικά ιδρύματα χωρίς να αποκλείονται τα μεικτά συστήματα.

Για τους λόγους αυτούς και ανταποκρινόμενη τόσο στο κείμενο διαβούλευσης της ΕΕ για την αναθεώρηση της ΕΟ 36/2005, όσο και στο αίτημα για προτάσεις του Υπουργείου Παιδείας για τον καθορισμό των ελάχιστων προϋποθέσεων κατάρτισης των νοσηλευτών, η ΕΝΕ πρότεινε τα εξής: Για τη διασφάλιση της διατήρησης των εκπαιδευτικών απαιτήσεων σχετικά με την άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος, απαραίτητη είναι η άμεση σύνδεσή της με την ΣΕΑ με όρους και προϋποθέσεις που θα αναφέρονται ρητώς (πχ πιστωτικές μονάδες – credits) στην αναθεωρημένη Ευρωπαϊκή Οδηγία. Η ΣΕΑ θα πρέπει να είναι υποχρεωτική για την επαγγελματική εξέλιξη ή για την ανανέωση της άδειας άσκησης επαγγέλματος ενώ, προγράμματα ΣΕΑ θα πρέπει να οργανώνονται και να μοριοδοτούνται από την ΕΝΕ ή να οργανώνονται από άλλους εκπαιδευτικούς φορείς υπό την αιγίδα και τη μοριοδότηση της ΕΝΕ. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι παραπάνω προτάσεις αντανακλώνται και στο Ευρωπαϊκό Συμβούλιο των Ρυθμιστών του Νοσηλευτικού Επαγγέλματος, (European Council of Nursing Regulators - FEPI), οι οποίες κατατέθηκαν επισήμως στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή.

Επόμενο βήμα της ΕΝΕ και σε συνεργασία με τη FEPI, το οποίο ήδη βρίσκεται στη διαδικασία της υλοποίησης, είναι η καθιέρωση ενός Ευρωπαϊκού φορέα αναγνώρισης και μοριοδότησης της συνεχιζόμενης νοσηλευτικής εκπαίδευσης στα πρότυπα ήδη υπαρχόντων οργανισμών όπως π.χ. το European Accreditation Council for Continuing Medical Education (EACCME). Στην καθιέρωση του φορέα μοριοδότησης θα συμβάλει η τεχνογνωσία και η συνεργασία για την εκατέρωθεν αναγνώριση της ΣΕΑ με χώρες όπως οι ΗΠΑ και ο Καναδάς οι οποίες είναι ήδη συνδεδεμένα μέλη της FEPI.

Η αποτελεσματικότητα της διαχείρισης του πόνου στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών και ο βαθμός ανταπόκρισής της στις ανάγκες των ασθενών

Γιώργος Φιλιππάτος,

Νοσηλευτής ΤΕ, MSc, Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας

Περίληψη

Εισαγωγή: Ο πόνος αποτελεί την κυριότερη αιτία προσέλευσης των ασθενών στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών. Η θεραπεία του όμως τις περισσότερες φορές είναι ανεπαρκής με κύριο χαρακτηριστικό την υποεκτίμηση και την υποθεραπεία.
Σκοπός: Να προσδιοριστούν οι πρακτικές διαχείρισης του πόνου και να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα τους στην ανακούφιση του ασθενή. Επίσης να καθοριστεί η επιθυμητή διαχείριση και ανακούφιση σύμφωνα με τις προσδοκίες των ασθενών για μείωση της έντασης του πόνου τους και την επιθυμία χορήγησης αναλγησίας.
Υλικό-μέθοδος: Αναδρομική περιγραφική μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ενός Γενικού Νοσοκομείου Αττικής κατά την διάρκεια γενικών εφημεριών Ιουνίου-Ιουλίου 2009. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με συμπλήρωση ερωτηματολόγιων (είσοδος-έξοδος) και με επακόλουθη ανάλυση διαγραμμάτων. Η ένταση του πόνου αυτοαξιολογήθηκε με την 11-βαθμια αριθμητική κλίμακα. Το υλικό αποτέλεσαν όλοι οι ασθενείς ηλικίας 14 ετών και άνω με ικανότητα κατανόησης ερωτηματολόγιου και ασθένειες μη απειλητικές για την ζωή.
Αποτελέσματα: Στην μελέτη συμμετείχαν 247 ασθενείς ηλικίας 38.5±15.3 ετών. Η μέση ένταση πόνου κατά την είσοδο ήταν 7.2±1.9 και κατά την έξοδο 5.0±2. Η ένταση του πόνου έμεινε αμετάβλητη για το 35,5% των ασθενών. Η μέση ένταση πόνου που επιθυμούσαν να αποχωρήσουν οι ασθενείς ήταν 2.5±1.3 η οποία απέκλινε περισσότερο των δυο μονάδων για το 90% των ασθενών σε σχέση με την ένταση εξόδου. Στο 68% των ασθενών που επιθυμούσε την λήψη αναλγητικού δεν χορηγήθηκε. Κανένας ασθενής δεν είχε τεκμηριωμένη εκτίμηση έντασης πόνου στο διάγραμμα του και μόλις 6% είχε έγγραφη χορήγηση αναλγητικού.
Συμπεράσματα: Οι επικρατούσες πρακτικές διαχείρισης του πόνου στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών έχουν πενιχρά αποτελέσματα στην ανακούφιση του ασθενή και απέχουν από τις ανάγκες και τις προσδοκίες του.

Λέξεις-κλειδιά: Διαχείριση πόνου, ολιγοαναλγησία, Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, προσδοκίες ασθενών, ικανοποίηση ασθενών.

Εισαγωγή

Ο πόνος αποτελεί την πρωταρχική αιτία αναζήτησης ιατρικής βοήθειας στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) για έναν στους δυο ασθενείς (Cordell et al 2002, Pletcher et al 2008) και την συνηθέστερη ενόχληση/συμπτωμα για το 78% των επισκέψεων ποικίλης αιτιολογίας (Tanabe and Buschmann 1999, Karwowski-Soulie et al 2006). Καθολική είναι η παρουσία του πόνου σε κέντρα τραύματος (Berben et al 2008) ενώ αξιοσημείωτη είναι η συχνότητα του πόνου στην επείγουσα προνοσοκομειακή φροντίδα (McLean et al 2002, Galinski et al 2010).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Λεπτομέρειες εγγεγραμμένων ασθενών

Σύνολο ασθενών που προσήλθαν στα ΤΕΠ		4587
Σύνολο ασθενών με πόνο		2949 (64%)
Σύνολο ασθενών που δεν τηρούσαν τα κριτήρια		2127 (72%)
I.	Ηλικία≤14 ετών	394 (18,5%)
II.	Γλώσσα	288 (13,6%)
III.	Φυσική και διανοητική ανικανότητα	27 (1,3%)
IV.	Ψυχιατρικές διαταραχές	38 (1,8%)
V.	Πόνος ισχαιμικής αιτιολογίας	204 (9,6%)
VI.	Εγκυμοσύνη	269 (12,6%)
VII.	GCS <15	115 (5,5%)
VIII.	Κακοποίηση	16 (0,7%)
IX.	Κρατούμενοι	35 (1,6%)
X.	Άρνηση συμμετοχής	741 (34,8%)
Σύνολο ασθενών που τηρούσαν τα κριτήρια		822 (28%)
I.	Ανεπαρκή στοιχειά ερωτηματολογίου	208(25,3%)
II.	Ανεπαρκή στοιχειά ιστορικού	182 (22,1%)
III.	Αποχώρηση πριν την ολοκλήρωση της εξέτασης	68(7,4%)
IV.	Δεν ανευρέθηκαν	117 (14,2%)
Σύνολο εγγεγραμμένων συμμετεχόντων		247 (30%)

Η διαχείριση του πόνου στα ΤΕΠ με κύριο χαρακτηριστικό την απουσία ή την ελλιπή εκτίμηση και την περιορισμένη χρήση μεθόδων αναλγησίας αποδεικνύεται ανεπαρκή στην ανακούφιση των ασθενών (Todd et al 2002, Karwowski-Soulie F et al 2006, Todd et al 2007). Οι περισσότερες έρευνες εστιάζονται στα χαμηλά ποσοστά αναλγησίας (Kozlowski et al 2002, Johnston et al 2005), την υποδοσολογία (Goldman et al 2008), και τις αξιοσημείωτες καθυστερήσεις (Grant 2006). Ωστόσο το φαινόμενο της ολιγοαναλγησίας (Wilson and Pendleton 1989) δεν παρατηρήθηκε σε τόσο μεγάλη έκταση σε ΤΕΠ αγροτικής περιοχής (Vlahaki and Milne 2008) και σε κέντρα τραύματος (Probst et al 2005, Mader et al 2006, Chisholm et al 2008).

Οι παράγοντες που έχουν ενοχοποιηθεί για την επικρατούσα κατάσταση της υποθεραπείας του πόνου διακρίνονται σε εμπόδια που σχετίζονται με τους επαγγελματίες υγείας, με το υγειονομικό σύστημα και τους ασθενείς (Duignan and Dunn 2008). Στο νοσηλευτικό προσωπικό διαπιστώνονται μεγάλα γνωστικά ελλείμματα σχετικά με τις στρατηγικές διαχείρισης του πόνου (Tanabe and Buschmann 2000, Jastzab et al 2003, Van Hulle Vincent 2005, Tsai et al 2007) και υποεκτίμηση του βαθμού έντασης του πόνου του ασθενή (Puntillo at al 2003, Duignan and Dunn 2008, Davoudi et al 2008).

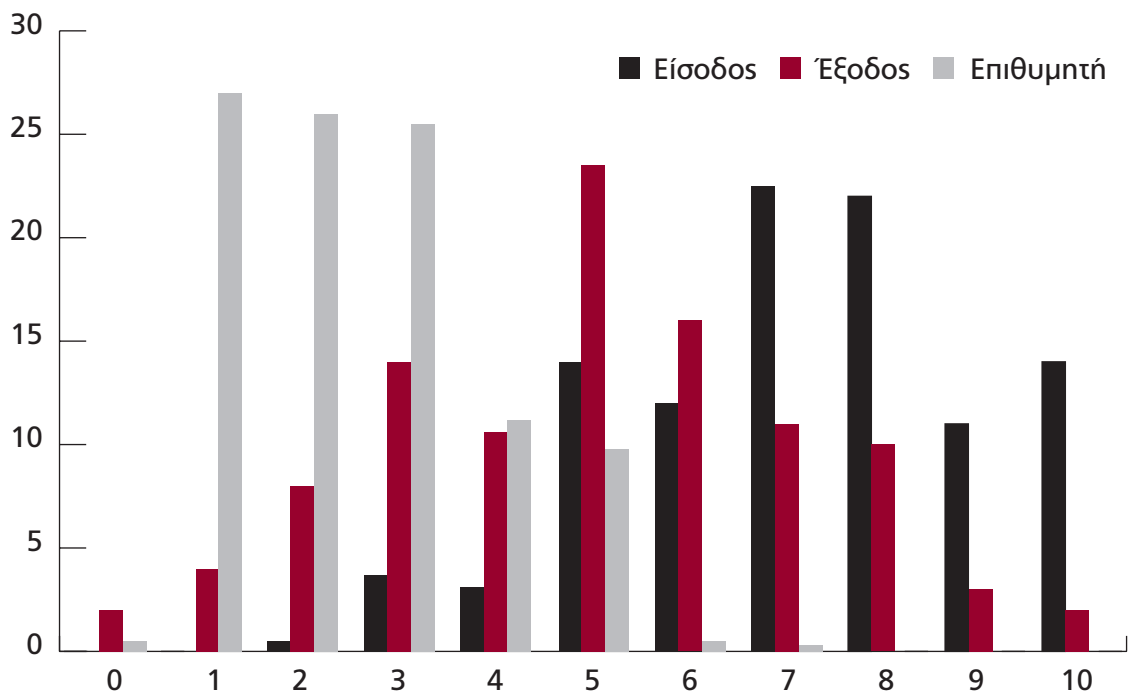
Στην παρούσα μελέτη επιχειρείται η καταγραφή της υφιστάμενης πρακτικής διαχείρισης του πόνου στο ΤΕΠ και η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της στη ανακούφιση του ασθενή. Επίσης αποτυπώνονται οι προσδοκίες των ασθενών για την μείωση της έντασης του πόνου τους και την επιθυμία αναλγητικής διαχείρισης σε μια προσπάθεια να προσδιοριστεί το μέγεθος της απόκλισης ανάμεσα στην πραγματική και την επαρκή διαχείριση πόνου.

Υλικό-Μεθοδος

Για τις ανάγκες της μελέτης σχεδιάστηκε μια αναδρομική περιγραφική έρευνα βασιζόμενη στην διεθνή βιβλιογραφία (Karwowski-Soulie et al 2006, Todd et al 2007, Fosnocht et al 2004) η οποία περιελάμβανε την συμπλήρωση ερωτηματολόγιου κατά την είσοδο και την έξοδο από τα ΤΕΠ και την επακόλουθη ανάλυση του ιατρονοσηλευτικού ιστορικού. Το δείγμα αποτέλεσαν όλοι οι ασθενείς με πόνο που προσήλθαν στο ΤΕΠ ενός Γενικού Νοσοκομείου Δυτικής Αττικής και δεν άνηκαν στα κριτήρια αποκλεισμού (Πίνακας 1). Η συλλογή των στοιχείων ξεκίνησε κατόπιν έγκρισης του ερευνητικού πρωτοκόλλου από την επιστημονική επιτροπή του νοσοκομείου και πραγματοποιήθηκε κατά την διάρκεια γενικών εφημεριών Ιουνίου-Ιουλίου 2009.

Η διαδικασία περιελάμβανε αρχικά την ενημέρωση των ασθενών για τον σκοπό της έρευνας στον χώρο διαλογής των περιστατικών και στην συνεχεία την διανομή του ερωτηματολόγιου κατόπιν έγγραφης συγκατάθεσης συμμετοχής των ενδιαφερομένων ασθενών. Η συμπλήρωση του ερωτηματολόγιου πραγματοποιούταν σε δυο χρονικές στιγμές: την είσοδο και την έξοδο από τα ΤΕΠ. Οι ερωτήσεις περιελάμβαναν αυτο-

ΕΙΚΟΝΑ 1: Κατανομή πόνου ανά βαθμό έντασης



αξιολογήσεις της έντασης του πόνου, αυτοαναφορές για την αναλγητική διαχείριση και τον βαθμό ικανοποίησης από την διαχείριση του πονου στα ΤΕΠ.

Η διαδικασία ολοκληρωνόταν με συμπλήρωση από τον ερευνητή των δημογραφικών χαρακτηριστικών του ασθενή, των χαρακτηριστικών του πόνου, της διαχείρισης του πόνου (εκτίμηση-θεραπεία) και της διάγνωσης συμφώνα με το ιατρονοσηλευτικό διάγραμμα του ασθενή.

Η αξιολόγηση της έντασης του πόνου έγινε με την 11-βαθμια αριθμητική κλίμακα (11-NRS) και ο βαθμός ικανοποίησης με την 5-βαθμια κλίμακα Likert (καθόλου-λίγο-αρκετά-πολύ-παρα πολύ). Η διάγνωση κατά την έξοδο κατηγοριοποιήθηκε με βάση την διεθνή ταξινόμηση ICD-10 και τα αναλγητικά ομαδοποιήθηκαν σε τρεις μεγάλες κατηγορίες (παρακεταμόλη-ΜΣΑΦ-οπιοειδή). Ως ελάχιστα κλινικά σημαντική διάφορα ορίστηκε μια αλλαγή στην ένταση του πόνου ίση ή μεγαλύτερη των 2 μονάδων (Todd et al 2007). Ο χρόνος αναλγησίας συγκρίθηκε σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του Συλλόγου Επείγουσας Ιατρικής του Ενωμένου Βασιλείου.

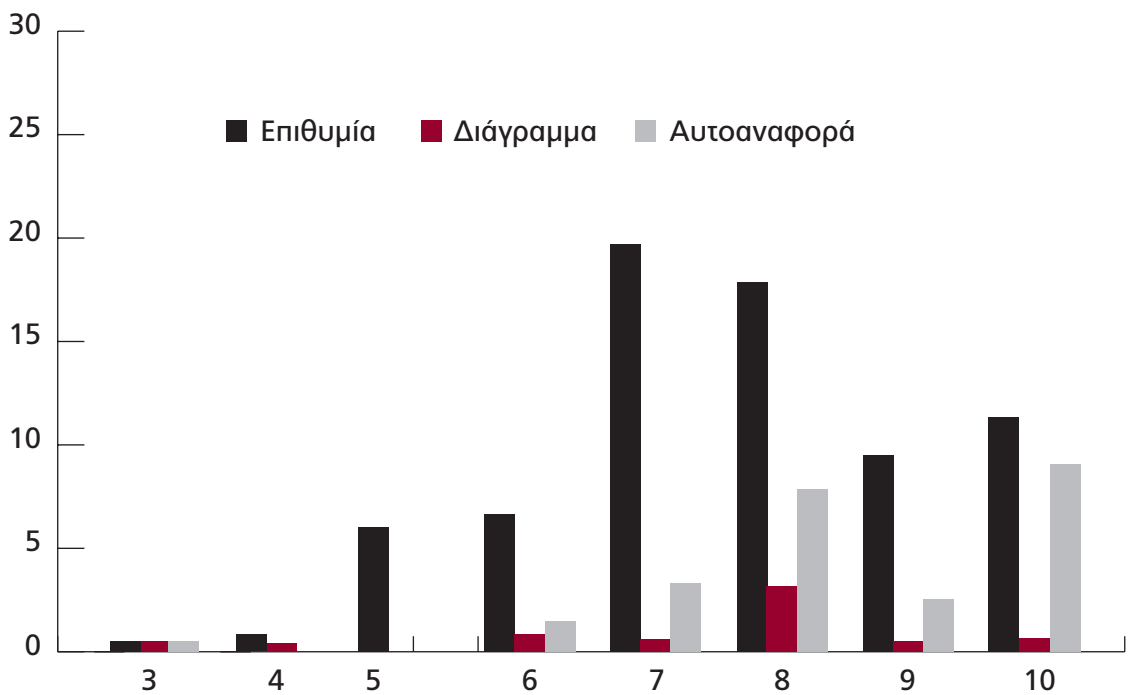
Στατιστική επεξεργασία

Στην περιγραφική στατιστική χρησιμοποιήθηκαν συχνότητες για την απεικόνιση χαρακτηριστικών και μέση τιμή, τυπική απόκλιση και εύρος για την απεικόνιση των εντάσεων. Ο έλεγχος της κατανομής των συχνοτήτων διαφόρων κατηγορικών μεταβλητών ανά κατηγορίες άλλων μεταβλητών πραγματοποιήθηκε με έλεγχο Χ2 . Οι διαφορές στην ένταση του πόνου ανά επίπεδα δίτομης κατηγορικής μεταβλητής πραγματοποιήθηκε με t-test και Mann-Whitney test όταν αυτές ακολουθούν ή όχι την κανονική κατανομή αντίστοιχα. Ο έλεγχος της κατανομής έντασης πόνου ανάμεσα σε ομάδες ασθενών πραγματοποιήθηκε με one-way ANOVA.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Κατηγορίες διαγνώσεων εξόδου από τα ΤΕΠ σύμφωνα με ICD-10

Τραύμα	99 (40,1%)
Παθήσεις μυοσκελετικού συστήματος	41 (16,6%)
Παθήσεις νευρικού συστήματος	23 (9,3%)
Συμπτώματα-φυσικα σημεία	22 (8,9%)
Παθήσεις πεπτικού συστήματος	17 (6,9%)
Παθήσεις του ουροποιογεννητικού συστήματος	14 (5,6%)
Παθήσεις οφθαλμού-ωτος	9 (3,7%)
Παθήσεις κυκλοφοριακού συστήματος	6 (2,4%)
Άλλες παθήσεις	16 (6,5%)

ΕΙΚΟΝΑ 2: Χορήγηση αναλγητικών ανά βαθμό έντασης πόνου



Επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε το 5%. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με χρήση στατιστικού πακέτου SPSS v16.

Αποτελέσματα

Στην μελέτη εγγράφτηκαν 247 ασθενείς που αντιπροσωπεύει το 30% των ασθενών που τηρούσαν τα κριτήρια επιλογής (Πίνακας 1). Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 38.5±15,3 έτη και το 54% των συμμετεχόντων ήταν άντρες. Η πλειοψηφία των ασθενών (87%) ήταν ελληνικής καταγωγής. Ο πόνος ήταν η κύρια αίτια προσέλευσης για το 80% των ασθενών και είχε προκληθεί εξαιτίας τραυματισμού για το 40,1% (Πίνακας 2).

Η μέση ένταση πόνου κατά την είσοδο ήταν 7.2±1.9 με το 50% των ασθενών να αναφέρει μέτριο και το 46% ισχυρό πόνο. Στην έξοδο η μέση ένταση πόνου ήταν 5.0±2.1 με το 60% των ασθενών να αποχωρεί με μέτριο και το 14% με ισχυρό πόνο (Εικόνα 1). Η ένταση πόνου παρέμεινε αμετάβλητη για το 33% των ασθενών ενώ αυξήθηκε για το 2,5% των ασθενών. Μόνο 33% των ασθενών βίωσε κλινικά σημαντική μείωση της έντασης του πόνου του (NRS≥2).

Οι ασθενείς προσδοκούσαν να αποχωρήσουν από το ΤΕΠ αν η πλήρη ανακούφιση δεν ήταν εφικτή με μέση ένταση πόνου 2.5±1.3 (Εικόνα 1) και μέσο χρόνο για την επίτευξη του 59±47 λεπτά. Η μέση επιθυμητή ένταση πόνου κατά την έξοδο δεν διαφοροποιούταν σύμφωνα με το φύλο (p=0.098) ή την τραυματική ή όχι αιτιολογία του πόνου (p=0.094). Οι προσδοκίες των ασθενών εκπληρώθηκαν με απόκλιση ως 2 μονάδες (NRS≤2) μόλις στο 10,3% αυτών.

Κανένας από τους ασθενείς δεν είχε τεκμηριωμένη εκτίμηση της έντασης του πόνου με χρήση κλιμάκων στο ιατρονοσηλευτικό του διάγραμμα. Μόλις 6% είχε καταγεγραμμένη χρήση αναλγητικού (Εικόνα 2) χωρίς χρονικό προσδιορισμό χορήγησης του. Η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη κατηγορία αναλγητικών ήταν τα ΜΣΑΦ με 63% ενώ η οπιοειδή αναλγησία περιοριζόταν στο 1%. Σε όλους σχεδόν τους ασθενείς (99%) προτιμήθηκε η ενδομυϊκή χορήγηση αναλγησίας.

Σύμφωνα με την αναφορά του ασθενή κατά την έξοδο το ποσοστό χορήγησης αναλγησίας ανερχόταν στο 25% (Εικόνα 2) με μέσο αντιληπτό χρόνο 55±22 λεπτά. Κανένας από τους ασθενείς με μέτριο πόνο δεν έλαβε από του στόματος αναλγησία στην διαλογή και μόλις 5,5% των ασθενών με ισχυρό πόνο έλαβε αναλγησία (ενδομυϊκά) εντός 20 λεπτών από την άφιξη τους σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του Συλλόγου Επείγουσας Ιατρικής της Μεγάλης Βρετάνιας.

Η πλειοψηφία των ασθενών σε ποσοστό 70% επιθυμούσε την λήψη αναλγητικού για την ανακούφιση του πόνου του (Εικόνα 2). Το 24% των ασθενών επιθυμούσε την λήψη αναλγητικού από το νοσηλευτικό προσωπικό κατά την διαλογή πριν την ιατρική εξέτα-

ση. Η επιθυμία χορήγησης αναλγητικού επηρεαζόταν από την ένταση του πόνου κατά την είσοδο (p<0.001). Μόνο 32% των ασθενών που επιθύμησαν την χορήγηση αναλγητικού και 7% των ασθενών που δεν επιθυμούσαν τελικά έλαβαν αναλγητικό.

Παρά την περιορισμένη ανακούφιση η οποία δεν ανταποκρινόταν στις προσδοκίες των ασθενών το 63% ήταν ικανοποιημένοι ή πολύ ικανοποιημένοι από την διαχείριση του πόνου τους. Ελαφρώς υψηλότερα σε ποσοστό 69% αξιολόγησαν την συνολική φροντίδα του προβλήματος τους στο ΤΕΠ (Εικόνα 3).

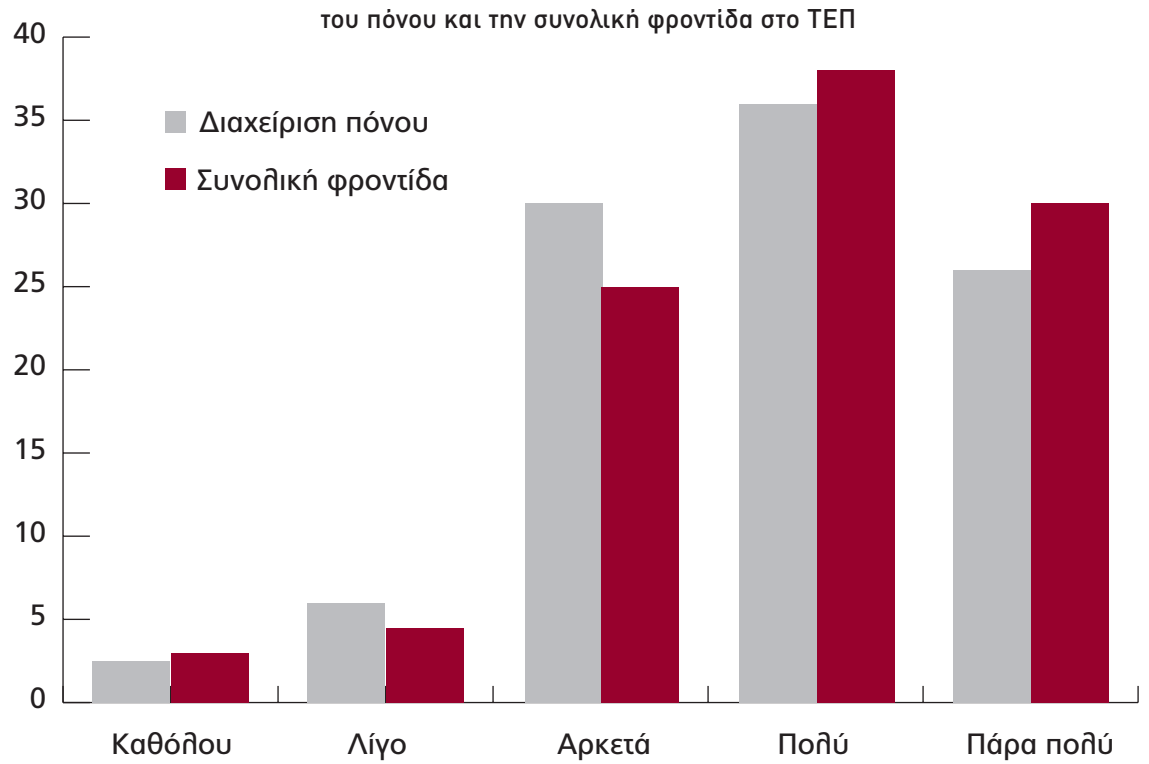
Συζήτηση

Στην παρούσα μελέτη αναδεικνύεται ότι η διαχείριση του πόνου στο ΤΕΠ είναι ανεπαρκή καθώς συμφώνα με την αυτοαναφορά των ασθενών τα ? αποχωρούν με μέτριο η ισχυρό πόνο. Το ίδιο ακριβώς ποσοστό (74%) διαπιστώθηκε σε ασθενείς με μέτριο έως ισχυρό πόνο (NRS>3), ηλικίας 8 ετών και άνω οι οποίοι προσήλθαν σε 17 ΤΕΠ των ΗΠΑ και ε 3 ΤΕΠ του Καναδά (Todd et al 2007). Σε παρόμοια έρευνα το 78% των ασθενών βιώνει μέτριας ή ισχυρής εντάσεως πόνο κατά την έξοδο από ΤΕΠ της Γαλλίας (Karwowski-Soulie et al 2006) και οι μισοί από τους ασθενείς 2 πανεπιστημιακών νοσοκομείων των ΗΠΑ (Todd et al 2002).

Η αρχή της κακοδιαχείρισης του πόνου στα ΤΕΠ φαίνεται να είναι η απουσία τεκμηριωμένης εκτίμησης της έντασης του πόνου. Πράγματι σε κανένα ιατρονοσηλευτικό διάγραμμα δεν υπήρχε εκτίμηση της έντασης του πόνου του ασθενή ούτε κατά την διαλογή ούτε κατά την έξοδο από τα ΤΕΠ γεγονός που εξηγείται από την απουσία ενσωματωμένων κλιμάκων εκτίμησης πόνου. Το αποτέλεσμα αυτό είναι συμβατό με 2 προηγούμενες έρευνες όπου στην πρώτη δεν υπήρχε καμιά εκτίμηση πόνου στο ιατρικό ιστορικό και μόλις 7% στο νοσηλευτικό ιστορικό (Guru and Dubinsky 2000) ενώ στην δεύτερη το ποσοστό εκτίμησης δεν ξεπερνούσε το 23% των ασθενών (Eder et al 2003). Η διαπίστωση για την εκτίμηση του πόνου από το νοσηλευτικό προσωπικό στα ΤΕΠ είναι ότι τις περισσότερες φορές περιορίζεται στο άκουσμα της περιγραφής του πόνου από τον ασθενή κατά την προσέλευση του ενώ επακόλουθες επανεκτιμήσεις γίνονται μόνο κατόπιν παραπόνων τους για ανεπαρκή ανακούφιση (Blank et al 2001).

Το δεύτερο κομβικό σημείο της υποθεραπείας του πόνου στο ΤΕΠ της μελέτης είναι η απροθυμία χορήγησης αναλγησίας όπου η συνταγογράφηση στο διάγραμμα του ασθενή είναι αρκετά περιορισμένη ενώ σε ανάλογες έρευνες τα ποσοστά τεκμηριωμένης χορή-

ΕΙΚΟΝΑ 3: Ικανοποίηση ασθενών από την διαχείριση του πόνου και την συνολική φροντίδα στο ΤΕΠ



γησης αναλγησίας σε ασθενείς με πόνο ποικίλης αιτιολογίας κυμαίνεται μεταξύ 27-60% (Todd et al 2002, Karwowski-Soulie et al 2006, Todd et al 2007). Ιδιαίτερα η οπιοειδή αναλγησία ήταν σχεδόν ανύπαρκτη με λιγότερο από 1% το οποίο απέχει από το 7,6% των ασθενών που έλαβαν παρεντερικά οπιοειδή σε ΤΕΠ της Αυστραλίας (Arendts and Fry 2006) και το 8,2% των ασθενών που έλαβε μορφίνη σε ΤΕΠ της Αγγλίας (Forero et al 2008).

Η στατιστικά σημαντική διάφορα (p<0.001) ανάμεσα στην αυτοαναφορα του ασθενή και το ιστορικό του για την λήψη αναλγητικού κατά την παραμονή του στα ΤΕΠ δεν βελτίωσε το φαινόμενο της ολιγοαναλγησίας. Αυτή η ασυμφωνία είχε διαπιστωθεί προγενέστερα σε μεγαλύτερη έκταση με τους γιατρούς να χορηγούν αναλγησία στο 79,9% των ασθενών αλλά να το καταγράφουν στο 31,7% των ιστορικών τους γεγονός που τους οδήγησε στο συμπέρασμα ότι η αναδρομική ανάλυση διαγραμμάτων δεν αποτελεί επαρκή αντιπροσώπευση της αναλγητικής διαχείρισης στα ΤΕΠ (Chisholm et al 2008).

Επίσης η περιορισμένη χρήση αναλγητικών δεν δικαιολογείται από την απροθυμία των ασθενών να λάβουν αναλγητικό την οποία διαπίστωσαν σε 392 ασθενείς ΤΕΠ όπου οι μισοί ασθενείς με μέση αρχική ένταση πόνου 7.1 (SD=2) δεν επιθυμούσαν την λήψη αναλγητικού για την αντιμετώπιση του πόνου τους ενώ σε αυτούς που επιθυμούσαν το 81% (95% CI 75% το 86%) έλαβε αναλγητικό. Η προσθήκη και της προσωπικής ευθύνης του ασθενή για τον τρόπο διαχείρισης του πόνου του σχετικά με την λήψη αναλγητικών ήταν η άποψη που προτάθηκε από αυτήν την ερευνά (Singer et al 2008).

Μια άλλη διάσταση της αναλγητικής διαχείρισης είναι η διάρκεια αναμονής από την διαλογή μέχρι την χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων όπου συμφώνα με την αυτοαναφορά του ασθενή ήταν περίπου μια ώρα. Το χρονικό αυτό διάστημα είναι συμβατό με προηγούμενες έρευνες στις όποιες κυμαίνεται από 46-116 λεπτά (Todd et al 2002, Karwowski-Soulie et al 2006, Todd et al 2007). Ωστόσο απέχει από τις κατευθυντήριες οδηγίες του Βρετανικού Συνδέσμου Επείγουσας Ιατρικής σύμφωνα με τις όποιες πρέπει να χορηγείται κατάλληλη αναλγησία εντός 20 λεπτών σε ασθενείς με ισχυρό πόνο και κατά την διαλογή σε ασθενείς με μέτριο πόνο, όπου τύγχαναν εφαρμογής μόλις στο 1% των ασθενών της μελέτης. Σε ερευνά σε ΤΕΠ της Αγγλίας η μέση διάρκεια αναμονής για χορήγηση αναλγησίας σε ασθενείς με μέτριο ή ισχυρό πόνο ήταν 106 λεπτά και οι κατευθυντήριες οδηγίες εφαρμόστηκαν μόλις στο 32% των ασθενών (Grant 2006).

Η επάρκεια ή όχι της θεραπείας του πόνου στα ΤΕΠ δεν πρέπει να περιορίζεται μόνο σε αλλαγές στην ένταση του πόνου ή στην χορήγηση φαρμάκων αλλά θα πρέπει να εστιάζεται στην εκπλήρωση των αναγκών των ασθενών για ανακούφιση από τον πόνο. Μια ένταση πόνου 2.5 μονάδων στην αριθμητική κλίμακα κατά την έξοδο από τα ΤΕΠ ήταν ανεκτή για τους ασθενείς της μελέτης προσφέροντας επαρκή ανακούφιση. Με την 100mm αναλογική κλίμακα, η ανεκτή κατά τον ασθενή ένταση πόνου είναι 33mm (Blank et al 2001) ενώ η μέση επιθυμητή ανακούφιση στην ιδία κλίμακα, όπου το αριστερό άκρο (0mm) αντιστοιχεί σε απουσία ανακούφισης και το δεξί άκρο (100mm) σε απόλυτη ανακούφιση, είναι 72mm (95% CI 70-74). (Fosnocht et al 2004).

Στην παρούσα μελέτη οι ασθενείς αποχωρούσαν με διπλασία ένταση πόνου από την οποία επιθυμούσαν αν δεν ήταν εφικτή η πλήρη ανακούφιση ενώ η διαφορά ανάμεσα στην πραγματική και την επιθυμητή ανακούφιση ήταν μεγαλύτερη των 2 μονάδων στην αριθμητική κλίμακα για στην συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών. Αντίστοιχα σε ασθενείς με κοιλιακό άλγος μόλις το 14,6% των ασθενών βίωσε την ανακούφιση που επιθυμούσε στα ΤΕΠ (Yee et all 2006).

Παρά την ανεπαρκή ανακούφιση διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς ήταν ικανοποιημένοι με την διαχείριση του πόνου τους και με την συνολική αντιμετώπιση του προβλήματος για το οποίο προσήλθαν. Το παράδοξο αυτό φαινόμενο το οποίο έχει διαπιστωθεί και σε προηγούμενες έρευνες (Todd et al 2002, Todd et al 2007) οδήγησε στην αμφισβήτηση της αποκλειστική συμβολή της ανακούφισης του πόνου στην ικανοποίηση του ασθενή Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι η ανακούφιση του πόνου αναφέρεται στην διακύμανση της έντασης του συμπτώματος ενώ η ικανοποίηση στην προσωπική εκτίμηση των υπηρεσιών υγείας και τις διαπροσωπικές σχέσεις (Dawson et al 2002).

Από τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας γεννιέται η ανάγκη για την λήψη μέτρων που έχουν ήδη προταθεί και εφαρμοστεί σε άλλες χώρες όπως η οργάνωση εκπαιδευτικών προγραμμάτων (Augarten et al 2006, Decosterd et al 2007), η ενσωμάτωση μιας κλίμακας πόνου δίπλα από τα υπόλοιπα ζωτικά σημεία (Nelson et al 2004, Silka et al 2004, Thomas and Andruszkiewicz 2004) και η εφαρμογή κατευθυντηρίων οδηγιών από διεθνείς οργανισμούς όπως η Κοινή Επιτροπή Πιστοποίησης του Οργανισμού Υγειονομικής Περίθαλψης (JCAHO 2001 guidelines), και ο Σύλλογος Επείγουσας Ιατρικής της Μεγάλης Βρετάνιας (CEM 2004 guidelines).

Στην αναστροφή της επικρατούσας κατάστασης με την ανεπαρκή αντιμετώπιση του πόνου σημαντικό ρολό φαίνεται να διαδραματίζει το νοσηλευτικό προσωπικό στο οποίο εκχωρείται η ευθύνη για την εφαρμογή πρωτοκόλλων αντιμετώπισης του πόνου (Fry and Holdgate 2002, Fry et al 2004, Kelly et al 2005, Tamchès et al 2007, Viallon et al 2007). Άλλωστε η προκύπτουσα σύσταση από την κακοδιαχείριση του πόνου στα ΤΕΠ είναι ότι το νοσηλευτικό προσωπικό έχει καθή-

κον να επιβεβαιώνει ότι η ανακούφιση του πόνου δόθηκε στους ασθενείς (Teanby 2003).

Περιορισμοί μελέτης

Στην μελέτη δεν συμπεριελήφθηκε ένας μεγάλος αριθμός ασθενών που δεν τηρούσαν τα κριτήρια ενώ σε συνδυασμό με το χαμηλό ποσοστό συμμετοχής καθιστούν δύσκολη την γενίκευση των αποτελεσμάτων. Στις πρακτικές διαχείρισης του πόνου δεν καταγράφηκε η συνταγογράφηση αναλγητικών στην έξοδο καθώς επίσης και η λήψη αναλγητικών πριν την προσέλευση στα ΤΕΠ το οποίο θα μπορούσε να επηρεάσει την επιθυμία των ασθενών για λήψη αναλγητικού και την απόφαση του ιατρικού προσωπικού για χορήγηση αναλγητικού. Ένας επιπλέον περιορισμός ήταν η απουσία ώρας χορήγησης αναλγησίας στο διάγραμμα του ασθενή το οποίο ίσως δεν μας επιτρέπει την ακριβή μέτρηση του χρόνου αναμονής για χορήγηση αναλγησίας το οποίο προσδιοριστικέ με βάση τον αντιληπτό από τον ασθενή χρόνο αναμονής. Για το λόγο αυτό δεν συγκρίναμε τον πραγματικό με τον επιθυμητό χρόνο για χορήγηση αναλγησίας. Τέλος δεν ερευνήθηκε η χρήση τοπικών αναισθητικών και άλλων μη φαρμακολογικών παρεμβάσεων για την μείωση του πόνου επειδή δεν καταγράφονται στο διάγραμμα του ασθενή

Συμπεράσματα

Η διαχείριση του πόνου στο ΤΕΠ χαρακτηρίζεται από παντελής έλλειψη εκτίμησης της έντασης του πόνου, από περιορισμένη χρήση αναλγητικών και παρατεταμένη αναμονή για την χορήγηση τους. Οι επικρατούσες αυτές πρακτικές διαχείρισης του πόνου έχουν πενιχρά αποτελέσματα στην ανακούφιση του ασθενή και τα οποία δεν ανταποκρίνονται στις ανάγκες και τις προσδοκίες του. Οι μελλοντικές προσπάθειες θα πρέπει να αναδείξουν το θέμα και να τοποθετήσουν την διαχείριση του πόνου στα ΤΕΠ σε πιο προεξέχουσα θέση με περαιτέρω αλλαγές στην δομή και την λειτουργία του.

ABSTRACT

ORIGINAL ARTICLE

The effectiveness of pain management in the Emergency Department and the degree of responsiveness to the patient's needs.

George Filippatos, RN, MSc, General Hospital of Elefsina 'Thriassio'.

Introduction: Pain is the main reason for out patients visitation to the Emergency Department. Pain management however in most cases is inadequate due to underestimation and inefficient treatment.
Aim: Identifying pain management practices and assess their effectiveness in pain relief. We also desire to identify the best pain management care plan to effectively reduce the patient's pain and need for analgesic drugs.
Method: A study was conducted at the General Hospital of Attica, Emergency department during June and July of 2009. Data was completed by the collection of questionnaires (arrival / discharge) of all patients aged 14 and over whose illness was not life threatening and had the ability to understand and answer the questionnaire, and also with the patients analysis charts. Pain intensity was evaluated with an 11 point numerical pain scale.
Results: 247 patients participated in the study with a mean age 38.5 ± 15.3 years. The mean pain intensity on arrival was 7.2 ± 1.9 and at discharge 5.0 ± 2. Pain intensity was unchanged for 35.5% of patients during their visit to the ED. Patients were expected to leave the emergency department with a mean pain intensity of 2.5 ± 1.3, which deviates more than 2 points for 90% of the patients concerning pain intensity on discharge. In 68% of patients who should have been administered analgesics, they were not administered. Not one of the patients had their pain intensity documented and less than 6% were recorded to have been administered pain relief.
Conclusions: The results showed a poor response in pain relief due to prevailing practice of pain management in the Emergency Department and a lack of assessment of the needs and expectations of the patient.

Key words: Pain management, oligoanalgesia, emergency department, patient expectation, patient satisfaction

Βιβλιογραφικές Αναφορές

1. Arendts G, Fry M., 2006. Factors associated with delay to opiate analgesia in emergency departments. The Journal of pain 7 (9), 682-6
2. Augarten A, Zaslansky R, Matok Pharm I, Minuskin T, Lerner-Geva L, Hirsh-Yechezkel G, Ziv A, Shavit I, Yativ N, Keidan I., 2006. The impact of educational intervention programs on pain management in a pediatric emergency department. Biomedicine Pharmacotherapy 60 (7), 299-302.
3. Berben SA, Meijs TH, van Dongen RT, van Vugt AB, Vloet LC, Mintjes-de Groot JJ, van Achterberg T., 2008. Pain prevalence and pain relief in trauma patients in the Accident & Emergency department. Injury 39 (5), 578-85
4. Blank FS, Mader TJ, Wolfe J, Keyes M, Kirschner R, Provost D., 2001. Adequacy of pain Assessment and Pain Relief and Correlation of Patient Satisfaction in 68 ED fast-track Patients. Journal of Emergency Nursing 27 (4), 327-334
5. Campbell P, Dennie M, Dougherty K, Iwaskiw O, Rollo K., 2004. Implementation of an ED protocol for pain management at triage at a busy Level I trauma center. Journal of Emergency Nursing 30 (5), 431-8.
6. Chisholm CD, Weaver CS, Whenmouth LF, Giles B, Brizendine EJ., 2008. A Comparison of Observed Versus Documented Physician Assessment and Treatment of Pain: The Physician Record Does Not Reflect the Reality. Annals of Emergency Medicine 52 (4), 383-389
7. Cordell WH, Keene KK, Giles BK, Jones JB, Jones JH, Brizentine EJ., 2002. The high prevalence of pain in emergency medical care. The American Journal of Emergency Medical 20 (3), 165-169
8. Davoudi N, Afsharzadeh P, Mohammadalizadeh S, Haghdoost AA., 2008. A comparison of patients' and nurses' assessments of pain intensity in patients with coronary artery disease. International journal of nursing practice 14 (5), 347-56.
9. Dawson R, Spross JA, Jablonski ES, Hoyer DR, Sellers DE, Solomon MZ., 2002. Probing the paradox of patients' satisfaction with inadequate pain management. Journal of pain and symptom Management 23 (3), 211-20.
10. Decosterd I, Hugli O, Tamchès E, Blanc C, Mouhsine E, Givel JC, Yersin B, Buclin T., 2007. Oligoanalgesia in the emergency department: short-term beneficial effects of an education program on acute pain. Annals of Emergency Medicine 50 (4), 462-71.
11. Duignan M, Dunn V., 2008. Barriers to pain management in emergency departments. Emergency Nurse 15 (9), 30-34
12. Duignan M, Dunn V., 2008. Congruence of pain assessment between nurses and emergency department patients: a replication. International emergency nursing 16 (1), 23-8.
13. Eder SC, Sloan EP, Todd K., 2003. Documentation of ED patient pain by nurses and physicians. The American journal of emergency medicine 21 (4), 253-7.
14. Forero R, Mohsin M, McCarthy S, Young L, Ieraci S, Hillman K, Santiano N, Bauman A, Phung H., 2008. Prevalence of morphine use and time to initial analgesia in an Australian emergency department. Emergency medicine Australasia 20 (2), 136-43.
15. Fosnocht DE, Heaps ND, Swanson ER., 2004. Patient expectations for pain relief in the ED. The American journal of emergency medicine 22 (4), 286-8.
16. Fry M, Holdgate A., 2002. Nurse-initiated intravenous morphine in the emergency department: efficacy, rate of adverse events and impact on time to analgesia. Emergency Medicine 14 (3), 249-54
17. Fry M, Ryan J, Alexander N., 2004. A prospective study of nurse initiated panadeine forte: expanding pain management in the ED. Accident and emergency nursing 12 (3), 136-40
18. Galinski M, Ruscev M, Gonzalez G, Kavas J, Ameur L, Biens D, Lapostolle F, Adnet F, 2010. Prevalence and management of acute pain in prehospital emergency medicine. Prehospital Emergency Care 14 (3), 334-9.
19. Goldman RD, Narula N, Klein-Kremer A, Finkelstein Y, Rogovik A., 2008. Predictors for opioid analgesia administration in children with abdominal pain presenting to the emergency department. Clinical Journal of Pain 24 (1), 11-15
20. Grant PS., 2006. Analgesia delivery in the ED. The American Journal of Emergency Medicine 24 (7), 806-809
21. Guru V, Dubinsky I., 2000. The patient vs. caregiver perception of acute pain in the emergency department. The Journal of emergency medicine 18 (1), 7-12.
22. Jastzab G, Fairbrother G, Kerr S, Mclnerney M., 2003. Profiling the pain aware nurse, acute care nurses' attitudes and knowledge concerning adult pain management. Australian journal of advanced nursing 21 (3), 27-33
23. Johnston CC, Gagnon AJ, Pepler CJ, Bourgault P., 2005. Pain in the emergency department with one-week follow-up of pain resolution. Pain research & management 10 (2), 67-70
24. Karwowski-Soulie F, Lessenot-Tcherny S, Lamarche-Vadel A, Bineau S, Ginsburg C, Meyniard O, Mendoza B, Fodella P,Vidal-Trecam G, Brunet F., 2006. Pain in an emergency department: an audit. European Journal of Emergency Medicine 13 (4), 218-224
25. Kelly AM, Brumby C, Barnes C., 2005. Nurse-initiated, titrated intravenous opioid analgesia reduces time to analgesia for selected painful conditions. Canadian journal of emergency medical care 7 (3), 149-54.
26. Kozlowski MJ, Wiater JG, Pasqual RG, Compton S, Swor RA, Jackson RE., 2002. Painful discrimination: the differential use of analgesia in isolated lower limb injuries. The American journal of emergency medicine 20 (6), 502-5.
27. Mader TJ, Ames A, Letourneau P., 2006. Pain management in pediatric trauma patients with long bone fracture. Injury 37 (1), 61-65
28. McLean SA, Maio RF, Domeier RM., 2002. The epidemiology of pain in the prehospital setting. Prehospital emergency care 6 (4), 402-5.
29. Nelson BP, Cohen D, Lander O, Crawford N, Viccellio AW, Singer AJ., 2004. Mandated pain scales improve frequency of ED analgesic administration. The American journal of emergency medicine 22 (7), 582-5.
30. Pletcher MJ, Kertesz SG, Kohn MA, Gonzales R., 2008. Trends in opioid prescribing by race/ethnicity for patients seeking care in US emergency departments. The journal of the American Medical Association 299 (1), 70-8.
31. Probst BD, Lyons E, Leonard D, Esposito TJ., 2005. Factors affecting emergency department assessment and management of pain in children. Pediatric emergency care 21 (5), 298-305
32. Puntillo K, Neighbor M, O'Neil N, Nixon R., 2003. Accuracy of emergency nurses in assessment of patients' pain. Pain management nursing 4 (4), 171-5.
33. Silka PA, Roth MM, Moreno G, Merrill L, Geiderman JM., 2004. Pain scores improve analgesic administration patterns for trauma patients in the emergency department. Academic emergency medicine 11 (3), 264-70.
34. Singer AJ, Garra G, Chohan JK, Dalmedo C, Thode HC Jr., 2008. Triage pain scores and the desire for and use of analgesics. Annals of emergency medicine 52 (6), 689-95.
35. Tamchès E, Buclin T, Hugli O, Decosterd I, Blanc C, Mouhsine

E, Givel JC, Yersin B., 2007. Acute pain in adults admitted to the emergency room: development and implementation of abbreviated guidelines. Swiss medical weekly 137 (15-16), 223-7.
36. Tanabe P, Buschmann M., 1999. A prospective study of ED pain management practices and the patient's perspective. Journal of emergency nursing 25 (3), 171–7
37. Tanabe P, Buschmann M., 2000. Emergency nurses' knowledge of pain management principles. Journal of Emergency Nursing 26 (4), 299-305
38. Teanby S., 2003. A literature review into pain assessment at triage in accident and emergency departments. Accident and Emergency Nursing 11 (1), 12-17
39. The College of Emergency Medicine. Clinical Effectiveness Committee: Guideline for the Management of Pain in Adults/ Children 2004 http://www.collemergencymed.ac.uk/
40. Thomas SH, Andruszkiewicz LM., 2004. Ongoing visual analog score display improves Emergency Department pain care. The journal of emergency medicine 26 (4), 389-94.
41. Todd HK, Duchrame J, Choiniere M, Crandall SC, Fosnocht ED, Homel P,Tanabe P., 2007. Pain in the emergency department: Results of the Pain and Emergency Medicine Initiative (PEMI) Multicenter Study. The Journal of Pain 6 (8), 460-466
42. Todd KH, Sloan EP, Chen C, Eder S, Wamstad K., 2002. Survey of pain etiology, management practices and patient satisfaction in two urban emergency departments. Canadian journal of emergency medical care 4 (4), 252-6.
43. Tsai FC, Tsai YF, Chien CC, Lin CC., 2007. Emergency nurses' knowledge of perceived barriers in pain management in Taiwan. Journal of clinical nursing 16 (11), 2088-95.
44. Van Hulle Vincent C., 2005. Nurses' knowledge, attitudes, and practices: regarding children's pain. The American journal of maternal child nursing 30 (3), 177-83.
45. Viallon A, Marjollet O, Guyomarch P, Robert F, Berger C, Guyomarch S, Navez ML, Bertrand JC., 2007. Analgesic efficacy of orodispersible paracetamol in patients admitted to the emergency department with an osteoarticular injury. European journal of emergency medicine 14 (6), 337-42.
46. Vlahaki D, Milne WK., 2008. Oligoanalgesia in a rural emergency department. Canadian journal of rural medicine 13 (2), 62-67
47. Wilson JE, Pendleton JM., 1989. Oligoanalgesia in the emergency department. American journal of emergency medicine 7 (6), 620-3.
48. Yee AM, Puntillo K, Miaskowski C, Neighbor ML., 2006. What patients with abdominal pain expect about pain relief in the emergency department. Journal of emergency nursing 32 (4), 281-7.

Death Attitude Profile-Revised (DAP-R)- Ερωτηματολόγιο διερεύνησης στάσης απέναντι στο θάνατο. Στάθμιση της ελληνικής εκδοχής του ερωτηματολογίου

Μαλλιαρού Μαρία[1], Σαράφης Παύλος[2], Καραθανάση Κωσταντινιά[3], Σεραφείμ Τατιάνα[4], Σωτηριάδου Κυριακή[5], Θεοδοσοπούλου Ελένη[6]

1. Λοχαγός Νοσηλεύτρια Ψυχικής Υγείας, M.Sc Πληροφορική Υγείας, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια Διοίκησης Μονάδων Υγείας Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου, Υποψήφια Διδάκτωρ Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ, 404 ΓΣΝ, Επιστημονική συνεργάτης ΤΕΙ Λάρισας/τμήμα Νοσηλευτικής.
2. Υποπλοίαρχος (ΥΝ) ΠΝ, ΝΝΑ, PhD, Επιστημονικός Συνεργάτης ΕΚΠΑ, Ιατρείο Ταξιδιωτικής Ιατρικής Ευγενίδειον Θεραπευτήριο.
3. Ταγματάρχης Νοσηλεύτρια, Εξειδικευθείσα στη νοσηλευτική χειρουργείου AMEDD, TEXAS USA, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια Διοίκησης Μονάδων Υγείας Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου, Προϊσταμένη Χειρουργείου 404 ΓΣΝ.
4. Ταγματάρχης Νοσηλεύτρια Ψυχικής Υγείας, 424 ΓΣΝΕ.
5. Ταγματάρχης Νοσηλεύτρια, ΓΕΣ/ΔΥΓ/ΕΟΔ.
6. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Χειρουργικής Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, τμήμα Νοσηλευτικής.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Η μετάφραση ενός ερωτηματολογίου εκτίμησης της στάσης των νοσηλευτών απέναντι στο θάνατο και η στάθμιση του.
Μέθοδος: 150 νοσηλευτές συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο γι΄ αυτό το σκοπό. Το αρχικό DAP-R φτιάχτηκε από τους Wong, P.T.P., Reker, G.T., και Gesser, G το 1994. Περιέχει 32 ερωτήσεις, χωρίζεται σε 5 υποκλίμακες όπου οι ερωτώμενοι απαντούν σε μια επταβάθμια Likert scale (συμφωνώ απόλυτα έως διαφωνώ απόλυτα). Η κλίμακα DAP-R μεταφράστηκε στα ελληνικά και στη συνέχεια έγινε ψυχομετρικός έλεγχος του εργαλείου. Για τη μετάφραση και χρήση των εργαλείων/ερωτηματολογίων διασφαλίστηκε αρχικά έγγραφη άδεια μετάφρασης από τους συγγραφείς. Η διαδικασία της μετάφρασης στα ελληνικά έγινε σύμφωνα με τη διαδικασία που προτείνεται από την "Trust Scientific Advisory Committee" SAC: (διπλή αντίστροφη μετάφραση) και πολιτισμική προσαρμογή, στάθμιση του ερωτηματολογίου. Για την στάθμιση του ερωτηματολογίου διενεργήθηκαν συγκεκριμένες ψυχομετρικές δοκιμασίες για την εκτίμηση της αξιοπιστίας (reliability) του ερωτηματολογίου, της εγκυρότητας (validity), ενώ παράλληλα έγινε έλεγχος της δομής του (factor analysis).
Αποτελέσματα: Ο παράγοντας «Αποφυγή θανάτου» συμπίπτει με τη διάσταση «Death avoidance». Επίσης, ο παράγοντας «Φόβος θανάτου» αποτελείται ακριβώς από τις ίδιες ερωτήσεις με τη διάσταση «Fear of death». Ο παράγοντας «Ουδέτερη αποδοχή» συμπίπτει με τη διάσταση «Neutral acceptance». Οι ερωτήσεις 4,8,13,16 και 31 με την παραπάνω ανάλυση περιέχονται στον παράγοντα «Μέσο διαφυγής» αντί να περιέχονται στη διάσταση «Approach acceptance».
Συμπεράσματα: Η ελληνική εκδοχή του DAP-R αποτελεί ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο για την εκτίμηση της στάσης των νοσηλευτών απέναντι στο θάνατο.

Λέξεις κλειδιά: θάνατος, νοσηλευτής, στάθμιση.

Εισαγωγή:
Ο θάνατος των ασθενών στον εργασιακό χώρο του νοσοκομείου επηρεάζει την ψυχολογία των νοσηλευτών δημιουργώντας συναισθήματα φόβου –άγχους θανάτου. Η εκπαίδευση που λαμβάνουν οι νοσηλευτές πρέπει να καλύπτει θέματα διαχείρισης απώλειας για να μπορούν να ανταπεξέρχονται στην καθημερνή επαφή με τον θάνατο, με το συγγενικό περιβάλλον των ασθενών και να διαχειρίζονται τις δικές τους αναδυόμενες σκέψεις και συναισθήματα. Οι επαγγελματίες νοσηλευτές πρέπει να μπορούν να διοχετεύουν το άγχος θανάτου μέσα σε ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης. Είναι σημαντικό να γνωρίζουν και να αναγνωρίζουν οι νοσηλευτές την στάση τους απέναντι στον θάνατο για να μπορέσουν τελικά να το διαχειριστούν (Kubler-Ross, 1969).

Μεθοδολογία:
150 νοσηλευτές συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο γι΄ αυτό το σκοπό. Το αρχικό DAP-R φτιάχτηκε από τους Wong, P.T.P., Reker, G.T., και Gesser, G το 1964. Περιέχει 32 ερωτήσεις, χωρίζεται σε 5 υποκλίμακες όπου οι ερωτώμενοι απαντούν σε μια επταβάθμια Likert scale (συμφωνώ απόλυτα έως διαφωνώ απόλυτα).

Οι υποκλίμακες είναι α) Fear of death - Φόβος θανάτου (1, 2, 7, 18, 20, 21, 32) β) death avoidance - Αποφυγή θανάτου (3, 10, 12, 19, 26) γ) neutral acceptance - Ουδέτερη Αποδοχή (6, 14, 24, 17, 30) δ) approach acceptance - Αποδοχή θανάτου (4, 8, 13, 15, 16, 22, 25, 27, 28, 31) ε) escape acceptance - Διαφυγή (5, 9, 11, 23, 29). Στην παρούσα μελέτη, η κλίμακα DAP-R μεταφράστηκε στα ελληνικά και στη συνέχεια έγινε ψυχομετρικός έλεγχος του εργαλείου. Για την στάθμιση του ερωτηματολογίου διενεργήθηκαν συγκεκριμένες ψυχομετρικές δοκιμασίες για την εκτίμηση της αξιοπιστίας (reliability) του ερωτηματολογίου, της εγκυρότητας (validity), ενώ παράλληλα έγινε έλεγχος της δομής του (factor analysis).

Για τη μετάφραση και χρήση των εργαλείων/ερωτηματολογίων διασφαλίστηκε αρχικά έγγραφη άδεια μετάφρασης από τους συγγραφείς των ερωτηματολογίων και τους κατόχους των δικαιωμάτων έκδοσης.

Η διαδικασία της μετάφρασης στα ελληνικά έγινε σύμφωνα με τη διαδικασία που προτείνεται από την "Trust Scientific Advisory Committee" SAC (Medical Outcomes Trust Bulletin 1997 και MAPI Research Institute, 2002):
α) διγλωσσική μετάφραση προς δύο κατευθύνσεις (forward translation, backward translation)
β) πολιτισμική προσαρμογή (cultural adaptation) με πιλοτική εφαρμογή των κλιμάκων στους ερωτώμενους με χρήση της γνωστικής προσέγγισης επαναπροσδιορισμού (cognitive debriefing process/interview). Η μετάφραση και η προσαρμογή είναι πιθανό να αλλάξουν την εσωτερική δομή, γι΄ αυτό χρειάζεται να διασφαλιστεί η αξιοπιστία και εγκυρότητα του αναθεωρημένου εργαλείου. Η μεταφρασθείσα εκδοχή θεωρείται ισότιμη του πρωτογενούς εργαλείου μόνον όταν η αξιοπιστία, η εγκυρότητα και ο δομικός παράγοντας είναι παρόμοια με το πρωτογενές εργαλείο.

Αξιοπιστία
Ως αξιοπιστία ενός ερευνητικού εργαλείου ορίζεται η έκταση στην οποία το εργαλείο δίνει τα ίδια αποτελέσματα σε επανειλημμένες μετρήσεις και αναφέρεται στην αναλογία ακρίβειας και ανακρίβειας στη μέτρηση.

Οι τρεις κυριότερες ιδιότητες της αξιοπιστίας είναι η σταθερότητα, δηλαδή η ικανότητα μιας κλίμακας να δίνει τα ίδια αποτελέσματα σε επανειλημμένες μετρήσεις, η ομοιογένεια, που σημαίνει ότι όλα τα σημεία σε ένα εργαλείο μετρούν την ίδια έννοια ή χαρακτηριστικό, και την ισοδυναμία, δηλαδή την ικανότητα του εργαλείου να παράγει τα ίδια αποτελέσματα όταν χρησιμοποιούνται παράλληλα εργαλεία ή διαδικασίες. Στις εκτιμήσεις εσωτερικής συνοχής χρησιμοποιείται ο συντελεστής α του Cronbach, με τον οποίο υπολογίζεται η εσωτερική συνέπεια ή η ομοιογένεια ενός εργαλείου. Ειδικότερα, ο α αποτελεί το χαμηλότερο όριο για την αληθινή αξιοπιστία ολόκληρης της έρευνας. Μαθηματικά, η αξιοπιστία καθορίζεται ως η αναλογία της μεταβλητότητας των ανταποκρίσεων της μελέτης, που είναι το αποτέλεσμα των διαφορών ανάμεσα στους συμμετέχοντες. Συνεπώς, οι ανταποκρίσεις σε μια αξιόπιστη μελέτη θα διαφέρουν λόγω του ότι τα άτομα που συμμετέχουν έχουν διαφορετικές απόψεις και όχι διότι η έρευνα είναι συγχυτική ή προκαλεί διάφορες ερμηνείες. Με άλλα λόγια, όσο ψηλότερος είναι ο α, δηλαδή όσο πιο κοντά στο 1, τόσο μεγαλύτερη είναι η αξιοπιστία.

Εγκυρότητα
Η εγκυρότητα αναφέρεται στο κατά πόσο ένα ερευνητικό εργαλείο μετρά με ακρίβεια αυτό που υποτίθεται ότι μετρά. Μια κλίμακα μπορεί να είναι αξιόπιστη αλλά να μην είναι έγκυρη, και η ψηλή αξιοπιστία δεν αποτελεί απαραίτητη ένδειξη της εγκυρότητας, ενώ το έγκυρο εργαλείο είναι πάντοτε αξιόπιστο. Στη βιβλιογραφία περιγράφονται τρία είδη εγκυρότητας: περιεχομένου, δηλαδή η έκταση στην οποία το περιεχόμενο της κλίμακας αντιπροσωπεύει σφαιρικά μια έννοια, κριτηρίου, η οποία δείχνει το βαθμό της σχέσης ανάμεσα στην απόδοση σε μια κλίμακα και στην πραγματική συμπεριφορά του υποκειμένου, και δομική, η οποία βασίζεται στην έκταση στην οποία μια κλίμακα μετρά κάποια θεωρητική δομή ή ένα χαρακτηριστικό.

Ανάλυση παραγόντων
Η ανάλυση παραγόντων (factor analysis) αποτελεί μια προσέγγιση αξιολόγησης της δομικής εγκυρότητας, που δίνει στον ερευνητή πληροφορίες σχετικά με την έκταση στην οποία μια ομάδα σημείων μετρά την ίδια διάσταση μιας έννοιας. Τα σημεία αυτά φορτίζουν σε

διαφορετικούς παράγοντες και η ανάλυση είναι επίσης ενδεικτική του κατά πόσο τα σημεία ενός εργαλείου αντανακλούν μία μοναδική ή περισσότερες έννοιες. Η διερευνητική ανάλυση παραγόντων «στοχεύει στην αξιολόγηση της εγκυρότητας του τρόπου διαχείρισης μιας ομάδας δεικτών, με τρόπο που να αντανακλούν την ίδια έννοια». Με άλλα λόγια, η μέθοδος αυτή αναλύει τον τρόπο με τον οποίο ομαδοποιούνται οι ανταποκρίσεις, έτσι ώστε να δίνουν νόημα για τη σχέση που υπάρχει ανάμεσά τους. Οι αναλύσεις αυτές εξετάζουν τα σημεία των κλιμάκων ξεχωριστά για δομική εγκυρότητα.

Η διαδικασία μετάφρασης της κλίμακας

Η κλίμακα χρησιμοποιήθηκε μετά από γραπτή άδεια του ενός εκ των των συγγραφέων κ. Reker, G.T για μετάφρασή της στα ελληνικά. Η διαδικασία της μετάφρασης στα ελληνικά έγινε σύμφωνα Βε τη διαδικασία που προτείνεται από την «Trust Scientific Advisory Committee» (Medical Outcomes Trust., 1997). Στόχος ήταν η μετάφραση του ερωτηματολογίου από τα Αγγλικά στα Ελληνικά, διατηρώντας τα κύρια χαρακτηριστικά του ερωτηματολογίου. Καταρχήν, έγινε μετάφραση στα ελληνικά και κατόπιν μεταφράστηκε αντίστροφα στα αγγλικά δίγλωσσο νοσηλευτή προκειμένου να εξασφαλιστεί η ακριβής απόδοση των ερωτηματολογίων στα ελληνικά. Τα δύο άτομα που έκαναν τη μετάφραση εργάστηκαν ανεξάρτητα και ο κύριος στόχος της αντίστροφης μετάφρασης ήταν να διασφαλιστεί ότι οι ερωτήσεις στις δύο γλώσσες θα είχαν την ίδια έννοια. Στη συνέχεια, τα ερωτηματολόγια συζητήθηκαν με ανεξάρτητο πανεπιστημιακό καθηγητή της Νοσηλευτικής, γνώστη του θέματος, για την αξιολόγηση του λεκτικού, του γραμματικού και του εννοιολογικού περιεχομένου των μεταφράσεων. Ακολούθησε σχολαστικός έλεγχος και συζήτηση από την ερευνητική ομάδα και, τέλος, έγιναν ορισμένες αλλαγές και ελάχιστες γλωσσικές βελτιώσεις, ώστε να τελειοποιηθεί η απόδοση στα ελληνικά. Για να κριθεί η πολιτισμική καταλληλότητα και σχετικότητα της μετάφρασης για τον πληθυσμό-στόχο, το μεταφρασμένο εργαλείο δόθηκε σε μια ομάδα ατόμων κατά τη διάρκεια πιλοτικής μελέτης. Ο ένας από τους κατασκευαστές του ερωτηματολογίου ο κ. Reker, G.T., από τον οποίο λάβαμε την έγκριση για την μετάφραση του, δεν έκανε καμία τροποποίηση επί του μεταφρασμένου ερωτηματολογίου.

Πολιτισμική προσαρμογή του ερωτηματολογίου (cultural adaptation)

Για την πολιτισμική προσαρμογή (cultural adaptation) χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο σε ένα τυχαίο δείγμα πέντε νοσηλευτών, όπως προτείνεται στην διαδικασία γνωστικής ανασκόπησης (cognitive debriefing process) (Medical Outcomes Trust., 1997). Αφού πρώτα ερωτήθηκαν τα άτομα συνολικά για να συμπληρωθεί το ερωτηματολόγιο, στη συνέχεια ρωτήθηκαν για κάθε ερώτηση χωριστά αν ήταν κατανοητή και αν χρειαζόταν να την αναδιατυπώσουν με δικά τους λόγια ή προτιμούσαν να αλλαχτεί κάποια συγκεκριμένη λέξη σε κάποια ερώτηση έτσι ώστε να γίνει πιο κατανοητή η ερώτηση (cognitive debriefing interview). Το ερωτηματολόγιο κατά την διάρκεια της πολιτισμικής προσαρμογής (cultural adaptation), ήταν γενικά κατανοητό και εύκολο σύμφωνα με τα σχόλια των νοσηλευτών. Δεν υπήρξαν προτάσεις των ερωτώμενων ώστε να ενσωματωθούν σε νέα δεύτερη εκδοχή του ερωτημα-

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων

	N	%
Φύλο		
Γυναίκες	123	82,0
Άνδρες	27	18,0
Ηλικία, μέση τιμή±SD	35,5±7,2	
ηλικία		
<32	36	24,0
32-40	78	52,0
>40	36	24,0
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος/η	48	32,0
Έγγαμος/η	87	58,0
Διαζευγμένος/χήρος	15	10,0
Επίπεδο εκπαίδευσης		
ΠΕ	24	16,0
ΤΕ	63	42,0
ΔΕ	63	42,0
Θέση στο χώρο εργασίας		
Προϊστάμενος	6	4,0
Αναπληρωτής προϊστάμενος	9	6,0
Νοσηλευτής	72	48,0
Βοηθός νοσηλευτή	60	40,0
Τραυματιοφορέας	3	2,0
Προϋπηρεσία, μέση τιμή±SD	12,1±8,1	
Τμήμα εργασίας		
Αναισθησιολογικό	18	12,0
Εξωτερικά ιατρεία	3	2,0
Καρδιολογική κλινική	12	8,0
ΜΕΘ	3	2,0
Μονάδα τεχνητού νεφρού	3	2,0
Νευροχειρουργική	3	2,0
Ορθοπεδική κλινική	3	2,0
Παθολογική κλινική	42	28,0
ΤΕΠ	6	4,0
Χειρουργείο	30	20,0
Χειρουργική κλινική	15	10,0
Ψυχιατρική κλινική	12	8,0
Χρονικό διάστημα στο τμήμα, μέση τιμή±SD	5,4±6,0	

τολογίου, οπότε και παραμείναμε στην αρχική μετάφρασή του, η οποία αποτελεί και την τελική Ελληνική μετάφραση (final version) του ερωτηματολογίου όπως παρουσιάζεται στο Παράρτημα.

Πληθυσμός μελέτης και μέθοδοι στατιστικής ανάλυσης

Η στάθμιση και η προτύπωση του ερωτηματολογίου έγινε σε 150 νοσηλευτές γενικών νοσοκομείων της

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Συμπεριφορά των συμμετεχόντων απέναντι σε ασθενείς προχωρημένου σταδίου

	N	%
Πόσες φορές την εβδομάδα έρχεστε σε επαφή με περίπτωση αρρώστου που καταλήγει, μέση τιμή±SD	0,6±1,0	
Έχετε λάβει συγκεκριμένη εκπαίδευση στη σχολή φοίτησης για διαχείριση θανάτου		
Ναι	69	46,0
Όχι	81	54,0
Νοσηλεύεται ασθενείς με προχωρημένη νόσο την παρούσα στιγμή		
Ναι	63	42,0
Όχι	87	58,0
Έχετε συζητήσει με ασθενείς με προχωρημένη νόσο για το θέμα του θανάτου		
Ναι	69	46,0
Όχι	81	54,0
Αν συζητάτε με ασθενείς με προχωρημένη νόσο για το θάνατο πόσο άβολα σας κάνει αυτό να αισθάνεστε?		
Δεν συζητώ	60	40,0
Πάρα πολύ	24	16,0
Πολύ	33	22,0
Μέτρια	12	8,0
Αδιαφορώ	3	2,0
Ελάχιστα	9	6,0
Λίγο	6	4,0
Καθόλου	3	2,0
Ποια ερώτηση του ασθενή σας έκανε να αισθανθείτε άβολα?		
γιατί η γραμμή ζωής στο χέρι μου είναι μικρότερη?	3	2,0
γιατί σε εμένα	3	2,0
δεν δίνει απάντηση	72	48,0
δεν έχω ερωτηθεί	3	2,0
έχω τελειώσει με τις εκκρεμότητες με τους συγγενείς	3	2,0
θα ζήσω ή θα πεθάνω	12	8,0
καμία	6	4,0
μπορείτε να με βοηθήσετε	3	2,0
όλες	6	4,0
ποιος πέθανε χθες?	3	2,0
πόσος καιρός μου μένει	18	12,0
πότε θα είμαι έτοιμος να πεθάνω?	3	2,0
τι ακριβώς έχω	3	2,0
τι θα απογίνει η οικογένεια μου	3	2,0
τι υπάρχει μετά το θάνατο	6	4,0
το θέμα θανάτου	3	2,0
Μιλάτε ανοικτά με τους ασθενείς σας για το θέμα του θανάτου?		
Ναι	18	12,0
Όχι	132	88,0
Κάνετε περιποίηση νεκρού?		
Ναι	99	66,0
Όχι	51	34,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Επιρροή που ασκεί το περιστατικό του θανάτου

	N	%
Συζητάτε στο τμήμα σας για το περιστατικό του θανάτου όταν αυτό συμβεί?		
Ναι	126	84,0
Όχι	24	16,0
Αν συζητάτε νομίζετε πως αυτό τελικά σας ανακουφίζει?		
Ναι	78	52
Όχι	72	48
Εάν δεν συζητάτε στο τμήμα σας για το περιστατικό του θανάτου πόσο αυτό σας επηρεάζει αρνητικά?		
Πάρα πολύ	18	12
Αδιαφορώ	18	12
Καθόλου	114	76,0
Ποιο τρόπο θα επιλέγατε για να ανακουφιστείτε από τα συναισθήματα που αναδύονται από το περιστατικό του θανάτου?		
Απομονώνομαι	6	4,0
Αποφεύγω να το συζητήσω με συναδέλφους	3	2,0
Κλαίω για να ξεσπάσω	18	12,0
Το σκέπτομαι στο σπίτι μου	72	48,0
Αδιαφορώ πλήρως	18	12,0
Τίποτα από τα παραπάνω	33	22,0
Γίνονται ομάδες προσωπικού για την διαχείριση συναισθημάτων στο νοσοκομείο που δουλεύετε?		
Ναι	6	4,0
Όχι	144	96,0
Πως επηρεάζει την προσωπική σας ζωή ένα τέτοιο συμβάν?		
Πάρα πολύ	12	8,0
Πολύ	30	20,0
Μέτρια	45	30,0
Ελάχιστα	39	26,0
Λίγο	9	6,0
Καθόλου	15	10,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. Διαστάσεις του ερωτηματολογίου DAP-R

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	SD	Cronbach's a
fear of death	1,9	14,4	4,9	1,9	0,71
death avoidance	1,2	7,0	4,9	1,5	0,85
neutral acceptance	4,0	7,0	5,6	0,9	0,65
approach acceptance	1,0	6,0	4,2	1,2	0,82
escape acceptance	1,0	6,4	2,9	1,6	0,86

ΠΙΝΑΚΑΣ 5. Συντελεστές συσχέτισης των διαστάσεων του ερωτηματολογίου DAP-R

		death avoidance	neutral acceptance	approach acceptance	escape acceptance
fear of death	r	0,35	-0,43	0,23	0,20
	P	<0,001	<0,001	0,021	0,042
death avoidance	r		0,03	0,29	0,07
	P		0,801	0,004	0,514
neutral acceptance	r			0,03	0,01
	P			0,768	0,959
approach acceptance	r				0,46
	P				<0,001

ΠΙΝΑΚΑΣ 6. Συντελεστές συσχέτισης των διαστάσεων του ερωτηματολογίου DAP-R με την ηλικία των συμμετεχόντων

		Ηλικία
fear of death	r	0,11
	P	0,257
death avoidance	r	0,27
	P	0,006
neutral acceptance	r	0,03
	P	0,760
approach acceptance	r	0,07
	P	0,513
escape acceptance	r	-0,02
	P	0,828

ΠΙΝΑΚΑΣ 7. Ανάλυσης παραγόντων με τη μέθοδο principal components

		Μέσο διαφυγής	Αποφυγή θανάτου	Αποδοχή θανάτου	Φόβος θανάτου	Ουδέτερη αποδοχή
4	Πιστεύω ότι θα είμαι στον παράδεισο μετά από το θάνατό μου	0,45				
5	Ο θάνατος θα είναι ένα τέλος για όλα μου τα προβλήματα	0,72				
8	Ο θάνατος είναι η είσοδος σε ένα χώρο απόλυτης ικανοποίησης	0,49				
9	Ο θάνατος προσφέρει μία διαφυγή από τον απαίσιο κόσμο	0,72				
11	Ο θάνατος είναι απελευθέρωση από τον πόνο και τα βάσανα	0,77				
13	Πιστεύω ότι ο παράδεισος θα είναι ένας καλύτερος τόπος από αυτό τον κόσμο	0,51				
16	Ο θάνατος αποτελεί μια υπόσχεση για μια καλύτερη ζωή	0,69				
23	Βλέπω το θάνατο ως ανακούφιση από τα εγκόσμια βάσανα	0,69				
29	Βλέπω το θάνατο ως ανακούφιση από τα βάρη αυτής της ζωής	0,82				
31	Ανυπομονώ για τη ζωή μετά το θάνατο	0,70				
3	Αποφεύγω τις σκέψεις θανάτου με κάθε κόστος		0,71			
10	Όποτε η σκέψη του θανάτου έρχεται στο μυαλό μου, προσπαθώ να τη διώξω μακριά		0,79			
12	Προσπαθώ πάντα να μην σκέφτομαι το θάνατο		0,77			
19	Αποφεύγω να σκέφτομαι το θάνατο από κάθε άποψη		0,79			
26	Προσπαθώ να μην έχω τίποτα να κάνω με το θέμα του θανάτου		0,70			
15	Ο θάνατος είναι ένωση με το θεό και αιώνια ευδαιμονία			0,84		
22	Προσβλέπω σε μια επανένωση με τους αγαπημένους μου μετά το θάνατό μου			0,63		
25	Βλέπω το θάνατο ως το πέρασμα σε ένα αιώνιο και ευλογημένο τόπο			0,62		
27	Ο θάνατος προσφέρει μία υπέροχη ανακούφιση της ψυχής			0,41		
28	Ένα πράγμα που μου δίνει άνεση στο να αντιμετωπίσω το θάνατο είναι η πίστη μου στην μεταθάνατο ζωή			0,74		
1	Ο θάνατος είναι χωρίς αμφιβολία μία μακάβρια εμπειρία				0,45	
2	Η προοπτική του δικού μου θανάτου μου δημιουργεί άγχος				0,82	
7	Ενοχλούμαι από την οριστικότητα του θανάτου				0,80	
18	Έχω έντονο φόβο για το θάνατο				0,71	
20	Το θέμα της ζωής μετά το θάνατο με προβληματίζει έντονα				0,65	
21	Το γεγονός ότι ο θάνατος σημαίνει το τέλος όλων των πραγμάτων όπως τα γνωρίζω με φοβίζει				0,65	
32	Η αβεβαιότητα του τι συμβαίνει μετά το θάνατο με ανησυχεί				0,43	
6	Ο θάνατος θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως κάτι φυσιολογικό, αναμφισβήτητο και αναπόφευκτο γεγονός					0,60
14	Ο θάνατος είναι φυσική διάσταση της ζωής					0,46
17	Ούτε φοβάμαι ούτε καλωσορίζω το θάνατο					0,54
24	Ο θάνατος είναι απλά ένα τμήμα της διαδικασίας της ζωής					0,44
30	Ο θάνατος δεν είναι ούτε καλός ούτε κακός					0,42

χώρας. Για την στάθμιση του ερωτηματολογίου διενεργήθηκαν συγκεκριμένες ψυχομετρικές δοκιμασίες για την εκτίμηση της αξιοπιστίας (reliability) του ερωτηματολογίου, της εγκυρότητας (validity), ενώ παράλληλα έγινε έλεγχος της δομής του (factor analysis). Συγκεκριμένα η αξιοπιστία εκτιμήθηκε με τη μέτρηση της εσωτερικής συνάφειας (internal consistency) για τον έλεγχο των στοιχείων του ερωτηματολογίου το ένα ενάντια στο άλλο, μέτρηση του δείκτη Cronbach's alpha (Cronbach, 1951). Τιμές μεγαλύτερες ή ίσες του 0,7 θεωρούνται αποδεκτές. Οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson (r) χρησιμοποιήθηκαν για την συσχέτιση των διαστάσεων του ερωτηματολογίου στα πλαίσια της εγκυρότητας δομής. Η ανάλυση παραγόντων χρησιμοποιήθηκε για να διερευνηθεί η δομή του ερωτηματολογίου DAP-R και για να συγκριθεί με την αυθεντική δομή. Η διερεύνηση της δομής του ερωτηματολογίου (exploratory factor analysis) έγινε με τη χρήση της μεθόδου Principal Components Analysis με Varimax with Kaiser Normalization (rotation method), με την οποία αναζητούνταν οι ιδιαίτεροι παράγοντες που συνθέτουν το ερωτηματολόγιο. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 17.0.

Αποτελέσματα

Στον **πίνακα 1** δίνονται τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων καθώς και στοιχεία που αφορούν στην εργασία τους.

Στον **πίνακα 2** δίνονται στοιχεία που αφορούν στην συμπεριφορά των συμμετεχόντων απέναντι σε ασθε-

ΠΙΝΑΚΑΣ 8. Οι απόψεις των συμμετεχόντων σχετικά με το θάνατο

	Μέση τιμή	SD
Ο θάνατος είναι χωρίς αμφιβολία μία μακάβρια εμπειρία	5,5	1,9
Η προοπτική του δικού μου θανάτου μου δημιουργεί άγχος	5,2	2,0
Αποφεύγω τις σκέψεις θανάτου με κάθε κόστος	5,1	1,8
Πιστεύω ότι θα είμαι στον παράδεισο μετά από το θάνατό μου	3,8	1,7
Ο θάνατος θα είναι ένα τέλος για όλα μου τα προβλήματα	2,5	1,9
Ο θάνατος θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως κάτι φυσιολογικό, αναμφισβήτητο και αναπόφευκτο γεγονός	6,2	1,1
Ενοχλούμαι από την οριστικότητα του θανάτου	5,9	8,2
Ο θάνατος είναι η είσοδος σε ένα χώρο απόλυτης ικανοποίησης	3,4	2,0
Ο θάνατος προσφέρει μία διαφυγή από τον απαίσιο κόσμο	2,9	1,9
Όποτε η σκέψη του θανάτου έρχεται στο μυαλό μου, προσπαθώ να τη διώξω μακριά	5,2	1,9
Ο θάνατος είναι απελευθέρωση από τον πόνο και τα βάσανα	3,1	2,0
Προσπαθώ πάντα να μην σκέφτομαι το θάνατο	4,5	2,1
Πιστεύω ότι ο παράδεισος θα είναι ένα καλύτερο μέρος από αυτό τον κόσμο	4,4	2,2
Ο θάνατος είναι φυσική διάσταση της ζωής	6,2	1,0
Ο θάνατος είναι ένωση με το θεό και αιώνια ευδαιμονία	5,1	1,8
Ο θάνατος αποτελεί μια υπόσχεση για μια καλύτερη ζωή	3,4	1,8
Ούτε φοβάμαι ούτε καλωσορίζω το θάνατο	5,1	1,7
Έχω έντονο φόβο για το θάνατο	4,0	2,1
Αποφεύγω να σκέφτομαι το θάνατο από κάθε άποψη	4,9	1,9
Το θέμα της ζωής μετά το θάνατο με προβληματίζει έντονα	5,0	1,9
Το γεγονός ότι ο θάνατος σημαίνει το τέλος όλων των πραγμάτων όπως τα γνωρίζω με φοβίζει	4,7	1,9
Προσβλέπω σε μια επανένωση με τους αγαπημένους μου μετά το θάνατό μου	4,9	2,1
Βλέπω το θάνατο ως ανακούφιση από τα εγκόσμια βάσανα	3,1	2,0
Ο θάνατος είναι απλά ένα τμήμα της διαδικασίας της ζωής	5,7	1,3
Βλέπω το θάνατο ως το πέρασμα σε ένα αιώνιο και ευλογημένο τόπο	4,5	1,8
Προσπαθώ να μην έχω τίποτα να κάνω με το θέμα του θανάτου	4,7	1,8
Ο θάνατος προσφέρει μία υπέροχη ανακούφιση της ψυχής	4,3	1,9
Ένα πράγμα που μου δίνει άνεση στο να αντιμετωπίσω το θάνατο είναι η πίστη μου στην μεταθάνατο ζωή	4,8	2,0
Βλέπω το θάνατο ως ανακούφιση από τα βάρη αυτής της ζωής	2,9	1,8
Ο θάνατος δεν είναι ούτε καλός ούτε κακός	4,9	2,1
Ανυπομονώ για τη ζωή μετά το θάνατο	3,0	1,9
Η αβεβαιότητα του τι συμβαίνει μετά το θάνατο με ανησυχεί	4,4	1,9

νείς προχωρημένου σταδίου.
Στον **πίνακα 3** δίνεται η επιρροή που ασκεί το περιστατικό του θανάτου στους συμμετέχοντες.
Δημιουργήθηκαν οι αρχικές πέντε διαστάσεις του ερωτηματολογίου DAP-R (as defined by Wong et al., 1994). Στον **πίνακα 4** περιγράφονται αυτές οι διαστάσεις του ερωτηματολογίου DAP-R.

Αποδεκτή αξιοπιστία βάση του δείκτη Cronbach's a (internal consistency Reliability of the DAP-R) έχουμε στις διαστάσεις death avoidance, approach acceptance, escape acceptance. Στη διάσταση neutral acceptance η αξιοπιστία δεν έφτασε το αποδεκτό όριο 0.7.
Στον **πίνακα 5** δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης των διαστάσεων του ερωτηματολογίου DAP-R.

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «fear of death» με τις διαστάσεις «death avoidance», «approach acceptance» και «escape acceptance». Αντίθετα, υπήρξε σημαντική αρνητική συσχέτιση της

ΠΙΝΑΚΑΣ 9. Φορά των απαντήσεων του ερωτηματολογίου

	Δυνατές απαντήσεις						
Ο θάνατος είναι χωρίς αμφιβολία μία μακάβρια εμπειρία	SD	D	MD	U	MA	A	SA
Η προοπτική του δικού μου θανάτου μου δημιουργεί άγχος	SA	A	MA	U	MD	D	SD
Αποφεύγω τις σκέψεις θανάτου με κάθε κόστος	SA	A	MA	U	MD	D	SD
Πιστεύω ότι θα είμαι στον παράδεισο μετά από το θάνατό μου	SD	D	MD	U	MA	A	SA
Ο θάνατος θα είναι ένα τέλος για όλα μου τα προβλήματα	SD	D	MD	U	MA	A	SA
Ο θάνατος θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σα κάτι φυσιολογικό, αναμφισβήτητο και αναπόφευκτο γεγονός	SA	A	MA	U	MD	D	SD
Ενοχλούμαι από την οριστικότητα του θανάτου	SA	A	MA	U	MD	D	SD
Ο θάνατος είναι η είσοδος σε ένα μέρος απόλυτης ικανοποίησης	SD	D	MD	U	MA	A	SA
Ο θάνατος προσφέρει μία διαφυγή από τον απαίσιο κόσμο	SA	A	MA	U	MD	D	SD
Όποτε η σκέψη του θανάτου έρχεται στο μυαλό μου, προσπαθώ να τη διώξω μακριά	SD	D	MD	U	MA	A	SA
Ο θάνατος είναι απελευθέρωση από το πόνο και τα βάσανα	SD	D	MD	U	MA	A	SA
Προσπαθώ πάντα να μην σκέφτομαι το θάνατο	SA	A	MA	U	MD	D	SD
Πιστεύω ότι ο παράδεισος θα είναι ένα καλύτερο μέρος από αυτό τον κόσμο	SA	A	MA	U	MD	D	SD
Ο θάνατος είναι φυσική διάσταση της ζωής	SA	A	MA	U	MD	D	SD
Ο θάνατος είναι ένωση με το θεό και αιώνια ευδαιμονία	SD	D	MD	U	MA	A	SA
Ο θάνατος αποτελεί μια υπόσχεση για μια καλύτερη ζωή	SA	A	MA	U	MD	D	SD
Ούτε φοβάμαι ούτε καλωσορίζω το θάνατο	SA	A	MA	U	MD	D	SD
Έχω έντονο φόβο για το θάνατο	SD	D	MD	U	MA	A	SA
Αποφεύγω να σκέφτομαι το θάνατο από κάθε άποψη	SD	D	MD	U	MA	A	SA
Το θέμα της ζωής μετά το θάνατο με προβληματίζει έντονα	SA	A	MA	U	MD	D	SD
Το γεγονός ότι ο θάνατος σημαίνει το τέλος όλων των πραγμάτων όπως τα γνωρίζω με φοβίζει	SA	A	MA	U	MD	D	SD
Προσβλέπω σε μια επανένωση με τους αγαπημένους μου μετά το θάνατό μου	SD	D	MD	U	MA	A	SA
Βλέπω το θάνατο ως ανακούφιση από τα εγκόσμια βάσανα	SA	A	MA	U	MD	D	SD
Ο θάνατος είναι απλά ένα τμήμα της διαδικασίας της ζωής	SA	A	MA	U	MD	D	SD
Βλέπω το θάνατο ως το πέρασμα σε ένα αιώνιο και ευλογημένο τόπο	SA	A	MA	U	MD	D	SD
Προσπαθώ να μην έχω τίποτα να κάνω με το θέμα του θανάτου	SD	D	MD	U	MA	A	SA
Ο θάνατος προσφέρει μία υπέροχη ανακούφιση της ψυχής	SD	D	MD	U	MA	A	SA
Ένα πράγμα που μου δίνει άνεση στο να αντιμετωπίσω το θάνατο είναι η πίστη μου στην μεταθάνατο ζωή	SD	D	MD	U	MA	A	SA
Βλέπω το θάνατο ως ανακούφιση από τα βάρη αυτής της ζωής	SD	D	MD	U	MA	A	SA
Ο θάνατος δεν είναι ούτε καλός ούτε κακός	SA	A	MA	U	MD	D	SD
Ανυπομονώ για τη ζωή μετά το θάνατο	SA	A	MA	U	MD	D	SD
Η αβεβαιότητα του τι συμβαίνει μετά το θάνατο με ανησυχεί	SD	D	MD	U	MA	A	SA

SD=strongly disagree διαφωνώ απόλυτα, D=disagree διαφωνώ, MD= moderately disagree διαφωνώ μέτρια, U= undecided αναποφάσιστος/η, MA= moderately agree συμφωνώ μέτρια, A=agree συμφωνώ, SA=strongly agree συμφωνώ απόλυτα

ΠΙΝΑΚΑΣ 10. Νέες διαστάσεις του ερωτηματολογίου DAP-R

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	SD	Cronbach's a
Μέσο διαφυγής	10,0	61,0	32,4	12,9	0,86
Αποφυγή θανάτου	6,0	35,0	24,4	7,5	0,85
Αποδοχή θανάτου	5,0	34,0	23,6	6,9	0,76
Φόβος θανάτου	13,0	101,0	34,6	13,6	0,71
Ουδέτερη αποδοχή	20,0	35,0	28,1	4,3	0,65

διάστασης «fear of death» με τη διάσταση «neutral acceptance». Ακόμα, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «death avoidance» με τη διάσταση «approach acceptance». Τέλος, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «escape acceptance» με τη διάσταση «approach acceptance».

Στον **πίνακα 6** δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης των διαστάσεων του ερωτηματολογίου DAP-R με την ηλικία των συμμετεχόντων.

Υπήρξε σημαντικά χαμηλή θετική συσχέτιση της διάστασης «death avoidance» με την ηλικία των συμμετεχόντων. Οπότε όσο αυξάνεται η ηλικία των συμμετεχόντων τόσο αυξάνεται και η αποφυγή του θανάτου. Δεν βρέθηκε σημαντική συσχέτιση της ηλικίας με τους υπόλοιπους παράγοντες.

Στον **πίνακα 7** δίνονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης παραγόντων (factor analysis) με τη μέθοδο principal components.

Η συνολική μεταβλητότητα που επεξηγείτε από τους ανωτέρω 5 παράγοντες είναι 58%. Ο παράγοντας «Αποφυγή θανάτου» συμπίπτει με τη διάσταση «Death avoidance». Επίσης, ο παράγοντας «Φόβος θανάτου» αποτελείται ακριβώς από τις ίδιες ερωτήσεις με τη διάσταση «Fear of death». Ο παράγοντας «Ουδέτερη αποδοχή» συμπίπτει με τη διάσταση «Neutral acceptance». Οι ερωτήσεις 4,8,13,16 και 31 με την παραπάνω ανάλυση περιέχονται στον παράγοντα «Μέσο διαφυγής» αντί να περιέχονται στη διάσταση «Approach acceptance».

Έτσι καταλήγουμε στο ότι το ερωτηματολόγιο είναι έγκυρο εργαλείο για την εκτίμηση της στάσης των νοσηλευτών απέναντι στο θάνατο αλλά υπάρχει μια διαφοροποίηση στο ποιες ερωτήσεις συμπεριλαμβάνει ο κάθε παράγοντας στην ελληνική εκδοχή του DAP-R.

Στον **πίνακα 8** περιγράφονται οι απόψεις των συμμετεχόντων σχετικά με το θάνατο, όπως αυτές βαθμολογήθηκαν κατά μέσο όρο από τους εργαζόμενους.

Στον **πίνακα 9** περιγράφεται η φορά των απαντήσεων του ερωτηματολογίου.

Στον **πίνακα 10** που ακολουθεί περιγράφονται οι νέες διαστάσεις του ερωτηματολογίου DAP-R.

Αποδεκτή αξιοπιστία βάση του δείκτη Cronbach's a (internal consistency Reliability of the DAP-R) έχουμε στις περισσότερες διαστάσεις. Στη διάσταση Ουδέτερη αποδοχή η αξιοπιστία δεν έφτασε το αποδεκτό όριο 0.7.

Στον **πίνακα 11** δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης των νέων διαστάσεων του ερωτηματολογίου DAP-R.

Υπήρξε σημαντική μέτρια θετική συσχέτιση της διάστασης «Μέσο διαφυγής» με τη διάσταση «Αποδοχή θανάτου». Επίσης, υπήρξε σημαντική χαμηλή θετική συσχέτιση της διάστασης «Μέσο διαφυγής» με τη διάσταση «Φόβος θανάτου». Επίσης, υπήρξε σημαντική μέτρια θετική συσχέτιση της διάστασης «Αποφυγή θανάτου» με τις διαστάσεις «Αποδοχή θανάτου» και «Φόβος θανάτου». Υπήρξε σημαντική χαμηλή θετική συσχέτιση της διάστασης «Αποδοχή θανάτου» με τη διάσταση «Φόβος θανάτου» και Ουδέτερη αποδοχή. Τέλος, υπήρξε σημαντική μέτρια αρνητική συσχέτιση της διάστασης «Ουδέτερη αποδοχή» με τη διάσταση «Φόβος θανάτου».

Στον **πίνακα 12** δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης των νέων διαστάσεων του ερωτηματολογίου DAP-R με την ηλικία των συμμετεχόντων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 11. Συντελεστές συσχέτισης των νέων διαστάσεων του ερωτηματολογίου DAP-R

		Αποφυγή θανάτου	Αποδοχή θανάτου	Φόβος θανάτου	Ουδέτερη αποδοχή
Μέσο διαφυγής	r	0,14	0,41	0,23	-0,01
	P	0,168	**<0,001**	**0,024**	0,930
Αποφυγή θανάτου	r	1,00	0,31	0,35	0,03
	P		**0,002**	**<0,001**	0,801
Αποδοχή θανάτου	r		1,00	0,21	0,20
	P			**0,039**	**0,048**
Φόβος θανάτου	r				-0,43
	P				**<0,001**

ΠΙΝΑΚΑΣ 12. Συντελεστές συσχέτισης των νέων διαστάσεων του ερωτηματολογίου DAP-R με την ηλικία των συμμετεχόντων

		Ηλικία
Μέσο διαφυγής	r	0,00
	P	0,990
Αποφυγή θανάτου	r	0,27
	P	**0,006**
Αποδοχή θανάτου	r	0,09
	P	0,365
Φόβος θανάτου	r	0,11
	P	0,257
Ουδέτερη αποδοχή	r	0,03
	P	0,760

	Διαφωνώ απόλυτα N(%)	Διαφωνώ N(%)	Διαφωνώ Μέτρια N(%)	Αναπο-φάσιστος N(%)	Συμφωνώ μέτρια N(%)	Συμφωνώ N(%)	Συμφωνώ απόλυτα N(%)
Ο θάνατος είναι χωρίς αμφιβολία μία μακάβρια εμπειρία	12(8%)	9(6 %)	6(4%)		18(12%)	54(36%)	51(34%)
Η προοπτική του δικού μου θανάτου μου δημιουργεί άγχος	15(10%)	15(10%)		9(6%)	21(14%)	42(28%)	48(32%)
Αποφεύγω τις σκέψεις θανάτου με κάθε κόστος	3(2%)	27(18%)	6(4%)	6(4%)	21(14%)	54(36%)	33(22%)
Πιστεύω ότι θα είμαι στον παράδεισο μετά από το θάνατό μου	24(16%)	12(8%)	9(6%)	69(46%)	12(8%)	15(10%)	9(6%)
Ο θάνατος θα είναι ένα τέλος για όλα μου τα προβλήματα	66(44%)	36(24%)	6(4%)	15(10%)	12(8%)	3(2%)	12(8%)
Ο θάνατος θα πρέπει να αντιμετω-πίζεται σα κάτι φυσιολογικό, αναμφισβήτητο και αναπόφευκτο γεγονός		3(2%)	6(4%)	3(2%)	6(4%)	66(44%)	66(44%)
Ενοχλούμαι από την οριστικότητα του θανάτου	15(10%)	21(14%)	6(4%)	21(14%)		54(36%)	33(22%)
Ο θάνατος είναι η είσοδος σε ένα μέρος απόλυτης ικανοποίησης	39(26%)	21(14%)	15(10%)	24%)	6(4%)	21(14%)	12(8%)
Ο θάνατος προσφέρει μία διαφυγή από τον απαίσιο κόσμο	60(40%)	18(12%)	18(12%)	18(12%)	15(10%)	15(10%)	6(4%)
Όποτε η σκέψη του θανάτου έρχεται στο μυαλό μου, προσπαθώ να τη διώξω μακριά	9(6%)	15(10%)	6(4%)	9(6%)	21(14%)	42(28%)	48(32%)
Ο θάνατος είναι απελευθέρωση από το πόνο και τα βάσανα	54(36%)	15(10%)	15(10%)	27(18%)	15(10%)	15(10%)	9(6%)
Προσπαθώ πάντα να μην σκέφτομαι το θάνατο	15(10%)	18(12%)	24(16%)	6(4%)	24(16%)	30(20%)	33(22%)
Πιστεύω ότι ο παράδεισος θα είναι ένα καλύτερο μέρος από αυτό τον κόσμο.	30(20%)	6(4%)	9(6%)	36(24%)	3(2%)	33(22%)	33(22%)
Ο θάνατος είναι φυσική διάσταση της ζωής			3(2%)	9(6%)	9(6%)	60(40%)	69(46%)
Ο θάνατος είναι ένωση με το θεό και αιώνια ευδαιμονία	12(8%)	6(4%)	6(4%)	30(20%)	12(8%)	42(28%)	42(28%)
Ο θάνατος αποτελεί μια υπόσχεση για μια καλύτερη ζωή	33(22%)	30(20%)	6(4%)	39(26%)	18(12%)	21(14%)	3(2%)

Συνέχεια στην πίσω σελ.

	Διαφωνώ απόλυτα N(%)	Διαφωνώ N(%)	Διαφωνώ Μέτρια N(%)	Αναπο-φάσιστος N(%)	Συμφωνώ μέτρια N(%)	Συμφωνώ N(%)	Συμφωνώ απόλυτα N(%)
Ούτε φοβάμαι ούτε καλοσωρίζω το θάνατο	9(6%)	3(2%)	12(8%)	33(22%)	9(6%)	45(30%)	39(26%)
Έχω έντονο φόβο για το θάνατο	27(18%)	30(20%)	3(2%)	21(14%)	21(14%)	27(18%)	21(14%)
Αποφεύγω να σκέφτομαι το θάνατο από κάθε άποψη	6(4%)	24(16%)	3(2%)	12%)	24(16%)	42(28%)	33(22%)
Το θέμα της ζωής μετά το θάνατο με προβληματίζει έντονα	9(6%)	15(10%)	3(2%)	24(16%)	27(18%)	30(20%)	42(28%)
Το γεγονός ότι ο θάνατος σημαίνει το τέλος όλων των πραγμάτων όπως τα γνωρίζω με φοβίζει	8%)	12%)	9(6%)	15(10%)	30(20%)	36(24%)	30(20%)
Προσβλέπω σε μια επανένωση με τους αγαπημένους μου μετά το θάνατό μου	15(10%)	18(12%)		27(18%)	9(6%)	39(26%)	42(28%)
Βλέπω το θάνατο ως ανακούφιση από τα εγκόσμια βάσανα	45(30%)	30(20%)	18(12%)	15(10%)	12(8%)	24(16%)	6(4%)
Ο θάνατος είναι απλά ένα τμήμα της διαδικασίας της ζωής	3(2%)		9(6%)	15(10%)	12(8%)	69(46%)	42(28%)
Βλέπω το θάνατο ως το πέρασμα σε ένα αιώνιο και ευλογημένο τόπο	21(14%)	9(6%)		30(20%)	30(20%)	54(34%)	9(6%)
Προσπαθώ να μην έχω τίποτα να κάνω με το θέμα του θανάτου	9(6%)	15(10%)	12(8%)	36(24%)	12(8%)	42(28%)	24(16%)
Ο θάνατος προσφέρει μια υπεροχή ανακούφιση της ψυχής	21(14%)	12(8%)	9(6%)	30(20%)	30(20%)	30(20%)	18(12%)
Ένα πράγμα που μου δίνει άνεση στο να αντιμετωπίσω το θάνατο είναι η πίστη μου στην μεταθάνατιο ζωή	21(14%)	12(8%)		18(12%)	21(14%)	54(36%)	24(16%)
Βλέπω το θάνατο ως ανακούφιση από τα βάρη αυτής της ζωής	54(36%)	15(10%)	21(14%)	33(22%)	9(6%)	12(8%)	6(4%)
Ο θάνατος δεν είναι ούτε καλός ούτε κακός	24(16%)	3(2%)		30(20%)	12(8%)	39(26%)	42(28%)
Ανυπομονώ για τη ζωή μετά θάνατο	54(36%)	18(12%)	9(6%)	30(20%)	21(14%)	12(8%)	6(4%)
Η αβεβαιότητα του τι συμβαίνει μετά το θάνατο με ενοχλεί	12(8%)	27(18%)	3(2%)	36(24%)	21(14%)	24(16%)	27(18%)

Υπήρξε σημαντικά χαμηλή θετική συσχέτιση της διάστασης «Αποφυγή θανάτου» με την ηλικία των συμμετεχόντων. Οπότε όσο αυξάνεται η ηλικία των συμμετεχόντων τόσο αυξάνεται και η αποφυγή θανάτου.

Συζήτηση

Ο στόχος της μελέτης ήταν η στάθμιση του ερωτηματολόγιου εκτίμησης της στάσης των νοσηλευτών απέναντι στο θάνατο DAP-R, μετά από μετάφρασή του ερωτηματολογίου και πολιτισΒική προσαρμογή. Για την στάθμιση του ερωτηματολογίου διενεργήθηκαν συγκεκριμένες ψυχομετρικές δοκιμασίες για την εκτίμηση της αξιοπιστίας (reliability) του ερωτηματολογίου, της εγκυρότητας (validity), ενώ παράλληλα έγινε έλεγχος της δομής του (factor analysis). Συγκεκριμένα η αξιοπιστία εκτιμήθηκε Βε τη μέτρηση της εσωτερικής συνάφειας (internal consistency) για τον έλεγχο των στοιχείων του ερωτηματολογίου το ένα ενάντια στο άλλο, (με την μέθοδο δοκιμασίας-επαναδοκιμασίας), μέτρηση του δείκτη Cronbach's alpha.

Τα αποτελέσματα της έρευνας των Clements και Rooda (2000) υποστήριξαν εν μέρει την αρχική δομή του ερωτηματολογίου των ερευνητών, επαναλαμβάνοντας τα αποτελέσματα των υποκλιμάκων με μικρές διαφορές. Οι υποκλίμακες Φόβος Θανάτου, Αποφυγή Θανάτου, Μέσο διαφυγής, Αποδοχή Θανάτου βρέθηκε να μετράνε διαφορετικούς παράγοντες και να είναι αξιόπιστες. Οι ίδιοι βρήκανε ότι οι ερωτήσεις που διαμορφώνουν την υποκλίμακα ουδέτερη αποδοχή μπορεί να μην μετράνε κάτι ενιαίο αλλά μπορούν να διαμορφώσουν και 6η υποκλίμακα αποτελούμενη από τις ερωτήσεις 17 και 30.

Μετά από την παραγοντική ανάλυση η παρούσα έρευνα ανέδειξε τους ξεχωριστούς παράγοντες που

συνθέτουν το ερωτηματολόγιο. Ο παράγοντας «Αποφυγή θανάτου» συμπίπτει με τη διάσταση «Death avoidance». Επίσης, ο παράγοντας «Φόβος θανάτου» αποτελείται ακριβώς από τις ίδιες ερωτήσεις με τη διάσταση «Fear of death». Ο παράγοντας «Ουδέτερη αποδοχή» συμπίπτει με τη διάσταση «Neutral acceptance». Οι ερωτήσεις 4,8,13,16 και 31 με την παραπάνω ανάλυση περιέχονται στον παράγοντα «Μέσο διαφυγής» αντί να περιέχονται στη διάσταση «Approach acceptance».

Συμπεράσματα:
Η ελληνική εκδοχή του DAP-R αποτελεί ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο για την εκτίμηση της στάσης των νοσηλευτών απέναντι στο θάνατο.

Όσο αφορά στα αποτελέσματα από την ανάλυση των απαντήσεων των ερωτώμενων, δείχνουν ότι, για να τροποποιηθεί η στάση των νοσηλευτών σε σχέση με τον θάνατο, διαφαίνεται η ανάγκη διαχείρισης του δικού τους άγχους και των ανησυχιών τους, τα οποία σχετίζονται με βιωματικές καταστάσεις, από τις οποίες δεν μπορούν να απαλλαγούν και τους επηρεάζουν και στον εργασιακό τους χώρο. Το κλειδί εμφανίζεται στην εκπαίδευση τους όσο αφορά την διαχείριση τέτοιων θεμάτων. Αν και οι προσωπικές εμπειρίες παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση στάσεων και απόψεων, η εκπαίδευση είναι αυτή που τελικά θα καθορίσει και την συνολική συμπεριφορά των νοσηλευτών απέναντι σε άτομα που πεθαίνουν.

ABSTRACT

ORIGINAL ARTICLE

DEATH ATTITUDE PROFILE-REVISED (DAP-R)-VALIDATION OF GREEK VERSION

M. Malliarou[1], P. Sarafis[2], K. Karathanasi[3], T. Serafim[4], K. Sotiriadou[5], E. Theodosopoulou[6]

[1. Captain RN, MSc on Health Informatics, Graduate Student of Health Care Management, Open University of Cyprus, PhDc Nursing Faculty, National Capodistrian University of Athens, 404 General Military Hospital, Scientific collaborator Technological Institution of Larisa/Nursing Department, 2. Lieutenant RN, Hel. Navy, Athens Naval & Veterans Hospital, PhD, Scientific collaborator NCUA, Travel Medicine of Evgenideion Hospital, 3. Major RN, Specialized on Surgery Nursing AMEDD, Texas USA, Graduate Student of Health Care Management, Open University of Cyprus, Head Nurse, 404 General Military Hospital, 4. Major, Mental Health RN, 424 General Military Hospital, 5. Major RN, Hellenic Army General Staff, 6. Associate Professor, Nursing Faculty, National Capodistrian University of Athens]

Aim: To translate a questionnaire that evaluates and validates the attitude of nurses' attitudes towards death.
Method: 150 nurses completed this questionnaire. The initial DAP-R was constructed by Wong, P.T.P., Reker, G.T., and Gesser, G in 1994. It contains 32 questions and is separated in 5 sub levels where the participants are asked to answer a seven-level Likert scale (I absolutely agree to I absolutely disagree).
The DAP-R was translated in Greek and a psychometric evaluation of the tool was made. Prior translating and using the tools/questionnaires, permission was guaranteed by the authors. Translation was based on "Trust Scientific Advisory Committee" SAC: (double reversed translation) cultural adjustment, validation of the questionnaire. In order to validate the questionnaire certain psychometric tests were conducted to estimate the reliability and validity of the questionnaire, in addition control of factor analysis was also made.
Results: The factor «apofigi thanatou (Αποφυγή θανάτου)» overlaps with the aspect «Death avoidance». Moreover, the factor «fovos thanatou (Φόβος θανάτου)» consists of the same questions as the aspect «Fear of death». The factor «oudeteri apodoxi (Ουδέτερη αποδοχή)» overlaps with the aspect «Neutral acceptance». Questions 4, 8, 13, 16 and 31 based on the above analysis are included in factor «meso diafigis (Μέσο διαφυγής)» instead of aspect «Approach acceptance».
Conclusion: The Greek version of DAP-R is a reliable and valid tool to estimate nurses' attitude towards death.

Key words: death, nurse, validation.

Βιβλιογραφία

1. Cronbach. 1951. http://www.joe.org/joe/1999april/tt3.php
2. Clements R, Rooda LA. Factor structure, reliability, and validity of the death attitude profile-revised. Omega 1999-2000; 40(3): 453-463.
3. Kubler-Ross E. Death and Dying Macmillan. New York. 1969.
4. Medical Outcomes Trust Bulletin 1997 http://www.outcomes-trust.org/bulletin/0797blltn.htm
5. Trust Scientific Advisory Committee" SAC http://www.outcomes-trust.org/monitor/nov98/8.html
6. Wong TP, Gesser G, Reker GT. Death attitudes across the life-span: The development and validation of the Death Attitude Profile (DAP). Omega 1987; 18: 104-124.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Τελική ελληνική μετάφραση του ερωτηματολογίου

1. Ο θάνατος είναι χωρίς αμφιβολία μία μακάβρια εμπειρία	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
2. Η προοπτική του δικού μου θανάτου μου δημιουργεί άγχος	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
3. Αποφεύγω τις σκέψεις θανάτου με κάθε κόστος	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
4. Πιστεύω ότι θα είμαι στον παράδεισο μετά από το θάνατό μου	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
5. Ο θάνατος θα είναι ένα τέλος για όλα μου τα προβλήματα	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
6. Ο θάνατος θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σα κάτι φυσιολογικό, αναμφισβήτητο και αναπόφευκτο γεγονός	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
7. Ενοχλούμαι από την οριστικότητα του θανάτου	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
8. Ο θάνατος είναι η είσοδος σε ένα μέρος απόλυτης ικανοποίησης	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
9. Ο θάνατος προσφέρει μία διαφυγή από τον απαίσιο κόσμο	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
10. Όποτε η σκέψη του θανάτου έρχεται στο μυαλό μου, προσπαθώ να τη διώξω μακριά	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
11. Ο θάνατος είναι απελευθέρωση από το πόνο και τα βάσανα	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
12. Προσπαθώ πάντα να μην σκέφτομαι το θάνατο	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
13. Πιστεύω ότι ο παράδεισος θα είναι ένα καλύτερο μέρος από αυτό τον κόσμο.	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
14. Ο θάνατος είναι φυσική διάσταση της ζωής	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
15. Ο θάνατος είναι ένωση με το θεό και αιώνια ευδαιμονία	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
16. Ο θάνατος αποτελεί μια υπόσχεση για μια καλύτερη ζωή	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
17. Ούτε φοβάμαι ούτε καλοσωρίζω το θάνατο	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
18. Έχω έντονο φόβο για το θάνατο	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
19. Αποφεύγω να σκέφτομαι το θάνατο από κάθε άποψη	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
20. Το θέμα της ζωής μετά το θάνατο με προβληματίζει έντονα	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
21. Το γεγονός ότι ο θάνατος σημαίνει το τέλος όλων των πραγμάτων όπως τα γνωρίζω με φοβίζει	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
22. Προσβλέπω σε μια επανένωση με τους αγαπημένους μου μετά το θάνατό μου	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
23. Βλέπω το θάνατο ως ανακούφιση από τα εγκόσμια βάσανα	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
24. Ο θάνατος είναι απλά ένα τμήμα της διαδικασίας της ζωής	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
25. Βλέπω το θάνατο ως το πέρασμα σε ένα αιώνιο και ευλογημένο τόπο	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
26. Προσπαθώ να μην έχω τίποτα να κάνω με το θέμα του θανάτου	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
27. Ο θάνατος προσφέρει μία υπέροχη ανακούφιση της ψυχής	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
28. Ένα πράγμα που μου δίνει άνεση στο να αντιμετωπίσω το θάνατο είναι η πίστη μου στην μεταθάνατο ζωή	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
29. Βλέπω το θάνατο ως ανακούφιση από τα βάρη αυτής της ζωής	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
30. Ο θάνατος δεν είναι ούτε καλός ούτε κακός	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
31. Ανυπομονώ για τη ζωή μετά το θάνατο	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
32. Η αβεβαιότητα του τι συμβαίνει μετά το θάνατο με ανησυχεί	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ

Εμβολιαστική κάλυψη μαθητών ηλικίας 6-16 ετών σε περιοχή της ελληνικής επαρχίας

Ευαγγελία Μαστραπά[1], Άρης Υφαντής[2], Δέσποινα Χανιώτη[3], Ελένη Σιαμάγκα[4], Ιωάννης Πρέσσας[5], Γεωργία Ράπτη[3], Σοφία Τσιρίγκα[1]

1. Επισκέπτρια Υγείας ΤΕ ,M.Sc, Κέντρο Υγείας Στυλίδας, 2. Νοσηλευτής ΤΕ, M.Sc, Γ.Ν. Λαμίας, 3. Νοσηλεύτρια ΤΕ, 4. Επίκουρος Καθηγήτρια, ΤΕΙ Λαμίας, 5. Φοιτητής Νοσηλευτικής ΤΕΙ Λαμίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Ήταν η αξιολόγηση της εμβολιαστικής κάλυψης των μαθητών της περιοχής ευθύνης Κέντρου Υγείας Στυλίδας του Νομού Φθιώτιδας κατά τα έτη 2006 -2008, όπως αυτή καταγράφεται κατά τη συμπλήρωση του Ατομικού Δελτίου Υγείας.

Υλικό και μέθοδος: Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 611 μαθητές και των δύο φύλων (319 αγόρια) ηλικίας 6-16 ετών, των Α΄, Γ΄, και Ε΄ τάξης Δημοτικών Σχολείων της περιοχής ευθύνης Κέντρου Υγείας Στυλίδας του Νομού Φθιώτιδας, καθώς επίσης και της Α΄ Γυμνασίου και της Α΄ Λυκείου, αντίστοιχα, των οποίων και αξιολογήθηκαν τα Ατομικά Δελτία Υγείας (ΑΔΥ). Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο p=0,05, ενώ χρησιμοποιήθηκε η στατιστική δοκιμασία x2.

Αποτελέσματα: 19 παιδιά (52,20%) ήταν αγόρια και 292 (47,80%) ήταν κορίτσια. Πλήρως εμβολιασμένα για το σύνολο των εμβολίων ήταν 139 αγόρια και 132 κορίτσια, ποσοστό 43,57% και 44,1% αντίστοιχα. Δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ αγοριών και κοριτσιών. Το μεγαλύτερο ποσοστό ελλιπούς εμβολιασμού αφορά στο εμβόλιο έναντι του μηνιγγιτιδόκοκκου (45,51%) και έπονται αυτό της ανεμευλογιάς και το MMR με ποσοστό 14,42%.

Συμπέρασμα: Σημαντικό ποσοστό παιδιών σχολικής ηλικίας και των δύο φύλων παρουσιάζεται ελλιπώς εμβολιασμένο. Οι μεγαλύτερες ελλείψεις εντοπίζονται σε εμβόλια που εισήχθησαν τα τελευταία στο Εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών.

Λέξεις Κλειδιά: Ατομικό Δελτίο Υγείας, εμβόλια, Προαγωγή υγείας .

Εισαγωγή

Παρά τις προσπάθειες που καταβάλλονται από τις υγειονομικές αρχές παγκοσμίως, τα λοιμώδη νοσήματα εξακολουθούν να προσβάλλουν εκατομμύρια παιδιά με συχνά θανατηφόρα κατάληξη. Νοσήματα όπως η ελονοσία, οι πνευμονίες από πνευμονιόκοκκο, η ιλαρά, αλλά και ο κοκκύτης, η διφθερίτιδα και ο τέτανος ευθύνονται για μεγάλο μέρος της παιδικής θνησιμότητας. 235 χρόνια μετά την ανακάλυψη του πρώτου εμβολίου το 1775, διαθέτουμε σήμερα 30 περίπου εμβόλια. και η χώρα μας έχει επιδείξει σημαντικό έργο στον τομέα των εμβολιασμών(Κάσιμος, 2003, Κωνσταντόπουλος 2005). Νόσοι όπως η διφθερίτιδα και η πολιομυελίτιδα δεν έχουν κάνει την εμφάνισή τους εδώ και χρόνια και άλλες τείνουν να εκλείψουν. Ωστόσο, οι μετακινήσεις πληθυσμού των τελευταίων δεκαετιών, σε συνδυασμό με τον πλημμελή έλεγχο και την καταγραφή των νοσημάτων δεν επιτρέπουν τον εφησυχασμό των υγειονομικών αρχών(Philalithis,1995). Η Ελλάδα δεν διαθέτει Εθνι-

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Σύνθεση του δείγματος κατά φύλο

Φύλο	N	%
Αγόρια	319	52,20
Κορίτσια	292	47,80
Σύνολο	611	100

κό Μητρώο Καταγραφής Εμβολιασμών, ενώ μόλις τα τελευταία χρόνια έχει πραγματοποιήσει Πανελλήνιες Εθνικές Μελέτες Εμβολιασμού το 1997, το 2001 και το 2006. (Παναγιωτόπουλος, Βαλάσση-Αδάμ 1998, Παναγιωτόπουλος και συν. 2002α, Παναγιωτόπουλος και συν. 2002β). Σήμερα στην Ελλάδα το ποσοστό των εμβολιαζόμενων παιδιών υπολογίζεται με βάση τα στοιχεία, που υπάρχουν στην Υπηρεσία Κοινωνικής Στατιστικής του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας (ΥΥΠ) και στο Τμήμα Παρακολούθησης της Κατανάλωσης και Επάρκειας Προϊόντων του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (ΕΟΦ) (Κουρέα-Κρεμαστινού, 2006). Ωστόσο, το η κεντρική κυβέρνηση συλλέγει στοιχεία για τους εμβολιασμούς, που γίνονται μόνο στους κρατικούς φορείς, 4,6% του Ι.Κ.Α. και περίπου 18% στα Κέντρα Υγείας, ενώ είναι γνωστό ότι οι υπόλοιποι γίνονται από τους ιδιώτες παιδίατρους, οι οποίοι δεν είναι υποχρεωμένοι να ενημερώνουν το Υπουργείο, ενώ η αντιπροσωπευτικότητα στις καταγραφές των Παιδιατρικών Κλινικών και των Κέντρων Υγείας ελέγχεται αφού αυτές αφορούν σε νοσηλευόμενα παιδιά ή σε εκείνα που προσέρχονται στα εξωτερικά ιατρεία (Νούλα και συν 2008).

Σκοπός της παρούσης έρευνας ήταν η καταγραφή και η αξιολόγηση των ευρημάτων σχετικά με την τήρηση του προγράμματος εμβολιασμών τα οποία προέκυψαν κατά την συμπλήρωση του Ατομικού Δελτίου Υγείας των μαθητών της περιοχής ευθύνης Κέντρου Υγείας Στυλίδας του Νομού Φθιώτιδας κατά τα έτη 2006 -2008.

Υλικό και Μέθοδος

Το υλικό της έρευνας αποτέλεσαν 611 μαθητές και των δύο φύλων, αγόρια 52,20% (319), κορίτσια 47,80% (292), ηλικίας 6-16 ετών, των Α΄, Γ΄, και Ε΄ τάξης Δημοτικών Σχολείων της περιοχής ευθύνης Κέντρου Υγείας Στυλίδας του Νομού Φθιώτιδας, καθώς επίσης και της Α΄Γυμνασίου και της Α΄Λυκείου, αντίστοιχα, των οποίων και αξιολογήθηκαν τα Ατομικά Δελτία Υγείας (ΑΔΥ). Σημειώνεται ότι η προληπτική εξέταση του Ατομικού Δελτίου Υγείας μαθητή κατ΄ εντολή του Υπουργείου Υγείας και του Υπουργείου Παιδείας διεξάγεται και συμπληρώνεται μετά από επιμελή εξέταση των μαθητών κάθε χρόνο. Η εξέταση των μαθητών της μελέτης έγινε στο Κέντρο Υγείας Στυλίδας από ιατρούς γενικής ιατρικής, παιδίατρο, παθολόγο, οδοντίατρο, επισκέπτριες υγείας, νοσηλεύτριες και κοινωνικούς λειτουργούς, αναλόγως της υπό έλεγχο πάθησης και της αντίστοιχης προληπτικής παρέμβασης. Τα ευρήματα της κάθε εξέτασης καταγράφονται στο Ατομικό Δελτίο Υγείας και σε περίπτωση εντόπισης προβλήματος υγείας δίνεται έντυπο παραπομπής για πιο ειδικό έλεγχο του μαθητή και η παραπομπή καταγράφεται και στο ΑΔΥ. Στην παρούσα μελέτη παρουσιάζονται τα ευρήματα που αφορούν στον εμβολιασμό των μαθητών. Ως πλήρως εμβολιασμένα για κάποια ασθένεια θεωρήθηκαν εκείνα τα παιδιά που είχαν πραγματοποιήσει το σύνολο των προβλεπομένων δόσεων του εμβολίου έναντι της συγκεκριμένης ασθένειας. Ως συνολικά πλήρως εμβολιασμένα θεωρήθηκαν εκείνα τα παιδιά που είχαν πραγματοποιήσει το σύνολο των δόσεων όλων των προβλεπομένων εμβολίων για την ηλικία τους.

Για την καταγραφή των αποτελεσμάτων και τη στατιστική τους επεξεργασία χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 17.0. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο p=0,05, ενώ χρησιμοποιήθηκε η στατιστική δοκιμασία χ2.

Αποτελέσματα

319 παιδιά (52,20%) ήταν αγόρια και 292 (47,80%) ήταν κορίτσια (πίνακας 1). Πλήρως εμβολιασμένα για το σύνολο των εμβολίων που περιλαμβάνονται στο επικαιροποιημένο πρόγραμμα εμβολιασμών ήταν 139 αγόρια και 132 κορίτσια, ποσοστό 43,57% και 44,1% αντίστοιχα. Χωρίς βιβλιάριο ήταν 18 αγόρια (5,65%) και 16 κορίτσια (5,39%), ενώ ένα μόνο αγόρι ήταν ανεμβολίαστο. Δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ αγοριών και κοριτσιών (πίνακας 2). Το

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Κατανομή εμβολιαστικής κάλυψης των εξετασθέντων μαθητών κατά φύλο

Φύλο	Αγόρια	%	Κορίτσια	%
Πλήρεις	139	43,57	132	44,10
Ελλιπείς	161	50,47	151	50,51
Ανεμβολίαστα	1	0,31	-	-
Ανευ βιβλιαρίου εμβολιασμών	18	5,65	16	5,39
Σύνολο	319	100	292	100

X^2, p>0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Κατανομή ελλιπών εμβολίων των εξετασθεντων μαθητών κατά κατηγορία εμβολίου

Είδος εμβολίου	N	%
D.T.P. SABIN	4	1.30
D.T. Ενηλίκου	50	16
B.C.G.	4	1,30
Ηπατίτιδας Β	22	7,05
Μηνιγγίτιδας C	142	45,51
Ανεμευλογιάς	45	14,42
M.M.R.	45	14,42
Σύνολο	312	100

μεγαλύτερο ποσοστό ελλιπούς εμβολιασμού αφορά στο εμβόλιο έναντι του μηνιγγιτιδόκοκκου (45,51%) και έπονται αυτό της ανεμευλογιάς και το MMR με ποσοστό 14,42% (πίνακας 3).

Συζήτηση

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης, μεγάλο ποσοστό παιδιών δεν είχαν πραγματοποιήσει το σύνολο των προβλεπομένων εμβολιασμών, ενώ σημαντικός αριθμός παιδιών δεν είχε πραγματοποιήσει όλες τις απαιτούμενες δόσεις, ακόμα και στα εμβόλια που είχαν ενταχθεί στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών πριν από το 1990. Σημειώνεται ότι έρευνα διεξήχθη σε ημιαστική περιοχή της Στερεάς Ελλάδας, ένα γεωγραφικό διαμέρισμα, του οποίου οι επιδόσεις στο ζήτημα του εμβολιασμού είναι από τις χαμηλότερες στην Ελλάδα. Πράγματι, σύμφωνα με έρευνα που έγινε το 2006 σε όλη την Ελλάδα, σε εθνικό αντιπροσωπευτικό δείγμα μαθητών και στην οποία εκτιμήθηκε η εμβολιαστική κάλυψη των παιδιών, έφηβων και προκύπτει ότι με εξαίρεση τα μεγάλα αστικά κέντρα και της περιφέρειες της Μακεδονίας, της Θεσσαλίας και το νομό Αττικής, οι υπόλοιπες περιοχές υπολείπονται (5-10%) στην πραγματοποίηση ακόμα και των πρώτων δόσεων του εμβολίων. Τα ποσοστά αυτά έχουν χειρότερη εικόνα όταν πρόκειται για την έγκαιρη πραγματοποίηση των δόσεων ή για την τελευταία αναμνηστική δόση. Ως παράδειγμα αναφέρεται η περίπτωση του εμβολίου DTP, όπου το ποσοστό πραγματοποίησης της 5ης δόσης κατέρχεται στο 56% για το πανελλαδικό δείγμα. (Παναγιωτόπουλος και συν., 2006). Συνεπώς αν και το επίπεδο εμβολιασμού στη χώρα μας κρίνεται ικανοποιητικό (για τα «κλασικά» εμβόλια και με ελάχιστες εξαιρέσεις κυμαίνεται άνω του 70% για το σύνολο των παιδιών), πολλά απομένουν ακόμα να γίνουν από τις υπηρεσίες υγείας για την πλήρη υγειονομική κάλυψη στον τομέα των λοιμωδών νοσημάτων. Ας σημειωθεί ότι κάποιες μειονοτικές ομάδες υστερούν σημαντικά στο επίπεδο εμβολιασμό τους, γεγονός που καθιστά επιτακτική την ανάγκη παρεμβάσεων στις αντίστοιχες περιπτώσεις. Τοπικής κλίμακας μελέτες επιβεβαιώνουν ότι εικόνα στην ελληνική ύπαιθρο αφήνει πολλά περιθώρια παρεμβάσεων. Σύμφωνα με έρευνα σε αγροτική περιοχή της Λάρισας, μόνο το 22,71% είχε ολοκληρώσει τους προβλεπόμενους για την ηλικία εμβολιασμούς, ενώ όλα σχεδόν τα παιδιά είχαν πραγματοποιήσει 4 δόσεις DTP. Όσον αφορά στο MMR το 50% των παιδιών της Α΄ τάξης Γυμνασίου δεν είχαν εμβολιαστεί με την επαναληπτική δόση, ενώ για την ηπατίτιδα Β στην Α΄ τάξη Γυμνασίου το 19,6% των παιδιών δεν είχε εμβολιαστεί μέχρι τότε. (Βήνη 2000). Σε άλλη μελέτη προ 15ετίας στην περιοχή της Στυλίδας, ο πλημμελής εμβολιασμός των παιδιών ανερχόταν στο 45%. Οι μαθητές του Γυμνασίου και Λυκείου εμφανίζονταν πλημμελώς εμβολιασμένοι σε ποσοστό 69,8% έναντι 10,2% των μαθητών των Δημοτικών σχολείων (Μαστραπά 1996). Παρά την πάροδο των ετών, τα προβλήματα με την πλημμελή εμβολιαστική κάλυψη παραμένουν.

Η συνολική αναλόγια απόκρισης στα παιδιά Α΄ δημοτικού είναι σχετικά υψηλή (88%), η απόκριση σε ειδικές ομάδες του πληθυσμού και στους εφήβους (Γ΄ γυμνασίου) είναι χαμηλότερη. Για τα εμβόλια που είχαν ενταχθεί στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών πριν από το 1990 (DTP, Πολιομυελίτιδας, MMR) επιτυγχάνονται πολύ υψηλά επίπεδα εμβολιασμού στα παιδιά του δημοτικού, DTP 3 δόσεις 99%, 4 δόσεις 98%, 5 δόσεις 90%. MMR 1 δόση 98%. Ωστόσο όσον αφορά αυτά τα εμβόλια, το πιο σημαντικό πρόβλημα παρουσιάζεται με τη δεύτερη δόση του εμβολίου MMR με ποσοστό 77% των παιδιών της χώρας που έχει λάβει τη δεύτερη δόση, ενώ για τα παιδιά μεταναστών το ποσοστό αυτό είναι 52% και αρκετά χαμηλότερο για τους αθίγγανους. Χαμηλή κάλυψη με 2 δόσεις εμβολίου για ιλαρά βρέθηκε για τα παιδιά της Γ΄ γυμνασίου (80%). Σημειώνεται ότι ο στόχος που έχει θέσει ο ΠΟΥ στο πλαίσιο της στρατηγικής της εξάλειψης της εγχώριας ιλαράς από την Ευρώπη είναι να επιτευχτεί ο εμβολιασμός του 95% του παιδικού πληθυσμού με δυο δόσεις MMR. Το επίπεδο εμβολιαστικής κάλυψης για ιλαρά που βρέθηκε στην μελέτη είναι συμβατό με το γεγονός ότι συνεχίζουν να εκδηλώνονται επιδημίες ιλαράς στην Ελλάδα, όπως η επιδημία που έγινε το 2006 – 2006, η όποια προσέβαλε κατά κύριο λόγο παιδιά της τσιγγάνικης μειονότητας καθώς και μετανάστες, αλλά και εφήβους και νέους του γενικού πληθυσμού (Παναγιωτόπουλος και συν., 2006).

Για τα εμβόλια που εντάχθηκαν στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών έως την αρχή της δεκαετίας του 2000 (ηπατίτιδας Β το 1998 και του αιμόφιλου ινφλουέντσας τύπου b το 2002) υπάρχει υψηλή κάλυψη με την πρωτογενή σειρά εμβολιασμού: 95% με τις απαιτούμενες 3 δόσεις εμβολίου για ηπατίτιδα

Β και 90% για αιμόφιλο ινφλουέντσας τύπου b (Hib).

Για τα εμβόλια που εντάχθηκαν στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών το 2006, δηλαδή περίπου το διάστημα που διεξαγόταν η μελέτη, η εμβολιαστική κάλυψη ποικίλει. Με συζευγμένο εμβόλιο για μηνιγγιτιδόκοκκο ορροομάδας C (MCVC)- που ήταν διαθέσιμο στο εμπόριο από το 2001- είχαν εμβολιαστεί περίπου 7 στα 10 παιδιά (72%). Όπως είναι αυτονόητο, σχεδόν για το σύνολο των εμβολιασμών αυτών το κόστος του εμβολίου είχε καταβληθεί από την οικογένεια και η μεγάλη πλειοψηφία τους (87%) είχε γίνει στον ιδιωτικό τομέα. Με συζευγμένο 7δύναμο εμβόλιο κατά του πνευμονόκοκκου (PCV7) και με εμβόλιο ανεμευλογιάς (Var)- που κυκλοφόρησαν στην Ελλάδα το 2005- δηλαδή λίγο μόνο καιρό πριν τη διεξαγωγή της μελέτης, τα ποσοστά κάλυψης ήταν χαμηλά (5% και 13% αντιστοίχως), όπως αναμενόταν(Παναγιωτόπουλος και συν , 2006).

Τα παιδιά της Γ' γυμνασίου εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα εμβολιαστικής κάλυψης από αυτά των μικρότερων παιδιών. Ιδιαίτερη σημασία έχει το ανεπαρκές επίπεδο κάλυψης με δυο δόσεις εμβολίου MMR (80%), το σχετικά χαμηλό επίπεδο εμβολιασμού για ηπατίτιδα Β (85%) και η πολύ χαμηλότερη κάλυψη με εμβόλιο μηνιγγιτιδόκοκκου ορροομάδας C (43%). Σημειώνεται ότι ένα ποσοστό 5,5% περίπου των παιδιών δεν προσκόμισαν βιβλιάριο, αφήνοντας ερωτηματικά για τη σωστή καταγραφή και παρακολούθηση της ανάπτυξης του παιδιού.Η ενίσχυση των δημοσίων εμβολιαστικών κέντρων ώστε να αυξηθούν οι δυνατότητες των γονέων να προσφεύγουν σε αυτά αποτελεί, επομένως, ακρογωνιαίο λίθο για την αύξηση της εμβολιαστικής κάλυψης στη χώρα μας, ιδίως για παιδιά από ειδικές πληθυσμιακές ομάδες και από οικογένειες με χαμηλές οικονομικές δυνατότητες.

ABSTRACT

ORIGINAL ARTICLE

THE VACCINE COVERAGE OF SCHOOLCHILDREN (6-16 YEARS OLD) IN A GREEK PROVINCE

E. Mastrapa[1], A. Ifantis[2], D. Hanioti[3], E. Siamanga[4], I. Pressas[5], Georgia Rapti[3], S. Tsiringa[1]

[1. M.Sc., Health Visitor of Health Center at Stylida, 2. RN, M.Sc., General Hospital of Lamia, 3.RN, 4. Assistant Professor of TEI Lamia, 5. Nursing student of TEI Lamia]

Aim: To assess the vaccine coverage of schoolchildren in the responsibility area of a Health Center, as recorded during Personal Health Card (PHC) fill-in procedure.

Material and methods: The sample consisted of 611 pupils(boys: 319), aged 6-16 years old of the 1st, 3rd and 5th grade of Elementary School as well of 1st Junior High School class and 1st High School class, in the responsibility area of Stylida Health Center. Their PHC records were evaluated. X2 was used for comparison and statistical significance was set at p=0,05.

Results: 319 children (51.20%) were boys and 292(47.80%) were girls. Fully vaccinated for all the recommended vaccines were 139 boys and 132 girls, 43.57% and 44.1% respectively. No statistical differences were observed between boys and girls. Most low vaccination coverage refers to meningococcus vaccine (45,51%) followed by MMR and varicella –zoster vaccine (14.42%.

Conclusions: A considerable percentage of school children of both sexes s presented with vaccination coverage deficits. Most deficits occur in vaccines lately introduced in The National Vaccination Program.

Key words: Personal Health Card (PHC), vaccine, Health Promotion.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Βήνη Δ., Ζαβός Χ., Λιάπη Α., Σιώμου Τ., Σκεντέρης Ν. (2000). Ευρήματα από το Ατομικό Δελτίο Υγείας του Μαθητή και Περαιτέρω Αξιολόγησή τους. 38ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, σελ.277.
2. Κάσιμος Χ (2003). Προφυλακτικοί Εμβολιασμοί. Νέα Παιδιατρικά Χρονικά. 3 (1):21-25.
3. Κουρέα - Κρεμαστινού Τζ., (2006). Βασικά Θέματα Δημόσιας Υγεί-

ας. Ε.Σ.Δ.Υ., 296-7, 359-360, 362-4.
4. Κουρέα-Κρεμαστινού Τζ., Τζανακάκη Τ., (2004). Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Μηνιγγίτιδας, :15.
5. Κωνσταντόπουλος Γ.Α., (2005). Εξελίξεις στην Παιδιατρική, Διαγνωστική και Θεραπευτική. Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο Παιδιατρικής. Β΄ Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών.
6. Μαστραπά Ε., Βέλλιος Δ., Χατζόπουλος Ν., και συν. (1996). Νοσηρότητα παιδιών ηλικίας 5-15 ετών στην περιοχή Στυλίδας Λαμίας. Πρακτικά 8ου Πανελληνίου Συνεδρίου Γενικής Ιατρικής, Χαλκιδική.
7. Νούλα Μ., Γκεσούλη Ε., Μαστρογιάννης Δ., και συν. (2008). Vaccination coverage in primary school children of urban and suburban population in central Greece. Ιατρικά Χρονικά. ΚΑ΄ (10): 486-90.
8. Παναγιωτόπουλος Τ., Βαλάσση–Αδάμ Ε (1998). Πανελλαδική μελέτη κατάστασης εμβολιασμού. Ινστιτούτο υγείας του παιδιού, Διεύθυνση Κοινωνικής Παιδιατρικής, Αθήνα
9. Παναγιωτόπουλος Τ., Βαλάσση–Αδάμ Ε., Σαραφίδου Ε. και συν. (2002). Εθνική μελέτη Εμβολιασμών 2001: Κάλυψη με εμβόλιο για ηπατίτιδα Β, αιμοφιλο ινφλουέντζας τύπου b και μηνιγγιτιδόκοκκο, 40ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, Θεσσαλονίκη (περίληψη).
10. Παναγιωτόπουλος Τ., Βαλάσση–Αδάμ Ε., Σαραφίδου Ε. και συν. (2002). Εθνική μελέτη Εμβολιασμών 2001: Κάλυψη με DTP και MMR, 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Δημόσιας υγείας και Υπηρεσιών υγείας , Αθήνα (περίληψη).
11. Παναγιωτόπουλος Τ. και ομάδα μελέτης, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας του παιδιού, Ινστιτούτο Υγείας του παιδιού, Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (τμήμα Επιδημιολογικής επιτήρησης), Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης (Ιατρικό τμήμα), Πανεπιστήμιο Κρήτης (τομέας κοινωνικής Ιατρικής), Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύη, (2006). Εθνική μελέτη κατάστασης εμβολιασμού και συχνότητας φυματικής λοίμωξης στα παιδιά, σελ. 6, 8, 15-23, 32-35.
12. Philalithis AE (1995). Health Service Reforms in Bulgaria: Constraints and Opportunities, στο: Health Challenges for Countries of Central and Eastern Europe and the Newly Independent States, Harrington P., Ritsatakis A. (Eds), Copenhagen, Denmark.

Εκτίμηση των Αναγκών Εκπαίδευσης και Κατάρτισης των Ανθρώπινων Πόρων Υγείας στη Χώρα μας στο Πλαίσιο του Εθνικού Στρατηγικού Σχεδίου Ανάπτυξης 2007-2013

Δέσποινα Ανδριώτη[1], Δημήτρης Κομματάς[2], Αλεξάνδρα Σκίτσου[3], Γιώργος Χαραλάμπους[4], Χρύσα Μπαρό[5]

1. Οικονομολόγος της Υγείας, BA, MSc, PhD, Επιστημονικός Συνεργάτης, ΤΕΙ Αθήνας,
2. Πολιτικός Επιστήμων, BA, MSc, Προϊστάμενος Διεύθυνσης Εκπαίδευσης Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης,
3. Νομικός, BA, MSc, PhD, Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Frederick, Κύπρος,
4. Υπεύθυνος Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών, Γ.Ν.Α. Ιπποκράτειο, MD, MSc, PhD,
5. Νοσηλεύτρια, BA, MSc, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η εκπαίδευση και κατάρτιση βοηθάει στη βελτίωση των δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας και συμβάλλει στην αύξηση της αποδοτικότητας τους. Οι κατάλληλα εκπαιδευμένοι εργαζόμενοι, μπορούν να ανταποκρίνονται στις τρέχουσες και μελλοντικές ανάγκες του πληθυσμού. Το Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Ανάπτυξης (ΕΣΠΑ) 2007-2013 αποτελεί μοναδική ευκαιρία για το σχεδιασμό σύγχρονης εκπαίδευσης και κατάρτισης του ανθρώπινου δυναμικού του υγειονομικού τομέα προς αυτή την κατεύθυνση

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας αυτής ήταν η εκτίμηση των αναγκών εκπαίδευσης και κατάρτισης των επαγγελματιών υγείας της χώρας μας με βάση το υγειονομικό πρότυπο του πληθυσμού. Αποτελεί επικαιροποιημένη εκδοχή του κειμένου που χρησιμοποιήθηκε για διαβούλευση στο θέμα της ανάπτυξης ανθρώπινου δυναμικού στο πλαίσιο του Εθνικού Αναπτυξιακού Σχεδίου 2007-2013, του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Υλικό-Μέθοδος: Συγκεντρώθηκαν δημογραφικά και επιδημιολογικά δεδομένα του ελληνικού πληθυσμού τα οποία συνδυάστηκαν με συναφείς πολιτικές ανθρωπίνων πόρων από διεθνείς οργανισμούς μέσω βιβλιογραφικής αναζήτησης στις ιστοσελίδες τους.

Συμπεράσματα: Ο ρόλος της πολιτείας είναι καθοριστικός στη διαμόρφωση κατάλληλης πολιτικής και στη θέσπιση στόχων και στρατηγικών για την επίτευξη της ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού. Βασικά θέματα που πρέπει να αντιμετωπιστούν προς αυτή την κατεύθυνση είναι η λεπτομερής καταγραφή του υπάρχοντος δυναμικού (αριθμοί και χαρακτηριστικά), η πρόβλεψη για μελλοντικές υπηρεσίες, η βελτίωση της ποιότητας και των δεξιοτήτων του, μέσω επενδύσεων σε προγράμματα εκπαίδευσης και κατάρτισης περιλαμβανομένης της δια βίου εκπαίδευσης και της εκπαίδευσης στις νέες τεχνολογίες.

Λέξεις-κλειδιά:
Δια-βίου εκπαίδευση κατάρτιση, επαγγελματίες υγείας, επαγγελματικά προσόντα, δεξιότητες

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εκπαίδευση και κατάρτιση του ανθρώπινου δυναμικού είναι ουσιώδης παράμετρος στην ανάπτυξη των ανθρώπινων πόρων του συστήματος υγείας (Cedefop 2009). Η εκπαίδευση επειδή βοηθά στην απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων και η κατάρτιση επειδή βοηθά στη διατήρηση και ανανέωσή τους. Ένα καλά εκπαιδευμένο ανθρώπινο δυναμικό παρέχει ποιοτικές υπηρεσίες που ανταποκρίνονται στις προσδοκίες και απαιτήσεις του πληθυσμού και συμβάλλει στην ασφάλεια των ασθενών. Επιπλέον είναι μια από τις τρεις παραμέτρους της πολιτικής των ανθρώπινων πόρων, η οποία συνοψίζεται ως εξής: «τα κατάλληλα εκπαιδευμένα άτομα, στις σωστές αναλογίες και στις κατάλληλες θέσεις εργασίας» (WHO 2006).

Με αφορμή το Εθνικό Στρατηγικό Σχέδιο Ανάπτυξης 2007-2013 επιχειρείται η σκιαγράφηση των σύγχρονων αναγκών εκπαίδευσης και κατάρτισης του δυναμικού υγείας με βάση το υγειονομικό προφίλ του πληθυσμού και στόχο την αναδιοργάνωση και μεταρρύθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας της χώρα μας στην κατεύθυνση της ποιότητας και αποδοτικότητας (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης 2005)

Η Διεθνής Εμπειρία

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και η Ευρωπαϊκή Ένωση, με ηγετική θέση στη διαμόρφωση πολιτικής υγείας, έχουν θέσει σε υψηλή προτεραιότητα το θέμα της ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού το οποίο αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για τη μεταρρύθμιση των συστημάτων υγείας ώστε να ανταποκρίνονται στις ανάγκες του πληθυσμού, όπως φαίνεται και από τις σχετικές εκθέσεις. (Commission of the European Communities 2008, European Commission 2010). Βασική προϋπόθεση αυτής της ανάπτυξης είναι η επιλογή και υιοθέτηση αποτελεσματικών και σύγχρονων εκπαιδευτικών προγραμμάτων, τα οποία θα έχουν στόχο τη βελτίωση των δεξιοτήτων και τα ποιοτικά χαρακτηριστικά της εργασίας, αφού οι δεξιότητες οι οποίες απαιτείται να αναπτύξουν οι επαγγελματίες υγείας, είναι κάθε φορά συνδεδεμένες με το υγειονομικό προφίλ, την κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη, τις αξίες και τις προτεραιότητες της κοινωνίας (WHO 2006, European Commission 2010).

Το ελληνικό πλαίσιο

Στη χώρα μας η απουσία εθνικής πολιτικής ανθρώπινων πόρων δυσκολεύει τον προγραμματισμό κατάλληλων υπηρεσιών για την αποτελεσματική κάλυψη του πληθυσμού. Η κατάσταση γίνεται ακόμα δυσκολότερη εξ΄ αιτίας της έλλειψης συστήματος καταγραφής και παρακολούθησης των μεγεθών και των χαρακτηριστικών του δυναμικού υγείας. Ένα τέτοιο σύστημα πληροφόρησης αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση, για τη δημιουργία επιτυχημένης εθνικής πολιτικής ανθρώπινων πόρων (European Commission 2009). Η πολιτική αυτή θα πρέπει να θέτει σαφείς άξονες στον τομέα της προσφοράς (εκπαίδευση και κατάρτιση), της ζήτησης (πρόσληψη και απασχόληση) και της διοίκησης (ανάπτυξη, γεωγραφική κατανομή, παραγωγικότητα) και μετρήσιμους στόχους (Ανδριώτη 1998)

Ειδικότερα, η βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών, προϋποθέτει την αναδιοργάνωση των προγραμμάτων σπουδών, της εκπαίδευσης, κατάρτισης και δια βίου εκπαίδευσης και τη διακρίβωση τους (accreditation), τον καθορισμό των ειδικοτήτων (licensing) και το συναφές περιεχόμενο των σπουδών (Mladovsky et al 2009).

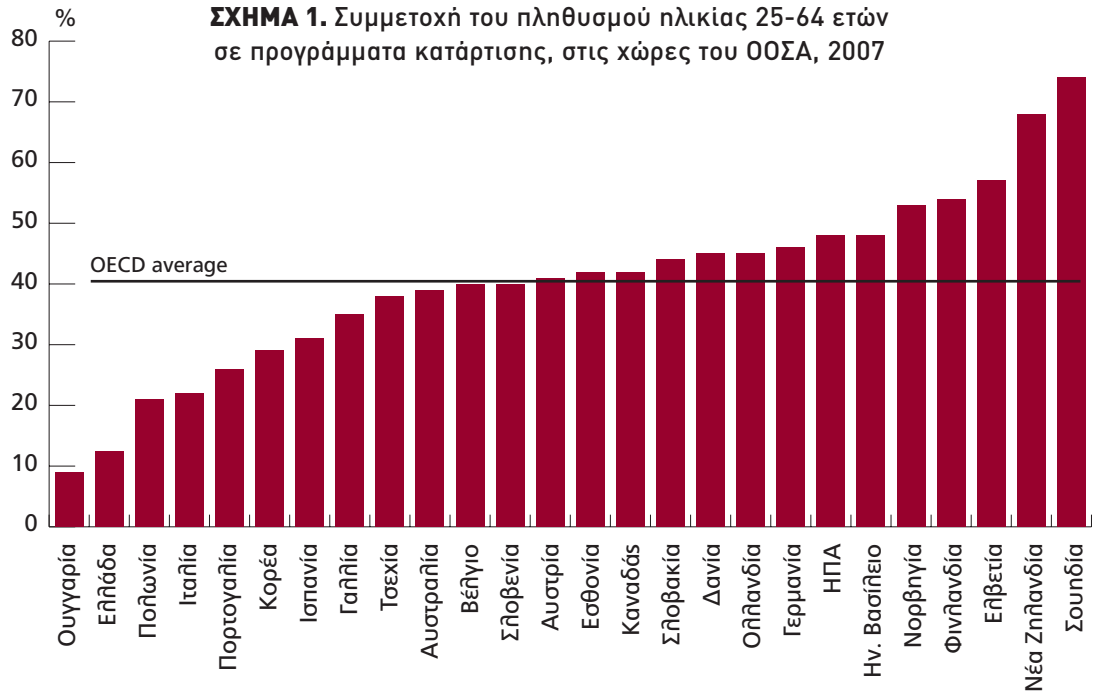
Σε αναφορά με τα προγράμματα δια βίου εκπαίδευσης και κατάρτισης, στον Πίνακα 1 φαίνεται διαχρονικά ότι, η συμμετοχή των Ελλήνων ηλικίας 25-64 ετών ήταν σημαντικά χαμηλότερη τόσο από τον μέσο όρο των παλαιών ΕΕ15 όσο και από το μέσο όρο των κρατών μελών της ΕΕ25 ή ΕΕ27 αντίστοιχα. Συγκεκριμένα, περίπου 2 στους δέκα παρακολούθησαν κάποιας μορφής εκπαίδευση και κατάρτιση στη χώρα μας κατά την περίοδο 1993-2007 έναντι περίπου 8 στις χώρες ΕΕ15 (ΕΣΥΕ 2009, Boateng 2009). Το γεγονός αυτό υποδηλώνει τη χαμηλή αξιοποίηση τέτοιων πρωτοβουλιών, που αποτελούν μοναδική δυνατότητα για ανανέωση των γνώσεων του εργατικού δυναμικού. Η ανάλυση του Εθνικού μας Συστήματος Εκπαίδευσης και Κατάρτισης (Ε&Κ) με τη βοήθεια δεικτών (Σαρρής και συν 2006) εμφανίζει καθαρά, αφ΄ ενός την υστέρηση αυτών των κρίσιμων μηχανισμών στη χώρα μας σε σχέση με του Ευρωπαϊκούς μέσους όρους (EUROSTAT 2009) (Σχήμα 1), αφ΄ ετέρου τη δυσκολία σύγκλισης

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Συμμετοχή το ελληνικού και του πληθυσμού της Ευρωπαϊκής Ένωσης ΕΕ15 και ΕΕ25 σε κάποιου είδους εκπαίδευση κατά τα έτη 1993-2007

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2007
Ελλάδα	1.1	1.0	0.9	0.9	0.9	1.0	1.3	1.1	1.4	1.2	2.7	2.0	2.1
ΕΕ (25)	:	:	:	:	:	:	:	7.9	7.8	7.9	9.2	9.9	9.7*
ΕΕ (15)	:	:	:	5.7	5.7	:	8.2	8.4	8.3	8.5	9.9	10.6	8.4

Πηγή: Boateng 2009
**EU-27 member states*

ΣΧΗΜΑ 1. Συμμετοχή του πληθυσμού ηλικίας 25-64 ετών σε προγράμματα κατάρτισης, στις χώρες του ΟΟΣΑ, 2007



Πηγή: OECD (2010), Education at a Glance 2010, Table A5, 1a, available at http://dx.doc.org/10.1787/888932310168.

τόσο ποσοτικά (απαίτηση υψηλών ρυθμών) όσο και ποιοτικά (έλλειψη στρατηγικών «κρίκων») (OECD 2010).

Η αξιολόγηση που έγινε στα προγράμματα κατάρτισης που υλοποιήθηκαν από φορείς του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, στο πλαίσιο του προηγούμενου Στρατηγικού Πλαίσιο Ανάπτυξης 2000-2006 έδειξε αδυναμία σύνδεσης της κατάρτισης με την καθημερινή άσκηση του έργου τους, καθώς και αδυναμία εκτίμησης της επίπτωσης της επαγγελματικής εκπαίδευσης στην επαγγελματική τους κουλτούρα (Σαρρής και συν 2006).

Εξέλιξη και Επιδημιολογικό Προφίλ του Πληθυσμού

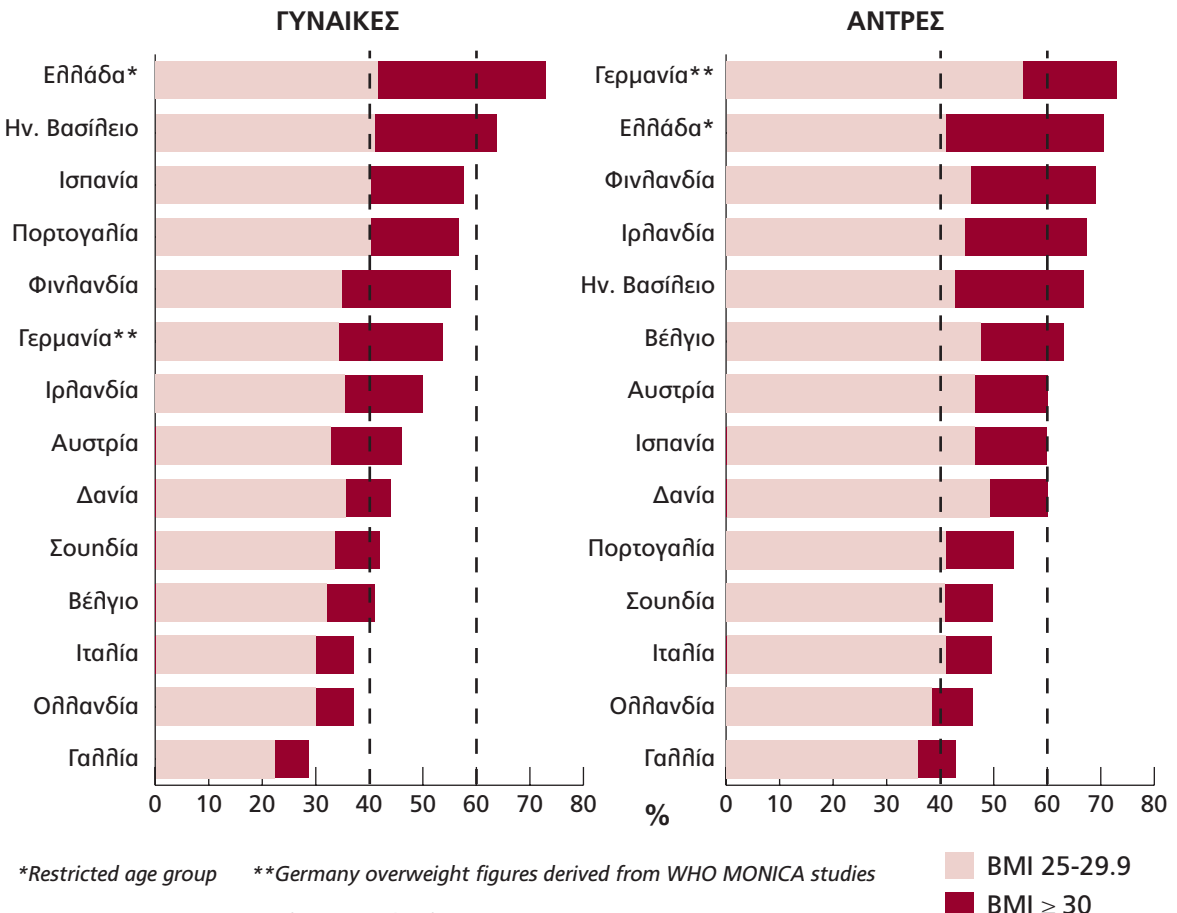
Το επιδημιολογικό προφίλ του ελληνικού πληθυσμού, σύμφωνα με τον ΠΟΥ και την Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ), είναι παρόμοιο με εκείνο που περιγράφεται για τις αναπτυγμένες χώρες. Η κυριότερες αιτίες θανάτου του πληθυσμού είναι τα νοσήματα του κυκλοφορικού (48%), τα κακοήθη νεοπλάσματα (25%), τα νοσήματα του αναπνευστικού (7%) και οι εξωτερικές κακώσεις και δηλητηριάσεις (5%). Τα τροχαία ατυχήματα είναι η κυριότερη αιτία θανάτου για τις ηλικίες μέχρι 44 ετών και είναι υψηλότερη στη χώρα μας σε σχέση με το μέσο όρο της ΕΕ (27). Αξίζει να σημειωθεί ότι τα τελευταία χρόνια δείχνει να μειώνεται και αυτό φαίνεται ότι οφείλεται στους ελέγχους κατανάλωσης οινοπνεύματος στους οδηγούς καθώς και στην αγωγή υγείας στα σχολεία. Τα κακοήθη νεοπλάσματα επηρεάζουν κυρίως τα άτομα μέσης ηλικίας, ενώ τα νοσήματα του κυκλοφορικού είναι η κυριότερη αιτία θανάτου στις ηλικίες 60+

Σε ότι αφορά τη γεννητικότητα αυτή παραμένει σταθερή σε 1,3 παιδιά ανά γυναίκα από τις αρχές της δεκαετίας του '90 ευρισκόμενη σημαντικά κάτω του επιπέδου αντικαταστάσεως. Έτσι, σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του Eurostat 2008 και της ΕΛΣΤΑΤ 2010, ο πληθυσμός της χώρας θα αρχίσει να μειώνεται από το 2020, ενώ το ποσοστό των ηλικιωμένων 65+ θα αυξηθεί και θα ανέλθει σε 21% το ίδιο έτος και σε 32% το 2050.

Έχει ευρύτατα τεκμηριωθεί σε μεγάλο αριθμό μελετών, ότι τα ατομικά πρότυπα συμπεριφοράς, καθώς και το κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον, ενοχοποιούνται σε μεγάλο βαθμό για τα χρόνια νοσήματα. Έτσι στο Σχήμα 2 φαίνεται η αύξηση του αριθμού των παχύσαρκων και υπέρβαρων στη χώρα μας, ενώ σε ότι αφορά το κάπνισμα, η χώρα μας έχει το υψηλότερο ποσοστό στην ΕΕ αφού το 46,8% των ανδρών και το 29% των γυναικών ηλικίας άνω των 15 ετών καπνίζει.

Η γήρανση του πληθυσμού και η συμμετοχή στην αναλογική νοσηρότητα και θνησιμότητα των καρδιαγγειακών νοσημάτων, νεοπλασμάτων, ατυχημάτων, ψυχικών διαταραχών και του διαβήτη θα βαίνει συνεχώς

ΣΧΗΜΑ 2. Εκτίμηση του επιπολασμού υπέρβαρων και παχύσαρκων κατά φύλο σε επιλεγμένες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης το 2010



**Restricted age group* ***Germany overweight figures derived from WHO MONICA studies*

Πηγή: European Association for the Study of Obesity.

αυξανόμενη, υποδηλώνοντας και την ανάγκη για παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών πρόληψης, περίθαλψης, φροντίδας και αποκατάστασης στον πληθυσμό. Εκ παραλλήλου η μείωση της γεννητικότητας και η μεταβολή του προφίλ της ελληνικής οικογένειας σηματοδοτεί την ανάγκη για επέκταση των δομών βοήθειας και φροντίδας για την Τρίτη ηλικία και την αντίστοιχη επένδυση σε υποδομές και προσωπικό ώστε να μπορεί να ανταποκριθεί σ΄ αυτές τις μεταβολές (Ανδριώτη και Ρουμελιώτη 2007).

Σε ότι αφορά στη γεννητικότητα επειδή θα βαίνει συνεχώς μειούμενη, αναμένεται να μειωθεί η ζήτηση για μαιευτήρια και μαιευτικά κρεβάτια, καθώς και σε αντίστοιχο δυναμικό συναφών ειδικοτήτων. Η ζήτηση όμως για νοσηλεία νεογνών υψηλού κινδύνου αναμένεται να αυξηθεί, με στόχο τη μείωση της περιγεννητικής και νεογνικής θνησιμότητας, οι οποίες αν και έχουν βελτιωθεί θεαματικά μεταξύ των ετών 1971-2007 έχουν περιθώριο περαιτέρω βελτίωσης. Στην κατεύθυνση αυτή θα βοηθήσει η ορθή εφαρμογή του προγαμιαίου πιστοποιητικού σε συνδυασμό με τη δυνατότητα προγεννητικής διάγνωσης. Παράλληλα η αντιμετώπιση της υπογονιμότητας θα απαιτήσει αντίστοιχες επενδύσεις σε υψηλή τεχνολογία και εκπαιδευμένο προσωπικό (Ανδριώτη και Ρουμελιώτη 2007).

Οι Προοπτικές

Το πλαίσιο της πολιτικής για το σχεδιασμό και την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού, λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαιτερότητες της χώρας μας, είναι απαραίτητο να βασιστεί στη δέσμευση της κεντρικής διοίκησης για τις αναγκαίες μεταρρυθμίσεις, στη θέσπιση και εφαρμογή σχετικής νομοθεσίας, την ανάπτυξη συστημάτων καταγραφής, πληροφόρησης και ανάλυσης των δεδομένων της χώρας (Commission of the European Communities 2008).

Με βάση την ανάλυση που προηγήθηκε προτείνονται:

- Η δημιουργία πολιτικής ανθρωπίνων πόρων. Στο πλαίσιο της αναζήτησης μιας μεταρρύθμισης του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα, ο σχεδιασμός και η διαχείριση των ανθρωπίνων πόρων αποτελεί υψηλή προτεραιότητα προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι διαγραφόμενες προκλήσεις από την κοινωνία της γνώσης και τις τεχνολογικές εξελίξεις όπως έχουν περιγραφεί στη σχετική βιβλιογραφία (Cedefop 2008)
- Δημιουργία συστήματος τεκμηρίωσης και έρευνας των επαγγελματιών υγείας. Είναι προφανές ότι για την υλοποίηση της σχετικής πολιτικής στον τομέα των ανθρωπίνων πόρων χρειάζεται η θέσπιση σταθερού συστήματος συλλογής και επεξεργασίας στατιστικών δεδομένων για την παρακολούθηση της εξέλιξης τους, της συμβολής τους στην ποιότητα των υπηρεσιών και τη μέτρηση της παραγωγικότητας. Αυτό μπορεί να γίνει μέσω της ίδρυσης Παρατηρητήριου Ανθρώπινων Πόρων, θεσμός ο οποίος προτείνεται και από τον ΠΟΥ (Rechel et al 2006)
- Ανάπτυξη ανθρωπίνων πόρων σε αριθμούς, ειδικότητες και η ποιότητα τους. Η διαρθρωτική και τεχνολογική αλλαγή που θα προκύψουν από τους πυλώνες του αναπροσανατολισμού του Εθνικού Συστήματος Υγείας θα φέρουν στο επίκεντρο τις νέες γνώσεις και τεχνολογίες (e-health και health intelligence, βιονανο-ΤΠΕ) (Υπουργείο Ανάπτυξης 2005) και θα πρέπει να ληφθούν υπόψη στο μελλοντικό σχεδιασμό. Στο πλαίσιο αυτό, κρίνονται απαραίτητες οι επενδύσεις σε υποδομές (ΜΕΘ, ΤΕΠ), με παράλληλη εκπαίδευση και κατάρτιση ανάλογου αριθμού ανθρώπινου δυναμικού που θα είναι σε θέση να χειρίζεται την υψηλή τεχνολογία (Kachur and Krajic 2006)
- Αναθεώρηση της εκπαίδευσης, κατάρτισης και δια βίου εκπαίδευσης καθώς και καθιέρωση και επέκταση της εκπαίδευσης σε υφιστάμενες και νέες τεχνολογίες. Στη χώρα μας υπάρχει σοβαρό πρόβλημα εκπαίδευσης ιδιαίτερα σε ότι αφορά θέματα προγραμμάτων σπουδών, διαδικασίας και αξιολόγησης τους. Η ίδρυση Εθνικού Κέντρου Διακρίβωσης αναμένεται να βοηθήσει σημαντικά προς αυτή την κατεύθυνση. Η στρατηγική σημασία των ανθρωπίνων πόρων, που θα υλοποιήσουν την πολιτική της κεντρικής διοίκησης για την υγεία κάνει επιτακτική την ανάγκη δημιουργίας επαγγελματιών διεπιφάνειας, αναδεικνύοντας σε κρίσιμο παράγοντα τους εκπαιδευτικούς και υποστηρικτικούς μηχανισμούς κάθε είδους (McKee et al 2006). Στους μηχανισμούς αυτούς περιλαμβάνονται το θεσμοθετημένο Εκπαιδευτικό Σύστημα (Σχολεία, Πανεπιστήμια, ΤΕΙ, αρχική επαγγελματική κατάρτιση), η δια βίου εκπαίδευση (ενηλίκων, ειδικών ομάδων, άτυπες μορφές), αλλά και τα Συστήματα Πιστοποίησης των γνώσεων και των δεξιοτήτων, οι επαγγελματικές οργανώσεις, η δημόσια διοίκηση και τέλος το ανθρώπινο κεφάλαιο/απόθεμα (γνώσεων δεξιοτήτων), που είναι συσσωρευμένο σε μια κοινωνία
- Έλεγχος της προσφοράς ιατρικού δυναμικού, ενθάρρυνση του για την κατάληψη μη κορεσμένων ειδικοτήτων. Η διατύπωση αυτή υποδηλώνει την ανάγκη για εκπαίδευση, κατάρτιση και δια βίου εκπαίδευση ικανού αριθμού γιατρών κυρίως στη γενική ιατρική, δημόσια υγεία, γηριατρική, ογκολογία, ψυχιατρική, επειγοντολογία, ιατρική της εργασίας, νεογνολογία, λοιπών επαγγελματιών στους ανωτέρω τομείς καθώς και εκπαίδευση όλων των επαγγελματιών υγείας στις νέες τεχνολογίες και τις τεχνολογίες αιχμής (Κυριόπουλος και συν 1996). Αποτέλεσμα των εξελίξεων θα είναι η μείωση των αναγκών σε μαιευτικά κρεβάτια και σε ανθρώπινο δυναμικό συναφών ειδικοτήτων (μαιευτήρες, μαίες), με παράλληλη ανάγκη για επένδυση σε νεογνολογικά τμήματα και μονάδες νοσηλείας προώρων νεογνών υψηλού κινδύνου, που θα βοηθήσει και στη μείωση της περιγεννητικής και νεογνικής θνησιμότητας
- Πρόσληψη και ορθολογική στελέχωση των υπηρεσιών με ικανό αριθμό νοσηλευτών και λοιπών επαγγελματιών υγείας. Η αναλογία νοσηλευτών προς κατοίκους είναι ακόμα πολύ χαμηλή στη χώρα μας σε σχέση με τις άλλες χώρες της ΕΕ. Ο αριθμός των λοιπών επαγγελματιών υγείας που απασχολείται στον υγειονομικό τομές είναι άγνωστος και επιβάλλεται να μελετηθεί διεξοδικά και να βελτιωθεί, γεγονός το οποίο θα συντελέσει στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών (Πιερράκος και συν 2006)
- Υιοθέτηση σύγχρονων μεθόδων διοίκησης και γεωγραφικής ισοκατανομής. Ειδικότερα η εκπαίδευση και κατάρτιση σε σύγχρονες μεθόδους διοίκησης και διαχείρισης αποτελεί πάγιο επαναλαμβανόμενο αίτημα των επαγγελματιών υγείας. Ο συνδυασμός των δύο αυτών παραμέτρων θα συμβάλει σημαντικά στη βελτίωση της παραγωγικότητας, της πρόσβασης αλλά και της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών
- Κινητικότητα και "brain drain" Στο πλαίσιο της ελεύθερης μετακίνησης των εργαζομένων, ενθαρρύνεται η κινητικότητα των επαγγελματιών υγείας, μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και καταβάλλεται προσπάθεια διευκόλυνσης τους, μέσω της διαμόρφωσης και αναθεώρησης της σχετικής εθνικής νομοθεσίας των κρατών μελών. Το "brain drain" θεωρείται μείζον θέμα για την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού, έχει τη μορφή της εκροής πόρων και αποτέλεσμα αυτού είναι η συμμετοχή των χωρών αναχώρησης στο σχηματισμό πλούτου στις χώρες υποδοχής. Το θέμα ερευνάται σε επίπεδο Διεθνών Οργανισμών και φορέων (European Union 2005)

Συμπεράσματα

Η οργάνωση υπηρεσιών πρόληψης, η βελτίωση της προσπελασιμότητας και η εφαρμογή στρατηγικών

για τον επηρεασμό του τρόπου ζωής (lifestyles) του πληθυσμού έχουν θεμελιώδη σημασία, αφού η επένδυση στην υγεία έχει αποδειχτεί ότι είναι άξονας ανάπτυξης μιας χώρας και δεν μπορούν να εφαρμοστούν χωρίς κατάλληλα εκπαιδευμένο ανθρώπινο δυναμικό. Οι επενδύσεις σε νέα εκπαιδευτικά προγράμματα και τεχνολογίες, σε συνδυασμό με την ανάπτυξη των επαγγελματιών υγείας σύμφωνα με τις ανάγκες του πληθυσμού και της αγοράς εργασίας, αποτελούν τη βάση της υγειονομικής μεταρρύθμισης, δεδομένου ότι η υγειονομική κρίση στην Ελλάδα είναι κυρίως πρόβλημα ανθρώπινου δυναμικού. Η περιγραφή των θέσεων εργασίας ώστε να αντικατοπτρίζουν τις δεξιότητες του προσωπικού, είναι θέμα προτεραιότητας. Αυτό θα τους δώσει την δυνατότητα να εφαρμόζουν τις νέες γνώσεις που έχουν αποκτηθεί μέσω της εκπαίδευσης και κατάρτισης στην καθημερινή τους πρακτική και θα συμβάλει στην αποτελεσματικότητα των σχετικών επενδύσεων για το ανθρώπινο δυναμικό του υγειονομικού τομέα. Παράλληλα, η ασφάλεια του ασθενούς προϋποθέτει κατάλληλα εκπαιδευμένο ανθρώπινο δυναμικό του οποίου οι δεξιότητες εκσυγχρονίζονται συνεχώς κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής του ζωής. Η επιτυχία αυτών των πολιτικών, προϋποθέτει την εφαρμογή σύγχρονων κανόνων διοίκησης στον υγειονομικό τομέα. Τέλος είναι απαραίτητη η επίτευξη ευρείας συναίνεσης, της πολιτείας με τους επαγγελματίες υγείας, δεδομένου ότι αυτοί καλούνται να υλοποιήσουν την πολιτική υγείας της χώρας. Οι μεταρρυθμίσεις οδηγούνται σε αποτυχία χωρίς την ενημέρωση, συνεργασία και υποστήριξη τους.

ABSTRACT

ORIGINAL ARTICLE

HUMAN RESOURCES FOR HEALTH NEEDS ASSESSMENT OF LIFE-LONG LEARNING IN THE FRAMEWORK OF THE STRATEGIC NATIONAL DEVELOPMENT PLAN 2007-2013

D. Andrioti[1], D. Kommatas[2], A. Skitsou[3], G. Charalambous[4], C. Baro[5]

[1. BA, MSc, PhD, Health Economist, Scientific Collaborate of TEI of Athens, 2. BA, MSc, Political Scientist, Chief of Educational Directorate of Ministry of Health and Social Solidarity, 3. BA, MSc, PhD, Lawyer, Professor of Frederic University, Cyprus, 4. Chief of Emergency Department, Ippokrateion General Hospital of Athens, 5. RN, Ministry of Health and Social Solidarity]

Background: Education and training contribute to better responsiveness and performance. Relevant policies should be based on the population health needs assessment. The National Strategic Development Plan (NSDP) 2007-2013 is a unique opportunity for planning modern education and training so that human resources for health meet current and future needs of the population

Aim: The aim of this study was to assess health professionals' training needs and life-long learning in our country, based on population profiles, and was one of the consultation documents under the National Strategic Development Plan (NSDP) 2007-2013

Method: Demographic and epidemiological data of the Greek population were combined with relevant human resources policies described by international organizations

Conclusion: Leadership is crucial in shaping the appropriate policy and establishing goals and strategies to achieve human resource development. Key issues to be addressed to this direction is detailed inventory of existing capacity (numbers and characteristics), the provision for future services, improving the quality and skills, through investment in education and training, including lifelong learning and education in new technologies.

Key words: Life long learning, health professional, skills, competencies.

Βιβλιογραφία

1. European centre for the development of VET (Cedefop) (2009). Future Skill Supply in Europe. Medium-term forecast up to 2020 synthesis report. Luxembourg: Publications Office, προσπελάστηκε 10/4/10 http://www.cedefop.europa.eu/etv/Upload/Information_resources/Bookshop/546/4086_en.pdf
2. World Health Organization (2006). Working Together for Health. The World Health Report. WHO Geneva http://www.who.int/hrh/

whr06_consultation/en/index.html προσπελάστηκε 10/4/10
3. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2005). Μελέτη στο πλαίσιο του Εθνικού Στρατηγικού Σχεδίου Ανάπτυξης-Υγεία και Κοινωνική Αλληλεγγύη ΕΣΠΑ 2007-2013. ΥΥΚΑ, Αθήνα
4. Commission of the European Communities (2008). On the European Workforce for Health. Green Paper. COM725 final. Brussels
5. European Commission. New Skills for New Jobs (2010). Anticipating and matching labour market and skills needs 2009, Luxembourg: Office for official publications of the European Communities
6. European Commission (2009). New skills for new jobs: Action now. Expert Group Luxembourg: Office for official publications of the European Communities, http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=568&langId=en accessed 12/3/2010
7. Ανδριώτη Δ (1998). Τα Επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα. Εξάντας, Αθήνα
8. Mladovsky Ph., Merkur S., Mossialos E., McKee M (2009). Life long learning and physician revalidation in Europe. Euro Observer, 11(2):1-5
9. ΕΣΥΕ (2009). Έρευνα Εκπαίδευσης Ενηλίκων. Δελτίο Τύπου, Μάρτιος http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A0102/PressReleases/A0102_SJO18_DT_AH_00_2007_01_F_GR.pdf προσπελάστηκε 5/ 4/10
10. Boateng S (2009). Significant country differences in adult learning. Population and Social Conditions, Statistics in focus 44, Eurostat, Brussels http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-09-044/EN/KS-SF-09-044-EN.PDF
11. Σαρρής Μ. Πιερράκος Γ. Αμίτσης Γ. Κυριόπουλος Γ. Σούλης Σ (2006). Αξιολόγηση δομών συνεχιζόμενης κατάρτισης στις υπηρεσίες υγείας. Νοσηλευτική 45(1):118-128
12. OECD (2010). Highlights from education at a glance OECD 2010
13. EUROSTAT (2009). Lifelong learning statistics http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Lifelong_learning_statistics προσπελάστηκε 5/ 4/10
14. Eurostat (2008). Ageing characterises the demographic perspectives of the European Societies. Population and social conditions. Statistic in focus. 72
15. Ανδριώτη και Ρουμελιώτη (2007). Δημογραφία, Δημόσια Υγεία και Πολιτική Υγείας. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα
16. European centre for the development of VET, (Cedefop) (2008). Future Skill Needs in Europe. Medium-term forecast: synthesis report. Luxembourg: Publications Office, προσπελάστηκε 10/4/10 http://www.cedefop.europa.eu/EN/Files/4078_en.pdf
17. Rechel B., Dubois C-A., McKee M (eds) (2006). The Health Care Workforce in Europe: Learning from Experience. WHO/Europe
18. Υπουργείο Ανάπτυξης (2005). Τεχνολογική Προοπτική Διερεύνηση στην Ελλάδα Συνθετική Έκθεση. Διεύθυνση Σχεδιασμού και Προγραμματισμού, Αθήνα
19. Kachur E., Krajic K (2006). Structures and Trends in health profession Education in Europe. In: Dubois C-A., McKee M., Nolte E (eds) Human Resources for Health in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies. Open University Press pp 79-97
20. McKee M., Dubois C-A., Sibbald B (2006). Changing professional boundaries. In: Dubois C-A., McKee M., Nolte E (eds) Human Resources for Health in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies. Open University Press pp 63-78
21. Κυριόπουλος Γ. Σούλης Σ. Ανδριώτη Δ. Χρυσάκης Μ (1996). Μελέτη Καθορισμού των Αναγκών Επαγγελματικής Κατάρτισης (Εργαζομένων και Ανέργων) ανά Περιφέρεια και Ειδικότητα στον Τομέα της Υγείας. Τομέας Οικονομίας της Υγείας ΕΣΔΥ, και Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας, Σχολή Επαγγελμάτων Υγείας και Πρόνοιας, ΤΕΙ Αθήνας. ΥΥΚΑ, Αθήνα
22. Πιερράκος Γ. Σαρρής Μ Αμίτσης Γ. Κυριόπουλος Γ. Σούλης Σ. (2006) Εκπαιδευτικές ανάγκες και συνεχιζόμενη κατάρτιση ανθρώπινου δυναμικού τομέα υγείας. Νοσηλευτική, 45(4):543-551
23. European Union (2005). The Contribution of Health to the Economy in the European Union. Health &Consumer Protection Directorate-General.

Θεραπεία της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας: μελέτη κόστους των μεθόδων αιμοκάθαρσης με φύσιγγα και διττανθρακικό διάλυμα και της αιμοδιαδιήθησης

Παρασκευή Θεοφίλου

Δρ. Ψυχολογίας Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Τμήμα Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας, Αθήνα

Σκοπός: Η οικονομική αποτίμηση της αιμοκάθαρσης (ΑΚ) σε Μονάδα Τεχνητού Νεφρού (ΜΤΝ) ιδιωτικής κλινικής. Ειδικότερα, γίνεται συγκριτική ανάλυση του κόστους αιμοκάθαρσης μεταξύ της μεθόδου με διττανθρακικά και της αιμοδιαδιήθησης.

Πληθυσμός μελέτης: 120 ασθενείς με ΧΝΑ τελικού σταδίου, οι οποίοι υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση στη ΜΤΝ της κλινικής για το έτος 2006.

Υλικό και Μέθοδος: Κατεγράφησαν τα δημογραφικά, κλινικά και οικονομικά στοιχεία από τους φακέλους των ασθενών. Από την οικονομική διεύθυνση της κλινικής συλλέχτηκαν δεδομένα σχετικά με τη μισθοδοσία του προσωπικού, τον κεφαλαιουχικό και τεχνολογικό εξοπλισμό, αποσβέσεις, δαπάνες για πάγια και λοιπά αναλώσιμα. Χρησιμοποιήθηκαν τιμές του 2006 και ως μονάδα κόστους θεωρήθηκε η συνεδρία.

Αποτελέσματα: Παρουσιάζεται το κόστος συνεδρίας εκάστης μεθόδου αιμοκάθαρσης. Το συνολικό κόστος της συνεδρίας αιμοκάθαρσης με αιμοδιαδιήθηση υπερέχει κατά 30% περίπου της μεθόδου με διττανθρακικό διάλυμα. Η σημαντική αυτή αύξηση του κόστους οφείλεται στο επιπλέον υγειονομικό υλικό που απαιτείται στη συγκεκριμένη μέθοδο (σάκοι και γραμμές αιμοδιαδιήθησης).

Συμπεράσματα: Η αιμοκάθαρση αποτελεί μία ιδιαίτερα ακριβή μέθοδο αντιμετώπισης των πασχόντων από ΧΝΑ, δεδομένου ότι βασίζεται κυρίως στη χρήση καινοτόμων τεχνολογιών. Ανάλογες αναλύσεις οικονομικής αξιολόγησης δε θεωρούνται πλήρως τεκμηριωμένες, όταν δε λαμβάνουν υπόψη τους την κλινική υπεροχή και δεν την αποδίδουν σε όρους κόστους-αποτελεσματικότητας.

Λέξεις-κλειδιά: οικονομική αξιολόγηση, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, αιμοκάθαρση, αιμοδιαδιήθηση.

Εισαγωγή

Στην Ιατρική, στις δυτικές κυρίως κοινωνίες, οι τελευταίες δεκαετίες χαρακτηρίζονται από μεγάλα επιτεύγματα στην αντιμετώπιση των διαφόρων νοσημάτων. Η σύγχρονη τεχνολογία και ιδιαίτερα ο κλάδος της βιοτεχνολογίας, που έχει επεκταθεί σημαντικά στα πεδία της αντιμετώπισης πολλών παθολογικών καταστάσεων καθώς και της ιατρικής φροντίδας ασθενών, προσφέρει πλέον αυξημένες δυνατότητες διατήρησης και επιμήκυνσης της ζωής

για μεγάλες κατηγορίες αρρώστων, που κάποτε αφήνονταν στην τύχη τους (Αποστόλου, 2000). Έτσι, πέραν πλέον της επιβίωσης, ο τρόπος που κανείς επιβιώνει, η δυνατότητα πλήρους ή μερικής αποκατάστασης, καθώς και η αξιολόγησή της, έγιναν πρόσθετοι ιατρικοί στόχοι. Η σημερινή κοινωνία του δυτικού κόσμου είναι μία κοινωνία που γερνά περισσότερο απ΄ ότι παλιά, με συνέ¬πεια την αύξηση και επικράτηση των χρόνιων νοσημά¬των. Εξ ορισμού, μία θεραπεία που απευθύνεται σε χρό¬νιους ασθενείς δεν αποσκοπεί στην ίαση αλλά κυρίως στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και τη διατή¬ρηση μίας αξιοπρεπούς ποιότητας της υπόλοιπης ζωής τους.

Είναι γεγονός ότι από το τέλος της δεκαετίας του ’70, γίνεται μία συνεχής προσπάθεια για την αντιμετώπιση της Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας (ΧΝΑ) με αποτέλεσμα την εμφάνιση όλο και πιο καινούργιων μηχανημάτων αιμοκάθαρσης, λιγότερο δαπανηρών και λιγότερο κουραστικών για τον ίδιο τον ασθενή. Γύρω από αυτά τα ζητήματα άρχισε να αναπτύσσεται έντονος προβληματισμός ανάμεσα στους οικονομολόγους της υγείας με αντικείμενο την επίτευξη του χαμηλότερου δυνατού κοινωνικού και οικονομικού κόστους σε συνδυασμό με την αποτελεσματικότερη μέθοδο θεραπείας, έτσι ώστε να προσφέρεται στο νεφροπαθή η καλύτερη δυνατή ποιότητα ζωής.

Όλα τα παραπάνω, στις ανεπτυγμένες χώρες, λήφθηκαν σοβαρά υπ΄ όψη στη χάραξη της πολιτικής υγείας στον τομέα των ασθενών με ΧΝΑ, με αποτέλεσμα την υιοθέτηση της μεταμόσχευσης νεφρού σαν κυρίαρχης μορφής θεραπείας.

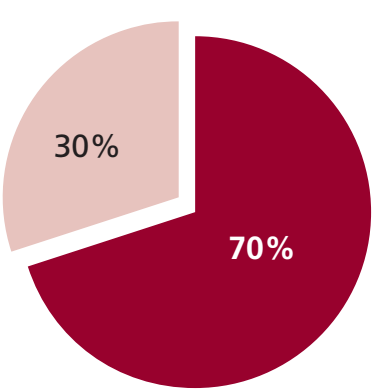
Στη χώρα μας, ούτε η πολιτεία ούτε οι ασφαλιστικοί φορείς δεν έχουν ασχοληθεί με τη σύγκριση κόστους-οφέλους μεταξύ των εναλλακτικών μορφών θεραπείας, παρ΄ ότι ξοδεύονται μεγάλα ποσά για τη συγκεκριμένη ομάδα ασθενών, με αποτέλεσμα να παραμένει σα βασική μορφή θεραπείας η αιμοκάθαρση στο νοσοκομείο.

Η αναγκαιότητα λοιπόν για τον περιορισμό του κόστους σε συνδυασμό με την ύπαρξη των επιλογών σε κάθε πράξη ή λειτουργία που απαιτεί οικονομικές θυσίες καθιστούν την οικονομική αξιολόγηση ως ένα απαραίτητο μεθοδολογικό εργαλείο, το οποίο συμβάλλει στη λήψη ορθολογικών αποφάσεων (Κυριόπουλος, Νιάκας, 1994). Από την άλλη πλευρά, στην περίπτωση των ιδιωτικών επενδύσεων, η εφαρμογή της οικονομικής αξιολόγησης στον ιδιωτικό τομέα έχει ως στόχο το να δικαιολογήσει την επιλογή συγκριμένων αποφάσεων, με κριτήρια καθαρά οικονομικά και με στόχο το τελικό κέρδος.

Κρίνεται επομένως επιτακτική η διενέργεια οικονομικών μελετών με σκοπό την καταγραφή των παραγόντων που επηρεάζουν άμεσα ή έμμεσα το κόστος, έτσι ώστε η έρευνα να στραφεί προς συγκεκριμένα μέτρα με στόχο την ελαχιστοποίησή του.

Η συγκεκριμένη εργασία μέσα από την οικονομική αξιολόγηση μίας από τις δύο μεθόδους εξωνεφρικής κάθαρσης, της αιμοκάθαρσης, φιλοδοξεί να συμβάλλει ή τουλάχιστον να κεντρίσει το ενδιαφέρον για την ανάπτυξη περαιτέρω προβληματισμού και μελέτης μίας εναλλακτικής μορφής χρηματοδότησης. Επιπλέον, ο υπολογισμός του κόστους της συγκεκριμένης θεραπείας μπορεί να αποτελέσει την αφετηρία για την πραγματοποίηση μελετών κόστους-αποτελεσματικότητας, δίνοντας τη δυνατότητα συγκριτικής αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας αυτών.

ΓΡΑΦΗΜΑ 1. Πραγματοποιηθείσες συνεδρίες ανά τύπο αιμοκάθαρσης για το έτος 2006



Υλικό και Μέθοδος

Στη συγκεκριμένη μελέτη, ο υπολογισμός αφορά το κόστος της αιμοκάθαρσης σε ιδιωτική κλινική το 2006. Η όλη προσπάθεια βασίστηκε στα στοιχεία από τους φακέλους των ασθενών που συλλέχθηκαν από τη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού (ΜΤΝ) της ιδιωτικής κλινικής «Κυανούς Σταυρός». Ως μονάδα μέτρησης, χρησιμοποιήθηκε η συνεδρία αιμοκάθαρσης.

Για την εκτίμηση του κόστους της αιμοκάθαρσης, εφαρμόστηκε η μέθοδος ανάλυσης κόστους (cost analysis), κατά την οποία έγινε καταγραφή των παραγόντων που συμβάλλουν στη διαμόρφωση του τελικού κόστους της θεραπευτικής μεθόδου υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας. Ειδικότερα, για την εκτίμηση κάθε συστατικού που αφορά χρήση πόρων (π.χ. παρακλινικές εξετάσεις, φάρμακα, υγειονομικό

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Συνολικό κόστος συνεδρίας εκάστης μεθόδου αιμοκάθαρσης

ΑΚ με Διττανθρακικά	Αιμοδιαδιήθηση	
Κατανομή λειτουργικού κόστους		
Μισθοδοσία	43.00	43.00
Φάρμακα	151.87	151.87
Εξοπλισμός (συντήρηση - απόσβεση)	21.46	21.46
Κτιριακές εγκαταστάσεις	5.32	5.32
Εργαστηριακές εξετάσεις	7.53	7.53
Υγειονομικό υλικό	97.08	189.14
Υποστηρικτικές υπηρεσίες & λοιπά αναλώσιμα	3.35	3.35
ΣΥΝΟΛΟ	329.61€	421.67€

υλικό κ.λπ.), ακολουθήθηκε η μικροκοστολόγηση (Drummond, 1997).

Τον υπό μελέτη πληθυσμό για τον προσδιορισμό του κόστους αποτέλεσαν οι 120 μόνιμοι ασθενείς με ΧΝΑ τελικού σταδίου, οι οποίοι υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση στη ΜΤΝ της κλινικής για το έτος 2006.

Η μονάδα λειτουργεί 6 ημέρες την εβδομάδα (Δευτέρα-Σάββατο) ενώ υπάρχουν 21 σταθμοί αιμοκάθαρσης. Στη διάρκεια του 2006, πραγματοποιήθηκαν συνολικά 18.801 συνεδρίες αιμοκάθαρσης. Στη μονάδα τεχνητού νεφρού της ιδιωτικής κλινικής «Κυανούς Σταυρός», πραγματοποιούνται οι παρακάτω δύο τύποι αιμοκάθαρσης:

- Αιμοκάθαρση με διττανθρακικό διάλυμα και φύσιγγα διττανθρακικών,
- Αιμοδιαδιήθηση (HDF) με τη χρησιμοποίηση μεμβρανών υψηλής διαπερατότητας.

Από το σύνολο των συνεδριών αιμοκάθαρσης, οι οποίες πραγματοποιήθηκαν το 2006 (18.801), οι 13.161 (70%) έγιναν με διττανθρακικό διάλυμα και φύσιγγα διττανθρακικών ενώ οι υπόλοιπες 5.640 έγιναν με τη μέθοδο της αιμοδιαδιήθησης (30%) (γράφημα 1).

Όπως φαίνεται, στη συγκεκριμένη κλινική γίνεται ευρεία εφαρμογή της αιμοκάθαρσης με διττανθρακικό διάλυμα και φύσιγγα διττανθρακικών σε σύγκριση με την αιμοδιαδιήθηση (HDF) με τη χρησιμοποίηση μεμβρανών υψηλής διαπερατότητας.

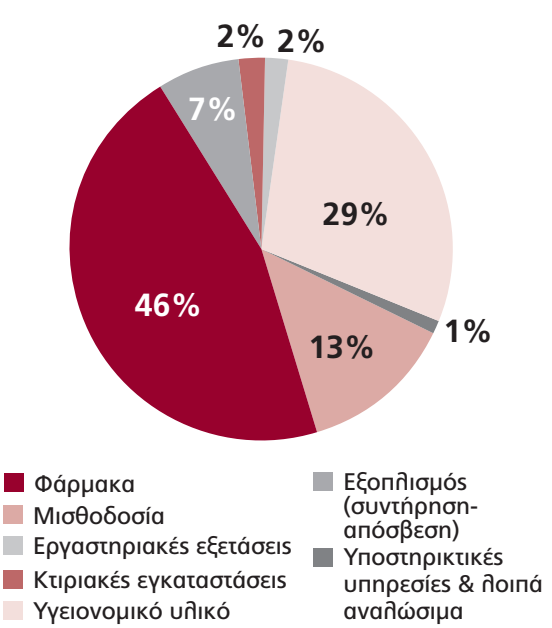
Για τον υπολογισμό του κόστους, μελετήθηκαν οι παρακάτω παράγοντες:

- το κόστος μισθοδοσίας για το προσωπικό, το οποίο απασχολείται στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού.
- το κόστος των φαρμάκων που λαμβάνουν οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς και που σχετίζονται με τη θεραπεία της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας.
- το κόστος εξοπλισμού (αγορά - απόσβεση - συντήρηση).
- το κόστος των κτιριακών εγκαταστάσεων.
- το κόστος των εργαστηριακών εξετάσεων.
- το κόστος του υγειονομικού υλικού (γενικού και ειδικού) που χρησιμοποιείται για τη διεκπεραίωση μίας συνεδρίας αιμοκάθαρσης, ανάλογα με τον τύπο της αιμοκάθαρσης.
- το κόστος των υποστηρικτικών υπηρεσιών και λοιπών αναλωσίμων (νερό, τηλέφωνο, θέρμανση κ.τ.λ.).

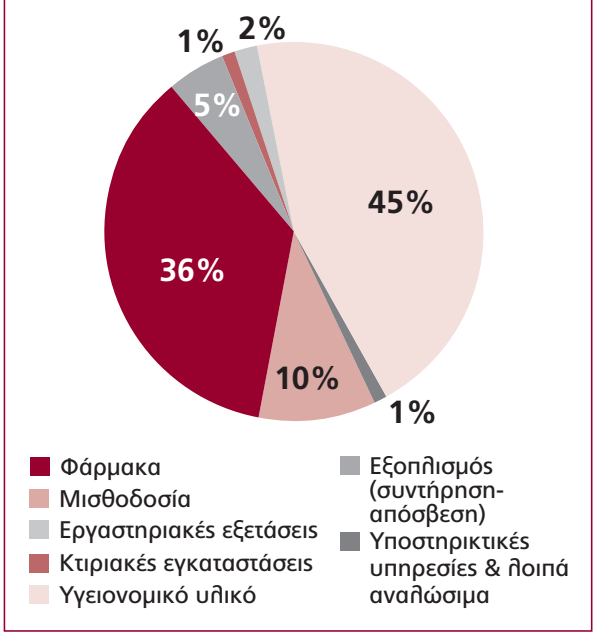
Αποτελέσματα

Στον πίνακα 1, παρουσιάζεται το συνολικό κόστος συνεδρίας εκάστης μεθόδου αιμοκάθαρσης. Ειδικότερα,

ΓΡΑΦΗΜΑ 2. Συνολικό κόστος μίας συνεδρίας αιμοκάθαρσης με φύσιγγα και διττανθρακικό διάλυμα



ΓΡΑΦΗΜΑ 3. Συνολικό κόστος μίας συνεδρίας αιμοκάθαρσης με τη μέθοδο της αιμοδιαδιήθησης



το συνολικό κόστος μίας συνεδρίας ανέρχεται στα 329.61 ευρώ για την αιμοκάθαρση με φύσιγγα και διττανθρακικό διάλυμα.

Το μεγαλύτερο μέρος από το κόστος της συνεδρίας καταλαμβάνουν τα φάρμακα με 46% μιας και η ερυθροποιητίνη που λαμβάνεται από τους ασθενείς κοστίζει πολύ ακριβά. Ακολουθούν το υγειονομικό υλικό με 29%, αφού τα υλικά, τα οποία χρησιμοποιούνται (π.χ. φίλτρα) είναι επίσης ιδιαίτερα ακριβά και στη συνέχεια η μισθοδοσία του προσωπικού με ποσοστό 13% επί του συνολικού κόστους (γράφημα 2).

Από την άλλη πλευρά, το συνολικό κόστος μίας συνεδρίας ανέρχεται στα 421.67 ευρώ για την αιμοκάθαρση με τη μέθοδο της αιμοδιαδιήθησης (πίνακας 1).

Η αύξηση αυτή κατά 30% περίπου σε σύγκριση με την αιμοκάθαρση με φύσιγγα και διττανθρακικό διάλυμα οφείλεται στα επιπλέον υλικά που χρησιμοποιούνται στη συγκεκριμένη μέθοδο και τα οποία είναι ιδιαίτερα ακριβά (σάκοι και γραμμές αιμοδιαδιήθησης). Επομένως, στην αιμοδιαδιήθηση αυξάνεται το ποσοστό συμμετοχής του υγειονομικού υλικού και ανέρχεται στο 45% επί του συνολικού κόστους αιμοκάθαρσης ενώ ακολουθούν το κόστος των φαρμάκων με 36% και της μισθοδοσίας με 10% (γράφημα 3).

Στον πίνακα 2, παρουσιάζεται το κόστος ανά ασθενή για το 2006, ο οποίος παρακολουθεί πρόγραμμα αιμοκάθαρσης με διττανθρακικά. Το κόστος ανέρχεται στα 51.419.16 ευρώ.

Το μεγαλύτερο μέρος καταλαμβάνουν τα φάρμακα με 46%. Ακολουθούν το υγειονομικό υλικό με 29% και στη συνέχεια η μισθοδοσία του προσωπικού με ποσοστό 13% επί του συνολικού κόστους.

Αναφορικά με το ετήσιο κόστος ανά ασθενή, ο οποίος παρακολουθεί πρόγραμμα αιμοκάθαρσης με τη μέθοδο της αιμοδιαδιήθησης, αυτό ανέρχεται στα 65.780.52 ευρώ για το 2006 (πίνακας 3).

Στην αιμοδιαδιήθηση αυξάνεται το ποσοστό συμμετοχής του υγειονομικού υλικού και ανέρχεται στο 45% επί του συνολικού κόστους αιμοκάθαρσης ανά ασθενή ενώ ακολουθούν το κόστος των φαρμάκων με 36% και της μισθοδοσίας με 10%.

Συζήτηση

Είναι αδιαμφισβήτητο ότι η βελτίωση της γνώσης σε θέματα αποτελεσματικότητας και κόστους των διαφόρων υγειονομικών παρεμβάσεων θα επιτρέψει την επίτευξη του τελικού στόχου που είναι η σωστή και η οικονομικά αποτελεσματική διαχείριση της αρρώστιας (disease management) (Λιαρόπουλος, 1996α).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Ετήσιο κόστος ανά ασθενή (αιμοκάθαρση με φύσιγγα και διττανθρακικό διάλυμα)

Κατανομή λειτουργικού κόστους	Κόστος ανά ασθενή (σε €)	% (Ποσοστό)
Μισθοδοσία	6708.00	13%
Φάρμακα	23691.72	46%
Εξοπλισμός (συντήρηση - απόσβεση)	3347.76	7%
Κτιριακές εγκαταστάσεις	829.92	2%
Εργαστηριακές εξετάσεις	1174.68	2%
Υγειονομικό υλικό	15144.48	29%
Υποστηρικτικές υπηρεσίες & λοιπά αναλώσιμα	522.60	1%
ΣΥΝΟΛΟ	**51.419.16**	**100%**

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Ετήσιο κόστος ανά ασθενή (αιμοκάθαρση με τη μέθοδο της αιμοδιαδιήθησης)

Κατανομή λειτουργικού κόστους	Κόστος ανά ασθενή (σε €)	% (Ποσοστό)
Μισθοδοσία	6708.00	10%
Φάρμακα	23691.72	36%
Εξοπλισμός (συντήρηση - απόσβεση)	3347.76	5%
Κτιριακές εγκαταστάσεις	829.92	1%
Εργαστηριακές εξετάσεις	1174.68	2%
Υγειονομικό υλικό	29505.84	45%
Υποστηρικτικές υπηρεσίες & λοιπά αναλώσιμα	522.60	1%
ΣΥΝΟΛΟ	**65780.52**	**100%**

Απαραίτητο εργαλείο σε αυτή τη διαδικασία αποτελούν οι μελέτες κοινωνικοοικονομικής αποτίμησης, οι οποίες στηρίζονται στα αποτελέσματα του ιατρικού έργου για να απαριθμήσουν είτε το κόστος του συγκεκριμένου έργου ή να συγκρίνουν εναλλακτικές θεραπευτικές παρεμβάσεις που έχουν διαφορετικό κόστος και συνέπειες (Κυριόπουλος, Νιάκας, 1994, Γείτονα, 1996).

Η αιμοκάθαρση αποτελεί μία ιδιαίτερα ακριβή μέθοδο αντιμετώπισης των πασχόντων από ΧΝΑ, δεδομένου ότι βασίζεται κυρίως στη χρήση καινοτόμων τεχνολογιών.

Το κόστος αυξάνεται με τη χρησιμοποίηση νέων μεθόδων αιμοκάθαρσης, όπως αυτή της αιμοδιαδιήθησης που εξετάστηκε. Τα ακριβότερα υλικά που χρησιμοποιούνται αυξάνουν κατά 30% περίπου το κόστος σε σχέση με την αιμοκάθαρση με φύσιγγα και διάλυμα διττανθρακικών.

Τα φάρμακα αποτελούν το σημαντικότερο παράγοντα στη διαμόρφωση του κόστους αφού καταλαμβάνουν το 46% από το συνολικό κόστος της μεθόδου της αιμοκάθαρσης με διττανθρακικά εξαιτίας της ερυθροποιητίνης που αποτελεί ένα ιδιαίτερα ακριβό φάρμακο.

Επιπρόσθετα, ένας από τους βασικότερους παράγοντες που διαμορφώνουν το υψηλό κόστος είναι και το υγειονομικό υλικό, το οποίο στην αιμοκάθαρση με φύσιγγα και διττανθρακικό διάλυμα καλύπτει το 29% από το συνολικό κόστος της μεθόδου. Σε αυτό συμβάλλει το υψηλό κόστος των φίλτρων που χρησιμοποιούνται μία μόνο φορά για κάθε συνεδρία.

Το κόστος μισθοδοσίας αποτελεί τον τρίτο σημαντικό παράγοντα διαμόρφωσης του τελικού κόστους με ποσοστό συμμετοχής 13% επί του συνολικού κόστους της αιμοκάθαρσης με φύσιγγα και διάλυμα διττανθρακικών.

Περνώντας στην αιμοκάθαρση με τη μέθοδο της αιμοδιαδιήθησης, οι κυριότεροι παράγοντες που διαμορφώνουν το συνολικό κόστος είναι οι ίδιοι. Ωστόσο, τα ποσοστά αλλάζουν λόγω των ακριβών υλικών που χρησιμοποιούνται στη μέθοδο αυτή, με αποτέλεσμα την αύξηση του ποσοστού του υγειονομικού υλικού (45% από 29% με φύσιγγα και διάλυμα διττανθρακικών) στο συνολικό κόστος της αιμοκάθαρσης με τη συγκεκριμένη μέθοδο.

Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης αναφορικά με τη συγκριτική αποτίμηση των δύο παραπάνω μεθόδων αιμοκάθαρσης συμφωνούν με τα αποτελέσματα παρόμοιων ερευνών (Tediosi et al., 2001, Piccoli et al., 1997, Rodriguez-Carmona et al., 1996), βάσει των οποίων η αιμοκάθαρση με τη μέθοδο της αιμοδιαδιήθησης αποτελεί πιο ακριβή μορφή θεραπείας σε σύγκριση με την αιμοκάθαρση με διττανθρακικά.

Επομένως, γίνεται σαφές ότι η καταγραφή του κόστους της αιμοκάθαρσης μας δίνει τη δυνατότητα από τη μία πλευρά να εστιάσουμε στους παράγοντες, οι οποίοι διαμορφώνουν το συνολικό κόστος (εφόσον η συγκεκριμένη μέθοδος αποτελεί την πιο διαδεδομένη στην Ελλάδα), έτσι ώστε να μπορέσουμε να συμβάλουμε στον έλεγχό του και από την άλλη τη δυνατότητα σύγκρισης, αναφορικά με το κόστος, με τις εναλλακτικές θεραπείες υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας, δηλαδή της περιτοναϊκής κάθαρσης και της μεταμόσχευσης νεφρού.

Αυτό άλλωστε δείχνουν και μία σειρά από έρευνες, ότι η αιμοκάθαρση είναι πιο ακριβή από την περιτοναϊκή κάθαρση κατά 20% (Kontodimopoulos et al., 2005, Rozenbaum et al., 1985, Goeree et al., 1995, Rodriguez-Carmona et al., 1996), 60% ακριβότερη, σε άλλες έρευνες, με διάλυμα διττανθρακικών και διπλάσια με τη μέθοδο της αιμοδιαδιήθησης (Tediosi et al., 2001). Αυτό βασίζεται στο γεγονός ότι η θεραπεία γίνεται στο νοσοκομείο με αποτέλεσμα να αποφέρει σημαντικά κόστη προσωπικού σε αντίθεση με την περιτοναϊκή διάλυση που πραγματοποιείται στο σπίτι. Στην περίπτωση αυτή όμως το κόστος του να εκπαιδεύσει κανείς έναν ασθενή να εφαρμόζει τη θεραπεία ο ίδιος στο σπίτι θα πρέπει να ληφθεί υπόψη (Kontodimopoulos et al., 2005).

Επιπρόσθετα, το κόστος ανά ασθενή για το 2006 ανέρχεται στα 51.419.16 ευρώ για την αιμοκάθαρση με διττανθρακικά. Από την άλλη πλευρά, το ετήσιο κόστος ανά ασθενή ανέρχεται στα 65.780.52 ευρώ για την αιμοδιαδιήθηση. Η διαφορά αυτή εξηγείται, όπως αναφέρθηκε και πρωτύτερα, λόγω των ακριβότερων υλικών, τα οποία χρησιμοποιούνται στην αιμοκάθαρση με τη μέθοδο της αιμοδιαδιήθησης.

Με δεδομένο λοιπόν το συνεχώς αυξανόμενο κόστος αντιμετώπισης της ΧΝΑ και τη σπανιότητα των διαθέσιμων πόρων, τα δεδομένα από τέτοιες έρευνες μπορεί να αποδειχθούν χρήσιμα σε επίπεδο λήψης αποφάσεων επιλογής μεθόδων θεραπείας της νεφρικής ανεπάρκειας. Τη δυνατότητα αυτή οφείλει να αξιοποιήσει η χώρα μας και υπό την έννοια αυτή πρέπει να δοθεί μεγάλη βαρύτητα στη χρήση των τεχνικών οικονομικής αξιολόγησης αντί της συχνά εφαρμοζόμενης σιωπηρής λήψης αποφάσεων, όπου οι επιλογές και η πολύ σπουδαία υπόθεση της κατανομής των πόρων στηρίζεται σε συνήθεις ιατρικές πρακτικές και ιστορικά δεδομένα χωρίς να συνυπολογίζονται οι παρούσες ανάγκες και φυσικά οι προτιμήσεις και η ποιότητα ζωής των ασθενών. Υπό αυτές τις συνθήκες, αποφεύγοντας δηλαδή την εφαρμογή επιστημονικών μεθόδων αξιολόγησης, αφενός δεν καθίσταται εφικτή η ορθολογική κατανομή των πόρων και η οικονομική αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων υγείας και αφετέρου μπορεί να δημιουργούνται προβλήματα ισότητας και κοινωνικής δικαιοσύνης γιατί η κακή χρήση των πόρων ίσως οδηγεί σε αποκλεισμούς παροχής νέων υπηρεσιών υγείας σε σημαντικά τμήματα του πληθυσμού.

Ευχαριστίες

Η συγγραφέας οφείλει ευχαριστίες στη διοίκηση της κλινικής «ΚΥΑΝΟΥΣ ΣΤΑΥΡΟΣ», και ιδιαίτερα στον διοικητικό διευθυντή κο Κώστα Παπαλαζάρου για την πολύτιμη βοήθειά του στη συλλογή των οικονομικών στοιχείων.

ABSTRACT

ORIGINAL ARTICLE

TREATMENT OF CHRONIC KIDNEY DISEASE: COST ANALYSIS OF BICARBONATE DIALYSIS AND HAEMODIAFILTRATION

Paraskevi Theofilou, PhD Psychologist, National School of Public Administration, Department of Management of Health Services, Athens

Aim: The economic assessment of haemodialysis (HD) in a Unit of Artificial Kidney of a private clinic. More specifically, cost analysis of bicarbonate dialysis and haemodiafiltration is used.

Population Study: 120 patients with end - stage renal disease, undergoing HD in the Unit of Artificial Kidney of the clinic in 2006.

Material and Method: The demographic, clinical and economic characteristics were recorded from the files of patients. Data were collected by the finance management of the clinic with regards to the payroll of personnel, the capital and technological equipment, dampings, fixed costs and other consumables. Prices of 2006 were used and one HD session was considered as the unit of cost.

Results: The total cost of an HD session with haemodiafiltration surpasses by 30% of the method of bicarbonate dialysis. This important increase of cost is due to the additional sanitary material that is required in the particular method (bags and lines of haemodiafiltration).

Conclusions: HD is an especially expensive method regarding the treatment of end - stage renal disease patients, based on the use of innovative technologies. Similar analyses of economic evaluation are not fully documented, if they do not take into account of the clinical superiority and they do not attribute in terms of cost -effectiveness.

Key words: Economic Assessment, chronic Kidney disease, bicarbonate dialysis, haemodiafiltration

Βιβλιογραφία

1. Αποστόλου, Θ., (2000). «Ποιότητα ζωής: Μία παραμελημένη παράμετρος αξιολόγησης θεραπευτικών αποφάσεων». Στο: Ελληνική Νεφρολογία. 12 (1): 28-33.
2. Γείτονα, Μ., (1996). «Πολιτική και Οικονομικά της Υγείας». Αθήνα: Εξάντας.
3. Drummond, M., O' Brien, B., Stoddart, G., Torrance, G., (1997). «Μέθοδοι οικονομικής αξιολόγησης των προγραμμάτων υγείας». Μτφρ. Ρούσσος, Ν., Αθήνα: Κριτική.
4. Goeree, R., Manalich, J., Grootendorst, P., Beecroft, M. L., Churchill, D. N., (1995). «Cost analysis of dialysis treatments for end-stage renal disease». In: Clin Invest Med, 18: 455-464.
5. Kontodimopoulos, N., Niakas, D., Mylonakis, J., (2005). «A socio-economic comparison of haemodialysis and peritoneal dialysis in Greece». In: Int J Health Care Tech Manag, 6: 296-306.
6. Κυριόπουλος, Γ., Νιάκας, Δ., (1994). «Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής Υγείας». Αθήνα: Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας.
7. Λιαρόπουλος, Λ., (1996α). «Φαρμακοοικονομικές μελέτες και μεθοδολογικά θέματα κοστολόγησης». Στο: Φαρμακευτική, 9 (III): 97-105.
8. Piccoli, G., Formica, M., Mangiarotti, G., Pacitti, A., Piccoli, GB., Bajardi, P., Cavagnino, A., Ghezzi, P., Rangi, R., Ramello, A., Verzetti, G., Cesano, G., Quarello, F., Vercellone, A., (1997). «The cost of dialysis in Italy». In: Nephrol Dial Transplant, 12 (Suppl. 1): 33-44.
9. Rodriguez-Carmona, A., Perez Fontan, M., Bouza, P., Garcia Falcon, T., Valdes, F., (1996). «The economic cost of dialysis: a comparison between peritoneal dialysis and in-center haemodialysis in a Spanish unit». In: Adv Perit Dial, 12: 93-96.
10. Rozenbaum, A. E., Pliskin, J. S., Barnoon, S., Chaimovitz, C., (1985). «Comparative study of costs and quality of life of chronic ambulatory peritoneal dialysis and haemodialysis patients in Israel». In: Israel Journal of Medical Sciences, 21: 335-339.
11. Tediosi, F., Bertolini, G., Parazzini, F., Mecca, G., Garattini, L., (2001). «Cost analysis of dialysis modalities in Italy». In: Health Serv Manag Res, 14: 9-17.

Συναισθηματική νοημοσύνη-θεωρία και εφαρμογές στη νοσηλευτική διοίκηση

Ζωή Βόρρη

Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc στη Ψυχική Υγεία ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»
Εργαστηριακός Συνεργάτης ΤΕΙ Αθηνών Νοσηλευτική Β΄

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η Συναισθηματική Νοημοσύνη (ΣΝ) αναφέρεται στη βιβλιογραφία σαν ένα σημαντικό χαρακτηριστικό του επιτυχημένου ηγέτη. Καθώς το σύστημα υγείας αλλάζει με ταχείς ρυθμούς οι ηγέτες του συστήματος αυτού χρειάζεται να εφαρμόζουν καινοτόμα μοντέλα ηγεσίας επικεντρωμένα στη δημιουργία δεσμών και σχέσεων εμπιστοσύνης. Οι ηγέτες νοσηλευτές που διαθέτουν αυτά τα χαρακτηριστικά της ΣΝ ενισχύουν τις οργανωτικές ικανότητες του προσωπικού και την αποτελεσματικότητα του οργανισμού που διοικούν.
Σκοπός: Η παρούσα εργασία στόχο έχει να παρουσιάσει την βιβλιογραφία που είναι σχετική με τη συναισθηματική νοημοσύνη και τις συνέπειές της στη νοσηλευτική διοίκηση.
Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας: Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έγινε χρησιμοποιώντας τις διεθνείς βάσεις δεδομένων (MEDLINE, PUBMED) καλύπτοντας μια περίοδο από το 1998 έως το 2008. Επιπλέον συμπεριελήφθησαν μια σειρά από σχετικά άρθρα.
Συμπεράσματα: Οι συναισθηματικά έξυπνοι ηγέτες νοσηλευτές διαθέτουν αυτογνωσία, εποπτικές ικανότητες, διαχειρίζονται τόσο τα δικά τους συναισθήματα όσο και αυτά του προσωπικού τους με αποτέλεσμα να δημιουργούν ομάδες ικανές να επιζήσουν στο συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον της υγείας.

Λέξεις Κλειδιά: συναισθηματική νοημοσύνη, νοσηλευτική διοίκηση, ηγετικές ικανότητες

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Συναισθηματική Νοημοσύνη (Σ.Ν) είναι ένας όρος που απαντάται ολοένα και συχνότερα στη βιβλιογραφία της κοινωνικής ψυχολογίας (Cherniss, 2002), καθώς και στα νοσηλευτικά περιοδικά (Cadman & Brewer 2001). Τα συστήματα υγείας μεταβάλλονται γρήγορα και επικεντρώνονται περισσότερο στις σχέσεις .Οι ηγέτες για να επιτύχουν πρέπει να δουλεύουν περισσότερο με την καρδιά τους και να διαθέτουν αυτό που είναι γνωστό διεθνώς ως "soft skills"(Kerfoot ,1996). Συγκεκριμένα οφείλουν να έχουν ενσυναίσθηση (empathy) προς τους εργαζόμενους , να ενθαρρύνουν ατομικές και ομαδικές σχέσεις, να αναγνωρίζουν τη συνεισφορά του κάθε μέλους της ομάδας, να αναλύουν τη συναισθηματική πλευρά του κάθε θέματος και να προβλέπουν τις αντιδράσεις του προσωπικού.

Η συναισθηματική πλευρά της ηγεσίας απαιτεί μοναδικές ικανότητες. Συγκεκριμένα απαιτεί οι ηγέτες να αναγνωρίζουν τόσο τα δικά τους όσο και τα συναισθήματα των άλλων, να χρησιμοποιούν τα συναισθήματα στο τρόπο της σκέψης τους, να κατανοούν και να αιτιολογούν με συναίσθημα και να διαχειρίζονται τα συναισθήματά τους, αλλά και αυτά του προσωπικού τους . Τα άτομα που φέρονται με αυτό τον τρόπο αναφέρονται ως συναισθηματικά ευφυή άτομα κατά τους Mayer και Salovey (Mayer & Salovey, 1997).

Τι είναι η Συναισθηματική Νοημοσύνη (Σ.Ν.);

Η Συναισθηματική Νοημοσύνη ορίζεται ως η ικανότητα του ατόμου να αναγνωρίζει τα δικά του συναισθήματα, τα συναισθήματα των άλλων, να δημιουργεί κίνητρα για τον εαυτό του και να χειρίζεται σωστά τα συναισθήματα και τις σχέσεις του (Goleman, 1998). Ορίζεται ακόμη ως η ικανότητα αντίληψης, αξιολόγησης, έκφρασης και διαχείρισης των συναισθημάτων ((Mayer & Salovey , 1997).

Περιγραφές της Σ.Ν. υπάρχουν από τότε που εμφανίζονται αναφορές σχετικά με την ανθρώπινη συμπεριφορά. Από τους αρχαίους Έλληνες φιλοσόφους έως την Παλαιά και την Καινή Διαθήκη , από τον Σαίξπηρ έως τον Thomas Jefferson και τη σύγχρονη ψυχολογία, η συναισθηματική διάσταση της λογικής θεωρείται θεμελιώδες στοιχείο της ανθρώπινης φύσης (T.Bradberry &J.Greeaves ,2006) . Παραδοσιακά ο όρος νοημοσύνη σχετιζόταν με την απόδοση στο τεστ νοημοσύνης (IQ test), υπήρξαν ωστόσο ερευνητές που διαπίστωσαν γρήγορα και πως οι μη γνωστικές πλευρές είναι εξίσου σημαντικές, όπως ο Wechsler που όρισε τη νοημοσύνη ως την ικανότητα του ατόμου να δρα σκοπίμως και να συναλλάσσεται αποτελεσματικά με το περιβάλλον του(Wechsler, 1958), ο Garner που έγραψε για την «πολλαπλή νοημοσύνη» κ.α. (Garrdner,1983). Όμως μόλις το 1990 οι Salovey και Mayer ανέπτυξαν για πρώτη φορά τον όρο Συναισθηματική Νοημοσύνη. Αλλά και αυτή η προσέγγιση έμεινε αφανής ως το 1995 που γίνεται η έκδοση του βιβλίου του Daniel Goleman "Emotional Intelligence : Why it can matter more than IQ", οπότε παρέχεται μια πληρέστερη εικόνα της ικανότητας που σχετίζεται με την επιτυχία τόσο στη ζωή όσο και στην εργασία σε σχέση με τη γνωστική νοημοσύνη. Η έννοια της Σ.Ν εξήγησε γιατί δυο άνθρωποι που έχουν τον ίδιο δείκτη νοημοσύνης ενδέχεται να φτάσουν σε διαφορετικά επίπεδα επιτυχίας.

Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν δυο προσεγγίσεις της Συναισθηματικής Νοημοσύνης του Daniel Goleman και των John Mayer, Peter Salovey που αν και διαθέτουν πολλά κοινά στοιχεία ως προς τις υποθέσεις και τις προσδοκίες για την επίδραση της Συναισθηματικής Νοημοσύνης διαφέρουν στο γεγονός ότι ο πρώτος προτείνει έναν πιο γενικό κοινωνικό-συναισθηματικό ορισμό ενώ οι δεύτεροι περιγράφουν τη Σ.Ν. ως γνωστικό-συναισθηματική ικανότητα παρά σαν χαρακτηριστικό της προσωπικότητας.

Το μοντέλο Σ.Ν. των P. Salovey και J. Mayer
Η Συναισθηματική Νοημοσύνη ως ικανότητα

Στο παρακάτω σχήμα απεικονίζεται το μοντέλο των Salovey&Mayer, το οποίο περιγράφει τις τέσσερις ικανότητες της Σ.Ν. και τις αντίστοιχες συναισθηματικές διαδικασίες, οι οποίες είναι στοιχειοθετημένες με τέτοιο τρόπο ώστε κάθε κατηγορία από κάτω προς τα πάνω να αντιστοιχεί σε πιο απλές ικανότητες της αντίληψης και έκφρασης του συναισθήματος, σε αντίθεση με την ανώτερη κατηγορία που περιλαμβάνει τη

ΣΧΗΜΑ1: Το μοντέλο Συναισθηματικής Νοημοσύνης των John Mayer,Peter Salovey(Mayer& Salovey, 1997)

Στοχαστική Ρύθμιση του Συναισθήματος για την προαγωγή της συναισθηματικής και πνευματικής ανάπτυξης
Ικανότητα να είσαι ανοιχτός σε συναισθήματα
Ικανότητα να προσκολλάσαι ή να αποσπάσαι στοχαστικά από ένα συναίσθημα
Ικανότητα να καταγράφεις στοχαστικά συναισθήματα
Ικανότητα να διαχειρίζεσαι συναισθήματα χωρίς να μεταβάλλεται η όποια πληροφορία περιέχουν
Κατανόηση και Ανάλυση των συναισθημάτων /υιοθέτηση συναισθηματικής γνώσης
Ικανότητα να χαρακτηρίζεις συναισθήματα και να αναγνωρίζεις τις σχέσεις μεταξύ τους
Ικανότητα να αποδίδεις τις σημασίες που εμπεριέχουν τα συναισθήματα σχετικά με συσχετίσεις
Ικανότητα να κατανοείς σύνθετα συναισθήματα
Ικανότητα να αναγνωρίζεις πιθανές μεταβάσεις μεταξύ των συναισθημάτων
Συναισθηματική Διευκόλυνση της σκέψης
Η σκέψη ακολουθεί των συναισθημάτων που κατευθύνουν την προσοχή
Τα συναισθήματα είναι επαρκώς έντονα και διαθέσιμα που μπορούν να αναπαραχθούν
Οι συναισθηματικές αλλαγές της διάθεσης τροποποιούν τις προοπτικές του ατόμου
Συναισθηματικές καταστάσεις ενθαρρύνουν διαφορετικές προσεγγίσεις σε συγκεκριμένα προβλήματα
Αντίληψη, Αξιολόγηση και Έκφραση του συναισθήματος
Ικανότητα να αναγνωρίζεις συναισθήματα
Ικανότητα να αναγνωρίζεις συναισθήματα άλλων μέσα από τη γλώσσα, την εμφάνιση, τη συμπεριφορά
Ικανότητα να εκφράζεις ακριβώς τα συναισθήματα σου
Ικανότητα να διακρίνεις μεταξύ της ειλικρινής και μη ειλικρινής έκφρασης του συναισθήματος

ΣΧΗΜΑ2: Το μοντέλο Συναισθηματικής Νοημοσύνης του D. Goleman (Daniel Goleman, 1998)

ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ		
Αυτεπίγνωση	**Αυτορύθμιση**	**Κίνητρα Συμπεριφοράς**
• Επίγνωση των συναισθημάτων	• Αυτοέλεγχος	• Τάση προς επίτευξη
• Αυτοαξιολόγηση	• Αξιοπιστία	• Δέσμευση
• Αυτοπεποίθηση	• Ευσυνειδησία	• Πρωτοβουλία
	• Προσαρμοστικότητα	• Αισιοδοξία
	• Καινοτομία	

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ	
Ενσυναίσθηση	**Κοινωνικές Δεξιότητες**
• Κατανόηση των άλλων	• Επιρροή
• Προσανατολισμός στην παροχή υπηρεσιών	• Επικοινωνία
• Ενίσχυση της ανάπτυξης των άλλων	• Ηγεσία
• Πολιτική Αντίληψη	• Επίλυση των συγκρούσεων
	• Καλλιέργεια δεσμών
	• Συνεργασία
	• Ομαδικές ικανότητες

συνειδητή και παράλληλα στοχαστική ρύθμιση του συναισθήματος.

Η αντίληψη, η αξιολόγηση και έκφραση του συναισθήματος αποτελούν την κατώτερη κατηγορία του σχήματος 1 και αφορούν στην ακρίβεια με την οποία τα άτομα μπορούν να αντιληφθούν, να αξιολογήσουν και να εκφράσουν τα συναισθήματα τους. Η δεύτερη κατηγορία αφορά στη συναισθηματική διευκόλυνση των γνωστικών διαδικασιών. Αυτή εστιάζει στο πως το συναίσθημα επηρεάζει το γνωστικό σύστημα ώστε να το εξοπλίζει για πιο αποτελεσματική επίλυση προβλημάτων, αιτιολόγηση, λήψη αποφάσεων και πιο δημιουργικές προσπάθειες. (Palfai& Salovey,1993).Η τρίτη κατηγορία του σχήματος αφορά στην ικανότητα της κατανόησης των συναισθημάτων και της χρησιμοποίησης της συναισθηματικής γνώσης. Η ανώτερη κατηγορία του μοντέλου Σ.Ν. των Mayer και Salovey αφορά στη συνειδητή ρύθμιση των συναισθημάτων ώστε να προάγεται η συναισθηματική και πνευματική ανάπτυξη του ατόμου και περιλαμβάνει τη ρύθμιση της εμπειρίας και της έκφρασης των συναισθημάτων αποσκοπώντας στην επίτευξη των στόχων του ατόμου.

Το μοντέλο Σ.Ν. του Daniel Goleman Η Συναισθηματική Νοημοσύνη ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας

Το μοντέλο της Σ.Ν του Goleman που απεικονίζεται στο παρακάτω σχήμα δίνει έμφαση σε ατομικές διαφορές στην οργάνωση και έκφραση των συναισθημάτων και συναφών κοινωνικών δεξιοτήτων όπως η ενσυναίσθηση, τα κίνητρα, η προσαρμοστικότητα και γενική συγκινησιακή κατάσταση.

Μέτρηση της Σ.Ν.

Οι Petrides και Furnham (Petrides & Furnham, 2001) πρότειναν έναν ιδεολογικό διαχωρισμό μεταξύ των δύο προσεγγίσεων της Συναισθηματικής Νοημοσύνης βάσει της χρησιμοποιούμενης μεθοδολογίας μέτρησής τους. Η προσέγγιση της Σ.Ν. ως ικανότητα μετράται με τεστ μέγιστης απόδοσης ενώ η προσέγγισή της ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας μετράται με ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς.

Η μέτρηση της Σ.Ν ως ικανότητα είναι προβληματική επειδή η συμφυής υποκειμενική φύση της συναισθηματικής εμπειρίας υπονομεύει την προσπάθεια ανάπτυξης τεστ μέγιστης απόδοσης, παρόμοια δηλαδή με τα IQ tests. Για την παράκαμψη αυτού του προβλήματος υιοθετήθηκαν διαδικασίες βαθμολόγησης που προσπαθούν να δημιουργήσουν σωστές επιλογές μεταξύ πολλών εναλλακτικών.

Οι πιο διακεκριμένες κλίμακες μέτρησης αυτής της προσέγγισης της Σ.Ν. είναι το Multifactor Emotional and Intelligence Scale (MEIS, Mayer, Caruso, Salovey, 1999)και το Mayer-Salovey-Caruso Emotion and Intelligence Test CMSCEIT; Mayer , Salovey, Caruso 2002). Οι πιο χρησιμοποιούμενες κλίμακες μέτρησης της Σ.Ν ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας είναι: Emotional Quotient Inventory EQ-i(Bar-On,1997), Emotional Competence Inventory ECI (Boyatzis, Goleman, Hay/McBer,1999), Trait Emotional Intelligence Questionnaire TEIQue (Petrides&Furnham,2003).

Ανάπτυξη της Σ.Ν.

Πρόσφατες νευροσυμπεριφορικές έρευνες αποδεικνύουν ότι η Σ.Ν μπορεί να αναπτυχθεί μέσα από παρακίνηση, άσκηση και ανατροφοδότηση. Ο Goleman υπο-

στηρίζει ότι για να αυξήσει κάποιος τη Σ.Ν. πρέπει να διακόψει παλιές συμπεριφορές και να δημιουργήσει νέες απόλυτα εξατομικευμένες «Σ.Ν.» δεν μπορεί να υπάρξει χωρίς τη βαθιά επιθυμία και τη συνειδητή προσπάθεια του ατόμου (Goleman,1998).

Σ.Ν. στο χώρο εργασίας

Ο βαθμός στον οποίο η Σ.Ν. συμβάλλει στην προσωπική και επαγγελματική επιτυχία παραμένει άγνωστος. Είναι όμως αναμφίβολη η συμβολή της στην επιτυχία είτε όταν αυτή ορίζεται ως ικανότητα του ατόμου για αυτεπίγνωση, αυτοκυριαρχία, αυτοέλεγχο, ευσυνειδησία και δυνατότητα να μπαίνει στη θέση των άλλων, να τους κατανοεί, να τους ασκεί επιρροή, να επικοινωνεί και να συνεργάζεται όπως παρουσιάστηκε από τον Daniel Goleman ,είτε όταν ορίζεται ως η ικανότητα αντίληψης, αξιολόγησης, έκφρασης και διαχείρισης των συναισθημάτων όπως παρουσιάστηκε από τους Mayer και Salovey

Αυτό συμβαίνει γιατί τα συναισθηματικά νοήμονα άτομα καταφέρνουν να μεταδίδουν καλύτερα τις ιδέες και τους στόχους τους με τρόπο που δεν επιδέχεται αμφισβητήσεις, κάνοντας τους άλλους να αισθάνονται κατάλληλοι στο εργασιακό τους περιβάλλον (Goleman,1998), καθώς και γιατί η Σ.Ν. σχετίζεται με τις κοινωνικές ικανότητες που απαιτούνται για συνεργασία και επομένως α) είναι χρήσιμη για τη δημιουργία ομαλά συνεργαζόμενων ομάδων, β)οι ηγέτες με Σ.Ν. σε συνεργασία με το εργατικό δυναμικό μπορούν να επιδράσουν στις σχέσεις των ατόμων και να συμβάλλουν στην αύξηση της ατομικής και ομαδικής συναισθηματικής νοημοσύνης και στην οργανωσιακή δέσμευση (Cherniss, 2001)

Σ.Ν. και νοσηλευτική διοίκηση

Η παρουσία της Σ.Ν. στους επαγγελματίες νοσηλευτές ιδιαίτερα μετά την μεταβολή του συστήματος παροχής φροντίδας προς μια ολιστική θεώρηση του ασθενούς είναι απαραίτητη. Στρατηγικές όπως η συνεργασία, η ανοιχτή επικοινωνία νοσηλευτή – ασθενή , η αναγνώριση των δικών του συναισθημάτων , των συναδέλφων, των ασθενών, η διαχείριση των συναισθημάτων τόσο εσωτερικά όσο και μέσα στις σχέσεις του (νοσηλευτή – προϊστάμενο, νοσηλευτή – νοσηλευτή – νοσηλευτή- νοσηλευτή – γιατρό, νοσηλευτή – ασθενή ή και οικογένεια), αποτελούν σημαντικά στοιχεία της νέας νοσηλευτικής πραγματικότητας.

Ιδιαίτερα ο ρόλος του νοσηλευτή – ηγέτη είναι κρίσιμος στη δημιουργία θετικού και υποστηρικτικού περιβάλλοντος ώστε να βοηθήσει τους νοσηλευτές να αντιμετωπίσουν το στρες των δικών τους συναισθημάτων και των ασθενών ή των συναδέλφων τους . Μ΄αυτό τον τρόπο αυξάνεται η ικανοποίηση τόσο των ασθενών όσο και των νοσηλευτών.

Είναι σημαντικό οι νοσηλευτές – ηγέτες να δημιουργούν κλίμα ικανοποίησης του προσωπικού και των ασθενών, να ενισχύουν τη συναδελφική αλληλεγγύη, να ελαχιστοποιούν τις συγκρούσεις μεταξύ των ομάδας ώστε αυτή να είναι αποτελεσματική και να αποφεύγει την επαγγελματική εξουθένωση (burnout). Αυτά όμως σημαίνουν ότι οι ηγέτες στοχεύουν σε ένα υψηλό επίπεδο συναισθηματικής νοημοσύνης ώστε να αναγνωρίζουν και να χρησιμοποιούν τη συναισθηματική πληροφορία στις κοινωνικές σχέσεις τους με το προσωπικό και τους ασθενείς.

Οι νοσηλευτές ηγέτες με Σ.Ν. κατανοούν τα συναισθήματα και επηρεάζουν τα συναισθήματα των άλλων. Αν το συναίσθημα του ανθρώπινου δυναμικού οδηγείται προς το φάσμα του ενθουσιασμού, τότε η αποδοτικότητα αυξάνεται, ενώ αντίθετα αν τα συναισθήματα οδηγούνται προς το άγχος ή την απογοήτευση τότε προκαλείται αποσυντονισμός και δυσαρμονία υποσκάπτοντας τα συναισθηματικά θεμέλια που επιτρέπουν στους ανθρώπους να προοδεύσουν.

Σύμφωνα με τον Ryback (Ryback, 1998) ο συναισθηματικά νοήμων ηγέτης εκδηλώνει δέκα βασικές συμπεριφορές:

1. Δεν κρατά επικριτική στάση στους υφισταμένους του
2. Διαθέτει κατανόηση για τα συναισθήματα των άλλων
3. Είναι ειλικρινής για τις προθέσεις του
4. Αναλαμβάνει τις ευθύνες του
5. Δίνει σημασία στη λεπτομέρεια
6. Είναι εκφραστικός
7. Είναι υποστηρικτικός
8. Είναι αποφασιστικός και επιλύει συγκρούσεις
9. Διαθέτει ζήλο
10. Εχει αυτοπεποίθηση και αφήνει τους γύρω του να αναδείξουν τις ικανότητές τους

Ο Goleman σε άρθρο του (2000) κάνει λόγο για έξι διαφορετικούς τύπους (στυλ) ηγεσίας που συνδέονται άμεσα με τις διαστάσεις της συναισθηματικής νοημοσύνης. Οι τύποι αυτοί είναι: ο καταπιεστικός (coercive), ο οραματιστής (visionary), ο ανθρωπιστικός (affiliative), ο δημοκρατικός (democratic), ο καθοδηγητικός (pacesetting) και ο συμβουλευτικός (coaching). Οι πραγματικά επιτυχημένοι και αποτελεσματικοί ηγέτες δεν χρησιμοποιούν μόνο ένα τύπο ηγεσίας ,αλλά εναλλάσσουν στυλ ανάλογα με τις ανάγκες της εργασίας.

Οι συναισθηματικά νοήμονες νοσηλευτές ηγέτες εμπνέουν στους άλλους ενθουσιασμό για ένα όραμα και μια κοινή αποστολή, παίρνουν πρωτοβουλία και δρουν ως ηγέτες ανεξάρτητα από τη θέση τους, βοηθούν τους άλλους να έχουν καλή επίδοση.

Με δεδομένη τη χαοτική φύση του συστήματος υγείας οι ηγέτες νοσηλευτές που έχουν αυτές τις ικανότητες μπορούν να αποτελέσουν πολύτιμη πηγή για τους οργανισμούς υγείας.

Ωστόσο, αξιόπιστες και έγκυρες έρευνες γύρω από τη Σ.Ν. στο χώρο της υγείας στα πλαίσια της ελληνικής επικράτειας πρέπει ακόμη να πραγματοποιηθούν.

ABSTRACT

REVIEW
EMOTIONAL INTELLIGENCE: THEORY AND THE IMPLICATIONS IN THE NURSING LEADERSHIP
Zoi Vorri RN, BSc, MSc Mental Health

Background: Emotional intelligence is popular in literature as an important characteristic for successful leaders. Health care is changing rapidly and leaders should use modern models of leadership focused on creating relationships based on trust. Nurse leaders who exhibit characteristics of emotional intelligence enhance staff organizational skills and effectiveness of their work.
Aim: This paper aims to present an analysis of the literature on Emotional Intelligence and explore the implications of it for the nursing leadership.
Method: A literature search was undertaken using international databases (MEDLINE, PUBMED) covering the period 1998 to 2008. A hand-search of relevant journals added to the data.
Conclusions: Emotionally intelligent nurse leaders who are self-aware, supervisory skillful, capable of address the emotional side of their staff can develop strong synergized teams, necessary for the survival during this changing healthcare landscape.

Key words: Emotional intelligence, nursing administration, competence, leadership

Βιβλιογραφία

1. Bar-On,(2006). The Bar-On model of emotional- social intelligence(ESI). Psicothema,18, supl.,13-25.
2. Bradberry T., Greaves(2006).Συναισθηματική Νοημοσύνη, Αθήνα, Κριτική.
3. Cadman C. & BrewerJ. (2001): a vital prerequisite for recruitment in nursing. Journal of Nursing Management 9(6), 321-324.
4. Cherniss C,(2001). Emotional Intelligence: What it is and why it matters(online from
5. http://www.eiconsortium.org/research/what is emotional intelligence.htm
6. Cherniss C,(2002) Emotional Intelligence and the good community. American Journal of Community Psychology 30(1), 1-11.
7. Gardner H.,(1983).Frames of mind: The theory of multiple intelligence.NY:Basic Books.
8. Goleman D.(1998). Working with emotional intelligence. London: Bloomsbury.
9. Goleman D.(1998). What makes a leader? Harvard Business Review, November-December ,93-102 .
10. Kerfoot K(1996). The emotional side of leadership:t he nurse manager's challenge. Nurs. Economics, 14(1) :59-62
11. Mayer J., Salovey P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey & D. Sluyter, eds Emotional Development and Emotional Intelligence :Educational Implications. New York :Basic Books;1-31
12. Palfai, Salovey (1993). The influence of depressed and elated mood on deductive and inductive reasoning. Imagination, Cognition and Personality.
13. Petrides K., Furnham A. (2001) Trait Emotional Intelligence: psychometric investigation with reference to established trait taxonomies. European Journal of Personality, 15, 425-448.
14. Ryback D. (1998). Putting emotional intelligence to work. Successful leadership is more than IQ. Butterworth-Heinemann.
15. Wechsler D. (1958) T HE MEASUREMENT AND APPRAISAL OF ADULT INELLIGENCE. Baltimore, MD: Williams and Wilkins.

Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας και η βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών στα νοσοκομεία

Δρ. Γιάννης Μάρκοβιτς[1], Σοφία Μοναστηρίδου[2]

1. Ph.D. Aston Business School, Aston University, Birmingham, UK – Εκπαιδευτής στο Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης, 2. Νοσηλεύτρια, Γ.Ν.Θ. «Ο Άγιος Δημήτριος»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας είναι σημαντική για την παροχή φροντίδας υγείας στους ασθενείς. Τα βασικά στοιχεία της σχετίζονται με το ανθρώπινο δυναμικό, την οργάνωση και τις διαδικασίες και τα αποτελέσματα με τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Οι μέθοδοι που υπάρχουν για τη βελτίωση της ποιότητας έχουν να κάνουν με τη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, τα συστήματα διασφάλισης ποιότητας και τις ποσοτικές μετρήσεις που αφορούν στην ποιότητα και την σχέση κόστους-ωφέλειας. Ο ρόλος του ανθρώπινου παράγοντα στη βελτίωση της ποιότητας μέσα από την εφαρμογή του θεωρητικού υποδείγματος του Donabedian είναι ουσιαστικός, καθώς εμπλέκεται και στις τρεις παραμέτρους που αφορούν στην ποιότητα υπηρεσιών υγείας. Τέλος, όσον αφορά στην υλοποίηση προγραμμάτων βελτίωσης της ποιότητας στο χώρο των νοσοκομείων, στο εξωτερικό και στην Ελλάδα, όπου παρατηρήθηκε ότι στην χώρα μας υπάρχει καθυστέρηση στην εφαρμογή τους και απουσία οργανωμένης και συστηματικής ενασχόλησης με τη διασφάλιση της ποιότητας και την υλοποίηση αντίστοιχων προγραμμάτων.

Λέξεις κλειδιά: ποιότητα υπηρεσιών, επαγγελματίας υγείας, Donabedian, Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, διασφάλιση ποιότητας

Εισαγωγή

Η υγεία είναι ένα κοινωνικό αγαθό που πρέπει να παρέχεται τόσο καθολικά στο κοινωνικό σύνολο, όσο και με την προσήκουσα ποιότητα έτσι ώστε τα αποτελέσματά της να είναι τα επιθυμητά και αναγκαία για τους πολίτες. Η ποιότητα, γενικά στην παραγωγή αγαθών και παροχή υπηρεσιών, ορίζεται ως μια δυναμική κατάσταση η οποία συνδέεται με τα προϊόντα, τις υπηρεσίες, τους ανθρώπους, τις διαδικασίες και το περιβάλλον και η οποία ανταποκρίνεται ή ξεπερνά τις προσδοκίες του πελάτη (Παπανικολάου, 2007).

Όσον αφορά στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, ο Donabedian (1980) την όρισε ως εκείνο το είδος φροντίδας, το οποίο αναμένεται να μεγιστοποιήσει την καλή υγεία και ευεξία του ασθενή, λαμβανομένων υπόψη των ωφελειών και των απωλειών που εμπεριέχει η διαδικασία περίθαλψης, σε όλα τα επιμέρους της σημεία. Ουσιαστικά, μέσα από τον παραπάνω ορισμό, οριοθετείται η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας μέσα από τρεις παραμέτρους: το τεχνικό μέρος που έχει να κάνει με τις υποδομές και τα μέσα που απαιτούνται για την παροχή υγείας, το διαπροσωπικό μέρος που αφορά στις γνώσεις, ειδικότητες και ικανότητες του ανθρώπινου δυναμικού του χώρου της υγείας, και η τρίτη παράμετρος, έχει να κάνει με την ξενοδοχειακή υποδομή και τις συναφείς παροχές προς τους ασθενείς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους.

Επίσης, ο Maxwell (1984) προσδιορίζει την ποιότητα στην υγεία, με βάση τις παραμέτρους: πρόσβαση – προσπελασιμότητα, δηλαδή, τη δυνατότητα των χρηστών υπηρεσιών υγείας να έχουν πρόσβαση στη φροντίδα υγείας στο σωστό χρόνο και τόπο σύμφωνα με τις ανάγκες τους, ισότητα, αποτελεσματικότητα, αποδοχή και καταλληλότητα. Στη συνέχεια, προστέθηκαν από τον Οργανισμό Οικονομική Συνεργασίας και Ανάπτυξης οι έννοιες της φροντίδας και της ασφάλειας.

Στα επόμενα κεφάλαια, αναλύεται η έννοια της ποιότητας των υπηρεσιών στον υγειονομικό τομέα, οι τρόποι και οι πρακτικές για τη βελτίωση της ποιότητας της υγείας, ο ρόλος και η συνεισφορά των εργαζομένων σε αυτή τη βελτίωση και τέλος, παρουσιάζονται παραδείγματα από την εφαρμογή προγραμμάτων βελτίωσης της ποιότητας στο χώρο της υγείας και σε νοσηλευτικά ιδρύματα.

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας

Η ποιότητα υπηρεσιών (service quality) είναι η μορφή και το είδος της υπηρεσίας που προσφέρεται σε έναν ασθενή και η αντίληψη που έχει ο ασθενής γι΄ αυτή την υπηρεσία. Αυτή μπορεί να θεωρηθεί ως η «γενική αξιολόγηση της τελειότητας ή της ανωτερότητας μιας οντότητας, και ότι αυτή η κρίση ή αξιολόγηση είναι παρόμοια με την στάση και σχετίζεται με, αλλά δεν είναι ισοδύναμη, την ικανοποίηση [Μπορούμε] να δούμε την ποιότητα υπηρεσιών όπως την λαμβάνουν οι πελάτες από μια συναλλαγή» (Dedeke, 2003: 277-8) και στην προκειμένη περίπτωση η ποιότητα υπηρεσιών είναι αυτή που λαμβάνουν οι ασθενείς όταν νοσηλεύονται σε ένα νοσοκομείο. Αυτή η ποιότητα υπηρεσιών έχει διάφορες διαστάσεις και βάση αυτών, αναπτύσσονται τα σχετικά μεθοδολογικά εργαλεία. Το σημαντικότερο και ευρέως χρησιμοποιούμενο είναι το ερωτηματολόγιο SERVQUAL. Οι διαστάσεις της ποιότητας υπηρεσιών που μετράει είναι οι ακόλουθες (Parasuraman, et al., 1986 & 1988):

Αξιοπιστία (Reliability): η δυνατότητα του νοσοκομείου να εκπληρώσει τις υποσχέσεις του και να παρέχει την υπηρεσία με ακρίβεια και σοβαρότητα σε όλους τους ασθενείς.

Ανταπόκριση (Responsiveness): η προθυμία του νοσοκομείου και του προσωπικού να βοηθήσει τους ασθενείς σε όλα τα θέματα και να παρέχει άμεσα την υπηρεσία.

Διασφάλιση (Assurance): η γνώση και η τεχνική εξειδίκευση του προσωπικού και οι δυνατότητές του να μεταβιβάσουν και να προβάλλουν εμπιστοσύνη, αξιοπιστία και ασφάλεια στους ασθενείς.

Ενσυναίσθημα (Empathy): η παροχή της υπηρεσίας με φροντίδα, κατανόηση και εξατομικευμένη προσοχή σε όλους τους ασθενείς.

Απτά χαρακτηριστικά (Tangibles): η εμφάνιση των εγκαταστάσεων, η αξιοπιστία και η καλή κατάσταση του εξοπλισμού όλων των υπηρεσιών, η εμφάνιση, παρουσία και καθαριότητα του προσωπικού, οι συνθήκες και η λειτουργικότητα της επικοινωνίας και των υλικών της τεχνολογίας.

Όσον αφορά στην ποιότητα υπηρεσιών υγείας (healthcare service quality), ο Donabedian (Λιαρόπουλος, 2007: 242-3) υποστήριξε ότι υπάρχουν τρεις διαστάσεις στην παροχή της φροντίδας:

- Το τεχνικό μέρος (technical, science of medicine): αναφέρεται στην εφαρμογή της επιστήμης και της τεχνολογίας για την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας του ασθενή.
- Το διαπροσωπικό μέρος (interpersonal, art of medicine): αναφέρεται στην ανθρώπινη/ψυχολογική διάσταση της αντιμετώπισης του ασθενή από τον γιατρό και τους άλλους επαγγελματίες υγείας, τη συμπεριφορά τους απέναντί του η οποία υπαγορεύεται από την επαγγελματική τους ηθική και δεοντολογία τα ήθη της κοινωνίας και τις προσδοκίες των ασθενών.
- Η ξενοδοχειακή υποδομή (amenities): αναφέρεται στο χώρο, το περιβάλλον και τις συνθήκες υπό τις οποίες προσφέρονται οι φροντίδες, την ξενοδοχειακή υποδομή και τις ανέσεις.

Συγκρίνοντας τις δύο παραπάνω απόψεις για την ποιότητα υπηρεσιών, την πρώτη που είναι γενική και τη δεύτερη που εξειδικεύεται στην παροχή υγειονομικής φροντίδας, διαπιστώνεται ότι η ξενοδοχειακή υποδομή του Donabedian αντιστοιχίζεται με τα χειροπιαστά του Parasuraman και των συναδέλφων του. Το διαπροσωπικό μέρος έχει να κάνει με το ενσυναίσθημα και με την ανταπόκριση, ενώ το τεχνικό μέρος μπορεί να αντιστοιχισθεί με την αξιοπιστία και τη διασφάλιση που μετράει το SERVQUAL.

Συμπερασματικά, η υψηλής ποιότητας περίθαλψη στον υγειονομικό τομέα και συγκεκριμένα σε μια νοσοκομειακή μονάδα πρέπει να διαθέτει τα εξής χαρακτηριστικά (WHO, 1993):

- Υψηλό επίπεδο επαγγελματισμού από το προσωπικό – ιατρικό, νοσηλευτικό και παραϊατρικό.
- Αποτελεσματικότητα στη χρήση των διαθεσίμων πόρων για την καλύτερη και περισσότερο αξιόπιστη παροχή φροντίδας υγείας.
- Μείωση των κινδύνων για τους ασθενείς είτε αυτές αφορούν στην υγειονομική περίθαλψη, είτε στις ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, είτε στις χειρουργικές επεμβάσεις.
- Ικανοποίηση του ασθενή από την παρεχόμενη υγεία, φροντίδα υγείας και περίθαλψης.
- Τελική θετική επίδραση στο επίπεδο υγείας του ασθενή μέσα από την εφαρμογή ολοκληρωμένων προγραμμάτων φροντίδας υγείας, αγωγής και προαγωγής υγείας.

Τρόποι και πρακτικές βελτίωσης της ποιότητας

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται κάποιοι από τους τρόπους και πρακτικές για τη βελτίωση της ποιότητας στον υγειονομικό τομέα. Οι παρακάτω πρακτικές έχουν εφαρμοσθεί σε διάφορους κλάδους τόσο της μεταποίησης, όσο και του τομέα των υπηρεσιών και προσαρμόζονται ανάλογα με το πεδίο εφαρμογής, οπότε δεν είναι αποκλειστικά ειδικά προγράμματα για την υγεία και τον χώρο των νοσοκομείων.

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management - TQM) στοχεύει να επιτύχει σε ένα οργανισμό τα παρακάτω, μέσα από την μεγιστοποίηση της αξίας των παρεχομένων υγειονομικών υπηρεσιών, όπως αυτές γίνονται αντιληπτές από τους ασθενείς, λαμβάνοντας υπόψη

και επιδιώκοντας την συμμετοχή των εργαζομένων του υγειονομικού φορέα (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999: 78-81):

- Αύξηση της ικανοποίησης του ασθενή
- Συνεχή βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών
- Διασφάλιση μεγάλης αποτελεσματικότητας του νοσοκομείου σε σχέση με το κόστος λειτουργίας
- Αύξηση της ικανότητας του νοσοκομείου για καινοτομίες και ευελιξία
- Συμπίεση του χρόνου ικανοποίησης αιτημάτων ασθενών και περίθαλψης
- Βελτίωση της αξιοποίησης και αποτελεσματικότητας του ανθρώπινου δυναμικού του νοσοκομείου
- Αύξηση του βαθμού αξιοποίησης νέας τεχνολογίας, δηλαδή, νέου εξοπλισμού και λογισμικού

Στο πλαίσιο εφαρμογής της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας εφαρμόζεται και η μεθοδολογία Six Sigma, που στοχεύει στην ποιοτική βελτίωση των οργανισμών, τόσο στην παραγωγική διαδικασία, όσο και στην παροχή υπηρεσιών. Η συγκεκριμένη μέθοδος στοχεύει στην μείωση έως και ελαχιστοποίηση των ελαττωματικών κομματιών ή προϊόντων που παράγονται από μια παραγωγική διαδικασία και η στατιστική τους απόκλιση δεν ξεπερνάει τις έξι τυπικές αποκλίσεις (Six Sigma) από την μέση τιμή ελαττωματικών του δείγματος που μετρείται. Η παραπάνω μέθοδος επεκτάθηκε και στην παροχή υπηρεσιών, μετρώντας προβληματικές διαδικασίες στην παροχή μιας δεδομένης υπηρεσίας στον πελάτη (Jenicke, et al., 2008). Αυτό σημαίνει ότι η εφαρμογή της μπορεί να είναι εφικτή και αποτελεσματική σε ένα υγειονομικό ίδρυμα, καθώς έχει πρακτικότητα και αξιοποιεί τις γνώσεις της στατιστικής κάνοντας μετρήσεις στις παρεχόμενες υπηρεσίες, οπότε μπορούν να διαμορφωθούν αντικειμενικά κριτήρια που θα οδηγούν στην εφαρμογή ολοκληρωμένων λύσεων σχετικά με τη διαχείριση της ποιότητας υπηρεσιών στην υγεία.

Από την άλλη πλευρά, η διασφάλιση και διαχείριση ποιότητας είναι το σύνολο των προγραμματισμένων και συστηματικών ενεργειών και διαδικασιών για να εξασφαλισθεί ότι μια υγειονομική υπηρεσία πληροί συγκεκριμένες προδιαγραφές (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999: 74). Οι οκτώ αρχές για τη διαχείριση ποιότητας σύμφωνα με το Διεθνή Οργανισμό Τυποποίησης (ISO) – προσαρμοσμένες στην υγεία – είναι οι ακόλουθες:

Εστίαση στον ασθενή: παροχή υγειονομικών υπηρεσιών που στοχεύουν στην βελτίωση του επιπέδου υγείας και στην ολοκληρωμένη παροχή φροντίδας υγείας και περίθαλψης στους ασθενείς.

Ηγεσία: εμφάνιση στρατηγικής και οραματικής ηγεσίας τόσο στο επίπεδο του νοσοκομείου, όσο και των κλινικών για την παροχή βέλτιστων και ολοκληρωμένων υγειονομικών υπηρεσιών.

Συμμετοχή του προσωπικού: εμπλοκή και ενθάρρυνση του προσωπικού να συμμετέχει στις πρωτοβουλίες που στοχεύουν στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών.

Διεργασιακή προσέγγιση: συνεργασία και αλληλοκάλυψη μεταξύ των λειτουργικών τμημάτων του νοσοκομείου.

Συστημική προσέγγιση: αντιμετώπιση των λειτουργιών και εργασιακών αντικειμένων ως υποσυστήματα που εμφανίζουν εξάρτηση μεταξύ τους για την αρμονική λειτουργία του συνολικού συστήματος που είναι το νοσοκομείο.

Συνεχής βελτίωση: αξιολογήσεις των πρωτοβουλιών ποιότητας για να υπάρχει συνεχής βελτίωση και διόρθωση των λαθών και προβλημάτων από την εφαρμογή των ποιοτικών προγραμμάτων.

Αποφάσεις βασισμένες σε δεδομένα: συστηματική και ορθολογική καταγραφή μετρήσεων και δεδομένων, έτσι ώστε οι αποφάσεις για τις πρωτοβουλίες να βασίζονται σε μετρήσιμα και αξιολογήσιμα μεγέθη.

Σχέσεις αλληλωφέλειας με τους προμηθευτές: ανάπτυξη σχέσεων και δεσμών με τους προμηθευτές του νοσοκομείου, έτσι ώστε να υπάρχει αμοιβαίο όφελος από την συνεργασία και την ανταλλαγή τεχνογνωσίας και πληροφοριών.

Τέλος, μια μέθοδος που χρησιμοποιείται για την αποτίμηση των προγραμμάτων διασφάλισης και διαχείρισης ποιότητας είναι η ανάλυση κόστους χρησιμότητας (cost utility analysis), η οποία χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση εναλλακτικών διαδικασιών ή αποτελεσμάτων ως προς μια μοναδική βάση μέτρησης της «χρησιμότητας». Η περισσότερο χρησιμοποιημένη μονάδα μέτρησης είναι τα Ποιοτικά Προσαρμοσμένα Έτη Ζωής (Quality-Adjusted Life Years – QALYs). Η μέτρηση διαφορετικών μεταξύ τους προγραμμάτων μπορεί να γίνει με την αποτίμηση του οριακού κόστους ανά QUALY (marginal cost per QUALY) που εξοικονομείται σε κάθε πρόγραμμα (Robinson, 1993). Η μέτρηση με την χρήση των QUALYs έχει κατηγορηθεί για διακρίσεις σε βάρος των ηλικιωμένων, για μη σύννομες διαπροσωπικές συγκρίσεις, για υποτίμηση ζητημάτων ηθικής και για την εισαγωγή προκαταλήψεων στην καταμέτρηση της ποιότητας ζωής. Παρόλα αυτά, ο Robinson (1993) υποστηρίζει ότι η τεχνική της ανάλυσης κόστους χρησιμότητας παραμένει η περισσότερο επιστημονική επιλογή για την οικονομική αξιολόγηση των προγραμμάτων υγειονομικής περίθαλψης, η οποία όμως πρέπει να λαμβάνεται υπόψη με προσοχή και επιφύλαξη. Χαρακτηριστικό παράδειγμα της χρησιμοποίησης της ανάλυσης κόστους χρησιμότητας και συγκεκριμένα των QUALYs έχουμε στην Γερμανία με την οικονομική αξιολόγηση των προγραμμάτων μεταμόσχευσης νεφρού (Greiner, et al., 2001).

Η επίδραση των εργαζομένων στο επίπεδο ποιότητας των υπηρεσιών

Σύμφωνα με το υπόδειγμα του Donabedian (1988) η ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, εξαρτάται από τις εξής παραμέτρους.

Τη δομή (structure), δηλαδή, τα κτίρια, τον εξοπλισμό, τα υλικά και τους διαθέσιμους χρηματικούς πόρους, τον αριθμό των εργαζομένων συνολικά και ανά κατηγορία, την κατάρτισή τους. την οργανωτική δομή, που περιλαμβάνει τον τρόπο διοίκησης, τον καταμερισμό των δραστηριοτήτων και τη διαδικασία επιλογής του προσωπικού.
Τη διαδικασία (process), δηλαδή, όλες τις ενέργειες που κάνει ο ασθενής αναζητώντας περίθαλψη καθώς και τον τρόπο με τον οποίο του παρέχεται αυτή η περίθαλψη, τις ενέργειες του ιατρού, ο οποίος θα χρησιμοποιήσει τη μία ή την άλλη διαγνωστική προσέγγιση, θα προτείνει κάποια αγωγή ή θα πραγματοποιήσει τη χειρουργική επέμβαση, τη μέση διάρκεια νοσηλείας και μετεγχειρητικής νοσηλείας και τη χρησιμοποίηση αντιβιοτικών υψηλού κόστους.
Την έκβαση (outcome), δηλαδή, τα αποτελέσματα, τη μεταβολή – τρέχουσα ή μελλοντική – στο επίπεδο υγείας και ευεξίας του ασθενή και την οφειλόμενη στην ιατρική παρέμβαση ή σε άλλη προηγηθείσα υπηρεσία φροντίδας.

Λαμβάνοντας υπόψη τις παραπάνω παραμέτρους, η επίδραση των εργαζομένων στη βελτίωση της ποιότητας της υγείας μπορεί να καλύπτει και τις τρεις. Συγκεκριμένα, στη δομή, η οργάνωση και ο καταμερισμός του ανθρώπινου δυναμικού και οι πολιτικές που εφαρμόζονται από τη διοίκηση, π.χ., εκπαίδευση και κατάρτιση, οργανωσιακές διαδικασίες, διαδικασίες επιλογής προσωπικού, κ.λπ., μπορούν να έχουν άμεση σχέση με τη βελτίωση και διασφάλιση της ποιότητας. Η ύπαρξη πιστοποιημένων προγραμμάτων κατάρτισης και μεθόδων διοίκησης και επιλογής, είναι συστατικά στοιχεία των μέτρων και κριτηρίων για την πιστοποίηση κατά ISO 9000. Όσον αφορά στη διαδικασία, η ύπαρξη τυποποιημένων (standardized) διαδικασιών και εγχειριδίων που αφορούν τόσο στην ιατρική όσο και στη νοσηλευτική εργασία, είναι βασικά στοιχεία ποιοτικής βελτίωσης και μέτρησης και αξιολόγησης προγραμμάτων διασφάλισης και διαχείρισης ποιότητας. Ούτως ή άλλως, ένα σύστημα διασφάλισης ποιότητας πρέπει να παρεμβαίνει στην οργανωτική δομή, στις διαδικασίες, στις διεργασίες και στα μέσα. Οπότε η παρέμβαση του ανθρώπινου παράγοντα είναι καθοριστική, καθώς ο εργαζόμενος καλείται να υλοποιήσει τις σχεδιασμένες διαδικασίες, σύμφωνα με τα οριζόμενα πρότυπα ποιότητας. Τέλος, σχετικά με την έκβαση, οι μετρήσεις αποτελεσμάτων των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και επιπέδου υγείας και ευεξίας των πολιτών, μπορεί να αφορούν οργανισμούς και θεσμούς που καλούνται να διαμορφώσουν πρότυπα για συγκριτικές επιδόσεις (benchmarking) με σκοπό τη διαμόρφωση βέλτιστων πρακτικών (best practices), αυτοί όμως που υλοποιούν τα προγράμματα και τις πρωτοβουλίες για τη βελτίωση της ποιότητας είναι οι εργαζόμενοι. Είναι καίρια η συμβολή τους, όχι μόνο γιατί είναι υποχρεωμένοι να εκτελέσουν τις διαταγές της διοίκησης του νοσοκομείου, αλλά και γιατί οφείλει η διοίκηση να τους εμπλέξει στις διοικητικές διεργασίες, ζητώντας την συμμετοχή τους και το μοίρασμα των ωφελημάτων (gainsharing) από την επίτευξη των οργανωσιακών στόχων.

Παραδείγματα πρωτοβουλιών και πρακτικών για τη βελτίωση της ποιότητας

Σε Ευρωπαϊκή έρευνα σχετικά με την υλοποίηση προγραμμάτων και πρωτοβουλιών για τη βελτίωση της ποιότητας (quality improvement) στον τομέα και φορείς της υγείας, διαπιστώθηκε ότι τα περισσότερο αναφερόμενα επιτεύγματα είχαν να κάνουν με (Spencer & Walshe, 2009: 24):

- Τον καθορισμό εθνικών συστημάτων πιστοποίησης και διασφάλισης της ποιότητας (αναφέρθηκαν σε 17 κράτη-μέλη της Ε.Ε.).
- Τον καθορισμό εθνικής υπηρεσίας ή φορέα για την ποιότητα στον χώρο της υγείας (13 κράτη-μέλη της Ε.Ε.).
- Την επέκταση της δυνατότητας επιλογής του ασθενούς, των δικαιωμάτων και της ασφάλειάς του (13 κράτη-μέλη).
- Τη βελτίωση της κατάρτισης και αξιολόγησης των επαγγελματιών υγείας (12 κράτη-μέλη).

Στην Νέα Ζηλανδία, οι ασθενείς θεωρούν ότι οι παράγοντες που διαμορφώνουν την αντίληψή τους για την ποιότητα υπηρεσιών στην φροντίδα υγείας είναι η αξιοπιστία, τα απτά χαρακτηριστικά, η διασφάλιση, το ενσυναίσθημα, το φαγητό, η πρόσβαση στο σύστημα υγείας, τα αποτελέσματα από την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών, η είσοδος στο και έξοδος (εισιτήρια και εξιτήρια) από το νοσηλευτικό ίδρυμα και η ανταπόκριση του υγειονομικού προσωπικού (Clemes, et al., 2001). Οι παραπάνω παράγοντες αντιστοιχούν με αυτές που αναφέρονται στο μεθοδολογικό εργαλείο SERVQUAL και με την ευρεία αντιμετώπισή τους καταγράφονται από τον Donabedian.

Στην Ελλάδα η εφαρμογή προγραμμάτων βελτίωσης της ποιότητας δεν είναι επαρκώς ανεπτυγμένη, αν και έχουν γίνει προσπάθειες για οργανωμένη υλοποίηση πρακτικών, ειδικά, μέσα από τις απαιτήσεις χρηματοδότησης που ορίζει το Ε.Σ.Π.Α. Είναι ενδεικτικό ότι μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του ’90 οι αναφορές για ύπαρξη τέτοιων προγραμμάτων στην υγεία ήταν περιστασιακές και σε πρωτοβουλιακό επίπεδο από τους επαγγελματίες υγείας και όχι από τις διοικήσεις των νοσοκομείων ή κεντρικά από το αρμόδιο υπουργείο (Theodorakioglou & Tsiotras, 2000). Συγκεκριμένα, μέχρι και τις αρχές του 21ου αιώνα, στην Ελλάδα το 91,7% των νοσοκομείων δήλωνε ότι δεν είχε θέσει την ποιότητα στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών ως διακριτό και μετρήσιμο στόχο ή ως χωριστά χρηματοδοτούμενο σκοπό. Επίσης, μόνο το 16,6% των διοικήσεων των νοσοκομείων εφαρμόζει εργαλεία διαχείρισης της ποιότητας και το 41,7% αρκεί-

ται μόνο σε εμπειρικές προσεγγίσεις και μετρήσεις (Τούντας, 203: 545).

Σε εμπειρική ποσοτική έρευνα που έγινε σε ασθενείς δημόσιου νοσοκομείου, διαπιστώθηκε ότι τα ζητήματα που αφορούν στην ικανότητα και επιστημοσύνη των γιατρών, στην υγιεινή των χώρων νοσηλείας των ασθενών σε συνάρτηση με το χρόνο νοσηλείας, στην μορφή ασφάλισης και στην συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού καθόρισαν την ύπαρξη της ποιότητας στο δημόσιο νοσοκομείο και έκαναν να νιώθουν ικανοποιημένοι οι ασθενείς (Lekidou, et al., 2007). Όσον αφορά στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) στα δημόσια νοσοκομεία, διαπιστώθηκε ότι οι καθοριστικοί παράγοντες για την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών, έτσι ώστε να αισθάνονται ικανοποιημένοι οι ασθενείς από την παροχή φροντίδας υγείας είναι η αξιοπιστία, δηλαδή, η σταθερότητα της φροντίδας, η συνέπεια της εκτέλεσης και η διάρκεια των παρεχομένων υπηρεσιών, η ανταπόκριση και η ετοιμότητα του προσωπικού να εξυπηρετήσουν τον ασθενή, η ικανότητα του προσωπικού, η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας, η ευγένεια, κατανόηση και επικοινωνία των επαγγελματιών υγείας σε συνάρτηση με τον επαγγελματισμό του, την ασφάλεια και το περιβάλλον στον χώρο της υγείας (Μαλλιαρού, κ.ά., 2009).

Τέλος, η εφαρμογή μεθόδων βελτίωσης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Κρήτη τα τελευταία χρόνια είχαν να κάνουν με τη δημιουργία κλινικών ομάδων διαχείρισης της ποιότητας από 5-6 γιατρούς σε όλα τα κέντρα υγείας του νησιού και την καθιέρωση καρτών υγείας για 6.150 ασθενείς. Το 97,6% των ασθενών ήταν ικανοποιημένοι από την προσωπική φροντίδα που έδειξαν οι γιατροί για το ιατρικό τους πρόβλημα, την ιατρική εξέτασή τους και την πληροφόρηση που είχαν για τα συμπτώματα και την ασθένεια. Από την άλλη πλευρά, τα προβλήματα στην υποδομή και τα τεχνικά διαγνωστικά μέσα ήταν τα βασικά εμπόδια για την παροχή υπηρεσιών υγείας σε υψηλής ποιότητας (Lionis, et al., 2004).

Επίλογος

Στην παρούσα εργασία αναλύθηκε η έννοια της ποιότητας, δίνοντας έμφαση στην ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες και ιδιαίτερα στις υπηρεσίες υγείας. Μέσα από την ανάλυση διαπιστώθηκαν ότι τα βασικά στοιχεία της έχουν να κάνουν με το ανθρώπινο δυναμικό, την οργάνωση και τις διαδικασίες και τα αποτελέσματα με τις παρεχόμενες υπηρεσίες προς τους ασθενείς. Οι μέθοδοι που υπάρχουν για τη βελτίωση της ποιότητας είναι αρκετές, έχουν κατά βάση γενική εφαρμογή σε διάφορες περιπτώσεις παραγωγής αγαθών ή παροχής υπηρεσιών, κάνοντας την κατάλληλη προσαρμογή στην επιμέρους περίπτωση. Αυτό σημαίνει ότι Διοίκηση Ολικής Ποιότητας ή τα συστήματα διασφάλισης ποιότητας ακολουθούν κάποιους γενικά εφαρμόσιμους κανόνες, οι οποίοι προσαρμόζονται και έχουν ειδική εφαρμογή στον χώρο της υγείας και συγκεκριμένα σε ένα νοσηλευτικό ίδρυμα. Στο πλαίσιο αυτό, αναλύθηκε ο ρόλος του ανθρώπινου παράγοντα στη βελτίωση της ποιότητας μέσα από την εφαρμογή του θεωρητικού υποδείγματος του Donabedian και παρουσιάσθηκαν παραδείγματα από την υλοποίηση προγραμμάτων βελτίωσης της ποιότητας στο χώρο των νοσοκομείων, στο εξωτερικό και στην Ελλάδα, όπου παρατηρήθηκε η καθυστέρηση στην εφαρμογή τους και η απουσία οργανωμένης και συστηματικής ενασχόλησης με τη διασφάλιση της ποιότητας και την υλοποίηση αντίστοιχων προγραμμάτων.

ABSTRACT

REVIEW

THE ROLE OF HEALTHCARE PROFESSIONALS AND THE IMPROVEMENT OF SERVICE QUALITY IN HOSPITALS

Dr. Yannis Markovits[1], Sofia Monastiridou[2]

[1. PhD., Aston Business School, Aston University, Birmingham, UK – National Centre of Public Administration and Local Government, Thessaloniki, 2. Nurse, Agios Dimitrios Public Hospital, Thessaloniki]

The quality in the healthcare services is important for the provision of healthcare treatment for the patients. Its main dimensions relate to human resources, organization and procedures, and the outcomes from the services offered to patients. The methods available for the improvement of quality levels have to do with Total Quality Management, systems for quality assurance and quantitative methods relevant to quality and the relationship between cost and benefit. The role of the human factor for the improvement of quality through Donabedian's conceptual framework is substantial, since it is related to all three dimensions comprising healthcare services. Finally, as far as the implementation of quality improvement programmes in hospitals, in Greece and abroad, it has been found that Greece lacks behind other developed EU and OECD countries, due to the absence of organized and systematic activity on quality assurance and development of relative quality programmes.

Keywords: service quality, health professionals, Donabedian, Total Quality Management, quality assurance

Βιβλιογραφία

1. Αλεξιάδης, Α.Δ., Σιγάλας, Ι. 1999. Υπηρεσίες υγείας/Νοσοκομείο: Ιδιοτυπίες και προκλήσεις, Τόμος Δ': Διοίκηση υπηρεσιών υγείας-νοσοκομείων, εμπειρίες, τάσεις και προοπτικές. ΕΑΠ, Πάτρα.
2. Clemes, M.D., Ozanne, L.K., Laurensen, W.L. 2001. Patients' perceptions of service quality dimensions: An empirical examination of health care in New Zealand. Health Marketing Quarterly 19(1), 3-22.
3. Dedeke, A. 2003. Service quality: Fulfilment-oriented and interactions-centred approach. Managing Service Quality 13(4), 276-289.
4. Donabedian, A. 1980. The definition of quality and approaches to its assessment. Health Administration Press, Anne Arbor, Michigan.
5. Donabedian, A. 1988. The quality of care. How can it be assessed? JAMA 260, 1743-1748.
6. Greiner, W., Obermann, K., Graf, J.M., Schulenburg, V.D. 2001. Socio-economic evaluation of kidney transplantation in Germany. Archives of Hellenic Medicine 18(2), 147-155.
7. Jenicke, L.O., Kumar, A., Holmes, M.C. 2008. A framework for applying six sigma improvement methodology in an academic environment. The TQM Journal 20(5), 453-462.
8. Lekidou, I., Trivellas, P., Ipsilandis, P. 2007. Patients' satisfaction and quality of care: An empirical study in a Greek public hospital. MIBES Transactions on line 1(1), 46-59.
9. Λιαρόπουλος, Λ.Λ. 2007. Οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας: Α' Τόμος. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.
10. Lionis, C., Tsikaris, M., Bardis, V., Philalithis, A. 2004. Seeking quality improvement in primary care in Crete, Greece: The first actions. Croatian Medical Journal 45(5), 599-603.
11. Μαλλιαρού, Μ., Σαράφης, Π., Ζυγά, Σ. 2009. Ποιότητα παροχής φροντίδας στο Τμήμα Επειγόντων. Το Βήμα του Ασκληπιού 8(1), 25-40.
12. Maxwell, R.J. 1984. Quality assessment in Health. British Medical Journal 288, 470?1473.
13. Παπανικολάου Β. 2007. Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
14. Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., Berry, L.L. 1986. SERVQUAL: A scale for measuring service quality. Working Paper, Marketing Science Institute.
15. Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., Berry, L.L. 1988. SERVQUAL: A multiple item scale for measuring consumer perceptions of service quality. Journal of Retailing 64(1), 12-40.
16. Robinson, R. 1993. Economic evaluation and health care: Cost-utility analysis. British Medical Journal 307, 859-862.
17. Spencer, E., Walshe, K. 2009. National quality improvement policies and strategies in European healthcare systems. Quality and Safety in Health Care 18(Suppl I), i22-i27.
18. Theodorakioglou, Y.D., Tsiotras. G.D. 2000. The need for the introduction of quality management into Greek health care. Total Quality Management and Business Excellence 11(8), 1153-1165.
19. Τούντας, Γ. 2003. Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και τις υπηρεσίες υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 20(5), 532-546.
20. WHO 1993. Continuous quality development: a proposal national policy. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Η συζήτηση ως αποτελεσματικός τρόπος επικοινωνίας στην καθημερινή νοσηλευτική πράξη

Μαρνέρας Χρήστος[1], Αρβανίτης Γεώργιος[2]

1. Νοσηλευτής Τ.Ε.,MSc-Π.Φ.Υ., Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ρίου.
2. Νοσηλευτής Τ.Ε., Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ρίου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η επικοινωνία είναι μια διαδικασία αλληλεπίδρασης με σκοπό την ανταλλαγή μηνυμάτων, έμφυτη σε κάθε άνθρωπο, αλλά που οι επί μέρους τεχνικές και δεξιότητές της είναι δυνατό να διδαχθούν. Οι Νοσηλευτές είναι από τη φύση του επαγγέλματός τους «επαγγελματίες» της επικοινωνίας, αφού η νοσηλευτική στηρίζεται στη δυνατότητα που έχουν αναπτύξει προκειμένου να δημιουργούν καλές διαπροσωπικές σχέσεις με τους ασθενείς.

Λέξεις Κλειδιά: συζήτηση, επικοινωνία, συμβουλευτική, νοσηλευτική πράξη, πομπός, δέκτης, μήνυμα, ασθενής.

Εισαγωγή

Η επικοινωνία είναι μια διαδικασία αλληλεπίδρασης με σκοπό την ανταλλαγή μηνυμάτων, έμφυτη σε κάθε άνθρωπο. (Επικοινωνώ ...άρα υπάρχω). Στη διαπροσωπική επικοι¬νωνία, αλληλεπιδραστική στην ουσία της σχέση, οι άνθρωποι, που μοιράζονται τους ρόλους του πομπού και του δέκτη, φέρουν αμοιβαία την ευθύνη για τη δημιουργία ενός κοινού νοήματος και τη διαμόρφωση ενός κοινού κώδικα επικοινωνίας.

Το φαινόμενο της επικοινωνίας είναι σύνθετο και ο τρόπος που γίνεται κατανοητό καθορίζει τον τύπο των παρεμβάσεων στις ανθρώπινες σχέσεις σε όλες τις μορφές (Μπακιρτζής, 2002). Τρεις είναι οι διαστάσεις που καθορίζουν την ανθρώπινη επικοινωνία, σε σχέση κυρίως με τους στόχους αλλά και τον τρόπο που πραγματοποιείται:

- η εγωκεντρική
- η αλλοκεντρική
- η αλληλοκεντρική.

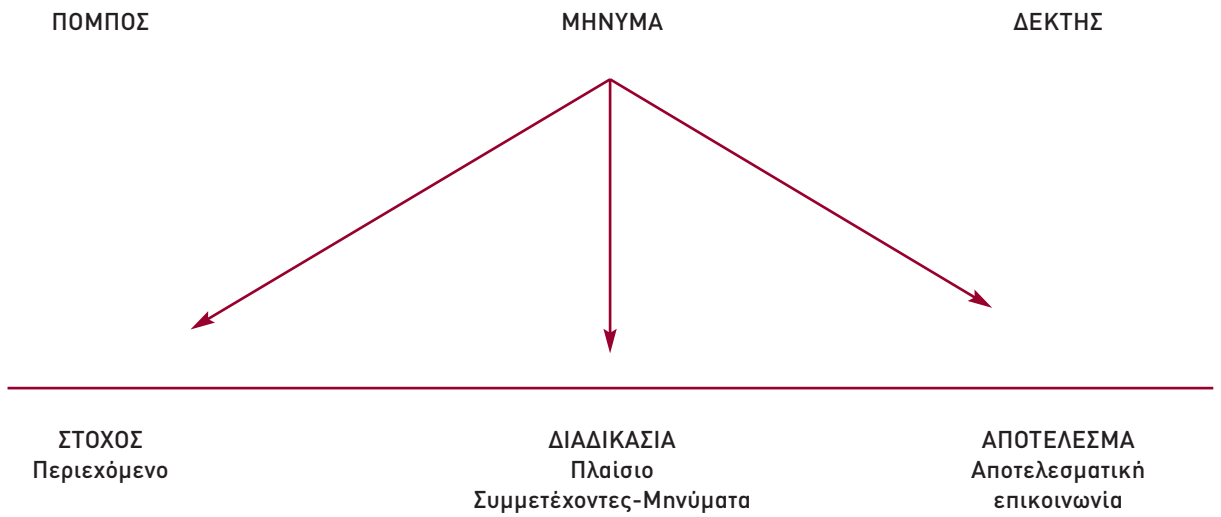
Η εγωκεντρική επικοινωνία έχει σκοπό να καλύψει προσωπικές ανάγκες του ίδιου του ατόμου, που αναλαμβάνει την πρωτοβουλία να επικοινωνήσει. Η αλλοκεντρική επικοινωνία έχει στόχο να καλύψει ανάγκες άλλων προσώπων και όχι αυτού που αναλαμβάνει την πρωτοβουλία να αναπτύξει μια επικοινωνιακή σχέση. Τέλος, η αλληλοκεντρική ή ομοκεντρική διάσταση της επικοινωνίας είναι αυτή που αφορά την ίδια τη σχέση μεταξύ των προσώπων που επικοινωνούν, μέσα από την οποία ικανοποιούνται με αμοιβαιότητα οι ανάγκες όλων των συμμετεχόντων.

Η Επικοινωνία στην καθημερινή νοσηλευτική πράξη

Η ουσιώδης διάσταση της επικοινωνίας στο Νοσοκομείο όσον αφορά το ρόλο του νοσηλευτή, είναι αρχικά η αλλοκεντρική. Ο νοσηλευτής, έρχεται σε άμεση διαπροσωπική επικοινωνία με τους ασθενείς του, με σκοπό να επιδράσει με θετικό τρόπο στη διαμόρφωση στάσεων, αντιλήψεων και συμπεριφορών, που σκοπό έχουν την αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας που αντιμετωπίζουν και κατ' επέκταση αν αυτό είναι εφικτό την πλήρη ίαση τους.

Όσον αφορά τους ασθενείς, η επικοινωνία την οποία οι ίδιοι καλούνται να αναπτύξουν μέσα στο χώρο του Νοσοκομείου είναι η εγωκεντρική, αφού σκοπός της είναι η υιοθέτηση συμπεριφοράς τέτοιας, που οδηγεί αρχικά στην αποδοχή του προβλήμα-

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ - ΜΙΑ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ



τος υγείας που αντιμετωπίζει, και κατ΄ επέκταση η θεραπεία του. Όμως αυτή η σχέση μετουσιώνει την επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτή- αρρώστου σε μια αλληλοδιαμορφωτική, επικοινωνιοκεντρική σχέση (Mialaret, 1991), όπου τόσο ο ασθενής όσο και ο νοσηλευτής μέσα από μια διαλεκτική σχέση αυτοκεντρικής και αλλοκεντρικής επικοινωνίας συναντώνται ως πρόσωπα στα πλαίσια μιας «συναντησιακής» σχέσης. Ο Carl Rogers (1952) αναγνώρισε τη βαθιά ψυχική φύση και λειτουργία του φαινομένου της επικοινωνίας με τις έννοιες της ενσυναίσθησης και της γνησιότητας, μέσω των οποίων επιτυγχάνεται η ουσιαστική συνάντηση μεταξύ πομπού – δέκτη.

Η ανάγκη για καλή επικοινωνιακή σχέση επομένως, ασθενή και νοσηλευτή στο νοσοκομείο είναι προφανής από τη στιγμή που είναι βασικό συστατικό της καλής λειτουργίας της σχέσης μεταξύ τους. (Θεοφιλίδης, 1997), μην ξεχνούμε ότι η καλή λειτουργία της σχέσης αυτής αποτελεί βασικό συστατικό της διαδικασίας της προαγωγής υγείας του ασθενή.

Ουσιαστικά καλή επικοινωνία είναι αυτή που διευκολύνει τη δημιουργία σχέσεων, ο νοσηλευτής ενθαρρύνει ή αποθαρρύνει, προτρέπει ή αποτρέπει, προσελκύει ή απομακρύνει τους ασθενείς του με τον τρόπο που επικοινωνεί μαζί τους. Συγκεκριμένα, η καλή επικοινωνιακή σχέση νοσηλευτή – ασθενή συντελεί στην ανάπτυξη, της αίσθησης του ασθενή για καλύτερη αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας που αντιμετωπίζει , βοηθά στην κοινωνική επαφή και στην ανάπτυξη καλύτερων διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ των ασθενών και νοσηλευτών, συντελεί στην κάλυψη των ψυχολογικών αναγκών, αποδοχής και ασφάλειας που κάθε άτομο και ιδιαίτερα οι ασθενείς σε αυτή τη φάση που βρίσκονται χρειάζονται.

Θεωρούμε ότι ο ρόλος του νοσηλευτή συνδέεται άμεσα και ουσιαστικά με τον ρόλο του «συμβούλου» (Maslow, 1970 & 1973, Rogers, 1969) και υποστηρίζουμε την αναγκαιότητα προώθησης της συμβουλευτικής στο χώρο του Νοσοκομείου, με τρόπο ώστε να διευκολυνθεί η εξέλιξη της απλής σχέσης νοσηλευτή – ασθενή σε ευρύτερη συμβουλευτική σχέση. (Κοσμίδου-Hardy 1993, Κοσμόπουλος 1996).

Άλλωστε, ο ίδιος ο στόχος αυτής της προσπάθειας στο Νοσοκομείο δεν είναι άλλος από το να διευκολύνει τον ασθενή προς μια ολόπλευρη και υγιή ανάπτυξη, επιτυχή αξιοποίηση του εαυτού του, επιτυχή αντιμετώπιση προβλημάτων που συναντά, στην παρούσα δύσκολη φάση της ζωής του, και λήψη καλών αποφάσεων. (Καλούρη, 1992).

Προκειμένου όμως ο νοσηλευτής να είναι σε θέση να ανταποκριθεί στον ρόλο του ως συμβούλου θα πρέπει μεταξύ άλλων να είναι σε θέση να μπορεί να αξιοποιεί τα κατάλληλα χαρακτηριστικά προσωπικότητας του και να ενεργοποιεί επικουρικές για τον σκοπό του τεχνικές επικοινωνίας. Θα πρέπει με τη συμπεριφορά του να προσφέρει τη δυνατότητα βοήθειας προς τους ασθενείς του, να καλλιεργεί κλίμα εμπιστοσύνης, ενθάρρυνσης, αποδοχής και όχι απόρριψης. Είναι προφανές ότι η συμπεριφορά του νοσηλευτή είναι εκείνη που σηματοδοτεί το είδος των σχέσεων που αναπτύσσονται ή είναι δυνατόν να αναπτυχθούν μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή. (Καλούρη, 2002).

Ο νοσηλευτής, ως λειτουργός συμβουλευτικής, χαρακτηρίζεται ή θα έπρεπε να χαρακτηρίζεται από ιδιαίτερες επικοινωνιακές ικανότητες. Όχι μόνο να γνωρίζει τα βασικά χαρακτηριστικά και τις προϋποθέσεις μιας αποτελεσματικής επιτυχημένης συζή-

τησης, αλλά και να είναι σε θέση να τα χρησιμοποιεί. Όμως, ας μη ξεχνάμε ότι έρευνες έχουν καταδείξει ότι λόγω των διαφόρων προβλημάτων που αντιμετωπίζει ο νοσηλευτής πολλές φορές όχι μονό αδυνατεί να χρησιμοποιήσει τεχνικές αποτελεσματικής επικοινωνίας, αλλά αναζητά ο ίδιος συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη (Καλούρη, Αθανασούλα, 2002).

Αν καλός νοσηλευτής είναι αυτός που έχει καλό γνωσιολογικό επίπεδο για την επιστήμη του, επίσης καλός νοσηλευτής είναι αυτός που χειρίζεται αποτελεσματικά τις επικοινωνιακές τεχνικές και δεξιότητες. Είναι αυτός που ως πομπός εκπέμπει με τρόπο που ο δέκτης – ασθενής να κατανοεί αυτά που εκπέμπονται. Είναι αυτός που έχει τη δυνατότητα να διαφορο¬ποιεί την συμπεριφορά του προς όφελος μιας ελεύθερης επικοινωνιακής/συμβουλευτικής σχέσης. Στην περίπτωση δε, της συμβουλευτικής επικοινωνιακής σχέσης του νοσηλευτή είναι σαφές ότι αναφερόμαστε:

Α) Στην αμφίδρομη, υιοθετώντας διαδραστικά μοντέλα επικοινωνίας (Μακ Κουέηλ 1993, Καζάζη 1995), και όχι την μονόδρομη επικοινωνία, όπου ο πομπός όχι μόνον ενδιαφέρεται για την ορθή λήψη και αποκωδικοποίηση του μηνύματος, αλλά ανατροφοδοτείται από την αντίδραση του λήπτη και η επικοινωνία καθίσταται περισσότερο αποτελεσματική (Καλούρη,2002)

Β) Στην κυκλική και όχι ευθύγραμμη επικοινωνία, όπου ενισχύεται η αμοιβαιότητα της επικοινωνιακής διαδικασίας μέσα από την επιλεκτική λήψη και κατ' επέκταση αποκωδικοποίηση των μηνυμάτων του πομπού από τον αποδέκτη (Καλούρη, 2002).

Γ) Στην αλλοκεντρική ή και αλληλοκεντρική επικοινωνιακή προσέγγιση, η οποία αφορά την ίδια τη σχέση μεταξύ των προσώπων που επικοινωνούν, τη συνάντηση, την επικοινωνία και όχι την εγωκεντρική επικοινωνία όπου το άτομο επικοινωνεί για τις δικές του μόνον ανάγκες (Μπακιρτζής, 2002).

Δ) Στην φυσική, εκ του σύνεγγυς και όχι εξ αποστάσεως επικοινωνία, η οποία πραγματοποιείται με τη φυσική παρουσία του πομπού και του δέκτη

Ε) Τόσο στην λεκτική όσο και στη μη λεκτική επικοινωνία (Pease 1991, Κομνηνάκης 1998, Verderber, 1997). Εξάλλου δεν είναι λίγοι εκείνοι που έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι το 65% της επικοινωνίας είναι αποτέλεσμα της μη λεκτικής συμπεριφοράς και μόνο το 35% αποτέλεσμα της λεκτικής (Burgoon, etal. 1989)

Θεωρείται απαραίτητο η επικοινωνία να πραγματοποιείται ελευθέρα, να υπάρχει ατμόσφαιρα αποδοχής, να υπάρχουν ενδείξεις ότι οι ιδέες του ασθενή λαμβάνονται πράγματι υπόψη. Κάθε άποψη, σχόλιο ή ιδέα να αντιμετωπίζεται θετικά, όλα τα συμμετέχοντα μέλη να δίνουν προσοχή στα δρώμενα, να μη μονοπωλείται η επικοινωνία μόνο από κάποια άτομα στην ομάδα και να προσφέρεται η δυνατότητα ανταλλαγής απόψεων και σεβασμού αυτών των απόψεων από όλα τα μετέχοντα στην επικοινωνιακή σχέση άτομα (Douglas, 2000).

Ενώ λοιπόν η σημασία της καλής επικοινωνιακής σχέσης είναι προφανής, δεν είναι λίγες οι φορές που δη¬μιουργούνται για κάποιους λόγους προβλήματα στην επικοινωνία, προβλήματα τα οποία μπορεί να σχετίζονται με τον πομπό, τον δέκτη, το μέσο-δίαυλο επικοινωνίας ή και αυτό ακόμη το περιεχόμενο του μηνύματος (Δημητρόπουλος & Καλούρη, 2002).

Τα κίνητρα και οι εμπειρίες του πομπού και του δέκτη, του νοσηλευτή δηλαδή και του ασθενή, τα προσδοκώμενα, οι κοινωνικές μας αντιλήψεις, η συναισθηματική μας κατάσταση, ο κώδικας που χρησιμοποιούμε, τροποποιούν συνειδητά ή ασυνείδητα την εκπομπή και αντίστοιχα τη λήψη του μηνύματος. Παρωθητικά ερεθίσματα συντελούν στη δημιουργία καλής επικοινωνιακής – κωδικοποιητικής και αποκωδικοποιητικής – σχέσης και διασφαλίζουν καλύτερες διαπροσωπικές σχέσεις (Δημητρόπουλος & Καλούρη, 2002).

Ακόμη, σημαντικό ρόλο στην καλή επικοινωνία και τις αποτελεσματικές διαπροσωπικές σχέσεις παίζει το πώς οι δύο συνομιλητές αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους. Άτομα με θετική αυτοεικόνα και θετικό αυτοσυναίσθημα, σε αντίθεση με τα άτομα με χαμηλή αυτοεικόνα, έχουν την τάση να αποδέχονται και τους άλλους και να αποκωδικοποιούν τα επικοινωνιακά μηνύματα με τον τρόπο που θεωρούν ότι θα επιθυμούσε ο συνομιλητής τους (Verderber, 2000. Remy, 1988) καθιστώντας αποτελεσμα¬τικότερη την επικοινωνία.

Χαρακτηριστικά Αποτελεσματικής Επικοινωνίας

Πότε όμως θα μπορούσαμε να χαρακτηρίσουμε αποτελεσματική την επικοινωνία; Θα λέγαμε όταν «υλοποιούνται οι σκοποί για τους οποίους γίνεται», όταν «οι διαπροσωπικές σχέσεις διευκολύνονται στον μέγιστο βαθμό», όταν οι συμμετέχοντες έχουν κοινούς κώδικες, όταν υπάρχει επαρκής επικοινωνιακή ικανότητα, όταν η επικοινωνιακή συμπεριφορά είναι κατάλληλη και αποτελεσματική (Καλούρη, 2002). Είναι δε κατάλληλη και αποτελεσματική, όταν εκφράζει τον συγκεκριμένο σκοπό και το κίνητρο του πομπού, όταν επιτυγχάνει τους στόχους της, όταν συμμορφώνεται με όσα αναμένονται στην επικοινωνιακή αυτή σχέση (Spitzberg, 1997) και όταν τελικώς το εκπεμπόμενο μήνυμα γίνεται αποδεκτό από τον λήπτη ακριβώς όπως θα το ήθελε και το εννοούσε ο πομπός.

Οι βασικές αρχές της διαπροσωπικής επικοινωνίας, ενισχύοντας ή μη, τις διαπροσωπικές σχέσεις, που δίνονται από τον Verderber (2000) δεν απέχουν πολύ, στην θετική τους εκδοχή και παρουσίαση, από τις βασικές δεξιότητες της συμβουλευτικής σχέσης:

α. Η διαπροσωπική επικοινωνία είναι διαδικασία δημιουργίας και διαπραγμάτευσης σχέσεων. Το μήνυμα δεν μεταφέρει απλώς τις επιθυμητές -προς μετάδοση- πληροφορίες αλλά μεταφέρει και τα στοιχεία εκείνα που καθορίζουν μια σχέση, όπως στοργή, ασφάλεια, απόρριψη, ειρωνεία, έλεγχο, κυριαρχία...

β. Η διαπροσωπική επικοινωνία είναι σκόπιμη. «Κάθε μορφή διαπροσωπικής επικοινωνίας κατευθύνεται προς την επίτευξη ενός στόχου, ανεξάρτητα από το αν αυτό γίνεται συνειδητά ή όχι» (Kellermann, 1990)

γ. Η διαπροσωπική επικοινωνία επιτυγχάνεται στηριζόμενη σε δεξιότητες που διδάσκονται και μαθαίνονται, άρα και βελτιώνεται προκειμένου να καταστεί περισσότερο αποτελεσματική)

δ. Η διαπροσωπική επικοινωνία είναι διαρκής. Συνειδητά ή μη συνειδητά, με λεκτικά ή μη λεκτικά μηνύματα κάθε άτομο εκπέμπει συνεχώς προς τους άλλους μηνύματα, τα οποία αντίστοιχα, σε συνάρτηση με το ενδιαφέρον και τις ανάγκες τους, οι άλλοι τα δέχονται και τα αποκωδικοποιούν ή αντίθετα τα απορρίπτουν.

Για την καλή επικοινωνία απαραίτητη παρουσιάζεται εκτός των άλλων (Mialaret, 1991) η χρήση ενός ενιαίου κώδικα συμβόλων. Όταν τα λεκτικά μηνύματα δηλαδή δεν συμφωνούν ή συγκρούονται με τα μη λεκτικά αντίστοιχα που εκπέμπει ο συνομιλητής μας, η επικοινωνία παρουσιάζεται ανειλικρινής και η διαπροσωπική σχέση διαταράσσεται. Τα θετικά μη λεκτικά μηνύματα ενισχύουν την αξιοπιστία και την ειλικρίνεια του συνομιλητή μας, και θετική εικόνα για το συνομιλητή μας σημαίνει θετική τάση για την δημιουργία ή την ενίσχυση της διαπροσωπικής σχέσης μαζί του. Το αμοιβαίο ενδιαφέρον για την επικοινωνία, πομπού και δέκτη, και η εκδήλωση αυτού του ενδιαφέροντος αντίστοιχα, από τον έναν προς τον άλλο, δημιουργούν το θετικό κλίμα που ευνοεί την αποτελεσματική ανταλλαγή απόψεων και τη δημιουργία και διατήρηση καλών διαπροσωπικών σχέσεων (Καλούρη, 2002).

Ο στόχος δεν είναι μονοσήμαντος, επιδιώκουμε την κατανόηση και την αποδοχή από τον άλλο, τον συνομιλητή μας, και αποφεύγουμε τον ατέλειωτο και εγωκεντρικό μονόλογο. Ο καλός ακροατής βοηθά στην επικοινωνιακή σχέση και παράλληλα προσφέρει τα εχέγγυα για τη δημιουργία καλής και στενής διαπροσωπικής σχέσης.

Ο καλός συνομιλητής διαμορφώνει τα μηνύματα του με σαφήνεια και ακρίβεια, δεν διστάζει να τα αμφισβητήσει και να τα επανεξετάσει, στοχεύει στη δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης, κατανοώντας και αντιδρώντας θετικά στις συναισθηματικές και λοιπές εμπειρίες του άλλου ατόμου (Δημητρόπουλος & Καλούρη, 2002).

Οι βασικές αρχές μιας αποτελεσματικής συζήτησης, συνοπτικά, είναι:

1 η αρχή της ποιότητας, σύμφωνα με την οποία οι πληροφορίες που μεταδίδονται πρέπει να είναι ακριβείς, αληθείς και να μην υπάρχει σκόπιμη τροποποίηση της αλήθειας,

2 η αρχή της ποσότητας, σύμφωνα με την οποία η υπερβολική συντομία ή η υπερβολική φλυαρία, παροχή περισσότερων ή συνειδητά λιγότερων πληροφοριών από όσες είναι αναγκαίες δεν βοηθούν την συνεργατικότητα, αρχή απαραίτητη στις καλές διαπροσωπικές σχέσεις,

3 η αρχή της σχετικότητας, συμφωνά με την οποία οι πληροφορίες που μεταδίδονται με τη συζήτηση θα πρέπει να συνδέονται με το θέμα. Διακοπή της συζήτησης από έναν από τους συμμετέχοντες ή απρόσμενη αλλαγή θέματος δεν ευνοεί την καλή επικοινωνία και διαταράσσει τις διαπροσωπικές σχέσεις, και τέλος

4 η αρχή του τρόπου, σύμφωνα με την οποία η σκέψη και η έκφραση της θα πρέπει να παρουσιάζεται σαφής και οργανωμένη από τους συμμετέχοντες στην συζήτηση (Δημητρόπουλος & Καλούρη, 2002)

Επίλογος

Η ειλικρίνεια, ο προσωπικός τόνος στα εκπεμπόμενα μηνύματα, η συνοχή και η εναρμόνιση στα λεκτικά και μη λεκτικά μηνύματα, η ορθή και αποτελεσματική αποκωδικοποίηση των εκπεμπόμενων και λαμβανόμενων μηνυμάτων, η προσοχή και ενεργητική ακρόαση, η ενσυναίσθηση και η παρωθητική εποικοδομητική κριτική στον συνομιλητή, η αποφυγή των συγκρούσεων, η διάθεση για αμφίδρομη επικοινωνία, η εμπιστοσύνη, η αφοσίωση αλλά και η ελεγχόμενη αποκάλυψη προσωπικών στοιχείων και από τα δυο κομμάτια που αποτελούν ένα κλασσικό σχήμα επικοινωνίας, είναι μερικά από τα βασι¬κά στοιχεία που ενισχύουν τις καλές διαπροσωπικές σχέσεις, (Nofsinger 1991, Douglas 1999, Filley 1975, Cahn 1990, Prisbell & Andersen 1980, Coombs 1987, Δημητρόπουλος & Καλούρη, 2002) αποτελώντας ταυτόχρονα βασικά στοιχεία για την απαραίτητη συμβουλευτική επικοινωνιακή δεξιότητα κάθε σωστού επαγγελματία-νοσηλευτή.

Η αποτελεσματική επικοινωνία είναι λοιπόν το απαραίτητο μέσο, αλλά και το αναγκαίο υπόβαθρο για τη δημιουργία καλών διαπροσωπικών σχέσεων. Οι καλές διαπροσωπικές σχέσεις είναι η βάση για την σωστή και ολόπλευρη ανάπτυξη υγιών διαπροσωπικών σχέσεων, και ειδικότερα στο χώρο του Νοσοκομείου, όπου το ένα κομμάτι από το σχήμα της επικοινωνίας που αναφερθήκαμε ο ασθενής βρίσκεται σε δυσχερή θέση λόγω του προβλήματος υγείας που αντιμετωπίζει. Η καλή λειτουργία του συγκεκριμένου κομματιού είναι καθοριστικός παράγων για την ίαση του.

ABSTRACT

REVIEW
THE DISCUSSION AS AN EFFECTIVE WAY OF COMMUNICATION IN DAILY NURSING PRACTICE

Marneras Christos[1], Arvanitis Georgios[2]
[1. Nurse T.E., MSc -PHDc, University Hospital of Rio, 2. Nurse T.E., Hospital of Rio]

The communication is an interaction process aiming at the exchange of messages. It is innate in each person, but some techniques and skills are teachable. The nurses are considered "professionals" in communication, since nursing is based upon the competence to create good interpersonal relations with the patients.

Words Keys: discussion, communication, consultation, nursing practice, transmitter, receptor, message, patient.

Βιβλιογραφικές αναφορές

1. Cahn. D.D. (1990). Intimates in Conflict: A communication Perspective. Hillsdale, NJ: Erbaum.
2. Coombs, C.H. (1987). The structure of conflict. American Psychologist, 42, 355-363.
3. Douglas, T. (1997). Η Επιβίωση στις Ομάδες. Βασικές Αρχές της Συμμετοχής σε Ομάδες. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
4. Kellermann, K. & Reynolds, R. (1990). When ignorance is bliss: The role of motivation to reduce uncertainty in uncertain reduction theory. Human Communication Research, 17,5-75.
5. Maslow, A. (1970). Motivation and Personality. New York: Harper and Row.
6. Nofsinger, R.E., (1991). Everyday Conversation. Newbury Park, CA: Sage.
7. Pease, A. (1991). Η Γλώσσα, τον Σώματος. Αθήνα: Εκδ. Έσοπτρον.
8. Prisbell, M. & Andersen, J.F. (1980). The importance of perceived homophily, level of uncertainty, feeling good, safety, and self-disciosure in interpersonal relationships, Communication Quarterly. 28, 22-23.
9. Remy, Y. (1988). Lesjeunes et l' Orientation. Paris: Ed. Alternatives.
10. Rogers, C.R. (1969). Freedom to Learn. Columbus : Merrill. Spitzberg, B.H. (1997). A model of intercultural communication competence, in Samovar, L.A.- Porter, R.E. Intercultural communication: A reader. (8ed). Belmont, CA: Wadsworth.
11. Verderber, R. (1998). Η Τέχνη της Επικοινωνίας. Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην.
12. Verderber, R. (2000). Inter-act Using interpersonal communication skills, (8ed), Wadsworth.
13. Δημητρόπουλος, Ε. & Καλούρη-Αντωνοπούλου, Ο. (2003). Παιδαγωγική Ψυχολογία. Από τη Θεωρία Μάθησης στην Εκπαίδευση Νέων και Ενηλίκων, Αθήνα, εκδ. ΕΛΛΗΝ
14. Θεοφιλίδης, Χ. (1997). Δεξιότητες Διδασκαλίας: 2. Επικοινωνία. Αθήνα: Εκδ. Γρηγόρης.
15. Καζάζη, Μ. (1995). Ανθρώπινες Σχέσεις και Επικοινωνία. Αθήνα: Εκδ. ΕΛΛΗΝ.
16. Κομνηνάκης, Μ. (1998). Η γλώσσα τον Σώματος... και πώς να τη Μελετήσετε Καλύτερα. Αθήνα: Εκδ. ΕΛΛΗΝ.
17. Κοσμόπουλος, Α. (1996). Σύμβουλος και δάσκαλος. Δυο όψεις του ιδίου νομίσματος; Επιθεώρηση Συμβουλευτικής και Προσανατολισμού, τ. 38-39, 1996, 102-109.
18. Mialaret, G. (1991). Pedagogic Generate. Paris; P.U.F.
19. Μακ Κουέηλ, Ν. & Βιντάλ, Σ. (1993). Μοντέλα Επικοινωνίας, (μτφρ.). Αθήνα: Εκδ. Κα¬στανιώτης.
20. Μπακιρτζής Κ. (1996). Η δυναμική της αλληλεπίδρασης στην επικοινωνία, Αθήνα, Gutenberg.
21. Μπακιρτζής, Κ. (2002). Επικοινωνία και Αγωγή. Αθήνα: Εκδ. Gutenberg.

Ευφυή φορετά συστήματα υγείας για την εκτίμηση καρδιαγγειακών και αναπνευστικών προβλημάτων

Χ. Καλοκαιρινός[1], Δ. Ζήκος[2], Ι. Μαντάς[3]

1. Φυσικός, MsC Πληροφορικής Υγείας, 2. Νοσηλευτής ΠΕ, MsC, PhD Πληροφορικής Υγείας,
3. Καθηγητής Πληροφορικής Υγείας
Εργαστήριο πληροφορικής υγείας τμήματος Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Είναι διεθνώς κοινή η πρακτική και η προσπάθεια της μείωσης του μέσου χρόνου νοσηλείας σε δευτεροβάθμιο ή τριτοβάθμιο νοσηλευτικό ίδρυμα. Οι νέες τεχνολογίες δίνουν τη δυνατότητα αξιόπιστα να υπάρχει ενδυναμωμένη φροντίδα και εκτός νοσοκομειακών μονάδων, γεγονός ιδιαίτερα σημαντικό σε μία κοινωνία με διαρκώς αυξανόμενο πληθυσμό άνω των 65 ετών.
Τα έξυπνα φορετά συστήματα μπορούν να αποτελέσουν εργαλείο για την προληπτική φροντίδα όλων των ανθρώπων. Η συγκεκριμένη εργασία αποτελεί μια εμπεριστατωμένη μελέτη, βασισμένη στην ανασκόπηση της σχετικής έντυπης και ηλεκτρονικής Ελληνικής και Διεθνούς βιβλιογραφίας. Έχει σκοπό της να παρουσιάσει την υπάρχουσα κατάσταση που αφορά τα ευφυή φορετά συστήματα με έμφαση στην εκτίμηση καρδιαγγειακών και αναπνευστικών προβλημάτων.
Παρουσιάζονται θέματα που σχετίζονται με την τηλειατρική, την τηλεφροντίδα, τις τεχνολογίες πληροφορικής και επικοινωνιών. Στη συνεχεία, περιγράφονται έννοιες σε σχέση με τα βιολογικά σήματα, τη λειτουργία των βιοαισθητήρων που αφορούν μετρήσεις ζωτικών παραμέτρων του ανθρώπινου οργανισμού.

Λέξεις κλειδιά: Τηλειατρική, φορετά συστήματα, βιοαισθητήρας, βιοσήματα, υπηρεσίες υγείας, τηλεπικοινωνίες, τηλεφροντίδα, ευφυές βιοιατρικό ένδυμα

Εισαγωγή

Η βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας της παρακολούθησης της υγείας συνεπάγεται την ανάπτυξη εναλλακτικών προτάσεων στις παραδοσιακές μεθόδους για την πρόληψη των ασθενειών και τη συνεχή παρακολούθηση της υγείας στο χώρο της Κοινότητας(Πρωτοβάθμια Φροντίδας Υγείας).
Πολλοί διαφορετικοί όροι χρησιμοποιούνται για τον προσδιορισμό ενός νέου τομέα, όπως Φορέσιμοι Υπολογιστές (Wearable Computers), Έξυπνα Ενδύματα (Smart Clothes), Ευφυή Κλωστοϋφαντουργικά Προϊόντα (Intelligent Textiles). Η συνένωση ηλεκτρονικών και κλωστοϋφαντουργικών προϊόντων θα προσφέρει σημαντικές ευκαιρίες βελτίωσης στην υγεία και την ασφάλεια των ατόμων που συμμετέχουν σε προγράμματα κατ' οίκον νοσηλείας με ταυτόχρονη χρήση της Τηλεϊατρικής μέσω έξυπνων φορετών συστημάτων.

Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η μελέτη των φορετών συστημάτων στην υγεία και των τεχνολογιών υποστήριξης τους. Πρόκειται, ουσιαστικά για τη λεπτομερή καταγραφή και προτεινόμενη εφαρμογή του θεσμού κατ' οίκον νοσηλείας με ταυτόχρονη χρήση της Τηλεϊατρικής μέσω έξυπνων φορετών συστημάτων για ασθενείς με καρδιαγγειακά και αναπνευστικά νοσήματα.

Υλικό και μέθοδος

Πραγματοποιήθηκε Συστηματική-Κριτική βιβλιογραφική ανασκόπηση σε βάσεις δεδομένων και σε Ελληνόφωνη και Αγγλόφωνη ηλεκτρονική και έντυπη βιβλιογραφία .Οι λέξεις ευρετηρίου που χρησιμοποιήθηκαν ήταν Τηλεϊατρική, φορετά συστήματα, βιοαισθητήρας,

βιοσήματα, υπηρεσίες υγείας, τηλεπικοινωνίες, τηλεφροντίδα, ευφυές βιοιατρικό ένδυμα.

Αποτελέσματα

Σήμερα το σπίτι θεωρείται το πλέον κατάλληλο περιβάλλον για τον ασθενή και την αντιμετώπιση των προβλημάτων του (κατ' οίκον νοσηλεία). Για το λόγο αυτό οι τηλεματικές τεχνολογίες βρίσκονται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος καθώς είναι οι καταλληλότερες για να αλλάξουν διαδικασίες και διεργασίες αντιμετώπισης προβλημάτων υγείας. Ομάδες ειδικών μπορούν να επιληφθούν του περιστατικού, ακόμα κι αν οι ειδικοί βρίσκονται σε διαφορετικά σημεία. [Richard Wootton, και λοιποί. 2006]

Παρά το υψηλό κόστος των σχετικών επενδύσεων, οι τηλεματικές τεχνολογίες προσφέρουν τις καλύτερες δυνατές λύσεις για τον έλεγχο των δαπανών.[http://mpl.med.uoa.gr/ekpaideytiko-yliko/i-y-stin-iatrik/tileiatrik.pdf]

Η έξυπνη ένδυση μπορεί να ενισχύσει ακόμα περισσότερο τα επιθυμητά αποτελέσματα.

ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ ΦΟΡΕΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Η επιτυχής χρησιμοποίηση τόσο των φορετών συστημάτων όσο και του συνολικού συστήματος τηλεφροντίδας, προϋποθέτει την ύπαρξη και εφαρμογή βασικών προτύπων (standars). Αναφερόμαστε στον υπόλοιπο εξοπλισμό μεταφοράς της πληροφορίας, δηλαδή τους Η/Υ και τα δίκτυα μετάδοσης και λήψης των δεδομένων που θα συλλέγονται από τα φορετά συστήματα κυριότερα όμως αναφερόμαστε στο προσωπικό που θα πρέπει να είναι εξειδικευμένο στην εφαρμοζόμενη τεχνολογία, ούτως ώστε να μπορεί να τα παρακολουθεί και θα τα υποστηρίζει.[A.C.Norris 2002]

Ένα πλάνο λειτουργίας μπορεί να είναι το ακόλουθο:

Εντός νοσοκομείων ή ιατρικών κέντρων να υπάρχει μία θέση ελέγχου η οποία με τον ανάλογο εξοπλισμό παρακολουθεί τα εισερχόμενα δεδομένα. Οι χειριστές των Η/Υ θα πρέπει να είναι γνώστες του αντικειμένου, με ανάλογη εκπαίδευση και εξειδίκευση. Οι απαιτούμενοι γιατροί θα πρέπει κι αυτοί να μπορούν να χρησιμοποιήσουν την εισερχόμενη πληροφορία και να λάβουν έγκαιρα την βέλτιστη απόφαση για την υγεία του ασθενούς.

Ένα ευφυές φορετό σύστημα πρέπει να είναι ελαφρύ και άνετο. Η κατανάλωση ενέργειας πρέπει να είναι μικρή. Αν απαιτείται φόρτιση, αυτή θα πρέπει να γίνεται εύκολα, γρήγορα. Το κόστος του θα πρέπει να είναι μικρό Να είναι απλό στη χρήση, και ασφαλές. Να έχει ενσωματωμένη ικανότητα επεξεργασίας και ενεργοποίησης συναγερμού. Επιπροσθέτως, πρέπει να είναι αρκετά ανθεκτικά σε συνθήκες καταπόνησης.[Μ. Περδικούρη, και λοιποί 2005], [Fabrice Axisa, και λοιποί SEPTEMBER 2005]

Η πρόοδος στις επιστήμες και τις τεχνολογίες πχ. μικρο- και νανοτεχνολογίες έχει δώσει νέες δυνατότητες στην κατασκευή κι εφαρμογή βιοαισθητήρων που είναι αόρατοι και πολύ αποτελεσματικοί.

Οι βιοαισθητήρες συλλέγουν τα βιοϊατρικά δεδομένα όμως από εκεί και πέρα η μετάδοση, η μορφοποίηση και η αξιοποίησή τους απαιτεί ένα σύνολο από τεχνολογίες τηλεπικοινωνιών. Εδώ περιλαμβάνονται ασύρματες τεχνολογίες μικρής και μεγάλης εμβέλειας όπως Bluetooth, GPRS & UMTS. [Field M.J. 1996], [http://el.wikipedia.org/wiki/Bluetooth/GSM]

Εφαρμογές Ευφυών Φορετών Συστημάτων

Σήμερα, στην παγκόσμια αγορά διατίθεται ένα περιορισμένο πλήθος τεχνολογιών που αφορούν ευφυή φορετά βιοϊατρικά συστήματα. [Μ. Περδικούρη, και λοιποί 2005]

Το Lifeshirt της Αμερικανικής εταιρίας VIVOMETRICS αποτελεί το πλέον αναπτυγμένο και κλινικά δοκιμασμένο φορετό ιατρικό σύστημα, το οποίο παρέχει αδιάλειπτη παρακολούθηση περιπατητικών ασθενών, μέσω καταγραφής και τοπικής αποθήκευσης αναπνευστικών και καρδιακών παραμέτρων.

Είναι το πρώτο φορετό σύστημα μη επεμβατικής συνεχούς παρακολούθησης που μπορεί να συλλέξει δεδομένα, δημιουργώντας μια συνεχή εικόνα – προφίλ της υγείας του ατόμου ενώ αυτό εκτελεί κανονικά τις καθημερινές του δραστηριότητες.[http:// www.msobiz.com /site/SleepApnea /Vivo/]

Οι χρήστες φορούν ένα ελαφρύ ένδυμα το οποίο μπορεί να πλυθεί κανονικά και σε πλυντήριο. Ενσωματωμένοι αισθητήρες συλλέγουν στοιχεία που αφορούν την καρδιοπνευμονική λειτουργία του οργανισμού. Μπορεί να συνδυαστεί με προαιρετικές περιφερειακές συσκευές και να παρακολουθεί λειτουργίες όπως, ηλεκτροκαρδιογράφημα, ηλεκτρο-μυογράφημα, περιοδική κίνηση ποδιών, θερμοκρασία σώματος, κορεσμός οξυγόνου αίματος, πίεση CO2 στο αίμα, αρτηριακή πίεση, βήχας. [http:// www. pdacortex. com/Vivo Metrics.htm]

Η καρδιά του συστήματος Lifeshirt είναι μια τεχνολογία παρακολούθησης που στηρίζεται σε μια επαγωγική μέθοδο η οποία ονομάζεται πληθυσμογραφία (plethysmografhy).

Το υπό παρακολούθηση άτομο μπορεί να αναφέρει μάλιστα από μόνο του συμπτώματα, δραστηριότητες καθώς και τη φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνει σε έναν φορητό υπολογιστή παλάμης (PDA), που συνδέεται απευθείας με το γιλέκο.

Το σύστημα μπορεί επίσης να περιλαμβάνει ένα ηλεκτρονικό ημερολόγιο των ασθενών (Vivolog Digital Diary) όπου μπορούν να καταγράφονται τα δεδομένα του χρήστη.

Το Lifeshirt Sleep Diagnosis μπορεί να χρησιμοποιηθεί και για την παρακολούθηση του ύπνου Με τη χρήση αυτής της συσκευής βελτιώνεται η ταχύτητα, η ποιότητα και η οικονομική απόδοση των μελετών ύπνου, αφού πλέον οι ασθενείς μπορούν να παρακολουθούνται από το σπίτι τους. Σημαντική είναι η χρήση του Lifeshirt Sleep Diagnosis σε ότι αφορά την ανίχνευση της Obstructive

Sleep Apnea (OSA). Το Lifeshirt είναι ένα άνετο ένδυμα το οποίο μπορεί να παρέχει μια υψηλής ποιότητας συλλογή δεδομένων σε άνετο για τον ασθενή περιβάλλον αντικαθιστώντας την πιθανόν δυσάρεστη εξέτασή του στο εργαστήριο.[Σφάλμα! Η αναφορά της υπερ-σύνδεσης δεν είναι έγκυρη.], [Ψυχάρη Χ. 2005]

Το Vivo Responder είναι ένα ακόμη φορετό σύστημα παρακολούθησης που μπορεί σε πραγματικό χρόνο να συγκεντρώσει στοιχεία ζωτικής σημασίας (αναπνευστικά, καρδιακά καθώς και άλλους φυσιολογικούς δείκτες) πριν, κατά τη διάρκεια και μετά από κάποια δραστηριότητα. Αφορά ομάδες που εκτελούν επικίνδυνες και δύσκολες εργασίες – αποστολές, όπως πυροσβέστες και προσωπικό των σωμάτων ασφαλείας. [http://www.vivometrics.com/]

Περιλαμβάνει ένα ελαφρύ κι άνετο ιμάντα εφαπτόμενο στο θώρακα, που παρέχει φυσιολογικά δεδομένα σε πραγματικό χρόνο. Είναι σχεδιασμένο ώστε να αντέχει ακόμα και στα πιο καταπονητικά περιβάλλοντα.

Το Φορετό Σύστημα Wealthy είναι ένα φορητό σύστημα παρακολούθησης των ζωτικών σημείων του ανθρώπινου οργανισμού επί 24ώρου βάσεως, με σκοπό:[http://www.wealthy.gr]

- Τον έλεγχο της κατάστασης υγείας και την έγκαιρη ανίχνευση της ασθένειας.
- Την βοήθεια των χρηστών σε φάση αποκατάστασης
- Την ενημέρωση των χρηστών για την πορεία της υγείας τους
- Την μείωση των οικονομικών δαπανών των χρηστών

Χρησιμοποιεί σύγχρονα εργαλεία υψηλής τεχνολογίας όπως έξυπνους αισθητήρες υπό μορφή ινών και νημάτων καθώς και προηγμένες τεχνικές επεξεργασίας σημάτων.

Το υλικό είναι υπο-αλλεργικό, μπορεί να πλυθεί, είναι αρκετά ελαστικό ώστε ακολουθεί τη μορφή του σώματος, χωρίς να ενοχλεί το χρήστη, ενώ τα αγώγιμα στοιχεία είναι όλα ενσωματωμένα στο ύφασμα, ώστε να επιτρέπουν την άνεση και την απόλυτη ελευθερία κινήσεων κατά τη διάρκεια του ελέγχου των σημάτων. Δύο μη-υφαντικοί μικροηλεκτρονικοί αισθητήρες χρησιμοποιούνται για να συλλέξουν την εσωτερική θερμοκρασία και θερμοκρασία δέρματος του χρήστη. [http://www.wealthy-ist.com/]

Το Healthwear πάτησε πάνω στα αποτελέσματα της ερευνητικής δουλειάς που έγινε στο πλαίσιο του Wealthy και απέδειξε στην πράξη τα μεγάλα οφέλη από την υλοποίηση ενός τέτοιου εγχειρήματος στην καθημερινή πρακτική.

Μία ακόμη φορετή συσκευή είναι το Smart Shirt της Sensatex, που αρχικά είχε σχεδιαστεί από το Georgia Institute of Technology. Είναι ένα κοντομάνικο μπλουζάκι που συλλέγει από όποιον το φοράει αρκετά από τα βασικά ζωτικά σήματα του οργανισμού, ενώ είναι σε θέση να ανιχνεύει και τις κινήσεις του. Μπορεί να ραφτεί ανάλογα ώστε να μπορεί να φορεθεί από οποιονδήποτε. Ένα μωρό που φοράει το smart shirt, μπορεί να έχει υπό παρακολούθηση τα ζωτικά του σήματα ώστε να αποφευχθεί το σύνδρομο του αιφνίδιου βρεφικού θανάτου (sudden infant death syndrome, SIDS), που παρατηρείται κυρίως κατά τη διάρκεια του ύπνου.[Park J. And Mar 2009]

Για να καλυφθούν οι ανάγκες σχετικά με τη μακροπρόθεσμη, συνεχή παρακολούθηση ασθενών, κυρίως μεγάλων σε ηλικία, αναπτύχθηκε μία διακριτική, μικρή συσκευή παρακολούθησης σε μορφή δαχτυλιδιού.[Ikeda K., και λοιποί. 1991]

Ο αισθητήρας είναι εφοδιασμένος με οπτοηλεκτρικά εξαρτήματα που επιτρέπουν τη μακροπρόθεσμη παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης του αίματος καθώς και τον κορεσμό του οξυγόνου στο αίμα συνεχώς και με μη επεμβατικό τρόπο. Αυτά τα σήματα αναμεταδίδονται σε έναν σπιτικό υπολογιστή για διάγνωση της καρδιαγγειακής κατάστασης του ασθενούς. Το δαχτυλίδι με τον αισθητήρα είναι εντελώς ασύρματο και με μικρό μέγεθος ώστε ο ασθενής να μπορεί να το φοράει άνετα 24 ώρες την ημέρα.

Μία αντίστοιχη συσκευή επίσης αναπτύχθηκε και από τους μηχανικούς του MIT.

Τα έξυπνα ενδύματα και γενικότερα τα έξυπνα κλωστοϋφαντουργικά προϊόντα αποτελούν νέα κεφάλαια στην ιστορία των προϊόντων. Η πρόοδος στην υφαντική τεχνολογία, η εφαρμοσμένη μηχανική μέσω υπολογιστών και η επιστήμη των υλικών προάγουν μια νέα γενιά λειτουργικών υφασμάτων. Η ανάπτυξη πραγματικά διαδραστικών ηλεκτρονικών κλωστοϋφαντουργικών προϊόντων είναι τεχνικά δυνατή

Η συνεχής ελάττωση του μεγέθους των ηλεκτρονικών στοιχείων έχει καταστήσει δυνατή τη δημιουργία όλο και μικρότερων ηλεκτρονικών συσκευών. Συσκευές οι οποίες είναι πιο εύκολο να μεταφερθούν ή ακόμα και να φορεθούν, όπως οι εφαρμογές του wearable computing (φορέσιμη υπολογιστική δυνατότητα), έχουν αρχίσει να εμφανίζονται και να εξαπλώνονται με ταχύτατους ρυθμούς. Το όραμα της φορέσιμης τεχνολογίας είναι να μπορεί να ελέγξει, να προειδοποιήσει, να ενημερώσει, να χαλαρώσει, ή και να διασκεδάσει αυτόν που τη φοράει. Επιπλέον, παρέχεται στο χρήστη η επιθυμητή ιδιωτικότητα και ασφάλεια [Mann S., 1997]

Οι φορέσιμοι υπολογιστές μπορούν να ενοποιηθούν με το καθημερινό ντύσιμο, με τη χρήση αισθητήριων κυκλωμάτων ενσωματωμένων σε αγώγιμα υφαντικά. Γι αυτό και η έξυπνη ένδυση είναι κατά μία έννοια η εξέλιξη του wearable computing.

Οι περισσότερες εφαρμογές των υπολογιστών που μπορούν να φορεθούν είναι σε ερευνητικό επίπεδο. Πολλά ακαδημαϊκά ιδρύματα, συμπεριλαμβανομένων των MIT, Carnegie Mellon University (CMU), Georgia Tech και Tampere University of Technology, έχουν μελετήσει ενεργά τη φορέσιμη υπολογιστική δυνατότητα.

Μια εφαρμογή είναι το VIvago WristCare που είναι μια συσκευή για την αυτόματη καταγραφή της ευεξίας

ενός ατόμου όλο το εικοσιτετράωρο και την αποστολή των δεδομένων σε ένα κέντρο που ονομάζεται MultiLink και απέχει μέχρι 20 μέτρα.

Το AMON (Advanced Care Alert Portable Telemedical MONitor) είναι ένα ακόμα παράδειγμα φορέσιμου συστήματος παρακολούθησης της υγείας. Είναι σχεδιασμένο για να καταγράφει και να αξιολογεί τα ζωικά σημεία με τη χρήση προηγμένων βιοαισθητήρων.

Το SenseWear PRO armband της BodyMedia, είναι ένας πολυ-αισθητήρας που παρακολουθεί το σώμα και επιτρέπει τη συνεχή καταγραφή των ζωτικών σημείων και των δεδομένων της φυσικής δραστηριότητας.

Η Micropaq από την WelchAllyn είναι ένα παράδειγμα μικρής, ελαφριάς, φορέσιμης από τον ασθενή, συσκευής, με χαρακτηριστικά φορητού μόνιτορ. Το R TEST Evolution 3 από την Novacor αποτελεί μια ακόμα εφαρμογή που δίνει τη δυνατότητα συνεχούς αυτόματης παρακολούθησης της καρδιάς. Μια σειρά από παρόμοιες εφαρμογές έχουν κατασκευαστεί από τις εταιρείες Baxter, CardGuard και Reynolds Medical.

Για τη μέτρηση των καρδιακών παλμών και του ηλεκτροκαρδιογραφήματος, αναπτύχθηκαν τα Textrodes, τα οποία είναι κατασκευασμένα από ίνες ανοξείδωτου ατσαλιού και χρησιμοποιούνται σε άμεση επαφή με το δέρμα στο Πανεπιστήμιο Ghent.

Για τη μέτρηση της αναπνοής αναπτύχθηκε ένας ακόμα αισθητήρας από κλωστοϋφαντουργικά υλικά. Η ζώνη Respibelt είναι επίσης κατασκευασμένη από νήμα ανοξείδωτου ατσαλιού [Axisa F., και λοιποί 2005]

Συζήτηση

Οι λύσεις των φορέσιμων αυτών συστημάτων πρέπει να είναι έτσι σχεδιασμένες ώστε να είναι φιλικές προς το χρήστη, και αρκετά ευφυείς ώστε να εντοπίζουν αν ο ασθενής τις χρησιμοποιεί σωστά. Επιπροσθέτως, τα συστήματα θα πρέπει να είναι επαρκώς διακριτικά για να μην διαταράσσουν το συνηθισμένο τρόπο ζωής του ασθενή και να επιτρέπουν την επικοινωνία με έναν ειδικό, όποτε αυτή κρίνεται απαραίτητη.[Wollina Uκαι λοιποί, 2003]

Συμπεράσματα

Ο έλεγχος των δαπανών μπορεί να γίνει μέσω των τηλεματικών τεχνολογιών, λαμβάνοντας υπόψη ότι όλες οι πληροφορίες και τα δεδομένα που παράγονται ή αξιοποιούνται για την αντιμετώπιση ενός περιστατικού, καταγράφονται με ηλεκτρονικό τρόπο. Η καταγραφή επιτρέπει την ανάλυση και αξιολόγηση και κατά συνέπεια την αντιστοίχηση με δείκτες αποτελεσματικότητας και φυσικών δαπανών.

Αν τέλος θυμηθούμε ότι η Τηλεϊατρική είναι ουσιαστικά «υποβοηθούσες τεχνολογίες» κι όχι ένας νέος κλάδος ιατρικής, τότε μπορούμε εύκολα να δεχτούμε ότι η οργάνωση και παροχή για παράδειγμα κατ' οίκον νοσηλείας, θα αποτελέσει αντικείμενο έντονου ανταγωνισμού μεταξύ δημοσίων και ιδιωτικών φορέων.

Αποτελεί ουσιαστικά υποχρέωση των επαγγελματιών υγείας να είναι σε θέση να χρησιμοποιούν τα τηλεματικά συστήματα προς όφελος των ασθενών και των ιδίων.

ABSTRACT

REVIEW

"SMART WEARABLE BIOMEDICAL SYSTEMS" FOR THE MONITORING OF CARDIOVASCULAR AND RESPIRATORY DISORDERS

Ch. Kalokairinos[1], D. Zikos[2], J. Mantas[3]

[1. Physicist, MSc Health Informatics, 2. Nurse RN, BSc, MSc, PhD Health Informatics, 3. Professor Health Informatics, Laboratory Health Informatics of Nursing Department, National and Kapodistrian University of Athens]

In an international level, the effort of reducing the mean time of hospitalization in secondary and tertiary health care institutions constitutes a common practice. Modern technologies provide the possibility of reliable and empowered health care, out of hospitals. This fact becomes very important given that in contemporary societies the population older than 65 years old constantly increases. "Smart Wearable Biomedical Systems" could play a key-role in the preventive health care. The present article constitutes a thorough study, based on the review of relevant printed and on-line Greek and International literature. The purpose of the study is to present current situation about "Smart Wearable Biomedical Systems", focusing on the monitoring of cardiovascular and respiratory disorders. Topics like telemedicine, telecare, informatics' and communications' technologies are presented as well. Additionally, concepts relatively biological signs and the operation of biosensors regarding measuring vital parameters of human body are described.

Keywords: Telemedicine, wearable systems, biosensors, life signs, health services, telecommunications, telecare, smart clothes.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση βιβλιογραφία

1. Μ. Περδικούρη, Π. Γιόβας, Δ.. Παπαδόγιαννης & Συνεργάτες [2005] «Τηλεϊατρική στην Πράξη», Εκδόσεις Εν πλω, Αθήνα
2. Ψυχάρη Χ. (2005), "Προς το αύριο", Το βήμα, 20-08-2005
3. http://mpl.med.uoa.gr/ekpaideytiko-yliko/i-y-stin-iatrik/tileiatrik.pdf
4. http://www.msobiz.com/site/SleepApnea/Vivo/
5. http://www.pdacortex.com/VivoMetrics.htm
6. http://www.vitatherapy.gr/DCA0AFF6.el.aspx
7. http://www.vivometrics.com/
8. http://www.wealthy.gr
9. http://el.wikipedia.org/wiki/Bluetooth/GSM

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

10. A.C.Norris [2002] Essentials of Telemedicine and Telecare, WILEY
11. Axisa F., Schmitt P. M., Gehin C., Delhomme G., McAdams E., Dittmar A., [2005], Flexible technologies and smart clothing for Citizen Medicine, Home Healthcare, and Disease Prevention, IEEE Transactions on Information Technology in Biomedicine
12. Axisa F., Schmitt P. M., Gehin C., Delhomme G., McAdams E., Dittmar A., [2005], Flexible technologies and smart clothing for Citizen Medicine, Home Healthcare, and Disease Prevention, IEEE Transactions on Information Technology in Biomedicine
13. Boekhorst F., [2002], Ambient Intelligence, the Next Paradigm for Consumer Electronics: How will it Affect Silicon, IEEE International Solid-State Circuits Conference
14. Ikeda K., Watanabe A. and Saito M. [1991], "A Vital Sign Sensor for Elderly .People at Home", Biotelemetry, Vol. 11
15. John Mantas, Arie Hasman. [2007] Πληροφορική της Υγείας Νοσηλευτική Προσέγγιση. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης
16. Mann S., [1997], Smart Clothing: The Wearable Computer and WearCam, Personal and Ubiquitous Computing
17. Fabrice Axisa, Pierre Michael Schmitt, Claudine Gehin, Georges Delhomme, Eric McAdams, and André Dittmar [SEPTEMBER 2005] Flexible Technologies and Smart Clothing for Citizen, Medicine, Home Healthcare, and Disease Prevention. IEEE TRANSACTIONS ON INFORMATION TECHNOLOGY IN BIOMEDICINE, VOL. 9, NO. 3
18. Field M.J. [1996] "Telemedicine: A guide to assessing telecommunications in health care", Washington, DC: National Academy Press
19. Park J. And Martin S. [2009], "Smart Clothes", CS147: Introduction to Human-Computer Interaction Design, Stanford University
20. Richard Wootton, John Gray, Victor Pathecon. [2006] Introduction to Telemedicine. Second edition. The Royal Society Medicine Press Ltd
21. Van Langenhove L., Hertleer C., [2004], Smart clothing: a new life, International Journal of Clothing Science and Technology
22. Wollina U., Heide M., Müller-Litz W., Obenauf D., Ash J., [2003], Functional Textiles in Prevention of Chronic Wounds, Wound Healing and Tissue Engineering, Textiles and the Skin

Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης

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 μητρώου της δοκιμής (εάν υπάρχει), καθώς επίσης και πότε θα παρουσιαστούν τα συμπεράσματα.

Ανασκοπήσεις και σύντομες παρουσιάσεις (μέχρι 2000 λέξεις)

- Ανασκοπήσεις, που περιλαμβάνουν:
- συστηματικές ανασκοπήσεις, μετα-ανάλυση,
- βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις,
- πολιτικές ανασκοπήσεις.
- άλλου είδους (π.χ κοινωνικο-οικονομικές)

- Άρθρα κριτικής βιβλίων: Να είναι μέχρι 1000 λέξεις.

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΡΘΡΩΝ

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

Διαδικασία αξιολόγησης

Αρχικά όλα τα άρθρα αξιολογούνται από την συντακτική επιτροπή και κατανέμονται ανά θεματικό τομέα στους κριτές. Ακολούθως γίνονται αποδεκτά για δημοσίευση μετά από μια διπλή μυστική αξιολόγηση από τουλάχιστον δύο κριτές.
Οι κριτές αποφαίνονται εάν το άρθρο είναι:
(α) Αποδεκτό για δημοσίευση χωρίς τροποποιήσεις.
(β) Αποδεκτό για δημοσίευση με μικρές τροποποιήσεις.
(γ) Αποδεκτό για δημοσίευση κατόπιν σημαντικών τροποποιήσεων.
(δ) Μη αποδεκτό για δημοσίευση στην παρούσα μορφή.

ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΓΡΑΦΟΥ

Γενικές οδηγίες: Οι υποβληθείσες εργασίες πρέπει να είναι κατάλληλες για διεθνές ακροατήριο και οι συγγραφείς δεν πρέπει να περιορίζονται μόνο στις εθνικές και πολιτικές πρακτικές και την εγχώρια νομοθεσία. Κάθε άρθρο πρέπει να συνοδεύεται από επιστολή του συγγραφέα, υπόδειγμα της οποίας υπάρχει στην σελίδα του περιοδικού που φιλοξενείται στην ηλεκτρονική διεύθυνση της ΕΝΕ: www.enne.gr
Στην επιστολή θα αναφέρονται τα ακόλουθα:
- Βεβαίωση ότι η εργασία δεν έχει δημοσιευτεί ολόκληρη ή τμήμα αυτής σε άλλο περιοδικό.
- Δήλωση ότι το τελικό κείμενο της εργασίας αναγνώστηκε και εγκρίθηκε από όλους τους συγγραφείς.
- Γραπτή βεβαίωση άδειας (Αρ. πρωτοκόλλου έγκρισης) διεξαγωγής της μελέτης από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του φορέα στον οποίο διεξήχθη η εν λόγω μελέτη.
- Το ονοματεπώνυμο, την ταχυδρομική και την ηλεκτρονική διεύθυνση καθώς και το τηλέφωνο του συγγραφέα που είναι υπεύθυνος για την αλληλογραφία.

Αναλυτικές πληροφορίες σχετικά με τη διαδικασία

ηλεκτρονικής υποβολής του άρθρου δημοσιεύονται στην ιστοσελίδα μας.

ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΓΡΑΦΟΥ

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

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

Σελίδα τίτλου: Η σελίδα τίτλου περιλαμβάνει:

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

Ευχαριστίες: Γράφονται ευχαριστίες στους βασικούς συνεισφέροντες.

Περίληψη: Οι περιλήψεις πρέπει να είναι μέχρι 250 λέξεις, και δεν πρέπει να περιλάβουν βιβλιογραφικές αναφορές ή τις συντμήσεις.

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

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

Οι περιλήψεις για τα άρθρα κριτικής βιβλίων πρέπει να παρέχουν μια συνοπτική περίληψη της γραμμής επιχειρήματος που ακολουθείται και συμπερασμάτων.

Λέξεις-κλειδιά: Ο αριθμός αυτών να είναι μέχρι έξι λέξεις-κλειδιά κατά αλφαβητική σειρά, οι οποίες προσδιορίζουν ακριβώς το θέμα του άρθρου, σκοπό και μέθοδο. Χρησιμοποιήστε τον ιατρικό θησαυρό τίτλων (MeSH®) και (CINAHL) όπου είναι δυνατόν.

Κείμενο: Στην εισαγωγή του κειμένου απαιτείται για όλα τα άρθρα να έχουν μια αναφορά σε αυτό που είναι ήδη γνωστό για το θέμα και τι είναι αυτό που το άρθρο προσθέτει στην νοσηλευτική επιστήμη. Αναλόγως της κατηγορίας του άρθρου ακολουθείται η ακόλουθη μορφή:

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

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

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

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

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

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

Συντμήσεις: Αποφύγετε τις συντμήσεις οπουδήποτε είναι δυνατόν. Οποιεσδήποτε συντμήσεις που οι συγγραφείς σκοπεύουν να χρησιμοποιήσουν, πρέπει να καταγραφούν πλήρως και να ακολουθηθούν από γράμματα εντός παρενθέσεως την πρώτη φορά που εμφανίζονται.

Οι συντμήσεις των τίτλων των περιοδικών πρέπει να

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

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

Συγκατάθεση Ενημέρωσης: Οι συγγραφείς θα πρέπει να επιβεβαιώσουν ότι τήρησαν τις αρχές δεοντολογίας για την έρευνα, όπως αυτές διατυπώνονται σαφώς από τη Διεθνή Επιτροπή Εκδοτών 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 προηγουμένως 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 συνυποβάλλετε 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.

Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης

Επιτομή χρήσιμων πληροφοριών

Σύσταση της ΕΝΕ

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

Κυριότεροι σκοποί της ΕΝΕ

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

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

Μέλη της ΕΝΕ

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

1. 1ο Π.Τ. Αττικής: Λεωφόρος Βασιλίσσης Σοφίας 47, Τ.Κ. 10676, τηλ. 210 3648044, 048 και fax. 210 3617859 και 210 3648049
2. 2ο Π.Τ. Πειραιώς και Αιγαίου: Λεωφόρος Βασιλίσσης Σοφίας 47, Τ.Κ. 10676, τηλ. 210 3648044, 048 και fax. 210 3617859 και 210 3648049
3. 3ο Π.Τ. Μακεδονίας: Μαβίλη 11, Θεσσαλονίκη, Τ.Κ. 54630, τηλ. 2310522822 και fax. 2310522219
4. 4ο Π.Τ. Μακεδονίας και Θράκης: Μαβίλη 11, Θεσσαλονίκη, Τ.Κ. 54630, τηλ. 2310522229 και fax. 2310522219
5. 5Ο Π.Τ. Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας: Ναυαρίνου 2, Λάρισα, Τ.Κ. 41223, τηλ. 2410284866 και fax. 2410284871
6. 6ο Π.Τ. Πελοποννήσου, Ιονίων νήσων, Ηπείρου και

Δυτικής Ελλάδας: Υπάτης 1 και Ν.Ε.Ο Πάτρας – Αθήνας, Πάτρα, Τ.Κ. 26441, τηλ και fax. 2610 423830
7. 7ο Π.Τ. Κρήτης: Μενελάου Παρλαμά 116, Ηράκλειο, Τ.Κ. 73105, τηλ. 2810310366, 2810311684 και fax. 2810310014

Εγγραφή και συνδρομή των μελών

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

Άδεια άσκησης επαγγέλματος

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

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

Όργανα διοίκησης

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

Διεθνής εκπροσώπηση της Ε.Ν.Ε

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

Ανάδειξη και θητεία των αιρετών οργάνων διοίκησης

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

Πειθαρχικός έλεγχος

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

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

Επιστημονικό Περιοδικό

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

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

Ενημερωτικό περιοδικό

Η Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος δημιούργησε το 2008

το μηνιαίο ενημερωτικό περιοδικό «Ο Ρυθμός της Υγείας», με σκοπό την ανάδειξη του νοσηλευτή ως ενιαίας ψυχοσωματικής, και επαγγελματικής οντότητας, με ενδιαφέροντα που κινούνται πέρα από τα τετριμμένα, αγκαλιάζοντας όλα τα επίπεδα της πολύπλευρης κοινωνικής του υπόστασης.
Ο Έλληνας νοσηλευτής, εκτός από την ανάγκη για την επίλυση πρωταρχικών ζητημάτων που τον απασχολούν ως επαγγελματία, έχει ανάγκη να εκφραστεί, να επικοινωνήσει, να διασκεδάσει και να προβάλλει πολύπλευρα τον κοινωνικό του προορισμό.
Έτσι, «Ο Ρυθμός της Υγείας», σκοπεύει να ενώσει τη φωνή όλων των νοσηλευτών της χώρας και να αποτελέσει ένα άμεσο και έγκυρο κανάλι επικοινωνίας, δίνοντας βήμα σε όλες ανεξαιρέτως της φωνές της επαγγελματικής –και όχι μόνο- κοινότητας.

Μελλοντικοί Στόχοι

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

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