Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης
Hellenic Journal of Nursing Science



Τόμος 7, Τεύχος 3, ΙΟΥΛΙΟΣ - ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ - ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2014
Volume 7, Number 3, JULY - AUGUST - SEPTEMBER 2014

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ - EDITORIAL
Πολιτισμικά «ευαίσθητη» ερευνητική δραστηριότητα στο πλαίσιο της διαπολιτισμικής φροντίδας υγείας
Βασιλική Ρόκα

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ - REVIEWS

Θέματα υγείας στα καταστήματα κράτησης: Η περίπτωση διαχείρισης του σακχαρώδη διαβήτη
Health issues in correctional institutes: Diabetes mellitus case management
Ναυσικά Μπελλάλη

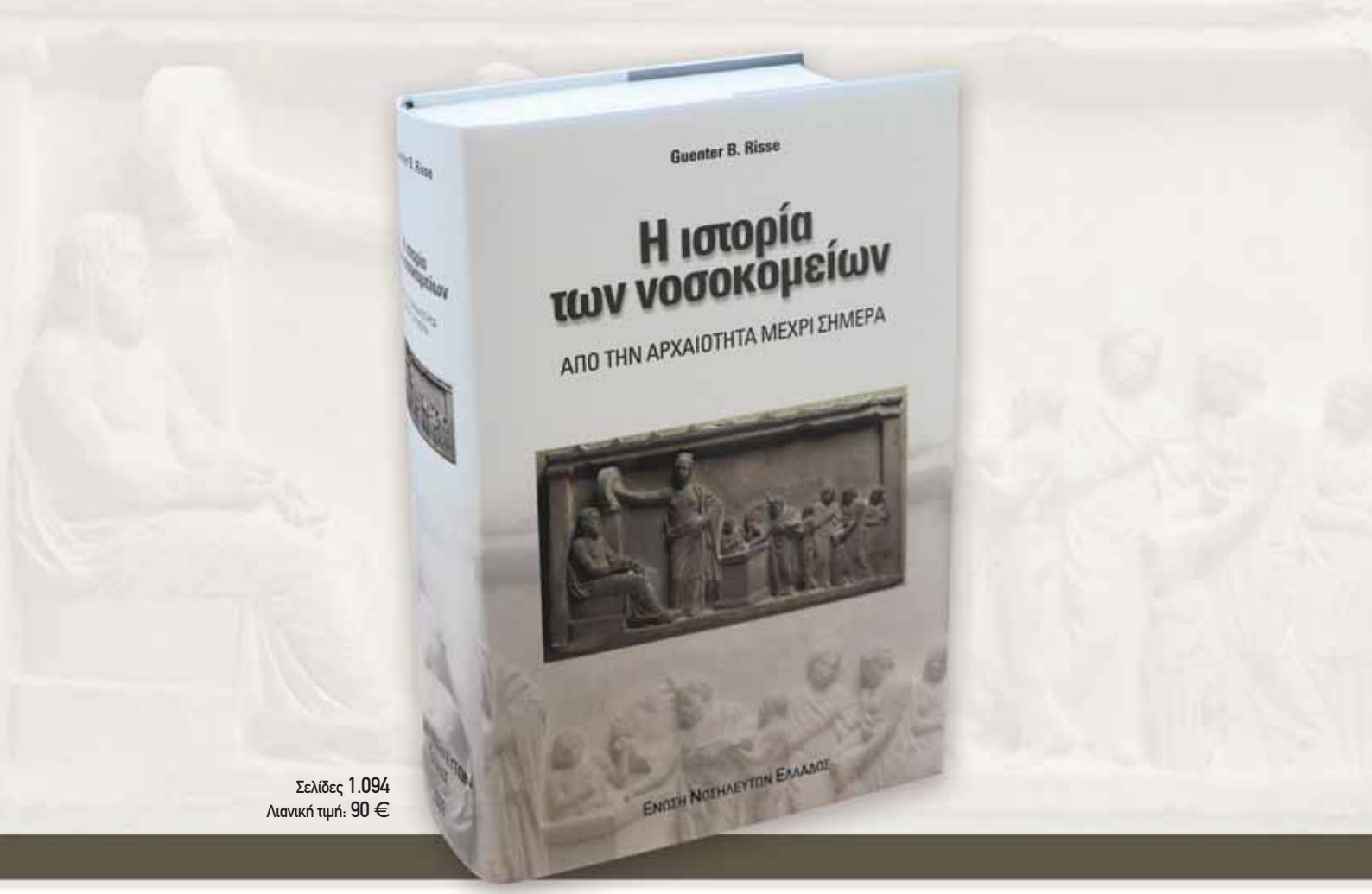
Η διαχείριση του πόνου στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
The management of pain in the Intensive Care Unit
Αναστάσιος Τζεναλής, Αντωνία Κόλια, Αικατερίνη Νοτίου

Αλκοόλ και αλκοολισμός: Μια σύγχρονη απειλή στο χώρο της υγείας
Alcohol and Alcoholism: a contemporary threat in the area of health care
Αφροδίτη Καρρά, Μαρία Σαρίδη, Κυριάκος Σουλιώτης

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΑΡΘΡΟ - RESEARCH ARTICLE

Μελέτη της συναισθηματικής κατάστασης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που διενεργεί καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση (ΚΑΑ)
Exploring the emotional situation of health care professionals performing cardiopulmonary resuscitation (CPR)
Ευδοκία Κακλαμάνου, Γεώργιος Ίντας, Ανδρέας Κυρώζης, Γεώργιος Λυράκος

Το Επιστημονικό Περιοδικό της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος
The Scientific Journal of the Hellenic Regulatory Body of Nurses



Σελίδες 1.094
Λιανική τιμή: 90 €

Guenter B. Risse

Η ιστορία των νοσοκομείων

ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΧΑΙΟΤΗΤΑ ΜΕΧΡΙ ΣΗΜΕΡΑ

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

ΜΙΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΑΠΟ ΤΗΝ Ε.Ν.Ε.

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

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

Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης

ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ: ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
Βασιλίσσης Σοφίας 47, 10676 Αθήνα, Τηλ.: 210 3648 044
Fax: 210 3648 049, e-mail: info@enne.gr, www.enne.gr

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

ISSN 1791-9002

ΕΚΔΟΤΗΣ: **ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΣΚΟΥΤΕΛΗΣ**
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ: **ΑΡΙΣΤΕΙΔΗΣ ΔΑΓΛΑΣ**
ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ ΕΚΔΟΣΗΣ: **ΜΙΧΑΛΗΣ ΠΙΤΣΙΛΙΔΗΣ**
ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗΣ: **ΔΡ. ΘΑΛΕΙΑ ΜΠΕΛΛΑΛΗ,** Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ: **ΛΑΜΠΡΟΣ ΜΠΙΖΑΣ**

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

Μέλη ΔΣ:
Πιστόλας Δημήτριος, Αρβανίτης Γεώργιος, Ποντισίδης Γεώργιος, Κωτσής Απόστολος, Ριζόπουλος Ρίζος, Δημητρέλλης Δημήτριος, Γιάκης Νικόλαος, Σπυράτος Φώτιος

ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ:
Μαρία Σαρίδη MSc, PhD
Βασιλική Ρόκα MSc, PhD

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ
Αθηνά Καλοκαιρινού, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ, **Στέφανος Μαντζούκας**, Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής ΤΕΙ Ηπείρου, **Ευγενία Μηνασίδου**, Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Θεσ/νίκης, **Ιωάννα Παπαθανασίου**, Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Θεσσαλίας, **Θεοδώρα Καυκιά**, Καθηγήτρια Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Θεσ/νίκης, **Γεώργιος Κριτσιωτάκης**, Καθηγητής Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Κρήτης, **Μαρία Μαλλιαρού**, MSc, PhD, **Ιωάννα Καραμήτρη**, MSc, PhD(c), **Αθανάσιος Μαστροκώστας**, MSc, PhD(c), **Μαρία Γκριζώτη**, MSc

ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ:
Φωτεινή- Ελένη Καραχάλιου, Παιδίατρος Ενδοκρινολόγος, Διευθύντρια Τμήματος Άθλησης και Ανάπτυξης Ν.Π. Αγλαΐα Κυριακού
Ιωάννης Κυριόπουλος, Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας, Κοσμήτωρ ΕΣΔΥ
Φώτιος Λεπίδας, Νομικός Σύμβουλος της 6ης ΥΠΕ, DEA, Διοικητικό Δίκαιο, Montpellier France
Αλέξιος Παραράς, Δικηγόρος Δημοσιολόγος, Νομικός Σύμβουλος ΕΝΕ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΡΙΤΩΝ
Παρασκευή Αποστολάρα, Αικατερίνη Βενέτη, Μαρία Γέραλη, Δημήτριος Δάλλας, Γεώργιος Ελεσνίτσαλης, Γεώργιος Ίντας, Αγγελική Καραΐσκου, Νεκταρία Κάραλη, Νικόλαος Κοντοδημόπουλος, Μιχαήλ Κουράκος, Βάγια Κωνσταντικάκη, Θεοχάρης Κωνσταντινίδης, Πολυξένη Μαγγούλια, Χρυσούλα Μελισσά, Βασιλική Μούγια, Δημήτριος Μπαρουξής, Λάμπρος Μπίζας, Ιωάννης Μωϋσογλου, Χρυσούλα Νταφογιάννη, Δήμητρα Παλητζήκα, Ειρήνη Παπάζογλου, Νίκη Παυλάτου, Μαρία Ρεκλείτη, Νίκος Στεφανόπουλος, Νικόλαος Στούφης, Σοφία Τάνη, Αναστάσιος Τζενάλης, Αικατερίνη Τόσκα, Αλεξάνδρα Χαραλαμπίδου, Καλλιόπη Χατζίκα, Ελένη Χριστοδούλου, Χρύσα Χρυσοβιτσάνου

ΜΕΛΗ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ
Dr. Theodoros Koutroubas, Professor, UC Louvain, **Dr. Mally Ehrenfeld**, RN, PhD, Head of Nursing dep. Associate Professor Tel-Aviv University, Dep of Nursing, Israel, **Dr. Irena Papadopoulos**, PhD, MA(Ed), BA, DipNEd, DipN, NDNCert, RGN, RM Professor of Transcultural Health and Nursing and Head of Research Centre for Transcultural Studies in Health Middlesex University, London UK, **Dr. Evridiki Papastavrou**, Lecturer Department of Nursing, Cyprus University of Technology, President of the Council of Nursing and Midwifery, **Dr. Betty Chung Pui Man**, RN, RNT, MSc, PhD (Health Sciences Syd), Lecturer, Hong Kong Polytechnic University, **Cecilia Sironi RN,** BSc, MSc Universita degli Studi dell' Insubria-Varese Italy, **Lorendana Sasso,** Professore Associato, Universita degli Studi di Genova, **Rocco Gennaro** Vice Presidente IPASVI.

Περιεχομενα

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ - EDITORIAL
Πολιτισμικά «ευαίσθητη» ερευνητική δραστηριότητα στο πλαίσιο της διαπολιτισμικής φροντίδας υγείας
Βασιλική Ρόκα 3

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ - REVIEWS
Θέματα υγείας στα καταστήματα κράτησης: η περίπτωση διαχείρισης του σακχαρώδη διαβήτη
Health issues in correctional institutes: Diabetes mellitus case management
Ναυσικά Μπελλάλη 6

Η διαχείριση του πόνου στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
The management of pain in the Intensive Care Unit
Αναστάσιος Τζεναλής, Αντωνία Κόλια, Αικατερίνη Νοτίου..... 17

Αλκοόλ και αλκοολισμός: Μια σύγχρονη απειλή στο χώρο της υγείας
Alcohol and Alcoholism: a contemporary threat in the area of health care
Αφροδίτη Καρρά, Μαρία Σαρίδη, Κυριάκος Σουλιώτης 27

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΑΡΘΡΟ - RESEARCH ARTICLE
Μελέτη της συναισθηματικής κατάστασης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που διενεργεί καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση (ΚΑΑ)
Exploring the emotional situation of health care professionals performing cardiopulmonary resuscitation (CPR)
Ευδοκία Κακλαμάνου, Γεώργιος Ίντας, Ανδρέας Κυρώζης, Γεώργιος Λυράκος 37

ΝΕΕΣ, ΑΝΑΘΕΩΡΗΜΕΝΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ 46

EDITORIAL

Πολιτισμικά «ευαίσθητη» ερευνητική δραστηριότητα στο πλαίσιο της διαπολιτισμικής φροντίδας υγείας

Δρ Βασιλική Ρόκα

Αντιπλοίαρχος (ΥΝ) ΠΝ,
Προϊσταμένη Γραμματείας Δνσης Εκπαίδευσης & Έρευνας
Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών

Η ανθρώπινη μετανάστευση, πολύπλοκο φαινόμενο, πολλαπλώς συσχετισμένο με όλες τις εκφάνσεις της ανθρώπινης ζωής και δραστηριότητας, καθορίζει σαφώς τον πολυπολιτισμικό χαρακτήρα των σύγχρονων κοινωνιών. Είναι πλέον καθολικώς αποδεκτό ότι η μετανάστευση δεν είναι απλώς η μετακίνηση ενός ατόμου ή πληθυσμού από ένα γεωγραφικό χώρο σε έναν άλλο, με τη φυσική έννοια της μεταφοράς, αλλά το εναρκτήριο σημείο της αλληλεπίδρασης του πολιτισμού του «κυρίαρχου» πληθυσμού της χώρας- υποδοχής με τον πολιτισμό του πληθυσμού της χώρας–προέλευσης του μετανάστη.

Ως «πολιτισμός- κουλτούρα» ορίζονται η κοινή κληρονομιά, οι παραδόσεις και αντιλήψεις, τα νοήματα, τα σύμβολα και οι παραστάσεις μίας κοινωνίας ή μίας κοινωνικής ομάδας, προσδιοριστικά της ταυτότητας και του τρόπου ζωής της ομάδας και αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης των μελών της με το κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον. Αναλόγως και η έννοια της υγείας, ως θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα, βιώνεται πολιτισμικά και αντανακλά την ικανότητα του ατόμου να ευημερεί σε περιβάλλοντα συμβατά με την κουλτούρα του. Είναι σαφής η συσχέτιση της κουλτούρας με την αντίληψη του ατόμου σχετικά με την υγεία και την ασθένεια και επιδρά ουσιαστικά στη διαμόρφωση στάσεων και την εκδήλωση συμπεριφορών σχετικά με την υγεία.

Η Διαπολιτισμική Φροντίδα Υγείας εντάσσεται στο πλαίσιο της παροχής υπηρεσιών υγείας με σεβασμό στην πολιτισμική διαφορά παρόχου-χρήστη Υπηρεσιών. Η κεντρική ιδέα εντοπίζεται στο σεβασμό των ανθρώπινων δικαιωμάτων και επικεντρώνεται στην αξιοπρέπεια, τη δικαιοσύνη, την ελευθερία και την ισότητα. Αναλόγως, η πολιτισμική επάρκεια του επαγγελματία υγείας αναφέρεται στις πεποιθήσεις, στάσεις και συμπεριφορές που στηρίζουν την αποτελεσματική διαχείριση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας με διαφορετική κουλτούρα.

Ωστόσο, στις σύγχρονες πολυπολιτισμικές κοινωνίες αποτελεί πλέον διαπίστωση ότι η Υγεία πλήττεται από πολιτισμικά εμπόδια, γλωσσικές διαφορές, νομικούς όρους και κοινωνικο-οικονομικές δυσπραγίες. Η θέση των επαγγελματιών υγείας διαφοροποιείται, καθώς οι περισσότεροι δεν ήταν προετοιμασμένοι από τις βασικές τους σπουδές να αντιμετωπίσουν το νέο αυτό χαρακτήρα της κοινωνίας. Παγκοσμίως η πλειονότητα της ερευνητικής δραστηριότητας αναφέρεται στη μελέτη του «κυρίαρχου» πληθυσμού μίας χώρας και διεξάγεται από μέλη αυτού του πληθυσμού. Ως εκ τούτου, η επιλογή των θεμάτων, η ιεράρχηση των αναγκών, οι μελέτες και η χρηματοδότηση αυτών, συντηρούν ανισότητες και οδηγούν σε άστοχες συγκρίσεις μεταξύ ατόμων διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης και συνεπώς σε λανθασμένα συμπεράσματα και γενικεύσεις.

Η κατάσταση αυτή μπορεί να αποδοθεί αφενός στο ότι για λόγους ομοιογένειας του δείγματος σε διάφορες μελέτες αποκλείονταν οι μειονότητες, αφετέρου στο ότι μέσα στα εθνικά συστήματα υγείας, δεν ήταν εύκολο να εντοπιστούν οι πολιτισμικές διαφορές των χρηστών των υπηρεσιών, καθώς πολλές φορές δεν αναζητήθηκε η φροντίδα υγείας που παρέχεται από τα οργανωμένα υγειονομικά συστήματα, εξαιτίας της μειωμένης έως ανύπαρκτης ενίοτε προσβασιμότητας των υπηρεσιών για τις μειονοτικές ομάδες. Παράλληλα, είναι χαρακτηριστικές οι δυσκολίες εντοπισμού και επικοινωνίας με τις μειονοτικές πολιτισμικές ομάδες, καθώς και η επιλογή της ενδεδειγμένης μεθοδολογίας. Ταυτόχρονα, η ένδεια των πόρων και μέσων οδήγησαν τους ιθύνοντες στην επένδυση χρημάτων σε δραστηριότητες που κάλυπταν τις μεγαλύτερες ανάγκες, συνεπώς τις ανάγκες του «κυρίαρχου» πληθυσμού των χωρών. Επιπρόσθετα, ο προσανατολισμός των συστημάτων υγείας στην «προτυποποίηση»

επέφερε τον αποπροσανατολισμό από τη «διαφορετικότητα» και την ενασχόληση με αυτή. Τα προτυποποιημένα πρωτόκολλα διάγνωσης και θεραπείας αποτέλεσαν μία ουσιαστική έκφανση αυτής της τάσης και σίγουρα απείχαν από την αντιμετώπιση του χρήστη των υπηρεσιών με επίκεντρο τις ιδιαίτερες ανάγκες του.

Άλλη μία διάσταση που δικαιολογεί την έλλειψη σχετικής ερευνητικής δραστηριότητας είναι ο ιατροκεντρικός χαρακτήρας της Υγείας, τα τεχνοκρατικά μοντέλα αντιμετώπισης των νοσημάτων με τις βιοϊατρικές προσεγγίσεις που παραγνωρίζουν συχνά το ρόλο των κοινωνικών και πολιτισμικών παραγόντων. Εξαίρεση σε αυτόν τον κανόνα αποτέλεσε η «εθνοψυχιατρική» ή «διαπολιτισμική ψυχιατρική» που εντόπισε εγκαίρως την ανάγκη διερεύνησης των ψυχικών νοσημάτων υπό το πρίσμα της πολιτισμικής διαφορετικότητας.

Εντούτοις, όλα αυτά τα εμπόδια στην ενασχόληση με τις ανάγκες υγείας πολιτισμικών μειονοτήτων δεν μπόρεσαν να καταστήσουν «αόρατη» την αναγκαιότητα για διαπολιτισμική φροντίδα υγείας. Οι ίδιοι οι επαγγελματίες υγείας διαπίστωσαν ότι η πραγματικότητα που βίωναν τους υποχρέωνε να λάβουν σοβαρά υπόψιν τους την πολιτισμική διαφορετικότητα στο πλαίσιο της παροχής υπηρεσιών υγείας. Πλέον, σύγχρονες μελέτες που αναφέρονται σε επαγγελματίες υγείας εκφράζουν σαφώς την ευαισθητοποίησή τους κατά την αντιμετώπιση διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης χρηστών των υπηρεσιών τους και εκδηλώνουν την ανάγκη τους για πληροφόρηση σχετικά με τη Διαπολιτισμική Φροντίδα Υγείας.

Όλο και περισσότερο πλέον οι επαγγελματίες υγείας στρέφονται στη διερεύνηση θεμάτων Υγείας σε σχέση με κοινωνικές και πολιτισμικές παραμέτρους. Η σχετική ερευνητική δραστηριότητα υλοποιείται υπό το πρίσμα της πολιτισμικής ευαισθησίας. Στη βιβλιογραφία, η πολιτισμικά επαρκής έρευνα έχει περιγραφεί ως «...ερευνητική δραστηριότητα που ταυτόχρονα χρησιμοποιεί και αναπτύσσει τη γνώση και τις δεξιότητες, που προάγουν την παροχή φροντίδας υγείας με κατάλληλο τρόπο και ευαισθησία προς τις ανάγκες του ατόμου, ανεξαρτήτως πολιτισμικού υπόβαθρου». Στο πλαίσιο αυτό, η πολιτισμικά ευαίσθητη ερευνητική δραστηριότητα ξεκινά από την πολιτισμική επαγρύπνηση και γνώση, επεκτείνεται, μέσα από την αυτό-αντίληψη του ερευνητή και τον εντοπισμό των προκαταλήψεων και του ενδεχόμενου εθνοκεντρισμού του, στην κατανόηση της εθνοϊστορίας του μελετώμενου πληθυσμού και τέλος την κατάρτιση του ερευνητικού πρωτοκόλλου μετά από συστηματική μελέτη των σχετικών πληροφοριών.

Ένα κομβικό σημείο στην πολιτισμικά ευαίσθητη μελέτη είναι η εμπλοκή του μελετώμενου πληθυσμού. Ο σχεδιασμός της μελέτης είναι πολύ σημαντικό να στηρίζεται στην εμπιστοσύνη, το σεβασμό και την ενσυναίσθηση. Ο πολιτισμικά επαρκής ερευνητής, προσεγγίζει το μελετώμενο πληθυσμό και του δίνει κίνητρα για τη συμμετοχή του στη μελέτη. Ταυτόχρονα, η διαφάνεια σε όλα τα στάδια της μελέτης σε θέματα που αφορούν στο «πρακτικό» τμήμα της δραστηριότητας (συμμετέχοντες, πόροι και μέσα- χρηματοδότηση κ.α.), επηρεάζει σαφώς και διασφαλίζει τη συμμετοχή του μελετώμενου πληθυσμού. Η ενημέρωση των συμμετεχόντων σχετικά με το πώς η μελέτη θα συμβάλλει στην βελτίωση του επιπέδου υγείας τους είναι καθοριστική. Η ύπαρξη σχεδίου δράσης που θα έχει συγκεκριμένες θετικές εκβάσεις-κέρδος για το μελετώμενο πληθυσμό είναι επίσης ουσιαστική.

Η διαφορετικότητα στη λεκτική επικοινωνία μπορεί να παρακαμφθεί με τη συμμετοχή δίγλωσσων ερευνητών καθώς και μελών του μελετώμενου πληθυσμού έτσι ώστε η συλλογή των στοιχείων να γίνει με ακρίβεια. Επίσης, θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη κατά το σχεδιασμό, η πιθανότητα αναλφαβητισμού κάποιων από τα άτομα του πληθυσμού- στόχου και αναλόγως να επιλεγούν τα εργαλεία της έρευνας. Είναι δε σημαντικό κατά την ανάλυση των δεδομένων να εφαρμόζονται επιμελώς οι κανόνες της μεθοδολογίας της έρευνας χωρίς προκαταλήψεις και εθνοκεντρισμό.

Παράλληλα, είναι ιδιαίτερα χρήσιμο κατά την επεξεργασία των αποτελεσμάτων να τίθενται (ή θέτονται) σαφώς οι κανόνες ερμηνείας των παρατηρούμενων στάσεων και συμπεριφορών. Το ερώτημα που ανακύπτει είναι: «οι διαφορές, που ενδεχομένως παρατηρούνται, οφείλονται αμιγώς στην πολιτισμική διαφορετικότητα, ή απορρέουν από τη συνήθως κακή κοινωνικο-οικονομική κατάσταση της μελετώμενης πολιτισμικής μειονότητας και συνακόλουθα τις μειωμένες έως ανύπαρκτες ευκαιρίες εκπαίδευσης και μάθησης;». Εφόσον απαντηθεί σωστά το ερώτημα αυτό, τίθενται οι βάσεις της ερμηνείας των αποτελεσμάτων μακριά από προκαταλήψεις και στερεότυπα που οδηγούν σε ρατσιστικές θεωρίες.

Καθίσταται σαφές λοιπόν ότι, στις σύγχρονες πολυπολιτισμικές κοινωνίες, η παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας εκφράζεται πλέον και με πολιτισμικούς όρους. Η επιστημονική μελέτη της πολιτισμικής διαφορετικότητας, η θεώρηση της Υγείας και της Ασθένειας υπό το πρίσμα της πολιτισμικής ποικιλομορφίας, η σωστή προσέγγιση των χρηστών των Υπηρεσιών και η επικοινωνία που βασίζεται σε αμοιβαίο σεβασμό και αποδοχή, αποτελούν τη βάση για την υλοποίηση, μελέτη και εξέλιξη της Διαπολιτισμικής Φροντίδας Υγείας.

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Γαλάνης Π., Καϊτελίδου Δ., Σουρτζή Π., Μπελλάλη Θ., Σίσκου Ο., Τσαβαλιάς Κ., Καραμήτρη Ι., Βελονάκης Ε. (2012) Γνώση και Χρήση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα από Μετανάστες. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, 51(4): 421–429

Papadopoulos I, Καλοκαιρινού Α, Κούτα Χ. (2011) Διαπολιτισμική Νοσηλευτική και Πολιτισμική Επάρκεια για τους Επαγγελματίες Υγείας. Αθήνα, Εκδ. Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ Α.Ε.

Σκαφιδάκης Δ. (2012) Διευρεύνηση της Πολιτισμικής Επάρκειας των Οδοντιάτρων στην Αττική, Διπλωματική Εργασία. Ελληνικό Ανοιχτό Πανεπιστήμιο, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Διοίκηση Μονάδων Υγείας. Διαθέσιμη στο http://opac.lib.eap.gr/cgi-bin-EL/egwcgi/385396/showfull.egw/3+0+1+full , πρόσβαση 30-10-14

Ingleby D. (2006) Getting Multicultural Health Care off the Ground: Britain and The Netherlands Compared. International Journal of Migration, Health and Social Care, 2, 4-15.

Ladson G. M., Lin, J-M., Flores, A. and D. Magrane (2006) An assessment of cultural competence of firstand second-year medical students at a historically diverse medical school. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 195(5): 1457-1462

LaTonya, R., Gagan J., Sherman J., Evans E., Lawrence L. (2008) Assessment of third year pharmacy students' attitudes toward cultural competency before and after an educational intervention. American College of Clinical Pharmacy 2008 Spring Practice and Research Forum/ Updates in Therapeutics: The Pharmacotherapy Preparatory Course, Phoenix-Arizona

Porter B., Hancock M., Short B., Lampignano L., Fitzgerald M., Hatchett J. (2008) Creating Direction and a Baseline for continued Cultural Competency Development. Available at www.aamc.org/members/gea/regions/cgea/meetings/cgea-rimeime-abstracts-2008.pdf , retrieved 10/28/14

Redfield R, Linton R, Herskovits M.J. (1936) A memorandum on the study of acculturation. American Anthropologist, 38,149-152

Weissman J. S., Betancourt J. R., Campbell E.G., Park R.E., Kim M., Clarridge B., Blumenthal D., Lee K., Maina A. W.(2005) Resident Physicians' Preparedness to Provide Cross-Cultural Care. Journal of the American Medical Association, 294(9): 1058-1067

World Health Organization (2003) International Migration, Health & Human Rights. Publication Series Issue No4. Available at http://www.who.int/hhr/activities/en/FINAL-Migrants-English-June04.pdf retrieved 11/24/14

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Θέματα υγείας στα καταστήματα κράτησης: η περίπτωση διαχείρισης του Σακχαρώδη Διαβήτη

Ναυσικά Μπελλάλη[1]

1. Νοσηλεύτρια, MSc, Π.Γ.Ν.Λάρισας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι κρατούμενοι αποτελούν έναν πληθυσμό που δεν έχει μελετηθεί εκτενώς στη βιβλιογραφία του χώρου της υγείας. Οι ανάγκες της υγείας τους είναι πολύ μεγαλύτερες από τις αντίστοιχες του γενικού πληθυσμού. Συγκεκριμένα, υπάρχει υψηλή επίπτωση ασθενειών, όπως είναι οι ηπατίτιδες, το AIDS, οι ψυχιατρικές διαταραχές, τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ). Η διαχείριση του ΣΔ στα καταστήματα κράτησης επηρεάζεται από διαρθρωτικούς, θεσμικούς, περιβαλλοντολογικούς, πολιτικούς, οικονομικούς και κοινωνικούς παράγοντες, αλλά και από την ίδια τη σωματική και ψυχική κατάσταση των κρατουμένων, λόγω της κατάστασης του εγκλεισμού που βιώνουν. Γενικά, η διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων στα σωφρονιστικά ιδρύματα αποτελεί ένα θέμα αυξανόμενης βαρύτητας και θα πρέπει να εναρμονίζεται με τους στόχους του ευρύτερου δημόσιου συστήματος υγείας, δηλαδή να επικεντρώνεται όχι μόνο στην παροχή ιατρονοσηλευτικής φροντίδας, αλλά και στη διασφάλιση της μελλοντικής αποκατάστασης της υγείας των κρατουμένων, ακόμη και μετά την αποφυλάκισή τους. Σκοπός του παρόντος άρθρου είναι, μέσα από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, να παρουσιαστούν τα συχνότερα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι κρατούμενοι, με έμφαση στη χρόνια νόσο του ΣΔ. Θα γίνει αναφορά στο σωφρονιστικό σύστημα της Ελλάδας και στις επιπτώσεις του εγκλεισμού, προκειμένου να αναδειχθούν όλα τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι διαβητικοί κρατούμενοι. Οι βασικές αρχές διαχείρισης του ΣΔ στα καταστήματα κράτησης, όπως αυτές αποτυπώνονται στη διεθνή βιβλιογραφία, θα βοηθήσουν τους κοινοτικούς νοσηλευτές, αλλά και όλους τους επαγγελματίες υγείας που αποτελούν μέλη της διαβητολογικής θεραπευτικής ομάδας, να παρέχουν την καλύτερη δυνατή, τεκμηριωμένη φροντίδα στους κρατούμενους, στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Λέξεις κλειδιά: σακχαρώδης διαβήτης, προβλήματα υγείας, κρατούμενοι, κατάστημα κράτησης, επαγγελματίας υγείας

Corresponding Author: Nafsika Bellali, 28 N. Filiou Str. P.K 41335, Tel +30 690 758 9109, e mail: bellalinafsika@gmail.com

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Οι κρατούμενοι παρουσιάζουν υψηλό επιπολασμό πολλών ασθενειών**
- **Η διαχείριση του σακχαρώδη διαβήτη αποτελεί θέμα μείζονος σημασίας για τη δημόσια υγεία και ειδικότερα στο σωφρονιστικό σύστημα κάθε χώρας**
- **Η εξειδικευμένη διαβητολογική ομάδα στα καταστήματα κράτησης θα πρέπει να λειτουργεί στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι κρατούμενοι σε όλο τον κόσμο αποτελούν έναν από τους πιο περιθωριοποιημένους και ευάλωτους πληθυσμούς (Magnani & Wray 2006, Loury 2008, Alexander 2010). Επιπλέον, όπως αναφέρει ο Τόγκας (2013), αφορούν σε έναν υπομελετημένο πληθυσμό στην έρευνα σχετικά με την υγειονομική περίθαλψη, παρόλο που εμφανίζουν δυσανάλογα υψηλό επιπολασμό πολλών ασθενειών (White & Whiteford 2006). Οι ανάγκες της υγείας τους είναι πολύ μεγαλύτερες από τις αντίστοιχες του γενικού πληθυσμού (Condon et al 2007) και αυτό οφείλεται τόσο στο γεγονός ότι οι κακές κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες συνδέονται με πολλαπλούς κινδύνους για την υγεία και αύξηση της νοσηρότητας και θνησιμότητας (Greenberg et al 2008), όσο και στο ότι οι συλλήψεις επικεντρώνονται σε άτομα χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού εισοδήματος και κοινωνικά ευπαθών ομάδων, με αποτέλεσμα να είναι με μεγαλύτερη συχνότητα ιατρικώς υποεξυπηρετούμενοι (Dumont 2012). Τα συχνότερα χρόνια προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι κρατούμενοι στα σωφρονιστικά ιδρύματα είναι οι μεταδοτικές ασθένειες (ηπατίτιδες και AIDS), οι ψυχιατρικές διαταραχές (κυρίως το άγχος και η κατάθλιψη) και ορισμένες χρόνιες νόσοι όπως είναι το άσθμα, η υπέρταση και ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ). (NCCHC 2002, Blakeley 2005, BJS 2006, Ramaswamy and Freudenberg 2007).

Ο ΣΔ έχει λάβει παγκοσμίως εκρηκτικές διαστάσεις, καθώς είναι ένα σύγχρονο και ραγδαία εξελισσόμενο νόσημα με τεράστιες κοινωνικο-οικονομικές επιπτώσεις για το κοινωνικό σύνολο και τα συστήματα υγείας, κυρίως των αναπτυσσόμενων χωρών (Unwin & Marlin 2004) με σοβαρό αντίκτυπο και δυσμενείς επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής εκατομμυρίων ασθενών και των οικογενειών τους. Οι αρμόδιοι του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) κρούουν των κώδωνα του κινδύνου, αφού εκτιμούν πως εάν δεν υπάρξουν συντονισμένες παρεμβάσεις, ο αριθμός των πασχόντων θα αυξηθεί σημαντικά και συγκεκριμένα, φτάνοντας στο 2013 υπολογίζεται ότι ήδη 382 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο πάσχουν από διαβήτη (8,3%), ενώ το ποσοστό αυτό θα ανέλθει μέχρι το 2035, στα 592 εκατ. (10.1%). Σημαντικός επίσης είναι και ο αριθμός των ατόμων με αδιάγνωστο διαβήτη, που φτάνει τα 175 εκατομμύρια παγκοσμίως (ποσοστό 6,9%) και τείνει να αυξηθεί το 2035 σε 471 εκατομμύρια (ποσοστό 8,0%) με δραματική αύξηση σε όλες τις χώρες, κυρίως στον πληθυσμό χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου (WHO 2005, IDF Diabetes Atlas 2013).

Παρά το γεγονός ότι στην ευρύτερη κοινωνία, ο ΣΔ ως ασθένεια απασχολεί πολύ έντονα τους επιστήμονες υγείας και αναγνωρίζεται ως ένα από τα πιο σημαντικά χρόνια ζητήματα δημόσιας υγείας, είναι μία από τις «ξεχασμένες» ασθένειες στο σωφρονιστικό σύστημα και υπάρχει ελλιπής πληροφόρηση για την κατάσταση υγείας και τη διαχείριση της νόσου από κρατούμενους που βιώνουν την εμπειρία του εγκλεισμού σε σωφρονιστικά ιδρύματα (Smith 1984, Macfarlane et al 1992). Στη διεθνή βιβλιογραφία, οι δημοσιεύσεις πάνω σε αυτό το θέμα περιορίζονται κυρίως σε γνώμες/απόψεις, οι οποίες συχνά ενισχύουν απλώς τις προκαταλήψεις σχετικά με τις δυσκολίες του ελέγχου του διαβήτη, στη διαχείριση της θεραπείας με ινσουλίνη και συγκεκριμένα στον κίνδυνο από την ελεύθερη χρήση συριγγών ινσουλίνης από τους κρατούμενους. Ωστόσο, οι προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι κρατούμενοι με ΣΔ είναι πιο πολύπλοκες και απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση σχετικά με τις παροχές της υγειονομικής περίθαλψης σε αυτή την ομάδα πληθυσμού, μέσα στο σωφρονιστικό σύστημα (Bayle et al 2011).

Σκοπός του παρόντος άρθρου είναι μέσα από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας να παρουσιαστούν τα συχνότερα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι κρατούμενοι, με έμφαση στη χρόνια νόσο του ΣΔ. Θα γίνει αναφορά επίσης, στο σωφρονιστικό σύστημα της Ελλάδας και στις επιπτώσεις του εγκλεισμού, για να αναδειχθούν όλα τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι διαβητικοί κρατούμενοι. Οι βασικές αρχές διαχείρισης του ΣΔ στα καταστήματα κράτησης, όπως αυτές αποτυπώνονται στη διεθνή βιβλιογραφία, θα βοηθήσουν τους νοσηλευτές, αλλά και όλους τους επαγγελματίες υγείας που αποτελούν μέλη της διαβητολογικής θεραπευτικής ομάδας, να παρέχουν την καλύτερη δυνατή, τεκμηριωμένη φροντίδα στους κρατούμενους, στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

ΤΟ ΣΩΦΡΟΝΙΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΑΙ Ο ΕΓΚΛΕΙΣΜΟΣ

Το σωφρονιστικό σύστημα στην Ελλάδα

Τα καταστήματα κράτησης ως θεσμός αποτελούν βασικό συστατικό στοιχείο του σωφρονιστικού συστήματος κάθε χώρας και προβλέπεται να εξυπηρετούν τους εξής βασικούς στόχους: α) την τιμωρία του κρατούμενου για

το έγκλημα, με ποινές που αποσκοπούν στη στέρηση της ελευθερίας τους για την ασφάλεια της κοινωνίας, β) τη διασφάλιση των βασικών ατομικών δικαιωμάτων των κρατουμένων, ταυτόχρονα με την ομαλή λειτουργία των σωφρονιστικών καταστημάτων και γ) την κοινωνική, επαγγελματική και οικογενειακή αποκατάσταση των κρατούμενων (Ρηγούτσου 2005). Τα καταστήματα κράτησης λοιπόν, έχουν ως στόχο την ασφαλή κράτηση των κρατουμένων, τη διατήρηση και τη βελτίωση της ευζωίας των κρατουμένων και την επίτευξη των δύο παραπάνω στόχων με τη μέγιστη δυνατή αποτελεσματικότητα και οικονομία (Κουλιεράκης 2012).

Στην Ελλάδα ως «Κατάστημα Κράτησης» νοείται η ειδική περιφερειακή υπηρεσία του Υπουργείου Δικαιοσύνης, Διαφάνειας και Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων που υπάγεται στη Γενική Διεύθυνση Σωφρονιστικής Πολιτικής. Οι κρατούμενοι είναι όσοι εκτίουν ποινές ή μέτρα ασφαλείας κατά της ελευθερίας, οι υπόδικοι (προφυλακισμένοι ή προσωρινά κρατούμενοι), οι κρατούμενοι για χρέη ή για άλλο λόγο, σε εκτέλεση απόφασης πολιτικού δικαστηρίου, οι οφειλέτες χρηματικής ποινής και οι παραμένοντες (αλλοδαποί που μετά την αποφυλάκισή τους παραμένουν κρατούμενοι έως τη δικαστική απέλασή τους ή τη χορήγηση άδειας παραμονής στη χώρα). Με πρόσφατο νομοθέτημα, τα καταστήματα κράτησης χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες: σε Α, Β και Γ κατηγορία, με αυτές του Γ τύπου να μετατρέπονται σε υψίστης ασφαλείας. Στην πρώτη κατηγορία, τύπου Α, κρατούνται υπόδικοι και κατάδικοι για χρέη και όσοι γενικά εκτίουν ποινές φυλάκισης έως πέντε χρόνια. Στη δεύτερη, τύπου Β, κρατούνται υπόδικοι, αλλά και κατάδικοι με «μεσαίας» ποινικής αξιολόγησης παραβατική συμπεριφορά, κακουργήματα που επισύρουν καθείρξεις όχι όμως ισόβια. Στα καταστήματα τύπου Γ΄ υψίστης ασφαλείας, φιλοξενούνται κρατούμενοι για τρομοκρατία, εσχάτη προδοσία, ανθρωποκτονία χωρίς ελαφρυντικά, εκβίαση και ληστεία, στο πλαίσιο εγκληματικής οργάνωσης. Σε αυτές καταργούνται δικαιώματα, όπως οι άδειες, τα επισκεπτήρια, η επικοινωνία με συγγενείς και άλλους κρατούμενους, τα μαθήματα και η εργασία. Όλοι οι υπόδικοι και κατάδικοι που κρατούνται στα καταστήματα τύπου Γ μετάγονται, νοσηλεύονται εκτός φυλακών και προσάγονται στα δικαστήρια, μόνο με την ευθύνη της ειδικής ομάδας φρούρησης των σωφρονιστικών καταστημάτων (άρθρο 20 παρ. 1, του Ν. 3772/2009, ΦΕΚ Α΄ 112/10-7-2009).

Στο προσωπικό κάθε καταστήματος κράτησης ανήκει το ιατρικό προσωπικό (ιατροί διαφόρων ειδικοτήτων και οδοντίατροι, μόνιμοι ή με σύμβαση), καθώς και το νοσηλευτικό προσωπικό (νοσηλευτές και βοηθοί ή άλλα μέλη του προσωπικού, στα οποία έχουν ανατεθεί καθήκοντα νοσηλευτών με ημερήσια διαταγή του διευθυντή του καταστήματος). Επίσης, υπάρχει και το ειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό, όπως είναι οι κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, εγκληματολόγοι, κοινωνιολόγοι και εκπαιδευτικοί στα σχολεία δεύτερης ευκαιρίας που λειτουργούν στο κατάστημα.

Στον Εσωτερικό Κανονισμό της Λειτουργίας των Γενικών Καταστημάτων Κράτησης στην Ελλάδα, δίνεται η περιγραφή των δικαιωμάτων/υποχρεώσεων των κρατούμενων και οι αρμοδιότητες του προσωπικού που εξασφαλίζουν την εύρυθμη λειτουργία του σωφρονιστικού συστήματος (ΦΕΚ463/17-4-2003, Τεύχος Β'). Αναφορικά με τα δικαιώματα των κρατούμενων, όλοι μπορούν να ασκούν τα δικαιώματα που τους αναγνωρίζει το Σύνταγμα και ειδικά σε ό,τι αφορά στον τομέα της υγείας τα δικαιώματα των κρατούμενων φαίνονται στον πίνακα 1.

Ωστόσο, στα ελληνικά καταστήματα κράτησης υπάρχει σημαντικό πρόβλημα με την παροχή ιατρονοσηλευτικής φροντίδας, καθώς η έλλειψη μόνιμου ιατρικού προσωπικού και εξειδικευμένου επιστημονικού προσωπικού είναι σημαντική. Επιπλέον, αναφορικά με τις βασικές συνθήκες υγιεινής υπάρχει δραματική έλλειψη και συγκεκριμένα, σε Έκθεση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την Ελλάδα σχετικά με την πρόληψη των βασανιστηρίων και της απάνθρωπης ή ταπεινωτικής μεταχείρισης ή τιμωρίας στα καταστήματα κράτησης «...ένα ικανοποιητικό επίπεδο Υγειονομικής περίθαλψης θα παραμείνει σχεδόν βέβαια ανέφικτο έως ότου επιλυθούν τα γενικά Προβλήματα συνωστισμού, κακής υγιεινής και ανεπάρκειας του συστήματος απασχολήσεως» (Ρηγούτσου 2005). Η αλήθεια είναι ότι στα καταστήματα κράτησης στην Ελλάδα, υπάρχει επιπλέον, μεγάλο πρόβλημα υπερπληθυσμού των κρατούμενων, ο οποίος σε συνδυασμό με την έλλειψη προσωπικού (η αναλογία μεταξύ σωφρονιστικών υπαλλήλων και κρατουμένων είναι 1/5) συνιστά μια πολύ βασική δυσλειτουργία του Σωφρονιστικού Συστήματος (Κουλιεράκης 2012).

Η εμπειρία του εγκλεισμού

Η υγεία των κρατούμενων επηρεάζεται από διαρθρωτικούς παράγοντες (θεσμικούς, περιβαλλοντικούς, πολιτικούς, οικονομικούς και κοινωνικούς), αλλά και από τη σωματική και ψυχική κατάσταση των ίδιων των κρατουμένων. Το πώς ανταποκρίνονται οι κρατούμενοι στον εγκλεισμό είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας λοιπόν, που πρέπει να μελετάται. Παράγοντες όπως οι ψυχολογικές πιέσεις της φυλάκισης, ο κοινωνικός κόσμος της φυλακής, ο αποκλεισμός από την κοινωνία, αλλά και η επίδραση του ίδιου του ιδρύματος με το καθεστώς και την αρχιτεκτονική του θα πρέπει να εξετάζονται (Butler et al 2004, De Viggiani 2007, Togas 2014).

Ο εγκλεισμός είναι πλέον η πιο σοβαρή ποινή που μπορεί να δοθεί σε άτομα τα οποία διέπραξαν αξιόποινες πράξεις με στόχο ωστόσο, το σωφρονισμό (Morgan 1992, Waplington & Ledwth 1995). Σύμφωνα με τη Ρηγούτσου (2005), η διαδικασία του εγκλεισμού συνιστά μια περίπλοκη και τραυματική εμπειρία για τον κρατούμενο, καθώς αυτή συνεπάγεται: α) τη βίαιη αποκοπή του ατόμου από το οικείο οικογενειακό και κοινωνικό

Πίνακας 1. Τα δικαιώματα των κρατούμενων σε θέματα υγειονομικής φροντίδας (ΦΕΚ463/17-4-2003, Τεύχος Β').

- Να απολαμβάνουν ιατρικής και φαρμακευτικής περίθαλψης, ανάλογου επιπέδου με αυτό του λοιπού πληθυσμού.
- Να εξετάζονται από τον ιατρό του καταστήματος κατά την εισαγωγή τους και στη συνέχεια ανά εξάμηνο, ή όποτε το ζητήσουν.
- Να παρακολουθούνται, αν το επιθυμούν, από θεράποντες ιατρούς της επιλογής τους με παρουσία του ιατρού του καταστήματος και με δικές τους δαπάνες.
- Να καλούν τον ιατρό του καταστήματος ή ιατρό της επιλογής τους για τη διαπίστωση της κατάστασης της σωματικής, ψυχικής και πνευματικής τους υγείας, όταν κατέρχονται σε απεργία πείνας.
- Να καλείται ο τοπικά αρμόδιος ιατροδικαστής ή ιατρός σύμφωνα με το άρθρο 24 παρ. 4 Σωφρονιστικού Κώδικα σε περίπτωση διαφωνίας μεταξύ ιατρού του καταστήματος και του ιατρού της επιλογής των κρατουμένων.
- Να παραπέμπονται για νοσηλεία σε θεραπευτικό κατάστημα κρατουμένων ή σε δημόσιο, δημοτικό, κοινοτικό ή άλλο θεραπευτήριο, αν δεν είναι δυνατή η νοσηλεία τους στο κατάστημα όπου κρατούνται.
- Να αρνούνται, εφόσον δεν συναινούν, να υποβληθούν σε κάθε είδους ιατρική ή εργαστηριακή εξέταση, ιατρο-χειρουργική επέμβαση ή θεραπευτική αγωγή, εκτός εάν υπάρχει υπόνοια μεταδοτικού νοσήματος που μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την υγεία των λοιπών κρατουμένων.
- Να μην υποβάλλονται, ακόμη και αν συναινούν, σε ιατρικά ή συναφή πειράματα που θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή και την υγεία τους ή προσβάλλουν την αξιοπρέπεια και την προσωπικότητά τους.
- Να εισάγονται σε ειδικό τμήμα νοσηλείας του καταστήματος κράτησης ή σε θεραπευτικό κατάστημα κράτησης, αν ασθενήσουν ή παρουσιάσουν έντονα προβλήματα ψυχικής υγείας.
- Να λαμβάνουν κατάλληλη διατροφή από το κράτος, τρεις φορές την ημέρα, βάσει εναλλασσόμενων εβδομαδιαίων προγραμμάτων συσσιτίου.
- Να προμηθεύονται, εφ' όσον το επιθυμούν, με δικές τους δαπάνες, πρόσθετα τρόφιμα ή άλλα επιτρεπόμενα είδη από το πρατήριο – καντίνα, ή το κυλικείο ή τον επιλεγμένο προμηθευτή του καταστήματος.
- Να καλύπτονται οι ανάγκες ειδικής δίαιτας ή συμπληρωματικής τροφής για λόγους υγείας, ύστερα από γραπτή γνωμάτευση του ιατρού του καταστήματος ή να προμηθεύονται, σύμφωνα με τα παραπάνω, είδη και να παρασκευάζουν φαγητό με απόφαση του διευθυντή κατόπιν σύμφωνης γνώμης του ιατρού.
- Να υπάγονται σε ασφάλιση του ΙΚΑ κατά του κινδύνου ατυχήματος, αν εργάζονται σε ορισμένες θέσεις ή παρακολουθούν προγράμματα επαγγελματικής κατάρτισης.
- Να λαμβάνουν γνώση, προφορικά ή με χορήγηση αντιγράφων, αυτοπροσώπως ή με νόμιμο εκπρόσωπό τους, των μητρώων και ατομικών δελτίων που τηρούνται στο κατάστημα σύμφωνα με το άρθρο 23 παρ. 2 - 5 Σωφρονιστικού Κώδικα, καθώς και του μητρώου ιατρικών εξετάσεών τους.

περιβάλλον και την εξίσου βίαιη ένταξή του σε ένα άγνωστο ή αρνητικά αναπαριστώμενο περιβάλλον, με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, β) τη διατάραξη των οικογενειακών σχέσεων, γ) την επαγγελματική και οικονομική κατάρρευση, δ) την έλλειψη προοπτικής για κοινωνική ή επαγγελματική αποκατάσταση (ιδιαίτερα στα πρώτα στάδια της φυλάκισης και όταν έχει επιβληθεί ποινή μεγάλης διάρκειας) και ε) το στιγματισμό του κρατούμενου και την πρόσληψή του ως «κακού», «επικίνδυνου», «εγκληματία», φυλακισμένου». Σε περιπτώσεις επίσης, μακροχρόνιου εγκλεισμού, επέρχεται «ιδρυματισμός», δηλαδή η απόλυτη εξάρτηση του ατόμου από το κατάστημα κράτησης (Τσαλίκογλου 1996) .

Ως απάντηση στο υπερβολικό στρες που βιώνει ο κρατούμενος, ο οργανισμός του κινητοποιεί συγκεκριμένους μηχανισμούς άμυνας-προσαρμογής. Η ανάπτυξη των μηχανισμών άμυνας δίνει στον κρατούμενο την αίσθηση ότι ακόμη διατηρεί κάποιον έλεγχο στη ζωή του. Για

παράδειγμα, οι κρατούμενοι μπορεί να υιοθετήσουν ως μηχανισμούς δευτερογενούς προσαρμογής, τη δημιουργία ταραχών ή στάσεων και τις σύντομες κινήσεις απείθειας (π.χ. αποχή από το φαγητό, έλλειψη συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή σε περίπτωση χρόνιας νόσου ή ανάπτυξη μιας υποκουλτούρας). Οι προσπάθειες αυτές ερμηνεύονται ως απόπειρες ανάκτησης της αίσθησης ελέγχου πάνω στο περιβάλλον (Goffman 1968). Πιθανά, στη φάση αυτή του επανελέγχου της ζωής τους να είναι πιο σημαντικό το θέμα του εγκλεισμού τους με όλους τους περιορισμούς που αυτός συνεπάγεται (όπως π.χ. η ελευθερία στη στέρηση αγαθών και υπηρεσιών, η σεξουαλική στέρηση και η στέρηση αυτονομίας και ασφάλειας), παρά η οποιαδήποτε χρόνια ασθένεια που βιώνουν και οι μακροχρόνιες επιπτώσεις της (Sykes1958). Ο παράγοντας του εγκλεισμού επηρεάζει την ψυχική υγεία των κρατούμενων, καθώς με βάση την επιβίωση τους, καλούνται να αντιμετωπίσουν διάφορες προκλήσεις, με στόχο την προσαρμογή τους στο νέο περιβάλλον, την ανακούφισή τους από το άγχος και τη διατήρηση μιας ποιότητας ζωής.

ΘΕΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΚΡΑΤΟΥΜΕΝΩΝ

Συχνά νοσήματα

Μέχρι πρόσφατα, υπάρχει περιορισμένη πληροφόρηση σχετικά με τα θέματα υγείας των κρατουμένων, ακόμη και στις ανεπτυγμένες χώρες. Ο μικρός αριθμός των δημοσιευμένων άρθρων δείχνει ότι η έρευνα στο συγκεκριμένο θέμα είναι σποραδική, χωρίς να δείχνει αποτελέσματα που μπορούν να γενικευτούν. Αναφορικά με το είδος των προβλημάτων υγείας στους κρατούμενους, προεξάρχουν οι ψυχολογικές/ψυχιατρικές διαταραχές, η χρήση ουσιών, οι μεταδοτικές ασθένειες (AIDS, ηπατίτιδα), ενώ δεν παύουν να υπάρχουν και τα χρόνια νοσήματα όπως είναι ο ΣΔ (Gough et al 2000, Watson et al 2004, Katon et al 2004, Gore & Bird 2000). Επίσης, καθώς η πλειοψηφία των κρατουμένων είναι άντρες, ηλικίας μικρότερης των 40 ετών, εμφανίζουν πολλά σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα οξείας μορφής, εξαιτίας των ανθυγιεινών συμπεριφορών υγείας που διατηρούσαν πριν τον εγκλεισμό τους (κατάχρηση αλκοόλ, ναρκωτικών και κάπνισμα) (Mac Farlane 1996). Αναφορικά με τα προβλήματα υγείας των κρατούμενων στην Ελλάδα, στη βιβλιογραφία δεν βρέθηκε καμία επιδημιολογική μελέτη. Εντοπίστηκε μια μόνο σχετικά παλιά μελέτη, η οποία καταγράφει το ποσοστό των κρατούμενων που πάσχουν από ηπατίτιδες και AIDS (Malliori et al 1998) και μία άλλη μελέτη, που κάνει αναφορά στους χρήστες ουσιών σε σχέση με τις επικίνδυνες συμπεριφορές που αυτοί εμφανίζουν, σχετικά με τη νόσο του AIDS (Koulierakis et al 2000).

Ωστόσο, από το 1984 η Smith και πιο πρόσφατα η Evans (2005) ομαδοποίησαν τα διάφορα προβλήματα που μπορεί να εκδηλώσουν οι κρατούμενοι, τα οποία οφείλονται: α) στο κοινωνικό τους προφίλ, β) στην προηγούμενη κατάσταση υγείας τους, γ) στις περιορισμένες θετικές συμπεριφορές υγείας, δ) στις υψηλού κινδύνου, αρνητικές συμπεριφορές υγείας, ε) στο περιβάλλον του καταστήματος κράτησης, στ) σε μεταδιδόμενα νοσήματα, ζ) σε ψυχιατρικά προβλήματα, η) σε χρόνια νοσήματα, θ) στην αδυναμία πρόσβασης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και σε εξειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες και ι) στην έλλειψη βασικών γνώσεων των κρατούμενων και των σωφρονιστικών υπαλλήλων για θέματα υγείας, όπως και των εξειδικευμένων γνώσεων των επαγγελματιών υγείας. Αναλυτικότερα:

α) Κοινωνικό προφίλ. Το κοινωνικό προφίλ των κρατουμένων διαφέρει από του γενικού πληθυσμού. Λόγω της χαμηλότερης κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης, οι κρατούμενοι εμφανίζουν υψηλότερο κίνδυνο για εμφάνιση ασθενειών, όπως είναι ο καρκίνος του πνεύμονα και τα καρδιαγγειακά νοσήματα.

β) Προηγούμενη κατάσταση υγείας. Σε πολλές χώρες, οι περισσότεροι κρατούμενοι εμφάνιζαν προβλήματα υγείας, αλλά είχαν περιορισμένη πρόσβαση στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης πριν τον εγκλεισμό τους, σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, για οικονομικούς και γεωγραφικούς λόγους (Glaser & Greifinger 1993, Hornung et al 2002).

γ) Περιορισμένες, θετικές συμπεριφορές υγείας. Η πλειοψηφία των κρατούμενων έχουν ελάχιστο χρόνο στη διάθεσή τους για να ασκηθούν και επίσης δεν λαμβάνουν οδηγίες για υγιεινή διατροφή (Davies et al 1995).

δ) Υψηλού κινδύνου, αρνητικές συμπεριφορές υγείας. Πολλοί από τους κρατούμενους καπνίζουν σε υπερβολικό βαθμό, ενώ αναφέρουν συχνά την κατάχρηση παράνομων ναρκωτικών ουσιών, φαρμακευτικών προϊόντων ή/και αλκοόλ πριν τον εγκλεισμό τους (Peters et al 1997).

ε) Περιβάλλον κράτησης. Όλοι οι κρατούμενοι είναι ευάλωτοι, ιδιαίτερα τη στιγμή που εισέρχονται στο σωφρονιστικό σύστημα. Αντιμετωπίζουν ένα άγνωστο περιβάλλον, είναι συχνά φοβισμένοι και μπορεί να αποχωρίζονται την οικογένειά τους για πρώτη φορά. Οι νεαροί παραβάτες βιώνουν πιο έντονα αυτά τα συναισθήματα και μπορεί επίσης να είναι ευάλωτοι σε εκφοβισμό ή σε σωματική και σεξουαλική κακοποίηση από τους μεγαλύτερους τροφίμους. Συχνά στο σωφρονιστικό σύστημα λειτουργεί μια ανεπίσημη δομή εσωτερικής εξουσίας, καθώς δημιουργούνται «κάστες» με αφεντικά, υποτελείς και απόβλητους (συνήθως οι παραβάτες σεξουαλικής φύσεως). Αυτό το ανεπίσημο σύστημα λειτουργίας, μπορεί να αποτελέσει πραγματικό εμπόδιο για την παροχή σωστής υγειονομικής περίθαλψης, π.χ. μπορεί να οδηγήσει σε εκφοβισμό για την αίτηση λήψης φαρμάκων από τους κρατούμενους ή στην εσωτερική εμπορία φαρμάκων μεταξύ τους.

στ) Μεταδιδόμενα νοσήματα (ηπατίτιδες, AIDS κ.α.). Το πρόβλημα της εμφάνισης αυτών των νοσημάτων δεν αφορά μόνο το περιβάλλον των καταστημάτων κράτησης, αλλά αποτελεί ένα πρόβλημα γενικότερα, της Δημό-

σιας Υγείας. Η διαβίωση σε κλειστό περιβάλλον με πολλά άτομα στα κελιά, αυξάνει τον κίνδυνο για την υγεία, εξαιτίας διαφόρων μεταδοτικών ασθενειών , όπως για παράδειγμα της φυματίωσης, που συσχετίζονται με τη ροή του αέρα (Heimbger et al 1993). Επίσης, όταν η πρόσβαση σε βασικές συνθήκες υγιεινής είναι ελλιπής, η συχνότητα εμφάνισης ασθενειών που μεταδίδονται δια της στοματικής οδού αυξάνεται όπως και τα κρούσματα τροφικών δηλητηριάσεων εξαιτίας των κακών εγκαταστάσεων και του μη σωστού χειρισμού της μεταφοράς των κρατούμενων (Meehan et al 1992).

ζ) Ψυχιατρικές νόσοι. Πρόκειται για μια πηγή υψηλής νοσηρότητας και θνησιμότητας για τους κρατούμενους (Andersen 2004). Τα ποσοστά ατόμων που πάσχουν κυρίως από κατάθλιψη είναι υψηλά και τις περισσότερες φορές παραμένουν αδιάγνωστα. Ο κίνδυνος αυξάνει, καθώς οι συναισθηματικές διαταραχές σχετίζονται άμεσα με την εκδήλωση αυτοκτονικής συμπεριφοράς.

η) Χρόνια προβλήματα υγείας (ΣΔ, άσθμα, καρδιαγγειακά νοσήματα, επιληψία). Ενώ οι αρχές της φροντίδας στα καταστήματα κράτησης, είναι οι ίδιες με εκείνες στην κοινότητα, η εποπτεία και η παρακολούθηση των κρατούμενων ασθενών μπορεί να είναι ιδιαίτερα δύσκολη σε αυτούς τους χώρους. Το προσωπικό των καταστημάτων κράτησης δεν είναι εκπαιδευμένο να αναγνωρίζει τα βασικά σημεία και συμπτώματα της επιδείνωσης στις χρόνιες νόσους, ώστε να αναζητείται εγκαίρως η κατάλληλη αξιολόγηση και θεραπεία από εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας, χωρίς να θεωρείται ότι πρόκειται για αποκόμιση δευτερογενούς οφέλους από την πλευρά των κρατούμενων.

θ) Αδυναμία πρόσβασης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και σε εξειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες. Οι κρατούμενοι δεν έχουν την ίδια πρόσβαση στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό, ούτε και στη λήψη φροντίδας σε εξειδικευμένα προβλήματα υγείας τους από συγκεκριμένες ιατρικές ειδικότητες ή εξειδικευμένους νοσηλευτές.

ι) Η έλλειψη βασικών γνώσεων των κρατούμενων και των σωφρονιστικών υπαλλήλων για θέματα υγείας, όπως και των εξειδικευμένων γνώσεων των επαγγελματιών υγείας. Η υποστήριξη, η εκπαίδευση και ο εξοπλισμός που διαθέτουν τα καταστήματα κράτησης, συχνά δεν βοηθούν να βελτιωθεί η υπάρχουσα κατάσταση υγείας των κρατούμενων με χρόνιες νόσους. Επίσης, αξιοσημείωτο είναι ότι οι σωφρονιστικοί υπάλληλοι παρόλο που εργάζονται σε ένα περιβάλλον ιδιαίτερα στρεσσογόνο, έχουν μειωμένη πρόσβαση στην εκπαίδευση και την προαγωγή ακόμη και της δικής τους υγείας. Το κάπνισμα, η κατάχρηση του αλκοόλ και η ανθυγιεινή διατροφή, τους καθιστούν σε υψηλό κίνδυνο για την εμφάνιση καρδιαγγειακών και άλλων νόσων, σε σχέση με άλλα επαγγέλματα (Ainsworth et al 1994). Τέλος, οι επαγγελματίες υγείας των καταστημάτων κράτησης έχουν και αυτοί μειωμένη πρόσβαση σε προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, ακόμη και σε ό,τι αφορά στη διαχείριση συχνών, χρόνιων προβλημάτων υγείας.

Ο σακχαρώδης διαβήτης

Σύμφωνα με πρόσφατα δεδομένα της Αμερικανικής Διαβητολογικής Εταιρείας (ADA 2013), περισσότεροι από 2 εκατομμύρια άνθρωποι είναι κρατούμενοι σε διάφορα σωφρονιστικά ιδρύματα της χώρας, από τους οποίους σχεδόν οι 80.000 πάσχουν από ΣΔ (επιπολασμός 4,9%). Στην Αγγλία, ο ΣΔ των κρατουμένων είναι 2–8 φορές πιο συχνός από ότι στο γενικό πληθυσμό (Marshall et al 2000). Επίσης στη Γαλλία, ο επιπολασμός της νόσου υπολογίστηκε στο 6.7% (Bayle et al 2011). Στην Αυστραλία επίσης, σύμφωνα με το Αυστραλιανό Ινστιτούτο Υγείας και Πρόνοιας (2006), οι κρατούμενοι αναφέρεται ότι κατέχουν το 11.6%, το οποίο είναι τρείς φορές υψηλότερο από το γενικό πληθυσμό της χώρας. Υπολογίζεται επίσης, ότι για κάθε έναν διαβητικό, υπάρχει και άλλος ένας που δεν έχει διαγνωστεί ακόμη (Barr et al 2006).

Στη βιβλιογραφία δεν εντοπίστηκαν επιδημιολογικά δεδομένα που να αφορούν στον επιπολασμό της νόσου του ΣΔ για τον πληθυσμό των κρατουμένων στα Ελληνικά Καταστήματα Κράτησης.

Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΤΑ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΑ ΚΡΑΤΗΣΗΣ

Παρά τη σαφή διατύπωση των δικαιωμάτων των κρατουμένων και τις συγκεκριμένες αρμοδιότητες των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στα σωφρονιστικά καταστήματα, η παροχή υπηρεσιών υγείας στους κρατούμενους σε πολλές περιπτώσεις, θεωρείται πλημμελής. Ωστόσο, το σωφρονιστικό σύστημα κάθε χώρας, οφείλει να εναρμονίζεται με τους στόχους του ευρύτερου δημόσιου συστήματος υγείας και να επικεντρώνεται όχι μόνο στην παροχή ιατρικής φροντίδας, αλλά στη διασφάλιση της μελλοντικής αποκατάστασης της υγείας των κρατουμένων, ακόμη και μετά την αποφυλάκισή τους (Waplington and Ledwtth 1995, Jacoby & Kozie-Peak 1997). Στο πλαίσιο αυτό, θα πρέπει να εκπαιδεύεται τόσο το υγειονομικό προσωπικό των καταστημάτων κράτησης, αλλά και οι ίδιοι οι κρατούμενοι ώστε να αποκτήσουν γνώσεις και δεξιότητες για την αυτοφροντίδα τους.

Σχετικά με το ΣΔ, τα καταστήματα κράτησης θα πρέπει να διαθέτουν γραπτές πολιτικές και διαδικασίες για τη διαχείρισή του, αλλά και για την κατάρτιση του ιατρικού και σωφρονιστικού προσωπικού στις πρακτικές φροντίδας των ασθενών/κρατούμενων με διαβήτη. Οι πολιτικές των Καταστημάτων επίσης, θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη θέματα όπως οι ανάγκες ασφαλείας, οι μεταγωγές των κρατουμένων από το ένα κατάστημα σε άλλο, καθώς και η διαθεσιμότητα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και του εξοπλισμού ώστε να παρέχεται η κατάλληλη φροντίδα σε όλα τα επίπεδα π.χ. σε επί-

πεδο πρόληψης, θεραπείας, αλλά και αποκατάστασης, ειδικά όταν εμφανίζονται επιπλοκές (απώλεια όρασης, καρδιαγγειακά επεισόδια, νεφρική ανεπάρκεια, ακρωτηριασμός ποδιού κ.α.).(Leivesley & Booth 2009). Σημαντικό επίσης είναι να ενθαρρύνεται ή τουλάχιστον να επιτρέπεται στους ασθενείς κρατούμενους, η αυτο-διαχείριση της νόσου τους, όπως και να αναγνωρίζονται οι ασθενείς υψηλού κινδύνου όπως είναι οι έγκυες γυναίκες, άτομα με επιπλοκές, με ιστορικό επαναλαμβανόμενων κρίσεων υπογλυκαιμίας κ.λπ (Gill et al 1992).

Η Βρετανική Διαβητολογική Εταιρεία (ΒΔΕ) υποστηρίζει ότι η εφαρμογή κλινικών πρωτοκόλλων για το ΣΔ δεν κοστίζει επιπλέον στο σωφρονιστικό σύστημα πέρα από κάποιες επισκέψεις διαιτολόγων ή εξειδικευμένων νοσηλευτών στο ΣΔ στα καταστήματα κράτησης, σε μηνιαία βάση. Επιπλέον, ο Βρετανικός μη κερδοσκοπικός σύλλογος ασθενών με ΣΔ (UK's Leading Diabetes Charity) σε συνεργασία με τη ΒΔΕ εξέδωσε εγχειρίδιο σχετικά με τη διαχείριση του ΣΔ από τους κρατούμενους. Στο εγχειρίδιο αυτό, καταγράφονται με απλά λόγια, πληροφορίες όπως τι είναι ο ΣΔ και ποιοι είναι οι τύποι του, τα συμπτώματά του, ο τρόπος διαχείρισής του, θέματα διατροφής και φυσικής άσκησης, όπως και η σωστή λήψη της φαρμακευτικής αγωγής. Σημαντικό είναι το μέρος του εγχειριδίου στο οποίο δίνονται απαντήσεις στους κρατούμενους για το πώς να ζητούν και να λαμβάνουν φροντίδα υγείας στο σωφρονιστικό κατάστημα, όπως για παράδειγμα ότι έχουν το δικαίωμα να καλέσουν ιδιωτικά κάποιον ιατρό εκτός ιδρύματος, αλλά και για το τι να κάνουν εάν είναι δυσαρεστημένοι με τη φροντίδα που δέχονται.

Η Αμερικανική Διαβητολογική Εταιρεία (ADA 2003, 2008) έχει επίσης εκδώσει μια σειρά κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών για τη φροντίδα ασθενών με ΣΔ που αφορούν συγκεκριμένα κρατούμενους σε σωφρονιστικά ιδρύματα, τα οποία συνεχώς αναθεωρούνται (ADA 2013) και αναδημοσιεύονται στην αρχή του κάθε έτους. Στο εγχειρίδιο των σχετικών οδηγιών δίνεται έμφαση όχι τόσο στις γενικές οδηγίες για τη διαχείριση του ΣΔ, αλλά σε εκείνα τα θέματα όπου οι κρατούμενοι ασθενείς μπορεί να διαφέρουν, ή να χρειάζονται διαφορετική αντιμετώπιση, λόγω των ιδιαίτερων συνθηκών στα Καταστήματα Κράτησης.

Κατευθυντήριες οδηγίες

Στη συνέχεια, γίνεται ενδεικτικά αναφορά σε κάποιες συστάσεις, που είναι εξειδικευμένες για ασθενείς κρατούμενους (ADA 2013):

1. Κλινική αξιολόγηση για το νέο κρατούμενο με ΣΔ

- Ασθενείς που είναι διαγνωσμένοι με ΣΔ θα πρέπει να συνοδεύονται από ένα πλήρες ιατρικό ιστορικό. Πραγματοποιείται φυσική εξέταση από τον ιατρό του σωφρονιστικού Καταστήματος σε άμεσο χρόνο, αμέσως μετά την άφιξη του κρατούμενου στο Κατάστημα.
- Οι ινσουλινο-εξαρτώμενοι ασθενείς θα πρέπει να εξετάζονται σε προτεραιότητα, 1-2 ώρες μετά την άφιξή τους
- Η χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής συνεχίζεται χωρίς διακοπή και στο περιβάλλον του σωφρονιστικού καταστήματος

2. Επείγουσες καταστάσεις

- Το σωφρονιστικό προσωπικό θα πρέπει να εκπαιδευτεί στην αναγνώριση των συμπτωμάτων της υπο και υπεργλυκαιμίας, όπως και γενικότερα στη θεραπεία του ΣΔ.
- Το σωφρονιστικό προσωπικό θα πρέπει να εκπαιδευτεί στην αναγνώριση των συμπτωμάτων της σοβαρής μεταβολικής αντιρρόπησης, και να παραπέμψει αμέσως τον ασθενή για την κατάλληλη ιατρική φροντίδα.
- Τα καταστήματα κράτησης θα πρέπει να εφαρμόσουν μια πολιτική που να απαιτεί από το σωφρονιστικό προσωπικό να ενημερώνει τον αρμόδιο γιατρό του καταστήματος για όλα τα αποτελέσματα των μετρήσεων που παρεκκλίνουν από τα καθορισμένα όρια γλυκόζης (π.χ, <50 or >350 mg/dl).
- Να αναγνωρίζονται οι διαβητικοί τύπου 1, οι οποίοι βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο να εμφανίσουν διαβητική κετοξέωση.

3. Φαρμακευτική αγωγή

- Η συνταγολόγηση θα πρέπει να επιτρέπει τη χορήγηση αντιδιαβητικών δισκίων και ινσουλίνης για τη θεραπεία του ΣΔ και των συνοδών του καταστάσεων.
- Οι ασθενείς θα πρέπει να έχουν πρόσβαση στις απαιτούμενες δόσεις της φαρμακευτικής τους αγωγής, όπως αυτή καθορίζεται από το σχέδιο θεραπείας.
- Τα σωφρονιστικά ιδρύματα και τα κρατητήρια της αστυνομίας θα πρέπει να εφαρμόζουν πολιτικές και διαδικασίες για να μειωθεί ο κίνδυνος της υπογλυκαιμίας και υπεργλυκαιμίας κατά τη διάρκεια της εξόδου των κρατούμενων ασθενών (π.χ., εμφανίσεις στο δικαστήριο).

4. Γλυκαιμικός έλεγχος

- Στο σωφρονιστικό περιβάλλον, θα πρέπει να αναπτυχθούν πολιτικές και διαδικασίες που να εφαρμόζονται για την παρακολούθηση του γλυκαιμικού ελέγχου του κάθε ασθενούς.
- Η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη HbA1c θα πρέπει να ελέγχεται κάθε 3–6 μήνες.

5. Εκπαίδευση του προσωπικού

- Όλο το σωφρονιστικό προσωπικό θα πρέπει να εκπαιδεύεται σε θέματα διαχείρισης του ΣΔ.

6. Εκπαίδευση των κρατούμενων στην αυτο-φροντίδα

- Οι κρατούμενοι θα πρέπει να ενθαρρύνονται στην εκπαίδευση για την αυτοφροντίδα τους. Η εκπαίδευση αυτή μπορεί να γίνεται μέσα από μία σταδιακή, εξατομικευμένη διαδικασία για κάθε κρατούμενο, η οποία θα προβλέπεται να διαρκεί, όσο διαρκεί και η κράτησή του.

7. Αλκοόλ και ουσίες

- Οι διαβητικοί ασθενείς που έχουν απεξαρτηθεί από

τις ουσίες και το αλκοόλ χρειάζονται ιδιαίτερη προσοχή. Η σωστή αρχική αναγνώριση και εκτίμηση των αναγκών αυτών των ασθενών, είναι κρίσιμης σημασίας. Η παρουσία του ΣΔ μπορεί να περιπλέξει την αποτοξίνωσή τους. Οι ασθενείς αυτοί θα πρέπει να κρατούνται σε εγκαταστάσεις που να διατίθεται ο κατάλληλος εξοπλισμός για να αντιμετωπίζονται οι επιπλοκές, ενώ θα πρέπει να ενημερώνονται για τους κινδύνους που συνδέονται με το κάπνισμα και να παρέχεται βοήθεια σε αυτούς για τη διακοπή του.

8. Μεταγωγή σε άλλο Κατάστημα ή Αποφυλάκιση

- Σε όλες τις μεταγωγές ή τις αποφυλακίσεις, θα πρέπει να συμπληρώνεται ένα ιατρικό ιστορικό που θα συνοδεύει τον κρατούμενο που πάσχει από ΣΔ.
- Ο κρατούμενος με ΣΔ θα πρέπει να έχει μαζί του κατά την μετακίνηση, όλο το συνοδό εξοπλισμό του και τη δέουσα φαρμακευτική αγωγή.
- Ο σχεδιασμός για τη συνεχιζόμενη φροντίδα και εκτός του σωφρονιστικού καταστήματος θα διευκολύνει τον κρατούμενο με ΣΔ στην ευκολότερη είσοδό του στην ευρύτερη κοινωνία.

Η διαβητολογική ομάδα στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Προκειμένου οι κρατούμενοι διαβητικοί να λαμβάνουν φροντίδα που να ανταποκρίνεται στα εθνικά πρότυπα (με την απαραίτητη πρόσβαση σε φάρμακα, την κατάλληλη διατροφή, την εξατομικευμένη περίθαλψη για υψηλού κινδύνου ασθενείς που εμφανίζουν επιπλοκές ή ιστορικό επαναλαμβανόμενων επεισοδίων σοβαρής υπογλυκαιμίας), απαιτείται μια διεπιστημονική συνολική προσέγγιση μεταξύ του διαβητικού κρατούμενου, του προσωπικού (σωφρονιστικού και υγειονομικού) των καταστημάτων κράτησης, αλλά και του εξωτερικού προσωπικού πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης (ADA 2008, Booles & Clawson 2009, Bayle et al 2011).

Οι ιδιαίτερες ανάγκες υγείας των κρατουμένων έχουν ως αποτέλεσμα την υψηλή ζήτηση για υπηρεσίες, κυρίως πρωτοβάθμιας φροντίδας στα καταστήματα κράτησης. Ωστόσο, τα πλαίσια που καθορίζουν τις πρακτικές υγείας των καταστημάτων κράτησης διεθνώς διαφέρουν. Για να καλύψουν αποτελεσματικότερα τις ανάγκες υγείας των κρατούμενων, ορισμένες χώρες έχουν προχωρήσει σε αναδιοργάνωση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, όπως π.χ. η Αγγλία και η Ουαλία που έχουν μεταφέρει τις υπηρεσίες υγείας των φυλακών εντός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και έτσι η παροχή υγειονομικής περίθαλψης στα καταστήματα κράτησης εστιάζει όλο και περισσότερο στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Condon et al 2007). Η διασύνδεση του καταστήματος κράτησης με έναν τοπικό φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας, όπως για παράδειγμα ένα πρωτοβάθμιο ίδρυμα ή νοσοκομείο, στο οποίο θα υπάρχει ομάδα επαγγελματιών υγείας εξειδικευμένων στο ΣΔ, θα αποτελούσε την ενδεικτική λύση αντιμετώπισης του προβλήματος (MacFarlane 1996).

Για τους κοινοτικούς νοσηλευτές που παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η προαγωγή της υγείας των κρατούμενων, αλλά και η διαχείριση των χρόνιων προβλημάτων υγείας τους απαιτεί υψηλό επίπεδο δεξιοτήτων και δέσμευση, προκειμένου να καλύπτουν τις ανάγκες τους, γεγονός που τονίζεται ιδιαίτερα στη βιβλιογραφία (Department of Health 1999, Department of Heath 2000). Παρ' όλα αυτά, το σύστημα παροχής φροντίδας στα καταστήματα κράτησης δεν είναι ακόμη συγκρίσιμο με αυτό που λειτουργεί στην κοινότητα (Dale & Woods 2001) και δεν έχουν διερευνηθεί επαρκώς, οι διευρυμένοι ρόλοι του κοινοτικού νοσηλευτή στο πλαίσιο του σωφρονιστικού συστήματος. Δεδομένης της ύπαρξης των υγειονομικών ανισοτήτων στα καταστήματα κράτησης που έχουν άμεση επίπτωση στη δημόσια υγεία, είναι ζωτικής σημασίας να διερευνηθεί άμεσα ο ρόλος των νοσηλευτών που παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ώστε να υπάρχουν τεκμήρια για τη βέλτιστη πρακτική στο σωφρονιστικό σύστημα υγείας (Gondon et al 2007).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Τα συχνότερα χρόνια προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι κρατούμενοι στα σωφρονιστικά ιδρύματα είναι οι μεταδοτικές ασθένειες, οι ψυχιατρικές διαταραχές και ορισμένες χρόνιες νόσοι όπως είναι το άσθμα, η υπέρταση και ο ΣΔ. Μέχρι πρόσφατα λίγη προσοχή είχε δοθεί στη φροντίδα των χρόνιων ασθενειών σε χώρους των σωφρονιστικών καταστημάτων λόγω της ιδιαιτερότητας του συγκεκριμένου πληθυσμού των κρατούμενων. Συγκεκριμένα, σε ό,τι αφορά στο ΣΔ υπάρχει λίγη πληροφόρηση για την κατάσταση υγείας και τη διαχείριση της νόσου από κρατούμενους που βιώνουν την εμπειρία του εγκλεισμού σε σωφρονιστικά ιδρύματα, παρόλο που στη βιβλιογραφία εντοπίζονται κατευθυντήριες οδηγίες για την παροχή τεκμηριωμένης φροντίδας από τα μέλη της διαβητολογικής ομάδας που λειτουργεί στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Στα μέτρα βελτίωσης της παρεχόμενης φροντίδας στους κρατούμενους διαβητικούς θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται τα εξής: να υπάρχει πρωτόκολλο θεραπείας, εγχειρίδιο αναγνώρισης και αξιολόγησης των προβλημάτων που δημιουργούνται από καταχρήσεις, σχεδιασμός και εφαρμογή των σχετικών θεραπευτικών προγραμμάτων με βάση τους διεθνείς κανόνες αντιμετώπισης των αναγκών των κρατουμένων, πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και ενιαία αναφορά και καταγραφή των προσβάσιμων διαγνωστικών πληροφοριών.

Μείζονος σημασίας κρίνεται επίσης, η εκπαίδευση όχι μόνο των κρατουμένων για τη νόσο τους, αλλά και του προσωπικού των καταστημάτων κράτησης σχετικά με τις ιδιαίτερες ανάγκες της φροντίδα των διαβητικών κρατουμέ-

νων, για την επίτευξη της αυτάρκειας και τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους. Οι συμβουλές και οδηγίες των ειδικών νοσηλευτών για το ΣΔ στους σωφρονιστικούς υπαλλήλους, θα αυξήσει σημαντικά την εμπιστοσύνη των κρατούμενων σε αυτούς πάνω σε θέματα αντιμετώπισης των επειγόντων καταστάσεων και στην ποικιλία των προβλημάτων που αφορούν στη διαχείρισή του.

Επιπλέον, η ενίσχυση των δικτύων υποστήριξης των κρατούμενων μετά την έξοδό τους από το κατάστημα κράτησης είναι σημαντική, ειδικά για αυτούς που πάσχουν από κάποιο χρόνιο νόσημα, όπως είναι ο ΣΔ. Για παράδειγμα, πολλοί κρατούμενοι όταν επιστρέφουν στην κοινότητα μετά από μια σύντομη περίοδο κράτησης, ο εγκλεισμός μπορεί να αποτελέσει μια ευκαιρία για την πρόληψη και θεραπεία των νόσων τους και την αντιμετώπιση των συμπεριφορών κινδύνου. Επομένως, προτείνεται η εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής υγείας με στόχο τις ανθυγιεινές συμπεριφορές υγείας (π.χ. διακοπή καπνίσματος), την πρόληψη των μεταδοτικών νοσημάτων, τη διαχείριση του στρες, την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, την αύξηση της σωματικής δραστηριότητας κ.λπ.

Το γεγονός ότι από την ανασκόπηση της διεθνούς και ελληνικής βιβλιογραφίας δεν εντοπίστηκε καμία μελέτη που να αφορά συγκεκριμένα σε πληθυσμό κρατούμενων που πάσχουν από ΣΔ, κάτι που αναδεικνύει σε μεγάλο βαθμό τη χρησιμότητά της στο επιστημονικό πεδίο, μπορεί να δώσει το ερέθισμα σε μελλοντικούς ερευνητές να προσεγγίσουν με διάφορους τρόπους το συγκεκριμένο θέμα. Μπορούν λοιπόν να διερευνηθούν οι ιδιαίτερες ανάγκες των κρατούμενων με ΣΔ, σε συνάρτηση με τις παροχές της υγειονομικής περίθαλψης μέσα στο σωφρονιστικό σύστημα, ιδίως όσον αφορά στη διατροφή, τη σωματική δραστηριότητα, την αυτο-παρακολούθηση της πάθησης και τη δυνατότητα πρόσβασης σε εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας. Τα ευρήματα μιας τέτοιας μελέτης θα μπορούσαν να παράσχουν πληροφόρηση στους επαγγελματίες υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για τη βελτίωση της υγείας των κρατουμένων, αλλά και στα στελέχη της διοίκησης και στους φορείς χάραξης πολιτικής για τα θέματα που αφορούν την υγεία, την ψυχική υγεία και τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, στο πλαίσιο του σωφρονιστικού συστήματος κάθε χώρας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ainsworth, B.E., Garrett, J.M., Lopez, L.M., Dosser, P.E. & Stull, G.A. (1994). Cardiovascular disease risk factors in North Carolina correctional employees. North Carolina Medical Journal, 55(8):340-4.

Alexander, M. (2010). The new Jim Crow: mass incarceration in the age of color blindness. New York: The New Press.

American Diabetes Association (2003). Management of Diabetes in correctional institutions. Diabetes care, 26 : 129-130.

American Diabetes Association (2008). Diabetes Management in Correctional Institutions. Diabetes Care, 31(Suppl 1): 87-93.

American Diabetes Association (2013). Diabetes management in correctional institutions. Diabetes care, 36: 86-92.

Andersen, H.S.(2004). Mental health in prison populations. A review-with special emphasis on a study of Danish prisoners on remand. Acta Psychiatrica Scandinavica.110(Suppl 424):5-59.

Australian Institute of Health and Welfare. (2006). Towards a national prisoner health information system. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.Available from:<http://www.who.int/diabetes/actionnow/DAN_diabetesvoice_article.pdf> [Accessed October 2014].

Barr, E. L. M.,Magliano,D.J., Zimmet, P. Z., Polkinghorne,K.R.,Atkins,R.C., Dunstan, D. W., Cameron, A. J., Dwyer, T., Talyor, H. R., Tonkin, A. M., Wong, T. Y., McNeil, J., & Shaw, J. E. (2006). The Australian diabetes, obesity and lifestyle study: tracking the accelerating epidemic: its causes and outcomes. Melbourne, International Diabetes Institute.

Bayle, P., Lagarrigue, A. & Telmon, N.(2011) .Diabetes in prison: double the sentence or an opportunity for treatment? Diabetes Voice, 56:45-46.

Blakeley, C.R. (2005). America's prisons: the movement toward profit and privatization. New York: Brown Walker Press.

Booles, K. & Clawson.(2009) Breaking down barriers: Diabetes care in prisons. Journal of Diabetes Nursing, 13, (10): 388-389.

Bureau of Justice Statistics - BJS. (2006). Prison statistics. http://www.ojp.usdoj.gov/bjs/ prisons.htm (accessed October 2014)

Butler, T., Kariminia, A., Levy, M. & Murphy, M. (2004). The self-reported health status of prisoners in New South Wales. Australian N Z J Public Health, 28 :344-50.

Condon, L., Gill, H., & Harris, F. (2007). A review of prison health and its implications for primary care nursing in England and Wales: the research evidence. Journal of Clinical Nursing, 16(7), 1201-1209.

Dale, C., & Woods, P. (2001). Caring for Prisoners: RCN Prison Nurses Forum Roles and Boundaries Project. Royal College of Nursing. Available at: http://www.rcn.org.uk (accessed September 2014).

Davies, A.G., Dominy, N.J., Peters, A., Bath, G.E., Burns, S.M. & Richardson, A.M. (1995). HIV in injecting drug users in Edinburgh: prevalence and correlates. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndroms and Human Retrovirology, 8(4): 399-405.

De Viggiani, N. (2007).Unhealthy prisons: exploring structural determinants of prison health. Sociology of Health & Illness, 29(1):115-135.

Department of Health (1999). The Future Organisation of Prison Health Care. Department of Health, London.

Department of Health (2000). Nursing in Prisons. Department of Health, London.

Dumont, D.M., Brockmann, B., Dickman,S., Alexander, N. & Rich, J.D. (2012). Public health and the epidemic of incarceration. Annual Review of Public Health, 33:325-39.

Evans, V .(2005). Detainees: Care in Prison Custody, United Kingdom: Elsevier Ltd

Gill, G.V., MacFarlane, I.A. & Tucker, N.(1992). Care in British prisons: Existing problems and potential solutions. Diabetic Medicine, 9:109-13.

Glaser, J.B. & Greifinger, R.B. (1993) Correctional health care: A

public health opportunity. Annals of Internal Medicine 118:139-45.

Goffman, E. (1968). Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates. Aldine Transaction.

Gore, S.M. & Bird, A.G. (2000). HIV, Hepatitis and drugs epidemiology in prisons. In: Shewan, D.,Davies, J.B. (Eds) Drug Use and Prisons. An International Perspective, Harwood Academic Publishers, Singapore.

Gough, E., Kempf, MC., Graham, L., Manzanero, M., Hook, E.W., Bartolucci, A. & Chamot, E. (2010). HIV and hepatitis B and C incidence rates in US correctional populations and high risk groups: a systematic review and meta-analysis, BMC Public Health, 10(1):777.

Greenberg, G.A & Rosenheck, R.A. (2008). Jail incarceration, homelessness, and mental health: a national study. Psychiatric Services, 59(2):170-177.

Heimbger, T.S., Chang, H.H., Birkhead, G.S., DiFerdinando, G.D., Greenberg,A.J., Gunn, R.& Morse, D.L. (1993). High prevalence of syphilis detected through a jail screening program. Archives Of lnternal Medicine,153:1799-804.

Hornung, C.A., Greifinger, R.B.& Gadre, S.A. (2002). A Projection Model of the Prevalence of Selected Chronic Diseases in the Inmate Population. Chicago, NCCHC, 2: 39–56.

IDF. Diabetes Atlas. (2013). 6th ed. International Diabetes Federation. www.idf.org/diabetes.atlas http://www.idf.org/ (accessed October 2014).

Jacoby, J.E. & Kozie-Peak, B. (1997). The benefits of social support for mentally ill offenders: prison-to-community transitions. Behav Sci Law, 15(4):483-501.

Katon, W., von Korff, M., Ciechanowski, P., Russo, J., Lin, E., Simon, G., Ludman, E.,Walker, E., Bush, T. & Young, B.(2004). Behavioral and clinical factors associated with depression among individuals with diabetes. Diabetes Care, 27:914 –92.

Koulierakis,G., Gnardellis, C., Agrafiotis, D. & Power, KG.(2000). HIV risk behaviour correlates among injecting drug users in Greek prisons. Addiction, 95(8):1207-1216.

Loury, G.C. (2008). Race, incarceration, and American values. Cambridge, MA: MIT Press.

Leivesley, K. & Booth, D.(2009).A nurse-led diabetes clinic in a prison setting Journal of Diabetes Nursing, 13 (10): 390-395.

MacFarlane, I.A,(1996).The development of healthcare services for diabetic prisoners. Postgrad Med Jail,72:214-217.

MacFarlane, L.A., Gill, G.V., Masson, E. & Tucker, N.H. (1992) Diabetes in prison: Can good can be achieved? British Medical Journal, 304(6820):152-155.

Magnani, L. & Wray, H.L.(2006). Beyond prisons: a new interfaith paradigm for our failed prison system. Minneapolis, MN: Fortress Press.

Malliori, M., Sypsa, V., Psichogiou, M., Touloumi, G., Skoutelis, A., Tassopoulos, N., Hatzakis A. & Stefanis, C. (1998). A survey of bloodborne viruses and associated risk behaviours in Greek prisons.Addiction, 93(2): 243- 25.

Marshall, T, Simpson, S, & Stevens, A. (2000) Health Care in Prisons: A Health Care Needs Assessment. Birmingham: University of Birmingham.

Meehan, P.J., Atkeson, T., Kepner, D.E.& Melton, M. (1992). A foodborne outbreak of gastroenteritis involving two different pathogens. American journal of Epidemiology, 136:611-6.

Morgan, R.(1992) Not just prisons: Reflections on prison disturbances. Policy Studies, 13(2): 4-17.

National Commission on Correctional Health Care. (2002). The health status of soon-to-be-released inmates: A report to Congress.Vol. 2. Chicago: Author.(Cost-Effectiveness Studies, 81–166).

Peters, R.H., Strozier, A.L., Murrin, M.R., & Kearns, W.D. (1997). Treatment of substance-abusing jail inmates Examination of gender differences. J Substance Abuse Treatment. 4: 339–349.

Ramaswamy, R. & Freudenberg.N. (2007). Health Promotion in Jails and Prisons: An Alternative Paradigm for Correctional Health Services. In Greifinger RB. eds. Public Health Behind Bars. From Prisons to Communitie ,New York: Springer Publ.

Smith, R. (1984). The physical health of prisoners. British Medical Journal(Clinical research ed). 288(6411): 129-32.

Sykes, G (1958). The society of captives, Princeton: Princeton University Press.

Togas, C., Raikou, M. & Niakas, D. (2014). An Assessment of Health Related Quality of Life in a Male Prison Population in Greece Associations with Health Related Characteristics and Characteristics of Detention. BioMed Research International.14:1-9.

UK's Leading Diabetes Charity. Having diabetes in prison. Diabetes Uk www.diabetes.org.uk. (Accessed September 2014).

Unwin, N. &Marlin, A. (2004). Diabetes Action Now: WHO and IDF workingtogether to raise awareness worldwide. Diabetes Voice [Internet] June, 49 (2).Available from:<http://www.who.int/diabetes/actionnow/DAN_diabetesvoice_article.pdf> (Accessed September 2014).

Waplington, D. & Ledwtth, F.(1995). Promoting health within prisons. Critical Public Health, 6(4): 28-38.

Watson,R., Stimpson,A.& Hostick,T.(2004). Prison health care: a review of the literature. International journal of nursing studies, 41(2):119-28.

White, P.& Whiteford, H.(2006). Prisons: mental health institutions of the 21st century? Medical Journal of Australia, 185(6):302-303.

WHO (2005). Updated projections of global mortality and burden disease,2002-2030: Data cources, methods and results. Mathers. C.D. & Dejan L. Evidence and Information for Policy Working Paper. http://www.who.int/healthinfo/statistics/bodprojectionspaper.pdf. (Accesed October 2014).

Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας Γενικών Καταστημάτων Κράτησης τύπου Α' και Β', ΦΕΚ 463/17-4-2003, Τεύχος Β' άρθρο 20 παρ. 1, του Ν. 3772/2009, ΦΕΚ Α' 112/10-7-2009.

Κουλιεράκης, Γ. (2012). Ψυχολογικές επιπτώσεις του εγκλεισμού. Διαθέσιμο στο: www.breakoutproject.odl.org/home/nsph/.../Imprisonment.pdf. (Ανακτήθηκε: Οκτώβριος 2014).

Ρηγούτσου, Ε. (2005). Συμβουλευτική κρατουμένω. Εκδ. Γενική Γραμματεία Εκπαίδευσης Ενηλίκων, ΙΔΕΚΕ.

Τόγκας (2013). Εκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής (ΣΥΠΖ) και ικανοποίηση από τη ζωή κρατούμενων στο κατάστημα κράτησης Κορίνθου. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, ΕΑΠ, Πάτρα.

Τσαλίκογλου, Φ. (1996). Μυθολογίες βίας και καταστολής. Αθήνα: Εκδ. Παπαζήση.

RESEARCH ARTICLE

Health issues in correctional institutes: Diabetes mellitus case management

Nafsika Bellali[1]

1. RN, MSc, University Hospital of Larisa, Greece

ABSTRACT

Offenders represent an understudied general population in health care research. Their healthcare needs are bigger than those of general public. There are higher incidence of diseases such as hepatitis, HIV, mental disorders, cardiovascular problems and Diabetes Mellitus (DM). DM management in correctional institutes is affected by structural, institutional, environmental, political, economical and social factors, as well as body and mental status of the inmates. In general, chronic diseases management inside a correctional institute is a topic raising concern. Disease management in such an environment should be in line with the health care system aims, not only in the provision of care but in the future of inmate's health, even after their release. The purpose of this literature review is to present the most common health problems that inmates face, emphasizing in DM. A report of the Greek correctional system and its impact on inmates is going to be presented, aiming at discussing all the problems that a diabetic inmate can face. The basic principles of DM management in correctional institutes, as they are shown in the literature, will help community nurses along with other healthcare professionals to provide the best possible, evidenced-based care for inmates in the context of primary health care.

Key-words: Diabetes Mellitus, health issues, inmates, correctional institute, healthcare professionals

Corresponding Author: Nafsika Bellali, 28 N. Filiou Str. P.K 41335, Tel +30 690 758 9109, e mail: bellalinafsika@gmail.com

Η διαχείριση του πόνου στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

Αναστάσιος Τζεναλής[1], Αντωνία Κόλια[2], Αικατερίνη Νοτίου[3]

1. MSc, PhD©, ΓΝΘ Παπαγεωργίου
2. Νοσηλεύτρια, Κέντρο Αποκατάστασης Ευεξία
3. Νοσηλεύτρια, Εταιρεία Ψυχικής Υγείας & Κοινωνικής Αποκατάστασης Ασθενών

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Έχει διαπιστωθεί, ότι ο πόνος είναι ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα των ασθενών που νοσηλεύονται στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) ίσως γιατί υπάρχουν εμπόδια, όχι μόνο από την πλευρά των ασθενών που προφανώς αφορούν την επικοινωνία, αλλά και από την πλευρά του νοσηλευτικού προσωπικού. Έρευνες έχουν δείξει ότι στα εμπόδια αυτά που δυσχεραίνουν την εκτίμηση και κατ΄ επέκταση τη διαχείριση του πόνου ενός ασθενούς της μονάδας, συμπεριλαμβάνονται η τεχνολογία, η νοσηλευτική γνώση, η επικοινωνία, καθώς και η έλλειψη χρόνου του νοσηλευτικού προσωπικού. Παρά την αναγνώριση από τη διεθνή βιβλιογραφία, ότι ο πόνος είναι σημαντικό πρόβλημα κατά τη διαχείριση της κρίσιμης περίθαλψης, το ζήτημα αυτό δεν έχει αντιμετωπιστεί επαρκώς από τους νοσηλευτές των ΜΕΘ. Η παρούσα ανασκόπηση εξετάζει στρατηγικές και κατευθυντήριες γραμμές για την αλλαγή των πρακτικών διαχείρισης του πόνου, συμπεριλαμβανομένων των διεθνώς αναγνωρισμένων κλιμάκων αξιολόγησης πόνου. Σκοπό της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης αποτελεί η αναγνώριση των εμποδίων που προβάλλονται σε μία ΜΕΘ όσο αφορά στην εκτίμηση του πόνου, η ανάδειξη στρατηγικών για την προσπέλαση αυτών των εμποδίων σύμφωνα με τη βιβλιογραφία και η ψυχολογική προσέγγιση των ασθενών που πονάνε στη ΜΕΘ.

Λέξεις κλειδιά: Πόνος, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, διαχείριση, νοσηλευτές, κλίμακες

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας: Τζεναλής Αναστάσιος, antzenalis@hotmail.com, Τηλ: +306947729065

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Εμπόδια στην εκτίμηση και διαχείριση του πόνου στη ΜΕΘ**
- **Στρατηγικές αλλαγής της πρακτικής που ήδη υπάρχει**
- **Ψυχολογική προσέγγιση του ασθενή που πονά στη ΜΕΘ**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με τον International Association for the Study of Pain (IASP) ως πόνος ορίζεται «η δυσάρεστη αισθητηριακή και συναισθηματική εμπειρία που σχετίζεται με εγκατεστημένη ή επαπειλούμενη ιστική βλάβη ή περιγράφεται σε σχέση με μια τέτοια βλάβη» (Ιατρού 2005). Ο πόνος αναφέρεται ως το πέμπτο ζωτικό σημείο. Σε μελέτες που έχουν διεξαχθεί για τις αναμνήσεις ασθενών που είχαν εμπειρία σε κάποια Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι ο πόνος είναι ίσως το πιο σημαντικό πρόβλημα που φαίνεται να αντιμετωπίζουν οι ασθενείς μιας ΜΕΘ (Porter 1985, Chyun 1989, Simpson et al 1989, Dracup & Bryan- Murray 1990, Pooler-Lunse & Price 1992, Puntilo 1994, Brown 1995, Stein-Parbury & McKinley 2000, Klein et al 2010). Οι ασθενείς στη ΜΕΘ έχουν μοναδικά χαρακτηριστικά που παρέχουν σημαντικές προκλήσεις για την κρίσιμη ομάδα φροντίδας. Βαρέως πάσχοντες ασθενείς μπορεί να υποφέρουν δυσανάλογα σε σύγκριση με άλλους ασθενείς που αντιμετωπίζουν σημαντικά τον πόνο, από την απειλητική για τη ζωή ασθένεια ή τον τραυματισμό τους. Οι ασθενείς σε κρίσιμη κατάσταση συχνά δεν είναι σε θέση να εκφράζουν αποτελεσματικά τον πόνο στους φροντιστές τους, γεγονός που καθιστά δύσκολη την αξιολόγηση και τη διαχείριση αυτού.

Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η αναγνώριση των δυσκολιών που αντιμετωπίζονται σε μία ΜΕΘ όσον αφορά στην εκτίμηση του πόνου, η ανάδειξη στρατηγικών για την προσπέλαση αυτών των δυσκολιών και η ψυχολογική προσέγγιση των ασθενών που βιώνουν πόνο.

ΠΟΝΟΣ ΣΤΗΝ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Το πρώτο βήμα για τη διαχείριση του πόνου είναι καταρχήν η αναγνώρισή του (Cammarano et al 1998). Ο πόνος μπορεί να προέρχεται από χειρουργικές επεμβάσεις, θεραπευτικές παρεμβάσεις, καθημερινή νοσηλευτική φροντίδα, φυσιο-κινησιοθεραπεία, αλλαγή θέσης ή και παρατεταμένη ακινησία. Διακρίνεται σε τέσσερις κατηγορίες από θεραπευτική άποψη: 1) αλγαισθητικός πόνος, 2) νευραλγικός πόνος, 3) ψυχογενής πόνος και 4) αντανακλαστικός πόνος (Μπούτζουκα 2010, Standiford 2014). Για τον άρρωστο που νοσηλεύεται σε μια ΜΕΘ, στον οποίο απαιτείται συνεχής αιμοδυναμική παρακολούθηση, έχει βρεθεί πως η κακή ή η μη επαρκής διαχείριση του πόνου, έχει σοβαρές φυσιολογικές και ψυχολογικές επιδράσεις (Stanik-Hutt 1998). Στην πραγματικότητα, ο πόνος και η ψυχολογική επίδραση που επιφέρει σε κάποιον άρρωστο, μπορεί να επηρεάσει την ανάρρωσή του και να επιδράσει αρνητικά τόσο στη νοσηρότητα, όσο και στη θνησιμότητα (Dracup & Bryab-Brown 1995). Στη βιβλιογραφία περιγράφονται φυσιολογικές επιπλοκές που σχετίζονται με τον πόνο, συμπεριλαμβανομένης της αύξησης αναπνευστικών και καρδιαγγειακών επιπλοκών, καθώς και κατάθλιψη ή άγχος (Pooler-Lunse & Price 1995, Desbians et al 1996, Katz 2012), ενώ ο πόνος θεωρείται η βασική αιτία της δυσφορίας που βιώνουν οι ασθενείς στη ΜΕΘ (Puntillo 1994, Desbians et al 1996, Carroll et al 1999, Chanques et al 2006).

Σε έρευνα, με τη συμμετοχή 24 ασθενών από δύο διαφορετικά νοσοκομεία, στους οποίους πραγματοποιήθηκε λήψη συνέντευξης, αφού μεταφέρθηκαν από τη ΜΕΘ, βρέθηκε ότι το 63% των ασθενών μπορούσαν να ονομάσουν τον πόνο τους, κατατάσσοντάς τον σε μέτριας ή σοβαρής έντασης (Puntillo 1994). Σε παρόμοια έρευνα με 59 ασθενείς με εμπειρία νοσηλείας σε ΜΕΘ, διαπιστώθηκε ότι ο πόνος αποτελεί το μεγαλύτερο στρεσσογόνο παράγοντα, με αρνητική επίδραση τόσο στην ψυχολογία, όσο και στη σωματική υγεία (Simpson et al 1989). Σε μια άλλη μεγάλη έρευνα επίσης, η οποία πραγματοποιήθηκε με τη συμμετοχή 5150 ασθενών στο Ηνωμένο Βασίλειο αναφέρθηκε πως το 61% των συμμετεχόντων υπέφεραν κάποια στιγμή από πόνο, ενώ το 33% αυτών ένιωθε πόνο συνεχόμενα, χωρίς διακοπή (Bruster et al 1997).

Ο πόνος ως μία συγκινησιακή εμπειρία, έχει έντονα τα στοιχεία της υποκειμενικότητας. Αυτός είναι κυρίως ο λόγος που δεν υπάρχει η δυνατότητα της αντικειμενικής εκτίμησής του, αλλά χρησιμοποιούνται διάφορες μέθοδοι (κλίμακες πόνου) που προσπαθούν να την προσεγγίσουν (Eriksson et al 2014). Ωστόσο, ακόμη και οι πολύ απλοποιημένες κλίμακες πόνου είναι δύσκολο να εφαρμοσθούν στους βαρέως πάσχοντες ασθενείς της ΜΕΘ. Διάφοροι μορφασμοί και η αιμοδυναμική εικόνα, με όλους τους σχετικούς περιορισμούς, χρησιμοποιούνται στην καθημερινή πράξη ως έμμεσοι τρόποι εκτίμησης του πόνου (Cammarano et al 1998). Η αντιμετώπιση του επώδυνου μηνύματος εξαρτάται από το επίπεδο συνείδησης, την προσωπικότητα, τον αυτοέλεγχο, την καλλιέργεια και τις πληροφορίες που κατέχει ο ασθενής και είναι χρήσιμες για την επεξεργασία του μηνύματος. Τα στοιχεία αυτά είναι συνήθως αλλοιωμένα στον άρρωστο της ΜΕΘ. Τόσο το άγχος, όσο και η αϋπνία, με την κόπωση έως την εξάντληση που τη συνοδεύει, μεγεθύνουν την ένταση των επώδυνων ερεθισμάτων, ελαττώνοντας τον έλεγχο (Edwards et al 1985).

Οι περισσότεροι ασθενείς δεν είναι σε θέση να εκφράσουν τον πόνο τους. Ωστόσο, αν και ο πόνος χαρακτηρίζεται ως μια δυσάρεστη συναισθηματική εμπειρία, άρα

σαν ένα γεγονός που αναπτύσσεται μόνο σε άτομα με ικανοποιητικό επίπεδο συνείδησης, εν τούτοις, οι αντιδράσεις από την υποφλοιώδη ζώνη και το αυτόνομο νευρικό σύστημα παρατηρούνται ακόμη και σε κωματώδη κατάσταση (Schnakers et al 2009). Σε αρκετούς ασθενείς σε κωματώδη κατάσταση, ένας μικρός μη επώδυνος ερεθισμός μπορεί να προκαλέσει καταιγίδα αντιδράσεων, λόγω απώλειας των ανωτέρων ανασταλτικών επιδράσεων. Μόνο το βαθύ κώμα και ο εγκεφαλικός θάνατος δε συνοδεύονται από αντίδραση στο περιφερικό ερέθισμα (Ιατρού 2005)

Ο έλεγχος του πόνου βασίζεται όχι μόνο στη χρησιμοποίηση αναλγητικών, κατασταλτικών και αγχολυτικών φαρμάκων, αλλά και στην επαφή με τον ασθενή. Η καταστολή και τα αναλγητικά είναι τα βασικά συστατικά για τη διαχείριση του πόνου των ασθενών της ΜΕΘ. Η καταστολή απαιτείται για την ανακούφιση της ταλαιπωρίας και του άγχους που προκαλείται από τις ιατρονοσηλευτικές διαδικασίες (Woien et al 2013). Η εφαρμογή ασφαλούς, ελεγχόμενης και γρήγορα αναστρέψιμης καταστολής, είναι εξαιρετικά σημαντική στη φροντίδα του βαρέως πάσχοντα. Η επαρκής αναλγησία και καταστολή βελτιώνει την απάντηση του μεταβολισμού στη χειρουργική παρέμβαση και το τραύμα. Η αυξημένη ή μειωμένη καταστολή και αναλγησία μπορεί να προκαλέσει αυξημένη νοσηρότητα (Fisher & Raper 1991, Broome et al 1996, Francke et al 1997, Nejman 1997, Pederson et al 1997, Salantera et al 1999, Van Kooten 1999, Manworren 2000, Beckwith et al 2004, Buvanedran et al 2009, Vadivelu et al 2010).

ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΗ ΜΕΘ

Στη ΜΕΘ εμφανίζονται πολλά εμπόδια για την αποτελεσματική διαχείριση του πόνου. Οι πάσχοντες ασθενείς συχνά δεν μπορούν να αναφέρουν τον πόνο που βιώνουν λόγω των ανταγωνιστικών προτεραιοτήτων και έτσι η διαχείριση του πόνου μπορεί να είναι μια δευτερεύουσα ανησυχία για τους επαγγελματίες υγείας που παρέχουν φροντίδα (Stanik-Hutt 1998, Winslow, Fink 2000). Τα κυριότερα εμπόδια είναι η έλλειψη νοσηλευτικής γνώσης, η δυσχερή επικοινωνία, η ιατρονοσηλευτική τεχνολογία, η έλλειψη χρόνου των νοσηλευτών και η συνεργασία πολλών επαγγελματιών υγείας μέσα σε μια ΜΕΘ. Αναλυτικότερα:

Νοσηλευτική γνώση

Ο Winslow (1998), παρέθεσε τη νοσηλευτική αφέλεια και τη μη διερεύνηση της πραγματικότητας, ως σημαντικά εμπόδια για τη διαχείριση του πόνου στη ΜΕΘ. Οι νοσηλευτές της εντατικής θεραπείας αναγνωρίζουν ότι η βασική τους εκπαίδευση δεν τους παρείχε επαρκείς οδηγίες στη φροντίδα ασθενών που βιώνουν πόνο (Alpen & Title 1994, Hamill-Ruth & Marohn 1999). Στην κλινική εκπαίδευση ωστόσο, οι νοσηλευτές της ΜΕΘ έχουν βελτιώσει τις πρακτικές διαχείρισης του πόνου (Stanton 1997, Aziato 2014). Στους πληθυσμούς των ασθενών που νοσηλεύονται στις ΜΕΘ, το επίπεδο της επικοινωνίας και συνεργασίας μεταξύ των ασθενών και των νοσηλευτών σχετικά με την αντίληψη του πόνου, είναι εύκολο να φανεί ότι είναι φτωχό (Mckinley & Bolti 1991, Nielson et al 1994). Μελέτες έχουν αναδείξει ότι οι νοσηλευτές των ΜΕΘ, καθώς και άλλοι επαγγελματίες υγείας, εκτιμούν και διαχειρίζονται τον πόνο με βάση μόνο την εμπειρία τους (Alpen & Tottl 1994, Ferguson et al 1997). Η έλλειψη γνώσης, σύμφωνα με πολυάριθμες απόψεις για την διαχείριση του πόνου, είναι ένα από τα συνηθισμένα ευρήματα (Pooler-Lunse & Price 1992, Aslan et al, 2003).

Επικοινωνία

Το σύνδρομο της ΜΕΘ περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα κλινικών συμπτωμάτων όπως ποικίλης βαρύτητας σύγχυση, διαταραχή ανωτέρων νοητικών λειτουργιών, φόβο, άγχος, παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, ανησυχία, επιθετικότητα, παρατεταμένη ένταση, σημεία κατάθλιψης, παραίτηση, παθητικότητα, απάθεια και παλινδρόμηση (Μαστρογιαννάκου και συν 2001). Ευθύνεται εν μέρει στην έλλειψη επικοινωνίας μεταξύ ασθενούς και ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Μηχανικά ή φυσιολογικά εμπόδια για την επικοινωνία αποτελούν ο ενδοτραχειακός σωλήνας, η απώλεια των αισθήσεων, οι διάφορες μεταβολικές διαταραχές και η κόπωση (Fowler 1997, Brummel 2013). Τα παραπάνω εμπόδια, δυσχεραίνουν τις εκφράσεις του προσώπου, τις κινήσεις των χεριών, το κλάμα ή τις συσπάσεις του προσώπου, με αποτέλεσμα οι νοσηλευτές να πρέπει να βασιστούν στην ερμηνεία της συμπεριφοράς και των φυσιολογικών δεικτών, για να διαγνώσουν τον πόνο σαν ένα κοινό κλινικό περιστατικό (Puntillo et al 1997).

Σε αντίθεση, οι ασθενείς που εκφράζουν λεκτικά τον πόνο από μόνοι τους, αποτελούν τους πιο αξιόπιστους δείκτες (Ferret et al 1995, Cheerer 1999). Επιπλέον, οι ασθενείς μπορεί να εμφανίσουν προβλήματα επικοινωνίας λόγω αναπηριών, γλωσσικών και πολιτιστικών παραγόντων, συμπεριφοράς και φυσικών εμποδίων (π.χ., ο ασθενής φοράει γυαλιά ή χρησιμοποιεί ακουστικά βαρηκοΐας) (Ruth et al 2005). Οι ασθενείς στη ΜΕΘ οι οποίοι αδυνατούν να επικοινωνήσουν προφορικά, μπορεί να χρησιμοποιήσουν μη λεκτικές τεχνικές επικοινωνίας όπως το μάσημα του ενδοτραχειακού σωλήνα ή χρησιμοποιώντας χειρονομίες. Ωστόσο, αυτές οι τεχνικές, λόγω υποκειμενικότητας, δύνανται να οδηγήσουν σε παρερμηνεία των προθέσεων των ασθενών (Ruth et al 2009).

Τεχνολογία

Η επεμβατική ιατρική τεχνολογία μπορεί να περιορίσει την εξάρτηση από πολλούς δείκτες συμπεριφοράς του πόνου, καθώς ο ασθενής συχνά καθίσταται ανίκανος να ελέγχει τις κινήσεις που συνήθως χρησιμοποιεί για να εκφράσει τον πόνο του. Αντιθέτως, η παρουσία επεμβατικού τεχνολογικού εξοπλισμού, όπως η αρτηριακή γραμμή ή ο καθετήρας Swan Ganz, επιτρέπει τη συνεχή μέτρη-

ση της αρτηριακής πίεσης, του καρδιακού ρυθμού και των πνευμονικών πιέσεων ως δείκτες του πόνου και επομένως, μπορούν να βοηθήσουν τη διαδικασία αξιολόγησης του πόνου (Pooler-Lunse & Price 1992, Hyeong et al 2013). Δεδομένου ότι η τεχνολογία μπορεί να έχει μεταβλητό αντίκτυπο στη διαδικασία αξιολόγησης του πόνου και τη συνειδητοποίηση των ενδεχόμενων επιπτώσεων, είναι απαραίτητο για την ενίσχυση των θετικών της στοιχείων, να λαμβάνεται παράλληλα υπόψη η υποκείμενη παθοφυσιολογία του κάθε αρρώστου.

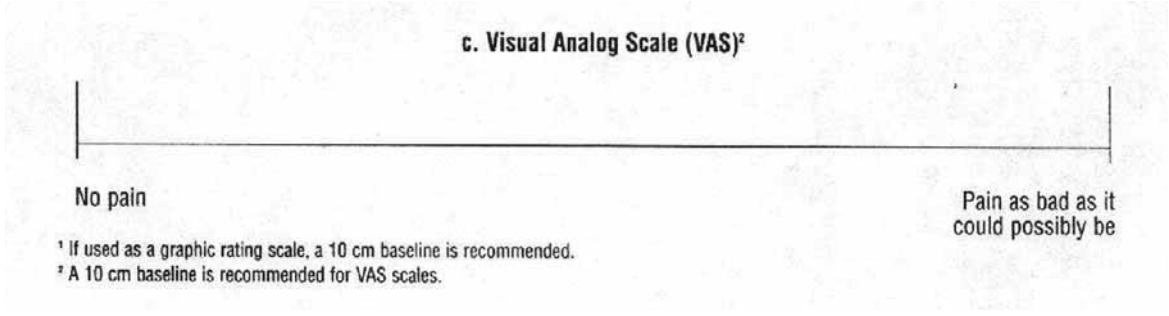
Έλλειψη χρόνου

Εξαιτίας της γρήγορης εναλλαγής των καταστάσεων στη ΜΕΘ, η έλλειψη χρόνου παρουσιάζεται συχνά ως εμπόδιο στην ικανότητα των νοσηλευτών να εκτελέσουν τα καθήκοντά τους και έχει φανεί ότι είναι επίσης ένα πολύ σημαντικό εμπόδιο για την εκτίμηση του πόνου των ασθενών. Οι νοσηλευτές συχνά παραμελούν την εκτίμηση του πόνου των ασθενών τους, δίνοντας μεγαλύτερη βάση στις πιο επείγουσες ανάγκες τους (Moceri et al 2014). Οι νοσηλευτές πρέπει να επικεντρωθούν και στον τομέα της εκτίμησης του πόνου, στον ίδιο βαθμό με τον οποίο είναι επικεντρωμένοι στις άμεσες και επείγουσες, κατά την δική τους άποψη (από την εμπειρία τους), ανάγκες των ασθενών, έτσι ώστε να βελτιώσουν την έκβαση της υγείας τους. Ομοίως, οι υψηλές απαιτήσεις της δουλειάς και η μεταγενέστερη έλλειψη χρόνου, έχει διαπιστωθεί ότι επηρεάζουν την ικανότητα των νοσηλευτών να αναγνωρίζουν και να διαχειρίζονται τον πόνο του ασθενή τους, καθώς και τις απαιτήσεις τους (Salima et al 2013).

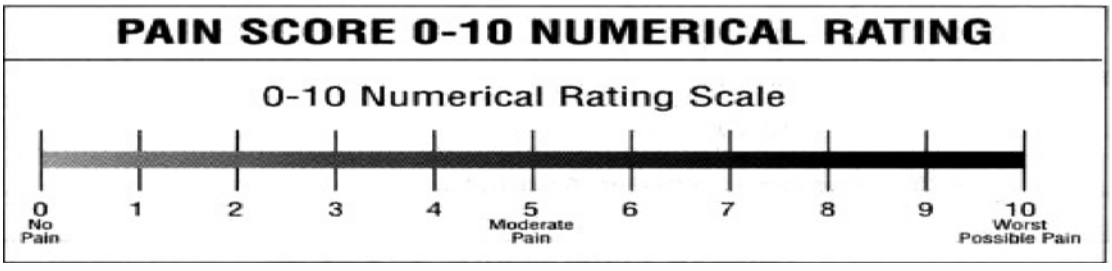
Συνεργασία επαγγελματιών υγείας

Η συνεργασία μεταξύ των ιατρών και των νοσηλευτών είναι ένα σημαντικό συστατικό στοιχείο για την αποτελεσματική φροντίδα στο νοσοκομειακό περιβάλλον και κυρίως στη ΜΕΘ (Baggs et al 1999). Το ιατρικό προσωπικό είναι αυτό που καθορίζει τη χορήγηση των φαρμάκων, συμπεριλαμβανομένων των αναλγητικών και ηρεμιστικών, τα οποία χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό για να ελέγχεται ο πόνος στο περιβάλλον της ΜΕΘ. Οι νοσηλευτικές δεξιότητες, ο ιατρονοσηλευτικός κώδικας επικοινωνίας και η γνώση ιατρικών θεμάτων, σε συνδυασμό με τα διαθέσιμα μοντέλα διαχείρισης του πόνου των ασθενών είναι ένα σημαντικό στοιχείο για να θεωρηθεί ότι δημιουργείται κάποια πρόοδος στο μείζον θέμα της εκτίμησης και διαχείρισης του πόνου.

Οι φυσικοθεραπευτές θεωρούνται ζωτικά μέλη της ομάδας της ΜΕΘ, προσφέροντας ένα ευρύ πεδίο φροντίδας. Οι πιο συνηθισμένες τεχνικές που χρησιμοποιούνται από τους φυσικοθεραπευτές στη ΜΕΘ είναι η σωστή τοποθέτηση στην κλίνη, η πρόληψη των κατακλίσεων και των παραμορφώσεων, η εφαρμογή θέσεων παροχέτευσης των πνευμόνων, ο τεχνητός βήχας, η ενδοτραχειακή αναρρόφηση, οι αναπνευστικές ασκήσεις και η κινητοποίηση (Hanekom et al 2013). Ουσιαστική συμβολή στο έργο της ΜΕΘ έχουν οι βοηθοί θαλάμου και οι τραυματιοφορείς, οι οποίοι είναι επιθυμητό να είναι αποκλειστικής απασχόλησης στον κλινικό χώρο (Baggs et al 1999)



Σχήμα 1: Visual analogue scale (VAS)



Σχήμα 2: Numerical rating scale (NRS)

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΗΣ ΤΗΣ ΣΥΝΗΘΟΥΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ

Τα εμπόδια που περιγράφηκαν δύναται να ξεπεραστούν με επιτυχία, βελτιώνοντας τις στρατηγικές εκτίμησης και διαχείρισης του πόνου, αναπτύσσοντας αλγορίθμους, εφαρμόζοντας οδηγίες και εκπαιδεύοντας το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της ΜΕΘ στην εκτίμηση του πόνου.

Καταγραφή

Ο πόνος θα έπρεπε να θεωρείται ως το πέμπτο ζωτικό σημείο και θα έπρεπε να παρακολουθείται και να καταγράφεται τόσο όσο και τα άλλα ζωτικά σημεία όπως για παράδειγμα οι σφύξεις, η θερμοκρασία, η αρτηριακή πίεση και οι αναπνοές (Winslow 1998, Stanik-Hutt 1998). Ο Kaiser (1992) συνιστά τη χρήση ενός εγγράφου ή κάποιου οργάνου, που καταγράφει τον πόνο. Η ενσωμάτωση ενός τέτοιου οργάνου εκτίμησης, αλλά και ο καθορισμός συγκεκριμένης εντύπου για την καταγραφή του πόνου, παρέχει ένα πολύτιμο εργαλείο για να ωθήσει τους νοσηλευτές της ΜΕΘ να αναλάβουν τη διαχείριση του πόνου. Ωστόσο, για τη σωστή διαχείριση του πόνου χρειάζεται ο συνδυασμός στοιχείων από μια ποικιλία διαφορετικών οργάνων αξιολόγησης και εκτίμησης του πόνου όπως κλίμακες, ερωτηματολόγια και αλγόριθμους, σύμφωνα πάντα με την κατάσταση στην οποία βρίσκονται οι ασθενείς (Ferreira-Valente et al 2011). Ένα απλό όργανο, το οποίο θα είναι ευθύ και όχι τόσο χρονοβόρο, θα έπρεπε να είναι διαθέσιμο μέσα στο περιβάλλον της ΜΕΘ (Hill, 1985, Carroll & Johnson 1990).

Οι πιο συνήθεις κλίμακες αξιολόγησης του πόνου που εντοπίζονται στη βιβλιογραφία είναι οι εξής (σχήματα1-5):



Σχήμα 3: Faces rating scale (FRS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Item	Description	Score
Facial expression	Relaxed	1
	Partially tightened (e.g., brow lowering)	2
	Fully tightened (e.g., eyelid closing)	3
	Grimacing	4
Upper limb movements	No movement	1
	Partially bent	2
	Fully bent with finger flexion	3
	Permanently retracted	4
Compliance with mechanical ventilation	Tolerating movement	1
	Coughing but tolerating ventilation for the most of time	2
	Fighting ventilator	3
	Unable to control ventilation	4

BPS score ranges from 3 (no pain) to 12 (maximum pain).

Σχήμα 4: Behavioural rating scale



Σχήμα 5: Functional activity score

Visual analogue scale (VAS)

Προτρέπει τον ασθενή να επισημάνει τη θέση του στη γραμμή μεταξύ των προσώπων για να δείξει πόσο πολύ πόνο νιώθει αυτή τη στιγμή, με το ένα άκρο να δείχνει οτι «Δεν υπάρχει πόνος» και το άλλο να δηλώνει «χειρότερο πόνο ποτέ» (Aicher et al 2012).

Numerical rating scale (NRS)

Προτρέπει τον ασθενή να επιλέξει έναν αριθμό από 0 έως 10 που περιγράφει καλύτερα τον πόνο τους αυτή τη στιγμή. Το 0 σημαίνει «καθόλου πόνος» και το 10 σημαίνει το «χειρότερο δυνατό πόνο» (Hjermstad et al 2011).

Faces rating scale (FRS)

Οι ενήλικες που δυσκολεύονται να χρησιμοποιήσουν τους αριθμούς στις οπτικές / αριθμητικές κλίμακες αξιολόγησης μπορούν να βοηθηθούν με τη χρήση των έξι εκφράσεων του προσώπου που υποδηλώνουν διάφορες εντάσεις πόνου. Ζητείται από τον ασθενή να επιλέξει το πρόσωπο που περιγράφει καλύτερα το πώς αισθάνεται. Το αριστερό πρόσωπο δηλώνει «Δεν πονάω» και το δεξιό πρόσωπο δηλώνει «ο χειρότερος πόνος» (Kim et al 2006).

Behavioural rating scale

Η κλίμακα εκτίμησης της συμπεριφοράς πόνου έχει σχεδιαστεί για χρήση με ασθενείς που δεν επικοινωνούν λεκτικά και που δεν μπορούν να παρέχουν αυτο-αναφορές του πόνου (Payen et al 2001).

Functional activity score

Ζητείται από τον ασθενή να εκτελέσει μια δραστηριότητα που σχετίζεται με επώδυνη περιοχή του (για παράδειγμα, βαθιά αναπνοή και βήχα για τη θωρακική κάκωση ή να μετακινήσει(Louis Vincent et al 2010). Η βαθμολογία Α, Β ή C έχει ως εξής:

Α - Δεν υπάρχει περιορισμός, σημαίνει δραστηριότητα του ασθενούς χωρίς περιορισμούς από τον πόνο
Β - Ήπιος περιορισμός, σημαίνει δραστηριότητα του ασθενούς ήπια έως μέτρια περιορισμένη από τον πόνο
C - Σοβαρός περιορισμός, σημαίνει η ικανότητα του ασθενούς να εκτελεί τη δραστηριότητα, η οποία περιορίζεται σοβαρά από τον πόνο

Φυσιολογικές και βιοχημικές ενδείξεις

Οι φυσιολογικές ενδείξεις του πόνου περιλαμβάνουν την καρδιακή συχνότητα, την αναπνευστική συχνότητα, την αρτηριακή πίεση, τον κορεσμό του αρτηριακού οξυγόνου και την εφίδρωση. Παρόλα αυτά, οι δείκτες αυτοί δεν είναι ειδικοί για τον πόνο και ποικίλουν μεταξύ των διαφόρων ασθενών. Επιπλέον, επηρεάζονται από τη νόσο, τα φάρμακα και τις μεταβολές της ψυχολογικής κατάστασης. Επομένως, η ερμηνεία των φυσιολογικών ενδείξεων πρέπει να γίνεται σε συνάρτηση με την κλινική κατάσταση και σε συνδυασμό με άλλες μεθόδους εκτίμησης (Johnston & Strada 1986). Σε γενικές γραμμές, η καρδιακή συχνότητα αρχικά μειώνεται και μετά αυξάνεται σαν απάντηση σε σύντομο, οξύ πόνο (Johnston & Strada 1986). Ο κορεσμός της αιμοσφαιρίνης σε οξυγόνο στο αρτηριακό αίμα είναι ένας άλλος δείκτης που έχει χρησιμοποιηθεί κατά καιρούς σαν δείκτης του πόνου. Ο κορεσμός μειώνεται επίσης στη διάρκεια επώδυνων διαδικασιών όπως οι οσφυϊκές παρακεντήσεις και η διασωλήνωση, αλλά μπορεί να μειωθεί και σε άλλες καταστάσεις.

Τα όργανα του ανθρώπινου σώματος παράγουν ορμόνες, που ελέγχουν ποικίλες δραστηριότητες του οργανισμού, όπως η αναπαραγωγή, ο μεταβολισμός και η ανάπτυξη. Επίσης, ελέγχουν σε μεγάλο βαθμό τον τρόπο που το άτομο απαντά σε ερεθίσματα του περιβάλλοντος όπως είναι ο πόνος, αλλά και το πώς αισθάνεται. Οι βιοχημικές ενδείξεις του πόνου περιλαμβάνουν τις ορμόνες του στρες και την κορτιζόλη. Τα οιστρογόνα και η τεστοστερόνη είναι ορμόνες που επηρεάζουν το πώς αντιδρά ο οργανισμός στο στρες, όπως ακριβώς και οι νευροδιαβιβαστές ντοπαμίνη και σεροτονίνη, αλλά οι βασικές αντιδράσεις του σώματος, καθορίζονται από την αδρεναλίνη, τη νορεπινεφρίνη και την κορτιζόλη (Anand 1993).

Οδηγίες και αλγόριθμοι

Οι κατευθυντήριες οδηγίες κλινικής πρακτικής που αναπτύχθηκαν από το National Health and Medical Research Council (NHMRC 1999) για να βοηθήσουν τους επαγγελματίες υγείας σχετικά με τη διαχείριση του οξέος πόνου, συστήνουν τη χρήση ενός αλγορίθμου για τη διαχείριση του πόνου στη ΜΕΘ. Η χρήση αυτών των κατευθυντήριων κλινικών γραμμών βοηθά στη λήψη συναινετικών ιατρονοσηλευτικών αποφάσεων σχετικά με τα καλύτερα διαθέσιμα εργαλεία που δύναται να εφαρμοστούν για την εκτίμηση και αντιμετώπιση του πόνου (Zoëga et al 2014). Οι κατευθυντήριες γραμμές σχετικά με τη διαδικασία αξιολόγησης του πόνου, βοηθούν τους κλινικούς ιατρούς και τους νοσηλευτές στον τομέα της εντατικής φροντίδας, όταν η γνώση σχετικά με τις πρακτικές διαχείρισης του πόνου είναι ανεπαρκής (Bucknall 2001).

Εκπαίδευση

Οι Tittle και McMillan (1994) σε άρθρο τους σχετικά με την αναθεώρηση των προγραμμάτων σπουδών της νοσηλευτικής και την ανάπτυξη μακροπρόθεσμων προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, τόνισαν ότι πρέπει να βελτιωθεί η νοσηλευτική πρακτική στον τομέα της διαχείρισης του πόνου. Οι νοσηλευτές θα πρέπει μέσα από εξειδικευμένα σεμινάρια να αναλάβουν την ευθύνη για την περεταίρω επιμόρφωσή τους. Επιπλέον, οι νοσηλευτές της ΜΕΘ, επιδιώκοντας μεγαλύτερη κατανόηση των μεθόδων της ανακούφισης του πόνου των ασθενών, θα πρέπει να μεταφράσουν τις ενημερωμένες πληροφορίες για τη διαχείριση του πόνου και να τις εφαρμόσουν στο δικό τους κλινικό περιβάλλον, ιδιαίτερα όταν σήμερα υπάρχουν διαθέσιμες διεθνείς κατευθυντήριες γραμμές, αλγόριθμοι και κλίμακες αξιολόγησης του πόνου (Keefe et al 2012).

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΠΟΝΑ ΣΤΗ ΜΕΘ

Τα ψυχολογικά προβλήματα που παρουσιάζουν συνήθως οι ασθενείς της ΜΕΘ και τα οποία επηρεάζουν τη συμπεριφορά, τα συναισθήματα και τη σκέψη τους, μπορεί να προέρχονται από αιτίες που συνοψίζονται σε τέσσερις κυρίως κατηγορίες (Ludwig 1980):

- Τα προβλήματα που προκαλούνται από τις ειδικές συνθήκες νοσηλείας στη ΜΕΘ, ή από την ίδια τη νόσο και τον πόνο.
- Τα προβλήματα τα οποία σχετίζονται με τη στάση που έχει ο ίδιος ο ασθενής για την πάθησή του.
- Τα προβλήματα που σχετίζονται με τα ψυχολογικά ή άλλα προβλήματα που αντιμετώπιζε ο ασθενής πριν την εισαγωγή του στη ΜΕΘ.
- Τα προβλήματα που προέρχονται από τις σχέσεις του ασθενή με τους συγγενείς του.

Ο ασθενής εύκολα μπορεί να χάσει την αίσθηση του χρόνου μέσα σε ένα χώρο με έντονο φωτισμό. Οι ασθενείς της ΜΕΘ παρουσιάζουν συχνά μια ψυχωτική συμπεριφορά, που εκδηλώνεται με ήπια συμπτώματα ταραχής, άγχους και πνευματικής σύγχυσης και άλλοτε με σοβαρές διαταραχές της συνείδησης, όπως ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις, παρανοϊκές τάσεις και «delirium» (Eisendrath 1980, Kleck 1984, Devlin et al 2012). Συνήθως, φάρμακα που χορηγούνται, μπορεί να φέρουν τον ασθενή σε κατάσταση παραληρήματος, οπότε να κινδυνεύει να κάνει κακό στον εαυτό του, να μετακινήσει βίαια τον ορό ή τον καθετήρα, και να αποσυνδεθεί από διάφορα ιατρικά μηχανήματα (Noble 1970, Eisendrath 1980). Η προσαρμογή στη ΜΕΘ παρεμποδίζεται, όταν προϋπάρχουν άλλα ψυχολογικά ή κοινωνικά προβλήματα που απασχολούν τον ασθενή και τα οποία μπορεί να «καμουφλάρει» μεγιστοποιώντας το σωματικό του πόνο. (Hackett & Cassem 1984)

Το πιο συχνό πρόβλημα του νοσηλευόμενου ασθενή στη ΜΕΘ είναι ο φόβος και το άγχος για την εξέλιξη της

υγείας του. Το άγχος θανάτου που βιώνει, εντείνεται συνήθως με το θάνατο κάποιου άλλου ασθενή (West 1975). Μια άλλη συνηθισμένη αντίδραση είναι η κατάθλιψη. Ο ασθενής μπορεί να αρνείται την ύπαρξή της, αλλά να παρουσιάζει συμπτώματα κούρασης ή κατωτερότητας. Η απαγόρευση επισκέψεων αυξάνει την τάση του ασθενή για απομόνωση και μελαγχολία (Garrouste-Orgeas et al 2010). Η επιθετικότητα επίσης, ορισμένων ασθενών, ως σύμπτωμα κατάρρευσης της αυτοεκτίμησης και ως μόνη άμυνα στο φόβο που αισθάνονται για την υγεία τους, είναι ένα από τα πιθανά προβλήματα (Bouman & Daley 1984).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ

Σύμφωνα με το National Health and Medical Research Council (NHMRC) στην Αυστραλία, η διαχείριση του οξέος πόνου αποτυγχάνει να προοριστεί ως η βασική προτεραιότητα των νοσηλευτών μιας ΜΕΘ κι ο ίδιος αυτός ο οξύς πόνος, δεν εκλαμβάνεται ως μια ποικιλία από κλινικά συμπτώματα (NHMRC1999). Η συνεχής εκτίμηση και διαχείριση του πόνου μέσω αποδεδειγμένων πρακτικών μέσα στις ΜΕΘ, συμπεριλαμβάνοντας μια διερεύνηση για την προέλευση του πόνου σε κάθε ασθενή χωριστά θα βοηθούσε στην αποτελεσματική εμπλοκή των νοσηλευτών στην ανακούφιση των βαρέως πασχόντων ασθενών. Η διεξαγωγή ενδοκλινικών ερευνών ως προς την εφαρμογή της καταλληλότερης στρατηγικής διαχείρισης του πόνου μέσα στις ΜΕΘ, δεν θα προωθούσε μόνο την ίδια τη διαδικασία της διαχείρισης του πόνου, αλλά θα βοηθούσε επίσης και στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας.

Στη διεθνή βιβλιογραφία εντοπίζονται πολλές κατευθυντήριες οδηγίες, ερωτηματολόγια αξιολόγησης πόνου, κλίμακες εκτίμησης του πόνου και αλγόριθμοι παρέμβασης για τη χορήγηση των κατάλληλων φαρμάκων, με σκοπό την ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο. Η χρήση τέτοιου είδους εργαλείων δεν θα βοηθούσε μόνο τους ασθενείς για την ανακούφιση από τον πόνο τους, αλλά θα διευκόλυνε το έργο των επαγγελματιών υγείας που συνεργάζονται μεταξύ τους σε μια ΜΕΘ και καλούνται να επικοινωνήσουν μεταξύ τους, προκειμένου να διαχειριστούν τον πόνο. Τέλος, χρήσιμη θα ήταν μια ανασκόπηση της καταγραφής των πρακτικών των νοσηλευτών των ΜΕΘ σε σχέση με την εκτίμηση του πόνου που νιώθουν οι ασθενείς που νοσηλεύονται σε αυτές.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Aicher B., Peil H., Peil B., Diener HC. (2012). Pain measurement: Visual Analogue Scale (VAS) and Verbal Rating Scale (VRS) in clinical trials with OTC analgesics in headache. Cephalalgia 32(3):185-97

Alpen MA. & Titler MG. (1994). Pain management in the critically ill: what do we know and how can we improve? Critical Issues in Critical Care Nursing 5(2): 159-167

American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management Practice guidelines for acute pain management in the peri-operative setting: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management (2004). Anesthesiology 100:1573-1581.

Anand K. (1993). Pain in Neonates. Pain res clinical management 5:39-66

Aziato L., Adejumo O. (2014). Determinants of nurses' knowledge gap on pain management in Ghana. Nurse Education in Practice 14(2) : 195-199

Baggs JG., Schmitt MH., Mushlin AI. (1999). Association between nurse-physician collaboration and patient outcomes in three intensive care units. Critical Care Med 27(9):1991-8

Beckwith MC., Feddema SS., Barton RG. (2004). A guide to drug therapy in patients with enteral feeding: Dosage form selection and administration methods. Hosp. Pharm 39: 225-237

Boegeskov Nielson L., Svantesson-Martinsson EIB., Berghom Engberg IL. (1994). An interview study of nurses' assessment and priority of post surgical pain experience. Intensive and Critical Nursing 10: 107-114

Broome ME., Richtsmeier A., Maikler V. & Alexander M. (1996). Pediatric pain practices: A national survey of health professionals. Journal of Pain and Symptom Management 11(5), 312-320

Brummel N., Girard. (2013). Preventing Delirium in the Intensive Care Unit. Critical Care Clinics 29 (1): 51-65

Bruster S., Jarman B., Bosanquet N., Weston D., Erens R., Delbanco TL. (1994). National survey of hospital patients. British Medical Journal 309(6968): 1542-1546

Bucknall T., Manias E., Botti M. (2001). Acute pain management: implications of scientific evidence for nursing practice in the postoperative context. International Journal of Nursing Practice 7: 266-273

Buvanendran A. & Kroin JS. (2009). Multimodal analgesia for controlling acute post operative pain. Curr Opin Anaesthesiol 22:588- 593.

Cammarano W. (1998). Pain control, sedation and use of muscle relaxants. In: Principles of Critical Care. Hall J, Schmidt G, Wood L (eds) McGraw Hill USA 1998; 87-109

Carroll JS. & Johnson EJ. (1990). Decision Research. Newbury Park: Sage Publications

Carroll KC., Atkins PJ., Herold GR., Mlcek CA., Shively M., Clopton P., Glaser DN. (1999). Pain assessment and management in critically ill postoperative and trauma patients: a multisite study. American Journal Critical Care 8:105–117

Cassem NH (1984). Critical Care psychiatry. Textbook of Critical Care. Philadelphia: WB Saunders, Co.

Caswell DR., Williams JP., Vallejo M., Zaroda T., McNair N., Keckeisen M., Yale C., Cryer HG. (1996). Improving pain management in critical care. Journal on Quality Improvement 22(10): 702-712

Chanques G., Jaber S., Barbotte E., Violet S., Sebbane M., Perrigault PF., Mann C., Lefrant JY., Eledjam JJ. (2006). Impact of systematic evaluation of pain and agitation in an intensive care unit. Critical Care Med 34:1691–1699

Chanques G., Viel E., Constantin JM., Jung B., de Lattre S., Carr J., Cisse M., Lefrant JY., Jaber S. (2010). The measurement of pain in intensive care unit: comparison og 5 self-report intensity scales. Pain 151(3):711-721

Cheever KH. (1999). Applied pathophysiology. Reducing the effects of acute pain in critical ill patients. Dimensions of Critical Care Nursing 18(3): 14-23

Chyun D. (1989). Patients' perceptions of stressors in intensive care and coronary care units. Focus on Critical Care 16(3): 206-211

Daley L. (1984). The perceived immediate needs of family with relatives in tha intensive care setting. Heart and Lung 13: 231

Desbians N., Wu A., Broste S., Wenger N., Connors A., Lynn J., Yasui Y., Phillips R., Fulkerson W. (1996). Pain and satisfaction with control in seriously ill hospitalized adults: finding from the SUPPORT research investigations. Critical Care Medicine 24(12): 1953-1961

Devlin J., Brummel N., Al-Qadheeb N. (2012). Optimising the recognition of delirium in the intensive care unit. Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology 26 (3): 385-393

Dracup K., Bryan-Brown CW. (1995). Pain in the ICU: fact or fiction? American Journal of Critical Care 4(5): 337-339

Edwards WT., Burney RG. (1985). Kupferberg IM. Management of pain, anxiety and psychosis in critically ill, p 1014-1025. In: Intens Care Med, (1st Ed), Rippe JM, Irwn RS, Dalen JE (Ed), Little, Brown, Boston

Eisendrath S J. (1980). ICU syndromes: Their detection, prevetion and treatment. Critical Care Update 7:5

Eksterowicz N., Quinlan-Cowell A., Vanderveer B., Menez J. (2010). Acute pain management. In: St. Marie B, ed. Core Curriculum for Pain Management Nursing. (2nd ed). Dubuque, Ia: Kendall Hunt Professional; 343.

Encyclopedia of Surgery (2010). Intensive care unit equipment [online]. Available at: www.surgeryencyclopedia.com/Fi-La/Intensive-Care-Unit-Equipment.html [accessed 10 April 2012]

Eriksson K., Wikström L., Ήrestedt K, Fridlund B., Broström. (2014). Numeric rating scale: patients' perceptions of its use in postoperative pain assessments. Applied Nursing Research 27(1): 41-46

Ferguson J., Gilroy D., Puntillo K. (1997). Dimensions of pain and analgesic administration associated with coronary artery bypass grafting in an Australian intensive care unit. Journal of Advanced Nursing 26: 1065-1072

Ferreira-Valente M., Pais-Ribeiro J., Jensen M. (2011). Validity of four pain intensity rating scales. PAIN 152 (10): 2399-2404

Ferrell B., Ferrell B., Rivera L. (1995). Pain in cognitively impaired nursing home patients. Journal of pain and Symptom Management 10(8): 591-598

Fink R. (2000). Pain assessment: The cornerstone to optimal pain management. Proc (Bayl Univ Med Cent). Jul;13(3):236-9.

Fisher MM., Raper Rp. (1991). Sedation in intensive care, p 549-558, In: Update in Intensive Care and Emergency Medicine, Vincent JL (Ed), Springer-Verlag, Berlin 1991

Fothergill-Bourbonnais F., Wilson-Barnett J. (1992). A comparative study of intensive therapy unit and hospice nurses' knowledge on pain management. Journal of Advanced Nursing 17:362-372

Fowler SB. (1997). Impaired verbal communication during short term oral intubation. Nursing Diagnosis the Journal of Nursing Language and Classification 8(3): 93-98

Garrouste-Orgeas M., Willems V., TimsitJ., Diaw F., Brochon S., Vesin A, Philippart F., Tabah A., Coquet I, Bruel C., Moulard M., Carlet J., Misset B. (2010). Opinions of families, staff, and patients about family participation in care in intensive care units. Journal of Critical Care 25 (4): 634-640

Hackett T., Cassem N. Handbook of General Hospital Psychiatry. Boston: Massachusetts General Hospital

Hamill-Ruth RJ., Marohn ML. (1999). Evaluation of pain in the critically ill patient. Critical Care Clinics 15(1): 35-54

Hanekom S., Louw Q., Coetzee A. (2013). Implementation of a protocol facilitates evidence-based physiotherapy practice in intensive care units. Physiotherapy, 99 (2): 139-145

Hyeong T., Giyeun H., In-Suk K., Haejun Y., Yong Suk C., Dohern K., Jun H., Jong Hyun K., Boung Chul L., Cheong Hoon S., Wook C. (2013). Improvement of burn pain management through routine pain monitoring and pain management protocol. Burns 39 (4): 619-624

Hjermstad M., Fayers P., Haugen D., Caraceni A., Hanks G., Loge J., Fainsinger R., Aass N., Kaasa S. (2006). Studies Comparing Numerical Rating Scales, Verbal Rating Scales, and Visual Analogue Scales for Assessment of Pain Intensity in Adults: A Systematic Literature Review. Journal of Pain and Symptom Management 41 (6): 1073–1093

Hill PM. (1985). Nursing aspects of pain control in intensive care units. Intensive Care Nursing 1: 92-101

Jean Louis V., Moreno R. (2010). Clinical review: Scoring systems in the critically ill. Critical Care 14(2): 207

Johnston CC., Strada ME. (1986). Acute pain response in infants: a multidimensional description. Pain 24(3):373-382

Kaiser KS. (1992). Assessment and management of pain in the critically ill trauma patient. Clinical Care Nursing Quarterly 15(2): 13-34

Katz N. (2012). The measurement of symptoms and side effects in clinical trials of chronic pain. Contemporary Clinical Trials 33 (5): 903-911

Keefe G., Wharrad H. (2012). Using e-learning to enhance nursing students' pain management education. Nurse Education Today 32 (8) :e66-e72

Kim EJ., Buschmann MT. (2006). Reliability and validity of the Faces Pain Scale with older adults. Int J Nurs Stud 43(4):447-56

Kleck R. (1984). ICU syndromes: Onset, manifestations, treatment, stressors and prevention. CCQ 6(4):49-57

Kleck R.(1984). Means to forestall ICU syndrome explored. Anesth. News 7:5.

Klein D., Dumpe M., Katz E., Bena J. (2010). Pain assessment in the intensive care unit: Development and psychometric testing of the nonverbal pain assessment tool. The Journal of Acute and Critical Care 39 (6):521-528

Kleinpell R., Patak L., Wilson-Stronks A., Costello J., Person C., Elizabeth Henneman. (2009). Improving Communication in the ICU. Many tools and strategies exist for helping caregivers understand the needs of patients unable to express themselves. Advance for nurses 10(4):17

Ludwig AM. (1980). Principles of Critical Psychiatry. New York: The Free Press

Manias E., Botti M., Bucknall T. (2002) .Observation of pain assessment and management-the complexities of clinical practice. Journal of Clinical Nursing 11: 724-733

Manworren RC. (2000). Pediatric nurses' knowledge and attitudes survey regarding pain. Pediatric Nursing 26(6), 609-614

McKinley S., Botti M. (1991). Nurses' assessment of pain on hospitalized patients. The Australian Journal of Advanced Nursing 9(1): 8-14

Melzack R. & Wall PD. (1996). The challenge of pain (2 ed.). pp. 31-32. London: Penguin.

Moceri J., Drevdahl D. (2014). Nurses' Knowledge and Attitudes Toward Pain in the Emergency Department. Journal of Emergency Nursing, 40 (1): 6-12

Murray MJ. (1990). Pain problems in the ICU. Critical Care Clinic 6(2): 235-253

National Health and Medical Research Council (1999). Acute Pain Management: Scientific Evidence. Commonwealth on Australia, Canberra

Nejman AM. (1997). Sedation and paralysis, p 821-828. In: Critical Care 3rd Ed, Civetta JM, Taylor RW, Kirdy RB (Eds), Lippincott-Raven, Philadelphia

Noble P. (1970). Communication in the ICU: Therapeutic or disturbing? Nursing Outlook 195

Payen JF., Bru O., Bosson JL., Lagrasta A., Novel Eric., Deschaux I., Lavagne P., Jacquot C. (2001). Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. Critical Care Medicine29 (12): 2258-2263

Pederson C., Matthies D., McDonald S. (1997). A survey of paediatric critical care nurses' knowledge of pain management. American Journal of Critical Care 6(4): 289-295

Pooler-Lunse C., Price P. (1992) The critically ill. Canadian Nurse 88(7): 22-25

Porter LA. (1995). Procedural distress in critical care settings. Critical Care Nursing Clinics of North America 7(2): 307-314

Puntillo KA. (1994). Dimensions of procedural pain and its analgesic management in critically ill surgical patients. American Journal of Care 3(2): 116-122

Puntillo KA., Miaskowski C., Kehrle K., Stannard D., Gleeson S., Nye P. (1997). Relationship between behavioural and physiological indicators of pain, critical care patients' self-reports of pain, and opioid administration. Critical Care Medicine 25(7): 1159-1166

Puntillo KA., & Weiss SJ .(1994). Pain: its mediators and associated morbidity in critically ill cardiovascular surgical patients. Nursing Research 43(1): 31-36

Puntillo KA. (1990). Pain experiences of intensive care unit patients. Heart Lung 19:526–533

Ruth K., Patak L., Wilson-Stronks A., Costello J., Person C., Henneman E., & Happ M. (2009). Improving Communication in the ICU: Many tools and strategies exist for helping caregivers understand the needs of patients unable to express themselves. Advance for Nurses 25

Salantera S., Lauri S., Salmi TT., Helenius H. (1999). Nurses' knowledge about pharmacological pain management in children. Journal of Pain and Symptom Management 18(4), 289-299

Salima L., McPhee C., Muscat M., Robinson S., Kastanias P., Snaith K., Elkhouri E., Shobbrook C. (2013). The Journey of the Pain Resource Nurse in Improving Pain Management Practices: Understanding Role Implementation. Pain Management Nursing 14 (2): 68-73

Schnakers F., Laureys S. (2009). Ethical Implications: Pain, Coma, and Related Disorders. Encyclopedia of Consciousness, 243-250

Standiford H. (2014). What are the basic types of pain? Medicine Net (on line).Available at: http://www.medicinenet.com/pain_management/page2.htm [accessed 10 August 14]

Simpson TF, Armstong S, Mitchell P (1989). American Association of Critical Care Nurses demonstration project: patients recollections of critical care. Journal of Critical Care, 18(5): 325-332

Stanik-Hutt JA. (1998). Pain management in the critically ill. Critical Care Nurse 18(5): 85-88

Stanton DJ. (1991). The psychological impact of intensive therapy: the role of nurses. Intensive Care Nursing 7(4): 230-235

Stein-Parbury J., McKinley S. (2000). Patients; experiences of being in an intensive care unit: a select literature review. American Journal of Critical Care 9(1): 20-27

Titler MG., Moss L., Greiner J., Alpen M., Jone G., Olson K., Hauer M., Phillips C., Megivern K .(1994). Research utilization in critical care: an exemplar. Critical Care Issues 5(2): 124-132

Vadivelu N., Mitra S., Narayan D. (2010). Recent advances in postoperative pain management. Yale J Biol Med 83:11-25

Van Kooten ME. (1999). Non-pharmacological pain management for postoperative coronary artery bypass graft surgery patients. Journal of Nursing Scholarship 31(2), 157

Voigt L., Paice JA., Poulit J. (1995). Standardized pain flow sheet: impact on patient reported pain experiences after cardiovascular surgery. American Journal of Critical Care 4(4): 308-313

West S. (1975). Stresses associated with ICUs affect patients, families, staff. Journal of American Medical Association 62: 231

White PF., Kehlet H., Liu S. (2009). Preoperative analgesia: what do we still know? Anesth Analg 108:1364-1367

Winslow EH. (1998). Critical care extra. Effective pain management. American Journal of Nursing 98(7): 16HH-16II

Woien H., Bjork I. (2013). Intensive care pain treatment and sedation: Nurses' experiences of the conflict between clinical judgement and standardised care: An explorative study. Intensive and Critical Care Nursing 29, (3): 128-136

Zoëga S., Ward S., Sigurdsson G., Aspelund T., Sveinsdottir H., Gunnarsdottir S. (2014). Quality Pain Management Practices in a University Hospital. Pain Management Nursing

Ιατρού Χ., Παπαδόπουλος Γ., Φίλος Κ., Βρετζάκης Γ. (2005). Περιεγχειρητική Ιατρική Αναισθησιολογία Επείγουσα και Εντατική Ιατρική Θεραπεία Πόνου. Ιωάννινα: Εκδόσεις Εφύρα

Μαστρογιαννάκου Δ., Σαρρυγιάννης Π., Καρκανιάς Α., Περισσάκη Κλ. (2001) Το σύνδρομο της ΜΕΘ: Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας-Αναδρομική μελέτη του συνδρόμου της ΜΕΘ του νοσοκομείου §Σωτηρία§. Εγκέφαλος 38(3)

Μπούτζουκα Ε., Κατσαρός Α., Χάιδος Ν., Καρατζάς Σ., Μυσθανθεύς Π., Ζηδιανάκης Β., Μπαλτόπουλος Γ. (2010). Καταστολή στη ΜΕΘ: Υπερβολή ή ανεπαρκής; Power Point [online]. Available at: www.icutopics.gr/docs/9oCongress/Friday/AEreynetikoTrapezi/3KatastoliStinMeth.ppt [accessed May 2012]

The management of pain in the Intensive Care Unit

Anastasios Tzenalis[1], Antonia Kolia[2], Aikaterini Notiou[3]

1. RN, MSc, PhD °, Papageorgiou General Hospital
2. RN, Eyexia Rehabilitation Centre
3. RN, Company for Patients' Mental Health and Social Rehabilitation

ABSTRACT

It has been found that pain is one of the major problems of patients hospitalized in Intensive Care Units (ICU), perhaps because there are obstacles related to patients' lack of communication, but also because of the medical and nursing stuff. Studies have shown that these obstacles that hinder the assessment and therefore the pain management include medical technology, lack of nursing knowledge, lack of communication, and lack of nursing time. Despite of the recognition by the international literature, that pain is a significant problem in the management of critical care patients, this issue has not been adequately addressed by the nurses of ICU. This review examines strategies and guidelines to change pain management practices, including internationally recognized pain assessment scales. The aim of this literature review is to identify the obstacles that appear in an ICU regarding the assessment of pain, highlighting strategies for accessing these obstacles according to the literature and the psychological approach of ICU patients.

Key Words: pain, intensive care unit, management, nurse, pain scales

Correspondent Author: Tzenalis Anastasios, antzenalis@hotmail.com, Tel: +30 6947729065

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Αλκοόλ και αλκοολισμός: μια σύγχρονη απειλή στο χώρο της υγείας

Αφροδίτη Καρρά[1], Μαρία Σαρίδη[2], Κυριάκος Σουλιώτης[3]

1. Νοσηλεύτρια, MSc, Γ.Ν.Κορίνθου
2. PhD, Επιστημονική Συνεργάτης, Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Κόρινθος
3. Επίκουρος καθηγητής, Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Κόρινθος

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η κατάχρηση του αλκοόλ αποτελεί ένα παγκόσμιο πρόβλημα, το οποίο τις τελευταίες δεκαετίες φαίνεται να ανησυχεί τη διεθνή επιστημονική κοινότητα καθώς οι επιπτώσεις της στην υγεία, στην κοινωνία και στην οικονομία των ατόμων είναι σοβαρές. Εκτός από τις επιδράσεις στα διάφορα συστήματα του οργανισμού, η κατανάλωση αλκοόλ δύναται να συμβάλλει στην εκδήλωση διαταραχών που επηρεάζουν την ψυχική υγεία του ατόμου και άμεσα στην συμπεριφορά του σε όλα τα επίπεδα, μεταξύ των οποίων και στο εργασιακό. Οι επαγγελματίες υγείας βιώνουν έντονη φόρτιση λόγω των ιδιαιτεροτήτων που αντιμετωπίζουν στον εργασιακό τους χώρο και της συχνής επαφής τους με τον άρρωστο. Ως εκ τούτου, αρκετές μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί, αναδεικνύοντας τα προβλήματα αλκοολισμού που εκδηλώνονται σε επαγγελματίες υγείας. Σκοπός της παρούσας περιγραφικής ανασκόπησης είναι η επικαιροποίηση των πληροφοριών σχετικά με το αλκοόλ και τις επιπτώσεις από την κατάχρησή του, αλλά και την κατανάλωσή του από τους επαγγελματίες υγείας.

Λέξεις κλειδιά: αλκοόλ, αλκοολισμός, επαγγελματίες υγείας, κατάχρηση

Corresponding Author: Afroditi Karra, Deligianni, Zeugolatio Korinthias, P.K 20001, Tel 2741051648, 6972929797, afroditikarra73@gmail.com

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Η κατάχρηση αλκοόλ παρουσιάζει ανησυχητικά υψηλά επίπεδα σε πολλές ανεπτυγμένες κοινωνίες.**
- **Ο αλκοολισμός μπορεί να επιφέρει σωματικά, κοινωνικά, εργασιακά και ψυχικά προβλήματα.**
- **Η αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλ σε επαγγελματίες υγείας αποτελεί ένα φαινόμενο που διερευνάται τα τελευταία χρόνια από την επιστημονική κοινότητα.**
- **Το οικονομικό φορτίο που σχετίζεται με την εξάρτηση από το αλκοόλ είναι σημαντικό, τόσο για το άτομο και το περιβάλλον του, όσο και για το σύστημα υγείας.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ιστορικά, το αλκοόλ έχει χρησιμοποιηθεί θεραπευτικά ενώ οι θεραπευτικές του ιδιότητες έχουν καταγραφεί 191 φορές στην παλαιά και την καινή Διαθήκη (Straus 1979). Η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ σχετίζεται με τη μείωση των πιθανοτήτων εκδήλωσης καρδιακής νόσου (NIAAA 2004) και η συγκεκριμένη πραγματικότητα αποκτά ακόμη μεγαλύτερη βαρύτητα, αν αναλογιστεί κανείς ότι οι καρδιαγγειακές παθήσεις αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου στις ΗΠΑ (AHA 1997).

Έρευνα του εθνικού ινστιτούτου για την κατάχρηση αλκοόλ και αλκοολισμού στις ΗΠΑ, διαπίστωσε ότι το χαμηλότερο ποσοστό θανάτων από όλες τις αιτίες παρατηρείται στο επίπεδο του ενός έως δύο ποτών την ημέρα (NIAAA 2004), ενώ μελέτη του πανεπιστημίου του Χάρβαρντ αναφέρει ότι το ποσοστό του κινδύνου για θάνατο από όλες τις αιτίες είναι χαμηλότερο μεταξύ των ανδρών που κάνουν μέτρια κατανάλωση αλκοόλ, σε σύγκριση με αυτούς που δεν καταναλώνουν αλκοόλ (21% vs 28%) (Camargo et al, 1997). Μια άλλη μελέτη του κέντρου έρευνας για τον καρκίνο στη Χονολουλού, η οποία διεξήχθη σε 40.000 ανθρώπους, έδειξε ότι τα άτομα που καταναλώνουν μέτρια ποσότητα αλκοόλ φαίνεται να έχουν χαμηλότερο ποσοστό θνησιμότητας από τα άτομα που δεν κάνουν καθόλου χρήση (Maskarinec et al. 1998), ενώ έρευνα σε μεσήλικους κινέζους άνδρες πιστοποίησε τη συσχέτιση της κατανάλωσης δύο ποτών την ημέρα με τη μείωση του κινδύνου θνησιμότητας κατά 19% (De Groot & Zock 1998). Παράλληλα, η συστηματική ανασκόπηση 26 μελετών οδήγησε στο συμπέρασμα ότι η κατανάλωση δύο ποτών την ημέρα σχετίζεται με μειωμένο κίνδυνο ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου, ενώ μελέτη της Αμερικανικής Καρδιολογικής Ένωσης (AHA), έδειξε ότι η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ σχετίζεται με δραματική μείωση του κινδύνου εκδήλωσης εγκεφαλικού επεισοδίου σε άνδρες και γυναίκες ανεξάρτητα από την ηλικία και την εθνότητα. Η ίδια έρευνα, κατέληξε στο συμπέρασμα πως ο κίνδυνος εκδήλωσης εγκεφαλικού επεισοδίου είναι διπλάσιος στα άτομα που απέχουν από το αλκοόλ σε σύγκριση με τα άτομα που καταναλώνουν μέτρια ποσότητα (AHA 1997).

Σκοπός της παρούσας περιγραφικής ανασκόπησης είναι η επικαιροποίηση των πληροφοριών σχετικά με το αλκοόλ και τις επιπτώσεις από την κατάχρησή του αλλά και η σχέση του με τους επαγγελματίες υγείας. Θα περιγραφούν τα διαγνωστικά κριτήρια του αλκοολισμού και οι επιπτώσεις του στην υγεία και γενικότερα στη ζωή του ατόμου. Επίσης, θα παρουσιαστούν στοιχεία που αφορούν στη σχέση αλκοόλ και επαγγελματιών υγείας, καθώς και γενικά στοιχεία για τις οικονομικές επιπτώσεις από την κατάχρηση του αλκοόλ.

ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΞΑΡΤΗΣΗ

Ως αλκοολισμός ορίζεται οποιαδήποτε χρήση αλκοολούχων ποτών που προκαλεί βλάβη στο άτομο, στην κοινωνία ή και στα δύο. Η εξάρτηση ενός ατόμου από το αλκοόλ γίνεται σε μεγάλο χρονικό διάστημα και ύστερα από συχνή και χωρίς μέτρο χρήση (Μπομπολάκη & Σταματελοπούλου 2004).

Ο αλκοολισμός, αναφέρεται σε οποιοδήποτε όρο που οδηγεί στη συνεχή κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών παρά τα προβλήματα υγείας και τις αρνητικές κοινωνικές συνέπειες που προκαλεί. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (1952): «ο αλκοολισμός είναι μια χρόνια διαταραχή της συμπεριφοράς που εκδηλώνεται με επανειλημμένη, σταθερή και συνεχή χρήση οινοπνεύματος και οινοπνευματωδών ποτών σε ποσότητες οι οποίες είναι έξω από το κοινωνικό ή και ιατρικό πλαίσιο. Η χρήση αυτή γίνεται σε βαθμό που επηρεάζει δυσμενώς την υγεία του χρήστη και την επαγγελματική, κοινωνική και ευρύτερη λειτουργία του. Ο αλκοολισμός είναι ασθένεια και σαν τέτοια πρέπει να αντιμετωπιστεί». Η ανακρίβεια του όρου οδήγησε την ειδική επιτροπή του ΠΟΥ στην απόρριψη του, προτιμώντας τον στενότερο ορισμό του συνδρόμου εξάρτησης ως ενός ορισμού μίας πλειάδας προβλημάτων σχετιζόμενων με το αλκοόλ (Edwards & Gross 1976; WHO1980).

Διαγνωστικά κριτήρια αλκοολισμού

Ο όρος αλκοολισμός δεν πρέπει να θεωρείται συνώνυμος με την εμφάνιση σωματικής εξάρτησης από το αλκοόλ. Ο αλκοολισμός, είναι μια κατάσταση κατά την οποία δημιουργούνται στο άτομο προβλήματα υγείας, εργασίας και κοινωνικά προβλήματα, ανεξάρτητα από το κατά πόσον έχει αναπτυχθεί σωματική εξάρτηση στο αλκοόλ ή όχι. Σύμφωνα με την τελευταία ταξινόμηση της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας, τα διαγνωστικά κριτήρια της εξάρτησης και κατάχρησης αλκοόλ είναι παρόμοια με αυτά που ισχύουν για τις υπόλοιπες ψυχοτρόπες ουσίες. Τα συγκεκριμένα αυτά κριτήρια παρατίθενται στον πίνακα 1.

ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ

Ο αλκοολισμός και οι διαταραχές που συνδέονται με αυτόν αποτελούν μείζον πρόβλημα υγείας και τις περισσότερες φορές μια δυσεπίλυτη θεραπευτική πρόκληση.

Ο αλκοολισμός είναι μια χρόνια, εξελισσόμενη και δυνητικά θανατηφόρος νόσος η οποία δύναται να προκαλέσει πλήθος σοβαρών σωματικών, ψυχιατρικών και κοινωνικών επιπλοκών (Kaplan & Sadock 1998).

Αλκοολισμός και σωματική υγεία

Η κατανάλωση αλκοόλ θεωρείται ότι έχει αιτιολογική σχέση με 60 τύπους διαταραχών και σωματικών κακώσεων. Εκτιμάται ότι η χρήση αλκοόλ προκαλεί το 20 - 30% των καρκίνων του οισοφάγου και του ήπατος, των κιρρώσεων του ήπατος, των φόνων, των επιληπτικών κρίσεων και των τροχαίων ατυχημάτων παγκοσμίως (WHO 2004). Η θνησιμότητα που οφείλεται στο αλκοόλ εκτιμάται από τον ΠΟΥ ότι φτάνει παγκοσμίως σε 1,8 εκατ. θανάτους, που αντιπροσωπεύουν το 3,2% της παγκόσμιας θνησιμότητας. Μετρώντας το μέγεθος του προβλήματος με βάση το δείκτη DALY'S (Disability Adjusted Life Year) που συνδυάζει τα απολεσθέντα έτη ζωής από την πρώιμη θνησιμότητα ή αναπηρία, ο ΠΟΥ εκτιμά ότι στην κατανάλωση αλκοόλ οφείλεται παγκοσμίως το 4,0% των απολεσθέντων ετών ζωής από πρώιμη θνησιμότητα ή ανικανότητα (58,3 εκατ.), ποσοστό που ειδικά για τους άνδρες ανέρχεται σε 6,5% έναντι 1,3% για τις γυναίκες (WHO 2004).

Εξάρτηση από αλκοόλ

Συνιστά έναν παθολογικό τύπο χρήσης οινοπνεύματος που οδηγεί σε κλινικά σημαντική έκπτωση ή δυσφορία και εκδηλώνεται με τρία ή περισσότερα από τα ακόλουθα τα οποία συμβαίνουν οποτεδήποτε σε μια 12μηνη περίοδο:

1)Ανοχή: ανάγκη για σαφώς αυξημένες ποσότητες αλκοόλ προκειμένου να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα ή τοξίκωση ή σαφώς μειωμένο αποτέλεσμα με τη συνέχιση της χρήσης της ίδιας ποσότητος αλκοόλ.

2)Στέρηση: χαρακτηριστικό στερητικό σύνδρομο για το αλκοόλ ή λαμβάνεται η ίδια ουσία για την ανακούφιση ή αποφυγή στερητικών συμπτωμάτων.

3)Το αλκοόλ συχνά λαμβάνεται σε μεγαλύτερες ποσότητες ή για μεγαλύτερες περιόδους παρά την αντίθετη πρόθεση του ατόμου.

4)Υπάρχει επίμονη επιθυμία ή ανεπιτυχείς προσπάθειες να διακοπεί ή ελεχθεί η χρήση του αλκοόλ.

5)Ενα μεγάλο μέρος του χρόνου δαπανάται για δραστηριότητες απαραίτητες για την απόκτηση , τη χρήση ή την ανάνηψη από την δράση του αλκοόλ.

6)Περιορισμός σημαντικών κοινωνικών, επαγγελματικών και ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων εξαιτίας της χρήσης του αλκοόλ.

7)Συνέχιση της χρήσης του αλκοόλ παρόλη την επίγνωση της ύπαρξης μόνιμου ή υποτροπιάζοντος σωματικού ή ψυχολογικού προβλήματος το οποί είναι πιθανό να έχει προκληθεί ή επιδεινωθεί από το αλκοόλ.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Διαγνωστικά κριτήρια αλκοολισμού Πηγή: American Psychiatric Association (1994). Diagnostic & Statistical Mannual of Mental Disorders, 4th Edition, Washington DC

Επίδραση στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ)

Η κύρια δράση της κατανάλωσης οινοπνεύματος αφορά στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Η φαρμακολογική του δράση είναι κατασταλτική και όχι διεγερτική. Σε μεγάλες συγκεντρώσεις το κατασταλτικό αποτέλεσμα της δράσης του αλκοόλ είναι ιδιαίτερα εμφανές και μοιάζει με εκείνο των αναισθητικών φαρμάκων. Τα πρώτα συμπτώματα από το Κ.Ν.Σ εκδηλώνονται μόλις η συγκέντρωση του αλκοόλ ξεπεράσει τα 40mgr% και περιλαμβάνουν εξασθένιση της μνήμης και της προσοχής, ήπιες διαταραχές του λόγου, διαταραχές στην εκτέλεση λεπτών χειρισμών και ελάττωση της αντίδρασης σε αισθητηριακά ερεθίσματα (www.bestrong.org.gr). Σε μεγαλύτερες συγκεντρώσεις, παρατηρείται σταδιακή θόλωση της διάνοιας (μέθη) και κεφαλαλγίες. Σε ακόμα υψηλότερες συγκεντρώσεις, εμφανίζεται η εικόνα της βαριάς μέθης και της δηλητηρίασης με σύγχυση, λήθαργο και κώμα. Ο θάνατος είναι σπάνιος σε αυτήν την περίπτωση. Στο νευρικό σύστημα, η υπερβολική και παρατεταμένη κατανάλωση αλκοόλ προκαλεί ποικίλες βλάβες του εγκεφάλου και των περιφερικών νεύρων που μπορούν να οδηγήσουν σε σημαντικές αναπηρίες διαφόρων μορφών. Επιπλέον, δύναται να εμφανιστεί επιληψία με το σχετικό κίνδυνο ήδη από τη μέτρια κατανάλωση να είναι 7,5 φορές μεγαλύτερος σε σύγκριση με αυτούς που δεν κάνουν χρήση.

Επίδραση στο πεπτικό σύστημα

Η κίρρωση του ήπατος είναι ίσως η πιο ευρέως αναγνωρισμένη επιπλοκή του χρόνιου αλκοολισμού. Οι χρόνιοι χρήστες έχουν κατά μέσο όρο 7,5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εκδηλώσουν ηπατική κίρρωση απ΄ ότι οι μη χρήστες, με τους άνδρες να εμφανίζουν 13 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα. Το ποσοστό των αλκοολικών που αναπτύσσουν κίρρωση κυμαίνεται από 2% έως 30%, ενώ για πότες που καταναλώνουν περισσότερα από 180γρ. οινοπνεύματος την ημέρα για 15 χρόνια, το ποσοστό αυτό αγγίζει το 51%. Μεταξύ όλων των θανάτων από κίρρωση το 2009, 48,2 τοις εκατό οφείλονταν στην κατανάλωση οινοπνεύματος (Yoon & Yi 2009) ενώ το ίδιο έτος η αλκοολική ηπατοπάθεια ήταν η κύρια αιτία της σχεδόν 1 στις 3 μεταμοσχεύσεις ήπατος στις ΗΠΑ (Singal et al. 2012).

Επίδραση στο καρδιαγγειακό σύστημα

Η αυξημένη κατανάλωση οινοπνεύματος σχετίζεται με την ισχαιμική νόσο του μυοκαρδίου, την υπέρταση, την μυοκαρδιοπάθεια, τις καρδιακές αρρυθμίες και την καρδιακή ανεπάρκεια (Friedman 1998). Το οινόπνευμα αυξάνει τόσο τη συστολική όσο και τη διαστολική αρτηριακή πίεση, χωρίς να είναι γνωστός ο μηχανισμός. Η υπέρταση σχετίζεται με βαριές περιπτώσεις κατανάλωσης αλκοόλης (Murray 2002), ενώ το οινόπνευμα ευθύνεται για το 11% της υπέρτασης στους άνδρες, αποτελώντας το δεύτερο σημαντικότερο παράγοντα κινδύνου μετά την παχυσαρκία.

Κατανάλωση οινοπνεύματος και καρκίνος

Πλήθος ερευνητικών μελετών καταδεικνύουν τη συσχέτιση της χρήσης αλκοόλ και διάφορων τύπων καρκίνου (IARC, 2010). Το εθνικό πρόγραμμα τοξικολογίας του αμερικανικού υπουργείου υγείας και ανθρωπίνων υπηρεσιών σε μια έκθεσή του για τις καρκινογόνες ουσίες κατατάσσει το αλκοόλ στις επικίνδυνες για τον ανθρώπινο οργανισμό καρκινογόνες ουσίες. Με βάση τα στοιχεία από το 2009, εκτιμάται ότι περίπου 3,5 % του συνόλου των θανάτων από καρκίνο στις ΗΠΑ (περίπου 19.500 θάνατοι) οφείλονταν στην κατανάλωση οινοπνεύματος (Nelson et al. 2013). Οι περισσότερες μελέτες έχουν πιστοποιήσει τη συσχέτιση της κατανάλωσης οινοπνεύματος με την εμφάνιση του καρκίνου του στόματος, του φάρυγγα, του λάρυγγα, του οισοφάγου και του τραχήλου (Baan et al 2007), χωρίς να έχει αποσαφηνιστεί ο μηχανισμός της καρκινογένεσης. Περισσότερες από 100 επιδημιολογικές μελέτες έχουν εξετάσει τη σχέση μεταξύ της κατανάλωσης αλκοόλ και του κινδύνου καρκίνου του μαστού στις γυναίκες. Αυτές οι μελέτες έχουν βρει σταθερά έναν αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του μαστού που σχετίζεται με την αύξηση της πρόσληψης αλκοόλ. Η συστηματικότερη μελέτη των 53 από αυτές τις μελέτες (οι οποίες περιελάμβαναν συνολικά 58.000 γυναίκες με καρκίνο του μαστού) έδειξε ότι οι γυναίκες που έπιναν περισσότερα από 45 γραμμάρια αλκοόλ την ημέρα (περίπου τρία ποτά) είχαν 1,5 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού σε σχέση με τις γυναίκες που έκαναν μετριοπαθή κατανάλωση οινοπνεύματος (Hamajima et al. 2002).

Σε μια άλλη μελέτη στο Ηνωμένο Βασίλειο το δείγμα της οποίας αποτέλεσαν περισσότερες από 28.000 γυναίκες με καρκίνο του μαστού παρείχε μια πιο πρόσφατη, και ελαφρώς υψηλότερη, εκτίμηση του κινδύνου για καρκίνο του μαστού σε χαμηλά έως μέτρια επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ: κάθε 10 γραμμάρια αλκοόλ που καταναλώνεται ανά ημέρα συσχετίστηκε με 12 τοις εκατό αύξηση του κινδύνου καρκίνου του μαστού (Allen et al. 2009).

Αλκοολισμός και ψυχική υγεία

Η κατανάλωση αλκοόλ δύναται να συμβάλλει στην εκδήλωση διαταραχών που επηρεάζουν άμεσα τη συμπεριφορά του ατόμου και μακροπρόθεσμα την ψυχική του υγεία. Οι ψυχιατρικές διαταραχές που μπορεί να συνυπάρχουν με την υπέρμετρη κατανάλωση οινοπνεύματος είναι η αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας, οι συναισθηματικές διαταραχές, οι αγχώδεις διαταραχές και η σχιζοφρένεια (Kandel et al. 2001).

Οι διαταραχές προσωπικότητας συναντώνται συχνά μεταξύ των αλκοολικών σε ποσοστά που κυμαίνονται από 50 έως 90%. Η αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας είναι συχνή σε αλκοολικούς άνδρες και ενδέχεται να προϋπάρχει και να σχετίζεται με τον αλκοολισμό. Το 30 – 40% των ατόμων που κάνουν χρήση μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ πληρεί τα διαγνωστικά κριτήρια της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής. Η κατάθλιψη είναι συχνότερη στις αλκοολικές γυναίκες συγκριτικά με τους αλκοολικούς άνδρες, καθώς και στα άτομα τα οποία υποκρύπτουν οικογενειακό ιστορικό αλκοολικής κατάχρησης. Στα συγκεκριμένα άτομα παρατηρείται αυξημένος κίνδυνος για απόπειρα αυτοκτονίας και χρήσης άλλων ψυχοτρόπων ουσιών (Kandel et al. 2001).

Η αυξημένη κατανάλωση οινοπνεύματος συντελεί στην εμφάνιση συμπτωμάτων αγχώδους διαταραχής όπως οι διάφορες φοβίες και ο πανικός σε συνδυασμό με την αγοραφοβία και την κοινωνική φοβία (Liappas et al. 2003). Οι αλκοολικοί έχουν σαφώς μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν κοινωνική φοβία σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Το ποσοστό συσχέτισης αλκοολισμού και αγχώδους διαταραχής κυμαίνεται από 14 έως 40% (Liappas et al. 2003). Σύμφωνα με τα στοιχεία της ετήσιας έκθεσης του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης & Πληροφόρησης για τα ναρκωτικά το 2011, ποσοστό 51,1% των ατόμων που ζήτησαν βοήθεια από κάποια θεραπευτική υπηρεσία το τελευταίο τρίμηνο του 2010 ανέφεραν ότι έχουν αντιμετωπίσει κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας δίνοντας κυρίως έμφαση στις αγχώδεις διαταραχές, την κατάθλιψη και τις απόπειρες αυτοκτονίας (ΕΚΤΕΠΝ 2011).

Τα ποσοστά συννοσηρότητας αλκοολισμού και σχιζοφρένειας κυμαίνονται μεταξύ 0 -20% ανάλογα με τις μελέτες, ενώ οι περισσότερες εκτιμήσεις για τον επιπολασμό της αυτοκτονίας στους χρόνιους χρήστες κυμαίνονται μεταξύ 10 και 15%. Στους παράγοντες στους οποίους αποδίδονται τα αυξημένα ποσοστά αυτοκτονίας συμπεριλαμβάνονται η ενδεχόμενη παρουσία μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου, η συνύπαρξη σοβαρού προβλήματος σωματικής υγείας, η ανεργία και η μοναχική ζωή (Case N 1991).

Κοινωνικός αντίκτυπος αλκοολισμού

Η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ συνδέεται με επιβλαβείς καταστάσεις για τον ίδιο το χρήστη, το άμεσο περιβάλλον του και το κοινωνικό σύνολο. Τα τελευταία χρόνια δίδεται ιδιαίτερη βαρύτητα στις κοινωνικές επιπτώσεις της χρήσης αλκοόλ όπως είναι τα εργασιακά και οικογενειακά προβλήματα, η διαπροσωπική βία και τα τροχαία ατυχήματα. Στο πλαίσιο των κοινωνικών επιπλοκών δύναται να συμπεριληφθεί ο αντίκτυπος της υπέρμετρης χρήσης αλκοόλ στην οικονομική ευρωστία των κοινωνιών.

Εργασιακά προβλήματα

Η επιβλαβής κατανάλωση οινοπνεύματος έχει διαπιστωθεί ότι δημιουργεί σημαντικό κοινωνικό και οικονομικό κόστος για το χώρο εργασίας, κυρίως ως αποτέλεσμα της απώλειας παραγωγικότητας (Collins & Lapsley 2008). Τα αποτελέσματα των απουσιών, η κακή απόδοση στην εργασία, τα ατυχήματα και οι τραυματισμοί σχετίζονται με το αλκοόλ, ενώ το κόστος των θανάτων εξαιτίας του αλκοόλ σε όλο τον κόσμο ανέρχεται σε εκατοντάδες δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως. Στην Ινδία, το 15 με 20%

των απουσιών και το 40% των εργατικών ατυχημάτων αποδίδεται στο συγκεκριμένο αιτιολογικό παράγοντα (Saxena et al. 2003). Στη Χιλή επίσης, το 20%-22% των εργατικών ατυχημάτων σχετίζεται άμεσα ή έμμεσα με τη χρήση αλκοόλ ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στη Γαλλία αγγίζει το 10%-20% (Costes & Martineau 2003).

Τα επικίνδυνα επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ σχετίζονται επίσης με την αύξηση του αριθμού των ημερών αναρρωτικής άδειας που λαμβάνονται (Bacharach et al, 2010). Αποτελέσματα ερευνών από τη Σουηδία και τη Νορβηγία καταδεικνύουν ότι μια αύξηση κατά ενός λίτρου στη συνολική κατανάλωση αλκοόλ συνδέεται με μια αύξηση 13% στην απουσία ασθένειας στους άνδρες, αλλά το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό μεταξύ των γυναικών (Norstrom & Moan 2009). Οι άμεσες επιδράσεις των απουσιών είναι αισθητές όχι μόνο από τους εργοδότες, αλλά και από τους υπαλλήλους που μπορούν να αναλάβουν πρόσθετη εργασία προκειμένου να αναπληρώσουν τους απόντες συναδέλφους τους (Dale & Livingston 2010).

Οικογενειακά προβλήματα και διαπροσωπική βία

Η κατανάλωση αλκοόλ συνδέεται άρρηκτα με τη διαπροσωπική βία. Η σχέση ανάμεσα στο αλκοόλ και τη συζυγική βία είναι πολύπλοκη καθιστώντας το ρόλο του οινοπνεύματος ασαφή με το δεδομένο ότι τα ποσοστά της βίας διαφέρουν ανάλογα με τη έρευνα και τη μεθοδολογία. Επίσης δύναται να βλάψει τη λειτουργία του ατόμου σε διάφορους κοινωνικούς ρόλους. Η κατάχρηση οινοπνευματωδών συνδέεται με πολλές αρνητικές συνέπειες τόσο για το χρήστη, όσο και τα παιδιά. Η κατανάλωση αλκοόλ από το γονέα συσχετίζεται με την κακοποίηση των παιδιών (Gmel & Rehm 2003) ενώ δύναται να επηρεάσει αρνητικά τη λειτουργία του ως μέλος της οικογένειας. Η συγκεκριμένη κατάσταση μπορεί να συμβάλλει στην πρόκληση ατυχημάτων στο σπίτι και την εκδήλωση οικογενειακής βίας (Room et al. 2002).

Άμεση απόρροια της συγκεκριμένης συμπεριφοράς αποτελεί ο κλονισμός της ψυχικής υγείας των μελών της οικογένειας. Το γεγονός αυτό πιστοποιήθηκε σε έρευνα που διεξήχθη στο Μεξικό όπου συμμετείχαν γυναίκες με σύζυγο εξαρτημένο από το αλκοόλ, σύμφωνα με την οποία το 73% ανέφερε συναισθήματα άγχους, φόβου και κατάθλιψης, το 62% λεκτική ή σωματική επιθετικότητα εκ μέρους του συζύγου και το 31% επισήμανε σοβαρά οικογενειακά προβλήματα σχετιζόμενα με τα παιδιά (Rosovsky et al. 1992).

Σε μια άλλη μελέτη επεισοδίων ενδοοικογενειακής βίας στη Ζυρίχη της Ελβετίας, στο 40% των υπό εξέταση καταστάσεων είχε ενεργό συμμετοχή η αλκοόλη (Maffi & Zumbrunn 2003), ενώ άτομα εξαρτημένα από το αλκοόλ ενεργούν βίαια προς τους συντρόφους τους (White & Chen 2002). Σε έρευνα που διεξήχθη στην Ουγκάντα και συμμετείχαν 5.109 γυναίκες της αναπαραγωγικής ηλικίας, διαπιστώθηκε πως οι γυναίκες των οποίων οι σύντροφοι κατανάλωναν αλκοόλ πριν από την ερωτική επαφή αντιμετώπιζαν πέντε φορές μεγαλύτερο κίνδυνο ενδοοικογενειακής βίας από εκείνες των οποίων οι σύντροφοι δεν έπιναν πριν από την ερωτική επαφή (Koening et al. 2003). Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξε μελέτη στην Κολομβία, στην οποία συμμετείχαν 275 γυναίκες σύμφωνα με τα αποτελέσματα της οποίας, η τακτική κατανάλωση αλκοόλ αποτελεί παράγοντα ενδοοικογενειακής βίας (Tuesca & Borda 2003).

Στην Ελλάδα, το 57,6% των ατόμων που αιτήθηκαν θεραπείας το τελευταίο τρίμηνο του 2010 ανέφεραν ότι εξαιτίας της χρήσης αλκοόλ συμπεριφέρθηκαν βίαια κάποια στιγμή σε μέλος της οικογένειάς τους. Συγκεκριμένα, στο σύνολο των ατόμων που άσκησαν βία, το 56,6% άσκησε λεκτική βία, το 42,1% λεκτική και σωματική βία και ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 1,3% αποκλειστικά σωματική βία (ΕΚΤΕΠΝ 2011).

Τροχαία ατυχήματα

Στο πλαίσιο της διερεύνησης των τροχαίων ατυχημάτων ως άμεση απόρροια της υπέρμετρης κατανάλωσης οινοπνεύματος, έχει εκτιμηθεί ότι με 80mg% αιθανόλης στο αίμα ο κίνδυνος σύγκρουσης είναι διπλάσιος, με 150mg% ο κίνδυνος είναι 10 φορές μεγαλύτερος και με 100 mg% ο κίνδυνος γίνεται 20 φορές μεγαλύτερος (Τούντας 2011). Στις Ηνωμένες Πολιτείες σχεδόν 30 άνθρωποι πεθαίνουν κάθε μέρα σε τροχαία ατυχήματα που σχετίζονται με την οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ. Αυτό ισοδυναμεί με ένα θάνατο κάθε 51 λεπτά (NHTSA 2014). Το ετήσιο κόστος των ατυχημάτων που σχετίζονται με την κατανάλωση οινοπνεύματος ανέρχεται σε πάνω από 59 δις δολάρια (Blincoe et al 2014). Το 2012, 10.322 άνθρωποι έχασαν τη ζωή τους σε τροχαία ατυχήματα που οφείλονταν στην υπέρμετρη κατανάλωση αλκοόλης αριθμός που αντιπροσωπεύει σχεδόν το ένα τρίτο (31%) του συνόλου των θανάτων που καταγράφονται στις Ηνωμένες Πολιτείες (NHTSA 2014).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η περίπτωση της Ελλάδας καθώς εμφανίζει την υψηλότερη θνησιμότητα από τροχαία ατυχήματα. Σύμφωνα με στοιχεία της τροχαίας, κατά τα έτη 2005 και 2006 το ποσοστό των θανατηφόρων τροχαίων ατυχημάτων που οφείλονται σε μέθη ήταν 28% και 25,4% αντίστοιχα (Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν 2007).

ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η μελέτη της κατανάλωσης αλκοόλ από επαγγελματίες υγείας έχει αποτελέσει το επίκεντρο του ενδιαφέροντος της επιστημονικής κοινότητας εδώ και δεκαετίες (Rosta 2008, Issa et al.2012). Ο τρόπος ζωής που σχετίζεται με ασθένειες όπως η επικίνδυνη κατανάλωση οινοπνεύματος αποτελεί την κύρια αιτία για την αυξανόμενη ανησυχία στο τομέα της δημόσιας υγείας, καθώς απειλεί την ποιότητα της παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας και κατά συνέπεια την υγεία και την ευημερία των πληθυσμών. Η μελέτη του φαινομένου στους επαγγελματίες υγείας αποκτά ακόμη μεγαλύτερο ενδιαφέρον, καθώς

οι πράξεις ή παραλείψεις των συγκεκριμένων εργαζομένων έχουν άμεσο αντίκτυπο στη συμπεριφορά των ατόμων που περιθάλπουν και επηρεάζουν στο μέγιστο την ποιότητα του κοινωνικού τους έργου.

Αλκοόλ και ιατρικό επάγγελμα

Η κατανάλωση οινοπνεύματος από τους επαγγελματίες υγείας αποτελεί υπαρκτή πραγματικότητα. Ειδικότερα η μελέτη του φαινομένου στην επαγγελματική ομάδα των ιατρών πιστοποιεί πως οι συγκεκριμένοι εργαζόμενοι εμφανίζουν υψηλά επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ και μάλιστα σε ποσοστό μεγαλύτερο από το γενικό πληθυσμό (Juntunen et al. 1988) ως άμεση απόρροια της ιδιαίτερης φύσης του ιατρικού επαγγέλματος, του υπερβολικού φόρτου εργασίας, των έντονων συναισθηματικών και οικογενειακών προβλημάτων.

Σε μελέτη του 2006 μεταξύ νοσοκομειακών γιατρών στη Γερμανία, βρέθηκε ότι ποσοστό 76,7% κάνει μέτρια κατανάλωση αλκοόλ, 19,8% κάνει επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ και μόνο 9,5% απέχει από τη χρήση οινοπνεύματος (Rosta 2008), ενώ το αντίστοιχο ποσοστό σε έρευνα που διενεργήθηκε μεταξύ ειδικευόμενων γιατρών στη Νιγηρία ανέρχεται σε 12% για τους μετριοπαθείς πότες και 4,1% για εκείνους που κάνουν επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλης (Issa et al. 2012). Ως παράγοντες κινδύνου εκδήλωσης του φαινομένου και στις δύο έρευνες καταγράφονται η φύση του ιατρικού επαγγέλματος, ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, το εργασιακό στρες και η επαγγελματική εξουθένωση.

Έρευνα στις ΗΠΑ επίσης, έδειξε πως το ποσοστό των γιατρών που εμφάνισαν διαταραχή στη χρήση οινοπνεύματος ξεπερνά το 14% (Baltisseri 2007), ενώ έρευνα που έλαβε χώρα στη Φιλανδία το 1988 έδειξε πως το 24% των ανδρών γιατρών και το 3% των γυναικών συναδέλφων τους είχαν καταναλώσει πάνω από 200gr αλκοόλ την εβδομάδα και 4% των ανδρών πάνω από 30lt το χρόνο (> 450gr την εβδομάδα) με τα μεγαλύτερα ποσοστά να καταγράφονται στις ηλικίες άνω των 40 ετών (Juntunen et al. 1988), ως άμεση συνέπεια του εργασιακού στρες και του χαμηλού επιπέδου επαγγελματικής ικανοποίησης.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα υψηλά ποσοστά κατανάλωσης αλκοόλ από γιατρούς δύο συγκεκριμένων ιατρικών ειδικοτήτων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας των Nace et al (1995), το 49% των ψυχιάτρων κατανάλωνε αλκοόλ ως άμεση συνέπεια οικογενειακών και συναισθηματικών προβλημάτων , ενώ η έρευνα των Mansky 1996). έδειξε πως οι ψυχίατροι έχουν τρεις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα αυξημένων ποσοστών κατανάλωσης αλκοόλ συγκριτικά με τους γιατρούς των υπόλοιπων ειδικοτήτων.

Παράλληλα, οι γιατροί που υπηρετούν το σύστημα υγείας ως χειρουργοί, εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο κατανάλωσης οινοπνεύματος ως απόρροια της αγχωτικής φύσης και του υπερβολικού φόρτου εργασίας που χαρακτηρίζει τη συγκεκριμένη ειδικότητα. Σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη το 2005 στη Νορβηγία, οι γυναίκες χειρουργοί εμφάνισαν μεγαλύτερες πιθανότητες κατανάλωσης αλκοόλ, καθώς η χειρουργική ειδικότητα απαιτεί πολλές και απρόβλεπτες ώρες στο χειρουργείο γεγονός που καθιστά δύσκολη την ισορροπία μεταξύ επαγγελματικών και οικογενειακών υποχρεώσεων στις γυναίκες, με επακόλουθο την υιοθέτηση αρνητικών συμπεριφορών υγείας (Rosta et Aasland 2005).

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με την κατανάλωση οινοπνεύματος από το επαγγελματικό σώμα των ιατρών δείχνει ότι οι συγκεκριμένοι εργαζόμενοι παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ασθενειών σχετιζόμενων με το αλκοόλ όπως ο καρκίνος και η κίρρωση του ήπατος (Drever et al. 1996). Στατιστικά θνησιμότητας σε αρκετές χώρες καταδεικνύουν πως η κίρρωση του ήπατος που σχετίζεται άμεσα με την κατανάλωση αλκοόλ είναι τόσο συχνή στους γιατρούς, όσο η απόπειρα αυτοκτονίας (Rimbella et al. 1987), η χρήση ναρκωτικών ουσιών (Roy 1985) και τα καρδιαγγειακά νοσήματα (Goodman 1975).

Αλκοόλ και νοσηλευτική

Η εκτενής μελέτη των ερευνητικών δεδομένων ενισχύει την πραγματικότητα πως τα μέλη που απαρτίζουν το επαγγελματικό σώμα των νοσηλευτών παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ και μάλιστα σε ποσοστό μεγαλύτερο από το γενικό πληθυσμό (Καρκαλέτση και συν. 2009). Η υιοθέτηση της συγκεκριμένης αρνητικής συμπεριφοράς υγείας δύναται να συμβάλλει στην επιβάρυνση της υγείας και της ευημερίας των νοσηλευτών (International Council of Nurses 2007) με άμεσο επακόλουθο την παροχή χαμηλού επιπέδου υγειονομικής φροντίδας.

Έρευνα που διενεργήθηκε στις ΗΠΑ, έδειξε πως το ποσοστό των νοσηλευτών που έκαναν υπέρμετρη κατανάλωση αλκοόλ ανέρχεται σε 10% (Trinkoff et al. 1997) ενώ σε αντίστοιχη έρευνα βρέθηκε πως 40.000 νοσηλευτές που εργάζονται στις ΗΠΑ αντιμετώπιζαν πρόβλημα αλκοολισμού (Bissell & Haberman 1984).

Η μελέτη της βιβλιογραφίας επίσης δείχνει ότι τα επίπεδα κατανάλωσης οινοπνεύματος από τους νοσηλευτές είναι άμεσα σχετιζόμενα με την ιδιαίτερη φύση του νοσηλευτικού επαγγέλματος και το έντονο εργασιακό στρες που βιώνουν οι συγκεκριμένοι εργαζόμενοι. Έρευνα που έλαβε χώρα στην Ουγγαρία μεταξύ 218 νοσηλευτών πιστοποίησε τη συσχέτιση υψηλών επιπέδων στρες και αυξημένων ποσοστών κατανάλωσης αλκοόλ (Piko 1999). Η συγκεκριμένη παραδοχή ενισχύεται από τα αποτελέσματα ερευνών σύμφωνα με τα οποία οι νοσηλευτές που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε μονάδες που χαρακτηρίζονται από έντονο επαγγελματικό άγχος όπως τα χειρουργικά τμήματα έχουν μεγαλύτερα προβλήματα σχετιζόμενα με το αλκοόλ, συγκριτικά με εκείνες που υπηρετούν λιγότερο στρεσογόνες μονάδες

(Plant 1991). Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξε έρευνα που διεξήχθη στη Νορβηγία μεταξύ ανδρών νοσηλευτών απασχολούμενων σε χειρουργικά τμήματα νοσοκομειακών μονάδων (Rosta & Aasland 2005).

Διαπιστώνεται λοιπόν πως η κατανάλωση αλκοόλης από τα μέλη της επαγγελματικής ομάδας των νοσηλευτών είναι πρόβλημα μεγίστης σημασίας που καθιστά επιτακτική την ανάγκη λήψης των απαραίτητων μέτρων, με σκοπό την προστασία της υγείας τους και την προάσπιση του κοινωνικού τους έργου.

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Η εξάρτηση από το αλκοόλ είναι μια κατάσταση με σημαντικές επιπτώσεις τόσο στη λειτουργικότητα όσο και στην ποιότητα ζωής του ατόμου. Παράλληλα, η υπέρμετρη κατανάλωση αλκοόλης δύναται να συμβάλλει στην κατάρρευση ολόκληρων εθνικών οικονομιών.

Σύμφωνα με στοιχεία που προκύπτουν από μελέτη ανασκόπησης σχετικά με το οικονομικό φορτίο της εξάρτησης από το αλκοόλ, τα άμεσα ετήσια συνολικά κόστη αγγίζουν τα 7,8 δισεκατομμύρια ευρώ για το 2012, περίπου δηλαδή το 0,31 του ΑΕΠ, ενώ τα έμμεσα κόστη φτάνουν τα 68 δισεκατομμύρια ευρώ, δηλαδή το 0,64 του ετήσιου συνολικού ακαθάριστου ευρωπαϊκού προϊόντος ή αλλιώς το 7,7% των ετήσιων δαπανών μιας χώρας για την υγεία (Laramee et al. 2013).

Το βασικότερο άμεσο κόστος φαίνεται να είναι η νοσηλεία των εξαρτημένων από το αλκοόλ ασθενών, η οποία δύναται να αγγίξει μέχρι και το 15% του κατά κεφαλήν εισοδήματος για τη νοσηλεία ενός και μόνο ασθενούς, εξαρτώμενο φυσικά από τη διάρκεια της νοσηλείας, ενώ το φαρμακευτικό κόστος είναι ιδιαίτερα χαμηλό και περιορίζεται στο 0,000005%-0,0002% του ΑΕΠ μιας χώρας. Σύμφωνα με δύο μελέτες που διενεργήθηκαν στη Γερμανία, παρατηρήθηκε αύξηση του άμεσου κόστους από 0,04% του ΑΕΠ το 1990 σε 0,31% το 2002. Παρόμοια αποτελέσματα προέρχονται από έρευνα στη Σκωτία, με το κόστος που οφείλεται στην ανεργία λόγω αλκοολισμού να ανέρχεται σε 253,5 εκατομμύρια ευρώ το 2001 και να αγγίζει το μέγεθος των 299 εκατομμυρίων ευρώ το 2007. Το 2006, το εκτιμώμενο συνολικό οικονομικό κόστος της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ στις Ηνωμένες Πολιτείες ανήλθαν σε 223.500 εκατομμύρια δολάρια ή 1,90 δολάρια ανά ποτό, το οποίο ισούται με περίπου 746 δολάρια για κάθε άνδρα, γυναίκα και παιδί σε κατά κεφαλήν βάση. Από τα 223,5 δισεκατομμύρια $, $ 161,3 (72,3%) αντιπροσωπεύουν το κόστος από την απώλεια παραγωγικότητας. Από αυτό το $ 161.300.000.000, οι δύο μεγαλύτερες απώλειες προήλθαν από διαταραχή της παραγωγικότητας της εργασίας (45,9%) και της χαμένης παραγωγικότητας που οφείλεται στις 83.180 θάνατοι σχετίζονται με το αλκοόλ (40,3%) (Bouchery et al,2006). Διαπιστώνεται λοιπόν ότι το οικονομικό φορτίο που σχετίζεται με την εξάρτηση από το αλκοόλ είναι σημαντικό και καθιστά επιτακτική την ανάγκη προσδιορισμού του κόστους της νόσου, ώστε να καθοριστούν πιο συγκεκριμένα τα οφέλη από την αποτελεσματική πρόληψη και αντιμετώπισής της.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Από την εκτεταμένη μελέτη των ερευνητικών δεδομένων φάνηκε ότι η κατανάλωση αλκοόλ αποτελεί υπαρκτή πραγματικότητα, καθώς δύναται να επιφέρει επιβαρυντικές καταστάσεις τόσο για τον ίδιο το χρήστη, όσο και για το άμεσο περιβάλλον του και το κοινωνικό σύνολο. Η επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ από τους επαγγελματίες υγείας αποτελεί πρόβλημα μείζονος σημασίας, καθώς απειλεί την ανάπτυξη και την ποιότητα της παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας. Οι χώρες που θα αναλάβουν πιο έντονη δράση στην καταπολέμηση του φαινομένου είναι σίγουρο πως θα ανταμειφθούν με σημαντικά κέρδη όπως η παροχή υψηλού επιπέδου υπηρεσιών υγείας και η εύρυθμη λειτουργία ενός υγειονομικού συστήματος που σκοπό θα έχει την προάσπιση της υγείας και της ευημερίας των πληθυσμών

Η παραδοχή της συγκεκριμένης πραγματικότητας καθιστά επιτακτική την ανάγκη λήψης αποτελεσματικών μέτρων και πολιτικών με κύριο σκοπό τη μείωση των βλαβών από τη χρήση αλκοόλ και παράλληλα τη αύξηση του αριθμού των κερδών όπως είναι η βελτίωση της ποιότητας της ζωής των πληθυσμών, η βελτίωση στους τομείς εργασίας και παραγωγικότητας, η μεγαλύτερη εξοικονόμηση όρων στην υγεία και την κοινωνική ασφάλιση, η ευρύτερη ισονομία στην υγεία και την οικονομία καθώς και η ισχυρότερη κοινωνική συνοχή.

Στο πλαίσιο των μέτρων αντιμετώπισης της χρήσης αλκοόλ θεωρείται σημαντική η υποστήριξη μη κυβερνητικών οργανώσεων που προωθούν έναν υγιή τρόπο ζωής και κυρίως εκείνων που σχετίζονται με το αλκοόλ. Επιπρόσθετα, θεωρείται απαραίτητη η συλλογή αξιόπιστων στοιχείων και η εφαρμογή νόμων με σκοπό την

Δέκα τομείς δράσης κατά της κατανάλωσης αλκοόλ
1.Ευαισθητοποίηση και δέσμευση των εθνικών ηγεσιών
2.Απόκριση των υπηρεσιών υγείας
3.Κοινοτική δράση κατά του αλκοόλ
4.Εφαρμογή αμτίμετρων κατά της οδήγησης υπό την επήρρεια αλκοόλ
5.Έλεγχος της διαθεσιμότητας του αλκοόλ
6.Έλεγχος της εμπορίας αλκοολούχων ποτών
7.Εφαρμογή πολιτικών τιμολόγησης αλκοολούχων ποτών
8.Μείωση των αρνητικών συνεπειών της κατανάλωσης αλκοόλ
9.Μείωση των επιπτώσεων της κατανάλωσης αλκοόλ στη δημόσια υγεία
10.Παρακολούθηση και αποπτεία εφαρμογής των προτεινόμενων μέτρων

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Δέκα τομείς δράσης κατά της κατανάλωσης αλκοόλ
Πηγή: WHO. Global strategy to reduse the harmful use of alcohol (2010)

παρακολούθηση της αποτελεσματικότητας των μέτρων και την εφαρμογή αποτελεσματικότερων ενεργειών όπου αυτό κρίνεται αναγκαίο. Στον πίνακα 2 παρουσιάζονται συνοπτικά οι δέκα τομείς δράσης κατά της κατανάλωσης αλκοόλ σύμφωνα με τον ΠΟΥ.

Η παγκόσμια στρατηγική για τη μείωση της βλαπτικής χρήσης του οινοπνεύματος στο πλαίσιο δράσης του ΠΟΥ που επικυρώθηκε το 2010 περιλαμβάνει ένα σύνολο μέτρων που θεωρείται πως μπορεί να διαδραματίσει καθοριστικό ρόλο στον αγώνα καταπολέμησης των βλαπτικών συνεπειών της κατανάλωσης αλκοόλ (WHO 2010). Τα προτεινόμενα μέτρα αφορούν στην ένταξη των πολιτικών δράσης κατά του αλκοόλ στις ευρύτερες οικονομικές και προνοιακές πολιτικές με κύριο σκοπό την αποτελεσματική ανάπτυξη της υγείας των κοινωνιών και την πραγμάτωση της οικονομικής τους ευημερίας. Στην προσπάθεια εκπλήρωσης του επιθυμητού στόχου δύναται να συμβάλλει η ανάληψη δραστηριοτήτων για την αύξηση της ευαισθητοποίησης και της ενημέρωσης του πληθυσμού για τις γενικότερες επιπτώσεις της κατανάλωσης αλκοόλ, όπως είναι η εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων αγωγής υγείας που ξεκινούν από την παιδική ηλικία και συνεχίζονται μέχρι την εφηβεία. Σημαντικό ρόλο θεωρείται ότι μπορεί να διαδραματίσει η καλλιέργεια της κοινότητας της κοινωνίας στην αντιμετώπιση των συνεπειών του αλκοόλ μέσω της εκπαίδευσης και της επάνδρωσης καίριων τομέων όπως η υγεία και η κοινωνική πρόνοια με εξειδικευμένα στελέχη σε συνδυασμό με την ενδυνάμωση των τοπικών αρχών για την υλοποίηση προγραμμάτων που εναρμονίζονται με όλα τα κοινωνικά στρώματα. Παράλληλα, κρίνεται απαραίτητη η δημιουργία θεραπευτικών και επανενταξιακών υπηρεσιών οι οποίες θα απασχολούν ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό τόσο για τα άτομα που κάνουν επιβλαβή χρήση οινοπνευματωδών, όσο και για τα μέλη της οικογένειάς τους.

Επισφραγίζεται λοιπόν, πως τα κύρια όπλα στον αγώνα κατά της επιβλαβούς χρήσης του αλκοόλ αποτελούν η οικουμενικότητα των πολιτικών απέναντι στο αλκοόλ, η συντονισμένη δράση, η προώθηση υγιών συνηθειών και τρόπων ζωής, καθώς και η εξασφάλιση της αποτελεσματικότερης διάδοσης των πληροφοριών σχετικά με την προώθηση των θέσεων, των πολιτικών και των μεθόδων αξιολόγησης.

Συμβολή Συγγραφέων

Όλοι οι συγγραφείς συμμετείχαν στη σύλληψη, στο σχεδιασμό και την εκπόνηση της εργασίας. Ο ΑΤ είχε την τελική επιμέλεια του κειμένου.

REFERENCES

ΕΚΤΕΠΝ. (2007). Ετήσια Έκθεση για την κατάσταση του προβλήματος των Ναρκωτικών και των Οινοπνευματωδών στην Ελλάδα, Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής

ΕΚΤΕΠΝ. (2011). Εγχειρίδιο για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης: κατευθυντήριες γραμμές και σχεδιασμός παρεμβάσεων, Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής

Καρκαλέτση, Φ., Τζιαμαλή, Β., Ζαρώτης, Ι. & Σκορδίλης, Ε. (2009). Επαγγελματική εξουθένωση εργαζομένων, 17ο Διεθνές Συνέδριο Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού, Κομοτηνή, 7-8

Μπομπολάκη, Δ. & Σταματελοπούλου, Α. (2004). Νοσηλευτική και υγιεινός τρόπος ζωής, μια ολέθρια σχέση, Πτυχιακή Εργασία, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Κρήτης, Ηράκλειο

Τούντας, Γ. (2011). Κοινωνία και υγεία, Οδυσσέας, Νέα Υγεία

Allen, N.E., Beral, V., Casabonne, D., et al. (2009). Moderate alcohol intake and cancer incidence in women. Journal of the National Cancer Institute ; 101(5):296-305

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Mannual of Mental Disorders, Mth Edition, American Psychiatric Association, Washington, DC

American Heart Association. (1997). Northern Manhattan Stroke Study, 22nd International Joint Conference on Stroke and Cerebral Circulation, Anaheim, California

American Psychological Association (APA). (2005). APA help center: From the American Psychological Association, Available at: http://www.apahelpcenter.org. (πρόσβαση στις 29/5/2014)

Baan, R., Straif, K., Grosse, Y., et al. (2007). Carcinogenicity of alcoholic beverages Lancet Oncology ;8(4):292-293

Bacharach, S. B., Bamberger, P., & Biron, M. (2010). Alcohol consumption and workplace absenteeism: the moderating effect of social support. J Appl Psychol, 95(2), 334-348.

Baldisseri, M. (2007). Impaired healthcare professionals, Crit Care Med, 35, 106-116

Bissell, L. & Haberman, PW. (1984). Alcoholism in the professions, New York, NY: Oxford University Press

Blincoe, L., Miller, T.A., Zaloshnja, E., Lawrence, B.A. (2014). The Economic Impact of Motor Vehicle Crashes, 2010. Washington (DC): Dept of Transportation (US), National Highway Traffic Safety Administration (NHTSA); 2014.

Buchery, E.E.,Harwood,H.J.,Sacks,J.J.,Simon,C.J., & Brewer,R.D.(2011), Economic costs of excessive alcohol consumptionin the US,2006

Camargo, C.A. et al. (1997). Prospective study of moderate alcohol consumption and mortality in US physicians, Archives of Internol Medicine, 157, 79-85

Collins, D. J., & Lapsley, H. M. (2008). The costs of tobacco, alcohol and illicit drug abuse to Australian society in 2004/05. National Drug Strategy Monograph Series, 64

Costes, J.M. & Martineau, H. (2002). Drugs and Dependence-Indicators and Trends in 2002

Dale, C. E., & Livingston, M. J. (2010). The burden of alcohol drinking on co-workers in the Australian workplace. Med J Aust, 193(3), 138-140

Dept of Transportation (US). (2012). National Highway Traffic Safety Administration (NHTSA). Traffic Safety Facts 2012: Alcohol-Impaired Driving. Washington (DC): NHTSA; 2014 [cited 2014 Sep 30]. Available at URL: http://www-nrd.nhtsa.dot.gov/Pubs/811870.pdf

De Groot, L.C. & Zock, P.L. (1998). Moderate alcohol intake and mortality, Nutrition Review, 56(1): 25-26

Drever, F., Whitehead, M., Roden, M. (1996). Current patterns and trends in male mortality by social class, Population Trends, 86: 15-20

Edwards, G. & Gross, M.M. (1976) Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. British Medical Journal, 1: 1058-1061.

Friedman, H.S. (1998). Cardiovascular effects of alcohol, in: Galanter, M ed. The consequences of alcoholism, New York, Plenum Press

Gmel, G. & Rehm, J. (2003). Harmful alcohol use, Alcohol Research and Health, 27(1): 52-62

Goodman, L.J. (1975). The longevity and mortality of American

physicians, 1969-1973, Milbauk Mem Fund Q, 53: 353-375
Hamajima, N., Hirose, K., Tajima, K., et al.(2002). Alcohol, tobacco and breast cancer--collaborative reanalysis of individual data from 53 epidemiological studies, including 58,515 women with breast cancer and 95,067 women without the disease. British Journal of Cancer ; 87(11):1234-1245
IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans.(2010). Alcohol consumption and ethyl carbamate IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks in Humans ;96:3-1383.
International Council of Nurses. (2007). Nurses need stress management, Available at: www.stressfreecontrol.com.15/4/2008
Issa, BA, Yussuf, A.D, Abiodun, O.A, Olaurewaju, G.T, Kuranga, T.O. (2012). Hasardous alcohol use among doctors in a Nigerian Tertiary Hospital, West African Journal of Medicine, Vol 31, No 2
Juntunen, J., Asp, S., Olkinuora, M., Aarimaa, M., Strid, L., Kauttu, K. (1988). Doctor's drinking habits and consumption of alcohol, Institute of Occupational Health, SF- 00250 Helsinki, Finland
Kandel, D.B, Huang, F.Y & Davies, M. (2001). Canorbidity between patterns of substance use dependence and psychiatric syndromes. Drug Alcohol and Dependence, 64(2):233-241
Kaplan, H.I. & Sadock, B.J. (1998). Alcohol-related disorders in: Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry,8th ed, p.p.391-407, Baltimore, Williams and Wilkins
Koening, M.A. et al. (2003). Domestic violence in rural Uganda: Evidence from a community based study, Bullentin of the World Health Organization, 81(1): 53-60
Liappas, J., Paparrigopoulos, T., Tzavellas, E., Christodoulou, G. (2003). Alcohol detoxification and social anxiety symptoms: a preliminary study of the impact of mirtazapine administration, Journal of affective disorders
Laramee, P et al. (2013). Alcohol and Alcoholism, 48(3): 259-269
Maffi, E. & Zumbrunn,A. (2003). Alcohol and domestic violence in a sample of incidents reported to the police of Zurich City, Substance Use and Misuse, 38(7): 881-893
Mansky, P.A., (1996), Physician health programs and the potentially impaired physician with a substance use disorder, Psychiatr Serv, 47: 465-467
Murray, R.P. et al. (2002). Alcohol volume, drinking pattern and cardiovascular disease morbidity and mortality: is there a u-shaped function; American Journal of Epidemiology, 155(3):242-248
Mascarinec, G. et al. (1998). Alcohol intake, body weight and mortality in a mylti ethnic prospective cohort, Epidemiology, 9(6): 654-661
Nace, E., Davis, C., Hunter, J. (1995). A comparison of male and female physicians treated for substance use and psychiatric disorders, Ann Acad Psychiatrists, Alcohol Addict, 4: 156-162
Nelson, D.E., Jarman, D.W., Rehm, J., et al.(2013). Alcohol-attributable cancer deaths and years of potential life lost in the United States. American Journal of Public Health ;103(4):641-648.
Norstrom, T., & Moan, I. S. (2009). Per capita alcohol consumption and sickness absence in Norway. Eur J Public Health, 19(4), 383-388.
Piko, BF. (1999). Work-related stress among nurses: challenge for health care institutions, J R Soc Prom Health, 119: 156-162
Plant, M.L., Plant, M.A., Foster, J. (1991). Alcohol, tobacco and illicit drug use among nurses: a Scottish study, Drug Alcohol Depend, 28: 195-203
Rimpella, A.U., Nurmonen, M., Pulkkinen, P.O., Rimpella, M.K., Valkonen, T. (1987) Mortality of doctors: do doctors benefit from their medical knowledge? Lancer, 1: 84-86
Room, R. et al. (2002). Alcohol in developing societies: a public health approach, Helsinki, Finnish Foundation for alcohol studies in collaboration with World Health Organization
Rosovsky, H. et al. (1992). Al-anon groups in Mexico, Contemporary Drug Problems, 19: 587-603
Rosta, J. & Aasland, G.O. (2005). Female surgeons, Alcohol use. A study of a national sample of Norwegian doctors, Alcohol and Alcoholism, 40: 436-440
Rosta, J. (2008). Hasardous alcohol use among hospital doctors in Germany, Alcohol and Alcoholism, 43(2): 198-203
Roy, A. (1985). Suicide in doctors, Psychiatr Cliu North Am, 8: 377-387
Saxena, S., Sharma, R., Maulic, P.K. (2003). Impact of alcohol use on poor families: a study from North India, Journal of Substance Use, 8(2): 78-84
Singal, A.K.,Guturu, P., and Hmoud, B., et al.(2012). Evolving frequency and outcomes of liver transplantation based on etiology of liver disease. Transplantation 95(5):755–760
Straus, R. (1979). An historical perspective on the clinical uses of wine, Vintage, August
Trinkoff, AM. & Storr, CK. (1997). Collecting substance use data with an anonymous mailed survey, Drug Alcohol Depend,Oct25; 48(1):1-8
Tuesca, R. & Borda, M. (2003). Marital violence in Barranquilla Colombia: prevalence and risk factors, Gaceta Sanitaria, 17(4): 302-308
White, H.R. & Chen, P. (2002). Problem drinking and intimate partner violence, Journal of Studies on Alcohol, 63(2): 205-214
WHO. (1980). Problems related to alcohol consumption. Report of a WHO Expert Committee. Geneva. World Health Organization (WHO Technical Report Series, No.650).
WHO. (2004). Department of Mental Health and Substance Abuse, Geneva
WHO. (2004). Global Status Report, Alcohol Policy, Geneva
WHO. (2010). Report. Migration on health workers, Fact sheet No301
Yoon, Y.H., & Yi, H.Y.,(2012). Surveillance Report #93: Liver Cirrhosis Mortality in the United States, 1970–2009. Bethesda, MD: NIAAA, 2012. Available at: http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Surveillance93/Cirr09.htm

Alcohol and Alcoholism: a contemporary threat in the area of health care

Afroditi Karra[1], Maria Saridi[2], Kyriakos Souliotis[3]

1. Nurse, MSc, General Hospital of Korinthos
2. PhD, Scientific Fellow, Faculty of Social Sciences, University of Peloponnese, Korinthos.
3. Assistant Professor, Faculty of Social Sciences, University of Peloponnese, Korinthos.

ABSTRACT

The alcohol abuse is a global problem which over the last decades became a matter of concern to the international scientific community and simultaneously the consequences of this overconsumption to the health, social life and finances of the individuals have been documented via research. Besides the effects to the various organ systems within the human body, the alcohol abuse may cause the appearance of various disorders that affect the long-term behavior and mental health of the individual. A result of the aforementioned is the fact that this situation affects the individual's occupation while a field undergoing investigation is that of health care. Professionals in health care experience intense stress due to the particularities they face in their working environment and their constant contact with illness. As a result research designates problems of alcoholism in health care professionals. The purpose of this descriptive study is updating information about the impact of alcohol abuse and the relation between alcohol consumption and healthcare professionals.

Key Words: alcohol, alcoholism, health professionals, abuse

Corresponding Author: Afroditi Karra, Deligianni, Zeugolatio Korinthias, P.K 20001, Tel 2741051648, 6972929797, afroditikarra73@gmail.com

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Μελέτη της συναισθηματικής κατάστασης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που διενεργεί καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση (ΚΑΑ)

Ευδοκία Κακλαμάνου[1], Γεώργιος Ίντας[1], Ανδρέας Κυρώζης[2], Γεώργιος Λυράκος[1].

1. ΓΝΝΠ Άγιος Παντελεήμων
2. Α΄ Νευρολογική Κλινική, ΕΚΠΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η καρδιοαναπνευστική ανακοπή είναι μία επείγουσα και πολύ στρεσσογόνος κατάσταση που επηρεάζει αρνητικά τη συναισθηματική κατάσταση των επαγγελματιών υγείας.
Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της επίδρασης της εφαρμογής καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης (ΚΑΑ) στη συναισθηματική κατάσταση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, που είτε διενεργεί, είτε είναι παρόν, κατά τη εφαρμογή της ΚΑΑ.
Μεθοδολογία: Πρόκειται για μία προοπτική μελέτη, η οποία διεξήχθη στο Γ.Ν.Ν. «Άγιος Παντελεήμων». Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 200 επαγγελματίες υγείας διαφόρων επαγγελματικών κατηγοριών και επιπέδων εκπαίδευσης, οι οποίοι είτε διενέργησαν, είτε συμμετείχαν στη διαδικασία της ΚΑΑ. Η εκτίμηση της συναισθηματικής κατάστασης έγινε με το ερωτηματολόγιο Depression Anxiety Stress Scale και η στατιστική ανάλυση με το στατιστικό πακέτο SPSS v.19.0.
Αποτελέσματα: Το δείγμα της μελέτης αποτελούνταν από 112 νοσηλευτές, 36 βοηθούς νοσηλευτών και 50 ιατρούς (34 ειδικευόμενοι και 16 ειδικευμένοι/επιμελητές) μέσης ηλικίας (39.8±8.5 έτη). Από το σύνολο του δείγματος, 29 (14.5%) ερωτηθέντες είχαν επισκεφθεί πρόσφατα έναν ειδικό ψυχικής υγείας για κάποιο πρόβλημα. Οι γυναίκες είχαν σημαντικά μεγαλύτερα επίπεδα κατάθλιψης (p=0.017) και άγχους (p=0.02) σε σχέση με τους άντρες. Οι βοηθοί νοσηλευτών είχαν σημαντικά μεγαλύτερα επίπεδα κατάθλιψης (p=0), ανησυχίας (p=0) και άγχους (p=0.002) σε σχέση με τις υπόλοιπες επαγγελματικές ομάδες. Οι διαζευγμένοι σε σχέση με τους έγγαμους και τους άγαμους είχαν σημαντικά μεγαλύτερα επίπεδα κατάθλιψης (p=0.008), ανησυχίας (p=0.012) και άγχους (p=0.002). Οι νοσηλευτές εμφάνισαν σημαντικά μεγαλύτερου βαθμού κατάθλιψη (p<0.05), ανησυχία (p<0.05) και άγχος (p<0.05) σε σχέση με τους ιατρούς (p<0.05). Η συναισθηματική υγεία των βοηθών νοσηλευτών ήταν σημαντικά χειρότερη σε σχέση με τους υπόλοιπους που συμμετείχαν στη μελέτη (p<0.05). Οι επαγγελματίες υγείας που ένιωθαν ασφαλείς με τις γνώσεις τους στην ΚΑΑ σε σχέση με τους υπόλοιπους είχαν σημαντικά χαμηλότερη κατάθλιψη (p=0.002) ανησυχία (p<0.001) και άγχος (p=0.007).
Συμπεράσματα: Η συναισθηματική κατάσταση των νοσηλευτών είναι περισσότερο διαταραγμένη σε σχέση με τους ιατρούς. Τα επίπεδα άγχους, ανησυχίας και κατάθλιψης είναι πολύ χαμηλότερα σε επαγγελματίες υγείας που νιώθουν ασφαλείς με τις γνώσεις τους στην ΚΑΑ.

Λέξεις Κλειδιά: συναισθηματική κατάσταση, ιατροί, νοσηλευτές, κατάθλιψη, άγχος

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας: Κακλαμάνου Ευδοκία, Email: tepnikaias@gmail.com, Τηλ: 6977733085

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Οι διαζευγμένοι επαγγελματίες υγείας εμφάνισαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους.**
- **Περισσότεροι από τους μισούς ερωτηθέντες είχαν συμμετάσχει σε πρόγραμμα εκπαίδευσης ΚΑΑ.**
- **Οι νοσηλευτές ανέφεραν μεγαλύτερου βαθμού κατάθλιψη, ανησυχία και άγχος σε σχέση με τους ιατρούς.**
- **Τα επίπεδα άγχους, ανησυχίας και κατάθλιψης είναι πολύ χαμηλότερα σε επαγγελματίες υγείας που νιώθουν ασφαλείς με τις γνώσεις τους στην ΚΑΑ.**
- **Οι επαγγελματίες υγείας που νιώθουν ασφαλείς με τις γνώσεις τους στην ΚΑΑ δηλώνουν ότι γνωρίζουν τις ενέργειες που θα ακολουθήσουν.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το περιβάλλον εργασίας αποτελεί πηγή χρόνιου στρες για πολλούς επαγγελματίες υγείας. Επειδή οι άνθρωποι αφιερώνουν σχεδόν τη μισή ζωή τους στην εργασία, έχει δοθεί ιδιαίτερη σημασία στην αντιμετώπιση του φαινομένου του εργασιακού στρες. Ως εργασιακό στρες μπορεί να θεωρηθεί οποιαδήποτε κατάσταση προκαλεί στρες στον εργαζόμενο, όπως για παράδειγμα μία νέα εργασιακή θέση ή το να έρθει ο εργαζόμενος αντιμέτωπος με μία επείγουσα κατάσταση που χρήζει άμεσης, γρήγορης και εξειδικευμένης αντιμετώπισης (Ross & Altmaier 1994). Ο βαθμός του εργασιακού στρες εξαρτάται από την προσωπικότητα και ένα συνδυασμό βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων του ατόμου (Salilih & Abajobir, 2014). Επίσης, εξαρτάται από το νοσοκομειακό περιβάλλον εργασίας και τις συνθήκες που το χαρακτηρίζουν όπως η έλλειψη προσωπικού, η εντατικοποίηση εργασίας, η ασάφεια ρόλων και καθηκόντων, το ωράριο εργασίας, η έλλειψη αναγνώρισης, οι αρνητικές διαπροσωπικές σχέσεις με συναδέλφους καθώς και η επαφή με τον ασθενή, αλλά και η αντιμετώπιση του πόνου και του θανάτου (Αντωνίου 2006).

Σε πολλές μελέτες, το άγχος είναι συνώνυμο του στρες και σε άλλες, οι έννοιες αυτές είναι εντελώς διαφορετικές (Καντάς 1995). Έτσι, το άγχος συνήθως ορίζεται ως η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από αισθήματα επικείμενου κινδύνου, έντασης και εσωτερικής ανησυχίας (Ollendick 1998), ενώ το στρες ορίζεται ως η αντίδραση του ατόμου σε στρεσογόνους εξωτερικούς ή εσωτερικούς παράγοντες (Καραδήμας 1999). Το στρες δεν είναι απαραίτητα επιβλαβές για τον ανθρώπινο οργανισμό, αντιθέτως όταν βιώνεται σε μικρό βαθμό, βελτιώνεται η απόδοση του ανθρώπου (Ollendick 1998).

Το περιβάλλον εργασίας αποτελεί πηγή χρόνιου στρες για πολλούς επαγγελματίες υγείας. Επειδή οι άνθρωποι αφιερώνουν σχεδόν τη μισή ζωή τους στην εργασία, έχει δοθεί ιδιαίτερη σημασία στην αντιμετώπιση του φαινομένου του εργασιακού στρες. Ως εργασιακό στρες μπορεί να θεωρηθεί οποιαδήποτε κατάσταση προκαλεί στρες στον εργαζόμενο, όπως για παράδειγμα μία νέα εργασιακή θέση ή το να έρθει ο εργαζόμενος αντιμέτωπος με μία επείγουσα κατάσταση που χρήζει άμεσης, γρήγορης και εξειδικευμένης αντιμετώπισης (Ross & Altmaier 1994). Ο βαθμός του εργασιακού στρες εξαρτάται από την προσωπικότητα και ένα συνδυασμό βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων του ατόμου (Cooper et al 1976). Επίσης, εξαρτάται από το νοσοκομειακό περιβάλλον εργασίας, όπως η έλλειψη προσωπικού, η εντατικοποίηση εργασίας, η ασάφεια ρόλων και καθηκόντων, το ωράριο εργασίας, η έλλειψη αναγνώρισης, οι αρνητικές διαπροσωπικές σχέσεις με συναδέλφους και από την επαφή με τον ασθενή (πόνο και θάνατο) (Αντωνίου 2006).

Αν και το χρόνιο στρες έχει μελετηθεί επαρκώς, η επίπτωση που έχει το οξύ στρες στην απόδοση των επαγγελματιών υγείας είναι ακόμη υπό διερεύνηση (Rauchenzauner et al 2009). Η σχέση του οξέος στρες με την απόδοση των επαγγελματιών υγείας διαφέρει ανάλογα με το τμήμα που εργάζονται (LeBlanc 2009). Δεν υπάρχει ένα μόνο αποτέλεσμα σχετικά με το τι συμβαίνει σε καταστάσεις υψηλού στρες, όσον αφορά στην απόδοση. Σε άλλα άτομα η απόδοση αυξάνεται και σε άλλα μειώνεται (Harvey et al 2010). Ένας ορισμένος βαθμός στρες είναι επιθυμητός και μπορεί να βελτιώσει την απόδοση του ατόμου. Εάν ξεπεραστεί αυτό το όριο, τότε η απόδοση του ατόμου μειώνεται (Ng et al 2009).

Η καρδιοαναπνευστική ανακοπή από τη φύση της, είναι μια κατάσταση έκτακτης ανάγκης που χρειάζεται άμεση αντιμετώπιση και προκαλεί δυνητικά μεγάλου βαθμού οξύ στρες (Hunziker et al 2011). Μελέτες που έχουν γίνει στο παρελθόν έχουν δείξει ότι σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, όπως η ΚΑΑ, προκαλείται σημαντικό στρες σε όλους τους εμπλεκόμενους επαγγελματίες υγείας. Τρεις από αυτές τις μελέτες διερεύνησαν τη σχέση του στρες και της απόδοσης (Bjorshol et al 2011, Hunziker et al 2011, Muller et al 2009).

Μία από τις προαναφερθείσες μελέτες που διεξήχθη στη Νορβηγία κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το κοινωνικο-συναισθηματικό στρες που έχουν οι διασώστες τη στιγμή που κάνουν ΚΑΑ δεν επηρεάζει την ποιότητά της (Bjorshol et al 2011). Άλλη μελέτη, επίσης, έδειξε ότι ο βαθμός του στρες που λαμβάνουν οι φοιτητές ιατρικής και το αίσθημα του υπερβάλλοντα ζήλου να ανταποκριθούν, είχε σημαντική αρνητική συσχέτιση στην εκτέλεση ΚΑΑ (Hunziker et al 2011). Μια άλλη μελέτη στη Γερμανία μετρούσε σε εντατικολόγους την έκκριση αμυλάσης,

ένα βιοχημικό δείκτη στρες, κάθε φορά που λάμβαναν μέρος σε ΚΑΑ σε ασθενείς. Παρατηρήθηκε ότι η έκκριση αμυλάσης σε εκείνους τους εντατικολόγους που είχαν κάνει σεμινάρια ΚΑΑ μίας ημέρας ήταν σημαντικά μικρότερη (Muller et al 2009). Επίσης σε παρόμοια μελέτης συγκρίθηκαν οι σφίξεις και η αρτηριακή πίεση 18 επαγγελματιών υγείας που έκαναν ΚΑΑ τόσο κατά τη διάρκεια εκπαιδευτικού μαθήματος όσο και σε πραγματικές συνθήκες, σε ασθενείς. Βρέθηκε ότι τα ζωτικά τους σημεία διέφεραν σημαντικά μεταξύ των δύο αυτών καταστάσεων και μάλιστα οι επαγγελματίες υγείας είχαν περισσότερο στρες κατά τη διάρκεια των εκπαιδευτικών μαθημάτων (Quilici et al 2005).

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της συναισθηματικής κατάστασης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που, είτε διενεργεί, είτε είναι παρόν, κατά τη εφαρμογή της ΚΑΑ, σε τριτοβάθμιο νοσηλευτικό ίδρυμα στην Ελλάδα.

Μεθοδολογία

Πρόκειται για μία προοπτική μελέτη, η οποία διεξήχθη σε όλα τμήματα του Γ.Ν.Ν. «Άγιος Παντελεήμων», στα οποία πραγματοποιούνταν ΚΑΑ. Τα ερωτηματολόγια δίνονταν στους επαγγελματίες υγείας από τους ερευνητές μετά από την ΚΑΑ.

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 200 επαγγελματίες υγείας ανεξαρτήτου κατηγορίας και επιπέδου εκπαίδευσης, οι οποίοι είτε διενεργούν, είτε συμμετέχουν στη διαδικασία της ΚΑΑ. Η συλλογή των δεδομένων διήρκησε 3 μήνες, από 3 Φεβρουαρίου 2014 έως 3 Μαΐου 2014. Το ποσοστό ανταπόκρισης των επαγγελματιών υγείας ήταν 93.5%.

Από τη μελέτη εξαιρέθηκαν όλοι οι εργαζόμενοι με συνοσηρότητα συναισθηματικής διαταραχής που κατά τη διάρκεια της μελέτης βρίσκονταν υπό θεραπεία για την αποφυγή σύγχυσης των αποτελεσμάτων που αφορούν την επίδραση στην συναισθηματική κατάσταση του προσωπικού λόγω της εφαρμογής μιας διαδικασίας και όχι μίας ήδη υπάρχουσας νόσου. Οι επαγγελματιες υγείας προτού συμμετάσχουν στην έρευνα, ενημερώνονταν για το σχετικό θέμα και αν απαντούσαν ότι βρίσκονταν υπό θεραπεία εξαιρούνταν από τη μελέτη.

Ερευνητικό εργαλείο

Οι συμμετέχοντες, έπειτα από έγγραφη ενημέρωση και συγκατάθεση, κλήθηκαν να απαντήσουν σε ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς για την εκτίμηση των επιπέδων κατάθλιψης, άγχους και στρες και σε ένα ερωτηματολόγιο καταγραφής των στάσεων απέναντι στην διαδικασία της ΚΑΑ, το οποίο αποτελούνταν από 12 ερωτήσεις. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων (φύλο, οικογενειακή κατάσταση, ειδικότητα, εκπαίδευση, ηλικία), στοιχεία σχετικά με τις συνήθειες ζωής (κάπνισμα, κατανάλωση καφεΐνης και αλκοόλ και χρήση τοξικών ουσιών) και η ύπαρξη εκπαίδευσης που σχετίζεται με την ΚΑΑ. Επίσης, οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν αν γνωρίζουν τι πρέπει να κάνουν σε περίπτωση που χρειαστεί να εφαρμόσουν ΚΑΑ και αν νιώθουν ασφαλείς με τις γνώσεις που έχουν για την ΚΑΑ. Η μέτρηση της συναισθηματικής κατάστασης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του ερωτηματολόγιου Depression Anxiety Stress Scale (DASS). Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο 42 ερωτήσεων το οποίο περιλαμβάνει τρεις κλίμακες αυτοαναφοράς, οι οποίες είναι σχεδιασμένες να μετρούν τις αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις της κατάθλιψης, του άγχους και στρες. Κάθε μία από τις τρεις κλίμακες περιλαμβάνει 14 ερωτήσεις, διαιρούμενες σε υποκλίμακες 2-5 στοιχείων με παρόμοιο περιεχόμενο. Η υποκλίμακα της κατάθλιψης αξιολογεί τη δυσφορία, την απελπισία, την υποτίμηση της ζωής, την αυτο-υποτίμηση, την έλλειψη ενδιαφέροντος / συμμετοχής, την ανηδονία και την αδράνεια. Η υποκλίμακα του άγχους αξιολογεί τη διέγερση του αυτόνομου νευρικού, τις επιδράσεις στους σκελετικούς μυς, την κατάσταση του άγχους και την υποκειμενική εμπειρία του άγχους. Η υποκλίμακα του στρες είναι ευαίσθητη σε επίπεδα χρόνιας μη-ειδικής διέγερσης. Αξιολογεί τη δυσκολία χαλάρωσης, τη νευρική διέγερση και αν κάποιος ταράζεται ή αναστατώνεται εύκολα, αν είναι οξύθυμος/υπερ-αντιδραστικός και ανυπόμονος. Οι ερωτηθέντες απαντούν μέσω μίας κλίμακας 4-σημείων, με την οποία αξιολογούν το βαθμό στον οποίο έχουν βιώσει κάθε ερώτηση την τελευταία εβδομάδα και οι βαθμολογίες για καθεμία από τις τρεις υποκλίμακες περιγράφονται στον πίνακα 1.

Η συγκεκριμένη κλίμακα έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό (Lyrakos et al., 2011) και χρησιμοποιήθηκε μετά από τη λήψη άδειας των συγγραφέων.

Πίνακας 1. Σκορ κλίμακας DASS

	Κατάθλιψη	Ανησυχία	Άγχος
Κανονικό ή Καθόλου	0-9	0-7	0-14
Ήπια	10-13	8-9	15-18
Μέτρια	14-20	10-14	19-25
Σοβαρή	21-27	15-19	26-33
Πολύ σοβαρή	28+	20+	34+

Θέματα ηθικής και δεοντολογίας

Για τη διεξαγωγή της παρούσης μελέτης και τη συλλογή των δεδομένων συντάχθηκε πρωτόκολλο, το οποίο κατατέθηκε και εγκρίθηκε από την επιτροπή βιοηθικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών και το επιστημονικό συμβούλιο του νοσοκομείου σύμφωνα με την υπ` αριθμ.πρωτ. 11445/14-03-2013.

Στατιστική ανάλυση των δεδομένων

Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της μελέτης έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS for Windows (version 19) statistical software (SPSS Inc., Chicago, IL) και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο επίπεδο p=0.05. Μεταξύ δύο μεταβλητών που ακολουθούσαν κανονική κατανομή έγινε t-test, ενώ αν δύο συνεχείς μεταβλητές δεν ακολουθούσαν κανονική κατανομή γινόταν Man Whitney test. Όταν επρόκειτο να συγκριθούν περισσότερες από δύο μεταβλητές, εάν ακολουθούσαν κανονική κατανομή γινόταν ANOVA ανάλυση και εάν οι συνεχείς μεταβλητές δεν ακολουθούσαν κανονική κατανομή γινόταν έλεγχος Kruskal Wallis. Σε όλους τους ελέγχους που πραγματοποιήθηκαν, το επίπεδο σημαντικότητας (p) ορίστηκε στο 0.05. Έτσι όλες οι τιμές που ήταν μικρότερες ή ίσες με 0.05 (p≤0.05) θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές. Ο έλεγχος κανονικότητας έγινε με τη στατιστική δοκιμασία Kolmogorov-Smirnov.

Αποτελέσματα

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 200 επαγγελματίες υγείας, μέσης ηλικίας (39.8±8.5 έτη), εκ των οποίων 37% (n=74) ήταν άνδρες ηλικίας 41.3±8.4 έτη και 63% (n=126) γυναίκες ηλικίας 38.9±8.5 έτη. Η ηλικία μεταξύ ανδρών και γυναικών δε διέφερε σημαντικά (p=0.078). Από το σύνολο του δείγματος, 14.5% (n=29) ερωτηθέντες είχαν επισκεφθεί πρόσφατα έναν ειδικό ψυχικής υγείας για κάποιο πρόβλημα. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες n=103 (51.5%) είχαν συνολικό μηνιαίο εισόδημα 1000-1999 ευρώ. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων 74% (n=148,) ήταν απόφοιτοι ανώτατης εκπαίδευσης. Το σύνολο του δείγματος έμενε στη Αθήνα, ενώ 62% (n=124) άτομα ήταν παντρεμένα, 31% (n=62) ανύπαντρα και 7% (n=14) διαζευγμένα. Ένα σημαντικό μέρος του δείγματος δεν είχε παιδιά (n=83)

Πίνακας 2. Δημογραφικά δεδομένα του πληθυσμού της μελέτης.

Μεταβλητή	n (%)	Κατάθλιψη	Ανησυχία	Άγχος
Δείγμα	200			
Άνδρες	74 (37)	6.2±9.1	5.1±8.9	9.7±9.5
Γυναίκες	126 (63)	9.5±10.1	9.5±10.1	14.2±9.8
Μηνιαίο εισόδημα				
≤1000 ευρώ	87 (43.5)	8.8±9.4	7.5±9.6	12.9±9.2
1001-1999 ευρώ	103 (51.5)	8.1±10.6	7.4±10.4	12.6±10.6
≥2000 ευρώ	10 (5)	6.8±5.9	6±6.4	9.2±8.7
Επίπεδο εκπαίδευσης				
Μεταπτυχιακό ή Διδακτορικό	14 (7)	2.1±2.3	1.6±1.4	8±6.8
ΑΕΙ-ΤΕΙ	148 (74)	7.8±9.3	7.3±9.3	12.1±9.6
Γυμνάσιο-Λύκειο	34 (17)	13.6±12.2	11.2±12.6	16.7±11.6
Δημοτικό	4 (2)	4.5±5.2	0	7±4.6
Οικογενειακή κατάσταση				
Παντρεμένοι	124 (62)	8.8±9.9	7.7±9.9	12.6±9.7
Ανύπαντροι	62 (31)	5.9±9.4	6.1±9.5	10.5±9.7
Διαζευγμένοι	14 (7)	14.6±7.3	11±10.9	20.7±9.3
Χωρίς Παιδιά	83 (41.5)			
Ν Παιδιών				
1	53 (45.4)			
2	52 (44.4)			
3	8 (6.8)			
4	4 (3.4)			
Ειδικότητα				
Νοσηλευτές	112 (56.6)	8.1±10.1	8.2±10.1	12.8±9.8
Βοηθοί Νοσηλευτών	36 (18.2)	13.9±11.9	10.8±12.6	16.9±11.3
Ειδικευμένοι ιατροί	16 (8.1)	4.8±5.5	4.4±7.2	11.1±10.3
Ειδικευόμενοι ιατροί	34 (17.2)	4.4±4.8	2.3±2.6	7.8±6.8

41.5%. Στη μελέτη συμμετείχαν 148 άτομα που ανήκουν στη Νοσηλευτική Υπηρεσία, εκ των οποίων 56.6% (n=112) ήταν νοσηλευτές και 18.2% (n=36) βοηθοί νοσηλευτών και 50 ιατροί εκ των οποίων 17.2% (n=34) ήταν ειδικευόμενοι και 8.1% (n=16) ειδικευμένοι. Από το σύνολο του δείγματος 60% (n=120) άτομα είχαν συμμετάσχει σε πρόγραμμα εκπαίδευσης ΚΑΑ, εκ των οποίων 10% (n=12) ήταν ειδικευόμενοι ιατροί, 14.2% (n=17) ειδικευμένοι ιατροί, 65% (n=78) νοσηλευτές και 10.8% (n=13) βοηθοί νοσηλευτών. Τα δημογραφικά δεδομένα και τα χαρακτηριστικά του δείγματος παρουσιάζονται στον πίνακα 2.

Ο δείκτης Cronbach α για την κλίμακα DASS ήταν 0.877, ενώ για την υποκλίμακα της κατάθλιψης ήταν 0.745, για την ανησυχία 0.747 και για το άγχος 0.744.

Σύμφωνα με τις διαστάσεις της κλίμακας DASS, η κατάθλιψη του υπό μελέτη πληθυσμού ήταν 8.3±9.9, η ανησυχία 7.4±9.8 και το άγχος 12.6±9.9. Η συνολική μέση βαθμολογία της κλίμακας DASS ήταν 28.3±28.2. Οι γυναίκες είχαν σημαντικά μεγαλύτερου βαθμού κατάθλιψη ($p<0.05$), στρες ($p<0.05$) και άγχος ($p<0.05$) σε σχέση με τους άνδρες (πίνακας 3).

Οι νοσηλευτές και οι βοηθοί νοσηλευτών είχαν σημαντικά μεγαλύτερου βαθμού κατάθλιψη ($p<0.05$), ανησυχία ($p<0.05$) και άγχος ($p<0.05$) σε σχέση με τους ιατρούς, ειδικευόμενους και ειδικευμένους.

Το μηνιαίο εισόδημα των ερωτηθέντων δεν επηρέαζε ούτε τα επίπεδα κατάθλιψης, ούτε εκείνα του άγχους και της ανησυχίας. Οι περισσότεροι ανύπαντροι (5.9±9.4) και παντρεμένοι (8.8±9.9) δεν ανέφεραν κατάθλιψη, σε αντίθεση με τους διαζευγμένους που είχαν κατά μέσο όρο μέτριας μορφής κατάθλιψη (14.6±7.3). Οι ανύπαντροι δεν εμφάνισαν καθόλου ανησυχία (6.1±9.5), οι παντρεμένοι εμφάνισαν ήπια ανησυχία (7.7±9.9) και οι διαζευγμένοι σοβαρή ανησυχία (11±10.9). Οι ανύπαντροι (10.5±9.7) και οι παντρεμένοι (12.6±9.7) δεν ανέφεραν άγχος (και αντίστοιχα), ενώ οι διαζευγμένοι ανέφεραν μέτρια επίπεδα άγχους (20.7±9.3). Οι διαζευγμένοι σε όλες τις περιπτώσεις είχαν σημαντικά μεγαλύτερα επίπεδα κατάθλιψης ($p=0.008$), ανησυχίας ($p=0.012$) και άγχους ($p=0.002$).

Οι βοηθοί νοσηλευτές είχαν ήπια επίπεδα κατάθλιψης ενώ οι νοσηλευτές δεν είχαν καθόλου. Σχετικά με την ανησυχία, οι ιατροί (ειδικευόμενοι και επιμελητές) δεν είχαν καθόλου ανησυχία, ενώ οι νοσηλευτές είχαν ήπια ανησυχία και οι βοηθοί νοσηλευτές μέτρια (πίνακας 4).

Τα επίπεδα κατάθλιψης διέφεραν σημαντικά μεταξύ των συμμετεχόντων, αναφορικά με το αν είχαν παρακολουθήσει κάποιο πρόγραμμα εκπαίδευσης ΚΑΑ, αλλά και στις δύο περιπτώσεις ήταν σε φυσιολογικά επίπεδα ($p<0.05$). Η ανησυχία και το άγχος δε διέφερε σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων και ήταν σε φυσιολογικά επίπεδα.

Οι ερωτηθέντες που δήλωσαν ότι δεν ένιωθαν βέβαιοι για τον τρόπο που έπρεπε να αντιδράσουν όταν έρχονταν αντιμέτωποι με ένα επεισόδιο καρδιοαναπνευστικής ανακοπής, είχαν σημαντικά μεγαλύτερα επίπεδα κατάθλιψης (11.8±12 vs 7.5±9.1, $p<0.05$), ανησυχίας (12.1±14 έναντι 6.3±8.2, $p<0.05$) και άγχους (15.6±12.8 έναντι 11.8±15.6, $p<0.05$). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 5.

Οι επαγγελματίες υγείας που δεν ένιωθαν ή δεν γνώριζαν αν ένιωθαν ασφαλείς με τις γνώσεις που έχουν στην ΚΑΑ, είχαν σημαντικά μεγαλύτερου επιπέδου κατάθλιψη (11.6±11.3 έναντι 6.5±8.5, $p<0.05$), ανησυχία (11.2±12.7 έναντι 5.3±7.1, $p<0.05$) και άγχος (15.3±11.6 έναντι 11.1±8.6, $p<0.05$). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 6.

Πίνακας 3. Αποτελέσματα διαστάσεων κλίμακας DASS ανά φύλο. Η στατιστική σημαντικότητα υπολογίστηκε με δοκιμασία t-test.

Κλίμακα	Σύνολο	Άνδρες	Γυναίκες	p
Κατάθλιψη	8.3±9.9	6.2±9.1	9.5±10.1	0.017
Ανησυχία	7.4±9.8	5.1±8.9	9.5±10.1	0.07
Άγχος	12.6±9.9	9.7±9.5	14.2±9.8	0.02
Σύνολο	28.3±28.2	20.9±26.2	32.6±28.6	0.004

Πίνακας 4. Διαστάσεις κλίμακας DASS ανά ειδικότητα. Η στατιστική σημαντικότητα υπολογίστηκε με δοκιμασία ANOVA.

Κλίμακα	Ιατρός Επιμελητής (n=18)	Ειδικευόμενος Ιατρός (n=34)	Νοσηλευτής ΠΕ/ΤΕ n=112)	Βοηθός Νοσηλευτή (n=36)	p
Κατάθλιψη	4.8±5.5	4.4±4.8	8.1±10.1	13.9±11.9	0
Ανησυχία	4.4±7.2	2.3±2.6	8.2±10.1	10.8±12.6	0
Άγχος	11.1±10.3	7.8±6.8	12.8±9.8	16.9±11.3	0.002
Σύνολο	20.2±21.3	14.6±12.2	29.2±28.7	41.6±34.4	0

Πίνακας 5. Διαστάσεις κλίμακας DASS αναφορικά με το αν οι συμμετέχοντες γνώριζαν τι έπρεπε να κάνουν σε περίπτωση που χρειαστεί να κάνουν ΚΑΑ. Η στατιστική σημαντικότητα υπολογίστηκε με μοντέλα γραμμικής εξάρτησης (linear regression) σταθμισμένα για φύλο και ειδικότητα.

Κλίμακα DASS	Γνωρίζω τι πρέπει να κάνω		P	OR	95% OR
	ΝΑΙ	ΟΧΙ / ΑΒΕΒΑΙΟ			
Κατάθλιψη	7.5 ± 9.1	11.8 ± 12	0.081	0.980	0.902 – 1.065
Ανησυχία	6.3 ± 8.2	12.1 ± 14	0.003	1.113	1.011 – 1.225
Άγχος	11.8 ± 9.1	15.6 ± 12.8	0.077	0.954	0.877 – 1.038
Σύνολο	25.6 ± 24.9	39.5 ± 37.6	0.023	1.111	1.003 – 1.788

Πίνακας 6. Διαστάσεις κλίμακας DASS αναφορικά με το αν οι συμμετέχοντες ένιωθαν ασφαλείς με τις γνώσεις τους στην ΚΑΑ. Η στατιστική σημαντικότητα υπολογίστηκε με μοντέλα γραμμικής εξάρτησης (linear regression) σταθμισμένα για φύλο και ειδικότητα.

Κλίμακα DASS	Νιώθω ασφαλής με τις γνώσεις		P	OR	95% OR
	ΝΑΙ	ΟΧΙ / ΑΒΕΒΑΙΟ			
Κατάθλιψη	6.5 ± 8.5	11.6 ± 11.3	0.002	1.009	0.941 – 1.083
Ανησυχία	5.3 ± 7.1	11.2 ± 12.7	0	1.088	1.008 – 1.175
Άγχος	11.1 ± 8.6	15.3 ± 11.6	0.007	0.964	0.903 – 1.028
Σύνολο	22.9 ± 22.6	38.2 ± 34.5	0.001	1.019	0.998 – 1.084

Συζήτηση

Στην παρούσα μελέτη διερευνήθηκε η επίδραση της εφαρμογής ΚΑΑ στη συναισθηματική κατάσταση επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στο νοσοκομείο, είτε διενεργούσαν είτε ήταν παρόντες κατά τη εφαρμογή της ΚΑΑ. Βρέθηκε ότι οι διαζευγμένοι ανέφεραν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους. Επίσης, περισσότεροι από τους μισούς ερωτηθέντες είχαν συμμετάσχει σε πρόγραμμα εκπαίδευσης ΚΑΑ και ως εκ τούτου εμφάνισαν σημαντικά μικρότερα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και έντασης. Επιπλέον, οι νοσηλευτές και οι βοηθοί νοσηλευτώνείχαν μεγαλύτερου βαθμού κατάθλιψη, ανησυχία και άγχος σε σχέση με τους ιατρούς, ειδικευμένους και μη.

Στην παρούσα μελέτη περισσότεροι από τους μισούς ερωτηθέντες (60%) είχαν συμμετάσχει σε πρόγραμμα εκπαίδευσης ΚΑΑ. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με αντίστοιχη μελέτη που διεξήχθη σε εννέα νοσοκομεία του νομού Αττικής (Καπάδοχος και συν 2008), αλλά είναι ιδιαίτερα υψηλό σε σχέση με το ποσοστό συμμετοχής των επαγγελματιών υγείας (41.5%) σε νοσοκομεία της Στερεάς Ελλάδας (Λιάκος, 2012). Αυτό μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτελούσαν επαγγελματίες υγείας μετά την επαφή τους με περιστατικό καρδιοαναπνευστικής ανακοπής. Αυτοί συνήθως είναι καρδιολόγοι, αναισθησιολόγοι και νοσηλευτές ή βοηθοί αυτών που απασχολούνται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών ή σε καρδιολογικές κλινικές και καρδιολογικές μονάδες εντατικής θεραπείας και συνήθως λόγω της φύσης της δουλειάς και της εμπειρίας που αποκτούν από αυτή έχουν παρακολουθήσει σεμινάριο ΚΑΑ. Πιστεύεται πως το ποσοστό αυτό θα ήταν σημαντικά μικρότερο αν στη μελέτη συμμετείχαν γενικά και τυχαία τυφλά επαγγελματίες υγείας από διάφορες κλινικές και όχι επαγγελματίες υγείας που έκαναν ΚΑΑ.

Επιπρόσθετα, οι νοσηλευτές ανέφεραν σημαντικά μεγαλύτερου βαθμού κατάθλιψη, ανησυχία και άγχος σε σχέση με τους ιατρούς. Σε αυτό πιθανά να ευθύνεται η σοβαρή έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού που υπάρχει στα ελληνικά νοσοκομεία και στο γεγονός ότι στο νοσηλευτικό προσωπικό ανατίθενται εργασίες οι οποίες δεν είναι της αρμοδιότητάς τους, με αποτέλεσμα να επιβαρύνονται με επιπλέον έργο (Skefales et al., 2014).

Οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας θεωρούν ότι η καρδιοαναπνευστική ανακοπή είναι ένα στρεσσογόνο γεγονός και ειδικά εάν παρευρίσκονται συγγενείς του θύματος ή γενικά άλλοι παρευρισκόμενοι (Hunziker et al 2011). Οι ιατροί (ειδικευόμενοι και επιμελητές) δεν φάνηκε να έχουν καθόλου ανησυχία, ενώ οι νοσηλευτές είχαν ήπια έως μέτριου βαθμού ανησυχία. Τα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης που έχουν αναφερθεί στους επαγγελματίες υγείας δεν είναι τα μεγαλύτερα που έχουν αναφερθεί στους ποικίλους επαγγελματικούς χώρους, όπως η πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση, οι ένοπλες δυνάμεις, οι κληρικοί κ.ά (Lee 2003). Η διαφορά, όμως, είναι η επίδραση και η σημασία που έχουν στην καθημερινή κλινική πρακτική, στους επαγγελματίες υγείας, στους ασθενείς και στις μονάδες υγείας σε σχέση με οποιαδήποτε άλλη επαγγελματική περιοχή. Αν ένας βιβλιοθηκάριος, για παράδειγμα, είναι

εξουθενωμένος, η επίπτωση της συναισθηματικής του εξάντλησης έχει διαφορετική βαρύτητα από τις επιπτώσεις της εξάντλησης ενός επαγγελματία υγείας που αντιμετωπίζει καταστάσεις ζωής και θανάτου καθημερινά (Guntupalli & Fromm 1996).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, οι επαγγελματίες υγείας στο σύνολό τους δεν εμφάνισαν συμπτώματα κατάθλιψης ή άγχους, ενώ είχαν ήπιου βαθμού ανησυχία. Οι γυναίκες βρέθηκε να έχουν σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό κατάθλιψης, ανησυχίας και άγχους σε σχέση με τους άνδρες. Ένα άτομο που αντιλαμβάνεται διαρκώς πιθανές απειλές στο περιβάλλον και βρίσκεται σε μια κατάσταση μόνιμου συναγερμού, όπως συμβαίνει στην περίπτωση του ιδιοσυγκρασιακού άγχους, κάθε παράμετρος που δε μπορεί να ελεγχθεί αντιμετωπίζεται ως στρεσογόνος (Lazarus 1991, Lazarus & Folkman 1984). Αναπόφευκτα, η σύγκρουση -φαντασιακή ή πραγματική- μεταξύ της εργασίας και της οικογένειας αποτελεί μια ψυχοπιεστική κατάσταση για το άτομο. Το συγκεκριμένο εύρημα είναι σύμφωνο με πληθώρα ερευνητικών δεδομένων. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι συγκρούσεις στο εργασιακό και οικογενειακό περιβάλλον έχουν ως αποτέλεσμα υψηλές τιμές άγχους και ιδιαίτερα στις γυναίκες, αποτέλεσμα το οποίο παρουσιάστηκε και στη συγκεκριμένη μελέτη (Cinamon & Rich 2002a, b, Yang et al 1997).

Η οικογενειακή κατάσταση των ανθρώπων διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην ψυχική τους υγεία. Οι διαζευγμένοι βρέθηκε να έχουν μέτριας μορφής κατάθλιψη, σοβαρή ανησυχία και μέτρια επίπεδα άγχους. Το εύρημα αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι διαζευγμένοι ταράσσονται ψυχικά και «βγαίνουν» από μία κατάσταση στην οποία ήταν συνηθισμένοι να βρίσκονται με αποτέλεσμα να αγχώνονται περισσότερο και να ανησυχούν για το μέλλον τους και την πορεία της ζωής τους (Σκαπινάκης et al., 2007).

Η συναισθηματική κατάσταση ενός ατόμου παίζει σημαντικό ρόλο στον τρόπο αντίδρασής του όταν εκείνο εκτεθεί σε διάφορες καταστάσεις. Συγκεκριμένα, η παρούσα μελέτη έδειξε ότι οι επαγγελματίες υγείας που απάντησαν ότι νιώθουν νευρικοί όταν βρίσκονται αντιμέτωποι με κατάσταση καρδιοαναπνευστικής ανακοπής είναι εκείνοι που έχουν ήπια προς μέτρια κατάθλιψη και άγχος, ενώ εκείνοι που δεν έχουν νευρικότητα δεν έχουν κατάθλιψη και άγχος. Μία μελέτη που διεξήχθη σε επαγγελματίες υγείας που απασχολούνταν σε ΤΕΠ των ΗΠΑ έδειξε ότι η έκθεσή τους σε στρεσογόνες καταστάσεις, όπως περιστατικά με καρδιοαναπνευστκή ανακοπή δεν επηρέαζε την κόπωσή τους ή τη συναισθηματική τους κατάσταση, αποτέλεσμα το οποίο δεν μπορεί να συγκριθεί με την παρούσα μελέτη, γιατί δεν έγινε εκτίμηση της συναισθηματικής κατάστασης των επαγγελματιών υγείας πριν και μετά την επαφή τους με ασθενή με ΚΑΑ (Fernandez et al 2009).

Οι Sveinsdottir et al., (2006) σε συγκριτική μελέτη στους νοσηλευτές της Ισλανδίας έδειξαν ότι οι νοσηλευτές στα νοσοκομεία βιώνουν υψηλότερα επίπεδα στρες από τους συναδέλφους τους που εργάζονται σε δομές εκτός νοσοκομείου. Η μειωμένη ικανοποίηση από τη συνεργασία με τους προϊστάμενους και οι συνθήκες εργασίας στο νοσοκομείο αυξάνουν τα επίπεδα άγχους, ενώ η ευκαιρία επιστημονικής άσκησης της νοσηλευτικής συμβάλει στη μείωση του επαγγελματικού στρες.

Περιορισμοί της μελέτης

Στους περιορισμούς της μελέτης περιλαμβάνεται το μικρό δείγμα, επειδή η συγκεκριμένη μελέτη διεξήχθη σε ένα νοσοκομείο στο νομό Αττικής με αποτέλεσμα το δείγμα των 200 ατόμων να μην είναι αντιπροσωπευτικό για το σύνολο των επαγγελματιών υγείας της χώρας και άρα να μην μπορούν να γενικευτούν τα αποτελέσματα. Επίσης, δεν ανιχνεύθηκε η συναισθηματική κατάσταση των επαγγελματιών υγείας στην αρχή της μελέτης με συνέπεια να μην είναι δυνατό να ανιχνευθούν αν οι επαγγελματίες υγείας εκείνοι που τελικά συμμετείχαν στη μελέτη πράγματι δεν είχαν ψυχική νόσο.

Συμπεράσματα

Οι νοσηλευτές που συμμετείχαν στη μελέτη εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα άγχους από το ιατρικό προσωπικό, χωρίς όμως να βρίσκονται στα όρια του παθολογικού ή χωρίς να πληρούν τα κριτήρια της κλινικής διάγνωσης. Τα επίπεδα άγχους, ανησυχίας και κατάθλιψης επηρεάζονται από διάφορους κοινωνικούς παράγοντες των ατόμων, όπως η οικογενειακή κατάσταση και συγκεκριμένα το γεγονός ότι είναι διαζευγμένοι. Επίσης, περισσότερο από όλους τους επαγγελματίες υγείας επηρεάζονται οι βοηθοί νοσηλευτών. Το σημαντικότερο, όμως, εύρημα της μελέτης, από την άποψη της πρακτικής δυνατότητας βελτιωτικών επεμβάσεων, είναι ότι τα επίπεδα άγχους, ανησυχίας και κατάθλιψης είναι πολύ χαμηλότερα σε επαγγελματίες υγείας που νιώθουν ασφαλείς με τις γνώσεις τους στην ΚΑΑ. Συνεπώς, συνιστάται να ερωτώνται οι επαγγελματίες υγείας αν αισθάνονται ασφαλείς με τις γνώσεις τους στην ΚΑΑ και σε περίπτωση αρνητικής απάντησης, να παρέχεται η δυνατότητα σχετικής εκπαίδευσης και να ενθαρρύνεται η επανεκπαίδευση. Τα σεμινάρια στην ΚΑΑ παίζουν σημαντικό ρόλο γιατί εμπλουτίζουν τις γνώσεις των επαγγελματιών υγείας και αυξάνουν την αυτοπεποίθησή τους, με αποτέλεσμα να τους καθιστά περισσότερο ικανούς και αποτελεσματικούς.

Προτείνεται όλοι οι επαγγελματίες υγείας να εκπαιδευτούν με κατάλληλα σεμινάρια στην ΚΑΑ, τα οποία θα διεξαχθούν από επίσημους εκπαιδευτικούς φορείς, προκειμένου να εξοικειωθούν με την ιδέα της καρδιακής ανακοπής, να αποκτήσουν ενεργό ρόλο στην αντιμετώπιση ενός τόσο επείγων και στρεσσογόνου περιστατικού και να μην επηρεάζονται συναισθηματικά και ψυχολογικά.

Συμβολή των Συγγραφέων

ΚΕ: συμμετείχε στη σύλληψη και το σχεδιασμό της μελέτης, καθώς και στη συλλογή των δεδομένων. ΙΓ: συμμετείχε στο σχεδιασμό της μελέτης, ανέλυσε τα δεδομένα και συνέβαλε στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων και στη συγγραφή του κειμένου. ΛΓ: συμμετείχε στο σχεδιασμό της μελέτης, συνέλεξε τα δεδομένα και συνέβαλε στην ανάλυση των δεδομένων και στη συγγραφή του κειμένου. Όλοι οι συγγραφείς αξιολόγησαν κριτικά και ενέκριναν την υποβολή του τελικού κειμένου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

BjΩrshol C.A., Myklebust H., Nilsen K.L., Hoff T., BjΩrkli C., Illguth E., SΩreide E. & Sunde K. (2011). Effect of socioemotional stress on the quality of cardiopulmonary resuscitation during advanced life support in a randomized manikin study. Critical Care Medicine 39 :300-304.

Cinamon R.G. & Rich Y. (2002a) Profiles of attribution of importance to life roles and their implications for the work–family conflict. Journal of Counseling Psychology 49: 212–220.

Cinamon R.G. & Rich Y. (2002b). Gender differences in attribution of importance to life roles. Sex Roles 47: 531–541.

Cooper JA., Cooper JD. & Cooper JM. (2006). Cardiopulmonary resuscitation: history, current practice, and future direction. Circulation 114: 2839-2849.

Fernandez R., Compton S., Jones K.A. & Velilla M.A. (2009). The presence of a family witness impacts physician performance during simulated medical codes. Critical Care Medicine 37: 1956–1960.

Guntupalli K.K. & Fromm R.E. (1996). Burnout in the internist-intensivist. Intensive Care Medicine 22: 625–630.

Harvey A., Nathens AB., Bandiera G. & Leblanc VR. (2010). Threat and challenge. Cognitive appraisal and stress responses in simulated trauma resuscitations. Medicine Education 44: 587–94.

Hunziker S., Johansson AC., Tschan F., Semmer NK., Howell MD. & Marsch S. (2011). Teamwork and leadership in early phases of cardiopulmonary resuscitation. Journal of American College Cardiology 57: 2381–8.

Hunziker S., Laschinger L., Portmann-Schwarz S., Semmer NK., Tschan F. & Marsch S. (2011). Perceived stress and team performance during a simulated resuscitation. Intensive Care Medicine 37: 1473–9.

Lazarus R.S. & Folkman S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York: Springer.

Lazarus R.S. (1991). Psychological stress in the workplace. Journal of Social Behaviour and Personality 6: 1–13.

Le Fevre M., Matheny J., & Kolt G.S. (2003). Eustress, Distress, and the Interpretation in Occupational Stress. J Manage Psychology 18:724?744.

LeBlanc VR. (2009). The effects of acute stress on performance: implications for health professions education. Academic Medicine 84: S25–33.

Lee JKL. (2003). Job stress, coping and health perceptions of Hong Kong primary care nurses. International Journal of Nursing Practice 9:86–91.

Lyrakos G.N., Arvaniti C., Smyrnioti M., Kostopanagiotou G. (2011). P03-561 - Translation and validation study of the depression anxiety stress scale in the greek general population and in a psychiatric patient's sample. European Psychiatry 26: 1731.

Muller M.P., Hansel M., Fichtner A., Hardt F., Weber S., Kirschbaum C., Rüder S., Walcher F., Koch T. & Eich C. (2009). Excellence in performance and stress reduction during two different full scale simulator training courses: a pilot study. Resuscitation 80: 919–24.

Ng W., Diener E., Aurora R. & Harter J. (2009). Affluence, feelings of stress, and well-being. Social Indicators Research 94: 257–71.

Ollendick T.H. (1998). Handbook of Child Psychopathology (3rd eds). NY: Plenum Press.

Quilici A.P., Pogetti R.S., Fontes B., Zantut L.F., Chaves E.T. & Birolini D. (2005). Is the advanced trauma life support simulation exam more stressful for the surgeon than emergency department trauma care? Clinics (Sao Paulo) 60: 287–92.

Rauchenzauner M., Ernst F., Hintringer F., Ulmer H., Ebenbichler CF., Kasseroler MT. & Joannidis M. (2009). Arrhythmias and increased neuroendocrine stress response during physicians' night shifts: A randomized crossover trial. European Heart Journal 30: 2606–13.

Ross R.R. & Altmaier EM. (1994). Interventions in Occupational Stress: A Hand-book of Counseling for Stress at Work. London: Sage Publications.

Salilih S.Z. & Abajobir A.A. (2014). Work-related stress and associated factors among nurses working in public hospitals of Addis Ababa, Ethiopia: a cross-sectional study. Workplace Health Saf 62: 326-32.

Skefales, A., Plakas, S., Fouka, G., Goni, M., Vassiliadou, M. & Bergiannaki, J.-D. (2014) Burnout and Its Association with Working Conditions among Greek Hospital Nurses in a Time of Financial Crisis. Open Journal of Nursing, 4, 548-563.

Sveinsdottir H., Biering P. & Ramel A. (2006). Occupational stress, job satisfaction and working environment among Icelandic nurses: a cross-sectional questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies 43: 875-889.

Yang N., Chen C.C. & Hunt R.G. (1997). Sources of work-family conflict and life stress: A Sino-U.S. Comparison of the effects of work and family demands. Academy of Management Best Paper Proceedings 7; 577.

Αντωνίου Α.Σ. (2006). Εργασιακό Στρες, Σειρά Κοινωνικής και Ιατρικής Ψυχολογίας-Εργασιακής Υγείας, Τόμος Α'. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού Α.Ε.

Καντάς, Α. (1995). Οργανωτική Βιομηχανική Ψυχολογία. 3ο μέρος (ι έκδοση). Αθήνα: Ελληνικά γράμματα.

Καπάδοχος Θ., Καράμαλη Β., Πολυκανδριώτη Μ., Μεϊδάνη Μ. (2008). Η στάση των νοσηλευτών στην καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση εξωνοσοκομειακά. Το βήμα του Ασκληπιού 7:360-371.

Λιάκου Α. (2012). Αξιολόγηση γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού επαρχιακού νοσοκομείου στην καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ). Ερευνητική Μεταπτυχιακή Εργασία. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Καραδήμας, Ε.Χ. (1999). Ο Ρόλος των Προσδοκιών Αυτοαποτελεσματικότητας ως Ρυθμιστικού Παράγοντα στη Σχέση Μεταξύ Στρες και Ψυχοσωματικής Ασθένειας. Διδακτορική διατριβή. Πανεπιστήμιο Ψυχολογίας, 1999.

Σκαπινάκης Π, Μαγκλάρα Κ, Μπέλλος Σ, Γκάτσα Τα, Μιχάλης Γ, Μαυρέας Β. (2007). Η σχέση των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων με τις ψυχικές διαταραχές στην περίοδο της όψιμης εφηβείας. Συγχρονική μελέτη στη βορειοδυτική Ελλάδα. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 24: 19-29.

Exploring the emotional situation of health care professionals performing cardiopulmonary resuscitation (CPR)

Kaklamanou Eudokia[1], George Intas[1], Andreas Kyrozis[2], George Lyrakos[1].
1 GHN "Agios Panteleimon"
2 First Department of Neurology, University of Athens
2. PhD, Scientific Fellow, Faculty of Social Sciences, University of Peloponnese, Korinthos.
3. Assistant Professor, Faculty of Social Sciences, University of Peloponnese, Korinthos.

ABSTRACT

Introduction: Cardiopulmonary arrest is an urgent and very stressful situation that negatively affects the emotional state of health care professionals.

Aim: The aim of this study was to explore the effect of cardiopulmonary resuscitation (CPR) on the emotional state of health care professionals who either conduct CPR or are present when performing it.

Methodology: This is a prospective study conducted in general hospital of Nikaia "Agios Panteleimon". The sample of the study consisted of 200 healthcare care professionals regardless of level of education, who either carried out or participated in the process of CPR. The assessment of the emotional status was done by the Depression Anxiety Stress Scales questionnaire, which estimates anxiety, depression and stress. The statistical analysis was done using the statistical package SPSS v.19.0.

Results: The study sample consists of 112 registered nurses, 36 assistant nurses and 50 physicians (34 residents and 16 senior) with a mean age (39.8 ± 8.5 years). Of the total sample, 29 (14.5%) respondents had recently visited a mental health care provider. Females had significantly higher levels of depression ($p = 0.017$) and stress ($p = 0.002$) in relation to males. Assistant nurses had significantly higher levels of depression ($p = 0$), stress ($p = 0$) and anxiety ($p = 0.002$) compared to other health care professionals. Divorced compared with unmarried and married had significantly higher levels of depression ($p = 0.008$), stress ($p = 0.012$) and anxiety ($p = 0.002$). Nurses had significantly advanced degree of depression ($p <0.05$), stress ($p <0.05$) and anxiety ($p <0.05$) compared to physicians ($p <0.05$). The emotional health of assistant nurses was significantly worse compared with the others who participated in the study ($p <0.05$). Health care professionals who felt safe with their knowledge of CPR had significantly lower depression ($p = 0.002$), stress ($p <0.001$) and anxiety ($p = 0.007$), when compared with others.

Conclusions: The emotional situation of nurses is more impaired in relation to medical practitioners. The levels of stress, anxiety and depression are much lower to health professionals who feel secure with their knowledge of CPR.

Key Words: emotional status, nurses, doctors, depression, stress

Corresondance Author: Kaklamanou Evdokia, email: tepnikaias@gmail.com, Tel: 6977733085
Submission Date: 10.16.2014

Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης

ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ (ΕΠΝΕ)

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Α. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ
Β. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ
Γ. ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

Α. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ

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 και των Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας. Παρέχει τη δυνατότητα δημοσίευσης επιστημονικών, ανασκοπικών και ερευνητικών άρθρων, καθώς και κριτική άρθρων και σχόλια που ενδιαφέρουν το διεθνές αναγνωστικό κοινό των επαγγελματιών, των εκπαιδευτικών και των ερευνητών, σε όλους τους τομείς της νοσηλευτικής, αλλά και γενικότερα των επιστημών φροντίδας υγείας και πρόνοιας.

Με την υπ. αριθ. πρωτ. ΔΥ2α/οικ 122 – 7/8/2009 απόφαση του Υπουργείου Υγείας ανήκει στα Περιοδικά με Εθνική Αναγνώριση, αποτελεί ένα αξιόπιστο, σύγχρονο, τριμηνιαίο επιστημονικό περιοδικό και είναι διαθέσιμο σε ηλεκτρονική και έντυπη μορφή. Ταυτόχρονα αποτελεί ένα πολύτιμο εργαλείο επιστημονικής γνώσης για το Νοσηλευτή, για όσους σπουδάζουν τη νοσηλευτική, για τους επαγγελματίες άλλων επιστημών υγείας και συμπεριφοράς, καθώς και για κάθε αναγνώστη που επιθυμεί επιστημονική ενημέρωση και εκπαίδευση. Παρέχει τη δυνατότητα σε νέους επιστήμονες να έχουν εύκολη πρόσβαση στη γνώση και στην πρόοδο της νοσηλευτικής, ενώ αποτελεί το επιστημονικό βήμα για τους νοσηλευτές που απασχολούνται στην εκπαίδευση ή στην κλινική νοσηλευτική, ώστε να δημοσιεύουν το έργο τους και να δέχονται εποικοδομητικές κριτικές. Σε ένα δεύτερο επίπεδο ευαισθητοποιεί άλλους επιστήμονες στα γνωστικά αντικείμενα της νοσηλευτικής και προάγει γενικότερα τη συνεργασία των υπηρεσιών υγείας.

Όλα τα άρθρα που υποβάλλονται στο Περιοδικό θα πρέπει να ακολουθούν συγκεκριμένες οδηγίες συγγραφής ώστε να διασφαλίζεται η ξεκάθαρη δομή, σε σχέση με την περιεκτικότητα του περιεχομένου.

Οι υποβληθείσες εργασίες θα πρέπει να είναι κατάλληλες για το διεθνές κοινό. Εάν τα άρθρα εστιάζουν σε συγκεκριμένα πολιτιστικά, ή άλλα εξειδικευμένα θέματα, θα πρέπει να περιγράφεται το πλαίσιο της μελέτης και να απευθύνονται σαφώς σε διεθνές κοινό, έτσι ώστε οι αναγνώστες ακόμη και αν προέρχονται από διαφορετική χώρα, κουλτούρα ή επιστημονικό υπόβαθρο, να μπορούν να τα κατανοήσουν.

Στο περιοδικό δημοσιεύονται ανασκοπήσεις, πρωτογενείς ή δευτερογενείς ερευνητικές μελέτες, γενικά θεωρητικά (φιλοσοφικά, μεθοδολογικά) άρθρα, ενδιαφέρουσες κλινικές περιπτώσεις και βιβλιοκριτικές. Οι τομείς που καλύπτει το περιοδικό είναι οι εξής:

- Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική
- Κοινοτική Νοσηλευτική – Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
- Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας
- Περιεγχειρητική Νοσηλευτική
- Καρδιολογική – Καρδιοχειρουργική Νοσηλευτική
- Παιδιατρική – Παιδοχειρουργική Νοσηλευτική
- Νοσηλευτική Μητρότητας – Γυναικολογική Νοσηλευτική
- Ογκολογική Νοσηλευτική – Ανακουφιστική Φροντίδα
- Νοσηλευτική ΜΕΘ – Επείγουσα Νοσηλευτική
- Νεφρολογική Νοσηλευτική
- Διοίκηση – Οργάνωση & Οικονομική Αξιολόγηση Υπηρεσιών Υγείας / Ποιότητα Νοσηλευτικής Φροντίδας
- Δημόσια Υγεία & Επιδημιολογία
- Νομικά & Επαγγελματικά Θέματα / Δίκαιο της Υγείας
- Υγιεινή & Ασφάλεια της Εργασίας - Νοσοκομειακές Λοιμώξεις
- Πληροφορική της Υγείας
- Νοσηλευτική Εκπαίδευση & Μεθοδολογία της Έρευνας

Β. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ

ΕΚΔΟΤΗΣ: ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΣΚΟΥΤΕΛΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ: ΑΡΙΣΤΕΙΔΗΣ ΔΑΓΛΑΣ
ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ ΕΚΔΟΣΗΣ: ΜΙΧΑΛΗΣ ΠΙΤΣΙΛΙΔΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗΣ: Δρ. ΘΑΛΕΙΑ ΜΠΕΛΛΑΛΗ, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ: ΛΑΜΠΡΟΣ ΜΠΙΖΑΣ

ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ:
Μαρία Σαρίδη MSc, PhD
Βασιλική Ρόκκα MSc, PhD

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ
Αθηνά Καλοκαιρινού, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ
Στέφανος Μαντζούκας, Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής ΤΕΙ Ηπείρου

Ευγενία Μηνασίδου, Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Θεσ/νίκης
Ιωάννα Παπαθανασίου, Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Θεσσαλίας
Θεοδώρα Καυκιά Καθηγήτρια Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Θεσ/νίκης
Γεώργιος Κριτσιωτάκης, Καθηγητής Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Κρήτης
Μαρία Μαλλιαρού MSc, PhD
Ιωάννα Καραμήτρη MSc, PhD(c)
Αθανάσιος Μαστροκώστας MSc, PhD(c)
Μαρία Γκριζώτη, MSc

ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ

Φωτεινή- Ελένη Καραχάλιου, Παιδίατρος Ενδοκρινολόγος, Διευθύντρια Τμήματος Άθλησης και Ανάπτυξης Ν.Π. Αγλαΐα Κυριακού
Ιωάννης Κυριόπουλος, Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας, Κοσμήτωρ ΕΣΔΥ
Φώτιος Λεπίδας, Νομικός Σύμβουλος της 6ης ΥΠΕ, DEA, Διοικητικό Δίκαιο, Montpellier France
Αλέξιος Παραράς, Δικηγόρος Δημοσιολόγος, Νομικός Σύμβουλος ΕΝΕ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΡΙΤΩΝ

Παρασκευή Αποστολάρα
Αικατερίνη Βενέτη
Μαρία Γέραλη
Δημήτριος Δάλλας
Γεώργιος Ελεσνίτσαλης
Γεώργιος Ίντας
Αγγελική Καραΐσκου
Νεκταρία Κάραλη
Νικόλαος Κοντοδημόπουλος
Μιχάλης Κουράκος
Βάγια Κωνσταντικάκη
Θεοχάρης Κωνσταντινίδης
Πολυξένη Μαγγούλια
Χρυσούλα Μελισσά
Βασιλική Μούγια
Δημήτριος Μπαρουξής
Λάμπρος Μπίζας
Ιωάννης Μωϋσογλου
Χρυσούλα Νταφογιάννη
Δήμητρα Παλητζήκα
Ειρήνη Παπάζογλου
Νίκη Παυλάτου
Μαρία Ρεκλείτη
Νίκος Στεφανόπουλος
Νικόλαος Στούφης
Σοφία Τάνη
Αναστάσιος Τζενάλης
Αικατερίνη Τόσκα
Αλεξάνδρα Χαραλαμπίδου
Καλλιόπη Χατζίκα
Ελένη Χριστοδούλου
Χρύσα Χρυσοβιτσάνου

ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Dr. Theodoros Koutroubas, Professor, UC Louvain.
Dr. Irena Papadopoulos, Professor of Transcultural Health and Nursing and Head of Research Centre for Transcultural Studies in Health Middlesex University, London UK.
Dr. Mally Ehrenfeld, Associate Professor, Head of Nursing Department, Tel-Aviv University Israel.
Dr. Betty Chung Pui Man, Lecturer, (Health Sciences Syd), Nursing Faculty, Polytechnic University, Hong Kong
Dr. Evridiki Papastavrou, Lecturer, Department of Nursing, Cyprus University of Technology, President of the Council of Nursing and Midwifery.
Lorendana Sasso, Professore Associato,Universita degli Studi di Genova
Cecilia Sironi, MSc Universita degli Studi dell' Insubria-Varese Italy.
Rocco Gennaro, Vice Presidente IPASVI.

Γ. ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

(θα δημοσιεύονται στο πρώτο τεύχος κάθε έτους και θα υπάρχουν στην ιστοσελίδα του περιοδικού)
Οι Έλληνες συγγραφείς μπορούν να δημοσιεύουν άρθρα και στην ελληνική και στην αγγλική γλώσσα

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Τύποι Άρθρων
Διαδικασία Υποβολής Άρθρων
Διαδικασία Αξιολόγησης
Γενικές Οδηγίες
Γενικές οδηγίες Συγγραφής
Θέματα Ηθικής και Δεοντολογίας

ΤΥΠΟΙ ΑΡΘΡΩΝ

Το ΕΠΝΕ δημοσιεύει τα ακόλουθα:

1. **ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ** link*
2. **ΓΕΝΙΚΑ ΑΡΘΡΑ**

Το περιοδικό δημοσιεύει φιλοσοφικά, θεωρητικά, μεθοδολογικά ή επαγγελματικά θέματα/καταστάσεις που παρέχουν επίκαιρη, προηγμένη γνώση για τη διεθνή επιστημονική κοινότητα και μπορεί να αφορούν στη νοσηλευτική πρακτική, την εκπαίδευση, τη διοίκηση κ.λπ. Επίσης, δημοσιεύει άρθρα συζήτησης.

3. **ΠΟΣΟΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ**
   α. Πρωτογενείς
      - Εμπειρικές link
      - Κλινικές δοκιμές link

   β.Δευτερογενείς (συστηματικές ανασκοπήσεις) link
   γ. Ανάπτυξης και Ψυχομετρικής Στάθμισης ερευνητικών εργαλείων link
4. **ΠΟΙΟΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ**
   - Εμπειρικές link
5. **ΕΡΕΥΝΕΣ ΜΙΚΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑΣ** link
6. **ΒΙΒΛΙΟΚΡΙΤΙΚΗ** link

7. ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΕΚΔΟΤΗ

(Οι επιστολές μπορεί να είναι έκτασης ως 500 λέξεων και να περιλαμβάνουν κρίσεις, ή σχόλια για εργασίες που έχουν ήδη δημοσιευτεί σε 2 προηγούμενα τεύχη).

* Όπου αναγράφεται link, υπάρχουν αναρτημένες οι επιπλέον σχετικές, εξειδικευμένες οδηγίες στην ιστοσελίδα του περιοδικού.

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΡΘΡΩΝ link

Έως ότου ολοκληρωθεί το σύστημα ηλεκτρονικής υποβολής άρθρων, καλούνται οι συγγραφείς να υποβάλλουν τα προς αξιολόγηση άρθρα μέσω του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου του περιοδικού στη διεύθυνση journal@enne.gr. Όλη η αλληλογραφία θα πραγματοποιείται μέσω του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου.

Κάθε άρθρο θα συνοδεύεται από **επιστολή του συγγραφέα**, υπόδειγμα της οποίας μπορείτε να βρείτε εδώ (link) και στην οποία αναφέρονται τα ακόλουθα:

- Βεβαίωση ότι η εργασία (ολόκληρη ή τμήμα αυτής) δεν έχει δημοσιευτεί (ή υποβληθεί για δημοσίευση) σε έντυπη ή ηλεκτρονική μορφή σε άλλο περιοδικό ή μέσο στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό.
- Δήλωση ότι το τελικό κείμενο της εργασίας αναγνώστηκε και εγκρίθηκε από όλους τους συγγραφείς.
- Δήλωση ότι δεν υπάρχει καμία σύγκρουση συμφέροντος ή άλλο οικονομικό όφελος σχετικά με την μελέτη
- Γραπτή βεβαίωση άδειας (Αρ. πρωτοκόλλου έγκρισης) διεξαγωγής της μελέτης από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του φορέα στον οποίο διεξήχθη η εν λόγω μελέτη.
- Βεβαίωση των συγγραφέων για την εγγύηση ότι το άρθρο είναι πρωτότυπη μελέτη και δεν παραβιάζει κανένα δικαίωμα πνευματικής ιδιοκτησίας.
- Δήλωση ότι όλοι οι συγγραφείς έχουν συμβάλει σημαντικά στη διεξαγωγή της μελέτης.
- Στοιχεία του συγγραφέα που είναι υπεύθυνος για την αλληλογραφία (ονοματεπώνυμο, ταχυδρομική και ηλεκτρονική διεύθυνση, τηλέφωνο).

Κατά την υποβολή ξενόγλωσσων άρθρων από Έλληνες συγγραφείς θα πρέπει να υποβάλλεται η αντίστοιχη, ξενόγλωσση συνοδευτική επιστολή (link).

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Οι υποβληθείσες εργασίες αξιολογούνται από τη Διεύθυνση Σύνταξης, εάν συνάδουν με την αποστολή και τους στόχους του Περιοδικού, προκειμένου να προωθηθούν για ανώνυμη αξιολόγηση. Ανάλογα με τη θεματική ενότητα στην οποία ανήκουν, προωθούνται στο υπεύθυνο μέλος της συντακτικής επιτροπής και σε δύο κριτές της αντίστοιχης θεματικής ενότητας, ή σε ανεξάρτητους 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

Η τελική προσαρμογή του κειμένου στις υποδείξεις των κριτών διαπιστώνεται από τη Διεύθυνση Σύνταξης, ώστε το άρθρο να προωθηθεί προς δημοσίευση.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

Η Διεύθυνση Σύνταξης αποφασίζει για τον ταχύτερο δυνατό χρόνο δημοσίευσης των εργασιών, βασιζόμενη σε διάφορα κριτήρια, όπως είναι η τήρηση της προτεραιότητας κατά την ημερομηνία υποβολής, η αναλογία ερευνητικών και ανασκοπικών άρθρων ανά τεύχος, η μη δημοσίευση στο ίδιο τεύχος άρθρων των ίδιων συγγραφέων, άρθρων παρόμοιας θεματολογίας κλπ. Η προτεραιότητα για δημοσίευση βασίζεται στην ημερομηνία αποδοχής και όχι στην ημερομηνία πρώτης υποβολής του κειμένου.

Η Διεύθυνση Σύνταξης διατηρεί το δικαίωμα μικρών τροποποιήσεων της μορφής και του περιεχομένου των εργασιών, ωστόσο, μεγάλες ή ουσιώδεις τροποποιήσεις, κυρίως αναφορικά με το περιεχόμενο, θα γίνονται μόνο με τη σύμφωνη γνώμη των συγγραφέων.

Οι συγγραφείς των ερευνητικών μελετών (πρωτογενών και δευτερογενών) δεν μπορεί να είναι περισσότεροι από έξι (6), παρά μόνο μετά από εξαίρεση (π.χ. όταν πρόκειται για διεπιστημονικές, μεγάλης κλίμακας, πολυκεντρικές μελέτες). Οι συγγραφείς των υπόλοιπων εργασιών δεν μπορεί να είναι περισσότεροι από τρεις (3), με πιθανή εξαίρεση, κάποια γενικά άρθρα μεθοδολογικού τύπου, ή κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες.

ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ (λίστα ελέγχου – check list)

Σε κάθε άρθρο που υποβάλλεται, οι συγγραφείς θα πρέπει να περιλαμβάνουν τα εξής (προς διευκόλυνσή σας, τσεκάρετε δίπλα, τι από τα παρακάτω έχετε υποβάλει):

1. **Συνοδευτική Επιστολή (υπάρχει υπόδειγμα)**
2. **Σελίδα τίτλου***
3. **Σελίδα περίληψης***
4. **Σελίδα Βασικών Σημείων του Άρθρου**
5. **Κυρίως κείμενο του άρθρου**
6. **Συμβολή των συγγραφέων**
7. **Χρηματοδότηση (εάν υπάρχει)**
8. **Ευχαριστίες (εάν υπάρχουν)**
9. **Προηγούμενη δημοσίευση (εάν υπάρχει)**
10. **Βιβλιογραφικός κατάλογος**
11. **Πίνακες και σχήματα**

* θα υπάρχουν και στην αγγλική γλώσσα. Δείτε οδηγίες που ακολουθούν

Σελίδα τίτλου

- Τίτλος έως 25 λέξεις (περιοι - έντονοι χαρακτήρες)
- Ονοματεπώνυμο, φορέας εργασίας (πχ ΓΝΑ «Ιπποκράτειο»). Με εκθέτες, κάθε όνομα θα παραπέμπει στον αντίστοιχο φορέα
- Υπεύθυνος αλληλογραφίας (ονοματεπώνυμο, ηλεκτρονική διεύθυνση, τηλέφωνο επικοινωνίας)
- Ημερομηνία υποβολής
- Όλα τα παραπάνω και στην Αγγλική γλώσσα (σε χωριστή σελίδα)

Σελίδα περίληψης

- Τίτλος του άρθρου (περιοι-έντονοι χαρακτήρες)
- Η λέξη ΠΕΡΙΛΗΨΗ, γράφεται με έντονους κεφαλαίους χαρακτήρες
- Η περίληψη δεν θα πρέπει να υπερβαίνει τις 250-300 λέξεις (βλέπε σχετικό link ανάλογα με το είδος του άρθρου)
- Θα πρέπει να υποβάλλεται στην ελληνική & αγγλική γλώσσα, χωρίς βιβλιογραφικές αναφορές, ή συντμήσεις λέξεων.
- Εάν το άρθρο υποβάλλεται στην αγγλική γλώσσα, δεν χρειάζεται η ελληνική εκδοχή του τίτλου ή της περίληψης.
- Ακολουθείται από 3 (τρεις) έως έξι (6) λέξεις κλειδιά κατά αλφαβητική σειρά, οι οποίες θα πρέπει να προκύπτουν από το περιεχόμενο του άρθρου και να διαχωρίζονται μεταξύ τους με κόμμα (,). Οι λέξεις κλειδιά θα πρέπει να είναι γενικού περιεχομένου και να διευκολύνουν τον εύκολο ευρετηριασμό του άρθρου κατά την αναζήτησή του, στις βάσεις δεδομένων από άλλους ερευνητές.
- Περίληψη και στην αγγλική γλώσσα (σε χωριστή σελίδα)

Σελίδα Βασικών Σημείων του Άρθρου

Τα βασικά σημεία του άρθρου (highlights/key points) αναγράφονται σε χωριστή σελίδα και αφορούν στα κύρια ευρήματα, παρέχοντας μια γρήγορη ματιά του συνολικού άρθρου. Περιλαμβάνουν τρεις έως πέντε προτάσεις (με κουκίδες) που περιγράφουν την ουσία της ανασκόπησης ή της έρευνας (αποτελέσματα ή συμπεράσματα) και τονίζουν τη σημασία του άρθρου. Η κάθε πρόταση δεν θα πρέπει να ξεπερνά τους 85 χαρακτήρες (μαζί με τα κενά διαστήματα και τα σημεία στίξης). Η φράση ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ γράφεται με κεφαλαίους έντονους χαρακτήρες.

Παράδειγμα στην Ελληνική γλώσσα
Παπαδόπουλος Δ, Βασιλείου Γ, Γεωργίου Α (2014). Επαγγελματική εξουθένωση και καθημερινή λειτουργικότητα: Μια θεωρητική ανάλυση. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης, 5: 14-20.

Βασικά Σημεία του Άρθρου

- Ανάλυση της εξουθένωσης από την οπτική του εργαζόμενου.
- Η εξουθένωση ως διαμεσολαβητικός παράγοντας στην καθημερινότητα.
- Η εξουθένωση αυξάνεται ανάλογα με τις εργασιακές απαιτήσεις.
- Η εξουθένωση μειώνεται ανάλογα με τα εργασιακά αποθέματα.
- Οι εργαζόμενοι με υψηλά επίπεδα εξουθένωσης χρήζουν εξατομικευμένης στήριξης.

Παράδειγμα στην Αγγλική γλώσσα
Papadopoulos D, Vasiliou G, Georgiou A (2014). Professional burnout and daily functioning: A theoretical analysis. Hellenic Journal of Nursing Science, 5: 14-20.

Highlights /key points

- Discussion of burnout from the perspective of the employee.
- Chronic burnout is conceptualized as a crucial moderator of daily functioning.
- Burnout increases according to daily job demands.
- Burnout decreases according to daily job resources.
- Employees with high levels of burnout need tailored help.

Κυρίως κείμενο του άρθρου (manuscript)

Το κυρίως κείμενο (manuscript) θα ακολουθεί την ανάλογη δομή (βλ. σχετικά links, ανάλογα με τον τύπο του άρθρου). Μετά το κείμενο, θα αναγράφεται η Συμβολή του κάθε συγγραφέα αναλυτικά, όπως και οι τυχόν Ευχαριστίες.

Συμβολή των συγγραφέων. Όλοι οι συγγραφείς που αναφέρονται σε ένα άρθρο θα πρέπει να έχουν συνεισφέρει ενεργά στη συλλογή των πληροφοριών και στη συγγραφή του (εάν πρόκειται για ανασκόπηση), ή στο σχεδιασμό της μελέτης, στη συλλογή και ανάλυση των δεδομένων, στην εξαγωγή/ερμηνεία των αποτελεσμάτων και στη συγγραφή του άρθρου (εάν πρόκειται για έρευνα). Η συμβολή τους θα διαφαίνεται σε όποιο από τα παραπάνω σημεία, με διακριτό τρόπο για τον καθένα και θα περιλαμβάνεται μετά το κυρίως κείμενο και πριν το βιβλιογραφικό κατάλογο. Όλοι οι συγγραφείς επίσης, θα πρέπει να έχουν μελετήσει το περιεχόμενο και εγκρίνει την τελική έκδοση που έχει υποβληθεί προς δημοσίευση. Η συμμετοχή μόνο στην αναζήτηση χρηματοδότησης μιας έρευνας, ή μόνο στη συλλογή των δεδομένων δεν δικαιολογεί την αναφορά μεταξύ των συγγραφέων, η οποία υποκαθίσταται με την έκφραση ευχαριστιών.
Παράδειγμα: ΙΚ: (αρχικά ονομάτων των συγγραφέων) ανέλυσε τα δεδομένα και συνέβαλε στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων και στη συγγραφή του κειμένου. ΘΜ: συμμετείχε στη σύλληψη και στο σχεδιασμό της μελέτης, καθώς και στη συλλογή των δεδομένων. ΠΓ και ΔΚ: Συμμετείχαν στο σχεδιασμό της μελέτης και στη συλλογή των δεδομένων. Όλοι οι συγγραφείς αξιολόγησαν κριτικά και ενέκριναν την υποβολή του τελικού κειμένου.

Ευχαριστίες. Κατά την ηλεκτρονική υποβολή του άρθρου, οι συγγραφείς μπορούν να αναγράφουν τις ευχαριστίες τους σε άτομα, φορείς κ.λπ που τους βοήθησαν ουσιαστικά στην εκπόνηση της εργασίας τους, επεξηγώντας τους λόγους πχ για την οικονομική ενίσχυση, τη συλλογή των δεδομένων, τη χορήγηση άδειας κ.λπ.

Προηγούμενη δημοσίευση. Σε περίπτωση που το άρθρο ή τμήμα του, έχει δημοσιευτεί πχ σε Πρακτικά Συνεδρίου ή αλλού, θα πρέπει να αναγράφεται το «που» και το «πότε».

Βιβλιογραφικός κατάλογος (σύμφωνα με τις οδηγίες, βλ. link)

Πίνακες – Σχήματα. Οι πίνακες και τα σχήματα παρατίθενται στο τέλος του άρθρου, σε χωριστή σελίδα το καθένα από αυτά. Ωστόσο, εντός του κυρίως κειμένου του άρθρου θα πρέπει να μπαίνει σε παρένθεση η ένδειξη (Πίνακας ΧΧ κάπου εδώ).

- Θα πρέπει να είναι αριθμημένοι με αραβικούς αριθμούς (1,2,3) και να αναφέρονται με τη σειρά παράθεσής τους και μέσα στο κείμενο (π.χ. Πίνακας ΧΧ, εντός του κειμένου).
- Θα πρέπει να συνοδεύονται από ένα βραχύ τίτλο και να αναφέρεται η πηγή τους, αν δεν προέρχονται από πρωτογενές υλικό.
- Η έκταση κάθε πίνακα δεν πρέπει να υπερβαίνει τη μια σελίδα.
- Σε περίπτωση χρησιμοποίησης υλικού (πινάκων, σχημάτων) που έχει ήδη δημοσιευθεί αλλού, θα πρέπει να εξασφαλίζεται, πριν την υποβολή του άρθρου, η άδεια από τους αρχικούς συγγραφείς ή αυτούς που κατέχουν τα πνευματικά δικαιώματα του αναπαραγόμενου υλικού. Οι συγγραφείς των δημοσιευμένων άρθρων έχουν την ευθύνη για οποιαδήποτε επίπτωση από παραβίαση του copyright τρίτων.
- Συντμήσεις μέσα στους πίνακες, σχήματα κ.λπ. θα πρέπει να επεξηγούνται στο κάτω μέρος τους, με μορφή υποσημείωσης.
- Χρησιμοποιήστε μέγεθος γραμματοσειράς από 8 έως 10. Χρησιμοποιήστε μόνο δύο διαφορετικά μεγέθη γραμματοσειράς σε κάθε πίνακα (ένα μέγεθος είναι προτιμότερο).
- Θα πρέπει οι οριζόντιες και κάθετες γραμμές του πίνακα να μην είναι εμφανείς, εκτός από τις ακόλουθες: πάνω και κάτω περίγραμμα και κάτω από τους τίτλους των στηλών.

Παραρτήματα. Προτείνεται η αποφυγή παράθεσης παραρτημάτων. Σε περίπτωση που κριθεί απαραίτητο παρατίθενται σε χωριστή σελίδα, μετά το βιβλιογραφικό κατάλογο και πριν από τους πίνακες.

Άλλες οδηγίες μορφοποίησης

- Τα άρθρα θα πρέπει να είναι δακτυλογραφημένα με γραμματοσειρά TIMES NEW ROMAN, μεγέθους 12 και διάστιχο 1.5. Τα περιθώρια της σελίδας θα πρέπει να είναι 2.54 περιμετρικά της σελίδας. Η αρίθμηση των σελίδων θα πρέπει να εμφανίζεται στην κάτω δεξιά γωνία της σελίδας.
- Για τη διατήρηση της ανωνυμίας, στο άρθρο δεν θα πρέπει να αναφέρονται ονοματεπώνυμα ατόμων, νοσοκομείων ή άλλων φορέων, αλλά να περιγράφονται σε γενικές γραμμές όπως πχ « ....το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ενός ελληνικού, γενικού περιφερειακού νοσοκομείου.....»
- Αποφύγετε τις συντομογραφίες, οπουδήποτε είναι δυνατόν. Οποιεσδήποτε συντμήσεις οι συγγραφείς σκοπεύουν να χρησιμοποιήσουν, θα πρέπει να καταγράφονται πλήρως και να ακολουθούνται από τα αρχικά γράμματα εντός παρενθέσεως, την πρώτη φορά που εμφανίζονται πχ World Health Organization (WHO) και στη συνέχεια χρησιμοποιείται μόνο με το ακρωνύμιο WHO. Αποφύγετε την υπερβολική χρήση πολλαπλών ακρωνυμίων.
- Μη χρησιμοποιείτε κεφαλαίο αρχικό γράμμα σε διάφορες λέξεις, χωρίς λόγο πχ διευθυντής, νοσηλευτής, καθηγητής.
- Μονάδες μέτρησης μήκους, ύψους, βάρους και όγκου θα πρέπει να αναφέρονται σε μετρικές μονάδες, σύμφωνα με τα διεθνώς αναγνωρισμένα σύμβολα.
- Στο κείμενο, να αποφεύγεται η γραφή σε α΄ ενικό ή α΄ πληθυντικό πρόσωπο, καθώς και η χρήση προσωπικών αντωνυμιών, όπως «εγώ» ή «εμείς». Οι αναφορές να γίνονται σε τρίτο Πρόσωπο και παθητική φωνή. Π.χ. αντί να γράψουμε «κάναμε αυτήν την έρευνα με σκοπό...» ή «προτείνουμε τα εξής μέτρα» γράφουμε «αυτή η έρευνα έγινε με σκοπό...» ή «προτείνονται τα εξής μέτρα».
- Μέσα στο κείμενο δεν χρησιμοποιούνται υπογραμμίσεις, έντονοι (bold) και πλάγιοι (italics) χαρακτήρες.
- Το κείμενο της εργασίας θα πρέπει να είναι χωρισμένο σε παραγράφους. Η παραγραφοποίηση βοηθά στην κατάτμηση ενός κειμένου ώστε αυτό να γίνεται ευκολότερα αναγνώσιμο και περισσότερο κατανοητό. Καλό είναι να αποφεύγονται οι πολύ μεγάλες παράγραφοι, αλλά και οι πολύ μικρές (π.χ. παράγραφος με μια ή δύο προτάσεις).
- Όλες οι παράγραφοι ξεκινούν με μια εσοχή (1 tab). Μεταξύ των παραγράφων δεν θα πρέπει να υπάρχει κενή σειρά, παρά μόνο μετά από κάθε ενότητα (π.χ. κείμενο εισαγωγής, κενή σειρά, κείμενο μεθοδολογίας, κενή σειρά).
- Κεφαλίδες, υποκεφαλίδες κλπ. Οι κεφαλίδες μπορούν να είναι τριών (3) επιπέδων, ίδιας γραμματοσειράς (χωρίς αριθμήσεις, στην αριστερή πλευρά της σελίδας, ενώ η στοίχιση του κειμένου παραμένει κεντρική):

ΕΠΙΠΕΔΟ 1. κεφαλαία γράμματα με έντονη γραφή, (bold)
ΕΠΙΠΕΔΟ 2. πεζά γράμματα με έντονη γραφή,(bold)
ΕΠΙΠΕΔΟ 3. πεζά γράμματα με πλάγια γραφή, (italics)

Εάν κρίνεται απαραίτητη η ύπαρξη περεταίρω υποδιαιρέσεων, προτείνεται η χρήση κουκίδων για τις υπόλοιπες υποκεφαλίδες.

ΘΕΜΑΤΑ ΗΘΙΚΗΣ & ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Συγκατάθεση Ενημέρωσης: Οι συγγραφείς θα πρέπει να επιβεβαιώνουν μέσα στο κείμενό τους 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: Οι συγγραφείς θα πρέπει να έχουν λάβει την άδεια χρήσης ερωτηματολογίων ή άλλων κλιμάκων που χρησιμοποίησαν για την εκπόνηση της έρευνάς τους, από τον κάτοχο πνευματικών δικαιωμάτων αυτών και φέρουν την αποκλειστική ευθύνη της χρήσης τους.

Σύγκρουση συμφερόντων (conflict of interest): Οι συγγραφείς είναι υποχρεωμένοι κατά την υποβολή του άρθρου (συνοδευτική επιστολή), να αναφέρουν κάθε πιθανή σύγκρουση συμφερόντων (πχ πατέντα ιδιοκτησίας, αμοιβές ομιλητών ή συμβούλων κ.λπ). Επίσης, η Διεύθυνση Σύνταξης εξασφαλίζει την ανωνυμία σε περίπτωση που κάποιο άρθρο έχει υποβληθεί από μέλος της Συντακτικής Επιτροπής του Περιοδικού. Τα μέλη της Διεύθυνσης Σύνταξης παροτρύνονται να έχουν επίγνωση των πιθανών συγκρούσεων συμφερόντων, όπως π.χ. σε περίπτωση επεξεργασίας του κειμένου από συνεργάτες και συναδέλφους κριτές. Σε περίπτωση που δεν υπάρχει σύγκρουση συμφερόντων, θα πρέπει να αναφέρεται με σαφή δήλωση των συγγραφέων.

Χρηματοδότηση: Οι συγγραφείς θα πρέπει να αναφέρουν κατά την ηλεκτρονική υποβολή του άρθρου, κάθε πηγή χρηματοδότησης της έρευνάς τους, από Δημόσιο ή Ιδιωτικό φορέα (όνομα, τόπος και αριθμός χρηματοδότησης). Σε περίπτωση μη χρηματοδότησης θα πρέπει να αναφέρεται με σαφή δήλωση των συγγραφέων.

Πνευματικά Δικαιώματα (transfer of copyright): 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, στην αγγλική ή σε οποιαδήποτε άλλη γλώσσα, χωρίς τη γραπτή συγκατάθεση του εκδότη.
Εάν ωστόσο, κάποιο άρθρο ή μέρος αυτού, βρίσκεται υπό κρίση, ή έχει προηγουμένως δημοσιευθεί σε πρακτικά ενός Συνεδρίου, αυτό θα πρέπει να αναφέρεται από τους συγγραφείς, κατά την υποβολή του στο Περιοδικό. Προϋπόθεση για τη δημοσίευση οποιουδήποτε άρθρου αποτελεί η παραχώρηση στο ΕΠΝΕ του αποκλειστικού δικαιώματος χρήσης του. Εφόσον γίνει αποδεκτό το άρθρο, οι συγγραφείς καλούνται να αποστείλουν σε σκαναρισμένη μορφή ή ταχυδρομικά, ειδικό έντυπο παροχής άδειας αποκλειστικής δημοσίευσης, το οποίο υπογράφεται από όλους τους συγγραφείς.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ

Οι περιγραφικές ή αφηγηματικές ανασκοπήσεις παρουσιάζουν τα αποτελέσματα ερευνών πάνω σε ένα θέμα κατά τη διάρκεια μιας συγκεκριμένης χρονικής περιόδου, ή τα αποτελέσματα νέων ερευνών με αξιολογική σειρά, τα οποία συσχετίζονται με την προϋπάρχουσα γνώση. Το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης δέχεται περιγραφικές ανασκοπήσεις που συμβάλλουν στην εξέλιξη της νοσηλευτικής επιστήμης, στις οποίες συμμετέχουν έως τρεις (3) συγγραφείς, με έκταση μέχρι 3500 λέξεις, εξαιρουμένων των πινάκων, των γραφημάτων, της βιβλιογραφίας και της περίληψης.
Η δομή θα πρέπει να είναι η ακόλουθη:

Τίτλος *
Περίληψη *
Λέξεις-κλειδιά *
Εισαγωγή
Κύριο θέμα ανασκόπησης
Συμπεράσματα
* στην Ελληνική και Αγγλική γλώσσα

Επισήμανση: Στις περιγραφικές ανασκοπήσεις δεν περιλαμβάνεται κεφάλαιο μεθοδολογίας.

Περίληψη

Η περίληψη ακολουθεί ενιαία δομή και δεν ξεπερνά τις 250 λέξεις.

Λέξεις-κλειδιά

Τρεις έως έξι λέξεις που αντιπροσωπεύουν το περιεχόμενο της έρευνας, γραμμένες αλφαβητικά.

Η μορφοποίηση κεφαλαίων και υποκεφαλαίων θα ακολουθεί το εξής παράδειγμα (χωρίς αριθμήσεις, στην αριστερή πλευρά της σελίδας, ενώ η στοίχιση του κειμένου παραμένει κεντρική):

ΕΙΣΑΓΩΓΗ (κεφαλαία γράμματα με έντονη γραφή, bold)
ΤΙΤΛΟΣ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ (κεφαλαία γράμματα με έντονη γραφή, bold)
Υποκεφάλαιο (πεζά γράμματα με έντονη γραφή, bold)
Τμήμα υποκεφαλαίου (πεζά με πλάγια γραφή, italics)
Υποκεφάλαιο (πεζά γράμματα με έντονη γραφή, bold)
Τμήμα υποκεφαλαίου (πεζά με πλάγια γραφή, italics)
κλπ ανάλογα με το θέμα...
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ (κεφαλαία γράμματα με έντονη γραφή, bold)
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ (κεφαλαία γράμματα με έντονη γραφή, bold)

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εισαγωγή θα πρέπει να είναι γραμμένη με τέτοιο τρόπο, ώστε οι επαγγελματίες υγείας χωρίς εξειδίκευση σε αυτόν τον τομέα, να κατανοούν το υπό διερεύνηση θέμα. Η εισαγωγή ολοκληρώνεται με σύντομη αναφορά στο σκοπό του παρόντος άρθρου.

ΚΥΡΙΟ ΘΕΜΑ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ

Το κυρίως θέμα χωρίζεται σε υποενότητες (κεφάλαια και υποκεφάλαια) ανάλογα με τα αποτελέσματα από τη διερεύνηση της πρόσφατης διεθνούς και εγχώριας βιβλιογραφίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Δεν αποτελούν περίληψη ή επανάληψη των αποτελεσμάτων που αναγράφονται στο κυρίως θέμα. Αποσαφηνίζεται η συνεισφορά της περιγραφικής ανασκόπησης στην υπάρχουσα γνώση, προτείνονται θέματα για τροποποίηση πρακτικών, ή για μελλοντική έρευνα, τα οποία αναδείχθηκαν μέσα από το παρόν άρθρο.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ

Οι συστηματικές ανασκοπήσεις αφορούν σε δευτερογενή έρευνα, στηρίζονται σε ορισμένες βασικές αρχές και απαιτούν συγκεκριμένα μεθοδολογικά βήματα υλοποίησης. Το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης δέχεται συστηματικές ανασκοπήσεις, στις οποίες συμμετέχουν έως έξι συγγραφείς, με έκταση μέχρι 5000 λέξεις, εξαιρουμένων των πινάκων, των γραφημάτων και της περίληψης, οι οποίες ακολουθούν την παρακάτω δομή:

Τίτλος*
Περίληψη*
Λέξεις-κλειδιά*
Εισαγωγή
Μεθοδολογία
Αποτελέσματα
Συζήτηση
Συμπεράσματα
Συνεισφορά
Πίνακες
* στην Ελληνική και Αγγλική γλώσσα

Περίληψη

Η Περίληψη θα πρέπει να είναι δομημένη σε ξεχωριστές ενότητες: εισαγωγή, στην οποία αναφέρεται ο σκοπός και το πλαίσιο της μελέτης, μεθοδολογία, πώς διεξήχθη η έρευνα και ποιες στατιστικές δομικές χρησιμοποιήθηκαν, αποτελέσματα, δηλαδή τα κύρια ευρήματα και συμπεράσματα, στα οποία περιλαμβάνονται και πιθανές επιπτώσεις. Συνιστάται να ελαχιστοποιούνται οι συντομογραφίες και να μην παραθέτονται βιβλιογραφικές αναφορές. Η περίληψη δεν ξεπερνά τις 250-300 λέξεις.

Λέξεις-κλειδιά

Τρεις έως πέντε λέξεις που αντιπροσωπεύουν το περιεχόμενο της έρευνας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εισαγωγή θα πρέπει να είναι γραμμένη με τέτοιο τρόπο, ώστε οι επαγγελματίες υγείας χωρίς εξειδίκευση σε αυτόν τον τομέα να κατανοούν το υπό διερεύνηση θέμα. Η εισαγωγή ολοκληρώνεται με σύντομη αναφορά στο σκοπό του παρόντος άρθρου.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σε αυτήν την ενότητα αναφέρεται η μεθοδολογία ανάλυσης των δεδομένων, η μεθοδολογία εντοπισμού του υλικού, η περιγραφή των μελετών που εντοπίστηκαν, τα κριτήρια εισαγωγής-αποκλεισμού και η μεθοδολογική ποιότητα του υλικού.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα δύναται να χωρισθούν σε υποενότητες που περικλείουν ξεκάθαρα διαφορετικές κατηγορίες αποτελεσμάτων.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σε αυτό το σημείο τονίζεται ο τρόπος που τα αποτελέσματα μπορούν να εφαρμοστούν θεωρητικά και πρακτικά και η συμφωνία ή διαφωνία με αντίστοιχες έρευνες της διεθνούς βιβλιογραφίας. Επίσης αναφέρονται τα δυνατά και αδύνατα σημεία της έρευνας και η δυνατότητα ή μη, γενίκευσης των ενδείξεων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Δεν αποτελούν περίληψη ή επανάληψη των αποτελεσμάτων. Αποσαφηνίζεται η συνεισφορά της συστηματικής ανασκόπησης στην υπάρχουσα γνώση, προτείνονται θέματα για τροποποίηση πρακτικών ή για μελλοντική έρευνα να οποία αναδείχθηκαν μέσα από το παρόν άρθρο.

ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΕΡΕΥΝΗΤΩΝ

Αναφέρεται με τα αρχικά ονόματα η συνεισφορά του κάθε συγγραφέα στην παρούσα έρευνα, οι οποίοι είναι έως έξι (βλ. γενικές οδηγίες)

Πίνακες

Περιλαμβάνονται πίνακες όπως

- Διάγραμμα ροής με το ιστορικό αναζήτησης
- Κατάλογος άρθρων που επιλέχθηκαν με συνοπτικά στοιχεία όπως το δείγμα, η ακολουθούμενη μεθοδολογία και περίληψη των ευρημάτων
- Πίνακες στατιστικής ανάλυσης των αποτελεσμάτων (σε μετα-αναλύσεις)

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΕΜΠΕΙΡΙΚΕΣ-ΠΟΣΟΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ

Η εμπειρική έρευνα είναι μια μορφή πρωτογενούς έρευνας και προσέγγισης της γνώσης μέσω της άμεσης ή έμμεσης παρατήρησης ενός φαινομένου. Βασίζεται σε παρατηρήσεις και μετρήσεις, οι οποίες αναλύονται είτε ποσοτικά, είτε ποιοτικά. Η ποσοτική έρευνα αναφέρεται στη συστηματική διερεύνηση φαινομένων, μέσω στατιστικών και μαθηματικών δοκιμασιών.

Το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης δέχεται πρωτότυπες εμπειρικές ποσοτικές έρευνες, στις οποίες συμμετέχουν έως έξι (6) συγγραφείς, με έκταση μέχρι 5000 λέξεις, εξαιρουμένων των πινάκων, των γραφημάτων, της βιβλιογραφίας και της περίληψης. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις μπορεί να επιτραπεί κείμενο μέχρι 7000 λέξεις, εφόσον αιτιολογείται από τη φύση και τα αποτελέσματα της έρευνας και μετά από έγκριση του διευθυντή σύνταξης. Σχετικά με τη μορφοποίηση του κειμένου, ανατρέξτε στις γενικές οδηγίες υποβολής:

Τίτλος*
Περίληψη*
Λέξεις-κλειδιά*
Εισαγωγή
Μεθοδολογία (Σχεδιασμός, Δείγμα μελέτης, Συλλογή δεδομένων, Θέματα ηθικής-Δεοντολογίας, Στατιστική Ανάλυση)
Αποτελέσματα
Συζήτηση
Συμπεράσματα
Συνεισφορά
Πίνακες
* στην Ελληνική και Αγγλική γλώσσα

Περίληψη

Η περίληψη δεν πρέπει να ξεπερνά τις 250-300 λέξεις και πρέπει να περιλαμβάνει τις παρακάτω ξεχωριστές ενότητες: εισαγωγή, στην οποία αναφέρεται σύντομα το βασικό θεωρητικό πλαίσιο της μελέτης, σκοπός της έρευνας, υλικό-μέθοδος, το είδος σχεδιασμού της μελέτης, το δείγμα, το πώς που και πότε διεξήχθη η έρευνα, και το είδος της στατιστικής ανάλυσης, αποτελέσματα, δηλαδή τα κύρια ευρήματα, και συμπεράσματα που μπορεί να περιλαμβάνουν τις πιθανές προτάσεις για εφαρμογή της νέας γνώσης στην πράξη.

Λέξεις-κλειδιά

Από τρείς έως πέντε λέξεις σχετικές με το περιεχόμενο της έρευνας και που μπορεί να βοηθήσουν στον εντοπισμό της, μετά από αναζήτηση.

ΚΥΡΙΩΣ ΚΕΙΜΕΝΟ

Το κυρίως κείμενο θα πρέπει να περιλαμβάνει τις παρακάτω υποενότητες:

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην εισαγωγή θα πρέπει να καθορίζεται το σκεπτικό, το πλαίσιο και η σημαντικότητα του άρθρου για τη νοσηλευτική, ή τις επιστήμες υγείας, σε διεθνές επίπεδο. Περιλαμβάνει επίσης, το επιστημονικό και θεωρητικό πλαίσιο στο οποίο στηρίζεται η έρευνα. Σε αυτή την ενότητα θα πρέπει να περιγράφονται οι θεωρητικοί και λειτουργικοί ορισμοί των εννοιών και μεταβλητών, με τις οποίες ασχολείται η μελέτη, καθώς και η σχέση τους με το θεωρητικό υπόβαθρο. Όλα τα παραπάνω θα πρέπει να υποστηρίζονται από την αντίστοιχη βιβλιογραφία. Πολύ προσοχή θα πρέπει να δίνεται στην κριτική αξιολόγηση και επιλογή των βιβλιογραφικών παραπομπών, ώστε να είναι οι πιο αντιπροσωπευτικές, σύγχρονες και σχετικές. Ο αριθμός τους δε θα πρέπει να υπερβαίνει τις 30. Σε περίπτωση που η μελέτη αφορά ελληνικό πληθυσμό, θα πρέπει να περιλαμβάνει και αντίστοιχες αναφορές σε ελληνική βιβλιογραφία, εάν υπάρχουν.

Στο τέλος, σε χωριστή παράγραφο της εισαγωγής, αναφέρονται ο σκοπός και οι στόχοι της μελέτης. Όπου είναι εφικτό θα πρέπει να διατυπώνονται σαφώς οι ερευνητικές υποθέσεις, οι οποίες θα ελεγχθούν στην πορεία της μελέτης.

Η έκταση της εισαγωγής δε θα πρέπει να υπερβαίνει τις 3 σελίδες κειμένου.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η ενότητα αυτή περιλαμβάνει τις εξής υποενότητες: Σχεδιασμός, Δείγμα μελέτης, Συλλογή δεδομένων, Θέματα ηθικής-Δεοντολογίας και Στατιστική Ανάλυση.

Σχεδιασμός

Εδώ δηλώνεται σαφώς το είδος του ερευνητικού σχεδίου που χρησιμοποιήθηκε πχ περιγραφική, πειραματική, ημι-πειραματική, συγχρονική, κοόρτης κτλ. Στη συνέχεια περιγράφεται τι ακριβώς περιέλαβε το ερευνητικό σχέδιο. Όπου είναι εφικτό (κυρίως σε μελέτες παρέμβασης), μπορεί να χρήσιμο ένα διάγραμμα ροής κατά CONSORT.

Δείγμα μελέτης

Εδώ περιγράφεται ο πληθυσμός και το δείγμα. Πρέπει να αναφέρεται το είδος και ο τρόπος δειγματοληψίας (τυχαιοποιημένη, διαστρωματωμένη, ευκολίας, σκόπιμη κτλ). Επίσης, τα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού στη μελέτη (όπου είναι εφικτό) και οι λόγοι που επιλέγηκαν αυτά. Είναι σημαντικό να περιλαμβάνεται αναλυτικά ο τρόπος με τον οποίο έγινε η επιλογή των συμμετεχόντων. Τέλος, θα πρέπει όπου είναι δυνατό να αναφέρεται ο υπολογισμός του μεγέθους του δείγματος, ή εναλλακτικά το πώς προσδιορίστηκε ο επαρκής αριθμός συμμετεχόντων.

Συλλογή δεδομένων

Θα πρέπει να προσδιορίζεται ο τόπος, ο τρόπος και η χρονική περίοδος της δειγματοληψίας, η οποία είναι προτιμητέο να μην υπερβαίνει τα πέντε έτη από την ημερομηνία υποβολής. Περιγράψτε τις τεχνικές και τα εργαλεία συλλογής δεδομένων. Αν πρόκειται για ερωτη-



ματολόγια που είναι γνωστά και σταθμισμένα περιγράψτε αναλυτικά και συμπεριλάβετε τη σχετική βιβλιογραφία, περιλαμβάνοντας απαραίτητα, την αναφορά της εργασίας στάθμισης του εργαλείου. Αν πρόκειται για εργαλεία που αναπτύχθηκαν ειδικά για αυτή τη μελέτη, περιγράψτε τη διαδικασία ανάπτυξης, περιλαμβάνοντας στοιχεία ελέγχου της αξιοπιστίας και εγκυρότητας. Διατυπώστε γιατί είναι κατάλληλα αυτά τα εργαλεία και οι τεχνικές για τις μεταβλητές. Συμπεριλάβετε στοιχεία από πιλοτική έρευνα, εάν αυτή έγινε.

Θέματα ηθικής-Δεοντολογίας
Αναφέρατε θέματα ηθικής και δεοντολογίας που προέκυψαν σε αυτή την έρευνα, περιγράφοντας τους τρόπους με τους οποίους αντιμετωπίστηκαν. Δηλώστε τις αντίστοιχες άδειες και εξουσιοδοτήσεις από τις επιτροπές ηθικής. Αναφέρατε συμφωνία της έρευνας με διεθνείς ή εθνικές συμβάσεις (πχ Διακήρυξη του Helsinki) και σημειώστε αν δεν ήταν απαραίτητη η λήψη κάποιας άδειας.

Στατιστική ανάλυση
Αναφέρατε τις στατιστικές δοκιμασίες που συμπεριλήφθηκαν στην ανάλυση δεδομένων, καθιστώντας σαφές γιατί αυτές είναι οι κατάλληλες. Τυχόν χειρισμός των μεταβλητών ή μοντέλα πρόβλεψης θα πρέπει να επεξηγούνται. Αναφέρατε τέλος το στατιστικό πακέτο ανάλυσης δεδομένων που χρησιμοποιήθηκε.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Αρχικά θα πρέπει να περιγράφονται τα χαρακτηριστικά (δημογραφικά, κλινικά κτλ) του δείγματος, με αντίστοιχο πίνακα. Επίσης, θα πρέπει να αναφέρεται το ποσοστό ανταπόκρισης (response rate) του δείγματος, εάν πρόκειται για έρευνα που πραγματοποιήθηκε με χορήγηση ερωτηματολογίων. Θα πρέπει να υπάρχουν οι πίνακες με τα πλήρη δεδομένα που αφορούν στις μεταβλητές που ελέγχονται, ενώ στο κείμενο θα αναφέρονται μόνο τα σημαντικότερα αποτελέσματα σε σχέση με τις ερευνητικές υποθέσεις. Διαγράμματα θα πρέπει να περιλαμβάνονται μόνο όταν απεικονίζουν σημαντικές πληροφορίες, που δεν περιλαμβάνονται σε πίνακα. Κάθε πίνακας ή σχήμα κλ.π θα πρέπει να αριθμείται και αναφέρεται μέσα στο κείμενο με την απαραίτητη ένδειξη (βλ. γενικές οδηγίες).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ
Η συζήτηση δεν αποτελεί επανάληψη των αποτελεσμάτων, αλλά εστιάζει στα κύρια αποτελέσματα, ανακεφαλαιώνοντας και ερμηνεύοντας. Επιπλέον, σκοπός της συζήτησης, είναι να συγκρίνει τα αποτελέσματα/ευρήματα με αυτά της ήδη υπάρχουσας βιβλιογραφίας και να καταλήγει εάν απαντήθηκαν τα ερευνητικά ερωτήματα (θα πρέπει να δηλώνεται εάν μέσα από τα αποτελέσματα επιβεβαιώνονται ή απορρίπτονται οι αρχικές ερευνητικές υποθέσεις, εάν υπάρχουν). Σε αυτό το σημείο τονίζεται ο τρόπος που τα αποτελέσματα μπορούν να εφαρμοστούν θεωρητικά και πρακτικά, τονίζοντας τη νέα γνώση που προέκυψε από το άρθρο. Επίσης αναφέρονται τα δυνατά και αδύνατα σημεία της έρευνας (περιορισμοί), καθώς και η δυνατότητα ή μη, γενίκευσης των ευρημάτων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ
Τα συμπεράσματα δεν πρέπει να είναι αυθαίρετα, αλλά να προκύπτουν από τα ευρήματα της έρευνας, χωρίς αυτά όμως να επαναλαμβάνονται. Αποσαφηνίζεται η συνεισφορά της μελέτης στην υπάρχουσα γνώση, προτείνονται θέματα για τροποποίηση πρακτικών ή για μελλοντική έρευνα τα οποία αναδείχθηκαν μέσα από τη μελέτη και προσδιορίζονται πιθανά μέτρα για εφαρμογή στην κλινική πράξη/έρευνα/εκπαίδευση κτλ.

Συνεισφορά ερευνητών
Αναφέρεται με τα αρχικά ονόματα η συνεισφορά του κάθε συγγραφέα στην παρούσα έρευνα, οι οποίοι είναι έως έξι (βλ. γενικές οδηγίες)

Πίνακες
Οι πίνακες/διαγράμματα (μόνο όσοι είναι απαραίτητοι) θα πρέπει να είναι κατανοητοί, να υπάρχουν επεξηγήσεις των συντμήσεων και να αναφέρονται σε χωριστή τελευταία γραμμή οι αντίστοιχες στατιστικές δοκιμασίες.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΠΟΙΟΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ

Το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης δέχεται πρωτότυπες ποιοτικές έρευνες. Ο μέγιστος αριθμός συγγραφέων που μπορούν να μετέχουν στην συγγραφική ομάδα είναι έως έξι (6) συγγραφείς. Ο γενικός κανόνας για την έκταση του κειμένου μπορεί να είναι μέχρι 6,000 λέξεις, ωστόσο μπορούν να γίνουν δεκτές ποιοτικές έρευνες και μέχρι 8,000 λέξεις (εξαιρείται η βιβλιογραφία, η περίληψη και οι τυχόν πίνακες από τον αριθμό των λέξεων). Σχετικά με τη μορφοποίηση του κειμένου, ανατρέξτε στις γενικές οδηγίες υποβολής

Τίτλος*
Περίληψη*
Λέξεις-κλειδιά*
Εισαγωγή
Μεθοδολογία (Σχεδιασμός, Δείγμα μελέτης, Συλλογή δεδομένων, Θέματα ηθικής-Δεοντολογίας, Ανάλυση Δεδομένων, Αληθοφάνεια/σταθερότητα/εμπιστευσιμότητα)
Αποτελέσματα
Συζήτηση
Συμπεράσματα
Συνεισφορά
* στην Ελληνική και Αγγλική γλώσσα

Περίληψη

Η περίληψη δεν πρέπει να ξεπερνά τις 250 λέξεις και χρειάζεται να περιλαμβάνει τις παρακάτω ξεχωριστές ενότητες: Εισαγωγή: στην οποία αναφέρεται σύντομα το βασικό θεωρητικό πλαίσιο της μελέτης, Σκοπός: θα παρουσιάζεται πολύ σύντομα και θα ξεκινά με τη φράση «Να ...», χωρίς να είναι μεγαλύτερος από μια πρόταση, Υλικό-μέθοδος: το είδος σχεδιασμού της μελέτης, το δείγμα, το πώς που και πότε διεξήχθη η έρευνα, και η τεχνική της ανάλυσης των δεδομένων Αποτελέσματα: ποια ήταν τα κύρια ευρήματα και Συμπεράσματα: περιλαμβάνουν το απαύγασμα της έρευνας και μπορεί να περιλαμβάνουν και πιθανές προτάσεις για εφαρμογή της νέας γνώσης στην πράξη.

Λέξεις-κλειδιά

Από τρείς έως πέντε λέξεις κλειδιά (αλφαβητικά), σχετικές με το περιεχόμενο της έρευνας και που μπορεί να βοηθήσουν στον εντοπισμό της, μετά από αναζήτηση.

ΚΥΡΙΩΣ ΚΕΙΜΕΝΟ

Το κυρίως κείμενο θα πρέπει να περιλαμβάνει τις παρακάτω υποενότητες:

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην εισαγωγή θα πρέπει να καθορίζεται το σκεπτικό, το πλαίσιο και η σημαντικότητα του άρθρου για τη νοσηλευτική, ή τις επιστήμες υγείας, σε εθνικό και διεθνές επίπεδο. Όταν ο σκοπός δεν είναι η ανάδειξη ενός θεωρητικού μοντέλου που θα επεξηγεί το υπό μελέτη φαινόμενο, στην εισαγωγή θα πρέπει να περιγράφεται το επιστημονικό και θεωρητικό πλαίσιο στο οποίο στηρίζεται η έρευνα και να επεξηγείται πώς αυτό σχετίζεται με τις παραμέτρους της μελέτης. Όλα τα παραπάνω θα πρέπει να υποστηρίζονται από την αντίστοιχη βιβλιογραφία (κατόπιν κριτικής αξιολόγησης των σχετικών, αντιπροσωπευτικών και σύγχρονων θεωρητικών και ερευνητικών πηγών, με αριθμό όχι μεγαλύτερο από 30). Σε περίπτωση που η μελέτη αφορά σε ελληνικό πληθυσμό, θα πρέπει να περιλαμβάνει και τις αντίστοιχες αναφορές από την ελληνική βιβλιογραφία, εάν υπάρχουν.

Επίσης, στην εισαγωγή θα πρέπει να επεξηγείται και η συλλογιστική της επιλογής σας για την ποιοτική προσέγγιση μελέτης του συγκεκριμένου φαινομένου. Δεν αρκεί απλώς να δηλώσετε ότι δεν έχει επαρκώς μελετηθεί, αλλά να εξηγήσετε γιατί αυτό το φαινόμενο θα έπρεπε να μελετηθεί με ποιοτικό τρόπο. Επιπλέον, επεξηγήστε πώς η μελέτη σας μπορεί να προσθέσει νέα γνώση στη Νοσηλευτική πρακτική.

Στο τέλος, σε χωριστή παράγραφο της εισαγωγής, αναφέρονται ο σκοπός της μελέτης. Ξεκινήστε την παράγραφο με τη φράση «Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να ...». Αν ο σκοπός σας ήταν η μελέτη κάποιας εμπειρίας/βιώματος από ένα συγκεκριμένο φαινόμενο, τότε φροντίστε να είστε όσο μπορείτε πιο σαφείς αναφορικά σε ποιες πτυχές του φαινομένου επιθυμείτε να εστιάσετε. Η έκταση της εισαγωγής δε θα πρέπει να υπερβαίνει σε έκταση το 1/4 του συνολικού κειμένου.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η ενότητα αυτή περιλαμβάνει τις εξής υποενότητες: Σχεδιασμός, Δείγμα μελέτης, Συλλογή δεδομένων, Θέματα ηθικής-Δεοντολογίας και Ανάλυση δεδομένων.

Σχεδιασμός

Εδώ περιγράφεται με σαφήνεια το είδος της ερευνητικής μεθοδολογίας που χρησιμοποιήθηκε π.χ. φαινομενολογία (ερμηνευτική ή περιγραφική), εθνογραφία, θεμελιωμένη θεωρία κ.λπ. και επεξηγήστε γιατί η συγκεκριμένη μεθοδολογία ήταν η καταλληλότερη για τη δική σας μελέτη (αυτή η τεκμηρίωση κρίνεται ως πολύ σημαντική).

Δείγμα μελέτης

Εδώ περιγράφεται ο πληθυσμός και το δείγμα, το οποίο στις ποιοτικές έρευνες αναφέρεται ως οι «συμμετέχοντες». Συγκεκριμένα, περιγράψτε το είδος και τον τρόπο δειγματοληψίας (μέγιστης απόκλισης δείγμα, εξαιρετικών περιπτώσεων δείγμα, θεωρητική δειγματοληψία κ.λπ), τα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού των συμμετεχόντων στη μελέτη και τους λόγους που επιλέχθηκαν αυτά τα κριτήρια. Αναφέρατε το μέγεθος του δείγματος (πόσοι/πόσες συμμετείχαν στη μελέτη) και αιτιολογήστε τον αριθμό των συμμετεχόντων (γιατί ο συγκεκριμένος αριθμός είναι κατάλληλος και επαρκής). Δώστε λεπτομέρειες αναφορικά με το δείγμα, όπως π.χ. ηλικία, ιδιότητα, φύλο, οικογενειακή κατάσταση κ.λπ, για να βοηθηθεί ο αναγνώστης να κατανοήσει το πλαίσιο της μελέτης. Μπο-

ρεί να χρησιμοποιηθεί και πίνακας για την παρουσίαση των δημογραφικών ή κλινικών χαρακτηριστικών.

Συλλογή δεδομένων

Θα πρέπει να προσδιορίζεται ο τόπος, ο τρόπος και η χρονική περίοδος της δειγματοληψίας, η οποία είναι προτιμητέο να μην υπερβαίνει τα πέντε έτη από την ημερομηνία υποβολής. Περιγράψτε τις τεχνικές και τα εργαλεία συλλογής δεδομένων, όπως συνεντεύξεις (μη δομημένη, ημιδομημένη, δομημένη), παρατηρήσεις (συμμετοχική, μη συμμετοχική), μελέτη οπτικοακουστικού υλικού κ.λπ. Συμπεριλάβετε επίσης, τις ερωτήσεις των συνεντεύξεων ή το σχέδιο της τεχνικής της παρατήρησης.

Θέματα ηθικής-Δεοντολογίας

Αναφέρατε θέματα ηθικής και δεοντολογίας που προέκυψαν σε αυτή την έρευνα, περιγράφοντας τους τρόπους με τους οποίους αντιμετωπίστηκαν. Κάθε μέθοδος και τεχνική συλλογής δεδομένων πέρα από τα γενικά ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας φέρει και ειδικά ζητήματα που σχετίζονται με τη συγκεκριμένη μέθοδο και τεχνική και τα οποία χρειάζεται να αναφερθούν. Δηλώστε τις αντίστοιχες άδειες και εξουσιοδοτήσεις από τις επιτροπές ηθικής. Αναφέρατε συμφωνία της έρευνας με διεθνείς ή εθνικές συμβάσεις (πχ Διακήρυξη του Helsinki).

Ανάλυση Δεδομένων

Περιγράψτε τις τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν για την ανάλυση των δεδομένων. Συμπεριλαμβάνετε εδώ, αν χρησιμοποιήθηκαν, λογισμικό για την ανάλυση δεδομένων π.χ. NVivo κλπ.

Π.χ.The researchers who performed the data analysis, used the Diekelmann, Allen, and Tanner's (1989) Heideggerian phenomenological analysis technique, which includes the following seven stage process....

Κριτήρια μεθοδολογικής αυστηρότητας διεξαγωγής της μελέτης

Περιγράψτε τις διαδικασίες με τις οποίες διασφαλίστηκαν τα κριτήρια μεθοδολογικής αυστηρότητας κατά τη διενέργεια της μελέτης, όπως την πιστότητα, σταθερότητα, εμπιστευσιμότητα, αληθοφάνεια κ.λπ. Π.χ. The credibility of findings was ensured through the involvement of three experienced researchers who reached consensus on the coding and analysis of qualitative data. This process aims at both the verification and confirmability of findings.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται με σαφήνεια για κάθε στόχο ή ερευνητική ερώτηση. Χρησιμοποιήστε και υποενότητες, εάν το κρίνετε απαραίτητο. Προσοχή: τα χαρακτηριστικά του δείγματος (δημογραφικά, κλινικά κτλ) δεν περιγράφονται εδώ, έχουν ήδη αναλυθεί στο δείγμα της μελέτης.

Αρχικά, παρουσιάστε σε μια εισαγωγική παράγραφο μια σύνοψη των αποτελεσμάτων που θα αναπτύξετε και στη συνέχεια παρουσιάστε τις θεματικές ενότητες/κατηγορίες/υποκατηγορίες που αναδύονται από τα δεδομένα. Οι θεματικές ενότητες θα πρέπει να υποστηρίζονται από αποσπάσματα από το εμπειρικό υλικό (αφηγήσεις συμμετεχόντων, υλικό από παρατηρήσεις, κείμενα/ντοκουμέντα/ ημερολόγια). Μετά την παρουσίαση των θεματικών ενοτήτων χρειάζεται να επεξηγηθεί το πώς οι θεματικές ενότητες σχετίζονται και συνδέονται μεταξύ τους για την παραγωγή εννοιολογικών ή θεωρητικών ερμηνειών του υπό μελέτη φαινομένου (ανάλογα με το είδος της ποιοτικής ανάλυσης πχ στη φαινομενολογία και θεμελιωμένη θεωρία, όχι στην ανάλυση περιεχομένου). Σε αυτή την ενότητα μη χρησιμοποιείτε βιβλιογραφία.

Το κείμενο μπορεί να περιλαμβάνει απεικονιστικά μέσα όπως π.χ. πίνακες και διαγράμματα με τις θεματικές ενότητες/κατηγορίες και υποκατηγορίες της ποιοτικής ανάλυσης των δεδομένων, όπως και κάποιο σχήμα για την περιγραφή του θεωρητικού μοντέλου που πιθανά προέκυψε από την ποιοτική ανάλυση.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η συζήτηση ξεκινά με το σκοπό της μελέτης. Δεν αποτελεί επανάληψη των αποτελεσμάτων, αλλά εστιάζει στα κύρια αποτελέσματα, ανακεφαλαιώνοντας και ερμηνεύοντας. Σκοπός της είναι να συγκρίνει τα αποτελέσματα/ευρήματα με αυτά της ήδη υπάρχουσας βιβλιογραφίας, δηλαδή πώς προηγούμενα ερευνητικά αποτελέσματα συμπίπτουν ή διαφέρουν από τα δικά σας ερευνητικά αποτελέσματα (μη χρησιμοποιείτε βιβλιογραφία που μόνο υποστηρίζει τα αποτελέσματα σας).

Η συζήτηση θα πρέπει να καταλήγει, απαντώντας τα ερευνητικά ερωτήματα. Ακόμη, πρέπει η συζήτηση να παρουσιάζει το πώς τα αποτελέσματα και η νέα γνώση μπορούν να συμβάλουν στη δημιουργία νέων αντιλήψεων (ή αμφισβήτησης υπαρχουσών αντιλήψεων) ή στη δημιουργία θεωριών ή στην προαγωγή υπαρχουσών θεωριών και στη βελτίωση της κλινικής πράξης. Επίσης, αναφέρονται τα δυνατά και αδύνατα σημεία της έρευνας (περιορισμοί) που μπορεί να είναι η μη κάλυψη κάποιων κριτηρίων μεθοδολογικής αυστηρότητας της μελέτης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα συμπεράσματα δεν πρέπει να είναι αυθαίρετα, αλλά να προκύπτουν από τα ευρήματα της έρευνας, χωρίς αυτά όμως να επαναλαμβάνονται. Αποσαφηνίζεται η συνεισφορά της μελέτης στην υπάρχουσα γνώση, προτείνονται θέματα για τροποποίηση πρακτικών ή για μελλοντική έρευνα, τα οποία αναδείχθηκαν μέσα από τη μελέτη και προσδιορίζονται πιθανά μέτρα για εφαρμογή στην κλινική πράξη/έρευνα/εκπαίδευση κ.λπ.

Συνεισφορά ερευνητών

Αναφέρετε με τα αρχικά ονόματα τη συνεισφορά του κάθε συγγραφέα στην παρούσα έρευνα.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΜΕΛΕΤΕΣ ΜΙΚΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑΣ

Το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης δέχεται πρωτότυπες μικτής μεθοδολογίας εμπειρικές μελέτες από τις κοινωνικές, συμπεριφορικές, ανθρωπιστικές και επιστήμες υγείας, στις οποίες συμμετέχουν έως έξι (6) συγγραφείς, με έκταση μέχρι 7.000 λέξεις, εξαιρουμένων των πινάκων, των γραφημάτων, της βιβλιογραφίας και της περίληψης. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις μπορεί να επιτραπεί κείμενο μέχρι 10.000 λέξεις, εφόσον αιτιολογείται από τη φύση και τα αποτελέσματα της έρευνας και μετά από έγκριση του διευθυντή σύνταξης.

Ο σκοπός των άρθρων μικτής μεθοδολογίας, είναι η ενσωμάτωση των δεδομένων πάνω σε ένα θέμα, μέσα από τον ποσοτικό και ποιοτικό τρόπο ερευνητικής μεθοδολογικής προσέγγισης, με στόχο την ενίσχυση και επιβεβαίωση των αποτελεσμάτων που προκύπτουν. Εκτός από τη συνεισφορά του άρθρου στη γνωστική περιοχή του υπό μελέτη θέματος, θα πρέπει να γίνεται συζήτηση σχετικά και με το πώς το συγκεκριμένο άρθρο συμβάλει τη βιβλιογραφία της μικτής ερευνητικής προσέγγισης.

Τα κριτήρια αξιολόγησης είναι τα εξής:

- Η σημαντικότητα του ερευνητικού προβλήματος
- Το θεωρητικό πλαίσιο
- Τα ερευνητικά ερωτήματα να απαντώνται μέσα από το μικτό μεθοδολογικό σχεδιασμό
- Να υπάρχει μικτής μεθοδολογίας σχεδιασμός, δειγματοληψία και ανάλυση, καθώς και μίξη των ευρημάτων
- Ποιότητα της συζήτησης και χρησιμότητα των συμπερασμάτων
- Συμβολή της μελέτης στη βιβλιογραφία της μικτής ερευνητικής προσέγγισης.

Τα πρωτότυπα κείμενα που δεν δείχνουν τη μίξη των ποιοτικών και ποσοτικών ευρημάτων ή δεν αναλύουν στη συζήτηση το πώς το συγκεκριμένο άρθρο συνεισφέρει στη βιβλιογραφία της μικτής μεθοδολογικής ερευνητικής προσέγγισης, δεν θα γίνονται αποδεκτά για δημοσίευση.

Σχετικά με τη μορφοποίηση του κειμένου ενός άρθρου μικτής μεθοδολογίας, ανατρέξτε στις γενικές οδηγίες υποβολής άρθρων. Επίσης:

Τίτλος*
Περίληψη*
Λέξεις-κλειδιά*
Εισαγωγή
Μεθοδολογία (Σχεδιασμός, Δείγμα μελέτης, Συλλογή δεδομένων, Θέματα ηθικής-Δεοντολογίας, Ανάλυση των δεδομένων-Κριτήρια μεθοδολογικής αυστηρότητας διεξαγωγής της μελέτης)
Αποτελέσματα
Συζήτηση
Συμπεράσματα
Συνεισφορά
Πίνακες, Διαγράμματα, Σχήματα
* στην Ελληνική και Αγγλική γλώσσα

Περίληψη

Η περίληψη δεν πρέπει να ξεπερνά τις 250 λέξεις και πρέπει να περιλαμβάνει τις παρακάτω ξεχωριστές ενότητες: εισαγωγή, στην οποία αναφέρεται σύντομα το βασικό θεωρητικό πλαίσιο της μελέτης, σκοπός της έρευνας (μία πρόταση), υλικό-μέθοδος, το βασικό είδος σχεδιασμού της μελέτης (ποιοτικό ή ποσοτικό), το δείγμα, το πώς που και πότε διεξήχθη η έρευνα, και το είδος της ποσοτικής και ποιοτικής ανάλυσης, αποτελέσματα, δηλαδή τα κύρια ευρήματα, και συμπεράσματα που μπορεί να περιλαμβάνουν τις πιθανές προτάσεις για εφαρμογή της νέας γνώσης στην πράξη.

Λέξεις-κλειδιά

Από τρείς έως πέντε λέξεις σχετικές με το περιεχόμενο της έρευνας και που μπορεί να βοηθήσουν στον εντοπισμό της, μετά από αναζήτηση.

ΚΥΡΙΩΣ ΚΕΙΜΕΝΟ

Το κυρίως κείμενο θα πρέπει να περιλαμβάνει τις παρακάτω υποενότητες:

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην εισαγωγή θα πρέπει να καθορίζεται το σκεπτικό, το πλαίσιο και η σημαντικότητα του άρθρου για τη νοσηλευτική, ή τις επιστήμες υγείας, σε διεθνές επίπεδο. Περιλαμβάνει επίσης, το επιστημονικό και θεωρητικό πλαίσιο στο οποίο στηρίζεται η έρευνα. Σε αυτή την ενότητα θα πρέπει να περιγράφονται οι θεωρητικοί και λειτουργικοί ορισμοί των εννοιών και μεταβλητών, με τις οποίες ασχολείται η μελέτη, καθώς και η σχέση τους με το θεωρητικό υπόβαθρο. Όλα τα παραπάνω θα πρέπει να υποστηρίζονται από την αντίστοιχη βιβλιογραφία.

Προσοχή θα πρέπει να δίνεται στην κριτική αξιολόγηση και επιλογή των βιβλιογραφικών παραπομπών, ώστε να είναι οι πιο αντιπροσωπευτικές, σύγχρονες και σχετικές (εως 30 πηγές), να προέρχονται τόσο από ποσοτικές, όσο και από ποιοτικές έρευνες και να υποστηρίζουν την ανάγκη εκπόνησης μελέτης μικτής μεθοδολογίας πάνω στο θέμα. Σε περίπτωση που η μελέτη αφορά ελληνικό πληθυσμό, θα πρέπει να περιλαμβάνει και αντίστοιχες αναφορές σε ελληνική βιβλιογραφία, εάν υπάρχουν. Στο τέλος, σε χωριστή παράγραφο της εισαγωγής, αναφέρονται ο σκοπός και οι στόχοι της μελέτης. Ο σκοπός της μελέτης παρουσιάζεται ως αφήγηση προθέσεων ή ως ερευνητική ερώτηση ή ως ερευνητική υπόθεση που πρέπει να ερευνηθεί. Η έκταση της εισαγωγής δε θα πρέπει να υπερβαίνει σε έκταση το 1/4 του συνολικού κειμένου.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η ενότητα αυτή περιλαμβάνει τις εξής υποενότητες: Σχεδιασμός, Δείγμα μελέτης, Συλλογή δεδομένων, Θέματα ηθικής-Δεοντολογίας, Ανάλυση των δεδομένων, Κριτήρια αυστηρότητας διεξαγωγής της μελέτης

Σχεδιασμός

Εδώ δηλώνεται σαφώς το είδος του ερευνητικού σχεδίου που χρησιμοποιήθηκε πχ η μελέτη ήταν κατά βάση ποιοτική, ή ποσοτική. Επίσης, να προσδιορίζεται το είδος της προσέγγισης πχ ήταν ποιοτική, φαινομενολογικής προσέγγισης με ερμηνευτικό χαρακτήρα ή π.χ.The mixed methods design was qualitative dominant [QUAL (phen) + quan] (Mayoh & Onwuegbuzie, 2013). The qualitative component relied on the principles of a Heideggerian heurmeneutic phenomenology.

Εδώ θα πρέπει να τεκμηριώνονται και οι λόγοι επιλογής του μικτού ερευνητικού σχεδιασμού.

Δείγμα μελέτης

Εδώ περιγράφεται ο πληθυσμός και το δείγμα. Πρέπει να αναφέρεται το είδος και ο τρόπος δειγματοληψίας (τυχαιοποιημένη, διαστρωματωμένη, ευκολίας, σκόπιμη κτλ) τόσο για το ποιοτικό, όσο και για το ποσοτικό μέρος της μελέτης. Π.χ. A theoretical sample of Registered Nurses was recruited for the qualitative component of the study and a random sample of Registered Nurses was recruited for the quantitative component...'

Επίσης, τα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού στη μελέτη (όπου είναι εφικτό) και οι λόγοι που επιλέγηκαν αυτά. Είναι σημαντικό να περιλαμβάνεται αναλυτικά ο τρόπος με τον οποίο έγινε η επιλογή των συμμετεχόντων. Τέλος, θα πρέπει όπου είναι δυνατό να αναφέρεται ο υπολογισμός του μεγέθους του δείγματος (ποσοτικό μέρος), ή εναλλακτικά το πώς προσδιορίστηκε ο επαρκής αριθμός συμμετεχόντων (ποιοτικό μέρος) πχ ο αριθμός των συμμετεχόντων ήταν επαρκής, αφού διαπιστώθηκε κορεσμός των δεδομένων (ή άλλο κριτήριο) που συλλέχθηκαν.

Συλλογή δεδομένων

Θα πρέπει να προσδιορίζεται ο τόπος, ο τρόπος και η χρονική περίοδος της δειγματοληψίας. Περιγράψτε τις τεχνικές και τα εργαλεία συλλογής δεδομένων, με χωριστές επικεφαλίδες. Πχ ερωτηματολόγια, οδηγός συνέντευξης, ομάδες εστίασης, λίστες παρατήρησης κλπ. Αν πρόκειται για ερωτηματολόγια που είναι γνωστά και σταθμισμένα περιγράψτε αναλυτικά και συμπεριλάβετε τη σχετική βιβλιογραφία, περιλαμβάνοντας απαραίτητα, την αναφορά της εργασίας στάθμισης του εργαλείου. Αν πρόκειται για εργαλεία που αναπτύχθηκαν ειδικά για αυτή τη μελέτη, περιγράψτε τη διαδικασία ανάπτυξης, περιλαμβάνοντας στοιχεία ελέγχου της αξιοπιστίας και εγκυρότητας. Αν πρόκειται για οδηγό ατομικής ή ομαδικής συνέντευξης, περιγράψτε τις ερωτήσεις που αυτός περιλαμβάνει.

Θέματα ηθικής-Δεοντολογίας

Αναφέρατε θέματα ηθικής και δεοντολογίας που προέκυψαν σε αυτή την έρευνα, περιγράφοντας τους τρόπους με τους οποίους αντιμετωπίστηκαν. Δηλώστε τις αντίστοιχες άδειες και εξουσιοδοτήσεις από τις επιτροπές ηθικής. Αναφέρατε συμφωνία της έρευνας με διεθνείς ή εθνικές συμβάσεις (πχ Διακήρυξη του Helsinki) και σημειώστε αν δεν ήταν απαραίτητη η λήψη κάποιας άδειας.

Ανάλυση των δεδομένων

Περιγράψτε τις τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν για την ανάλυση των δεδομένων. Πχ.

Για την ποσοτική ανάλυση: For continuous variables that are not normally distributed, non parametric tests like Mann-Whitney U and Kruscal-Wallis Tests were used while for dichotomous and categorical variables, chi-square and Fischer's exact test were used. Intercorrelations between continuous variables were tested with the Spearman's rho coefficient.

Για την ποιοτική ανάλυση: The researchers who performed the data analysis, used the Diekelmann, Allen, and Tanner's (1989) phenomenological analysis technique, which includes the following seven stage process....

Συμπεριλάβετε και την περιγραφή του ηλεκτρονικού λογισμικού εάν είναι απαραίτητο. Πχ. Τα ποσοτικά δεδομένα της μελέτης, αναλύθηκαν με τη χρήση του SPSS version XX ενώ τα ποιοτικά δεδομένα αναλύθηκαν με τη χρήση του NVivo Version XX.

Κριτήρια μεθοδολογικής αυστηρότητας διεξαγωγής της μελέτης

Κάντε αναφορά στον τρόπο που διασφαλίσατε την εγκυρότητα/αξιοπιστία της ποσοτικής μελέτης (ψυχομετρικές ιδιότητες των εργαλείων συλλογής των δεδομένων), αλλά και την πιστότητα, σταθερότητα, εμπιστευσιμότητα, αληθοφάνεια κ.λπ. των ποιοτικών σας δεδομένων. Πχ the credibility of findings was ensured through the involvement of three experienced researchers who reached consensus on the coding and analysis of qualitative data. This process aims at both the verification and confirmability of findings.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Παρουσιάστε τα αποτελέσματα σε αντιστοιχία με τους ερευνητικούς σας σκοπούς ή ερωτήματα. Για τα ποσοτικά δεδομένα παρουσιάστε τα αποτελέσματα σε σχέση με τις αρχικές σας ερευνητικές υποθέσεις, εάν επιβεβαιώθηκαν ή απορρίφθηκαν. Για τα ποιοτικά δεδομένα, περιγράψτε τα θέματα ή τις κατηγορίες και υποκατηγορίες που προέκυψαν, παρέχοντας επαρκή στοιχεία μέσα από την παράθεση των λόγων ή της αφήγησης των ίδιων των συμμετεχόντων ή μέσα από αποσπάσματα παρατηρήσεων ή κειμένων/ντοκουμέντων/ ημερολογίων. Χρησιμοποιείστε υποενότητες όπου χρειάζεται.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η συζήτηση ξεκινά με αναφορά στο σκοπό της εργασίας και εστιάζει στα κύρια αποτελέσματα, ανακεφαλαιώνοντας και ερμηνεύοντας. Επιπλέον, σκοπός της συζήτησης, είναι να συγκρίνει τα αποτελέσματα/ευρήματα με αυτά της ήδη υπάρχουσας βιβλιογραφίας και να καταλήγει εάν απαντήθηκαν τα ερευνητικά

ερωτήματα. Ακόμη, η συζήτηση πρέπει να παρουσιάζει πώς τα αποτελέσματα και η νέα γνώση μπορούν να συμβάλουν στη δημιουργία νέων αντιλήψεων (ή αμφισβήτησης υπαρχουσών αντιλήψεων) ή στη δημιουργία θεωριών ή στην προαγωγή υπαρχουσών θεωριών ή στη βελτίωση της νοσηλευτικής πράξης.
Τέλος, αναφέρονται τα δυνατά και αδύνατα σημεία της έρευνας (περιορισμοί), καθώς και η δυνατότητα ή μη, γενίκευσης των ευρημάτων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα συμπεράσματα δεν πρέπει να είναι αυθαίρετα, αλλά να προκύπτουν από τα ευρήματα της έρευνας, χωρίς αυτά όμως να επαναλαμβάνονται. Εξάγονται συμπεράσματα για την επάρκεια θεωριών σε σχέση με τα δεδομένα, δηλώνοντας αν τα δεδομένα υποστηρίζουν ή καταρρίπτουν τη θεωρία. Αποσαφηνίζεται η συνεισφορά της μελέτης στην υπάρχουσα γνώση, προτείνονται θέματα για τροποποίηση πρακτικών ή για μελλοντική έρευνα, τα οποία αναδείχθηκαν μέσα από τη μελέτη και προσδιορίζονται πιθανά μέτρα για εφαρμογή στην κλινική πράξη/έρευνα/εκπαίδευση κτλ.

Συνεισφορά ερευνητών

Αναφέρεται με τα αρχικά ονόματα η συνεισφορά του κάθε συγγραφέα στην παρούσα έρευνα, οι οποίοι είναι έως έξι (βλ. γενικές οδηγίες)

Πίνακες, Διαγράμματα, Σχήματα

Οι πίνακες/διαγράμματα (μόνο όσοι είναι απαραίτητοι) θα πρέπει να είναι κατανοητοί, να υπάρχουν επεξηγήσεις των συντμήσεων και να αναφέρονται σε χωριστή τελευταία γραμμή οι αντίστοιχες στατιστικές δοκιμασίες. Το κείμενο μπορεί να περιλαμβάνει και πίνακες με τις κατηγορίες και υποκατηγορίες της ποιοτικής ανάλυσης των δεδομένων, όπως και κάποιο σχήμα για την περιγραφή του θεωρητικού μοντέλου που πιθανά προέκυψε από την ποιοτική ανάλυση.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΗΣ ΣΤΑΘΜΙΣΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ (ερωτηματολογίων και κλιμάκων)

Το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης (ΕΠΝΕ) δημοσιεύει άρθρα που αφορούν στην ανάπτυξη ή τη μετάφραση στην ελληνική γλώσσα και την ψυχομετρική ή/και γωσιακή στάθμιση ερωτηματολογίων και κλιμάκων. Οι οδηγίες του περιοδικού για τις ποσοτικές εμπειρικές έρευνες, πχ τίτλος, ονόματα, έκταση των άρθρων, περίληψη, λέξεις κλειδιά, πίνακες, σχήματα κ.λπ. ισχύουν και σε αυτήν την κατηγορία άρθρων.

ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΗ ΣΤΑΘΜΙΣΗ

ΔΟΜΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗΣ

Εισαγωγή: Σύντομη περιγραφή του πλαισίου της έρευνας και της σχετικής βιβλιογραφίας.

Σκοπός: να αναφέρεται: σκοπός της μελέτης είναι η μετάφραση και η ψυχομετρική στάθμιση του [όνομα κλίμακας στα ελληνικά και μέσα σε παρένθεση στα αγγλικά] στην ελληνική γλώσσα ή σε ελληνικό πληθυσμό.

Περιγραφή αρχικής κλίμακας/ερωτηματολογίου: Χώρα ανάπτυξης, αριθμός ερωτήσεων, ονόματα υποκλιμάκων, εάν υπάρχουν.

Συμμετέχοντες – Πληθυσμός: να αναφέρεται ο αριθμός και τα κύρια δημογραφικά ή/και κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

Πλαίσιο έρευνας: η τοποθεσία και η χρονολογία συλλογής των δεδομένων.

Μεθοδολογία: να αναφέρονται η διαδικασία μετάφρασης και οι κυριότερες στατιστικές δοκιμασίες για τη διερεύνηση της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου στο συγκεκριμένο πληθυσμό.

Αποτελέσματα: αναφορά κύριων ψυχομετρικών ιδιοτήτων εγκυρότητας και αξιοπιστίας με παράθεση των στατιστικών τιμών (π.χ. του συντελεστή α του Cronbach, του αριθμού των παραγόντων στην μεταφρασμένη κλίμακα, κ.ο.κ.).

Συμπεράσματα: θα πρέπει να σχετίζονται με το σκοπό και τα αποτελέσματα και να απορρέουν από αυτά.

Λέξεις Κλειδιά: να αναφέρεται υποχρεωτικά μία από τις παρακάτω φράσεις: ψυχομετρική στάθμιση, ανάπτυξη ερωτηματολογίου

ΚΥΡΙΩΣ ΚΕΙΜΕΝΟ:

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Περιγράψτε το σκεπτικό και το πλαίσιο της μελέτης. Παρουσιάστε κριτικά τις κύριες θεωρητικές προσεγγίσεις των όρων και των εννοιών που πραγματεύεται το ερωτηματολόγιο. Εάν υπάρχουν περισσότερα από ένα ερωτηματολόγια που διερευνούν το ίδιο φαινόμενο, τεκμηριώστε γιατί επιλέξατε το συγκεκριμένο. Αναφέρατε ποια θα είναι η συμβολή της στάθμισης του ερωτηματολογίου στην Ελλάδα. Εάν το ερωτηματολόγιο αφορά και διερευνά σε κάποιο κλινικό πρόβλημα και προκύπτει από κλινικές έρευνες, περιγράψτε το πλαίσιο χρήσης του στην κλινική πράξη.

ΣΚΟΠΟΣ

Ο σκοπός οφείλει να δίνει έμφαση στην ανάπτυξη και την ψυχομετρική στάθμιση του ερωτηματολογίου. Μπορεί να είναι ακριβώς ο ίδιος με το σκοπό της περίληψης.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η σειρά των παρακάτω υπο-ενοτήτων είναι ενδεικτική και μπορεί να αλλάξει, ανάλογα με τη φύση του άρθρου

Περιγραφή πρωτότυπου ερωτηματολογίου/αρχικής κλίμακας

Σκοπός αυτής της ενότητας είναι η λεπτομερής περιγραφή του ερωτηματολογίου, ώστε οι αναγνώστες να μπορούν να έχουν μια πολύ καλή εικόνα του ερωτηματολογίου, χωρίς να χρειαστεί να καταφύγουν σε άλλες βιβλιογραφικές πηγές. Για να γίνει αυτό, περιγράψτε με λεπτομέρεια το ερωτηματολόγιο, το πως κατασκευάστηκε, τη χώρα που αναπτύχθηκε και που έχει χρησιμοποιηθεί κυρίως. Αναφέρατε τον αριθμό των ερωτήσεων που περιλαμβάνει, τον αριθμό και τα ονόματα των υποκλιμάκων, τον τύπο των απαντήσεων, τον τρόπο βαθμολόγησής του και το εάν υπολογίζεται κάποιο άθροισμα τιμών (σκορ) από τις επιμέρους υποκλίμακες ή το σύνολο της κλίμακας, καθώς και το εύρος τους (ελάχιστη – μέγιστη βαθμολογία). Ερωτήσεις που βαθμολογούνται αντιστρόφως, οφείλουν επίσης να αναφερθούν. Εάν έχει γίνει στάθμιση, επιπλέον της αρχικής, σε άλλη ομάδα πληθυσμού ή σε άλλη χώρα, θα παρουσιαστεί σε αυτήν την ενότητα.

Συμμετέχοντες – Πληθυσμός

Να αναφερθεί το μέγεθος και ο τρόπος επιλογής του δείγματος και τυχόν κριτήρια επιλογής ή αποκλεισμού των συμμετεχόντων. Το μέγεθος του δείγματος οφείλει να είναι επαρκές για τις ανάγκες της ψυχομετρικής στάθμισης (οι περισσότεροι ερευνητές δέχονται ότι χρειάζεται αναλογία αριθμού ερωτήσεων και αριθμού συμμετεχόντων τουλάχιστον 1:10 για τη διερεύνηση της εγκυρότητας των κλιμάκων. Αυτό μεταφράζεται πρακτικά στο ότι εάν το προς στάθμιση ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 26 ερωτήσεις, χρειάζονται τουλάχι-

στον 260 άτομα για τις στατιστικές δοκιμασίες). Εάν η στάθμιση πραγματοποιήθηκε σε περισσότερα από ένα στάδια, περιγράφεται αναλυτικά ο πληθυσμός για το κάθε στάδιο. Άρθρα που περιγράφουν ψυχομετρική στάθμιση ερωτηματολογίων με πληθυσμό κάτω των 50 ατόμων δεν θα γίνονται δεκτά προς δημοσίευση.

Μετάφραση
Περιγράψτε αναλυτικά, τη διαδικασία της μετάφρασης του ερωτηματολογίου στην ελληνική γλώσσα.

Στατιστική ανάλυση
Αναφέρατε επαρκώς το σύνολο των στατιστικών δοκιμασιών για τη διερεύνηση της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας της κλίμακας στο συγκεκριμένο πληθυσμό και αιτιολογείστε την επιλογή τους.

Ηθική και δεοντολογία
Δηλώστε α) ότι έχετε λάβει την άδεια από το δημιουργό του ερωτηματολογίου για τη στάθμισή του και β) ότι πραγματοποιήθηκε η προβλεπόμενη διαδικασία λήψης έγκρισης από τη σχετική με τον οργανισμό/υπηρεσία σας επιτροπή ηθικής και δεοντολογίας για την έρευνα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Παρουσιάστε εκτενώς τα αποτελέσματα των στατιστικών δοκιμασιών για τις διαδικασίες εγκυρότητας και αξιοπιστίας, καθώς και όλες όσες στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ
Συζητείστε τα αποτελέσματα σας με βάση τη βιβλιογραφία με ειδική μνεία και αιτιολόγηση των ομοιοτήτων και των διαφορών με την αρχική κλίμακα ή με σταθμίσεις που έγιναν σε άλλες χώρες ή πληθυσμούς.

Περιορισμοί
Μια παράγραφος μέσα στη συζήτηση ή μια ξεχωριστή παράγραφος θα περιγράφει τους περιορισμούς της στάθμισης. Το να αναφέρονται επαρκώς οι περιορισμοί δεν μειώνει την πιθανότητα να γίνει δεκτό το άρθρο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ
Περιγράψτε σε συντομία το κύριο συμπέρασμα της στάθμισης και τον πληθυσμό στον οποίο μπορεί να απευθυνθεί το ερωτηματολόγιο.

ΒΙΒΛΙΟΚΡΙΤΙΚΗ

Η βιβλιοκριτική αποτελεί περιγραφή και αξιολόγηση ενός βιβλίου. Θα πρέπει να εστιάζει στο σκοπό και το περιεχόμενο του βιβλίου.

Πριν τη λεπτομερή ανάγνωση του βιβλίου, ελέγξτε:
Τίτλος – τι μας προτείνει
Πρόλογος – παρέχει σημαντικές πληροφορίες για το σκοπό του συγγραφέα? Βοηθά στη συνολική αξιολόγηση του βιβλίου? Επιτεύχθηκε ο σκοπός που τέθηκε?
Περιεχόμενα - παρουσιάζουν τη δομή και οργάνωση του βιβλίου. Συνήθως η ομαδοποίηση των επιμέρους τμημάτων του βιβλίου γίνεται με βάση τον τόπο, το χρόνο ή τη θεματική ενότητα.

Διαβάστε το κείμενο:
- Καταγράψτε τις εντυπώσεις σας όπως διαβάζετε το βιβλίο και σημειώστε τα σημαντικά σημεία ώστε να χρησιμοποιηθούν ως αναφορές.
- Ποιο είναι το γενικότερο πλαίσιο μέσα στο οποίο αναπτύσσεται το βιβλίο;
- Ποιο είναι το στυλ του συγγραφέα;
- Μπορεί να κινήσει το ενδιαφέρον του διεθνούς κοινού;
- Παρουσιάζονται ξεκάθαρα οι ορισμοί;
- Πόσο καλά αναπτύσσονται οι απόψεις του συγγραφέα;
- Ποιοι τομείς καλύπτονται/δεν καλύπτονται και γιατί;
- Πόσο ακριβείς είναι οι πληροφορίες του βιβλίου; Εάν είναι απαραίτητο, κάνετε διασταύρωση με άλλες πηγές.
- Κρατήστε σημειώσεις για τη μορφή του βιβλίου (δομή και παραγραφοποίηση).
- Εάν υπάρχουν πίνακες ή εικόνες βοηθούν στην κατανόηση του κειμένου;
- Ο βιβλιογραφικός κατάλογος είναι σωστά γραμμένος;
- Χρησιμοποιήθηκαν πρωτογενείς ή δευτερογενείς πηγές; Πως χρησιμοποιούνται μέσα στο κείμενο;
- Σημειώστε σημαντικές παραλείψεις
- Τέλος, έχει επιτευχθεί ο σκοπός του βιβλίου;
- Απαιτείται περαιτέρω έρευνα πάνω στο θέμα που διαπραγματεύεται;
- Συγκρίνετε το βιβλίο με άλλα του ίδιου συγγραφέα ή άλλων με παρόμοια θεματολογία

Συμβουλευτείτε περισσότερες πηγές
Προσπαθήστε να βρείτε περισσότερες πληροφορίες για το συγγραφέα – το βιογραφικό του, παλιότερες δημοσιεύσεις ή εκδόσεις του - οποιεσδήποτε πληροφορίες είναι σχετικές με το βιβλίο και θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην αξιολόγηση του έργου του συγγραφέα.

Προετοιμάστε ένα προσχέδιο κριτικής
Αξιολογείστε προσεκτικά τις σημειώσεις σας και προσπαθήστε να συνθέσετε τη βιβλιοκριτική σας με τέτοιο τρόπο ώστε να περιγράφει τη θέση σας για το βιβλίο. Έπειτα, αναφέρετε τα επιχειρήματα που στηρίζουν αυτή τη θέση. Τα επιχειρήματά σας θα πρέπει να αναπτύσσονται με λογική σειρά.

Συγγραφή της βιβλιοκριτικής
Ελέγξτε τις σημειώσεις σας και στη συνέχεια με τη βοήθεια του περιγράμματος που έχετε ήδη φτιάξει, αρχίστε να γράφετε. Η βιβλιοκριτική σας, θα πρέπει να περιλαμβάνει τα ακόλουθα:
Αρχικές πληροφορίες – τον τρόπο βιβλιογραφικής παράθεσης του συγκεκριμένου βιβλίου, π.χ. πλήρης τίτλος, συγγραφέας, τόπος έκδοσης, εκδοτικός οίκος, ημερομηνία έκδοσης, αριθμός έκδοσης, σελίδες, συμπληρωματικό υλικό (χάρτες, πίνακες)
Εισαγωγή – με την εναρκτήρια πρόταση προσπαθήστε να τραβήξετε την προσοχή του αναγνώστη. Η εισαγωγή θα πρέπει να παρουσιάζει την κεντρική σας θέση και να προϊδεάζει για τον τόνο της βιβλιοκριτικής σας.
Ανάπτυξη – Αναπτύξτε το κείμενό σας χρησιμοποιώντας τα επιχειρήματα που σημειώσατε στο προσχέδιό σας. Χρησιμοποιήστε περιγραφή, αξιολόγηση και επεξήγηση του λόγου για τον οποίο ο συγγραφέας έγραψε αυτό το βιβλίο. Χρησιμοποιήστε αναφορές για να δείξετε τα σημαντικά σημεία του κειμένου.
Συμπέρασμα – Αν η κριτική σας είναι καλογραμμένη και με επιχειρήματα, το συμπέρασμα θα ακολουθήσει με λογική σειρά. Μπορεί να περιλαμβάνει την τελική αξιολόγηση του βιβλίου ή απλά την επαναδιατύπωση της αρχικής σας πρότασης. Δεν θα πρέπει να εισάγετε νέο υλικό/ιδέες σε αυτό το σημείο.

Τελικός έλεγχος του προσχέδιου
Αφήστε λίγο χρόνο να μεσολαβήσει ανάμεσα στο προσχέδιο και το τελικό κείμενο.
Διαβάστε προσεκτικά όλο το κείμενο, ελέγχοντας τη σαφήνεια και τη λογική συνέχεια των επιχειρημάτων. Διορθώστε τυχόν γραμματικά ή ορθογραφικά λάθη. Επιβεβαιώστε ότι οι αναφορές που χρησιμοποιήθηκαν είναι σωστά γραμμένες στο βιβλιογραφικό κατάλογο.

ΣΥΓΓΡΑΦΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΠΑΡΑΠΟΜΠΩΝ

Το περιοδικό ακολουθεί συγκεκριμένες οδηγίες για τη συγγραφή των βιβλιογραφικών παραπομπών, σύμφωνα 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)* και το σύστημα της American Psychological Association *(Publication Manual of the American Psychological Association, APA, Sixth Edition, ISBN 978-1-4338-0561-5)*

Κάθε αναφορά που υπάρχει στο κείμενο θα πρέπει να ανευρίσκεται και στον κατάλογο αναφορών στο τέλος, αλλά και κάθε πηγή του καταλόγου αναφορών θα πρέπει να ανευρίσκεται εντός του κειμένου. Επιπλέον, θα πρέπει να είναι πανομοιότυπη η καταχώρηση, η ορθογραφία και η σειρά των συγγραφέων.

Τονίζεται ότι η χρήση κειμένου από άρθρο άλλου συγγραφέα, χωρίς αναφορά σε αυτόν, θεωρείται λογοκλοπή. Αποτελεί ένα είδος ακαδημαϊκής ανεντιμότητας και θεωρείται απάτη, καθώς ο συγγραφέας οικειοποιείται υλικό πνευματικής ιδιοκτησίας άλλων. Συνιστά πειθαρχικό παράπτωμα και αποτελεί λόγο απόρριψης του υπό κρίση κειμένου.

Παραπομπές εντός κειμένου:

Οι παραπομπές στο κείμενο μπαίνουν σε παρένθεση και αναφέρουν το επώνυμο του συγγραφέα ή των συγγραφέων και ακολουθεί το έτος έκδοσης πχ (Harris 2001). Δεν μπαίνει κόμμα.

Όταν ο συγγραφέας είναι ένας, μπορεί να μπει είτε το επώνυμό του στο κείμενο και το έτος έκδοσης σε παρένθεση π.χ. Ο Stevens (1998) σε μελέτη του βρήκε ότι...., είτε το επώνυμο και το έτος σε παρένθεση στο τέλος της πρότασης π.χ. Σε μελέτη βρέθηκε ο τρόπος αλληλεπίδρασης της θεωρίας με την πράξη (Stevens 1998).

Όταν οι συγγραφείς είναι δύο, τα επώνυμα και των δύο μπαίνουν είτε εντός του κειμένου ακολουθούμενα από το έτος έκδοσης πχ Σύμφωνα με τους Cullingworth and Nadin (2007), ή εντός παρενθέσεως με το σύμβολο & (Cullingworth & Nadin 2007).

Όταν οι συγγραφείς είναι πάνω από δύο, αναγράφεται το επώνυμο του πρώτου και ακολουθεί το et al ή και συν. αν είναι έλληνες οι συγγραφείς πχ (McCulloch et al 2000) ή (Παπαδόπουλος και συν 2013).

Όταν αναφέρονται δημοσιεύσεις του ίδιου συγγραφέα κατά το ίδιο έτος, τότε τοποθετούνται λατινικά γράμματα της αλφαβήτου (a, b, c κλπ) μετά το έτος και μέσα σε παρένθεση πχ (Smith 2004a), (Smith 2004b).

Σε πολλαπλές αναφορές, η αναγραφή εντός της παρένθεσης γίνεται με βάση τη χρονολογία δημοσίευσης, ξεκινώντας από την παλιότερη πχ (Midgley 1994, Smith 1994, UNCHS 1996, Gandelsonas 2002).

Σε περίπτωση απόδοσης εννοιών ή ορισμών κατά λέξη, αυτοί μπαίνουν σε εισαγωγικά και εκτός από το επώνυμο του συγγραφέα και το έτος, απαιτείται και η συγγραφή της σελίδας π.χ. The author stated «The effect disappeared within minutes» (Lopez, 1993, p. 311), but she did not say which effect. Ή με την εξής μορφή: Lopez (1993, p. 311) found that «the effect disappeared within minutes», but she did not say which effect.

Ως αναφορές χρησιμοποιούνται οι πρωτογενείς μελέτες και μόνο σε περίπτωση που δεν είναι δυνατή η ανεύρεσή τους μπορεί να γίνεται χρήση της πηγής στην οποία έχει εντοπιστεί, αρκεί να είναι ουσιώδης για το υπό δημοσίευση άρθρο. Στην περίπτωση αυτή, εντός του κειμένου αναγράφεται το επώνυμο του συγγραφέα με το έτος εντός παρενθέσεως και στη συνέχεια το επώνυμο του συγγραφέα που χρησιμοποίησε την αρχική πηγή, έτος και σελίδα στο άρθρο του, εντός παρενθέσεως π.χ. Weber (1969), as cited by Papa et al. (2008, p. 83) provides what he refers to as the ideal modern organization.

Βιβλιογραφικός Κατάλογος

Ο βιβλιογραφικός κατάλογος στο τέλος του άρθρου, παρέχει τις απαραίτητες πληροφορίες για τον εντοπισμό και την ανάκτηση κάθε παραπομπής.

Στον κατάλογο, οι αναφορές τοποθετούνται κατά αλφαβητική σειρά (υπάρχει σχετική επιλογή στο word) με βάση το επώνυμο του πρώτου συγγραφέα.

Δεν μπαίνει αρίθμηση ούτε άλλη σήμανση (bullets). Η δεύτερη σειρά μπαίνει με μια εσοχή.

Οι τίτλοι των βιβλίων και των περιοδικών (ολογράφως και όχι συντομογραφίες) αναγράφονται με πλάγιους χαρακτήρες (italics).

Όταν είναι δύο συγγραφείς, ανάμεσά τους μπαίνει το σύμβολο &, όπως και όταν είναι περισσότεροι από δύο, πριν το όνομα του τελευταίου μπαίνει επίσης το σύμβολο &.

Johnson M., Steward H., Langdon R., Kelly P. & Yong L. (2005). A comparison of the outcomes of partnership caseload midwifery and standard hospital care in low risk mothers. Australian Journal of Advanced Nursing 22: 21-27.

Βιβλίο

Αναγράφεται το επώνυμο και τα αρχικά του ονόματος του συγγραφέα, το έτος έκδοσης σε παρένθεση, ο τίτλος του βιβλίου με πλάγιους χαρακτήρες (Italics), η έκδοση, ο τόπος έκδοσης και ο εκδοτικός οίκος π.χ. Shotton M.A. (1989). Computer addiction? A study of computer dependency (6th eds). London: Taylor & Francis.

Κεφάλαιο σε βιβλίο

Αναγράφεται το επώνυμο και τα αρχικά του ονόματος του συγγραφέα, το έτος έκδοσης σε παρένθεση και ο τίτλος του κεφαλαίου. Ακολουθεί το «στο» ή «in» (για αγγλόφωνο βιβλίο), το επώνυμο και τα αρχικά του ονό-

ματος του/των συγγραφέα/ων, η έκδοση, ο τίτλος του βιβλίου με πλάγιους χαρακτήρες (Italics), ο τόπος έκδοσης και ο εκδοτικός οίκος. Π.χ.

Ballinger A. & Clark M. (2001). Nutrition, appetite control and disease. In: J. Payne-James. (3th) eds Artificial nutrition support in clinical practice. London: Greenwich Medical

Ηλεκτρονικό βιβλίο

Σε χρήση βιβλίων από ηλεκτρονικές βιβλιοθήκες αναγράφεται το επώνυμο του συγγραφέα και το αρχικό του ονόματος, το έτος έκδοσης, ο τίτλος του ηλεκτρονικού βιβλίου με πλάγιους χαρακτήρες (Italics), ο τόπος έκδοσης, ο εκδοτικός οίκος και προστίθεται με τη λέξη «available at» ή στα ελληνικά «Διαθέσιμο στο», η ηλεκτρονική διεύθυνση και η ημερομηνία πρόσβασης (σε αγκύλη). Σε αγγλόφωνο βιβλίο αναγράφεται η λέξη «accessed», ενώ σε ελληνικό η φράση «ημερομηνία πρόσβασης». Π.χ.

Howson C. (2007). Successful business intelligence: secrets to making BI a killer app [PDF for Digital Editions version]. New York: McGraw Hill. Available at: http://www.ebooks.com/330687/successful-business-intelligence/howson-cindi/ [Accessed: 6 October 2011]

Άρθρο

Σε έντυπο ή ηλεκτρονικό άρθρο, αναγράφεται το επώνυμο και αρχικό ονόματος συγγραφέων, το έτος δημοσίευσης σε παρένθεση, ο τίτλος του άρθρου, το πλήρες όνομα του περιοδικού με πλάγιους χαρακτήρες (Italics), ο αριθμός του Τόμου και οι αριθμοί της πρώτης και τελευταίας σελίδας της δημοσίευσης.

Όταν είναι δύο συγγραφείς στο άρθρο μεταξύ των επωνύμων τους μπαίνει το σύμβολο &, ενώ όταν είναι παραπάνω από δύο, αναγράφονται τα επώνυμα όλων και πριν τον τελευταίο, μπαίνει το σύμβολο &. Π.χ.

Ang L. & Taylor B. (2005). Managing customer profitability using portfolio matrices. Journal of Database Marketing and Customer Strategy Management 12: 298-304.

Johnson M., Steward H., Langdon R., Kelly P. & Yong L. (2005). A comparison of the outcomes of partnership caseload midwifery and standard hospital care in low risk mothers. Australian Journal of Advanced Nursing 22: 21-27

Διατριβή:

Θα πρέπει να είναι σαφές αν πρόκειται για MA, MSc ή PhD και το εκπαιδευτικό ίδρυμα που εκπονήθηκε. Πχ.

Boyce P.J. (2003). Gamma Finder: a Java application to find galaxies in astronomical spectral line data cubes. MSc Dissertation, Cardiff University.

Πληροφορίες από το Διαδίκτυο (Ιστοσελίδες):

Σε περίπτωση χρήσης ιστοσελίδας ακολουθείται η εξής σειρά: Συγγραφέας (εάν είναι διαθέσιμος) ή οργανισμός, έτος, τίτλος κειμένου, διαθεσιμότητα, ηλεκτρονική διεύθυνση και ημερομηνία πρόσβασης (σε αγκύλη). Π.χ.

Merchant A.T. (2007). Diet, physical activity, and adiposity in children in poor and rich neighbor hoods: a cross-sectional comparison. Nutrition Journal [Online]. Available at: http://www.nutritionj.com/content/pdf/1475-2891- 6-1.pdf [Accessed: 10 May 2007]

National electronic Library for Health (2003). Can walking make you slimmer and healthier? [Online]. (Updated 16 Jan 2005) Available at: http://www.nhs.uk.hth.walking [accessed 10 April 2005]

Πρακτικά Συνεδρίων

Αναγράφονται το επώνυμο και αρχικό ονόματος, το έτος δημοσίευσης, ο τίτλος της εργασίας. Ακολουθεί το «In» ή «Στο» και αρχικό με επώνυμο εκδότη εάν υπάρχει, τίτλος συνεδρίου με ημερομηνία και τέλος τόπος έκδοσης με σελίδες. Π.χ.

Fedelius H.C. (2000). Myopia and significant visual impairment: global aspects. In: LL. Lin (eds). Myopia Updates II: Proceedings of the 7th International Conference on Myopia. Taipei, 17-20 November, 1998. Tokyo: Springer, pp. 31-37.

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 δεκατρία Περιφερειακά Τμήματα, που λειτουργούν σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια της χώρας.

Κεντρική Διοίκηση

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

Περιφερειακά Τμήματα

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

1. Πρώτο Περιφερειακό Τμήμα Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης: Β. ΠΑΥΛΟΥ 10Α ΚΟΜΟΤΗΝΗ ΤΗΛ. 6944152505-6948625299 FAX. 2531080126. Περιλαμβάνει τους Νομούς Δράμας, Έβρου, Καβάλας, Ξάνθης και Ροδόπης. Έδρα του 1ου ΠΤ Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης είναι η Κομοτηνή
2. Δεύτερο Περιφερειακό Τμήμα Κεντρικής Μακεδονίας: ΜΑΒΙΛΗ 11, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, Τ.Κ.54630, τηλ. 2310522822 και fax. 2310522219. Περιλαμβάνει τους Νομούς Ημαθίας, Θεσσαλονίκης, Κιλκίς, Πιερίας, Πέλλας, Σερρών και Χαλκιδικής. Έδρα του 2ου ΠΤ Κεντρικής Μακεδονίας είναι η Θεσσαλονίκη.
3. Τρίτο Περιφερειακό Τμήμα Δυτικής Μακεδονίας: ΑΕΤΟΡΑΧΗΣ & ΓΡΑΜΜΟΥ 5, ΚΟΖΑΝΗ ΤΗΛ.24610 49591 FAX:2461067817. Περιλαμβάνει τους Νομούς Γρεβενών, Καστοριάς, Κοζάνης και Φλώρινας. Έδρα του 3ου ΠΤ Δυτικής Μακεδονίας είναι η Κοζάνη
4. Τέταρτο Περιφερειακό Τμήμα Ηπείρου: ΥΠΑΤΗΣ 1 &Ν.Ε.Ο. ΠΑΤΡΩΝ ΑΘΗΝΩΝ, ΠΑΤΡΑ ΤΗΛ. 2610423830 FAX. 2610426215. Περιλαμβάνει τους Νομούς Άρτας, Θεσπρωτίας, Ιωαννίνων, και Πρεβέζης. Έδρα του 4ου ΠΤ Ηπείρου είναι τα Ιωάννινα.
5. Πέμπτο Περιφερειακό Τμήμα Θεσσαλίας: ΝΑΥΑΡΙΝΟΥ 2, ΛΑΡΙΣΑ ΤΚ 41223 ΤΗΛ 2410284866 FAX. 2410284871. Περιλαμβάνει τους Νομούς Καρδίτσας, Λάρισας, Μαγνη-

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

Εγγραφή και συνδρομή των μελών

Κάθε Νοσηλευτής υποχρεούται να υποβάλλει αίτηση εγγραφής στο οικείο Περιφερειακό Τμήμα. Η αίτηση συνοδεύεται υποχρεωτικά από επικυρωμένα αντίγραφα πτυχίου και αστυνομικής ταυτότητας, δυο έγχρωμες φωτογραφίες, το αποδεικτικό της τραπεζικής κατάθεσης των 45 €, 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 (40) 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

Τώρα, όλα τα έντυπά μας στο διαδίκτυο!



κάντε κλικ...

username: **abcd** password: **1234**

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

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

Heartreat
http://heartreat.gr

Neurologic Clinics Greek Edition
http://semneuro.gr

Medical Express
http://medicalexpress.gr

Pharmanews
http://pharmanews.gr

Διάγνωση
http://diagnosispress.gr

Μ. ΠΙΤΣΙΛΙΔΗΣ
ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ & ΕΚΔΟΣΕΩΝ

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

E.N.E.



ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

www.enne.gr