



«ΥΓΕΙΑΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑ»
ΕΣΔΝΕ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΤΟΥ
ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΥΧΩΝ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΩΝ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

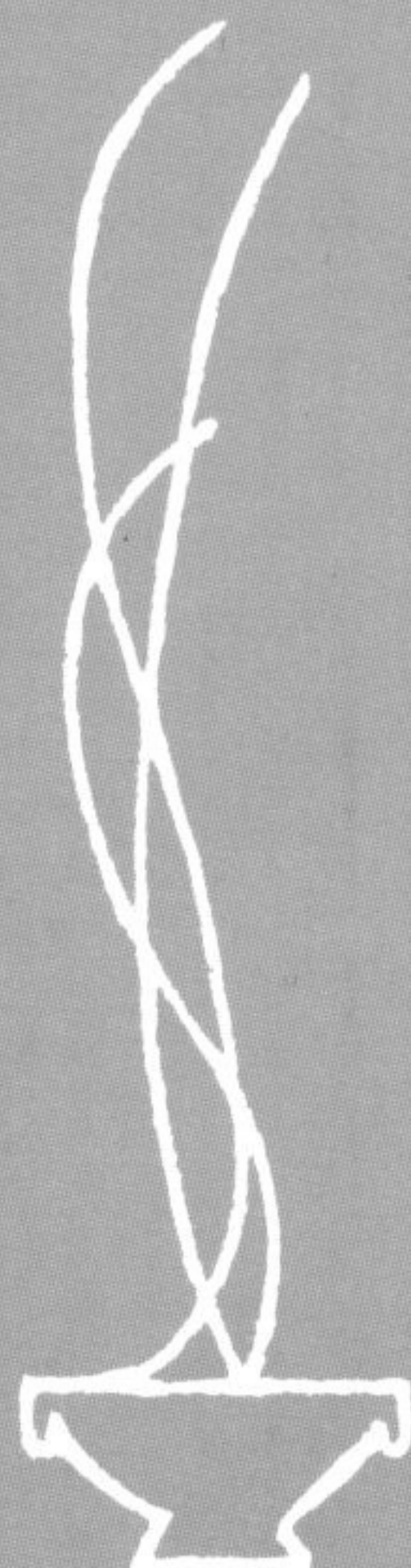
Τόμος 34, Τεύχος 1
Ιανουάριος – Μάρτιος 1995

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. Η νοσηλευτική κάποτε
2. Νοσηλευτική παρέμβαση στη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια
3. Στρατηγικές μείωσης του κόστους στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ)
4. Επαγγελματική κόπωση νοσηλευτών: Αίτια, πρόληψη και αντιμετώπιση
5. Προϊστάμενος νοσηλευτής νοσηλευτικής μονάδας νοσοκομείου
6. Νομοθεσία
7. Συνέδρια - Ανακοινώσεις
8. Οδηγίες για τους συγγραφείς

CONTENTS

1. Nursing in the past
2. Nursing intervention in chronic renal disease
3. Strategies for cost - containment in intensive care units
4. The burnout syndrome of nurses: Causes, prevention and management
5. The head nurse in a ward of a hospital
6. Recent legislation concerning nursing
7. Congresses - Announcements
8. Instructions to authors



Vol 34, No 1
January – March 1995

NOSSILEFTIKI

QUARTERLY PUBLICATION OF THE
HELLENIC NATIONAL GRADUATE NURSES ASSOCIATION

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ - ΕΚΔΟΤΗΣ

Εθνικός Σύνδεσμος
Διπλωματούχων Νοσηλευτριών - Νοσηλευτών
Ελλάδος
Πύργος Αθηνών, Γ' κτίριο, 2ος όροφος
Μεσογείων 2, 115 27 ΑΘΗΝΑ
Τηλ.: 77 02 861

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Ε. Αγιώτου - Δημοπούλου
Ε. Γουλιά
Α. Καλοκαιρινού
Μ. Μαλγαρινού
Α. Παπαδαντωνάκη
Ε. Πατηράκη
Α. Πορτοκαλάκη
Α. Ραγιά
Ε. Χαραλαμπίδου

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΚΔΟΣΗΣ

Μαρία Μαλγαρινού
Επίτ. Καθηγήτρια ΤΕΙ Αθηνών
Πύργος Αθηνών - Γ' Κτίριο
2ος όροφος - 115 27 ΑΘΗΝΑ

ΤΕΧΝΙΚΗ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ

Φωτοστοιχειοδεσία - Σχεδιασμοί
Εξώφυλλο - Εκτύπωση



Κ. & Γ. ΖΕΡΜΠΙΝΗ Ο.Ε.
Κεντρικό : Χαριλάου Τρικούπη 73, Αθήνα, Τηλ. 36 14 741
Εργοστάσιο : Σουλίου 10, Αγ. Δημήτριος, Τηλ. 99 42 382
Βιβλιοπωλείο : Μικράς Ασίας 76, Γουδί, Τηλέφ. 77 98 654

ΕΤΗΣΙΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΕΣ

Νοσηλεύτριες/ές-Σπουδάστριες/ές ...	2500 δρχ.
Οργανισμοί-Εταιρείες-Βιβλιοθήκες ..	4500 δρχ.
Εξωτερικού	40 \$
Τιμή τεύχους	750 δρχ.
Τιμή τευχών 1990, 1991	600 δρχ.
» » 1985 - 1989	500 δρχ.
Παλαιότερα τεύχη	400 δρχ.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. Η νοσηλευτική κάποτε	9
Z. Τσουκαλά-Κακαρούκα	
2. Νοσηλευτική παρέμβαση στη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια	14
Φ. Βουζάβαλη	
3. Στρατηγικές μείωσης του κόστους στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ)	19
Χ. Λεμονίδου	
4. Επαγγελματική κόπωση νοσηλευτών: Αίτια, πρόληψη και αντιμετώπιση	28
Α. Πατεράκη, Π. Ιορδανίδης, Α. Ιακωβίδης, Χ. Ιεροδιακόνου	
5. Προϊστάμενος νοσηλευτής νοσηλευτικής μονάδας νοσοκομείου	40
Β. Θεοδωροπούλου	
6. Νομοθεσία	45
7. Συνέδρια - Ανακοινώσεις	49
8. Οδηγίες για τους συγγραφείς	52

CONTENTS

1. Nursing in the past	9
Z. Tsoukala-Kakarouka	
2. Nursing intervention in chronic renal disease ..	14
F. Vouzavali	
3. Strategies for cost - containment in intensive care units	19
Ch. Lemonidou	
4. The burnout syndrome of nurses: Causes, prevention and management	28
C. Pateraki, P. Iordanides, A. Iakovides, Ch. Ierodiakonou	
5. The head nurse in a ward of a hospital	40
V. Theodoropoulou	
6. Recent legislation concerning nursing	45
7. Congress - Announcements	49
8. Instructions to authors	52

Επαγγελματική κόπωση νοσηλευτών: Αίτια, πρόληψη και αντιμετώπιση

ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΠΑΤΕΡΑΚΗ

Τομεάρχης Χειρουργικού Τομέα Γενικού Περιφερειακού Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

ΠΑΝΤΑΖΗΣ ΙΟΡΔΑΝΙΔΗΣ

Ψυχίατρος, Υπότροφος Ι.Κ.Υ., Επιστημ. Συνεργ. Γ' Ψυχιατρικής Κλινικής, Α.Π.Θ.

ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ ΙΑΚΩΒΙΔΗΣ

Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής, Γ' Ψυχιατρική Κλινική Α.Π.Θ.

Χ. ΙΕΡΟΔΙΑΚΟΝΟΥ

Καθηγητής Ψυχιατρικής, Διευθυντής Γ' Ψυχιατρικής Κλινικής Α.Π.Θ.

Περίληψη: Το σύνδρομο επαγγελματικής κόπωσης αποτελεί μια κατάσταση σωματικής και ψυχικής εξάντλησης του ατόμου που χαρακτηρίζεται από αρνητική εικόνα του εαυτού, αρνητική στάση και απώλεια ενδιαφέροντος για την εργασία και έλλειψη ικανοποίησης από αυτή. Τα αίτια της επαγγελματικής κόπωσης των νοσηλευτών έχουν σχέση με την προσωπικότητά τους, τις συνθήκες εργασίας τους και τις σχέσεις τους με τους ασθενείς. Η αντιμετώπιση του συνδρόμου συνίσταται

στην πρόληψη μέσα από καλύτερη εκπαίδευση, παροχή κινήτρων και βελτίωση των εργασιακών σχέσεων, πολυμορφία στην εργασία και ανάπτυξη ικανοτήτων αντιμετώπισης του στρες της εργασίας. Η αντιμετώπιση του προβλήματος αυτού γίνεται με την οργάνωση ομάδων υποστήριξης από νοσηλευτές σε συνεργασία με τους συμβούλους ψυχικής υγείας (ψυχιάτρους διασυνδετικής/συμβουλευτικής ψυχιατρικής, ψυχολόγους ή ψυχιατρικές νοσηλεύτριες).

Ι. Αίτια και πρώτα σημεία

Οι νοσηλευτές εργάζονται κάτω από κατάσταση διαρκούς στρες. Το στρες, φυσικά, δεν είναι απαραίτητα πάντοτε κακό. Οι περισσότεροι άνθρωποι χρειάζονται ένα βαθμό στρες για να είναι αποδοτικοί. Τα προβλήματα έρχονται όταν έχουμε στρες για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα, οπότε η δυνατότητά μας να παραμείνουμε ενεργητι-

κοί και παραγωγικοί σε ένα ικανοποιητικό βαθμό αρχίζει να μειώνεται.

Ο νοσηλευτής λόγω της φύσης αυτού του ίδιου του λειτουργήματος, αντιμετωπίζει στρεσογόνες καταστάσεις που μπορούν να προκαλέσουν επαγγελματική κόπωση. Αυτό είναι φυσικό επειδή χαρακτηριστικό της νοσηλευτικής είναι η έκθεση στον πόνο, την θλίψη ακόμη και τον θάνατο. Θα προκαλούσε έκπληξη, αν κάποιος νοσηλευτής μπορούσε να ισχυριστεί ότι δεν έχει στρες με δεδομένα τον υπερβολικά φόρτο δουλειάς, την εργασία του νοσηλευτή σε ώρες αντιπαραγωγικές (π.χ. μεσάνυχτα) και τη σχεδόν μόνιμη έλλειψη επαρκούς προσωπικού.

Ο όρος επαγγελματική κόπωση (burnout)

Παρουσιάστηκε σαν θέμα Στρογγυλής Τράπεζας στο Γ' Πα-
νελλήνιο Συνέδριο Νοσηλευτών Χειρουργείου, Θεσσαλονίκη,
28-29 Νοεμβρίου 1992, και έλαβε το πρώτο βραβείο Στρογ-
γυλής Τράπεζας του συνεδρίου.

χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1974 από τον Freudenberg^{1,2}, για να περιγράψει ένα σύνδρομο εξουθένωσης, απογοήτευσης και απόσυρσης των εθελοντών ψυχικής υγείας. Κατά τον Maslach³ το σύνδρομο επαγγελματικής κόπωσης ή εξουθένωσης αποτελεί μια κατάσταση σωματικής και ψυχικής εξάντλησης του ατόμου που χαρακτηρίζεται από μια αρνητική εικόνα για τον εαυτό του, αρνητική στάση και απώλεια ενδιαφέροντος για την εργασία του και έλλειψη ικανοποίησης από αυτή.

Σημεία επαγγελματικής κόπωσης

Μια από τις πρώτες ενδείξεις επαγγελματικής κόπωσης των νοσηλευτών είναι η αυξημένη ευερεδιστότητα η οποία μπορεί να εκδηλώνεται σε συνδυασμό ή να ακολουθείται από κατάθλιψη, αδιαφορία, απογοήτευση και διαταραχές στην συγκέντρωση με αποτέλεσμα η νοσηλεύτρια να κουράζεται περισσότερο αλλά να έχει μειωμένη απόδοση⁴.

Ο νοσηλευτής νοιώθει ότι δεν έχει πλέον τις ίδιες δυνάμεις που είχε στο παρελθόν, πιστεύει ότι δεν ανταποκρίνεται στις δικές του προσδοκίες ή του εργασιακού του περιβάλλοντος, νοιώθει αποθαρρυνμένος ιδιαίτερα όταν δεν αναγνωρίζεται η προσφορά του αλλά δέχεται κριτική⁵.

Αποτέλεσμα αυτής της συναισθηματικής κατάστασης του νοσηλευτή είναι η ελάττωση των επισκευών του στους θαλάμους και ο βαθμιαίος περιορισμός τις συναισθηματικής επικοινωνίας και της «εμπάθειάς» του προς τους ασθενείς^{6,7}. Έτσι η συμπεριφορά του γίνεται απρόσωπη, και φέρεται σαν να έχει απέναντι ένα «περιστατικό μιας αρρώστιας» παρά ένα άνθρωπο που υποφέρει⁵.

Ο Williams⁸ το 1989, μελετώντας την σχέση «εμπάθειας» και συνδρόμου επαγγελματικής κόπωσης στους επαγγελματίες υγείας διεπίστωσε μια θετική συσχέτιση μεταξύ συναισθηματικής «εμπάθειας» (emotional empathy) και συναισθηματικής εξουθένωσης (emotional exhaustion) και προσωπικής επιτυχίας (personal accomplishment) και μια θετική συσχέτιση μεταξύ συναισθηματικής εξουθένωσης και αποπροσωποποίησης (depersonalization). Ο υψηλός βαθμός συναισθηματικής εμπάθειας μπορεί να προδιαθέτει τους επαγγελματίες υγείας για συναισθηματική εξουθένωση από την καταβολή υπερβολικής προσπάθειας και αν

η συναισθηματική εξουθένωση δεν συνοδεύεται από προσωπική επιτυχία μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη αποπροσωποποίησης.

Η συμπεριφορά αυτή του νοσηλευτή ερμηνεύεται από τους άλλους σαν ψυχρότητα και έλλειψη ενδιαφέροντος και οι δυσμενείς αυτές ερμηνείες έχουν σαν αποτέλεσμα να αισθάνεται ο νοσηλευτής ανεπαρκής και ένοχος για την συμπεριφορά του αναπτύσσοντας αρνητικά συναισθήματα προς τους αρρώστους, τους συνεργάτες του και τον ίδιο του τον εαυτό⁵.

Υπάρχει επίσης ένας αριθμός σωματικών συμπτωμάτων στρες, όπως οι πονοκέφαλοι, στομαχικά και εντερικά προβλήματα, πόνος στο στήθος, απώλεια ή αύξηση βάρους, απώλεια σεξουαλικής επιθυμίας, μούδιασμα στην κάτω σιαγόνα, μυαλγίες, έκτακτες συστολές και άλλα⁹.

Σε έρευνα που έγινε στην Μ. Βρετανία με ερωτηματολόγιο μέσω του περιοδικού Nursing Times σε τεύχος του 1991, στο οποίο απάντησαν 1800 νοσηλευτές, διαπιστώθηκε ότι όσον αφορά τα σωματικά συμπτώματα, 64% υπέφεραν από κεφαλαλγία τάσεως, 62% είχαν διαταραχές ύπνου, 30% γαστρεντερικές διαταραχές, 30% είχαν αύξηση βάρους και 31% είχαν απώλεια της σεξουαλικής διάθεσης ενώ όσον αφορά τα ψυχικά συμπτώματα, 82% είχαν ψυχικά σημεία κόπωσης, 67% σημεία δυσθυμίας, 57% ένοιωθαν απογοήτευση, 49% άγχος και 49% δυσκολία στην συγκέντρωση¹⁰. Ένα τρίτο των νοσηλευτών που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο αυτό είπαν ότι το στρες της εργασίας τους θα μπορούσε να αποτελέσει αιτία πρόκλησης ατυχήματος, 29% είπαν ότι είχαν γίνει λόγω του επαγγελματικού στρες επιθετικοί, 16% είχαν καταφύγει στο ποτό και 42% είχαν δυσκολίες στις σχέσεις τους με τον σύντροφό τους.

Αν οι αναρρωτικές άδειες σε κάποιο τμήμα αυξάνουν, τότε ο λόγος μπορεί να είναι η αύξηση του στρες. Μια πρόσφατη έρευνα στην Μ. Βρετανία έδειξε ότι 40% από τις 300 εκατομμύρια ημέρες εργασίας, που χάνονται κάθε χρόνο λόγω ασθενείας, οφείλονται σε ψυχολογικά αίτια¹¹.

Ένα άλλο πρόβλημα με το στρες είναι ότι πολλοί νοσηλευτές υιοθετούν τελευταία ακατάλληλες στρατηγικές αντιμετώπισής του, προκειμένου να κρατήσουν τους στρεσογόνους παράγοντες στο περιθώριο. Σύμφωνα με μια μελέτη που έγινε στην Μ. Βρετανία το 1982, σημαντικά πο-

σοστά καταφεύγουν σε κατάχρηση τσιγάρων, αλκοόλ και καφέ¹².

Αίτια επαγγελματικής κόπωσης

Γενικά αίτια

1. Η εντατική εργασία και ο μεγάλος φόρτος εργασίας λόγω έλλειψης προσωπικού.
2. Η πεποίθηση ότι στον τομέα υγείας δεν θα αλλάξει προς το καλύτερο η λειτουργία στο ίδρυμα όσα χρόνια και αν περάσουν.
3. Σκέψεις ότι κανείς δεν νοιάζεται στην υπηρεσία για προβλήματα των νοσηλευτών και ότι μόνιμως προσφέρουν έργο που δεν αναγνωρίζεται από τους προϊσταμένους και συνεργάτες τους.
4. Το είδος της δουλειάς, με την στρεσογόνο καθημερινή φροντίδα ατόμων που είναι ανήμποροι και υποφέρουν.
5. Οι μη κανονικές ώρες εργασίας, οι χαμηλοί μισθοί και το χαμηλό ηθικό των νοσηλευτών.
6. Η έλλειψη επικοινωνίας και καλής διοίκησης και οι κακές έως απαράδεκτες συνθήκες εργασίας.
7. Η δυσμενής επίδραση του στρες της εργασίας στην προσωπική ζωή του νοσηλευτή που κατόπιν αναπόφευκτα τον επηρεάζει στην δουλειά του στο νοσοκομείο.

Στην ίδια έρευνα του περιοδικού Nursing Times το 1991, σε νοσηλευτές της Μ. Βρετανίας¹⁰ οι νοσηλευτές θεωρούσαν ως αίτια του υπερβολικού στρες της εργασίας τους κατά 65% τον υπερβολικό φόρτο δουλειάς, 61% προβλήματα που έχουν σχέση με την διοίκηση και την μη καλή επικοινωνία με τους νοσηλευτές, 54% έλλειψη πόρων, κατά 50% τις αλλαγές στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, 42% τις αλλαγές στην Νοσηλευτική σαν επάγγελμα και 34% το αίσθημα ανασφάλειας της εργασίας των. Μόνον 24% των νοσηλευτών πίστευαν ότι οικογενειακά προβλήματα τους επηρέαζαν στην δουλειά τους στο νοσοκομείο αλλά 71% των νοσηλευτών ανέφεραν ότι το στρες της δουλειάς τους επηρεάζει την προσωπική τους ζωή.

Οι Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλος και Μόνος το 1992¹³, σε έρευνά τους για τη συμβολή δημογραφικών, ψυχολογικών και εργασιακών παραγόντων στην εμφάνιση της επαγγελματικής κόπωσης σε νοσηλευτές Ογκολογικών και Γενικών Νοσοκομείων διεπίστωσαν ότι η επαγγελματική κό-

πωση των Ελλήνων νοσηλευτών δεν εξαρτάται από το είδος του Νοσοκομείου. Εξαρτάται πολύ λιγότερο από δημογραφικούς και εργασιακούς παράγοντες και πολύ περισσότερο από ψυχολογικούς όπως η έλλειψη συμμετοχής και επένδυσης στα συμβάντα της ζωής, η έλλειψη αίσθησης προσωπικού ελέγχου μπρος στα στρεσογόνα γεγονότα καθώς και η διαφορά μεταξύ προσδοκώμενης και πραγματικής ικανοποίησης, που έχουν οι νοσηλευτές για την εργασία τους.

Ειδικότερα, οι νοσηλεύτριες, που εμφάνιζαν αυξημένο βαθμό συναισθηματικής εξάντλησης, βίωναν αυξημένο στρες εξαιτίας του φόρτου εργασίας, ήταν μεγαλύτερες σε ηλικία, είχαν την τάση να αποφεύγουν τις δυσκολίες και γενικότερα τις αλλαγές στον χώρο δουλειάς, είχαν την τάση να μη συμμετέχουν και να μην εμπλέκονται στα γεγονότα ζωής, προτιμώντας να παραμένουν απόμακρες από δυσκολίες που προέκυπταν και συχνά, επειδή πίστευαν ότι δεν είχαν τον έλεγχο των καταστάσεων, δεν κατέβαλαν καμιά προσπάθεια για να επηρεάσουν τη ροή των γεγονότων της ζωής των.

Ειδικά αίτια επαγγελματικής κόπωσης νοσηλευτών χειρουργείων

1. Η δυσκολία επικοινωνίας μεταξύ αδελφής και χειρουργού, που μπορεί να οφείλεται στην έλλειψη γνώσης και εμπειρίας της αδελφής ή σε απρόοπτες καταστάσεις που μπορούν να προκύψουν κατά την διάρκεια μιας διαφορετικά προγραμματισμένης εγχείρησης. Ιδιαίτερα προβάλλει έντονα το πρόβλημα σε εγχειρήσεις, που έχουν στην αρχή ερευνητικό χαρακτήρα, π.χ. ερευνητική λαπαροτομία ή ερευνητική δωρακοτομία. Επίσης μια άλλη κατηγορία εγχειρήσεων, η οποία δημιουργεί παρόμοιες καταστάσεις και μάλιστα πολύ πιο έντονες είναι οι περιπτώσεις από βαριά τροχαία ατυχήματα οπότε και η κατάσταση του αρρώστου δεν μπορεί να εκτιμηθεί και ο βαθμός και η έκταση των κακώσεων δεν μπορεί να προσδιορισθεί.

2. Απρόβλεπτες καταστάσεις άσχετες με την εγχείρηση, όπως π.χ. η καρδιακή ανακοπή ή έντονο οξύ αναπνευστικό πρόβλημα.

3. Καταστάσεις σχετιζόμενες με τον εξοπλισμό του χειρουργείου π.χ. αιφνιδιαστικά σταμάτημα αναρρόφησης, απινιδωτή κ.λπ.

4. Κακή οργάνωση χειρουργείου.
5. Φθαρμένα και όχι κατάλληλα εργαλεία.
6. Ακατάλληλες συνθήκες εργασίας, κλιματισμού και υγρασίας, έλλειψη απαλής μουσικής, ύπαρξη θορύβου και φωνών στο χειρουργείο κ.λπ.
7. Η άσκοπη διακίνηση στο χειρουργείο ανθρώπων που δεν έχουν σχέση με την εργασία.
8. Ορισμένα είδη επεμβάσεων ή καταστάσεις με δυσάρεστη έκβαση, ανεγχείρητοι καρκίνοι ή παρηγορητικές επεμβάσεις.
9. Μη αρμονική συνεργασία όλων των ομάδων του προσωπικού.

Ειδικά αίτια επαγγελματικής κόπωσης νοσηλευτών Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ)¹⁴

1. Η μεγάλη ευθύνη για άμεση αντιμετώπιση κρίσιμων και επειγουσών καταστάσεων, όπως, π.χ. μια καρδιακή ανακοπή που πρέπει να την αντιληφθεί αμέσως και να δράσει γρήγορα ο νοσηλευτής. Υπάρχει επίσης ο φόβος μήπως ο νοσηλευτής καταλάβει λανθασμένα και κινητοποιήσει χωρίς λόγο την ομάδα διάσωσης.
2. Αισθήματα ενοχής όταν δεν πετυχαίνουν οι προσπάθειές του βοήθειας του αρρώστου.
3. Ανεπαρκής εκπαιδευτική προετοιμασία τόσο σε θέματα σωματικής όσο και ψυχικής φροντίδας του αρρώστου.
4. Αίσθημα ανικανότητας στην αντιμετώπιση ορισμένων καταστάσεων.
5. Η μονοτονία, ο περιορισμένος χώρος εργασίας, η αισθητηριακή αποστέρηση, όταν η νοσηλεύτρια δεν βαδίζει πολύ και εργάζεται στην ΜΕΘ πάντα με τεχνητό φωτισμό.
6. Η εντατική παρακολούθηση των ασθενών θεωρείται σχολαστική ρουτίνα.
7. Ο χειρισμός των μηχανημάτων, ο θόρυβος και η ανάγκη παρακολούθησης αυτών θεωρείται σχολαστική ρουτίνα.
8. Η συνεχής επαφή με ασθενείς που έχουν αβέβαιη πρόγνωση.
9. Η μη δυνατή επικοινωνία με όλους τους αρρώστους (τραχειοστομία, διασωλήνωση, παράληρημα, διεγέρσεις, γευδαισθήσεις, απώλεια συνείδησης, αφασία).
10. Απομόνωση από το υπόλοιπο νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου.
11. Η μη συμμετοχή σε συλλογικές αποφάσεις. Ο νοσηλευτής πολλές φορές δεν επιλέγει έ-

στω και μέρος από τις ευθύνες που αναλαμβάνει και αισθάνεται απλώς να «εκτελεί εντολές».

12. Η οδυνηρή ευθύνη αρρώστων που υποφέρουν πολύ ή είναι ετοιμοθάνατοι.

13. Η συχνή αντιμετώπιση του θανάτου αρρώστων τους οποίους φρόντισε εντατικά.

14. Συγκρούσεις συνειδήσεων όταν η εκτέλεση του νοσηλευτικού καθήκοντος κρίνεται μάταιη και ανώφελη για τον άρρωστο και, ακόμη περισσότερο, όταν ο ίδιος ο άρρωστος ή οι συγγενείς ή οι συνεργάτες προτείνουν κάτι αντίθετο.

Οι Mallet και συν. το 1991¹⁵, σε μια έρευνά τους στις ΗΠΑ σχετικά με τις διαφορές του συνδρόμου επαγγελματικής κόπωσης μεταξύ νοσηλευτών ΜΕΘ και ιδρυμάτων μακρόχρονης νοσηλείας διεπίστωσαν ότι οι νοσηλευτές της ΜΕΘ παρουσίαζαν μεγαλύτερο βαθμό επαγγελματικής κόπωσης και μεγαλύτερο βαθμό άγχους θανάτου.

Ειδικά αίτια επαγγελματικής κόπωσης λόγω συνθηκών εργασίας

Τα σημαντικότερα αίτια που οφείλονται στις συνθήκες εργασίας είναι:

1. Ελλειψη προσωπικού.
2. Ελλειψη ανώτερης βαθμίδας Ν.Π. με αποτέλεσμα να γίνεται επικάλυψη καθηκόντων.
3. Ελλειψη πρωτοκόλλου εργασίας.
4. Ελλειψη συμμετοχής των νοσηλευτών σε συλλογικές αποφάσεις και επιλογής των ευθυνών που αναλαμβάνει.
5. Ελλειψη συντονισμού της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας με τις άλλες υπηρεσίες όπως Ιατρική, Τεχνική, Διοικητική.
6. Προβλήματα επικοινωνίας και συνεργασίας με συναδέλφους, προϊσταμένους και διοίκηση.
7. Υπαρξη ανταγωνισμών, συγκρούσεων και κριτικής χωρίς αναγνώριση της προσφοράς του νοσηλευτή.
8. Ελλειψη βοηθητικών χώρων και χώρων ανάπαυσης.
9. Υπαρξη ράντζων στους διαδρόμους και στους θαλάμους που δυσκολεύουν το νοσηλευτικό έργο.

Οι Constable και Russell¹⁶ το 1986 μελέτησαν την επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης και του εργασιακού περιβάλλοντος στην επαγγελματική κόπωση των νοσηλευτών και διεπίστωσαν ό-

τι οι κύριοι εργασιακοί αιτιολογικοί παράγοντες επαγγελματικής κόπωσης των νοσηλευτών ήταν το χαμηλό επίπεδο απόλαυσης της εργασίας (όσον αφορά την αυτονομία, προσανατολισμό στόχων, σαφήνεια καθηκόντων, καινοτομίες και άνεση στην εργασία), η πίεση της εργασίας και η έλλειψη υποστήριξης από τους προϊσταμένους.

Σχέσεις νοσηλευτικού προσωπικού με ασθενείς

Οι νοσηλευτές χαίρονται να προσφέρουν τις φροντίδες τους στον καλλιεργημένο, αισιόδοξο, χαρούμενο, γεμάτο ευγνωμοσύνη άρρωστο. Αντίθετα, η κατηγορία των «δύσκολων» αρρώστων κάνει το προσωπικό να νοιώθει ανεπάρκεια, αποτυχία, εκνευρισμό και του δημιουργεί άγχος. «Δύσκολος» άρρωστος είναι αυτός που συνεχώς διαμαρτύρεται, που δεν συνεργάζεται, δεν αποδέχεται την φροντίδα που του προσφέρεται, που δεν δέχεται την εξάρτηση στην οποία η αρρώστεια του τον υποβάλλει. Έτσι η κατάθλιψη, η εριστικότητα, το άγχος, ο φόβος, η απάθεια, η ανικανότητα των αρρώστων να αυτοεξυπηρετηθούν καθώς και η τάση τους μερικές φορές να αρνούνται να δεχθούν την αρρώστειά τους, τους μεταβάλλουν σε πρόσωπα ανεπιθύμητα για το νοσηλευτικό προσωπικό.

Προσωπικότητα του νοσηλευτή

Οι νοσηλευτές κινδυνεύουν από το σύνδρομο επαγγελματικής κόπωσης ανεξάρτητα από ηλικία, χρόνο υπηρεσίας, ώρες εργασίας, βαθμό ή ειδικότητα της ιατρικής. Η προσωπικότητα του νοσηλευτή παίζει σημαντικό ρόλο και κυρίως ο τρόπος με τον οποίο οι στρεσογόνοι παράγοντες επηρεάζουν το άτομο¹⁷.

Η προσωπικότητα του ατόμου που χαρακτηρίζεται από μια δυσκολία στην αντιμετώπιση στρεσογόνων συνθηκών μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στην πρόκληση επαγγελματικής κόπωσης. Το ποσοστό επαγγελματικής κόπωσης είναι σημαντικά μειωμένο σε άτομα που παρουσιάζουν ανθεκτικότητα στο στρες (hardy personality), έχουν την τάση να επενδύουν στην δουλειά τους, αίσθηση ελέγχου δύσκολων και αντίξοων καταστάσεων και αντιμετώπιση αυτών σαν «προκλήσεις» παρά σαν απειλές¹⁸. Η επαγγελματική κόπωση έχει άμεση

σχέση με υψηλό βαθμό αντίληψης του στρες της εργασίας (perceived job stress) και χαμηλό βαθμό ανθεκτικότητας στο στρες (personality hardiness). Η ανθεκτικότητα όμως στο στρες είναι ευεργετική στο να ελαττώσει το ποσοστό επαγγελματικής κόπωσης αλλά δεν προφυλάσσει από το να προκληθεί επαγγελματική κόπωση από υψηλό βαθμό στρες, ιδιαίτερα οφειλόμενο σε μεγάλο φόρτο εργασίας¹⁹.

Η προσωπική ζωή των νοσηλευτών και οι διαπροσωπικές δυσκολίες τόσο στην εργασία όσο και εκτός εργασίας συμβάλλουν επίσης στον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζουν το στρες της εργασίας τους²⁰. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας για την διδακτορική διατριβή της Penny Babb στο South Bank Polytechnic της Μ. Βρετανίας⁹, οι νοσηλευτές που υπέφεραν από υπερβολικό στρες ανήκαν σε δύο κατηγορίες. Στη μία κατηγορία ανήκαν αυτοί που είχαν σύντροφο αλλά είχαν σημαντικά προβλήματα στις σχέσεις τους και ο σύντροφος δεν μπορούσε ούτε να καταλάβει τις ανάγκες της εργασίας αλλά ούτε να προσφέρει υποστήριξη. Οι νοσηλευτές αυτοί υπέφεραν από οξύ στρες. Στην άλλη κατηγορία ανήκαν νοσηλευτές που δεν είχαν σύντροφο αλλά είχαν προβλήματα στις σχέσεις με την οικογένειά τους. Το στρες των νοσηλευτών αυτών ήταν χρόνιο και το αντιμετώπιζαν περισσότερο παθητικά χωρίς όμως να μπορούν να το αντιμετωπίσουν πλήρως.

Ο Firth και συνεργάτες²¹ θεωρούν ότι το σύνδρομο επαγγελματικής κόπωσης (burnout) έχει σχέση με την έννοια της «επαγγελματικής κατάθλιψης» του Oswin με καταθλιπτικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των νοσηλευτών υπό μορφή εξωτιμωρητικής εχθρικότητας (extrapunitive hostility) που συσχετίζονται με μια σκληρότητα προς τους άλλους και ενδοτιμωρητικότητα (intrapunitive) που συσχετίζεται με αποφυγή χρήσης μεθόδων αντιμετώπισης του στρες. Η καταθλιπτική διάθεση, όπως διαπιστώθηκε σε μια άλλη έρευνα του Firth και συν.²² το 1987 ήταν εντονότερη στους νοσηλευτές παρά στις νοσηλεύτριες ιδρυμάτων μακράς νοσηλείας και συνοδευόταν, εκτός από την αποπροσωποποίηση, από τάση για αποφυγή αντιμετώπισης προβλημάτων και λήψη αποφάσεων και ασάφεια για τις προσδοκίες των προϊσταμένων.

II. Πρόληψη και αντιμετώπιση

Πρόληψη της επαγγελματικής κόπωσης νοσηλευτών

Οι νοσηλευτές πρέπει να αναγνωρίσουν ότι για να μπορούν να σταθούν δίπλα στον πονεμένο ασθενή που χρειάζεται βοήθεια πρέπει να μπορούν οι ίδιοι να φροντίσουν τους εαυτούς τους και να προλάβουν την ανάπτυξη του συνδρόμου επαγγελματικής κόπωσης. Κατά τον David Stoter, Διευθυντή της Εθνικής Ένωσης Υποστήριξης Νοσηλευτικού Προσωπικού στη Μ. Βρετανία, δυστυχώς η κοινωνία μας έχει συνηθίσει στην ύπαρξη δύο κατηγοριών ατόμων αυτών που παρέχουν υπηρεσίες και φροντίζουν αυτούς που έχουν ανάγκη από βοήθεια και αυτών που δέχονται τις υπηρεσίες αυτές επειδή έχουν ανάγκη βοήθειας. Αν παρέχει κανείς τέτοιου είδους υπηρεσίες υποτίθεται ότι δεν έχει ανάγκη προσωπικής βοήθειας λόγω της αντίληψης του «υπερεπαγγελματία» που έχει η κουλτούρα μας⁹.

Όταν αρχίσουν να εμφανίζονται τα πρώτα σημάδια επαγγελματικής κόπωσης χρειάζεται να γίνουν μερικές αλλαγές στον τρόπο που ο εργαζόμενος αντιλαμβάνεται και προσφέρει τις υπηρεσίες του⁵:

α) Αποφυγή αύξησης του ρυθμού εργασίας και ανάληψη περισσότερων ευθυνών από τον νοσηλευτή σαν μέσο απόδειξης προς τον εαυτό του ότι μπορεί να ανταποκριθεί στις αυξημένες ανάγκες της εργασίας.

β) Αναθεώρηση εσφαλμένων προσδοκιών που έχει ο νοσηλευτής από τον εαυτό του και τον εργασιακό του χώρο.

γ) Κατανόηση των αρνητικών αντιδράσεων των ασθενών που κατευθύνουν τον θυμό τους προς τους νοσηλευτές.

δ) Αναγνώριση και ανάλυση των δυσκολιών, προβλημάτων, δυσφορίας και αρνητικών συναισθημάτων που οι νοσηλευτές αισθάνονται για την εργασία τους.

ε) Εντόπιση των δετικών πλευρών της εργασίας και λήψη συναισθηματικής ενδάρρυνσης από συναδέλφους.

Η πρόληψη της επαγγελματικής κόπωσης αρχίζει με την επιλογή των νοσηλευτών για τα τμή-

ματα ή μονάδες που απαιτούν ειδικά ψυχοδιανοητικά προσόντα και σαφή προτίμηση του νοσηλευτή για την συγκεκριμένη εργασία. Αλλά ειδικότερα μέτρα που συμβάλλουν στην πρόληψη της επαγγελματικής κόπωσης είναι η συνεχιζόμενη κοινή εκπαίδευση, η λειτουργία ομάδων υποστήριξης, η πολυμορφία στην εργασία και η δυνατότητα «διαλειμμάτων» και «ειδικών αδειών», η συμβουλευτική εποπτεία από ειδικό σύμβουλο, ο προγραμματισμός χρόνου «αποσυμπίεσης» μεταξύ εργασίας και σπιτιού, η χρήση του χιούμορ σαν τρόπου εκτόνωσης, η σωστή αλλαγή χώρου εργασίας και η δημοκρατική διοίκηση του τμήματος¹³.

Επιλογή συγκεκριμένης θέσης εργασίας

Είναι σημαντικό να μπορεί να συμμετάσχει ο νοσηλευτής στην απόφαση επιλογής του χώρου στον οποίο θα εργασθεί διότι τα κίνητρά του και το ενδιαφέρον του για το συγκεκριμένο αντικείμενο θα δράσουν θετικά στην απόδοσή του.

Η διοίκηση του νοσοκομείου και τα άτομα που ασχολούνται με την πρόσληψη του προσωπικού θα πρέπει να φροντίζουν ώστε οι νοσηλευτές να πληρούν τα ακόλουθα κριτήρια επιλογής σαν μέσο πρόληψης μελλοντικής επαγγελματικής κόπωσης²³: ικανοποιητικές ψυχοδιανοητικές ικανότητες, καλό επίπεδο εκπαίδευσης στο συγκεκριμένο αντικείμενο, υπευθυνότητα, αφοσίωση στην εργασία, ηθικές αξίες, υψηλό βαθμό ενεργητικότητας και ενδιαφέροντος για την συγκεκριμένη δουλειά, κίνητρα επιλογής του αντικειμένου εργασίας, να μη αποτελούν κίνητρο επιλογής της συγκεκριμένης εργασίας προηγούμενες εμπειρίες με θάνατο και αρρώστειες με αποτέλεσμα να υπάρχει κίνδυνος ταύτισης του νοσηλευτή με τους αρρώστους και επαναβίωσης εμπειριών του παρελθόντος και εκτίμηση της κοινωνικής κατάστασης και υποστήριξης του εργαζομένου.

Συνεχιζόμενη εκπαίδευση

Η ευαισθητοποίηση των νοσηλευτών για το σύνδρομο επαγγελματικής κόπωσης πρέπει να γίνεται κατά την αρχική τους εκπαίδευση και ειδικότερα κατά την κλινική τους άσκηση. Έτσι οι φοιτητές και φοιτήτριες της νοσηλευτικής είναι καλύτερα προετοιμασμένες για την πρόληψη,

αναγνώριση και έγκαιρη αντιμετώπιση του φαινομένου²⁴.

Σεμινάρια προγραμματισμένα σαν μέρος της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης των νοσηλευτών βοηθούν στην ενημέρωση και διδασκαλία στρατηγικών πρόληψης της επαγγελματικής κόπωσης και ψυχοκοινωνικής εκπαίδευσης με συζήτηση περιστατικών, εκπαίδευση σε γνωστικές και συμπεριφορικές τεχνικές αντιμετώπισης ασθενών και συγκρούσεων^{25,26}.

Ο Ceslowitz²⁷ συνιστά την εκπαίδευση των νοσηλευτών σε στρατηγικές σχεδιασμένης λύσης προβλημάτων (planful problem solving), θετικής επανεκτίμησης καταστάσεων (positive reappraisal), αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης και αυτοελέγχου που βοηθούν στην πρόληψη της επαγγελματικής κόπωσης.

Ομάδες υποστήριξης

Οι ομάδες αυτές των νοσηλευτών που μπορεί να συντονίζονται από ψυχολόγο ή ψυχίατρο συναντώνται σε τακτικά χρονικά διαστήματα με σκοπό την α) αναγνώριση πηγών στρες, β) ανταλλαγή εμπειριών και αναγνώριση ότι και άλλοι νοσηλευτές συναντούν παρόμοιες καταστάσεις στην εργασία τους, γ) εκτόνωση της έντασης χρησιμοποιώντας το όφελος της μάθησης από την δύσκολη εμπειρία σαν τρόπο αντιμετώπισης του στρες, δ) αυτογνωσία και ανάλυση των συναισθημάτων και των αντιδράσεων των νοσηλευτών, ε) επανεκτίμηση τρόπων αντιμετώπισης συγκεκριμένων πηγών στρες και στ) συζήτηση όχι μόνον δυσάρεστων εμπειριών αλλά και επιτυχών παρεμβάσεων που ενισχύουν την αυτοεκτίμηση, ζ) ανταλλαγή πληροφοριών για σεμινάρια συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, νέες νομοθεσίες, επιστημονικά άρθρα^{5,28-31}.

Απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχία μιας ομάδας υποστήριξης είναι η εξασφάλιση της δυνατότητας ελεύθερης έκφρασης των νοσηλευτών. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί όταν οι ομάδες είναι ομοιογενείς όσον αφορά τον βαθμό και την ειδικότητα. Μεταξύ των συναντήσεων τα μέλη της ομάδας λειτουργούν σαν ένα δίκτυο υποστήριξης νοιώθοντας ότι μπορούν να έρθουν σε επαφή με οποιοδήποτε άλλο μέλος της ομάδας αν υπάρξει ανάγκη.

Η ύπαρξη ομάδων υποστήριξης των νοσηλευτών έχει άμεσα ευεργετικά αποτελέσματα στην

ποιότητα φροντίδας των ασθενών. Ο Dubovsky και συν³² ανέφεραν ελάττωση του ποσοστού θνησιμότητας στις στεφανιαίες μονάδες που οργανώθηκαν ομάδες υποστήριξης για 6 μήνες. Επειδή δόθηκε δυνατότητα στους νοσηλευτές να αντιμετωπίσουν προβλήματα που τους αποσχολούσαν, ήσαν σε θέση να ασχοληθούν περισσότερο με τους ασθενείς και να μπορούν να τους παρακολουθούν λεπτομερώς για παραμικρές αλλαγές στην πορεία της κατάστασής των.

Πολυμορφία στην εργασία

Είναι πολύ σημαντικό ο νοσηλευτής να νοιώθει ότι δεν δίνει μόνο αλλά επίσης παίρνει ο ίδιος από την εργασία του. Δεν αρκεί μόνο η οικονομική ικανοποίηση υπό μορφή μισθού αλλά και η ηθική που πέραν από την αναγνώριση του έργου του επιτυγχάνεται επίσης με το να μπορεί ο εργαζόμενος να ικανοποιήσει δικές του ανάγκες για επιμόρφωση, συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα, διδασκαλία νεωτέρων κ.λπ. Όταν η δομή της οργάνωσης του νοσοκομείου του επιτρέπει να έχει την δυνατότητα αυτή τότε ο νοσηλευτής αισθάνεται ότι μπορεί να βρεθεί μέσα στον ίδιο του εργασιακό χώρο σε διαφορετικό παραγωγικό περιβάλλον που θα τον βοηθήσει να διατηρήσει την δική του ισορροπία και να αποφευχθεί η επαγγελματική κόπωση από την συνεχή μονότονη απασχόληση με το ίδιο στρεσογόνο αντικείμενο, κάνοντας ένα είδος παραγωγικού «διαλείμματος» σε μια άλλη υπηρεσία.

Συμβουλευτική εποπτεία από ειδικό σύμβουλο

Ο ρόλος του ειδικού συμβούλου είναι κυρίως υποστηρικτικός. Σε συνεργασία με το νοσηλευτή ή ομάδα νοσηλευτών βοηθάει στην εύρεση τρόπων ενεργοποίησης και δημιουργικής αξιοποίησης των ικανοτήτων τους και αντιμετώπιση των δυσκολιών της εργασίας τους¹³. Δεν λειτουργεί ψυχοθεραπευτικά αλλά αναγνωρίζει ότι ο ίδιος ο εργαζόμενος μπορεί να αναλάβει με την κατάλληλη βοήθεια την αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκύπτουν από την εργασία του.

Χρόνος «αποσυμπίεσης» μεταξύ εργασίας και σπιτιού

Το στρες της εργασίας μπορεί να επηρεάσει δυσμενώς την προσωπική ζωή του νοσηλευ-

τή που το μεταφέρει μαζί του σπίτι του. Σε πρόσφατη έρευνα σε νοσηλευτές στη Μ. Βρετανία 71% των νοσηλευτών που απάντησαν ένα ερωτηματολόγιο σχετικά με το στρες της εργασίας τους ανέφεραν ότι το στρες της δουλειάς τους επηρεάζει την προσωπική τους ζωή¹⁰.

Ο προγραμματισμός ενός μεσοδιαστήματος μεταξύ εργασίας και επιστροφής στο σπίτι και η ενασχόληση με κάποιο χόμπυ ή άλλη δραστηριότητα βοηθά στην χαλάρωση του νοσηλευτή και του επιτρέπει να μη μεταφέρει όλο το στρες της εργασίας του στο σπίτι.

Ενισχύονται επίσης από τους επικεφαλής κοινές κοινωνικές δραστηριότητες συμβατές με τις υπόλοιπες υποχρεώσεις με όσο το δυνατόν λιγότερη συναισθηματική εμπλοκή μεταξύ των μελών.

Χιούμορ

Το χιούμορ αποτελεί ένα ώριμο αμυντικό μηχανισμό που επιτρέπει την έκφραση αισθημάτων και σκέψεων με άνεση και χωρίς δυσμενείς επιπτώσεις στους άλλους. Επιτρέπει στο άτομο να ανεχθεί και να εστιάσει σε κάτι που κατά τα άλλα είναι δύσκολο να το αντιμετωπίσει, μειώνοντας την ένταση και το άγχος του.

Η χρήση του χιούμορ από τους υπεύθυνους στην ομάδα προάγει διαδικασίες προτυποποίησης σε μέλη που δεν έχουν ανεπτυγμένο αυτόν τον αμυντικό μηχανισμό.

Βελτίωση συνθηκών ή αλλαγή χώρου εργασίας

Η συμμετοχή του νοσηλευτή στην λήψη αποφάσεων βελτίωσης συνθηκών εργασίας στο χώρο του τον κάνει να ενδιαφέρεται ενεργά γιατί νοιώθει ότι η γνώμη του μετρά και του παρέχεται δυνατότητα συμμετοχής στην λήψη συλλογικών αποφάσεων. Το γεγονός αυτό βοηθά στην βελτίωση του ηθικού των νοσηλευτών.

Η βελτίωση των συνθηκών εργασίας μπορεί να γίνει με αξιολόγηση του περιβάλλοντος εργασίας των τμημάτων με χρήση ερωτηματολογίων και κλιμάκων αξιολόγησης, συνεντεύξεων με τον ειδικό σύμβουλο ή γυχίατρο της Διασυνδεδετικής Συμβουλευτικής Υπηρεσίας και τον σχεδιασμό παρεμβάσεων και υιοθέτηση στρατηγικών βελτίωσης που έχουν δοκιμασθεί αλλού και έχουν αποδειχθεί εποικοδομητικές³³.

Η αλλαγή του χώρου εργασίας του νοσηλευτή είναι αναγκαία όταν δεν είναι δυνατόν να γίνουν βελτιώσεις στον χώρο εργασίας ή όταν ο νοσηλευτής δεν μπορεί να προσαρμοστεί στο εργασιακό περιβάλλον. Αυτό δεν θα πρέπει όμως να γίνεται παρορμητικά χωρίς προηγούμενη κατανόηση των στόχων της αλλαγής δέσεως εργασίας και προετοιμασία του ατόμου για να προσαρμοσθεί στον καινούργιο του χώρο.

Δημοκρατική Διοίκηση Τμήματος

Η δημοκρατική διοίκηση ενός τμήματος δίνει στον νοσηλευτή τη δυνατότητα συμμετοχής στην λήψη αποφάσεων που τον αφορούν, τον κάνει να νοιώθει υπεύθυνο άτομο που αναγνωρίζει τον ρόλο του στην συλλογική προσπάθεια ατόμων με ισότιμη σχέση, σε ένα κλίμα αλληλοϋποστήριξης και αλληλοεξάρτησης και συμβάλλει σημαντικά στην πρόληψη της επαγγελματικής κόπωσης.

Η αξιοπιστία και αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων της διοίκησης ισχυροποιείται με σαφείς κατευθυντήριες γραμμές εργασίας και ρεαλιστικές προσδοκίες (αποφυγή απαιτήσεων για υπερβολική αφοσίωση και υπευθυνοποίηση) που δεν δημιουργούν κινδύνους ενοχοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού με αποτέλεσμα την πρόκληση άγχους.

Σημαντικό ρόλο παίζει ο σεβασμός από τη διοίκηση του ελεύθερου χρόνου και των αδειών των νοσηλευτών, οι ευκαιρίες για εξέλιξή των, η επιβράβευση της υπευθυνότητας και συνέπειας συμβατών με τα όρια των δυνατοτήτων του καθενός αλλά και η κατανόηση και υποστήριξη περιστασιακών πτώσεων αποδοτικότητας. Η σταθερή ύπαρξη επαρκούς στελέχωσης και η δίκαιη κατανομή αντικειμένου εργασίας και ρόλων είναι βασικές προϋποθέσεις για την πρόληψη του συνδρόμου επαγγελματικής κόπωσης.

Αντιμετώπιση του συνδρόμου επαγγελματικής κόπωσης

Συνοπτικά, η διαδικασία ανάπτυξης και εξέλιξης του Συνδρόμου Επαγγελματικής Κόπωσης αποτελεί προϊόν της δυναμικής διαντίδρασης ανάμεσα στο συνδυασμό προσωπικών (σωματογυγικών) εφοδίων και περιβαλλοντικών ενισχύσεων (συναισθηματικών, ηθικών, υλικών και πληροφό-

ρησης) από τη μια πλευρά και των ψυχοπιεστικών καταστάσεων που συσχετίζονται με την επαγγελματική αλλά και την εξωεπαγγελματική ζωή του ατόμου από την άλλη. Συνεπώς, οι μηχανισμοί πρόληψης και αντιμετώπισης οφείλουν να δρουν παράλληλα και έγκαιρα με στόχο τόσο την ελαχιστοποίηση των στρεσογόνων παραγόντων όσο και την ενίσχυση της σωματοψυχικής ισορροπίας μέσα από τη διαμόρφωση συστημάτων κοινωνικής υποστήριξης.

Σε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικής με το στρες του νοσηλευτικού προσωπικού, η Hansell³⁴ ομαδοποιεί τις πηγές στρες σε οργανωτικές, περιστασιακές και προσωπικές και τονίζει ότι θετικές μεταβολές σε μια περιοχή επηρεάζουν θετικά τις άλλες.

Τμήματα ή μονάδες με υψηλό βαθμό θνησιμότητας, βαρέως πασχόντων με αυξημένες ανάγκες νοσηλευτικής φροντίδας και προηγμένης τεχνολογίας, άπως είναι τα Χειρουργικά τμήματα και κυρίως οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, τα Ογκολογικά τμήματα, τα τμήματα Νεφρικής Κάλυψης κ.ά. θεωρούνται ιδιαίτερα στρεσογόνα³⁵.

Στη μελέτη των Whippen και Canellos²⁶ το 1991, βρέθηκε ότι περισσότεροι από τους μισούς ογκολόγους βίωσαν σε κάποια φάση της επαγγελματικής τους ζωής συμπτώματα επαγγελματικής κόπωσης. Οι Orłowski και Bullege³⁷ το 1986, διερευνώντας τη συχνότητα του συνδρόμου μεταξύ του ιατρικού προσωπικού μονάδων επειγόντων περιστατικών βρήκαν ότι περισσότεροι από τα 2/3 ανέφεραν συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση.

Βασική προϋπόθεση για την αντιμετώπιση του συνδρόμου επαγγελματικής κόπωσης είναι η αναγνώρισή του. Εδώ, θα πρέπει να σημειωθεί ότι εκτός από τις εκδηλώσεις ψυχοσωματικής επιβάρυνσης, είναι δυνατόν το σύνδρομο να εμφανισθεί αντισταθμιστικά με επαγγελματική δραστηριότητα ολοένα εντεινόμενη, που όμως είναι αναποτελεσματική και άσχετη με τον άρρωστο. Ανάπτυξη αισθημάτων μοναδικότητας και αναντικατάστατου στο χώρο εργασίας συνοδεύεται από αγανάκτηση για τους άλλους.

Η έγκαιρη επίγνωση της επαγγελματικής κόπωσης δεν είναι μια απλή γνωσιακή διαδικασία για τον επαγγελματία, αλλά ένα σύνθετο ψυχοδιαγνωστικό έργο, που μπορεί εύκολα να παρακωλυθεί από ενδοψυχικές αμυντικές διεργασίες. Εξάλ-

λου, πολλές από τις εκδηλώσεις του συνδρόμου, όπως τα σωματικά συμπτώματα, η υπερδραστηριότητα κ.ά., αποτελούν ουσιαστικά μηχανισμούς άμυνας απέναντι στο άγχος και την κατάθλιψη. Γίνεται επομένως φανερό ότι το ομαδικό πλαίσιο των διαδικασιών αντιμετώπισης που θα αναφερθούν στην συνέχεια στοχεύει και στην έγκαιρη αναγνώριση του προβλήματος.

Η διαδικασία αντιμετώπισης του συνδρόμου επαγγελματικής κόπωσης είναι αποτελεσματική εφόσον δρα σε όλες τις πηγές γένεσης και συνέχισής του.

Παρεμβάσεις στο οργανωτικό πλαίσιο

Οι οργανωτικές παρεμβάσεις παίζουν πρωταρχικό ρόλο στην έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση συμπτωμάτων επαγγελματικής κόπωσης στο νοσηλευτικό προσωπικό. Ο ρόλος των υπευθύνων ιεραρχικά είναι ουσιώδης και πολυδιάστατος. Αναπτύσσοντας δυνατότητες ανοικτής επικοινωνίας των νοσηλευτών, τόσο με τα υπόλοιπα μέλη της χειρουργικής ομάδας όσο και με τους επικεφαλής, διευκολύνουν την πληροφόρηση, τη διάλυση παρερμηνειών και την από κοινού επίλυση προβλημάτων που αναφέρονται στην εργασία. Αντιμετωπίζουν συναισθηματικές συγκρούσεις ή εμπλοκές μεταξύ των μελών, οφείλοντας να εντοπίζουν τα μέλη που δημιουργούν συγκρούσεις λόγω προσωπικών προβλημάτων και να κινητοποιούν μηχανισμούς τελικής βοήθειας και υποστήριξης προς αυτά.

Ομάδες υποστήριξης του προσωπικού

Τόσο οι γιατροί όσο και οι νοσηλευτές θεωρούν ότι οι τακτικές συναντήσεις της θεραπευτικής ομάδας έχουν επωφελή αποτελέσματα στην αντιμετώπιση του συνδρόμου επαγγελματικής κόπωσης²³. Το πλαίσιο και ο τύπος ομάδων υποστήριξης μπορεί να κινείται μεταξύ μιας αυστηρά εκπαιδευτικά δομημένης διαδικασίας από τη μια πλευρά και μιας ανοικτής αυτοεκφραστικής διαδικασίας από την άλλη, που στηρίζεται κυρίως στις συναισθηματικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ των μελών. Μια μέση τακτική ανάμεσα στα δύο άκρα είναι προτιμότερη όπως προκύπτει από τη σχετική βιβλιογραφία, για την απρόσκοπτη λειτουργία της ομάδας και την ελαχιστοποίηση φαινομένων επαγγελματικής κόπωσης²³.

Σε γενικές γραμμές, οι ομάδες εργασίας είναι πιο αποτελεσματικές όταν εκπληρώνουν τις ανάγκες των μελών σύμφωνα όμως με τα καθήκοντά τους, είναι εύκαμπτες και προσφέρουν ευκαιρίες για συναισθηματική έκφραση και προσωπική υποστήριξη. Σύμφωνα με τους Abrams και Sweeney³⁸ ένας βασικός λόγος αποτυχίας των ομάδων υποστήριξης είναι η ακαταλληλότητα του υπεύθυνου να παίζει το ρυθμιστικό ρόλο μεταξύ των δύο πόλων.

Πρωταρχικός στόχος των ομάδων είναι η μείωση του άγχους των μελών και η αύξηση της αυτοεκτίμησης, μέσα από τη βελτίωση της επικοινωνίας, την ελαχιστοποίηση της αίσθησης απομόνωσης και τη σταθερά συνεχιζόμενη εκπαίδευση.

Οι ομάδες υποστήριξης του προσωπικού πρέπει να χρησιμοποιούν συγκεκριμένο χώρο στη μονάδα και οι συναντήσεις πρέπει να είναι τακτικές με συχνότητα συνήθως μια φορά την εβδομάδα. Από πλευράς σύνδεσης, οι ομάδες μπορεί να είναι ομοιογενείς, απαρτιζόμενες μόνο από νοσηλευτές ή μόνο από γιατρούς και ετερογενείς (χειρουργοί, ανασθησιολόγοι, νοσηλευτές, κοινωνική λειτουργός, σύμβουλος ψυχίατρος). Συνήθως οι επικεφαλής των ομάδων υποστήριξης είναι μέλη ιεραρχικά ανώτερα, όπως προϊσταμένα, επιμελητής, κ.ά.

Για την αποτελεσματική λειτουργία των ομάδων υποστήριξης του προσωπικού είναι απαραίτητη η ανάπτυξη και συντήρηση καλών σχέσεων μεταξύ του επικεφαλής της ομάδας υποστήριξης και του διευθυντή της μονάδας ή της κλινικής. Οι συναντήσεις των ομάδων αρχίζουν με ένα συγκεκριμένο πλαίσιο εκπαιδευτικού χαρακτήρα ή συζήτησης περιστατικού, επιτρέπεται όμως, όταν γίνεται αναγκαίο, να συζητούνται διαπροσωπικά προβλήματα μεταξύ μελών του προσωπικού.

Περιεχόμενο και δυναμική των ομάδων υποστήριξης

Η εξέλιξη του περιεχομένου και της δυναμικής περιλαμβάνει τρεις φάσεις, αρχική, μέση και προχωρημένη. Κατά την αρχική φάση, συζητούνται κυρίως θέματα που ουσιαστικά αποτελούν αιτίες αλλά και εκδηλώσεις ή επιπτώσεις του συνδρόμου επαγγελματικής κόπωσης, όπως υπερεργασία, υπερδραστηριότητα, αίσθηση εκμετάλλευσης λόγω ανεπαρκούς προσωπικού, προβλήματα

συνεργασίας και σχέσης με τη διοίκηση, λειτουργικά προβλήματα, περιπτώσεις επιβαρυνμένων ασθενών και αντιμετωπίσεις θανάτου. Στη φάση αυτή, υπερβολική συναισθηματική φόρτιση αποτρέπεται με σκοπό την αναγνώριση και την αιτιολόγηση του προβλήματος. Η συζήτηση προβλημάτων που προκύπτουν από μη συνεργάσιμους ασθενείς ή οικογένειες διευκολύνει την κατανόηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς, κάτω από την επίδραση του στρες. Αυτό έχει ως συνέπεια την μείωση των αρνητικών συναισθημάτων προς τον ασθενή, ο οποίος αισθάνεται να απειλείται από παρόμοιες διαθέσεις. Η ομαδική συζήτηση γύρω από περιπτώσεις ετοιμοθανάτων ασθενών ή ασθενών που κατέληξαν βοηθά στην εξοικείωση των μελών με τον θάνατο και προσφέρει ευκαιρία για αποφόρτιση συναισθημάτων άγχους, θλίψης και ενοχών.

Στη δεύτερη φάση, τα θέματα περιστρέφονται γύρω από τον αυτοπροσδιορισμό των ορίων και της επαγγελματικής και προσωπικής ευαλωτότητας σε δύσκολες περιπτώσεις ασθενών. Ταυτόχρονα, στην ίδια φάση, το προσωπικό συζητά διαπροσωπικά προβλήματα με εστιασμό στην προσαρμογή και την αντιμετώπιση.

Στα προχωρημένα στάδια συντηρούνται τα όρια μεταξύ θεμάτων εργασίας και προσωπικών προβλημάτων καθώς επίσης και το υψηλό ηθικό.

Εχει διαπιστωθεί ότι, εκτός από τους επαγγελματίες υγείας, στρεσογόνες επιδράσεις δέχονται και το βοηθητικό προσωπικό, οι γραμματείς και οι τεχνικοί, που έτσι και αλλιώς εμπλέκονται σε διαντιδράσεις με τους νοσηλευόμενους, τις οικογένειές τους αλλά και το προσωπικό περίθαλψης. Αποτελεσματικές παρεμβάσεις σε χρονικά καθορισμένες συνεδρίες, με θέμα την ανθρώπινη συμπεριφορά κάτω από στρεσογόνες συνθήκες, προλαμβάνουν και αντιμετωπίζουν φαινόμενα επαγγελματικής κόπωσης, που μπορεί να έχουν αρνητικές επιπτώσεις στο ηθικό όλης της ομάδας.

Υποστήριξη του προσωπικού από επαγγελματίες ψυχικής υγείας

Η συμμετοχή του συμβούλου ψυχίατρου, του ψυχιατρικού νοσηλευτή εκπαιδευμένου σε θέματα διασυνδετικής-συμβουλευτικής ψυχιατρικής ή του ψυχολόγου μπορεί να βοηθήσει με ποικίλους τρόπους. Συμβάλλει στην ευαισθητοποίηση και εκπαίδευση των μελών της ομάδας στο να αναγνω-

ρίζουν και αντιμετωπίζουν ψυχολογικά προβλήματα των ασθενών. Σε περιπτώσεις δυσεπίλυτων ψυχιατρικών εκδηλώσεων των ασθενών, αναλαμβάνουν την αντιμετώπισή τους, ανακουφίζοντας την ομάδα από επιπλέον ψυχοσωματική επιβάρυνση. Τέλος, συμμετέχοντας στις ομάδες υποστήριξης ή ηγούμενοι μικρότερων ομάδων παίζουν αποφασιστικό ρόλο στην αντιμετώπιση φαινομένων επαγγελματικής κόπωσης και συναισθηματικής εξασθένισης. Σε περιπτώσεις όπου κάποιο μέλος της ομάδας εμφανίσει ψυχιατρικό πρόβλημα συναισθηματικής φύσης, συνήθως αγχώδους ή καταθλιπτικού τύπου, αναλαμβάνει με ατομική βραχεία ψυχοθεραπεία το έργο της φροντίδας.

Η σταθερή συμμετοχή μελών της συμβουλευτικής ψυχιατρικής ομάδας του γενικού νοσοκομείου στην λειτουργία της νοσηλευτικής ομάδας θεωρείται πιο αποτελεσματική, από ό,τι μια περιστασιακή παρέμβασή τους σε περιπτώσεις κρίσης.

Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί ότι σε περιπτώσεις αποτυχίας των παρεμβάσεων αντιμετώπισης του συνδρόμου επαγγελματικής κόπωσης των νοσηλευτών, η μετακίνηση σε άλλα τμήματα του νοσοκομείου με μικρότερο ίσως βαθμό στρεσογόνων ερεθισμάτων θεωρείται αναπόφευκτη.

The burnout syndrome of nurses: Causes, prevention and management

*C. Pateraki, P. Iordanides, A. Iakovides,
Ch. Ierodiakonou*

Summary

The burnout syndrome is a condition of physical and psychological exhaustion of a person who is characterized by a negative self-image, negative attitude, loss of interest and lack of satisfaction in his or her job. The causes of burnout of nurses are related to their personality, work conditions and their relationships with their patients. The management of this syndrome consists of prevention through better education, provision of incentives and improvement of work conditions, multiformity of work opportunities and development of skills for the management of work stress. The management of this problem can be accomplished with the development of nurse

support groups in cooperation with liaison/consultation psychiatrists, psychologists or psychiatric nurses.

Βιβλιογραφία

1. Freudenberger H.: Staff burnout. *Journal of Social Issues* 1974, 30:159-165.
2. Roberts G.A.: Burnout: psychobable or valuable concept? *Br J Hosp Med* 1986, Sep 36 (3), 194-7.
3. Maslach C.: Burnout: The costs of Caring. N.J. Prentice Hall Inc, 1982.
4. Palmer S.: Occupational stress. *The Safety and Health Practitioner* 1989, 16-19.
5. Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ.: Επαγγελματική κόπωση Στο Φ. Αναγνωστόπουλος και Δ. Παπαδάτου (Επιμέλεια) *Ψυχολογική Προσέγγιση Ατόμων με Καρκίνο*, Αθήνα, Εκδόσεις Φλόγα-Ζήτα, 1986.
6. Astrom S., Nilsson M., Norberg A., Winblad B.: Empathy, experience of burnout and attitudes towards demented patients among nursing staff in geriatric care. *J Adv Nurs* 1990, 15 (11): 1236-44.
7. Aström S., Nilsson M., Norberg A., Sandman P.O., Windbland B.: Staff burnout in dementia care-relations to empathy and attitudes. *Int J Nurs Stud* 1991, 28 (1): 65-75.
8. Williams C.A.: Empathy and burnout in male and female helping professionals. *Res Nurs Health* 1989, 12 (3): 169-78.
9. Cole A.: Stress: Pressure Point. *Nursing Times*, 1991, 13, 87, 46: 24-27.
10. Cole A.: Stress: High Anxiety. *Nursing Times*, 1992, 18, 88, 12: 26-30.
11. HMSO: Mental Health at Work, London, 1989.
12. Hawkins L., White M., Morris L.: Smoking, stress and nurses. *Nursing Mirror* 1982, 155: 15, 18-22.
13. Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ., Μόνος Δ.: Διερεύνηση παραγόντων που συμβάλλουν στην ανάπτυξη της επαγγελματικής κόπωσης στην νοσηλευτική ογκολογία. Τέταρτο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχολόγων, Αθήνα, Πανεπιστημιούπολη, Απρίλιος, 1992.
14. Ραγιά Α.: Βασική Νοσηλευτική. Αθήνα, 1987: 313-314.
15. Mallett K., Price J.H., Jurs S.G., Slenker S.: Relationship among burnout, death anxiety, and social support in hospice and critical care nurses. *Psgchol Rep* 1991, 68: 1347-59.
16. Constable J.F., Russell D.W.: The effect of social support and work environment upon burnout among nurses. *J Human Stress* 1986, Spring 12 (1): 20-6.

17. Beierholm M., Tiselius I., Ek A.C.: The risk to nurses of developing burnout syndrome. *Scand J Caring Sci*, 1989, 3 (1): 13-8.
18. Kobasa S.C., Maddi S.R., Kahn S.: Hardiness and health: a prospective inquiry. *Journal of Personality and Social Psychology* 1982, 42: 168-177.
19. McCranie E.W., Lambert V.A., Lambert C.E.E.: Work stress, hardiness and burnout among hospital staff nurses. *Nurs Res* 1987, 36 (6): 374-8.
20. Ullrich A., Fitzgerald P.: Stress experienced by physicians and nurses in the cancer ward. *Soc Sci Med* 1990, 31 (9): 1013-22.
21. Firth H., Mc Intee J., McKewon P., Britton P.: Burnout and professional depression: related concepts? *J Adv Nurs* 1986, 11 (6): 633-41.
22. Firth H., McKewon P., Mc Intee J., Britton P.: Professional depression, "burnout", and personality in longstay nursing. *Int J Nursing Stud* 1987, 24 (3): 227-37.
23. Lederberg M.: Psychological problems of staff and their management. In Rowland JR (eds) *Handbook of Psychooncology*. New York: Oxford Press 1990, 631-646.
24. Bissell B.P., Feather R.B., Ryan D.M.: Helping students survive institutionalized patients and burnout in staff in chronic psychiatric care facilities. *Prospect Psychiatr Care* 1984, 22 (3): 108-14.
25. Richman C.L., Brodish J., Haas F., Billings C.: Interventions for nursing practice problems. *J Nurs Staff Dev*, 1989, 5 (4): 166-90.
26. Muthny F.A.: Job strains and job satisfaction of dialysis nurses. *Psychother Psychosom* 1989, 51 (3): 150-5.
27. Ceslowitz S.H.: Burnout and coping strategies among hospital staff nurses. *J Adv Nurs* 1989, 89 (7): 553-8.
28. Cox A. and Andrews P.: The development of support systems in oncology units. *Oncol Nurs Forum* 1981, 8 (3): 31-35.
29. Weiner M.F. and Caldwell T.: Stresses and coping in the ICU Nursing. II. Nurse support groups on intensive care units. *General Hospital Psychiatry* 1981, 3: 129-134.
30. Beardslee W., De Maso D.: Staff groups in a Paediatric Hospital. In Moos R (ed) *Coping with physical illness 2: New Perspectives*. New York: Plenum, 1984, 359-369.
31. Nichols K.: Stress: Understanding support. *Nursing Times*, 1991, 88, 13: 34-35.
32. Dubovsky S.L., Getto C.J., Gross S.A. et al.: Impact on nursing care and mortality: psychiatrists on the coronary care unit. *Psychosomatics* 1977, 18, 3: 18-27.
33. Koran L., Moos R., Moos B., Zasslow M.: Changing hospital work environments. An example of a Burn Unit. In Moos R (ed) *Coping with physical illness, 2: New Perspectives*. New York: Plenum 1984, 359-369.
34. Hansell P.S.: Stress on nurses in oncology. In: JC Holland and JR Rowland (Eds) *Handbook of Psychooncology*. New York University Press, 1990: 658-63.
35. Caldwell T. and Weiner M.F.: Stresses and coping in ICU nursing: A review. *Gen Hosp Psychiatry* 1981, 3: 119-27.
36. Whippen D.A., Cannellos G.P.: Burnout syndrome in the practice of oncology: Results of a random survey of 1,000 oncologists. *J Clin Oncology* 1991, 9: 1916-20.
37. Orłowski J.P., Bullege A.D.: Critical care stress and burnout. *Crit Care Clin* 1986, 2: 173-81.
38. Abrams R.C., Sweeney J.A.: A critique of the process-oriented approach to ward staff meeting. *Am J Psychiatry* 1982, 139: 769-73.

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΣΥΝΕΔΡΙΑ

1. Η Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Παχυσαρκίας διοργανώνει το 1ο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο Παχυσαρκίας από 2-4 Φεβρουαρίου 1995 στο ξενοδοχείο Κάραβελ. Πληροφορίες: Κέντρο Δημοσίων Σχέσεων, Μιχαλακοπούλου 102, 115-28 Αθήνα. Τηλ.: 7771056 - 7756336. Fax: 7711289.
2. Η Ελληνική Εταιρεία Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσ/νίκης και το Θεαγένειο Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσ/νίκης διοργανώνουν στις 14, 15 και 16 Απριλίου 1995 στη Θεσσαλονίκη, στο ξενοδοχείο Φιλίππειο, Συνέδριο Εργασίας με θέμα: «Εξελίξεις στην Ογκολογία. Νεώτερες Διαγνωστικές και Θεραπευτικές Μέθοδοι». Πληροφορίες: Κέντρο Δημοσίων Σχέσεων, Μιχαλακοπούλου 102, 115-28 Αθήνα. Τηλ.: 7771056, 7756336. Fax: 7711289.
3. Το 2ο Διεθνές Συνέδριο με θέμα: "Home and Community Care for Persons Living with HIV/AIDS" θα πραγματοποιηθεί στην πόλη Μόντρεαλ του Καναδά στις 24-27 Μαΐου 1995. Πληροφορίες: Montreal HIV 95 Conference Bureau, c/o GEMS Conference & Consulting Services, 759 Victoria Square, Suite 710 Montreal (Quebec) Canada H2Y 2J7. Τηλ.: (514)2866066. Fax: (514)2866066.
4. Η Ελληνική Εταιρεία Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης διοργανώνει το 3ο Πανελλήνιο Συνέδριο που θα πραγματοποιηθεί στην Αθήνα, στο αμφιθέατρο του Πολεμικού Μουσείου στις 27-28 Μαΐου 1995 με θέμα: «Ο πόνος σε βλάβη του νωτιαίου μυελού. Παθογένεια, ταξινόμηση και θεραπευτική προσέγγιση».
5. Η Ελληνική Νεφρολογική Ένωση Νοσηλευτών (ENEN) θα πραγματοποιήσει στην Αθήνα, από 11 έως 14 Ιουνίου 1995, στο Στάδιο Ειρήνης και Φιλίας, το 24ο Ετήσιο Ευρωπαϊκό Συνέδριο Νοσηλευτών Νεφρολογίας (XXIVth Conference EDTNA/ERCA). Πληροφορίες: Ιωάννα Θάνου, Βασ. Σοφίας 102, 11528 Αθήνα. Τηλ.: 7783564, 7775111. Fax: 7792705, 9028255.
6. Ένα Διεθνές Νοσηλευτικό Συνέδριο θα πραγματοποιηθεί στην πόλη Νιουσκάστλ της Αυστραλίας στις 6-8 Ιουλίου 1995 με θέμα: "Research for Practice. Making a Difference". Για περισσότερες πληροφορίες παρακαλούμε όπως απευθυνθείτε στο: Research for Practice Conference 1995, Faculty of Nursing, University of Newcastle, Callaghan, NSW 2308, Australia. Τηλ.: 61-49216325, Fax: 61-49217069.
7. Το 3ο Ευρωπαϊκό Συνέδριο Γεροντολογίας θα πραγματοποιηθεί στο Άμστερνταμ της Ολλανδίας από 30 Αυγούστου έως 2 Σεπτεμβρίου 1995 με θέμα: "Ageing in a Changing Europe: Choices and Limitations". Πληροφορίες: Marc van Santvoort, Netherlands Institute of Gerontology, P.O. Box 220, 3980 CE BUNNIK, The Netherlands. Τηλ.: 31-340564343, Fax: 31-340563143.
8. Ο Σύνδεσμος Νοσηλευτών της Πορτογαλίας διοργανώνει το 5ο Νοσηλευτικό Συνέδριο Έρευνας που θα πραγματοποιηθεί στις 17-20 Οκτωβρίου 1995 στη Λισσαβόνα. Πληροφορίες: Associacao Portuguesa de Enfermeiros, Rua Duque de Palmela, 27-4 Dto, 1200 Lisboa, Portugal. Τηλ., Fax: 01-3535543.
9. Ένα Διεθνές Νοσηλευτικό Συνέδριο θα πραγματοποιηθεί στην πόλη Γιοχάνεσμπουργκ της Νότιας Αφρικής στις 18-20 Ιουνίου 1996 με θέμα: "Excellence in nursing: the next millenium". Πληροφορίες: Rand Afrocaans University, Auckland Park Johannesburg, Republic of South Africa, P.O. Box 524, Johannesburg 2000. Τηλ.: (011)4892911, Fax: (011)4892191.
10. Το 8ο Συνέδριο της Ομάδας Εργασίας Νοσηλευτριών-Νοσηλευτών Ευρώπης (Workgroup of European Nurse Researchers, WENR) θα πραγματοποιηθεί στις 24-27 Ιουνίου 1996 στην Στοκχόλμη της Σουηδίας. Πληροφορίες: Swedish Association of Health Officers, (Vardforbundet SHSTF), P.O. Box 3260, S-10365 Stockholm, Sweden. Τηλ.: 46-8147700, Fax: 46-8114229.
11. Το 21ο Συνέδριο του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών (International Council of Nurses, ICN) θα πραγματοποιηθεί στην πόλη Βανκούβερ του Καναδά στις 15-20 Ιουνίου 1997.

1. Δημοσιεύουμε λεπτομέρειες για τα προσόντα και τη διαδικασία υποβολής αιτήσεως για τη θέση του Διευθυντή του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών (ICN).

ICN

International Council of Nurses

EXECUTIVE DIRECTOR POSITION

The International Council of Nurses (ICN), headquartered in Geneva, Switzerland, is seeking an Executive Director to begin employment on February 1, 1996. ICN, founded in 1899, is an independent federation of national nurses' associations. Its goals are to represent nurses world-wide and to be an international voice for the nursing profession.

The Executive Director, in close collaboration with the President of ICN, directs the attainment of the organization's objectives. S/he controls the planning, development and organisation of all ICN activities, and has the primary responsibility for designing and administering policies and programmes that will enhance the reputation and acceptance of the organisation.

Qualifications: The candidate must be a nurse fully qualified in at least one regulatory jurisdiction and a member of at least one national nurses' association in membership with ICN; must have at least a master's degree in nursing or a related field, although a doctoral degree is preferred; must be fluent in English *and* a second language; must have a minimum of ten years experience in nursing administration and/or education, or the equivalent; and must have an in-depth knowledge of health policies and legislation that affect nurses. Administrative experience in a national nurses' association is highly desirable. For detailed information, contact your national nurses' association.

- *To apply*, send a letter of application and a resumé, both in English, to

ICN Executive Director Search Committee
c/o Patricia Struckman, Secretary to the Committee
Route 2, 5068 Westridge Road
Bishop, CA 93514 USA
(619) 387-2802 (Fax) (619) 387-2264 (Tel)

Please include the names and addresses of 3 references and indicate when they can be contacted. *Screening of applications will begin on FEBRUARY 1, 1995*

2. Το Υπουργείο Υγείας Κύπρου, μέσα στα πλαίσια του προγραμματισμού για κάλυψη των αναγκών με έμπειρο και καλά εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό, διερευνά την πιθανότητα πρόσληψης νοσηλευτικού προσωπικού, τριετούς τουλάχιστον φοίτησης, για προσωρινή εργοδότηση στην Κύπρο. Για περισσότερες πληροφορίες οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να επικοινωνήσουν απευθείας με τον Κο Ανδρονίκου στα παρακάτω τηλέφωνα: 03572-497373, 03572-497617.

α. Στο Παρασκευαϊδίο Μεταμοσχευτικό Κέντρο Κύπρου:

Απαραίτητα προσόντα: Απόφοιτος Νοσηλευτικής Σχολής (TEI) ή άλλης ισοδύναμης Σχολής τριετούς τουλάχιστον φοίτησης με δυνατότητα άσκησης της νοσηλευτικής σύμφωνα με την Κυπριακή νομοθεσία.

Διάρκεια απασχόλησης: Προσλήψεις σε μηνιαία βάση.

Απολαβές: Ανάλογα με τα προσόντα και ικανότητα, αλλά αρχικό μηνιαίο μισθό £360. Ετήσια αύξηση κατά την κρίση της Διεύθυνσης, με καταβολή τιμαριθμικού επιδόματος και 13ου και 14ου μισθού. Πληρωμή επιδόματος νυκτερινής υπηρεσίας στο ύψος των 8 για δύο νύκτες εβδομαδιαίως και καταβολή επιδόματος υπερωριών πέραν των 40 εβδ. ωρών καθώς και για υπηρεσία τις Κυριακές και Δημόσιες Αργίες.

Άλλα ωφελήματα: Ετήσια άδεια ανάπαυσης 1 1/2 ημέρες για κάθε μήνα εργασίας. Άδεια τοκετού 16 εβδομάδων με βάση την υφισταμένη νομοθεσία. Άδεια απουσίας ασθενείας 6 ημέρες το χρόνο χωρίς ιατρικό πιστοποιητικό. Άδεια ασθενείας με πλήρεις απολαβές για 21 ημέρες. Μερική ιατρική περίθαλψη. Ταμείο Πρόνοιας μετά από συνεχή εργασία 6 μηνών.

β. Στον Σύνδεσμο Καρκινοπαθών και Φίλων Κύπρου (για τη λειτουργία προγράμματος κατ' οίκον φροντίδας ασθενών με καρκίνο:

Απαραίτητα προσόντα: Απόφοιτος Νοσηλευτικής Σχολής (TEI) ή άλλης ισοδύναμης Σχολής τριετούς τουλάχιστον φοίτησης με δυνατότητα άσκησης της νοσηλευτικής σύμφωνα με την Κυπριακή νομοθεσία.

Διάρκεια απασχόλησης: Μακροχρόνιο συμβόλαιο.

Απολαβές: Μηνιαίος μισθός £320-370 αναλόγως προσόντων. Επιπρόσδετα, επίδομα και καθήκοντι ύψους 80 μηνιαία και 50 για υπηρεσία εκτός της χώρας τους.

Άλλα ωφελήματα: Άδεια ανάπαυσης και άδεια ασθενείας σύμφωνα με την Κυπριακή νομοθεσία. Πενθήμερη εβδομάδα εργασίας.

Και στα δύο Ιδρύματα οι ώρες εργασίας είναι 40 ώρες εβδομαδιαία.

3. **1995: Έτος αφιερωμένο στα ανθρώπινα δικαιώματα**

Ο καθορισμός από τα Ηνωμένα Έθνη του έτους 1995 για τα ανθρώπινα δικαιώματα αποσκοπεί στην αφύπνιση όλων των ανθρώπων. Ειδικότερα όμως ο κλάδος των νοσηλευτών θα πρέπει να γνωρίσει πολύ καλά τις Συμβάσεις της Γενεύης του Ερυθρού Σταυρού (δημοσιεύθηκαν στο περ. "International Nursing Review, March/April 1992) έτσι ώστε να κατανοήσει τη σημαντικότητα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στις ημέρες μας όπου συνεχείς αναταραχές και διάφοροι πόλεμοι ανά τον κόσμο αφήνουν πίσω τους τόσα δύματα.

4. Το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών (International Council of Nurses, ICN) δεν θα χορηγήσει την υποτροφία 3M για το έτος 1995, λόγω έλλειψης αναδόχων.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

Οι κοινές οδηγίες προς τους συγγραφείς αποτελούν προϋπόθεση για την ομοιομορφία στη συγγραφή και διάταξη των άρθρων του περιοδικού ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, γεγονός απαραίτητο για την ευχερέστερη επεξεργασία του κειμένου από τους αναγνώστες και τους τεκμηριωτές.

Η σύνταξη του περιοδικού ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, μετά από απόφαση του ΔΣ του ΕΣΔΝΕ, δέχεται μόνο κείμενα που έχουν γραφεί σύμφωνα με τις οδηγίες που δημοσιεύονται στη συνέχεια και στην αντίθετη περίπτωση θα επιστρέφονται στους συγγραφείς. Άλλωστε αυτό αποτελεί υποχρέωση, εφόσον η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ μπήκε στην ομάδα των Επιστημονικών περιοδικών του ΙΑΤΡΟΤΕΚ.

I. Είδη εργασιών

Στη ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ δημοσιεύονται κατ' εξοχήν εργασίες πάνω σε Νοσηλευτικά θέματα. Ειδικότερα δημοσιεύονται:

1. Άρθρα σύνταξης: Σύντομα ανασκοπικά άρθρα σε επίκαιρα και αμφιλεγόμενα θέματα, που γράφονται με προτροπή της συντακτικής επιτροπής. Όταν εκφράζουν συλλογικά τη Σύνταξη του περιοδικού είναι ανυπόγραφα. Στις άλλες περιπτώσεις είναι ενυπόγραφα.
2. Γενικά θέματα, που σχετίζονται με τις Επιστήμες Υγείας ή και όχι και δεν εμπίπτουν στις άλλες κατηγορίες άρθρων του περιοδικού.
3. Ανασκοπήσεις: Ολοκληρωμένες αναλύσεις νοσηλευτικών θεμάτων, στις οποίες υπογραμμίζονται ιδιαίτερα οι σύγχρονες απόψεις. Γίνονται δεκτές ανασκοπήσεις μέχρι δύο συγγραφέων.
4. Ερευνητικές εργασίες: Έρευνες προοπτικού ή αναδρομικού χαρακτήρα, που πραγματοποιήθηκαν με βάση ερευνητικό πρωτόκολλο το οποίο θα περιγράφεται αναλυτικά στη μεθοδολογία. Περιέχουν πρωτοδημοσιευόμενα αποτελέσματα.
5. Ενδιαφέρουσες περιπτώσεις: Γίνονται δεκτά άρθρα, εφόσον αφορούν νέα αντιμετώπιση νοσηλευτικού προβλήματος και έχει ακολουθηθεί νέα μεθόδευση στην αντιμετώπισή του.
6. Κλινικές μελέτες: Παρουσιάζεται βασικά η εμπειρία του συγγραφέα για μια ομάδα αρρώστων.

7. Επίκαιρα θέματα: Σύντομη περιγραφή των τελευταίων απόψεων σε συγκεκριμένο θέμα.
8. Σεμινάρια, Στρογγυλά Τραπέζια, Διαλέξεις.
9. Νομοθεσία: Δημοσιεύματα στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και έχουν σχέση άμεση ή έμμεση με τη Νοσηλευτική.
10. Βιβλιοκρισία - Βιβλιοπαρουσίαση.
11. Γράμματα προς τη Σύνταξη: Περιέχουν κρίσεις για δημοσιευμένα άρθρα, πρόδρομα αποτελέσματα εργασιών, παρατηρήσεις για ανεπιθύμητες ενέργειες, κρίσεις για το περιοδικό κ.λπ. Δημοσιεύονται ενυπόγραφα.

II. Γλώσσα

Η γλωσσική ομοιομορφία των άρθρων είναι απαραίτητη. Τα άρθρα που υποβάλλονται για δημοσίευση πρέπει να είναι γραμμένα στη δημοτική και με μονοτονικό σύστημα.

III. Κρίση εργασιών

Κάθε χειρόγραφο κρίνεται ανεξάρτητα από δύο κριτές, που επιλέγονται από τη συντακτική επιτροπή. Σε περίπτωση διαφωνίας, ορίζεται νέος κριτής και το δημοσιεύσιμο ή όχι της εργασίας αποφασίζεται τελικά από τη συντακτική επιτροπή. Τα ονόματα των κρινομένων και των κριτών παραμένουν αμοιβαία και αυστηρά απόρρητα.

IV. Προετοιμασία του χειρόγραφου

Όλο το άρθρο πρέπει να είναι δακτυλογραφημένο από τη μια πλευρά των σελίδων, με διπλό διάστημα σε λευκό χαρτί συνηθισμένου μεγέθους (ISO A4 212 x 277 mm ή 21 x 29,7 cm), με περιθώρια τουλάχιστον 2,5 cm. Τα εξής κεφάλαια αρχίζουν σε ιδιαίτερη σελίδα:

Η σελίδα τίτλου
Η περίληψη
Οι λέξεις ευρετηριασμού
Το κείμενο
Οι ευχαριστίες

Η αγγλική περίληψη

Ο κατάλογος με τις βιβλιογραφικές παραπομπές

Οι πίνακες

Οι εικόνες*

Οι λεζάντες των εικόνων

Οι πίνακες και οι εικόνες πρέπει να είναι καλής ποιότητας, σε σπλιπνή επιφάνεια, όχι κολλημένα σε χαρτόνι, συνήθως 127×173 mm, όχι μεγαλύτερα από 203×254 mm, κατάλληλο για μονόσπλην ή δίσπλην αναπαραγωγή.

Όλες οι σελίδες αριθμούνται, στην πάνω δεξιά γωνία, με αραβικούς αριθμούς, αρχίζοντας από τη σελίδα τίτλου.

Εφαρμόζονται οι οδηγίες του περιοδικού σχετικά με την εκχώρηση της αποκλειστικότητας (copyright).

1. Η σελίδα του τίτλου

- α. Περιλαμβάνει τον κύριο τίτλο του άρθρου, που πρέπει να είναι σύντομος (μέχρι 10 λέξεις - 40 διαστήματα συμπεριλαμβανομένων και των διαστημάτων) και περιεκτικός, και τον υπότιτλο (εάν υπάρχει). Οι λέξεις του τίτλου πρέπει να περιέχουν λέξεις «κλειδιά» που να χαρακτηρίζουν το περιεχόμενο του άρθρου. Συνομογραφίες δεν επιτρέπονται στον τίτλο.
- β. Το πλήρες ονοματεπώνυμο κάθε συγγραφέα, με τη σειρά που εμφανίζονται στο άρθρο, γραμμένο στην ονομαστική, και να αναφέρονται οι μεγαλύτεροι ακαδημαϊκοί τίτλοι τους. Οι συγγραφείς να ακολουθούν ένα τρόπο γραφής του ονόματός τους. Η γραφή των ονομάτων στην αγγλική πρέπει σ' όλες τις δημοσιεύσεις του συγγραφέα να παραμένει όμοια. Τα ονόματα των συγγραφέων χωρίζονται μεταξύ τους με κόμμα.
- γ. Το ίδρυμα, κλινική ή εργαστήριο, Σχολή, από το οποίο προέρχεται η εργασία.
- δ. Αν υπάρχουν επιστήμονες της ερευνητικής ομάδας που διαφωνούν με την εργασία.
- ε. Το όνομα, διεύθυνση και τηλέφωνο του συγγραφέα για αλληλογραφία και ανάτυπα.
- στ. Επειδή πολλές φορές η ημερομηνία δημοσίευματος ενός άρθρου απέχει σημαντικά από την ημερομηνία υποβολής του, επιβάλλεται η καταχώρηση της τελευταίας σε υποσημείωση στην πρώτη σελίδα.

V. Περίληψη - Λέξεις ευρετηριασμού (Keywords)

1. Ελληνική

Η περίληψη δεν πρέπει να υπερβαίνει τις 200 λέξεις. Πρέπει να ανακεφαλαιώνει τους στόχους της ερ-

γασίας, το υλικό, τη μέθοδο, τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα. Κάτω από την περίληψη συχνά είναι χρήσιμες 3-10 λέξεις ή μικρές φράσεις (απλοί ή περιφραστικοί όροι) ευρετηριασμού που δεν πρέπει να περιέχονται στον τίτλο, απαραίτητες για τους τεκμηριωτές. Οι λέξεις αυτές πρέπει να αντιστοιχούν στους διεθνείς όρους λεξικογράφησης που χρησιμοποιεί το Index Medicus (Ελληνική μετάφραση MeSH), αν είναι δυνατόν.

2. Αγγλική

Περιλαμβάνει τα ονόματα των συγγραφέων με κεφαλαία και τον τίτλο της εργασίας στα αγγλικά. Στις πρωτότυπες εργασίες και τις ανασκοπήσεις πρέπει να έχει έκταση 350-500 λέξεις, ενώ στα υπόλοιπα άρθρα μέχρι 150 λέξεις. Πρέπει να αναφέρει το σκοπό της εργασίας, τη μέθοδο και το υλικό, τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα. Στις ανασκοπήσεις πρέπει να αναφέρονται όλα τα κεφάλαια που δίνονται και τα βασικά συμπεράσματα.

VI. Βιβλιογραφικές παραπομπές

Οι βιβλιογραφικές παραπομπές στο κείμενο, όπως και στους πίνακες και στις εικόνες με τους τίτλους τους, προσδιορίζονται με αραβικούς αριθμούς (σε παρένθεση). Τελείες ή κόμματα σημειώνονται μετά την παρένθεση που περιέχει τη βιβλιογραφική παραπομπή. Η αρίθμηση των βιβλιογραφικών παραπομπών γίνεται κατά αύξοντα αριθμό και με τη σειρά που εμφανίζονται στο κείμενο.

Οι βιβλιογραφικές παραπομπές που αναφέρονται μόνο στους πίνακες ή στους τίτλους των εικόνων, σημειώνονται κατά σειρά στα πλαίσια αυτού του ιδιαίτερου κειμένου. Λεπτομερής παράθεση αυτών των βιβλιογραφικών παραπομπών γίνεται αμέσως μετά τη λήξη του τίτλου της εικόνας και σε υποσημείωση στους πίνακες. Πριν από την αναλυτική παράθεση της βιβλιογραφικής παραπομπής γράφεται ο αντίστοιχος αριθμός που σημειώθηκε στον τίτλο της εικόνας ή στον πίνακα.

Όλες οι βιβλιογραφικές παραπομπές που αναφέρονται στο κείμενο (και μόνον αυτές) καταχωρούνται στο βιβλιογραφικό κατάλογο, που αρχίζει σε ιδιαίτερη σελίδα μετά το κείμενο και τις ευχαριστίες. Πριν από κάθε βιβλιογραφική παραπομπή στον πίνακα, προηγείται ο αντίστοιχος αριθμός που σημειώθηκε στο κείμενο και στον οποίο αντιστοιχεί η βιβλιογραφία.

Οι βιβλιογραφικές παραπομπές που αναφέρονται σε άρθρα που δημοσιεύθηκαν στα ελληνικά, γράφονται με ελληνικούς χαρακτήρες και με τον ελληνικό τίτλο του άρθρου. Κατά τα άλλα γράφονται σύμφωνα με τις υποδείξεις αυτού του υποκεφαλαίου.

* Τα σχήματα, οι χάρτες, τα διαγράμματα, οι φωτογραφίες και οποιοδήποτε άλλο απεικονιστικό υλικό χαρακτηρίζονται σαν εικόνα.

Για τη σύνταξη του βιβλιογραφικού καταλόγου αναφέρονται παρακάτω παραδείγματα σύμφωνα με τις προδιαγραφές της National Library of Medicine των ΗΠΑ και του Index Medicus. Σε γενικές γραμμές, προηγούνται τα ονόματα των συγγραφέων (μετά το επώνυμο και το όνομα - χωρίς τελείες - ακολουθεί κόμμα και το επώνυμο του επόμενου συγγραφέα, κ.ο.κ.), ακολουθεί ο τίτλος της εργασίας, το περιοδικό σε συνταμογραφία, το έτος, ο τόμος του περιοδικού, άνω και κάτω τελείες και οι σελίδες του άρθρου (πρώτη, παύλα και τελευταία). Παρακάτω αναφέρονται παραδείγματα βιβλιογραφικών παραπομπών για τη σύνταξη του καταλόγου της βιβλιογραφίας.

Οι συντμήσεις των τίτλων των περιοδικών πρέπει να γράφονται σύμφωνα με το Index Medicus, που δημοσιεύονται κάθε χρόνο, τον Ιανουάριο, σε χωριστό τεύχος (List of Journals Indexed in Index Medicus). Για τις συντμήσεις των ελληνικών περιοδικών υπάρχει ο σχετικός κατάλογος του ΙΑΤΡΟΤΕΚ, που έγινε σύμφωνα με τις υποδείξεις του ISO 4, 1972 (2). Πρέπει ν' αποφεύγεται η χρησιμοποίηση περιλήψεων (abstracts) ως βιβλιογραφική παραπομπή. «Αδημοσίευτες παρατηρήσεις» και «προσωπικές επικοινωνίες» δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται ως βιβλιογραφίες, αν όμως είναι γραπτή και όχι προφορική επικοινωνία μπορεί να αναφερθεί στο κείμενο (σε παρένθεση). Εργασίες που έχουν γίνει δεκτές για δημοσίευση, αλλά δεν δημοσιεύθηκαν ακόμη, μπορούν να αναφερθούν στη βιβλιογραφία. Στην περίπτωση αυτή σημειώνεται το περιοδικό και η φράση «υπό δημοσίευση» (σε παρένθεση). Κατά την αναφορά μιας τέτοιας εργασίας στο κείμενο σημειώνεται «αδημοσίευτες παρατηρήσεις» (σε παρένθεση).

Οι βιβλιογραφίες πρέπει να επαληθεύονται από τους συγγραφείς από τα πρωτότυπα κείμενα. Η σύνταξη του βιβλιογραφικού καταλόγου γίνεται αριθμητικά με βάση τον αύξοντα αριθμό και τη σειρά εμφάνισης των βιβλιογραφικών παραπομπών στο κείμενο.

Παραδείγματα του ορθού τρόπου γραφής των βιβλιογραφιών δίνονται παρακάτω.

1. Περιοδικά

α. Τυπικό άρθρο περιοδικού.

Αναφέρονται τα επώνυμα και τα αρχικά των ονομάτων όλων των συγγραφέων μέχρι έξι (όταν είναι περισσότεροι ακολουθεί η ένδειξη et al, στα ελληνικά άρθρα γράφουμε και συν.), ο τίτλος της εργασίας, η συντομογραφία του περιοδικού, το έτος, ο τόμος, η πρώτη και η τελευταία σελίδα της δημοσίευσης. Π.χ. You CH, Lee KY, Chey WY, Menguy R. Electrogastrographic study of patients with unexplained nausea. Gastroenterology 1980, 79: 311-314

β. Συλλογικό άρθρο (μεγάλη ομάδα συγγραφέων). The Royal Marsden Hospital Bone-Marrow Transplantation Team. Failure of synergistic bone-marrow graft without preconditioning in post-hepatitis marrow aplasia. Lancet 1977, 2: 242-244

γ. Δεν αναφέρεται συγγραφέας. Anonymous (Ανώνυμος για ελληνική δημοσίευση). Coffee drinking and cancer of the pancreas (Editorial). Br Med J 1981, 283: 628

δ. Συμπληρωματικό τεύχος περιοδικού. Mastro AR. Neuropathy of diabetic neurogenic bladder. Ann Intern Med 1980; 92 (2 Pt 2): 316-318

Frumin AM, Nussbaum J, Esposito M. Functional asplenia: demonstration of splenic activity by bone marrow scan. (Abstract). Blood 1979, 54 (Suppl. 1): 26a

ε. Περιοδικό με χωριστή αρίθμηση σε κάθε τεύχος. Seaman WB. The case of the pancreatic pseudocyst. Hosp Pract 1981, 16 (Sep): 24-25

2. Βιβλία και άλλες Μονογραφίες

α. Ένας συγγραφέας.

Eisen HN. Immunology: an introduction to molecular and cellular principles of the immune response. 5th ed. New York, Harper and Row, 1974: 406

β. Συντάκτης, Πρόεδρος Συμποσίου, Επιμελητής έκδοσης. (Πρόεδρος μιας ομάδας εργασίας ως συγγραφέας). Dausset J, Colombani J, eds. Histocompatibility testing 1972. Copenhagen: Munksgaard, 1973: 12-18

γ. Κεφάλαιο σε ένα βιβλίο.

Weinstein L, Swartz MN. Pathogenic properties of invading microorganisms. In: Sodeman WA Jr, Sodeman WA (eds) Pathologic physiology: mechanisms of disease. Philadelphia, WB Saunders, 1974: 457-472

δ. Δημοσίευση σε Πρακτικά.

Du Pont B. Bone marrow transplantation in severe combined immunodeficiency with an unrelated MLC compatible donor. In: White HJ, Smith R (eds) Proceedings of the third annual meeting of the International Society of Experimental Hematology. Houston, International Society for Experimental Hematology, 1974, 44-46

ε. Μονογραφίες σε σειρά εκδόσεων.

Hunninghake GW, Gadek JE, Szapiel SV et al. The human alveolar macrophage. In: Harris CC (ed) Cultured human cells and tissues in biomedical

research. New York, Academic Press, 1980, 54-56. (Stoner GD, ed. Methods and perspectives in cell biology, vol. 1)

στ. Δημοσίευση Πρακτορείου.

Ranofsky AL. Surgical operations in short-stay hospitals: United States - 1975. Hyattsville, Maryland: National Centre for Health Statistics, 1978. DHEW publication no. (PHS) 78-1785. (Vital and health statistics; series 13, no. 34)

ζ. Διδακτορική Διατριβή.

Cairns RB. Infrared spectroscopic studies of solid oxygen. (Dissertation) Berkeley, California: University of California, 1965, p. 156.

3. Άλλα άρθρα

α. Άρθρο εφημερίδας.

Shaffer RA. Advances in chemistry are starting to unlock mysteries of the brain: discoveries could help cure alcoholism and insomnia, explain mental illness. How the messengers work. Wall Street Journal 1977 Aug. 12: 1 (col 1), 10 (col 1)

β. Άρθρο περιοδικού επικαιρότητας.

Roueché B. Annals of Medicine: the Santa Claus Culture. The New Yorker 1971 Sep. 4: 66-81

γ. Για αδημοσίευτα άρθρα (γράφονται μέσα σε παρένθεση στο κείμενο).

(Scott CA, Nugen CA. Προσωπική Επικοινωνία). C Lerner RA, Dixon FJ. The induction of acute glomerulonephritis in rats, υπό δημοσίευση). (Smith J. New agents for cancer chemotherapy. Presented at the Third Annual Meeting of the American Cancer Society, June 13, 1983, New York)

VII. Πίνακες

Δακτυλογραφούνται με διπλό διάστημα σε χωριστή σελίδα. Αριθμούνται με τη σειρά που εμφανίζονται στο κείμενο, με αραβικούς αριθμούς και σημειώνεται σύντομος τίτλος για τον καθένα.

Σε κάθε στήλη γράφεται σύντομη επικεφαλίδα.

Γράφονται επεξηγηματικές πληροφορίες σε υποσημείωση και όχι στον τίτλο. Στις υποσημειώσεις εξηγούνται όλες οι μη καθιερωμένες συντμήσεις που χρησιμοποιούνται σε κάθε πίνακα. Στην Ελλάδα οι αποδεκτές συντμήσεις είναι λίγες και καθιερώθηκαν με το χρόνο (όπως ΤΚΕ, ΚΝΣ, ΕΝΥ) γι' αυτό καλό είναι να γράφεται ο όρος ή ο ορισμός και σε παρένθεση η συντομογραφία. Στις υποσημειώσεις χρησιμοποιούνται τα παρακάτω σύμβολα, με την εξής σειρά:

*, **, ***, +, + +, §, §§.

Αποφεύγονται οι κάθετες και οριζόντιες γραμμές.

Επεξηγούνται τα στατιστικά σύμβολα όπως SD (σταθερή απόκλιση) και SEM (σταθερό σφάλμα).

Εάν χρησιμοποιούνται στοιχεία από δημοσιευμένο ή μη υλικό, εξασφαλίζεται η άδεια και αναφέρεται σαφώς στις ευχαριστίες.

Πολλοί πίνακες σε κείμενο μικρής έκτασης μπορεί να προκαλέσουν δυσκολίες στη σελιδοποίηση. Εξετάζονται προηγούμενα τεύχη του περιοδικού στο οποίο πρόκειται να σταλεί η εργασία και υπολογίζεται πόσοι πίνακες μπορούν να μπουν ανά 1.000 λέξεις κειμένου.

Ο εκδότης, κατά την αποδοχή της εργασίας μπορεί να ζητήσει για τους επιπλέον πίνακες με πρόσθετα σημαντικά στοιχεία, που δεν μπορούν να δημοσιευτούν λόγω χώρου, να παρέχονται από τους συγγραφείς σε όποιον ενδιαφέρεται να τους ζητήσει. Στην περίπτωση αυτή θα προστεθεί η σχετική δήλωση στο κείμενο. Υποβάλλονται αυτοί οι πίνακες μαζί με την εργασία.

VIII. Εικόνες

Υποβάλλεται ο απαραίτητος αριθμός εικόνων. Οι εικόνες πρέπει να είναι φτιαγμένες από σχεδιαστές και φωτογραφημένες.

Στοιχεία από γραφομηχανή ή γραμμένα με το χέρι στις εικόνες δεν γίνονται δεκτά. Τα γράμματα, οι αριθμοί και τα σύμβολα πρέπει να είναι καθαρά, ομοιόμορφα, κατάλληλου μεγέθους ώστε στη σμίκρυνση για τη δημοσίευση να είναι ευανάγνωστα.

Αντί των πρωτότυπων διαγραμμάτων, ακτινογραφιών κ.λπ. πρέπει να αποστέλλονται οι αντίστοιχες φωτογραφίες (μαυρόασπρες) διαστάσεων συνήθως 12,7 × 17,3 cm και όχι μεγαλύτερες από 20,3 × 25,4 cm.

Οι τίτλοι και οι επεξηγήσεις πρέπει να γράφονται στους τίτλους των εικόνων και όχι επάνω τους.

Στο πίσω μέρος των εικόνων πρέπει να έχει αυτοκόλλητο για να σημειώνεται ο αριθμός της εικόνας και το όνομα (του πρώτου) συγγραφέα και ένα βέλος να δείχνει το πάνω μέρος της.

Οι πίσω επιφάνειες των φωτογραφιών δεν γράφονται. Οι φωτογραφίες δεν επικολλούνται σε χαρτόνι, ούτε φδείρονται καρφιστώνοντας ή συγκρατώντας τις με συνδετήρες και δεν διπλώνονται.

Εάν υπάρχουν φωτογραφίες ατόμων, θα πρέπει είτε τα πρόσωπά τους να μη διακρίνονται, είτε να συνοδεύονται από γραπτή άδεια χρησιμοποίησης των φωτογραφιών τους ως έχουν.

Οι φωτογραφίες αριθμούνται στο κείμενο κατά σειρά. Εάν μια φωτογραφία έχει δημοσιευθεί κάπου αλλού, σημειώνεται στις ευχαριστίες η πηγή προέλευσης και εσωκλείεται η γραπτή άδεια του εκδότη που έχει την αποκλειστικότητα αναδημοσίευσης (copyright) της φωτογραφίας. Η άδεια χρειάζεται, ανεξάρτητα από το ποιος είναι ο συγγραφέας ή ο εκδότης, εκτός εάν το έγγραφο είναι δημόσιο.

Για τις έγχρωμες φωτογραφίες, στέλνονται τα έγχρωμα αρνητικά ή τα δετικά των διαφανειών και, όταν κρίνεται απαραίτητο, σχεδιαγράμματα τα οποία θα δεί-

χνουν το προς αναπαραγωγή τμήμα της εικόνας. Επιπλέον στέλνονται δύο δετικές έγχρωμες φωτογραφίες για να βοηθηθούν οι εκδότες στο να κάνουν υποδείξεις κατά τη φωτομηχανική αναπαραγωγή. Έγχρωμες φωτογραφίες δεν δημοσιεύονται, εκτός αν οι συγγραφείς αναλάβουν την επιπλέον δαπάνη της εκτύπωσής τους.

Τίτλοι των εικόνων (λεζάντες)

Δακτυλογραφούνται οι τίτλοι των εικόνων σε διπλό διάστημα, σε χωριστή σελίδα και αριθμούνται με αραβικούς αριθμούς. Εάν χρησιμοποιούνται σύμβολα, βέλη, αριθμοί ή γράμματα για να χαρακτηρίσουν τμήματα των εικόνων, σημειώνονται στους τίτλους και επεξηγούνται με ακρίβεια.

IX. Μονάδες μέτρησης

Μετρήσεις μήκους, ύψους, βάρους και όγκου πρέπει να αναφέρονται σε μετρικές μονάδες (μέτρο, χιλιόγραμμα, λίτρο) ή στις υποδιαιρέσεις τους.

Οι θερμοκρασίες πρέπει να δίνονται σε βαθμούς Κελσίου. Οι αρτηριακές πιέσεις πρέπει να δίνονται σε χιλιοστά στήλης υδραργύρου.

Όλες οι τιμές των αιματολογικών και βιοχημικών μετρήσεων πρέπει να αναφέρονται σύμφωνα με το σύστημα μονάδων SI κ.ά.

X. Συντμήσεις - Σύμβολα

Χρησιμοποιούνται μόνο οι καθιερωμένες συντμήσεις. Αποφεύγονται οι συντμήσεις στον τίτλο της εργασίας και της περίληψης. Κατά την πρώτη εμφάνιση της σύντμησης στο κείμενο πρέπει να δίνεται ολόκληρος ο όρος από τον οποίο προέρχεται, εκτός εάν πρόκειται για μονάδα μέτρησης γνωστού και καθιερωμένου συστήματος, π.χ. SI κ.ά.

XI. Υποβολή άρθρου

Το άρθρο (δακτυλογραφημένο κείμενο), φωτογραφίες και διαφάνειες (μέσα σε σκληρό χαρτί για να μη

διπλωθούν κατά την ταχυδρόμηση και σε χωριστό φάκελλο), πίνακες κ.λπ., σε τρία (3) αντίτυπα, ταχυδρομούνται στον ΕΣΔΝΕ, υπόψη Κας Μαρίας Μαλγαρινού. Οι συγγραφείς πρέπει να διατηρούν αντίγραφα άριστης ποιότητας όλου του υλικού που αποστέλλουν.

Το άρθρο πρέπει να συνοδεύεται από επιστολή του συγγραφέα, η οποία θα περιλαμβάνει:

1. Πληροφορίες για το αν πρόκειται για πρώτη δημοσίευση ή υποβολή για δημοσίευση μέρους της εργασίας.
2. Δήλωση ότι η εργασία διαβάστηκε και εγκρίθηκε από όλους τους συγγραφείς.
3. Το όνομα, τη διεύθυνση και το τηλέφωνο του συγγραφέα που είναι υπεύθυνος για την αλληλογραφία και την επικοινωνία με τους άλλους συγγραφείς και για τη διόρθωση του τελικού δοκιμίου.
4. Δήλωση αν οι συγγραφείς θέλουν ή όχι ανάτυπα του άρθρου.

Η επιστολή πρέπει να περιέχει πρόσθετες πληροφορίες που μπορούν να βοηθήσουν τον εκδότη για το χαρακτηρισμό του είδους του άρθρου και εάν οι συγγραφείς επιθυμούν να αναλάβουν την οικονομική επιβάρυνση εκτύπωσης των εγχρώμων φωτογραφιών. Η εργασία πρέπει να συνοδεύεται από αντίγραφα αδειών που χρειάζονται, προκειμένου να χρησιμοποιηθεί και αναπαραχθεί δημοσιευμένο υλικό ή φωτογραφίες ατόμων ή αναφοράς για ιδιαίτερες προσωπικές πληροφορίες ανθρώπων που μπορούν να αναγνωριστούν ή τα πρόσωπα που αναφέρονται στην εργασία.

XII. Εκτύπωση άρθρου

Οι συγγραφείς υποχρεούνται σε μια τυπογραφική διόρθωση, στην οποία αποκλείεται η μεταβολή του κειμένου ή προσθήκη εικόνων, σχεδίων κ.λπ., εκτός εάν υπάρξει άδεια της Συντάξεως. Η δαπάνη εκτύπωσης επιπλέον ανατύπων από το προβλεπόμενο (σύνολο για όλους τους συγγραφείς του άρθρου Νο 10) βαρύνει τους συγγραφείς. Η διόρθωση των δοκιμίων δεν πρέπει να καθυστερεί πάνω από 2-3 ημέρες. Όταν επιστρέφονται, δηλούνται και ο αριθμός των αιτουμένων συνολικώς ανατύπων.