



ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ.

ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ Νοσηλευτική

ISSN 2241-0481



ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ & ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

2^ο Τεύχος 2011

22^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ.

ΣΥ.Δ.ΝΟΧ. - ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

2ο Τεύχος 2011

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ

ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ

ΕΚΔΟΤΗΣ

Ι. ΚΟΥΤΕΛΕΚΟΣ

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Δ. ΠΟΥΛΗΣ

ΑΝ. ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Ε. ΓΚΑΝΑΡΑ, Ε. ΚΑΝΕΛΛΟΥ,
Κ. ΚΑΡΑΚΩΣΤΑΣ, Ε. ΚΟΥΤΙΝΟΥ

ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ ΕΚΔΟΣΗΣ

Α. ΚΑΝΔΗΛΙΩΤΟΥ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Α. ΑΡΓΥΡΑΚΟΥ, Ε. ΓΚΑΝΑΡΑ, Ν. ΓΡΑΣΣΟΣ,
Ε. ΕΜΦΙΕΤΖΗ, Ε. ΚΑΝΕΛΛΟΥ, Κ. ΚΑΡΑΘΑΝΑΣΗ,
Κ. ΚΑΡΑΚΩΣΤΑΣ, Μ. ΚΑΡΓΑ, Ι. ΚΟΥΤΕΛΕΚΟΣ,
Ε. ΚΟΥΤΙΝΟΥ, Κ. ΚΟΥΤΟΥΛΑΚΗ, Α. ΜΕΡΚΟΥ,
Α. ΜΠΑΝΟΥΣΗ, Ι. ΝΤΑΒΩΝΗ, Ε. ΠΑΠΑΘΩΜΑ,
Γ. ΠΟΛΙΤΗ, Δ. ΠΟΥΛΗΣ, Α. ΣΙΣΚΟΥ, Λ. ΤΕΡΖΑΚΗ,
Χ. ΤΣΙΚΛΗ, Χ. ΤΣΙΟΥ, Φ. ΦΩΤΗΣ, Α. ΧΑΡΑΝΑ

*ΤΟ Δ.Σ του ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ και οι Υπεύθυνοι της έκδοσης του περιοδικού δεν φέρουν καμία ευθύνη
για λάθη ή οποιεσδήποτε συνέπειες θα προκύψουν από τη χρήση στοιχείων
που δημοσιεύονται στο περιοδικό.*

Η ευθύνη βαρύνει αποκλειστικά τους συγγραφείς.

Επίσης η δημοσίευση απόψεων δεν συνεπάγεται και την πλήρη αποδοχή τους.

ΠΑΡΑΓΩΓΗ - ΕΚΤΥΠΩΣΗ

Εντύπωση γραφικές τέχνες

Γ. Καραϊσκάκη 103, 186 48 Πειραιάς • Τηλ. 210 4617 605, 210 4636 726

entyposi@entyposi.com • www.entyposi.com

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ.

Πρόεδρος
Ι. Κουτελέκος



ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ.

Αντιπρόεδρος
Ε. Κουτίνου

Γραμματέας
Κ. Καρακώστας



European Operating Room
Nurses Association

Ταμίας
Ε. Κανέλλου

Κοσμήτωρ
Δ. Πουλής

Μέλη
Ε. Γκανάρα
Ε. Παπαθωμά



**Σύλλογος
Διπλωματούχων
Νοσηλευτών
Χειρουργείου
ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ.**

Λ. Μεσογείων 83,
Αμπελόκηποι 11526,
Αθήνα

τηλ-fax: 210 7486514
e-mail: sydnox@otenet.gr
website: www.sydnox.gr

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΜΕΛΩΝ –
ΓΡΑΜΜΑ ΕΚΔΟΤΗ 3

**22ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ. 4**

1η ΠΑΝΘΕΣΣΑΛΙΚΗ ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ
ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ 18

ΔΕΥΤΕΡΗ ΔΙΕΘΝΗΣ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ
ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ 23

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ
ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ
ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ..... 24

ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ
ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ
ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ 30

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΣΤΡΕΣ
ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΩΝ
ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΦΟΡΕΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ
(ΔΗΜΟΣΙΑ-ΙΔΙΩΤΙΚΑ) 32

ΝΕΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΗΣ..... 37

ΚΑΛΕΣΜΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΜΕΛΗ ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ

ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ

«ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ- ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ»

Το Δ.Σ ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ αναγνωρίζοντας την επιστημονική και εκπαιδευτική δραστηριότητα των μελών του, επιθυμεί να αναβαθμίσει το περιοδικό του Συλλόγου με την επωνυμία «ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ- ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ».

Σκοπός είναι αφενός να κατοχυρωθεί το έργο των Περιεγχειρητικών Νοσηλευτών στα γνωστικά αντικείμενα που αφορούν την Περιεγχειρητική Νοσηλευτική και γενικότερα τον χώρο υπηρεσιών υγείας, σε εθνικό και διεθνή επίπεδο, αφετέρου να δοθεί ένα κίνητρο στους συγγραφείς να εξελιχτούν στην επαγγελματική και προσωπική τους ανάπτυξη, μέσα στο ευρύτερο χώρο της Περιεγχειρητικής Νοσηλευτικής.

Στα πλαίσια αυτού του στόχου πετύχαμε να λάβουμε ως ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ το ISSN που είναι ο Διεθνής Μοναδικός Αριθμός Σειρών που χρησιμοποιείται για τη καταγραφή των περιοδικών εκδόσεων. Ο διεθνής συντονισμός γίνεται από το ISSN International Center που εδρεύει στο Παρίσι. Αυτός ο Διεθνής Σταθερός Αριθμός Σειριακών Εκδόσεων, που αποκτήσαμε είναι ένας διεθνώς αποδεκτός, σύντομος, μοναδικός και σαφής κωδικός αριθμός για τον προσδιορισμό των περιοδικών εκδόσεων μας.

Η επόμενη μας κίνηση ήταν να **αλλάξουμε τις οδηγίες συγγραφείς** και να τις διατυπώσουμε, σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα που απαιτούνται για την εκπόνηση επιστημονικής εργασίας, όπως αυτές καταγράφονται στην παρούσα έκδοση του περιοδικού. (βλ. οδηγίες συγγραφής)

Παράλληλα επιθυμούμε να **διευρύνουμε την επιστημονική επιτροπή του περιοδικού**, με άτομα επιστημονικού κύρους από το ευρύτερο πεδίο της Περιεγχειρητικής Νοσηλευτικής και μη, τόσο από τον κλινικό όσο και από τον ακαδημαϊκό χώρο.

Γι' αυτό καλούμε όλα τα μέλη μας και μη που ασχολούνται με επιστημονικό και συγγραφικό έργο να **συστρατευτούν μαζί μας**, προκειμένου να δημιουργήσουμε μια επιστημονική επιτροπή, που θα αναβαθμίσει το περιοδικό: «ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ-ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ».

Όσοι επιθυμούν να ασχοληθούν ενεργά στην αναβάθμιση του περιοδικού μας, μπορούν να επικοινωνήσουν με τον Πρόεδρο του ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ στο: jkoutelekos@yahoo.gr, στέλνοντας μαζί με την εκδήλωση ενδιαφέροντος τους και ένα σύντομο βιογραφικό σημείωμα, μέχρι 30 Νοεμβρίου 2011.

Σας Ευχαριστούμε και αναμένουμε σύντομα το ενεργό σας ενδιαφέρον!

Με εκτίμηση

Εκ μέρους του Δ.Σ ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ

Ιωάννης Κουτελέκος

22^ο

**ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ.**

Καρπενήσι • 24-27 Νοεμβρίου 2011

WFHSS
World Forum for Hospital
Sterile Supply

ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ.

European Operating Room
Nurses Association

22^ο
ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ.

www.sydnnox2011.gr

ΚΑΡΠΕΝΗΣΙ, Ξενοδοχείο MONTANA 24-27 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2011

CITY CONGRESS **Triadeint**
professional congress organization

CITY Congress Member of TRIAENA Tours & Congress
Συγγρού 206, 07071, ΚΑΛΛΙΘΕΑ - ΑΘΗΝΑ • Τ: 30 210 7499322, 130 210 7499320 • F: 30 210 770795 • E-mail: info@citycongress.gr • www.citycongress.gr

ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Κουτελέκος Ιωάννης

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**ΠΡΟΕΔΡΟΣ**

Γκανάρα Ελισάβετ

ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ

Κουτίνου Ελένη

ΜΕΛΗ

Αλεκτορίδου Χρυσούλα
 Γιατζίδου Αγγελική
 Γραμματοπούλου Μαρία
 Ζιάκας Θωμάς
 Κανδηλιώτου Αργυρώ
 Καραμιχάλη Ευαγγελία
 Κοντογιάννη Χαϊμαδή
 Ματθαϊάκη Ειρήνη
 Μπανούση Αγγελική
 Μουσμούνη Καλλιθέα
 Νταβώνη Γιαννούλα
 Παπαθωμά Ελευθερία
 Πολίτη Γλυκερία
 Σκαρλάτου Ζαφειρώ
 Τερζή Στέλλα
 Τριανταφυλλάκης Κων/νος

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**ΠΡΟΕΔΡΟΣ**

Καρακώστας Κων/νος

ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ

Κανέλλου Ευφροσύνη

ΜΕΛΗ

Γερασίμου Αικατερίνη
 Γιαβασόπουλος Ευάγγελος
 Ευσταθίου Φλώρα
 Εμφιετζή Ελευθερία
 Ζουγρής Πέτρος
 Θεοδοσάκης Κυριάκος
 Καλαφάτη Μαρία
 Καραθανάση Κωνσταντινιά
 Κουτουλάκη Γεωργία
 Μέρκου Αναστασία
 Πατρινού Σπυριδούλα
 Πουλής Δημήτριος
 Σίσκου Τασούλα
 Στεφανίδης Ιορδάνης
 Τερζάκη Ευαγγελία
 Τσίου Χρυσούλα
 Χαράνα Αικατερίνη

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Εκ μέρους της Οργανωτικής & Επιστημονικής Επιτροπής και του Δ.Σ. του Συλλόγου Διπλωματούχων Νοσηλευτών Χειρουργείου (ΣΥΔΝΟΧ), με ιδιαίτερη τιμή και χαρά σας προσκαλούμε να συμμετέχετε στο **22^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Περιεχειρητικής Νοσηλευτικής του ΣΥΔΝΟΧ**, που θα πραγματοποιηθεί στις 24-27 Νοεμβρίου 2011, στο Καρπενήσι, στο Ξενοδοχείο MONTANA.

Συνεχίζοντας τον ετήσιο θεσμό των Συνεδρίων μας, επιλέξαμε φέτος το Καρπενήσι στο μέσο της Ελλάδας, ως τόπο δημιουργικού στοχασμού και σημείο συνάντησης όλων των περιεχειρητικών νοσηλευτών.

Το Συνέδριο μας προσδοκά να καλύψει όλα τα νεώτερα δεδομένα της Περιεχειρητικής Νοσηλευτικής βασισμένα σε τεκμηριωμένες ενδείξεις. Η διασφάλιση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας μέσα από την συνεχιζόμενη εκπαίδευση συμβάλλει στην αναβάθμιση του Περιεχειρητικού Νοσηλευτή και ενισχύει την συνεργασία των συναδέλφων.

Σε μια μεγάλη οικονομική κρίση για τη χώρα μας και κάτω από νέα θεσμικά πλαίσια, η οργάνωση του 22ου Πανελληνίου Συνεδρίου Νοσηλευτών Χειρουργείου, αποτελεί μεγάλη πρόκληση για όλους μας. Θεωρούμε ότι μόνο με την ενεργό συμμετοχή σας και την αθρόα προσέλευση θα είναι δυνατή η επίτευξη των στόχων μας.

Εμείς να είσθε βέβαιοι, ότι θα καταβάλλουμε κάθε δυνατή προσπάθεια για να οργανώσουμε ένα συνέδριο όπου θα ανανεώσουμε τις επιστημονικές μας γνώσεις, θα γνωρίσουμε το πανέμορφο Καρπενήσι και θα ενδυναμώσουμε τις φιλικές μας σχέσεις.

Με εγκάρδιους χαιρετισμούς

Ελισάβετ Γκανάρα
 Πρόεδρος
 της Οργανωτικής Επιτροπής

Κωνσταντίνος Καρακώστας
 Πρόεδρος
 της Επιστημονικής Επιτροπής

Ιωάννης Κουτελέκος
 Πρόεδρος Συνεδρίου

Σημαντικές ημερομηνίες

Έναρξη Συνεδρίου	24 Νοεμβρίου 2011
Προεγγραφές	18 Νοεμβρίου 2011
Τελετή Έναρξης Συνεδρίου	24 Νοεμβρίου 2011
Λήξη Εργασιών Συνεδρίου	27 Νοεμβρίου 2011

Ιστοσελίδα Συνεδρίου www.sydnox2011.gr

e-mail Συνεδρίου karpnisi@sydnox2011.gr

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Το Επιστημονικό Πρόγραμμα του Συνεδρίου θα περιλαμβάνει διαλέξεις διακεκριμένων ομιλητών, στρογγυλές τράπεζες, προφορικές και αναρτημένες ανακοινώσεις, δορυφορικά συμπόσια και κλινικά φροντιστήρια (workshops). Η παρακολούθηση του Συνεδρίου θα επιδοτηθεί με μόρια συνεχιζόμενης εκπαίδευσης από τον ΕΟΡΝΑ.

Η προθεσμία για την υποβολή εργασιών έχει λήξει και οι επιστολές έγκρισης έχουν αποσταλεί. Σας ευχαριστούμε πολύ για τη συμμετοχή σας.

Σύμφωνα με τις οδηγίες υποβολής και για την καλύτερη παρουσίαση της εργασίας σας παρακαλούμε να σημειωθούν τα εξής:

Εισηγητές

- Για τη δημοσίευση της περίληψής σας και την παρουσίασή της, είναι απαραίτητη η συμμετοχή τουλάχιστον ενός τακτικού μέλους του ΣΥΔΝΟΧ, τακτοποιημένο οικονομικά για το 2011.

Δομή Περιλήψεων

- Η δομή των περιλήψεων πρέπει να είναι ως κάτωθι. Εάν δεν υπάρχει αυτή η δομή στην περίληψή σας, παρακαλούμε να επισυνάψετε ξανά το νέο αρχείο, μέσω της ηλεκτρονικής υποβολής με τον κωδικό εργασίας που σας δόθηκε, έως 25 Οκτωβρίου 2011.

Για ερευνητικές εργασίες

Εισαγωγή-Σκοπός
Υλικό & Μέθοδος
Αποτελέσματα
Συμπεράσματα

Για βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις

Εισαγωγή-Σκοπός
Βιβλιογραφική Ανασκόπηση
Συμπεράσματα

CD ROM Περιλήψεων

Οι περιλήψεις των εργασιών θα δημοσιευθούν σε ηλεκτρονική μορφή CD ROM και θα διανεμηθούν σε όλους τους συνέδρους. Οι περιλήψεις θα δημοσιευθούν ακριβώς όπως έχουν υποβληθεί έως την 25η Οκτωβρίου 2011.

Δημοσίευση εργασίας στο Περιοδικό

Οι εργασίες μερ πλήρες κείμενο θα δημοσιευθούν στο περιοδικό μας μετά το τέλος του Συνεδρίου. Παρακαλούμε συμβουλευτείτε τις νέες οδηγίες που θα βρείτε στο τέλος αυτού του τεύχους. Οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να επικοινωνήσουν τηλεφωνικά μαζί μας ή μέσω του e-mail του Συλλόγου sydnoc@otenet.gr. Να σημειωθεί ότι εάν η εργασία σας έχει ανακοινωθεί σε άλλο συνέδριο ή άλλο επιστημονικό περιοδικό, θα πρέπει να μας το γνωστοποιήσετε, διότι δεν θα είναι δυνατή η επαναδημοσίευσή του.

Ηλεκτρονικά Poster (e-posters)

Ο ΣΥΔΝΟΧ στην προσπάθειά του για τη συνεχή αναβάθμιση του Συνεδρίου, σύμφωνα με τις νέες τεχνολογίες αποφάσισε φέτος οι αναρτημένες ανακοινώσεις να παρουσιαστούν ηλεκτρονικά (E-posters).

Οι συγγραφείς δεν θα τυπώσουν το poster τους αλλά θα πρέπει να στείλουν στη γραμματεία του Συνεδρίου ένα αρχείο Power Point με e-mail στη διεύθυνση karpenisi@sydnoc2011.gr.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΥ ΠΟΣΤΕΡ

- Το e-poster είναι ένα αρχείο PowerPoint που θα πρέπει να αποσταλεί ως συνημμένο αρχείο στη γραμματεία του Συνεδρίου έως 10 Νοεμβρίου 2011 με e-mail στη διεύθυνση karpnisi@sydnox2011.gr.
- Ονομάστε το αρχείο με το όνομά σας π.χ. Παπαδόπουλος.ppt. Σημειώστε ότι στο Συνέδριο θα ισχύσει νέα αρίθμηση για τα e-poster βάσει του προγράμματος.
- Η διαμόρφωση της παρουσίασης θα πρέπει να είναι διαμορφωθεί σαν portrait, μέσα από μενού File->Page Set up ->Portrait (Αρχείο->Διαμόρφωση σελίδας -> Κατακόρυφη Διάταξη)
- Με αυτή την ρύθμιση το μέγεθος της σελίδας σας θα είναι Πλάτος 19,05 - Ύψος 25,4
- Χρησιμοποιήστε έως 3 slides.
- Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε φόντο και χρώματα γραμμάτων που επιθυμείτε. Παρακαλούμε επιλέξτε συνδυασμούς ευδιάκριτους. Στο αρχείο σας πρέπει να περιλαμβάνονται

ΤΙΤΛΟΣ με κεφαλαία γράμματα - Verdana 15 Bold
 ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ με πεζά γράμματα - Verdana 14 Bold
 ΙΔΡΥΜΑ με πεζά γράμματα - Verdana 14 Italic
 ΠΕΡΙΛΗΨΗ με πεζά γράμματα - Verdana 12

Για τη δομή της περιλήψης προτιμότερο συμβουλευτείτε τις οδηγίες «Δομή Περιλήψεων»
 Μπορείτε επίσης να εισάγετε φωτογραφίες, πίνακες ή σχεδιαγράμματα.

Βράβευση Εργασιών

Η Οργανωτική & Επιστημονική Επιτροπή του 22ου Πανελληνίου Συνεδρίου Νοσηλευτών Χειρουργείου, θα απονείμουν χρηματικά βραβεία στις καλύτερες ερευνητικές εργασίες, καθώς και το Βραβείο Α. Κανδηλιώτου. Η απονομή θα γίνει την Κυριακή 27 Νοεμβρίου στην Τελετή Λήξης του Συνεδρίου.

Για τις εργασίες που είναι υποψήφιες για βράβευση, θα πρέπει το πλήρες κείμενο να σταλεί στη γραμματεία του Συνεδρίου με e-mail, στη διεύθυνση karpnisi@sydnox2011.gr το αργότερο έως 31 Οκτωβρίου 2011, σύμφωνα με τις νέες οδηγίες που θα βρείτε στο τέλος του περιοδικού.

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΝΤΑΙ ΟΙ ΕΙΣΗΓΗΤΕΣ ΝΑ ΔΙΕΥΘΕΤΗΣΟΥΝ ΤΙΣ ΤΥΧΟΝ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΕΚΚΡΕΜΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥΣ ΕΝΤΟΣ ΤΩΝ ΠΡΟΘΕΣΜΙΩΝ

Για οποιαδήποτε επιπλέον πληροφορία, επικοινωνήστε με τη γραμματεία του Συνεδρίου,
 CITY CONGRESS Τηλ: 210 7499322, 210 7499320 Fax: 210 7705752.

Περαιτέρω πληροφορίες για το Συνέδριο ή το επιστημονικό πρόγραμμα
 μπορείτε να βρείτε και στην ιστοσελίδα του Συνεδρίου μας www.sydnox2011.gr.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΤΟΠΟΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Καρπενήσι, Ξενοδοχείο Montana • 24-27 Νοεμβρίου 2011

Το συνολικής επιφάνειας 1.700 m² συνεδριακό κέντρο του Hotel Spa Montana, είναι ένας ευέλικτος, πολυδύναμος χώρος, διαφορετικός από κάθε άλλον αντίστοιχο στην Ελλάδα, αλλά και ολόκληρη την Ευρώπη. Δέκα διαφορετικές αίθουσες (επιφάνειας 16-700 m² και δυναμικότητας 20-1.200 ατόμων), με σύγχρονο οπτικοακουστικό εξοπλισμό (συμπεριλαμβανομένων και καμπίνων αυτόματης μετάφρασης), ανταποκρίνονται κατά τρόπο ιδανικό στις απαιτήσεις κάθε κλίμακας συνεδρίων, σεμιναρίων ή κοινωνικών εκδηλώσεων.



Εναρκτήρια Τελετή - Δεξίωση Υποδοχής

Η Εναρκτήρια Τελετή του Συνεδρίου θα γίνει την Πέμπτη 24 Νοεμβρίου 2011 στο Ξενοδοχείο Montana. Θα ακολουθήσει δεξίωση υποδοχής των Συνέδρων.

Επίσημη Γλώσσα του Συνεδρίου

Η επίσημη γλώσσα του Συνεδρίου είναι η Ελληνική.

Έκθεση

Κατά τη διάρκεια του Συνεδρίου θα λειτουργεί στο συνεδριακό χώρο Έκθεση ιατροφαρμακευτικού εξοπλισμού και υλικού.

ΕΓΓΡΑΦΕΣ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗΣ	ΠΡΟΕΓΓΡΑΦΕΣ ΕΩΣ 15/09	ΕΓΓΡΑΦΕΣ ΑΠΟ 16/9 - ΕΓΓΡΑΦΕΣ ON SITE
	Τακτικά – Αρωγά Μέλη ΣΥΔΝΟΧ	€ 80	€ 120
	Μη Μέλη ΣΥΔΝΟΧ	€ 100	€ 140
	Συνοδά μέλη	€ 60	€ 80
	Φοιτητές	€ 10	€ 10

Η εγγραφή Συνέδρων περιλαμβάνει: παρακολούθηση του επιστημονικού προγράμματος, είσοδο στον εκθεσιακό χώρο, παραλαβή τσάντας και όλου του έντυπου συνεδριακού υλικού, βεβαίωση συμμετοχής, καφέ στα διαλείμματα, συμμετοχή στην εναρκτήρια τελετή και δεξίωση υποδοχής.

Η εγγραφή για τα συνοδά μέλη περιλαμβάνει: παρακολούθηση του επιστημονικού προγράμματος, είσοδο στον εκθεσιακό χώρο, καφέ στα διαλείμματα, συμμετοχή στην εναρκτήρια τελετή και δεξίωση υποδοχής.

Η εγγραφή των φοιτητών περιλαμβάνει: παρακολούθηση του επιστημονικού προγράμματος, είσοδο στον εκθεσιακό χώρο, βεβαίωση συμμετοχής και τσάντα με όλο το συνεδριακό υλικό.

Προεγγραφές θα γίνονται δεκτές μέχρι 18 Νοεμβρίου 2011

ΔΙΑΜΟΝΗ

Ξενοδοχείο	Μονόκλινο*	Άτομο σε δίκλινο	Άτομο σε τρίκλινο	Άτομο σε τετράκλινο
Montana	€ 480	€ 390	€ 360	€ 330
Avaris	–	€ 390	€ 360	
Anesis	€ 315	€ 270		
Elvetia	€ 315	€ 270		
Apollonion	€ 270	€ 240		

*περιορισμένος αριθμός



Avaris



Anesis



Elvetia



Apollonion

Όλες οι προαναφερόμενες τιμές είναι ανά άτομο, και περιλαμβάνουν:

- Τρεις (3) διανυκτερεύσεις στο ξενοδοχείο της επιλογής σας με πρωινό
- Μεταφορές από και προς το Συνεδριακό κέντρο από το ξενοδοχείο διαμονής κατά τις ώρες του επιστημονικού προγράμματος
- Όλοι οι νόμιμοι φόροι

Για την επιβεβαίωση της κράτησης απαιτείται προκαταβολή του 50% του συνολικού κόστους και εξόφληση έως 15 Οκτωβρίου 2011.

ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ

Για την καλύτερη μετάβαση των Συνέδρων στο Καρπενήσι, έχουν οργανωθεί οι εξής μετακινήσεις με πούλμαν

Από Αθήνα Αναχώρηση: Πέμπτη 24/11 ώρα 11.00 Επιστροφή: Κυριακή 27/11 ώρα 15.00 **Τιμή ανά άτομο €45**
Από Θεσσαλονίκη Αναχώρηση: Πέμπτη 24/11 ώρα 11.00 Επιστροφή 27/11 ώρα 15.00 **Τιμή ανά άτομο €55**

Δηλώσεις Συμμετοχής έως 18 Νοεμβρίου 2011

ΑΕΡΟΠΟΡΙΚΑ ΕΙΣΙΤΗΡΙΑ

Για αεροπορικά εισιτήρια προς Αθήνα ή Θεσσαλονίκη μπορείτε να επικοινωνείτε με τη γραμματεία του Συνεδρίου City Congress.

ΕΚΔΡΟΜΗ

Την Παρασκευή 25 Νοεμβρίου 2011 θα πραγματοποιηθεί εκδρομή στη Μονή Προυσού, ένα από τα πιο γνωστά μοναστήρια της Ελλάδας. Λόγω περιορισμένου αριθμού Συμμετεχόντων θα τηρηθεί αυστηρή σειρά προτεραιότητας.

Τιμή ανά άτομο με γεύμα €30

Δηλώσεις Συμμετοχής έως 18 Νοεμβρίου 2011

ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Το Σάββατο 26 Νοεμβρίου 2011 θα πραγματοποιηθεί το αποχαιρετιστήριο δείπνο του συνεδρίου.

Για συνέδρους με πακέτο (εγγραφή & διαμονή) επιπλέον χρέωση €20

Για συνέδρους χωρίς πακέτο (εγγραφή & διαμονή) κόστος €50

ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΑΚΥΡΩΣΕΩΝ

Οι εγγραφές δεν ακυρώνονται.

Για γραπτές ακυρώσεις δωματίων πριν τις 31/08/11: Δεν χρεώνονται ακυρωτικά

Για γραπτές ακυρώσεις δωματίων που θα σταλούν μεταξύ 01/09/11 και 15/10/11: 50% ακυρωτικά

Για γραπτές ακυρώσεις δωματίων ή μειώσεις διανυκτερεύσεων που θα σταλούν μετά τις 15/10/11: 100% ακυρωτικά



«ΠΡΑΣΙΝΟ» ΣΥΝΕΔΡΙΟ

Το 22^ο Συνέδριο του ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ. θα ακολουθήσει «πράσινη» συνεδριακή πολιτική χρησιμοποιώντας ανακυκλώσιμες πρώτες ύλες και παροτρύνουμε όλους εσάς να συμβάλλετε σε αυτήν την προσπάθεια.

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Για οποιαδήποτε πληροφορία μπορείτε να επικοινωνείτε με τη γραμματεία του Συνεδρίου

City Congress Member of TRIAENA TOURS & CONGRESS A.E.

T +30 210 7499322, +30 210 7499320 • F +30 210 7713795

22^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ.

ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΕΜΠΤΗ 24 Νοεμβρίου 2011

15.00	Έναρξη εγγραφών
	ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗ - ΑΝΤΙΣΗΠΤΙΚΑ - ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ <i>Προεδρείο: Ε. Κανέλλον - Ε. Τερζάκη</i>
	ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ
16.30-16.40	ΕΑ1 ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗ: ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΑΛΗΘΕΙΕΣ <i>Γ.Τσιώμον, Χ.Βαϊτσαρά, Δ.Βρέκουλον</i>
16.40 – 16.50	ΕΑ2 ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΜΕΝΟΥ ΥΛΙΚΟΥ ΚΑΙ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ <i>Ι.Στεφανίδης, Α.Νταβράνη</i>
16.50-17.00	ΕΑ3 ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΟΘΕΡΜΙΑΣ ΣΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ <i>Α.Καστρονάκη</i>
	ΔΙΑΛΕΞΗ
17:00-17:20	Δ1 Η ΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΤΙΣΗΠΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΣΗΨΙΑ ΧΕΡΙΩΝ – ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ <i>Σ.Τάνη, Ε.Λαμπριανίδου</i>
17:20-17:30	ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΘΕΜΑΤΩΝ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗΣ
	ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ
17.30-19.00	Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΛΙΣΤΑΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ <i>Συντονιστές: Ι.Κοντελέκος, Κ.Καραθανάση</i>
19.30	ΕΝΑΡΚΤΗΡΙΑ ΤΕΛΕΤΗ
21.00	ΛΕΞΙΩΣΗ ΥΠΟΛΟΧΗΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 25 Νοεμβρίου 2011

ΚΛΙΝΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Προεδρείο: *Τ.Σίσκον, Σ.Πατρινού*

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

- 09.00-09.10 **EA4** ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΙΣ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΥΣ ΤΗΣ ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ (ΜΕCC) ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΣΥΜΒΑΤΙΚΗ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ: ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΜΕΛΕΤΗ
Β.Αλεξιάδου, Γ.Βούλκος, Α.Κωφού, Κ.Γκέρτσον, Χ.Τσιούλα, Ο.Χαλβατζούλης, Κ.Αναστασιάδης
- 09.10-09.20 **EA5** ΤΟ ΕCΜΟ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ
Χ.Κρίθαρη, Ε.Φωτοπούλου
- 09.20-09.30 **EA6** ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΜΑΣΧΑΛΙΑΙΑΣ ΘΩΡΑΚΟΤΟΜΗΣ ΕΝΑΝΤΙ ΤΗΣ ΘΩΡΑΚΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΥΤΟΜΑΤΟ ΠΙΝΕΥΜΟΘΩΡΑΚΑ
Β.Αλεξιάδου, Α.Κωφού, Γ.Βούλκος, Κ.Χοκμετίδου, Ο.Χαλβατζούλης, Κ.Αναστασιάδης
- 09.30-09.40 **EA7** ΟΛΙΚΗ ΛΑΡΥΓΓΕΚΤΟΜΗ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ
Μ.Σαμιωτάκη, Γ.Καραγιαννάκη, Π.Καλπουριτζή, Κ.Χαϊδάς, Π.Κολτσιδόπουλος
- 09.40-09.50 **EA8** ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΘΥΡΕΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗΣ
Ε.Λασκαρίδου, Α.Χαρανά, Μ.Σαμιωτάκη, Μ.Αντωνίου, Κ.Χαϊδάς, Χ.Σκουλάκης
- 09.50-10.00 **EA9** Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΑΠΟ ΤΗ ΜΕΤΑΒΑΣΗ ΤΗΣ ΑΝΟΙΚΤΗΣ ΣΤΗΝ ΑΡΘΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΡΗΞΕΩΝ ΣΤΡΟΦΙΚΟΥ ΠΕΤΑΛΟΥ ΤΟΥ ΩΜΟΥ
Α.Μπανούση
- 10:00-10:10 **EA10** ΘΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ
Π.Ντουρντουρέκα, Π.Βλάχος, Ν.Ρούβαλη

ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

Προεδρείο: *Κ.Θεοδοσιάκης - Π.Ζουγορής*

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

- 10.10-10.20 **EA11** ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΔΙΑΡΚΟΥΣ ΚΑΡΔΙΟΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗΣ ΕCΜΟ)
Κ.Θεοδοσιάκης, Θ.Μόσχοβος
- 10.20-10.30 **EA12** Η ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΩΝ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ ΣΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΗΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΠΟ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΕΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ
Κ.Καραθανάση, Α.Μπουλετής, Ε.Παπά
- 10.30-10.40 **EA13** ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΤΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΗΣ ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ (ΜΕCC) ΣΕ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΠΕΡΑΝ ΤΗΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ
Α.Κωφού, Β.Αλεξιάδου, Κ.Γκέρτσον, Γ.Βούλκος, Ο.Χαλβατζούλης, Κ.Αναστασιάδης

10.40-10.50 **EA14** ΒΡΑΧΥΧΡΟΝΙΑ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ ΜΕ ΤΗ ΣΥΣΚΕΥΗ ΕΣΜΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΣΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΚΑΡΔΙΟΓΕΝΗ ΚΑΤΑΠΛΗΞΙΑ
Γ.Βούλκος, Α.Κωφού, Β.Αλεξιάδου, Κ.Γκέρτσον, Α.Χοκμετίδου, Ο.Χαλβατζούλης, Κ.Αναστασιάδης

10:50-11:00 **EA15** ΑΜΕΣΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΘΞΕΩΝ ΣΥΜΒΑΝΤΩΝ
Α.Κοκκουσλή, Π.Ντουρντουρέκα

11:00-11.30 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕΣ**

ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Προεδρείο: Δ.Πουλής - Α.Σοφίτση

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

11.30-11.40 **EA16** ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΓΝΩΣΕΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΛΜΙΚΗ ΟΞΥΜΕΤΡΙΑ
Π.Κιέκκας, Φ.Τσέκο, Α.Αλιμούτση, Ν.Στεφανόπουλος, Μ.Παπαδημητρίου, Μ.Κάργα, Ε.Κωνσταντίνου

11.40-11.50 **A17** Η ΑΠΩΛΕΙΑ ΤΗΣ ΣΦΥΓΜΙΚΗΣ ΡΟΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΥΣΚΕΥΗ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΔΕΝ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΙΣ ΑΝΩΤΕΡΕΣ ΓΝΩΣΙΑΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ
Γ.Μάνου, Ζ.Αστεριάδου, Ε.Λαμπρίδου, Σ.Τορτοπίδου, Ο.Χαλβατζούλης, Ε.Καραδήμα

11.50-12.00 **A18** Η ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΡΕΜΙΦΕΝΤΑΝΥΛΗΣ ΣΕ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΜΙΑΣ ΗΜΕΡΑΣ ΠΕΡΙΟΡΙΖΕΙ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΣΤΗ ΜΜΑΦ ΑΛΛΑ ΟΧΙ ΤΗ ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΩΣ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
Α.Καρακώστα, Ι.Πλακίδα, Α.Παπαδά, Ν.Βόλφης, Μ.Κνριτσά, Δ.Γιαννοπούλου, Κ.Καρακώστας

12.00-12.10 **A19** ΠΟΙΑ Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΠΑΡΟΔΙΚΗΣ ΠΥΡΕΤΙΚΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΒΡΟΓΧΟΣΚΟΠΗΣΗ ;
Ε.Μαριδάκη, Μ.Κνριτώτου, Μ.Αρμελινιού, Χ.Ζώη, Ε.Πανλίδου, Α.Πετρά, Αικ.Μανούσου, Ν.Μπαλταγιάννης

12.10-12.20 **A20** ΥΠΟΞΑΙΜΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗ ΜΜΑΦ – ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ
Α.Καρακώστα, Ε.Κρανίτη, Χ.Πονλή, Γ.Ρέππα, Σ.Κούβαρη, Γ.Αντεκελίδου, Κ.Καρακώστας

12.20-13.20 **ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΤΩΝ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ (E-POSTERS)**

13.30 **Εκδρομή στον Προσό**

ΣΑΒΒΑΤΟ 26 Νοεμβρίου 2011

ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Προεδρείο: Ουρ.Μπουζιώνα, Ε.Παπαθωμά

ΕΛΕΥΘΕΡΗ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ

09.00-09.10 **ΕΑ21** Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΗΘΙΚΩΝ ΠΡΟΤΥΠΩΝ ΣΤΗ ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ
Γ.Νταβώνη, Μ.Δάντισιον, Π.Μανωλέας

ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ

09.10-09.25 **Δ2** ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΣΤΗ ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
Γ.Τζοννάκου

09.25-09.40 **Δ3** ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΚΑΙ ΠΩΣ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΝΤΑΙ ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ
Μ.Χριστοπούλου, Κ.Καρακώστας, Π.Τσάνη

ΔΙΟΙΚΗΣΗ-ΟΡΓΑΝΩΣΗ (MANAGEMENT ΣΤΟ ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ)

Προεδρείο: Χ.Καραμιχάλη, Ζ.Σκαρλάτου

ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ

09.40-09.55 **Δ4** ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ
Α.Μπουλετής, Ε.Παπά, Μ.Μαλλιάρου, Κ.Καραθανάση

09.55-10.10 **Δ5** ΕΝΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ, ΕΝΑ ΕΓΓΡΑΦΟ, ΧΙΛΙΑ ΕΞΑΚΟΣΙΑ ΧΙΛΙΟΜΕΤΡΑ.
Α.Ι.Ζάντζος, Ν.Λεβέντης

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

10.10-10.20 **ΕΑ22** ΛΕΚΤΙΚΗ ΒΙΑ ΣΤΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ
Α.Μπουλετής, Μ.Μαλλιάρου, Ε.Τσιμιτρέα, Ε.Παπά, Κ.Καραθανάση

10.20-10.30 **ΕΑ23** ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ (Μ.Η.Ν.Χ.Τ.)
Τ.Σίσκου, Χ.Βασιλοπούλου

10.30-10.40 **ΕΑ24** ΑΙΤΙΑ, ΕΛΕΓΧΟΣ, ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΛΑΘΩΝ ΣΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ
Ε.Γερασοπούλου, Φ.Ενσταθίου

10.40-10.50 **ΕΑ25** ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ - ΠΡΟΤΥΠΑ ΣΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ
Κ.Καραθανάση, Σ.Ζυγά, Μ.Μαλλιάρου

10.50-11.30 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕΣ**

ΣΑΒΒΑΤΟ 26 Νοεμβρίου 2011

11.30-12.30

Δορυφορικό Συμπόσιο Χορηγός: Heraeus Hellas

Η ΘΕΣΗ ΚΑΙ Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΟΣΤΙΚΟΥ ΤΣΙΜΕΝΤΟΥ ΣΤΗΝ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ ΣΗΜΕΡΑ
Προεδρείο: Ι.Κουτελέκος, Κ.Καρακώστας

Ομιλητής: Δρ. Αναστάσιος Λιλικάκης

12.30-13.30

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**ΤΟΜΕΑΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΕΣΝΕ**

ΝΕΩΤΕΡΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗΝ ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ

Συντονιστές: Δ.Πουλής - Ε.Κουτίνου

Ομιλητές:

Α.Καραμήτρον Αναισθησιολογική Νοσηλευτική Εκτίμηση του Θωρακοχειρουργικού ασθενούς

Κ.Ζωγραφάκη Θωρακική Επισκληρίδιος Αναισθησία. Πλεονεκτήματα – Μειονεκτήματα

Ε.Γιαβασόπουλος και συν. Νοσηλευτική Εκτίμηση της Μετεγχειρητικής Αναλγησίας

μετά από Θωρακοτομές (Παρουσίαση Κλινικής Μελέτης)

13.30-15.00

ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ - ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΣΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΔΙΑΚΗΡΥΞΗΣ ΔΙΑΓΩΝΙΣΜΩΝ
 ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Συντονιστές: Τ.Σίσκου, Ε.Κουτίνου, Ι. Κουτελέκος

15.00- 17.00

ΜΕΣΗΜΕΡΙΑΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ

17.00 – 18.30

ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ

Houston: we have a problem

Δ. Πλονσιόν, Ι. Κουτελέκος

ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΠΟΥΛΩΣΗΣ ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ
 ΚΑΙ ΕΛΚΩΝ**

ΕΛΚΗ ΑΠΟ ΠΙΕΣΗ ΣΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Μ.Χαρχαρίδου Παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης ελκών
 από πίεση

Γ.Βασιλόπουλος Μέτρα πρόληψης ελκών από πίεση

Φ.Λακοπούλου Βλάβες που προσομοιάζουν με έλκη από πίεση

Γ.Βασιλόπουλος Φ.Λακοπούλου, Μ.Χαρχαρίδου

Αντιμετώπιση ελκών από πίεση - χρήση επιθεμάτων

21.30

Αποχαιρετιστήρια Εκδήλωση

ΚΥΡΙΑΚΗ 27 Νοεμβρίου 2011

ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ - ΥΓΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΟ ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ*Προεδρείο: Α.Χαρανά, Ι.Στεφανίδης***ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**

09.00 - 09.10

EA26 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΟΝ HIV, HBV, HCV. ΠΡΟΛΗΨΗ - ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ
Π.Ειρηνίδου

09.10-09.20

EA27 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ: ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ
Ε.Εμφιετζή, Ι.Κοντελέκος

09.20-09.30

EA28 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΘΕΪΑΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΛΟΙΜΩΞΗ ΜΕ ΤΟΝ ΙΟ ΤΗΣ ΝΕΑΣ ΓΡΙΠΗΣ (H1N1) ΜΕ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΚΥΚΛΩΜΑΤΟΣ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΤΗΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΣΑΣ (ECMO)
Ε.Παπαζάχου, Α.Τσίνογλου, Α.Κυρμιζιάδη, Α.Κατσιάκη, Μ.Ζώτον, Ο.Χαλβατζούλης, Σ.Χαρούπα

09.30-09.40

EA29 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΜΟΛΥΣΜΑΤΙΚΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ
Χ.Αλεκτορίδου

09.40-09.50

EA30 Ο ΘΟΡΥΒΟΣ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΙΘΟΥΣΑ
Ε.Μελιδονιώτης, Α.Πατελάρου, Μ.Δημητράκη

09.50-10.00

EA31 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΑ ΠΤΗΤΙΚΑ ΑΝΑΙΣΘΗΤΙΚΑ ΑΕΡΙΑ
Α.Πατελάρου, Ε.Μελιδονιώτης, Μ.Δημητράκη

10.00-10.30

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕΣ

10:30 -11:30

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**ΤΕΙ ΛΑΜΙΑΣ ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

*Συντονιστής: Α.Τσούσκας**Ομιλητές:**Α.Τσούσκας* Εισαγωγή-Μεθοδολογία-Κλινική Εξέταση*Ε.Σιαμάγκα* Επιδημιολογία-Παράγοντες Επικινδυνότητας*Α.-Α.Τσούσκα* Ορισμός Ομάδας Υψηλής Επικινδυνότητας*Δ.Μαστρογιάννης* Αυτοεξέταση του Μαστού*Π.Σαράφης* Απεικονιστικές Εξετάσεις*Α.Τσούσκας* Συμπεράσματα

ΚΥΡΙΑΚΗ 27 Νοεμβρίου 2011

ΠΟΙΟΤΗΤΑ - ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Προεδρείο: Κ.Καραθανάση, Α.Γερασίμου

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

11.30-11.40

EA32 ΕΚΜΑΘΗΣΗ ΝΕΟΥ ΤΡΟΠΟΥ ΖΩΗΣ ΣΕ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ
*Α.Κωφού, Β.Αλεξιάδου, Μ.Μπόσκου, Ε.Πιστικοπούλου, Κ.Χοκμετίδου, Ο.Χαλβατζούλης,
Κ.Αναστασιάδης*

11.40-11.50

EA33 ΕΠΙΒΕΒΛΗΜΕΝΗ Η ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΙΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ
Ε.Εμφιετζή, Ι.Κοντελέκος

ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ

11.50-12.10

Δ6 ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΤΡΙΚΑΛΩΝ: ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ Η' ΠΛΕΟΝΑΣΜΟΣ;
Α.Ι.Ζάντζος, Β.Βουτσινάς

12.10-12.30

Δ7 ΝΕΕΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΕΣ ΣΕ ΠΡΟΠΤΥΧΙΑΚΟ, ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΚΑΙ ΔΙΑ ΒΙΟΥ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΕΠΙΠΕΔΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ
Ν.Πανλάτση, Φ.Ευσταθίου

12.30-12.50

Δ8 Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΟΥ ΩΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ ΩΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΑΣΘΕΝΗ
Χ.Κολοσούσα

12.50-13.30

ΒΡΑΒΕΥΣΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΛΗΞΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

e-Posters

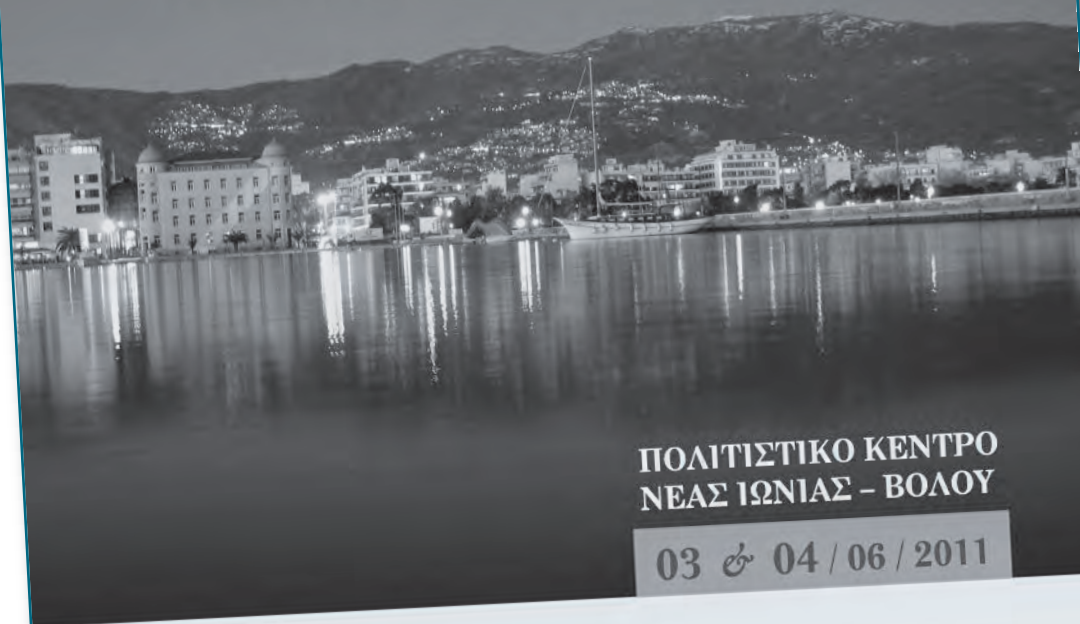
- P1** ΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ
Γ.Πανταζίδου, Ι.Παπαϊωάννου, Γ.Παπαδόπουλος, Γ.Τζιμπούκας
- P2** ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ «ΧΡΟΝΟΥ ΖΩΗΣ» ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗΣ ΤΩΝ ΙΑΤΡΟΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ
Μ.Ανγερινού, Δ.Κρεμέτης
- P3** Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ ΣΤΗΝ ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΙΣΧΙΟΥ ΚΑΙ ΓΟΝΑΤΟΣ
Ι.Παπαϊωάννου, Γ.Πανταζίδου, Γ.Παπαδόπουλος, Δ.Αρματά, Γ.Τζιμπούκας
- P4** ΕΛΛΕΙΜΜΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ : ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ & ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
Χ.Κολοβός, Σ.Βαρντιμίδης
- P5** ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ
Ν.Λεβέντης, Α.Τσίγκας
- P6** ΤΟ ΜΑΡΚΕΤΙΝΓΚ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
Ν. Λεβέντης, Α.Τσίγκας
- P7** ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΘΟΛΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΚΑΤΑ NISSEN- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΕΜΒΑΣΗΣ
Μ.Ντάρα, Ε.Τασούλα
- P8** ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΑ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ
Β. Ζήση, Ε. Γκόντρια, Α.Κατσιάνη
- P9** Διασφάλιση ποιότητας στη νοσηλευτική φροντίδα μέσω της ολιστικής προσέγγισης του ασθενή
Μ.Σκλάβου, Ι.Παπαθανασίου Ι.
- P10** ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ ΗΜΕΡΑΣ. ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ ΕΣΥ
Π.Σαράφης, Μ.Αρβανίτη, Μ.Μαλλιάρου, Κ.Καραθανάση, Ε.Υφαντή, Α.Υφαντής, Δ.Μαστρογιάννης, Ε.Σιαμάγκα, Λ.Τσούσκας
- P11** ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ ΚΑΙ ΑΠΟΦΥΓΗ ΔΙΑΣΠΟΡΑΣ ΚΑΡΚΙΝΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ
Κολιού Ε.

1η ΠΑΝΘΕΣΣΑΛΙΚΗ ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΝΕΑΣ ΙΩΝΙΑΣ – ΒΟΛΟΥ



1η ΠΑΝΘΕΣΣΑΛΙΚΗ ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ
ΝΕΑΣ ΙΩΝΙΑΣ – ΒΟΛΟΥ

03 & 04 / 06 / 2011

Υπό την Αιγίδα 5ης ΥΠΕ

Συνδιοργάνωση:

- Γ.Ν. Βόλου
- Σύλλογος Νοσηλευτών Χειρουργείου ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ.

Είσοδος: 5 €

Το ποσό διατίθεται στα παιδιά του 1ου Ειδικού Δημοτικού Σχολείου Βόλου "Κένταυροι"

Στις 3-4 Ιουνίου 2011 πραγματοποιήθηκε η 1η Πανθεσσαλική Διημερίδα Περιεγχειρητικής Νοσηλευτικής στο Πολιτιστικό Κέντρο Νέας Ιωνίας στο Βόλο. Η διημερίδα τέθηκε υπο την αιγίδα τις 5ης ΥΠΕ και συνδιοργανώθηκε από το Γ.Ν. Βόλου και τον ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ. Στη λαμπερή και κοσμοπολίτικη πόλη του βόλου, στην καρδιά της Ελλάδας, συναντήθηκαν οι Νοσηλευτές του Περιεγχειρητικού περιβάλλοντος των μεγαλύτερων νοσοκομείων της κεντρικής Ελλάδας με σκοπό να μεταφέρουν την καθημερινή κλινική πράξη πλαισιωμένη με το επιστημονικό υπόβαθρο που χαρακτηρίζει τον σύγχρονο περιεγχειρητικό νοσηλευτή.

Την έναρξη της διημερίδας κήρυξε ο Κος **Τσάτσος Αθανάσιος**, Υποδιοικητής 5ης ΥΠΕ, ενώ την έναρξη των εργασιών χαιρέτησαν ο Διοικητής του Γ.Ν. Βόλου Κος **Ζαχαρόπουλος Αριστείδης**, και αντιπροσωπεύοντας τον Πρόεδρο του ΣΥΔΝΟΧ κύριο **Ι. Κουτελέκο**, ο Κοσμήτωρ του ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ Κος **Πουλής Δημήτριος**.

Οι θεματικές ενότητες προέρχονταν και από τους τρεις κεντρικούς χώρους του περιεγχειρητικού περιβάλλοντος. Είχαμε ομιλίες από Νοσηλευτές του χειρουργικού τομέα, της αποστείρωσης και του αναισθησιολογικού. Τα θέματα που αναπτύχθηκαν κάλυπταν ένα ευρύ φάσμα Νοσηλευτικών διεργασιών καθώς και θέματα ασφάλειας και ποιότητας στην άσκηση του Νοσηλευτικού Έργου.

Συγκεκριμένα παρουσιάστηκαν:

- 2 διαλέξεις
- 3 στρογγυλά τραπέζια
- 14 προφορικές ανακοινώσεις
- 7 αναρτημένες ανακοινώσεις

Ειδικότερα την πρώτη ημέρα, μέσα στην κατάμεστη αίθουσα του πολιτιστικού κέντρου Ν.Ιωνίας, ο Καθηγητής Κος Κυριόπουλος Ιωάννης στην κεντρική διάλεξη, με ακαδημαϊκό τρόπο και χρησιμοποιώντας όρους της οικονομίας της υγείας, περιέγραψε τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο χώρο της δημόσιας υγείας. Ιδιαίτερη εντύπωση έκανε και η έρευνα του Κου Ζάντζου Ιωάννη από το Γ.Ν Τρικάλων που γλαφυρά και πειστικά απέδειξε και υπέδειξε για άλλη μία φορά το κόστος της γραφειοκρατίας τόσο σε υλικούς πόρους όσο και σε ανθρώπινο δυναμικό.

Την δεύτερη ημέρα, στο πρώτο στρογγυλό τραπέζι αναπτύχθηκαν μια σειρά κλινικών θεμάτων από νοσηλευτές χειρουργικών κλινικών και χειρουργείου, στο δεύτερο στρογγυλό τραπέζι παρουσιάστηκαν εργασίες από το χώρο της αποστείρωσης σχετικά με την λειτουργία και τους κανονισμούς που διέπουν την διαχείριση των χειρουργικών εργαλείων, αλλά και διαλέξεις σχετικά με την ποιότητα και την ασφάλεια τόσο των ασθενών όσο και των Νοσηλευτών στο Περιεγχειρητικό περιβάλλον. Τέλος το τρίτο στρογγυλό τραπέζι αφιερώθηκε σε θέματα του αναισθησιολογικού.

Την διημερίδα έκλεισε εκ μέρους του Προέδρου του ΣΥΔΝΟΧ, ο κύριος Πουλής Δημήτριος παρουσιάζοντας τα συμπεράσματα της Διημερίδας. Τέλος αφού συνεχάρη όλους όσους μόχθησαν για να γίνει πράξη ένα τόσο σημαντικό γεγονός, προσέφερε δύο αναμνηστικά δώρα εκ μέρους του ΔΣ του ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ, στην πρόεδρο της οργανωτικής επιτροπής Κα Γελαγώτα Δήμητρα για την άψογη προετοιμασία της οργάνωσης, και στην Πρόεδρο της επιστημονικής επιτροπής Κα Χαρανά Αικατερίνη για το πλήρες επιστημονικό πρόγραμμα, τονίζοντας πως η επιτυχία και η καθιέρωση αυτής της διημερίδας είναι αποτέλεσμα σκληρής δουλειάς, που προέκυψε μέσα από την ενεργό συμμετοχή όλων.

Ευχή όλου του ΔΣ είναι η 1η Πανθεσσαλική διημερίδα να αποτελέσει την αρχή μίας νέας παράδοσης και τα επόμενα χρόνια να δούμε και άλλα νοσοκομεία της περιφέρειας να οργανώνουν παρόμοιες εκδηλώσεις.

Ο ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ θα βρίσκεται κοντά σε κάθε προσπάθεια καθιέρωσης του Περιεγχειρητικού Νοσηλευτή ως καταξιωμένου επαγγελματία-επιστήμονα μέλους της ευρύτερης χειρουργικής ομάδας.

ΕΚ ΜΕΡΟΥΣ του ΔΣ του ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ.

ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΠΟΥΛΗΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 03/06/2011

- 18.00-18.30 **ΕΓΓΡΑΦΕΣ**
- 18.30-19.00 **ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ**
ΕΠΙΣΗΜΗ ΚΗΡΥΞΗ ΕΝΑΡΞΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ
Τσάτσος Αθανάσιος, Υποδιοικητής 5ης ΥΠΕ
- 19.00 - 19.40 **ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**
“Η ΥΓΕΙΑ ΣΤΗ ΔΙΝΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ”
Συντονιστές:
Γεωργαδάκης Γεώργιος, Διευθυντής Μαιευτικής - Γυναικολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Βόλου
Ζαχαρόπουλος Αριστείδης, Διοικητής Γ.Ν. Βόλου
Εισηγητής: Κυριόπουλος Ιωάννης, Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας, ΕΣΔΥ.
- 19.40 - 19.50 **ΔΙΑΛΕΞΗ**
“1 Νοσοκομείο, 1 έγγραφο, - 1.600 χλμ”
Ζάντζος Ιωάννης, Π.Ε. Πληροφορικής, Νοσηλεύτης Γ.Ν. Τρικάλων
Κατσούλη Αικατερίνη, Βιοπαθολόγος, Γ.Ν. Άμφισσας
- ΜΠΟΥΦΕΣ*

ΣΑΒΒΑΤΟ 04/06/2011

- 09.00-09.30 **ΕΓΓΡΑΦΕΣ**
- 09.30-10.30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 1** “Περιεχειρτητικές Διεργασίες”
Συντονιστές:
Λιούπης Αθανάσιος, Διευθυντής Χειρουργικής Κλινικής Γ.Ν. Βόλου
Παπαδοπούλου Βούλα, Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Γ.Ν. Καρδίτσας
- 09.30-09.40 **1^η ΟΜΙΛΙΑ**
“Νοσηλευτικές διεργασίες καρκίνου του παχέως εντέρου”
Ομάδα εκπόνησης εργασίας:
Μωραΐτου Αθανασία, Προϊσταμένη Χειρουργικής Κλινικής Γ.Ν. Βόλου
Λάμπρου Χρύσα, Αναπληρώτρια Προϊσταμένη Χειρουργικής Κλινικής Γ.Ν. Βόλου
Καρανίκα Νίκη*, Νοσηλεύτρια Χειρουργικής Κλινικής, Γ.Ν. Βόλου
Ρουσογιάννης Σωτήρης, Επιμελητής Β' Χειρουργικής Κλινικής Γ.Ν. Βόλου
- 09.40-09.50 **2^η ΟΜΙΛΙΑ**
“Κατάγματα ισχίου τρίτης ηλικίας. Εμπειρία από Γ.Ν. Βόλου”
Ομάδα εκπόνησης εργασίας:
Παπαδημητρίου Τζένη*, Προϊσταμένη Ορθοπεδικής Γ.Ν. Βόλου
Ζαπάντη Μαρία, Αναπληρώτρια Προϊσταμένη Ορθοπεδικής Γ.Ν. Βόλου
Καραγιαννάκη Γεωργία, Νοσηλεύτρια Χειρουργείου Γ.Ν. Βόλου
Αγραφιώτης Νικόλαος, Ειδικευόμενος Ορθοπεδικής Κλινικής Γ.Ν. Βόλου
Κουρκουβέλας Σάββας, Ειδικευόμενος Ορθοπεδικής Κλινικής Γ.Ν. Βόλου
- 09.50-10.00 **3^η ΟΜΙΛΙΑ**
“Μετεχειρητική αντιμετώπιση ασθενούς με tumor κύστεος”
Ομάδα εκπόνησης εργασίας:
Δερματά Χριστίνα, Προϊσταμένη Ουρολογικής Κλινικής Γ.Ν. Βόλου
Νικολάου Άννα*, Αναπληρώτρια Προϊσταμένη Ουρολογικής Κλινικής Γ.Ν. Βόλου
Σίμος Γεώργιος, Νοσηλεύτης Χειρουργείου Γ.Ν. Βόλου
Λίλου Σταυρούλα, Νοσηλεύτρια, Ουρολογικής Κλινικής Γ.Ν. Βόλου
Φιλίππου Απόστολος, Επιμελητής Α' Ουρολογικής Κλινικής Γ.Ν. Βόλου

- 10.00-10.10 **4^η ΟΜΙΛΙΑ**
 “Έναρξη λειτουργίας χειρουργείου στη μαιευτική κλινική - Προσδιορισμός της ανάγκης. Φραγμοί και αποτελέσματα”
Ομάδα εκπόνησης εργασίας:
Τεκερλέκη Αικατερίνη, Προϊσταμένη Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής Γ.Ν. Βόλου
Τάτλη Χαϊδούλα, Αναπληρώτρια Προϊσταμένη Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής Γ.Ν. Βόλου
Στάμου Δημήτρα*, Αναπληρώτρια Προϊσταμένη Αίθουσας Χειρουργείου Γ.Ν. Βόλου
Λασκαρίδου Ελευθερία, Αναπληρώτρια Προϊσταμένη Χειρουργείου Γ.Ν. Βόλου
- 10.10-10.20 **5^η ΟΜΙΛΙΑ**
 “Προεγχειρητική και Μετεγχειρητική παρέμβαση στην τοποθέτηση περιτοναϊκού καθετήρα”
Ομάδα εκπόνησης εργασίας:
Χαμπέρη Ελένη*, Προϊσταμένη Τμήματος Περιτοναϊκής Κάθαρσης, Γ.Ν.Βόλου
Χασιώτη Αικατερίνη, Νοσηλεύτρια Τμήματος Περιτοναϊκής Κάθαρσης, Γ.Ν.Βόλου
Σωτηριάδου Βασιλική, Νοσηλεύτρια Τμήματος Περιτοναϊκής Κάθαρσης, Γ.Ν.Βόλου
Παπακυρίτση Ευαγγελία, Νοσηλεύτρια Τμήματος Περιτοναϊκής Κάθαρσης, Γ.Ν.Βόλου
- 10.20-10.30 **ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ**
- 10.30-11.30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ II**
 “Η αναγκαιότητα της ποιότητας στην διενέργεια των χειρουργικών επεμβάσεων”
Συντονιστές:
Κουλούσιου Μαρία, Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Π.Γ.Ν. Λάρισας
Τσαντίκου Αγγελα, Τομεάρχης Χειρουργικού Τομέα Γ.Ν. Καρδίτσας
- 10.30-10.40 **1^η ΟΜΙΛΙΑ**
 “Κεντρική Αποστείρωση: Μύθος ή Αλήθεια”
Ομάδα εκπόνησης εργασίας:
Τσιώμου Γαρυφαλλιά*, Προϊσταμένη Κεντρικής Αποστείρωσης Γ.Ν. Βόλου
Βαϊτσάρα Χριστίνα, Νοσηλεύτρια Κεντρικής Αποστείρωσης Γ.Ν. Βόλου
Βρέκουλου Δαμιανή, Σπουδάστρια Σχολής Απολυμαντών Κλιβανιστών
- 10.40-10.50 **2^η ΟΜΙΛΙΑ**
 “Βασικές αρχές καθαρισμού και προστασίας χειρουργικών εργαλείων Π.Γ.Ν. Λάρισας”
Ομάδα εκπόνησης εργασίας:
Καλογήρου Πολυξένη, Προϊσταμένη Κεντρικής Αποστείρωσης Π.Γ.Ν Λάρισας
Κουτσιανοπούλου Ευαγγελία*, Νοσηλεύτρια Κεντρικής Αποστείρωσης Π.Γ.Ν Λάρισας
Τσιμπίδα Λαμπρινή, Νοσηλεύτρια Κεντρικής Αποστείρωσης Π.Γ.Ν Λάρισας
- 10.50-11.00 **3^η ΟΜΙΛΙΑ**
 “Κριτήρια Ποιότητας στο χώρο του χειρουργείου”
Εκπόνηση εργασίας:
Καραθανάση Κωνσταντίνα*, Ταγματάρχης, Προϊσταμένη Χειρουργείου, 404 Γ.Σ.Ν. Λάρισας
- 11.00-11.10 **4^η ΟΜΙΛΙΑ**
 “Η σημασία της πρόληψης και το κοινωνικοοικονομικό κόστος εργαζομένων με Σύνδρομο Καρπιαίου Σωλήνα”
Ομάδα εκπόνησης εργασίας:
Καραγιαννάκη Γεωργία*, Νοσηλεύτρια Χειρουργείου Γ.Ν. Βόλου
Κουσίδου Δημήτρα, Νοσηλεύτρια Χειρουργείου Γ.Ν. Βόλου
Τσιπερλή Δέσποινα, Αναπληρώτρια Προϊσταμένη Χειρουργείου, Γ.Ν. Βόλου
- 11.10-11.20 **5^η ΟΜΙΛΙΑ**
 “Οστικό τιμνέντο. Ασφάλεια στο χειρουργικό τραπέζι και στο νοσηλευτικό προσωπικό που το χειρίζεται.”
Ομάδα εκπόνησης εργασίας:
Λασκαρίδου Ελευθερία*, Αναπληρώτρια Προϊσταμένη Χειρουργείου Γ.Ν. Βόλου
Αθανασοπούλου Αικατερίνη, Νοσηλεύτρια Χειρουργείου Γ.Ν.Βόλου
- 11.20-11.30 **ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ**
- 11.30-12.00 **ΚΑΦΕΣ**

ΣΑΒΒΑΤΟ 04/06/2011

- 12.00-13.00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ III** “Περιογχειρητική Αναισθησιολογική Νοσηλευτική”
Συντονιστές:
Παπαχρήστου Δέσποινα, Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Γ.Ν. Τρικάλων
Ρέππας Σπύρος, Επιμελητής Α' Αναισθησιολογικού Τμήματος Γ.Ν. Βόλου
- 12.00-12.10 **1^η ΟΜΙΛΙΑ**
“Διατήρηση αεραγωγού σε πολυτραυματία κατά τη διαδρομή του στο χειρουργείο”
Ομάδα εκπόνησης εργασίας:
Μαργαριτοπούλου Σόνια, Προϊσταμένη Αναισθησιολογικού Τμήματος Γ.Ν. Βόλου
Κουσιδού Δημήτρα*, Νοσηλεύτρια Χειρουργείου Γ.Ν. Βόλου
Αναγνωστοπούλου Μαρία, Νοσηλεύτρια Χειρουργείου Γ.Ν. Βόλου
- 12.10-12.20 **2^η ΟΜΙΛΙΑ**
“BURNOUT νοσηλευτών αναισθησιολογικού τμήματος και οι επιπτώσεις του στους ίδιους και στο χώρο εργασίας”
Ομάδα εκπόνησης εργασίας:
Χουτζιούμη Μαρία, Προϊσταμένη Αναισθησιολογικού Τμήματος Γ.Ν. Καρδίτσας
Τσιγκαρίδα Ευθυμία*, Νοσηλεύτρια Αναισθησιολογικού Τμήματος Γ.Ν. Καρδίτσας
Καραμπέκου Μαρία, Νοσηλεύτρια Αναισθησιολογικού Τμήματος Γ.Ν. Καρδίτσας
Γκόνη Μαρία, Νοσηλεύτρια Αναισθησιολογικού Τμήματος Γ.Ν. Καρδίτσας
- 12.20-12.30 **3^η ΟΜΙΛΙΑ**
“Ολική λαρυγγεκτομή: Νοσηλευτική φροντίδα”
Ομάδα εκπόνησης εργασίας:
Σαμιωτάκη Μαρία*, Νοσηλεύτρια Χειρουργείου Γ.Ν. Βόλου
Καλπουριτζή Περεσφόνη, Νοσηλεύτρια Χειρουργείου Γ.Ν. Βόλου
Γούλα Αρετή, Νοσηλεύτρια Χειρουργείου Γ.Ν. Βόλου
Χαϊδάς Κωνσταντίνος, Ειδικευόμενος Γιατρός ΩΡΛ Γ.Ν. Βόλου
Σκουλάκης Χαράλαμπος, Διευθυντής ΩΡΠ Κλινικής Γ.Ν. Βόλου
- 12.30-12.40 **4^η ΟΜΙΛΙΑ**
“Αφασία”
Ομάδα εκπόνησης εργασίας:
Παπαντωνίου Βούλα*, Νοσηλεύτρια Αναισθησιολογικού Τμήματος Γ.Ν. Βόλου
Τσιώμου Γαρυφαλλιά, Προϊσταμένη Κεντρικής Αποστείρωσης Γ.Ν. Βόλου
Χαρανά Αικατερίνη, Προϊσταμένη Χειρουργείου Γ.Ν. Βόλου
- 12.40-13.00 **ΤΕΛΕΤΗ ΛΗΞΗΣ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**
Κουτελέκος Ιωάννης, Πρόεδρος Συλλόγου Νοσηλευτών Χειρουργείου
Ζαχαρόπουλος Αριστείδης, Διοικητής Γ.Ν. Βόλου

ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ

ΔΕΥΤΕΡΗ ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ

ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Professional Education Covidien Energy-based Devices

GLOBAL PERIOPERATIVE SUMMIT May 26 & 27, 2011 • Dublin, Ireland

Τις τελευταίες ημέρες του Μαΐου πραγματοποιήθηκε στο Δουβλίνο της Ιρλανδίας η δεύτερη διεθνής εκπαιδευτική συνάντηση περιεχειρητικής Νοσηλευτικής. Ο ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ βρέθηκε εκεί ελπίζοντας να γίνει φορέας γνώσης για τους Έλληνες Νοσηλευτές.

Την συνάντηση διοργάνωσε το εκπαιδευτικό τμήμα της εταιρείας Covidien και συγκεκριμένα το 'Energy-based Devices Professional Educational Department'. Οι ομιλητές-εκπαιδευτές ήταν όλοι Νοσηλευτές από το εκπαιδευτικό τμήμα της Covidien με έδρα το Denver του Colorado στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής.

Αναλυτικά την συνάντηση άνοιξε η Κα Brenda C. Ulmer διευθύντρια του εκπαιδευτικού τμήματος και για πολλά χρόνια μέλος του συμβουλίου του AORN (Association of periOperative Registered Nurses) στον οποίο διετέλεσε και Πρόεδρος. Η Κα Ulmer περιέγραψε την προσπάθεια της εταιρείας σε συνεργασία με τους επαγγελματίες υγείας να βελτιώσει τόσο των ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό όσο και την εκπαίδευση των επαγγελματιών, με στόχο την ασφάλεια των ασθενών. Αναφέρθηκε ιδιαίτερα στον κορμό του έμφυχου δυναμικού του ιδρύματος που είναι στην πλειοψηφία τους μέλη της Νοσηλευτικής κοινότητας.

Το πρώτο μέρος της εκπαιδευτικής συνάντησης ήταν αφιερωμένο στην ηλεκτροχειρουργική, στους κινδύνους από ανάφλεξη στο διεγχειρητικό περιβάλλον και τα μέτρα πρόληψης του. Αξιωματημένη η φράση του εκπαιδευτή Κου Mark Phippen για την χρήση της διαθερμίας 'Πρέπει να έχουμε όλοι οι Νοσηλευτές στο μυαλό μας κάθε

φορά που μας ζητάνε να αυξήσουμε την ισχύ της διαθερμίας, πως αυξάνουμε τον κίνδυνο για τον ασθενή'. Μόνο στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής έχουν 550-650 καταγεγραμμένες χειρουργικές αναφλέξεις. Το 70% οφείλεται στην χρήση της διαθερμίας, ένα 10% στην χρήση Laser και τα υπόλοιπα σε άλλους παράγοντες. Ιδιαίτερη αναφορά έγινε και στα μέσα πυρόσβεσης που πρέπει να διαθέτουν οι χειρουργικές αίθουσες και στην εκπαίδευση του προσωπικού σε αυτά.

Ας αναλογιστούμε όλοι αν ξέρουμε που βρίσκεται το κοντινότερο μέσο πυρόσβεσης και αν ξέρουμε να το χειριζόμαστε...? Λίγα δευτερόλεπτα αρκούν να καταστραφεί μία ζωή.

Στη συνέχεια το λόγο πήρε ο Κος Peter Graves κάνοντας αναλυτική περιγραφή των κινδύνων από την επαναχρησιμοποίηση μιας χρήσεως υλικών. Αφού παρουσίασε μια σειρά από μελέτες για τους κινδύνους, όπως την παραμονή πρωτεΐνης σε σταθεροποιητές καρδιάς, την πρόκληση χημικού εγκαύματος σε ιστούς από την χρήση γλουταραλδεύδης, την πρόκληση ρωγμών σε υλικά που δεν είναι ορατές με το μάτι και άλλα παρόμοια παραδείγματα, στάθηκε σε μία πολλή σοβαρή τοποθέτηση: Ο ασθενής είναι ενήμερος για το είδος των υλικών και εργαλείων που θα χρησιμοποιηθούν κατά την νοσηλεία του? Άραγε επιλέγει ο ίδιος αν θα χρησιμοποιηθούν μιας χρήσεως υλικά που έχουν ξαναποστειρωθεί?

Στην Αμερική έχουν μελετήσει πως το κόστος των μίας χρήσης υλικών είναι σημαντικά μικρότερο από το κόστος νοσηλείας σε μια πιθανή μετάδοση του πολυανθεκτικού MRSA!

Η Τρίτη διάλεξη ήταν αφιερωμένη στη τοποθέτηση του χειρουργικού ασθενή και τα μέτρα προστασίας που μπορούμε να πάρουμε με εισηγήτρια την Κα Donna Watson.

Την συνάντηση έκλεισε ο Κος William Duffy με μία εξαιρετική ομιλία σχετικά με τον αόρατο ρόλο του Νοσηλευτή στο διεγχειρητικό περιβάλλον και την ηγετική φυσιογνωμία που καλείται να δείξει ο Νοσηλευτής διαχειριζόμενος διαφορετικές ειδικότητες και επιστημονικές ομάδες στη χειρουργική αίθουσα. Όπως εύγλωττα διατύπωσε ο ίδιος με το Αμερικάνικο ιδιότυπο τρόπο του 'Ο Νοσηλευτής χειρουργείου είναι για τον ασθενή που έχει έρθει να χειρουργηθεί, η αόρατη δύναμη που τον ακολουθεί όλη την ώρα που αυτός βρίσκεται υπό αναισθησία', παραπέμποντας στην γνωστή σειρά Star Wars, και έκλεισε ευχόμενος σε όλους τους παρευρισκόμενους ... THE FORCE WITH YOU!!!

Η επιστροφή από το Δουβλίνο συνοδεύτηκε από δύο εξαιρετικές εκδόσεις για την βιβλιοθήκη του ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ. Η πρώτη είναι 'Competency for Safe Patient During Operative and Invasive Procedures' των Mark Phippen, Brenda Ulmer, Maryann Wells. Πρόκειται για έναν τεράστιο τόμο 1500 σελίδων με θεματολογία που καλύπτει το σύνολο σχεδόν των κλινικών θεμάτων του Περιεχειρητικού-Προεγχειρητικού, διεγχειρητικού, μεταεγχειρητικού- περιβάλλοντος, καθώς και θέματα εκπαίδευσης και διοίκησης. Ενώ η δεύτερη έκδοση πρόκειται για το 'Perioperative Safety' της Καs Donna Watson με πλήθος αρχών και στρατηγικών που αυξάνουν την χειρουργική και αναισθησιολογική ασφάλεια.

Και οι δύο τόμοι βρίσκονται στα γραφεία του συλλόγου και είναι στη διάθεση των μελών μας.

ΕΚ ΜΕΡΟΥΣ ΔΣ ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ
ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΠΟΥΛΗΣ

Thursday, May 26, 2011		Business Attire
6:00 pm	Welcome Reception Shelbourne Hotel	Hotel
6:30 pm	Welcome and Introductions	Brenda Ulmer, RN, MN, CNOR
	Greetings Gil Greulich, Global Director,	Professional Education
		Alexandra MacLean, MD EbD Medical Director
		Caroline Higgins, RN EORNA President
		Irish Officials
		Hotel
7:00 pm	Meal	
Friday, May 27, 2011		Business Attire
7:00 am	Meal	Hotel
	Walk to Royal College of Surgeons Ireland	
8:00 am – 8:15 am	Welcome	Brenda Ulmer/Gil Greulich Global Professional Education
8:15 am – 10:00 am	Back to Basics	Mark Phippen, RN, MN
10:00 am – 10:15 am	Break	
10:15 am – 11:15 am	ReUse of Single Use Devices	Peter Graves, RN, BSN
11:15 am – 12:00	Fire Safety	Mark Phippen, RN, MN
12:00 noon – 12:30 pm	Tour of RCSI (Optional)	
12:30 pm – 1:15 pm	Meal	RCSI
1:15 pm – 2:15 pm	Patient Positioning Changing World of Perioperative Nursing	Donna Watson, RN, MN Brenda Ulmer, RN, MN
2:00 pm – 3:00 pm		
3:00 pm – 3:30 pm	Clinical Questions and Answers	Panel
3:30 pm	Awarding of Certificates & Adjourn	Brenda Ulmer, RN, MN
3:45 pm – 6:45 pm	Free Time	
6:45 pm	Walk to Royal College of Physicians	
7:00 pm – 9:30 pm	Ending Activities Meal	Royal College of Physicians Dressy Attire (Suit & Tie for Men)
8:00 pm	Patient Safety: The Heart of a Nurse	William Duffy, RN, MN, JD
Saturday, May 28, 2011		
Morning meal at Hotel, travel to airport as arranged by Covidien		

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Βασιλάρου Ελισάβετ, *Νοσηλεύτρια ΠΕ,*
Καρακώστας Κώστας *T.E., Msc. Νοσηλεντές, Θριάσιο Γενικό Νοσοκομείο*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί τη συχνότερη μορφή καρκίνου παγκοσμίως και ευθύνεται για 1,3 εκατομμύρια θανάτους παγκοσμίως, κάθε χρόνο (WHO, 2005). Η διάγνωση της ασθένειας, συνήθως, τίθεται σε προχωρημένο στάδιο, γεγονός που ευθύνεται για την κακή πρόγνωση.

Η χειρουργική εκτομή του πνεύμονα αποτελεί την καλύτερη επιλογή για τους ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο του πνεύμονα. Ωστόσο, όπως και κάθε άλλη επεμβατική θεραπεία, έτσι και αυτή δεν είναι απαλλαγμένη από διάφορες επιπλοκές.

Οι μετεγχειρητικές λοιμώξεις αποτελούν μία από τις σημαντικότερες αιτίες νοσηρότητας στους θωρακοχειρουργημένους ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα.

Από τη διερεύνηση της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι η πρώτη κατά σειρά συχνότητα λοίμωξη στο μελετώμενο πληθυσμό είναι η πνευμονία, η οποία αποτελεί και αρχική αιτία θανάτου μετά από εκτομή του πνεύμονα στις περισσότερες δημοσιευμένες έρευνες (Torres, 2006). Η συχνότητα της νοσοκομειακής πνευμονίας κυμαίνεται από 1,4-25%, ενώ η θνητότητα από 0,45-33% (Belda et al 2005, Radu 2007, Schussler 2006, Schussler 2008, Licker 2002, Yildizeldi 2007).

Η δεύτερη κατά σειρά συχνότητας λοίμωξη είναι το εμπύημα με συχνότητα που κυμαίνεται από 0,3-7,4% (Shiono 2007, Belda 2005, Nan 2005, Deschamps 2001, Ploeg 2002, Yildizeldi 2007, Algar 2002, Guggino 2004). Η θνητότητα από εμπύημα, είναι μόλις 0,45%-0,1% (Imperatori et al, 2006, Yildizeldi et al, 2007).

Η λοίμωξη τομής εμφανίζεται περίπου με την ίδια συχνότητα, δηλαδή από 0,3-7,9%, ενώ οι λοιμώξεις κατώτερου αναπνευστικού (βρογχίτιδα, τραχειοβρογχίτιδα) εμφανίζονται στους χειρουργημένους ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα με επίπτωση που κυμαίνεται από 5,3-24% (Belda 2005, Nan 2005, Schussler et al, 2006).

Σπανιότερα, μπορεί να παρουσιαστεί βακτηριαμία και ουρολοίμωξη, με συχνότητες που κυμαίνονται από 2,7-6,7% και 1,4-5,7%, αντίστοιχα (Nan 2005, Boffa et al 2008).

Οι λοιμώξεις, εκτός από σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνητότητας προκαλούν και μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας, που κυμαίνεται από 6-11 μέρες και κατ' επέκταση μεγαλύτερο κόστος (Torres, 2006).

ΣΚΟΠΟΣ

Ο σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι η συλλογή και η ανάλυση της δημοσιευμένης βιβλιογραφίας, αλλά και η εκτίμηση των αποτελεσμάτων, που αφορούν τις λοιμώξεις σε χειρουργημένους ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Διενεργήθηκε συστηματική βιβλιογραφική αναζήτηση η οποία βασίστηκε κατά κύριο λόγο στο διαδίκτυο και συγκεκριμένα στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων "Pubmed", "Heal-link", "CDC", "WHO", "IDSA" και "Google".

Λέξεις κλειδιά της αναζήτησης αποτέλεσαν οι όροι: «λοιμώξεις, καρκίνος του πνεύμονα, θωρακοτομή, πνευμονεκτομή, παράγοντες κινδύνου, μετεγχειρητική πνευμονία, λοιμώξεις χειρουργικής τομής».

Οι μελέτες οι οποίες επιλέχθηκαν ήταν πλήρη άρθρα, έρευνες αλλά και ανασκοπήσεις, και δημοσιευμένα στην αγγλική γλώσσα και σε έγκυρα ιατρονοσηλευτικά περιοδικά.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ

Τα διαγνωστικά κριτήρια της πνευμονίας, σύμφωνα με το CDC, 2008 είναι τα εξής :

ΣΗΜΕΙΑ/ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

ΓΙΑ ΚΑΘΕ ΑΣΘΕΝΗ **τουλάχιστον 1** από τα παρακάτω:

- Πυρετός (>38°C ή >100,4°F) χωρίς άλλη αναγνωρισμένη αιτία
- Λευκοπενία (<4000 WBC/mm³) ή λευκοκυττάρωση (≥12,000 WBC/mm³)
- Για τους ενήλικες > 70 ετών, μεταβολή της διανοητικής κατάστασης χωρίς άλλη αναγνωρισμένη αιτία

και

τουλάχιστον 2 από τα ακόλουθα κριτήρια :

- Εμφάνιση πυώδους απόχρεμψης ή αλλαγή στη σύσταση των πτυέλων ή αύξηση των απαιτήσεων για αναρρόφηση
- Εμφάνιση ή επιδείνωση βήχα, ή δύσπνοιας ή ταχύπνοιας
- Ρόγχοι ή βρογχικοί ήχοι
- Επιδείνωση της ανταλλαγής αερίων (πχ PaO₂/FiO₂ ≤ 240), αυξημένες απαιτήσεις σε οξυγόνο ή αυξημένη ανάγκη για χρήση αναπνευστήρα

ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΑ

Δύο ή περισσότερες διαδοχικές ακτινογραφίες θώρακα με **τουλάχιστον 1** από τα παρακάτω :

- Νέα ή προοδευτική και επίμονη διήθηση
- Πύκνωση
- Σχηματισμός κοιλοτήτων

Η πνευμονία αποτελεί την πρώτη κατά σειρά συχνότητα λοίμωξης στους θωρακοχειρουργημένους ασθενείς για καρκίνο του πνεύμονα, αφού η συχνότητα της κυμαίνεται από 1,4-25%. Το μεγάλο εύρος της επίπτωσης οφείλεται πιθανότατα στη διαφορετικότητα του πληθυσμού των ασθενών και στα διαφορετικά ποσοστά των ολικών πνευμονεκτομών στις δημοσιευμένες έρευνες (ATS and IDSA 2004, Belda et al 2005, Radu et al 2007). Η θνητότητα από πνευμονία στους χειρουργημένους ασθενείς για καρκίνο του πνεύμονα κυμαίνεται από 0,45% - 33%. Οι επιπτώσεις της πνευμονίας στους χειρουργημένους ασθενείς είναι η υψηλή θνητότητα, η παρατεταμένη διάρκεια νοσηλείας και το αυξημένο κόστος (Radu et al, 2007).

Οι πνευμονίες μετά από εκτομή του πνεύμονα είναι συνήθως βακτηριακές με τυπική κλινική εικόνα και γρήγορη εξέλιξη (Torres, 2006). Οι περισσότερες περιπτώσεις πνευμονίας συμβαίνουν στις πέντε πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες (Radu et al, 2007). Οι παθογόνοι μικροοργανισμοί που ευθύνονται για τις περισσότερες πνευμονίες είναι οι *Staphylococcus aureus* και MRSA, *Haemophilus influenzae*, *Pseudomonas aeruginosa* και *Streptococcus pneumoniae*. Πιο αναλυτικά, ο MRSA ευθύνεται για το 50% των περιπτώσεων, ο *Staphylococcus aureus* για το 17,9%-35%, ο *Haemophilus influenzae* για το 16,1%-41,7%, ο *Pseudomonas aeruginosa* για το 22%-25% και ο *Streptococcus pneumoniae* για το 14,3%-25% (Radu et al 2007, Schussler et al 2006, Stephan et al 2000).

Οι παράγοντες κινδύνου της μετεγχειρητικής πνευμονίας είναι η χρόνια αναπνευστική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ, COPD), ο αποικισμός των αεραγωγών κατά τη διάρκεια της επέμβασης, ο μέγιστος εκπνευστικός όγκος FEV₁<70%, ο τύπος της εκτομής (λοβεκτομή / πνευμονεκτομή), το παθολογικό στάδιο του καρκίνου, το άρεν φύλο, η ηλικία >75 ετών και ο δείκτης μάζας σώματος BMI ≥25kg/m². (Belda et al 2005, Radu et al 2007, Schussler et al 2006, Schussler et al 2008, Torres 2006).

Η πρόληψη της μετεγχειρητικής πνευμονίας βασίζεται στην εκπαίδευση και συμμετοχή του προσωπικού στην πρόληψη της πνευμονίας, στην επιδημιολογική επιτήρηση της, στη διακοπή της μετάδοσης των παθογόνων μικροοργανισμών, στην αύξηση της άμυνας των ασθενών έναντι των μολύνσεων, στην πρόληψη του στοματοφαρυγγικού αποικισμού και στην πρόληψη της εισρόφησης (ATS and IDSA 2004, CDC, 2003, Collef et al 2007).

ΕΜΠΥΗΜΑ

Το εμπύημα είναι μια δυναμική, φλεγμονώδης διαδικασία που λαμβάνει χώρα στην περιοχή μεταξύ σπλαχνικού και τοιχωματικού υπεζωκότα. Το υγρό του εμπύηματος αποτελείται από ινώδες, κυτταρικά υπολείμματα και ζώντα ή νεκρά βακτήρια (Schiza and Safiakas, 2006). Η ανάπτυξη

του εμπύηματος περιλαμβάνει 3 στάδια :

- Στο πρώτο στάδιο, το εμπύημα ξεκινά σαν αραιή και στείρα συλλογή υγρού.
- Στο δεύτερο στάδιο, εμφανίζονται μεγάλες ποσότητες λευκών αιμοσφαιρίων και σχηματισμός ινώδους ιστού στην πλευρική κοιλοότητα, οδηγώντας σε δημιουργία μικρών κοιλοτήτων με πύο, που παροχετεύεται δύσκολα. Ακόμη, δημιουργείται μεμβράνη γύρω από το λοβό του πνεύμονα.
- Στο τρίτο στάδιο, το πύο συσσωρεύεται και σχηματίζει ένα παχύ και στερεό στρώμα που περικλείει τον πνεύμονα (Coote and Cay, 2005).

Συχνά, το εμπύημα προκαλεί περαιτέρω επιπλοκές, με συνθεστέρα από αυτές το συρίγγιο, με αποτέλεσμα την αύξηση της πιθανότητας για νοσηρότητα και θνητότητα. Ένα 80% των περιπτώσεων εμπύηματος εμφανίζουν ως επιπλοκή το συρίγγιο (Ng et al, 2008). Στις περισσότερες περιπτώσεις, λόγω του μικρού μεγέθους του είναι δύσκολο να διαγνωστεί. Ωστόσο, αποτελεί την πύλη της λοίμωξης στην κοιλοότητα που σχηματίζεται μετά από την εκτομή του πνεύμονα (Schiza and Safiakas, 2006).

Τα κριτήρια για τη διάγνωση του θωρακικού εμπύηματος είναι:

1. Παρουσία πύου στην παρακέντηση και παθογόνων μικροοργανισμών στην χρώση gram ή στην καλλιέργεια ή
2. pH < 7,2, επίπεδα γλυκόζης < 400 mg/dl, LDH < 1000 IU/ml, επίπεδα πρωτεΐνης < 3 g/ml, και WBC >15000 κύτταρα/mm³
3. Κλινικά, ακτινολογικά και εργαστηριακά στοιχεία συμπληρώνουν την κλινική εικόνα (Molnar, 2007).

Η διάγνωση του εμπύηματος τίθεται με την παρουσία πυώδους πλευριτικού υγρού και μικροοργανισμών στο πλευριτικό υγρό, με Gram χρώση ή καλλιέργεια (Charman and Davies, 2004). Η διάγνωση είναι συχνά δύσκολη, διότι η λοίμωξη μπορεί να συμβεί οποιαδήποτε χρονική στιγμή μετά από την εκτομή του πνεύμονα, από τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες έως και χρόνια. Τα σημεία και τα συμπτώματα, αρχικά είναι ο χαμηλός πυρετός και η αύξηση του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων. Η παρουσία αέρα στο πλευριτικό υγρό, μετά την πνευμονεκτομή, δεν είναι διαγνωστικό στοιχείο. Ωστόσο, αποτελεί στοιχείο υποψίας εμπύηματος ακόμα και κατά την απουσία άλλων συμπτωμάτων (Abbas et al, 2002).

Από τη διερεύνηση της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι η δεύτερη κατά σειρά συχνότητα λοίμωξη στο μελετώμενο πληθυσμό είναι το εμπύημα. Η συχνότητα του εμπύηματος κυμαίνεται από 0,3% - 7,4%. Η επίπτωση του είναι σημαντικά χαμηλότερη μετά από επέμβαση λοβεκτομής σε σύγκριση με την πνευμονεκτομή, που ανέρχεται σε 1-3% και 2-13%, αντίστοιχα (Ben-Nun et al, 2003). Ωστόσο, η πραγματική επίπτωση της λοίμωξης υποεκτιμάται, διότι υπάρχει πιθανότητα εμφάνισης της ακόμα και χρόνια μετά από την επέμβαση (Abbas et al, 2002). Ο μεγαλύτερος αριθμός των εμπυημάτων, όμως, συμβαίνει στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο (Ben-Nun et al, 2003).

Η θνητότητα από εμπύημα, είναι μόλις 0,45%-0,1% (Imperator et al 2006, Yildizeldi et al, 2007). Τα χαμηλά

ποσοστά θνητότητας οφείλονται αφενός στη μείωση των πνευμονεκτομών και αφετέρου στην εξέλιξη των θεραπειών του εμπύηματος (Watanabe et al, 2004).

Οι παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με το εμπύημα μετά από πνευμονεκτομή είναι ο διαβήτης, η μηχανική υποστήριξη της αναπνοής, το χαμηλό FEV₁ τα χαμηλά επίπεδα DLCO, τα χαμηλά επίπεδα αιμοσφαιρίνης ορού, η ηλικία >75 ετών, η παρατεταμένη χρήση του θωρακικού σωλήνα, η χρήση στεροειδών, το διατροφικό επίπεδο, η προεγχειρητική ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία, η υπάρχουσα λοίμωξη κατά την διαδικασία εκτομής του πνεύμονα, το μέγεθος της εκτομής, η δεξιά πνευμονεκτομή, το μεγάλο μέγεθος και η φτωχή αγγειοβρίθεια του βρογχικού κολοβώματος και η κακοήθεια στο βρόγχο του πνεύμονα (Abbas et al 2002, Coote and Kay 2005, Deschamps et al 2001, Myrdal et al 2001, Ng et al 2008, Shiono et al, 2007).

Μόλις τεθεί η διάγνωση του εμπύηματος, τα πρωταρχικά κρίσιμα βήματα της θεραπείας, είναι η ενδοφλέβια χορήγηση αντιβιοτικών και η παροχέτευση με θωρακικό σωλήνα. Η βάση της θεραπείας του εμπύηματος είναι η χορήγηση αντιβιοτικών (Ben-Nun et al, 2003). Η επιλογή του κατάλληλου αντιβιοτικού βασίζεται στα αποτελέσματα της καλλιέργειας του πλευριτικού υγρού και στην ευαισθησία των μικροοργανισμών στα αντιβιοτικά. Η επιπρόσθετη εμπειρική χορήγηση αντιβιοτικών για τους αναερόβιους μικροοργανισμούς είναι αποδεκτή, διότι συνήθως συνυπάρχουν με τα αερόβια παθογόνα, όμως είναι δύσκολο να εντοπιστούν στο δείγμα. Οι επιλογές των αντιβιοτικών συμπεριλαμβάνουν τις καρβαπενέμες, τις αντιψευδομοναδικές πενικιλίνες και τις κεφαλοσπορίνες 3ης γενιάς, για παράδειγμα ceftazidime σε συνδυασμό με μετρονιδαζόλη. Οι αμινογλυκοσίδες θα πρέπει να αποφεύγονται διότι δεν έχουν την ικανότητα να διεισδύουν εύκολα στην πλευρική κοιλότητα (Charman and Davies, 2004).

Σε πολύ πρώιμο στάδιο εμπύηματος, η αγωγή με αντιβιοτικά μόνο και χωρίς ενδείξεις ύπαρξης συριγγίου και η παρακολούθηση της εξέλιξης του μπορεί να είναι επαρκής (Abbas et al 2002, Coote and Kay 2005). Ωστόσο, εάν υπάρχει πύο στην πλευρική κοιλότητα η παροχέτευση του κρίνεται αναγκαία

Η χειρουργική παρέμβαση απαιτείται στο 40% των ασθενών με εμπύημα. Η χειρουργική επέμβαση με καθαρισμό του νεκρωτικού υλικού (decontamination) γίνεται στο τρίτο στάδιο του εμπύηματος, δηλαδή με διάρκεια για περισσότερο από 6 εβδομάδες. Η επιλογή αυτή δε συνιστάται στους ασυμπτωματικούς ασθενείς (Molnar et al, 2007). Η κατάλληλη χρονική στιγμή για να γίνει η χειρουργική επέμβαση είναι αμφίβολη. Στις περισσότερες περιπτώσεις οι ασθενείς αντιμετωπίζονται με παροχέτευση και χορήγηση αντιβιοτικών και μετέπειτα, με χειρουργική επέμβαση, σε περίπτωση αποτυχίας των μέτρων αυτών, ή σε περίπτωση εμπύηματος σε προχωρημένο στάδιο (Charman and Davies, 2004).

Η θωρακοσκοπική προσπέλαση VATS είναι αποτελεσματική στη θεραπεία του εμπύηματος και λιγότερο επεμβατική από την ανοιχτή θωρακοτομή. Σύμφωνα με έρευνες, η επιτυχία της μεθόδου κυμαίνεται από 68-93% και η θνητότητα είναι

μόλις 2-3% (Molnar 2007, Schiza and Siafakas 2006). Χρησιμοποιείται επιτυχώς στους ασθενείς με εμπύημα χωρίς την ύπαρξη συριγγίου, όμως έχει μεγαλύτερο ποσοστό αποτυχίας στους ασθενείς με εμπύημα σε πολύ προχωρημένο στάδιο (Gossot et al, 2004). Οι ασθενείς με εμπύημα που διαρκεί περισσότερο από 5 εβδομάδες (στάδιο 3), χρειάζονται θεραπεία με ανοιχτή χειρουργική επέμβαση (Molnar, 2007).

ΛΟΙΜΩΞΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ

Η λοίμωξη χειρουργικής τομής είναι η πυώδης έκκριση γύρω από την τομή ή στο σημείο εισαγωγής της παροχέτευσης. Από τη διερεύνηση της βιβλιογραφίας προκύπτει πως η επίπτωση της λοίμωξης στους χειρουργημένους ασθενείς για καρκίνο του πνεύμονα είναι 0,3 – 7,9%.

Ο κίνδυνος θνητότητας είναι 2-11 φορές μεγαλύτερος στους ασθενείς με λοίμωξη χειρουργικής τομής, σε σύγκριση με τους ασθενείς χωρίς τη λοίμωξη αυτή (Anderson et al, 2008). Η επίδραση της λοίμωξης στην αύξηση του κόστους και στη διάρκεια νοσηλείας είναι σοβαρή. Το συνολικό κόστος για κάθε λοίμωξη χειρουργικής τομής κυμαίνεται από 690-2734\$, ενώ η παράταση νοσηλείας των ασθενών με λοίμωξη χειρουργικής τομής είναι 7-8 μέρες (Yalcin, 2003). Η λοίμωξη χειρουργικής τομής συνήθως συμβαίνει από παθογόνους μικροοργανισμούς που εισάγονται στο χειρουργικό τραύμα κατά τη διάρκεια της επέμβασης, είτε από εξωγενείς παράγοντες, όπως ο αέρας, τα χειρουργικά εργαλεία και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, είτε από ενδογενείς παράγοντες, όπως η χλωρίδα του δέρματος ή του χειρουργικού πεδίου ή σπανιότερα από το αίμα που μεταγγίζεται κατά τη διάρκεια της επέμβασης (Kirby and Mazuski 2009, WHO 2002).

Οι έρευνες δείχνουν πως για τις περισσότερες λοιμώξεις χειρουργικής τομής υπεύθυνοι είναι οι gram+ κόκκοι και οι gram- βάκιλλοι. Σύμφωνα με το σύστημα NNIS, ο staphylococcus aureus είναι το πιο σύνθετος παθογόνο, ενώ ακολουθούν οι κοαγκουλάση αρνητικοί staphylococci και τα είδη enterococcus. Οι πιο συχνοί gram- βάκιλλοι είναι το Escherichia coli, Pseudomonas aeruginosa και τα είδη Enterobacter (Kirby and Mazuski 2009, Nan et al 2005). Το 1/3 των ασθενών με λοίμωξη χειρουργικής τομής εντοπίζεται μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο (Nan et al, 2005). Οι παράγοντες κινδύνου της λοίμωξης χειρουργικής τομής διαχωρίζονται σε δυο κατηγορίες, στους ενδογενείς, δηλαδή τους παράγοντες που σχετίζονται με τους ασθενείς και τους εξωγενείς, δηλαδή εκείνους που σχετίζονται με την διαδικασία της χειρουργικής επέμβασης.

Οι παράγοντες κινδύνου που προκύπτουν από τις δημοσιευμένες έρευνες, με πολυπαραγοντική ανάλυση είναι η διάρκεια επέμβασης >180 λεπτά, τα επίπεδα αλβουμίνης <3,5g/dl, τα συνοδά νοσήματα των ασθενών, η ηλικία >70ετών και η πνευμονεκτομή (Imperatori et al 2006). Για την πρόληψη της λοίμωξης χειρουργικής τομής χρειάζεται κατάλληλη προεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς, κατάλληλη προετοιμασία του χειρουργικού πεδίου, προεγχειρητική αντισηψία των χεριών των μελών της χειρουργικής ομάδας, χρήση κατάλληλης αντιβιοτικής χημειοπροφύλαξης, σωστός αερισμός στο περιβάλλον του

χειρουργείου, σωστή χρήση χειρουργικού ιματισμού, στείρος ιατρικός εξοπλισμός, σωστή χειρουργική τεχνική, καθαρό χειρουργικό περιβάλλον, και πρόγραμμα επιτήρησης της λοίμωξης (Centre for Health Protection 2009, Kirby and Mazuski 2009).

ΟΥΡΟΛΟΙΜΩΞΗ, ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΚΑΤΩΤΕΡΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ

Η επίπτωση της ουρολοίμωξης στους χειρουργημένους ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα, σύμφωνα με τις έρευνες, είναι 1,4-5,7 %. Οι ουρολοιμώξεις σχετίζονται με λιγότερη νοσηρότητα σε σύγκριση με τις άλλες νοσοκομειακές λοιμώξεις, όμως μπορεί να οδηγήσουν σε βακτηριαμία και θάνατο.

Συνήθως, η διάγνωση της ουρολοίμωξης τίθεται με μικροβιολογικά κριτήρια, δηλαδή θετική καλλιέργεια. Τα συνήθη βακτήρια που προκαλούν ουρολοίμωξη είναι το *Escherichia coli* και η πολυανθεκτική *Klebsiella* (WHO, 2002).

Οι παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση ουρολοίμωξης είναι οι επεμβατικές ουρολογικές διαδικασίες, η εισαγωγή και το μέγεθος του ουροκαθετήρα και η χρονική διάρκεια του καθετηριασμού.

Τα μέτρα πρόληψης της ουρολοίμωξης είναι :

- Η χρήση άσηπτης τεχνικής κατά την εισαγωγή του ουροκαθετήρα
- Η αποφυγή καθετηριασμού της ουροδόχου κύστης, εάν δεν κρίνεται απαραίτητος
- Η αποφυγή παρατεταμένης χρήσης του ουροκαθετήρα
- Η επιλογή του μικρότερου μεγέθους ουροκαθετήρα για την αποφυγή τραυματισμού της ουρήθρας (WHO, 2002).

Οι βακτηριαμίες δεν είναι συχνές, αφού αποτελούν μόνο το 5% των νοσοκομειακών λοιμώξεων, όμως μπορεί να γίνουν αιτία θανάτου. Τα συνηθέστερα παθογόνα αίτια είναι οι πολυανθεκτικοί κοαγκουλάση-αρνητικοί σταφυλόκοκκοι και τα είδη *Candida*. Πύλη εισόδου των μικροοργανισμών αποτελούν οι ενδαγγειακές συσκευές και οι ενδοφλέβιοι καθετήρες. Οι μικροοργανισμοί που αποικίζουν τον καθετήρα μπορεί να προκαλέσουν βακτηριαμία, χωρίς εμφανή εξωτερική λοίμωξη στο δέρμα (WHO, 2002).

Από τη διερεύνηση της βιβλιογραφίας προκύπτει πως η επίπτωση της βακτηριαμίας στους χειρουργημένους ασθενείς για καρκίνο του πνεύμονα είναι 2,7 – 6,7%. Παράγοντες κινδύνου της βακτηριαμίας αποτελούν η διάρκεια παραμονής του καθετήρα στον ασθενή, η άσηπτη τεχνική κατά την εισαγωγή του καθετήρα και η φροντίδα του καθετήρα (WHO, 2002).

Η επίπτωση της λοίμωξης κατώτερου αναπνευστικού στους χειρουργημένους ασθενείς για καρκίνο του πνεύμονα είναι 5,3– 24%.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας ανασκόπησης οι μετεγχειρητικές λοιμώξεις αποτελούν μία από τις σημαντικότερες αιτίες νοσηρότητας στους θωρακοχειρουργημένους ασθενείς για καρκίνο του πνεύμονα. Σύμφωνα με τις έρευνες οι τρεις συχνότερες λοιμώξεις στους

ασθενείς αυτούς είναι η πνευμονία, το εμπύημα και η λοίμωξη χειρουργικής τομής με αποτέλεσμα την αύξηση της θνητότητας, του κόστους και της διάρκειας νοσηλείας.

Από τη διερεύνηση της βιβλιογραφίας προκύπτει πως η επίπτωση της πνευμονίας κυμαίνεται από 1,4-25%. Το εύρος των ποσοστών πιθανότατα οφείλεται στην ποικιλομορφία του δείγματος των ασθενών, στη διαφοροποίηση του ορισμού της πνευμονίας και στον διαφορετικό αριθμό των τύπων της επέμβασης, δηλαδή των λοβεκτομών και των πνευμονεκτομών (Belda et al 2005, Radu et al, 2007). Η θνητότητα κυμαίνεται από 0,45-33%, και τα υψηλά ποσοστά της προκύπτουν κυρίως από τις έρευνες, στις οποίες ο αριθμός των πνευμονεκτομών είναι μεγάλος (Radu et al, 2007). Η πνευμονία είναι η λοίμωξη που προκαλεί την υψηλότερη θνητότητα.

Το εμπύημα είναι η δεύτερη συχνότερη λοίμωξη, με επίπτωση 0,3-7,4%.

Η επίπτωση του εμπύματος σύμφωνα με την έρευνα του Ben-nun et al, είναι σημαντικά χαμηλότερη μετά από επέμβαση λοβεκτομής σε σύγκριση με την πνευμονεκτομή, δηλαδή 1-3% και 2-13%, αντίστοιχα (Ben-Nun et al, 2003). Η θνητότητα μετά από εμπύημα καταγράφεται μόνο σε δύο έρευνες και είναι μόλις 0,45-0,1%.

Η λοίμωξη χειρουργικής τομής είναι η τρίτη κατά σειρά συχνότητας λοίμωξη με επίπτωση 0,3-7,9%. Φαίνεται πως τα χαμηλά ποσοστά της λοίμωξης χειρουργικής τομής οφείλονται στην αποτελεσματικότητα της χημειοπροφύλαξης κατά τη διάρκεια της επέμβασης. Η θνητότητα από λοίμωξη χειρουργικής τομής δεν καταγράφεται στις έρευνες, γεγονός που δείχνει πως αντιμετωπίζεται κατάλληλα (Yalcin, 2003).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί τη συχνότερη μορφή καρκίνου παγκοσμίως, με την υψηλότερη θνητότητα. Παρά τις εξελίξεις όσον αφορά τη θεραπεία του καρκίνου, η κακή πρόγνωση της ασθένειας είναι γεγονός. Η εκτομή του πνεύμονα είναι η καλύτερη θεραπευτική επιλογή για τον καρκίνο του πνεύμονα, όμως υπάρχει υψηλός κίνδυνος για εμφάνιση διαφόρων επιπλοκών και λοιμώξεων.

Οι λοιμώξεις μετά από επέμβαση εκτομής του πνεύμονα για καρκίνο, αποτελούν σημαντικό παράγοντα νοσηρότητας και θνητότητας του ασθενούς. Επίσης, αυξάνουν σημαντικά τη διάρκεια νοσηλείας και το κόστος. Οι πιο συχνές λοιμώξεις είναι η πνευμονία, το εμπύημα και η λοίμωξη χειρουργικής τομής.

Οι παράγοντες κινδύνου των λοιμώξεων είναι πολλαπλοί και οι περισσότεροι σχετίζονται με τη γενική κατάσταση του ασθενούς. Για το λόγο αυτό, είναι αναγκαία η προσεκτική επιλογή του ασθενούς για χειρουργική επέμβαση. Οι ασθενείς με πολλαπλούς παράγοντες κινδύνου, όπως για παράδειγμα μεγάλη ηλικία, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και προχωρημένο παθολογικό στάδιο καρκίνου, βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο νοσηρότητας και θνητότητας μετεγχειρητικά. Η σωστή αξιολόγηση της κατάστασής τους και η εφαρμογή της καταλληλότερης γι' αυτούς θεραπείας είναι υψίστης σημασίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί τη συχνότερη μορφή καρκίνου παγκοσμίως. Η χειρουργική επέμβαση εκτομής του πνεύμονα με θωρακοτομή είναι η καλύτερη θεραπεία για τον καρκίνο του πνεύμονα, ωστόσο δεν είναι απαλλαγμένη από διάφορες επιπλοκές. Οι λοιμώξεις μετεγχειρητικά αποτελούν μία από τις σημαντικότερες αιτίες νοσηρότητας στους θωρακοχειρουργημένους ασθενείς.

Οι συνηθέστερες λοιμώξεις μετά από χειρουργική επέμβαση του πνεύμονα για καρκίνο είναι η πνευμονία, το εμπύημα και η λοίμωξη χειρουργικής τομής. Από τη διερεύνηση της βιβλιογραφίας προκύπτει πως η πρώτη κατά σειρά συχνότητας λοίμωξη στο μελετώμενο πληθυσμό είναι η πνευμονία με επίπτωση 1,4-25%, με υψηλή θνητότητα, παρατεταμένη διάρκεια νοσηλείας και αυξημένο κόστος. Οι πνευμονίες μετά από εκτομή του πνεύμονα είναι συνήθως βακτηριακές με τυπική κλινική εικόνα και γρήγορη εξέλιξη. Οι συνηθέστεροι παθογόνοι μικροοργανισμοί είναι ο *Streptococcus pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa* και *Haemophilus influenzae*, ενώ οι παράγοντες κινδύνου της λοίμωξης είναι ο αποικισμός των αεραγωγών, η επαγωγική θεραπεία, το FEV1<70%, η ηλικία>75 ετών, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, το παθολογικό στάδιο του καρκίνου, ο τύπος της επέμβασης.

Το εμπύημα, που είναι η συλλογή πύου στην πλευρική κοιλότητα, αποτελείται από τρία στάδια εξέλιξης και είναι η δεύτερη κατά σειρά συχνότητας λοίμωξη με επίπτωση που κυμαίνεται από 0,3-7,4%. Παράγοντες κινδύνου του εμπύματος αποτελούν η δεξιά πνευμονεκτομή, η ηλικία>75 ετών, τα χαμηλά επίπεδα FEV1 και DLCO και αιμοσφαιρίνης ορού. Η βάση της θεραπείας του εμπύματος είναι η αγωγή με αντιβιοτικά και η παροχέτευση του πλευρικού υγρού. Σε περίπτωση αποτυχίας των μέτρων αυτών ή σε περίπτωση εμπύματος σε προχωρημένο στάδιο, οι ασθενείς αντιμετωπίζονται με χειρουργική επέμβαση.

Η λοίμωξη χειρουργικής τομής αποτελεί την τρίτη πιο συχνή λοίμωξη με επίπτωση 0,3-7,9% και συμβαίνει συνήθως κατά τη διάρκεια της επέμβασης είτε από εξωγενείς είτε από ενδογενείς παράγοντες. Οι συνηθέστεροι παθογόνοι μικροοργανισμοί είναι ο *Staphylococcus aureus* και *Pseudomonas aeruginosa*, ενώ οι παράγοντες κινδύνου της λοίμωξης τομής είναι η πνευμονεκτομή, η ηλικία>70 ετών, η διάρκεια της επέμβασης, η γενική κατάσταση του ασθενούς. Σπανιότερα, οι ασθενείς με επέμβαση εκτομής του πνεύμονα για καρκίνο μπορεί να παρουσιάσουν ουρολοίμωξη, βακτηριαιμία και λοίμωξη κατώτερου αναπνευστικού συστήματος.

ABSTRACT

Lung cancer is the most frequent neoplasia and the most common cause of death from cancer, in the world. Surgical resection of the lung remains the best curative option for patients with lung cancer.

Patients undergoing pulmonary resections are at high risk of experiencing several complications. Postoperative infection is one of the major morbidity and mortality factors

after pulmonary surgery. Furthermore, infections result in increase of the hospitalization period and additional health care costs.

The most common infections after lung resections are pneumonia, empyema and surgical site infections. According to the results of the studies, pneumonia is the most frequent infection, with an incidence of 1,4-25%, high mortality rates, long hospitalization and increased cost.

Pneumonias after lung resection are mostly bacterial, with a typical clinical presentation and rapid evolution. The most common pathogens are *Streptococcus pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa* and *Haemophilus influenzae*. The risk factors for pneumonia are bronchial colonization, induction therapy, FEV1<70%, age>75, COPD, the pathologic stage of cancer and the type of resection.

Empyema, which is the collection of pus into the pleural cavity, consists of three stages and is the second most common infection with an incidence of 0,3-7,4%. The risk factors for empyema are the right pneumonectomy, age>75, low FEV1 and DLCO and low serum hemoglobin.

Antibiotics and tube drainage are the basis of empyema's management. In the case of failure of these measures or in the case of empyema in advanced stage, patients are undergone open thoracotomy.

The surgical site infection is the third most common infection with an incidence of 0,3-7,9% and is usually acquired during the operation either exogenously or endogenously. The most common pathogens are *Staphylococcus aureus* and *Pseudomonas aeruginosa*. The risk factors of the surgical site infections are pneumonectomy, age>70, the duration of surgery and the general condition of the patient.

Other infections after lung resections are urinary tract infection, bacteremia and lower respiratory tract infection

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Abbas, Abbas el-Sayed MD, Deschamps, Claude MD. *Postpneumonectomy empyema*. Lippincott Williams and Wilkins. 2002, 8:327-333
2. Algar Francisco Javier, Antonio Alvarez, Angel Salvatierra, Carlos Baamonde, Jose Luis Aranda and Francisco Javier Lopez-Pujol. *Predicting pulmonary complications after pneumonectomy for lung cancer*. *Eur J Cardio-thorac Surg*. 2002, 23: 201-208
3. Anderson Deverick, Keith Kaye, David Classen, Kathleen Arias, Kelly Podgorny, Helen Burstin, David Calfee, Susan Koffin, Erik Dubberke, Victoria Fraser, Dale Gerding, Frances Griffin, Peter Gross, Michael Clompas, Evelyn Yonas Marscall, Leonard Mermel, Lindsay Nicole, David Pegues, Trish Perl, Sanjay Saint, Cassandra Salgado, Robert Weinstein, Robert Wise, Deborah Yokoe. *Strategies to prevent surgical site infections in acute care hospitals*. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2008, 29: 51-61
4. ATS and IDSA. *Guidelines for the management of adults with hospital-acquired, ventilator associated, and health-care associated pneumonia*. *Am J Respir Crit Care Med*.

- 2004, 171: 388-416
5. Belda Jose, MD, PhD; Manuela Cavalcanti, MD; Miquel Ferrer, MD, PhD; Mireia Serra, MD; Jorge Puig de la Bellacasa, MD; Emilio Canalis, MD, PhD, FCCP; and Antoni Torres, MD, PhD, FCCP. *Bronchial Colonization and Post-operative Respiratory Infections in Patients Undergoing Lung Cancer Surgery*. CHEST. 2005, 128:1571-1579
 6. Ben-Nun A., M. Soudack, L.A. Best. *Non-surgical treatment for post pneumonectomy empyema*. *Interact Cardio-Vasc Thorac Surg*. 2003, 882:616-619
 7. Boffa Daniel, Mark Allen, Joshua Grab, Henning Gaisert, David Harpole, Cameron Wright. *Data from the Society of Thoracic Surgeons general thoracic surgery database: The surgical management of primary lung tumors*. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2008, 135:247-54
 8. Center for Infectious Diseases. *The National Healthcare Safety Network (NHSN) Manual, Patient Safety Component Protocol*, 2008
 9. Centre For Health Protection. *Recommendations on Prevention of Surgical Site Infection*. [Online] [cited 2009], available at: http://www.chp.gov.hk/files/pdf/recommendations_on_prevention_of_ssi.pdf
 10. Chapman Stephen J. and Robert J.O. Davies. *Recent advances in parapneumonic effusion and empyema*. *Curr Opin Pulm Med*. 2004, 10:299-304
 11. Coote N, Kay ES, *Surgical versus non-surgical management of pleural empyema*, 2005, *Cochrane database of systematic reviews*
 12. Deschamps C, Bernard A, Nichols FC 3rd, Allen MS, Miller DL, Trastek VF, Jenkins GD, Pairolero PC. *Empyema and bronchopleural fistula after pneumonectomy: factors affecting incidence*. *Ann Thorac Surg*. 2001, 72(1):243-8
 13. Gossot Dominique MD, Stern Jean-Baptiste MD, Galetta Domenico MD, Debrosse Denis MD, Girard Philippe MD, Caliandro Raffaele MD, Harper Luke MD, Grunenwald Dominique MD. *Thoracoscopic management of postpneumonectomy empyema*. *Ann Thorac Surg*. 2004, 78:273-6
 14. Imperatori Andrea, Francesca Rovera, Nicola Rotolo, Elisa Nardecchia, Valentina Conti, Lorenzo Dominioni. *Prospective study of infection risk factors in 988 lung resections*. *Surg Infect*. 2006, 2:57-60
 15. Kirby John P. John Mazuski. *Prevention of surgical site infection*. *Surg Clin N Am*. 2009, 89:365-389
 16. Licker Marc, MD, Anastase Spiliopoulos, MD, Jean-Georges Frey, MD, John Robert, MD, Laurent Höhn, MD, Marc de Perrot, MD, and Jean-Marie Tschopp, MD, FCCP. *Risk Factors for Early Mortality and Major Complications Following Pneumonectomy for Non-small Cell Carcinoma of the Lung*. CHEST. 2002, 121:1890-1897
 17. Molnar Thomas F. *Current surgical treatment of thoracic empyema in adults*. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2007, 32:422-430
 18. Myrdal G., G. Gustafsson, M. Lambe, L.G. Hörte and E. Stable. *Outcome after lung cancer surgery. Factors predicting early mortality and major morbidity*. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2001, 20:694-699
 19. Nan Daniel N., Marta Fernandez-Ayala, Concepcion Farinas-Alvarez, Roberto Mons, Francisco J. Ortega, Jesus Gonzalez-Macias and M. Carmen Farinas. *Nosocomial infection after lung Surgery, Incidence and risk factors*. *Chest*. 2005, 128:2647-2652
 20. NG Thomas MD, FACS, Beth A Ryder MD, Donna E Maziak MDCM, FACS, Farid M Shamji MD FACS. *Treatment of postpneumonectomy empyema with debridement followed by continuous antibiotic irrigation*. *J Am Coll Surg*. 2008, 206:1178-1183
 21. Ploeg Arianne, Pieter Kappetein, Robert van Tongeren, Paul Pahlplatz, Gerard Kastelein, Paul Breslau. *Factors associated with perioperative complications and long-term results after pulmonary resection for primary carcinoma of the lung*. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2003, 23:26-29
 22. Radu Dana M., MD, Francoise Jaureguy, Pharm D, Agathe Seguin, MD, Clement Foulon, Pharm D, Marie Dominique Destable, MD, Jacques Azorin, MD, Emmanuel Martinod, MD, PhD. *Postoperative Pneumonia After Major Pulmonary Resections*
 23. Schiza Sophia and Nikolaos M. Sifakas. *Clinical effusion and management of empyema, lung abscess and pleural effusion*. *Curr Opin Pulm Med*. 2006, 12:205-211
 24. Schussler Olivier, Marco Alifano, Herve Dermine, Salvatore Strano, Anne Casetta, Sergio Sepulveda, Aziz Chafik, Sophie Coignard, Antoine Rabbat, and Jean-Francois Regnard. *Postoperative Pneumonia after Major Lung Resection*. *Am J Respir Crit Care Med*. 2008, 8:1161-1169,
 25. Schussler O, Dermine H, Alifano M, Casetta A, Coignard S, Roche N, Strano S, Meunier A, Salvi M, Magdeleinat P, Rabbat A, Regnard JF. *Should we change antibiotic prophylaxis for lung surgery? Postoperative pneumonia is the critical issue*. *Ann Thorac Surg*. 2008, 86:1733-4
 26. Shiono Satoshi, Yoshida Junji, Nishimura Mitsuyo, Hagiwara Masaru, Hishida Tomoyuki, Nitadori Jun-ichi, Nagai Kanji. *Risk factors of postoperative respiratory infections in lung cancer surgery*. *J Thorac Oncol*. 2007, 2:34-8.
 27. Stehan Francois, MD, PhD; Sophie Boucheseiche, MD; Judith Hollande, MD Antoine Flahault, MD, PhD; Ali Cheffi, MD; Bernard Bazelly, MD and Francis Bonnet, MD. *Pulmonary Complications Following Lung Resection, A Comprehensive Analysis of Incidence and Possible Risk Factors*. *Chest*. 2000, 118:1263-1270
 28. Torres Antoni. *Respiratory infections after lung cancer resection*. *Expert Rev. Anti Infect. Ther*. 2006, 4: 717-720
 29. Watanabe Shun-ichi, Asamura Hisao, Suzuki Kenji, Tsuchiya Ryosuke. *Recent results of postoperative mortality for surgical resections in lung cancer*. *Ann Thorac Surg*. 2004, 78:999-1002
 30. World Health Organization. *Prevention of hospital-acquired infections, A practical guide*. 2nd edition. 2002
 31. Yalcin Ata Nevzat. *Socioeconomic burden of nosocomial infections*. *Ind J Med Sci* 2003, Vol 57 No 10
 32. Yildizeli Bedrettin, Elie Fadel, Sacha Mussot, Dominique Fabre, Olivier Chataigner and Philippe G. Dartevelle. *Morbidity, mortality, and long-term survival after sleeve lobectomy for non-small cell lung cancer*. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2007, 31:95-102

ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

*Τσελίγκα Α., Νοσηλεύτρια Τμήματος Λοιμωδών
Γενικό Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα*

*Γιατζίδου Α., Τομεάρχης Χειρουργικού Τομέα
Γενικό Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα*

*Βλαχιώτη Ε., Υποψήφια Δρ., Msc, Προϊσταμένη,
Υπεύθυνη Γραφείου Εκπαίδευσης και Ποιότητας,
Γενικό Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα*

Εισαγωγή

Η προστασία της ιδιωτικής ζωής γίνεται ιδιαίτερος αναγκαία σε μια εποχή όπου η εξέλιξη της πληροφορικής και της τεχνολογίας κινείται με ραγδαίους ρυθμούς. Με την βοήθεια της σύγχρονης τεχνολογίας είναι δυνατόν να αντληθούν και να καταχωρηθούν, εύκολα και γρήγορα, μεμονωμένα στοιχεία για την προσωπική ή οικογενειακή κατάσταση ενός προσώπου.¹

Η προστασία του ιατρικού απορρήτου θεωρείται ένα από τα αρχαιότερα καθήκοντα των επαγγελματιών υγείας απέναντι στον ασθενή. Σε όλα τα κείμενα Νοσηλευτικής και Ιατρικής Δεοντολογίας, από τον Ιπποκρατικό Όρκο έως σήμερα, αποτελεί γενική αρχή δικαίου σε όλα τα ανεπτυγμένα κράτη του κόσμου. Οι επαγγελματίες υγείας είναι υποχρεωμένοι να σεβαστούν τα προσωπικά δεδομένα των ασθενών, όπως το ιστορικό της νόσου, φωτογραφίες, αποτελέσματα εργαστηριακών εξετάσεων και άλλων μετρήσεων. Οι λόγοι είναι η ευπαθής θέση (vulnerability) του ασθενούς, ο συμβουλευτικός χαρακτήρας (consulting profession) των επαγγελματιών υγείας και τέλος η αμοιβαία εμπιστοσύνη (confidence) που διέπει τη σχέση με τον ασθενή. Η εμπιστοσύνη είναι ουσιαστικό στοιχείο για αυτή τη σχέση, όχι μόνο σε ηθικό αλλά και πρακτικό επίπεδο.¹

Σύντομη ιστορική αναδρομή

Η ανάγκη της ιδιωτικότητας διατυπώθηκε σε διεθνές επίπεδο για πρώτη φορά στη Σύμβαση της Ρώμης το Νοέμβριο του 1950 όπου στο άρθρο 8 προστατεύει τα προσωπικά δεδομένα. Ο οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης ήταν ο δεύτερος διεθνής οργανισμός που το 1980 ασχολήθηκε με την προστασία προσωπικών δεδομένων εκδίδοντας Κατευθυντήριες Αρχές που διέπουν την προστασία και τις διασυνοριακές ροές προσωπικών δεδομένων.¹

Η προστασία των ιατρικών δεδομένων τα οποία και ανήκουν στον πυρήνα της ιδιωτικής ζωής κατοχυρώνεται στην Σύμβαση του Ονιέδο το 1997, η οποία προβλέπει ρητά την ανάγκη προστασίας του πολίτη ως προς τις πληροφορίες σχετικά με την υγεία του έναντι οποιοδήποτε μπορεί να τις συλλέγει και να τις χρησιμοποιεί εν αγνοία του. Συγκε-

κριμένα, το άρθρο 10 της Σύμβασης αναφέρεται: α) στο δικαίωμα σεβασμού της ιδιωτικής ζωής του κάθε ατόμου σχετικά με πληροφορίες για την κατάσταση της υγείας του, β) το δικαίωμα του κάθε ατόμου να γνωρίζει οποιαδήποτε πληροφορία σχετικά με την υγεία του. Το δικαίωμα αυτό αποτελεί και την προϋπόθεση για την αποτελεσματική άσκηση άλλων δικαιωμάτων όπως είναι το δικαίωμα συναίνεσης σε ιατρικές πράξεις που προβλέπεται στο άρθρο 5 της Σύμβασης.²

Το 2000 στο πλαίσιο της Διακυβερνητικής Διάσκεψης της Νίκαιας η Ευρωπαϊκή Ένωση υιοθέτησε τον Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων. Στο άρθρο 8 του Χάρτη κατοχυρώνεται για πρώτη φορά σε συνταγματικό επίπεδο η προστασία των προσωπικών δεδομένων. Ωστόσο, στην πραγματικότητα δεν πρόκειται για την δημιουργία νέων δικαιωμάτων οι ρυθμίσεις όμως αυτές ήταν αναγκαίες ενόψει των νέων τεχνολογικών και ιατρικών εξελίξεων, της εφαρμογής τους και των συνεπειών τους στην κοινωνία.^{4,5}

Στην Αμερική το 2003 θεσμοθετήθηκε η νομική υποχρέωση της προάσπισης της ιδιωτικότητας και της εμπιστευτικότητας των δεδομένων του ασθενή υπό την αιγίδα της Η.Ι.Ρ.Α.Α. (Health Insurance Portability and Accountabillity Act). Η Η.Ι.Ρ.Α.Α. απαιτεί από τα νοσοκομεία να έχουν μηχανισμούς ώστε να μπορεί να ελέγχεται οποιοδήποτε άτομο είχε πρόσβαση και σε ποια δεδομένα εάν απλά είδε, έσβησε ή έγραψε κάποια δεδομένα.^{4,6}

Στην Ελλάδα η προστασία των ιατρικών δεδομένων διέπεται από τις διατάξεις του Ν. 2472/97 και Ν. 2774/99 και τις διατάξεις σχετικά με το ιατρικό απόρρητο. Σύμφωνα με το νόμο 2472/97, ο ασθενής του οποίου τα ευαίσθητα δεδομένα υπόκεινται κάποιας μορφής επεξεργασίας από κάποιους έχει το δικαίωμα:

- Να ενημερωθεί για τις πληροφορίες που τον αφορούν και αποτελούν αντικείμενο αρχαιοθέτησης.
- Να μάθει το σκοπό της επεξεργασίας, ποιοι θα έχουν πρόσβαση στα δεδομένα και πόσο χρόνο θα διαρκέσει η επεξεργασία.
- Να ζητήσει τη διόρθωση, την προσωρινή μη χρήση, τη μη διαβίβαση μέρους ή όλων των δεδομένων.^{4,6}

Επιπροσθέτως με την διάταξη του άρθρου 1 του Ν.

2519/1997 συγκροτείται κατά νοσοκομείο Ειδική Τριμελής Επιτροπή Προάσπισης των Δικαιωμάτων του Πολίτη, με αρμοδιότητα αλλά και υποχρέωση να παρακολουθεί και να ελέγχει την τήρηση και το σεβασμό των δικαιωμάτων του πολίτη που προσφεύγει στο συγκεκριμένο νοσοκομείο για περίθαλψη και ιατρική φροντίδα. Επίσης, ορίζεται ότι στην Επιτροπή αυτή συμμετέχει και εκπρόσωπος του Σωματείου Φίλων του νοσοκομείου, όπου έχει συσταθεί τέτοιο Σωματείο, με σκοπό την εθελοντική στήριξη του έργου του νοσοκομείου. Τα ΔΣ των νοσοκομείων μεριμνούν για την ενημέρωση των νοσηλευομένων και γενικά των προερχομένων στα νοσοκομεία και για τα δικαιώματά τους.^{4,6}

Κάθε πληροφορία, φωτογραφία, έγγραφο που αναφέρεται στην κατάσταση της υγείας του ασθενούς αλλά και κάθε άλλη πληροφορία προσωπικής φύσης πρέπει να κρατούνται εμπιστευτικές ακόμη και μετά το θάνατό του. Εμπιστευτική πληροφορία μπορεί να αποκαλυφθεί μόνο αν ο ασθενής δώσει ρητά τη συναίνεσή του ή αν ο Νόμος σαφώς παρέχει το δικαίωμα αυτό. Όλα τα στοιχεία αναγνώρισης του ασθενούς πρέπει να προστατεύονται, καθώς επίσης και ανθρώπινες ουσίες, από τις οποίες είναι δυνατό να προκύψουν στοιχεία αναγνώρισης.⁷

Ηλεκτρονικός φάκελος υγείας και ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα

Η ιατρική πληροφορία είναι από τους πιο ευαίσθητους τύπους πληροφορίας και η κακή της χρήση επηρεάζει τη ζωή του ατόμου. Η πρόσβαση πλέον σε αυτήν την γνώση γίνεται μέσω των Η/Υ και η ενδεχόμενη διαρροή προσωπικών πληροφοριών σε τρίτους μπορεί να επηρεάσει τη ζωή του ατόμου. Γι αυτό το λόγο είναι απαραίτητη η διασφάλιση της εμπιστευτικότητας της χρήσης και η αποφυγή της διασποράς πληροφοριών σε μη εξουσιοδοτημένους χρήστες. Οι πληροφορίες που έχει λάβει κάποιος γύρω από το ιστορικό υγείας, όπως οι ασθένειες, τα νοσήματα, η περίθαλψη είναι από τις πιο ευαίσθητες και εμπιστευτικές. Ο ηλεκτρονικός φάκελος υγείας αποτελεί ένα φάκελο υγείας του ατόμου για όλη τη διάρκεια της ζωής του που αντικαθιστά τον χειρόγραφο φάκελο εξασφαλίζοντας κλινικές, διοικητικές και νομικές απαιτήσεις. Τα συστήματα ηλεκτρονικού φακέλου υγείας υλοποιούνται και διατηρούνται με σκοπό τη συλλογή, αποθήκευση, ανάκτηση, επεξεργασία και διακίνηση δεδομένων που σχετίζονται με την φροντίδα υγείας ασθενών. Στα δεδομένα αυτά συμπεριλαμβάνονται τα κλινικά, διοικητικά και οικονομικά δεδομένα. Σύμφωνα με τους ορισμούς της οδηγίας 95/46/ΕΚ της Ευρωπαϊκής Ένωσης, σχετικής με την προστασία των δεδομένων, ο όρος ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα χρησιμοποιείται για τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα και αναφέρεται σε οιοσδήποτε πληροφορίες αφορούν ένα προσδιορισμένο ή προσδιορίσιμο φυσικό πρόσωπο. Ένα προσδιορισμένο φυσικό πρόσωπο είναι εκείνο το πρόσωπο το οποίο μπορεί να προσδιοριστεί άμεσα ή έμμεσα ειδικότερα σε σχέση με τον αριθμό ταυτοποίησης του ένα η περισσότερα στοιχεία που αφορούν τη φυσική, οργανική, διανοητική, οικονομική, πολιτιστική ή κοινωνική του ταυτότητα.^{7,8}

Νοσηλευτική Ευθύνη

Η Νοσηλευτική σαν επιστήμη υγείας που ασχολείται με τον άνθρωπο έχει στερεά ηθικά και δεοντολογικά θεμέλια. Βασίζεται στις υψηλές ηθικές αξίες για τον άνθρωπο και τη υγεία κυρίως όμως βασίζεται στους νοσηλευτές τους οποίους θέλει καλλιεργημένους και υπευθύνους επαγγέλματος να ασκούν το έργο τους με συνέπεια και να αντιμετωπίζουν το συνεργάτη και τον ασθενή σαν μοναδική προσωπικότητα. Ο νοσηλευτής οφείλει να αποφασίζει υπεύθυνα και να ενεργεί με βάση την αξιολόγηση. Οι ηθικές υποχρεώσεις δεν δικαιολογούνται με παραλήψεις ή παραβάσεις. Έχει προσωπική ευθύνη και οφείλει να σταθμίζει τις αξίες και τις αρχές, να αξιολογεί επιλογές, ενέργειες και πράξεις με πλήρη γνώση των ηθικών και δεοντολογικών συνεπειών της απόφασής του.^{4,9}

Συμπεράσματα

Συνοψίζοντας είναι σημαντικό να γνωρίζουν οι επαγγελματίες υγείας ότι είναι απαραίτητο να σέβονται την ιδιωτικότητα των ασθενών και ότι κάθε ρήγμα σε αυτή, εξαιτίας της χρήσης προσωπικών δεδομένων χωρίς συγκατάθεση, αποτελεί απειλή. Επαγρύπνηση, συνεχής έλεγχος και ευαισθητοποίηση των χρηστών είναι απαραίτητα μέτρα ώστε να διασφαλιστεί η τήρηση του απορρήτου και να εξασφαλιστεί η εμπιστευτική χρήση των προσωπικών ευαίσθητων δεδομένων χωρίς να θίγεται η αυτονομία και η αυτοδιάθεση του ατόμου.

Βιβλιογραφία

1. Πασχάλη Κ. Εισαγωγή και εφαρμογή Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα της χώρας. (Διπλωματική Μελέτη) Πανεπιστήμιο Πατρών-Πληροφορική Επιστημών Υγείας, Πάτρα, 2009: 35-40.
2. Κριάρη – Κατράνη Ι. Γενετική τεχνολογία και θεμελιώδη δικαιώματα. Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα – Θεσσαλονίκη 1999, σελ 57.
3. Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής. Κείμενα για την Βιοηθική. Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή 2002: 15-23.
4. Γκιολέ Α. Βιοτεχνολογία και Βιοηθική: Η έρευνα και χρήση βλαστοκυττάρων. (Διπλωματική Μελέτη) Πάντειο Πανεπιστήμιο-Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Αθήνα, 2008: 10-18.
5. Τσιγαρίδα – Αναστασοπούλου Α. Η ευρωπαϊκή νομοθετική μεταχείριση της Βιοϊατρικής και της Βιοηθικής. Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή 2004, σελ 105-110.
6. Αλεξιάδης Α. Η προστασία του νοσοκομειακού ασθενούς. Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής 2000, 17 (1): 101-108.
7. Μάλλιος Ε. Το ανθρώπινο γονιδίωμα. Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή 2004, 105-200.
8. Ανδριανόπουλος Α, Ανδριανόπουλος Δ, Λουλάκης Ε. Γνώσεις των εργαζομένων νοσηλευτών στη χρήση ηλεκτρονικών Υπολογιστών και ηλεκτρονικού εξοπλισμού στο χώρο του Νοσοκομείου. (Πτυχιακή Μελέτη) Τ.Ε.Ι. Κρήτης Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας Τμήμα Νοσηλευτικής, Ηράκλειο, 2010: 35-44.
9. Λεμονίδου και συν. Απόψεις ασθενών και νοσηλευτικού προσωπικού για την αυτονομία στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Νοσηλευτική 2004, 43 1: 84-99

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΩΝ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΦΟΡΕΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ (ΔΗΜΟΣΙΑ-ΙΔΙΩΤΙΚΑ)

Δημήτρης Πουλής, *ΤΝοσηλευτής Αναισθησιολογικού, ΩΚΚ*

Με αυτή την έρευνα προσπαθήσαμε να εντοπίσουμε, συγκρίνοντας δυο κατεξοχήν διαφορετικούς χώρους όπως είναι τα δημόσια και τα ιδιωτικά νοσοκομεία, τις διαφορές σε σχέση με το βαθμό εργασιακής ικανοποίησης και τις στρεσογόνες συνθήκες που βιώνουν οι εργαζόμενοι στον ιδιαίτερα απαιτητικό χώρο των Ελληνικών χειρουργείων.

Θεωρήσαμε ότι η σχέση εργασίας(μονιμότητα δημόσιου-συμβάσεις χρόνου ιδιωτικού τομέα) επηρεάζει σημαντικά το βαθμό εργασιακής ικανοποίησης αλλά και την επίδραση του στρες στους εργαζόμενους. Τέλος οι νοσηλευτές του Ιδιωτικού τομέα παρουσιάζουν ιδιαίτερα υψηλή επαγγελματική αυτοεκτίμηση για την εργασία τους και δηλώνουν ότι θα την άλλαζαν για οικονομικούς λόγους επί το πλείστον.

Εισαγωγή

Για τους περισσότερους εργαζόμενους, η εργασία δεν είναι παρά ένα απλό εργαλείο που τους εξασφαλίζει το απαραίτητο εισόδημα για την αντιμετώπιση των αναγκών τους στην καταναλωτική κοινωνία. Το επάγγελμα του νοσηλευτή δεν πρέπει να εκλαμβάνεται απλώς ως βιοποριστικό μέσο αλλά ως τρόπος ζωής, κοινωνικός ρόλος και ο βασικότερος δείκτης της κοινωνικής θέσης.

Οι πλέον σύγχρονες απόψεις για την εργασία υποστηρίζουν ότι μέσω της εργασίας επιδιώκεται η ικανοποίηση τριών κύριων αναγκών του ανθρώπου¹. Οι ανάγκες αυτές είναι οι ακόλουθες:

- 1) Οι ανθρώπινες σχέσεις, οι οποίες βοηθούν το άτομο στην ικανοποίηση των αναγκών του μέσα από τις οποίες επιδιώκεται κυρίως α) η αναγνώρισή του ως ατόμου και β) η κατάληψη κοινωνικής θέσης.
- 2) Η εργασία υπό την έννοια του περιεχομένου της προσφέρει α) ικανοποιητικές συνθήκες απασχόλησης και β) ενδιαφέρουσα δραστηριότητα με δυνατότητα προσωπικής έκφρασης.
- 3) Ο βιοπορισμός και η διατήρηση ενός επιπέδου ζωής.

Οι οικονομικές απολαβές έχουν εκτός από τα υλικά αποτελέσματα, ψυχολογική και κοινωνική σημασία.

Η ικανοποίηση του νοσηλευτή μέσα από την εργασία του συνίσταται στο βαθμό κατά τον οποίο το άτομο μπορεί να συμπληρώσει την ιδέα για τον εαυτό του (self concept) και να παίξει τους ρόλους τους οποίους επιθυμεί να παίξει για την ικανοποίηση των σημαντικών αναγκών του. Αυτό σημαίνει αυτό-πραγμάτωση (self realization).

Όταν κάποια από τις τρεις ανάγκες που ικανοποιούνται μέσω της εργασίας δεν εκπληρώνεται, τότε το άτομο ίσως αντιμετωπίσει το άγχος της εργασίας. Το στρες της εργασίας μπορεί να οριστεί ως η βλαβερή σωματική και συ-

ναισθηματική αντίδραση η οποία συμβαίνει όταν οι απαιτήσεις της εργασίας δεν ταιριάζουν με τις δυνατότητες, τις πηγές ή τις ανάγκες του εργαζόμενου. Το στρες της εργασίας μπορεί να οδηγήσει σε κακή υγεία (πνευματική /σωματική) ακόμα και τραυματισμό^{3,4,5}.

Η ιδέα του στρες στην εργασία συχνά συνδέεται με την πρόκληση, όμως αυτές οι έννοιες δεν είναι ίδιες. Η πρόκληση μας ενεργοποιεί ψυχολογικά και σωματικά και μας κινητοποιεί να μάθουμε νέες τεχνικές και να κυριαρχήσουμε στην εργασία μας. Η πρόκληση αποτελεί ένα σημαντικό συστατικό για υγιή και παραγωγική εργασία. Η σημασία της πρόκλησης στην εργασία είναι πιθανότατα αυτό που αναφέρουν οι άνθρωποι ότι *“λίγο στρες είναι καλό”*.

Σήμερα, ωστόσο, για τους περισσότερους νοσηλευτές η κατάσταση είναι διαφορετική. Η υγιής και επιθυμητή πρόκληση της δουλειάς έχει μετατραπεί σε απαιτήσεις της δουλειάς που δεν μπορούν να ικανοποιηθούν, η χαλάρωση έχει μετατραπεί σε εξουθένωση και η αίσθηση της προσωπικής περηφάνιας και της ικανοποίησης έχει μετατραπεί σε αισθήματα στρες.

Τα τελευταία 20 χρόνια οι έρευνες έχουν δείξει ότι οι διαταραχές της διάθεσης και του ύπνου, οι διαταραχές στομάχου και ο πονοκέφαλος, και οι διαταραγμένες σχέσεις με την οικογένεια και τους φίλους αποτελούν παραδείγματα προβλημάτων που σχετίζονται με το στρες εργασίας, τα οποία αναπτύσσονται γρήγορα. Αυτά τα αρχικά στάδια του στρες εργασίας συνήθως είναι εύκολο να αναγνωριστούν. Όμως οι συνέπειες του στρες εργασίας σε χρόνιες ασθένειες είναι πιο δύσκολο να αναγνωριστούν επειδή χρειάζονται πιο πολύ χρόνο για να αναπτυχθούν. Πρόσφατες έρευνες προτείνουν ότι το στρες παίζει ένα σημαντικό ρόλο σε πολλά είδη χρόνιων ασθενειών και

ειδικότερα την καρδιαγγειακή ασθένεια⁶, τις ψυχολογικές διαταραχές, τις μυοσκελετικές διαταραχές, αλλά και το έλκος, τον καρκίνο και την αυτοκτονία.

Κάθε εργασιακή κατάσταση μπορεί να είναι μια δυναμική πηγή στρες και οι διαφορές στην προσωπικότητα ενός ατόμου και το είδος του χειρισμού είναι σίγουρα σημαντικά στην πρόβλεψη του αν οι συγκεκριμένες συνθήκες εργασίας θα προκαλέσουν στρες. Οι χώροι εργασίας με εκτεταμένες απαιτήσεις ή συγκρουόμενες προσδοκίες από την πλευρά των εργοδοτών και των εργαζομένων, αποτελούν ένα καλό παράδειγμα. Πρόσφατες έρευνες^{2,3,4} δίνουν έμφαση στις συνθήκες εργασίας, ως το κλειδί της πηγής του στρες στην εργασία και για τον επανασχεδιασμό της εργασίας ως μια αρχική στρατηγική αντιμετώπισης.

Οι συνθήκες εργασίας που είναι δυνατόν να προκαλέσουν στρες περιλαμβάνουν: το είδος της οργάνωσης της εργασίας, οι διαπροσωπικές σχέσεις, οι ρόλοι εργασίας, οι ανησυχίες καριέρας και οι περιβαλλοντικές συνθήκες⁵.

Οι ερευνητές θεωρήσαμε ότι η βασική διαφορά των νοσηλευτών στους δυο φορείς είναι: από τη μια, η ασφάλεια της μονιμότητας και η εκτέλεση της νοσηλευτικής φροντίδας για κοινωφελή σκοπό στα δημόσια νοσοκομεία, και από την άλλη, η ανασφάλεια των ιδιωτικών συμβάσεων χρόνου σε συνδυασμό με την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας υπό τους περιορισμούς μιας πολιτικής μείωσης των εξόδων και αύξησης του κέρδους.

Βασισμένοι λοιπόν στις παραπάνω θεωρητικές απόψεις, αποφασίσαμε να πραγματοποιήσουμε μια έρευνα πάνω στις απόψεις των εργαζομένων και στους δυο φορείς σχετικά με την ικανοποίηση και το στρες τους στον εργασιακό χώρο.

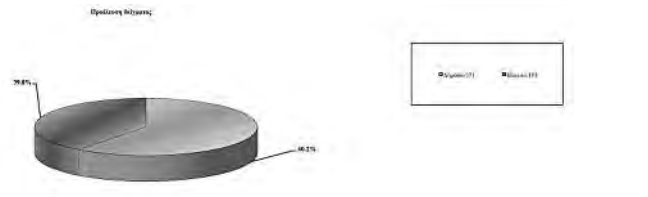
Μέθοδος

Η ερευνά μας διεξήχθη σε διάστημα οκτώ μηνών με ερωτηματολόγια, τα όποια μοιράστηκαν σε 380 εργαζόμενους νοσηλευτές και βοηθούς νοσηλευτών, πέντε Δημόσιων Νοσοκομείων και τεσσάρων Ιδιωτικών του νομού Αττικής. Τα έγκυρα ερωτηματολόγια που πληρούσαν τις προϋποθέσεις για στατιστική ανάλυση ήταν 284. Το 60,2% του δείγματος μας ήταν νοσηλευτές Δημόσιων Νοσοκομείων και το 39,8% προερχόταν από τον Ιδιωτικό χώρο (**διάγραμμα 1**). Το 27,5% του δείγματος μας ήταν άνδρες και το 72,5% γυναίκες (**διάγραμμα 2**). Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα.

Διάγραμμα 1



Διάγραμμα 2



Για την μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα job dissatisfaction του Cooper και συνεργατών⁷. Η κλίμακα βαθμολογείται με το σύστημα likert πέντε βαθμίδων από το (1) 'συμφωνώ απόλυτα' έως το (5) 'διαφωνώ απόλυτα'.

Οι στρεσογόνες συνθήκες προσδιορίστηκαν ύστερα από μια σειρά πιλοτικών συνεντεύξεων με επαγγελματίες του χώρου.

Ως στρεσογόνες συνθήκες στο χώρο του χειρουργείου θεωρήθηκαν: η έλλειψη αυτενέργειας, η διακεκομμένη εκτέλεση εργασίας, οι εντολές σε έντονο τόνο, οι συγκρούσεις στο χώρο εργασίας (διαπροσωπικές και ιεραρχικές), το ανταγωνιστικό περιβάλλον, η χρονική πίεση και οι προτάσεις επιβράβευσης ή απόρριψης. Η βαθμολόγηση των απαντήσεων έγινε με μια πενταβάθμια κλίμακα likert από το (1) 'συμφωνώ απόλυτα' έως το (5) 'διαφωνώ απόλυτα'.

Τέλος δόθηκε η ευκαιρία στους εργαζόμενους να εκφράσουν τον βαθμό αυτοεκτίμησης της εργασίας τους και τους πιθανούς λόγους για τους οποίους θα άλλαζαν επάγγελμα.

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS 10.0 και ως επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε $\alpha=0,05\%$.

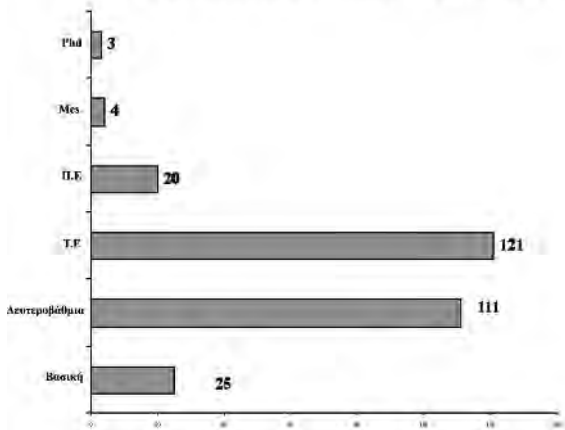
Αποτελέσματα

Η παραγοντική ανάλυση μας έδωσε τον δείκτη Kaiser – Mayer – Olkin ίσον με 0.80, ο οποίος κρίνεται πολύ ικανοποιητικός. Ο δείκτης αξιοπιστίας Alpha της κλίμακας job dissatisfaction ήταν 0,68 και κρίνεται ικανοποιητικός, και της κλίμακας στρεσογόνες συνθήκες 0,74 και κρίνεται αρκετά ικανοποιητικός.

Στο (**Διάγραμμα 3**) Μπορούμε να δούμε το μορφωτικό επίπεδο του δείγματος μας, το οποίο αποτελείται κυρίως από απόφοιτους Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (39,1%) και απόφοιτους Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (42,6%). Άξια αναφοράς είναι η διαπίστωση ότι τόσο στο δημόσιο όσο και στο ιδιωτικό τομέα υπάρχει πολύ μικρό ποσοστό νοσηλευτών πανεπιστημιακής προέλευσης, 7%.

Διάγραμμα 3

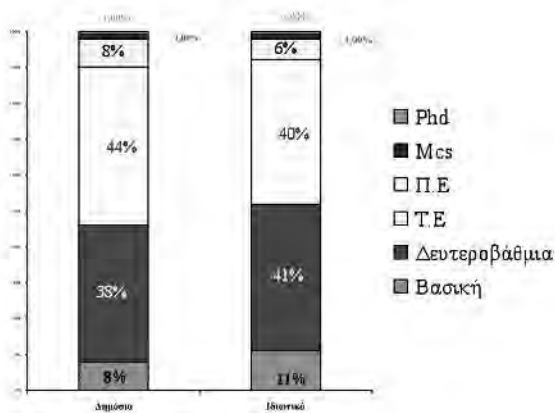
Εκπαιδευτικό επίπεδο δείγματος



Συγκεκριμένα στο δημόσιο τομέα το 44% είναι απόφοιτοι τεχνολογικής εκπαίδευσης, και το 38% δευτεροβάθμιας. Αντίστοιχα στον ιδιωτικό τομέα το 40% είναι τεχνολογικής εκπαίδευσης, και το 41% δευτεροβάθμιας (διάγραμμα 4).

Διάγραμμα 4

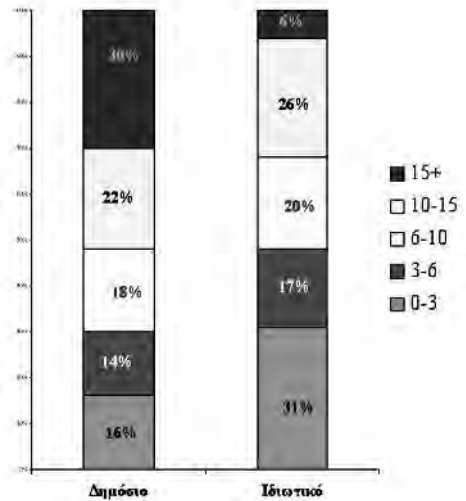
Εκπαιδευτικό επίπεδο δείγματος ανά φορέα προέλευσης



Παρατηρώντας τα αποτελέσματα (Διάγραμμα 5) βλέπουμε ότι υπάρχει μια ομοιόμορφη κατανομή στα χρόνια εμπειρίας των εργαζομένων με μια φυσιολογική αύξηση των νέων εργαζομένων στον ιδιωτικό τομέα με ποσοστό 31% ενώ στο δημόσιο τομέα έχουμε το ίδιο ποσοστό 30% για τους εργαζόμενους με 15ετη προ-ϋπηρεσία.

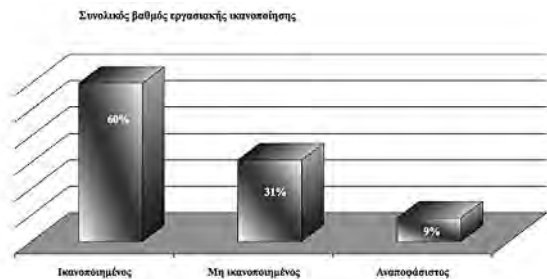
Διάγραμμα 5

Προϋπηρεσία δείγματος ανά φορέα προέλευσης



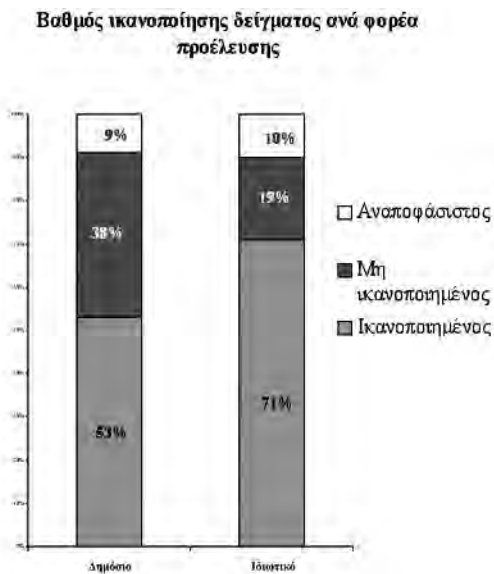
Στο σύνολο τους οι εργαζόμενοι στα Ελληνικά χειρουργεία δηλώνουν ικανοποιημένοι από το χώρο εργασίας τους σε ποσοστό 60%, ενώ ένα 31% δηλώνει απογοητευμένο (Διάγραμμα 6).

Διάγραμμα 6



Οι εργαζόμενοι στο δημόσιο τομέα δηλώνουν ικανοποιημένοι στο 53% του συνόλου τους, και οι εργαζόμενοι στον ιδιωτικό στο 71% (Διάγραμμα 7). Ο στατιστικός έλεγχος χ^2 επιβεβαιώνει την στατιστικά σημαντική διαφορά $p < 0,05$ στο βαθμό εργασιακής ικανοποίησης μεταξύ των νοσηλευτών των δυο διαφορετικών νομικών προσώπων (ΝΠΔΔ-ΝΠΙΔ) (Πίνακας 1).

Διάγραμμα 7



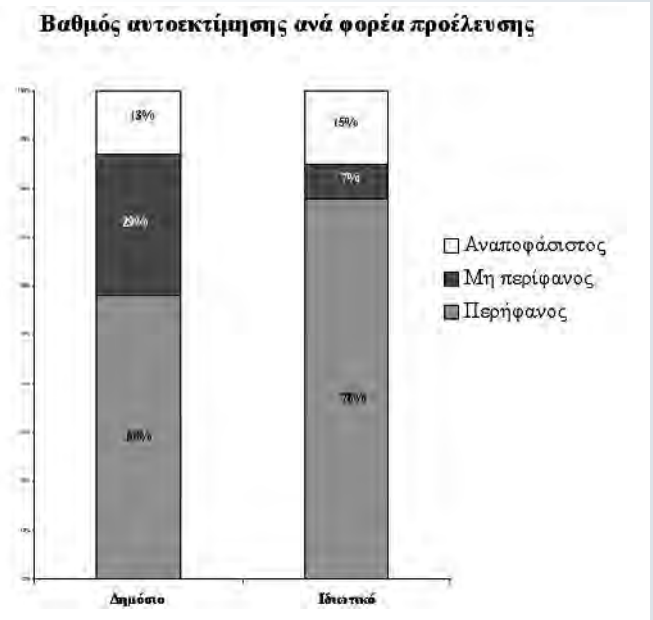
Αναφορικά με το εργασιακό στρες στο συνολικά στο δείγμα μας οι νοσηλευτές βιώνουν στρεσογόνες συνθήκες σε ποσοστό 56% (Διάγραμμα 8), αλλά δεν εμφανίζεται καμία στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δυο πληθυσμών όπου οι εκπρόσωποι του Ιδιωτικού τομέα βιώνουν στρες σε ποσοστό 50% και του Δημοσίου 60%.

Διάγραμμα 8



Ένας ακόμα παράγοντας, που επιβεβαιώνεται στατιστικά $p < 0,05$ η διαφορά των δύο πληθυσμών (Πίνακας 2), είναι αυτός της επαγγελματικής αυτοεκτίμησης. Το 78% των νοσηλευτών χειρουργείου στα Ιδιωτικά νοσοκομεία δηλώνει σαφώς περήφανο για την εργασία του, σε αντίθεση με το 58% των νοσηλευτών του Δημοσίου (Διάγραμμα 9).

Διάγραμμα 9



Η έκφραση δυσαρέσκειας για το εργασιακό περιβάλλον των Δημοσίων Νοσοκομείων αποτυπώνεται από τους εργαζόμενους στην απάντηση της ερώτησης: για ποιο παράγοντα θα αλλάζατε επάγγελμα, όπου εκτός από τον πρωταρχικό οικονομικό παράγοντα και για τους δύο χώρους, εμφανίζονται οι νοσηλευτές του δημόσιου τομέα να θεωρούν σημαντικές τις καλύτερες εργασιακές συνθήκες σε ποσοστό 37% (Διάγραμμα 10), σε αντιδιαστολή με τους νοσηλευτές του ιδιωτικού τομέα όπου θεωρούν κίνητρο για αλλαγή εργασιακού χώρου τις καλύτερες εργασιακές συνθήκες σε ποσοστό 21% ($p < 0,05$).

Διάγραμμα 10



Chi-Square Tests

	Value	d f	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11,198	2	,004
Likelihood Ratio	11,613	2	,003
Linear-by-Linear Association	4,324	1	,038
N of Valid Cases	284		

Πίνακας 1: Στατιστικός έλεγχος χ^2 για τις μεταβλητές εργασιακή ικανοποίηση ανά φορέα προέλευσης

Chi-Square Tests

	Value	d f	Asymp.Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	20,029	2	,000
Likelihood Ratio	22,402	2	,000
Linear-by-Linear Association	4,314	1	,038
N of Valid Cases	284		

Πίνακας 2: Στατιστικός έλεγχος χ^2 για τις μεταβλητές επαγγελματική αυτοεκτίμηση ανά φορέα προέλευσης

Συμπεράσματα

Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα της ερευνάς μας εστιάζουμε την προσοχή στις τιμές του βαθμού ικανοποίησης, αυτοεκτίμησης και στρες, που παρατηρούνται ιδιαίτερα χαμηλές στις δύο πρώτες μεταβλητές και υψηλές στο στρες, στους νοσηλευτές των Δημόσιων Νοσοκομείων.

Το τρίπτυχο αυτό οδηγεί στο συμπέρασμα ότι στα χειρουργεία των δημόσιων νοσοκομείων ενδεχομένως να υπάρχουν εκείνες οι συνθήκες που θεωρούνται καθοριστικές⁸ για την εμφάνιση και ανάπτυξη του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης⁹.

Αν και σκοπός της παρούσας εργασίας δεν είναι να μελετήσει το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης, ωστόσο, παρουσιάζοντας τα αποτελέσματα της έρευνας καταλήγουμε να εκφράσουμε έναν προβληματισμό για τις συνθήκες στα χειρουργεία των Δημόσιων Νοσοκομείων, όπου σε συνδυασμό με το δύσκολο έργο των νοσηλευτών, φαίνεται να έχει διαμορφωθεί το κατάλληλο εργασιακό πλαίσιο εμφάνισης ενός συνδρόμου με πολλές συνέπειες για τον επαγγελματία αλλά και για το χώρο της υγείας¹⁰.

Από την άλλη πλευρά οι συνθήκες στα Ιδιωτικά Νοσοκομεία δείχνουν να αυξάνουν την ικανοποίηση και αυτοεκτίμηση των νοσηλευτών που εργάζονται σ' αυτά. Σύμφωνα με το κοινωνικό-ψυχολογικό θεωρητικό μοντέλο της Pines¹¹, οι εργαζόμενοι – που ξεκινούν την καριέρα τους έχοντας υψηλούς στόχους – εντάσσονται σε ένα θετικό εργασιακό χώρο, αποδίδουν αξιοποιώντας το δυναμικό τους στο μέγιστο βαθμό. Αντίθετα όταν εντάσσονται σ' ένα πιεστικό για τον ψυχισμό χώρο εργασίας, τότε είναι επιρρεπείς στην επαγγελματική εξουθένωση.

Στα πλαίσια αυτού του μοντέλου, η ασφάλεια της μόνιμης εργασίας και η εκτέλεση της νοσηλευτικής επιστήμης για αμιγώς κοινωφελείς σκοπούς, όχι μόνο δεν φαίνεται να επαρκούν για την αύξηση της επαγγελματικής ικανοποίησης και τη μείωση του στρες αλλά επικαλύπτονται από ένα ευρύτερα δυσμενές εργασιακό περιβάλλον.

Τέλος προκύπτει η ανάγκη για περαιτέρω μελέτη των ιδιαίτερων εκείνων συνθηκών στα Δημόσια Νοσοκομεία που οδηγούν των επαγγελματιών νοσηλευτή στα όρια της εξουθένωσης, και να ληφθούν τα απαραίτητα μέτρα πρόληψης ή αντιμετώπισης του συνδρόμου.

Βιβλιογραφία

- 1 Λίτσας Ν., Νικολάου (1971). *Οι Σχέσεις Προϊσταμένων-Υφισταμένων, Παπαδογιάννη, Αθήνα.*
- 2 Koeske G, Kirk S, Koeske R. *Coping with job stress: Which strategies work best? Journal of Occupational and Organizational Psychology, 1993;66:319-335*
- 3 Goodfellow A, Varnam R, Rees D, Shelly M. *Staff stress on the intensive care unit: a comparison of doctors and nurses*
- 4 Ramirez A, Graham J, Richards M A, Cull A, Gregory W M. *Mental of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. Lancet: 1996;347:724-728*
- 5 BMA. *Stress and the medical profession. London: British medical association, 1992*
- 6 *Stress and heart disease. En S. Fisher and J. Reason (Eds.), Handbook of Life Stress, Cognition and Health (301-316), Chichester: John Wiley & Sons*
- 7 Cooper, C.L., Watts, J., Balioni, A.J. and Kelly, M. (1988). *Occupational stress among general practice dentists. Journal of Occupational Psychology, 61, 163-174.*
- 8 Αναγνωστόπουλος Φ, Παπαδάτου Δ. *Παραγωγική σύνθεση και εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου καταγραφής επαγγελματικής εξουθένωσης σε δείγμα νοσηλευτριών. Ψυχολογικά Θέματα :1992, 5, 183-202.*
- 9 Maslach C(1982). *Burnout: The Cost of Caring. New Jersey, Prentice Hall inc.*
- 10 Wandelet M.A, Pierce P.M, Widdowson R.R. *Why nurses leave nursing and what can be done about it. American Journal of Nursing, 1981, 81, 72-77.*
- 11 Pines A, M(1986). *Who is to blame for helper's burnout? Environmental impact. In C.D.Scott and J Hawk (Eds.), Heal Thyself: The Health of Health Care Professionals. New York, Brunner/Mazel Inc.*

Νέες ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΓΓΡΑΦΗΣ

Επιστημονικού Περιοδικού

ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ Περιεγχειρητική Νοσηλευτική»

Το Επιστημονικό Περιοδικό «ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ Περιεγχειρητική Νοσηλευτική» εκδίδεται τρεις φορές το χρόνο και έχει ως βασικό σκοπό τη συνεχή εκπαίδευση και πληροφόρηση των λειτουργών υγείας στην επιστημονική θεματολογία της Περιεγχειρητικής Νοσηλευτικής και συναφών θεμάτων που απασχολούν το χώρο των υπηρεσιών υγείας. Κύρια επιδίωξη είναι η δημοσίευση μελετών που αναφέρονται άμεσα ή έμμεσα σε όλους τους τομείς της υγείας. Ειδικότερα, δημοσιεύονται:

1. Ερευνητικές μελέτες. Εργασίες οι οποίες είναι καθαρά κλινικές ή πειραματικές, προοπτικού ή αναδρομικού χαρακτήρα και πραγματοποιήθηκαν με βάση ερευνητικό πρωτόκολλο, το οποίο περιγράφεται αναλυτικά στη μεθοδολογία. Έχουν σαφή κεφαλαιοποίηση (εισαγωγή, υλικό-μέθοδο, αποτελέσματα, συζήτηση, συμπεράσματα, βιβλιογραφία, περιλήψεις στα Ελληνικά και Αγγλικά).

2. Άρθρα - Σχόλια Συντακτικής Επιτροπής

3. Ανασκοπήσεις. Αναπτύσσονται ενδιαφέροντα θέματα, που σχετίζονται με τις επιστήμες υγείας, γράφονται από ένα συγγραφέα και σε πολύ ειδικά θέματα από δύο συγγραφείς. Η έκτασή τους δεν πρέπει να υπερβαίνει τις 25 δακτυλογραφημένες σελίδες, μαζί με τους πίνακες και τις βιβλιογραφικές παραπομπές.

4. Ενδιαφέρουσες περιπτώσεις. Γίνονται δεκτές εφόσον αφορούν καινούργια αντιμετώπιση νοσηλευτικού ή ιατρικού προβλήματος και έχει ακολουθηθεί νέα μεθοδολογία στην αντιμετώπιση του. Συνοδεύονται πάντοτε από περίληψη στην ελληνική γλώσσα, η οποία αποτελείται από 100 περίπου λέξεις με 3-4 λέξεις κλειδιά, και στην αγγλική από 200 περίπου λέξεις και 3-4 λέξεις κλειδιά. Το κείμενο της εργασίας κατανέμεται ως εξής: εισαγωγή, περιγραφή της/των περίπτωσης/περιπτώσεων και συμπεράσματα. Η βιβλιογραφία είναι μικρής έκτασης και απόλυτα ειδική με το θέμα. Αναγράφονται τα ονόματα μόνο εκείνων που πήραν ενεργό μέρος στη μελέτη της περίπτωσης, ενώ σ' αυτούς που έδωσαν πληροφορίες εκφράζονται ευχαριστίες.

5. Επίκαιρα θέματα. Γίνεται σύντομη περιγραφή των τελευταίων απόψεων σε συγκεκριμένο θέμα.

6. Βιβλιοκρισία - Βιβλιοπαρουσίαση

7. Γράμματα προς τη Σύνταξη. Περιέχουν κρίσεις για δημοσιευμένα άρθρα, πρόδρομα αποτελέσματα εργασιών, κρίσεις για το περιοδικό κ.λπ. Δημοσιεύονται κατά την κρίση της Συντακτικής Επιτροπής και πρέπει να είναι ενυπόγραφα. Η έκτασή τους να μην ξεπερνά τις 500 λέξεις.

8. Νομοθεσία. Δημοσιεύματα της Εφημερίδας της Κυβέρνησης που έχουν σχέση, άμεση ή έμμεσα, με την εκπαίδευση και τις επιστήμες υγείας.

9. Δρώμενα του Συλλόγου που αφορούν τις εκπαιδευτικές και επιστημονικές εκδηλώσεις του.

Γλώσσα

Οι μελέτες που υποβάλλονται για δημοσίευση πρέπει να είναι γραμμένες σε ομοίμορφη γλώσσα και να είναι καλά τεκμηριωμένες βιβλιογραφικά. Η εργασία πρέπει να είναι γραμμένη στη δημοτική γλώσσα σε μονοτονικό σύστημα.

Οι μελέτες που υποβάλλονται στην αγγλική γλώσσα θα πρέπει να συνοδεύονται από ελληνική περίληψη, εφόσον οι συγγραφείς γνωρίζουν την ελληνική γλώσσα.

ΠΡΟΣΟΧΗ: Στα πλαίσια αναβάθμισης του περιοδικού, τα άρθρα που θα στέλνονται προς δημοσίευση, θα πρέπει πλέον απαραίτητα να έχουν τις βιβλιογραφικές τους αναφορές μόνο με λατινικούς χαρακτήρες, π.χ. *Babatsikou Fotoula, Environmental Health, Rostrum of Asclepius, 2011, Vol. 10, Issue 2, pages 165-168*

Υποβολή μελέτης

Η υποβολή της μελέτης γίνεται μόνο σε ηλεκτρονική μορφή, μέσω e-mail, σε αρχεία κειμένου MS Word 2003 ή νεότερο. Στο e-mail θα πρέπει απαραίτητα να αναφέρονται: (1) το είδος της μελέτης (π.χ. ερευνητική εργασία, ανασκόπηση, ειδικό θέμα, επίκαιρα θέματα κ.λπ.), (2) ότι δεν έχει δημοσιευτεί ολόκληρη ή μέρος αυτής σε άλλο ελληνικό ή ξένο περιοδικό, (3) εάν είχε παρουσιαστεί προηγουμένως ως ανακοίνωση, διάλεξη ή επίδειξη σε συνέδριο ή άλλη επιστημονική εκδήλωση, (4) εάν υπήρξε οποιαδήποτε οικονομική υποστήριξη για την εκπόνηση της, (5) η διεύθυνση και το τηλέφωνο του συγγραφέα που είναι υπεύθυνος για την αλληλογραφία σχετικά με την υποβαλλόμενη εργασία και, τέλος, (6) να δηλώνεται ότι το κείμενο έχει εγκριθεί για υποβολή απ' όλους τους συγγραφείς της μελέτης.

**Οι εργασίες αποστέλλονται με email
στην ηλεκτρονική διεύθυνση του ΣΥΔΝΟΧ**

sydnnox@otenet.gr

ΠΡΟΣΟΧΗ: Προς διευκόλυνση της αλληλογραφίας, στο θέμα του e-mail σας, να αναγράφεται η λέξη "Article".

Αποδοχή μελέτης

Κάθε μελέτη που υποβάλλεται κρίνεται από 2 τουλάχιστον κριτές. Οι κριτές μπορεί να αποτελούν μέλη της Συντακτικής Επιτροπής του περιοδικού ή να είναι άλλοι, ειδικοί για το θέμα, επιστήμονες. Σε περίπτωση διαφωνίας ορίζεται νέος κριτής και εάν τελικά θα δημοσιευτεί ή όχι η εργασία αποφασίζεται από τη Συντακτική Επιτροπή. Τα ονόματα των κριτών και των κρινόμενων παραμένουν αυστηρά απόρρητα. Οι συγγραφείς ειδοποιούνται συνήθως σε 4 εβδομάδες για την αποδοχή της μελέτης για δημοσίευση. Είναι δυνατό μια μελέτη, πριν από τη δημοσίευση, να δοθεί στους συγγραφείς για τροποποίηση. Η μελέτη τροποποιημένη πρέπει να επιστραφεί στο περιοδικό σε 2 εβδομάδες-σε αντίθετη περίπτωση θεωρείται ότι έχει αποσυρθεί. Μετά την αποδοχή, η μελέτη αποστέλλεται στο τυπογραφείο. Πριν από την έκδοση του περιοδικού, οι συγγραφείς είναι δυνατό να λάβουν τυπογραφικά δοκίμια για διόρθωση. Τα δοκίμια πρέπει να επιστρέφονται στο τυπογραφείο σε 3 ημέρες, μαζί με μια επιστολή κειμένου στο στάδιο των δοκιμών, χωρίς την άδεια της Συντακτικής Επιτροπής.

Προετοιμασία μελέτης

Η μελέτη δακτυλογραφείται σε λευκό χαρτί A4, από τη μια πλευρά των σελίδων, με διπλό διάστημα και αφήνετε περιθώριο τουλάχιστον 2,5 cm δεξιά και αριστερά του κειμένου. Κάθε κεφάλαιο της μελέτης αρχίζει σε ξεχωριστή σελίδα. Η αρίθμηση αρχίζει από τη σελίδα που φέρει τον τίτλο και γίνεται διαδοχικά ως εξής: σελίδα τίτλου, περίληψη και λέξεις κλειδιά, αγγλική περίληψη και λέξεις κλειδιά, κείμενο, βιβλιογραφικές παραπομπές, πίνακες, εικόνες, λεζάντες. Όλες οι σελίδες αριθμούνται, στην κάτω δεξιά γωνία, με αραβικούς αριθμούς, αρχίζοντας από τη σελίδα τίτλου.

Σελίδα τίτλου. Περιλαμβάνει τον τίτλο του άρθρου, ο οποίος πρέπει να είναι σύντομος και περιεκτικός και τον υπότιτλο, εάν υπάρχει. Στη σελίδα τίτλου γράφονται, ακόμη, τα ονόματα των συγγραφέων με την εξής σειρά: μικρό όνομα, αρχικό πατέρα ή συζύγου, επίθετο, καθώς και οι μεγαλύτεροι ακαδημαϊκοί τίτλοι τους. Τα ονόματα των συγγραφέων χωρίζονται μεταξύ τους με κόμμα. Αναφέρεται το ίδρυμα, η σχολή, η κλινική ή το εργαστήριο από τα οποία προέρχεται η εργασία. Στο κάτω μέρος της σελίδας γράφεται η διεύθυνση και ο συγγραφέας με τον οποίο πρέπει να επικοινωνεί το περιοδικό για κάθε ενημέρωση σχετικά με τη μελέτη που υποβάλλεται. Επειδή πολλές φορές η ημερομηνία δημοσίευσης μιας εργασίας απέχει αρκετά από την ημερομηνία υποβολής της, επιβάλλεται η καταχώριση της τελευταίας σε υποσημείωση στην πρώτη σελίδα.

Περίληψη στην Ελληνική. Η περίληψη δεν πρέπει να είναι μεγαλύτερη από 200-250 λέξεις. Η δομή της περίληψης είναι ως εξής: μικρή εισαγωγή 3 γραμμών, σκοπός, υλικό και μέθοδος, αποτελέσματα, συμπεράσματα. Στη συνέχεια, ακολουθούν 3-5 λέξεις κλειδιά, οι οποίες αντιστοιχούν στους διεθνείς όρους λεξικογράφησης, που χρησιμοποιεί το Index Medicus και ακριβώς μετά ακολουθεί ο υπεύθυνος αλληλογραφίας με διεύθυνση, τηλέφωνο ή και e-mail.

Περίληψη στην Αγγλική. Η περίληψη στην Αγγλική θα πρέπει να είναι ακριβώς ίδια με τη περίληψη στην Ελληνική. Πριν την περίληψη αναγράφονται στην Αγγλική και όλα τα στοιχεία του τίτλου (τίτλος εργασίας, ονόματα συγγραφέων). Μετά το τέλος της περίληψης ακολουθούν τα: «key-words» και «και corresponding author»..

Κείμενο. Πρέπει να παρατίθενται όλα τα στοιχεία με σαφήνεια και η έκταση του να μην υπερβαίνει τις 10 δακτυλογραφημένες σελίδες. Διαιρείται σε τμήματα με τις επικεφαλίδες: εισαγωγή, υλικό και μέθοδος, αποτελέσματα, συζήτηση, συμπεράσματα.

Πίνακες. Γράφονται σε ξεχωριστή σελίδα ο καθένας, δακτυλογραφημένοι με διπλό διάστημα. Η αρίθμηση γίνεται με αραβικούς αριθμούς (πίν. 1, πίν. 2 κ.λπ.), με τη σειρά που εμφανίζονται στο κείμενο και σημειώνεται σύντομος τίτλος για τον καθένα. Τα δεδομένα πρέπει να γράφονται με τέτοιο τρόπο, ώστε οι στήλες που έχουν παρόμοιο περιεχόμενο να διαβάζονται κάθετα και όχι οριζόντια. Το περιεχόμενο των πινάκων πρέπει να είναι σαφές, ώστε τα δεδομένα να είναι κατανοητά, χωρίς να είναι απαραίτητη η αναδρομή στο κείμενο.

Εικόνες. Οι φωτογραφίες, τα σχήματα, τα διαγράμματα κ.λπ. ονομάζονται εικόνες και αριθμούνται με αραβικούς αριθμούς (εικ. 1,.....). Πρέπει να είναι ευκρινείς, έγχρωμες ή ασπρόμαυρες, τυπωμένες σε γυαλιστερό χαρτί. Στην πίσω επιφάνεια της κάθε εικόνας σημειώνεται με μολύβι ο αριθμός της, όπως αναφέρεται στο κείμενο, το όνομα του πρώτου συγγραφέα και ένα βέλος, που δείχνει το άνω μέρος αυτής. Εάν η εικόνα έχει δημοσιευτεί αλλού, σημειώνεται στις ευχαριστίες η πηγή προέλευσης και εσωκλείεται η γραπτή άδεια του εκδότη που έχει την αποκλειστικότητα της αναδημοσίευσης. Σε περίπτωση που υπάρχουν φωτογραφίες ατόμων, θα πρέπει να μη διακρίνονται τα πρόσωπα ή να συνοδεύονται από γραπτή άδεια χρησιμοποίησης των φωτογραφιών τους ως έχουν. Οι εικόνες δεν πρέπει να ξεπερνούν τις διαστάσεις τις σελίδας του περιοδικού (πλάτος 17 εκ, ύψος 24,5 εκ.).

Λεζάντες. Γράφονται σε ξεχωριστή σελίδα και αριθμούνται σύμφωνα με τις αντίστοιχες εικόνες.

Βιβλιογραφικές παραπομπές. Ακολουθείται το σύστημα Vancouver. Στα πλαίσια αναβάθμισης του περιοδικού, τα άρθρα που στέλνονται προς δημοσίευση, θα πρέπει απαραίτητως να έχουν τις βιβλιογραφικές τους αναφορές μόνο με λατινικούς χαρακτήρες. Ο αριθμός των βιβλιογραφικών αναφορών δεν θα πρέπει να ξεπερνάει τις 45 ανά άρθρο. Η αρίθμηση των βιβλιογραφικών παραπομπών γίνεται με τη σειρά που εμφανίζονται στο κείμενο. Όλες οι βιβλιογραφικές παραπομπές που αναφέρονται στο κείμενο 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. Για κάθε σχετική πληροφορία παρακαλούνται οι ενδιαφερόμενοι να ανατρέχουν στον κατάλογο των περιοδικών, που καταχωρίζονται στο index Medicus και αναγρά-

φονται στην έκδοση Ιανουαρίου κάθε χρόνο. Για τα ελληνικά περιοδικά υπάρχει ο σχετικός κατάλογος του ΙΑΤΡΟ-ΤΕΚ, που συντάχτηκε σύμφωνα με τις υποδείξεις του ISO 4, 1972 (2). Η χρησιμοποίηση των περιλήψεων ως βιβλιογραφικών παραπομπών θα πρέπει να αποφεύγεται.

Το όνομα γράφεται πάντα μετά το επώνυμο, χωρίς τελεία. Ακολουθεί ο τίτλος της εργασίας, ο τίτλος του περιοδικού, η χρονολογία, ο τόμος και η πρώτη και τελευταία σελίδα.

Σε περίπτωση κατά την οποία δεν αναφέρεται όνομα συγγραφέα (π.χ. άρθρο σύνταξης), χρησιμοποιείται η λέξη «Ανοηγτους» και, για ελληνικές μελέτες, η λέξη «Ανώνυμος». Μετά το Ανώνυμος ακολουθούν τα υπόλοιπα στοιχεία, όπως πιο πάνω. Παραδείγματα αναγραφής βιβλιογραφιών αναφέρονται παρακάτω:

1. Άρθρα περιοδικών

Αναφέρονται τα επώνυμα όλων των συγγραφέων ακολουθούμενα από τα αρχικά των ονομάτων τους χωρίς τελείες μέχρι έξι σε αριθμό (εάν οι συγγραφείς είναι περισσότεροι, ακολουθεί η ένδειξη κ.α.), ο τίτλος της εργασίας, η συντομογραφία του περιοδικού, το έτος δημοσίευσης, ο αριθμός τόμου, η πρώτη και η τελευταία σελίδα του άρθρου.

Π.χ.: *Jensen CE, Tuck SM, Old J, Morris RW, Yardumian A, De Sanctis V et al. Incidence of endocrine complications and clinical disease severity related to genotype analysis and iron overload, in patients with beta-thalassemia. Eur J Haematol 1997, 59: 76-81.*

2. Βιβλία Μονογραφίες

Γράφονται τα επώνυμα των συγγραφέων και ακολουθούν τα αρχικά των ονομάτων τους, ο τίτλος του βιβλίου (ο αριθμός έκδοσης και ο τόμος), η έδρα του εκδοτικού οίκου, το όνομα του εκδοτικού οίκου και ο χρόνος έκδοσης.

π.χ.: *Γαρδίκας ΚΔ. Ειδική Νοσολογία. 3η έκδοση. Αθήνα, Παρισάνος, 1981*

3. Κεφάλαια βιβλίων

Αναφέρονται τα επώνυμα των συγγραφέων και ακολουθούν τα αρχικά των ονομάτων τους, ο τίτλος του κεφαλαίου, η αναφορά του βιβλίου όπως ανωτέρω, αφού προηγηθεί η πρόθεση «στο» ή «ίη» και οι σελίδες του κεφαλαίου (πρώτη και τελευταία).

4. Βιβλιογραφία από ιστοσελίδες ή άλλη ηλεκτρονική πηγή

Αναφέρονται τα επώνυμα των συγγραφέων, ο τίτλος του άρθρου, μέθοδος εύρεσης [π.χ. ONLINE, CD], ημερομηνία έκδοσης, αριθμός σελίδων ή οθονών, "Διαθέσιμο από:" και η πλήρης ηλεκτρονική διεύθυνση υπογραμμισμένη.

Μονάδες μέτρησης

Χρησιμοποιούνται οι πρότυπες μετρικές μονάδες για το βάρος, το μήκος, το ύψος, τον όγκο (χιλιόγραμμα, μέτρο, λίτρο ή οι υποδιαιρέσεις τους), το χρόνο και την ώρα. Η μοριακότητα των διαλυμάτων εκφράζεται με το γράμμα Μ και τα υποδεκαπλάσιά του. Η κανονικότητα των διαλυμάτων εκφράζεται με το γράμμα Ν. Για άλλα στοιχεία, οι συγγραφείς πρέπει να αναγράφουν την πρώτη φορά, που αυτά αναφέρονται στο κείμενο, τον πλήρη όρο και σε παρένθεση τη σύντμησή τους, σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα. Στη συνέχεια, μπορούν να αναγράφουν μόνο τη σύντμηση.

Ευχαριστήρια Δήλωση

Το Δ.Σ. ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ και η Συντακτική Επιτροπή του περιοδικού «ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ Περιεγχειρητική Νοσηλευτική», ευχαριστεί τους συντελεστές του περιοδικού «Το Βήμα του Ασκληπιού» για την συμπαράσταση τόσο σε οργανωτικό όσο και σε επιστημονικό επίπεδο με σκοπό την αναβάθμιση του περιοδικού.



EUROPEAN OPERATING ROOM
NURSES ASSOCIATION

6th eorna congress



NE SAGRES - Marina Portuguesa

SAILING TO THE FUTURE

LISBOA.PORTUGAL.2012

26 – 29 April, Lisboa Congress Centre

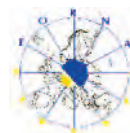
www.eornacongress.eu

WFHSS

World Forum for Hospital
Sterile Supply



ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ.



European Operating Room
Nurses Association



22^ο

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ.



www.sydnox2011.gr

ΚΑΡΠΕΝΗΣΙ, Ξενοδοχείο ΜΟΝΤΑΝΑ 24-27 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2011

CITY CONGRESS
professional congress organizers



CITY Congress Member of TRIAENA Tours & Congress

Συγγρού 206, 17672, ΚΑΛΛΙΘΕΑ - ΑΘΗΝΑ • T +30 20 7499322, +30 20 7499320 • F +30 20 778795 • E-mail: info@citycongress.gr • www.citycongress.gr

