

Χαιρετισμός από την Πρόεδρο του ΠΑ.ΣΥ.Ν

Συνάδελφοι,

Με την ευκαιρία των Χριστουγέννων και της Πρωτοχρονιάς εύχομαι κάθε ευτυχία, υγεία και χαρά για σας και τις οικογένειές σας.

Η γέννηση του Θεανθρώπου αποτελεί αρχή και ξεκίνημα για κάθε ανθρώπινη ύπαρξη, που καθοδηγεί με το φως της Βηθλεέμ τα βήματα και τον προορισμό του καθενός μας.

Συνάνθρωποι, όλοι μας σαν το επιστέγασμα της πάνσοφης δημιουργίας του Θεού πρέπει να μας διακατέχει η αγάπη και να μας χαρακτηρίζει η συμπόνια και η συμπαράσταση για τον κάθε άνθρωπο πάνω στη γη, αρχές που σαν επαγγελματίες μας δεσμεύουν η Νοσηλευτική δεοντολογία και ευθύνη .

Η πορεία κάθε ανθρώπου εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, αλλά περισσότερο από τον ίδιο. Γιατί στον καθένα μας υπάρχει η θεία χάρις και η ψυχή που μας χάρισε η θεία προέλευση του ανθρώπινου γένους.

Η πορεία της Νοσηλευτικής, ο τομέας αυτός της ανθρώπινης δραστηριότητας που εξελίχθηκε από την ανάγκη του ανθρώπου για φροντίδα και περίθαλψη από τον άλλο άνθρωπο, εξαρτάται κατά κύριο λόγο από τους λειτουργούς της. Τους Νοσηλευτές! Αν η πορεία μας θα είναι αυτή που όλοι ονειρευόμαστε, μια πορεία καταξίωσης που θα φέρει σε μας πρώτα ικανοποίηση και αυτοπραγμάτωση και θα προσφέρει στους άλλους τη μέγιστη δυνατή υπηρεσία, εξαρτάται απόλυτα από μας.

Εξαρτάται από το πόσο έτοιμοι είμαστε να προσφέρουμε στον τομέα που ο καθένας είναι ταγμένος. Πόσο πρόθυμοι είμαστε να συνεργαστούμε μεταξύ μας και με τους γύρω μας. Πόσο ενωμένοι είμαστε και πόσο κατανοούμε, την αυτονομία της προσφοράς μας προς τον άνθρωπο που έχει την ανάγκη μας. Αν νιώσουμε αυτό το σημαντικότερο σημείο, όλα τα άλλα, η κοινωνική και οικονομική ισοπολιτεία θα επέλθουν σαν φυσική συνέπεια της δικής μας αποτελεσματικότητας

Εύχομαι κάθε καλύτερο για τον καινούριο χρόνο.



Αγγελική Ταπακούδη

Πρόεδρος ΠΑ.ΣΥ.Ν

Από τη Σύμβαση

Αγαπητέ συνάδελφε/συνδρομητή,

Η συμπλήρωση του 1ου τόμου του περιοδικού «Κυπριακά Νοσηλευτικά Χρονικά» αποτελεί πλέον γεγονός, αλλά συνάμα και υπόσχεση για καλύτερη συνέχεια. Με αυτή την ευκαιρία επιθυμούμε να σας ευχαριστήσουμε, για το ενδιαφέρον και την εμπιστοσύνη σας, με την ελπίδα ότι ανταποκριθήκαμε στις προσδοκίες σας.

Ο αγώνας για την επιμέλεια έκδοσης και αποστολής, κάθε τεύχους ήταν σκληρός και επίπονος, ο δρόμος μακρύς, κατάσπαρτος από εμπόδια και δυσκολίες, άγνωστα μονοπάτια για άπειρους εκδότες. Ο οδηγός μας όμως είστε πάντοτε εσείς και ο στόχος μας για την καθιέρωση ενός ποιοτικού επαγγελματικού περιοδικού, νομικά κατοχυρωμένου εντός και εκτός Κύπρου και απόλυτα προσαρμοσμένου στους διεθνείς κανονισμούς τύπου, τυπογραφίας και βιβλιοθηκών. Έτσι, τα συμπαγή θεμέλια αποτέλεσαν το πρωταρχικό μας μέλημα, με γνώμονα τη δημιουργία τέτοιων προϋποθέσεων που να επιτρέπουν όχι μόνο τη μια και μοναδική έκδοση τεύχους, αλλά τη συνεχή τετραμηνιαία έκδοση και κυκλοφορία του.

Ο προγραμματισμός για τη δημιουργία του 2ου τόμου έχει ήδη αποπερατωθεί και περιλαμβάνει ποικίλες βελτιώσεις, προσθήκες και καινοτομίες. Η θέληση και η όρεξη θεωρούνται δεδομένες, απαιτείται όμως και η δική σας συμπαράσταση. Η υποβολή εργασιών, η συνδρομή και η προσέλκυση νέων συνδρομητών και συγγραφέων με τη δική σας βοήθεια, μας δίνει πολύτιμα εφόδια για συνέχεια. Τα σχόλια και οι εισηγήσεις σας καλοσωρίζονται και μελετούνται ώστε να αξιολογηθούν οι ανάγκες και να εκπληρωθούν οι απαιτήσεις σας.

Ας μην ξεχνάμε ότι το περιοδικό αυτό εκδίδεται από Νοσηλευτές για Νοσηλευτές και μόνο οι Νοσηλευτές μπορούν να το στηρίξουν. Ας μην ξεχνάμε ότι επί σειρά ετών δεν είχαμε δική μας φωνή. Τώρα υπάρχει..... τα «Κυπριακά Νοσηλευτικά Χρονικά». Θα ήταν κρίμα να γίνουμε εμείς η αιτία να σιγήσει η φωνή αυτή.

Ευελπιστούμε σε θετική ανταπόκριση.

Χρίστος Ανδρέου
Συντακτική Επιτροπή

Αντιμετώπιση του Πόνου



**Ιωάννης Λεοντίου - RGN, CCN, BSc(Hons) Professional Nursing Studies -
Ανώτερος Νοσηλευτικός Λειτουργός**

«Τα ζωτικά σημεία λαμβάνονται σοβαρά υπ' όψιν. Αν ο πόνος αξιολογηθεί με τον ίδιο ζήλο υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα η θεραπεία του να γίνεται κατάλληλα. Εκείνο που χρειάζεται είναι η εκπαίδευση των γιατρών και νοσηλευτών ώστε ο πόνος να αντιμετωπίζεται ως ένα από τα ζωτικά σημεία. Ποιοτική φροντίδα σημαίνει ότι ο πόνος μετριέται και θεραπεύεται.»

James Campbell
American Pain Society

Πρόλογος

Η επιλογή του θέματος για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης δεν ήταν μια απλή υπόθεση. Ο υποφαινόμενος εργάζεται στο Τμήμα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών (ΤΑΕΠ) για αρκετά χρόνια και έχει αντιμετωπίσει ποικίλες αλλά και πολύπλοκες καταστάσεις που αφορούσαν την αντιμετώπιση του πόνου στην οξεία φάση.

Κατ' αρχή θα πρέπει να σημειώσουμε κάποιες αναφορές και διεθνής ορολογίες όσον αφορά τον πόνο.

Σύμφωνα με τον Jacobs (1997 σ. 392) η εμπειρία του πόνου είναι μοναδική για κάθε ασθενή (με την έννοια ότι κάθε άνθρωπος έχει την δική του εμπειρία και αίσθηση στον πόνο.

Ο όρος που έχει δοθεί από το Διεθνές Συμβούλιο για την μελέτη του πόνου (IASP 1986) λέει ότι : «ο πόνος είναι μια δυσάρεστη αισθητική και συναισθηματική εμπειρία που συνδέεται με πραγματική ή δυνητική βλάβη των ιστών ή που περιγράφεται με όρους που δίδουν την έννοια μιας τέτοιας βλάβης» (μετάφραση του συγγραφέα).

Οι αισθήσεις, σύμφωνα με τον Merskey (1997) είναι καθ' αυτές και κατ' ορισμό υποκειμενικές. Ο Hunter (1993) ισχυρίζεται ότι η εμπειρία του πόνου μπορεί να διαφέρει λόγω τριών χαρακτηριστικών:

Την ένταση της γενεσιουργού αιτίας.

Την προηγούμενη εμπειρία σε παρόμοιο συμβάν

Την ψυχολογική κατάσταση του ατόμου.

Παράγοντες που μπορεί να καθορίσουν τον πόνο μπορεί να είναι : Ψυχολογικοί, Βιολογικοί ή κοινωνικοί (Hayward 1979).

Ο Merskey (1968) (όπως αναφέρεται από τον Hayward 1979) διαχωρίζει τον πόνο σε οργανικό και ψυχογενή. Αυτονόητα συμπεραίνουμε ότι ο οργανικός οφείλεται σε φυσικά αίτια και ο ψυχογενής σε ψυχολογικά. Ο Hayward (1979) ισχυρίζεται ότι το άγχος δημιουργεί αυξημένη μυϊκή ένταση με αποτέλεσμα την αυξημένη αίσθηση του πόνου. Ο συγγραφέας δεν θα δίσταζε να ισχυριστεί ότι ο οργανικός πόνος συνοδεύεται σχεδόν πάντα με ανησυχία και άγχος. Εξάλλου μεγάλη έρευνα που έγινε από τον Gillies κ.α (1999) (κράτησε τρία χρόνια και τελείωσε μόλις το 1998) έδειξε ότι η εμπειρία του πόνου στην πλειοψηφία των ασθενών κατά την πρώτη και τρίτη μετεγχειρητική μέρα συνοδευόταν με την παρουσία άγχους και κατάθλιψης.

Η παρούσα εργασία δεν έχει σκοπό να εξετάσει και να περιγράψει σε βάθος όλες τις πτυχές που αφορούν την μετεγχειρική ψυχολογική στήριξη του ασθενούς. Αυτό που πρέπει να τονιστεί όμως είναι ότι οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στον μετεγχειρητικό ασθενή θα πρέπει να συμπεριλαμβάνουν και την ψυχολογική υποστήριξη. Ενθάρρυνση για συζήτηση των πιθανών σημαντικών αλλαγών και των συναισθημάτων που διακατέχουν τους ασθενείς είναι μια καλή προσέγγιση. Φρόνιμο είναι επίσης να δίδονται εξηγήσεις ότι η περίοδος άγχους είναι παροδική και μέσα σε «φυσιολογικά» πλαίσια. Στήριξη από ειδικούς (συμβούλους) πρέπει να είναι πάντοτε στη σκέψη μας και να μην διστάζουμε να ζητούμε την βοήθειά τους όταν οι ασθενείς το χρειάζονται.



Η παρουσία του πόνου στην μετεγχειρητική περίοδο είναι η πιο κοινή αιτία που κάνει τους ασθενείς να υποφέρουν σύμφωνα με την Αλεξάκη κ.α (1998) που αναφέρουν επίσης ότι ποσοστό 30-70% των ασθενών παραπονιούνται για έντονο πόνο κατά την περίοδο της ανάνηψης. Χαρακτηρισμοί για τον πόνο ακούγονται συχνά από γιατρούς και νοσηλευτές όπως π.χ "Ο πόνος σου κάνει καλό", "μην δώσετε οπιοειδή γιατί θα έχει αναπνευστική καταστολή κ.λ.π.

Η Ferguson (1995) αναφέρει επιγραμματικά ότι η μη ανακούφιση του πόνου είναι ανασταλτικός παράγοντας στην ανάνηψη του ασθενούς.

Η παρουσία πόνου στον μετεγχειρητικό ασθενή αποβαίνει επιζήμια λόγω διαφόρων επιπτώσεων όπως καταγράφουν η Αλεξάκη κ.α (1998). Τέτοιες επιπτώσεις είναι:

Ανησυχία και υπερδιέγερση που οδηγούν σε μείωση της συγκέντρωσης O₂ με αποτέλεσμα την υποξία.

Αύξηση της Α.Π.

Μείωση της ηπατικής και νεφρικής αιματικής ροής.

Πόνος που προέρχεται από θωρακικές και κοιλιακές πληγές εμποδίζει τον ασθενή να αναπνέει βαθιά και να βήγχει με αποτέλεσμα πιθανή ατελεκτασία ή πνευμονία.

Παραμονή στο κρεβάτι του ασθενή και μη έγερση του λόγω πόνου είναι αιτία πρόκλησης εν τω βάθει θρόμβωσης και πνευμονικής εμβολής.

Ανεξέλεγκτος πόνος αυξάνει τη πιθανότητα φλεγμονής και σήψης του τραύματος.

Επιπρόσθετα με τα όσα έχουν γενικά αναφερθεί για τους παράγοντες που καθορίζουν το πόνο, μπορεί να λεχθεί ότι: το είδος της επέμβασης και η περιοχή του σώματος που γίνεται είναι καθοριστικοί παράγοντες για τον πόνο. Παραδείγματος χάρη οι κοιλιακές και θωρακικές επεμβάσεις είναι περισσότερο επώδυνες από οπουδήποτε αλλού (Αλεξάκη κ.α 1998). Η ποικιλία ανταπόκρισης στον πόνο είναι μεγάλη. Βλέπουμε καθημερινά ασθενείς με την ίδια χειρουργική επέμβαση να ανταποκρίνονται διαφορετικά στα αναλγητικά που τους χορηγούνται για καταστολή του πόνου όπως επίσης και στον τρόπο έκφρασης και περιγραφής του πόνου (Helman 1994 σ.179). Μπορεί να έχει παρατηρηθεί από όλους ότι πέραν του φύλου, της ηλικίας κ.λ.π. ακόμα και μεταξύ εθνικοτήτων η ανταπόκριση στο πόνο να είναι διαφορετική.

Μετά που θα δοθούν οι απαραίτητες εξηγήσεις για τη θεραπεία ο νοσηλευτής/τρια θα πρέπει να ακούσει προσεχτικά τις ερωτήσεις και σχόλια που θα υποβληθούν και να σιγουρευτεί ότι ο ασθενής είναι πλήρως προετοιμασμένος για τον βαθμό του πόνου που θα ακολουθήσει. Οι λόγοι για το είδος και το μέγεθος του πόνου καθώς επίσης και οι τρόποι που θα χρησιμοποιηθούν θα πρέπει επίσης να επεξηγηθούν (Torrance & Serginson 1977). Υπ' όψιν μας λοιπόν ότι ο πόνος θα είναι λιγότερος η πιο ανεκτικός όταν ο άρρωστος είναι ενήμερος για:

τους λόγους που πονάει μετεγχειρητικά

τους τρόπους που θα αντιμετωπιστεί ο πόνος

την παροδικότητα του πόνου

Αντιμετώπιση

Γενικά μιλώντας, ο πόνος μετά την εγχείριση είναι χειρότερος στις πρώτες λίγες μέρες (Carroll & Bowsher 1993 σελ.17). Η εκτίμηση του μετεγχειρητικού πόνου μπορεί να βασιστεί πάνω σε προκαθορισμένες παραμέτρους και με τη βοήθεια κλιμάκων μέτρησης του πόνου (Hunter 1993 σελ.35). Οι πλείστες παρεμβάσεις που θα γίνουν προς την κατεύθυνση της ανακούφισης θα στηριχτούν στην αρχική εκτίμηση και θα συμπεριλαμβάνουν φαρμακευτική αναλγησία. Η επιλογή για την μέθοδο χορήγησης της αναλγησίας θα πρέπει επίσης να στηριχτεί στην εκτίμηση του πόνου. Άλλοι μέθοδοι ανακούφισης από τον πόνο δεν θα πρέπει να παραβλεφθούν.



Επιβάλλεται μια συνεχής αξιολόγηση για να διαφανεί η καταλληλότητα της επιλογής των φαρμάκων που χορηγούνται στο χειρισμό του πόνου και μια τακτική εκτίμηση των αποτελεσμάτων θα διαγράψει την αποτελεσματικότητα του προγράμματος που ακολουθείται.

Μέθοδοι χορήγησης αναλγητικών (σύμφωνα με την Hunter 1993)

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι χορήγησης της αναλγησίας.

1. Ενδοφλέβια χορήγηση μπορεί να συμπεριλαμβάνει:

α) Την διακεκριμένη ή αναλόγως αναγκών χορήγηση οπιοειδών

Χρησιμοποιείται συνήθως στο χειρουργείο από τους αναισθησιολόγους ή στο δωμάτιο ανάνηψης από το προσωπικό. Δίδεται στον ασθενή μικρή δόση διαλυμένου οπιοειδούς φαρμάκου αναλόγως των οδηγιών του αναισθησιολόγου μέχρι που ο πόνος να καταστεί ελεγχόμενος. Κατά τη διάρκεια της χορήγησης ο/η νοσηλευτής/τρια παρακολουθεί την ανταπόκριση του ασθενή στο φάρμακο ελέγχοντας την ανακούφιση του πόνου, τις αναπνοές, το σφυγμό την αρτηριακή πίεση και το επίπεδο συνείδησης. Είναι μια γρήγορη και αποτελεσματική μέθοδος που προκαθορίζει και την εντύπωση του ασθενή για το χειρισμό του μετεγχειρητικού πόνου. Παρ' όλα αυτά η χρησιμοποίηση της μεθόδου αυτής στο θάλαμο

απαιτεί νοσηλεύτη/τρια που θα αποσπαστεί ειδικά για κάποιο χρονικό διάστημα και δύσκολα μπορεί να εφαρμοστεί.

β) Συνεχής χορήγηση οπιοειδών με σταθερή ροή/έγχυση:

Η τεχνική αυτή χρησιμοποιείται στις μονάδες εντατικής παρακολούθησης ή ακόμα σε τμήματα όπου υπάρχει κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό. Συμπεριλαμβάνει τη συνεχή χορήγηση οπιοειδών φαρμάκων μέσω ενδοφλεβίου καθετήρα. Η ροή μπορεί να ελέγχεται από ηλεκτρονική αντλία (electronic infusion device) ή απλό οδηγό χορήγησης (clockwork syringe device-microdropper)



Υπάρχουν μειονεκτήματα σ' αυτή τη μέθοδο. Το πρώτο μειονέκτημα έγκειται στο γεγονός ότι χρειάζονται μερικές ώρες ώσπου η συνεχή χορήγηση να προσδώσει το απαιτούμενο επίπεδο φαρμάκου στο πλάσμα και να επιφέρει αναλγησία. Κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης οι συγκεντρώσεις του φαρμάκου στο πλάσμα μπορεί να είναι χαμηλές και να μην αποδίδουν τα αναμενόμενα αποτελέσματα.

Το δεύτερο μειονέκτημα είναι η διαφορετική ανταπόκριση που μπορεί να έχουν οι ασθενείς στο φάρμακο. Ένας συγκεκριμένος ρυθμός χορήγησης μπορεί σε ένα ασθενή να έχει ικανοποιητικά αποτελέσματα ενώ σ' ένα άλλο να προκαλέσει άπνοια. Είναι δύσκολο λοιπόν για κάποιον να κρίνει την ακριβή αναγκαία ροή που θα πάρει ο ασθενής.

γ) Η ελεγχόμενη από τον ασθενή ενδοφλέβια χορήγηση μέσω συσκευής (Patient controlled analgesia-PCA).

Οι αρχές της μεθόδου αυτής έχουν τις ρίζες τους 25 χρόνια πριν (Sechzer 1968 όπως αναφέρεται από την Hunter 1993) όταν χρησιμοποιήθηκε σαν εργαλείο έρευνας για αντικειμενική μέτρηση της σοβαρότητας του μετεγχειρητικού πόνου. Η χρήση της μεθόδου αυτής έχει πολλά πλεονεκτήματα για τον ίδιο τον ασθενή αλλά και για τους νοσηλευτές. Κατ' αρχήν ο ασθενής θα χειρίζεται μόνος του τον πόνο του εξοικονομώντας χρόνο στον/στην νοσηλεύτρια που δεν θα πηγαينοέρχεται να χορηγήσει αναλγητικό.

Οι πλείστες αντλίες μπορούν να χορηγήσουν ποσότητα διαλύματος 30-50 ml. Οι πιο απλές μονάδες επιτρέπουν στον χρήστη να προγραμματίσει τη δόση και τη διάρκεια χορήγησης. Η κατασκευή τους είναι τέτοια που να παρέχει ασφάλεια στη δοσολογία. Για παράδειγμα, στη περίπτωση χορήγησης μορφίνης που χρειάζεται κάποιο χρόνο να φέρει αποτέλεσμα μετά τη χορήγηση μιας δόσης λειτουργεί το λεγόμενο "σύστημα αποκλεισμού" ή "εμπλοκής" (lockout). Γίνεται εμπλοκή της συσκευής για κάποιο χρόνο (συνήθως πέντε λεπτά) ώστε να μην μπορεί να δοθεί άλλη δόση φαρμάκου.

Οι δυνατότητες των συσκευών αυτών είναι πολλές και ποικίλουν ανάλογα με τον τρόπο που επιθυμούμε να παίρνει ο ασθενής την αναλγησία και που αποδεδειγμένα έχουν καταπληκτικά αποτελέσματα γι' αυτό και χρησιμοποιούνται σε μεγάλο βαθμό.

Η τεχνική της μεθόδου P.C.A. δίδει στον ίδιο τον ασθενή την ευθύνη αντιμετώπισης του πόνου του. Κάτω από συνήθεις καταστάσεις ο ασθενής που θα λαμβάνει ενδομυϊκά το αναλγητικό περιμένει μέχρι να νοιώσει πόνο. Αν δεν διστάσει να καλέσει τον/την νοσηλεύτη/τρια θα πονεί για πιο πολύ χρόνο. Αν καλέσει τον/την νοσηλεύτη/τρια τότε γίνεται έλεγχος στον δελτίο θεραπείας για το τι "δικαιούται" ο ασθενής για τον πόνο. Αν χρήζει οπιοειδούς ακολουθείται η διαδικασία του διπλού ελέγχου, υπογραφών ετοιμασίας του φαρμάκου στη σύριγγα και τέλος χορήγηση στον άρρωστο.***

Μέχρι που να αρχίσει να δρα το αναλγητικό ο ασθενής έχει στο ενεργητικό του ακόμα μια εμπειρία πόνου.

Επιπλέον προβλήματα εμφανίζονται λόγω και της φυσιολογικής διαφοράς στην ποσότητα της αναλγησίας που χρειάζονται οι ασθενείς ακόμα και στις περιπτώσεις που έχουν κάμει την ίδια εγχείρηση. Ενδομυϊκή αναλγησία συνήθως γράφεται σαν προκαθορισμένη δόση κάθε 3-4 ώρες. Από αυτή τη δόση οι ανάγκες των ασθενών (σύμφωνα με την Hunter 1993) βάση μελετών ποικίλουν κατά τη διάρκεια του 24ωρου. Έτσι με τις παραδοσιακές μεθόδους άλλοι ασθενείς λαμβάνουν λιγότερη και άλλοι περισσότερη ποσότητα αναλγητικού από ότι χρειάζονται.



Χορήγηση οπιοειδών από το στόμα

Τα πλείστα οπιοειδή μπορούν να δοθούν και από το στόμα σε μετεγχειρητικούς ασθενείς. Εκτός αυτών που χειρουργήθηκαν στη κοιλιακή χώρα. Η απορρόφηση του φαρμάκου γίνεται από το λεπτό έντερο επομένως οι ασθενείς τούτοι που έχουν είτε εμετούς είτε μετεγχειρητικό ειλεό δεν μπορούν να πάρουν αναλγησία από το στόμα.

Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι θα χρειάζονται σχετικά μεγάλες δόσεις οπιοειδών αν θα χορηγηθούν από το στόμα αφού τα οπιοειδή όπως η μορφίνη μεταβολίζονται στα τοιχώματα του εντέρου και από το συκώτι, όργανα από τα οποία πρέπει να περάσουν προτού μπούν στη κυκλοφορία του ασθενή.

Υπογλώσσια χορήγηση

Τα οπιοειδή μπορούν να δοθούν και κάτω από τη γλώσσα. Το φάρμακο απορροφάται από τους βλεννογόνους και εισέρχεται στην κυκλοφορία με ένα ρυθμό μικρότερο από την ενδοφλέβια χορήγηση αλλά μεγαλύτερο από την ενδομυϊκή. Η δόση είναι μικρότερη αυτής που δίδεται από το στόμα και υπάρχει η ευχέρεια να αφαιρεθεί σε περιπτώσεις υπερδοσολογίας. Η Buprenorphine και η morphine μπορούν να δοθούν μ' αυτό τον τρόπο. Δεν είναι δημοφιλής μέθοδος λόγω της φτωχής αναλγησίας που παρέχει και παρουσιάζει τις παρενέργειες της ναυτίας του εμετού.

Υποδόρια έγχυση

Είναι παρόμοια τεχνική μ' αυτήν της ενδοφλέβιας χορήγησης. Η κάνουλα μπαίνει ακριβώς κάτω από το δέρμα στο υποδόριο λίπος και χορηγείται το διάλυμα με το οπιοειδές. Διαχύεται στους γύρω ιστούς και μπαίνει στην κυκλοφορία από όπου δρά στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Δεν προσφέρει όμως κανένα πλεονέκτημα έναντι της ενδοφλέβιας χορήγησης στους μετεγχειρητικούς ασθενείς γ' αυτό χρησιμοποιείται περισσότερο στις χρόνιες παθήσεις όπου δεν χρειάζονται γρήγορες αλλαγές (αυξομειώσεις) στο ρυθμό χορήγησης.



Διαδερμική χορήγηση

Πρόσφατη μέθοδος που εναπόκειται στην επικόλληση ταινίας ("patch") στο δέρμα και

απορρόφησης του φαρμάκου μέσω του δέρματος. Η απορρόφηση του φαρμάκου στηρίζεται σε πολλούς παράγοντες συμπεριλαμβανομένου του σχεδιασμού της ταινίας, την διαλυτότητα του φαρμάκου και της ροής του αίματος στην περιοχή που επικολλάται. Το συνθετικό οπιοειδές Fentanyl διέρχεται κλινικών δοκιμών για τη χρήση του σε μετεγχειρητικές αναλγησίες.

Υπάρχει το μειονέκτημα της μη ελεγχόμενης απορρόφησης και επομένως της δόσης που μπορεί να ληφθεί. Χρειάζεται περισσότερος χρόνος ώστε το φάρμακο να φτάσει το αναμενόμενο επίπεδο στο πλάσμα για να προκαλέσει αναλγησία.. Αυτό όμως μπορεί να αποφευχθεί τοποθετώντας τη ταινία πριν την εγχείρηση. Άλλο πρόβλημα σ' αυτή τη μέθοδο είναι το διάστημα που χρειάζεται να πέσουν τα επίπεδα του φαρμάκου στο πλάσμα αφού αφαιρεθεί η ταινία και ο άρρωστος να βρίσκεται σε υπερδοσολογία. Η μέθοδος αυτή χρήζει περισσότερης αξιολόγησης πριν την εφαρμογή της στον κλινικό χώρο επί τακτικής βάσης.

Πρωκτική χορήγηση

Η απορρόφηση από το βλεννογόνο σ' αυτή την περίπτωση είναι τόση όπως και στην περίπτωση της υπογλώσσιας χορήγησης.

Περιοχική/τοπική αναλγησία/αναισθησία

Μέθοδος που εισήχθη από τον Αυστριακό χειρουργό Karl Koller το 1884 με την χρήση της cocaine στις εγχειρήσεις ματιών. Με την τοπική αναισθησία χορηγείται αναισθητικό (lignocaine, bupivacaine και prilocaine), εμποδίζοντας την μετάδοση των ερεθισμάτων κατά μήκος των νεύρων γι' αυτό και το φάρμακο χορηγείται με ένεση κοντά σε νεύρα που πρόκειται να μεταφέρουν τα επώδυνα ερεθίσματα στον εγκέφαλο.

Τοπική επάλειψη

Μέθοδος που χρησιμοποιείται συχνά σε παιδιατρικά τμήματα με τη χρήση της κρέμας EMLA. Μείγμα της prilocaine και lignocaine, απορροφάται από το δέρμα και προκαλεί αναισθησία στην περιοχή που θα δοθεί συνήθως μια ένεση ή θα ληφθούν δείγματα αίματος. Χρησιμοποιείται επίσης για πρόκληση αναλγησίας μετεγχειρητικά σε περιστατικά με περιτομή. Οι χειρουργοί χρησιμοποιούν την Bupivacaine τοπικά προτού κλείσουν με συρραφή το δέρμα. Έχει δε αποδεχτεί και σαν αποτελεσματική για αναλγησία σε περιστατικά με χειρουργημένες κήλες.

Τοπική διήθηση

Είναι επίσης μια απλή τεχνική που δεν χρειάζεται οποιαδήποτε ειδική δεξιοτεχνία ή εμπειρία. Στην περιοχή γύρω από την πληγή χορηγείται τοπικό αναισθητικό (συνήθως bupivacaine). Υπάρχει πάντα η ανησυχία για μόλυνση της πληγής με τη χρήση αυτής της μεθόδου από τους χειρουργούς παρ'όλο που δεν υπάρχουν στοιχεία να στηρίζουν αυτές τις ανησυχίες.

Αποκλεισμός νεύρου ή πλέγματος νεύρων

Κάποιες εγχειρήσεις γίνονται σε περιοχές που τροφοδοτούνται από ένα ή δύο νεύρα. Ο αναισθησιολόγος που έχει γνώση της πορείας αυτών των νεύρων



μπορεί να χορηγήσει τοπικό αναισθητικό (με ένεση) γύρω από αυτά έτσι που να εμποδιστεί η μεταφορά των επώδυνων ερεθισμάτων κεντρικά. Παραδείγματα αυτής της μεθόδου μπορεί να είναι ο αποκλεισμός του ισχιακού νεύρου σε επεμβάσεις στο μεγάλο δάκτυλο και αποκλεισμό των λαγονογαστρικού (iliohypogastric) και λαγονοβουβωνικού (ilioinguinal) στις περιπτώσεις εγχειρήσεων κήλης.

Παρομοίως μπορεί να γίνει αποκλεισμός πλέγματος νεύρων που μπορούν να αναισθητοποιηθούν με μια μόνο ένεση. Ένα παράδειγμα είναι ο αποκλεισμός του βραχιονίου πλέγματος (σχηματίζεται από τα τέσσερα κάτω αυχενικά νεύρα και το πρώτο θωρακικό νεύρο. Ευρίσκεται στο οπίσθιο τρίγωνο στη μασχάλη) που προσφέρει τόσο προεγχειρητική όσο και μετεγχειρητική αναλγησία στις περιπτώσεις εγχειρήσεων στον ώμο. Εκεί όπου νεύρα μεταφέρουν αισθητικά άλλα και κινητικά ερεθίσματα το τοπικό αναισθητικό θα προκαλέσει και απώλεια της μυικής λειτουργίας στην περιοχή. Αυτό μπορεί να είναι πλεονέκτημα κατά τη διάρκεια της επέμβασης αλλά μπορεί να ελαττώσει την κινητικότητα στην μετεγχειρητική περίοδο.

Εισπνευστική αναλγησία (inhalational analgesia)

Η πλέον κοινή ουσία που χορηγείται είναι το Entonox. Είναι ένα μείγμα 50% οξυγόνου και 50% nitrous oxide. Χρησιμοποιείται κυρίως από τις μαιές στο χειρισμό του πόνου κατά τη διάρκεια του τοκετού. Είναι επίσης χρήσιμο στην φυσιοθεραπεία μετεγχειρητικών ασθενών με κατάγματα πλευρών αλλά και σαν αναλγησία κατά τη διάρκεια αλλαγής πληγών. Είναι ισχυρό αναλγητικό καθ'όσο χορηγείται όμως δεν είναι δυνατό να χορηγηθεί για μεγάλες περιόδους. Αυτό γιατί υπάρχει η πιθανότητα καταστολής της λειτουργίας του μυελού των οστών του ίδιου του ασθενή καθώς επίσης ρυπαίνεται και το περιβάλλον του θαλάμου. Προκαλεί δε ξηρότητα του στόματος στον ασθενή εφόσον χορηγείται κατευθεία χωρίς να υγραποιηθεί.

Σπονδυλική (spinal) αναλγησία

Η χορήγηση τοπικού αναισθητικού για τους σκοπούς της επέμβασης προσδίδει αναισθησία για 3 μέχρι 4 ώρες το πολύ. Η συμπερίληψη ενός οπιοειδούς όπως η μορφίνη στην ένεση μπορεί να προκαλέσει μετεγχειρητική αναλγησία μέχρι 24 ώρες. Η δόση της μορφίνης για μια τέτοια περίοδο είναι πολύ μικρή (0,1-0,2 mg). Η ποιότητα της αναλγησίας με αυτή τη μέθοδο είναι ανώτερη των συνηθισμένων ενδομυϊκών τεχνικών όπως αναφέρεται σε πολλές μελέτες σύμφωνα με την Hunter (1993).

Όπως και στις άλλες μεθόδους υπάρχει διαφορετική ανταπόκριση από τον κάθε ασθενή στο αναλγητικό φάρμακο. Η ναυτία, ο εμετός και η κατακράτηση ούρων είναι προβλήματα που παρουσιάζονται σ' αυτή τη μέθοδο. Η πιο σημαντική όμως επιπλοκή είναι η καταστολή της αναπνευστικής λειτουργίας η οποία μπορεί να παρουσιαστεί ακόμη και μετά την αναλγησία. Πρέπει να σημειωθεί ότι οι πιθανότητες να συμβεί το πιο πάνω αυξάνονται αν επιπρόσθετα οπιοειδή χορηγηθούν στον ασθενή από άλλη οδό γι' αυτό και θα πρέπει να αποφευχθούν.

Επισκληρίδιος αναλγησία

Υπάρχουν διάφορες προσεγγίσεις στον τρόπο χορήγησης των οπιοειδών στην επισκληρίδιο αναλγησία. Το τοπικό αναισθητικό που χρησιμοποιείται είναι συνήθως bupivacaine σε μια συγκέντρωση μεταξύ 0.008 και 0.15%. Το οπιοειδές μπορεί να διαφέρει. Γίνεται χρήση του Fentanyl, της morphine και του diamorpine (heroin). Ένας τυπικός συνδυασμός είναι 0.15% bupivacaine και 0.005% diamorpine (ισοδύναμο με 2,5 mg diamorpine σε 50ml saline). Αυτό εγχύεται στην επισκληρίδιο με ροή 4 με 8 ml την ώρα έτσι που ο ασθενής να λαμβάνει μικρές δόσεις αναισθητικού και αναλγητικού. Αυτό αφαιρεί το πρόβλημα της απώλειας κινητικής λειτουργίας επιτρέποντας στον άρρωστο να σηκωθεί από το κρεβάτι. Η υπόταση είναι πρόβλημα αν το ισοζύγιο των υγρών δεν προσεχτεί ιδιαίτερα και αφεθεί να καταλήξουν οι ασθενείς με υποογκαιμία λόγω απώλειας αίματος ή υγρών. Η καταστολή της αναπνευστικής λειτουργίας είναι επίσης πιθανή. Το προσωπικό που θα χειρίζεται αυτούς τους ασθενείς θα πρέπει να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένο έχοντας πάντα ένα επώνυμο στέλεχος της ομάδας υγείας (κατά κύριο λόγο αναισθησιολόγο) που να αναλαμβάνει την ευθύνη για τη χρήση της μεθόδου αυτής.

Η ανάπτυξη υπηρεσίας για την αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου.

Η Ferguson (1995) αναφέρει παραδείγματα λειτουργίας ομάδων αντιμετώπισης του οξέως πόνου που λειτουργούν στο Ηνωμένο Βασίλειο κατόπιν εισηγήσεων που είχαν γίνει από ομάδα εργασίας του Royal College of Surgeons και του College of Anesthetists. Υπάρχουν δύο τύποι ομάδων APT (acute pain teams) στο Ηνωμένο Βασίλειο. Ο πρώτος έχει κλινικό προσανατολισμό και προσφέρει άμεση επιτήρηση των ασθενών στην μετεγχειρητική περίοδο. Αυτός ο τύπος συμπεριλαμβάνει τακτικούς γύρους στο θάλαμο με όλα τα μέλη της ομάδας.

Ο δεύτερος τύπος συγκροτείται από πολυθεματική ομάδα που στηρίζει και ενισχύει το προσωπικό στον κλινικό χώρο παρέχοντας του βοήθεια μέσω εκπαίδευσης και παροχής πληροφοριών.

Στις υπηρεσίες της χώρας μας δεν λειτουργεί κάτι τέτοιο. Σαν νοσηλευτές και μέλη της ομάδας υγείας θα πρέπει να στοχεύουμε προς την κατεύθυνση δημιουργίας μιας τέτοιας υπηρεσίας καθορίζοντας σαν στόχους:

Την επιτήρηση των χειρισμών για την ανακούφιση του πόνου των μετεγχειρητικών ασθενών.

Την εφαρμογή νέων μεθόδων αναλγησίας.

Τη στήριξη και εκπαίδευση τόσο του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στη χρήση των νέων τεχνικών.

Την παρακολούθηση και ανάπτυξη αυτής της υπηρεσίας.

Μέχρι την δημιουργία μιας τέτοιας υπηρεσίας όμως θα πρέπει στο χώρο που λειτουργούμε να

έχουμε πάντα υπόψη ότι:

Δεν πρέπει να αγνοούμε τον ασθενή που βρίσκεται σε πόνο.

Θα πρέπει να διαγνώσουμε τον πόνο χρησιμοποιώντας απλές ερωτήσεις (Πονάς; Ελαφρός πόνος, μέτριος, έντονος, ανυπόφορος κ.λ.π.)

Να προλαμβάνουμε τον πόνο παρά να τον ανακουφίζουμε.

Ελληνικές αναφορές:

Αλεξάκη Σ., Παραπονιάρη Ε., Μιτσέλου Μ., (1998) Έλεγχος ΜΤΧ πόνου: Η φιλοσοφία της μετεγχειρητικής αναλγησίας, Μετεγχειρητική Νοσηλευτική , Τόμος 1, 27-29.

Ξένες αναφορές:

Carroll D., Bowsher D., (1993) Acute Pain Management and Nursing Care , UK, Butterworth-Heinemann.

Ferguson J., (1995) The development of Post-Operative Pain Service (I) An overview, British Journal of Theatre Nursing, vol. 5, No 7, 28-31.

Gillies L. M., Smith N. L., Parry Jones W.L., (1999) Post-Operative pain assessment and management in adolescents, PAIN, vol.79, issue 2-3, February 1999.

Hayward J., (1979) Pain, Psychological and Social Aspects, Nursing: The Add –On journal of Clinical Nursing, 1, (I), 21-27.

Helman G.C., (1994) Culture Health and Illness, third edition, Oxford, Butterworth-Heinemann.

Hunter D., (1993) Acute Pain IN Carroll D., Bowsher D., (Eds) Pain management and Nursing Care, UK, Butterworth-Heinemann.

International Association for the Study of Pain (IASP) (1979): Internet source

<http://weber.u.washington.edu/~crc/IASP.html>

Jacobs M.E., (1997) Pain IN Black J.M., Jacobs M.E., (Eds) Medical Surgical Nursing Clinical Management for Continuity of Care, fifth edition, USA, WB SAUNDERS COMPANY.

Merskey H., (1997) Pain Consciousness and Behavior, Pain Research and Management: the Journal of the Canadian Pain Society, Vol.2, No 4

Torrance C., Serginson E., (1997) Pain IN Surgical Nursing, Chapter 7 , London, Bailliere Tindal

Ημερίδα Παγκυπρίου Συνδέσμου Νοσηλευτών

Ημερίδα Παγκυπρίου Συνδέσμου Νοσηλευτών(ΠΑ.ΣΥ.Ν.) για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.)

17 Οκτωβρίου 2000

Ο ΠΑ.ΣΥ.Ν. σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας και την Παγκύπρια Συντεχνία Δημοσίων Υπαλλήλων (ΠΑ.ΣΥ.Δ.Υ.) πραγματοποίησε ημερίδα για το προτεινόμενο Ε.Σ.Υ. στο οίκημα του Συνδέσμου την Τρίτη 17 Οκτωβρίου 2000.

Εισηγητές ήταν ο Πρόεδρος της Τεχνικής Επιτροπής για το Ε.Σ.Υ. στο Υπουργείο Υγείας και εκπρόσωποι του ΠΑ.ΣΥ.Ν και της ΠΑ.ΣΥ.Δ.Υ.

Κατά την ημερίδα έχουν ακουστεί διάφορες θέσεις και απόψεις για το προτεινόμενο Ε.Σ.Υ. από τους εισηγητές.

Θέση του Υπουργείου Υγείας :

Η θέση του Υπουργείου Υγείας μεταξύ άλλων είναι ότι το παρών σύστημα υγείας δεν μπορεί να αντεπεξέλθει στα οικονομικά βάρη τα οποία χρόνο με το χρόνο αυξάνονται με γρήγορους και ανεξέλεγκτους ρυθμούς. Επίσης θα πρέπει να δούμε «το πόσα» ξοδεύουμε για το παρών σύστημα υγείας και τι επίπεδα προσφερόμενων υπηρεσιών έχουμε πετύχει. Το προτεινόμενο Ε.Σ.Υ. θα είναι καθολικό και υποχρεωτικό και θα πρέπει να υπάρχει εύκολη πρόσβαση στις υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ. με ισότητα και αξιοπρέπεια για όλους τους πολίτες. Η ποιότητα - ποσότητα και τα επίπεδα των προσφερομένων υπηρεσιών θα είμαι υψηλού επιπέδου και θα ελέγχονται. Για να μπορεί όμως να λειτουργήσει το προτεινόμενο Ε.Σ.Υ. θα πρέπει πρώτα απ' όλα να δημιουργηθεί η κατάλληλη υποδομή στο Υ.Υ. και σ' όλα τα κρατικά νοσηλευτήρια.

Θέση του ΠΑ.ΣΥ.Ν.:

Η θέση του ΠΑ.ΣΥ.Ν. είναι ότι το προτεινόμενο Ε.Σ.Υ. θα πρέπει να είναι καθολικό και να δημιουργηθούν ίσες ευκαιρίες πρόσβασης, στις υπηρεσίες υγείας, για όλους τους πολίτες αυτού του τόπου, για μια ποιοτική Ιατρό-Νοσηλευτική περίθαλψη. Επίσης τα δικαιώματα των ήδη υπηρετούντων συναδέλφων στα κρατικά νοσηλευτήρια θα πρέπει να διαφυλαχθούν με κάθε τρόπο. Ο ΠΑ.ΣΥ.Ν. εισηγείται όπως μέλη μας συμμετέχουν στον καθορισμό της πολιτικής για θέματα υγείας. Η δημιουργία Τμήματος Νοσηλευτικής στο Υ.Υ. και η συμμετοχή νοσηλευτών στη διοίκηση των νοσοκομείων θα πρέπει να είναι δεδομένη στο προτεινόμενο Ε.Σ.Υ. για να έχουν και οι νοσηλευτές θέση και λόγο στα κέντρα αποφάσεων. Επίσης οι νοσηλευτές θα πρέπει να συμμετέχουν σε επιτροπές για τον έλεγχο της ποιότητας και των επιπέδων των προσφερομένων υπηρεσιών. Ακόμα θα πρέπει να επισπευτεί η ψήφιση και η εφαρμογή του Νόμου Περί Κλινικών πριν από τη ψήφιση του προτεινόμενου Ε.Σ.Υ.

Θέση της ΠΑ.ΣΥ.Δ.Υ.:

Η θέση της ΠΑ.ΣΥ.Δ.Υ. είναι ότι θα πρέπει τα κρατικά Νοσηλευτήρια να παραμείνουν κάτω από τον έλεγχο του Κράτους και όλο το προσωπικό που εργάζεται σ' αυτά να μην στερηθούν τα κεκτημένα δικαιώματά τους και την δημοσιοϋπαλληλική τους υπόσταση.

Ακολούθησε συζήτηση και φαίνεται ότι η ημερίδα έχει πετύχει εν μέρει τον σκοπό της δηλαδή να ενημερώσει και να προβληματίσει το προσωπικό. Από τη συζήτηση διαφάνει ότι η σημερινή προσφερόμενη Ιατρό-νοσηλευτική φροντίδα πρέπει να αλλάξει και να εισαχθεί ΕΝΑ

νέο σύστημα υγείας το οποίο να είναι προσιτό, ευέλικτο, να προσφέρει υψηλού επιπέδου υπηρεσίες και να είναι οικονομικά ελεγχόμενο.

Θα ακολουθήσουν άλλες ημερίδες σ' όλα τα νοσοκομεία.

Ανδρέας Ερμογένους

Μέλος Διοικητικού Συμβουλίου

ΠΑ.ΣΥ.Ν.

Βιβλιογραφικές Αναφορές - Σύστημα Harvard

Αντωνάκης Ανδρέου

Ανώτερος Λειτουργός Εκπαίδευσης - Νοσηλευτική Σχολή
SRN, CCN. RNT, BSc (Hons) Nurse Education

Το σύστημα Harvard, γνωστό και ως η μέθοδος του «Πανεπιστημίου Harvard» ή η μέθοδος του Αλφαβητικού βιβλιογραφικού καταλόγου, είναι ένας τρόπος βιβλιογραφικής αναφοράς και τεκμηρίωσης που είναι αποδεκτός από πολλά εκπαιδευτικά ιδρύματα για τη συγγραφή επιστημονικών εργασιών.

Η εφαρμογή του συστήματος Harvard, όπως και κάθε άλλου τρόπου βιβλιογραφικής αναφοράς, διέπεται από ορισμένες αρχές που πρέπει να τηρούνται ομοιόμορφα κατά τη συγγραφή μιας επιστημονικής εργασίας.

Για τη συγγραφή μιας επιστημονικής εργασίας, ο συγγραφέας είναι φυσικό να χρησιμοποιεί πληροφορίες από γραπτά άλλων όπως βιβλία, άρθρα από περιοδικά και μελέτες συναφείς προς το θέμα του για να διαμορφώσει και να τεκμηριώσει τις απόψεις του. Όμως, από επιστημονική δεοντολογία και εντιμότητα οφείλει να σέβεται τις βιβλιογραφικές πηγές, να δηλώνει τα στοιχεία της ταυτότητας των μέσα στο κείμενο και να αναφέρει με ακρίβεια όλα τα βιβλιογραφικά στοιχεία στο τέλος της μελέτης του. Έτσι, ο αναγνώστης θα μπορεί, αν το θελήσει, να εντοπίσει την αρχική πηγή και να πάρει περισσότερα στοιχεία. Οποιαδήποτε ελλιπής αναφορά στη βιβλιογραφία «είναι στοιχείο που επιβεβαιώνει την αδικαιολόγητη αδιαφορία του συγγραφέα» (Παπανατασίου, 1996:216), ενώ τυχόν παράλειψη του να δηλώσει την πηγή κάθε πληροφορίας που έχει συμπεριλάβει στην εργασία του θεωρείται ασυγχώρητο λάθος από την ακαδημαϊκή - επιστημονική κοινότητα και μπορεί να στοιχειοθετήσει το αδίκημα της λογοκλοπής και της σκόπιμης οικειοποίησης ξένης πνευματικής ιδιοκτησίας (Παρασκευοπούλου, 1993).

Στο σύστημα Harvard ο τίτλος της μελέτης γράφεται με μικρά ή κεφαλαία γράμματα και υπογραμμίζεται ή γράφεται με κυρτά (*italics*) ή χοντρά (**bold**) στοιχεία. Οι αναφορές σε βιβλιογραφικές πηγές που αναφέρονται μέσα στο κείμενο παρουσιάζονται με αλφαβητική σειρά στο τέλος της μελέτης υπό τον τίτλο Βιβλιογραφικές Παραπομπές. Άλλες πηγές που δεν αναφέρονται, αλλά είναι σχετικές με το θέμα και προτείνονται για μελέτη, παρουσιάζονται υπό τον τίτλο Βιβλιογραφία.

Η καταχώρηση βιβλιογραφικών αναφορών μέσα στο κείμενο, στις βιβλιογραφικές παραπομπές και στη βιβλιογραφία γίνεται ως ακολούθως:

1. Μέσα στο κείμενο

Ότι παρατίθεται χωρίς παράφραση (το αυτούσιο/το δάνειο απόσπασμα) γράφεται σε εισαγωγικά. Αν το δάνειο απόσπασμα είναι σε έκταση μεγαλύτερο των πέντε σειρών τοποθετείται χωρίς εισαγωγικά σε ξεχωριστή παράγραφο με μεγαλύτερο περιθώριο στα αριστερά (Παρασκευοπούλου, 1993:187).

Αν οι συγγραφείς ή οι επιμελητές έκδοσης είναι περισσότεροι από δύο δίνονται όλα τα επώνυμα τη πρώτη φορά που εμφανίζεται η παραπομπή και από την επόμενη φορά δίνονται

τα στοιχεία μόνον του πρώτου συγγραφέα ή επιμελητή έκδοσης και ακολουθεί η λατινική φράση et.al. ή η συνώνυμη φράση και άλλοι. Ο τρόπος καταχώρησης μιας αναφοράς μέσα στο κείμενο εξαρτάται από την παραπομπή στη βιβλιογραφική πηγή.

Σε παραπομπή σε συγκεκριμένο σημείο της βιβλιογραφικής πηγής ή όταν χρησιμοποιείται αυτούσιο απόσπασμα αναφέρεται η σελίδα της πηγής.

Παραδείγματα:

Το 1999 ο Γαρδίκας (σελ. 35) επισημαίνει ότι...

On the topic of professional writing and referencing, as cited by Beard (1997), Cormack (1994:32-33) states: "When writing for professional readership, writers invariably make reference to already published works".

Το επίπεδο συνείδησης είναι το σημαντικότερο στοιχείο αξιολόγησης του ασθενούς με κраниοεγκεφαλική κάκωση" (Καζδάγλης, 1996:88).

Σε παραπομπή γενικά σε ολόκληρη την ύλη της βιβλιογραφικής πηγής δεν αναφέρεται η σελίδα της πηγής.

Παραδείγματα:

Σε μια πρόσφατη έρευνα οι Νεοφύτου και Κρόνος (1999) διαπίστωσαν ότι..

Cormack (1994), as cited by Beard (1997), states that "when writing for a professional readership, writers invariably make reference to already published works".

Πιο πρόσφατες μελέτες (Αθηνά 1998, Ιωνά 1999; Ασπρής 2000) έδειξαν ότι...

Σε παραπομπή στο διαδίκτυο αναφέρεται το επώνυμο του συγγραφέα, το έτος δημοσίευσης σε παρένθεση και με κόμμα, η σελίδα του URL που διαθέτει την πληροφορία και η ημερομηνία της πρόσβασης στο διαδίκτυο σε τετράγωνες αγκύλες.

Παραδείγματα:

Holland (1996), <http://www> [9 Ιουνίου 2001]

<http://www.tracheostomy.com/care.html> [20 Ιουνίου 2001]

2. Στις Βιβλιογραφικές Παραπομπές και στη Βιβλιογραφία η καταχώρηση γίνεται με την ακόλουθη σειρά:

Για Βιβλία

Επώνυμο του συγγραφέα ή επιμελητή έκδοσης με κόμμα.

Αρχικά του μικρού και του μεσαίου ονόματος του συγγραφέα ή επιμελητή έκδοσης με τελεία.

Έτος έκδοσης σε παρένθεση.

Τίτλος του βιβλίου υπογραμμισμένος ή με κυρτά (*italics*) ή με χοντρά (**bold**) στοιχεία και με τελεία (εφαρμόζεται η ίδια επιλογή σε όλες τις καταχωρήσεις)

Αριθμός έκδοσης (αν δεν είναι η πρώτη) και του τόμου (όταν υπάρχει) με τελεία.

Πόλη έκδοσης με άνω και κάτω τελεία.

Εκδοτικός οίκος ή η λέξη Αυτοέκδοση (αν ο εκδοτικός οίκος είναι άγνωστος) με τελεία.

Για Άρθρα από Περιοδικά

Επώνυμο του συγγραφέα με κόμμα .

Αρχικά του μικρού και του μεσαίου ονόματος του συγγραφέα με τελεία .

Έτος δημοσίευσης σε παρένθεση .

Τίτλος του άρθρου με τελεία

Όνομα του περιοδικού υπογραμμισμένο ή με κυρτά ή με χοντρά στοιχεία και με τελεία.

Αριθμός τόμου του περιοδικού υπογραμμισμένος ή με κυρτά ή με χοντρά στοιχεία χωρίς σημείο στίξης

Αριθμός τεύχους του περιοδικού σε παρένθεση και με κόμμα

Όταν δεν υπάρχει αριθμός τόμου αναφέρεται ο αριθμός του τεύχους υπογραμμισμένος ή με κυρτά ή με χοντρά στοιχεία χωρίς παρένθεση και με τελεία

Σελίδα/ες που καταλαμβάνει το άρθρο με τελεία.

Σε περίπτωση που γίνεται βιβλιογραφική αναφορά σε περισσότερα από ένα βιβλίο ή άρθρο από τον ίδιο συγγραφέα και με το ίδιο έτος έκδοσης γράφεται ανάλογα το γράμμα α,β, γ, μετά το έτος έκδοσης.

Παραδείγματα καταχώρισης Βιβλίων και Κεφαλαίων από βιβλία

Ασκητοπούλου, Ε.Κ. (1991) Επείγουσα και εντατική ιατρική. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας
Foreman, P (1998) Εισαγωγή στην εκπαιδευτική έρευνα. (Α. Χρυσοστόμου, επιμ. έκδ. και μετάφραση). Λευκωσία: Abc Press. (Πρωτότυπη έκδοση, 1974).

Glass, G. Y., Peckham, P. O., & Sanders, J. (1980) Statistical methods in education. London: University Press.

Καζδάγλης, Κ. (1996) Νευροχειρουργική. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου.

Orem, D.E. (1991) Nursing: concepts of practice. 4th ed. Louis: Mosby -Year Book. Συγκούνας, Ε. και Φλώρος, Γ. (2000) Εγκεφαλικός θάνατος. Στου: Χαρ. Ρούσσου (επιμ. έκδ.).

Εντατική Θεραπεία. 2η έκδ. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης. Σελ. 1040-1045.
Ρούσσος, Χ. (επιμ. έκδ.) (2000) Εντατική θεραπεία. 2η έκδ. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

Παραδείγματα καταχώρισης Άρθρων από Περιοδικά και Εφημερίδες.

Ανδρέου, Α. (2001) Κυστική υδατιδική νόσος και πρόληψη. Κυπριακά Νοσηλευτικά Χρονικά,

2(1), 27-30.

Ιωσηφίδης, Α. Κ. και Κυριάκου, Β. (1989) Το κλίμα του σχολείου είναι παράγοντας που επηρεάζει την επίδοση των μαθητών. Κυπριακή Παιδαγωγική Επιθεώρηση, 42. 82-1 05.

Johns, C. (1993) Professional supervision. *Journal of nursing management*, 21 (1), 9-18. Nelson, S. G. (1998) Hydatid disease. *Medicine International*, 55. 2267-2269.

Παναγιώτου, Δ. (1999) Επίκαιρα θέματα. Ο Φιλελεύθερος, 4 Ιουνίου, σελ. 12.

Thompson, R. (1991a) A place in history. *History Today*, 24(3), 31.

Thompson, R. (1991b) Historical theory and real people. *History Today*, 24(6), 42-50.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

Ελληνική

Παπαναστασίου, Κ. (1996) Μεθολογία εκπαιδευτικής έρευνας. Λευκωσία: Theopress Ltd.

Παρασκευοπούλου, Ι.Ν. (1993) Μεθολογία επιστημονικής έρευνας. Τόμος Β. Αθήνα: Έκδοση Συγγραφέα.

Αγγλική

Beard, S. (1997) A guide to the Harvard system of referencing. London: Anglia Polytechnic University libraries.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

Θεοφιλίδη, Χρ. (1990) Η Συγγραφή επιστημονικής εργασίας: από τη θεωρία στην πράξη.

Λευκωσία: Theopress Ltd.

Αγγλική

British Standards Institute. (1990) Recommendations for citing and referencing published material. BS5605 London: BSI.

Holland, M. (1996) Harvard system [οπ ίδιθ]. Poole: Bournemouth University. Available from: [http : www.bournemouth.ac.uk libra html uide to citin internet sourc.html](http://www.bournemouth.ac.uk/libra/htmlguide/citinginternet.html) [Accessed 9 July 2001].

<http://www.nene.ac.uk/lrs/Information/refword.html> [Accessed 9 July 2001].