



**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ**

**ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΤΜΗΝΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΚΥΔΩΝΟΠΟΥΛΟΣ ΚΟΣΜΑΣ**

**ΑΒΕΝΙΔΟΥ ΕΙΡΗΝΗ**

**ΕΠΙΒΛ.ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Κ.ΚΑΡΑΣΣΑΒΙΔΗΣ ΣΑΒΒΑΣ**

**ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2009**

## **Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ**

**ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:**

**Καρασσαβίδης Σάββας.** Καθηγητής (Επιβλέπων)

**Μηνασίδου Ευγενεία** Καθηγήτρια

**Δρ. Μπελλάλη Θάλλεια** Επικ. Καθηγήτρια

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

### Εισαγωγή

- Οικογενειακή νοσηλευτική 5-6 σελ.
- Ιστορική αναδρομή 6-7 σελ.
- Ορισμός νοσηλείας στο σπίτι 7-8 σελ.
- Ορισμός κοινότητας 9 σελ.

### Κεφάλαιο 1. ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

- 1.1 Ορισμός φροντίδας 10 σελ.
- 1.2 Προαγωγή υγείας 10-11 σελ.
- 1.3 Πρωτοβάθμια νοσηλευτική 11-12 σελ.
- 1.4 Ορισμός οικογένειας- Μορφές οικογένειας 12-13 σελ.
- 1.5 Εκπαίδευση των Νοσηλευτών στην Οικογενειακή Νοσηλευτική 13 σελ.
- 1.6 Σύνοψη κεφαλαίου 14 σελ.

### Κεφάλαιο 2. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

- 2.1 Θεωρητικά μοντέλα οικογενειακής νοσηλευτικής 15 σελ.
- 2.2 Νοσηλευτική διεργασία και οικογενειακή νοσηλευτική 15-17 σελ.
- 2.3 Αξιολόγηση στην οικογενειακή νοσηλευτική, μοντέλα και Στρατηγικές 17-19 σελ.
- 2.4 Εμπόδια στην εξάσκηση της οικογενειακής νοσηλευτικής 20 σελ.
- 2.5 Συμβουλευτική Νοσηλευτική 20-23 σελ.
- 2.6 Δεξιότητες επικοινωνίας 23-24 σελ.
- 2.7 Το μέλλον της οικογενειακής νοσηλευτικής 24 σελ.
- 2.8 Σύνοψη κεφαλαίου 25 σελ.

### Κεφάλαιο 3. ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

- 3.1 Κατ'οίκον νοσηλεία παρόν και μέλλον 26-27 σελ.
- 3.2 Αναγκαιότητα, πλεονεκτήματα-μειονεκτήματα νοσηλείας Στο σπίτι 27-28 σελ.
- 3.3 Αιτίες που οδήγησαν στη νοσηλεία στο σπίτι 28-29 σελ.
- 3.4 Υπηρεσίες κοινότητας 29-32 σελ.
- 3.5 Ρόλος νοσηλευτή στη κατ'οίκον νοσηλεία 32-34 σελ.

3.6 Υπηρεσίες που παρέχονται στο εξωτερικό	34-35 σελ.
3.7 Δημόσια κατ'οίκον νοσηλεία	35 σελ.
3.8 Παρηγορητική-ανακουφιστική φροντίδα	35-36 σελ.
3.9 Σύνοψη κεφαλαίου	36 σελ.

#### **Κεφάλαιο 4. ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ**

4.1 Ιστορική εξέλιξη κοινοτικής νοσηλευτικής	37-38 σελ.
4.2 Σκοποί κοινοτικής νοσηλευτικής	38-39 σελ.
4.3 Χαρακτηριστικά κοινοτικής Νοσηλευτικής	39-40 σελ.
4.4 Ο ρόλος του κοινοτικού Νοσηλευτή	40-43 σελ.
4.5 Χαρακτηριστικά κοινοτικού Νοσηλευτή	43 σελ.
4.6 Νοσηλευτική διεργασία στην κοινοτική Νοσηλευτική	43-49 σελ.
4.7 Παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στην κοινότητα	49-50 σελ.
4.8 Ελληνικός Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας στην Κοινοτική Νοσηλευτική	50-51 σελ.
4.9 Σύνοψη κεφαλαίου	51 σελ.

#### **Κεφάλαιο 5. ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΕ ΑΤΟΜΑ/ΟΜΑΔΕΣ**

##### **ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ**

5.1 Κοινοτική Νοσηλευτική στους ηλικιωμένους	52-57 σελ.
5.2 Κοινοτική Νοσηλευτική στους καρκινοπαθείς	57-59 σελ.
5.3 Αποασυλοποίηση- Διαμερίσματα Αυτόνομης Διαβίωσης	59-62 σελ.
5.4 Σχολική Νοσηλευτική- Ο Νοσηλευτής συνοδοιπόρος στη σχολική ζωή των μελών της οικογένειας	63-65 σελ.
5.5 Κακοποίηση και Νοσηλευτική	65-68 σελ.
5.6 Νοσηλευτική και ΑΜΕΑ	69-69 σελ.
5.7 Σύνοψη κεφαλαίου	69 σελ.

#### **ΕΠΙΛΟΓΟΣ**

• Η σπουδαιότητα του νοσηλευτή στην οικογένεια	70 σελ.
• Πλεονεκτήματα-Μειονεκτήματα συγκριτικά με τους Κλινικούς Νοσηλευτές στα Νοσοκομεία	70-71 σελ.
• Συμπεράσματα	72 σελ.
• Κριτική-προτάσεις	73-74 σελ.
• Βιβλιογραφία	75-77 σελ.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

### ***Οικογενειακή Νοσηλευτική***

Η δομή της οικογένειας έχει υποστεί μια σειρά αξιοσημείωτων αλλαγών στα πλαίσια της εξέλιξης της ίδιας της κοινωνίας. Αυτές οι αλλαγές έχουν επηρεάσει τις σχέσεις – αλληλεπιδράσεις και τις λειτουργίες της οικογένειας τόσο εσωτερικά όσο και εξωτερικά σε σχέση με τη κοινότητα. Οι μεταβολές αναφέρονται σε κοινωνικοοικονομικές αλλαγές οι οποίες άρχισαν στα τέλη του 17ου και συνεχίστηκαν σ' ολόκληρο τον 20ό αιώνα.

Στη σύγχρονη εποχή από την άλλη, παρατηρούνται νέες δημογραφικές τάσεις, όπως η προτεινόμενη ηλικία για γάμο, πρότυπα γονιμότητας και ποσοστά γεννήσεων και αύξηση του αριθμού των ανύπαντρων, διαζευγμένων ή ξαναπαντρεμένων ατόμων. Λοιποί σημαντικοί δημογραφικοί παράγοντες είναι ο μεγαλύτερος αριθμός παιδιών που βιώνουν το διαζύγιο των γονιών ή ζουν με έναν ανύπαντρο γονέα και η ολοένα επιδεινούμενη γήρανση του πληθυσμού. Αν δεν λαμβανόταν υπόψη όλες αυτές οι παράμετροι, θα ίσχυε ο παραδοσιακός ορισμός της οικογένειας, ο οποίος είναι σύμφωνος με τις νομικές θεσπίσεις για τις σχέσεις : δεσμοί αίματος, γάμος, υιοθεσία, κηδεμονία.

Παράδειγμα τέτοιου ορισμού αποτελεί ο εξής : « Ένας νόμιμος, δια βίου και σεξουαλικά αποκλειστικός γάμος μεταξύ ενός άνδρα και μιας γυναίκας, με παιδιά, όπου ο άνδρας είναι τροφοδότης της οικογένειας και απόλυτη αρχή » (Macklin 1998).

Από τη δεκαετία του '80 και μετά έχει υιοθετηθεί ένας ευρύτερος ορισμός για την οικογένεια, ο οποίος κινείται πέρα και πάνω από τους περιορισμούς του νόμου και είναι ο εξής: « Δύο ή περισσότερα άτομα μαζί, τα οποία εξαρτώνται το ένα απ' το άλλο για φυσική, συναισθηματική ή/και υλική, οικονομική υποστήριξη. Τα δε μέλη της οικογένειας αυτοπροσδιορίζονται » (Hanson & Boyd 1996). Ως παραδοσιακές μορφές οικογένειας θεωρούνται η πυρηνική (γονείς, παιδιά), καθώς και η ευρύτερη, δηλαδή με περισσότερα μέλη (συγγενείς).

Σύγχρονες μορφές οικογένειας: Δύο γονέων χωρίς παιδιά, μονογονική ή ανύπανδρος γονέας, διαζευγμένος, ξαναπαντρεμένοι και οι δύο γονείς, ομοφυλοφιλικό ζεύγος, υιοθετημένη οικογένεια.

Ένας άλλος όρος που χρειάζεται περαιτέρω διευκρίνιση είναι ο όρος : «Υγεία της οικογένειας». Σύμφωνα με τη Hanson (1985), πρόκειται για μια «δυναμικά μεταβαλλόμενη κατάσταση ευεξίας, η οποία περιλαμβάνει τους βιολογικούς /σωματικούς, ψυχολογικούς,

κοινωνιολογικούς, πολιτισμικούς και πνευματικούς παράγοντες του οικογενειακού συστήματος». Αυτή είναι μια πολυπαραγοντική προσέγγιση και αναφέρεται τόσο στα μέλη όσο και στο σύνολο της οικογένειας ως μονάδας ή ενότητας. Υπάρχει μια αμφίδρομη σχέση, όπου η λειτουργία της οικογένειας ( υγεία ,ευεξία, αλλά και αρρώστια) επηρεάζει τη λειτουργία του κάθε μέλους ξεχωριστά, αλλά και αντίστροφα, η υγεία(ή μη)του κάθε μέλους επηρεάζει τη λειτουργία της οικογένειας. Έτσι, όταν πρόκειται να αξιολογήσουμε την υγεία της οικογένειας, θα πρέπει ταυτόχρονα να εκτιμούμε την υγεία των μελών και τη λειτουργικότητα ολόκληρου του οικογενειακού συστήματος.

Η σημασία της υγείας της οικογένειας για την προαγωγή της υγείας ατόμων και κοινωνιών έχει επαρκώς τεκμηριωθεί στη διεθνή βιβλιογραφία (Nightingale et al 1978, Gilliss et al 1989, Bomar 1992, Feetham et al 1993). Μέσα στα πλαίσια των σύγχρονων κατευθύνσεων στη πολιτική υγείας για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ολιστική φροντίδα υγείας και προαγωγή της υγείας ολόκληρης της κοινότητας, με έμφαση στην πρόληψη των νόσων παρά στη θεραπεία ήδη εγκαταστημένων παθολογικών καταστάσεων, καταδεικνύεται η σπουδαιότητα της υγείας των οικογενειών και αναδεικνύεται ο ρόλος του κλάδου Οικογενειακής Νοσηλευτικής ως σύγχρονης και απαραίτητης επιστήμης.

Η Οικογενειακή Νοσηλευτική αποτελεί κλάδο της επιστήμης της Νοσηλευτικής με ισχυρό θεωρητικό υπόβαθρο, βασισμένο στις νοσηλευτικές θεωρίες και τις θεωρίες που έχουν διατυπωθεί για την «οικογένεια», εφαρμοσμένο μέρος με πρακτικά «εργαλεία» που έχουν αναπτυχθεί από τους οικογενειακούς νοσηλευτές για διευκόλυνση της εργασίας τους και πεδίο εφαρμογής ολόκληρη την κοινότητα. Μπορεί δηλαδή να εφαρμοστεί μέσα σε πολλές δομές του συστήματος παροχής φροντίδας υγείας. Δεν αποτελεί , λοιπόν, απλώς «κοινή λογική» ή θεώρηση της οικογένειας ως μέσο για την επίτευξη της υγείας των ατόμων. Η Οικογενειακή Νοσηλευτική είναι μια ειδικότητα, όπου νοσηλευτές και οικογένειες συνεργάζονται, προκειμένου να διασφαλίσουν ότι το κάθε μέλος της οικογένειας προσαρμόζεται με επιτυχία και αποτελεσματικά στην υγεία αλλά και στην αρρώστια και τελικά το οικογενειακό σύστημα επιτυγχάνει ένα νέο επίπεδο αρμονικής λειτουργίας. (Α.Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Π.Σουρτζή 2005)

### ***Ιστορική αναδρομή***

Η νοσηλεία στο σπίτι έχει τις ρίζες της στα βάθη των αιώνων. Η νοσηλευτική φροντίδα ήταν παντού παρούσα, όπου υπάρχει ανθρώπινη ζωή, όχι όμως σαν επάγγελμα, δηλαδή συστηματική και οργανωμένη άσκηση αμειβόμενης δραστηριότητας. Το σπίτι ήταν σχεδόν ο αποκλειστικός χώρος

φροντίδας των αρρώστων μέχρι την οργάνωση των μοναστηριών και την ίδρυση των νοσοκομείων με τη σύγχρονη μορφή την εποχή του Βυζαντίου.

Η *πρώτη γνωστή οργανωμένη επίσκεψη* στο σπίτι ξεκίνησε με την ίδρυση από τη Χριστιανική Εκκλησία, του τάγματος των Διακονισσών, οι οποίες είχαν συγκεκριμένες ευθύνες για τη φροντίδα του φτωχού ατόμου με ανάγκες. Η φροντίδα τους, που διήρκησε μέχρι τον πέμπτο και τον έκτο αιώνα, είχε ως κύριο σκοπό να ανακουφίσει τον πόνο προσφέροντας υποστήριξη χωρίς να θεραπεύει ή να προλαμβάνει την ασθένεια.

Στην *Ευρώπη* πριν την εποχή της Florence Nightngale ήταν γνωστό ότι λαϊκές και θρησκευτικές ομάδες παρείχαν νοσηλεία στο σπίτι. Συνήθως αυτές ανήκαν στις κατώτερες τάξεις χωρίς εκπαίδευση που εργάζονταν αφιλοκερδώς, εμπνευσμένες από την αγάπη προς τον συνάνθρωπο. Η Nightngale ανέβασε το επίπεδο της νοσηλευτικής και δημιούργησε σχολές που παρείχαν νοσηλευτές εκπαιδευμένους έτσι ώστε να μπορούν να αντιμετωπίσουν τις ανάγκες των οξέων περιστατικών αλλά και των χρόνιων πασχόντων στην κοινότητα. Ο William Rathbone το 1859 στο Λίβερπουλ της Αγγλίας ίδρυσε το πρώτο πρόγραμμα φροντίδας στο σπίτι.

Στις *Η.Π.Α.* το πρώτο πρόγραμμα φροντίδας στο σπίτι λειτούργησε το 1796 στη Βοστώνη, ενώ το πρώτο πρόγραμμα παροχής νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι εγκαινιάστηκε το 1877 από την ιεραποστολή της Νέας Υόρκης όταν προσέλαβε τις πρώτες νοσηλεύτριες γι' αυτή την εργασία.

Στην Ελλάδα πρωτοπόρο στη νοσηλεία στο σπίτι είναι το νοσοκομείο “Μεταξά” που άρχισε πειραματικά να λειτουργεί το 1979, ενώ γνωστά είναι ανάλογα προγράμματα του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού και του Νοσοκομείου Άγιοι Ανάργυροι. Βασικός όμως στόχος της ΠΦΥ σε αυτό τον τομέα είναι ότι τέτοιου είδους προγράμματα πρέπει να σχεδιάζονται και να λειτουργούν αυτόνομα στην κοινότητα όπου η εκτίμηση των αναγκών θα γίνεται σε πραγματικές συνθήκες στο χώρο που ζει ή εργάζεται το άτομο και στο περιβάλλον μέσα στο οποίο κινείται. ([www.bestrong.org.gr](http://www.bestrong.org.gr))

### ***Ορισμός και σκοποί της νοσηλείας στο σπίτι***

Ως “νοσηλεία στο σπίτι” ορίζονται οι υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται στα άτομα και τις οικογένειές τους μέσα στο χώρο που ζουν κατευθυνόμενες προς την προαγωγή, τη διατήρηση και την αποκατάσταση της υγείας του ατόμου ή την ελαχιστοποίηση των επιδράσεων της ασθένειας ή της αναπηρίας.



Οι πέντε βασικοί στόχοι της είναι:

- Προώθηση υποστηρικτικών συστημάτων τα οποία είναι κατάλληλα και αποτελεσματικά και ενθάρρυνση της χρήσης των πόρων που σχετίζονται με την υγεία.
- Προώθηση επαρκούς, αποτελεσματικής φροντίδας ενός μέλους μιας οικογένειας που έχει ένα ειδικό πρόβλημα ασθένειας ή αναπηρίας.
- Ενθάρρυνση της φυσιολογικής ανάπτυξης των μελών της οικογένειας και εκπαίδευσής τους σχετικά με την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη της ασθένειας.
- Ενδυνάμωση της σύνδεσης και της λειτουργικότητας της οικογένειας.
- Προαγωγή ενός υγιεινού περιβάλλοντος.

Η φροντίδα των ασθενών μετά το πρώτο τέταρτο του 20ού αιώνα ήταν κυρίως νοσοκομειακή. Η τεράστια όμως αύξηση των δαπανών για την υγεία χωρίς την αντίστοιχη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και τη σημαντική μείωση της θνησιμότητας, οδήγησε τα κράτη σε εφαρμογή εναλλακτικών εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας όπως είναι η υπηρεσία “νοσηλεία στο σπίτι”.

Η φροντίδα στο σπίτι έχει τις ρίζες της στα βάθη των αιώνων, αλλά σε οργανωμένη μορφή από εκπαιδευμένες νοσηλεύτριες, άρχισε να εφαρμόζεται στην Ευρώπη από την εποχή της Florence Nightingale. Αν και ο κύριος λόγος λειτουργίας της νοσηλείας στο σπίτι ήταν η μείωση του κόστους νοσηλείας, γρήγορα έγινε αντιληπτό ότι ο ρόλος της στο σύστημα υγείας ήταν πολύπλευρος.

Στην Ευρώπη και τις Η.Π.Α. προωθείται τα τελευταία χρόνια η τάση να οδηγούνται ασθενείς σε μονάδες αποκατάστασης στην κοινότητα, σε μονάδες βραχείας νοσηλείας και τμήματα ημερήσιας νοσηλείας διαθέτοντας πόρους για την οργάνωση τέτοιου είδους προγραμμάτων κοινοτικής νοσηλευτικής. Μέσα σ’ αυτό το πλαίσιο και για τη μείωση κυρίως του διαρκώς αυξανόμενου αριθμού επανεισαγωγών χρονίως πασχόντων και ηλικιωμένων εμφανίστηκε η ανάγκη δημιουργίας προγράμματος υπηρεσίας υγείας με τον τίτλο “νοσηλεία στο σπίτι” (*home care* ή *home health care*).

Η νοσηλεία στο σπίτι είναι το βασικότερο στοιχείο της συνεχιζόμενης φροντίδας υγείας διεθνώς και θεωρείται υπηρεσία που κατεξοχήν οργανώνεται, παρέχεται και αξιολογείται από νοσηλευτές. Ο νοσηλευτής ως μέλος της υγειονομικής ομάδας αποτελεί τον σπουδαιότερο δομικό παράγοντα για την οργάνωση, παροχή και αξιολόγηση υπηρεσιών νοσηλείας στο σπίτι. Για την αποδοτική οργάνωση όμως απαραίτητο είναι να ληφθούν υπόψη και άλλες παράμετροι, όπως το είδος των ασθενών, ο χώρος ευθύνης, η οικονομική επιχορήγηση κ.λπ. Η θεσμοθέτηση υπηρεσιών νοσηλείας στο σπίτι στην Ελλάδα έγινε με το νόμο 2071/92. ([www.beststrong.org.gr](http://www.beststrong.org.gr))

## **Ορισμός Κοινότητας**

Ο Αμερικανός κοινωνιολόγος Hillery (1955) κατέγραψε 94 διαφορετικούς ορισμούς που περιλαμβάνουν 16 διαφορετικά στοιχεία ως κύρια συστατικά της έννοιας της κοινότητας. Από τους επιμέρους ορισμούς προκύπτουν δύο βασικές αντιλήψεις της έννοιας της κοινότητας :η γεωγραφική και η συναισθηματική. Κοινό τους στοιχείο ο δεσμός των μελών που το αίσθημα του «κοινωνείν» μοιράζονται κάτι κοινό.

Γεωγραφική Κοινότητα ορίζεται ένα περιορισμένο σε μέγεθος σύνολο προσώπων, που κατοικούν σε μια περιορισμένη σε έκταση περιοχή, συνδέονται μεταξύ τους με ισχυρούς και διαρκείς δεσμούς, έχουν ως βάση των καθημερινών δραστηριοτήτων τους την περιοχή όπου κατοικούν και μπορούν να ζήσουν όλη τους τη ζωή και να αναπτύξουν εκεί όλες τις κοινωνικές τους σχέσεις.

Συναισθηματική Κοινότητα ορίζεται ως το σύνολο των ατόμων που αισθάνονται πως έχουν κοινά ιδιαίτερα ενδιαφέροντα και/ή συμφέροντα και κοινούς ιδιαίτερους κανόνες συμπεριφοράς που ρυθμίζουν τις σχέσεις μεταξύ τους καθώς και με τους άλλους.

Στη χώρα μας, ο όρος κοινότητα ως διοικητική μονάδα δηλώνει την πρώτη βαθμίδα τοπικής αυτοδιοίκησης. Η κοινότητα ως διοικητική μονάδα χαρακτηρίζεται από το αυθαίρετο προσδιορισμό της έκτασής της, την ανελαστικότητα των ορίων της, εφόσον δε μεταβάλλονται, το περιορισμένο αριθμό σκοπών που επιτελεί.

Τα μέλη της κοινότητας συνδέονται μεταξύ τους με κάποια αίσθηση ταυτότητας. Όταν γίνουν μέλη της κοινότητας, είναι λίγοι εκείνοι που την εγκαταλείπουν. Τα μέλη της κοινότητας έχουν κοινές αξίες. Όλα τα μέλη της κοινότητας αποδέχονται και ακολουθούν τους ίδιους τρόπους συμπεριφοράς απέναντι στα άλλα μέλη και απέναντι στα μη μέλη. Στο πλαίσιο της κοινοτικής δράσης χρησιμοποιείται μια κοινή γλώσσα, που οι άλλοι την καταλαβαίνουν μόνο εν μέρει. Η κοινότητα ασκεί εξουσία πάνω στα μέλη της και τα όρια της κοινότητας είναι αρκετά σαφή, ενώ παράγει κοινωνικά την επόμενη γενιά των μελών της (Goode 1957). Τα χαρακτηριστικά της κοινότητας αναφέρονται στο περιβάλλον και στον πληθυσμό. (Α.Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Π.Σουρτζή 2005)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1**

### **ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

#### **1.1 Ορισμός Πρωτοβάθμιας Φροντίδα Υγείας**

<<Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ) είναι η βασική φροντίδα υγείας, που στηρίζεται σε πρακτικές, επιστημονικές τεκμηριωμένες και κοινωνικά αποδεκτές, μεθόδους και τεχνολογία. Η φροντίδα αυτή είναι στη διάθεση όλων των ατόμων της κοινότητας και των οικογενειών τους και παρέχεται με την πλήρη συμμετοχή τους και σε κόστος που ανταποκρίνεται στις οικονομικές δυνατότητες της κοινότητας και της χώρας σε κάθε στάδιο ανάπτυξης, σύμφωνα με το πνεύμα αυτοδυναμίας και αυτοδιάθεσης. Η ΠΦΥ αποτελεί βασικό συστατικό στοιχείο, όχι μόνο του συστήματος υγείας μιας χώρας, του οποίου είναι κεντρικό σημείο αναφοράς, αλλά και του γενικότερου κοινωνικού οικονομικού ενδιαφέροντος. Η ΠΦΥ παρέχεται όσο το δυνατό πλησιέστερα στους χώρους όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται και αποτελεί το πρώτο στοιχείο σε μια συνεχή διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας>>. (<http://benl.primedu.uoa.gr>)

#### **1.2 Προαγωγή υγείας**

Η προαγωγή της υγείας έχει αποτελέσει και στη χώρα μας πεδίο προβληματισμού και συζήτησης από τα μέσα της δεκαετίας του 1980, αν και ο όρος που χρησιμοποιείτε για τον ορισμό της ήταν αυτός της αγωγής υγείας (Υπουργείο Υγείας & Νέας Γενιάς 1985, Συμπόσιο Αγωγής Υγείας 1988). Πιο πρόσφατα, άρχισε να χρησιμοποιείται ο περιφραστικός όρος προαγωγή και αγωγή της υγείας(Σώκου 1994), όπου γίνεται και η πρώτη αναφορά στην προαγωγή υγείας όπως αυτή ορίζεται από τον ΠΟΥ στον καταστατικό χάρτη της Ottawa.

Ο νόμος 2071/92 αναφέρεται στην αγωγή υγείας και από τον τρόπο που αυτή ορίζεται είναι φανερό πως στη χώρα μας διατηρείται η αντίληψη ότι ο ρόλος της αγωγής υγείας εστιάζει στην πρόληψη της νόσου. Το 1994 συστάθηκε επιτροπή για τη μελέτη της ανάπτυξη της προαγωγής και αγωγής υγείας στη χώρα μας.. Οι προτάσεις της επιτροπής κατατέθηκαν στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και συμπεριλαμβάνουν μετονομασία της Διεύθυνσης Αγωγής Υγείας σε Προαγωγής και

Αγωγής Υγείας, καθώς και τη δημιουργία ενός Εθνικού Κέντρου Προαγωγής και Αγωγής Υγείας (Μαλλιώρα και συν 1995). Το Κέντρο αυτό προτείνεται να είναι αυτόνομο και να έχει ως σκοπό την υποστήριξη, τον συντονισμό και την ανάπτυξη της προαγωγής και αγωγής υγείας. Φαίνεται ότι με το Νόμο 2519/1997 καταβλήθηκε προσπάθεια υλοποίησης μέρους αυτών των προτάσεων, ωστόσο το ενδιαφέρον επαγγελματιών και κοινού έχει αρχίσει να γίνεται εντονότερο εδώ και αρκετό καιρό και προγράμματα προαγωγής υγείας οργανώνονται και λειτουργούν από κρατικούς και ιδιωτικούς μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς.

*Ορισμοί αγωγής υγείας:*

- Η αγωγή υγείας εστιάζει τους ανθρώπους και σε δράση. Οι γενικοί της στόχοι είναι να πείσει τους ανθρώπους να υιοθετούν και να διατηρούν υγιείς τρόπους διαβίωσης, να χρησιμοποιούν με σύνεση τις υπηρεσίες φροντίδων υγείας που τους παρέχονται και να παίρνουν οι ίδιοι αποφάσεις, είτε ατομικές είτε συλλογικές, ώστε να βελτιώνουν το επίπεδο υγείας τους, αλλά και το περιβάλλον (WHO 1969).

- Αγωγή υγείας είναι η διαδικασία που βοηθάει τα άτομα να παίρνουν αποφάσεις που προασπίζουν και προάγουν τη σωματική, ψυχική και κοινωνική τους ευεξία (American Joint Committee on Health Education Terminology 1973).

Αγωγή υγείας είναι δραστηριότητα που παρέχει γνώσεις υγείας, όπως π.χ κάποια σχετικά μόνιμη αλλαγή στις ικανότητες ενός ατόμου. Μπορεί να προκαλέσει αλλαγές στη κατανόηση ή τον τρόπο σκέψης, στις πεποιθήσεις ή στάσεις, στη συμπεριφορά και τον τρόπο ζωής, καθώς και να διευκολύνει την απόκτηση δεξιοτήτων (Tones & Tilford 1994).

(Α.Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Π.Σουρτζή 2005)

### **1.3 Πρωτοβάθμια Νοσηλευτική**

Η Ελλάδα συμμετέχει ενεργά στις δραστηριότητες του Π.Ο.Υ. συνεργάζεται με όλα τα κράτη μέλη προκειμένου να χαραχθεί κοινή πολιτική υγείας που θα συμβάλλει στη βελτίωση της υγείας και την επίτευξη του στόχου Υγεία για όλους.

Σε εθνικό επίπεδο οι κυριότερες δραστηριότητες που αναπτύχθηκαν είναι:

- Αλλαγές στο Σύστημα Υγείας της χώρας
- Τροποποιήσεις και προσαρμογές στο εκπαιδευτικό σύστημα
- Ενεργοποίηση ειδικών προγραμμάτων

- Σύσταση Διακλαδικής Επιτροπής για την Π.Φ.Υ
- Σύσταση Νοσηλευτικής Επιτροπής για την Π.Φ.Υ.

Με το νόμο 1397/1983 αλλάζει το Σύστημα Υγείας της χώρας και εισάγεται το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) που προβλέπει την λειτουργία μονάδων Π.Φ.Υ. (Κέντρων Υγείας, ιατρεία κινητές μονάδες). Η Νοσηλευτική αποτελεί μια από τις τρεις βασικές υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας (Νοσηλευτική = Ιατρική – Διοικητική). Με συμπληρωματικούς και τροποποιητικούς νόμους τα έτη 1985, 1992, 1994, 1997 καθορίζονται θέματα της Π.Φ.Υ και της Νοσηλευτικής ( κατ' οίκον Νοσηλεία, Αγωγή Υγείας).

Ο κλάδος της Νοσηλευτικής στην Κοινότητα διεθνώς επικράτησε με τον τίτλο: «Κοινοτική Νοσηλευτική». Στη χώρα μας όλα τα βασικά εκπαιδευτικά προγράμματα έχουν προσαρμοσθεί προς την φιλοσοφία (στη εφαρμογή) της Π.Φ.Υ. και ιδιαίτερα στο πανεπιστημιακό επίπεδο.

Σήμερα αφενός ένας μεγάλος αριθμός ειδικών προγραμμάτων φαίνεται να βρίσκεται σε ικανοποιητική ανάπτυξη και αφετέρου, πολλά σεμινάρια έχουν οργανωθεί και οργανώνονται με σκοπό την ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας και του κοινού για τη σκοπιμότητα της Π.Φ.Υ. ( Μάργαρη Νικολέττα et.al 1999).

#### **1.4 Ορισμός οικογένειας- μορφές**

*Ορισμός:* Η οικογένεια αποτελεί ένα σύνολο ανθρώπων που συνδέονται μεταξύ τους με τον ισχυρό δεσμό του αίματος και από εκεί πηγάζει η αμοιβαιότητα αισθημάτων των μελών της και η ανάγκη προστασίας των πιο ανίσχυρων από τα πιο δυνατά μέλη. Περιλαμβάνει τους συζύγους, με τα παιδιά της και συχνά και τρίτα πρόσωπα που συνδέονται με τους συζύγους με στενούς κοινωνικούς δεσμούς. Κυρία χαρακτηριστικά των μελών της είναι η κατοίκηση στο ίδιο χώρο και η οικονομική συνεργασία.

Βασική αποστολή της οικογενείας είναι να ικανοποιήσει τις φυσικές και ψυχολογικές ανάγκες των μελών της και να εξασφαλίζει την επιβίωση της. Η βιολογική λοιπόν, λειτουργία της συνίσταται στην αναπαραγωγή του είδους.

Η οικογένεια είναι η βιολογική - κοινωνική - ψυχολογική ομάδα που αποτελείται από τους δύο γονείς με τα ανήλικα - ανύπαντρα παιδιά τους, άσχετα αν αυτά είναι βιολογικά δικά τους ή είναι υιοθετημένα. Είναι μία κοινωνικοψυχολογική ομάδα με όλα τα χαρακτηριστικά κάθε ομάδας, αποτελεί όμως πρωτογενή ομάδα η οποία δεν μπορεί να αντικατασταθεί από καμιά άλλη.

Καμιά άλλη ομάδα δεν δένεται συναισθηματικά τόσο, όσο η ομάδα -οικογένεια. Δεσμοί αίματος, ψυχικοί δεσμοί αλλά και συμφέροντα συμβάλλουν στη σύνδεση αυτή. Τα μέλη της είναι

συνήθως λίγα και διέπονται από το ειδικό πνεύμα της οικογένειας το οποίο λειτουργεί ως συνεκτικός δεσμός μεταξύ τους και διαμορφώνει το αίσθημα του 'εμείς'.

(<http://benl.primedu.uoa.gr>)

*Μορφές οικογένειας:*

- Πυρηνική ( ο πατέρας, η μητέρα, τα παιδιά τους)
  - Μονογονεϊκή (ένας σύζυγος, παιδιά)
  - Εκτεταμένη ( πυρηνική και συγγενείς (γιαγιά, παππούς, θείοι))
  - Συγχωνευμένη ( Ζευγάρι, τα παιδιά τους, τα παιδιά από προηγούμενους γάμους)
- ([www.msmfull.aueb.gr](http://www.msmfull.aueb.gr))

### **1.5 Εκπαίδευση των νοσηλευτών στην κοινοτική νοσηλευτική**

Οι διαστάσεις και το περιεχόμενο της εκπαίδευσης αφορούν στην αντιμετώπιση των αναγκών και στη φροντίδα υγιών ή ασθενών ατόμων – οικογενειών – ομάδων του πληθυσμού στην κοινότητα, όπως αυτή εφαρμόζεται στις δομές Π.Φ.Υ., στην κατ' οίκον νοσηλεία, στην υγιεινή στο σχολείο, καθώς επίσης και στους χώρους εργασίας ( βιομηχανία, τηλεπικοινωνίες, συγκοινωνίες, υπηρεσίες). Τέλος περιλαμβάνει την Επείγουσα Προνοσοκομειακή Νοσηλευτική και αντιμετώπιση των μαζικών καταστροφών.

Σκοπός της εκπαίδευσης στην κοινοτική νοσηλευτική είναι η παροχή των αναγκαίων γνώσεων και εμπειριών, συμπεριλαμβανομένης της αξιοποίησης και σύνθεσης των προηγούμενων γνώσεων, για να συμβάλει:

- A) Στην ορθή μελέτη των αναγκών της κοινότητας και την εφαρμογή προγραμμάτων.
- B) Στην ανάπτυξη των ρόλων της Κοινοτικής Νοσηλευτικής σε όλες τις διαστάσεις της για την κάλυψη στη πράξη των αναγκών υγείας του πληθυσμού συγκεκριμένης κοινότητας.
- Γ) Στην ορθή μελέτη των αναγκών ατόμου / οικογένειας στο σπίτι.
- Δ) Στην ανάπτυξη όλων των Νοσηλευτικών Δραστηριοτήτων για την κάλυψη των αναγκών υγείας του συγκεκριμένου ατόμου / οικογένειας στο σπίτι.
- E) Στην οργάνωση, λειτουργία και επιστημονική διασύνδεση του κέντρου υγείας με τις λοιπές υπηρεσίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας.
- ΣΤ) Στην αξιολόγηση των παρεχομένων υπηρεσιών του κέντρου υγείας και στη διατύπωση υποδείξεων για της επιβαλλόμενες μεταβολές. (Α.Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Π.Σουρτζή 2005)

## **1.6 Σύνοψη κεφαλαίου**

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ) είναι η βασική φροντίδα υγείας που είναι στη διάθεση όλων των ατόμων της κοινότητας και της οικογένειας, με προληπτικούς και θεραπευτικούς σκοπούς. Βασικό χαρακτηριστικό της Π.Φ.Υ είναι η οικογενειακή νοσηλευτική η οποία μεριμνά για την αντιμετώπιση αναγκών και την φροντίδα υγείων ή ασθενών ατόμων στην κατ'οίκον νοσηλεία.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

### **ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ**

#### **2.1 Θεωρητικά μοντέλα οικογενειακής νοσηλευτικής**

1. Θεωρία των Ρόλων (Role Theory)
2. Θεωρία των συστημάτων ( Systems Framework)
3. Θεωρία της Δομικής ή Λειτουργικής προσέγγισης (Structural-Functional Framework)
4. Θεωρία της αλληλεπίδρασης (Interactional Framework)
5. Αναπτυξιακή θεωρία (Developmental Theory). (Α.Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Π.Σουρτζή 2005)

#### **2.2 Νοσηλευτική διεργασία και οικογενειακή νοσηλευτική**

Αποτελεί εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας, θεμελιωμένη στα θεωρητικά μοντέλα και στη γνώση της Οικογενειακής Νοσηλευτικής γενικότερα. Περιλαμβάνει τα ακόλουθα βήματα, ειδικά προσαρμοσμένα και επικεντρωμένα στην οικογένεια (Carnevali and Thomas 1993).

##### *1. Συλλογή όλων των νοσηλευτικών δεδομένων της οικογένειας*

Η συλλογή των στοιχείων εστιάζεται τόσο στην ταυτοποίηση των προβλημάτων όσο και στην αναγνώριση των δυνάμεων της οικογένειας. Συνήθως η συλλογή των στοιχείων και η λογική θεμελίωση των διαγνώσεων ενοποιούνται και ολοκληρώνονται ως σύνολο, ώστε η ορθολογική ανάλυση των δεδομένων να μπορεί να γίνεται ταυτόχρονα. Τα συλλεγόμενα στοιχεία, μάλιστα, είναι δυνατό να κατευθύνουν τους νοσηλευτές προς την ανεύρεση νέων στοιχείων, τα οποία διαφορετικά δεν θα ελάμβαναν υπόψη τους.



2. *Λογική θεμελίωση των δεδομένων για την εξαγωγή τεκμηριωμένων νοσηλευτικών διαγνώσεων για την οικογένεια*

Το στάδιο της διαμόρφωσης των νοσηλευτικών διαγνώσεων είναι το κατεξοχήν αναλυτικό στάδιο, κατά το οποίο οι νοσηλευτές κάνουν νοσηλευτικές κρίσεις σχετικά με τρόπους παρέμβασης και επίλυσης προβλημάτων. Τα προβλήματα που απαιτούν νοσηλευτική παρέμβαση δηλώνονται ειδικά ως νοσηλευτικές διαγνώσεις. Αυτές εξυπηρετούν στην κατάσταση κοινού σχεδίου δράσης, που προκύπτει μετά από συνεργασία νοσηλευτή και οικογένειας. Υπάρχουν ορισμένα ταξινομικά συστήματα τα οποία περιέχουν διαγνώσεις, όπως :

- Το σύστημα Omaha (martin 1992)
- Η Διεθνής Ταξινόμηση των Νόσων (ICD)
- Το NANDA (North American Nursing Diagnostic Association)
- Το διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (DMS)

3. *Συλλογή προγνωστικών νοσηλευτικών και ιατρικών στοιχείων και διατύπωση πρόγνωσης για κάθε νοσηλευτική διάγνωση*

Η νοσηλευτική πρόγνωση είναι μια νοσηλευτική κρίση βασισμένη στην ολιστική θεωρία της οικογένειας και των μελών της, η οποία καθορίζει την πιθανότητα ικανότητας της οικογένειας να αντιδράσει στην τρέχουσα κατάσταση. Με βάση τις προγνώσεις επιλέγεται το πιο κατάλληλο από τα σχέδια δράσης, στόχος του οποίου είναι η βέλτιστη δυνατή διαχείριση του προβλήματος και των αναγκών από την ίδια την οικογένεια.

4. *Σχεδιασμός θεραπείας βασισμένος τόσο στην πρόγνωση όσο και στην διάγνωση*

Συμπληρωματικά, στο στάδιο του νοσηλευτικού σχεδιασμού συνεκτιμώνται δεδομένα σχετικά με την καθημερινή ζωή της οικογένειας και με τους πόρους και με τα ελλείμματα της, καθώς αυτά θα επηρεάσουν αποφασιστικά τις προσχεδιασμένες νοσηλευτικές πράξεις. Το σχέδιο παρέμβασης, βασίζεται επίσης στις δυνάμεις της οικογένειας.

*5. Εφαρμογή του σχεδίου νοσηλευτικής παρέμβασης μετά από συζήτηση και διαπραγμάτευση με την οικογένεια*

Η εφαρμογή του σχεδίου συνιστά τις συνδυασμένες πράξεις και παρεμβάσεις οικογένειας και νοσηλευτή, οι οποίες διεξάγονται με σκοπό την επίτευξη των στόχων που έχουν τεθεί και έχουν από κοινού συμφωνηθεί. Είναι το δυσκολότερο μέρος και απαιτεί τη συμμετοχή του κάθε μέλους. Περιλαμβάνει α) νοσηλευτική παρέμβαση και ενδυνάμωση της οικογένειας (Fredman 1992), β) άμεση παροχή νοσηλευτικής φροντίδας, την οποία χρειάζεται η οικογένεια, γ) απομάκρυνση εμποδίων ή περιορισμών που τυχόν υπάρχουν μεταξύ οικογένειας και υπηρεσιών υγείας, με αποτέλεσμα τη διευκόλυνση της λειτουργίας της, και δ) βελτίωση της ικανότητας της οικογένειας να δρα αυτόνομα, να αναλαμβάνει ευθύνες και να είναι αυτοδύναμη (Herriott 1982).

*6. Αξιολόγηση της ανταπόκρισης της οικογένειας προς τα σχέδια δράσης και εκτίμηση των αποτελεσμάτων της οικογενειακής διάγνωσης, της πρόγνωσης και τυχόν προηγούμενης θεραπείας*

Η φάση της αξιολόγησης βασίζεται στις συγκεκριμένες εκβάσεις στη συγκεκριμένη οικογένεια και όχι στην αποτελεσματικότητα ή μη των παρεμβάσεων εν γένει. Η τροποποίηση των νοσηλευτικών διαγνώσεων και σχεδίων θα επέλθει ως αποτέλεσμα της αξιολόγησης και ως βήμα συνέχισης της νοσηλευτικής διεργασίας, εφόσον αυτό κρίνεται απαραίτητο.

*7. Τερματισμός της συνεργασίας νοσηλευτή-οικογένειας*

Είναι πολύ σημαντικό στο σχεδιασμό να συμπεριλαμβάνεται πάντοτε ο τρόπος διακοπής της συνεργασίας νοσηλευτή-οικογένειας. Στη αυτή του τερματισμού της συνεργασίας, ο νοσηλευτής εξέρχεται του οικογενειακού συστήματος. Όταν η συγκεκριμένη φάση έχει οικοδομηθεί εκ των προτέρων μέσα στο νοσηλευτικό σχέδιο, θα αποτελεί μια φυσιολογική κατάληξη της πορείας της νοσηλευτικής διεργασίας. Διαφορετικά, μπορεί να επιφέρει τα αντίθετα αποτελέσματα. Εάν, για κάποιο λόγο, ο νοσηλευτής κρίνει σκόπιμη την άμεση ή και ξαφνική διακοπή της σχέσης του με την οικογένεια, θα πρέπει να ξεκαθαρίζει τους λόγους για τους οποίους προβαίνει σε μια τέτοια ενέργεια.

Πιθανοί λόγοι γι' αυτή την ενέργεια μπορεί να είναι : α) η ετοιμότητα της οικογένειας να εισέλθει νωρίτερα στη φάση αυτή, β) η ύπαρξη περιορισμών στο διατιθέμενο χρόνο από πλευράς της εταιρείας του νοσηλευτή ή της ασφαλιστική εταιρείας που καλύπτει τα έξοδα.

Τέλος, η φάση της διακοπής της σχέσης νοσηλευτή-οικογένειας θα ήταν χρήσιμο να περιλαμβάνει μια τελική συνάντηση για αξιολόγηση, που θα σηματοδοτεί και την επίσημη λήξη της συνεργασίας τους (Yalom 1985, Neuman 1989).

(Α.Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Π.Σουρτζή 2005)

### **2.3 Αξιολόγηση στην οικογενειακή νοσηλευτική, μοντέλα και στρατηγικές**

#### Μοντέλο οικογενειακής αξιολόγησης της Friedmam (1993)

Εστιάζεται τόσο στο δομικό πλαίσιο, όσο και στη θεωρία εξέλιξης/ανάπτυξης της οικογένειας. Αποτελεί μια μακροσκοπική προσέγγιση της οικογενειακής αξιολόγησης, στην οποία οι οικογένειες αντιμετωπίζονται ως υποσυστήματα ενός ευρύτερου κοινωνικού συστήματος. Η προσέγγιση αυτή εστιάζεται στην οργάνωση της οικογένειας ως ανοικτής κοινωνικής δομής και στις σχέσεις αυτής με τα λοιπά κοινωνικά συστήματα.

Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό:

- Η οικογένεια είναι ένα κοινωνικό σύστημα με λειτουργικές απαιτήσεις
- Η οικογένεια είναι μια μικρή ομάδα, που διαθέτει ορισμένα γενικά χαρακτηριστικά κοινά σε όλες τις μικρές ομάδες.
- Τα άτομα στην οικογένεια ενεργούν σύμφωνα με ένα σύνολο εσωτερικών κανόνων και αξιών, οι οποίες μαθαίνονται εξ αρχής μέσα στην οικογένεια, μέσω της κοινωνικοποίησης.

Αυτή η προσέγγιση αξιολόγησης είναι σημαντική για τους νοσηλευτές, γιατί τους επιτρέπει να αξιολογήσουν την οικογένεια ως σύνολο, ως μέρος ολόκληρου του κοινωνικού συστήματος, ως ένα σύστημα αλληλεπίδρασης. Με το συγκεκριμένο μοντέλο, οι οικογενειακοί νοσηλευτές που συλλέγουν τα στοιχεία για τις οικογένειες αποκτούν μια συνολική εικόνα για το τι συμβαίνει σε αυτές.

Οι πιθανές ερωτήσεις είναι πάρα πολλές και ίσως να μην είναι δυνατή η συλλογή των στοιχείων σε μια μόνο επίσκεψη. Επίσης, δεν βρίσκουν όλες οι κατηγορίες εφαρμογή σε κάθε οικογένεια.

Οι κατευθυντήρες γραμμές του μοντέλου της Friedman αποτελούνται από 6 κατηγορίες παρεμβάσεων:

- Ταυτοποίηση των στοιχείων
- Στάδιο ανάπτυξης της οικογένειας και ιστορικό οικογένειας
- Στοιχεία για το περιβάλλον της οικογένειας

- Δομή της οικογένειας, συμπεριλαμβανομένων της επικοινωνίας, των σχέσεων ισχύος, των αξιών και των ηθών της οικογένειας
- Λειτουργίες της οικογένειας
- Μέθοδοι αντιμετώπισης προβλημάτων στην οικογένεια

### Παρεμβατικό μοντέλο οικογενειακής αξιολόγησης

Βασίζεται στο μοντέλο «Συστημάτων Φροντίδας Υγείας» της Betty Neuman και αντιμετωπίζει την οικογένεια ως πελάτη.

Στο μοντέλο αυτό, οι οικογένειες είναι εκτεθειμένες στις εντάσεις που προκύπτουν όταν οι στρεσογόνοι παράγοντες εισχωρούν στην οικογένεια διαπερνώντας τους αμυντικούς της μηχανισμούς. Η αντίδραση της οικογένειας εξαρτάται από το βαθμό στον οποίο ο στρεσογόνος παράγοντας διαπερνά τη μονάδα της οικογένειας και από το πόσο ικανή είναι αυτή να προσαρμοστεί για να διατηρήσει την ισορροπία και τη σταθερότητα της.

Το μοντέλο περιγράφει 3 περιοχές:

- Προαγωγή υγείας, δραστηριότητες ευεξίας, αναγνώριση των προβλημάτων και παράγοντες της οικογένειας στις γραμμές άμυνας και αντίστασης.
- Αντίδραση της οικογένειας και σταθερότητα στις γραμμές άμυνας και αντίστασης
- Αποκατάσταση της σταθερότητας και της λειτουργίας της οικογένειας σε επίπεδα πρόληψης.

### Απογραφικό μοντέλο στρεσογόνων παραγόντων-δυνάμεων

Πρόκειται για ένα «εργαλείο» αξιολόγησης, το οποίο βοηθά το νοσηλευτή στη μέτρηση των ποσοτικών και ποιοτικών εισροών στην οικογένεια από όλα τα μέλη της. Εστιάζεται στον εντοπισμό στρεσογόνων παραγόντων που επιδρούν στην οικογένεια, καθώς και στις δυνάμεις που επιδεικνύει η τελευταία για τη διατήρηση της υγείας και της λειτουργικότητά της, παρά τα προβλήματα.

Το ανωτέρω μοντέλο περιλαμβάνει 3 βασικά στοιχεία:

- Συνοψίζονται οι γενικοί στρεσογόνοι παράγοντες, καθώς και οι παρατηρήσεις της οικογένειας και του κλινικού επαγγελματία υγείας. Ιεραρχούνται οι παράγοντες αυτοί σύμφωνα με τη σπουδαιότητά τους για τα μέλη της οικογένειας.

- Συνοψίζονται οι εξειδικευμένοι στρεσογόνοι παράγοντες και οι παρατηρήσεις ειδικού και οικογένειας. Εντοπίζονται οι αντιφάσεις και οι διαφορές μεταξύ των απόψεων των μελών της οικογένειας και του επαγγελματία υγείας. Καταγράφεται ο συνολικός τρόπος λειτουργίας της οικογένειας. Καταγράφεται η κατάσταση σωματικής υγείας για κάθε μέλος της οικογένειας ξεχωριστά καθώς και η κατάσταση διανοητικής υγείας των μελών.

Συνοψίζονται οι δυνάμεις της οικογένειας, καθώς και οι απόψεις των μελών και του επαγγελματία υγείας, οι οποίες διευκολύνουν και κατευθύνουν προς την υγεία και σταθερότητα. Τα στοιχεία που συλλέγονται με το εργαλείο αυτό καθορίζουν το επίπεδο παρέμβασης και πρόληψης στο οποίο ενδείκνυται ο νοσηλευτής να κινηθεί: πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο, τριτοβάθμιο. (Α.Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Π.Σουρτζή 2005).

#### **2.4 Εμπόδια στην εξάσκηση της οικογενειακής νοσηλευτικής**

Μέχρι την προηγούμενη δεκαετία, η πλειοψηφία των νοσηλευτών αποκτούσε ελάχιστη γνώση σχετικά με την οικογένεια και την Οικογενειακή Νοσηλευτική κατά τη διάρκεια τόσο της προπτυχιακής εκπαίδευσης όσο και της εξάσκησης του επαγγέλματος. Οι νοσηλευτές ασκούσαν Νοσηλευτική επικεντρωμένη στο άτομο, ενώ η Οικογενειακή Νοσηλευτική αποτελούσε απλώς «κοινή λογική» και όχι νοσηλευτική ειδίκευση.

Ακόμα, υπήρχε έλλειψη «καλών» μεθόδων, «εργαλείων» και στρατηγικών αξιολόγησης των οικογενειών στη Νοσηλευτική.

Η Νοσηλευτική είχε και έχει ισχυρούς ιστορικούς δεσμούς με την Ιατρική και με ιατρικά μοντέλα που εστιάζονται στο άτομο και αντιμετωπίζουν την οικογένεια αποκλειστικά ως περιβάλλον του ατόμου.

Τα συστήματα τόσο της ιατρικής όσο και της νοσηλευτικής διάγνωσης είναι επικεντρωμένα στις νόσους, οι οποίες αναφέρονται στα άτομα και όχι στις οικογένειες.

Η ασφαλιστική κάλυψη μέχρι σήμερα αφορούσε τα άτομα και όχι τις οικογένειες, οι δε αποζημιώσεις χορηγούνταν σε ατομικό επίπεδο.

Οι ώρες κατά τις οποίες το σύστημα υγείας παρέχει υπηρεσίες για τις οικογένειες είναι ώρες της ημέρας όπου τα μέλη των οικογενειών σπάνια βρίσκονται μαζί και έτσι δεν μπορούν να συνοδεύσουν το ένα το άλλο. (Α.Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Π.Σουρτζή 2005)

## 2.5 Συμβουλευτική Νοσηλευτική

Η Συμβουλευτική άρχισε προοδευτικά να χρησιμοποιείται σε πολλούς τομείς λόγω του γεγονότος ότι ο μοντέρνος τρόπος ζωής έχει αποξενώσει τους ανθρώπους μεταξύ τους με αποτέλεσμα να μην μπορούν να βρουν κάποιο συνάνθρωπο να μοιραστούν ένα πρόβλημα, να βρουν ηθική στήριξη, κατανόηση, πλήρη αποδοχή και συμπόνια.

Η εισαγωγή της Συμβουλευτικής στο χώρο της Νοσηλευτικής ιδιαίτερα σε ανώτερους λειτουργούς θεωρείται πρωτοποριακό βήμα γιατί ενισχύεται η θεραπευτική προσπάθεια μέσα από ένα ολιστικό σύστημα προσεγγίσεων. Ο ρόλος της Νοσηλευτικής ενισχύεται γιατί δεν εστιάζει το ενδιαφέρον της μόνο στη φαρμακευτική στήριξη του ασθενούς αλλά δίνει εξίσου σημασία στην επικοινωνία και τη σχέση μεταξύ ασθενούς και θεραπευτών για καλύτερα και πιο γρήγορα αποτελέσματα θεραπείας και αποκατάστασης.

*Συμβουλευτική είναι:*

*Ένα είδος βοηθητικής σχέσης μεταξύ συμβούλου και ανθρώπου.* Αυτό σημαίνει ότι η/ο σύμβουλος επικοινωνεί θεραπευτικά με τον ασθενή προσφέροντας κατανόηση, σεβασμό και υποστήριξη.

*Ένα ρεπερτόριο παρεμβάσεων.* Αυτό σημαίνει ότι ο σύμβουλος, εκτός από τη βοηθητική σχέση, θέτει σειρά παρατηρήσεων, εισηγήσεων, ιδεών, προκειμένου ο άνθρωπος να ενισχύσει την αυτοεικόνα του, αυτογνωσία, αυτοπεποίθηση, κρίση και να γνωρίσει απωθημένες σκέψεις ή συναισθήματα

Ψυχολογική μέθοδος που βοηθά τον άνθρωπο να βελτιώσει την προσωπική του κατάσταση, να ανακουφιστεί από τη λύπη και τη στενοχώρια, να αντιμετωπίσει θετικά κρίσιμες καταστάσεις όπως πένθος, σοβαρή ασθένεια, αναπηρία, απώλεια, κατάθλιψη, προβλήματα στην οικογένεια, το επάγγελμα, το γάμο, τις σπουδές.

Είναι μια εμπιστευτική διαδικασία με κύριο χαρακτηριστικό το διάλογο

Η Συμβουλευτική δεν ασχολείται με ψυχικά ασθενείς όπως η κλινική ψυχολογία αλλά με ψυχικά υγιείς ανθρώπους

Στη Συμβουλευτική δεν δίνουμε συμβουλές αλλά ακούμε, συζητούμε, προτείνουμε ιδέες, παρέχουμε πληροφορίες και καθοδήγηση, προσφέρουμε τον εαυτό μας για στήριξη.

*Τα προσόντα του ατόμου που εξασκεί συμβουλευτική:*

- Να είναι σοβαρό, υπεύθυνο και άτομο που να εμπνέει εμπιστοσύνη και σεβασμό
- Να δέχεται τον άνθρωπο όπως είναι με τη διαφορετικότητα του
- Να μην κάνει διακρίσεις
- Να μη υποβάλλει στον άνθρωπο τι να κάνει στη ζωή του
- Να έχει υπομονή και ικανότητες κατανόησης και συμπόνιας
- Να είναι εχέμυθος
- Να γνωρίζει βασικές τουλάχιστο γνώσεις Συμβουλευτικής Ψυχολογίας

### Γενικές αρχές για άτομα που κάνουν Νοσηλευτική Συμβουλευτική

Οι νοσηλευτές/νοσηλεύτριες μέσα από την καθημερινή επαφή με ασθενείς κάνουν συμβουλευτική χωρίς όμως να το αντιληφθούν και χωρίς να πιστεύουν ότι ο τρόπος επικοινωνίας και προσέγγισης με τον ασθενή παίζει σημαντικό ρόλο στη θεραπευτική του πορεία. Ίσως όμως να είναι οι κατεξοχήν επαγγελματίες που εφαρμόζουν Συμβουλευτική στην καθημερινή ρουτίνα με ανθρώπους που βρίσκονται σε κατάσταση που χρειάζονται στήριξη, κατανόηση, καθοδήγηση. Για να ενισχυθεί ο σημαντικός αυτός ρόλος του νοσηλευτικού λειτουργού οι πιο κάτω απόψεις μπορούν να καταστήσουν το νοσηλευτικό λειτούργημα πιο αποτελεσματικό και επιστημονικό.

Το άτομο που κάνει Συμβουλευτική σε ασθενείς πρέπει να έχει υπόψη του, πέραν των όσων προαναφέρθηκαν και τα πιο κάτω:

Ο άνθρωπος που ασθενεί και υποφέρει συμπεριφέρεται με διαφορετικό τρόπο ανάλογα με το χαρακτήρα, την ωριμότητα και ιδιοσυγκρασία του. Η κάθε περίπτωση είναι διαφορετική γι' αυτό και χρειάζεται διαφορετική προσέγγιση/ αντιμετώπιση. Για λόγους αρχής ο νοσηλευτικός λειτουργός δεν κάνει διακρίσεις ανάλογα με το πόσο «ήσυχος» ή «συνεργάσιμος» είναι ο ασθενής, ο μη «συνεργάσιμος» και «ιδιότροπος» ασθενής μπορεί να έχει περισσότερο την ανάγκη ανακουφιστικής επικοινωνίας και στήριξης.

Ο άνθρωπος που βιώνει ένα προσωπικό δράμα δεν μπορεί να μιλήσει, να ακούσει, να αισθανθεί, να επικοινωνήσει με επάρκεια. Έχει όμως σοβαρή ανάγκη τη στήριξη διαφορετικά μπορεί να καταρρεύσει.

Οποιοσδήποτε και αν είναι ο ασθενής που υποφέρει χρειάζεται πέρα από την επεμβατική ιατρική και φαρμακευτική, ψυχολογική στήριξη. Η κάθε ασθενής μπορεί να χρειάζεται διαφορετική

μέθοδο.

Προσπαθούμε να καθησυχάσουμε τον ασθενή χρησιμοποιώντας ένα άγγιγμα στον ώμο, τα μέτωπο, το χέρι παρά τη γλώσσα μας. Δε βιαζόμαστε ν' αρχίσουμε υποδείξεις, συμβουλές, παρατηρήσεις.

Αν ο ασθενής παραπονιέται ακούμε με προσοχή το παράπονο του. Τον κοιτάμε στα μάτια. Τον αγγίζουμε. Το άγγιγμα είναι ανακουφιστική ένεση στον ψυχικό πόνο. Όταν μας μιλά δεν τον διακόπτουμε, δε τον κριτικάρουμε έστω κι αν διαφωνούμε με κάτι που λέει, κάνει ή πιστεύει Του δείχνουμε πλήρη κατανόηση και αποδοχή όποιος κι αν είναι έστω κι αν δεν μας αρέσει η εμφάνιση του, η φυλή του, η τάξη του, η ηθική του. Όταν κλαίει δεν του λέμε να σταματήσει. Δεν υποτιμούμε το κλάμα του. Το κλάμα είναι ενέργεια που όταν εξωτερικευθεί επιφέρει ανακούφιση Όταν δε μιλά, είναι σκεφτικό ή θλιμμένο δεν αρχίζουμε τις συμβουλές, υποδείξεις, ερωτήσεις, ανακρίσεις. Τα θύματα σεξουαλικού βιασμού δυσκολεύονται να μιλήσουν ελεύθερα. Αν δεν μπορούν να μιλήσουν τους δίνουμε την ευκαιρία αν θέλουν να το γράψουν. Δεν υποβάλλουμε στον ασθενή τι να κάνει στη ζωή του. Προσφέρουμε στον ασθενή κατανόηση, αποδοχή, φιλία, πληροφορίες, υποστήριξη

Δεν επιτρέπουμε στον ασθενή να εκμεταλλευτεί τη συμπάθεια που του προσφέρουμε για να εκμαιεύσει οποιαδήποτε χάρη ή εξυπηρέτηση πέραν αυτής που θεωρούμε εμείς ενδεδειγμένη Δεν αφήνουμε ποτέ ένα ασθενή να νιώσει απογοητευμένο από την αντιμετώπιση μας. Αν συμβεί κάτι τέτοιο σημαίνει ότι επαγγελματικά έχουμε ελλείψεις.

Να έχουμε υπόψη ότι η κάθε περίπτωση όσο διαφορετική κι αν είναι έχει το δικό της κλειδί που πρέπει να το βρούμε χωρίς βιασύνη και πανικό.

(<http://nosileftiki.blogspot.com>).

## **2.6 Δεξιότητες επικοινωνίας**

### *Βελτίωση Επικοινωνίας*

Όταν ο νοσηλευτής συναντάται με τον πελάτη, είτε στο σπίτι είτε σε άλλο χώρο μετά από αμοιβαία συμφωνία, η αρχική συζήτηση περιστρέφεται γύρω από κοινωνικά θέματα. Ο νοσηλευτής συμπεριφέρεται φιλικά και κάνει γενικές ερωτήσεις για τον πελάτη, την οικογένεια του και τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που θα ωφελήσουν τον πελάτη. Οι ερωτήσεις αυτές βοηθούν το νοσηλευτή να εκτιμήσει τις ανάγκες του πελάτη και να δημιουργήσει μια άνετη ατμόσφαιρα για επικοινωνία.



- *Θεμελίωση Εμπιστοσύνης*

Πολλοί πελάτες που έχουν ανάγκη νοσηλευτικών επισκέψεων δεν εμπιστεύονται το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και δεν αισθάνονται άνετα με τον αντιπρόσωπο ενός οργανισμού που επισκέπτεται το σπίτι τους. Για παράδειγμα, μια πελάτισσα που είναι έγκυος και δεν έχει άδεια παραμονής στις ΗΠΑ θα διστάσει να επιτρέψει στη νοσηλεύτρια να την επισκεφθεί. Η πελάτισσα θα φοβάται πιθανή καταγγελία στο τμήμα μεταναστών. Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην επίσκεψη αυτή είναι να επικεντρωθεί στην υγεία και την ασφάλεια της πελάτισσας και του εμβρύου της. Η νοσηλεύτρια πρέπει να διαμορφώσει έγκαιρα μια σχέση εμπιστοσύνης, αλλιώς η πελάτισσα δε θα επιτρέψει άλλες επισκέψεις. Εάν δεν εδραιωθεί μια σχέση εμπιστοσύνης και η πελάτισσα πιστεύει ότι η νοσηλεύτρια θα την καταγγείλει στο τμήμα μεταναστών είναι πολύ πιθανό ότι η πελάτισσα θα μετακομίζει κάπου αλλού για να αποφύγει μελλοντική επαφή.

(Mary A.Nies, Melanie McEwen 2001).

## **2.7 Το μέλλον της Οικογενειακής Νοσηλευτικής**

Η Οικογενειακή Νοσηλευτική και οι εφαρμογές της συνιστούν ένα εξελισσόμενο τομέα της νοσηλευτικής επιστήμης (Kirschling 1994) και θα συνεχίσουν να αποτελούν σημαντικό τμήμα της φροντίδας υγείας στο μέλλον, ιδιαίτερα μετά τις πρόσφατες και τρέχουσες μεταρρυθμίσεις στα συστήματα υγείας, όπου το ενδιαφέρον στρέφεται προς την κοινότητα και επομένως την οικογένεια.

Η νοσηλευτική έρευνα μέχρι στιγμής έχει εστιαστεί στα άτομα και τη φροντίδα υγείας τους. Ακόμα, η έρευνα που αναφέρεται στη ψυχική υγεία των οικογενειών είναι πιο ανεπτυγμένη απ' ό,τι η έρευνα για την οικογένεια και τη σωματική υγεία (Cambell 1985). Πρόσφατα το ενδιαφέρον της Νοσηλευτικής έχει στραφεί προς την συσχέτιση και σύνδεση της δυναμικής της οικογένειας με την υγεία και την αρρώστια. Χρειάζεται, ωστόσο, να διεξαχθεί και να αναπτυχθεί από τους κοινοτικούς νοσηλευτές περαιτέρω έρευνα εστιασμένη στην οικογένεια.

Η εκπαίδευση στην Οικογενειακή Νοσηλευτική περιλαμβάνεται πλέον πιο συχνά στα προγράμματα των νοσηλευτικών σχολών, τόσο των ΗΠΑ όσο και του Καναδά, σε σύγκριση με το παρελθόν. Πρόσφατες μελέτες σχετικά με την οικογενειακή νοσηλευτική (Hanson & Heims 1993) κατέληξαν στα ακόλουθα συμπεράσματα:

- Περισσότερα μαθήματα με περιεχόμενο που άπτεται της Οικογενειακής Νοσηλευτικής περιλαμβάνονται στα προγράμματα προπτυχιακών και μεταπτυχιακών σπουδών, αλλά θα μπορούσαν να διδάσκονται πιο ολοκληρωμένα και ως αυτόνομα μαθήματα.
- Διδάσκεται κυρίως μια εκλεκτική προσέγγιση της οικογενειακής αξιολόγησης, παρά συγκεκριμένα μοντέλα και «εργαλεία» αξιολόγησης.
- Πολλές θεωρίες και εφαρμογές παραμένουν εστιασμένες στο άτομο και όχι στην οικογένεια ως σύνολο.
- Για να είναι εφικτή η εξάσκηση της Οικογενειακής Νοσηλευτικής στην κοινότητα απαιτείται η εκπαίδευση περισσότερων νοσηλευτών στο εν λόγω αντικείμενο. . (Α.Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Π.Σουρτζή 2005)

## **2.8 Σύνοψη κεφαλαίου**

Η οικογενειακή νοσηλευτική είναι μια ειδικότητα που σκοπό έχει την παροχή νοσηλείας στο ασθενές μέλος της οικογένειας. Ο σκοπός αυτός επιτυγχάνεται με την αξιολόγηση της οικογένειας και την εφαρμογή νοσηλευτικής διεργασίας σύμφωνα με τα μοντέλα. Λόγω των μεταρρυθμίσεων τα συστήματα υγείας, χρειάζεται περαιτέρω έρευνα εστιασμένη στην οικογένεια απτούς κοινοτικούς νοσηλευτές.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

### **ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ**

#### ***3.1 Κατ' οίκον νοσηλεία παρόν και μέλλον (ορισμός και στόχοι)***

Ως “νοσηλεία στο σπίτι” ορίζονται οι υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται στα άτομα και τις οικογένειές τους μέσα στο χώρο που ζουν κατευθυνόμενες προς την προαγωγή, τη διατήρηση και την αποκατάσταση της υγείας του ατόμου ή την ελαχιστοποίηση των επιδράσεων της ασθένειας ή της αναπηρίας.

Οι πέντε βασικοί στόχοι της είναι:

- Προώθηση υποστηρικτικών συστημάτων τα οποία είναι κατάλληλα και αποτελεσματικά και ενθάρρυνση της χρήσης των πόρων που σχετίζονται με την υγεία.
- Προώθηση επαρκούς, αποτελεσματικής φροντίδας ενός μέλους μιας οικογένειας που έχει ένα ειδικό πρόβλημα ασθένειας ή αναπηρίας.
- Ενθάρρυνση της φυσιολογικής ανάπτυξης των μελών της οικογένειας και εκπαίδευσής τους σχετικά με την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη της ασθένειας.
- Ενδυνάμωση της σύνδεσης και της λειτουργικότητας της οικογένειας.
- Προαγωγή ενός υγιεινού περιβάλλοντος.

Η φροντίδα των ασθενών μετά το πρώτο τέταρτο του 20ού αιώνα ήταν κυρίως νοσοκομειακή. Η τεράστια όμως αύξηση των δαπανών για την υγεία χωρίς την αντίστοιχη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και τη σημαντική μείωση της θνησιμότητας, οδήγησε τα κράτη σε εφαρμογή εναλλακτικών εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας όπως είναι η υπηρεσία “νοσηλεία στο σπίτι”.

Η φροντίδα στο σπίτι έχει τις ρίζες της στα βάθη των αιώνων, αλλά σε οργανωμένη μορφή από εκπαιδευμένες νοσηλεύτριες, άρχισε να εφαρμόζεται στην Ευρώπη από την εποχή της Florence Nightingale. Αν και ο κύριος λόγος λειτουργίας της νοσηλείας στο σπίτι ήταν η μείωση του κόστους νοσηλείας, γρήγορα έγινε αντιληπτό ότι ο ρόλος της στο σύστημα υγείας ήταν πολύπλευρος.

Στην Ευρώπη και τις Η.Π.Α. προωθείται τα τελευταία χρόνια η τάση να οδηγούνται ασθενείς σε μονάδες αποκατάστασης στην κοινότητα, σε μονάδες βραχείας νοσηλείας και τμήματα ημερήσιας νοσηλείας διαθέτοντας πόρους για την οργάνωση τέτοιου είδους προγραμμάτων κοινοτικής νοσηλευτικής. Μέσα σ’ αυτό το πλαίσιο και για τη μείωση κυρίως του διαρκώς αυξανόμενου αριθμού επανεισαγωγών χρονίως πασχόντων και ηλικιωμένων εμφανίστηκε η ανάγκη δημιουργίας προγράμματος υπηρεσίας υγείας με τον τίτλο “νοσηλεία στο σπίτι” (**home care** ή **home health care**).

Η νοσηλεία στο σπίτι είναι το βασικότερο στοιχείο της συνεχιζόμενης φροντίδας υγείας διεθνώς και θεωρείται υπηρεσία που κατεξοχήν οργανώνεται, παρέχεται και αξιολογείται από **νοσηλευτές**. Ο νοσηλευτής ως μέλος της υγειονομικής ομάδας αποτελεί τον σπουδαιότερο δομικό παράγοντα για την οργάνωση, παροχή και αξιολόγηση υπηρεσιών νοσηλείας στο σπίτι. Για την αποδοτική οργάνωση όμως απαραίτητο είναι να ληφθούν υπόψη και άλλες παράμετροι, όπως το είδος των ασθενών, ο χώρος ευθύνης, η οικονομική επιχορήγηση κ.λπ. Η θεσμοθέτηση υπηρεσιών νοσηλείας στο σπίτι στην Ελλάδα έγινε με το νόμο 2071/92.

(bestrong.org.gr)

### **3.2 Αναγκαιότητα και πλεονεκτήματα της Νοσηλείας στο σπίτι**

#### *Αναγκαιότητα της νοσηλείας στο σπίτι*

Οι λόγοι που επιβάλλουν στις μέρες μας την εφαρμογή της νοσηλείας στο σπίτι είναι:

- Η έλλειψη νοσοκομειακών κρεβατιών. Όταν νοσηλεύονται ασθενείς με χρόνια προβλήματα για μεγάλο χρονικό διάστημα, στο νοσοκομείο δημιουργούνται προβλήματα διακίνησης των αρρώστων.

- Η εκρηκτική αύξηση του κόστους νοσηλείας, η οποία κλονίζει τα κοινωνικοασφαλιστικά συστήματα. Η νοσηλεία στο σπίτι εξασφαλίζει άριστη περίθαλψη με μικρό σχετικά κόστος.
- Η αστικοποίηση του πληθυσμού και οι αλλαγές στη δομή της οικογένειας.
- Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και συνεπώς η αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων ατόμων και χρόνιων πασχόντων, που παρουσιάζουν και τα περισσότερα προβλήματα υγείας.
- Η καλύτερη ψυχολογική κατάσταση των αρρώστων όταν αυτοί νοσηλεύονται στο χώρο τους παρά στον άγνωστο χώρο του νοσοκομείου.
- Ο περιορισμός αποχής των ατόμων από την εργασία τους και τις άλλες δραστηριότητες τους.
- Η δυνατότητα εφαρμογής πολύπλοκων τεχνικών (όπως χημειοθεραπεία) και στον χώρο του σπιτιού.

Η νοσηλεία στο σπίτι αποτελεί μια εναλλακτική μορφή φροντίδα υγείας, η οποία προσφέρει άριστη φροντίδα με το μικρότερο δυνατό κόστος.

#### *Πλεονεκτήματα της νοσηλείας στο σπίτι*

- Αποσυμφόρηση των νοσοκομείων. Δίνεται έτσι η δυνατότητα σε περισσότερα άτομα να έχουν νοσοκομειακή περίθαλψη όταν την χρειάζονται.
- Οικονομικό όφελος στο κράτος και τις οικογένειες.
- Παρέχεται στον ασθενή η δυνατότητα να παραμείνει στη θαλπωρή του οικογενειακού του περιβάλλοντος.
- Δίνει τη δυνατότητα στους εργαζόμενους ασθενείς να συνεχίσουν την εργασία τους.
- Προλαμβάνει επικείμενα προβλήματα, γιατί αξιολογεί όλη την οικογένεια και όχι μόνο τον ασθενή όπως γίνεται συνήθως στο νοσοκομείο.
- Διατηρεί τη συνοχή της οικογένειας. . ( Μάργαρη Νικολέττα et.al 1999).

### **3.3 Αιτίες που οδήγησαν στη νοσηλεία στο σπίτι**

Η φροντίδα υγείας προς ένα άρρωστο μέλος της οικογένειας παρεχόταν σχεδόν στο σύνολό της στο σπίτι μέχρι το πρώτο τέταρτο του 20ού αιώνα. Οι εκρηκτικές εξελίξεις της ιατρικής και

τεχνολογίας με την αλματώδη ανάπτυξη της χειρουργικής, της αναισθησίας, των αντιβιοτικών και η ανάπτυξη υποστηρικτικών συστημάτων ζωής συνέβαλαν να αναπτυχθεί ένα αίσθημα ασφάλειας προς το νοσοκομείο με συνέπεια να παρατηρείται αυξημένη προσέλευση αρρώστων μέσα σ' αυτό. Η νοσηλεία για όλους τους πολίτες με μικρή οικονομική συμμετοχή λόγω της επέκτασης του θεσμού των κοινωνικών ασφαλίσεων και ο περιορισμός του νοσηλευτικού ρόλου της οικογένειας στη σύγχρονη κοινωνία ήταν επίσης ερέθισμα για αύξηση ζήτησης νοσοκομειακών υπηρεσιών.

Παρατηρήθηκε επίσης αύξηση του δείκτη θανάτων μέσα στο νοσοκομείο, η οποία μπορεί να ερμηνεύσει το φόβο του ανθρώπου προς το θάνατο και την άρνησή του να τον αποδεχθεί στην κοινωνική του ζωή. Άλλοι σημαντικοί λόγοι που συνέβαλλαν στην υπέρμετρη ανάπτυξη των νοσοκομειακών υπηρεσιών είναι:

-Η αμεσότητα της ανάγκης. Η παρουσία συμπτωμάτων και η ένταση με την οποία συχνά παρουσιάζονται ο κίνδυνος του θανάτου ή της ανικανότητας, είχαν περισσότερη συγκινησιακή φόρτιση και αμεσότητα.

-Η ιατροκεντρική ανάπτυξη του τομέα υγείας. Ο επιστημονικός προσανατολισμός των ιατρών αλλά ακόμη και λόγοι επαγγελματικής και κοινωνικής καταξίωσης είναι φυσικό να στρέφονται στο μεγαλύτερο "αντίκρισμα".

-Η δυνατότητα πολιτικής "αξιοποίησης". Φαίνεται ότι η παροχή υπηρεσιών περίθαλψης συχνά με τη μορφή εντυπωσιακής υγειονομικής υποδομής, ήταν φυσικό να επιδράσει στη φάση σχεδιασμού της πολιτικής υγείας.

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει μια τάση να εφαρμοστούν εναλλακτικές- εξωνοσοκομειακές μορφές περίθαλψης. Η νοσηλεία στο σπίτι είναι μια από αυτές και δημιουργήθηκε ως αποτέλεσμα της αυξημένης ζήτησης τέτοιου είδους υπηρεσιών. Οι σπουδαιότερες αιτίες που οδήγησαν στη νοσηλεία στο σπίτι ήταν:

-Η φροντίδα στο σπίτι είναι φτηνότερη από τη νοσοκομειακή φροντίδα. Έτσι επιβάλλεται συντόμευση του χρόνου παραμονής των αρρώστων στο νοσοκομείο πριν την πλήρη ανάρρωσή τους λόγω του μεγάλου ημερήσιου κόστους νοσηλείας.

-Η άνοδος του ποσοστού των ηλικιωμένων που έχει σαν συνέπεια την ανάγκη παροχής περισσότερης φροντίδας για πολλαπλά χρόνια νοσήματα και ανάγκες.

-Το άτομο μπορεί να μην έχει κάποιο άτομο της οικογένειάς του διαθέσιμο ή ικανό να παρέχει φροντίδα στο σπίτι.

-Πολλά άτομα προτιμούν να δέχονται φροντίδα στο σπίτι τους, ειδικότερα τα τελευταία χρόνια με την ευαισθητοποίηση του κοινού σχετικά με τις υπηρεσίες που μπορούν να προσφερθούν στο σπίτι, ιδιαίτερα στις χώρες όπου οι υπηρεσίες είναι σωστά οργανωμένες και αποτελεσματικές. Φαίνεται

επίσης ότι αυτοί και οι οικογένειές τους δέχονται λιγότερη συναισθηματική πίεση στο σπίτι από ότι στο νοσοκομείο, αποφεύγοντας το χωρισμό από τα άλλα μέλη της οικογένειάς τους και το περιβάλλον που ζουν.

-Πολλοί άνθρωποι προτιμούν να πεθάνουν στο σπίτι και χρειάζεται η ανάλογη φροντίδα.

-Η ανακάλυψη υπερσύγχρονων ηλεκτρονικών συσκευών, αλλά και η δυνατότητα εφαρμογής πολύπλοκων τεχνικών στο σπίτι ώθησε πολλά άτομα να εκτελούν τη θεραπεία στο σπίτι με τη βοήθεια των νοσηλευτών ή των άλλων μελών της υγειονομικής ομάδας. ([www.imlaris.gr](http://www.imlaris.gr))

### **3.4 Υπηρεσίες κοινότητας**

Επειδή ο πληθυσμός που δέχεται τις υπηρεσίες υγείας στο σπίτι ποικίλλει σε ηλικία και σε ανάγκες και οι τομείς που συμπεριλαμβάνουν είναι πολλοί στην ομάδα νοσηλείας στο σπίτι, αποτελούν επιστήμονες πολλών ειδικοτήτων, καθώς και βοηθητικές υπηρεσίες. Γενικά οι υπηρεσίες διακρίνονται σε δύο μεγάλες ομάδες. Τις επιστημονικές και τις υποστηρικτικές.

Την επιστημονική ομάδα αποτελούν

- Νοσηλευτές
- Γιατροί
- Φυσιοθεραπευτές
- Διαιτολόγοι
- Λογοθεραπευτές
- Κοινωνικοί λειτουργοί
- Διοικητικοί υπάλληλοι
- Διάφοροι εργαστηριακοί

Υποστηρικτική ομάδα είναι η οικογένεια. Εδώ ο όρος οικογένεια χρησιμοποιείται με την πολύ ευρεία έννοια και περιλαμβάνει κάθε άτομο που αναλαμβάνει να βοηθήσει στη φροντίδα του αρρώστου στο σπίτι.

Το άτομο αυτό μπορεί να είναι συγγενικό ή φιλικό ή μπορεί να αντληθεί από συλλόγους της γειτονιάς (πολιτιστικός ή εκκλησία) και η προσφορά του να είναι σε εθελοντική βάση. Τα άτομα

παρέχουν μη επιστημονική, εξαρτημένη φροντίδα που αυτή περιλαμβάνει επίβλεψη και βοήθεια προς τον άρρωστο, την υποστήριξη του σε κάθε νοσηλεία, ατομική περιποίηση και καθαριότητα, διατροφή λήψη φαρμάκων, κινητοποίηση.

Τα άτομα αυτά στο χώρο της οικογένειας είναι πολύτιμα διότι εξασφαλίζουν τη συνέχεια της φροντίδας στα μεσοδιαστήματα μεταξύ των επισκέψεων των ειδικών επιστημόνων.

### *ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ*

Το «Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι» είναι ένα πρόγραμμα κοινωνικής προστασίας το οποίο απευθύνεται σε ηλικιωμένους και σε άτομα με αναπηρίες.

Το πρόγραμμα έχει ως στόχο του την κάλυψη πάγιων και διαρκών αναγκών των ατόμων στα οποία απευθύνεται και εξυπηρετεί

Αποσκοπεί στην εξασφάλιση μιας αξιοπρεπούς και αυτόνομης ζωής στα άτομα αυτά, ώστε να τους επιτρέπεται η παραμονή στο φυσικό οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον τους, καθώς επίσης προσπαθεί να αναβαθμίσει το επίπεδο της ποιότητας ζωής τους. Το Πρόγραμμα παρέχει υπηρεσίες σε 519 ωφελουμένους (μέχρι σήμερα) στις κοινότητες Κέχρου, Οργάνης και Αμαξάδων.

#### *Στρατηγική Σημασία Προγράμματος*

- Αύξηση απασχόλησης τοπικού στελεχιακού δυναμικού (κοινωνικών – ανθρωπιστικών επιστημών).
- Εκμετάλλευση της τοπικής δημογραφικής ιδιαιτερότητας, αύξηση της γυναικείας απασχόλησης. Συγκράτηση πληθυσμού στην εστίες του.
- Υποστήριξη σε απομακρυσμένες περιοχές μέσω μοντέλων συνεργασίας με ΟΤΑ και κοινωνικούς για την επίτευξη Κοινωνικής συνοχής (προγραμματικές συμβάσεις).

#### *Προσφερόμενες Υπηρεσίες*

Οι υπηρεσίες του Προγράμματος παρέχονται από τα στελέχη με περιοδικές επισκέψεις κατ' οίκον, ανάλογα με τις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες του κάθε ωφελούμενου. Οι κύριες υπηρεσίες που προσφέρονται στα πλαίσια της υλοποίησης του προγράμματος είναι τρεις: Κοινωνική Εργασία, Νοσηλευτική Φροντίδα και Οικογενειακή Βοήθεια.

Η Κοινωνική Εργασία η οποία παρέχεται από τον Κοινωνική Λειτουργό αφορά:



- Την αξιολόγηση και εκτίμηση των αναγκών των ατόμων της κοινότητας.
- Την υποστηρικτική κοινωνική εργασία (ενδυνάμωση, συναισθηματική στήριξη ατόμου και του περιβάλλοντος του).
- Τη συμβουλευτική ατόμου και οικογένειας.
- Τη κοινωνική εργασία με τη κοινότητα (ευαισθητοποίηση και κινητοποίηση της κοινότητας σε θέματα υγείας και περιβάλλοντος για τη βελτίωση του επιπέδου διαβίωσης).
- Τη μέριμνα για κοινωνικό-προνοιακά θέματα (επιδόματα απορίας- αναπηρίας, συντάξεις).
- Τη συνεργασία με διάφορους φορείς (τοπικούς, ιδιωτικούς, δημόσιους).
- Τη μεσολάβηση και συνεργασία με υγειονομικές και κοινωνικές υπηρεσίες (νοσοκομεία, διεύθυνση πρόνοιας, κλπ).

Η Νοσηλευτική Φροντίδα η οποία προσφέρεται από δύο Νοσηλευτές αφορά:

- Τη συνοδεία σε υγειονομικές υπηρεσίες των εξυπηρετούμενων του προγράμματος οι οποίοι είναι απαραίτητο ή προτιμητέο να μετακινούνται συνοδευόμενοι.
- Την ατομική υγιεινή ατόμων που δεν αυτοεξυπηρετούνται.
- Τις θεραπευτικές παρεμβάσεις (έλεγχος Α.Π., σακχάρου, χοληστερίνης).
- Την αγωγή υγείας στο άτομο και τη κοινότητα.
- Τη φαρμακευτική αγωγή των εξυπηρετούμενων.
- Τη συνεργασία με ιδιωτικούς ή δημόσιους υγειονομικούς φορείς.
- Την εκπαίδευση της οικογένειας για θέματα υγείας που την απασχολούν.

Τέλος, η Οικογενειακή Βοήθεια προσφέρεται από τους τρεις οικογενειακούς βοηθούς και αναφέρεται:

- Στη καθαριότητα κατοικίας.
- Στις εξωτερικές εργασίες (αγορές προϊόντων, πληρωμή λογαριασμών).
- Στη σίτιση (μαγείρεμα φαγητού).
- Στη συντροφιά.
- Στην ατομική υγιεινή.

#### *Ωφελούμενοι του Προγράμματος*

Οι τελικοί αποδέκτες των προσφερόμενων υπηρεσιών από την Μονάδα «Βοήθεια στο Σπίτι» είναι:

- Οι ηλικιωμένοι, ΑΜΕΑ και άτομα χρίζοντας βοήθειας, που δεν αυτοεξυπηρετούνται πλήρως.

- Γυναίκες που επιθυμούν να ενταχθούν στην αμειβόμενη ενεργό οικονομική ζωή ή να επανενταχθούν σε αυτήν, ύστερα από απουσία τους λόγω των αλληλοσυγκρουόμενων ευθυνών απασχόλησης και οικογένειας.
- Κάτοικοι των Κοινοτήτων που απασχολούνται στο πρόγραμμα. ([www.anro.gr](http://www.anro.gr)).

### **3.5 Ρόλος νοσηλευτή (καθήκοντα- στόχοι) στην κατ'οίκον νοσηλεία με ιστορική αναδρομή**

Η φροντίδα των ασθενών μετά το πρώτο τέταρτο του 20ού αιώνα ήταν κυρίως νοσοκομειακή. Η τεράστια όμως αύξηση των δαπανών για την υγεία χωρίς την αντίστοιχη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και τη σημαντική μείωση της θνησιμότητας, οδήγησε τα κράτη σε εφαρμογή εναλλακτικών εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας όπως είναι η υπηρεσία «νοσηλεία στο σπίτι».

Η νοσηλεία στο σπίτι έχει τις ρίζες της στα βάθη των αιώνων. Η νοσηλευτική φροντίδα ήταν παντού παρούσα, όπου υπάρχει ανθρώπινη ζωή, όχι όμως σαν επάγγελμα, δηλαδή συστηματική και οργανωμένη άσκηση αμειβόμενης δραστηριότητας. Το σπίτι ήταν σχεδόν ο αποκλειστικός χώρος φροντίδας των αρρώστων μέχρι την οργάνωση των μοναστηριών και την ίδρυση των νοσοκομείων με τη σύγχρονη μορφή την εποχή του Βυζαντίου. Η πρώτη γνωστή οργανωμένη επίσκεψη στο σπίτι ξεκίνησε με την ίδρυση από τη Χριστιανική Εκκλησία, του τάγματος των Διακονισσών, οι οποίες είχαν συγκεκριμένες ευθύνες για τη φροντίδα του φτωχού ατόμου με ανάγκες. Η φροντίδα τους, που διήρκεσε μέχρι τον πέμπτο και τον έκτο αιώνα, είχε ως κύριο σκοπό να ανακουφίσει τον πόνο προσφέροντας υποστήριξη χωρίς να θεραπεύει ή να προλαμβάνει την ασθένεια.

Στην Ευρώπη πριν την εποχή της Florence Nightgale ήταν γνωστό ότι λαϊκές και θρησκευτικές ομάδες παρείχαν νοσηλεία στο σπίτι. Συνήθως αυτές ανήκαν στις κατώτερες τάξεις χωρίς εκπαίδευση που εργάζονταν αφιλοκερδώς, εμπνευσμένες από την αγάπη προς τον συνάνθρωπο. Η Nightgale ανέβασε το επίπεδο της νοσηλευτικής και δημιούργησε σχολές που παρείχαν νοσηλευτές εκπαιδευμένους έτσι ώστε να μπορούν να αντιμετωπίσουν τις ανάγκες των οξέων περιστατικών αλλά και των χρόνιων πασχόντων στην κοινότητα. Ο William Rathbone το 1859 στο Λίβερπουλ της Αγγλίας ίδρυσε το πρώτο πρόγραμμα φροντίδας στο σπίτι. Στις Η.Π.Α. το πρώτο πρόγραμμα φροντίδας στο σπίτι λειτούργησε το 1796 στη Βοστώνη, ενώ το πρώτο πρόγραμμα παροχής νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι εγκαινιάστηκε το 1877 από την ιεραποστολή της Νέας Υόρκης όταν προσέλαβε τις πρώτες νοσηλεύτριες για αυτή την εργασία.

Στην Ελλάδα πρωτοπόρο στη νοσηλεία στο σπίτι είναι το νοσοκομείο ΜΕΤΑΞΑ που άρχισε πειραματικά να λειτουργεί το 1979, ενώ γνωστά είναι ανάλογα προγράμματα του Ελληνικού Ερυθρού Σταύρου και του Νοσοκομείου Άγιοι Ανάργυροι. Βασικός όμως στόχος της ΠΦΥ σε αυτό

τον τομέα είναι ότι τέτοιου είδους προγράμματα πρέπει να σχεδιάζονται και να λειτουργούν αυτόνομα στην κοινότητα όπου η εκτίμηση των αναγκών θα γίνεται σε πραγματικές συνθήκες στο χώρο που ζει ή εργάζεται το άτομο και στο περιβάλλον μέσα στο οποίο κινείται.

### *ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ*

Για την εφαρμογή νοσηλείας στο σπίτι απαραίτητη είναι η λήψη ενός λεπτομερούς νοσηλευτικού ιστορικού κατά τη διάρκεια νοσηλείας του αρρώστου στο νοσοκομείο.

Οι πληροφορίες αυτές θα αξιολογηθούν από το νοσηλευτή και σε συνεργασία με την ομάδα, προγραμματίζει την επίσκεψη στο σπίτι.

Η πρώτη επίσκεψη θα μπορούσε να χαρακτηριστεί και ως αναγνωριστική και να προετοιμαστεί το περιβάλλον να δεχτεί τον άρρωστο.

Ο νοσηλευτής φροντίζει να ενημερώνει το νοσηλευτικό ιστορικό του αρρώστου και να διατηρεί αντίγραφο αυτού στο σπίτι και παράλληλα το φάκελό του 'ώστε να υπάρχει συνεχής ενημέρωση της ομάδας.

Οι επισκέψεις του νοσηλευτή ελέγχονται από την προϊσταμένη υπηρεσίας η οποία αποτελεί και τον σύνδεσμο ανάμεσα στα μέλη της ομάδας.

Κυρίαρχος σκοπός των νοσηλευτών είναι να διδάξουν την οικογένεια των αρρώστων και να τους βοηθήσουν ώστε σταδιακά να αναλάβουν να φροντίζουν με ασφάλεια τον άρρωστο. Ο ρόλος των νοσηλευτών στη νοσηλεία στο σπίτι είναι σημαντικός και οι ευκαιρίες για διδασκαλία είναι ατελείωτες.

### *ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΚΑΘΗΚΟΝΤΩΝ*

- Ο νοσηλευτής έχει χρέος να οργανώσει και εφαρμόσει υψηλής ποιότητας νοσηλευτική φροντίδα βασισμένη σε επιστημονικές θεωρητικές γνώσεις και δεξιότητες με σκοπό.
- Να προσφέρει επιδέξια νοσηλευτική φροντίδα στα άρρωστα άτομα
- Να αξιολογεί τις άμεσες και μακροπρόθεσμες ανάγκες υγείας των αρρώστων και των οικογενειών τους.
- Να προσφέρει υποστήριξη. Βοήθεια και κατεύθυνση στους συγγενείς των ατόμων που συμμετέχουν στην φροντίδα.
- Να γνωρίζει καλά και να χρησιμοποιεί αποτελεσματικά τις πηγές και τα μέσα που διαθέτει η κοινότητα για την εξασφάλιση ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας.
- Να συμμετέχει σε εκπαιδευτικά προγράμματα σε όλους τους τομείς και ομάδες κοινότητας.

- Να προσφέρει γνώμη και προτάσεις σχετικά με τα νοσηλευτικά θέματα και τις προτάσεις του νοσηλευτικού έργου στην κοινότητα. (Βάσω Θασίτη-Αντωνοπούλου, 2000)

### 3.6 Υπηρεσίες που παρέχονται στο εξωτερικό

Στο εξωτερικό, όπου οι υπηρεσίες ΠΦΥ είναι περισσότερο αναπτυγμένες, εκτός από τη νοσηλεία στο σπίτι, προσφέρονται και υπηρεσίες που αφορούν την καθημερινότητα των ηλικιωμένων. Μερικές από αυτές είναι:

- *Meals on wheels*. Η υπηρεσία αυτή μοιράζει γεύματα σε φτωχούς, αρρώστους και ανάικτους να αυτοεξυπηρετηθούν.
- *Telephone reassurance programs (HΠΑ)*. Το πρόγραμμα αυτό, περιλαμβάνει υπηρεσίες τηλεφωνημάτων ελέγχου. Τηλεφωνούν καθημερινά στα σπίτια των ηλικιωμένων ελέγχοντας την κατάστασή τους. Αν στο τηλεφώνημα δεν απαντήσει κανείς, στέλνεται αμέσως βοήθεια στο σπίτι και αν δεν ανοίξει κανείς την πόρτα, τότε ειδοποιείται η αστυνομία ή η πυροσβεστική υπηρεσία.
- *Home services (HΠΑ)*. Η υπηρεσία αυτή αφορά την επιδιόρθωση βλαβών μέσα στο σπίτι.
- *Friendly visiting*. Οι φίλοι και οι συγγενείς μπορούν να ανακουφίσουν την μοναξιά των ηλικιωμένων όπως και οι εθελοντές. ( Παναγιώτα Μελιτζανά, Στεργιανή Χατζίδου, 2000)

### 3.7 Δημόσια και ιδιωτική κατ'οίκον νοσηλεία

Η θλίψη από την μεταβολή συνθηκών ζωής είναι ένα καθημερινό πρόβλημα για ένα μεγάλο ποσοστό των ηλικιωμένων. Με βασικές αιτίες την απώλεια απασχόλησης, της κατοικίας, της υγείας και σωματικής κινητικότητας αλλά και το πένθος για αγαπημένα πρόσωπα, φίλους ή συγγενείς. Οι αλλαγές αυτές προκαλούν δικαιολογημένα συναισθήματα θλίψης, άγχους και ανασφάλειας.

Τα τελευταία χρόνια γίνονται μεγάλες προσπάθειες να αναπτυχθούν τα κέντρα ανοικτής προστασίας των ηλικιωμένων, τα οποία θα τους ενθαρρύνουν να συμμετέχουν ενεργά και δημιουργικά στην κοινωνική ζωή. Παρόλο όμως που τα ΚΑΠΗ κάλυψαν ένα σοβαρό κενό, φαίνεται πως δεν εκπληρώνουν απόλυτα το βασικότερο στόχο, που είναι η διατήρηση των ηλικιωμένων στην κοινότητα. ( Παναγιώτα Μελιτζανά, Στεργιανή Χατζίδου, 2000)

### **3.8 Κατ'οίκον παρηγορητική φροντίδα**

Στόχος της κατ' οίκον παρηγορητικής φροντίδας ασθενών με νόσο τελικού σταδίου είναι η άνετη διαβίωση του πελάτη στο περιβάλλον του σπιτιού του, για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο διάστημα και η παροχή υποστήριξης και καθοδήγησης προς τους φροντιστές. Όταν ο ασθενής βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ασθένειάς του, στόχος δεν είναι πλέον η ίαση αλλά η ανακούφιση του. Ορισμένοι ασθενείς επιμένουν να παραμείνουν στο σπίτι μέχρι να πεθάνουν και άλλοι αφήνουν τα άτομα που τους φροντίζουν να αποφασίσουν. Κάθε οικογενειακή μονάδα έχει διαφορετικές ανάγκες και οι αποφάσεις κάθε μίας εξ αυτών πρέπει να υποστηρίζονται. Ο θάνατος στο σπίτι δεν θα πρέπει να είναι το κριτήριο που καθορίζει την υπεροχή σε κάθε περίπτωση ούτε πρέπει να είναι το απόλυτο μέτρο της «επιτυχούς» φροντίδας στο σπίτι. Έχει μεγάλη σημασία να γίνει κατανοητό το γεγονός ότι η διαδικασία παροχής φροντίδας σε έναν ασθενή τελικού σταδίου περιλαμβάνει και την παροχή φροντίδας στην οικογένεια του ή στα άτομα που τον περιθάλπουν. Δεν επιθυμούν όλοι οι φροντιστές το θάνατο του αγαπημένου τους προσώπου στο σπίτι και δεν μπορούν όλοι οι φροντιστές να αφήσουν να συμβεί αυτό. Ο θάνατος στο σπίτι πρέπει να αποτελεί στόχο του ασθενούς και της οικογένειάς του, ανεξάρτητα από την προσωπική προτίμηση του νοσηλευτή.

Κατά τη διαδικασία παροχής κατ' οίκον φροντίδας σε ασθενή τελικού σταδίου, ο νοσηλευτής παρηγορητικής φροντίδας πρέπει να έχει εμπειρία στη σωματική και ψυχοκοινωνική φροντίδα τόσο του ασθενούς όσο και του φροντιστή του. Ο ασθενής προσεγγίζεται ως ολότητα και όχι ως μεμονωμένο περιστατικό νόσου. Η κατ' οίκον φροντίδα ενός ασθενούς με νόσο τελικού σταδίου απαιτεί από το νοσηλευτή να προσεγγίσει το σύστημα της οικογένειας ως μονάδα.

(Mary A.Nies, Melanie McEwen, 2001).

### **3.9 Σύνοψη κεφαλαίου**

Η τεράστια αύξηση δαπανών υγείας και η αστοχία της θεραπευτικής ιατρικής οδήγησε σε εναλλακτικές εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας όπως η <<Νοσηλεία στο σπίτι>>. Η νοσηλεία στο σπίτι αποτελεί εναλλακτική μορφή περίθαλψης, η οποία εξασφαλίζει παροχή υπηρεσιών και φροντίδων υγείας με το μικρότερο οικονομικό κόστος. Η συμμετοχή της οικογένειας και όχι μόνο των επαγγελματιών υγείας με σκοπό την αποκατάσταση της υγείας του αρρώστου έχει θετικά αποτελέσματα στον ίδιο τον άρρωστο και την οικογένεια του.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

#### **4.1 Ιστορική Εξέλιξη Κοινοτικής Νοσηλευτικής**

Η Κοινοτική Νοσηλευτική διεθνώς ξεκίνησε σχεδόν ταυτόχρονα με την άσκηση της Νοσηλευτικής στα νοσοκομεία, όπως για παράδειγμα στην Αγγλία. Ήδη από τον 19<sup>ο</sup> αιώνα νοσηλεύτριες εργαζόταν σε εργοστάσια, σχολεία ή νοσήλευαν ασθενείς στο σπίτι τους και από αυτές κατάγονται οι επισκέπτριες υγείας (Health Visitors), οι κοινοτικές νοσηλεύτριες (District Nurses), οι νοσηλεύτριες επαγγελματικής υγείας (Occupational Health Nurses), οι σχολικές νοσηλεύτριες (School Nurses), αλλά με εξαίρεση τις επισκέπτριες υγείας οι υπόλοιπες ασχολούνταν κυρίως με τη φροντίδα του ασθενούς ανθρώπου (Lancaster 1996).

Οι υπηρεσίες που παρείχαν οι επισκέπτριες υγείας οργανώνονταν από φιλανθρωπικούς φορείς και στηρίζονταν στις αρχές της δημόσιας υγείας που επικέντρωνε στην πρόληψη των λοιμωδών νοσημάτων και στη βοήθεια των ατόμων και οικογενειών που βρίσκονταν σε μεγαλύτερο κίνδυνο να αρρωστήσουν εξαιτίας κακών συνθηκών διαβίωσης και φτώχειας. Παρόμοια, οι υπηρεσίες νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι καταρχήν οργανώνονταν από φιλανθρωπικές οργανώσεις. Οι υπηρεσίες που πρόσφεραν ήταν παρόμοιες μ' αυτές στα νοσοκομεία και αφορούσαν τους φτωχούς και περιθωριοποιημένους ασθενείς ( Baly et al 1978, Twinn & Cowley 1992). Επίσης νοσηλεύτριες εργαζόταν στις γενικές ιατρικές υπηρεσίες (Martin 1978). Οι εργοδότες τους σε αντίθεση με τις υπόλοιπες νοσηλεύτριες που εργαζόταν στην κοινότητα, ήταν οι γενικοί γιατροί (General Practitioners). Η εργασία τους περιελάμβανε κυρίως βοηθητικά ιατρικά καθήκοντα και προληπτικές ιατρικές παρεμβάσεις και πολύ λιγότερο νοσηλευτική φροντίδα υγείας (Greenfield et al 1987, Bowling 1987, Kenkre 1992).

Η κατάσταση αυτή συνεχίστηκε μέχρι το 1948, οπότε ψηφίστηκε ο νόμος για τη δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS), ο οποίος συμπεριελάμβανε τις επισκέπτριες υγείας και τις νοσηλεύτριες κατ' οίκον νοσηλείας, επισημαίνοντας ότι οι υπηρεσίες τους πρέπει να παρέχονται στο σύνολο του πληθυσμού που τις έχει ανάγκη (Owen 1983). Παρόμοιες υπηρεσίες για το σύνολο του πληθυσμού παρέχονται και σήμερα. Επιπλέον, νοσηλευτές απασχολούνται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας μέσω των γενικών ιατρικών υπηρεσιών.

Με παρόμοιο τρόπο αναπτύχθηκε η Κοινοτική Νοσηλευτική στη βόρεια Αμερική, αλλά και στην Ευρώπη (Lancaster 1996)

Η Κοινοτική νοσηλευτική στην χώρα μας ξεκίνησε επίσημα στο δεύτερο μισό του 19<sup>ου</sup> αιώνα, αν και υπάρχουν γραπτές μαρτυρίες ότι ήδη από τα πρωτοχριστιανικά χρόνια και το Βυζάντιο αποτελούσε ξεχωριστή επαγγελματική οντότητα (Κουρκούτα 1993, Lancaster 1996). Η Λανάρα (1995) αναφέρει ότι, εκτός από συγκεκριμένες φιλανθρωπικές δραστηριότητες, η Νοσηλευτική περιορίστηκε στα πρώτα χρόνια της στη φροντίδα αρρώστων σε οργανωμένα νοσηλευτικά ιδρύματα.

Στη δεκαετία του 1920, με το κύμα των προσφύγων από τη Μ. Ασία και την επιδημία Δάγκειου πυρετού, εκπαιδεύτηκαν ταχύρρυθμα οι πρώτες επισκέπτριες υγείας από το ΠΙΚΠΑ και τον ΕΕΣ, που ως ρόλο είχαν την υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού καταρχήν για την αντιμετώπιση των προβλημάτων δημόσιας υγείας που προέκυψαν. Η εκπαίδευση αυτών των ατόμων ήταν μόλις εξάμηνη μεταγυμνασιακή, αλλά αποτέλεσε την βάση για την ανάπτυξη του πρώτου πλήρους προγράμματος επισκεπτριών αδελφών και νοσοκόμων και τη νομοθετική ίδρυση της ΑΣΕΑΝ με το ΑΝ613/37, τριετούς μεταγυμνασιακής εκπαίδευσης. Αργότερα στη δεκαετία του 1960, προστέθηκαν δύο ακόμη σχολές, του ΕΕΣ και του ΠΙΚΠΑ. (Σουρτζή 1987)

Μέχρι τη δεκαετία του 1980, το νοσηλευτικό επάγγελμα, που κυρίως ασχολείτο στην κοινότητα με θέματα δημόσιας υγείας αλλά και νοσηλείας στο σπίτι, ήταν αυτό του επισκέπτη υγείας. Με την ίδρυση των Κέντρων Υγείας (Ν. 1397/83), εκτός από τους επισκέπτες υγείας, διορίζονται και νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, αλλά και μαίες/μαιευτές με ρόλο στην ΠΦΥ.

(Α.Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Π.Σουρτζή 2005)

#### **4.2 Ορισμός - Σκοποί Κοινοτικής Νοσηλευτικής**

Η Κοινοτική Νοσηλευτική είναι ειδικότητα της Νοσηλευτικής στην οποία συνδυάζεται η γενική νοσηλευτική με τη δημόσια υγιεινή, με αντικειμενικό σκοπό την προαγωγή της υγείας στην κοινότητα.

Ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών (ANA) έχει δώσει τον εξής ορισμό:

«Η Κοινοτική Νοσηλευτική είναι κλάδος της Νοσηλευτικής Επιστήμης με ειδικές γνώσεις και δεξιότητες για τη αντιμετώπιση των αναγκών υγείας των ατόμων, οικογενειών, κοινοτήτων που βρίσκονται στο φυσικό τους περιβάλλον όπως το σπίτι, το σχολείο και ο χώρος εργασίας τους. Η



νοσηλευτική αυτή εργασία ασκείται έξω από το παραδοσιακό θεραπευτικό περιβάλλον του νοσοκομείου».

Η Κοινωνική Νοσηλευτική έχει τους πιο κάτω σκοπούς:

- A) Τη πρόληψη ασθενειών, αναπηριών και προώρου θανάτου
  - B) Τη φροντίδα και αποκατάσταση του αρρώστου.
  - Γ) Την παρακολούθηση του ατόμου, της οικογένειας, της κοινότητας, του περιβάλλοντος.
  - Δ) Την ενίσχυση και τη διδασκαλία όλων των ατόμων, οικογενειών ή ομάδων για υγιεινή διαβίωση.
- ( Μάργαρη Νικολέττα et.al 1999).

### **4.3 Χαρακτηριστικά της Κοινωνικής Νοσηλευτικής**

Η Κοινωνική Νοσηλευτική διακρίνεται από έξι χαρακτηριστικά γνωρίσματα:

- 1) Είναι κλάδος της Νοσηλευτικής

Οι επιστημονικές γνώσεις και δεξιότητες που εφαρμόζει η Νοσηλευτική Επιστήμη εφαρμόζονται και στην άσκηση της Κοινωνικής Νοσηλευτικής. Για να δοθεί ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη φροντίδα στην κοινότητα, εφαρμόζεται η Νοσηλευτική Διεργασία όπως και στην Νοσηλευτική Επιστήμη. Με τη προσθήκη όμως ιδεών και δεξιοτήτων από άλλες επιστήμες η Κοινωνική Νοσηλευτική δημιουργεί την ιδιαίτερη δική της πρακτική.

- 2) Είναι συνδυασμός Νοσηλευτικής και Δημόσιας Υγιεινής

Για να εφαρμοσθεί η Κοινωνική Νοσηλευτική απαραίτητη είναι η γνώση των παρακάτω στοιχείων της Δημόσιας Υγιεινής:

- A) της ιστορίας και φιλοσοφίας της δημόσιας υγιεινής
- B) της άποψης για παροχή υπηρεσιών σε σύνολο πληθυσμών
- Γ) της προτεραιότητας στις υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής της υγείας παρά στη θεραπευτική φροντίδα
- Δ) της επιδημιολογίας και βιοστατιστικής
- Της επίδρασης των περιβαλλοντικών παραγόντων στην υγεία
- ΣΤ) των αρχών διοίκησης και οργάνωσης της Π.Φ.Υ.
- Z) της κυβερνητικής πολιτικής για τη Π.Φ.Υ.

- 3) Είναι προσανατολισμένη στις συνολικές ανάγκες του πληθυσμού

Στόχος της Κοινωνικής Νοσηλευτικής είναι η βελτίωση της υγείας του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας, η έμφαση όμως δίδεται στη διατήρηση και προαγωγή της υγείας

και πρόληψη της νόσου στο σύνολο του πληθυσμού της κοινότητας. Όταν π.χ. εμφανισθεί ένα κρούσμα τυφοειδούς πυρετού, ο Κοινοτικός Νοσηλευτής δεν σταματάει στην νοσηλευτική φροντίδα αυτού του κρούσματος. Εντοπίζει τη πιθανή πηγή της μόλυνσης και προσπαθεί να σταματήσει την εξάπλωση της.

#### 4) Δίνει έμφαση στην υγεία παρά στην αρρώστια

Η νοσηλευτική όπως και η ιατρική στην δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας, κατά το πρώτον εστιάζονται στη φροντίδα και θεραπεία της αρρώστιας και κατά δεύτερο στην πρόληψη. Αντίθετα πρωταρχική ευθύνη της Κοινοτικής Νοσηλευτικής, είναι η πρόληψη των προβλημάτων υγείας και η προαγωγή της υγείας στο καλύτερο δυνατό επίπεδο.

#### 5) Συνεργάζεται με άλλους επιστήμονες

Ο Κοινοτικός Νοσηλευτής εργάζεται στην κοινότητα σαν μέλος της ομάδας υγείας όπου ο συντονισμός και η συνεργασία είναι απαραίτητη προϋπόθεση. Επειδή όμως η υγεία είναι συνάρτηση πολλών παραγόντων, τεχνολογικών, κοινωνικοοικονομικών, πολιτικών, πολιτισμικών, περιβαλλοντικών, βιοϊατρικών ο κοινοτικός νοσηλευτής θα συνεργαστεί και με άλλους επιστήμονες, όπως τεχνολόγους, που οι δραστηριότητές τους αγγίζουν την υγεία της κοινότητας, οικονομολόγους, αρχιτέκτονες μηχανικούς, εκπαιδευτικούς, περιβαλλοντολόγους, εκπρόσωπους σωματείων κ.α. Από κοινού πρέπει να αναζητήσουν λύσεις στα προβλήματα υγείας της κοινότητας της οικογένειας και να προτείνουν μέτρα για την προαγωγή της υγείας.

#### 6) Προωθεί την ενεργό συμμετοχή του κοινού

Βασική αρχή της Π.Φ.Υ είναι η κινητοποίηση του πληθυσμού, η ευαισθητοποίησή του στις ανάγκες υγείας και η συμμετοχή του στα προγράμματα υγείας. Όπως η μάθηση στα σχολεία δεν είναι δυνατή χωρίς την συμμετοχή των μαθητών έτσι και οι στόχοι της Κοινοτικής Νοσηλευτικής δεν είναι δυνατόν να πραγματοποιηθούν χωρίς την ενεργό συμμετοχή του κοινού. Η ανάληψη ευθύνης για τη φροντίδα υγείας ονομάζεται «αυτοφροντίδα» και αποτελεί μια ιδέα που κερδίζει όλο και περισσότερο έδαφος τα τελευταία χρόνια ( Μάργαρη Νικολέττα et.al 1999).

### **4.4 Ο ρόλος του Κοινοτικού Νοσηλευτή**

Η Clark (1985a, b) θεωρεί ότι οι κοινοτικοί νοσηλευτές πρέπει να είναι πολυδύναμοι, ικανοί να ανταποκρίνονται σε πολλαπλούς ρόλους και λειτουργίες, να δημιουργούν το περιβάλλον εργασίας τους και να το οργανώνουν, να αποφασίζουν και να ενεργούν κατάλληλα για την εκπλήρωση των στόχων τους, χωρίς άμεση αναφορά σε κάποιον άλλον. επισημαίνει επίσης ότι ένα σημαντικό

χαρακτηριστικό της εργασίας τους είναι η προσφορά των υπηρεσιών τους στους πελάτες τους – ακόμη και όταν αυτοί δεν τις επιδιώκουν – και ο ρόλος τους εστιάζει στη διδασκαλία, στην παρακίνηση και στην διευκόλυνση. Ο κύριος σκοπός τους θα πρέπει να είναι η ενδυνάμωση των ατόμων, οικογενειών και ομάδων ώστε να αναγνωρίζουν τις ανάγκες τους και να αναλαμβάνουν με περισσότερη υπευθυνότητα την επίλυση προβλημάτων που αφορούν στην υγεία τους. Για την κατάλληλη και αποτελεσματική κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού είναι ανάγκη η Νοσηλευτική να συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων για την υγεία σε όλα τα επίπεδα.

Γενικά η Κοινωνική Νοσηλευτική ασχολείται με την:

- Επίβλεψη του περιβάλλοντος της κοινότητας, καθώς και του οικογενειακού περιβάλλοντος, όπως επίβλεψη τροφίμων, ύδρευσης, αποχέτευσης, έλεγχος εντόμων τρωκτικών κ.α.
- Πρόληψη ασθένειας, αναπηρίας ή πρόωρου θανάτου. Πρόληψη μεταδοτικών νοσημάτων, ψυχικών νοσημάτων και διανοητικής καθυστέρησης, αλλεργιών, νεοπλασμάτων, κληρονομικών ή γενετικών καταστάσεων, διαταραχών συμπεριφοράς, αλκοολισμού, χρήσης ναρκωτικών, επαγγελματικών νοσημάτων και ατυχημάτων, κινδύνων μητρότητας, ανάπτυξης και διάπλασης, θεμάτων διατροφής και στοματικής υγείας κ.α.
- Παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας και νοσηλείας μέσω ισομερούς κατανομής προσωπικού και πόρων, χρήσης νοσοκομείων ημέρας, αναρρωτηρίων, κέντρων αποκατάστασης, ξενώνων, οίκων ευγηρίας, γηροκομείων, κέντρων υγείας, παροχής κατ' οίκον νοσηλείας και συνεχιζόμενης παρακολούθησης ασθενών.
- Υγειονομική διαπαιδαγώγηση του κοινού και κινητοποίηση της κοινότητας για συμμετοχή στα θέματα υγείας.
- Συλλογή και διατήρηση στοιχείων και επιδημιολογική έρευνα.
- Συμμετοχή στον προγραμματισμό υπηρεσιών υγείας και αξιολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών.
- Ανάπτυξη κοινωνικής νοσηλευτικής έρευνας και συμμετοχή σε διεπιστημονική έρευνα
- Συμμετοχή στην εκπαίδευση προσωπικού υγείας
- Διεπιστημονική συνεργασία στα πλαίσια της ομάδας Π.Φ.Υ., αλλά και των υπηρεσιών διασύνδεσης με άλλα επίπεδα και τομείς της φροντίδας υγείας και κοινωνικής πρόνοιας.

Η συμμετοχή του ατόμου/ασθενούς και της οικογένειάς του σ' όλες τις φάσεις της νοσηλευτικής φροντίδας αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την ποιοτική και αποτελεσματική φροντίδα υγείας.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO 1985) προσθέτει στις ευθύνες του κοινοτικού νοσηλευτή:

- Την ενθάρρυνση της συμμετοχής της κοινότητας
- Τη συνεργασία με άτομα, οικογένειες και την κοινότητα
- Την ενδυνάμωση ατόμων, οικογενειών και της κοινότητας
- Την καθοδήγηση και την υποστήριξη άλλων εργαζόμενων στην Π.Φ.Υ.
- Τον συντονισμό δραστηριοτήτων ανάπτυξης της κοινότητας που σχετίζεται με την υγεία, σε συνεργασία με τους υπεύθυνους για το κοινωνικό και οικονομικό σκέλος των προγραμμάτων.

Για την πραγματοποίηση των παραπάνω αρμοδιοτήτων και ευθυνών κρίνονται απαραίτητες οι εξής δραστηριότητες του κοινοτικού νοσηλευτή:

1. Παροχή σωματικής και ψυχολογικής φροντίδας σε περιπτώσεις ασθένειας ή και υγείας.
2. Αξιολόγηση της κατάστασης υγείας, παροχή φροντίδας όπου ενδείκνυται σε περιπτώσεις ασθένειας ή ατυχήματος και καθοδήγηση
3. Πρόληψη ασθένειας και προαγωγή της υγείας
4. Ψυχολογική υποστήριξη του ατόμου/αρρώστου και του ετοιμοθάνατου, καθώς και της οικογένειας
5. Συμβουλευτική εργασία και βοήθεια για τη δημιουργία και διατήρηση υγιεινού περιβάλλοντος
6. Συμβουλευτική εργασία και συνεχιζόμενη βοήθεια αγωγής υγείας, απόκτηση υγιεινών συνηθειών ζωής, κατάλληλη διατροφής κ.τ.λ.
7. Συμμετοχή και συνεργασία με τη θεραπευτική ομάδα για την εφαρμογή του θεραπευτικού προγράμματος.
8. Συμβουλευτική εργασία και παροχή φροντίδας αποκατάστασης κατά το διάστημα και μετά από ατύχημα ή ψυχική νόσο.
9. Συντονισμός παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και παρακίνηση των κατ' οίκον να τις χρησιμοποιούν όταν τις χρειάζονται.
10. Επικοινωνία με τη νοσηλευτική και υγειονομική ομάδα, με το άτομο/ άρρωστο, την οικογένεια και την κοινότητα.
11. Συμβολή στην ανάπτυξη της επιστήμης και τέχνης της Νοσηλευτικής.
12. Εκπαίδευση και κατάρτιση του προσωπικού.

13. Ανάπτυξη ηγεσίας στη νοσηλευτική ομάδα και στην ομάδα υγείας.

14. Συμμετοχή σε δραστηριότητες της κοινότητας για κινητοποίηση του πληθυσμού να ενδιαφερθεί για θέματα υγείας.

Η Κοινοτική Νοσηλευτική ασκείται συστηματικότερα στα Κέντρα Υγείας, διότι καλύπτει όλο το φάσμα των δραστηριοτήτων της. (Α.Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Π.Σουρτζή 2005)

#### **4.5 Χαρακτηριστικά του Κοινοτικού Νοσηλευτή**

Τα βασικά χαρακτηριστικά που πρέπει να διαθέτει ο Κοινοτικός Νοσηλευτής είναι:

- Νοσηλευτικές γνώσεις και δεξιότητες
- Ξεκάθαρη αντίληψη της Π.Φ.Υ. και της Κοινοτικής Νοσηλευτικής
- Ικανότητα επικοινωνίας και συνεργασίας με άλλους ανθρώπους
- Ικανότητα να προγραμματίζει, να ιεραρχεί και να αντιμετωπίζει τα προβλήματα
- Ικανότητα διδασκαλίας και καθοδήγησης
- Γνώση όλων των μέσων και πηγών που υπάρχουν στην κοινότητα ( Μάργαρη Νικολέττα et.al 1999).

#### **4.6 Νοσηλευτική Διεργασία στην Κοινοτική Νοσηλευτική**

Η Νοσηλευτική Διεργασία είναι μία συστηματική γραπτή μέθοδος η οποία εφαρμόζεται για τη παροχή Νοσηλευτικής φροντίδας. Η μέθοδος αυτή περιλαμβάνει μια σειρά από σκέψεις και ενέργειες που οδηγούν στην επίλυση των αναγκών και προβλημάτων υγείας των ασθενών, της οικογένειας και της κοινότητας.

Τα προβλήματα υγείας δεν αφορούν μόνο την αρρώστια, αλλά τις ανάγκες των ατόμων για πλήρη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία. Η Νοσηλευτική διεργασία επομένως, δεν εφαρμόζεται μόνο για ασθενείς μέσα στο νοσοκομείο, αλλά για όλα τα άτομα της κοινωνίας και έχει τους εξής σκοπούς:

- Την προαγωγή της υγείας του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας.
- Την διατήρηση της υγείας.
- Την πρόληψη της ασθένειας.

- Την νοσηλεία των ασθενών.
- Την αποκατάσταση της υγείας.

Η Νοσηλευτική Διεργασία είναι ένα σύστημα ανοικτό και ελαστικό, το οποί βασίζεται σε συγκεκριμένους σκοπούς, οι οποίοι τίθενται και αναπροσαρμόζεται ανάλογα με το βαθμό επίτευξης των σκοπών και την πορεία της υγείας του αρρώστου. Αποτελείται σύμφωνα με τον Παγκόσμιο οργανισμό Υγείας από τέσσερα στάδια:

- 1) Αξιολόγηση της κατάστασης του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας.
- 2) Προγραμματισμός της φροντίδας.
- 3) Εφαρμογή του προγράμματος φροντίδας.
- 4) Εκτίμηση αποτελέσματος.

### 1) Νοσηλευτική αξιολόγηση

Νοσηλευτική αξιολόγηση είναι η συστηματική συλλογή πληροφοριών σε σχέση με την υγεία του ατόμου, οικογένειας ή κοινότητας. Με την αξιολόγηση ανιχνεύονται και καθορίζονται οι παρούσες και επικείμενες ανάγκες – προβλήματα του αρρώστου ή ατόμου γενικότερα. Είναι μια διαδικασία, η οποία γίνεται στην αρχή του σχεδίου της Νοσηλευτικής Διεργασίας και συνεχίζεται καθημερινά αφού η κατάσταση υγείας μεταβάλλεται συνεχώς, οπότε μεταβάλλονται και τα προβλήματα του ατόμου.

Η αξιολόγηση περιλαμβάνει τις εξής δραστηριότητες:

*Συλλογή πληροφοριών για το άτομο – ασθενή για το οποίο θα εφαρμοσθεί το σχέδιο της Νοσηλευτικής Διεργασίας.*

*Ανάλυση των πληροφοριών που συγκεντρώθηκαν και καθορισμός των αναγκών και προβλημάτων του συγκεκριμένου ατόμου.*

*Συλλογή πληροφοριών. Πηγές και μέσα.*

Οι πληροφορίες που θα συλλεγούν για το άτομο για το οποίο θα καταστρώσουμε το σχέδιο της Νοσηλευτικής Διεργασίας, αφορούν τη σωματική, τη ψυχολογική διανοητική και κοινωνικοοικονομική του κατάσταση. Τέτοιες πληροφορίες, είναι, τα ατομικά του στοιχεία, ιστορικό, η σύνθεση της οικογένειας και οι σχέσεις των μελών της, οι δραστηριότητες του ατόμου, η διατροφή, συνήθειες – έξεις, αντιδράσεις στην αρρώστια κ.λπ.

Αφού συλλέξουν οι απαραίτητες πληροφορίες, καταγράφονται προσεκτικά και συστηματοποιημένα σε ειδικά έντυπα. Έτσι διαμορφώνεται το Νοσηλευτικό Ιστορικό του αρρώστου.

Πηγές από τις οποίες Θα γίνει η συλλογή των πληροφοριών είναι:

- Ο άρρωστος ή το άτομο γενικότερα.
- Η οικογένεια και οι φίλοι του.
- Ο ιατρικός φάκελος.
- Η κλινική εξέταση όλων των συστημάτων.
- Νοσηλευτές, ιατροί, κοινωνικοί λειτουργοί και άλλα μέλη της υγειονομικής ομάδας.
- Μηχανήματα ή ειδικά όργανα (π.χ. monitors).
- Παλαιό ιστορικό
- Τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εξετάσεων.
- Νοσηλευτική, ιατρική βιβλιογραφία κ.λπ.

Μέσα που χρησιμοποιούνται για τη συλλογή των πληροφοριών είναι η *συνέντευξη* και η *παρατήρηση*. Η συνέντευξη με την παρατήρηση είναι τα δύο στοιχεία της επικοινωνίας.

Α) *Παρατήρηση* ατόμου σημαίνει προσεκτική εξέταση ή παρακολούθηση κάποιου. Για να γίνεται σωστά η παρατήρηση πρέπει όλες οι αισθήσεις του ατόμου που παρατηρεί (όραση, ακοή, όσφρηση, αφή) να χρησιμοποιούνται και να είναι σε εγρήγορση.

Η οπτική παρατήρηση ή επισκόπηση, εξετάζει την όψη, την έκφραση, το χρώμα, το σχήμα, την συμμετρία και την κινητικότητα του ατόμου, π.χ δέρμα ωχρο, γκριμάτσες πόνου.

Επίσης εξετάζει την ποιότητα και ποσότητα των λειτουργιών. Π.χ. παρατηρούμε την ποιότητα της αναπνοής κοιτάζοντας τον θώρακα.

Η ψηλάφηση είναι παρατήρηση που γίνεται με την αφή. Αγγίζουμε το δέρμα του αρρώστου και παίρνουμε διάφορες πληροφορίες όπως αν έχει πυρετό, αν το δέρμα είναι ξηρό, υγρό κ.λπ.

Η ακρόαση γίνεται είτε απ' ευθείας με επίκρουση ή με το στηθοσκόπιο. Μπορεί να ακουστούν παθολογικοί ήχοι όπως καρδιακά φυσήματα, εντερικοί ήχοι.

Η όσφρηση είναι και αυτή χρήσιμο μέσο παρατήρησης. Με αυτήν μπορούμε να διακρίνουμε παλιό από πρόσφατο αίμα, αν έχουν οξόνη τα ούρα κ.λπ.

Στην Κοινωνική Νοσηλευτική απαραίτητη είναι και η παρατήρηση του περιβάλλοντος του ατόμου, π.χ. παρατηρούμε το χώρο που ζει αν είναι καθαρός, αν αερίζεται κ.λπ.

Η παρατήρηση είναι νοσηλευτική αρμοδιότητα που πρέπει να γίνεται με ευθύνη, ενδιαφέρον και αντικειμενικότητα.

Β) Η *συνέντευξη* γίνεται πρόσωπο με πρόσωπο και μπορεί να είναι προφορική ή γραπτή, με χρήση ερωτηματολογίου. Η συνέντευξη με τη παρατήρηση μπορεί να γίνονται ταυτόχρονα. Ενώ συνομιλεί με το άτομο ο νοσηλευτής, συγχρόνως παρατηρεί και καταγράφει τις παρατηρήσεις του, όπως την έκφραση του προσώπου, τον τόνο της φωνής, την στάση του σώματος κ.λπ.

Για να γίνει σωστά η συνέντευξη και να συλλέγουν αξιόπιστες και αντικειμενικές πληροφορίες πρέπει να τηρούνται ορισμένες προϋποθέσεις. Αυτές είναι:

1. Δημιουργία άνετου φυσικού περιβάλλοντος. Απαραίτητα στοιχεία σωστής συνέντευξης είναι ο αερισμός του χώρου, η ησυχία, η κανονική θερμοκρασία και η αναπαυτική θέση αρρώστου και νοσηλευτή.
2. Δημιουργία άνετου ψυχοκοινωνικού περιβάλλοντος. Το άτομο προσεγγίζεται με αληθινό ενδιαφέρον, αγάπη και σεβασμό.
3. Δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης. Ενημερώνεται ο ασθενής ότι οι πληροφορίες που θα συλλεχθούν είναι εμπιστευτικές και απόρρητες.
4. Μεταβίβαση ψυχολογικής υποστήριξης
5. Ακρόαση. Η ακρόαση δεν πρέπει να είναι απλή, σιωπή παθητική και αδιάφορη, αλλά πρέπει να είναι ευσυνείδητη χρήση σιωπής με έκδηλο ενδιαφέρον και συμπαράσταση προς το άτομο.
6. Σαφήνεια, ακρίβεια των ερωτήσεων. Οι ερωτήσεις θα πρέπει να είναι απλές, σαφές και το λεξιλόγιο κατανοητό.

#### *Ανάλυση πληροφοριών*

Οι πληροφορίες που συλλέχθηκαν μελετώνται προσεκτικά, αναλύονται και συσχετίζονται με τις αρχές υγείας και την φυσιολογική παραδεκτή λειτουργία του οργανισμού. Από την ανάλυση προκύπτουν τα προβλήματα και οι ανάγκες του ατόμου, Αυτά μπορεί να είναι παρόντα ή πρόκειται να συμβούν στο μέλλον.

Ανάγκη θεωρείται κάθε Οργανική, Ψυχολογική, Πνευματική Και κοινωνική έλλειψη ή αδυναμία. Πρόβλημα είναι η κατάσταση που προκύπτει από τη μη ικανοποίηση της ανάγκης. Η διατύπωση κάποιου προβλήματος ή ανάγκης με την αιτιολογία του και τα υποστηρικτικά δεδομένα για την ύπαρξή του ονομάζεται Νοσηλευτική Διάγνωση.

#### *2) Προγραμματισμός φροντίδας*

Μετά την νοσηλευτική αξιολόγηση, την ανάλυση των πληροφοριών και την διατύπωση των αναγκών και προβλημάτων, ακολουθεί το στάδιο του προγραμματισμού το οποίο περιλαμβάνει:

- Ιεράρχηση των προβλημάτων και αναγκών του αρρώστου.
- Διατύπωση και καταγραφή αντικειμενικών σκοπών για πρόληψη, μείωση ή εξάλειψη των προβλημάτων που εξακριβώθηκαν.



- Καθορισμό κριτηρίων αξιολόγησης των αποτελεσμάτων.
- Καθορισμό νοσηλευτικών παρεμβάσεων σε συνεργασία με τον άρρωστο και την οικογένειά του, ανάλογα με την ετοιμότητα και την ικανότητα τους για συμμετοχή στον προγραμματισμό.

#### Ανάγκες – κλίμακα Maslow

Ιεράρχηση σημαίνει τοποθέτηση με βάση κάποια κλίμακα. Οι ανάγκες και τα προβλήματα που ανιχνεύθηκαν, τοποθετούνται κλιμακωτά, με κριτήριο την απειλή της ζωής. Κατανέμονται σε τρεις κατηγορίες:

- Υψηλής προτεραιότητας προβλήματα. Είναι τα προβλήματα που απειλούν τη ζωή και επομένως χρειάζονται άμεση νοσηλευτική αντιμετώπιση. Π.χ. απόφραξη αεροφόρου οδού, αιμορραγία, καρδιακή ανακοπή.
- Μέσης προτεραιότητας. Είναι τα προβλήματα που δεν απειλούν άμεσα τη ζωή όμως μπορούν να προκαλέσουν ανθυγιεινές ή και καταστρεπτικές σωματικές και ψυχολογικές αλλαγές. Π.χ. ακινησία μπορεί να προκαλέσει κατακλίσεις, θρομβοφλεβίτιδες κ.λπ.
- Χαμηλής προτεραιότητας. Είναι τα προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίσει το ίδιο το άτομο με ελάχιστη βοήθεια από τους νοσηλευτές. Π.χ. την ρύθμιση το σακχάρου.

#### Αντικειμενικοί σκοποί της φροντίδας – Χαρακτηριστικά τους

Μετά την ιεράρχηση των αναγκών – προβλημάτων καθορίζονται και καταγράφονται οι αντικειμενικοί σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας, δηλαδή προσδιορίζονται τα θετικά επιθυμητά αποτελέσματα.

Αντικειμενικός σκοπός είναι η περιγραφή της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής κατάστασης στην οποία περιμένουμε να φθάσει το άτομο μετά από συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Κάθε αντικειμενικός σκοπός πρέπει να σχετίζεται με μια συγκεκριμένη ανάγκη ή πρόβλημα. Οι αντικειμενικοί σκοποί αποτελούν τη βάση για να διαπιστώσουμε τη εξέλιξη της υγείας του ατόμου και κατευθύνουν την επιλογή των νοσηλευτικών παρεμβάσεων. Πάνω τους βασίζονται τα κριτήρια αξιολόγησης των αποτελεσμάτων, τα οποία τίθενται από τους νοσηλευτές.

Οι αντικειμενικοί σκοποί πρέπει να έχουν τα εξής χαρακτηριστικά

- 1) Να έχουν κέντρο τον άρρωστο και όχι τον νοσηλευτή.
- 2) Να είναι συγκεκριμένοι.
- 3) Να μπορούν να μετρηθούν.
- 4) Να είναι πραγματοποιήσιμοι.
- 5) Να καθορίζονται χρονικά.

- 6) Να είναι γραπτοί για καλύτερο συντονισμό της υγειονομικής ομάδας και συνέχιση της φροντίδας με μεγαλύτερη ασφάλεια.

### *Νοσηλευτικές παρεμβάσεις*

Αφού καθοριστούν οι σκοποί με σχετική ιεράρχηση, ακολουθεί η επιλογή των νοσηλευτικών παρεμβάσεων, δηλαδή καθορίζονται συγκεκριμένες πράξεις και ενέργειες για την πραγματοποίηση των τεθέντων σκοπών. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις για να είναι αποτελεσματικές πρέπει να έχουν τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- Να σχετίζονται άμεσα με το πρόβλημα – ανάγκη και τους αντικειμενικούς σκοπούς.
- Να στηρίζονται σε επιστημονικές γνώσεις καθώς και στις γνώσεις και δεξιότητα των νοσηλευτών.
- Να είναι ασφαλείς για τον άρρωστο αλλά και για τους νοσηλευτές και τους βοηθούς.
- Να είναι εξατομικευμένες ανάλογα με τη κατάσταση υγείας, την ηλικία, τις πεποιθήσεις και αξίες του ατόμου – αρρώστου και το περιβάλλον.
- Να δίδουν ευκαιρία για διδασκαλία, θεραπευτικό διάλογο και ψυχολογική υποστήριξη.
- Να ενθαρρύνουν την ενεργητική συμμετοχή του αρρώστου στην εκτέλεση των νοσηλευτικών πράξεων, όσο το επιτρέπει η υγεία του.
- Να μεταβιβάζουν σεβασμό προς τον άρρωστο και να ενισχύουν την αυτοεκτίμησή του.
- Να συμβαδίζουν με τις ενέργειες όλων των υπολοίπων μελών της υγειονομικής ομάδας.
- Για όλες τις νοσηλευτικές πράξεις, υπεύθυνοι και υπόλογοι είναι οι νοσηλευτές.

### *3) Εφαρμογή του προγράμματος φροντίδα*

Ο νοσηλευτής εφαρμόζει το πρόγραμμα της φροντίδας ενώ ταυτόχρονα παρακολουθεί τη πορεία της κατάστασης, συλλέγει και εκτιμά νέα στοιχεία και τροποποιεί ανάλογα τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

Στις νοσηλευτικές δραστηριότητες συμπεριλαμβάνονται πράξεις και ενέργειες για τη βελτίωση της σωματικής και ψυχικής υγείας καθώς και διδασκαλία και ενημέρωση. Το σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας καταστρώνεται από ένα νοσηλευτή, οι νοσηλευτικές πράξεις όμως ανατίθενται και σε άλλους νοσηλευτές ή βοηθούς νοσηλευτών. Κάθε νοσηλευτική δραστηριότητα που εφαρμόζεται, σημειώνεται λεπτομερώς για να εκτιμηθούν τα αποτελέσματα. Κατά την εφαρμογή του προγράμματος τηρούνται όλες οι αρχές και οι κανόνες που έχουν διδαχθεί οι

νοσηλευτές και οι βοηθοί τους με ευσυνειδησία, ενδιαφέρον, σεβασμό προς τον άρρωστο και υπευθυνότητα.

#### 4) Εκτίμηση του αποτελέσματος

Η εκτίμηση του αποτελέσματος είναι το τελευταίο στάδιο νοσηλευτικής διεργασίας κατά το οποίο γίνεται αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της φροντίδας σε σχέση βέβαια με τους αντικειμενικούς σκοπούς και τα κριτήρια αξιολόγησης που διατυπώθηκαν στην φάση του προγραμματισμού. Η εκτίμηση των αποτελεσμάτων είναι αντικειμενική, προγραμματίζεται και δέχεται επαλήθευση. Επιτυγχάνεται με την παρατήρηση, την επικοινωνία με το άτομο, την οικογένειά του και με την ομάδα υγείας, καθώς και με αντικειμενικές μετρήσεις (ζωτικά σημεία, αποτελέσματα εργαστηριακών εξετάσεων, μέτρηση αποβαλλόμενων και εισερχόμενων υγρών κ.λπ.).

Η εκτίμηση των αποτελεσμάτων είναι σημαντικό στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας και πρέπει να αποτελεί συνεχή νοσηλευτική δραστηριότητα, αφού βοηθά τους νοσηλευτές να διαπιστώσουν εάν επιτεύχθηκαν οι αντικειμενικοί σκοποί και να γίνει επαναπροσδιορισμός όπου χρειάζεται. ( Μάργαρη Νικολέττα et.al 1999).

#### **4.7 Παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στην κοινότητα**

Η κατηγορία αυτή σχετίζεται με το Βαθμό γνώσης και χρήσης των διαθέσιμων κοινοτικών πηγών για την υγεία, τη μόρφωση και την κοινωνική περίθαλψη. Στο σημείο αυτό περιλαμβάνονται οι τρόποι με τους οποίους τα άτομα χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες των ιδιωτικών γιατρών, των κλινικών, των τμημάτων των επειγόντων περιστατικών, των νοσοκομείων, των σχολείων, των οργανισμών κοινωνικής πρόνοιας, της εκκλησίας κ.ά. Η ικανότητα τους να αντεπεξέρχονται δεν δείχνει το επίπεδο των αναγκών τους για τις υπηρεσίες, αλλά μάλλον το Βαθμό στον οποίο μπορούν να αντιμετωπίζουν τα διάφορα γεγονότα και τότε αυτοί πρέπει να ζητήσουν τέτοια Βοήθεια.

Ένα παράδειγμα λανθασμένης χρήσης των κοινοτικών πηγών είναι ο δανεισμός από την οικογένεια υπέρογκων χρηματικών ποσών για ιατρική περίθαλψη, αντί της χρησιμοποίησης των διαθέσιμων νοσοκομείων ή κλινικών δωρεάν περίθαλψης, ή η λανθασμένη χρησιμοποίηση της κοινωνικής πρόνοιας, π.χ. καλώντας ασθενοφόρο ή τις υπηρεσίες επειγόντων περιστατικών για ασήμαντα προβλήματα.

Η οικογένεια μπορεί να γνωρίζει ή να χρησιμοποιεί μερικές μόνο από τις διαθέσιμες κοινοτικές παροχές. Έτσι, ενδέχεται να χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες πρόνοιας και να ξέρει πώς να «χρησιμοποιήσει» τον κοινοτικό νοσηλευτή που είναι υπεύθυνος για τη φροντίδα τους, αλλά να μην αναγνωρίζει ότι ο σύμβουλος στο σχολείο θα μπορούσε να βοηθήσει με εκπαιδευτικό προγραμματισμό ή ότι η εκκλησία θα είχε τη δυνατότητα να εξασφαλίσει παιδαγωγικές δραστηριότητες για τα παιδιά καθώς και πνευματική καθοδήγηση.

Η οικογένεια μπορεί να χρησιμοποιεί τις εγκαταστάσεις που χρειάζεται γρήγορα και με σωστό τρόπο. Ξέρει πότε να ζητήσει βοήθεια και ποιον να καλέσει και αισθάνεται ασφαλής στη σχέση της με τους υπαλλήλους της κοινότητας, όπως τους κοινωνικούς λειτουργούς, τους καθηγητές, τους γιατρούς κ.λπ. (Α.Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Π.Σουρτζή 2005)

#### **4.8 Ελληνικός Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας στην Κοινωνική Νοσηλευτική**

Κατά την άσκηση της Κοινωνικής Νοσηλευτικής στο σπίτι, στο σχολείο, στο χώρο εργασίας ή στις υπηρεσίες ΠΦΥ, ο νοσηλευτής αντιμετωπίζει μια πλειάδα ηθικών και δεοντολογικών διλημμάτων.

- Πώς αντιμετωπίζονται αυτά;
- Ποιά η διαδικασία αντιμετώπισης τους;
- Ποιά αμφισβήτηση επιδέχεται ο ίδιος;
- Ποιά πρέπει να είναι η στάση του;

Αρχικά, απαιτείται η ανίχνευση ηθικών προβληματισμών ή προβλημάτων για τη συγκεκριμένη περίπτωση. Η συλλογή όσο το δυνατόν περισσότερων πληροφοριών βοηθά στον προσδιορισμό όλων των προσφερόμενων επιλογών ή προτιμήσεων. Ο προσδιορισμός των ηθικών αξιών και αρχών που προϋποθέτει κάθε επιλογή συμβάλλει στην ορθή απόφαση για πρόταση ή ενέργεια και εφαρμογή. Τέλος, θα πρέπει να γίνει η αξιολόγηση της διαδικασίας που οδήγησε στη λήψη απόφασης και ενσωμάτωσης της αποκτηθείσας γνώσης, για αντιμετώπιση δυσκολότερων ηθικών προβλημάτων σε άλλες περιπτώσεις.

Οι θεωρίες ηθικής άσκησης Κοινωνικής Νοσηλευτικής κατατάσσονται σε δύο κατηγορίες:

- α) Στο χρέος και στο δικαίωμα κάθε ανθρώπου, που δεν μπορεί να συνδεθεί με το κόστος.
- β) Στο μεγαλύτερο καλό για τους περισσότερους.

Ερωτήματα-ηθικά θέματα στην κατ' οίκον φροντίδα υγείας

- Συμβιβάζεται η χρησιμοποίηση υψηλής τεχνολογίας με περικοπή δαπάνης;

- Ποιές οι επιπτώσεις στη ζωή της οικογένειας;
- Πώς τοποθετείται ο κοινοτικός νοσηλευτής;
- Πώς οφείλει να τοποθετηθεί;
- Πώς οφείλει να ενεργήσει;

Ο βοηθός του κοινοτικού νοσηλευτή στην αντιμετώπιση διλημάτων ηθικής και δεοντολογίας έρχεται ο «Κώδικας νοσηλευτικής δεοντολογίας» (ΠΔ 216/2001), όπου στο άρθρο 23 αναφέρονται οι υποχρεώσεις του νοσηλευτή στο πλαίσιο της Κοινοτικής Νοσηλευτικής ως εξής: «Ο νοσηλευτής οφείλει, στο πλαίσιο της Κοινοτικής Νοσηλευτικής, έχει τις διαγνωστικές, θεραπευτικές και υποστηρικτικές νοσηλευτικές υπηρεσίες του σε στενή συνεργασία με την ομάδα υγείας, το φορέα στο πλαίσιο του οποίου γίνεται η παροχή, καθώς και τις δημόσιες αρχές για την προστασία της δημόσιας υγείας», καθώς και η νομοθεσία που αφορά στο χώρο της υγείας και την οποία ο νοσηλευτής οφείλει να γνωρίζει και να χρησιμοποιεί κατάλληλα.

(Α.Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Π.Σουρτζή 2005)

#### **4.9 Σύνοψη κεφαλαίου**

Η φροντίδα υγείας αναπροσανατολίζεται από τη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, με αποτέλεσμα την Κοινοτική Νοσηλευτική. Εφόσον ο κοινοτικός νοσηλευτής αποκτήσει την απαραίτητη γνώση και πληροφόρηση των χαρακτηριστικών της κοινότητας, τότε μπορεί να διακρίνει τις ανάγκες υγείας της κοινότητας, να τις ταξινομήσει, να θέσει αντικειμενικούς σκοπούς και να αναπτύξει σχέδιο εργασίας.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5**

### **ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΕ ΑΤΟΜΑ/ΟΜΑΔΕΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ**

#### ***5.1 Κοινοτική νοσηλευτική στους ηλικιωμένους***

Βασικός στόχος της νοσηλευτικής βοήθειας του υπερήλικα είναι:

Η διατήρηση της ανεξαρτησίας του στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό και η ενίσχυση της αυτοφροντίδας, με σκοπό όχι μόνο να διατηρηθεί στη ζωή αλλά και να ζει τη ζωή του, δηλαδή να είναι γερός σε κατάσταση ευεξίας και ικανοποιημένος από τη ζωή. Έτσι μόνο θα μπορέσει να αναπτύξει πάλι δραστηριότητες, συνεργασία, επικοινωνία και έλεγχο της πραγματικότητας.

Συμβάλλουν στον σχεδιασμό και εφαρμογή προγραμμάτων Αγωγής Υγείας όπου οι ηλικιωμένοι αντλούν σημαντικές πληροφορίες και με βάση αυτές μπορούν να αλλάξουν έξεις και συνήθειες. Βέβαια η αλλαγή σε αυτή την ηλικία είναι ένα δύσκολο κομμάτι άλλα όχι ακατόρθωτο εάν τα στοιχεία που τους δίνεις είναι σωστά δομημένα, κατανοητά και με πολλά παραδείγματα από την καθημερινή ζωή τους.

Μερικά από τα θέματα που ασχολείται η Αγωγή Υγείας είναι η υπέρταση και ο τρόπος ζωής, διατροφή και υγεία και πραγματοποιείται κατά άτομο ή κατά ομάδες(ομάδα υπερτασικών, ομάδα διαβητικών, ομάδα καρδιοπαθών κ.α.).

Πραγματοποιούν κατ' οίκον επίσκεψη και από κοινού προγραμματίζουν (νοσηλευτικές πράξεις-συμβουλευτική υγείας) την νοσηλεία όπου θα εφαρμοστεί για τον συγκεκριμένο ηλικιωμένο(εξατομικευμένη φροντίδα) έτσι ώστε να αντιμετωπιστεί η περίπτωση μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον με την συμμετοχή της οικογένειας του για να επέλθει η δυνατή ανεξαρτητοποίηση του(αυτοεξυπηρέτηση/αυτοφροντίδα).

Αποτελούν συνδετικό κρίκο της υπηρεσίας με την οικογένεια του ηλικιωμένου και ασκούν συμβουλευτική υγεία.

Παρέχουν Α' Βοήθειες, οργανώνουν και λειτουργούν το ιατρείο του Κ.Α.Π.Η. Συνεργάζονται άμεσα με τον ιατρό, την υπόλοιπη επιστημονική ομάδα καθώς και με τις ανάλογες υπηρεσίες όπως Νοσοκομεία, Δημοτικά ιατρεία, ΙΚΑ, Κ.Ψ.Υ., Διεύθυνση Υγιεινής κ.α. για να φέρουν εις πέρας το

έργο τους. Τέλος συμμετέχουν σε ερευνητικά προγράμματα που αφορούν την Τρίτη ηλικία.

### *ΟΙ ΛΟΓΟΙ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΟΠΟΙΟΥΣ ΙΔΡΥΘΗΚΑΝ ΤΑ Κ.Α.Π.Η ΚΑΙ ΤΑ ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΑ*

Σύμφωνα με την Π.Ο.Υ. το θέμα των ηλικιωμένων αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις που έχει να αντιμετωπίσει ο κόσμος μπαίνοντας στον 21ο αιώνα, με δεδομένο ότι, στις αναπτυγμένες και στις περισσότερες αναπτυσσόμενες χώρες, αυξάνεται συνεχώς ο αριθμός των ηλικιωμένων ατόμων λόγω της επιμήκυνσης της διάρκειας ζωής και της μείωσης του αριθμού των γεννήσεων.

Στην Ελλάδα το πρόβλημα παρουσιάζεται πολύ πιο έντονο τα τελευταία χρόνια, αφού οι ηλικιωμένοι από 7.4 % που ήταν το 1951 σήμερα καλύπτει το 12-15% του συνολικού πληθυσμού αφού υπάρχει μεγάλος περιορισμός της γονιμότητας.

Στις περισσότερες παραδοσιακές κοινωνίες, οι ηλικιωμένοι θεωρούνται, ως οι πρεσβύτεροι της κοινότητας ή του χωριού, και παίζουν σημαντικό ρόλο στα διάφορα κοινωνικά θέματα που προκύπτουν.

Με την τάση της αστικοποίησης από τις αγροτικές περιοχές, ο ρόλος των πρεσβυτέρων έχει σταδιακά μειωθεί και όπως συμβαίνει στις αστικοποιημένες κοινωνίες, όπου ο πληθυσμός των ηλικιωμένων είναι "συνταξιούχοι" οι ηλικιωμένοι είναι σήμερα έξω από το κύριο ρεύμα της κοινότητας. Αυτή η αλλαγή των κοινωνικών δομών που έχει ξεκινήσει από το 20ο αιώνα θεωρεί τον ηλικιωμένο μη παραγωγικό, αδέξιο, συντηρητικό μη προσαρμοζόμενο σε συνήθειες και τεχνολογία.

Ότι πρόσφερε - πρόσφερε είναι η ουσία της κυριαρχικής θέσης για τους ηλικιωμένους. Ο υπερήλικας έτσι βρίσκεται σε μια φάση ζωής γεμάτη απώλειες. Απώλειες στο σωματικό επίπεδο, απώλεια της ανεξαρτησίας και της ικανότητας αυτοφροντίδας, απώλεια της εργασίας και ίσως απώλεια του εισοδήματός του.

Ωστόσο η κοινότητα μπορεί να τους αξιοποιήσει με πολλούς τρόπους με τους οποίους θα ωφεληθούν τόσο οι ίδιοι όσο και η κοινότητα.

Τέτοιες υπηρεσίες που υπάρχουν στην κοινότητα είναι το Κέντρο Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) όπου με την ενεργή τους συμμετοχή αποδεικνύουν ότι δεν ισχύει η αντίληψη που υπάρχει μέχρι τώρα για τους ηλικιωμένους καθώς και τα γηροκομεία όπου εκεί φροντίζουν για την αντιμετώπιση των αναγκών υγείας των ηλικιωμένων.

### *ΣΚΟΠΟΣ ΤΟΥ Κ.Α.Π.Η.*

Τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων τα γνωστά μας ΚΑΠΗ, στη χώρα μας είναι μοναδικές Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας για τους Ηλικιωμένους, και αποτελούν ιατροκοινωνικές υπηρεσίες σε τοπικό επίπεδο (κοινότητα). Ασχολείται σφαιρικά με τον "υγιή" ηλικιωμένο άνθρωπο με βάση την διακήρυξη της ΠΟΥ ότι η ΥΓΕΙΑ δεν είναι η απουσία από την νόσο αλλά η σωματική, πνευματική και κοινωνική ευεξία του ατόμου. Λέγοντας σφαιρικά εννοούμε την βιο-ψυχο-κοινωνική οντότητα του ηλικιωμένου ανθρώπου.

Σκοπός του ΚΑΠΗ είναι να παρέχει υπηρεσίες για την πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση των βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών αναγκών τους με στόχο ο ηλικιωμένος "πελάτης" να παραμείνει αυτόνομο, ισότιμο και ενεργό μέλος του κοινωνικού συνόλου. Παράλληλα ως υπηρεσία ενημερώνει και συνεργάζεται, με ειδικούς φορείς σχετικά με τις ανάγκες και τα προβλήματα του ηλικιωμένου. Πραγματοποιεί ειδικές έρευνες σχετικά με οποιαδήποτε πρόβλημα υγείας ή κοινωνικής συμπεριφοράς της τρίτης ηλικίας και στηρίζει τον θεσμό της οικογένειας, δίνοντας την δυνατότητα παραμονής του ηλικιωμένου στο φυσικό (οικογενειακό) του περιβάλλον.

### *Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ Κ.Α.Π.Η.*

Οι επαγγελματίες υγείας που δουλεύουν στο Κέντρο Ανοικτής Προστασία Ηλικιωμένων(υπηρεσία ΠΦΥ) τόσο οι Νοσηλεύτριες-τριες όσο και οι Επισκέπτες-τριες Υγείας έχουν σαν κύριες δραστηριότητες:

1. Πρόληψη
2. Αγωγή Υγείας
3. Νοσηλεία

Η κάθε μια από αυτές τις δραστηριότητες έχει συγκεκριμένους αντικειμενικούς σκοπούς οι οποίοι εξατομικεύονται για τον κάθε ηλικιωμένο (εξατομικευμένη φροντίδα) και για τον κάθε τομέα εργασίας.

Έτσι λοιπόν οι επαγγελματίες υγείας (Νοσηλεύτριες-τριες - Επισκέπτες-τριες Υγείας) συμβάλλουν από κοινού στο σχεδιασμό, την εφαρμογή και αξιολόγηση της πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης.



Η δράση τους περιλαμβάνει τους προληπτικούς εμβολιασμούς(αντιγριππικός εμβολιασμός, εμβόλιο κατά του πνευμονιόκοκκου κ.α), τον προσυμτωματικό έλεγχο (screening test) π.χ. δερμοαντίδραση mantoux και βοηθάνε στην αποκατάσταση του ηλικιωμένου.

### *ΣΚΟΠΟΣ ΤΟΥ ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟΥ*

Η ίδρυση των γηροκομείων ήταν γνωστή από το Βυζάντιο (324-1453 μ.Χ.). Αναφέρονται τουλάχιστον 30 ιδρύματα στην ιστορία της εκκλησίας με το παλαιότερο γνωστό γηροκομείο της Κωνσταντινουπόλεως. "Η Ψαμάθεια". Το 0,6% των ατόμων της τρίτης ηλικίας ζει σε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων. Αυτό το ποσοστό θεωρείται το μικρότερο στις χώρες της Ευρωπαϊκής Κοινότητας. Ο ρόλος των γηροκομείων είναι αρκετά σοβαρή υπόθεση. Μια μονάδα φροντίδας ηλικιωμένων είναι πρότυπη όταν το εξειδικευμένο προσωπικό εφαρμόζει με τις γνώσεις του και τις εμπειρίες του, τους κανόνες φροντίδας σε άτομα ηλικιωμένα άτομα. στον μελετημένο χώρο, την κατάλληλη χρονική στιγμή. Η φροντίδα των ηλικιωμένων στηρίζεται στους εξής βασικούς παράγοντες:

- Σεβασμό της προσωπικότητας και διατήρηση της ατομικότητας.
- Ενθάρρυνση για αυτοφροντίδα.
- Ευαισθητοποίηση της οικογένειας.
- Διδασκαλία υγείας του ηλικιωμένου.
- Ομαδική εργασία και συνεργασία του νοσηλευτικού προσωπικού με την ομάδα υγείας.

Οι προϋποθέσεις που πρέπει να πληρεί ένας ηλικιωμένος για να μείνει στο γηροκομείο είναι 3:

1. Να είναι πάνω από 60 χρονών
2. Να μην έχει κάποια μεταδοτική νόσο
3. Να θέλει πραγματικά ο ίδιος ο ηλικιωμένος να μείνει εκεί.

Στο γηροκομείο παρέχονται κάποιες υπηρεσίες, οι οποίες είναι:

- Υπηρεσίες ιατρικής περίθαλψης,
- Ψυχολογικής υποστήριξης των ηλικιωμένων που συχνά σ' αυτήν την ηλικία νιώθουν την μοναξιά και την απομόνωση,
- Υπηρεσίες σίτισης, και τέλος
- Πολιτιστικές, ψυχαγωγικές εκδηλώσεις.

Οι νοσηλεύτριες σε καθημερινή βάση παρακολουθούν τα ζωτικά σημεία, παρακολουθούν τους ηλικιωμένους και φροντίζουν να παίρνουν τα φάρμακά τους. (Υπάρχει φαρμακείο στο ίδρυμα που τους τα παρέχει).

Επίσης, μία φορά την εβδομάδα τους παρακολουθεί ο γιατρός, ο οποίος είναι πάντα εκεί σε περίπτωση που κάποιος αρρωστήσει και τον χρειαστεί.

Στις υπηρεσίες σίτισης εντάσσεται ο έλεγχος και η τήρηση σωστής διατροφής, ο έλεγχος του φαγητού και τα 3 πλήρες γεύματα της ημέρας που τρώνε οι ηλικιωμένοι.

Οι ηλικιωμένοι έχουν την δυνατότητα να περνούν δημιουργικά την ώρα τους συμμετέχοντας σε διάφορες κοινωνικές και πολιτιστικές δραστηριότητες.

### *Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ*

Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή είναι πολυδιάστατος και στοχεύει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων. Στο χώρο της κοινότητας ο νοσηλευτής βοηθάει, υποστηρίζει, καθοδηγεί και διδάσκει με βάση τις επιστημονικές του γνώσεις, την επιδέξια επικοινωνία και την προσεκτική παρατήρηση, διαπιστώνει τις διάφορες οργανικές, ψυχολογικές, πνευματικές και κοινωνικές ανάγκες του ηλικιωμένου, αναλαμβάνει και προγραμματίζει να ικανοποιήσει θέματα της δικής του αρμοδιότητας και μεταφέρει όσες ανάγκες χρειάζεται να αντιμετωπιστούν στις ανάλογες επιστημονικές ειδικότητες. Έτσι λοιπόν αποτελεί συνδετικό κρίκο του ηλικιωμένου με άλλους επιστήμονες υγείας και συντονίζει τη φροντίδα του.

Η τρίτη ηλικία χαρακτηρίζεται ως η πιο δύσκολη περίοδος της ζωής του ανθρώπου διότι υπάρχει πληθώρα προβλημάτων λόγω εξασθένησης σωματικών λειτουργιών καθώς και εμφάνιση ψυχικών και νευρολογικών νοσημάτων. Ο κοινοτικός νοσηλευτής για να μπορέσει να κάνει ευκολότερη τη ζωή του ηλικιωμένου και πιο ευχάριστη θα πρέπει να είναι γνώστης τόσο της ψυχολογίας όσο και των ποικίλων προβλημάτων που μπορεί να αντιμετωπίζει ο ίδιος και η οικογένειά του. ώστε να τον βοηθήσει.

### *ΕΠΙΛΟΓΟΣ*

Ο κοινοτικός νοσηλευτής είτε στα Κ.Α.Π.Η είτε στα γηροκομεία θα πρέπει να έχει αναπτυγμένη την ικανότητα της επικοινωνίας και της ενσυναίσθησης ώστε να μπορεί να μπαίνει στον εσωτερικό συναισθηματικό κόσμο του άλλου και να κατανοεί τα συναισθήματα και τις σκέψεις του. Για να το πετύχει όμως αυτό θα πρέπει να έχει εξετάσει τη δική του προσωπική στάση απέναντι στη γήρανση

και να αποκτήσει γνώσεις ως προς το πώς η διαδικασία της γήρανσης μπορεί να επηρεάσει σωματικά, ψυχολογικά αλλά και κοινωνικά τον ηλικιωμένο. Τα άτομα μέσα στην κοινότητα βλέπουν τον «δικό τους χώρο» και στο πρόσωπο των ειδικών τους «δικούς τους ανθρώπους», έχουν αναπτύξει δεσμούς εμπιστοσύνης, φιλίας και καταθέτουν το συναίσθημα τους, τα προβλήματα τους, τις ανάγκες τους και τις εμπειρίες τους.

Από την άλλη μεριά το βασικό προσωπικό που στελεχώνει μια κοινότητα προσφέρει τις υπηρεσίες τους με επιστημονικό τρόπο, αλλά το κυριότερο με αγάπη και εκτίμηση προς τα άτομα. Για όλους τους παραπάνω λόγους η κοινότητα θεωρείται ένας υγιείς θεσμός.

Παράγοντες που υποχρεώνουν τους ηλικιωμένους να μετακομίζουν σε οργανωμένα κέντρα φροντίδας ηλικιωμένων είναι:

- Προβλήματα υγείας.
- Αποκοπή από την ενεργό συμμετοχή στην απασχόληση ή το επάγγελμα.
- Ψυχοκοινωνικές δυσχέρειες.
- Θάνατος του-της συζύγου.
- Τα παιδιά απορροφούνται στα δικά τους ζητήματα και δεν βοηθούν τους ηλικιωμένους.
- Ανικανότητα αυτοεξυπηρέτησης και αυτοσυντήρησης.
- Περιβαλλοντικοί παράγοντες (θορυβώδεις περιοχές, ρύπανση).

([www.imlarisis.gr](http://www.imlarisis.gr))

## **5.2 Κοινωνική νοσηλευτική και οι άρρωστοι με καρκίνο**

Η επίδραση του καρκίνου στην οικογένεια περιλαμβάνει (Lewis 1986):

- Συναισθηματική πίεση
- Σωματικές απαιτήσεις από την κατευθυνόμενη φροντίδα
- Αβεβαιότητα για την πορεία της υγείας του ασθενούς
- Φόβο θανάτου του ασθενούς
- Οικονομική πίεση
- Αλλαγή ρόλων των μελών της οικογένειας και τρόπου ζωής
- Ενδιαφέροντα για προαγωγή διευκολύνσεων για τον ασθενή
- Αντίληψη για την ανεπάρκεια των παρεχομένων υπηρεσιών
- Ενδιαφέροντα για το σκοπό και τη σημασία της ζωής και του θανάτου
- Σεξουαλικότητα
- Διαφορές στην οικογένεια για τις αντιλήψεις και τις ανάγκες του ασθενούς.

Τα ακόλουθα γενικά κριτήρια θα μπορούσαν να φανούν χρήσιμα σε περιπτώσεις ατόμων με καρκίνο που νοσηλεύονται στο σπίτι:

- Ικανότητα ανεξάρτητης λειτουργίας ειδικών δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής(
- Σωματική εξάρτηση από αρωγό μέλος της οικογένειας
- Επίπεδο διατροφής
- Λειτουργικές δυνατότητες περιορισμένες
- Αισθήματα και διάθεση, προοπτική της ζωής, συμπεριφορά και επικοινωνία
- Διαπροσωπική ικανότητα να δημιουργεί ανάγκες
- Ικανότητα για εργασία— αλλαγές ρόλων στην οικογένεια
- Διαπροσωπικές σχέσεις με τους άλλους
- Κατανόηση της ασθένειας και της θεραπείας και πρόγνωση
- Τρόποι και γνώσεις για καταπολέμηση της ασθένειας από τον ίδιο τον ασθενή.

Ο ρόλος του νοσηλευτή σε ασθενείς με στομίες (Hogan, Xistris 1983) αρχίζει με ενδονοσοκομειακή αγωγή και ολοκληρώνεται με ενημέρωση του ατόμου σχετικά με το συγκεκριμένο πρόβλημα του, ενώ παράλληλα σχεδιάζεται σε συνεργασία με τον άρρωστο και την οικογένεια η συνεχιζόμενη φροντίδα υγείας του.

Είδη στομίας που συναντά ο κοινοτικός νοσηλευτής στους αρρώστους του είναι η κολοστομία, η ειλεοστομία (ή νηστιδοστομία) και η ουρητηροστομία.

Για να υπάρξει εξασφάλιση ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας (Παπαδαντωνάκη 1983), απαιτείται:

- (α) ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς και της οικογένειας,
- (β) ενημέρωση του ασθενούς και της οικογένειας για το τι ακριβώς θα γίνει και τι θα επακολουθήσει,
- (γ) φροντίδα του δέρματος γύρω από την περιοχή της στομίας,
- (δ) νοσηλευτική φροντίδα για την προβληματική στόμια (η πρόληψη των επιπλοκών αποτελεί το σημαντικότερο σημείο),
- (ε) επιλογή υλικού και διαφόρων βοηθημάτων για τη φροντίδα της παρά φύση έδρας,
- (στ) αυτοεξυπηρέτηση μετά από διδασκαλία.

Σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία, η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στηρίζεται στην ανάγκη σχεδιασμού της με βάση τη συστηματική και ολοκληρωμένη αξιολόγηση του ατόμου, της οικογένειας και του περιβάλλοντος. Απαιτείται η διενέργεια μιας σειράς μαθημάτων (αγωγή υγείας και εφαρμογή), η ενίσχυση της φροντίδας με Βιβλιογραφικά δεδομένα και η επανεκτίμηση των αποτελεσμάτων.

Τέλος, η παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών και φροντίδων περιλαμβάνει την πλήρη, ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη φροντίδα του αρρώστου με καρκίνο και παρά φύση έδρα, ο οποίος νοσηλεύεται στο σπίτι ή υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία ευρισκόμενος στο τελικό στάδιο της νόσου, προσεγγίζοντας τον ως μοναδική βιοψυχοκοινωνική οντότητα και ενισχύοντας την οικογένεια του. (Α.Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Π.Σουρτζή 2005)

### **5.3 Κοινωνική νοσηλευτική και ψυχιατρική ομάδα**

Ο ψυχιατρικός νοσηλευτής στην κοινότητα θα πρέπει να διαθέτει αυξημένη ικανότητα συνεργασίας ως μέλος της διεπιστημονικής ομάδας, για να στηρίζει τον άρρωστο με στον οποιοδήποτε θεραπευτικό χώρο. Η δραστηριότητα του αυτή αποτελεί μέρος της ειδικότητας της Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας. Για τη δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος, σημαντικό ρόλο παίζει και η συνεργασία της οικογένειας (Καλοκαιρινού 1997).

Η νοσηλευτική παρέμβαση αφορά στη λεπτομερή αντιμετώπιση των σωματικών, ψυχικών και κοινωνικών νοσηλευτικών αναγκών και των συνυπαρχόντων προβλημάτων του αρρώστου με ψυχικό νόσημα, καθώς και της οικογένειας του. Τέλος, η παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών και φροντίδων περιλαμβάνει την πλήρη, ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη φροντίδα του αρρώστου με ψυχικό νόσημα, προσεγγίζοντας τον ως μοναδική β ψυχοκοινωνική οντότητα μέσα σε ένα σύστημα που αποτελείται από την ομάδα υγείας, ι ασθενή και την οικογένεια του (Καλοκαιρινού 1997). (Α.Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Π.Σουρτζή 2005)

### **5.4 Αποασυλοποίηση – Διαμερίσματα αυτόνομης διαβίωσης**

Μέχρι πρόσφατα, η φροντίδα για τους περισσότερους ψυχιατρικούς ασθενείς παρεχόταν στα ψυχιατρικά νοσοκομεία όταν η οικογένεια του καθενός από αυτούς δεν ήθελε ή δεν μπορούσε να τη προσφέρει.

Ωστόσο αναγνωρίστηκε ότι πολλοί από αυτούς θα μπορούσαν να ωφεληθούν αν ζούσαν σε μικρότερους χώρους διαμονής μη αποκλεισμένοι μη αποκλεισμένοι από την ευρύτερη κοινότητα.

Η έξοδος χρόνιων ψυχιατρικών ασθενών από το ψυχιατρείο και η εγκατάστασή τους σε εναλλακτικούς χώρους διαμονής στην κοινότητα είναι πρωταρχικής σημασίας για την ψυχιατρική

αποκατάσταση, η οποία αποτελεί θεμέλιο μιας κοινωνικά δίκαιης πολιτείας και προσδιορίζει μια ποιότητα ζωής που δίνει ζωή στα χρόνια και όχι χρόνια στη ζωή.

Έχει υπολογιστεί πως χρειάζονται 15-24 θέσεις διαμονής εκτός ψυχιατρικού νοσοκομείου ανά 100.000 άτομα γενικού πληθυσμού.

Ωστόσο δεν προσφέρονται δυνατότητες εγκατάστασης στην κοινότητα σ' αυτούς που έχουν προσβληθεί περισσότερο βαριά από την ψυχική ασθένεια. Κάποιοι ασθενείς από αυτούς που ζουν στο ψυχιατρείο θα εξακολουθήσουν να ζουν εκεί. Παράγοντες που δυσκολεύουν την εγκατάσταση στην κοινότητα αποτελούν ή πτωχή κινητοποίηση, ή υποδραστηριότητα καθώς και διαταραχές συμπεριφοράς (συμπεριλαμβάνονται εκρήξεις επιθετικότητας, απειλές). Οι σύγχρονες μέθοδοι ψυχιατρικής φροντίδας δίνουν έμφαση στην ευκαμψία εξυπηρέτησης των αναγκών ενός συγκεκριμένου αρρώστου. Χρειάζεται λοιπόν ένα ευρύ δίκτυο υπηρεσιών υποστήριξης, φροντίδας και διαμονής, ώστε να επιτρέπεται σ' αυτόν τον άρρωστο να επιτύχει το ανώτερο επίπεδο ανεξαρτησίας τους.

Συχνά ανακύπτουν προβλήματα και επιβαρύνσεις της οικογένειας από την παρουσία στο σπίτι του ψυχικά μειονεκτούντος ατόμου. Η επανένταξη στο οικογενειακό περιβάλλον δεν αποτελεί πάντα ιδεώδη λύση.

Για ορισμένους αρρώστους θεωρείται ότι το περιβάλλον της οικογένειας δεν είναι ο τόπος εκείνος που ελαττώνει τη πιθανότητα υποτροπής.

Σε έρευνες που έγιναν διαπιστώθηκε πως για κάποιους σχιζοφρενικούς αρρώστους η ύπαρξη ενός συναισθηματικά ουδέτερου περιβάλλοντος (και όχι στενές οικογενειακές σχέσεις) είναι λιγότερο πιθανό να επιδεινώσει την κατάστασή τους.

Για κάποια από τα άτομα αυτά θα ήταν χρήσιμο να μείνουν χωριστά, αλλά να διατηρούν σαν οικογένεια, σχέσεις και ενδιαφέροντα.

Άρρωστοι με προβλήματα κοινωνικής λειτουργικότητας χρειάζονται κάτι περισσότερο από ένα χώρο διαβίωσης.

Χρειάζονται υποστήριξη που ποικίλει ανάλογα με τις ανάγκες και μπορεί να φτάσει μέχρι βοήθεια «να τα βγάλουν πέρα με βασικές δραστηριότητες της καθημερινότητας».

Κύριος στόχος της ψυχοκοινωνικής υπηρεσίας είναι η μεγαλύτερη δυνατή ανεξαρτησία του ατόμου, ώστε η ζωή στη κοινότητα να είναι ευχάριστη και καλή.

Για την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης λαμβάνονται υπόψη δείκτες που αφορούν στο αποτέλεσμα (outcome), δηλαδή την επίδραση της παρεχόμενης φροντίδας στην κατάσταση των ασθενών.. Τέτοιους δείκτες αποτελούν: ο ρυθμός επανεισαγωγών σε ψυχιατρικό νοσοκομείο, η συμπτωματολογία, η κοινωνική διαπροσωπική

λειτουργικότητα, η ανεξαρτησία, η ενδυνάμωση, η απασχόληση, η ποιότητα ζωής, η ικανοποίηση με τις υπηρεσίες, η οικονομική κατάσταση καθώς και πιο σφαιρικές – συνδυαστικές βαθμολογήσεις.

Η καταγραφή της έκβασης και η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων είναι σημαντικής σπουδαιότητας στο πλαίσιο της μετάβασης σε νέα μοντέλα φροντίδας στο χώρο της ψυχικής υγείας.

*Ο ρόλος της νοσηλεύτριας σε ψυχιατρική υπηρεσία παροχής φροντίδας στα προστατευμένα διαμερίσματα*

Η κοινοτική νοσηλεύτρια θεωρείται «νέας γενιάς» νοσηλεύτρια που ο σύγχρονος ρόλος της αλληλοκαλύπτεται μερικώς με τον ρόλο της Επισκέπτριας Υγείας και της Κοινωνικού Λειτουργού.

Θεωρείται ότι η Κοινοτική Νοσηλεύτρια και η Επισκέπτρια παρέχουν τη κύρια υποστήριξη στο άτομο με το χρόνιο πρόβλημα ψυχικής υγείας που ζει στην κοινότητα.

Γίνονται εξειδικευμένοι εργαζόμενοι σε απ' ευθείας πρόσωπο με πρόσωπο σχέση και έτσι γίνονται αποδεκτές σαν φίλες που μπορούν να παράσχουν συμβουλές, πρακτική βοήθεια και ζεστασιά. Η Νοσηλεύτρια στην κοινότητα συμβάλλει γενικότερα:

Στην πρωτογενή πρόληψη των ψυχικών διαταραχών (μείωση του δείκτη ψυχικής νοσηρότητας, δηλαδή μείωση του αριθμού νέων περιπτώσεων ψυχικά αρρώστων σ' ένα συγκεκριμένο πληθυσμό).

Στην δευτερογενή πρόληψη (ανίχνευση και αναγνώριση των αρχικών σημείων μιας ψυχικής διαταραχής, κατάλληλη αντιμετώπιση, καθοδήγηση και παραπομπή για θεραπεία/ψυχοθεραπευτική υποστήριξη του ατόμου).

Στην τριτογενή πρόληψη( συμμετοχή σε προγράμματα ψυχικής, κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης, ώστε να βοηθηθούν οι ψυχικά άρρωστοι να επανενταχθούν στην κοινωνία στο συντομότερο δυνατό χρόνο.

Ο κάθε χρόνιος άρρωστος αντιμετωπίζεται από την Νοσηλεύτρια σαν άτομο που είχε επηρεαστεί και καταστεί ανίκανο σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό, εξ' αιτίας της ψυχικής αρρώστιας, της παρατεταμένης νοσηλείας σε ψυχιατρείο ή λόγω κοινωνικών και οικονομικών στερήσεων.

Η Κοινοτική Νοσηλεύτρια/της έχει ρόλο:

*Εκπαιδευτικό:* Προσφέρει πρακτική βοήθεια στο άτομο ( συμβουλές στο διαιτολόγιο, πώς να κάνει τα ψώνια του) καθώς επίσης οργανώνει προγράμματα μαγειρικής και καθαριότητας με στόχο την προαγωγή της ανεξαρτησίας και την αξιοπρεπή διαβίωση. Η βοήθεια αυτή συντελεί στο να

βγάλει πέρα το άτομο με τις απαιτήσεις της ζωής στην Κοινότητα είτε παροδικά είτε για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Σταδιακά η υποστήριξη αυτή μπορεί να μειώνεται όσο το άτομο «μαθαίνει» αυξάνει η εμπιστοσύνη στον εαυτό του και τα καταφέρνει πια αρκετά καλά.

*Θεραπευτικό:* Φροντίζει για την χορήγηση των συνιστώμενων φαρμάκων και ενημερώνει/συνεργάζεται με τον θεράποντα γιατρό για την αντιμετώπιση και τον χειρισμό τυχόν παρενεργειών.

Επίσης η Νοσηλεύτρια συμβάλλει στην πρόληψη των υποτροπών της ψυχικής αρρώστιας. Έτι καθίσταται δυνατή η μείωση του αριθμού των επανεισαγωγών στα ψυχιατρεία με επακόλουθη μείωση του ημερήσιου κόστους παροχής νοσοκομειακής φροντίδας.

Τέλος η Νοσηλεύτρια γνωρίζει το δίκτυο των διαπροσωπικών σχέσεων μέσα στην οικογένεια, όπως και τις τρέχουσες γονικές, συζυγικές και κοινωνικές σχέσεις. Έτσι είναι δυνατό να παρέχει θεραπευτική υποστήριξη και καθοδήγηση του ατόμου, αλλά και της οικογένειάς του.

*Αποκαταστασιακό:* Συντονίζει και οργανώνει διάφορες κοινωνικές εκδηλώσεις και δραστηριότητες όπως π.χ. έξοδοι σε ταβέρνες, κινηματογράφους και άλλα. Με στόχο την ψυχαγωγική χρήση του ελεύθερου χρόνου των ατόμων που ζουν στην Κοινότητα. Επίσης συμβάλλει στην προσπάθεια εξεύρεσης εργασίας του ατόμου – εφ’ όσον δεν εργάζεται με στόχο την επαγγελματική αποκατάσταση και την αύξηση της αυτοεκτίμησης του. Έρχεται σε επαφή με τους διάφορους φορείς στην κοινότητα για την διεκπεραίωση προσωπικών τους υποθέσεων.

*Έχει στόχο: Ευαισθητοποίησης της Κοινότητας:* Συμμετέχει στην ενημέρωση της κοινότητας για την ψυχική αρρώστια με στόχο την καταπολέμηση της αρνητικής και απορριπτικής στάσης της προς το άτομο με ψυχοδιανοητικό πρόβλημα. Είναι απαραίτητο να εκπονηθούν προγράμματα ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης της κοινότητας για τον ψυχικά άρρωστο σε τοπικό και πανελλαδικό επίπεδο.

Ο φόβος του αγνώστου της ψυχικής αρρώστιας οδηγεί στην επιφυλακτική στάση και την απόρριψη, πιθανά εντονότερα απ’ ότι το απρόβλεπτο της συμπεριφοράς ενός τέτοιου ατόμου, ή κάποιας καταστρεπτικής του ενέργειας.

Από τα παραπάνω φαίνεται πως η κοινοτική νοσηλεύτρια συμβάλλει στην κατάκτηση της αυτονομίας του ατόμου και στην διατήρηση ενός υψηλού ποιοτικού επιπέδου διαβίωσης στην κοινότητα. ( Χρυσή Γκαιτζατζή, Σμαρώ Γασγαλίδου, 2000)



## 5.5 Σχολική νοσηλευτική

*Ορισμός.* Η σχολική νοσηλευτική είναι μια εξειδίκευση της νοσηλευτικής επιστήμης που προάγει την ευεξία, την , την ακαδημαϊκή επιτυχία και τις επιδόσεις των σπουδαστών δια βίου. Έτσι, οι σχολικοί νοσηλευτές προάγουν τη θετική ανταπόκριση των μαθητών στην φυσιολογική ανάπτυξη, την υγεία και την ασφάλεια, κάνουν παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση πραγματικών ή δυνητικών προβλημάτων υγείας, διαχειρίζονται περιπτώσεις και συνεργάζονται ενεργά με άλλους, με στόχο να ενισχύσουν την ικανότητα του μαθητή και της οικογένειας για προσαρμογή, αυτοδιαχείριση, αυτοπεράσπιση και μάθηση. (Mary A.Nies, Melanie McEwen, 2001)

*Προαγωγή και αγωγή υγείας στο σχολείο.* Τα προγράμματα προαγωγής υγείας στο σχολείο στηρίζονται σε σύγχρονες μεθόδους ενεργητικής μάθησης όπως είναι οι πρακτικές ασκήσεις, οι επισκέψεις στην κοινότητα, οι συζητήσεις, το θεατρικό παιχνίδι, ρόλοι κλπ. Οι μέθοδοι αυτές έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικότερες από τις παραδοσιακές μεθόδους μάθησης (π.χ. μάθημα από έδρα). Χαρακτηριστικό είναι ότι τα θέματα πρόληψης (διατροφή, κάπνισμα,, ναρκωτικά κ.λπ.) δεν απομονώνονται, αλλά γίνεται προσπάθεια να ενσωματωθούν και να παρουσιασθούν στους μαθητές μέσα από μαθήματα όπως φυσική αγωγή, οικιακή οικονομία και σπουδή περιβάλλοντος. Η διαδικασία μάθησης από μέρους του νοσηλευτή πρέπει να γίνει προσαρμοσμένη στην ηλικία του μαθητή. Μέσα από συζητήσεις μεταξύ νοσηλευτή και μαθητών, δίνεται έμφαση στην αυτοεκτίμηση του μαθητή, στις κοινωνικές δεξιότητες και τις διαπροσωπικές σχέσεις.

Ο νοσηλευτής στα προγράμματα προαγωγής και αγωγής υγείας, βοηθά τους μαθητές να γνωρίσουν το σώμα τους, τις ικανότητες τους. Γίνεται προσπάθεια να έρθουν αντιμέτωποι οι μαθητές με καταστάσεις που θα τους δώσουν την ευκαιρία να πάρουν αποφάσεις και να μάθουν να αντιλαμβάνονται τις συνέπειες των αποφάσεων. Δεδομένου ότι η κατάκτηση της υγείας στηρίζεται στην ατομική ευθύνη και στη συνειδητή επιλογή του τρόπου ζωής του καθενός, η ενδυνάμωση του μαθητή τελευταία αποκτά ενδιαφέρον. Παράδειγμα : δίνονται κίνητρα και εμπιστοσύνη να αναγνωρίσει ο μαθητής μια ανάγκη του, π.χ. να φάει δεκατιανό υγιεινό και ευχάριστο. Λέμε στον μαθητή να καταγράψει τι του αρέσει περισσότερο από αυτά που διαθέτει η καντίνα και παράλληλα να γράψει το περιεχόμενο, την ημερομηνία λήξης και το βαθμό ασφάλειας της συσκευασίας. Μετά την προσωπική εργασία τον βοηθάμε να βάλει σε κύκλο τα στοιχεία που νομίζει ότι είναι σωστά. Από την αυτοαξιολόγηση που κάνει γνωρίζει πλέον να διαβάζει το περιεχόμενο, την ημερομηνία λήξης, να αναγνωρίζει την ασφαλή συσκευασία και τη συντήρηση του προϊόντος. Μετά από αυτή την προσωπική άσκηση, ο μαθητής ενδυναμώνει τη θέλησή του ως καταναλωτής και μαθαίνει να θέτει κάποιους στόχους και να πραγματοποιεί. Μια τέτοια κοινωνική δεξιότητα τον βοηθά να

ελέγχει τη ζωή του και να νιώθει ικανός. Άλλα παρόμοια παραδείγματα, θα μπορούσε να ήταν η ασφάλεια της σκάλας του σχολείου, το ορθό πλύσιμο των δοντιών, η καταγραφή της κατανομής του ελεύθερου χρόνου κ.λπ. έτσι ο μαθητής διευρύνει της αξίες του σχετικά με την παραδοχή του εαυτού του (αυτοεκτίμηση) σε θέματα που αφορούν την υγεία του.

Μια άλλη μεγάλης σημασίας παρέμβαση του κοινοτικού νοσηλευτή στο σχολείο, είναι η εφαρμογή προληπτικών μέτρων που αφορούν την αδρή γενική εκτίμηση της σωματικής και ψυχικής κατάστασης του μαθητή:

- Η ανάπτυξη (βάρους, ύψος, εκατοστιαίες θέσεις).
  - Ο έλεγχος της όρασης.
  - Ο έλεγχος της ακοής.
  - Η εκτίμηση της προσωπικότητας με απλές δοκιμασίες(για άγχος, αϋπνία κ.α.).
  - Η ενδοδερμική αντίδραση κατά Mantoux 1/5000.
  - Το αναμνηστικό και οικογενειακό ιστορικό
  - Υπηρεσίες φροντίδας υγείας στα παιδιά με χρόνια νόσημα, ξαφνική αρρώστια ή ατύχημα.
- Αναγκαίο στην τελευταία περίπτωση κρίνεται η οργάνωση του σχολικού φαρμακείου. Η επιτυχής εφαρμογή μέτρων φροντίδας χρόνιων πασχόντων, π.χ. διαβητικού μαθητή, προκειμένου να διενεργεί μόνος του την ινσουλίνη και να τηρεί μέτρα φροντίδας.

(Μάργαρη Νικολέττα et al. 1999)

#### *Επαγγελματικοί ρόλοι και λειτουργίες του σχολικού νοσηλευτή*

1. Προάγει και προστατεύει την άριστη κατάσταση υγείας των παιδιών.
2. Αξιολογεί την υγεία του παιδιού.
3. Αναπτύσσει και εφαρμόζει ένα σχεδιασμό υγείας.
4. Διατηρεί, αξιολογεί και ερμηνεύει τα αθροιστικά υγειονομικά στοιχεία για την εξυπηρέτηση των ατομικών αναγκών των μαθητών.
5. Συμμετέχει ως ειδικός της υγειονομικής ομάδας στην ομάδα αξιολόγησης της εκπαίδευσης του παιδιού για τη διαμόρφωση ενός εξατομικευμένου προγράμματος εκπαίδευσης.
6. Σχεδιάζει και υλοποιεί πρωτόκολλα διαχείρισης της σχολικής υγιεινής για το παιδί με ειδικές υγειονομικές ανάγκες, περιλαμβανομένης και της χορήγησης φαρμάκων.
7. Συμμετέχει σε κατ' οίκον επισκέψεις για την αξιολόγηση των αναγκών της οικογένειας, καθώς σχετίζεται άμεσα με την υγεία του παιδιού.

8. Αντιμετωπίζει και παρέχει φροντίδα στα παιδιά σε περίπτωση ξαφνικής αρρώστιας, τραυματισμού και σε συναισθηματικές διαταραχές..
9. Προάγει και βοηθά στον έλεγχο των μεταδοτικών νόσων μέσω προγραμμάτων προληπτικών εμβολιασμών, έγκαιρης ανίχνευσης, επιτήρησης, αναφοράς και παρακολούθησης των μεταδοτικών νόσων.
10. Προτείνει διατάξεις για ένα σχολικό περιβάλλον που προάγει την μάθηση.
11. Παρέχει αγωγή υγείας.
12. Συντονίζει τις υγειονομικές δραστηριότητες του σχολείου και της κοινότητας και χρησιμεύει ως σύνδεσμος ανάμεσα στο σπίτι, το σχολείο και την κοινότητα.
13. Λειτουργεί ως πηγή πληροφοριών για την προαγωγή σταδιοδρομιών στο χώρο της υγείας.
14. Παρέχει υγειονομική συμβουλευτική στο προσωπικό.
15. Ηγείται και υποστηρίζει τα προγράμματα ευεξίας του προσωπικού.
16. Συμμετέχει στην έρευνα και αξιολόγηση των υπηρεσιών σχολικής υγιεινής και λειτουργεί ως παράγοντας αλλαγής για τα προγράμματα σχολικής υγιεινής και την ενάσκηση της σχολικής νοσηλευτικής.
17. Βοηθά στην διαμόρφωση των πολιτικών και στόχων υγείας στον σχολικό τομέα.  
(Mary A.Nies, Melanie McEwen, 2001)

## **5.6 Κακοποίηση και Νοσηλευτική**

Η βία αποτελεί μεγάλο πρόβλημα στη Δημόσια Υγεία, τόσο που ξεπερνά τις μολυσματικές ασθένειες. Θεωρείται η κύρια αιτία νοσηρότητας και πρόωρου θανάτου ανά το παγκόσμιο. Η βία αποτελεί σοβαρή απειλή στα ανθρώπινα δικαιώματα στο δικαίωμα της ζωής και της αξιοπρέπειας στο σπίτι στο χώρο εργασίας και στην κοινωνία γενικά. Συνήθως η βία θεωρείται υπόθεση για την αστυνομία και την δικαιοσύνη, αποκλείοντας έτσι τους λειτουργούς υγείας. Ως εκ τούτου πρέπει να αναγνωριστεί ότι η βία είναι υπόθεση που μπορεί να προληφθεί και αφορά σε μεγάλο βαθμό τους Νοσηλευτές και άλλους λειτουργούς υγείας. Η ομάδα φροντίδας υγείας μπορεί να προσφέρει πολλά στην εξουδετέρωση της βίας, σε όλες τις μορφές, από το σπίτι, τους δρόμους, στο χώρο εργασίας. Η βία είναι απειλή της Δημόσιας Υγείας και πρέπει να ξεριζωθεί.

### *Παράγοντες κινδύνων βίας*

Υπάρχει αυξημένη μαρτυρία ότι παράγοντες όπως η αστυφιλία, η φτώχεια, οι διαλυμένες οικογένειες, η στέρηση και το κοινωνικό άγχος συνηγορούν στην πράξη της βίας. Η άδικη αντίληψη ότι οι φτωχοί άνθρωποι διακατέχονται από αισθήματα αδυναμίας, φόβου, ανασφάλειας είναι παράγοντες που συνηγορούν στην βία.

### *Άλλοι σημαντικοί παράγοντες της βίας*

- Αυξημένη χρήση φαρμάκων και αλκοόλ.
- Εύκολη διαθεσιμότητα όπλων και αντικειμένων βίας.
- Ανισότητα των δύο φύλων
- Πολιτιστικές αξίες, ανεργία, φτώχεια, έλλειψη στέγης.
- Η προβολή προγραμμάτων και κινηματογραφικών ταινιών βίαιου περιεχομένου.
- Καταστάσεις συναγωνισμού και αντιζηλίας.

### *Επιπτώσεις της βίας στην υγεία*

Η βία είναι μεγάλο κοινωνικο-οικονομικό φορτίο για το άτομο, την οικογένεια και την κοινότητα. Η καταπίεση της συναισθηματικής και ψυχικής υγείας μειώνει την αυτοπεποίθηση, αυξάνει την ανησυχία και το άγχος, διαταράσσει την οικογενειακή ζωή, επηρεάζει αρνητικά την ανάπτυξη των παιδιών οδηγώντας σε αδύναμους ενήλικες διαιωνίζοντας έτσι την βία από γενεά σε γενεά. Η βία προκαλεί πόνο και ταλαιπωρία, επιδρά αρνητικά στην παραγωγικότητα του ατόμου, στις σχέσεις του, καθώς και την ποιότητα της ζωής του.

Οι Νοσηλευτές είναι συνήθως ο κύριος πόλος επικοινωνίας με τις άλλες υπηρεσίες στις οποίες παραπέμποντας άτομα που έχουν εμπειρία βίας. Η βία αυξάνει τον κίνδυνο για την υγεία προκαλώντας προβλήματα όπως:

- Τραύματα, κατάγματα και βλάβες εσωτερικών οργάνων καθώς και μετατραυματικό άγχος
- Ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες
- HIV / AIDS και άλλα αφροδισιακά σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα
- Χρόνιους πόνους
- Κατάθλιψη, φόβο, ανησυχία και ανορεξία
- Θανατηφόρα αποτελέσματα όπως αυτοκτονία, ανθρωποκτονία και μητρικό θάνατο.

Τα θύματα της βίας ζουν στην ντροπή και την αμηχανία για το τι συμβαίνει σε αυτούς, μη γνωρίζοντας από που να ζητήσουν βοήθεια. Επίσης φοβούνται να κάνουν οτιδήποτε μήπως και χειροτερεύσουν την κατάσταση.

Υπολογίζοντας το κόστος της βίας είναι αναγκαίο να προβληματιστούν οι αρμόδιοι για την σοβαρότητα του προβλήματος και πόσον σημαντική είναι η πρόληψη του.

#### *Νοσηλευτικές παρεμβάσεις για θύματα βίας*

Η πρόληψη της βίας σε όλες της τις μορφές και σε όλους τους τύπους χρειάζεται δυναμική πρωτοβουλία από πολλούς τομείς και την κοινωνία.

Οι Νοσηλευτές και άλλοι εργατές υγείας καθώς και οι κοινοτικοί Νοσηλευτές είναι σε θέση λόγω πείρας και εκπαίδευσης να αναγνωρίσουν σημάδια βίας κατά τις επισκέψεις τους σε σπίτια, όπου θύματα βίας μπορούν να ζητήσουν βοήθεια.

Οι επισκέπτριες υγείας, καθώς και άλλοι χώροι όπως οι φυλακές, στέγες ευγηρίας μπορεί να είναι σε πρώτη ζήτηση για αναζήτηση βοήθειας για τα θύματα βίας. Πολύ συχνά οι ίδιοι οι εργατές υγείας είναι θύματα βίας. Η βία είναι πολύπλοκο πρόβλημα και χρειάζεται πολυτμηματική προσέγγιση.

#### *Συστάσεις φτιαγμένες ειδικά για την βία στην οικογένεια σε ένα κλινικό χώρο.*

- Μη φοβάστε να ερωτήσετε. Πολλά θύματα είναι πρόθυμα να μιλήσουν όταν ερωτηθούν ευθέως
- Δημιουργία ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος
- Να είστε άγρυπνοι. Πολλά τραύματα και καταστάσεις διεγείρουν την υποψία για καταπίεση π.χ. Χρόνια αόριστα προβλήματα που δεν έχουν εμφανή σωματική αιτία
- Τραύματα που δεν συνηγορούν με την αιτία που δίδεται
- Ο σύντροφος παρουσιάζεται υπερπροστατευτικός και εξουσιαστής της συζύγου
- Σωματική βλάβη κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας, καθυστέρηση πρόνοιας μετά τον τραυματισμό
- Βεβαιωθείτε ότι η γυναίκα και τα παιδιά δεν βρίσκονται σε άμεσο κίνδυνο

- Εξηγήστε ότι είναι νομικό δικαίωμα και δικαίωμα υγείας του κάθε ατόμου η προστασία ενάντια στη βία
- Να είστε έτοιμοι να προσφέρεται βοήθεια όταν ζητηθεί
- Δημιουργήστε κάποιο χώρο για να στεγάζονται ομάδες στήριξης
- Ενημέρωση για όλους τους κινδύνους βίας
- Διατήρηση επαφής με γυναικείες οργανώσεις κυβερνητικές και μη, οι οποίες προσφέρουν υποστήριξη σε γυναίκες που έτυχαν θύματα βίας
- Όλες οι πληροφορίες πρόληψης και στήριξης των θυμάτων βίας να είναι αναρτημένες σε περίοπτα σημεία.

(<http://www.cyna.org/>)

### **5.7 Παιδιά με Ειδικές Ανάγκες**

Το 1976, τέθηκε σε ισχύ το Δημόσιο Δίκαιο 99-142 που θεσμοθέτησε το δικαίωμα πρόσβασης όλων των μαθητών, περιλαμβανομένων και εκείνων που παρουσιάζουν σοβαρή αναπηρία, στη δημόσια εκπαίδευση, σε ένα όσο το δυνατόν λιγότερο περιοριστικό περιβάλλον ανεξάρτητα από τη διανοητική ή σωματική αναπηρία. Ο Νόμος περί Εκπαίδευσης Αναπήρων Παιδιών του 1973 και ο Νόμος περί Εκπαίδευσης Ατόμων με Ανικανότητα που ακολούθησε, το 1990, επαύξησαν τις ευκαιρίες πρόσβασης στη δημόσια εκπαίδευση των παιδιών που στον παρελθόν εξυπηρετούνταν σε χώρους περίθαλψης σοβαρών και χρόνιων παθήσεων (Duncan & Igoe, 1998).

Τα παιδιά που ευεργετούνται από τους νόμους αυτούς, είναι αυτά που έχουν κώφωση και ελαττωμένη ακοή, διανοητική καθυστέρηση, πολλαπλές αναπηρίες, ορθοπεδικές παθήσεις ή άλλα προβλήματα υγείας (π.χ. χρόνια ή οξεία προβλήματα υγείας όπως καρδιακές παθήσεις ή επιληψία), σοβαρές συναισθηματικές διαταραχές, διαταραχές της ομιλίας,

Η ταχεία ανάπτυξη της ιατρικής τεχνολογίας έδωσε τη δυνατότητα στους μαθητές να παρακολουθούν το δημόσιο σχολείο όταν στο παρελθόν η κατάσταση της υγείας τους εμπόδιζε να αποχωρήσουν από ένα ίδρυμα ή ελεγχόμενο περιβάλλον. Τα παιδιά αυτά χρειάζονται νοσηλευτικές υπηρεσίες διαφόρων τύπων για να συνεχιστεί η πρόοδος τους στο σχολικό περιβάλλον. Το Δημόσιο Δίκαιο 94-142 απαιτεί από τους νοσηλευτές σχολικής υγιεινής να ελέγχουν ή να εντοπίζουν τα παιδιά που χρήζουν ειδικής εκπαίδευσης και σχετικών υπηρεσιών και να διαμορφώνουν ένα

Εξατομικευμένο Πρόγραμμα Εκπαίδευσης (IEP) σχεδιασμένο από διεπιστημονική ομάδα, το οποίο θα περιλαμβάνει εκπαιδευτικούς στόχους και ειδικές υπηρεσίες που πρέπει να παρέχονται. Απαιτεί επίσης την παροχή «διδασκαλίας και υπηρεσιών προοριζόμενων για αναπήρους», που περιγράφει τις υπηρεσίες, περιλαμβανομένης και της απαιτούμενης νοσηλευτικής φροντίδας, ώστε το παιδί να ευεργετηθεί από την εκπαίδευση. Ο νοσηλευτής επιφορτίζεται με την κατάρτιση ενός εξατομικευμένου σχεδίου υγείας (IHP) για όλους τους μαθητές που χρειάζονται συνεχή νοσηλευτική υποστήριξη στο σχολείο. Ο Πίνακας 25-3 παρουσιάζει μια σύνοψη της αύξησης του αριθμού των μαθητών με ανικανότητα. (Α.Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Π.Σουρτζή 2005)

### **5.8 Σύνοψη κεφαλαίου**

Ο κοινοτικός νοσηλευτής με την παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών φροντίζει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με προβλήματα υγείας. Σκοπός των υπηρεσιών είναι η πλήρης, ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη φροντίδα του αρρώστου, προσεγγίζοντάς τον ως μοναδική βιοψυχοκοινωνική οντότητα μέσα σε ένα σύστημα που αποτελείται από την ομάδα υγείας, τον ασθενή και την οικογένειά του.

## **ΕΠΙΛΟΓΟΣ**

### **Η ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ**

Η συμβολή της νοσηλευτικής στην οικογένεια είναι πολύ σημαντική. Η νοσηλευτική στηρίζει την οικογένεια, ώστε να μπορέσει να προσαρμοσθεί στις αλλαγές που της συμβαίνουν. Επίσης, προλαμβάνει επικίνδυνες καταστάσεις και βοηθάει στην ανάπτυξη και διατήρηση υγιούς περιβάλλοντος, Συγκεκριμένα ο κοινοτικός νοσηλευτής μπορεί να προσφέρει στην οικογένεια τα ακόλουθα:

- Αγωγή υγείας για υγιεινές συνήθειες ζωής, όπως σωστή διατροφή, διακοπή καπνίσματος και κατάχρησης αλκοόλ, ανάπαυση, ψυχαγωγία.
- Διδασκαλία ατομικής υγιεινής.
- Νοσηλεία στο σπίτι όπου χρειάζεται.
- Ηθική και ψυχολογική στήριξη.
- Διδασκαλία κάποιου μέλους της οικογένειας για την περιποίηση και νοσηλεία αρρώστου μέσα στην οικογένεια.
- Μαθήματα στις μητέρες για τον τρόπο περιποίησης των νεογνών.
- Ενημέρωση για τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας της κοινότητας ώστε η οικογένεια να μπορεί να τις χρησιμοποιήσει όταν τις χρειάζεται.
- Συνεργασία με άλλες υπηρεσίες για την ικανοποίηση των αναγκών της οικογένειας.
- Βοήθεια της οικογένειας να αναγνωρίσει τα προβλήματά της και τις ευθύνες της.

### **ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ-ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΚΛΙΝΙΚΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ**

#### **ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ**

- Η επίσκεψη στο σπίτι δίνει τη δυνατότητα στον κοινοτικό νοσηλευτή να αντιληφθεί την πραγματική οικογενειακή κατάσταση και να σχηματίσει σαφή εικόνα των σχέσεων των μελών της και των συνθηκών διαβίωσης.
- Η επίσκεψη στο σπίτι δίνει την ευκαιρία διδασκαλίας και αγωγής με βάση τις πραγματικές συνθήκες.



- Τα μέλη της οικογένειας αισθάνονται μεγαλύτερη άνεση να συζητήσουν θέματα και προβλήματα, γιατί διαπιστώνουν ότι η ώρα αυτή είναι δική τους και η επίσκεψη έγινε για αυτούς.
- Με την επαφή αυτή, η οικογένεια αποκτά εμπιστοσύνη στις υπηρεσίες υγείας και στο έργο της νοσηλευτικής, τα δε μέλη της οικογένειας ενισχύονται από την παρουσία του κοινοτικού νοσηλευτή στο σπίτι τους.
- Η επίσκεψη στο σπίτι δίνει την ευκαιρία στον κοινοτικό νοσηλευτή να ανιχνεύσει και νέα προβλήματα υγείας και ανάγκες της οικογένειας, που πιθανώς να μην γίνονταν αντιληπτά με άλλο τρόπο.
- Τέλος, η επίσκεψη στο σπίτι, ως μέθοδος επικοινωνίας, είναι η πιο προσωπική και εξατομικευμένη.

#### *ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ*

- Είναι λιγότερο αποτελεσματική για το νοσηλευτή από το να εργάζεται με ομάδες ή να βλέπει πολλά άτομα σε μια μονάδα βραχείας νοσηλείας.
- Ο χρόνος μετακίνησης μπορεί να είναι αρκετός ή και οικονομικά ασύμφορος.
- Ίσως είναι δύσκολο να ελεγχθούν αποσπάσεις της προσοχής από ζωνρά παιδιά ή τηλεόραση.
- Τα άτομα μπορεί να φοβούνται με την οικειότητα που αποκτάται στις επισκέψεις στο σπίτι.
- Μπορεί επίσης να τεθεί ως ζήτημα και η ασφάλεια του νοσηλευτή-τριας κατά την επίσκεψη σε ένα άγνωστο περιβάλλον.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ) είναι η βασική φροντίδα υγείας που είναι στη διάθεση όλων των ατόμων της κοινότητας και της οικογένειας, με προληπτικούς και θεραπευτικούς σκοπούς. Βασικό χαρακτηριστικό της Π.Φ.Υ είναι η οικογενειακή νοσηλευτική η οποία μεριμνά για την αντιμετώπιση αναγκών και την φροντίδα υγείων ή ασθενών ατόμων στην κατ'οίκον νοσηλεία.

Η τεράστια αύξηση δαπανών υγείας και η αστοχία της θεραπευτικής ιατρικής οδήγησε σε εναλλακτικές εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας όπως η <<Νοσηλεία στο σπίτι>>. Η νοσηλεία στο σπίτι αποτελεί εναλλακτική μορφή περίθαλψης, η οποία εξασφαλίζει παροχή υπηρεσιών και φροντίδων υγείας με το μικρότερο οικονομικό κόστος. Η συμμετοχή της οικογένειας και όχι μόνο των επαγγελματιών υγείας με σκοπό την αποκατάσταση της υγείας του αρρώστου έχει θετικά αποτελέσματα στον ίδιο τον άρρωστο και την οικογένεια του.

Η φροντίδα υγείας αναπροσανατολίζεται από τη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, με αποτέλεσμα την Κοινοτική Νοσηλευτική. Εφόσον ο κοινοτικός νοσηλευτής αποκτήσει την απαραίτητη γνώση και πληροφόρηση των χαρακτηριστικών της κοινότητας, τότε μπορεί να διακρίνει τις ανάγκες υγείας της κοινότητας, να τις ταξινομήσει, να θέσει αντικειμενικούς σκοπούς και να αναπτύξει σχέδιο εργασίας.

Ο κοινοτικός νοσηλευτής με την παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών φροντίζει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με προβλήματα υγείας. Σκοπός των υπηρεσιών είναι η πλήρης, ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη φροντίδα του αρρώστου, προσεγγίζοντάς τον ως μοναδική βιοψυχοκοινωνική οντότητα μέσα σε ένα σύστημα που αποτελείται από την ομάδα υγείας, τον ασθενή και την οικογένειά του.

Η νοσηλευτική έχει τον ηγετικό ρόλο στα συστήματα υγείας όσον αφορά την οργάνωση και τα λειτουργικά κέντρα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Ο νοσηλευτής είναι πρωτοπόρος στην πρόληψη, ενημέρωση σε θέματα υγείας σε άτομα/ ομάδες πληθυσμών/κοινότητες. Ο ρόλος του δεν περιορίζεται μόνο στην θεραπευτική αποκατάσταση του ασθενούς αλλά επεκτείνεται με παρεμβάσεις που σκοπό έχουν την διατήρηση και προαγωγή της υγείας.

## **ΚΡΙΤΙΚΗ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

Τη βάση του επαγγέλματος μας αποτελεί η Νοσηλευτική, επιστήμη η οποία επηρεάζεται από τις μεταβαλλόμενες ανάγκες της κοινωνίας, της φροντίδας των ασθενών, και του επαγγέλματος καθ' εαυτού. Είναι επιστήμη αλλά και τέχνη, θεωρία αλλά και πράξη, είναι αφιερωμένες στην υπηρεσία του ανθρώπου καθώς του παρέχουν φροντίδα σε όλα τα στάδια της ζωής του.

Προτείνονται τα εξής μέτρα για την ενδυνάμωση του επαγγέλματος στη χώρα μας:

### **Κοινωνική Νοσηλευτική :**

- Εντοπίζονται προβλήματα απομόνωσης στην αυξανόμενη γηράσκουσα κοινότητα και τίθενται εισηγήσεις για ανακούφιση και καλύτερη διαχείριση του προβλήματος.
- Επιβάλλεται η έρευνα για το περιβάλλον και την σημασία του στην προαγωγή της υγείας. Ιδιαίτερα σε κατηγορίες πληθυσμού όπως τα παιδιά και προπάντων σε σχέση με το κάπνισμα στο περιβάλλον του παιδιού.
- Η ενδοοικογενειακή βία αποτελεί σοβαρά προβλήματα με πολυδιάστατες επιπτώσεις στην κοινωνική ζωή και την εργασία. Υπάρχει επιτακτική ανάγκη ευαισθητοποίησης και ανάλογης παρέμβασης των επαγγελματιών υγείας.
- Επιβάλλεται η κατανόηση των συναισθημάτων των οικογενειών που βιώνουν πένθος. Η καθημερινή αντιμετώπιση του θανάτου ταυτίζει τον επαγγελματία υγείας με κάθε άνθρωπο που χάνεται στα χέρια του.

### **Νομικά θέματα και Επικοινωνία:**

- Τα σφάλματα στα νοσοκομεία είναι μια πραγματικότητα λόγω έλλειψης προσωπικού και κόπωσης. Για να υπάρξει σωστή αντιμετώπιση και ικανοποιητική στελέχωση πρέπει να υπάρξει στενή συνεργασία γιατρών και νοσηλευτών και επίσης να καταγραφούν και να ληφθούν διορθωτικά μέτρα. Οι θέσεις και οι απόψεις των νοσηλευτών σε θέματα βιοηθικής πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη στη χάραξη πολιτικής.
- Επιβάλλεται η συνεχής ενημέρωση και εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στην αντιμετώπιση του πόνου σε σχέση με την χρήση οπιοειδών και λαμβάνοντας υπόψη την νέα τεχνολογία. Η αντιμετώπιση του πόνου θα πρέπει να είναι εξατομικευμένη και να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του κάθε ασθενή ξεχωριστά.
- Πρέπει να εξασφαλιστεί πως η τεχνολογία δε θα υποκαταστήσει πλήρως τον ανθρώπινο παράγοντα, την ανθρώπινη επαφή. Πρέπει να γίνει καταγραφή της ποιότητας και του κόστους της νοσηλευτικής φροντίδας ώστε να αποδειχτεί πόσο συμμετέχει η νοσηλευτική στα θετικά αποτελέσματα υγείας.

- Πρέπει να κάνουν αυτό που τους αντιστοιχεί ώστε να εξασφαλίσουν ένα επαρκές και καλά εκπαιδευμένο εργατικό δυναμικό για τώρα και για το μέλλον. Πρέπει να πιέσουν τις κυβερνήσεις ώστε να αναλάβουν τις ευθύνες τους, όσον αφορά το σχεδιασμό του ανθρώπινου δυναμικού θεωρώντας την επένδυση στο νοσηλευτικό ανθρώπινο δυναμικό τόσο σημαντική όσο και άλλες εθνικές επενδύσεις. Οι πολύτιμοι πόροι απαιτούν στοχαστική και συνεχή προσοχή και η νοσηλευτική αποτελεί το νούμερα ένα πόρο στο σύστημα υγείας κάθε χώρας.
- Οι κυβερνήσεις πρέπει να ελέγξουν τον αριθμό των νοσηλευτών που μπαίνουν στην αγορά εργασίας, να υπολογίσουν τις μελλοντικές απαιτήσεις, να εκπαιδεύσουν και να επανεκπαιδεύσουν τους νοσηλευτές, να ταιριάζουν τις ικανότητες του ανθρώπινου δυναμικού με τις ανάγκες του πληθυσμού και να πραγματοποιούν συνεχόμενη αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των σχεδιασμών τους.

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Mary A.Nies, Melanie McEwen (2001). Κοινωνική Νοσηλευτική-Παράγοντας της Υγείας των Πληθυσμών. Τρίτη έκδοση. Ιατρικές εκδόσεις: Λαγός Δημήτριος. Κεφάλαιο 28, σελίδα 705.
2. Mary A.Nies, Melanie McEwen (2001). Κοινωνική Νοσηλευτική-Παράγοντας της Υγείας των Πληθυσμών. Τρίτη έκδοση. Ιατρικές εκδόσεις: Λαγός Δημήτριος. Κεφάλαιο 28, σελίδα 700.
3. Mary A.Nies, Melanie McEwen (2001). Κοινωνική Νοσηλευτική-Παράγοντας της Υγείας των Πληθυσμών. Τρίτη έκδοση. Ιατρικές εκδόσεις: Λαγός Δημήτριος. Κεφάλαιο 25, σελίδες 643 και 644.
4. [www.anro.gr](http://www.anro.gr) Πρόσβαση στις 12/02/09
5. [www.bestrong.org.gr](http://www.bestrong.org.gr) Πρόσβαση στις 03/02/09
6. [www.bestrong.org.gr](http://www.bestrong.org.gr) Πρόσβαση στις 03/02/09
7. [www.beul.primedu.uoa.gr](http://www.beul.primedu.uoa.gr) Πρόσβαση στις 10/12/08
8. [www.cyna.org](http://www.cyna.org). Πρόσβαση στις 04/04/09
9. [www.lmlarisis.gr](http://www.lmlarisis.gr) Πρόσβαση στις 10/02/09
10. [www.msmfull.aueb.gr](http://www.msmfull.aueb.gr) Πρόσβαση στις 14/01/09
11. [www.nosileftiki.blogspot.com](http://www.nosileftiki.blogspot.com) Πρόσβαση στις 03/03/09
12. Α. Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Π.Σούρτζη (2005). Κοινωνική Νοσηλευτική. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις . Κεφάλαιο 1, σελίδα 18.
13. Α. Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Π.Σούρτζη (2005). Κοινωνική Νοσηλευτική. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις .Κεφάλαιο 5, σελίδες80-81.
14. Α. Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Π.Σούρτζη (2005). Κοινωνική Νοσηλευτική. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις . Κεφάλαιο 7, σελίδες 111-113.
15. Α. Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Π.Σούρτζη (2005). Κοινωνική Νοσηλευτική. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις . Κεφάλαιο 2, σελίδα 33.
16. Α. Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Π.Σούρτζη (2005). Κοινωνική Νοσηλευτική. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις . Κεφάλαιο 7, σελίδα 114.
17. Α. Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Π.Σούρτζη (2005). Κοινωνική Νοσηλευτική. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις . Κεφάλαιο 7, σελίδες 114-116.
18. Α. Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Π.Σούρτζη (2005). Κοινωνική Νοσηλευτική. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις . Κεφάλαιο 7, σελίδες 116-118.

19. Α. Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Π.Σούρτζη (2005). Κοινωνική Νοσηλευτική. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις . Κεφάλαιο 7, σελίδες 121-122.
20. Α. Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Π.Σούρτζη (2005). Κοινωνική Νοσηλευτική. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις . Κεφάλαιο 7, σελίδες 122-123.
21. Α. Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Π.Σούρτζη (2005). Κοινωνική Νοσηλευτική. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις . Κεφάλαιο 1, σελίδες 19-20.
22. Α. Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Π.Σούρτζη (2005). Κοινωνική Νοσηλευτική. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις . Κεφάλαιο 1, σελίδες 21-23.
23. Α. Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Π.Σούρτζη (2005). Κοινωνική Νοσηλευτική. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις. Κεφάλαιο 3, σελίδα 58.
24. Α. Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Π.Σούρτζη (2005). Κοινωνική Νοσηλευτική. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις. Κεφάλαιο 2, σελίδα 38.
25. Α. Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Π.Σούρτζη (2005). Κοινωνική Νοσηλευτική. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις. Κεφάλαιο 9, σελίδα 166-167.
26. Α. Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Π.Σούρτζη (2005). Κοινωνική Νοσηλευτική. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις. Κεφάλαιο 9, σελίδα 160.
27. Βάσω Θασίτη-Αντωνοπούλου(2000). Ο ρόλος του Νοσηλευτή στη νοσηλεία στο σπίτι. Πρακτικά Ημερίδας «κατ'οίκον νοσηλεία παρόν και μέλλον» σελίδες 37-38. Θεσσαλονίκη.
28. Μάργαρη Νικολέττα, Μαργαρίδου-Τιμπλαλέξη Βάσω, Παπαθανασίου- Αλεξόγλου Αγγελική (1999). Σελίδα 20.
29. Μάργαρη Νικολέττα, Μαργαρίδου-Τιμπλαλέξη Βάσω, Παπαθανασίου- Αλεξόγλου Αγγελική (1999). Σελίδες 96-97.
30. Μάργαρη Νικολέττα, Μαργαρίδου-Τιμπλαλέξη Βάσω, Παπαθανασίου- Αλεξόγλου Αγγελική (1999). Σελίδα 28.
31. Μάργαρη Νικολέττα, Μαργαρίδου-Τιμπλαλέξη Βάσω, Παπαθανασίου- Αλεξόγλου Αγγελική (1999). Σελίδες 28-29.
32. Μάργαρη Νικολέττα, Μαργαρίδου-Τιμπλαλέξη Βάσω, Παπαθανασίου- Αλεξόγλου Αγγελική (1999). Σελίδα 32.
33. Μάργαρη Νικολέττα, Μαργαρίδου-Τιμπλαλέξη Βάσω, Παπαθανασίου- Αλεξόγλου Αγγελική (1999). Σελίδες 39-46.
34. Μάργαρη Νικολέττα, Μαργαρίδου-Τιμπλαλέξη Βάσω, Παπαθανασίου- Αλεξόγλου Αγγελική (1999). Σελίδα 82-83

35. Παναγιώτα Μελιτζανά, Στεργιανή Χατζίδου (2000). Νοσηλεία στο σπίτι. Πρακτικά Ημερίδας «κατ'οίκον νοσηλεία παρόν και μέλλον» σελίδες 115-116.Θεσσαλονίκη.
36. Παναγιώτα Μελιτζανά, Στεργιανή Χατζίδου (2000). Νοσηλεία στο σπίτι. Πρακτικά Ημερίδας «κατ'οίκον νοσηλεία παρόν και μέλλον» σελίδες 116-117.Θεσσαλονίκη.
37. Χρυσή Γκαιτατζή, Σμαρώ Γασγαλίδου(2000). Ο ρόλος τον Νοσηλευτή Ψυχικής Υγείας σε άτομα που διαβιούν στα προστατευμένα διαμερίσματα. Πρακτικά Ημερίδας «κατ'οίκον νοσηλεία παρόν και μέλλον» σελίδες 82-87.Θεσσαλονίκη.