



ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1926
ΕΠΙΛΟΓΗ	

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΕΡΕΥΝΑ**

**ΘΕΜΑ:
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ
ΣΤΑ ΣΧΟΛΕΙΑ**

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ:

**ΑΛΜΠΑΝΗ ΕΛΕΝΗ
ΠΑΠΑΛΕΟΝΤΗ ΣΜΑΡΑΓΔΑ**

ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

1.....
2.....
3.....

ΠΑΤΡΑ 1996

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ - ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΡΙΟ	3
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	5
ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	7
Α΄ ΜΕΡΟΣ - ΓΕΝΙΚΟ	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο ΕΞΕΛΞΕΙΣ & ΤΑΣΕΙΣ	
ΣΤΗΝ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ	9
1.1 Ιστορική αναδρομή του έργου της νοσηλεύτριας	10
1.2 Φιλοσοφική θεώρηση της Νοσηλευτικής.	
Ηθικές αξίες - Δεοντολογία	21
1.3 Παράγοντες που διαμόρφωσαν την σημερινή νοσηλευτική	27
1.3.1. Η ταχύτατη αύξηση γνώσεων και τεχνολογίας.....	27
1.3.2. Οι δημογραφικές μεταβολές και κοινωνιολογικές αλλαγές	28
1.3.3. Η αύξηση των απαιτήσεων του κοινού σε θέματα υγείας	29
1.3.4. Οι αλλαγές στις έννοιες Υγεία - Αρρώστεια	29
1.3.5. Η έλλειψη νοσηλευτικού δυναμικού	30
1.3.6. Η έρευνα	32
1.4 Η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας	33
1.5 Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας - Ορισμός	34
1.5.1. Η Π.Φ.Υ. στον κόσμο και στην Ευρώπη	40
1.5.2. Διακήρυξη Alma - Ata	42
1.5.3. Η νοσηλευτική στην Π.Φ.Υ.	48
1.5.4. Νοσηλευτική και Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα	51
1.5.5. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην Π.Φ.Υ.	52

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Κοινωνική Νοσηλευτική	56
2.1 Κοινωνική Νοσηλευτική - Ορισμός Σκοποί	57
2.2 Ιστορική εξέλιξη της Κοινωνικής Νοσηλευτικής	59
2.2.1. Νοσηλεία στο σπίτι (1860 -1900)	59
2.2.2. Νοσηλευτική Δημόσιας Υγείας (1900 - 1970)	60
2.2.3. Κοινωνική Νοσηλευτική (1970 και μετά)	62
2.3 Χαρακτηριστικά Κοινωνικής Νοσηλευτικής	63
2.3.1. Η Κοινωνική Νοσηλευτική Κλάδος της Νοσηλευτικής	63
2.3.2. Χρησιμοποίηση γνώσεων Δημόσιας Υγιεινής	64
2.3.3. Προσανατολισμός στις ανάγκες της Κοινότητας	64
2.3.4. Δίδει έμφαση στην υγεία παρά στην αρρώστεια	65
2.3.5. Συνεργάζεται με άλλους επιστήμονες	66
2.3.6. Προωθεί την ενεργό συμμετοχή του κοινού	67
2.4 Δραστηριότητες του Νοσηλευτή στην Κοινότητα	69
2.4.1. Η πρόληψη της ασθένειας, της επιπλοκής, της χρονιότητας, της αναπηρίας, του θανάτου	69
2.4.1. Πρωτογενής ή πρωτοβάθμια πρόληψη	69
2.4.2. Δευτερογενής ή δευτεροβάθμια πρόληψη	70
2.4.3. Τριτογενής ή Τριτοβάθμια πρόληψη	72
2.4.4. Τεταρτογενής πρόληψη ή πρόληψη μετακλινικής φάσης	75
2.4.5. Ο συμβουλευτικός ρόλος του Νοσηλευτή στην κοινότητα	76
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο Η Κοινωνική Νοσηλευτική στο Σχολείο	84
3.1 Ιστορική Αναδρομή της Σχολικής Νοσηλευτικής	85
3.2 Σχολική Υγιεινή στην Ελλάδα	87
3.3 Σχολική Υγιεινή - Εισαγωγή	89
3.4 Σχολική Υγιεινή και Νοσηλευτική Επιστήμη	90
3.5 Αντικειμενικοί σκοποί της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας στο Σχολείο	91
3.6 Καθήκοντα Νοσηλευτή στο σχολικό περιβάλλον	105

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο	110
4.1 Υγειονομικά προβλήματα του μαθητή	111
4.2 Η υγεία των παιδιών σήμερα και 50 χρόνια πριν	112
4.3 Διατροφή στην σχολική ηλικία (6-12 ετών)	114
4.4 Διαθρεπτική εκπαίδευση στο σχολείο	117
4.5 Δειπνώντας με τον Νοσηλευτή του σχολείου	118
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο	120
5.1 Επιδημίες στα σχολεία (Γενικότητες)	121
5.2 Ανεμοβλογιά	124
5.3 Διφθερίδα	124
5.4 Ερυθρά	125
5.5 Επιδημική Εγκεφαλονωτιαία Παρακέντηση	125
5.6 Ιλαρά	126
5.7 Κοκκύτης	126
5.8 Παρωτίδα	127
5.9 Πολυομυελίδα	128
5.10 Βακτηριακή Δυσεντερία	128
5.11 Τυφοειδής Πυρετός	129
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο	131
6.1 Διδασκαλία των μαθητών σε θέματα υγιεινής - Πρόληψη καταστροφής των δοντιών	132
6.2 Έλεγχος ονύχων	132
6.3 Ύπνος	133
6.4 Έλεγχος της στατικής του σώματος	133
6.5 Έλεγχος οράσεως	134

6.6 Έλεγχος της ακοής	134
6.7 Πρόληψη των παιδικών ατυχημάτων	135
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο	136
7.1 Παιδιά με Μεσογειακή Αναιμία	137
7.2 Κάπνισμα και Παιδί	138
7.3 Αλκοόλ και Παιδί	138
7.4 Ναρκωτικά και Παιδί	139
7.5 Τροφικές Δηλητηριάσεις	139
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8ο Η προαγωγή της καλής ψυχικής υγείας του παιδιού και η Νοσηλευτική Επιστήμη	141
8.1 Ψυχονευρώσεις	142
8.2 Ψυχώσεις	142
8.3 Αντιμέτωπιση παιδιού με ειδικά προβλήματα Το κακοποιημένο παιδί	144
8.4 Παιδιά άνευ οικογενειών	145
8.5 Παιδιά προβληματικών οικογενειών	146
8.6 Παρανομία και έγκλημα	147
8.7 Η εξακρίβωση και η επίβλεψη των αναπήρων παιδιών	147
8.8 Επιληπτικά παιδιά	148
8.9 Ψυχολογική αντιμετώπιση του νοσηλευομένου παιδιού	148
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9ο	150
9.1 Πρώτες Βοήθειες	151
9.2 Αποθυμία	151
9.3 Ηλεκτροπληξία	152

9.4 Εγκαύματα	153
9.5 Αιμορραγίες	154
9.6 Τραύματα	156
ΕΠΙΛΟΓΟΣ - ΓΕΝΙΚΟΤΗΤΕΣ	158
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	161
Β' ΜΕΡΟΣ - ΕΙΔΙΚΟ	
9. ΥΛΙΚΟ	162
10. ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΤΩΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ	163
11. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ (ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΓΟΝΕΩΝ)	164
11.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ	164
12. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ (ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΠΑΙΔΙΩΝ)	175
12.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ	175
13. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ΠΑ ΔΥΟ	
ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	182
14. ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ	186
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	191
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	194
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	202
SUMMARY	203
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	204

....Μαμά η κοιλίτσα μου!
....Μπαμπά καίνε τα ματάκια μου!
....Δάσκαλε πονάει ο λαιμός μου!
....Κυρία, έπεσα στο διάλειμμα και τρέχει αίμα από το κεφαλάκι μου! Τι να κάνω;
'Ανθρωποι πονάω.....!
'Ανθρωποι δε θέλω να πάω στο νοσοκομείο
'Ανθρωποι βοήθεια.... δεν θέλω ν' αρρωστήσω. Είμαι μικρός ακόμα και φοβάμαι!

Ποιός είναι αυτός που μένει ασυγκίνητος στο παιδικό γέλιο; Ποιός είναι αυτός που δεν άκουσε με ενδιαφέρον τις παιδικές επιθυμίες;
.....Ποιός άραγε είναι αυτός που δεν σκίρτησε στον παιδικό πόνο, στην παιδική ΑΣΘΕΝΕΙΑ;

ΑΦΙΕΡΩΣΗ

Στους γονείς μας,
που όλα αυτά τα χρόνια
συμμερίστηκαν τις αγωνίες και τους κόπους μας
και στάθηκαν δίπλα μας,
με κατανόηση και αγάπη.....

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ - ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΡΙΟ

Ο κόπος και η αγωνία κάθε σπουδαστή ολοκληρώνεται και ταυτόχρονα κορυφώνεται με το πέρας της πτυχιακής εργασίας.

Ποτέ όμως και κανένας αγωνιστής δεν ρίχτηκε στη μάχη χωρίς τη βοήθεια, τη συμπαράσταση, ηθική και υλική κάποιων άλλων αφανών και ανωνύμων ηρώων που, για κοινά ιδανικά, προσφέρουν το σθένος, την αγάπη και τις δικές τους κατακτήσεις, κυρίως πνευματικές, στους μικρότερους τους που προσπαθούν και αυτοί να γίνουν μεγάλοι.

Για την πραγματοποίηση αυτής της εργασίας, εμείς, η Αλμπάνη Ελένη και Παπαλεοντή Σμαρώ, Διπλωματούχες Νοσ/ριες στο εγγύς μέλλον, ευχαριστούμε θερμά: Την εισηγήτρια, καθηγήτριά μας και προϊσταμένη του τμήματος Νοσ/κής Δρ. Παπαδημητρίου Μαρία για τη βοήθεια που μας προσέφερε, καθώς και για την ηθική και πνευματική υποστήριξη κατά τη διάρκεια των σπουδών μας.

Δεν θα παραλείψουμε τα Δημοτικά Σχολεία Αγίας Σωτήρας Οβρυάς, Εργ. Κατοικιών Ταραμπούρα, Περιβόλας, Ταμπαχάνων και Πλατείας Βούδ, ευχαριστώντας τους εκπαιδευτικούς και τους μικρούς μαθητές τους για την πολύτιμη βοήθειά τους κατά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

Επίσης την διδα Νάνου Κυριακή, Καθηγήτρια και επίτιμη Προϊσταμένη του τμήματος Νοσ/κής Πατρών για την πρόθυμη συμβολή της κατά τη συλλογή πληροφοριών μας.

Ακόμα σπουδαία ήταν και η προσφορά της κας Σαλάτας Αποστολίας, καθηγήτριας εφαρμογών του τμήμ. Νοσ/κής, που χωρίς ενδοιασμούς συνέβαλε στην προσπάθειά μας.

Δεν θα παραλείψουμε να αναφερθούμε στον Κον Δετοράκη Ιωάννη, Καθηγητή του οποίου η βοήθεια δεν θα μπορούσε να λησμονηθεί από ετούτο το ευχαριστήριο.

Επίσης ευχαριστούμε τον Κο Γκρίζη Φώτη για τις άπειρες εξυπηρετήσεις του σε όλη τη διάρκεια των σπουδών μας καθώς και για την περίφημη επεξεργασία όλων των εργασιών μας.

Τέλος θα πρέπει να αναφέρουμε τη σημαντική βοήθεια του Μαλαταρά Ανδρέα σχετικά με την ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων της έρευνας καθώς και την τελική επιμέλεια της εργασίας.

Πιστεύουμε πως συμπεριλάβαμε όλους όσους μας βοήθησαν σημαντικά στην προσπάθειά μας αυτή.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ σε όλους εσάς που με την υποστήριξη και ενθάρρυνσή σας ολοκληρώσαμε αυτόν τον κύκλο σπουδών.

«Σε ποιόν είμαι ευγνώμων...; Είναι εκείνοι που με εκπαίδευσαν εκείνοι που με υποστήριξαν. Είναι αυτοί που έχουν ανοίξει για μένα, όπως με το γύρισμα ενός κλειδιού, ολόκληρες νέες εκτάσεις κατανόησης. Αυτοί που με την πρόκλησή τους με έσπρωξαν στη δυσκολία για παραπέρα σκέψη και προσπάθεια.....»

Σας ευχαριστώ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ποιός είναι αυτός που δε νοιώθει συγκίνηση όταν αντικρίζει τα δακρυσμένα μάτια των παιδιών; Ποιός είναι αυτός που δεν νοιώθει τη ψυχή του να σκιρτά, αντικρίζοντας το παιδικό χαμόγελο; Χωρίς αμφισβήτηση, επομένως είναι έκδηλο το ενδιαφέρον όλων, ανεξαρτήτως, των ανθρώπων για τα πονεμένα αυτά πλασματάκια ... τα παιδιά.

Αν όμως, το απλό αυτό συμπέρασμα είναι κατηγορηματικά αποδεκτό από όλους, γιατί η κοινωνία, γιατί η πολιτεία, γιατί όλοι εμείς παραμελούμε το πολυτιμότερο αγαθό τους; Για ποιό τάχα λόγο παραμελούμε την υγεία τους;

Αναρωτηθήκαμε ποτέ πως το ½ του 24ώρου των παιδιών δαπανάται στα σχολεία; Σκεφτήκαμε ποτέ τους πολλούς κινδύνους που απειλούν το τρυφερό σωματάκι τους, ή ακόμη και την ψυχή τους; Η μήπως οι δάσκαλοι και οι οποιοδήποτε εκπαιδευτικοί είναι ικανοί να βοηθήσουν και να αποτρέψουν τα ατυχήματα, τις αρρώστιες, τις μολύνσεις από το χώρο του σχολείου προστατεύοντας έτσι τα παιδιά. Οι ίδιοι οι εκπαιδευτικοί θα μας απαντήσουν πως ούτε θέματα υγιεινής διδάχτηκαν στα σχολεία αλλά ούτε είναι θέματα της αρμοδιότητάς τους. Και όλοι εμείς στηρίζουμε τις ελπίδες για την προστασία των παιδιών μας στην ευσυνειδησία, τις τυχαίες και στοιχειώδεις γνώσεις του κάθε δασκάλου.

Είναι άλλωστε γνωστό πως πολλά παιδιά σχολικής ηλικίας εισάγονται στα κατά τόπους νοσοκομεία από σοβαρά νοσήματα τα οποία θα μπορούσαν να προληφθούν ή και να θεραπευτούν εγκαίρως εάν και εφόσον ήταν υπαρκτή η σωστή παροχή ιατρικής ή νοσ/κής φροντίδας μέσα στο χώρο του σχολείου.

Η άγνοια και η πιθανή ημιμάθεια οδηγεί πολλές φορές τα παιδιά μας στα νοσοκομεία και δεν είναι λιγοστές οι πιθανότητες θανάτου πολλών παιδιών από αμέλεια ή άγνοια τόσο των γονέων όσο και των εκπαιδευτικών. Είναι επομένως επιτακτική η ανάγκη να στελεχωθούν τα Ελληνικά σχολεία από έμπειρους και ειδικούς ανθρώπους που θα ενημερώνουν τα παιδιά, τους γονείς, τους δασκάλους.

Ας στρέψουμε επιτέλους τα μάτια μας όχι μόνο στο παιδικό πνεύμα αλλά και στην ευαίσθητη ψυχή τους και στο τρυφερό σώμα τους. Πρέπει όλοι μαζί να αναλογιστούμε και να μεριμνήσουμε για τους κινδύνους που τα απειλούν προσατεύοντας έτσι την υγεία και την ίδια τη ζωή τους, για να προσφέρουμε στην κοινωνία άτομα ολοκληρωμένα και γερά !!!

ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η ραγδαία εξέλιξη της επιστήμης και η ανάπτυξη της Τεχνολογίας έδωσαν άπειρες λύσεις σε πολλά ανθρώπινα προβλήματα που κάποτε παρέμεναν άλυτα και απρόσιτα.

Και ενώ η ανθρώπινη φύση ορμά με σθένος στην πρόοδο και τη δημιουργία, δυστυχώς παραγκωνίζει και περιθωριοποιεί την ίδια τη φύση του και την οντότητά του. Το γεγονός ότι οι ανθρώπινες σχέσεις και οι ηθικές αξίες καταρρέουν ραγδαία είναι μια δυσάρεστη πραγματικότητα έχει στρέψει το βλέμμα όλων στην άψυχη ύλη που είναι αποδεδειγμένο πως δεν προσφέρει τίποτα.

Ωστόσο η ευαισθησία και η ανάγκη για επανάσταση παραμένει βαθιά στην καρδιά μας. Ευαισθητοποιημένοι λοιπόν και εμείς πέρα από τις γνώσεις που προσφέρει η επιστήμη της νοσηλευτικής στρέψαμε το βλέμμα μας στην τρυφερή παιδική ηλικία. Και πήγαμε εκεί ακριβώς όπου σπαταλούν τις περισσότερες ώρες τους. Και τα είδαμε να νοσοούν και να υποφέρουν για λόγους που μπορούν να προληφθούν και να αντιμετωπισθούν εύκολα και γρήγορα.

Σκοπός λοιπόν αυτής της εργασίας είναι να θίξει και να αποδείξει την άμεση αναγκαιότητα της νοσηλευτικής παρέμβασης μέσα στα σχολεία. Άλλωστε η άμεση αναγκαιότητα της εφαρμογής της κοινοτικής Νοσ/κής είναι αποδεδειγμένη, αλλά δυστυχώς ελάχιστα εφαρμοσμένη. Οφείλουμε όλοι να κατανοήσουμε πως η σωματική και ψυχική υγεία ολονών και ιδιαίτερα των παιδιών δεν προστατεύεται μόνο από τους ψυχολόγους και τα νοσοκομεία. Η ιατρική και συναισθηματική προσφορά των νοσ/τών μέσα στα σχολεία κρίνεται άκρως απαραίτητη. Και καλώς ή κακώς είναι ζήτημα ζωής να το καταλάβουμε όλοι!

Α` ΜΕΡΟΣ - ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πτυχιακή αυτή εργασία, προσπαθεί να καλύψει κατά το δυνατό εκτενώς το θέμα που αφορά την αναγκαιότητα της νοσ/κής στα σχολεία και γενικότερα την προσφορά της Κοινωνικής νοσ/κής.

Η αμέλεια κάθε κρατικού μηχανισμού, η άγνοια και η ελλιπής ενημέρωση του κοινωνικού συνόλου έχουν σαν αποτέλεσμα την παντελή απουσία της κοινωνικής νοσ/κής σε όλους τους τομείς και τα επαγγέλματα του 20ου αιώνα. Εκεί όμως που επικεντρώνεται κυρίως το ενδιαφέρον μας είναι τα παιδιά. Τα τρυφερά αυτά πλασματάκια που πέρα από την τρυφερότητα και την αγάπη έχουν ανάγκη πρώτιστα από καλή υγεία.

Θα επιδιώξουμε να αποδείξουμε πως η έλλειψη της νοσ/κής παρέμβασης από τα σχολεία εγκαταλείπει τα παιδιά στο έλεος εκατοντάδων ασθενειών που εύκολα θα μπορούσαν να προληφθούν ή να αντιμετωπιστούν χωρίς να ταλαιπωρούν το εύθραυστο σωματάκι τους.

Στο πρώτο μέρος, το γενικό αναφερόμαστε γενικότερα στην Κοινωνική νοσ/κή, την ιστορική της αναδρομή, την αναγκαιότητά της και την περιορισμένη εφαρμογή της. Ταυτόχρονα αναλύονται οι συνθήκες που επικρατούν σήμερα στα Ελληνικά σχολεία όσον αφορά την υγεία των παιδιών και τέλος παραθέτονται ασθένειες και κίνδυνοι που απειλούν καθημερινά τα παιδιά μας τα οποία θα είχαν αποφευχθεί εάν υπήρχε νοσ/κή δραστηριότητα στους χώρους των σχολείων. Στο δεύτερο μέρος, το ειδικό, παραθέτουμε τα αποτελέσματα της έρευνας.

Προσπαθήσαμε να προσεγγίσουμε το θέμα όσο πιο διεξοδικά γινόταν έτσι ώστε οι πληροφορίες που θα αποκομίζει ο καθένας από αυτή την εργασία να καταλαβαίνει ότι σήμερα ο νοσ/τής είναι απαραίτητος στα σχολεία.

Αισιοδοξούμε για την ιδιαιτερότητα της εργασίας μας διότι τα βλαστάρια της κοινωνίας μας χρειάζεται πρώτα να έχουν καλή υγεία για να μπορέσουν να ονειρευτούν, να δημιουργήσουν, να προοδεύσουν φτιάχνοντας τον κόσμο μας καλύτερο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ & ΤΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

- Ιστορική αναδρομή του έργου της νοσηλεύτριας
- Φιλοσοφική θεώρηση της Νοσηλευτικής. Ηθικές αξίες - Δεοντολογία
- Παράγοντες που διαμόρφωσαν την σημερινή νοσηλευτική
- Η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας - Ορισμός

1.1 Ιστορική αναδρομή του έργου της Νοσηλεύτρι- ας

Η Νοσηλευτική, είναι επιστήμη και τέχνη που ασχολείται με την εξυπηρέτηση των αναγκών υγείας των ατόμων, της οικογένειας, του κοινωνικού συνόλου.

Συνηλικιώτης του ανθρώπου από της εγκαταστάσεώς του στη γή, στη μεταπτωτική του βέβαια κατάσταση, εξελίχθηκε από μητρική ή αδελφική φροντίδα σε οικογενειακά πλαίσια, κατά την προχριστιανική εποχή, σε μιά εθελοντική προσφορά υπηρεσιών σε κάθε πάσχοντα, γεμάτη αγάπη και αυταπάρνηση κατά την χριστιανική εποχή, μέσα στα πλαίσια της εκκλησίας, και σαν επιταγή χριστιανικής αγάπης. (Παπαμικρούλη Σ. 1992).

Το πέρασμα όμως των αιώνων με τις αναπόφευκτες μεταβολές και μεταξιώσεις που επέφερε στη ζωή των ανθρώπων, όπως ήταν φυσικό, άλλαξε τη φύση της Νοσηλευτικής από οικογενειακή υπόθεση και χριστιανικό καθήκον σε επάγγελμα. Πρωτοπόρος στην αλλαγή αυτή ήταν η μεγάλη Αγγλίδα Νοσοκόμος Florence Nightingale η οποία μετά την επιτυχή δράση της στον Κριμαϊκό πόλεμο 1854-1856 ίδρυσε την πρώτη Σχολή Νοσοκόμων στο Νοσοκομείο του Αγίου Θωμά στο Λονδίνο το 1860. Οι απόφοιτες της Σχολής αυτής σκόρπισαν σε όλο τον κόσμο και ίδρυσαν παρόμοιες Σχολές Νοσοκόμων. (Παπαμικρούλη Σ. 1992).

Στη μικρή μας χώρα, που την εποχή εκείνη έκανε τα πρώτα ασταθή και αβέβαια βήματά της στον ελεύθερο βίο αντιμετωπίζοντας πληθώρα προβλημάτων, η Βασίλισσα Όλγα ίδρυσε το Νοσοκομικόν Παιδευτήριον, (η μετέπειτα Σχολή Νοσοκόμων του Ευαγγελισμού) το 1857, όπως ίδρυσε και τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό το 1877.

Οι υγειονομικές ανάγκες του στρατεύματος κατά τους Βαλκανικούς πολέμους αντιμετωπίσθηκαν με την εθελοντική προσφορά κυριών και δεσποινίδων της αθηναϊκής κοινωνίας, τις οποίες στοιχειωδώς είχε εκπαιδεύσει ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός από το 1911. Το 1914 ο Ε.Ε.Σ. συστηματοποίησε την εκπαίδευση αυτή με την Σχολή Επικούρων Αδελφών, στις οποίες η Πολιτεία έδωσε την

πρώτη άδεια ασκήσεως επαγγέλματος Νοσοκόμων, με νόμο που δημοσιεύθηκε στην εφημερίδα Κυβερνήσεως τον Μάιο του 1914. Οι «Αδελφές» αυτές υπηρέτησαν τις υγειονομικές ανάγκες του στρατεύματος και έφθασαν μέχρι Βράϊλας, Οδησσού και Σαγγαρίου στις πολεμικές περιπέτειες της χώρας από το 1914 ως το 1922. Τρεις Αδελφές εθυσίασαν τη ζωή τους για την Πατρίδα την περίοδο αυτήν: 'Ολγα Λεβίδου, Σαπφώ Γεωργιάδου, 'Αννα Κεφαλονίτου.

Οι εξαιρετές αυτές επίκουροι Αδελφές του Ε.Ε.Σ. επέστρεψαν στη χώρα μετά την Μικρασιατική καταστροφή αλλά οι πιό πολλές απεσώθησαν στις οικονομικές τους υποχρεώσεις. Ευτυχώς όμως μία πλειάς Αδελφών συνέχισαν τη νοσηλευτική τους δραστηριότητα στον Ε.Ε.Σ. Το πλήθος των αναγκών της υγειονομικής περιθάλψεως εκατοντάδων χιλιάδων προσφύγων, διαβιούντων υπό δυσμενέστατες συνθήκες οδήγησαν τις πρωτοποριακές αυτές Αδελφές στην απόφαση για την ίδρυση Σχολής εκπαίδευσεως μονίμου νοσηλευτικού προσωπικού, παράλληλα με την εκπαίδευση εθελοντών. (Παπαμικρούλη Σ. 1992).

Οι Αδελφές αυτές ήταν: Αθηνά Μεσολωρά, Ελένη Βασιλοπούλου, Μαρία Νεγρεπόντη, Ελένη Τρικούπη, Αριέττα Δέγλερη, Μαίη Χρυσοβελώνη.

Έτσι το 1923 ιδρύθηκε και το 1924 λειτούργησε η Ανωτέρα Σχολή Νοσοκόμων και Επισκεπτριών Αδελφών του Ε.Ε.Σ.

Το 1930 αναδιοργανώθηκε η παλαιά Σχολή του Ευαγγελισμού σύμφωνα με το νέο πρόγραμμα και το 1937 ιδρύθηκε η Κρατική Σχολή Επισκεπτριών Αδελφών και Νοσοκόμων που λειτούργησε το 1938.

Μια άλλη προσπάθεια εκπαίδευσεως Νοσοκόμων έγινε από το Σύλλογο Αμερικανίδων Κυριών με την ίδρυση Σχολής Νοσοκόμων στην Κοκκινιά. Η Σχολή λειτούργησε από το 1928 μέχρι το 1933 και έδωσε 27 αποφοίτους.

Λειτουργήσε επίσης την περίοδο αυτή μια Σχολή βοηθών Νοσοκόμων του Ε.Ε.Σ. και μιά Σχολή Βοηθών Επισκεπτριών Αδελφών. Παράλληλα συνεχίσθηκε η προσπάθεια Εκπαίδευσεως Εθελοντών Αδελφών του Ε.Ε.Σ. σε όλη τη χώρα με ειδικό εξάμηνο πρόγραμμα. (Παπαμικρούλη Σ. 1992).

Όταν το πρωινό της 28ης Οκτωβρίου 1940 αιφνιδιαστήκαμε από τις σειρήνες και τα πρώτα πολεμικά ανάκοινωθέντα, ένας μικρός λευκοντυμένος στρατός από 2.200 περίπου Διπλωματούχους Νοσοκόμους, Βοηθούς Νοσοκόμους, Εθελοντές Αδελφές και μαθήτριες εν εκπαίδευσει στις τρεις τότε εν λειτουργία Σχολές, ήταν έτοιμες να δράσουν μαζί με τις πρακτικές Αδελφές που υπηρετούσαν τότε στα Στρατιωτικά και Πολιτικά Νοσοκομεία της χώρας και να αντιμετωπίσουν μαζί με τις τρέχουσες ανάγκες υγείας του Ελληνικού Λαού, τις έκτακτες ανάγκες του ηρωϊκού Στρατού μας που εμάχετο στα Βορειοηπειρωτικά βουνά.

Με την κήρυξη βεβαίως του πολέμου άρχισε η ταχύρρυθμη εκπαίδευση εθελοντών Αδελφών του Ε.Ε.Σ. στην Αθήνα και στις επαρχίες. 1254 Εθελοντές Αδελφές εξεπαιδεύθησαν κατά την διάρκεια του πολέμου. (Παπαμικρούλη Σ. 1992).

Περί τις 3000 Αδελφές Διπλωματούχες, Βοηθοί Νοσοκόμοι και Εθελοντές νοσηλεύσαν 55.000 τραυματίες και ασθενείς στρατιώτες κατά την διάρκεια των έξι μηνών του πολέμου σε 58 Στρατιωτικά Νοσοκομεία Εκστρατείας και Διακομιδής, πολυάριθμους Υγειονομικούς Σταθμούς, Ορεινά Χειρουργεία μετώπου, εννέα Υγειονομικούς Σιδηροδρομικούς Συρμούς, τέσσερα Πλωτά Νοσοκομεία, Κέντρα Διαλογής και Διακομιδής Τραυματιών, Σταθμούς Πρώτων Βοηθειών και Παθητικής Αεραμύνης και άλλους υγειονομικούς σχηματισμούς του στρατεύματος, όπως γωνιές του τραυματίου, στρατόπεδα αιχμαλώτων κλπ. (Παπαμικρούλη Σ. 1992).

Την τεράστια ευθύνη, της προετοιμασίας του σχεδίου επιστρατεύσεως είχε η αείμνηστη Μεγάλη Αδελφή του Ε.Ε.Σ. Αθηνά Μεσολωρά. Η μεγάλη αυτή Ελληνίδα Νοσοκόμος, παλαίμαχος των Βαλκανικών Πολέμων και του Πρώτου Παγκοσμίου Πολέμου, ως Σύμβουλος του Υπουργείου Εθνικής Αμύνης για νοσηλευτικά θέματα από το 1939 είχε επεξεργασθεί σχέδιο επιστρατεύσεως Αδελφών και πρόγραμμα ταχυρρύθμου εκπαίδευσεως εθελοντών για την αντιμετώπιση των υγειονομικών αναγκών του στρατεύματος, εν όψει της επερχομένης τότε πολεμικής λαίλαπος.

Το σχέδιο ενεκρίθη από το Γενικό Επιτελείο Στρατού και εφαρμόσθηκε με την έναρξη του πολέμου με μεγάλη επιτυχία και άριστα αποτελέσματα.

Κατά τη διάρκεια του πολέμου 1940-41 της ανετέθη η γενική ευθύνη του Νοσηλευτικού Προσωπικού της Υγειονομικής Υπηρεσίας του Στρατεύματος. Εργάσθηκε υπεράνθρωπα με γενναιότητα και αυτοθυσία.

Αντάξιες όμως της αρχηγού των ήσαν και οι Ελληνίδες Αδελφές. Όλος αυτός ο Νοσηλευτικός κόσμος, όπως και κάθε Έλληνας κατά την περίοδο εκείνη, εργάσθηκε με αυταπάρνηση, αφοσίωση στο καθήκον, ζήλο, γενναιότητα, ενθουσιασμό και απόλυτη νοσηλευτική επάρκεια, συμβάλλοντας έτσι στον κοινό αγώνα. (Παπαμικρούλη Σ. 1992).

Πολλές αδελφές ησθένησαν από υπερκόπωση, άλλες τραυματίσθηκαν και μερικές έμειναν ανάπηρες σε όλη τους τη ζωή. 10 Διπλωματούχοι και εθελοντές Αδελφές προσέφεραν για την Πατρίδα την υπέρτατη θυσία της ζωής τους.

Οι παλαίμαχες προϊστάμενες Αδελφές: Ιουλία Ανδρεάδη, Ελένη Παρασκευοπούλου-Θεοτόκη. Η Διευθύνουσα του 2ου Στρατιωτικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων: Καλλιόπη Γιουλούντα. Η νεαρά απόφοιτος της Σχολής Ε.Ε.Σ. Ελένη Καλογερίδου. Οι εθελοντές Αδελφές: Λουκία Κυριακού, Ελένη Μητροπούλου, Αναστασία Ευφαιμίδου, Καλλιόπη Κρασσά, Καίτη Βαφειάδου και η Διαιτολόγος εθελοντής Αδελφή Ελένη Τσάλλη. (Παπαμικρούλη Σ. 1992).

Σήμερα, στο πενιχρό από αξίες παρόν, είναι ανάγκη να αναβαπτισθούμε στο πνεύμα του έπους του 40-41 και να πορευθούμε αταλάντευτοι στο δρόμο της ευθύνης και της αφοσιώσεως στο καθήκον, της συστηματικής εργασίας και της αυταπαρνήσεως, για να διδάξουμε, όπως έχουμε χρέος, τους νέους που έρχονται πίσω μας πως η ζωή καταξιώνεται και ο άνθρωπος ολοκληρώνεται, μόνον όταν πιστεύει σε ιδανικά και μάχεται γι' αυτά, φυλάγοντας Θερμοπύλες. Όταν πιστεύει στο Θεό, αγαπά την Πατρίδα και αγώνίζεται να είναι ακέραιος και να εναρμονίζει τη σκέψη του με το χρέος της πορείας προς το καθήκον στις μικρές και μεγάλες ώρες της καθημερινής ζωής και δράσεως. (Παπαμικρούλη Σ. 1992).

Την ηρωϊκή εποχή του πολέμου ακολούθησε η φοβερή περίοδος της Κατοχής ως το τέλος του 1944 και αυτήν η θλιβερή εποχή του συμμοριτοπολέμου ως το τέλος του 1949. Στους δύσκολους αυτούς καιρούς η Ελληνίδα Νοσηλεύτρια συνέχισε με μεγαλύτερη ένταση τη σκληρή της προσπάθεια να ανταποκριθεί στις νοσηλευτικές ανάγκες ενός λιμώττοντος πληθυσμού, πεινασμένη η ίδια κατά τη διάρκεια της κατοχής κάτω από αφάνταστα σκληρές συνθήκες και εν συνεχεία, ενός σπαρασσομένου Έθνους που αγωνιζόταν τον έσχατο αγώνα για να διατηρηθεί ελεύθερο. (Παπαμικρούλη Σ. 1992).

Και κατά την περίοδο αυτή όλες οι Ελληνίδες Νοσηλεύτριες, σε μια ανεπανάληπτη έξαρση, ξεπέρασαν τον εαυτό τους εργαζόμενες υπεράνθρωπα και αψηφώντας κάθε κίνδυνο μαζί με τους γιατρούς στα Κινητά Ιατρικά Συνεργεία, τα «ΚΙΣ» που εξυπηρετούσαν τις στοιχειώδεις ανάγκες υγείας του λαού της ερημωμένης υπαίθρου. Άφοβες και γενναίες μετέφεραν τραυματίες μέσα από ναρκοθετημένες περιοχές με κίνδυνο της ζωής τους. «Ο φόβος δεν προσβάλλει τους εν δράσει. Η εκτέλεσις του καθήκοντος είναι εμβόλιον αποτελεσματικόν και αλάθητον εναντίον πάσης δειλίας», γράφει η Μίνα Τσάλλη στις αναμνήσεις της. Έτσι εσκέπτοντο και έτσι ηργάζοντο κατά την δύσκολη και ταραγμένη αυτή εποχή οι ηρωϊκές Αδελφές. Τέσσερες ακόμη Αδελφές έδωσαν και αυτή τη ζωή τους περιθάλλοντας τραυματίες και πολίτες: Άννα Ραυτοπούλου, Θάλεια Λεκού, Βασιλική Ζουρίδου, Πολύμνια Καμάρα. (Παπαμικρούλη Σ. 1992).

Βέβαια, οι αναγνωρίσεις δεν έλειψαν. Από το στράτευμα, τιμητική ημερήσια διαταγή του τότε αρχιστρατήγου Αλεξάνδρου Παπάγου και από την πνευματική ηγεσία της χώρας, βραβείο Ακαδημίας Αθηνών, μαζί με πολλές άλλες τιμητικές διακρίσεις και αναγνωρίσεις της μεγάλης συμβολής των αδελφών - διπλωματούχων και εθελοντών - από Διοικητές Μονάδων και προσωπικότητες της εποχής.

Οι διπλωματούχες είχαν την ευθύνη της νοσηλείας μαζί με τις παλαίμαχες εθελοντές της διετούς Σχολής Επικούρων Αδελφών Ε.Ε.Σ. που και αυτές θεωρούνται διπλωματούχες. (Παπαμικρούλη Σ. 1992).

Όμως, τι θα μπορούσε αλήθεια να επιτευχθεί χωρίς το πλήθος των εθελοντών που εργάσθηκαν κοντά στις διπλωματούχες με αίσθημα ευθύνης, ζήλο, ενθουσιασμό και επάρκεια:

Μνημείο και προτομές στήθηκαν σε πολλά μέρη της πατρίδος μας προς τιμήν των αδελφών. Στα Γιάννενα, γι' αυτές που έπεσαν εκεί, στο Ρέθυμνο Κρήτης για την Καλλιόπη Γιουλούντα, στον Πύργο Ηλείας για την Ελένη Μητροπούλου και αλλού. Το πιό αντιπροσωπευτικό όμως μνημείο για όλες τις αδελφές είναι εκείνο που έστησε ο Ε.Ε.Σ. στον περίβολο του Νοσοκομείου του στην Αθήνα, το 1983, με την ευκαιρία του εορτασμού των 60 χρόνων από την ίδρυση του Σώματος Αδελφών και της Σχολής Νοσοκόμων και Επισκεπτριών.

Το μνημείο έχει μορφή επιτύμβιας, από άσπρο πεντελικό μάρμαρο, και στην πρόσοψή του είναι σκαλισμένο ένα επίγραμμα του Σιμωνίδη του Κείου:

ΕΥΚΛΗΣ ΜΕΝ Α ΤΥΧΑ, ΚΑΛΟΣ Δ' Ο ΠΟΤΜΟΣ, ΒΩΜΟΣ Δ' Ο ΤΑΦΟΣ, ΠΡΟΓΩΝ ΔΕ ΜΝΑΣΤΙΣ, Ο Δ' ΟΙΚΤΟΣ ΕΠΑΙΝΟΣ. (Παπαμικρούλη Σ. 1992).

Και η απόδοση του επιγράμματος στην απλοελληνική γλώσσα:

Ένδοξη μεν η τύχη, ο δε θάνατος ωραίος, βωμός δε ο τάφος, αντί θρήνων ανάμνηση αρμόζει και ο οίκτος έπαινος.

Στην 10ετία του 1940, την περίοδο αυτή την τόσο δύσκολη αλλά και τόσο ηρωική και ένδοξη, με την έμπνευση και την καθοδήγηση του αιμνείστου Αρχιμανδρίτου, Πατρός Σεραφείμ Παπακώστα, προϊσταμένου τότε της Αδελφότητας «ΖΩΗ», εκατοντάδες νέων αφιερωμένων γυναικών εστράφησαν προς το Νοσηλευτικό έργο. Εξεπαιδεύθησαν στις Νοσηλευτικές Σχολές και υπηρέτησαν στα Νοσοκομεία των Αθηνών αλλά και των επαρχιών. Απερίσπαστες από οικογενειακές φροντίδες σαν μέλη Ιεραποστολικών Αδελφοτήτων ή και σαν μεμονωμένα άτομα αφιέρωσαν την ζωήν των στην άσκηση του Νοσηλευτικού έργου αναβιώνοντας ιερές παραδόσεις των πρωτοχριστιανικών χρόνων. (Παπαμικρούλη Σ. 1992).

Μερικές από τις Αδελφές αυτές επεξέτειναν την ιεραποστολική τους δραστηριότητα και σε άλλες χώρες. Σήμερα περί τις 10 Αδελφές εργάζονται στο

νοσηλευτικό έργο στο Ζαΐρ, στην Κένυα και στην Κορέα ως μέλη Ορθοδόξων Ιεραποστολικών κλιμακίων στις χώρες αυτές.

Μετά την δημοσίευση του Ν.Δ. 683/1948 με το οποίο ρυθμίσθηκαν τα θέματα της εκπαίδευσεως και της βαθμολογικής εξελίξεως των Νοσηλευτών άνοιξαν νέες Σχολές Νοσηλευτών στην Αθήνα και στη Θεσσαλονίκη. Λειτουργήσαν 12 εν συνόλω Ανώτερες Σχολές Νοσηλευτών. 11 υπό την εποπτεία του Υ.Υ.Π.Κ.Α. και μία υπό την ευθύνη του Υπ. Εθνικής Αμύνης. Το 1970 λειτουργήσαν πέντε Τμήματα Νοσηλευτικής στα Κέντρα Ανωτέρας Τεχνολογικής Εκπαίδευσεως στα ΚΑΤΕΕ, υπό την εποπτεία του Υπουργείου Παιδείας.

Η Ελλάδα ήταν η πρώτη χώρα στην Ευρώπη που καθιέρωσε το απολυτήριο Γυμνασίου (παλαιού τύπου) για την εισαγωγή σπουδαστριών στις Σχολές Νοσηλευτών το 1948. Ακολούθησε το Βέλγιο μετά 10 έτη το 1958. (Παπαμικρούλη Σ. 1992).

Το 1979 με το Π.Δ. 184 ιδρύθηκε το πρώτο Τμήμα Νοσηλευτικής στο Πανεπιστήμιο Αθηνών. Το Τμήμα λειτουργήσε το 1980 και έχει δώσει μέχρι σήμερα περί τους 300 αποφοίτους. Μέχρι σήμερα το Τμήμα έχει δώσει περί τα 20 Διδακτορικά Διπλώματα. Έχουν ιδρυθεί δύο ακόμη Τμήματα Νοσηλευτικής στα Πανεπιστήμια της Κρήτης και Θράκης αλλά δεν έχουν λειτουργήσει ακόμη.

Το 1983 με το Ν.1404 καταργήθηκαν τα ΚΑΤΕΕ και ιδρύθηκαν τα Τεχνολογικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα (Τ.Ε.Ι.). Ιδρύθηκαν 8 Τμήματα Νοσηλευτικής και η Νοσηλευτική εκπαίδευση από τις Σχολές του Υπουργείου Υγείας και τα ΚΑΤΕΕ μεταφέρθηκε στα Τ.Ε.Ι. Η Στρατιωτική Σχολή Νοσηλευτικής λειτουργεί ακόμη υπό την εποπτεία του Υπουργείου Εθνικής Αμύνης. (Παπαμικρούλη Σ. 1992).

Με τον Νόμο 1579/1985 καθιερώθηκαν τέσσερες ειδικότητες για τους Νοσηλευτές: Παθολογική, Χειρουργική, Παιδιατρική Νοσηλευτική και Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Οι ειδικότητες αυτές δίνονται με την ευθύνη του Υπουργείου Υγείας σε Νοσηλευτικά Ιδρύματα που χρησιμοποιούνται ως εκπαιδευτικά Κέντρα για τη χορήγηση αντιστοίχων ειδικοτήτων εις Ιατρούς.

Παράλληλα με την Ανωτάτη και Ανωτέρα βαθμίδα λειτουργούν περί τις 60 Μέσες Τεχνικές Επαγγελματικές Νοσηλευτικές Σχολές διετούς φοιτήσεως σε όλη τη χώρα προσαρτημένες σε ισάριθμα Νοσοκομεία με την ευθύνη του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Βοηθοί Νοσοκόμοι εκπαιδεύονται επίσης από 4-5 Τεχνικά Επαγγελματικά Λύκεια. (Παπαμικρούλη Σ. 1992).

Βεβαίως υπάρχουν και οι λεγόμενες Πρακτικές Αδελφές στις οποίες τα τελευταία χρόνια δίδεται ένα πρόγραμμα 200 περίπου ωρών θεωρητικής διδασκαλίας σε συνδυασμό με την εργασία τους στα Νοσοκομεία. Για το πρόγραμμα αυτό βέβαια δεν χορηγείται πιστοποιητικό σπουδών. Ο κλάδος των Πρακτικών Αδελφών είναι προσωρινός. (Παπαμικρούλη Σ. 1992).

Τελευταία έχει δημιουργηθεί μια νέα κατηγορία Βοηθών Υγειονομικών Υπηρεσιών που χρησιμοποιούνται για βοηθητικές εργασίες. Υπάρχουν ακόμη και οι Αποκλειστικές Αδελφές, οι οποίες συμπληρώνουν την πολυμορφία που παρατηρείται στη χώρα μας όσον αφορά το λεγόμενο Νοσηλευτικό προσωπικό.

Χωρίς μελέτη της καταστάσεως, χωρίς εκτίμηση των αναγκών, χωρίς προγραμματισμό και λήψη μέτρων για την πλήρωση των τεραστίων κενών που παρατηρούνται στη χώρα μας, κυρίως όσον αφορά του Νοσηλευτές Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, επινοούμε εμβλαωματικές λύσεις οι οποίες χωρίς να λύνουν το πρόβλημα δημιουργούν νέα προβλήματα και νέα αδιέξοδα. (Παπαμικρούλη Σ. 1992).

Στην Ευρώπη είμαστε η τελευταία χώρα στην αναλογία κατοίκων-Νοσηλευτικού προσωπικού και μία από τις τελευταίες σ' όλο τον κόσμο στην αναλογία Νοσηλευτών προς πληθυσμό. Η θλιβερή κατάσταση που παρατηρείται σήμερα στα Νοσοκομεία μας δεν είναι άσχετη με την φοβερή αυτή έλλειψη Διπλωματούχων Νοσηλευτών Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης. Η Νοσηλευτική υπηρεσία είναι η σπονδυλική στήλη του Νοσοκομείου και όσο στέκει ορθή πολλές άλλες ελλείψεις και αδυναμίες των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων καλύπτονται και οικονομούνται. (Παπαμικρούλη Σ. 1992).

Αλλά γιατί αντιμετωπίζουμε αυτό το πρόβλημα στη χώρα μας. Τι φταίει και δεν επιλέγουν οι απόφοιτοι του Λυκείου το Νοσηλευτικό έργο και το ακόμη χειρότερο, γιατί δεν παραμένουν σ' αυτό; Η μέση διάρκεια παραμονής στο επάγγελμα είναι μικρή σε όλο τον κόσμο αλλά είναι πάρα πολύ μικρή στην Ελλάδα.

Κυριότερος λόγος είναι η φύση της εργασίας αυτή καθεαυτή. Η νοσηλεία είναι μία εργασία υπεύθυνη, επίπονη, δυσάρεστη πολλές φορές, που διεξάγεται σε περιβάλλον ανθυγιεινό μέχρι και εξαθλιωμένο - όταν νοσηλεύει ασθενείς στο διάδρομο και σε ράντζα - ψυχολογικά φορτισμένο, σε ατμόσφαιρα έντασης, πόνου και αγωνίας.

Βέβαια είναι και οι βαθιές ικανοποιήσεις, που αισθάνεται η Νοσηλεύτρια πάνω στο έργο της από την προσφορά της στους πάσχοντες συνανθρώπους, είναι και οι πολύτιμες γνώσεις, που παίρνει από τις σπουδές της και την εργασία της για τον εαυτό της και την οικογένειά της. Είναι ακόμη η νοσηλευτική μια δυναμική διεργασία, που δίνει την ευκαιρία στην Νοσηλεύτρια να ολοκληρωθεί σαν προσωπικότητα, να χρησιμοποιήσει όλα τα χαρίσματα και τα προσόντα της.

Αλλά άραγε πόση απήχηση έχουν οι πνευματικές αυτές ικανοποιήσεις στους νέους ανθρώπους της υλιστικής, ευδαιμονικής και αποδυναμωμένης ηθικά εποχής μας; (Παπαμικρούλη Σ. 1992).

Γεγονός είναι ότι πρέπει να δημιουργηθούν κίνητρα από την πολιτεία, ιδιαίτερα για τους Νοσηλευτές που εργάζονται στο Νοσοκομειακό χώρο. Στο Σχέδιο Νόμου για την Υγεία που προωθείται προς την Βουλή για ψήφιση από το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων περιλαμβάνεται ειδικό κεφάλαιο για την αναβάθμιση των Νοσηλευτικών Υπηρεσιών. Κατοχυρώνεται επί τέλους το Νοσηλευτικό έργο, δημιουργείται ειδικός Κλάδος Νοσηλευτών, συνιστάται Εθνικό Συμβούλιο Ανάπτυξης Νοσηλευτικής, παρέχεται εξουσιοδότηση για την σύνταξη Κώδικος Νοσηλευτικής Δεοντολογίας και γίνονται ορισμένες άλλες ρυθμίσεις για την εξέλιξη των Νοσηλευτών. (Παπαμικρούλη Σ. 1992).

Πρέπει όμως και η κοινωνία να ενδιαφερθεί για την ανάπτυξη του Νοσηλευτικού έργου. Να αναγνωρίσει την προσφορά των Νοσηλευτών, να συνειδητο-

ποιήσει τη συμβολή τους στη λειτουργία των υγειονομικών υπηρεσιών, και να τιμήσει το έργο τους.

Παράλληλα πρέπει να διαφωτισθεί ο πληθυσμός με τα μέσα ενημέρωσης για το Νοσηλευτικό έργο και την προσφορά του στο κοινωνικό σύνολο. Λίγοι γνωρίζουν σήμερα ότι οι Νοσηλευτές εκπαιδεύονται σε Ανώτερες και Ανώτατες Σχολές, για να ασκήσουν το έργο τους. Χρειάζεται ακόμη να διαφωτισθούν κυρίως οι νέοι για το Νοσηλευτικό έργο για να το διαλέξουν και όχι να το ακολουθήσουν αναγκαστικά, όπως γίνεται σήμερα, σαν τελευταία επιλογή στις Πανελλήνιες εξετάσεις. Να γίνει δηλαδή σωστός και ακριβής επαγγελματικός προσανατολισμός.

Όμως θα πρέπει και εμείς οι Νοσηλευτές να ανταποκριθούμε στον δικό μας αποκλειστικό ρόλο. (Παπαμικρούλη Σ. 1992).

Αν εμείς οι Νοσηλευτές σταθούμε στο ύψος της αποστολής μας, η κοινωνία ενδιαφερθεί να εκτιμήσει το Νοσηλευτικό έργο και η Πολιτεία φροντίσει να δημιουργήσει τις απαραίτητες προϋποθέσεις και τα αναγκαία για ένα τόσο δύσκολο έργο κίνητρα προσελεύσεως και παραμονής στο Νοσηλευτικό επάγγελμα θα μπορούμε να πούμε με εντιμότητα στις σημερινές νέες, που βρίσκονται στο σταυροδρόμι της εκλογής επαγγέλματος. Να ένα έργο δύσκολο αλλά γεμάτο ανθρωπιά και ικανοποίηση. Ένα έργο για τους λίγους, τους δυνατούς, τους εκλεκτούς. Αν έχεις την ευφυΐα, την ωριμότητα και την ψυχοσυναισθηματική ισορροπία και αντοχή, αν έχεις την κλίση να αγαπάς και να προσφέρεις, την ετοιμότητα και τη γενναιότητα να αντιμετωπίζεις κρίσιμες καταστάσεις, αν έχεις τη λεπτότητα και την υπομονή να κατανοείς τα προβλήματα και τις αδυναμίες των διπλανών σου, αν έχεις την ικανότητα να αυτοκυριαρχείσαι, να επιβάλλεσαι και να εξομαλύνεις προβληματικές καταστάσεις με σοφία και σύνεση, αν έχεις τέλος υψηλή αντίληψη καθήκοντος και συναίσθηση ευθύνης, αν αναγνωρίζεις την ιερότητα και τη μοναδικότητα της ανθρώπινης προσωπικότητας, αν έχεις πίστη εις τον Θεόν, απαραίτητη πηγή δύναμης και ανανέωσης, έλα να γίνεις Νοσηλεύτρια. (Παπαμικρούλη Σ. 1992).

Θα αναλάβεις ένα έργο δύσκολο που απαιτεί κόπο και διάθεση προσφο-
ράς και θυσίας αλλά θα γεμίσει η ζωή σου με νόημα, με γνώση, με αγάπη και η
ψυχή σου με ικανοποίηση γιατί υπηρετείς σ' ένα έργο με αιώνιες προεκτάσεις.

Λέγει χαρακτηριστικά ο 'Άγιος Θεόδωρος ο Στουδίτης στον ΙΖ' ίαμβό του,
«εις τον Νοσοκόμον»: «Το χρήμα θείον, ασθενών βάρη φέρειν. Τούτου λαχών
πύκτευσον ώ μοι τέκνον, θερμώς, προθύμως, εκτελείν σου τον δρόμον... Ούτως
υπηρετούντι μισθός σοι μέγας, φως απρόσιτον, ουρανών ευκληρία».
(Παπαμικρούλη Σ. 1992).

1.2 Φιλοσοφική θεώρηση της Νοσηλευτικής Ηθικής αξίας - Δεοντολογία.

Η διάσταση αυτή της Νοσηλευτικής είναι από τις πιο σοβαρές σ' ένα έργο ανθρωπιστικό σαν το δικό μας και σε μια τεχνοκρατούμενη εποχή σαν την σημερινή. Η πρόοδος της ιατρικής επιστήμης και η συναφής τεχνολογία καλπάζει κυριολεκτικώς στον αιώνα μας και αλοίμονο αν μέσα σ' αυτή τη φρενίτιδα των καθημερινών ανακαλύψεων ξεχασθεί η πνευματική υπόσταση του ανθρώπου και η άπειρη αξία του σαν αιώνιου όντος. (Παπαμικρούλη Σ. 1985).

Η φιλοσοφική θεώρηση του ανθρώπου οι ηθικές αξίες που συνδέονται με την φροντίδα του και η επιστημονική μέθοδος προσεγγίσεως των προβλημάτων του και ικανοποίησεως των αναγκών του εκφράσθηκαν ήδη από διακεκριμένες επιστήμονες Νοσοκόμους σε συγκεκριμένες θεωρίες στην Αμερική και τον Καναδά. Από το 1980 έχουν αρχίσει ετήσια συνέδρια των Θεωρητικών της Νοσηλευτικής Επιστήμης όπου ανταλλάσσονται απόψεις και αναζητούνται λύσεις στα προβλήματα που προκύπτουν. Ποιο γνωστή σε μας είναι η θεωρία της VIRGINIA HENDERSON διότι βάσει αυτής διδάσκεται - τουλάχιστον μέχρι πρότινος εδιδάσκετο - η Νοσηλευτική στις Σχολές μας. Φροντίδα με βάση τις ανάγκες του ανθρώπου, προσπάθεια αναπληρώσεως, υποστηρίξεως ως την ανεξαρτοποίηση κ.λ.π. (Παπαμικρούλη Σ. 1985).

Άλλες εξ ίσου γνωστές θεωρίες είναι της ROY (προσαρμογή) της OREM και της ROPER υπάρχουν και άλλες βέβαια που διδάσκονται στα ξένα Πανεπιστήμια και που πιστεύω ότι θα διδαχθούν και στο δικό μας όταν πάρει τη θέση του μέσα στο Τμήμα Νοσηλευτικής το Νοσηλευτικό Καθηγητικό προσωπικό.

Το θέμα της φιλοσοφικής θεώρησης απασχολεί σοβαρά και την ιατρική τις τελευταίες δεκαετίες. Πολλά γράφονται και λέγονται τον τελευταίο καιρό και πολλά συνέδρια οργανώνονται με αντικείμενο τις ηθικές και δεοντολογικές παραμέτρους των ιατρικών παρεμβάσεων στην ανθρώπινη ύπαρξη και ζωή. (Παπαμικρούλη Σ. 1985).

Το Διεθνές Συμβούλιο Οργανώσεων Ιατρικών Επιστημών CIOMS, που ιδρύθηκε με την πρωτοβουλία ιατρικών προσωπικοτήτων παγκοσμίου κύρους και τη συνεργασία του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας και της Ουνέσκο το 1949, πραγματοποίησε πέρυσι τον Οκτώβριο στην Αθήνα την 18η σύνοδό του με θέμα «Υγειονομική Πολιτική - Δεοντολογία και Ανθρώπινες Αξίες». 62 Διεθνείς οργανώσεις Βιο-ιατρικών επιστημονικών ειδικοτήτων και 24 Εθνικές Ιατρικές Ακαδημίες και Ερευνητικά Ινστιτούτα είναι μέλη στο «CIOMS». Πήραν μέρος στο συνέδριο 150 επιστήμονες Ιατρικών και συναφών ειδικοτήτων από 44 χώρες και μεταξύ αυτών 10 Νοσοκόμοι. Τρεις Ελληνίδες Αδελφές είχαν την ευκαιρία να το παρακολουθήσουν ως εκπρόσωποι του Συνδέσμου μας και μια ως εκπρόσωπος του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσοκόμων, που είχε επίσημα προσκληθεί να συμμετάσχει στο Συνέδριο και παρεκάλεσε το Σύνδεσμό μας να το εκπροσωπήσει.

Η φιλοσοφική θεώρηση της Ιατρικής Επιστήμης και των συναφών επιστημών και ο ρόλος της ηθικής, της θρησκείας και των παραδοσιακών αξιών στο σχεδιασμό της υγειονομικής πολιτικής ιδιαίτερα στα νέα προγράμματα της Πρωτοβαθμίου Υγειονομικής Φροντίδας ήταν το αντικείμενο των ομιλιών που παρουσιάστηκαν και των συζητήσεων που ακολούθησαν. (Παπαμικρούλη Σ. 1985).

«Όλοι όσοι εργάζονται στα επαγγέλματα υγείας, είπε ο καθηγητής EDMUND PELLEGRINO Διευθυντής του Ινστιτούτου Ερεύνης KENNEDY της WASHINGTON, πρέπει να έχουν συμπάθεια, αγάπη, αυτοθυσία, αφοσίωση στο καθήκον και γνώση των υποχρεώσεών τους. Το συμφέρον και η ωφέλεια των ανθρώπων που υπηρετούν, ασθενών ή υγιών πρέπει να πρυτανεύει σε κάθε ενέργειά τους από το σχεδιασμό ενός προγράμματος μέχρι τις λεπτομέρειες της εφαρμογής της καθημερινής φροντίδος». Ακούστηκε δε και το παράδοξο για τα σημερινά δεδομένα συμπέρασμα: «Η ανάπτυξη των συστημάτων και η λειτουργία τους είναι βέβαια όπουδαία και απαραίτητη, χρειάζονται όμως άνθρωποι με γνώση και ενδιαφέρον που θέλουν να δώσουν τον εαυτό τους στη φροντίδα των ανθρώπων και που παραμένουν στην εργασία τους μια ώρα παρά πάνω και μια μέρα παρά πάνω». (Παπαμικρούλη Σ. 1985).

Τουλάχιστον για μας τις Ελληνίδες Αδελφές αυτά που ακούσθηκαν στο παρά πάνω συνέδριο δεν είναι παράδοξα. Είναι καθημερινή μας πείρα και ζωή. Η αφοσίωση στο καθήκον είναι για μας και σήμερα ακόμη, σ' αυτή την υλιστική εποχή μας, μια αξία. Και όχι μόνο για τις παλιές Αδελφές που μεγάλωσαν και εκπαιδεύτηκαν σε άλλες εποχές. Είναι συγκινητικό να βλέπει κανείς τις νέες Αδελφές μας αυτά τα παιδιά της σημερινής εποχής, να δίδονται στην εργασία τους με όλη τους την ψυχή, να ξεχνούν τον εαυτό τους και να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους με αγάπη και ανθρωπιά. 'Αλλωστε αν δεν έκαναν έτσι, οι ποιά πολλές πως θα μπορούσαν να λειτουργήσουν οι 60.000 κλίνες στα 700 περίπου ιδρύματά μας και να νοσηλευθούν 1.000.000 περίπου ασθενείς το χρόνο, εφ' όσον ο Νοσηλευτικός Κλάδος λειτουργεί με το 1/3 του δυναμικού του, χρειάζεται δηλαδή να εργασθεί η μια για τρεις; (Παπαμικρούλη Σ. 1985).

Ελληνίδα Αδελφή μου, σε παρακολουθώ από κοντά, από το ηρωικό ξεσκήλωμα του Έθνους το 1940, που πρωτομπήκα σε Ελληνικό Νοσοκομείο σαν εθελοντής Αδελφή μέχρι σήμερα. Έχεις ψυχή, έχεις αγάπη, έχεις φτερά.

Οι θεωρίες της Νοσηλευτικής και τα Συνέδρια περί ηθικών αξιών είναι καλά όταν υπάρχει το θεμέλιο για να εποικοδομηθούν οι γνώσεις που παίρνουμε συνήθως από αυτά. Εσύ έχεις γερό θεμέλιο, χιλιόχρονες ρίζες οι οποίες φθάνουν στη μακρινή εποχή του Ιπποκράτους που στάθηκε με δέος και σεβασμό μπροστά στον άνθρωπο. Πέρασαν από το Σωκράτη, τον Πλάτωνα και τον Αριστοτέλη που ανέδειξαν τον άνθρωπο σαν αδιαφιλονίκητη προσωπικότητα και από τους Πατέρες της Εκκλησίας που τον είδαν εικόνα και ομοίωση του Θεού και έσκυψαν και τον υπηρέτησαν ταπεινά στις Βασιλιάδες, αλλά και από τις κατοπινές γενιές των μεγάλων Βυζαντινών μορφών και της σύγχρονης Ελληνικής ζωής. Την αγάπη και την αφοσίωση στο καθήκον την έμαθες από τα μικρά σου χρόνια από τους συνετούς γονείς σου και τους καλούς δασκάλους σου. Η Μητέρα Εκκλησία σε έθρεψε και σε τρέφει με το μάννα της Διδασκαλίας της και το πνευματικό νέκταρ των μυστηρίων της. Γι' αυτό είσαι δυνατή κι έχεις πλούσια καρδιά και ανθρώπινη ζεστασιά. (Παπαμικρούλη Σ. 1985).

Αδελφή μου, Αγαπημένη, όποια και αν είσαι, σ' όποια γωνιά της Πατρίδος μας και αν εργάζεσαι, σ' όποια βαθμίδα της Νοσηλευτικής ιεραρχίας και αν βρίσκεσαι. Έχεις στα χέρια σου ένα έργο υψηλό, γεμάτο μεγαλείο και ανθρωπιά. Ένα έργο λειτούργημα και ένα έργο διακόνημα και ένα έργο προσφορά. Ένα έργο που είναι μαζί επιστήμη και τέχνη, γνώση και πείρα, νους και καρδιά. Να είσαι υπερήφανη για το έργο σου αυτό. Να το θεωρείς ιδιαίτερη ευλογία του Θεού στη ζωή σου, το ότι οδήγησε τα νεανικά σου βήματα σε κάποια Νοσηλευτική Σχολή της Πατρίδος μας και έμαθες να νοσηλεύεις. Να φροντίζεις δηλαδή, τους δικούς σου και τους ξένους που δεν είναι ξένοι αλλά αδελφοί. Να απαλαίνεις τον πόνο των συνανθρώπων σου, να βαδίζεις κοντά τους σαν τον καλό Σίμωνα τον Κυρηναίο και να αλαφρώνεις το βάρος του Σταυρού τους. (Παπαμικρούλη Σ. 1985).

Παλιά, κουρασμένη αλλά στητή πάντα στο καθήκον σου, Αδελφή μου. Υποκλίνομαι μπροστά σου, γιατί κράτησες τον κόπο και τον καύσωνα της ημέρας, σε δύσκολα χρόνια, και δεν πρόδωσες τα ιδανικά σου. Και συ νέα Αδελφή μου, που είσαι γεμάτη όνειρα και προσδοκίες και αναζητήσεις, μην αφήσεις τον λίβα του επαγγελματισμού να μαράνει τα ιδανικά σου. Μην απογοητευθείς, μη λυγίσεις στις τόσες δυσκολίες που συναντάς και θα συναντήσεις στο δύσκολο δρόμο σου. Πίστεψε βαθειά στο έργο σου και στην αποστολή σου. Είσαι απαραίτητη, είσαι χρήσιμη, είσαι αναντικατάστατη. (Παπαμικρούλη Σ. 1985).

Σε χρειάζονται πονεμένες ψυχές και ταλαιπωρημένα σώματα. Σε χρειάζονται παιδιά που μόλις είδαν το φως του ήλιου, δοκιμάζουν της αρρώστιας το πικρό και ανεξήγητο γι' αυτά μαρτύριο. Σε χρειάζονται νέοι άνθρωποι και ώριμοι άνδρες και γυναίκες που βρέθηκαν ξαφνικά και ανεπάντεχα κτυπημένοι από την αρρώστια ή το ατύχημα σ' ένα κρεβάτι ενός ανήσυχου θαλάμου ή σ' ένα ράντζο ενός πολύβουου διαδρόμου. Σε χρειάζονται ακόμη περισσότερο τα κουρασμένα, τα ανήμπορα γηρατειά, με τις τόσες ανάγκες. (Παπαμικρούλη Σ. 1985).

Κυρίως αυτοί, παληά σκαριά, παροπλισμένα καράβια που ξεκίνησαν κάποιον ολόδροσο μαγιάτικο πρωϊνό και αρμένισαν θάλασσες και ωκεανούς, γεύτη-

καν τις χαρές και τις ομορφιές του ταξιδιού, αλλά φορτώθηκαν τον πόνο και την πίκρα μαζί με τη γνώση και την πείρα της ζωής. Έρχονται συχνά πυκνά και ζητούν αγκυροβόλι σ' ένα κρεβάτι Νοσοκομείου κουβαλώντας τις χρόνιες παθήσεις τους τις χωρίς γιατρεία. Έρχονται μόνοι ή τους φέρνουν τα παιδιά τους για να αντιμετωπίσουν μια κρίση της αρρώστιας τους ή για να πάρουν μια ανάσα από τον κόπο της μακροχρόνιας φροντίδας των γονιών τους. Κάποτε όμως και για να ελευθερωθούν, «τα παιδιά», από το φορτίο των υποχρεώσεων προς τους γέροντες γονείς και να «ταξιδέψουν» για να χαρούν τις μεγάλες μέρες της Χριστιανοσύνης, το Πάσχα και τα Χριστούγεννα, πράγμα που τόσο σε πικραίνει, καμιά φορά, γιατί καλείσαι εσύ να πληρώσεις το ξένο χρέος να περιποιηθείς το κουρασμένο σώμα, να μαλακώσεις και να γαληνέψεις τη φουρτουνιασμένη ψυχή που αισθάνεται ότι γίνεται βάρος και εμπόδιο στη ζωή των παιδιών. Και συναινεί βέβαια να περάσεις τις μεγάλες μέρες στο Νοσοκομείο, μακριά από την οικογενειακή θαλπωρή, μέσα στο ψυχρό και απρόσωπο περιβάλλον του θαλάμου για να διευκολύνει τους νέους να ζήσουν τη ζωή τους, αλλά καταπίνει τα πικρά της δάκρυα και αμίλητη θυμάται, κόπους και θυσίες και ξενύχτια, αγώνες και αγωνίες δικές της αλλοτινές, γι' αυτά τα παιδιά. (Παπαμικρούλη Σ. 1985).

Πόσο αλλόκοτη πόσο απάνθρωπη αλήθεια έχει γίνει η εποχή μας. Πως γκρεμίσαμε τα κάστρα που μας ασφάλισαν και μας κρατούσαν ελεύθερους και ανθρώπους. Πως αποτινάξαμε το «χρηστό» ζυγό της Αρετής και δεθήκαμε με τις βαρειές αλυσίδες του ευδαιμονισμού. Πως πετάξαμε το «ελαφρό φορτίο» του καθήκοντος για να βρούμε τη χαρά και κινδυνεύουμε να συντριβούμε κάτω από το βάρος της αγχώδους, της ανειρήνευτης και χωρίς σκοπό ζωή μας. (Παπαμικρούλη Σ. 1985).

Αυτές τις κουρασμένες και φορτωμένες ανθρώπινες υπάρξεις καλείσαι να βοηθήσεις με το έργο σου, να βρούν μαζί με την υγεία του σώματος και την υγεία της ψυχής. Να τους διδάξεις με την ίδια σου τη ζωή, πως η αληθινή ευτυχία που μάταια αναζητούν οι άνθρωποι στις περαστικές χαρές του κόσμου, βρίσκεται στις αιώνιες αξίες της ζωής, την πίστη και την αγάπη. Και είναι ο λόγος σου

πειστικός γιατί εσένα δεν σε κινούν συμφέροντα ούτε σκοπιμότητες. Έμαθες να προσφέρεις γιατί αγάπας και αυτό είναι το μυστικό για τη δύναμή σου. Η αγάπη είναι η ποιό μεγάλη δύναμη στον κόσμο, η ποιό ψηλή κορφή της ανθρώπινης πορείας για τελείωση, αφού ο σκοπός της επίγειας ζωής μας είναι η ομοίωση με το θείον και αφού «ο Θεός Αγάπη εστί».

Μην λυγίζεις λοιπόν, Αδελφή μου Αγαπημένη, από τα εμπόδια που συναντάς στο δύσκολο μα τόσο ωραίο δρόμο σου, μην αποκάμεις και μην οπισθοχωρείς. Μην λυπάσαι που η κοινωνία μας δεν αναγνωρίζει πάντοτε την προσφορά σου. Έχουν τόσο στενέψει οι καρδιές των ανθρώπων για να χωρέσουν ένα έργο, τόσο πλατύ σαν το δικό σου. (Παπαμικρούλη Σ. 1985).

Αμοιβή σου, η αληθινή ικανοποίηση που νοιώθεις στα κατάβαθά σου και η συνείδηση πως κάνεις το καθήκον σου. Το ανθρώπινο καθήκον σου. Η βεβαιότητα αυτή θα σε συνοδεύει σ' όλη σου τη ζωή και όταν κάποτε απόμαχος δέσεις και συ το σκαρί σου σε κάποιο υπήνεμο λιμάνι, θα σε λικνίζουν οι αύρες των αναμνήσεων μιας ζωής γεμάτης προσφορά γεμάτης αγάπη. Και σαν το γήινο ταξίδι σου τελειώσει και φύγεις από τον κόσμο αυτό, χαρά σε σένα όταν θ' ακούσεις τον Δημιουργό σου να σε καλεί στην δόξα του ουρανού, λέγοντάς σου πως «όσα εποίησας στους Αδελφούς μου τους ελαχίστους εμοί εποίησας». (Παπαμικρούλη Σ. 1985).

1.3 Παράγοντες που διαμόρφωσαν τη σημερινή Νοσηλευτική

Η Νοσηλευτική σαν μία βασική ανθρώπινη ενέργεια και σαν αναπόσπαστο τμήμα του συστήματος υγείας επηρεάζεται από τις διάφορες αλλαγές, εξελίξεις και τάσεις που παρουσιάζονται σε όλους τους τομείς τόσο της τοπικής όσο και της διεθνούς ζωής. Είναι απαραίτητο λοιπόν να διερωτηθούμε: Ποιές μεγάλες αλλαγές και τάσεις επηρέασαν και εξακολουθούν να επηρεάζουν την ποιότητα των προσφερομένων υπηρεσιών υγείας και την εκπαίδευση των επιστημόνων υγείας κατά τις τελευταίες δεκαετίες οι οποίες είχαν και έχουν σημαντική επίδραση στην Νοσηλευτική. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

1.3.1. Η ταχύτατη αύξηση γνώσεων και τεχνολογίας

Η εξαιρετική ταχύτητα με την οποία αυξήθηκε και εξαπλώθηκε η γνώση και η τεχνολογία σε σχέση με τη θεραπεία τις τελευταίες δεκαετίες καθώς και η μεγάλη έμφαση που δόθηκε, τόσο από τους επιστήμονες υγείας όσο και από το κοινό στη θεραπεία της αρρώστιας, επικέντρωσε τις επιστημονικές προσπάθειες και όλες τις διαθέσιμες πηγές στην διάγνωση και τη θεραπεία. Όλες οι επιστήμες επιστρατεύτηκαν για να βοηθήσουν την ιατρική στην καταπολέμηση της αρρώστιας. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

Η Νοσηλευτική, περισσότερο από οποιονδήποτε άλλο επιστημονικό κλάδο ήταν υποχρεωμένη να ακολουθήσει και να χρησιμοποιήσει τις γνώσεις και την τεχνολογία στην άσκηση του νοσηλευτικού της έργου και να βαδίσει παράλληλα με το ιατρικό επάγγελμα στην εφαρμογή της πολύπλοκης θεραπευτικής αγωγής. Στην σκέψη του κοινού, πολλών γιατρών αλλά και των ίδιων των νοσηλευτών, ήταν δύσκολο να διακριθεί η Νοσηλευτική σαν ξεχωριστός επιστημονικός κλάδος. Όλες οι επιστήμες υγείας αποτελούσαν τμήμα της ιατρικής και οι επιστή-

μονες υγείας, εκτός από τους γιατρούς, ανήκαν στα «Παραϊατρικά επαγγέλματα».

Η σκέψη όμως αυτή, άρχισε σταδιακά να αλλάζει. Η σημερινή τάση και πεποίθηση της Νοσηλευτικής είναι η ανάγκη αναγνώρισης του επαγγέλματος σε ανεξάρτητο επιστημονικό, επαγγελματικό κλάδο, χωρίς βέβαια τούτο να επηρεάσει τη συνεργασία και αλληλοκατανόηση που πρέπει να επικρατεί ανάμεσα στους επιστήμονες όλων των επαγγελμάτων υγείας. Ο σκοπός αυτός έχει ήδη επιτευχθεί στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου όπου ο νοσηλευτής εργάζεται σαν ξεχωριστός επιστήμονας τόσο στο χώρο του νοσοκομείου όσο και στην κοινότητα γενικά. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

1.3.2. Οι δημογραφικές μεταβολές και κοινωνιολογικές αλλαγές

Η ηλικιακή σύνθεση του πληθυσμού της γής έχει μεταβληθεί τα τελευταία χρόνια. Ο ρυθμός γεννήσεων έχει πέσει και ο μέσος όρος ζωής του ανθρώπου αυξήθηκε σημαντικά. Η θέση της σημερινής γυναίκας στην κοινωνία έχει αλλάξει και τα χρόνια σπουδών αυξήθηκαν με αποτέλεσμα τα παραγωγικά χρόνια εργασίας των ατόμων να περιορίζονται. Η ηλικιακή σύνθεση του πληθυσμού έχει ιδιαίτερη σημασία για τη Νοσηλευτική και η αύξηση του πληθυσμού των ηλικιωμένων ιδιαίτερα, προσθέτει ακόμη περισσότερες ευθύνες και υποχρεώσεις στις υπηρεσίες υγείας με την ταχύτατη αύξησή του. Οι νοσηλευτές αποτελούν την καλύτερη πηγή προσφοράς επιστημονικής εργασίας για την αξιολόγηση, την διατήρηση και την προαγωγή της υγείας των ηλικιωμένων οι οποίοι ζούν στην Κοινότητα, και ο συνεχώς αυξανόμενος αριθμός των αποτελεί πρόκληση για το νοσηλευτικό επάγγελμα. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

1.3.3. Η αύξηση των απαιτήσεων του κοινού σε θέματα Υγείας

Ο πολίτης του 20ου αιώνα θεωρεί πια αναφαίρετο δικαίωμα το να έχει στη διάθεσή του καλά οργανωμένες υπηρεσίες για την κάλυψη των αναγκών του. Το ενδιαφέρον του κοινού για ατομική, οικογενειακή και κοινοτική υγεία έχει αυξηθεί. Ο άνθρωπος συνειδητοποίησε ότι μια σωστά οργανωμένη υγειονομική υπηρεσία πρέπει να προσφέρει κάτι πολύ περισσότερο από τη διάγνωση και θεραπεία μιας αρρώστιας. Η αλλαγή αυτή επηρέασε και εξακολουθεί να επηρεάζει σημαντικά την σημερινή οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Τώρα πια οι ίδιοι οι πολίτες αναζητούν εναλλακτικές λύσεις για τα συστήματα που ήταν προσανατολισμένα στην αρρώστια και τη θεραπεία και είχαν μέχρι τώρα κέντρο το νοσοκομείο. Ζητούν υπηρεσίες που προσανατολίζονται στη διατήρηση και την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη της αρρώστιας. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

1.3.4. Οι αλλαγές στις έννοιες Υγεία - αρρώστια

Οι διάφορες αλλαγές που παρουσιάστηκαν, όπως οι αυξημένες απαιτήσεις του κοινού από τις υπηρεσίες υγείας, η ανάπτυξη της τεχνολογίας και οι νέες γνώσεις και πληροφορίες για την υγεία, δημιούργησαν την απαίτηση να τεθεί τέρμα στη φράση που συχνά και στην χώρα μας χρησιμοποιείται, ότι δηλαδή «παραμορφώνονται οι νοσηλευτές». Οι νοσηλευτές ίσως εμορφώνοντο περισσότερο σε σχέση με τη θεραπεία της αρρώστιας αλλά σίγουρα όχι και ως προς την πρόληψη. Η ανάγκη να οργανωθεί η Νοσηλευτική εκπαίδευση σε πανεπιστημιακό επίπεδο τονίστηκε σε σχετικά συμπόσια του ΠΟΥ που έγιναν το 1972 και το 1977. Τα συμπεράσματα των συμποσίων ήταν:

«Ο νοσηλευτής πρέπει να εκπαιδεύεται σε πανεπιστήμια ή άλλα ανάλογα ιδρύματα ανώτατης εκπαίδευσης. Οι πλούσιες πηγές του Πανεπιστημίου είναι οι μόνες κατάλληλες να προετοιμάσουν το φοιτητή της Νοσηλευτικής για το επίπεδο

δο και την έκταση της νοσηλευτικής γνώσης που απαιτείται στην ανεπτυγμένη σημερινή φροντίδα υγείας και για μελλοντική καριέρα η οποία απαιτεί ευελιξία και ικανότητα προσαρμογής σε κάθε πρόσθετη αλλαγή». (Κυριακίδου Ελ. 1995).

1.3.5. Η έλλειψη νοσηλευτικού δυναμικού

Βασικό εμπόδιο για την εφαρμογή των διαφόρων συστημάτων και την αλλαγή του τρόπου εργασίας στη Νοσηλευτική απετέλεσε ή έλλειψη διαθέσιμων πηγών και συγκεκριμένα νοσηλευτικού δυναμικού, ο περιορισμένος δηλαδή αριθμός κατάλληλα εκπαιδευμένων διπλωματούχων νοσηλευτών που να καλύπτουν τις ανάγκες των υπηρεσιών υγείας. Η είσοδος στα συστήματα υγείας και ο διορισμός ατόμων με περιορισμένη, ελάχιστη ή καθόλου νοσηλευτική εκπαίδευση, το μόνο που επέτυχε είναι η επιδείνωση της κατάστασης τόσο στα νοσοκομεία όσο και σε όλες τις υπηρεσίες υγείας. Επιπλέον επέφερε σύγχυση τόσο μέσα στο νοσηλευτικό επάγγελμα όσο και στο κοινό σχετικά με την προετοιμασία και το ρόλο του νοσηλευτή. Τέτοια μέτρα ασφαλώς δεν συμβάλλουν στη δημιουργία της πραγματικής εικόνας και την άνοδο του γοήτρου του νοσηλευτικού έργου, αφού τα νοσηλευτικά καθήκοντα διεκπεραιώνονται τόσο από τους λίγους σε αριθμό πτυχιούχους νοσηλευτές όσο και από τους διετούς φοίτησης, τους πρακτικούς ή και «τις αποκλειστικές», όπως δυστυχώς διαμορφώθηκε η κατάσταση συγκεκριμένα στην πατρίδα μας τα τελευταία χρόνια. Αντίθετα, οι λύσεις αυτές, συντελούν στο να απομακρύνουν τους νοσηλευτές από το νοσηλευτικό επάγγελμα και να τους οδηγούν σε αναζήτηση διεξόδου εκτός αυτού, υποβαθμίζουν τη Νοσηλευτική και περιορίζουν την δυνατότητα προσφοράς ασφαλούς και αποτελεσματικής φροντίδος. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

Η λύση βέβαια στο πρόβλημα αυτό δεν μπορεί να είναι η ίδια σε όλες τις χώρες. Κάθε χώρα ξεχωριστά χρειάζεται να λύσει το πρόβλημα αυτό ανάλογα με τις δυνατότητες και τις συνθήκες που επικρατούν σ' αυτήν. Η πρόταση του ΠΟΥ για την αντιμετώπιση του προβλήματος είναι η δημιουργία Συστήματος Νο-

σηλευτικής Ιεραρχίας. Κάθε χώρα χρειάζεται να αναλύσει την κατάσταση, να αξιολογήσει και να καθορίσει τα επίπεδα νοσηλευτικής εκπαίδευσης και τα καθήκοντα που ανήκουν σε κάθε επίπεδο. Κανένα άτομο χωρίς ανεγνωρισμένη από το κράτος νοσηλευτική εκπαίδευση δεν πρέπει να έχει δικαίωμα άσκησης υπεύθυνου νοσηλευτικού έργου. Τα επίπεδα δε της νοσηλευτικής εκπαίδευσης πρέπει να ανταποκρίνονται στα διεθνώς παραδεκτά και να βασίζονται στις κατευθυντήριες γραμμές και τις προδιαγραφές του ΠΟΥ. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

Το βασικό νοσηλευτικό πρόγραμμα πρέπει να δίνει στο νοσηλευτή τη δυνατότητα για μεταβασική και μεταπτυχιακή εκπαίδευση, η οποία να αναπτύσσει στο νοσηλευτή τις ικανότητες που απαιτούνται για έρευνα και επομένως διεύρυνση των νοσηλευτικών γνώσεων και τεχνικών. Είναι λοιπόν αυτονόητο ότι η Νοσηλευτική, σε όλα τα επίπεδα από το βασικό μέχρι το μεταπτυχιακό, πρέπει να διδάσκεται από νοσηλευτές, όπως προβλέπει η κατευθυντήρια οδηγία της ΕΟΚ 89/595, οι δε νοσηλευτικές σχολές να διευθύνονται επίσης από κατάλληλα εκπαιδευμένους καθηγητές/τριες Νοσηλευτικής. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

Πρέπει ακόμη να γίνει σαφές από τους υπευθύνους των κρατών ότι άλλες κατηγορίες νοσηλευτικού προσωπικού δευτέρου και τρίτου επιπέδου δεν πρέπει με κανένα τρόπο να χρησιμοποιούνται για να αντικαταστήσουν τον πτυχιούχο νοσηλευτή. Όπου δεν υπάρχουν πτυχιούχοι και χρησιμοποιείται προσωπικό άλλου επιπέδου, η νοσηλευτική φροντίδα που δίδεται έχει άλλη ποιότητα. Αυτή η πραγματικότητα δεν συνειδητοποιήθηκε σε πολλά ιδρύματα και κράτη, με αποτέλεσμα την υποβάθμιση της νοσηλευτικής φροντίδας. Οι κατηγορίες αυτές του προσωπικού, όπου υπάρχουν, πρέπει να χρησιμοποιούνται σε ειδικά συγκεκριμένα και καθορισμένα καθήκοντα μέχρι να αντικατασταθούν σταδιακά από πτυχιούχους. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

1.3.6. Η έρευνα

Η ανάπτυξη και ευρεία χρησιμοποίηση της έρευνας σε όλες τις επιστήμες δεν μπορούσε να αφήσει αδιάφορη τη Νοσηλευτική. Η Νοσηλευτική έρευνα έχει τριπλό σκοπό:

Να βελτιώσει την ποιότητα Νοσηλευτικής φροντίδας.

Να αυξήσει και στηρίξει τις νοσηλευτικές γνώσεις.

Να δώσει ακριβείς πληροφορίες σχετικά με κάθε αλλαγή που εμφανίζεται στη Νοσηλευτική οργάνωση, εκπαίδευση ή καθημερινή άσκηση του νοσηλευτικού έργου.

Είναι απαραίτητο να προετοιμαστούν νοσηλευτές με γνώσεις στη μεθοδολογία της έρευνας, ικανοί να αναλάβουν ερευνητικό έργο για τον εμπλουτισμό σε γνώσεις και την επιστημονική κατοχύρωση της Νοσηλευτικής. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

1.4 Η ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η Νοσηλευτική αποτελεί σπουδαιότατο παράγοντα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Υπάρχουν ενδείξεις ότι στις υπηρεσίες αυτές η Νοσηλευτική πρόκειται να αναλάβει τον πρωταρχικό ρόλο για την πρώτη επαφή της υγειονομικής υπηρεσίας με το άτομο. Αναλαμβάνει λοιπόν την απευθείας βοήθεια και φροντίδα ενός αριθμού ατόμων της κοινότητας χωρίς να είναι αναγκασμένη να εξαρτηθεί από άλλα υγειονομικά επαγγέλματα. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας σε μια συνάντηση ομάδος εργασίας με θέμα «Τάσεις στην ανάπτυξη της ΠΦΥ» το 1973 τονίζει ότι: Είναι απαραίτητο να αναγνωριστεί ο μοναδικός, ξεχωριστός ρόλος του νοσηλευτή και να ελευθερωθεί το νοσηλευτικό επάγγελμα από την παραδοσιακή εξάρτησή του από το ιατρικό επάγγελμα. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

Το Διεθνές συμβούλιο Νοσηλευτών (ICN) σε ανακοίνωσή του σχετικά με τον ρόλο της Νοσηλευτικής τονίζει: «Είναι ανάγκη η Νοσηλευτική να προσαρμοστεί και να διευρύνει τον ρόλο της ανάλογα με τις ανάγκες που προκύπτουν». Ακόμη επισημαίνει σπουδαιότητα της συνεργασίας μεταξύ της Νοσηλευτικής και της Ιατρικής επιστήμης με σκοπό την όσο το δυνατόν καλύτερη ανάπτυξη και πρόοδο και των δύο επιστημών. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

1.5 Πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας - Ορισμός

Είναι η αρχική και άμεση βοήθεια που παρέχεται στο κάθε άτομο της κοινότητας από υγειονομικές υπηρεσίες που βρίσκονται κοντά στο χώρο διαβίωσής του, όταν αυτό παρουσιάσει κάποιο οξύ ή χρόνιο πρόβλημα Υγείας και η εξασφάλιση της συνέχειας της Φροντίδας αυτής στο χώρο που ζει το άτομο.

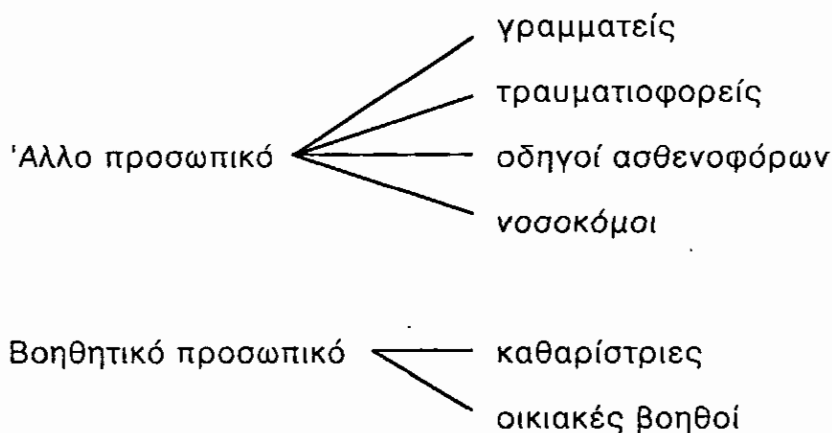
Όπως φαίνεται στο διάγραμμα, η Π.Φ.Υ. δίδεται από τα Κέντρα Υγείας, τα οποία πρέπει να βρίσκονται σε μικρή απόσταση από το χώρο κατοικίας του ατόμου. Η Δευτεροβάθμια Φ. Υγείας δίδεται στα Επαρχιακά Νοσοκομεία, τα οποία έχουν περισσότερες ειδικότητες από τα Κ. Υγείας, χωρίς όμως να μπορούν να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα όλων των ειδικοτήτων. Και η Τριτοβάθμια Φ.Υ. δίδεται από τα μεγάλα Κεντρικά Νοσοκομεία, που είναι εξοπλισμένα με όλες τις ειδικότητες και μπορούν να αντιμετωπίσουν όλα τα περιστατικά (Σχήμα 2). (Ουζούνη Εφ. 1986).

Για κάθε οξύ ή χρόνιο πρόβλημα, το άτομο δεν καταφεύγει στο Νοσοκομείο κατ' ευθείαν αλλά στο Κέντρο Υγείας της περιοχής του. Το Επιστημονικό προσωπικό του Κέντρου αξιολογεί το πρόβλημα, κάνει τις απαραίτητες εργαστηριακές και μικροβιολογικές εξετάσεις και αποφασίζει κατά πόσον το άτομο έχει ανάγκη από Νοσοκομειακή περίθαλψη, οπότε το στέλνει στο ανάλογο Νοσοκομείο ή του δίδονται σχετικές οδηγίες και επιστρέφει στο σπίτι του (π.χ. λιποθυμία, ηλίαση, κολποκοιλιακός αποκλεισμός). (Ουζούνη Εφ. 1986).

Για να ανταποκριθεί στον προορισμό του το Κέντρο Υγείας πρέπει να έχει τις κατάλληλες κτιριακές εγκαταστάσεις, ανάλογο εξοπλισμό και να είναι επανδρωμένο με κατάλληλο προσωπικό. Αυτά βέβαια θα εξαρτηθούν από την έκταση και τον πληθυσμό της περιοχής που εξυπηρετεί. Ένα συνηθισμένο Κέντρο Υγείας, καλά οργανωμένο, πρέπει να περιλαμβάνει (Σχήμα 3):

Το Προσωπικό επίσης που επανδρώνει το Κέντρο πρέπει να καλύπτει τις βασικές άμεσες ανάγκες του πληθυσμού. Γι' αυτό χρειάζεται:

Ιατρικό προσωπικό	Νοσηλευτικό προσωπικό
Παθολόγος	Κοινωνική υπηρεσία
Χειρουργός	Φυσιοθεραπευτές
Παιδίατρος	Προσωπικό εργαστηρίων
Μαιευτήρας	
Οδοντίατρος	



Όλο αυτό το προσωπικό αποτελεί την ομάδα της Π.Φ. Υγείας της οποίας τα μέλη συνεργάζονται άμεσα για την επιτυχία του σκοπού του Κέντρου. Ποιά είναι όμως η θέση της Νοσηλευτικής υπηρεσίας στο Κέντρο και την Π.Φ.Υ., πως πρέπει να είναι οργανωμένη και ποιό το περιεχόμενο της εργασίας της θα δούμε στη συνέχεια.

Η Κοινοτική Επισκέπτρια υγείας είναι Διπλωματούχος Νοσηλεύτρια με μεταπτυχιακή εκπαίδευση στην Κοινοτική Νοσηλευτική. (Ουζούνη Εφ. 1986).

Η Κοινοτική Νοσηλευτική δεν είναι απλώς Νοσηλευτική εκτός από το χώρο του Νοσοκομείου. Δεν είναι μόνο εφαρμογή μέτρων για την προστασία της υγείας του κοινού, πολύ περισσότερο, δεν είναι μόνο διδασκαλία και διαφώτιση του κοινού σε θέματα υγείας. Κοινοτική Νοσηλευτική είναι: α) Η Φυσιολογική (σωματική) Ψυχολογική και Κοινωνική υποστήριξη και φροντίδα του ατόμου που είναι άρρωστο ή ανάπηρο και εξακολουθεί να ζεί στο συνηθισμένο οικογενειακό περιβάλλον και, β) Η ενίσχυση, ενθάρρυνση και βοήθεια τόσο των υγιών όσο και των αρρώστων για υγιεινή διαβίωση με την κατάλληλη διδασκαλία. Η Επισκέ-

πτρια Κοινότητας διδάσκει τόσο με το παράδειγμα και την καθημερινή επικοινωνία με τα άτομα και τις διάφορες ομάδες, όσο και με οργανωμένη διδασκαλία.

Δύο λοιπόν οι κύριοι στόχοι της:

α) Φροντίδα και αποκατάσταση του αρρώστου.

β) Ενίσχυση και Διδασκαλία όλων των ατόμων για Υγιεινή Διαβίωση. Εδώ έχει ιδιαίτερη Εφαρμογή ο ορισμός που έδωσε στη Νοσηλευτική η V. Henderson:

«Μοναδικός σκοπός της Νοσηλευτικής είναι να βοηθήσει το άτομο, άρρωστο ή υγιές, να παρουσιάσει δραστηριότητες που συντελούν στη διατήρηση ή την επαναφορά της υγείας του. Τις δραστηριότητες αυτές θα τις έκανε το άτομο μόνο του, εάν είχε την απαραίτητη δύναμη, γνώση και θέληση». (Ουζούνη Εφ. 1986).

Η Νοσηλευτική, δηλαδή, ωθεί το άτομο να κερδίσει την ανεξαρτησία του όσο το δυνατό πιο γρήγορα. Βοηθεί το άτομο να βοηθήσει τον εαυτό του, χρησιμοποιώντας όλες τις ικανότητές του και υποστηρίζοντας τις αδυναμίες του. Την Οργάνωση της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας στην κοινότητα, βλέπουμε στο επόμενο σχήμα (Σχήμα 4).

Η Προϊσταμένη Επισκέπτρια του Κέντρου Υγείας είναι υπεύθυνη για όλη τη Νοσηλευτική Υπηρεσία του Κέντρου. Ρυθμίζει και κατανέμει την εργασία, όπως η Διευθύνουσα ρυθμίζει την εργασία του Νοσηλευτικού Προσωπικού στο Νοσοκομείο. Οι Διπλωματούχες είναι επαγγελματικά υπεύθυνες για την αξιολόγηση των αναγκών και τον προγραμματισμό της φροντίδας των ατόμων μιας συγκεκριμένης περιοχής της κοινότητας, καθώς και τη χορήγηση της φροντίδας αυτής σε συνεργασία με τις άλλες αδελφές των υπολοίπων βαθμίδων. Κάνει καταμερισμό εργασίας σε όλα τα άλλα μέλη της Ν. Ομάδος, τα οποία λογοδοτούν σ' εκείνη. Στις βοηθητικές δίδεται μόνο η ευθύνη να διεκπεραιώσουν απλές νοσηλείες όπως, πλύσιμο αρρώστου, βοήθεια για μετακίνησή του, κλπ. και βοηθούν τη Διπλωματούχο στη φροντίδα του αρρώστου. Οι Επισκέπτριες και Νοσηλεύτριες όλων των βαθμίδων συνεργάζονται υπό την κατεύθυνση πάντοτε της διπλωματούχου και χρησιμοποιούν το ομαδικό σύστημα εργασίας. Οι οικιακές βοηθοί

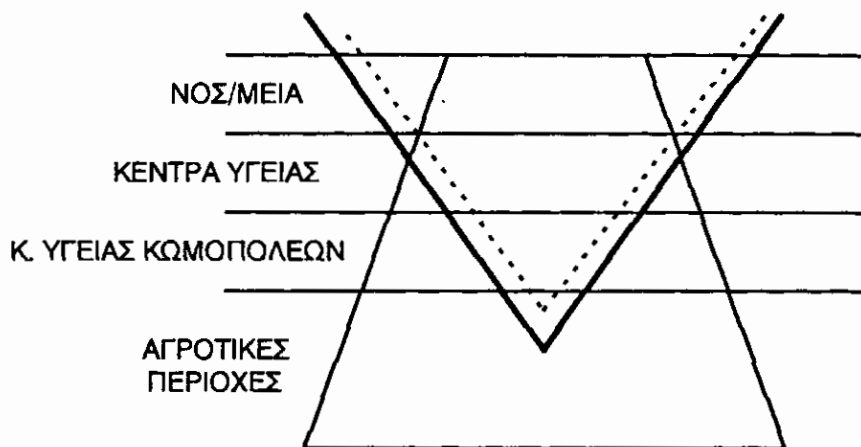
είναι άτομα άσχετα με το Νοσηλευτικό επάγγελμα, τα οποία όμως δίδουν πολύτιμη υπηρεσία στην κοινότητα, μετά από μια συστηματική εκπαίδευση 2-3 μηνών, σχετικά με βασικά θέματα υγείας όπως, διατροφή, καθαριότητα, απλό στρώσιμο κρεβατιού κλπ. Όταν χρησιμοποιούνται σωστά, ελευθερώνουν τη Νοσηλευτική υπηρεσία από μη Νοσηλευτικά καθήκοντα και κάνουν την εργασία της πιο εύκολη. (Ουζούνη Εφ. 1986).

Ο αρχικός και παραδοσιακός ρόλος της Κοινοτικής Επισκέπτριας Υγείας στις περισσότερες χώρες του κόσμου ήταν και είναι να βοηθήσει τα άτομα να βοηθήσουν τον εαυτό τους. Ο ρόλος της Κ.Ε.Υ. να βοηθήσει τα άτομα να αναπτύξουν τη δυναμικότητά τους σε θέματα υγείας τόσο ατομική όσο και συνολικά σαν οικογένεια, ομάδα ανθρώπων ή κοινότητα, είναι μοναδικός.

Η Κ.Ε.Υ. σαν δάσκαλος, σύμβουλος, οργανωτής, νοσηλευτής, είναι παράγοντας σπουδαίος που προσδιορίζει την επιτυχία ή αποτυχία της προσπάθειας για ανύψωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Ο προσανατολισμός του έργου της δεν είναι στατικός, αλλά προσαρμόζεται στους σκοπούς, τα μέσα και τα προβλήματα της κοινωνίας και εξαρτάται από κοινωνικοοικονομικά, πολιτικά και ιδεολογικά προβλήματα της κάθε εποχής. Η εργασία της πρέπει να είναι ευέλικτη και ευπροσάρμοστη στις εκάστοτε ανάγκες της κοινότητας που υπηρετεί, τις νέες επιστημονικές γνώσεις και τις δυνατότητες των ατόμων. (Ουζούνη Εφ. 1986).

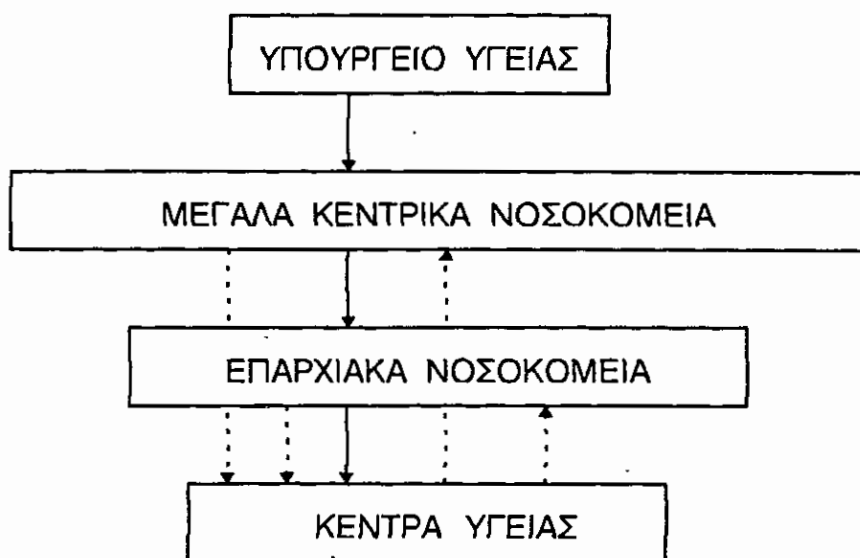
Φωτισμένη και έξυπνη συμμετοχή σε κάθε ανθρώπινη συναλλαγή προϋποθέτει τη μελέτη της συναλλαγής αυτής από την άποψη του χρόνου στον οποίο γίνεται του χώρου και του μελλοντικού σκοπού της.

Η Κοινοτική Νοσηλευτική είναι η μοναδική προσφορά της Νοσηλευτικής σε μια υπηρεσία η οποία, όταν αναπτυχθεί σωστά, έχει θεαμακότητα αποτελέσματα στην υγεία και ευεξία των ατόμων της κοινότητας. Βασικός σκοπός της είναι να εξυψώσει την υγεία του κοινού με την Εφαρμογή Νοσηλευτικών μέτρων και μέτρων Δημοσίας Υγείας μέσα στα πλαίσια του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Χώρας. (Ουζούνη Εφ. 1986).

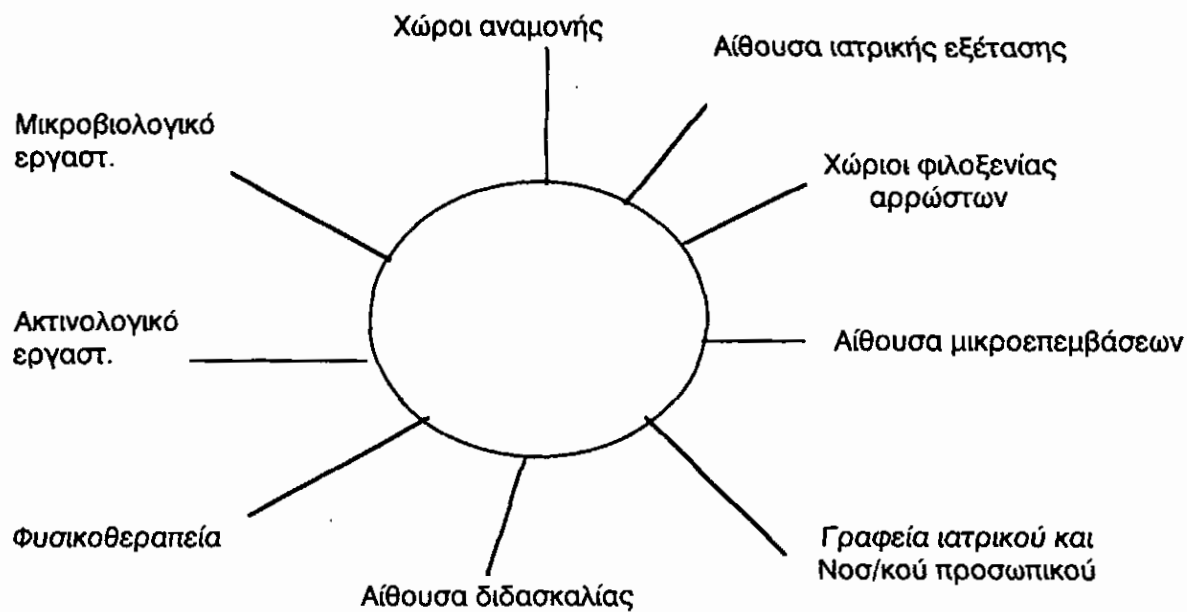


- Άτομα κοινότητας που χρειάζονται τις Ν.Υ.
- Νοσηλευτική κάλυψη
- Νοσηλευτική εκπαίδευση

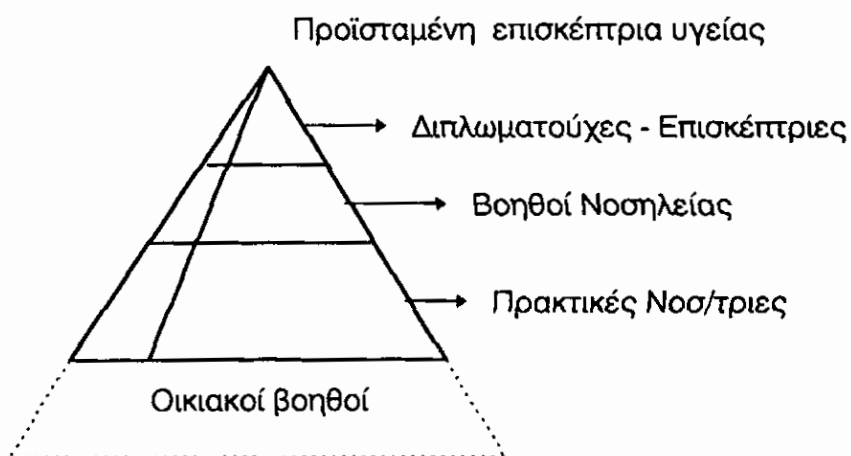
ΣΧΗΜΑ (1)



ΣΧΗΜΑ (2)



ΣΧΗΜΑ (3)



ΣΧΗΜΑ (4)

1.5.1. Η ΠΦΥ στον Κόσμο και την Ευρώπη

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί τα τελευταία χρόνια, το κύριο θέμα συζήτησης και προβληματισμού των κυβερνήσεων όλου του κόσμου αλλά και αντικείμενο μελέτης και πειραματισμού των υγειονομικών υπηρεσιών κάθε χώρας.

Όπως είναι φυσικό, το θέμα ξεκίνησε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο οποίος αποτελεί διεθνή Οργανισμό με 180 χώρες μέλη. Ο ΠΟΥ, ιδρύθηκε το 1948 με μοναδικό σκοπό την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας σε παγκόσμια κλίμακα. Διαιρείται σε έξη διοικητικές περιοχές για λόγους οργανωτικούς και πρακτικούς, το δε Κεντρικό γραφείο του έχει έδρα τη Γενεύη.

Η Ελλάδα ανήκει στο Περιφερειακό Γραφείο Ευρώπης (ΠΓΕ) μαζί με άλλες 50 χώρες και έχει έδρα την Κοπεγχάγη. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

Την τελευταία δεκαετία, έγινε συνείδηση σε διεθνείς και διακρατικούς οργανισμούς που ασχολούνται με την υγεία (ΠΟΥ, UNICEF, Ε.Ο.Κ. κλπ.) σε κυβερνήσεις χωρών, πολιτικούς, οικονομολόγους και υγειονομικούς ότι: παρά τα τεράστια έξοδα για τη συντήρηση τέλεια εξοπλισμένων νοσοκομείων σε πολλές χώρες του κόσμου, και παρά την μεγάλη τεχνολογική ανάπτυξη και επιστημονική πρόοδο που παρατηρείται, δεν σημειώνεται ανάλογη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού της γής. Ο τότε διευθυντής του ΠΟΥ Dr H. Mahler σε ομιλία του στο Τόκιο το 1986, τόνισε ότι εξακολουθούν ακόμη να υπάρχουν απαράδεκτες ανισότητες π.χ. μόνον 40% του πληθυσμού στον κόσμο έχει προσδόκιμο επιβίωσης άνω των 60 χρόνων. Η μεγάλη πλειονότητα των χωρών της Αφρικής, της ΝΑ Ασίας και της Α. Μεσογείου (που εκπροσωπούν το 45% του πληθυσμού του κόσμου) έχουν βρεφική θνησιμότητα μεγαλύτερη του 50 σε 1.000 γεννημένα ζωντανά βρέφη και 44 χώρες στον κόσμο από τις οποίες 29 στην Αφρική, έχουν βρεφική θνησιμότητα μεγαλύτερη από 100 στα 1.000 γεννημένα ζωντανά βρέφη.

Ενώ έχει πραγματικά παρουσιαστεί βελτίωση της υποδομής των υπηρεσιών υγείας σε μερικές αναπτυσσόμενες χώρες, εν τούτοις οι υπηρεσίες αυτές

δεν μπόρεσαν ακόμη να φθάσουν στα άτομα εκείνα που τις έχουν μεγαλύτερη ανάγκη, τόσο στις αγροτικές όσο και στις αστικές περιοχές. Περισσότεροι από 1.000 εκατομμύρια άνθρωποι στον κόσμο δεν έχουν επαρκές και υγιεινό νερό. 1.500 εκατομμύρια δεν έχουν στοιχειώδεις εγκαταστάσεις αποχέτευσης, πολλές μητέρες φέρνουν στον κόσμο τα παιδιά τους χωρίς καμιά βοήθεια ειδικού στην διάρκεια της εγκυμοσύνης και τον τοκετό, και εκατομμύρια άνθρωποι δεν έχουν πρόσβαση στα στοιχειώδη μέσα περίθαλψης για την υγεία και τη διατήρησή τους στη ζωή. Αλλά και μερικές ανεπτυγμένες χώρες λόγω του τεράστιου κόστους των υπηρεσιών υγείας έχουν αρχίσει να συνειδητοποιούν ότι απαιτείται μία εντελώς νέα προσέγγιση για να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα υγείας του πληθυσμού, μια προσέγγιση που θα επιδιώκει την διατήρηση της υγείας με καλά οργανωμένες υπηρεσίες πρόληψης της νόσου και όχι μόνο θεραπείας σε νοσοκομεία, όπως γίνεται μέχρι τώρα, υπηρεσίες στις οποίες θα έχουν πρόσβαση όλα τα άτομα και θα είναι προσιτές σε όλους. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας διεκήρυξε στις κυβερνήσεις όλου του κόσμου μέσα στη δεκαετία του 1970 το δυναμικό σύνθημα «Υγεία για όλους το 2.000».

Το 1978 έγινε το Ιστορικό Διεθνές Συνέδριο του ΠΟΥ και της UNICEF στην πρωτεύουσα του Καζακστάν Alma-Ata το οποίο παρακολούθησαν εκπρόσωποι 134 κρατών και 67 οργανώσεων. Το συμπέρασμα του συνεδρίου αυτού ήταν ότι το κλειδί για την επιτυχία του σκοπού του ΠΟΥ «Υγεία για όλους το 2.000» θα είναι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Το συνέδριο αυτό συνέταξε την περίφημη διακήρυξη της Alma-Ata με τα 10 άρθρα της, η οποία έγινε ομόφωνα δεκτή από όλα τα κράτη και τις οργανώσεις που συμμετείχαν στη διάσκεψη. Επειδή δε η Διακήρυξη αυτή θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική για τη Νοσηλευτική, παρατίθεται αυτούσια με τα 10 άρθρα της σε μετάφραση από το αγγλικό κείμενο. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

1.5.2 Διακήρυξη της Alma-Ata

Η Παγκόσμια Συνδιάσκεψη για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) που πραγματοποιείται στην Alma-Ata σήμερα, 12 Σεπτεμβρίου 1978, εκφράζοντας την ανάγκη για επείγουσα κινητοποίηση όλων των κυβερνήσεων, των επιστημόνων υγείας και της Παγκόσμιας Κοινότητας, με σκοπό να προστατεύσει και προαγάγει την υγεία όλου του πληθυσμού της γής, προβαίνει στην ακόλουθη διακήρυξη:

I.

Η συνάντηση επαναβεβαιώνει σταθερά ότι η Υγεία, η οποία αποτελεί κατάσταση πλήρους φυσικής διανοητικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλά έλλειψη νόσου ή αναπηρίας, αποτελεί βασικό ανθρώπινο δικαίωμα. Η επίτευξη του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας είναι ο πιο σημαντικός παγκόσμιος κοινωνικός στόχος, του οποίου η πραγματοποίηση απαιτεί τη δραστηριοποίηση όχι μόνο του τομέα υγείας αλλά και πολλών άλλων οικονομικών και κοινωνικών τομέων.

II.

Η κατάσταση ανισότητας ως προς την υγεία που επικρατεί ιδιαίτερα μεταξύ αναπτυσσομένων και ανεπτυγμένων χωρών αλλά και μεταξύ των κατοίκων της ίδιας χώρας είναι πολιτικά, κοινωνικά και οικονομικά απαράδεκτη και επομένως αποτελεί κοινό θέμα προβληματισμού όλων των χωρών.

III.

Η οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη, η οποία να βασίζεται σε μια νέα Παγκόσμια οικονομική πορεία, είναι απαραίτητη για την επιτυχία του στόχου «Υγεία για όλους» και τον περιορισμό του χάσματος μεταξύ του επιπέδου υγείας των ανεπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών. Η προαγωγή και προστασία της υγείας των ανθρώπων είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την εξασφάλιση οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης, συμβάλλει δε σε καλύτερη ποιότητα ζωής και

παγκόσμια ειρήνη.

IV

Οι πολίτες έχουν το δικαίωμα και την υποχρέωση να συμμετέχουν ατομικά και συλλογικά στον προγραμματισμό και την διεκπεραίωση της φροντίδας υγείας τους.

V

Οι κυβερνήσεις είναι υπεύθυνοι για την υγεία των πολιτών τους η οποία μπορεί να επιτευχθεί με την εξασφάλιση των αναγκών για την υγεία υπηρεσιών και μέσων. Βασικός κοινωνικός σκοπός των κυβερνήσεων, διεθνών οργανισμών και ολόκληρης της Παγκόσμιας Κοινότητας τις επόμενες δεκαετίες και μέχρι το έτος 2000, πρέπει να είναι η εξασφάλιση, σε όλο τον πληθυσμό της γής, επιπέδου υγείας το οποίο να τους επιτρέπει να ζούν παραγωγική κοινωνική και οικονομική ζωή. Η ΠΦΥ αποτελεί το κλειδί για την επιτυχία του σκοπού αυτού.

VI

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι η φροντίδα Υγείας που βασίζεται σε επιστημονικά κατοχυρωμένες πρακτικές και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες, οι οποίες είναι προσιτές σε όλα τα άτομα και τις οικογένειες της κάθε κοινότητας, με τη δική τους πλήρη και ενεργό συμμετοχή και σε κόστος που μπορούν να το αντέξουν, η δε χώρα μπορεί να ανταποκριθεί σε όλη την πορεία της ανάπτυξής τους. Η ΠΦΥ, είναι ενσωματωμένο τμήμα τόσο του συστήματος Υγείας της χώρας του οποίου αποτελεί τον κεντρικό πυρήνα και τη βασική δραστηριότητα, όσο και της γενικότερης κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας. Αποτελεί το πρώτο επίπεδο επικοινωνίας των ατόμων και των οικογενειών της κοινότητας με το σύστημα Υγείας και μεταφέρει τη φροντίδα υγείας όσο το δυνατό πιο κοντά στον τόπο κατοικίας και εργασίας των ανθρώπων με σκοπό την εξασφάλιση συνέχειας στη φροντίδα αυτή.

VII

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ)

1. Πηγάζει και αντικατοπτρίζει τις οικονομικές συνθήκες καθώς και τα κοινωνικά, πολιτιστικά και πολιτικά χαρακτηριστικά της κάθε χώρας και βασίζεται τόσο στην εφαρμογή των γνώσεων που προκύπτουν από τα αποτελέσματα έρευνας στους τομείς υγείας όσο και στην εμπειρία της Δημόσιας υγείας.
2. Στοχεύει στα βασικά προβλήματα υγείας της κοινότητας παρέχοντας υπηρεσίες που συντελούν στη διατήρηση της υγείας, την πρόληψη της αρρώστιας, τη θεραπεία και την αποκατάσταση της υγείας των ατόμων της κοινότητας.
3. Περιλαμβάνει τουλάχιστον: α) Εκπαίδευση του κοινού σχετικά με τα σπουδαιότερα προβλήματα υγείας και τους τρόπους πρόληψης και περιορισμού τους. β) Εξασφάλιση επαρκούς και υγιεινής τροφής και νερού. γ) Φροντίδα υγείας μητέρας και βρέφους καθώς και οικογενειακό προγραμματισμό. δ) Εμβολιασμούς. ε) Πρόληψη και περιορισμό των τοπικών ενδημικών νόσων, ζ) Κατάλληλη θεραπεία στα καθημερινά παρουσιαζόμενα νοσήματα και ατυχήματα. η) Εξασφάλιση απαραίτητων φαρμάκων.
4. Συνεργάζεται τόσο με τις άλλες υπηρεσίες υγείας όσο και με πολλούς άλλους τομείς της κοινωνικής και εθνικής ζωής όπως: γεωργία, κτηνοτροφία, βιομηχανία, εκπαίδευση, κατοικία, εργασία, επικοινωνία καθώς και όλους τους άλλους τομείς της κοινότητας, των οποίων επιδιώκει την υποστήριξη.
5. Προωθεί και επιδιώκει τη μέγιστη δυνατή συμμετοχή των ατόμων στον προγραμματισμό, την οργάνωση, τη λειτουργία και τον έλεγχο των υπηρεσιών ΠΦΥ, χρησιμοποιώντας στον μεγαλύτερο βαθμό τοπικές, εθνικές και άλλες πηγές και μέσα. Για την επιτυχία του σκοπού αυτού με την κατάλληλη εκπαίδευση, αναπτύσσει στα άτομα της κοινότητας αυτή την δυνατότητα συμμετοχής.
6. Συντηρείται και ενισχύεται από συντονισμένο λειτουργικό και υποστηρικτικό σύστημα αναφοράς το οποίο οδηγεί στην προοδευτική βελτίωση των Υπηρεσιών

Υγείας προς όλους, δίδοντας προτεραιότητα σε όσους βρίσκονται σε μεγαλύτερη ανάγκη.

7. Στηρίζεται στους επιστήμονες υγείας τόσο στο τοπικό επίπεδο όσο και στο επίπεδο αναφοράς που περιλαμβάνει γιατρούς, νοσηλευτές, μαίες, βοηθητικό προσωπικό και άλλους κοινωνικούς εργάτες ανάλογα με τις ανάγκες καθώς και οποιαδήποτε άλλα άτομα και ομάδες κατάλληλα εκπαιδευμένα και τεχνικά κατηρτισμένα με τα οποία συγκροτείται μια ομάδα με σκοπό να ανταποκριθεί στις ανάγκες της κάθε κοινότητας.

VIII

Όλες οι κυβερνήσεις πρέπει να αναπτύξουν πολιτικές στρατηγικές και προγράμματα δράσης με σκοπό να εδραιώσουν την ΠΦΥ σαν τμήμα ενός αποτελεσματικού Εθνικού Συστήματος Υγείας σε συνεργασία με άλλους τομείς. Για την επιτυχία του σκοπού αυτού χρειάζεται πολιτική θέληση για να χρησιμοποιηθούν οι πηγές που διαθέτει η κάθε χώρα και κάθε άλλη εξωτερική πηγή με αποτελεσματικό τρόπο.

IX

Όλες οι χώρες πρέπει να συνεργαστούν με πνεύμα συναδελφικό για να εξασφαλίσουν υπηρεσίες υγείας σε ολόκληρο τον πληθυσμό της γής. Διότι η εξασφάλιση υγιούς πληθυσμού σε μια χώρα αφορά άμεσα και έχει θετική επίδραση και στην άλλη. Η διακήρυξη αποτελεί τη στερεά βάση για την επέκταση και ανάπτυξη της ΠΦΥ σε όλο τον κόσμο.

X

Αποδεκτό επίπεδο υγείας στον κόσμο το 2000 μπορεί να επιτευχθεί με την καλύτερη και ολοκληρωτική χρησιμοποίηση των πηγών που διατίθενται παγκόσμια, μεγάλο μέρος των οποίων χρησιμοποιούνται σήμερα για πολεμικές επιχειρήσεις και εξοπλισμούς. Μια γενική πολιτική ειρήνης, ανεξαρτησίας των κρατών, και αποστρατικοποίησης μπορεί και πρέπει να ελευθερώσει πρόσθετες πηγές οι οποίες μπορούν να διατεθούν σε ειρηνικά μέσα και συγκεκριμένα στην κοινωνική

και οικονομική ανάπτυξη, της οποίας τμήμα πρέπει να διατεθεί και στην ΠΦΥ.

(Μετάφραση: Ελ. Κυριακίδου 1995)

Κατά τη διάσκεψη της Alma-Ata καθορίστηκαν η φιλοσοφία, οι αρχές, οι μέθοδοι και σε αδρές γραμμές τα μέσα για την ανάπτυξη της ΠΦΥ. Στα αμέσως επόμενα χρόνια διαμορφώθηκε η στρατηγική που πρέπει να ακολουθηθεί για την επίτευξη του στόχου «Υγεία για όλους» και καθορίστηκαν μακροπρόθεσμοι, μεσοπρόθεσμοι και βραχυπρόθεσμοι στόχοι.

Σύμφωνα με τη διακήρυξη της Alma-Ata οι υπηρεσίες ΠΦΥ έχουν τα πιο κάτω πέντε κύρια χαρακτηριστικά:

1. Είναι προσιτές σε όλους, όλα τα άτομα της κοινότητας έχουν πρόσβαση σ' αυτές.
2. Είναι απαραίτητο να υπάρχει η μεγαλύτερη δυνατή συμμετοχή των μελών της κοινότητας στο σχεδιασμό και τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας.
3. Η έμφαση τοποθετείται περισσότερο στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας παρά στη θεραπεία.
4. Χρησιμοποιείται η ανάλογη σύγχρονη τεχνολογία. Μέθοδοι, νοσηλείες, τεχνικές και μέσα πρέπει να έχουν επιστημονική βάση και να προσαρμόζονται στις τοπικές ανάγκες των ατόμων της κάθε κοινότητας. Όλα αυτά πρέπει να είναι αποδεκτά τόσο από τους επιστήμονες που θα χρησιμοποιήσουν στην άσκηση του έργου τους, όσο και από τα άτομα που θα είναι αποδέκτες της φροντίδος.
5. Οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν τμήμα της όλης προσπάθειας για προαγωγή της υγείας. Η συνεργασία με άλλους τομείς όπως εκπαίδευση, δημόσια διοίκηση, δημοτικές υπηρεσίες κλπ. είναι επίσης απαραίτητα για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του κοινού. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, τοποθετούνται οι πιο κάτω οκτώ βασικοί σκοποί των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που διαπιστώθηκαν στο ίδιο συνέδριο.

- 1) Διαπαιδαγώγηση του κοινού σχετικά με τα προβλήματα υγείας και τις μεθόδους για πρόληψη και περιορισμό τους.
- 2) Εξασφάλιση επαρκούς και υγιεινής διατροφής σε όλους.
- 3) Εξασφάλιση επαρκούς και υγιεινού νερού.
- 4) Φροντίδα υγείας μητέρας-βρέφους και οικογενειακός προγραμματισμός.
- 5) Εμβολιασμοί.
- 6) Πρόληψη και περιορισμός των νόσων που ενδημούν στην κάθε χώρα.
- 7) Αποτελεσματική αντιμετώπιση νόσων και ατυχημάτων.
- 8) Εξασφάλιση αναγκαίων φαρμάκων.

Οι βασικοί αυτοί σκοποί της ΠΦΥ δημιουργούν το πλαίσιο μέσα στο οποίο αναπόφευκτα κινείται η οργάνωση, ο προγραμματισμός και η λειτουργία των υπηρεσιών υγείας αλλά και η εκπαίδευση των επιστημόνων και τεχνολόγων, που εργάζονται στις υπηρεσίες υγείας. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

Ο ΠΟΥ διετύπωσε προτάσεις προς τις κυβερνήσεις όλου του κόσμου για να υποβαθμίσει την προώθηση του προγράμματος «Υγεία για όλους το 2.000» και κυκλοφόρησε σειρά ολόκληρη από βιβλία και έντυπα με τα οποία διαμορφώνεται η στρατηγική που πρέπει να ακολουθηθεί από τις κυβερνήσεις μέλη και τα μέσα που πρέπει να χρησιμοποιηθούν για την επίτευξη των στόχων.

Το Περιφερειακό Γραφείο Ευρώπης (ΠΓΕ) στο οποίο ανήκει και η Ελλάδα, μετά τη διακήρυξη της Alma-Ata που αφορούσε όλες τις χώρες μέλη της ΠΟΥ, ανέλαβε ιδιαίτερη έντονη πρωτοβουλία για την επιτυχία του σκοπού «Υγεία για όλους το 2.000», στις χώρες της Ευρώπης. Το 1980 καθιέρωσε μία κοινή πολιτική υγείας σε όλες τις χώρες μέλη του, η οποία έγινε αποδεκτή από την περιφερειακή Επιτροπή το 1984, με την ομόφωνη παραδοχή των 38 στόχων. Το Πρόγραμμα του ΠΓΕ διαφέρει από τα προγράμματα των άλλων περιφερειακών τμημάτων, παρόλο που βασίζεται στις ίδιες γενικές αρχές, διότι είναι προσανατολισμένο στις ιδιαίτερες ανάγκες υγείας του πληθυσμού των χωρών που καλύπτει. Οι περισσότερες από τις 50 χώρες της Ευρώπης είναι βιομηχανικές με ανεπτυγμένες τεχνολογικά υπηρεσίες υγείας. Στον προγραμματισμό του ΠΓΕ, περιλαμ-

βάνονται 3 βασικές δραστηριότητες:

1. Η προώθηση τρόπου ζωής που συντελεί στην προαγωγή της υγείας.
2. Ο περιορισμός των νόσων που μπορούν να προληφθούν.
3. Η εξασφάλιση υπηρεσιών υγείας που να είναι προσιτές, επαρκείς και αποδεκτές από όλους.

Το ΠΓΕ απηύθυνε έκκληση στις χώρες μέλη του για μια ριζική αλλαγή στην πολιτική της υγείας που ακολουθούν και ζήτησε να δοθεί πολύ μεγαλύτερη έμφαση στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας των ατόμων της κάθε χώρας. Η κάθε χώρα μέλος, έχει χρέος να προσαρμόσει τις υπηρεσίες υγείας με τις κατευθυντήριες οδηγίες του ΠΓΕ για την επιτυχία του σκοπού «Υγεία για όλους το 2.000» και να δίδει έκθεση προόδου προς την κατεύθυνση αυτή, κάθε δύο χρόνια. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

Ο καθορισμός των 38 στόχων κάνει τον προγραμματισμό για την Ευρώπη πιο συγκεκριμένο και προσανατολισμένο στα προβλήματα των χωρών που αντιπροσωπεύουν. Παρά τα κοινά προβλήματα, ενδιαφέροντα και προβληματισμούς των χωρών της Ευρώπης, και κάθε χώρας μέλος του ΠΓΕ έχει τα ιδιαίτερα, συγκεκριμένα προβλήματα, τις ιδιαίτερες συνθήκες ζωής, το ξεχωριστό δικό της Σύστημα Υγείας. Η κάθε χώρα επομένως θα χρησιμοποιήσει άλλα μέσα, τρόπους και μεθόδους για την εξασφάλιση καλύτερης υγείας στους πολίτες της, μέσα στα πλαίσια και τις κατευθύνσεις του ΠΟΥ και του ΠΓΕ. Το σημαντικό αυτό κείμενο με τους 38 στόχους περιλαμβάνεται στο παράρτημα. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

1.5.3. Η Νοσηλευτική στην ΠΦΥ

Με το ρόλο της Νοσηλευτικής στην ΠΦΥ ασχολήθηκαν τα τελευταία χρόνια πέντε Παγκόσμιες Συνδιασκέψεις Υγείας η 30η το 1977, η 36η το 1983, η 39η το 1986, η 42η το 1989 και 45η το 1992.

Η 36η συνδιάσκεψη διετύπωσε και ψήφισε την με αριθμ. WHA 36.11 Από-

φαση η οποία αναφέρεται στο ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού στη στρατηγική «Υγεία για όλους». Με την απόφαση αυτή αναγνωρίζεται ότι το νοσηλευτικό προσωπικό παίζει σημαντικό ρόλο στην προσφορά υπηρεσιών υγείας καθώς και στην εκπαίδευση και εποπτεία το υγειονομικού προσωπικού που εργάζεται στην ΠΦΥ. Καλούνται δε οι νοσηλευτικές οργανώσεις σε όλο τον κόσμο να υποστηρίξουν την πολιτική του ΠΟΥ και να αναπτύξουν ενημερωτικά και εκπαιδευτικά προγράμματα με τα οποία θα ετοιμάζονται τα μέλη τους για το σκοπό αυτό. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

Το 1986 ο Γενικός Διευθυντής του ΠΟΥ υπέβαλε μια εμπεριστατωμένη έκθεση για τις αλλαγές στο ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού, τον επαναπροσανατολισμό της βασικής και συνεχιζόμενης νοσηλευτικής εκπαίδευσης καθώς και για τη νομική κατοχύρωση επίσης στην προετοιμασία του εκπαιδευτικού και διοικητικού νοσηλευτικού προσωπικού, την νοσηλευτική ηγεσία και την υποστηρικτική έρευνα.

Το 1989 η 42η Παγκόσμια Συνδιάσκεψη Υγείας ψήφισε την υπ' αριθ. WHA 42.27 Απόφαση για την «Ενίσχυση της Νοσηλευτικής/Μαιευτικής προς υποστήριξη της Στρατηγικής Υγείας για όλους». Στην Απόφαση αυτή τονίζεται η επείγουσα ανάγκη ανάπτυξης της Νοσηλευτικής στα πλαίσια της Εθνικής Πολιτικής για την επίτευξη του στόχου «Υγεία για όλους» και παροτρύνονται τα κράτη-μέλη μεταξύ άλλων, να διορίσουν Νοσηλευτές σε ηγετικές θέσεις ευθύνης ώστε να εξασφαλιστεί η συμμετοχή του Νοσηλευτικού Προσωπικού στο σχεδιασμό και την εφαρμογή της υγειονομικής Πολιτικής της χώρας. Ο Γενικός Διευθυντής του ΠΟΥ υπέβαλε τη σχετική έκθεση προόδου μετά από τρία χρόνια για την εφαρμογή της Απόφασης. Το θέμα συζητήθηκε στην Ολομέλεια της 45ης Παγκόσμιας Συνδιάσκεψης Υγείας τον Μάιο 1992. Η Πρόοδος δεν θεωρήθηκε ικανοποιητική και ζητήθηκε από τον Γενικό Διευθυντή να εντείνει τις προσπάθειές του προς τις αρμόδιες υπηρεσίες των κρατών-μελών για την εφαρμογή της Απόφασης και να αναφέρει την πρόοδο που θα σημειωθεί στο θέμα αυτό, με νέα έκθεση μετά τριετία στην ολομέλεια της 48ης Συνδιάσκεψης το 1995. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

Το κείμενο της σημαντικής αυτής για τη Νοσηλευτική Απόφασης του ΠΟΥ παρατίθεται στο παράρτημα όπως δημοσιεύθηκε σε μετάφραση στο περιοδικό «Νοσηλευτική».

Το Περιφερειακό Γραφείο Ευρώπης (ΠΓΕ) παράλληλα ασχολήθηκε με το ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού στην ΠΦΥ. Το 5ετές πρόγραμμα 1984-89 επικεντρώθηκε στην οργάνωση μιας μεγάλης Ευρωπαϊκής Νοσηλευτικής Διάσκεψης η οποία πραγματοποιήθηκε στη Βιέννη το 1988. Σκοπός της Διάσκεψης ήταν η ανταλλαγή απόψεων για τη συμβολή της Νοσηλευτικής στην ΠΦΥ με σκοπό να προωθηθούν ταχύτερα οι 38 στόχοι για την επίτευξη του στόχου «Υγεία για όλους» στον ευρωπαϊκό χώρο. Η Διάσκεψη αυτή προετοιμάστηκε από την Υπηρεσία Νοσηλευτικής του ΠΓΕ σε συνεργασία με τα υπουργεία Υγείας των 32 τότε χωρών μελών της, τους Εθνικούς Συνδέσμους Νοσηλευτών των χωρών αυτών και πολλών νοσηλευτικών στελεχών της Ευρώπης και απετέλεσε μια συνέχεια της πολυεθνικής ερευνητικής εργασίας που πραγματοποιήθηκε σε 11 χώρες της Ευρώπης από το 1976-1983 και στο οποίο συμμετείχε και η Ελλάδα. (Στη Συνδιάσκεψη συμμετείχαν 110 εκπρόσωποι από τις 32 χώρες, 10 εκπρόσωποι διακυβερνητικών και μη κυβερνητικών οργανώσεων, 50 παρατηρητές και 10 έκτακτοι σύμβουλοι εμπειρογνώμονες, Νοσηλευτές, γιατροί και Διοικητικοί).

Στόχος της Διάσκεψης ήταν να δώσει στους νοσηλευτές την ευκαιρία να εξετάσουν τις πρόσφατες εξελίξεις της νοσηλευτικής τοποθέτησης και πρακτικής καθώς και τη σχέση των νοσηλευτών προς τη στρατηγική του «Υγεία για όλους το 2000». (Κυριακίδου Ελ. 1995).

Από όλες τις ομιλίες και τις συζητήσεις διαμορφώθηκε το τελικό κείμενο Διακήρυξης με τα άρθρα, το οποίον εγκρίθηκε από την ολομέλεια των εκπροσώπων καθώς και 10 Προτάσεις οι οποίες απευθύνονται σε όλους τους νοσηλευτές της Ευρώπης. Επειδή τα κείμενα αυτά είναι ιδιαίτερα σημαντικά και χρήσιμα για τη Νοσηλευτική, παρατίθενται αυτούσια στο παράρτημα του βιβλίου όπως μεταφράστηκαν και δημοσιεύθηκαν στο Περιοδικό «Νοσηλευτική». (Κυριακίδου Ελ. 1995).

1.5.4. Νοσηλευτική και ΠΦΥ στην Ελλάδα

Στην πατρίδα μας, αρχίζει η προσπάθεια εφαρμογής των κατευθύνσεων αυτών και οργάνωσης της ΠΦΥ το 1983 με τη δημοσίευση του νόμου 1397/1983 που προβλέπει την Ίδρυση Κέντρων Υγείας συνδεδεμένων με τα νοσοκομεία από τα οποία και εξαρτώνται. Η Νοσηλευτική αποτελεί μια από τις τρεις βασικές υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας, μαζί με την Ιατρική και τη Διοικητική υπηρεσία, αφού τα ΚΥ αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες των Νοσοκομείων. Ο κλάδος της Νοσηλευτικής στην Κοινότητα έχει διεθνώς τον τίτλο «Κοινοτική Νοσηλευτική». (Κυριακίδου Ελ. 1995).

Στην Ελλάδα μετά τη δημοσίευση του νόμου 1397/83 οι δύο νόμοι που ακολούθησαν 1597/1985 και 1759/1988 δεν αναφέρονται καθόλου και δεν διευκρινίζουν θέματα που αφορούν το Νοσηλευτικό προσωπικό των Κέντρων Υγείας. Το αποτέλεσμα του κενού αυτού, είναι να δημιουργείται σύγχυση στη διεκπεραίωση της εργασίας των Νοσηλευτών στα Κέντρα Υγείας με δυσμενείς επιπτώσεις στην ποιοτική απόδοση της εργασίας στα Κέντρα αυτά.

Ο νόμος 1579/85 άρθρο 5 κατοχυρώνει τον τίτλο του νοσηλευτή ο οποίος απονέμεται στους αποφοίτους ΑΕΙ και ΤΕΙ. Ο ίδιος νόμος καθορίζει 4 νοσηλευτικές ειδικότητες (Παθολογική, Χειρουργική, Παιδιατρική, Ψυχιατρική). Ο πιο πάνω νόμος με τα άρθρα 12 και 13 αναφέρεται στην ΠΦΥ και διευκρινίζει θέματα σχετικά με τα Κέντρα Υγείας καθώς και ιατρικά θέματα. Συγκεκριμένη αναφορά στις νοσηλευτικές δραστηριότητες και καθήκοντα νοσηλευτών στα Κέντρα Υγείας δεν περιλαμβάνεται. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

Στην συνέχεια ο νόμος 2071/92 χωρίζει την χώρα σε υγειονομικές περιφέρειες και τοποθετεί τα Κέντρα Υγείας κάτω από τον έλεγχο και την κατεύθυνση των Νομαρχιών. Σύμφωνα με το νόμο αυτό τα Κέντρα Υγείας μετατρέπονται σε αποκεντρωμένες μονάδες ΠΦΥ οι οποίες δεν υπάγονται στα Νοσοκομεία όπως ο προηγούμενος νόμος (1397/83) προέβλεπε. Ο πιο πάνω νόμος επίσης καθορίζει τον τρόπο λειτουργίας και διοίκησης των κέντρων υγείας και με τα

άρθρα 28, 29, 30 καθορίζει τη λειτουργία προγράμματος κατ' οίκον νοσηλείας στα Κέντρα Υγείας. Με τα άρθρα 31 μέχρι 38 καθορίζει τα καθήκοντα και τις ιδιότητες της Επιτροπής Σχεδιασμού Αγωγής Υγείας. Καθορίζει επίσης τις εργασιακές σχέσεις, την εκπαίδευση και μετεκπαίδευση γιατρών. Σημαντικό για τη Νοσηλευτική είναι το γεγονός ότι ο νόμος αυτός αναφέρεται στην αναβάθμιση των νοσηλευτικών υπηρεσιών και θεσμοθετεί την ίδρυση ειδικού κλάδου νοσηλευτών, χωρίς όμως να προχωρεί σε λεπτομερή ρύθμιση των θεμάτων που αφορούν το νοσηλευτικό προσωπικό. Καθιερώνει επίσης το Εθνικό Συμβούλιο Ανάπτυξης Νοσηλευτικής, το οποίο αποτελεί συμβουλευτικό σώμα σε θέματα Νοσηλευτικής υπό τον Υπουργό Υγείας σε θέματα χάραξης πολιτικής που αφορούν τον κλάδο της Νοσηλευτικής όλων των κατηγοριών.

Με το τελευταίο «μίνι Νομοσχέδιο 2194/94 για την Υγεία», όπως ονομάζεται, τα Κέντρα Υγείας επανέρχονται στα Νοσοκομεία από όπου και εξαρτώνται διοικητικά, όπως προέβλεπε αρχικά ο ιδρυτικός νόμος για την ΠΦΥ. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

1.5.5. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

« Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι να αντιμετωπίζει τις ανάγκες της υγείας ατόμων και ομάδων όλων των ηλικιών, που ζούν κάτω από διάφορες συνθήκες και με μεγάλη ποικιλία συναφών κοινωνικών και υγειονομικών αναγκών. (Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων 1992).

Οι νοσηλευτές που απασχολούνται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι ουσιαστικά νοσηλευτές γενικών καθηκόντων, με κύριες φροντίδες την προαγωγή και τη συντήρηση της υγείας και την πρωτογενή πρόληψη ασθενειών και αναπηριών, αλλά επίσης την περίθαλψη οξείων και χρόνιων νόσων και την αποκατάσταση. Παρέχεται περίθαλψη στο σπίτι, στο σχολείο, στον τόπο εργασίας, σε κέντρα υγείας, σε κλινικές και σε άλλα υγειονομικά ιδρύματα. Αναγνωρίζο-

ντας την πολύπλοκη φύση της σύγχρονης υγειονομικής περίθαλψης, μπορεί να απαιτηθούν εξειδικευμένες γνώσεις βασισμένες σ' αυτές τις γενικές γνώσεις.

Ο νοσηλευτής θα εργάζεται ως μέλος της υγειονομικής ομάδας σε ένα περιβάλλον με πολλές ειδικότητες. Θα πρέπει να δημιουργεί συνεργασίες και να δικτυώνεται και με το λοιπό υγειονομικό προσωπικό και με άλλους κλάδους της κοινότητας. Ένα από τα καθήκοντά του είναι η κατάρτιση, η υποστήριξη και η εποπτεία βοηθών νοσηλευτών και άλλων βοηθητικών εργαζομένων στον τομέα της υγείας. Θα είναι υπεύθυνοι για την αξιολόγηση, το σχεδιασμό και την υλοποίηση των υπηρεσιών περίθαλψης σε διάφορες καταστάσεις, με τη συμμετοχή ατόμων και της κοινότητας. Επομένως, κατέχει μια συγκεκριμένη θέση όσον αφορά ζητήματα διοίκησης και έρευνας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας». (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων 1992).

IV. ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Στην ευρωπαϊκή διάσκεψη της που για το επάγγελμα του νοσηλευτή (1) διατυπώθηκε η εξής σύσταση:

«Σύμφωνα προς τις ευρωπαϊκές πολιτικές, όσον αφορά την υγεία για όλους, η άσκηση του επαγγέλματος του νοσηλευτή θα πρέπει να βασίζεται κυρίως στις αρχές που είναι εγγενείς στην προσέγγιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Το επάγγελμα του νοσηλευτή θα πρέπει να επικεντρωθεί:

- στην προαγωγή και διατήρηση της υγείας και την πρόληψη των ασθενειών.
- στη συμμετοχή ατόμων, οικογενειών και κοινοτήτων στην περίθαλψη και την παροχή στους συμμετέχοντες της δυνατότητας να αναλαμβάνουν μεγαλύτερη ευθύνη για την υγεία τους.
- στην ενεργό προσπάθεια αφενός να μειωθούν οι ανισότητες όσον αφορά την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και αφετέρου να ικανο-

ποιηθούν οι ανάγκες ολόκληρων πληθυσμών, ιδιαίτερα αυτών που υποεξυπηρετούνται.

- στη συνεργασία διαφόρων ειδικοτήτων και τομέων και τέλος
- στην εξασφάλιση της ποιότητας της περίθαλψης και της κατάλληλης χρήσης της τεχνολογίας. (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων 1992).

Από την εξέταση άλλων θεμάτων κατά τη διάρκεια της διάσκεψης προέκυψε ότι η κατάρτιση των νοσηλευτών στον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας θα πρέπει να συμβάλλει στην απόκτηση θεωρητικών γνώσεων και πρακτικών ικανοτήτων, την εξέλιξη των ικανοτήτων και συμπεριφορών που θα επιτρέψουν στους νοσηλευτές να προσδιορίζουν, να αναλύουν και να ικανοποιούν υπάρχουσες ανάγκες και να αποτιμούν τα λαμβανόμενα μέτρα. Για την επίτευξη των στόχων αυτών, θα πρέπει όλα τα βασικά προγράμματα κατάρτισης νοσηλευτών να αναδιοργανωθούν, να επαναπροσανατολισθούν και να ενισχυθούν με βάση την κλινική εμπειρία που αποκτήθηκε είτε στα δημόσια νοσοκομεία είτε στις ιδιωτικές κλινικές καθώς και σε οποιεσδήποτε άλλες υπηρεσίες, ώστε όλοι οι νοσηλευτές υπεύθυνοι για τη γενική περίθαλψη να είναι επαρκείς σε όλους τους τομείς δραστηριότητας. (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων 1992).

Η διδασκαλία πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στο πλαίσιο της βασικής κατάρτισης νοσηλευτών θα πρέπει να έχει ως γενικό στόχο να αποκτήσουν οι νοσηλευτές την ικανότητα:

1. να προσδιορίζουν τις υγειονομικές ανάγκες της κοινότητας στην οποία εργάζονται, λαμβάνοντας υπόψη:
 - το υγειονομικό και κοινωνικό περιβάλλον
 - θέματα που αφορούν τον τρόπο ζωής
 - πολιτιστικές αξίες και πεποιθήσεις.
 - βάσει:
 - δημογραφικών και επιδημιολογικών παραγόντων
 - κοινωνικο-οικονομικών κριτηρίων

2. να προγραμματίζουν, οργανώνουν, εφαρμόζουν και αξιολογούν την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. -
3. να εργάζονται σε ομάδα που συμμετέχουν διάφορες ειδικότητες
4. να επικοινωνούν και να συνεργάζονται με άτομα, οικογένειες και κοινότητες για την πρόληψη της ασθένειας και την προαγωγή της υγείας.
5. να συμμετέχουν στην κατάρτιση του υγειονομικού προσωπικού στον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.
6. να συμμετέχουν στην έρευνα όσον αφορά την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας
7. να ασκούν το συγκεκριμένο τους ρόλο στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Είναι προφανές ότι ο νοσηλευτής που μόλις είχε αποφοιτήσει δεν είναι δυνατό να επιτελέσει όλους τους στόχους αυτούς. Σκοπός της κατάρτισης είναι να προσφέρει στο νοσηλευτή τα εφόδια ενός γενικού ιατρού, προκειμένου να μπορεί να αντιληφθεί τις βασικές αρχές της ΠΦΥ και την εφαρμογή τους. Κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής του σταδιοδρομίας ο νοσηλευτής, θα αποκτήσει ειδικές ικανότητες και πείρα συμμετέχοντας στη διαρκή εκπαίδευση ανάλογα με τις επαγγελματικές του ανάγκες. (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων 1992).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

- Κοινωνική Νοσηλευτική - Ορισμός Σκοποί
- Ιστορική εξέλιξη της Κοινωνικής Νοσηλευτικής
- Χαρακτηριστικά Κοινωνικής Νοσηλευτικής
- Δραστηριότητες του Νοσηλευτή στην Κοινότητα

2.1 Κοινωνική Νοσηλευτική - Ορισμός, σκοποί.

Κοινωνική Νοσηλευτική είναι η σύγχρονη και συντονισμένη προσπάθεια εξασφάλισης ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδος στα άτομα, τις οικογένειες και το σύνολο της κοινότητας με βάση τις ανάγκες υγείας τους. Αυτό απαιτεί από την πλευρά του νοσηλευτή δεξιότητες στην κλινική άσκηση της Νοσηλευτικής αλλά και επικέντρωση στις ανάγκες υγείας του συνολικού πληθυσμού της κοινότητας με έμφαση στην πρόληψη των ασθενειών.

Η Κοινωνική Νοσηλευτική είναι κλάδος της Νοσηλευτικής, ο οποίος συνδυάζει επιστημονικές γνώσεις και δεξιότητες προερχόμενες τόσο από την Νοσηλευτική όσο και από την Δημόσια Υγιεινή τις οποίες εφαρμόζει με σκοπό την προαγωγή της υγείας των ατόμων της Κοινότητας. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

Ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών (ANA) δίδει τον πιο κάτω ορισμό της Κοινωνικής Νοσηλευτικής.

«Η Κοινωνική Νοσηλευτική αποτελεί κλάδο της Νοσηλευτικής επιστήμης που συγκεντρώνει ειδικές γνώσεις και δεξιότητες, τις οποίες χρησιμοποιεί στην αντιμετώπιση των αναγκών υγείας των ατόμων, οικογενειών, ομάδων και κοινοτήτων που βρίσκονται στο συνηθισμένο περιβάλλον τους όπως το σπίτι, το σχολείο ή και ο χώρος εργασίας. Είναι νοσηλευτική εργασία που ασκείται έξω από το παραδοσιακό θεραπευτικό περιβάλλον του νοσοκομείου».

Ο Καναδικός σύνδεσμος Νοσηλευτών (CNA) στον ορισμό της Κοινωνικής Νοσηλευτικής, αναλύει συγχρόνως συνοπτικά το περιεχόμενο και επισημαίνει τους αντικειμενικούς της σκοπούς. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

«Κοινωνική Νοσηλευτική είναι η επιστημονική Νοσηλευτική εργασία που έχει επίκεντρο της φροντίδος της τις ανάγκες υγείας ατόμων, στο σύνηθες καθημερινό περιβάλλον του σπιτιού, του σχολείου ή της εργασίας. Σαν τμήμα της όλης κοινωνικής προσπάθειας που γίνεται για την προαγωγή της δημόσιας υγείας, η Κοινωνική Νοσηλευτική ενδιαφέρεται τόσο για το υγιές, όσο και για το άρρωστο ή ανάπηρο άτομο της Κοινότητας».

Η Κοινωνική Νοσηλευτική σύμφωνα πάντοτε με τον Καναδικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών έχει του πιο κάτω σκοπούς.

1. Πρόληψη της αρρώστιας και περιορισμό της εξέλιξής της.
2. Περιορισμό των επιπτώσεων μιας αναπόφευκτης αρρώστιας.
3. Εξασφάλιση επιδέξιας επιστημονικής φροντίδος στο άρρωστο ή ανάπηρο άτομο εκτός του νοσοκομείου.
4. Υποστήριξη και ενίσχυση των ατόμων που περνούν κάποια κρίση ή βρίσκονται σε κατάσταση άγχους.
5. Ενημέρωση, διδασκαλία και παρότρυνση ατόμων, οικογενειών ή ομάδων στην απόκτηση υγιεινού τρόπου ζωής για την προαγωγή της κοινοτικής υγείας.
(Κυριακίδου Ελ. 1995).

2.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

2.2.1 Νοσηλεία στο σπίτι (1860-1900).

Η Κοινοτική Νοσηλευτική άρχισε βασικά σαν νοσηλεία στο σπίτι και πιο συγκεκριμένα σαν εθελοντική προσφορά στους πτωχούς. Ο William Rathbone, Άγγλος φιλάνθρωπος το 1859 διεπίστωσε από δική του πείρα, την αξία της νοσηλείας στο σπίτι, αξιολογώντας τη φροντίδα που δόθηκε στην άρρωστη σύζυγό του. Ο Rathbone, ήταν ο πρώτος που συνετέλεσε στην οργάνωση της νοσηλείας στο σπίτι για τους πτωχούς του Liverpool. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

Στην Αμερική η πρώτη νοσηλεύτρια που οργάνωσε κοινοτική φροντίδα για τους πτωχούς της Νέας Υόρκης ήταν η Francis Root. Οι πρώτες κοινοτικές νοσηλεύτριες διορίστηκαν από την πολιτεία της Ν. Υόρκης το 1877. Μέσα σε λίγα χρόνια, η προσπάθεια αυτή επεκτάθηκε και σε πολλές άλλες πόλεις της Αμερικής, όπου οργανώθηκαν υπηρεσίες που προσέφεραν φροντίδα μόνο στους πτωχούς αρρώστους, με την σκέψη ότι, οι πλούσιοι διέθεταν αρκετά χρήματα για να εξασφαλίσουν νοσηλεία. Κύριος σκοπός των υπηρεσιών αυτών ήταν η φροντίδα των αρρώστων, εγίνετο όμως από τις νοσηλεύτριες και διαφώτιση σε θέματα ατομικής καθαριότητας και υγιεινής διαβίωσης. Οι υπηρεσίες αυτές συντηρούντο από εθελοντικούς ιδιωτικούς οργανισμούς, από προσφορές ατόμων ή ομάδων και σε μερικές περιπτώσεις με την ατομική συμμετοχή των ιδίων των νοσηλευόμενων ανάλογη με τις οικονομικές τους δυνατότητες. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

Στην αρχή η Νοσηλευτική αυτή φροντίδα εδίδετο από άτομα που δεν διέθεταν ιδιαίτερη εκπαίδευση. Το 1893 η Lillian Wald άρχισε την πρώτη οργανωμένη προσπάθεια κοινοτικής Νοσηλευτικής στη Ν. Υόρκη, χρησιμοποιώντας εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό. Η Florence Nightingale η οποία βοήθησε τη Lillian Wald στην εκπαίδευση των νοσηλευτριών αυτών τις αποκαλούσε «Νοσηλεύτριες επισκέπτριες στο σπίτι» (Home Visiting Nurses). Οι ιδέες της

Florence Nightingale ήταν αυτές που βοήθησαν να οργανωθεί η νοσηλεία στο σπίτι τόσο στην Αγγλία όσο και στην Αμερική.

Στην Ελλάδα, οι απόφοιτοι του «Νοσοκομικού Παιδευτηρίου» που ιδρύθηκε από τη Βασίλισσα Όλγα το 1875, μετά από εξάμηνη εκπαίδευση προσφέρουν «κατ' οίκον νοσηλείαν ασθενών ευπόρων και απόρων εις την πόλιν των Αθηνών» μέχρι τους έτους 1884. Την φροντίδα της εργασίας αυτής είχε ο «Σύλλογος Κυριών υπέρ της Γυναικείας Παιδείσεως». (Κυριακίδου Ελ. 1995).

2.2.2 Νοσηλευτική Δημοσίας Υγείας (1900-1970) .

Με την είσοδο στον 20ο αιώνα, η Κοινωνική Νοσηλευτική επεκτάθηκε για να περιλάβει την φροντίδα υγείας όλων των ατόμων της κοινότητας, όχι μόνο των πτωχών. Αυτό προήλθε από την ευαισθητοποίηση του πληθυσμού στην αναγκαιότητα της υγείας του συνόλου. Οργανώθηκαν έτσι προγράμματα ανάλογα με τις ανάγκες που παρουσιάστηκαν. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

Μερικά από αυτά ήταν: Η προστασία της μητρότητας και του βρέφους, η πρόληψη φυματίωσης και αφροδισίων νοσημάτων, η προστασία των εργαζομένων και του σχολικού πληθυσμού. Αυτά όλα αύξησαν τις ανάγκες και τη ζήτηση των νοσηλευτών. Το 1902 διορίστηκε η πρώτη νοσηλεύτρια σχολικής υγιεινής από το Υπουργείο Παιδείας στην περιοχή Ν. Υόρκης. Το 1910 η νομοθεσία ανέθεσε την ευθύνη της οργάνωσης υπηρεσιών υγείας για τους πολίτες ξεχωριστά σε κάθε πολιτεία της Αμερικής. Ο ρόλος της νοσηλεύτριας που ονομάζετο τότε «Νοσηλεύτρια Δημόσιας υγείας» (ΝΔΥ) επεκτάθηκε στη συνέχεια πάρα πολύ. Η Lillian Wald ήταν η πρώτη που χρησιμοποίησε το όρο αυτό. Η ΝΔΥ επεξέτεινε το ρόλο της και στην υγιεινή διαπαιδαγώγηση του κοινού με σκοπό την διατήρηση της υγείας, την πρόληψη της νόσου και την υγιεινή διαβίωση. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

Ο Νοσηλεύτριες υγείας επεκτείνουν πια τη δραστηριότητά τους με τις γνώσεις και τις δεξιότητες τους σε εξειδικευμένους τομείς: Φυματίωση, Ψυχικά νοσήματα, Σχολική υγιεινή, Υγιεινή της εργασίας, Καρκίνος κλπ.

Σταδιακά έρχεται στο προσκήνιο ολόκληρη η οικογένεια σαν μονάδα φροντίδας και όχι το μεμονωμένο άτομο. Το άτομο βέβαια αλλά μέσα στην οικογένεια. Τα ποικίλα προβλήματα που παρουσιάζει η κάθε οικογένεια, αναγκάζουν την Νοσηλεύτρια να γενικευθεί αρκετά για να αντιμετωπίσει τις πολλαπλές ανάγκες και να εξασφαλίσει την συνέχεια της φροντίδας. Οι επισκέπτριες υγείας αποκτούν μεγαλύτερη ανεξαρτησία τόσο σε σχέση με τη νοσηλεία όσο και με την διαπαιδαγώγηση του κοινού σε θέματα υγείας. Οι υπηρεσίες υγείας στις οποίες εργάζονται οι νοσηλεύτριες είναι οργανωμένες σύμφωνα με τη νομοθεσία της κάθε πολιτείας της Αμερικής. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

Αυτό επεκτείνεται στον Καναδά και στην Αγγλία και πολύ γρήγορα και σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες αλλά και σε κάθε άλλη πολιτισμένη χώρα ανάλογα με το σύστημα Υγείας το οποίο ακολουθεί.

Στην Ελλάδα η Ελένη Βασιλοπούλου, που μαθήτευσε στο Παρίσι κοντά στον καθηγητή Calmette, έδωσε όλη της τη δραστηριότητα στον αντιφυματικό αγώνα, που ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός είχε αναπτύξει από τον Απρίλιο του 1925 για τον εμβολιασμό όλων των παιδιών με το εμβόλιο B.C.G. Κοντά της εργάστηκαν παλιές εθελόντριες, τις οποίες η ίδια είχε εκπαιδεύσει σαν «βοηθούς επισκέπτριες αδελφές» με ένα εξάμηνο πρόγραμμα διδασκαλίας και πρακτικής άσκησης. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

Οι εθελόντριες αυτές εργάστηκαν στη Δημόσια Υγιεινή μέχρι που απεφοίτησαν οι πρώτες διπλωματούχες «επισκέπτριες» από την «Ανωτέρα Σχολή Νοσοκόμων και επισκεπτριών του Ε.Ε.Σ.» την οποία διηύθυνε η Ελένη Βασιλοπούλου. Η Σχολή Νοσοκόμων και Επισκεπτριών του Ε.Ε.Σ. αναγνωρίστηκε με το νόμο 3711/1928 και λειτούργησε το Νοέμβριο του 1924. Ακολούθησε η Κρατική Σχολή Επισκεπτριών και Νοσοκόμων, την οποία επίσης ίδρυσε η Ελένη Βασιλοπούλου το 1938. Η Αθηνά Μεσολωρά είναι η πρώτη νοσηλεύτρια με ειδικευση στη Δη-

μόσια Υγιεινή. Φοίτησε στο Kings College του Λονδίνου το 1920 με υποτροφία της Ένωσης των Συνδέσμων των Ερυθρών Σταυρών και διαδέχθηκε την Ελένη Βασιλοπούλου στη διεύθυνση της Ανωτέρας Σχολής Νοσοκόμων και Επισκεπτριών του Ε.Ε Σταυρού. Η Ελένη Βασιλοπούλου είναι η πρώτη Ελληνίδα που πήρε «Κρατικό δίπλωμα Νοσοκόμων» από τη Γαλλία το 1912. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

2.2.3 Κοινωνική Νοσηλευτική (1970 και μετά)

Από το 1970 και μετά η Δημόσια Νοσηλευτική ή Δημόσια Υγιεινή μετονομάζεται σε «Κοινωνική Νοσηλευτική» χωρίς να αλλάξει καθόλου η έννοιά της. Η αλλαγή του τίτλου γίνεται περισσότερο για λόγους πρακτικούς και λειτουργικούς ακολουθώντας την γενική στροφή των υπηρεσιών στην επιδίωξη υγείας του συνολικού πληθυσμού της κοινότητας. Σκοπός της Κοινωνικής Νοσηλευτικής είναι η διαπίστωση και ικανοποίηση των αναγκών υγείας του κοινού.

Συμπερασματικά, η Κοινωνική Νοσηλευτική είχε βασικά 3 στάδια εξέλιξης με διαφορά ως προς τον κύριο προσανατολισμό της φροντίδος. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

Στο Α στάδιο η Κοινωνική Νοσηλευτική είχε σαν κέντρο φροντίδος το άρρωστο πτωχό άτομο. Προσέφερε κυρίως θεραπευτική φροντίδα και είχε χαρακτηριστικά εθελοντικό, όσον αφορά τις υπηρεσίες που την παρείχαν.

Στο Β στάδιο, το κέντρο φροντίδος είναι το άτομο μέσα στην οικογένεια (πλούσιο ή πτωχό) και η φροντίδα κυρίως θεραπευτική αλλά και προληπτική. Άρχισε να οργανώνεται από το κράτος και από ιδιωτικούς οργανισμούς.

Στο Γ στάδιο το κέντρο φροντίδος είναι το σύνολο του πληθυσμού της κοινότητας. Η Νοσηλευτική καλύπτει όλα τα άτομα, άρρωστα ή υγιή, πλούσια ή πτωχά. Η κυρίως Κοινωνική Νοσηλευτική, αποβλέπει στην προαγωγή της υγείας και πρόληψη της αρρώστιας και η Νοσηλευτική φροντίδα παρέχεται όπου χρειάζεται, στο χώρο που ζούν, εκπαιδεύονται ή εργάζονται τα άτομα. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

2.3 Χαρακτηριστικά Κοινοτικής Νοσηλευτικής

Η Κοινοτική Νοσηλευτική έχει τα πιο κάτω 6 χαρακτηριστικά γνωρίσματα:

1. Είναι τμήμα και αναπόσπαστος κλάδος της Νοσηλευτικής.
2. Συνδυάζει γνώσεις και δεξιότητες Νοσηλευτικής και Δημόσιας Υγιεινής.
3. Είναι προσανατολισμένη στις συνολικές ανάγκες του πληθυσμού της κοινότητας.
4. Δίδει έμφαση στην υγεία παρά στην αρρώστια.
5. Συνεργάζεται στενά με άλλους επιστήμονες και ειδικούς στο χώρο της υγείας και της κοινότητας.
6. Προωθεί την ενεργό συμμετοχή των ατόμων της Κοινότητας σε θέματα υγείας. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

2.3.1. Η Κοινοτική Νοσηλευτική Κλάδος της Νοσηλευτικής

Οι βασικές γνώσεις και δεξιότητες που χρησιμοποιεί η Κοινοτική Νοσηλευτική είναι οι ίδιες με αυτές που χρησιμοποιεί η Νοσηλευτική επιστήμη. Σκοπός της είναι να δώσει ολοκληρωμένη, ανθρώπινη και προσιτή φροντίδα σε όλα τα άτομα της κοινότητας. Όπως η Νοσηλευτική έτσι και η Κοινοτική Νοσηλευτική, χρησιμοποιεί τη Νοσηλευτική Διεργασία για την αξιολόγηση των αναγκών υγείας, τον προγραμματισμό της φροντίδος που θα χρειαστεί να προσφέρει και την εκτίμηση του αποτελέσματος της φροντίδος αυτής. Δεν είναι λοιπόν δυνατόν να υπάρχει Κοινοτική Νοσηλευτική χωρίς Νοσηλευτική και δεν είναι δυνατόν να υπάρχει κοινοτικός νοσηλευτής χωρίς να είναι πρώτα νοσηλευτής.

Η Κοινοτική Νοσηλευτική βασίζεται στη φιλοσοφία, στις αξίες και στις θεωρίες της Νοσηλευτικής και χρησιμοποιεί τις νοσηλευτικές δεξιότητες και τεχνικές από πολλές άλλες ειδικότητες για να ανταποκριθεί στον ξεχωριστό ρόλο της στην κοινότητα. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

2.3.2. Χρησιμοποίηση γνώσεων Δημόσιας Υγιεινής

Μερικές από τις απαραίτητες γνώσεις που δανείζεται από τη Δημόσια Υγιεινή είναι:

- Η ιστορική εξέλιξη και πρόοδος της Δημόσιας Υγείας.
- Μέθοδοι και στοιχεία επιδημιολογίας και Στατιστικής.
- Οργάνωση υγειονομικών υπηρεσιών.
- Ανάλυση Κοινοτικής πολιτικής της υγείας και οικονομία Υγείας.

Όταν ο κοινοτικός νοσηλευτής διαπιστώνει περιστατικά γαστρεντερίτιδος σε μία συγκεκριμένη περιοχή ή σε ένα σχολείο και διενεργεί επιδημιολογική μελέτη για τη διαπίστωση του αιτίου, δεν κάνει τίποτε άλλο παρά να χρησιμοποιεί την επιδημιολογία και τη Βιοστατιστική για τη διεκπεραίωση του σκοπού αυτού. Ανάλογα βέβαια μπορεί και η Δημόσια Υγιεινή να χρησιμοποιήσει τη Νοσηλευτική. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

2.3.3. Προσανατολισμός στις ανάγκες της Κοινότητας

Ασχολείται με την ατομική και περιβαλλοντολογική υγεία των ομάδων και κοινοτήτων. Η κοινότητα μπορεί να αναφέρεται στο σύνολο των οικογενειών που περιέχονται στον τομέα κάθε κοινοτικού νοσηλευτή ή και στο σύνολο των ατόμων που εξυπηρετούνται από ένα Κέντρα Υγείας ή ακόμη και στο σύνολο των κατοίκων ενός μικρού χωριού. Μπορεί να αποτελείται από σύνολο ατόμων που είναι διεσπαρμένοι σε διάφορα μέρη γεωγραφικά αλλά έχουν κοινά προβλήματα ή κοινά ενδιαφέροντα.

Ο κοινοτικός νοσηλευτής συνεργάζεται με το άτομο, και την οικογένεια, όλη όμως η εργασία του σκοπεύει στην προαγωγή της υγείας του συνόλου της κοινότητας. Αυτή άλλωστε είναι και η διαφορά από τη Γενική Νοσηλευτική.

Η Γενική Νοσηλευτική καλύπτει κυρίως τις ανάγκες του ατόμου που βρίσκεται στο νοσοκομείο και παρουσιάζει κάποιο οξύ πρόβλημα υγείας. Το κύριο λοιπόν αντικείμενο φροντίδας της είναι το ίδιο το άτομο, χωρίς βέβαια να αποκλείεται και η συμμετοχή της οικογένειάς του ή της ομάδος στην οποίαν ανήκει. Στην κοινότητα όμως η Νοσηλευτική φροντίδα έχει ευρύτερη ακτίνα, διότι ο Κοινοτικός Νοσηλευτής μπαίνει στο σπίτι και αντιμετωπίζει το άτομο μέσα στην οικογένειά του, στην ομάδα που το περιβάλλει και στην κοινότητα στην οποία ζεί. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

2.3.4. Δίδει έμφαση στην υγεία παρά στην αρρώστια

Τόσο η ιατρική όσο και η Νοσηλευτική που ασκούνται στον κλειστό χώρο του νοσοκομείου, θεραπεύουν και αντιμετωπίζουν προβλήματα που σχετίζονται με την αρρώστια χωρίς βέβαια να παραμερίζεται και η πρόληψη. Κύριος σκοπός της όμως είναι η θεραπεία. Αντίθετα, η Κοινοτική Νοσηλευτική σκοπεύει στην διατήρηση και προαγωγή της υγείας των ατόμων της κοινότητας και στην πρόληψη της αρρώστιας. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

Ο Νοσηλευτής στο Νοσοκομείο, βοηθεί στην αποκατάσταση της αρρώστου με καρκίνο μαστού προσπαθώντας να την αποκαταστήσει στο κοινωνικό σύνολο όσο το δυνατό πιο ανώδυνα και αποτελεσματικά αλλά και την διδάσκει πως πρέπει να αντιμετωπίσει τα διάφορα προβλήματα που θα προκύψουν.

Ο κοινοτικός νοσηλευτής σκοπεύοντας κατά κύριο λόγο στην πρόληψη κάνει διδασκαλία και διαφώτιση διδάσκοντας τις γυναίκες της κοινότητας ή του τομέα του, πως να επισημάνουν εγκαίρως ανησυχητικά σημεία και πως θα κάνουν την αυτοεξέταση. Ασφαλώς βοηθεί και στην αποθεραπεία και αποκατάσταση μετά την επιστροφή της αρρώστου στο σπίτι αλλά πάντοτε κύριος στόχος είναι η πρόληψη. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

Ο προληπτικός χαρακτήρας της εργασίας στην κοινότητα δίδει στον κοινοτικό νοσηλευτή την δυνατότητα να ερευνήσει και διαπιστώσει την ένταση των διαφόρων προβλημάτων με την ανάλογη δε ενημέρωση να περιορίσει την εξάπλωσή τους. Μπορεί π.χ. να διαπιστώσει το ποσοστό των ατόμων που καπνίζουν, ή των ατόμων που καταταλίσκουν μεγάλη ποσότητα οινοπνεύματος, ή και των ατόμων τα οποία είναι επιρρεπή στο να εκδηλώσουν καρδιοπάθειες, καρκίνο ή και οποιαδήποτε άλλη αρρώστια. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις και σε ποικίλες άλλες, ενημερώνοντας προστατεύει το κοινωνικό σύνολο και συντελεί στη διατήρηση της υγείας και την πρόληψη της αρρώστιας. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

2.3.5. Συνεργάζεται με άλλους επιστήμονες.

Η Κοινοτική Νοσηλευτική αποτελεί τμήμα της όλης Υγειονομικής οργάνωσης και ο κοινοτικός νοσηλευτής είναι μέλος της υγειονομικής ομάδος η οποία εργάζεται για τον κοινό σκοπό. Την προαγωγή της υγείας του κοινού. Η συνεργασία λοιπόν και η συνεννόηση μεταξύ των μελών της ομάδος είναι απαραίτητη για την επιτυχία του σκοπού αυτού. Μεμονωμένος και ασυγχρόνιστος προγραμματισμός δεν είναι δυνατόν να επιτύχει. Αντίθετα, οδηγεί σε κατατεμαχισμό της φροντίδος που δίδεται και το αποτέλεσμα θα είναι πολύ πτωχό. Π.χ. ο κοινοτικός νοσηλευτής που θα πάει στο σπίτι για να δώσει φροντίδα στον άρρωστο με εγκεφαλικό επεισόδιο και να διδάξει τους συγγενείς και τον ίδιο, τότε μόνο θα επιτύχει εάν συνεργάζεται: με το γιατρό ο οποίος θα ρυθμίζει το καθαρά θεραπευτικό μέρος, με τον φυσιοθεραπευτή ο οποίος θα αναλάβει τη φυσιοθεραπεία με την κοινωνική λειτουργό για την εξασφάλιση βοηθητικών μέσων όπως: καροτσάκι, πατερίτσες ή ό,τιδήποτε άλλο χρειαστεί. Ακόμη θα συνεργαστεί με οποιονδήποτε άλλο ειδικόν, ανάλογα με τις ανάγκες του αρρώστου αλλά και τις δυνατότητες της κοινότητας και του συστήματος υγείας γενικότερα π.χ. εάν υπάρχει λογοθεραπευτής, ή εάν διατίθεται οικιακή βοηθός κλπ. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

Σε ερευνητικά προγράμματα, όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, έγινε φανερόν πόσον είναι απαραίτητη η συνεργασία με επιστήμονες άλλων ειδικοτήτων.

Με όλα όσα αναφέρθηκαν πιο πάνω δεν σημαίνει ότι ο κοινοτικός νοσηλευτής θα ενεργεί πάντοτε εξαρτημένα και θα κατευθύνεται από άλλες ειδικότητες. Αντίθετα, ο ίδιος θα έχει προσωπική γνώμη και τοποθέτηση σε όλα, την οποία θα συζητεί υποστηρίζοντας σταθερά τη θέση του με επιστημονικά κριτήρια αλλά και πνεύμα συνεργασίας και συνεννόησης. Θα είναι δε έτοιμος να δεχθεί και τη γνώμη άλλου μέλους της ομάδος, εάν αυτό κριθεί πιο συμφέρον για την υγεία των ατόμων της Κοινότητας που υπηρετεί, έχοντας υπόψη ότι: Προσπάθειες πολλών επιστημόνων που τοποθετούνται μαζί και ενώνονται για την επιτυχία κοινού σκοπού με πνεύμα αλληλοκατανόησης και συνεργασίας ασφαλώς θα είναι πολύ πιο αποδοτικές από μεμονωμένες προσπάθειες, όσο και αν αυτές είναι κοπιώδεις και επιμελημένες. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

Για την επιτυχία αυτής της συνεργασίας, είναι απαραίτητο να καθοριστεί ο ρόλος και τα καθήκοντα του καθενός μέλους της υγειονομικής ομάδος, ώστε να μην υπάρχουν επικαλύψεις και συγκρούσεις καθηκόντων και αρμοδιοτήτων πράγμα που διασπά την συνοχή, την ενότητα και την συνεργασία της ομάδος.

Η ομάδα αυτή σήμερα μετά την προσπάθεια που ξεκίνησαν όλες οι χώρες με την κατεύθυνση του ΠΟΥ για την καθιέρωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας λέγεται «Ομάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας». Περιλαμβάνει δε όλους τους επιστήμονες που εργάζονται στην ΠΦΥ με την στενή της έννοια και ευρύτερα όλο το προσωπικό που εργάζεται στην ΠΦΥ όπως: τεχνικούς, διοικητικό προσωπικό, οδηγούς, βοηθητικό προσωπικό, κλπ. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

2.3.6. Προωθεί την ενεργό συμμετοχή του κοινού

Η ενεργός συμμετοχή του κοινού αποτελεί απαραίτητο χαρακτηριστικό, προϋπόθεση και επιδίωξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδος Υγείας και επομένως και της Κοινοτικής Νοσηλευτικής.

Όπως ακριβώς δεν είναι δυνατό να επέλθει μάθηση χωρίς να συμμετέχει ο μαθητευόμενος, το ίδιο ακριβώς και εδώ. Δεν είναι δυνατό να γίνουν καταληπτοί οι σκοποί της κοινοτικής νοσηλευτικής χωρίς να εξασφαλιστεί η συνεργασία και συμμετοχή του κοινού. Ακόμη δεν είναι δυνατό να επιτύχει η προσπάθεια για την εξασφάλιση της υγείας των ατόμων μιας κοινότητας, εάν τα ίδια τα άτομα δεν συνειδητοποιήσουν τη σημασία της, αν δεν αποδεχτούν τα μέσα και τους τρόπους που χρησιμοποιούνται και αν δεν έχουν ενεργό και συνεχή συμμετοχή. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

2.4 ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

2.4.1. Η πρόληψη της ασθένειας, της επιπλοκής, της χρονιότητας, της αναπηρίας, του θανάτου.

1. Πρωτογενής ή πρωτοβάθμια πρόληψη

(ενυπάρχει και στην Α/θμια περίθαλψη)

Με ποιο τρόπο μπορούμε να αποφύγουμε την ασθένεια, να την αναβάλλουμε, να προάγουμε την υγεία μειώνοντας τους κινδύνους φθοράς και νόσησης του ανθρώπινου πληθυσμού.

Εντάσσονται εδώ μέτρα και προσπάθειες για τον περιορισμό ή εξάλειψη των δυσμενών παραγόντων ώστε να αποφευχθεί πιθανή επίδραση στην υγεία των εκτεθειμένων ατόμων.

Ακόμη, εντάσσονται τα μέτρα για την εξασφάλιση προϋποθέσεων διαρκούς βιο- ψυχοκοινωνικής υγείας στους πληθυσμούς.

Στην Α/θμια πρόληψη εργάζονται πολλοί επιστημονικοί και τεχνικοί κλάδοι, θεωρούμενοι ή μη, κλάδοι υγείας. Τους πάντες αφορά και συγκινεί η προστασία της υγείας-προϋπόθεση ζωής και προόδου. (Ρούσσοσ Χ. 1990).

Ο καθένας ασκεί στον εαυτό του πρωτογενή πρόληψη ΑΡΚΕΙ ΝΑ ΞΕΡΕΙ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΒΛΑΠΤΟΥΝ, ΠΩΣ ΝΑ ΤΟΥΣ ΕΛΕΓΧΕΙ (αποφυγή κινδύνων κ.λ.π.) και ΠΩΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΤΟΥΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΕΙ.

Στην Α/θμια πρόληψη, την πρώτη θέση στα μέτρα έχει η ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ.

Το προσωπικό υγείας διαθέτει μεγαλύτερη ευαισθησία και γνώσεις σε ότι αφορά την υγεία και μάλιστα εκείνοι που έχουν συμπληρωματικές γνώσεις στις επιστήμες της συμπεριφοράς, την παιδαγωγική κ.λ.π. αλλά και κατέχουν την τεχνική επηρεασμού των ατόμων και ομάδων. (Ρούσσοσ Χ. 1990).

Ο σκοπός δεν είναι απλά η ενημέρωση αλλά η αλλαγή συμπεριφοράς σε θέματα υγείας.

Οι λειτουργοί της Νοσηλευτικής Δημόσιας και Κοινωνικής Υγιεινής (Κοινοτική - Κοινωνική Νοσηλευτική ή θεσμός επισκέπτη-τριας Υγείας) προσφέρουν το μεγαλύτερο ειδικό έργο και τον καλύτερο επαγγελματικό εαυτό τους αρκεί να υπάρχουν τα κατάλληλα προγράμματα.

Ως προς τις υπηρεσίες που εντάσσονται στην Α/θμια πρόληψη αναφέρονται οι Υπηρεσίες Προστασίας Μητρότητας και Παιδιού, Σχολικής Υγιεινής, Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας, Γήρατος (γήρας χωρίς εξαρτήσεις) κ. ά. (Ρούσσος Χ. 1990).

2.4.2. Δευτερογενής ή δευτεροβάθμια πρόληψη.

Στην φάση αυτή παρατηρείται «εξειδίκευση». Αναζητούνται συγκεκριμένες λανθάνουσες νοσηρές καταστάσεις (προκλινικές φάσεις συγκεκριμένων νόσων). Βασική δραστηριότητα των ειδικών οργάνων είναι η ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ των παραπάνω καταστάσεων.

Ακολουθεί η ασφαλής διάγνωση και έναρξη θεραπείας έγκαιρα.

Αποφεύγονται έτσι μεγαλύτερες ζημίες υγείας (θάνατος, χρονιότητα, αναπηρία, κ.λ.π.) αλλά και ζημίες κοινωνικο-οικονομικές.

Εξυπακούεται ότι στη Β/θμια πρόληψη απασχολούνται μόνο ειδικοί κλάδοι υγείας (ιατροί, νοσηλευτικό προσωπικό και ειδικοί τεχνικοί). Απαιτούνται, όπως είναι φυσικό, γνώσεις όχι μόνο υγιεινής αλλά και παθολογίας, ειδικής διαγνωστικής κ.λ.π. (Ρούσσος Χ. 1990).

Την ανίχνευση νοσηρών καταστάσεων και παραγόντων έχουν από 10ετίες κατοχυρωμένη η Νοσηλευτική Δημόσιας και Κοινωνικής Υγιεινής.

Η ασφαλής διάγνωση ιατρού βοηθείται από τα στοιχεία διερεύνησης που προσκομίζονται από τον επισκέπτη-τρια υγείας. Αλλά και η κατεύθυνση - παρα-

πομπή που γίνεται στον ειδικό ιατρό ή το ειδικό κέντρο αποτελούν ασφαλή συμβολή στο διαγνωστικό έργο για τους επισκέπτες-τριες υγείας.

Η φάση όμως αυτή της πρόληψης περιλαμβάνει και τη διαπαιδαγώγηση, (αγωγή) των ατόμων (συμβουλευτικό τεχνικό έργο) για αυτο-ανίχνευση π.χ. Ca.

Τα άτομα, μεμονωμένα, αλλά και σε ομάδες, πρέπει να γίνουν ικανά να αξιολογούν ενδείξεις, συμπτώματα και καταστάσεις που πιθανόν να οδηγήσουν σε νοσηρές καταστάσεις και να προσφεύγουν μόνα τους στους ειδικούς. (Ρούσσοι Χ. 1990).

Η αγωγή υγείας αποτελεί συγκεκριμένη τεχνική δραστηριότητα εντασσόμενη στα πλαίσια της Νοσηλευτικής διεργασίας όπως αυτή εφαρμόζεται στη δημόσια υγιεινή. Η αγωγή υγείας είναι η βασική προσφορά του επαγγέλματος του επισκέπτη-τριας υγείας. Η συμβουλευτική αυτή εργασία, έργο μακράς πνοής με αποτελέσματα μακροπρόθεσμα και δύσκολα καταμετρήσιμα φέρει τον κλάδο των επισκεπτών-τριών σε μειονεκτική θέση έναντι των άλλων υγ/κών κλάδων ως προς την υπεράσπιση της συμβολής τους και της εργασίας τους γενικά.

Η έκφραση αυτή της νοσηλευτικής υπήρξε ανέκαθεν παρεξηγημένη αν και θα πρέπει να θεωρείται η πλέον δύσκολη στην εφαρμογή της. Απαιτεί συμπληρωματικές γνώσεις, ικανότητες ειδικά αναπτυγμένες για την προσέγγιση και επιβολή, χωρίς καταναγκασμό, απόψεων σε υγιή κατά το πλείστον άτομα, για αλλαγή συμπεριφοράς. (Ρούσσοι Χ. 1990).

Και εδώ θα πρέπει να υπενθυμίσουμε ότι όλοι αντιλαμβανόμαστε με το πνεύμα μας τους κινδύνους αλλά δεν αλλάζουμε συμπεριφορά καθόλου εύκολα. Απαιτείται σημαντικός συναισθηματικός επηρεασμός, χωρίς εκφοβισμό, για να υιοθετήσουμε κάποια καινούρια συμπεριφορά αλλάζοντας εδραιωμένες από χρόνια συνήθειες.

Προγράμματα Β/θμιας πρόληψης εφαρμόζονται αρκετά και από πολλές Υπηρεσίες αλλά δεν υπάρχουν, πλην εξαιρέσεων, ειδικοί επισκέπτες-τριες Υγείας. Αυτό συμβαίνει γιατί τα προγράμματα αυτά είναι περιστασιακά, γίνονται με όποιο προσωπικό υπάρχει για τις τακτικές ανάγκες της Υπηρεσίας - συνήθως

περίθαλψη - και ακόμη γιατί υπάρχει, λόγω συστήματος, αδυναμία των δημοσίων - κρατικών υπηρεσιών να προσλαμβάνουν προσωπικό έκτακτο ορισμένου χρόνου. (Ρούσσος Χ. 1990).

Η έλλειψη, λόγω συνθηκών απασχόλησης, κινητικότητας ελεύθερα ασκούντων επαγγελματιών υγείας είναι τεράστιο πρόβλημα. Έτσι μπορεί σε άλλες υπηρεσίες να υπάρχει «δεσμευμένο» ειδικό προσωπικό χωρίς να απασχολείται με τα έργα του και σε άλλες να ζητείται και να μη βρίσκεται πουθενά ή να βρίσκεται συνήθως για διπλή απασχόληση, αλλά να υπάρχει αδυναμία πρόσληψης μία από τις πληγές της δημόσιας διοίκησης στη χώρα μας.

Επισημαίνεται ιδιαίτερα η έλλειψη ειδικευμένου προσωπικού για ανίχνευση αναπηριών αισθητηρίων στους μικρούς μαθητές των σχολείων. Επίσης σε προγράμματα - σπάνια - ανίχνευσης στους χώρους εργασίας κ.λ.π. αλλά και στον ευρύτερο πληθυσμό. (Ρούσσος Χ. 1990).

Κατοχυρωμένα «καθήκοντα» για τους επισκέπτες-τριες με πτυχίο νοσηλεύτη - τριας (παλαιοί τίτλοι σπουδών) υπάρχουν αλλά δεν υπάρχουν κατάλληλες υπηρεσίες για να αναπτυχθεί πλήρως ο κλάδος στην Α/θμια και Β/θμια πρόληψη σε επίπεδο ομάδων πληθυσμού. Όσο για την ατομική πρόληψη έχει αφεθεί περίπου στον κάθε πολίτη να ψάχνει από μόνος του, να πηγαίνει ή να μη πηγαίνει να εξετασθεί κ.λ.π.

Είμαστε όμως πολύ μακριά στη χώρα μας ακόμη για να υπολογίζουμε σε άτομα με αυτές τις ικανότητες, αλλά και δυνατότητες, υπεύθυνου ανθρώπου. (Ρούσσος Χ. 1990).

2.4.3. Τριτογενής ή Γ/θμια πρόληψη

Αν δεν αναπτυχθούν οι δύο προηγούμενες φάσεις της πρόληψης ή αν αποτύχουν οι προσπάθειες τότε είναι φυσικό ότι το άτομο θα νοσήσει. Επομένως σε αυτή τη φάση έχουμε να αντιμετωπίσουμε αρρώστους-κλινικά αρρώστους

(περιπατητικοί ή μη, στο σπίτι, όπου εφαρμόζεται η Α/θμια περίθαλψη ή στο νοσοκομείο για Β/θμια περίθαλψη).

Οπωσδήποτε το άτομο τίθεται υπό ιατρική και νοσηλευτική επίβλεψη και θεραπεία (κλινικοί ιατροί και νοσηλεύτες) γιατί υπάρχει εκδηλωμένο πρόβλημα οργανικής ή ψυχικής υγείας που απαιτεί και εξειδικευμένες γνώσεις του κλινικού τομέα και μέσα. Και αποτελεί έκπληξη ότι θεωρείται και αυτή η φάση μέρος του κύκλου της πρόληψης. Και όμως ακόμη και η εφαρμογή θεραπείας θεωρείται πρόληψη υπό ευρεία έννοια π.χ. επιπλοκών, αναπηριών, χρονιότητας, θανάτου, πρόληψη μετάδοσης νοσήματος λοιμώδους κ.λ.π.

Ο ίδιος ο άρρωστος χρειάζεται φροντίδες κλινικής αλλά και κοινωνικής νοσηλευτικής (απαλλαγή από ανησυχίες και έννοιες για ψυχο-κοινωνικά, προσωπικά ή οικογενειακά προβλήματα).

Χρειάζεται φροντίδα ειδική και κάποιοι άλλοι να αναλάβουν να επιλύσουν τα προβλήματα που υπήρχαν ή δημιουργήθηκαν με την εισαγωγή στο νοσοκομείο. (Ρούσσος Χ. 1990).

Συνήθως εκεί όπου υπάρχει οργανωμένη Κοιν. Υπηρεσία, ειδικοί διοικητικοί υπάλληλοι (κοιν. λειτουργοί) ασχολούνται με κάποια προβλήματα των αρρώστων που έχουν σχέση με τα οικονομικά κυρίως προβλήματα, τις μετακινήσεις των αρρώστων σε αναρρωτήρια, οίκους ευγηρίας κ.λ.π. Αυτά βέβαια όλα χωρίς συγκεκριμένο πρόγραμμα. Δεν διαθέτουν ούτε και αυτό όλα τα νοσοκομεία. Και οπωσδήποτε η παραπάνω δραστηριότητα δεν εντάσσεται στα πλαίσια της κοινωνικής νοσηλευτικής. Οι κοινωνικές υπηρεσίες λειτουργούν περισσότερο σαν προεκτάσεις των γραφείων κινήσεως ασθενών. (Ρούσσος Χ. 1990).

Ωστόσο, από την παλαιά αλλά και την πρόσφατη νομοθεσία προκύπτουν δικαιώματα απασχόλησης των επισκεπτών υγείας σε όλες τις Υπηρεσίες Κοινωνικής συμπαράστασης του τομέα υγείας. Είναι και ο λόγος για τον οποίο σε άλλες χώρες έχουμε ιατροκοινωνικές υπηρεσίες νοσοκομείων και ιατρο - κοινωνικούς λειτουργούς ή βοηθούς, ή κοινωνικές νοσηλεύτριες.

Οι κλάδοι αυτοί εκφράζουν τον κλάδο των επισκεπτών υγείας με πλήρη ανάπτυξη του ρόλου του και των δυνατοτήτων του. (Ρούσσοσ Χ. 1990).

Η Νοσηλευτική της δημόσιας και κοινωνικής υγείας (υγεία των πολλών, των ομάδων πληθυσμού) περιλαμβάνει δραστηριότητες-λειτουργίες, πράξεις συγκεκριμένες κ.λ.π. που αναπτύσσονται σύμφωνα με τη νοσηλευτική διεργασία-προσαρμογή μεθόδων και τεχνικών. Ωστόσο όμως θα πρέπει να πούμε ότι στον τομέα της δημόσιας υγείας που είναι ευθύνη κατά κύριο και αποκλειστικό λόγο του κράτους δεν μπορεί κανείς να λειτουργήσει «αυτόνομα».

Έτσι, η νοσηλευτική δημ. και κοιν. υγείας έχει μεν για τους λειτουργούς της δικαίωμα αυτόνομης απασχόλησης, πρακτικώς όμως το δικαίωμα δεν μπορεί να εξυπηρετηθεί. Κατά την άποψή μας πάντα, που δεν στερείται τεκμηρίωσης, ο κλάδος των επισκεπτών-τριών υγείας είναι μάλλον «υπαλληλικός» κλάδος. Είναι κλάδος νοσηλευτικής ειδικότητας που απαιτεί συμπληρωματικές σπουδές και γνώσεις διοικητικές - νομικές, μηχανισμών βοήθειας, κοινωνιολογίας, ψυχολογίας ομάδων. (Ρούσσοσ Χ. 1990).

Ας επανέλθουμε όμως στο άτομο - άρρωστο - που έχει εισαχθεί στο νοσοκομείο ή νοσηλεύεται στο σπίτι.

Η πρόληψη εξασφαλίζεται από τους κλινικούς μέσα στο νοσοκομείο και στο σπίτι από το θεράποντα γιατρό και τον ειδικό νοσηλευτή της κοινότητας, του ασφαλιστικού ταμείου κ.α.

Στο σπίτι ασκείται ανάλογα με την περίπτωση Γ/θμια πρόληψη για τον άρρωστο και Α/θμια για το οικογενειακό περιβάλλον.

Σύμφωνα με τις ανάγκες για κάλυψη που εμφανίζονται κατά τη φάση της αρρώστιας, οι ειδικοί που εμπλέκονται στις διαδικασίες εξυπηρέτησης δεν μπορεί να προέρχονται ειμή μόνο από την ιατρική και τη νοσηλευτική και βέβαια από τους παρα - ιατρικούς κλάδους. (Ρούσσοσ Χ. 1990).

Επειδή κατά τη φάση αυτή κυρίως, οι δραστηριότητες, θεραπευτικές και προληπτικές δεν διαχωρίζονται εύκολα και ούτε είναι αναγκαίος τέτοιος διαχωρισμός ειμή μόνον για κάποιους πρακτικούς λόγους, όλοι οι ειδικοί που ασχο-

λούνται θεωρητικά τουλάχιστον, θα πρέπει να έχουν ειδική επιμόρφωση σε θέματα πρόληψης ή να είναι πολυδύναμα στελέχη. Αυτός είναι και ένας ακόμη λόγος που μας οδηγεί στην άποψη ότι ο ειδικός επισκέπτης υγείας χωρίς να είναι στην επαγγελματική του βάση νοσηλεύτης γενικών φροντίδων δεν μπορεί να αποδώσει το αναμενόμενο σε όλη του την έκταση έργο. Το ίδιο άλλωστε συμβαίνει και στους γιατρούς. Είναι αδιανόητο ο υγιεινολόγος ή ο ασχολούμενος με την κοινωνική ιατρική να μην είναι γιατρός. Κλείνοντας τον κύκλο της πρόληψης θα πρέπει να αναφερθούμε στην Τεταρτογενή πρόληψη ή πρόληψη στη μετακλινική φάση. (Ρούσσος Χ. 1990).

2.4.4. Τεταρτογενής πρόληψη ή πρόληψη μετακλινικής φάσης.

Στη φάση αυτή όλες οι προσπάθειες τείνουν προς την αποφυγή υποτροπών της ασθένειας. Αυτό επιτυγχάνεται με την σταθεροποίηση του αποτελέσματος της θεραπείας, τον έλεγχο του περιβάλλοντος, την πρόβλεψη πιθανών κινδύνων και των μέσων για την αντιμετώπισή τους.

Πολλοί κλάδοι εργάζονται στη φάση αυτή της αποκατάστασης. Αλλά πάντοτε θα πρέπει να υπάρχει κάποιος από όλους που θα συνδέει την «ομάδα» και αυτό το πρόσωπο δεν μπορεί να είναι άλλο από τον επισκέπτη υγείας που κατά κανόνα και εξ ορισμού του επαγγέλματός του εργάζεται στο σπίτι. Εκεί δηλαδή που δημιουργούνται και αντιμετωπίζονται κατά κύριο λόγο οι ανάγκες των ανθρώπων.

Ας δούμε όμως στη συνέχεια πως αντιμετωπίσθηκε από την Πολιτεία ο κλάδος των επισκεπτών-τριών υγείας από της εμφανίσεώς του στον ελληνικό χώρο.

Ο θεσμός της Επισκέπτριας Αδελφής (και Νοσοκόμου) επισημοποιείται με την ίδρυση της Σχολής Επισκεπτριών Αδελφών και Νοσοκόμων το 1937. (Ρούσσος Χ. 1990).

2.4.5. Ο συμβουλευτικός ρόλος του νοσηλευτή στην κοινότητα

Η Νοσηλευτική είναι επιστήμη και τέχνη. Ως επιστήμη έχει εξειδικευμένα ενδιαφέροντα και αντικείμενα μελέτης και ως τέχνη έχει ιδιαίτερους χώρους δράσης και εφαρμογής. Ο νοσηλευτής-τρια καλείται να ασκήσει τη Νοσηλευτική ως επιστήμη και τέχνη όχι μόνο στο εύρος δράσεως της Κλινικής Νοσηλευτικής αλλά και στο χώρο αυτό που ονομάζεται Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ). Βασική αρχή της ΠΦΥ είναι η κινητοποίηση του πληθυσμού, με την ευαισθητοποίησή του στις ανάγκες υγείας και η συμμετοχή του στα προγράμματα υγείας. Αυτό επιτυγχάνεται με την ενεργοποίηση του συμβουλευτικού ρόλου του Νοσηλευτή και τη συμμετοχή του σε διάφορες ενέργειες που αφορούν κυρίως την πρόληψη, την αγωγή υγείας ως και τη Νοσηλευτική έρευνα. Απαραίτητη λοιπόν είναι η ύπαρξη της επαγγελματικής υγειονομικής ομάδας στην οποία ανήκει και ο νοσηλευτής, που βρίσκεται σε αμεσότερη επικοινωνία με τον πληθυσμό. Ο στόχος της άσκησης του συμβουλευτικού ρόλου προσδιορίζεται γενικά σαν μια δυναμική σχέση μέριμνας και βοήθειας, στην οποία ο νοσηλευτής βοηθά το άτομο να πραγματώσει και να διατηρήσει το ανώτερο δυνατό επίπεδο υγείας. (Ουζούνη Εφ. 1986).

Στη συνέχεια θα σχολιασθούν:

- A. Εύρος δράσεως του Συμβουλευτικού Νοσηλευτικού ρόλου στην Κοινότητα.
- B. Μέσα διενέργειας του Συμβουλευτικού ρόλου (Πληροφόρηση - Εκπαίδευση).
- Γ. Αρχές και μέθοδοι διδασκαλίας ατόμου-οικογένειας.
- Δ. Αντικείμενα διδασκαλίας σε άτομο-κοινότητα.
- E. Στόχος του Συμβουλευτικού χαρακτήρα του Νοσηλευτικού έργου.
- Z. Επίλογος. (Ουζούνη Εφ. 1986).

Α. Εύρος δράσεως του συμβουλευτικού νοσηλευτικού ρόλου στην κοινότητα.

Τα επί μέρους καθήκοντα των νοσηλευτών-τριών καθορίζονται πάντα από τις αρμόδιες αρχές μέσα στα νομικά και οργανωτικά πλαίσια των υγειονομικών υπηρεσιών. Ο συμβουλευτικός ρόλος του νοσηλευτή της Κοινότητας απαιτεί την άσκησή του μέσα στην Κοινότητα, εφόσον λόγω της φύσεως της εργασίας και της συνεχούς επαφής με τα άτομα που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας, μόνο το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να περάσει τα μηνύματα υγείας στον πληθυσμό πιο εύκολα και αποτελεσματικά. (Ουζούνη Εφ. 1986).

Ο νοσηλευτής που αναλαμβάνει να ασκήσει συμβουλευτικό ρόλο, πρέπει πρωταρχικά να καταλάβει πως κάτι στη μέχρι τώρα νοοτροπία του υγειονομικού συστήματος αλλά και της εκπαίδευσης, πρέπει να αλλάξει. Αυτό είναι ο αρρωστοκεντρικός τους χαρακτήρας που απαιτεί το κέντρο φροντίδας μας να είναι ο άρρωστος. Τη θέση του πρέπει να πάρει ο άνθρωπος ο υγιής, ο εργαζόμενος, ο υπερήλικας, όπου κι αν βρίσκονται: στο χώρο κατοικίας, εργασίας, εκπαίδευσης ή ψυχαγωγίας. Η αλλαγή αυτής της νοοτροπίας δεν συνεπάγεται την παραμέληση του ασθενή και της φροντίδος του αλλά σημαίνει ότι απλά αλλάζει η μέθοδος της εργασίας μας. Δηλαδή, ότι παύουμε εμείς να κάνουμε κάτι για τους άλλους, αλλά βοηθούμε τα άτομα να κάνουν ό,τι πρέπει για τον εαυτό τους. Πράγμα βέβαια όχι πιο εύκολο. Ίσως η προσπάθεια απαιτήσει περισσότερο χρόνο και κόπο. Σίγουρα όμως αυτή η προσπάθεια είναι παραγωγικότερη και πολύ πιο αποτελεσματική. (Ουζούνη Εφ. 1986).

Σύνολα ατόμων που μπορεί να απευθυνθεί ο νοσηλευτής με το συμβουλευτικό του χαρακτήρα:

1. Οικογένεια.
2. Σχολεία (μαθητές-σύλλογοι γονέων και καθηγητών).
3. Επαγγελματικοί χώροι (δημόσιες υπηρεσίες, εργοστάσια, ναυτιλιακές υπηρεσίες κ.α.).

4. Πολιτιστικοί και Αθλητικοί σύλλογοι.
5. Εκκλησιαστικές οργανώσεις.
6. Χώροι ψυχαγωγίας.
7. Στρατός.
8. Φυλακή. (Ουζούνη Εφ. 1986).

Β. Μέσα διενέργειας του συμβουλευτικού νοσηλευτικού ρόλου

Μία από τις μέριμνες του νοσηλευτή που θα ασκήσει συμβουλευτικό ρόλο είναι οι μέθοδοι προσέγγισης του ατόμου, γιατί βάσει αυτών θα επιτύχει το σκοπό του.

Η προσέγγιση του ατόμου επιτυγχάνεται μέσω δύο μεθόδων:

- α) Πληροφόρηση.
- β) Εκπαίδευση.

Πληροφόρηση: είναι η παροχή πληροφοριών σε θέματα υγείας που αφορούν κυρίως τις βιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και πνευματικές λειτουργίες, καθώς και τις νοσολογικές διαταραχές που συμβαίνουν μέσα στον οργανισμό του ανθρώπου και επηρεάζουν τις σχέσεις του με το περιβάλλον.

Εκπαίδευση: η εκπαίδευση του ατόμου και της οικογένειας σε θέματα υγείας είναι ένα ολοκληρωμένο μέρος του ρόλου του Νοσηλευτή. Για τη σωστή διενέργεια της εκπαίδευσης, ο νοσηλευτής πρέπει αρχικά να χαράξει την πορεία διδασκαλίας του ατόμου, λαμβάνοντας υπόψη τα εξής:

- Αναγνώριση των αναγκών μάθησης.
- Τοποθέτηση στόχου και σχεδιασμός εργασίας.
- Περιεχόμενο διδασκαλίας.
- Εκτίμηση των αποτελεσμάτων.

Τελικός στόχος της εκπαίδευσης είναι η διαμόρφωση υγιεινολογικής συνείδησης προς την απόκτηση νέας συμπεριφοράς, σαν αποτέλεσμα της μάθησης που πήρε το άτομο - οικογένεια.

Προσοχή: Δεν μπορεί να γίνει εκπαίδευση εάν πρώτα δεν γίνει πληροφόρηση του ατόμου, γιατί πραγματικά αυτό αποτελεί πολλές φορές το πρώτο σκαλοπάτι στη θεμελίωση της σχέσης ατόμου-νοσηλευτή στην οποία φυσικά θα στηριχθεί η μελλοντική εκπαίδευση. (Ουζούνη Εφ. 1986).

Προϋποθέσεις για την πληροφόρηση-εκπαίδευση.

- Άμεση διαπροσωπική σχέση.
- Αμοιβαία εμπιστοσύνη.
- Γνώση της ψυχολογικής και κοινωνικής κατάστασης του ατόμου.
- Γνώση των παραγόντων που επηρεάζουν το περιβάλλον και την υγεία του ατόμου, με τις αλληλεξαρτώμενες σχέσεις και επιδράσεις τους.
- Δυνατότητα ολιστικής προσέγγισης της οικογένειας.

Από τι εξαρτάται η πληροφόρηση του ατόμου. Την απάντηση αυτού του ερωτήματος πρέπει να γνωρίζει καλά ο νοσηλευτής.

Η πληροφόρηση του ατόμου εξαρτάται από:

- Ηλικία
- Φύλο
- Θρήσκευμα
- Σπουδές - νοημοσύνη
- Κατάσταση προσωπικών υποθέσεων
- Κοινωνική θέση
- Ενημερότητα σε Ιατρικά θέματα

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, ο νοσηλευτής μπορεί να αρχίσει τον συμβουλευτικό ρόλο του, γνωρίζοντας τα μέσα εκτέλεσης της εργασίας του που είναι:

- ο προφορικός λόγος
- ο γραπτός λόγος
- εικόνες (Ουζούνη Εφ. 1986).

Γ. Αρχές και μέθοδοι διδασκαλίας ατόμου - οικογένειας

Η παιδαγωγική θεωρητική κατάρτιση των νοσηλευτών αφορά τη γνώση των αρχών μάθησης και διδασκαλίας που σκιαγραφούνται παρακάτω:

Αρχές μάθησης

- Κάθε άτομο σαν χωριστή προσωπικότητα μαθαίνει με τον δικό του τρόπο.
- Η ύπαρξη άγχους και η τυχόν ψυχολογική υπερένταση μειώνουν την ικανότητα μάθησης.
- Η πιθανή ύπαρξη ασθένειας, πόνου, έλλειψη άνεσης, ελαττώνουν σημαντικά το ενδιαφέρον για μάθηση.
- Η κατανόηση της αξίας και της χρησιμότητας των διδασκομένων για την εξυπηρέτησή του και την ίδια του τη συμμετοχή στην υγεία του, αυξάνει σε μεγάλο βαθμό τη μάθηση του ατόμου. (Ουζούνη Εφ. 1986).

Αρχές διδασκαλίας

- Η ομιλία μας πρέπει να είναι καθαρή, ήρεμη, σιγανή
- Αρχίζουμε από απλά πράγματα και προχωράμε σταδιακά στα σύνθετα
- Χρησιμοποιούμε γλώσσα απλή - όχι επιστημονική ορολογία
- Χρησιμοποιούμε θέματα ομιλίας ανάλογα της κουλτούρας και του μορφωτικού επιπέδου του ατόμου - οικογένειας.
- Παρέχουμε στα άτομα αρκετό χρόνο για ερωτήσεις
- Κατά τη διάρκεια της διδασκαλίας, βεβαιωνόμαστε ότι το άτομο αντιλαμβάνεται τα διδασκόμενα
- Χρησιμοποιούμε όσο το δυνατόν περισσότερα διδακτικά μέσα όπως εικόνες, φυλλάδια κ.α.
- Επαινούμε το άτομο, κάθε φορά που διαπιστώνουμε ότι κατανόησε κάτι, ή μετά την εφαρμογή του. (Ουζούνη Εφ. 1986).

Δ. Αντικείμενα διδασκαλίας σε άτομο - κοινότητα

Τα αντικείμενα διδασκαλίας που μπορεί να πραγματευθεί ο νοσηλευτής, τα χωρίζουμε σε ατομικά και πληθυσμιακά.

Α. Ατομικά

- Η νόσος (οργανική ή ψυχοσωματική)

- Ο κίνδυνος νοσήσεως σε μια εξελισσόμενη λοιμώδη επιδημία
- Ο κίνδυνος τροχαίου ατυχήματος
- Οι κάθε φύσεως κίνδυνοι στον εργασιακό ή άλλους χώρους. (Ουζούνη Εφ. 1986).

B. Πληθυσμιακά

- Η επικείμενη ρύπανση του φυσικού περιβάλλοντος (εδάφους, νερού, αέρα) μιας περιοχής π.χ. από κάποια βιομηχανία.
- Οι συνέπειες ενός σεισμού
- Ο κίνδυνος πρόκλησης μιας λοιμώδους επιδημίας π.χ. από κάποιο είδος διατροφής και οι συνέπειές της.
- Ο κίνδυνος χρήσης ναρκωτικών και άλλων βλαπτικών ουσιών, κυρίως από νέους σε χώρους ψυχαγωγίας κ.α.
- Ο κίνδυνος εμφάνισης κοινωνικών νοσημάτων, όπως π.χ. τα λοιμώδη νοσήματα, ψυχικά (πανικός), βαρειές αναπηρίες, αλκοολισμός. (Ουζούνη Εφ. 1986).

Ε. Στόχος του συμβουλευτικού χαρακτήρα του νοσηλευτικού έργου

Λαμβάνοντας υπόψη ότι ο άνθρωπος είναι μια σωματική - οργανική, ψυχική, διανοητική, ηθική και κοινωνική ενότητα και ότι η μεταξύ των επί μέρους λειτουργιών ισορροπία είναι η υγεία, ενώ η διαταραχή αυτών είναι η νόσος, τότε σκοπός του συμβουλευτικού νοσηλευτικού ρόλου είναι:

- A. Συντήρηση της υγείας: δηλαδή η εφαρμογή των μέσων και μέτρων που υποδεικνύονται από την Πολιτεία για την Υγεία.
- B. Βελτίωση της υγείας: δηλαδή η καλύτερευση των συνθηκών διαβίωσης, διατροφής, εργασίας κ.α.
- Γ. Αύξηση της υγείας: δηλαδή η αύξηση της αντιστάσεως του ανθρώπου σε βαθμό τέτοιο, ώστε να υπερτερεί έναντι των αρνητικών περιβαλλοντικών παραγόντων. (Ουζούνη Εφ. 1986).

Η επίτευξη αυτών των στόχων συνεπάγεται:

1. Την πρόληψη και προφύλαξη από τις αρρώστιες. 'Αρα τη μείωση της νοσηρότητας.
2. Την αποφυγή του πρόωρου και γενικότερα την απομάκρυνση του θανάτου. 'Αρα τη μείωση της θνησιμότητας.
3. Την παράταση της ζωής του ανθρώπου. 'Αρα την αύξηση του μέσου όρου ζωής του.
4. Τη διεύρυνση των παραγωγικών ηλικιών, από 20-50 χρόνων που ήταν παλαιότερα σε 17-65 χρόνων και άνω.
5. Την παράταση της ζωής του ανθρώπου μέχρι τα βαθειά γεράματα με παράλληλη εξασφάλιση καλύτερης ζωής στον υπερήλικα.
6. Η αλλαγή θέσεως των νοσημάτων στην πληθυσμοπαθολογική κλίμακα, στην κορυφή της οποίας παλαιότερα βρίσκονταν τα λοιμώδη νοσήματα, ενώ σήμερα άλλαξε η σειρά και έτσι έχουμε στην κορυφή τα ατυχήματα, τα καρδιαγγειακά νοσήματα και τα κακοήθη νεοπλάσματα, ενώ χαμηλά βρίσκονται τα λοιμώδη νοσήματα. (Ουζούνη Εφ. 1986):

Ανταπόκριση της Νοσηλευτικής στην ανοικτή πρόκληση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που είναι «ΥΓΕΙΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ ΤΟ 2000», αποτελεί η κοινοτική Νοσηλευτική με τον συμβουλευτικό της χαρακτήρα.

Εκμεταλλεύεται θετικά την τάση των ανθρώπων να ενδιαφέρονται για τη διασφάλιση της ατομικής-προσωπικής Υγείας, προσφέροντας σωστές και πλήρεις γνώσεις και δημιουργεί υγιεινολογική συνείδηση και νέα συμπεριφορά. Με τον τρόπο αυτό συμμετέχει ενεργά και το άτομο στη διατήρηση, τη βελτίωση και την αύξηση της υγείας.

Τέλος, τονίζεται ότι η Υγιεινή συμπεριφορά του ατόμου είναι ίσως η μόνη πράξη του ανθρώπου που φαινομενικά γίνεται για τους άλλους (κοινωνική συμπεριφορά) αλλά το αποτέλεσμα αυτής ξαναγυρνά στο ίδιο το άτομο. Είναι αντανάκλαση κάθετη σε επίπεδο κάτοπτρο. Το επίπεδο κάτοπτρο είναι ο πληθυσμός, πηγή των ακτίνων (πράξεων) είναι το άτομο και αντανακλώμενες ακτίνες είναι οι πράξεις. ή πιο απλά:

Φροντίζω για την υγεία του συνανθρώπου ή των συνανθρώπων μου για να διατηρήσω, να βελτιώσω και να αυξήσω τη δική μου υγεία. (Ουζούνη Εφ. 1986).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Η ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ

- Ιστορική Αναδρομή της Σχολικής Νοσηλευτικής
- Σχολική Υγιεινή στην Ελλάδα
- Σχολική Υγιεινή - Εισαγωγή
- Σχολική Υγιεινή και Νοσηλευτική Επιστήμη
- Αντικειμενικοί Σκοποί της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας στο Σχολείο
- Καθήκοντα Νοσηλευτή στο Σχολικό περιβάλλον

3.1 Ιστορική αναδρομή της σχολικής Νοσηλευτικής

Η Νοσηλευτική υπηρεσία στο σχολείο άρχισε στη Νέα Υόρκη το 1902, όταν σε κάποιο σχολείο παρουσιάστηκε μια δερματική νόσος που ανάγκαζε τα παιδιά να μένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα στο σπίτι. Η Lillian Wald την οποίαν αναφέραμε και στο γενικό μέρος της Κοινοτικής Νοσηλευτικής, προσέφερε νοσηλευτική φροντίδα στα παιδιά αυτά για ένα μήνα με πολύ καλά αποτελέσματα. Μετά από αυτή την νοσηλευτική επιτυχία, στους δώδεκα μήνες που ακολούθησαν, διορίστηκαν δώδεκα νοσηλευτές στο σχολείο αυτό. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

Από τότε και μετά, η νοσηλευτική υπηρεσία στο σχολείο επεκτάθηκε πάρα πολύ, τόσο σαν τμήμα της κοινοτικής νοσηλευτικής με κέντρο την υγειονομική υπηρεσία της κοινότητας, όσο και σαν υπηρεσία εξαρτημένη από το υπουργείο παιδείας. Το 1966, 16.562 νοσηλευτές που εργάζοντο στις υγειονομικές υπηρεσίες είχαν μέσα στις άλλες αρμοδιότητές τους και την ευθύνη της υγείας των μαθητών προσφέροντας υπηρεσία και στα σχολεία της περιοχής τους, ενώ 15.282 νοσηλευτές είχαν διοριστεί ειδικά και μόνο για τα σχολεία, από το Υπουργείο Παιδείας. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

Μετά από την Νέα Υόρκη, ο θεσμός του σχολικού νοσηλευτή επεκτάθηκε και στις άλλες πολιτείες των Ηνωμένων Πολιτειών και στον Καναδά και σταδιακά μεταφέρθηκε στις Ευρωπαϊκές χώρες με διάφορο ρυθμό και ανάπτυξη στην κάθε μια.

Σήμερα δίδεται ιδιαίτερη έμφαση στη διατήρηση και προαγωγή της υγείας, ανοίγονται νέοι ορίζοντες και δίδονται ξεχωριστές ευκαιρίες για την ανάπτυξη της σχολικής υγιεινής και της Νοσηλευτικής στον χώρο του σχολείου.

Το σχολείο αποτελεί το μέσον με το οποίο προσφέρονται υγειονομικές υπηρεσίες σε όλο τον νεανικό πληθυσμό της χώρας αφού περιλαμβάνει τον σχολικό πληθυσμό και των τριών βαθμίδων (πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας, τριτοβάθμιας) εκπαίδευσης, δηλαδή το μαθητικό, σπουδαστικό και φοιτητικό κόσμο της χώρας. Ακόμη οι υπηρεσίες επεκτείνονται και σε όλο το προσωπικό του

σχολείου (διδακτικό, διοικητικό και βοηθητικό) καθώς και στους γονείς με τους οποίους η νοσηλευτική υπηρεσία βρίσκεται σε συνεχή και στενή επικοινωνία. Το σχολείο μετατρέπεται έτσι σε ένα Κοινοτικό Κέντρο. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

3.2 ΣΧΟΛΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η σχολική υγιεινή αποτελεί για την Επισκέπτρια Κοινότητας ένα ευρύτατο τομέα για προσφορά και δράση, διότι ο σχολικός πληθυσμός, τόσο της βασικής όσο και της μέσης εκπαίδευσης, είναι πολυπληθής. Εκτός από τους μαθητές, οι Νοσηλευτικές υπηρεσίες καλύπτουν και τις ανάγκες του Διδακτικού και βοηθητικού προσωπικού του σχολείου, επεκτείνοντας ακόμη τις υπηρεσίες τους και στους γονείς των μαθητών. (Ζαβιτσάνος Ξ. Θ. 1975).

Σύμφωνα με τα στοιχεία της στατιστικής υπηρεσίας του Υπουργείου Παιδείας, ο σημερινός σχολικός πληθυσμός υπολογίζεται ότι ξεπερνά τα 2 εκατομμύρια και αντιπροσωπεύει το 19,55% του πληθυσμού της Ελλάδος.

Αυτό αποκτά μεγαλύτερη σημασία, αν σκεφτούμε ότι από τον πληθυσμό αυτό θα εξαρτηθεί η κατάσταση υγείας του μελλοντικού πληθυσμού της πατρίδας μας. Το σχολείο από όπου υποχρεωτικά περνά όλος ο νέος πληθυσμός της χώρας μπορεί να αποτελέσει ένα μοναδικό μέσο για την καλύτερευση της υγείας του συνολικού πληθυσμού, όχι μόνο στο παρόν αλλά και περισσότερο στο μέλλον. (Ζαβιτσάνος Ξ. Θ. 1975).

Από την αρχή του περασμένου αιώνα έγινε αισθητή η ανάγκη οργάνωσης υγειονομικής υπηρεσίας στα σχολεία. Τα τελευταία χρόνια η αναγκαιότητα αυτή έγινε πιο επιτακτική σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες του κόσμου.

Η πρόληψη και η προαγωγή της υγείας του μαθητή είναι καθήκον τόσο του Σχολιάτρου όσο και της Επισκέπτριας του σχολείου, θεσμοί που υπάρχουν σήμερα ευρύτερα στα περισσότερα κράτη του κόσμου.

Η Σχολιατρική υπηρεσία στην Ελλάδα ξεκινά με την οργάνωση Κεντρικής Υπηρεσίας στο Υπουργείο Παιδείας το 1910 και τη δημιουργία του θεσμού του Σχολιάτρου και της Υγειονομικής υπηρεσίας των σχολείων το 1914. Από το 1976 η υπηρεσία αυτή μεταφέρεται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

Παρά τη μεγάλη αύξηση του Σχολικού πληθυσμού μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, δεν υπήρξε παράλληλη αύξηση σε σχολιάτρους και Επισκέπτριες Υγεί-

ας. Ο Οργανισμός της Σχολικής Υγιεινής προβλέπει 362 οργανικές θέσεις σχολιάτρων και 32 θέσεις επισκεπτριών. Αυτή τη στιγμή όμως υπηρετούν μόνο 87 σχολίατροι και 7 επισκέπτριες Σχολικής Υγιεινής. (Ζαβιτσάνος Ξ. Θ. 1975).

Η Σχολική Επισκέπτρια Υγείας μπορεί να διοριστεί από το Υπουργείο Παιδείας ή το Υπουργείο Υγείας. Στην πρώτη περίπτωση αποτελεί προσωπικό του Σχολείου, όπως ακριβώς και οι δάσκαλοι. Στη δεύτερη ανήκει στο Κέντρο Υγείας της περιοχής, στην οποία υπάγεται το σχολείο που υπηρετεί. Και στις δυο περιπτώσεις υπάρχουν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, ανάλογα και με το γενικότερο σύστημα που ακολουθεί κάθε χώρα. Σαν μεγαλύτερο πλεονέκτημα για τις Επισκέπτριες που έχουν σαν βάση το Κ. Υγείας αναφέρεται το ότι δεν απομονώνονται στο χώρο του Σχολείου, έχουν την ευκαιρία να επικοινωνήσουν με επισκέπτριες της κοινότητας άλλων ειδικοτήτων, που είναι δυνατό να επισκέπτονται το σπίτι του μαθητού, όπως η Επισκέπτρια Επαγγελματικής Υγιεινής ή η Επισκέπτρια που δίδει νοσηλεία στο σπίτι, και μπορούν άνετα να χρησιμοποιήσουν το υλικό και τα μέσα που διαθέτει το Κ. Υγείας για τις ανάγκες των μαθητών. Στη δική μας περίπτωση, η επισκέπτρια της Σχολικής υγιεινής είναι πιο φυσικό να ανήκει στο Κέντρο Υγείας, εφ' όσον και η Σχολιατρική Υπηρεσία κατευθύνεται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, χωρίς βέβαια να αποκλείεται και η πρώτη περίπτωση, εάν γίνουν οι κατάλληλες ρυθμίσεις. (Ζαβιτσάνος Ξ. Θ. 1975).

3.3 Σχολική Υγιεινή - Εισαγωγή

Σχολική Υγιεινή είναι κλάδος της Ιατρικής επιστήμης που υποδεικνύει τα μέσα και τους τρόπους για τη διατήρηση της καλής υγείας ή τη βελτίωσή της, μέσα στο χώρο ενός Σχολείου.

Από την Αρχαιότητα ακόμα η Σχολική Υγιεινή διαλαλεί ότι είναι συμφερότερο να προφυλάγεται το άτομο από μια αρρώστια, παρά να δίνει μάχη όταν αυτή εκδηλωθεί. Παρόλα αυτά όμως δοκίμασε και δόξεις και απογοητεύσεις μέσα στους αιώνες. (Ζαβιτσάνος Ξ. Θ. 1980).

Σκοπός της Σχολικής Υγιεινής είναι να προάγεται αλλά και να διαφυλάσσεται η σωματική, η πνευματική και η φυσική ευεξία των μαθητών του Σχολείου, και κατ' επέκταση όλων των ατόμων που κινούνται μέσα στο Σχολικό χώρο.

Ο σκοπός αυτός επιτυγχάνεται με τρεις τρόπους: με την πρόληψη (πριν το παιδί νοσήσει), με τη θεραπεία (αφού έχει ήδη νοσήσει), και με την αποκατάσταση του παιδιού, ψυχική και σωματική μετά τη νόσο.

Οι αρμόδιοι φορείς που μπορούν ν' ασκήσουν Σχολική Υγιεινή είναι οι Σχολικοί ιατροί οι ονομαζόμενοι Σχολίατροι, οι Σχολικές νοσηλεύτριες, ή ακόμα και οι δάσκαλοι όταν η έλλειψη των προηγούμενων δύο φορέων είναι μεγάλη. Όλοι μαζί βρίσκονται σε συνεχή επαφή με τα υγειονομικά κέντρα και νοσοκομεία της κάθε χώρας ώστε συνεχώς να πλουτίζουν τις γνώσεις τους πάνω στις καινούργιες μεθόδους ιατρικής και νοσηλευτικής επιστήμης και τεχνολογίας, για να κάνουν το έργο τους πιο σωστά και ολοκληρωμένα. (Ζαβιτσάνος Ξ. Θ. 1980).

3.4 Σχολική Υγιεινή και Νοσηλευτική Επιστήμη

Πάνω στο θέμα «Σχολική Υγιεινή» ο ρόλος της νοσηλεύτριας-τή είναι πολύ μεγάλος, πολύτιμος και αρκετά δύσκολος. Αξίζει να σημειώσουμε πως στην Ελλάδα δεν είναι ιδιαίτερα γνωστή, η ιδιότητα αυτή που μπορεί να έχει στο σχολείο μια νοσηλεύτρια-τής. Ο πολύς κόσμος θέλει να ξέρει τη νοσηλεύτρια-τή μόνο μέσα στο χώρο του Νοσοκομείου, έτοιμο να δώσει τις Υπηρεσίες του δίπλα στον ασθενή. Κι όμως δεν είναι έτσι, η νοσηλεύτρια-τής τώρα μορφώνεται πάρα πολύ, αποκτά διάφορες γνώσεις ιατρικής φύσης, νοσηλευτικής φύσης, γνώσεις παιδικής ψυχολογίας και ψυχολογίας για ενήλικες, οξύνει το πνεύμα του καλλιεργεί στην πράξη ότι διδάχθηκε μέσα από τα βιβλία και την πείρα των μεγαλύτερων του, αναπτύσσει ακόμη περισσότερο την παρατηρητικότητά του κι έτσι οδηγείται προς νέους ορίζοντες, διεκδικεί θέσεις στην κοινότητα, στα Αγροτικά Ιατρεία, στα νεοϊδρυθέντα Κέντρα Υγείας, αλλά και στα Σχολεία. (Μούσουρα Αδ. 1988).

Βέβαια σ' αυτό τους το έργο συνάντησαν πάρα πολλές δυσκολίες. Κι όλα αυτά γιατί υπήρχε άγνοια από μέρους των πολιτών. Δεν μπορούσαν να σκεφθούν τις σημαντικές Υπηρεσίες που θα πρόσφερε μια νοσηλεύτρια-τής στα παιδιά τους, μιας και είχαν επαναπαυθεί σε κάποιες επισκέψεις που θα έκανε ο σχολίατρος, ή στις λίγες γνώσεις και πρώτες βοήθειες που υποχρεωνόταν να ξέρει ο δάσκαλος.

Κι όμως θα δούμε παρακάτω ποιός πραγματικά είναι ο ρόλος της Νοσηλεύτριας ή του Νοσηλευτή, τι πράγματι γίνεται στη χώρα μας και τι θα έπρεπε να υπάρχει από πλευράς μεθόδευσης. (Μούσουρα Αδ. 1988).

3.5 Αντικειμενικοί σκοποί της Νοσηλευτικής υπηρεσίας στο σχολείο.

Οι κυριότεροι αντικειμενικοί σκοποί της Νοσηλευτικής υπηρεσίας είναι τρεις:

- Αξιολόγηση και προαγωγή της υγείας του σχολικού πληθυσμού.
- Βελτίωση του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος μέσα στο οποίο ζεί και εργάζεται ο σχολικός πληθυσμός.
- Αγωγή Υγείας. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

Αξιολόγηση και προαγωγή της υγείας του σχολικού πληθυσμού.

Για να εξασφαλιστεί υγιής σχολικός πληθυσμός, είναι απαραίτητο οι προσπάθειες να αρχίσουν πολύ πριν το παιδί φθάσει στη σχολική ηλικία. η προσπάθεια για την εξασφάλιση και την προαγωγή της υγείας αρχίζει πριν από τη σύλληψη του κάθε παιδιού και συνεχίζεται στη βρεφική, προσχολική και σχολική ηλικία.

Κατά την εισαγωγή του παιδιού στο σχολείο είναι απαραίτητο να γίνει ένας πλήρης ιατρικός και οδοντιατρικός έλεγχος, καθώς και έλεγχος των εμβολίων που έγιναν ή δεν έγιναν. Μετά τον έλεγχο αυτό πρέπει να αντιμετωπιστεί κάθε πρόβλημα και να διορθωθεί κάθε μικρή ή μεγαλύτερη αναπηρία, ιδιαίτερα σχετικά με την όραση και την ακοή του παιδιού. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

Η στενή επικοινωνία του σχολικού νοσηλευτή με την οικογένεια, είναι απαραίτητη. Καλό είναι να ενισχύεται και προωθείται η συνεργασία με γραπτή επικοινωνία του νοσηλευτή προς τους γονείς που αρχίζει πριν ακόμη αρχίσει το σχολείο. Ένα γράμμα απλό, ενισχυτικό και προσαρμοσμένο στις ανάγκες κάθε παιδιού, που διαπιστώνονται κατά την εγγραφή του στο σχολείο, βοηθεί πάρα πολύ στην θετική τοποθέτηση της οικογένειας και ενισχύει τη συνεργασία γονέ-

ων-νοσηλευτών. Ο νοσηλευτής μπορεί ακόμη να ζητήσει από τους γονείς ένα ιστορικό υγείας του παιδιού, ή να έχει ο ίδιος ένα έντυπο το οποίο να τους παρακαλεί να συμπληρώσουν, αφού τους εξηγήσει τον σκοπό τον οποίον εξυπηρετεί.

Ο σχολικός νοσηλευτής συμβάλλει στην προαγωγή της υγείας του σχολικού πληθυσμού με τις πιο κάτω δραστηριότητες. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

Λεπτομερής εξέταση και αξιολόγηση της υγείας του κάθε παιδιού.

Έλεγχος των αισθήσεων και των διαφόρων συστημάτων όπως: Μέτρηση ακοής και όρασης, έλεγχο για οργανικές ή διανοητικές αναπηρίες, έλεγχο της αντίληψης καθώς και προσεκτική αξιολόγηση της ψυχικής και συναισθηματικής κατάστασης του παιδιού.

Προσεκτική παρακολούθηση και παρατήρηση, η οποία δίδει πληροφορίες στον νοσηλευτή σχετικά με την συμπεριφορά κάθε παιδιού, την συνεργασία του με άλλα παιδιά, την δυνατότητά του να συνεργαστεί, την συμμετοχή του στο παιχνίδι, την σχέση του με τους δασκάλους και το άλλο προσωπικό του σχολείου. Ακόμη προσεκτική παρακολούθηση για διαπίστωση οικονομικών, κοινωνικών, οικογενειακών προβλημάτων που επηρεάζουν την υγεία του παιδιού. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

Αντιμετώπιση και παροχή φροντίδος στα παιδιά σε περίπτωση ξαφνικής αρρώστιας ή τραυματισμού.

Είναι απαραίτητο να υπάρχει στο σχολείο πλήρως οργανωμένο ιατρείο, εξοπλισμένο και έτοιμο να δώσει βοήθεια σε κάθε αρρώστια ή ατύχημα. Στο ιατρείο διατηρείται αρχείο με τα δελτία υγείας των μαθητών, στα οποία ο νοσηλευτής ανατρέχει για κάθε πληροφορία και τα οποία ενημερώνει συστηματικά με

οτιδήποτε έχει σχέση με την υγεία του παιδιού. Οι πληροφορίες που υπάρχουν στα δελτία αυτά είναι εμπιστευτικές και δεν επιτρέπεται να διαρρέουν σε άσχετα πρόσωπα. Αυτό το καθήκον απορρέει και από το επαγγελματικό απόρρητο, το οποίο οφείλει να τηρεί ο νοσηλευτής σε όλες τις περιπτώσεις. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

Ενθάρρυνση των γονέων και του άλλου προσωπικού του σχολείου να συμμετέχουν σε δραστηριότητες που έχουν σχέση με την υγεία.

Η αξιολόγηση της υγείας των μαθητών γίνεται με συνολική, ομαδική προσπάθεια και συμμετοχή του ίδιου του παιδιού, των γονέων, των δασκάλων, του γιατρού, της κοινωνικής λειτουργού καθώς και του άλλου βοηθητικού προσωπικού του σχολείου, την οποία προσπάθεια συντονίζει ο νοσηλευτής.

Η προσεκτική παρατήρηση και παρακολούθηση του παιδιού, που γίνεται από την οικογένεια, προσφέρει την πολυτιμότερη βοήθεια και συμπληρώνει τις πληροφορίες που προέρχονται από τους δασκάλους και το άλλο προσωπικό του σχολείου. Στους γονείς, που παρευρίσκονται στην περιοδική ιατρική εξέταση των μαθητών, ο νοσηλευτής εξηγεί το πρόβλημα και δίδει ανάλογες οδηγίες. Σε ειδικά οργανωμένες ομαδικές συγκεντρώσεις γονέων δίδονται επίσης εξηγήσεις, συζητούνται θέματα και προτείνονται λύσεις για τα ποικίλα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο σχολικός πληθυσμός. Πολλοί είναι οι γονείς που για διάφορους λόγους, δεν έρχονται στις συγκεντρώσεις αυτές, και αυτοί συνήθως ανήκουν στις οικογένειες εκείνες που έχουν τη μεγαλύτερη ανάγκη από βοήθεια και συνεργασία. Πρέπει λοιπόν να εξευρεθεί τρόπος για να επικοινωνήσει ο νοσηλευτής με τους γονείς αυτούς. Ο πιο εύκολος και συχνά χρησιμοποιούμενος και από τους δασκάλους τρόπος είναι τα μικρά «σημειώματα προς τους γονείς», με τα οποία ο νοσηλευτής τους ενημερώνει για κάποιο πρόβλημα υγείας που διαπιστώθηκε στο παιδί, μια αδιαθεσία που παρουσίασε, κάποιες οδηγίες που χρειάζονται.

ζονται να ακολουθήσει ή ο,τιδήποτε άλλο χρειάζεται να ξέρουν για το παιδί τους. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

Η λύση αυτή δεν είναι πάντοτε αποτελεσματική, διότι τα σημειώματα ίσως να μη φθάσουν στους γονείς ή οι γονείς να μην τους δώσουν την σημασία που πρέπει.

Συχνά, χρειάζεται να χρησιμοποιηθεί και άλλος πιο κοπιαστικός αλλά και πιο αποτελεσματικός τρόπος. Η επίσκεψη του νοσηλευτή στο σπίτι του παιδιού, η οποία θα του δώσει την ευκαιρία να διαπιστώσει τις συνθήκες με τις οποίες ζει το παιδί και να συγκεντρώσει πληροφορίες για την οικογενειακή, οικονομική και κοινωνική του κατάσταση, βοηθούμενος από τις γνώσεις, την πείρα και την προσεκτική του παρατήρηση. Κυρίως, θα έλθει σε άμεση επικοινωνία με τους γονείς και θα προσπαθήσει να εξασφαλίσει την συνεργασία τους.

Μετά από την οικογένεια, που αποτελεί την σπουδαιότερη πηγή από την οποία αντλεί πληροφορίες ο νοσηλευτής, οι δάσκαλοι αποτελούν επίσης αξιόλογη ομάδα με την οποία πρέπει να συνεργαστεί και από την οποία θα συγκεντρώσει πολύτιμες πληροφορίες για τον κάθε μαθητή. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

Ο δάσκαλος που βρίσκεται πολλές ώρες κάθε μέρα κοντά στο παιδί είναι σε θέση να δώσει πολλές χρήσιμες πληροφορίες, εάν μάλιστα έχει και μια σχετική ενημέρωση για τα θέματα υγείας. Πολύ χρήσιμες είναι οι συναντήσεις του νοσηλευτή με τους δασκάλους που πρέπει να γίνονται τόσο πριν από την έναρξη του σχολικού έτους, όσο και κατά τακτά χρονικά διαστήματα, στην διάρκεια του χρόνου. Στις συναντήσεις αυτές μπορεί να συμμετέχει και ο σχολίατρος, ο κοινωνικός λειτουργός και όποιος άλλος ειδικός βρίσκεται στο χώρο του σχολείου ή συνεργάζεται με το σχολείο και ασχολείται με τα παιδιά. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

Για την επιτυχία αυτών των συναντήσεων πρέπει απαραίτητα να ευαισθητοποιηθούν οι δάσκαλοι, ώστε να δεχθούν τη νοσηλευτική υπηρεσία σαν ειδική ανεξάρτητη υπηρεσία, απαραίτητη στον χώρο του σχολείου. Αυτό βέβαια θα εξαρτηθεί από την Κρατική πολιτική, την κατεύθυνση που δίδει το Υπουργείο Παι-

δείας καθώς και από τον διευθυντή, τον γυμνασιάρχη ή τον λυκειάρχη.

Ασφαλώς χρειάζονται και ιδιαίτερες συναντήσεις του νοσηλευτή με κάποιο από τους δασκάλους για να συζητηθεί το πρόβλημα που αφορά συγκεκριμένο μαθητή. Τέτοια προβλήματα που προκύπτουν είναι: Το παιδί που δεν παίζει, δεν επικοινωνεί με άλλα παιδιά, το αφηρημένο παιδί, το πολύ μελαγχολικό, το πολύ αδύνατο και κουρασμένο, το πολύ άτακτο και νευρικό καθώς και ποικίλα άλλα προβλήματα που παρουσιάζουν τα παιδιά. Όλα αυτά πρέπει να αντιμετωπιστούν με την συνεργασία νοσηλευτή, δασκάλου, παιδιού και οικογένειας. Εάν χρειαστεί, θα ζητηθεί βοήθεια από τον σχολίατρο, τον ψυχολόγο, τον κοινωνικό λειτουργό, τον διευθυντή, άλλους δασκάλους και όποιον άλλο ειδικό, ανάλογα με το πρόβλημα.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η υγεία των δασκάλων, του διοικητικού και βοηθητικού προσωπικού του σχολείου ενδιαφέρει άμεσα τον νοσηλευτή και η επιδίωξη της αποτελεί ένα από τους αντικειμενικούς του σκοπούς. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

Βελτίωση του Φυσικού και Κοινωνικού Περιβάλλοντος του σχολείου

Το περιβάλλον του σχολείου, παράλληλα με το οικογενειακό περιβάλλον, επιδρά πολύ αποφασιστικά στην υγεία και την φυσιολογική ανάπτυξη του παιδιού και του εφήβου. Ένα υγιεινό σχολικό περιβάλλον, πρέπει να είναι απαλλαγμένο από παράγοντες που επιδρούν αρνητικά στην σωματική, ψυχολογική και κοινωνική ανάπτυξη του παιδιού και να συμβάλλει ουσιαστικά στην ψυχοσωματική του υγεία και πρόοδο. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

1. Κίνδυνοι από το Φυσικό Περιβάλλον

Η ασφάλεια στο περιβάλλον του σχολείου αποτελεί ευθύνη πολλών ανθρώπων: Της αρμόδιας κρατικής υπηρεσίας, της διοίκησης του σχολείου, του μηχανικού, των τεχνικών και όλων όσοι ασχολούνται με τον σχεδιασμό, την ανοικοδόμηση, την συντήρηση καθώς και την προμήθεια του απαραίτητου υλικού για την λειτουργία του σχολείου. Ακόμη ευθύνη έχουν οι δάσκαλοι γενικά και ιδιαίτερα όσοι ασχολούνται με την φυσική αγωγή και παρακολουθούν τα παιδιά στις διάφορες φυσικές δραστηριότητες και την άσκηση στον ελεύθερο χώρο του σχολείου. Σε μερικά σχολεία δημιουργείται μια ομάδα που αναλαμβάνει την προστασία των παιδιών από τους κινδύνους του περιβάλλοντος, στην οποία αποφασιστικό ρόλο παίζει ο σχολικός νοσηλευτής.

Το περιβάλλον του σχολείου πρέπει να συμβάλλει στην εμπέδωση υγιεινών έξεων. Επαρκής και υγιεινός φωτισμός των αιθουσών, καλός εξαερισμός, θέρμανση, επαρκής χώρος για τον ανάλογο αριθμό μαθητών, κανονικές αποστάσεις δασκάλου-εποπτικών μέσων-μαθητού, αποτελούν στοιχεία απαραίτητα για αποδοτική εργασία. Ακόμη κατάλληλοι χώροι καθαριότητας με επαρκή ποσότητα υλικού καθαριότητας. Τα θρανία και ο τρόπος που κάθεται ο μαθητής επίσης πρέπει να ελέγχονται καθώς και η ακουστική και οπτική δυνατότητα των αιθουσών διδασκαλίας. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

Ο έλεγχος των τροφών που προσφέρονται για κατανάλωση από τις καφετέριες και τις καντίνες του σχολείου έχει μεγάλη σημασία. Ελέγχεται η ποιότητα των προσφερομένων και ο τρόπος με τον οποίον προσφέρονται από τους εργαζομένους, κατά πόσον δηλαδή τηρούνται οι όροι υγιεινής. Διαφωτίζονται οι μαθητές σχετικά με το τι πρέπει να τρώνε και τι να αποφεύγουν για να διατηρήσουν την υγεία τους και να προλάβουν διάφορες δυσάρεστες καταστάσεις. Ο νοσηλευτής συνιστά να αποφεύγουν τα αναψυκτικά που περιέχουν κόλα, τα γαριδάκια, τα πολλά γλυκά και σοκολάτες και βεβαίως το κάπνισμα και τα οινόπνευματώδη. Στα δυο τελευταία θέματα γίνονται ιδιαίτερα ενημερωτικά μαθήματα καθώς και για το θέμα των ναρκωτικών. Τόσο ο νοσηλευτής όσο και οι δάσκαλοι χρησιμεύουν σαν υποδείγματα προς μίμηση από τους μαθητές, γι' αυτό δεν φθάνει μόνο να διδάσκουν αλλά να δίδουν οι ίδιοι το παράδειγμα στα θέματα υγείας. Ασφαλώς ο δάσκαλος και ο νοσηλευτής που διδάσκουν τα παιδιά να μην καπνίζουν, ενώ οι ίδιοι καπνίζουν, δεν πείθουν τα παιδιά με το παράδειγμά τους. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

2. Λοιμώδη Νοσήματα

Απαραίτητη και αποτελεσματική προστασία από τα λοιμώδη νοσήματα αποτελούν οι εμβολιασμοί. Σε περίπτωση που παρουσιάζεται λοιμώδες νόσημα, ο νοσηλευτής είναι εκείνος που θα φροντίσει να περιοριστεί η εξάπλωσή του με την έγκαιρη διάγνωση από τα πρώτα συμπτώματα και τον περιορισμό του παιδιού στο σπίτι μέχρι να παύσει να είναι φορέας της νόσου. Οι ενέργειές του βέβαια πρέπει να συμβαδίζουν με τους σχολικούς κανονισμούς που ρυθμίζουν την κάθε περίπτωση. (Βασιλειάδη Π. 1971).

3. Ψυχοκοινωνικό Περιβάλλον

Σπουδαιότατο παράγοντα για την υγεία του παιδιού αποτελεί το ψυχολογικό και κοινωνικό περιβάλλον του σχολείου, στην δημιουργία του οποίου συμβάλουν όλοι οι εργαζόμενοι σ' αυτό αλλά και οι ίδιοι οι μαθητές και οι οικογένειές τους.

Συνθήκες που οδηγούν το παιδί σε απογοήτευση και κόπωση ή το κάνουν να χάσει την εμπιστοσύνη στον εαυτό του και να αισθανθεί ανίκανο και μειονεκτικό ή ακόμη και ομαδικές συγκρούσεις και διαφορές μεταξύ των μαθητών προκαλούν δυσάρεστες καταστάσεις. Οι καταστάσεις αυτές μπορούν να δημιουργήσουν ψυχολογικά συναισθήματα ή και κοινωνικά προβλήματα. (Hederson P. 1978).

Ένα πολύ φορτωμένο και δύσκολο πρόγραμμα μπορεί να δημιουργήσει υπερβολική κόπωση και άγχος στο παιδί. Παράλληλα ένα πρόγραμμα υποβαθμισμένο και αδιάφορο μπορεί να δημιουργήσει άγχος και πίεση στα ικανά παιδιά που έχουν ενδιαφέρον να μάθουν. Πολύωρα μαθήματα, χωρίς διαλείμματα, χωρίς άλλες δραστηριότητες ή ψυχαγωγία, η πολλή εργασία για το σπίτι, επηρεάζουν αρνητικά την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του παιδιού. (Hederson P. 1978).

Όλα αυτά έχει υποχρέωση και καθήκον η νοσηλευτική υπηρεσία να τα

παρακολουθεί και να τα ελέγχει με σκοπό να διαπιστώσει έγκαιρα διάφορες δυσκολίες, προβλήματα και ελλείψεις και να κάνει τις ανάλογες προτάσεις για την αντιμετώπισή τους. Δεν έχει βέβαια την εξουσία να ρυθμίσει όλα αυτά τα θέματα μόνη της. Εάν όμως η συνεργασία της με όλους τους εργαζόμενους στο σχολείο είναι τέτοια ώστε η γνώμη της να γίνει σεβαστή και υπολογίσιμη, ασφαλώς θα μπορέσει να επιτύχει πολλά. (Hederson P. 1978).

Αγωγή Υγείας στον σχολικό πληθυσμό

Απαραίτητη προϋπόθεση για την διατήρηση και προαγωγή της υγείας του παιδιού είναι η απόκτηση γνώσεων και υγιεινών έξεων που διδάσκονται βέβαια αρχικά μέσα στην οικογένεια, συστηματοποιούνται όμως και εμπεδώνονται στο σχολείο. Πρωταρχικός σ' αυτό είναι ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή που εργάζεται στο σχολείο. Η διδασκαλία ή αγωγή υγείας που κάνει ο νοσηλευτής στο σχολείο μπορεί να είναι: 1) Προγραμματισμένη και 2) Περιστασιακή. (Hobson W. 1978).

1) Προγραμματισμένη διδασκαλία

Περιλαμβάνεται στο ωρολόγιο πρόγραμμα των μαθημάτων και γίνεται σε τακτικές ημέρες και ώρες μετά από συνεννόηση με το διδακτικό προσωπικό του σχολείου. Στο πρόγραμμα αυτό διδασκαλίας περιλαμβάνονται θέματα που ενδιαφέρουν και αφορούν τον σχολικό πληθυσμό και έχουν κυρίως προληπτικό χαρακτήρα. Μερικά από τα θέματα που διδάσκονται είναι:

- Ατομική υγιεινή και καθαριότητα
- Διατροφή
- Υγιεινή άσκηση, ψυχαγωγία, ανάπαυση
- Πρόληψη ατυχημάτων
- Εμβόλια, λοιμώδη νοσήματα
- Κάπνισμα, ναρκωτικά, aids κλπ.

Τα θέματα που διδάσκονται εξαρτώνται βέβαια και από το εκπαιδευτικό επίπεδο και επομένως και από την ηλικία των μαθητών (Πρωτοβάθμια - Δευτε-

ροβάθμια - Τριτοβάθμια εκπαίδευση). (Hoboon W. 1978).

2) Περιστασιακή μη προγραμματισμένη διδασκαλία.

Προσαρμόζεται και σκοπεύει να αντιμετωπίσει τις ανάγκες που παρουσιάζονται, π.χ. εμφάνιση λοιμώδους νοσήματος, κάποια επιδημία, ένα συγκεκριμένο ατομικό ή ομαδικό ατύχημα, κρούσματα γαστρεντερίτιδος και οποιοδήποτε άλλο πρόβλημα παρουσιαστεί στο σχολικό ή και το εξωσχολικό περιβάλλον και αφορά τα παιδιά. (Aderson C.L. 1972).

Ο σχολικός νοσηλευτής κατευθύνει και διδάσκει τους μαθητές και το προσωπικό πως πρέπει να ενεργήσουν όταν εμφανιστεί ένα λοιμώδες νόσημα, μια επιδημία ή κάποιο ατύχημα.

Γενικά σε όλες τις ευκαιρίες επικοινωνίας με τα παιδιά, ατομικά ή και συνολικά διδάσκει και κατευθύνει σε θέματα υγείας και τονίζει πάντοτε τη σημασία της πρόληψης. (Aderson C.L. 1972).

Το γραφείο του νοσηλευτή του σχολείου πρέπει να είναι πάντα ανοικτό να δεχθεί οποιοδήποτε παιδί να το βοηθήσει και να το κατευθύνει, αφού δώσει όλη την προσοχή να το ακούσει. Στο πρόσωπο του νοσηλευτή ο μαθητής θα πρέπει να συναντά τον σύμβουλο, τον φίλο, τον δάσκαλο, τον συνεργάτη, τον οδηγό και ποτέ τον αυστηρό επικριτή.

Ο νοσηλευτής μέσω του παιδιού ενημερώνει, διδάσκει, διαφωτίζει και την οικογένεια και κατ' επέκταση και την κοινότητα. Αυτός άλλωστε είναι και ο αντικειμενικός του σκοπός: η προαγωγή της κοινοτικής υγείας. Για να υπάρχουν όμως υγιείς ενήλικες, μέλη της Κοινότητας, είναι απαραίτητο η διαπαιδαγώγηση σε θέματα υγείας να αρχίσει από νωρίς, ώστε η πρόληψη να είναι αποτελεσματική και κατορθωτή. (Aderson C.L. 1972).

Σχεδιασμός της διδασκαλίας της υγιεινής

Πριν από κάθε σχεδιασμό πρέπει να γίνονται ωρισμένες ενέργειες που προσδιορίζουν και καθορίζουν την κατάσταση στην οποία πρόκειται να αναπτυ-

χθεί το σχέδιο και το πρόβλημα με το οποίο ασχολείται. Εξετάσεις, παρατηρήσεις, συνεδριάσεις, αναφορές και ιστορικά, είναι ωφέλιμες πηγές πληροφοριών. Δεν είναι πάντα δυνατόν να συγκεντρώσει κανείς όλες τις πληροφορίες που θα ήθελε να έχει. Όμως όταν έχει συγκεντρωθεί επαρκές υλικό υποδομής, ώστε να μπορεί να κατασκευαστεί ένα πλαίσιο, ο σχεδιασμός των διδακτικών στόχων μπορεί να αρχίσει. Ο σχεδιασμός είναι μια συνεχής διαδικασία. Η τροποποίηση του αρχικού πλάνου είναι απόδειξη ότι υπάρχει ευλυγισία και ανάπτυξη. (Turner C.E. 1971).

Μέσα στο σχολείο. Η υγιεινή είναι ένα τμήμα του ευρύτερου σχολικού προγράμματος. Σαν τέτοιο, κάθε σχεδιασμός διδασκαλίας πρέπει να είναι ολοκληρωμένο μέρος του σχεδιασμού του ολικού σχολικού προγράμματος. Ο σκοπός και το πλάνο της διδασκαλίας της υγιεινής στο σχολείο ή το σύστημα σχολείων, δεν θα πρέπει να είναι αποκλειστική δικαιοδοσία του καθηγητή της υγιεινής ή προνόμιο του διευθυντή. Τα αντικείμενα, ο σκοπός και η φύση της διδασκαλίας πρέπει να προσαρμόζονται στο συνολικό πρόγραμμα σπουδών. (Turner C.E. 1971).

Ο γενικός σχεδιασμός και η ανάπτυξη του προγράμματος σπουδών είναι δικαιοδοσία ολοκλήρου του προσωπικού του σχολείου. Η σύνθετη υποδομή γνώσεων και η σύνθεση του προσωπικού παράγουν ένα καλύτερο οπωσδήποτε πρόγραμμα, αλλά επίσης δίνουν σε κάθε μέλος του προσωπικού μια καλύτερη αντίληψη του όλου προγράμματος και του ρόλου του σ' αυτό. Πιο σημαντική είναι η υγιεινή επίδραση στο ηθικό των διδασκόντων. (Turner C.E. 1971).

Η συνέλευση του προσωπικού είναι το ολοκληρωτικό ή ενοποιητικό στάδιο στην δημιουργία του προγράμματος σπουδών. Σύμφωνα με τις απαιτήσεις που καθώρισαν η πολιτεία και τα τοπικά συμβούλια, το βασικό πρόγραμμα αναπτύσσεται στη συνέλευση του προσωπικού. Από αυτό το βασικό σχέδιο επιτροπές και ομάδες αναπτύσσουν τις διάφορες περιοχές για να τις εξετάσει ολόκληρο το προσωπικό. Η περιοχή της υγιεινής είναι μια ειδική περίπτωση, μια και μπορεί

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΔΙΔΑΙΟΘΗΚΗ

και πρέπει να καλέσει υπηρεσίες οσωνδήποτε ατόμων εκτός του σχολικού προσωπικού. (Turner C.E. 1971).

Οι συσκέψεις Αδελφής Νοσοκόμου - δασκάλου είναι σημαντικές όσον αφορά τις πραγματικές οικογενειακές και προσωπικές ανάγκες τις οποίες πρέπει να ικανοποιήσει η διδασκαλία της υγιεινής. Ιδιαίτερα η επισκέπτρια Αδελφή νοσοκόμος, έχει το δάχτυλό της στον παλμό της κοινωνίας. Είναι πηγή βοήθειας στον προσδιορισμό του τύπου και του περιεχόμενου του προγράμματος υγιεινής. (Aderson C.L. 1972).

Οι συσκέψεις του προσωπικού της δημόσιας υγιεινής με τον δάσκαλο μπορούν να χρησιμεύσουν σαν οδηγός του προγράμματος διδασκαλίας της υγιεινής σε σωστές περιοχές. Από τα ιστορικά, τις παρατηρήσεις και τις έρευνές του, το προσωπικό της δημόσιας υγιεινής, μπορεί να προσφέρει σημαντικά στοιχεία για την ανάπτυξη της διδασκαλίας της υγιεινής στο σχολείο. Οι εθελοντικοί σταθμοί υγείας μπορούν να δώσουν πρόσθετες πληροφορίες. (Aderson C.L. 1972).

Το συμβούλιο σχολείου-κοινότητας σε θέματα υγιεινής είναι ένα συντονιστικό σώμα που μπορεί να εξετάζει θέματα διδασκαλίας και ανάγκες υγιεινής της κοινότητας, τις οποίες πρέπει να καλύψει το σχολείο. Αυτό το συμβούλιο, πρέπει να συνίσταται από αντιπροσώπους των τοπικών σταθμών υγιεινής, του ιατρικού συλλόγου, του οδοντιατρικού συλλόγου, της ένωσης γονέων-δασκάλων του μαθητικού συμβουλίου, της διεύθυνσης του σχολείου, της σχολικής Αδελφής νοσοκόμου, και τους καθηγητές οικοκυρικών, βιολογίας, γυμναστικής και υγιεινής. Πρέπει επίσης να περιλαμβάνονται ο υπεύθυνος φαγητού και ο επιβλέπων το προσωπικό. Το συμβούλιο μπορεί να χρησιμεύσει βέβαια σαν οδηγός και βοηθός στο συνολικό πρόγραμμα σχολικής υγιεινής, αλλά η μεγαλύτερή του προσφορά είναι η βοήθεια στην ανάπτυξη του προγράμματος σπουδών. (Aderson C.L. 1972).

Έως σήμερα, το συμβούλιο αυτό δεν έτυχε γενικής αποδοχής. Συναντιώνται πολλές δυσκολίες στην λειτουργία μιας τέτοιας οργάνωσης.

Η επιτροπή προσωπικού συνίσταται από μέλη του προσωπικού των οποίων η εργασία έχει σχέση με ενδιαφέροντα και αντικείμενα υγιεινής. Μαζί μ' αυτή την επιτροπή, η ομάδα των καθηγητών μπορεί να αναπτύξει ένα προτεινόμενο υγιεινής πρόγραμμα για να το παρουσιάσει σε όλο το διδακτικό προσωπικό. Αν μια τέτοια επιτροπή εξυπηρετεί όλο το σχολικό σύστημα πρέπει να είναι στην επιτροπή οι δάσκαλοι και του δημοτικού και του γυμνασίου - λυκείου. Αν η επιτροπή εργάζεται μόνο για το γυμνάσιο - λύκειο, πρέπει, να περιληφθούν και οι καθηγητές των οικοκυρικών, των κοινωνικών επιστημών, της βιολογίας, της γυμναστικής και της υγιεινής. Οι αντιπρόσωποι των μαθητών θα ήταν πολύτιμοι. Η επιτροπή προγράμματος σπουδών δημοτικού σχολείου πρέπει να περιλαμβάνει τουλάχιστον ένα δάσκαλο από κάθε τάξη. Στα μέσα για την ανάπτυξη του προγράμματος σπουδών, χρησιμοποιούνται οι συνεδριάσεις των επιτροπών, συνέδρια, σεμινάρια και εργαστήρια. Σήμερα πολλά σχολεία έχουν μια κεντρική επιτροπή προγράμματος σπουδών που εργάζεται όλο το χρόνο με υποεπιτροπές που επεξεργάζονται ιδιαίτερα θέματα. Τα μεγάλα συγκροτήματα σχολείων έχουν και εργαστήριο και διευθυντή σπουδών. (Aderson C.L. 1972).

Οι διαδικασίες για την ανάπτυξη του προγράμματος σπουδών υγιεινής οποιαδήποτε ομάδα και να αναλάβει το ζήτημα είναι οι εξής:

1. Προσδιορισμός των αναγκών υγείας που πρέπει να καλυφθούν
2. Καθιέρωση βασικών σκοπών
3. Καταμερισμός ευθυνών για την διδασκαλία
4. Καθιέρωση περιοχών πρωτίστου ενδιαφέροντος
5. Προσχεδιασμός του πυρήνα διδασκαλίας
6. Προσχεδιασμός για συσχετισμένη διδασκαλία
7. Ολοκλήρωση

Την αρχηγία για την ανάπτυξη των προγραμμάτων σπουδών τόσο στο δημοτικό όσο και στο γυμνάσιο - λύκειο, την έχει ο διευθυντής υγιεινής. Αν δεν υπάρχει τέτοιος, τότε την αναλαμβάνει ο καθηγητής υγιεινής στο λύκειο - γυμνάσιο. Για το δημοτικό, ένας κανονικός δάσκαλος με καλές γνώσεις και ενδια-

φέρον στην υγιεινή μπορεί να αναλάβει το πόστο. Ο συντονισμός του προγράμματος από το νηπιαγωγείο ως την αποφοίτηση, εξασφαλίζει την αποδοτική λειτουργία της διδασκαλίας της υγιεινής. (Turner C.E. 1971).

Μέσα στην τάξη. Το πρόγραμμα υγιεινής για οποιαδήποτε τάξη είτε δημοτικού, είτε γυμνασίου - λυκείου πρέπει να σχεδιαστεί με βάση τις απαιτήσεις της κρατικής υπηρεσίας διδασκαλίας και το πλαίσιο του συνολικού σχολικού συστήματος και προγράμματος. Συνήθως και οι κρατικές απαιτήσεις και το σχολ. πρόγραμμα αναγνωρίζουν τις γενικές ανάγκες υγιεινής και ενδιαφέροντα των παιδιών. Όμως πρέπει να γίνουν προβλέψεις μέσα στο πλάνο διδασκαλίας υγιεινής, για τις ειδικές ανάγκες και τα ενδιαφέροντα των παιδιών σε κάποια ιδιαίτερη τάξη. (Turner C.E. 1971).

Όταν υπάρχει κρατική ή τοπική καθοδήγηση για την διδασκαλία, ο δάσκαλος μπορεί να βασιστεί πάνω στον οδηγό σαν γενικό πλαίσιο. Πρέπει όμως ο δάσκαλος να φροντίσει να συμπληρώσει και να επεκτείνει τις προβλέψεις του οδηγού. Χρειάζεται ανάλυση και πρωτοτυπία για να προσαρμοστεί ένας οδηγός στις ειδικές ανάγκες μιας ιδιαίτερης ομάδας. Οι μαθητές μπορούν να βοηθήσουν στην ανάπτυξη διαφόρων πλευρών καθιερωμένων θεμάτων και περιοχών αλλά η μεγαλύτερή τους συνεισφορά έγκειται στην πρόταση και εφαρμογή νέων ενδιαφερόντων της υγείας. (Turner C.E. 1971).

Όταν ο δάσκαλος αναπτύσσει μόνος του το πλάνο μελέτης πρέπει να κατανοεί την όλη κατάσταση. Προφανώς ανακύπτουν πολλά ερωτήματα:

1. Ποιό ήταν το υπόβαθρο των μαθητών στην υγιεινή;
2. Τι θα επακολουθήσει στα επόμενα χρόνια;
3. Ποιά είναι τα πραγματικά ενδιαφέροντα και οι ανάγκες των παιδιών;
4. Τι μέσα πρέπει να χρησιμοποιηθούν για να προσδιοριστούν αυτά τα ενδιαφέροντα και οι ανάγκες;
5. Ποιοί κοινωνικοί και οικογενειακοί παράγοντες είναι σημαντικοί;
6. Ποιά είναι η σχέση της διδασκαλίας της υγιεινής με το όλο σχολικό πρόγραμμα;

7. Ποιά πιθανή συσχέτιση υπάρχει μεταξύ των μαθημάτων;
8. Ποιές πηγές είναι διαθέσιμες;
9. Τι αποτελέσματα πρέπει να σημειωθούν;
10. Πως πρέπει να αξιολογηθεί το πρόγραμμα;

Πρέπει να αναπτυχθεί ένα μίνιμουμ πρόγραμμα διδασκαλίας για όλο τον χρόνο. Αν και το πρωταρχικό σχέδιο πρέπει να είναι επίσης και εύκαμπτο ώστε να επιδέχεται προσαρμογή σε ειδικές καταστάσεις, που αναπόφευκτα θα προκύψουν κατά τη διάρκεια του έτους. Το μίνιμουμ πρόγραμμα επιτρέπει επιθυμητές επεκτάσεις χωρίς να εξαλείφονται όσα αρχικά φαινότανε σημαντικά.

Το ετήσιο πρόγραμμα παρέχει στον δάσκαλο μια εικόνα του μαθήματος, για όλο το χρόνο. (Turner C.E. 1971).

3.6 Καθήκοντα νοσηλευτή στο σχολικό περιβάλλον

Ο σχολικός νοσηλευτής μπορεί να είναι διορισμένος από το Υπουργείο Παιδείας σαν σχολικός υπάλληλος όπως το άλλο διδακτικό προσωπικό ή από το Υπουργείο Υγείας σαν κοινοτικός νοσηλευτής στο Κέντρο Υγείας της περιοχής, με τομέα εργασίας το σχολείο. Από την εμπειρία άλλων χωρών, αποδεικνύεται ότι είναι περισσότερο συμφέρον για το επάγγελμα να κατευθύνεται η Νοσηλευτική από το Υπουργείο Υγείας, υπό την προϋπόθεση βέβαια ότι θα υπάρχει σωστά οργανωμένη ανεξάρτητη νοσηλευτική υπηρεσία στο υπουργείο αυτό. Είναι προτιμότερο η επίβλεψη και η καθοδήγηση του σχολικού νοσηλευτή να γίνεται από υπεύθυνους προερχόμενους από το νοσηλευτικό επάγγελμα παρά από άσχετες προς αυτό ειδικότητες. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

Ένα πλεονέκτημα του εξειδικευμένου για την σχολική υγειονομική κοινότητα νοσηλευτή είναι το ότι επικεντρώνεται στον τομέα αυτόν και αναπτύσσει έτσι ικανότητες και γνώσεις για σωστή αξιολόγηση και αντιμετώπιση των προβλημάτων του σχολικού πληθυσμού. Το μειονέκτημα όμως είναι ότι αποκόπτεται από τις άλλες νοσηλευτικές δραστηριότητες και δεν επεκτείνει την δράση του στην κοινότητα γενικά, όπως ο νοσηλευτής που έχει βάση το κέντρο υγείας της περιοχής και συνεργάζεται με όλους τους άλλους κοινοτικούς νοσηλευτές.

Ο σχολικός νοσηλευτής μπορεί να προσφέρει υπηρεσίες σε μεγάλη ποικιλία συνθηκών και ιδρυμάτων. Είναι δυνατόν να προσληφθεί για να υπηρετήσει σε ένα συγκεκριμένο σχολείο ή συγκρότημα σχολείων ή ακόμη να υπηρετήσει τις ανάγκες των σχολείων μιας συγκεκριμένης περιοχής. Τα μεγάλα ιδιωτικά σχολεία συνήθως έχουν τη δική τους νοσηλευτική υπηρεσία. Σε σχολεία που διαθέτουν οικοτροφεία, οι νοσηλευτές είναι δυνατόν να καλύπτουν τις ανάγκες των παιδιών όλο το 24ωρο. Παρά την ποικιλία των υπηρεσιών και ιδρυμάτων στα οποία μπορούν να εργαστούν οι νοσηλευτές σχολικής υγιεινής έχουν ορισμένες κοινές δραστηριότητες. (Κυριακίδου Ελ. 1995).

Η Withrow αναφέρει επτά τομείς δραστηριότητας του Σχολικού Νοσηλευτή και επομένως, ανάλογους ρόλους και υποχρεώσεις.

- Ο λειτουργικός ρόλος ο οποίος περιλαμβάνει δραστηριότητες όπως: περιοδική εξέταση μαθητών (αρχική και συνεχιζόμενη), μέτρα περιορισμού των λοιμωδών νοσημάτων, διενέργεια εμβολιασμών κλπ.
- Πρωτοβάθμια φροντίδα. Παροχή άμεσης φροντίδας σε περίπτωση ασθένειας ή ατυχήματος (πρώτες βοήθειες), προγραμματισμός επιδημιολογικών προγραμμάτων, αγωγή υγείας.
- Μέλος ομάδος υγείας στην οποία συμμετέχει συνήθως ως συντονιστής. Η ομάδα αποτελείται από τον γιατρό, τον ψυχολόγο, τον κοινωνικό λειτουργό, τον καθηγητή φυσικής αγωγής και τον καθηγητή ή το δάσκαλο της τάξης.
- Θεραπευτικός ρόλος. Ο νοσηλευτής ανακαλύπτει τους μαθητές που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου για συγκεκριμένα προβλήματα υγείας, συντονίζει και προσφέρει φροντίδα σε παιδιά με χρόνια νοσήματα, ή σε οποιοδήποτε οξύ πρόβλημα προκύψει, και προγραμματίζει συνεχιζόμενη φροντίδα για τα παιδιά αυτά και σε χώρους εκτός σχολείου όπως το σπίτι ή το νοσοκομείο.
- Διδακτικός-εκπαιδευτικός ρόλος. Εκπαιδεύει και ενημερώνει τον σχολικό πληθυσμό σχετικά με όλα τα θέματα υγείας γενικά και ειδικά.

Σύμβουλος και συνήγορος των μαθητών. Κατά την Winthrow οι δυο αυτοί ρόλοι είναι δευτερεύοντες ή μάλλον εμπεριέχονται στους προηγούμενους. Ο νοσηλευτής προσφέρει την γνώμη και την άποψή του και κάνει προτάσεις για θέματα που αφορούν ένα συγκεκριμένο παιδί ή περισσότερα παιδιά για κάποιο θέμα που τα αφορά και είναι σχετικό με την υγεία. Η δραστηριότητα αυτή μπορεί να απευθύνεται προς τον γιατρό, τον κοινωνικό λειτουργό, τον διευθυντή του σχολείου, τον δάσκαλο ή τους γονείς ή ακόμη και προς τους άλλους νοσηλευτές με τους οποίους συνεργάζεται στο χώρο του σχολείου ή σε άλλους τομείς της κοινότητας (π.χ. Κέντρο Υγείας ή νοσοκομείο της περιοχής). (Κυριακίδου Ελ. 1995).

Πρωτογενής Πρόληψη

Η πρωτογενής πρόληψη στον σχολικό πληθυσμό περιλαμβάνει δραστηριότητες που αποσκοπούν στην προαγωγή της υγείας και την προστασία των μαθητών από αρρώστια ή ατύχημα. Τα προληπτικά προγράμματα καλό είναι να επικεντρώνονται σε θέματα που συνδέουν το σχολείο με την ευρύτερη κοινότητα. Εάν για παράδειγμα υπάρχει εβδομάδα ή ημέρα αφιερωμένη στην πρόληψη των τροχαίων ατυχημάτων, το σχολείο μπορεί να συμμετέχει στις διαφωτιστικές δραστηριότητες που οργανώνονται από τον Δήμο ή την κοινότητα ή ακόμη και από διάφορους οργανισμούς για την καταπολέμηση των ατυχημάτων. Εκθέσεις και αφίσες μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να συνδέσουν προληπτικές δραστηριότητες του σχολείου με αυτές της κοινότητας. Το ίδιο μπορεί να συμβεί και πολλά άλλα θέματα, όπως η υγιεινή διατροφή και διαβίωση, η καταπολέμηση ναρκωτικών, η εκστρατεία κατά του καπνίσματος κλπ., με σκοπό την ευαισθητοποίηση του σχολικού πληθυσμού, τόσο για την προστασία της δικής τους υγείας, όσο και την υγεία των ατόμων εκτός της σχολικής κοινότητας. (Ρούκα Κ. 1986).

Ιδιαίτερα σε θέματα διατροφής ο νοσηλευτής μπορεί να βοηθήσει τους μαθητές να αποκτήσουν υγιεινές διαιτητικές συνήθειες χρήσιμες και απαραίτητες για την δική τους ζωή και την βελτίωση της ποιότητας ζωής της οικογένειάς τους.

Στην πρωτογενή πρόληψη περιλαμβάνονται επίσης προσπάθειες που σκοπεύουν στην εξασφάλιση υγιεινού σχολικού περιβάλλοντος. Άλλοι τομείς που ανήκουν στις προληπτικές αυτές παρεμβάσεις της Νοσηλευτικής είναι οι εμβολιασμοί και τα προληπτικά προγράμματα εξέτασης (screening), σε θέματα όπως ο έλεγχος ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης του παιδιού, η συχνότητα σκολίωσης, έλεγχος για προβλήματα όρασης και ακοής, καρδιολογικά, αιματολογικά και άλλα προβλήματα ή προδιαθεσικοί παράγοντες που μπορούν έγκαιρα να διαπιστωθούν. (Ρούκα Κ. 1986).

Η Δευτερογενής Πρόληψη

Η δευτερογενής πρόληψη περιλαμβάνει παρεμβάσεις και δραστηριότητες, που σχετίζονται με έκτακτα περιστατικά σε περίπτωση ατυχήματος ή ξαφνικής αρρώστιας και παροχή άμεσης νοσηλευτικής βοήθειας. Ανίχνευση περιστατικών, παραπομπή μαθητών με ειδικά προβλήματα σε ανάλογες υπηρεσίες, καθώς και συμβουλευτική φροντίδα και παρακολούθηση των μαθητών που έχουν οποιοδήποτε πρόβλημα, επίσης αποτελούν Δευτερογενείς προληπτικές παρεμβάσεις.

Οι δύο σπουδαίες νοσηλευτικές δραστηριότητες είναι: η ανίχνευση περιστατικών (case finding) και ο συμβουλευτικός ρόλος του νοσηλευτή. Για την ανίχνευση περιστατικών ο νοσηλευτής πρέπει να ακολουθήσει συγκεκριμένη διαδικασία. Τα δελτία μαθητικών απουσιών και οι στατιστικές του Κέντρου Υγείας είναι χρήσιμο να ελέγχονται περιοδικά, διότι είναι δυνατόν να δώσουν πολύτιμα στοιχεία σχετικά με κάποιο λανθάνον πρόβλημα υγείας. Οι πληροφορίες του δασκάλου σχετικά με τα παιδιά που «φαίνονται άρρωστα» είναι επίσης αξιοσημείωτες και καθοδηγούν τον νοσηλευτή για περισσότερη παρακολούθηση και έλεγχο.

Ο συμβουλευτικός ρόλος του νοσηλευτή περιλαμβάνει δραστηριότητες, όπως επικοινωνία και συζήτηση με κάθε μαθητή, ενημέρωση, επεξήγηση πληροφοριών και οδηγιών, υποστήριξη και ενθάρρυνση σε κάθε δυσκολία και άμεση νοσηλευτική φροντίδα, όπου χρειάζεται. Για να γίνει ο νοσηλευτής του σχολείου ένας ολοκληρωμένος και αποτελεσματικός σύμβουλος του μαθητή, χρειάζεται να διαθέτει πολλή υπομονή και αγάπη για τα παιδιά, εμπιστοσύνη στον εαυτό του, κριτική και αναλυτική σκέψη καθώς και μέσα και υποστηρικτικές πηγές ανάλογες με τις ανάγκες που παρουσιάζονται. (Ρούκα Κ. 1986).

Συχνά οι ίδιοι οι μαθητές μπορεί να ζητήσουν τη γνώμη ή την συμβουλή του νοσηλευτή απευθείας, ή η επικοινωνία να ξεκινήσει με πρωτοβουλία των γονέων ή του δασκάλου. Συνήθως τα νέα παιδιά εμπιστεύονται το πρόβλημα ή την δυσκολία τους στον άνθρωπο με τον οποίο συνδέονται και έχουν εμπιστοσύνη. Αυτή την εμπιστοσύνη πρέπει να εμπνεύσει ο νοσηλευτής προκειμένου να κερδί-

σει τους μαθητές. Υπάρχουν βέβαια περιπτώσεις που ο νοσηλευτής δεν μπορεί να αντιμετωπίσει μόνος το πρόβλημα και είναι ανάγκη να ζητηθεί η γνώμη και να παραπεμφθεί ο μαθητής σε κάποιο άλλο ειδικό εντός ή εκτός του σχολείου. Η παρέμβαση και διαμεσολάβηση του νοσηλευτή με τη σύμφωνη γνώμη του ίδιου του παιδιού διευκολύνει την επικοινωνία αυτή. (Ρούκα Κ. 1986).

Τριτογενής Πρόληψη

Η τριτογενής πρόληψη περιλαμβάνει δραστηριότητες που αποσκοπούν στην αποκατάσταση της υγείας των μαθητών μετά από αρρώστια ή ατύχημα, καθώς και την φροντίδα σε παιδιά με χρόνια προβλήματα. Στις δραστηριότητες αυτές μπορεί να περιλαμβάνονται επισκέψεις στο σπίτι του ανάρρωνύοντος παιδιού, περιοδικός έλεγχος και παρακολούθηση της διεργασίας ανάρρωσης και αποκατάστασης και σχετική ενημέρωση των δελτίων υγείας ή ακόμη επικοινωνία και επίσκεψη στον γιατρό που το παρακολουθεί. (Ρούκα Κ. 1986).

Τα παιδιά με χρόνια προβλήματα όπως διαβήτη, καρκίνο, λευχαιμίες, καρδιοπάθειες, αρθρίτιδες ή αλλεργικές ασθματικές καταστάσεις, χρειάζονται συνεχή και συντονισμένη παρακολούθηση και φροντίδα. Η συνεργασία νοσηλευτή, παιδιού, δασκάλου, οικογένειας και γιατρού είναι απαραίτητη.

Για τα παιδιά με αναπηρίες χρειάζεται να γίνουν από πλευράς σχολείου ανάλογες προβλέψεις όπως ράμπες και ειδικοί διάδρομοι για τα παιδιά που χρησιμοποιούν καροτσάκι, καθώς και κατάλληλα διαμορφωμένα θρανία και βοηθητικοί χώροι. (Ρούκα Κ. 1986).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

- Υγειονομικά Προβλήματα του Μαθητή
- Η υγεία των παιδιών σήμερα και 50 χρόνια πριν
- Διατροφή στην Σχολική Ηλικία (6-12 ετών)
- Διαθρεπτική Εκπαίδευση στο Σχολείο
- Δειπνώντας με τον Νοσηλευτή του Σχολείου

4.1 Υγειονομικά προβλήματα του μαθητού

Με την είσοδο του παιδιού είτε στο νηπιαγωγείο, είτε στο σχολείο, αρχίζει γι' αυτό μια νέα ζωή. Το στενό του ως τώρα οικογενειακό περιβάλλον μεγαλώνει και συγχρονίζεται με πολλά και νέα πρόσωπα.

Η αλλαγή αυτή στη ζωή του παιδιού με τις νέες του υποχρεώσεις και την επιβαλλόμενη πειθαρχία του σχολείου δημιουργούν πολύ συχνά ψυχολογικά προβλήματα.

Γι' αυτό θα πρέπει τόσο οι δάσκαλοι, όσο και οι γονείς να βοηθήσουν να προσαρμοσθεί με κατανόηση και κατάλληλη νοθεσία. Οι γονείς ειδικά θα πρέπει να το προετοιμάσουν με ευχάριστες περιγραφές για τις αξίες του σχολείου.

Στο σχολείο οι πιθανότητες μόλυνσεως από τα επιδημικά νοσήματα πολλαπλασιάζονται. Τα νοσήματα αυτά μεταδίδονται και κατά το χρόνο επώασεως της νόσου, δηλ. πριν η νόσος εκδηλωθεί. Έτσι το ένα παιδί μολύνει το άλλο παρ' όλο που βρίσκεται σε φαινομενική υγεία.

Η προφύλαξη από ορισμένες μόνο επιδημίες ασθένειες όπως π.χ. ερυθρά (ιδιαίτερα για τα κορίτσια), ανεμοβλογιά, παρωτίτιδα, δεν συνιστάται, γιατί οι ασθένειες αυτές από την μια εγκαταλείπουν ανοσία σ' όλη την ζωή, από την άλλη είναι ελαφρότερες κατά την παιδική ηλικία, απ' ότι σε μεγαλύτερες ηλικίες. (Οικονομίδη Α.Κ. 1992).

4.2 Η υγεία των παιδιών σήμερα και 50 χρόνια πριν

Τα σημερινά παιδιά είναι υψηλότερα και βαρύτερα απ' ό τι εκείνα προηγούμενων γενεών. Ωριμάζουν νωρίτερα και λίγα μόνο παρουσιάζουν κακή θρέψη. Νόσοι οι οποίες κάποτε προκαλούσαν το θάνατο ή αναπηρία χιλιάδων αγοριών και κοριτσιών περιορίζονται συνεχώς ή και εξαφανίζονται, και περισσότεροι νόσοι κάθε χρόνο τίθενται υπό έλεγχο.

Σήμερα αποτελεί σπάνιο φαινόμενο να παρατηρήσει κανείς ένα παιδί να φέρει πλημμελή ένδυση ή υπόδηση, ενώ 30 ως 40 χρόνια πριν, περίπου 5-10% ήσαν κακώς ενδεδυμένα. Επίσης την εποχή εκείνη περίπου 6% των παιδιών φιλοξενούσαν στο σώμα τους παράσιτα και σκώληκες, ενώ σήμερα η κατάσταση αυτή είναι μάλλον σπάνια. (Τριχόπουλος Δ. 1986).

Το ποσοστό των μυκητιάσεων και παρασιτώσεων του τριχωτού της κεφαλής είναι σήμερα λιγότερο του 1/4 απ' ό τι ήταν άλλοτε. Εν τούτοις πρέπει δυστυχώς να σημειωθεί ό τι και σήμερα ακόμη άνω των 200.000 παιδιών φέρουν μυκητιάσεις και παρασιτώσεις.

Η επί 1000 παιδιών ηλικίας 5-9 ετών θνησιμότης από 9 κατά την περίοδο 1841-50 σε 3,5 το 1901-10 και σε 0,34 το 1969.

Για την ομάδα παιδιών ηλικίας 10-14 ετών κατήλθε από 5,3 το 1841-50 σε 2,1 το 1901-10 και σε 0,30 το 1969. (Τριχόπουλος Δ. 1986).

Λιγότερα του ενός ανά εκατομμύριο πέθαναν από οστρακιά και κοκκύτη, ουδέν από διφθερίτιδα και δυο από ιλαρά το 1969. Το προσδόκιμο επιβιώσεως για ένα αγόρι ή κορίτσι κατά τη γέννησή του ανήλθε κατά 30 περίπου χρόνια το 1969, απ' ό τι έναν αιώνα νωρίτερα.

Αλλά υπάρχουν εντούτοις ακόμα πολλές προοπτικές προόδου. Περίπου 1000 παιδιά σχολικής ηλικίας πεθαίνουν ετησίως από ατυχήματα ή άλλες μορφές βίας-δηλαδή θάνατοι από ατυχήματα και άλλοι βίαιοι θάνατοι είναι σήμερα δύο φορές περισσότεροι απ' ό τι όλοι οι θάνατοι παιδιών από αναπνευστικές ή

λοιμώδεις νόσους μαζί. Πολλές χιλιάδες παιδιά υφίστανται σοβαρές αναπηρίες συνεπεία συγγενών, κληρονομικών ή αναπτυξιακών βλαβών. Και παρατηρούνται επίσης αινιγματικές διαφορές σε υπό σύγκριση περιοχές όσο αφορά στον επιπολασμό ορισμένων παθήσεων οι οποίες διαπιστώνονται κατά τις ιατρικές περιοδικές επιθεωρήσεις.

Κι όλα αυτά τα στοιχεία για μια χώρα σαν τη Μεγάλη Βρετανία, που μπορεί κάλλιστα να θεωρηθεί ότι έχει ένα από τα καλύτερα εθνικά συστήματα Υγείας στον κόσμο. (HENDERSON P. 1978).

4.3 ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΤΗ ΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ (6-12) ΕΤΩΝ

Η ζωή του ανθρώπου αυτής της ηλικίας χαρακτηρίζεται από την αλλαγή. Η καθημερινή δραστηριότητα θα μεταφερθεί από το γνώριμο και οικείο περιβάλλον του σπιτιού, στο άγνωστο περιβάλλον του σχολείου.

Οι ανάγκες προσαρμοστικότητας είναι έντονες γιατί αρχίζει η συναναστροφή με άλλα παιδιά που είναι και η αρχή της κοινωνικότητας του ατόμου.

Στις ψυχικές ανάγκες που δημιουργούνται εξ αιτίας της αλλαγής, έρχονται να προστεθούν η μάθηση και η γνώση. Αυτές θα αποτελέσουν τα βασικά στοιχεία ανάπτυξης του συναισθήματος της ευθύνης. (Πουλοπούλου Μ. 1989).

Όλες οι γνώσεις της προσχολικής ηλικίας και τα σκόρπια κεντρίσματα της πρώτης παιδικής ηλικίας θα ταξινομηθούν, θα καταχωρηθούν συστηματικά στο κύκλο του συνειδητού σε διαρθρωμένη πλέον γνώση, αφού προηγουμένως ερμηνευτούν, αιτιολογηθούν τα ερωτηματικά και ο προβληματισμός πάνω σε συγκεκριμένους στόχους.

Ολόκληρο το πλέγμα του νευρικού συστήματος αρχίζει να γυμνάζεται σε πειθαρχημένη συνειρμική σκέψη. Το μυϊκό σύστημα δέχεται τα πλέον έντονα, πολλές φορές βίαια γυμνάσματα γιατί αυξάνει η κινητική δραστηριότητα.

Συγχρόνως δεν παύουν ούτε στιγμή οι οργανικές λειτουργικές ανάγκες, δηλαδή η αύξηση των οργανικών συστημάτων και η διαρκής διάπλαση του σώματος. (Πουλοπούλου Μ. 1989).

Στα 2-3 πρώτα χρόνια του σχολείου ο οργανισμός δεν έχει εξοικειωθεί με το κόπο που απαιτεί η μελέτη και αναστέλλεται έτσι η όρεξη. Επειδή όμως η ευθύνη της καλής διατροφής του οργανισμού μας υποχρεώνει να μη χάσουμε την ευκαιρία του γεύματος, πρέπει να προσφέρουμε γεύμα μικρό σε όγκο κυρίως μόλις επιστρέφει το παιδί από το σχολείο. Έτσι θα εξουδετερώσουμε το φόβο του κόπου, αλλά συγχρόνως θα φροντίσουμε να είναι το γεύμα πλήρες από πλευράς θρεπτικών συστατικών για να προσφέρουμε στον οργανισμό την απαραίτητη ποσότητα ενεργειακού δυναμικού. (Πουλοπούλου Μ. 1989).

Το δείπνο παρά τις συνήθειες της Ελληνικής οικογένειας πρέπει να δίνεται νωρίς το απόγευμα. Να είναι και πάλι πλήρες και να αποτελείται από τρόφιμα απλής παρασκευής: μικρή μερίδα από κρέας ή ψάρι ή κοτόπουλο, λίγο τυρί ή γιαούρτι, μια μέτρια μερίδα από αμυλούχο παρασκεύασμα (ρύζι, πατάτα, ζυμαρικό), νωπή σαλάτα με λεμόνι και ελαιόλαδο, νωπά φρούτα και ΜΟΝΟ ΜΙΑ ΦΕΤΑ ΨΩΜΙ. (Πλέσσας Σ. 1991).

Μισή ώρα πριν τον ύπνο, να δίνεται ένα ποτήρι χλιαρό γάλα.

Το τελευταίο γεύμα της ημέρας πρέπει να έχει επεξεργαστεί ο οργανισμός σε αρκετά προχωρημένο στάδιο, κυρίως σε ότι αφορά τη διάσπαση των τροφών. (Πλέσσας Σ. 1991).

Ο βραδυνός ύπνος αυτή την εποχή της οργανικής και σωματικής διάπλασης και συγχρόνως της ψυχικής μεταλλαγής και προσαρμοστικότητας, πρέπει να είναι περιοχή του 24ωρου που θα προσφέρει πλήρη μυϊκή ανάπαυση και ψυχική υγεία για να γίνει η ανασύνταξη των οργανικών δυνάμεων.

Σαν αποτέλεσμα θα έχουμε καλύτερη λειτουργικότητα των οργανικών συστημάτων, την υψηλότερη απόδοση δράσεως και κινητικότητας του μυϊκού συστήματος και την οξύτερη ευαισθησία στους ερεθισμούς του νευρικού συστήματος. (Πουλοπούλου Μ. 1989).

Το γεύμα που θα φροντίσουμε ιδιαίτερα είναι το πρωινό.

Να μη βαρύνει το στομάχι, να μη χρειαστεί πολύωρη επεξεργασία για να αξιοποιηθούν από τον οργανισμό τα απαραίτητα θρεπτικά στοιχεία. Σκοπός μας είναι να εξασφαλίσουμε τη ποσότητα της ενέργειας που έχει ανάγκη το παιδί, τις πρωινές ώρες του σχολείου. (Πλέσσας Σ. 1991).

Το παιδί στο σχολείο πρέπει να παίξει και να μελετήσει. Το γλυκογόνο που συγκεντρώνεται στις μυϊκές μάζες πρέπει να καεί με έντονη μυϊκή δραστηριότητα που εξασφαλίζεται με το ζωηρό παιχνίδι ή τη γυμναστική.

Η καύση θα προσφέρει την απαιτούμενη ενέργεια που θα επιτρέψει την ευκαμψία, τη διάπλαση και την ανθεκτικότητα του νεαρού μυϊκού συστήματος. Παράλληλα θα συντελέσει στην τόνωση της κυκλοφορίας του αίματος, το οποίο

θα πλουτιστεί με οξυγόνο και θα προσφέρει στο εγκεφαλικό κύτταρο τις συνθήκες που χρειάζεται για έντονη λειτουργικότητα. (Πουλοπούλου Μ. 1989).

Το πρωινό γεύμα πρέπει να είναι σύμμαχος και βοηθός σε ότι επιδιώκει το σχολείο: τη μάθηση και τη φυσική αγωγή.

Εάν το γάλα δεν είναι αγαπητό στο παιδί, είναι παράλογο να επιμείνουμε γιατί θα είναι άχρηστο στο κύκλο της διατροφής. Ένα ποτήρι γλυκιά πορτοκαλάδα από φρεσκοστιμμένο ώριμο φρούτο, ένα αυγό, 1-2 φρυγανιές με φρέσκο βούτυρο και μαρμελάδα είναι το ιδανικό πρωινό για τις δικές μας κλιματολογικές συνθήκες. (Πουλοπούλου Μ. 1989).

Στη σύγχρονη διαιτολογία το γάλα δεν προσφέρεται σαν πρωινό ρόφημα γιατί σαν τρόφιμο έχει μεγάλο χρόνο παραμονής στο στομάχι και χρειάζεται έντονη επεξεργασία για να αποδώσει το θρεπτικό του αποτέλεσμα.

Τα ενδιάμεσα γεύματα να είναι μικρά γεύματα από φρούτα ή φρέσκους χυμούς, ή γάλα, ή μια φέτα ψωμί με τυρί. Ποτέ γλυκά και ανθρακούχα αναψυκτικά και κυρίως ποτέ σοκολάτα αν όμως θα τη φάει το παιδί πρέπει αμέσως μετά να πλύνει τα δόντια του.

Τα θρεπτικά συστατικά τα οποία χρειάζεται ο οργανισμός κατά την εποχή αυτή είναι:

- Λεύκωμα: 60-72 gr
- Υδατάνθρακες: 100-160 gr
- Λίπη: 80-90 gr
- Kcal: 1300-2000 (Πλέσσας Σ. 1991).

4.4 ΔΙΑΘΡΕΠΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ

Χάρη σε μια έρευνα, που δημοσιεύτηκε από την Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα και διευθύνθηκε από τον Δρ. Reginster γνωρίζουμε το τι διδάσκεται στα Ευρωπαϊκά σχολεία, από ποιόν και σε ποιά ηλικία, αλλά δε γνωρίζουμε ποιά είναι η διαφορά, όταν δίνεται ελεύθερη δυνατότητα εκλογής μέσα από πολλά και διαφορετικά είδη διατροφής στα παιδιά.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι δάσκαλοι βρίσκουν πολύ προσβλητικό να δίνουν διαλέξεις σχετικά με την ισορροπία διατροφής, όταν τα σχολικά γεύματα, λαμβάνουν χώρα σε μια καφετέρια (όπου πληρώνεις μετρητά) και όπου το ιδανικό γεύμα για τα παιδιά είναι χάμπουργκερ με πατάτες τηγανητές, και όποτε είναι δυνατό μια σόδα. (Πουλοπούλου Μ. 1989).

Στις τρεις χώρες, όπου το μισό περίπου των παιδιών παίρνουν καθημερινό μεσημεριανό στη σχολική καντίνα (Βέλγιο, Γαλλία και Ηνωμένο Βασίλειο), γίνονται πειράματα σχετικά με τη διατροφική εκπαίδευση. Ένα από τα πιο ενδιαφέροντα πειράματα, είναι η τοποθέτηση χρωματιστών δίσκων πάνω από κάθε τύπο φαγητού. Ένα καλό ισορροπημένο γεύμα θα συμπεριλαμβάνει πρωτεΐνες, σύνθετους υδατάνθρακες, ασβέστιο και βιταμίνες.

Μια άλλη διδακτική οδός είναι η προετοιμασία, ψαριού, για παράδειγμα, στη τάξη. Τα παιδιά προσχολικής ηλικίας καθαρίζουν το ψάρι μέσα κι έξω, ξεφλουδίζουν και κόβουν λαχανικά, προετοιμάζουν σάλτσα από γιαούρτι και τρώνε τη μερίδα τους. Τα παιδιά μαθαίνουν τους διαφορετικούς τύπους των ψαριών και τα επόμενα μαθήματα συγκεντρώνουν το ενδιαφέρον τους εκεί η ανάγνωση, η αριθμητική, η ζωγραφική. (Πουλοπούλου Μ. 1989).

4.5 ΔΕΙΠΝΩΝΤΑΣ ΜΕ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ

Πρέπει να θυμόμαστε ότι όλοι δεν έχουν το ανάλογο ενδιαφέρον και ενθουσιασμό στη διατροφή, επομένως η Νοσηλεύτρια του σχολείου πρέπει να παρέχει το απαραίτητο κίνητρο. (Nelson J. 1967).

Έτσι μπορεί να ακολουθήσει το παράδειγμα του επιχειρηματικού κόσμου ο οποίος υιοθετεί μια θετική ψυχολογία πώλησης, χρησιμοποιώντας κάθε ευκαιρία για να συνηθίσει το κοινό το προϊόν τους. Αυτό μπορεί να το πετύχει τονίζοντας για παράδειγμα, μια βασική αντίληψη η οποία μπορεί να είναι:

«το να τρώει κανείς είναι αναγκαιότητα, γιατί να μην είναι και κάτι καλό»

Στο σχολείο αλλά και στη κοινότητα μπορούν να γίνουν πετυχημένες δραστηριότητες όπως «το πανηγύρι φαγητού». (Nelson J. 1967).

Για να γίνει αυτό θα πρέπει τα παιδιά να προετοιμαστούν μελετώντας τη διατροφή, ανάλογα με το επίπεδό τους και συμμετέχοντας στη προετοιμασία του καταλόγου των γευμάτων με τη καθοδήγηση της Νοσηλεύτριας.

Επίσης θα πρέπει να σταλούν προσκλήσεις στους γονείς για να παρακινηθούν και να δουν τη δουλειά των παιδιών τους και να μάθουν για τη σωστή διατροφή.

Έντυπα τα οποία αναφέρονται στη διατροφή συνοδεύονται με καλλιτεχνική δουλειά, μπορούν να εκτεθούν στην αίθουσα συγκεντρώσεων. Τα τραπεζάκια θα είναι πολύ ωραία στολισμένα και θα περιέχουν φαγητά δοκιμής. Κατά τη διάρκεια της συγκέντρωσης η Νοσηλεύτρια θα δείξει στα παιδιά και στους γονείς σλάϊτς τα οποία θα δείχνουν με εικόνες και αντιπαραθέσεις ποιά είναι η σημασία της διατροφής, πως πρέπει να τρεφόμαστε, πως πρέπει να χρησιμοποιούμε τα τρόφιμα κ.λ.π. δεν τρέφεται σωστά. (Nelson J. 1967).

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΔΑΣΚΑΛΟΥ ΣΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ

Στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες, οι δάσκαλοι δεν διδάσκονται διατροφή. Έτσι πολύ συχνά είναι δύσκολο γι' αυτούς να μιλήσουν για το θέμα, ιδιαίτερα αν η συμπεριφορά τους και η στάση τους είναι αμφισβητήσιμη.

Η εκπαίδευση του δασκάλου είναι απαραίτητη και μπορεί να γίνει με τη συμμετοχή προγραμμάτων διατροφής κατά τη φοίτησή τους και με τη διοργάνωση συμποσίων γι' αυτούς που έχουν είδη πτυχίο.

Αυτό όμως πρέπει να ληφθεί σε κυβερνητικό επίπεδο αλλά και η Νοσηλεύτρια με τη συνεργασία του διαιτολόγου είναι αυτοί που θα βοηθήσουν στην εκπαίδευση των δασκάλων. (Πουλοπούλου Μ. 1989).

ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΜΕΣΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

Τα μηνύματα τα οποία πρέπει να δίνονται στο κοινό μέσω διαφόρων ειδών καμπάνιας, πρέπει να είναι απλά και ξεκάθαρα, τα «αρνητικά» ή τα «θετικά»: «ΜΗΝ ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ» ή «ΠΛΕΝΕΤΕ ΤΑ ΔΟΝΤΙΑ ΣΑΣ». (Πουλοπούλου Μ. 1989).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

- Επιδημίες στα Σχολεία
(Γενικότητες)
- Ανεμοβλογιά
- Διφθερίτιδα
- Ερυθρά
- Επιδημική Εγκεφαλονωτιαία
Παρακέντηση
- Ιλαρά
- Κοκκύτης
- Παρωτίτιδα
- Πολυομυελίτιδα
- Βακτηριακή Δυσεντερία
- Τυφοειδής Πυρετός

5.1 Επιδημίες στα σχολεία

Γενικότητες

Η άνοδος του βιοτικού επιπέδου, και η εφαρμογή διαφόρων προληπτικών μέτρων, όπως η εξυγίανση του περιβάλλοντος και τα εμβόλια είχαν ως αποτέλεσμα, τη μείωση της επιπτώσεως των περισσότερων νοσημάτων. Παρόλα αυτά τα λοιμώδη νοσήματα, εξακολουθούν να εμφανίζονται στα παιδιά της προσχολικής και σχολικής ηλικίας και ορισμένες φορές με μορφή επιδημίας. (Τριχόπουλος Δ. 1982).

Η είσοδος του παιδιού στο σχολείο συνδυάζεται συχνά με την πρώτη σημαντική έκθεσή του στους παράγοντες που προκαλούν ορισμένα λοιμώδη νοσήματα, αυτά που ονομάζονται συνήθως «νοσήματα της παιδικής ηλικίας». Παλιότερα τα νοσήματα αυτά (ιλαρά, κοκκύτης, ανεμοβλογιά, ερυθρά κ.λ.π.) προσβάλλουν πιο συχνά παιδιά της προσχολικής ηλικίας. Με την άνοδο όμως του βιοτικού και υγειονομικού επιπέδου, ελαττώθηκε η ευχέρεια διασποράς των αντίστοιχων λοιμογόνων παραγόντων και έτσι πολλά παιδιά μπαίνουν στο σχολείο χωρίς να έχουν εκτεθεί στους παράγοντες αυτούς. (Τριχόπουλος Δ. 1982).

Η συγκέντρωση πολλών ευπαθών παιδιών στο σχολείο μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα την εκδήλωση επιδημίας, όταν ο λοιμογόνος μικροοργανισμός περάσει στο σχολικό περιβάλλον, γιατί οι συνθήκες είναι ευνοϊκές για τη γρήγορη διασπορά του.

Τα λοιμώδη νοσήματα στο σχολείο μπορεί να μεταδοθούν από άτομο σε άτομο, αερογενώς, ή με το νερό και τα τρόφιμα. Η διασπορά τους όμως εξαρτάται όχι μόνο από τον τρόπο μετάδοσης του λοιμογόνου παράγοντα, αλλά και από το βαθμό σύγχρωψιμού, τη μολυσματικότητα του μικροοργανισμού, την επιδεκτικότητα του ατόμου και άλλους γνωστούς και άγνωστους παράγοντες. Για τους λόγους αυτούς ορισμένα νοσήματα προκαλούν επιδημίες στα σχολεία πιο εύκολα από άλλα. (Τριχόπουλος Δ. 1982).

Για να εμφανιστεί μια επιδημία λοιμώδους αιτιολογίας, χρειάζεται μια αλυσίδα που αποτελείται από τρεις εννοιολογικούς κρίκους: πηγή μόλυνσης, τρόπος μετάδοσης, ευπαθές άτομο. Κατά συνέπεια, η καταπολέμηση μιας επιδημίας βασίζεται σε μέτρα που εφαρμόζονται σε έναν ή περισσότερους από τους κρίκους αυτούς με σκοπό το σπάσιμο της αλυσίδας. (Τριχόπουλος Δ. 1982).

Για όσα νοσήματα υπάρχουν αποτελεσματικά εμβόλια, ο προφυλακτικός εμβολιασμός των παιδιών θεωρείται το πιο αποτελεσματικό μέτρο για τον έλεγχο των επιδημιών στα σχολεία, γιατί η συλλογική ανοσία που αναπτύσσεται είναι εξαιρετικά αποτελεσματική (π.χ. για τη διφθερίτιδα και την πολυομελίτιδα).

Για όσα νοσήματα δεν υπάρχουν ακόμη εμβόλια, η αντιμετώπιση της επιδημίας βασίζεται σε άμεση απομάκρυνση της πηγής μόλυνσης (π.χ. το πάσχον παιδί) από το σχολείο, και σε αυστηρό έλεγχο του νερού και των τροφίμων του σχολείου για τα νοσήματα που μεταδίδονται με αυτά (π.χ. ηπατίτιδα Α, τυφοειδής πυρετός κ.λ.π.). (Τριχόπουλος Δ. 1982).

Έτσι ο νοσηλευτής-τρια είναι ο ειδικά εκπαιδευμένος φορέας από το κράτος που πραγματικά ενδιαφέρεται για τον εμβολιασμό των παιδιών, μιας και τις γνώσεις έχουν και την πείρα στα παιδιά.

Έτσι κάθε εμβολιασμός γίνεται δωρεάν. Στη μητέρα μένει τώρα η διάθεση να πάει το παιδί της έγκαιρα για εμβολιασμό. Καμιά πρόφαση και δικαιολογία δεν υπάρχει. Οι γονείς έχουν καθήκον, και σε κάθε περιστατικό που παρουσιάζεται φέρουν ακέραια την ευθύνη. Η αδιαφορία σκοτώνει την υγεία των παιδιών τους. (Δετοράκης Ι. 1992).

Χρέος μας είναι να συμβουλέψουμε σχετικά με τα εμβόλια:

1) Ότι πρέπει να γίνονται σε όσο το δυνατόν μικρότερη ηλικία, ώστε τα παιδιά να είναι έτοιμα να αντιμετωπίσουν την αρρώστια όταν θα έλθουν σε επαφή με περισσότερο κόσμο και επομένως με τα μικρόβια και τις αρρώστιες που φέρνουν.

2) Ότι τα εμβόλια δεν βλάπτουν ποτέ όταν γίνονται όπως πρέπει και όταν πρέπει, είναι απαραίτητο να γίνονται οι δόσεις των εμβολίων κανονικά διότι άλ-

λως η ωφέλεια θα είναι μικρή.

3) Για να εμβολιαστεί ένα παιδί πρέπει να είναι τελείως καλά. Γι' αυτό καλά θα είναι να θερμομετρείται επί 4-5 μέρες.

4) Και μετά τον εμβολιασμό να προσέχουμε το παιδί αυτό να μην κουράζεται, να μην εκτίθεται στο κρύο, να μην πάθει στομαχική διαταραχή.

Τα λοιμώδη νοσήματα που είναι δυνατό να προκαλέσουν επιδημίες στα σχολεία μπορεί να χωριστούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες, ανάλογα με τον τρόπο μετάδοσής τους στον άνθρωπο: (Δετοράκης Ι. 1992).

α) Νοσήματα που μεταδίδονται κυρίως με επαφή ή και αερογενώς.

- I) Ανεμοβλογιά
- II) Δίφθερίτιδα
- III) Ερυθρά
- IV) Επιδημική εγκεφαλονωτιαία μηνιγγίτιδα
- V) Ιλαρά
- VI) Κοκκύτης
- VII) Παρωτίτιδα
- VIII) Πολυομελίτιδα
- IX) Φθειρίαση (Δετοράκης Ι. 1992)

β) Νοσήματα που μεταδίδονται κυρίως με νερό ή τρόφιμα:

- I) Βακτηριακή δυσεντερία
- II) Ηπατίτιδα Α
- III) Παρατυφικό σύνδρομο
- IV) Τυφοειδής πυρετός
- V) Τροφικές δηλητηριάσεις (Δετοράκης Ι. 1992)

5.2 Ανεμοβλογιά

Είναι νόσημα με μεγάλη μολυσματικότητα. Το ποσοστό των δευτερογενών κρουσμάτων στο στενό περιβάλλον του πρωτογενούς κρούσματος φτάνει το 90%. Η περίοδος μεταδοτικότητας του νοσήματος κυμαίνεται από 2 μέρες πριν μέχρι 6 μέρες μετά την εμφάνιση του εξανθήματος. Είναι ήπιο νόσημα όταν εμφανίζεται στην παιδική ηλικία.

Μέτρα ελέγχου στο σχολείο: Απομάκρυνση του κρούσματος μέχρι μια εβδομάδα από την εμφάνιση του εξανθήματος. Αποφυγή επαφής με άλλα παιδιά. Δεν χρειάζεται απολύμανση ούτε κλείσιμο του σχολείου.

Εμβόλιο: Δεν υπάρχει ακόμη στο εμπόριο. Σε παιδιά που έχουν ανοσοκαταστολή (και μόνο) χορηγείται ειδική ανοσοσφαιρίνη ως προληπτικό μέτρο. (Τριχόπουλος Δ. 1982).

5.3 Διφθερίτιδα

Σπάνιο νόσημα σήμερα λόγω μαζικού εμβολιασμού στη βρεφική και νηπιακή ηλικία. Τα κρούσματα εμφανίζονται κυρίως σε παιδιά μη εμβολιασμένα ή με ατελή αρχικό εμβολιασμό. Η νόσος σπάνια μπορεί να εκδηλωθεί και σε παιδιά εμβολιασμένα κανονικά αλλά τότε έχει συνήθως ήπια μορφή. Η περίοδος μεταδοτικότητας κυμαίνεται από 2 ως 4 εβδομάδες, και η διάρκεια της εξαρτάται από το διάστημα κατά το οποίο το κορυνοβακτηρίδιο της διφθερίτιδας βρίσκεται στις εκκρίσεις του πάσχοντα. Οι υγιείς φορείς μπορεί να διασπείρουν το μικροοργανισμό για 6 μήνες και περισσότερο.

Μέτρα ελέγχου στο σχολείο: Απομάκρυνση του πρώτου κρούσματος για 15 μέρες και θεραπεία. Έλεγχος για υγιείς φορείς στο σχολείο και θεραπεία σε όσους ανακαλυφθούν. Πλήρης εμβολιασμός όλων των παιδιών του στενού κύκλου του πρώτου κρούσματος, μόνο αν δεν είχαν στο παρελθόν εμβολιαστεί κα-

νονικά. Αν είχαν εμβολιαστεί, χορηγείται μόνο μια αναμνηστική δόση. Αποφυγή επαφής του κρούσματος με άλλα παιδιά εκτός σχολείου. Δεν χρειάζεται απολύμανση του σχολείου. Συνιστάται κλείσιμο του σχολείου για μια εβδομάδα.

Εμβόλιο: Ασφαλές και αποτελεσματικό για την πρόληψη της νόσου. Δεν εμποδίζει όμως πάντα την εγκατάσταση μικροβιοφορίας. (Τριχόπουλος Δ. 1982).

5.4 Ερυθρά

Είναι ήπιο μεταδοτικό νόσημα με μεγάλη μολυσματικότητα και συχνά άτυπη συμπτωματολογία. Ποσοστό 25-50% των μολύνσεων είναι υποκλινικές, χωρίς το χαρακτηριστικό εξάνθημα. Η περίοδος μεταδοτικότητας κυμαίνεται από 1 εβδομάδα πριν μέχρι 4 ημέρες μετά την εμφάνιση του εξανθήματος. Προκαλεί συχνά εκτεταμένες επιδημίες στον παιδικό πληθυσμό. Μέτρα ελέγχου στο σχολείο: Η απομάκρυνση του κρούσματος από το σχολείο δεν είναι αποτελεσματική, αλλά γίνεται κυρίως για προστασία του ίδιου του παιδιού. Δεν χρειάζεται απολύμανση, ούτε κλείσιμο του σχολείου. Συνιστάται εμβολιασμός στα άλλα παιδιά στο σχολείο, αλλά σε αυτή την περίπτωση (εμβόλιο μετά την έκθεση στον ιό) το εμβόλιο δεν είναι πάντα αποτελεσματικό. Απαραίτητη είναι η απομάκρυνση του κρούσματος από περιβάλλον γυναικών σε κύηση.

Εμβόλιο: Ασφαλές και αποτελεσματικό για την πρόληψη του νοσήματος αν χορηγηθεί πριν την έκθεση στον ιό. (Τριχόπουλος Δ. 1982).

5.5 Επιδημική εγκεφαλονωτιαία παρακέντηση

Υπάρχουν πολλοί υγιείς φορείς μηνιγγιτιδόκοκκων, αλλά η πιθανότητα εμφάνισης κλινικής νόσου σ' αυτούς είναι μικρή. Η περίοδος μεταδοτικότητας κρατάει όσο οι μηνιγγιτιδόκοκκοι βρίσκονται στο ρινοφάρυγγα απ' όπου εξαφανίζονται μετά από 24 ώρες σωστής ειδικής θεραπείας. Στα σχολεία το νόσημα

εμφανίζεται με μορφή σποραδικών κρουσμάτων και όχι σαφούς επιδημίας.

Μέτρα ελέγχου στο σχολείο: Απομάκρυνση του κρούσματος για 24 ώρες τουλάχιστον μετά την έναρξη της θεραπείας (νοσοκομειακή νοσηλεία). Δεν χρειάζεται απολύμανση ούτε κλείσιμο του σχολείου. Δεν χρειάζεται χημειοπροφύλαξη στα παιδιά του σχολείου.

Εμβόλιο: Υπάρχει για τους τύπους A και C μηνιγγιτιδόκοκκων. Περισσότερο αποτελεσματικό στους ενήλικες παρά στα παιδιά. Δεν χορηγείται μαζικά αλλά μόνο σε ειδικές περιπτώσεις αυξημένου κινδύνου. (Τριχόπουλος Δ. 1982).

5.6 Ιλαρά

Είναι νόσημα με μεγάλη μολυσματικότητα. Στις αστικές περιοχές είναι συχνότερες και ηπιότερες, ενώ στις αγροτικές είναι σπανιότερες και πιο σοβαρής μορφής. Η περίοδος μεταδοτικότητας αρχίζει με τα πρόδρομα συμπτώματα της νόσου και τελειώνει 4 μέρες μετά την εμφάνιση του εξανθήματος.

Μέτρα ελέγχου στο σχολείο: Απομάκρυνση του κρούσματος μέχρι 5 μέρες μετά την εμφάνιση του εξανθήματος. Εμβολιασμός των υπόλοιπων παιδιών, εφ' όσον δεν έχουν εμβολιαστεί κανονικά. Δεν χρειάζεται απολύμανση ούτε κλείσιμο του σχολείου.

Εμβόλιο: Αποτελεσματικό και ασφαλές. Συνιστάται σε περίπτωση επιδημίας, για να σταματήσει η διασπορά του ιού. Αν δεν υπάρχει επάρκεια εμβολίου, χορηγείται πρώτα στα μικρότερα παιδιά στα οποία η νόσος είναι πιο σοβαρή. (Τριχόπουλος Δ. 1982).

5.7 Κοκκύτης

Είναι νόσημα με μεγάλη μολυσματικότητα, κυρίως κατά το καταρροϊκό στάδιο της νόσου, πριν από την εμφάνιση του παροξυσμικού βήχα. Στη συνέχεια η μεταδοτικότητα ελαττώνεται σταδιακά και σταματά περίπου σε 3 εβδομάδες

ανεξάρτητα αν ο σπασμωδικός βήχας επιμένει.

Κατά κανόνα η περίοδος μεταδοτικότητας προσδιορίζεται από 7 μέρες μετά την έκθεση στον παράγοντα, μέχρι 3 εβδομάδες από την έναρξη της τυπικής μορφής της νόσου. Αν εφαρμόζεται θεραπεία με αντιβιοτικά η περίοδος μεταδοτικότητας περιορίζεται σε 1 εβδομάδα μετά την έναρξη της θεραπείας. Λόγω του υποχρεωτικού μαζικού εμβολιασμού των παιδιών, στις τελευταίες δεκαετίες δεν εμφανίζονται πια επιδημίες αλλά σποραδικά κρούσματα.

Μέτρα ελέγχου στο σχολείο: Απομάκρυνση του κρούσματος για 14 μέρες και θεραπεία. Απομόνωση του κρούσματος στο σπίτι από βρέφη και κυρίως νεογνά. Παιδί μη εμβολιασμένο που εκτέθηκε στη νόσο, στο οικογενειακό του περιβάλλον θα πρέπει να αποκλειστεί από το σχολείο για 14 μέρες. Ο εμβολιασμός μετά την έκθεση στον κίνδυνο δεν προστατεύει άρα δεν συνιστάται στα άλλα παιδιά στο σχολείο. Δε χρειάζεται απολύμανση ούτε κλείσιμο του σχολείου.

Εμβόλιο: Δεν συνιστάται η χορήγησή του σε παιδιά άνω των 7 ετών, λόγω αυξημένου κινδύνου παρενεργειών. (Τριχόπουλος Δ. 1982).

5.8 Παρωτίτιδα

Είναι νόσημα λιγότερο συχνό από την ιλαρά και την ανεμοβλογιά. Το ένα τρίτο περίπου από τα εκτεθέντα άτομα αναπτύσσει κρυψιμόλυνση χωρίς κλινική εκδήλωση της νόσου, αλλά μπορεί να μεταδώσει τον ιό σε άλλα ευπαθή άτομα.

Η περίοδος μεταδοτικότητας (μέσω του σιέλου) κυμαίνεται από 6 μέρες πριν μέχρι 9 μέρες μετά τη διόγκωση των σιελογόνων αδένων, αλλά η μεγαλύτερη μολυσματικότητα παρατηρείται 48 ώρες πριν τη διόγκωση των αδένων. Τα ούρα του ασθενή μπορεί να αποβάλλουν τον ιό για 14 μέρες από την έναρξη της νόσου. (Δετοράκης Ι. 1992).

Μέτρα ελέγχου στο σχολείο: Απομάκρυνση του κρούσματος από το σχολείο για 9 μέρες μετά τη διόγκωση της παρωτίτιδας. Εμβολιασμός των παιδιών του στενού περιβάλλοντος του ασθενή εφόσον δεν έχουν εμβολιασθεί προηγου-

μένως (εμβολιασμός δεν είναι υποχρεωτικός γιατί δεν είναι γνωστό αν προφυλάσσει μετά την έκθεση στον ιό, πάντως όμως δεν αντενδείκνυται). Δε χρειάζεται απολύμανση ούτε κλείσιμο του σχολείου.

Εμβόλιο: Ασφαλές και αποτελεσματικό για την πρόληψη του νοσήματος. Δίνεται συνήθως ως «τριπλό» μαζί με τα εμβόλια της ερυθράς και της ιλαράς. (Τριχόπουλος Δ. 1982).

5.9 Πολυομυελίτιδα

Λόγω του υποχρεωτικού μαζικού εμβολιασμού στα παιδιά, δεν εμφανίζονται πια επιδημίες και οι παραλυτικές μορφές της νόσου είναι σπάνιες. Η περίοδος μεταδοτικότητας κυμαίνεται από 7 μέρες πριν, μέχρι 10 μέρες μετά την έναρξη της νόσου. Ο ιός αποβάλλεται από τα κόπρανα για μακρό χρονικό διάστημα (π.χ. για 6 εβδομάδες) αλλά η μολυσματικότητα είναι πολύ μεγαλύτερη στο χρονικό διάστημα γύρω από την εμφάνιση της νόσου. (Δετοράκης Ι. 1992).

Μέτρα ελέγχου στο σχολείο: Απομάκρυνση του κρούσματος για 7 μέρες. Αν υπάρχει πρόγραμμα υποχρεωτικού μαζικού εμβολιασμού των παιδιών (όπως στην Ελλάδα), δε χρειάζεται εμβολιασμός των άλλων παιδιών στο σχολείο, ούτε απολύμανση, ούτε κλείσιμο του σχολείου.

Εμβόλιο: Ασφαλές και πολύ αποτελεσματικό. Υποχρεωτικός εμβολιασμός στα παιδιά. (Τριχόπουλος Δ. 1982).

5.10 Βακτηριακή δυσεντερία

Προκαλεί επιδημίες όταν υπάρχει μεγάλος συνωστισμός ατόμων, σε συνδυασμό με κακές συνθήκες υγιεινής.

Στην Ελλάδα συνήθως πιο εύκολα παρατηρούνται σιγκελλώσεις σε σχολεία αγροτικών περιοχών. Η περίοδος μεταδοτικότητας διαρκεί όσο και η οξεία φάση της νόσου, μέχρι και 4 εβδομάδες από την έναρξή της. Οι ασυμπτωματικοί

φορείς μπορεί να μεταδίδουν τη νόσο αλλά η περίοδος μικροβιοφορίας είναι συνήθως μικρή. (Δετοράκης Ι. 1992).

Μέτρα ελέγχου στο σχολείο: Απομάκρυνση του κρούσματος και θεραπεία (συνήθως νοσοκομειακή). Έλεγχος του πόσιμου νερού και χλωρίωσή του. Έλεγχος τροφίμων, γάλακτος, και των χειριστών των τροφίμων στις σχολικές καντίνες. Απολύμανση των αποχωρητηρίων του σχολείου. Δεν συνιστάται κλείσιμο του σχολείου. Στις αγροτικές περιοχές συστήνουμε στους γονείς σωστό βράσιμο του γάλακτος.

Εμβόλιο: Δεν υπάρχει.

5.11 Τυφοειδής πυρετός

Προκαλεί σποραδικά κρούσματα και σπανιότερα επιδημίες. Το ποσοστό των ήπιων αλλά και άτυπων λοιμώξεων είναι μεγάλο, αλλά ένα σημαντικό ποσοστό των μολυσθέντων ατόμων, παραμένουν φορείς της SALMONELLA TYPHI για μεγάλο χρονικό διάστημα ή και μόνιμα (χρόνιοι φορείς). Οι χρόνιοι φορείς στην παιδική ηλικία δεν είναι συχνοί. Η περίοδος μεταδοτικότητας κρατάει όσο η S. TYPHI αποβάλλεται από τα κόπρανα. Περίπου 10% των ασθενών αποβάλλουν σαλμονέλλες για 3 μήνες από την έναρξη της νόσου και περίπου 5% γίνονται μόνιμοι φορείς. (Δετοράκης Ι. 1992).

Μέτρα ελέγχου στο σχολείο: Απομάκρυνση του ασθενούς και θεραπεία (συνήθως νοσοκομειακή νοσηλεία). Έλεγχος του τοπικού συστήματος υδρεύσεως και ενδεχομένως χλωρίωση του νερού. Έλεγχος των τροφίμων στην καντίνα του σχολείου. Έλεγχος των χειριστών των τροφίμων της καντίνας για μικροβιοφορία, και απομάκρυνσή τους μέχρι να γίνουν αρνητικοί για S. TYPHI. Στις αγροτικές περιοχές γίνονται συστάσεις στους γονείς για σωστό βράσιμο του γάλακτος. Απολύμανση των αποχωρητηρίων του σχολείου. Δεν χρειάζεται κλείσιμο του σχολείου. (Τριχόπουλος Δ. 1982).

Εμβόλιο: Υπάρχει το εμβόλιο TAB (τυφοειδή και παρατύφων A και B).

Προστατεύει από τη νόσο μόνο όταν η δόση του μικροβίου που λαμβάνεται με το νερό ή τα τρόφιμα είναι μικρή. Σε περιοχές όπου η νόσος ενδημεί, πρέπει να γίνεται εμβολιασμός όλου του παιδικού πληθυσμού.

Το εμβόλιο δεν χορηγείται σε περίοδο επιδημίας, γιατί δυσκολεύει την ορολογική διάγνωση των ύποπτων κρουσμάτων. (Τριχόπουλος Δ. 1982).

Παρατυφικό σύνδρομο

Σποραδικά κρούσματα και περιορισμένης εκτάσεως επιδημικές εκρήξεις, που οφείλονται στις SALMONELLA PARATYPHI A, B ή C. Η περίοδος μεταδοτικότητας αρχίζει με την εμφάνιση των προδρομικών συμπτωμάτων και τελειώνει συνήθως 1-2 εβδομάδες μετά την ανάρρωση. Χρόνιοι φορείς είναι σπάνιοι.

• Μέτρα ελέγχου στο σχολείο: Τα ίδια όπως στον τυφοειδή πυρετό.

Εμβόλιο: Όπως και στον τυφοειδή πυρετό. (Δετοράκης Ι. 1992).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΤΩΝ ΜΑΘΗΤΩΝ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

- Πρόληψη καταστροφής των δοντιών
- Έλεγχος ονύχων
- Ύπνος
- Έλεγχος της στατικής του σώματος
- Έλεγχος οράσεως
- Έλεγχος της ακοής
- Πρόληψη των παιδικών ατυχημάτων

Διδασκαλία των μαθητών σε θέματα υγιεινής

6.1 Πρόληψη καταστροφής των δοντιών

Ο νοσηλευτής-τρια θα πρέπει να ξεκινήσει, να μιλήσει στα παιδιά για τα πιο απλά πράγματα, τα οποία ακούνε και μέσα στην οικογένειά τους, αλλά τις περισσότερες φορές τ' αμελούν ή τα ξεχνάνε.

Πρέπει να ενημερώσει τα παιδιά, ότι χρειάζεται να πλένουν τα δόντια τους τουλάχιστον τρεις φορές την ημέρα ή μετά από κάθε γεύμα αν μπορούνε. Μερικές φορές στα μικρότερα παιδιά μπορεί ακόμα και να δείξει πως πρέπει να πλένονται σωστά τα δόντια τους.

Αξίζει να δώσει έμφαση σ' αυτό το θέμα και να τους πει πως αν δεν πλένονται τα δόντια τους, τα υπολείμματα τροφών που συγκεντρώνονται στην περιοχή, αποτελούν εστία μικροβίων, κι έτσι εύκολα τα δόντια τους σαπίζουν και αποκτούν πέτρα και τερηδόνα.

Ακόμα πρέπει να τονίσει πως η μεγάλη κατανάλωση γλυκισμάτων από τόσο μικρή ηλικία τους κάνει κακό. (Δουβετζέμης Ε. 1977).

6.2 Έλεγχος ονύχων

Πολύ σημαντικό επίσης είναι να μιλήσει στα παιδιά πως πρέπει να κόβουν τα νύχια τους και να μην τα αφήνουν να μεγαλώσουν, γιατί μετά συνήθως δεν προσέχουν και τα βάζουν στο στόμα τους με αποτέλεσμα να παθαίνουν διάφορες μολύνσεις.

Σε τακτά χρονικά διαστήματα θα πρέπει να περνάει από κάθε θρανίο και να ελέγχει τα νυχάκια των παιδιών, κι όταν κάποιος δεν υπακούει να γίνονται συστάσεις ακόμη και στους γονείς. (Δουβετζέμης Ε. 1977).

6.3 Ύπνος

Μεγάλης σπουδαιότητας συζήτηση θα αποτελέσει και ο ύπνος. Ο νοσηλευτής-τρια θα πρέπει να τονίσουν στα παιδιά ότι πρέπει να ξεκουράζονται τουλάχιστον 9-10 ώρες ημερησίως για να ηρεμεί το μυαλό τους από το φόρτο των σχολικών μαθημάτων ώστε να μη βλέπουν τα βράδια εφιάλτες και ταραζεται ο ψυχικός τους κόσμος. Πρέπει να τους συστήσουν να μην ξενυχτούν ως αργά με τους γονείς τους βλέποντας ταινίες τρόμου, που τους επηρεάζουν χωρίς να το καταλαβαίνουν και τους δημιουργούν άσχημες εμπειρίες (π.χ. αϋπνίες, φόβους κ.λ.π.). (Τριχόπουλος Δ. 1982).

6.4 Έλεγχος της στατικής του σώματος

Το παιδί του δημοτικού σχολείου βρίσκεται σε μια ηλικία, κατά την οποία οι διάφορες στατικές ανωμαλίες του σώματος είναι πιο φανερές. Σ' αυτή τη φάση της ανάπτυξης του παιδιού καλείται ο νοσηλευτής-τρια με τη βοήθεια του εκπαιδευτικού και του σχολιάτρου σε «επιφυλακή» για να μπορέσει να διακρίνει (ίσως και πριν από τους γονείς του παιδιού) μια ύποπτη στάση ή παραμόρφωση.

Φυσικά αναφερόμαστε για μερικές χαρακτηριστικές εκδηλώσεις που δεν πρέπει να διαφεύγουν από ένα παρατηρητικό μάτι, αλλά ίσως να γίνουν ερέθισμα για να οδηγηθεί τελικά το παιδί στον ειδικό γιατρό για έρευνα και θεραπεία.

Όπως καταλαβαίνουμε είναι απαραίτητο να παρευρίσκεται ο νοσηλευτής-τρια σε κάθε τακτική παρακολούθηση των παιδιών μαζί με το γιατρό, αφού η παρατήρηση του σώματος του παιδιού κατά τις διάφορες στάσεις, έχει διαγνωστική σημασία, μιας και πίσω από την κακή στατική του σώματος μπορεί να κρύβεται μια παθολογική κατάσταση όπως: ανωμαλίες της σπονδυλικής στήλης, ραιβόκρανο, ή ανωμαλίες ορισμένων αρθρώσεων των κάτω άκρων και ειδικά του γόνατος κ.λ.π. (Τριχόπουλος Δ. 1982).

6.5 Έλεγχος οράσεως

Απαραίτητο είναι ακόμη να υπάρχει στο πρόγραμμα ειδική εξέταση των παιδιών για τον έλεγχο της οράσεως. Γιατρός και νοσηλεύτης-τρια μαζί θα πρέπει χρησιμοποιώντας απλές διαγνωστικές μεθόδους (π.χ. πίνακες με γράμματα και αριθμούς) να μπορούν να δουν αν και πιο παιδί έχει πρόβλημα με τα μάτια του, και ανάλογα αν δεν βλέπει κάποιο καλά, να το συμβουλέψουμε να επισκεφτεί με τους γονείς του οφθαλμίατρο για περαιτέρω θεραπεία (όπως χρήση γυαλιών). 'Η αν κάποιο φοράει ήδη γυαλιά και εξακολουθεί να έχει πρόβλημα, πάλι θα του προτείνουμε να πάει στον ειδικό γιατρό, γιατί πιθανόν είναι να χρειάζεται περισσότερη φροντίδα (αλλαγή φακών) ή χρησιμοποίηση άλλης μεθόδου (χειρουργική). (Τριχόπουλος Δ. 1982).

6.6 Έλεγχος της ακοής

Και η ακοή αποτελεί μια από τις αισθήσεις στα παιδιά που δεν πρέπει να αγνοήσουμε. Είναι πάρα πολύ σημαντικό να μπορούμε σαν φορείς της Υγείας να διαπιστώσουμε από την πρώτη στιγμή κάποιο παιδί που θα' χει πρόβλημα με την ακοή του. 'Όποιο και νάναι το πρόβλημα, αμέσως έχουμε χρέος να ειδοποιήσουμε τους γονείς ή κηδεμόνες του παιδιού για να φροντίσουν για την κατάσταση του παιδιού.

Πολλές φορές ίσως τυχαίνει κάποιο παιδί να είναι και βαρήκοο σε μεγάλο βαθμό. Θα πρέπει τότε το παιδί αυτό να απομακρυνθεί από το σχολείο, όταν κρίνεται απαραίτητο και να πηγαίνει να παρακολουθείται από ειδικό γιατρό ή να ακολουθήσει ειδικό σχολείο εκμάθησης βαρήκων παιδιών.

Ακόμα δυσκολότερη είναι η κατάσταση όταν η έλλειψη ακοής συνοδεύεται και από απώλεια στην ομιλία. Τότε σίγουρα το ασθενές παιδί χρειάζεται ειδική φροντίδα και περιποίηση, μακριά από τα άλλα παιδιά τουλάχιστον για μεγάλο χρονικό διάστημα, μιας και δεν μπορεί να επικοινωνήσει με τους γύρω του, λό-

γω δυσκολίας. (Τριχόπουλος Δ. 1982).

6.7 Πρόληψη των παιδικών ατυχημάτων

Συχνά μαθήματα, συμβουλευοντας τα παιδιά πως να αποφεύγουν τα ατυχήματα μέσα στο χώρο του σπιτιού ή μέσα στο σχολικό χώρο πρέπει να γίνονται.

Πρέπει να συμβουλευούμε τα παιδιά:

- Να μην παίζουν με αιχμηρά αντικείμενα.
 - Να αποφεύγουν να τοποθετούν διάφορα αντικείμενα μέσα στις πρίζες.
 - Να παίζουν με τους συμμαθητές τους όμορφα, αποφεύγοντας έτσι χτυπήματα στο κεφάλι και το πρόσωπο ή οποιοδήποτε άλλο σημείο του σώματος που είναι ευαίσθητο (άκρα, στήρνο κ.λ.π.).
 - Να μην βιάζονται όταν ανεβαίνουν πολλά άτομα μαζί σε μια σκάλα στο χώρο του σχολείου, γιατί έτσι αποφεύγεται ο συνωστισμός και οι βίαιες κινήσεις, καθώς και τα χτυπήματα από πτώση.
 - Στο σπίτι θα πρέπει να αποφεύγουν να παίζουν πάνω σε βρεγμένο ή πολύ γυαλισμένο πάτωμα για να μην πέσουν.
 - Να μην ανακατεύονται με τα ηλεκτρικά είδη για αποφυγή εγκαυμάτων.
 - Ακόμα πρέπει να ελέγχουν καλά τα φανάρια στους δρόμους όταν πρόκειται να περάσουν απέναντι, προσέχοντας το σήμα να δίνει προτεραιότητα στους πεζούς και ο δρόμος να είναι εντελώς κενός από αυτοκίνητα, για να μην έχουμε τροχαία δυστυχήματα.
 - Και άλλα πολλά μπορούμε να τα συμβουλέψουμε τα παιδιά ώστε να μπορούν μόνα τους να αναπτύσσουν κρίση και επίσης να προστατεύονται μόνα τους.
- (Δουβιετζέμης Ε. 1977).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

- Παιδιά με Μεσογειακή Αναιμία
- Κάπνισμα και Παιδί
- Αλκοόλ και Παιδί
- Ναρκωτικά και Παιδί
- Τροφικές Δηλητηριάσεις

7.1 ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ

Όπως ξέρουμε όλου μας η Ελλάδα ανήκει στη Μεσογειακή ζώνη. Έτσι αναπόφευκτο γεγονός είναι να συναντούμε καθημερινά πολλά παιδάκια του Δημοτικού σχολείου, τα οποία νοσούν από Μεσογειακή αναιμία, την οποία συνήθως κληρονομούν από τους γονείς τους.

Τα παιδιά αυτά λοιπόν αντιμετωπίζουν και σημαντικά και ψυχολογικά προβλήματα. Πέρα από τα εξωτερικά χαρακτηριστικά (πεταχτά μήλα των παρειών που προέχουν, η σχισμή των βλεφάρων λοξή, ύπαρξη καθίζησης στη βάση της μύτης) που τα κάνουν να ξεχωρίζουν από τα φυσιολογικά παιδιά της ηλικίας τους, υπολείπονται διανοητικά και σωματικά. Η ανάπτυξή τους δεν είναι κανονική. (Πάνου Μ. 1992).

Τις περισσότερες φορές γνωρίζουν ότι πριν φτάσουν στην εφηβεία θα πεθάνουν, κι αυτό είναι ένας ακόμη πιο επιβαρυντικός παράγοντας στην παιδική ψυχολογία.

Εμείς σαν νοσηλευτές θα πρέπει να ακολουθήσουμε ανάλογη συμπεριφορά απέναντι σ' αυτά τα παιδιά αποφεύγοντας πάντα να αναφέρουμε για την κατάστασή τους, και δεν πρέπει ποτέ να τα ξεχωρίσουμε από τα άλλα παιδιά. Δεν φταίνε σε τίποτε αν η τύχη τους ήταν αυτή. Έχουν δικαίωμα τα λίγα χρόνια που θα ζήσουν να τα περάσουν ευχάριστα.

Άλλωστε εμείς θα πρέπει να αποτελούμε τους καλύτερους φίλους τους αφού ίσως κάποιες φορές είμαστε κοντά τους κατά την εκτέλεση της μετάγγισης. (Μόρφης Α.Γ. 1985).

Αξίζει να τονίσουμε ότι τα μεσογειακά παιδιά πάσχοντα από αναιμία, αποτελούν ένα μεγάλο πλήγμα για τη χώρα μας, γιατί συνεχώς προσπαθούμε με μεταγγίσεις, με σπληνεκτομές και αποσιδηρώσεις των παιδιών και πάλι όλα είναι μάταια. Μια μέρα τα μικρά βλαστάρια σβήνουν μπρος στα μάτια μας χωρίς να μπορούμε να τα απαλλάξουμε από τα μαρτύρια που τα συνοδεύουν ως το τέλος της ζωής τους.

Ας είμαστε λοιπόν καλοί όσο τα έχουμε στα χέρια μας. Τους αξίζει.
(Παπαδάτος Τ. 1987).

7.2 Κάπνισμα και παιδί

Ανάμεσα στα πολλά θέματα που απασχολούν έναν νοσηλεύτη-τρια, σημαντική θέση πρέπει να κατέχουν και τα αντικαπνιστικά προγράμματα. Καθημερινά ακούμε πως τι κάπνισμα βλάπτει την υγεία. Δεν χρωστάνε τίποτα τα μικρά παιδιά να παίρνουν μαθήματα από τους μεγαλύτερους τους και να πηγαίνουν κρυφά να καπνίσουν τσιγάρα, αλλά ούτε χρωστάνε ακόμη να αναπνέουν τον καπνό των γύρω τους. Αυτά τα παιδιά έχουν δικαίωμα να αναπνέουν καθαρό αέρα και να ζουν υγιεινά και με τίποτα δεν μπορούμε να εγκληματήσουμε, αφαιρώντας κάθε μέρα λίγο από τη ζωή τους καπνίζοντας δίπλα τους.

Συμβουλές λοιπόν ενάντια στο τσιγάρο είναι το καλύτερο που έχει να προσφέρει η Νοσηλευτική επιστήμη, και στα παιδιά και στους γονείς τους.

Οι πιθανότητες να ζήσουν πιο πολύ, είναι σίγουρα περισσότερες. Απαγορευτικό σημάδι ενάντια στο κάπνισμα απαραίτητο να υπάρχει στα σχολεία και σε όλους τους δημόσιους χώρους.

7.3 Αλκοόλ και παιδί

Ίσως είναι λίγο παρατραβηγμένο να πούμε ότι τα παιδιά της Σχολικής ηλικίας καταναλώνουν πολύ αλκοόλ. Και η ελάχιστη ποσότητα αυτού, όμως μπορεί να τα βλάψει. Σοβαρές βλάβες μπορούν, στο τρυφερό τους κεφαλάκι να δημιουργηθούν. Συνεχείς λοιπόν οι συστάσεις για αποφυγή του αλκοόλ. Οι γονείς που πίνουν, αποτελούν εδώ ένα παράδειγμα προς αποφυγή και από σωματικής και από κοινωνικής πλευράς.

7.4 Ναρκωτικά και Παιδί

Τα ναρκωτικά όλου ξέρουμε, πως απειλούν την υγεία των νέων ατόμων τα τελευταία χρόνια. Τα παιδιά στο δημοτικό σχολείο είναι λίγο περίεργο να κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών, ίσως γιατί η ηλικία τους δεν το επιτρέπει. Δεν αποκλείεται όμως να προέρχονται από γονείς τοξικομανείς και έτσι πιθανό είναι να έχουν την περιέργεια αυτής της εμπειρίας.

Οφείλουμε όμως να συμβουλέψουμε τα παιδιά για τις βλαβερές ιδιότητες αυτών των ουσιών, και να τονίσουμε ότι έτσι καταστρέφεται η ίδια η ανθρώπινη ζωή. Ότι δεν υπάρχει πλέον σκοπός στη ζωή, κι ότι ο άνθρωπος γίνεται ένα ον εξαρτώμενο, χωρίς πρωτοβουλία και δύναμη.

Ποτέ λοιπόν δε χρειάζεται δοκιμή εδώ, γιατί οδηγούμαστε μόνοι μας στο τέλος.

7.5 Τροφικές δηλητηριάσεις

Το καλοκαίρι είναι η εποχή που οι τροφικές δηλητηριάσεις βρίσκονται σε μεγαλύτερη έξαρση. Αυτές οι τροφικές δηλητηριάσεις άλλοτε είναι σοβαρές και άλλοτε ελαφρές.

Αν οι αλλοιώσεις που έχουν πάθει τα τρόφιμα δεν είναι σημαντικές τα παιδιά παθαίνουν μικρές εντερικές διαταραχές που είναι περαστικές. Όταν όμως τα τρόφιμα που θα καταναλώσουν έχουν πάθει αλλοίωση από μικρόβια, τότε οι τροφικές δηλητηριάσεις είναι σοβαρές και μπορεί να τα οδηγήσουν ακόμη και στο θάνατο. (Τριχόπουλος Δ. 1982).

Πρέπει λοιπόν να κάνουμε οτιδήποτε χρειάζεται για ν' αποκλείσουμε τον τρόπο μόλυνσης των παιδιών από τα τρόφιμα:

- Έτσι φροντίζουμε κάθε άτομο που απασχολείται στο κυλικείο του σχολείου να διατηρεί και να προσέχει την καθαριότητα του σώματος και των ενδυμάτων του.

- Συμβουλευόμαστε συχνό πλύσιμο των χεριών με σαπούνι κάθε φορά που θα βγούμε από την τουαλέτα και πριν το φαγητό.
- Απομάκρυνση συστήνουμε όσον αφορά τις μύγες οι οποίες μεταφέρουν χιλιάδες μικρόβια και αποτελούν αιτία μόλυνσης.
- Πρέπει να ενημερώσουμε και τους γονείς να προσέχουν στο σπίτι, αλλά και σε όσους εργάζονται στο σχολείο ότι οι ποντικοί μολύνουν τα τρόφιμα με τα ούρα και τα κόπρανά τους.
- Πρέπει ακόμη στα κυλικεία των σχολείων να απαιτούμε να μην υπάρχει σκόνη η οποία περιέχει χιλιάδες μικρόβια. Αλλά και οι μητέρες πρέπει να μάθουν πως στην κουζίνα ο χώρος πρέπει να διατηρείται καθαρός.
- Τα τρόφιμα όλα πρέπει όλοι να μάθουν πως άριστα διατηρούνται μόνο στα ψυγεία.
- Καλός καθαρισμός φρούτων και λαχανικών απαιτείται.
- Κρέας, γάλα, τυρί και μαγειρεμένα φαγητά δεν πρέπει να εκτίθενται στη ζέστη, γιατί έτσι βοηθάται η ανάπτυξη μικροβίων.
- Γλυκά και κρέμες πρέπει να ελέγχονται αυστηρά τόσο στα κυλικεία πριν δοθούν στα παιδιά, όσο και στο σπίτι όταν δε φροντίζουμε να τα διατηρήσουμε σωστά.
- Το γάλα που θα πίνουν τα παιδιά να είναι πάντα καλά βρασμένο, απαλλαγμένο μικροβίων και αλλοιώσεων.
- Ακόμη πρέπει οι γονείς να φροντίζουν ποτέ να μη χρησιμοποιούν για τα παιδιά τους κονσέρβες και βιομηχανοποιημένες τροφές, που βρίσκονται σε φουσκωμένα δοχεία και παρουσιάζουν αλλοίωση.
- Πάνω απ' όλα όμως η καθαριότητα σ' όλους τους χώρους που υπάρχουν τρόφιμα είναι η καλύτερη προφύλαξη των παιδιών.
- Καλό είναι να αποφεύγονται η κατανάλωση κουκιών από τα παιδιά γιατί ο κίνδυνος είναι μεγάλος και ίσως τα οδηγήσει και στο θάνατο. (Τριχόπουλος Δ. 1982).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

Η ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΚΑΛΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ & Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗ

- Ψυχονευρώσεις
- Ψυχώσεις
- Αντιμέτωπιση Παιδού με ειδικά προβλήματα - Το κακοποιημένο Παιδί
- Παιδιά άνευ οικογενειών
- Παιδιά προβληματικών οικογενειών
- Παρανομία και έγκλημα
- Η εξακρίβωση και η επίβλεψη των αναπήρων παιδιών
- Επιληπτικά Παιδιά
- Ψυχολογική αντιμετώπιση του νοσηλευομένου παιδιού

Η προαγωγή της καλής ψυχικής υγείας του παιδιού και η Νοσηλευτική επιστήμη

8.1 Ψυχονευρώσεις

Οι ψυχονευρώσεις αποτελούν παθολογικές διαταραχές στις οποίες συνήθως καταλήγουν οι διαταραχές της συμπεριφοράς, αν δεν αντιμετωπιστούν κατάλληλα και χρονίσουν.

Συνήθη συμπτώματα τα οποία εμφανίζουν ψυχονευρωτικά παιδιά είναι: άγχος, φοβίες, κινητικοαισθητηριακές εκδηλώσεις, κατάθλιψη, ψυχοαναγκαστικές εκδηλώσεις κ.λ.π.

Η αντιμετώπιση των ψυχονευρώσεων μπορεί να γίνει από τον οικογενειακό γιατρό, τον παιδίατρο και τους νοσηλευτές, ενώ όταν πρόκειται για βαριές περιπτώσεις η βοήθεια του παιδοψυχιάτρου είναι απαραίτητη.

Η πρόγνωση των εξαρτάται από τη συνεργασία των γονέων πάντα, γενικότερα δε από τη δυνατότητα αλλαγής των συνθηκών του περιβάλλοντος που αποτελούν και τα γεννεσιουργά αίτια του προβλήματος. Σε εξαιρετικά βαριές περιπτώσεις χρειάζεται ψυχανάλυση. (Ραγιά Α. 1978).

8.2 Ψυχώσεις

Οι ψυχώσεις είναι περισσότερο σπάνιες στην παιδική ηλικία, και χαρακτηρίζονται από βαθιές διαταραχές της ψυχικής σφαίρας του ατόμου, κυρίως ως προς την επικοινωνία του με το περιβάλλον του.

Οι τρεις τύποι της παιδικής ψύχωσης είναι ο αυτισμός, η συμβιωτική ψύχωση και η σχιζοφρένεια.

Και φυσικά το πιο συνηθισμένο φαινόμενο είναι η συμβιωτική ψύχωση μιας και στον αυτισμό το κύριο χαρακτηριστικό είναι η πλήρη απομόνωση του πάσχοντος παιδιού από το περιβάλλον και η σχιζοφρένεια είναι βαρύτερη ψύχωση ίσως

και από τη βρεφική ηλικία, συνοδευόμενη από κρίσεις επιθετικότητας, διαταραχές του λόγου και πνευματική καθυστέρηση δευτεροπαθώς.

Περισσότερο συχνά λοιπόν αντιμετωπίζουμε τη συμβιωτική ψύχωση, μια παθολογική κατάσταση κατά την οποία παρατηρείται μόνιμη, έντονη και αμοιβαία ψυχική προσκόλληση μητέρας και παιδιού πέρα απ' τον τρίτο χρόνο της ζωής. Και φυσικά βασική αιτία είναι η υπερπροστασία της μητέρας που συνδυάζεται με άμεση υποχωρητικότητα και η συνεχείς απασχόλησή της με το παιδί, έτσι ώστε να αφαιρείται εντελώς κάθε πρωτοβουλία από εκείνο. (Ραγιά Α. 1978).

Έτσι το παιδί παρουσιάζει αδυναμία προσαρμογής κοινωνικής, φοβίες, ανορεξία, αδυναμία μάσησης και διαταραχές του λόγου. Τελικό αποτέλεσμα αυτών είναι και δευτεροπαθείς διανοητική καθυστέρηση.

Έτσι το έργο μας ήδη είναι μεγάλο και επίμονο. Χρειάζεται μεγάλο διάλογο πρώτα με τη μητέρα η οποία πρώτη πάσχει, συμβουλευόντάς την πως η συμπεριφορά της είναι λάθος, γιατί έτσι και στον εαυτό της κάνει κακό και το παιδί της οδηγεί στο να μην μπορεί να κάνει οτιδήποτε μόνο του.

Πρέπει να την πείσουμε να δώσει κίνητρα στο παιδί της να φεύγει από κοντά της, δημιουργώντας του νέα ενδιαφέροντα, (μπαλέτο, γυμναστήριο, πιάνο, κιθάρα, κολύμπι, εκδρομές μονοήμερες με το σχολείο).

Μόνο έτσι σιγά-σιγά το παιδί τώρα που είναι ακόμη σε μικρή ηλικία, θα μπορέσει να βρεί ένα σωστό δρόμο, και να συνθέσει μια όμορφη προσωπικότητα απαλλαγμένη φόβων και καταθλίψεων, γεμάτη ζωή και επικοινωνία με τους γύρω. (Ραγιά Α. 1978).

Ακόμη πρέπει να τονίσουμε ότι ο διάλογος μεταξύ μητέρας και παιδιού είναι πολύτιμος και πως οι δυό τους θα μπορέσουν να ξεπεράσουν αυτό το πρόβλημα. Αξίζει λοιπόν να τους επισημάνουμε αυτή την επικοινωνία που ίσως δεν έχουν καταλάβει ότι είναι απαραίτητη.

Φυσικά βέβαια αν η θεραπεία είναι δύσκολη, και βλέπουμε πως το παιδί στο σχολείο παραμένει στην ίδια κατάσταση, (μελαγχολικό, χωρίς επαφή και πρωτοβουλία) απέναντι στα άλλα παιδιά και στους δασκάλους), τότε αξίζει να

συστήνουμε στους γονείς να ζητήσουν βοήθεια από τον ψυχίατρο. (Ραγιά Α. 1978).

8.3 Αντιμετώπιση παιδιού με ειδικά προβλήματα. Το κακοποιημένο παιδί

Δεν είναι σπάνιο το φαινόμενο να προκαλούνται βαρείες σωματικές κακώσεις σε παιδιά από τους γονείς τους.

Συνήθη κλινικά ευρήματα που χαρακτηρίζουν το σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού είναι: εκχυμώσεις και θλάσεις σε διάφορα σημεία του σώματος, ελαφρά εγκαύματα, τραύματα, υποπερισστικά ή υποσκληρίδια αιματώματα ακόμη δε και κατάγματα των μακρών οστών ή του κρανίου.

Έτσι μόλις δούμε κάτι παρόμοιο σ' ένα παιδί πρέπει αμέσως να το παραπέμψουμε στον παιδίατρο για να κάνει τη διάγνωση, μιας και οι γονείς κατέχονται από συναίσθημα ενοχής, δεν δίνουν σαφείς πληροφορίες. Σε περίπτωση απόκρυψης του ιστορικού, πιθανόν να οδηγηθούμε σε εσφαλμένη διάγνωση π.χ. λευχαιμία, ή σκορβούτο, λόγω των εκχυμώσεων και των αιμορραγιών που συνήθως ανευρίσκονται.

Συνήθως η κακοποίηση ενός παιδιού γίνεται από γονείς με χαμηλή κοινωνικοοικονομική στάθμη με πολλά οικογενειακά προβλήματα, από νεαρούς και ανώριμους γονείς. Άλλωστε πάλι οι γονείς μπορεί να πάσχουν από λανθάνουσα ψύχωση.

Η κακοποίηση του παιδιού γίνεται σε στιγμές οργής των γονέων από διάφορες αιτίες όπως επίμονο κλάμα, συχνές αρρώστιες, άρνηση προς λήψη τροφής ή άρνηση στην εκτέλεση μιας εργασίας.

Πρέπει εδώ να μιλήσουμε με όμορφο τρόπο στους γονείς πως το ξύλο δεν κάνει καλό, κι ότι με τον τρόπο αυτό μπορεί ακόμα και στο θάνατο να οδηγήσουν το παιδί τους (αν τα χτυπήματα είναι σοβαρά π.χ. στο κεφάλι).

Η αντιμετώπιση του συνδρόμου του κακοποιημένου παιδιού, πέραν της

αντιμετώπισης των κακώσεων του παιδιού από νοσηλευτική - ιατρική πλευρά, περιλαμβάνει κυρίως την αντιμετώπισή του από κοινωνική πλευρά:

- Μαζί πάντα με το γιατρό για να επιτύχουμε τη συνεργασία των γονέων πρέπει να δείξουμε ότι συμμεριζόμαστε και κατανοούμε τις δυσκολίες τους, και να μη σπεύσουμε να τους καταλογίσουμε ευθύνες.
- Το παιδί όταν απαιτείται θα εισαχθεί σε Νοσοκομείο για τις κακώσεις, αλλά κυρίως για τον προσωρινό αποχωρισμό του από την οικογένεια και την προστασία του.
- Στο διάστημα της παραμονής του στο Νοσοκομείο θα διερευνηθούν τα προβλήματα της οικογένειας του παιδιού, μέσω της κοινωνικής λειτουργού που θα ειδοποιήσουμε, και εμείς οι ίδιοι θα κάνουμε προσπάθεια να επιλυθούν, και να προετοιμαστεί η επάνοδος του παιδιού στην οικογένεια.
- Σε περίπτωση αδυναμίας να δημιουργηθεί ανεκτό για το παιδί οικογενειακό περιβάλλον ή σε περίπτωση υποτροπής, επιβάλλεται η μόνιμη δικαστική απαγόρευση των γονέων για κηδεμόνευση του παιδιού, και η υιοθεσία ή τοποθέτηση του παιδιού σε ανάδοχο οικογένεια ή σε ίδρυμα.

8.4 Παιδιά άνευ οικογενειών

Η ορθή μέριμνα των παιδιών, τα οποία έχουν αποχωριστεί από τις οικογένειές τους, είτε προσωρινά είτε μόνιμα, αποτελεί αντικείμενο σημαντικής ανησυχίας από μέρους μας.

Σήμερα αναγνωρίζεται ότι τα παιδιά τα οποία στερούνται την ευκαιρία δημιουργίας φυσιολογικών σχέσεων με τη μητέρα τους ή μιας μητρικής εικόνας κατά τη διάρκεια των πρώτων χρόνων της ζωής τους, τείνουν να εκδηλώσουν μόνιμα αποτελέσματα στη διαμόρφωση του χαρακτήρα τους, εάν δεν μεσολαβήσουν ικανοποιητικές εναλλακτικές διευθετήσεις.

Οφείλουμε λοιπόν να δημιουργήσουμε συνθήκες για υποκατάσταση φροντίδα αυτών των παιδιών. Η έκθεση βέβαια του παιδιού σε διάφορους ενήλικες,

ενδέχεται να εξασθενήσει την αποτελεσματικότητα του παιδιού προς δημιουργία υποκατάστασης σχέσης όπως η παραμονή του παιδιού σ' ένα παιδικό νοσοκομείο ή σ' ένα βραχείας παραμονής παιδικό σταθμό.

Ακόμη μπορούμε να φροντίσουμε το παιδί αυτό να βρεί αγάπη, στοργή και ζεστασιά σε μια οικογένεια που δεν έχει δικιά της παιδιά κι είναι έτοιμη να δώσει και να πάρει χαρά μέσα από αυτή τη σχέση. Ή ακόμα το παιδί να ζήσει μέσα σε μια οικογένεια που έχει παιδιά αλλά έχει τη διάθεση να υιοθετήσει κι άλλο. Ίσως όμως εκεί το παιδί νοιώθει έντονα τη ζήλια με τα άλλα παιδιά που δέχονται την πραγματική αγάπη των γονιών τους, αλλά με καλή θέληση όλα θα λυθούν.

Όπως και να' ναι τα παιδιά αυτά πρέπει να ζήσουν μέσα σ' ένα ζεστό περιβάλλον, κι αξίζουν σίγουρα την αγάπη και το ενδιαφέρον μας.

8.5 Παιδιά προβληματικών οικογενειών

Τα παιδιά των οικογενειών οι οποίες ζούν προβληματικά που όλα αυτά τα προβλήματα έχουν σχέση τις περισσότερες φορές με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση της οικογένειας, αντιμετωπίζουν σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα.

Χρέος μας κι εδώ είναι να διαφυλάξουμε τη σωματική και ψυχική υγεία των παιδιών αυτών.

Εφόσον επικοινωνήσουμε με τους διάφορους αρμόδιους οργανισμούς και Υπηρεσίες, τα παιδιά αυτά θα πρέπει να συνεχίζουν να ζούν σε ένα υγιεινό περιβάλλον απαλλαγμένο προβλημάτων.

Παιδικοί σταθμοί, παιδικά νοσοκομεία και ειδικές οικογένειες μπορούν να αποτελέσουν καταφύγια για τους μικρούς μαθητές. Κι όλα αυτά γιατί έχουν το δικαίωμα να ζούν όμορφα, σαν όλα τα άλλα παιδιά.

8.6 Παρανομία και έγκλημα

Συχνές συμβουλές στα παιδιά, για το τι είναι παράνομο και το τι σημαίνει εγκληματικότητα, πρέπει να δίνονται στα παιδιά του Δημοτικού Σχολείου.

Πρέπει συνεχώς να τους συμβουλεύουμε πως ποτέ δεν πρέπει να ασχολούνται με αντικείμενα που μπορεί να προκαλέσουν κακό στους άλλους (π.χ. μαχαίρια) ακόμη και για παιχνίδι. Ίσως γιατί η ηλικία τους δεν επιτρέπει την ωριμότητα που χρειάζεται σ' αυτές τις περιπτώσεις.

Χρειάζεται να τονίσουμε πως απαγορεύεται να κάνουν κάτι που δεν είναι αποδεκτό απ' το κοινωνικό σύνολο (να κλέψουν, να ψευδομαρτυρήσουν κ.λ.π.).

Μόνο τότε θα διαμορφώσουν ένα σωστό χαρακτήρα, και κατά συνέπεια θα έχουμε μια υγιή κοινωνία.

8.7 Η εξακρίβωση και η επίβλεψη των ανάπηρων παιδιών

Το διορατικό πνεύμα του νοσηλευτή-τριας πρέπει αμέσως μόλις φθάσει σ' ένα σχολείο να μπορέσει διακριτικά να εξακριβώσει αν κάποιο παιδί έχει κάποια σωματική ή πνευματική αναπηρία. Όταν η αναπηρία αυτή είναι μικρή και δεν υπάρχουν ιδιαίτερα προβλήματα δηλαδή το παιδί δεν υπολείπεται (χέρι, πόδι) τότε κάλλιστα το παιδί μπορεί να παρακολουθεί στο σχολείο μαζί με τα άλλα παιδιά, αφού διανοητικώς είναι καλά. Πρέπει να δείξουμε φιλικότητα και ευαισθησία στην αντιμετώπισή του. Δεν πρέπει να του δείξουμε οίκτο.

Όταν όμως το παιδί υπολείπεται σοβαρά, σωματικά και πνευματικά, τότε καλό θα είναι να απομακρυνθεί απ' το σχολείο και να φροντίσουμε να σταλεί σε ειδικό σχολείο για εκπαίδευση. Έτσι κι αυτό θα βοηθήσουμε, αλλά και τα άλλα παιδιά διαφυλάγουμε από την άσχημη εμπειρία της συμβίωσης με ένα τέτοιο παιδί.

8.8 Επιληπτικά παιδιά

Ειδική μέριμνα θα πρέπει να δοθεί στα επιληπτικά παιδιά. Φυσικά την κατάσταση τους, από τις ιατρικές εξετάσεις που θα γίνονται σε τακτά χρονικά διαστήματα, την ξέρουμε.

Στην περίπτωση αυτή δεν είναι απαραίτητο πάντα να παρακολουθούν σε ειδικό σχολείο. Μπορεί κάλλιστα να ζούν σαν φυσιολογικά παιδιά, αρκεί εμείς να είμαστε πάντα έτοιμοι να προσφέρουμε τις πρώτες βοήθειές μας σε περίπτωση που το παιδί, πάθει επιληπτική κρίση μέσα στο σχολείο. Ακόμη πρέπει να συμβουλευόμαστε τους γονείς του παιδιού, ώστε να μπορούν να βοηθήσουν το παιδί τους αν η κρίση εκδηλωθεί στο σπίτι.

Νομίζω πως η στάση μας θα βοηθήσει πάρα πολύ τα επιληπτικά παιδιά και θα τα κάνει να μην αισθάνονται άσχημα επειδή αντιμετωπίζουν μια χρόνια κατάσταση.

8.9 Ψυχολογική αντιμετώπιση του νοσηλευόμενου παιδιού.

Η εισαγωγή του παιδιού στο νοσοκομείο αποτελεί αναμφισβήτητα μια συναισθηματικά φορτισμένη εμπειρία τόσο γι' αυτό όσο και για την οικογένειά του. Η εμπειρία αυτή όμως δεν είναι απαραίτητα τραυματική, ούτε έχει πάντα αρνητικές ψυχολογικές επιπτώσεις. Μερικές φορές μάλιστα, μπορεί να συμβάλλει θετικά στη γενικότερη εξέλιξη και ωρίμανση του παιδιού καθώς και στην αντίληψη που διαμορφώνει γύρω από θέματα υγείας. (Παπαδάτου Δ. 1988).

Θα πρέπει να δημιουργήσουμε τις κατάλληλες προϋποθέσεις για τη σωστή αντιμετώπιση του παιδιού. Απαραίτητο λοιπόν είναι να μειώσουμε την ένταση του ψυχικού STRESS του παιδιού το οποίο πηγάζει:

- από τον αποχωρισμό του παιδιού από αγαπημένα πρόσωπα και τη διαταραχή του συνηθισμένου τρόπου ζωής της οικογένειας.

- από το άγχος του γύρω από την αρρώστια, τις θεραπευτικές διαδικασίες και τον ενδεχόμενο σωματικό πόνο που θα υποστεί ή βιώνει.
- από την αλλαγή στη συμπεριφορά και στάση που παρουσιάζουν οι συχνά τα-ραγμένοι γονείς απέναντί του.
- από τις προσδοκίες που έχει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό από το παιδί που πρέπει να συμμορφώνεται και να δέχεται παθητικά της εντολές και θερα-πείες στις οποίες υποβάλλεται. (Παπαδάτου Δ. 1988).

Απαραίτητα λοιπόν θα πρέπει να στραφούμε γύρω από τέσσερις βασικούς άξονες:

- τη συναισθηματική στήριξη του παιδιού.
- την κατάλληλη ενημέρωσή του σχετικά με θέματα που αφορούν την αρρώστια και τη θεραπεία.
- τη δυνατότητα της ενεργητικής συμμετοχής του, στην αποκατάσταση της υ-γείας του.
- την παροχή όσο το δυνατόν πιο άνετης παραμονής στο νοσοκομείο.

Μονάχα έτσι δεν θα έχουμε αρνητικές επιπτώσεις με τη νοσηλεία πάνω στο παιδί, επάνω στον ψυχισμό του και την εξέλιξή του.

Θα πρέπει να ενημερώσουμε τη μητέρα, ότι απαραίτητα πρέπει να βρίσκε-ται στο πλάϊ του ώστε κάθε φόβος του να διαλύεται. Θα πρέπει ακόμα να φρο-ντίσουμε πάρα πολύ την απασχόλησή του με όμορφα πράγματα (παιχνίδι, τηλε-όραση, βιβλία κ.λ.π.) ώστε η ψυχική διάθεση να ανυψωθεί.

Τέλος η ενημέρωση στο παιδί με απλά λόγια τι νόσο έχει και πως θα थे-ραπευτεί, και η απαίτηση για βοήθεια από το ίδιο, θα έχει καλύτερα αποτελέσμα-τα γιατί η άγνοια ακόμα και τον μεγάλο τον τρομάζει. (Παπαδάτου Δ. 1988).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

- Πρώτες Βοήθειες
- Λιποθυμία
- Ηλεκτροπληξία
- Εγκαύματα
- Αιμορραγίες
- Τραύματα

9.1 Πρώτες βοήθειες

Το Α και το Ω της νοσηλευτικής φροντίδας των παιδιών του Δημοτικού Σχολείου, είναι οι Πρώτες Βοήθειες κάτι πολύ δεδομένο, γι' αυτό και το αφήσαμε στο τέλος όλων των άλλων διαδικασιών.

Οι Πρώτες Βοήθειες σε ένα παιδί που έπαθε ατύχημα ή αρρώστια ξαφνικά, πρέπει να δίδονται σωστά, ώστε να μην έχουμε αντίθετα αποτελέσματα στη θεραπεία τους. (Γερμενής Τ. 1992).

9.2 Λιποθυμία

Η λιποθυμία είναι μια κατάσταση που μπορεί να προέλθει από κούραση σωματική ή πνευματική, από αιμορραγία, συγκίνηση, φόβο, υπερβολική ζέση κ.λ.π.

Το παιδί που λιποθυμά, χάνει αρχικά το χρώμα του περίλούεται από κρύο ιδρώτα, χάνει τις αισθήσεις του και πέφτει κάτω. Η αναπνοή του γίνεται αραιά και ελαφρά, ο σφυγμός του αδύνατος και τα άκρα του χαλαρά και ψυχρά.

Έτσι αμέσως οφείλουμε να τοποθετήσουμε το παιδί σε καθαρό αέρα αν γίνεται ή σε ανοικτό παράθυρο κοντά, το τοποθετούμε ανάσκελα φροντίζοντας συνεχώς να κρατάμε το κεφάλι του χαμηλότερα από το υπόλοιπο σώμα. Στην περίπτωση που το πρόσωπο είναι κόκκινο, τοποθετούμε το κεφάλι ψηλότερα. Αμέσως ξεσφίγγουμε τα ρούχα του και οτιδήποτε άλλο δυσκολεύει την αναπνοή του και την κυκλοφορία του αίματος. Αν έχουμε μαζί μας ξύδι, αιθέρα ή κολώνια του δίνουμε να μυρίσει, χωρίς να ρίξουμε καθόλου στα μάτια ή τα ρουθούνια του. Τρίβουμε με οινόπνευμα ή κολώνια τα χέρια του και το στήθος και ραντίζουμε το πρόσωπο με κρύο νερό. Όταν αρχίσει να συνέρχεται του προσφέρουμε κάτι τονωτικό να πιεί. (Γερμενής Τ. 1992).

9.3 Ηλεκτροπληξία

Ηλεκτροπληξία είναι η αντίδραση που παρουσιάζει το ανθρώπινο σώμα, όταν έλθει σε επαφή με ηλεκτρικό ρεύμα.

Τώρα που το ηλεκτρικό ρεύμα έφτασε και στα πιο μακρινά μέρη, και η χρήση των ηλεκτρικών συσκευών έχει διαδοθεί τόσο πολύ, η ηλεκτροπληξία παρουσιάζεται αρκετά συχνά.

Όταν ένα παιδί έρθει σε επαφή με γυμνό καλώδιο ηλεκτρισμού, τότε το ηλεκτρικό ρεύμα διοχετεύεται στο σώμα του, κι ανάλογα με τη διάρκεια της επαφής και την ένταση του ρεύματος, έχει και τα ανάλογα συμπτώματα.

Αυτά είναι: έγκαυμα τοπικό στο μέρος της επαφής με το καλώδιο.

Τοπικοί ή καθολικοί σπασμοί των μυών.

Ασφυξία είτε από παράλυση του αναπνευστικού κέντρου, είτε από σπασμό των μυών του θώρακος.

Διάφορα κτυπήματα ή τραύματα από πέσιμο ή από τίναγμα του παιδιού από το ρεύμα.

Βλάβη της καρδιάς λόγω σπασμού. (Γερμενής Τ. 1992).

Έτσι κάνουμε τις εξής ενέργειες για να βοηθήσουμε το ηλεκτρόπληκτο παιδί:

Βασικό είναι να κρατήσουμε την ψυχραιμία μας.

Το πρώτο που επιβάλλεται είναι να διακόψουμε την επαφή του ηλεκτρόπληκτου παιδιού με το ηλεκτρικό ρεύμα, αφού κλείσουμε το γενικό διακόπτη ή να απομακρύνουμε το καλώδιο με ένα ξύλο από το παιδί. Δεν πρέπει για κανένα λόγο να ακουμπήσουμε το παιδί και πρέπει να πατάμε σε ξύλο ή λάστιχο.

Διαπιστώνουμε τις βλάβες που έχει το παιδί και του προσφέρουμε πρώτες βοήθειες.

Αν έχει έγκαυμα, τραύμα ή σπάσιμο κάνουμε την κατάλληλη επίδεση και το μεταφέρουμε με τον πιο άνετο τρόπο στο Νοσοκομείο ή καλούμε γιατρό.

Αν είναι αναίσθητο τότε δεν το μετακινούμε αλλά εφαρμόζουμε τεχνητή

αναπνοή για αρκετή ώρα αν χρειασθεί.

Δεν πρέπει να απογοητευτούμε και να το αφήσουμε αβοήθητο το παιδί, αν μας φαίνεται πως έπαψε να ζεί, γιατί στην ηλεκτροπληξία μπορεί να σταματήσει ο σφυγμός και η αναπνοή αλλά η ζωή να διατηρείται ακόμα.

Πολύ συχνά με την επιμονή και την ταχύτητα που ενεργούμε ξαναφέρνουμε στη ζωή το ηλεκτρόπληκτο παιδί. Πρέπει λοιπόν να προσέχουμε πάρα πολύ να μην πάθουν ηλεκτροπληξία τα παιδιά.

Προστατευτικά μέτρα:

Πρέπει πάντα να συστήνουμε στους γονείς να ελέγχουν τα καλώδια των ηλεκτρικών συσκευών αν είναι κάπου φθαρμένα ή γυμνά, και να κάνουν αντικατάσταση από ειδικό τεχνίτη.

Συμβουλευούμε τα παιδιά ποτέ να μην πιάνουν διακόπτες ή ηλεκτρικές συσκευές και ποτέ να μην ακουμπούν καμμένες λάμπες με υγρά χέρια.

Πρόσοχή μεγάλη στις πρίζες. Όχι παιχνίδια εκεί με διάφορα αντικείμενα, συνήθως μεταλλικά γιατί κινδυνεύουν από ηλεκτροπληξία. (Γερμενής Τ. 1992).

9.4 Εγκαύματα

Τα εγκαύματα αποτελούν ένα από τα συνηθισμένα ατυχήματα τα οποία κάθε άλλο παρά τυχαία μπορούν να χαρακτηρισθούν στα παιδιά. Πρόκειται για ατυχήματα που οφείλονται κατά κανόνα σε απροσεξία ή άγνοια.

Ο κίνδυνος θανάτου από εγκαύματα δεν εξαρτάται τόσο από το βαθμό όσο από την έκταση π.χ. εγκαύματα έστω πρώτου βαθμού, τα οποία όμως εκτείνονται σε έκταση που ξεπερνά το ένα τέταρτο της επιφάνειας του σώματος, προκαλούν οπωσδήποτε το θάνατο.

Επίσης κίνδυνος από το έγκαυμα είναι τόσο μεγαλύτερος όσο μικρότερος είναι ο όγκος του σώματος του παθόντος. Γι' αυτό τα εγκαύματα στα παιδιά είναι περισσότερο επικίνδυνα από ότι στους ενήλικες. (Γερμενής Τ. 1992).

Οι πρώτες βοήθειες στην περίπτωση εγκαύματος είναι:

Καταρχήν ελευθερώνουμε το σημείο του σώματος που έχει πάθει έγκαυμα από τα ενδύματα που το σκεπάζουν με πολύ προσοχή γιατί συνήθως είναι κολλημένα πάνω στο έγκαυμα.

Στη συνέχεια καθαρίζουμε την πληγή. Δηλαδή το πλένουμε χωρίς να το τρίβουμε με αντισηπτικό υγρό. Από εκεί και πέρα περιποιούμαστε διαφορετικά το έγκαυμα πρώτου βαθμού, δεύτερου κ.λ.π.

Φυσικά το παιδί θα πρέπει να μεταφερθεί στο πλησιέστερο ιατρείο, κέντρο υγείας, Νοσοκομείο ή θα ειδοποιήσουμε το γιατρό.

Επάνω στο έγκαυμα τοποθετούμε αντιβιοτικές, αντισηπτικές αλοιφές, τόσο για να ανακουφίσουμε το παιδί από τον πόνο, αλλά και για να προλάβουμε τις μολύνσεις.

Χορηγούμε στο παιδί πολλά υγρά καθώς και παυσίπονα, ασπιρίνες κ.λ.π.

Με καθαρό σεντόνι σκεπάζουμε το παιδί και με μια ελαφριά κουβέρτα για να είναι ζεστό, και με το μέλος που έχει το έγκαυμα πιο ψηλά από το υπόλοιπο σώμα.

Η συνέχεια ανήκει στην ιατρική παρακολούθηση. (Γερμενής Τ. 1992).

9.5 Αιμορραγίες

Έχουμε τριών ειδών αιμορραγίες: τις αρτηριακές, τις φλεβικές και τις τριχοειδείς.

Όμως ανάλογα με τη θέση τους τις διακρίνουμε σε εξωτερικές και εσωτερικές αιμορραγίες. Εξωτερικές είναι αυτές που δημιουργούνται στην επιφάνεια του σώματος, και εσωτερικές όταν δημιουργούνται στο εσωτερικό του οργανισμού. Βέβαια πάντα σημασία έχει η ποσότητα του αίματος που χάνεται.

Η μικρή αιμορραγία δε φέρνει κανένα σοβαρό σύμπτωμα, εκτός από μια μικρή αδιαθεσία. Η μεγάλη αιμορραγία προκαλεί εξάντληση, ωχρότητα, ζάλη, δίψα, κεφαλόπονο, κρύους ιδρώτες. (Γερμενής Τ. 1992).

Σε περίπτωση αιμορραγίας σε ένα παιδί που αρρώστησε ή χτύπησε και

αιμορραγεί είναι να καλέσουμε το γιατρό και να προσπαθήσουμε όσο είναι δυνατόν να χάσει λιγότερο αίμα, με λιγότερους κινδύνους για τη ζωή του.

Αν η αιμορραγία είναι εξωτερική από πτώση κ.λ.π., καθαρίζουμε το τραύμα με οξυζενέ, βάζουμε ιώδιο σε μια γάζα αποστειρωμένη, τοποθετούμε το μέρος του σώματος που αιμορραγεί σε ψηλότερη θέση από το υπόλοιπο σώμα. Κατόπιν βάζουμε ένα παχύ στρώμα γάζης στο τραύμα και το πιέζουμε για λίγα λεπτά της ώρας, με δύναμη με το δάχτυλό μας.

Αν δεν σταματά το αίμα να τρέχει δένουμε με ένα κοινό επίδεσμο, ή πανί ή γραβάτα ή ότι άλλο έχουμε, αρκετά σφιχτά χαλαρώνοντας κάθε 15' για να μην προκαλέσουμε γάγγραινα στο τραύμα. (Γερμενής Τ. 1992).

Αν η αιμορραγία είναι εσωτερική τότε τοποθετούμε τον άρρωστο σε απόλυτη ησυχία και τέλεια ακινησία. Ακόμη βάζουμε στο σημείο της αιμορραγίας μια παγοκύστη αν υπάρχει, ή λίγο πάγο τυλιγμένο σε νάυλον, τον δίνουμε λίγο κρύο νερό να πίνει γιατί διψά πολύ, και γυρίζουμε το κεφάλι του στο πλάϊ, για να μην πνιγεί αν βήξει ή κάνει εμετό. Κατόπιν το παιδί το στέλνουμε κατευθείαν στο Νοσοκομείο, ιατρείο, κέντρο υγείας για περαιτέρω βοήθεια.

Πολύ συχνές στα παιδιά είναι οι ρινορραγίες. Συχνές αιτίες είναι η κακοποίηση της μύτης από κτύπημα ή πέσιμο, ο τραυματισμός του εσωτερικού της μύτης από την κακή συνήθεια να ξύνουν τη μύτη με τα νύχια των δακτύλων και υπεραιμία από ένα κρύωμα ή πυρετό. Η ρινορραγία συνήθως σταματά εύκολα. Έτσι βάζουμε το παιδί ν' αναπαύσει ή να ξαπλώσει σε δροσερό δωμάτιο με καθαρό αέρα, χαλαρώνουμε τα ρούχα του, και τοποθετούμε το κεφάλι ψηλά κι ελαφρά γερμένο προς τα πίσω. Βάζουμε μια κρύα βρεγμένη γάζα ή μαντήλι πάνω στη μύτη. Αν ακόμα το αίμα στάζει, πιέζουμε με τα δύο δάχτυλά μας τα πτερύγια της μύτης στο σημείο που τελειώνει το σκληρό σημείο για 10'. (Γερμενής Τ. 1992).

Αν και τότε ακόμα η μύτη αιμορραγεί ακόμα τότε κάνουμε επιπωματισμό, δηλαδή το φράξιμο της μύτης. Αφού το παιδί φυσήξει και φύγουν βλέννες και θρόμβοι αίματος, βάζουμε ένα κομμάτι αποστειρωμένης γάζας, ή ένα κομμάτι

βαμβάκι και το στρίβουμε για να γίνει παχύ όσο το μικρό μας δάχτυλο και αρκετά μακρύ. Κατόπιν γεμίζουμε όλο το ρουθούνι που αιμορραγεί ώστε να πιεσθεί το αιμοφόρο αγγείο που αιμορραγεί, και να παύσει η αιμορραγία. Το βαμβάκι ή τη γάζα το βρέχουμε με λίγο οξυζενέ. Μετά το παιδί το αφήνουμε να ηρεμήσει, βάζουμε κρύες κομπρέσες στο μέτωπό του, δεν το αφήνουμε να φυσά τη μύτη του, ούτε το ξεπλένουμε με νερό ή ξύδι, γιατί η αιμορραγία συνεχίζεται. Όταν χρησιμοποιήσουμε όλα τα μέτρα κι ακόμα τρέχει αίμα ειδοποιούμε ένα γιατρό. (Γερμενής Τ. 1992).

9.6 Τραύματα

Κάθε λύση της συνεχείας του δέρματος ή και των βλεννογόνων αποτελεί ένα τραύμα.

- Τραύματα υπάρχουν πολλά αλλά μας ενδιαφέρει πως να περιποιηθούμε ένα τραύμα.
- Έτοι πρώτα καθαρίζουμε με σαπούνι τα χέρια μας ή και με οινόπνευμα, ενώ αν βιαζόμαστε τα αλείφουμε με ιώδιο.
- Αν χρησιμοποιήσουμε εργαλεία και δεν είναι αποστειρωμένα, τότε βράζουμε για αρκετή ώρα, ώστε κάπως να είναι απαλλαγμένα μικροβίων. Αποστειρωμένες γάζες θα' χουμε σε πακέτο, βαμβάκι καθαρό σε πακέτο και επίδεσμο.
- Αν δεν έχουμε απεσταγμένο νερό τότε βράζουμε, για να ξεπλύνουμε τα τραύματα.
- Οτιδήποτε φάρμακο, αλοιφή, σκόνη ή υγρό που θα βάλουμε πάνω στο τραύμα πρέπει να είναι αποστειρωμένα και καλά φυλαγμένα.
- Ποτέ δεν τραβούμε απότομα τα ρούχα που έχουν κολλήσει πάνω στο τραύμα.
- Εάν το τραύμα αιμορραγεί, φροντίζουμε να τη σταματήσουμε με τους τρόπους που γνωρίζουμε.
- Κατόπιν καθαρίζουμε το τραύμα με οξυζενέ ή καθαρό οινόπνευμα η αιθέρα.
- Εάν δεν έχουμε τίποτα από αυτά βράζουμε νερό κι αφού κρυώσει το χρησιμο-

- ποιούμε για το πλύσιμο του τραύματος, με κομμάτι βαμβάκι που έχουμε βράσει μαζί, το πλένουμε δε με κίνηση από το τραύμα προς τα έξω. Αν δεν έχουμε βαμβάκι ρίχνουμε οξυζενέ απ' το μπουκάλι κατευθείαν στο τραύμα.
- Προσέχουμε να μη σκαλίζουμε το τραύμα και να μη βγάζουμε τους θρόμβους του αίματος που έχει, για να μη προκληθεί μεγάλη αιμορραγία.
 - Με προσοχή καθαρίζουμε το δέρμα γύρω από το τραύμα.
 - Το τραύμα το σκεπάζουμε με αποστειρωμένη πάλι γάζα και λίγο βαμβάκι επάνω, και το στερεώνουμε επίδεσμο ή λευκοπλάστη.
 - Προσοχή χρειάζεται όταν το τραύμα είναι κοντά στα μάτια, δε χρησιμοποιούμε ποτέ οξυζενέ και ιώδιο, για να μη βραχεί το τραύμα μ' αυτά, αλλά το πλένουμε με νερό που έχει βράσει.
 - Και να μην παραλείπουμε ποτέ αν το τραύμα ήρθε σε επαφή άμεσα ή έμμεσα με χώμα, κάνουμε μέσα στις πρώτες 24 ώρες από τον τραυματισμό αντιτετανικό ορρό σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού.
 - Στα επικίνδυνα τραύματα περιλαμβάνονται και τα δήγματα των δηλητηριωδών όφρων ως και των λυσσώντων ζώων. (Γερμενής Τ. 1992).

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Γενικότητες

Η προσπάθεια προάσπισης και προαγωγής της υγείας χρειάζεται την ενεργητική συμμετοχή του ατόμου. Η συμμετοχή αυτή είναι εκδήλωση υπευθυνότητας του ατόμου απέναντι στον εαυτό του και το κοινωνικό σύνολο. Η υπευθυνότητα προϋποθέτει ελεύθερη εκλογή και απόφαση για πράξεις, υπάρχει δηλαδή συνείδηση του σκοπού και γνώση των συγκεκριμένων στόχων. Η γνώση είναι γι' αυτό αναγκαία, όχι όμως ικανή συνθήκη για την υιοθέτηση μιας υγιεινής συμπεριφοράς.

Η αγωγή υγείας δεν αποβλέπει μόνο στη μετάδοση γνώσεων από τους ειδικούς στο κοινό, δεν ταυτίζεται δηλαδή με την ενημέρωση, αλλά αποσκοπεί επιπλέον στη διαμόρφωση θέσεων (στάσεων) και την τροποποίηση της συμπεριφοράς του ατόμου. Η αγωγή υγείας διαφέρει επίσης από την προπαγάνδα, γιατί η προπαγάνδα δεν αναλύει το περιεχόμενο του θέματος και δεν εξηγεί τους λόγους που υπαγορεύουν μια στάση. Η αγωγή υγείας στοχεύει στην προαγωγή της ικανότητας του ατόμου να παίρνει ελεύθερες αποφάσεις με βάση τη γνώση.

Αντί του όρου αγωγή υγείας, χρησιμοποιήθηκε στο παρελθόν ο όρος «υγειονομική διαφώτιση». Η έννοια της διαφώτισης αναφέρεται στην ενημέρωση κάποιου που βρίσκεται σε πλάνη ή σε άγνοια, αλλά δεν επικεντρώνεται στην υιοθέτηση νέας συμπεριφοράς και κυρίως δεν απηχεί την ενεργητική συμμετοχή του ατόμου στη διαδικασία της αλλαγής της συμπεριφοράς. Η χρήση του όρου διαφώτιση πρέπει να αναζητηθεί σε εποχές που βασική επιδίωξη ήταν η εκρίζωση προλήψεων και η καταπολέμηση της μεγάλης άγνοιας του πληθυσμού.

Η έννοια της αγωγής υγείας επικαλύπτεται μ' αυτή της εκπαίδευσης. Ο όρος «εκπαίδευση» χρησιμοποιείται κυρίως για την οργανωμένη μόρφωση των νέων, που ελέγχεται από τις δεσπόζουσες κοινωνικές δομές και δυνάμεις. Με βάση τη διάκριση αυτή η έννοια «εκπαίδευση υγείας» είναι στενότερη από την

έννοια «αγωγή υγείας». Η δεύτερη περιλαμβάνει δραστηριότητες τόσο στην οικογένεια και στην κοινότητα όσο και σε δημόσια ιδρύματα, ενώ η πρώτη περιορίζεται σε δραστηριότητες μέσα στα πλαίσια της σχολικής εκπαίδευσης.

Το σχολείο αποτελεί τον κυριότερο φορέα μετάδοσης γνώσεων στους νέους, αλλά έχει και γενικότερη σημασία στη διαμόρφωση των στάσεων και της συμπεριφοράς τους. Με την σειρά τους οι νέοι γίνονται φορείς μηνυμάτων προς την οικογένεια και την κοινότητα.

Ο Νοσηλευτής-τρια λοιπόν είναι τα πλέον κατάλληλα άτομα που θα προάγουν την υγεία στα μικρά παιδιά με τον πιο σωστό και μεθοδικό τρόπο, μιας και έχουν τις δυνατότητες να μένουν πιο πολύ κοντά στα παιδιά από τους ίδιους τους γιατρούς.

Η αποστολή της αγωγής υγείας, όπως προσδιορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, είναι «να φροντίζει ώστε τα άτομα να υιοθετούν και να στηρίζουν υγιεινά πρότυπα ζωής, να χρησιμοποιούν σωστά τις υπηρεσίες υγείας που είναι διαθέσιμες σ' αυτά, και να παίρνουν αποφάσεις σ' ατομικό και κοινωνικό επίπεδο που βελτιώνουν το επίπεδο της υγείας τους και το φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον». Κατά συνέπεια, σημαντικός σκοπός της αγωγής υγείας, είναι η ανάπτυξη στον πληθυσμό ενός αισθήματος ευθύνης για την ατομική υγεία και την υγεία της κοινότητας, και μιας ικανότητας συμμετοχής στην κοινωνική ζωή με εποικοδομητικό τρόπο.

Η αγωγή υγείας έχει ακόμη ένα στόχο. Με την κατανόηση των βασικών αρχών της δομής και λειτουργίας του σώματός του, το άτομο μπορεί να προσεγγίσει επιστημονικά βαθύτερες αρχές που διέπουν τη ζωή. Αυτό βοηθά στη λογικότερη θεώρηση της φύσης, ενώ παράλληλα μπορεί να αποτελέσει την αρχή γενικότερων προβλημάτων και αναζητήσεων.

Όμως όλες αυτές οι αναφορές μας είναι κάτι μακρινό ακόμη για την Ελλάδα, εφόσον η Νοσηλευτική σαν θεσμός δεν εφαρμόζεται ευρέως στα Δημοτικά Σχολεία. Όλοι μας όμως μπορούμε από την πλευρά μας να βοηθήσουμε ώστε αυτό το μακρινό όνειρο να γίνει πραγματικότητα και τα μικρά παιδιά να έχουν

την επίβλεψη κάποιου ειδικού στα θέματα υγείας, στα πρώτα χρόνια της ζωής τους.

Οι δυσκολίες στην εκτέλεση των προγραμμάτων που σχεδιάζονται είναι πάρα πολλές, ευχόμαστε όμως μέρα με την ημέρα, όλα να καλυτερέψουν και το σχολείο θα είναι ο ιερός χώρος μέσα από τον οποίο θα ολοκληρώνονται τα παιδιά όλων μας.

Η αξία λοιπόν της Νοσηλεύτριας και του Νοσηλευτή είναι ανεκτίμητη, και πιστεύουμε μια μέρα η πολιτεία και το κοινό να πιστέψουν στα άτομα αυτά, ώστε με τη σειρά τους έτοιμοι θα προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στα μικρά παιδιά, επίσημα πλέον, πλάϊ στο Σχολικό Ιατρό. Τους αξίζει η θέση αυτή, και θα προσπαθήσουν με κάθε τρόπο να την κατακτήσουν, γιατί τα παιδιά σίγουρα έχουν την ανάγκη τους, έχουν την ανάγκη για γνώση και προστασία, από ανθρώπους ειδικούς και σωστά ενημερωμένους.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

9.ΥΛΙΚΟ

Στη μελέτη περιλήφθηκαν 482 άτομα εκ των οποίων τα 241 ήταν παιδιά (119 αγόρια και 122 κορίτσια) και 241 γονείς (80 άνδρες και 161 γυναίκες).

Όλοι ήταν κάτοικοι Πατρών του Νομού Αχαΐας κατά τη χρονική περίοδο 1995-96 και πιο συγκεκριμένα από το Σεπτέμβριο του 1995 έως τον Μάρτιο του 1996.

Το δείγμα περιλαμβάνει ομάδες ατόμων από τις εξής περιοχές της Πάτρας: α) Οθρυάς, β) Ταραμπούρα, γ) Πλατείας Βουδ, δ) Ταμπαχάνων και ε) Περιβόλας.

Τα παιδιά ήταν όλα μαθητές δημοτικών σχολείων της Ε' και Στ' τάξης των αντίστοιχων περιοχών και οι ηλικίες τους κυμαίνονται από 9 έως 12 ετών, ενώ οι ηλικίες των γονέων τους από 21 έως 60 ετών.

Οι 229 από αυτούς ήταν έγγαμοι, 4 χήροι και οι 8 διαζευγμένοι, ενώ οι περισσότεροι από αυτούς ήταν απόφοιτοι Β'βάθμιας εκπαίδευσης.

Ενας από τους γονείς ήταν αγράμματος, 66 απόφοιτοι Α'βάθμιας εκπαίδευσης και 70 Γ'βάθμιας.

Όσον αφορά το επάγγελμα των γονέων βρέθηκαν 3 αγρότες, 60 δημ. Υπάλληλοι, 42 ιδιωτ. Υπάλληλοι, 20 έμποροι, 81 όσοι απασχολούνται με οικιακά και οι υπόλοιποι 35 με άλλο επάγγελμα.

Το ερωτηματολόγιο των μαθητών περιλάμβανε 14 ερωτήσεις, και των γονέων 22. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε από τους ίδιους τους μαθητές και γονείς, ενώ ένα μικρό ποσοστό των ερωτήσεων έμεινε αναπάντητο.

10. ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΤΩΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ

Τα 482 συμπληρωμένα ερωτηματολόγια, ταξινομήθηκαν ανά ζεύγη (γονέων - παιδιών). Το ερωτηματολόγιο των γονέων περιελάμβανε 22 ερωτήσεις ενώ το ερωτηματολόγιο των παιδιών 14. Κάθε πιθανή απάντηση κωδικοποιήθηκε με ένα ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων.

Όλα τα κωδικοποιημένα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή με τη χρήση του προγράμματος Microsoft Excel 7.0 for Windows.

Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της έρευνας ήταν το SPSS for Windows Release 6.1.

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στις στήλες των οποίων αναγράφονται οι τιμές των εξεταζόμενων ομάδων καθώς και τα ποσοστά που αντιστοιχούν σε αυτές επί του συνόλου. Επίσης στο τέλος κάθε πίνακα αναγράφονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τον στατιστικό έλεγχο.

Πιο συγκεκριμένα τα στατιστικά αποτελέσματα αποτελούνται από:

1. μέγεθος του δείγματος
2. χ^2 (chi-square)
3. βαθμοί ελευθερίας (d.f.)
4. πιθανότητα στατιστικής σημαντικότητας (p value)
5. αδρός σχετικός κίνδυνος (relative risk value)
6. διάστημα εμπιστοσύνης (95% confidence interval)

Θεωρούμε σαν στατιστικώς σημαντική μια διαφορά ως προς κάποιο χαρακτηριστικό, αν και μόνο αν το αποτέλεσμα που δίνεται από τον στατιστικό έλεγχο οδηγεί σε μια πιθανότητα $p < 0,05$.

Οι στατιστικές μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο των παρατηρηθείσων διαφορών μεταξύ των εξεταζόμενων ομάδων, ήταν το Chi-square test ή το Fishers exact Probability test.

11. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ (ΕΡΩΤΗΜΑΛΟΓΙΟ ΓΟΝΕΩΝ)

11.1 Περιγραφικά ευρήματα

Πίνακας 11.1. Κατανομή 241 γονέων κατά φύλο, κατά περιοχή κατοικίας, κατά μορφωτικό επίπεδο και κατά επάγγελμα σε σχέση με την αναγκαιότητα της ύπαρξης νοσηλεύτριας στο σχολείο που φοιτούν τα παιδιά τους.

ΕΡΩΤΗΣΗ 12η: “Θεωρείται απαραίτητο στο σχολείο που φοιτούν τα παιδιά σας να υπάρχει νοσηλεύτρια/ης;”						
ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ			ΝΑΙ		ΟΧΙ	
			ΑΡΙΘΜ.	(%)	ΑΡΙΘΜ.	(%)
ΣΥΝΟΛΟ			226	93,78%	15	6,22%
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΕΣ	80	73	91,25%	7	8,75%
	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	161	153	95,03%	8	4,97%
ΠΕΡΙΟΧΗ	ΟΒΡΥΑ	41	39	95,12%	2	4,88%
	ΤΑΡΑΜΠΟΥΡΑ	74	71	95,95%	3	4,05%
	ΠΛΑΤΕΙΑ ΒΟΥΔ	65	59	90,77%	6	9,23%
	ΤΑΜΠΑΧΑΝΑ	38	34	89,47%	4	10,53%
	ΠΕΡΙΒΟΛΑ	23	23	100,00%	0	0,00%
ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	Α΄ΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔ.	66	66	100,00%	0	0,00%
	Β΄ΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔ.	104	97	93,27%	7	6,73%
	Γ΄ΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔ.	70	62	88,57%	8	11,43%
	ΑΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	1	1	100,00%	0	0,00%
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΑΓΡΟΤΗΣ	3	2	66,67%	1	33,33%
	ΔΗΜ. ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	60	54	90,00%	6	10,00%
	ΙΔ. ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	42	42	100,00%	0	0,00%
	ΕΜΠΟΡΟΣ	20	19	95,00%	1	5,00%
	ΟΙΚΙΑΚΑ	81	76	93,83%	5	6,17%
	ΑΛΛΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	35	33	94,29%	2	5,71%

Πίνακας 11.2. Κατανομή 241 γονέων κατά φύλο, κατά περιοχή κατοικίας, κατά μορφωτικό επίπεδο και κατά επάγγελμα σε σχέση με την γνώση αυτών για το ρόλο του νοσηλευτή/τριας στην κοινότητα και στο σχολείο.

ΕΡΩΤΗΣΗ 13η: "Γνωρίζετε το ρόλο της νοσηλεύτριας τόσο στην κοινότητα όσο και στο σχολείο;"						
ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ			ΝΑΙ		ΟΧΙ	
			ΑΡΙΘΜ.	(%)	ΑΡΙΘΜ.	(%)
ΣΥΝΟΛΟ			178	73,86%	63	26,14%
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΕΣ	80	57	71,25%	23	28,75%
	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	161	121	75,16%	40	24,84%
ΠΕΡΙΟΧΗ	ΟΒΡΥΑ	41	18	43,90%	23	56,10%
	ΤΑΡΑΜΠΟΥΡΑ	74	57	77,03%	17	22,97%
	ΠΛΑΤΕΙΑ ΒΟΥΔ	65	52	80,00%	13	20,00%
	ΤΑΜΠΑΧΑΝΑ	38	32	84,21%	6	15,79%
	ΠΕΡΙΒΟΛΑ	23	19	82,61%	4	17,39%
ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	Α'ΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔ.	66	44	66,67%	22	33,33%
	Β'ΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔ.	104	82	78,85%	22	21,15%
	Γ'ΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔ.	70	51	72,86%	19	27,14%
	ΑΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	1	1	100,00%	0	0,00%
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΑΓΡΟΤΗΣ	3	2	66,67%	1	33,33%
	ΔΗΜ. ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	60	49	81,67%	11	18,33%
	ΙΔ. ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	42	33	78,57%	9	21,43%
	ΕΜΠΟΡΟΣ	20	18	90,00%	2	10,00%
	ΟΙΚΙΑΚΑ	81	52	64,20%	29	35,80%
	ΑΛΛΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	35	24	68,57%	11	31,43%

Όπως προκύπτει από τον πίνακα 11.2 σε μεγαλύτερο ποσοστό οι γυναίκες από τους άντρες γνωρίζουν το ρόλο του νοσηλευτή/τριας στη κοινότητα και στο σχολείο.

Στην Οβρυά λιγότεροι από τους μισούς γνωρίζουν για το ρόλο του νοσηλευτή/τριας, ενώ στις υπόλοιπες περιοχές το ποσοστό κυμαίνεται από 77,03% - 82,61%.

Μόνο οι γονείς με μορφωτικό επίπεδο Α'βάθμιας εκπαίδευσης γνωρίζουν για το ρόλο του νοσηλευτή/τριας σε ποσοστό μικρότερο από 70%.

Οι αγρότες, αυτοί που ασχολούνται με τα οικιακά και με άλλο επάγγελμα γνωρίζουν για το ρόλο του νοσηλευτή/τριας σε ποσοστό μικρότερο από 70% ενώ οι έμποροι εμφανίζονται σε μεγαλύτερο ποσοστό (90%).

Πίνακας 11.3. Κατανομή 241 γονέων σύμφωνα με το συγκεκριμένο ρόλο του νοσηλευτή/τριας στο σχολείο και την κοινότητα.

ΕΡΩΤΗΣΗ 14η: “Εάν ναι, ποιος είναι αυτός;”		
	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΑΡΟΧΗ ΠΡΩΤΩΝ ΒΟΗΘΕΙΩΝ	74	41,57%
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΥΓΙΕΙΝΗΣ	39	21,91%
ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ	4	2,25%
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ	9	5,06%
ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ	9	5,06%
ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟΣ	10	5,62%
ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΧΟΛΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ	5	2,81%
ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΙΕΙΝΗΣ	10	5,62%
ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ	3	1,69%
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	38	21,35%

Όπως προκύπτει από τον πίνακα 11.3 το 41.5% των γονέων θεωρεί ότι ο κύριος ρόλος του νοσηλευτή/τριας είναι η “Παροχή Α’ βοηθειών”. Ιεραρχικά ακολουθεί σε επίσης μεγάλο ποσοστό η “Ενημέρωση και διδασκαλία σε θέματα υγιεινής”, ενώ σε πολύ μικρότερα ποσοστά ακολουθούν ο “συμβουλευτικός ρόλος” και “η παροχή υπηρεσιών υγιεινής”, στη συνέχεια “η αντιμετώπιση προβλημάτων των παιδιών” και η “πρόληψη ασθενειών”, κατόπιν “ο έλεγχος σχολικού περιβάλλοντος” και “ο εμβολιασμός” και τέλος η “προστασία από ατυχήματα”.

Πίνακας 11.4. Κατανομή 241 γονέων κατά φύλο, κατά περιοχή κατοικίας, κατά μορφωτικό επίπεδο και κατά επάγγελμα σε σχέση με την δική τους άποψη για το ρόλο του νοσηλευτή/τριας στην κοινότητα και το σχολείο.

ΕΡΩΤΗΣΗ 15η: "Εσείς ποιος θα θέλατε να είναι ο ρόλος της;"		
	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΑΡΟΧΗ ΠΡΩΤΩΝ ΒΟΗΘΕΙΩΝ	71	29,46%
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΥΓΙΕΙΝΗΣ	58	24,07%
ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ	9	3,73%
ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ	30	12,45%
ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΧΟΛΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ	8	3,32%
ΠΑΡΟΧΗ ΥΓΙΕΙΝΟΜΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	27	11,20%
ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ	19	7,88%
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	66	27,39%

: Όπως προκύπτει από τον πίνακα 11.4 ένα μεγάλο ποσοστό 27,39% δεν απάντησε ενώ οι περισσότεροι ζητούν παροχή πρώτων βοηθειών και διδασκαλίας σε θέματα υγιεινής, ακολουθούν η προληπτική ιατρική, η παροχή υγειονομικών υπηρεσιών και η προστασία από ατυχήματα και τέλος οι εμβολιασμοί και ο έλεγχος σχολικού περιβάλλοντος.

Πίνακας 11.5. Κατανομή 241 γονέων κατά φύλο, κατά περιοχή κατοικίας, κατά μορφωτικό επίπεδο και κατά επάγγελμα σε σχέση με την άποψή τους για το αν οι δάσκαλοι έχουν τις απαραίτητες γνώσεις για να διδάξουν θέματα υγείας.

ΕΡΩΤΗΣΗ 16η: “Θεωρείτε ότι οι δάσκαλοι με τις γνώσεις που παίρνουν κατά την φοίτηση τους στο πανεπιστήμιο μπορούν να διδάξουν θέματα υγείας στα παιδιά σας;”						
ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ			ΝΑΙ		ΟΧΙ	
			ΑΡΙΘΜ.	(%)	ΑΡΙΘΜ.	(%)
ΣΥΝΟΛΟ			62	25,73%	179	74,27%
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΕΣ	80	20	25,00%	60	75,00%
	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	161	42	26,09%	119	73,91%
ΠΕΡΙΟΧΗ	ΟΒΡΥΑ	41	14	34,15%	27	65,85%
	ΤΑΡΑΜΠΟΥΡΑ	74	19	25,68%	55	74,32%
	ΠΛΑΤΕΙΑ ΒΟΥΛΑ	65	18	27,69%	47	72,31%
	ΤΑΜΠΑΧΑΝΑ	38	6	15,79%	32	84,21%
	ΠΕΡΙΒΟΛΑ	23	5	21,74%	18	78,26%
ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	Α'ΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔ.	66	24	36,36%	42	63,64%
	Β'ΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔ.	104	20	19,23%	84	80,77%
	Γ'ΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔ.	70	17	24,29%	53	75,71%
	ΑΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	1	1	100,00%	0	0,00%
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΑΓΡΟΤΗΣ	3	2	66,67%	1	33,33%
	ΔΗΜ. ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	60	13	21,67%	47	78,33%
	ΙΔ. ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	42	11	26,19%	31	73,81%
	ΕΜΠΟΡΟΣ	20	5	25,00%	15	75,00%
	ΟΙΚΙΑΚΑ	81	23	28,40%	58	71,60%
	ΑΛΛΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	35	8	22,86%	27	77,14%

Όπως προκύπτει από τον πίνακα 11.5 σε ελαφρώς μεγαλύτερο ποσοστό οι άντρες θεωρούν ότι οι δάσκαλοι δεν έχουν επαρκείς γνώσεις για να διδάξουν θέματα υγείας

Μόνο στην περιοχή της Οβρυάς το ποσοστό των γονέων που απαντούν όχι. Εμφανίζεται μικρότερο από 70% ενώ το υψηλότερο ποσοστό (84,21%) κατέχουν τα Ταμπάχανα.

Οι γονείς με Β'βάθμια εκπαίδευση κατέχουν το μεγαλύτερο ποσοστό στην απάντηση ΟΧΙ ενώ ακολουθούν αυτοί της Γ'βάθμιας και έπειτα της Α'βάθμιας.

Μόνο οι αγρότες εμφανίζουν, με μεγάλη διαφορά από τους υπολοίπους, μικρό ποσοστό στην απάντηση ΟΧΙ (μόνο 33,33%) ενώ σε όλα τα υπόλοιπα επαγγέλματα το ποσοστό είναι του 70%.

Πίνακας 11.6. Κατανομή 241 γονέων όσον αφορά την άποψή τους για τον ποιόν θεωρούν κατάλληλο για διαφώτιση σε θέματα υγείας.

ΕΡΩΤΗΣΗ 17η: “Εάν όχι ποιόν θεωρείται κατάλληλο για διαφώτιση σε θέματα υγείας;”		
	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ -ΣΧΟΛΙΑΤΡΟΣ	69	38,55%
ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ/ΗΣ	111	62,01%
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	4	2,23%
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	26	14,53%

Όπως προκύπτει από τον πίνακα 11.6 οι περισσότεροι γονείς προτιμούν τον νοσηλεύτη/τρια ως διαφωτιστή σε θέματα υγείας.

Πίνακας 11.7. Κατανομή 241 γονέων κατά τις εργασίες που θεωρούν ότι πρέπει να κάνει στο σχολείο μια νοσηλεύτρια/ης.

ΕΡΩΤΗΣΗ 18η: “Ποιες από τις παρακάτω εργασίες θεωρείτε ότι πρέπει να κάνει στο σχολείο μια νοσηλεύτρια;”		
	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ	198	82,16%
ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥΣ	89	36,93%
ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΥΓΙΕΙΝΗΣ	155	64,32%
ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΧΟΛΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ	105	43,57%
ΠΡΟΦ. ΑΠΟ ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ	120	49,79%
ΑΛΛΟ	15	6,22%

Όπως προκύπτει από τον πίνακα 11.7 πρωταρχικό μέλημα του νοσηλεύτη/τριας στο σχολείο πρέπει να είναι η παροχή Α' βοηθειών κατόπιν η διδασκαλία υγιεινής και ακολουθούν η προφύλαξη από λοιμώδη νοσήματα, ο έλεγχος σχολικού περιβάλλοντος, εμβολιασμοί ή κάτι άλλο.

Πίνακας 11.8. Κατανομή 241 γονέων κατά φύλο, κατά περιοχή κατοικίας, κατά μορφωτικό επίπεδο και κατά επάγγελμα σε σχέση με το αν θα ήθελαν το παιδί τους που τυχόν πάσχει από κάποιο χρόνιο νόσημα να παρακολουθείται από το νοσηλευτή/τρια στο σχολείο.

		ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ		ΝΑΙ		ΟΧΙ	
				ΑΡΙΘΜ.	(%)	ΑΡΙΘΜ.	(%)
		ΣΥΝΟΛΟ	196	81,33%	45	18,67%	
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΕΣ	80	64	80,00%	16	20,00%	
	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	161	132	81,99%	29	18,01%	
ΠΕΡΙΟΧΗ	ΟΒΡΥΑ	41	34	82,93%	7	17,07%	
	ΤΑΡΑΜΠΟΥΡΑ	74	62	83,78%	12	16,22%	
	ΠΛΑΤΕΙΑ ΒΟΥΔ	65	49	75,38%	16	24,62%	
	ΤΑΜΠΑΧΑΝΑ	38	29	76,32%	9	23,68%	
	ΠΕΡΙΒΟΛΑ	23	22	95,65%	1	4,35%	
ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	Α'ΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔ.	66	56	84,85%	10	15,15%	
	Β'ΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔ.	104	88	84,62%	16	15,38%	
	Γ'ΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔ.	70	51	72,86%	19	27,14%	
	ΑΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	1	1	100,00%	0	0,00%	
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΑΓΡΟΤΗΣ	3	3	100,00%	0	0,00%	
	ΔΗΜ. ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	60	49	81,67%	11	18,33%	
	ΙΔ. ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	42	31	73,81%	11	26,19%	
	ΕΜΠΟΡΟΣ	20	19	95,00%	1	5,00%	
	ΟΙΚΙΑΚΑ	81	65	80,25%	16	19,75%	
	ΑΛΛΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	35	29	82,86%	6	17,14%	

Όπως προκύπτει από τον πίνακα 11.8 οι περισσότεροι γονείς (με ελαφρώς μεγαλύτερο το ποσοστό των γυναικών) απάντησαν θετικά.

Όσοι γονείς κατοικούν στις δυτ. συνοικίες της Πάτρας δείχνουν μεγαλύτερη προτίμηση στο να παρακολουθείται το παιδί τους από νοσηλευτή/τρια ενώ αυτοί που κατοικούν κοντά στο κέντρο της πόλης παρουσιάζονται ελαφρώς πιο επιφυλακτικοί.

Όσο πιο χαμηλό είναι το μορφωτικό επίπεδο των γονέων αυξάνει και η προτίμηση τους στους νοσηλευτές/τριες .

Όσοι αγρότες ερωτήθηκαν, απάντησαν όλοι θετικά ενώ ακολουθούν σε πολύ υψηλά επίπεδα οι δημ υπάλληλοι, όσοι ασχολούνται με οικιακά και τέλος οι δημ υπάλληλοι.

Πίνακας 11.9. Κατανομή 241 γονέων κατά φύλο, κατά περιοχή κατοικίας, κατά μορφωτικό επίπεδο και κατά επάγγελμα σε σχέση με το αν θα ήθελαν ο νοσηλευτής/τρια να διατηρεί αρχείο των παιδιών του σχολείου σε θέματα υγείας:

ΕΡΩΤΗΣΗ 20η: "Θα θέλατε εάν υπήρχε νοσηλεύτρια στο σχολείο να διατηρεί αρχείο με ατομικές καρτέλες για το κάθε παιδί προς ενημέρωση σε θέματα υγείας;"						
ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ			ΝΑΙ		ΟΧΙ	
			ΑΡΙΘΜ.	(%)	ΑΡΙΘΜ.	(%)
ΣΥΝΟΛΟ			223	92,53%	18	7,47%
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΕΣ	80	72	90,00%	8	10,00%
	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	161	151	93,79%	10	6,21%
ΠΕΡΙΟΧΗ	ΟΒΡΥΑ	41	37	90,24%	4	9,76%
	ΤΑΡΑΜΠΟΥΡΑ	74	70	94,59%	4	5,41%
	ΠΛΑΤΕΙΑ ΒΟΥΔ	65	59	90,77%	6	9,23%
	ΤΑΜΠΑΧΑΝΑ	38	34	89,47%	4	10,53%
	ΠΕΡΙΒΟΛΑ	23	23	100,00%	0	0,00%
ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	Α'ΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔ.	66	62	93,94%	4	6,06%
	Β'ΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔ.	104	100	96,15%	4	3,85%
	Γ'ΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔ.	70	60	85,71%	10	14,29%
	ΑΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	1	1	100,00%	0	0,00%
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΑΓΡΟΤΗΣ	3	3	100,00%	0	0,00%
	ΔΗΜ. ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	60	52	86,67%	8	13,33%
	ΙΔ. ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	42	38	90,48%	4	9,52%
	ΕΜΠΟΡΟΣ	20	20	100,00%	0	0,00%
	ΟΙΚΙΑΚΑ	81	76	93,83%	5	6,17%
	ΑΛΛΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	35	34	97,14%	1	2,86%

Όπως προκύπτει από τον πίνακα 11.9 πάλι οι γυναίκες σε πολύ υψηλό ποσοστό συμφωνούν και οι άνδρες ακολουθούν με μικρή όμως απόκλιση.

Οι κάτοικοι των δυτ. συνοικιών της Πάτρας προτιμούν περισσότερο ο νοσηλευτής/τρια να διατηρεί αρχείο σε σχέση με αυτούς των συνοικιών που βρίσκονται κοντά στο κέντρο. Η διαφορά βέβαια είναι πολύ μικρή.

Οι γονείς με μορφωτικό επίπεδο Β'βάθμιας εκπαίδευσης σε πολύ μεγάλο ποσοστό δέχονται τη διατήρηση αρχείου στο σχολείο για κάθε παιδί από το νοσηλευτή/τρια ενώ ελαφρώς χαμηλότερα είναι τα ποσοστά των γονέων με μορφωτικό επίπεδο Α'βάθμιας και Γ'βάθμιας εκπαίδευσης.

Όσοι αγρότες και έμποροι ερωτήθηκαν απάντησαν όλοι θετικά. Ακολουθούν τα άλλα επαγγέλματα, τα οικιακά, οι ιδιωτ. υπάλληλοι και τελευταίοι οι δημ. υπάλληλοι.

Πίνακας 11.10. Κατανομή 241 γονέων σύμφωνα με το ποιά υπηρεσία θεωρούν ότι είναι ικανή να αντιμετωπίσει οποιοδήποτε πρόβλημα π.χ. (κοινωνικό, ψυχολογικό, υγείας) στο σχολικό περιβάλλον.

ΕΡΩΤΗΣΗ 21η: “Ποια υπηρεσία νομίζετε πως έχει υποχρέωση να αντιμετωπίσει οποιοδήποτε πρόβλημα π.χ. (κοινωνικό, ψυχολογικό, υγείας) στο σχολικό περιβάλλον;”		
	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΟΝΕΩΝ & ΚΗΔΕΜΟΝΩΝ	26	10,79%
ΔΑΣΚΑΛΟΙ	42	17,43%
ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ/ΗΣ	164	68,05%
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	136	56,43%
ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	79	32,78%
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ	53	21,99%
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	5	2,07%

Όπως προκύπτει από τον πίνακα 11.10 το μεγαλύτερο ποσοστό εμπιστεύονται το νοσηλεύτη/τρια ενώ τη δεύτερη θέση κατέχει ο κοιν. λειτουργός.

Πίνακας 11.11. Κατανομή 241 γονέων κατά φύλο, κατά περιοχή κατοικίας, κατά μορφωτικό επίπεδο και κατά επάγγελμα σε σχέση με το αν είναι ικανοποιημένοι από το σύστημα υγείας στα σχολεία.

ΕΡΩΤΗΣΗ 22η: "Γενικότερα είστε ικανοποιημένος/η από το σύστημα υγείας στα σχολεία;"								
ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ			ΝΑΙ		ΟΧΙ		ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	
			ΑΡΙΘΜ	(%)	ΑΡΙΘΜ	(%)	ΑΡΙΘΜ	(%)
ΣΥΝΟΛΟ			18	7,47%	205	85,06%	18	7,47%
ΦΥΛΟ	ΑΓΟΡΙΑ	80	4	5,00%	71	88,75%	5	6,25%
	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	161	14	8,70%	134	83,23%	13	8,07%
ΠΕΡΙΟΧΗ	ΟΒΡΥΑ	41	3	7,32%	33	80,49%	5	12,20%
	ΤΑΡΑΜΠΟΥΡΑ	74	6	8,11%	64	86,49%	4	5,41%
	ΠΛΑΤΕΙΑ ΒΟΥΔ	65	6	9,23%	56	86,15%	3	4,62%
	ΤΑΜΠΑΧΑΝΑ	38	2	5,261%	32	84,21%	4	10,53%
	ΠΕΡΙΒΟΛΑ	23	1	4,35%	20	86,96%	2	8,70%
ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	Α'ΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔ.	66	6	9,09%	53	80,30%	7	10,61%
	Β'ΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔ.	104	6	5,77%	92	88,46%	6	5,77%
	Γ'ΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔ.	70	6	8,57%	59	84,29%	5	7,14%
	ΑΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	1	0	0,00%	1	100,00%	0	0,00%
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΑΓΡΟΤΗΣ	3	0	0,00%	2	66,67%	1	33,33%
	ΔΗΜ. ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	60	4	6,67%	52	86,67%	4	6,67%
	ΙΔ. ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	42	4	9,52%	36	85,71%	2	4,76%
	ΕΜΠΟΡΟΣ	20	2	10,00%	18	90,00%	0	0,00%
	ΟΙΚΙΑΚΑ	81	6	7,41%	67	82,72%	8	9,88%
	ΑΛΛΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	35	2	5,71%	30	85,71%	3	8,57%

Όπως προκύπτει από τον πίνακα 11.11 οι γυναίκες είναι περισσότερες από τους άντρες που δεν απάντησαν, ενώ αντίθετα οι περισσότεροι άντρες δείχνουν δυσαρεστημένοι από το σύστημα υγείας στα σχολεία.

Ενα αρκετά μεγάλο ποσοστό (5,41% - 12,2%) δεν απάντησε. Ωστόσο σε ποσοστό μεγαλύτερο από το 80% οι γονείς ανεξάρτητα από που κατοικούν εμφανίζονται δυσαρεστημένοι.

Παρ' όλο που και πάλι το ποσοστό αυτών που δεν απάντησαν είναι μεγάλο οι περισσότεροι εμφανίζονται δυσαρεστημένοι.

Οι έμποροι δείχνουν μεγαλύτερη δυσαρέσκεια ενώ οι αγρότες σε μεγάλο ποσοστό (33,33%) δεν απαντούν.

12. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ (ΕΡΩΤΗΜΑΛΟΓΙΟ ΠΑΙΔΙΩΝ)

12.1 Περιγραφικά ευρήματα

Πίνακας 12.1. Κατανομή 241 μαθητών κατά φύλο, κατά περιοχή σχολείου σε σχέση με την παρουσία νοσηλεύτη/τριας στο σχολείο τους.

ΕΡΩΤΗΣΗ 6η: “Θα θέλατε στο σχολείο σας να υπάρχει νοσηλεύτρια;”						
ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ			ΝΑΙ		ΟΧΙ	
			ΑΡΙΘΜ.	(%)	ΑΡΙΘΜ.	(%)
ΣΥΝΟΛΟ			232	96,27%	9	3,73%
ΦΥΛΟ	ΑΓΟΡΙΑ	119	113	94,96%	6	5,04%
	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	122	119	97,54%	3	2,46%
ΠΕΡΙΟΧΗ	ΟΒΡΥΑ	41	40	97,56%	1	2,44%
	ΤΑΡΑΜΠΟΥΡΑ	74	73	98,65%	1	1,35%
	ΠΛΑΤΕΙΑ ΒΟΥΔ	65	60	92,31%	5	7,69%
	ΤΑΜΠΑΧΑΝΑ	38	36	94,74%	2	5,26%
	ΠΕΡΙΒΟΛΑ	23	23	100,00%	0	0,00%

Όπως προκύπτει από τον πίνακα 12.1 τα κορίτσια δείχνουν ελαφρώς μεγαλύτερη επιθυμία από τα αγόρια στο να υπάρχει νοσηλεύτρια στο σχολείο τους.

Τα παιδιά των δυτικών συνοικιών της Πάτρας εμφανίζονται ελαφρώς πιο θετικά στην παρουσία νοσηλεύτη/τριας στο σχολείο τους από αυτά των μαθητών που κατοικούν στο κέντρο της πόλης.

Πίνακας 12.2. Κατανομή 241 μαθητών σύμφωνα με τη γνώμη τους για το ρόλο του νοσηλευτή/τριας στο σχολείο.

ΕΡΩΤΗΣΗ 7η: "Τι από τα παρακάτω θα μπορούσε να κάνει η νοσηλεύτρια στο		
	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥΣ	43	17,84%
ΜΑΘΗΜΑΤΑ	114	47,30%
ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΣ	179	74,27%

Όπως προκύπτει από τον πίνακα 12.2 οι περισσότεροι έδειξαν προτίμηση στην παροχή Α' βοηθειών και ακολουθούν τα μαθήματα υγιεινής και μετά οι εμβολιασμοί.

Πίνακας 12.3. Κατανομή 241 μαθητών κατά φύλο, κατά περιοχή σχολείου σε σχέση με το αν υπάρχει εξοπλισμένο φαρμακείο στο σχολείο τους.

ΕΡΩΤΗΣΗ 8η: "Έχει το σχολείο σας εξοπλισμένο φαρμακείο;"						
ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ			ΝΑΙ		ΟΧΙ	
			ΑΡΙΘΜ.	(%)	ΑΡΙΘΜ.	(%)
ΣΥΝΟΛΟ			152	63,07%	89	36,93%
ΦΥΛΟ	ΑΓΟΡΙΑ	119	73	61,34%	46	38,66%
	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	122	79	64,75%	43	35,25%
ΠΕΡΙΟΧΗ	ΟΒΡΥΑ	41	25	60,98%	16	39,02%
	ΤΑΡΑΜΠΟΥΡΑ	74	41	55,41%	33	44,59%
	ΠΛΑΤΕΙΑ ΒΟΥΔ	65	32	49,23%	33	50,77%
	ΤΑΜΠΑΧΑΝΑ	38	35	92,11%	3	7,89%
	ΠΕΡΙΒΟΛΑ	23	19	82,61%	4	17,39%

Όπως προκύπτει από τον πίνακα 12.3 ένα ποσοστό πάνω από το 60% απάντησαν ΝΑΙ ενώ τα κορίτσια είναι ελαφρώς περισσότερα από τα αγόρια.

Τα περισσότερα σχολεία έχουν φαρμακείο και ιδιαίτερα στην Περιβόλα και στα Ταμπάχανα.

Πίνακας 12.4. Κατανομή 241 μαθητών όσον αφορά για τον ποιον επιθυμούν να τους βοηθήσει εάν συμβεί κάποιο ατύχημα στο σχολείο.

ΕΡΩΤΗΣΗ 9η: “Εάν συμβεί κάποιο ατύχημα στο σχολείο ποιος θα θέλατε να σας βοηθήσει;”		
	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ/ΗΣ	162	67,22%
ΔΑΣΚΑΛΟΣ/Α	12	4,98%
ΙΑΤΡΟΣ	117	48,55%
ΚΟΙΝ. ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	4	1,66%

Όπως προκύπτει από τον Πίνακα 12.4 οι περισσότεροι προτιμούν τον νοσηλεύτη/τρια, οι υπόλοιποι τον ιατρό και ένα πολύ μικρό ποσοστό το δάσκαλο και τον κοινωνικό λειτουργό.

Πίνακας 12.5. Κατανομή 241 μαθητών κατά φύλο, κατά περιοχή σχολείου σε σχέση με τη γνώμη τους για τη δημιουργία ιατρείου στα σχολεία.

ΕΡΩΤΗΣΗ 10η: “Θα θέλατε να είχατε ιατρείο στο σχολείο σας όπου θα σας παρέχονταν από την νοσηλεύτρια/η πρώτες βοήθειες ή διάφορες νοσηλείες όπως π.χ. εμβόλια, συζητήσεις κ.λ.π.?”						
ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ			ΝΑΙ		ΟΧΙ	
			ΑΡΙΘΜ.	(%)	ΑΡΙΘΜ.	(%)
ΣΥΝΟΛΟ			220	91,29%	21	8,71%
ΦΥΛΟ	ΑΓΟΡΙΑ	119	108	90,76%	11	9,24%
	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	122	112	91,80%	10	8,20%
ΠΕΡΙΟΧΗ	ΟΒΡΥΑ	41	39	95,12%	2	4,88%
	ΤΑΡΑΜΠΟΥΡΑ	74	72	97,30%	2	2,70%
	ΠΛΑΤΕΙΑ ΒΟΥΔ	65	52	80,00%	13	20,00%
	ΤΑΜΠΑΧΑΝΑ	38	35	92,11%	3	7,89%
	ΠΕΡΙΒΟΛΑ	23	22	95,65%	1	4,35%

Όπως προκύπτει από τον Πίνακα 12.5 και τα αγόρια με ελάχιστη απόκλιση στα ποσοστά τους θέλουν ιατρείο στο σχολείο τους.

Οι μαθητές των δυτικών συνοικιών της Πάτρας δείχνουν μεγαλύτερη επιθυμία δημιουργίας ιατρείου στο σχολείο τους από εκείνους που κατοικούν στο κέντρο της πόλης.

Πίνακας 12.6. Κατανομή 241 μαθητών κατά φύλο, κατά περιοχή σχολείου σε σχέση με την εμπιστοσύνη τους στην γνώμη του νοσηλευτή/τριας για τα προβλήματα υγείας τους.

ΕΡΩΤΗΣΗ 11η: “Θα θέλατε εάν είχατε κάποιο πρόβλημα υγείας να το συζητάτε με την νοσηλεύτρια/η ώστε να σας βοηθήσει να το αντιμετωπίσετε σωστά;”						
ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ			ΝΑΙ		ΟΧΙ	
			ΑΡΙΘΜ.	(%)	ΑΡΙΘΜ.	(%)
ΣΥΝΟΛΟ			221	91,70%	20	8,30%
ΦΥΛΟ	ΑΓΟΡΙΑ	119	110	92,44%	9	7,56%
	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	122	111	90,98%	11	9,02%
ΠΕΡΙΟΧΗ	ΟΒΡΥΑ	41	36	87,80%	5	12,20%
	ΤΑΡΑΜΠΟΥΡΑ	74	70	94,59%	4	5,41%
	ΠΛΑΤΕΙΑ ΒΟΥΔ	65	56	86,15%	9	13,85%
	ΤΑΜΠΑΧΑΝΑ	38	36	94,74%	2	5,26%
	ΠΕΡΙΒΟΛΑ	23	23	100,00%	0	0,00%

Όπως προκύπτει από τον Πίνακα 12.6 τα αγόρια δείχνουν ελαφρώς μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στη γνώμη του νοσηλευτή/τριας.

Οι μαθητές των σχολείων της Περιβόλας, Ταραμπούρα και των Ταμπαχάνων δείχνουν ελαφρώς μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στο νοσηλευτή/τρια από αυτούς που φοιτούν στην Οβρυά και στην πλατεία Βουδ.

Πίνακας 12.7. Κατανομή 241 μαθητών όσον αφορά τα θέματα για τα οποία θα 'θελαν να ενημερωθούν από τον νοσηλευτή/τρια.

ΕΡΩΤΗΣΗ 12η: "Για ποιο από τα παρακάτω θέματα θα θέλατε να σας ενημερώσει η νοσηλεύτρια/ης;"		
	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΔΙΑΤΡΟΦΗ	76	31,54%
ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ	66	27,39%
AIDS	124	51,45%
ΑΡΧΕΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ	87	36,10%
ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ	47	19,50%
ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ	133	55,19%
ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ	53	21,99%
ΕΜΒΟΛΙΑ	59	24,48%
ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ	70	29,05%
ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ	64	26,56%

Όπως προκύπτει από τον Πίνακα 12.7 το πρωταρχικό θέμα που τους ενδιαφέρει τους μαθητές είναι τα ναρκωτικά, ακολουθούν οι αρχές υγιεινής και η διατροφή ενώ την τελευταία θέση κατέχει η φυματίωση.

Πίνακας 12.8. Κατανομή 241 μαθητών κατά φύλο, κατά περιοχή σχολείου σε σχέση με το αν θα ήθελαν να γίνουν νοσηλεύτες.

ΕΡΩΤΗΣΗ 13η: “Θα θέλατε να γίνετε νοσηλεύτρια/ης;”								
ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ			ΝΑΙ		ΟΧΙ		ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	
			ΑΡΙΘΜ	(%)	ΑΡΙΘΜ	(%)	ΑΡΙΘΜ	(%)
ΣΥΝΟΛΟ			113	46,89%	113	46,89%	15	6,22%
ΦΥΛΟ	ΑΓΟΡΙΑ	119	48	40,34%	64	53,78%	7	5,88%
	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	122	65	53,28%	49	40,16%	8	6,56%
ΠΕΡΙΟΧΗ	ΟΒΡΥΑ	41	20	48,78%	18	43,90%	3	7,32%
	ΤΑΡΑΜΠΟΥΡΑ	74	39	52,70%	29	39,19%	6	8,11%
	ΠΛΑΤΕΙΑ ΒΟΥΔ	65	23	35,38%	39	60,00%	3	4,62%
	ΤΑΜΠΑΧΑΝΑ	38	13	34,21%	23	60,53%	2	5,26%
	ΠΕΡΙΒΟΛΑ	23	18	78,26%	4	17,39%	1	4,35%

Όπως προκύπτει από τον Πίνακα 12.8 τα κορίτσια δείχνουν μεγαλύτερη προτίμηση στο επάγγελμα του νοσηλεύτη.

Οι μαθητές των δυτικών συνοικιών δείχνουν μεγαλύτερη προτίμηση στο επάγγελμα του νοσηλεύτη.

Πίνακας 12.9. Κατανομή 241 μαθητών κατά φύλο, κατά περιοχή σχολείου σε σχέση με τη γνώμη τους για την ενημέρωσή τους σε θέματα υγείας από τα Μ.Μ.Ε.

ΕΡΩΤΗΣΗ 14η: "Θεωρείται ικανοποιητική την ενημέρωση σε θέματα υγείας από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (Τ.Υ., ραδιόφωνο, περιοδικά);"						
ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ			ΝΑΙ		ΟΧΙ	
			ΑΡΙΘΜ.	(%)	ΑΡΙΘΜ.	(%)
ΣΥΝΟΛΟ			102	42,32%	139	57,68%
ΦΥΛΟ	ΑΓΟΡΙΑ	119	54	45,38%	65	54,62%
	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	122	48	39,34%	74	60,66%
ΠΕΡΙΟΧΗ	ΟΒΡΥΑ	41	19	46,34%	22	53,66%
	ΤΑΡΑΜΠΟΥΡΑ	74	38	51,35%	36	48,65%
	ΠΛΑΤΕΙΑ ΒΟΥΔ	65	22	33,85%	43	66,15%
	ΤΑΜΠΑΧΑΝΑ	38	13	34,21%	25	65,79%
	ΠΕΡΙΒΟΛΑ	23	10	43,48%	13	56,52%

Όπως προκύπτει από τον Πίνακα 12.9 τα κορίτσια σε μεγαλύτερο ποσοστό από τα αγόρια θεωρούν την ενημέρωσή τους μη επαρκή.

Οι περισσότεροι μαθητές που φοιτούν σε σχολείο στο κέντρο της πόλης θεωρούν την ενημέρωσή τους μη επαρκή σε σύγκριση με αυτούς που κατοικούν στο κέντρο της πόλης.

13. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ΓΙΑ ΔΥΟ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΕΣ ΟΜΑΔΕΣ

13.1 Συσχέτιση της αναγκαιότητας ύπαρξης νοσηλεύτριας/τη στο σχολείο που φοιτούν τα παιδιά τους με τις απαντήσεις που δόθηκαν για το ρόλο της νοσηλεύτριας στα σχολεία.

Πίνακας 13.1 Κατανομή 241 γονέων κατά το μορφωτικό τους επίπεδο και την αναγκαιότητα της ύπαρξης νοσηλεύτη/τριας στα σχολεία που φοιτούν τα παιδιά τους.

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	Αναγκαιότητα ύπαρξης νοσηλεύτη/τριας στο σχολείο		
	ΘΕΤΙΚΗ	ΑΡΝΗΤΙΚΗ	Σύνολο
Α'βάθμια εκπαίδευση	66	0	66
Β'βάθμια εκπαίδευση	97	7	104
Γ'βάθμια εκπαίδευση	62	8	70
Αγράμματος	1	0	1
Σύνολο	226	15	241

$\chi^2 = 7,7412$ $df=3$ $p=0,05167$

Πίνακας 13.2 Κατανομή 241 γονέων κατά θετική ή αρνητική απάντηση για την αναγκαιότητα ύπαρξης νοσηλεύτριας/τη σε σχέση με το αν θεωρούν ότι οι δάσκαλοι με τις γνώσεις που παίρνουν κατά την φοίτησή τους στο πανεπιστήμιο μπορούν να διδάξουν θέματα υγείας στα παιδιά τους.

Δυνατότητα δασκάλων στην διδασκαλία θεμάτων υγείας	Αναγκαιότητα ύπαρξης νοσηλεύτη/τριας στο σχολείο		
	ΘΕΤΙΚΗ	ΑΡΝΗΤΙΚΗ	Σύνολο
Θετική	54	8	62
Αρνητική	172	7	179
Σύνολο	226	15	241

$\chi^2 = 6,38019$ $df=1$ $p=0,01154$

Αδρός σχετικός κίνδυνος: 0,27471 (95% Ο.Ε. 0,09523-0,79248)

Πίνακας 13.3 Κατανομή 241 γονέων κατά θετική ή αρνητική απάντηση για την αναγκαιότητα ύπαρξης νοσηλεύτριας/τη σε σχέση με το αν θα ήθελαν εάν το παιδί τους πάσχει από κάποιο χρόνια νόσημα να παρακολουθείται από την νοσηλεύτρια/τη στο σχολείο και να του προσφέρει νοσηλεία.

Προσφορά νοσηλείας σε παιδιά με χρόνια νοσήματα	Αναγκαιότητα ύπαρξης νοσηλευτή/τριας στο σχολείο		Σύνολο
	ΘΕΤΙΚΗ	ΑΡΝΗΤΙΚΗ	
Θετική	189	7	196
Αρνητική	37	8	45
Σύνολο	226	15	241

$$\chi^2 = 12,65467 \quad df=1 \quad p=0,00037$$

Αδρός σχετικός κίνδυνος: 5,83784 (95% Ο.Ε. 1,99477-17,08482)

Πίνακας 13.4 Κατανομή 241 γονέων κατά θετική ή αρνητική απάντηση για την αναγκαιότητα ύπαρξης νοσηλεύτριας/τη σε σχέση με το αν θα ήθελαν εάν υπήρχε νοσηλεύτρια στο σχολείο να διατηρεί αρχείο με ατομικές καρτέλες για το κάθε παιδί προς ενημέρωση σε θέματα υγείας.

Διατήρηση αρχείου με ατομικές καρτέλες μαθητών	Αναγκαιότητα ύπαρξης νοσηλευτή/τριας στο σχολείο		Σύνολο
	ΘΕΤΙΚΗ	ΑΡΝΗΤΙΚΗ	
Θετική	213	10	223
Αρνητική	13	5	18
Σύνολο	226	15	241

$$\chi^2 = 15,48329 \quad df=1 \quad p=0,00008$$

Αδρός σχετικός κίνδυνος: 8,19231 (95% Ο.Ε. 2,441004-27,494)

Πίνακας 13.5 Κατανομή 241 γονέων κατά θετική ή αρνητική απάντηση για την αναγκαιότητα ύπαρξης νοσηλεύτριας/τη σε σχέση με το αν είναι ικανοποιημένοι από το σύστημα υγείας στα σχολεία.

Ικανοποιημένοι από το σύστημα υγείας	Αναγκαιότητα ύπαρξης νοσηλευτή/τριας στο σχολείο		Σύνολο
	ΘΕΤΙΚΗ	ΑΡΝΗΤΙΚΗ	
ΝΑΙ	13	5	18
ΟΧΙ	197	8	205
Δεν απάντησαν	16	2	18
Σύνολο	226	15	241

$$\chi^2 = 16,9565 \quad df=2 \quad p=0,00021$$

13.2 Συσχέτιση της γνώσης του ρόλου της νοσηλεύτριας με την περιοχή του σχολείου καθώς και με την δυνατότητα των δασκάλων για διδασκαλία θεμάτων υγείας.

Πίνακας 13.6 Κατανομή 241 γονέων θετική ή αρνητική απάντηση για την γνώση του ρόλου της νοσηλεύτριας σε σχέση με την περιοχή που φοιτούν τα παιδιά τους.

Περιοχή Σχολείου	Γνώση του ρόλου της νοσηλεύτριας		Σύνολο
	ΘΕΤΙΚΗ	ΑΡΝΗΤΙΚΗ	
Οβρυά	18	23	41
Ταραμπούρα	57	17	74
Πλατεία Βουδ	52	13	65
Ταμπάχαρα	32	6	38
Περιβόλα	19	4	23
Σύνολο	178	63	241

$\chi^2 = 23,73161$ $df=4$ $p=0,00009$

Πίνακας 13.7 Κατανομή 241 γονέων κατά θετική ή αρνητική απάντηση για την γνώση του ρόλου της νοσηλεύτριας σε σχέση με το αν θεωρούν ότι οι δάσκαλοι με τις γνώσεις που παίρνουν κατά την φοίτησή τους στο πανεπιστήμιο μπορούν να διδάξουν θέματα υγείας στα παιδιά τους.

Δυνατότητα δασκάλων στην διδασκαλία θεμάτων υγείας	Γνώση του ρόλου της νοσηλεύτριας		Σύνολο
	ΘΕΤΙΚΗ	ΑΡΝΗΤΙΚΗ	
Θετική	39	23	62
Αρνητική	139	40	179
Σύνολο	178	63	241

$\chi^2 = 5,1893$ $df=1$ $p=0,02273$

Αδρός σχετικός κίνδυνος: 0,48796 (95% Ο.Ε. 0,26148-0,91058)

13.3 Συσχέτιση της περιοχής του σχολείου με την αναγκαιότητα ύπαρξης ιατρού στα σχολεία καθώς και με την θέληση των παιδιών να γίνουν νοσηλευτές/τριες.

Πίνακας 13.8 Κατανομή 241 παιδιών κατά περιοχή σχολείου σε σχέση με την αναγκαιότητα ύπαρξης ιατρού στα σχολεία.

Περιοχή Σχολείου	Αναγκαιότητα ύπαρξης ιατρού στα σχολεία		Σύνολο
	ΘΕΤΙΚΗ	ΑΡΝΗΤΙΚΗ	
Οβρυά	39	2	41
Ταραμπούρα	72	2	74
Πλατεία Βουδ	52	13	65
Ταμπάχανα	35	3	38
Περιβόλα	22	1	23
Σύνολο	220	21	241

$\chi^2 = 15,11187 \quad df=4 \quad p=0,00447$

Πίνακας 13.9 Κατανομή 241 παιδιών κατά περιοχή σχολείου σε σχέση με την θέληση των παιδιών να γίνουν νοσηλευτές/τριες.

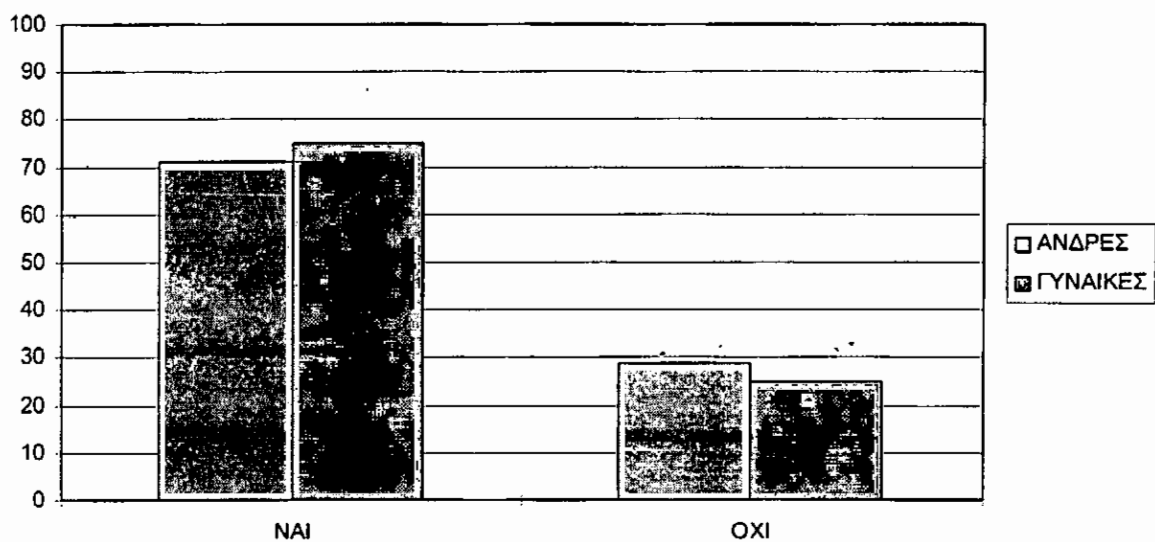
Περιοχή Σχολείου	Θέληση των παιδιών να γίνουν νοσηλευτές/τριες			Σύνολο
	ΘΕΤΙΚΗ	ΑΡΝΗΤΙΚΗ	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	
Οβρυά	20	18	3	41
Ταραμπούρα	39	29	6	74
Πλατεία Βουδ	23	39	3	65
Ταμπάχανα	13	23	2	38
Περιβόλα	18	4	1	23
Σύνολο	113	113	15	241

$\chi^2 = 18,65951 \quad df=8 \quad p=0,01679$

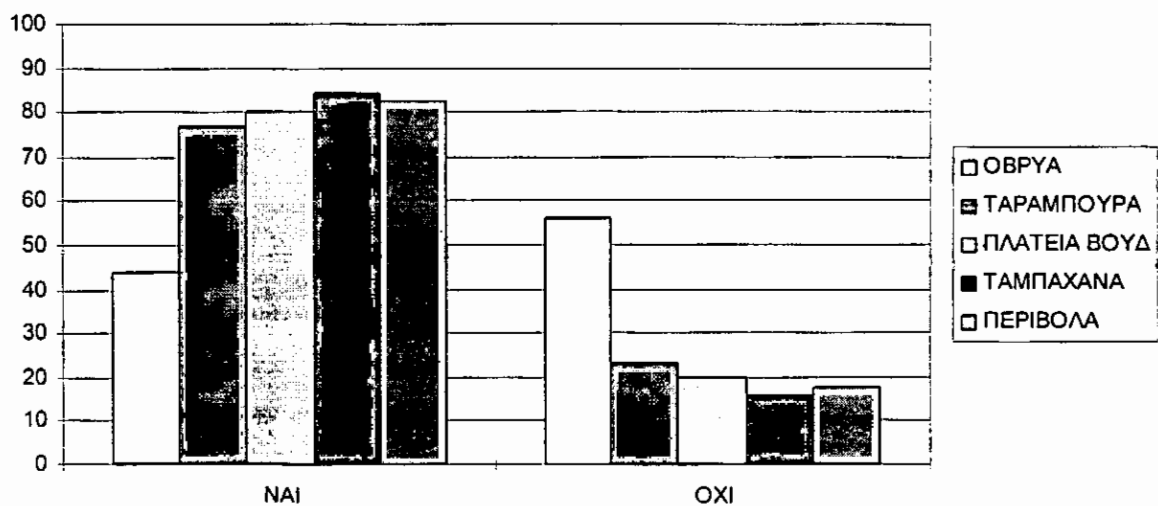
14. ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

14.1 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΟΝΕΩΝ

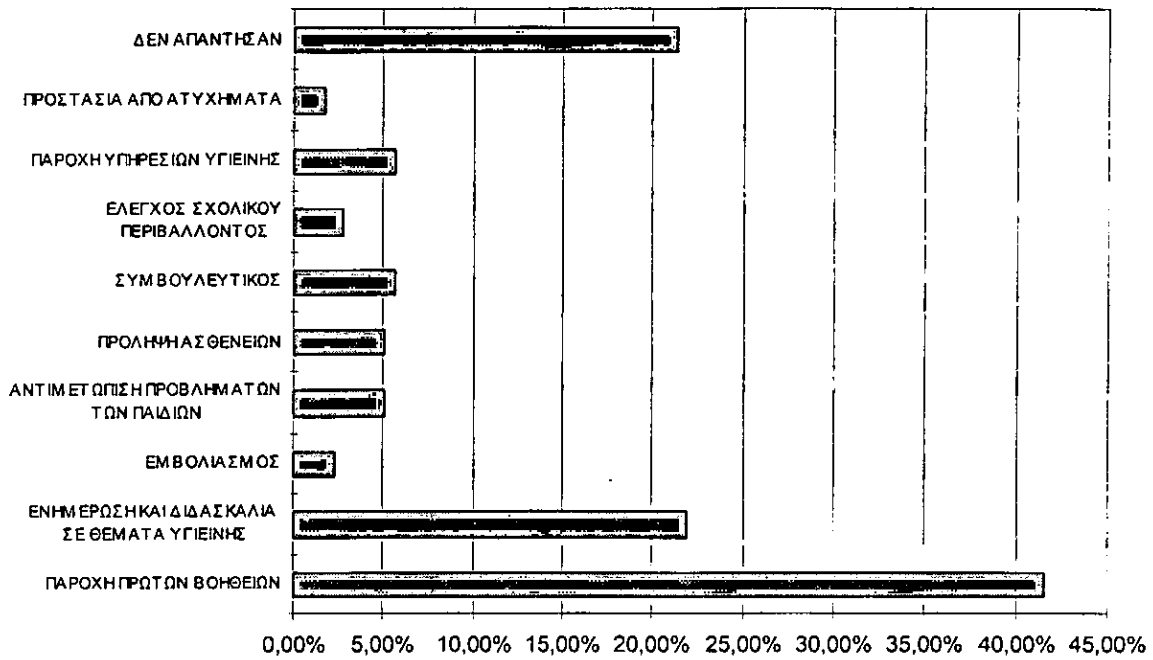
ΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΡΟΛΟΥ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ



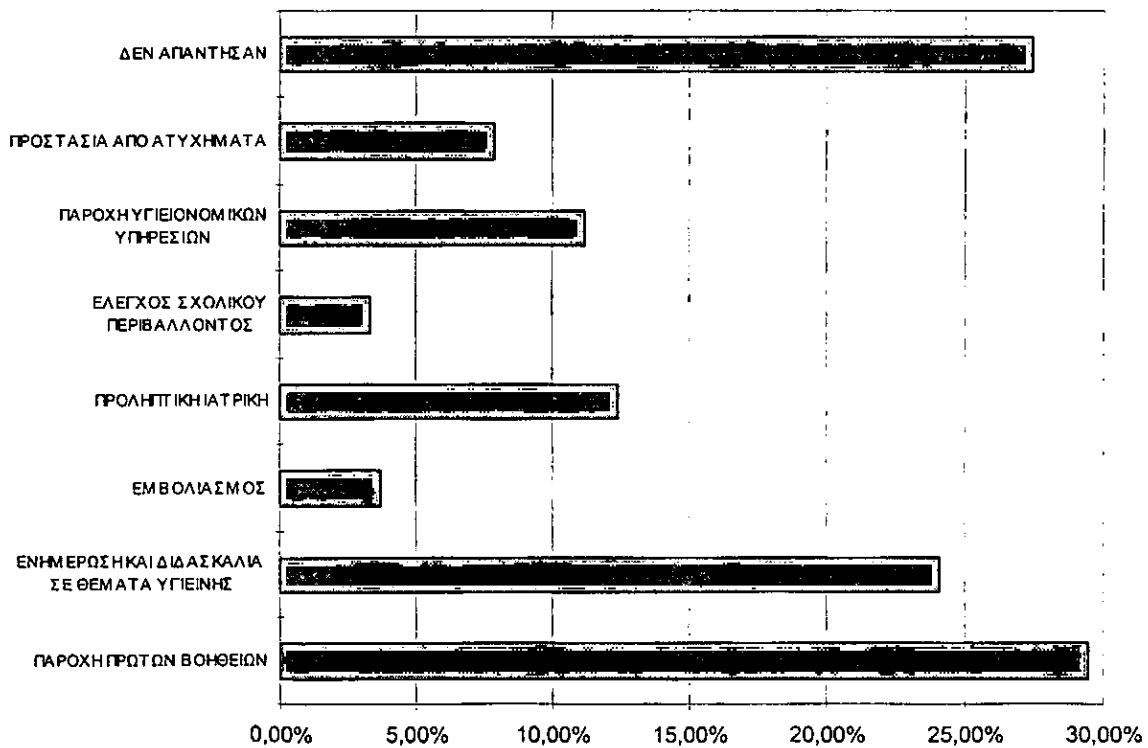
ΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΡΟΛΟΥ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΟΧΗ



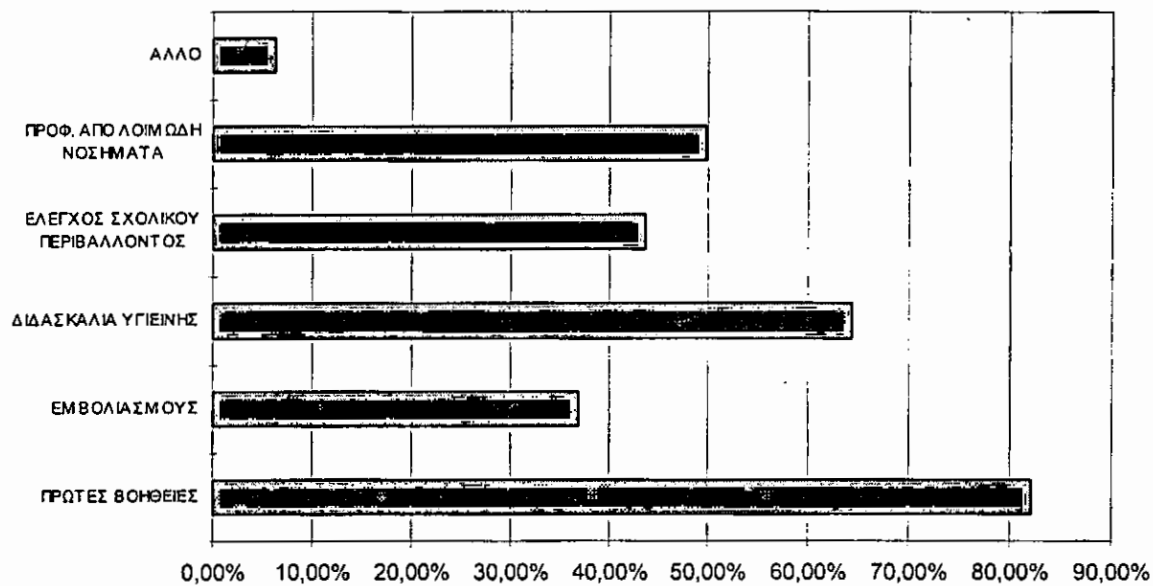
ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ



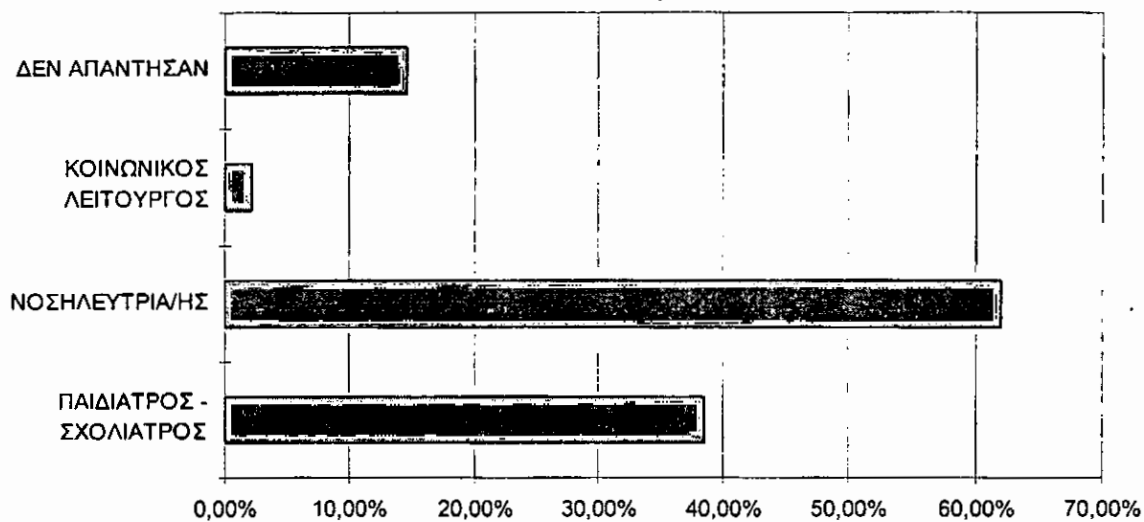
ΕΠΙΘΥΜΗΤΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ



ΕΡΓΑΣΙΕΣ ΠΟΥ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΝΕΙ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΜΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ

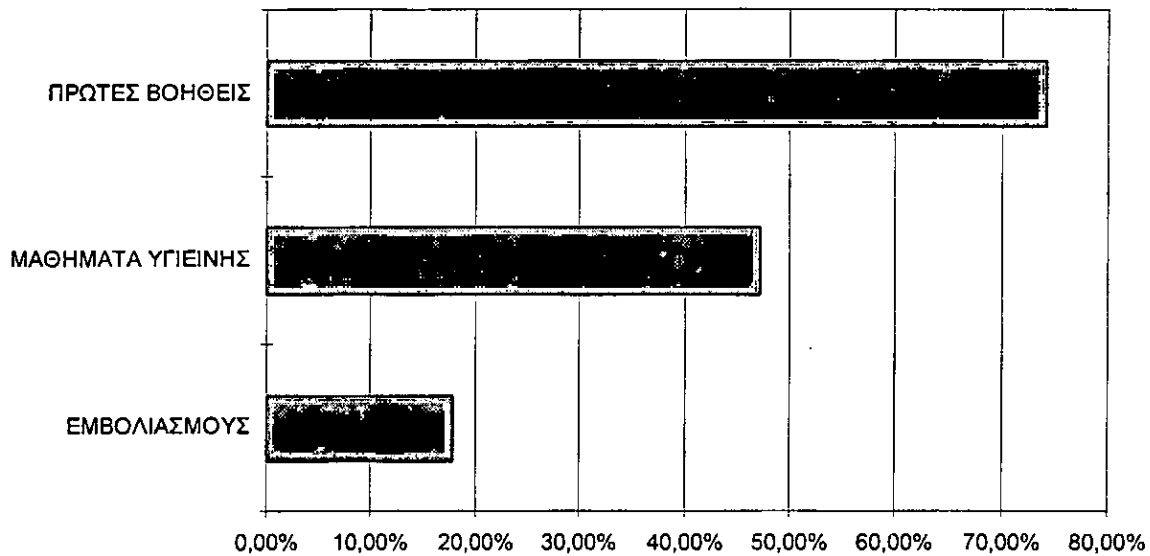


ΑΡΜΟΔΙΟΣ ΓΙΑ ΔΙΑΦΩΤΙΣΗ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

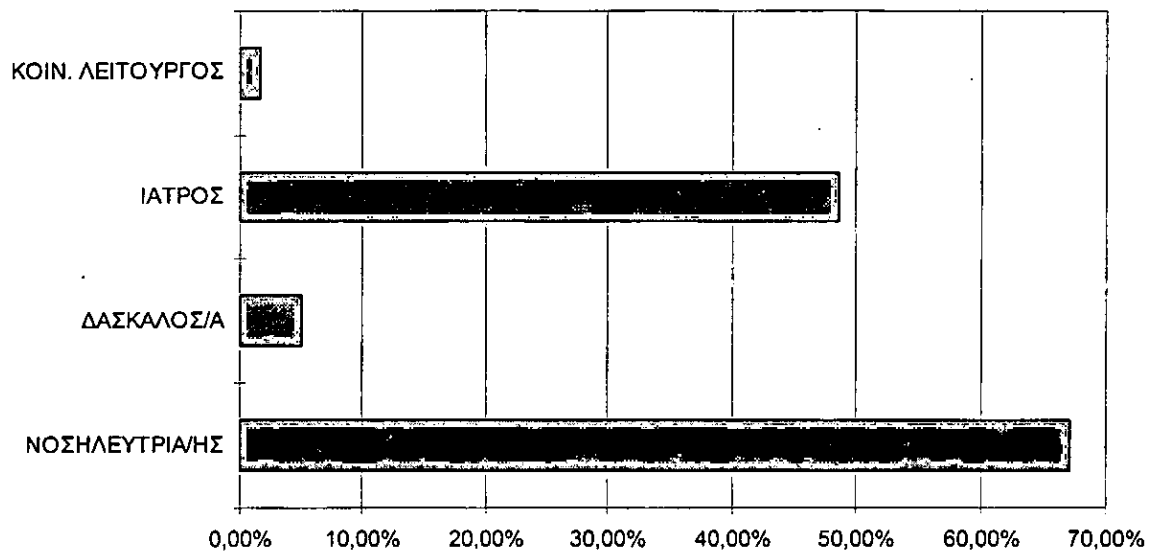


14.2 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΑΙΔΙΩΝ

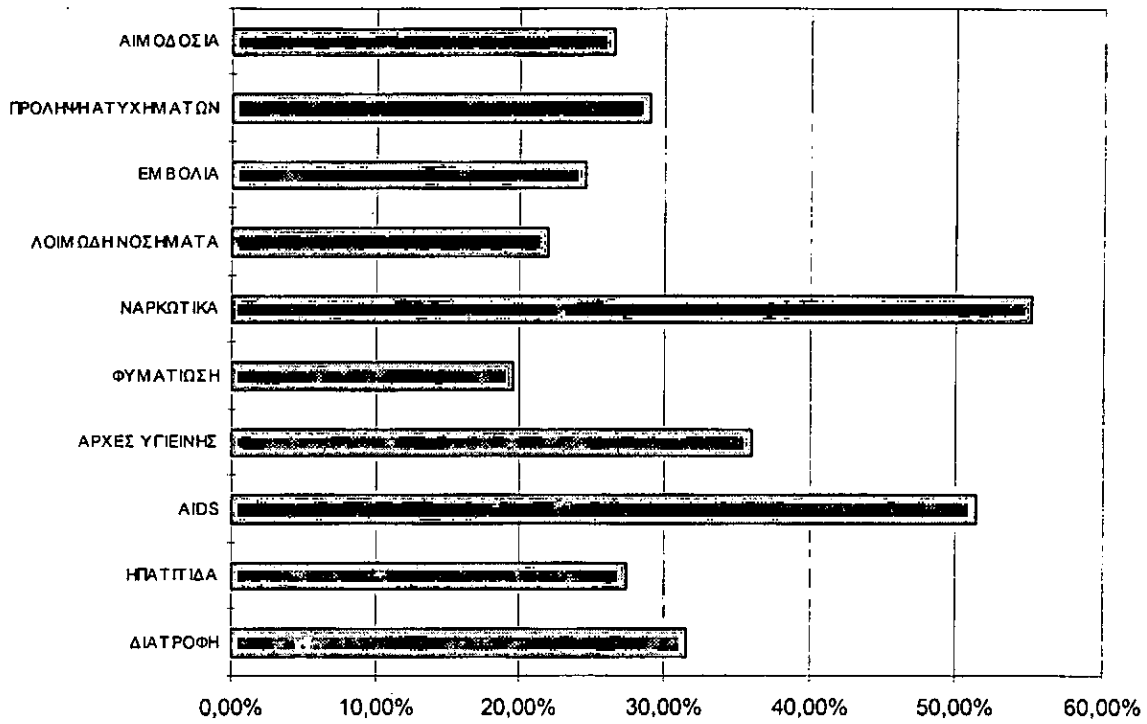
ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ



ΑΡΜΟΔΙΟΣ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ



ΘΕΜΑΤΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ



ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Είναι πράγματι φοβερό να εμπιστεύεται ο κάθε γονιός το παιδί του 6 ή 7 ώρες την ημέρα στο χώρο του σχολείου χωρίς να έχει αναλογιστεί πως πέρα από την πνευματική τροφή που μπορεί να πάρει αυτό, δυστυχώς ταυτόχρονα απειλείται διαρκώς η σωματική του ακεραιότητα. και αυτό βέβαια δεν συμβαίνει γιατί οι γονείς αδιαφορούν για τα παιδιά τους, αλλά γιατί επικρατεί ανέκαθεν η άποψη ότι ο δάσκαλος ή η δασκάλα έχουν απεριόριστες δυνατότητες και μπορούν πέρα από το ρόλο του εκπαιδευτικού να παίξουν και το ρόλο του ψυχολόγου ή ακόμα και του νοσηλεύτη.

Με βάση λοιπόν τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής γίνεται πλέον αποδεκτό ότι η ανάγκη ύπαρξης νοσηλεύτη σε κάθε σχολείο είναι μια πραγματικότητα που δυστυχώς σήμερα τον 20ο αιώνα, που η εξέλιξη της επιστήμης και της τεχνολογίας είναι ραγδαία, δεν ισχύει.

Και ενώ οι ερωτηθέντες προσπαθούν να σκιαγραφήσουν την εικόνα και το ρόλο του νοσηλεύτη και καθώς εν μέρει την προσεγγίζουν στην ουσία αγνοούν παντελώς όχι μόνο τις δυνατότητές του και την επιστημονική του κατάρτιση, αλλά και την ίδια την ανάγκη ύπαρξής του στο σχολείο με σκοπό την παροχή ανάλογων υπηρεσιών στα παιδιά τους για την προστασία τους.

Ωστόσο εκδηλώνουν ενδιαφέρον και χωρίς επιφύλαξη δέχονται την παρουσία νοσηλεύτη στο σχολείο, δυστυχώς όμως χωρίς να γνωρίζουν άμεσα την προσφορά του.

Εκείνο βέβαια που προβληματίζει περισσότερο τους γονείς είναι η προστασία του παιδιού τους από τα ατυχήματα που συμβαίνουν συχνά στα σχολεία. Γι' αυτό και η κατεξοχήν επιθυμία τους και η εξασφάλιση παροχής Πρώτων Βοηθειών στο χώρο αυτό. Το πρώτο λοιπόν που ζητούν από το νοσηλεύτη είναι οι Πρώτες Βοήθειες, ενώ ακολουθεί η διδασκαλία Υγιεινής.

Είναι αποδεδειγμένο ότι οι κάθε είδους εκπαιδευτικοί δεν έχουν την επισημονική κατάρτιση ώστε να διδάξουν θέματα υγείας ή να παρέχουν την ανάλογη νοσηλευτική φροντίδα εκεί που τυχόν χρειαστεί. Αυτό λοιπόν οι περισσότεροι γονείς το γνωρίζουν και γι' αυτό επιθυμούν το νοσηλευτή στο σχολείο. Ίσως βέβαια να μην γνωρίζουν τι γνώσεις κατέχουν οι νοσηλευτές αλλά είναι σίγουροι πως, εφόσον βρίσκονται στο χώρο της Υγείας, έχουν και τη δυνατότητα να φροντίσουν σωστά τα παιδιά τους σε σχέση με τους δασκάλους.

Την επιθυμία για την παρουσία νοσηλευτή στο σχολείο δεν την εκδηλώνουν μόνον οι γονείς αλλά και οι μαθητές οι οποίοι δείχνουν περισσότερο ενθουσιασμένοι με την ιδέα αυτή. Η εμπιστοσύνη που εκδηλώνουν στο νοσηλευτικό επάγγελμα είναι αξιοσημείωτη και διαφαίνεται κυρίως στο μεγάλο ποσοστό των μαθητών που επιλέγουν ως μελλοντικό επάγγελμά τους τη Νοσηλευτική.

Ωστόσο τα προβλήματα που απασχολούν τους μαθητές εστιάζονται στην ανάγκη παροχής Πρώτων Βοηθειών, στο AIDS, στα ναρκωτικά και κατόπιν στις Αρχές Υγιεινής. Είναι βέβαια φυσικό να δέχονται με μεγαλύτερο ενθουσιασμό τους νοσηλευτές διότι ΑΥΤΟΙ φοιτούν στα σχολεία και έχουν άμεση επαφή με τους κινδύνους που εγκυμονούν. Ένας άλλος παράγοντας που επηρεάζει τα παιδιά θετικά είναι το ανήσυχο πνεύμα της ηλικίας αυτής, η διαρκής αναζήτηση και τέλος η ανάγκη για ασφάλεια, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για τη σωματική τους ακεραιότητα. Και εφόσον οι μαθητές έρχονται σε επαφή καθημερινά με τους δασκάλους τους, είναι επόμενο να αντιλαμβάνονται καλύτερα το γεγονός ότι οι εκπαιδευτικοί τους δεν κατέχουν ούτε τις στοιχειώδεις γνώσεις στα θέματα της υγείας και έτσι είναι ανίκανοι να τους βοηθήσουν.

Πέρα από όλα αυτά όμως το σημαντικό είναι ότι σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, το μεγαλύτερο ποσοστό τόσο των γονέων όσο και των παιδιών, προσανατολίζεται στην ανάγκη παρουσίας του νοσηλευτή στα σχολεία. Και αυτό γιατί λίγο - πολύ αντιλαμβάνονται άμεσα τους κινδύνους για την υγεία τους αλλά έχουν και επίγνωση της άγνοιάς τους όσον αφορά το πόσο απαραίτητη εί-

ναι η εφαρμογή της κοινοτικής νοσηλευτικής.

Αντίθετα, γεγονός είναι ότι υπάρχει και ένα ποσοστό τόσο στους γονείς όσο και στους μαθητές που προτιμά το ήδη υπάρχον Σύστημα Υγείας στα σχολεία. Και αυτό είναι το σημείο στο οποίο πρέπει να επικεντρώσουμε το ενδιαφέρον μας. Πηγή αιτίας της ύπαρξης αυτού του ποσοστού είναι η ανύπαρκτη ενημέρωση των γονέων, των μαθητών και γενικότερα του κοινωνικού συνόλου όσον αφορά το ρόλο και την ανάγκη της κοινοτικής Νοσηλευτικής. Είναι επιτακτική λοιπόν η ανάγκη, ο εκάστοτε κρατικός φορέας, ο κόσμος που ασχολείται με την Υγεία αλλά κυρίως όλος ο Νοσηλευτικός κλάδος να ξεκινήσει σχέδιο ενημέρωσης του κοινωνικού συνόλου για τους κινδύνους όσον αφορά τη σωματική, ψυχική και πνευματική τους ακεραιότητα αλλά και για την προσφορά της Νοσηλευτικής και τον αποφασιστικό ρόλο της. Δυστυχώς ο κόσμος σαν σύνολο για να μπορέσει να λειτουργήσει πρέπει πρώτα να ευαισθητοποιηθεί. Και τα «φώτα» θα τα δώσουμε εμείς οι ίδιοι πρώτα οι νοσηλευτές.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ (ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ)

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΓΙΑ ΜΑΘΗΤΕΣ

(Βάλτε ένα X στο τετράγωνο που βρίσκεται δίπλα στην απάντηση με την οποία συμφωνείτε ή συμπληρώστε όπου χρειάζεται).

1. ΦΥΛΟ

ΑΓΟΡΙ

ΚΟΡΙΤΣΙ

2. ΗΛΙΚΙΑ

3. ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

ΠΟΛΗ

ΧΩΡΙΟ

ΚΩΜΟΠΟΛΗ

4. ΣΕ ΠΟΙΑ ΠΕΡΙΟΧΗ ΑΝΗΚΕΙ ΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΠΟΥ ΠΗΓΑΙΝΕΤΕ;

.....

5. ΣΕ ΠΟΙΑ ΤΑΞΗ ΠΗΓΑΙΝΕΤΕ;

.....

6. ΘΑ ΘΕΛΑΤΕ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΣΑΣ ΝΑ ΥΠΑΡΧΕΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

7. ΤΙ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΝΟΜΙΖΕΤΕ ΟΤΙ ΘΑ ΜΠΟΡΟΥΣΕ ΝΑ ΚΑΝΕΙ Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ;

ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥΣ

ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ

8. ΕΧΕΙ ΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΣΑΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΕΝΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

9. ΕΑΝ ΣΥΜΒΕΙ ΚΑΠΟΙΟ ΑΤΥΧΗΜΑ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΠΟΙΟΣ ΘΑ ΘΕΛΑΤΕ ΝΑ ΣΑΣ ΒΟΗΘΗΣΕΙ;

ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ/ΗΣ

ΔΑΣΚΑΛΟΣ/Α

ΙΑΤΡΟΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ

10. ΘΑ ΘΕΛΑΤΕ ΝΑ ΕΙΧΑΤΕ ΙΑΤΡΕΙΟ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΣΑΣ ΟΠΟΥ ΘΑ ΣΑΣ ΠΑΡΕΧΟΝΤΑΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ/Η ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ Η ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΕΣ ΟΠΩΣ π.χ ΕΜΒΟΛΙΑ ΣΥΖΗΤΗΣΕΙΣ κ.λ.π.;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

11. ΘΑ ΘΕΛΑΤΕ ΕΑΝ ΕΙΧΑΤΕ ΚΑΠΟΙΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΝΑ ΤΟ ΣΥΖΗΤΑΤΕ ΜΕ ΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ/Η ΩΣΤΕ ΝΑ ΣΑΣ ΒΟΗΘΗΣΕΙ ΝΑ ΤΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΕΤΕ ΣΩΣΤΑ;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

12. ΓΙΑ ΠΟΙΟ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΘΕΜΑΤΑ ΘΑ ΘΕΛΑΤΕ ΝΑ ΣΑΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΕΙ Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ/ΗΣ;

ΔΙΑΤΡΟΦΗ

ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

AIDS

ΑΡΧΕΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ

ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ

- ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ
- ΕΜΒΟΛΙΑ
- ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ
- ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ

13. ΘΑ ΘΕΛΑΤΕ ΝΑ ΓΙΝΕΤΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ/ΗΣ ΕΑΝ ΝΑΙ ΓΙΑΤΙ,
ΕΑΝ ΟΧΙ ΓΙΑΤΙ.

.....
.....

14. ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ
ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΑ ΜΕΣΑ ΜΑΖΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ (Τ.Υ, ΡΑΔΙΟ-
ΦΩΝΟ, ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ)

- ΝΑΙ ΟΧΙ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ

(Βάλτε ένα X στο τετράγωνο που βρίσκεται δίπλα στην απάντηση με την οποία συμφωνείτε ή συμπληρώστε όπου χρειάζεται).

1. ΦΥΛΟ

ΑΡΡΕΝ ΘΗΛΥ

2. ΗΛΙΚΙΑ

3. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

ΕΓΓΑΜΟΣ ΑΓΑΜΟΣ ΔΙΑΖΕΥΤΜΕΝΟΣ

ΧΗΡΟΣ/Α

4. ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

ΠΟΛΗ ΧΩΡΙΟ ΚΩΜΟΠΟΛΗ

5. ΝΟΜΟΣ.....

6. ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

ΑΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

7. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

ΑΓΡΟΤΗΣ

ΔΗΜ. ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ

ΙΔΙΩΤ. ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ

ΕΜΠΟΡΟΣ

ΟΙΚΙΑΚΑ

ΆΛΛΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

(τι ακριβώς)

.....

8. ΠΟΣΑ ΠΑΙΔΙΑ ΕΧΕΤΕ;

9. ΠΟΣΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΣΑΣ ΠΑΝΕ ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ;

10. ΣΕ ΠΟΙΑ ΠΕΡΙΟΧΗ ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ ΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΠΟΥ ΦΟΙΤΟΥΝ
ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΣΑΣ;

11. ΣΕ ΠΟΙΑ ΤΑΞΗ ΠΗΓΑΙΝΟΥΝ;

12. ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΠΟΥ ΦΟΙΤΟΥΝ ΤΑ
ΠΑΙΔΙΑ ΣΑΣ ΝΑ ΥΠΑΡΧΕΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ/ΗΣ;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

13. ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΤΟ ΡΟΛΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΤΟΣΟ ΣΤΗΝ ΚΟΙ-
ΝΟΤΗΤΑ ΟΣΟ ΚΑΙ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

14. ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΙΟΣ ΕΙΝΑΙ ΑΥΤΟΣ;

.....

15. ΕΣΕΙΣ ΠΟΙΟΣ ΘΑ ΘΕΛΑΤΕ ΝΑ ΕΙΝΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ;

.....

16. ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΟΙ ΔΑΣΚΑΛΟΙ ΜΕ ΤΙΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΠΟΥ ΠΑΙΡ-
ΝΟΥΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΦΟΙΤΗΣΗ ΤΟΥΣ ΣΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΜΠΟ-
ΡΟΥΝ ΝΑ ΔΙΔΑΞΟΥΝ ΘΕΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΣΑΣ;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

17. ΕΑΝ ΟΧΙ ΠΟΙΟΝ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΕΣΕΙΣ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟ ΓΙΑ ΔΙΑΦΩ-
ΤΙΣΗ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ;

18. ΠΟΙΕΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΕΡΓΑΣΙΕΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΕ-
ΠΕΙ ΝΑ ΚΑΝΕΙ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΜΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ;

- | | |
|--|--------------------------|
| ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ | <input type="checkbox"/> |
| ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥΣ | <input type="checkbox"/> |
| ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΥΓΙΕΙΝΗΣ | <input type="checkbox"/> |
| ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΧΟΛΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ | <input type="checkbox"/> |
| ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΑΠΟ ΛΟΙΜΩΔΗ ΚΑΙ
ΜΕΤΑΔΟΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ | <input type="checkbox"/> |
| ΑΛΛΟ | |

19. ΘΑ ΘΕΛΑΤΕ ΕΑΝ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΣΑΣ ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΟ ΧΡΟ-
ΝΙΟ ΝΟΣΗΜΑ ΝΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΕΙΤΑΙ ΑΠΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ
ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΚΑΙ ΝΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΦΕΡΕΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑ;

ΝΑΙ ΟΧΙ

20. ΘΑ ΘΕΛΑΤΕ ΕΑΝ ΥΠΗΡΧΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΝΑ
ΔΙΑΤΗΡΕΙ ΑΡΧΕΙΟ ΜΕ ΑΤΟΜΙΚΕΣ ΚΑΡΤΕΛΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΘΕ
ΠΑΙΔΙ ΠΡΟΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ;

ΝΑΙ ΟΧΙ

21. ΠΟΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΝΟΜΙΖΕΤΕ ΠΩΣ ΕΧΕΙ ΥΠΟΧΡΕΩΣΗ ΝΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΕΙ ΟΠΟΙΟΔΗΠΟΤΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑ π.χ. (ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ, ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ, ΥΓΕΙΑΣ) ΣΤΟ ΣΧΟΛΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ;

- ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΙ ΚΗΔΕΜΟΝΩΝ
- ΔΑΣΚΑΛΟΙ
- ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ/ΗΣ
- ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ
- ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ
- ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ

22. ΓΕΝΙΚΟΤΕΡΑ ΕΙΣΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ/Η ΑΠΟ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΑ ΣΧΟΛΕΙΑ;

ΕΑΝ ΝΑΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΤΕ ΓΙΑΤΙ

ΕΑΝ ΟΧΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΤΕ

.....

.....

.....

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρούσα εργασία μελετήθηκε εάν γονείς και μαθητές γνωρίζουν το ρόλο της Κοινωνικής Νοσηλευτικής στο σχολείο. Ταυτόχρονα εξετάσθηκαν οι τυχόν γνώσεις που μπορεί να έχουν για την επιστημονική κατάρτιση των νοσηλευτών και εάν θεωρούν ανάγκη την παρουσία του νοσηλευτή στο σχολικό περιβάλλον.

Η επεξεργασία των δεδομένων που προέκυψαν από τα 492 συνολικά ερωτηματολόγια έγινε με στατιστικές δοκιμασίες ανεξάρτητων ομάδων και υπολογισμό των τιμών χ^2 , p , df , και όρια εμπιστοσύνης στο επίπεδο 95%.

Τα συμπεράσματα της μελέτης συνοψίζονται στα κάτωθι:

- I. Οι γυναίκες δείχνουν μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στο λειτούργημα του νοσηλευτή. Καθώς επίσης και οι κάτοικοι των δυτ. συνοικιών της Πάτρας.
- II. Ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική κατάσταση του καθενός το μεγαλύτερο ποσοστό δεν έχει πλήρη, σαφή και συγκεκριμενοποιημένη γνώση του ρόλου του νοσηλευτή. Πολύ περισσότερο δε της προσφοράς της κοινωνικής Νοσηλευτικής.
- III. Οι περισσότεροι γονείς αλλά και μαθητές δεν έχουν αντιληφθεί ακόμη τους κινδύνους που εγκυμονούν καθημερινά στους χώρους των σχολείων. Ωστόσο επικεντρώνουν το ενδιαφέρον τους σε κινδύνους όπως: i) ατυχήματα, ii) AIDS, iii) υγειονομική διαφώτιση.
- IV. Ένα πάρα πολύ μεγάλο ποσοστό ($\approx 90\%$) επιθυμεί την παρουσία νοσηλευτή στο σχολείο τόσο στους γονείς όσο και στους μαθητές.

SUMMARY

To determine if the students and their parents know about the roll of school Nursing, we examined their knowledge about the Nursing science and their desire to have their children medical help from a Nurse in school place.

Statistical analysis of data, which collected from 492 questionnaires, was performed with independent variables tests. Chi-square, df, p, and relative were calculated.

Briefly the conclusions of the study are the following:

- I. The women and the inhabitants of west quarter of Patras, trust quite more Nursing than the men and the inhabitants of other quarters of Patras.
- II. One big percentage of parents and the students don't have complete Knowledge about the roll of Nursing and about school Nursing (the economical and social situation are independent).
- III. The most of the parents and the students don't realise the dangers in school place. However they are interesting in these dangers: i) Accidentw, ii) AIDS, iii) health lessons.
- IV. The most of the parents and the students ($\approx 90\%$) wish for Nursing care in every school place.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Aderson C.L., B.S., M.S., Dr. PH, School Health Practice, *Μετάφραση Νάνου Κυριακή*, Fifth Edition Published by C.V. Mosby Company Saint Louis 1972.

Βασιλειάδη Π., Μαθήματα Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Επίτομος, Έκδοση 2η, Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος, Αθήνα 1971.

Γαρδίκας Κ., Ειδική Νοσολογία, Επίτομος, Έκδοση 3η, Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος, Αθήνα 1981.

Γερμενής Τάσος, Μαθήματα Πρώτων Βοηθειών για Επαγγέλματα Υγείας, Γ' Έκδοση, Εκδόσεις «ΒΗΤΑ», Αθήνα 1992.

Γίτσιος Θ. Κωνσταντίνος, Νοσολογία, Έκδοση 2η, Αθήνα 1990.

Δετοράκης Ιωάννης, Σημειώσεις Δημόσιας Υγιεινής, Τ.Ε.Ι. Πατρών, 1992.

Δουβετζέμης Ε., Προληπτική Ιατρική και Πρώτες Βοήθειες, Έκδοση 1η, Εκδόσεις Κονιδάρη, Αθήνα 1977.

«**ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ**», Συμβουλευτική Επιτροπή για την κατάρτιση των Νοσηλευτών, Βρυξέλλες 30-10-92.

Ζαβιτσάνος Ξ.Θ., Δημόσια - Κοινωνική Υγιεινή, τόμος 1ος, τεύχος Α', Αθήνα 1975.

Ζαβιτσάνος Ξ.Θ., Δημόσια - Κοινωνική Υγιεινή, (Προληπτική - Κοινωνική Ιατρική), τόμος 1ος, τεύχος Γ', Αθήνα 1980.

Henderson P., Η υγεία του παιδιού της Σχολικής Ηλικίας, Μετάφραση Τσότσου Κεραμέως - Τσότσου και Τσότσος Α.Σ., Τόμος II, Εκδόσεις Γρ. Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1978.

Hobson W. B. Sc., M.D., D.PH Υγιεινή: Η θεωρία και η Πρακτική της Δημόσιας Υγείας, Μετάφραση Εδιπίδης Θ.Α., Τσότσος Α., Καββαδίας Ν., Τόμος II, Εκδόσεις Γρ. Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1978.

Κυριακίδου Θ. Ελένη, Κοινωνική Νοσηλευτική, Επίτομος, Έκδοση 1η, Εκδόσεις «Ταβιθά», Αθήνα 1995.

Μόρφης Α.Γ., Παιδιατρική, Επίτομος, Οργανισμός Εκδόσεως Διδακτικών Βιβλίων, Αθήνα 1985.

Μούσουρα - Οικονόμου Αδαμαντία, Σημειώσεις Δημόσιας Νοσηλευτικής, Τ.Ε.Ι. Πατρών 1988.

Nelson J., Dinning with the school Nurse, J. sch. Health, March 1967.

Οικονομίδη Α.Κ., Ατομική και Δημόσια Υγιεινή, Έκδοση Δ', Αθήνα 1992.

Ουζούνη Ευφροσύνη, Ο συμβουλευτικός ρόλος του Νοσηλευτή στην Κοινότητα, Πρακτικά ΙΓ' Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, Σέρρες 1986.

Πάνου Μαρία, Παιδιατρική Νοσηλευτική, Έκδοση 1η, Εκδόσεις «ΒΗΤΑ», Αθήνα 1992.

Παπαδάτου Δανάη, Ψυχολογική Αντιμετώπιση του Νοσηλευόμενου Παιδιού, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Διμηνιαίο Περιοδικό της Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών, Μάϊος 1988.

Παπαδάτος Τ., Επίτομη Παιδιατρική, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1987.

Παπαμικρούλη Σ., Ιστορική Αναδρομή του έργου της Νοσηλεύτριας, Περιοδικό «ο Κόσμος της Ελληνίδος», 'Ετος ΛΘ', ΑΡ. 390, Ιούνιος 1992.

Παπαμικρούλη Σ., Φιλοσοφική θεώρηση της Νοσηλευτικής, Ηθικές Αξίες - Δεοντολογία, Πρακτικά 12ου Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, Αθήνα 1985.

Πλέσσας Σταύρος, Διαιτητική του Ανθρώπου, Εκδόσεις Φαρμάκου - Τύπος, Αθήνα 1991.

Πουλοπούλου Μ., Φυσική Διατροφή, Σημειώσεις Παιδιατρικής Νοσηλευτικής, Τ.Ε.Ι. Πατρών, 1989.

Ραγιά Α., Θεμελιώδεις Αρχές Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής, Επίτομος Έκδοση 1η, Εκδόσεις Αδελφότης «Ευνίκη», Αθήνα 1978.

Ρούκα Κ., Πληθυσμιακή Υγιεινή Ι Ατομική - Δημόσια - Κοινωνική, Οργανισμός Εκδόσεως Διδακτικών Βιβλίων, Αθήνα 1986.

Ρούσσοσ Ν. Χάρης, Επαγγελματικά Δικαιώματα Πτυχιούχων Τ.Ε.Ι. Νοσηλευτικής, Εκδόσεις ΖΥΜΕΛ, Αθήνα 1990.

Ρούσσος Ν. Χάρης, Μεθοδολογία της Υγειονομολογικής Διαπαιδαγώγησης,
Εκδόσεις Γρηγ. Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1967.

Τριχόπουλος Δ., Δείκτες Νοσηρότητας και Θνησιμότητας - Προληπτική Ιατρική -
Αγωγή Υγείας - Κοινωνική Ιατρική - Δημόσια Υγιεινή, Εκδόσεις Γρηγ. Κ.
Παρισιάνος, Αθήνα 1986.

Τριχόπουλος Δ., Επιδημιολογία Αρχές - Μέθοδοι - Εφαρμογές, Εκδόσεις Γρ. Κ.
Παρισιάνος, Αθήνα 1982.

Turner C.E., A.M., Ed. M., D. Sc., Dr P.H., Personal And Community Health
Μετάφραση Νάνου Κυριακή, Fairteetu Edition Published by The C.V. Mosby
Company Saint Louis 1971.

