

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

*“Διερεύνηση του ρόλου του Κοινοτικού Νοσηλεύτη -τριας
απέναντι στην οικογένεια και τις ανάγκες της”*



Υπεύθυνη καθηγήτρια :
Dr. Παπαδημητρίου Μαρία

Σπουδάστριες :
Γιατρά Παναγιώτα
Λάμπρου Χριστίνα



Πάτρα, 1999

ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΟΓΗΣ 2997

Η έρευνα αυτή, είναι αφιερωμένη σε
όλους τους νοσηλευτές/τριες που
διακατέχονται από τον διακαή πόθο
ν' ασχοληθούν με τα προβλήματα
της οικογένειας στην κοινότητα.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστούμε την Dr Μαρία Παπαδημητρίου για την πολύτιμη βοήθειά της.

Ευχαριστούμε την καΒικτωρία Παληογιάννη για την επιστημονική της συμβολή στην έρευνά μας όσον αφορά τη στατιστική μελέτη.

Ευχαριστούμε την κα Πρόγκα Ιωάννα για τη συλλογή πληροφοριών μέσω διαδικτύου.

Θερμές ευχαριστίες στους φίλους μας ανά την Ελλάδα που τόσο βοήθησαν στη διανομή και συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

Επίσης ευχαριστούμε όλους όσους συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια μας. χωρίς αυτούς η έρευνα αυτή θα ήταν αδύνατη.

Τέλος ευχαριστούμε την συνεργάτιδα Καλπουρζίνη Κων/να για τη βοήθεια που προσέφερε στη συγγραφή αυτής της έρευνας.

ΕΡΕΥΝΑ ΜΕ ΘΕΜΑ :

"Διερεύνηση του ρόλου του κοινοτικού νοσηλευτή-τριας απέναντι στην οικογένεια και τις ανάγκες της".

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περιεχόμενα

Πρόλογος

A. Γενικό Μέρος

Εισαγωγή

Κεφάλαιο 1

- 1.1 Ορισμός της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ✓ ←
- 1.2 Η Πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας και τα Κέντρα Υγείας.
- 1.3 Η ομάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. ✓ ←
- 1.4 Ο νοσηλευτικός ρόλος στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ✓ ←
- 1.5 Στόχοι της Π.Φ.Υ. όσον αφορά την κατάρτιση των νοσηλευτών ✓
- 1.6 Η Π.Φ.Υ. στον κόσμο και στην Ευρώπη
- 1.7 Νοσηλευτική και Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα

Κεφάλαιο 2

- 2.1 Ορισμός και σκοποί της Κοινωνικής Νοσηλευτικής
- 2.2 Χαρακτηριστικά Κοινωνικής Νοσηλευτικής
- 2.3 Χαρακτηριστικά του κοινωνικού νοσηλευτή
- 2.4 Δραστηριότητες του νοσηλευτή στην κοινότητα
- 2.5 Εύρος δράσεως του συμβουλευτικού νοσηλευτικού ρόλου στην κοινότητα
- 2.6 Μέσα διενέργειας του συμβουλευτικού νοσηλευτικού ρόλου
- 2.7 Αντικείμενα διδασκαλίας σε άτομο - κοινότητα

Κεφάλαιο 3

- 3.1. Ανάλυση και χαρακτηριστικά της οικογένειας
- 3.2. Η οικογένεια σαν ανοικτό σύστημα
- 3.3 Αρχές και μέθοδοι διδασκαλίας ατόμου - οικογένειας
- 3.4 Οδηγός αξιολόγησης της οικογένειας
- 3.5 Η Νοσηλευτική συμβολή στην οικογένεια
- 3.6 Τεχνικές για αποτελεσματική επικοινωνία
- 3.7 Η ελληνική πραγματικότητα σχετικά με τη φροντίδα της οικογένειας.

Κεφάλαιο 4

- 4.1 Η επίσκεψη στο σπίτι
- 4.2 Ο νοσηλευτής και το χρόνια άρρωστο άτομο
- 4.3 Καθήκοντα νοσηλευτή στη νοσηλεία στο σπίτι
- 4.4 Κλινικό περιστατικό
- 4.5 Παράδειγμα κύκλου επίσκεψης στο σπίτι
- 4.6 Μαρτυρίες νοσηλευτών βάσει των εμπειριών τους στην κοινότητα

Κεφάλαιο 5

- 5.1 Κοινοτικός νοσηλευτής και οικογενειακός προγραμματισμός
- 5.2 Ο κοινοτικός νοσηλευτής απέναντι στη μέλλουσα μητέρα
- 5.3 Πώς πρέπει η οικογένεια να αντιμετωπίζει το άρρωστο παιδί
- 5.4 Η αντιμετώπιση του παιδιού με ειδικές ανάγκες και της οικογένειάς του.
- 5.5 Νοσηλευτική συμβολή απέναντι στο πρόβλημα των ναρκωτικών
- 5.6 Πώς μπορούμε να αντισταθούμε στο κάπνισμα
- 5.6 Η στάση μας απέναντι στις οικογένειες καρκινοπαθών.

B. Ειδικό Μέρος

1. Σκοπός
2. Υλικό - μέθοδος
3. Αποτελέσματα
4. Ανάλυση συσχετίσεων
5. Συζήτηση
5. Προτάσεις
7. Περίληψη - Summary
8. Βιβλιογραφία

Παραρτήματα

- A. Ερωτηματολόγιο
- B. Διαφάνειες παρουσίασης

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Με μία πρώτη ματιά το θέμα της έρευνάς μας φαίνεται ουτοπικό. Πώς άραγε έχουμε την απαίτηση να ασκείται κοινοτική νοσηλευτική στην οικογένεια όταν είναι σχεδόν βέβαιο πως δεν ασκείται κοινοτική νοσηλευτική στην Ελλάδα;

Ωστόσο αν και η παραπάνω άποψη έχει κάποιο βαθμό αλήθειας δεν παύει να είναι απαισιόδοξη και η απαισιοδοξία δεν ταιριάζει σ' αυτούς που θέλουν να ελπίζουν σ' ένα καλύτερο μέλλον για τη νοσηλευτική.

Το έναυσμα δόθηκε όταν κατά την κλινική μας άσκηση σαν σπουδαστές επισκεφθήκαμε μία πολυμελή οικογένεια με πολλαπλά προβλήματα. Η μητέρα ήταν ανάπηρη με προβλήματα υγείας, ενώ ο πατέρας άνεργος και αλκοολικός, κάτω από αυτές τις συνθήκες τα παιδιά τους βρίσκονταν στο έλεος του Θεού. Όταν ρωτήσαμε την υπεύθυνη καθηγήτρια κατά πόσο οι νοσηλευτές του κέντρου υγείας της περιοχής έχουν τη δυνατότητα να τους βοηθήσουν η απάντηση ήταν αφοπλιστική : "Δυστυχώς, παιδιά, δεν υπάρχουν τέτοια περιθώρια, ότι μαθαίνετε για την κοινοτική νοσηλευτική βρίσκονται μόνο στα βιβλία σας".

Μέσα σ' αυτό το κλίμα ξεκινήσαμε αυτή την προσπάθεια για να δούμε σήμερα, ύστερα από 2 χρόνια από εκείνο το περιστατικό, αν άλλαξε κάτι. Αλλωστε για να ελπίζουμε σε κάτι καλύτερο πρέπει πρώτα να γνωρίσουμε την υπάρχουσα πραγματικότητα.

ΓΙΑΤΡΑ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

ΛΑΜΠΡΟΥ ΧΡΙΣΤΙΝΑ

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Από τη μελέτη της πορείας της Νοσηλευτικής διαπιστώνουμε ότι ξεκινώντας από το παραδοσιακό σύστημα όπου η φροντίδα παρεχόταν μέσα στην οικογένεια μέχρι τις μεγάλες τεχνολογικές ανακαλύψεις και προόδους του τελευταίου αιώνα η προσφορά του νοσηλευτή είναι διαχρονική. Ο ρόλος του νοσηλευτή έχει επεκταθεί και έχει αναλάβει ακόμη και καθήκοντα τα οποία παλαιότερα ανήκαν στους ιατρούς. Αυτό βέβαια έχει αποτελέσει μία παγίδα για το επάγγελμα το οποίο πρέπει να απαγκιστρωθεί από το ιατρικό θεωρητικό πλαίσιο.

Ιδιαίτερη βαρύτητα έχει δοθεί σε παγκόσμιο επίπεδο στην ανάπτυξη της κοινοτικής Νοσηλευτικής μετά το ιστορικό συνέδριο της Alma - Ata το οποίο στάθηκε ορόσημο για την αλλαγή κατεύθυνσης στην αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας. Τα επαγγέλματα υγείας άρχισαν να προσανατολίζονται στην επίτευξη του σκοπού "Υγεία για όλους το 2000". Μία νέα προσέγγιση που υιοθετήθηκε ήταν η αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας με υπηρεσίες πρόληψης της αρρώστιας για το άτομο, την οικογένεια και την κοινότητα. Θεωρώντας την οικογένεια σαν βασικό κύτταρο της κοινότητας και κορυφαίο θεσμό στην εποχή μας που πρέπει να διατηρηθεί, οι νοσηλευτές είναι ανάγκη να ασχοληθούν ιδιαίτερα μ' αυτήν. Το άτομο μέχρι πρότινος αντιμετωπιζόταν σαν προσωπικότητα μοναδική ενώ η οικογένεια σαν ένα απλό σύνολο ατόμων. Και κάθε οικογένεια όμως έχει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και χρειάζεται κατάλληλη φροντίδα. Ο ρόλος που μπορεί να παίζει ο νοσηλευτής στην προαγωγή της υγείας της οικογένειας είναι πολύ σημαντικός. Οι γονείς χρειάζονται πληροφόρηση για τη σωστή και υγιή ανατροφή των παιδιών, ενώ οι ηλικιωμένοι έχουν ανάγκη από υποστηρικτικούς μηχανισμούς μέσα στην οικογένεια και εξειδικευμένη φροντίδα. Ο νοσηλευτής έχοντας σαν όπλο τη νοσηλευτική διεργασία και αξιολογώντας σωστά τις ανάγκες μπορεί να συμβάλει έτσι ώστε όχι μόνο να θεραπεύσει αλλά και να προλάβει προβλήματα υγείας που δεν επηρεάζουν μόνο το άρρωστο μέλος, αλλά την οικογένεια στο σύνολό της. Επίσης ασκώντας εκπαιδευτικό και συμβουλευτικό ρόλο ο κοινοτικός νοσηλευτής

στοχεύει στην προαγωγή της σωματικής ψυχολογικής κοινωνικής και οικολογικής ευεξίας μέσα στην οικογένεια.

Διερευνώντας τις παρεχόμενες υπηρεσίες μπορούμε να διαπιστώσουμε πού υπάρχουν ελλείψεις στο σύστημα και να προτείνουμε τρόπους καλύτερευσης για μία ολοκληρωμένη φροντίδα της οικογένειας.

Προσπαθώντας να διατηρήσουμε τον ιερό θεσμό της οικογένειας που μέχρι σήμερα λειτουργεί αποτελεσματικά, μπορούμε να ελπίζουμε σε μία υγιή κοινωνία.

Η νοσηλευτική αλλά και όλες οι επιστήμες υγείας χρειάζεται να επικεντρωθούν περισσότερο στη μελέτη και τη φροντίδα ολόκληρης της οικογένειας για να εξασφαλίσουν και σωστή φροντίδα στο κάθε μέλος ξεχωριστά πάντοτε σε συνεργασία με την ίδια την οικογένεια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 Ορισμός της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι η αρχική και άμεση βοήθεια που παρέχεται σε κάθε άτομο της κοινότητας από υγειονομικές υπηρεσίες που βρίσκονται κοντά στο χώρο διαβίωσης του, όταν αυτό παρουσιάζει κάποιο οξύ ή χρόνιο πρόβλημα Υγείας και η εξασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας αυτής στο χώρο που ζει το άτομο.

Η Π.Φ.Υ. δίδεται από τα Κέντρα Υγείας τα οποία πρέπει να βρίσκονται σε μικρή απόσταση από το χώρο κατοικίας του ατόμου. ^{Εννοώ} Η Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας δίδεται στα επαρχιακά Νοσοκομεία, τα οποία έχουν περισσότερες ειδικότητες από τα κέντρα Υγείας και η Τριτοβάθμια φροντίδα υγείας δίδεται από τα μεγάλα κεντρικά νοσοκομεία που είναι εξοπλισμένα με όλες τις ειδικότητες και μπορούν να αντιμετωπίσουν όλα τα περιστατικά.¹

- 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 απαραίτητες εργαστηριακές και μικροβιολογικές εξετάσεις και αποφασίζει κατά πόσο το άτομο έχει ανάγκη από νοσοκομειακή περίθαλψη, οπότε το στέλνει στο ανάλογο νοσοκομείο ή του δίνονται σχετικές οδηγίες και επιστρέφει σπίτι του.¹

Για να ανταποκριθεί στον προορισμό του το Κέντρο Υγείας πρέπει να έχει κατάλληλες κτιριακές εγκαταστάσεις, ανάλογο εξοπλισμό και να είναι επανδρωμένο με κατάλληλο προσωπικό. Όλο το προσωπικό που αποτελεί την ομάδα της Π.Φ.Υ. της οποίας τα μέλη συνεργάζονται άμεσα για την επιτυχία του σκοπού του κέντρου. Η θέση της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας στο κέντρο και την Π.Φ.Υ. είναι καθοριστικής σημασίας.

Η Νοσηλευτική αποτελεί σπουδαιότατο παράγοντα στην Π.Φ.Υ.. Υπάρχουν ενδείξεις ότι στις υπηρεσίες αυτές η νοσηλευτική πρόκειται να αναλάβει πρωταρχικό ρόλο για την πρώτη επαφή της υγειονομικής υπηρεσίας με το άτομο. Αναλαμβάνει λοιπόν την απευθείας βοήθεια και

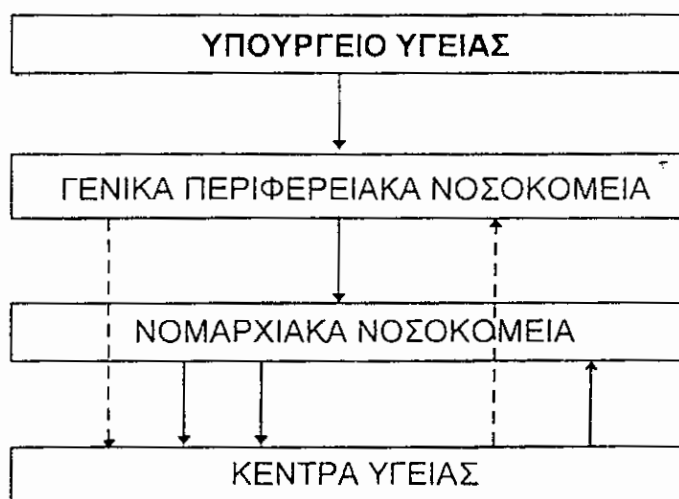
φροντίδα ενός αριθμού ατόμων της κοινότητας χωρίς να είναι αναγκασμένη να εξαρτηθεί από άλλα υγειονομικά προβλήματα.]

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας σε μια συνάντηση ομάδος εργασίας με θέμα "Τάσεις στην ανάπτυξη της Π.Φ.Υ." 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.

Το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών (ICN) σε ανακοίνωσή του σχετικά με το ρόλο της νοσηλευτικής τονίζει : "Είναι ανάγκη η Νοσηλευτική να προσαρμόσει και να διευρύνει τον ρόλο της ανάλογα με τις ανάγκες που προκύπτουν". Ακόμη επισημαίνει την σπουδαιότητα της συνεργασίας μεταξύ της Νοσηλευτικής και της ιατρικής επιστήμης με σκοπό την όσο το δυνατόν καλύτερη ανάπτυξη και πρόοδο και των δύο επιστημών.²

1.2 Η πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και τα Κέντρα Υγείας

✳ Αφού λοιπόν στην Πατρίδα μας κύτταρο και πυρήνα της ΠΦΥ αποτελεί το Κέντρο Υγείας, είναι απαραίτητο να δούμε πιο αναλυτικά την οργάνωση, στελέχωση και λειτουργία του. Στο παρακάτω σχήμα φαίνεται η οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών γενικότερα. (Σχήμα 1).



Οι υπηρεσίες υγείας κατευθύνονται από το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και λειτουργούν σε 3 επίπεδα. Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας που δίδεται από τα μεγάλα Περιφερειακά Νοσοκομεία τα οποία πρέπει να είναι εξοπλισμένα με όλες τις ειδικότητες και να δίνουν την απόλυτα εξειδικευμένη φροντίδα στα άτομα που την έχουν ανάγκη. Δευτεροβάθμια Φροντίδα υγείας που δίδεται από τα μικρότερα Νομαρχιακά νοσοκομεία που διαθέτουν όλες τις βασικές ειδικότητες, δεν έχουν όμως πλήρη εξοπλισμό για την εξειδικευμένη φροντίδα σε όλες τις περιπτώσεις. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας δίδεται από τα Κέντρα Υγείας τα οποία βρίσκονται κατά το δυνατόν κοντά στον τόπο ζωής και δραστηριότητας του ατόμου και αποτελούν τον πρώτο σταθμό για την εξυπηρέτηση των αναγκών υγείας του ατόμου της κοινότητας.² - -

- Τα Κέντρα Υγείας καλύπτουν ένα ορισμένο πληθυσμό που περικλείεται από συγκεκριμένα γεωγραφικά όρια, μια συγκεκριμένη κοινότητα. Το μέγεθος των Κέντρων Υγείας, ο εξοπλισμός και στελέχωσή τους με το απαραίτητο επιστημονικό και βοηθητικό προσωπικό είναι ανάλογο με τον πληθυσμό, τις ανάγκες του οποίου καλύπτει. Τα Κέντρα Υγείας κάθε χώρας κατανέμονται κατά τέτοιο τρόπο ώστε να εξασφαλίζουν φροντίδα σε όλο τον πληθυσμό τόσο στις αστικές όσο και στις αγροτικές περιοχές. Σε μικρές αστικές περιοχές με περιορισμένο αριθμό κατοίκων υπάρχουν συνήθως τα Πυρηνικά Κέντρα Υγείας τα οποία ανήκουν και συνεργάζονται στενά με κάποιο διευρυμένο Κέντρο Υγείας της περιοχής.¹

Τα Κέντρα Υγείας πρέπει να συνεργάζονται άμεσα τόσο με τα νοσοκομεία Δευτεροβάθμιας όσο και τα νοσοκομεία Τριτοβάθμιας Φροντίδος. Η σχέση μεταξύ των τριών διαβαθμίσεων είναι κατ' ανάγκην αμφίδρομη. Το άτομο μπορεί να σταλεί από την υγειονομική ομάδα του Κέντρου Υγείας στο μεγάλο Περιφερειακό Νοσοκομείο για μια συγκεκριμένη νοσηλεία και να επιστρέψει και πάλι στην Υγειονομική Ομάδα του Κέντρου Υγείας. Σε κάθε περίπτωση, όλες οι γραπτές πληροφορίες που αφορούν το άτομο (διαγνωστικές εξετάσεις, ιστορικό, θεραπεία που δόθηκε κ.λ.π.) το συνοδεύουν όπου χρειαστεί να μεταφερθεί. Εξασφαλίζεται έτσι η συνέχεια της φροντίδος του ατόμου και η σωστή και πλήρης ενημέρωση του υγειονομικού προσωπικού.¹

Το άτομο της κοινότητας για κάθε οξύ ή χρόνιο πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζει δεν καταφεύγει στο νοσοκομείο, αλλά στο Κέντρο Υγείας της περιοχής του. Το επιστημονικό προσωπικό του Κέντρου αξιολογεί το πρόβλημα, κάνει της απαραίτητες εργαστηριακές και κλινικές εξετάσεις και αποφασίζει κατά πόσο το άτομο έχει ανάγκη από ειδικότερη φροντίδα σε νοσοκομείο όπου και το στέλνει συνοδευόμενο από το φάκελο με τις σχετικές οδηγίες και εξετάσεις ή αφού του προσφέρει την ανάλογη φροντίδα και τις σχετικές οδηγίες το αφήνει να επιστρέφει στο σπίτι του. Μετά από σύντομη νοσηλεία στο νοσοκομείο - ανάλογα με την περίπτωση βέβαια - ο άρρωστος επιστρέφει στο σπίτι του και πάλι μέσω του Κέντρου Υγείας, του οποίου το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό αναλαμβάνει τη συνέχιση της φροντίδος για την αποκατάσταση της υγείας του. Η φροντίδα οργανώνεται με βάση τις πληροφορίες από το νοσοκομείο που νοσήλευε τον άρρωστο αλλά και την αξιολόγηση της κατάστασης του ατόμου στην επικοινωνία με την επιστημονική ομάδα.

Η προσφορά του Κέντρου Υγείας δεν περιορίζεται στην αντιμετώπιση του προβλήματος αλλά επεκτείνεται πολύ περισσότερο στην πρόληψη της αρρώστιας και την προαγωγή της υγείας των ατόμων της κοινότητας που εξυπηρετεί. Η αγωγή υγείας που γίνεται σε άτομα και ομάδες είναι συνεχής και καλύπτει όλα τα θέματα υγείας, γίνεται δε τόσο μέσα στους χώρους του Κέντρου όσο και εκτός από αυτό, σε σχολεία, εργασιακούς χώρους, χώρους άθλησης και ψυχαγωγίας ή και στο χώρο του σπιτιού. 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.¹

Το Κέντρο Υγείας είναι απαραίτητο να διαθέτει ένα χώρο υποδοχής των ατόμων, ο οποίος αποτελεί συνήθως τον κεντρικό χώρο του κτιρίου και γύρω από τον οποίο βρίσκονται όλοι οι άλλοι χώροι. Στον χώρο υποδοχής δίδονται οι πληροφορίες και από εδώ κατευθύνεται το άτομο ανάλογα με τις ανάγκες του. Οι χώροι αναμονής συνήθως είναι μικρά σαλονάκια κατάλληλα διαμορφωμένα στα οποία κάθονται τα άτομα μέχρι να εξυπηρετηθούν. Στα καλά οργανωμένα Κέντρα Υγείας, στο χώρο αυτό υπάρχει ειδικό τμήμα για τα παιδιά με ανάλογη διακόσμηση και εξοπλισμό για να απασχολούνται.

Οι αίθουσες ιατρικής εξέτασης είναι ανάλογες σε αριθμό με τις ειδικότητες που διαθέτει το Κέντρο. Το ίδιο ισχύει και για τα γραφεία ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Τα διάφορα εργαστήρια (Μικροβιολογικό, Ακτινολογικό κ.λ.π.) με τον ανάλογο εξοπλισμό τους είναι απαραίτητα για τη διάγνωση του προβλήματος υγείας των ατόμων που προσέρχονται στο Κέντρο. Η αίθουσα μικροεπεμβάσεων χρησιμοποιείται για διάφορες απλές επεμβάσεις όπως συρραφή τραύματος, τοποθέτηση γύψου, αφαίρεση ογκιδίου κ.λ.π.

Το δωμάτιο φιλοξενίας αρρώστων είναι κανονικό νοσοκομειακό δωμάτιο με ένα αριθμό κρεβατιών όπου φιλοξενούνται άρρωστοι που χρειάζονται παρακολούθηση για μερικές ώρες είτε γιατί έκαναν κάποια επέμβαση, είτε γιατί χρειάζεται να αποφασιστεί κατά πόσον ο άρρωστος μπορεί να πάει στο σπίτι του ή να σταλεί σε νοσοκομείο.

Το δωμάτιο ή ο χώρος φυσιοθεραπείας είναι πολύ χρήσιμος στο Κέντρο Υγείας διότι μπορεί το άτομο να κάνει τη φυσιοθεραπεία του χωρίς να χρειάζεται να ξοδεύει σε ιδιώτες ή να αναγκάζεται να πάει σε νοσοκομείο για το σκοπό αυτό.¹

Οι αίθουσες διδασκαλίας χρησιμοποιούνται : Για τις εκπαιδευτικές ανάγκες του επιστημονικού προσωπικού του Κέντρου Υγείας. Στους χώρους αυτούς γίνονται επιμορφωτικά σεμινάρια, ημερίδες, συναντήσεις των μελών της υγειονομικής ομάδας, συναντήσεις επιστημόνων μιας ειδικότητας, συζητήσεις προβλημάτων του πληθυσμού ή και συγκεκριμένες περιπτώσεις ατόμων με προβλήματα υγείας. Για ομαδική διδασκαλία του πληθυσμού της κοινότητας. Μπορούν να γίνουν ενημερωτικά μαθήματα σε ομάδες παιδιών ή σε ενήλικες με συγκεκριμένα προβλήματα όπως : Διαβητικοί, παχύσαρκοι, υπέρτασικοί κλπ.. Ακόμη σε ομάδα επιτόκων, εφήβων ή ενηλίκων και υπερηλίκων με συγκεκριμένα θέματα που τους αφορούν ή τους ενδιαφέρουν.¹

Τέλος σημειώνεται ότι είναι απαραίτητο να υπάρχουν χώροι βοηθητικοί, τόσο για το προσωπικό όσο και για τους επισκέπτες του Κέντρου. Η τραπεζαρία ή κάποιος χώρος αναπαύσεως για το προσωπικό του Κέντρου Υγείας είναι απαραίτητο να υπάρχει για τα διαλείμματα της εργασίας. Καλό

είναι να διατίθεται κάποια καντίνα από όπου οι επισκέπτες του Κέντρου να μπορούν να προμηθεύονται κάτι όταν το χρειάζονται.

1.3 Ομάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδος Υγείας

Οι σκοποί των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδος Υγείας (ΠΦΥ) δεν είναι δυνατό να επιτευχθούν από ένα μόνο άτομο, οποιασδήποτε ειδικότητας, όταν αυτό εργάζεται μεμονωμένα και χωρίς στενή και συνεχή επικοινωνία και συνεργασία με επιστήμονες άλλων ειδικοτήτων. Η συνειδητοποίηση του γεγονότος αυτού οδήγησε στην ανάπτυξη της ιδέας της διεπιστημονικής προσέγγισης στην αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας της κοινότητας και την ανάπτυξη και οργάνωση της Ομάδος Πρωτοβάθμιας Φροντίδος Υγείας.

Ο Βρετανικός Ιατρικός Σύλλογος (BMA) απαριθμεί τα πλεονεκτήματα της ομαδικής εργασίας στο χώρο της υγείας σε σχέση με την ατομική, τόσο για τους αποδέκτες όσο και για τους εργαζομένους. Τα πλεονεκτήματα αυτά είναι :

1. Η ποιότητα της φροντίδος που οργανώνεται και προσφέρεται από μια ομάδα επιστημόνων που συνεργάζονται είναι πολύ καλύτερη από τη φροντίδα που δίδεται από το σύνολο των ατόμων αυτών όταν εργάζονται μεμονωμένα.
2. Οι διάφορες δεξιότητες, γνώσεις, και ικανότητες των επιστημόνων που απαρτίζουν την ομάδα υγείας, χρησιμοποιούνται πιο αποδοτικά μέσα από την ομάδα.
3. Η αλληλεπίδραση των ατόμων που συνεργάζονται στην ομάδα και η μάθηση που επέρχεται με την συνεργασία τους ανεβάζει την ποιότητα της φροντίδος και ενισχύει την θέση της ομάδος στην κοινότητα.
4. Τα μέλη της ομάδος αισθάνονται μεγαλύτερη επαγγελματική ικανοποίηση με τη συμμετοχή τους στο ομαδικό έργο.
5. Τα άτομα της κοινότητας απολαμβάνουν πιο επιδέξια και περισσότερο αποτελεσματική και επιστημονική φροντίδα.
6. Η συνεργασία στην ομάδα ενισχύει την ανάπτυξη κοινών επιμορφωτικών προγραμμάτων.¹

Γενικότερα, η φροντίδα που δίδεται από μια ομάδα επιστημόνων είναι πιο αποτελεσματική και πλήρης από την κατατεμαχισμένη κατά επαγγελματικές ειδικότητες φροντίδα.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας δίδει τον πιο κάτω ορισμό για την Ομάδα Υγείας : Ομάδα Υγείας είναι ένας μη ιεραρχικός συνεταιρισμός ανθρώπων διαφορετικής επιστημονικής ειδικότητας που έχουν κοινό αντικειμενικό σκοπό την προσφορά της καλύτερης δυνατής φροντίδος υγείας στα άτομα, τις οικογένειες και την κοινότητα.³

Η ομάδα υγείας λειτουργεί και στα τρία επίπεδα υγειονομικών υπηρεσιών, την Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Στην περίπτωση των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδος Υγείας η ομάδα ονομάζεται : Ομάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδος Υγείας.

Η ΠΦΥ προσφέρεται βασικά στα Κέντρα Υγείας, αλλά και στα εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων και ασφαλιστικών οργανισμών. Επεκτείνεται όμως στο σπίτι, στο σχολείο, τους χώρους εργασίας, ψυχαγωγίας και άθλησης και οπουδήποτε ζει, σπουδάζει, εργάζεται και δραστηριοποιείται το άτομο με οποιονδήποτε τρόπο.

Η κάθε χώρα βέβαια οργανώνει τις υπηρεσίες ΠΦΥ μέσα στα πλαίσια των κατευθύνσεων του ΠΟΥ, όπως δόθηκαν στο συνέδριο της Alma Ata (1978) και ανάλογα με την πολιτική της φιλοσοφία, τις κοινωνικές και οικονομικές της συνθήκες.

Στη χώρα μας η ΠΦΥ παρέχεται κυρίως στα Κέντρα Υγείας όπως ορίζει ο νόμος 1397/83, ο οποίος ανταποκρίνεται αρκετά στην διακήρυξη της Alma, Ata, εάν βέβαια τα Κέντρα Υγείας οργανώνονται και λειτουργούν σύμφωνα με τις αποφάσεις αυτές. Διότι υπάρχει πάντα ο κίνδυνος τα Κέντρα Υγείας που δημιουργήθηκαν με σκοπό την πρόληψη και προαγωγή της υγείας, την θεραπεία, την νοσηλεία στο σπίτι και την αποκατάσταση της υγείας των ατόμων, να μετατραπούν σε απλά Πολυιατρεία, εάν δεν εφαρμοστούν τόσο ο θεσμός της νοσηλείας στο σπίτι όσο και της αγωγής υγείας.

Η Ομάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδος Υγείας έχει διάφορο μέγεθος, σύσταση και αριθμό ειδικοτήτων. Έχουμε βασικά την Πυρηνική ομάδα όπως

ονομάστηκε, που αποτελείται από γιατρούς και νοσηλευτές διαφόρων ειδικοτήτων οι οποίοι εργάζονται χρησιμοποιώντας τις ευρύτερες υπηρεσίες ενός Νοσοκομείου και προσφέρουν υπηρεσίες, σε μια συγκεκριμένη ομάδα πληθυσμού της κοινότητας.³

Η διευρυμένη Υγειονομική Ομάδα στις υπηρεσίες ΠΦΥ περικλείει και άλλες ειδικότητες εκτός από γιατρούς και νοσηλευτές με σκοπό την πληρέστερη κάλυψη των αναγκών της Κοινότητας. Το μοντέλο αυτό φαίνεται, ότι ενισχύεται και στην πατρίδα μας, σύμφωνα με το πνεύμα του νόμου 1397/83. Στη διευρυμένη αυτή ομάδα ανήκουν οι φυσιοθεραπευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, εργασιοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, διαιτολόγοι, υγειονομικοί μηχανικοί, ψυχολόγοι και πολλές άλλες ειδικότητες που ασχολούνται με θέματα υγείας και με την αντιμετώπιση προβλημάτων που προκύπτουν από την διαταραχή της υγείας των ατόμων. Οι γιατροί και οι νοσηλευτές έχουν διάφορες ειδικότητες με σκοπό την κάλυψη όλων των αναγκών που προκύπτουν.

Για να επιτύχει η ομάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδος Υγείας πρέπει κάθε επιστήμονας - μέλος της ομάδος να έχει δύο βασικά χαρακτηριστικά :

(1) Να γνωρίζει και να αποδέχεται τη φιλοσοφία, τις αρχές και τις μεθόδους της ΠΦΥ και να τις εφαρμόζει στην άσκηση της επιστήμης του.

(2) Να έχει σαφή γνώση και να αποδέχεται τις αρμοδιότητες, τις δραστηριότητες και τις υποχρεώσεις που έχει ο ίδιος αλλά και κάθε μέλος από τους επιστήμονες - μέλη της ομάδος.^{1,4}

Οι πιο πάνω προϋποθέσεις ισχύουν ιδιαίτερα για τους γιατρούς και τους νοσηλευτές στους οποίους κατά βάση στηρίζεται η λειτουργία των Κέντρων Υγείας. Σαφώς διαφαίνεται λοιπόν ότι για να υπάρχει σωστή και ομαλή ομαδική εργασία μεταξύ των επιστημόνων υγείας που αποτελούν την ομάδα ΠΦΥ είναι απαραίτητο να καθοριστούν τα καθήκοντα, οι αρμοδιότητες και ο ρόλος κάθε επιστημονικής ειδικότητας.

1.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ΠΦΥ είναι να αντιμετωπίζει τις ανάγκες της υγείας ατόμων και ομάδων όλων των ηλικιών, που ζουν κάτω από διάφορες συνθήκες και με μεγάλη ποικιλία συναφών κοινωνικών και υγειονομικών αναγκών.

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 Κ.Υ., σε κλινικές και σε άλλα υγειονομικά ιδρύματα. Αναγνωρίζοντας την πολύπλοκη φύση της σύγχρονης υγειονομικής περίθαλψης, μπορεί να απαιτηθούν εξειδικευμένες γνώσεις βασισμένες σ' αυτές τις γενικές γνώσεις.^{1,2}

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 Π.Φ.Υ.¹

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

Στην Ευρωπαϊκή διάσκεψη για το επάγγελμα του νοσηλευτή 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 ΠΦΥ. 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 αφ' ενός να μειωθούν οι ανισότητες όσον αφορά την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και αφ' ετέρου να ικανοποιηθούν 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.

Από την εξέταση άλλων θεμάτων κατά τη διάρκεια 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 κατάρτιση νοσηλευτών να αναδιοργανωθούν, να επαναπροσανατολιστούν και να ενισχυθούν με βάση την κλινική εμπειρία που αποκτήθηκε είτε στα δημόσια νοσοκομεία είτε στις ιδιωτικές κλινικές καθώς και σε οποιασδήποτε άλλες υπηρεσίες, ώστε όλοι οι νοσηλευτές υπεύθυνοι για τη γενική περίθαλψη να είναι επαρκείς σε όλους τους τομείς δραστηριότητας.^{1,2}

Η διδασκαλία πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στο πλαίσιο της βασικής κατάρτιση 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.¹

4. να επικοινωνούν 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 Π.Φ.Υ..

6. να συμμετέχουν στην έρευνα όσον αφορά την Π.Φ.Υ..

7. να ασκούν το συγκεκριμένο τους ρόλο στην Π.Φ.Υ..

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 Π.Φ.Υ. 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.¹

1.6 Η Π.Φ.Υ. ΣΤΟΝ ΚΟΣΜΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

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 σε 180 χώρες μέλη. Ο ΠΟΥ ιδρύθηκε το 1948 με μοναδικό σκοπό την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας σε παγκόσμια κλίμακα. Διαιρείται σε έξι διοικητικές περιοχές για λόγους οργανωτικούς και πρακτικούς, το δε Κεντρικό γραφείο του έχει έδρα τη Γενεύη.^{1,5}

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

Την τελευταία δεκαετία, έγινε συνείδηση σε διεθνείς και διακρατικούς οργανισμούς που ασχολούνται με την υγεία, 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 γης. Ο τότε διευθυντής του ΠΟΥ Dr. Mahler σε ομιλία του στο Τόκιο το 1986, τόνισε ότι εξακολουθούν ακόμη να υπάρχουν απαράδεκτες ανισότητες π.χ. μόνο 40% του πληθυσμού στον κόσμο έχει προσδόκιμο επιβίωσης άνω των 60 χρονών. Η μεγάλη πλειονότητα των χωρών της Αφρικής, της Ν.Α. Ασίας και της Α. Μεσογείου έχουν βρεφική θνησιμότητα μεγαλύτερη του 50 στα 1000 γεννημένα ζωντανά βρέφη.¹

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 1000 εκατομμύρια άνθρωποι στον κόσμο δεν έχουν επαρκές και υγιεινό νερό. 1500 εκατομμύρια δεν έχουν στοιχειώδεις

εγκαταστάσεις αποχέτευσης, πολλές μητέρες φέρνουν στο κόσμο τα παιδιά τους χωρίς καμμία βοήθεια και εκατομμύρια άνθρωποι δεν έχουν πρόσβαση στα στοιχειώδη μέσα περίθαλψής για την υγεία και τη διατήρησή τους στη ζωή. Αλλά μερικές ανεπτυγμένες χώρες λόγω του τεράστιου κόστους των υπηρεσιών υγείας έχουν αρχίσει να συνειδητοποιούν ότι απαιτείται μια 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.

Ο Π.Ο.Υ. διεκήρυξε στις κυβερνήσεις όλου του κόσμου μέσα στη δεκαετία του 1970 το δυναμικό σύνθημα "Υγεία για όλους το 2000".⁵

Το 1978 έγινε το ιστορικό Διεθνές Συνέδριο του Π.Ο.Υ. 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 Π.Ο.Υ. "Υγεία για όλους το 2000 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 Νοσική, παρατίθεται αυτούσια με τα 10 άρθρα της σε μετάφραση από το αγγλικό κείμενο.

1.7 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΦΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στην πατρίδα μας, αρχίζει η προσπάθεια εφαρμογής των κατευθύνσεων και οργάνωσης της Π.Φ.Υ. 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 Κ.Υ. αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες των Νοσοκομείων. Ο κλάδος της Νοσηλευτικής στην Κοινότητα έχει διεθνώς τον τίτλο "Κοινοτική Νοσηλευτική".⁶

Στην Ελλάδα μετά τη δημοσίευση του νόμου 1397/83 οι δύο νόμοι που ακολούθησαν 1597/83 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 απόφοιτους Α.Ε.Ι. και Τ.Ε.Ι.. Ο ίδιος νόμος καθορίζει 4 νοσηλευτικές ειδικότητες (Παθολογική, Χειρουργική, Παιδιατρική, Ψυχιατρική). Με τα άρθρα 12 και 13 αναφέρεται στην Π.Φ.Υ. και διευκρινίζει θέματα σχετικά με τα Κ.Υ. καθώς και ιατρικά θέματα. Συγκεκριμένη αναφορά στις νοσηλευτικές δραστηριότητες και καθήκοντα νοσηλευτών στα Κ.Υ. δεν περιλαμβάνεται.

Στη συνέχεια ο νόμος 2071/92 χωρίζει τη χώρα σε υγειονομικές περιφέρειες και τοποθετεί τα Κ.Υ. κάτω από τον έλεγχο και την κατεύθυνση των Νομαρχιών. Σύμφωνα με το νόμο αυτό τα Κ.Υ. μετατρέπονται σε αποκεντρωμένες μονάδες Π.Φ.Υ. οι οποίες δεν υπάγονται στα Νοσοκομεία όπως ο νόμος 1397/83. Ο νόμος αυτός καθορίζει τον τρόπο λειτουργίας και διοίκησης των Κ.Υ. και με τα άρθρα 28, 29, 30 καθορίζει τη λειτουργία προγράμματος κατ' οίκον νοσηλείας στα Κ.Υ.¹⁷ Με τα άρθρα 31 μέχρι 38 καθορίζει τα καθήκοντα και αρμοδιότητες 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 υπηρεσιών και θεσμοθετεί την ίδρυση ειδικού κλάδου νοσηλευτών, χωρίς όμως να προχωρεί σε λεπτομερή ρύθμιση των θεμάτων που αφορά 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.¹

Με το τελευταίο "μίνι Νομοσχέδιο 2194/94 για την Υγεία", τα Κ.Υ. επανέρχονται στα Νοσοκομεία από όπου και εξαρτώνται διοικητικά, όπως προέβλεπε αρχικά ο ιδρυτικός νόμος για την Π.Φ.Υ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 Ορισμός και σκοποί της Κοινωνικής Νοσηλευτικής.

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.^{1,8}

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 βρίσκονταν 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 της Κοινωνικής Νοσηλευτικής, αναλύει συγχρόνως συνοπτικά το περιεχόμενο και επισημαίνει τους αντικειμενικούς της σκοπούς.

"Κοινωνική Νοσηλευτική είναι η επιστημονική Νοσηλευτική εργασία που έχει επίκεντρο της φροντίδος 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".⁹

Η Κοινωνική Νοσηλευτική σύμφωνα πάντοτε με τον Καναδικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών έχει τους πιο κάτω σκοπούς :

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

Ο νοσηλευτής προκειμένου να οδηγείται σωστά στην άσκηση του έργου του πρέπει να έχει υπόψη του ένα κατανοητό και λειτουργικό ορισμό της κοινότητας, καθώς αυτή αποτελεί τον συγκεκριμένο τομέα άσκησης του έργου του κοινωνικού νοσηλευτή.¹

Κοινότητα λοιπόν είναι ομάδα ατόμων μεταξύ των οποίων υπάρχει κοινός δεσμός που τους οδηγεί σε επικοινωνία και τα οποία λειτουργούν συλλογικά σε σχέση με αυτό το κοινό ενδιαφέρον ή σκοπό.

Επομένως η κοινότητα με την γενική έννοια του όρου αποτελείται από σύνολο ατόμων που έχουν ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά. Μικρές κοινότητες που κατοικούν στο γεωγραφικό χώρο ενός μικρού χωριού έχουν σχεδόν όλα κοινά. Ζουν και εργάζονται σε πολύ περιορισμένη γεωγραφική περιοχή. Χρησιμοποιούν τις ίδιες υπηρεσίες υγείας, σχολείο, εκκλησία, καταστήματα, κοινωφελείς οργανισμούς κ.λ.π..

Άλλες μεγαλύτερες κοινότητες απλώνονται σε μεγαλύτερη έκταση, κατοικούνται από διάφορο ανομοιογενή πληθυσμό και τα άτομα που τις αποτελούν δεν έχουν πολλά κοινά ενδιαφέροντα και χαρακτηριστικά. Δυσκοιώς στοιχεία μπορούν να χαρακτηρίσουν μια κοινότητα : ο γεωγραφικός χώρος και τα κοινά ενδιαφέροντα.¹

2.2 Χαρακτηριστικά Κοινοτικής Νοσηλευτικής

Η Κοινοτική Νοσηλευτική έχει τα πιο κάτω 6 χαρακτηριστικά γνωρίσματα :

1) Είναι τμήμα και αναπόσπαστος κλάδος της Νοσηλευτικής. Οι βασικές γνώσεις και δεξιότητες που χρησιμοποιεί η Κοινοτική Νοσηλευτική είναι οι ίδιες με αυτές που χρησιμοποιεί η Νοσηλευτική Επιστήμη. Βασίζεται στη φιλοσοφία, στις αξίες και στις θεωρίες της Νοσηλευτικής και χρησιμοποιεί τις νοσηλευτικές δεξιότητες και τεχνικές από πολλές άλλες ειδικότητες.

2) Χρησιμοποίηση γνώσεων Δημόσιας Υγείας. Δανείζεται στοιχεία από την ιστορική εξέλιξη και πρόοδο της Δημόσιας Υγείας, επιδημιολογίας, στατιστικής, οργάνωση υγειονομικών υπηρεσιών, οικονομία της Υγείας.

3) Προσανατολισμός στις ανάγκες της Κοινότητας.

Ασχολείται με την ατομική και περιβαλλοντική υγεία των ομάδων και κοινοτήτων. 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 είναι και η διαφορά από τη Γενική Νοσηλευτική.

4) Δίνει έμφαση στην υγεία παρά στην αρρώστια.

Κύριος σκοπός της Νοσηλευτικής στον κλειστό χώρο του νοσοκομείου είναι η θεραπεία. Αντίθετα η Κοινοτική Νοσηλευτική σκοπεύει στη διατήρηση και προαγωγή της υγείας των ατόμων της κοινότητας και στην πρόληψη της αρρώστιας.

5) Συνεργάζεται με άλλους επιστήμονες. Η συνεργασία λοιπόν και η συνεννόηση μεταξύ των μελών της υγειονομικής ομάδας είναι απαραίτητη για την επιτυχία του σκοπού της δηλ. την προαγωγή της υγείας του κοινού.

6) Προωθεί την ενεργό συμμετοχή του κοινού.

Η ενεργός συμμετοχή του κοινού αποτελεί απαραίτητο χαρακτηριστικό, προϋπόθεση και επιδίωξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και επομένως και της Κοινοτικής Νοσηλευτικής. Δεν είναι δυνατόν να επιτύχει η προσπάθεια για την εξασφάλιση της υγείας των ατόμων μιας κοινότητας εάν τα ίδια τα άτομα δεν έχουν ενεργό και συνεχή συμμετοχή.¹

2.3 Προετοιμασία και χαρακτηριστικά του κοινοτικού νοσηλευτή

Η εκπαίδευση στην Κοινωνική Νοσηλευτική πρέπει να έχει δύο βασικούς αντικειμενικούς σκοπούς:

1. Να εξοπλίσει τον κοινοτικό νοσηλευτή με μια ευρεία βάση γνώσεων.
2. Να αναπτύξει στο νοσηλευτή δυνατότητα και δεξιότητες, για αναλυτική προσέγγιση προβλημάτων και κριτική σκέψη.

Απαραίτητες θεωρούνται οι γνώσεις και δεξιότητες τόσο από νοσηλευτικές όσο και γενικότερες μη νοσηλευτικές επιστήμες. Αυτό γίνεται περισσότερο αντιληπτό εάν ερευνησει κανείς τα προσόντα που πρέπει να διαθέτει ο νοσηλευτής προκειμένου να εργαστεί αποτελεσματικά στην κοινότητα. Ο Tigar (1980) προτείνει, ότι ο κοινοτικός νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει :

1. Βασικές νοσηλευτικές γνώσεις και δεξιότητες.
2. Γνώσεις σχετικά με την υγεία και την αρρώστια.
3. Καθαρή αντίληψη του αντικειμένου της Κοινωνικής Υγείας και Νοσηλευτικής.
4. Ικανότητα.
5. Εφαρμογή της Νοσηλευτικής Διεργασίας (Αξιολόγηση, προγραμματισμό, εφαρμογή και εκτίμηση του αποτελέσματος της φροντίδος σε άτομα και ομάδες).
6. Εφαρμογή συστήματος γραπτής επικοινωνίας, αλλά και δεξιότητες στη διανθρώπινη επικοινωνία. Δυνατότητα να διαβιβάζει το περιεχόμενο της Κοινωνικής Νοσηλευτικής στους αποδέκτες και επιστήμονες υγείας άλλων ειδικοτήτων και την κοινότητα γενικά.
7. Να προγραμματίζει, ιεραρχεί και αντιμετωπίζει τα προβλήματα κατά προτεραιότητα.
8. Να διδάσκει και καθοδηγεί άτομα και ομάδες.
9. Να λύνει προβλήματα, να παίρνει αποφάσεις, να συλλαμβάνει και να επιφέρει αλλαγές, όπου χρειάζεται.

10. Γνώση των πηγών και μέσων που διαθέτει η κοινότητα καθώς και δυνατότητα να τα χρησιμοποιεί κατάλληλα.

11. Βασικές γνώσεις υπολογισμού κόστους και ωφελιμότητας.

12. Ικανότητα συνεργασίας με τους άλλους ανθρώπους.^{1,10}

Όλες αυτές οι δυνατότητες αποκτώνται με γνώσεις από την Δημόσια Υγεία, τις ανθρωπιστικές επιστήμες, κοινωνικές επιστήμες, επιστήμες συμπεριφοράς, επιδημιολογία και νοσηλευτικές επιστήμες.

2.4 Δραστηριότητες του νοσηλευτή στην κοινότητα

1. Η πρόληψη της ασθένειας, της επιπλοκής, της αναπηρίας, του θανάτου.

Με βάση τη φυσιολογική εμφάνιση και την εξελικτική πορεία της αρρώστιας διακρίνονται 4 επίπεδα προληπτικών παρεμβάσεων. Η πρωτογενής, δευτερογενής, τριτογενής και τεταρτογενής προληπτική παρέμβαση. Στην πρωτογενή πρόληψη εντάσσονται μέτρα και προσπάθειες για τον περιορισμό ή εξάλειψη των δυσμενών παραγόντων ώστε να αποφευχθεί πιθανή επίδραση στην υγεία των εκτεθειμένων ατόμων. Στην πρωτοβάθμια πρόληψη εργάζονται πολλοί επιστημονικοί και τεχνικοί κλάδοι. Την πρώτη θέση στα μέτρα που λαμβάνονται από τους φορείς αυτούς έχει η συστηματική αγωγή υγείας. Ο σκοπός των μέτρων δεν είναι απλά η ενημέρωση αλλά η αλλαγή συμπεριφοράς σε θέματα υγείας.¹¹

Στη δευτερογενή πρόληψη παρατηρείται "εξειδίκευση". Αναζητούνται λανθάνουσες νοσηρές καταστάσεις (προκλινικές φάσεις συγκεκριμένων νόσων). Όπως είναι φυσικό το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να έχει γνώσεις όχι μόνο υγιεινής αλλά και παθολογίας, ειδικής διαγνωστικής για την ανίχνευση των νοσηρών καταστάσεων. Ακολουθεί η ασφαλής διάγνωση και έναρξη θεραπεία έγκαιρα. Αποφεύγονται έτσι μεγαλύτερες ζημιές υγείας (θάνατος, χρονιότητα, αναπηρία) αλλά και ζημιές κοινωνικοοικονομικές.

Προγράμματα Δευτεροβάθμιας πρόληψης εφαρμόζονται αρκετά και από πολλές Υπηρεσίες αλλά περιστασιακά και με το προσωπικό το οποίο υπάρχει για τις τακτικές ανάγκες της Υπηρεσίας. Όσον αφορά τους επισκέπτες - τρεις με πτυχίο νοσηλεύτη - τρία, υπάρχουν κατοχυρωμένα "καθήκοντα" αλλά δεν υπάρχουν κατάλληλες υπηρεσίες για να αναπτυχθεί πλήρως ο κλάδος της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας πρόληψης.

Στη φάση της τριτογενούς πρόληψης έχουμε να αντιμετωπίσουμε άρρωστους κλινικά οι οποίοι τίθενται υπό ιατρική και νοσηλευτική επίβλεψη και θεραπεία και απαιτούνται εξειδικευμένες γνώσεις και μέσα του κλινικού τομέα. Ακόμη και εδώ η εφαρμογή θεραπειών θεωρείται πρόληψη υπό την ευρεία έννοια π.χ. επιπλοκή αναπήρων, θανάτου, μετάδοση λοιμώδους νοσήματος κ.λ.π.. Η πρόληψη εξασφαλίζεται από τους κλινικούς μέσα στο νοσοκομείο και στο σπίτι από τον θεράποντα γιατρό και τον ειδικό νοσηλεύτη της κοινότητας του ασφαλιστικού ταμείου κ.α..¹¹

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

Οι ειδικοί νοσηλευτές που ασχολούνται σ' αυτούς τους τομείς είναι ευνόητο ότι θα πρέπει να έχουν ειδική επιμόρφωση σε θέματα πρόληψης ή να είναι πολυδύναμα στελέχη. Αυτός είναι ο λόγος που μας οδηγεί στην άποψη ότι ο κοινοτικός νοσηλευτής δεν μπορεί παρά να είναι πρώτα από όλα νοσηλευτής γενικών φροντίδων για να αποδώσει στο έργο του.

Στη φάση της τεταρτογενούς πρόληψης ή πρόληψης μετακλινικής φάσης 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 μέσων για την αντιμετώπισή τους.

Πολλοί κλάδοι εργάζονται στη φάση αυτή της αποκατάστασης. Ο νοσηλευτής αποτελεί τον συνδετικό κρίκο στην υγειονομική ομάδα¹¹ (Ρούσσος Χ. 1996).

2. Ο συμβουλευτικός ρόλος του Νοσηλευτή στην κοινότητα.

Ο νοσηλευτής - τρία 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. Με την ενεργοποίηση του συμβουλευτικού ρόλου του Νοσηλευτή και τη συμμετοχή του στην πρόληψη, αγωγή υγείας επιτυγχάνεται η ευαισθητοποίηση και συμμετοχή του κοινού σε θέματα υγείας. Ο στόχος της άσκησης του συμβουλευτικού ρόλου προσδιορίζεται γενικά σαν μια δυναμική σχέση μέριμνας και βοήθειας, στην οποία ο νοσηλευτής βοηθά το άτομο να πραγματοποιήσει και να διατηρήσει το ανώτερο δυνατό επίπεδο Υγείας.¹²

Λαμβάνοντας υπόψη ότι ο άνθρωπος είναι μια σωματική, οργανική, ψυχική, διανοητική, ηθική και κοινωνική ενότητα και ότι 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 και την Υγεία.

B) Βελτίωση της υγείας : δηλαδή η καλυτέρευση των συνθηκών διαβίωσης, της τροφής, της 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.¹²

Εύρος δράσεως του συμβουλευτικού νοσηλευτικού ρόλου στην κοινότητα.

Τα επί μέρους καθήκοντα των νοσηλευτών - τριών καθορίζονται από τις αρμόδιες αρχές μέσα στα νομικά και οργανωτικά πλαίσια των υγειονομικών υπηρεσιών. Ο συμβουλευτικός ρόλος του νοσηλευτή της Κοινότητας απαιτεί την άσκησή του 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.

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 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. Δεν παύουμε εμείς να κάνουμε κάτι για τους άλλους αλλά βοηθούμε τα άτομα να κάνουν ό,τι πρέπει για τον εαυτό τους. Κάτι βέβαια όχι πιο εύκολο. Η προσπάθεια απαιτεί περισσότερο χρόνο και κόπο σίγουρα όμως είναι παραγωγικότερη και αποτελεσματικότερη.¹³

Ο νοσηλευτής με το συμβουλευτικό του χαρακτήρα απευθύνεται :

1. Οικογένεια
2. Σχολεία (μαθητές - σύλλογος γονέων και καθηγητών)
3. Επαγγελματικοί χώροι (δημόσιες υπηρεσίες κ.α.)
4. Πολιτιστικοί και Αθλητικοί σύλλογοι.
5. Εκκλησιαστικές οργανώσεις.
6. Χώροι ψυχαγωγίας.
7. Στρατός.
8. Φυλακή.

2.6 Μέσα διενέργειας του συμβουλευτικού νοσηλευτικού ρόλου.

Πώς θα μπορέσει ο νοσηλευτής να ασκήσει συμβουλευτικό ρόλο;

Η προσέγγιση του ατόμου επιτυγχάνεται μέσω δυο 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.

Προϋποθέσεις για την πληροφόρηση - εκπαίδευση

- Άμεση διαπροσωπική σχέση.
- Άμοιβαία 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.¹³

Από τι εξαρτάται η πληροφόρηση του ατόμου;

Η πληροφόρηση λοιπόν εξαρτάται από :

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

Ο νοσηλευτής έχει ως κύρια βοηθητικά μέσα :

- προφορικό λόγο
- γραπτό λόγο
- εικόνες¹³

2.7 Αντικείμενα διδασκαλίας σε άτομο - κοινότητα

Τα αντικείμενα διδασκαλίας που μπορεί να πραγματοποιηθεί 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 χώρας (Κοζάνη Εφ. 1986).

Β. Πληθυσμιακά

- Η επικείμενη ρύπανση του φυσικού περιβάλλοντος (εδάφους, νερού, αέρα) μιας περιοχής π.χ. από κάποια βιομηχανική.
- Οι συνέπειες ενός σεισμού.

- Ο κίνδυνος πρόκλησης μιας λοιμώδους επιδημίας π.χ. από κάποιο είδος διατροφής και οι συνέπειες 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), βαριές αναπηρίες, αλκοολισμός.¹²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 Ανάλυση χαρακτηριστικά οικογένειας.

Η οικογένεια σαν βασικό κύτταρο της κοινότητας αποτελεί το θεμελιακό λίθο της κοινοτικής Νοσηλευτικής. Μέσα στην οικογένεια είναι δυνατό να ανακαλυφθούν τόσο οι αιτίες όσο και οι τρόποι αντιμετώπισης ποικίλων προβλημάτων υγείας και ένα πλήθος στρατηγικών και μέσων που θα συντελέσουν στην προαγωγή της κοινοτικής υγείας.

Οι νοσηλευτές είναι ανάγκη να αντίληφθούν τις αμοιβαίες και αλληλοεξαρτώμενες σχέσεις που συνδέουν τα άτομα με τις οικογένειές τους, τις κοινωνικές ομάδες, την κοινότητα και την κοινωνία στην οποία ανήκουν.

Οικογένεια είναι το σύνολο τα αποτελούμενο από δύο ή περισσότερα άτομα τα οποία κατοικούν στον ίδιο χώρο, έχουν κοινούς συναισθηματικούς δεσμούς, κοινούς σκοπούς και επιδιώξεις και διεκπεραιώνουν αλληλοεξαρτώμενες δραστηριότητες.

Πολλές σχετικές έρευνες απέδειξαν ότι η σύσταση και λειτουργία της οικογένειας άλλαξε δραματικά τα τελευταία χρόνια και παρουσιάζεται με πολλές και ποικίλες μορφές. Ο νοσηλευτής σήμερα αναγκάζεται να κατανοήσει και να συνεργαστεί με όλους αυτούς τους τρόπους οικογενειών και καλείται να βοηθήσει, κατά το δυνατόν, σε θέματα υγείας που αφορούν τα μέλη τους, λαμβάνοντας υπόψη και τη δική τους τοποθέτηση και αξιολόγηση.^{1,14}

Υπάρχουν όμως μερικά χαρακτηριστικά που ισχύουν για κάθε οικογένεια. Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι :

1. Κάθε οικογένεια είναι μοναδική, διαφέρει από οποιαδήποτε άλλη. Χρειάζονται λοιπόν συγκεκριμένες πληροφορίες για την κάθε οικογένεια ξεχωριστά με σκοπό να διαπιστωθούν και αντιμετωπισθούν οι δικές της ιδιαίτερες ανάγκες.

2. Κάθε οικογένεια έχει ομοιότητες, με οποιαδήποτε άλλη οικογένεια. Οι ομοιότητες αυτές είναι :

- α. Αποτελεί μια μικρή κοινωνική ομάδα.
- β. Έχει τις δικές της πεποιθήσεις και κανόνες λειτουργίας.
- γ. Έχει κάποια συγκρότηση και ιεραρχία.
- δ. Διεκπεραιώνει συγκεκριμένες δραστηριότητες.
- ε. Περνά από τα στάδια εξέλιξης της οικογένειας.

3. Μερικές οικογένειες μοιάζουν περισσότερο μεταξύ τους από άλλες. Έχουν κάποιο κοινό ιδιαίτερο χαρακτηριστικό π.χ. οικογένειες με ένα από τους γονείς + παιδί, πυρηνική οικογένεια χωρίς παιδιά, πυρηνική οικογένεια με 1 καθυστερημένο διανοητικά παιδί ή με λευχαιμία ή άλλο χρόνιο νόσημα.^{1,14}

4. Με την έμφαση που δίνεται τελευταία στο άτομο σαν προσωπικότητα μοναδική, οι επιστήμονες υγείας κάνουμε το λάθος να βλέπουμε την οικογένεια απλά σαν σύνολο ατόμων. Το λάθος αυτό οφείλεται και σε ένα δεύτερο λόγο, δηλαδή στο γεγονός ότι βλέπουμε την οικογένεια μέσω του ατόμου. Σπάνια μας απασχολεί το πώς λειτουργεί η οικογένεια σαν ένα ενιαίο σύνολο.

5. Ο νοσηλευτής, προκειμένου να βοηθήσει στην προαγωγή της Κοινωνικής Υγείας, είναι ανάγκη να αντιληφθεί τις εναλλασσόμενες και αλληλοεξαρτώμενες σχέσεις που υφίστανται μεταξύ των ατόμων, όπως αυτά λειτουργούν μέσα στην οικογένεια τους, στις διάφορες ομάδες, στην κοινότητα και στην κοινωνία στην οποία ανήκουν.

3.2 Η οικογένεια σαν ανοικτό σύστημα.

Η θεωρία των συστημάτων βλέπει την οικογένεια σαν ένα ενιαίο σύστημα με αλληλοεξαρτώμενα μέρη. Το σύστημα και τα τμήματά του αποτελούνται από αρχιτεκτονική και λειτουργική διάσταση. Η Friedman αναφέρει ότι η αρχιτεκτονική διάσταση της οικογένειας αποτελείται από την κατασκευή και

την οργάνωση των τμημάτων που την αποτελούν, τα οποία είναι τα ίδια τα μέλη της οικογένειας.

Η οικογένεια μπορεί να θεωρηθεί σαν ένα ανοικτό σύστημα από το οποίο υλικό, ενέργεια και πληροφορίες ανταλλάσσονται με το περιβάλλον. Επομένως η λειτουργικότητα της οικογένειας επηρεάζεται από ό,τι συμβαίνει στην κοινότητα. Κατ' ανάλογο τρόπο, η λειτουργικότητα του ατόμου επηρεάζεται από ό,τι συμβαίνει στην οικογένεια. Επειδή δε, η οικογένεια έχει δυναμικότητα και υφίστανται συνεχείς αλλαγές, είναι επόμενο να επιδρά στην κοινότητα και να προκαλεί ερεθίσματα και κοινωνικές αλλαγές.^{1,15}

Η θεωρία των συστημάτων δίδει μερικές πληροφορίες για το πώς λειτουργεί η οικογένεια σαν κοινωνική ομάδα. Τα χαρακτηριστικά του ανοικτού συστήματος της οικογένειας που πηγάζουν από τις διαπροσωπικές σχέσεις των μελών της, σύμφωνα με τον Helvie είναι :

1. Τα μέλη της οικογένειας είναι αλληλοεξαρτώμενα. Οι δραστηριότητες του ενός μέλους επηρεάζουν και τα άλλα μέλη.

Η αλλαγή στον τρόπο ζωής, στην συμπεριφορά ή στην κατάσταση υγείας ενός μέλους έχει επιπτώσεις και στα άλλα. Η διάγνωση του διαβήτη στον πατέρα, στην μητέρα ή στο παιδί αλλάζει τον τρόπο ζωής και λειτουργίας και μπορεί να επιδράσει στο διαιτολόγιο στην κοινωνική ζωή ή και στην οικογενειακή και οικονομική κατάσταση. Πολύ περισσότερο, θα επιδράσει κάποιο πιο δύσκολα αντιμετωπιζόμενο χρόνιο νόσημα, όπως ο καρκίνος και η κολοστομία. Γενικά, εάν ένα μέλος προσπαθεί να προσαρμοστεί στις νέες συνθήκες που του επιβάλλει το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζει, αυτό επιδρά και στα άλλα μέλη και τα καλεί επίσης να προσαρμοστούν στη νέα κατάσταση και να υποστηρίξουν το άτομο που πάσχει.¹

Η αλληλεξάρτηση των μελών της οικογένειας έχει σχέση με την επικοινωνία και τη συνοχή της. Ο τρόπος που επικοινωνούν οι γονείς μεταξύ τους επηρεάζει τα παιδιά. Όπως επίσης επηρεάζει και η συμπεριφορά τους απέναντι στα παιδιά. Οι σχέσεις γονέων και παιδιών, παιδιών μεταξύ τους και προς τους γονείς επηρεάζουν πάρα πολύ τη λειτουργικότητα της οικογένειας.

Οι σχέσεις αυτές προσδιορίζουν τον τρόπο με τον οποίο η οικογένεια θα αντιμετωπίσει μια διαφωνία, θα υποστηρίξει τα μέλη της, θα προσαρμοστεί

σε μια κρίση, θα λύσει τα καθημερινά προβλήματα και θα χρησιμοποιήσει τις πηγές και δυνατότητες που διαθέτει για κάθε άτομο το οποίο αντιμετωπίζει οξύ ή πολύ περισσότερο, χρόνιο πρόβλημα υγείας.

Από αυτήν την αλληλεξάρτηση θα προσδιοριστεί η δυνατότητα της οικογένειας να υποστηρίξει το άτομο με το χρόνιο νόσημα αλλά και η ίδια η οικογένεια σαν σύνολο ή σύστημα θα διατηρηθεί σε ισορροπία και συνοχή.¹⁵

2. Η οικογένεια αφού αποτελεί ένα σύνολο και λειτουργεί σαν σύνολο διαθέτει και διατηρεί συγκεκριμένα σύνορα.

Οι οικογενειακές σχέσεις και δεσμοί που προκύπτουν από τις κοινές εμπειρίες, προσδοκίες, συναισθήματα και ενδιαφέροντα δένουν τα μέλη της οικογένειας μεταξύ τους σε ένα σύνολο με συγκεκριμένα όρια και αποκλείουν τον υπόλοιπο κόσμο να εισχωρήσει σ' αυτά. Μεγαλύτεροι φυσικά και στενότεροι δεσμοί υπάρχουν μεταξύ των μελών της οικογένειας από ότι μεταξύ του μέλους και του γενικότερου, εκτός της οικογένειας, περιβάλλοντος.

Η οικογένεια δεν αποτελεί, βέβαια, κλειστό σύστημα, αλλά τα σύνορά της είναι ημιδιαπερατά, έτσι ώστε αφ' ενός μεν να προστατεύεται και να διατηρείται η συνοχή και η αυτονομία της και αφ' ετέρου να επιτρέπεται η επιλεκτική ανταλλαγή πληροφοριών και επικοινωνίας με το περιβάλλον. Τα σύνορα τα προσδιορίζει η κάθε οικογένεια και τα περιφρουρεί με το δικό της τρόπο.

3. Επιτρέπει επικοινωνία με το περιβάλλον και την ανταλλαγή ενέργειας και πληροφοριών.

Για να μπορεί να λειτουργήσει ομαλά η οικογένεια χρειάζεται να παίρνει από το περιβάλλον και να προσφέρεται στο περιβάλλον.

Μια οικογένεια με παιδιά χρειάζεται να εξασφαλίσει από το περιβάλλον - κοινότητα τα απαραίτητα για τη διατροφή, την κατοικία, την ενδυμασία καθώς και την υποστήριξη και τις πληροφορίες σχετικά με τη φυσιολογική ανάπτυξη και διαπαιδαγώγηση των παιδιών της. Ακόμη, χρειάζεται τις υπηρεσίες υγείας, τα εκπαιδευτικά ιδρύματα και επαγγελματικούς χώρους για την εξασφάλιση εργασίας και για την οικονομική της υποστήριξη.

Κατ' αναλογία, η οικογένεια συμβάλλει στη ζωή της κοινότητας με δραστηριότητες, όπως το επάγγελμα που προσφέρουν τα μέλη, καθώς και τη χρησιμοποίηση των προσφερομένων από την κοινότητα υπηρεσιών.

Εάν μια οικογένεια δεν χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες που προσφέρει η κοινότητα, αυτή η οικογένεια δεν έχει αρμονική επικοινωνία με το περιβάλλον, κάτι που μπορεί να την οδηγήσει σε δυσλειτουργία και να προκαλέσει προβλήματα υγείας. Απ' αυτό το χαρακτηριστικό της οικογένειας θα εξαρτηθεί και ο βαθμός συνεργασίας που θα έχει με τις υπηρεσίες υγείας και το νοσηλευτή συγκεκριμένα και συνεπώς και η βοήθεια που θα θελήσει να πάρει στην περίπτωση που αντιμετωπίζει κάποιο μέλος της οξύ ή χρόνιο νόσημα.

4. Η οικογένεια χρησιμοποιεί προσαρμοστικούς μηχανισμούς. Επειδή δεν είναι δυνατόν να παραμείνει σε κατάσταση στασιμότητας αλλά μεταβάλλεται, ανταποκρινόμενη σε εξωτερικές επιδράσεις και ερεθίσματα, αναζητεί συνεχώς προσαρμοστικούς μηχανισμούς.

Εσωτερικά η οικογένεια αλλάζει με την έλευση ενός νέου μέλους ή την αποχώρηση μετά από θάνατο ή το διαζύγιο ή και τη δημιουργία νέας οικογένειας από τα παιδιά. Οι ρόλοι και οι σχέσεις των μελών αλλάζουν ενώ αυτά αυξάνουν σε ηλικία και εμπειρίες και οι απαιτήσεις μεταβάλλονται.¹⁵

Εξωτερικά οι οικογένειες βομβαρδίζονται από ερεθίσματα προερχόμενα από διάφορες πηγές όπως το σχολείο, η εργασία, η γειτονιά, η εκκλησία, η πολιτική κ.λ.π.. Επομένως, από όλα αυτά η οικογένεια πιέζεται να προσαρμοστεί στις εκάστοτε νέες απαιτήσεις. Η προσαρμογή σε όλα αυτά μπορεί να απαιτήσει από μια οικογένεια αλλαγή στην συμπεριφορά, τους σκοπούς ακόμη και στις αξίες και πεποιθήσεις της. Όπως κάθε άλλο ανοικτό σύστημα η οικογένεια χρειάζεται μια κατάσταση ισορροπίας για να λειτουργήσει ομαλά. Μετά από οποιεσδήποτε πιέσεις, η οικογένεια προσπαθεί να επαναποκτήσει την ισορροπία και να επανέλθει στον κανονικό ρυθμό της. Μερικές φορές, η προσαρμοστική ικανότητα της οικογένειας είναι περιορισμένη με κίνδυνο να αποδιοργανωθεί.^{1,15}

Τότε ακριβώς, η οικογένεια χρειάζεται κάποια παρέμβαση, που μπορεί να προέλθει ή από τον ευρύτερο οικογενειακό περίγυρο ή από επιστημονική

βοήθεια η οποία έχει σκοπό να υποβοηθήσει στην αποκατάσταση της οικογενειακής ισορροπίας.

Ο νοσηλευτής παίζει πρωταρχικό και σημαντικό ρόλο στην υποστήριξη της οικογένειας προκειμένου να επιτύχει την επαναφορά στην ισορροπία. Η Neuman στη θεωρία της, θέτει σαν πρωταρχικό σκοπό του νοσηλευτή αυτό ακριβώς : να βοηθήσει το άτομο και την οικογένεια να διατηρούν σταθερά την ισορροπία τους μέσα στο μεταβαλλόμενο περιβάλλον, χρησιμοποιώντας τους σωστούς για την κάθε περίπτωση προσαρμοστικούς μηχανισμούς.

5. Έχει συγκεκριμένους αντικειμενικούς σκοπούς. Η οικογένεια υπάρχει και διατηρείται με σκοπό να ετοιμάσει και διατηρήσει ένα περιβάλλον το οποίο να προωθή την ανάπτυξη και πρόοδο των μελών της. Προκειμένου να επιτύχει το σκοπό αυτό η οικογένεια πρέπει να αναλάβει συγκεκριμένες δραστηριότητες για να εξασφαλίσει τη στοργή, το αίσθημα ασφάλειας, την προετοιμασία των μελών της για το ρόλο του ενήλικα και την διατήρηση της τάξης και του ελέγχου.

Κάθε μέλος της οικογένειας για το σκοπό αυτό απολαμβάνει συγκεκριμένα καθήκοντα, προκειμένου να διατηρηθεί η οικογένεια σαν ζωντανό και ενιαίο σύνολο. ^{1,15}

Τελευταία, στα ήδη υπάρχοντα χρόνια προβλήματα υγείας, σε άτομα όλων των ηλικιών, με την αύξηση του μέσου όρου ζωής που παρατηρείται και την μεγαλύτερη μακροβιότητα των ανθρώπων, προστέθηκαν και οι ηλικιωμένοι, οι οποίοι, όπως είναι φυσικό, δημιουργούν μια νέα κατάσταση στην οικογένεια, η οποία καλείται να αναλάβει την φροντίδα τους εφόσον οι ανάγκες των ατόμων αυτών χρειάζεται να αντιμετωπιστούν εκτός νοσοκομείου, όσο είναι δυνατόν.

3.3 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 ασθενείας, πόνου, έλλειψη άνεσης, ελαττώνουν σημαντικά το ενδιαφέρον για μάθηση.
- Η κατανόηση της αξίας και της χρησιμότητας των διδασκομένων για την εξυπηρέτηση του και για την ίδια του τη συμμετοχή στην υγεία τους, αυξάνει σε μεγάλο βαθμό τη μάθηση του ατόμου.

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 - οικογένεια.
- 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 κάθε φορά που διαπιστώνουμε ότι κατανόησε κάτι ή μετά την εφαρμογή του.¹⁶

3.4 Οδηγός αξιολόγησης οικογένειας.

Στο σχεδιάγραμμα παρουσιάζονται οι τέσσερις πηγές πληροφοριών που απαιτούνται για να διεκπεραιωθεί με επιτυχία μια επίσκεψη.

1. Γενικές πληροφορίες και γνώσεις που συγκεντρώνονται από τον νοσηλευτή συνέχεια τις οποίες αποκτά με την πάροδο του χρόνου και τη μελέτη. Το σύνολο των γνώσεων του νοσηλευτή που αφορούν συνήθειες, στατιστικά δεδομένα, έρευνες κλπ. και αποκτήθηκαν από προσωπική μελέτη και την εμπειρία του.

2. Πληροφορίες που συγκεντρώθηκαν πριν από την επίσκεψη, προφορικές ή γραπτές, οι οποίες σχετίζονται με τα συγκεκριμένα άτομα και την οικογένεια. Οι πληροφορίες αυτές συγκεντρώνονται από τις γραπτές πηγές που υπάρχουν στο Κέντρο Υγείας ή τις άλλες υγειονομικές υπηρεσίες, καθώς και προφορικές πληροφορίες από άλλα μέλη της υγειονομικής ομάδος που γνωρίζουν την οικογένεια.
3. Πληροφορίες που προσφέρονται κατά τη διάρκεια της επίσκεψης και τις οποίες παρέχει το ίδιο το άτομο ή συμπεραίνει ο νοσηλευτής από την επικοινωνία που είχε μαζί του και από την παρατήρηση του κάθε ατόμου και του περιβάλλοντός του, τόσο του φυσικού όσο και του ψυχοκοινωνικού.

Οι τρεις αυτές ομάδες πληροφοριών αποτελούν τη βάση της αξιολόγησης των αναγκών υγείας του ατόμου και της οικογένειας και του προγραμματισμού της νοσηλευτικής παρέμβασης κατά την επίσκεψη.

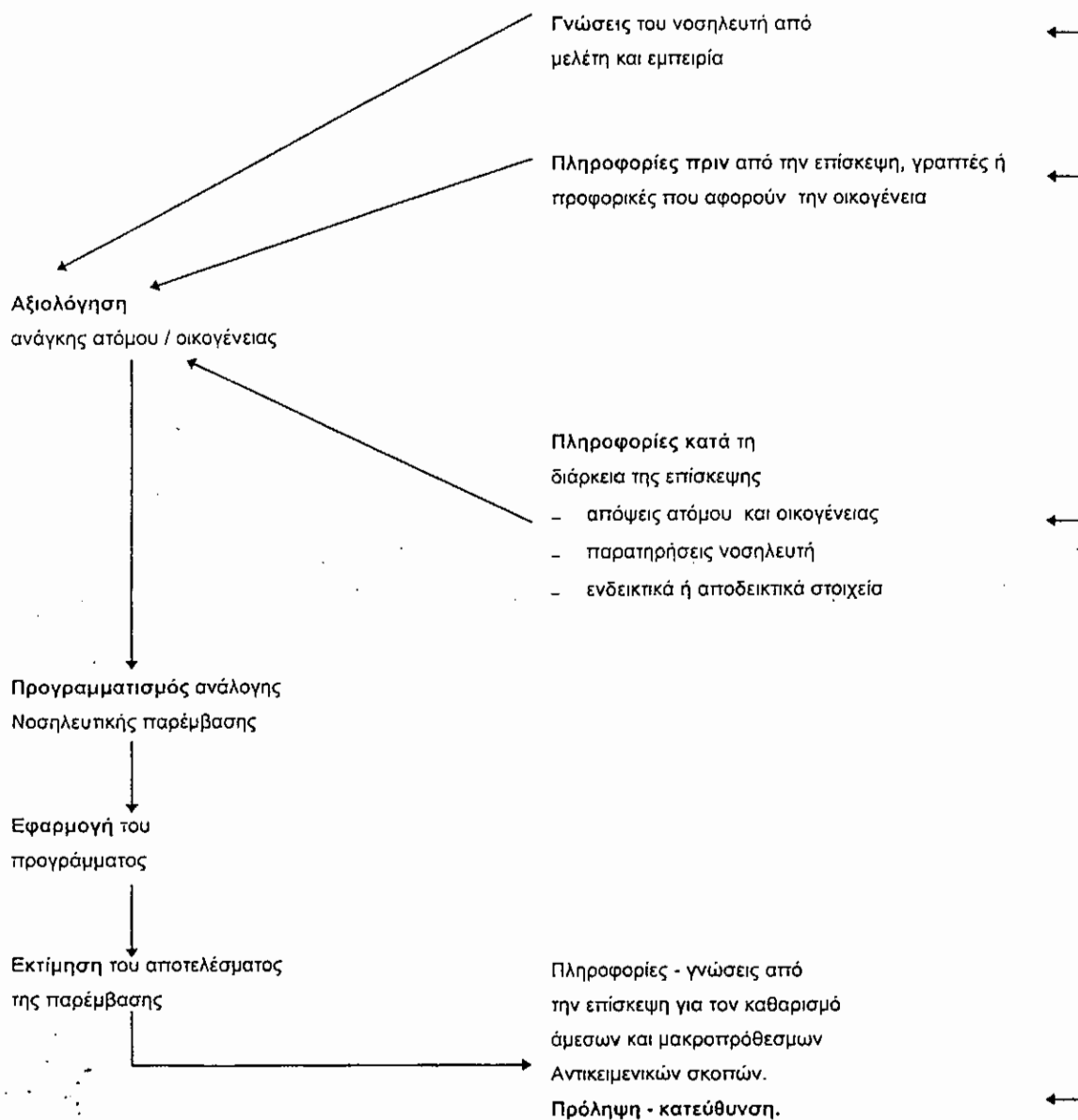
4. Η τέταρτη πηγή είναι οι πληροφορίες που προκύπτουν μετά την επίσκεψη και οι οποίες καταλήγουν σε καλύτερη γνώριμία της οικογένειας, των συνθηκών ζωής της και των συγκεκριμένων αναγκών έτσι ώστε να μπορεί να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα της συγκεκριμένης παρέμβασης.

Αυτή η αξιολόγηση θα βοηθήσει στον μελλοντικό προγραμματισμό για την επίτευξη των μακροπρόθεσμων αντικειμενικών σκοπών της νοσηλευτικής φροντίδος στην οικογένεια. Με τις πληροφορίες που προστίθενται συνέχεια από τις επόμενες επισκέψεις ο νοσηλευτής οδηγείται σε συνεχή αξιολόγηση και βελτίωση της φροντίδος που προσφέρει. Αυτός είναι ένας συνεχής κύκλος συλλογής πληροφοριών, προγραμματισμού, εφαρμογής προγράμματος και εκτίμησης του αποτελέσματος, που αποτελεί ουσιαστικά το σκελετό της Νοσηλευτικής Διεργασίας.^{1,17}

Πίνακας 4 :

Αξιολόγηση και Προγραμματισμός επίσκεψης στο σπίτι

(Robertson 1988)



3.5 Η Νοσηλευτική συμβολή στην οικογένεια

Αξιολόγηση της οικογένειας

Συλλογή πληροφοριών

Οι περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την οικογένεια συγκεντρώνονται στην επίσκεψη του νοσηλευτή στο σπίτι. Η αξιολόγηση στο σπίτι έχει πολλά πλεονεκτήματα σε σύγκριση με την επικοινωνία νοσηλευτή - ατόμου στο ΚΥ: α) Οι πληροφορίες τόσο για τη σύνθεση όσο και για τις σχέσεις της οικογένειας είναι πιο εξακριβωμένες. β) Η παρατήρηση του οικογενειακού περιβάλλοντος βοηθά τον νοσηλευτή να διαπιστώσει τόσο τα εμπόδια και τις δυσκολίες όσο και τις δυνατότητες της οικογένειας να συμβάλλει στην επίτευξη μεγαλύτερης οικογενειακής συνοχής και προαγωγή του επιπέδου της υγείας της. γ) Τα μέλη της οικογένειας αισθάνονται μεγαλύτερη ασφάλεια και ανεξαρτησία στο δικό τους περιβάλλον και γίνονται έτσι πιο επιδεκτικοί στις προτάσεις για αντιμετώπιση των αναγκών της υγείας τους.^{1,18}

Η επίσκεψη στο σπίτι περιλαμβάνει πέντε φάσεις :

1. Η πρωτοβουλία, η εισήγηση της επίσκεψης.

Ο νοσηλευτής διαπιστώνει τον τρόπο αναφοράς της οικογένειας και τον σκοπό της επίσκεψης.

2. Η προ της επίσκεψης φάση - Προετοιμασία επίσκεψης

Η τηλεφωνική επικοινωνία του νοσηλευτή με την οικογένεια πριν από την επίσκεψη είναι πολύ καλή ευκαιρία για πρώτη επαφή και συνεννόηση. Στην επικοινωνία αυτή εξηγεί ποιος είναι, τον σκοπό της επίσκεψης στο σπίτι και πώς έγινε η παραπομπή της οικογένειας (από το σχολείο, το νοσοκομείο, ή οποιοδήποτε άλλο άτομο ή υπηρεσία). Η σύντομη αυτή τηλεφωνική συζήτηση βοηθά να διευκρινισθούν ορισμένα θέματα και ενθαρρύνει την οικογένεια στη συμμετοχή της. Προγραμματίζεται τόσο ο χρόνος όσο και η σχετική διάρκεια

της επίσκεψης, έτσι ώστε να διευκολύνονται και η οικογένεια και ο νοσηλευτής. Σε περίπτωση που η οικογένεια δεν διαθέτει τηλέφωνο, ο νοσηλευτής μπορεί να χρησιμοποιήσει μια κάρτα ή ένα μικρό σημείωμα να ενημερώσει για την επίσκεψη που προγραμματίζεται. Στο σημείωμα πρέπει να υπάρχει το τηλέφωνο της υπηρεσίας για να μπορεί η οικογένεια να ενημερώσει εάν ο χρόνος που καθορίστηκε η επίσκεψη δεν είναι κατάλληλος.

Μετά από τη συνεννόηση αυτή ο νοσηλευτής θα πρέπει να μελετήσει όλες τις πληροφορίες που υπάρχουν σχετικά με την οικογένεια προφορικές ή γραπτές και από όλες τις πηγές όπως : έκθεση ιατρική, πληροφορίες συναδέλφων, σχετική έκθεση από το σχολείο ή τον εργασιακό χώρο κάποιου μέλους της οικογένειας και κάθε άλλη σχετική πληροφορία.^{1,18}

3. Επίσκεψη στο σπίτι

Ο νοσηλευτής που επισκέπτεται την οικογένεια στο σπίτι, χρειάζεται να είναι προετοιμασμένος για μια τυχόν ψυχρή ή και αρνητική αποδοχή του. Μερικές οικογένειες θεωρούν την επίσκεψη σαν παράβαση του οικογενειακού τους ασύλου από κάποιον που "έρχεται να ελέγξει" το σπίτι τους και τον τρόπο ζωής τους. Το μεγαλύτερο τμήμα της πρώτης αυτής επίσκεψης θα πρέπει να διατεθεί για γνωριμία και απλή φιλική επικοινωνία ώστε να δοθεί διαβεβαίωση στην οικογένεια ότι η επίσκεψη γίνεται από πραγματικό ενδιαφέρον και με σεβασμό προς τα μέλη της με τα οποία θέλει ειλικρινά να συνεργαστεί για την προαγωγή της δικής τους υγείας. Η συζήτηση αυτή θα βοηθήσει να μετριαστεί το άγχος και να περιοριστούν οι φραγμοί που είναι φυσικό να υπάρχουν στην πρώτη επικοινωνία.

Η επικοινωνία αυτή πρέπει να μια κυκλική διεργασία η οποία ενισχύει τα μέλη της οικογένειας να εκφράσουν μόνα τους τις επισκέψεις ή τα προβλήματά τους χωρίς να είναι αναγκασμένα να απαντούν σε συγκεκριμένες κατευθυνόμενες ερωτήσεις. Έτσι τα μέλη της οικογένειας με τον δικό τους τρόπο εκφράζουν αυτά που θέλουν δίδοντας την ευκαιρία στον νοσηλευτή να αντιληφθεί τις απόψεις και θέσεις τους σε διάφορα θέματα. Σε αυτό το στάδιο ο νοσηλευτής απλά ακούει ενεργητικά και προσεκτικά, χωρίς να σημειώνει

τίποτε με χαρτί και μολύβι για να μη παρεμποδίσει την άνεση της επικοινωνίας.

Στο τέλος της συζήτησης, ο νοσηλευτής προτείνει να επαναλάβουν περιληπτικά μαζί με την οικογένεια ό,τι συζητήθηκε και να προστεθεί ό,τι τυχόν προκύψει. Στο σημείο αυτό και αφού εξασφαλιστεί κάποια απαραίτητη σχέση επικοινωνίας, συζητείται με την οικογένεια και η χρησιμοποίηση κάποιου σκελετού ή οδηγού αξιολόγησης, ο οποίος θα καταρτιστεί και συμπληρωθεί μαζί με τα μέλη της οικογένειας.

Ένας χρήσιμος οδηγός αξιολόγησης πρέπει να περιλαμβάνει την αρχιτεκτονική και λειτουργική δομή της οικογένειας καθώς και το αναπτυξιακό της στάδιο. Η χρησιμοποίηση ενός γονογράμματος της οικογένειας είναι πολύ βοηθητική, διότι δίδει τη γραπτή, οπτική εικόνα της οικογένειας.^{1,17}

Η αρχιτεκτονική δομή της οικογένειας σημειώνεται πρώτα, ακολουθεί το αναπτυξιακό στάδιο και το ιστορικό της οικογένειας. Στη συνέχεια συγκεντρώνονται πληροφορίες σχετικά με τις δραστηριότητες της οικογένειας, τις πιέσεις που ασκούνται σ' αυτήν και τους προσαρμοστικούς μηχανισμούς που χρησιμοποιεί. Στο τέλος, τα μέλη της οικογένειας συνεργάζονται με τον νοσηλευτή στον καταρτισμό ενός πίνακα στον οποίον απαριθμούνται τόσο οι δυνατότητες της οικογένειας όσο και τα σημεία αδυναμίας που επισημάνθηκαν και χρειάζονται βελτίωση. Ο πίνακας αυτός θα χρησιμοποιηθεί σαν αρχική βάση για τον προγραμματισμό της φροντίδας της οικογένειας.

Σε όλη τη διάρκεια της αξιολόγησης λαμβάνεται υπόψη η επίδραση του συστήματος των αξιών και πεποιθήσεων στην οικογένεια. Παρόλο που τόσο οι ρόλοι όσο και οι αξίες και πεποιθήσεις στην οικογένεια μεταβάλλονται ή τροποποιούνται με την πάροδο του χρόνου ενώ τα μέλη της οικογένειας προστίθενται ή αποχωρούν από αυτήν, κατά πολύ μεγάλο ποσοστό, οι ρόλοι προσδιορίζονται από το ίδιο το σύστημα αξιών, τις πεποιθήσεις και τις συνήθειες της οικογένειας. Όλα αυτά τα συστήματα αξιών είναι εμφανή στη διαπαιδαγώγηση των παιδιών, τον τρόπο επικοινωνίας των μελών μεταξύ τους καθώς και σε πολιτικές, οικονομικές, θρησκευτικές εκδηλώσεις και τοποθετήσεις σχετικά με θέματα υγείας.^{1,18}

Όλες οι πληροφορίες είναι αδύνατον βέβαια να συγκεντρωθούν σε μια ή δυο μόνο επισκέψεις. Μετά τη δεύτερη επίσκεψη ο νοσηλευτής ίσως είναι σε θέση να διαπιστώσει τα γενικά προβλήματα και να αποφασίσει πόσο λεπτομερειακή αξιολόγηση χρειάζεται για τη διερεύνησή τους. Όλες οι επόμενες επισκέψεις θα προγραμματιστούν με τη σύμφωνη γνώμη της οικογένειας, ανάλογα με τις ανάγκες που προκύπτουν και τα μέσα που διατίθενται για την αντιμετώπισή τους. Μόλις καταρτίζεται το πρόγραμμα για επόμενη επίσκεψη αρχίζει η τελική φάση.

4. Τελική φάση

Στη φάση αυτή ο νοσηλευτής ανακεφαλαιώνει την επίσκεψη με την οικογένεια, επανατοποθετεί τον σκοπό της επίσκεψης και κρίνει κατά πόσον οι σκοποί που ετέθησαν έχουν επιτευχθεί και εάν η επίσκεψη ήταν ή όχι αποτελεσματική. Καταλήγει προγραμματίζοντας την επόμενη επικοινωνία, η οποία μπορεί και συμπεριλαμβάνει και κάποια παραπομπή σε άλλη υπηρεσία.

Τελειώνοντας την επίσκεψη πρέπει να είναι σαφείς και κατανοητές οι ενέργειες ή δραστηριότητες τις οποίες θα αναλάβει ο νοσηλευτής και η οικογένεια μέχρι την επόμενη επικοινωνία τους.

5. Μετά την επίσκεψη

Η ευθύνη του νοσηλευτή για την επίσκεψη δεν ολοκληρώνεται εάν δεν κατατεθούν γραπτά όλες οι πληροφορίες και ό,τι προέκυψε από την επικοινωνία με την οικογένεια. Η καταγραφή με βάση τα προβλήματα που διαπιστώθηκαν βοηθούν να διατηρηθεί το κέντρο της φροντίδας στην οικογένεια και να προγραμματιστούν οι συγκεκριμένες παρεμβάσεις για επίλυση και αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών.^{1,18}

3.6 Τεχνικές για Αποτελεσματική Επικοινωνία

(Δεκάλογος της Επικοινωνίας).

1. Άρχισε με ανοικτές και ανώδυνες ερωτήσεις ή κάποια ευχάριστη παρατήρηση.
1. Ενθάρρυνε το άτομο να περιγράψει (τα αισθήματά του, τον πόνο του, την αρρώστια, την εμπειρία του).
2. Δώσε πληροφορίες και σύντομες απαντήσεις σε τυχόν ερωτήσεις του.
3. Απόφευγε τις κλειστές και τις οδυνηρές, ευθείες ερωτήσεις.
4. Άκουε τον συνομιλητή ενεργητικά και όχι παθητικά. Δείχνε ότι συμμετέχεις. Λέξεις, όπως : ναι, έχετε δίκαιο, τι λέτε; αλήθεια; λοιπόν; δίνουν βεβαιότητα ότι τον παρακολουθείς.
5. Πρόσεχε και χρησιμοποίησε τις λέξεις "κλειδιά". Μπορείς να τις εκμεταλλευθείς για να ανακαλύψεις και αναλύσεις το πρόβλημα που υποπτεύεσαι.
6. Έκφρασε στο συνομιλητή σου ό,τι παρατηρήσεις (π.χ. φαίνεστε πολύ κουρασμένος, ή έχετε ανησυχία; είστε εκνευρισμένος;). Του δίνει την ευκαιρία να εκδηλωθεί περισσότερο.
7. Επανέλαβε κάτι που είπε ο συνομιλητής σου με σκοπό να βεβαιωθείς ότι το κατάλαβες σωστά (π.χ. δηλαδή μου λέτε ότι το επεισόδιο παρουσιάστηκε μετά από την έντονη συζήτηση που προηγήθηκε).
8. Χρησιμοποίησε την σιωπή για να ακούσεις χωρίς την παρεμβολή και να σκεφθείς αυτό που ακούς.
9. Εξασφάλισε συνεχή προσωπική επαφή με τον συνομιλητή σου έτσι ώστε να μπορείς να παρακολουθείς όλες τις αντιδράσεις του αλλά και εκείνος τις δικές σου.¹

4.7 Η Ελληνική Πραγματικότητα

Στην Ελλάδα δεν υπάρχει ολοκληρωμένη πολιτική για την υγεία της οικογένειας. Διάφοροι φορείς ασχολούνται με ορισμένα μέλη της οικογένειας ή ορισμένα προβλήματα της οικογένειας. Κανένας φορέας όμως δεν ασχολείται με την υγεία της οικογένειας σφαιρικά. Τον ρόλο αυτό θα μπορούσε να τον προσφέρει το υπάρχον δίκτυο των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Οι νέες τάσεις στον χώρο της υγείας όπως εκφράζονται με την πολιτική του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, "Υγεία για όλους το 2000", δίνουν έμφαση στην ευθύνη του ατόμου και της οικογένειας για την υγεία των μελών της, δηλαδή στην πρόληψη και στην προαγωγή της υγείας.

Γεγονός είναι η εφαρμογή διατομεακής πολιτικής για την υγεία που θα περιλαμβάνει όχι μόνο την παροχή υπηρεσιών υγείας αλλά και την εξάλειψη ή περιορισμό σύγχρονων κινδύνων όπως το κάπνισμα, τα ατυχήματα αλλά και την βελτίωση του επιπέδου ζωής που έχουν μεγάλη σημασία για την υγεία της οικογένειας δεν φαίνεται να υλοποιείται.

Παράλληλα η όποια αναδιοργάνωση των υπηρεσιών υγείας προς την πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, προσφέρουν μεν ένα κατάλληλο πλαίσιο άσκησης των υπηρεσιών αλλά από την μέχρι σήμερα λειτουργίας του ο θεσμός δεν φαίνεται να ξεφεύγει από το ιατροκεντρικό μοντέλο και την εικονική συμμετοχή στη λήψη των αποφάσεων και δεν προσεγγίζει τις ουσιαστικές ανάγκες της οικογένειας.^{1,10}

Η θεσμοθέτηση του οικογενειακού γιατρού με το νόμο 1397/83 και η προσπάθεια υλοποίησης του σήμερα δεν είναι σίγουρο ότι θα καλύψουν τις ανάγκες της ελληνικής οικογένειας. Και αυτό γιατί παράλληλα με τις όποιες νομοθετικές αλλαγές υπάρχουν και εξελίξεις στο κοινωνικό πεδίο.

Ιδιαίτερη σημασία αποκτούν σήμερα προβλήματα τα οποία παρουσιάζουν συγχρόνως έντονες κοινωνικές και ιατρικές πλευρές, όπως τα ναρκωτικά, το AIDS, ο οικογενειακός προγραμματισμός για την αντιμετώπιση των οποίων απαιτείται η οργανωμένη συνεργασία ιατρικών κοινωνικών και

προνοιακών υπηρεσιών. Ο οικογενειακός προγραμματισμός που είναι βασική ευθύνη της Π.Φ.Υ. δεν είναι αποκλειστικά υπηρεσία υγείας τόσο μάλλον μόνο ιατρική πράξη. Οι υπηρεσίες αγωγής υγείας είναι αμφίβολο αν αποτελούν ιατρικές υπηρεσίες τόσο μάλλον μόνο ιατρική πράξη. Ο έλεγχος εγκυμοσύνης είναι ιατρική πράξη, ωστόσο η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη δεν αποτελεί αποκλειστικά ιατρικό πρόβλημα στην πλειοψηφία των περιπτώσεων.

Κατά τα στάδια πρόληψης και αποκατάστασης των κινδύνων που αντιμετωπίζει σήμερα η οικογένεια τόσο οι αιτίες των προβλημάτων όσο και οι μέθοδοι παρέμβασης και δράσης έχουν συχνά μια ιατρική και μια κοινωνική πλευρά. Στα πλαίσια αυτά, η εφαρμογή του θεσμού οικογενειακού γιατρού χωρίς την στήριξη ενός ευρύτερου φάσματος υπηρεσιών υγείας μπορεί να λύσει προβλήματα διαχείρισης και διοίκησης και ροής των ασθενών στο σύστημα υγείας μπορεί να λύσει προβλήματα οικονομικότητας αλλά δεν θα καλύψει τις ουσιαστικές ανάγκες της ελληνικής οικογένειας.^{1,10}

Ο ορισμός για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στη διακήρυξη της Alma - Alta ορίζει ότι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα δεν είναι μόνον υπηρεσίες υγείας που βασίζονται στο τοπικό επίπεδο και στο σύστημα παραπομπής των μελών μιας κοινότητας στα επαγγέλματα υγείας, αλλά επισημαίνει ότι αντικατοπτρίζει τις οικονομικές και κοινωνικές εξελίξεις και εξελίσσεται σύμφωνα με αυτές.

Ο όποιος σχεδιασμός λοιπόν υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που αφορούν στην υγεία της οικογένειας, κυρίως στις αστικές περιοχές, θα πρέπει να λάβει σοβαρά υπόψη του την σύνθεση της οικογένειας στην Ελλάδα, το αναπτυξιακό στάδιο στο οποίο βρίσκεται, τις σχέσεις των μελών μεταξύ τους ή με το περιβάλλον τους, τις αξίες, τους θεσμούς, τα ήθη και έθιμα, τους υποστηρικτικούς μηχανισμούς τους οποίους χρησιμοποιεί και γενικότερα όποιες κοινωνικές αλλαγές λαμβάνουν χώρα στο πεδίο αυτό.^{1,10}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1 Η επίσκεψη στο σπίτι.

Απαραίτητη προϋπόθεση πριν από την αρχική επίσκεψη στο σπίτι είναι η συλλογή βασικών πληροφοριών που αφορούν την οικογένεια και τα μέλη που την αποτελούν. Η εκ των προτέρων γνώση οποιουδήποτε ειδικού προβλήματος που αντιμετωπίζει η οικογένεια, βοηθάει στην καλύτερη προετοιμασία για την διερεύνηση και αντιμετώπισή του.

Η επίσκεψη μπορεί να αφορά σε μια οικογένεια με νεογέννητο παιδί, οικογένεια με διανοητικά καθυστερημένο ή σωματικά ανάπηρο παιδί ή ένα ηλικιωμένο άτομο που ζει μόνο του. Σύμφωνα λοιπόν με τη γνώση του ειδικού προβλήματος ο νοσηλευτής δίδει συγκεκριμένες προτεραιότητες στην επίσκεψη αυτή.

Διαμορφώνει κάποιο σχέδιο προσέγγισης και προγραμματίζει τον τρόπο, με τον οποίο νομίζει ότι θα βοηθήσει την οικογένεια στην αντιμετώπιση του προβλήματος αυτού. Οι αντικειμενικοί σκοποί που τίθενται αρχικά είναι δυνατό να ανατραπούν στη συνέχεια εάν διαπιστωθεί ότι οι απόψεις των μελών της οικογένειας είναι διαφορετικές. Οι πληροφορίες που προτίθενται κατά την επίσκεψη διαφοροποιούν την εικόνα ή διευκρινίζουν σκοτεινά σημεία οφειλόμενα στην περιορισμένη πληροφόρηση.^{1,20}

Οι περισσότερες και πιο σημαντικές πληροφορίες συγκεντρώνονται κατά τη διάρκεια της επίσκεψης στο σπίτι. Οι δύο βασικές πηγές πληροφοριών είναι :

- οι απόψεις και τοποθετήσεις των μελών της οικογένειας
- οι παρατηρήσεις και εντυπώσεις του νοσηλευτή κατά τη διάρκεια της επίσκεψης.

Η νοσηλευτική φροντίδα δεν αποτελεί πια κάτι που προσφέρεται αποκλειστικά από τον νοσηλευτή στα άτομα και στην οικογένεια, αλλά κάτι που οργανώνεται και διεκπεραιώνεται σε συνεργασία με την οικογένεια. Οι απόψεις και τα αισθήματα της οικογένειας αποτελούν την βάση όπου στηρίζεται το πρόγραμμα φροντίδας. Οι πεποιθήσεις και διαθέσεις των

ατόμων δεν εξωτερικεύονται μόνο γενικά. Η Raymond περιγράφει πως μη λεκτικά μηνύματα δίδουν ουσιώδεις πληροφορίες στο νοσηλευτή της κοινότητας. Ο τρόπος που ανοίγει η πόρτα, η ενδυμασία και η γενική εμφάνιση των ατόμων, η στάση και οι κινήσεις, οι εκφράσεις του προσώπου, το βλέμμα, ο τόνος της φωνής, όλα αυτά δίδουν πληροφορίες σχετικά με το πώς αισθάνεται το άτομο αυτό και πως αντιμετωπίζει τη ζωή.^{1,14}

Ο τρόπος με τον οποίο αξιολογεί ή αντιμετωπίζει μια κατάσταση από τον νοσηλευτή επηρεάζεται αρκετά από τις προσωπικές του εμπειρίες, την εκπαίδευση και τις πεποιθήσεις του. Ακόμα η ίδια η συμπεριφορά και εμφάνιση του νοσηλευτή και ο τρόπος επικοινωνίας του δημιουργεί μια εντύπωση που επιδρά στον τρόπο σκέψης και συμπεριφοράς των ατόμων που υπηρετεί.

Μερικές πληροφορίες σχετικά με την οικογένεια, όπως π.χ. το βάρος του βρέφους ή η αρτηριακή πίεση του ατόμου αποτελούν συγκεκριμένα αντικειμενικά στοιχεία. Τέτοιες πληροφορίες γίνονται αποδεκτές από όλους με τον ίδιο τρόπο και δεν αφήνουν πολλά περιθώρια διαφοροποίησης. Υπάρχει όμως μεγάλη ποικιλία σχετικά με τον τρόπο αξιολόγησης και εκτίμησης του φυσικού περιβάλλοντος, οι οποίοι πηγάζουν από το γεγονός ότι ο νοσηλευτής είναι επισκέπτης στην οικογένεια και επομένως πρέπει να έχει κάποια διάκριση. Δεν μπορεί να παρατηρεί ελεύθερα γύρω το περιβάλλον σαν ελεγκτής, διότι έτσι παραβιάζει την ατομικότητα των ανθρώπων και την ιερότητα του οικογενειακού του χώρου.

Για την εξασφάλιση σωστής διαπροσωπικής σχέσης ατόμου / οικογένειας / νοσηλευτή απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί το να αισθάνεται το άτομο ότι είναι αποδεκτό όπως είναι και να αντιμετωπίζεται σαν ίσος προς ίσον. Αυτό αποτελεί το κλειδί για την αποδοτική συνεργασία νοσηλευτή - ατόμου και την επιτυχημένη επίσκεψη.

Παλαιότερα υπήρχε η σκέψη ότι η αιφνιδιαστική και χωρίς προηγούμενη ενημέρωση επίσκεψη του νοσηλευτή στο σπίτι είναι περισσότερο αποτελεσματική, διότι δίδει την ευκαιρία για περισσότερες πληροφορίες, αφού βλέπει την κατάσταση όπως είναι. Η άποψη αυτή όμως απορρίπτεται σήμερα, διότι σύμφωνα και με τη Συμβουλευτική Επιτροπή

νοσηλείας στο σπίτι του Royal College of Nursing ο ξαφνικός έλεγχος των ανθρώπων στο σπίτι τους χωρίς προειδοποίηση βλάπτει τη διαπροσωπική σχέση του νοσηλευτή - ατόμων και δεν ταιριάζει στο ρόλο του κοινοτικού νοσηλευτή.

Η επίσκεψη με προηγούμενη συνεννόηση που να διευκολύνει χωρίς να πιέζει και την οικογένεια είναι η καλύτερη λύση.^{1,14,20}

4.2 Ο Νοσηλευτής και το χρόνια άρρωστο άτομο.

Η ανάπτυξη της επιστήμης και της τεχνολογίας, η ανακάλυψη νέων μεθόδων θεραπείας και η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των ανθρώπων, οδήγησε στην αύξηση του αριθμού των ατόμων που ζουν για πολλά χρόνια με κάποια αναπηρία ή χρόνια νόσημα. Μερικές από τις χρόνιες αρρώστιες που συναντά ο νοσηλευτής πολύ συχνά τώρα στην κοινότητα είναι : Αρθρίτιδες, εγκεφαλικά επεισόδια με ημιπληγίες, παραπληγίες, ή τετραπληγίες, καρδιακές παθήσεις, καρκίνος σε διάφορες μορφές και εντοπίσεις, σκλήρυνση κατά πλάκας, διαβήτη και πολλές άλλες παθήσεις.

Χρόνια ονομάζεται η αρρώστια η οποία παρουσιάζει συμπτώματα και ενοχλήματα για μακρό χρονικό διάστημα, και από την οποία παρατηρείται μόνο μερική ανάρρωση. Η χρόνια αρρώστια παρουσιάζει εξάρσεις και υφέσεις καθώς και χρόνια εξελικτική επιδείνωση.^{1,21}

Η χρόνια αρρώστια δεν παρουσιάζει μόνο χρονίζοντα οργανικά ενοχλήματα αλλά και χρόνιες ψυχολογικές, κοινωνικές και πνευματικές επιπτώσεις στο άτομο που πάσχει. Οι απαιτήσεις που προκύπτουν από τις επιπτώσεις της χρόνιας αρρώστιας αποδιοργανώνουν κάθε τομέα της ζωής του ίδιου του ατόμου και της οικογένειάς του.

Το άτομο με σκλήρυνση κατά πλάκας, για να χρησιμοποιήσουμε ένα παράδειγμα χρόνιας αρρώστιας, αισθάνεται απομόνωση και μοναξιά, οι δυνατότητές του για κοινωνικές και φιλικές σχέσεις περιορίζονται, η φυσική του κατάσταση και οι δυνατότητες αυτοεξυπηρέτησης μειώνονται συνέχεια, με αποτέλεσμα να δημιουργείται μια αρνητική εικόνα και ένα αίσθημα μειονεκτικότητας στον ίδιο και στην οικογένειά του, προκαλώντας εντάσεις και

προβλήματα. Η περιορισμένη κινητικότητα, η δυσκολία στην ομιλία και η αδυναμία να ελέγξει τα πολλαπλά συμπτώματα, απομονώνουν τον πάσχοντα κοινωνικά και ιδιαίτερα από όσους δεν μπορούν να τον αποδεχθούν στη νέα του φυσική και ψυχολογική κατάσταση, με αποτέλεσμα ακόμη και να αποφεύγουν να τον επισκεφθούν.

Οι αντικειμενικοί σκοποί στην φροντίδα του ατόμου με χρόνια νόσημα αλλά και της οικογένειας είναι :

1. Η ενίσχυση της προσαρμοστικής ικανότητας του ατόμου και της οικογένειας.^{1,21}
2. Η ενθάρρυνση και παρότρυνση για δραστηριότητες που βελτιώνουν την υγεία ή τουλάχιστον την διατηρούν σε σταθερό επίπεδο.
3. Η μείωση και σωστή αντιμετώπιση του stress.
4. Αντιμετώπιση της κοπώσεως που δημιουργεί η αρρώστια στο άτομο και στο περιβάλλον του.
5. Κοινό χαρακτηριστικό γνώρισμα των ατόμων με χρόνια νόσημα ανεξάρτητα από τον χαρακτήρα και τον τρόπο αντίδρασής τους, είναι το αίσθημα της απώλειας του ελέγχου στον εαυτό τους, στην ζωή και στο περιβάλλον τους. Αισθάνονται αδύνατοι και εξαρτημένοι.

Μερικοί τρόποι για την ενίσχυση του αισθήματος ανεξαρτησίας και αυτοελέγχου είναι :¹

- Μετατροπή του περιβάλλοντος και προσαρμογή στις νέες ανάγκες. Στο περιβάλλον του σπιτιού ανάλογη προσαρμογή για την χρησιμοποίηση της αναπηρικής καρέκλας, τοποθέτηση υποστηριγμάτων στο μπάνιο, στην τουαλέτα, στους διαδρόμους. Αλλαγή της διαρρύθμισης στο υπνοδωμάτιο με σκοπό την ενίσχυση του ατόμου για αυτοφροντίδα. Εξασφάλιση βοηθητικών και υποστηρικτικών μέσων.
- Δυνατότητα να προτείνει και επιλέγει ο ίδιος τις επισκέψεις. Κατά το δυνατόν προσαρμογή της επίσκεψης του νοσηλευτή στην επιθυμία ή την προτίμηση του ατόμου. Παρά το ότι αυτό δεν είναι πάντα εύκολο για το φορτωμένο πρόγραμμα της ημέρας, κάποια ελαστικότητα είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθεί για να ενισχυθεί στο άτομο το αίσθημα ότι λαμβάνεται

υπόψη και ότι μπορεί να έχει κάποια πρωτοβουλία. Σε πολλές μικρές λεπτομέρειες της καθημερινής ζωής η οικογένεια μπορεί να βοηθήσει με ανάλογη κατανόηση δίνοντας την δυνατότητα να αποφασίσει ο ίδιος σε θέματα που τον αφορούν.

- Ενημέρωση, η γνώση είναι δύναμη. Το χρόνια άρρωστο άτομο χρειάζεται ενημέρωση σχετικά με την αρρώστια του, τη θεραπεία ή τον τρόπο αντιμετώπισης γενικότερα, έτσι ώστε να μπορεί ο ίδιος να πάρει αποφάσεις σχετικά με τον εαυτόν του και το μέλλον του. Όπου οι συνθήκες και η κατάσταση το επιτρέπει το άτομο μπορεί να είναι μόνο του υπεύθυνο για την λήψη των φαρμάκων ή για όποια άλλη νοσηλεία μπορεί να κάνει ο ίδιος. Χρειάζεται ακόμη να γνωρίζει πώς και από ποιές πηγές μπορεί να συγκεντρώνει περισσότερες πληροφορίες.
- Ενίσχυση του ατόμου να εκφράσει τα συναισθήματά του. Ιδιαίτερα σε σχέση με την αναπηρία του και τις συγκεκριμένες δυσκολίες που αντιμετωπίζει. Έτσι μπορεί να διαπιστωθούν παράγοντες που επιτείνουν τη δυσκολία του και να μελετηθούν άλλοι τρόποι αντιμετώπισης. Ο νοσηλευτής προσπαθεί συγχρόνως να ευαισθητοποιήσει σε όλα αυτά και τα άτομα που απασχολούνται με την φροντίδα, τα μέλη δηλαδή της οικογένειάς του.
- Ρεαλιστικοί αντικειμενικοί σκοποί. Το άτομο πρέπει να συμμετέχει ενεργά στον προγραμματισμό της φροντίδος και να θέτει, σε συνεργασία με το νοσηλευτή, ρεαλιστικούς αντικειμενικούς σκοπούς. Επιτυγχάνοντας ένα αντικειμενικό σκοπό, τον οποίο έθεσε το ίδιο το άτομο, όσο μηδαμινός και αν είναι, ενισχύει το αίσθημα ασφάλειας και ελέγχου. Μπορεί να είναι αυτό τόσο μικρό, όσο το να πλύνει μόνος του τα χέρια του ή να μιλήσει από το τηλέφωνο με κάποιο φίλο του. Οι σκοποί πρέπει να είναι σε σύντομο χρονικό διάστημα με άμεσο αποτέλεσμα την ικανοποίηση του ατόμου για την προσπάθειά του.
- Παρακίνηση σε δραστηριότητες που βοηθούν στην προαγωγή της υγείας μέσα στα πλαίσια βέβαια που επιτρέπει η αρρώστια. Εξασφάλιση του μέγιστου βαθμού κινητικότητας με ανάλογες ασκήσεις. Σωστή εναλλασσόμενη θέση για την αποφυγή κατακλίσεων· διαστήματα

ανάπαυσης για να μην οδηγηθεί στην υπερβολική κόπωση και διακόψει την προσπάθεια· προληπτικά μέτρα για την αποφυγή επιπλοκών· πρόληψη ατυχημάτων από πτώσεις, ή ο,τιδήποτε άλλο μπορεί να χρησιμοποιηθεί, ανάλογα με την περίπτωση, με σκοπό να διατηρείται το άτομο σε δραστηριότητα.

- Περιορισμός κάθε είδους δυσάρεστων παρενεργειών που προκύπτουν από την ίδια την αρρώστια ή το περιβάλλον. Δυσσομία προκαλείται από τραυματοκοιλότητες, παροχετεύσεις ή κολοστομίες. Οποιαδήποτε αιτία δημιουργεί στον άρρωστο τον φόβο ότι "μυρίζει άσχημα", τον κάνει να αισθάνεται πολύ μειονεκτικά. Πρέπει να λαμβάνεται κάθε πρόνοια, με τα ποικίλα μέσα που διατίθενται, να περιορίζεται η δυσάρεστη αυτή κατάσταση.
- Ενίσχυση της ελπίδος. Παρά το γεγονός ότι ο νοσηλευτής έχει καθήκον να βοηθήσει το άτομο και την οικογένειά του να αντιληφθούν και να αποδεχθούν την πραγματική κατάσταση, έχει παράλληλα και το καθήκον να διατηρεί και συντηρεί την ελπίδα. Η ελπίδα αποτελεί δυναμική πηγή για τον άνθρωπο. Ο νοσηλευτής ενισχύει θετικές σκέψεις όπως : θα προσπαθήσω, θα το καταφέρω, μπορεί να βρεθεί κάποιο άλλο φάρμακο, υπάρχουν άλλες καταστάσεις χειρότερες από τη δική μου, ο Θεός μπορεί να κάνει το θαύμα του. Τουναντίον προσπαθεί να απομακρύνει αρνητικές τοποθετήσεις όπως : "Είμαι άχρηστος", "Η ζωή μου δεν έχει κανένα νόημα" κλπ.1,21
- Η ψυχολογική και ηθική υποστήριξη του ατόμου με το χρόνιο νόσημα αποτελεί την μεγαλύτερη προσφορά στο άτομο και στην οικογένειά του.

4.3 Καθήκοντα Νοσηλευτή στη νοσηλεία στο σπίτι.

1. Να οργανώσει και εφαρμόσει υψηλής ποιότητας νοσηλευτική φροντίδα βασισμένη σε επιστημονικές θεωρητικές γνώσεις και δεξιότητες, με τον σκοπό :
- Να προσφέρει επιδέξια νοσηλευτική φροντίδα στα άρρωστα άτομα της κοινότητας.

- Να αξιολογεί τις άμεσες και μακροπρόθεσμες ανάγκες υγείας των αρρώστων και των οικογενειών τους.
 - Να προσφέρει υποστήριξη, βοήθεια και κατεύθυνση στους συγγενείς των ατόμων που συμμετέχουν στην φροντίδα.
 - Να γνωρίζει καλά και να χρησιμοποιεί αποτελεσματικά τις πηγές και τα μέσα που διαθέτει η κοινότητα για την εξασφάλιση ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδος.
 - Να είναι σε θέση να βοηθήσει στον σχεδιασμό και την εφαρμογή προγραμμάτων αποκατάστασης της υγείας των ατόμων της κοινότητας.
2. Να προσφέρει την εξειδικευμένη νοσηλευτική γνώση και συμβολή του στην εργασία όλης της ομάδος ΠΦΥ.
- Επιβλέποντας και συντονίζοντας την εργασία της νοσηλευτικής ομάδος.
 - Συνεργαζόμενος τόσο με το νοσηλευτικό προσωπικό όσο και με τα άλλα μέλη της ομάδος ΠΦΥ για να εξασφαλίσει τη συνέχεια της φροντίδος.
3. Να συμμετέχει σε εκπαιδευτικά προγράμματα σε όλους τους τομείς και ομάδες της κοινότητας.
4. Να προσφέρει γνώμη και προτάσεις σχετικά με τα νοσηλευτικά θέματα και τις προοπτικές του νοσηλευτικού έργου στην Κοινότητα.

Οι νοσηλευτές στα προγράμματα νοσηλείας στο σπίτι ασχολούνται με αναρρωνύοντες από οξέα παθολογικά νοσήματα και χειρουργικούς αρρώστους μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, και πολύ περισσότερο, με χρόνια πάσχοντες και ηλικιωμένους που παρουσιάζουν ποικιλία προβλημάτων. Εφαρμόζουν κάθε είδους νοσηλευτική φροντίδα, που δεν απαιτεί απαραίτητα ιδιαίτερο νοσοκομειακό εξοπλισμό. Ο σκοπός των νοσηλευτών είναι να διδάξουν τους συγγενείς των αρρώστων και να τους βοηθήσουν, ώστε σταδιακά να αναλάβουν να φροντίζουν με ασφάλεια τον άρρωστο. Ο ρόλος τους στην αγωγή υγείας είναι σημαντικός και οι ευκαιρίες για ατομική διδασκαλία και ενημέρωση είναι ατελείωτες.

Επειδή τα άρρωστα από χρόνια νοσήματα άτομα αποτελούν τη μεγαλύτερη ομάδα πληθυσμού που έχει ανάγκη των υπηρεσιών νοσηλείας

στο σπίτι, κρίνεται σκόπιμο να γίνει σχετική αναφορά στα άτομα αυτά καθώς και στον ρόλο του νοσηλευτή στην κάλυψη των αναγκών της υγείας τους.¹

Η σχέση που δημιουργείται μεταξύ του νοσηλευτή και των ατόμων που επισκέπτεται οπωσδήποτε επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο το άτομα συλλαμβάνουν τον ρόλο του νοσηλευτή στην κοινότητα. Ασφαλώς με τον νοσηλευτή αποκτούν σαφέστερη ιδέα του νοσηλευτικού έργου. Το να συνεργάζονται νοσηλεύτης - άτομο σε σχέση αμοιβαίας συμμετοχής και προσφοράς προϋποτίθεται ότι οι σκοποί που ετέθησαν και τα μέσα που χρησιμοποιήθηκαν είναι αμοιβαία κατανοητά και αποδεκτά. Κατά συνέπεια, εάν ο κοινοτικός νοσηλεύτης μπορέσει να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις και τις ανάγκες των ατόμων αφ' ενός με πρακτικό και συγκεκριμένο τρόπο και αφ' ετέρου να ικανοποιήσει τις ψυχοκοινωνικές και συναισθηματικές του ανάγκες, τότε είναι φυσικό αυτό να αναγνωρίζεται από το άτομο και την οικογένεια και έτσι να ενισχύεται ακόμη περισσότερο η σχέση συνεργασίας μεταξύ των δύο μερών, νοσηλευτή και οικογένειας.

Αφού μελετήθηκε γενικά το θέμα της επίσκεψης του νοσηλευτή στο σπίτι, στη συνέχεια θα αναλυθεί ο ρόλος και ο τρόπος συνεργασίας με την οικογένεια, αφού όμως πρώτα αναλυθεί ο όρος οικογένεια.

4.4 Κλινικό Περιστατικό

Η πρώτη επίσκεψη σε κυρία 58 ετών μετά από πρόσφατο πένθος, έχασε την μητέρα της πριν από 2 εβδομάδες. Σε σχήμα διαγράφεται η πορεία της επίσκεψης και ο προγραμματισμός. Ο νοσηλεύτης γνωρίζει και ενημερώνεται σχετικά με τα γενικά προβλήματα και την ψυχολογία του ατόμου που βρίσκεται στο στάδιο της κρίσεως μετά την απώλεια αγαπημένου προσώπου. Ενημερώνεται ακόμη ότι η κυρία Κ. παραιτήθηκε από την εργασία της πριν από 4 χρόνια για να φροντίσει τη μητέρα της. Με τη νοσηλευτική υπηρεσία και το Κέντρο Υγείας δεν είχαν επικοινωνία παρά μόνο 4 εβδομάδες πριν τον θάνατό της. Ζούσαν σε ένα μικρό σπιτάκι κοντά στην αγορά. Η επίσκεψη στην κα Κ. πραγματοποιήθηκε μετά από πρόταση της ίδιας σε κάρτα που εστάλη στο σπίτι της από τη νοσηλευτική υπηρεσία. Η κα Κ. παρουσιάστηκε στην πόρτα αδύνατη με γκρίζα μαλλιά και ευθυτενής και

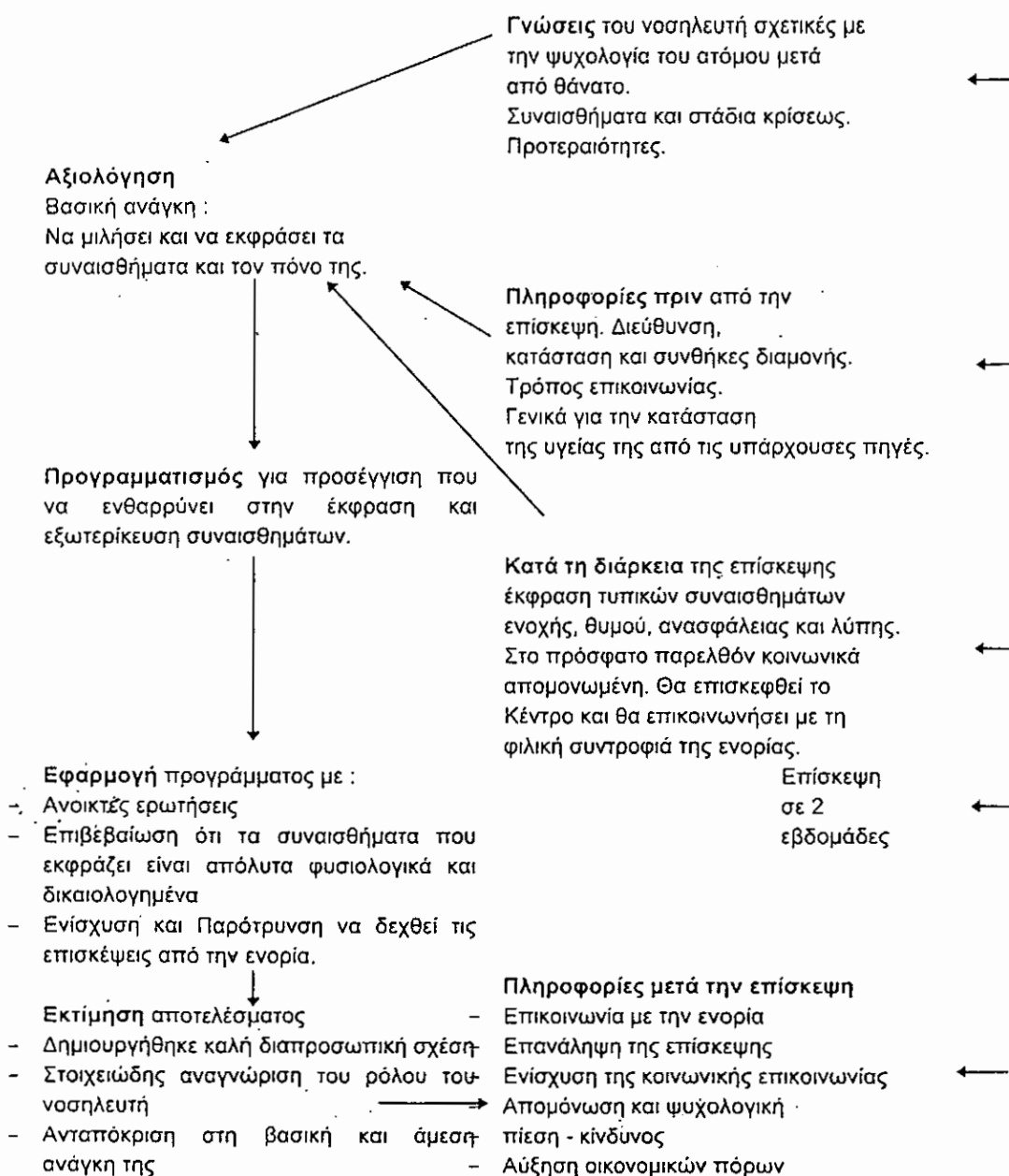
δέχθηκε με προθυμία και ευγένεια το νοσηλευτή ο οποίος κάθισε άνετα και προσπάθησε να δώσει την εντύπωση ότι έχει άνεση χρόνου για να συζητήσει μαζί της. Την ενίσχυσε να εκφράσει τα συναισθήματά της ακούγοντάς την με προθυμία και ενδιαφέρον και το πέτυχε. Ο πόνος και η ανασφάλεια που εξέφρασε είναι φυσιολογικές και τυπικές εκδηλώσεις αυτών των καταστάσεων. Ο Νοσηλευτής εξηγεί στην κα Κ. ότι είναι απόλυτα φυσιολογικά και τα αισθήματα ενοχής και θυμού που αισθάνεται και διαβεβαίωσε ότι όλες οι συζητήσεις τους είναι εμπιστευτικές. Σιγά - σιγά άρχισε να διηγείται το ιστορικό της καθώς και το πώς αισθάνεται και τι επιθυμεί. Περιέγραψε ότι η φροντίδα της μητέρας της 24 ώρες το 24ωρο την ανάγκασαν να απομονωθεί πλήρως από το περιβάλλον, διότι η μητέρα της αρνείτο κάθε εξωτερική βοήθεια, τόσο ιατρική όσο και κοινωνική. Τελικά αναγκάστηκε να αποφασίσει την εισαγωγή της στο νοσοκομείο παρά την αντίθετη γνώμη της μητέρας, όπου σύντομα κατέληξε.

Τελευταία δεν πήγαινε καθόλου στην εκκλησία. Στην πρόταση όμως του νοσηλευτή να συνδεθεί με την φιλική συντροφιά της ενορίας δεν είχε αντίρρηση. Αντίθετα δήλωσε ότι επιθυμεί να την επισκεφθούν. Ο νοσηλευτής υποσχέθηκε ότι θα επικοινωνήσει με τις κυρίες της ενορίας και θα την επισκεφθεί πάλι σε 2 εβδομάδες. Στο χρονικό αυτό διάστημα θα κάνει προσπάθειες να εξασφαλίσει για την κα Κ. κάποια οικονομική ενίσχυση και ίσως να βρει και κάποια επαγγελματική απασχόληση για την κυρία. Έδωσε το τηλέφωνό της και συνέστησε στην κυρία να τηλεφωνήσει ελεύθερα όποτε αισθανθεί την ανάγκη.

Προκειμένου να είναι επιτυχημένη και αποτελεσματική η πρώτη επικοινωνία του Κοινοτικού Νοσηλευτή με το άτομο και την οικογένεια, πρέπει να υπολογιστούν 3 βασικές προϋποθέσεις/ στόχοι : α) Να εξασφαλιστεί μια σωστή διαπροσωπική σχέση νοσηλευτή - ατόμου. β) Να γίνει σωστή και πειστική εξήγηση του ρόλου του κοινοτικού νοσηλευτή στην οικογένεια, ώστε να πεισθούν τα άτομα ότι θα έχουν χρήσιμη βοήθεια και γ) Να υπάρξει άμεση ανταπόκριση και ικανοποίηση, όσο τούτο είναι δυνατόν, της πρωταρχικής και επείγουσας ανάγκης όπως αυτή εκφράζεται από το άτομο ή την οικογένεια.^{1,22}

Ο νοσηλευτής για να εργαστεί αποτελεσματικά στο χώρο κατοικίας του ατόμου και να προσφέρει τη βοήθεια που χρειάζεται, είναι φανερό ότι πρέπει να αναπτύξει τις απαραίτητες δεξιότητες στην επικοινωνία. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την απόκτηση γνώσεων, κατευθυνόμενη άσκηση και ανάλογη συζήτηση. Η δεξιότητα όμως στην άσκηση της επικοινωνίας δεν πρέπει με κανένα τρόπο να αποπροσανατολίζει τον νοσηλευτή και να τον οδηγεί στην τυπική εφαρμογή κανόνων και τεχνικών, να τον κάνει να ξεχάσει ότι η επικοινωνία αυτή πρέπει να έχει άμεση συσχέτιση με αυτό που περιμένει το άτομο και η οικογένειά. ⁷

4.5 Παράδειγμα κύκλου επίσκεψης στο σπίτι



4.6 Μαρτυρίες νοσηλευτών βάσει των εμπειριών τους στην κοινότητα.

Σταυρούλα Κ., νοσηλεύτρια

Στην αρχή πίστευα πως όλα θα ήταν εύκολα, άλλωστε όταν ξεκινάς σ' αυτό το επάγγελμα γνωρίζοντας μόνο τη θεωρία νιώθεις παντοδύναμος. Πόσο πολύ όμως απέχει η θεωρία από την πράξη. Ξαφνικά βρέθηκα ανάμεσα σε μια οικογένεια έτοιμη να διαλυθεί. Ο πατέρας ήταν άνεργος λόγω του ότι ήταν αλκοολικός ενώ ήταν στα πρόθυρα διαζυγίου με την μητέρα των δύο ανήλικων παιδιών τα οποία δεν πήγαιναν σχολείο. Πανικοβλήθηκα πως άραγε θα μπορούσα εγώ να λύσω τόσα πολλά προβλήματα και πώς θα μπορούσα να κερδίσω την εμπιστοσύνη τους; Ως από μηχανής θεός βρέθηκε κάποια εμπειρότερη συνάδελφος και μου έδειξε το σωστό δρόμο. Ταξινόμησα τα προβλήματα και μέσα σε διάστημα 6 μηνών αποκαταστάθηκαν οι σχέσεις μεταξύ του ζευγαριού, ο πατέρας εντάχθηκε σε πρόγραμμα απεξάρτησης, τα παιδιά πήγαν ξανά σχολείο και ο πρόεδρος της κοινότητας υποσχέθηκε δουλειά στον πατέρα αφού ξεπεράσει το πρόβλημά του.

Μαρίνος Τ., νοσηλευτής

Οι γονείς βρίσκονταν σε διάσταση, ο πατέρας είχε εγκαταλείψει την οικογένειά του, ενώ η μητέρα εργαζόταν σε κακόφημο μπαρ, τα παιδιά έμεναν με την ανήμπορη γιαγιά τους που δεν είχε τους κατάλληλους πόρους να τα ζήσει. Κάτω από αυτές τις συνθήκες τα παιδιά είχαν ψυχολογικά προβλήματα. Εμείς σαν κέντρο υγείας βοηθήσαμε τη γιαγιά να πάρει κατάλληλα επιδόματα ώστε να λύσουμε τα προβλήματα ως προς το ζην και φέραμε τα παιδιά σε επικοινωνία με ψυχολόγο. Ενώ όμως αυτές οι προσπάθειές μας στέφθηκαν με επιτυχία η προσπάθεια να ξανασμίξουν οι γονείς δεν απέδωσε.

Μαρία Γ., νοσηλεύτρια

Μια μέρα στο κέντρο υγείας έφτασε ένας πατέρας πολύ στενοχωρημένος και μας ζήτησε τη γνώμη μας για την περίεργη συμπεριφορά του γιου του. Ο γιος του ήταν άριστος μαθητής, χωρίς πολλές παρέες και ποτέ δεν είχε

δημιουργήσει το παραμικρό πρόβλημα. Ύστερα από την αποτυχία του στις εξετάσεις άρχισε να ξενυχτάει μέχρι πρωΐας, ερχόταν μεθυσμένος στο σπίτι, έβριζε ενώ έκανε περίεργες πράξεις. Την προηγούμενη ημέρα είχα βρει σύριγγες στο δωμάτιό του ενώ αυτός δεν καταλάβαινε που βρισκόταν. Ο γονιός αυτός ήταν αγρότης και ήταν πολύ δύσκολο να καταλάβει πως τα ναρκωτικά είχαν φθάσει πια και στην επαρχία, πίστευε πως το παιδί ήταν άρρωστο και έκανε κρυφά κάποια θεραπεία. Προσπαθήσαμε να του εξηγήσουμε την κατάσταση, τον ρωτήσαμε αν υπήρχαν και άλλα προβλήματα στην οικογένεια τότε αυτός μας είπε πως η μητέρα του παιδιού ποτέ δεν τον δικαιολόγησε που απέτυχε στις εξετάσεις και όλο τον κατηγορούσε γι' αυτό. Με την καθοδήγησή μας και τη βοήθειά μας βοηθήσαμε το παιδί να πάει σε κέντρο απεξάρτησης ενώ με συνομιλία με την μητέρα είχε όλη την υποστήριξη που χρειαζόταν από μεριά της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1. Κοινοτικός νοσηλευτής και οικογενειακός προγραμματισμός

Ο οικογενειακός προγραμματισμός αποτελεί ουσιαστικό τομέα της κοινοτικής νοσηλευτικής και αποσκοπεί στο να καταστήσει την ανθρώπινη αναπαραγωγικότητα συνειδητή και υπεύθυνη, προστατεύοντας το ζευγάρι από ανεπιθύμητη, πρώιμη και νοσηρή γονιμότητα. Πιο συγκεκριμένα στόχος του προγράμματος είναι η πρόκληση επιθυμητών γεννήσεων, η ρύθμιση των διαστημάτων μεταξύ των κυήσεων, έλεγχος του χρόνου των γεννήσεων σε σχέση με την ηλικία των γονιών, ο καθορισμός του αριθμού των παιδιών στην οικογένεια και η γέννηση υγιών παιδιών.^{23, 24, 25}

Η ομάδα που ασκεί οικογενειακό προγραμματισμό αποτελείται από : α) προσωπικό επαγγελματιών υγείας ιατρούς, νοσηλευτές, μαίες και β) προσωπικό κοινωνικών επαγγελματιών κοινωνιολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί κ.ά.

Η διαφώτιση απευθύνεται σε όλο τον πληθυσμό, ιδιαίτερη όμως έμφαση πρέπει να δοθεί στην ενημέρωση των νέων, όπου τα προβλήματα που σχετίζονται με την γενετήσια σφαίρα παρουσιάζονται οξυμένα, λόγω της άγνοιάς του η οποία έχει ως αποτέλεσμα : πρώιμη έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας, περιστασιακές σχέσεις, ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες οι οποίες δυστυχώς πολύ συχνά οδηγούν στην λανθασμένη λύση της έκτρωσης.²³

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στοχεύει :

- στην ενημέρωση για τις αντικειμενικά παραδεκτές βιολογικές αλήθειες για τα θέματα οικογενειακού προγραμματισμού και τις διαφορές των δύο φύλων, που είναι θέματα για τα οποία ο έφηβος δέχεται από το περιβάλλον του ποικίλα αντιφατικά μηνύματα.
- στην ενημέρωση για την κοινωνική πραγματικότητα τα ιδεώδη της κοινωνίας νομικά, θρησκευτικά, ηθικά. Η επισήμανση αυτή βοηθά σε μία ολοκληρωμένη αντιμετώπιση της ζωής.

- στην ενημέρωση για τα όρια της κοινωνικής ανοχής σε συμπεριφορές αντίθετες προς τα γενικά αποδεκτά ιδεώδη, το νομικό καθεστώς και τον άγραφο κοινωνικό νόμο.

Έτσι οι νέοι αποκτούν μία συμπεριφορά ανάλογα με τις ανάγκες τους χωρίς όμως να εκτίθενται σε απογοητεύσεις και τραυματικές εμπειρίες.

Η πληροφόρηση βέβαια όσο εμπειριστατωμένη και αν είναι δεν πρόκειται ούτε να λύσει όλες τις απορίες των νέων, ούτε να καταργήσει τις συγκρούσεις, τις ανασφάλειες και τη διερεύνηση. Μπορεί ωστόσο να διευκολύνει τους νέους να βρίσκουν λύσεις στα προβλήματα που συναντούν.²⁵

Πιο συγκεκριμένα ο ρόλος του νοσηλευτή απέναντι στο πρόγραμμα οικογενειακού προγραμματισμού μπορεί να συνοψισθεί στα ακόλουθα :

- ευαισθητοποίηση, διαφώτιση και πληροφόρηση του κοινού.
- ανίχνευση και αντιμετώπιση του συγκεκριμένου προβλήματος του επισκέπτη.
- αντιμετώπιση διαταραχών της σεξουαλικής λειτουργικότητας.
- ανίχνευση κληρονομικών νοσημάτων και γενικά ασθενειών που δεν εξασφαλίζουν υγιείς απογόνους.
- συμβουλευτική γάμου.
- ανίχνευση κακοηθειών.
- αντιμετώπιση προβλημάτων υιοθεσίας.

Ο κοινοτικός, λοιπόν, νοσηλευτής μεριμνά παρέχοντας πληροφορίες σχετικά με την ανατομία και λειτουργία του γεννητικού συστήματος, τις διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα, την γονιμοποίηση, την εγκυμοσύνη, την ανάπτυξη του εμβρύου, τον τοκετό και τον θηλασμό, τον έλεγχο των γεννήσεων, τέλος την πρόληψη και θεραπεία των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.²³

Κάθε άνθρωπος "μεταφέρει" έξι έως οκτώ κληρονομικά νοσήματα. Το γεγονός αυτό αποτελεί βαριά κληρονομιά και γι' αυτό είναι υποχρέωση του κάθε υπεύθυνου κοινωνικά ζευγαριού να ζητήσει την κατάλληλη γενετική συμβουλή για την πρόληψη εμφάνισεως κάποιου νοσήματος στα παιδιά του.

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας και όλης της ομάδας υγείας είναι καθοριστικός. Ο ρόλος τους επικεντρώνεται : α) στο να δώσουν τις κατάλληλες γενετικές συμβουλές σε κάθε ζευγάρι που προγραμματίζει το σχηματισμό οικογένειας και β) να ενημερώσουν το ζευγάρι για τους παράγοντες εκείνους που επιδρούν στη γέννηση υγιών παιδιών.

Η επαφή με το ζευγάρι γίνεται μέσα σε κλίμα ηρεμίας, ειλικρίνειας, κατανόησης με απόλυτο σεβασμό στην προσωπικότητα των ατόμων. Ο διάλογος γίνεται με λόγο απλό και με σαφήνεια ώστε να γίνουν τα επίκαιρα σημεία κατανοητά από το ζευγάρι. Τα σημαντικότερα σημεία που πρέπει να τονισθούν με σκοπό την πρόληψη των κληρονομικών νοσημάτων πριν τη σύλληψη είναι :

1) Ιδανική ηλικία αναπαραγωγής. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η ηλικία της μητέρας και του πατέρα κατά τη σύλληψη παίζουν ρόλο στη διανοητική καθυστέρηση των παιδιών τους. Οι ηλικίες 20-30 ετών στη γυναίκα και 25-33 στον άνδρα θεωρούνται ιδανικές για τεκνοποίηση.^{25,26}

2) Υγεία και προγραμματισμός οικογένειας. Κατά τη διάρκεια της κύησης το ζευγάρι πρέπει να παίρνει διάφορα μέτρα υγιεινής (αποφυγή φαρμάκων, καπνίσματος, οίνοπνεύματος). Η παρακολούθηση πρέπει να γίνεται σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης για την έγκαιρη διάγνωση κάποιας ανωμαλίας και την αποφυγή των συνεπειών της.

3) Έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση των καταστάσεων με "αυξημένο κίνδυνο". Πριν από τον προγραμματισμό των παιδιών πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα κληρονομικά στοιχεία της οικογένειας. Κληρονομικά νοσήματα, διαμαρτυρίες της διαπλάσεως, διανοητική καθυστέρηση σε συγγενείς του ζευγαριού, προηγούμενες εγκυμοσύνες που διακόπηκαν με αποβολή, νεκρά έμβρυα ή ανώμαλα ή παθολογικά παιδιά πρέπει να οδηγούν τα ζευγάρια για γενετική καθοδήγηση πριν τη νέα σύλληψη. Γυναικολογικές παθήσεις της μητέρας πρέπει να συζητηθούν, καθώς και οποιαδήποτε χρόνια πάθηση όπως διαβήτης ή υπέρταση. Προσοχή πρέπει να δοθεί σε προηγούμενες λοιμώξεις και σε κάθε φάρμακο που παίρνει η μέλλουσα μητέρα. Στη χώρα μας η μεγάλη επίπτωση της μεσογειακής αναιμίας οδηγεί όλη την ομάδα υγείας πρώτα απ' όλα να κάνει σχολαστικό έλεγχο των μελλοντικών γονέων

έστω και αν το κληρονομικό τους είναι ελεύθερο. Επίσης πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στις RHESUS (-) μητέρες η συμβατότητα RH για την πρόληψη των συνεπειών της στο έμβρυο.

4) Γενετική καθοδήγηση. Είναι από τα πιο σπουδαία μέσα πρόληψης των κληρονομικών νοσημάτων. Ως γενετική καθοδήγηση εννοείται η επιστημονική συμβουλή που δίνεται σε οικογένειες ή άτομα με κληρονομικά προβλήματα. Η συμβουλή αυτή αφορά τόσο τη γενετική όσο και την ιατρική και κοινωνική πρόγνωση. Η σχέση μεταξύ του "συμβουλευόμενου" και του "συμβούλου" είναι διαφορετική από τη συνηθισμένη σχέση μεταξύ αρρώστου και ειδικού. Έτσι ο "συμβουλευόμενος" δεν είναι άρρωστος με την έννοια ότι αυτός ο ίδιος δεν πάσχει. Επιπλέον οι αποφάσεις του έχουν αντίκτυπο όχι μόνο στον εαυτό του αλλά και στα παιδιά του, στα μέλη της οικογένειάς του, ακόμα και στη κοινότητα που ζει. Η συμβουλή που δίνεται από το σύμβουλο - νοσηλεύτρια, έχει την μορφή της επεξήγησης διαφόρων πιθανοτήτων, δυνατοτήτων, και λύσεων, σε αντίθεση με τις συνηθισμένες εντολές που δίνονται από τον ειδικό στον άρρωστο. Για το λόγο αυτό πρέπει και είναι αναγκαίο οι επεξηγήσεις να δίνονται σε μια ορολογία που ο συμβουλευόμενος θα καταλάβει και πρέπει να είμαστε σίγουροι ότι κατάλαβε.^{23,25}

Με τις γνώσεις που έχουμε σήμερα, το ποσοστό των ατόμων που θα μπορούσαν να βοηθήσουν με τη γενετική καθοδήγηση δεν είναι ασήμαντο. Τουλάχιστον 4% των παιδιών που γεννιούνται πάσχουν από γενετική διαταραχή και θα μπορούσαν να βοηθήσουν από τη γενετική συμβουλή.

Η πείρα δείχνει ότι το 90% των ατόμων που ζητούν γενετική συμβουλή είναι από ζευγάρια που έχουν ήδη ένα παιδί που πάσχει από μια διαταραχή και φοβούνται ότι υπάρχει σημαντικός κίνδυνος υποτροπής αν αποκτήσουν κι άλλο παιδί. Από τους υπόλοιπους το μεγαλύτερο ποσοστό αφορά άτομα με κάποια ανωμαλία που φοβούνται ότι μπορεί να τη μεταβιβάσουν, και άτομα που ανησυχούν ότι κάτι από το οικογενειακό τους ιστορικό μπορεί να είναι επικίνδυνο για τα παιδιά τους.²⁶

Συνέχεια της γενετικής καθοδήγησης είναι τα διάφορα μέτρα που χρησιμοποιούνται για να διαγνωσθεί η παρουσία των κληρονομικών νοσημάτων κατά τη διάρκεια της ενδομήτριας ζωής. Τέτοιοι μέθοδοι είναι η

αμνιοπαρακέντηση ή η εμβρυοσκόπηση που βοηθά να διαπιστωθεί αν το έμβρυο πάσχει από μεσογειακή αναιμία.

Δυστυχώς λίγα είναι τα κληρονομικά νοσήματα που μπορούν να αντιμετωπισθούν συντηρητικά. Για τα περισσότερα η επιστήμη βρίσκεται σε αδυναμία παροχής ουσιαστικής θεραπευτικής βοήθειας. Γι' αυτό σήμερα η κυριότερη βοήθεια που μπορούμε να προσφέρουμε είναι μέσω της γενετικής καθοδήγησης και των άλλων προληπτικών μέτρων που ανέφερα. Με αυτόν τον τρόπο ολοκληρώνεται και ο βασικός σκοπός του οικογενειακού προγραμματισμού : πρόληψη κληρονομικών νοσημάτων - γέννηση υγιών παιδιών.

5.2 Ο κοινοτικός νοσηλευτής απέναντι στη μέλλουσα μητέρα

Η μέλλουσα μητέρα είναι ανάγκη να διδαχθεί από την αρχή της κύησης ό,τι αφορά τη φυσιολογική ή μη εξέλιξη της κύησης, καθώς και τα προβλήματα που προκύπτουν από αυτή, ώστε να είναι σε θέση να διακρίνει εγκαίρως συμπτώματα ή σημεία προειδοποιητικά μίας παθολογικής κατάστασης. Με αυτό τον τρόπο είναι δυνατό να προληφθούν ή τουλάχιστον να μειωθούν δυσάρεστες καταστάσεις οι οποίες είναι πιθανόν να έχουν επιπτώσεις στην ίδια και στο νεογνό.

Έτσι η νοσηλεύτρια με γνώμονα την ηλικία και το πνευματικό επίπεδο της μητέρας επισημαίνει τους κινδύνους που απειλούν την κύηση. Αυτοί είναι :

- 1) ασθένειες όπως η ερυθρά, η παρωτίτιδα, η γρίπη της εγκύου από τα άτομα που πάσχουν.
- 2) φάρμακα. Η χρήση τους απαγορεύεται εκτός και αν δίνονται κατόπιν ιατρικής γνωμάτευσης. Και στη περίπτωση όμως αυτή πρέπει να χρησιμοποιούνται με φειδώ.
- 3) ακτινοβολίες. Η υποβολή της εγκύου σε ακτινοβολίες ιδίως κατά τους τρεις πρώτους μήνες της κύησης είναι επικίνδυνη για το έμβρυο. Επιβάλλεται η αποφυγή και χρήση ακτινοβολιών τόσο για διαγνωστικούς όσο και για θεραπευτικούς λόγους.

- 4) παράγοντας RH. Είναι μια αιτία που μπορεί να προκαλέσει αναπτυξιακές ανωμαλίες στο παιδί.
- 5) τραύματα. Οι τραυματισμοί στην κοιλιακή χώρα της εγκύου είναι δυνατό να προκαλέσουν μηχανικά τραύματα στο έμβρυο. Γι' αυτό η κοιλιακή χώρα της εγκύου πρέπει να θεωρείται εύθικτη και να περιβάλλεται με ιδιαίτερη φροντίδα.
- 6) ηλικία της μητέρας. Είναι καθοριστικός παράγοντας για την ομαλή ανάπτυξη του εμβρύου.
- 7) διατροφή. Είναι καθοριστικός παράγοντας. Η μέλλουσα μητέρα πρέπει να ακολουθεί ένα πλούσιο και ισορροπημένο διαιτολόγιο. Τα παιδιά αυτών των μητέρων δείχνουν μεγαλύτερη αντοχή στα κρυολογήματα, στις βρογχίτιδες, ενώ τα παιδιά των μητέρων που υποσιτίζονται παρουσιάζουν πολλά προβλήματα.
- 8) Κάπνισμα - οινόπνευματώδη. Το κάπνισμα συνδέεται με μειωμένο βάρος του κυήματος και πρόωρο τοκετό. Η αλκοόλη περνάει την εμβρυϊκή κυκλοφορία και επηρεάζει την κινητικότητα του εμβρύου.
- 9) Ψυχική κατάσταση της εγκύου. Η συναισθηματική ζωή της εγκύου μπορεί να επηρεάσει τις αντιδράσεις, και την ανάπτυξη του εμβρύου. Αυτό συμβαίνει γιατί οι συναισθηματικές αντιδράσεις της εγκύου όπως φόβος, αγωνία, άγχος ενεργοποιούν το αυτόνομο νευρικό σύστημα με αποτέλεσμα τη μειωμένη ροή του αίματος στο έμβρυο.^{25,27}

Για τη σωστή διαφώτιση της μητέρας η νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει τον κατάλληλο τόπο διδασκαλίας και επικοινωνίας με την επίτοκο ώστε να κατορθώσει να τη βοηθήσει θετικά σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Πρωταρχικό εφόδιο της νοσηλεύτριας θεωρείται η γνώση της τέχνης της επικοινωνίας, γιατί η επικοινωνία είναι ο πυρήνας και η ουσία όλου του έργου. Από την άποψη αυτή η επιτυχής διαπροσωπική σχέση και ο αληθινός διάλογος είναι υπεράνω επιστήμης.

Η επίτοκος είναι ανάγκη να πεισθεί ότι είναι ανάγκη να προσπαθήσει να πετύχει την τροποποίηση, βελτίωση ή αλλαγή ορισμένων συνεπειών της, οι οποίες είναι αντίθετες στις οδηγίες του γιατρού.

Τα προληπτικά μέτρα που τονίζει η νοσηλεύτρια έχουν μοναδικό σκοπό να βοηθήσουν τους γονείς να αποκτήσουν ένα υγιές παιδί. Η απαρίθμηση των κινδύνων αποβλέπει στο να δείξει στους γονείς τις καταστάσεις που απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή. Με τις επισημάνσεις αυτές σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να τρομοκρατήσει τους γονείς αλλά αντίθετα πρέπει να τους οπλίζει με την δύναμη της γνώσης και την συναίσθηση της ευθύνης.

Απαραίτητα για την επιτυχία του έργου της διαφώτισης η νοσηλεύτρια πρέπει να σέβεται την προσωπικότητα της επίτοκης, να την κατανοεί, να την περιβάλλει με υπομονή και αγάπη.

Για την καλύτερη διαφώτιση των γονέων η νοσηλεύτρια οργανώνει εκπαιδευτικά προγράμματα με περιεχόμενο και αντικειμενικούς σκοπούς : α) την ανάπτυξη θετικών συναισθημάτων απέναντι στην επικείμενη γέννηση και β) τη καλλιέργεια ετοιμότητας για αποδοχή της αλλαγής των αρμοδιοτήτων και του τρόπου επικοινωνίας η οποία θα προκύψει από τη γέννηση.²⁵

5.3 Πώς πρέπει η οικογένεια να αντιμετωπίζει το άρρωστο παιδί;

Η λέξη "αρρώστια" παρουσιάζεται διαφορετικά σε κάθε οικογένεια. Υπάρχουν οικογένειες που όταν ακούσουν τη λέξη αυτή πανικοβάλλονται και διαρκώς ασχολούνται με χάπια, ασπιρίνες, σταγονόμετρα. Κάθε τόσο κάτι συμβαίνει, μικροί - μεγάλοι αναστατώνονται, θερμομέτρα, χαμομήλια και ζεστά είναι σε ημερήσια διάταξη. Όμως υπάρχουν κι άλλες οικογένειες που δεν έχουν καν φαρμακείο ή αν έχουν το χρησιμοποιούν μια φορά το χρόνο. Εμείς καλό είναι να μην ανήκουμε ούτε στον ένα απαισιόδοξο τύπο ούτε στον άλλο υπεραισιόδοξο. Ας βρούμε ένα μέσο δρόμο. Η μέση λύση είναι πως πρέπει να παρακολουθούμε με κάποια φροντίδα την υγεία μας, χωρίς αυτό να γίνεται άγχος. Το ίδιο πνεύμα πρέπει να μεταφέρουμε και στο παιδί. Θα το παρακολουθούμε χωρίς να του μεταδίδουμε το άγχος πως μπορεί ν' αρρωστήσει από στιγμή σε στιγμή.²⁸

Χρήσιμο κρίνεται ο νοσηλευτής να ενημερώσει την οικογένεια για τα χαρακτηριστικά της ψυχολογίας του άρρωστου παιδιού. Το βασικότερο χαρακτηριστικό του παιδιού που αρρωσταίνει θεωρείται η ανασφάλεια. Εν συνεχεία δεν θέλει με κανένα τρόπο να μείνει στο κρεβάτι γι' αυτό θα ήταν άσκοπο να συγκρουστείτε μαζί του και να επιμείνετε να παραμείνει σε αυτό. Πρέπει να γνωρίζετε πως μόνο όταν πονάει το παιδί κάθεται στο κρεβάτι. Το τρίτο χαρακτηριστικό της ψυχολογίας του άρρωστου παιδιού είναι πως με την αρρώστια στερείται πράγματα που είναι αναγκαία για την ηλικία του. Ένα άρρωστο παιδί να μην μπορεί να κινηθεί, να πρέπει να μένει ακίνητο στο κρεβάτι. Είναι αταίριαστα αυτά τα δύο παιδί και ακινησία.

Από την πλευρά των γονέων όταν έχουν ένα άρρωστο παιδί χάνουν συχνά την αυτοκυριαρχία τους. Δεν μπορούν να επιβληθούν στο εαυτό τους, πανικοβάλλονται. Δεν ελέγχουν την ψυχολογία τους. Αρχίζουν να υποχωρούν σ' όλα τα κάπρίσια του παιδιού, το χαϊδεύουν πολύ και το χειρότερο, δεν κρύβουν αυτή την ανησυχία τους από το παιδί.²⁸

Ο νοσηλευτής πρέπει να δίνει χρήσιμες συμβουλές στους γονείς ώστε να μετριάσουν την ηρεμία τους και να διατηρούν την ψυχραιμία τους. Γιατί, όσο και να το θέλουν να μην μεταδώσουν στο παιδί τις ανησυχίες που οι ίδιοι περνούν, μεταφέρουν στο παιδί με τις κινήσεις τους όλη τους την ανησυχία. Έχετε προσέξει το παιδί πόσο κοιτάζει στα μάτια τους μεγάλους για να δει και να μαντέψει μέσα στα μάτια των άλλων την τύχη του; Τι πρόκειται να πάθει, τι πρόκειται να περάσει.

Συνοψίζοντας λοιπόν υποστηρίξτε τον ασθενή χωρίς να τον "νταντεύετε", βοηθώντας μάλλον, παρά διασώζοντας. Του προσφέρετε ουσιαστική βοήθεια ανταμείβοντας την υγεία και όχι την ασθένεια. Οι παρακάτω υποδείξεις θα σας βοηθήσουν να ανταμείβετε την υγεία :

1. Να ενθαρρύνετε τις προσπάθειες του ασθενή να φροντίζει τον εαυτό του.
2. Να επισημάνετε τη βελτίωση του ασθενή.
3. Αφιερώστε μέρος του χρόνου σας με τον ασθενή σε δραστηριότητες που δε σχετίζονται με την ασθένεια.

4. Μεταχειρίζεστε τον ασθενή σαν να περιμένετε να ζήσει. Τόσο ο ασθενής όσο και τα μέλη της οικογένειας μπορούν να ωφεληθούν από περιοδικές επισκέψεις σε συμβούλους για να επιλύσουν τις δυσκολίες που προκύπτουν.³¹

5.4 Αντιμετώπιση παιδιού με ειδικές ανάγκες και της οικογένειας του.

1) Διάγνωση και αντιμετώπιση του προβλήματος.

2) Συνεργασία με τους γονείς.

3) Ενεργή συμμετοχή της νοσηλεύτριας στην ευαισθητοποίηση της κοινωνίας.

Για την αντιμετώπιση του προβλήματος η κοινοτική νοσηλεύτρια συνεργάζεται και με τα άλλα μέλη της υγειονομικής ομάδας παιδοψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς.

Η νοσηλεύτρια έχει το ρόλο του συντονιστή και του μεσάζοντα μεταξύ της οικογένειας του παιδιού και της ομάδας υγείας. Εκτελεί την θεραπευτική αγωγή και εφαρμόζει το εκπαιδευτικό πρόγραμμα. Για να το πετύχει αυτό δεν αρκούν μόνο τα επιστημονικά της εφόδια, πρέπει να έχει και ορισμένες αρετές.

– Αγάπη για το παιδί. Η αγάπη την εφοδιάζει με θέληση και είναι απαραίτητη για να το βοηθήσει. Την κάνει να δέχεται το παιδί όπως είναι. Δεν το ειρωνεύεται, ούτε παραξενεύεται από την ιδιόμορφη συμπεριφορά του. Το θεωρεί ξεχωριστή προσωπικότητα, κατεβαίνει στο επίπεδο των δυνατοτήτων του, προσπαθεί να βρει τρόπους να διορθώσει την συμπεριφορά του, να καλλιεργήσει τις ικανότητές του και να περιορίσει τις αδυναμίες του. Αν δεν είναι άφοσιωμένη στο παιδί θα γίνει μια συνηθισμένη επαγγελματίας.

– Υπομονή και αισιοδοξία. Η νοσηλεύτρια οφείλει να ακολουθεί τον ρυθμό εξέλιξης του παιδιού. Και επειδή τα αποτελέσματα της προσπάθειας της δεν είναι άμεσα δεν πρέπει να απελπίζεται. Τα παιδιά, άλλα γρήγορα και άλλα όχι προσαρμόζονται στο περιβάλλον τους. Αν δεν πιστέψει στο εφικτό της αγωγής τους δεν θα έχει τη δύναμη να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες.

- Επινοητικότητα. Επειδή το πρόγραμμα που εφαρμόζει δεν αποδίδει πάντα θετικά αποτελέσματα, χρειάζεται στο χώρο αγωγής η δημιουργική φαντασία της, η πρωτοβουλία και η επινοητικότητά της. Δεν πρέπει να έχει παρωπίδες σε ορισμένα προγράμματα. Θα βοηθηθεί τέλος, από την επιστημονικής της κατάρτιση και πείρα. Παράλληλα πρέπει να μελετά το παιδί και το πρόβλημα του για να επινοεί τρόπους επίδρασης που ταιριάζουν στην ιδιαιτερότητά του.^{25,29}

- Συνεργατικότητα. Στην αγωγή του παιδιού εμπλέκονται άμεσα ή έμμεσα αρκετοί παράγοντες που για να επιδράσουν συντονισμένα και αποτελεσματικά πρέπει να συνεργάζονται. Η νοσηλεύτρια έρχεται σε επαφή με όλους τους παράγοντες που μπορούν να βοηθήσουν το έργο της όσο αφορά το παιδί.

- Συνεργασία με τους ειδικούς. Η νοσηλεύτρια συνεργάζεται με πολλές ειδικότητες επιστημόνων. Στα πλαίσια αυτής της συνεργασίας, ο καθένας θα δει το παιδί από την δική του σκοπιά και όλοι μαζί θα βγάλουν το τελικό πόρισμα. Έτσι έχοντας τις απόψεις όλων των ειδικών, η νοσηλεύτρια, θα μπορέσει να εφαρμόσει το κατάλληλο πρόγραμμα βοήθειας.

- Συνεργασία με τους γονείς. Για να βοηθήσουμε το παιδί, πρέπει να ξέρουμε τις συνθήκες διαβίωσής του, το πνευματικό επίπεδο, τις ασχολίες των γονέων, το είδος και τον τρόπο βοήθειας που δέχεται αυτό στο σπίτι, τις σχέσεις των μελών της οικογένειας. Αυτά θα τα μάθουμε ερχόμενοι σε επαφή με τους γονείς. Συζητώντας θα εξηγήσουμε τις αντιδράσεις του παιδιού. Χωρίς την συνεργασία τους δεν γίνεται αποδοτικό το έργο μας, όσο μεθοδικές και αν είναι οι προσπάθειές μας.

Είναι πολύ πιθανόν να υπάρξουν δυσκολίες στην επαφή μας με τους γονείς. Θα αντιμετωπίσουμε ανθρώπους που διακατέχονται από συναισθήματα ενοχής, αγωνίας, πίκρας. Θα μιλούν νευρικά, θα κλαίνε, θα είναι επιθετικοί και γενικά κουραστικοί.^{25,21}

Στο σημείο αυτό όμως θα φανεί η ψυχική αντοχή και η ικανότητα της νοσηλεύτριας. Πρέπει να έχει την διάθεση να τους ακούσει έστω και αν τα ίδια πράγματα τα έχει πάλι ακούσει. Όσο "δύσκολοι" και αν είναι οι γονείς πρέπει να τους αντιμετωπίσει σωστά. Μαζί τους πρέπει να είναι προσεκτική και

διακριτική. Να μην χρησιμοποιεί όρους που πληγώνουν ή δημιουργούν ψευδαισθήσεις. Πρέπει να τους δώσει να καταλάβουν ότι αυτά που συζητούν είναι απόρρητα και πως επιδιώκει την συνεργασία τους.

Η πρώτη επαφή, τελικά, θα είναι δύσκολη. Στη συνέχεια όμως η συνεργασία θα είναι πιο ουσιαστική. Θα γίνεται συζήτηση για πρακτικά θέματα όπως για τους τομείς και τον τρόπο που μπορούν να βοηθήσουν και να αντιμετωπίσουν τα παιδιά τους.^{25,29}

Όταν οι γονείς διαπιστώσουν ότι ξέρουμε πως θα βοηθήσουμε το παιδί θα μας εμπιστευθούν και θα μπορούμε πλέον να τους δίνουμε πρακτικές συμβουλές ή να τους επισημαίνουμε τα λάθη τους. Μπορούμε, και δεν είναι άσκοπο, να τους επιτρέπουμε να παρακολουθούν την εργασία μας. Με αυτό τον τρόπο τους δείχνουμε καλύτερα τον τρόπο με τον οποίο μπορούν και αυτοί να βοηθήσουν.

Ο ρόλος των γονέων στη φροντίδα και βοήθεια αυτών των παιδιών είναι πολύ σπουδαίος. Τα παιδιά αυτά χρειάζονται επιδράσεις και βοήθεια από άτομα που να είναι ικανά να τα ανεχθούν και να καταλάβουν τις ιδιορρυθμίες τους και τα προβλήματά τους. Οι γονείς που έχουν την ευθύνη των παιδιών τους μπορεί να μην έχουν θεωρητικές γνώσεις αλλά ζουν καθημερινά μαζί τους ξέρουν το πρόβλημά τους και μπορούν να το καθοδηγήσουν σωστά. Η βοήθεια από μέρος των γονέων έχει το πλεονέκτημα ότι προσφέρεται αδιάκοπα μέσα στο φυσικό περιβάλλον του παιδιού σε όλες τις εκδηλώσεις της ζωής του και μάλιστα εντελώς εξατομικευμένα. Γι' αυτό και εμείς υπολογίζουμε πολύ στη βοήθειά τους.

Τέλος η νοσηλεύτρια παίζει σημαντικό ρόλο στην ευαισθητοποίηση της κοινωνίας απέναντι στα "ειδικά" παιδιά. Στο τομέα αυτό η νοσηλεύτρια λειτουργεί σαν πομπός και δέκτης.

Πομπός όταν προσπαθεί να ενημερώσει και να ευαισθητοποιήσει τους διάφορους φορείς για τα "ειδικά" παιδιά. Οι ευαισθητοποιημένοι φορείς, δημόσια διοίκηση, τοπική αυτοδιοίκηση, σύλλογοι θα την βοηθήσουν προσφέροντας της την υλικοτεχνική υποδομή που χρειάζεται. Το μόνο που μπορεί και πρέπει η νοσηλεύτρια να κάνει είναι να έχει την υπομονή και την

ικανότητα να τους πείσει. Χρειάζονται ενημέρωση, προτάσεις και επιχειρήματα.

Σαν δέκτης λειτουργεί η νοσηλεύτρια όταν δέχεται τις απόψεις των άλλων ειδικών για την αγωγή που ακολουθείται.

Η ευαισθητοποιημένη κοινωνία μπορεί πια να αποδεχθεί τα άτομα αυτά και να τους παραχωρήσει ό,τι πραγματικά δικαιούνται παίρνοντας μέτρα για την όσο το δυνατό πιο αξιοπρεπή αποκατάστασή τους.^{25,29}

5.5 Η Νοσηλευτική συμβολή απέναντι στο πρόβλημα των ναρκωτικών.

Αποτελεί κοινή συνείδηση πως η πληγή της εξάρτησης από τα ναρκωτικά, προσβάλλει πιο εύκολα κι αναντίρρητα πιο συχνά, παιδιά προβληματικών οικογενειών. Στις μέρες μας οι περιπτώσεις που οι γονείς έχουν χωρίσει είναι πάρα πολλές. Συχνά απουσιάζουν από το σπίτι ή οι σχέσεις μεταξύ τους είναι διαταραγμένες ή ακόμα χειρότερα τέλεια δυσαρμονικές. Κάτω απ' αυτές τις συνθήκες δημιουργούνται στα παιδιά αισθήματα ενοχής, ανασφάλειας και συχνά αποκτούν αντικοινωνική, επίθετική στάση ή αδιαφορούν για όλα.

Σε οποιαδήποτε αιτία διαταραχής οικογενειακής γαλήνης είναι αδύνατο να ικανοποιηθούν οι ανάγκες των νεαρών μελών για αγάπη, κατανόηση, συμπαράσταση κι αναγνώριση της αξίας του.^{23,30}

Ο κοινοτικός νοσηλευτής πρέπει να βρίσκεται κοντά στις οικογένειες αυτές να είναι προσεγγίσιμος και να προνοεί ώστε πριν από την εμφάνιση του κινδύνου να κρούει τον κώδωνα του κινδύνου. Ο ρόλος του βέβαια δεν θα είναι ρόλος κριτή και το ύφος του δικαστή και ανακριτικό, σκοπός του δεν είναι να αποδίδει μόνο ευθύνες στην οικογένεια, αλλά συμβουλευτικός και υποστηρικτικός.

Έτσι θα γίνεται ξεκάθαρο ότι μια λειτουργικά ανεπαρκής οικογένεια εμποδίζει την φυσιολογική ωρίμανση της προσωπικότητας των παιδιών, προκαλεί κρίση στις σχέσεις τους με τους γονείς και αντιθέσεις προς κάθε τι που έχει σχέση μ' αυτούς, αρχές, κανόνες, συνήθειες, πρότυπα ζωής και συμπεριφοράς κ.α.. Κάτω απ' αυτές τις συνθήκες το παιδί ή ο έφηβος, καθώς

δεν μπορεί να υποφέρει την απaráδεκτη αυτή δυσαρμονική κατάσταση, αναγκάζεται ν' αναζητήσει έξω από την οικογένεια διέξοδο στο προσωπικό του δράμα.

Ο κοινοτικός νοσηλευτής λοιπόν πρέπει να είναι ενήμερος και συνεχώς να φροντίζει για την επιμόρφωσή του. Με τον τρόπο αυτό βοηθά την οικογένεια να κατανοήσει ότι η εφηβεία είναι η εποχή που σχηματίζεται η ταυτότητα και η στήριξη της είναι αναγκαία, ώστε να αντισταθμίσει άλλες δυνάμεις. Καλό θα ήταν να προβάλλει τις υγιείς οικογενειακές σχέσεις ως τον κυριότερο παράγοντα αντίστασης στον κίνδυνο. Πρέπει ο κοινοτικός νοσηλευτής να συμβουλεύει τους γονείς να μην παραβλέπουν τη συμπεριφορά του παιδιού, χωρίς ωστόσο να γίνονται εξαιρετικά παρεμβατικοί και να το ανακοινώνουν για το παραμικρό.³⁰

Οι Kurzman και Eiseman διεξήγαγαν σεμινάρια με οικογένειες διδάσκοντας λήψη αποφάσεων, επικοινωνία, διαπροσωπικές σχέσεις και δεξιότητες συναισθηματικής συναλλαγής. Η σχετική βιβλιογραφία αποδεικνύει την ανάγκη της οικογενειακής θεραπείας στη θεραπεία, εφήβων που είναι χρήστες ναρκωτικών. Κατά τον Dell Ortho :

"Η οικογένεια είναι η πιο ισχυρή δύναμη αποκατάστασης. Η πρόκληση είναι να ενεργοποιηθεί αυτό το δυναμικό και να διερευνηθεί τι έχει γίνει σε σύγκριση με την ικανοποίηση μ' αυτό που έχει επιτευχθεί".²⁰

5.7 Πώς μπορούμε να αντισταθούμε στο κάπνισμα

Το 1974 η Επιτροπή ειδικών για το κάπνισμα και την υγεία της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας καθόρισε τις κατευθυντήριες γραμμές για το σχεδιασμό προγραμμάτων αγωγής υγείας στο τομέα του καπνίσματος. Ο ρόλος λοιπόν του κοινοτικού νοσηλευτή είναι :

- I. Η εκπαίδευση στο θέμα κάπνισμα και υγεία του κοινού ν' αποτελεί κύρια μέριμνά του ξεκινώντας από το σχολείο.
- II. Τα θετικά σημεία της επιλογής του μη καπνιστή θα πρέπει να τονίζονται περισσότερο από τα αρνητικά αποτελέσματα του καπνίσματος.

III. Η αγωγή των παιδιών σε θέματα υγείας θα πρέπει να αρχίζει από το σπίτι από την προσχολική ηλικία και να επαναλαμβάνεται σε διάφορα στάδια της υπόλοιπης εκπαίδευσης, έτσι ώστε να διατηρείται και να ενισχύεται η αποτελεσματικότητα των μηνυμάτων της.

Για να είναι όμως σε θέση ο νοσηλευτής να παίξει τον παραπάνω ρόλο πρέπει να έχει λάβει κατάλληλη εκπαίδευση και ενημέρωση να μπορεί να συνεργάζεται με τους εκπαιδευτικούς (σχολείο), και να έχει αναπτύξει εκπαιδευτικές ικανότητες.²³

5.8 Η στάση μας απέναντι στις οικογένειες των καρκινοπαθών.

Στην Αμερική υπάρχει σύστημα οικογενειακής υποστήριξης των καρκινοπαθών. Η υποστήριξη του ή της συζύγου και της οικογένειας μπορεί να προσδιορίσει σε σημαντικό βαθμό στο οποίο θα ακολουθήσουν οι ασθενείς το θεραπευτικό πρόγραμμα. Οι σύζυγοι και τα μέλη της οικογένειας των ασθενών συχνά έχουν την ίδια ανάγκη υποστήριξης και καθοδήγησης με τους ασθενείς για να τα βγάλουν πέρα συναισθηματικά. Η εμπειρία που έχει η οικογένεια βλέποντας κάποιον αγαπημένο της να κινδυνεύει κάνει τα μέλη της να νιώθουν σύγχυση, ανεπάρκεια. Μερικές φορές μπορεί να νιώθει κάποιος αισθήματα σπάνιας αγάπης ενώ άλλες βουβή αίσθηση ανεκδήλωτου δυνατού θυμού απέναντι στον καρκινοπαθή.³⁴

Ο νοσηλευτής απέναντι στα συναισθήματα αυτά που συχνά χαρακτηρίζονται από το μέλος της οικογένειας που τα βιώνει ως "απαράδεκτα" πρέπει να το βοηθήσει να πάψει να επικρίνει τον εαυτό του για τα συναισθήματά του να τα αποδεχθεί και να προσπαθήσει να ανακόψει την κρίση. Το θέμα είναι να το βοηθήσει ν' ανακαλύψει πως μπορεί να ανταποκριθεί πιο ωφέλιμα για τον εαυτό του και για το πρόσωπο που αγαπάει. Η συμβολή μας απέναντι στην οικογένεια πρέπει να εμπεριέχει τις ακόλουθες προτροπές :

- Όπως μπορείτε να καταλάβετε το φόβο, τον τρόμο και τον πόνο του αγαπημένου σας, κατανοήστε και το δικό σας φόβο, τρόμο και πόνο! Κατανοήστε τον εαυτό σας.

- Κανείς δεν αντικρίζει ποτέ το θάνατο εκείνου που αγαπάει χωρίς να αντικρίζει το δικό του τελικό θάνατο. Αποδεχτείτε τον εαυτό σας και γίνεται τρυφερός.
- Ακόμη κι αν τα συναισθήματα είναι οδυνηρά, να καθιερώσετε μια βάση για τίμια, ανοιχτή επικοινωνία.
- Να ενθαρρύνετε την ανοιχτή έκφραση των συναισθημάτων να ακούτε χωρίς να κρίνετε.
- Η θλίψη είναι φυσιολογική αντίδραση που η οικογένεια πρέπει να προσπαθήσει να την αποδεχτεί. Το να διατηρεί κανείς την αταραξία του στην προοπτική του θανάτου δεν είναι γενναιότητα.
- Προσπαθήστε όσο μπορείτε ν' αποφεύγετε φράσεις που αρνούνται ή απορρίπτουν τα συναισθήματα του ασθενή όπως : "Μην είσαι ανόητος, δεν πρόκειται να πεθάνεις" ή "Πρέπει να πάψεις να λυπάσαι τον εαυτό σου". Να θυμάστε ότι δεν πρέπει να κάνετε τίποτε για τα συναισθήματα των ασθενών, εκτός από να τους ακούτε προσεκτικά. Δεν είναι ανάγκη να τους κατανοείτε ή να τους κάνετε ν' αλλάζουν.
- Ακόμη και ένα νεύμα ή μια λέξη "καταλαβαίνω", μπορεί να είναι καλύτερη από το να πείτε πράγματα που θα μπορούσαν να σημαίνουν μη αποδοχή.
- Τέλος προσπαθήστε λοιπόν να επιτρέψετε τις διαφορές στις απόψεις και την χροιά των συναισθημάτων.

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Κύριος σκοπός της παρούσας έρευνας είναι :

- να διαπιστώσει το επίπεδο ενημέρωσης και κατάρτισης του νοσηλευτικού πληθυσμού που ασχολείται με την άσκηση της κοινοτικής νοσηλευτικής.

Επιμέρους στόχοι είναι :

- να σκιαγραφηθεί η σύγχρονη πραγματικότητα άσκησης της κοινοτικής νοσηλευτικής κατά πόσο αυτή πλησιάζει τα παγκόσμια πρότυπα.
- να καταγραφούν οι γνώσεις και η εμπειρία του νοσηλευτικού προσωπικού σε θέματα προσέγγισης των οικογενειών έξω από το σύνηθες νοσοκομειακό περιβάλλον.
- να εκμαιευτούν οι απόψεις, οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει και οι προτάσεις βελτίωσης του νοσηλευτικού προσωπικού.
- να γίνουν προτάσεις βελτίωσης και ανάπτυξης του κοινοτικού νοσηλευτικού έργου τόσο από τους ερωτηθέντες όσο και από την ερευνητική ομάδα οι οποίες προκύπτουν βάσει των συμπερασμάτων της έρευνάς μας.

Για τον λόγο αυτό συντάχθηκε σχετικό ερωτηματολόγιο (το οποίο και παρουσιάζεται σε Παράρτημα).

Οι απαντήσεις δόθηκαν από νοσηλευτικό προσωπικό Κέντρων υγείας διαφόρων μορφωτικών επιπέδων, ηλικιών και περιοχών διαμονής, αναλύθηκαν και τέλος με βάση τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης βγήκαν τα σχετικά συμπεράσματα γύρω από το θέμα.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνας μας, χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο από την ερευνητική με την καθοδήγηση της υπεύθυνης καθηγήτριας.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 26 ερωτήσεις ανοιχτού και κλειστού τύπου, συγκροτημένο βάσει ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας η οποία ακολουθεί το σύστημα βανκούβερ. Το ερωτηματολόγιο αυτό συμπληρώθηκε από νοσηλεύτες και νοσοκομειακό προσωπικό που σήμερα εργάζονται σε Κέντρα Υγείας.

Η έρευνα διεξήχθη από τον Μάρτιο έως τον Αύγουστο 1999 :

- Στον νομό Αττικής και πιο ειδικά :
 1. στο Κέντρο Υγείας Δραπετσώνας.
 2. στο Κέντρο Υγείας Ελευσίνας.
 3. στο Κέντρο Υγείας Μαρκόπουλου.
 4. στο Κέντρο Υγείας Σαλαμίνας.

- Στον νομό Αιτωλοακαρνανίας και πιο ειδικά :
 1. στο Κέντρο Υγείας Θέρμου.

- Στον νομό Αχαΐας και πιο ειδικά :
 1. στο Κέντρο Υγείας Ακράτας.
 2. στο Κέντρο Υγείας Καλαβρύτων.
 3. στο Κέντρο Υγείας Κάτω Αχαΐας.
 4. στο Κέντρο Υγείας Χαλανδρίτσας.

- Στον νομό Βοιωτίας και πιο ειδικά :

1. στο Κέντρο Υγείας Αλιάτρου
2. στο Κέντρο Υγείας Σχηματαρίου.

- Στον νομό Ευβοίας και πιο ειδικά :

1. στο Κέντρο Υγείας Ιστιαίας
2. στο Κέντρο Υγείας Καρύστου.

- Στον νομό Ηρακλείου και πιο ειδικά :

1. στο Κέντρο Υγείας Αμαρίου.
2. στο Κέντρο Υγείας Σπήλης.

- Στην περιοχή Θεσσαλονίκης και πιο ειδικά :

1. στο Κέντρο Υγείας Διαβατών.
2. στο Κέντρο Υγείας Αμπελοκήπων.

- Στον νομό Κερκύρας :

1. στο Κέντρο Υγείας Κερκύρας.

- Στον νομό Κορινθίας και πιο ειδικά :

1. στο Κέντρο Υγείας Γκούρας
2. στο Κέντρο Υγείας Κιάτου.
3. στο Κέντρο Υγείας Λουτρακίου.
4. στο Κέντρο Υγείας Ξυλοκάστρου.

- Στον νομό Λακωνίας Νεάπολης.

1. στο Κέντρο Υγείας Νεάπολης.

Πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου εξηγήσαμε το σκοπό της έρευνάς μας, σημειώναμε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το δείγμα (δηλαδή τα συμμετέχοντα πρόσωπα) τυχαίο, και τον φορέα της έρευνας δηλαδή τη σχολή φοίτησής μας.

Ο αριθμός των ερωτηθέντων οι οποίοι ανταποκρίθηκαν στη συμπλήρωση των 26 ερωτήσεων ανοικτού και κλειστού τύπου, ανέρχεται στους 140. Τελικά απάντησαν 100 άτομα ενώ 20 άτομα από τα παραπάνω δεν δέχθηκαν να απαντήσουν με την πρόφαση ότι δεν τους αφορά το συγκεκριμένο θέμα, ενώ 20 ερωτηματολόγια χάθηκαν.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Στις στήλες κάθε πίνακα αναγράφονται οι τιμές των εξεταζομένων ομάδων, και στην τελευταία στήλη το αποτέλεσμα που προέκυψε από τον στατιστικό έλεγχο.

Για κάθε συνεχή μέτρηση δίνεται :

- το μέγεθος του δείγματος (Sample Size, n),
- ο Μέσος όρος (mean).
- μέσα στην παρένθεση η Τυπική απόκλιση (Standard Deviation).
- η Διάμεσος της κατανομής των τιμών (Median)
- ο ελάχιστος (min), και ο μέγιστος (max) όρος της κατανομής.

Αν η μεταβλητή είναι κατηγορική αναφέρεται ο απόλυτος αριθμός των ατόμων, και μέσα στην παρένθεση δίνεται η ποσοστιαία αναλογία, υπολογιζόμενη πάντα επί του συνόλου των μετρήσεων.

Ο έλεγχος της κανονικότητας των κατανομών των παρατηρήσεων, τόσο στο σύνολο όσο και στις διάφορες υπο-ομάδες, έγινε με την μέθοδο των Kolmogorov - Smirnov.

Οι στατιστικές μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο των παρατηρηθεισών διαφορών μεταξύ των εξεταζόμενων ομάδων, ήταν το Chisquare test (με ή χωρίς τον διορθωτικό συντελεστή του Yates για την συνέχεια), ή το Fisher's exact Probability test, όπως η αναμενόμενη τιμή της διχοτόμου μεταβλητής ήταν μικρότερη του 5.

Για τον έλεγχο των ανεξάρτητων συνεχών μεταβλητών, χρησιμοποιήθηκε One - Way Analysis of Variance (ANOVA) και το Unpaired t test, ενώ για όσες κατανομές δεν πληρούσαν το κριτήριο της κανονικότητας, χρησιμοποιήθηκε αντίστοιχα η Kruskal - Wallis Analysis by Ranks και το Mann - Whitney test.

Θεωρούμε σαν ισχυρά στατιστικώς σημαντική μία διαφορά ως προς κάποιο χαρακτηριστικό, αν και μόνον αν το αποτέλεσμα που δίνεται από τον στατιστικό έλεγχο οδηγεί σε μία πιθανότητα $P < 0.05$.

Με την Ανάλυση Συσχετίσεων (Correlation Analysis) αναζητήσαμε μία πιθανή γραμμή σχέση μεταξύ των μεταβλητών ανά δύο.

Τέλος, μελετήσαμε την σχετική αξία των διαφόρων παραμέτρων στην τελική πρόγνωση, με την χρήση πολυπαραγοντικών μεθόδων ανάλυσης (Multivariate Methods of Analysis : Multiple Logistic Regression Analysis), έχοντας σαν κριτήριο αποτελέσματος τόσο την εκτίμηση του επιπέδου των γνώσεων του δείγματος σε θέματα κοινοτικής νοσηλευτικής, όσο και το επίπεδο διάθεσης να διευρύνει τις γνώσεις του στο αντικείμενο αυτό.

ΣΥΜΒΟΛΙΣΜΟΙ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΜΕΝΟΙ ΣΤΟΥΣ ΠΙΝΑΚΕΣ :

+ Η διαφορά ανάμεσα στις δύο εξεταζόμενες ομάδες είναι στατιστικά σημαντική, και παρόλο που δεν "κατάφερε" να φτάσει τα όρια του κοινά αποδεκτού επιπέδου σημαντικότητας 0.05, εν τούτοις δεν μπορεί να απορριφθεί σαν ανάξια λόγου.

++ Η διαφορά ανάμεσα στις δύο εξεταζόμενες ομάδες είναι ισχυρά στατιστικά σημαντική.

ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ ΚΑΤΑ ΒΗΜΑΤΑ

Θέλουμε να εξετάσουμε την εξάρτηση μίας παραμέτρου y , από τις μεταβλητές : x_1, x_2, \dots, x_n και χρησιμοποιούμε την Εξίσωση Παλινδρόμησης (Regression Equation), για να απεικονίσουμε αυτές τις σχέσεις.

Επειδή κάποιες από τις μεταβλητές που περιγράφονται παραπάνω σχετίζονται μεταξύ τους, ίσως αποδειχθεί δύσκολο να έχουμε την πρόγνωση για ένα συγκεκριμένο άτομο. Γι' αυτό τον λόγο, απαιτείται πολυπαραγοντική μεθοδολογία η οποία επιτρέπει στις μεταβλητές να ενεργούν ταυτόχρονα, ώστε η σχετική κάθε μίας από αυτές να μπορεί να καθορισθεί.

Έτσι χρησιμοποιούμε το Μοντέλο Πολλαπλής Παλινδρόμησης κατά βήματα (Stepwise Regression Model) για να προσδιορίσουμε την σχετική σημασία των προαναφερομένων μεταβλητών.

Το μοντέλο αυτό εξετάζει την καταλληλότητα "εισόδου" στην εξίσωση κάθε προγνωστικής παραμέτρου με βάση κάποια προκαθορισμένα κριτήρια ελέγχου εισόδου και εξόδου. Σε κάθε βήμα αυτής της Ανάλυσης Παλινδρόμησης, εκτελούνται ξεχωριστές παλινδρομήσεις προσθέτοντας κάθε φορά την παράμετρο εκείνη η οποία παίζει σημαντικότερο ρόλο στην "ερμηνεία" της εξεταζόμενης μεταβλητής y .

Μετά το k βήμα παρατηρούμε ότι το μοντέλο που επιλέχθηκε σαν καταλληλότερο υποθέτει ότι η σχέση μεταξύ του y και των x_1, x_2, \dots, x_k δίνεται από την σχέση :

$$y = b_1 + b_2 x_2 + \dots + b_i x_i$$

όπου b_i ($i=1,2$) είναι οι συντελεστές παλινδρόμησης, οι οποίοι πρέπει να εκτιμηθούν.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Συγκεντρωτικά Στοιχεία.

Αποτελέσματα

	Σύνολο	
Ηλικία		
Μέση τιμή	33	(5.18)
Διάμεσος τιμή (min, max)	32	(24,50)
Φύλο		
Άρρεν	26	(26%)
Θήλυ	74	(74%)
Κέντρο Υγείας στο οποίο εργάζεστε		
Λουτρακίου	6	(6%)
Σχηματαρίου	5	(5%)
Καλαβρύτων	7	(7%)
Ακράτας	5	(5%)
Ξυλοκάστρου	5	(5%)
Νεάπολης	1	(1%)
Δραπετσώνας	6	(6%)
Κάτω Αχαΐας	3	(3%)
Αλιάρτου	6	(6%)
Αμαρίου	2	(2%)
Θέρμου	4	(4%)
Καρύστου	5	(5%)
Σαλαμίνας	4	(4%)
Γκούρας	5	(5%)
Κερκύρας	3	(3%)
Διαβατών	6	(6%)
Ιστιαίας	5	(5%)
Αμπελοκήπων	4	(4%)
Κιάτου	4	(4%)

Αποτελέσματα

Ελευσίνας	1	(11%)
Σπήλης	5	(5%)
Χαλανδρίτσας	5	(5%)
Μαρκόπουλου	3	(3%)
Νομός		
Αττικής	13	(13%)
Κορινθίας	20	(20%)
Αχαΐας	20	(20%)
Ευβοίας	10	(10%)
Αιτωλοακαρνανίας	4	(4%)
Βοιωτίας	11	(11%)
Κερκύρας	4	(4%)
Θεσσαλονίκης	10	(10%)
Ηρακλείου	7	(7%)
Λακωνίας	1	(1%)
Το Κέντρο Υγείας στο οποίο, καλύπτει :		
Αγροτικό πληθυσμό	15	(15%)
Ημιαστικό πληθυσμό	78	(78%)
Αστικό πληθυσμό	7	(7%)
Σχολή από την οποία αποφοιτήσατε :		
ΤΕΙ Αθήνας	23	(24.2%)
ΤΕΙ Θεσσαλονίκης	6	(6.3%)
ΤΕΙ Πάτρας	7	(7.4%)
ΤΕΙ Ηρακλείου	10	(10.5%)
ΤΕΙ Ιωαννίνων	2	(2.1%)
ΤΕΙ Λάρισας	2	(2.1%)
ΤΕΙ Λαμίας	5	(5.3%)

Αποτελέσματα

ΤΕΙ Μαιευτικής	1	(1.1%)
Ιδιωτική Σχολή	1	(1.1%)
Σχολή ΚΑΤ	1	(1.1%)
Σχολή Ερυθρού Σταυρού	1	(1.1%)
Σχολή Διετούς Φοίτησης	35	(36.8%)
Πανεπιστήμιο Αθηνών	1	(1.1%)
Μορφωτικό Επίπεδο		
Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	40	(40%)
Ανωτέρα εκπαίδευση	60	(60%)
Ανώτατη εκπαίδευση	∅	-
Χρόνια υπηρεσίας		
	(n=99)	
Μέση τιμή (SD)	7.57	(5.17)
Διάμεσος τιμή (min, max)	9	(1,25)
Οι γνώσεις σας σχετικά με το αντικείμενο της Κοινωνικής Νοσηλευτικής, είναι :		
Ανύπαρκτες	8	(8%)
Ανεπαρκείς	36	(36%)
Επαρκείς	54	(54%)
Πλήρεις	2	(2%)
Οι γνώσεις σας σχετικά με την Κοινωνική Νοσηλευτική, προέρχονται από :		
Σχολή	50	(50%)
Σεμινάρια	10	(10%)
Προσωπικό ενδιαφέρον	49	(49%)
Εργασία - Εμπειρία	42	(42%)
Άλλο		

Αποτελέσματα

Συμμετέχετε στην παρακολούθηση επιμορφωτικών σεμιναρίων/συνεδρίων που αφορούν σε θέματα		
Ποτέ	60	(60%)
Σπάνια	30	(30%)
Συχνά	10	(10%)
Θεωρείτε ως σπουδαιότερο τομέα δράσης του νοσηλευτή :		
Την οικογένεια	91	(91%)
Τον εργασιακό χώρο	35	(35%)
Το σχολικό περιβάλλον	28	(28%)
Άλλο		–
Η παρέμβασή σας στην οικογένεια αφορά :		(n=99)
Αγωγή της υγείας	60	(60.6%)
Πρόληψη της ασθένειας	62	(62.6%)
Θεραπευτική αντιμετώπιση	65	(65.7%)
Ενίσχυση στο στάδιο αποκατάστασης	48	(48.5%)
Υποστήριξη κατά το τελικό στάδιο της ασθένειας	12	(12.1%)
Η Αγωγή Υγείας επιτυγχάνεται με :		(n=99)
Διερεύνηση των γνώσεων της οικογένειας με την υγεία	58	(58.6%)
Ενημέρωση	60	(60.6%)
Επισήμανση παραγόντων κινδύνου εμφάνισης νόσου	64	(64.6%)
Διαμόρφωση υγιεινού περιβάλλοντος	41	(41.4%)
Κατά τη γνώμη σας, σπουδαιότερη είναι :		(n=95)
Διαφώτιση (Πρωτογενής πρόληψη)	69	(68.3%)
Προσυμπτωματικός έλεγχος (Δευτερογενής πρόληψη)	15	(14.9%)
Αποκατάσταση (Τριτογενής πρόληψη)	11	(10.9%)

Αποτελέσματα

Η παρέμβασή σας στο θεραπευτικό στάδιο, έχει σχέση με :	(n=99)	
Κατ' οίκον νοσηλεία	48	(48.5%)
Αντιμετώπιση επιπλοκών αρρώστιας	68	(68.7%)
Εκπαίδευση μελών της οικογένειας και του ασθενούς, σχετικά με τη νοσηλεία	68	(68.7%)
Ψυχολογική υποστήριξη	48	(48.5%)
Άλλο	4	(4%)
Η συμβολή σας στο στάδιο αποκατάστασης, περιλαμβάνει :	(n=99%)	
Παραδοχή του προβλήματος	56	(56.6%)
Ενίσχυση του αισθήματος αυτονομίας	62	(62.6%)
Συνεργασία με άλλους επιστήμονες	56	(56.6%)
Διαμόρφωση ασφαλούς περιβάλλοντος για τον άρρωστο	78	(78.8%)
Άλλο	-	-
Κρίνετε αναγκαία την εφαρμογή της Νοσηλευτικής Διεργασίας σε όλα τα στάδια της Νοσηλευτικής	(n=100)	
Όχι	∅	
Ναι	49	(49%)
Δεν γνωρίζω	52	(51.0%)
Πώς θα χαρακτηρίζατε τις Υπηρεσίες Υγείας που παρέχονται σήμερα στην Ελλάδα;	n=99)	
Μηδαμινές	30	(30.3%)
Ελλιπείς	42	(42.4%)
Ικανοποιητικές	26	(26.3%)
Πλήρεις	1	(1%)
Πιστεύετε ότι υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης;	(n=100)	
Όχι	5	(5%)
Ναι	51	(51%)
Δεν γνωρίζω	44	(44%)

Αποτελέσματα

Θεωρείτε αναγκαία την καθιέρωση της Κοινωνικής Νοσηλευτικής ως ειδικότητα;	(n=99)	
Όχι	12	(12.1%)
Ναι	87	(87.9%)
ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Ο ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΔΙΑΘΕΤΕΙ ΚΑΠΟΙΑ ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ,		
α) Βασικές γνώσεις και δεξιότητες γενικής Νοσηλευτικής		
(n=99)		
Όχι	3	(3%)
Ναι	96	(97%)
β) Ικανότητα εφαρμογής της Νοσηλευτικής διεργασίας		
(n=99)		
Όχι	14	(14.1%)
Ναι	85	(85.9%)
γ) Συνεργασία με άλλες ειδικότητες		
(n=98)		
Όχι	11	(5.2%)
Ναι	87	(88.8%)
δ) Γνώσεις σχετικά με την υγεία και την αρρώστια		
(n=96)		
Όχι	5	(5.2%)
Ναι	91	(94.8%)
ε) Ενδιαφέρον για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας		
(n=97)		
Όχι	9	(9.3%)
Ναι	88	(90.7%)

Αποτέλεσμα

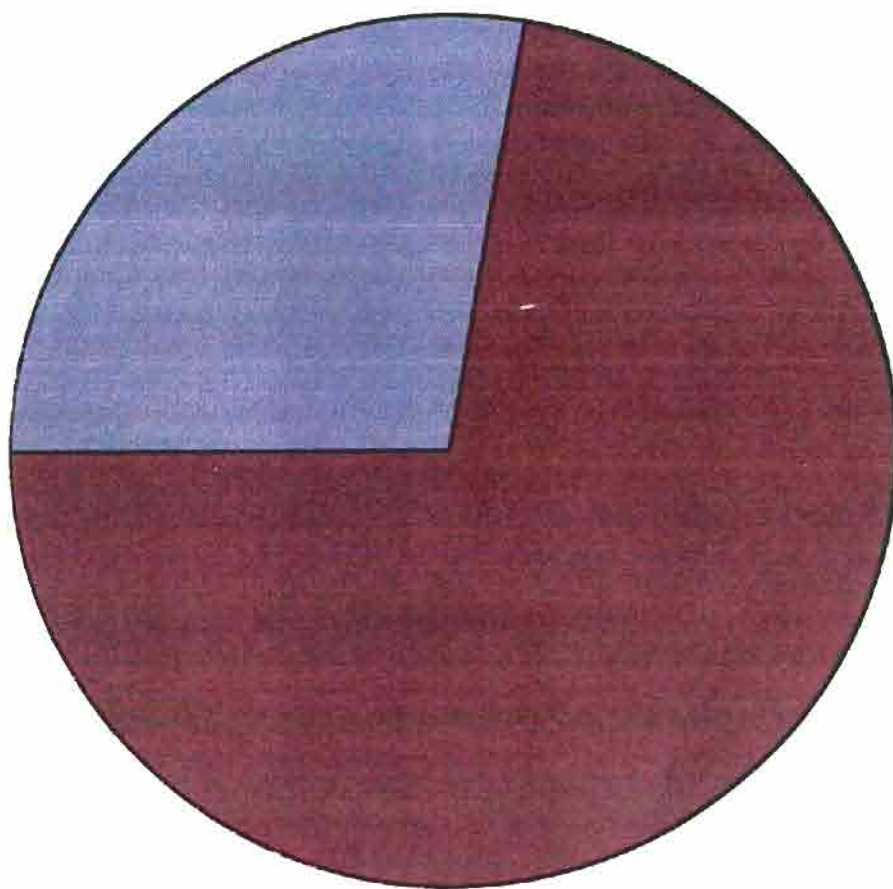
Score 1 (Αξιολόγηση των γνώσεων)	(n=90)	
Μέση τιμή (SD)	11.48	(4.84%)
Διάμεσος τιμή (min, max)	12	(2, 19)
Μη - Ενημερωμένοι	25	(27.8%)
Ενημερωμένοι	65	(72.2%)
Score 2 (Αξιολόγηση του ενδιαφέροντος για ενημέρωση)	(n=100)	
Μέση τιμή (SD)	1.09	(0.9)
Διάμεσος τιμή (min, max)	1	(0, 3)
Νοσηλευτικό προσωπικό που δεν ενδιαφέρεται	27	(27%)
Νοσηλευτικό προσωπικό που ενδιαφέρεται	73	(73%)

Διάγραμμα 1

Σε ποσοστό 27,8% οι γνώσεις του νοσηλευτή και προσωπικού είναι μη ικανοποιητικές ωστόσο σε 72,2% είναι επαρκώς ενημερωμένοι.

(Ακολουθεί το διάγραμμα 1)

Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το επίπεδο των γνώσεών του σε θέματα Κοινωνικής Νοσηλευτικής



■ Όχι
■ Ναι

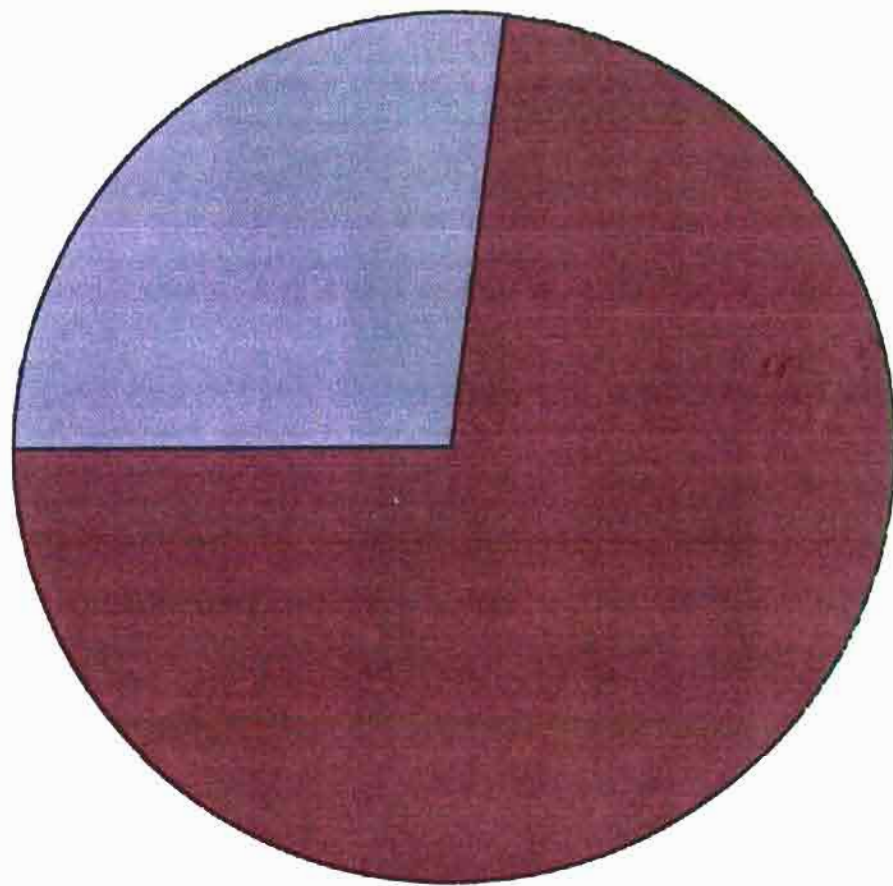
Διάγραμμα 1

Διάγραμμα 2

Το 73% ενδιαφέρεται για τη διεύρυνση των γνώσεών του, ενώ το 27% όχι.

(Ακολουθεί το διάγραμμα 1)

Κατανομή του δείγματος , ανάλογα με το ενδιαφέρον που δείχνει για τη διεύρυνση των γνώσεών του , σε θέματα Κοινωνικής Νοσηλευτικής



■ Όχι
■ Ναι

Διάγραμμα 2

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Σύγκριση ως προς το επίπεδο των γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού

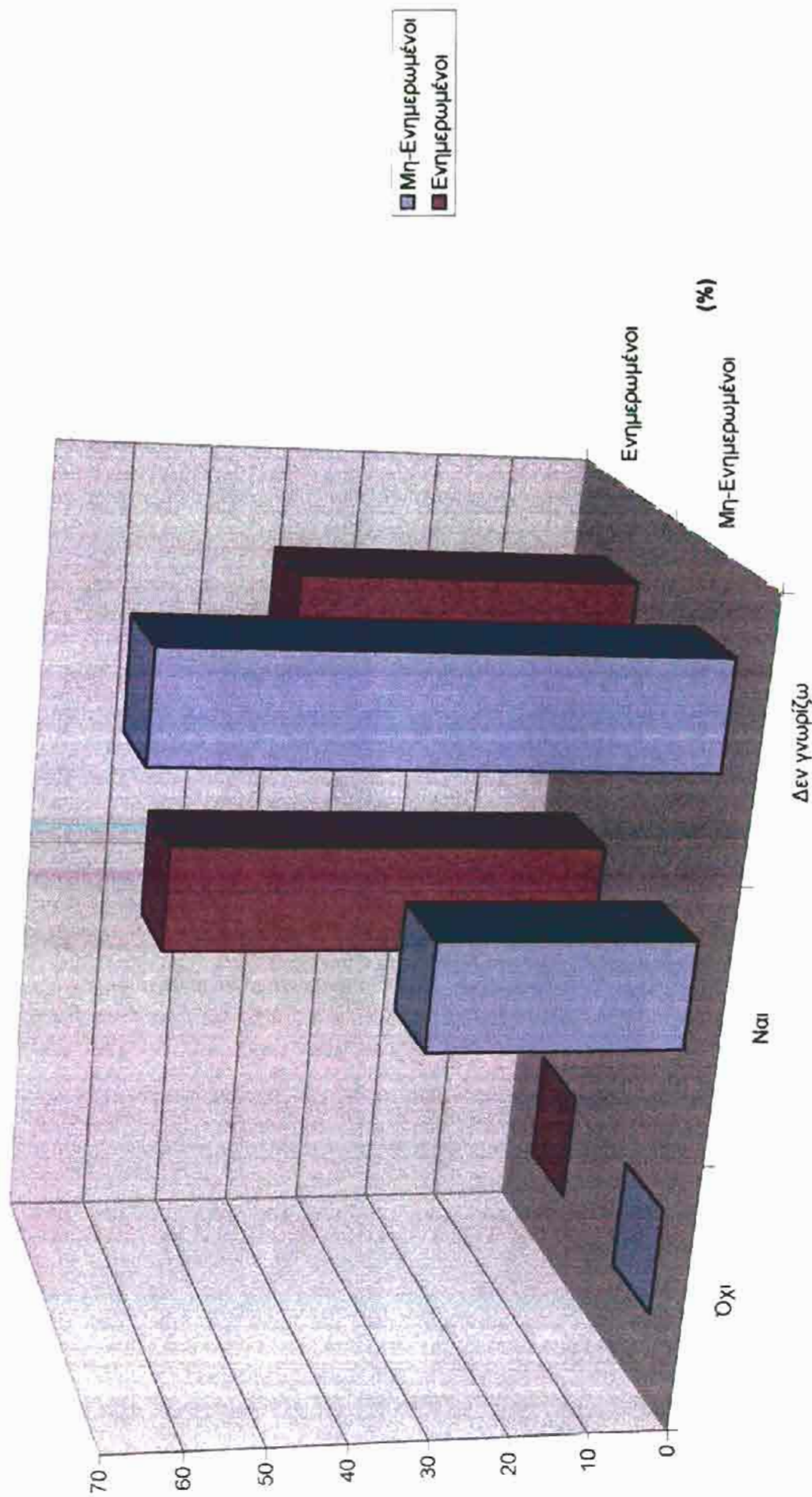
	Έλεγχος		ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΟΙ	Στατιστικός έλεγχος
	ΜΗ - ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΟΙ	ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΟΙ		
Κρίνετε αναγκαία την εφαρμογή της Νοσηλευτικής Διεργασίας σε όλα τα στάδια	(n=25)	(n=65)		P=0.058
Ναι	8 (32%)	37 (56.9%)		(Διάγραμμα 3)
Δεν γνωρίζω	17 (68%)	28 (43.1%)		
Πώς θα χαρακτηρίζατε της Υπηρεσίες Υγείας που παρέχονται σήμερα στην Ελλάδα;	(n=25)	(n=65)		P<0.0001
Μηδανιές	4 (16%)	21 (32.3%)		(Διάγραμμα 4)
Ελλειπείς	20 (80%)	18 (29.2%)		
Ικανοποιητικές	1 (4%)	24 (36.9%)		
Πλήρεις	0	1 (1.5%)		
Πιστεύετε ότι υπάρχουν περιβώρια βελτίωσης;	(n=25)	(n=65)		P=1.697
Όχι	3 (12%)	2 (3.1%)		(Διάγραμμα 5)
Ναι	10 (40%)	36 (55.4%)		
Δεν γνωρίζω	12 (48%)	27 (41.5%)		
Θεωρείτε αναγκαία την καθιέρωση της Κοινωνικής Νοσηλευτικής ως ειδικότητα;	(n=25)	(n=65)		P=0.699
Όχι	2 (8%)	7 (10.8%)		(Διάγραμμα 6)
Ναι	23 (92%)	58 (89.2%)		

Διάγραμμα 3

Οι μη ενημερωμένοι (25%) σε ποσοστό 32% κρίνουν αναγκαία την εφαρμογή της Νοσηλευτικής διεργασίας σε όλα τα στάδια, ενώ σε ποσοστό 68% δεν έχουν άποψη. Οι ενημερωμένοι (65%) θεωρούν σε ποσοστό 65,9% αναγκαία την εφαρμογή της Νοσηλευτικής διεργασίας, σε ποσοστό 43,1% δεν γνωρίζουν.

(Ακολουθεί το διάγραμμα 3)

Σύγκριση των ενημερωμένων και μη : ως προς το αν θεωρούν απαραίτητη την εφαρμογή της Νοσηλευτικής Διεργασίας σε όλα τα στάδια της Νοσηλευτικής παρέμβασης



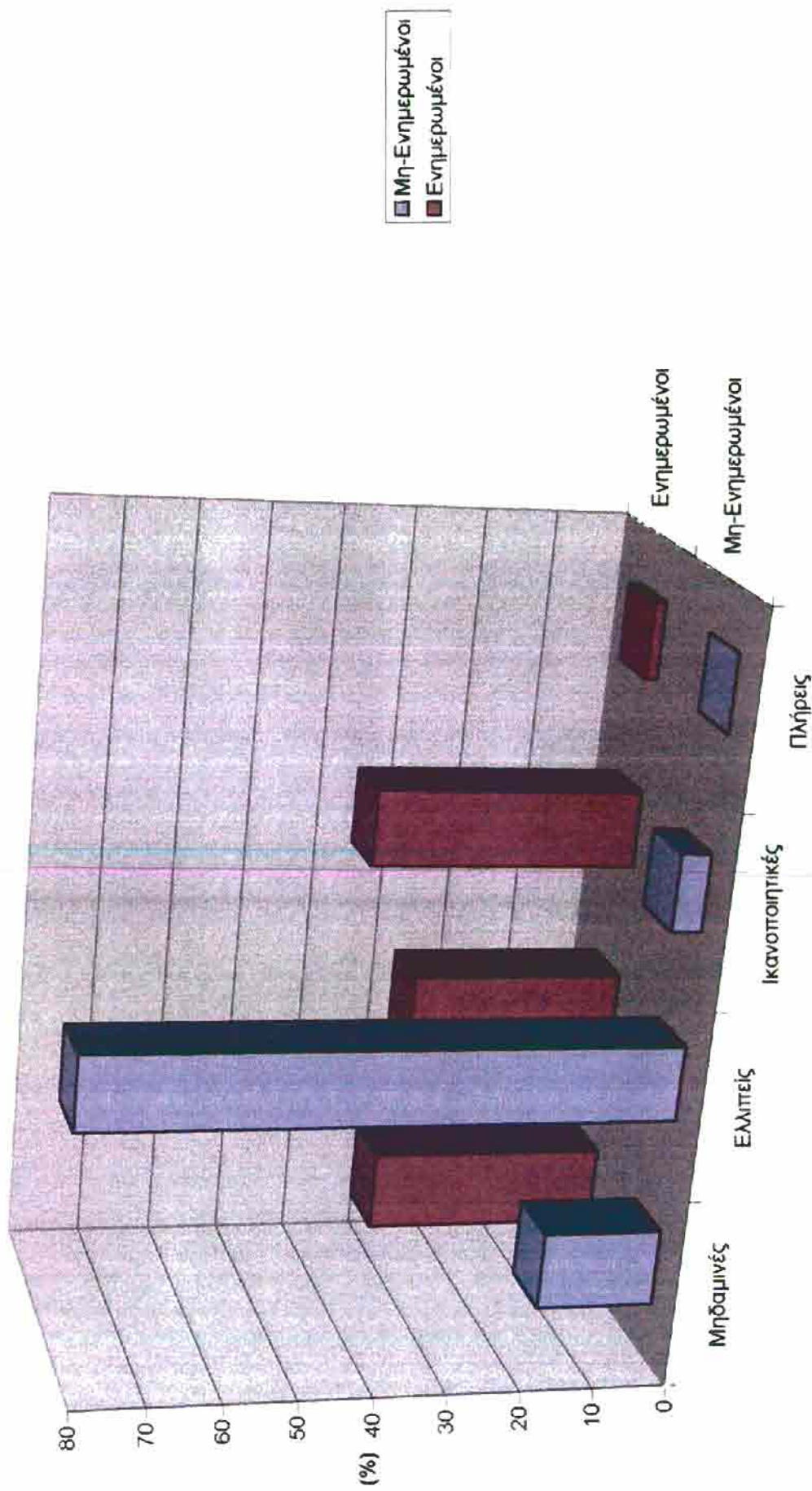
Διάγραμμα 3

Διάγραμμα 4

Το 80% των μη ενημερωμένων χαρακτηρίζει ελλιπείς τις υπηρεσίες υγείας, ενώ το 16% μηδαμινές. Το 36,9% των ενημερωμένων χαρακτηρίζει τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας ικανοποιητικές, ενώ το 32,3% μηδαμινές.

(Ακολουθεί το διάγραμμα 4)

Σύγκριση των ενημερωμένων και μη : , ως προς την άποψη που έχουν για τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται σήμερα στην Ελλάδα



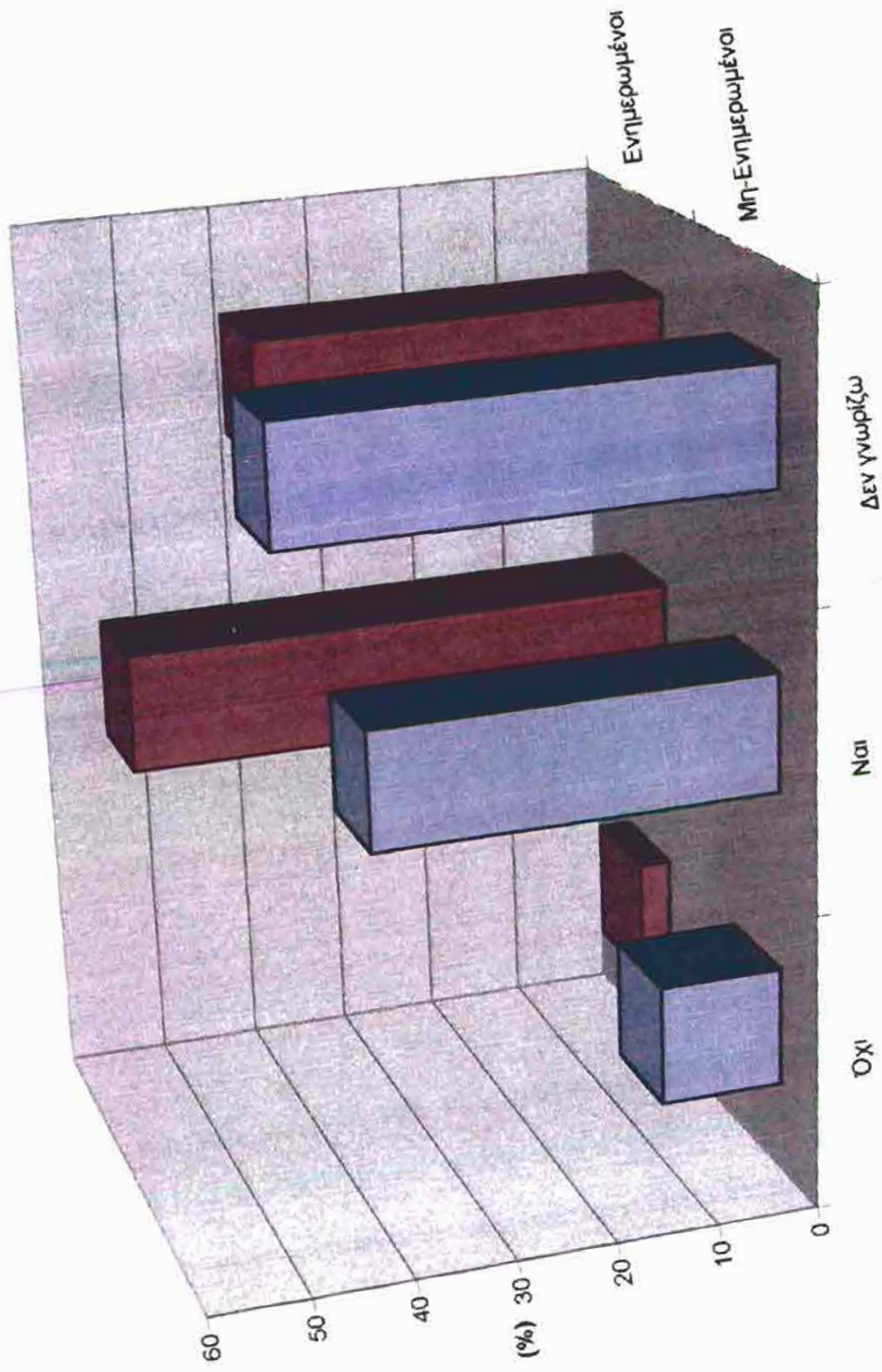
Διάγραμμα 4

Διάγραμμα 5

Οι μη ενημερωμένοι σε ποσοστό 48% δεν γνωρίζουν αν υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης, ενώ σε ποσοστό 12% πιστεύουν πως δεν υπάρχουν. Οι ενημερωμένοι σε ποσοστό 55,4% πιστεύουν ότι υπάρχουν περιθώρια, ενώ το 3,1% πιστεύει πως δεν υπάρχουν.

(Ακολουθεί το διάγραμμα 5)

Σύγκριση των ενημερωμένων και μη : , ως προς το αν πιστεύουν ότι υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης



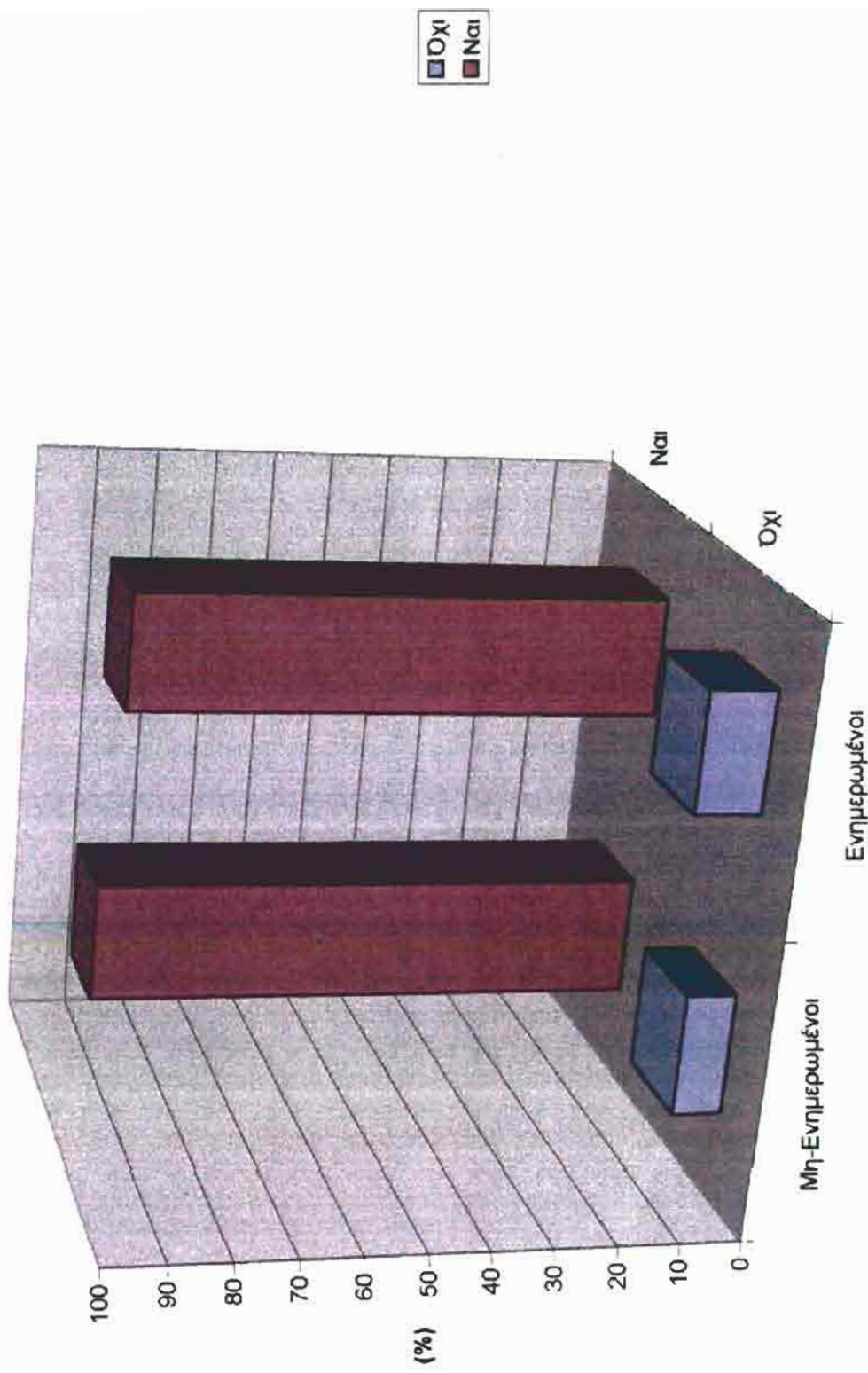
Διάγραμμα 5

Διάγραμμα 6

Από τους μη ενημερωμένους σε ποσοστό 92% υποστηρίζεται η καθιέρωση της κοινοτικής Νοσηλευτικής ως ειδικότητα, ενώ από τους ενημερωμένους σε ποσοστό 89,2%.

(Ακολουθεί το διάγραμμα 6)

Σύγκριση των ενημερωμένων και μη : , ως προς το αν θεωρούν αναγκαία την καθιέρωση της Κοινοτικής Νοσηλευτικής σαν ειδικότητα



Διάγραμμα 6

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Σύγκριση ανάλογα με το επίπεδο ενδιαφέροντος για τη διεύρυνση των γνώσεων τους.

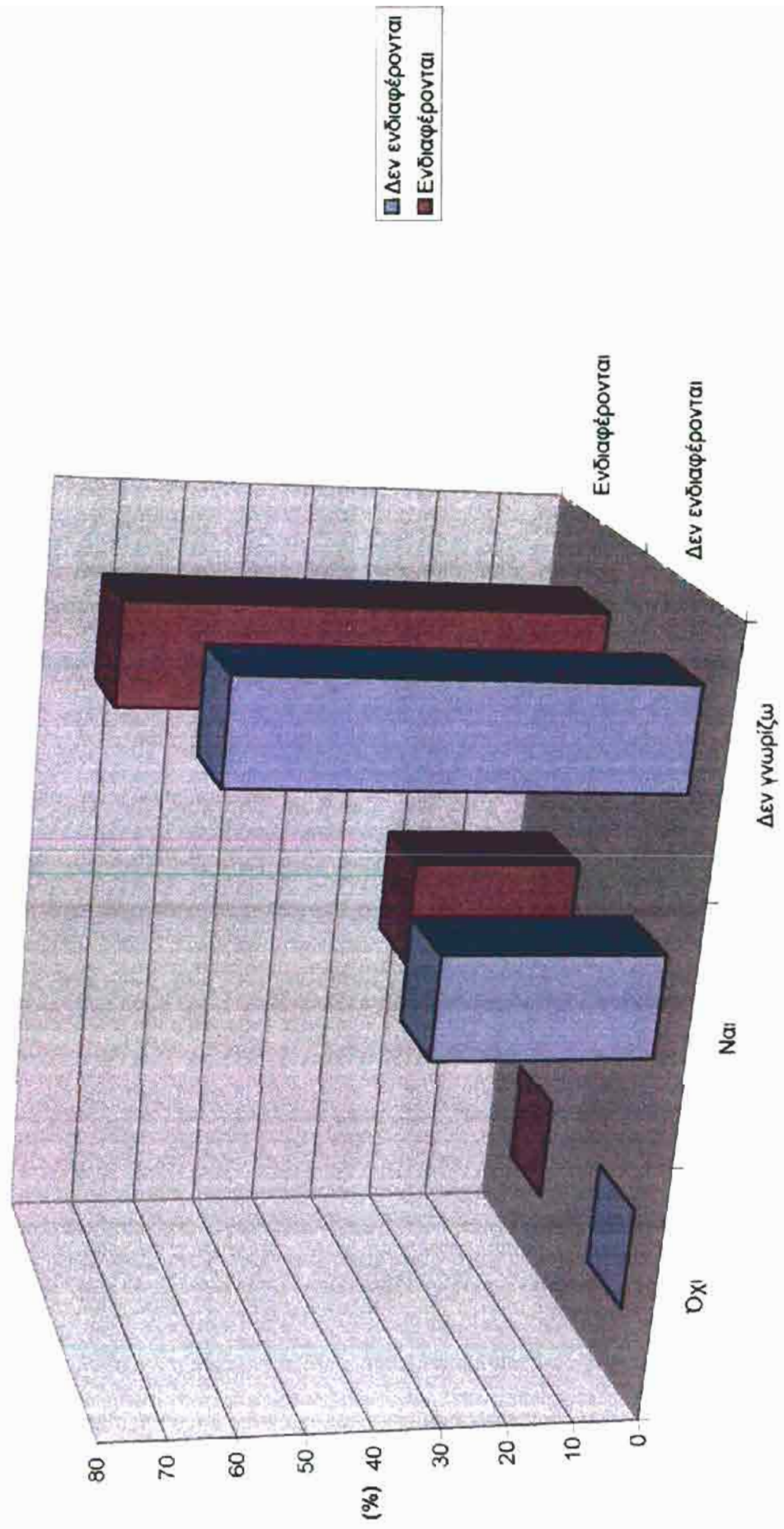
	ΔΕΝ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΑΙ (n=27)	ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΑΙ (n=73)	Στατιστικός έλεγχος
Κρίνετε αναγκαία την εφαρμογή της Νοσηλευτικής Διεργασίας σε όλα τα στάδια	Όχι	0	P=0.634 (Διάγραμμα 7)
	Ναι	19 (26%)	
	Δεν γνωρίζω	54 (74%)	
Πώς θα χαρακτηρίζατε τις Υπηρεσίες Υγείας που παρέχονται σήμερα στην Ελλάδα;	(n=27)	(n=72)	P=0.003
	Μηδαμινές	25 (34.7%)	(Διάγραμμα 8)
	Ελλιπείς	24 (33.3%)	
	Ικανοποιητικές	23 (31.9%)	
	Πλήρεις	1 (3.7%)	
	0		
Πιστεύετε ότι υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης;	(n=27)	(n=73)	P=0.047
	Όχι	2 (2.7%)	(Διάγραμμα 9)
	Ναι	42 (57.5%)	
	Δεν γνωρίζω	29 (39.7%)	
	0		
Θεωρείτε αναγκαία την καθιέρωση της Κοινωνικής Νοσηλευτικής ως ειδικότητα;	(n=27)	(n=72)	P=0.083
	Όχι	6 (8.3%)	(Διάγραμμα 10)
	Ναι	66 (91.7%)	
	0		

Διάγραμμα 7

Οι μη ενημερωμένοι (n=27) σε ποσοστό 66,7% δεν γνωρίζουν αν η Νοσηλευτική διεργασία είναι αναγκαία. Σε αρκετά μεγάλο ποσοστό 74% οι ενδιαφερόμενοι συνηγορούν σ' αυτό.

(Ακολουθεί το διάγραμμα 7)

Σύγκριση : ανάλογα με το επίπεδο του ενδιαφέροντος που έχουν για διεύρυνση των γνώσεών τους ως προς το αν θεωρούν απαραίτητη την εφαρμογή της Νοσηλευτικής Διεργασίας σε όλα τα στάδια της Νοσηλευτικής παρέμβασης



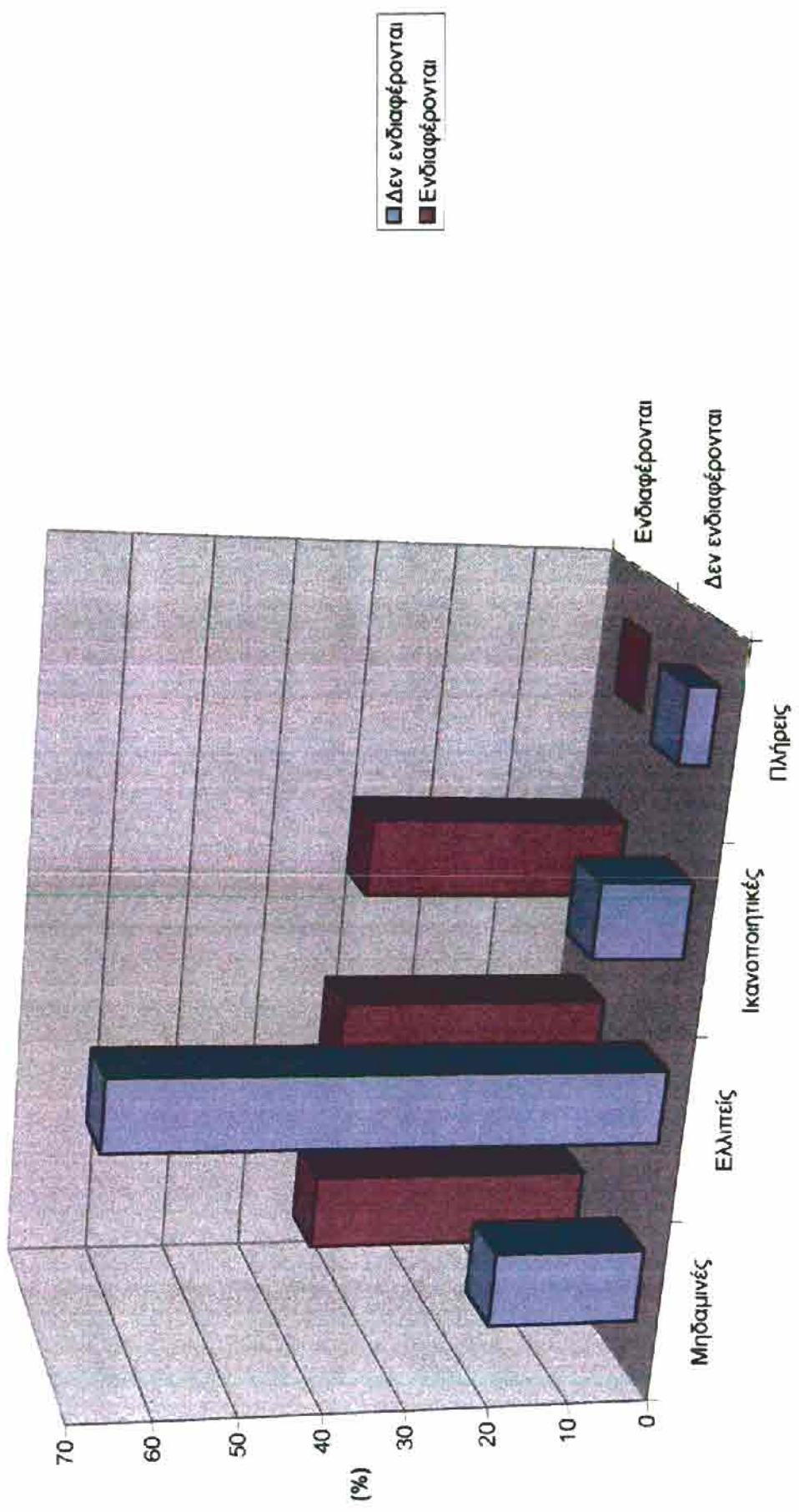
Διάγραμμα 7

Διάγραμμα 8

Οι μη ενδιαφερόμενοι για τη διερεύνηση των γνώσεών τους σε ποσοστό 66,7% χαρακτηρίζουν τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται σήμερα ως ελλιπείς, ενώ από αυτούς που ενδιαφέρονται για τη διερεύνηση των γνώσεών τους σε ποσοστό 34,7% θεωρούν αυτές μηδαμινές.

(Ακολουθεί το διάγραμμα 8)

Σύγκριση : ανάλογα με το επίπεδο του ενδιαφέροντος που έχουν για διεύρυνση των γνώσεών τους ως προς την άποψη που έχουν για τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται σήμερα στην Ελλάδα



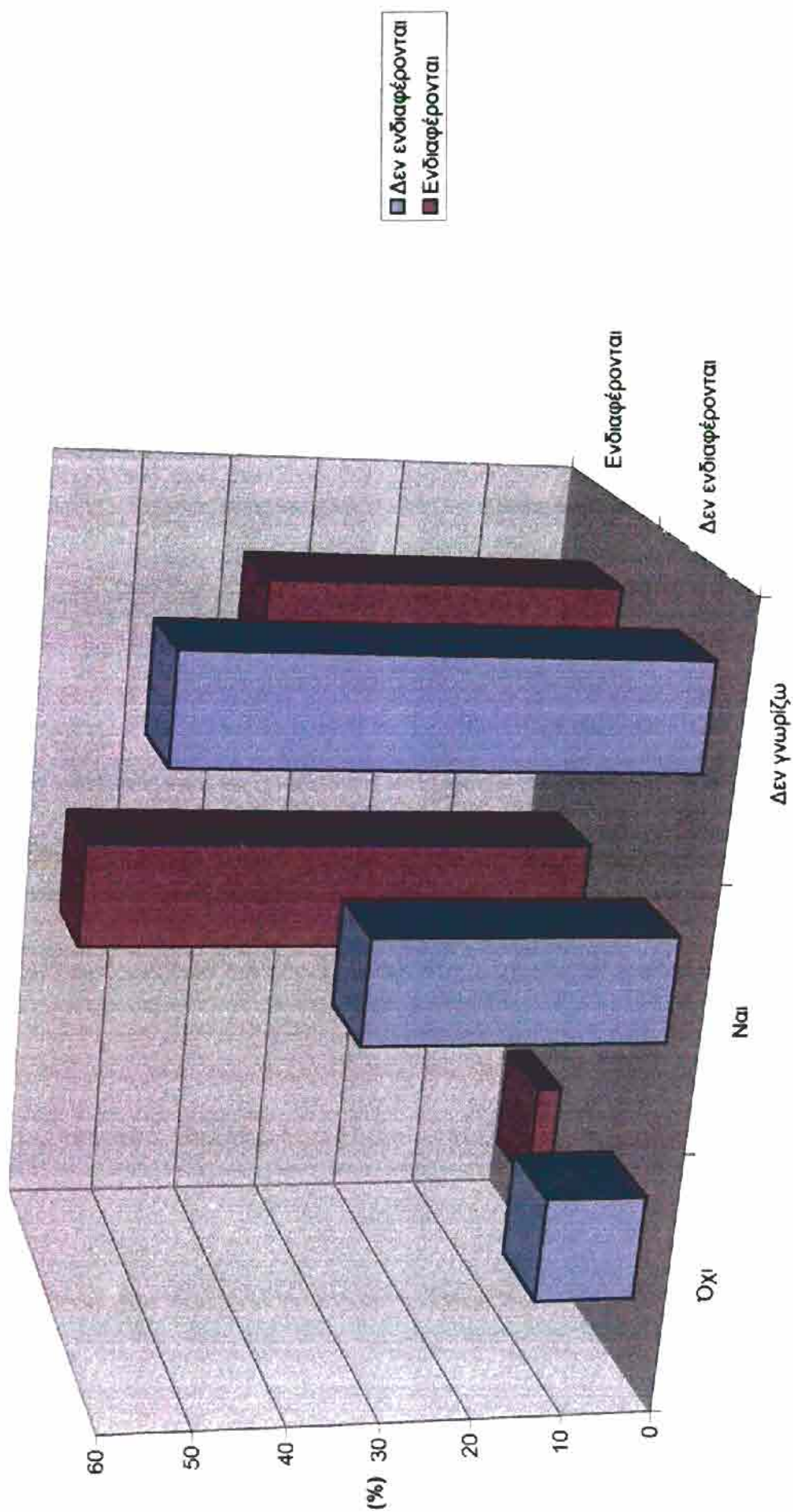
Διάγραμμα 8

Διάγραμμα 9

Σε ποσοστό 55,6% οι μη ενδιαφερόμενοι για τη διερεύνηση των γνώσεών τους υποστηρίζουν πως δεν γνωρίζουν εάν υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης, ενώ από τους ενδιαφερόμενους ένα ποσοστό 57,5% κρίνουν ότι υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης.

(Ακολουθεί το διάγραμμα 9)

Σύγκριση : ανάλογα με το επίπεδο του ενδιαφέροντος που έχουν για διεύρυνση των γνώσεών τους, ως προς το αν πιστεύουν ότι υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης



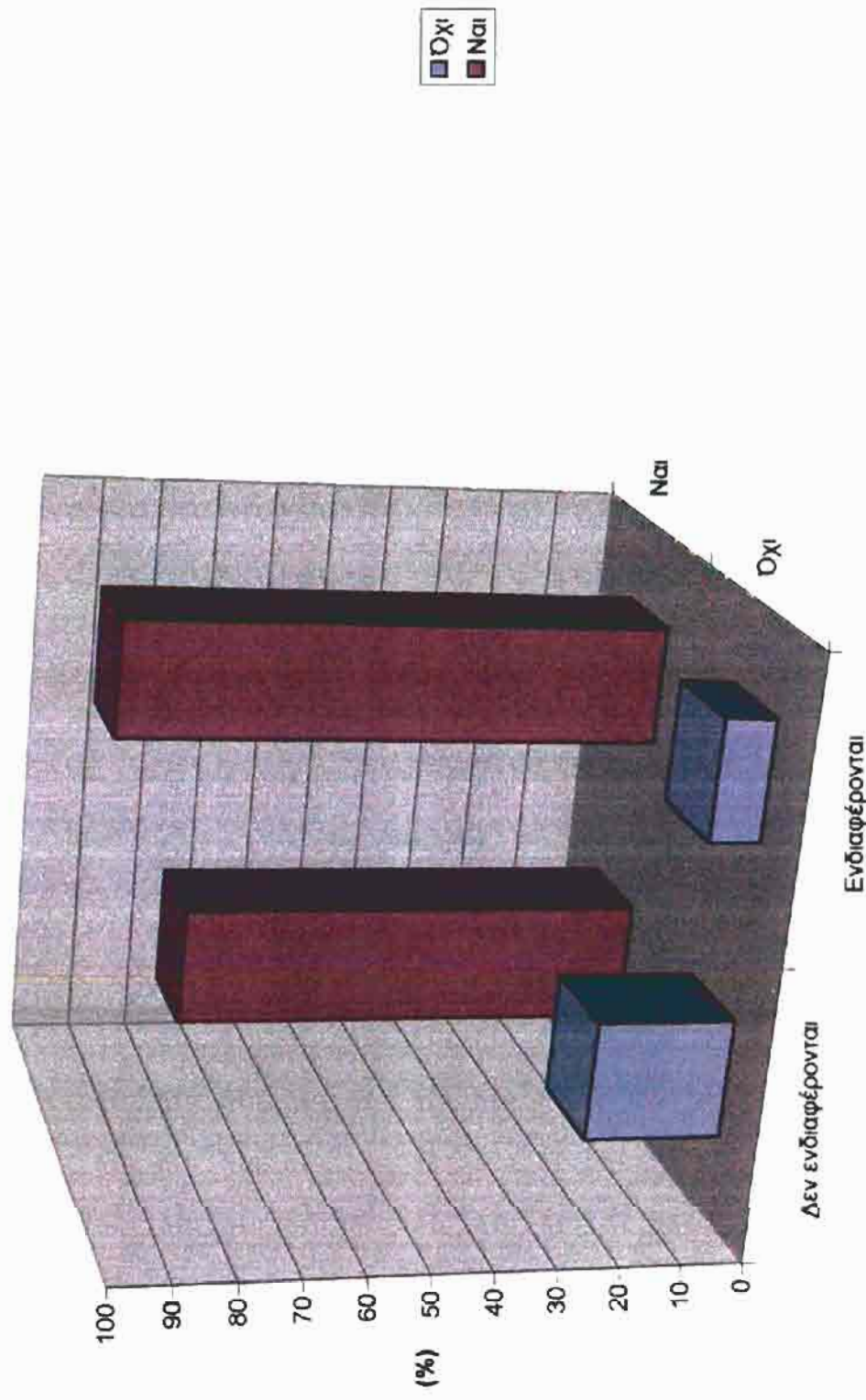
Διάγραμμα 9

Διάγραμμα 10

Και οι δύο ομάδες σε αρκετά μεγάλο ποσοστό 77,8% οι μη ενδιαφερόμενοι και 91,7% ενδιαφερόμενοι κρίνουν αναγκαία την καθιέρωση της κοινοτικής Νοσηλευτικής ως ειδικότητα.

(Ακολουθεί το διάγραμμα 10)

Σύγκριση : ανάλογα με το επίπεδο του ενδιαφέροντος που έχουν για διεύρυνση των γνώσεών τους, ως προς το αν θεωρούν αναγκαία την κατάρτιση της Κοινωνικής Νοσηλευτικής σαν ειδικότητα



Διάγραμμα 10

Ανάλυση Συσχετίσεων

Συσχέτιση της ηλικίας με:	Συντελεστής Συσχέτισης	p-value
Ετος αποφοίτησης	-0,887	<0,0001
Χρόνια προϋπηρεσίας	0,869	<0,0001
Γνώσεις στο αντικείμενο της Κοινωνικής Νοσηλευτικής προέρχονται από τη σχολή	-0,314	0,001
Πεποίθηση ότι η παρέμβαση στην οικογένεια αφορά στην αγωγή υγείας	-0,23	0,023
Πεποίθηση ότι η παρέμβαση στην οικογένεια αφορά στην πρόληψη της ασθένειας	-0,23	0,022
Πεποίθηση ότι η αγωγή υγείας επιτυγχάνεται με διεύρυνση των γνώσεων της οικογένειας σχετικά με την υγεία	-0,215	0,033
Πεποίθηση ότι η παρέμβαση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με την εκπαίδευση των μελών της οικογένειας και του ασθενούς, σχετικά με την νοσηλεία	-0,238	0,018
Πεποίθηση ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει την παρέμβαση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με την ψυχολογική υποστήριξη	-0,314	0,002
Πεποίθηση ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει την παρέμβαση του νοσηλευτή στο στάδιο αποκατάστασης περιλαμβάνει την ενίσχυση του αισθήματος αυτονομίας	-0,262	0,009
Πεποίθηση ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει την παρέμβαση του νοσηλευτή στο στάδιο αποκατάστασης περιλαμβάνει την συνεργασία με άλλους επιστήμονες	-0,26	0,009
Πεποίθηση ότι ο Κοινωνικός Νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει ικανότητα εφαρμογής της νοσηλευτικής διεργασίας	-0,216	0,032
Πεποίθηση ότι ο Κοινωνικός Νοσηλευτής πρέπει να συνεργάζεται με άλλες ειδικότητες	-0,226	0,025
Αξιολόγηση των γνώσεων (s1)	-0,353	0,001

Συσχέτιση του φύλου με :	Συντελεστής Συσχέτισης	p-value
Πεποίθηση ότι η παρέμβαση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με την κατ' οίκον νοσηλεία	-0,202	0,045
Πεποίθηση ότι υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης	0,275	0,04

Ανάλυση Συσχετίσεων

Συσχέτιση του έτους αποφοίτησης με :	Συντελεστής Συσχέτισης	p-value
Χρόνια προϋπηρεσίαξ	-0,859	<0,0001
Γνώσεις στο αντικείμενο της Κοινωνικής Νοσηλευτικής προέρχονται από τη σχολή	0,273	0,009
Γνώσεις στο αντικείμενο της Κοινωνικής Νοσηλευτικής προέρχονται από την εργασία ή εμπειρία	-0,226	0,032
Επίγνωση ότι η αγωγή υγείας επιτυγχάνεται με διεύρυνση των γνώσεων της οικογένειας σχετικά με την υγεία	0,237	0,024
Επίγνωση ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει παρέμβαση του νοσηλευτή στο στάδιο αποκατάστασης περιλαμβάνει την συνεργασία με άλλους επιστήμονες	0,217	0,04
Αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται σήμερα στην οικογένεια	0,279	0,008
Πεποίθηση ότι ο Κοινωνικός Νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει ικανότητα εφαρμογής της νοσηλευτικής διεργασίας	0,297	0,004
Πεποίθηση ότι ο Κοινωνικός Νοσηλευτής πρέπει να συνεργάζεται με άλλες ειδικότητες	0,268	0,011
Πεποίθηση ότι ο Κοινωνικός Νοσηλευτής πρέπει να ενδιαφέρεται για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας	0,222	0,037
Αξιολόγηση των γνώσεων (s1)	0,258	0,019

Ανάλυση Συσχετίσεων

Συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου με :	Συντελεστής Συσχέτισης	p-value
ωπική εκτίμηση των γνώσεων στο αντικείμενο της Κοινωνικής Νοσηλευτικής	0,274	0,006
νώσεις στο αντικείμενο της Κοινωνικής Νοσηλευτικής προέρχονται από τη σχολή	0,245	0,014
νώσεις στο αντικείμενο της Κοινωνικής Νοσηλευτικής προέρχονται από τη σχολή	0,272	0,006
Πεποίθηση ότι υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης	0,437	0,001
Πεποίθηση ότι ο Κοινωνικός Νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει ικανότητα εφαρμογής της νοσηλευτικής διεργασίας	0,316	0,001
Πεποίθηση ότι ο Κοινωνικός Νοσηλευτής πρέπει να συνεργάζεται με άλλες ειδικότητες	0,297	0,003
Πεποίθηση ότι ο Κοινωνικός Νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει γνώσεις σχετικά με την υγεία	0,29	0,004
Πεποίθηση ότι ο Κοινωνικός Νοσηλευτής πρέπει να ενδιαφέρεται για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας	0,318	0,002
Αξιολόγηση του ενδιαφέροντος για ενημέρωση (s2)	0,31	0,002

Ανάλυση Συσχετίσεων

Συσχέτιση των χρόνων προϋπηρεσίας με :	Συντελεστής Συσχέτισης	p-value
νώσεις στο αντικείμενο της Κοινωνικής Νοσηλευτικής προέρχονται από τη σχολή	-0,249	0,013
ώρηση ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει βάση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με την ψυχολογική υποστήριξη	-0,247	0,014
ώρηση ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει παρέμβαση του νοσηλευτή στο στάδιο αποκατάστασης περιλαμβάνει την ενίσχυση του αισθήματος αυτονομίας	-0,212	0,036
ώρηση ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει παρέμβαση του νοσηλευτή στο στάδιο αποκατάστασης περιλαμβάνει την συνεργασία με άλλους επιστήμονες	-0,207	0,04
ολόγηση των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται σήμερα στην οικογένεια	-0,214	0,034
εποίθηση ότι ο Κοινωνικός Νοσηλευτής πρέπει να συνεργάζεται με άλλες ειδικότητες	-0,297	0,003
εποίθηση ότι ο Κοινωνικός Νοσηλευτής πρέπει να ενδιαφέρεται για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας	-0,271	0,008
Αξιολόγηση των γνώσεων (s1)	-0,269	0,01

Ανάλυση Συσχετίσεων

Επίπτωση της προσωπικής εκτίμησης των γνώσεων στο αντικείμενο της Κοινωνικής Νοσηλευτικής με :	Συντελεστής Συσχέτισης	p-value
Γνώσεις στο αντικείμενο της Κοινωνικής Νοσηλευτικής προέρχονται από τη σχολή	0,566	<0,0001
Γνώσεις στο αντικείμενο της Κοινωνικής Νοσηλευτικής προέρχονται από τη σχολή	0,199	0,047
Συχνότητα συμμετοχής στην παρακολούθηση επιμορφωτικών σεμιναρίων/συνεδριών που αφορούν σε θέματα Κοινωνικής Νοσηλευτικής	0,467	<0,0001
Πίστευση ότι ο σπουδαιότερος τομέας δράσης του νοσηλευτή είναι η οικογένεια	0,234	0,019
Πίστευση ότι ο σπουδαιότερος τομέας δράσης του νοσηλευτή είναι το σχολικό περιβάλλον	0,332	0,001
Πεποίθηση ότι η παρέμβαση στην οικογένεια αφορά στην αγωγή υγείας	0,544	<0,0001
Πεποίθηση ότι η παρέμβαση στην οικογένεια αφορά στην πρόληψη της ασθένειας	0,484	<0,0001
Πεποίθηση ότι η παρέμβαση στην οικογένεια αφορά στην θεραπευτική αντιμετώπιση	0,322	0,001
Πεποίθηση ότι η παρέμβαση στην οικογένεια αφορά στην ενίσχυση στο στάδιο της αποκατάστασης	0,203	0,044
Πεποίθηση ότι η παρέμβαση στην οικογένεια αφορά στην υποστήριξη κατά το τελικό στάδιο της ασθένειας	0,273	0,006
Θεώρηση ότι η αγωγή υγείας επιτυγχάνεται με διεύρυνση των γνώσεων της οικογένειας σχετικά με την υγεία	0,51	<0,0001
Θεώρηση ότι η αγωγή υγείας επιτυγχάνεται με ενημέρωση	0,513	<0,0001
Θεώρηση ότι η αγωγή υγείας επιτυγχάνεται με την επισήμανση παραγόντων κινδύνου εμφάνισης νόσου	0,493	<0,0001
Πίστευση ότι η παρέμβαση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με την κατ' οίκον νοσηλεία	0,238	0,018
Πίστευση ότι η παρέμβαση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με την αντιμετώπιση των επιπλοκών της αρρώστιας	0,465	<0,0001
Πίστευση ότι η παρέμβαση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με την εκπαίδευση των μελών της οικογένειας και του ασθενούς, σχετικά με την νοσηλεία	0,465	<0,0001
Πίστευση ότι η παρέμβαση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με την εκπαίδευση των μελών της οικογένειας και του ασθενούς, σχετικά με την νοσηλεία	0,545	<0,0001

Ανάλυση Συσχετίσεων

Εξήγηση ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει επίδραση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με την ψυχολογική υποστήριξη	0,647	<0,0001
Εξήγηση ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει επίδραση του νοσηλευτή στο στάδιο αποκατάστασης περιλαμβάνει την ενίσχυση του αισθήματος αυτονομίας	0,443	<0,0001
Εξήγηση ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει επίδραση του νοσηλευτή στο στάδιο αποκατάστασης περιλαμβάνει την συνεργασία με άλλους επιστήμονες	0,678	<0,0001
Πεποίθηση ότι υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης	0,393	0,003
Πεποίθηση ότι ο Κοινωνικός Νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει ικανότητα εφαρμογής της νοσηλευτικής διεργασίας	0,344	<0,0001
Πεποίθηση ότι ο Κοινωνικός Νοσηλευτής πρέπει να συνεργάζεται με άλλες ειδικότητες	0,308	0,002
Πεποίθηση ότι ο Κοινωνικός Νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει γνώσεις σχετικά με την υγεία	0,244	0,016
Πεποίθηση ότι ο Κοινωνικός Νοσηλευτής πρέπει να ενδιαφέρεται για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας	0,396	<0,0001
Αξιολόγηση των γνώσεων (s1)	0,85	<0,0001
Αξιολόγηση του ενδιαφέροντος για ενημέρωση (s2)	0,441	<0,0001

Ανάλυση Συσχετίσεων

Συσχέτιση του ότι οι γνώσεις στο αντικείμενο της Κοινωνικής Νοσηλευτικής προέρχονται από τη σχολή με :	Συντελεστής Συσχέτισης	p-value
Γνώσεις στο αντικείμενο της Κοινωνικής Νοσηλευτικής προέρχονται από την εργασία ή εμπειρία	-0,243	0,015
Συχνότητα συμμετοχής στην παρακολούθηση επιμορφωτικών σεμιναρίων/συνεδρίων που αφορούν σε θέματα Κοινωνικής Νοσηλευτικής	0,268	0,007
Πιστοποίηση ότι ο σπουδαιότερος τομέας δράσης του νοσηλευτή είναι η οικογένεια	0,314	0,001
Πιστοποίηση ότι ο σπουδαιότερος τομέας δράσης του νοσηλευτή είναι το σχολικό περιβάλλον	0,267	0,007
Πιστοποίηση ότι η παρέμβαση στην οικογένεια αφορά στην αγωγή υγείας	0,525	<0,0001
Πιστοποίηση ότι η παρέμβαση στην οικογένεια αφορά στην πρόληψη της ασθένειας	0,488	<0,0001
Πιστοποίηση ότι η παρέμβαση στην οικογένεια αφορά στην θεραπευτική αντιμετώπιση	0,305	0,002
Πιστοποίηση ότι η αγωγή υγείας επιτυγχάνεται με διεύρυνση των γνώσεων της οικογένειας σχετικά με την υγεία	0,562	<0,0001
Πιστοποίηση ότι η αγωγή υγείας επιτυγχάνεται με ενημέρωση	0,442	<0,0001
Πιστοποίηση ότι η αγωγή υγείας επιτυγχάνεται με την επισήμανση παραγόντων κινδύνου εμφάνισης νόσου	0,367	<0,0001
Πιστοποίηση ότι η παρέμβαση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με την κατ' οίκον νοσηλεία	0,314	0,002
Πιστοποίηση ότι η παρέμβαση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με την αντιμετώπιση των επιπλοκών της αρρώστιας	0,421	<0,0001
Πιστοποίηση ότι η παρέμβαση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με την εκπαίδευση των μελών της οικογένειας και του ασθενούς, σχετικά με την νοσηλεία	0,508	<0,0001
Πιστοποίηση ότι η παρέμβαση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με την ψυχολογική υποστήριξη	0,637	<0,0001
Πιστοποίηση ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει την παρέμβαση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με την ψυχολογική υποστήριξη	0,641	<0,0001
Πιστοποίηση ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει την παρέμβαση του νοσηλευτή στο στάδιο αποκατάστασης περιλαμβάνει την ενίσχυση του αισθήματος αυτονομίας	0,363	<0,0001
Πιστοποίηση ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει την παρέμβαση του νοσηλευτή στο στάδιο αποκατάστασης περιλαμβάνει την συνεργασία με άλλους επιστήμονες	0,6	<0,0001

Ανάλυση Συσχετίσεων

Πεποίθηση ότι ο Κοινωνικός Νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει ικανότητα εφαρμογής της νοσηλευτικής διεργασίας	0,352	<0,0001
Πεποίθηση ότι ο Κοινωνικός Νοσηλευτής πρέπει να συνεργάζεται με άλλες ειδικότητες	0,226	0,025
Πεποίθηση ότι ο Κοινωνικός Νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει γνώσεις σχετικά με την υγεία	0,239	0,019
Αξιολόγηση του ενδιαφέροντος για ενημέρωση (s2)	0,212	0,34

Συσχέτιση του ότι οι γνώσεις στο αντικείμενο της Κοινωνικής Νοσηλευτικής προέρχονται από την εργασία ή εμπειρία με :	Συντελεστής Συσχέτισης	p-value
Η γνώσεις στο αντικείμενο της Κοινωνικής Νοσηλευτικής προέρχονται από προσωπικό ενδιαφέρον	-0,267	0,007
Πεποίθηση ότι η αγωγή υγείας επιτυγχάνεται με διεύρυνση των γνώσεων της οικογένειας σχετικά με την υγεία	-0,334	0,001
Αξιολόγηση της πρωτογενούς πρόληψης σαν σπουδαιότερη	-0,218	0,034
Πεποίθηση ότι ο Κοινωνικός Νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει ικανότητα εφαρμογής της νοσηλευτικής διεργασίας	-0,247	0,014
Πεποίθηση ότι ο Κοινωνικός Νοσηλευτής πρέπει να συνεργάζεται με άλλες ειδικότητες	-0,231	0,022

Ανάλυση Συσχετίσεων

Συσχέτιση της συχνότητας συμμετοχής στην παρακολούθηση Επιμορφωτικών σεμιναρίων/συνεδρίων που αφορούν σε θέματα Κοινωνικής Νοσηλευτικής με:	Συντελεστής Συσχέτισης	p-value
Πεποίθηση ότι ο σπουδαιότερος τομέας δράσης του νοσηλευτή είναι η οικογένεια	0,199	0,047
Πεποίθηση ότι η παρέμβαση στην οικογένεια αφορά στην αγωγή υγείας	0,36	<0,0001
Πεποίθηση ότι η παρέμβαση στην οικογένεια αφορά στην πρόληψη της ασθένειας	0,239	0,017
Πεποίθηση ότι η παρέμβαση στην οικογένεια αφορά στην υποστήριξη κατά το τελικό στάδιο της ασθένειας	0,273	0,006
Πεποίθηση ότι η αγωγή υγείας επιτυγχάνεται με διεύρυνση των γνώσεων της οικογένειας σχετικά με την υγεία	0,266	0,008
Πεποίθηση ότι η αγωγή υγείας επιτυγχάνεται με ενημέρωση	0,329	0,001
Πεποίθηση ότι η αγωγή υγείας επιτυγχάνεται με την επισήμανση παραγόντων κινδύνου εμφάνισης νόσου	0,304	0,002
Πεποίθηση ότι η παρέμβαση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με την εκπαίδευση των μελών της οικογένειας και του ασθενούς, σχετικά με την νοσηλεία	0,333	0,001
Πεποίθηση ότι η παρέμβαση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με την ψυχολογική υποστήριξη	0,361	<0,0001
Πεποίθηση ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει παρέμβαση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με την ψυχολογική υποστήριξη	0,43	<0,0001
Πεποίθηση ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει παρέμβαση του νοσηλευτή στο στάδιο αποκατάστασης περιλαμβάνει την ενίσχυση του αισθήματος αυτονομίας	0,284	0,004
Πεποίθηση ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει παρέμβαση του νοσηλευτή στο στάδιο αποκατάστασης περιλαμβάνει την συνεργασία με άλλους επιστήμονες	0,368	<0,0001
Πεποίθηση ότι υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης	0,272	0,043
Πεποίθηση ότι ο Κοινωνικός Νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει ικανότητα εφαρμογής της νοσηλευτικής διεργασίας	0,211	0,036
Πεποίθηση ότι ο Κοινωνικός Νοσηλευτής πρέπει να συνεργάζεται με άλλες ειδικότητες	0,21	0,038
Αξιολόγηση των γνώσεων (s1)	0,461	<0,0001

Ανάλυση Συσχετίσεων

Συσχέτιση της εκτίμησης ότι ο σπουδαιότερος τομέας δράσης του νοσηλευτή είναι η οικογένεια με :	Συντελεστής Συσχέτισης	p-value
Πεποίθηση ότι η παρέμβαση στην οικογένεια αφορά στην αγωγή υγείας	0,248	0,013
Πεποίθηση ότι η παρέμβαση στην οικογένεια αφορά στην πρόληψη της ασθένειας	0,337	0,001
Πεποίθηση ότι η παρέμβαση στην οικογένεια αφορά στην θεραπευτική αντιμετώπιση	0,289	0,004
Θεώρηση ότι η αγωγή υγείας επιτυγχάνεται με διεύρυνση των γνώσεων της οικογένειας σχετικά με την υγεία	0,305	0,002
Θεώρηση ότι η αγωγή υγείας επιτυγχάνεται με ενημέρωση	0,32	0,001
Θεώρηση ότι η παρέμβαση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με την αντιμετώπιση των επιπλοκών της αρρώστιας	0,317	0,001
Θεώρηση ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει παρέμβαση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με την ψυχολογική υποστήριξη	0,29	0,004
Θεώρηση ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει παρέμβαση του νοσηλευτή στο στάδιο αποκατάστασης περιλαμβάνει την συνεργασία με άλλους επιστήμονες	0,219	0,029
Πεποίθηση ότι υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης	0,399	0,002
Πεποίθηση ότι ο Κοινωνικός Νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει γνώσεις σχετικά με την υγεία	0,246	0,016
Αξιολόγηση των γνώσεων (s1)	0,279	0,008

Συσχέτιση της εκτίμησης ότι ο σπουδαιότερος τομέας δράσης του νοσηλευτή είναι ο εργασιακός χώρος, με:	Συντελεστής Συσχέτισης	p-value
Πεποίθηση ότι ο σπουδαιότερος τομέας δράσης του νοσηλευτή είναι το σχολικό περιβάλλον	0,663	<0,0001
Πεποίθηση ότι η παρέμβαση στην οικογένεια αφορά στην πρόληψη της ασθένειας	0,222	0,027
Πεποίθηση ότι η παρέμβαση στην οικογένεια αφορά στην ενίσχυση στο στάδιο της αποκατάστασης	0,255	0,011
Θεώρηση ότι η παρέμβαση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με την εκπαίδευση των μελών της οικογένειας και του ασθενούς, σχετικά με την νοσηλεία	0,226	0,025
Πεποίθηση ότι είναι αναγκαία η καθιέρωση της Κοινωνικής Νοσηλευτικής ως ειδικότητα	0,21	0,037

Ανάλυση Συσχετίσεων

Συσχέτιση της εκτίμησης ότι ο σπουδαιότερος τομέας δράσης του νοσηλευτή είναι το σχολικό περιβάλλον, με :	Συντελεστής Συσχέτισης	p-value
Πεποίθηση ότι η παρέμβαση στην οικογένεια αφορά στην αγωγή υγείας	0,277	0,006
Πεποίθηση ότι η παρέμβαση στην οικογένεια αφορά στην πρόληψη της ασθένειας	0,253	0,011
Πεποίθηση ότι η παρέμβαση στην οικογένεια αφορά στην θεραπευτική αντιμετώπιση	0,288	0,004
Θεώρηση ότι η αγωγή υγείας επιτυγχάνεται με διεύρυνση των γνώσεων της οικογένειας σχετικά με την υγεία	0,209	0,038
Θεώρηση ότι η αγωγή υγείας επιτυγχάνεται με την επισήμανση παραγόντων κινδύνου εμφάνισης νόσου	0,324	0,001
Θεώρηση ότι η παρέμβαση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με την κατ' οίκον νοσηλεία	0,288	0,004
Θεώρηση ότι η παρέμβαση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με την ψυχολογική υποστήριξη	0,243	0,015
Θεώρηση ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει παρέμβαση του νοσηλευτή στο στάδιο αποκατάστασης περιλαμβάνει την συνεργασία με άλλους επιστήμονες	0,279	0,005
Αξιολόγηση των γνώσεων (s1)	0,304	0,004

Ανάλυση Συσχετίσεων

σχέση της πεποίθησης ότι η παρέμβαση στην οικογένεια αφορά στην αγωγή υγείας με :	Συντελεστής Συσχέτισης	p-value
Πεποίθηση ότι η παρέμβαση στην οικογένεια αφορά στην πρόληψη της ασθένειας	0,488	<0,0001
Πεποίθηση ότι η παρέμβαση στην οικογένεια αφορά στην υποστήριξη κατά το τελικό στάδιο της ασθένειας	0,244	0,015
Πεποίθηση ότι η αγωγή υγείας επιτυγχάνεται με διεύρυνση των γνώσεων της οικογένειας σχετικά με την υγεία	0,514	<0,0001
Πεποίθηση ότι η αγωγή υγείας επιτυγχάνεται με ενημέρωση	0,398	<0,0001
Πεποίθηση ότι η αγωγή υγείας επιτυγχάνεται με την επισήμανση παραγόντων κινδύνου εμφάνισης νόσου	0,388	<0,0001
Πεποίθηση ότι η παρέμβαση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με την κατ' οίκον νοσηλεία	0,254	0,011
Πεποίθηση ότι η παρέμβαση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με την εκπαίδευση των μελών της οικογένειας και του ασθενούς, σχετικά με την νοσηλεία	0,299	0,003
Πεποίθηση ότι η παρέμβαση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με την ψυχολογική υποστήριξη	0,505	<0,0001
Πεποίθηση ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει την παρέμβαση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με την ψυχολογική υποστήριξη	0,602	<0,0001
Πεποίθηση ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει την παρέμβαση του νοσηλευτή στο στάδιο αποκατάστασης περιλαμβάνει την ενίσχυση του αισθήματος αυτονομίας	0,332	0,001
Πεποίθηση ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει την παρέμβαση του νοσηλευτή στο στάδιο αποκατάστασης περιλαμβάνει την συνεργασία με άλλους επιστήμονες	0,56	<0,0001
Αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται σήμερα στην οικογένεια	0,219	0,031
Πεποίθηση ότι ο Κοινωνικός Νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει ικανότητα εφαρμογής της νοσηλευτικής διεργασίας	0,323	0,001
Αξιολόγηση των γνώσεων (s1)	0,619	<0,0001
Αξιολόγηση του ενδιαφέροντος για ενημέρωση (s2)	0,334	0,001

Ανάλυση Συσχετίσεων

σχέση της πεποίθησης ότι η παρέμβαση στην οικογένεια αφορά στην πρόληψη της ασθένειας με:	Συντελεστής Συσχέτισης	p-value
πίστεψη ότι η παρέμβαση στην οικογένεια αφορά στην ενίσχυση στο στάδιο της αποκατάστασης	0,248	0,013
πίστεψη ότι η αγωγή υγείας επιτυγχάνεται με διεύρυνση των γνώσεων της οικογένειας σχετικά με την υγεία	0,449	<0,0001
Θεώρηση ότι η αγωγή υγείας επιτυγχάνεται με ενημέρωση	0,547	<0,0001
πίστεψη ότι η αγωγή υγείας επιτυγχάνεται με την επισήμανση παραγόντων κινδύνου εμφάνισης νόσου	0,317	0,001
Αξιολόγηση της πρωτογενούς πρόληψης σαν σπουδαιότερη	-0,227	0,028
πίστεψη ότι η παρέμβαση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με την κατ' οίκον νοσηλεία	0,258	0,01
πίστεψη ότι η παρέμβαση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με την αντιμετώπιση των επιπλοκών της αρρώστιας	0,305	0,002
πίστεψη ότι η παρέμβαση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με την εκπαίδευση των μελών της οικογένειας και του ασθενούς, σχετικά με την νοσηλεία	0,421	<0,0001
πίστεψη ότι η παρέμβαση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με την ψυχολογική υποστήριξη	0,468	<0,0001
πίστεψη ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει την παρέμβαση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με την ψυχολογική υποστήριξη	0,602	<0,0001
πίστεψη ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει την παρέμβαση του νοσηλευτή στο στάδιο αποκατάστασης περιλαμβάνει την ενίσχυση του αισθήματος αυτονομίας	0,367	<0,0001
πίστεψη ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει την παρέμβαση του νοσηλευτή στο στάδιο αποκατάστασης περιλαμβάνει την συνεργασία με άλλους επιστήμονες	0,516	<0,0001
πίστεψη ότι ο Κοινωνικός Νοσηλευτής πρέπει να συνεργάζεται με άλλες ειδικότητες	0,211	0,04
Αξιολόγηση των γνώσεων (s1)	0,635	<0,0001
Αξιολόγηση του ενδιαφέροντος για ενημέρωση (s2)	0,24	0,017

Ανάλυση Συσχετίσεων

Σχέση της πεποίθησης ότι η παρέμβαση στην οικογένεια αφορά στην θεραπευτική αντιμετώπιση με:	Συντελεστής Συσχέτισης	p-value
Πεποίθηση ότι η παρέμβαση στην οικογένεια αφορά στην υποστήριξη κατά το τελικό στάδιο της ασθένειας	0,203	0,043
Θεώρηση ότι η αγωγή υγείας επιτυγχάνεται με διεύρυνση των γνώσεων της οικογένειας σχετικά με την υγεία	0,315	0,002
Θεώρηση ότι η αγωγή υγείας επιτυγχάνεται με ενημέρωση	0,275	0,006
Θεώρηση ότι η αγωγή υγείας επιτυγχάνεται με την επισήμανση παραγόντων κινδύνου εμφάνισης νόσου	0,252	0,012
Πεποίθηση ότι η παρέμβαση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με την αντιμετώπιση των επιπλοκών της αρρώστιας	0,214	0,035
Θεώρηση ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει παρέμβαση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με την ψυχολογική υποστήριξη	0,278	0,005
Θεώρηση ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει παρέμβαση του νοσηλευτή στο στάδιο αποκατάστασης περιλαμβάνει την ενίσχυση του αισθήματος αυτονομίας	0,289	0,004
Θεώρηση ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει παρέμβαση του νοσηλευτή στο στάδιο αποκατάστασης περιλαμβάνει την συνεργασία με άλλους επιστήμονες	0,278	0,005
Πεποίθηση ότι υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης	0,376	0,004
Πεποίθηση ότι ο Κοινωνικός Νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει γνώσεις σχετικά με την υγεία	0,224	0,029
Πεποίθηση ότι ο Κοινωνικός Νοσηλευτής πρέπει να ενδιαφέρεται για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας	0,369	<0,0001
Αξιολόγηση των γνώσεων (s1)	0,374	<0,0001

Ανάλυση Συσχετίσεων

Συσχέτιση της πεποίθησης ότι η παρέμβαση στην οικογένεια αφορά στην ενίσχυση στο στάδιο της αποκατάστασης με:	Συντελεστής Συσχέτισης	p-value
Πεποίθηση ότι η παρέμβαση στην οικογένεια αφορά στην υποστήριξη κατά το τελικό στάδιο της ασθένειας	0,259	0,01
Θεώρηση ότι η αγωγή υγείας επιτυγχάνεται με διεύρυνση των γνώσεων της οικογένειας σχετικά με την υγεία	0,234	0,02
Θεώρηση ότι η αγωγή υγείας επιτυγχάνεται με ενημέρωση	0,219	0,03
Θεώρηση ότι η αγωγή υγείας επιτυγχάνεται με την επισήμανση παραγόντων κινδύνου εμφάνισης νόσου	0,271	0,007
Θεώρηση ότι η παρέμβαση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με την κατ' οίκον νοσηλεία	0,244	0,015
Θεώρηση ότι η παρέμβαση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με την ψυχολογική υποστήριξη	0,203	0,044
Θεώρηση ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει παρέμβαση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με την ψυχολογική υποστήριξη	0,212	0,036
Θεώρηση ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει παρέμβαση του νοσηλευτή στο στάδιο αποκατάστασης περιλαμβάνει την συνεργασία με άλλους επιστήμονες	0,212	0,036
Θεώρηση ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει παρέμβαση του νοσηλευτή στο στάδιο αποκατάστασης περιλαμβάνει την διαμόρφωση ασφαλούς περιβάλλοντος	0,252	0,012
Πεποίθηση ότι ο Κοινωνικός Νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει ικανότητα εφαρμογής της νοσηλευτικής διεργασίας	0,217	0,032
Αξιολόγηση των γνώσεων (s1)	0,335	0,001
Συσχέτιση της πεποίθησης ότι η παρέμβαση στην οικογένεια αφορά στην υποστήριξη κατά το τελικό στάδιο της ασθένειας με:	Συντελεστής Συσχέτισης	p-value
Θεώρηση ότι η αγωγή υγείας επιτυγχάνεται με διεύρυνση των γνώσεων της οικογένειας σχετικά με την υγεία	0,254	0,012
Θεώρηση ότι η αγωγή υγείας επιτυγχάνεται με την διαμόρφωση υγιεινού περιβάλλοντος	0,377	<0,0001
Θεώρηση ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει παρέμβαση του νοσηλευτή στο στάδιο αποκατάστασης περιλαμβάνει την ενίσχυση του αισθήματος αυτονομίας	0,271	0,007
Θεώρηση ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει παρέμβαση του νοσηλευτή στο στάδιο αποκατάστασης περιλαμβάνει την συνεργασία με άλλους επιστήμονες	0,243	0,016
Αξιολόγηση των γνώσεων (s1)	0,306	0,004

Ανάλυση Συσχετίσεων

Συσχέτιση της θεώρησης ότι η αγωγή υγείας επιτυγχάνεται με ιεύρυνση των γνώσεων της οικογένειας σχετικά με την υγεία με:	Συντελεστής Συσχέτισης	p-value
Θεώρηση ότι η αγωγή υγείας επιτυγχάνεται με ενημέρωση	0,371	<0,0001
Θεώρηση ότι η αγωγή υγείας επιτυγχάνεται με την επισήμανση παραγόντων κινδύνου εμφάνισης νόσου	0,365	<0,0001
Θεώρηση ότι η παρέμβαση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με την κατ' οίκον νοσηλεία	0,293	0,003
Θεώρηση ότι η παρέμβαση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με την αντιμετώπιση των επιπλοκών της αρρώστιας	0,289	0,004
Θεώρηση ότι η παρέμβαση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με εκπαίδευση των μελών της οικογένειας και του ασθενούς, σχετικά με την νοσηλεία	0,357	<0,0001
Θεώρηση ότι η παρέμβαση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με την ψυχολογική υποστήριξη	0,5	<0,0001
Θεώρηση ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει παρέμβαση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με την ψυχολογική υποστήριξη	0,561	<0,0001
Θεώρηση ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει παρέμβαση του νοσηλευτή στο στάδιο αποκατάστασης περιλαμβάνει την ενίσχυση του αισθήματος αυτονομίας	0,364	<0,0001
Θεώρηση ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει παρέμβαση του νοσηλευτή στο στάδιο αποκατάστασης περιλαμβάνει την συνεργασία με άλλους επιστήμονες	0,561	<0,0001
Πεποίθηση ότι υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης	0,356	0,007
Πεποίθηση ότι ο Κοινοτικός Νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει ικανότητα εφαρμογής της νοσηλευτικής διεργασίας	0,4	<0,0001
Πεποίθηση ότι ο Κοινοτικός Νοσηλευτής πρέπει να συνεργάζεται με άλλες ειδικότητες	0,267	0,008
Πεποίθηση ότι ο Κοινοτικός Νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει γνώσεις σχετικά με την υγεία	0,251	0,014
Πεποίθηση ότι ο Κοινοτικός Νοσηλευτής πρέπει να ενδιαφέρεται για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας	0,357	<0,0001
Αξιολόγηση του ενδιαφέροντος για ενημέρωση (s2)	0,256	0,011

Ανάλυση Συσχετίσεων

Συσχέτιση της θεώρησης ότι η αγωγή υγείας επιτυγχάνεται με ενημέρωση με:	Συντελεστής Συσχέτισης	p-value
εώρηση ότι η αγωγή υγείας επιτυγχάνεται με την επισήμανση παραγόντων κινδύνου εμφάνισης νόσου	0,269	0,007
εώρηση ότι η παρέμβαση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με την αντιμετώπιση των επιπλοκών της αρρώστιας	0,29	0,004
εώρηση ότι η παρέμβαση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με / εκπαίδευση των μελών της οικογένειας και του ασθενούς, σχετικά με την νοσηλεία	0,271	0,007
εώρηση ότι η παρέμβαση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με την ψυχολογική υποστήριξη	0,347	<0,0001
εώρηση ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει παρέμβαση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με την ψυχολογική υποστήριξη	0,56	<0,0001
εώρηση ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει παρέμβαση του νοσηλευτή στο στάδιο αποκατάστασης περιλαμβάνει την ενίσχυση του αισθήματος αυτονομίας	0,399	<0,0001
εώρηση ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει παρέμβαση του νοσηλευτή στο στάδιο αποκατάστασης περιλαμβάνει την συνεργασία με άλλους επιστήμονες	0,602	<0,0001
Πεποίθηση ότι υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης	0,289	0,031
επίθεση ότι ο Κοινωνικός Νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει βασικές γνώσεις και δεξιότητες γενικής νοσηλευτικής	0,219	0,031
Αξιολόγηση του ενδιαφέροντος για ενημέρωση (s2)	0,346	<0,0001

Ανάλυση Συσχετίσεων

Ισχυρίση της θεώρησης ότι η αγωγή υγείας επιτυγχάνεται με την επισήμανση παραγόντων κινδύνου εμφάνισης νόσου με:	Συντελεστής Συσχέτισης	p-value
Ισχυρίση ότι η παρέμβαση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με την αντιμετώπιση των επιπλοκών της αρρώστιας	0,29	0,004
Ισχυρίση ότι η παρέμβαση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με εκπαίδευση των μελών της οικογένειας και του ασθενούς, σχετικά με την νοσηλεία	0,271	0,007
Ισχυρίση ότι η παρέμβαση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με την ψυχολογική υποστήριξη	0,347	<0,0001
Ισχυρίση ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει παρέμβαση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με την ψυχολογική υποστήριξη	0,43	<0,0001
Ισχυρίση ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει παρέμβαση του νοσηλευτή στο στάδιο αποκατάστασης περιλαμβάνει την ενίσχυση του αισθήματος αυτονομίας	0,386	<0,0001
Ισχυρίση ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει παρέμβαση του νοσηλευτή στο στάδιο αποκατάστασης περιλαμβάνει την συνεργασία με άλλους επιστήμονες	0,43	<0,0001
Πεποίθηση ότι είναι αναγκαία η καθιέρωση της Κοινωνικής Νοσηλευτικής ως ειδικότητα	0,207	0,041
Πεποίθηση ότι ο Κοινωνικός Νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει ικανότητα εφαρμογής της νοσηλευτικής διεργασίας	0,274	0,006
Πεποίθηση ότι ο Κοινωνικός Νοσηλευτής πρέπει να συνεργάζεται με άλλες ειδικότητες	0,239	0,018
Πεποίθηση ότι ο Κοινωνικός Νοσηλευτής πρέπει να ενδιαφέρεται για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας	0,241	0,018
Αξιολόγηση του ενδιαφέροντος για ενημέρωση (s2)	0,273	<0,0001

Ανάλυση Συσχετίσεων

Συσχέτιση της θεώρησης ότι η παρέμβαση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με την κατ' οίκον νοσηλεία με:	Συντελεστής Συσχέτισης	p-value
Πεποίθηση ότι η παρέμβαση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με την αντιμετώπιση των επιπλοκών της αρρώστιας	0,272	0,006
Θεώρηση ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει έμβαση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με την ψυχολογική υποστήριξη	0,361	<0,0001
Θεώρηση ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει παρέμβαση του νοσηλευτή στο στάδιο αποκατάστασης περιλαμβάνει την συνεργασία με άλλους επιστήμονες	0,238	0,017

Συσχέτιση της θεώρησης ότι η παρέμβαση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με την αντιμετώπιση των επιπλοκών της αρρώστιας με:	Συντελεστής Συσχέτισης	p-value
Πεποίθηση ότι η παρέμβαση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με την ψυχολογική υποστήριξη	0,35	<0,0001
Θεώρηση ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει έμβαση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με την ψυχολογική υποστήριξη	0,331	0,001
Θεώρηση ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει παρέμβαση του νοσηλευτή στο στάδιο αποκατάστασης περιλαμβάνει την ενίσχυση του αισθήματος αυτονομίας	0,334	0,001
Θεώρηση ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει παρέμβαση του νοσηλευτή στο στάδιο αποκατάστασης περιλαμβάνει την συνεργασία με άλλους επιστήμονες	0,287	0,004
Πεποίθηση ότι ο Κοινωνικός Νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει γνώσεις σχετικά με την υγεία	0,247	0,015
Αξιολόγηση του ενδιαφέροντος για ενημέρωση (s2)	0,207	0,04

Συσχέτιση της θεώρησης ότι η παρέμβαση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με την εκπαίδευση των μελών της οικογένειας και του ασθενούς, σχετικά με την νοσηλεία με:	Συντελεστής Συσχέτισης	p-value
Πεποίθηση ότι η παρέμβαση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με την ψυχολογική υποστήριξη	0,394	<0,0001
Θεώρηση ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει έμβαση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με την ψυχολογική υποστήριξη	0,331	0,001
Θεώρηση ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει παρέμβαση του νοσηλευτή στο στάδιο αποκατάστασης περιλαμβάνει την ενίσχυση του αισθήματος αυτονομίας	0,289	0,004
Θεώρηση ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει παρέμβαση του νοσηλευτή στο στάδιο αποκατάστασης περιλαμβάνει την συνεργασία με άλλους επιστήμονες	0,463	<0,0001
Πεποίθηση ότι ο Κοινωνικός Νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει ικανότητα εφαρμογής της νοσηλευτικής διεργασίας	0,289	0,004

Ανάλυση Συσχετίσεων

Συσχέτιση της θεώρησης ότι η παρέμβαση του νοσηλευτή στο Θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με την ψυχολογική υποστήριξη με:	Συντελεστής Συσχέτισης	p-value
Θεώρηση ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει Ξμβαση του νοσηλευτή στο θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με την ψυχολογική υποστήριξη	0,646	<0,0001
Θεώρηση ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει παρέμβαση του νοσηλευτή στο στάδιο αποκατάστασης περιλαμβάνει την ενίσχυση του αισθήματος αυτονομίας	0,373	<0,0001
Θεώρηση ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει παρέμβαση του νοσηλευτή στο στάδιο αποκατάστασης περιλαμβάνει την συνεργασία με άλλους επιστήμονες	0,565	<0,0001
Πεποίθηση ότι ο Κοινωνικός Νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει ικανότητα εφαρμογής της νοσηλευτικής διεργασίας	0,289	0,004
Πεποίθηση ότι ο Κοινωνικός Νοσηλευτής πρέπει να ενδιαφέρεται για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας	0,239	0,018
Αξιολόγηση του ενδιαφέροντος για ενημέρωση (s2)	0,296	0,003

Συσχέτιση της θεώρησης ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει παρέμβαση του νοσηλευτή στο Θεραπευτικό στάδιο σχετίζεται με την ψυχολογική υποστήριξη με:	Συντελεστής Συσχέτισης	p-value
Θεώρηση ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει παρέμβαση του νοσηλευτή στο στάδιο αποκατάστασης περιλαμβάνει την ενίσχυση του αισθήματος αυτονομίας	0,545	<0,0001
Θεώρηση ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει παρέμβαση του νοσηλευτή στο στάδιο αποκατάστασης περιλαμβάνει την συνεργασία με άλλους επιστήμονες	0,671	<0,0001
Πεποίθηση ότι υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης	0,289	0,031
Πεποίθηση ότι ο Κοινωνικός Νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει ικανότητα εφαρμογής της νοσηλευτικής διεργασίας	0,346	<0,0001
Πεποίθηση ότι ο Κοινωνικός Νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει γνώσεις σχετικά με την υγεία	0,271	0,007
Πεποίθηση ότι ο Κοινωνικός Νοσηλευτής πρέπει να ενδιαφέρεται για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας	0,294	0,003
Αξιολόγηση του ενδιαφέροντος για ενημέρωση (s2)	0,352	<0,0001

Ανάλυση Συσχετίσεων

Συσχέτιση της θεώρησης ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει παρέμβαση του νοσηλευτή στο στάδιο κατάστασης περιλαμβάνει την ενίσχυση του αισθήματος αυτονομίας με:	Συντελεστής Συσχέτισης	p-value
Εξομολόγηση ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει παρέμβαση του νοσηλευτή στο στάδιο αποκατάστασης περιλαμβάνει την συνεργασία με άλλους επιστήμονες	0,545	<0,0001
Πεποίθηση ότι ο Κοινωνικός Νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει ικανότητα εφαρμογής της νοσηλευτικής διεργασίας	0,286	0,004
Πεποίθηση ότι ο Κοινωνικός Νοσηλευτής πρέπει να ενδιαφέρεται για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας	0,269	0,008
Αξιολόγηση του ενδιαφέροντος για ενημέρωση (s2)	0,28	0,005

Συσχέτιση της θεώρησης ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει παρέμβαση του νοσηλευτή στο στάδιο κατάστασης περιλαμβάνει την συνεργασία με άλλους επιστήμονες με:	Συντελεστής Συσχέτισης	p-value
Πεποίθηση ότι υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης	0,289	0,031
Πεποίθηση ότι ο Κοινωνικός Νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει ικανότητα εφαρμογής της νοσηλευτικής διεργασίας	0,346	<0,0001
Πεποίθηση ότι ο Κοινωνικός Νοσηλευτής πρέπει να συνεργάζεται με άλλες ειδικότητες	0,207	0,041
Πεποίθηση ότι ο Κοινωνικός Νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει γνώσεις σχετικά με την υγεία	0,266	0,009
Πεποίθηση ότι ο Κοινωνικός Νοσηλευτής πρέπει να ενδιαφέρεται για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας	0,366	<0,0001
Αξιολόγηση του ενδιαφέροντος για ενημέρωση (s2)	0,352	<0,0001

Συσχέτιση της θεώρησης ότι η συμβολή σας στο στάδιο της αποκατάστασης, περιλαμβάνει παρέμβαση του νοσηλευτή στο στάδιο αποκατάστασης περιλαμβάνει την διαμόρφωση ασφαλούς περιβάλλοντος με:	Συντελεστής Συσχέτισης	p-value
Αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται σήμερα στην οικογένεια	0,209	0,038
Πεποίθηση ότι ο Κοινωνικός Νοσηλευτής πρέπει να συνεργάζεται με άλλες ειδικότητες	0,221	0,029

Ανάλυση Συσχετίσεων

Συσχέτιση της πεποίθησης ότι υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης με:	Συντελεστής Συσχέτισης	p-value
Πεποίθηση ότι ο Κοινοτικός Νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει ικανότητα εφαρμογής της νοσηλευτικής διεργασίας	0,482	<0,0001
Πεποίθηση ότι ο Κοινοτικός Νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει γνώσεις σχετικά με την υγεία	0,43	0,001
Πεποίθηση ότι ο Κοινοτικός Νοσηλευτής πρέπει να ενδιαφέρεται για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας	0,614	<0,0001
Αξιολόγηση των γνώσεων (s1)	0,359	0,01
Αξιολόγηση του ενδιαφέροντος για ενημέρωση (s2)	0,277	0,039

Συσχέτιση της πεποίθησης ότι ο Κοινοτικός Νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει ικανότητα εφαρμογής της νοσηλευτικής διεργασίας με:	Συντελεστής Συσχέτισης	p-value
Πεποίθηση ότι ο Κοινοτικός Νοσηλευτής πρέπει να συνεργάζεται με άλλες ειδικότητες	0,501	<0,0001
Πεποίθηση ότι ο Κοινοτικός Νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει γνώσεις σχετικά με την υγεία	0,302	0,003
Πεποίθηση ότι ο Κοινοτικός Νοσηλευτής πρέπει να ενδιαφέρεται για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας	0,678	<0,0001
Αξιολόγηση των γνώσεων (s1)	0,5	<0,0001
Αξιολόγηση του ενδιαφέροντος για ενημέρωση (s2)	0,296	0,003

Συσχέτιση της πεποίθησης ότι ο Κοινοτικός Νοσηλευτής πρέπει να συνεργάζεται με άλλες ειδικότητες με:	Συντελεστής Συσχέτισης	p-value
Πεποίθηση ότι ο Κοινοτικός Νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει γνώσεις σχετικά με την υγεία	0,226	0,027
Πεποίθηση ότι ο Κοινοτικός Νοσηλευτής πρέπει να ενδιαφέρεται για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας	0,557	<0,0001
Αξιολόγηση των γνώσεων (s1)	0,341	0,001

Ανάλυση Συσχετίσεων

Σχέση της πεποίθησης ότι ο Κοινοτικός Νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει γνώσεις σχετικά με την υγεία με :	Συντελεστής Συσχέτισης	p-value
Πεποίθηση ότι ο Κοινοτικός Νοσηλευτής πρέπει να ενδιαφέρεται για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας	0,568	<0,0001
Αξιολόγηση των γνώσεων (s1)	0,324	0,002

Σχέση της πεποίθησης ότι ο Κοινοτικός Νοσηλευτής πρέπει να ενδιαφέρεται για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας με :	Συντελεστής Συσχέτισης	p-value
Αξιολόγηση των γνώσεων (s1)	0,493	<0,0001
Αξιολόγηση του ενδιαφέροντος για ενημέρωση (s2)	0,231	0,023

Συσχέτιση της αξιολόγησης των γνώσεων (s1) με :	Συντελεστής Συσχέτισης	p-value
Αξιολόγηση του ενδιαφέροντος για ενημέρωση (s2)	0,417	<0,0001

ΠΟΛΥΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΕΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

Η αξιολόγηση των γνώσεων έγινε βάση της εξής εξίσωσης :

$$\log_e \frac{(\text{Pr}o(\text{ενημέρωση} = \text{ναι}))}{(\text{Pr}o(\text{ενημέρωση} = \text{όχι}))} = 0,126 (\text{Ηλικία}) - 0,50 (\text{Φύλο} - 0,372$$

(είδος πληθυσμού του οποίου τις ανάγκες καλύπτει το Κ.Υ. που εργάζεστε) + 0,0038 (έτος αποφοίτησης) + 0,145 (χρόνια προϋπηρεσίας) + 0,69 (Αξιολόγηση των Υπηρεσιών Υγείας που παρέχονται σήμερα στην οικογένεια) + 1,87 (πεποίθηση ότι υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης) - 5,64 (Αναγνώριση της αναγκαιότητας καθιέρωσης της Κ.Ν. σαν ειδικότητα) + 0,29 (Αξιολόγηση του ενδιαφέροντος που δείχνουν για τη διεύρυνση των γνώσεων τους σε θέματα για τη διεύρυνση των γνώσεων τους σε θέματα Κ.Ν.)

Σε ποσοστό 78,26% ταξινομήθηκαν σωστά

Variable	B	S.E	Wald	dF	Sig	R	Exp
Ηλικία	1261	1794	4942	1	4820	0000	8815
ΦΥΛΟ	5011	8198	3736	1	5410	0000	6059
Q5	3718	19284	1604	1	6888	0000	6895
Q7	0038	0058	4260	1	5140	0000	1,0038
Q9	1454	2057	4994	1	4798	0000	1,1565
Q21	6878	4842	2,0291	1	1543	0213	1,9953
Q22	1,8657	1,2912	2,0878	1	1485	0371	6,4604
Q24	-5,6070	10,37777	2919	1	5890	0000	0067
ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ	2896	9407	0948	1	7582	0000	1,3359

Ως ανασταλτικοί παράγοντες διεύρυνση γνώσεων θεωρούνται :

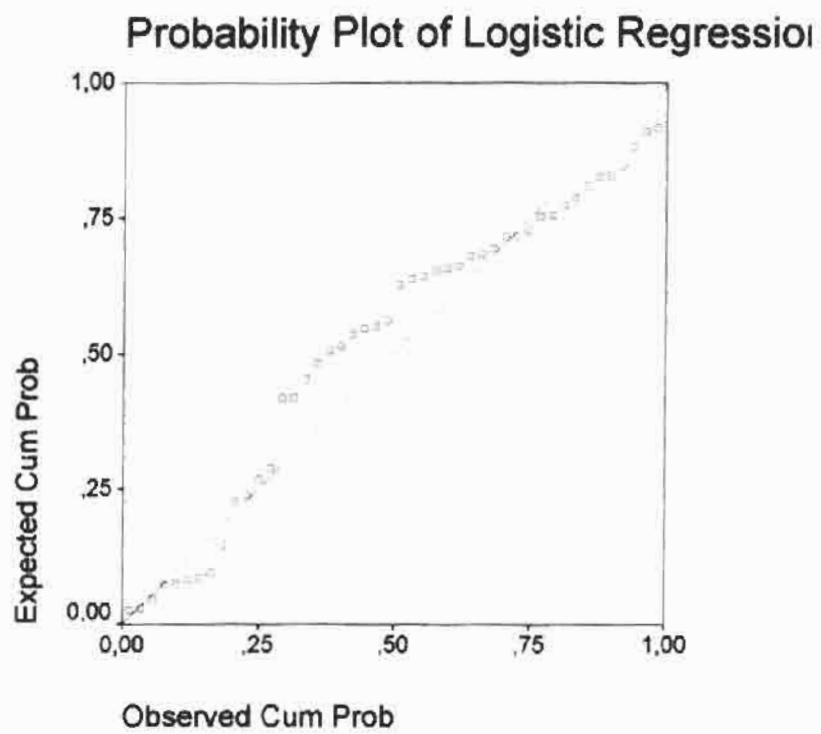
- Αύξηση της ηλικίας
- Όταν το φύλο είναι γυναίκα

- Όταν το Κ.Υ. που εργάζεται ο νοσηλευτής καλύπτει ανάγκες αστικού πληθυσμού.
- Όσο λιγότερο αναγκαία θεωρούν την καθιέρωση της Κ.Ν. σαν ειδικότητα.

Παράγοντες που συντελούν στη διεύρυνση γνώσεων

- Μικρή ηλικία
- Όταν το φύλο είναι άνδρας
- Όταν το Κ.Υ. καλύπτει ανάγκες Αγροτικού πληθυσμού
- Όταν το χρονικό διάστημα που μεσολάβησε από την αποφοίτησή του είναι σύντομο.
- Όταν υπάρχουν αρκετά χρόνια προϋπηρεσίας.
- Υψηλή αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται σήμερα στη οικογένεια.
- Πεποίθηση ότι υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης.
- Αυξημένο ενδιαφέρον για διεύρυνση των γνώσεων τους, σε θέματα κοινοτικής Νοσ/κής.

Αύγηση της ενημέρωσης των νοσηλευτών σε θέματα Κοινωνικής Νοσηλευτικής



Η αξιολόγηση του ενδιαφέροντος για διεύρυνση των γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού έγινε με την εξίσωση :

$$\log_e \frac{Pr ob(ενδιαφέρον = Ναι)}{Pr ob(ενδιαφέρον = Όχι)} = 0,29 \text{ (Ηλικία)} - 2,98 \text{ (Φύλο)} - 1h \ 1 \text{ (Είδος}$$

πληθυσμού του οποίου τις ανάγκες καλύπτει το Κ.Υ. που εργάζεσθε) + 0,56 (έτος αποφοίτησης) + 0,22 (χρόνια προϋπηρεσίας) - 1,37 (Αξιολόγηση των υπηρεσιών Υγείας που παρέχονται σήμερα στην οικογένεια + 3,41 (Πεποίθηση ότι υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης + 1092,9 (Αναγνώριση της αναγκαιότητας καθιέρωσης της Κοινωνικής Νοσηλευτικής σαν ειδικότητα) + 2,01 (επίπεδο ενημέρωσης σε θέματα Κοινωνικής Νοσηλευτικής)

Σε ποσοστό 80,43% ταξινομήθηκαν σωστά

Variable	B	S.E.	Wald	df	Sig	R	Exp B
Ηλικία	28	3257	7867	1	3751	0000	1,3350
Φύλο	2,9763	1,8118	2,6984	1	1004	1047	0510
Q5	14,1034	614,1455	0005	1	9817	0000	0000
Q7	5606	3680	2,3212	1	1276	0710	1,7518
Q9	2183	2886	5725	1	4493	0000	1,2440
Q21	13694	8758	2,4449	1	1179	0835	2542
Q22	3,4103	2,0512	2,7641	1	0964	1095	30,2732
Q24	1092,88	1432,7342	5818	1	4456	0000	0000
Informed	2,0063	1,4536	1,9050	1	1575	0000	7,4360

Ως ανασταλτικοί παράγοντες στην αξιολόγηση του ενδιαφέροντος για διεύρυνση των γνώσεων επιδρούν :

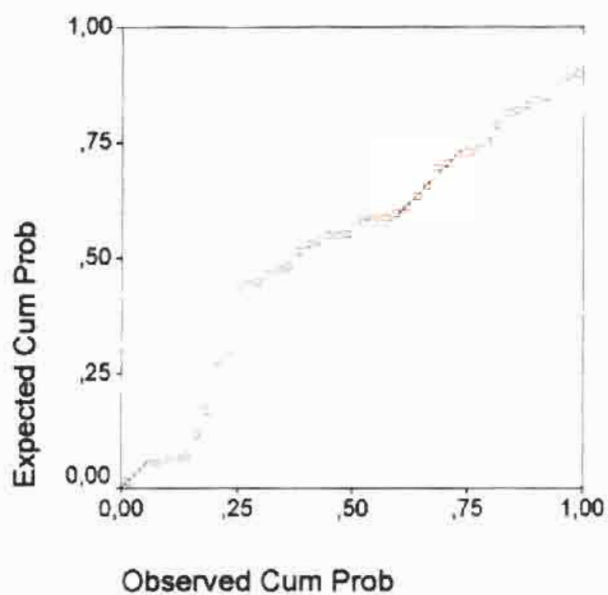
- Μικρή ηλικία
- όταν το φύλο είναι γυναίκα

- όταν το Κέντρο Υγείας που εργάζεται το άτομο καλύπτει ανάγκες αστικού πληθυσμού.

Παράγοντες που συντελούν στην πρόγνωση :

- Μεγάλη ηλικία
- όταν το φύλο είναι άνδρας
- όταν το Κέντρο Υγείας που εργάζεται καλύπτει ανάγκες αγροτικού πληθυσμού
- όταν το χρονικό διάστημα που μεσολάβησε από την αποφοίτησή του είναι σύντομο.
- όταν υπάρχουν αρκετά χρόνια προϋπηρεσίας
- χαμηλή αξιολόγηση των Υπηρεσιών Υγείας που παρέχονται σήμερα στην οικογένεια
- πεποίθηση ότι υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης
- όσο περισσότερο αναγκαία θεωρεί την καθιέρωση της Κοινοτικής Νοσηλευτικής σαν ειδικότητα
- Υψηλό επίπεδο ενημέρωσης σε θέματα Κοινοτικής Νοσηλευτικής.

Probability Plot of Logistic Regress



ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η συγκεκριμένη έρευνα αποτελεί μια προσπάθεια να διερευνηθεί ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στην οικογένεια μέσα από μια γενικότερη έρευνα της κοινοτικής νοσηλευτικής άσκησης.

Το ερωτηματολόγιο απάντησαν σε ποσοστό 26% άνδρες και σε 74% γυναίκες.

Η πλειοψηφία των Κέντρων Υγείας κάλυπτε σε ποσοστό 78% ημιαστικό πληθυσμό.

Το 60% είχε λάβει ανωτέρα εκπαίδευση ενώ το υπόλοιπο 40% δευτεροβάθμια.

Η μέση τιμή ετών υπηρεσίας είναι 9,57 έτη. Από τους ερωτηθέντες το 54% χαρακτηρίζει τις γνώσεις του σχετικά με το αντικείμενο της κοινοτικής Νοσηλευτικής επαρκείς ενώ το 36% υποστηρίζει πως αυτές είναι ανεπαρκείς.

Οι γνώσεις τους προέρχονται i) από τη σχολή ποσοστό 50% ii) από προσωπικό ενδιαφέρον ποσοστό 49% και iii) εργασία - εμπειρία 42%.

Αξιοσημείωτο είναι ότι το 60% δεν συμμετέχει ποτέ στην παρακολούθηση επιμορφωτικών σεμιναρίων.

Η οικογένεια σε ποσοστό 91% προβάλλει ως ο σπουδαιότερος τομέας δράσης του νοσηλευτή. Ειδικότερα η νοσηλευτική παρέμβαση στην οικογένεια αφορά i) σε ποσοστό 65,7% τη θεραπευτική αντιμετώπιση ii) σε ποσοστό 62,6% την πρόληψη της ασθένειας iii) το 60,6% την αγωγή υγείας, iv) το 48,5% την ενίσχυση στο στάδιο της αποκατάστασης ενώ μόλις το 12,1% την υποστήριξη κατά το τελικό στάδιο της ασθένειας. Η Αγωγή υγείας, επιτυγχάνεται κυρίως με την επισήμανση παραγόντων κινδύνου εμφάνισης νόσων.

Το νοσηλευτικό προσωπικό θεωρεί σπουδαιότερη τη πρωτογενή πρόληψη 68,3%.

Η παρέμβαση στο θεραπευτικό στάδιο έχει σχέση σε ποσοστό 68,7% με την αντιμετώπιση των επιπλοκών της αρρώστιας και την εκπαίδευση μελών της οικογένειας και του ασθενούς, σχετικά με την νοσηλεία ενώ το 48,5% αναφέρεται στην κατ' οίκον νοσηλεία και την ψυχολογική υποστήριξη.

Η συμβολή μας στο στάδιο αποκατάστασης αφορά :

- i) Διαμόρφωση ασφαλούς περιβάλλοντος για τον άρρωστο 78,8%.
- ii) Ενίσχυση του αισθήματος αυτονομίας 62,6%.
- iii) Παραδοχή του προβλήματος 56,6%.

Το 51% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι δεν γνωρίζουν αν πρέπει να είναι αναγκαία η νοσηλευτική διεργασία και αυτό δείχνει ότι η πλειοψηφία ακόμα και σήμερα στηρίζεται περισσότερο σε εμπειρικές πρακτικές και όχι τόσο σε επιστημονικές μεθόδους.

Οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας που παρέχονται σήμερα στην Ελλάδα χαρακτηρίζονται ελλιπείς ποσοστό 42,4% ενώ μόνο το 51% υποστηρίζει ότι υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης.

Το 87,9% θεωρεί αναγκαία την καθιέρωση της κοινοτικής νοσηλευτικής ως ειδικότητα.

Κατά τις απαντήσεις ο κοινοτικός νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει τα ακόλουθα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά σε ποσοστό :

- i) 97% βασικές και δεξιότητες γενικής Νοσηλευτικής.
- ii) 85,9% ικανότητα εφαρμογής νοσηλευτικής διεργασίας.
- iii) 88,8% ικανότητα συνεργασίας με άλλες ειδικότητες.
- iv) 94,8% γνώσεις σχετικά με την υγεία και την αρρώστια.
- v) 90,7% ενδιαφέρον για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Το ποσοστό αυτών που πραγματικά ενδιαφέρονται για την ενημέρωση τους προβάλλει σε ποσοστό 73%.

Συμπερασματικά η υπάρχουσα πραγματικότητα δεν είναι αποθαρρυντική ωστόσο υπάρχουν ακόμα περιθώρια βελτίωσης, ώστε να φθάσουμε τα ευρωπαϊκά πρότυπα άσκησης κοινοτικού νοσηλευτικού έργου και σ' αυτό μπορούν να συμβάλλουν οι προτάσεις της ερευνητικής μας ομάδας.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η παρούσα έρευνα έδειξε πως η κοινοτική νοσηλευτική στην Ελλάδα βρίσκεται πίσω εν συγκρίσει με τα ευρωπαϊκά πρότυπα και ότι υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης ώστε να προσεγγίσουμε τα παγκόσμια δεδομένα. Για το σκοπό αυτό σαν ερευνητική ομάδα προτείνουμε :

1. Καθιέρωση της Κοινοτικής Νοσηλευτικής ως ειδικότητα.

Με τον τρόπο αυτό ο νοσηλευτής θα λαμβάνει ειδικές γνώσεις και θα αποκτά δεξιότητες που θα τον βοηθούν αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση των προβλημάτων της κοινότητας.

2. Πρέπει να γίνει μια ουσιαστική στροφή προς την εξωνοσοκομειακή φροντίδα όχι μόνο ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας αλλά και προληπτικά πριν εμφανισθεί ανάγκη θεραπείας.

3. Ο κοινοτικός νοσηλευτής πρέπει να ενημερώνεται συνεχώς για τις σύγχρονες εξελίξεις και παγκόσμιες τάσεις, άλλωστε όπως έχει η σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα προς το παρόν μόνο η προσωπική ενασχόληση μπορεί να επιφέρει κάποια μικρή ελπίδα ανάπτυξης και επαγγελματικής βελτίωσης.

4. Πρέπει νομικά να καθιερωθεί καθηκοντολόγιο και να οριστεί με σαφήνεια το πλαίσιο δράσης και οι επιστημονικές γνώσεις που πρέπει να χαρακτηρίζουν όποιον ασχολείται με την κοινότητα.

5. Ο κοινοτικός πρέπει να χαρακτηρίζεται από αληθινό πάθος να εργαστεί στην κοινότητα, ζωηρό ενδιαφέρον, να είναι γεμάτος ενέργεια, δραστήριος και να παίρνει πρωτοβουλίες τις οποίες να έχει το θάρρος να υλοποιεί παίρνοντας οποιοδήποτε ρίσκο.

6. Ο νοσηλευτής που θα ασχοληθεί με τα προβλήματα της οικογένειας πρέπει να κατέχει γνώσεις ψυχολογικής προσέγγισης, να γνωρίζει τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της οικογένειας, τον κατάλληλο τρόπο προσέγγισης και ανάλυσης της συμπεριφοράς των μελών της.

7. Χαρακτηριστικά που πρέπει να διακρίνουν τον κοινοτικό νοσηλευτή είναι : υψηλή παρατηρητικότητα, κριτικό πνεύμα, διακριτικότητα, ήθος και αποτελεσματικότητα.

8. Καλό θα ήταν έως ότου καθιερωθεί ειδικότητα κοινοτικής νοσηλευτικής να εφαρμοστούν στα κέντρα υγείας εκπαιδευτικά προγράμματα που κατά πρώτο λόγο θα ενημερώσουν για τα μέσα που μπορεί να χρησιμοποιήσει ο νοσηλευτής ώστε να είναι αποτελεσματικός όπως : το σωστό τρόπο προσέγγισης και επικοινωνίας, τη σημασία και το σκοπό της Νοσηλευτικής διεργασίας κ.α.

9. Η κοινότητα πρέπει να ενημερωθεί για το ρόλο του νοσηλευτή στην κοινότητα, ώστε να μην τον αντιμετωπίζει με καχυποψία και δυσπιστία αλλά να καταφεύγει σ' αυτόν και να αποζητά τη συμβουλή του όταν αντιμετωπίζει όχι μόνο κάποιες δύσκολες καταστάσεις αλλά και για να πάρει απαντήσεις σε απορίες του σχετικά με την Υγεία ή την ασθένεια.

10. Τα κέντρα υγείας να πάψουν να υπολειτουργούν και να αποτελούν απλά πολυιατρεία, να αποκτήσουν το πραγματικό ρόλο τους και να μπουν δυναμικά στο στίβο καταπολέμησης όχι μόνο των ασθενειών αλλά πρόληψης και προαγωγής της υγείας της κοινότητας.

11. Κάθε οικογένεια επηρεάζεται από το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο του οποίου είναι μέλος γι' αυτό πρέπει να είμαστε ενήμεροι για τα χαρακτηριστικά της ευρύτερης κοινότητας από τις κλιματολογικές συνθήκες που την χαρακτηρίζουν έως τις ιδιαίτερες ηθικοκοινωνικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις.

12. Πρέπει να δοθούν κίνητρα στους νοσηλευτές, ώστε να ασχοληθούν σοβαρά με την κοινότητα, να ανταμοίβεται η πρωτοβουλία και οι προσπάθειές τους όχι μόνο υλικά αλλά και ηθικά.

13. Η πολιτεία πρέπει να δώσει κονδύλια και να ασχοληθεί με τη σοβαρή αντιμετώπιση της κοινοτικής νοσηλευτικής, τότε μόνο οι όποιες προσπάθειες των νοσηλευτών θα καρποφορήσουν γιατί τότε όχι μόνο θα έχουν την απαραίτητη μόρφωση αλλά θα έχουν στα χέρια τους και τα κατάλληλα μέσα υλοποίησης των στόχων που θέτουν.

14. Πρέπει να καλλιεργηθεί πνεύμα συνεργασίας με άλλες ειδικότητες και να αποκτήσει ο νοσηλευτής κρίση ώστε να γνωρίζει πότε έχει ανάγκη βοήθειας ή επιστημονικής συμβουλής και από άλλους κλάδους.

15. Όλες οι παραπάνω προσπάθειες όμως και προτάσεις είναι άχρηστες εάν δεν χαρακτηρίζονται από υψηλό ήθος, αγάπη και ειλικρινές ενδιαφέρον για το συνάνθρωπο. Όταν προσεγγίζουμε την οικογένεια του άλλου δεν είμαστε επικριτές, αδιάκριτοι με υπεροπτικοί στάση αλλά πρέπει να είμαστε απλοί, προσεκτικοί στις εκφράσεις μας και εχέμυθοι.

16. Πρέπει οι νοσηλευτές να ασχοληθούν με τη συγγραφή βιβλίων σχετικά με την κοινοτική νοσηλευτική και να μεταφραστούν στα ελληνικά ξενόγλωσσα γιατί δυστυχώς η ελληνική βιβλιογραφία είναι πάρα πολύ φτωχή.

Περίληψη

Κάποτε το σύνθημα "Υγεία για όλους το 2000" συγκέντρωσε την αισιοδοξία των επιστημών για πραγματοποίηση της άσκησης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε όλο τον κόσμο. Τι έγινε όμως τελικά;

Βρισκόμενοι λίγο πριν το 2000 διερευνήσαμε την υπάρχουσα πραγματικότητα και επικεντρωθήκαμε στο ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού στην οικογένεια.

Στην Ελλάδα του σήμερα η πλειοψηφία των εργαζομένων δείχνει να έχει λάβει ανωτέρα εκπαίδευση ποσοστό 60% ωστόσο μόνο το 54% χαρακτηρίζει τις γνώσεις του σχετικά με την κοινοτική νοσηλευτική ως επαρκείς. Οι γνώσεις που έχουν πηγάζουν κυρίως από τη σχολή που αποφοίτησαν ποσοστό 50% και από προσωπική ενασχόληση 49%.

Ως σπουδαιότερος τομέας δράσης προβάλλει η οικογένεια σε ποσοστό 91% ενώ το νοσηλευτικό προσωπικό θεωρεί ως σπουδαιότερη την πρωτογενή πρόληψη 68,3%. Το 51% απάντησε ότι δεν γνωρίζει αν η νοσηλευτική διεργασία είναι αναγκαία και αυτό δείχνει ότι η πλειοψηφία ακόμα και σήμερα στηρίζεται σε εμπειρικές πρακτικές και όχι τόσο σε επιστημονικές μεθόδους.

Αξιοσημείωτο είναι ότι το 87/9% θεωρεί αναγκαία την καθιέρωση της κοινοτικής νοσηλευτικής ως ειδικότητα.

Αν και η υπάρχουσα πραγματικότητα δεν είναι αποθαρρυντική υπάρχουν ακόμα περιθώρια βελτίωσης, ώστε να φθάσουμε τα ευρωπαϊκά πρότυπα άσκησης κοινοτικού έργου και προς το σκοπό αυτό η ομάδα εργασίας προτείνει τις ιδέες της.

Summary

The watchword "Health for all at 2000" concentrated the optimism of the sciences for achievement to practice first degree Health Care in all over the world before years.

What happened finally ?

Before 2000 we enquired the reality and we centralized to the nurse's role to the family.

In Greece the majority of nurses seemed to have superior education at 60% percent despite that the 54% percent characterizes his knowledge about community nursing enough. The knowledge they have, comes from the school they graduated at 50% percent and from the personal occupation at 49% percent.

As the main field of acting project the family at 91% percent but the nursing stuff consider the primary prevention as main at 68,3% percent.

The 51% percent answered that it didn't know if the nursing action is necessary and this seems that the majority is based on empirical practices and no on scientific methods.

Remarkable is that the 87,9% percent consider necessary the establishment of community nursing as speciality.

Even though the reality is not disappointing there are margins for improvement to reach the european models acting community nursing and for that reason the team of this work suggests its ideas.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Κυριακίδου Θ.Ε. "Κοινωνική Νοσηλευτική", επίτομος έκδοση 1^η, εκδόσεις Ταβίθα, Αθήνα 1995, σελ : 30, 38 - 41, 68,69,74, 220 - 229, 356 - 360.
- 2) Υφαντόπουλος. "Ο προγραμματισμός του τομέα Υγείας στην Ελλάδα", έκδοση 2^η, εκδόσεις ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΕΡΕΥΝΩΝ, Αθήνα 1998, σελ: 44 - 46.
- 3) Hillery A. "Definition of community - Area of agreement Rural Sociology", New York 1995, p: 20, 34 - 37, 111.
- 4) Baly M. "A new approach to district Nursing", Silliam Heinemann Medical Books, London 1984, p: 50 - 67.
- 5) Mahler H. "The battle for health", World Health Forum, New York 1988, p: 143 - 146.
- 6) Εφημερίδα της κυβερνήσεως : "Εθνικό Σύστημα Υγείας", νόμος 1397/83, τεύχος 1, ΦΕΚ 143, Αθήνα 1983.
- 7) Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. "Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις", νόμος 1579/85, τεύχος 1, ΦΕΚ 217, Αθήνα 1985.
- 8) American Nurse's Assocation. "standards of nursing practitioner", Cansas city 1988, p: 147 - 154.
- 9) Clark M. "Community Nursing, Health care for today and tomorrow", Philadelphia 1984, p : 32 - 49.
- 10) Παπαμικρούλη Σ. "Η Νοσηλευτική στην Ελλάδα - Προοπτικές", Πρακτικά ΙΑ' Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, Αλεξανδρούπολη 1984, σελ: 101 - 104.
- 11) Ρούσσος Χ. "Επαγγελματικά Δικαιώματα Πτυχιούχων Τ.Ε.Ι. Νοσηλευτικής", έκδοση 1^η, εκδόσεις ΖΥΜΕΛ, Αθήνα 1990, σελ : 25 - 28.
- 12) Ουζούνη Ε. "Ο συμβουλευτικός ρόλος του Νοσηλευτή στην κοινότητα", έκδοση 1^η, εκδόσεις ΦΑΡΟΣ, Θεσσαλονίκη 1996, σελ : 29 - 36.
- 13) Ρούκα Κ. "Πληθυσμιακή Υγιεινή Ι, Ατομική - Δημόσια - Κοινωνική", έκδοση 1^η, οργανισμός διδακτικών βιβλίων, Αθήνα 1986, σελ : 22 - 31.

- 14) Friedman M. "The concept of Family Nursing", j. Adr. Nurse, New York 1989, p : 211 - 216.
- 15) Helvie C. "Community Health Nursing", Theory and Harper and Row, New York 1981, p : 156 - 170.
- 16) Καψής Χ. "Οικογενειακή συμβουλευτική", έκδοση 1^η εκδόσεις Ατλαντίς, Αθήνα 1991, σελ : 74 - 76.
- 17) Robertson C. "Health Visiting in Practice church ill" Living Stone, London 1988, p : 193 - 197.
- 18) Carter E. "The family life cycle : a Framework for family therapy", Cardner Press, New York 1980, p : 138 - 147.
- 19) Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. "Εκσυγχρονισμός και οργάνωση Συστήματος Υγείας", Νόμος 2071/92, τεύχος 1, ΦΕΚ 123, Αθήνα 1992.
- 20) Dingwall R. "Community Nursing and avil Liberty", journal of Adr. Nurse, New York 1982, p : 101 - 105.
- 21) Dowbert E. "Strategic planning in home care", Amj Nurse, London 1979, p : 63 - 67.
- 22) Dunnel K. "Nurses working in the community", HMSO, London 1982, p : 86 - 88.
- 23) Τριχόπουλος Δ. "Δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας, Προληπτική Ιατρική - Αγωγή Υγείας - Κοινωνική Ιατρική - Δημόσια Υγιεινή", έκδοση 2^η, εκδόσεις Παρισσιανός, Αθήνα 1986, σελ : 56 - 58.
- 24) Πολυχρονοπούλου Γ. "Αγωγή Υγείας", επίτομος, έκδοση 2^η, εκδόσεις Παρισσιανός, Αθήνα 1983 σελ : 32, 45, 79, 84 - 91.
- 25) Διαμαντή Ν. "Η κοινοτική νοσηλεύτρια στην οικογένεια", πτυχιακή εργασία. Πάτρα 1990 σελ : 23 - 25, 31 - 35.
- 26) Ρούκα Κ. "Πληθυσμιακή Υγιεινή Ι. Ατομική - Δημόσια - Κοινωνική", έκδοση 1^η. Οργανισμός εκδόσεως διδακτικών βιβλίων, Αθήνα 1986 σελ : 14 - 18.
- 27) Καρπάθιος Σ. "Τι είναι και που στοχεύει ο οικογενειακός προγραμματισμός - Στρογγυλή τράπεζα της ελληνικής εταιρείας περι

γεννητικής ιατρικής", έκδοση 1^η, εκδόσεις Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών, Αθήνα 1984, σελ : 13 - 17.

- 28) Παπαδάτου Δ. "Ψυχολογική Αντιμετώπιση του νοσηλευόμενου παιδιού", δημονιαίο περιοδικό της ιατρικής εταιρείας, τεύχος 3, Αθήνα 1988, σελ : 5 - 7.
- 29) Γκαεδάνη Ε. "Ο ρόλος της αδελφής στην παιδιατρική νοσηλευτική", εκλογή, τεύχος 11, Αθήνα 1983, σελ : 13 - 15.
- 30) Δουρλίου Σ. "Ναρκωτικά και Νοσηλευτική Διεργασία", Πτυχιακή Εργασία, Πάτρα 1992, σελ. : 56, 57, 74 - 76.
- 31) Χαρτάς Β. "Πως αντιμετωπίζεται ο καρκίνος", εκλογή, τεύχος 13, Αθήνα 1987, σελ : 94 - 98.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Ηλικία :
2. Φύλο : Άρρεν
 Θήλυ
3. Σε ποιο Κέντρο Υγείας Εργάζεστε :
4. Νομός :
5. Το Κέντρο Υγείας που εργάζεστε, καλύπτει : Αγροτικό πληθυσμό
 Ημιαστικό πληθυσμό
 Αστικό πληθυσμό
6. Από ποια σχολή αποφοιτήσατε :
7. Έτος αποφοίτησης :
8. Μορφωτικό επίπεδο : Δευτεροβάθμια εκπαίδευση
 Ανωτέρα εκπαίδευση
 Ανωτάτη εκπαίδευση
9. Χρόνος υπηρεσίας :
10. Κατά τη γνώμη σας το πεδίο δράσης της Κοινωνικής Νοσηλευτικής αφορά:

.....

.....

11. Οι γνώσεις σας σχετικά με το αντικείμενο της Κοινωνικής Νοσηλευτικής είναι :

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ανύπαρκτες | <input type="checkbox"/> Ανεπαρκείς |
| <input type="checkbox"/> Επαρκείς | <input type="checkbox"/> Πλήρεις |

12. Οι γνώσεις σας σχετικά με την Κοινωνική Νοσηλευτική, προέρχονται από (*):

- Σχολή
- Σεμινάρια
- Προσωπικό ενδιαφέρον
- Εργασία - Εμπειρία
- Άλλο

13. Συμμετέχετε στην παρακολούθηση επιμορφωτικών σεμιναρίων / συνεδρίων που αφορούν σε θέματα Κοινωνικής Νοσηλευτικής :

- Συχνά
- Σπάνια
- Ποτέ

14. Θεωρείτε ως σπουδαιότερο τομέα δράσης του νοσηλευτή :

- Την οικογένεια
- Το σχολικό περιβάλλον
- Τον εργασιακό χώρο
- Άλλο

15. Η παρέμβασή σας την οικογένεια αφορά :

- Αγωγή της Υγείας
- Πρόληψη της ασθένειας
- Θεραπευτική αντιμετώπιση
- Ενίσχυση στο στάδιο αποκατάστασης
- Υποστήριξη κατά το τελικό στάδιο της ασθένειας

16. Η Αγωγή Υγείας επιτυγχάνεται με :

- Διερεύνηση των γνώσεων της οικογένειας σχετικά με την υγεία
- Ενημέρωση
- Επισήμανση παραγόντων κινδύνου εμφάνισης νόσου
- Διαμόρφωση υγιεινού περιβάλλοντος

17. Κατά τη γνώμη σας, σπουδαιότερη είναι :

- Διαφώτιση (Πρωτογενής πρόληψη)
- Προσυμπτωτικός έλεγχος (Δευτερογενής πρόληψη)
- Αποκατάσταση (Τριτογενής πρόληψη)

18. Η παρέμβασή σας στο θεραπευτικό στάδιο έχει σχέση με :

- Κατ' οίκον νοσηλεία
- Αντιμετώπιση επιπλοκών αρρώστειας
- Εκπαίδευση μελών της οικογένειας και του ασθενούς σχετικά με τη νοσηλεία.
- Ψυχολογική υποστήριξη
- Άλλο

20. Κρίνετε αναγκαία την εφαρμογή της Νοσηλευτικής Διεργασίας σε όλα τα στάδια της Νοσηλευτικής Παρέμβασης;

- Ναι
- Όχι
- Δεν γνωρίζω

21. Πως θα χαρακτηρίζατε τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται σήμερα στην οικογένεια ;

- Μηδαμινές
- Ελλιπείς
- Ικανοποιητικές
- Πλήρεις

22. Πιστεύετε ότι υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης;

- Ναι
- Όχι
- Δεν γνωρίζω

23. Αν ναι, με ποιους τρόπους;

.....

.....

.....

24. Θεωρείτε αναγκαία την καθιέρωση της Κοινωνικής Νοσηλευτικής ως ειδικότητα ;

- Ναι
- Όχι

25. Πιστεύετε ότι ο Κοινωνικός Νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, όπως :

- α) Βασικές γνώσεις και δεξιότητες γενικής νοσηλευτικής
- Ναι
 - Όχι

- β) Ικανότητα εφαρμογής της Νοσηλευτικής διεργασίας Ναι
 Όχι
- γ) Συνεργασία με άλλες ειδικότητες Ναι
 Όχι
- δ) Γνώσεις σχετικά με την υγεία και την αρρώστεια Ναι
 Όχι
- ε) Ενδιαφέρον για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας Ναι
 Όχι
- στ) Άλλο

26. Σχόλια - Παρατηρήσεις :

.....

.....

.....

Αντιμετώπιση χρόνιου ασθενούς

Οι αντικειμενικοί σκοποί στην φροντίδα του ατόμου με χρόνια νόσημα αλλά και της οικογένειας είναι :

1. Η ενίσχυση της προσαρμοστικής ικανότητας του ατόμου και της οικογένειας.
2. Ενθάρρυνση και παρότρυνση για δραστηριότητες που βελτιώνουν την υγεία ή τουλάχιστον την διατηρούν σε σταθερό επίπεδο.
3. Η μείωση και σωστή αντιμετώπιση του στρες.
4. Η αντιμετώπιση της κοπώσεως που δημιουργεί η αρρώστια στο άτομο και στο περιβάλλον του.

Κοινό χαρακτηριστικό γνώρισμα των ατόμων με χρόνια νόσημα είναι ότι αισθάνονται αδύναμοι και εξαντλημένοι. Μερικοί τρόποι για την ενίσχυση του αισθήματος ανεξαρτησίας και αυτοελέγχου είναι :

- Μετατροπή του περιβάλλοντος του σπιτιού και προσαρμογή του στις νέες ανάγκες.
- Δυνατότητα να προτείνει και να επιλέγει ο ασθενής τις επισκέψεις του νοσηλεύτη.
- Ενημέρωση του ατόμου σχετικά με την αρρώστια του, τη θεραπεία του έτσι ώστε να μπορεί να πάρει ο ίδιος αποφάσεις για τον εαυτό του.
- Ενίσχυση του ατόμου να εκφράζει τα συναισθήματά του.
- Παρότρυνση να συμμετέχει το άτομο στον προγραμματισμό της φροντίδας του και να θέτει ρεαλιστικούς, αντικειμενικούς σκοπούς.
- Παρακίνηση σε δραστηριότητες που βοηθούν στην προαγωγή της υγείας π.χ. αύξηση της κινητικότητας του ατόμου.
- Περιορισμός κάθε είδους δυσάρεστων παρενεργειών που προκύπτουν από την αρρώστια.

- Ενίσχυση της ελπίδας.

Ο νοσηλευτής στη φροντίδα των ηλικιωμένων

Στη φροντίδα του ηλικιωμένου υπάρχουν τέσσερις σπουδαίοι παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη και να τεθούν σαν βασικοί αντικειμενικοί σκοποί της Νοσηλευτικής φροντίδας :

1. Διατήρηση και σεβασμός της προσωπικότητας του ατόμου. Ο νοσηλευτής σε συνεργασία με την οικογένεια θα πρέπει να βοηθήσουν το άτομο να διατηρήσει την ατομικότητα και ανεξαρτησία του.
2. Ενθάρρυνση για αυτοφροντίδα. Η φροντίδα πρέπει να προγραμματιστεί έτσι ώστε να ενισχύει τις δυνατότητες και να περιορίσει τις αδυναμίες του ηλικιωμένου.
3. Διδασκαλία - Αγωγή Υγείας του ηλικιωμένου και της οικογένειας. Ο νοσηλευτής αξιολογεί την δυνατότητα για μάθηση και τις τυχόν υπάρχουσες γνώσεις του ατόμου και της οικογένειας. Έτσι προχωρεί σε επιπλέον ενημέρωση όσον αφορά την αρρώστια, τη θεραπεία, τα φάρμακα και λύνει απορίες.
4. Ομαδική εργασία και συνεργασία του νοσηλευτή με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας υγείας.

Οι ποικίλες ανάγκες υγείας την συνεργασία πολλών επιστημονικών ειδικοτήτων. Η αποτελεσματικότητα της ομάδας εξαρτάται από κατά πόσο κάθε μέλος σέβεται και υπολογίζει το ρόλο και τις αρμοδιότητες των άλλων μελών.

Χαρακτηριστικά κοινοτικού νοσηλευτή

Ο Τίγαρ προτείνει ότι ο κοινοτικός νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει :

1. Βασικές νοσηλευτικές γνώσεις και δεξιότητες.
2. Γνώσεις σχετικά με την υγεία και την αρρώστια.

3. Καθαρή αντίληψη του αντικειμένου της Κοινοτικής Υγείας και Νοσηλευτικής.
4. Ικανότητα :
 - εφαρμογής της Νοσηλευτικής Διεργασίας
 - εφαρμογή συστήματος γραπτής επικοινωνίας και δεξιότητες κατά προτεραιότητα.
 - να διδάσκει και καθοδηγεί άτομα και ομάδες.
5. Γνώση των πηγών και μέσων που διαθέτει η κοινότητα καθώς και δυνατότητα να τα χρησιμοποιεί κατάλληλα.
6. Βασικές γνώσεις υπολογισμού κόστους και ωφελιμότητας.
7. Ικανότητα συνεργασίας με τους άλλους ανθρώπους.

Χαρακτηριστικά Κοινοτικής Νοσηλευτικής

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.

Η Κοινοτική Νοσηλευτική χρησιμοποιεί τη Νοσηλευτική Διεργασία για την αξιολόγηση των αναγκών υγείας, τον προγραμματισμό της φροντίδας που θα χρειαστεί να προσφέρει και την εκτίμηση του αποτελέσματος της φροντίδας αυτής.

Ορισμός και σκοποί Κοινωνικής Νοσηλευτικής

Σύμφωνα με τον Καναδικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών (CNA) Κοινωνική Νοσηλευτική είναι η επιστημονική εργασία που έχει επίκεντρο της φροντίδας της, τις ανάγκες υγείας ατόμων, στο σύνθητες 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.

Σύμφωνα με το Καναδικό Σύνδεσμο η Κοινωνική Νοσηλευτική έχει τους πιο κάτω σκοπούς :

1. Πρόληψη της αρρώστιας και περιορισμό της εξέλιξής της.
2. Περιορισμό των επιπτώσεων μιας αναπόφευκτης αρρώστιας.
3. Εξασφάλιση επιστημονικής φροντίδας στο άρρωστο ή ανάπηρο άτομο εκτός νοσοκομείου.
4. Υποστήριξη και ενίσχυση των ατόμων που περνούν κάποια κρίση.
5. Ενημέρωση, διδασκαλία ατόμων, οικογενειών ή ομάδων στην αναπόφευκτη υγιεινού τρόπου ζωής για την προαγωγή της κοινωνικής υγείας.

Νοσηλευτικές δραστηριότητες, ευθύνες, παρεμβάσεις στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ)

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην Π.Φ.Υ. επιγραμματικά είναι :

- Εντόπιση προβλημάτων υγείας, προγραμματισμός, εφαρμογή, διδασκαλία, αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας ατόμων, στην οικογένεια, το σχολείο και γενικά στην κοινότητα.
- Κατ' οίκον νοσηλεία ασθενών, γερόντων, χρονικώς πασχόντων με σκοπό την αποκατάστασή της.

- Εφαρμογή κοινοτικών προγραμμάτων αγωγής υγείας, πρόληψης ασθενειών, καταπολέμηση κοινωνικών νοσημάτων.
- Συνεργασία με αρχές και ιδρύματα της κοινότητας και παραπομπή των ατόμων για κάλυψη των αναγκών τους.
- Εκπαίδευση των μελών της κοινότητας στην αυτοφροντίδα, τη διατήρηση υγιεινού περιβάλλοντος.
- Εκπόνηση επιστημονικής έρευνας για την αύξηση των γνώσεων της κοινοτικής νοσηλευτικής.
- Υπεύθυνη θέση και συμμετοχή στους προβληματισμούς και τη λήψη αποφάσεων στην καθημερινή άσκηση της Π.Φ.Υ.

