

ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

## ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

### ΘΕΜΑ:

Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας  
Ο ρόλος του νοσηλευτή στα κέντρα υγείας.

### ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

Αθανασίου Κωνσταντίνα  
Αναστασάκη Αικατερίνη  
Βασιλοπούλου Κωνσταντίνα

Εισηγήτρια:  
Παπαδημητρίου Μαρία

ΠΑΤΡΑ 2000

---

«Καλό είναι να φροντίζετε τους ασθενείς  
ώστε να ξαναβρίσκουν την υγεία τους,  
ΑΛΛΑ να βοηθάτε και τους υγιείς να  
την διατηρούν γιατί η φροντίδα τους  
είναι πράξη ευπρέπειας»  
Ιπποκράτης (Παραγγελία)

«Nursing began when  
humanity began»

---

## ΑΡΧΙΚΟΛΕΞΑ

Π.Φ.Υ.= Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Π.Ο.Υ.= Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Ε.Σ.Υ.= Εθνικό Σύστημα Υγείας

Κ.Υ.= Κέντρο Υγείας

Ε.Σ.Δ.Ν.Ε.= Ελληνικός Σύνδεσμος Διπλωματούχων Νοσηλευτών Ελλάδος

Π.Ν.= Πρωτοβάθμια Νοσηλευτική

Ν.Φ.= Νοσηλευτική Φροντίδα

Κ.Ψ.= Κοινωνική Ψυχιατρική

Κ.Ν.= Κοινωνικός Νοσηλευτής

Σ.Α.Β.= Σταθμός Α΄ Βοηθειών

## Πίνακας Περιεχομένων

Πίνακας Περιεχομένων.....	3
ΠΡΟΛΟΓΟΣ .....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	5

### ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

1.1. ΤΑ ΤΡΙΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ.....	9
1.2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ .....	11
1.3 Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΗΜΕΡΑ .....	14
1.4. ΤΟ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΤΗΣ Π.Φ.Υ. ....	16
1.5- Π.Φ.Υ.- ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΑΛΜΑ- ΑΤΑ .....	17
1.6 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ Π.Φ.Υ. ....	23
1.7 ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ Π.Φ.Υ. ....	24
1.8. ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΗΣ Π.Φ.Υ. ....	24
1.9. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ, ΕΥΘΥΝΕΣ, ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΑΞΕΙΣ ΣΤΗΝ Π.Φ.Υ. ....	26
ΕΥΘΥΝΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ .....	27
1.10 Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΗΝ Π.Φ.Υ. ....	28
1.11 ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΥΜΒΟΛΗΣ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ Π.Φ.Υ. ....	29
1.12 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΣΤΗΝ Π.Φ.Υ. ....	30
1.13 ΤΑ ΚΥΡΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ Π. Φ. Υ. ....	31
1.14 ΟΙ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ .....	32

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ.....	37
2.1 ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ .....	37
2.2 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ .....	37
2.3 ΣΤΑΔΙΑ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ .....	38
2.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ .....	39
2.4.1 ΚΥΡΙΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ. ....	40
2.5 ΟΙ ΤΟΜΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ .....	43
2.5.1 ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ .....	43
2.5.2 ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ .....	45
2.5.3 ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΑ ΣΤΟ ΑΡΡΩΣΤΟ ΠΑΙΔΙ .....	46
2.5.4 ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΟΥΣ ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ .....	48
2.5.6. ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ .....	49
2.6 ΟΜΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ-ΠΥΡΗΝΙΚΗ ΚΑΙ ΔΙΕΥΡΥΜΕΝΗ.....	50

---

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>**

<b>3.1 ΓΕΝΙΚΑ</b> .....	<b>54</b>
<b>3.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ</b> .....	<b>56</b>
<b>3.3 ΣΚΟΠΟΣ ΤΩΝ Κ.Υ.</b> .....	<b>62</b>
<b>3.4 ΣΤΟΧΟΙ Κ.Υ.</b> .....	<b>63</b>
<b>3.5 ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ Κ.Υ.</b> .....	<b>64</b>
<b>3.6 ΒΗΜΑΤΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ Κ.Υ.</b> .....	<b>67</b>
<b>3.7 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ Κ.Υ.</b> .....	<b>68</b>
<b>3.7.1 ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ Κ.Υ.</b> .....	<b>68</b>
<b>3.8 ΚΑΘΗΚΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΤΑ ΙΕΡΑΡΧΙΚΗ ΒΑΘΜΙΔΑ ΤΟΥ ΚΛΑΔΟΥ</b> .....	<b>71</b>
<b>3.9 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ</b> .....	<b>74</b>
<b>ΣΤΟ Κ.Υ.</b> .....	<b>74</b>
<b>3.10 ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΔΡΑΣΗ ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΣΤΑ Κ.Υ.</b> .....	<b>75</b>

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

<b>ΣΚΟΠΟΣ</b> .....	<b>78</b>
<b>ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ</b> .....	<b>79</b>
<b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ</b> .....	<b>81</b>
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</b> .....	<b>111</b>
<b>ΣΥΖΗΤΗΣΗ</b> .....	<b>128</b>
<b>ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ</b> .....	<b>132</b>
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b> .....	<b>134</b>
<b>SUMMARY</b> .....	<b>135</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....	<b>136</b>

---

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Τι θα μας φέρει ο 21<sup>ος</sup> αιώνας, Υγεία για όλους, καλύτερη ποιότητα ζωής, ειρήνη, οικονομική ευημερία, ανάπτυξη και χρήση υψηλότερης τεχνολογίας που θα κάνει τη ζωή μας πιο άνετη; Μήπως άγνωστες αρρώστιες και νέες μαστιγες όπως το AIDS, καταστροφικούς σεισμούς, άλλες φυσικές ή προκαλούμενες από τους ανθρώπους καταστροφές; Φυσικά η πρόβλεψη είναι επικίνδυνη υπόθεση.

Παρά την πρόοδο και τις απρόβλεπτες καταστροφές που πιθανόν να συμβούν στο 21<sup>ο</sup> αιώνα, εμείς ελπίζουμε και προσβλέπουμε σ' ένα καλύτερο κόσμο για όλους τους ανθρώπους και για τη Νοσηλευτική.

Το μέλλον όμως αρχίζει με το παρόν και το παρελθόν. Αρχίζει πριν από πολλούς αιώνες με σειρές γεγονότων και συνθηκών που διαμορφώνουν το σήμερα και το μέλλον. Και αυτά δεν είναι άμορφες ενότητες. Δημιουργήθηκαν από ανθρώπους, από τις αποφάσεις που πήραν, από τις επιλογές που έκαναν και από τις πράξεις που ενήργησαν.

Επομένως, εμείς, οι νοσηλευτές του σήμερα και όσοι ασχολούνται με τη νοσηλευτική, προετοιμάζουμε ή μάλλον διαμορφώνουμε σε ένα βαθμό τη νοσηλευτική και τους νοσηλευτές του 21<sup>ου</sup> αιώνα.

Ανήκουμε στην ευρεία κοινωνία των λειτουργών υγείας και έχουμε το μεγάλο προνόμιο να υπηρετούμε τον άνθρωπο και την υγεία του. Γνωρίζουμε την μεγάλη και ειδική συμβολή του έργου μας σε όλη την ανθρωπότητα γιατί η υγεία και η αρρώστια δεν έχουν σύνορα. Το έργο μας από τη φύση του είναι απέραντο και θα διαρκέσει τόσο όσο και η ζωή στον πλανήτη μας.

Φαίνεται δε ότι η ανάγκη για νοσηλευτές θα συνεχίσει να είναι μεγάλη και στον 21<sup>ο</sup> αιώνα, ιδιαίτερα στην Ευρωπαϊκή μας περιοχή ενώ αντίθετα θα ελαττώνεται για γιατρούς.

Πώς και γιατί δημιουργήθηκε η νοσηλευτική;

Η νοσηλευτική άρχισε σαν ανταπόκριση στις ανάγκες όλων των ανθρώπων για ασφάλεια, άνεση, φροντίδα και υποστήριξη στις διάφορες καταστάσεις υγείας.

Πυρήνας της νοσηλευτικής είναι η φροντίδα (care) και προσφορά υπηρεσίας τα οποία η Virgilia Henderson (1978) θεωρεί σαν την παγκόσμια έννοια της νοσηλευτικής που είναι σύμφυτη, μόνιμη και ανακουφιστική και στην οποία οι σύγχρονοι συγγραφείς και ερευνητές αναφέρονται συχνά.

---

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η νοσηλευτική έχει ηγετικό ρόλο στα συστήματα Υγείας και ιδιαίτερα στην οργάνωση και λειτουργία των κέντρων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας τα οποία έδωσαν το έναυσμα για εστίαση σε φροντίδες υγείας που βελτιώνουν το επίπεδο υγείας και ζωής και που σ' αυτές συμπεριλαμβάνονται η πρόληψη, η πληροφόρηση-αγωγή υγείας και η προστασία της υγείας. Προκειμένου λοιπόν να προσεγγίσουμε την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας που ασκείται στα Κέντρα Υγείας αποφασίσαμε να διεξάγουμε την έρευνα που παρατίθεται με θέμα « Ο ρόλος του Νοσηλευτή στα Κέντρα Υγείας ».

Σκοπός της έρευνάς μας παρά τις ελλείψεις που ασφαλώς παρουσιάζει είναι να διερευνήσουμε τις συνθήκες εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού στα Κέντρα Υγείας και κατά πόσο ο ρόλος τους ανταποκρίνεται στις ανάγκες των ατόμων της Κοινότητας που εξυπηρετούν.

Είναι πλέον γνωστό σε όλους μας ποια είναι η μεγάλη επανάσταση που έχει γίνει τα τελευταία χρόνια στον προσανατολισμό των υπηρεσιών Υγείας διεθνώς. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί αυτή τη νέα κατεύθυνση και σύμφωνα με τη διακήρυξη της Alma-Ata είναι σε «βασική παροχή φροντίδας υγείας», προσιτή σ' όλους- άτομα και οικογένειες στην κοινότητα- με μέσα αποδεκτά σ' αυτούς, μέσα από την πλήρη συμμετοχή τους και σε κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορούν να επωμιστούν.

Η Π.Φ.Υ. ως ευρύτερη έννοια περιλαμβάνει την Κοινοτική Νοσηλευτική η οποία αποτελεί κλάδο της Νοσηλευτικής ο οποίος συνδυάζει επιστημονικές γνώσεις και δεξιότητες προερχόμενες τόσο από τη Νοσηλευτική όσο και από την Δημόσια Υγιεινή τις οποίες εφαρμόζει με σκοπό την προαγωγή της υγείας των ατόμων της κοινότητας.

Το κύτταρο και ο πυρήνας της Κοινοτικής Νοσηλευτικής είναι τα Κ.Υ. 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. Η έλλειψη όμως πόρων και πολιτικής βούλησης, παράλληλα με την έλλειψη στελεχών μέχρι σήμερα και παρά τις διαδοχικές νομοθετικές παρεμβάσεις έχει εμποδίσει την πλήρη ανάπτυξη των κέντρων Π.Φ.Υ.

---

# **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

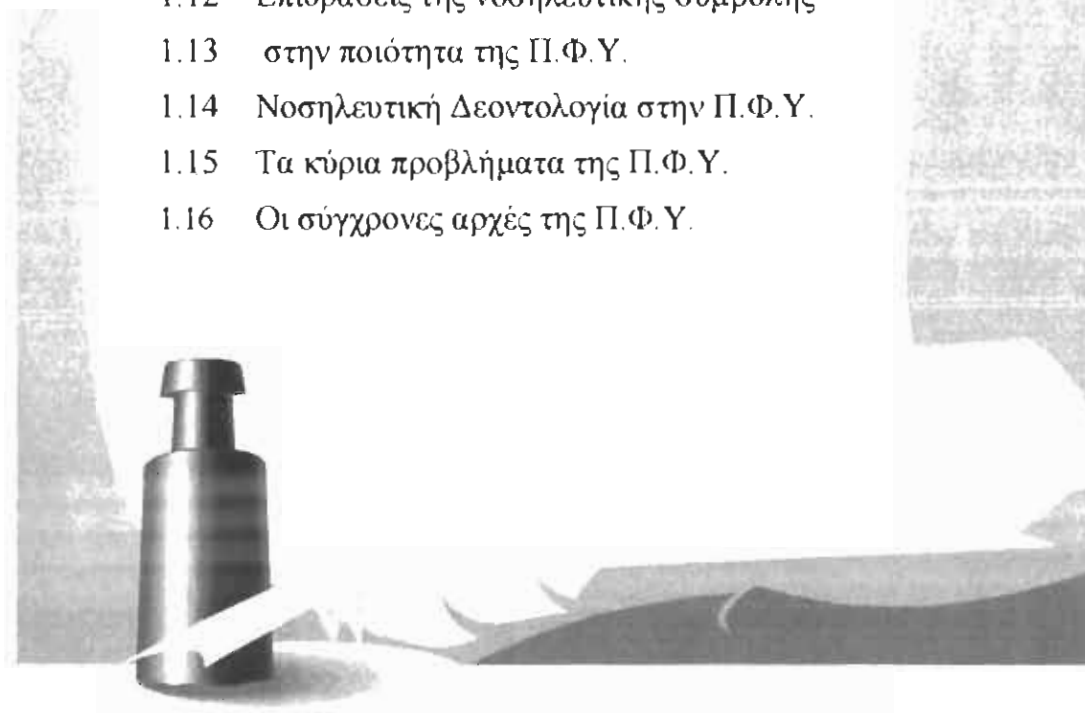


---

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

### ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

- 1.1 Τα τρία επίπεδα περίθαλψης.
- 1.2 Ιστορική Αναδρομή.
- 1.3 Η κατάσταση σήμερα.
- 1.4 Το περιεχόμενο της Π.Φ.Υ.
- 1.5 Διακήρυξη Alma-Ata 1978.
- 1.6 Η σημασία της Π.Φ.Υ.
- 1.7 Σκοποί της Π.Φ.Υ.
- 1.8 Οργάνωση και διοίκηση των υπηρεσιών της Π.Φ.Υ.
- 1.9 Νοσηλευτικές δραστηριότητες, ευθύνες, παρεμβάσεις και πράξης στην Π.Φ.Υ.
- 1.10 Η εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού στην Π.Φ.Υ.
- 1.11 Επιδράσεις της νοσηλευτικής συμβολής στην ποιότητα της Π.Φ.Υ.
- 1.12 Νοσηλευτική Δεοντολογία στην Π.Φ.Υ.
- 1.13 Τα κύρια προβλήματα της Π.Φ.Υ.
- 1.14 Οι σύγχρονες αρχές της Π.Φ.Υ.



---

## 1.1. ΤΑ ΤΡΙΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ.

Οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν σύνθετα και πολύπλοκα συστήματα, τα οποία για να λειτουργήσουν αποτελεσματικά πρέπει να έχουν καλή οργάνωση. Αν και τα συστήματα αυτά παρουσιάζουν σημαντικές μεταξύ τους διαφορές στη μορφή και στον τρόπο χρηματοδότησης (ιδιωτικά, δημόσια ή μικτά), εμφανίζουν κάποια κοινά οργανωτικά, λειτουργικά και δομικά χαρακτηριστικά.

Κατ' αρχάς σε όλα τα συστήματα υγείας μπορούμε να διακρίνουμε δυο μορφές περίθαλψης και τρία επίπεδα οργάνωσης. Οι μορφές αυτές είναι η εξωνοσοκομειακή ή ανοικτή περίθαλψη και η νοσοκομειακή ή κλειστή.

Την εξωνοσοκομειακή (ανοικτή) περίθαλψη αποτελούν οι υπηρεσίες εκείνες που παρέχονται κυρίως από τους γενικούς- οικογενειακούς γιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας. Οι υπηρεσίες αυτές συνθέτουν το πρωτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης. Στο δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο εντάσσονται όλες εκείνες οι υπηρεσίες που παρέχονται από ειδικευμένους γιατρούς μέσα στα νοσοκομεία (νοσοκομειακή ή κλειστή περίθαλψη).

Το πρωτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης αναφέρεται στα κέντρα υποδοχής των ασθενών στα οποία ο ασθενής έχει την πρώτη επαφή με το σύστημα υγείας, δηλαδή με κάποιον επαγγελματία της υγείας, γιατρό, μαία, νοσηλεύτρια – τη, επισκέπτρια υγείας, κοινωνική λειτουργό, κ.α. Ο τρόπος οργάνωσης, παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης (ιατρείο, κέντρο υγείας, πολυκλινική ή πολυ-ιατρείο) καθορίζει και το μέγεθος του πληθυσμού που καλύπτεται, το οποίο μπορεί να κυμαίνεται από 55- 50.000 άτομα.

Το δευτεροβάθμιο επίπεδο αναφέρεται στην περίθαλψη που παρέχεται από γιατρούς των βασικών ειδικοτήτων, οι οποίοι εργάζονται στο γενικό νοσοκομείο της περιοχής (τοπικό ή νομαρχιακό). Το νοσοκομείο σ' αυτό το επίπεδο καλύπτει βασικά προβλήματα υγείας που απαιτούν ενδονοσοκομειακή περίθαλψη και απευθύνεται σ' έναν πληθυσμό που κυμαίνεται από 50.000 έως 500.000 κατοίκους. Το νοσοκομείο είναι δυναμικότητας 100-600 κλινών και διαθέτει όλες τις βασικές κλινικές, παρακλινικές και εργαστηριακές ειδικότητες.

---

Το τριτοβάθμιο επίπεδο αναφέρεται στην αντιμετώπιση σύνθετων ή εξειδικευμένων προβλημάτων υγείας. Η περίθαλψη παρέχεται από γιατρούς του περιφερειακού (πανεπιστημιακού) νοσοκομείου και καλύπτει από 500.000 έως 1,5 εκατομμύριο άτομα. Το περιφερειακό νοσοκομείο πρέπει να είναι στελεχωμένο με εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό και εξοπλισμένο με μηχανήματα σύγχρονης ιατρικής τεχνολογίας.

Η οργάνωση σε τρία επίπεδα περίθαλψης (πρωτοβάθμιο-δευτεροβάθμιο- τριτοβάθμιο) συναντάται σχεδόν σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες και εκφράζει τη σύγχρονη δομή και λειτουργία των συστημάτων υγείας.<sup>2</sup>

## ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη αποτελεί το πρώτο επίπεδο του συστήματος, εκεί δηλαδή που ο ασθενής έρχεται για πρώτη φορά σε επαφή με τις επίσημες υπηρεσίες υγείας. Σ' αυτό το επίπεδο πρέπει και μπορεί να αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά το 90% των προβλημάτων υγείας. Γι' αυτό το λόγο μέσα από την οργάνωση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης πρέπει να διασφαλίζεται: α) υψηλή προσπελασιμότητα των υπηρεσιών (accessibility), δηλαδή απουσία οργανωτικών, λειτουργικών, διοικητικών, γεωγραφικών και οικονομικών φραγμών και β) υψηλή διαθεσιμότητα (availability), δηλαδή πλήρης και συνεχής κάλυψη για όλο το 24ωρο και για 365 μέρες το χρόνο.<sup>1</sup>

Οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης παρέχονται κυρίως από γιατρούς γενικής ιατρικής (οικογενειακοί), από γιατρούς άλλων ειδικοτήτων και βέβαια από άλλους επαγγελματίες της υγείας.<sup>1</sup> Οι γιατροί μπορεί να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στα ιδιωτικά τους ιατρεία, σε ενισχυμένα αγροτικά ιατρεία (αγροτικές περιοχές), σε κρατικά κέντρα υγείας, πολυϊατρεία και πολυκλινικές και τέλος στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων.<sup>2</sup>



## 1.2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη στην Ελλάδα, όντας υποσύστημα του ευρύτερου συστήματος υγείας, ακολούθησε διαχρονικά την πορεία ανάπτυξης του τελευταίου. Μια πορεία που οριοθετείται από τις πολιτικές, οικονομικές και κοινωνικές καταστάσεις που επεκράτησαν τον τελευταίο ενάμιση αιώνα καταστροφές που τελικά επέδρασαν αρνητικά και οδήγησαν τον υγειονομικό τομέα σε υπανάπτυξη, τόσο από άποψη οργάνωσης και χρηματοδότησης όσο και από άποψη μεγέθους και εύρους των παρεχόμενων υπηρεσιών. Παρά τα σημαντικά βήματα που έγιναν, ιδιαίτερα τα τελευταία σαράντα χρόνια στον τομέα αυτό, δεν μπορεί κανείς να υποστηρίξει ότι πρωτοβάθμια περιθάλψη και οι υγειονομικές υπηρεσίες κατ'επέκταση, αποτελούν σήμερα ένα οργανωμένο, δομημένο και αποτελεσματικό σύστημα υγείας, όπως αυτό νοείται και λειτουργεί σε άλλες Δυτικοευρωπαϊκές χώρες.

Οι σημαντικότεροι παράγοντες που επηρέασαν αρνητικά αυτή την πορεία ήταν δυο παγκόσμιοι πόλεμοι, η μικρασιατική καταστροφή, το ασταθές πολιτικό και το ισχνό οικονομικό περιβάλλον, που κατεύθυναν τις εκάστοτε πολιτικές ηγεσίες σε άλλους στόχους και προτεραιότητες και όχι στην ανάπτυξη κοινωνικής πολιτικής. Από την άλλη πλευρά συνθήκες, καταστάσεις και γεγονότα όπως, η ταχεία οικονομική και βιομηχανική ανάπτυξη της εικοσαετίας 1960-80, η ανάπτυξη του εργατικού κινήματος, η εξέλιξη και επέκταση της κοινωνικής ασφάλισης και η γενικότερη άνοδος

---

του βιοτικού και μορφωτικού επιπέδου του πληθυσμού επέδρασαν θετικά στην πορεία ανάπτυξης του υγειονομικού τομέα.

Χρονολογικά, και μέχρι το τέλος του δεύτερου παγκόσμιου πολέμου η παρουσία του κράτους στον τομέα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης περιοριζόταν σε περιστασιακές και πυροσβεστικές παρεμβάσεις για την καταπολέμηση των λοιμωδών νόσων και επιδημιών, ενώ αντίθετα, σημαντικό ρόλο είχαν η φιλανθρωπία και η εκκλησία και βέβαια τα διάφορα ταμεία αλληλοβοήθειας που άρχισαν να δημιουργούνται. Οι κυριότερες κρατικές παρεμβάσεις αυτής της περιόδου στον τομέα της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης έγιναν το 1923 με την ψήφιση του Ν.Δ. «περί οργάνωσης της περιφερειακής υγειονομικής υπηρεσίας» που προέβλεπε τη λειτουργία δημοτικών και κοινοτικών ιατρείων, διαμορφώνοντας για πρώτη φορά ένα πλαίσιο οργάνωσης της δημόσιας υγείας στην επαρχία, η ψήφιση του 6298 νόμου για την ίδρυση του ΙΚΑ το 1934, που σταδιακά εξελίχθηκε στο μεγαλύτερο παραγωγό και προμηθευτή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης στα αστικά κέντρα και τέλος η ψήφιση του Α.Ν. 965/37 που προέβλεπε τη σύσταση και λειτουργία πολυιατρείων στις πόλεις και υγειονομικών σταθμών στην ύπαιθρο.

Η μεταπολεμική περίοδος χαρακτηρίζεται από ταχεία ανάπτυξη της κοινωνικής ασφάλισης με τη δημιουργία πολλών μικρών ασφαλιστικών ταμείων, που οδήγησαν σε πολυαρχία και υψηλό κατακερματισμό, αφού η παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης για την οργάνωση υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης γίνεται πιο εμφανής, τόσο σε επίπεδο έρευνας και προτάσεων, όσο και σε νομοθετικό έργο, αλλά και σε ουσιαστικές προσπάθειες για την ανάπτυξη, συντονισμό και οργάνωση του υγειονομικού τομέα.

Οι σημαντικότεροι σταθμοί στη μεταπολεμική πορεία ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης ήταν κατά χρονολογική σειρά οι κάτωθι:

**1953:** Η ψήφιση του Ν.Δ. 2592 «περί οργάνωσης της ιατρικής αντίληψης» που προέβλεπε μεταξύ άλλων τη διαίρεση της χώρας σε υγειονομικές περιφέρειες, τη σύσταση υγειονομικών συμβουλίων και την οργάνωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης με τη σύσταση και λειτουργία κοινοτικών υγειονομικών σταθμών στις αγροτικές περιοχές.

**1955:** Η ψήφιση του νόμου 3487 «περί κοινωνικής ασφαλίσεως των αγροτών» ο οποίος προέβλεπε τη δημιουργία δικτύου κοινοτικών και

---

αγροτικών ιατρείων, καθώς και υγειονομικών σταθμών για τις ανάγκες πρωτοβάθμιας περίθαλψης του αγροτικού πληθυσμού.

**1960:** Το ΙΚΑ, που διαθέτει ήδη ένα ευρύ δίκτυο πολυιατρείων, επιχειρεί να εισαγάγει στο σύστημα το θεσμό του οικογενειακού γιατρού. Η όλη προσπάθεια που ήταν πολύ καλή στη σύλληψη της, είχε περιορισμένη επιτυχία, γιατί δεν υποστηρίχτηκε κατάλληλα.

**1961:** Η ψήφιση του νόμου 4169 με τον οποίο ιδρύεται ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) για την ασφάλιση των αγροτών.

**1968:** Με το Ν.Δ. 67 καθιερώνεται για όλους τους απόφοιτους των ιατρικών σχολών η ετήσια υποχρεωτική «υπηρεσία υπαίθρου», για την καλύτερη αντιμετώπιση των προβλημάτων στελέχωσης των αγροτικών ιατρείων.

**1969:** Δίδεται στη δημοσιότητα το σχέδιο του τότε υπουργού Υγείας Λ. Πατρον. «Σχεδιασμός της κοινωνικής πολιτικής» που προέβλεπε μεταξύ άλλων την οργάνωση ενός συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης που θα βασίζεται στους οικογενειακούς γιατρούς.

**1976:** Μια ολοκληρωμένη μελέτη του Κ.Ε.Π.Ε για την υγεία τόνιζε την ανάγκη για τη δημιουργία ενός ενιαίου ταμείου υγείας και την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας.

**1980:** Κατατίθεται στη Βουλή το νομοσχέδιο Δοξιάδη «μέτρα προστασίας της υγείας», το οποίο δεν ψηφίζεται ποτέ. Προέβλεπε μεταξύ άλλων την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, την αποκέντρωση και τον κοινωνικό έλεγχο του συστήματος.

**1983:** Ψηφίζεται ο νόμος 1397, βάσει του οποίου επιχειρείται για πρώτη φορά η ανάπτυξη ενός πλήρους και ολοκληρωμένου συστήματος υγείας, με επίκεντρο την πρωτοβάθμια φροντίδα, που θα παρέχεται από γενικούς γιατρούς στα κέντρα υγείας. Ανκέγιναν σημαντικά βήματα η όλη προσπάθεια έμεινε ημιτελής. Δημιουργούνται πάντως και λειτουργούν 170 κέντρα υγείας, που καλύπτουν τις ανάγκες του αγροτικού πληθυσμού.<sup>2</sup>

---

### 1.3 Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΗΜΕΡΑ

Σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 1397/83 η πρωτοβάθμια περίθαλψη, τόσο στις αγροτικές όσο και στις αστικές περιοχές, πρέπει να προέρχεται από τα κέντρα υγείας με τα περιφερειακά τους ιατρεία. Ο νόμος αυτός, που στη μεγαλύτερη του έκταση ισχύει και σήμερα για πρώτη φορά το θεμέλιο για ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας.

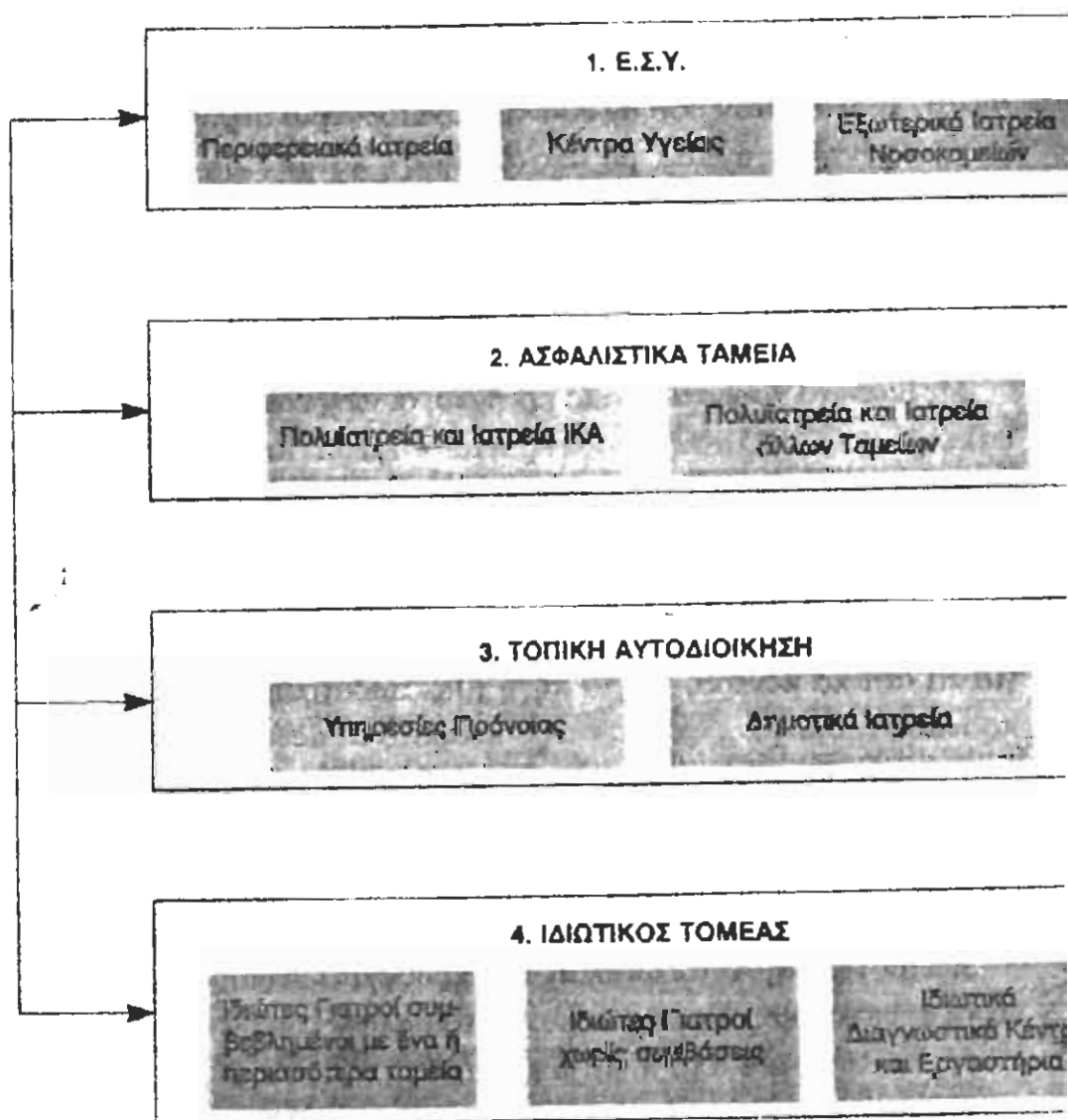
Για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας προέβλεπε τη δημιουργία ικανού αριθμού κέντρων υγείας και περιφερειακών ιατρείων, που θα κάλυπταν πλήρως τις ανάγκες υγείας όλων των πολιτών. Σε αρκετά σύντομο χρονικό διάστημα ανηγέρθησαν και εξοπλίστηκαν σχεδόν όλα τα προβλεπόμενα από το νόμο κέντρα υγείας μη αστικού τύπου και σήμερα με τη λειτουργία τους βελτίωσαν κατά πολύ την κατάσταση στις αγροτικές περιοχές.

Στις αστικές περιοχές αντίθετα, οι προβλέψεις του νόμου δεν υλοποιήθηκαν, τουλάχιστον όσο αφορά την πρωτοβάθμια περίθαλψη και τη δημιουργία κέντρων υγείας, με αποτέλεσμα η κατάσταση να παραμένει ως είχε, δηλαδή κατακερματισμός των υπηρεσιών σε επίπεδο οργάνωσης και λειτουργίας με πληθώρα φορέων, διαφοροποιήσεις στον τρόπο και τις διαδικασίες παροχής των φροντίδων και σημαντικές ανισότητες στο εύρος και την ποιότητα αυτών.

Με βάση το χρηματοδοτικό κριτήριο, οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην Ελλάδα προσφέρονται σήμερα από τους εξής φορείς:

1. Το Κράτος, μέσω των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων που δημιουργήθηκαν και λειτούργησαν σύμφωνα με το νόμο 1397/83, για τις αγροτικές περιοχές και των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων για τα αστικά κέντρα. Κύρια πηγή χρηματοδότησης τους είναι ο κρατικός προϋπολογισμός και σε μικρότερο ποσοστό τα ασφαλιστικά ταμεία.
2. Τους Ασφαλιστικούς Οργανισμούς, μέσω των πολυιατρείων κυρίως του ΙΚΑ, αλλά και με συμβεβλημένα ιδιωτικά ιατρεία και εργαστήρια για τα υπόλοιπα ταμεία. Η χρηματοδότηση εδώ προέρχεται κυρίως από εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών.

3. Την Τοπική Αυτοδιοίκηση, που προσφέρει περιορισμένου όγκου και εύρους υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, μέσα από προνοιακού τύπου υποδομή και από πολύ μικρό αριθμό δημοτικών ιατρείων τα οποία χρηματοδοτούνται από δημοτικούς φόρους και από τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω του Υπουργείου Εσωτερικών.
4. Τον ιδιωτικό Τομέα, που αποτελεί σημαντικό τμήμα του ευρύτερου τομέα υγείας στη χώρα και χρηματοδοτείται κυρίως από το οικογενειακό εισόδημα των νοικοκυριών και τα ασφαλιστικά ταμεία.<sup>2</sup>





---

## 1.4. ΤΟ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΤΗΣ Π.Φ.Υ.

Η Π.Φ.Υ. είχε κατά καιρούς διαφορετικό περιεχόμενο, ως αποτέλεσμα των διαφορετικών κοινωνικών αρχών και αξιών, αλλά και του διαφορετικού επιδημιολογικού προτύπου που καθόριζε τις υγειονομικές ανάγκες. Ο τελευταίος ορισμός της Π.Φ.Υ. έτσι όπως αυτός διατυπώθηκε μέσα στη διακήρυξη της Alma-Ata αναφέρει ότι:

«Π.Φ.Υ. είναι βασική φροντίδα βασισμένη σε πρακτικές, επιστημονικά τεκμηριωμένες και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογία. Η φροντίδα αυτή είναι στη διάθεση όλων των πολιτών της κοινότητας και των οικογενειών τους και παρέχεται με την πλήρη συμμετοχή τους και σε κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορούν να επωμισθούν σε κάθε στάδιο της ανάπτυξης της, μέσα στο πνεύμα της αυτοδυναμίας και της αυτοδιάθεσης. Η Π.Φ.Υ. φέρνει τη φροντίδα υγείας όσο το δυνατό πλησιέστερα στους χώρους όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται και αποτελεί το πρώτο στοιχείο σε μια συνεχή διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας». Με βάση τον πιο πάνω ορισμό δημιουργείται μια νέα φιλοσοφία που στηρίζεται στη σφαιρική αντίληψη ότι η διατήρηση και βελτίωση του επιπέδου υγείας επιτυγχάνεται καλύτερα μέσα από την Π.Φ.Υ. και συγκεκριμένα μέσα από υπηρεσίες πρόληψης και αγωγής υγείας, με αποκέντρωση και ενεργητική συμμετοχή της κοινότητας και του ίδιου του πολίτη. Απαιτεί ακόμη πλην του τομέα υγείας και τη συντονισμένη δράση πολλών άλλων τομέων της κοινωνικής οργάνωσης. Αυτή η πολυτομεακή προσέγγιση αναπτύσσεται παράλληλα με τη νέα αντίληψη περί «ολιστικής ιατρικής». Η αντίληψη αυτή έτσι όπως ορίζεται διαφοροποιείται σαφώς από τη στενότερη έννοια της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Η πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη (primary medical care) αναφέρεται σε υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται σε άτομα που έχουν νοσήσει και έχουν εκδηλώσει υποκειμενικά ή αντικειμενικά τα συμπτώματα της νόσου.

Αντίθετα η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (primary health care) εκφράζει μια ευρύτερη έννοια, που αναφέρεται σε υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται και σε υγιή άτομα είτε στο σύνολο του πληθυσμού είτε στο επίπεδο της κοινότητας.

---

Αν και σε θεωρητικό επίπεδο υφίσταται σαφής εννοιολογική διαφοροποίηση μεταξύ των δυο αυτών όρων, εντούτοις σε πρακτικό επίπεδο είναι δυνατό να συνυπάρχουν. Για παράδειγμα ένα κέντρο υγείας, ανάλογα με την οργάνωση και λειτουργία του αλλά και τις ανάγκες υγείας που αποσκοπεί να καλύψει, μπορεί να προσφέρει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η έννοια της φροντίδας εμπεριέχει την έννοια της περίθαλψης χωρίς να ταυτίζεται με αυτήν.<sup>2</sup>

## **1.5 Π.Φ.Υ.- ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΑΛΜΑ- ΑΤΑ**

Από το περιεχόμενο της Διακήρυξης 1978 της Διεθνούς Συνδιάσκεψης για την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη της ΑΛΜΑ- ΑΤΑ θα αντιληφθούμε τα νέα μέτρα που πάρθηκαν στη χώρα μας για τη βελτίωση της φροντίδας υγείας του πληθυσμού μας αλλά και τι μπορεί να αναμένεται ακόμη. Τη διακήρυξη συνοδεύουν και 22 κατευθυντήριες οδηγίες.

Η Διακήρυξη αυτή θέτει ένα διεθνή στόχο για «Υγεία των λαών ως το έτος 2.000».

Η φιλοσοφία που θα διέπει την όλη οργάνωση των υπηρεσιών Υγείας στα προσεχή χρόνια σ' όλο τον κόσμο, τα μέσα που θα διατεθούν, ο τρόπος διοίκησης των Υπηρεσιών Υγείας και άλλες σημαντικές λειτουργίες συζητήθηκαν το 1978 στη διεθνή Διάσκεψη της ΑΛΜΑ- ΑΤΑ στη διακήρυξη που παραθέτει προδιαγράφει την πολιτική Υγείας που θα ακολουθήσουν οι χώρες ώστε να εξασφαλισθεί ως το 2000 παροχή στοιχειωδών φροντίδων υγείας σε όλους τους πληθυσμούς, κοινωνικοποίηση στο σχεδιασμό και την εφαρμογή των μέτρων προστασίας της υγείας, και οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας κατά τρόπο που να εξασφαλίζει την κάλυψη των αναγκών των πληθυσμών όπως αυτές παρουσιάζονται σήμερα σε αναπτυσσόμενες και αναπτυσσόμενες οικονομικά χώρες.

### **Κείμενο Διακήρυξης 1978 της ΑΛΜΑ- ΑΤΑ**

«Η Διεθνής Συνδιάσκεψη για τις πρωτογενείς παροχές υγείας (στοιχειώδεις φροντίδες υγείας – πρωτοβάθμια περίθαλψη) που συγκαλέσθηκε στην ΑΛΜΑ- ΑΤΑ ΤΟ 1978 υπογράμμισε την ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ για κατεπείγουσα δραστηριότητα όλων α) των

---

κυβερνήσεων, β) των κλάδων του προσωπικού των τομέων Υγείας και Ανάπτυξης γ) της παγκόσμιας κοινότητας προκειμένου να εξασφαλισθεί η ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ και ΠΡΟΑΓΩΓΗ της Υγείας όλων των λαών του Κόσμου και διακήρυξε τα παρακάτω:

#### ΑΡΘΡΟ 1

Η Συνδιάσκεψη επιβεβαιώνει κατηγορηματικά και έντονα ότι η Υγεία (κατάσταση πλήρους φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο κατάσταση απουσίας ασθένειας ή αναπηρίας) αποτελεί ΘΕΜΕΛΙΩΔΕΣ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ.

Η επίτευξη του ανώτατου δυνατού επιπέδου υγείας αποτελεί κοινωνική επιδίωξη άκρως σημαντική που ενδιαφέρει όλο τον κόσμο και που προϋποθέτει τη συμμετοχή πολυάριθμων κοινωνικών και οικονομικών τομέων πλην εκείνου της Υγείας.

#### ΑΡΘΡΟ 2

Οι καταφορές ανισότητες στην υγειονομική κατάσταση των λαών, μεταξύ αναπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών, και στο εσωτερικό ακόμα των χωρών είναι πολιτικά και κοινωνικά, και οικονομικά απαράδεκτες και εκ του γεγονότος αυτού αποτελούν θέμα κοινής ανησυχίας για όλες τις χώρες.

#### ΑΡΘΡΟ 3

Η οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη, σε συνδυασμό με διεθνή οικονομική τάξη, παρουσιάζει θεμελιώδη σπουδαιότητα αν θέλουμε να δώσουμε σε όλους τους ανθρώπους το ανώτατο δυνατό επίπεδο υγείας και να καλύψουμε το χάσμα που χωρίζει, στον Τομέα της Υγείας, τις αναπτυσσόμενες από τις αναπτυγμένες χώρες.

Η προαγωγή και η προστασία της Υγείας των λαών είναι απαραίτητες προϋποθέσεις οικονομικής και κοινωνικής προόδου με ταυτόχρονη συμβολή για μια καλύτερη ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΕΙΡΗΝΗ.

#### ΑΡΘΡΟ 4

Οι πολίτες έχουν δικαίωμα και υποχρέωση να συμμετέχουν ατομικά και συλλογικά στο σχεδιασμό και την εφαρμογή των μέτρων προστασίας της Υγείας που προορίζονται γι' αυτούς.

---

## ΑΡΘΡΟ 5

Οι κυβερνήσεις έχουν ευθύνη για την Υγεία των λαών από την οποία ευθύνη δεν μπορούν να απαλλαγούν παρά μόνο αν εξασφαλίσουν τις πρέπουσες υγειονομικές και κοινωνικές παροχές. Ένας από τους κυριότερους κοινωνικούς στόχους των Κυβερνήσεων, των Διεθνών Οργανισμών και ολόκληρης της διεθνούς κοινότητας στις προσεχείς 10ετίες πρέπει να είναι η παροχή σε όλους τους λαούς μέχρι το έτος 2000 επιπέδου Υγείας που τους επιτρέπει να ζουν παραγωγική ζωή, κοινωνικά και οικονομικά.

Η Α/θμια περίθαλψη είναι το μέσο που θα επιτρέψει την επίτευξη του σκοπού αυτού μέσα στα πλαίσια μιας ανάπτυξης που διαπνέεται από πραγματικό πνεύμα κοινωνικής δικαιοσύνης.

## ΑΡΘΡΟ 6

Η Α/θμια περίθαλψη περιλαμβάνει ουσιώδεις παροχές που θεμελιώνονται πάνω σε μεθόδους και πρακτικές εφαρμογές επιστημονικά τεκμηριωμένες και κοινωνικά παραδεκτές αλλά και παγκόσμια δυνατές για τα άτομα και τις οικογένειες, μέσα στα πλαίσια της κοινότητας, με την αμέριστη συμμετοχή της και με κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορούν να επωμισθούν σε όλα τα στάδια ανάπτυξης τους και μέσα σε πνεύμα αυτοευθύνης και αυτο- καθορισμού.

Η Α/θμια περίθαλψη είναι αναπόσπαστο μέρος, τόσο του εθνικού συστήματος υγείας του οποίου αποτελεί την βάση και τον κυριότερο πυρήνα όσο και της γενικής οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης της κοινότητας.

Η Α/θμια περίθαλψη είναι το πρώτο σημείο επαφής των ατόμων, της οικογένειας και της κοινότητας με το εθνικό σύστημα Υγείας. Η Α/ θμια περίθαλψη περοσεγγίζει όσο γίνεται περισσότερο τις παροχές υγείας στο τόπο όπου ζουν οι άνθρωποι και ~~έρχονται~~ και ακόμη αποτελεί το πρώτο στοιχείο μιας συνεχούς διαδικασίας υγειονομικής προστασίας.

## ΑΡΘΡΟ 7

1. Η Α/θμια περίθαλψη υγείας αντικατοπτρίζει τις οικονομικές συνθήκες και τα κοινωνικό- πολιτιστικά και πολιτικά χαρακτηριστικά της χώρας και της κοινότητας. Η Α/θμια περίθαλψη εκφράζει τη χώρα και την κοινότητα. Η θεμελίωση της γίνεται πάνω στα συμπεράσματα της

---

κοινωνικής και βιοϊατρικής έρευνας αλλά και πάνω στην έρευνα στις Υγειονομικές και στην εμπειρία της δημόσιας Υγείας.

2. Η Α/θμια περίθαλψη έχει σκοπό να επιλύσει τα κυριότερα προβλήματα Υγείας της κοινότητας εξασφαλίζοντας σ' αυτήν υπηρεσίες ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ- ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ-ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ (περίθαλψη) και της ενδεικνυόμενης αναπροσαρμογής.
3. Περιεχόμενο της Α/θμιας περίθαλψης καθορίζεται τουλάχιστον να είναι:
  - ◆ Διαπαιδαγώγηση του πληθυσμού για τα προβλήματα υγείας που υπάρχουν και για τις μεθόδους πρόληψης και καταστολής που μπορούν να εφαρμοσθούν.
  - ◆ Προαγωγή των καλών συνηθειών διατροφής
  - ◆ Εξασφάλιση αρκετού υγιεινού νερού και δυνατοτήτων εξυγίανσης του.
  - ◆ Προστασία μητρότητας και παιδικής ηλικίας συμπεριλαμβανομένου του οικογενειακού προγραμματισμού.
  - ◆ Εμβολιασμοί για τα βαριά λοιμώδη νοσήματα.
  - ◆ Πρόληψη και έλεγχος των τοπικών ενδημικών νόσων
  - ◆ Θεραπεία συνήθων ασθενειών και ζημιών υγείας, προμήθεια των βασικών φαρμάκων.
4. Η Α/θμια περίθαλψη κινητοποιεί εκτός του τομέα υγείας και άλλους, συναφείς ή μη τομείς της εθνικής και κοινοτικής ανάπτυξης. Ειδικότερα, κινητοποιεί τους τομείς της γεωργίας, της κτηνοτροφίας, της παραγωγής τροφίμων, της βιομηχανίας, της εκπαίδευσης, της οικιστικής, των δημοσίων έργων και των επικοινωνιών, στην περίπτωση αυτή επιβάλλεται συντονισμός δραστηριοτήτων όλων των προαναφερόμενων τομέων.
5. Η Α/θμια περίθαλψη απαιτεί και ευνοεί τα μέγιστα την ανάληψη ευθυνών από τα άτομα και την κοινότητα και τη συμμετοχή όλων στο σχεδιασμό, την οργάνωση, τη λειτουργία αλλά και τον έλεγχο των παροχών της στοιχειώδους περίθαλψης.

---

Στην πρωτοβάθμια περίθαλψη διατίθεται κατά το δυνατόν μεγάλο μέρος των τοπικών εθνικών κ.λ.π. πόρων και ενθαρρύνονται με ειδική επιμόρφωση οι κοινωνίες να επωφελούνται των παροχών της.

6. Η Α/θμια περίθαλψη υποστηρίζεται από συστήματα προσανατολισμού και αλληλένδετες λειτουργικές προσαρμογές ώστε να κατορθώνει την προοδευτική βελτίωση των πολυδύναμων ιατροϋγειονομικών Υπηρεσιών που είναι στη διάθεση όλων δίνοντας βέβαια προτεραιότητα σ' εκείνους τους πληθυσμούς που έχουν μεγαλύτερες ανάγκες.
7. Καλούνται σε τοπικό και υπηρεσιακό επίπεδο τα μέλη των επαγγελματιών Υγείας (ιατροί, νοσηλευτές, μαίες και βοηθοί όλοι αυτών) ακόμη και οι εμπειρικοί πρακτικοί για να εργασθούν σε ομάδα και να ανταποκριθούν στις ανάγκες υγείας που έχουν εκφρασθεί από την κοινότητα, μετά από εκπαίδευση κοινωνική και τεχνική.

#### ΑΡΘΡΟ 8

Όλες οι κυβερνήσεις των χωρών οφείλουν να επεξεργασθούν σε εθνική κλίμακα πολιτική, στρατηγική και σχέδια δράσης που σκοπούν στην εισαγωγή και συντήρηση των συστημάτων Α/θμιας περίθαλψης μέσα στα πλαίσια του όλου συστήματος παροχών υγείας του πληθυσμού συντονίζοντας το όλο σύστημα με την δραστηριότητα άλλων τομέων.

Για να επιτευχθούν όλα αυτά είναι απαραίτητο να εκδηλωθεί η πολιτική βούληση για να είναι δυνατόν να διατεθούν οι εσωτερικοί πόροι και να χρησιμοποιηθούν λογικά οι διατιθεμένοι εξωτερικοί πόροι.

#### ΑΡΘΡΟ 9

Όλες οι χώρες πρέπει να συνεργασθούν μέσα σ' ένα πνεύμα αλληλοβοήθειας και σε επίπεδο υπηρεσιών, με την προοπτική να ωφεληθεί το σύνολο του πληθυσμού τους από τις παροχές του συστήματος της Α/θμιας περίθαλψης. Και αυτό γιατί η απαίτηση του πληθυσμού μιας χώρας για ικανοποιητικό επίπεδο υγείας ενδιαφέρει άμεσα και όλες τις άλλες χώρες γιατί όλοι επωφελούνται.

Μέσα σ' αυτό το πλαίσιο της διεθνούς συνεργασίας η κοινή εισήγηση των Διεθνών Οργανώσεων Υγείας (Π.Ο.Υ.) και προστασίας παιδιού (UNICEF) για την Α/θμια περίθαλψη αποτελεί στέρεη βάση για την

---

μελλοντική ανάπτυξη και τη λειτουργία των υπηρεσιών στοιχειώδους περίθαλψης σ' ολόκληρο τον κόσμο.

#### ΑΡΘΡΟ 10

Ολόκληρη η ανθρωπότητα θα μπορούσε να φτάσει σ' ένα παραδεκτό επίπεδο υγείας το έτος 2000 αν χρησιμοποιούσε πλήρως και αποδοτικότερα τους παγκόσμιους πόρους των οποίων σημαντικό μέρος δαπανάται σήμερα για εξοπλισμούς και ένοπλες διενέξεις.

Μια πολιτική ανεξαρτησίας, ειρήνης υφέσεως και αφοπλισμού θα μπορούσε και θα έπρεπε να επιτρέψει την αποδέσμευση συμπληρωματικών πόρων, για να αφιερωθούν σε ειρηνικούς σκοπούς και ειδικότερα στην επιτάχυνση της οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης από την οποία θα έπαιρναν τη μερίδα που τους ανήκει οι στοιχειώδεις παροχές υγείας σαν ουσιώδες στοιχείο της ανάπτυξης αυτής.

Η Διεθνής Διάσκεψη για την Α/θμια περίθαλψη (στοιχειώδεις παροχές υγείας) ζητά επίμονα να αρχίσει κατεπειγόντως σε εθνική και διεθνή κλίμακα αποδοτική δραστηριότητα για την ανάπτυξη και εφαρμογή προγράμματος Α/θμιας Περίθαλψης σ' ολόκληρο τον κόσμο και ειδικότερα στις αναπτυσσόμενες χώρες σύμφωνα με το πνεύμα της τεχνικής συνεργασίας και μιας νέας διεθνούς οικονομικής τάξης.

Η Διάσκεψη καλεί τις Κυβερνήσεις, την Π.Ο.Υ., τη Διεθνή Οργάνωση Βοήθειας στα παιδιά (F.I.S.E- UNICEF) και όλους τους Διεθνείς Οργανισμούς αλλά και τους άλλους πολυμερείς και διμερείς οργανισμούς, τις μη κυβερνητικές οργανώσεις, τους χρηματοδοτικούς οργανισμούς, όλο το προσωπικό υγείας και το σύνολο της Παγκόσμιας Κοινότητας να στηρίζουν σε διεθνή και εθνική κλίμακα την προσπάθεια να αναπτύξουν την Α/θμια περίθαλψη και να προσφέρουν τεχνική και οικονομική υποστήριξη μεγαλύτερη. Κυρίως στις αναπτυσσόμενες χώρες.

Η Διακήρυξη παροτρύνει όλους να συνεργασθούν για την οργάνωση και ανάπτυξη των συστημάτων για την διατήρηση του επιπέδου της Α/θμιας περίθαλψης σύμφωνα με το πνεύμα και το γράμμα της Διακήρυξης αυτής».<sup>3</sup>

---

## 1.6 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ Π.Φ.Υ.

Η Π.Φ.Υ. εκφράζει μια στρατηγική που δίνει μεγαλύτερη έμφαση στον εξωνοσοκομειακό τομέα ενός συστήματος υγείας. Η έμφαση αυτή δεν σημαίνει υποτίμηση της νοσοκομειακής και εξειδικευμένης ιατρικής περίθαλψης. Η αρρώστεια δεν είναι δυνατόν να εξαφανισθεί ούτε με τα πιο αποτελεσματικά προγράμματα πρόληψης, ούτε είναι επαρκής για την αντιμετώπιση της ακόμη και η πιο ολοκληρωμένη πρωτοβάθμια φροντίδα. Επιδρά όμως στο νοσοκομειακό κεντρικό σύστημα υγείας το οποίο ενδιαφέρεται περισσότερο για το πάσχον όργανο παρά το πάσχον άτομο συνολικά. Η συνειδητοποίηση των ορίων του νοσοκομείου καθώς και της περιορισμένης αποτελεσματικότητας του οδηγεί στην αναγκαία παραδοχή ότι η Π.Φ.Υ. μπορεί να αποτελέσει τον άξονα εκείνο γύρω από τον οποίο είναι δυνατή η συνεχής και συστηματική παρακολούθηση του αρρώστου.

Με βάση αυτή τη παραδοχή οι πρωτοβάθμιες μονάδες αποτελούν το επίκεντρο του όλου συστήματος. Αυτό συμβαίνει γιατί οι μονάδες αυτές βρίσκονται αποκεντρωμένες μέσα στο χώρο της καθημερινής ζωής των ανθρώπων. Κατέχουν έτσι μια στρατηγική θέση για την άμεση και συνεχή σχέση του πληθυσμού με τις υπηρεσίες υγείας. Λόγω της στρατηγικής τους θέσης στο σύστημα, αποτελούν το κομβικό σημείο γύρω από το οποίο διαρθρώνεται ένα ολοκληρωμένο σύστημα φροντίδας για την υγεία. Αυτό το σύστημα για να λειτουργήσει αποτελεσματικά προαπαιτεί όχι μόνο αναβαθμισμένες και καλά οργανωμένες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες αλλά και αμφίδρομη επικοινωνία με τις νοσοκομειακές μονάδες.

Η Π.Φ.Υ. δεν αποτελεί απλά μια στρατηγική που δίνει μεγαλύτερη έμφαση σε ορισμένους τομείς του συστήματος υγείας όσον αφορά την πρόληψη και την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη γενικότερα. Τροποποιεί την καθιερωμένη αντίληψη για την υγεία και την αρρώστεια, την άσκηση αυτής καθ' εαυτής της ιατρικής, την οργάνωση και λειτουργία ολόκληρου του συστήματος υγείας με ευρύτερες πολιτισμικές και πολιτικές επιπτώσεις. Η στρατηγική της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας επιδρά επίσης στο γενικότερο σχεδιασμό της κοινωνικής και οικονομικής οργάνωσης μιας χώρας, ιδιαίτερα σε τομείς όπως η βιομηχανία, η γεωργία, το περιβάλλον κ.α.<sup>2</sup>



---

## 1.7 ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ Π.Φ.Υ.

Η Π.Φ.Υ. εξυπηρετεί τους εξής σκοπούς:

1. Την Υγειονομική φροντίδα (πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία πολλές φορές) της Κοινότητας εξωνοσοκομειακά. Το νοσοκομείο αποτελεί συμπλήρωμα της Π.Φ.Υ. όπου εκεί αντιμετωπίζονται δύσκολα και εξειδικευμένα περιστατικά.
2. Την προαγωγή της υγιεινής διαβίωσης και αυτό επιτυγχάνεται με τη συνεχή διαφώτιση του πληθυσμού σε θέματα υγείας, όπως οικογενειακός προγραμματισμός, υγιεινή διατροφή, προστασία μητρότητας και παιδιού.
3. Την πρόληψη προβλημάτων υγείας που επιτυγχάνεται με εμβολιασμούς έλεγχο του περιβάλλοντος και με τη σχολική υγιεινή.
4. Τη θεραπεία κάποιων ασθενειών που μπορούν ν' αντιμετωπιστούν στο χώρο της κοινότητας π.χ. ψυχολογική υποστήριξη, χορήγηση ινσουλίνης σε διαβητικούς κ.λ.π.
5. Τέλος η Π.Φ.Υ. συντελεί και στην αποκατάσταση διαφόρων ασθενειών, αφού πρώτα πάρει οδηγίες από το Νοσοκομείο που νοσηλεύτηκε ο άρρωστος και φυσικά αυτό επιτυγχάνεται με τη συνεργασία όλων των ατόμων της ομάδας Π.Φ.Υ.<sup>4</sup>

## 1.8. ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΗΣ Π.Φ.Υ.

Το 1983 που εφαρμόστηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) καθορίστηκε βάση νόμου (ν.1397/1983) και ο τρόπος οργάνωσης, λειτουργίας, διοίκησης των υπηρεσιών που αποτελούν την Π.Φ.Υ.<sup>4</sup>

Διατηρώντας την διάκριση σε αστικές και αγροτικές περιοχές παρατηρούμε ότι στις αγροτικές η Π.Φ.Υ. παρέχεται:

- 
1. Από τα 170 Κέντρα Υγείας (πλημμελώς στελεχωμένα) που είναι ο βασικότερος φορέας Π.Φ.Υ. και λειτουργούν σε κάθε νομό της χώρας σαν αποκεντρωμένες οργανωμένες μονάδες νοσοκομείων.
  2. Τα 1311 περιφερειακά τους ιατρεία
  3. Τα 19 μικρά Νοσοκομεία- Κέντρα Υγείας
  4. Τα 96 περιφερειακά τους ιατρεία
  5. Τα 100 εξωτερικά ιατρεία νομαρχιακών νοσοκομείων
  6. Τα 17 κέντρα ψυχικής υγιεινής
  7. Ιδιωτικούς γιατρούς
  8. Ιδιωτικές διαγνωστικές μονάδες υγείας

Στις αστικές περιοχές η Π.Φ.Υ. παρέχεται από:

1. το πυκνό δίκτυο των υγειονομικών μονάδων του ΙΚΑ (49 νομαρχιακές, 193 τοπικές και περίπου 31 διάφορα ιατρεία).
2. Τους 8 ΣΑΒ του ΙΚΑ
3. Τους 48 σταθμούς Μάνας και Παιδιού του ΙΚΑ
4. Τους 10 σταθμούς οικογενειακού προγραμματισμού του ΙΚΑ
5. Τα Πολυιατρεία άλλων ασφαλιστικών ταμείων
6. Εξωτερικά Ιατρεία Νοσοκομείων.
7. Ιατρεία του ΠΙΚΠΑ
8. Δημοτικά ιατρεία
9. Υγειονομικά Κέντρα των διευθύνσεων Υγιεινής
10. Ιδιωτικά Ιατρεία
11. Ιδιωτικά διαγνωστικά Κέντρα<sup>5</sup>

---

## **1.9. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ, ΕΥΘΥΝΕΣ, ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΑΞΕΙΣ ΣΤΗΝ Π.Φ.Υ.**

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην Π.Φ.Υ. αναφέρονται ενδεικτικά και επιγραμματικά:

- ◆ Εντόπιση και εκτίμηση των προβλημάτων υγείας, προγραμματισμός, εφαρμογή, διδασκαλία, επίβλεψη και αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας ατόμων ή ομάδας ατόμων στην οικογένεια, το σχολείο, τον τόπο εργασίας και γενικά στην κοινότητα.
- ◆ Κατ'οίκον νοσηλεία και παρακολούθηση ασθενειών, γερόντων, χρονίως πασχόντων και συμβολή στην αποκατάστασή τους.
- ◆ Ενεργητική συμμετοχή στον διεπιστημονικό σχεδιασμό, την οργάνωση, εφαρμογή και αξιολόγηση κοινοτικών προγραμμάτων αγωγής υγείας, προλήψεως ασθενειών, έγκαιρης διαγνώσεως και θεραπείας αρρώστων και αναπήρων, καταπολεμήσεως των κοινωνικών νοσημάτων, φροντίδας ηλικιωμένων κ.α.
- ◆ Συνεργασία και διαπροσωπικές σχέσεις με αρχές και ιδρύματα της κοινότητας καθώς και με άτομα και οικογένειες, ώστε να συνειδητοποιούν και αξιολογούν τις ανάγκες υγείας τους και να χρησιμοποιούν τις δυνατότητες τους στη φροντίδα της γενικής υγείας.
- ◆ Εκπαίδευση των μελών της κοινότητας όλων των ηλικιών στην αυτοφροντίδα για την υγεία, στη διατήρηση υγιεινού περιβάλλοντος και σε θέματα νοσηλείας.
- ◆ Εκπόνηση επιστημονικής έρευνας για την αύξηση των γνώσεων της κοινοτικής νοσηλευτικής και τη βελτίωση των μεθόδων διερευνήσεως και αντιμετώπισεως των προβλημάτων υγείας της κοινότητας.
- ◆ Υπεύθυνη θέση και συμμετοχή στους προβληματισμούς και τη λήψη αποφάσεων στις επιλογές απόψεων και εφαρμογών στην καθημερινή άσκηση της Π.Φ.Υ.<sup>6</sup>

---

## ΕΥΘΥΝΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

1. Συζητεί τις αναθέσεις τω αρρώστων με τον προϊστάμενο.
2. Εξηγεί το ρόλο της Π.Ν. στον άρρωστο
3. Εκτιμά τις νοσηλευτικές και εκπαιδευτικές ανάγκες του.
4. Αναπτύσσει βραχυπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους σκοπούς και αναμενόμενα αποτελέσματα Ν.Φ. σύμφωνα με την συνεχή αξιολόγηση.
5. Διατυπώνει σχέδιο Ν.Φ. με όλες τις νοσηλευτικές ενέργειες.
6. Αναθεωρεί τη Ν.Φ., σύμφωνα με τη συνεχή αξιολόγηση
7. Παρέχει προφορικές και γραπτές πληροφορίες για τη Ν.Φ. του αρρώστου στον προϊστάμενο, το νοσηλευτικό προσωπικό και σε όλους όσοι είχαν σχέση με τη νοσηλεία.
8. Αξιολογεί την ανταπόκριση του αρρώστου στη Ν.Φ.
9. Σχεδιάζει με τον άρρωστο και την οικογένεια του την έξοδο ή μεταφορά του αρρώστου, πράγμα που εξασφαλίζει τη συνεχή παρακολούθηση του όταν χρειάζεται.
10. Παρέχει κατάλληλη τεκμηρίωση για κάθε φάση της νοσηλευτικής διεργασίας.
11. Εξουσιοδοτεί άλλον νοσηλευτή να τον αντικαθιστά κατά την απουσία του.
12. Επιβλέπει τους βοηθούς όταν προσφέρουν κάποια νοσηλεία στους αρρώστους.
13. Αναζητεί εκπαιδευτικές ευκαιρίες που αυξάνουν την αντίληψη και κατανόηση των αναγκών του αρρώστου.
14. Ανταποκρίνεται στις εκθέσεις των δελτίων αξιολόγησης, τα οποία αντανakλούν την ευθύνη για τα αποτελέσματα της εργασίας του με το συγκεκριμένο άρρωστο.
15. Αναθεωρεί περιοδικά τις δραστηριότητες του για βελτίωση της Ν.Φ. των αρρώστων και των οικογενειών τους.

---

## 1.10 Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΗΝ Π.Φ.Υ.

1. Λήψη ιστορικού – τεχνική της συνέντευξης. (Ιατρικές, κοινωνικές επιστήμες)
2. Διαχείριση των περισσότερο κοινών συμπτωμάτων στην Π.Φ.Υ. (π.χ. κεφαλαλγία, οσφυαλγία, ίλιγγος, ζάλη κ.λ.π.) (γενική ιατρική)
3. Διαχείριση των πιο κοινών και συχνών νοσημάτων στην Π.Φ.Υ. (π.χ. σακχαρώδους διαβήτη, αρτηριακής υπέρτασης, στεφανιαίας νόσου, εκφυλιστικών αρθροπαθειών κ.λ.π.) (Γενική Ιατρική)
4. Ψυχική, νευρολογική και κοινωνική εξέλιξη του παιδιού (Ιατρική, εξελικτική ψυχολογία, Κοινωνιολογία).
5. Προσέγγιση ατόμων και οικογενειών στα ιατρεία και στην κοινότητα (Οικογενειακή Ψυχολογία).
6. Μέθοδοι αγωγής Υγείας. Τεχνικές παρέμβασης στο σχολείο. (Στοιχεία Κοινωνικής και Παιδαγωγικής Ψυχολογίας).
7. Η επίσκεψη στο σπίτι και άλλες εναλλακτικές μορφές περ ίθαλψης.
8. Η φροντίδα ατόμων με ειδικές ανάγκες στην κοινότητα (Κοινωνική Ψυχιατρική, Κοινωνική Ιατρική, Ψυχολογία).
9. Ομάδα υγείας και ενδοτομε ακή/ διατομε ακή συνεργασία (Ψυχολογία, Κοινωνιολογία).
10. Δημογραφικοί δείκτες. (Κοινωνική Δημογραφία)
11. Καταγραφή και επεξεργασία της πληροφορίας υγείας στην Π.Φ.Υ. (Πληροφορική Κοινωνική Ιατρική).
12. Δείκτες επιπέδου υγείας- εκτίμηση αναγκών κοινότητας- δείκτες χρησιμοποίησης Υπηρεσιών Υγείας- αξιολόγηση Υπηρεσιών Υγείας. (Κοινωνική Ιατρική)<sup>8</sup>

---

## 1.11 ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΥΜΒΟΛΗΣ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ Π.Φ.Υ.

Οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν και προσδιορίζουν το μέγεθος και την ποιότητα της νοσηλευτικής συμβολής στην Π.Φ.Υ. είναι:

- ◆ Η ανεπάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού.
- ◆ Η ελάττωση των ημερών νοσηλείας στο νοσοκομείο και η μετακίνηση των ασθενών προς εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας.
- ◆ Η αύξηση των γνώσεων του κοινού για την υγεία, η συμμετοχή στη φροντίδα της υγείας και το ενδιαφέρον για καλλιέργεια συμπεριφοράς, που διατηρεί και βελτιώνει την υγεία (υγιεινή διατροφή, σπορ κ.α.)
- ◆ Η αύξηση των ηλικιωμένων και των χρονίως πασχόντων στην κοινότητα, καθώς και άλλες κοινωνικές αλλαγές (πυρηνική οικογένεια, εργασία της γυναίκας έξω από το σπίτι, ανεργία) που οδηγούν σε μεγαλύτερες ανάγκες για νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι.
- ◆ Η διεπιστημονική συνεργασία γιατρών, νοσηλευτών και άλλων, για χάραξη πολιτικής της υγείας και λήψη αποφάσεων.
- ◆ Η αυξανόμενη ευθύνη των νοσηλευτών να λαμβάνουν και να εκτελούν αποφάσεις σχετικά με τη φροντίδα υγείας των ανθρώπων, με κατάλληλες επιλογές μέσα από την πληθώρα των επιστημονικών δεδομένων, ενώ δεν προετοιμάζονται επαρκώς γι' αυτό.
- ◆ Τα πολλά επίπεδα νοσηλευτικής φροντίδας εκπαίδευσης χωρίς σαφή διαχωρισμό των ορίων ευθύνης στην κοινή αντίληψη.
- ◆ Η πανεπιστημιακή εκπαίδευση των νοσηλευτών και νοσηλευτριών, που δημιουργεί διάφορα στην ποιότητα, την οργάνωση και την αξιοπιστία της νοσηλευτικής φροντίδας και που πρέπει να αποδειχθεί με έρευνα.
- ◆ Η είσοδος στην νοσηλευτική φοιτητών με πανεπιστημιακά διπλώματα άλλων κλάδων, που προβλέπεται ν' αυξήσει τη δύναμη, τις δυνατότητες και την ακτίνα δράσεως της νοσηλευτικής.

- 
- ◆ Η ανάπτυξη κλινικών νοσηλευτικών ειδικοτήτων με ιδιαίτερη μεταβασική εκπαίδευση.
  - ◆ Οι διαθέσιμες υποτροφίες για μετεκπαίδευση νοσηλευτών στο εξωτερικό.
  - ◆ Τα προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσεως νοσηλευτικού προσωπικού κατά ιδρύματα, κέντρα και πόλεις.
  - ◆ Τα εθνικά νοσηλευτικά συνέδρια
  - ◆ Τα διεθνή νοσηλευτικά συνέδρια
  - ◆ Οι σύγχρονες τάσεις καθώς και οι τελευταίοι νόμοι που ψηφίστηκαν στην Ελλάδα για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) για την οργάνωση και λειτουργία των νοσοκομείων και για την ανάπτυξη των κέντρων Υγείας.
  - ◆ Η νοσηλευτική έρευνα που άρχισε και αναπτύσσεται ταχύρρυθμα στη χώρα μας.<sup>6</sup>

## 1.12 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΣΤΗΝ Π.Φ.Υ.

Τα δεοντολογικά προβλήματα και διλήμματα κατά την άσκηση της Νοσηλευτικής στα πλαίσια της Π.Φ.Υ. είναι ταυτόσημα μ' εκείνα που απασχολούν την ιατρική και όλους τους άλλους κλάδους υγείας. Έχουν άμεση σχέση με τις ηθικές και νομικές αρχές του σεβασμού της αξίας, των δικαιωμάτων και της ζωής του ανθρώπου.

Συμπερασματικά τονίζεται, ότι ο Νοσηλευτής και η Νοσηλεύτρια έχουν προσωπική ευθύνη να καλλιεργούν και να αναπτύσσουν σωστούς και ηθικούς τρόπους σκέψεως και λήψεως νοσηλευτικών αποφάσεων.

Ισχυρότατο φωτεινό προβολέα για τους Νοσηλευτές μπροστά στα νοσηλευτικά διλήμματα, αποτελεί η αγάπη για τον άνθρωπο. Με την αγάπη και την φωτισμένη συνείδηση τους θα εκλεγούν και θα εφαρμόζουν όσα προστατεύουν, ανακουφίζουν, υποστηρίζουν και αναστηλώνουν την υγεία, την ευεξία, την αξία και τη ζωή του ανθρώπου.

---

Ο σεβασμός άλλωστε προς την αξία και τη ζωή του ανθρώπου διατηρείται αμετάβλητος από τη φύση του προβλήματος υγείας του ατόμου. Αντανακλάται στη νοσηλευτική φροντίδα και αντιμετώπιση τόσο του ανάπηρου όσο και του αρτιμελούς, του χρόνιου άρρωστου ή εκείνου που βρίσκεται στην ανάρρωση του παιδιού και του ηλικιωμένου.<sup>6</sup>

### 1.13 ΤΑ ΚΥΡΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ Π. Φ. Υ.

Στη χώρα μας η έλλειψη πόρων και πολιτικής βούλησης παράλληλα με την έλλειψη στελεχών και παρά τις νομοθετικές παρεμβάσεις έχει εμποδίσει την πλήρη ανάπτυξη της Π. Φ. Υ.<sup>9</sup>

**Τα κυριότερα προβλήματα της Π. Φ. Υ. είναι τα εξής:**

1. Υψηλού βαθμού πολυκερματισμός στο σύστημα, ιδιαίτερα στα αστικά κέντρα και απουσία στοιχειώδους μανάτζμεντ. Πληθώρα φορέων με διαφορετικά οργανωτικά και διοικητικά σχήματα που προσφέρουν υπηρεσίες, χωρίς καμιά σύνδεση μεταξύ τους και με πολλές επικαλύψεις. Μεγάλες ανισότητες τόσο στο σκέλος των εισφορών όσο και στο σκέλος των παροχών.
2. Σοβαρές ελλείψεις στην υλικοτεχνική υποδομή και αδυναμία ανταπόκρισης στις σύγχρονες απαιτήσεις της ιατρικής επιστήμης, ιδιαίτερα στα αστικά κέντρα, με αποτέλεσμα το εύρος των προσφερομένων υπηρεσιών να περιορίζεται σε στοιχειώδεις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης.
3. Μεγάλη έλλειψη κατάλληλα εκπαιδευμένου ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.
4. Μεγάλες ελλείψεις στη στελέχωση των κέντρων υγείας και των πολυιατρείων του ΙΚΑ σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.
5. Χαμηλοί μισθοί των γιατρών και νοσηλευτών και έλλειψη κινήτρων με συνέπεια να παρατηρείται απροθυμία για τη στελέχωση των κέντρων υγείας, χαμηλή παραγωγικότητα και αυθαίρετος περιορισμός του ωραρίου εργασίας τους.



- 
6. Απουσία οικογενειακού γιατρού και έλλειψη συστήματος παραπομπών, με συνέπεια ο ασθενής να μην έχει σταθερό σημείο αναφοράς, ιδιαίτερα στα αστικά κέντρα. Αποτέλεσμα αυτού είναι να περιορίζεται η συνέχεια στη φροντίδα, ο ασθενής να καταφεύγει σε άσκοπη περιπλάνηση εντός του συστήματος, προκαλώντας έτσι πληθωρισμό επισκέψεων και οδηγώντας το όλο σύστημα σε αναποτελεσματικότητα.
  7. Περιορισμένη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών κατά τις απογευματινές και βραδινές ώρες, ιδιαίτερα στα αστικά κέντρα, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να αναγκάζονται να προσφύγουν στα εξωτερικά ιατρεία του εφημερεύοντος νοσοκομείου ή σε ιδιώτες γιατρούς.
  8. Χαμηλή αξιοπιστία του συστήματος με αποτέλεσμα οι ασθενείς να αναζητούν και μια «δεύτερη γνώμη» είτε προσφεύγοντας σε άλλο γιατρό του συστήματος είτε πολύ συχνά σε ιδιώτες, γεγονός που δημιουργεί πρόσθετες δαπάνες και υπερφόρτωση του συστήματος ή ακυρώνει εν μέρει τον δωρεάν χαρακτήρα της περίθαλψης.
  9. Ανυπαρξία συστήματος ελέγχων, ιδιαίτερα στη συνταχογραφία και στις παραπομπές σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα για εξετάσεις υψηλού κόστους με αποτέλεσμα τα ταμεία να επιβαρύνονται.<sup>2</sup>

Η Π. Φ. Υ. όμως για να αναπτυχθεί και να καρποφορήσει και στη χώρα μας έχει ανάγκη από συντονισμένες ενέργειες. Κεντρικές υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγείας χρειάζονται για να συντονίζουν περιφερειακά και εθνικά προγράμματα, αλλά και για τη δημιουργία και παροχή των απαραίτητων πόρων για την επιτυχία αυτών των προγραμμάτων.<sup>10</sup> Βασικοί συντελεστές σ' αυτή την προσπάθεια πρέπει να είναι όλοι οι επαγγελματίες υγείας που απαρτίζουν την ομάδα Π. Φ. Υ. Μονάδες δε αναφοράς πρέπει να γίνουν τα Κ. Υ. και τα προγράμματα που θα αναπτύσσονται και εφαρμόζονται θα πρέπει να βασίζονται στις διαπιστωμένες ανάγκες του πληθυσμού που κάθε Κ. Υ. εξυπηρετεί.<sup>11</sup>

## **1.14 ΟΙ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας δεν είναι μόνο η στρατηγική που δίνει έμφαση σε ορισμένες πλευρές του Συστήματος Υγείας (πρόληψη,

---

εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, μέρμινα για την υγεία). Σε επιστημονικό επίπεδο περιέχει στοιχεία που αλλάζουν ριζικά τον τρόπο που αντιλαμβανόμαστε την υγεία και την αρρώστια, τον τρόπο που ασκείται η ιατρική. Σε πολιτικό επίπεδο τροποποιεί την αντίληψη που διαμορφώθηκε για το κράτος πρόνοιας επιχειρώντας την υπέρβασή του.

Πέρα από τις οποίες προθέσεις η κατάσταση που έχει διαμορφωθεί σήμερα στον ελλαδικό χώρο δεν εμπνέει αισιοδοξία.

Παρά τα κατά καιρούς λεχθέντα η Π. Φ. Υ. σε καμιά περίπτωση δεν αποτέλεσε βασικό άξονα και το επίκεντρο για την ανάπτυξη του Συστήματος Υγείας, πολύ Δε περισσότερο δεν αποτέλεσε το «πρίσμα» μέσα από το οποίο η πολιτεία έπρεπε να δει τη συνολική οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη. Σε κανένα επίπεδο και σε καμιά περίπτωση δεν υπήρξε σύγκρουση με δομές, νοοτροπίες, ιδεολογίες και κοινωνικές ομάδες που αντιστέκονται στις αλλαγές. Εξακολουθεί να είναι κυρίαρχη η αντίληψη της «θεραπευτικής ιατρικής» που υπηρετείται αλλά και δημιουργεί τις επιστημονικές αυθεντίες με τους βαρύγδοπους τίτλους και τις πολυποίκιλες ειδικότητες. Κάτω από την κυριαρχία και την πίεση αυτών των αντιλήψεων η όποια προσπάθεια για παροχή Π. Φ. Υ. είναι υπονομευομένη. Ασφαλώς χρειάζονται και μπορούν να παρθούν μέτρα που να εκλογικεύουν τη σημερινή κατάσταση. Αν όμως επιθυμούμε και επιδιώκουμε την αλλαγή στο Υγειονομικό μας Σύστημα χρειάζονται γενναίες αποφάσεις και τομές σε δύο επίπεδα.<sup>12</sup>

## Α' ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Όλα τα στελέχη και όχι μόνον οι γιατροί που προορίζονται να υπηρετήσουν στην Π. Φ. Υ. είναι απαραίτητο να εκπαιδευτούν για να μάθουν να δρουν συλλογικά σαν Ομάδα Υγείας που ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες υγείας της κοινότητας. Χρειάζεται να εκπαιδευτούν και να μάθουν ότι η δυναμική σχέση αρρώστιας-υγείας είναι ένα σύνθετο φαινόμενο με πλευρές βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές. Χρειάζεται να πληρούν με επάρκεια κάποιες προϋποθέσεις που κατά την άποψή μου είναι:

- 
- Το κοινό αντικείμενο και ο σκοπός, που είναι η συνεχής αναζήτηση της ψυχικής και σωματικής ευεξίας του ατόμου και η δυνατότητα για ισόρροπη και αρμονική συμβίωση με το φυσικό και ανθρώπινο περιβάλλον.
  - Γνώση του αντικειμένου από την ιδιαίτερη σκοπιά του καθενός που καλείται να το προσεγγίσει με επάρκεια, αλλά και με την αντίληψη ότι η δική του σκοπιά δεν είναι ικανή αλλά είναι αναγκαία για να αντιμετωπισθεί το πρόβλημα στο σύνολό του.
  - Αμφισβήτηση της εκ των προτέρων δομημένης ιεραρχίας που προϋποθέτει την αναβάθμιση των σπουδών κατά κύριο λόγο για τα μέλη της ομάδας που δεν είναι γιατροί.
  - Συνεργασία όλων των μελών μεταξύ τους με σαφή καθορισμό του ρόλου έκαστου και το σεβασμό της συμβολής του στην κοινή υπόθεση.
  - Συνεργασία με την κοινότητα, γνώση του χώρου, αποδοχή των προβλημάτων υγείας και απομάκρυνση από τη νοοτροπία της αφ' υψηλού προσέγγισης της κοινότητας.

## **Β' ΔΙΟΙΚΗΣΗ**

Η αποκέντρωση λειτουργιών και αρμοδιοτήτων είναι οργανικό στοιχείο για τη στρατηγική ανάπτυξης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Η αναποτελεσματικότητα των συγκεντρωτικών και νοσοκομειοκεντρικών συστημάτων υγείας είναι σήμερα κοινή παραδοχή. Η σχέση του πολίτη με το συγκεντρωτικό και απρόσωπο σύστημα, Χρειάζεται να γίνει πιο «φιλική» αλλά και η απόδοση του ίδιου συστήματος για να γίνει πιο αποτελεσματική, χρειάζεται δυνατότητες ευελιξίας και ανάπτυξης πρωτοβουλιών.

### **Προϋποθέσεις γι' αυτό είναι:**

- Ένα πλέγμα υπηρεσιών δημόσιας υγείας ικανών να παρακολουθούν τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού, όπως αυτές αναδεικνύονται μέσα από τις χωροχαρακτικές και κοινωνικές ιδιαιτερότητες και η δυνατότητά τους να παρεμβαίνουν με μέτρα που θα προάγουν την Υγεία των Πολιτών.

- 
- Δυνατότητα προσέγγισης των υπηρεσιών Π. Φ. Υ. από όλους τους πολίτες ανεξάρτητα από την ασφαλιστική τους κάλυψη και τον τρόπο καταγωγής ή κατοικίας. Η λειτουργία Κέντρων Υγείας και στις αστικές περιοχές είναι αναγκαία.
  - Συμμετοχή της κοινότητας στη διοίκηση, τη λειτουργία και τη χρηματοδότηση των Κέντρων Υγείας που θα καταστήσει λειτουργικά τμήματα της ίδιας της ζωής της κοινότητας και θα κεντρίσει το ενδιαφέρον των πολιτών για ενασχόληση με τα κοινά.
  - Διοικητική αυτοτέλεια των Κέντρων Υγείας από τα νοσοκομεία και υπαγωγή τους στις αρμοδιότητες της τοπικής αυτοδιοίκησης που λειτουργεί στην κατεύθυνση της αποδυνάμωσης της κεντρικής εξουσίας και μεταφέρει λειτουργίες και αρμοδιότητες σε περιφερειακούς φορείς.
  - Αλλαγή των προτύπων χρηματοδότησης του συστήματος υγείας και διοχέτευση μεγαλύτερου μεριδίου στην πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας σε σχέση με τα Νοσοκομεία και τα φάρμακα, ανεξάρτητα από το συνολικό ποσό των δημοσίων δαπανών, για να αμφισβητηθεί έμπρακτα το σημερινό νοσοκομειοκεντρικό μοντέλο, αλλά και η αντίληψη που υπάρχει στους πολίτες ότι στα νοσοκομεία και με φάρμακα αντιμετωπίζονται τα προβλήματα υγείας.

Με παρεμβάσεις σ' αυτές τις κατευθύνσεις, μπορούν ουσιαστικά να αλλάξουν τα δεδομένα. Ασφαλώς υπάρχουν πλευρές και δεδομένα που πρέπει να αντιμετωπισθούν και εδώ δεν αναφέρονται.

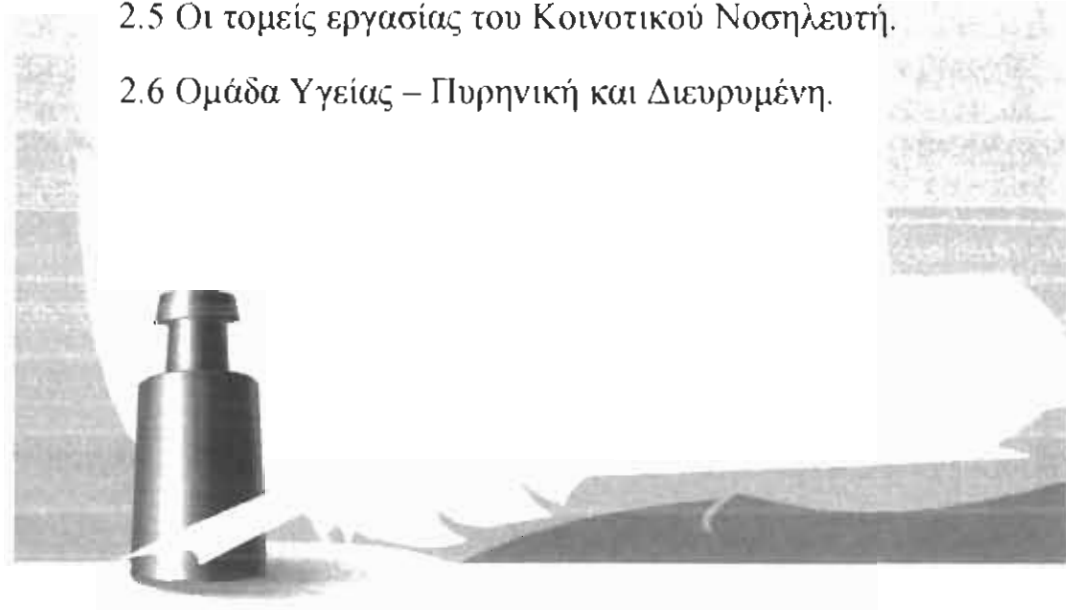
Οι νέες ειδικότητες, οι εργασιακές σχέσεις, οι αμοιβές και οι απολαβές, η εξέλιξη του προσωπικού, η στελέχωση των Κέντρων Υγείας κλπ. Είναι προβλήματα που όσο σωστά και αν προσεγγισθούν δεν αλλάζουν ριζικά την κατάσταση και στο τέλος-τέλος αφορούν τους λειτουργούς και όχι τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας.<sup>13</sup>

---

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

- 2.1 Περιεχόμενο της Κοινοτικής Νοσηλευτικής.
- 2.2 Χαρακτηριστικά της Κοινοτικής Νοσηλευτικής.
- 2.3 Στάδια εξέλιξης της Κοινοτικής Νοσηλευτικής.
- 2.4 Ο ρόλος του Κοινοτικού Νοσηλευτή.
- 2.5 Οι τομείς εργασίας του Κοινοτικού Νοσηλευτή.
- 2.6 Ομάδα Υγείας – Πυρηνική και Διευρυμένη.



---

## **ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ**

### **2.1 ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

Όταν λέμε κοινοτική νοσηλευτική εννοούμε τον κλάδο εκείνο της νοσηλευτικής που συνδυάζει δυο τομείς νοσηλευτικής, από τη μια η κλινική νοσηλευτική και από την άλλη η δημόσια υγιεινή. Αντικειμενικός σκοπός και των δυο είναι η παραγωγή της υγείας στην κοινότητα. Η κοινοτική νοσηλευτική έχει θέση ακόμα και στους Ελληνιστικούς χρόνους όπου βλέπουμε ομάδα ατόμων ν' ασχολούνται με την παροχή φροντίδας στον πλησίον τους. Σήμερα υπάρχουν σχολές από τις οποίες αποφοιτούν Νοσηλεύτριες που σκοπός τους είναι η κατ' οίκον νοσηλεία και ο προσανατολισμός στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας στην Κοινότητα.<sup>4</sup>

### **2.2 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

Η Κοινοτική Νοσηλευτική έχει έξι χαρακτηριστικά:

1. Αποτελεί τμήμα και αναπόσπαστο κλάδο της Νοσηλευτικής.
2. Συνδυάζει γνώσεις Δημόσιας Υγείας και Νοσηλευτικής.
3. Είναι προσανατολισμένη στις συνολικές ανάγκες του πληθυσμού.
4. Δίνει έμφαση στην υγεία παρά στην αρρώστια.
5. Βασίζεται στη στενή συνεργασία με άλλες ειδικότητες στο χώρο της Κοινότητας και της υγείας.
6. Προωθεί την ενεργό συμμετοχή του κοινού.<sup>14</sup>

---

## 2.3 ΣΤΑΔΙΑ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Η Κοινοτική Νοσηλευτική μέχρι να φτάσει στη σημερινή της μορφή, πέρασε τρία βασικά στάδια εξέλιξης και επηρεάστηκε από πολλούς παράγοντες και αλλαγές που επέδρασαν αποφασιστικά στη διαμόρφωση του σημερινού της χαρακτήρα.

Στο Α' στάδιο εξέλιξης η Κοινοτική Νοσηλευτική είχε σαν κέντρο φροντίδας το άρρωστο φτωχό άτομο, έδινε κυρίως θεραπευτική φροντίδα και είχε χαρακτήρα εθελοντικό και φιλανθρωπικό (1860-1900).

Στο Β' στάδιο, κέντρο της φροντίδας ήταν το άτομο μέσα στην οικογένεια (πλούσιο ή φτωχό) και η φροντίδα ήταν κυρίως θεραπευτική αλλά και προληπτική. Είχε χαρακτήρα κρατικό και ιδιωτικό με εξειδικευμένη οργάνωση και προσανατολισμό (1900-1970)

Το Γ' στάδιο άρχισε από το 1970 και μετά, αποτέλεσε την κυρίως Κοινοτική Νοσηλευτική και είχε κέντρο βάρους το συνολικό πληθυσμό της κοινότητας, όλα τα άτομα, άρρωστα και υγιή. Σκοπός της κυρίως η πρόληψη της αρρώστιας και η διατήρηση της υγείας αλλά και η θεραπευτική φροντίδα.

Από αυτή την περίοδο και μετά, οι όροι Δημόσια Υγιεινή και Επισκέπτρια υγείας αντικαθίστανται με τους όρους Κοινοτική Νοσηλευτική και Κοινοτική Νοσηλεύτρια. Οι όροι χρησιμοποιούνται με την ίδια έννοια. Η αλλαγή του τίτλου έγινε για λόγους πρακτικούς και λειτουργικούς ακολουθώντας και όλες τις άλλες αλλαγές που επηρέασαν τον προσανατολισμό των υπηρεσιών υγείας γενικότερα. Οι υπηρεσίες υγείας και η Νοσηλευτική φυσικά, προσανατολίζονται τώρα στις ανάγκες υγείας του συνολικού πληθυσμού της Κοινότητας σε όλη την πορεία του άξονα υγεία-αρρώστια, παρόλα που η προαγωγή της υγείας τονίζεται ιδιαίτερα.<sup>14</sup>

---

Ο όρος Κοινότητα για την Κοινωνική Νοσηλευτική έχει ιδιαίτερη σημασία διότι αποτελεί τον συγκεκριμένο τομέα άσκησης του έργου του Κοινωνικού Νοσηλευτή.

Κοινότητα είναι ομάδα ατόμων μεταξύ των οποίων υπάρχει σε επικοινωνία και τα οποία λειτουργούν συλλογικά σε σχέση με αυτό το κοινό ενδιαφέρον ή σκοπό.<sup>15</sup>

Επομένως 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.<sup>16</sup>

## **2.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

Κύτταρο της Π.Φ.Υ. αποτελεί το καλά οργανωμένο Κέντρο Υγείας που βρίσκεται κοντά στο χώρο κατοικίας του ατόμου. Η Κοινωνική Νοσηλεύτρια που εργάζεται στο Κέντρο Υγείας, θα είναι έτσι προετοιμασμένη ώστε να μπορεί να δίδει προληπτική και θεραπευτική αγωγή σε όλα τα άτομα της Κοινότητας. Οι κύριοι τομείς εργασίας της είναι τρεις : Η οικογένεια, το σχολείο και οι εργασιακοί χώροι, τόσο η βιομηχανία όσο και οι άλλοι τομείς εργασίας. Κοινωφελείς Οργανισμοί, Τράπεζες κ.λ.π. Η Κοινωνική Νοσηλεύτρια που εργάζεται στο σχολείο και την εργασία είναι δυνατόν να είναι διορισμένη στο Κέντρο Υγείας και επομένως να ανήκει στο Υπουργείο Υγείας ή να διορίζεται και εξαρτάται από άλλα Υπουργεία όπως το Υπουργείο Παιδείας για το σχολείο ή Βιομηχανίας και Εργασίας για την Κοινωνική Νοσηλεύτρια εργασίας. Από την εμπειρία άλλων χωρών, αποδεικνύεται ότι είναι περισσότερο συμφέρον για το επάγγελμα να κατευθύνεται η Νοσηλευτική από το υπουργείο Υγείας, υπό την προϋπόθεση βέβαια ότι , θα υπάρχει σωστά οργανωμένη ανεξάρτητη νοσηλευτική υπηρεσία στο Υπουργείο αυτό. Έτσι τόσο ο έλεγχος των νοσηλευτικών υπηρεσιών, όσο και η νοσηλευτική κατεύθυνση θα δίδεται από άτομα του επαγγέλματος και όχι από άσχετες προς αυτό ειδικότητες. Στο χώρο της οικογένειας η Κοινωνική νοσηλεύτρια αγκαλιάζει όλα τα άτομα, όλων των ηλικιών και



---

σε οποιοδήποτε σημείο του άξονα υγεία-αρρώστια και αν βρίσκονται. Τα άτομα αυτά μπορεί να διακριθούν , ανάλογα με τις ηλικίες, ή και σε περιπτώσεις και καταστάσεις που αντιμετωπίζουν.

Τα τελευταία χρόνια, παρουσιάστηκε η τάση της εξειδίκευσης και υπερείδικευσης τόσο στο Ιατρικό όσο και στο νοσηλευτικό επάγγελμα, μέσα στο νοσοκομείο και την κοινότητα. Αυτή η υπερείδικευση οδήγησε σε ένα έντονο προβληματισμό τόσο των ατόμων που εξυπηρετούντο όσο και των υπηρεσιών υγείας διότι κατέληξε στην ίδια οικογένεια να μπαίνουν 5 ή 6 ειδικοί νοσηλευτές για να αντιμετωπίσει ο κάθε ένας μια ειδική περίπτωση στην οποία είχε εξειδικευθεί. Ο προβληματισμός αυτός, οδήγησε τη διεθνή νοσηλευτική κοινότητα, την Π.Ο.Υ. και όλους τους νοσηλευτικούς επαγγελματικούς οργανισμούς σε μια αλλαγή πορείας πολύ πιο πρακτική και αποτελεσματική. Με την κατάλληλη προσαρμογή του προγράμματος και την πληρέστερη προετοιμασία του νοσηλευτή, ετοιμάζεται μια πολυδύναμη Κοινοτική Νοσηλεύτρια η οποία είναι σε θέση να καλύψει όλα τα άτομα, όλων των ηλικιών και σε οποιαδήποτε κατάσταση υγείας κι αν βρίσκονται.<sup>14</sup>

#### **2.4.1 ΚΥΡΙΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.**

Οι κύριες δραστηριότητες της Κοινοτικής Νοσηλεύτριας είναι δυο:

1) Η αγωγή Υγείας και 2) η Νοσηλεία. Η κάθε μια δραστηριότητα έχει συγκεκριμένους σκοπούς οι οποίοι γίνονται ακόμη πιο συγκεκριμένοι για το κάθε άτομο, οικογένεια ή κοινότητα και για τον κάθε τομέα εργασίας της.

## ΚΥΡΙΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ\ Η

ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ	ΝΟΣΗΛΕΙΑ
ΣΚΟΠΟΙ	ΣΚΟΠΟΙ
1. Διατήρηση Υγείας	1. Αντιμετώπιση συμπτωμάτων
2. Προαγωγή Υγείας	2. Θεραπευτική αγωγή
3. Πρόληψη αρρώστιας	3. Παραμονή στο οικογενειακό περιβάλλον
4. Πρόληψη αναπηριών	4. Ανάρρωση
5. Αντιμετώπιση προβλημάτων	5. Αποκατάσταση
6. Αποκατάσταση	6.Εξασφάλιση θεραπευτικού Περιβάλλοντος
7. Χρησιμοποίηση των δυνατοτήτων του ατόμου	6. Συμμετοχή της οικογένειας στη φροντίδα
8. Αυτοφροντίδα	8. Αυτοεξυπηρέτηση\ αυτοφροντίδα
9. Αύξηση των γνώσεων του κοινού σε θέματα υγείας	9. Δυνατή ανεξαρτητοποίηση του ατόμου

Σε όλους τους τομείς εργασίας της Κοινοτικής νοσηλεύτριας η συστηματική και οργανωμένη μελέτη και καταγραφή των αναγκών υγείας του ατόμου θα δώσει τη βάση για οργάνωση και προσφορά νοσηλευτικής φροντίδας υψηλής στάθμης. Η υγεία του συνόλου του πληθυσμού της κοινότητας που αποτελεί τον αντικειμενικό σκοπό της Κοινοτικής Νοσηλευτικής θα επιτευχθεί μόνο με την εξατομικευμένη προσέγγιση που θα βασίζεται και κατευθύνεται από τη Νοσηλευτική Διεργασία. Η Κοινοτική νοσηλεύτρια σε συνεργασία με το άτομο, την οικογένεια και την ομάδα, χρησιμοποιώντας τη Νοσηλευτική Διεργασία θα φτάσει στον τελικό της αντικειμενικό σκοπό, στην εξύψωση δηλαδή του επιπέδου υγείας της Κοινότητας.<sup>14</sup>



---

## 2.5 ΟΙ ΤΟΜΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

### 2.5.1 ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

Η φροντίδα των ασθενών μετά το πρώτο τέταρτο του 20ου αιώνα ήταν κυρίως νοσοκομειακή. Η τεράστια όμως αύξηση των δαπανών για την υγεία χωρίς την αντίστοιχη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και τη σημαντική μείωση της θνησιμότητας, οδήγησε τα κράτη σε εφαρμογή εναλλακτικών εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας όπως είναι η υπηρεσία « νοσηλεία στο σπίτι». Η φροντίδα στο σπίτι έχει τις ρίζες της στα βάθη των αιώνων, αλλά σε οργανωμένη μορφή από εκπαιδευμένες νοσηλεύτριες, άρχισε να εφαρμόζεται στην Ευρώπη από την εποχή της Florence Nightingale. Αν και ο κύριος λόγος λειτουργίας της νοσηλείας στο σπίτι ήταν η μείωση του κόστους νοσηλείας, γρήγορα έγινε αντιληπτό ότι ο ρόλος της στο σύστημα υγείας ήταν πολύπλευρος. Για την εκτίμηση της ποιότητας της φροντίδας στο σπίτι έχουν τεθεί ορισμένες αρχές οργάνωσης και λειτουργίας της από την Αμερικανική Ένωση Νοσηλευτών το 1986. Ο νοσηλευτής ως μέλος της υγειονομικής ομάδας αποτελεί τον σπουδαιότερο δομικό παράγοντα για την οργάνωση, παροχή και αξιολόγηση υπηρεσιών νοσηλείας στο σπίτι. Για την αποδοτική οργάνωση όμως απαραίτητο είναι να ληφθούν υπόψη και άλλες παράμετροι, όπως το είδος των ασθενών, ο χώρος ευθύνης, η οικονομική επιχορήγηση κ.λ.π.<sup>17</sup> Η θεσμοθέτηση υπηρεσιών νοσηλείας στο σπίτι στην Ελλάδα έγινε με το Ν.2071/92 (άρθρο 28).<sup>18</sup>

Το πρώτο πρόγραμμα φροντίδας στο σπίτι ιδρύθηκε στο Λίβερπουλ της Αγγλίας το 1859 από τον William Rathdone. Στις Η.Π.Α. το πρώτο πρόγραμμα φροντίδας στο σπίτι λειτούργησε το 1796στη Βοστώνη, ενώ το πρώτο πρόγραμμα παροχής νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι εγκαινιάστηκε το 1877 από την ιεραποστολή της Νέας Υόρκης όταν προσέλαβε τις πρώτες νοσηλεύτριες γι' αυτή την εργασία<sup>19,20</sup>

Στην Ελλάδα πρωτοπόρο στη νοσηλεύτρια στο σπίτι είναι το νοσοκομείο «Μεταξά» που άρχισε πειραματικά να λειτουργεί το 1979, ενώ γνωστά είναι ανάλογα προγράμματα του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού και του Νοσοκομείου «Άγιοι Ανάργυροι».<sup>21</sup>

---

## 2.5.2 ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Η πρώτη υπηρεσία Κοινοτικής Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής ιδρύθηκε στην Αγγλία, το 1954, από δυο νοσηλευτές του Warlingham Rack Hospital. Αρχικά ο ρόλος τους ήταν περιορισμένος και η εργασία τους στον τομέα αυτό περιοδική, αφού κάθε νοσηλευτής έπρεπε μετά από έξι μήνες να επιστρέψει στην αρχική του εργασία, στο τμήμα. Με τη συνειδητοποίηση του ρόλου της κοινότητας στην αποκατάσταση του ψυχασθενούς, μετα συνεχώς αυξανόμενα πλεονεκτήματα της Κοινοτικής Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής έναντι της νοσηλευτικής φροντίδας που προσφερόταν στο νοσοκομείο και τις πρώτες επιτυχίες, ο κλάδος άρχισε να εξελίσσεται ανοδικά. Στο διάστημα 1954-1979 η Κοινοτική Ψυχιατρική Νοσηλευτική περνά από την παιδική στην εφηβική της ηλικία, ενώ από το 1980 και εδώ αρχίζει η συστηματική οργάνωση των υπηρεσιών της και η εκπόνηση επιστημονικών εργασιών αναφορικά με τον κλάδο. Σήμερα η Κοινοτική Ψυχιατρική Νοσηλευτική βρίσκεται σ' ένα καίριο σημείο στην ιστορία της. Στέκεται ανάμεσα στο πόλο που της κληροδότησε το παρελθόν και τις προοπτικές που ανοίγονται στο μέλλον.<sup>23</sup>

Κύριος αντικειμενικός σκοπός του κοινοτικού ψυχιατρικού νοσηλευτή είναι η ψυχική υγεία των ανθρώπων. Αν και κάθε κοινοτικός ψυχιατρικός νοσηλευτής μπορεί να εφαρμόσει διάφορες μεθόδους στην εκτέλεση του έργου του ανάλογα με τα ενδιαφέροντά του, τη φιλοσοφία της ψυχικής υγείας, πάντοτε πρέπει να βλέπει τον ασθενή μέσα από την οικογένεια και τον κοινωνικό του περίγυρο.

Η σωστή εκτίμηση των προβλημάτων, του τρόπου ζωής του ασθενή είναι απαραίτητα στοιχεία που πρέπει να λαμβάνει υπόψη του ο Κοινοτικός Ψυχιατρικός Νοσηλευτής. Οι σχέσεις εμπιστοσύνης μεταξύ Κοινοτικού Ψυχιατρικού Νοσηλευτή- ασθενή είναι απαραίτητο για να ολοκληρωθεί η αποκατάσταση ενός ψυχιατρικά ασθενή.

Η «συμβουλευτική» είναι το καταλληλότερο είδος της θεραπείας και αποκατάστασης ενός ψυχιατρικά ασθενή. Η συμβουλευτική περιλαμβάνει κατανόηση, φιλική ατμόσφαιρα, υποστήριξη, ηρεμία, ένα άτομο να ακούσει τα προβλήματα που τον απασχολούν και να σταθεί δίπλα του στις δύσκολες στιγμές.

Επειδή η ύπαρξη ενός ατόμου με ψυχική ασθένεια μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον επηρεάζει αναμφισβήτητα και τη ζωή των άλλων μελών της οικογένειας, ο Κοινοτικός Ψυχιατρικός Νοσηλευτής προσπαθεί να ενημερώσει τα μέλη της οικογένειας, ώστε να δεχτούν όλες τις αναμενόμενες αντιδράσεις του ασθενούς και να βοηθήσουν και αυτοί με τον τρόπο τους στη θεραπεία και την αποκατάσταση του ασθενούς.<sup>4</sup>

### 2.5.3 ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΑΡΡΩΣΤΟ ΠΑΙΔΙ

Τα τελευταία χρόνια με την ανάπτυξη της Π.Φ.Υ. θα ήταν μεγάλη παράλειψη να μην καλυφθεί υγειονομικά το παιδί στο χώρο της Κοινότητας. Ο Κοινοτικός Νοσηλευτής επιβάλλεται να έχει επιστημονικές γνώσεις τόσο από την γενική νοσηλευτική όσο και από την παιδιατρική και την ψυχολογία.

Ο κοινοτικός νοσηλευτής με την πρώτη επίσκεψη που θα κάνει στο σπίτι πρέπει να είναι σε θέση να παρατηρήσει και ν' αναλύσει την κατάσταση του άρρωστου παιδιού αλλά και την οικογενειακή του κατάσταση. Αφού διαγνώσει τα προβλήματα θα σχεδιάσει τη νοσηλευτική φροντίδα. Θα πρέπει να συνεργάζεται με το θεράποντα γιατρό ο οποίος φέρει και την ευθύνη της διάγνωσης και της θεραπείας του άρρωστου παιδιού.



Το σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας που θα καταστρώσει ο κοινοτικός νοσηλευτής θα έχει σχέση:

---

A) Με την ηλικία.

**1) Στα βρέφη θα παρατηρήσει:**

- Συγγενείς ανωμαλίες (συγγενέ ζ εξάρθρημα ισχίου κ.λ.π.)
- Αναγωγές-εμετούς.
- Δυσκοιλιότητα ή διάρροια.
- Ελλιπής αύξηση βάρους σώματος.
- Ίκτερο.
- Πυρετό.
- Εξάνθημα.



**2) Στα παιδιά προσχολικής ηλικίας:**

- Βράγχος φωνής.
- Εξάνθημα.
- Πυρετό.
- Κυάνωση.

Για να εφαρμόσει το σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας θα πρέπει ο κοινοτικός νοσηλευτής να έχει άριστες σχέσεις με τους γονείς αλλά και με το παιδί. Η κατανόηση, η συμπάθεια, θα πρέπει να υπάρχουν στις σχέσεις και των δυο.<sup>4</sup>

---

## 2.5.4 ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΟΥΣ ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ

Συνεχώς παρατηρείται μια αύξηση του πληθυσμού της τρίτης ηλικίας. Οι ανάγκες των ατόμων της τρίτης ηλικίας αυξάνονται όλο και περισσότερο οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης προβληματίζονται για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν, που πρέπει να είναι προβλήματα υγείας, κοινωνικά και οικονομικά. Ο Π.Ο.Υ. επισήμανε τα προβλήματα των υπερηλίκων και αποφάσισε ν' αναπτύξει ένα πρόγραμμα προστασίας της Υγείας των Υπερηλίκων.

**Για την παροχή υγειονομικής κάλυψης λειτουργούν:**

Α) Κέντρα Ανοικτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.). Στα κέντρα αυτά παρέχεται νοσηλευτική και ιατρική παρακολούθηση. Η παροχή νοσηλείας στο σπίτι από τον Κοινοτικό Νοσηλευτή μπορεί να έχει ικανοποιητικά αποτελέσματα και στηρίζεται:

- Συστηματική θεραπεία.
- Φαρμακευτική κάλυψη του ατόμου.
- Κοινωνική φροντίδα σε άτομα με φυσική ανικανότητα.

Τα βασικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι υπερήλικες είναι:

- Διατροφή (διαιτολόγιο πλούσιο σε θρεπτικά συστατικά)
- Αφυδάτωση (λήψη ποσότητας υγρών).
- Λειτουργία εντέρου και κύστης (ακράτεια ούρων – συχνουρία- ανουρία).
- Φροντίδα δέρματος (λουτρό καθαριότητας).
- Ύπνος (συχνά πάσχουν από αϋπνίες).
- Περιβάλλον (πρέπει να είναι ευχάριστο).

Ο Κοινοτικός Νοσηλευτής αξιολογεί όλα αυτά τα προβλήματα και προσπαθεί να δώσει λύσεις, έτσι ώστε ο υπερήλικας να έχει μια ανθρώπινη αντιμετώπιση των προβλημάτων.<sup>4</sup>



---

## 2.5.6. ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Μέσα στα πλαίσια των σύγχρονων κατευθύνσεων στην πολιτική υγείας προς Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, ολιστική φροντίδα υγείας και προαγωγή της υγείας ολόκληρης της κοινότητας, με έμφαση στην πρόληψη των νόσων παρά στη θεραπεία ήδη εγκατεστημένων παθολογικών καταστάσεων, καταδεικνύεται η σπουδαιότητα της Υγείας των Οικογενειών και αναδεικνύεται ο ρόλος του κλάδου της Οικογενειακής Νοσηλευτικής ως σύγχρονης και απαραίτητης επιστήμης.

Η Οικογενειακή Νοσηλευτική είναι ένας τομέας, Νοσηλευτές και Οικογένειες συνεργάζονται, προκειμένου να διασφαλίσουν ότι το κάθε μέλος της οικογένειας προσαρμόζεται με επιτυχία και αποτελεσματικά στην υγεία αλλά και στην αρρώστια και τελικά το οικογενειακό σύστημα επιτυγχάνει ένα νέο επίπεδο αρμονικής λειτουργίας.

Προκειμένου λοιπόν ο κοινοτικός νοσηλευτής να προχωρήσει στο σχεδιασμό της νοσηλευτικής φροντίδας οφείλει να ζητήσει από τον «πελάτη», την οικογένεια δηλαδή, να του προσδιορίσει τα μέλη της, ώστε όλα να συμπεριληφθούν στο νοσηλευτικό σχέδιο.<sup>24</sup>



---

## 2.6 ΟΜΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ-ΠΥΡΗΝΙΚΗ ΚΑΙ ΔΙΕΥΡΥΜΕΝΗ

Οι σκοποί των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. 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.<sup>15</sup>

Έτσι για να εφαρμοστούν με επιτυχία τα προγράμματα του σχεδίου της Π.Φ.Υ. είναι απαραίτητο να εμπλακούν οι λεγόμενες ομάδες υγείας.

Μια ομάδα υγείας απαρτίζεται από σύνολο ανθρώπων, οι οποίοι συμφωνούν σ' ένα κοινό σκοπό και έχουν κοινές επιδιώξεις ανάλογα με τις κοινοτικές ανάγκες. Για την επιτυχία του κοινού σκοπού κάθε μέλος της ομάδας πρέπει να συνεισφέρει με συντονισμένο τρόπο και σύμφωνα με τις ικανότητες και επιδεξιότητες του αλλά και με σεβασμό για τις πράξεις των άλλων. Η σύσταση της ομάδας υγείας αποφασίζεται ανάλογα με τις ανάγκες και τα προβλήματα της κάθε κοινότητας. Όμως για πιο αποτελεσματική ομαδική εργασία είναι αναγκαίο οι ομαδικοί στόχοι να είναι πάρα πολύ σαφείς.<sup>25</sup>

Ο Π.Φ.Υ. δίνει έναν απλό ορισμό για την Υγειονομική Ομάδα : «Ομάδα Υγείας είναι ένας μη ιεραρχικός συνεταιρισμός ανθρώπων με διαφορετική επαγγελματική ειδίκευση αλλά με κοινό αντικειμενικό σκοπό , ο οποίος, σε κάθε περίπτωση, είναι να παρέχει την καλύτερη δυνατή φροντίδα υγείας στους ασθενείς και στις οικογένειές τους»

Η Ομάδα Υγείας απασχολείται σε όλες τις υγειονομικές υπηρεσίες που παρέχουν Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια ή Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Την ομάδα Υγείας στα Κέντρα Υγείας και σε κάθε άλλο υγειονομικό σχηματισμό Π.Φ.Υ. αποτελούν κατά βάση οι Γιατροί και οι Νοσηλευτές όλων των ειδικοτήτων.

Αυτή είναι η λεγόμενη πυρηνική ομάδα υγείας. Σε πολλές χώρες η ομάδα αυτή λειτουργεί αποτελεσματικά χρησιμοποιώντας τις υποστηρικτικές υπηρεσίες του Νοσοκομείου και της Κοινότητας. Ο Γιατρός και η Νοσηλεύτρια εάν έχουν σωστό προσανατολισμό και στενή συνεργασία μπορούν καλύψουν τις ανάγκες υγείας της Κοινότητας και να

---

βοηθήσουν αποτελεσματικά τον πληθυσμό για αυτοφροντίδα, αυτοπροστασία και αυτοανάπτυξη.

Στον Καναδά και την Φιλανδία που έχουν πολύ ανεπτυγμένο υγειονομικό σύστημα οι Νοσηλεύτριες διευθύνουν τα Κέντρα Υγείας και την όλη προσπάθεια για παροχή Π.Φ.Υ. , ενώ οι Γιατροί όλων των ειδικοτήτων προσφέρουν τις υπηρεσίες τους κατά τακτές ημέρες και ώρες που ο ίδιος ο πληθυσμός της Κοινότητας προσδιορίζει και προγραμματίζει.

Όμως η Υγειονομική Ομάδα μπορεί να είναι και διευρυμένη και μάλλον προς αυτό το μοντέλο έχει προσανατολισθεί το Ε.Σ.Υ. Η Ομάδα Υγείας περιλαμβάνει στα μέλη της Μαιές, Επισκέπτριες, Επόπτες Υγείας Φυσιοθεραπευτές, Κοινωνικούς Λειτουργούς Εργαστηριακούς, Διαιτολόγους, Εργασιοθεραπευτές, Φαρμακοποιούς, Υγειονομικούς Μηχανικούς και πολλούς άλλους, που προστίθενται καθημερινώς για να καλύψουν ειδικές ανάγκες που η πρόοδος της Επιστήμης και της Τεχνολογίας δημιουργεί. Στην Υγειονομική Ομάδα μπορούν να συγκαταλέγονται και οι υπεύθυνοι κυβερνητικοί παράγοντες είτε είναι υγειονομικοί είτε όχι καθώς και οι διοικητικοί που στελεχώνουν τις υγειονομικές υπηρεσίες και είναι ειδικά εκπαιδευμένοι γι' αυτό. Όσοι όμως και όποιοι κι αν είναι τα μέλη της Υγειονομικής Ομάδας πρέπει να έχουν δυο απαραίτητα για κάθε ομάδα χαρακτηριστικά. Κοινό σκοπό και σαφή όρια αρμοδιοτήτων, δραστηριοτήτων και υποχρεώσεων.

Ιδιαίτερα για να πετύχει τον σκοπό της η Υγειονομική Ομάδα που εργάζεται στην Π.Φ.Υ. πρέπει το κάθε μέλος της να γνωρίζει τη φιλοσοφία, τις αρχές και τις μεθόδους της καινούργιας αυτής προσπάθειας και όχι μόνο να τις γνωρίζει αλλά και να τις εστερνιστεί και να εμψύχεται από αυτές στην καθημερινή του εργασία. Κυρίως οι Γιατροί και οι Νοσηλεύτες που καλύπτουν το μεγαλύτερο φάσμα των παρεχομένων υπηρεσιών στο Κέντρο Υγείας και στην Κοινότητα.<sup>26</sup>

Παρόλο όμως που η συνεργασία της ομάδας υγείας είναι αναμφισβήτητα δύσκολη αξίζει να σημειώσουμε τα κύρια οφέλη που προσφέρει:

- Η φροντίδα που παρέχεται από την ομάδα μπορεί να είναι μεγαλύτερη από το άθροισμα των φροντίδων που προσφέρει ο καθένας χωριστά.

- 
- Σπάνιες επιδεξιότητες μπορούν να γίνουν περισσότερο από το άθροισμα των φροντίδων που προσφέρει ο καθένας χωριστά.
  - Η συνέχεια της φροντίδας μεταξύ των επαγγελματιών ενθαρρύνεται.
  - Ίση επιρροή και ανεπίσημη μάθηση μέσα στην ομάδα μπορούν να αυξήσουν το επίπεδο της φροντίδας.
  - Τα μέλη της ομάδας μπορούν να αυξήσουν την ικανοποίηση από την δουλειά τους και υποστηρίζονται καλύτερα.
  - Η πρόληψη και οι θεραπευτικοί ρόλοι μπορούν να συντονιστούν αποτελεσματικότερα.<sup>27</sup>



---

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο**

### **ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ**

3.1 Γενικά

3.2 Ιστορική Αναδρομή

3.3 Σκοπός των Κέντρων Υγείας

3.4 Στόχοι των Κέντρων Υγείας

3.5 Στελέχωση του Κέντρου Υγείας

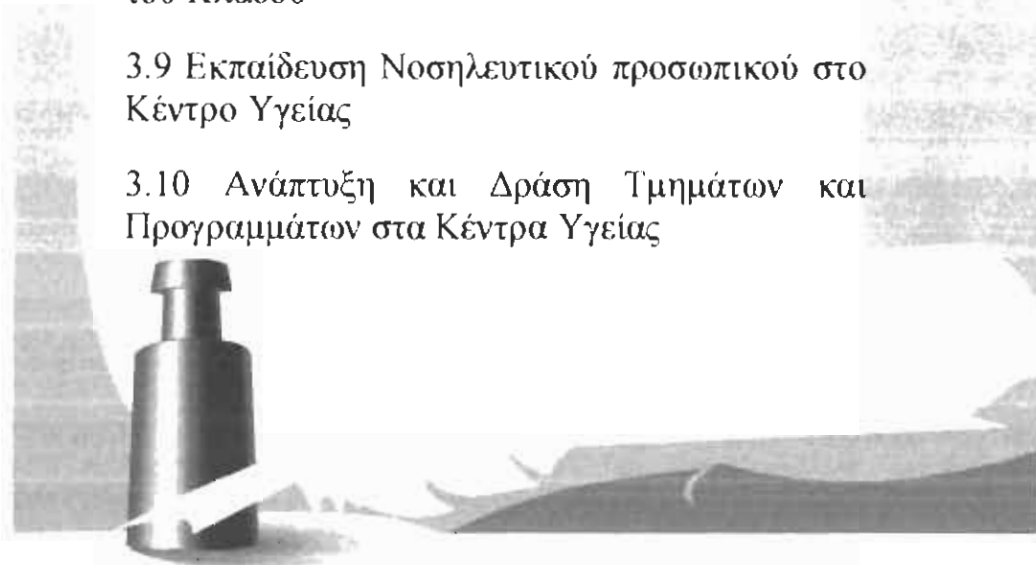
3.6 Βήματα Ανάπτυξης Κέντρου Υγείας

3.7 Οργάνωση και Λειτουργία Υπηρεσιών-Κέντρου Υγείας

3.8 Καθηκοντολόγιο κατά Ιεραρχική Βαθμίδα του Κλάδου

3.9 Εκπαίδευση Νοσηλευτικού προσωπικού στο Κέντρο Υγείας

3.10 Ανάπτυξη και Δράση Τμημάτων και Προγραμμάτων στα Κέντρα Υγείας



---

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ

#### 3.1 ΓΕΝΙΚΑ

Ο νόμος 1397/83 εισήγαγε και καθιέρωσε για την πρωτοβάθμια περίθαλψη μια καινούργια οργανωτική διάρθρωση που βασίζεται στα Κέντρα Υγείας. Διοικητικά τα Κ. Υ. αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες των κατά τόπους νομαρχιακών νοσοκομείων με νοσηλευτική, επιστημονική, χρηματοδοτική και λειτουργική σύνδεση με αυτά.<sup>2</sup> Τη στενή αυτή εξάρτηση των Κ. Υ. από τα νοσοκομεία περιόρισε ο 2071/92 με την ένταξή τους στις διοικητικές υπηρεσίες των Νομαρχιακών για να επανασυνδεθούν και πάλι με τα νοσοκομεία με τον πρόσφατο νόμο 2194/94.<sup>28</sup>

Η χωροθέτηση των κέντρων υγείας έγινε με βάση γεωγραφικά, πληθυσμιακά και κοινωνικά-οικονομικά κριτήρια. Σήμερα λειτουργούν σε όλη τη χώρα 170 Κ. Υ. με τα οποία είναι συνδεδεμένα 1311 περιφερειακά ιατρεία. Λειτουργούν ακόμα 19 μικρά νοσοκομεία- κέντρα υγείας με 96 περιφερειακά ιατρεία.

Τα 170 Κ. Υ. διαθέτουν συνολικά 1121 κλίνες για βραχεία νοσηλεία ή 7 κατά μέσο όρο κλίνες το καθένα. Ο πληθυσμός για τον οποίο είναι σχεδιασμένα να καλύπτουν ανέρχεται περίπου στα 2,5 εκατομμύρια, όλους δηλαδή εκείνους που διαμένουν στους καθορισμένους τομείς ευθύνης αυτών. Εάν συνυπολογιστεί και ο πληθυσμός ευθύνης των 19 μικρών νοσοκομείων- Κ. Υ. τότε βλέπουμε ότι το σύνολο του πληθυσμού των αγροτικών περιοχών μπορεί να καλύπτεται από τα Κ. Υ. και τα περιφερειακά του ιατρεία. Παρά την πολύ ταχεία υλοποίηση του κτιριολογικού προγράμματος ανέγερσης των Κ. Υ. και τον άμεσο εξοπλισμό τους με τα κατάλληλα μηχανήματα, υπάρχουν σήμερα προβλήματα στελέχωσής τους με το αναγκαίο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Η κατάσταση επιδεινώθηκε ακόμη περισσότερο γιατί τα τελευταία χρόνια έπαψαν να προκηρύσσονται θέσεις προσωπικού, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει η δυνατότητα κάλυψης ούτε εκείνων των κενών θέσεων που δημιουργούνται από αποχωρήσεις.

---

Η μέση κάλυψη των Κ. Υ. σε ιατρικό προσωπικό είναι κάτω από το 50% των συστημένων θέσεων. Οι πιο προνομιούχες περιοχές είναι από άποψη προσωπικού εκείνες που βρίσκονται κοντά σε μεγάλα αστικά κέντρα όπως η Κεντρική Μακεδονία, η Αττική και η Δυτική Μακεδονία, ενώ η νησιωτική Ελλάδα παρουσιάζει τα χαμηλότερα ποσοστά κάλυψης.

Εάν η στελέχωση των Κ. Υ. σε ιατρικό προσωπικό εξεταστεί κατά ειδικότητα, το πιο πάνω πρόβλημα των σοβαρών ελλείψεων σε γιατρούς, μεγαλώνει ακόμη περισσότερο . Έτσι οι θέσεις για τις ειδικότητες της οδοντιατρικής και της ακτινοδιαγνωστικής έχουν τα υψηλότερα ποσοστά κάλυψης, ενώ για τις υπόλοιπες ειδικότητες είναι κάτω από το 50%

Κάθε Κ. Υ. σχεδιάστηκε έτσι ώστε να διαθέτει όλους εκείνους τους χώρους και τον εξοπλισμό για να καλύπτει όλο το φάσμα της πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας, δηλαδή διάγνωση και θεραπεία κοινών νοσημάτων και τραυματισμών , βραχεία νοσηλεία και οδοντιατρική φροντίδα. Διαθέτει επίσης μικροβιολογικό και ακτινολογικό εργαστήριο, καθώς και ασθενοφόρο για τη διακομιδή ασθενών στο νοσοκομείο όταν αυτό απαιτείται.

Παρά τις πολλές ελλείψεις και τα μεγάλα προβλήματα, τα στοιχεία δείχνουν ότι η προσφορά υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης από τα Κ. Υ. είναι πολύ σημαντική σε σχέση πάντα με την προηγούμενη κατάσταση, αφού πέτυχαν να αυξήσουν τη διαθεσιμότητα και προσπελασιμότητα των υπηρεσιών, μειώνοντας τις έντονες περιφερειακές υγειονομικές ανισότητες. Από τα στοιχεία προκύπτει ότι το 1992 αναλογούσαν ετησίως τρεις κατά μέσο όρο επισκέψεις στα Κ. Υ. ανά κάτοικο , χωρίς να περιλαμβάνονται οι επισκέψεις που έγιναν στα 19 μικρά νοσοκομεία- Κ. Υ. , στα περιφερειακά τους ιατρεία, ούτε ακόμα οι επισκέψεις στους 1738 αγροτικούς γιατρούς.

Τα Κ. Υ. λειτουργούν σε οκτάωρη βάση τις πέντε ημέρες της εβδομάδας και εφημερεύουν τις υπόλοιπες ώρες, τα Σαββατοκύριακα και τις αργίες, ενώ οι αγροτικοί γιατροί που υπηρετούν στα περιφερειακά ιατρεία είναι σε 24ωρη διαθεσιμότητα. Στα Κ. Υ. μπορεί να προσφύγει ο κάθε πολίτης και να ζητήσει δωρεάν ιατρική εξυπηρέτηση . Δεν λειτουργεί κανένα σύστημα ραντεβού, ούτε σύστημα παραπομπών προς τις άλλες ειδικότητες. Μόνο για τα πολύ σοβαρά ή επείγοντα περιστατικά υπάρχει πρόβλεψη να μεταφέρονται με ασθενοφόρο στο νομαρχιακό νοσοκομείο. Οι γιατροί αμείβονται με μισθό, που προσαυξάνονται με βάση τις εφημερίες.<sup>2</sup>

---

Προβλήματα έλλειψης προσωπικού δεν υπάρχουν μόνο στις ιατρικές αλλά και στις νοσηλευτικές και διοικητικές υπηρεσίες των κέντρων υγείας όπου η μέση κάλυψη ανέρχεται περίπου στο 60% των συστημένων θέσεων.<sup>2</sup> Εξάλλου στην Ελλάδα μετά τη δημοσίευση του νόμου 1397/83 οι δυο νόμοι που ακολούθησαν 1597/1985 και 1759/1988 δεν αναφέρονται καθόλου και δεν διευκρινίζουν θέματα που αφορούν το Νοσηλευτικό Προσωπικό των Κέντρων Υγείας. Το αποτέλεσμα του κενού αυτού, είναι να δημιουργείται σύγχυση στη διεκπεραίωση της εργασίας των Νοσηλευτών στα Κέντρα Υγείας με δυσμενείς επιπτώσεις στην ποιοτική απόδοση της εργασίας στα Κέντρα αυτά.<sup>29</sup> Πιο συγκεκριμένα για το νοσηλευτικό προσωπικό είναι 62% ενώ για το παραϊατρικό 55% και για το διοικητικό και λοιπό προσωπικό 62%.

### 3.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Τα Κέντρα Υγείας έχουν εμφανισθεί από τις αρχές του αιώνα. Στην Αγγλία εμφανίζεται για πρώτη φορά ο θεσμός του Κ. Υ. το 1920 και αργότερα στην Αμερική και στην πρώην Σοβιετική Ένωση. Εν τούτοις μόνο κατά τις τελευταίες δεκαετίες έχει αναβαθμισθεί ο πόλος και η σημασία τους για την άσκηση μιας πολιτικής υγείας που δίνει ιδιαίτερη βαρύτητα στην παροχή υπηρεσιών πρόληψης και πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Το 1935 λειτουργεί το πρώτο κέντρο υγείας στο Λονδίνο, 15 χρόνια μετά την αρχική ιδέα του θεσμού, παρέχοντας κυρίως υπηρεσίες πρόληψης και πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Με την έναρξη του Αγγλικού Εθνικού συστήματος υγείας το 1948, προβλεπόταν η δημιουργία ενός ολοκληρωμένου δικτύου Κέντρων Υγείας στα οποία θα προσέφεραν τις υπηρεσίες τους γιατροί γενικής ιατρικής νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό. Παρόλα αυτά στη δεκαετία του 50 λίγα κέντρα υγείας λειτουργούσαν ενώ στη δεκαετία του 60 αυτοί αναπτύχθηκαν κυρίως λόγω της συνεργασίας των γενικών γιατρών σε συλλογικό επίπεδο. Οι



---

κεντρικές και τοπικές δημόσιες αρχές συνεργάστηκαν με τις ομάδες των γενικών γιατρών με αποτέλεσμα τα κέντρα υγείας να εξαπλωθούν γρήγορα σε όλη τη Μεγάλη Βρετανία.<sup>2</sup> Με την αναδιοργάνωση του συστήματος υγείας, μετά το 1973, αυξήθηκε κατά 40% ο αριθμός των γιατρών που εργάζονταν στα Κέντρα Υγείας.<sup>30</sup> Ο τρόπος αμοιβής των γενικών γιατρών στηρίζεται σε ένα μικτό σύστημα που αποτελείται από πάγια μηνιαία αποζημίωση, κατά κεφαλή αμοιβή, κατά ιατρική πράξη για ορισμένες κατηγορίες υπηρεσιών (εμβολιασμοί, προγεννητικός έλεγχος κ. α.)<sup>2</sup> Στο τέλος του 1976 λειτουργούσαν στην Μεγάλη Βρετανία 789 Κέντρα Υγείας.<sup>30</sup> Σήμερα τα Κέντρα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας επικεντρώνονται στην γενική ιατρική, στο νοσηλευτικό προσωπικό, τους επισκέπτες υγείας και τις μαιές. Στα περισσότερα κέντρα υπάρχουν 6 με 10 γιατροί και πολλές νοσηλεύτριες. Μερικές φορές κι ένας φυσιοθεραπευτής, ένας σύμβουλος, ένας φαρμακοποιός. Είναι διαθέσιμα περιορισμένες ώρες αλλά οι γιατροί και οι νοσηλευτές κάνουν επισκέψεις στα σπίτια των ασθενών εάν είναι απαραίτητο, 24ώρες το 24ωρο. Οι οικογένειες παρακολουθούνται από έναν συγκεκριμένο γιατρό και μόνο σε έκτακτη ανάγκη βλέπουν άλλους γιατρούς. Τα Κέντρα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας έχουν τον δικό τους προϋπολογισμό και αγοράζουν φροντίδα για τους ασθενείς τους από το νοσοκομείο.

Παρόλα αυτά λειτουργούν περιορισμένες ώρες (8:30-19:00) και είναι κλειστά από το Σάββατο το μεσημέρι μέχρι τη Δευτέρα το πρωί οπότε γίνονται επισκέψεις κατ' οίκον. Οι ασθενείς θα πρέπει να περιμένουν για μεγάλο διάστημα μέχρι να εξεταστούν. Τα κέντρα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι κατάλληλα μόνο για ασήμαντες αρρώστιες και τραυματισμούς. Επίσης αντιμετωπίζουν προβλήματα με τους προϋπολογισμούς του και τις περισσότερες φορές ξεμένουν από χρήματα στο τέλος κάθε χρόνου.<sup>31</sup> Στην Αμερική παρατηρήθηκε επίσης το ίδιο φαινόμενο της συνεργασίας στον ίδιο χώρο ιδιωτών γιατρών, όμως δεν αφορούσε μόνο γενικούς γιατρούς αλλά γιατρούς της ίδιας ειδικότητας ή διαφορετικών ειδικοτήτων. Μέχρι και τη 10ετία του 60 υπήρχαν ελάχιστα Κ. Υ. στην Αμερική λειτούργησαν στα πλαίσια κάποιας δημοτικής ή κοινοτικής αρχής (κοινοτικά κέντρα υγείας) υπό τον έλεγχο της Τοπικής Αυτοδιοίκησης και από χρηματοδότηση που προερχόταν κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό. Αναπτύχθηκαν κυρίως στις φτωχογειτονίες των μεγαλουπόλεων και με το ειδικευμένο προσωπικό και τον εξοπλισμό που Διέθεταν βελτίωσαν σημαντικά τους δείκτες υγείας του φτωχού αστικού πληθυσμού. Ο θεσμός όμως που ραγδαία αναπτύχθηκε στην Αμερική ήταν οι Οργανισμοί Διατήρησης της Υγείας

---

που λειτουργούσαν στα πλαίσια του ιδιωτικού τομέα. Οι οργανισμοί αυτοί παρέχουν ολοκληρωμένα προγράμματα ιατρικής φροντίδας σε όσους έχουν ασφαλισθεί σ' αυτούς με ετήσια συνδρομή, ανεξάρτητα εάν στη διάρκεια του έτους θα καταναλώσουν ή όχι ως χρήστες υγείας τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Ιδιαίτερη βαρύτητα δίδεται στην ανάπτυξη της πρόληψης και προάσπισης της υγείας, αποσκοπώντας στην όσο το δυνατόν μεγαλύτερη μείωση των δαπανών τους για θεραπεία και νοσηλεία.

Στην πρώην Σοβιετική Ένωση το σύστημα υγείας στηρίχθηκε σ' ένα εθνικό δίκτυο Κ. Υ. και πολυκλινικών. Με την πάροδο του χρόνου τα Κ. Υ. αναπτύχθηκαν κυρίως στις αγροτικές περιοχές, ενώ στα αστικά κέντρα οι πολυκλινικές. Πληθυσμοί από 5000 μέχρι 17,000 κατοίκους καλύπτονται από τα τυπικά αγροτικά Κ. Υ., τα οποία συνδέονται με μικρά αγροτικά νοσοκομεία. Αυτή η οργανωτική σύνδεση των Κ. Υ. με τα τοπικά νοσοκομεία αποτελεί εξάλλου ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά του μοντέλου οργάνωσης των Κ. Υ. στην πρώην Σοβιετική Ένωση. Στις αστικές περιοχές η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται από τα πολυδύναμα πρωτοβάθμια Κ. Υ., επονομαζόμενα πολυκλινικές. Ειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό στλεχιακό δυναμικό προσφέρει τις υπηρεσίες του στα πολυδύναμα Κ. Υ., προσωπικό το οποίο δεν ανήκει στα νοσοκομεία και αμείβεται με μηνιαίο μισθό. Στις πολυκλινικές παρέχονται υπηρεσίες πρόληψης και θεραπείας όχι μόνο από τους γιατρούς των βασικών ειδικοτήτων αλλά και από γιατρούς ενός ευρέως φάσματος ειδικοτήτων. Η προσπελασιμότητα και διαθεσιμότητα που προσφέρουν οι πολυκλινικές κυμαίνεται σε υψηλά επίπεδα.

Στις Σκανδιναβικές χώρες και ιδιαίτερα στη Φιλανδία η ιδέα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης είχε πρωτοεμφανισθεί από τις αρχές του 18<sup>ου</sup> αιώνα. Στις αρχές του 20ου αιώνα το κράτος, καθιερώνοντας ειδικά κίνητρα αποζημίωσε το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό που υπηρετούσε σε απομακρυσμένες αγροτικές περιοχές. Στις δεκαετίες του 1950 και 1960 η υγειονομική ανάπτυξη, όπως συνέβη και σε άλλες χώρες, εστιάζεται στο νοσοκομειακό τομέα. Τα νοσοκομεία είναι συγκεντρωμένα στις μεγάλες πόλεις, απορροφώντας το 90% των δαπανών για την υγεία. Το 1972 νομοθετείται το οργανωτικό και λειτουργικό πλαίσιο των υπηρεσιών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Σκοπός του υγειονομικού προγραμματισμού που εφαρμόζεται είναι η καθιέρωση και ανάπτυξη των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης, προϋπόθεση της οποίας είναι η αναδιανομή των πόρων από τη δευτεροβάθμια στην πρωτοβάθμια

---

περίθαλψη. Το μοντέλο οργάνωσης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στις Σκανδιναβικές χώρες διακρίνεται σε δύο επίπεδα : Στο πρώτο επίπεδο λειτουργούν τα αγροτικά υγειονομικά κέντρα που εξυπηρετούν πληθυσμούς από 6,000 μέχρι 15,000 κατοίκους και χρηματοδοτούνται από την Τοπική Αυτοδιοίκηση στην οποία υπάγονται επίσης διοικητικά. Γενικοί γιατροί, νοσηλευτικό προσωπικό και μαίες αποτελούν το στελεχιακό δυναμικό των αγροτικών υγειονομικών κέντρων. Σε τακτά χρονικά διαστήματα το νοσηλευτικό προσωπικό όπως και ο γενικός γιατρός σε μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα επισκέπτονται απομακρυσμένες κοινότητες 2000-3000 κατοίκων. Στο δεύτερο επίπεδο λειτουργούν τα Κ. Υ. που εξυπηρετούν πληθυσμούς 50,000 κατοίκων. Σ' αυτά προσφέρουν τις υπηρεσίες τους, εκτός των γενικών γιατρών και γιατροί άλλων ειδικοτήτων. Τα πρωτοβάθμια Κ. Υ. του επιπέδου αυτού βρίσκονται σε οργανική σύνδεση τόσο με τα νοσοκομεία όσο και με κέντρα κοινωνικών υπηρεσιών, το προσωπικό των οποίων συνεργάζεται με το προσωπικό των Κ. Υ. για την αντιμετώπιση υγειονομικών προβλημάτων της κοινότητας ή της ευρύτερης περιοχής. Η εξασφάλιση της στελέχωσης των Κ. Υ. με ιατρικό προσωπικό έγινε δυνατή με την καθιέρωση ειδικών κινήτρων. Πέραν του τακτικού ωραρίου τους, για το οποίο αμείβονται με μηνιαίο μισθό, οι γιατροί των Κ. Υ. που θέλουν να προσφέρουν επιπλέον τις υπηρεσίες τους αμείβονται με το σύστημα της κατά πράξη αμοιβής. Η υγειονομική ανάπτυξη που παρατηρήθηκε στις Σκανδιναβικές χώρες, σύμφωνα με πολλούς μελετητές των συστημάτων υγείας, θεωρείται ιδιαίτερα αποτελεσματική γιατί κατάφερε να εδραιώσει μια ισορροπία μεταξύ της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης επιτυγχάνοντας ταυτόχρονα αντίστοιχη αναδιανομή πόρων<sup>2</sup>

Στην Σουηδία η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας οργανώνεται στη βάση Κέντρων Υγείας στα οποία παρέχουν τις υπηρεσίες τους στον τοπικό πληθυσμό, γενικοί γιατροί, νοσοκόμες, ορισμένοι ειδικοί γιατροί κ.λ.π. οι οποίοι εργάζονται με εξαρτημένη σχέση εργασίας (σαν μισθωτοί). Αν και ο μισθός στα Κέντρα Υγείας του υγειονομικού προσωπικού θεωρείται αρκετά ικανοποιητικός, η προοπτική εργασίας εκεί δεν είναι επαρκώς ελκυστική ώστε να επανδρωθούν τα 800 Κέντρα Υγείας της χώρας με τις 4000 θέσεις που προβλέπονται. Το 1992 υπήρχαν 2000 κενές θέσεις ως επί το πλείστον στο αραιοκατοικημένο βόρειο τμήμα της χώρας.<sup>32</sup>

Σε καθεμιά από τις 50,000 κοινότητες στις οποίες διαιρείται διοικητικά η Λαϊκή Δημοκρατία της Κίνας, ιδρύθηκαν Κέντρα Υγείας που

---

το καθένα διαθέτει περίπου 10 κρεβάτια, δηλαδή πάνω από 500,000 συνεταιριστικά Κέντρα Υγείας παρέχουν τις υπηρεσίες τους στην αγροτική ύπαιθρο. Επίσης λειτούργησαν ένας υγειονομικός σταθμός για την αντιμετώπιση των επιδημιών και ένα κέντρο μητρότητας και παιδιού.

Όσον αφορά τον Καναδά η σύγχρονη πολιτική του στηρίζεται στη δημιουργία Κέντρων Υγείας σ' όλες τις επαρχίες και στην άσκηση ομαδικής ιατρικής στα αστικά κέντρα με πολύ καλά αποτελέσματα, ώστε να μην απαιτούνται παρά την γήρανση του πληθυσμού περισσότερα νοσηλευτικά κρεβάτια. Αυτό το γεγονός αποτελεί κυρίως επιτυχία, τόσο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης όσο και της υγειονομικής διαφώτισης των κατοίκων.

Στη Γαλλία για την πρόληψη λειτουργούν πολλά Κέντρα Υγείας και ειδικευμένες μονάδες που συνεχώς μορφοποιούνται για να προσαρμοστούν στην πολιτική της ενεργοποίησης της προληπτικής ιατρικής, με παράλληλες προσπάθειες ισοκατανομής των παροχών υγείας κατά γεωγραφικές περιοχές σύμφωνα με τις ιδιαιτερότητες και τις ανάγκες της καθεμιάς, ώστε να παρέχεται ισότιμη υγεία σε όλους.<sup>30</sup>

Στην Ελλάδα ο θεσμός του Κ. Υ. δεν υπήρχε μέχρι τουλάχιστον την έναρξη του Ε. Σ. Υ. Βέβαια υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης παρείχαν τα ιατρεία των ασφαλιστικών φορέων (πολυϊατρεία ΙΚΑ) στις αστικές περιοχές ενώ στις αγροτικές τα αγροτικά ιατρεία των Νομαρχιών. Με την εγκαθίδρυση του Ε. Σ. Υ. τα Κ. Υ. και τα περιφερειακά τους ιατρεία αποτελούν τη νέα μορφή του οργανωτικού και λειτουργικού πλαισίου παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Τα Κ. Υ. ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των νοσοκομείων του νόμου διαθέτουν τα ίδια δικές τους αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες, τα περιφερειακά ιατρεία. Κάθε Κ. Υ. έχει μια συγκεκριμένη περιοχή ευθύνης, η οποία ορίζεται με γνώμονα την ισότιμη και καλύτερη δυνατή εξυπηρέτηση του πληθυσμού ευθύνης του. Για τον αριθμό των Κ. Υ., την έδρα τους, τη στελέχωση και τον τρόπο λειτουργίας του λαμβάνονται υπόψη όχι μόνο πληθυσμιακοί και δημογραφικοί παράγοντες αλλά και η οικονομία και γεωγραφία των περιοχών, η κοινωνική υποδομή και πολεοδομική συγκρότηση όπως και οι πολιτισμικοί παράγοντες των περιοχών. Το Κ. Υ. παρέχει τις υπηρεσίες του σε τακτική πενήνθημερη οκτάωρη λειτουργία, ευρισκόμενο επίσης σε 24ωρη ετοιμότητα για τις υπόλοιπες μέρες και ώρες.

---

### 3.3 ΣΚΟΠΟΣ ΤΩΝ Κ.Υ.

**Σκοπός των Κ.Υ. είναι:**

- 1) Η παροχή ισότιμης πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο σύνολο του πληθυσμού της παροχής τους και σε όσους προσωρινά διαμένουν σ' αυτή.
- 2) Η νοσηλεία και παρακολούθηση αρρώστων που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης ή μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο.
- 3) Η παροχή πρώτων βοηθειών και η νοσηλεία σε έκτακτες περιπτώσεις έως τη διακομιδή των αρρώστων στο νοσοκομείο.
- 4) Η διακομιδή αρρώστου με ασθενοφόρο αυτοκίνητο ή με οποιοδήποτε άλλο μέσο μεταφοράς σε έκτακτες περιπτώσεις, στο Κ.Υ. ή στο νοσοκομείο.
- 5) Η οδοντιατρική περίθαλψη.
- 6) Η άσκηση προληπτικής ιατρικής ή οδοντιατρικής και η υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού.
- 7) Η ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα.
- 8) Η ιατρική της εργασίας.
- 9) Η παροχή υπηρεσιών σχολικής υγιεινής.
- 10) Η ενημέρωση και διαφώτιση για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού.
- 11) Η εκπαίδευση των γιατρών και του λοιπού προσωπικού υγείας.
- 12) Η παροχή φαρμάκων σε δικαιούχους αν δεν λειτουργεί φαρμακείο στην περιοχή τους.<sup>33</sup>

---

### 3.4 ΣΤΟΧΟΙ Κ.Υ.

Το Κ.Υ., στα πλαίσια της σύγχρονης αντίληψης περί πρωτοβάθμιας περίθαλψης, παρέχει υπηρεσίες που προσανατολίζονται στην προστασία και προαγωγή της υγείας, εξασφαλίζοντας ειδικότερα τις εξής υπηρεσίες:

1) **Πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη:** διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση στις περιπτώσεις όπου δεν είναι απαραίτητη η χρησιμοποίηση των ειδικών ιατροτεχνικών μέσων του νοσοκομείου. Η παροχή της πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης συνίσταται στη διάγνωση και θεραπεία κοινών νοσημάτων, τραυματισμών καθώς και επαγγελματικών νοσημάτων. Επίσης στα πλαίσια της Π.Φ.Υ. συμπεριλαμβάνεται η αποθεραπεία και αποκατάσταση (φυσική και κοινωνική) του αρρώστου μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο.

2) **Ιατροπροληπτικές υπηρεσίες** εμβολισμοί, παιδική υγιεινή, οικογενειακός προγραμματισμός, υγιεινή της εργασίας. Η πρόληψη της αρρώστιας, είναι γνωστό ότι αποσκοπεί στην καταπολέμηση και εξάλειψη των νοσογόνων αιτιολογικών παραγόντων εφόσον αυτοί είναι γνωστοί (πρωτογενής πρόληψη) καθώς και στην πρόωπη και έγκαιρη ανίχνευση της αρρώστιας που στηρίζεται στον προσυμπτωματικό έλεγχο (δευτερογενής πρόληψη). Στα πλαίσια των ιατροπροληπτικών δραστηριοτήτων του Κ. Υ. εφαρμόζει προγράμματα προληπτικής ιατρικής που απευθύνονται στον πληθυσμό ευθύνης του. Ένα πρόγραμμα προληπτικής ιατρικής συνήθως περιλαμβάνει: διενέργεια μβολιασμών, προσυμπτωματικό έλεγχο, έλεγχο συνθηκών υγιεινής, διατροφής, νερού κλπ., πρόληψη και αντιμετώπιση τοπικών χρόνιων και ενδημικών νοσημάτων, προσχολική και σχολική υγιεινή, υγιεινή της εργασίας, του περιβάλλοντος και αγωγή υγείας με τη συμμετοχή της κοινότητας.

3) **Κοινωνική φροντίδα:** περίθαλψη στο σπίτι χρόνιων ασθενών και κοινωνική φροντίδα σε ομάδες πληθυσμού με ιδιαίτερα προβλήματα. Οι στόχοι της κοινωνικής φροντίδας σε ομάδες πληθυσμού αφορούν: α) τη μελέτη και προληπτική υποστήριξη δυσμενών κοινωνικο-οικονομικών και ψυχολογικών καταστάσεων ατόμων και ομάδων, β) την ενημέρωση του πληθυσμού σε θέματα ψυχικής υγείας, ενδο-οικογενειακών σχέσεων και κοινωνικής ζωής, γ) την ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη του αρρώστου και της οικογένειάς του στο

---

στάδιο της αρρώστιας και αποθεραπείας του, της αποκατάστασης και επαναπροσαρμογής του στο κοινωνικό περιβάλλον.<sup>2</sup>

### 3.5 ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ Κ. Υ.

Η εύρυθμη και αποτελεσματική λειτουργία των Κ. Υ. προϋποθέτει πλήρη και επαρκή στελέχωση με προσωπικό που διαθέτει ικανότητες και δεξιότητες, απαραίτητες για την εφαρμογή προγραμμάτων Π. Φ. Υ. Όμως δεν είναι μόνο η αριθμητική πληρότητα του προσωπικού η μοναδική συνισταμένη στελέχωσης των Κ. Υ. και των περιφερειακών ιατρείων. Σημαντική επίσης συνισταμένη αποτελεί η ειδίκευση του προσωπικού σε κατευθύνσεις που είναι αναγκαίες, προκειμένου το Κ. Υ. να είναι σε θέση να εκπληρώσει το στόχο του. Αυτό σημαίνει ότι η στελέχωση των Κ. Υ. , πέρα από ένα γενικό πλαίσιο, δεν μπορεί να σχεδιασθεί και να προγραμματισθεί εάν προηγουμένως δεν ληφθούν υπόψη οι τοπικές ιδιαιτερότητες, κυρίως οι δείκτες νοσηρότητας της περιοχής. Απαιτείται έτσι, η εξειδίκευση του πλαισίου στελέχωσης κατά Κ. Υ. Η εξειδίκευση αυτή προϋποθέτει με τη σειρά της προσδιορισμό των αναγκών υγείας σε τοπικό επίπεδο μετά από διεξαγωγή επιδημιολογικών και ιατροκοινωνικών ερευνών. Ο σχεδιασμός επομένως για τη στελέχωση δεν μπορεί να είναι στατικός αλλά δυναμικός, διαφοροποιούμενος τόσο αριθμητικά όσο και ποιοτικά ως προς τις ειδικότητες των επαγγελματιών υγείας, ανάλογα με τις μεταβαλλόμενες ανάγκες υγείας του πληθυσμού.

Οι αντιλήψεις αυτές δημιουργούν την αναγκαιότητα μιας νέας εσωτερικής λειτουργικής αναδιάρθρωσης των υπηρεσιών. Η παροχή των υπηρεσιών της Π. Φ. Υ. πραγματοποιείται με την ενεργό συμμετοχή των υγειονομικών στελεχών και όχι μεμονωμένα από το γιατρό-θεραπευτή. Το σύνολο του ανθρώπινου δυναμικού, συμμετέχοντας στο σχεδιασμό και στην εφαρμογή των προγραμμάτων υγείας, δημιουργεί μια σύγχρονη ομάδα εργασίας σε αντιστοιχία με τις νέες αντιλήψεις για την υγεία. Η συλλογική εργασία μεταξύ του υγειονομικού και προνοιακού προσωπικού (team work) μπορεί να επιτευχθεί με το σαφή καθορισμό των ρόλων και αρμοδιοτήτων κάθε επαγγελματία υγείας, όπως και με βασικά και ειδικά προγράμματα εκπαίδευσης στην ανοικτή περίθαλψη.

---

Διαμορφώνεται επίσης η αναγκαιότητα της συνεργασίας μεταξύ των ανθρώπων που προσφέρουν και των ανθρώπων που καταναλώνουν τις υπηρεσίες υγείας. Η συνεργασία του υγειονομικού και προνοιακού προσωπικού με άτομα, οικογένειες και ομάδες της κοινότητας προϋποθέτει αμφίδρομη διαδικασία και επικοινωνία. Η επιδίωξη της συνεργασίας αποσκοπεί στην, με ειδικές μεθόδους, αντιμετώπιση των πολλαπλών ψυχοκοινωνικών και περιβαλλοντολογικών παραγόντων που συνδέονται με την υγεία και την αρρώστια. Η ανάπτυξη δεξιοτήτων στην ανοικτή περίθαλψη επιτυγχάνεται με τα εκπαιδευτικά προγράμματα υγείας που προσφέρουν στο υγειονομικό προσωπικό τη γνώση, τα κίνητρα και την επιδεξιότητα για συνεργασία με τον πληθυσμό.

Η επίτευξη των στόχων που θέτει το Κ. Υ. δεν εξαρτάται μόνο από την επιστημονική κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας αλλά επίσης και από τη συμμετοχή της κοινότητας στις μεθόδους εφαρμογής των προγραμμάτων υγείας και την αποδοχή των αρχών της Π. Φ. Υ. Η εξασφάλιση ενός όσο το δυνατόν υψηλότερου επιπέδου υγείας προϋποθέτει την ευαισθητοποίηση αλλά και την ενεργοποίηση σε δραστηριότητες που αποβλέπουν στη συμμετοχή των κοινωνικών και οικονομικών τομέων, πέρα του τομέα υγείας, στις διαδικασίες του προγραμματισμού, οργάνωσης και λειτουργίας των μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Η ενεργός συμμετοχή της κοινότητας στο σχεδιασμό και την αξιολόγηση των προγραμμάτων υγείας συνδράμει αποφασιστικά στην επίτευξη των αποτελεσμάτων που προσδοκούνται από την πρωτοβάθμια φροντίδα για την υγεία.<sup>2</sup>

Έτσι τα Κ. Υ. απαρτίζονται από μια ομάδα ατόμων που σκοπό έχουν την παροχή φροντίδας της υγείας σε πρώτο βαθμό. Αυτά τα άτομα αποτελούν την ομάδα υγείας της Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Φροντίδας και είναι:

- A) Γιατροί όλων των ειδικοτήτων (παθολόγος, καρδιολόγος, ακτινολόγος κλπ)
- B) Νοσηλευτές όλων των βαθμίδων.
- Γ) Κοινωνικοί λειτουργοί.
- Δ) Φυσιοθεραπευτές.
- E) Εργαστηριακοί.



---

Στ) Φαρμακοποιοί.

Ζ) Οδηγοί ασθενοφόρων – τραυματιοφορείς.

Η) Άλο προσωπικό (Διοικητικός διευθυντής, γραμματείς, διοικητικοί υπάλληλοι).

Θ) Βοηθητικό προσωπικό (καθαρίστριες).<sup>4</sup>



### 3.6 ΒΗΜΑΤΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ Κ. Υ.

ΒΗΜΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ	ΤΕΧΝΙΚΗ/ ΜΕΘΟΔΟΙ
ΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΟΥ Κ. Υ. ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΠΑΝΩ ΣΤΙΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ Κ. Υ.	Ενημέρωση του προσωπικού και της κοινότητας. Συμμετοχή τους στις διαδικασίες σχεδιασμού και αξιολόγησης / στρατηγική βήμα με βήμα.
ΚΑΤΑΤΥΠΩΣΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ (COMMUNITY PROFILE)	Προσέγγιση της κοινότητας και συλλογή κοινωνικών, δημογραφικών, πολιτισμικών, οικονομικών στοιχείων.
ΑΠΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ (ASSESSMENT OF COMMUNITY NEEDS)	Μελέτη δεικτών νοσηρότητας, θνησιμότητας και χρησιμοποίησης Υπηρεσιών Υγείας. Προσδιορισμός των πιο κοινών και συχνών νοσημάτων της περιοχής. Καταγραφή ατόμων και οικογενειών με ειδικές ανάγκες.
ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ - ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΜΕ ΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ (ORGANATION OF HEALTH SERVICES, PLANNING ACTIVITIES)	Τεχνικές - μέθοδοι κοινωνικού Σχεδιασμού Συμμετοχή εργαζομένων στο Κ. Υ. και στην κοινότητα.
ΠΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ / ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ (COMMUNITY INTERVENTION)	Διαχείριση - αντιμετώπιση των πιο κοινών και συχνών νοσημάτων της περιοχής στα Κ. Υ. και στην Κοινότητα. Αγωγή Υγείας σε πληθυσμούς με στόχο την αλλαγή στάσεων και συμπεριφορών σε σχέση με τους παράγοντες κινδύνου των χρόνιων νοσημάτων. Στήριξη και φροντίδα ατόμων και οικογενειών με ειδικές ανάγκες.
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (EVALUATION OF HEALTH SERVICES)	Μελέτη εξέλιξης δεικτών νοσηρότητας, θνησιμότητας και προσδόκιμου επιβίωσης. Μελέτες κόστους - αποτελεσματικότητας και κόστους - αποδοτικότητας. <sup>8</sup>

---

### **3.7 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ Κ. Υ.**

Εφ' όσον τα Κ. Υ. αποτελούν «αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των Νοσοκομείων» (άρθρο 14) και «βρίσκονται σε άμεση επιστημονική, νοσηλευτική, και λειτουργική σύνδεση με το Νοσοκομείο στο οποίο υπάγονται οργανικά και διοικητικά» (άρθρο 19), κάθε Κ. Υ. θα πρέπει να απαρτίζεται από τρεις υπηρεσίες σύμφωνα με το άρθρο 10 του Ν. 1397/83 α) Ιατρική β) Νοσηλευτική γ) Διοικητική.

#### **3.7.1 ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ Κ. Υ.**

Οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν τη στελέχωση του Κ. Υ. με Νοσηλευτικό προσωπικό είναι:

- Ο αριθμός του πληθυσμού που το κέντρο εξυπηρετεί και η σύνθεσή του.
- Το είδος των υπηρεσιών που παρέχει.
- Η έκταση και η συχνότητα των αναγκών που καλύπτει.
- Οι ώρες λειτουργίας του Κ. Υ.
- Η γεωφυσική διαμόρφωση της περιοχής.
- Ο αριθμός και τα επίπεδα του Νοσηλευτικού προσωπικού και
- Η οργάνωση και δομή των άλλων υπηρεσιών του Κ. Υ. (Ιατρική-Διοικητική).

Για την στελέχωση ενός Κ. Υ. αστικής περιοχής (25,000-30,000 κατοίκους) η παρακάτω σύνθεση καλύπτει τις Νοσηλευτικές ανάγκες του.

1. Μια Διευθύνουσα – της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας η οποία πρέπει να είναι Νοσηλεύτρια – της με ειδίκευση στη Δημόσια Υγιεινή και με 10ετη προϋπηρεσία στο Νοσοκομείο και την Δημόσια Υγιεινή, κατά προτίμηση με πτυχίο τμήματος Νοσηλευτικής Α. Ε. Ι.

- 
2. Τέσσερις έως πέντε Προϊστάμενες – οι, Νοσηλεύτριες –τες ειδικευμένοι στη Δημόσια Υγιεινή και με 5ετη προϋπηρεσία στο Νοσοκομείο και την Δημόσια Υγιεινή. Για τις υπεύθυνες αυτές θέσεις της Διευθύνουσας –ντη και των Προϊσταμένων της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Κ. Υ. πάρα πολύ κατάλληλες είναι οι απόφοιτες των παλαιών Σχολών Επισκεπτριών και Νοσοκόμων που ήδη υπηρετούν στα Αγροτικά Ιατρεία και τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα του Κέντρου και των επαρχιών και οι οποίες συνδυάζουν την πλήρη Νοσηλευτική κατάρτιση και την ειδικότητα στη Δημόσια Υγιεινή.
  3. Δέκα Νοσηλεύτριες – τες απόφοιτοι τριτοβάθμιας Νοσηλευτικής εκπαίδευσης.
  4. Έξι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας Νοσηλευτικής εκπαίδευσης, εφ' όσον προσφέρεται κατ' οίκον νοσηλεία κυρίως σε υπερήλικες και χρονίως πάσχοντες.
  5. Τέσσερις οικιακές βοηθοί, εφ' όσον προσφέρεται κατ' οίκον νοσηλεία, ιδιαιτέρως για την εξυπηρέτηση μοναχικών ατόμων.

Στη Νοσηλευτική Υπηρεσία σύμφωνα με το Π. Δ. 87/1986 υπάγεται και ο κλάδος των Μαιών και των Επισκεπτριών των , οι οποίοι όμως έχουν εξειδικευμένο αντικείμενο εργασίας και αποτελούν χωριστούς κλάδους.

Για Κ. Υ. μη αστικών περιοχών με πληθυσμό 25000-35000 κατοίκους και με ανάπτυξη όλων των δραστηριοτήτων που περιλαμβάνονται στο άρθρο 15 του Ν. 1397/83 «Σκοπός των Κ. Υ.» θα πρέπει να υπολογισθεί το πιο κάτω Νοσηλευτικό Προσωπικό. (Διεθνώς θεωρείται σαν ικανοποιητική η αναλογία μιας Νοσηλεύτριας σε 1500-2000 κατοίκους. Συνήθως το Κ. Υ. χωρίζεται σε γεωγραφικούς τομείς με μια Προϊσταμένη Υπεύθυνο για κάθε τομέα. Κάθε τομέας χωρίζεται σε ανάλογους υποτομείς με μια Νοσηλεύτρια υπεύθυνη για κάθε υποτομέα).

1. Μια Διευθύνουσα της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Κ. Υ. Νοσηλεύτρια ειδικευμένη στη Δημόσια Υγιεινή με 10ετη προϋπηρεσία της οποίας το ήμισυ να είναι πείρα νοσοκομείου, κατά προτίμηση με πτυχίο τμήματος Νοσηλευτικής Α. Ε. Ι.
2. Τρεις έως τέσσερις Προϊστάμενες υπεύθυνες για τους κατά περιοχές τομείς. Νοσηλεύτριες ειδικευμένες στη Δημόσια Υγιεινή με 5ετη προϋπηρεσία εκ της οποίας το ήμισυ πείρα σε Νοσοκομείο. Εάν από

---

τα προσόντα που αναφέρθηκαν πιο πάνω η Προϊσταμένη Εκπαίδευσης καλό είναι να έχει ειδικότητα στη Διδασκαλία και Διδακτική πείρα.

3. Οκτώ με δέκα περίπου Νοσηλεύτριες – τες απόφοιτοι Τριτοβάθμιας Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης με ένα χρόνο τουλάχιστον πείρα Νοσοκομείου και κατά προτίμηση με ειδίκευση στη Δημόσια Υγιεινή.
4. Τέσσερις – πέντε απόφοιτοι Δευτεροβάθμιας Νοσηλευτικής εκπαίδευσης με ένα χρόνο τουλάχιστον πείρα Νοσοκομείου.

Στη Νοσηλευτική Υπηρεσία υπάγονται διοικητικά οι οικιακοί βοηθοί οι οποίοι αποτελούν απαραίτητη προϋπόθεση για να λειτουργήσει ο θεσμός της κατ' οίκον Νοσηλείας ιδιαίτερα σε ανήμπορα άτομα που ζουν μόνα τους. Ο αριθμός μπορεί να αυξομειώνεται αναλόγως.<sup>26</sup>



---

### 3.8 ΚΑΘΗΚΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΤΑ ΙΕΡΑΡΧΙΚΗ ΒΑΘΜΙΑΔΑ ΤΟΥ ΚΛΑΔΟΥ.

1. **Διευθύνουσα Κέντρον.** Έχει τα ίδια δικαιώματα με τους διευθυντές της Ιατρικής και Διοικητικής Υπηρεσίας και συνεργάζεται μαζί τους για το σχεδιασμό, την διεκπεραίωση και την αξιολόγηση της λειτουργίας του Κ. Υ. Ιδιαίτερα οργανώνει, κατανέμει εποπτεύει, συντονίζει, κατευθύνει και αξιολογεί την εργασία του Νοσηλευτικού Προσωπικού εντός του Κ. Υ., στην Κοινότητα καθώς και στα Περιφερειακά Ιατρεία. Αναπτύσσει προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης του Νοσηλευτικού Προσωπικού και αξιολογεί τα αποτελέσματα των προγραμμάτων αυτών. Αναθέτει σε Προϊσταμένες – νους ορισμένους τομείς όπως εκπαίδευσης, έρευνας κ. α. Έχει σε ετοιμότητα το Κ. Υ. για περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης.
2. **Προϊσταμένη Τομέως.** Οργανώνει, ρυθμίζει, επιβλέπει, κατευθύνει, ελέγχει την εργασία του Νοσηλευτικού Προσωπικού που εργάζεται στον τομέα της και προσφέρει νοσηλευτική υπηρεσία σε βαρεία κυρίως περιστατικά εντός και εκτός του Κέντρου, στην Κοινότητα.

Η προϊσταμένη εκπαίδευσης, όπου υπάρχει ο θεσμός, έχει την ευθύνη της εκπαίδευσης των φοιτητών και σπουδαστών. Επιπλέον βοηθά τη Διευθύνουσα στην ενδοϋπηρεσιακή επιμόρφωση του Νοσηλευτικού Προσωπικού.

#### 3. Οι Νοσηλεύτριες – τες που υπηρετούν στα Κ. Υ.:

A) Υπάγονται στην άμεση εποπτεία της Διευθύνουσας του Κέντρου με την οποία συνεργάζεται στενά, εκτελεί όλες τις διδόμενες οδηγίες και κατευθύνσεις και αναφέρει καθημερινά κάθε ενδιαφέρουσα περίπτωση που παρουσιάζεται.

B) Ασχολείται εντός του Κ. Υ. και εκτός αυτού στην Κοινότητα και επιλαμβάνεται όλων των παρουσιαζόμενων υγειονομικών προβλημάτων όπως τα λοιμώδη νοσήματα (ηπατίτις-AIDS κλπ) κοινωνικά νοσήματα (φυματίωση, αφροδισία κ. α.) ψυχικά νοσήματα, νοσήματα φθοράς (σάκχαρ. διαβήτη, υπέρταση, καρδιακά νοσήματα), ρύπανση του περιβάλλοντος, προστασία παιδιού όλων των ηλικιών, υγιεινή της

---

διατροφής, θέματα πρωτοβάθμιας φροντίδας, ιατροκοινωνική εργασία, αποκατάσταση, πρόληψη ατυχημάτων, νοσηλευτική φροντίδα χρονίως πασχόντων υπερηλίκων κλπ. Επίσης συμμετέχει στη διεξαγωγή επιστημονικής έρευνας σε θέματα Νοσηλευτικά και υγειονομικά γενικότερα.

Γ) Κατά την άσκηση των καθηκόντων της – του αποβλέπει στην ανίχνευση και πρόληψη των ασθενειών και των μη φυσιολογικών καταστάσεων, στην προαγωγή της σωματικής και ψυχικής υγείας των ατόμων και του συνόλου, στην νοσηλεία και αποκατάσταση αυτών.

Δ) Συμμετέχει στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας.

1. Τα καθήκοντα της Νοσηλεύτριας – τη εντός του Κ. Υ. είναι τα πιο κάτω:

1.1 Έχει την ευθύνη για την οργάνωση, την τάξη και καλή λειτουργία των Ιατρείων και των Συμβουλευτικών Σταθμών συνεργαζόμενη – νος υπεύθυνα με τους ιατρούς και τα μέλη της Υγειονομικής Ομάδας.

1.2 Διαπαιδαγωγεί τα άτομα γενικά, τονίζει την αξία της τακτικής ιατρικής παρακολούθησης, ερμηνεύει τις ιατρικές οδηγίες και συμβουλεύει ανάλογα με τις περιπτώσεις.

1.3 Είναι υπεύθυνη για την ενημέρωση και καλή τήρηση των δελτίων ιατρικής παρακολούθησης και των οικογενειακών δελτίων, ενημερώνει αυτά αμέσως μετά από κάθε ενέργεια και φροντίζει για την καλή φύλαξη αυτών.

1.4 Εκτελεί προφυλακτικούς εμβολιασμούς μετά από σύμφωνη γνώμη του γιατρού, εκτελεί δερματοαντιδράσεις και την ανάγνωση αυτών και εκτιμά το αποτέλεσμα τους.

1.5 Εκτελεί σωματομετρήσεις σε παιδιά όλων των ηλικιών και ρυθμίζει το θέμα της διατροφής του υγιούς βρέφους.

1.6 Εκτελεί όλες τις νοσηλείες τις οποίες προβλέπει ο ρόλος της – του ως Νοσηλεύτριας – τη.

2. Εκτός του Κ. Υ. τα καθήκοντα της Νοσηλεύτριας – τη είναι τα πιο κάτω:

- 
- 2.1 Επισκέπτεται κατ' οίκον τα παρακολουθούμενα και μη άτομα που συμπεριλαμβάνονται στην ακτίνα δράσεως του Κ. Υ.
  - 2.2 Εκτελεί οποιαδήποτε άλλη υγειονομική εργασία οδηγιών, θεραπευτικών και προληπτικών με επεξήγηση, επίδειξη και παροχή βοήθειας για την εφαρμογή τους.
  - 2.3 Φροντίζει για την εφαρμογή των ιατρικών οδηγιών, θεραπευτικών και προληπτικών με επεξήγηση, επίδειξη και παροχή βοήθεια για την εφαρμογή τους.
  - 2.4 Ανιχνεύει άλλα τυχόν προβλήματα στην οικογένεια και κατευθύνει ανάλογα.
  - 2.5 Επιλαμβάνεται όλων των θεμάτων υγιεινής και συμβάλει στη λύση τους συμβουλευοντας και παραπέμποντας σε ανάλογα Ιδρύματα και Υπηρεσίες Υγιεινής ή Κοινωνικής Πρόνοιας.
  - 2.6 Καταβάλλει κάθε δυνατή προσπάθεια ν' αποκτήσει την εμπιστοσύνη της οικογένειας και να γίνει σύμβουλος και βοηθός της.
  - 2.7 Οργανώνει τις επισκέψεις κατ' οίκον σύμφωνα με τους κανόνες της προτεραιότητας των περιπτώσεων και των εκάστοτε αναγκών.
  - 2.8 Ανιχνεύει λοιμώδη και κοινωνικά νοσήματα, τα δηλώνει και επιλαμβάνεται για τα περαιτέρω, συμβάλλοντας έτσι αποτελεσματικά στην επιδημιολογική έρευνα.
  - 2.9 Παρακολουθεί τα παιδιά της Σχολικής ηλικίας των Σχολείων της περιοχής με επισκέψεις στο Σχολείο και κατ' οίκον σε συνεργασία με το Σχολίατρο.
  - 2.10 Επιλαμβάνεται όλων των θεμάτων που αφορούν την υγεία των μαθητών, συμπληρώνει τα δελτία και συγκεντρώνει στατιστικά στοιχεία.
4. Νοσηλεύτριες – τες Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης. Εργάζονται υπο την επίβλεψη των Νοσηλευτριών – των πρώτου επιπέδου και βοηθούν στην εφαρμογή της Π. Φ. Υ.
5. Οι οικιακοί Βοηθοί. Τα άτομα αυτά μετά από ταχύρυθμη εκπαίδευση 2-3 μήνες σε θέματα οικοκυρικής, μαγειρικής κλπ εργάζονται υπο την επίβλεψη της Υπεύθυνου για την οικογένεια Νοσηλεύτριας.<sup>26</sup>



---

### 3.9 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΟ Κ. Υ.

Το Νοσηλευτικό Προσωπικό όλων των βαθμίδων θα πρέπει να γνωρίζει την φιλοσοφία, τις αρχές και τις μεθόδους εφαρμογής της Π. Φ. Υ. όπως έχουν διατυπωθεί στην Διακήρυξη της ALMA-ATA το 1978 και έχουν διαμορφωθεί από την Π. Ο. Υ.

Στο βασικό Νοσηλευτικό Πρόγραμμα των Νοσηλευτριών – των , πρέπει να περιλαμβάνεται Ειδική Εκπαίδευση στην Π. Φ. Υ. και την Κοινωνική Νοσηλευτική όπως άλλωστε προβλέπεται και στις κατευθυντήριες οδηγίες της Ε. Ο. Κ. Ο Π. Ο. Υ. κυκλοφόρησε σε όλες τις χώρες μέλη, ειδικό οδηγό για την αναθεώρηση της Βασικής Νοσηλευτικής εκπαίδευσης ώστε να προσανατολισθούν τα προγράμματα προς την Π. Φ. Υ. και την Υγεία της Κοινότητας.

Παράλληλα είναι απαραίτητο να οργανωθεί η ενδοϋπηρεσιακή επιμόρφωση με την ευθύνη της Διευθύνουσας του Κ. Υ. για όλο το Νοσηλευτικό Προσωπικό που εργάζεται στο Κ. Υ. και Περιφερειακά Ιατρεία.

Επίσης θα πρέπει να δίνονται ευκαιρίες παρακολούθησης σεμιναρίων και συνεδρίων εντός της χώρας και εκτός αυτής.

Για την ενημέρωση των Νοσηλευτριών – των που θα εργαστούν



---

στα Κ. Υ. κυρίως Δε των Διευθυνουσών – ντων και των Προϊσταμένων ο ΕΣΔΝΕ έχει τη δυνατότητα να οργανώσει σεμινάρια Π. Φ. Υ. διάρκειας δυο εβδομάδων σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ώστε να κατατοπισθούν οι Νοσηλεύτριες – τες που θα εργαστούν υπεύθυνα στα Κ. Υ., στις αρχές και τη μεθοδολογία της παροχής υπηρεσιών Π. Φ. Υ. στην Κοινότητα.<sup>26</sup>

### **3.10 ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΔΡΑΣΗ ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΣΤΑ Κ. Υ.**

Η Νοσηλευτική Υπηρεσία ακολουθεί την ανάπτυξη και δραστηριότητα των διάφορων τμημάτων του Κ. Υ. που θα λειτουργήσουν για την πραγματοποίηση των σκοπών του Κ. Υ. όπως αυτοί συμπεριλαμβάνονται στο άρθρο 15 του Ν. 1397/1983.

1. **Τμήμα θεραπειών και ειδικών νοσηλειών** στο Κ. Υ. στην Κοινότητα π. χ. χημειοθεραπείας, μεταγγίσεως σε παιδιά με μεσογειακή αναιμία, ενέσεις διάφορες, αλλαγές τραυμάτων, αλλαγή καθετήρα κλπ.
2. **Πρόγραμμα περίθαλψης υπερηλίκων και αναπήρων στα Κ. Υ.** και την Κοινότητα – βοήθεια στην κάλυψη φυσικών αναγκών (ατομικής υγιεινής, διατροφής, ασκήσεως κλπ)

Αντιμετώπιση αναγκών υγείας, ειδικές ιατρικές εξετάσεις, βοήθεια για τη χρησιμοποίηση φαρμάκων και την εφαρμογή θεραπειών κλπ καθώς και την ψυχολογική υποστήριξη των υπερηλίκων.

3. **Πρόγραμμα εμβολιασμών.** Το πρόγραμμα αυτό θα μπορούσε να καλύψει όλα τα παιδιά βρεφικής, νηπιακής και σχολικής ηλικίας καθώς και όλες τις άλλες ηλικίες σε ειδικές περιπτώσεις.
4. **Πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας** ανιάτως πασχόντων κατά τα τελευταία στάδια της ζωής κυρίως σε καρκινοπαθείς, εγκεφαλικά επεισόδια και λοιπά βαριά περιστατικά τα οποία μπορούν να νοσηλευτούν στο σπίτι εάν έχουν συνεχή παρακολούθηση και φροντίδα.
5. **Πρόγραμμα ψυχικής υγιεινής,** αντιμετώπισεως αλκοολισμού , ταξινομανίας κλπ – τουλάχιστον μέχρις όταν λειτουργήσουν τα ειδικά

---

Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής που προβλέπονται από το Ν. 1397/1983 για το Ε. Σ. Υ.

**6. Ερευνητικά Προγράμματα.** Επειδή ο θεσμός του Κ. Υ. είναι νέος για τη χώρα μας θα χρειαστεί να ερευνηθούν περισσότερο οι ειδικές συνθήκες και ανάγκες του Ελληνικού πληθυσμού καθώς και οι δυνατότητες των επιστημών υγείας και της τεχνολογίας στη χώρα μας, για να αναπτύσσονται νέα τμήματα και προγράμματα και να προσαρμόζονται ή να διευρύνονται τα προβλεπόμενα από το νόμο ώστε να καλυφθούν οι ανάγκες Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Περίθαλψης του πληθυσμού μας.<sup>26</sup>



---

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

---

## ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των συνθηκών εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού στα Κέντρα Υγείας και κατά πόσο ο ρόλος τους ανταποκρίνεται στις ανάγκες των ατόμων της Κοινότητας που εξυπηρετούν.

Στην παρούσα έρευνα έλαβε μέρος τυχαίο δείγμα 66 νοσηλευτών /τριων και βοηθών νοσηλευτών/τριων από τα Κέντρα Υγείας Βάρδας – Γαστούνης (Ν. Ηλείας), Κ. Αχαΐας – Χαλανδρίτσας (Ν. Αχαΐας), Κιάτου – Ξυλοκάστρου – Ακράτας (Ν. Κορινθίας), Ναυπάκτου (Ν. Αιτωλ/νίας), Νεάπολης –Βλαχιώτη – Μολάων (Ν. Λακωνίας), Παραμυθίας (Ν. Θεσπρωτίας) και Σαλαμίνας (Ν. Αττικής) και 121 ατόμων της Κοινότητας που εξυπηρετούν αυτά τα Κέντρα Υγείας. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

---

## ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

Ως όργανο μέτρησης για την έρευνα ανάμεσα στους νοσηλευτές/τριες χρησιμοποιήθηκε γραπτό ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από 30 ερωτήσεις, 10 από τις οποίες είναι ανοικτού τύπου και 20 κλειστού τύπου. Από τις ερωτήσεις κλειστού τύπου οι 10 είναι διχοτομικές (ΝΑΙ-ΟΧΙ) και οι υπόλοιπες 10 εναλλακτικών απαντήσεων. Η μέθοδος απάντησης των ερωτηματολογίων ήταν η συνέντευξη και ο μέσος χρόνος που απαιτήθηκε για κάθε ερωτηματολόγιο ήταν 20 λεπτά περίπου.

Αντίστοιχα, ως όργανο μέτρησης και για την έρευνα ανάμεσα στα άτομα της Κοινότητας χρησιμοποιήθηκε γραπτό ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από 24 ερωτήσεις, 6 από τις οποίες είναι ανοικτού τύπου και 18 κλειστού τύπου. Από τις ερωτήσεις κλειστού τύπου οι 10 είναι διχοτομικές (ΝΑΙ-ΟΧΙ) και οι υπόλοιπες 8 εναλλακτικών απαντήσεων. Η μέθοδος απάντησης και των ερωτηματολογίων που απευθύνθηκαν στα άτομα της Κοινότητας ήταν η συνέντευξη και ο μέσος χρόνος που απαιτήθηκε για κάθε ερωτηματολόγιο ήταν 15 λεπτά περίπου.

Η ερευνητική μας προσπάθεια (μαζί με την πιλοτική) διήρκησε 1,5 χρόνο περίπου.

Στους πίνακες που ακολουθούν οι μεν μετρήσιμες μεταβλητές παρουσιάζονται με τη μέση τιμή (mean value) των μετρήσεων τους, την τυπική απόκλιση (standard deviation), την ελάχιστη (min value) και τη μέγιστη (max value) τιμή, οι δε μη μετρήσιμες μεταβλητές (βαθμωτές, διχοτομικές ή κατηγορικές) παρουσιάζονται με τη συχνότητα (απόλυτος αριθμός) εμφάνισης της απάντησης καθώς και με τη σχετική συχνότητα (ποσοστιαία αναλογία) εμφάνισης της κάθε τιμής της μεταβλητής.

Ο έλεγχος της κανονικότητας ή μη των κατανομών των παρατηρήσεων, τόσο στο σύνολο του δείγματος όσο και στις διάφορες υποομάδες, έγινε με τη μέθοδο των Kolmogorov - Smirnov.

Οι στατιστικοί έλεγχοι που χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο των διαφορών που παρατηρήθηκαν μεταξύ των εξεταζομένων ομάδων ήταν  $\chi^2$ -test (Chi-square test με ή χωρίς το διορθωτικό παράγοντα κατά Yates) για τις μη παραμετρικές μεταβλητές και το unpaired student's t-test για τις παραμετρικές μεταβλητές.

---

Για τον έλεγχο των συσχετίσεων μεταξύ των διαφόρων παραμέτρων χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (R), ο οποίος είναι συντελεστής συσχέτισης για μη παραμετρικές μεταβλητές. Οι τιμές που μπορεί να λάβει ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman ανήκουν στο διάστημα [-1, +1]. Η τιμή +1 ή -1 αντιστοιχεί σε τέλεια συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών είτε θετική είτε αρνητική, ενώ η τιμή 0 αντιστοιχεί σε πλήρη έλλειψη συσχέτισης μεταξύ των δύο υπό εξέταση μεταβλητών. Θετικές τιμές του συντελεστή συσχέτισης δηλώνουν πως οι δύο μεταβλητές αυξάνονται ή μειώνονται με τον ίδιο τρόπο (ταυτόχρονα), ενώ αρνητικές τιμές του συντελεστή συσχέτισης δηλώνουν πως όταν η μία μεταβλητή αυξάνει η άλλη ελαττώνεται.

Τέλος η σχετική αξία και επίδραση των διαφόρων παραμέτρων (ανεξάρτητες μεταβλητές  $x_1, x_2, x_3, \dots, x_i$ ) στο τελικό αποτέλεσμα, που είναι για μεν τους νοσηλευτές/τριες η **εκτίμηση των συνθηκών εργασίας** τους, όσο και η **εκτίμηση της ανταπόκρισης του ρόλου του νοσηλευτή** στις ανάγκες των ατόμων της Κοινότητας (εξαρτημένες μεταβλητές  $Y$ ), μελετήθηκαν με τη βοήθεια πολυπαραγοντικής μεθόδου ανάλυσης των δεδομένων, της κατά βήματα ανάλυσης πολλαπλής παλινδρόμησης (Multivariate method of analysis: Stepwise Multiple Regression Analysis). Κατά τη μέθοδο αυτή εξετάζεται η καταλληλότητα 'εισόδου' της κάθε ανεξάρτητης μεταβλητής στη εξίσωση της παλινδρόμησης. Σε κάθε βήμα της ανάλυσης, εκτελούνται χωριστές παλινδρομήσεις προσθέτοντας κάθε φορά την παράμετρο εκείνη που επιδρά στατιστικά σημαντικά στη 'ερμηνεία' του αποτελέσματος είτε 'εκτίμηση των συνθηκών εργασίας' είτε 'εκτίμηση της ανταπόκρισης'. Τελικά η εξίσωση που προκύπτει είναι εκείνη που εξηγεί την εξαρτημένη μεταβλητή με το καλύτερο τρόπο. Η εξίσωση παλινδρόμησης έχει γενικά τη μορφή:

$$Y = b_0 + b_1 * x_1 + b_2 * x_2 + \dots + b_i * x_i$$

όπου  $Y$  είναι η εξαρτημένη μεταβλητή,  $x_1, x_2, x_3, \dots, x_i$  οι ανεξάρτητες μεταβλητές και  $b_0, b_1, b_2, \dots, b_i$  οι συντελεστές που προσδιορίζονται από την μέθοδο. Οι συντελεστές αυτοί δηλώνουν τον τρόπο (θετικά ή αρνητικά, ισχυρά ή μη) με τον οποίο η αντίστοιχη μεταβλητή επιδρά στο τελικό αποτέλεσμα.

---

Ο συντελεστής παλινδρόμησης  $R^2$  αποτελεί μέτρο της καταλληλότητας της προσαρμογής της εξίσωσης παλινδρόμησης στην πραγματική κατάσταση. Με τη χρήση της εξίσωσης αυτής είναι δυνατό να προβλέψουμε την τιμή που θα πάρει η εξαρτημένη μεταβλητή  $Y$ , βασιζόμενοι σε συγκεκριμένες τιμές των ανεξάρτητων μεταβλητών  $x_1, x_2, x_3, \dots, x_i$ .

Κατά τη στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων οι διαφορές και συσχετίσεις που προκύπτουν θεωρούνται στατιστικά σημαντικές αν και μόνο αν αντιστοιχούν σε πιθανότητα  $p < 0.05$  (όπως αυτή προκύπτει από τον αντίστοιχο κάθε φορά στατιστικό έλεγχο).

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### Α. Ερωτηματολόγιο για τους Νοσηλευτές

Από τα 72 άτομα στα οποία δόθηκε αρχικά το ερωτηματολόγιο απάντησαν τα 66. Μετά τη συλλογή των ερωτηματολογίων από την ερευνητική ομάδα πραγματοποιήθηκε έλεγχος των απαντήσεων ώστε να ακυρωθούν τυχόν λανθασμένα ερωτηματολόγια. Τα στοιχεία που περιείχαν τα ερωτηματολόγια στη συνέχεια εισήχθησαν σε Η/Υ. Την εισαγωγή των στοιχείων ακολούθησε δειγματοληπτικός έλεγχος για τη διασφάλιση της ορθής αντιγραφής των στοιχείων.

Ο μέσος όρος ηλικίας των 66 τελικά ατόμων που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη είναι  $39,55 \text{ έτη} \pm 6,18$  (mean  $\pm$  SD) (Πίνακας 1, Σχήμα 1). Όσον αφορά την εκπαίδευση των ερωτηθέντων το 51,52% είχαν Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση (34 άτομα), το 48,48% Τεχνολογική Εκπαίδευση (32 άτομα), ενώ κανείς δεν είχε Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση ούτε κάποια μεταπτυχιακά (Πίνακας 2, Σχήμα 2).

Το μεγαλύτερο ποσοστό 43,94% (29 στα 66 άτομα) είχαν 1-5 έτη προϋπηρεσία ενώ για τους υπόλοιπους οι 19 (ποσοστό 28,79%) είχαν 6-10 έτη και για τους υπόλοιπους 18 (ποσοστό 27,27%) πάνω από 10 έτη προϋπηρεσία. (Πίνακας 3, Σχήμα 3).

Οι ερωτηθέντες νοσηλευτές εργάζονταν σε Κ.Υ. τα οποία είχαν από 13 έως 50 άτομα συνολικό προσωπικό και κάλυπταν περιοχές 10 έως 250

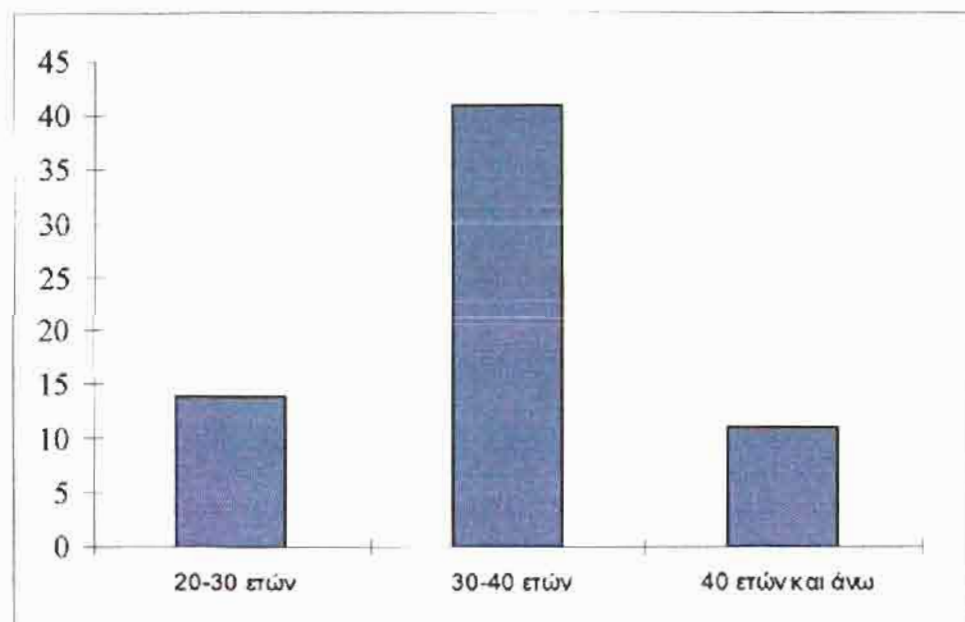


χιλιάδων κατοίκων. Από τους ερωτηθέντες μόνο 1 (ποσοστό 10,61%) μπόρεσε να δώσει οργανόγραμμα της υπηρεσίας του.

Πίνακας 1 : Ηλικία

	f	rf%
20-30 ετών	14	21,21
30-40 ετών	41	62,12
40 ετών και άνω	11	16,66
ΣΥΝΟΛΟ	66	100

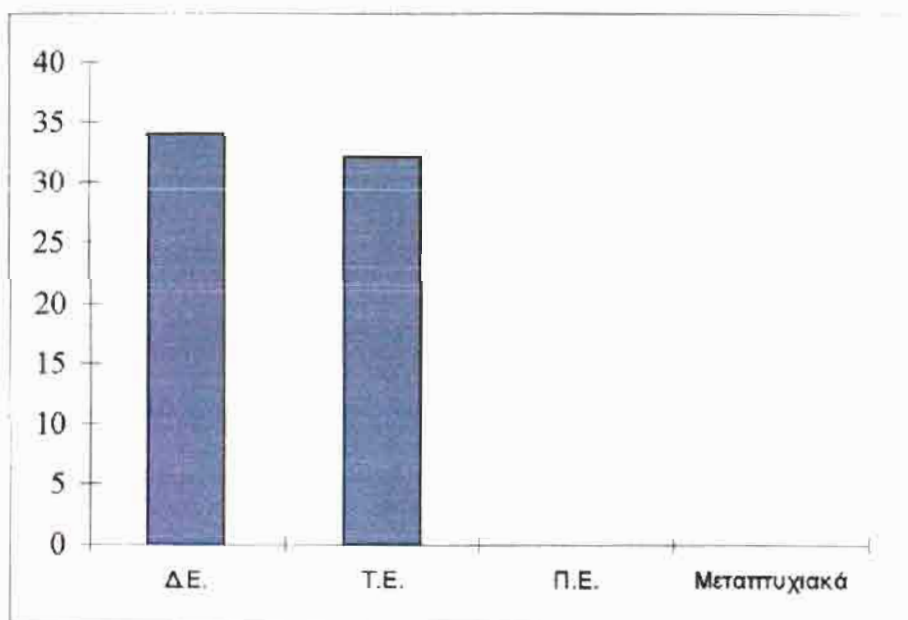
Σχήμα 1 : Ηλικία



Πίνακας 2 : Εκπαίδευση

	f	rf%
Δ.Ε.	34	51,52
Τ.Ε.	32	48,48
Π.Ε.	0	0,00
Μεταπτυχιακά	0	0,00
ΣΥΝΟΛΟ	66	100,00

Σχήμα 2 : Εκπαίδευση



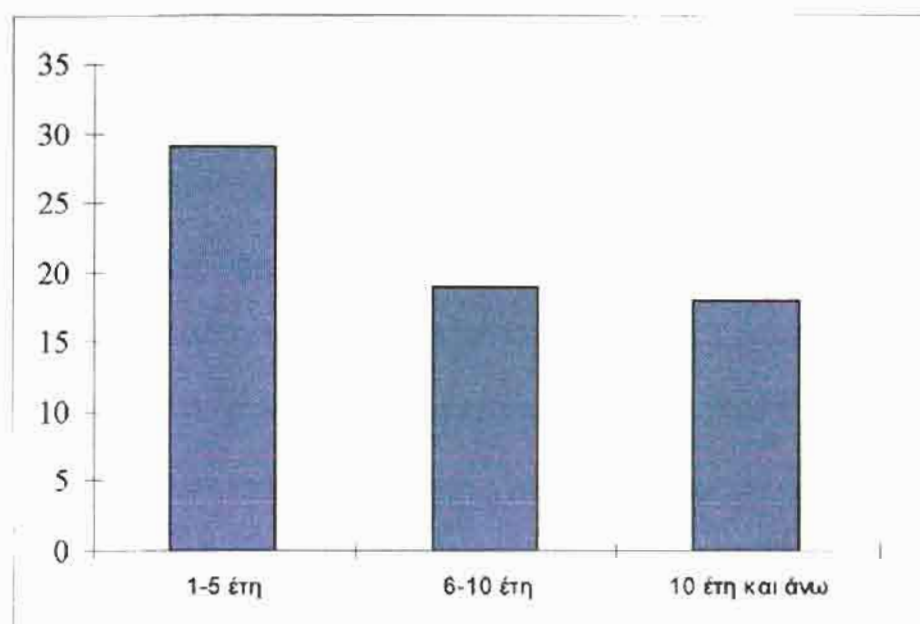
Πίνακας 3: Από ποια σχολή έχετε αποφοιτήσει (πόλη)

	f	rf%
Πάτρα	15	9,90
Αθήνα	26	17,16
Λοιπές	25	16,50
ΣΥΝΟΛΟ	66	100,00

Πίνακας 4 : Πόσα χρόνια εργάζεστε στο Κ.Υ.;

	f	rf%
1-5 έτη	29	43,94
6-10 έτη	19	28,79
10 έτη και άνω	18	27,27
ΣΥΝΟΛΟ	66	100,00

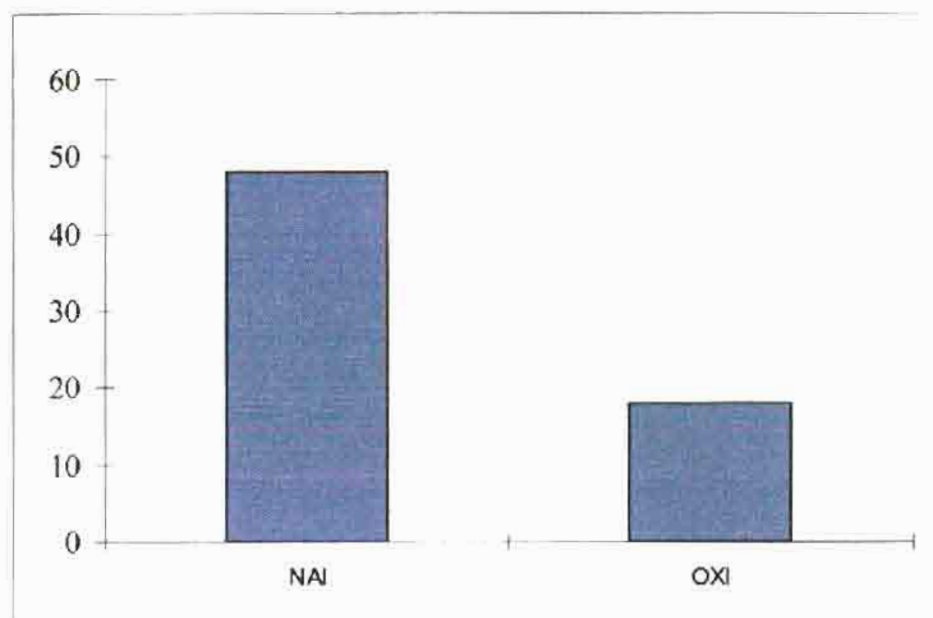
Σχήμα 3 : Πόσα χρόνια εργάζεστε στο Κ.Υ.;



Πίνακας 5 : Έχετε προηγούμενη εμπειρία  
στο χώρο της Νοσηλευτικής;

	f	rf%
ΝΑΙ	48	72,73
ΟΧΙ	18	27,27
ΣΥΝΟΛΟ	66	100,00

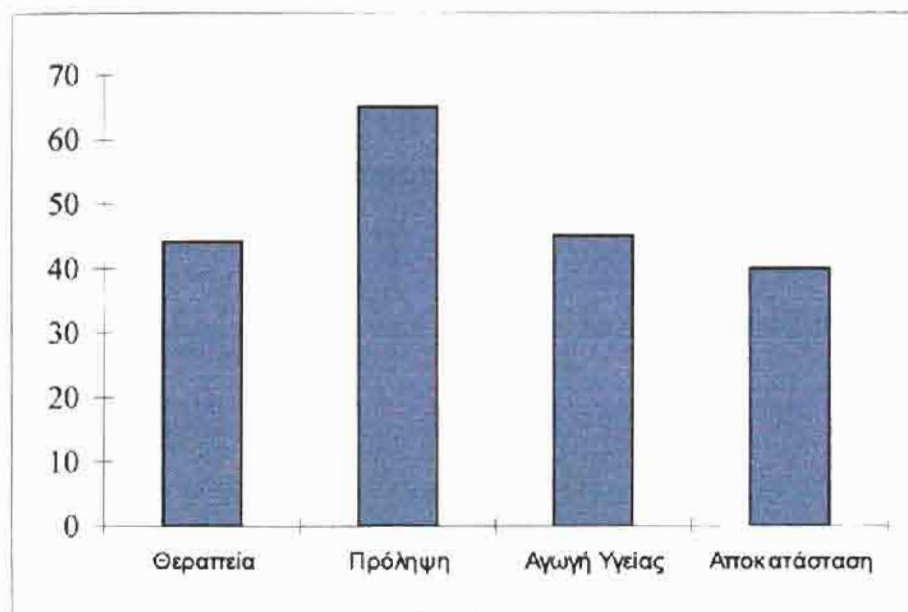
Σχήμα 4 : Έχετε προηγούμενη εμπειρία  
στο χώρο της Νοσηλευτικής;



Πίνακας 6: Πως αντιλαμβάνεστε την έννοια της Π.Φ.Υ.;

	ΝΑΙ		ΟΧΙ	
Θεραπεία	44	66,67%	22	33,33%
Πρόληψη	65	98,48%	1	1,52%
Αγωγή Υγείας	45	68,18%	21	31,82%
Αποκατάσταση	40	60,61%	26	39,39%

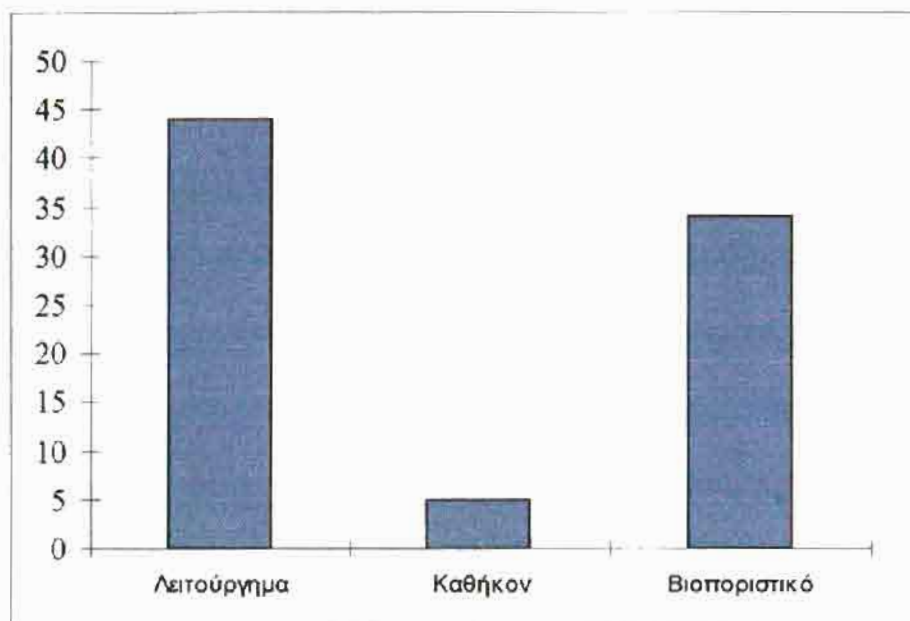
Σχήμα 5 : Πως αντιλαμβάνεστε την έννοια της Π.Φ.Υ.;



Πίνακας 7 : Θεωρείτε το επάγγελμα του Νοσηλευτή ως :

	ΝΑΙ		ΌΧΙ	
	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό
Λειτουργήμα	44	66,67%	22	33,33%
Καθήκον	5	7,58%	61	92,42%
Βιοποριστικό	34	51,52%	32	48,48%

Σχήμα 6 : Θεωρείτε το επάγγελμα του Νοσηλευτή ως :



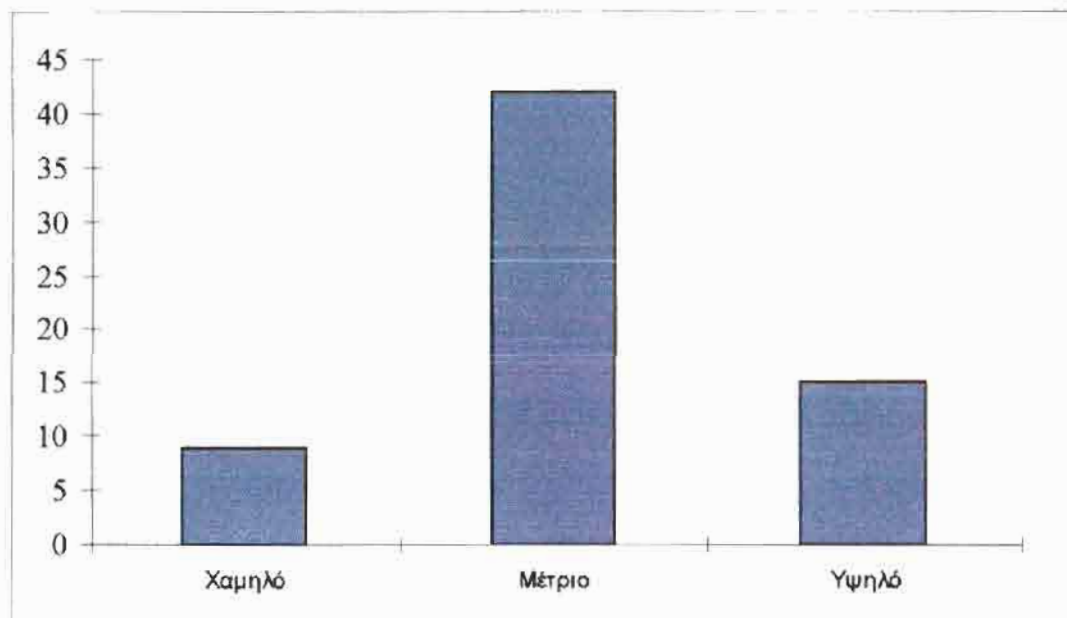
Πίνακας 8:Τι πληθυσμό εξυπηρετεί το Κ.Υ. που εργάζεστε

	f	r%
Έως 10000	10	15,15
10000 έως 20000	23	19,70
20000 έως 30000	24	36,36
άνω των 30000	9	13,64
ΣΥΝΟΛΟ	66	100,00

Πίνακας 9 : Σε τι επίπεδο κυμαίνονται οι διαπροσωπικές σχέσεις με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας υγείας;

	f	rf%
Χαμηλό	9	13,64
Μέτριο	42	63,64
Υψηλό	15	22,73
ΣΥΝΟΛΟ	66	100,00

Σχήμα 7 : Σε τι επίπεδο κυμαίνονται οι διαπροσωπικές σχέσεις με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας υγείας;

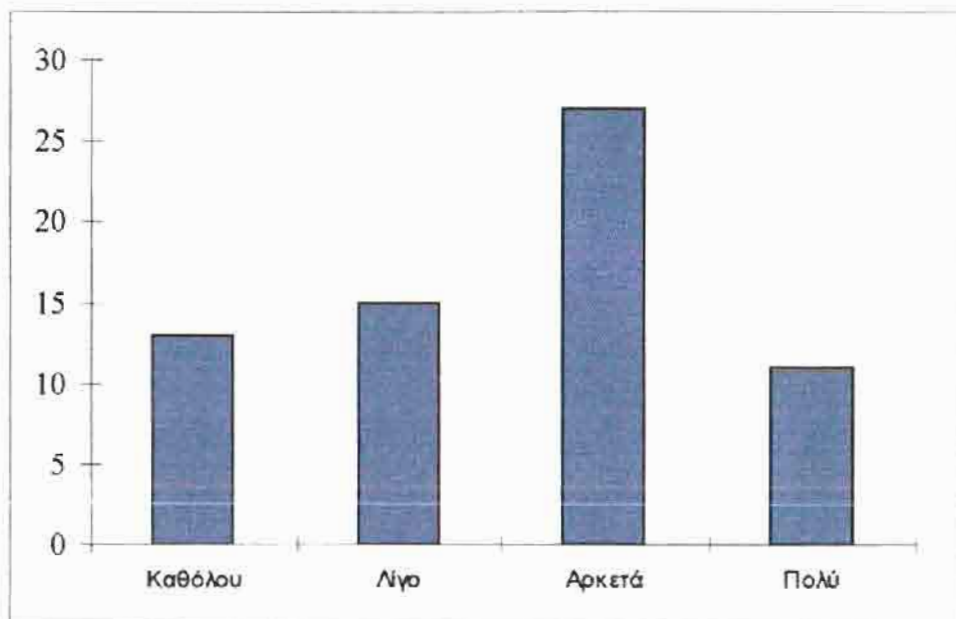


Πίνακας 10 : Κατά πόσο πιστεύετε ότι οι αποδοχές επηρεάζουν την παρεχόμενη φροντίδα;



	f	rf%
Καθόλου	13	19,70
Λίγο	15	22,73
Αρκετά	27	40,91
Πολύ	11	16,67
ΣΥΝΟΛΟ	66	100,00

Σχήμα 8 : Κατά πόσο πιστεύετε ότι οι αποδοχές επηρεάζουν την παρεχόμενη φροντίδα;



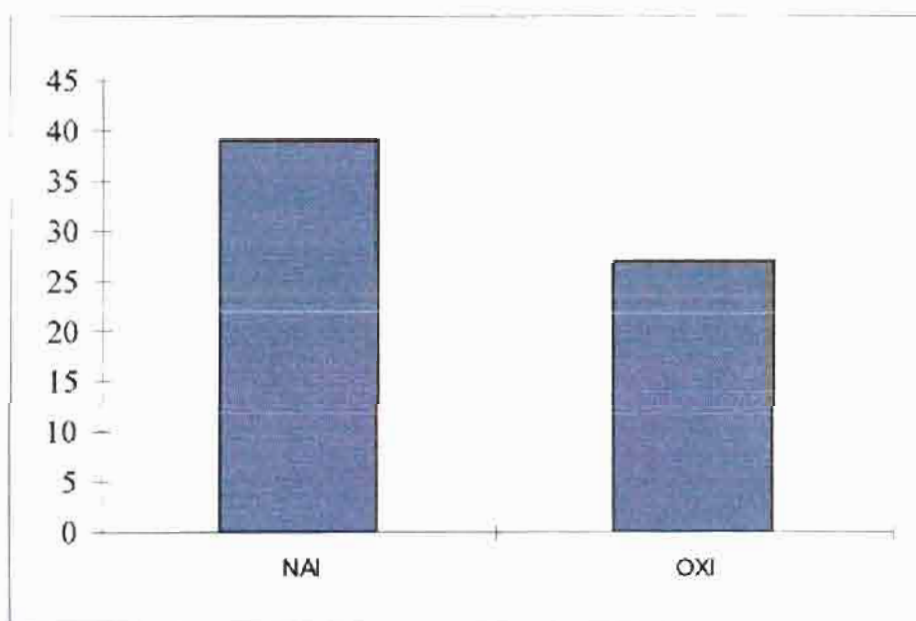
Πίνακας 11 : Κατά την γνώμη σας το μορφωτικό επίπεδο των ατόμων της Κοινότητας

επηρεάζει την μεταξύ σας συνεργασία;

	f	rf%
ΝΑΙ	39	59,09
ΟΧΙ	27	40,91
ΣΥΝΟΛΟ	66	100,00

Σχήμα 9 : Κατά την γνώμη σας το μορφωτικό επίπεδο των ατόμων της Κοινότητας

επηρεάζει την μεταξύ σας συνεργασία;



Πίνακας 12: Τι είναι αυτό που σας στεναχωρεί περισσότερο

σχετικά με τη λειτουργία στο Κ.Υ.

	f	rf%
Έλλειψη Οργάνωσης – Φόρτος Εργασίας	5	7,57
Έλλειψη Προσωπικού-Εξοπλισμού	2	3,03
Έλλειψη Συνεργασίας	18	27,27
Διοίκηση	6	13,64
Έλλειψη Προσωπικού-Ιατρών	15	22,73
Έλλειψη Αυτόνομης Ν.Υ	3	4,55
Έλλειψη Εξοπλισμού-Ιατρών	17	25,76
ΣΥΝΟΛΟ	66	100,00

Πίνακας13: Τι θεωρείτε ως το δυσκολότερο πρόβλημα κατά την εργασία σας στο Κ.Υ

	f	rf%
Έλλειψη Προσωπικού	17	25,76
Έλλειψη Εξοπλισμού	16	24,24
Έλλειψη Εξοπλισμού-Προσωπικού	7	10,61
Έλλειψη Συνεργασίας	17	25,76
Τίποτα	9	13,64
ΣΥΝΟΛΟ	66	100,00

Πίνακας14:Τι θεωρείτε ως το ευνοϊκότερο στοιχείο κατά την εργασίας σας στο Κ.Υ.;

	f	rf%
Προσφορά Α' Βοηθειών	24	36,36
Συνεργασία	33	50,00
Τίποτα	9	13,64
ΣΥΝΟΛΟ	66	100,00

Πίνακας15: Πόσος είναι ο αριθμός των μελών στο Κ.Υ που εργάζεστε;

	F	rf%
Έως 20 μέλη	5	7,57
20-30 μέλη	20	30,31
30-40 μέλη	24	36,36
40-50 μέλη	17	25,76
ΣΥΝΟΛΟ	66	100,00

Πίνακας16: Υπάρχει Οργανόγραμμα στο Κ.Υ που εργάζεστε;

	f	rf%
Δεν ξέρω/Δεν υπάρχει	59	89,39
Ναι	7	10,61
ΣΥΝΟΛΟ	66	100,00

Πίνακας 17 : Κατά την γνώμη σας είναι περιορισμένη η

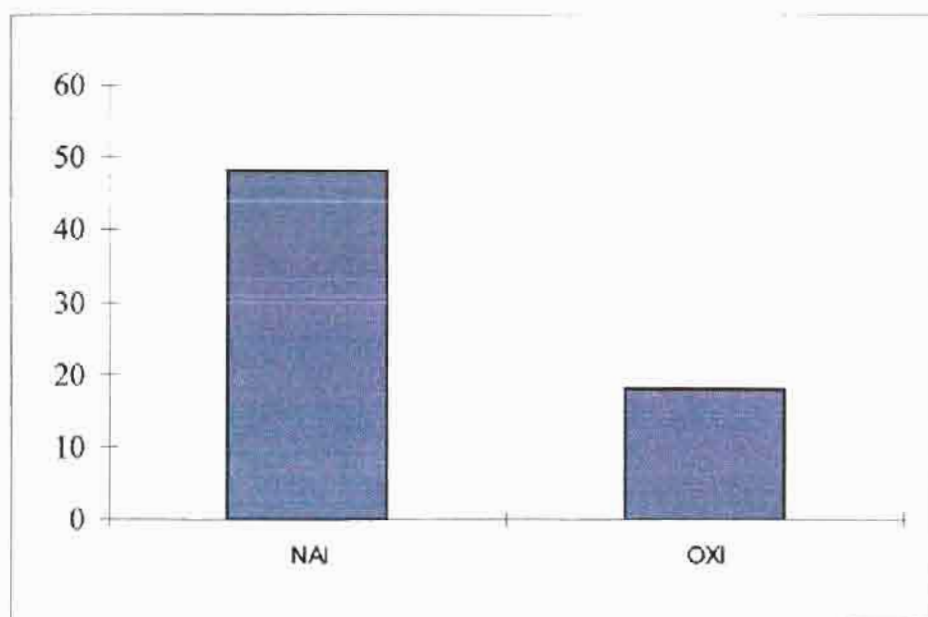
διαθεσιμότητα των υπηρεσιών του Κ.Υ. κατά

τις απογευματινές και βραδινές ώρες;

	f	ff%
ΝΑΙ	48	72,73
ΟΧΙ	18	27,27
ΣΥΝΟΛΟ	66	100,00

Σχήμα 10 : Κατά την γνώμη σας είναι περιορισμένη η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών του Κ.Υ. κατά

τις απογευματινές και βραδινές ώρες;



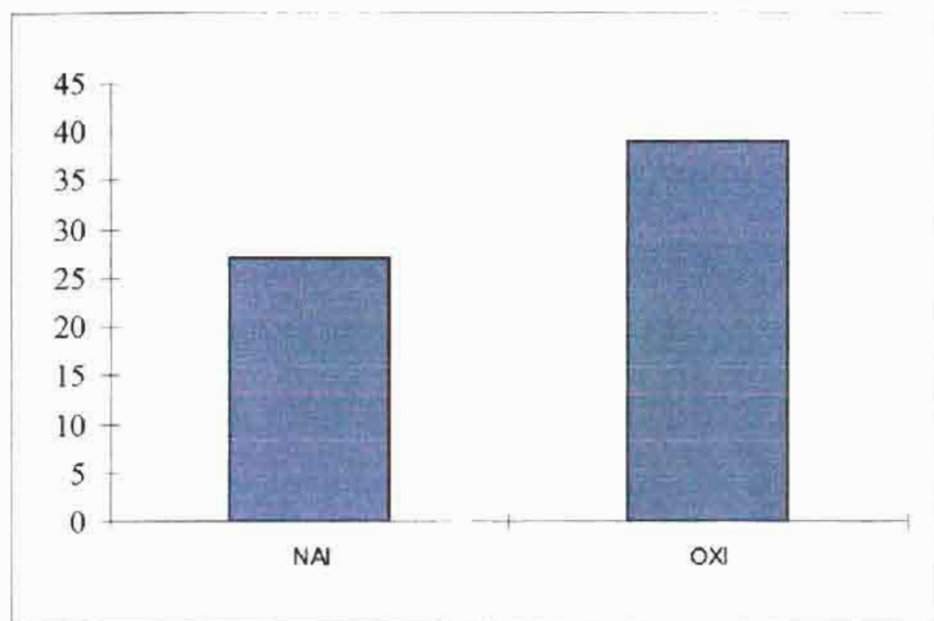
Πίνακας18: Προτάσεις για τη διαθεσιμότητα του Κ.Υ. νυχτερινές ώρες

	f	rf%
Αύξηση Προσωπικού	40	60,61
Αύξηση Εξοπλισμού	11	16,67

Πίνακας 19 : Κατά την γνώμη σας αντιμετωπίζεται κάθε άτομο της Κοινότητας ως βιοψυχοκοινωνική οντότητα;

	f	rf%
ΝΑΙ	27	40,91
ΟΧΙ	39	59,09
ΣΥΝΟΛΟ	66	100,00

Σχήμα 11 : Κατά την γνώμη σας αντιμετωπίζεται κάθε άτομο της Κοινότητας ως βιοψυχοκοινωνική οντότητα;



Πίνακας 20: Ποιοι τομείς πιστεύετε ότι πρέπει να ενισχυθούν για την βελτίωση του Κ.Υ.

	ΝΑΙ		ΟΧΙ	
	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό
Ελέγχωση του Κ.Υ. με Νοσηλευτικό και Ιατρικό προσωπικό	41	62,12%	25	37,88%
Τεχνολογική υποδομή	50	75,76%	16	24,24%
Εκπαίδευση της ομάδας εργασίας	48	72,73%	18	27,27%
Οικονομικά κίνητρα	52	78,79%	14	21,21%
Αναγνώριση επαγγελματικών δικαιωμάτων στους Νοσηλευτές	52	78,79%	14	21,21%
Περισσότερο ανεξαρτητοποιημένη η Νοσηλευτική	50	75,76%	16	24,24%

## B. Ερωτηματολόγιο για τα άτομα της Κοινότητας

Από τα 130 άτομα στα οποία δόθηκε αρχικά το ερωτηματολόγιο απάντησαν τα 121. Μετά τη συλλογή των ερωτηματολογίων από την ερευνητική ομάδα πραγματοποιήθηκε έλεγχος των απαντήσεων ώστε να ακυρωθούν τυχόν λανθασμένα ερωτηματολόγια. Τα στοιχεία που περιείχαν τα ερωτηματολόγια στη συνέχεια εισήχθησαν σε Η/Υ. Την εισαγωγή των στοιχείων ακολούθησε δειγματοληπτικός έλεγχος για τη διασφάλιση της ορθής αντιγραφής των στοιχείων.

Ο μέσος όρος ηλικίας των 121 τελικά ατόμων που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη είναι 41,3 έτη  $\pm$  20,2 (mean  $\pm$  SD). Από τους συμμετέχοντες οι 45 ήταν άνδρες (ποσοστό 37,19%) ενώ οι υπόλοιποι 76 (ποσοστό 62,81%) ήταν γυναίκες (Πίνακας 1, Σχήμα 1). Όσον αφορά το επάγγελμα των ερωτηθέντων το 33,06% ήταν υπάλληλοι (40 άτομα), το 51,24% ασχολούνταν με τα οικιακά (62 άτομα) και 19 άτομα (ποσοστό 15,70%) ήταν αγρότες (Πίνακας 3, Σχήμα 3).

Στην ερώτηση πόσες φορές χρειάστηκε να επισκεφθούν το Κέντρο Υγείας 48 άτομα (ποσοστό 39,66%) απάντησαν 'συχνά', 48 άτομα (ποσοστό 39,66%) απάντησαν 'σπάνια', 24 άτομα (ποσοστό 19,8%) απάντησαν 'πολύ συχνά' και μόνο 1 άτομο (ποσοστό 0,82%) απάντησε 'ποτέ'.

Όλοι επισκέπτονταν το Κέντρο Υγείας για κάποια θεραπεία, 60 από αυτούς (ποσοστό 49,39%) για προληπτικούς λόγους, 22 από αυτούς (ποσοστό 18,18%) για αγωγή υγείας και 13 (ποσοστό 10,74%) για αποκατάσταση (Πίνακας 4, Σχήμα 4).

Στο ερώτημα αν έχουν εμπιστοσύνη στη φροντίδα που τους παρέχετε από τα 121 άτομα που ρωτήθηκαν τα 25 άτομα απάντησαν όχι από αυτά τα 7 (ποσοστό 5,79%) λόγω έλλειψης προσωπικού, τα 4 (ποσοστό 3,31%) λόγω λαθών των γιατρών, τα 9 (ποσοστό 7,44%) λόγω αδιαφορίας και 5 (ποσοστό 4,13%) λόγω έλλειψης εξοπλισμού.

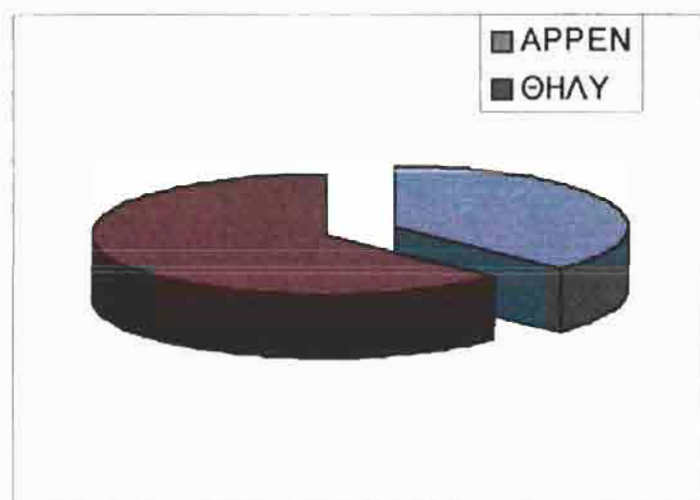
Στην ερώτηση αν νιώθουν ικανοποιημένοι από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας του Νοσηλευτικού Προσωπικού στο Κ.Υ 33 άτομα απάντησαν όχι συγκεκριμένα 17 άτομα (ποσοστό 20,57%) λόγω αδιάφορης συμπεριφοράς των νοσηλευτών, 13 άτομα (ποσοστό 15,73%) λόγω



έλλειψης γιατρών και γιατρών ειδικοτήτων και 3 άτομα (ποσοστό 3,63%) εξαιτίας των ωρών αναμονής.

Πίνακας 1 : Φύλο

ΦΥΛΟ	f	rf%
ΑΡΡΕΝ	45	37,19
ΘΗΛΥ	76	62,81
ΣΥΝΟΛΟ	121	100,00

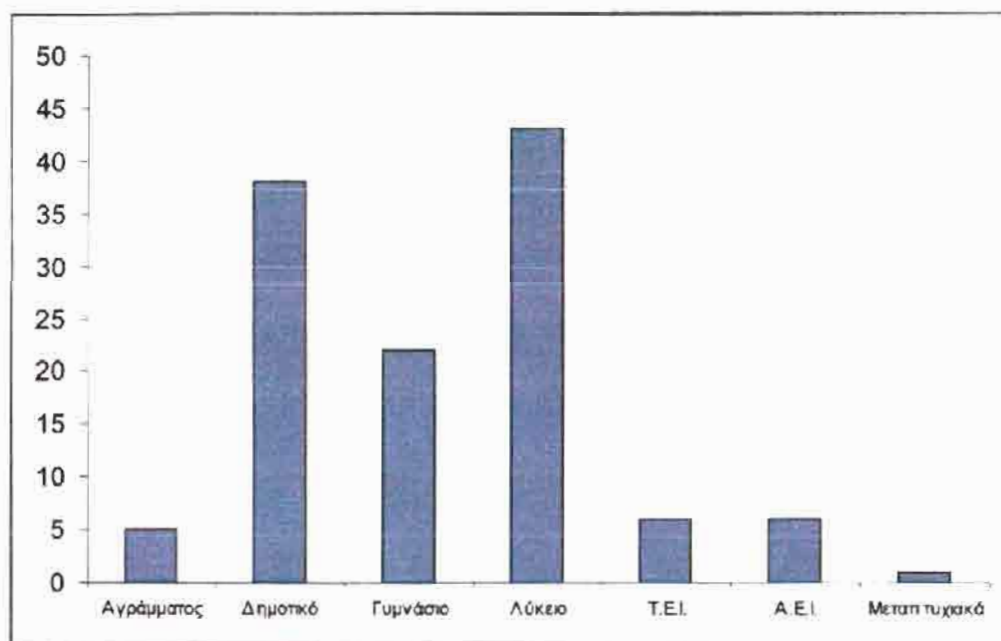


Σχήμα 1 : Φύλο

Πίνακας 2 : Μορφωτικό επίπεδο

	f	rf%
Αγράμματος	5	4,13
Δημοτικό	38	31,40
Γυμνάσιο	22	18,18
Λύκειο	43	35,54
Τ.Ε.Ι.	6	4,96
Α.Ε.Ι.	6	4,96
Μεταπτυχιακά	1	0,83
ΣΥΝΟΛΟ	121	100,00

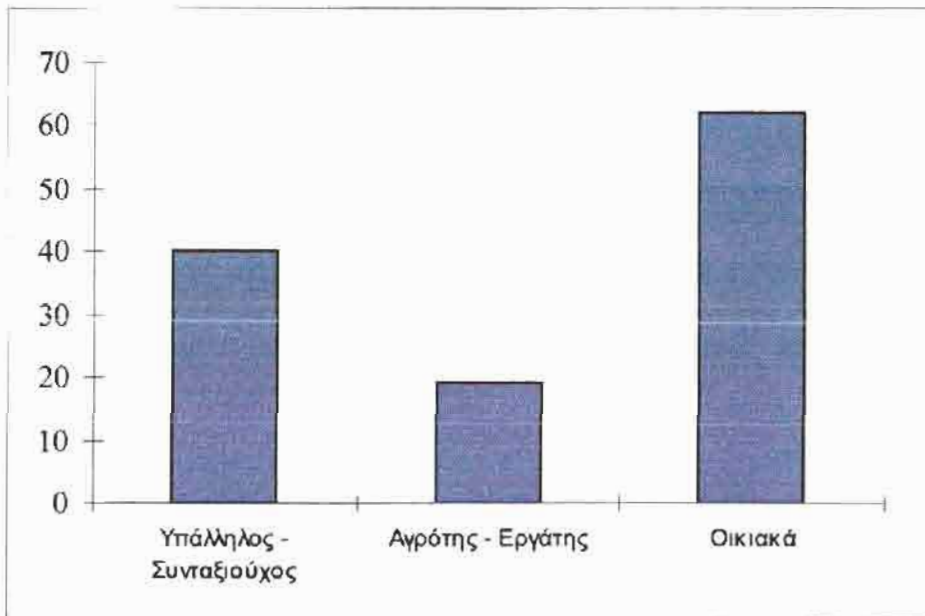
Σχήμα 2 : Μορφωτικό επίπεδο



Πίνακας 3 : Επάγγελμα

	f	rf%
Υπάλληλος - Συνταξιούχος	40	33,06
Αγρότης - Εργάτης	19	15,70
Οικιακά	62	51,24
ΣΥΝΟΛΟ	121	100,00

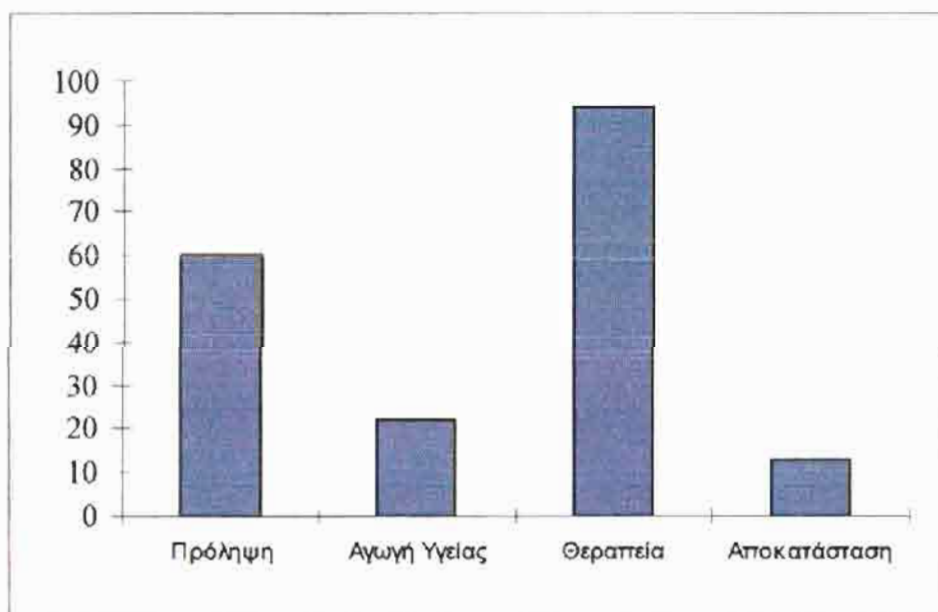
Σχήμα 3 : Επάγγελμα



Πίνακας 4 : Λόγοι επίσκεψης στο Κ.Υ.

	ΝΑΙ		ΟΧΙ	
	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό
Πρόληψη	60	49,59%	61	50,41%
Αγωγή Υγείας	22	18,18%	99	81,82%
Θεραπεία	94	77,69%	27	22,31%
Αποκατάσταση	13	10,74%	108	89,26%

Σχήμα 4 : Λόγοι επίσκεψης στο Κ.Υ.



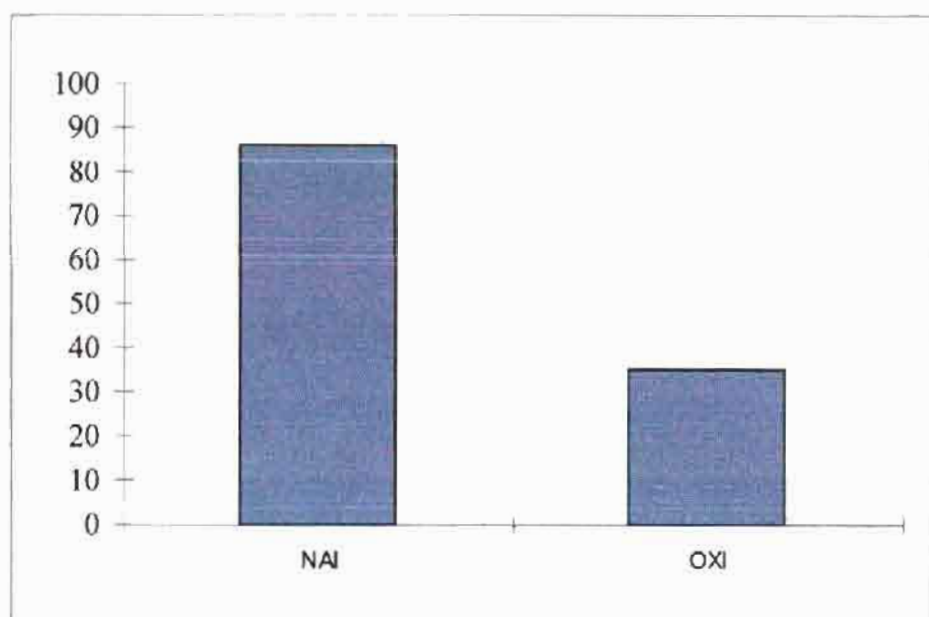
Πίνακας 5 : Νοιώθετε ικανοποιημένοι από την παρεχόμενη Φροντίδα

Υγείας του Νοσηλευτικού προσωπικού στο Κ.Υ.;

	f	rf%
ΝΑΙ	86	71,07
ΟΧΙ	35	28,93
ΣΥΝΟΛΟ	121	100,00

Σχήμα 5 : Νοιώθετε ικανοποιημένοι από την παρεχόμενη Φροντίδα

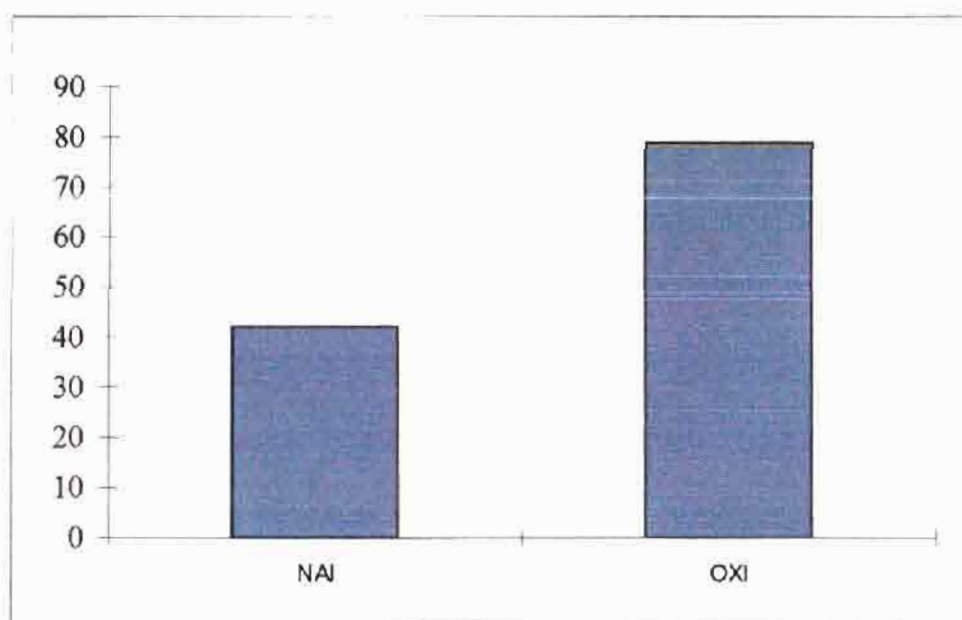
Υγείας του Νοσηλευτικού προσωπικού στο Κ.Υ.;



Πίνακας 6 : Πιστεύετε ότι το Νοσηλευτικό Προσωπικό  
επαρκεί για τις ανάγκες σας;

	f	f1%
ΝΑΙ	42	34,71
ΟΧΙ	79	65,29
ΣΥΝΟΛΟ	121	100,00

Σχήμα 6 : Πιστεύετε ότι το Νοσηλευτικό Προσωπικό  
επαρκεί για τις ανάγκες σας;



Πίνακας 7 : Που αποδίδετε την κακή ποιότητα Νοσηλευτικής

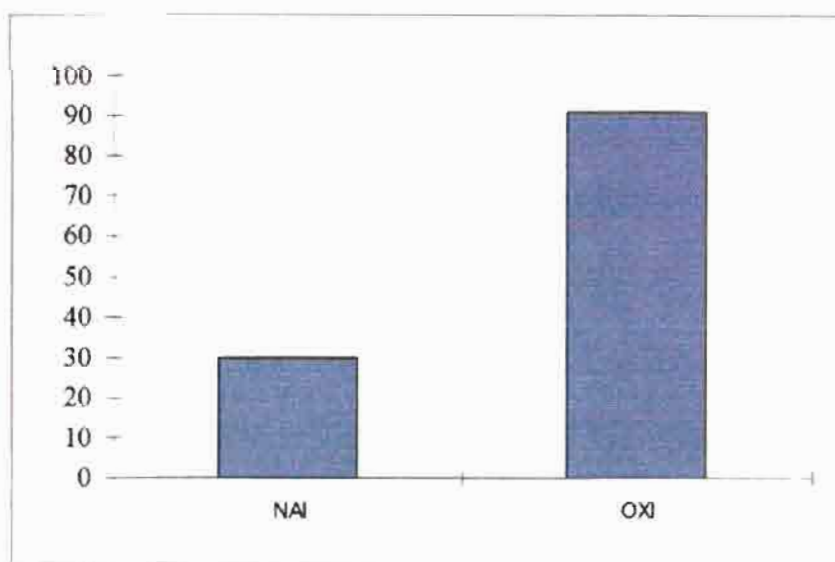
Φροντίδας από το Νοσηλευτικό προσωπικό;

	ΝΑΙ		ΟΧΙ	
Χαμηλές αποδοχές	37	30,58%	84	69,42%
Πλημμελής εκπαίδευση	43	35,54%	78	64,46%
Ελλιπή εξοπλισμό	46	38,02%	75	61,98%
Έλλειψη προσωπικής καλλιέργειας	70	57,85%	51	42,15%

Πίνακας 8 : Νομίζετε ότι το Νοσηλευτικό Προσωπικό σας αντιμετωπίζει σαν ξεχωριστή βιοψυχοκοινωνική οντότητα;

	f	rf%
ΝΑΙ	30	24,79
ΟΧΙ	91	75,21
ΣΥΝΟΛΟ	121	100,00

Σχήμα 7 : Νομίζετε ότι το Νοσηλευτικό Προσωπικό σας αντιμετωπίζει σαν ξεχωριστή βιοψυχοκοινωνική οντότητα;



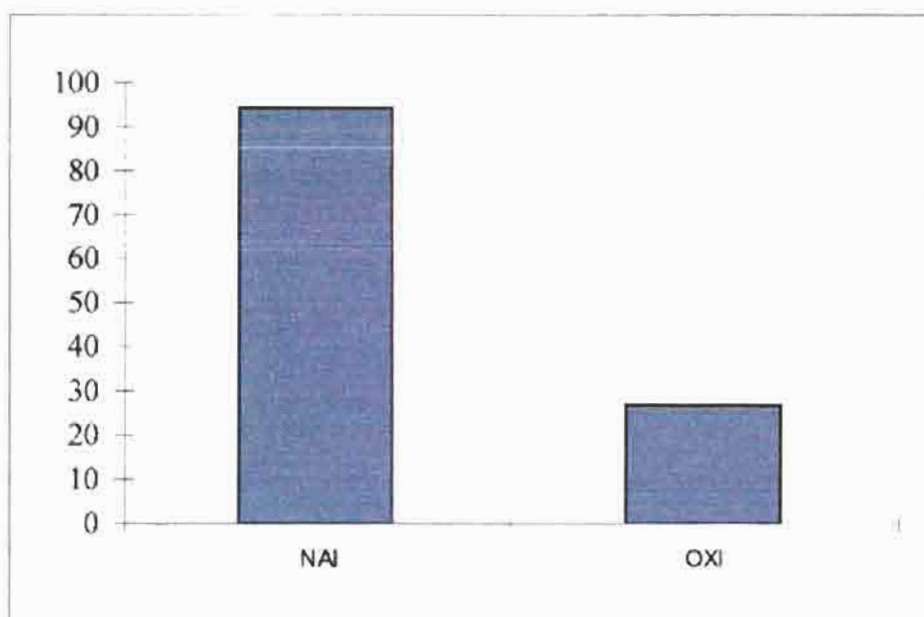
Πίνακας 9 : Έχετε εμπιστοσύνη στην φροντίδα

που σας παρέχεται;

	f	rf%
ΝΑΙ	94	77,69
ΟΧΙ	27	22,31
ΣΥΝΟΛΟ	121	100,00

Σχήμα 8 : Έχετε εμπιστοσύνη στην φροντίδα

που σας παρέχεται;





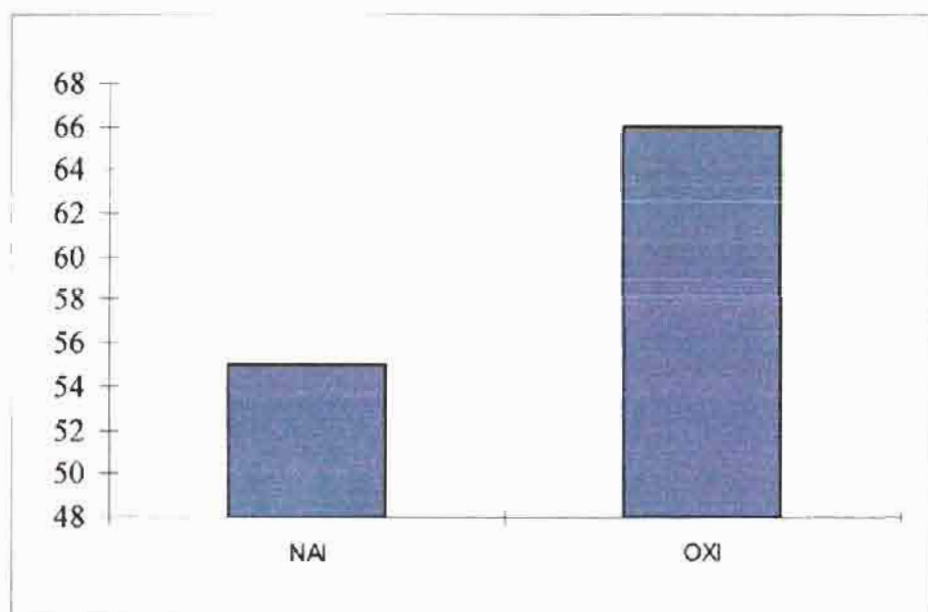
Πίνακας 10 : Γνωρίζετε ποιες είναι οι

δραστηριότητες του Νοσηλευτή στο Κ.Υ.;

	f	rf%
ΝΑΙ	55	45,45
ΟΧΙ	66	54,55
ΣΥΝΟΛΟ	121	100,00

Σχήμα 9 : Γνωρίζετε ποιες είναι οι δραστηριότητες

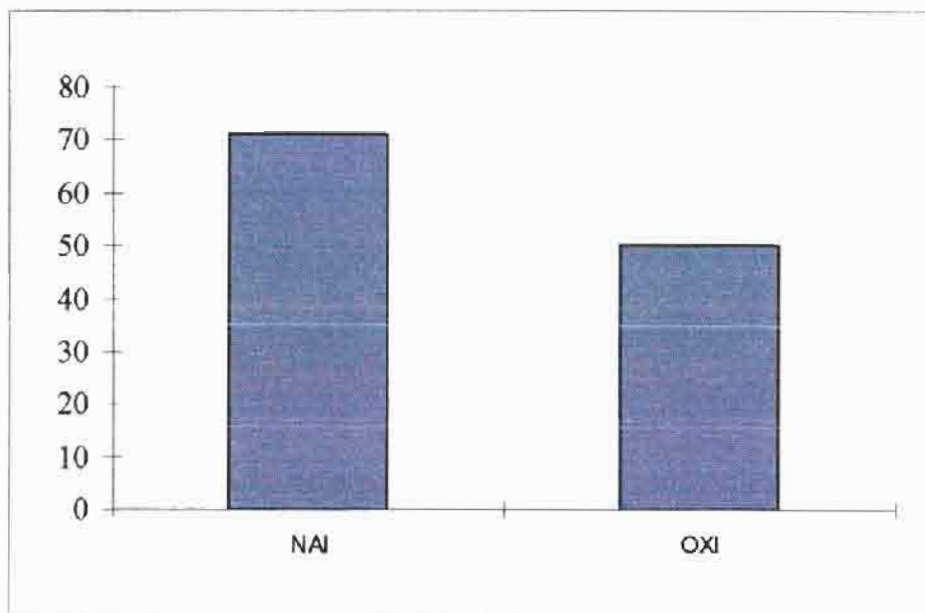
του Νοσηλευτή στο Κ.Υ.;



Πίνακας 11 : Θεωρείτε ότι η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών του Κ.Υ. σας καλύπτει τις απογευματινές και βραδινές ώρες;

	f	rf%
ΝΑΙ	71	58,68
ΟΧΙ	50	41,32
ΣΥΝΟΛΟ	121	100,00

Σχήμα 10 : Θεωρείτε ότι η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών του Κ.Υ. σας καλύπτει τις απογευματινές και βραδινές ώρες;



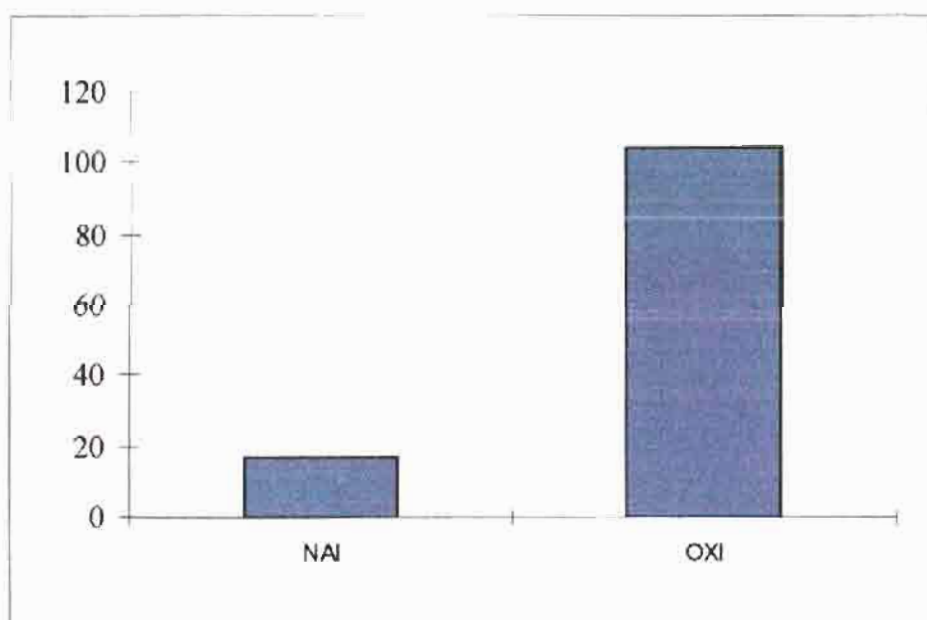
Πίνακας 12 : Γνωρίζετε για την κατ' οίκον νοσηλεία που παρέχεται

ή θα έπρεπε να παρέχεται από το Κ.Υ.;

	f	rf%
ΝΑΙ	17	14,05
ΟΧΙ	104	85,95
ΣΥΝΟΛΟ	121	100,00

Σχήμα 11 : Γνωρίζετε για την κατ' οίκον νοσηλεία που παρέχεται

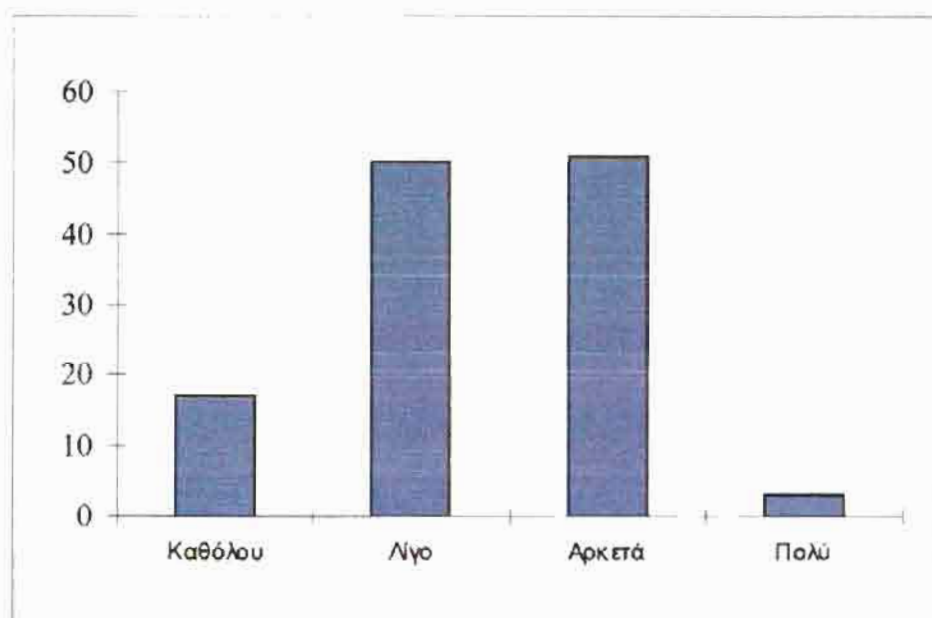
ή θα έπρεπε να παρέχεται από το Κ.Υ.;



Πίνακας 13 : Κατά πόσο θεωρείτε ότι ο Νοσηλευτής του Κ.Υ. είναι κατάλληλα εκπαιδευμένος ώστε να σας προσφέρει νοσηλεία στο σπίτι;

	f	gf%
Καθόλου	17	14,05
Λίγο	50	41,32
Αρκετά	51	42,15
Πολύ	3	2,48
ΣΥΝΟΛΟ	121	100,00

Σχήμα 12 : Κατά πόσο θεωρείτε ότι ο Νοσηλευτής του Κ.Υ. είναι κατάλληλα εκπαιδευμένος ώστε να σας προσφέρει νοσηλεία στο σπίτι;



Πίνακας 14 : Σε ποιους από τους παρακάτω τομείς πιστεύετε ότι χρειάζεται

Ενίσχυση το Κ.Υ. για την βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας;

	ΝΑΙ		ΟΧΙ	
Επένδρωση του Κ.Υ. με Νοσηλευτικό και Ιατρικό προσωπικό	84	69,42%	37	30,58%
Εκπαίδευση του Νοσηλευτικού και Ιατρικού προσωπικού	65	53,72%	56	46,28%
Καλύτερες αποδοχές	44	36,36%	77	63,64%
Επαρκή εξοπλισμό	88	72,73%	33	27,27%

Στο παραπάνω ερώτημα πρότειναν επίσης 9 άτομα (ποσοστό 10,89%) επένδρωση του Κ.Υ με περισσότερο υλικό αλλά και εργαστηριακό εξοπλισμό και 4 άτομα (ποσοστό 4,84%) αύξηση της προσωπικής καλλιέργειας των νοσηλευτών.

---

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Για την εκτίμηση των συνθηκών εργασίας των νοσηλευτών στα Κ.Υ. χρησιμοποιήθηκαν συνολικά 13 ερωτήσεις (μαζί με τις υποερωτήσεις τους).

Οι ερωτήσεις αυτές ήταν :

11) Πιστεύετε ότι το Νοσηλευτικό προσωπικό επαρκεί για τις ανάγκες του Κ.Υ. που εργάζεστε; ΝΑΙ ☼ ΟΧΙ ☼

12) Σε τι επίπεδο κυμαίνονται οι διαπροσωπικές σχέσεις με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας υγείας;

- α) Χαμηλό ☼
- β) Μέτριο ☼
- γ) Υψηλό ☼

13) Κατά πόσο πιστεύετε ότι οι αποδοχές επηρεάζουν την παρεχόμενη φροντίδα;

- α) Καθόλου ☼
- β) Λίγο ☼
- γ) Αρκετά ☼
- δ) Πολύ ☼

---

14) Θεωρείτε ότι ο εξοπλισμός που διατίθεται στο Κ.Υ. είναι επαρκής για την κάλυψη των αναγκών των ατόμων της Κοινότητας;

ΝΑΙ ☼

ΟΧΙ ☼

15) Κατά την γνώμη σας το μορφωτικό επίπεδο των ατόμων της Κοινότητας επηρεάζει την μεταξύ σας συνεργασία;

ΝΑΙ ☼

ΟΧΙ ☼

24) Κατά την άποψή σας, είναι περιορισμένη η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών του Κ.Υ. κατά τις απογευματινές και βραδινές ώρες;

ΝΑΙ ☼

ΟΧΙ ☼

28) Βρίσκετε ότι η Νομοθεσία προστατεύει τον Νοσηλευτή στα πλαίσια των δραστηριοτήτων του στην Κοινότητα;

ΝΑΙ ☼

ΟΧΙ ☼

29) Ποιοι τομείς πιστεύετε ότι πρέπει να ενισχυθούν για την βελτίωση παροχής της Π.Φ.Υ. στο Κ.Υ. που εργάζεστε;

- Στελέχωση του Κ.Υ. με Νοσηλευτικό και Ιατρικό

προσωπικό

ΝΑΙ ☼

ΟΧΙ ☼

- Υλικοτεχνική υποδομή

ΝΑΙ ☼

ΟΧΙ ☼

- Εκπαίδευση της ομάδας εργασίας

ΝΑΙ ☼

ΟΧΙ ☼

- Οικονομικά κίνητρα

ΝΑΙ ☼

ΟΧΙ ☼

---

- Κατοχύρωση επαγγελματικών δικαιωμάτων στους

Νοσηλευτές

ΝΑΙ ☼

ΟΧΙ ☼

- Περισσότερο ανεξαρτητοποιημένη η Νοσηλευτική ΝΑΙ ☼ ΟΧΙ ☼

Ακολούθως ανάλογα με τον αριθμό των σωστών απαντήσεων που δόθηκαν κάθε ερωτηθείς κατατάχτηκε σε 4 κατηγορίες. Έτσι ο συμμετέχων που απάντησε έως 4 απαντήσεις θετικά θεωρούσε τις συνθήκες εργασίας 'άσχημες'. Ερωτηθείς που απάντησε θετικά σε 5-9 από τις παραπάνω ερωτήσεις θεωρούσε τις συνθήκες εργασίας 'μέτριες', ερωτηθείς που απάντησε θετικά σε 10-14 από τις παραπάνω ερωτήσεις θεωρούσε τις συνθήκες εργασίας 'καλές' και τέλος όσοι απάντησαν θετικά σε παραπάνω από 14 ερωτήσεις (μέγιστο 15) θεωρούσαν τις συνθήκες εργασίας 'πολύ καλές'. Από τους 66 συμμετέχοντες στην παρούσα μελέτη ο 1 (ποσοστό 1,5%) του δείγματος μας θεώρησε τις συνθήκες εργασίας 'άσχημες', οι 12 (ποσοστό 7,92%) του δείγματος μας θεώρησαν τις συνθήκες εργασίας 'μέτριες', οι υπόλοιποι 48 (ποσοστό 31,68%) 'καλές', ενώ οι υπόλοιποι 5 (ποσοστό 7,5%) 'πολύ καλές' (Πίνακας 21, Σχήμα 12).

Ο μέσος όρος των απαντήσεων για τις συνθήκες εργασίας ήταν 6,6 θετικές απαντήσεις, με ελάχιστο τις 4, μέγιστο τις 15 ερωτήσεις και SD 2,32.

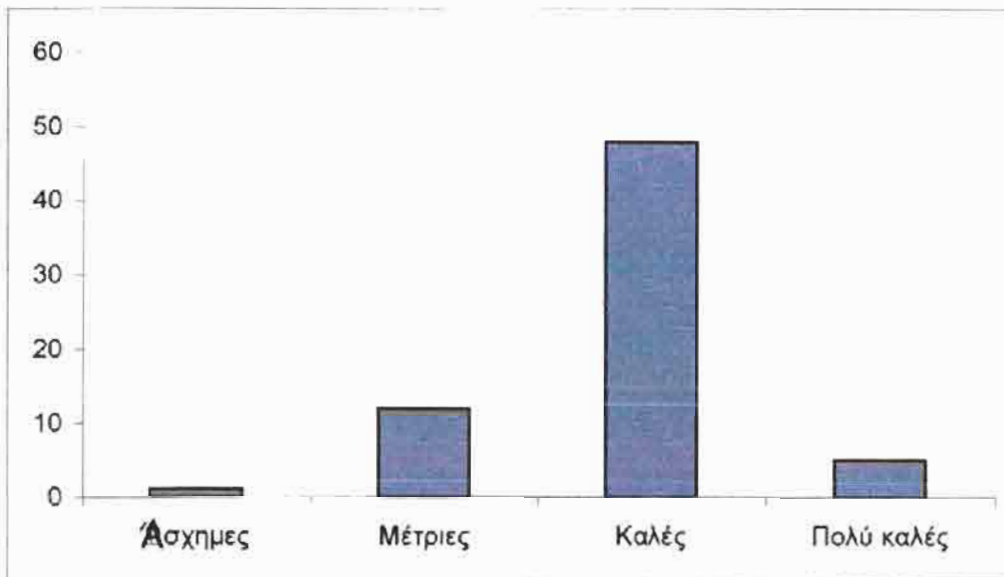
Αναλύοντας περαιτέρω τις επιμέρους απαντήσεις που δόθηκαν αξίζει να σημειώσουμε ότι τα σοβαρότερα προβλήματα σύμφωνα με τους ερωτηθέντες (ποσοστό 78,79%) είναι η κατοχύρωση επαγγελματικών δικαιωμάτων στους Νοσηλευτές και οικονομικά κίνητρα (ποσοστό 78,79%).



Πίνακας 21 : Οι συνθήκες εργασίας των Νοσηλευτών στα Κ.Υ.

	f	f%
Άσχημες	1	1,50
Μέτριες	12	7,92
Καλές	48	31,68
Πολύ καλές	5	7,57
ΣΥΝΟΛΟ	66	100,00

Σχήμα 12: Οι συνθήκες εργασίας των Νοσηλευτών στα Κ.Υ.



---

Για την εκτίμηση της ανταπόκρισης του ρόλου του νοσηλευτή στις ανάγκες των ατόμων της Κοινότητας χρησιμοποιήθηκαν συνολικά 7 ερωτήσεις (μαζί με τις επιμέρους ερωτήσεις).

Οι ερωτήσεις αυτές ήταν :

6) Νοιώθετε ικανοποιημένοι από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας του Νοσηλευτικού προσωπικού στο Κ.Υ. ;

ΝΑΙ ☼

ΟΧΙ ☼

8) Πιστεύετε ότι το Νοσηλευτικό προσωπικό επαρκεί για τις ανάγκες σας;

ΝΑΙ ☼

ΟΧΙ ☼

11) Πιστεύετε ότι η καλή συνεργασία με τους Νοσηλευτές βοηθάει στην καλύτερη ποιότητα της νοσηλευτικής σας φροντίδας;

ΝΑΙ ☼

ΟΧΙ ☼

12) Νομίζετε ότι το Νοσηλευτικό προσωπικό σας αντιμετωπίζει σαν ξεχωριστή Βιοψυχοκοινωνική οντότητα;

ΝΑΙ ☼

ΟΧΙ ☼

---

13) Έχετε εμπιστοσύνη στη φροντίδα που σας παρέχετε;

ΝΑΙ ☼

ΟΧΙ ☼

17) Θεωρείτε ότι η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών του Κ.Υ. σας καλύπτει κατά τις απογευματινές και βραδινές ώρες;

ΝΑΙ ☼

ΟΧΙ ☼

19) Κατά πόσο θεωρείτε ότι ο νοσηλευτής του Κ.Υ. είναι κατάλληλα εκπαιδευμένος ώστε να σας προσφέρει νοσηλεία στο σπίτι;

α) Καθόλου ☼

β) Λίγο ☼

γ) Αρκετά ☼

δ) Πολύ ☼

Ακολουθώς ανάλογα με τον αριθμό των θετικών απαντήσεων που δόθηκαν κάθε ερωτηθείς κατατάχτηκε σε 4 κατηγορίες. Έτσι συμμετέχων που απάντησε θετικά από καμία έως 1 ερωτήσεις θεωρεί ότι ο ρόλος του νοσηλευτή δεν ανταποκρίνεται ‘καθόλου’ στις ανάγκες των ατόμων της Κοινότητας. Συμμετέχων που απάντησε θετικά σε 2 έως 3 ερωτήσεις θεωρεί ότι ο ρόλος του νοσηλευτή ανταποκρίνεται ‘λίγο’ στις ανάγκες των ατόμων της Κοινότητας. Συμμετέχων που απάντησε θετικά σε 4 έως 5 ερωτήσεις θεωρεί ότι ο ρόλος του νοσηλευτή ανταποκρίνεται ‘αρκετά’ στις ανάγκες των ατόμων της Κοινότητας. Τέλος συμμετέχων που απάντησε θετικά σε πάνω από 6 ερωτήσεις θεωρεί ότι ο ρόλος του νοσηλευτή ανταποκρίνεται ‘πάρα πολύ’ στις ανάγκες των ατόμων της Κοινότητας. Από τους 121 συμμετέχοντες στην παρούσα μελέτη οι 66 (ποσοστό 79,86%) θεωρούν ότι ο ρόλος του νοσηλευτή ανταποκρίνεται ‘λίγο’ στις ανάγκες των ατόμων της Κοινότητας ενώ οι υπόλοιποι 47 (ποσοστό 56,87%) θεωρούν ότι ο ρόλος του νοσηλευτή ανταποκρίνεται ‘αρκετά’ στις ανάγκες των ατόμων της Κοινότητας ενώ οι 8 (ποσοστό 9,68%) θεωρούν ότι ο ρόλος του νοσηλευτή δεν ανταποκρίνεται ‘καθόλου’ στις ανάγκες των ατόμων της Κοινότητας (Πίνακας 15, Σχήμα 13).

Ο μέσος όρος των απαντήσεων για την ανταπόκριση του ρόλου του Νοσηλευτή στις ανάγκες των ατόμων της Κοινότητας ήταν 4,99 θετικές απαντήσεις, με ελάχιστο τις 1, μέγιστο τις 8 ερωτήσεις και SD 1,56.

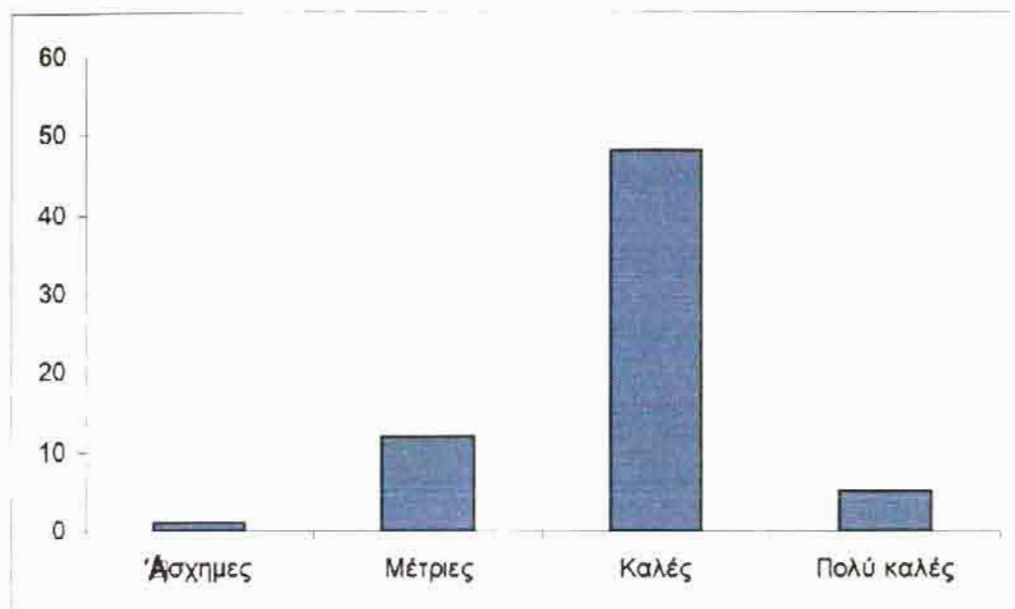
Πίνακας 15 : Ανταπόκριση του ρόλου του Νοσηλευτή στα Κ.Υ.

στις ανάγκες των ατόμων της Κοινότητας

	f	rf%
Καθόλου	8	9,68
Λίγο	66	79,86
Αρκετά	47	56,87
Πάρα πολύ	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	121	100,00

Σχήμα 13 : Ανταπόκριση του ρόλου του Νοσηλευτή στα Κ.Υ.

στις ανάγκες των ατόμων της Κοινότητας



## ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ

### A. Ερωτηματολόγιο για τους Νοσηλευτές

Στην έρευνα έλαβε μέρος τυχαίο δείγμα 66 νοσηλευτών/τριών και βοηθών νοσηλευτών/τριών Κέντρων Υγείας με σκοπό τη διερεύνηση των συνθηκών εργασίας τους.

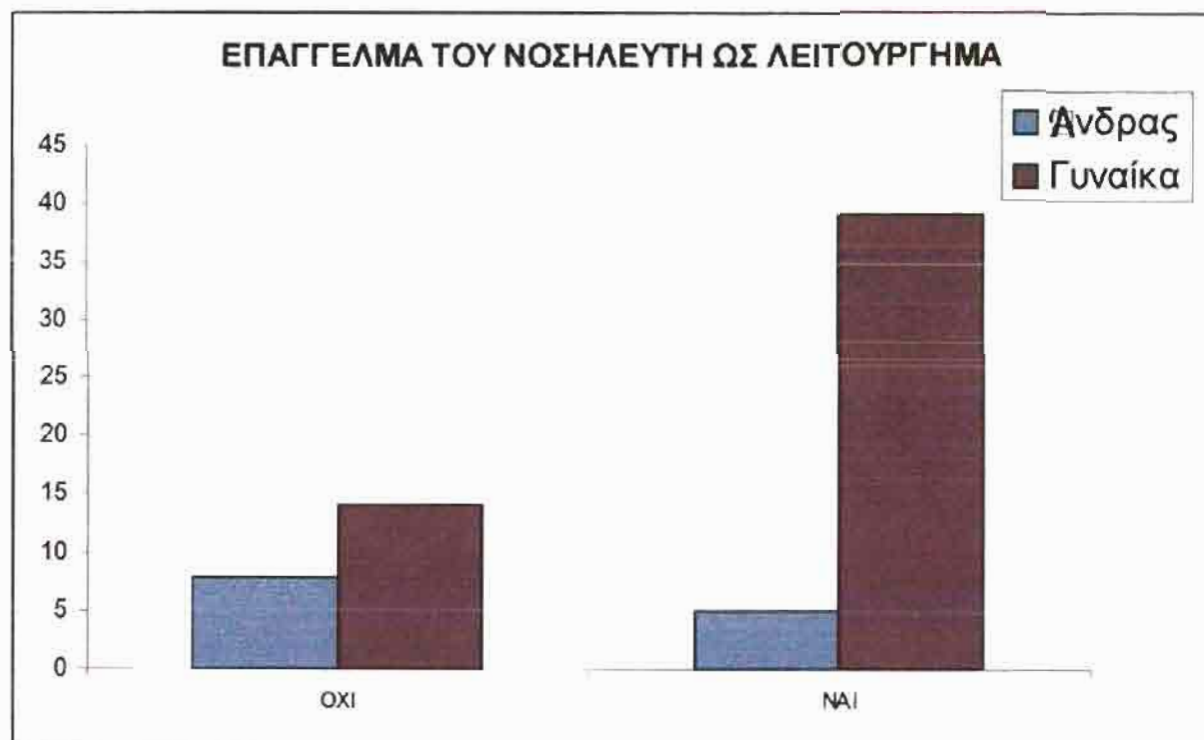
Spearman Rank Order Correlations	R	p-level
<b>ΦΥΛΟ</b>		
Θεωρείτε το επάγγελμα του Νοσηλευτή ως λειτουργήμα	0,30	p<0,05
Θεωρείτε το επάγγελμα του Νοσηλευτή ως βιοποριστικό	-0,25	p<0,05
<b>ΗΛΙΚΙΑ</b>		
Έχετε προηγούμενη εμπειρία στον χώρο της Νοσηλευτικής.	0,40	p<0,001
<b>ΕΧΕΤΕ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ;</b>		
Θεωρείτε το επάγγελμα του Νοσηλευτή ως βιοποριστικό	-0,32	p<0,01
<b>ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΩΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΗΜΑ</b>		
Θεωρείτε το επάγγελμα του Νοσηλευτή ως βιοποριστικό	-0,56	p<0,0001
Πιστεύετε ότι εμπνέετε εμπιστοσύνη και ασφάλεια στους ασθενείς με το έργο που παρέχετε.	0,36	p<0,01
<b>ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΩΣ ΒΙΟΠΟΡΙΣΤΙΚΟ;</b>		
Πιστεύετε ότι εμπνέετε εμπιστοσύνη και ασφάλεια στους ασθενείς με το έργο που παρέχετε.	-0,25	p<0,05

Οι γυναίκες νοσηλεύτριες θεωρούν περισσότερο έναντι των ανδρών συναδέλφων τους το επάγγελμα του Νοσηλευτή ως λειτουργήμα (p<0,05)

ενώ αντίθετα οι άνδρες νοσηλευτές θεωρούν περισσότερο το επάγγελμά τους ως βιοποριστικό ( $p < 0,05$ ).

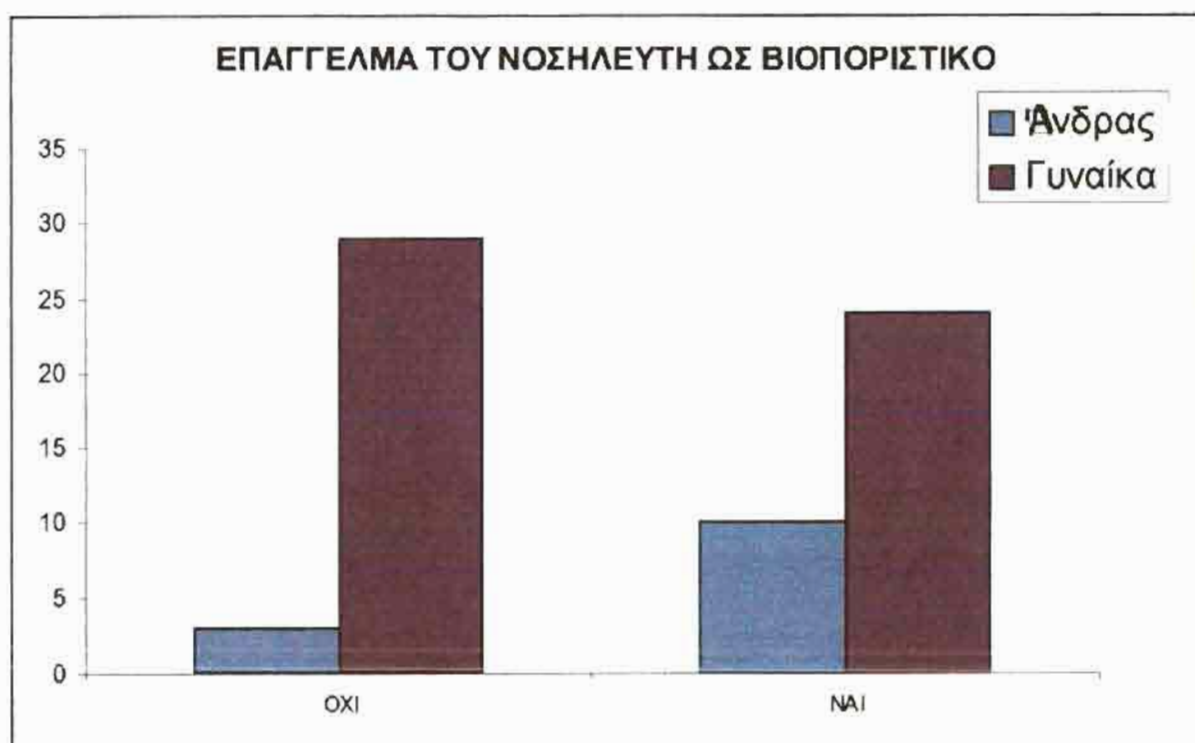
**ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΤΟΥ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΩΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΗΜΑ;**

ΦΥΛΟ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΣΥΝΟΛΑ
Ανδρας	8	5	13
Γυναίκα	14	39	53
	22	44	66



**ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΤΟΥ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΩΣ ΒΙΟΠΟΡΙΣΤΙΚΟ;**

ΦΥΛΟ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΣΥΝΟΛΑ
Ανδρας	3	10	13
Γυναίκα	29	24	53
	32	34	66



Προφανώς νοσηλευτές μεγαλύτερης ηλικίας έχουν περισσότερη πρότερη εμπειρία στον χώρο της νοσηλευτικής ( $p < 0,001$ ).

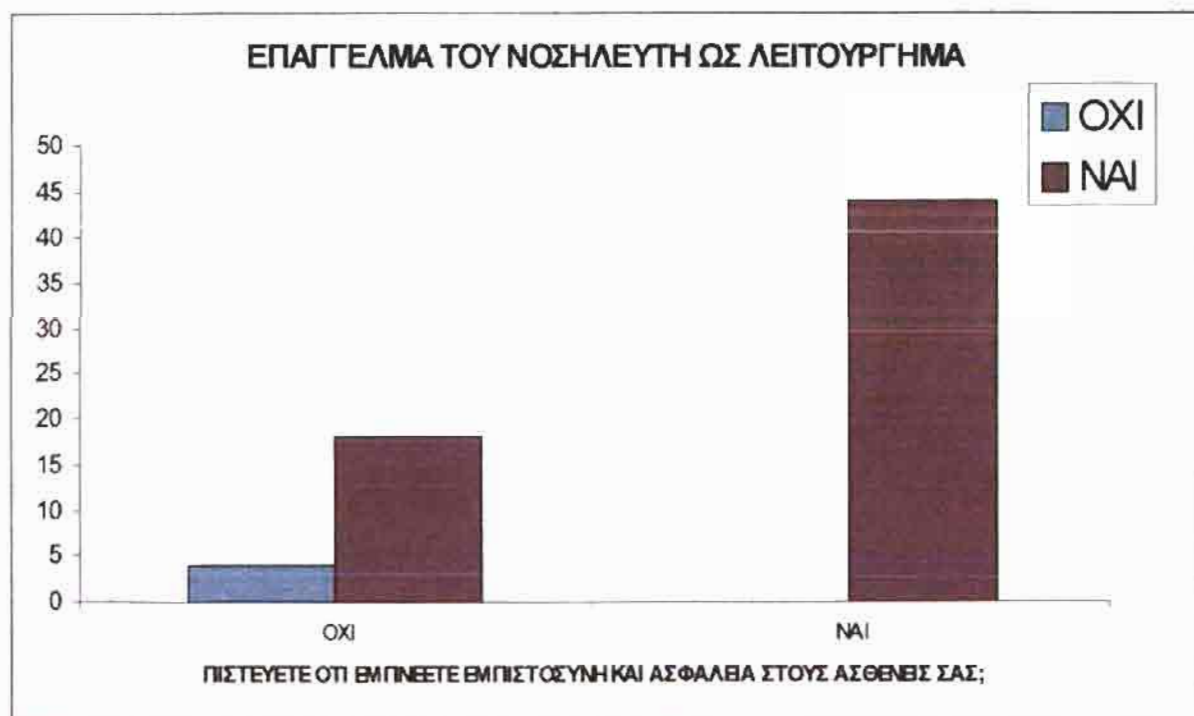
Το επάγγελμα του νοσηλευτή το θεωρούν ως βιοποριστικό περισσότερο νοσηλευτές με μικρότερη πρότερη εμπειρία στον χώρο της νοσηλευτικής ( $p < 0,01$ ).



Τελικά όποιος από τους ερωτηθέντες νοσηλευτές θεωρεί ότι το επάγγελμα που ασκεί είναι βιοποριστικό δεν το θεωρεί ως λειτούργημα και αντιστρόφως ( $p < 0,0001$ ).

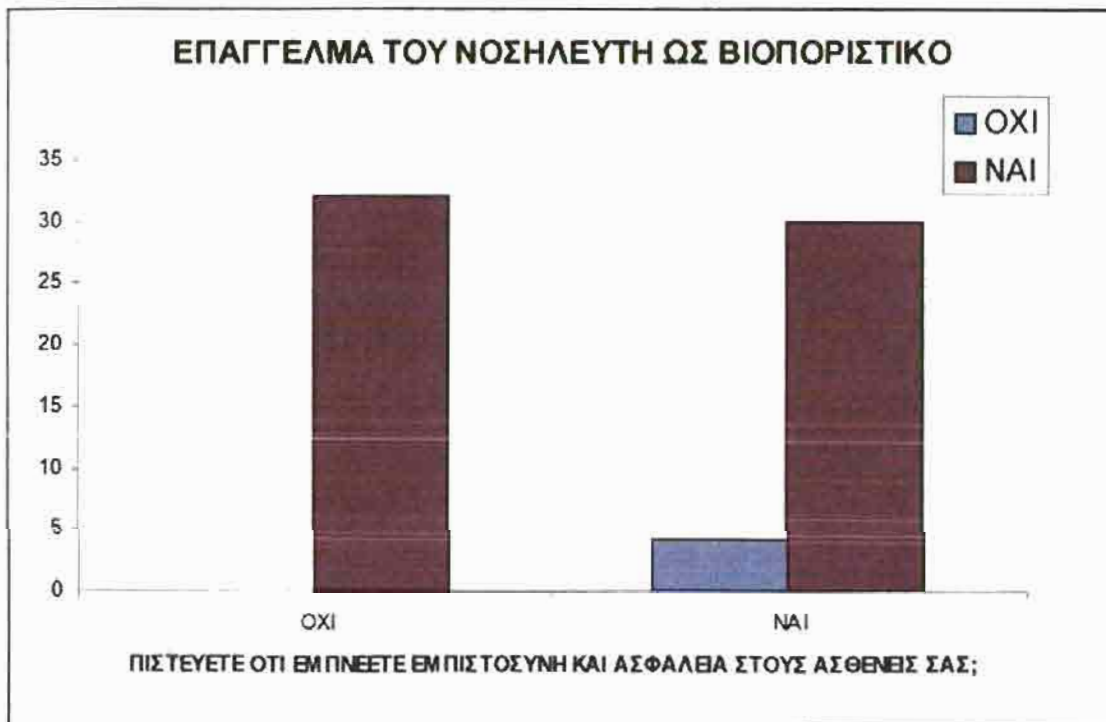
**ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ  
ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΩΣ  
ΛΕΙΤΟΥΡΓΗΜΑ;**

<b>ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΕΜΠΙΝΕΕΤΕ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΑΣ;</b>	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΣΥΝΟΛΑ
ΟΧΙ	4	0	4
ΝΑΙ	18	44	62
	22	44	66



**ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ  
ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΩΣ  
ΒΙΟΠΟΡΙΣΤΙΚΟ;**

<b>ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΕΜΠΝΕΕΤΕ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΑΣ;</b>	<b>ΟΤΙ ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ</b>	OXI	NAI	ΣΥΝΟΛΑ
	OXI		0	4
NAI		32	30	62
		32	34	66



Τέλος, από τους ερωτηθέντες νοσηλευτές/τριες αυτοί που θεωρούν το επάγγελμά τους ως λειτουργήμα θεωρούν ότι εμπνέουν εμπιστοσύνη και ασφάλεια στους ασθενείς τους ( $p < 0,01$ ) σε αντίθεση με τους συναδέλφους

τους που το επάγγελμά τους ως βιοποριστικό και ταυτόχρονα οι ίδιοι δεν θεωρούν ότι εμπνέουν εμπιστοσύνη και ασφάλεια στους ασθενείς τους ( $p < 0,05$ ).

## B. Ερωτηματολόγιο για τα άτομα της Κοινότητας

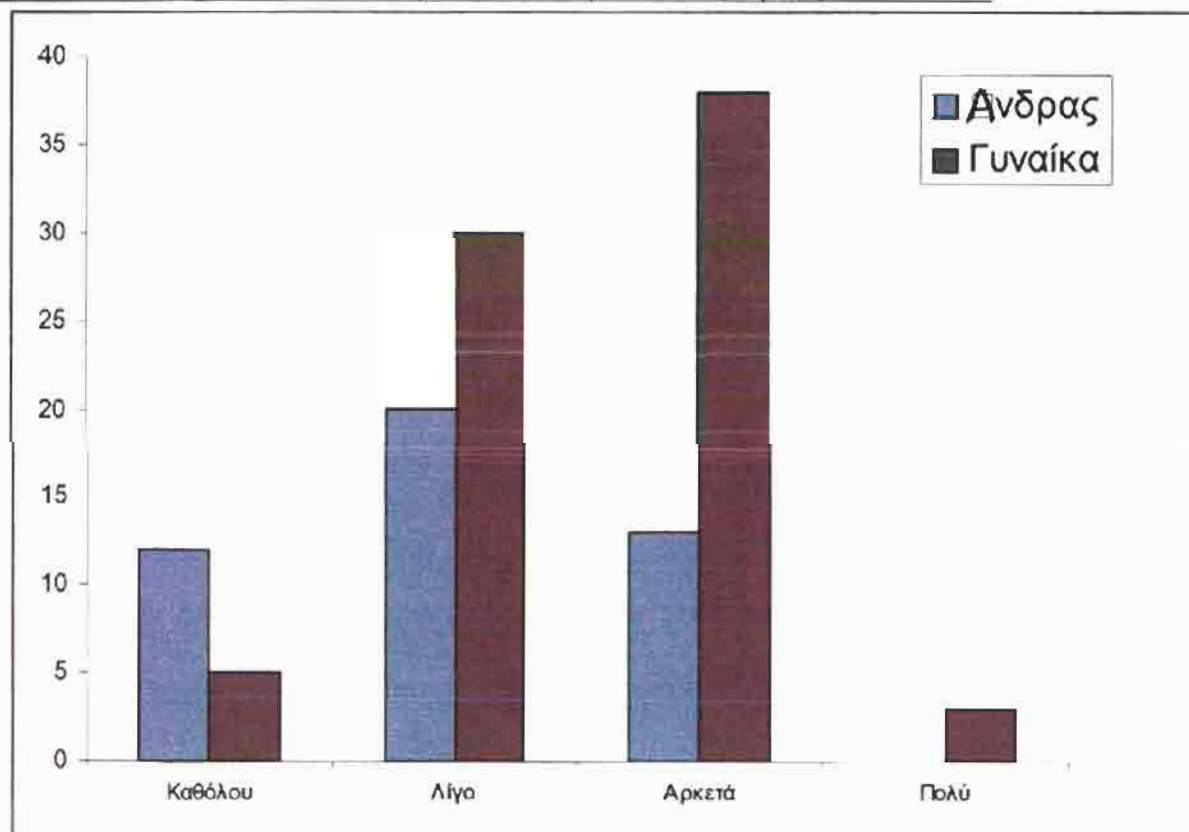
Στην έρευνα έλαβε μέρος τυχαίο δείγμα 121 ατόμων της Κοινότητας που εξυπηρετούνται από Κέντρα Υγείας με σκοπό τη διερεύνηση της ανταπόκρισης του ρόλου του Νοσηλευτικού προσωπικού στις ανάγκες των ατόμων αυτών.

Spearman Rank Order Correlations	R	p-level
<b>ΦΥΛΟ</b>		
Θεωρείτε τον Νοσηλευτή του Κ.Υ. κατάλληλα εκπαιδευμένο ώστε να σας προσφέρει νοσηλεία στο σπίτι.	0,31	<0,001
<b>ΗΛΙΚΙΑ</b>		
Συνήθως επισκέπτομαι το Κ.Υ. για θεραπεία	0,24	<0,01
Συνήθως επισκέπτομαι το Κ.Υ. για αποκατάσταση	0,21	<0,01
Νοιώθετε ικανοποιημένοι από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας του Νοσηλευτικού προσωπικού στο Κ.Υ. ;	0,30	<0,001
<b>ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ</b>		
Νοιώθετε ικανοποιημένοι από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας του Νοσηλευτικού προσωπικού στο Κ.Υ. ;	-0,28	<0,01

Οι γυναίκες περισσότερο, ίσως επειδή επισκέπτονται τα Κ.Υ. πιο συχνά από τους άνδρες, θεωρούν το νοσηλευτικό προσωπικό περισσότερο κατάλληλα καταρτισμένο για να προσφέρει νοσηλεία στο σπίτι ( $p < 0,001$ ).

ΦΥΛΟ

ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΤΟΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΤΑΛΛΗΛΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΜΕΝΟ ΩΣΤΕ ΝΑ ΠΡΟΣΦΕΡΕΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ;	ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΑ
	Ανδρας	Γυναίκα	
Καθόλου	12	5	17
Λίγο	20	30	50
Αρκετά	13	38	51
Πολύ	0	3	3
	45	76	121

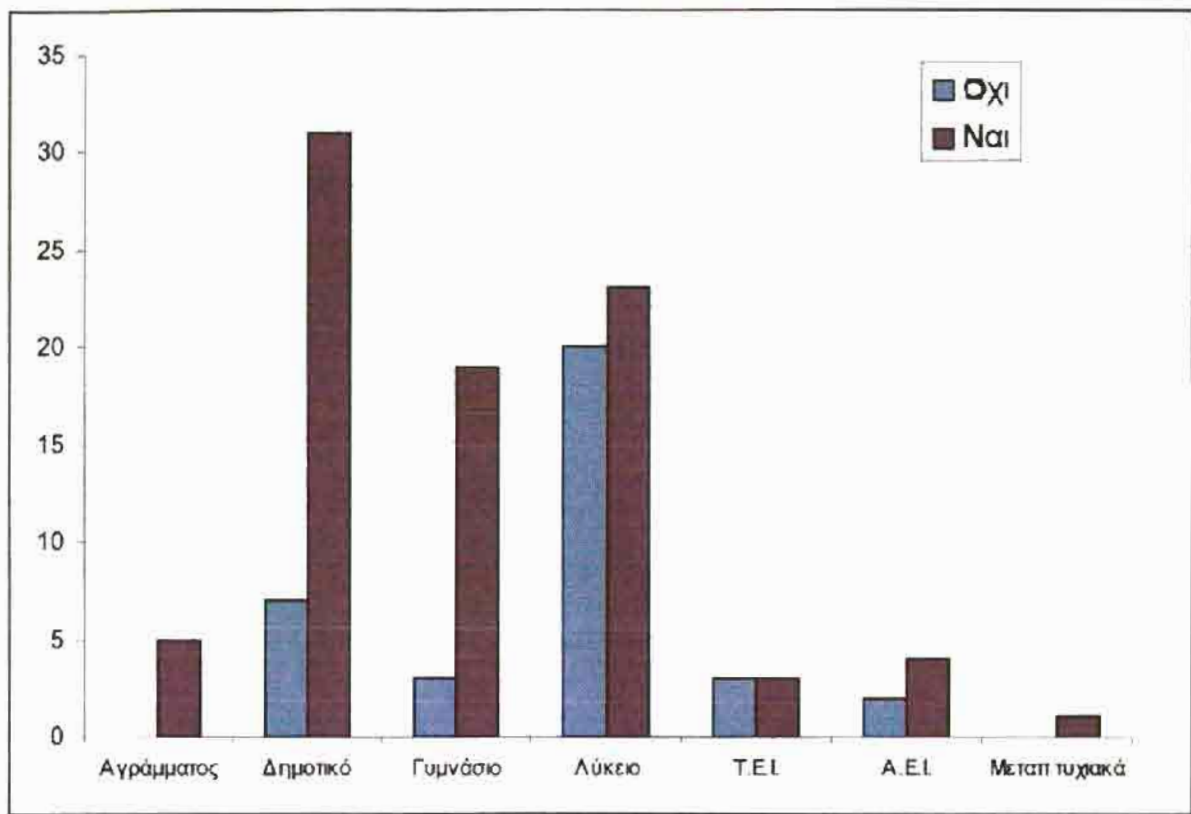


Άτομα σε μεγάλη ηλικία προφανώς επισκέπτονται το Κ.Υ. περισσότερο για θεραπεία ( $p<0,01$ ) και αποκατάσταση ( $p<0,01$ ) ενώ άτομα νεώτερα για πρόληψη και αγωγή υγείας.

Όσο υψηλότερη εκπαίδευση έχουν τα άτομα που επισκέπτονται τα κέντρα υγείας τόσο λιγότερα ικανοποιημένα νοιώθουν από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας που τους προσφέρεται από το Νοσηλευτικό Προσωπικό ( $p<0,01$ ) ενώ όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία τους τόσο περισσότερο ικανοποιημένοι νοιώθουν ( $p<0,01$ ).

**ΝΟΙΩΘΕΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛ. ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΟ Κ.Υ.;**

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	Όχι	Ναι	ΣΥΝΟΛΑ
Αγράμματος	0	5	5
Δημοτικό	7	31	38
Γυμνάσιο	3	19	22
Λύκειο	20	23	43
Τ.Ε.Ι.	3	3	6
Α.Ε.Ι.	2	4	6
Μεταπτυχιακά	0	1	1
	35	86	121



---

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην Ελλάδα ο θεσμός των Κ.Υ. καθιερώθηκε μετά την ψήφιση του Ν. 1397/83 που είχε επίκεντρο την Π.Φ.Υ.

Η παρούσα ερευνητική μελέτη διεξήχθη με σκοπό να παρουσιάσει το ρόλο του νοσηλευτή στα Κέντρα Υγείας και κατά πόσο ο ρόλος του ανταποκρίνεται στις ανάγκες των ατόμων της Κοινότητας.

Εξαιτίας της ανυπαρξίας ερευνητικών μελετών που διαπραγματεύονται το ίδιο θέμα στο Ελλαδικό χώρο είναι αδύνατη η σύγκριση των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών.

Τα άτομα που έλαβαν μέρος χωρίστηκαν σε δυο κατηγορίες: 1) στο νοσηλευτικό προσωπικό των Κέντρων Υγείας και 2) στα άτομα της Κοινότητας που εξυπηρετούνται από αυτά. Τόσο η ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας στα άτομα της Κοινότητας όσο και η ικανοποίηση των νοσηλευτών-τριων από τα Κέντρα Υγείας όπου εργάζονται, έχουν πολυπαραγοντική εξάρτηση.

Από τα αποτελέσματα της έρευνας έγινε εμφανές ότι η πλειοψηφία των νοσηλευτών του δείγματος θεωρούν ότι οι συνθήκες εργασίας τους στα Κέντρα Υγείας είναι μέτριες. Πρώτη αιτία κατά την γνώμη τους ήταν η έλλειψη συνεργασίας μεταξύ του υγειονομικού προσωπικού αφού οι καλές και εύλικρινείς διαπροσωπικές σχέσεις θεωρούνται ως άκρως απαραίτητες στην εργασία τους και συνεργασία τους. Η έλλειψη προσωπικού και αυτόνομης νοσηλευτικής υπηρεσίας κατατάχθηκαν στις τελευταίες θέσεις, παρά το γεγονός ότι αυτές ενοχοποιούνται κυρίως για την μη καλή λειτουργία των Κέντρων Υγείας.

Από το Νοσηλευτικό Προσωπικό οι άνδρες συνάδελφοι με υψηλότερη εκπαίδευση και με μεγαλύτερη προηγούμενη εμπειρία στο χώρο της Νοσηλευτικής θεωρούν καλύτερες τις συνθήκες εργασίας τους στα Κέντρα Υγείας. Όσοι αντιλαμβάνονται το επάγγελμα του νοσηλευτή ως βιοποριστικό και αντιλαμβάνονται την έννοια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αποκλειστικό ως θεραπεία θεωρούν καλύτερες τις συνθήκες εργασίας στα Κ.Υ. Επομένως οι παράγοντες που επιδρούν θετικά στις συνθήκες εργασίας είναι η θεώρηση από το Νοσηλευτικό Προσωπικό, ότι το επάγγελμα τους είναι είτε λειτούργημα είτε καθήκον.

---

Αξιοσημείωτο είναι ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων Νοσηλευτών στα Κέντρα Υγείας επιζητούν οικονομικά κίνητρα καθώς και κατοχύρωση των επαγγελματικών τους δικαιωμάτων.

Από τα ευρήματα μας προκύπτει με στατιστική σημαντικότητα ότι τα άτομα της Κοινότητας είναι μερικώς ικανοποιημένα από την παρεχόμενη φροντίδα των νοσηλευτών στα Κέντρα Υγείας. Το νοσηλευτικό προσωπικό δεν ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις των νεότερων ατόμων που επισκέπτονται το Κέντρο Υγείας περισσότερο για θεραπεία και αποκατάσταση ενώ άτομα νεώτερα για πρόληψη και Αγωγή Υγείας

Τα περισσότερα δυσαρεστημένα άτομα αποδίδουν την κακή ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας στις χαμηλές αποδοχές του Νοσηλευτικού Προσωπικού καθώς και στον ελλιπή εξοπλισμό των Κέντρων Υγείας και στις αντίξοες συνθήκες εργασίας. Τα προβλήματα αυτά αντικατοπτρίζουν το χάσμα και την έλλειψη επικοινωνίας τα οποία υφίστανται στην πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας και την εμποδίζουν να αναπτυχθεί.

Τέλος από τους ερωτηθέντες που θεωρούν βασικό το έργο του νοσηλευτή στα Κέντρα Υγείας εκτιμούν ότι ο ρόλος του νοσηλευτή ανταποκρίνεται στις ανάγκες τους ενώ όταν ο ρόλος του νοσηλευτή δεν ανταποκρίνεται στις ανάγκες των ατόμων της Κοινότητας αυτό φαίνεται και στην έλλειψη προσωπικής καλλιέργειας και εκπαίδευσης που θεωρούν οι ερωτηθέντες ότι έχει το νοσηλευτικό Προσωπικό.

Από τη σύγκριση των απαντήσεων των δυο ομάδων προέκυψε ότι οι απόψεις τους δεν συγκλίνουν στο πως αντιλαμβάνονται την έννοια της; Π.Φ.Υ. αφού το Νοσηλευτικό Προσωπικό την αντιλαμβάνεται ως πρόληψη και τα άτομα ως θεραπεία. Το Νοσηλευτικό Προσωπικό θεωρεί ότι το άτομο δεν αντιμετωπίζεται ως ξεχωριστή βιοψυχοκοινωνική οντότητα γεγονός που συμφωνεί και με την άποψη των ατόμων της Κοινότητας. Οι νοσηλευτές μάλλον ξεχνούν ότι η νόσος δεν είναι μόνο βιολογικό αλλά ψυχολογικό και κοινωνικό γεγονός, που προκαλεί αλλαγές στις λειτουργίες του οργανισμού, ασκεί επιδράσεις στην ψυχική κατάσταση του ανθρώπου και επηρεάζει γενικότερα τη συμπεριφορά του και τις σχέσεις του με τους άλλους.

Οι απόψεις και των δυο ομάδων για τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών των Κέντρων Υγείας τις απογευματινές και βραδινές ώρες συγκλίνουν αφού και οι δύο πιστεύουν ότι είναι περιορισμένη και προτείνουν την στελέχωση των Κέντρων Υγείας με υγειονομικό προσωπικό και εξοπλισμό.



Τέλος είναι αδιαμφισβήτητο γεγονός ότι για την παροχή ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας στα Κέντρα Υγείας απαιτούνται νοσηλευτές με επιστημονικές γνώσεις και προσωπική καλλιέργεια καθώς και Κέντρα Υγείας με επαρκή εξοπλισμό και υγειονομικό προσωπικό. Τότε και μόνο τότε θα είναι βέβαιο ότι θα υπάρξει πλήρης ικανοποίηση τόσο στους νοσηλευτές όσο και στα άτομα της Κοινότητας.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΟΛΛΑΠΛΗΣ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ ΚΑΤΑ ΒΗΜΑΤΑ ΠΑΝΩ ΣΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΑ Κ.Υ.

Multiple R=0.6584		Multiple R-Square=0.4335		Number of cases: 66	
F(8, 57)=5.454		p < 0.00004		St. Error of Estimate=1.865	
Var	b	St. Err. of b	t(95)	p-level	
Σταθερά	6.5262	1.5571	4.1913	.0001	
Απαιτούνται οικονομικά κίνητρα για την βελτίωση παροχής της ΠΦΥ	2.4112	0.5797	4.1593	.0001	
Τι εκπαίδευση έχετε;	1.1471	0.4823	2.3786	.0207	
Θεωρείτε το επάγγελμα του νοσηλευτή ως λειτούργημα;	2.3127	0.6594	3.5076	.0009	
Θεωρείτε το επάγγελμα του νοσηλευτή ως βιοποριστικό;	1.3637	0.5914	2.3059	.0248	
Αντιλαμβάνεστε την έννοια της ΠΦΥ ως θεραπεία;	-0.8849	0.5470	-1.6178	.1112	
Έχετε προηγούμενη εμπειρία στον χώρο της Νοσηλευτικής;	0.7123	0.5529	1.2882	.2029	
Θεωρείτε το επάγγελμα του νοσηλευτή ως καθήκον;	1.2200	0.9139	1.3349	.1872	
Φύλο ερωτηθέντος	-0.6387	0.6193	-1.0313	.3067	

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΟΛΛΑΠΛΗΣ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ  
ΚΑΤΑ ΒΗΜΑΤΑ ΠΑΝΩ ΣΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ  
ΤΟΥ ΡΟΛΟΥ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Multiple R=0.4775		Multiple R-Square=0.2280		Number of cases: 121	
F(5,114)=6.734		p < 0.00002		St. Error of Estimate=1.411	
Var	b	St. Err. of b	t(95)	p-level	
Σταθερά	2.4316	0.9771	2.4887	0.0143	
Μορφωτικό επίπεδο	-0.8040	0.3037	-2.6478	0.0093	
Ηλικία	0.0229	0.0065	3.5086	0.0006	
Θεωρείτε βασικό το έργο του Νοσηλευτή στο Κ.Υ.	1.5030	0.8380	1.7937	0.0755	
Η κακή ποιότητα Νοσηλευτικής φροντίδας οφείλεται στις χαμηλές αποδοχές	-0.5356	0.3135	-1.7085	0.0903	
Φύλο	0.3727	0.2793	1.3342	0.1848	

---

## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η Π.Φ.Υ. είναι μια φιλοσοφία βασισμένη στις αρχές της ισότητας, της κοινωνικής δικαιοσύνης και της αυτοδύναμης ανάπτυξης, μια στρατηγική, κεντρική ιδέα της οποίας είναι ο συνολικός και διατομεακός συνδυασμός για την υγεία με την ενεργό συμμετοχή της Κοινότητας και με βάση τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού.

Πώς όμως πρέπει να πορευθεί η Π.Φ.Υ. από δώ και πέρα για να πετύχει τους στόχους που έχει θέσει ο Π.Ο.Υ.;

Πρώτη προϋπόθεση είναι να αυξηθεί ο προϋπολογισμός της υγείας και να διατεθούν περισσότεροι παρά στην Π.Φ.Υ. με τη μεταφορά αυτών από τον νοσοκομειακών τομέα.

Πέρα απ' αυτό θα πρέπει να στελεχωθούν τα Κ.Υ. με το αναγκαίο προσωπικό και να εξοπλισθούν με βάση την ικανοποίηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού που είναι και ο τελικός στόχος.

Ένας άλλος στόχος που πρέπει να επιτευχθεί είναι η αύξηση του υγειονομικού προσωπικού στα Κ.Υ. το οποίο θα πρέπει να εκπαιδευτεί κατάλληλα για την Π.Φ.Υ. και η μη μεταφορά αυτού στα νοσοκομεία.

Επίσης θα πρέπει να καθοριστούν οι αρμοδιότητες του προσωπικού υγείας έτσι ώστε να μην προκαλούνται ανισότητες, να προωθηθεί η ομαδική εργασία μεταξύ τους ώστε να μάθουν να δουλεύουν συλλογικά και να καλύπτονται οι ανάγκες υγείας των ατόμων.

Ένα άλλο σημείο είναι η ανάγκη ανάπτυξης διατομεακής συνεργασίας. Έτσι θα πρέπει να αναπτυχθεί συνεργασία μεταξύ του προσωπικού υγείας και του πληθυσμού καθώς και συνεργασία μεταξύ του τομέα υγείας και των άλλων τομέων κοινωνικής δραστηριότητας.

Σημαντική προϋπόθεση για την ανάπτυξη της Π.Φ.Υ. είναι να αναπτυχθεί το δίκτυο των Κ.Υ. Βασική κατεύθυνση είναι όσο γίνεται περισσότερες υπηρεσίες να μεταφερθούν εκτός νοσοκομείου και να προσφέρονται από τα Κ.Υ.

---

Τέλος η χρήση των ηλεκτρονικών υπολογιστών στο χώρο της Π.Φ.Υ. μπορεί να βοηθήσει στην αύξηση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών της, με τη δημιουργία αρχείου υγείας, τη σωστότερη διαχείριση των ασθενών τόσο στη φάση της διάγνωσης όσο και στη φάση της θεραπείας, με τη διαρκή εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού.

Η Π.Φ.Υ. έχει ανάγκη υποστήριξης. Ο καλύτερος όμως τρόπος για να ισχυροποιηθεί και να εκτιμηθεί η σημασία της Π.Φ.Υ. στην συλλογική συνείδηση είναι να αποδείξει έμπρακτα τις δυνατότητές της.

Άρα λοιπόν αν η Π.Φ.Υ. θέλει να πορευθεί προς εκείνη την κατεύθυνση όπου θα αποτελεί επίκεντρο και βασική μονάδα του συστήματος υγείας πρέπει να είναι ΕΠΙΘΕΤΙΚΗ.

---

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των συνθηκών εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού στα Κέντρα Υγείας και κατά πόσο ο ρόλος τους ανταποκρίνεται στις ανάγκες των ατόμων της Κοινότητας που εξυπηρετούν.

Το υλικό της παρούσας έρευνας αποτέλεσαν τυχαίο δείγμα από 66 Νοσηλεύτριες-τριες και βοηθούς Νοσηλευτών -τριων που εργάζονται σε 3 Κέντρα Υγείας του Ν. Κορινθίας, 2 του Ν. Αχαΐας, 2 του Ν. Ηλείας, 1 του Ν. Ναυπακτίας, 3 του Ν. Λακωνίας, 1 του Ν. Φθιώτιδας, 1 του Ν. Αττικής και 121 ατόμων της Κοινότητας που εξυπηρετούνται από αυτά.

Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Ως όργανα μέτρησης για την έρευνα χρησιμοποιήθηκαν δυο διαφορετικά ερωτηματολόγια τα οποία συμπληρώθηκαν με τη μέθοδο της συνέντευξης.

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των διαφορών που παρατηρήθηκαν μεταξύ των εξεταζομένων ομάδων ήταν  $\chi^2$ - test για τις μη παραμετρικές μεταβλητές και το unpaired student's - t-test για τις παραμετρικές. Για τον έλεγχο των συσχετίσεων μεταξύ των διαφόρων παραμέτρων χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (R).

Από τα απόλέσματα προκύπτει ότι το μεν Νοσηλευτικό Προσωπικό των Κ.Υ. στην πλειοψηφία του θεωρεί τις συνθήκες εργασίας του ικανοποιητικές (97,92%) τα δε άτομα της Κοινότητας είναι μερικώς ικανοποιημένα από την παρεχόμενη Νοσηλευτική Φροντίδα.

Συμπερασματικά υπάρχει συμφωνία απόψεων μεταξύ του νοσηλευτικού Προσωπικού και των ατόμων της Κοινότητας. Το Νοσηλευτικό Προσωπικό επηρεάζεται από αρκετούς παράγοντες όπως χαμηλές αποδοχές, έλλειψη συνεργασίας μεταξύ του υγειονομικού προσωπικού, ανεπαρκή εκπαίδευση. Οι παράγοντες αυτοί επιδρούν αρνητικά στη Νοσηλευτική τους συμπεριφορά, στις σχέσεις τους με τα άτομα της Κοινότητας με αποτέλεσμα να μην παρέχεται η ικανοποιητική ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας. Τα άτομα της Κοινότητας από την πλευρά τους θεωρούν ως αίτια παροχής μη ικανοποιητικής φροντίδας την έλλειψη προσωπικής καλλιέργειας και εκπαίδευσης του Νοσηλευτικού Προσωπικού.

---

## SUMMARY

The purpose of this present study is based on the research of the working conditions of the nursing staff at the Health Centers and at which extent their role responds to the needs of this community.

The material of this present study composed casual sample of 66 nurses who were working at 3 Health Centers of Corinthia, 2 of Achaia, 2 of Ilia, 1 of Nafpaktia, 3 of Lakonia, 1 of Fthiotida, 1 of Attiki and 121 people of the community who served from them.

The choice of the sample took place without considering of descent, domestic, social and financial condition. As organs of measuring for the research used two different questionnaires which were completed by the method of interview.

The method used to find the differences among the workers was the  $\chi^2$ - test for the non perimetric alterables and the unpaired student's t-test for the perimetric. For the correlation check between various alterables the Spearman ( R) correlation factor has been used.

From the results it is obvious that the nursing staff of Health Centers in his majority consider the working conditions satisfactory (97,92%), while the people of the community are some satisfied (79,86%) from the quality of nursing treatment.

In conclusion there is agreement between the nursing staff point of view and that of the people of the community. The nursing staff is influenced from various factors such as paid salaries, lack of cooperation between the sanitary staff, inefficient training. These factors affect negatively the nursing behavior, their relations with the people of the community so that the proper quality of the nursing care is not given. In the other hand the people of the community consider as the cause of giving unsatisfactory nursing care the lack of personal cultivation and training of nursing staff.

---

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Σαπουτζή Δ, Λεμανίδου Χ.** Η Νοσηλευτική στην Ελλάδα – Εξελίξεις και Προοπτικές, Εκδόσεις Ακαδημίας Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα 1994.
2. **Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ.** Συστήματα Υγείας και Ελληνική πραγματικότητα, Αθήνα 1995.
3. **Ρούσσου Χ.,** Νομοθεσία Υγειονομική – Νοσηλευτική Επαγγελματική, Εκδόσεις ΖΥΜΕΛ, Αθήνα 1990.
4. **Τσίκου Ν., Καραγεωργοπούλου – Γραβάνη Σ.,** Πρακτική Άσκηση Νοσηλευτικής ΙΙ, Τόμος Β, Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, Αθήνα 1996.
5. **Κυριακόπουλος Γ., Φιλαληθής Τ.,** Η Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα 1996.
6. **Ράγια Α.,** Η Νοσηλευτική στην Π.Φ.Υ., Πρακτικά 15<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Λευκωσία – Κύπρος 1988.
7. **Λαναρά Β.,** Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών, Αθήνα 1993.
8. **Λιόνης Χ.,** Υγεία για όλους το 2000,, Πρακτικά Εθνικό Συμπόσιο Υγείας, Αθήνα 1990.
9. **Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.** Ανάπτυξη και Εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών και άλλες διατάξεις, Νόμος 2519/1997, Τεύχος 1, ΦΕΚ 165, Αθήνα 1997.
10. **Μωραΐτης Ε., Κουρή – Ζαραφωνίτη Τ.,** Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Αθήνα 1986.
11. **LALONDE M.,** «A new perspective on the Health of Canadians». Information Canada. Ottawa 1974.
12. **Σασαρώλης Σ.,** Ομάδα Υγείας και ο ρόλος του Γενικού Γιατρού, Πρακτικά 1<sup>η</sup> Παγκρήτια Συνάντηση Γενικής Ιατρικής, Κανδανός 1995.
13. **Νικητάκης Π.,** Στόχοι των Παγκρητιών Συναντήσεων Γενικής Ιατρικής, Πρακτικά 1<sup>η</sup> Παγκρήτια Συνάντηση Γενικής Ιατρικής, Κανδανός 1995.

- 
14. **Κυριακίδου Ε.**, Η Νοσηλευτική στην Π.Φ.Υ., Πρακτικά 15<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Λευκωσία – Κύπρος 1988.
  15. **Κυριακίδου Ε.** Κοινωνική Νοσηλευτική, Αθήνα 1995.
  16. **Παπαδημητρίου Μ.**, Σημειώσεις Κοινωνική Νοσηλευτική, Πάτρα 1999.
  17. **Κωνσταντινίδης Θ., Τζαγκαράκη Ε.**, Η Νοσηλευτική Φροντίδα στο Σπίτι, Αθήνα 1998.
  18. **Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.** Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας, Νόμος 2071/92, Τεύχος 1, ΦΕΚ 123, Αθήνα 1992.
  19. **Gallagher B.**, Community health nursing, Second edition, F.A.Davis company, Philadelphia 1985.
  20. **Bolander R.**, Home Care Nursing, Third edition, W.B. Saunders, Philadelphia 1985.
  21. **Lionis C.**, District health systems based on primary health care, Proceedings of the 9<sup>th</sup> Conference of the International Association for the study of Health Police (Europe), Frankfurt – Bockenheim 1995.
  22. **Smith C.**, Community health nursing, theory and practice, M.B. Saunders, Company, Philadelphia 1995.
  23. **Γιαννοπούλου Α.**, Ψυχιατρική Νοσηλευτική, Εκδόσεις ΤΑΒΙΔΑ, Αθήνα 1996.
  24. **Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου Α., Λάμπρου Π.**, Οικογενειακή Νοσηλευτική, Νοσηλευτική Τόμος 39, Τεύχος 1, Αθήνα 2000.
  25. **Λάμπρου Α.**, Η Νοσηλευτική στην Π.Φ.Υ., Πρακτικά 15<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Λευκωσία – Κύπρος 1988.
  26. **Παπαμικρούλη Σ.**, Η Νοσηλευτική στην Π.Φ.Υ., Πρακτικά 15<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Λευκωσία – Κύπρος 1988.
  27. **Blackie C.**, Community Health Care Nursing, Churchill Livingstone, London 1998.
  28. **Εφημερίδα της Κυβερνήσεως,** Νόμος 2194/94, ΦΕΚ 34, Αθήνα 1994.



- 
29. **Εφημερίδα της Κυβερνήσεως**, Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις, Νόμος 1579/85, ΦΕΚ 217, Τεύχος 1, Αθήνα 1985.
  30. **Αναπλιώτου – Βαζαίου, Ε.**, Παγκόσμιες Αποδοχές στην Υγεία και Εθνικά Συστήματα, Αθήνα 1983.
  31. **Tope R.**, UK Primary Health Care in 2000, Πρακτικά Σεμιναρίου, Πάτρα 1999.
  32. **Ματσαγγάνης Μ.**, Μορφές ανταγωνισμού σε δημόσια συστήματα υγείας, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα 1993.
  33. **Μπέλλου – Μυλωνά Π.**, Σημειώσεις Νοσηλευτική Φροντίδα Οικογένειας, Αθήνα 1995.

---

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΓΙΑ ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ:

1. ΤΟ ΦΥΛΟ ΣΑΣ ΕΙΝΑΙ:

ΑΝΤΡΑΣ  
ΓΥΝΑΙΚΑ

2. ΤΙ ΗΛΙΚΙΑ ΕΧΕΤΕ;

3. ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ:

- ΑΓΡΑΜΜΑΤΟΣ
- ΔΗΜΟΤΙΚΟ
- ΓΥΜΝΑΣΙΟ
- ΛΥΚΕΙΟ
- ΤΕΙ
- ΑΕΙ
- ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΑ
- ΑΛΛΟ

4. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:

5. ΓΙΑ ΠΟΙΟΥΣ ΛΟΓΟΥΣ ΕΠΙΣΚΕΠΤΕΣΤΕ ΣΥΝΗΘΩΣ ΤΟ Κ.Υ.;

- ΠΡΟΛΗΨΗ
- ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ
- ΘΕΡΑΠΕΙΑ
- ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
- ΚΑΤΙ ΑΛΛΟ

6. ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ ΧΡΕΙΑΣΤΗΚΕ ΝΑ ΕΠΙΣΚΕΦΤΕΙΤΕ ΤΟ Κ.Υ.;

7. ΝΙΘΕΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΟ Κ.Υ.;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

8. ΑΝ ΟΧΙ ΓΙΑΤΙ:

9. ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΒΑΣΙΚΟ ΤΟ ΕΡΓΟ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟ Κ.Υ.;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

10. ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΠΑΡΚΕΙ ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΑΣ;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

11. ΠΩΣ ΣΑΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΙ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΟΥ Κ.Υ. :

- ΜΕ ΕΥΓΕΝΕΙΑ

- ΚΑΛΑ

- ΟΧΙ ΚΑΛΑ

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

12. ΝΟΜΙΖΕΤΕ ΟΤΙ Ο ΤΡΟΠΟΣ ΠΟΥ ΣΑΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΙ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΠΗΡΕΑΖΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΤΟΥ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

13. ΠΟΥ ΑΠΟΔΙΔΕΤΕ ΤΗΝ ΚΑΚΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ;

- ΧΑΜΗΛΕΣ ΑΠΟΔΟΧΕΣ

- ΠΛΗΜΜΕΛΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

- ΕΛΛΕΙΨΗ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟ

- ΕΛΛΕΙΨΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΚΑΛΙΕΡΓΕΙΑΣ

- ΟΛΑ ΜΑΖΙ

- ΚΑΤΙ ΑΛΛΟ

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

14. ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Η ΚΑΛΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΒΟΗΘΑΕΙ ΣΤΗΝ ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

15. ΝΟΜΙΖΕΤΕ ΟΤΙ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΣΑΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΙ ΣΑΝ ΞΕΧΩΡΙΣΤΗ ΒΙΟΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΟΝΤΟΤΗΤΑ;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

---

16. ΕΧΕΤΕ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΣΑΣ ΠΑΡΕΧΕΤΕ:

ΝΑΙ  ΟΧΙ

17. ΑΝ ΟΧΙ ΓΙΑ ΠΟΙΟΥΣ ΛΟΓΟΥΣ:

.....

.....

18. ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟ Κ.Υ.:

ΝΑΙ  ΟΧΙ

19. ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΕΣ ΝΟΜΙΖΕΤΕ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ ΑΥΤΕΣ:

.....

.....

20. ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟ ΠΑΡΑΠΟΝΟ ΣΑΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ Κ.Υ.:

.....

21. ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ Η ΔΙΑΘΕΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΟΥ Κ.Υ. ΣΑΣ ΚΑΛΥΠΤΕΙ ΤΙΣ ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΕΣ ΚΑΙ ΝΥΧΤΕΡΙΝΕΣ ΩΡΕΣ:

ΝΑΙ  ΟΧΙ

22. ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΠΟΥ ΠΑΡΕΧΕΤΕ ΑΠΟ ΤΟ Κ.Υ.:

ΝΑΙ  ΟΧΙ

23. ΚΑΤΑ ΠΟΣΟ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΤΟΥ Κ.Υ. ΕΙΝΑΙ ΚΑΤΑΛΗΛΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΜΕΝΟΣ ΩΣΤΕ ΝΑ ΣΑΣ ΠΡΟΣΦΕΡΕΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ:

ΚΑΘΟΛΟΥ  ΛΙΓΟ  ΑΡΚΕΤΑ  ΠΟΛΥ

---

24. ΣΕ ΠΟΙΟΥΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΤΟΜΕΙΣ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΧΡΕΙΑΖΕΤΕ ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΤΟ Κ.Υ. ΓΙΑ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ;

- ΕΠΑΝΔΡΩΣΗ ΤΟΥ Κ.Υ. ΜΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ
- ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΤΟΥ Κ.Υ. ΜΕ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ
- ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
- ΚΑΛΥΤΕΡΕΣ ΑΠΟΔΟΧΕΣ
- ΕΠΑΡΚΗ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟ
- ΚΑΤΙ ΑΛΛΟ .....


## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΓΙΑ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ:

1. ΦΥΛΟ            ΑΡΡΕΝ   
                      ΘΗΛΥ

2. ΗΛΙΚΙΑ            20 - 30   
                          30 - 40   
                          40 και άνω

3. ΤΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΕΧΕΤΕ,

ΔΕ             ΤΕ             ΠΕ             ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΑ

4. ΑΠΟ ΠΟΙΑ ΣΧΟΛΗ ΕΧΕΤΕ ΑΠΟΦΟΙΤΗΣΕΙ: (ΠΟΛΗ)

5. ΠΟΣΑ ΧΡΟΝΙΑ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ ΣΤΟ Κ.Υ.:

1-5             5-10             10 και άνω

6. ΕΑΝ ΝΑΙ ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΤΟΜΕΑ:

7. ΕΧΕΤΕ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ:

ΝΑΙ             ΟΧΙ

8. ΠΩΣ ΑΝΤΙΛΑΜΒΑΝΕΣΤΕ ΤΗΝ ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ Π Φ Υ :

- ΠΡΟΛΗΨΗ
- ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ
- ΘΕΡΑΠΕΙΑ
- ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
- ΟΛΑ ΜΑΖΙ
- ΚΑΤΙ ΑΛΛΟ

9. ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΩΣ.

ΛΕΙΤΟΥΡΓΗΜΑ             ΚΑΘΗΚΟΝ             ΒΙΟΠΟΡΙΣΤΙΚΟ

10. ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΤΟ Κ.Υ. ΧΩΡΟΤΑΞΙΚΑ;

11. ΤΙ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΕΞΥΠΗΡΕΤΕΙ ΤΟ Κ.Υ. ΟΠΟΥ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ;

12. ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΠΑΡΚΕΙ ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΟΥ Κ.Υ. ΟΠΟΥ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

13. ΣΕ ΤΙ ΕΠΙΠΕΔΟ ΚΥΜΑΙΝΟΝΤΑΙ ΟΙ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΑ ΥΠΟΛΟΙΠΑ ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ.

ΧΑΜΗΛΟ  ΜΕΤΡΙΟ  ΥΨΗΛΟ

14. ΚΑΤΑ ΠΟΣΟ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΟΙ ΑΠΟΔΟΧΕΣ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.

ΚΑΘΟΛΟΥ  ΛΙΓΟ  ΑΡΚΕΤΑ  ΠΟΛΥ

15. ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ Ο ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΠΟΥ ΔΙΑΤΙΘΕΤΑΙ ΣΤΟ Κ.Υ. ΕΙΝΑΙ ΕΠΑΡΚΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΛΥΨΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

16. ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΝΩΜΗ ΣΑΣ ΤΟ ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΗΝ ΜΕΤΑΞΥ ΣΑΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

17. ΝΟΜΙΖΕΤΕ ΟΤΙ ΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΕΙΝΑΙ ΚΑΤΑΛΛΗΛΑ ΚΑΤΑΡΤΙΣΜΕΝΟΙ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

18. ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΤΑ ΣΥΝΕΧΗ ΕΠΙΜΟΡΦΩΤΙΚΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ.

ΝΑΙ  ΟΧΙ



---

19. ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΑΥΤΟ ΠΟΥ ΣΑΣ ΣΤΕΝΑΧΩΡΕΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΤΟ Κ.Υ.

20. ΤΙ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΩΣ ΤΟ ΔΥΣΚΟΛΟΤΕΡΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΑΣ ΣΤΟ Κ.Υ.

21. ΤΙ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΩΣ ΤΟ ΕΥΝΟΪΚΟΤΕΡΟ ΣΤΟΙΧΕΙΟ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΑΣ ΣΤΟ Κ.Υ.

22. ΠΟΣΟΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ ΤΟΥ Κ.Υ. ΟΠΟΥ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ.

23. ΑΠΟ ΠΟΙΕΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ ΑΠΟΤΕΛΕΙΤΑΙ ΤΟ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΟΥ Κ.Υ.:

24. ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ ΤΟΥ Κ.Υ. ΟΠΟΥ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ:

25. ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΠΟΨΗ ΣΑΣ, ΕΙΝΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ Η ΔΙΑΘΕΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΟΥ Κ.Υ. ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΕΣ ΚΑΙ ΒΡΑΔΙΝΕΣ ΩΡΕΣ.

ΝΑΙ  ΟΧΙ

26. ΑΝ ΝΑΙ, ΤΙ ΠΡΟΤΕΙΝΕΤΕ.

27. ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΝΩΜΗ ΣΑΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΑΙ ΚΑΘΕ ΑΤΟΜΟ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΩΣ ΒΙΟΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΟΝΤΟΤΗΤΑ:

ΝΑΙ  ΟΧΙ

28 ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΕΜΠΝΕΕΤΕ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΤΟ ΕΡΓΟ ΠΟΥ ΠΑΡΕΧΕΤΕ.

ΝΑΙ

ΟΧΙ

29 ΒΡΙΣΚΕΤΕ ΟΤΙ Η ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΣΗΜΕΡΑ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΕΙ ΤΟΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΩΝ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ ΤΟΥ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ.

ΝΑΙ

ΟΧΙ

30 ΠΟΙΟΙ ΤΟΜΕΙΣ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΝΙΣΧΥΘΟΥΝ ΓΙΑ ΤΗ ΒΕΤΙΩΣΗ ΠΑΡΟΧΗΣ ΤΗΣ Π Φ Υ ΣΤΟ Κ Υ ΠΟΥ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ

- ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΤΟΥ Κ.Υ. ΜΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ
- ΥΛΙΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ
- ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
- ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΚΙΝΗΤΡΑ
- ΚΑΤΟΧΥΡΩΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΣΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ
- ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΑΝΕΞΑΡΤΟΠΟΙΗΜΕΝΗ Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
- ΚΑΤΙ ΑΛΛΟ .....