

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

Σπουδάστρια:

Σταυροπούλου Αικατερίνη

Εισηγήτρια:

Μόσχου – Κάκκου Αθηνά, MSc
Καθηγήτρια Εφαρμογών Νοσηλευτικής

Πάτρα, Μάιος 2001

ΑΦΙΕΡΩΣΗ

*Σ' αυτούς, που έχουν μοιθεί στην Επιστήμη και στην Τέχνη της
Νοσηλευτικής και συμβάλλουν καθημερινά στην πρόληψη του ανθρώπινου
πόνου.*

Ο Θεός να τους δίνει δύναμη να συνεχίσουν το έργο τους.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ θερμά την κα Μόσχου – Κάκκου Αθηνά, εισηγήτρια της εργασίας, για την εποικοδομητική καθοδήγηση και την αμέριστη συμπαράστασή της.

Επίσης, θερμές ευχαριστίες στους υπευθύνους – προϊσταμένους όλων των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, όπου απευθύνθηκα, καθώς και στους συμφοιτητές μου και συναδέλφους και όλους όσους συνέβαλαν στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και την ανάλυση των αποτελεσμάτων. Χωρίς την συμβολή όλων των παραπάνω θα ήταν ανέφικτη η διεξαγωγή της παρούσας μελέτης.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΛΙΣΤΑ ΠΙΝΑΚΩΝ	6
ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ	8
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^Ο ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	11
A. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ	12
1. Ιστορική εξέλιξη της Νοσηλευτικής.....	12
2. Νοσηλευτική Δεοντολογία	15
3. Η έρευνα στη Νοσηλευτική	25
B. ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ	28
1. Η Π.Φ.Υ ΣΤΟΝ ΚΟΣΜΟ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ	28
2. Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ Π.Φ.Υ.....	35
3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΦΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	37
4. Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	38
5. Ομάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδος Υγείας.....	42
Γ. Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ	46
1. ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ – ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ.....	46
2. ΣΤΑΔΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ...	49
3. ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ	52
4. ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ	56
5. ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	58
Δ. ΤΟΜΕΙΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ	61
1. ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	61
2. ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ	67
3. ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ..	74
4. ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ.....	82
5. ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ	86
6. ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	92
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^Ο ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	97
1. Σκοπός και Στόχοι της Έρευνας	97
2. Σχεδιασμός της Έρευνας	97
3. Τόπος και Χρόνος της Έρευνας	98
4. Πληθυσμός και Δείγμα	99
5. Κριτήρια Εισαγωγής και Αποκλεισμού	99
6. Συλλογή των Δεδομένων	100

7. Αξιοπιστία και Εγκυρότητα	100
8. Ηθικά και Οικονομικά Ζητήματα.....	101
9. Στατιστική Ανάλυση Δεδομένων	102
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	103
Περιγραφική Κατανομή Δείγματος.....	104
Στατιστική Συσχέτιση Παραμέτρων.....	125
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο	137
ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	139
ΩΦΕΛΕΙΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ.....	142
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	144
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	145
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1	150
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2	153
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3	155
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4	159

ΛΙΣΤΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

A/A	Όνομασία	Σελίδα
Πίνακας 1	Φύλο	104
Σχήμα 1	Φύλο	104
Πίνακας 2	Ηλικία	105
Σχήμα 2	Ηλικία	105
Πίνακας 3	Οικογενειακή κατάσταση	106
Πίνακας 4	Παιδιά	106
Πίνακας 5	Εξαρτώμενοι συγγενείς	106
Πίνακας 6	Μορφωτικό επίπεδο	107
Σχήμα 3	Μορφωτικό επίπεδο	107
Πίνακας 7	Λόγοι επιλογής επαγγέλματος	108
Σχήμα 4	Λόγοι επιλογής επαγγέλματος	108
Πίνακας 8	Άποψη νοσηλευτών σχετικά με την έννοια της Νοσηλευτικής	109
Πίνακας 9	Χρόνος άσκησης επαγγέλματος	109
Πίνακας 10	Εργασία εκτός νοσηλευτικής	110
Πίνακας 11	Κλάδος εργασίας	110
Σχήμα 5	Κλάδος εργασίας	111
Πίνακας 12	Χρόνος παραμονής στην παρούσα θέση εργασίας	111
Πίνακας 13	Κατάσταση παρούσας θέσης εργασίας	112
Πίνακας 14.1	Χρήση μεταφορικού μέσου	112
Πίνακας 14.2	Είδος μεταφορικού μέσου	112
Πίνακας 15	Απόσταση διαμονής από το χώρο εργασίας	113
Πίνακας 16	Άποψη νοσηλευτών σχετικά με την επάρκεια προσωπικού	113
Σχήμα 6	Επάρκεια προσωπικού	113
Πίνακας 17	Μέλη επαγγελματικού συλλόγου	114
Πίνακας 18	Λόγοι επιλογής εργασίας στην Κοινότητα	115
Σχήμα 7	Λόγοι επιλογής εργασίας στην Κοινότητα	115
Πίνακας 19	Αξιολόγηση δυσκολίας του τομέα εργασίας	116
Σχήμα 8	Αξιολόγηση δυσκολίας του τομέα εργασίας	116
Πίνακας 20	Ύπαρξη stress στους νοσηλευτές της ΠΦΥ	117

Σχήμα 9	Αξιολόγηση stress	117
Πίνακας 21	Λόγοι εμφάνισης stress στην ΠΦΥ	118
Σχήμα 10	Λόγοι εμφάνισης stress	118
Πίνακας 22	Άποψη νοσηλευτών σχετικά με το αν χρειάζεται ο κοινοτικός νοσηλευτής διαφορετικές γνώσεις και επιδεξιότητες	119
Πίνακας 23	Άποψη νοσηλευτών σχετικά με το αν χρειάζεται η ύπαρξη εμπειρίας για εργασία στην ΠΦΥ	119
Πίνακας 24	Άποψη νοσηλευτών για το χαρακτήρα της Κοινοτικής Νοσηλευτικής	120
Σχήμα 11	Χαρακτήρας Κοινοτικής Νοσηλευτικής	120
Πίνακας 25	Συνεργασία με τα μέλη Ομάδας Εργασίας	121
Σχήμα 12	Συνεργασία μελών ομάδας εργασίας	121
Πίνακας 26	Κοινοτική Νοσηλευτική: κλάδος που υστερεί;	122
Σχήμα 13	Κοινοτική Νοσηλευτική	122
Πίνακας 27	Επιπλέον σπουδές	123
Πίνακας 28	Επιθυμία επιπλέον σπουδών	123
Πίνακας 29	Ανάγνωση νοσηλευτικών περιοδικών	123
Πίνακας 30	Προτιμήσεις θεμάτων περιοδικού κοινοτικής νοσηλευτικής κατά προτεραιότητα	124
Πίνακας 31	Συσχέτιση Ηλικίας με παράγοντες διάρκειας εργασίας, stress και επιθυμία επιμόρφωσης	125
Σχήμα 14	Προϋπηρεσία σε σχέση με την Ηλικία	126
Πίνακας 32	Συσχέτιση τομέα εργασίας με απόψεις νοσηλευτών	129
Σχήμα 15	Επάρκεια προσωπικού σε σχέση με τον κλάδο εργασίας	132
Σχήμα 16	Βαθμός δυσκολίας του κλάδου εργασίας	132
Πίνακας 33	Συσχέτιση εκπαίδευσης νοσηλευτών με επιμόρφωση	133
Σχήμα 17	Μορφωτικό επίπεδο και επιπλέον επιμόρφωση	134

ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ

*«Καλόν είναι να φροντίζετε τους ασθενείς,
ώστε να ξαναβρίσκουν την υγεία τους,
ΑΛΛΑ να βοηθάτε και τους υγείς να την διατηρούν,
γιατί η φροντίδα τους είναι πράξη ευπρέπειας».*

Ιπποκράτης (Παραγγελίαι)

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υγεία είναι ό,τι πολυτιμότερο αγαθό έχει ο άνθρωπος. Αποτελεί απαραίτητη και αναγκαία προϋπόθεση ύπαρξης, ανάπτυξης, εξέλιξης, προόδου, ευημερίας και ευτυχίας. Χωρίς καλή υγεία όλα αυτά είναι απρόσιτα και ανέφικτα. Η προστασία και προαγωγή της, συνεπώς, αποτελούν πρωταρχικό καθήκον φροντίδας όχι μόνο της Πολιτείας και της Κοινότητας, αλλά και του μεμονωμένου ατόμου. Είναι λάθος το άτομο να παρακολουθεί παθητικά αντί να συμμετέχει ενεργητικά, να παραμένει αδιάφορο αντί να επιδεικνύει ζωνρό ενδιαφέρον, να είναι αδρανές αντί να δραστηριοποιείται σε ό,τι αφορά στην υγεία και να περιμένει την επίλυση των προβλημάτων της από την Πολιτεία και μόνο. Το μεμονωμένο άτομο, ο απλός πολίτης, δύναται να συμβάλει σημαντικά στην προστασία και προαγωγή της υγείας, ιδιαίτερα στον τομέα της Πρόληψης¹.

Η Νοσηλευτική αναλαμβάνει ηγετικό ρόλο στα συστήματα Υγείας και ιδιαίτερα στην οργάνωση και λειτουργία των Κέντρων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ). Ο Νοσηλευτής αποτελεί τον κύριο και πρωταρχικό υπεύθυνο επιστήμονα για την πρόληψη προβλημάτων υγείας και την ανάλογη ενημέρωση ατόμων, οικογενειών, ομάδων και κοινοτήτων σε θέματα υγείας. Ο ρόλος του δεν περιορίζεται πια μόνο στη θεραπευτική παρέμβαση με σκοπό την αποκατάσταση της υγείας του ατόμου που έχει ήδη νοσήσει, αλλά επεκτείνεται κυρίως στις παρεμβάσεις εκείνες που έχουν σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας².

Κέντρο της Νοσηλευτικής είναι ο άνθρωπος. Σκοπός της η πρόληψη της νόσου, η παροχή ολοκληρωμένης νοσηλείας, η αποκατάσταση, η βελτίωση τη συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και η προαγωγή της υγείας. Η άσκηση της Νοσηλευτικής απαιτεί αναλυτική σκέψη, δημιουργική φαντασία, επιστημονική κατάρτιση και ελεύθερη αλλά υπεύθυνη κρίση για τη λύση νοσηλευτικών προβλημάτων και λήψη αποφάσεων. Η νοσηλευτική είναι πράξη προσφοράς με τη βοήθεια, την υποστήριξη, την φροντίδα προς άτομα ή ομάδες ατόμων εξ ολοκλήρου ή εν μέρει εξαρτημένων λόγω προβλημάτων υγείας. Η Νοσηλευτική είναι Επιστήμη και Τέχνη.

Σκοπός της συγγραφής αυτής είναι να προβάλλουμε το ρόλο και τη σημασία των Υπηρεσιών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, να διερευνηθεί το επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών και οι απόψεις τους για τον τομέα αυτό και να

αναζητηθούν δυνατότητες βελτίωσης της παροχής φροντίδας υγείας καθώς και της ποιότητας ζωής των ίδιων των νοσηλευτών. Στο πρώτο μέρος της εργασίας γίνεται βιβλιογραφική ανασκόπηση που αφορά την εξέλιξη της νοσηλευτικής και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Ακολουθεί το δεύτερο μέρος όπου παρουσιάζεται αναλυτικά το ερευνητικό τμήμα της εργασίας με παράθεση πινάκων, σχημάτων και ανάλυση αυτών. Ελπίζουμε ότι η προσπάθεια αυτή έχει να δώσει θετικά στοιχεία στην παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας και θα συμβάλλει στην υγιή ανάπτυξη της κοινωνίας.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

- Α. Νοσηλευτική
- Β. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
- Γ. Η Νοσηλευτική στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
- Δ. Τομείς Άσκησης Κοινωνικής Νοσηλευτικής

A. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

1. Ιστορική εξέλιξη της Νοσηλευτικής

Σχεδόν ενάμισι αιώνα πριν η θεμελιωτής της σύγχρονης νοσηλευτικής Florence Nightingale οριοθέτησε το έργο της και προσδιόρισε την μοναδικότητα του νοσηλευτικού ρόλου στον ορισμό της: «What Nursing has to do...is to put the patient in the best condition for nature to act upon him», δηλαδή, «έργο της Νοσηλευτικής είναι να διατηρήσει τον άρρωστο στην καλύτερη δυνατή κατάσταση, έτσι που η φύση να επιδρά επάνω του»^{3,4}.

Από τη μελέτη της Ιστορίας της Νοσηλευτικής, διαπιστώνεται ότι τρία συστήματα φροντίδας επέδρασαν και επηρέασαν τη Νοσηλευτική στη διαχρονική της πορεία. Στο αρχαιότερο παραδοσιακό σύστημα, η φροντίδα στα άτομα και την οικογένεια καταρχήν περιοριζότο στα οικογενειακά πλαίσια και αργότερα εδίδετο από παραδοσιακούς θεραπευτές, οι οποίοι είχαν μια ιδιαίτερη, αναγνωρισμένη από όλους, θέση στην κοινωνία². Ήταν οι ίδιοι υπεύθυνοι για τις πράξεις τους και για την ανάπτυξη της εμπειρίας τους. Οι πρώτοι πολιτισμένοι λαοί ανέπτυξαν την ιατρική με περισσότερη έμφαση στη θεραπεία².

Το δεύτερο σύστημα φροντίδας αναπτύχθηκε με την επίδραση του Χριστιανισμού και συνδέθηκε με τη φροντίδα συγκεκριμένων ομάδων ατόμων με ειδικές ανάγκες^{2,5}. Με την εμφάνιση του Χριστιανισμού, λοιπόν, η Νοσηλευτική γίνεται εθελοντική προσφορά βοήθειας σε κάθε πάσχοντα, οικείο ή ξένο, φίλο ή εχθρό. Γίνεται διακονία του «πλησίον», εμπνεόμενη από την «Καινήν Εντολήν» της αγάπης και κατευθυνόμενη από την εκκλησία, είτε μέσα στα σπίτια των πασχόντων είτε στα πρώτα ιδρύματα, τα Ξενοδοχεία και τους Ξενώνες, που ήταν οι πρόδρομοι των σημερινών Νοσοκομείων. Το έργο της νοσηλείας γίνεται με επάρκεια και με αγάπη^{6,7}.

Η Νοσηλεύτρια της Χριστιανικής εποχής προσέφερε φροντίδα σωματική, καθώς και πνευματική και ηθική υποστήριξη στα άρρωστα άτομα φροντίζοντας για την ικανοποίηση των αναγκών του ανθρώπου, βιολογικών, ψυχολογικών, πνευματικών και κοινωνικών. Βέβαια, δεν υπήρχε τότε οργανωμένη συστηματική προσπάθεια προετοιμασίας και εκπαίδευσης των νοσηλευτών, την οποία αποκτούσαν μόνο με το παράδειγμα, την εξάσκηση και την πείρα^{2,8}. Χαρακτηριστικό της εποχής

εκείνης, είναι ότι τα ιδρύματα εξαρτώντο από την εκκλησία και μοναδικός σκοπός τους ήταν η προσφορά υπηρεσιών σε όσους είχαν ανάγκη, χωρίς υλικό κέρδος².

Το σύστημα αυτό, το βασισμένο στη χριστιανική διδασκαλία, σιγά-σιγά άρχισε να μετατρέπεται σε ένα τρίτο σύστημα, το οποίο αναπτύχθηκε παράλληλα με την πρόοδο τη Ιατρικής. Στο τέλος του 19^{ου} αιώνα, πολλές ανακαλύψεις και τεχνολογικές πρόοδοι είχαν επίδραση στην άσκηση της Ιατρικής Επιστήμης. Η άσηπτη τεχνική, η αντισηψία, η αναισθησία, η διαγνωστική ακτινολογία, συντέλεσαν στην εφαρμογή της μοντέρνας χειρουργικής. Παράλληλα, η ιδρυματική φροντίδα και η ιατρική εκπαίδευση διευρύνθηκε. Ο ρόλος των νοσηλευτών επεκτάθηκε στην εφαρμογή της ανεπτυγμένης ιατρικής θεραπευτικής στη φροντίδα των αρρώστων^{2,5}.

Προς το τέλος του 19^{ου} αιώνα και μετά τον Κριμαϊκό πόλεμο η Florence Nightingale, άρχισε την οργανωμένη νοσηλευτική εκπαίδευση σε σχολές της Αγγλίας². Η Florence Nightingale ήταν ευφυής και δυναμική γυναίκα με μια σπάνια για την εποχή της μόρφωση και βαθιά πίστη στο Θεό, με πλούσια ψυχικά χαρίσματα, και μια ισχυρή εσωτερική ώθηση προσφοράς, ήταν γεννημένη Νοσοκόμος. Η Nightingale δεν ήταν μια ονειροπόλος νέα της Αγγλικής Αριστοκρατίας. Ήταν μια δυναμική πρωτοπόρος Νοσηλεύτρια, τέλεια καταρτισμένη στις αρχές και τις μεθόδους της Νοσηλευτικής, απόλυτα ενημερωμένη στα υγειονομικά θέματα. Ανέλαβε το 1854 την νοσηλεία των ασθενών και τραυματιών του Κριμαϊκού πολέμου, στους στρατώνες – Νοσοκομείο του Σκούταρη, όπου εργάστηκε με βαθύτατη συναίσθηση ευθύνης, με αγάπη για τον άνθρωπο και με πλήρη επαγγελματική επάρκεια, αν και εθελοντής. Σε λίγους μήνες κατάφερε να μειώσει τη θνησιμότητα από 40% σε 2%. Έσωσε έτσι χιλιάδες ζωές συμπατριωτών της, υπερνικώντας απίθανες και σκληρές αντιδράσεις από θιγμένους ιατρούς και αμετακίνητους από το παραδοσιακό σύστημα αξιωματικούς τους στρατού. Αυτή ήταν μια μεγάλη στιγμή στην ιστορία της Νοσηλευτικής^{6,9,3}. Η Florence Nightingale με την εργασία της απέδειξε ότι η σωστή νοσηλεία μπορεί να σώσει ανθρώπινες ζωές και πως η Νοσηλευτική είναι Επιστήμη και Τέχνη, που όποιος την ασκεί πρέπει να την διδαχθεί και να την μάθει.

Από το 1945 και μετά η ταχύτατη τεχνολογική ανάπτυξη και η πρόοδος της Ιατρικής επιστήμης εξακολούθησε να επηρεάζει το νοσηλευτικό επάγγελμα. Οι νοσηλευτές ελκύστηκαν από την τεχνολογία και ανέλαβαν καθήκοντα, τα οποία προηγουμένως διεκπεραιώναν οι γιατροί. Με την ενέργειά τους αυτή δεν συνειδητοποιούσαν ότι ο ρόλος τους άλλαξε, ότι δεν ανέπτυσαν έτσι τη Νοσηλευτική, αλλά έπαιρναν το ιατρικό και όχι το νοσηλευτικό μονοπάτι^{2,3,8}.

Για πολλά χρόνια η Νοσηλευτική ακολούθησε το Ιατρικό μονοπάτι. Συνειδητά ή όχι η Νοσηλευτική εκπαίδευση, η άσκηση και η έρευνα ακόμη, ακολούθησαν το ίδιο με την Ιατρική θεωρητικό πλαίσιο ^{2,7}. Ήταν λοιπόν αναγκαίο και απαραίτητο για τη Νοσηλευτική να υιοθετήσει το δικό της θεωρητικό πλαίσιο, μέσα στο οποίο εντάσσονται τα φαινόμενα που αφορούν καθαρά τη Νοσηλευτική και εντοπίζονται οι ανάγκες υγείας τις οποίες αυτή καλείται να ικανοποιήσει ^{2,8}. Πολλοί μελετητές προειδοποίησαν ότι η εξάρτηση της Νοσηλευτικής από το ιατρικό θεωρητικό πλαίσιο, προκαλεί στο νοσηλευτικό επάγγελμα έλλειψη αυτονομίας και αυτοεξάρτησης και υποδηλώνει αίσθημα ανασφάλειας και αβεβαιότητας σχετικά με την ιδιαιτερότητα της νοσηλευτικής επιστήμης ^{2,9}. Με τη συνειδητοποίηση αυτής της πραγματικότητας πολλοί νοσηλευτές εργάστηκαν αποφασιστικά και προσπάθησαν να βασίσουν την διδασκαλία, την άσκηση ή την έρευνά τους σε θεωρητικό ερευνητικό πλαίσιο με αποτέλεσμα να αναπτυχθούν οι νοσηλευτικές θεωρίες ^{2,9}.

Από τη στιγμή που η Νοσηλευτική έγινε επάγγελμα παρουσιάστηκαν και τα προβλήματα, εκπαιδευτικά, οργανωτικά, εργασιακά, οικονομικά, δεοντολογικά, κοινωνικής αποδοχής, επαγγελματικής κατοχυρώσεως, εξελίξεως, ελέγχου και εποπτείας και σωρείας άλλων προβλημάτων και αναζητήσεων. Μια πρόχειρη ματιά στην εικόνα της Νοσηλευτικής εκπαίδευσης, παγκοσμίως και στη χώρα μας, μας πείθει για τον αποπροσανατολισμό της Νοσηλευτικής. Μια τεράστια ποικιλία εκπαιδευτικών προγραμμάτων, τριών και τεσσάρων επιπέδων Νοσηλευτικού προσωπικού, διάρκειας από ενός μέχρι πέντε ετών, προετοιμάζουν αυτούς που ασχολούνται με αυτό το τόσο δύσκολο, απαιτητικό και λεπτό συγχρόνως έργο. Η πολυμορφία της εκπαίδευσέως δείχνει ότι η Νοσηλευτική αγωνίζεται ακόμη να βρει την ταυτότητά της ⁶.

Η Νοσηλευτική εκπαίδευση ξεκίνησε και λειτούργησε για δεκαετίες με το σύστημα της Σχολής Μαθητείας “apprenticipe system”. Λίγες θεωρητικές γνώσεις και πολλή πρακτική άσκηση. Με το χρόνο όμως έγιναν πολλές αλλαγές. Οι κυριότερες αλλαγές που έγιναν στην Νοσηλευτική εκπαίδευση αφορούν την μετακίνηση του εκπαιδευτικού προγράμματος, από το χώρο της υγείας στο χώρο της παιδείας, την ανεξαρτοποίησή του από το Νοσοκομείο και την ένταξή του στο εκπαιδευτικό σύστημα της χώρας. Επίσης άλλαξε, όπως ήταν φυσικό το περιεχόμενο του εκπαιδευτικού προγράμματος, ο τρόπος διοικήσεως της Σχολής, η δομή του εκπαιδευτικού προσωπικού, η προετοιμασία και τα προσόντα του.

Η Αμερική είναι η πρώτη χώρα που λειτούργησε Πανεπιστημιακά Νοσηλευτικά Προγράμματα από την αρχή του αιώνα μας. Έχει σαφώς προσανατολισθεί προς την Πανεπιστημιακή εκπαίδευση, όπως και ο Καναδάς, η Ιαπωνία, η Κορέα και μερικές άλλες μικρότερες χώρες. Η Ευρώπη σαν σύνολο προχωρεί με διαστακτικά βήματα και το ίδιο συμβαίνει σε πολλές άλλες περιοχές του κόσμου. Σήμερα όλες οι χώρες προσανατολίζονται προς την Πανεπιστημιακή εκπαίδευση, κινούνται όμως προς αυτήν την κατεύθυνση με διαφορετικό ρυθμό ⁶.

Στη χώρα μας, ο επιστήμων Νοσηλευτής περιορίζεται συνήθως σε διοικητικά και διδακτικά καθήκοντα. Και από αυτές όμως τις θέσεις, ο επιστήμων που έχει επίγνωση της ευθύνης του και του ρόλου του, θα αναλάβει την φροντίδα των πιο δύσκολων περιστατικών, όταν κρίνει ότι ο ασθενής ή ο προβληματισμένος υγιής χρειάζεται την επέμβασή του. Όπως μέσα στις υγειονομικές μας υπηρεσίες υπάρχει μόνο ένα επίπεδο ιατρών, με την ιεραρχία του φυσικά, έτσι θα πρέπει κάποτε να υπάρξει ένα μόνο επίπεδο Νοσηλευτών με τη δική του ιεραρχία ⁶.

2. Νοσηλευτική Δεοντολογία

Στο μακραίωνο διάβα της ιστορίας της, μιας ατέρμονης πορείας ηρωϊσμού και αυταπάρνησης, η Νοσηλευτική ξεκινώντας από τη φροντίδα της μάνας στην πρωτόγονη σπηλιά εισήλθε στα Ακκληπεία, πέρασε στην Αίγυπτο, στην Ινδία, στη Βαβυλώνα, έφθασε σε έξαρση αγάπης στους Βυζαντινούς χρόνους με την επίδραση του Χριστιανισμού, για να παρακμάσει στο μεσαίωνα και να αναγεννηθεί τον 19^ο αιώνα, από τη δυναμική προσωπικότητας μιας Βρετανής νοσηλεύτριας. Καθώς περνούσε την εξέλιξή της από τέχνη σε επιστήμη και επάγγελμα, ένιωθε να τη δονούν τα μεγάλα προβλήματα της ύπαρξης: η ζωή και ο θάνατος. Ανάμεσά τους στεκόταν εκείνος που έπρεπε να υπηρετήσει: ο άρρωστος. Με την ανατολή του 20^{ου} αιώνα τα προβλήματα έγιναν διλήμματα. Αλλά οι προηγούμενοι αιώνες γνωρίζοντας κι εκείνοι πόσο λεπτό και επικίνδυνο ζήτημα είναι να ασχολείται με τον άνθρωπο, της κληροδότησαν σε κείμενα που νίκησαν τη φθορά του χρόνου, αρχές, όρια και σύμβολα της αιώνια αμετάβλητης ηθικής συνείδησης. Έτσι ο 20^{ος} αιώνας βρήκε τη Νοσηλευτική με μια αξιολογη ηθική κληρονομιά. Σ' αυτή την κληρονομιά στηρίχθηκε και, αφού μελέτησε τις κατευθύνσεις της και τις επανεξέτασε κάτω από το φως των δικών του προβλημάτων και οριακών καταστάσεων, εξέδωσε τις

αποφάσεις του, τα κείμενά του, κείμενα που, έχοντας έγκριση επίσημη, ήρθαν να προστεθούν σ' αυτά που υπήρχαν, για να αποτελέσουν σαν σύνολο τη Νοσηλευτική Δεοντολογία¹⁰.

Δεοντολογία είναι κανόνες καθηκόντων που αναπτύσσονται σε διάλογο με την κοινωνία. Αφορούν τα επιστημονικά επαγγέλματα. Είναι ένας τύπος εφαρμοσμένων κανόνων συμπεριφοράς, ηθικές αρχές με τις οποίες καθορίζονται οι πράξεις σαν σωστές ή εσφαλμένες στο ιδιαίτερο πρόβλημα του τομέα που εξετάζεται. Όσο περισσότερο ένα έργο ασχολείται με τον άνθρωπο, τόσο πιο απαιτητική και επιτακτική είναι η Δεοντολογία του. Η Δεοντολογία έχει σαν αντικείμενό της αυτά που πρέπει να γίνονται «περί των δεόντων γενέσθαι», δηλαδή την τακτική που επιβάλλεται και είναι ανάγκη να ακολουθεί καθένας, όταν εκτελεί ένα έργο, μια υπηρεσία. Οι κανόνες της όμως δεν έχουν άκαμπτη ισχύ και δεν απαιτούν στρατιωτική πειθαρχία. Βιώνονται και εφαρμόζονται μέσα σε πνεύμα πλήρους ελευθερίας. Αυτό άλλωστε δηλώνει και η ετυμολογία της λέξης. Είναι χαρακτηριστικό ότι η λέξη προέρχεται από το δέον και όχι από το πρέπει. Το πρέπει εκφράζει την υποταγή του ανθρώπου σε κάθε εξωτερική υποχρέωση, η οποία του επιβάλλεται, είτε το θέλει, είτε όχι και η παράβαση της οποίας συνεπάγεται ποινές και κυρώσεις, όπως π.χ. υποταγή στους νόμους του κράτους. Αντίθετα το δέον δηλώνει την εσωτερική εκείνη παρόρμηση της πραγματικής ελεύθερης συνείδησης, η οποία οδηγεί στην τήρηση υποχρεώσεων, που επιβάλλονται από το νόμο της αγάπης¹⁰.

Νοσηλευτική Δεοντολογία είναι το σύνολο των γνώσεων και κανόνων, που καθορίζουν τη συμπεριφορά του νοσηλευτή στην άσκηση των επαγγελματικών του καθηκόντων και γενικότερα ρυθμίζουν τις εκδηλώσεις του τόσο στο δημόσιο, όσο και στον ιδιωτικό βίο, έτσι που να ανταποκρίνεται στην υψηλή αποστολή του και να δικαιώνεται κοινωνικά. Είναι κώδικας συμπεριφοράς σε σχέση με το νοσηλευτικό επάγγελμα, που είναι αποδεκτός οικειοθελώς και δεν έχει επιβληθεί με επίσημη νομοθεσία του κράτους, όπως το δίκαιο. Εντούτοις για τη δικαιοσύνη αυτός ο κώδικας της νοσηλευτικής δεοντολογίας είναι ένας κώδικας συμπεριφοράς που ισχύει για όλους και δεν είναι απλά ένας εσωτερικός κανονισμός¹⁰.

Η Νοσηλευτική Δεοντολογία αποβλέπει στα εξής:

1. Να ενημερώνει το νοσηλευτή για τα επαγγελματικά του καθήκοντα και τον επιβαλλόμενο τρόπο συμπεριφοράς του στο χώρο της εργασίας.
2. Να τον βοηθεί να αναπτύσσει σωστές διαπροσωπικές σχέσεις τόσο με τους συνεργάτες, όσο και με τους αρρώστους και τους συνοδούς τους.

3. Να τον ευαισθητοποιεί και να τον βοηθεί να συνειδητοποιεί τις ευθύνες που αναλαμβάνει.
4. Να τον προσανατολίζει να βλέπει τον άρρωστο σαν μια μοναδική ψυχοσωματική ολότητα με ανάγκες και δικαιώματα.
5. Να του παρέχει τις βασικές γνώσεις και να τον οπλίζει για τα προβλήματα που προκύπτουν από την σύγκρουση των καθηκόντων και τα δεοντολογικά διλήμματα στην καθημερινή πράξη.

Για να είναι ικανός ο Νοσηλευτής ν' ανταποκριθεί σ' όλες αυτές τις πτυχές του έργου του η Νοσηλευτική Δεοντολογία του διοχετεύει την πείρα των χρόνων μέσα από δεοντολογικά κείμενα (κώδικας του Hammurabi). Οι κώδικες έχουν σκοπό να βοηθήσουν του Νοσηλευτές να αναπτύξουν την ικανότητα ολοκληρώσεως ηθικοδεοντολογικού συλλογισμού κατά την πρακτική τους. Να προσδιορίσουν το ρόλο της Νοσηλευτικής και των ασκούντων αυτήν σε οποιοδήποτε τομέα υγείας. Να προσδιορίσουν τον Νοσηλευτικό ρόλο τη συμμετοχή της διαδικασίας λήψεως αποφάσεων γύρω από άτομα με ειδικές ανάγκες υγείας. Να αναπτύξουν την καταγραφή και αναφορά μηχανισμών, ώστε να διαβεβαιωθούν οι Νοσηλευτές ότι ενεργούν όπως απαιτούν οι κανόνες και οι αρχές δεοντολογίας^{10,11}.

Παρακάτω παραθέτουμε τον κώδικα νοσηλευτικής δεοντολογίας, για τη σύνταξη του οποίου ελήφθησαν υπόψη ο Διεθνής Κώδικας Ηθικών Καθηκόντων Διπλωματούχων Νοσηλευτών του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών (International Council of Nurses – I.C.N Sao Paolo 1965 και Mexico 1973), ο Νοσηλευτικός Κώδικας του American Nurses Association (1976), Κώδικες Νοσηλευτικής Δεοντολογίας Χωρών της Ευρώπης, η Διακήρυξη της Γενεύης (Γενική Συνέλευση Παγκόσμιας Ιατρικής Ενωσης, Γενεύη 1948, Σίδνεϋ 1968), η Διακήρυξη του Ελσίνκι (Γενική Συνέλευση Παγκόσμιας Ιατρικής Ενωσης, Ελσίνκι 1964, Τόκιο 1975), ο Ευρωπαϊκός Χάρτης Δικαιωμάτων των Ασθενών (Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο 1983), οι Αρχές της Ευρωπαϊκής Ιατρικής Δεοντολογίας (Διαρκής Επιτροπή Γιατρών της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, 1987), ο Κώδικας Άσκησης του Ιατρικού Επαγγέλματος (Α.Ν. 1565/1939) και ο Κανονισμός Ιατρικής Δεοντολογίας (Β.Δ. 25 Μαΐου/6 Ιουλίου 1955)¹¹.

ΓΕΝΙΚΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ**Άρθρο 1**

Ο Νοσηλευτής οφείλει να αποτελεί υπόδειγμα έντιμου και ανεπίληπτου ατόμου σε όλες τις εκδηλώσεις της ζωής του προστατεύοντας την αξιοπρέπεια του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

Οφείλει γενικά να πράττει καθετί που επιβάλλει το καθήκον του σύμφωνα με τα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα, τις αρχές ηθικής και δεοντολογίας, τις διατάξεις του παρόντος κώδικος και τις διατάξεις που αφορούν στην άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος ¹¹.

Άρθρο 2

Πρωταρχική μέριμνα του νοσηλευτή κατά την παροχή των υπηρεσιών του είναι η κάλυψη των αναγκών του ανθρώπου σαν βιοψυχοκοινωνική πνευματική οντότητα. Με αποκλειστικό γνώμονα το συμφέρος του ασθενή στα πλαίσια της πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, αποκατάστασης και ανακούφισης από τον πόνο, οφείλει ο νοσηλευτής να χρησιμοποιεί το σύνολο των επιστημονικών και επαγγελματικών του γνώσεων, δεξιοτήτων και την εμπειρία του, διατηρώντας σε κάθε περίπτωση την επιστημονική και επαγγελματική του αυτοτέλεια.

Άρθρο 3

Ιδιαίτερο καθήκον του νοσηλευτή αποτελεί η φροντίδα του ασθενή διαμέσου της δημιουργίας του κατάλληλου θεραπευτικού περιβάλλοντος μέσα στο οποίο απολαμβάνει τη μέγιστη δυνατή σωματική, ψυχική και πνευματική υγεία και ικανοποιεί τις ανάγκες του ανάλογα με τις ιδεολογικές, θρησκευτικές και άλλες τοποθετήσεις.

Άρθρο 4

Ο νοσηλευτής θα πρέπει κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του ν' αποσχει από κάθε πράξη ή παράλειψη που είναι δυνατόν να δημιουργήσει την υπόνοια ότι καταφεύγει σε αγυρτία ή εξαπάτηση των ασθενών, προσέλευση πελατεία, προσωπική διαφήμιση, συνεταιρισμό με άτομα που δεν ασκούν το επάγγελμα για την

προσπόριση παράνομου όφελους του ιδίου ή τρίτου, συγκάλυψη ατόμων που ασκούν μη νόμιμα το επάγγελμα ή αθέμιτο ανταγωνισμό συναδέλφων.

Οφείλει σε κάθε περίπτωση να διατηρεί αγαθές σχέσεις με το λοιπό νοσηλευτικό και άλλο προσωπικό και να συνεργάζεται αρμονικά με άλλους επαγγελματίες υγείας, όπως ιατρούς, οδοντιάτρους, φαρμακοποιούς, κοινωνικής εργασίας, φυσικοθεραπευτές, διοικητικούς, κ.α ¹¹.

ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Άρθρο 5

Ο Νοσηλευτής οφείλει απόλυτο σεβασμό στην προσωπικότητα και την τιμή του ασθενή.

Οφείλει να λάβει κάθε μέτρο που θα προάγει αλλά και να απέσχει από κάθε ενέργεια που είναι δυνατό να θέξει το αίσθημα της προσωπικής ελευθερίας και την ελεύθερη βούληση του ασθενή.

Άρθρο 6

Ο Νοσηλευτής οφείλει να επιδεικνύει προς όλους τους ασθενείς την ίδια φροντίδα, επιμέλεια και αφοσίωση ανεξάρτητα από τις θρησκευτικές, ιδεολογικές ή άλλες τοποθετήσεις τους, την κοινωνική και την οικονομική τους κατάσταση ή τη βαρύτητα της νόσου.

Άρθρο 7

Ο Νοσηλευτής οφείλει απεριόριστο σεβασμό στην αξία της ανθρώπινης ζωής, λαμβάνοντας κάθε μέτρο για τη διάσωση ή διατήρησή της και απόσχοντας από κάθε ενέργεια που είναι δυνατό να οδηγήσει στη διακύβευσή της.

Άρθρο 8

Ο Νοσηλευτής οφείλει να παρέχει τις υπηρεσίες του με αποκλειστικό γνώμονα το συμφέρον του ασθενή του στα πλαίσια και όρια των καθηκόντων του σύμφωνα με τα δεδομένα της νοσηλευτικής επιστήμης και τις κείμενες διατάξεις που αφορούν στην άσκηση του επαγγέλματος, αποφεύγοντας οποιαδήποτε μη ενδεδειγμένη ή πειραματική διαγνωστική ή θεραπευτική μέθοδο. Για το σκοπό αυτό,

ο Νοσηλευτής οφείλει να ενημερώνεται αδιάλειπτα και βελτιώνει τις δεξιότητές του στα πλαίσια της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.

Άρθρο 9

Ο Νοσηλευτής οφείλει να συνδράμει τον ασθενή με κάθε δυνατό μέσο και να τον προστατεύει από οποιαδήποτε βλάβη ή κίνδυνο στο χώρο παροχής των υπηρεσιών του, δημιουργώντας ένα ασφαλές περιβάλλον.

Ακόμη ο Νοσηλευτής οφείλει να διαφυλάττει τα ατομικά δικαιώματα του ασθενή και να τον προστατεύει με κάθε δυνατό μέσο από οποιαδήποτε μορφή παραβίασής τους.

Άρθρο 10

Ο Νοσηλευτής στα πλαίσια σεβασμού της προσωπικότητας του ασθενή θα πρέπει να παρέχει τη συνδρομή του για την ορθή ενημέρωσή του αναφορικά με τη διάγνωση, την πρόγνωση, τη θεραπεία, τους ενδεχόμενους κινδύνους, τα οφέλη και τη λήψη της ενημερωμένης συναίνεσης του πριν από την διενέργεια κάθε νοσηλευτικής ή ιατρικής πράξης.

Άρθρο 11

Ο Νοσηλευτής οφείλει απεριόριστο σεβασμό στην ιδιωτική σφαίρα του ασθενή, απόσχοντας από κάθε πράξη ή παράλειψη που είναι δυνατό να βλάψει τον απόρρητο χαρακτήρα των κάθε είδους πληροφοριών των οποίων λαμβάνει γνώση κατά την άσκηση ή επ' ευκαιρία της άσκησης των καθηκόντων του.

Άρθρο 12

Ο Νοσηλευτής δύναται να αρνηθεί τις υπηρεσίες του όταν βρίσκεται σε κατάσταση ανάγκης, δηλαδή αν τούτο επιβάλλουν άλλα δικαιολογημένα συμφέροντα του ιδίου ή τρίτου, εκτός αν πρόκειται για περίπτωση έκτακτης ανάγκης.

Ο Νοσηλευτής οφείλει να αρνηθεί τις υπηρεσίες του στις περιπτώσεις εκείνες που κρίνει ότι δεν έχει τις απαραίτητες γνώσεις ή πείρα.

Ο Νοσηλευτής δύναται να αρνηθεί τις υπηρεσίες του στις περιπτώσεις εκείνες που η ενδεδειγμένη επιστημονικά προληπτική, διαγνωστική ή θεραπευτική αγωγή προσκρούει στις προσωπικές ηθικές τους αντιλήψεις.

Σε κάθε μία από τις παραπάνω περιπτώσεις ο Νοσηλευτής οφείλει να ενημερώνει εγκαίρως τον προϊστάμενό του.

ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΣΥΝΑΔΕΛΦΟΥΣ, ΤΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ ΚΑΙ ΤΟ ΛΟΙΠΟ
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Άρθρο 13

Ο Νοσηλευτής οφείλει να διατηρεί άριστες σχέσεις με τους συναδέλφους Νοσηλευτές, τους ιατρούς και το λοιπό προσωπικό παραμερίζοντας κάθε διαφορά με γνώμονα το συμφέρον του ασθενή και την εύρυθμη λειτουργία του φορέα παροχής υπηρεσιών.

Άρθρο 14

Ο Νοσηλευτής οφείλει να σέβεται και να τιμά τους συναδέλφους Νοσηλευτές κάθε βαθμίδος, εκπαίδευσης ή ειδίκευσης, τηρώντας την ιεραρχία. Απαγορεύεται στον Νοσηλευτή να προβαίνει σε επικρίσεις ή αποδοκιμασίες του έργου συναδέλφων του.

Άρθρο 15

Ο Νοσηλευτής οφείλει να σέβεται και να συνεργάζεται αρμονικά με τους ιατρούς, ακολουθώντας με ακρίβεια τις ιατρικές οδηγίες, διατηρώντας συγχρόνως την επιστημονική του αυτοτέλεια, και την ιδιότητά του σαν ισότιμο μέλος της θεραπευτικής ομάδας.

Ο Νοσηλευτής οφείλει να συνεργάζεται με το λοιπό προσωπικό.

Απαγορεύεται στον Νοσηλευτή να προβαίνει σε επικρίσεις ή αποδοκιμασίες του έργου των ιατρών και του λοιπού προσωπικού ¹¹.

ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΙΣ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΑΡΧΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Άρθρο 16

Ο Νοσηλευτής οφείλει να παρέχει τις απαραίτητες υπηρεσίες του και να συνδράμει τις δημόσιες αρχές στο έργο τους για την προαγωγή της δημόσιας υγείας, τόσο στα πλαίσια της κοινοτικής νοσηλευτικής όσο και κατά την παροχή των

νοσηλευτικών υπηρεσιών του γενικότερα, σύμφωνα με τους κανόνες της επιστήμης και τις κείμενες διατάξεις.

ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ – ΕΡΕΥΝΗΤΗ

Άρθρο 17

Ο Νοσηλευτής – ερευνητής οφείλει να τηρεί τις γενικές αρχές ηθικής και δεοντολογίας κατά τη διενέργεια κάθε επιδημιολογικής, κλινικής ή άλλης έρευνας, όπως αυτές τίθενται στους διεθνείς κώδικες και διατυπώνονται ειδικότερα από την αρμόδια επιτροπή ηθικής και δεοντολογίας.

Άρθρο 18

Ο Νοσηλευτής θα πρέπει να λαμβάνει ιδιαίτερη μέριμνα για τον σεβασμό των ατομικών δικαιωμάτων των ατόμων που συμμετέχουν, την επιστημονική ακρίβεια των αποτελεσμάτων της έρευνας και την τήρηση του νοσηλευτικού απορρήτου.

Άρθρο 19

Ο Νοσηλευτής δεν μπορεί να συνδυάσει την έρευνα με νοσηλευτικές φροντίδες με σκοπό την απόκτηση νέων γνώσεων, παρά μόνο στο μέτρο που αυτή η έρευνα δικαιολογείται από μια διαγνωστική ή θεραπευτική χρησιμότητα σε σχέση με τον ασθενή ¹¹.

ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟΥΣ ΕΤΟΙΜΟΘΑΝΑΤΟΥΣ

Άρθρο 20

Η παροχή νοσηλευτικών φροντίδων απαιτεί, σ' όλες τις περιστάσεις, το διαρκές σεβασμό στη ζωή, την ηθική αυτονομία και την ελεύθερη επιλογή του ασθενή. Σε περίπτωση ανίατης τελειωτικής ασθένειας μπορεί η νοσηλευτική φροντίδα να περιοριστεί στην ανακούφιση των φυσικών και ηθικών πόνων του ασθενή, παρέχοντας του την κατάλληλη υποστήριξη και διατηρώντας κατά το δυνατό την ποιότητα της ζωής του. Αποτελεί κεφαλαιώδες χρέος του νοσηλευτή να συμπαρασταθεί στον ασθενή μέχρι το τέλος και να δρα με τρόπο, ώστε να του επιτρέψει τη διατήρηση της αξιοπρέπειάς του ¹¹.

ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΟΡΓΑΝΩΝ**Άρθρο 21**

Όταν ένας ασθενής βρίσκεται στο στάδιο κατά το οποίο είναι αδύνατη η αντίστροφη της τελειωτικής διαδικασίας για την παύση των ζωτικών λειτουργιών, οι οποίες διατηρούνται με τεχνητά μέσα, οι γιατροί προκειμένου να προβούν σε αφαίρεση οργάνων, πιστοποιούν το θάνατό του λαμβάνοντας υπόψη τα πλέον σύγχρονα δεδομένα της επιστήμης.

Έργο του Νοσηλευτή που μετέχει στη διαδικασία είναι η συνδρομή του ιατρικού έργου καθώς και η λήψη κάθε απαραίτητου μέτρου για τη διαπίστωση ότι τηρήθηκαν οι κείμενες διατάξεις, το απόρρητο, καθώς και ότι ο δότης ουδέποτε εκδήλωσε αντίθετη βούληση είτε γραπτά, είτε διαμέσου των συγγενών του.

Είναι σύμφωνο με τη νοσηλευτική ηθική, ο Νοσηλευτής εξαιτίας προσωπικών πεποιθήσεων να αρνείται να παρέμβει στις διαδικασίες αφαίρεσης οργάνων.

ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ**Άρθρο 22**

Ο Νοσηλευτής οφείλει να παρέχει στον ασθενή μετά από αίτηση του κάθε χρήσιμη πληροφορία στα θέματα της αναπαραγωγής.

Άρθρο 23

Είναι σύμφωνα με τη νοσηλευτική ηθική, ο νοσηλευτής εξαιτίας προσωπικών πεποιθήσεων, ν' αρνείται να παρέμβει στη διαδικασία της αναπαραγωγής ή σε περιπτώσεις διακοπής της εγκυμοσύνης ή έκτρωσης.

ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**Άρθρο 24**

Η προσωπικότητα και η βούληση του παιδιού – ασθενή θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας και να ζητείται και η δική του συναίνεση, ιδιαίτερα των εφήβων.

ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΔΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**Άρθρο 25**

Ο Νοσηλευτής οφείλει τον απαραίτητο σεβασμό στην προσωπικότητα του ψυχιατρικού ασθενή λαμβάνοντας υπόψη τη βούληση του στις περιπτώσεις εκείνες που είναι σε θέση να την εκφράσει σοβαρά και αυθόρμητα ¹¹.

ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**Άρθρο 26**

Ο Νοσηλευτής οφείλει στα πλαίσια της κοινοτικής νοσηλευτικής να παρέχει τις προληπτικές, διαγνωστικές, θεραπευτικές, διαφωτιστικές και υποστηρικτικές νοσηλευτικές υπηρεσίες του σε στενή συνεργασία με την ομάδα υγείας, τον φορέα στα πλαίσια του οποίου γίνεται η παροχή καθώς και τις δημόσιες αρχές για την προστασία της δημόσιας υγείας.

ΠΕΡΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΑΜΟΙΒΗΣ**Άρθρο 27**

Ο Νοσηλευτής οφείλει να χειρίζεται με λεπτότητα και διακριτικότητα τα ζητήματα της αμοιβής του.

Ο Νοσηλευτής οφείλει να απόσχει από κάθε συστηματική μείωση των τιμών που μπορεί να δημιουργήσει υπόνοιες αθέμιτου συναγωνισμού των συναδέλφων του ή ελλείψεως σεβασμού προς την αξιοπρέπεια του νοσηλευτικού επαγγέλματος ¹¹.

3. Η έρευνα στη Νοσηλευτική

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

- Να βελτιώσει την ποιότητα Νοσηλευτικής φροντίδας.
- Να αυξήσει και στηρίξει τις νοσηλευτικές γνώσεις.
- Να δώσει ακριβείς πληροφορίες σχετικά με κάθε αλλαγή που εμφανίζεται στη Νοσηλευτική οργάνωση, εκπαίδευση ή καθημερινή άσκηση του νοσηλευτικού έργου ^{2,12}.

Οι μελετητές της νοσηλευτικής ιστορίας μελετώντας την ιστορία ανάπτυξης του νοσηλευτικού επαγγέλματος παρατηρούν ότι η νοσηλευτική αναπτύχθηκε μέσα στα πλαίσια της Χριστιανικής φιλοσοφίας και πρακτικής ¹³. Το 1923 στις Η.Π.Α. έγινε η έρευνα Goldmark Report, με χρηματοδότηση του ιδρύματος Rockefeller. Μια επιτροπή ερεύνησε το γενικό επίπεδο εκπαίδευσης νοσηλευτών διδασκόντων, διευθυντών νοσηλευτικών υπηρεσιών και δημόσιας υγείας και τις κλινικές εμπειρίες σπουδαστών νοσηλευτικής. Βρέθηκαν πολλές ελλείψεις και οι ερευνητές συμπέραναν ότι ήταν απαραίτητο η προηγμένη εκπαίδευση διδασκόντων, διευθυντών και νοσηλευτών δημόσιας υγείας. Η έρευνα αυτή επέδρασε στην αναδιοργάνωση της νοσηλευτικής εκπαίδευσης και διοίκησης νοσηλευτικών υπηρεσιών με αποτέλεσμα την ίδρυση της νοσηλευτικής σχολής στο Πανεπιστήμιο YALE. Από το 1950 και μετέπειτα πολλοί παράγοντες συνετέλεσαν ώστε να παρατηρηθεί μεγάλη πρόοδος στην νοσηλευτική έρευνα. Η πανεπιστημιακή παιδεία, η ίδρυση του ερευνητικού κέντρου νοσηλευτικής στην Αμερικανική κυβέρνηση και η εμφάνιση του περιοδικού Νοσηλευτική Έρευνα [Nursing Research], το 1951 αύξησαν την ερευνητική κίνηση της νοσηλευτικής. Από το 1980 και μετέπειτα ερευνητικές μελέτες αναπτύσσουν θεωρητική παιδεία και αποτελούν αντικείμενο επαλήθευσης από ερευνητές νοσηλευτές. Στην Ευρώπη το 1978 ιδρύεται η ομάδα Νοσηλευτών Ερευνητών Ευρώπης [Workgroup European Nurse Researchers-WENR]. Η οργάνωση αυτή, που αποτελείται από ένα εκπρόσωπο νοσηλευτή-ερευνητή κάθε Ευρωπαϊκού Εθνικού Συνδέσμου, μέλος του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών, οργανώνει ετήσιες συνδιασκέψεις κατά τις οποίες αναφέρεται η πρόοδος της νοσηλευτικής έρευνας κάθε χώρας-μέλους, καθώς και σεμινάρια έρευνας. Σκοπός του WENR είναι η

ισχυροποίηση συνεργασίας μεταξύ νοσηλευτών-ερευνητών διαφόρων χωρών για την προώθηση και ανάπτυξη νοσηλευτικής έρευνας ως τρόπου συμβολής στην ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας. Επίσης η εξασφάλιση ενός τόπου συζητήσεως για ανταλλαγή πληροφοριών σχετικών με νοσηλευτική έρευνα και ανταλλαγή εμπειριών ανάπτυξης και διδασκαλίας νοσηλευτικής έρευνας ¹³.

Μεγάλη ώθηση στην ανάπτυξη της νοσηλευτικής έρευνας έδωσε μια πολυεθνική μελέτη του ΠΟΥ/ΕΥΡ, με θέμα «PEOPLE' S NEEDS FOR NURSING CARE» (Ανάγκες ασθενών/ατόμων για νοσηλευτική φροντίδα), που άρχισε το 1974 και τελείωσε το 1981. Στη μελέτη αυτή έλαβαν μέρος πολλές χώρες, Αγγλία, Βέλγιο, Γαλλία, Γιουγκοσλαβία, Δανία, Ελλάδα, Νορβηγία, Πολωνία, Σκωτία, Τσεχοσλοβακία και Φιλανδία, ενώ η Ελβετία, Αυστρία, Σουηδία, και Ιρλανδία, άρχισαν αλλά δεν παρέμειναν ως το τέλος της μελέτης. Το σημαντικότερο επίτευγμα αυτής της μελέτης δεν ήταν αυτή καθ' αυτή η μελέτη, όσο η εκπαίδευση στη μεθοδολογία της έρευνας και στη διενέργεια νοσηλευτικής έρευνας ενός σημαντικού αριθμού νοσηλευτών στις αναφερθείσες χώρες και στην κινητοποίησή τους για τη μεγαλύτερη ανάπτυξη της έρευνας ¹⁴.

Η νοσηλευτική έρευνα διεξάγεται σε οποιοδήποτε χώρο νοσηλευτικής αρμοδιότητας, που οι νοσηλευτές μπορούν να παίρνουν αποφάσεις. Όπου η νοσηλευτική δεν έχει υπευθυνότητα η νοσηλευτική έρευνα δεν έχει νόημα. Οι κώδικες ηθικής και δεοντολογίας, καθώς και οι ηθικές διαστάσεις της νοσηλευτικής έρευνας, διαφαίνονται στις εξής πέντε βασικές αρχές:

1. Ο άνθρωπος σαν αντικείμενο έρευνας είναι εκείνο το άτομο που θεληματικά συμμετέχει με τη συγκατάθεσή του στηριζόμενη σε όλες τις υπάρχουσες πληροφορίες που του παρέχονται, ώστε αυτή να είναι πραγματικά πληροφορημένη συγκατάθεση.
2. Να είναι ελεύθερος να αποσυρθεί από την έρευνα, σε οποιοδήποτε σημείο βρίσκεται αυτή, αν και όταν το θελήσει ο ίδιος.
3. Να εξαλείφονται όλοι οι προβλεπόμενοι κίνδυνοι κατά τον σχεδιασμό της έρευνας και όπου ενδείκνυται, η έρευνα/πείραμα να έχει δοκιμασθεί προηγουμένως σε ζώα.
4. Να υπολογίζονται περισσότερο οι κίνδυνοι των συμμετεχόντων ατόμων από τα οφέλη που θα προκύψουν για την κοινωνία ή το άτομο ή ακόμη και για τους δύο.

5. Να διενεργείται έρευνα μόνο από καταρτησμένα άτομα στο αντικείμενο και στην έρευνα.

Τα ηθικά κριτήρια για δικαιολογημένη έρευνα συνοψίζονται σε πέντε απαραίτητα.

1. Να υπάρχει ηθικά δικαιολογημένη αιτία για έρευνα.
2. Να υπάρχει λογική προσδοκία ότι η έρευνα θα παράγει την γνώση που αναζητήθηκε.
3. Η χρησιμοποίηση ανθρώπων σαν υλικό έρευνας να είναι η τελευταία επιλογή, δηλαδή η χρησιμοποίησή τους να είναι απόλυτα απαραίτητη.
4. Να έχει αναλογία, η οποία προϋποθέτει ανάλυση κινδύνου-ωφελιμότητας. Πλέον της αξίας του αναζητούμενου αποτελέσματος απαιτεί εξέταση και μελέτη του κινδύνου σε σύγκριση με τα οφέλη. Απαραίτητο αλλά δύσκολο έργο.
5. Ο ερευνητής πρέπει να έχει εξασφαλίσει την εθελοντική συμμετοχή των ατόμων και την πληροφορημένη συγκατάθεσή τους ^{15,16}.

Η ίδρυση του Κέντρου Νοσηλευτικών Ερευνών στο Εθνικό Ίδρυμα Υγείας των ΗΠΑ το 1985 αποτελεί μεγάλο σταθμό στην ανάπτυξη της νοσηλευτικής έρευνας σε όλο τον κόσμο. Εξ άλλου δεν μπορεί κανείς να μην λάβει υπ' όψιν του ότι η υγιεινή φροντίδα και η αποφυγή της ασθένειας ή η διατήρηση της καλής υγείας συνεχώς βελτιώνονται εξ' αιτίας των ευρημάτων της έρευνας σε όλο τον κόσμο ¹⁶.

B. ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

1. Η Π.Φ.Υ ΣΤΟΝ ΚΟΣΜΟ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Στο κατώφλι του 21^{ου} αιώνα και της Ευρωπαϊκής Ενοποίησης, στην εποχή της διαστημικής τεχνολογίας και της υψηλής τεχνολογίας των σύγχρονων ηλεκτρονικών μέσων επικοινωνίας, σε μια εποχή ριζικών ανακατατάξεων και αλλαγών, οι Έλληνες νοσηλευτές βρίσκονται μπροστά σε μια ανεπανάληπτη πρόκληση: να δρομολογήσουν τις αλλαγές για την άσκηση και την εδραίωση της Νοσηλευτικής ως Επιστήμης και να γίνουν έτσι πρωταγωνιστές στο παγκόσμιο σκηνικό του Νοσηλευτικού Κινήματος. Προϋπόθεση γι' αυτό αποτελεί η αύξηση του αριθμού των νοσηλευτών τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και η αλλαγή στην οργάνωση της εργασίας, έτσι που να είναι δυνατή η εφαρμογή της Νοσηλευτικής Διεργασίας μαζί με τα νοσηλευτικά μοντέλα, τις νοσηλευτικές θεωρίες και την ανάπτυξη της κλινικής έρευνας. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις, όπως επικοινωνία με τον άρρωστο και τους συγγενείς του, διδασκαλία και άλλες μη παραδοσιακού τύπου τεχνικές, είναι αναγκαίο να αποτελέσουν την καρδιά της νοσηλευτικής^{17,3}.

Παράλληλη θα πρέπει να είναι και η προσπάθεια για την ανάπτυξη της νοσηλευτικής στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Θέματα όπως η φροντίδα των ηλικιωμένων, η πρόληψη και φροντίδα ατόμων με AIDS, πρόληψη και φροντίδα εξαρτημένων και κακοποιημένων ατόμων κάθε ηλικίας, προβλήματα αστέγων και ατόμων που ανήκουν σε εθνικές μειονότητες, είναι μόνο μερικά παραδείγματα θεμάτων που πρέπει να απασχολήσουν μελλοντικά όχι μόνο τη νοσηλευτική εκπαίδευση, αλλά και την κλινική νοσηλευτική πρακτική. Η βελτίωση της νοσηλευτικής φροντίδας και η προαγωγή της υγείας, της ευεξίας και της ποιότητας της ζωής των πολιτών, πρέπει να αποτελούν το επίκεντρο των προσπαθειών^{18,19,20,3}.

Η Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί τα τελευταία χρόνια το κύριο θέμα συζητήσεων και προβληματισμού των κυβερνήσεων όλου του κόσμου, αλλά και αντικείμενο μελέτης και πειραματισμού των υγειονομικών υπηρεσιών κάθε χώρας².

Το θέμα ξεκίνησε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο οποίος αποτελεί διεθνή οργανισμό με 180 χώρες-μέλη. Ο Π.Ο.Υ. ιδρύθηκε το 1948 με μοναδικό σκοπό την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας σε παγκόσμια κλίμακα. Διαιρείται σε έξι διοικητικές περιοχές για λόγους οργανωτικούς και πρακτικούς, το δε κεντρικό

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

Την τελευταία δεκαετία, έγινε συνείδηση σε διεθνείς και διακρατικούς οργανισμούς που ασχολούνται με την υγεία (ΠΟΥ, UNISEF, E.O.K. κλπ.), σε κυβερνήσεις χωρών, πολιτικούς, οικονομολόγους και υγειονομικούς, ότι: παρά τα τεράστια έξοδα για τη συντήρηση τέλεια εξοπλισμένων νοσοκομείων σε πολλές χώρες του κόσμου, και παρά την μεγάλη τεχνολογική ανάπτυξη και επιστημονική πρόοδο που παρατηρείται, δεν σημειώνεται ανάλογη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού της γης. Ο τότε δευθυντής του ΠΟΥ Dr H. Mahler σε ομιλία του στο Τόκιο το 1986, τόνισε ότι εξακολουθούν ακόμη να υπάρχουν απαράδεκτες ανισότητες, π.χ. μόνο 40% του πληθυσμού στον κόσμο έχει προσδόκιμο επιβίωσης άνω των 60 χρόνων. Η μεγάλη πλειονότητα των χωρών της Αφρικής, της ΝΑ Ασίας και της Α. Μεσογείου (που εκπροσωπούν το 45% του κόσμου) έχουν βρεφική θνησιμότητα μεγαλύτερη του 50 σε 1000 γεννημένα ζωντανά βρέφη και 44 χώρες στον κόσμο, από τις οποίες 29 στην Αφρική, έχουν βρεφική θνησιμότητα μεγαλύτερη από 100 στα 1000 γεννημένα ζωντανά βρέφη ^{2,3}.

Ενώ έχει πραγματικά παρουσιαστεί βελτίωση της υποδομής των υπηρεσιών υγείας σε μερικές αναπτυσσόμενες χώρες, εν τούτοις οι υπηρεσίες αυτές δεν μπόρεσαν ακόμη να φθάσουν στα άτομα εκείνα που τις έχουν μεγαλύτερη ανάγκη, τόσο στις αγροτικές όσο και στις αστικές περιοχές. Περισσότεροι από 1000 εκατομμύρια άνθρωποι στον κόσμο δεν έχουν επαρκές και υγιεινό νερό. 1500 εκατομμύρια δεν έχουν στοιχειώδεις εγκαταστάσεις αποχέτευσης, πολλές μητέρες φέρνουν στον κόσμο τα παιδιά τους χωρίς καμμία βοήθεια ειδικού στην διάρκεια της εγκυμοσύνης και τον τοκετό, και εκατομμύρια άνθρωποι δεν έχουν πρόσβαση στα στοιχειώδη μέσα περίθαλψης για την υγεία και τη διατήρησή τους στη ζωή. Αλλά και μερικές ανεπτυγμένες χώρες λόγω του τεράστιου κόστους των υπηρεσιών υγείας έχουν αρχίσει να συνειδητοποιούν ότι απαιτείται μία εντελώς νέα προσέγγιση για να αντιμετωπισούν τα προβλήματα υγείας του πληθυσμού, μια προσέγγιση που θα επιδιώκει την διατήρηση της υγείας με καλά οργανωμένες υπηρεσίες πρόληψης της νόσου και όχι μόνο θεραπείας σε νοσοκομεία, όπως γίνεται μέχρι τώρα, υπηρεσίες στις οποίες θα έχουν πρόσβαση όλα τα άτομα και θα είναι προσιτές σε όλους ²¹.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας διεκήρυξε στις κυβερνήσεις όλου του κόσμου μέσα στη δεκαετία του 1970 το δυναμικό σύνθημα «Υγεία για όλους το 2000».

Το 1978 έγινε το ιστορικό Διεθνές Συνέδριο του ΠΟΥ και της UNISEF στην πρωτεύουσα του Καζακστάν Alma-Ata, το οποίο παρακολούθησαν εκπρόσωποι 134 κρατών και 67 οργανώσεων. Το συμπέρασμα του συνεδρίου αυτού ήταν ότι το κλειδί για την επιτυχία του σκοπού του ΠΟΥ «Υγεία για όλους το 2000» θα είναι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Το συνέδριο αυτό συνέταξε την περίφημη διακήρυξη της Alma-Ata με τα 10 άρθρα της, η οποία έγινε ομόφωνα δεκτή από όλα τα κράτη και τις οργανώσεις που συμμετείχαν στη διάσκεψη^{21,2}.

ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΤΗΣ ALMA – ATA

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

1. Η συνάντηση επαναβεβαιώνει σταθερά ότι η Υγεία, η οποία αποτελεί κατάσταση πλήρους φυσικής, διανοητικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλά έλλειψη νόσου ή αναπηρίας, αποτελεί βασικό ανθρώπινο δικαίωμα. Η επίτευξη του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας είναι ο πιο σημαντικός παγκόσμιος κοινωνικός στόχος, του οποίου η πραγματοποίηση απαιτεί τη δραστηριοποίηση όχι μόνο του τομέα υγείας αλλά και πολλών άλλων οικονομικών και κοινωνικών τομέων.
2. Η κατάσταση ανισότητας ως προς την υγεία που επικρατεί ιδιαίτερα μεταξύ αναπτυσσομένων και ανεπτυγμένων χωρών, αλλά και μεταξύ των κατοίκων της ίδιας χώρας είναι πολιτικά κοινωνικά και οικονομικά απαράδεκτη και επομένως αποτελεί κοινό θέμα προβληματισμού όλων των χωρών.
3. Η οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη, η οποία να βασίζεται σε μια νέα παγκόσμια οικονομική πορεία, είναι απαραίτητη για την επιτυχία του στόχου «Υγεία για όλους» και τον περιορισμό του χάσματος μεταξύ του επιπέδου υγείας των ανεπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών. Η προαγωγή και προστασία της υγείας των ανθρώπων είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την εξασφάλιση οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης, συμβάλλει δε σε καλύτερη ποιότητα ζωής και παγκόσμια ειρήνη.

4. Οι πολίτες έχουν το δικαίωμα και την υποχρέωση να συμμετέχουν ατομικά και συλλογικά στον προγραμματισμό και την διεκπεραίωση της φροντίδος υγείας τους.
5. Οι κυβερνήσεις είναι υπεύθυνοι για την υγεία των πολιτών τους η οποία μπορεί να επιτευχθεί με την εξασφάλιση των αναγκών για την υγεία υπηρεσιών και μέσων. Βασικός κοινωνικός σκοπός των κυβερνήσεων, διεθνών οργανισμών και ολόκληρης της Παγκόσμιας Κοινότητας τις επόμενες δεκαετίες και μέχρι το έτος 2000 πρέπει να είναι η εξασφάλιση, σε όλο τον πληθυσμό της γης, επιπέδου υγείας το οποίο να τους επιτρέπει να ζουν παραγωγική κοινωνική και οικονομική ζωή. Η ΠΦΥ αποτελεί το κλειδί για την επιτυχία του σκοπού αυτού.
6. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι η φροντίδα Υγείας που βασίζεται σε επιστημονικά κατοχυρωμένες πρακτικές και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες, οι οποίες είναι προσιτές σε όλα τα άτομα και τις οικογένειες της κάθε κοινότητας, με τη δική τους πλήρη και ενεργό συμμετοχή και σε κόστος που μπορούν να το ανθέξουν, η δε χώρα μπορεί να ανταποκριθεί σε όλη την πορεία της ανάπτυξής τους. Η ΠΦΥ είναι ενσωματωμένο τμήμα τόσο του συστήματος Υγείας της χώρας του οποίου αποτελεί τον κεντρικό πυρήνα και τη βασική δραστηριότητα, όσο και της γενικότερης κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας. Αποτελεί το πρώτο επίπεδο επικοινωνίας των ατόμων και των οικογενειών της κοινότητας με το σύστημα Υγείας και μεταφέρει τη φροντίδα υγείας όσο το δυνατό πιο κοντά στον τόπο κατοικίας και εργασίας των ανθρώπων με σκοπό την εξασφάλιση συνέχειας στη φροντίδα αυτή.
7. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ)
 - Πηγάζει και αντικατοπτρίζει τις οικονομικές συνθήκες καθώς και τα κοινωνικά, πολιτιστικά και πολιτικά χαρακτηριστικά της κάθε χώρας και βασίζεται τόσο στην εφαρμογή των γνώσεων που προκύπτουν από τα αποτελέσματα έρευνας στους τομείς υγείας όσο και στην εμπειρία της Δημόσιας Υγείας.
 - Στοχεύει στα βασικά προβλήματα υγείας της κοινότητας παρέχοντας υπηρεσίες που συντελούν στη διατήρηση της υγείας, την πρόληψη της αρρώστιας, τη θεραπεία και την αποκατάσταση της υγείας των ατόμων της κοινότητας.

- Περιλαμβάνει τουλάχιστον: α) Εκπαίδευση του κοινού σχετικά με τα σπουδαιότερα προβλήματα υγείας και τους τρόπους πρόληψης και περιορισμού τους. β) Εξασφάλιση επαρκούς και υγιεινής τροφής και νερού. γ) Φροντίδα υγείας μητέρας και βρέφους καθώς και οικογενειακό προγραμματισμό. δ) Εμβολιασμούς. ε) Πρόληψη και περιορισμό των τοπικών ενδημικών νόσων. ζ) Κατάλληλη θεραπεία στα καθημερινά παρουσιαζόμενα νοσήματα και ατυχήματα. η) Εξασφάλιση απαραίτητων φαρμάκων.
 - Συνεργάζεται τόσο με τις άλλες υπηρεσίες υγείας όσο και με πολλούς άλλους τομείς της κοινωνικής και εθνικής ζωής όπως: γεωργία, κτηνοτροφία, βιομηχανία, εκπαίδευση, κατοικία, εργασία, επικοινωνία, καθώς και όλους τους άλλους τομείς της κοινότητας, των οποίων επιδιώκει την υποστήριξη.
 - Προωθεί και επιδιώκει τη μέγιστη δυνατή συμμετοχή των ατόμων στον προγραμματισμό, την οργάνωση, τη λειτουργία και τον έλεγχο των υπηρεσιών ΠΦΥ, χρησιμοποιώντας στον μεγαλύτερο βαθμό τοπικές, εθνικές και άλλες πηγές και μέσα. Για την επιτυχία του σκοπού αυτού με την κατάλληλη εκπαίδευση, αναπτύσσει στα άτομα της κοινότητας αυτή την δυνατότητα συμμετοχής.
 - Συντηρείται και ενισχύεται από συντονισμένο λειτουργικό και υποστηρικτικό σύστημα αναφοράς το οποίο οδηγεί στην προοδευτική βελτίωση των Υπηρεσιών Υγείας προς όλους, δίδοντας προτεραιότητα σε όσους βρίσκονται σε μεγαλύτερη ανάγκη.
 - Στηρίζεται στους επιστήμονες υγείας τόσο στο τοπικό επίπεδο όσο και στο επίπεδο αναφοράς που περιλαμβάνει γιατρούς, νοσηλευτές, μαίες, βοηθητικό προσωπικό και άλλους κοινωνικούς εργάτες ανάλογα με τις ανάγκες, καθώς και οποιαδήποτε άλλα άτομα και ομάδες κατάλληλα εκπαιδευμένα και τεχνικά κατηρτισμένα με τα οποία συγκροτείται μια ομάδα με σκοπό να ανταποκριθεί στις ανάγκες της κάθε κοινότητας.
8. Όλες οι κυβερνήσεις πρέπει να αναπτύξουν πολιτικές στρατηγικές και προγράμματα δράσης με σκοπό να εδραιώσουν την ΠΦΥ σαν τμήμα ενός αποτελεσματικού Εθνικού Συστήματος Υγείας σε συνεργασία με άλλους τομείς. Για την επιτυχία του σκοπού αυτού που διαθέτει η κάθε χώρα και κάθε άλλη εξωτερική πηγή με αποτελεσματικό τρόπο.

9. Όλες οι χώρες πρέπει να συνεργαστούν με πνεύμα συναδελφικό για να εξασφαλίσουν υπηρεσίες υγείας σε ολόκληρο τον πληθυσμό της γης. Διότι η εξασφάλιση υγιούς πληθυσμού σε μια χώρα αφορά άμεσα και έχει θετική επίδραση και στην άλλη. Η διακήρυξη αποτελεί τη στερεά βάση για την επέκταση και ανάπτυξη της ΠΦΥ σε όλο τον κόσμο.
10. Αποδεκτό επίπεδο υγείας στον κόσμο το 2000 μπορεί να επιτευχθεί με την καλύτερη και ολοκληρωτική χρησιμοποίηση των πηγών που διατίθενται παγκόσμια, μεγάλο μέρος των οποίων χρησιμοποιούνται σήμερα για πολεμικές επιχειρήσεις και εξοπλισμούς. Μια γενική πολιτική ειρήνης, ανεξαρτησίας των κρατών, και αποστρατικοποίησης μπορεί και πρέπει να ελευθερώσει πρόσθετες πηγές, οι οποίες μπορούν να διατεθούν σε ειρηνικά μέσα και συγκεκριμένα στην κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη, της οποίας τμήμα πρέπει να διατεθεί και στην ΠΦΥ ².

Σύμφωνα λοιπόν με τη διακήρυξη της Alma-Ata, οι υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας έχουν τα παρακάτω κύρια χαρακτηριστικά:

- Ø Είναι προσιτές σε όλους, όλα τα άτομα της κοινότητας έχουν πρόσβαση σ' αυτές.
- Ø Είναι απαραίτητο να υπάρχει η μεγαλύτερη δυνατή συμμετοχή των μελών της κοινότητας στο σχεδιασμό και τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας.
- Ø Η έμφαση τοποθετείται περισσότερο στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας παρά στη θεραπεία.
- Ø Χρησιμοποιείται η ανάλογη σύγχρονη τεχνολογία. Μέθοδοι, νοσηλείες, τεχνικές και μέσα πρέπει να έχουν επιστημονική βάση και να προσαρμόζονται στις τοπικές ανάγκες των ατόμων της κάθε κοινότητας. Όλα αυτά πρέπει να είναι αποδεκτά τόσο από τους επιστήμονες που θα τα χρησιμοποιήσουν στην άσκηση του έργου τους, όσο και από τα άτομα που θα είναι αποδέκτες της φροντίδος.
- Ø Οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν τμήμα της όλης προσπάθειας για προαγωγή της υγείας. Η συνεργασία με άλλους τομείς, όπως εκπαίδευση, δημόσια διοίκηση, δημοτικές υπηρεσίες, κλπ. είναι επίσης απαραίτητα για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του κοινού ^{22,2}.

Μέσα σ' αυτό το πλαίσιο, τοποθετούνται οι πιο κάτω οκτώ βασικοί σκοποί των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, όπως διατυπώθηκαν στο ίδιο συνέδριο.

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

Οι βασικοί αυτοί σκοποί της ΠΦΥ δημιουργούν το πλαίσιο μέσα στο οποίο αναπόφευκτα κινείται η οργάνωση, ο προγραμματισμός και η λειτουργία των υπηρεσιών υγείας, αλλά και η εκπαίδευση των επιστημόνων και τεχνολόγων, που εργάζονται στις υπηρεσίες υγείας ².

Ο ΠΟΥ διετύπωσε προτάσεις προς τις κυβερνήσεις όλου του κόσμου για να υποβοηθήσει την προώθηση του προγράμματος «Υγεία για όλους το 2000» και κυκλοφόρησε σειρά ολόκληρη από βιβλία και έντυπα με τα οποία διαμορφώνεται η στρατηγική που πρέπει να ακολουθηθεί από τις κυβερνήσεις μέλη και τα μέσα που πρέπει να χρησιμοποιηθούν για την επίτευξη των στόχων ^{22,2}. Οι στόχοι της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας περιλαμβάνουν ²³:

- Ü Πρόληψη
- Ü Κατ' οίκον νοσηλεία
- Ü Αποκατάσταση του ασθενή μετά την ύφεση της οξείας φάσης
- Ü Προστασία και προαγωγή της υγείας
- Ü Αγωγή υγείας
- Ü Δημόσια υγεία
- Ü Συμβολή στην προστασία του περιβάλλοντος.

2. Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ Π.Φ.Υ.

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

Η 36^η συνδιάσκεψη διετύπωσε και ψήφισε την με αριθμ. WHA 36.11 απόφαση η οποία αναφέρεται στο ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού στη στρατηγική «Υγεία για όλους». Με την απόφαση αυτή αναγνωρίζεται ότι το νοσηλευτικό προσωπικό παίζει σημαντικό ρόλο στην προσφορά υπηρεσιών υγείας καθώς και στην εκπαίδευση και εποπτεία του υγειονομικού προσωπικού που εργάζεται στην ΠΦΥ. Καλούνται δε οι νοσηλευτικές οργανώσεις σε όλο τον κόσμο να υποστηρίξουν την πολιτική του ΠΟΥ και να αναπτύξουν ενημερωτικά και εκπαιδευτικά προγράμματα με τα οποία θα ετοιμάζονται τα μέλη τους για το σκοπό αυτό ²²².

Το 1986 ο Γενικός Διευθυντής του ΠΟΥ υπέβαλε μια εμπειριστατωμένη έκθεση για τις αλλαγές στο ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού, τον επαναπροσανατολισμό της βασικής και συνεχιζόμενης νοσηλευτικής εκπαίδευσης, καθώς και για τη νομική κατοχύρωση ορισμένων νοσηλευτικών πράξεων. Η έκθεση αναφέρεται επίσης στην προετοιμασία του εκπαιδευτικού και διοικητικού νοσηλευτικού προσωπικού, την νοσηλευτική ηγεσία και την υποστηρικτική έρευνα ².

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

σημειωθεί στο θέμα αυτό με νέα έκθεση μετά τριετία στην ολομέλεια της 48^{ης} συνδιάσκεψης το 1995 ²⁴. [το κείμενο της απόφασης παρατίθεται στο Παράρτημα 1]

Το Περιφερειακό Γραφείο Ευρώπης (ΠΓΕ) παράλληλα ασχολήθηκε με το ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού στην ΠΦΥ. Το 5ετές πρόγραμμα 1984-89 επικεντρώθηκε στην οργάνωση μιας μεγάλης Ευρωπαϊκής Νοσηλευτικής Διάσκεψης, η οποία πραγματοποιήθηκε στη Βιέννη το 1988. Σκοπός της Διάσκεψης ήταν η ανταλλαγή απόψεων για τη συμβολή της Νοσηλευτικής στην ΠΦΥ με σκοπό να προωθηθούν ταχύτερα οι 38 στόχοι για την επίτευξη του στόχου «Υγεία για όλους» στον ευρωπαϊκό χώρο. Η Διάσκεψη αυτή προετοιμάστηκε από την Υπηρεσία Νοσηλευτικής του ΠΓΕ σε συνεργασία με τα υπουργεία Υγείας των 32 τότε χωρών μελών της, στους Εθνικούς Συνδέσμους Νοσηλευτών των χωρών αυτών και πολλών νοσηλευτικών στελεχών της Ευρώπης και αποτέλεσε μια συνέχεια της πολυεθνικής ερευνητικής εργασίας που πραγματοποιήθηκε σε 11 χώρες της Ευρώπης από το 1976 – 1983 και στο οποίο συμμετείχε και η Ελλάδα ²⁵. Στόχος της Διάσκεψης ήταν να δώσει στους νοσηλευτές την ευκαιρία να εξετάσουν τις πρόσφατες εξελίξεις της νοσηλευτικής τοποθέτησης και πρακτικής, καθώς και τη σχέση των νοσηλευτών προς τη στρατηγική του «Υγεία για όλους το 2000». Από όλες τις ομιλίες και τις συζητήσεις διαμορφώθηκε το τελικό κείμενο διακήρυξης με τα 7 άρθρα, το οποίον εγκρίθηκε από την ολομέλεια των εκπροσώπων, καθώς και 10 προτάσεις οι οποίες απευθύνονται σε όλους τους νοσηλευτές της Ευρώπης ^{26,27}. [τα κείμενα παρατίθενται στο Παράρτημα 2, 3]

3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΦΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στη χώρα μας αρχίζει η προσπάθεια οργάνωσης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας το 1983 με τη δημοσίευση του νόμου 1397/1983, που προβλέπει την ίδρυση Κέντρων Υγείας συνδεδεμένων με τα νοσοκομεία από τα οποία και εξαρτώνται ²⁸. Η Νοσηλευτική αποτελεί μία από τις τρεις βασικές υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας, μαζί με την Ιατρική και τη Διοικητική υπηρεσία, αφού τα ΚΥ αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες των Νοσοκομείων. Ο κλάδος της Νοσηλευτικής στην Κοινότητα έχει διεθνώς τον τίτλο «Κοινοτική Νοσηλευτική» ².

Στην Ελλάδα μετά τη δημοσίευση του νόμου 1397/83 οι δύο νόμοι που ακολούθησαν 1597/1985 και 1759/1988 δεν αναφέρονται καθόλου και δεν διευκρινίζουν θέματα που αφορούν το Νοσηλευτικό προσωπικό των Κέντρων Υγείας ^{29,30}. Ο νόμος 1579/85 άρθρο 5 κατοχυρώνει τον τίτλο του νοσηλευτή, ο οποίος απονέμεται στους αποφοίτους ΑΕΙ και ΤΕΙ. Ο ίδιος νόμος καθορίζει 4 νοσηλευτικές ειδικότητες [Παθολογική, Χειρουργική, Παιδιατρική, Ψυχιατρική]. Ο πιο πάνω νόμος με τα άρθρα 12 και 13 αναφέρεται στην ΠΦΥ και διευκρινίζει θέματα σχετικά με τα Κέντρα Υγείας καθώς και ιατρικά θέματα. Συγκεκριμένη αναφορά στις νοσηλευτικές δραστηριότητες και καθήκοντα νοσηλευτών στα Κέντρα Υγείας δεν περιλαμβάνεται ³¹.

Στη συνέχεια ο νόμος 2071/92 χωρίζει την χώρα σε υγειονομικές περιφέρειες και τοποθετεί τα Κέντρα Υγείας κάτω από τον έλεγχο και την κατεύθυνση των Νομαρχιών. Σύμφωνα με το νόμο αυτό τα Κέντρα Υγείας μετατρέπονται σε αποκεντρωμένες μονάδες ΠΦΥ οι οποίες δεν υπάγονται στα Νοσοκομεία, όπως προέβλεπε ο προηγούμενος νόμος (1397/83) ³¹. Ο πιο πάνω νόμος καθορίζει επίσης τον τρόπο λειτουργίας και διοίκησης των κέντρων υγείας και με τα άρθρα 28, 29, 30 καθορίζει τη λειτουργία προγράμματος κατ' οίκον νοσηλείας στα Κέντρα Υγείας. Με τα άρθρα 31-38 καθορίζει τα καθήκοντα και τις αρμοδιότητες της Επιτροπής Σχεδιασμού Αγωγής Υγείας. Καθορίζει ακόμη τις εργασιακές σχέσεις, την εκπαίδευση και μετεκπαίδευση γιατρών. Συμμαντικό για τη Νοσηλευτική είναι το γεγονός ότι ο νόμος αυτός αναφέρεται στην αναβάθμιση των νοσηλευτικών υπηρεσιών και θεσμοθετεί την ίδρυση ειδικού κλάδου νοσηλευτών, χωρίς όμως να προχωρεί σε λεπτομερή ρύθμιση των θεμάτων που αφορούν το νοσηλευτικό προσωπικό. Καθιερώνει επίσης το Εθνικό Συμβούλιο Ανάπτυξης Νοσηλευτικής, το

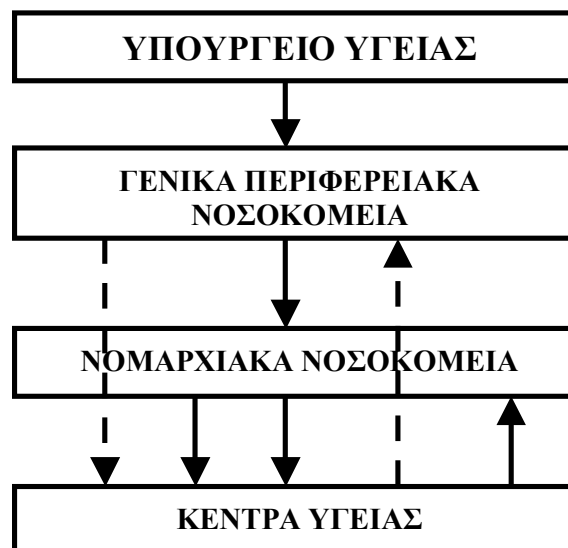
οποίο αποτελεί συμβουλευτικό σώμα σε θέματα Νοσηλευτικής υπό τον Υπουργό Υγείας σε θέματα χάραξης πολιτικής που αφορούν τον κλάδο της Νοσηλευτικής όλων των κατηγοριών ³².

Με το τελευταίο «μίνι Νομοσχέδιο 2194/94 για την Υγεία», όπως ονομάζεται, τα Κέντρα Υγείας επανέρχονται στα Νοσοκομεία από όπου και εξαρτώνται διοικητικά, όπως προέβλεπε αρχικά ο ιδρυτικός νόμος για την ΠΦΥ ³³.

4. Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ

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

[σχήμα 1: Οργάνωση Υγειονομικών Υπηρεσιών]



Τα Κέντρα Υγείας καλύπτουν ένα ορισμένο πληθυσμό, που περικλείεται από συγκεκριμένα γεωγραφικά όρια, μια συγκεκριμένη κοινότητα. Το μέγεθος των Κέντρων Υγείας, ο εξοπλισμός και η στελέχωσή τους με το απαραίτητο επιστημονικό και βοηθητικό προσωπικό είναι ανάλογο με τον πληθυσμό, τις ανάγκες του οποίου καλύπτει. Τα Κέντρα Υγείας κάθε χώρας κατανέμονται κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να εξασφαλίζουν φροντίδα σε όλο τον πληθυσμό, τόσο στις αστικές όσο και στις αγροτικές περιοχές. Σε μικρές αστικές περιοχές με περιορισμένο αριθμό κατοίκων υπάρχουν συνήθως τα Πυρηνικά Κέντρα Υγείας, τα οποία ανήκουν και συνεργάζονται στενά με κάποιο διευρυμένο Κέντρο Υγείας της Περιοχής².

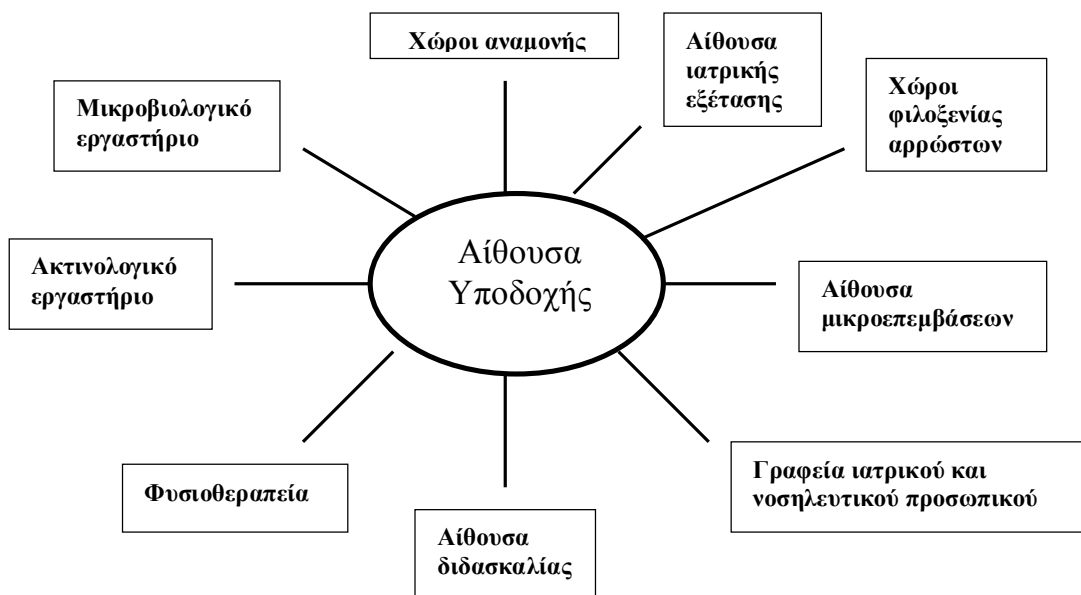
Τα Κέντρα Υγείας πρέπει να συνεργάζονται άμεσα τόσο με τα νοσοκομεία Δευτεροβάθμιας όσο και τα νοσοκομεία Τριτοβάθμιας Φροντίδος. Η σχέση μεταξύ των τριών διαβαθμίσεων είναι κατ' ανάγκη αμφίδρομη. Το άτομο μπορεί να σταλεί από την υγειονομική ομάδα του Κέντρου Υγείας στο μεγάλο Περιφερειακό Νοσοκομείο για μια συγκεκριμένη νοσηλεία και να επιστρέψει και πάλι στην Υγειονομική Ομάδα του Κέντρου Υγείας. Σε κάθε περίπτωση, όλες οι γραπτές πληροφορίες που αφορούν το άτομο (διαγνωστικές εξετάσεις, ιστορικό, θεραπεία που δόθηκε, κλπ.) το συνοδεύουν όπου χρειαστεί να μεταφερθεί. Εξασφαλίζεται έτσι η συνέχεια της φροντίδος του ατόμου και η σωστή και πλήρης ενημέρωση του υγειονομικού προσωπικού^{34.2}.

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

αξιολόγηση της κατάστασης του ατόμου στην επικοινωνία με την επιστημονική ομάδα ³⁴.

Η προσφορά του Κέντρου Υγείας δεν περιορίζεται στην αντιμετώπιση του προβλήματος, αλλά επεκτείνεται πολύ περισσότερο στην πρόληψη της αρρώστιας και την προαγωγή της υγείας των ατόμων της κοινότητας που εξυπηρετεί. Η αγωγή υγείας που γίνεται σε άτομα και ομάδες είναι συνεχής και καλύπτει όλα τα θέματα υγείας, γίνεται δε τόσο μέσα στους χώρους του Κέντρου όσο και εκτός από αυτό, σε σχολεία, εργασιακούς χώρους, χώρους άθλησης και ψυχαγωγίας και στο χώρο του σπιτιού. Για να ανταποκριθεί στον προορισμό του το Κέντρο Υγείας πρέπει να έχει τις κατάλληλες κτιριακές εγκαταστάσεις, ανάλογο εξοπλισμό και να είναι επανδρωμένο με κατάλληλο προσωπικό ².

[σχήμα 2: Απαραίτητοι χώροι του Κέντρου Υγείας]



Το Κέντρο Υγείας είναι απαραίτητο να διαθέτει ένα χώρο υποδοχής, των ατόμων, ο οποίος αποτελεί συνήθως τον κεντρικό χώρο του κτιρίου και γύρω από τον οποίο βρίσκονται όλοι οι άλλοι χώροι. Στον χώρο υποδοχής δίδονται οι πληροφορίες και από εδώ κατευθύνεται το άτομο ανάλογα με τις ανάγκες του. Οι χώροι αναμονής συνήθως είναι μικρά σαλονάκια κατάλληλα διαμορφωμένα, στα οποία κάθονται τα άτομα μέχρι να εξυπηρετηθούν. Στα καλά οργανωμένα Κέντρα Υγείας, στο χώρο αυτό υπάρχει ειδικό τμήμα για τα παιδιά με ανάλογη διακόσμηση και εξοπλισμό για να απασχολούνται ³².

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

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

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

Οι αίθουσες διαδασκαλίας χρησιμοποιούνται για εκπαιδευτικές ανάγκες του επιστημονικού προσωπικού του Κέντρου Υγείας, όπου γίνονται επιμορφωτικά σεμινάρια, ημερίδες, συναντήσεις των μελών της υγειονομικής ομάδος, συναντήσεις επιστημόνων μιας ειδικότητας, συζητήσεις προβλημάτων του πληθυσμού ή και συγκεκριμένες περιπτώσεις ατόμων με προβλήματα υγείας. Επίσης για ομαδική διδασκαλία του πληθυσμού της κοινότητας, όπου μπορούν να γίνουν ενημερωτικά μαθήματα σε ομάδες παιδιών ή σε ενήλικες με συγκεκριμένα προβλήματα, όπως διαβητικοί, παχύσαρκοι, υπέρτασικοί, κλπ. Ακόμη σε ομάδα επιτόκων, εφήβων ή

ενηλίκων και υπερηλίκων με συγκεκριμένα θέματα που τους αφορούν ή τους ενδιαφέρουν^{32,2}.

Τέλος, σημειώνεται ότι είναι απαραίτητο να υπάρχουν χώροι βοηθητικοί, τόσο για το προσωπικό όσο και για τους επισκέπτες του Κέντρου. Η τραπεζαρία ή κάποιος χώρος αναπαύσεως για το προσωπικό του Κέντρου Υγείας είναι απαραίτητο να υπάρχει για τα διαλείμματα της εργασίας³⁴.

Όλες οι προσεγγίσεις ανάπτυξης της Π.Φ.Υ. με βάση το Κέντρο Υγείας, όπως σχεδιάστηκαν ή εφαρμόστηκαν μέχρι σήμερα, συνέβαλαν στην πρόωθηση του θεσμού στη χώρα μας. Έχουν επισημανθεί όμως προβλήματα και αδυναμίες που καθιστούν συχνά τις μονάδες Π.Φ.Υ. αναποτελεσματικές αναφορικά με την καταγραφή των αναγκών υγείας του πληθυσμού, το σχεδιασμό και τον προγραμματισμό των υπηρεσιών υγείας και την εφαρμογή των προγραμμάτων τους. Η διοίκηση, οργάνωση και λειτουργία της Π.Φ.Υ. με βάση το τοπικό υποσύστημα υγείας είναι δυνατόν να συμβάλει στην αντιμετώπιση των αδυναμιών αυτών και συγχρόνως να αποτελέσει το κατάλληλο υπόβαθρο για την εφαρμογή της εθνικής στρατηγικής «Υγεία για όλους μέχρι το 2000»².

5. Ομάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Ο θεσμός της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αποσκοπεί στην υποκατάσταση της δαπανηρής Νοσοκομειακής Περίθαλψης με υπηρεσίες υγείας λιγότερο δαπανηρές και εκτός Νοσοκομείου. Η παροχή όμως των υπηρεσιών αυτών πρέπει να είναι υψηλού επιπέδου³⁵. 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. Η συνειδητοποίηση του γεγονότος αυτού οδήγησε στην ανάπτυξη της ιδέας της διεπιστημονικής προσέγγισης στην αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας της κοινότητας και την ανάπτυξη και οργάνωση της Ομάδος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας².

Ο Βρετανικός Ιατρικός Σύλλογος (BME) απαριθμώντας τα πλεονεκτήματα της ομαδικής εργασίας στο χώρο της υγείας σε σχέση με την ατομική, τόσο για τους αποδέκτες όσο και για τους εργαζόμενους, καταλήγει στα εξής πλεονεκτήματα:

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

Γενικότερα, η φροντίδα που δίδεται από μια ομάδα επιστημόνων είναι πιο αποτελεσματική και πλήρης από την κατατεμαχισμένη κατά επαγγελματικές ειδικότητες φροντίδα. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας σε προσπάθεια να εξηγήσει τη σημασία της ομαδικής προσφοράς υγείας, δίνει τον πιο κάτω ορισμό για την Ομάδα Υγείας: «Ομάδα Υγείας είναι ένας μη ιεραρχικός συνεταιρισμός ανθρώπων διαφορετικής επιστημονικής ειδικότητας που έχουν κοινό αντικειμενικό σκοπό την προσφορά της καλύτερης δυνατής φροντίδος υγείας στα άτομα, τις οικογένειες και την κοινότητα»². Η ομάδα υγείας λειτουργεί και στα τρία επίπεδα υγειονομικών υπηρεσιών, την Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Στην περίπτωση των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδος Υγείας η ομάδα ονομάζεται Ομάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδος Υγείας.

Η ΠΦΥ προσφέρεται, όπως ήδη έχουμε αναφερθεί, στα Κέντρα Υγείας, αλλά και στα εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων και ασφαλιστικών οργανισμών. Επεκτείνεται όμως στο σπίτι, στο σχολείο, τους χώρους εργασίας, ψυχαγωγίας και άθλησης και οπουδήποτε ζεί, σπουδάζει, εργάζεται και δραστηριοποιείται το άτομο με οποιονδήποτε τρόπο. Η κάθε χώρα βέβαια οργανώνει τις υπηρεσίες ΠΦΥ μέσα στα πλαίσια των κατευθύνσεων του ΠΟΥ, όπως δόθηκαν στο συνέδριο της Alma-Ata (1978) και ανάλογα με την πολιτική της φιλοσοφία, τις κοινωνικές και οικονομικές

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

Η Ομάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας έχει διάφορο μέγεθος, σύσταση και αριθμό ειδικοτήτων. Διακρίνουμε την Πυρηνική Ομάδα, που αποτελείται από γιατρούς και νοσηλευτές διαφόρων ειδικοτήτων, οι οποίοι εργάζονται χρησιμοποιώντας τις ευρύτερες υπηρεσίες ενός Νοσοκομείου και προσφέρουν υπηρεσίες σε μια συγκεκριμένη ομάδα πληθυσμού της κοινότητας. Η διευρυμένη Υγειονομική Ομάδα στις υπηρεσίες ΠΦΥ περιλαμβάνει και άλλες ειδικότητες εκτός από γιατρούς και νοσηλευτές, με σκοπό την πληρέστερη κάλυψη των αναγκών της Κοινότητας. Το μοντέλο αυτό φαίνεται ότι ενισχύεται και στην πατρίδα μας, σύμφωνα με το πνεύμα του νόμου 1397/83. Στην διευρυμένη αυτή ομάδα ανήκουν οι φυσιοθεραπευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, εργασιοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, διαιτολόγοι, υγειονομικοί μηχανικοί, ψυχολόγοι και πολλές άλλες ειδικότητες που ασχολούνται με θέματα υγείας και με την αντιμετώπιση προβλημάτων που προκύπτουν από την διαταραχή της υγείας των ατόμων. Οι γιατροί και οι νοσηλευτές έχουν διάφορες ειδικότητες με σκοπό την κάλυψη όλων των αναγκών που προκύπτουν.

Για να επιτύχει η ομάδα υγείας πρέπει κάθε επιστήμονας-μέλος της ομάδας να έχει δύο βασικά χαρακτηριστικά ³⁶:

1. Να γνωρίζει και να αποδέχεται τη φιλοσοφία, τις αρχές και τις μεθόδους της ΠΦΥ και να τις εφαρμόζει στην άσκηση της επιστήμης του.
2. Να έχει σαφή γνώση και να αποδέχεται τις αρμοδιότητες, τις δραστηριότητες και τις υποχρεώσεις που έχει ο ίδιος αλλά και κάθε μέλος από τους επιστήμονες-μέλη της ομάδος.

Οι προϋποθέσεις αυτές ισχύουν ιδιαίτερα για τους γιατρούς και τους νοσηλευτές στους οποίους κατά βάση στηρίζεται η λειτουργία των Κέντρων Υγείας. Διαφαίνεται σαφώς λοιπόν ότι για να υπάρχει σωστή και ομαλή ομαδική εργασία μεταξύ των επιστημόνων υγείας που αποτελούν την ομάδα ΠΦΥ είναι απαραίτητο να

καθοριστούν τα καθήκοντα, οι αρμοδιότητες και ο ρόλος κάθε επιστημονικής ειδικότητας. Και καθώς η παροχή των υπηρεσιών υγείας πρέπει να είναι υψηλού επιπέδου, μια από τις μεταβλητές που συμβάλλει προς αυτή την κατεύθυνση είναι η εκπαίδευση του προσωπικού ².

Είναι αποδεκτό ότι όσο υψηλότερου επιπέδου είναι η εκπαίδευση, τόσο η παροχή υπηρεσιών υγείας είναι καλύτερη ³⁵. Τα άτομα που υπηρετούν την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας πρέπει να είναι καταρτισμένα στον τομέα αυτό. Το προσωπικό της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας θα πρέπει να έχει προπτυχιακή εκπαίδευση στον τομέα αυτό, αλλά και μεταπτυχιακή και συνεχιζόμενη εκπαίδευση. Η προπτυχιακή εκπαίδευση αποσκοπεί στην απόκτηση θεωρητικών γνώσεων, εμπειριών και στάσεων, ώστε μετά τη λήψη του πτυχίου να είναι ικανοί να ανταποκριθούν στις ανάγκες του χώρου εργασίας ³⁷. Η μεταπτυχιακή εκπαίδευση αποσκοπεί στην απόκτηση τίτλου ειδικότητας και, καθώς οι εξελίξεις στην ιατρική επιστήμη είναι διαρκείς και επιτελούνται με γοργό ρυθμό, είναι απαραίτητη η συνεχιζόμενη εκπαίδευση ^{38,39}.

Γ. Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

1. ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ – ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Ο στόχος της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας «Υγεία για όλους το 2000» αναφέρεται στα δύο θεμελιώδη χαρακτηριστικά του διεθνούς μεταρρυθμιστικού κινήματος για την προάσπιση της υγείας και την πρόληψη της αρρώστειας. Αναφέρεται δηλαδή στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και στη συμμετοχή της Κοινότητας στο σχεδιασμό, τον προγραμματισμό, την αξιολόγηση και τις δομές των υπηρεσιών υγείας ⁴⁰. Η διακήρυξη της Alma-Ata πρόβαλλε, από το 1978, τη συμμετοχή της κοινότητας σαν ένα δομικό χαρακτηριστικό της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Υπάρχουν κατά την Tucker περισσότεροι από εκατό ορισμοί της κοινότητας, αφού ο όρος «κοινότητα» χρησιμοποιείται από του Λατινικούς ακόμη χαρακτήρες ως *communitas*. Η Hillery μελέτησε ενενήντα τέσσερις από αυτούς τους ορισμούς και διεπίστωσε ότι ο πιο κοινός τομέας συμφωνίας είναι ο αναφερόμενος στην «ύπαρξη κοινών σκοπών, ενδιαφερόντων και μέσων», που αναφερόταν σε είκοσι περίπου από αυτούς τους ορισμούς ².

Ο όρος Κοινότητα για την Κοινοτική Νοσηλευτική έχει ιδιαίτερη σημασία, διότι αποτελεί τον συγκεκριμένο τομέα άσκησης του έργου του Κοινοτικού Νοσηλευτή. Επομένως, τα χαρακτηριστικά, οι παράμετροι και οι δυναμικές που τον χαρακτηρίζουν πρέπει να γίνουν κατανοητές, προκειμένου η Νοσηλευτική να ασκείται αποτελεσματικά και συγκεκριμένα ². Ο Shamansky βλέπει την Κοινότητα από τρεις απόψεις: α) Ποιος, β) Πού και πότε και γ) Γιατί και πώς. Ο ορισμός που δίδει τονίζει την αλληλοσυσχέτιση των τριών αυτών παραγόντων ή διαστάσεων και λαμβάνει υπόψη τους εξής παράγοντες: τις προοπτικές/δυνατότητες του ατόμου, το σύνολο των ομάδων, τους οργανισμούς, υπηρεσίες και ιδρύματα. Επομένως, **Κοινότητα** είναι ομάδα ατόμων μεταξύ των οποίων υπάρχει κάποιος κοινός δεσμός που τους οδηγεί σε επικοινωνία και τα οποία λειτουργούν συλλογικά σε σχέση με αυτό το κοινό ενδιαφέρον ή σκοπό.

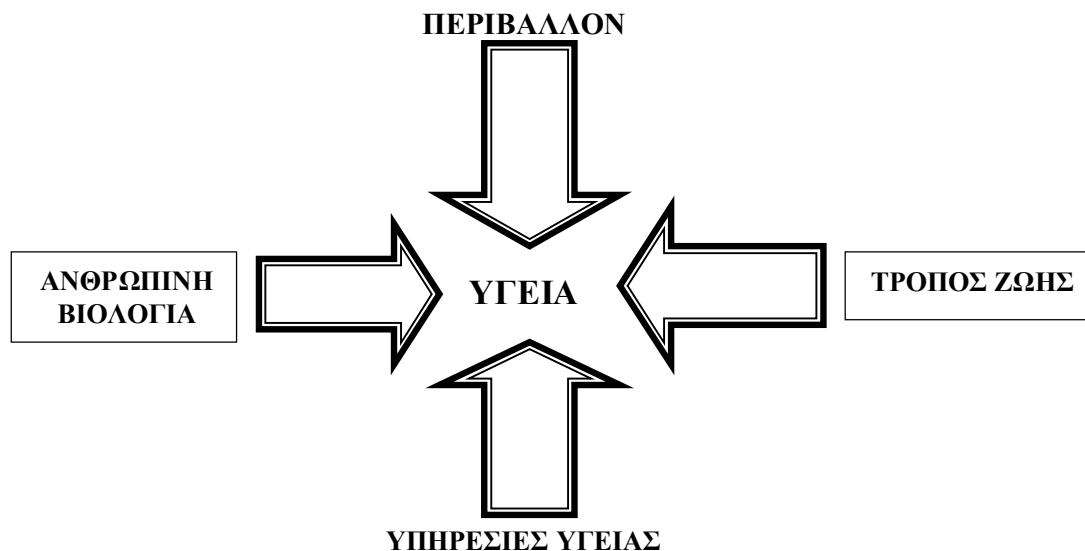
Η κοινότητα επομένως με την γενική έννοια του όρου αποτελείται από σύνολο ατόμων που έχουν ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά. Μικρές κοινότητες που

κατοικούν στο γεωγραφικό χώρο ενός μικρού χωριού έχουν σχεδόν όλα κοινά. Ζούν και εργάζονται σε πολύ περιορισμένη γεωγραφική περιοχή. Χρησιμοποιούν τις ίδιες υπηρεσίες υγείας, σχολείο, εκκλησία, καταστήματα, οργανισμούς κοινωφελείς, κλπ. Άλλες μεγαλύτερες κοινότητες, απλώνονται σε μεγαλύτερη έκταση, κατοικούνται από διάφορο ανομοιογενή πληθυσμό και τα άτομα που τις αποτελούν δεν έχουν πολλά κοινά ενδιαφέροντα και χαρακτηριστικά. Δύο κυρίως στοιχεία μπορούν να χαρακτηρίσουν μία κοινότητα: ο γεωγραφικός χώρος και τα κοινά ενδιαφέροντα ⁴¹.

Μια ομάδα ειδικών επιστημόνων του ΠΟΥ, που συναντήθηκε στη Γενεύη το 1974 με αντικείμενο μελέτης την Κοινοτική Νοσηλευτική, έδωσε τον πιο κάτω ορισμό στον όρο Κοινότητα ².

Κοινότητα είναι μία κοινωνική ομάδα την οποία χαρακτηρίζουν τα κοινά γεωγραφικά όρια ή κοινές αξίες, πεποιθήσεις και ενδιαφέροντα. Τα μέλη της γνωρίζονται και επικοινωνούν μεταξύ τους. Λειτουργεί σε ένα ιδιαίτερο, συγκεκριμένο κοινωνικό περίγυρο, δημιουργεί συγκεκριμένους νόμους λειτουργίας, αξίες και κοινωνικά ιδρύματα και οργανισμούς. Το άτομο ανήκει στην ευρύτερη κοινωνία μέσω της οικογένειας και της κοινότητας στην οποία ζει ⁴².

Η υγεία του ατόμου και της ομάδος, σύμφωνα με τα συμπεράσματα της πιο πάνω επιτροπής προσδιορίζεται από την ανθρώπινη βιολογία, το περιβάλλον, τον τρόπο ζωής της κοινότητας και το σύστημα υγείας.[σχημα 3: Παράγοντες που επιδρούν στην Υγεία]



Είναι λοιπόν απαραίτητο, όλοι οι εργαζόμενοι για την υγεία και συγκεκριμένα οι νοσηλευτές να αντιληφθούν πώς λειτουργεί η κοινότητα σαν κοινωνική ομάδα και ποιες οι δυνατότητες και αδυναμίες της για να διαπιστώσουν και να καλύψουν αποδοτικά και αποτελεσματικά τις ανάγκες υγείας μιας συγκεκριμένης κοινότητας, στην οποία θα εργαστούν. Η Κοινότητα έχει απαιτήσεις. Επιθυμεί να συνδυάσει την υγεία περισσότερο με την απόλαυση παρά με περιορισμούς. Η φροντίδα και η έμφαση πρέπει να δίδεται από όλους στην υγεία και όχι στην αρρώστια. Την κοινότητα και γενικότερα την κοινωνία δεν ενδιαφέρει ποιο στοιχίζει φθηνότερα ή ακριβότερα, αλλά η ποιότητα ζωής. Απαιτεί την παροχή αποτελεσματικών, επαρκών, αποδεκτών και προσιτών υπηρεσιών Υγείας, οι οποίες είναι κατάλληλες να ανταποκρίνονται στις ανάγκες και τις επιθυμίες των πολιτών⁴³.

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

Η Κοινοτική 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.

Ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών (ANA) δίδει τον παρακάτω ορισμό της Κοινοτικής Νοσηλευτικής. «Η Κοινοτική Νοσηλευτική αποτελεί κλάδο της Νοσηλευτικής επιστήμης που συγκεντρώνει ειδικές γνώσεις και δεξιότητες, τις οποίες χρησιμοποιεί στην αντιμετώπιση των αναγκών υγείας των ατόμων, οικογενειών, ομάδων και κοινοτήτων που βρίσκονται στο συνηθισμένο περιβάλλον τους, όπως το σπίτι, το σχολείο ή και ο χώρος εργασίας. Είναι νοσηλευτική εργασία που ασκείται έξω από το παραδοσιακό θεραπευτικό περιβάλλον του νοσοκομείου»⁴⁴.

Ο Καναδικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών (CNA) στον ορισμό της Κοινοτικής Νοσηλευτικής, αναλύει συγχρόνως συνοπτικά το περιεχόμενο και επισημαίνει τους αντικειμενικούς της σκοπούς. «Κοινοτική Νοσηλευτική είναι η επιστημονική Νοσηλευτική εργασία που έχει επίκεντρο της φροντίδος της τις ανάγκες υγείας

ατόμων, στο σύνθηδες καθημερινό περιβάλλον του σπιτιού, του σχολείου ή της εργασίας. Σαν τμήμα της όλης κοινοτικής προσπάθειας που γίνεται για την προαγωγή της δημόσιας υγείας, η Κοινοτική Νοσηλευτική ενδιαφέρεται τόσο για το υγιές, όσο και για το άρρωστο ή ανάπηρο άτομο της Κοινότητας»⁴⁵.

Σύμφωνα λοιπόν με τον Καναδικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών, η Κοινοτική Νοσηλευτική έχει τους πιο κάτω σκοπούς:

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

2. ΣΤΑΔΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Η Κοινοτική Νοσηλευτική άρχισε βασικά σαν νοσηλεία στο σπίτι και πιο συγκεκριμένα σαν εθελοντική προσφορά στους πτωχούς. Ο William Rathbone, άγγλος φιλόanthρωπος, το 1859 διεπίστωσε από δική του πείρα, την αξία της νοσηλείας στο σπίτι, αξιολογώντας τη φροντίδα που δόθηκε στην άρρωστη σύζυγό του. Ήταν ο πρώτος που συνετέλεσε στην οργάνωση της νοσηλείας στο σπίτι για τους πτωχούς του Liverpool. Στην Αμερική, η πρώτη νοσηλεύτρια που οργάνωσε κοινοτική φροντίδα για τους πτωχούς της Νέας Υόρκης ήταν η Francis Root. Οι πρώτες κοινοτικές νοσηλεύτριες διορίστηκαν από την πολιτεία της Ν.Υόρκης το 1877. Μέσα σε λίγα χρόνια, η προσπάθεια αυτή επεκτάθηκε και σε πολλές άλλες πόλεις της Αμερικής, όπου οργανώθηκαν υπηρεσίες που προσέφεραν φροντίδα μόνο στους πτωχούς αρρώστους, με την σκέψη ότι οι πλούσιοι διέθεταν αρκετά χρήματα για να εξασφαλίσουν νοσηλεία. Κύριος στόχος των υπηρεσιών αυτών ήταν η φροντίδα των αρρώστων, γινόταν όμως από τις νοσηλεύτριες και διαφώτιση σε θέματα ατομικής καθαριότητας και υγιεινής διαβίωσης. Οι υπηρεσίες αυτές συντηρούντο από εθελοντικούς ιδιωτικούς οργανισμούς, από προσφορές ατόμων ή ομάδων και σε

μερικές περιπτώσεις με την ατομική συμμετοχή των ιδίων των νοσηλευομένων ανάλογη με τις οικονομικές τους δυνατότητες ².

Στην αρχή η Νοσηλευτική αυτή φροντίδα εδίδετο από άτομα που δεν διέθεταν ιδιαίτερη εκπαίδευση. Το 1893 η Lillian Wald άρχισε την πρώτη οργανωμένη προσπάθεια κοινοτικής νοσηλευτικής στην Ν.Υόρκη, χρησιμοποιώντας εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό. Η Florence Nightingale, η οποία βοήθησε τη Lillian Wald στην εκπαίδευση των νοσηλευτριών αυτών τις αποκαλούσε «Νοσηλεύτριες επισκέπτριες στο σπίτι» (Home Visiting Nurses). Οι ιδέες της Florence Nightingale ήταν αυτές που βοήθησαν να οργανωθεί η νοσηλεία στο σπίτι τόσο στην Αγγλία όσο και στην Αμερική. Στην Ελλάδα, οι απόφοιτοι του «Νοσοκομειακού Παιδευτηρίου», που ιδρύθηκε από τη Βασίλισσα Όλγα το 1875, μετά από εξάμηνη εκπαίδευση προσφέρουν «κατ' οίκον νοσηλεία ασθενών ευπόρων και απόρων εις την πόλιν των Αθηνών» μέχρι του έτους 1884.

Με την είσοδο στον 20^ο αιώνα, η Κοινοτική Νοσηλευτική επεκτάθηκε για να περιλάβει την φροντίδα υγείας όλων των ατόμων της κοινότητας, όχι μόνο των φτωχών. Αυτό προήλθε από την ευαισθητοποίηση του πληθυσμού στην αναγκαιότητα της υγείας του συνόλου. Οργανώθηκαν έτσι προγράμματα ανάλογα με τις ανάγκες που παρουσιάστηκαν. Μερικά από αυτά ήταν: προστασία μητρότητας και βρέφους, πρόληψη φυματίωσης και αφροδισίων νοσημάτων, προστασία εργαζομένων και σχολικού πληθυσμού. Όλα αυτά άυξησαν τις ανάγκες και τη ζήτηση των νοσηλευτών. Το 1902 διορίστηκε η πρώτη νοσηλεύτρια σχολικής υγιεινής από το Υπουργείο Παιδείας στην περιοχή της Ν.Υόρκης. Το 1910 η νομοθεσία ανέθεσε την ευθύνη της οργάνωσης υπηρεσιών υγείας για τους πολίτες ξεχωριστά σε κάθε πολιτεία της Αμερικής. Ο ρόλος της νοσηλεύτριας που ονομάζετο τότε Νοσηλεύτρια Δημόσιας Υγείας επεκτάθηκε στη συνέχεια πάρα πολύ. Αυτή επεξετέινε το ρόλο της και στην υγιεινή διαπαιδαγώγηση του κοινού με σκοπό την διατήρηση της υγείας, την πρόληψη της νόσου και την υγιεινή διαβίωση ⁴¹.

Οι νοσηλεύτριες υγείας επεκτείνουν πια τη δραστηριότητά τους με τις γνώσεις και τις δεξιότητες τους σε εξειδικευμένους τομείς: Φυματίωση, Ψυχικά νοσήματα, Σχολική υγιεινή, Υγιεινή της εργασίας, Καρκίνος, κλπ. Σταδιακά έρχεται στο προσκήνιο ολόκληρη η οικογένεια σαν μονάδα φροντίδος και όχι το μεμονωμένο άτομο. Τα ποικίλα προβλήματα που παρουσιάζει η κάθε οικογένεια αναγκάζουν την Νοσηλευτική να γενικευθεί αρκετά για να αντιμετωπίσει τις πολλαπλές ανάγκες και να εξασφαλίσει την συνέχεια της φροντίδος. Οι επισκέπτριες υγείας αποκτούν

μεγαλύτερη ανεξαρτησία τόσο σε σχέση με τη νοσηλεία όσο και με την διαπαιδαγώγηση του κοινού σε θέματα υγείας. Οι υπηρεσίες υγείας στις οποίες εργάζονται οι νοσηλεύτριες είναι οργανωμένες σύμφωνα με τη νομοθεσία της κάθε πολιτείας της Αμερικής. Αυτό επεκτείνεται στον Καναδά και στην Αγγλία και πολύ γρήγορα και σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες αλλά και σε κάθε άλλη πολιτισμένη χώρα ανάλογα με το σύστημα Υγείας που ακολουθεί ^{41,2}.

Στην Ελλάδα η Ελένη Βασιλοπούλου, που μαθήτευσε στο Παρίσι κοντά στον καθηγητή Calmette, έδωσε όλη της τη δραστηριότητα στον αντιφυματικό αγώνα, που ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός είχε αναπτύξει από τον Απρίλιο του 1925 για τον εμβολιασμό όλων των παιδιών με το εμβόλιο B.C.G. Κοντά της εργάστηκαν παλιές εθελόντριες, τις οποίες η ίδια είχε εκπαιδέψει σαν «βοηθούς επισκέπτριες αδελφές» με ένα εξάμηνο πρόγραμμα διδασκαλίας και πρακτικής άσκησης. Οι εθελόντριες αυτές εργάστηκαν στη Δημόσια Υγιεινή μέχρι που αποφοίτησαν οι πρώτες διπλωματούχες επισκέπτριες από την Ανωτέρα Σχολή Νοσοκόμων και επισκεπτριών του Ε.Ε.Σ. την οποία διηύθυνε η Ελένη Βασιλοπούλου. Η σχολή Νοσοκόμων και Επισκεπτριών του Ε.Ε.Σ. αναγνωρίστηκε με το νόμο 3711/1928 και λειτούργησε το Νοέμβριο του 1924. Ακολούθησε η Κρατική Σχολή Επισκεπτριών και Νοσοκόμων, την οποία επίσης ίδρυσε η Ελένη Βασιλοπούλου το 1938. Η πρώτη όμως νοσηλεύτρια με ειδίκευση στη Δημόσια Υγιεινή είναι η Αθηνά Μεσολωρά. Φοίτησε στο Kings College του Λονδίνου το 1920 με υποτροφία της Ένωσης των Συνδέσμων των Ερυθρών Σταυρών και διαδέχθηκε την Ελένη Βασιλοπούλου στη διεύθυνση της Ανωτέρας Σχολής Νοσοκόμων και Επισκεπτριών του Ε.Ε.Σ. Η Ελένη Βασιλοπούλου είναι η πρώτη Ελληνίδα που πήρε Κρατικό δίπλωμα Νοσοκόμων από τη Γαλλία το 1912 ⁴⁶.

Από το 1970 και έπειτα η Δημόσια Νοσηλευτική ή Δημόσια Υγιεινή μετονομάζεται σε Κοινωνική Νοσηλευτική χωρίς να αλλάξει καθόλου η έννοια της. Η αλλαγή του τίτλου γίνεται περισσότερο για λόγους πρακτικούς και λειτουργικούς, ακολουθώντας την γενική στροφή των υπηρεσιών στην επιδίωξη υγείας του συνολικού πληθυσμού της κοινότητας. Σκοπός της Κοινωνικής Νοσηλευτικής είναι η διαπίστωση και ικανοποίηση των αναγκών υγείας του κοινού. Ειδικότερα, η Κοινωνική Νοσηλευτική είχε βασικά τρία στάδια εξέλιξης με διαφορά ως προς τον κύριο προσανατολισμό της φροντίδος.

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

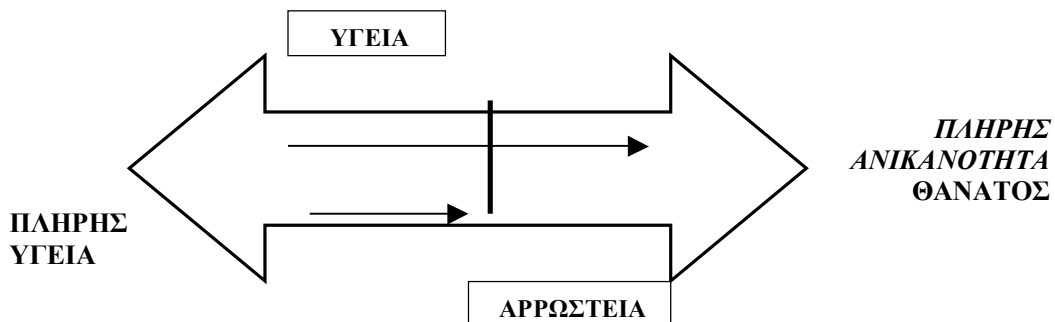
Στο Β στάδιο, το κέντρο φροντίδος είναι το άτομο μέσα στην οικογένεια (πλούσιο ή πτωχό) και η φροντίδα κυρίως θεραπευτική αλλά και προληπτική. Άρχισε να οργανώνεται από το κράτος και από ιδιωτικούς οργανισμούς.

Στο Γ στάδιο, το κέντρο φροντίδας είναι πλέον το σύνολο του πληθυσμού της κοινότητας. Η Νοσηλευτική καλύπτει όλα τα άτομα, άρρωστα ή υγιή, πλούσια ή πτωχά. Η κυρίως Κοινωνική Νοσηλευτική αποβλέπει στην προαγωγή της υγείας και την πρόληψη της αρρώστιας και η Νοσηλευτική φροντίδα παρέχεται όπου χρειάζεται, στο χώρο που ζουν, εκπαιδεύονται ή εργάζονται τα άτομα ⁴¹.

3. ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Η Κοινωνική Νοσηλευτική ασκείται με βάση την γνώση των χαρακτηριστικών της κοινότητας, του συνόλου των κατοίκων που την αποτελούν, των υπηρεσιών υγείας που υπηρετούν τον πληθυσμό, καθώς και την σύνδεση και σχέση τους με όλες τις άλλες υπηρεσίες και οργανισμούς της Κοινότητας. Ο Νοσηλευτής συντονίζει την φροντίδα ατόμων, οικογενειών και ομάδων τους οποίους βοηθεί και παροτρύνει ώστε να πάρουν αποφάσεις σχετικά με την υγεία τους: κοινωνικά αποδεκτές, λειτουργικές, αποτελεσματικές, πρακτικές και σε λογικό κόστος ².

Η Κοινωνική Νοσηλευτική αγκαλιάζει το άτομο σε όλη την πορεία του άξονα υγεία – αρρώστια και σε οποιοδήποτε σημείο κι αν βρίσκεται την κάθε στιγμή της ζωής του. [σχημα 4: Άξονας υγείας-αρρώστιας]



Πάντοτε στοχεύει στη βελτίωση της υγείας του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας, κυρίως όμως δίδει έμφαση στη διατήρηση και την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη της αρρώστιας στο σύνολο του πληθυσμού της κοινότητας. Τόσο η υγεία όσο και η αρρώστια έχουν διάφορα επίπεδα, οπότε το άτομο, η οικογένεια και η κοινότητα βρίσκονται και κινούνται πάντοτε σε αυτό τον άξονα. Η υγεία έχει υποκειμενική και αντικειμενική διάσταση. Η υποκειμενική διάσταση αναφέρεται στο πως αισθάνεται το άτομο και αντικειμενική διάσταση στο πως συμπεριφέρεται ή πως εκδηλώνεται. Αισθάνεται υγιές και έχει πλήρη συμμετοχή σε δραστηριότητες που χαρακτηρίζουν ένα άτομο υγιές σωματικά, ψυχική, κοινωνικά και πνευματικά. Οι δραστηριότητες και οι εκδηλώσεις αυτές αποτελούν την αντικειμενική διάσταση. Το υγιές άτομο δεν πονάει, δεν αισθάνεται δυσφορία, κόπωση ή μελαγχολία. Οι εξωτερικές του εκδηλώσεις είναι ανάλογες. Κινείται άνετα, είναι δραστήριο, επικοινωνεί ευχάριστα με τους γύρω ανθρώπους και συμμετέχει στα γεγονότα του περιβάλλοντος. Αντίθετα, το άτομο με κάποιο πρόβλημα υγείας, σωματικό, ψυχολογικό ή κοινωνικό έχει και τις ανάλογες εξωτερικές εκδηλώσεις. Αποσύρεται, δεν έχει διάθεση για επικοινωνία, εκδηλώνει με διάφορους τρόπους τον πόνο – συσπάσεις προσώπου, συγκεκριμένη θέση και στάση του σώματος, κλάμα, κλπ. Όλες αυτές οι εκδηλώσεις δίδουν την αντικειμενική εικόνα της υγείας του ατόμου^{41,2}.

Πρέπει όμως να τονιστεί ότι τα ίδια υποκειμενικά συμπτώματα δεν προκαλούν σε όλα τα άτομα ανάλογες εξωτερικές εκδηλώσεις ή δεν εξωτερικεύονται με τον ίδιο τρόπο. Η προσωπικότητα και ο χαρακτήρας του ατόμου διαφοροποιεί τον τρόπο με τον οποίο εκδηλώνει αυτό που αισθάνεται. Αυτή ακριβώς την ιδιαιτερότητα θα διαπιστώσει ο νοσηλευτής με την προσεκτική αξιολόγηση και μελέτη του ατόμου. Επομένως για να εκτιμηθεί η θέση του ατόμου στον άξονα υγεία-αρρώστια υπολογίζονται και εκτιμούνται τόσο τα υποκειμενικά αισθήματα όσο και οι εξωτερικές εκδηλώσεις και δραστηριότητες που διαπιστώνονται. Συγκεντώνονται δηλαδή οι ανάγκες υγείας και τα προβλήματα που προκύπτουν από την αρρώστια ή συνδεονται με οποιοδήποτε τρόπο. Και καθώς κάθε άτομο αποτελεί μια ενιαία βιοψυχοκοινωνική οντότητα, αλλά συγχρόνως είναι και μια μοναδική ιδιαίτερη προσωπικότητα, ο καλύτερος τρόπος να προσεγγίσει ή να διαπιστώσει κανείς τις ανάγκες του είναι να χρησιμοποιήσει τη Νοσηλευτική διεργασία, την εξατομικευμένη δηλαδή μέθοδο νοσηλευτικής εργασίας^{41,2}.

Η Κοινοτική Νοσηλευτική έχει τα πιο κάτω έξι χαρακτηριστικά γνωρίσματα:

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

Ειδικότερα, σκοπός της Κοινοτικής Νοσηλευτικής είναι να δώσει ολοκληρωμένη, ανθρώπινη και προσιτή φροντίδα σε όλα τα άτομα της κοινότητας. Όπως η Νοσηλευτική έτσι και η Κοινοτική Νοσηλευτική χρησιμοποιεί τη νοσηλευτική διεργασία για την αξιολόγηση των αναγκών υγείας, τον προγραμματισμό της φροντίδος που θα χρειαστεί να προσφέρει και την εκτίμηση του αποτελέσματος της φροντίδος αυτής. Η κοινοτική νοσηλευτική βασίζεται στη φιλοσοφία, στις αξίες και στις θεωρίες της νοσηλευτικής και χρησιμοποιεί τις νοσηλευτικές δεξιότητες και τεχνικές από πολλές άλλες ειδικότητες για να ανταποκριθεί στον ξεχωριστό ρόλο της στην κοινότητα. Δεν είναι λοιπόν δυνατόν να υπάρχει Κοινοτική Νοσηλευτική χωρίς Νοσηλευτική και δεν είναι δυνατόν να υπάρχει κοινοτικός νοσηλευτής χωρίς να είναι πρώτα νοσηλευτής ².

Δεύτερο χαρακτηριστικό της κοινοτικής νοσηλευτικής είναι η χρησιμοποίηση γνώσεων Δημόσιας Υγιεινής. Τέτοιες είναι η ιστορική εξέλιξη και πρόοδος της δημόσιας υγείας, μέθοδοι και στοιχεία επιδημιολογίας και στατιστικής, η οργάνωση υγειονομικών υπηρεσιών, η ανάλυση κοινοτικής πολιτικής της υγείας και οικονομία της υγείας. Όταν, για παράδειγμα, ο κοινοτικός νοσηλευτής διαπιστώνει περιστατικά γαστρεντερίτιδος σε μια συγκεκριμένη περιοχή ή σε ένα σχολείο και διενεργεί επιδημιολογική μελέτη για τη διαπίστωση του αιτίου, δεν κάνει τίποτε άλλο παρά να χρησιμοποιεί την επιδημιολογία και τη βιοστατιστική για τη διεκπεραίωση του σκοπού αυτού. Ανάλογα βέβαια μπορεί και η Δημόσια Υγείνη να χρησιμοποιήσει τη Νοσηλευτική ².

Η κοινοτική νοσηλευτική ασχολείται με την ατομική και περιβαλλοντολογική υγεία των ομάδων και κοινοτήτων. Η κοινότητα μπορεί να αναφέρεται στο σύνολο των οικογενειών που περιέχονται στον τομέα κάθε κοινοτικού νοσηλευτή ή και στο

σύνολο των ατόμων που εξυπηρετούνται από ένα Κέντρο Υγείας ή ακόμη και στο σύνολο των κατοίκων ενός μικρού χωριού. Ο κοινοτικός νοσηλευτής συνεργάζεται με το άτομο και την οικογένεια, όλη όμως η εργασία του σκοπεύει στην προαγωγή της υγείας του συνόλου της κοινότητας. Αυτή άλλωστε είναι και η διαφορά από την γενική νοσηλευτική. Η Γενική Νοσηλευτική καλύπτει κυρίως τις ανάγκες του ατόμου που βρίσκεται στο νοσοκομείο και παρουσιάζει κάποιο οξύ πρόβλημα υγείας. Το κύριο λοιπόν αντικείμενο φροντίδος της είναι το ίδιο το άτομο, χωρίς βέβαια να αποκλείεται και η συμμετοχή της οικογένειάς του ή της ομάδος στην οποία ανήκει. Στην κοινότητα όμως η νοσηλευτική φροντίδα έχει ευρύτερη ακτίνα, διότι ο κοινοτικός νοσηλευτής μπαίνει στο σπίτι και αντιμετωπίζει το άτομο μέσα στην οικογένειά του, στην ομάδα που το περιβάλλει και στην κοινότητα στην οποία ζει.

Έχουμε τονίσει επανειλημένως ότι η Κοινοτική Νοσηλευτική δίδει έμφαση στην υγεία παρά στην αρρώστια. Τόσο η ιατρική όσο και η Νοσηλευτική που ασκούνται στον κλειστό χώρο του νοσοκομείου θεραπεύουν και αντιμετωπίζουν προβλήματα που σχετίζονται με την αρρώστια, χωρίς βέβαια να παραμερίζεται και η πρόληψη. Κύριος σκοπός της όμως είναι η θεραπεία. Αντίθετα, η Κοινοτική Νοσηλευτική σκοπεύει στην διατήρηση και προαγωγή της υγείας των ατόμων της κοινότητος και στην πρόληψη της αρρώστιας. Ο προληπτικός χαρακτήρας της εργασίας στην κοινότητα δίδει στον κοινοτικό νοσηλευτή την δυνατότητα να ερευνήσει και να διαπιστώσει την ένταση των διαφόρων προβλημάτων με την ανάλογη δε ενημέρωση να περιορίσει την εξάπλωσή τους. Μπορεί π.χ. να διαπιστώσει το ποσοστό των ατόμων που καπνίζουν, ή των ατόμων που καταναλίσκουν μεγάλη ποσότητα οινοπνεύματος, ή και των ατόμων τα οποία είναι επιρρεπή στο να εκδηλώσουν καρδιοπάθειες, καρκίνο ή και οποιαδήποτε άλλη αρρώστια. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις και σε ποικίλες άλλες, ενημερώνοντας προστατεύει το κοινωνικό σύνολο και συντελεί στη διατήρηση της υγείας και την πρόληψη της αρρώστιας².

Ένα άλλο χαρακτηριστικό της είναι η στενή συνεργασία με άλλους επιστήμονες. Η Κοινοτική Νοσηλευτική αποτελεί τμήμα της όλης Υγειονομικής οργάνωσης και ο κοινοτικός νοσηλευτής είναι μέλος της υγειονομικής ομάδος, η οποία εργάζεται για τον κοινό σκοπό, την προαγωγή της υγείας του κοινού. Η συνεργασία λοιπόν και η συνεννόηση μεταξύ των μελών της ομάδος είναι απαραίτητη για την επιτυχία του σκοπού αυτού. Μεμονωμένος και ασυγχρόνιστος προγραμματισμός δεν είναι δυνατόν να επιτύχει. Αντίθετα οδηγεί σε κατατεμαχισμό

της φροντίδος που δίδεται και το αποτέλεσμα θα είναι πολύ πτωχό. Για την επιτυχία αυτής της συνεργασίας, είναι απαραίτητο να καθορισθεί ο ρόλος και τα καθήκοντα του καθενός μέλους της υγειονομικής ομάδος, ώστε να μην υπάρχουν επικαλύψεις και συγκρούσεις καθηκόντων και αρμοδιοτήτων πράγμα που διασπά την συνοχή, την ενότητα και την συνεργασία της ομάδος. Η ομάδα αυτή σήμερα, μετά την προσπάθεια που ξεκίνησαν όλες οι χώρες με την κατεύθυνση του ΠΟΥ για την καθιέρωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, λέγεται «Ομάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδος Υγείας». Περιλαμβάνει δε όλους τους επιστήμονες που εργάζονται στην ΠΦΥ με την στενή της έννοια και ευρύτερα όλο το προσωπικό που εργάζεται στην ΠΦΥ, όπως: τεχνικούς, διοικητικό προσωπικό, οδηγούς, βοηθητικό προσωπικό, κλπ².

Τέλος, χαρακτηριστικό γνώρισμα της Κοινοτικής Νοσηλευτικής είναι ότι προωθεί την ενεργό συμμετοχή του κοινού στα θέματα υγείας. Η ενεργός συμμετοχή του κοινού αποτελεί απαραίτητο χαρακτηριστικό, προϋπόθεση και επιδίωξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και επομένως και της Κοινοτικής Νοσηλευτικής. Διότι δεν είναι δυνατό να γίνουν καταληπτοί οι σκοποί της κοινοτικής νοσηλευτικής χωρίς να εξασφαλιστεί η συνεργασία και συμμετοχή του κοινού. Ακόμη δεν είναι δυνατό να επιτύχει η προσπάθεια για την εξασφάλιση της υγείας των ατόμων μιας κοινότητας, αν τα ίδια τα άτομα δεν συνειδητοποιήσουν τη σημασία της, αν δεν αποδεχτούν τα μέσα και τους τρόπους που χρησιμοποιούνται και αν δεν έχουν ενεργό και συνεχή συμμετοχή^{47,2}.

4. ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Πρωταρχικός σκοπός της Κοινοτικής Νοσηλευτικής είναι η προαγωγή της υγείας και η πρόληψη της αρρώστιας και λιγότερο η θεραπευτική φροντίδα. Επειδή ακριβώς η έμφαση είναι στην υγεία, τα άτομα της κοινότητος δεν θεωρούνται «άρρωστα», γι' αυτό και υπάρχουν συγκεκριμένες διαφορές στην άσκηση της Κοινοτικής σε σχέση με τη Γενική Νοσηλευτική².

1. Στο Νοσοκομειακό περιβάλλον οι δραστηριότητες του νοσηλευτή στρέφονται γύρω από το περιστατικό ή το επεισόδιο της αρρώστιας κατά το χρονικό

διάστημα που αυτή διαρκεί. Στην Κοινότητα η σχέση και επικοινωνία νοσηλευτή-ατόμου/οικογένειας είναι μακροχρόνιος σε αντίθεση με τη νοσοκομειακή, που μπορεί να ονομαστεί «επεισοδιακή».

2. Τα σύνορα άσκησης της Κοινοτικής Νοσηλευτικής είναι πολύ ευρύτερα σε σχέση με τη Νοσηλευτική άσκηση στο νοσοκομείο. Ο ρόλος του Κοινοτικού νοσηλευτή περιλαμβάνει ένα ευρύτατο φάσμα δραστηριοτήτων που απαιτούν γενικότερη και πιο σφαιρική ενημέρωση μάλλον παρά εξειδικευμένη και περιορισμένη γνώση σε συγκεκριμένο τομέα.
3. Επειδή το αντικείμενο φροντίδος του κοινοτικού νοσηλευτή μπορεί να περιλαμβάνει το άτομο, την οικογένεια αλλά και κάθε κοινωνική ομάδα, ο βαθμός οικειότητας και επικοινωνίας στην Κοινότητα είναι ευρύτερος από ότι στο νοσοκομείο. Στην κοινότητα η έννοια άτομο επεκτείνεται περισσότερο και περιλαμβάνει όλη την οικογένεια στην οποία ανήκει, τόσο τη βιολογική οικογένεια με τη στενή έννοια του όρου, όσο και οποιοδήποτε άλλο άτομο που επιδρά στις σχέσεις του με το περιβάλλον. Ο κοινοτικός νοσηλευτής, αξιολογεί και αντιμετωπίζει όχι μόνο τις ανάγκες του ατόμου με το συγκεκριμένο πρόβλημα και τη δυνατότητα προσαρμογής του, αλλά συγχρόνως και τις ανάγκες, την επάρκεια και τη δυνατότητα προσαρμογής όλων των μελών που απαρτίζουν την οικογένεια και το περιβάλλον του.
4. Η βοήθεια, η υποστήριξη και η καθοδήγηση που δίδεται στο άτομο, είναι ανάλογη με την κατάσταση και τις ανάγκες του. Τόσο το άτομο όσο και η οικογένεια είναι ανάγκη να συμμετέχουν περισσότερο στη φροντίδα, αφού η παρουσία του νοσηλευτή στο σπίτι δεν μπορεί να είναι συνεχής, όπως συμβαίνει στο νοσοκομείο. Ο βασικός σκοπός τη νοσηλευτή στην κοινότητα είναι να αυξάνει καθημερινά την προσαρμοστική ικανότητα του ατόμου και της οικογένειας. Όσο το άτομο προσαρμόζεται τόσο ο ρόλος του νοσηλευτή περιορίζεται.
5. Η νοσηλευτική παρέμβαση στο χώρο της κοινότητας μετατρέπεται. Το σπίτι αποτελεί τον ιδιωτικό χώρο του ατόμου και ο κοινοτικός νοσηλευτής είναι ο επισκέπτης. Το άτομο και η οικογένεια έχουν μεγαλύτερη πρωτοβουλία αλλά και περισσότερη υπευθυνότητα για το αποτέλεσμα της φροντίδος. Ο ρόλος του νοσηλευτή παίρνει άλλη μορφή. Συντονίζει, διδάσκει, υποστηρίζει τους μηχανισμούς προσαρμογής του αρρώστου και της οικογένειας και είναι περισσότερο ευέλικτος στο πρόγραμμα και τις παρεμβάσεις του. Η Κοινοτική

Νοσηλευτική απαιτεί από το νοσηλευτή πολύ περισσότερες συντονιστικές και διοικητικές ικανότητες, διότι αυτός καλείται να συνεργαστεί με πολλές υπηρεσίες και ποικίλους οργανισμούς, προκειμένου να αντιμετωπίσει τις ανάγκες των μελών της Κοινότητας.

6. Ο κοινοτικός νοσηλευτής εργάζεται περισσότερο ανεξάρτητα και με περισσότερη αυτονομία αλλά και υπευθυνότητα, αν ληφθεί υπόψη το απρόβλεπτο που μπορεί να συναντήσει σε κάθε επίσκεψη και το γεγονός ότι βρίσκεται συχνά μόνος του, επομένως αναγκάζεται να δράσει άμεσα. Γι' αυτό είναι απαραίτητο να υπάρχει νομική κατοχύρωση για την άσκηση του νοσηλευτικού έργου στην κοινότητα, ώστε ο νοσηλευτής να γνωρίζει τα πλαίσια μέσα στα οποία μπορεί να κινηθεί ².

5. ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

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

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

Βασική αρχή του κοινοτικού νοσηλευτή, κατά τον Tigar, πρέπει να είναι ο σεβασμός στον εαυτό του, στα άτομα που υπηρετεί και σε όλους όσους ασχολούνται με τη φροντίδα των ατόμων αυτών. Αντικειμενικός σκοπός του η προαγωγή της Κοινοτικής Υγείας ². Ο Tigar (1980) προτείνει ότι ο κοινοτικός νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει:

- Ü Βασικές νοσηλευτικές γνώσεις και δεξιότητες.
- Ü Γνώσεις σχετικά με την υγεία και την αρρώστια.
- Ü Καθαρή αντίληψη του αντικειμένου της Κοινοτικής Υγείας και Νοσηλευτικής.
- Ü Ικανότητα:

1. εφαρμογής της Νοσηλευτικής Διεργασίας (αξιολόγηση, προγραμματισμό, εφαρμογή και εκτίμηση του αποτελέσματος της φροντίδας σε άτομα και ομάδες).
2. εφαρμογής συστήματος γραπτής επικοινωνίας, αλλά και δεξιότητες στη διανθρώπινη επικοινωνία. Δυνατότητα να διαβιβάζει το περιεχόμενο της Κοινοτικής Νοσηλευτικής στους αποδέκτες και επιστήμονες υγείας άλλων ειδικοτήτων και την κοινότητα γενικά,
3. να προγραμματίζει, ιεραρχεί και αντιμετωπίζει τα προβλήματα κατά προτεραιότητα,
4. να διδάσκει και καθοδηγεί άτομα και ομάδες,
5. να λύνει προβλήματα, να παίρνει αποφάσεις, να συλλαμβάνει και να επιφέρει αλλαγές, όπου χρειάζεται.

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

Ü Βασικές γνώσεις υπολογισμού κόστους και ωφελιμότητας.

Ü Ικανότητα συνεργασίας με τους άλλους ανθρώπους.

Όλες αυτές οι δυνατότητες αποκτώνται με γνώσεις από τη Δημόσια Υγεία, τις ανθρωπιστικές επιστήμες, κοινωνικές επιστήμες, επιστήμες συμπεριφοράς, επιδημιολογία και νοσηλευτικές επιστήμες².

Για να λειτουργήσει σωστά ο κοινοτικός νοσηλευτής (σαν συντονιστής της φροντίδος που παρέχεται στην κοινότητα και καλός συνεργάτης των άλλων επιστημόνων υγείας) είναι απαραίτητο να γνωρίζει το σύστημα στο οποίο βασίζεται η οργάνωση των Υγειονομικών Υπηρεσιών της χώρας. Το σύστημα αυτό επιδρά αποφασιστικά στην άσκηση της Κοινοτικής Νοσηλευτικής. Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε ανταγωνιστικά συστήματα, όπου η ιδιωτική πρωτοβουλία διαδραματίζει πρωτεύοντα ρόλο, αναπτύσσουν περισσότερη πρωτοβουλία και είναι πιο δημιουργικοί στην ανάπτυξη και εφαρμογή νέων μεθόδων και νοσηλευτικών προσεγγίσεων. Αντίθετα, νοσηλευτές που εργάζονται σε κρατικοποιημένα συστήματα υγείας βλέπουν συνήθως κάποια αλλαγή. Το σύστημα υγείας και το νοσηλευτικό έργο, κατά συνέπεια, μερικές φορές γίνονται τόσο γραφειοκρατικά ώστε τα εμπόδια που παρουσιάζονται σε κάθε προσπάθεια κάποιας αλλαγής να είναι σχεδόν αδύνατο να ξεπεραστούν. Παρόλα αυτά όμως, οι σημαντικές αλλαγές που ξεκίνησαν και επιτεύχθηκαν και σε κοινωνικοποιημένα συστήματα αποτελούν απόδειξη ότι οι

νοσηλευτές μπορούν να δημιουργήσουν μέσα στο επάγγελμά τους, εάν είναι αφοσιωμένοι και έτοιμοι να εργαστούν με σύστημα και διάθεση γι' αυτό. Πάντοτε όμως είναι απαραίτητο να γνωρίζει ο νοσηλευτής το σύστημα υγείας της χώρας στην οποία εργάζεται ⁴⁸.

Δ. ΤΟΜΕΙΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

1. ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

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

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

Οικογένεια είναι το σύνολο το αποτελούμενο από δύο ή περισσότερα άτομα, τα οποία κατοικούν στον ίδιο χώρο, έχουν κοινούς συναισθηματικούς δεσμούς, κοινούς σκοπούς και επιδιώξεις και διεκπεραιώνουν αλληλοεξαρτώμενες δραστηριότητες ².

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

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

1. Κάθε οικογένεια είναι **μοναδική**, διαφέρει από οποιαδήποτε άλλη. Χρειάζονται λοιπόν συγκεκριμένες πληροφορίες για την κάθε οικογένεια ξεχωριστά με σκοπό να διαπιστωθούν και αντιμετωπιστούν οι δικές της ιδιαίτερες ανάγκες.
2. Κάθε οικογένεια **έχει ομοιότητες** με οποιαδήποτε άλλη οικογένεια. Οι ομοιότητες αυτές είναι:
 - ⊖ Αποτελεί μια μικρή κοινωνική ομάδα.
 - ⊖ Έχει τις δικές της πεποιθήσεις και κανόνες λειτουργίας.
 - ⊖ Έχει κάποια συγκρότηση και ιεραρχία.

⊖ Διεκπεραιώνει συγκεκριμένες δραστηριότητες.

⊖ Περνά από τα στάδια εξέλιξης της οικογένειας.

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

Με την έμφαση που δίνεται τελευταία στο άτομο σαν προσωπικότητα μοναδική, οι επιστήμονες υγείας κάνουν το λάθος να βλέπουν την οικογένεια απλά σαν ένα σύνολο ατόμων. Το λάθος αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι βλέπουν την οικογένεια μέσω του ατόμου. Σπάνια απασχολεί το πώς λειτουργεί η οικογένεια σαν ένα ενιαίο σύνολο ^{49,2}.

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

Οι περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την οικογένεια συγκεντρώνονται στην επίσκεψη του νοσηλευτή στο σπίτι. Η αξιολόγηση στο σπίτι έχει πολλά πλεονεκτήματα σε σύγκριση με την επικοινωνία νοσηλευτή – ατόμου στο Κέντρο Υγείας της περιοχής. Αρχικά, οι πληροφορίες τόσο για τη σύνθεση όσο και για τις σχέσεις της οικογένειας είναι πιο εξακριβωμένες. Η παρατήρηση του οικογενειακού περιβάλλοντος βοηθεί τον νοσηλευτή να διαπιστώσει τόσο τα εμπόδια και τις δυσκολίες όσο και τις δυνατότητες της οικογένειας να συμβάλει στην επίτευξη μεγαλύτερης οικογενειακής συνοχής και προαγωγή του επιπέδου της υγείας της. Τα μέλη, τέλος, της οικογένειας αισθάνονται μεγαλύτερη ασφάλεια και ανεξαρτησία στο δικό τους περιβάλλον και γίνονται έτσι πιο επιδεκτικοί στις προτάσεις για αντιμετώπιση των αναγκών της υγείας τους ^{49,2}.

Η επίσκεψη του Κοινοτικού Νοσηλευτή στο σπίτι, περιλαμβάνει πέντε φάσεις:

1. *Η πρωτοβουλία, η εισήγηση της επίσκεψης.*

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

2. Η προ της επίσκεψης φάση – Προετοιμασία της επίσκεψης.

Η τηλεφωνική επικοινωνία του νοσηλευτή με την οικογένεια πριν από την επίσκεψη είναι πολύ καλή ευκαιρία για πρώτη επαφή και συνεννόηση. Στην επικοινωνία αυτή εξηγεί ποιος είναι, τον σκοπό της επίσκεψης στο σπίτι και πώς έγινε η παραπομπή της οικογένειας (π.χ. από το σχολείο, το νοσοκομείο, ή οποιοδήποτε άλλο άτομο ή υπηρεσία). Η σύντομη αυτή τηλεφωνική συζήτηση βοηθεί να διευκρινισθούν ορισμένα θέματα και ενθαρρύνει την οικογένεια στην συμμετοχή της. Προγραμματίζεται τόσο ο χρόνος όσο και η σχετική διάρκεια της επίσκεψης, έτσι ώστε να διευκολύνονται και η οικογένεια και ο νοσηλευτής. Σε περίπτωση που η οικογένεια δεν δεσφεί τηλεφώνο, ο νοσηλευτής μπορεί να χρησιμοποιήσει μια κάρτα ή ένα μικρό σημείωμα ώστε να ενημερώσει για την επίσκεψη που προγραμματίζεται. Στο σημείωμα πρέπει να υπάρχει το τηλέφωνο της υπηρεσίας για να μπορεί η οικογένεια να ενημερώσει εάν ο χρόνος που καθορίστηκε η επίσκεψη δεν είναι ο κατάλληλος.

Μετά από τη συνεννόηση αυτή ο νοσηλευτής θα πρέπει να μελετήσει όλες τις πληροφορίες που υπάρχουν σχετικά με την οικογένεια, προφορικές ή γραπτές, και από όλες τις πηγές, όπως: έκθεση ιατρική, πληροφορίες συναδέλφων, σχετική έκθεση από το σχολείο ή τον εργασιακό χώρο κάποιου μέλους της οικογένειας και κάθε άλλη σχετική πληροφορία ².

3. Η επίσκεψη στο σπίτι

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

Η επικοινωνία αυτή πρέπει να είναι μια κυκλική διεργασία, η οποία ενισχύει τα μέλη της οικογένειας να εκφράσουν μόνα τους τις σκέψεις ή τα προβλήματά τους

χωρίς να είναι αναγκασμένα να απαντούν σε συγκεκριμένες κατευθυνόμενες ερωτήσεις. Έτσι τα μέλη της οικογένειας με τον δικό τους τρόπο εκφράζουν αυτά που θέλουν δίδοντας την ευκαιρία στον νοσηλευτή να αντιληφθεί τις απόψεις και θέσεις τους σε διάφορα θέματα. Σε αυτό το στάδιο ο νοσηλευτής απλά ακούει ενεργητικά και προσεκτικά, χωρίς να σημειώνει τίποτε με χαρτί και μολύβι για να μην παρεμποδίσει την άνεση της επικοινωνίας ^{49,2}.

Στο τέλος της συζήτησης, ο νοσηλευτής προτείνει να επαναλάβουν περιληπτικά μαζί με την οικογένεια ό,τι συζητήθηκε και να προστεθεί ό,τι τυχόν προκύψει. Στο σημείο αυτό και αφού εξασφαλιστεί κάποια απαραίτητη σχέση επικοινωνίας, συζητείται με την οικογένεια και η χρησιμοποίηση κάποιου σκελετού ή οδηγού αξιολόγησης, οποίος θα καταρτιστεί και συμπληρωθεί μαζί με τα μέλη της οικογένειας. Ένας χρήσιμος οδηγός αξιολόγησης πρέπει να περιλαμβάνει την αρχιτεκτονική και λειτουργική δομή της οικογένειας καθώς και το αναπτυξιακό της στάδιο. Η χρησιμοποίηση ενός προγράμματος της οικογένειας είναι πολύ βοηθητική, διότι δίδει τη γραπτή, οπτική εικόνα της οικογένειας. Σημειώνεται πρώτα η αρχιτεκτονική δομή της οικογένειας και ακολουθεί το αναπτυξιακό στάδιο και το ιστορικό της οικογένειας. Στη συνέχεια συγκεντρώνονται πληροφορίες σχετικά με τις δραστηριότητες της οικογένειας, τις πιέσεις που ασκούνται σ' αυτήν και τους προσαρμοστικούς μηχανισμούς που χρησιμοποιεί. Στο τέλος, τα μέλη της οικογένειας συνεργάζονται με τον νοσηλευτή στον καταρτισμό ενός πίνακα, στον οποίο απαριθμούνται τόσο οι δυνατότητες της οικογένειας όσο και τα σημεία αδυναμίας που επισημάνθηκαν και χρειάζονται βελτίωση. Ο πίνακας αυτός θα χρησιμοποιηθεί σαν αρχική βάση για τον προγραμματισμό της φροντίδος της οικογένειας ².

Σε όλη τη διάρκεια της αξιολόγησης λαμβάνεται υπόψη η επίδραση του συστήματος των αξιών και πεποιθήσεων στην οικογένεια. Παρόλο που τόσο οι ρόλοι όσο και οι αξίες και πεποιθήσεις στην οικογένεια μεταβάλλονται ή τροποποιούνται με την πάροδο του χρόνου, ενώ μέλη της οικογένειας προστίθενται ή αποχωρούν από αυτήν, κατά πολύ μεγάλο ποσοστό οι ρόλοι προσδιορίζονται από το ίδιο το σύστημα αξιών, τις πεποιθήσεις και τις συνήθειες της οικογένειας. Όλα αυτά τα συστήματα αξιών είναι εμφανή στη διαπαιδαγώγηση των παιδιών, τον τρόπο επικοινωνίας των μελών μεταξύ τους καθώς και σε πολιτικές, οικονομικές, θρησκευτικές εκδηλώσεις και τοποθετήσεις σχετικά με θέματα υγείας ^{49,2}.

Όλες οι πληροφορίες είναι αδύνατο βέβαια να συγκεντρωθούν σε μια ή δύο μόνο επισκέψεις. Μετά τη δεύτερη επίσκεψη ο νοσηλευτής ίσως είναι σε θέση να

διαπιστώσει τα γενικά προβλήματα και να αποφασίσει πόσο λεπτομερειακή αξιολόγηση χρειάζεται για τη διερεύνησή τους. Όλες οι επόμενες επισκέψεις θα προγραμματιστούν με τη σύμφωνη γνώμη της οικογένειας, ανάλογα με τις ανάγκες που προκύπτουν και τα μέσα που διατίθενται για την αντιμετώπισή τους. Μόλις καταρτίζεται το πρόγραμμα για επόμενη επίσκεψη αρχίζει η τελική φάση ².

4. Τελική Φάση

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

Τελειώνοντας την επίσκεψη πρέπει να είναι σαφείς και κατανοητές οι ενέργειες ή δραστηριότητες τις οποίες θα αναλάβει ο νοσηλευτής και η οικογένεια μέχρι την επόμενη επικοινωνία τους ².

5. Μετά την επίσκεψη

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

Οι πληροφορίες που συγκεντρώθηκαν από την επίσκεψη στο σπίτι αλλά και από όλες τις άλλες πιθανές πηγές, προφορικές ή γραπτές, πρέπει να οργανωθούν και αναλυθούν για να οδηγηθούμε στα συγκεκριμένα προβλήματα. Εάν μεν η επίσκεψη στο σπίτι ήταν αρκετά αποτελεσματική ώστε να οδηγήσει σε ένα γενικό κατάλογο προβλημάτων και αναγκών, ο οποίος καταρτίστηκε με την συνεργασία της οικογένειας, ένα μεγάλο μέρος της ανάλυσης έχει συμπληρωθεί. Επειδή όμως αυτό δεν είναι πάντοτε δυνατόν, ούτε και απόλυτα πλήρες, η ανάλυση ολοκληρώνεται από τον νοσηλευτή λαμβάνοντας υπόψη τον οδηγό για την ανάλυση της οικογένειας που περιλαμβάνει κατά τους Wright and Leahey τα πιο κάτω:

§ Τι διαδραματίζεται μέσα στην συγκεκριμένη οικογένεια, αναπτυξιακά ή λειτουργικά και πώς αυτό εκδηλώνεται.

§ Ποια ήταν τα αισθήματα, οι εντυπώσεις και οι διαθέσεις που εκδηλώθηκαν από τα μέλη της οικογένειας και ποιες οι προσωπικές εμπειρίες και εντυπώσεις του νοσηλευτή.

§ Τι παρουσιάστηκε που φαίνεται σαν ασύνηθες, μη αναμενόμενο, κάπως παράξενο ή μη φυσιολογικό.

§ Ποια μεταβολή επήλθε, πώς η οικογένεια προσαρμόζεται σ' αυτή την μεταβολή και ποιοι οι μηχανισμοί προσαρμογής της.

Στο τέλος της ανάλυσης καταγράφεται η Νοσηλευτική διάγνωση/πρόβλημα ή ανάγκη που διαπιστώθηκε και καθορίζονται οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπισή του ^{49,2}.

Συμπερασματικά, ο νοσηλευτής προκειμένου να βοηθήσει αποτελεσματικά την οικογένεια πρέπει να γνωρίζει καλά τα πιο κάτω:

- Ø Την σύνθεση της οικογένειας. Την αρχιτεκτονική δομή της.
- Ø Το αναπτυξιακό στάδιο, στο οποίο βρίσκεται.
- Ø Την λειτουργική δομή της. Σχέσεις μελών μεταξύ τους και με το περιβάλλον.
- Ø Την κατάσταση σωματικής, ψυχικής, κοινωνικής υγείας της οικογένειας.
- Ø Τις αξίες, θεσμούς, ήθη και έθιμα.
- Ø Τους υποστηρικτικούς μηχανισμούς που χρησιμοποιεί.
- Ø Τις δυνατότητες και αδυναμίες της.

Αφού λοιπόν η οικογένεια αποτελεί σύνολο και σύστημα, η αρρώστια ενός μέλους του συστήματος, έχει άμεση επίπτωση σε όλο το σύστημα και ο τρόπος που το σύστημα αντιδρά έχει άμεση επίδραση στο μέλος που πάσχει. Όσο πιο σωστά και αποτελεσματικά λειτουργεί το σύστημα, τόσο πιο καλά θα προσαρμόζονται τα μέλη.

Η Νοσηλευτική, λοιπόν, χρειάζεται να επικεντρωθεί περισσότερο στη μελέτη και τη φροντίδα ολόκληρης της οικογένειας για να εξασφαλίσει και σωστή φροντίδα στο κάθε μέλος ξεχωριστά, πάντοτε σε στενή συνεργασία με όλη την οικογένεια ².

2. ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ

Η Νοσηλευτική υπηρεσία στο σχολείο άρχισε στη Νέα Υόρκη το 1902, όταν σε κάποιο σχολείο παρουσιάστηκε μια δερματική νόσος που ανάγκαζε τα παιδιά να μένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα στο σπίτι. Η Lillian Wald προσέφερε τότε νοσηλευτική φροντίδα στα παιδιά αυτά για ένα μήνα με πολύ καλά αποτελέσματα. Μετά από αυτή την νοσηλευτική επιτυχία, στους δώδεκα μήνες που ακολούθησαν, διορίστηκαν δώδεκα νοσηλευτές στο σχολείο αυτό ².

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

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

Στην Ελλάδα η ιστορία της σχολικής υγιεινής έχει την αρχή της στο 1889, όταν για πρώτη φορά υποβλήθηκε στη Βουλή αιτιολογική έκθεση του τότε Υπουργού Παιδείας για τη φρικτή κατάσταση των διδασκαστηρίων. Το 1895 ψηφίζεται ο νόμος «Περί τρόπου οικοδομήσεως σχολικών κτιρίων». Το 1908 ιδρύεται στο Υπουργείο Παιδείας το Γραφείο Σχολικής Υγιεινής. Το 1910 διορίζονται 12 σχολίατροι ².

Σταθμοί για την ανάπτυξη της Σχολικής Υγιεινής πρέπει να θεωρούνται: ο νόμος 240/1914 που τροποποιήθηκε το 1929 και που λεπτομερειακά τοποθέτησε τους σκοπούς και το είδος του προσωπικού της σχολικής υγιεινής. Στην τροποποίηση του 1920 έγινε η πρώτη προσπάθεια εισαγωγής του νοσηλευτή στα σχολεία. Το 1933 οργανώθηκε η Σχολική Υπηρεσία και το 1939 με το νόμο 1805 καθορίστηκαν οι αρμοδιότητες των σχολιάτρων. Ακόμη στο ίδιο νομοθέτημα αναφέρεται ότι η νοσηλεύτρια σχολικής υγείας πρέπει «Να προετοιμάζεται ως επισκέπτρια αδελφή και να ειδικεύεται εις την σχολικήν υγιεινήν». Από τότε μέχρι σήμερα ο θεσμός πέρασε από πολλά στάδια. Το 1977 με το Π.Δ. 544/77 ιδρύεται η Διεύθυνση Σχολικής Υγιεινής, στο τότε Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών, οπότε μεταφέρεται η

υπηρεσία από το Υπουργείο Παιδείας. Με το νόμο 1397/83 για το Ε.Σ.Υ. «Η παροχή υπηρεσιών σχολικής υγιεινής» ορίστηκε σαν ένας από τους σκοπούς των Κέντρων Υγείας^{50,51}.

Σήμερα, δίδεται ιδιαίτερη έμφαση στη διατήρηση και προαγωγή της υγείας, ανοίγονται νέοι ορίζοντες και δίδονται ξεχωριστές ευκαιρίες για την ανάπτυξη της σχολικής υγιεινής και της Νοσηλευτικής στον χώρο του σχολείου. Το σχολείο αποτελεί το μέσον με το οποίο προσφέρονται υγειονομικές υπηρεσίες σε όλο τον νεανικό πληθυσμό της χώρας αφού περιλαμβάνει τον σχολικό πληθυσμό και των τριών βαθμίδων (πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας, τριτοβάθμιας) εκπαίδευσης, δηλαδή το μαθητικό, σπουδαστικό και φοιτητικό κόσμο της χώρας. Ακόμη οι υπηρεσίες επεκτείνονται και σε όλο το προσωπικό του σχολείου (διδασκτικό, διοικητικό και βοηθητικό) καθώς και στους γονείς με τους οποίους η νοσηλευτική υπηρεσία βρίσκεται σε συνεχή και στενή επικοινωνία. Το σχολείο έτσι μετατρέπεται σε ένα Κοινοτικό Κέντρο².

Οι βασικοί σκοποί της σχολικής υγιεινής στη χώρα μας είναι:

- ⊗ Η προστασία και η προαγωγή της υγείας των μαθητών (σωματική, ψυχική, πνευματική, κοινωνική), όπως αυτή καθορίζεται από την Π.Ο.Υ.
- ⊗ Η αγωγή υγείας των μαθητών, του διδασκτικού προσωπικού και των γονέων.
- ⊗ Η επίβλεψη της υγιεινής του σχολικού περιβάλλοντος.
- ⊗ Η τήρηση στατιστικών στοιχείων και η εκτίμηση αυτών με σκοπό την εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων.

Για να εξασφαλιστεί υγιής σχολικός πληθυσμός, είναι απαραίτητο οι προσπάθειες να αρχίσουν πολύ πριν το παιδί φθάσει στη σχολική ηλικία. Η προσπάθεια για την εξασφάλιση και την προαγωγή της υγείας αρχίζει πριν από τη σύλληψη του κάθε παιδιού και συνεχίζεται στη βρεφική, προσχολική και σχολική ηλικία^{50,51}.

Κατά την εισαγωγή του παιδιού στο σχολείο είναι απαραίτητο να γίνει ένας πλήρης ιατρικός και οδοντιατρικός έλεγχος, καθώς και έλεγχος των εμβολίων που έγιναν ή δεν έγιναν. Μετά τον έλεγχο αυτό πρέπει να αντιμετωπιστεί κάθε πρόβλημα και να διορθωθεί κάθε μικρή ή μεγαλύτερη αναπηρία, ιδιαίτερα σχετικά με την όραση και την ακοή του παιδιού. Απαραίτητη είναι η στενή επικοινωνία του σχολικού νοσηλευτή με την οικογένεια του κάθε παιδιού. Καλό είναι να ενισχύεται και

προωθείται η συνεργασία με γραπτή επικοινωνία του νοσηλευτή προς τους γονείς που αρχίζει πριν ακόμη αρχίσει το σχολείο.

Ο σχολικός νοσηλευτής συμβάλλει στην προαγωγή της υγείας του σχολικού πληθυσμού με τις πιο κάτω δραστηριότητες:

Λεπτομερής εξέταση και αξιολόγηση της υγείας του κάθε παιδιού.

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

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

Μεγάλη σημασία πρέπει να επιδείξει ο νοσηλευτής στη βελτίωση του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος του σχολείου. Το σχολικό περιβάλλον, παράλληλα με το οικογενειακό περιβάλλον, επιδρά πολύ αποφασιστικά στην υγεία και την φυσιολογική ανάπτυξη του παιδιού και του εφήβου. Ένα υγιεινό σχολικό περιβάλλον πρέπει να είναι απαλλαγμένο από παράγοντες που επιδρούν αρνητικά στην σωματική, ψυχολογική και κοινωνική ανάπτυξη του παιδιού και να συμβάλλει ουσιαστικά στην ψυχοσωματική του υγεία και πρόοδο ⁵².

Πρέπει να περιοριστούν οι κίνδυνοι από το φυσικό περιβάλλον. Το περιβάλλον του σχολείου πρέπει να συμβάλλει στην εμπέδωση υγιεινών έξεων. Επαρκής και υγιεινός φωτισμός των αιθουσών, καλός εξαερισμός, θέρμανση, επαρκής χώρος για τον ανάλογο αριθμό μαθητών, κανονικές αποστάσεις δασκάλου – εποπτικών μέσων – μαθητού, αποτελούν στοιχεία απαραίτητα για αποδοτική εργασία. Ακόμη, κατάλληλοι χώροι καθαριότητας με επαρκή ποσότητα υλικού καθαριότητας. Τα θρανία και ο τρόπος που κάθεται ο μαθητής επίσης πρέπει να ελέγχονται, καθώς και η ακουστική και οπτική δυνατότητα των αιθουσών διδασκαλίας. Ο έλεγχος των τροφών που προσφέρονται για κατανάλωση έχει μεγάλη σημασία. Οι μαθητές διαφωτίζονται σχετικά με το τι πρέπει να τρώνε και τι να αποφεύγουν για να διατηρήσουν την υγεία τους και να προλάβουν διάφορες δυσάρεστες καταστάσεις. Ο νοσηλευτής συνιστά να αποφεύγουν τα αναψυκτικά που περιέχουν κόλα, τα γαριδάκια, τα πολλά γλυκά και σοκολάτες και βεβαίως το κάπνισμα και τα οινοπνευματώδη ^{52,2}.

Σκοπός του σχολικού νοσηλευτή είναι η προστασία από λοιμώδη νοσήματα. Απαραίτητη και αποτελεσματική μέθοδος αποτελούν οι εμβολιασμοί. Σε περίπτωση που παρουσιάζεται λοιμώδης νόσημα, ο νοσηλευτής είναι εκείνος που θα φροντίσει

να περιοριστεί η εξάπλωσή του με την έγκαιρη διάγνωση από τα πρώτα συμπτώματα και τον περιορισμό του παιδιού στο σπίτι μέχρι να παύσει να είναι φορέας της νόσου.

Σπουδαιότατο παράγοντα για την υγεία του παιδιού αποτελεί το ψυχολογικό και κοινωνικό περιβάλλον του σχολείου, στην δημιουργία του οποίου συμβάλλουν όλοι οι εργαζόμενοι σ' αυτό αλλά και οι ίδιοι οι μαθητές και οι οικογένειές τους.#8 Συνθήκες που οδηγούν το παιδί σε απογοήτευση και κόπωση ή το κάνουν να χάσει την εμπιστοσύνη στον εαυτό του και να αισθανθεί ανίκανο και μειονεκτικό ή ακόμη και ομαδικές συγκρούσεις και διαφορές μεταξύ των μαθητών προκαλούν δυσάρεστες καταστάσεις. Οι καταστάσεις αυτές μπορούν να δημιουργήσουν ψυχολογικά, συναισθηματικά ή και κοινωνικά προβλήματα. Ένα πολύ φορτωμένο και δύσκολο πρόγραμμα μπορεί να δημιουργήσει υπερβολική κόπωση και άγχος στο παιδί. Παράλληλα ένα πρόγραμμα υποβαθμισμένο και διάφορο μπορεί να δημιουργήσει άγχος και πίεση στα ικανά παιδιά που έχουν ενδιαφέρον να μάθουν. Πολύωρα μαθήματα, χωρίς διαλείμματα, χωρίς άλλες δραστηριότητες ή ψυχαγωγία, πολλή εργασία για το σπίτι, επηρεάζουν αρνητικά την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του παιδιού. Όλα αυτά, είναι υποχρέωση και καθήκον της νοσηλευτικής υπηρεσίας να τα παρακολουθεί και να τα ελέγχει με σκοπό να διαπιστώσει έγκαιρα διάφορες δυσκολίες, προβλήματα και ελλείψεις και να κάνει τις ανάλογες προτάσεις για την αντιμετώπισή τους. Δεν έχει βέβαια την εξουσία να ρυθμίσει όλα αυτά τα θέματα μόνη της. Εάν όμως η συνεργασία της με όλους τους εργαζόμενους στο σχολείο είναι τέτοια ώστε η γνώμη της να γίνει σεβαστή και υπολογίσιμη, θα μπορέσει να επιτύχει πολλά².

Απαραίτητη, τέλος, προϋπόθεση για την διατήρηση και προαγωγή της υγείας του παιδιού είναι η απόκτηση γνώσεων και υγιεινών έξεων που διδάσκονται βέβαια αρχικά μέσα στην οικογένεια, συστηματοποιούνται όμως και εμπεδώνονται στο σχολείο. Πρωταρχικός σ' αυτό είναι ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή που εργάζεται στο σχολείο. Η διδασκαλία ή αγωγή υγείας που κάνει ο νοσηλευτής στο σχολείο μπορεί να είναι προγραμματισμένη και περιστασιακή.

Η προγραμματισμένη διδασκαλία περιλαμβάνεται στο ωρολόγιο πρόγραμμα των μαθημάτων και γίνεται σε τακτές ημέρες και ώρες μετά από συνεννόηση με το διδακτικό προσωπικό του σχολείου. Στο πρόγραμμα αυτό διδασκαλίας περιλαμβάνονται θέματα που ενδιαφέρουν και αφορούν τον σχολικό πληθυσμό και έχουν κυρίως προληπτικό χαρακτήρα. Τέτοια είναι:

- Ατομική υγιεινή και καθαριότητα

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

Η περιστασιακή ή μη προγραμματισμένη διδασκαλία προσαρμόζεται και σκοπεύει να αντιμετωπίσει τις ανάγκες που παρουσιάζονται, π.χ. εμφάνιση λοιμώδους νοσήματος, κάποια επιδημία, ένα συγκεκριμένο ατομικό ή ομαδικό ατύχημα, κρούσματα γαστρεντερίτιδος και οποιοδήποτε άλλο πρόβλημα παρουσιαστεί στο σχολικό ή και το εξωσχολικό περιβάλλον και αφορά τα παιδιά ^{50,2}.

Ο σχολικό νοσηλευτής κατευθύνει και διδάσκει τους μαθητές και το προσωπικό πώς πρέπει να ενεργήσουν όταν εμφανιστεί ένα λοιμώδες νόσημα, μια επιδημία ή κάποιο ατύχημα. Γενικά, σε όλες τις ευκαιρίες επικοινωνίας με τα παιδιά, ατομικά ή και συνολικά, διδάσκει και κατευθύνει σε θέματα υγείας και τονίζει πάντοτε τη σημασία της πρόληψης.

Ο εξειδικευμένος για την σχολική υγιεινή κοινοτικός νοσηλευτής έχει το πλεονέκτημα ότι επικεντρώνεται στον τομέα αυτόν και αναπτύσσει έτσι ικανότητες και γνώσεις για σωστή αξιολόγηση και αντιμετώπιση των προβλημάτων του σχολικού πληθυσμού. Το μειονέκτημα όμως είναι ότι αποκόπτεται από τις άλλες νοσηλευτικές δραστηριότητες και δεν επεκτείνει την δράση του στην κοινότητα γενικά, όπως ο νοσηλευτής που έχει βάση το κέντρο υγείας της περιοχής και συνεργάζεται με όλους του άλλους κοινοτικούς νοσηλευτές ^{50,2}.

Ο σχολικός νοσηλευτής μπορεί να προσφέρει υπηρεσίες σε μεγάλη ποικιλία συνθηκών και ιδρυμάτων. Επίσης έχουν ορισμένες κοινές δραστηριότητες.#8 Η Withrow αναφέρει επτά τομείς δραστηριότητας του Σχολικού Νοσηλευτή, και επομένως ανάλογους ρόλους και υποχρεώσεις ⁵²

- Q** Ο λειτουργικός ρόλος, οποίος περιλαμβάνει δραστηριότητες, όπως περιοδική εξέταση μαθητών (αρχική και συνεχιζόμενη), μέτρα περιορισμού των λοιμωδών νοσημάτων, διενέργεια εμβολιασμών, κλπ.
- Q** Πρωτοβάθμια φροντίδα. Παροχή άμεσης φροντίδας σε περίπτωση ασθένειας ή ατυχήματος (πρώτες βοήθειες), προγραμματισμός επιδημιολογικών προγραμμάτων, αγωγή υγείας.

- Q** Μέλος ομάδος υγείας, στην οποία συμμετέχει συνήθως ως συντονιστής. Η ομάδα αποτελείται από τον γιατρό, τον ψυχολόγο, τον κοινωνικό λειτουργό, τον καθηγητή φυσικής αγωγής και τον καθηγητή ή τον δάσκαλο της τάξης.
- Q** Θεραπευτικός ρόλος. Ο νοσηλευτής ανακαλύπτει τους μαθητές που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου για συγκεκριμένα προβλήματα υγείας, συντονίζει και προσφέρει φροντίδα σε παιδιά με χρόνια νοσήματα, ή σε οποιοδήποτε οξύ πρόβλημα προκύψει και προγραμματίζει συνεχιζόμενη φροντίδα για τα παιδιά αυτά και σε χώρους εκτός σχολείου, όπως το σπίτι ή το νοσοκομείο.
- Q** Διδακτικός – εκπαιδευτικός ρόλος. Εκπαιδεύει και ενημερώνει τον σχολικό πληθυσμό σχετικά με όλα τα θέματα υγείας γενικά και ειδικά.
- Q** Σύμβουλος και συνήγορος των μαθητών. Ο νοσηλευτής προσφέρει την γνώμη και την άποψη του και κάνει προτάσεις για θέματα που αφορούν ένα συγκεκριμένο παιδί ή περισσότερα παιδιά για κάποιο θέμα που τα αφορά και είναι σχετικό με την υγεία. Η δραστηριότητα αυτή μπορεί να απευθύνεται προς τον γιατρό, τον κοινωνικό λειτουργό, τον διευθυντή του σχολείου, τον δάσκαλο ή τους γονείς, ή ακόμη και προς τους άλλους νοσηλευτές με τους οποίους συνεργάζεται στο χώρο του σχολείου ή σε άλλους τομείς της κοινότητας⁵².

Τα βασικά καθήκοντα του νοσηλευτή στο σχολικό περιβάλλον αφορούν την πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη.

Πρωτογενής Πρόληψη

Η πρωτογενής πρόληψη στον σχολικό πληθυσμό περιλαμβάνει δραστηριότητες που αποσκοπούν στην προαγωγή της υγείας και τη προστασία των μαθητών από αρρώστια ή ατύχημα. Τα προληπτικά προγράμματα καλό είναι να επικεντρώνονται σε θέματα που συνδέουν το σχολείο με την ευρύτερη κοινότητα.#9 Επίσης περιλαμβάνονται προσπάθειες που σκοπεύουν στην εξασφάλιση υγιεινού σχολικού περιβάλλοντος. Άλλοι τομείς που ανήκουν στις προληπτικές αυτές παρεμβάσεις της νοσηλευτικής είναι οι εμβολιασμοί και τα προληπτικά προγράμματα εξέτασης σε θέματα όπως ο έλεγχος ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης του παιδιού, η συχνότητα σκολίωσης, έλεγχος για προβλήματα όρασης και ακοής, καρδιολογικά, αιματολογικά και άλλα προβλήματα ή προδιαθεσικοί παράγοντες που μπορούν έγκαιρα να διαπιστωθούν⁴⁸.

Δευτερογενής Πρόληψη

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

Για την ανίχνευση περιστατικών ο νοσηλευτής πρέπει να ελέγχει περιοδικά τα δελτία μαθητικών απουσιών και τις στατιστικές του Κέντρου υγείας, διότι είναι δυνατόν να δώσουν πολύτιμα στοιχεία σχετικά με κάποιο λανθάνον πρόβλημα υγείας. Οι πληροφορίες του δασκάλου σχετικά με τα παιδιά που «φαίνονται άρρωστα» είναι επίσης αξιοσημείωτες και καθοδηγούν τον νοσηλευτή για περισσότερη παρακολούθηση και έλεγχο ².

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

Τριτογενής Πρόληψη

Η τριτογενής πρόληψη περιλαμβάνει δραστηριότητες που αποσκοπούν στην αποκατάσταση της υγείας των μαθητών μετά από αρρώστια ή ατύχημα, καθώς και την φροντίδα σε παιδιά με χρόνια προβλήματα. Στις δραστηριότητες αυτές μπορεί να περιλαμβάνονται επισκέψεις στο σπίτι του αναρρωνύοντος παιδιού, περιοδικός έλεγχος και παρακολούθηση της διεργασίας ανάρρωσης και αποκατάστασης και σχετική ενημέρωση των δελτίων υγείας ή ακόμη επικοινωνία και επίσκεψη στον γιατρό που το παρακολουθεί. #12 Τα παιδιά με χρόνια προβλήματα, όπως διαβήτη, καρκίνο, λευχαιμίες, καρδιοπάθειες, αρθρίτιδες ή αλλεργικές ασθματικές καταστάσεις, χρειάζονται συνεχή και συντονισμένη παρακολούθηση και φροντίδα. Η συνεργασία νοσηλευτή, παιδιού, δασκάλου, οικογένειας και γιατρού είναι απαραίτητη ⁴¹.

3. ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η εργασία αποτελεί για τον κάθε άνθρωπο το σύμβολο της ικανότητας και οικονομικής ανεξαρτησίας, για τον επιστήμονα αποτελεί το χώρο στον οποίο θα αξιοποιήσει τις γνώσεις και δεξιότητές του και για την εργαζόμενη μητέρα την ευκαιρία να εξασφαλίσει κάποια μεγαλύτερη άνεση για τα παιδιά και το σπίτι της, αισθανόμενη συγχρόνως την ικανοποίηση της προσφοράς στο κοινωνικό σύνολο. Το ένα τέταρτο περίπου της ζωής του ατόμου ξοδεύεται στην εργασία του. Είναι φυσικό λοιπόν οι εργαζόμενοι να περιμένουν και να απαιτούν ένα ασφαλές εργασιακό περιβάλλον, μέσα στο οποίο να προστατεύεται και προάγεται τόσο η σωματική όσο και η ψυχική τους υγεία ².

Η υγεία των εργαζομένων αφορά τόσο στην πολιτεία όσο και τον εργοδότη, διότι είναι άμεσα συνδεδεμένη με την παραγωγή. Η απουσία του εργαζόμενου από την εργασία του, η ανικανότητά του να εργαστεί για λόγους υγείας, μειώνει την παραγωγή και προσθέτει φόρτο εργασίας στους υπόλοιπους εργαζόμενους. Η υγεία λοιπόν των εργαζομένων πρέπει να απασχολήσει όλους, τον ίδιο τον εργαζόμενο, τον εργοδότη τις υγειονομικές υπηρεσίες, την πολιτεία γενικά. Η οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών πρέπει να είναι τέτοια, ώστε να προστατεύει τον εργαζόμενο, συμβάλλοντας στην προαγωγή της υγείας του και στην πρόληψη νόσου ή ατυχήματος, αλλά συγχρόνως να αντιμετωπίζει αποτελεσματικά τα προβλήματα που προκύπτουν. Η Νοσηλευτική και στον τομέα αυτό, μπορεί να έχει πολύτιμη και μοναδική συμβολή ².

Τα προγράμματα προστασίας των εργαζομένων άρχισαν να αναπτύσσονται μετά τον Β Παγκόσμιο Πόλεμο. Πολλά από τα προγράμματα αυτά ακόμη και τώρα περιορίζονται στην παροχή πρώτων βοηθειών στο χώρο εργασίας, σε μερικές χώρες δε είναι, δυστυχώς, σχεδόν ανύπαρκτα. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις χωρών και οργανισμών που ανέπτυξαν πλήρως την επαγγελματική υγιεινή και συνειδητοποίησαν την ανάγκη για μέτρα πρόληψης και προαγωγής της υγείας των εργαζομένων με θεαματικότατα αποτελέσματα. Στις χώρες αυτές η νοσηλευτική αποτελεί βασική και αναπόσπαστη υπηρεσία στους χώρους εργασίας. Η Sister Mary Rachel Jacques αναφέρεται ως η πρώτη νοσηλεύτρια εργασίας, η οποία είχε εκπαιδευτεί κοντά στην Florence Nightingale στο Kaiserswerth και προσέφερε τις υπηρεσίες της στους τραυματίες του εργοστασίου παραγωγής σιδήρου στο Middlesbrough της Αγγλίας ².

Στην Αμερική η άσκηση της Επαγγελματικής Νοσηλευτικής αρχίζει το 1895, όταν μεγάλη βιομηχανία στο Vermont προσλαμβάνει την πρώτη νοσηλεύτρια με σκοπό να επισκέπτεται άρρωστους υπαλλήλους και τις οικογένειές τους στο σπίτι. #2 Στη συνέχεια οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας συνάπτουν συμφωνία με ιδιωτικές επαγγελματικές επιχειρήσεις. Το 1908 ο σύνδεσμος Νοσηλευτών της Βοστώνης παρέχει νοσηλευτικό προσωπικό για επαγγελματική Νοσηλευτική σε εργοστάσιο σοκολατοποιίας. Με την είσοδο στον 20^ο αιώνα, εργοστάσια, πολυκαταστήματα και ξενοδοχεία προσλαμβάνουν νοσηλευτές επαγγελματικής υγιεινής, με σκοπό την φροντίδα της υγείας των εργαζομένων. Το 1930 περισσότεροι από 3000 νοσηλευτές εργάζονται στην βιομηχανία^{53,2}.

Στον Καναδά, στις Ηνωμένες Πολιτείες, στην Αυστραλία και τη Νέα Ζηλανδία η επαγγελματική υγιεινή και επαγγελματική νοσηλευτική παρουσιάζει σήμερα μεγάλη άνθηση. Στην Δυτική Ευρώπη παρουσιάζει επίσης συνεχή, θεαματική ανάπτυξη, ιδιαίτερα στην Σουηδία, στην Ολλανδία και σε όλες τις Σκανδιναβικές χώρες. Στη χώρα μας, η επαγγελματική υγιεινή δεν έχει οργανωθεί ακόμη ουσιαστικά, η δε νοσηλευτική υπηρεσία εργασίας είναι σχεδόν ανύπαρκτη. Είναι απαραίτητο να γίνει συνείδηση τόσο από την πολιτεία, όσο και από τους εργοδότες και εργαζόμενους ότι η οργάνωση και λειτουργία νοσηλευτικής υπηρεσίας στο χώρο εργασίας συμφέρει όλους και θα έχει θετικό αποτέλεσμα για όλους. Με τον προληπτικό και διαφωτιστικό προσανατολισμό της νοσηλευτικής υπηρεσίας εξασφαλίζεται, διατηρείται και προάγεται η υγεία των εργαζομένων, αυξάνεται η απόδοση, βελτιώνεται η ποιότητα και αναπτύσσεται η οικονομία της χώρας^{53,2}.

Η επαγγελματική Νοσηλευτική επειδή οργανώθηκε και λειτουργησε αρχικά κυρίως στις βιομηχανίες ονομάστηκε Βιομηχανική Νοσηλευτική. Με την επέκτασή της αργότερα σε όλους τους εργασιακούς χώρους πήρε το γενικότερο τίτλο «Επαγγελματική Νοσηλευτική» (Occupational Health Nursing).

Επαγγελματική Νοσηλευτική είναι ο κλάδος της Κοινωνικής Νοσηλευτικής που χρησιμοποιεί τις νοσηλευτικές αρχές, γνώσεις και δεξιότητες με σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας των εργαζομένων σε όλα τα επαγγέλματα και όλους τους εργασιακούς χώρους. Περιλαμβάνει: πρόληψη, έγκαιρη διαπίστωση, θεραπεία της αρρώστιας ή της κακώσεως και αποκατάσταση της υγείας των εργαζομένων. Η Επαγγελματική Νοσηλευτική απαιτεί από το νοσηλευτή ειδικές γνώσεις και δεξιότητες στον τομέα της διαφώτισης, της υγιεινής του περιβάλλοντος, επιδημιολογίας, την αποκατάστασης και των διαπροσωπικών σχέσεων⁵³.

Σύμφωνα με τον Βρετανικό Ιατρικό Σύνδεσμο, η επαγγελματική υγιεινή έχει τους παρακάτω σκοπούς:

- Η προαγωγή και διατήρηση της υγείας και ασφάλειας των εργαζομένων.
- Η παροχή άμεσης βοήθειας σε περίπτωση ξαφνικής αρρώστιας ή ατυχήματος.
- Η γνωμοδότηση σχετικά με την αποκατάσταση και την τοποθέτηση σε κατάλληλη για την περίπτωση εργασία, σε άτομα με μόνιμη ή παροδική αναπηρία μετά από αρρώστια ή ατύχημα.
- Η συμβουλευτική ενημέρωση για εξασφάλιση ασφαλούς και υγιεινού εργασιακού περιβάλλοντος μετά από επιστημονική αξιολόγηση των συνθηκών εργασίας.
- Η εκπαίδευση όλων όσοι ασχολούνται με την εξασφάλιση μέσων και μέτρων προστασίας της υγείας των εργαζομένων καθώς και των ίδιων των εργαζομένων.
- Έρευνα που θα έχει σκοπό να μελετήσει τα επαγγελματικά νοσηματά και ατυχήματα, καθώς και τους τρόπους με τους οποίους μπορούν να προληφθούν.

Είναι ιδιαίτερα απαραίτητο, στον χώρο εργασίας, ο κοινοτικός νοσηλευτής να ξεκινήσει από την αξιολόγηση της υγείας και την διαπίστωση προβλημάτων ή αναγκών υγείας των εργαζομένων. Προκειμένου όμως να κάνει την αξιολόγηση αυτή, ο νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει τα προβλήματα που παρουσιάζονται στους εργαζόμενους. Τα προβλήματα των εργαζομένων τα διακρίνουμε σε δύο κατηγορίες, είναι τα γενικά προβλήματα, που παρουσιάζονται σε όλο τον πληθυσμό των ενηλίκων και τα ειδικά προβλήματα υγείας, που σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με την ίδια την εργασία².

Τα γενικά προβλήματα έχουν μεγάλη σημασία για τον εργαζόμενο, διότι ταλαιπωρούν τον ίδιο και την οικογένειά του, αλλά και τον κρατούν μακριά από την εργασία του ή περιορίζουν την απόδοσή του. Τέτοια προβλήματα υγείας είναι τα προβλήματα του κυκλοφορικού συστήματος, ο καρκίνος, αλλά και τα ατυχήματα, ο αλκοολισμός και τα ψυχικά νοσήματα.

Τα ειδικά ή επαγγελματικά προβλήματα υγείας σχετίζονται με το χώρο και τον τρόπο εργασίας. Αναφέρονται πέντε περιβαλλοντικοί παράγοντες, που επιδρούν και επηρεάζουν την υγεία των εργαζομένων:

- 1) Φυσικοί παράγοντες: σ' αυτούς περιλαμβάνονται η καταλληλότητα του χώρου εργασίας, η θερμοκρασία, ο φωτισμός, ο εξαερισμός, η υγρασία, ο θόρυβος. Όλα αυτά επηρεάζουν ανάλογα, θετικά ή αρνητικά, την απόδοση στην εργασία και την υγεία των εργαζομένων.
- 2) Χημικοί παράγοντες: αυτοί βρίσκονται κυρίως σε βιομηχανίες επεξεργασίας πρώτων υλών, στεγνοκαθαριστήρια, βαφεία, βιομηχανίες τροφίμων/πλαστικών, φαρμακοβιομηχανίες, νοσοκομεία. Οι χημικοί παράγοντες, ανάλογα με τη μορφή που βρίσκονται (στερεά, υγρή, αέρια) εισέρχονται στον ανθρώπινο οργανισμό από το αναπνευστικό και πεπτικό σύστημα, ή και από το δέρμα.
- 3) Βιολογικοί παράγοντες: εδώ περιλαμβάνονται μικροοργανισμοί, μικρόβια, ιοί, ρικέτσιες, παράσιτα, και διάφορα είδη εντόμων και ζώων, ή ακόμη και τοξικά φυτά, που βρίσκονται στο εργασιακό περιβάλλον. Διάφορες μολύνσεις, φλεγμονές και παρασιτικές αρρώστιες είναι δυνατόν να προκληθούν από την έκθεση των εργαζομένων στους παράγοντες αυτούς. Οι σταφυλοκοκκικές λοιμώξεις απειλούν τους εργαζόμενους σε νοσοκομειακό περιβάλλον. Οι εργαζόμενοι σε ανοικτούς χώρους, όπως οικοδόμοι, γεωργοί, κτηνοτρόφοι, κλπ., κινδυνεύουν από τσιμπήματα ενόμων ή και αρρώστιες προερχόμενες και μεταδιδόμενες από ζώα.
- 4) Εργονομικοί ή Μηχανικοί παράγοντες: στην ομάδα αυτή περιλαμβάνονται όλες οι φυσιολογικές και ψυχολογικές απαιτήσεις και πιέσεις τις οποίες από τη φύση του ασκεί το επάγγελμα στους εργαζόμενους, όπως, συγκεκριμένη στάση του σώματος, χειρισμός κάποιου μηχανήματος, ανάγκη να σηκώνει ο εργαζόμενος βαριά αντικείμενα, πολύωρη ορθοστασία, κλπ.
- 5) Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες: περιλαμβάνουν όλες τις ψυχοκοινωνικές αντιδράσεις των εργαζομένων προς την εργασία και το περιβάλλον. Οι συνθήκες εργασίας μπορεί να προκαλέσουν διαφορετικές αντιδράσεις στον κάθε εργαζόμενο. Σε μερικούς προκαλούν καταπίεση και αντίδραση, ενώ για άλλους αποτελούν ευκαιρία και ερέθισμα για δημιουργία. Ακόμη, οι υπερβολικές απαιτήσεις που επιβάλλονται στον εργαζόμενο και η τοποθέτησή του σε εργασία που δεν ανταποκρίνεται στις ικανότητες και επιδιώξεις του, προκαλούν συχνά άγχος και πίεση που οδηγεί σε χρόνια ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα. Η σχέση εργοδότη-εργαζομένων και εργαζομένων

μεταξύ τους, καθώς και το ψυχολογικό κλίμα που επικρατεί, επιδρά και επηρεάζει την ψυχολογία και την κοινωνική συμπεριφορά των εργαζομένων.

Όλοι αυτοί οι παράγοντες μπορεί να εμφανιστούν σε ποικίλη ένταση και έκταση στον χώρο εργασίας και να επηρεάσουν την υγεία των εργαζομένων. Για το λόγο αυτό πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τόσο στην αξιολόγηση της υγείας των εργαζομένων, όσο και στην οργάνωση των μέτρων πρόληψης στον εργασιακό χώρο. Αξίζει να αναφέρουμε ότι το Εθνικό Ινστιτούτο Επαγγελματικής Ασφάλειας και Υγείας των Η.Π.Α., σε έκδοση του 1983, κατατάσσει τα επαγγελματικά νοσήματα κατά σειρά προτεραιότητας, ως εξής⁵³:

- I. Επαγγελματικά νοσήματα Αναπνευστικού Συστήματος.
- II. Μυοσκελετικοί τραυματισμοί.
- III. Επαγγελματικός καρκίνος.
- IV. Κατάγματα, ακρωτηριασμοί, θάνατοι από τραυματισμούς.
- V. Καρδιακά προβλήματα.
- VI. Προβλήματα αναπαραγωγής.
- VII. Νευροτοξικά νοσήματα.
- VIII. Κώφωση από θόρυβο.
- IX. Δερματικά προβλήματα.
- X. Ψυχολογικά προβλήματα.

Όπως σε όλους τους τομείς που ασκείται η Νοσηλευτική, έτσι και στον εργασιακό χώρο, ο νοσηλευτής πρέπει να χρησιμοποιεί συστηματικό, προγραμματισμένο τρόπο εργασίας, βασισμένο στην Νοσηλευτική Διεργασία, ακολουθώντας τα παρακάτω στάδια:

- Ø Αξιολογεί την κατάσταση υγείας των εργαζομένων και διαπιστώνει τις ανάγκες υγείας τους και τα προβλήματα που παρουσιάζουν.
- Ø Προγραμματίζει την αντιμετώπισή τους θέτοντας συγκεκριμένους αντικειμενικούς σκοπούς και νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση του κάθε προβλήματος/ανάγκης.
- Ø Θέτει σε εφαρμογή το πρόγραμμα που οργάνωσε διεκπεραιώνοντας τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις.
- Ø Εκτιμά τα αποτελέσματα της φροντίδας και τροποποιεί ανάλογα το πρόγραμμά της².

Ο ρόλος λοιπόν του Κοινοτικού Νοσηλευτή στον εργασιακό χώρο είναι ποικίλος. Πρωταρχικό καθήκον στο οποίο ο νοσηλευτής βασίζει την εργασία του είναι η αξιολόγηση της υγείας των εργαζομένων και η διαπίστωση των αναγκών της υγείας τους. Οι ανάγκες αυτές εξαρτώνται από το είδος της εργασίας, το χώρο και τις συνθήκες κάτω από τις οποίες διεκπεραιώνεται η εργασία αυτή και το βαθμό ευαισθητοποίησης τόσο των εργοδοτών όσο και των ίδιων των εργαζομένων. Η αξιολόγηση θα πρέπει να διακρίνεται στην αρχική αξιολόγηση του εργαζομένου που προσέρχεται για πρόσληψη και τη συνεχή συστηματική αξιολόγηση μετά το διορισμό του^{53,2}.

Κατόπιν, ο κοινοτικός νοσηλευτής θα πρέπει να εξασφαλίσει ένα ασφαλές εργασιακό περιβάλλον, το οποίο αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την εξασφάλιση της υγείας των εργαζομένων. Η σωστή αξιολόγηση φυσικών, χημικών και βιολογικών παραγόντων, η ενημέρωση και η λήψη στοιχειώδη μέτρων πρόληψης και περιορισμού των επερχόμενων προβλημάτων, αποτελούν προϋποθέσεις για δημιουργία όσο το δυνατόν ασφαλούς εργασιακού περιβάλλοντος. Χρειάζεται όμως να υπολογιστοί και το ψυχοκοινωνικό περιβάλλον εργασίας. Θα πρέπει να αξιολογούνται οι ψυχολογικές και κοινωνικές συνθήκες μέσα στις οποίες εργάζονται τα άτομα και εξετάζεται πως επιδρά η εργασία στην ψυχική και κοινωνική τους υγεία. Οι νοσηλευτές γνωρίζουν πόσο το κυκλικό ωράριο εργασίας επηρεάζει την οικογενειακή και κοινωνική ζωή του ατόμου, πολύ περισσότερο βέβαια όταν η εργασία είναι μονότονη, μηχανική και κουραστική, όπως συμβαίνει στις μεγάλες βιομηχανίες. Όταν δε συνυπάρχουν και άλλοι παράγοντες, όπως έλλειψη φιλικού κλίματος, έλλειψη συνεργασίας και αναγνώρισης της προσφερόμενης εργασίας, κουραστικός και συνεχής έλεγχος από τους προϊσταμένους, άδικη και ακατάλληλη τοποθέτηση, τότε δημιουργείται ένα αίσθημα αβεβαιότητας και απογοήτευσης, άγχους και κλίμα εχθρικό και επικίνδυνο για την ψυχική και κοινωνική υγεία των εργαζομένων^{53,2}.

Ο νοσηλευτής με την ανάπτυξη σωστών διαπροσωπικών σχέσεων τόσο με τους εργαζόμενους όσο και με τους εργοδότες, μπορεί να συμβάλει αποτελεσματική στην πρόληψη και την αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκύπτουν συχνά μεταξύ εργοδότη και εργαζομένου, αλλά και μεταξύ των ίδιων των εργαζομένων. Όσο περισσότερο γνωρίζει ο νοσηλευτής προσωπικά τον καθένα εργαζόμενο με τα ιδιαίτερα προβλήματα και δυσκολίες του, τόσο αποτελεσματικότερη θα είναι η παρέμβασή του στην αντιμετώπιση των δυσκολιών που προκύπτουν μεταξύ των

εργαζομένων στον εργασιακό χώρο. Απαραίτητη προϋπόθεση για την αποτελεσματική παρέμβαση του νοσηλευτή στην επίλυση προβλημάτων είναι η καλλιέργεια κλίματος εμπιστοσύνης και συνεργασίας μεταξύ της εργοδοσίας, των εργαζομένων και των νοσηλευτών.

Οι εργαζόμενοι στους χώρους εργασίας αποτελούν μια κοινότητα, και όπως σε όλες τις κοινότητες η φροντίδα υγείας προσφέρεται και στα τρία επίπεδα πρόληψης, την πρωτογενή, την δευτερογενή και την τριτογενή^{53,2}.

Πρωτογενής Πρόληψη

Ο νοσηλευτής εργασίας συντονίζει τα εκπαιδευτικά προγράμματα, διενεργεί περιοδικό έλεγχο της υγείας των εργαζομένων, μελετά τις μορφές και τα χαρακτηριστικά εμφάνισης νόσων και ατυχημάτων και φροντίζει για την εξασφάλιση περιβάλλοντος υγείας και σταθερότητας στο χώρο εργασίας. Προγράμματα προαγωγής της υγείας μπορούν να καλύψουν ένα ευρύτατο τομέα θεμάτων, που να σχετίζονται με την υγεία στη γενικότερη έννοιά της, όπως θέματα σχετικά με τη διατροφή, το οινόπνευμα, το κάπνισμα, την άσκηση, κλπ. Τα προγράμματα όμως μπορεί να περιλαμβάνουν και θέματα άμεσα σχετιζόμενα με την εργασία, όπως εργατικά ατυχήματα, έκθεση των εργαζομένων σε βλαπτικούς παράγοντες και τρόποι προφύλαξης από αυτούς. Ακόμη προγράμματα εκπαίδευσης εργαζομένων στην παροχή πρώτων βοηθειών ανήκουν στην πρωτογενή πρόληψη.

Επίσης, στην πρωτογενή πρόληψη ανήκουν: η περιοδική εξέταση των εργαζομένων, η φροντίδα για την εξασφάλιση ασφαλούς και υγιεινού περιβάλλοντος εργασίας, η εργονομική μελέτη του χώρου εργασίας, η οργάνωση προγράμματος επείγουσας παρέμβασης σε περίπτωση εκρήξεως, πυρκαγιάς, κατάρρευσης κτιρίου και οποιασδήποτε άλλης καταστροφής.

Δευτερογενής Πρόληψη

Περιλαμβάνει τη βοήθεια που δίδεται στο χώρο εργασίας σε εργαζόμενο που ασθενεί ξαφνικά ή παθαίνει κάποιο ατύχημα. Εδώ ο νοσηλευτής επιβάλλεται να κάνει πρώτα μια προσεκτική αξιολόγηση του ατόμου. Η θεραπεία και αντιμετώπιση που θα προσφερθεί θα εξαρτηθεί από τις δυνατότητες και τα μέσα που παρέχει η υπηρεσία, αλλά και από τη βαρύτητα της καταστάσεως του ατόμου. Δηλαδή ή θα μεταφερθεί σε νοσοκομείο ή θα του δοθούν πρώτες βοήθειες και ανάλογες οδηγίες και θα φύγει για το σπίτι του. Εάν το πρόβλημα έχει ευρύτερες διαστάσεις και σχετίζεται με άλλα

θέματα, προσωπικά, οικογενειακά, έντονου stress ή διαπροσωπικών σχέσεων, τότε ο νοσηλευτής μπορεί να χρησιμοποιήσει και άλλες ειδικότητες που διατίθενται στην κοινότητα, πάντα βέβαια σε συνεργασία με τον εργαζόμενο και την οικογένειά του. Να σημειωθεί ότι, ατυχήματα που συμβαίνουν στο χώρο εργασίας, καταγράφονται και αναφέρονται με μεγάλη προσοχή και ακρίβεια, διότι είναι δυνατόν οι πληροφορίες αυτές να χρησιμοποιηθούν και για δικαστικές και οικονομικές διεκδικήσεις, τόσο από τον εργαζόμενο όσο και από την εργοδοσία.

Τριτογενής Πρόληψη

Η τριτογενής πρόληψη περιλαμβάνει το πρόγραμμα αποκατάστασης του εργαζόμενου που επιστρέφει στην εργασία μετά από αρρώστια ή ατύχημα. Το άτομο αυτό χρειάζεται πρόγραμμα σταδιακής αποκατάστασης, το οποίο είναι δυνατόν να περιλαμβάνει ακόμη και την αλλαγή του είδους ή του τομέα εργασίας στον οποίο υπηρετούσε, εάν κριθεί αναγκαίο. Σημαντική βοήθεια για το νοσηλευτή θα ήταν η επίσκεψη αυτού στο σπίτι του εργαζόμενου ώστε να αξιολογήσει την κατάστασή του και να μελετήσει τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζει την αρρώστια του. Η στενή συνεργασία της νοσηλευτικής υπηρεσίας εργασίας με το νοσοκομείο ή τον ιδιωτικό γιατρό του εργαζόμενου θα βοηθήσει στην καλύτερη οργάνωση της φροντίδας για αποκατάσταση της υγείας του ατόμου ².

Ο τομέας της Επαγγελματικής Νοσηλευτικής αναπτύσσεται ταχύτατα με την έμφαση που δίδεται τα τελευταία χρόνια στην πρόληψη και τη διατήρηση της υγείας. Η κοινότητα των εργαζομένων έχει διευρυνθεί αφενός με την αποφασιστική συμμετοχή στην εργασία του γυναικείου πληθυσμού, αφετέρου και με την αύξηση του ποσοστού των ατόμων που εξακολουθούν να εργάζονται σε πολύ μεγαλύτερη χρονική διάρκεια με την άνοδο του ορίου συνταξιοδότησης και με την επίτευξη μεγαλύτερης μακροζωίας. Ο εργασιακός χώρος αποτελεί επομένως για τη νοσηλευτική μια ουσιαστική πρόκληση και ένα μεγάλο τομέα δράσης και προσφοράς.

4. ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Η Νοσηλεία στο Σπίτι αποτελεί ουσιαστικό και ζωτικό τομέα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Αποτελεί μια μορφή εναλλακτικής περίθαλψης, η οποία περιλαμβάνει ένα άθροισμα παροχής υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας σε άτομα με νοσήματα εν αποδρομή ή χρόνια, με στόχο την παραμονή τους στο σπίτι ή την κοινότητα.#2 Είναι η κατεξοχήν δραστηριότητα που διεκπεραιώνεται στο χώρο που ζεί το άτομο, δηλαδή στο σπίτι του. Ο Αμερικανικός Ιατρικός Σύλλογος και ο Αμερικάνικος Σύνδεσμος Νοσηλευτών δίδουν τον παρακάτω ορισμό για τη νοσηλεία στο σπίτι:

Η Νοσηλεία στο σπίτι αποτελεί το σύνολο των δραστηριοτήτων εκείνων, με βάση τις οποίες οι υπηρεσίες υγείας μεταφέρονται στα άτομα και στην οικογένεια στο χώρο που ζούν με αντικειμενικό σκοπό την διατήρηση, την προαγωγή και την αποκατάσταση της υγείας τους. Η νοσηλεία στο σπίτι βοηθεί τα άτομα να αυξήσουν το επίπεδο ανεξαρτησίας, περιορίζοντας στο ελάχιστο τις δυσμενείς επιδράσεις της αναπηρίας ή της αρρώστιας².

Ο αριθμός των ατόμων που χρειάζονται νοσηλεία στο σπίτι έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια, για πολλούς λόγους, οι σπουδαιότεροι των οποίων είναι:

- Η άνοδος του ποσοστού των ηλικιωμένων που έχει σαν συνέπεια την παρουσία ατόμων με πολλαπλά χρόνια προβλήματα και ανάγκες.
- Η συντόμευση του χρόνου παραμονής των αρρώστων στα νοσοκομεία που επιβάλλεται από την πίεση του υψηλού κόστους νοσηλείας, η οποία αυξάνει τον αριθμό ατόμων όλων των ηλικιών που χρειάζονται φροντίδα στο σπίτι για κάποιο χρονικό διάστημα.
- Η ευαισθητοποίηση του κοινού σχετικά με τις υπηρεσίες που μπορούν να προσφερθούν στο σπίτι (ιδιαίτερα στις χώρες που οι υπηρεσίες είναι σωστά οργανωμένες και αποτελεσματικές).
- Η δυνατότητα εφαρμογής πολύπλοκων τεχνικών (π.χ. χημειοθεραπεία ή αιμοκάθαρση) στον χώρο του σπιτιού, δίδει την ευκαιρία στα άτομα αυτά να παραμείνουν ή να επιστρέψουν στο σπίτι τους συνεχίζοντας την θεραπεία στο οικογενειακό τους περιβάλλον.

Επειδή ο πληθυσμός που χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες υγείας στο σπίτι ποικίλλει σε ηλικία και σε ανάγκες και οι τομείς που συμπεριλαμβάνει είναι πολλοί, την ομάδα νοσηλείας στο σπίτι αποτελούν επιστήμονες πολλών ειδικοτήτων: γιατροί, που κρίνουν και αποφασίζουν για τις λεπτομέρειες της αγωγής, νοσηλευτές, που παρέχουν νοσηλευτική φροντίδα βάση των οδηγιών του γιατρού και είναι υπεύθυνοι για την πορεία του αρρώστου, κοινωνικοί λειτουργοί, που συμβάλλουν σημαντικά στην όσο το δυνατόν καλύτερη επίλυση των κοινωνικών προβλημάτων του αρρώστου, φυσιοθεραπευτές, διαιτολόγοι, διάφοροι εργαστηριακοί, λογοθεραπευτές και βοηθητικές υπηρεσίες στο σπίτι ⁵⁴.

Σύμφωνα με τον Αμερικανικό Ιατρικό Σύνδεσμο, η νοσηλεία στο σπίτι παρέχει τις πιο κάτω υπηρεσίες:

- ⊖ Μερική ή κατά χρονικά διαστήματα νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται από πτυχιούχο νοσηλευτή ή υπό τη δική του επίβλεψη.
- ⊖ Φυσιοθεραπεία, εργασιοθεραπεία, λογοθεραπεία, που προσφέρεται από τους ειδικούς επιστήμονες στον κάθε τομέα.
- ⊖ Ιατρική φροντίδα από τον γιατρό ή υπό την επίβλεψή του.
- ⊖ Μερική ή κατά χρονικά διαστήματα βοηθητική υπηρεσία στο σπίτι.
- ⊖ Παροχή νοσηλευτικών και ιατρικών μέσων (φάρμακα, οροί, εμβόλια και βοηθητικά μέσα).
- ⊖ Άλλες ειδικές ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες από ειδικούς ανάλογα με την περίπτωση για θεραπεία ή διδασκαλία. #1#4

Οι παραπάνω υπηρεσίες μπορούν να μεταφερθούν στο σπίτι ξεχωριστά η κάθε μια ή σε συνδυασμό, με σκοπό να βοηθήσουν τα άτομα όλων των ηλικιών να αντιμετωπίσουν προβλήματα που προκύπτουν μετά από ξαφνική αρρώστια, υποτροπή χρόνιας αρρώστιας ή μακροχρόνια αναπηρία και ανικανότητα, διατηρώντας το υψηλότερο δυνατό επίπεδο της υγείας, της δραστηριότητας και της ανεξαρτησίας τους, ανάλογα με την περίπτωση.

Για να εφαρμοστεί σωστά και αποτελεσματικά η κατ' οίκον νοσηλεία είναι απαραίτητες οι εξής προϋποθέσεις:

- ⊖ Η σωστή οργανωτική και υλικοτεχνική υποδομή της μονάδας νοσηλείας στο σπίτι.
- ⊖ Η σύμφωνη γνώμη του αρρώστου.
- ⊖ Η παρουσία οικογενειακού περιβάλλοντος.

Ü Η ασφαλιστική κάλυψη του αρρώστου.

Ü Η παρουσία κοινωνικού περιβάλλοντος (συγγενείς, φίλοι, γειτονιά, κοινωνικοί και θρησκευτικοί φορείς, κλπ.)⁵⁴.

Οι σκοποί στην φροντίδα του ατόμου βασίζονται στις αρχές της διατήρησης προαγωγής και αποκατάστασης της υγείας ανεξάρτητα και άσχετα με το ποιος δίδει την φροντίδα στο σπίτι. Οι νοσηλευτές που ασχολούνται με την φροντίδα του ατόμου στο σπίτι βοηθούν το άρρωστο ή ανάπηρο άτομο να δραστηριοποιηθεί, στο ανώτερο δυνατό επίπεδο, με σκοπό να προληφθεί η εξάρτησή του από τους άλλους και να αυξηθεί το επίπεδο ανεξαρτησίας και αυτοφροντίδας. Η νοσηλευτική παρέμβαση μπορεί να έχει τη μορφή διδασκαλίας και επίδειξης ή να αποτελεί προσπάθεια σύνδεσης του ατόμου αυτού με ανάλογες υπηρεσίες της κοινότητας, που προσφέρουν περιορισμένη, συγκεκριμένη βοήθεια, με σκοπό να βοηθήσουν το άτομο να παραμείνει στο σπίτι του. Η προληπτική νοσηλευτική παρέμβαση βοηθεί στην πρόληψη επιπλοκών από την χρονιότητα της νόσου, με αποτέλεσμα να περιοριστούν οι αναπηρίες και οι διάφορες παρενέργειες. Αμέτρητες είναι οι επιπλοκές των χρόνιων νοσημάτων, οι οποίες μπορούν να προληφθούν με τη σωστή παρέμβαση στον χώρο του σπιτιού^{54,55}.

Μπορεί ακόμη να προσφερθεί φροντίδα στο άτομο, που βρίσκεται στα τελικά στάδια της ζωής, διατηρώντας έτσι τον άρρωστο στο δικό του περιβάλλον μέχρι το τέλος, με την προϋπόθεση βέβαια ότι θα υπάρχει η ανάλογη διάθεση και συμμετοχή της οικογένειας. Η ανακούφιση του ατόμου από τον πόνο επίσης είναι δυνατή στον χώρο της οικογένειας. Η ρύθμιση των φαρμάκων συντονίζεται και επιβλέπεται από τον νοσηλευτή, ο οποίος αξιολογεί και παρακολουθεί τον άρρωστο συνεργαζόμενος στενά με τον γιατρό, ο οποίος στη συνέχεια μπορεί να μετατρέψει, να αυξήσει ή να ελαττώσει την ποσότητα του φαρμάκου που χορηγείται, ανάλογα με τη νοσηλευτική έκθεση για την πορεία και τις παρενέργειες που παρουσιάζονται. Οι υπηρεσίες που προσφέρονται στο σπίτι είναι ανάλογες με την ανάγκη ή το πρόβλημα του ατόμου. Όσο το επίπεδο ανεξαρτησίας του ατόμου αυξάνεται, τόσο οι υποστηρικτικές υπηρεσίες που προσφέρονται σταδιακά περιορίζονται⁵⁶.

Ο ρόλος του νοσηλευτή σ' αυτόν το τομέα εργασίας είναι πολυδύναμος και καθοριστικός. Η κατ' οίκον νοσηλεία στηρίζεται την ολιστική θεώρηση των βιολογικών, πνευματικών και κοινωνικών αναγκών, τόσο του αρρώστου όσο και τη οικογένειάς του. Γι' αυτό προϋποθέτει υψηλό επίπεδο κατάρτισης και απαιτεί κλινική

και επιστημονική δεξιότητα, οργανωτικές, ηγετικές και διδακτικές ικανότητες που να ανατροφοδοτούνται συνεχώς, ώστε να μπορεί να αναποκρίνεται στον πολυδιάστατο ρόλο του⁵⁷.

Τα καθήκοντα του νοσηλευτή στη νοσηλεία στο σπίτι καθορίζονται ως εξής:

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

Οι νοσηλευτές στα προγράμματα νοσηλείας στο σπίτι ασχολούνται με αναρρωνύοντες από οξεία παθολογικά νοσήματα και χειρουργικούς αρρώστους μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, και πολύ περισσότερο, με χρόνια πάσχοντες και ηλικιωμένους, που παρουσιάζουν ποικιλία προβλημάτων. Εφαρμόζουν κάθε είδους

νοσηλευτική φροντίδα, που δεν απαιτεί απαραίτητα ιδιαίτερο νοσοκομειακό εξοπλισμό. Ο σκοπός των νοσηλευτών είναι να διδάξουν τους συγγενείς των αρρώστων και να τους βοηθήσουν ώστε σταδιακά να αναλάβουν να φροντίζουν με ασφάλεια τον άρρωστο. Ο ρόλος τους στην αγωγή υγείας είναι σημαντικός και οι ευκαιρίες για ατομική διδασκαλία και ενημέρωση είναι ατελείωτες⁵⁸.

5. ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Είναι πια γνωστό σε όλους ότι η ηλικιακή σύνθεση του πληθυσμού της γης έχει μεταβληθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Το ποσοστό των ηλικιωμένων έχει αυξηθεί και αυξάνεται συνέχεια, ενώ περιορίζεται συγχρόνως η νεανική ομάδα πληθυσμού².

Οι διεθνείς και περιφερειακοί οργανισμοί, οι τοπικοί παράγοντες της κάθε μιάς χώρας, οι ασχολούμενοι με την υγεία, την κοινωνιολογία και την οικονομία, ενδιαφέρθηκαν για τον συνεχώς αυξανόμενο πληθυσμό των ηλικιωμένων. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), σε ειδικά αφιερωμένη στους ηλικιωμένους Συνέλευση, η οποία έγινε στην Βιέννη το 1982, τόνισε αφενός την αναγκαιότητα της συστηματικής ερευνητικής μελέτης και συγκέντρωσης πληροφοριών σχετικά με τις ανάγκες υγείας των ηλικιωμένων και αφετέρου τις επιπτώσεις της αύξησης του ποσοστού του ηλικιωμένου πληθυσμού στην Εθνική και Διεθνή Οικονομία και στην κοινωνική και πολιτική ζωή^{59,2}.

Η αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων απαιτεί την απαναδιοργάνωση και ανάλογη προσαρμογή των υπηρεσιών υγείας, ώστε όχι μόνο να διατίθενται υπηρεσίες, αλλά να είναι και αποτελεσματικές στην κάλυψη των αναγκών υγείας των ηλικιωμένων και συμφέρουσες από πλευράς οικονομικής.

Σκοπός και στόχος τόσο του ΠΟΥ όσο και των υπηρεσιών ΠΦΥ της κάθε μιάς χώρας, αλλά και της Νοσηλευτικής Επιστήμης συγκεκριμένα είναι: να διατηρήσει τον ηλικιωμένο όσο το δυνατόν πιο υγιή και δραστήριο, βοηθώντας τον να αναπτύξει και χρησιμοποιήσει τις δυνατότητές του και να ξεπεράσει τις αδυναμίες του. Έτσι, προσθέτοντας χρόνια στη ζωή του θα προσθέτει συγχρόνως και ποιότητα στα χρόνια αυτά⁶⁰.

Στη φροντίδα του ηλικιωμένου υπάρχουν τέσσερις σπουδαίοι παράγοντες, που πρέπει να ληφθούν υπόψη και τα τεθούν σαν βασικοί αντικειμενικοί σκοποί της Νοσηλευτικής φροντίδος^{61,2}:

I. Διατήρηση και σεβασμός της προσωπικότητας του ατόμου

Ο καθένας στην κοινωνία του 20^{ου} αιώνα τακτοποιεί τον εαυτό του και τα δικά του θέματα, όπως ο ίδιος νομίζει καλύτερα, επιλέγει τον τόπο διαμονής καθώς και τον τρόπο της ζωής του. Οτιδήποτε έχει σχέση με τον εαυτό του, από την εμφάνιση και την ενδυμασία μέχρι την επιλογή των τροφίμων στην αγορά και τον τρόπο ετοιμασίας της τροφής, αλλά και το πώς χρησιμοποιεί τον ελεύθερο χρόνο του, αποτελούν θέματα δικής του προσωπικής επιλογής. Όλα αυτά δείχνουν κάτι από την προσωπικότητά του και τον χαρακτήρα του. Ο ηλικιωμένος κινδυνεύει να χάσει αυτήν την ατομικότητά του, διότι με τη διεργασία του γήρατος και τις διάφορες ασθένειες που το συνοδεύουν αισθάνεται φυσική ή πνευματική αδυναμία και ανικανότητα διεκπεραίωσης των δραστηριοτήτων αυτών της καθημερινής ζωής, χωρίς βοήθεια. Η απομάκρυνσή του από το χώρο της εργασίας και δραστηριότητας με τη συνταξιοδότησή του μπορεί να του δημιουργήσει αίσθημα ενός πολίτη δεύτερης κατηγορίας, εάν αισθάνεται ότι δεν είναι πια χρήσιμος και αποδοτικός οικονομικά, επαγγελματικά και κοινωνικά. Για να διατηρήσει ο ηλικιωμένος την αξιοπρέπειά του πρέπει να παραμείνει στο δικό του περιβάλλον, στο σπίτι και στην κοινότητα που συνήθισε να ζει, όπου η ατομικότητά του είναι περισσότερο σεβαστή.

II. Ενθάρρυνση για αυτοφροντίδα

Η αρχική αξιολόγηση του ηλικιωμένου θα βοηθήσει να διαπιστωθούν οι δυνατότητες και οι αδυναμίες σε σχέση με την κάλυψη των άμεσων ατομικών του αναγκών (καθαριότητα, διατροφή, ενδυμασία), καθώς και των ευρύτερων αναγκών του (ψώνια, μαγείρεμα, καθαριότητα περιβάλλοντος). Η φροντίδα θα προγραμματιστεί έτσι ώστε να ενισχύει τις δυνατότητες και να περιορίσει τις αδυναμίες. Η αυτοφροντίδα ενισχύεται περισσότερο σε ένα περιβάλλον γνωστό και οικείο στον ηλικιωμένο, όπως είναι το σπίτι του, όπου νιώθει και περισσότερη ασφάλεια, αφού βέβαια προηγηθούν κάποιες μεταβολές ή αναπροσαρμογή του περιβάλλοντος, όπου χρειάζεται.

III. Διδασκαλία – Αγωγή Υγείας του ηλικιωμένου και της οικογένειας

Το πρώτο βήμα στην οργάνωση προγράμματος διδασκαλίας στον ηλικιωμένο και στην οικογένεια αποτελεί η αξιολόγηση της ετοιμότητας για μάθηση. Χωρίς αποδοχή του προβλήματος της χρόνιας αδυναμίας ή αναπηρίας, δεν είναι δυνατό να είναι έτοιμος να δεχθεί αποτελεσματικά το πρόγραμμα διδασκαλίας. Χρειάζεται λοιπόν η προσαρμογή του ατόμου και της οικογένειας στη νέα κατάσταση. Το δεύτερο βήμα αποτελεί η αξιολόγηση της δυνατότητας για μάθηση. Παράγοντες που συντελούν σ' αυτό είναι το μορφωτικό επίπεδο, η επίδραση της αρρώστιας στο επίπεδο αντίληψης του ατόμου και το ενδιαφέρον για το συγκεκριμένο πρόβλημα. Ο ηλικιωμένος και η οικογένεια πρέπει να μάθουν όσα τους χρειάζονται, για να μπορούν να αντιμετωπίζουν με ασφάλεια και εμπιστοσύνη την δυσκολία και αδυναμία τους στο περιβάλλον του σπιτιού. Η διδασκαλία – ενημέρωση έχει τρεις βασικούς σκοπούς:

- Την διατήρηση ισορροπίας στην υγεία του ηλικιωμένου.
- Την πρόληψη διαφόρων επιπλοκών τόσο από την αρρώστια όσο και από τα διάφορα φάρμακα και θεραπείες.
- Την πρόληψη ατυχημάτων μέσα στο χώρο του σπιτιού και εκτός αυτού.

IV. Ομαδική εργασία και συνεργασία του νοσηλευτή με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας υγείας.

Οι ποικίλες ανάγκες υγείας του ηλικιωμένου απαιτούν την συνεργασία πολλών επιστημόνων άλλων ειδικοτήτων. Η αποτελεσματικότητα της ομάδας εξαρτάται από το κατά πόσον κάθε μέλος της ομάδας υγείας σέβεται και υπολογίζει τον ρόλο και τις αρμοδιότητες των άλλων μελών. Την ηγεσία της ομάδας αναλαμβάνει κάθε φορά κάποιος από τους επιστήμονες ανάλογα με την κατάσταση του ατόμου, που δέχεται τις υπηρεσίες και τις άμεσες ανάγκες του. Ο γιατρός έχει το προβάδισμα και ηγείται της ομάδας σε περίπτωση που ο ηλικιωμένος έχει ένα έντονο πρόβλημα υγείας, το οποίο ζητεί ρύθμιση και αντιμετώπιση. Ο φυσιοθεραπευτής έχει πρωταρχικό ρόλο στην περίπτωση αποκατάστασης αρρώστου με ρευματοειδή αρθρίτιδα ή μετά από ένα διατροχαντήριο κάταγμα. Ο νοσηλευτής έχει τον κύριο ρόλο και κατευθύνει την φροντίδα του ατόμου, που βρίσκεται στα τελικά στάδια της

ζωής, και των μελών της οικογένειάς του ή αναλαμβάνει την διδασκαλία και ενημέρωση σε νεοδιαγνωσθέντα διαβητικό και την οικογένειά του^{61,2}.

Σπουδαιότατο ρόλο στη σωστή οργάνωση της φροντίδας του ηλικιωμένου παίζει το Νοσηλευτικό Ιστορικό, με το οποίο γίνεται η αξιολόγηση της γενικής του κατάστασης, που καλύπτει την κοινωνική και ψυχολογική όσο και την οργανική διάσταση της υγείας του. Ασφαλώς, ιδεώδης χώρος στον οποίο θα γίνει η αξιολόγηση του ηλικιωμένου είναι το σπίτι του εφόσον ο κοινοτικός νοσηλευτής έχει αυτήν τη δυνατότητα. Ο νοσηλευτής είναι απαραίτητο να εξηγήσει στον ηλικιωμένο ότι το ιστορικό λαμβάνεται με σκοπό να οργανωθεί καλύτερα η φροντίδα του, αφού βέβαια δημιουργηθεί ένα φιλικό κλίμα και ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης, μεταξύ νοσηλευτή και ατόμου, ώστε να συγκεντρωθούν οι πληροφορίες με μεγαλύτερη ευκολία^{62,61}.

Το νοσηλευτικό ιστορικό του ηλικιωμένου πρέπει να περιλαμβάνει την αξιολόγησή του σε βασικούς τομείς, όπως:

Ü Ατομικά χαρακτηριστικά:

Όλα δηλαδή τα ατομικά χαρακτηριστικά του ηλικιωμένου, όπως όνομα, ηλικία, διεύθυνση, θρήσκευμα, επάγγελμα, οικογενειακή κατάσταση, κ.α.

Ü Οικογενειακές συνθήκες – Υποστηρικτικό σύστημα:

Εδώ συμπεριλαμβάνονται πληροφορίες σχετικά με το άτομο σαν μέλος μιας οικογένειας, η σύνθεσή της, η σχέση τους μαζί του. Πληροφορίες σχετικά με την ηλικία και το επάγγελμα των μελών της οικογένειας, καθώς και την δυνατότητα και την διάθεσή τους για υποστηρικτική φροντίδα του ηλικιωμένου.

Ü Συνθήκες κατοικίας και περιβάλλοντος:

Εδώ ο νοσηλευτής πρέπει να λάβει υπόψη του τις συνθήκες κατοικίας του ηλικιωμένου, κατά πόσο αυτές συμβάλλουν ή υποβοηθούν στη δημιουργία ή την επιδείνωση του προβλήματος, τις τροποποιήσεις που μπορούν να γίνουν ώστε να διευκολύνουν το άτομο και να περιορίσουν την αδυναμία ή την ανικανότητά του, και τις αλλαγές που μπορούν να γίνουν ώστε να αυξήσουν την ανεξαρτησία και την δυνατότητα αυτοφροντίδας του.

Ü Πηγές και μέσα που χρησιμοποιεί:

Συγκεντρώνονται και καταγράφονται πληροφορίες σχετικά με τα μέσα που χρησιμοποίησε στο παρελθόν και εξακολουθεί να χρησιμοποιεί ο ηλικιωμένος από διάφορες πηγές. Εάν δηλαδή, έχει οικογενειακό γιατρό, κοινωνικές υπηρεσίες που χρησιμοποιεί, βοηθητικά μέσα, οικιακή βοηθό, κ.α.

Û Κοινωνικές δραστηριότητες:

Στις κοινωνικές διαστηριότητες καταγράφονται τα ενδιαφέροντα του ατόμου, η συμμετοχή του σε κοινωνικές εκδηλώσεις μέσα και έξω από το σπίτι, η συμμετοχή του σε κοινοτικές, αθλητικές και άλλες ομάδες.

Û Ιστορικό Υγείας:

Πληροφορίες για προηγούμενες αρρώστιες και τρόποι αντιμετώπισής τους, χρόνιες αρρώστιες, παρούσα κατάσταση υγείας, περιγραφή λειτουργίας των συστημάτων του οργανισμού, γνώσεις του ατόμου σχετικά με τα προβλήματα της υγείας του, βαθμός συμπαράστασης της οικογένειας, υποστηρικτικά συστήματα, που υπάρχουν.

Û Καθημερινές δραστηριότητες:

Καταγράφονται όλες οι καθημερινές διατηριότητες του ατόμου και σε ποιο βαθμό είναι σε θέση να τις διεκπεραιώσει: διαίτα, ύπνος, κινητικότητα, δυνατότητα αυτοφροντίδας, λειτουργία διαφόρων συστημάτων του οργανισμού, δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης του ατόμου σε όλους τους τομείς της καθημερινής ζωής.

Η προσεκτική αξιολόγηση οδηγεί στην διαπίστωση των νοσηλευτικών αναγκών του ηλικιωμένου και τον προγραμματισμό της φροντίδος για την κάλυψη των αναγκών αυτών. Οι προσεκτικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις σκοπεύουν να βοηθήσουν τον ηλικιωμένο να χρησιμοποιήσει και να αξιοποιήσει τις δυνατότητές του και να ξεπεράσει τις αδυναίες και τις ελλείψεις του. Να σημειωθεί ότι όλες οι παρεμβάσεις προγραμματίζονται και διεκπεραιώνονται μαζί με το άτομο και με την δική του συνεργασία, στο βαθμό που είναι δυνατή ⁶².

Ο ηλικιωμένος μπορεί βέβαια να χρησιμοποιήσει όλες τις υπηρεσίες που διαθέτει η κάθε μια κοινότητα για όλα τα μέλη της. Στις οργανωμένες κοινότητες υπάρχουν υπηρεσίες που εξυπηρετούν ειδικά τα άτομα της τρίτης ηλικίας. Αυτές είναι:

Τα νοσοκομεία ημέρας. Αποτελούν συγκροτήματα που φιλοξενούν ηλικιωμένα άτομα κατά τη διάρκεια της ημέρας, προσφέροντάς τους παραμονή, διατροφή, ασφάλεια και απαραίτητη νοσηλεία. Είναι στελεχωμένα με γιατρούς, νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές και κοινωνικούς λειτουργούς.

Βοηθητική υπηρεσία στο σπίτι. Αποτελεί οργανωμένη υπηρεσία βοήθειας των ηλικιωμένων στο σπίτι. Ανάλογα με τις δυνατότητες και τα προβλήματα υγείας του ηλικιωμένου ατόμου διατίθεται οικιακός βοηθός για όλες τις απαραίτητες

καθημερινές εργασίες, όπως ψώνια, ετοιμασία φαγητού, καθαριότητα σπιτιού, βοήθεια του ατόμου για ατομική καθαριότητα. Ο κοινοτικός νοσηλευτής που θα επισκεφθεί τον ηλικιωμένο στο σπίτι, μετά από προσεκτική αξιολόγηση των αναγκών της υγείας του, θα καθορίσει πόσο συχνά χρειάζεται βοήθεια και ποια ακριβώς βοήθεια χρειάζεται. Η υπηρεσία βοήθειας στο σπίτι λειτουργεί πάντοτε κάτω από την επίβλεψη του Κοινοτικού Νοσηλευτή^{62,2}.

Γεύμα στο σπίτι. Οργανωμένες υπηρεσίες από το κράτος ή ιδιωτικούς φιλανθρωπικούς οργανισμούς προσφέρουν ένα ζεστό γεύμα στον ηλικιωμένο. Ο θεσμός αυτός είναι ιδιαίτερα διαδεδομένος στην Αγγλία, ενώ στη χώρα μας λειτουργεί μόνο σε φιλανθρωπική μορφή από την Εκκλησία για τους πτωχούς ηλικιωμένους κάθε ενορίας.

Ιατρεία ηλικιωμένων. Ειδικά ιατρεία που λειτουργούν μόνο για ηλικιωμένους σαν εξωτερικά ιατρεία γενικών νοσοκομείων ή και ιατρεία σε κέντρα υγείας.

Νοσηλευτικά κέντρα μακροχρόνιας θεραπείας. Τα κέντρα αυτά είναι νοσοκομεία, τα οποία στην ουσία αποτελούν τον μόνιμο τόπο κατοικίας του αρρώστου. Εάν ένα άτομο χρειάζεται νοσηλευτική φροντίδα για 24 ώρες το 24ωρο, και δεν υπάρχει κάποιο συγγενικό άτομο να την αναλάβει, η φροντίδα του στο σπίτι δεν μπορεί να συνεχιστεί. Μεταφέρεται λοιπόν στα Κέντρα μακροχρόνιας θεραπείας, με παραπομπή και φροντίδα της υγειονομικής ομάδας του κέντρου υγείας που τον νοσήλευε στο σπίτι.

Αντικειμενικός σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδος του ηλικιωμένου στην κοινότητα είναι να τον οδηγήσει στην αυτοφροντίδα, να μπορέσει δηλαδή ο ηλικιωμένος να αποκτήσει τον μεγαλύτερο δυνατό βαθμό ανεξαρτησίας στην φροντίδα του. Η συμμετοχή των ατόμων του οικογενειακού περιβάλλοντος, τόσο στη φροντίδα όσο και στο πρόγραμμα αγωγής υγείας, αποδεικνύεται πολύτιμη. Όσο περισσότερο ενημερωμένα είναι τα άτομα, τόσο περισσότερο συνεργάζονται και συμμετέχουν. Η εκτίμηση των αποτελεσμάτων της φροντίδος που δίδεται, οδηγεί στη βελτίωση και στην επαναπροσαρμογή του προγράμματος στις ανάγκες που προκύπτουν, καθώς και στην αναζήτηση νέων τρόπων και παρεμβάσεων για τη λύση των προβλημάτων του ηλικιωμένου².

6. ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Η Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας βρίσκεται στην πρώτη γραμμή της μάχης για την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών και των επιπτώσεών τους στο άτομο, την οικογένεια και την κοινωνία. Ασκείται σε όλους τους νοσηλευτικούς τομείς και σε όλες τις δομές υπηρεσιών φροντίδας της υγείας: γενικά νοσοκομεία, ψυχιατρεία, κέντρα υγείας, εξωτερικά ιατρεία, σταθμούς ψυχολογικών πρώτων βοηθειών, τμήματα επειγόντων περιστατικών, συμβουλευτικούς και ιατρο-παιδαγωγικούς σταθμού, σχολεία, κ.α. Συναντά άτομα όλων των ηλικιών σε κρίσιμες ψυχολογικές καταστάσεις και παρεμβαίνει με προσωπική παρουσία και φροντίδα⁶³.

Ένας από τους βασικούς στόχους της Κοινοτικής – Κοινωνικής Ψυχιατρικής, είναι και η θεραπευτική προσέγγιση του ψυχικά πάσχοντος μέσα στην κοινότητα. Προϋπόθεση για την επίτευξη του στόχου αυτού, αλλά και γενικότερα για την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών, είναι η ευαισθητοποίηση της κοινότητας σε θέματα ψυχικής υγείας⁶⁴.

Η πρόληψη των ψυχικών διαταραχών μελετάται και επιδιώκεται σε τρία επίπεδα: πρωτογενής, δευτερογενής και τριτογενής πρόληψη.

Πρωτογενής πρόληψη είναι η μείωση του δείκτη της ψυχικής νοσηρότητας, δηλαδή η ελάττωση του αριθμού νέων περιπτώσεων ψυχικών διαταραχών σε ένα συγκεκριμένο πληθυσμό. Αυτό μπορεί να επιδιωχθεί με την εξακρίβωση και την καταπολέμηση – τροποποίηση, παράκαμψη ή εξουδετέρωση – των νοσογόνων ψυχοκοινωνικών παραγόντων και με τη βοήθεια των ατόμων να αναπτύξουν ελαστικές γραμμές αντίστασης, ανθεκτικότητα στις ψυχοβλαπτικές επιδράσεις του stress και ισχυρότερη ψυχική υγεία^{65,63}.

Η πρωτογενής πρόληψη είναι πρόβλεψη ή επισήμανση ψυχοπιεστικών γεγονότων, δυσπροσαρμοστικών αντιδράσεων και ψυχολογικών κρίσεων, καθώς και αποτελεσματική παρέμβαση, ώστε να προετοιμασθεί και να υποστηριχθεί το άτομο για να διαπεράσει τις κρίσιμες περιστάσεις της ζωής του, π.χ. αρρώστια, αναπηρία, θάνατο αγαπημένου προσώπου, απώλεια εργασίας, κ.α. και να βγει πιο ώριμο με ισχυροποίηση των εσωτερικών του δυνάμεων και βελτιωμένη ψυχική υγεία.

Ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει τι είναι ψυχική αρρώστια και τη ψυχική υγεία, να ξέρει τι προλαμβάνει και τι βελτιώνει, ώστε να αποφασίζει ποιες νοσηλευτικές πράξεις πρέπει να γίνουν. Κριτήρια ψυχικής υγείας είναι:

- Αίσθημα ψυχοκοινωνικής και ηθικής ευεξίας.
- Αυτοσυνειδησία και αυτό-αποδοχή.
- Ψυχολογική ανάπτυξη και αυτοπραγμάτωση. Το άτομο λειτουργεί στο έπακρο των δυνατοτήτων του ανάλογα με την ηλικία του.
- Συναισθηματική ισορροπία και αποτελεσματικός χειρισμός των ψυχικών καταπονήσεων.
- Αυτονομία ενέργειας και ανάληψη ευθύνης για τις προσωπικές πράξεις, σκέψεις, συναισθήματα.
- Αντίληψη της πραγματικότητας χωρίς παραμορφώσεις και παρερμηνείες.
- Επαρκής λειτουργικότητα στο περιβάλλον με εκπλήρωση των ατομικών ρόλων, εποικοδομητικές διαπροσωπικές σχέσεις, ικανότητα προσφοράς και αποδοχής αγάπης.
- Ενεργητική προσαρμογή στις μεταβαλλόμενες συνθήκες της ζωής με δυναμική αρμονία μεταξύ εσωτερικών και εξωτερικών δυνάμεων και απαιτήσεων.

Η προαγωγή της ψυχικής υγείας έχει μεγάλο εύρος. Σχεδόν το κάθετι στη ζωή του ανθρώπου φαίνεται να αποτελεί ευκαιρία για την πρωτογενή πρόληψη, δηλαδή για παρεμπόδιση της εμφάνισης ψυχικής διαταραχής και ισχυροποίηση της ψυχικής υγείας. Η ψυχική αρρώστια εξάλλου είναι διαταραχή των ψυχικών λειτουργιών, αντίληψης, σκέψης, κρίσης, βούλησης, συναισθήματος, καθώς και παρέκκλιση της συμπεριφοράς από τα φυσιολογικά κοινωνικά σταθμά. Γενικά, οι ψυχικές διαταραχές έχουν ποικίλους ενδοψυχικούς, διαπροσωπικούς, περιστασιακούς και κοινωνικο-πολιτιστικούς αιτιολογικούς παράγοντες. Συνεπώς η πρόληψη πρέπει να αφορά πρόβλεψη ψυχοπαιστικών προβλημάτων ή δυσπροσαρμοστικών αντιδράσεων⁶⁵.

Δευτερογενής πρόληψη είναι η μείωση της διάρκειας των υπαρχουσών ψυχικών διαταραχών με την ανίχνευση περιπτώσεων, την έγκαιρη παραπομπή, τη διάγνωση και την αποτελεσματική σύντομη θεραπεία των ψυχικά νοσούντων. Έμφαση δίδεται στη λειτουργία προγραμμάτων μαζικής ανίχνευσης – διαλογής, στη βελτίωση των διαγνωστικών και θεραπευτικών μέσων και μεθόδων, στην ανάπτυξη κατάλληλων και προσιτών υπηρεσιών υγείας με οργανωμένο σύστημα παραπομπών και υπηρεσία Πρώτων Βοηθειών Ψυχικής Υγείας^{65,63}.

Τριτογενής πρόληψη, τέλος, είναι η ελαχιστοποίηση των επιπτώσεων της ψυχικής αρρώστιας, δηλαδή της εγκατάστασης μόνιμων ψυχικών ανωμαλιών ή αναπηριών στους ψυχικά αρρώστους. Αυτό επιδιώκεται με προγράμματα συστηματικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης. Ακόμη:

- Θ Βοήθεια στον προγραμματισμό της εξόδου του κάθε αρρώστου από την ψυχιατρική μονάδα.
- Θ Συντονισμό και συνέχιση παρακολούθησης και φροντίδας στο σπίτι, στα νοσοκομεία ημέρας ή νύχτας, τους ξενώνες, τις θετές οικογένειες, τα προστατευόμενα εργαστήρια και άλλες ενδιαμέσες δομές υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
- Θ Διδασκαλία της αυτοφροντίδας σε αρρώστους πριν εξέλθουν από το νοσοκομείο, στα πλαίσια της ψυχοκοινωνικής τους αποκατάστασης.
- Θ Πρόληψη της παραβίασης και υπεράσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά αρρώστων.
- Θ Πρόληψη τοξικών παρενεργειών των ψυχοτρόπων φαρμάκων, των λάθων και παραλείψεων κατά τη χορήγησή τους, καθώς και πρόληψη της θερμοπληξίας κατά τη χορήγηση νευροληπτικών.

Πρωταρχικός ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή στην πρόληψη της ψυχικής ασθένειας είναι η επισήμανση του δυνητικά στρεσογόνου παράγοντα που επισπεύδει δυσπροσαρμοστικές αντιδράσεις του ατόμου ή της ευαίσθητης πληθυσμιακής ομάδας (έφηβοι, νέοι γονείς, οικογένειες, γυναίκες, ηλικιωμένοι), που βρίσκονται σε μεγάλο κίνδυνο να επηρεασθούν και να αναπτύξουν νοσηρούς μηχανισμούς αντιμετώπισης του ειδικού παράγοντα ή και ψυχική διαταραχή. Έργο του νοσηλευτή είναι να σχεδιάσει ειδικές στρατηγικές πρόληψης και τρόπους – μέσα ώστε οι στρατηγικές να εφαρμοστούν αποτελεσματικά ⁶⁶.

Οι προληπτικές παρεμβάσεις κατατάσσονται σε τέσσερις κατηγορίες: αγωγή ψυχικής υγείας, παρέμβαση στην ψυχολογική κρίση, αλλαγή του περιβάλλοντος, καθώς και ενεργοποίηση υποστηρικτικών κοινωνικών συστημάτων.

Η *αγωγή ψυχικής υγείας* αφορά την ενδυνάμωση των ατόμων και ειδικών ομάδων με την ανάπτυξη ικανοτήτων προσαρμογής και αγωνιστικότητας για τη λύση προβλημάτων, π.χ. πρόγραμμα μαθημάτων για την ανατροφή των παιδιών σε νέους γονείς, σε κέντρα υγείας και σχολεία.

Η *παρέμβαση* σε περίπτωση *ψυχολογικής κρίσης*, επικείμενης ή διαδραματιζόμενης, συνίσταται στη βοήθεια του ατόμου να αναπτύξει ρυθμιστικούς παράγοντες, όπως είναι η ρεαλιστική αντίληψη του στρεσογόνου γεγονότος, η αναζήτηση επαρκούς περιστασιακής υποστήριξης και η χρησιμοποίηση προσαρμοστικών μηχανισμών αντιμετώπισης. Σκοπός είναι η λύση ή υγιής υπέρβαση της κρίσης με επανάκτηση της ψυχικής ισορροπίας, αποφυγή της ψυχικής ευαισθητοποίησης και αύξηση της προσαρμοστικής ικανότητας του ατόμου.

Η *αλλαγή περιβάλλοντος* αφορά την τροποποίηση του άμεσου οικογενειακού ή του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος του ατόμου. Τέλος, η *ενεργοποίηση υποστηρικτικών κοινωνικών συστημάτων* είναι ένας τρόπος ανακούφισης, αντιστάθμισης ή εξουδετέρωσης των νοσογόνων επιδράσεων ενός δυνητικά ψυχοπιεστικού γεγονότος^{67,66}.

Θέτοντας σωστά τα παραπάνω προγράμματα, ο νοσηλευτής αξιολογεί την αποτελεσματικότητα αυτών και είναι σε θέση είτε να τα ενισχύσει είτε να τα χαλαρώσει, πάντα με σκοπό την ελάττωση της εμφάνισης της ψυχικής νόσου και τη βελτίωση της ψυχικής υγείας⁶⁷.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Μεθοδολογία της Έρευνας

1. Σκοπός και Στόχοι της Έρευνας
2. Σχεδιασμός της Έρευνας
3. Τόπος και Χρόνος της Έρευνας
4. Πληθυσμός και Δείγμα
5. Κριτήρια Εισαγωγής και Αποκλεισμού
6. Συλλογή των Δεδομένων
7. Αξιοπιστία και Εγκυρότητα
8. Ηθικά και Οικονομικά Ζητήματα
9. Στατιστική Ανάλυση των Δεδομένων

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

1. Σκοπός και Στόχοι της Έρευνας

Η εργασία αυτή πραγματοποιήθηκε στα εκπαιδευτικά πλαίσια της Νοσηλευτικής του ΤΕΙ για τη λήψη πτυχίου Νοσηλευτικής.

Σκοπός της έρευνας είναι να διερευνηθεί η ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας από νοσηλευτές.

Στόχοι της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι:

- Να ανιχνευτούν οι απόψεις των νοσηλευτών για τις υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.
- Να διερευνηθεί το επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών που εργάζονται στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.
- Να δοθεί η δυνατότητα ποιοτικής παροχής φροντίδας υγείας.
- Να αναζητηθούν οι δυνατότητες βελτίωσης της ποιότητας ζωής των νοσηλευτών, της ποιότητας παροχής φροντίδας, με επιπλέον επιμόρφωση μέσω ειδικών σεμιναρίων, βιβλίων και περιοδικών.
- Τέλος, τα αποτελέσματα της εργασίας να ανακοινωθούν στους φορείς της πολιτείας, που σχετίζονται με την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, την εκπαίδευση νομαρχιακών και δημοτικών υπηρεσιών και επαγγελματιών υγείας, όπως ΚΕΚ.

2. Σχεδιασμός της Έρευνας

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη στηρίζεται στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας. Η περιγραφική έρευνα έχει διάφορες μορφές, όπως είναι η ποσοτική, πολυπαραγοντική και ενεργή.

Στην έρευνα αυτή ακολουθήθηκε το σχέδιο της ποσοτικής, πολυπαραγοντικής διερεύνησης με τη χρήση ερωτηματολογίου, το οποίο περιείχε ερωτήσεις ανοιχτού και κλειστού τύπου.

Η χρήση ερωτηματολογίου έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα.

Τα πλεονεκτήματα είναι:

- Προσφέρει αξιοπιστία και εγκυρότητα στα αποτελέσματα.

- Συνδυάζει ευκαμψία περιεχομένου και σκοπού με στοιχεία ακρίβειας και ελέγχου.
- Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για συλλογή πληροφοριών από μεγάλο αριθμό ατόμων με σχετικά ελάχιστη διάθεση χρόνου και χρήματος.
- Η μεθοδολογία της μπορεί να εκτεθεί ρητά κάνοντας ευκολότερη την αξιολόγηση και την επανάληψη της έρευνας.
- Μπορεί να δομηθεί έτσι ώστε η ανάλυση των δεδομένων να είναι δυνατή με τη χρήση H/Y.

Τα μειονεκτήματα είναι:

- Η αναγκαιότητα ανάπτυξης ενός συστήματος για εναποθήκευση και διατήρηση κάποιας τροχιάς στην πελώρια ποσότητα των δεδομένων.
- Η τάση τα δεδομένα να είναι σχετικά επιφανειακά.

3. Τόπος και Χρόνος της Έρευνας

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στα Κέντρα Υγείας τεσσάρων νομών:

Νομός Αχαΐας: Κ.Υ. Ερυμάνθειας, Κ.Υ. Χαλανδρίτσας, Κ.Υ. Κάτω Αχαΐας

Νομός Θεσπρωτίας: Κ.Υ. Παραμυθιάς

Νομός Αιτωλοακαρνανίας: Κ.Υ. Ναυπάκτου

Νομός Αρκαδίας: Κ.Υ. Άστρους

Επίσης, ερωτηματολόγια δόθηκαν στις υπηρεσίες ΙΚΑ και Διεύθυνση Υγιεινής, καθώς και στα ιδρύματα ΕΕΣ, Άσυλο Ανιάτων, ΠΙΚΠΑ, Ιδρυμα Διανοητικώς Καθηστερημένων Παιδιών «Κιβωτός Αγάπης» και στο Ευγήρειο Ιδρυμα στην περιοχή Πατρών.

Τέλος, ερωτηματολόγια δόθηκαν στο προσωπικό των εξωτερικών ιατρείων του Γενικού Νοσοκομείου Πατρών «Άγιος Ανδρέας».

Στα σημεία εντός της περιοχής του νομού Αχαΐας, όπου ήταν δυνατή η πρόσβαση της ερευνήτριας, τα ερωτηματολόγια δόθηκαν αυτοπροσώπως.

Στα κέντρα εκτός του νομού, όπου η προσβαση παρουσίαζε δυσκολία, τα ερωτηματολόγια εστάλησαν ταχυδρομικώς κατόπιν συνεργασίας με τις υπευθύνους των κέντρων. Συνοδεύονταν δε με ενσωματωμένο γραμματοσημασμένο φάκελο επιστροφής. Έγινε επίσης τηλεφωνική επικοινωνία με τις περιοχές αυτές, ώστε να απαντηθούν τυχόν ερωτήσεις. Να σημειωθεί βέβαια ότι τηλεφωνική επικοινωνία έγινε και με τον εκάστοτε διευθυντή των κέντρων υγείας για τη λήψη άδειας στην πραγματοποίηση της έρευνας.

Τέλος, η παρούσα ερευνητική μελέτη πραγματοποιήθηκε στο χρονικό διάστημα Νοέμβριος 2000 – Απρίλιος 2001.

4. Πληθυσμός και Δείγμα

Ο πληθυσμός στην παρούσα μελέτη ήταν νοσηλευτές που εργάζονται στις υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Το δείγμα ήταν ολικό και περιελάμβανε όλους τους εργαζόμενους νοσηλευτές και επισκέπτες-νοσηλευτές, οποιασδήποτε βαθμίδας, που εργάζονται στους κλάδους της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Ο συνολικός αριθμός ερωτηματολογίων που δόθηκαν ήταν 160. Από αυτά τα 114 επιστράφηκαν πλήρως συμπληρωμένα, ενώ τα υπόλοιπα 46 επιστράφηκαν αναπάντητα ή ελλιπώς συμπληρωμένα. Να σημειωθεί εδώ ότι δεν σχολιάστηκε από την ερευνήτρια, τα επιστραφόμενα ασυμπλήρωτα ερωτηματολόγια, για ποιους λόγους δεν συμπληρώθηκαν, ώστε να μην θιγεί η ανωνυμία των ερωτηθέντων.

5. Κριτήρια Εισαγωγής και Αποκλεισμού

Τα κριτήρια εισαγωγής στην έρευνα ήταν:

- Νοσηλευτές εργαζόμενοι στις υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, [Κέντρα Υγείας, κοινωνικά ιδρύματα και υπηρεσίες (ΙΚΑ, ΠΙΚΠΑ)]

Τα κριτήρια αποκλεισμού ήταν:

- Νοσηλευτές εργαζόμενοι σε θεραπευτικές κλινικές και οπουδήποτε αλλού, εκτός όμως από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

6. Συλλογή των Δεδομένων

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από 30 ερωτήσεις, κλειστού και ανοιχτού τύπου.

Για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε συνεννόηση και συνεργασία με τις προϊσταμένες όλων των ιδρυμάτων όπου απευθυνθήκαμε και εξασφαλίστηκε η ανωνυμία των ερωτηθέντων.

Επίσης, επισημάνθηκε στους ερωτηθέντες ότι έχουν τη δυνατότητα να απαντήσουν μόνο εάν το επιθυμούσαν και δόθηκαν διευκρινήσεις σε τυχόν απορίες σχετικά με τις ερωτήσεις.

7. Αξιοπιστία και Εγκυρότητα

Για να επιτευχθεί υψηλή εγκυρότητα περιεχομένου (Content Validity) το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο συντάχθηκε κατόπιν μελέτης ελληνικών και διεθνών μελετών και εργασιών και αφού ελήφθησαν υπόψη βιβλιογραφικές αναφορές.

Επίσης, έγινε επίδειξη του ερωτηματολογίου σε υπεύθυνους νοσηλευτές (μη ειδικευμένους στο αντικείμενο της μελέτης), που επέδειξαν πως ήταν αρκετά κατανοητό, δίνοντας την δυνατότητα σ' αυτόν που το διάβαζε, να καταλάβει τόσο τις ερωτήσεις όσο και το σκοπό του ερωτηματολογίου.

Η αξιοπιστία (Reliability) των απαντήσεων του ερωτηματολογίου επιτεύχθηκε με τη σύνταξη ερωτήσεων κλειστού τύπου με αυστηρά κωδικοποιημένες απαντήσεις. Οι ερωτήσεις ήταν δομημένες με τρόπο ώστε να αποφεύγονται τα λάθη κατανόησης και να μειώνεται η πιθανότητα ψευδούς απάντησης. Όπου δε οι ερωτηθέντες παρουσίαζαν δυσκολία, η ερευνήτρια ήταν πρόθυμη να διευκρινήσει οποιοδήποτε σημείο.

8. Ηθικά και Οικονομικά Ζητήματα

Μια σωστή έρευνα πρέπει να συμμορφώνεται με τα ηθικά και νομικά κριτήρια της επιστημονικής έρευνας. Τα ηθικά θέματα γίνονται ιδιαίτερα σημαντικά σε επιστήμες που εμπλέκονται στη μελέτη ανθρώπινων υπάρξεων.

Στο χώρο της Νοσηλευτικής Επιστήμης, η έρευνα εστιάζεται συνεχώς πάνω σε ανθρώπινα αντικείμενα: στα πιστεύω, στις θέσεις και στις εμπειρίες τους, που συνδέονται με την αρρώστια, στις συμπεριφορές αντιμετώπισης, στα συστήματα υποστήριξης και στα περιβαλλοντικά stress. Η επιτυχία μια τέτοιας έρευνας εξαρτάται από την αποτελεσματική εισχώρηση μέσα σε δραστηριότητες άλλων ατόμων, πράγμα που εγείρει ηθικά θέματα περί του ί είναι σωστό ή λαθεμένο.

Ο κώδικας της Νυρεμβέργης και η Διακήρυξη του Ελσίνκι επισημαίνουν ότι σε όλες τις έρευνες με ανθρώπινο αντικείμενο πρέπει να προστατεύονται 4 βασικά δικαιώματα από ηθικής απόψεως:

- I. Το δικαίωμα να μην υποστεί ο άνθρωπος φυσική, συγκινησιακή, νομική, οικονομική και κοινωνική βλάβη.
- II. Το δικαίωμα για πλήρη διαφάνεια.
- III. Το δικαίωμα του ατόμου να αυτοαποφασίζει.
- IV. Το δικαίωμα για ιδιωτικότητα, ανωνυμία και εμπιστευτικότητα.

Η ηθική της έρευνας προστατεύει τα παραπάνω δικαιώματα, διαθέτει όμως και μια σειρά ευρύτερων χαρακτηριστικών:

- ❑ Επιστημονική αντικειμενικότητα.
- ❑ Συνεργασία με εξουσιοδοτημένα όργανα επιθεώρησης των ερευνητικών σχεδίων.
- ❑ Ολοκλήρωση στην παρουσίαση της ερευνητικής διαδικασίας.
- ❑ Δικαιοσύνη στην αναγνώριση συνεισφοράς άλλων στην έρευνα.
- ❑ Λεπτότητα στην εφαρμογή διαδικασιών και διεργασιών ώστε να προστατεύονται τα ανθρώπινα δικαιώματα των υποκειμένων.
- ❑ Διαφάνεια στην έκθεση του σκοπού, των διαδικασιών, των μεθόδων και των ευρημάτων.
- ❑ Αποκάλυψη των πηγών οικονομικών πόρων.

- ❑ Διεύρυνση του σώματος επιστημονικής γνώσης της Νοσηλευτικής, μέσω δημοσιεύσεων και παρουσιάσεων των ερευνητικών ευρημάτων.
- ❑ Θάρρος στη δημόσια διεκκρίνιση κάθε παρεξήγησης των ερευνητικών ευρημάτων.

Στην παρούσα μελέτη λοιπόν δεν προκύπτουν ηθικά και οικονομικά ζητήματα για τους ερωτώμενους νοσηλευτές, το νοσηλευτικό έργο τους, την οικογενειακή και κοινωνική τους ζωή. Αυτό γιατί είχαμε την πληροφορημένη συγκατάθεσή τους, δηλαδή τα άτομα έχουν επαρκή πληροφόρηση σε ότι αφορά την έρευνά μας, είναι ικανά να την κατανοήσουν και έχουν τη δύναμη της ελεύθερης εκλογής, έτσι ώστε να μπορούν να συγκατατεθούν εκούσια για τη συμμετοχή τους ή μη στην έρευνα. Τα στοιχεία που συλλέγονται είναι ανώνυμα και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για την διεκπεραίωση της συγκεκριμένης μελέτης.

9. Στατιστική Ανάλυση Δεδομένων

Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγινε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS και του προγράμματος EXCEL.

Πραγματοποιήθηκε περιγραφική ανάλυση για όλες τις παραμέτρους. Ακολούθως, ανάλογα με τα περιγραφικά αποτελέσματα έγινε προσπάθεια συσχέτισης των παραμέτρων (Cross tabulations) για να διαπιστωθεί η σχέση των μεταβλητών, χρησιμοποιώντας το στατιστικό test χ^2 και την τιμή $p=0,05$.

Αναλυτικότερα, ελέγχθηκαν τα εξής κριτήρια:

- ❑ Η ηλικία με το χρόνο άσκησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος, την ύπαρξη stress και την επιθυμία επιμόρφωσης.
- ❑ Το μορφωτικό επίπεδο με τις επιπλέον σπουδές, την επιθυμία μεταβασικής εκπαίδευσης και την ανάγνωση νοσηλευτικών περιοδικών.
- ❑ Ο κλάδος εργασίας με τις απόψεις των νοσηλευτών για την επάρκεια προσωπικούς, για το ρόλο της Κοινοτικής Νοσηλευτικής, τη δυσκολία του τομέα εργασίας, την ύπαρξη stress και τους λόγους που το προκαλούν, την επιθυμία επιμόρφωσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**Στατιστική Ανάλυση των
Αποτελεσμάτων**

- A. Περιγραφική Κατανομή του Δείγματος
- B. Στατιστική Συσχέτιση Παραμέτρων

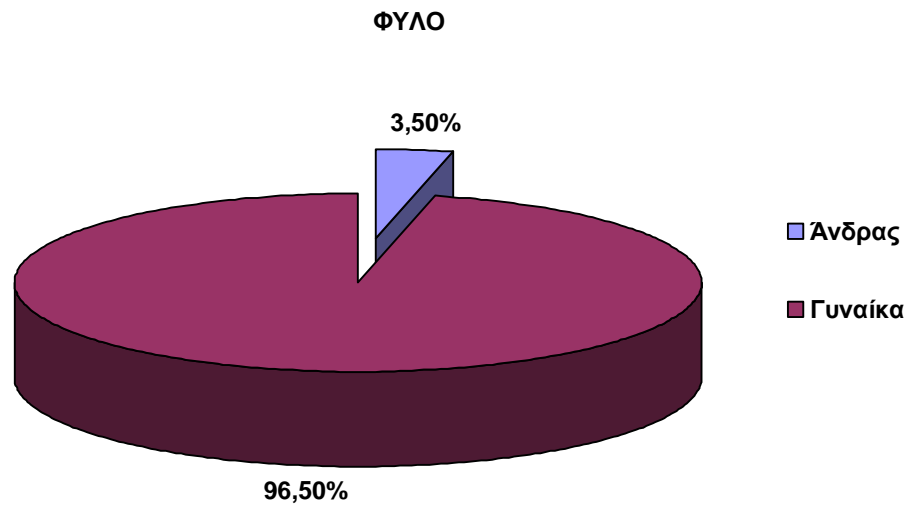
Περιγραφική Κατανομή Δείγματος

Στην εργασία αυτή μελετήθηκαν με βάση τις διάφορες παραμέτρους 114 άτομα, που αποτέλεσαν το συνολικό δείγμα. Τα άτομα αυτά ήταν νοσηλευτές, εργαζόμενοι στις υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Από τα άτομα αυτά τα 110 (ποσοστό 96,5%) ήταν γυναίκες και τα υπόλοιπα 4 (ποσοστό 3,5%) άνδρες. [πίνακας 1, σχήμα 1]

Πίνακας 1: ΦΥΛΟ		
	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΝΔΡΑΣ	4	3,50%
ΓΥΝΑΙΚΑ	110	96,50%
ΣΥΝΟΛΟ	114	100,00%

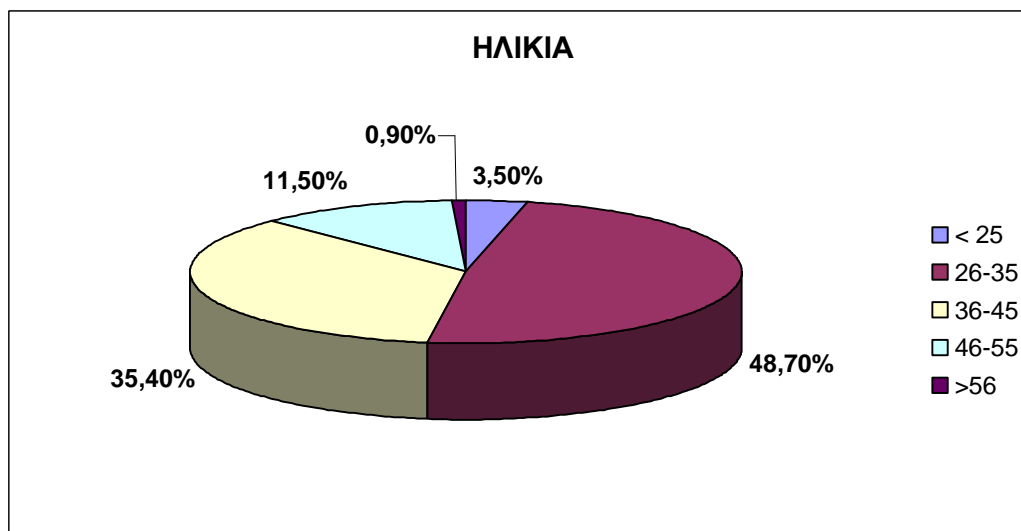
Σχήμα 1



Από το συνολικό δείγμα, 4 άτομα (ποσοστό 3,5%) είχαν ηλικία μικρότερη των 25 ετών, 55 (ποσοστό 48,7%) ήταν ηλικίας μεταξύ 26-35 ετών, 40 (ποσοστό 35,4%) δήλωσαν 36-45 ετών και 13 (ποσοστό 11,5%) είχαν ηλικία 46-55 ετών, ενώ 1 άτομο δεν έδωσε απάντηση. [πίνακας2, σχήμα 2]

Πίνακας 2: ΗΛΙΚΙΑ		
	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
<25	4	3,50%
26 – 35	55	48,70%
36 – 45	40	35,40%
46 – 55	13	11,50%
ΣΥΝΟΛΟ	113	100,00%

Σχήμα 2



Από τα άτομα που συμμετείχαν στη μελέτη μας, τα 86 (ποσοστό 75,4%) ήταν έγγαμοι, ενώ οι υπόλοιποι 28 (ποσοστό 24,6%) άγαμοι. [πίνακας 3]

Πίνακας 3: ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ		
	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΓΑΜΟΣ/Η	28	24,60%
ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	86	75,40%
ΣΥΝΟΛΟ	114	100,00%

Από τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, 76 (ποσοστό 67,3%) έχουν παιδιά, ενώ 37 (ποσοστό 32,7%) δεν έχουν. [πίνακας 4]

Πίνακας 4: ΠΑΙΔΙΑ		
	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΟΧΙ	37	32,70%
ΝΑΙ	76	67,30%
ΣΥΝΟΛΟ	113	100,00%

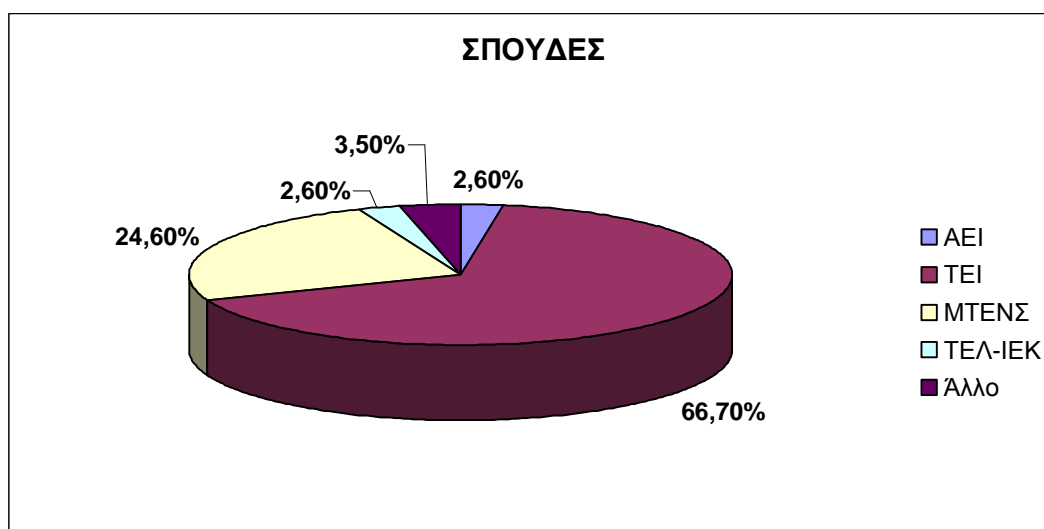
Σε ερώτησή μας για την ύπαρξη εξαρτώμενων συγγενών στο οικογενειακό περιβάλλον των ερωτώμενων νοσηλευτών, οι 42 (ποσοστό 47,8%) έδωσαν θετική απάντηση, οι 69 (ποσοστό 62,2%) δήλωσαν όχι, ενώ υπήρξαν 3 άτομα που δεν απάντησαν. [πίνακας 5]

Πίνακας 5: ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟΙ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ		
	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	42	37,80%
ΟΧΙ	69	62,20%
ΣΥΝΟΛΟ	111	100,00%

Από το σύνολο των ατόμων της μελέτης μας, 3 άτομα (ποσοστό 2,6%) έχουν πτυχίο Ανώτατης Νοσηλευτικής, 76 (ποσοστό 66,7%) είναι απόφοιτοι ΤΕΙ, 28 άτομα (ποσοστό 24,6%) απόφοιτοι Μέσης Τεχνικής Νοσηλευτικής Σχολής, 3 άτομα (ποσοστό 2,6%) απόφοιτοι ΤΕΛ-ΙΕΚ, ενώ υπήρχαν 4 άτομα που δήλωσαν κάποιες άλλες σχολές (σχολή ΕΕΣ, ΠΙΚΠΑ), οι οποίες υπήρχαν πριν την αναβάθμιση του ΤΕΙ. [πίνακας 6, σχήμα 6]

Πίνακας6: ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ		
	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΕΙ	3	2,60%
ΤΕΙ	76	66,70%
ΜΤΕΝΣ	28	24,60%
ΤΕΛ-ΙΕΚ	3	2,60%
ΑΛΛΟ	4	3,50%
ΣΥΝΟΛΟ	114	100,00%

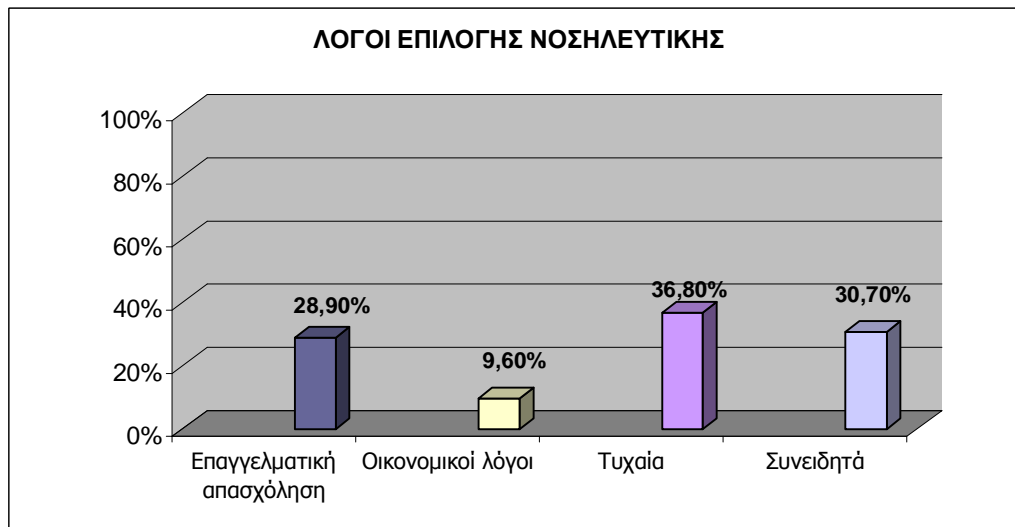
Σχήμα 3



Στο ερώτημα σχετικά με το λόγο που επέλεξαν το νοσηλευτικό επάγγελμα, οι 33 (ποσοστό 28,9%) δήλωσαν για επαγγελματική απασχόληση, 11 (ποσοστό 9,6%) για οικονομικούς λόγους, 42 άτομα (ποσοστό 36,8%) το επέλεξαν τυχαία, ενώ 35 άτομα (ποσοστό 30,7%) συνειδητά. [πίνακας 7, σχήμα 4]

Πίνακας 7: ΛΟΓΟΙ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ			
	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΠΟΛΛΑΠΛΗ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ	33	27,30%	28,90%
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΛΟΓΟΙ	11	9,10%	9,60%
ΤΥΧΑΙΑ	42	34,70%	36,80%
ΣΥΝΕΙΔΗΤΑ	35	28,90%	30,70%

Σχήμα 4



Από το συνολικό μας δείγμα, οι 18 (ποσοστό 15,8%) δήλωσαν ότι νοσηλευτική γι' αυτούς σημαίνει καθαρά λειτούργημα, 4 άτομα (ποσοστό 3,4%) δήλωσαν καθαρά επάγγελμα, ενώ οι περισσότεροι – 92 – με ποσοστό 80,7% θεωρούν τη νοσηλευτική επάγγελμα και λειτούργημα μαζί. [πίνακας 8]

Πίνακας 8: ΑΠΟΨΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ		
	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΛΕΙΤΟΥΡΓΗΜΑ	18	15,80%
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	4	3,50%
ΚΑΙ ΤΑ ΔΥΟ	92	80,70%
ΣΥΝΟΛΟ	114	100,00%

Στο ερώτημα σχετικά με το χρόνο που ασκούν το νοσηλευτικό επάγγελμα, οι 29 (ποσοστό 25,4%) εργάζονται λιγότερο από 5 χρόνια, 21 άτομα (ποσοστό 18,4%) 5-10 χρόνια, οι 29 (ποσοστό 11-15%) εργάζονται ως νοσηλευτές 16-20 χρόνια , 16 άτομα (ποσοστό 14%) 16-20 χρόνια και 19 άτομα (ποσοστό 16,7%) έχουν περισσότερο από 20 χρόνια εργασίας. [πίνακας 9]

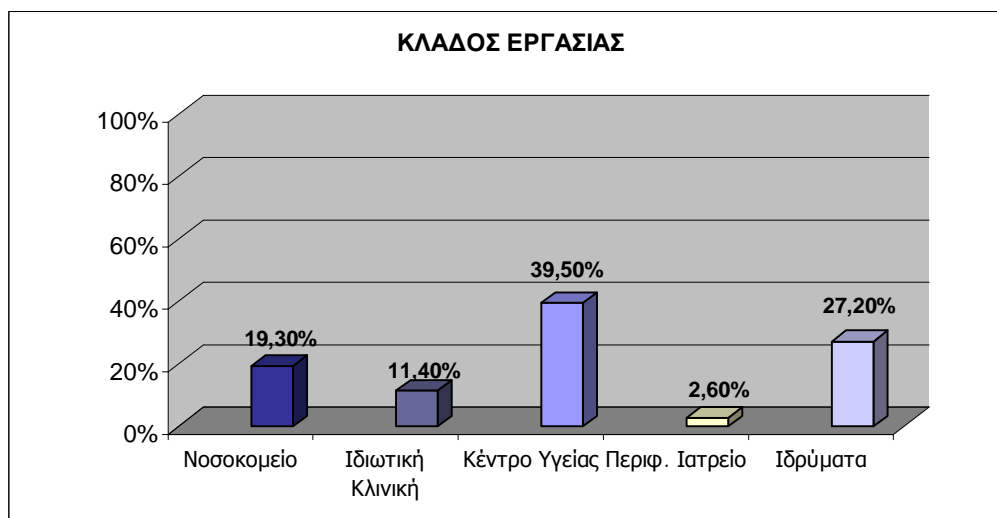
Πίνακας 9: ΧΡΟΝΟΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ		
	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
<5 ΕΤΩΝ	29	25,40%
5-10 ΕΤΩΝ	21	18,40%
11-15 ΕΤΩΝ	29	25,40%
16-20 ΕΤΩΝ	16	14,00%
>20 ΕΤΩΝ	19	16,70%
ΣΥΝΟΛΟ	114	100,00%

Στην ερώτηση σχετικά με το αν έχουν εργαστεί αλλού εκτός της νοσηλευτικής, 31 άτομα (ποσοστό 27,7%) δήλωσαν Ναι, 81 άτομα (ποσοστό 72,3%) Όχι, ενώ 2 άτομα δεν απάντησαν. [πίνακας 10]

Πίνακας 10: ΕΡΓΑΣΙΑ ΕΚΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ		
	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	31	27,70%
ΟΧΙ	81	72,30%
ΣΥΝΟΛΟ	112	100,00%

Από το συνολικό μας δείγμα, οι 22 (ποσοστό 19,3%) εργάζονται στο χώρο του νοσοκομείου, 13 (11,4%) σε ιδιωτική κλινική, 45 άτομα (39,5%) σε κέντρα υγείας, 3 (2,6%) σε περιφερειακά ιατρεία και 31 άτομα (27,2%) σε ιδρύματα, (ΙΚΑ, ΠΙΚΠΑ, ΕΕΣ). [πίνακας 11, σχήμα 5]

Πίνακας 11: ΚΛΑΔΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ		
	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	22	19,30%
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	13	11,40%
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ	45	39,50%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ	3	2,60%
ΙΔΡΥΜΑΤΑ (ΙΚΑ,ΕΕΣ,ΠΙΚΠΑ,...)	31	27,20%
ΣΥΝΟΛΟ	114	100,00%



Σε ερώτηση σχετικά με το χρονικά διάστημα που βρίσκονται στην παρούσα θέση εργασίας οι 7 δήλωσαν λιγότερο από 1 χρόνο, 33 άτομα 1-5 χρόνια, 32 άτομα εργάζονται στον τομέα αυτό 6-10 χρόνια, οι 30 δήλωσαν 11-20 χρόνια και 12 άτομα περισσότερο από 21 χρόνια. [πίνακας 12]

Πίνακας 12: ΧΡΟΝΟΣ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΘΕΣΗ		
	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
< 1 ΧΡΟΝΟ	7	6,10%
1-5 ΧΡΟΝΙΑ	33	28,90%
6-10 ΧΡΟΝΙΑ	32	28,10%
11-20 ΧΡΟΝΙΑ	30	26,30%
>21 ΧΡΟΝΙΑ	12	10,50%
ΣΥΝΟΛΟ	114	100,00%

Σε ερώτηση σχετικά με το αν η θέση της παρούσας εργασίας τους είναι μόνιμη ή προσωρινή, 100 άτομα δήλωσαν ότι είναι μόνιμοι και 11 άτομα προσωρινοί, ενώ 3 δεν έδωσαν απάντηση. [πίνακας 13]

Πίνακας 13: ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΘΕΣΗΣ		
	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΜΟΝΙΜΗ ΘΕΣΗ	100	90,10%
ΠΡΟΣΩΡΙΝΗ ΘΕΣΗ	11	9,90%
ΣΥΝΟΛΟ	111	100,00%

Από το συνολικό δείγμα 93 άτομα χρησιμοποιούν μεταφορικό μέσο για τη μετάβασή τους στο χώρο εργασίας, ενώ 21 άτομα δεν χρησιμοποιούν. [πίνακας 14.1]

Πίνακας 14.1: ΧΡΗΣΗ ΜΕΤΑΦΟΡΙΚΟΥ ΜΕΣΟΥ		
	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	93	81,60%
ΟΧΙ	21	18,40%
ΣΥΝΟΛΟ	114	100,00%

Από τους 93 που χρησιμοποιούν μεταφορικό μέσο, οι 58 χρησιμοποιούν ΙΧ αυτοκίνητο, 2 άτομα χρησιμοποιούν υπηρεσιακό όχημα και 33 συγκοινωνιακό μέσο. [πίνακας 14.2]

Πίνακας 14.2: ΕΙΔΟΣ ΜΕΤΑΦΟΡΙΚΟΥ ΜΕΣΟΥ		
	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΙΧ	58	62,40%
ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΟ ΟΧΗΜΑ	2	2,20%
ΣΥΓΚΟΙΝΩΝΙΑΚΟ ΜΕΣΟ	33	35,50%
ΣΥΝΟΛΟ	93	100,00%

Σε ερώτηση σχετικά με τη χιλιομετρική απόσταση που διανύουν κατά τη μετάβασή τους στο χώρο εργασίας τους οι 45 έχουν απόσταση λιγότερο των 3 χιλ., 38 δήλωσαν 3-10 χιλ., 18 είπαν 11-20 χιλ και 11 δήλωσαν περισσότερο από 20 χιλ. [πίνακας 15]

Πίνακας 15: ΑΠΟΣΤΑΣΗ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ		
	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
<3 ΧΙΛ.	45	40,20%
3-10 ΧΙΛ.	38	33,90%
11-20 ΧΙΛ.	18	16,10%
>20 ΧΙΛ.	11	9,80%
ΣΥΝΟΛΟ	112	100,00%

Στην ερώτηση σχετικά με το αν υπάρχει, κατά τη γνώμη τους, αρκετό προσωπικό στον τομέα εργασίας τους, ικανό να κάνουν τη δουλειά τους κατάλληλα, 23 άτομα δήλωσαν Ναι, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό δήλωσε ανεπάρκεια προσωπικού. [πίνακας 16, σχήμα 6]

Πίνακας 16: ΑΠΟΨΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ		
	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	23	20,40%
ΟΧΙ	90	79,60%
ΣΥΝΟΛΟ	113	100,00%

Σχήμα 6



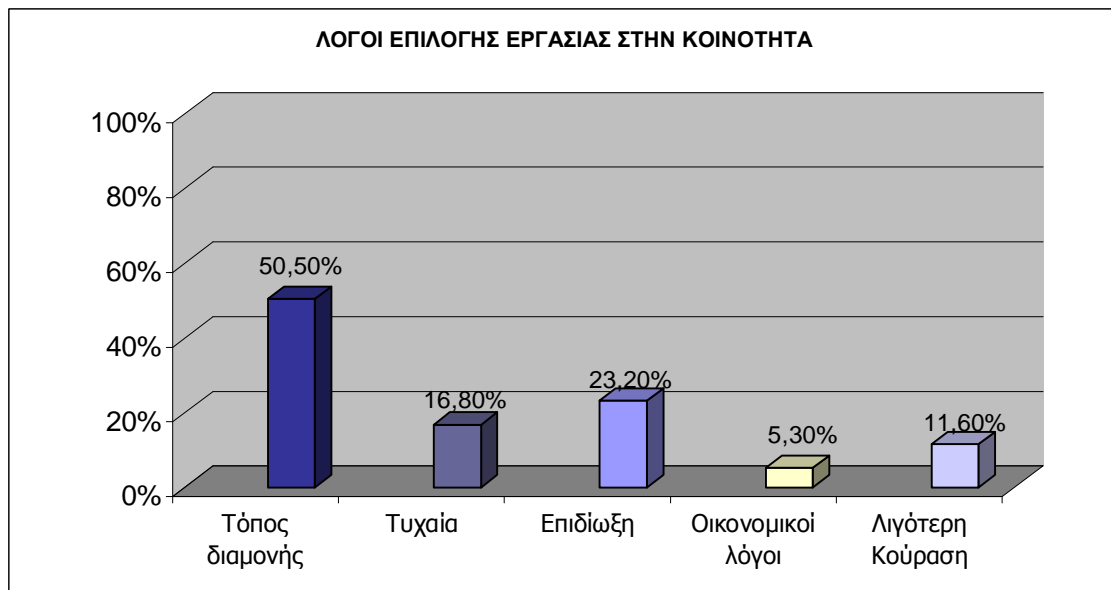
Σχετικά με το αν είναι μέλη κάποιου επαγγελματικού συλλόγου ή οργανισμού, οι 45 δήλωσαν Ναι, ενώ 66 είπαν Όχι, υπήρξαν δε και 3 που δεν απάντησαν. [Πίνακας 17]

Πίνακας 17: ΜΕΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ		
	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	45	40,50%
ΟΧΙ	66	59,50%
ΣΥΝΟΛΟ	111	100,00%

Σύμφωνα με το συνολικό δείγμα, 48 άτομα δήλωσαν ότι επέλεξαν να εργαστούν στην κοινότητα εξαιτίας του τύπου διαμονής τους εκεί, 16 ήταν τυχαία η εργασία τους εκεί, 22 άτομα το επεδίωξαν, 5 εργάζονται στην κοινότητα για οικονομικούς λόγους και 11 άτομα επέλεξαν αυτό το τομέα για να εξασφαλίσουν λιγότερη κούραση. [πίνακας 18, σχήμα 7]

Πίνακας 18: ΛΟΓΟΙ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ			
	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΠΟΛΛΑΠΛΗ
ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	48	47,10%	50,50%
ΤΥΧΑΙΑ	16	15,70%	16,80%
ΗΤΑΝ ΕΠΙΔΙΩΞΗ ΣΑΣ	22	21,60%	23,20%
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΛΟΓΟΙ	5	4,60%	5,30%
ΛΙΓΟΤΕΡΗ ΚΟΥΡΑΣΗ	11	10,80%	11,60%

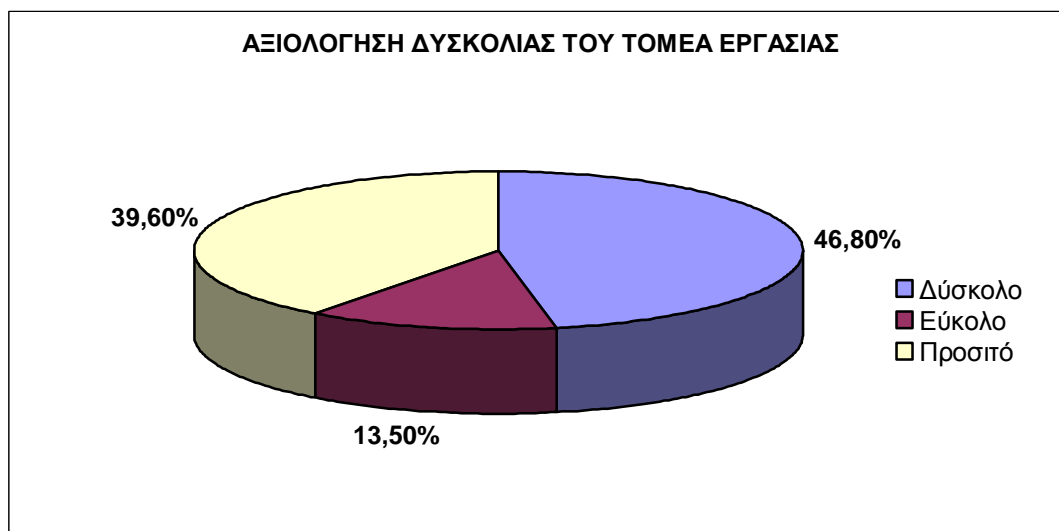
Σχήμα 7



Σε ερώτησή μας να αξιολογήσουν τη δυσκολία του τομέα εργασίας του, 52 άτομα απάντησαν δύσκολο, 15 εύκολο και 44 προσιτό, ενώ 3 άτομα δεν απάντησαν. [πίνακας 19, σχήμα 8]

Πίνακας 19: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ		
	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΔΥΣΚΟΛΟ	52	46,80%
ΕΥΚΟΛΟ	15	13,50%
ΠΡΟΣΙΤΟ	44	39,60%
ΣΥΝΟΛΟ	111	100,00%

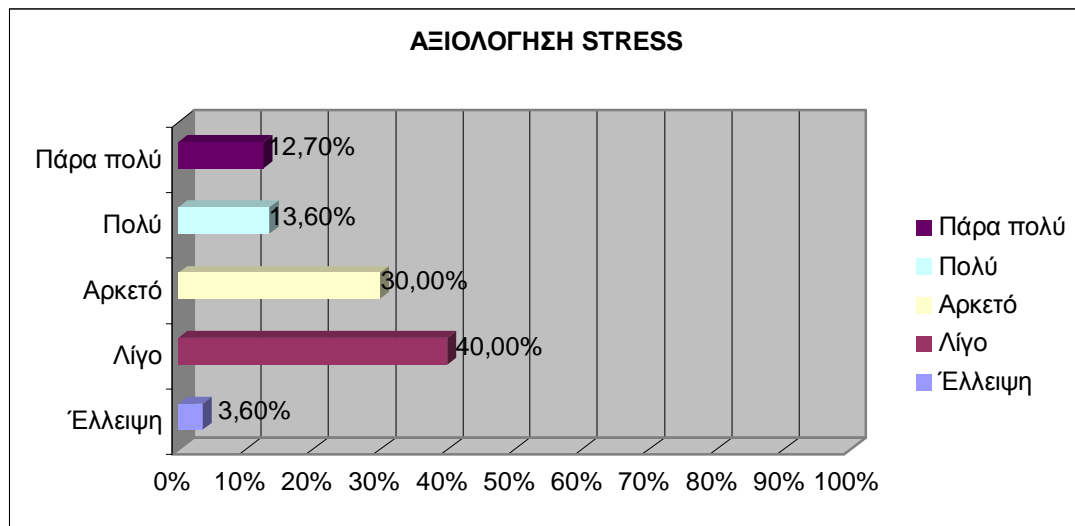
Σχήμα 8



Ζητήσαμε από τους ερωτηθέντες νοσηλευτές της ΠΦΥ να αξιολογήσουν το βαθμό stress που αντιμετωπίζουν στο χώρο εργασίας τους. Όπως βλέπουμε, 4 άτομα δήλωσαν έλλειψη stress, 44 άτομα έχουν λίγο, 33 άτομα δήλωσαν αρκετό stress, 15 πολύ, και 14 άτομα έχουν να αντιμετωπίσουν πάρα πολύ stress. Υπήρξαν 4 άτομα που δεν έδωσαν απάντηση. [πίνακας 20, σχήμα 9]

Πίνακας 20: ΥΠΑΡΞΗ STRESS ΣΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΤΗΣ Π.Φ.Υ.		
	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΕΛΛΕΙΨΗ STRESS	4	3,60%
ΛΙΓΟ STRESS	44	40,00%
ΑΡΚΕΤΟ STRESS	33	30,00%
ΠΟΛΥ STRESS	15	13,60%
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ STRESS	14	12,70%
ΣΥΝΟΛΟ	110	100,00%

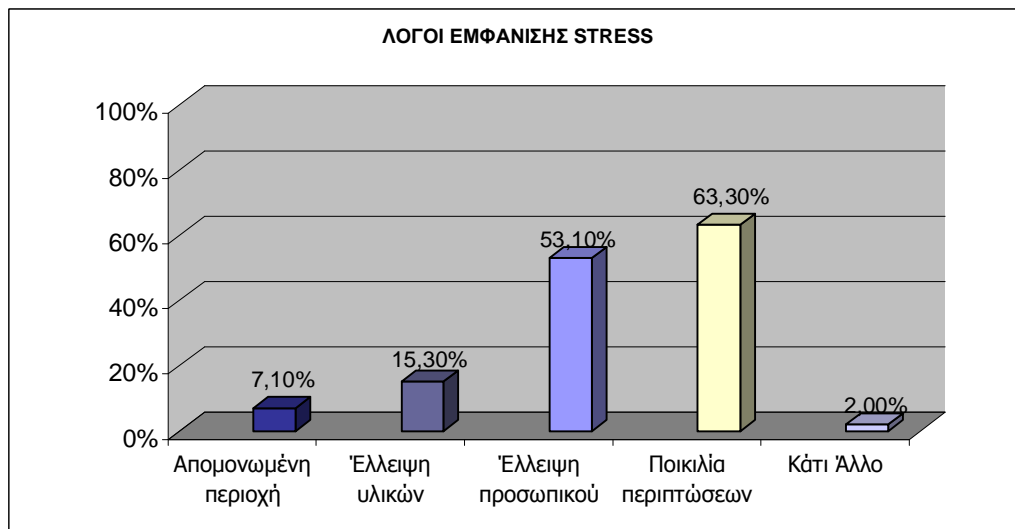
Σχήμα 9



Στο ερώτημα σχετικά με τους λόγους που συμβάλλουν στην εμφάνιση stress, 7 άτομα δήλωσαν ότι οφείλεται λόγω της απομονωμένης περιοχής παροχής φροντίδας, 15 λόγω έλλειψης αναγκαίων υλικών για τη σωστή αντιμετώπιση των πασχόντων, 52 άτομα έδωσαν ως αιτία του stress την έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού, 62 δήλωσαν ότι το stress τους οφείλεται στο ότι καλούνται να αντιμετωπίσουν ποικιλία περιπτώσεων. [πίνακας 21, σχήμα 10]

Πίνακας 21: ΛΟΓΟΙ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ STRESS ΣΤΗΝ Π.Φ.Υ.			
	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΠΟΛΛΑΠΛΗ
ΑΠΟΜΟΝΩΜΕΝΗ ΠΕΡΙΟΧΗ ΠΑΡΟΧΗΣ ΠΦΥ	7	5,10%	7,10%
ΕΛΛΕΙΨΗ ΑΝΑΓΚΑΙΩΝ ΥΛΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ	15	10,90%	15,30%
ΕΛΛΕΙΨΗ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	52	37,70%	53,10%
ΠΟΙΚΙΛΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΙΔΙΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	62	44,90%	63,30%
ΚΑΤΙ ΆΛΛΟ	2	1,40%	2,00%

Σχήμα 10



Σε ερώτηση σχετικά με το αν ο Κοινοτικός Νοσηλευτής χρειάζεται διαφορετικές γνώσεις και επιδεξιότητες από το νοσηλευτή που εργάζεται σε νοσοκομείο, οι 70 έδωσαν θετική απάντηση, 35 δήλωσαν Όχι, ενώ υπήρξαν 9 άτομα που δεν απάντησαν. [πίνακας 22]

Πίνακας 22: ΑΠΟΨΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΑΝ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ Ο ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΠΙΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ		
	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	70	66,70%
ΟΧΙ	35	33,30%
ΣΥΝΟΛΟ	105	100,00%

Στο ερώτημα αν θεωρούν την ύπαρξη πείρας στον τομέα εργασίας τους, ένα μεγάλο ποσοστό - 91,9% - έδωσε θετική απάντηση ενώ το υπόλοιπο 8,1% δήλωσε Όχι. [πίνακας 23]

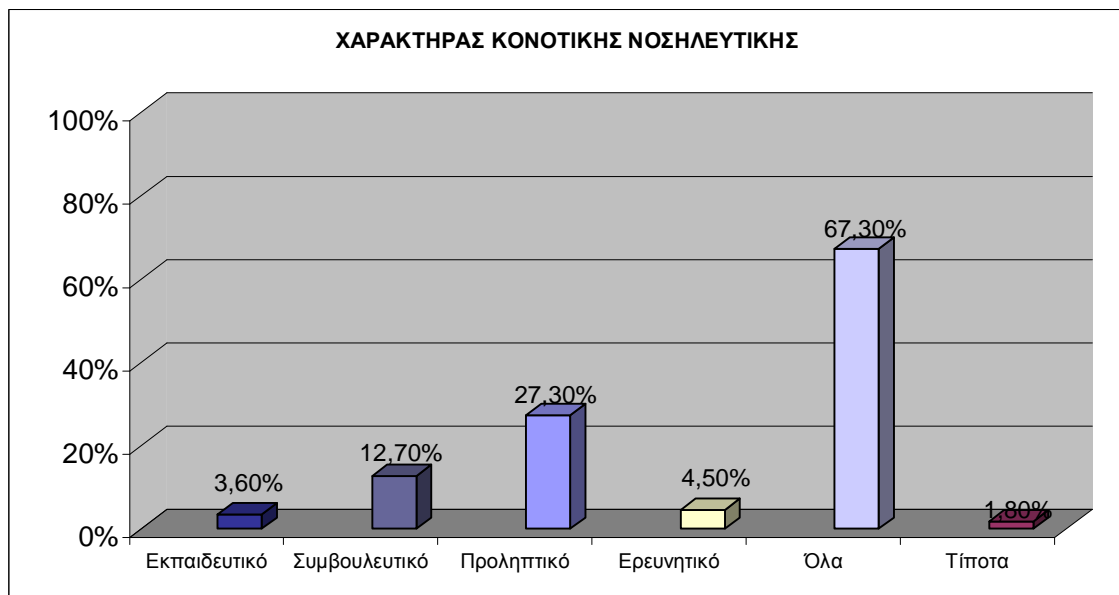
Πίνακας 23: ΑΠΟΨΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΑΝ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ Η ΥΠΑΡΞΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΓΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΗΝ ΠΦΥ		
	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	102	91,90%
ΟΧΙ	9	8,10%
ΣΥΝΟΛΟ	111	100,00%

Σύμφωνα με τους ερωτηθέντες νοσηλευτές, το 67,3% δήλωσε ότι η Κοινοτική Νοσηλευτική θα πρέπει να έχει χαρακτήρα συμβουλευτικό, προληπτικό, εκπαιδευτικό και ερευνητικό. Επιπλέον, το 27,3% δήλωσε ότι πρέπει να έχει καθαρά προληπτικό χαρακτήρα, 12,7% είτε καθαρά συμβουλευτικό, το 4,5% καθαρά ερευνητικό και το 3,6% καθαρά εκπαιδευτικό.

[πίνακας 24, σχήμα 11]

Πίνακας 24: ΑΠΟΨΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ			
	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΠΟΛΛΑΠΛΗ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ	4	3,10%	3,60%
ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟ	14	10,90%	12,70%
ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟ	30	23,30%	27,30%
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ	5	3,90%	4,50%
ΟΛΑ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ	74	57,40%	67,30%
ΤΙΠΟΤΕ ΤΟ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟ	2	1,60%	1,80%

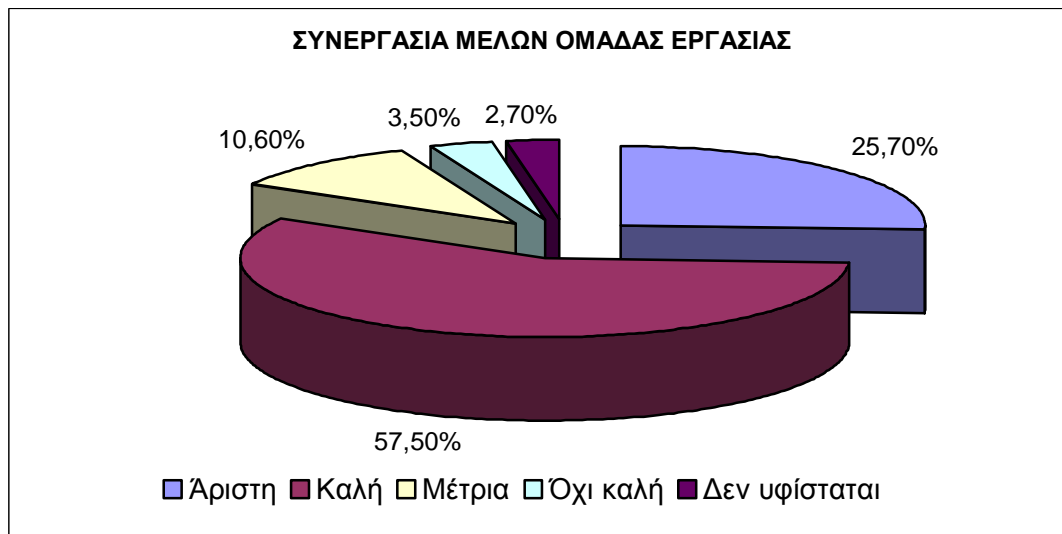
Σχήμα 11



Οι παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας θα πρέπει να είναι ομαδική. Στο ερώτημα σχετικά με την ποιοτική αξιολόγηση της συνεργασίας με τα μέλη της Υγειονομικής Ομάδας Εργασίας, οι 29 (25,7%) απάντησαν άριστη, 65 (57,5%) συνεργάζονται καλώς, 12 άτομα (10,6%) μέτρια, 4 άτομα όχι καλή, ενώ 3 άτομα (ποσοστό 2,7%) δήλωσαν ότι συνεργασία δεν υφίσταται. [πίνακας 25, σχήμα 12]

Πίνακας 25: ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΑ ΜΕΛΗ ΟΜΑΔΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ		
	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΡΙΣΤΗ	29	25,70%
ΚΑΛΗ	65	57,50%
ΜΕΤΡΙΑ	12	10,60%
ΟΧΙ ΚΑΛΗ	4	3,50%
ΔΕΝ ΥΦΙΣΤΑΤΑΙ	3	2,70%
ΣΥΝΟΛΟ	113	100,00%

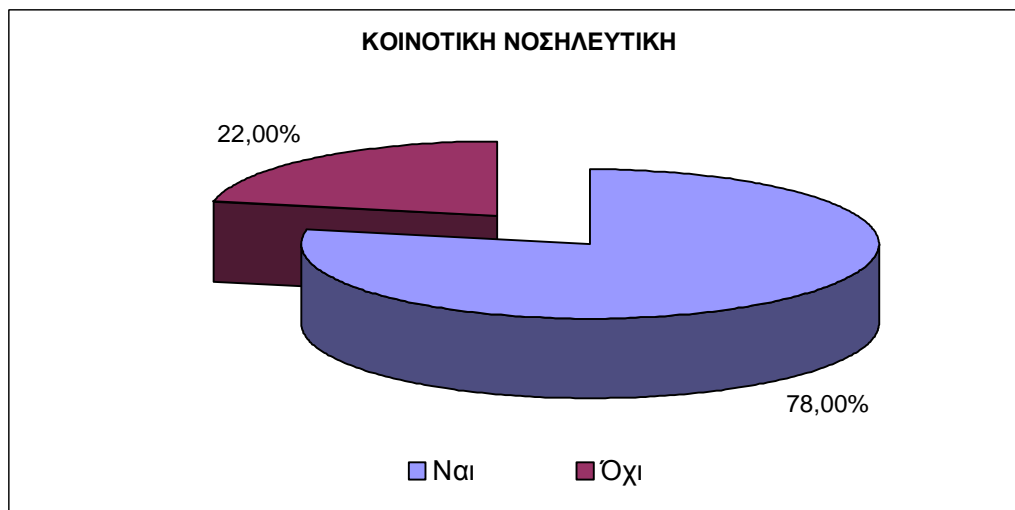
Σχήμα 12



Στην ερώτηση σχετικά με το αν η Κοινωνική Νοσηλευτική αποτελεί, κατά τη γνώμη τους, κλάδο της Νοσηλευτικής Επιστήμης που υστερεί από τους υπολοίπους στη χώρα μας, το 78% έδωσε θετική απάντηση, ενώ το 22% απάντησε αρνητικά, υπήρξαν δε και 5 άτομα που δεν εξέφρασαν γνώμη στη συγκεκριμένη ερώτηση. [πίνακας 26, σχήμα 13]

Πίνακας 26: ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ: ΚΛΑΔΟΣ ΠΟΥ ΥΣΤΕΡΕΙ;		
	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	85	78,00%
ΟΧΙ	24	22,00%
ΣΥΝΟΛΟ	109	100,00%

Σχήμα 13



Σε ερώτηση για το αν έχουν παρακολουθήσει μεταβασική εκπαίδευση, το 40,6% δήλωσε ναι, ενώ το 56,4% έδωσε αρνητική απάντηση. [πίνακας 27]

Πίνακας 27: ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΣΠΟΥΔΕΣ		
	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	43	40,60%
ΟΧΙ	63	59,40%
ΣΥΝΟΛΟ	106	100,00%

Σε ερώτηση για το αν θα επιθυμούσαν την ευκαιρία μεταβασικής εκπαίδευσης, 90 άτομα (83,3%) απάντησαν θετικά, ενώ μόνο 18 άτομα (16,7%) δήλωσε όχι. [πίνακας 28]

Πίνακας 28: ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΣΠΟΥΔΩΝ		
	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	90	83,30%
ΟΧΙ	18	16,70%
ΣΥΝΟΛΟ	108	100,00%

Στην ερώτηση σχετικά με το αν συνηθίζουν να διαβάζουν Νοσηλευτικά περιοδικά, 46 άτομα (41,1%) απάντησε συχνά, 54 (48,2%) δήλωσε σπάνια, και 12 άτομα (10,7%) δήλωσαν καθόλου. [πίνακας 29]

Πίνακας 29: ΑΝΑΓΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΕΡΙΟΔΙΚΩΝ		
	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΣΥΧΝΑ	46	41,10%
ΣΠΑΝΙΑ	54	48,20%
ΚΑΘΟΛΟΥ	12	10,70%
ΣΥΝΟΛΟ	112	100,00%

Ζητήσαμε από τους ερωτηθέντες νοσηλευτές να δηλώσουν τις προτιμήσεις στους κατά προτεραιότητα, σε προτεινόμενα νοσηλευτικά θέματα, τα οποία θα ήθελα να διαβάσουν σε περιοδικό Κοινοτικής νοσηλευτικής. Όπως βλέπουμε στο πίνακα 30, σαν πρώτη προτίμηση με 70.1% είναι το προτεινόμενο θέμα «κλινικά θέματα με κατευθυντήριες τεχνικές και ειδικές καταστάσεις». Δεύτερη προτίμηση με ποσοστό 30,9% θεωρείται το θέμα «άρθρα με όρους και συνθήκες υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένων ευκαιριών πληρωμής, μέσου μεταφοράς στο χώρο εργασίας και για τις κατ' οίκον επισκέψεις». Τρίτη προτίμηση με ποσοστό 30,5% είναι το θέμα «εκπαιδευτικά άρθρα», ενώ σαν τέταρτη προτίμηση αναδείχθηκε το θέμα «νέα προϊόντα» με ποσοστό 21,2%. Ακολουθούν, στη 5^η θέση «πληροφορίες ικανές να αντιγραφούν και να χρησιμοποιηθούν ως εκπαιδευτικό εργαλείο σε φοιτητές», 6^η θέση παίρνει το θέμα «άρθρα διοίκησης», στην 7^η βρίσκονται τα εκπαιδευτικά άρθρα, στην 8^η θέση βρίσκεται το θέμα «αναφορές βιβλίων» και 9^η θέση παίρνουν τα νέα προϊόντα.

Πίνακας 30: ΠΡΟΤΙΜΗΣΕΙΣ ΘΕΜΑΤΩΝ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑ									
Σειρά προτεραιότητας	Κλινικά θέματα	Άρθρα με όρους και συνθήκες εργασίας	Υποθέσεις μελετών	Πληροφορίες για ασθενείς	Πληροφορίες για φοιτητές	Άρθρα διοίκησης	Εκπαιδευτικά άρθρα	Αναφορές βιβλίων	Νέα προϊόντα
1	70,1%	12,3%	8,3%	30,0%	1,4%	9,7%	6,1%		1,5%
2	9,1%	30,9%	15,0%	25,0%	18,8%	16,1%	13,4%	6,3%	6,1%
3	6,5%	9,9%	20,0%	17,5%	18,8%	11,3%	30,5%	12,7%	6,1%
4	3,9%	11,1%	16,7%	8,8%	15,9%	12,9%	13,4%	12,7%	21,2%
5	2,6%	4,9%	18,3%	10,0%	20,3%	9,7%	13,4%	7,9%	10,6%
6	1,3%	12,3%	1,7%	6,3%	7,2%	24,2%	8,5%	11,1%	9,1%
7	1,3%	7,4%	11,7%		11,6%	11,3%	14,6%	11,1%	9,1%
8	3,9%	8,6%	3,3%	2,5%	4,3%	3,2%		25,4%	16,7%
9	1,3%	2,5%	5,0%		1,4%	1,6%		12,7%	19,7%

Στατιστική Συσχέτιση Παραμέτρων

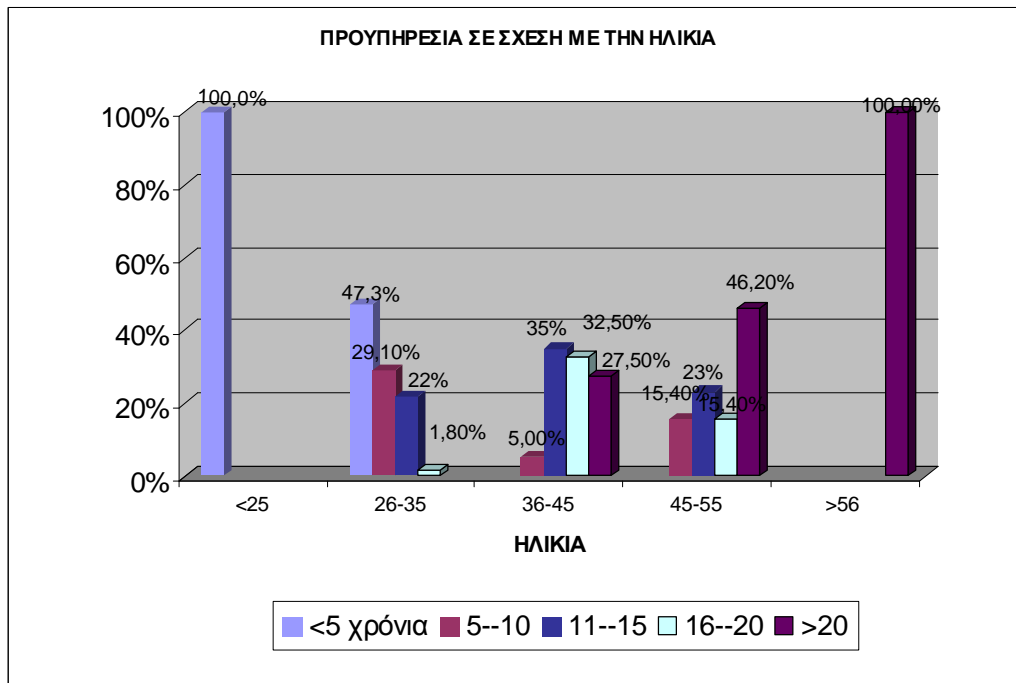
Ακολούθως παραθέτουμε τα αποτελέσματα συσχετίσεων μεταξύ παραμέτρων που θεωρήθηκαν σημαντικές, ώστε να βρεθεί η στατιστική σχέση που τις συνδέει.

Στον πίνακα 31, βλέπουμε τη συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας των ερωτηθέντων νοσηλευτών με το χρόνο άσκησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος, την ύπαρξη stress στον τομέα εργασίας τους, και την επιθυμία περαιτέρω επιμόρφωσης. Όπως βλέπουμε, στη πρώτη σχέση όσο αυξάνεται ο μέσος όρος ηλικίας των ερωτηθέντων αυξάνονται και τα χρόνια προϋπηρεσίας. (σχήμα 14) Στην επόμενη σχέση βλέπουμε ότι τα άτομα με μέσο όρο ηλικίας 26-45 ετών παρουσιάζουν περισσότερο stress από τα μεγαλύτερα σε ηλικία άτομα. Το ίδιο συμβαίνει και στην τρίτη σχέση, όπου τα άτομα αυτής της ηλικίας δηλώνουν ότι επιθυμούν περαιτέρω εκπαίδευση σε αντίθεση με άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Όσο αυξάνεται η ηλικία αυξάνονται τα χρόνια εργασίας, μειώνεται το stress και αδρανεί η επιθυμία περαιτέρω επιμόρφωσης.

Πίνακας 31: Συσχέτιση ηλικίας νοσηλευτών με το χρόνο άσκησης επαγγέλματος, το stress και την επιθυμία επιμόρφωσης					
ΗΛΙΚΙΑ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ	<25	26-35	36-45	45-55	>56
Χρόνος Άσκησης Επαγγέλματος					
<5 χρόνια	3 100,0%	26 47,3%	-	-	-
5-10	-	16 29,1%	2 5,0%	2 15,4%	-
11-15	-	12 21,8%	14 35,0%	3 23,1%	-
16-20	-	1 1,8%	13 32,5%	2 15,4%	-
>20	-	-	11 27,5%	6 46,2%	1 100,0%
$\chi^2 = 0,00, df=16, p<0,05$					

Υπαρξη STRESS					
ΕΛΛΕΙΨΗ	-	2 3,7%	1 2,5%	1 10,0%	-
ΛΙΓΟ	1 25,0%	17 31,5%	20 50,0%	4 40,0%	1 100,0%
ΑΡΚΕΤΟ	2 50,0%	16 29,6%	11 27,5%	4 40,0%	-
ΠΟΛΥ	-	9 16,7%	5 12,5%	1 10,0%	-
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	1 25,0%	10 18,5%	3 7,5%	-	-
$\chi^2 = 0,804, df=16, p>0,05$					
Επιθυμία επιμόρφωσης					
ΝΑΙ	4 100,0%	48 87,3%	28 80,0%	8 66,7%	1 100,0%
ΟΧΙ	-	7 12,7%	7 20,0%	4 33,3%	-
$\chi^2 = 0,372, df=4, p>0,05$					

Σχήμα 14



Στον πίνακα 32, βλέπουμε τη συσχέτιση μεταξύ του τομέα εργασίας των ερωτηθέντων νοσηλευτών με την άποψή τους για την επάρκεια προσωπικού, τους λόγους που επέλεξαν την Κοινότητα για να εργασθούν, το βαθμό δυσκολίας της εργασίας τους, την ύπαρξη stress, τους λόγους που συμβάλλουν στο stress, τη διαφορά του κοινοτικού με τον γενικό νοσηλευτή, το χαρακτήρα της κοινοτικής νοσηλευτικής, την υπάρχουσα μεταβασική εκπαίδευση, την επιθυμία για μεταβασική εκπαίδευση, και τη συχνότητα ανάγνωση νοσηλευτικών περιοδικών.

Όπως βλέπουμε από τα αποτελέσματα, στο χώρο του νοσοκομείου υπάρχει μεγάλη ανεπάρκεια προσωπικού (σχήμα 15), ο κυριότερος λόγος επιλογής του για εργασία είναι ο τόπος διαμονής, θεωρείται δύσκολος τομέας εργασίας (σχήμα 16), το stress των εργαζόμενων νοσηλευτών εκεί κυμαίνεται από αρκετό έως πάρα πολύ, και αυτό λόγω της έλλειψης προσωπικού και της ποικιλίας των περιστατικών. Επίσης, οι περισσότεροι εργαζόμενοι στο χώρο του νοσοκομείου θεωρούν ότι πρέπει ο κοινοτικός νοσηλευτής να έχει περισσότερες γνώσεις από τον γενικό νοσηλευτή, η κοινοτική νοσηλευτική, κατά τη γνώμη τους θα πρέπει να έχει εκπαιδευτικό χαρακτήρα, χωρίς όμως να αποκλείονται και τα υπόλοιπα, οι περισσότεροι έχουν ακολουθήσει μεταβασική εκπαίδευση, επιθυμούν όμως για κάτι περισσότερο και βλέπουμε ότι ασχολούνται με νοσηλευτικά περιοδικά συχνά.

Όσον αφορά τώρα τους εργαζόμενους νοσηλευτές στις ιδιωτικές κλινικές, βλέπουμε, σύμφωνα με τη συσχέτιση, ότι δηλώνουν πλήρη ανεπάρκεια προσωπικού (σχήμα 15), η εργασία τους εκεί ήταν κυρίως τυχαία, θεωρούν τον τομέα εργασίας τους δύσκολο (σχήμα 16), το στρές κι εδώ κυμαίνεται από αρκετό έως πάρα πολύ λόγω και πάλι της έλλειψης προσωπικού και της ποικιλίας των περιστατικών που αντιμετωπίζουν καθημερινά. Πιστεύουν επίσης, ότι ο κοινοτικός νοσηλευτής θα πρέπει να έχει περισσότερες γνώσεις και επιδεξιότητες από τους υπόλοιπους, θεωρούν ότι η κοινοτική νοσηλευτική θα πρέπει να έχει κυρίως προληπτικό χαρακτήρα, χωρίς όμως να αποκλείονται και τα υπόλοιπα. Τέλος, τα περισσότερα άτομα δεν έχουν ακολουθήσει περαιτέρω εκπαίδευση, θα ήθελαν όμως σε μεγάλο ποσοστό την δυνατότητα μεταβασικής εκπαίδευσης, και διαβάζουν νοσηλευτικά περιοδικά συχνά και σπάνια.

Σύμφωνα τώρα με τις απαντήσεις των ερωτηθέντων που εργάζονται στα Κέντρα Υγείας, οι περισσότεροι δηλώνουν ανεπάρκεια προσωπικού (σχήμα 15), ο τόπος διαμονής είναι κυρίως ο λόγος επιλογής εργασίας στη συγκεκριμένη θέση,

θεωρούν τον τομέα αυτό προσιτό (σχήμα 16), η ύπαρξη στρες εδώ κυμαίνεται από λίγο έως αρκετό, και αυτό οφείλεται κυρίως στην έλλειψη του προσωπικού και στην ποικιλία περιστατικών που αντιμετωπίζουν καθημερινά. Οι εργαζόμενοι στα Κ.Υ. πιστεύουν ότι ο κοινοτικός νοσηλευτής σίγουρα διαφέρει από αυτόν που εργάζεται στο νοσοκομείο, η κοινοτική νοσηλευτική γι' αυτούς θα πρέπει να έχει κυρίως προληπτικό χαρακτήρα χωρίς να αποκλείονται τα υπόλοιπα. Τέλος, οι περισσότεροι δεν έχουν ακολουθήσει επιπλέον σπουδές, θα ήθελαν όμως την ευκαιρία για μεταβασική εκπαίδευση, ενώ σπάνια ασχολούνται με νοσηλευτικά περιοδικά.

Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε περιφερειακά ιατρεία δηλώνουν πλήρη επάρκεια προσωπικού (σχήμα 15), επέλεξαν αυτό το τομέα λόγω του τρόπου διαμονής τους, θεωρούν τη δουλειά τους προσιτή (σχήμα 16) και έχουν λίγο στρες. Πιστεύουν ότι ο κοινοτικός νοσηλευτής δεν διαφέρει από αυτόν που εργάζεται στο νοσοκομείο, η κοινοτική νοσηλευτική γι' αυτούς θα πρέπει να έχει κυρίως προληπτικό χαρακτήρα, δεν έχουν ακολουθήσει επιπλέον σπουδές, έχουν την επιθυμία για κάτι επιπλέον και συχνά ασχολούνται με περιοδικά νοσηλευτικής.

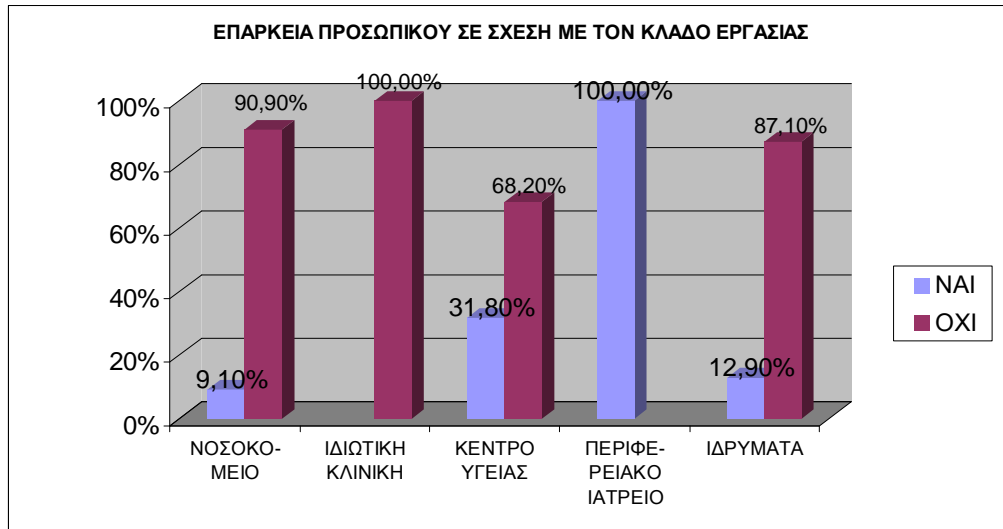
Τελευταία παράμετρος της συσχέτισης αυτής είναι οι εργαζόμενοι νοσηλευτές στα ιδρύματα. Το μεγαλύτερο ποσοστό από αυτούς δηλώνει ανεπάρκεια προσωπικού (σχήμα 15), επέλεξαν την εργασία εδώ λόγω του τρόπου διαμονής, το επεδίωξαν, αλλά και για λιγότερη κούραση, θεωρούν τον τομέα τους προσιτό (σχήμα 16), έχουν λίγο στρες κι αυτό λόγω της ποικιλίας των περιπτώσεων που αντιμετωπίζουν αλλά και της έλλειψης προσωπικού. Θεωρούν ότι ο κοινοτικός νοσηλευτής θα πρέπει να έχει διαφορετικές γνώσεις και επιδεξιότητες από τον γενικό νοσηλευτή, πιστεύουν δε ότι η κοινοτική νοσηλευτική θα πρέπει να έχει κυρίως προληπτικό χαρακτήρα. Οι περισσότεροι από αυτούς έχουν ακολουθήσει μεταβασική εκπαίδευση, επιθυμούν όμως κάτι επιπλέον, ενώ ασχολούνται σπάνια με νοσηλευτικά περιοδικά.

Πίνακας 32: Συσχέτιση τομέα εργασίας με απόψεις εργαζομένων Νοσηλευτών					
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ Π.Φ.Υ.	ΝΟΣΟΚΟ- ΜΕΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ	ΠΕΡΙΦΕ- ΡΕΙΑΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ	ΙΔΡΥΜΑΤΑ
Αποψη των Νοσηλευτών για την επάρκεια προσωπικού					
ΝΑΙ	2 9,1%	-	14 31,8%	3 100,0%	4 12,9%
ΟΧΙ	20 90,9%	13 100,0%	30 68,2%	-	27 87,1%
$\chi^2 = 0,00, df=4, p<0,05$					
Αποψη των Νοσηλευτών για τους λόγους που επέλεξαν εργασία στην Κοινότητα					
ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	7 70,0%	3 25,0%	26 59,1%	3 100,0%	9 34,6%
ΤΥΧΑΙΑ	1 10,0%	8 66,7%	4 9,1%	-	3 11,5%
ΕΠΙΔΙΩΞΗ	1 10,0%	-	12 27,3%	-	9 34,6%
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΛΟΓΟΙ	1 10,0%	1 8,3%	3 6,8%	-	-
ΛΙΓΟΤΕΡΗ ΚΟΥΡΑΣΗ	-	-	4 9,1%	-	7 26,9%
Αποψη των Νοσηλευτών σχετικά με το βαθμό δυσκολίας της εργασίας τους					
ΔΥΣΚΟΛΟ	14 66,7%	11 84,6%	18 40,9%	1 33,3%	8 26,7%
ΕΥΚΟΛΟ	1 4,8%	1 7,7%	6 13,6%	-	7 23,3%
ΠΡΟΣΙΤΟ	3 28,6%	1 7,7%	20 45,5%	2 66,7%	15 50,0%
$\chi^2 = 0,017, df=8, p<0,05$					

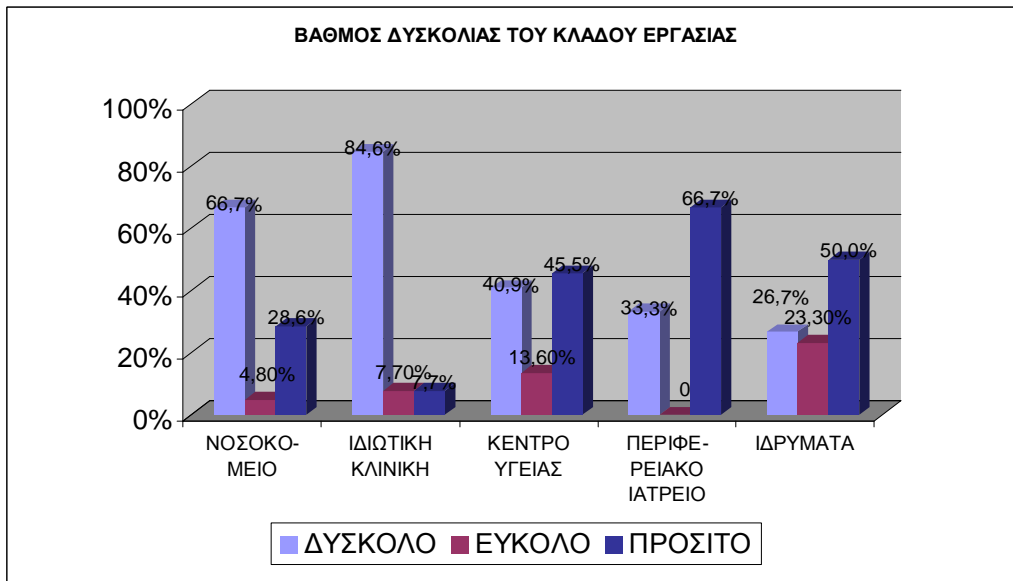
Αποψη των Νοσηλευτών σχετικά με την ύπαρξη stress στο χώρο εργασίας					
ΕΛΛΕΙΨΗ	1 4,5%	1 7,7%	2 4,5%	-	-
ΛΙΓΟ	4 18,2%	1 7,7%	19 43,2%	2 100,0%	18 62,1%
ΑΡΚΕΤΟ	8 36,4%	5 38,5%	13 29,5%	-	7 24,1%
ΠΟΛΥ	4 18,2%	3 23,1%	7 15,9%	-	1 3,4%
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	5 22,7%	3 23,1%	3 6,8%	-	9 10,3%
$\chi^2=0.111, df=16, p>0.05$					
Αποψη των Νοσηλευτών για τους λόγους που συμβάλλουν στην ύπαρξη stress					
ΑΠΟΜΩΝΟΜΕΝΗ ΠΕΡΙΟΧΗ	3 16,7%	-	4 9,8%	-	-
ΕΛΛΕΙΨΗ ΥΛΙΚΩΝ	3 16,7%	3 25,0%	7 17,1%	-	2 7,7%
ΕΛΛΕΙΨΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	7 38,9%	7 58,3%	26 63,4%	1 100,0%	11 42,3%
ΠΟΙΚΙΛΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ	11 61,1%	11 91,7%	23 56,1%	-	17 65,4%
Αποψη των Νοσηλευτών σχετικά με το αν χρειάζεται ο Κοινοτικός Νοσηλευτής διαφορετικές γνώσεις					
ΝΑΙ	13 72,2%	9 69,2%	27 62,8%	1 33,3%	20 71,4%
ΟΧΙ	5 27,8%	4 30,8%	16 37,2%	2 66,7%	8 28,6%
$\chi^2=0.669, df=4, p>0.05$					
Αποψη των Νοσηλευτών τον χαρακτήρα της Κοινοτικής Νοσηλευτικής					
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ	2 10,5%	-	1 2,2%	-	1 3,2%
ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟΣ	5 26,3%	1 8,3%	3 6,7%	-	5 16,1%
ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ	2 10,5%	2 16,7%	12 26,7%	2 66,7%	12 38,7%
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΣ	-	1 8,3%	2 4,4%	-	2 6,5%
ΟΛΑ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ	14 73,7%	9 75,0%	33 73,3%	1 33,3%	17 54,8%

Μεταβασική Εκπαίδευση					
ΝΑΙ	10 55,6%	4 30,8%	15 33,3%	-	14 51,9%
ΟΧΙ	8 44,4%	9 69,2%	30 66,7%	3 100,0%	13 48,1%
$\chi^2 = 0.156, df=4, p>0.05$					
Επιθυμία Μεταβασικής Εκπαίδευσης					
ΝΑΙ	17 89,5%	12 92,3%	40 88,9%	2 66,7%	19 67,9%
ΟΧΙ	2 10,5%	1 7,7%	5 11,0%	1 33,3%	6 32,1%
$\chi^2 = 0.103, df=4, p>0.05$					
Συχνότητα Ανάγνωσης Νοσηλευτικών Περιοδικών					
ΣΥΧΝΑ	11 55,0%	5 38,5%	16 35,6%	2 66,7%	12 38,7%
ΣΠΑΝΙΑ	7 35,0%	5 38,5%	25 55,6%	1 33,3%	15 51,6%
ΚΑΘΟΛΟΥ	2 10,0%	3 23,1%	4 8,9%	-	3 9,7%
$\chi^2 = 0.663, df=8, p>0.05$					

Σχήμα 15



Σχήμα 16

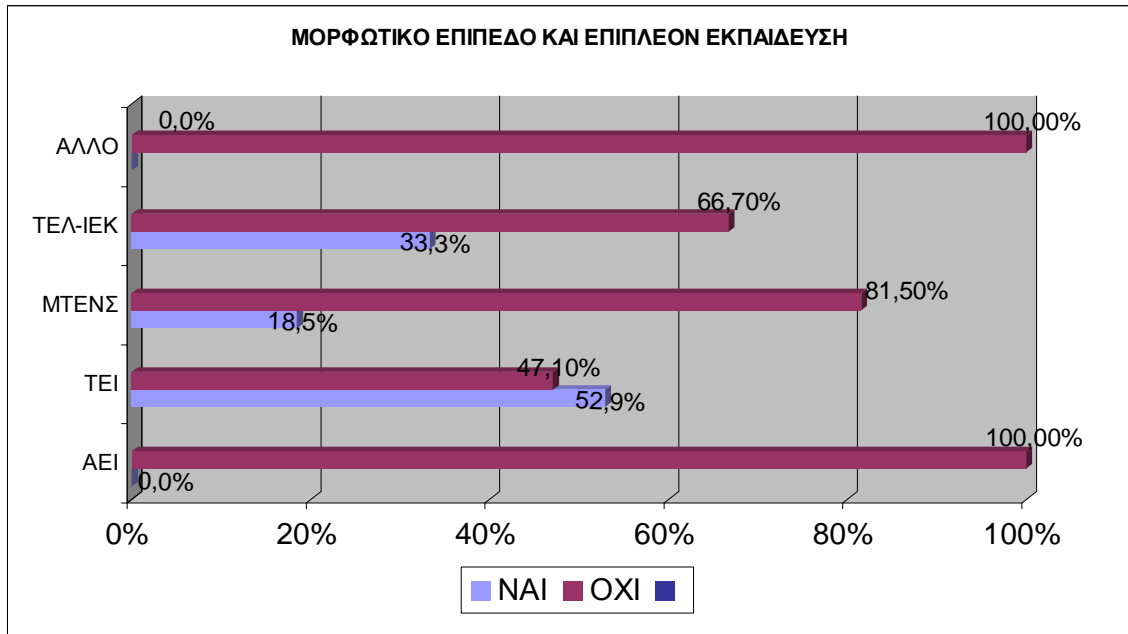


Στον πίνακα 33 βλέπουμε τη συσχέτιση μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων νοσηλευτών με τη μεταβασική εκπαίδευση που έχουν ακολουθήσει, την επιθυμία για περαιτέρω μεταβασική εκπαίδευση και τη συχνότητα ανάγνωσης νοσηλευτικών περιοδικών. Μπορούμε να πούμε λοιπόν ότι, οι απόφοιτοι της πανεπιστημιακής σχολής δεν έχουν ακολουθήσει μεταβασική εκπαίδευση (σχήμα 17), δεν θα ήθελαν να ακολουθήσουν κάτι περισσότερο και ασχολούνται με νοσηλευτικά περιοδικά αρκετά (συχνά και σπάνια). Οι απόφοιτοι της σχολής του ΤΕΙ, οι περισσότεροι έχουν μεταβασική εκπαίδευση (σχήμα 17), έχουν την επιθυμία για περαιτέρω εκπαίδευση, ενώ συχνά διαβάζουν νοσηλευτικά περιοδικά.

Από τους ερωτηθέντες νοσηλευτές της μέσης τεχνικής σχολής της νοσηλευτικής, οι περισσότεροι δεν έχουν μεταβασική εκπαίδευση (σχήμα 17), έχουν όμως την επιθυμία για κάτι επιπλέον, αλλά σπάνια διαβάζουν νοσηλευτικά περιοδικά. Όσοι έχουν τελειώσει ΤΕΛ-ΙΕΚ και κάποιες άλλες παλαιότερες σχολές, βλέπουμε ότι δεν έχουν μεταβασική εκπαίδευση (σχήμα 17), θέλουν την ευκαιρία για κάτι περισσότερο, ενώ λίγο ασχολούνται με νοσηλευτικά περιοδικά.

Πίνακας 33: Συσχέτιση μορφωτικού επιπέδου νοσηλευτών με μεταβασική εκπαίδευση					
ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ	ΑΕΙ	ΤΕΙ	ΜΤΕΝΣ	ΤΕΛ-ΙΕΚ	ΆΛΛΟ
Μεταβασική Εκπαίδευση					
ΝΑΙ	-	37 52,9%	5 18,5%	1 33,3%	-
ΟΧΙ	3 100,0%	33 47,1%	22 81,5%	2 66,7%	4 100,0%
$\chi^2=0.007, df=4, p<0.05$					
Επιθυμία Μεταβασικής Εκπαίδευσης					
ΝΑΙ	1 33,3%	59 83,1%	24 88,9%	3 100,0%	3 75,0%
ΟΧΙ	2 66,7%	12 16,9%	3 11,0%	-	1 25,0%
$\chi^2=0.147, df=4, p>0.05$					
Συχνότητα Ανάγνωσης Νοσηλευτικών Περιοδικών					
ΣΥΧΝΑ	1 33,3%	34 45,9%	8 28,6%	1 33,3%	2 50,0%
ΣΠΑΝΙΑ	2 66,7%	34 45,9%	16 57,1%	1 33,3%	1 25,0%
ΚΑΘΟΛΟΥ	-	6 8,1%	4 14,3%	1 33,3%	1 25,0%
$\chi^2=0.612, df=8, p>0.05$					

Σχήμα 17



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

A. Συζήτηση Αποτελεσμάτων

B. Ωφέλειες από την Ερευνητική Εργασία
και Προτάσεις για Ανάπτυξη της
Νοσηλευτικής

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Εισαγωγή

Η παρούσα μελέτη επιδιώκει να αναδείξει την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας από τους Νοσηλευτές. Επίσης, στοχεύει να ανιχνεύσει τις απόψεις των νοσηλευτών για τις υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, να διερευνήσει το επίπεδο γνώσεων αυτών και να δώσει τη δυνατότητα ποιοτικής παροχής φροντίδος υγείας. Επίσης, μέσα από αυτή τη μελέτη θα αναδειχθούν στοιχεία, τα οποία ελπίζουμε ότι θα συμβάλλουν στη βελτίωση των παρεχόμενων νοσηλευτικών παρεμβάσεων και δεξιοτήτων, που αφορούν τον τομέα της πρόληψης, της αποκατάστασης και της προαγωγής της υγείας.

Δεν υπάρχουν πολλές μελέτες που να συγκρίνουν τις απόψεις των νοσηλευτών για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Θα γίνουν όμως συγκριτικές συσχετίσεις των διαφόρων παραμέτρων των δεδομένων, ώστε να ανιχνευθούν οι παράμετροι που επηρεάζουν τον ρόπο παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας βρίσκεται σε συνεχή εξέλιξη και πιστεύουμε ότι θα υπάρξουν πολλές παρόμοιες μελέτες στο μέλλον και πολλοί νοσηλευτές θα ασχοληθούν, γιατί σ' αυτό τον τομέα η Νοσηλευτική δίνει μεγάλη βαρύτητα. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, τέλος, συμβάλλει συνεχώς στην αύξηση του αριθμού εργαζομένων στην ΠΦΥ, ελπίζοντας ότι θα συμβάλλει στην υγιή ανάπτυξη της κοινωνίας.

Κατηγοριοποίηση των παραμέτρων

Για την καλύτερη ανάλυση των δεδομένων, οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου κατηγοριοποιήθηκαν και ομαδοποιήθηκαν. Έτσι έχουμε:

- § Τα δημογραφικά στοιχεία, που στη μελέτη αυτή περιλαμβάνουν το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, την ύπαρξη παιδιών και εξαρτώμενων συγγενών. (ερωτήσεις 1,2,3,4,5)
- § Το μορφωτικό επίπεδο, σε συνδυασμό με τις δυνατότητες επιμόρφωσης των νοσηλευτών. (ερωτήσεις 6,27,28,29,30)
- § Τις απόψεις των ερωτηθέντων νοσηλευτών για το νοσηλευτικό επάγγελμα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. (7, 8, 19, 22,23, 24, 25, 26)
- § Τη διάρκεια και τις συνθήκες εργασίας, που περιλαμβάνουν τον κλάδο εργασίας, τα χρόνια εργασίας, τον τρόπο μεταφοράς τους στην υπηρεσία, το stress και τους λόγους που αναπτύσσουν και ευνοούν το stress.

Συζήτηση των αποτελεσμάτων

Το Νοσηλευτικό επάγγελμα απορρόφησε τα τελευταία χρόνια νοσηλευτές άνδρες, γι' αυτό το στατιστικό μας δείγμα είναι κατά 96% γυναίκες (πίνακας 1). Λόγω του σχετικά δύσκολου επαγγέλματος οι νοσηλευτές που εργάζονται είναι περισσότεροι ηλικίας 26-45 ετών και ελάχιστο ποσοστό, μόνο το 11,5% είναι άνω των 46 ετών (πίνακας 2).

Το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων είναι κατά 66% απόφοιτοι του ΤΕΙ και μόνο το 2,6% ΑΕΙ, γιατί η πανεπιστημιακή σχολή λειτουργεί μόνο να τελευταία 20 χρόνια (πίνακας 6). Είναι ευχάριστο ότι μόνο το 9,6% ασχολείται με την Νοσηλευτική για οικονομικούς λόγους, κι αυτό γιατί, είναι παραδεκτό ότι το νοσηλευτικό επάγγελμα δεν διακρίνεται για το υψηλό οικονομικό του status (πίνακας 7).

Ευχάριστο θα θεωρούσαμε το αποτέλεσμα 80,7% της απάντησης των ερωτηθέντων ότι το νοσηλευτικό επάγγελμα είναι και λειτούργημα και επάγγελμα και ακόμα πιο ενθουσιώδες ότι μόνο το 3,5% το θεωρούν απλώς επάγγελμα (πίνακας 8).

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος 39,5% εργάζεται σε Κέντρα Υγείας (πίνακας 11), με σχέση εργασίας το 90% σε μόνιμη θέση (πίνακας 13). Αξίζει να σημειωθεί ότι μόνο το 2,2% των ερωτηθέντων μεταφέρονται στην υπηρεσία τους με υπηρεσιακό αυτοκίνητο, ενώ υπάρχουν άλλες υπηρεσίες που όλο το προσωπικό χρησιμοποιεί υπηρεσιακό αυτοκίνητο (πίνακας 14.2).

Είναι γενικά παραδεκτό ότι σε όλο τον κόσμο υπάρχει ανεπάρκεια νοσηλευτικού προσωπικού. Όμως στον Ελλαδικό χώρο η ανεπάρκεια είναι πολύ μεγάλη, όπως διαπιστώνεται και από το 78,6% των απαντήσεων των ερωτηθέντων.

Η αλληλοϋποστήριξη των νοσηλευτών μεταξύ τους είναι πολύ μικρή και το ενδιαφέρον των νοσηλευτών, ειδικά των εργαζομένων στην ΠΦΥ είναι πολύ λίγο. Μόνο το 40,5% (πίνακας 17) είναι μέλη επαγγελματικού συλλόγου. Αυτό δεν αποδεικνύει αδιαφορία των νοσηλευτών, αλλά δικαιολογείται σε μεγάλο βαθμό από το ποικιλόμορφο εκπαιδευτικό επίπεδο των νοσηλευτών και ότι δεν υπάρχει δυνατότητα να ανήκουν όλοι στον ίδιο επαγγελματικό σύλλογο, ούτε έχουν την δυνατότητα οι εργαζόμενοι στην ΠΦΥ με εκπαίδευση σχολών ΜΤΕΝΣ και ΤΕΛ-ΙΕΚ να έχουν επαγγελματικό σύλλογο. Αυτό είναι ένα σημείο που σιγά-σιγά οι

νοσηλευτές θα πρέπει να λύσουν και να διεκδικήσουν ένα ενιαίο εκπαιδευτικό σύστημα με δυνατότητες ειδίκευσης και μεταβασικής εκπαίδευσης.

Αν και το μεγαλύτερο ποσοστό θεωρεί δύσκολο το έργο στην ΠΦΥ 46,8% (πίνακας 19), εν τούτοις το 40% θεωρεί ότι υπάρχει λίγο stress στην εργασία στην ΠΦΥ (πίνακας 20) και οφείλεται κυρίως στην ποικιλία των περιπτώσεων που αντιμετωπίζονται από το ίδιο προσωπικό με έλλειψη εξειδίκευσης (πίνακας 21).

Οι Κοινοτικοί Νοσηλευτές πιστεύουν ότι χρειάζονται διαφορετικές γνώσεις και επιδεξιότητες οι νοσηλευτές στην ΠΦΥ και μάλιστα ότι η εργασία στην ΠΦΥ απαιτεί εμπειρία (πίνακες 22, 23).

Σχετικά με το θέμα της επιμόρφωσης, τα στοιχεία είναι όχι σαφή, γιατί το 60% σχεδόν δεν έχει κάνει επιπλέον σπουδές, το 83,3% επιθυμεί μεν την επιπλέον επιμόρφωση, ενώ μόνο το 41% διαβάζει συχνά νοσηλευτικά περιοδικά. Πιθανόν εδώ να μην υπάρχει η ανάλογη ποικιλία περιοδικών που να προσελκύει το ενδιαφέρον, ενώ η επιθυμία για επιμόρφωση πιθανόν να προσκρούει σε προσωπικά, οικογενειακά ή επαγγελματικά εμπόδια (πίνακες 27, 28, 29). Τα θέματα που ενδιαφέρουν το νοσηλευτικό προσωπικό της ΠΦΥ και αναζητούν στα αντίστοιχα περιοδικά, είναι κλινικά θέματα με κατευθυντήριες τεχνικές, άρθρα για συνθήκες εργασίας, εκπαιδευτικά άρθρα, πληροφορίες για νέα προϊόντα, κ.α. (πίνακας 30).

Σχετικά με τις συσχετίσεις των παραμέτρων, παρατηρείται ότι όσο αυξάνει η ηλικία των συμμετασχόντων στην μελέτη, τόσο αυξάνει και ο χρόνος άσκησης στο επάγγελμα ($p < 0,05$). Στις πιο παραγωγικές ηλικίες 26-45 ετών παρατηρείται διάθεση για επιμόρφωση, ενώ η ύπαρξη stress δεν σχετίζεται σημαντικά (πίνακας 31).

Στην συσχέτιση του τομέα εργασίας με τις απόψεις των νοσηλευτών παρατηρείται ότι όσοι εργάζονται σε νοσοκομείο πιστεύουν, κατά 90,9%, ότι δεν υπάρχει επάρκεια προσωπικού, ότι η εργασία είναι δύσκολη σύμφωνα με το 66,7%. Κατά το 36,4% των ερωτηθέντων υπάρχει αρκετό stress στη δουλειά τους, το οποίο οφείλεται στην ποικιλία των περιπτώσεων που αντιμετωπίζουν καθημερινά από μη ειδικευμένα άτομα (61%). Επίσης πιστεύουν πως ο κοινοτικός νοσηλευτής χρειάζεται ειδικές γνώσεις στην εργασία του εκεί (72,2%). Επιθυμούν την μεταβασική εκπαίδευση 89,5% και διαβάζουν συχνά νοσηλευτικά περιοδικά 55%. (πίνακας 32)

Οι εργαζόμενοι στα Κέντρα Υγείας είναι λιγότεροι αυτοί που δηλώνουν μη επάρκεια προσωπικού 68,2%, θεωρούν προσιτό το επάγγελμα 45,5%, θεωρούν ότι το stress είναι λίγο (43,2%) και ότι οφείλεται στην έλλειψη προσωπικού (63,4%). Είναι

λιγότεροι αυτοί που πιστεύουν ότι οι κοινοτικοί νοσηλευτές πρέπει να έχουν ειδικές γνώσεις, δεν έχουν κάνει μεταβασική εκπαίδευση, ενώ τα ποσοστά της επιθυμίας για μεταβασική εκπαίδευση είναι σχεδόν ίδια όσων εργάζονται στο νοσοκομείο, - 89,5% Νοσοκομείο, 88,9% Κ. Υγείας. Όσον αφορά όμως την μελέτη νοσηλευτικών περιοδικών, τα ποσοστά είναι αντίθετα, δηλαδή 55% αυτών που εργάζονται στο νοσοκομείο διαβάζουν συχνά, ενώ 55,6% όσων εργάζονται στα Κ.Υ. σπάνια. (πίνακας 32)

Η συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου με τους παράγοντες επιμόρφωσης μας δίνει τα στοιχεία ότι οι περισσότεροι που εργάζονται στην ΠΦΥ είναι νοσηλευτές απόφοιτοι των ΤΕΙ και βοηθοί νοσηλευτών των σχολών ΜΤΕΝΣ. Παρατηρούμε ότι οι νοσηλευτές ΤΕΙ έχουν ακολουθήσει κάποιου είδους μεταβασική εκπαίδευση (52,4%), επιθυμούν επιπλέον επιμόρφωση το 83,1% και συχνά ή σπάνια μελετούν νοσηλευτικά περιοδικά (68%). Οι βοηθοί δεν έχουν κάνει επιπλέον επιμόρφωση 81,4%, επιθυμούν να επιμορφωθούν το 88,4%, αλλά όμως σπάνια διαβάζουν νοσηλευτικά περιοδικά (57,1%). (πίνακας 33)

Τα ανωτέρω στοιχεία αν ληφθούν σοβαρά υπ' όψη θα βοηθήσουν στην επιμόρφωση των νοσηλευτών και των βοηθών που εργάζονται στην ΠΦΥ, δημιουργώντας θέματα σε νοσηλευτικά περιοδικά ή σε περιοδικά ΠΦΥ, που θα ενισχύουν τις γνώσεις του προσωπικού, συμβάλλοντας στην μείωση του στρες, στην καλύτερη ποιοτική ζωή των εργαζομένων στην ΠΦΥ, στην καλύτερη παροχή υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες ασθενείς, και την καλύτερη πρόληψη της νόσου και προαγωγή της υγείας των πολιτών. Αυτοί άλλωστε είναι οι στόχοι και οι επιδιώξεις των υπηρεσιών υγείας στους τομείς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

ΩΦΕΛΕΙΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα αυτής της ερευνητικής μελέτης προέκυψαν κάποια συμπεράσματα, τα οποία μπορούν να ωφελήσουν, τόσο τους νοσηλευτές στην παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, όσο και την ίδια τη Νοσηλευτική στην ανάπτυξη και εξέλιξη αυτού του τομέα.

- Û Αποδείχθηκε ότι οι περισσότεροι εργαζόμενοι νοσηλευτές είναι γυναίκες.
- Û Ο μέσος όρος ηλικίας των εργαζομένων νοσηλευτών είναι 26-45 ετών.
- Û Τα άτομα που εργάζονται στο χώρο τη ΠΦΥ αντιμετωπίζουν αρκετό έως πολύ στρες, το οποίο οφείλεται κυρίως στην μεγάλη έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού στον τομέα αυτό.
- Û Αρκετά άτομα έχουν ακολουθήσει μεταβασική εκπαίδευση, η πλειοψηφία όμως των ερωτηθέντων αποδείχθηκε ότι επιθυμεί την περαιτέρω επιμόρφωση, ώστε να μπορέσει να εξασφαλίσει καλύτερη και πιο ποιοτική παροχή φροντίδος.

Για να αποβούν ωφέλιμα τα παραπάνω συμπεράσματα, θα πρέπει να προταθούν μερικές ιδέες και να εφαρμοστούν κατά το δυνατό από κρατικούς και ιδιωτικούς φορείς, όπως:

- Ø Η δημιουργία νοσηλευτικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων για την ενίσχυση της ΠΦΥ.
- Ø Ο άμεσος διορισμός νοσηλευτών εξειδικευμένων στους τομείς της ΠΦΥ.
- Ø Η δημιουργία προγραμμάτων επιμόρφωσης και των υπαρχουσών κοινοτικών νοσηλευτών και των νέων νοσηλευτών που θα εργασθούν στην κοινότητα.
- Ø Η αναβάθμιση της Κοινοτικής Νοσηλευτικής και γενικότερα της ΠΦΥ, με το διορισμό νοσηλευτών σε σχολεία, δημόσιες υπηρεσίες, εργοστάσια, όπου ζει και εργάζεται ο απλός πολίτης.

Καθήκον όλων εμάς που υπερασπιζόμαστε την υγεία είναι να βρισκόμαστε σε μια συνεχή προσπάθεια, ώστε όχι απλώς να θεραπεύουμε τον πόνο, αλλά να τον προλαμβάνουμε. Καθώς τίποτε στην επιστήμη δεν φαίνεται να φανερώνει ότι οι άνθρωποι θα απαλλαγούν από την αρρώστια, ο προσανατολισμός της Νοσηλευτικής

θα πρέπει να βρίσκεται οριστικά πλέον προς τη διατήρηση και την προαγωγή της Υγείας. «Ομπρέλα» γι' αυτό αποτελούν οι υπηρεσίες της *Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΤΙΤΛΟΣ: « Ο ρόλος των Νοσηλευτών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας».

ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ: Σταυροπούλου Αικατερίνη

ΤΕΙ Πατρών, Σχολή Επιστημών Υγείας, τμήμα Νοσηλευτικής, 2001

ΠΕΡΙΛΗΨΗ: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί η ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας από τους νοσηλευτές. Να ανιχνευθούν οι απόψεις τους για τις υπηρεσίες της ΠΦΥ, να διερευνηθεί το επίπεδο γνώσεων αυτών και να αναζητηθούν δυνατότητες βελτίωσης τόσο της ποιότητας ζωής των νοσηλευτών, όσο και της ποιότητας παροχής φροντίδας.

Ο σχεδιασμός της έρευνας ήταν διερευνητικός, βασίστηκε στην ταυτόχρονη συλλογή ποιοτικών και ποσοτικών δεδομένων με ερωτηματολόγιο 30 ερωτήσεων. Το συνολικό δείγμα ήταν 114 άτομα, εργαζόμενοι νοσηλευτές στις υπηρεσίες της ΠΦΥ. Τα αποτελέσματα αναλύθηκαν με πολυπαραγοντική ανάλυση, περιγραφική ανάλυση και χ^2 , συσχετίστηκαν οι παράγοντες: ηλικία, κλάδος εργασίας, απόψεις για το επάγγελμα, βαθμός δυσκολίας του επαγγέλματος, ανάπτυξη stress, λόγοι που αναπτύσσουν το stress, επιθυμία μεταβασικής εκπαίδευσης.

Από τα αποτελέσματα της έρευνας αποδείχθηκε ότι:

- Ø Περισσότεροι εργαζόμενοι νοσηλευτές είναι γυναίκες.
- Ø Ο μέσος όρος ηλικίας των εργαζόμενων νοσηλευτών είναι 26-45 ετών.
- Ø Τα άτομα που εργάζονται στο χώρο της ΠΦΥ αντιμετωπίζουν αρκετό έως πού στρες, το οποίο οφείλεται κυρίως στη μεγάλη έλλειψη του εξειδικευμένου προσωπικού στον τομέα αυτό.
- Ø Αρκετά άτομα έχουν παρακολουθήσει μεταβασική εκπαίδευση, η πλειοψηφία όμως των ερωτηθέντων αποδείχθηκε ότι επιθυμεί την περαιτέρω επιμόρφωση, ώστε να μπορέσει να εξασφαλίσει καλύτερη και πιο ποιοτική παροχή φροντίδας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αδαμόπουλος Ν. Παν.: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας – Μια σφαιρική προσέγγιση, εκδόσεις: Γρ. Παρισιανός, Αθήνα, 1995
2. Κυριακίδου Θ. Ελένη: Κοινωνική Νοσηλευτική, Αθήνα, 1995
3. Κοτζαμπασάκη Σ.: Νοσηλευτική Θεωρία και Πράξη – Οδεύοντας προς τον 21^ο Αιώνα, Νοσηλευτική, τόμος 36, τεύχος 3, Αθήνα 1997
4. Nightngale F.: Notes of Nursing. What it is and what it is not, Dover Publ., New York, 1980
5. Dalmote N.: Model of components contributing to the quality of Nursing Care, St Rafael Hospital, Leuven, 1980
6. Παπαμικρούλη Στ.: Η Οδύσσεια της Νοσηλευτικής και η αναζήτηση της Ιθάκης, Νοσηλευτική, τόμος 32, τεύχος 3, Αθήνα, 1993
7. Λανάρα Β.: Τα Εκατό χρόνια της Σχολής Αδελφών Νοσοκόμων του Ευαγγελισμού, 1875-1975, Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα, 1980
8. Davis C.: Rewriting Nursing History, Groom Helm Books, New Jersey, 1980
9. Παπαμικρούλη Στ.: Η Νοσηλευτική σε ένα μεταβαλλόμενο κόσμο, πρακτικά Α΄ Επιμορφωτικού Σεμιναρίου Αδελφών Νοσοκόμων, Θεσσαλονίκη, 1973
10. Γιαννοπούλου Αθηνά: Διλήμματα και προβληματισμοί στη σύγχρονη Νοσηλευτική, έκδοση 2^η, εκδόσεις Ταβιθά, Αθήνα, 1995
11. Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας: Νοσηλευτική, τόμος 35, τεύχος 1, Αθήνα 1996
12. Morse M., Conrad A.: Research and You. Towards a research based clinical practice, University Alberta, Alberta, 1982
13. Ζώτα Μ., κ.α.: Σύγχρονη Νοσηλευτική – Διαμόρφωση επαγγελματικής συνείδησης, πρακτικά 23^{ου} Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, Καβάλα, 1996
14. Lanara V. A.: Nursing research: A vehicle for changes, Canser Nursing, 10, 1987
15. Buckenham C.: Nursing Research: some quideling for practitioners, International Nursing Review, 35, 6, 1988
16. Λανάρα Β.: Νοσηλευτική έρευνα – εξέλιξη και προοπτικές, 17^ο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Αθήνα 1990

17. Fox S.: Baccalaureate student Gerontological Nursing Experiences: Raising Consciousness Levels and Affecting Attitudes, JNE, 35, 8, 1996
18. Marcus M., Gerace M. L., Sullivan J. E.: Enhancing Nursing Competence with Substance Abusing Clients, JNE, 35, 8, 1996
19. Woodtli M. A., Breslin E.: Violence Related Content in the Nursing Curriculum: A national survey, JNE, 35, 8, 1996
20. Helvie D.C.: Students Implement Community. Project for the Homeless, JNE, 35, 8, 1996
21. Holland W.: Evaluation of health care, University Press, Oxford, 1983
22. Παπαμικρούλη Σ.: Η συμβολή της Νοσηλευτικής στην ΠΦΥ, Νοσηλευτική, 4, 1986
23. Παγκρατή Α.: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, πρακτικά Ημερίδος για την ΠΦΥ, Αθήνα 1992
24. WHO, 42^η Παγκόσμια Συνδιάσκεψη Υγείας, Ισχυροποίηση της Νοσηλευτικής για την υποστήριξη των στρατηγικών «Υγεία για όλους», μετάφραση Ε. Γουλιά, Νοσηλευτική, 4, 1991
25. Παπαμικρούλη Σ.: Οι νοσηλευτές της Ευρώπης στην Πρωτοπορεία, Νοσηλευτική, 4, 1989
26. Διακήρυξη της Βιέννης για τη Νοσηλευτική: Νοσηλευτική, 4, 1989
27. Προτάσεις για τη Νοσηλευτική από τη Διάσκεψη της Βιέννης, Νοσηλευτική, 4, 1989
28. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως: Εθνικό Σύστημα Υγείας, νόμος 1397/83, τεύχος 1, ΦΕΚ 143, Αθήνα 1983
29. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως: Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις, νόμος 1597/85, ΦΕΚ 217, τεύχος 1, Αθήνα 1985
30. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως: Ασφαλιστική κάλυψη ανασφάλιστων ομάδων και άλλες διατάξεις, νόμος 1759/88, ΦΕΚ 50, τεύχος 1, Αθήνα 1988
31. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως: Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας, νόμος 2071/92, ΦΕΚ 123, τεύχος 1, Αθήνα 1992
32. Λιονής Χρήστος: Η διοίκηση των μονάδων και η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας στο τοπικό επίπεδο, πρακτικά Ημερίδος για την ΠΦΥ, Αθήνα 1992
33. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, νόμος 2194/94, ΦΕΚ 34, Αθήνα 1994

34. Ζηλίδης Χρήστος: Οικονομική και διοικητική οργάνωση μονάδων ΠΦΥ. Οργανωτικά και διοικητικά προβλήματα της ανάπτυξης των Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας σε εθνικό επίπεδο, πρακτικά Ημερίδος για την ΠΦΥ, Αθήνα 1992
35. Αδαμόπουλος Π.: Εκπαίδευση προσωπικού πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, πρακτικά Ημερίδος για την ΠΦΥ, Αθήνα 1992
36. Baly M.: A new approach to district Nursing, Silliam Heinemann Medical Books, London 1984
37. Μπέλλος Ν.: Προπτυχιακή εκπαίδευση ιατρικού προσωπικού ΠΦΥ, πρακτικά Ημερίδας για την ΠΦΥ, Αθήνα 1992
38. Ραζής Ν.: Μεταπτυχιακή εκπαίδευση του γιατρού ΠΦΥ, πρακτικά Ημερίδος ΠΦΥ, Αθήνα 1992
39. Παπαθανασίου Αικ.: Εκπαίδευση Νοσηλευτικού προσωπικού ΠΦΥ, πρακτικά Ημερίδος για την ΠΦΥ, Αθήνα 1992
40. Μπένος Σ. Αλέξης: ΠΦΥ – Συμμετοχή της Κοινότητας, συμπόσιο για την ΠΦΥ, Ιωάννινα, 1991
41. Spradley B.: Community Health Nursing: Concepts and practice, 3rd ed., Scott and Brown Co, Illinois 1990
42. World Health Organization, Expert Committee: Community Health Nursing, Technical report series, Geneva 1974
43. Παπαδημητρίου Ε. : Ο ρόλος της κοινότητας στην επιτυχία των προγραμμάτων ΠΦΥ, πρακτικά Ημερίδας για την ΠΦΥ, Αθήνα 1992
44. American Nurses Association: Community Nursing Division, A conceptual model of community Health ANA, Kansas City, 1980
45. Canadian Nurses Association: A definition of Nursing Practice – Standards of Nursing Practice CAN, Ottawa 1980
46. Παπαμικρούλη Σ.: Τα 60 χρόνια του Σώματος Ελληνίδων Νοσοκόμων του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, Αθήνα 1983
47. World Health Organization: Nursing in support of the goal health for all by the year 2000, Geneva 1982
48. Mc Murray: Community Health Nursing, Churchill Livingstone, Melbourne 1990
49. Wright L. and Leahey M.: Trends in Nursing Families, J.Adv.Nurs., 15, 1990

50. Μπιμπισίδου Άννα: Η προληπτική Νοσηλευτική στη Σχολική Ηλικία, πρακτικά 20^{ου} Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, Χαλκιδική 1993
51. Κωνσταντινίδου Τζίλντα – Τζώρτζη: Η σχολική υγιεινή στα πλαίσια της ΠΦΥ, πρακτικά 15^{ου} Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, Κύπρος 1988
52. Withrow C.: The community Health Nurse in the schools. In Stanhope M., Lancaster J. Community Health Nursing: process and practice for promoting health, 2nd ed., Morby, New York, 1988
53. Jacobson A., Richard E.: Occupational Health Nursing: A public Health Perspective. In Readings in Community Health Nursing by Spradley B., 4th ed., Lippincott Co., Philadelphia 1991
54. Τσιγκουράκος Δ. Κ.: Η νοσηλεία στο Σπίτι, μια εναλλακτική μορφή εξωνοσοκομειακής περίθαλψης στο υγειονομικό μας σύστημα, πρακτικά Ημερίδας για την ΠΦΥ, Αθήνα 1992
55. Μπρατάνη Μ.: Νοσηλεία στο σπίτι, 23^ο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Καβάλα 1996
56. Γραμμένου Σ.: Υπηρεσία νοσηλείας στο σπίτι, πρακτικά Ημερίδος για την ΠΦΥ, Αθήνα 1992
57. Πορτοκαλάκη Σ. Αφροδίτη: Νοσηλεία στο σπίτι, πρακτικά 15^{ου} Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, Κύπρος 1988
58. Θεοδοσίου Κων/να, Θεοδώρου Ευγενία: Νοσηλεία στο σπίτι, πρακτικά 19^{ου} Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, Ρόδος 1992
59. ICN, Position Statements: Healthy aging, International Nurses Day, 1992
60. Standing Committee of Nurses of the EC, of the elderly, A European Respective PCN, Brussels 1993
61. Μαλγαρινού Μ., Γουλιά Ε.: Η Νοσηλεύτρια κοντά στον υπερήλικα, εκδόσεις Ταβιθά, Αθήνα 1992
62. Μασιάλα Ευανθία: Βελτίωση Νοσηλευτικής Φροντίδας Ηλικιωμένων και ανάπηρων ατόμων στην κοινότητα, πρακτικά 18^{ου} Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, Αθήνα 1991
63. Ραγιά Χ. Αφροδίτη: Προληπτική Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, πρακτικά 20^{ου} Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, Χαλκιδική 1993
64. Παπαευαγγέλου Κ., Λουτσακλή Μ., Λύτρα Γ., Υφαντής Θ.: Ευαισθητοποίηση της Κοινότητας για θέματα Ψυχικής Υγείας, πρακτικά 19^{ου} Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, Ρόδος 1992

65. Παπαευαγγέλου Κ., Νικολοπούλου Ε.: Πρόληψη και ψυχική υγεία στα πλαίσια της κοινωνικής ψυχιατρικής από την κινητή μονάδα ψυχιατρικής περίθαλψης υπαίθρου νομού Φωκίδας, πρακτικά 20^{ου} Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, Χαλκιδική 1993
66. Ραγιά Α.: Νοσηλευτική ψυχικής υγείας – Ψυχιατρική Νοσηλευτική, Αθήνα 1993
67. Παπαευαγγέλου Κ., Σταμπουλάκη Α., Παναγούτσος Π.: Ο ρόλος του Νοσηλευτή στην περίθαλψη των ψυχωσικών ατόμων στην Κοινότητα, πρακτικά 18^{ου} Πανελληνίου Νοσηλευτικού συνεδρίου, Αθήνα 1991
68. Σαχίνη – Καρδάση Α.: Μεθοδολογία της Έρευνας – Εφαρμογές στο χώρο της υγείας, Γ΄ έκδοση, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1997

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

42^η Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας

Απόφαση WHA 42.27, Μάϊος 1989

ΙΣΧΥΡΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΩΝ
ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΩΝ «ΥΓΕΙΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ»

Η 42^η Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας,

Αφού έλαβε υπόψη

- Την απόφαση WHA 36.11 που αναφέρεται στο ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού στη στρατηγική «Υγεία για όλους».
- Όσα συζητήθηκαν στην 75^η συνεδρίαση του Εκτελεστικού Συμβουλίου, κατά την οποία δόθηκε έμφαση στην ανάγκη άμεσης αύξησης των προγραμμάτων για την εκπαίδευση των καθηγητών και των υπευθύνων των νοσηλευτικών υπηρεσιών μαζί με την ανάπτυξη ηγετικών στελεχών που θα υποκινήσουν και θα προωθήσουν τις απαραίτητες αλλαγές που απαιτούνται για το νέο προσανατολισμό της νοσηλευτικής εκπαίδευσης και άσκησης.
- Όλα συζητήθηκαν στην 39^η Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας για το ρόλο των νοσηλευτών στις στρατηγικές «Υγεία για όλους» και τα συμπεράσματα ότι δεν είναι δυνατόν να τεθούν αποτελεσματικά σε εφαρμογή οι εθνικές στρατηγικές χωρίς τη συμμετοχή των νοσηλευτών. Ότι είναι επείγουσα ανάγκη η βελτίωση της εκπαίδευσης, αλλά και της άσκησης των νοσηλευτικών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Ότι υπάρχει ανάγκη να διευρυνθούν οι νοσηλευτικές δραστηριότητες του Οργανισμού (ΠΟΥ) σε όλα τα επίπεδα και να εξασφαλισθεί η συμμετοχή νοσηλευτών στη διαμόρφωση και εφαρμογή των στρατηγικών «υγεία για όλους».
- Ασχολήθηκε με ενδιαφέρον για την παρατηρούμενη, σε πολλές χώρες, αριθμητική μείωση του νοσηλευτικού προσωπικού και των ατόμων που ελκύονται στο νοσηλευτικό επάγγελμα και τις επιπτώσεις που θα έχει το φαινόμενο αυτό στο μέλλον.
- Αφού σκέφθηκε ότι η ζήτηση για παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών θα αυξηθεί και το περιεχόμενό τους θα πρέπει να επεκταθεί και σε κάποιο βαθμό να αλλαχθεί λόγω της γήρανσης του πληθυσμού και της τεχνολογίας που αυξάνει το προσδόκιμο επιβίωσης, της διεύρυνσης των δραστηριοτήτων για

την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη της νόσου, συμπεριλαμβανομένων των πρωτοβουλιών προστασίας της μητρότητας και των επιπτώσεων από την πανδημία του AIDS.

- Ø Αφού επίσης αναγνώρισε ότι οι σπάνιες (λόγω του μικρού αριθμού των νοσηλευτών) νοσηλευτικές δεξιότητες πρέπει να χρησιμοποιούνται με μεγαλύτερη αξιοποίηση του κόστους τους.
- Ø Γνωρίζοντας ότι στο χώρο της νοσηλευτικής διεξάγεται ελάχιστη έρευνα και ότι πολύ λίγοι νοσηλευτές είναι σε θέση να διεξάγουν ή να εποπτεύουν ερευνητικά προγράμματα και ότι από την άλλη πλευρά είναι ανάγκη να αναπτυχθούν συστήματα πληροφόρησης και διοίκησης, ώστε επαρκής και αξιόπιστη πληροφόρηση στο χώρο της νοσηλευτικής να είναι άμεσα στη διάθεση των ενδιαφερομένων.
- Ø Αφού έλαβε υπόψη η έκθεση του γενικού διευθυντή για το ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού στη στρατηγική «Υγεία για όλους» και τα σχόλια του Εκτελεστικού Συμβουλίου πάνω σ' αυτό:
 1. Παρακινεί τα κράτη – μέλη:
 - Ø Να αναθεωρήσουν τις ανάγκες τους σε νοσηλευτές και να σχεδιάσουν μέτρα για να ανατρέψουν την έλλειψη που θα παρατηρηθεί στο μέλλον.
 - Ø Να προχωρήσουν σε ενέργειες που απαιτούνται για την ανάπτυξη στρατηγικών προσέλευσης και παραμονής νοσηλευτών στο επάγγελμα, εκπαίδευσης και επαναπροσανατολισμού τους στις σημερινές ανάγκες του πληθυσμού, καθώς και βελτίωση των προσόντων τους για την καλύτερη κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού.
 - Ø Να ενθαρρύνουν και υποστηρίζουν το διορισμό νοσηλευτών σε ηγετικές και υπεύθυνες θέσεις και να διευκολύνουν τη συμμετοχή τους στο σχεδιασμό προγραμμάτων υγείας για τη χώρα, καθώς και στην εφαρμογή τους.
 - Ø Να ενθαρρύνουν και υποστηρίζουν την ανάπτυξη της έρευνας πάνω σε θέματα, όπως μέθοδοι πλέον επαρκούς και αποτελεσματικής πρόσληψης νοσηλευτών και στην εκπαίδευση των νοσηλευτών στη μεθοδολογία της έρευνας.
 - Ø Να βοηθούν τον προσανατολισμό όλων των νοσηλευτικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων στη φιλοσοφία και το πνεύμα της ΠΦΥ και τη διεύρυνση της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης του προσωπικού.

- Θ Να υιοθετήσουν ή, όπου είναι απαραίτητο, να τροποποιήσουν κανονισμούς και νομοθεσίες, ώστε να διευκολύνουν τη συμμετοχή των νοσηλευτών σε όλη την έκταση και τις δραστηριότητες της ΠΦΥ.
- Θ Να προσφέρουν την απαραίτητη επίβλεψη και υποστήριξη στο προσωπικό γενικά, κυρίως σ' αυτό που εργάζεται σε αποκεντρωμένες περιοχές, ώστε να συμβάλουν αποτελεσματικά στην προαγωγή και προστασία της υγείας του πληθυσμού γενικά, ιδίως των ευάλωτων ομάδων.
 - 2. Ζητεί από το γενικό διευθυντή:
- Θ Να αυξηθεί η παρεχόμενη βοήθεια στα κράτη – μέλη για να ισχυροποιήσουν το σχεδιασμό, την εφαρμογή και την αξιολόγηση του νοσηλευτικού τομέα των εθνικών προγραμμάτων υγείας, κυρίως την ανάπτυξη, χρησιμοποίηση και βελτίωση των προσόντων των νοσηλευτών.
- Θ Να ισχυροποιήσει το νοσηλευτικό μέρος όλων των προγραμμάτων γενικά του ΠΟΥ αυξάνοντας, μέσα στα πλαίσια των δυνατοτήτων που υπάρχουν, τον αριθμό των ηγετικών θέσεων για τους νοσηλευτές σε παγκόσμιο και σε περιφερειακό επίπεδο.
- Θ Να εντατικοποιήσει τη βοήθεια που προσφέρουν στο παγκόσμιο δίκτυο των κέντρων συνεργασίας του ΠΟΥ για την ανάπτυξη της νοσηλευτικής και δια των κέντρων αυτών να αυξηθεί η συμμετοχή των άλλων ιδρυμάτων και οργανισμών, προεκτείνοντας έτσι το έργο του ΠΟΥ.
- Θ Να αναβαθμιστεί και να ενισχυθεί η εκπαίδευση των νοσηλευτών στη μεθοδολογία της έρευνας, για να μπορούν να συμμετέχουν σε ερευνητικά προγράμματα στο χώρο της υγείας και να αναπτυχθεί σύστημα πληροφοριών για τη νοσηλευτική.
- Θ Να δημιουργηθεί σύστημα ενημέρωσης για την πρόοδο που πραγματοποιείται στα πιο πάνω θέματα και να παρουσιασθεί στη 45^η Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας η πρόοδος που επιτεύχθηκε από την εφαρμογή της απόφασης αυτής.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

ΠΡΩΤΗ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΝΔΙΑΣΚΕΨΗ

Βιέννη 21-24 Ιουνίου 1988

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Γραφείο Ευρώπης

ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΤΗΣ ΒΙΕΝΝΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ (για την υποστήριξη των ευρωπαϊκών στόχων για «Υγεία για όλους»)

Οι συμμετέχοντες στην Ευρωπαϊκή Διάσκεψη της Νοσηλευτικής στη συνάντηση της Βιέννης από 21 έως 24 Ιουνίου 1988 εκφράζουν την ανάγκη για άμεσες ενέργειες από την πλευρά των Κυβερνήσεων και των υπεύθυνων των κέντρων αποφάσεων σε θέματα υγείας να βοηθήσουν τις νοσηλεύτριες να κάνουν τις ανάλογες αλλαγές που χρειάζονται στη Νοσηλευτική, προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι «Υγεία για όλους» και με το παρόν κάνουν την ακόλουθη Διακήρυξη.

- I. Η υγεία, που είναι μια κατάσταση πλήρους σωματική, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η έλλειψη νόσου ή αναπηρίας, αποτελεί βασικό ανθρώπινο δικαίωμα. Η επίτευξη της υγείας σε υψηλότερο δυνατό επίπεδο είναι ένας πολύ σημαντικός κοινωνικός στόχος, του οποίου η πραγματοποίηση απαιτεί τη δραστηριότητα πολλών επαγγελματιών και επιστημών.
- II. Η ύπαρξη ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας των πολιτών, τόσο μεταξύ των χωρών της ευρωπαϊκής περιοχής της ΠΟΥ όσο και μέσα στις ίδιες τις χώρες, είναι φαινόμενο απαράδεκτο από πολιτικής, οικονομικής και επαγγελματικής απόψεως και επομένως αποτελεί κοινό ενδιαφέρον για όλες τις νοσηλεύτριες.
- III. Με την εξασφάλιση στους νοσηλευτές των 32 χωρών της περιοχής, με την πρώτη τους ευκαιρία να επανεξετάσουν το ρόλο, την εκπαίδευση και την πρακτική τους, η Διάσκεψη επαναβεβαιώνει τη θέση της Νοσηλευτικής σαν τη μεγάλη δύναμη που μπορεί να συμβάλλει θετικά στην επιτυχία των 38 στόχων που υιοθετήθηκαν από τα κράτη – μέλη στην τριακοστή τέταρτη σύνοδο της ΠΟΥ – περιφερειακή Επιτροπή για την Ευρώπη – το 1984.
- IV. Οι σύνεδροι δεσμεύονται να φέρουν το νέο ρόλο της νοσηλεύτριας στην περιοχή του «Υγεία για όλους» στην προσοχή των Υπουργείων Υγείας, των οργανώσεων και των συνδικάτων όλων των επαγγελματιών υγείας, των νομοθετικών σωμάτων και άλλων ομάδων της ευρωπαϊκής περιοχής.

Οι νοσηλευτές πρέπει να αναπτύξουν το νέο ρόλο τους με τους εξής τρόπους:

- § Συμμετέχοντας με τις ίδιες προϋποθέσεις και αρμοδιότητες στη λήψη αποφάσεων για τον προγραμματισμό και τη διοίκηση τοπικών, περιφερειακών και εθνικών υπηρεσιών υγείας.
- § Αναλαμβάνοντας μεγαλύτερη ευθύνη στην κινητοποίηση ατόμων, οικογενειών και κοινοτήτων να γίνουν περισσότερο ανεξάρτητοι σε θέματα υγείας και να αναλαμβάνουν ευθύνη για την προαγωγή της υγείας τους.
- § Παρέχοντας αξιόπιστες και σαφείς πληροφορίες περί των πλεονεκτημάτων και δυσμενών επιπτώσεων διάφορων τύπων συμπεριφοράς και συνηθειών υγείας.
- § Παρουσιάζοντας τα οφέλη και το κόστος διάφορων τρόπων φροντίδας.

V. Νέες στάσεις και αξίες πρέπει να καλλιεργούνται μεταξύ των επιστημόνων και επαγγελματιών υγείας, ατόμων που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας και άλλων συναφών ομάδων, οι οποίες είναι συνεπείς με τις οδηγίες και αρχές του «Υγεία για όλους» και την προσέγγιση της Π.Φ.Υ. Η νοσηλευτική αξιοποιεί στο μέγιστο το δυναμικό της ρόλο στην Π.Φ.Υ., αν η νοσηλευτική εκπαίδευση θέτει ισχυρά θεμέλια για την άσκηση της Νοσηλευτικής, ιδιαίτερα στην κοινότητα και αν οι νοσηλευτές υπολογίζουν υπεύθυνα τις κοινωνικές διαστάσεις των αναγκών υγείας και έχουν ευρύτερη κατανόηση της ανάπτυξης υγείας. Είναι ανάγκη να υιοθετούνται πολιτικές και να καθορίζονται δραστηριότητες που δίνουν τις δυνατότητες στους νοσηλευτές να ασκούν το έργο τους με ανάλογη αυτονομία για να αξιοποιούν τον καινούργιο ρόλο τους στην Π.Φ.Υ.

VI. Έρευνα για τη βελτίωση της νοσηλευτικής άσκησης, σύμφωνα με τις αναφερθείσες απόψεις, πρέπει να ενθαρρύνεται, με τη δημιουργία ερευνητικής πολιτικής και οικονομικής υποστήριξης. Η έρευνα αυτή πρέπει να χρησιμοποιεί κατάλληλα τις ανθρώπινες πηγές και να εξασφαλίζει την αξιολόγηση και χρησιμοποίηση των αποτελεσμάτων της. Οι νοσηλευτές πρέπει να συμμετέχουν στην ερευνητική διαδικασία.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3**ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΑΣΚΕΨΗ ΤΗΣ ΒΙΕΝΝΗΣ** (για την υποστήριξη των ευρωπαϊκών στόχων για «Υγεία για Όλους»)

1. Όλοι οι νοσηλευτές, οι Επιστημονικοί τους Σύνδεσμοι, οι κυβερνητικοί οργανισμοί και εθελοντικές ομάδες θα πρέπει δυναμικά να υποστηρίζουν την πολιτική και τα προγράμματα «Υγείας για Όλους» σε επίπεδο εθνικό, περιφερειακό και τοπικό.
2. Πρωτοποριακές Νοσηλευτικές Υπηρεσίες είναι απαραίτητο να αναπτύσσονται, με στόχο περισσότερο την υγεία παρά την ασθένεια. Τα πρότυπα εργασίας να είναι κατάλληλα, αποτελεσματικά και να συμβάλλουν στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Οι Κυβερνητικοί φορείς, οι Υγειονομικές αρχές, οι Επιστημονικές Νοσηλευτικές Οργανώσεις να λάβουν άμεσα μέτρα για την απομάκρυνση των παραγόντων που παρεμποδίζουν αυτή την εξέλιξη. Να καταρτίσουν ή να τροποποιήσουν τη νομοθεσία και τους κανονισμούς, ώστε οι νοσηλεύτριες να μπορούν να ανταποκριθούν στις υποχρεώσεις τους σαν πρωτεργάτες στον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.
3. Η νοσηλευτική άσκηση, στη συμμόρφωσή της με την ευρωπαϊκή πολιτική της «Υγείας για Όλους», επιβάλλεται να στηρίζεται κυρίως στις ενυπάρχουσες αρχές της προσεγγίσεως για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Το επίκεντρο θα πρέπει να είναι:

§ Η προαγωγή, η διατήρηση της υγείας και η πρόληψη της νόσου.

§ Η συμμετοχή και συνεργασία των ατόμων, των οικογενειών, των κοινοτήτων στη φροντίδα, με τρόπο που να τους διευκολύνει ώστε να αντιμετωπίζουν με μεγαλύτερη ευθύνη τα θέματα της υγείας τους.

§ Η αποτελεσματική εργασία, ώστε να μειωθούν οι ανισότητες των υπηρεσιών υγείας, έτσι που να ικανοποιούνται οι ανάγκες ολόκληρου του πληθυσμού, ιδιαίτερα εκείνων που στερούνται.

§ Η συνεργασία πολλών επιστημονικών κλάδων και διαφόρων φορέων.

§ Η συνεργασία πολλών επιστημονικών κλάδων και διαφόρων φορέων.

§ Η εξασφάλιση ποιότητας της φροντίδας και η κατάλληλη χρησιμοποίηση της τεχνολογίας.

4. Όλα τα προγράμματα βασικής εκπαίδευσης της νοσηλευτικής είναι ανάγκη να αναθεωρηθούν, επαναπροσανατολιστούν και ενισχυθούν για να παράγουν γενικές νοσηλεύτριες, οι οποίες θα μπορούν να δραστηριοποιηθούν τόσο στο Νοσοκομείο όσο και στην Κοινότητα. Όλες οι εξειδικευμένες γνώσεις και ικανότητες, που θα αποκτηθούν μεταγενέστερα, πρέπει να οικοδομηθούν επάνω σ' αυτό το θεμέλιο. Η νοσηλευτική εκπαίδευση θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει αρκετή εξωνοσοκομειακή εμπειρία. Οι υποψήφιοι της νοσηλευτικής εκπαίδευσης είναι απαραίτητο να έχουν συμπληρώσει κανονικά μια δευτεροβάθμια εκπαίδευση (ίσως να διαφέρει από χώρα σε χώρα). Τα προσόντα τους για την εισαγωγή τους να είναι ισότιμα με αυτά που απαιτούνται για το Πανεπιστήμιο ή άλλα ιδρύματα ανωτάτης εκπαίδευσης. Οι διευθυντές των Νοσηλευτικών σχολών ή των τμημάτων νοσηλευτικής εκπαίδευσης, οι καθηγητές και οι επόπτες νοσηλευτικών προγραμμάτων, θα πρέπει να είναι όλοι νοσηλεύτριες.
5. Οι νοσηλεύτριες οι οποίες οργανώνουν και διοικούν τις υπηρεσίες φροντίδας, πρέπει να βασίζονται στις ανάγκες της υγείας, και στη συμμετοχή του πληθυσμού, σύμφωνα με την ευρωπαϊκή στρατηγική του «Υγεία για Όλους». Και πρέπει να ληφθούν υπόψη:

- § Οι δημογραφικές και επιδημιολογικές τάσεις.
- § Το κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον.
- § Θέματα τρόπου ζωής.
- § Πολιτιστικές αξίες, πεποιθήσεις και ηθικές απόψεις.
- § Οικονομικές επιλογές και εναλλακτικές λύσεις.
- § Το διαθέσιμο εκπαιδευμένο προσωπικό.

Οι διευθυντές νοσηλευτικής πρέπει να έχουν επαγγελματική αυτονομία, έτσι ώστε να μπορούν να κατανέμουν τα μέσα σύμφωνα με τις αρχές της στρατηγικής «Υγεία για Όλους».

6. Για τη διασφάλιση της ολοκληρωμένης συνεργασίας της νοσηλευτικής κοινότητας κρίνεται απαραίτητο να διοριστούν νοσηλεύτριες έρευνας σε όλα τα εθνικά και περιφερειακά συμβούλια που ασχολούνται με την υγεία ή τη σχετική έρευνα, συμπεριλαμβανομένης της Ευρωπαϊκής Συμβουλευτικής Επιτροπής για

έρευνα στην υγεία. Η ΠΟΥ πρέπει να παρακινήσει τις νοσηλεύτριες να αρχίσουν πειραματικά προγράμματα με περιεχόμενο την κοινοτική φροντίδα, τα οποία επιφέρουν σημαντικές βελτιώσεις στη φροντίδα και προάγουν την αποτελεσματική χρήση των μέσων σε επιλεγμένες κοινότητες. Να επιτραπεί η ανάπτυξη της νοσηλευτικής άσκησης προσανατολιζομένης στην Κοινότητα, της εκπαίδευσης και Διοίκησης. Η νοσηλευτική έρευνα να αποτελεί μέρος της άσκησης σε όλους τους τομείς. Από τα υπάρχοντα για έρευνα ποσά, να γίνεται δίκαια κατανομή για τα ερευνητικά νοσηλευτικά προγράμματα.

7. Η ΠΟΥ, τα κέντρα συνεργασίας της, οι ενδοκυβερνητικοί και μη κυβερνητικοί οργανισμοί και οι Εθνικοί Σύνδεσμοι Νοσηλευτριών οφείλουν να καθιερώσουν συστήματα πληροφορικής. Να αυξήσουν την επικοινωνία, τη διασπορά πληροφοριών και των αποτελεσμάτων ερευνών δια μέσου εθνικών, περιφερειακών και διεθνών δικτύων. Η σύγχρονη και μοντέρνα τεχνολογία να χρησιμοποιηθεί για να ενισχυθούν οι δεσμοί μεταξύ καταναλωτού και άλλων ομάδων, οργανισμών και ιδρυμάτων.
8. Η Νοσηλευτική πρέπει να αποτελεί ένα από τα βασικά στοιχεία για τον σχεδιασμό εθνικών προγραμμάτων υγείας που στηρίζονται στη στρατηγική του «Υγεία για όλους». Οι νοσηλεύτριες πρέπει να λαμβάνουν ενεργό ρόλο στις συζητήσεις των προγραμμάτων υγείας. Η Νομοθεσία επί της νοσηλευτικής άσκησης πρέπει να αναγνωρίζει τη συνεισφορά των νοσηλευτριών στην οργάνωση, ανάπτυξη και παροχή της φροντίδας της υγείας. Αυτή να διατυπωθεί κατά τρόπο που να ενισχύει την ικανότητα νοσηλευτριών στο να αντιμετωπίζουν τα προβλήματα υγείας του πληθυσμού.
9. Υπό το φως των δημογραφικών τάσεων και τις συνέπειές τους για την δημιουργία και ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η πολιτική ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού που απασχολείται στον τομέα της υγείας πρέπει να στηρίζεται στις αρχές του «Υγεία για Όλους» και να περιλαμβάνει:
 - § Ένα σχέδιο στρατολόγησως νοσηλευτικού προσωπικού που συντάσσεται σε συνεργασία με τις νοσηλεύτριες, διοικητικούς και πολιτικούς, χρησιμοποιώντας σαν βάση τα σύγχρονα δεδομένα του εργατικού δυναμικού.
 - § Όρους και συνθήκες υπηρεσιών που να προσελκύουν και να κρατούν στην εργασία τις νοσηλεύτριες με προσόντα. Την εξασφάλιση και την ορθή

χρησιμοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού. Την αναγνώριση του θεσμού της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης σαν στοιχείο της επαγγελματικής κατάρτισεως και αναπτύξεως.

§ Ένα πρόγραμμα συνεχιζόμενης εκπαιδύσεως για όλες τις νοσηλεύτριες.

§ Προγράμματα με περιεχόμενο συμβουλευτικό για προσωπική και επαγγελματική ανάπτυξη.

10. Εν όψει της μεγάλης επιρροής των νοσηλευτριών σαν πρότυπα ρόλου για τον πληθυσμό, μεμονωμένες νοσηλεύτριες και νοσηλευτικοί οργανισμοί φέρουν ευθύνη στο να αποτελέσουν παράδειγμα υγιεινού τρόπου ζωής, ιδιαίτερα ακόμη περισσότερο, να υποστηρίζουν τη συντονισμένη ευρωπαϊκή προσπάθεια εναντίον του καπνίσματος με τη δημιουργία εργασιακού περιβάλλοντος χωρίς τον καπνό του τσιγάρου. Προγράμματα συμβουλευτικά, αναφορικά με τη διακοπή του καπνίσματος, να υπάρχουν στη διαθεση όλου του νοσηλευτικού προσωπικού που καπνίζει.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

«ΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ»

1. Φύλο:

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

2. Ηλικία:

< 25	<input type="checkbox"/>
26-35	<input type="checkbox"/>
36-45	<input type="checkbox"/>
46-55	<input type="checkbox"/>
> 56	<input type="checkbox"/>

3. Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμος/η	<input type="checkbox"/>
Έγγαμος/η	<input type="checkbox"/>

4. Έχετε παιδιά;

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

5. Έχετε εξαρτώμενους συγγενείς;

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

6. Τι σπουδές έχετε κάνει για την Νοσηλευτική;

ΑΕΙ	<input type="checkbox"/>
ΤΕΙ	<input type="checkbox"/>
ΜΤΕΝΣ	<input type="checkbox"/>
ΤΕΛ-ΙΕΚ	<input type="checkbox"/>
Άλλο (αναφέρατε)	<input type="checkbox"/>

7. Για ποιους λόγους επιλέξατε το επάγγελμα του Νοσηλευτή;

Επαγγελματική απασχόληση	<input type="checkbox"/>
Οικονομικοί λόγοι	<input type="checkbox"/>
Τυχαία	<input type="checkbox"/>
Συνειδητά	<input type="checkbox"/>
Άλλοι λόγοι (αναφέρατε)	<input type="checkbox"/>

8. Τι σημαίνει «Νοσηλευτική» για εσάς;

Λειτουργήματα	<input type="checkbox"/>
Επάγγελμα	<input type="checkbox"/>
Και τα δύο	<input type="checkbox"/>

9. Πόσο χρόνο ασκείτε το επάγγελμα του νοσηλευτή/τριας;

< 5 ετών	<input type="checkbox"/>
5-10	<input type="checkbox"/>

- 11-15
- 16-20
- > 20
10. Έχετε εργασθεί αλλού εκτός της Νοσηλευτικής;
 Ναι (αναφέρατε)
 Όχι
11. Σε ποιο κλάδο της Νοσηλευτικής εργάζεστε σήμερα;
 Νοσοκομείο (αναφέρατε τμήμα)
 Ιδιωτική Κλινική (αναφέρατε τμήμα)
 Κέντρο Υγείας
 Περιφερειακό Ιατρείο
 Ιδρύματα (ΙΚΑ, Ε.Ε.Σ., ΠΙΚΠΑ,.....)
12. Πόσο χρονικό διάστημα βρίσκεστε στην παρούσα θέση;
 < 1 χρόνο
 1-5 χρόνια
 6-10 χρόνια
 11-20 χρόνια
 > 21 χρόνια
13. Έχετε:
 Μόνιμη θέση
 Προσωρινή θέση με σύμβαση ορισμένου χρόνου
14. Χρησιμοποιείτε αυτοκίνητο για τη δουλειά σας;
 Ναι: ΙΧ
 Υπηρεσιακό όχημα
 Συγκοινωνιακό μέσο
 Όχι
15. Πόσο μακριά βρίσκεστε από το χώρο της δουλειάς σας;
 < 3 χιλ.
 3-10 χιλ.
 11-20 χιλ.
 >20 χιλ.
16. Πιστεύετε ότι υπάρχει αρκετό προσωπικό στον τομέα σας, ικανό να κάνετε τη δουλειά σας κατάλληλα;
 Ναι
 Όχι
17. Είστε μέλος κάποιου επαγγελματικού οργανισμού, συλλόγου ή συνδέσμου;
 Ναι (αναφέρατε)
 Όχι
18. Πως επιλέξατε να εργασθείτε στην κοινότητα;
 Τόπος διαμονής
 Τυχαία

- Ήταν επιδίωξή σας
- Οικονομικοί λόγοι
- Λιγότερη κούραση
- Κάτι άλλο (αναφέρατε)

19. Θεωρείτε τον τομέα της δουλειάς σας:

- Δύσκολο
- Εύκολο
- Προσιτό
- Κάτι άλλο (αναφέρατε)

20. Ακολουθώντας την παρακάτω κλίμακα βαθμολόγησης του stress,

0 à έλλειψη stress

1 à λίγο stress

2 à αρκετό stress

3 à πολύ stress

4 à πάρα πολύ stress,

βάλτε σε κύκλο ποιος βαθμός αντιπροσωπεύει το εαυτό σας κατά την εργασία σας στην *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*.

21. Ποιοί λόγοι πιστεύετε ότι συμβάλλουν στην εμφάνιση του stress; (μπορείτε να τσεκάρετε ένα, περισσότερα ή και κανένα από τα παρακάτω)

- Απομονωμένη περιοχή παροχής ΠΦΥ
- Έλλειψη αναγκαίων υλικών για την αντιμετώπιση πασχόντων
- Έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού
- Ποικιλία περιπτώσεων που αντιμετωπίζεται από το ίδιο προσωπικό
- Κάτι άλλο (αναφέρατε)

22. Πιστεύετε ότι ο Κοινοτικός Νοσηλευτής χρειάζεται διαφορετικές γνώσεις και επιδεξιότητες, σε σχέση με αυτόν που εργάζεται στο νοσοκομείο;

- Ναι (αναφέρατε)
- Όχι (εξηγήστε)

23. Βρίσκετε την πείρα απαραίτητη στον τομέα της δουλειάς σας;

- Ναι
- Όχι

24. Πιστεύετε ότι η Κοινοτική Νοσηλευτική θα πρέπει να έχει χαρακτήρα περισσότερο:

- Εκπαιδευτικό
- Συμβουλευτικό
- Προληπτικό
- Ερευνητικό
- Όλα τα παραπάνω
- Τίποτε το ιδιαίτερο
- Κάτι άλλο (αναφέρατε)

25. Η συνεργασία σας με τα υπόλοιπα μέλη της Υγειονομικής Ομάδας Εργασίας, είναι:
- | | |
|---------------|--------------------------|
| Άριστη | <input type="checkbox"/> |
| Καλή | <input type="checkbox"/> |
| Μέτρια | <input type="checkbox"/> |
| Όχι καλή | <input type="checkbox"/> |
| Δεν υφίσταται | <input type="checkbox"/> |
26. Πιστεύετε ότι η Κοινοτική Νοσηλευτική είναι ένας κλάδος της Νοσηλευτικής, που υστερεί από τους υπόλοιπους στη χώρα μας;
- | | |
|-----|--------------------------|
| Ναι | <input type="checkbox"/> |
| Όχι | <input type="checkbox"/> |
27. Έχετε παρακολουθήσει άλλα μαθήματα εκτός από τη βασική νοσηλευτική σας εκπαίδευση;
- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| Ναι (αναφέρατε) | <input type="checkbox"/> |
| Όχι | <input type="checkbox"/> |
28. Θα θέλατε την ευκαιρία να παρακολουθήσετε περαιτέρω μαθήματα νοσηλευτικής ή άλλα;
- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| Ναι (αναφέρατε) | <input type="checkbox"/> |
| Όχι | <input type="checkbox"/> |
29. Διαβάζετε Νοσηλευτικά περιοδικά;
- | | |
|---------|--------------------------|
| Συχνά | <input type="checkbox"/> |
| Σπάνια | <input type="checkbox"/> |
| Καθόλου | <input type="checkbox"/> |
30. Ποιο/Ποια από τα παρακάτω θέματα θα σας ενδιέφερε να δείτε σε ένα περιοδικό Κοινοτικής Νοσηλευτικής; [παρακαλώ αριθμήστε κατά προτεραιότητα τις προτιμήσεις σας, π.χ. (1) δίπλα στην πρώτη επιλογή σας, (2) δίπλα στη δεύτερη, κ.ο.κ., (0) δίπλα σε θέματα που δεν θα θέλατε να αναπτυχθούν]
- Κλινικά θέματα με κατευθυντήριες τεχνικές και ειδικές καταστάσεις.
- Άρθρα με όρους και συνθήκες υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένων ευκαιριών πληρωμής, μέσου μεταφοράς στο χώρο εργασίας και για τις κατ' οίκον επισκέψεις.
- Υποθέσεις μελετών.
- Πληροφορίες ικανές να αντιγραφούν και να χρησιμοποιηθούν σαν εκπαιδευτικό εργαλείο σε ασθενείς.
- Πληροφορίες ικανές να αντιγραφούν και να χρησιμοποιηθούν ως εκπαιδευτικό εργαλείο σε φοιτητές.
- Άρθρα διοίκησης.
- Εκπαιδευτικά άρθρα.

- Αναφορές βιβλίων.
- Λεπτομέρειες για νέα προϊόντα.
- Κάτι άλλο (αναφέρατε).

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ.