

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

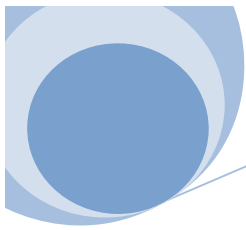
**«Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΗΝ  
ΑΜΕΣΗ ΠΡΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ  
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ.»**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΠΟΥΔΑΣΤΩΝ:

ΑΡΙΩΝ- ΙΩΑΝΝΗΣ ΖΗΚΟΣ

ΧΡΙΣΤΙΝΑ ΚΟΥΤΣΟΥΒΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΠΕΡΙΚΛΗΣ ΡΟΜΠΟΛΑΣ



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

### ΑΦΙΕΡΩΣΗ

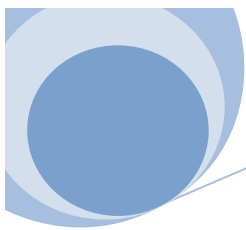
### ΠΡΟΛΟΓΟΣ

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup> : ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

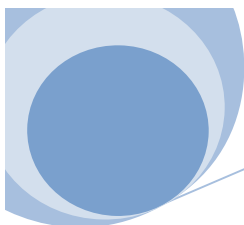
1.1 Ορισμός Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	14
1.1.1 Διακήρυξη της ALMA-ATA.....	14
1.2 Σημασία Πρωτοβάθμιας Νοσηλευτικής Φροντίδας.....	17
1.3 Σκοποί της Π.Φ.Υ.....	18
1.4 Ομάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	19
1.5 Άσκηση της Π.Φ.Υ.....	21
1.6 Το υπόδειγμα Bellagio.....	21
1.7 Η Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα: Που βρισκόμαστε σήμερα.....	22
1.8 Προτάσεις για την Π.Φ.Υ στην Ελλάδα.....	23
1.9 Νοσηλευτές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας.....	24
1.10 Εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού της Π.Φ.Υ.....	25
1.11 Εκπαίδευση νοσηλευτή στη Π.Φ.Υ.....	25
1.12 Καθήκοντα και υποχρεώσεις του νοσηλευτή στη Π.Φ.Υ.....	26
1.13 Ευθύνες Πρωτοβάθμιου Νοσηλευτή.....	28
1.14 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις και πράξεις στη Π.Φ.Υ.....	29



1.15 Το επείγον προνοσοκομειακό περιστατικό στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	30
1.16 Η αντιμετώπιση του επείγοντος προνοσοκομειακού περιστατικού στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	31
1.17 Η οργάνωση των νοσηλευτικών παρεμβάσεων στην αντιμετώπιση επειγόντων προνοσοκομειακών περιστατικών.....	33
1.17.1 Σκοπός Νοσηλευτικής διεργασίας.....	34
1.17.2 Στάδια Νοσηλευτικής διεργασίας.....	35

## **Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup> : ΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ**

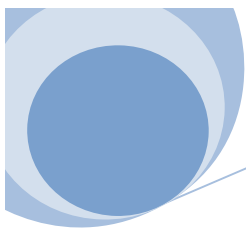
2.1 Ιστορική αναδρομή.....	35
2.2 Κτιριακές εγκαταστάσεις.....	37
2.3 Λειτουργία και παρεχόμενες υπηρεσίες.....	38
2.3.1 Ιατρικές υπηρεσίες.....	38
2.3.2 Νοσηλευτικές υπηρεσίες.....	39
2.3.3 Κοινωνικές και συμβουλευτικές υπηρεσίες.....	39
2.3.4 Ιατροκοινωνικές υπηρεσίες.....	40
2.3.5 Διοικητικές υπηρεσίες.....	40
2.4 Σκοπός των Κέντρων Υγείας.....	40
2.5 Η παροχή Π.Φ.Υ. από τα Κέντρα Υγείας.....	41
2.6 Στελέχωση του Κέντρου Υγείας.....	42
2.7 Εκπαίδευση νοσηλευτών στα Κέντρα Υγείας.....	45
2.8 Έκτακτα περιστατικά στον Κέντρο Υγείας.....	47
2.9 Η νοσηλευτική σε επείγουσες καταστάσεις στο Κέντρο Υγείας.....	48



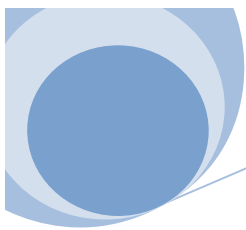
2.9.1 Γενική εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου.....	49
2.9.2 Μια συστηματική παρακολούθηση περιλαμβάνει.....	50
2.9.3 Εκτίμηση της σπονδυλικής στήλης και της κεφαλής.....	52
2.9.4 Καρδιοαναπνευστική εκτίμηση.....	52
2.9.5 Εκτίμηση μυοσκελετικού συστήματος.....	54
2.10 Η Νοσηλευτική Διεργασία στο Κέντρο Υγείας.....	55
2.10.1 Νοσηλευτική παρέμβαση σε ένα επείγον παθολογικό περιστατικό.....	55
2.10.2 Νοσηλευτική παρέμβαση σε ένα επείγον χειρουργικό περιστατικό.....	59

### **Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup> : ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ**

3.1 Ο όρος Κοινότητα στη νοσηλευτική.....	62
3.2 Κοινοτική νοσηλευτική (ορισμός-σκοπού).....	63
3.3 Ιστορική αναδρομή της Κοινοτικής Νοσηλευτικής.....	64
3.4 Χαρακτηριστικά Κοινοτικής Νοσηλευτικής.....	66
3.5 Διαφορές άσκησης Γενικής και Κοινοτικής Νοσηλευτικής.....	66
3.6 Προετοιμασία και χαρακτηριστικά του Κοινοτικού Νοσηλευτή.....	68
3.7 Ο ρόλος του Κοινοτικού Νοσηλευτή.....	70
3.8 Κοινοτική Νοσηλευτική και Κέντρα Υγείας.....	71
3.9 Η Νοσηλευτική Διεργασία στην Κοινότητα.....	71
3.9.1 Αξιολόγηση Κοινότητας.....	73
3.9.2 Ανάλυση Κοινότητας.....	74
3.9.3 Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Παρεμβάσεων.....	75



3.9.4 Εφαρμογή των Κοινοτικών Νοσηλευτικών Παρεμβάσεων.....	75
3.9.5 Εκτίμηση αποτελέσματος.....	76
3.10 Το επείγον περιστατικό στην Κοινοτική Νοσηλευτική.....	77
3.11 Η παροχή Νοσηλευτικής Φροντίδας στο σπίτι.....	78
3.12 Προστασία από ατυχήματα – Η Κοινοτική Νοσηλευτική στο σπίτι.....	79
3.13 Η Νοσηλευτική στο χώρο εργασίας.....	81
3.14 Εργαζόμενος και ασθένεια – Ατύχημα στο χώρο εργασίας.....	82
3.15 Διαχωρισμός των προβλημάτων των εργαζομένων.....	83
3.15.1 Γενικά Προβλήματα.....	83
3.15.2 Ειδικά Προβλήματα.....	84
3.16 Ρόλος του Κοινοτικού Νοσηλευτή στο χώρο εργασίας.....	85
3.17 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στο χώρο εργασίας για το επείγον περιστατικό.....	85
3.18 Κοινοτική Νοσηλευτική στο χώρο του σχολείου (ιστορική αναδρομή).....	86
3.18.1 Ελληνική νομοθεσία.....	87
3.18.2 Αντικειμενικοί σκοποί της κοινοτικής νοσηλευτικής στο σχολείο.....	88
3.18.3 Αξιολόγηση – συλλογή πληροφοριών στο χώρο του σχολείου.....	88
3.18.4 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στο χώρο του σχολείου για την πρόληψη και την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών.....	88
3.19 Πρόληψη του επείγοντος περιστατικού στην κοινότητα μέσω νοσηλευτικών παρεμβάσεων .....	89
3.19.1 Σενάριο Νοσηλευτικής Διεργασίας.....	90



## **Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup> : ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΠΡΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ (ΕΚΑΒ)**

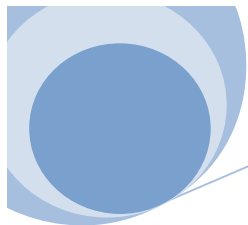
4.1 Εισαγωγή.....	92
4.2 Συστήματα επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας- το ελληνικό πρότυπο.....	93
4.3 Σύντομη ιστορική αναδρομή για την παροχή πρώτων βοηθειών.....	95
και τη μεταφορά ασθενών	
4.4 Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ).....	95
4.5 Τρόπος λειτουργίας ΕΚΑΒ.....	98
4.6 Εξοπλισμός οχημάτων παροχής ΕΠΠ.....	99
4.7 Εκάβ και μαζικές απώλειες υγείας.....	100
4.8 Αρμοδιότητες του ΕΚΑΒ.....	102
4.9 Διαλογή (triage) περιστατικών στην επείγουσα προνοσοκομειακή φροντίδα.....	103
4.10 Απεικονιστικές εξετάσεις-ρόλος νοσηλευτή (κατά την άφιξη του πολυτραυματία).....	106
4.11 Ο ρόλος του νοσηλευτή και οι παρεμβάσεις του στον πολυτραυματία.....	107
4.11.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή σε κατάγματα και τραυματικές κακώσεις θώρακα.....	108
4.11.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή σε τραύματα κοιλίας.....	108
4.11.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή σε κατάγματα- κακώσεις πυέλου.....	109
4.11.4 Ο ρόλος του νοσηλευτή γενικά στα τραύματα των άκρων.....	109

## **Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup> : ΠΡΟΑΓΩΓΗ-ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ**

5.1 Εισαγωγή.....	109
5.2 Προαγωγή Υγείας (ορισμός).....	110
5.3 Βασικές αρχές Προαγωγής Υγείας.....	112



5.4 Δραστηριότητες – Προτεραιότητες Προαγωγής Υγείας.....	113
5.5 Αγωγή Υγείας (ορισμός).....	115
5.6 Διαφορές Αγωγής Υγείας.....	117
5.7 Στόχοι Αγωγής Υγείας.....	119
5.7.1 Ευαισθητοποίηση.....	119
5.7.2 Παροχή γνώσεων.....	119
5.7.3 Ιεράρχηση αξιών.....	120
5.7.4 Αλλαγή απόψεων.....	120
5.7.5 Λήψη αποφάσεων.....	120
5.7.6 Αλλαγή συμπεριφοράς.....	121
5.7.7 Αλλαγή περιβάλλοντος.....	121
5.8 Μεθοδολογία Αγωγής Υγείας.....	123
5.9 Η εκπαιδευτική διαδικασία στην Αγωγή Υγείας.....	124
5.9.1 Η διδασκαλία/μάθηση και η νοσηλευτική διεργασία στην αγωγή υγείας.....	124
5.10 Η Αγωγή Υγείας στην πρόληψη των επειγόντων περιστατικών.....	125
5.10.1 Ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης πολιτών θα έπρεπε να περιέχει.....	126
5.11 Η Αγωγή Υγείας από άλλους φορείς (Μ.Κ.Ο.).....	128
5.11.1 Οι βασικοί σκοποί και στόχοι του Ε.Ε.Σ.....	129



«Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΗΝ  
ΑΜΕΣΗ ΠΡΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ.»

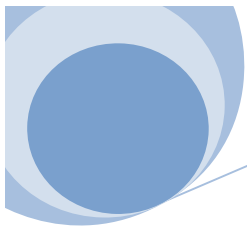
## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

**ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ**

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ**





## **ΑΦΙΕΡΩΣΗ**

*Η πτυχιακή είναι αφιερωμένη στους νοσηλευτές που παρόλα τα εμπόδια, δίνουν πάντοτε τον καλύτερο εαυτό τους για το καλό του ασθενούς...*

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η Νοσηλευτική επιστήμη αναπτύσσεται συνεχώς τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα. Αποτέλεσμα της ανάπτυξης αυτής είναι η δημιουργία εξειδικευμένου προσωπικού το οποίο θα αναλάβει ηγετικό ρόλο στην ανάπτυξη του συστήματος υγείας. Ειδικότερα θα αναφερθεί η πολυσυζητημένη τα τελευταία χρόνια Πρωτοβάθμια Φροντίδα μέσω της οποίας θα βελτιωθεί το επίπεδο υγείας της κοινότητας, θα προαχθεί το μοντέλο αυτοφροντίδας και φυσικά θα αποσυμφορηθούν τα καταπονημένα νοσοκομεία. Για να γίνει αυτό σε ικανοποιητικό βαθμό η Πρωτοβάθμια Φροντίδα θα πρέπει να υποστηρίζεται προληπτικά, διαγνωστικά θεραπευτικά με υπηρεσίες πρόνοιας και άλλες δραστηριότητες όπως η εκπαίδευση πολιτών σε θέματα αγωγής της υγείας τόσο μέσω κρατικών παροχών όσο και ιδιωτικής πρωτοβουλίας. Στόχος είναι να αναλυθούν οι τρόποι που μπορεί να συμβάλει ο νοσηλευτής μέσα στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα όπου καλείται να παίξει ένα ποικιλόμορφο ρόλο λόγω της φύσης του ως επαγγελματίας αλλά και της εκπαίδευσής του-παιδείας που έχει λάβει.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η νοσηλευτική επιστήμη δημιουργήθηκε από την ανθρώπινη ανάγκη για περίθαλψη σε καταστάσεις όπου η ανθρώπινη μονάδα δεν μπορεί να ανταπεξέλθει. Όπως όλες οι επιστήμες, πέρασε από πολλά στάδια εξέλιξης και δανείστηκε στοιχεία από διάφορες άλλες επιστήμες, για να διαμορφωθεί στο σημείο που βρίσκεται σήμερα.

Το παρόν της νοσηλευτικής επιστήμης δεν έχει αλλάξει το περιεχόμενό της. Ακόμη στο κέντρο της προσοχής είναι ο άνθρωπος, που συχνά όπως είναι φυσικό νοσεί. Η δυναμική της παρόλα αυτά έχει αλλάξει. Σήμερα υπάρχει χώρος για νέα έρευνα πάνω σε πολλούς τομείς της νοσηλευτικής. Έχουν αναπτυχθεί πολλές ειδικότητες και ενδέχεται να ανακαλυφθούν – αναπτυχθούν και άλλες.

Η δυναμικότητα αυτή στοχεύει σε μια νέα προοπτική υγείας. Η ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και η ανάπτυξη της Κοινωνικής νοσηλευτικής, έδωσαν το ερέθισμα να εστιαστεί η προσοχή στον ασθενή έξω από το νοσοκομείο, όπως στην περίθαλψή του στο σπίτι, στο χώρο εργασίας ή ακόμη και στο σχολείο. Σε περιβάλλον δηλαδή που δεν θα επιβαρύνει τα νοσοκομεία και ταυτόχρονα θα είναι προσφιλές στον πάσχοντα.

Σε προνοσοκομειακό όμως επίπεδο δεν έχει θέση μόνο ο ασθενής που ήδη λαμβάνει αγωγή, παρακολουθείται και γενικά είναι σταθερός. Ένα μεγάλο κεφάλαιο πλέον αποτελεί ο ασθενής με πρόβλημα υγείας το οποίο απειλεί άμεσα την υγεία του και χαρακτηρίζεται ως επείγον. Είτε αυτό είναι χειρουργικό, είτε παθολογικό επείγον πρόβλημα υγείας. Το κεφάλαιο αυτό της υγείας πλαισιώνεται από μια πολύ πλούσια και ενδιαφέρουσα βιβλιογραφία.

Ενδιαφέρον όμως δεν έχει μόνο η βιβλιογραφία γύρω από αυτό το μείζων θέμα της υγείας, αλλά και πού, πότε και πώς δίνεται αυτή η φροντίδα. Ποιά σημεία πρέπει να προσέξει ο νοσηλευτής κατά τη φροντίδα του σε ένα επείγον περιστατικό, αλλά ακόμη και πώς πρέπει να συμπεριφερθεί.

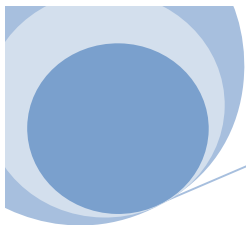
Στόχος αυτής της πτυχιακής εργασίας, είναι να αναφερθεί και να αναλύσει όσο το δυνατόν περισσότερο αυτά τα θέματα και να αναδείξει τον σωστό τρόπο λειτουργίας απέναντι στο επείγον περιστατικό προνοσοκομειακά.

Στο πρώτο κεφάλαιο, αναλύεται η Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα. Ποιά η χρησιμότητα της Π.Φ.Υ. για τη χώρα μας, αλλά και σε ποιά πλαίσια μπορεί να κινείται το νοσηλευτικό προσωπικό κατά την άσκηση του επαγγέλματός τους. Σχετικά δηλαδή με την εκπαίδευση, την λειτουργία του νοσηλευτή εντός της ομάδας κ.α. Επίσης, δίνονται πληροφορίες για την θέση της νοσηλευτικής διεργασίας στην Π.Φ.Υ. αλλά και ποιά η μορφή της. Ακόμη, ποιές είναι οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην Π.Φ.Υ. Τέλος, καθορίζεται η θέση του επείγοντος περιστατικού στην άσκηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, αναλύονται τα κέντρα υγείας. Γίνεται αναφορά στον τρόπο λειτουργίας, τους χώρους που περιέχουν, το σκοπό τους, καθώς και από ποιούς επαγγελματίες στελεχώνονται. Γίνεται επίσης λόγος, σχετικά με το ποιές και ποιά είδη υπηρεσιών προσφέρονται στον πολίτη, από τα κέντρα υγείας. Ακόμη, αναφέρονται ποιές είναι οι νοσηλευτικές– ιατρικές υπηρεσίες. Επιπλέον, αναφορά γίνεται στην Π.Φ.Υ. από τα κέντρα υγείας, την εκπαίδευση των νοσηλευτών και την αντιμετώπιση έκτακτων περιστατικών από τους νοσηλευτές, στα κέντρα υγείας. Στο τέλος, δίνονται δύο παραδείγματα σχετικά με την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών, από το νοσηλευτικό προσωπικό με την μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.

Στο τρίτο κεφάλαιο, γίνεται αναφορά στην Κοινωνική νοσηλευτική. Αναφέρεται η σημασία της κοινωνικής νοσηλευτικής για την κοινότητα, τη διαφορά της από την γενική νοσηλευτική, την εκπαίδευση και το ρόλο που έχουν οι νοσηλευτές για να εξασκούν την κοινωνική νοσηλευτική, καθώς και τη σχέση των κέντρων υγείας με τον τομέα αυτό. Γίνεται επίσης λόγος για τη νοσηλευτική διεργασία στην κοινωνική νοσηλευτική και πώς χρησιμοποιείται για την συλλογή πληροφοριών και την εφαρμογή των κατάλληλων νοσηλευτικών παρεμβάσεων. Τέλος το κεφάλαιο κλείνει με την σύνδεση της κοινωνικής νοσηλευτικής με τα επείγοντα περιστατικά της κοινότητας και την αντιμετώπισή τους διαμέσου της νοσηλευτικής διεργασίας.

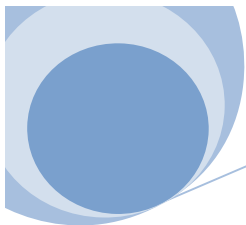
Το τέταρτο κεφάλαιο, συνεχίζει με τις υπηρεσίες επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας (Ε.Κ.Α.Β.). Αναφέρονται τα διεθνή συστήματα και πού στηρίζεται το ελληνικό σύστημα αντιμετώπισης επειγόντων περιστατικών προνοσοκομειακά. Γίνεται μια σύντομη ιστορική αναδρομή του συστήματος παροχής πρώτων βοηθειών και μεταφοράς ασθενών, ενώ συνεχίζει με την ανάλυση του Ε.Κ.Α.Β. τον τρόπο



λειτουργίας δηλαδή, τον εξοπλισμό, τα μέσα διακομιδής, τις αρμοδιότητες του Ε.Κ.Α.Β., αλλά και τον τρόπο λειτουργίας του σε περίπτωση μαζικών απωλειών

υγείας. Το κεφάλαιο κλείνει με την παροχή φροντίδας από τον νοσηλευτή σε περιστατικό πολυτραυματία κατά την άφιξή του στο χώρο εργασίας του.

Στο πέμπτο κεφάλαιο, αναλύονται οι έννοιες της προαγωγής και της αγωγής της υγείας. Ποιά στοιχεία απαρτίζουν την κάθε έννοια και ποιά θέση έχουν στην πρόληψη της ασθένειας. Ιδιαίτερος λόγος, γίνεται στην αγωγή υγείας για την χρησιμότητα και την πολυμορφικότητα που τη χαρακτηρίζει και την μετάδοση πληροφοριών στους πολίτες. Το κεφάλαιο κλείνει με τη θέση της αγωγής υγείας στην πρόληψη των επειγόντων περιστατικών. Σε ποιά αντικείμενα δηλαδή θα πρέπει να διδαχτεί ο πολίτης, για να επιτευχθεί μέσω αυτού η πρόληψη των ατυχημάτων και η αντιμετώπιση καταστάσεων απειλητικών για τη ζωή.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

### ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

#### 1.1 Ορισμός Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η Διεθνής Συνδιάσκεψη για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας επιβεβαιώνει με έμφαση ότι η υγεία είναι η πλήρης σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία και όχι μόνο η απουσία νόσου ή αναπηρίας. Είναι βασικό ανθρώπινο δικαίωμα και η επίτευξη του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας είναι ένας από τους διεθνώς πιο σημαντικούς κοινωνικούς στόχους, για την πραγματοποίηση του οποίου απαιτείται η δραστηριοποίηση, εκτός από τον τομέα των υπηρεσιών υγείας και πολλών άλλων κοινωνικών και οικονομικών τομέων. Η έννοια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η οποία περιλαμβάνει την πρόληψη, καθορίστηκε το 1978 με την διακήρυξη της Alma-Ata και ορίζεται από τα κάτωθι άρθρα:

##### 1.1.1 Διακήρυξη της ALMA-ATA

Άρθρο 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.

Άρθρο 2: Η κατάσταση ανισότητας ως προς την υγεία που επικρατεί ιδιαίτερα μεταξύ ανεπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών αλλά και μεταξύ των κατοίκων της ίδιας χώρας είναι πολιτικά, κοινωνικά και οικονομικά απαράδεκτη και επομένως αποτελεί κοινό θέμα προβληματισμού των χωρών.

Άρθρο 3: Η οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη, η οποία βασίζεται σε μια νέα παγκόσμια οικονομική πορεία, είναι απαραίτητη για την επιτυχία του στόχου «Υγεία για όλους» και τον περιορισμό του χάσματος μεταξύ 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 σε παγκόσμια ειρήνη.



Άρθρο 4: Οι πολίτες έχουν την υποχρέωση να συμμετέχουν ατομικά και συλλογικά στον προγραμματισμό και την διεκπεραίωση της φροντίδας υγείας τους.

Άρθρο 5: Οι κυβερνήσεις είναι υπεύθυνες 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 μέχρι και 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 Π.Φ.Υ. αποτελεί το κλειδί για την επιτυχία του σκοπού αυτού.

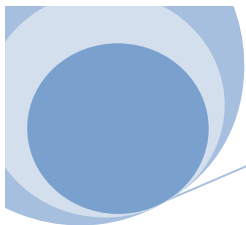
Άρθρο 6: Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι η φροντίδα υγείας που βασίζεται σε επιστημονικά κατοχυρωμένες πρακτικές και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες, οι οποίες είναι προσιτές σε όλα τα άτομα και τις οικογένειες της κάθε κοινότητας, με τη δική τους πλήρη και ενεργό συμμετοχή και σε κόστος που μπορούν να το αντέξουν, η δε χώρα μπορεί να ανταποκριθεί σε όλη την πορεία της ανάπτυξής τους. Η Π.Φ.Υ. είναι ενσωματωμένο τμήμα 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 με το σύστημα υγείας και μεταφέρει τη φροντίδα υγείας όσα το δυνατό πιο κοντά στον τόπο κατοικίας και εργασίας των ανθρώπων με σκοπό την εξασφάλιση συνέχειας στη φροντίδα αυτή.

#### Άρθρο 7: Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

A. Πηγάζει και αντικατοπτρίζει τις οικονομικές συνθήκες καθώς και τα πολιτικά, πολιτιστικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά 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.

B. Στοχεύει στα βασικά προβλήματα υγείας της κοινότητας παρέχοντας υπηρεσίες που συντελούν στη διατήρηση της υγείας, την πρόληψη της ασθένειας, τη θεραπεία και την αποκατάσταση της υγείας των ατόμων της κοινότητας.

Γ. Περιλαμβάνει τουλάχιστον : α) Εκπαίδευση του κοινού σχετικά με τα σπουδαιότερα προβλήματα υγείας και τους τρόπους πρόληψης και περιορισμού τους. β) Εξασφάλιση επαρκούς 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.

Δ. Συνεργάζεται τόσο με τις άλλες υπηρεσίες υγείας όσο και με 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.

Ε. Προωθεί και επιδιώκει τη μέγιστη δυνατή συμμετοχή των ατόμων στον προγραμματισμό την οργάνωση, τη λειτουργία και τον έλεγχο των υπηρεσιών Π.Φ.Υ., χρησιμοποιώντας στο 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 τη δυνατότητα συμμετοχής.

Ζ. Συντηρείται και ενισχύεται από συντονισμένο και υποστηρικτικό σύστημα αναφοράς το οποίο οδηγεί στην προοδευτική βελτίωση των υπηρεσιών υγείας προς όλους, δίνοντας προτεραιότητα σε όσους βρίσκονται σε μεγαλύτερη ανάγκη.

Η. 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 καταρτισμένα με τα οποία συγκροτείται μια ομάδα με σκοπό να ανταποκριθεί στις ανάγκες της κάθε κοινότητας.

Άρθρο 8: Όλες οι κυβερνήσεις πρέπει να αναπτύξουν πολιτικές στρατηγικές και προγράμματα δράσης με σκοπό να εδραιώσουν την Π.Φ.Υ. σαν τμήμα ενός αποτελεσματικού εθνικού συστήματος υγείας σε συνεργασία με άλλους τομείς. Για την επιτυχία του σκοπού αυτού χρειάζεται πολιτική θέληση για να χρησιμοποιηθούν οι πηγές που διαθέτει η κάθε χώρα και κάθε άλλη εξωτερική πηγή με αποτελεσματικό τρόπο.

Άρθρο 9: Όλες οι χώρες πρέπει να συνεργαστούν με πνεύμα συναδερφικό 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 στην άλλη. Η διακήρυξη αποτελεί τη στερεά βάση για την επέκταση και ανάπτυξη της Π.Φ.Υ. σε όλο τον κόσμο.



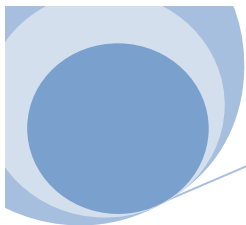
Άρθρο 10: Αποδεκτό επίπεδο υγείας με την καλύτερη και ολοκληρωτική χρησιμοποίηση των πηγών που διατίθενται παγκόσμια, μεγάλο μέρος των οποίων χρησιμοποιούνται σήμερα για πολεμικές επιχειρήσεις και εξοπλισμούς. Μια γενική πολιτική ειρήνης και ανεξαρτησίας των κρατών, και αποστρατικοποίησης μπορεί και 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 Π.Φ.Υ.

## 1.2 Σημασία Πρωτοβάθμιας Νοσηλευτικής Φροντίδας

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

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

Η Π.Φ.Υ. δεν αποτελεί απλά μια στρατηγική που δίνει μεγαλύτερη έμφαση σε ορισμένους τομείς του συστήματος υγείας όσον αφορά τη πρόληψη και την



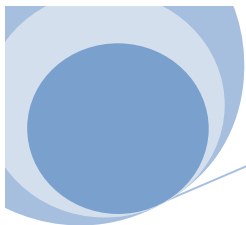
νοσοκομειακή περίθαλψη γενικότερα. Τροποποιεί την καθιερωμένη αντίληψη για την υγεία και την αρρώστια, την άσκηση αυτής καθ'αυτής της ιατρικής, την οργάνωση και λειτουργία ολόκληρου του συστήματος υγείας με ευρύτερες πολιτισμικές και πολιτικές επιπτώσεις. Η στρατηγική της Π.Φ.Υ επιδρά επίσης στο γενικότερο σχεδιασμό της κοινωνικής και οικονομικής οργάνωσης μιας χώρας, ιδιαίτερα σε τομείς όπως η βιομηχανία, η γεωργία, το περιβάλλον κ.α. (Θεοδώρου Μ.,Σαρρής Μ.,Σούλης Σ.,1995).

### 1.3 Σκοποί της Π.Φ.Υ.

Η Π.Φ.Υ. δεν ασχολείται μόνο με την περίθαλψη, δηλαδή την διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση απλών νοσημάτων σε τοπικό επίπεδο, αλλά μέσω της συνεχούς και συνεπούς παρουσίας μέσα στον πληθυσμό είναι επιφορτισμένη και εξυπηρετεί τους εξής σκοπούς:

- Την Υγειονομική Φροντίδα (πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία πολλές φορές) της Κοινότητας νοσοκομειακά. Το νοσοκομείο αποτελεί συμπλήρωμα της Π.Φ.Υ. όπου εκεί αντιμετωπίζονται δύσκολα και εξειδικευμένα περιστατικά.
- Την προαγωγή της υγιεινής διαβίωσης και αυτό επιτυγχάνεται με τη συνεχή διαφώτιση του πληθυσμού σε θέματα υγείας όπως οικογενειακός προγραμματισμός, υγιεινή διατροφή, προστασία μητρότητας και παιδιού.
- Την πρόληψη προβλημάτων υγείας που επιτυγχάνεται με εμβολιασμούς, έλεγχο του περιβάλλοντος και με τη σχολική υγιεινή.
- Την θεραπεία κάποιων ασθενειών που μπορούν να αντιμετωπιστούν στο χώρο της κοινότητας, π.χ. ψυχολογική υποστήριξη, χορήγηση ινσουλίνης σε διαβητικούς κ.λπ.

Η Π.Φ.Υ. συντελεί και στην αποκατάσταση διαφόρων ασθενειών, αφού πρώτα πάρει οδηγίες από το νοσοκομείο που νοσηλεύτηκε ο άρρωστος και φυσικά αυτό επιτυγχάνεται με τη συνεργασία όλων των ατόμων της ομάδας Π.Φ.Υ.(Τσίκου Ν., Καραγεωργοπούλου-Γραβάνη Σ.,1996).



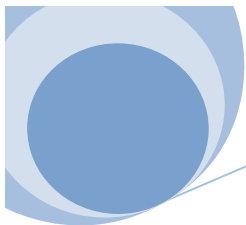
#### 1.4 Ομάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Αν και το νοσηλευτικό προσωπικό σε ένα κέντρο υγείας αποτελείται σε ένα μεγάλο του μέρος από νοσηλευτές – τριες, δεν είναι δυνατή η καλή λειτουργία του κέντρου υγείας χωρίς τη συνεργασία με τα υπόλοιπα μέλη. Τα μέλη αυτά εργάζονται έχοντας πάντοτε υπόψιν ότι η Π.Φ.Υ. μπορεί και πρέπει να υποκαθιστά την δαπανηρή Νοσοκομειακή περίθαλψη, με παροχές υγείας λιγότερο δαπανηρές και προληπτικού κυρίως τύπου. Αφού η νοσοκομειακή περίθαλψη κοστίζει πάντοτε περισσότερο, σε σχέση με την εκτός νοσοκομείου περίθαλψη. Αυτό φέρνει ως αναπόφευκτο γεγονός, ότι οι υπηρεσίες αυτές πρέπει να είναι και υψηλού επιπέδου.

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

Ο Βρετανικός Ιατρικός Σύλλογος (BMA) απαριθμεί τα πλεονεκτήματα της ομαδικής εργασίας στο χώρο της υγείας σε σχέση με την ατομική, τόσο για τους αποδέκτες όσο και για τους εργαζόμενους. Τα πλεονεκτήματα αυτά είναι: (BMA,1974).

- Η ποιότητα της φροντίδας που οργανώνεται και προσφέρεται από μια ομάδα επιστημόνων που συνεργάζονται είναι πολύ καλύτερη από τη φροντίδα που δίδεται από το σύνολο των ατόμων αυτών όταν εργάζονται μεμονωμένα.
- Οι διάφορες δεξιότητες, γνώσεις και ικανότητες των επιστημόνων που απαρτίζουν την ομάδα υγείας, χρησιμοποιούνται πιο αποδοτικά μέσα από την ομάδα.
- Η αλληλεπίδραση των ατόμων που συνεργάζονται στην ομάδα και η μάθηση που επέρχεται με την συνεργασία τους ανεβάζει την ποιότητα της φροντίδας και ενισχύει την θέση της ομάδας στην κοινότητα.
- Τα μέλη της ομάδας αισθάνονται μεγαλύτερη επαγγελματική ικανοποίηση με τη



συμμετοχή τους στο ομαδικό έργο.

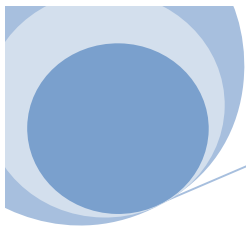
- Τα άτομα της κοινότητας απολαμβάνουν πιο επιδέξια και περισσότερο αποτελεσματική και επιστημονική φροντίδα.
- Η συνεργασία στην ομάδα ενισχύει την ανάπτυξη κοινών επιμορφωτικών προγραμμάτων.

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 δίδει τον πιο κάτω ορισμό για την Ομάδα Υγείας: Ομάδα Υγείας είναι ένας μη ιεραρχικός συνεταιρισμός ανθρώπων διαφορετικής επιστημονικής ειδικότητας, που έχουν κοινό αντικειμενικό σκοπό την προσφορά της καλύτερης δυνατής φροντίδας υγείας στα άτομα, τις οικογένειες και την κοινότητα (WHO,1981). Η ομάδα υγείας λειτουργεί και στα τρία επίπεδα υγειονομικών υπηρεσιών, την Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Στην περίπτωση των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας η ομάδα ονομάζεται: Ομάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Για να επιτύχει η ομάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας πρέπει κάθε επιστήμονας- μέλος της ομάδας να έχει δύο βασικά χαρακτηριστικά:

- Να γνωρίζει και να αποδέχεται τη φιλοσοφία, τις αρχές και τις μεθόδους τις ΠΦΥ και να τις εφαρμόζει στην άσκηση της επιστήμης του.
- 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 ομάδας (Baly M, 1984).

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



### 1.5 Άσκηση της Π.Φ.Υ.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ασκείται μέσα από τα Κέντρα Υγείας, την Νοσηλεία στο σπίτι, το ΙΚΑ, τα ΚΑΠΗ, τα Γηροκομεία και τα Εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων.

Στις μη αστικές περιοχές παρέχεται κυρίως από τα Κέντρα Υγείας και τα περιφερειακά ιατρεία που ανήκουν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας ( Ε.Σ.Υ), στα οποία και πραγματοποιείται το 12,5% περίπου του συνόλου των επισκέψεων στις μονάδες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Οι Οργανισμοί λειτουργίας των Κέντρων Υγείας και η Οργάνωση των Περιφερειακών Ιατρείων εκτός από συγκεκριμένες παρεμβάσεις παραμένει η ίδια από το 1986, που αποτελεί και τον χρόνο έναρξης της λειτουργίας των Κέντρων Υγείας. Δεν είναι όμως πλέον συμβατοί με τις ανάγκες της εποχής και της περιοχής και σαφώς ανεπαρκείς για τις συνθήκες όπως αυτές διαμορφώθηκαν τα επόμενα χρόνια.

Στις λοιπές περιοχές η Πρωτοβάθμια Φροντίδα υγείας παρέχεται κυρίως από τα Πολυϊατρεία του Ι.Κ.Α (38,8%) και άλλων ασφαλιστικών ταμείων (2,5%), τους ιδιώτες ιατρούς (34,4%), τα εργαστήρια και διαγνωστικά κέντρα του ιδιωτικού τομέα και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. (11,2%) (Συλλογικό,2008).

### 1.6 Το υπόδειγμα Bellagio

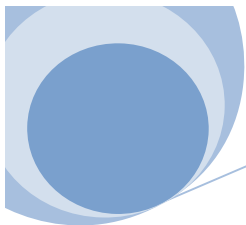
Το Bellagio model αποτελεί την πρόταση για την πρωτοβάθμια φροντίδα του 21ου αιώνα στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ. Προέκυψε ως αποτέλεσμα της συνδιάσκεψης 24 ειδικών από την Ευρώπη και τις ΗΠΑ που έγινε στο Rockefeller Foundation Bellagio Study and Conference Center, στις 2-6 Απριλίου 2008 με θέμα «Improving primary care in Europe and the US: towards patient-centered, proactive and coordinated systems of care» (Βελτιώνοντας την πρωτοβάθμια φροντίδα στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ: προς ένα ασθενοκεντρικό, προληπτικό και συντονισμένο σύστημα φροντίδας). Το Bellagio model είναι ένα συνεκτικό πλαίσιο αναφοράς για τη δημιουργία ενός προσβάσιμου, συνεχούς και προσανατολισμένου στον άνθρωπο

συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας, που διασφαλίζει τη διασύνδεση με τους υπόλοιπους τομείς της φροντίδας όταν απαιτείται. Βασίζεται στην επιτυχημένη εμπειρία του αμερικανικού Chronic Care Model (CCM). Το υπόδειγμα Bellagio καλεί για συνεπή και συνεχώς ανανεωνόμενη δέσμευση, πολιτική και επαγγελματική, για συστήματα υγείας που βασίζονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα, προς όφελος όλου του πληθυσμού.

### **1.7 Η Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα: Πού βρισκόμαστε σήμερα**

Είναι διαπιστωμένο εδώ και χρόνια ότι η ΠΦΥ στην Ελλάδα κινείται μεταξύ φθοράς και αφθαρσίας. Σε σημαντική έκθεση εμπειρογνομόνων υπό τον Καθηγητή Abel-Smith (Abel-Smith et al., 1994) προς το Υπουργείο Υγείας για τις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα, η οποία προκάλεσε ιδιαίτερο ενδιαφέρον και συζητήθηκε εκτενώς, επισημαίνεται ότι το σύστημα υγείας στην Ελλάδα είναι νοσοκομειοκεντρικό και υπάρχει σοβαρή αδυναμία οργάνωσης της ΠΦΥ. Στην έκθεση επισημαίνεται ότι «οι ασθενείς περιφέρονται μάλλον άσκοπα στο εσωτερικό του συστήματος» και το αποτέλεσμα είναι «δυσφορία του κοινού με το σύστημα υγείας στην Ελλάδα κατά πολύ μεγαλύτερη από ότι σε οποιοδήποτε άλλο κράτος μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης». Προτείνεται λοιπόν, ότι «η μεταρρύθμιση του ελληνικού συστήματος φροντίδας θα πρέπει να προσανατολιστεί στη θέσπιση υπηρεσιών οικογενειακής ιατρικής», με θεμέλιο του συστήματος τον οικογενειακό γιατρό ο οποίος «καλείται να λειτουργήσει ως συντονιστής, αλλά και ως φύλακας όλων των άλλων υγειονομικών υπηρεσιών» (Οικονομίδου, 2008).

Υπήρξαν πολλές άλλες μελέτες, εκθέσεις και συζητήσεις, τίποτα όμως ουσιαστικό δεν έχει γίνει έως σήμερα με αποτέλεσμα οι περισσότερες επισημάνσεις της παραπάνω έκθεσης να ισχύουν ακόμα. Παρόλο το θετικό βήμα της αποκέντρωσης και της περιφερειοποίησης της διοίκησης της υγείας, τα Κέντρα Υγείας παρέμειναν υποβαθμισμένα, χωρίς την πρέπει σσα στελέχωση, χωρίς δικτύωση, χωρίς πόρους. Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι εν πολλοίς ανεκπαιδευτο, σε ρόλους παραδοσιακούς και περιορισμένους και χωρίς υποστήριξη (Markaki, 2006). Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού, ως πρώτο σημείο αναφοράς στις υγειονομικές υπηρεσίες (Λιαρόπουλος, 2007), παραμένει ανύπαρκτος, παρόλο που έχουν διατυπωθεί



σοβαρές προτάσεις (Souliotis and Lionis, 2005). Ανύπαρκτη επίσης, είναι και η συμμετοχή της κοινότητας στο σύστημα, παρόλο που ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας τονίζει ήδη από τη Διακήρυξη της Άλμα Άτα, αλλά πολύ περισσότερο σήμερα (ΠΟΥ,2002, WHO,2008), με ιδιαίτερη έμφαση το ρόλο της κοινότητας σε όλα τα επίπεδα αποφάσεων που έχουν σχέση με την υγεία.

Παρόμοιες προσπάθειες κρατούν ζωντανό το όραμα της λειτουργίας ενός αξιόπιστου συστήματος ΠΦΥ στη χώρα μας (Οικονομίδου, 2008).

Στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Υγεία – Πρόνοια στο Γ΄ Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης (2000-2006) προβλέπονταν αρκετά φιλόδοξες παρεμβάσεις για την ΠΦΥ, ελάχιστα ωστόσο έγιναν (ΥπΥΚΑ, 2006), και η υλοποίησή τους μετατέθηκε για την Τέταρτη Προγραμματική Περίοδο (2007-2013) όπου η ΠΦΥ προβλέπεται ως ένας από τους τρεις βασικούς πυλώνες του Προγράμματος (ΥπΥΚΑ, 2006, 2007) (Οικονομίδου, 2008).

## 1.8 Προτάσεις για την Π.Φ.Υ στην Ελλάδα

Κατά καιρούς έχουν διατυπωθεί πολλές προτάσεις για την ανάπτυξη και εύρυθμη λειτουργία ενός αποτελεσματικού συστήματος Π.Φ.Υ στην Ελλάδα. Επίσης, η διεθνής πρακτική μπορεί να αποτελέσει μια πολύ σοβαρή δεξαμενή ιδεών και προτάσεων. Σε κάθε περίπτωση νομίζουμε ότι θα πρέπει να προσεχθούν τα παρακάτω σημεία, ανάμεσα σε άλλα:

- Αύξηση του αριθμού των γενικών γιατρών. Στο σημείο αυτό είναι σημαντικό να δημιουργηθεί ένα πλαίσιο κινήτρων για τους γιατρούς που θα στελεχώσουν την Π.Φ.Υ.
- Ανάπτυξη κατάλληλα εκπαιδευμένου ανθρώπινου δυναμικού. Γιατροί, νοσηλευτές, ψυχολόγοι, επισκέπτες υγείας, φυσιοθεραπευτές και άλλες ειδικότητες είναι απαραίτητο να λειτουργούν ως μία διεπιστημονική ομάδα, η οποία θα υφίσταται συνεχιζόμενη εκπαίδευση, ώστε να παρέχει σε συνεχή βάση σύγχρονες υπηρεσίες Π.Φ.Υ.
- Ανάπτυξη δικτύωσης με άλλες υπηρεσίες υγείας.

- Πλήρης ανάπτυξη υπηρεσιών κατ'οίκον νοσηλείας και φροντίδας. Η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων αυτών είναι μεγάλη και μάλιστα σε πολύ διαφορετικές χώρες.
- Θα πρέπει να τεθεί ένα συνολικό πλαίσιο για την αξιολόγηση της απόδοσης και της ποιότητας των υπηρεσιών φροντίδας. Αυτό αποτελεί κεντρικό ζήτημα στα σύγχρονα συστήματα υγείας σε όλο τον κόσμο, ενώ γίνεται προσπάθεια να αναπτυχθεί η κατάλληλη μεθοδολογία (OECD, 2004). Στη χώρα μας έχουν γίνει προσπάθειες μόνο από ερευνητές (π.χ. Zavras et al., 2002 με τη χρήση της μεθοδολογίας DEA – Data Envelopment Analysis), οι οποίες ωστόσο μπορεί να αποτελέσουν τον οδηγό για ευρύτερη εφαρμογή.
- Ανάπτυξη δικτύων συνεργασίας με την κοινότητα. Η προαγωγή υγείας, η πρόληψη και η εμπέδωση υψηλού επιπέδου υγείας στον πληθυσμό είναι απαραίτητο να γίνεται σε συνεργασία με την τοπική κοινωνία (εκπαιδευτικοί, σύλλογοι γονέων, συνδικαλιστικές ενώσεις, εθελοντικές οργανώσεις, ΜΚΟ, κλπ.).
- Πλήρης αξιοποίηση των νέων τεχνολογιών. Η Π.Φ.Υ είναι ένας τομέας φροντίδας όπου μπορεί να έχουν πολύ μεγάλη συμβολή οι νέες τεχνολογίες, τόσο στο πλαίσιο της λεπτομερούς καταγραφής και παρακολούθησης των ασθενών (ηλεκτρονική κάρτα υγείας) όσο και με την τηλεϊατρική.

### 1.9 Νοσηλευτές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας

Όπως ακριβώς η φροντίδα της υγείας λαμβάνει κάποια συγκεκριμένη θέση στο τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας, το ίδιο ισχύει και για τους νοσηλευτές πρωτοβάθμιας φροντίδας. Οι νοσηλευτές πρωτοβάθμιας φροντίδας εξασκούνται σε ποικίλα περιβάλλοντα μεταξύ άλλων στο σπίτι, στον εργασιακό χώρο, στους γενικούς ιατρούς (παθολόγους), στα κέντρα υγείας. Η εργασία των νοσηλευτών απαιτεί καλά ανεπτυγμένες κοινωνικές, καθώς επίσης και κλινικές δεξιότητες, αλλά και μεγάλο βαθμό στην ικανότητα λήψης αποφάσεων.

Στους νοσηλευτές πρωτοβάθμιας φροντίδας συμπεριλαμβάνονται και όσοι έχουν ηγετικές συναφείς αρμοδιότητες, εξειδικευμένες και προοδευτικές γνώσεις και προσόντα σε συγκεκριμένα γνωστικά αντικείμενα της νοσηλευτικής πρακτικής. Αυτά τα αντικείμενα μπορεί να περιλαμβάνουν ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα



στοιχεία: προώθηση της υγείας, προστασία παιδιών, σχολική υγεία, πνευματική υγεία και μαθησιακή ανικανότητα, εντατική φροντίδα κατ'οίκον για ενήλικες και παιδιά, αποκατάσταση και φροντίδα για χρόνιες ασθένειες καθώς και για κατευναστική φροντίδα (NHS, 1993).

### **1.10 Εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού της Π.Φ.Υ.**

Η αναγνώριση της ανάγκης για συνεχή εκπαίδευση όλων των κατηγοριών προσωπικού αποτελεί μια από τις θεμελιώδεις αρχές της Π.Φ.Υ. Η σκοπιμότητα της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στοιχειοθετείται, από το γεγονός ότι κατά την πρώτη κυρίως φάση της ανάπτυξης της Π.Φ., όλες οι κατηγορίες προσωπικού έχουν παρακολουθήσει προγράμματα εκπαίδευσης, βασισμένα στις νοσοκομειακές λειτουργίες και τη νοσοκομειακή ιατρική, τα οποία δεν είναι πάντοτε κατάλληλα για τις απαιτήσεις της Π.Φ.Υ. Διαμορφώνεται έτσι η ανάγκη ορισμένων σημαντικών αλλαγών στις γνώσεις, τις τάσεις, τις δεξιότητες και τον τρόπο εργασίας του προσωπικού, που επιβάλλονται από τους νέους ρόλους και τις νέες λειτουργίες των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών. Μερικές από τις αλλαγές που θεωρούνται αναγκαίες είναι η έμφαση στη πρόληψη, η εκπαίδευση στην αγωγή υγείας, η στροφή προς την κοινωνικά προσανατολισμένη ιατρική, η εκπαίδευση σε συλλογικά προβλήματα υγείας και δημόσιας υγιεινής, η εκπαίδευση στην ομαδική εργασία και στους τρόπους συνεργασίας με τον πληθυσμό. Οι αλλαγές αυτές αποβλέπουν στο να διαμορφώσουν ένα ανθρώπινο δυναμικό, κατάλληλο και ικανό να εργαστεί στις συνθήκες τις Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (Λιόνης Χ., 1990).

### **1.11 Εκπαίδευση νοσηλεύτη στη Π.Φ.Υ.**

Η εκπαίδευση του νοσηλεύτη στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας περιλαμβάνει τα εξής:

- Λήψη ιστορικού- τεχνική της συνέντευξης (ιατρικές, κοινωνικές επιστήμες).

- Διαχείριση των περισσότερο κοινών συμπτωμάτων στη Π.Φ.Υ. (π.χ. κεφαλαλγία, οσφυαλγία, ίλιγγος, ζάλη κ.λπ.) (Γενική Ιατρική).
- Διαχείριση των πιο κοινών και συχνών νοσημάτων στην Π.Φ.Υ. (π.χ. σακχαρώδους διαβήτη, αρτηριακής υπέρτασης, στεφανιαίας νόσου, εκφυλιστικών αρθροπαθειών κ.λπ.) (Γενική Ιατρική).
- Ψυχική, νευρολογική και κοινωνική εξέλιξη του παιδιού (Ιατρική, εξελικτική ψυχολογία, Κοινωνιολογία).
- Προσέγγιση ατόμων και οικογενειών στα ιατρεία και στην κοινότητα (Οικογενειακή Ψυχολογία).
- Μέθοδοι Αγωγής Υγείας. Τεχνικές παρέμβασης στο σχολείο. (Στοιχεία Κοινωνικής και Παιδαγωγικής Ψυχολογίας).
- Η επίσκεψη στο σπίτι και άλλες εναλλακτικές μορφές περίθαλψης.
- Η φροντίδα ατόμων με ειδικές ανάγκες στην κοινότητα (Κοινωνική Ψυχιατρική, Κοινωνική Ιατρική, Ψυχολογία).
- Δημογραφικοί δείκτες (Κοινωνική Δημογραφία).
- Καταγραφή και επεξεργασία της πληροφορίας υγείας στην Π.Φ.Υ. (Πληροφορική Κοινωνική Ιατρική).
- Δείκτες επιπέδου υγείας- εκτίμηση αναγκών κοινότητας- δείκτες χρησιμοποίησης Υπηρεσιών Υγείας- αξιολόγηση Υπηρεσιών Υγείας. (Κοινωνική Ιατρική) (Λιόνης Χ.,1990).

### **1.12 Καθήκοντα και υποχρεώσεις του νοσηλευτή στη Π.Φ.Υ.**

Η πλειοψηφία των ανθρώπων συμπεριλαμβανομένης και του οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος, πρέπει να κάνουν τις περισσότερες φορές ατομικά τη διαχείριση της φροντίδας ή της περίθαλψής τους. Η νοσηλευτική Πρωτοβάθμιας Φροντίδας διακρίνεται για την έμφαση που δίνει για την καθοδήγηση και την υποστήριξή τους για την φροντίδα αυτού του τύπου, περιλαμβάνοντάς τους ως

συμμέτοχους σε κάθε στάδιο. Επίσης, περιλαμβάνει την προώθηση υγιών τρόπων ζωής και τη διασφάλιση ότι οι υπηρεσίες απευθύνονται σε ανθρώπους που τις χρειάζονται περισσότερο και είναι κοινωνικά αποδεκτές (John Fry, 1980).

Οι άνθρωποι αξιολογούν την επιλογή της άμεσης πρόσβασης στη νοσηλευτική πρωτοβάθμιας φροντίδας. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει το νοσηλευτή που εργάζεται στο ιατρείο κάποιου παθολόγου ή κάποιον άλλο χώρο με προσωπική ατζέντα επισκέψεων. Μπορεί εξάλλου να περιλαμβάνει την παραπομπή ενός ασθενή με χρόνια ασθένεια ή αναπηρία σε κάποιον νοσηλευτή πρωτοβάθμιας φροντίδας για διαχείριση της φροντίδας και αποκατάσταση. Σε ορισμένες περιστάσεις μπορεί να πρόκειται και για ένα νοσηλευτή με αυτονομία στη διάγνωση και την αρωγή ορισμένων συνθηκών ή προσδιορισμένων προβλημάτων υγείας απευθυνόμενος σε ανθρώπους που πηγαίνουν σε αυτόν σαν πρώτο σημείο επαφής. Με αυτό συχνά ευνοούνται οι άνθρωποι που απευθύνονται από μόνοι τους επίσημα ή ανεπίσημα σε κάποιο νοσηλευτή πρωτοβάθμιας φροντίδας, που είναι ευρύτερα γνωστός στη τοπική κοινότητα. Όλο και συχνότερα αυτό περιλαμβάνει νέες πρωτοβουλίες στη προώθηση της υγείας, συμβουλές και αγωγή που δίνονται από επαγγελματίες νοσηλευτές πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Η μεταφορά σε μια κοινότητα ανθρώπων με χρόνιες πνευματικές και σωματικές ανάγκες φροντίδας, η νοσηλευτική εκτός νοσοκομείου για άτομα που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες όπως καρκίνο, αρθρίτιδα, AIDS ή χρόνια αναπνευστική νόσο και οι εξελίξεις στη χειρουργική και εντατική φροντίδα κατ'οίκον για ενήλικες και παιδιά, αποτελούν συνολικά παράγοντες που προκαλούν την επαναξιολόγηση των παραδοσιακών τρόπων εργασίας και την αναδιάρθρωση των υπηρεσιών αναφορικά με τις ανάγκες των ατόμων και των οικογενειών τους. Τα ίδια ισχύουν και για άλλους συνδυασμούς υπηρεσιών όπως:

- Ολοκληρωμένη καθημερινή ή περιστασιακή φροντίδα, όπως σε περιφερειακά νοσοκομεία που παρέχουν προγράμματα αξιολόγησης, παρακολούθησης, αποκατάστασης και ανάρρωσης συχνά καθοδηγούμενα από νοσηλευτές.
- Συνεργασία προγράμματα φροντίδας για υποστήριξη κατ'οίκον, περιλαμβάνοντας κρατικές υπηρεσίες υγείας και κοινωνικές.
- Συνδυασμένη διαμονητήρια φροντίδα, επισκέψεις κατ'οίκον και φροντίδα γενικής ιατρικής, περιλαμβάνοντας διάφορους κρατικούς φορείς και τον ιδιωτικό τομέα.

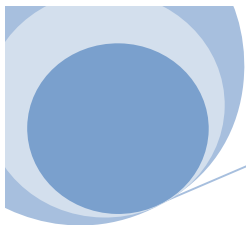
- Υπηρεσίες καθημερινής χειρουργικής και ελάσσονες τραυματολογικές υπηρεσίες στον τομέα γενικής ιατρικής.
- Υποστήριξη πρωτοβάθμιας φροντίδας για κέντρα ατυχημάτων και επειγόντων περιστατικών.
- Ενσωμάτωση των δίπτυχων ενεργειών παραπομπής μεταξύ του πρωτοβάθμιου και του δευτεροβάθμιου τομέα υγείας.

Η επιτυχία πολλών από τα προαναφερόμενα σχήματα εξαρτάται από τη συνεργασία μεταξύ των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας, καθώς και από τη μεταξύ τους σχέση με τις κοινωνικές υπηρεσίες της τοπικής Αυτοδιοίκησης, έχοντας κοινή δέσμευση και κοινά πρωτόκολλα. Στην καλύτερή τους έκφραση, τα κοινά σχήματα πρωτοβάθμιας φροντίδας αποσαφηνίζουν τις ευθύνες του προσωπικού των νοσοκομείων, τις πρωτοβάθμιας φροντίδας και των κοινωνικών υπηρεσιών, παρέχοντας έτσι βελτιωμένες υπηρεσίες στους ασθενείς. Στις περιπτώσεις που αυτά τα σχήματα δεν λειτουργούν τόσο καλά, αυτό γίνεται γιατί υπάρχει σύγχυση σχετικά με την ευθύνη, τους ρόλους και τις αρμοδιότητες, ενώ μερικές φορές παρατηρείται απροθυμία να αναληφθούν νέες ευθύνες ή να αλλαχθούν οι καθιερωμένες πρακτικές εργασίες (Ραγιά Α., 1988).

### 1.13 Ευθύνες Πρωτοβάθμιου Νοσηλευτή

Οι ευθύνες του Πρωτοβάθμιου Νοσηλευτή αναφέρονται επιγραμματικά:

- Συζητεί τις αναθέσεις των αρρώστων με τον προϊστάμενο.
- Εξηγεί το ρόλο της Πρωτοβάθμιας Νοσηλευτικής στον άρρωστο.
- Εκτιμά τις νοσηλευτικές και εκπαιδευτικές ανάγκες του.
- Αναπτύσσει βραχυπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους σκοπούς και αναμενόμενα αποτελέσματα Ν.Φ. σύμφωνα με τη συνεχή αξιολόγηση.
- Διατυπώνει σχέδιο Ν.Φ. με όλες τις νοσηλευτικές ενέργειες.



- Αναθεωρεί τη Ν.Φ. σύμφωνα με τη συνεχή αξιολόγηση.
- Παρέχει προφορικές και γραπτές πληροφορίες για τη Ν.Φ. του αρρώστου στον προϊστάμενο, το νοσηλευτικό προσωπικό και σε όλους όσοι είχαν σχέση με τη νοσηλεία.
- Αξιολογεί την ανταπόκριση του αρρώστου στη Ν.Φ.
- Σχεδιάζει με τον άρρωστο και την οικογένειά του την έξοδο ή μεταφορά του αρρώστου, πράγμα που εξασφαλίζει τη συνεχή παρακολούθηση του όταν χρειάζεται.
- Παρέχει κατάλληλη τεκμηρίωση για κάθε φάση της νοσηλευτικής διεργασίας.
- Εξουσιοδοτεί άλλον νοσηλευτή να τον αντικαθιστά κατά την απουσία του.
- Επιβλέπει τους βοηθούς όταν προσφέρουν κάποια νοσηλεία στους αρρώστους.
- Αναζητεί εκπαιδευτικές ευκαιρίες που αυξάνουν την αντίληψη και κατανόηση των αναγκών του αρρώστου.
- Ανταποκρίνεται στις εκθέσεις των δελτίων αξιολόγησης, τα οποία αντανακλούν την ευθύνη για τα αποτελέσματα της εργασίας του με το συγκεκριμένο άρρωστο.
- Αναθεωρεί περιοδικά τις δραστηριότητές του για βελτίωση της Ν.Φ. των αρρώστων και των οικογενειών τους (Λαναρά Β.,1993).

#### 1.14 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις και πράξεις στη Π.Φ.Υ.

Η νοσηλευτικές παρεμβάσεις στη Π.Φ.Υ. αναφέρονται ενδεικτικά και επιγραμματικά:

- Εντόπιση και εκτίμηση των προβλημάτων υγείας, προγραμματισμός, εφαρμογή, διδασκαλία, επίβλεψη και αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας ατόμων ή ομάδας ατόμων στην οικογένεια, το σχολείο, το τόπο εργασίας και γενικά στην κοινότητα.

- Κατ'οίκον νοσηλεία και παρακολούθηση ασθενειών, γερόντων, χρονίως πασχόντων και συμβολή στην αποκατάστασή τους.
- Ενεργητική συμμετοχή στον διεπιστημονικό σχεδιασμό, την οργάνωση, εφαρμογή και αξιολόγηση κοινοτικών προγραμμάτων αγωγής υγείας, προλήψεως ασθενειών, έγκαιρης διαγνώσεως και θεραπείας αρρώστων και αναπήρων, καταπολεμήσεως των κοινωνικών νοσημάτων, φροντίδας ηλικιωμένων κ.α.
- Συνεργασία και διαπροσωπικές σχέσεις με αρχές και ιδρύματα της κοινότητας καθώς και με άτομα και οικογένειες, ώστε να συνειδητοποιούν και να αξιολογούν τις ανάγκες υγείας τους και να χρησιμοποιούν τις δυνατότητες τους στη φροντίδα της γενικής υγείας.
- Εκπαίδευση των μελών της κοινότητας όλων των ηλικιών στην αυτοφροντίδας για την υγεία, στη διατήρηση υγιεινού περιβάλλοντος και σε θέματα νοσηλείας.
- Εκπόνηση επιστημονικής έρευνας για την αύξηση των γνώσεων της κοινοτικής νοσηλευτικής και τη βελτίωση των μεθόδων διερευνήσεως και αντιμετώπισεως των προβλημάτων υγείας της κοινότητας.
- Υπεύθυνη θέση και συμμετοχή στους προβληματισμούς και τη λήψη αποφάσεων στις επιλογές απόψεων και εφαρμογών στην καθημερινή άσκηση της Π.Φ.Υ. (Ραγιά Α.,1988).

### **1.15 Το επείγον προνοσοκομειακό περιστατικό στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**

Η οξεία απειλή της ζωής ενός ατόμου, είναι καθημερινό φαινόμενο για όσους εργάζονται στον τομέα υγείας. Η αντιμετώπιση που θα λάβει το περιστατικό, τις πρώτες στιγμές του συμβάντος είναι κρίσιμης σημασίας, τόσο για την επιβίωση του ατόμου όσο και για την μετέπειτα αποκατάστασή του. Αν το άτομο δεν λάβει τη σωστή φροντίδα εκείνες τις στιγμές, θα καταλήξει να είναι ένα συνεχές και δυσβάσταχτο έξοδο για την υγεία, την οικογένειά του και το κοινωνικό του σύνολο. Στην καλύτερη περίπτωση λόγω κάποιας αναπηρίας, ενώ στην χειρότερη περίπτωση θα καταλήξει. Σίγουρα όμως, θα πάψει να είναι ένα ενεργό και αποδοτικό μέλος της κοινωνίας που

το περιβάλλει. Με λίγα λόγια θα σταματήσει να παράγει προς όφελος δικό του αλλά και προς όφελος του κοινωνικού του συνόλου. Δεν αποκρύπτουμε βέβαια και το γεγονός ότι άτομα που έλαβαν σωστή αντιμετώπιση εξαρχής, είχαν πάντοτε και την καλύτερη κατάληξη. Η πρωτοβάθμια φροντίδα είναι το κομβικό εκείνο σημείο, από όπου θα κριθεί η έκβαση του περιστατικού. Είναι η πρώτη επαφή του ασθενούς με το σύστημα υγείας, μέσω του οποίου θα οδηγηθεί σταδιακά από τη νόσο στην υγεία.

Στην χώρα μας τα τελευταία χρόνια μέσω της συνεχής ανάπτυξης νέων μεθόδων και πρακτικών την ανάπτυξη του Ε.Κ.Α.Β., την παραγωγή εξειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού στην επείγουσα αντιμετώπιση περιστατικών, καθώς και με την ανάπτυξη των υποδομών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα έχει δοθεί μια νέα ώθηση στην διάσωση και αντιμετώπιση καταστάσεων απειλητικών για τη ζωή.

Όσον αφορά όμως τη νοσηλευτική επιστήμη δεν μπορεί να αρκестεί μόνο στην αντιμετώπιση της νόσου και την αποκατάσταση της υγείας. Επεκτείνεται στην πρόληψη αυτής, πρόληψη μέσω της γνώσης του κοινού, εκπαίδευσης της κοινότητας σε θέματα αντιμετώπισης επείγουσων καταστάσεων και αυτοφροντίδας των ατόμων που απαρτίζουν το εκάστοτε κοινωνικό πλαίσιο.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας λοιπόν για το επείγον προνοσοκομειακό περιστατικό μπορεί να διαχωριστεί σε δύο κυρίως κατηγορίες. Την αντιμετώπισή του στα κέντρα επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας, τα Κέντρα Υγείας για την Ελλάδα και την αντιμετώπιση στο επίπεδο της κοινότητας, μέσω της κοινοτικής νοσηλευτικής και της αγωγής υγείας.

#### **1.16 Η αντιμετώπιση του επείγοντος προνοσοκομειακού περιστατικού στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα, για ένα προνοσοκομειακό περιστατικό παρέχεται από τα Κέντρα υγείας και τους υγειονομικούς σταθμούς που βρίσκονται στη χώρα. Είναι τα πλέον αρμόδια σημεία παροχής τα οποία αντιμετωπίζουν και προλαμβάνουν επείγοντα περιστατικά πριν αυτά διακομισθούν. Η αντιμετώπιση του περιστατικού, στα σημεία αυτά γίνεται αφενός με την έλευσή του στον χώρο υγείας, αφετέρου με την πρόληψη διαμέσου της κοινότητας με προγράμματα αγωγής και

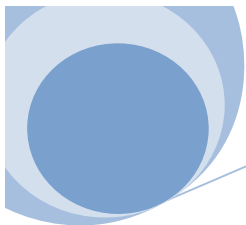
προαγωγής της υγείας όπως θα αναλυθούν στα ανάλογα κεφάλαια (P.H.T.L.S.).

Η πρώτη φροντίδα στον τόπο του συμβάντος, ο χρόνος άφιξης εξειδικευμένης βοήθειας, ο χρόνος που θα περάσει μέχρι την άφιξη στο κέντρο υγείας ή στο νοσοκομείο, καθώς και οι πρώτες ενέργειες που έγιναν κατά τη διακομιδή για την φροντίδα του οξέος πάσχοντος, είναι ζωτικής σημασίας για την ζωή του πάσχοντος και ο ακρωγονιαίος λίθος για την μετέπειτα πορεία της υγείας του. Η νοσηλευτική επιστήμη εμπλέκεται ενεργά στα στάδια αυτά με τους κύριους σκοπούς της να παραμένουν ίδιοι:

- Ø Προαγωγή της ευεξίας
- Ø Πρόληψη της ασθένειας
- Ø Πρόληψη της αναπηρίας
- Ø Αποκατάσταση της υγείας
- Ø Διευκόλυνση της επιτυχούς αντιμετώπισης προβλημάτων υγείας

Το περιστατικό που θα κληθούν οι νοσηλευτές να αντιμετωπίσουν είναι ένας πολίτης ο οποίος συναναστρέφεται, ζεί και προσφέρει μέσα στο κοινωνικό του πλαίσιο. Η πρόληψη κάποιας αναπηρίας είναι για αυτόν καίριο θέμα. Επίσης, η γρήγορη αποκατάσταση από την πάθηση, καθώς και η γρήγορη επανένταξή του στο κοινωνικό σύνολο, είναι επίσης θέματα που απασχολούν συνεχώς τον ασθενή. Ο ασθενής σε καμία περίπτωση δεν επέλεξε να έρθει σε μια δυσμενή για την υγεία του θέση. Δεν διάλεξε τον τρόπο με τον οποίο η ζωή του απειλήθηκε, γι'αυτό και η πολιτεία οφείλει να καλύψει αυτή του την αδυναμία. Η αδυναμία αυτή όμως δεν πρέπει να καλυφθεί εις βάρος της υπόλοιπης κοινωνίας. Πρέπει να γίνει με τα πιο αποτελεσματικά αλλά και τα πιο φθηνά μέσα. Αυτός ακριβώς είναι και ο κύριος ρόλος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Να είναι δηλαδή ένας αποτελεσματικός φραγμός υγείας, όπου τα περιστατικά τόσο μέσω της πρόληψης, αλλά και της επιτυχούς αντιμετώπισής τους, να μην επιβαρύνουν το σύστημα υγείας, σε υλικό ανθρώπινο δυναμικό και τεχνολογικό εξοπλισμό. Αφήνοντας έτσι, τη δυνατότητα να εξυπηρετηθούν άλλοι πολίτες, ή να αναπτυχθεί ο τομέας της υγείας μέσω της έρευνας. Πιο σχηματικά, από το Εθνικό Κέντρο για την πρόληψη και τον Έλεγχο του τραύματος (N.C.I.P.C.) και τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Ασθενειών (C.D.C.) υπολογίζουν τα εξής:





- § Για κάθε ένα δολάριο που δαπανάται σε ανιχνευτές καπνού εξοικονομούνται 69 δολάρια.
- § Για κάθε ένα δολάριο που δαπανούνται σε κράνη ποδηλάτων εξοικονομούνται 29 δολάρια.
- § Για κάθε ένα δολάριο που δαπανάται σε καθίσματα ασφάλειας παιδιών εξοικονομούνται 32 δολάρια.
- § Για κάθε ένα δολάριο που δαπανάται σε λωρίδες κέντρων και ακρών στους δρόμους εξοικονομούνται 3 δολάρια, μόνο για ιατρικές δαπάνες.
- § Για κάθε ένα δολάριο που δαπανάται στην παροχή συμβούλων από παιδίατρος για την πρόληψη του τραύματος εξοικονομούνται 10 δολάρια.
- § Για κάθε ένα δολάριο που δαπανάται στα κέντρα δηλητηριάσεων εξοικονομούνται 7 δολάρια για ιατρικές δαπάνες.
- § Μια μελέτη αξιολόγησης χρηματοδοτούμενη από το C.D.C. ενός περιφερειακού συστήματος φροντίδας τραύματος στο Πόρτλαντ, Όρεγκον έδειξε μείωση 35% στον κίνδυνο θανάτου των σοβαρά τραυματιών οι οποίοι αντιμετωπίστηκαν από το σύστημα.
- § Ένα πρόγραμμα διανομής ανιχνευτών καπνού στην Οκλαχόμα μείωσε το τραύμα από εγκαύματα κατά 83% (P.H.T.L.S. σελ. 21-22).

### **1.17 Η οργάνωση των νοσηλευτικών παρεμβάσεων στην αντιμετώπιση επειγόντων προνοσοκομειακών περιστατικών**

Η οργάνωση των νοσηλευτικών παρεμβάσεων γίνονται με την επιστημονική ανάλυση των προβλημάτων της νοσηλευτικής διεργασίας. Η νοσηλευτική διεργασία είναι μια επιστημονική μέθοδος που χρησιμοποιείται στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας. Είναι η συστηματική χρησιμοποίηση της μεθόδου ανάλυσης και λύσης προβλημάτων, η οποία περιλαμβάνει επικοινωνία με το άτομο, λήψη αποφάσεων και διεκπεραίωση αποφάσεων αυτών που βασίζονται στην αξιολόγηση της κατάστασης του ατόμου, καθώς και η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων που

έγιναν.

Η Νοσηλευτική Διεργασία επομένως, αποτελεί μια σειρά διανοητικών ενεργειών και σκέψεων που οδηγούν σε νοσηλευτικές παρεμβάσεις, οι οποίοι βασίζονται στην αξιολόγηση της υγείας του ατόμου και κατευθύνονται προς τους σκοπούς που έχουν τεθεί. Η τοποθέτηση σκοπών, κάνει σαφές τι ακριβώς θέλει να επιτύχει η νοσηλευτική παρέμβαση ή τι θέλει να μεταβάλλει σε σχέση με την κατάσταση του συγκεκριμένου ατόμου. Τα αποτελέσματα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων, κρίνονται και επανακρίνονται συνέχεια, με σκοπό την αναπροσαρμογή ή την αλλαγή του προγράμματος ή των ίδιων των παρεμβάσεων.

Ο επιστημονικός αυτός τρόπος εργασίας δεν χρησιμοποιείται μόνον από τους νοσηλευτές, αλλά και από άλλους επιστήμονες στο χώρο της υγείας και ιδιαίτερα τους γιατρούς, με τη διαφορά ότι τα προβλήματα (ή ανάγκες) που διαπιστώνονται είναι διαφορετικά. Βασικά ο γιατρός, ερευνά μόνο προβλήματα που έχουν σχέση με την αρρώστια με σκοπό τη διάγνωση και τη θεραπεία. Ο νοσηλευτής δεν σκοπεύει μόνο στην αρρώστια, αλλά κυρίως στην σημασία και τις επιπτώσεις που έχει η αρρώστια αυτή, η εισαγωγή στο νοσοκομείο, ή οποιοδήποτε άλλο πρόβλημα στο συγκεκριμένο άτομο, στην οικογένεια του αρρώστου και στην κοινότητα. Μελετά τις ψυχολογικές, πνευματικές και κοινωνικές επιπτώσεις.

### **1.17.1 Σκοπός Νοσηλευτικής διεργασίας**

Οι σκοποί της Νοσηλευτικής Διεργασίας είναι:

1. Η διατήρηση της υγείας του ατόμου
2. Η πρόληψη της νόσου
3. Η προαγωγή της ανάρρωσης, όταν υπάρχει νόσος
4. Η αποκατάσταση της ευεξίας και της μεγίστης λειτουργικότητας του ατόμου

Το σύστημα είναι ανοιχτό και ελαστικό. Επιτρέπει συνεχή επανεκτίμηση και προσαρμογή. Είναι μέθοδος εξατομικευμένης φροντίδας και όχι νέα στη νοσηλευτική. Βασικό στοιχείο είναι η μέριμνα των νοσηλευτών να αναπτύξουν μεγαλύτερη

κατανόηση των προβλημάτων του αρρώστου, της επιστημονικής τεκμηρίωσης των ενεργειών και των αποτελεσμάτων αυτών, ώστε η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας να είναι πάντα υψηλή και να προάγει την υγεία του ατόμου

### 1.17.2 Στάδια Νοσηλευτικής διεργασίας

Τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας είναι:

- **Νοσηλευτική εκτίμηση** και διάγνωση των προβλημάτων του αρρώστου ως ενιαίας και αδιαίρετης βιοψυχοκοινωνικής και πνευματικής οντότητας
- **Προγραμματισμός** των ενδεικνυόμενων νοσηλευτικών παρεμβάσεων με διατυπωμένους σκοπούς, προτεραιότητες και επιστημονικές αιτιολογήσεις, στα πλαίσια της ολιστικής αντιμετώπισης των αναγκών και προβλημάτων του αρρώστου
- **Εφαρμογή του προγράμματος** φροντίδας που στηρίχθηκε στη νοσηλευτική διάγνωση του αρρώστου και καταστρώθηκε σε συνεργασία μαζί του
- **Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων** της νοσηλείας βάσει προδιατυπωμένων κριτηρίων, υποκειμενικών και αντικειμενικών δεδομένων και με εξέταση κατά πόσο εκπληρώθηκαν οι νοσηλευτικοί σκοποί και λύθηκαν τα προβλήματα του αρρώστου (Susan C. Dewit, 2009) (Stanhop, Lancaster, 2009).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### ΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ

#### 2.1 Ιστορική αναδρομή

Στη χώρα μας βασικό πυρήνα της Π.Φ.Υ. αποτελεί το κέντρο υγείας γι' αυτό καθίσταται απαραίτητο να εξετάσουμε τη δομή και τη λειτουργία του (Κυριακίδου 2005). Τα κέντρα υγείας κάνουν την εμφάνισή τους στις αρχές του αιώνα με πρωτοπόρο χώρα την Αγγλία, όπου για πρώτη φορά εμφανίζεται ο θεσμός του

κέντρου υγείας. Λίγο αργότερα εμφανίζεται και στην Αμερική καθώς και την πρώην Σοβιετική Ένωση. Ωστόσο, μόλις την τελευταία δεκαετία έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην ανάπτυξη και ειδίκευση στην παροχή πρόληψης και πρωτοβάθμιας φροντίδας. Αυτό απορρέει από την εμπειρία της ιατρονοσηλευτικής επιστήμης, εφόσον έχει γίνει πλέον κατανοητό και σαφές ότι κατά μεγάλο ποσοστό κοστίζει λιγότερο στο κράτος η πρόληψη μιας νόσου παρά η θεραπεία της.

Αν και το πρώτο κέντρο υγείας λειτούργησε στο Λονδίνο το 1935, 15 χρόνια μετά τη σύλληψη της ιδέας, στον Ελλαδικό χώρο δεν υπήρξε κάτι παρόμοιο μέχρι τουλάχιστον την ίδρυση του Ε.Σ.Υ το 1982 στα μέτρα ρύθμισης και αναβάθμισης της δημόσιας υγείας. Λειτουργούσαν βέβαια τα πολυϊατρεία του Ι.Κ.Α. στις αστικές περιοχές ενώ στις αγροτικές τα αγροτικά ιατρεία των Νομαρχιών. Με την εγκαθίδρυση του Ε.Σ.Υ. τα Κ.Υ. και τα περιφερειακά τους ιατρεία αποτελούν τη νέα μορφή του οργανωτικού και λειτουργικού πλαισίου παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Ο νόμος 1397/83 εισήγαγε και καθιέρωσε για την πρωτοβάθμια περίθαλψη μια καινούρια διοικητική διάρθρωση η οποία βασίζεται στα Κ.Υ.. Διοικητικά τα Κ.Υ. μονάδες αυτόνομες των κατά τόπους νομαρχιακών νοσοκομείων τα οποία βρίσκονται σε στενή σύνδεση με αυτά τόσο σε λειτουργική όσο και σε επιστημονική και χρηματοδοτική. Η εξάρτηση αυτή περιορίστηκε αργότερα με τον νόμο 2071/92 ο οποίος ενέταξε τα Κ.Υ. στις διοικητικές υπηρεσίες των Νομαρχιακών, συνδέθηκαν όμως ξανά με τα νοσοκομεία με τον πιο πρόσφατο νόμο 2194/94 (Εφημερίδα της κυβερνήσεως, 1994).

Τα Κ.Υ. είναι αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των νοσοκομείων του εκάστοτε Νομού, τα οποία διαθέτουν δικές τους αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες τα περιφερειακά ιατρεία. Τα Κ.Υ. δεν είναι τυχαία χωροθετημένα, σε κάθε ένα ορίζεται συγκεκριμένη περιοχή ευθύνης με κανόνα την καλύτερη εξυπηρέτηση του πληθυσμού ευθύνης. Για τον αριθμό των κέντρων υγείας, την έδρα τους, τη στελέχωσή τους και τον τρόπο λειτουργίας τους λαμβάνονται υπόψιν όχι μόνο πληθυσμιακοί και δημογραφικοί παράγοντες αλλά και η οικονομία και γεωγραφία των περιοχών, η κοινωνική υποδομή και πολεοδομική συγκρότηση όπως και οι πολιτισμικοί παράγοντες των περιοχών. Το Κ.Υ. παρέχει τις υπηρεσίες του σε τακτική πενήμερη οκτάωρη λειτουργία ευρισκόμενο σε 24ωρη βάση όμως για τις υπόλοιπες μέρες και ώρες (Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., 1995) (Αναπλιώτου – Βαζαίου Ε., 1983).

## 2.2 Κτιριακές εγκαταστάσεις

Τα κέντρα υγείας συνεργάζονται άμεσα με τα νοσοκομεία της δευτεροβάθμιας όσο και της τριτοβάθμιας περίθαλψης, διατηρώντας στο μέτρο του δυνατού μια αμφίδρομη σχέση. Το άτομο της κοινότητας με οξύ ή χρόνιο πρόβλημα δεν καταφεύγει στο νοσοκομείο, αλλά στο Κ.Υ. Εκεί θα αξιολογηθεί και θα γίνουν οι απαραίτητες εργαστηριακές εξετάσεις. Εφόσον το άτομο χρειαστεί ειδικότερη φροντίδα θα διακομιστεί συνοδευόμενο από το φάκελο με τις εξετάσεις και τις σχετικές οδηγίες. Στην περίπτωση όμως που το άτομο καλυφθεί από την ανάλογη φροντίδα στο Κ.Υ. μπορεί να επιστρέψει σπίτι του. Η φροντίδα αυτή για να δοθεί πρέπει να ακολουθείτε από ανάλογη κτιριακή υποδομή.

Διαμορφώνονται από μια σειρά κριτηρίων δημογραφικά, γεωγραφικά – συγκοινωνιακά, κοινωνικά – οικονομικά τα οποία αποδίδουν τα όρια οριοθέτησης μίας μονάδος υγείας. Το κτιριολογικό πρόγραμμα αυτών των μονάδων καθορίζεται από το υπουργείο υγείας, το οποίο προϋποθέτει τους εξής χώρους:

- Εξεταστήρια (χώροι εξέτασης των ασθενών ανά ιατρική ειδικότητα, καθώς και γραφεία ιατρών και παραϊατρικού προσωπικού, χώρος υποδοχής- αναμονής ανά εξεταστήριο).
- Τμήμα Α' βοηθειών – βραχείας νοσηλείας.
- Εργαστήρια (ακτινολογικό, μικροβιολογικό).
- Χώρους παροχής κοινωνικών υπηρεσιών.
- Χώρους εξυπηρέτησης κοινού και προσωπικού.
- Χώρους συναφών επαγγελματιών (γραφείο διαιτολόγου και επόπτη δημόσιας υγείας, γραφείο φυσιοθεραπευτή, αίθουσα φυσιοθεραπείας, αποδυτήρια).
- Χώρους διοίκησης.
- Χώρους λοιπού προσωπικού.
- Βοηθητικούς χώρους (αποθήκες, γενικές αποθήκες αναλώσιμων ιατρικών μηχανημάτων, ιατρικών αερίων, οργάνων γυμναστικής, χώρος ακαθάρτων, φαρμακείο, Η/Υ, εγκαταστάσεων, πυρόσβεσης).

## 2.3 Λειτουργία και παρεχόμενες υπηρεσίες

Οι λειτουργικές προδιαγραφές απαρτίζονται από ένα σύνολο κριτηρίων, τα οποία σχετίζονται με το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών που θα καλύπτουν τις ανάγκες του πληθυσμού σε πρωτοβάθμια πρόληψη και κοινωνική φροντίδα, οι κατηγορίες των υπηρεσιών αυτών είναι:

### 2.3.1 ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

#### A) Πρόληψη:

- ∅ υγειονομική ενημέρωση του πληθυσμού και συμβουλές σε θέματα υγιεινής και πρωτοβάθμιας φροντίδας
- ∅ υγεία στον χώρο εργασίας
- ∅ έγκαιρη διάγνωση
- ∅ σχολική υγιεινή

#### B) Διάγνωση και πρωτοβάθμια περίθαλψη

- ∅ συνέντευξη, κλινική εξέταση, διάγνωση και θεραπεία απλών περιπτώσεων, τόσο από οικογενειακούς-προσωπικούς ιατρούς όσο και από ιατρούς ειδικότητων.
- ∅ εργαστηριακές εξετάσεις

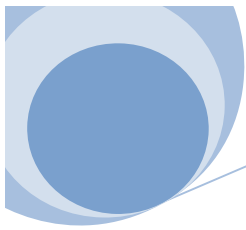
#### Γ) Α Βοήθειες

- ∅ μικροεπεμβάσεις
- ∅ προετοιμασία του ασθενή για διακομιδή σε άλλο νοσηλευτικό ίδρυμα

#### Δ) Φυσική ιατρική – Αποκατάσταση

- ∅ ανάπτυξη μεθόδων θεραπείας από το παρελθόν προσαρμοσμένες στη

σύγχρονη τεχνολογία (π.χ. υδροθεραπεία)



- ∅ ασκήσεις φυσιοθεραπείας

### **Ε) Οικογενειακή ιατρική με εφαρμογές πληροφορικής**

- ∅ εκπαίδευση απομονωμένων ιατρών μέσω του διαδικτύου
- ∅ δημιουργία αρχείου ιατρικών ιστορικών
- ∅ εφαρμογή λογισμικού σχετικού με την ορθή επιλογή σκευασμάτων από τον ιατρό
- ∅ κωδικοποίηση και ανάλυση των δεικτών υγείας
- ∅ χρήση εφαρμογών όπως η τηλεματική, η τηλεδιάσκεψη και η τηλεϊατρική

### **ΣΤ) Εκπαίδευση ιατρών και λοιπού προσωπικού**

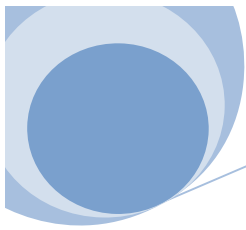
- ∅ ανάπτυξη ενός θέματος από ένα ιατρό ή από ειδικούς ομιλητές και πραγματοποίηση συζήτησης έπειτα
- ∅ επιστημονικές προβολές από φαρμακευτικές εταιρίες

## **2.3.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ**

- § βραχεία νοσηλεία για ολιγόωρη παραμονή του ασθενούς σε έκτακτες περιπτώσεις ή για παρακολούθηση ασθενών που βρίσκονται στο στάδιο ανάρρωσης
- § θάλαμος μόνωσης για ειδικά περιστατικά

## **2.3.3 ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ**

- § πληροφόρηση και συμβουλές σε θέματα όπως η αγωγή υγείας, η αντισύλληψη, ο αλκοολισμός, τα ναρκωτικά, η αιμοδοσία, το κάπνισμα κ.α.



- § οικογενειακός προγραμματισμός
- § κοινωνική φροντίδα των νέων

#### **2.3.4 ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ**

- ο παροχή φαρμάκων
- ο νοσηλεία στο σπίτι
- ο προστασία μητρότητας
- ο παράδοση μαθημάτων ανώδυνου τοκετού
- ο διδασκαλία αυτοεξέτασης μαστού
- ο οργάνωση τράπεζας αίματος
- ο τηλεφωνική συμβουλευτική υπηρεσία

#### **2.3.5 ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ**

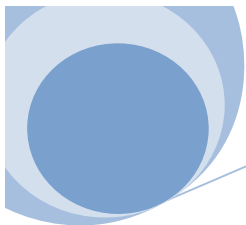
- ü υπηρεσία προγραμματισμένων επισκέψεων των δικαιούχων
- ü γραφείο πληροφοριών και προσανατολισμού των προσερχόμενων επισκεπτών- ασθενών.

#### **2.4 Σκοπός των Κέντρων Υγείας**

Οι σκοποί των Κέντρων Υγείας αναφέρονται επιγραμματικά:

- 1) Η παροχή ισότιμης πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο σύνολο του πληθυσμού της περιοχής τους και σε όσους διαμένουν προσωρινά σε αυτή.
- 2) Η νοσηλεία και παρακολούθηση αρρώστων που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης ή μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο.
- 3) Η παροχή πρώτων βοηθειών και η νοσηλεία σε έκτακτες περιπτώσεις έως τη





διακομιδή των αρρώστων στο νοσοκομείο.

- 4) Η διακομιδή του αρρώστου με ασθενοφόρο σε έκτακτες περιπτώσεις στο Κ.Υ. ή στο νοσοκομείο.
- 5) Η οδοντιατρική περίθαλψη.
- 6) Η άσκηση προληπτικής ιατρικής ή οδοντιατρικής και η υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού.
- 7) Η ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα.
- 8) Η ιατρική της εργασίας.
- 9) Η παροχή υπηρεσιών σχολικής υγιεινής.
- 10) Η ενημέρωση και διαφώτιση του πληθυσμού για τα θέματα του οικογενειακού προγραμματισμού.
- 11) Η εκπαίδευση των γιατρών και του λοιπού προσωπικού υγείας.
- 12) Η παροχή φαρμάκων σε δικαιούχους εφόσον δεν λειτουργεί φαρμακείο στην περιοχή τους (Μπέλλου-Μυλωνά Π., 1995).

## **2.5 Η παροχή Π.Φ.Υ. από τα Κέντρα Υγείας**

Το Κ.Υ. στα πλαίσια λειτουργίας του όπως αναφέρθηκαν παρέχει διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση στις περιπτώσεις όπου δεν είναι απαραίτητη η χρησιμοποίηση ειδικών ιατροτεχνικών μέσων του νοσοκομείου. Η παροχή Πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης συνίσταται στη διάγνωση και θεραπεία κοινών νοσημάτων, τραυματισμών καθώς και επαγγελματικών νοσημάτων. Επίσης, στα πλαίσια της Π.Φ.Υ. συμπεριλαμβάνεται η αποθεραπεία και αποκατάσταση φυσική και κοινωνική του αρρώστου μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο.

Επίσης, γίνονται εμβολιασμοί, δίνονται συμβουλές για την παιδική υγιεινή, τον οικογενειακό προγραμματισμό και την υγιεινή της εργασίας. Είναι πλέον αποδεκτό και ευρέως γνωστό ότι η πρόληψη της νόσου, επιτυγχάνεται εφόσον οι αιτιολογικοί παράγοντες γίνουν γνωστοί και καταπολεμηθούν ή αποφευχθούν επιτυχώς. Αυτό

υφίσταται εφόσον υπάρχει δευτερογενής πρόληψη μαζί με την πρωτογενή.

Υπηρεσίες που παρέχονται στο κέντρο υγείας οι οποίες ανήκουν στον τομέα της δευτερογενής πρόληψης είναι ο προσυμπτωματικός έλεγχος, η διενέργεια εμβολιασμών, ο έλεγχος συνθηκών υγιεινής, διατροφής νερού κ.λ.π. , πρόληψη και αντιμετώπιση τοπικών χρόνιων και ενδημικών νοσημάτων, προσχολική και σχολική υγιεινή, υγιεινή της εργασίας, του περιβάλλοντος και αγωγή υγείας με τη συμμετοχή της κοινότητας.

Τέλος, ο τομέας της κοινωνικής φροντίδας ο οποίος αποτελείται από την περίθαλψη των χρόνιων ασθενών, εντοπισμό των δυσμενών ομάδων μέσα στην κοινότητα και προσπάθεια στήριξής τους. Ακόμα, ενημέρωση του πληθυσμού σε θέματα ψυχικής υγείας, ενδοοικογενειακών σχέσεων και κοινωνικής ζωής. Την στήριξη της οικογένειας του ψυχικά ασθενούς καθώς και του ίδιου του ασθενούς σε όλα τα στάδια της αποθεραπείας του έως την επανένταξή του στο κοινωνικό σύνολο.

## **2.6 Στελέχωση του Κέντρου Υγείας**

Η σωστή λειτουργία ενός κέντρου υγείας προϋποθέτει έναν αριθμό επαγγελματιών από διάφορους κλάδους. Οι επαγγελματίες αυτοί εκτός των προσόντων που πρέπει να διαθέτουν, ώστε να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες του έργου τους, πρέπει να είναι σε θέση να μπορούν να συνεργαστούν αρμονικά μεταξύ τους. Τόσο οι επαγγελματίες υγείας όσο και οι ίδιοι οι πολίτες με τα στελέχη του Κ.Υ. Με αποτέλεσμα να δημιουργηθεί μια ομάδα ατόμων (ομάδα υγείας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας) με σκοπό την παροχή φροντίδας της υγείας σε πρώτο βαθμό η οποία θα είναι ταυτόχρονα πλήρως αποδεκτή από το κοινωνικό σύνολο της περιοχής.

Δημιουργείται δηλαδή μια συνεργασία ανάμεσα στον πάροχο των υπηρεσιών και το δέκτη. Η στελέχωση όμως του Κ.Υ. δεν ικανοποιεί μόνο έχοντας αριθμητική επάρκεια εργαζομένων και καλή συνεργασία αυτών. Σημαντική είναι η ειδίκευση του προσωπικού, σε κατευθύνσεις που είναι αναγκαίες προκειμένου το Κ.Υ. να είναι σε θέση να εκπληρώσει το στόχο του. Αυτό σημαίνει ότι η στελέχωση του Κ.Υ. δεν μπορεί να γίνει εάν δεν ληφθούν υπόψη οι τοπικές ιδιαιτερότητες, κυρίως οι δείκτες νοσηρότητας της περιοχής. Η στελέχωση λοιπόν του Κ.Υ. πρέπει να γίνει αφού

διεξαχθούν επιδημιολογικές μελέτες σε τοπικό επίπεδο, ώστε να γίνουν κατανοητές οι συνεχώς μεταβαλλόμενες ανάγκες περίθαλψης της εκάστοτε περιοχής που πρέπει να καλύψει.

Παρακάτω ακολουθεί ένας πίνακας ενδεικτικός της στελέχωσης ενός κέντρου υγείας :

<b>ΠΙΝΑΚΑΣ: ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ</b>		
<b>ΕΙΔΟΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ</b>	<b>ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ / ΥΠΗΡΕΣΙΑ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ</b>
<b>ΙΑΤΡΙΚΟ</b>	Γενική Ιατρική	10
	Παιδιατρική	2
	Οδοντιατρική	8
	Βιοπαθολογία	1
	Ακτινοδιαγνωστική	1
	Κυτταρολογία	1
	Γυναικολογία	1
	Ωτορινολαρυγγολογία	1
	Οφθαλμιατρική	1
	Γενική χειρουργική	1
	Ψυχιατρική	1
	Καρδιολογία	1
	Ορθοπεδική	1
	Δερματολογία	1
	Πνευμονολογία	1

	<b>Νευρολογία</b>	<b>1</b>
	<b>Ουρολογία</b>	<b>1</b>
	<b>Γαστρεντερολογία</b>	<b>1</b>
	<b>Ενδοκρινολογία</b>	<b>1</b>
	<b>Ρευματολογία</b>	<b>1</b>
	<b>Αλλεργιολογία</b>	<b>1</b>
	<b>Κοινωνική ιατρική</b>	<b>1</b>
	<b>Φυσική ιατρική</b>	<b>1</b>
<b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ</b>	<b>Νοσηλευτική (Π.Ε. και Τ.Ε.)</b>	<b>20</b>
	<b>Μαιευτική</b>	
	<b>Βοηθοί νοσηλευτές</b>	<b>6</b>
<b>ΕΠΙΣΚΕΠΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ</b>	<b>Επισκέπτες Υγείας (Τ.Ε.)</b>	<b>20</b>
<b>ΣΥΝΑΦΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ</b>	<b>Κοινωνική Λειτουργός</b>	<b>6</b>
	<b>Διαιτολογία</b>	<b>1</b>
	<b>Επόπτης δημόσιας υγείας</b>	<b>2</b>
	<b>Φυσιοθεραπεία</b>	<b>4</b>
	<b>Τεχνολόγος ακτινολόγος</b>	<b>1</b>
	<b>Τεχνολόγος ιατρικών εργαστηρίων</b>	<b>1</b>
	<b>Οδοντοτεχνίτης</b>	<b>1</b>
	<b>Βοηθοί τραυματιοφορείς</b>	<b>7</b>
<b>ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΚΑΙ ΛΟΙΠΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ</b>	<b>Γραμματεία Ιατρικής</b>	<b>8</b>
	<b>Υπηρεσίας (Διοίκηση μονά-</b>	

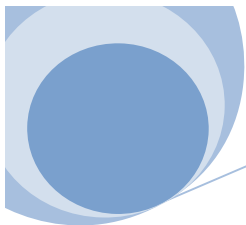
	<b>δων υγείας)</b>	
	<b>Γραμματεία Γραφείου Πληροφοριών</b>	<b>2</b>
	<b>Υπηρεσία Οικονομικής Διαχείρισης</b>	<b>5</b>
	<b>Πληροφορικής (Τ.Ε.)</b>	<b>1</b>
	<b>Χειριστής Η/Υ</b>	<b>2</b>
	<b>Τεχνικός / Συντηρητής</b>	<b>2</b>
	<b>Θυρωρός / Κλητήρας</b>	<b>3</b>
	<b>Τραπεζοκόμος</b>	<b>1</b>
	<b>Καθαριότητας</b>	<b>6</b>

Πηγή: (Ιατρικό Βήμα,2006)

## 2.7 Εκπαίδευση νοσηλευτών στα Κέντρα Υγείας

Η Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα προσφέρεται στα κέντρα υγείας, στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και των ασφαλιστικών οργανισμών. Ο χώρος κάλυψης της πρωτοβάθμιας φροντίδας όμως επεκτείνεται στο χώρο της εργασίας, του σχολείου, του σπιτιού του ασθενούς, στους χώρους ψυχαγωγίας, άθλησης και οπουδήποτε ζει, σπουδάζει, εργάζεται και δραστηριοποιείται στα πλαίσια μιας κοινωνίας. Αν και κάθε χώρα οργανώνει την φροντίδα της μέσα από τις κατευθύνσεις του Π.Ο.Υ. και της alpha – ata, παίζουν ρόλο και οι οικονομικοκοινωνικές, πολιτιστικές, θρησκευτικές, πολιτικές και φιλοσοφικές συνθήκες της κάθε χώρας. Στη χώρα μας σύμφωνα με τον νόμο 1397/83 οι παροχές της πρωτοβάθμιας φροντίδας δίνονται από τα κέντρα υγείας.

Μέσα σε αυτά λειτουργώντας ο νοσηλευτής ως ομάδα με τους υπόλοιπους επιστήμονες υγείας αποκτά διαφορετική σύσταση και αριθμό ειδικοτήτων ανάλογα με

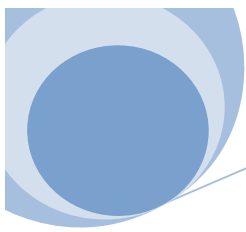


τις εκάστοτε ανάγκες που πρέπει να καλυφθούν. Για να σταθεί στο ύψος των ευθυνών που αναλαμβάνει όμως θα πρέπει να έχει και τις κατάλληλες γνώσεις.

Για να επιτύχει αυτή η ομάδα θα πρέπει να:

- Είναι σε θέση ο νοσηλευτής να αναγνωρίζει τον τύπο της ομάδας που θα πρέπει κάθε φορά να αναλάβει καθήκοντα π.χ. (πυρηνική ομάδα, διευρυμένη ομάδα κ.α. )
- Καλή γνώση του κώδικα δεοντολογίας καθώς είναι πιθανό να βρεθεί αντιμέτωπος με καταστάσεις ενδοοικογενειακής βίας κ.α.
- Καλή γνώση της νομοθεσίας ώστε να αποφευχθεί η πιθανότητα ανάληψης καθήκοντος πέρα από το νοσηλευτικό κομμάτι.
- Να γνωρίζει να αποδέχεται τη φιλοσοφία, τις αρχές και τις μεθόδους της Π.Φ.Υ. και να τις εφαρμόζει στην άσκηση της επιστήμης του.
- Να αναγνωρίζει ότι οι ρυθμοί της επιστήμης είναι ταχύτατοι και αλλάζουν συνεχώς, όπως και οι ρυθμοί της κοινωνίας στην οποία ζούμε και συναναστρεφόμαστε αλλάζει συνεχώς.
- Να αλλάζει και να εξελίσσεται σύμφωνα με τους ρυθμούς της επιστήμης και της κοινωνίας.

Είναι απαραίτητο να αναφέρουμε ότι η μόρφωση δεν είναι ένα αγαθό που αποκτιέται απλά και μόνο μέσω της πανεπιστημιακής μάθησης. Είναι μια διαδικασία που αναπτύσσεται με τον χρόνο και θέλει αρκετή εμπειρία για να αποκτηθεί. Εμπειρία τόσο στον εργασιακό τομέα όσο και στην συναναστροφή μέσα στην ίδια την κοινωνία. Η εκπαίδευση των νοσηλευτών που θα αναλάβουν την πρωτοβάθμια φροντίδα θα πρέπει να δίνει έμφαση στα παραπάνω χωρίς να ακυρώνει όλες τις άλλες γνώσεις και τεχνικές που διδάσκονται. Είναι σαφώς αποδεκτό, ότι όσο υψηλότερη είναι η μόρφωση τόσο πιο υψηλό και το επίπεδο παροχής φροντίδας. Το προσωπικό της Π.Φ.Υ. πρέπει να έχει και προπτυχιακή αλλά και μεταπτυχιακή μόρφωση. Καθώς η πρώτη αποσκοπεί στην απόκτηση θεωρητικών κυρίως γνώσεων, εμπειριών και στάσεων, έτσι ώστε ο νοσηλευτής να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του χώρου εργασίας. Ενώ, η μεταπτυχιακή εκπαίδευση, στην απόκτηση τίτλου ειδικότητας. Τέλος, υπάρχει και η συνεχιζόμενη εκπαίδευση που είναι απαραίτητη ώστε να προλαβαίνονται οι



επιστημονικές αλλαγές που επιφέρουν καλύτερη φροντίδα υγείας (Παπαμικρούλη Σ., 1988).

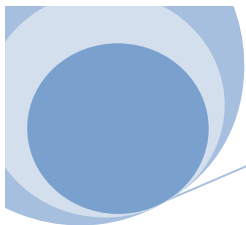
## 2.8 Έκτακτα περιστατικά στο Κέντρο Υγείας

Όπως αναφέρεται και πιο πάνω με τον νόμο 1397/83 καθιερώθηκαν, στον Ελλαδικό χώρο, τα κέντρα υγείας ως μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Εντός της πρωτοβάθμιας περίθαλψης εσωκλείεται και το επείγον περιστατικό ως το πιο συχνό πρόβλημα και το πιο σημαντικό που κλίνεται το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό να αντιμετωπίσει. Η αντιμετώπιση του επείγοντος δεν γίνεται πάντα εντός του νοσοκομείου. Συνήθως, ξεκινά με την άφιξη της εξειδικευμένης βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.), στην σκηνή του ατυχήματος, συνεχίζεται κατά τη διάρκεια της διακομιδής έως το περιστατικό φτάσει στο κέντρο υγείας ή το κοντινότερο νοσοκομείο.

Αν και σπανίζει, αξίζει να αναφερθεί ότι σε μερικά περιστατικά η αντιμετώπισή τους έχει ξεκινήσει τη στιγμή του συμβάντος, από κάποιο πολίτη ο οποίος είναι γνώστης Α βοηθειών. Δεν γνωρίζουμε όμως εάν η παρέμβαση είχε θετικό ή αρνητικό αντίκτυπο στο περιστατικό, καθώς ακόμη δεν διαθέτουμε στατιστικά στοιχεία για το θέμα. Δυστυχώς, ακόμη δεν είναι διαδεδομένες οι γνώσεις Α βοηθειών σε όλα τα επίπεδα των πολιτών, αλλά και η νομοθεσία δεν έχει εντελώς ολοκληρωθεί γύρω από το πρόβλημα της βοήθειας σε τρίτο πρόσωπο ενώ αυτό κινδυνεύει. Είναι πιο συχνό το φαινόμενο να είναι παρών πολίτης που εντάσσεται στα επαγγέλματα υγείας και πρόνοιας. Ούτε όμως και από εκεί έχουμε στατιστικά στοιχεία.

Μένουμε λίγο στη σκηνή του συμβάντος, καθώς έχει μεγάλη σημασία στην προνοσοκομειακή αντιμετώπιση περιστατικών η πρώτη ώρα. Η πρώτη ώρα όχι αφού το περιστατικό έφτασε στο νοσοκομείο αλλά από τη στιγμή που συνέβη κάτι απειλητικό για τη ζωή του θύματος. Η προνοσοκομειακή βοήθεια που θα του χορηγηθεί, είναι σημαντική τόσο για τη διατήρηση του θύματος στη ζωή όσο και για την πρόληψη οποιασδήποτε αναπηρίας η πρώτη αυτή ώρα αναφέρεται στη βιβλιογραφία και ως «χρυσή ώρα» ένας τίτλος που υποδεικνύει τη σημαντικότητά της.

Στις περιπτώσεις λοιπόν όπου το θύμα μεταφέρεται στο κέντρο υγείας, έχει ήδη δοθεί σε αυτό σημαντικό βαθμού φροντίδα από το πλήρωμα του ασθενοφόρου.



Σκοπός του Κ.Υ. όταν παραλαμβάνει ένα επείγον περιστατικό είναι να το ανατάξει – σταθεροποιήσει, να αξιολογήσει την κατάσταση του θύματος κατά πόσο είναι απειλητική για τη ζωή, να το θεραπεύσει και στην περίπτωση που δεν μπορεί να το θεραπεύσει να εξασφαλίζει για αυτό μια ασφαλή διακομιδή, στο κατάλληλο νοσοκομείο.

Η διακομιδή αυτή μπορεί να γίνει εφόσον :

- Εξασφαλιστούν οι βασικές λειτουργίες του περιστατικού σύμφωνα με τον μνημοτεχνικό κανόνα A(airway) B(breathing) C(circulation) D(disability) E(environment) όσο είναι αυτό δυνατό από το προσωπικό και τον τεχνολογικό εξοπλισμό τον οποίο διαθέτουν.
- Γίνει σωστά και άμεσα η λήψη ιστορικού (λαμβάνοντας υπόψιν το ιστορικό από το πλήρωμα του Ε.Κ.Α.Β., κάποιον συγγενή ή πολίτη που έτυχε να είναι παρών στον τόπο του ατυχήματος).
- Ανανέωση – ενημέρωση του ιστορικού του ασθενούς (ειδικά εάν υποπτευόμαστε κακώσεις Α.Μ.Σ.Σ. ή ενυπάρχει οποιαδήποτε άλλη αιτία πιθανής επιδείνωσης της κατάστασης του περιστατικού. Είναι χρήσιμο να αναφέρει μέσα μέχρι και τι μπορεί να υποψιάζεται ο νοσηλευτής και ο ιατρός για την περίπτωση που αντιμετωπίζουν, έτσι ώστε να μεταφερθεί ως πληροφορία και αργότερα να διερευνηθεί από το προσωπικό του νοσοκομείου.)
- Εξασφάλιση φλεβικής οδού
- Χορήγηση σκευασμάτων (φαρμάκων) για την αντιμετώπιση συμπτωμάτων.

Αφού γίνουν οι ενέργειες αυτές, το προσωπικό του Κ.Υ. κρίνει σε ποιο νοσοκομείο θα πρέπει να κατευθυνθεί το περιστατικό, όπου θα του παρέχουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα (Mengert – Eisenberg – Copass., 2000), (Κυριακίδου Ε.,2000).

## 2.9 Η νοσηλευτική σε επείγουσες καταστάσεις στο Κέντρο Υγείας

Σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας σε ένα επείγον περιστατικό θα πρέπει να είναι:

1. Η άμεση αντιμετώπιση των απειλητικών για τη ζωή προβλημάτων του



ασθενούς (π.χ. αρτηριακή αιμορραγία, πνευμοθώρακας υπό τάση, αυξημένη αρτηριακή πίεση, κ.α.).

2. Η υποστήριξη της ζωής του αρρώστου (τεχνικές βασικής ή εξειδικευμένης υποστήριξης ζωής).

3. Πρόληψη της αναπηρίας (σωστή τοποθέτηση και μεταφορά του ασθενούς).

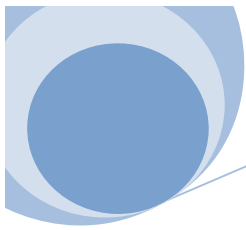
4. Προαγωγή της ανάρρωσής του.

Οι νοσηλευτικές προτεραιότητες σε επείγουσες καταστάσεις καθορίζονται από την τακτική και τον τύπο του τμήματος στο οποίο εργάζεται ο/η νοσηλεύτης-τρια. Ανεξάρτητα από αυτό όμως υπάρχουν κοινές γνώσεις και δεξιότητες πάνω στο επείγον περιστατικό οι οποίες δεν μπορούν να παραλειφθούν. Αυτές είναι:

- Λήψη ακριβούς αλλά σύντομου και επικεντρωμένου νοσηλευτικού ιστορικού.
- Εφαρμογή βασικών και προηγμένων μέτρων διατήρησης της ζωής.
- Γνώση όλων των ηλικιακών ομάδων και των προβλημάτων υγείας που συχνά συνεπάγονται.
- Την ικανότητα να διεξάγουν μια μεγάλη σειρά από διαγνωστικές εξετάσεις όπου και όταν αυτές χρειάζονται .
- Η δυνατότητα άμεσης παρατήρησης, σωστής εκτίμησης και σωστής παρέμβασης στην επείγουσα κατάσταση του αρρώστου.
- Γνώσεις φροντίδας υγείας αλλά και της δυνατότητας μετάδοσης – διδασκαλίας τους.
- Γνώσεις που θα καθιστούν το νοσηλευτικό προσωπικό ικανό να συνηγορεί για την φρονίδα και την κατεύθυνσή της.
- Ικανότητα και δεξιότητα στη χρησιμοποίηση τεχνικών παρέμβασης κρίσης (Mengert – Eisenberg – Copass., 2000).

### **2.9.1 ΓΕΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ**

1. Συστηθείτε και ενημερώστε για το μέρος της λειτουργίας σας, ως μέλος της υγειονομικής ομάδας τον κάθε άρρωστο και την οικογένειά του.
2. Διατηρείστε μια ήρεμη και ενθαρρυντική στάση.



3. Αξιοποιείτε την παρατηρητικότητα σας για μια γρήγορη αξιολόγηση του ασθενούς.

### **2.9.2 ΜΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΙ**

- § Γενική εμφάνιση του αρρώστου
- § Κατάσταση συνείδησης
- § Αναπνευστική και κυκλοφορική λειτουργία
- § Παρουσία κατάστασης shock ή επικείμενου shock
- § Σημεία ανοικτής αιμοραγίας, αιματώματος ή εκχυμώσεων
- § Ικανότητα του ασθενούς να κινεί τα άκρα του σωστά
- § Σημεία φανεράς παραμόρφωσης, ευαισθησίας, παρα φύση κίνησης και/ή πόνου σε υποψία κατάγματος

4. Η παρέμβαση και η εκτίμηση οφείλουν να γίνονται ταυτόχρονα σε περίπτωση άμεσης απειλής της ζωής.

5. Η εκτίμηση καθώς και η οργάνωση των εργασιών πρέπει πάντοτε να γίνεται με τον μνημοτεχνικό κανόνα.

A (airway- αεραγωγός)

B (breathing – αναπνοή)

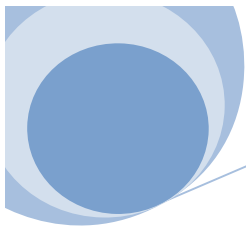
C (circulation – κυκλοφορία)

D (disability – νευρολογικά)

E (environment – περιβάλλον)

6. Λήψη ιστορικού επικεντρωμένη στο πρόβλημα του αρρώστου.

- § Εξηγούμε το σκοπό της συλλογής των πληροφοριών. Έτσι εξασφαλίζουμε σε ένα σημείο την συνεργασία του ασθενούς ή/και των συγγενών.
- § Συγκεντρώνουμε την προσοχή μας στο κύριο πρόβλημα του ασθενούς.



- § Καταγράφουμε σύμφωνα με τα λόγια του αρρώστου οι κύριες λεπτομέρειες που μας ενδιαφέρουν είναι
  - ü πότε ξεκίνησε
  - ü πόσος χρόνος έχει περάσει από τότε
  - ü πώς έχει διαμορφωθεί το πρόβλημά του έως τώρα

Εάν υπάρχει η δυνατότητα εκμαιεύουμε τις εξής σημαντικές πληροφορίες σχετικά με το σύμπτωμά του:

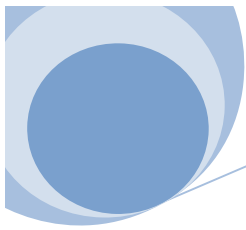
- § Εντόπιση και ακτινοβολία
- § Χαρακτήρας και ποιότητα
- § Την εμφάνιση του συμπτώματος σε καθημερινές δραστηριότητες.
- § Τι επιδεινώνει και τι μειώνει την επίδραση του συμπτώματος.
- § Άλλα συμπτώματα που μπορεί να εμφανίζονται

**7.** Περάστε στη δευτερογενή εκτίμηση και συνεχίστε να μαζεύετε πληροφορίες σχετικά με το ιστορικό υγείας.

- § Αλλεργίες σε φάρμακα, κεντρίσματα εντόμων, γύρη, φαγητά
- § Φάρμακα που έλαβε όταν ξεκίνησαν τα συμπτώματα ή άλλη αγωγή που λαμβάνει χρόνια και μη.
- § Καρδιοαναπνευστικές νόσους
- § Σακχαρώδη διαβήτη
- § Υπέρταση
- § Ιστορικό Αγγειακού επεισοδίου
- § Νεφρικά προβλήματα
- § Σε περιστατικό εγκαυματικής νόσου ή τραυματισμού είναι πολύ σημαντική η ακριβής ημερομηνία εμβολιασμού για τέτανο.

**8.** Αποφεύγουμε απότομες μετακινήσεις και μεταφορές σε σοβαρά τραυματισμένους, ενώ χρησιμοποιούμε κατάλληλο εξοπλισμό και δεξιότητες σε υποψία κάκωσης Α.Μ.Σ.Σ.

**9.** Παρατηρούμε λεπτομερώς το σώμα του ασθενούς για τυχόν κακώσεις που παραλείψαμε (π.χ. αμυχές στο τριχωτό της κεφαλής).



### **2.9.3 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΕΦΑΛΗΣ**

Πρατηρούμε :

- § Βατότητα αεραγωγών
- § Επίπεδο συνείδησης
- § Προσανατολισμό του ασθενούς
- § Αντίδραση των κορών
- § Κινητικότητα βολβών
- § Παρατηρούμε οποιαδήποτε ορατή βλάβη, όπως αιμάτωμα, αιμορραγία, εκροή εγκεφαλονωτιαίου υγρού από τα αφτιά ή τη μύτη, παρουσία ξένων σωμάτων, ασυμετρίας
- § Εκτίμηση σκορ κλίμακας Γλασκώβης
- § Εκτιμούμε το επίπεδο βλάβης της σπονδυλικής στήλης

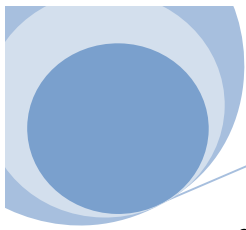
#### **ΨΗΛΑΦΗΣΗ**

- § Ψηλαφούμε το τριχωτό της κεφαλής ήπια και προχωρώντας τα δάχτυλα μέσα στα μαλλιά του αρρώστου ψάχνοντας για τραύματα, αιματώματα ή εμπιέσματα της κεφαλής.
- § Το πρόσωπο για ανωμαλίες στην επιφάνειά του και ευαισθησία.
- § Κατα μήκος της σπονδυλικής στήλης.

### **2.9.4 ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ**

#### **ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ**

- § Χρώμα του αρρώστου
- § Θέση στην οποία διευκολύνεται περισσότερο η αναπνοή του
- § Εάν ο ασθενής κάνει χρήση των επικουρικών μυών κατά την αναπνοή
- § Συχνότητα, χαρακτήρας και βάθος αναπνοών
- § Πιθανή αμφοτερόπλευρη κίνηση των τοιχωμάτων του θώρακα και συμμετρία του θώρακα



- § Παράδοξη κίνηση
- § Φλέβες τραχήλου σε ανάροπη θέση
- § Ανοικτή εξωτερική βλάβη και συνοδά τραύματα
- § Μώλωπες
- § Άλλες ουλές

#### ΨΗΛΑΦΗΣΗ ΓΙΑ:

- § Παραμορφώσεις
- § Υποχωρήσεις πλευρών
- § Ευαίσθητες περιοχές
- § Τραχειακή παρέκκλιση
- § Παρουσία μαζών
- § Κριγμό

#### ΑΚΡΟΑΣΗ

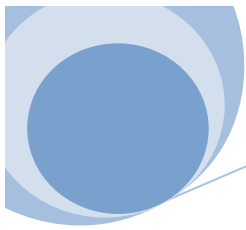
- § Ομοιομορφία ήχων ετερόπλευρα
- § Καρδιακών ήχων (προσοχή στην πιθανότητα κάποιας αρρυθμίας).

#### ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

- § Υφή και χρώμα δέρματος
- § Παρουσία αλλοιώσεων
- § Τύπου κατανομής τριχών
- § Σχήματος κοιλίας έλεγχος για ύπαρξη συμμετρίας
- § Κοιλιακή περιφέρεια για ύπαρξη περισταλτισμών ή παρουσία παλμών

#### ΑΚΡΟΑΣΗ ΓΙΑ

- § Εντερικούς ήχους - σημείωση ποιότητας και ρυθμού
- § Παρουσία άλλων ήχων π.χ. τριβής



## ΨΗΛΑΦΗΣΗ ΓΙΑ

- § Παρουσία μαζών
- § Κατάσταση κοιλιακών μυών
- § Ευαίσθητες περιοχές
- § Ευαισθησία πλευροσπονδυλικής γωνίας

## 2.9.5 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

### ΕΠΙΣΚΟΠΙΣΗ

- § Χρώματος του πάσχοντος μέρους
- § Παραμορφώσεις (ειδικά στα άκρα, χρειάζεται ιδιαίτερη σημασία στην παρουσία οιδήματος, εκχυμώσεων, ασυμμετρίας και ερυθρότητας)
- § Ικανότητα εκκούσιας κίνησης

### ΨΗΛΑΦΟΥΜΕ

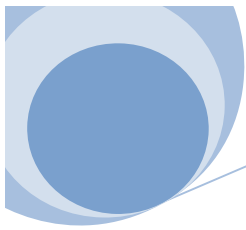
- § Τον σφυγμό περιφερικά της κάκωσης
- § Την ευαισθησία στον πόνο της τραυματισμένης περιοχής αλλά και περιφερικά αυτής (ύπαρξη παραισθησίας)

### 10. Αναγράφουμε όλα τα δεδομένα συμπεριλαμβανομένων και:

- § Του συγκεντρωτικού ιστορικού
- § Των ευρυμάτων από την εκτίμηση ανα σύστημα
- § Των ζωτικών σημείων μαζί με τα χρονικά διαστήματα που αυτά λήφθηκαν
- § Όλων των παρεμβάσεων που έγιναν για την φροντίδα της υγείας του ασθενούς

### 11. Αναφέρουμε τα δεδομένα που καταγράψαμε και στην υπόλοιπη ομάδα.

### 12. Ταξινομούμε τους ασθενείς ανάλογα με τις παθήσεις τους καθώς και το τμήμα που θα πρέπει να διακομισθούν.



**13.** Αξιολογούμε τις ανάγκες αυτοφροντίδας και διδασκαλίας του ασθενούς τόσο για την ανάρρωση όσο και για την αποκατάστασή του (PHTLS, 2009) (Cecil, 2002).

## **2.10 Η Νοσηλευτική Διέργασία στο Κέντρο Υγείας**

Η νοσηλευτική διεργασία όπως προείπαμε, είναι μια μέθοδος οργάνωσης των νοσηλευτικών παρεμβάσεων. Ικανή να ανταπεξέλθει σε όλες τις ανάγκες και απαιτήσεις, που καλείτε ο νοσηλευτής να αντιμετωπίσει, όσο σοβαρή και αν είναι η πάθησή του ασθενούς που χρίζει φροντίδας. Στην περίπτωση του επείγοντος περιστατικού, θα πρέπει ο νοσηλευτής που τη χρησιμοποιεί να είναι ευέλικτος. Να προσαρμόζεται στις ανάγκες του περιστατικού, οι οποίες μπορεί να αλλάξουν ανα πάσα στιγμή και να μπορεί να την αναθεωρεί ανάλογα με τις συνθήκες.

### **2.10.1 Νοσηλευτική παρέμβαση σε ένα επείγον παθολογικό περιστατικό**

#### **Σενάριο:**

Στις 11:45 π.μ. εισέρχεται στο κέντρο υγείας ασθενής ηλικίας 54 ετών. Εμφανίζει έντονο προκάρδιο άλγος, το οποίο δεν έχει υποχωρήσει με ξεκούραση, έχοντας δείκτη μάζας σώματος 30 και ιστορικό καπνίσματος δύο πακέτων τσιγάρα ημερησίως, για 25 χρόνια. Εμφανίζει επίσης δύσπνοια καθώς και έντονη όψη πάσχοντος. Εισάγεται για αντιμετώπιση του θωρακικού άλγους και εκτίμηση της κατάστασής του.

**Πρόβλημα – Νοσηλευτική Διάγνωση :**

Θωρακικός πόνος ο οποίος δεν υποχωρεί με νιτρώδη και αντανακλά στον ώμο του ασθενούς.

Δύσπνοια η οποία επιδεινώνεται. Στην φυσική εξέταση βρέθηκαν, έντονη εφίδρωση ωχρότητα για λιποθυμία. Το περιστατικό μας οδηγεί στην διάγνωση, εμφράγματος του μυοκαρδίου.

**Υποστηρικτικά δεδομένα της αξιολόγησης:** *Υποκειμενικά:* Έλαβε δισκία νιτρογλυκερίνης πριν την εισαγωγή χωρίς καμιά υποχώρηση του πόνου.

*Αντικειμενικά:* Ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου. Αρτηριακή Πίεση 100/70 mm hg, καρδιακή συχνότητα 90 παλμοί/λεπτό, συχνότητα αναπνοών 26/λεπτό, κορεσμός αιμοσφαιρίνης 92% με χορήγηση οξυγόνου 5L/λεπτό μέσω μάσκας προσώπου.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
1.Ατομικά προστασίας νοσηλευτή από τυχόν απεκρρίσεις ασθενούς.	Εξασφάλιση προστασίας	Προστατευόμεστε κάθε νοσηλευτική πράξη	Φοράμε γάντια και μάσκα πριν προσεγγίσουμε τον ασθενή	Ατομική προστασία επιτεύχθηκε
2.Πιθανότητα επιμόλυνσης ασθενούς	Προφύλαξη του ασθενούς από επιμόλυνση πριν	Προφύλαξη του ασθενούς από επιμόλυνση πριν	Χρήση κατάλληλων προστασίας	Προφύλαξη επιτεύχθηκε



	από κάθε νοσηλευτική παρέμβαση	από κάθε νοσηλευτική παρέμβαση		
3.Γρήγορη εκτίμηση του πάσχοντος μέσω του A,B,C,D	Εκτίμηση της δύσπνοιας του ασθενούς	Μετράμε συχνά τις αναπνοές του ασθενή για οποιαδήποτε μεταβολή	Έλεγχος αναπνοής ρυθμού, έντασης	Η δύσπνοια του ασθενούς εκτιμή- θηκε και ανάλο- γα μέτρα πάρ- θηκαν
4.Αντιμετώπι- ση της δύσπνοιας	Να επανέλθει η ανα- πνοή στα φυσιολογικά επίπεδα	Χορήγηση οξυγόνου αλλαγή θέσης του ασθενούς υποστηρικτικής αγωγής σε συνεργασία με το γιατρό	Χορήγηση οξυγόνου 5L/λεπτό με προσώπου τοποθέτηση ασθενούς σε ημικαθιστική θέση	Ο κορεσμός του οξυγόνου αυξήθηκε στο 96%. Δεν Χρειάστηκε φαρμακευτική αγωγή
5.Σύνδεση του ασθενή με ΗΚΓ	Εξακρίβωση της διάγνωσης με ΗΚΓ	Σύνδεση του ΗΚΓ στον ασθενή- παρακολούθηση επαρμάτων QRS και ST συνεχή επανε-	Παρατηρήθη- καν αλλοιώ- σεις στα επάρματα QRS και ST	Έγινε εκτίμηση του ΗΚΓ και δόθηκε στον θεράπων ιατρό

		κτίμηση		
6.Αντιμετώπιση θωρακικού άλγους	Υποχώρηση του θωρακικού άλγους λεπτών	Αξιολόγηση του επιπέδου του πόνου και της περαιτέρω παρέμβασης φαρμακευτική κατόπιν συνεννοήσεως με το γιατρό	Ο πόνος αξιολογήθηκε χορηγήθηκε αγωγή για αντιμετώπισή του	Ο πόνος υποχώρησε εντός του χρονικού περιθωρίου
7.Ανάγκη Θρομβολυτική αγωγή	Προετοιμασία του ασθενούς για θρομβολυτική αγωγή εαν επιβεβαιωθεί το έμφραγμα	Εξασφάλιση Φλεβικής Γραμμής-ετοιμασία φαρμάκων θρομβολυτικής αγωγής	Φλεβοκέντηση του ασθενούς	Φλεβική Γραμμή εξασφαλίστηκε
8.Διακομιδή του ασθενούς στο νοσοκομείο	Προετοιμασία του ασθενούς για μεταφορά στο νοσοκομείο στην περίπτωση επιβεβαίωσης της διάγνωσης	Επιβεβαίωση διάγνωσης εμφράγματος Κλήση του Ασθενοφόρου και συνεννόηση με το αρμόδιο	Κλήση του ασθενοφόρου και συνεννόηση με το αρμόδιο τμήμα του νοσοκομείου που θα	Ο ασθενής Μεταφέρθηκε με το ασθενοφόρο στο νοσοκομείο

		τμήμα του νοσοκομείου που θα μεταφερθεί ο πάσχων	μεταφερθεί ο πάσχων	
--	--	--	------------------------	--

### 2.10.2 Νοσηλευτική παρέμβαση σε ένα επείγον χειρουργικό περιστατικό

**Σενάριο :** Ο ασθενής 40 χρονών προσήλθε στο κέντρο υγείας με το ασθενοφόρο μετά από

ατύχημα. Εμφανίζει έγκαυμα στο αριστερό πόδι και έχει τα εξής συμπτώματα:

Δεκατική πυρετική κίνηση, πόνο, δυσκολία στη κίνηση του αριστερού ποδιού και αίσθημα κόπωσης.

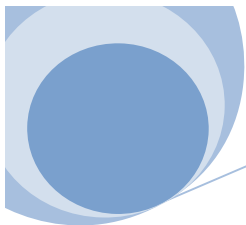
**Πρόβλημα- Νοσηλευτική Διάγνωση:** Πυρετική κίνηση, πόνος, κόπωση, διαταραγμένος όγκος υγρών σχετιζόμενος με την απώλεια υγρών μέσω των εγκαυματικών τραυμάτων

**Υποστηρικτικά δεδομένα της αξιολόγησης:** Αντικειμενικά: Μερικού πάχους εγκαύματα στο αριστερό πόδι. Οι εγκαυματικές περιοχές είναι οιδηματώδεις.



ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
1.Ατομικά προστασίας νοσηλευτικού προσωπικού	Πρόληψη σε περίπτωση επαφής με απεκρίσεις ασθενούς	Παίρνουμε πάντοτε τα κατάλληλα μέτρα προστασίας πριν από κάθε νοσηλευτική πράξη	Φοράμε γάντια και μάσκα πριν προσεγγίσουμε τον ασθενή προστασίας	Ατομική προστασία επιτεύχθηκε
2.Πιθανότητα επιμόλυνσης ασθενούς	Προφύλαξη του ασθενούς επιμόλυνση πριν από κάθε νοσηλευτική παρέμβαση	Προφύλαξη του ασθενούς από επιμόλυνση πριν από κάθε νοσηλευτική παρέμβαση	Χρήση Κατάλληλων μέτρων προστασίας	Προφύλαξη επιτεύχθηκε
3.Διόρθωση του όγκου υγρών	Να αυξηθεί ο όγκος προσλαμβανόμενων υγρών	Εντός μικρού χρονικού διαστήματος να γίνει φλεβοκέντηση και να χορηγηθούν	Φλεβοκέντηση και χορήγηση ορού ringers	το ισοζύγιο επανήλθε στο φυσιολογικό σε μικρό χρονικό διάστημα

		κατάλληλοι οροί		
4. Δεκατική πυρετική κίνηση	Φυσιολογική θερμοκρασία	ΰψη παρακολού- θηση θερμοκρα- σίας ασθενούς	Χορήγηση αντιπυρετικών εάν θ.> 38C	Έλεγχος θερμοκρα- σίας σώματος ασθενούς. Να είναι σε φυσιολογικά επίπεδα.
5. Αίσθημα πόνου	Να ανακουφι- στεί ο ασθενής από τον πόνο	Χορήγηση κατάλ- ληλης αγωγής.	Χορήγηση αντιβιο- τικής αγωγής βάση των οδηγιών του θεράπων ιατρού.	Σταδιακή υποχώρη- ση πόνου
6. Αίσθημα κόπωσης	Να νιώσει ο ασθενής καλύ- τερα και ξεκού- ραστος	Παρότρυνση για ανάπαυση, καλή διατροφή, ενυδά- τωση και ελάττωση των πυρετικών κυμάτων.	Συμβουλή συγγενικού περιβάλλοντος για να τηρούνται οι ώρες ανάπαυσης του ασθενούς. Σωστή δίαιτα. Παρότρυνση για λήψη υγρών.	Αίσθημα ευεξίας
7. Διακομιδή τραυματία	Μόλις η κατάστα- ση του εγκαυμα- τία σταθεροποιη- θεί να μετα- φερθεί στο κατάλληλο νοσοκομείο	Να γίνουν οι σχετικές συννεοήσεις με το ασθενοφόρο που θα τον μεταφέρει και το νοσοκομείο που θα παραλάβει τον εγκαυματία	Έγιναν οι σχετικές συννεοήσεις	Ο εγκαυματίας μεταφέρθηκε στο νοσοκομείο



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

#### 3.1 Ο όρος Κοινότητα στη νοσηλευτική

Μέσα από τη πάντα επίκαιρη διακήρυξη της άλμα άτα το 1978 θεσπίστηκε η συμβολή της κοινότητας σαν ένα απαραίτητο και δομικό στοιχείο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Υπάρχουν κατά την Tucker περισσότεροι από εκατό ορισμοί της κοινότητας, αφού ο όρος κοινότητα χρησιμοποιείται από τους λατινικούς ακόμη χαρακτήρες ως *communitas*. Η Hillery μελέτησε ενενήντα τέσσερις από αυτούς και διεπίστωσε ότι ο πιο κοινός τομέας συμφωνίας είναι ο αναφερόμενος στην «ύπαρξη κοινών σκοπών, ενδιαφερόντων και μέσων», που αναφερόταν σε είκοσι από αυτούς τους ορισμούς. Ο όρος κοινότητα για το νοσηλευτή, που έχει ως πεδίο δράσης του την Π.Φ.Υ. έχει ιδιαίτερη σημασία και οφείλει να εντρυφήσει στην κατανόηση του όρου.

Η κοινότητα είναι το δυναμικό πλαίσιο στο οποίο θα κινηθεί ανάμεσα στην υγεία και την ασθένεια. Για να είναι σαφείς οι σκοποί και τα αποτελέσματά του, θα πρέπει να διευρύνει τόσο τις γνώσεις και τις δεξιότητές του όσο και το φάσμα της εκάστοτε κοινότητας-κοινωνίας που καλείται να εργαστεί. Ο Shamansky βλέπει την κοινότητα από τρεις απόψεις : α) Ποιός, β) Πού και πότε, γ) Γιατί και πώς. Ο ορισμός που συνδέει τους τρεις αυτούς παράγοντες και τους συσχετίζει, έχει ως βάση τις δυνατότητες του κάθε ατόμου, το σύνολο των ομάδων (ηλικιακές, μορφωτικές, κινδύνου, κ.α.), τους οργανισμούς που δραστηριοποιούνται στην κοινότητα καθώς και τα ιδρύματα και τις υπηρεσίες.

*Επομένως, ως Κοινότητα μπορεί να ορισθεί, η ομάδα ατόμων μεταξύ των οποίων υπάρχει κάποιος κοινός δεσμός που τους οδηγεί σε επικοινωνία τα οποία άτομα λειτουργούν συλλογικά σε σχέση με αυτό το κοινό ενδιαφέρον ή σκοπό (Clark M., 1984).*

Ένας δεύτερος ορισμός που δόθηκε από μια ομάδα ειδικών επιστημόνων του Π.Ο.Υ. που συναντήθηκε στη Γενεύη το 1974 με αντικείμενο μελέτης την κοινοτική νοσηλευτική έδωσε τον παρακάτω ορισμό:

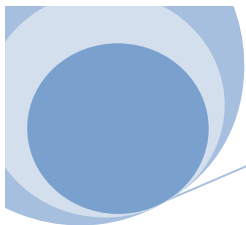
*Κοινότητα είναι μια κοινωνική ομάδα την οποία χαρακτηρίζουν τα κοινά γεωγραφικά όρια ή κοινές αξίες, πεποιθήσεις και ενδιαφέροντα. Τα μέλη της γνωρίζονται και επικοινωνούν μεταξύ τους. Λειτουργεί σε ένα ιδιαίτερο, συγκεκριμένο κοινωνικό περίγυρο, δημιουργεί συγκεκριμένους νόμους λειτουργίας, αξίες και κοινωνικά ιδρύματα και οργανισμούς. Το άτομο ανήκει στην ευρύτερη κοινωνία μέσω της οικογένειας και της κοινότητας στην οποία ζει. (WHO,1974).*

Η υγεία του ατόμου και της ομάδας, σύμφωνα με τα συμπεράσματα της πιο πάνω επιτροπής, προσδιορίζεται από την ανθρώπινη βιολογία, το περιβάλλον, τον τρόπο ζωής της κοινότητας και το σύστημα υγείας. Είναι λοιπόν απαραίτητο για το νοσηλευτή να αντιληφθεί τη λειτουργία της κοινότητας να ανακαλύψει τυχόν αδυναμίες και να αναπτύξει τις δυνατότητές της. Η κοινότητα δεν δέχεται εύκολα περιορισμούς προτιμά να συνδυάσει περισσότερο την υγεία με τη διασκέδαση, απαιτεί αποδεκτές πρακτικές, αποτελεσματικές και οικονομικά προσιτές. Η νοσηλευτική που καλείται να καλύψει αυτή την πλευρά της κοινότητας ονομάζεται κοινοτική νοσηλευτική και είναι μια μέθοδος επιστημονικής επίλυσης των προβληματισμών αυτών.

### **3.2 Κοινοτική νοσηλευτική (ορισμός-σκοποί)**

Κοινοτική νοσηλευτική είναι η σύγχρονη και συντονισμένη προσπάθεια εξασφάλισης ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας στα άτομα, τις οικογένειες και το σύνολο της κοινότητας με βάση τις ανάγκες υγείας τους. Αυτό απαιτεί από το 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 ο οποίος συνδυάζει επιστημονικές γνώσεις και δεξιότητες προερχόμενες τόσο από τη Νοσηλευτική όσο και από τη Δημόσια υγιεινή, τις οποίες εφαρμόζει με προσανατολισμό στις συνολικές ανάγκες του πληθυσμού της κοινότητας, δίνοντας έμφαση στην υγεία παρά στην ασθένεια, συνεργαζόμενη με άλλους επιστήμονες και ειδικούς στο χώρο υγείας, προωθώντας την ενεργό συμμετοχή των ατόμων της κοινότητας σε θέματα υγείας.



Η κοινοτική νοσηλευτική σύμφωνα πάντα με τον Καναδικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών έχει τους πιο κάτω σκοπούς:

1. Πρόληψη της αρρώστιας και περιορισμό της εξέλιξής της.
2. Περιορισμό των επιπτώσεων μιας αναπόφευκτης αρρώστιας.
3. Εξασφάλιση επιδέξιας επιστημονικής φροντίδας 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.

### 3.3 Ιστορική αναδρομή της Κοινοτικής Νοσηλευτικής

#### Πρώτο στάδιο 1859 – 1900

Στη διάρκεια αυτής της χρονικής περιόδου η κοινοτική νοσηλευτική προσέφερε τις υπηρεσίες της εθελοντικά. Το έτος 1859 ο Will Ratbone, Άγγλος φιλόanthρωπος αναγνωρίζοντας ο ίδιος τη σημασία της νοσηλείας στο σπίτι, από κάποια του εμπειρία προσέλαβε την αδελφή Mary Robinson με σκοπό να προσφέρει τις υπηρεσίες της σε μια ομάδα φτωχών στο Liverpool. Έτσι έχουμε το πρώτο ξεκίνημα του θεσμού.

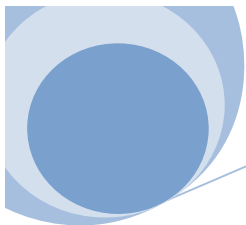
Συγχρόνως αναπτύσσεται ο θεσμός στις Η.Π.Α. με την Francis Root. Παράλληλα με την φροντίδα που παρείχαν στους ασθενείς τους οι κοινοτικές νοσηλεύτριες τους δίδασκαν καθαριότητα και τρόπους υγιεινής διαβίωσης.

Η Florence Nightingale τις ονόμασε **νοσηλεύτριες υγείας** και το όραμά της ήταν μια μέρα να μην υπάρχουν νοσηλεύτριες μόνο για τους αρρώστους αλλά και για τους υγιείς.

#### Δεύτερο στάδιο 1900 – 1930

Από τις αρχές του αιώνα μας, η κοινοτική νοσηλευτική βελτιώθηκε, ξεπέρασε την φιλανθρωπική της μορφή και παράλληλα άρχισε να ασχολείται και με τον υγιή πληθυσμό. Στις Η.Π.Α. η κοινοτική νοσηλευτική άρχισε να εστιάζεται στη δημόσια





υγεία, έτσι ο ρόλος της κοινοτικής (επισκέπτριας) νοσηλεύτριας άρχισε να επεκτείνεται.

### **Τρίτο στάδιο 1930 – 1970**

Στην περίοδο αυτή η δημόσια υγιεινή αναπτύσσεται περαιτέρω και ο ρόλος της νοσηλεύτριας διαγράφεται εντονότερα. Στην Ελλάδα ο θεσμός άρχισε το 1923, αφορμή ήταν η επιδημία του Δάγκειου πυρετού που μάζιζε την Ελλάδα. Τότε διαφάνηκε η ανάγκη για εκπαίδευση νοσηλευτών σε θέματα δημόσιας υγείας.

Το 1930 ζητήθηκε από τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό (Ε.Ε.Σ.) η ίδρυση σχολής βοηθών νοσηλευτών δημόσιας υγιεινής.

Το 1937 ιδρύθηκε στην υγειονομική σχολή Αθηνών, η ανωτέρα σχολή Επισκεπτριών αδελφών νοσοκόμων τριετούς φοίτησης που έδινε πτυχίο γενικής νοσηλευτικής και νοσηλευτικής δημόσιας υγιεινής.

Το 1960 τέθηκε σε πλήρη εφαρμογή το πρόγραμμα δημόσιας υγιεινής της νοσηλευτικής σχολής του Ε.Ε.Σ. και το 1962 ιδρύεται η ανωτέρα Σχολή Αδελφών Επισκεπτριών του ΠΙΚΠΑ.

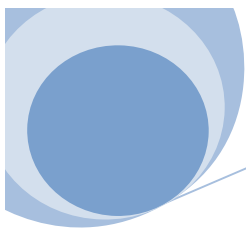
Η περίοδος αυτή ήταν ορόσημο για την περαιτέρω εξέλιξη της κοινοτικής νοσηλευτικής στην Ελλάδα.

### **Τέταρτο Στάδιο 1970 μέχρι σήμερα.**

Από το 1970 και μετά, η κοινοτική νοσηλευτική πήρε τη σημερινή της μορφή. Τόπος δράσης της, είναι η κοινότητα και αντικείμενο της κοινότητας είναι ο άρρωστος και ο υγιής.

Το 1973 με τη διεθνή συνδιάσκεψη στην Alma-Ata διαμορφώθηκε η ιδέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και ο ρόλος της κοινοτικής νοσηλευτικής αναβαθμίστηκε.

Το 1972 στην Ελλάδα οι 3 σχολές (Ε.Ε.Σ., ΠΙΚΠΑ, και Υγειονομικής Σχολής Αθηνών) μετατράπηκαν με διάταγμα σε σχολές τετραετούς φοίτησης. Στον 4<sup>ο</sup> χρόνο οι σπουδάστριες έπαιρναν ειδικότητα της δημόσιας υγιεινής.



Το 1985 όλες οι σχολές εντάχθηκαν στις Σ.Ε.Υ.Π. του Τ.Ε.Ι. και τα προγράμματα τροποποιήθηκαν (Κουρκούτα Λαμπρινή Ι., 2010).

### 3.4 Χαρακτηριστικά Κοινοτικής Νοσηλευτικής

Η Κοινοτική Νοσηλευτική έχει τα πιο κάτω 6 χαρακτηριστικά γνωρίσματα:

1. Είναι τμήμα και αναπόσπαστος κλάδος της Νοσηλευτικής.
2. Συνδυάζει γνώσεις και δεξιότητες Νοσηλευτικής και Δημόσιας Υγιεινής.
3. Είναι προσανατολισμένη στις συνολικές ανάγκες του πληθυσμού της κοινότητας.
4. Δίνει 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 (Spradley B., 1990).

### 3.5 Διαφορές άσκησης Γενικής και Κοινοτικής Νοσηλευτικής

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 κοινότητας δεν θεωρούνται 'άρρωστα', γι'αυτό και υπάρχουν συγκεκριμένες διαφορές στην άσκηση της Κοινοτικής σε σχέση με τη Γενική Νοσηλευτική.

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 μακροχρόνια, 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 φροντίδας 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 του νοσηλευτή στη 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 φροντίδας. 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 στη κοινότητα, ώστε ο νοσηλευτής να γνωρίζει τα πλαίσια μέσα στα οποία μπορεί να κινηθεί (Williams C., 1986).

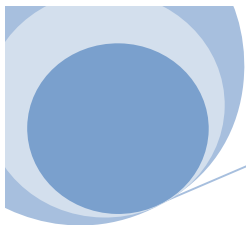
Το συμβούλιο Υπηρεσιών Κοινωνικής Νοσηλευτικής της Αυστραλίας (ACCNS) έχει καθορίσει τα κριτήρια (standards) άσκησης της Κοινωνικής Νοσηλευτικής με βάση τα κριτήρια άσκησης του νοσηλευτικού έργου, όπως καθορίστηκαν από το Βασιλικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών της Αυστραλίας. Αυτά τα κριτήρια κατευθύνουν το νοσηλευτικό έργο στην Κοινότητα (Mc Murray A., 1990).

### 3.6 Προετοιμασία και χαρακτηριστικά του Κοινωνικού Νοσηλευτή

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

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

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



1. Βασικές νοσηλευτικές γνώσεις και δεξιότητες.
2. Γνώσεις σχετικά με την υγεία και την αρρώστια.
3. Καθαρή αντίληψη του αντικειμένου της Κοινωνικής Υγείας και Νοσηλευτικής.
4. Ικανότητα:
  - § Εφαρμογής της Νοσηλευτικής Διεργασίας (Αξιολόγηση, προγραμματισμό, εφαρμογή και εκτίμηση του αποτελέσματος της φροντίδας σε άτομα και ομάδες).
  - § Εφαρμογής συστήματος γραπτής επικοινωνίας, αλλά και δεξιότητες στη διανθρώπινη επικοινωνία. Δυνατότητα να διαβιβάζει το περιεχόμενο της Κοινωνικής Νοσηλευτικής στους αποδέκτες και επιστήμονες υγείας άλλων ειδικοτήτων και την κοινότητα γενικά.
  - § Να προγραμματίζει, ιεραρχεί και αντιμετωπίζει τα προβλήματα κατά προτεραιότητα.
  - § Να διδάσκει και καθοδηγεί άτομα και ομάδες.
  - § Να λύνει προβλήματα, να παίρνει αποφάσεις, να συλλαμβάνει και να επιφέρει αλλαγές, όπου χρειάζεται.
5. Γνώση των πηγών και μέσων που διαθέτει η κοινότητα καθώς και δυνατότητα να τα χρησιμοποιεί κατάλληλα.
6. Βασικές γνώσεις υπολογισμού κόστους και ωφελιμότητας.
7. Ικανότητα συνεργασίας με τους άλλους ανθρώπους (Παπαμικρούλη Σ.,1984).

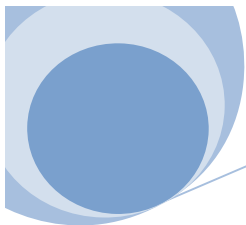
Όλες αυτές οι δυνατότητες αποκτώνται με γνώσεις από την Δημόσια Υγεία, τις ανθρωπιστικές επιστήμες, κοινωνικές επιστήμες, επιστήμες συμπεριφοράς, επιδημιολογία και νοσηλευτικές επιστήμες (Tigar N.,1980).

### 3.7 Ο ρόλος του Κοινοτικού Νοσηλευτή

Ο ρόλος του νοσηλευτή μέσα στην κοινότητα ποικίλει, αυτό οφείλεται επειδή η νοσηλεία δεν είναι επικεντρωμένη σε ένα άτομο ή μια ομάδα ατόμων με τα ίδια συμπτώματα και αντιμετώπιση. Αντίθετα μια ομάδα μπορεί να έχει μέλη με διαφορετικές νόσους, ενώ τα πολιτισμικά, κοινωνικά και οικονομικά υπόβαθρα των μελών να ποικίλουν. Οι νοσηλευτικές ανησυχίες έγκεινται στην παρακολούθηση και την διδασκαλία αυτών των ομάδων με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά. Ανεξάρτητα από την ομάδα όμως ο νοσηλευτής μπορεί να παρέχει τις απαραίτητες επιμορφωτικές πληροφορίες για την ανάπτυξη δεξιοτήτων και στάσεων προσανατολισμένων προς την υγεία, με τον κίνδυνο όμως οι γνώσεις αυτές να μην γίνουν αντιληπτές από το κοινό. Αποτέλεσμα αυτού είναι να προκύπτουν εξαρτημένες και ανεξάρτητες μεταβλητές μεταξύ της κοινότητας και του νοσηλευτή.

Ο ρόλος λοιπόν του νοσηλευτή μέσα στην κοινότητα μπορεί να χωριστεί σε δύο κυρίως λειτουργίες, σε εξαρτώμενες λειτουργίες από την ίδια την κοινότητα και σε ανεξάρτητες νοσηλευτικές λειτουργίες. Οι ανεξάρτητες λειτουργίες περιλαμβάνουν εκτίμηση, ανάλυση, διάγνωση, σχεδιασμό, εφαρμογή και αξιολόγηση που θα λειτουργήσουν για την προαγωγή της υγείας και την επιμόρφωση του κοινού σχετικά με αυτή.

Οι αλληλοεξαρτώμενες λειτουργίες περιλαμβάνουν τη συμμετοχή και συνεργασία της κοινότητας και συνήθως αλληλοεπικαλύπτονται με τις ανεξάρτητες μεταβλητές. Πρέπει λοιπόν, να υπάρχει συμμετοχή από όλους τους τομείς της κοινότητας, συμπεριλαμβανομένων της κυβέρνησης της παιδείας των επιχειρήσεων, των θρησκευτικών οργανισμών, της φροντίδας υγείας των μέσων επικοινωνίας, των εθελοντικών οργανώσεων και του δημοσίου. Η εκτίμηση θα καθοδηγείται από την εκτίμηση της κοινότητας και το μοντέλο σχεδιασμού, για να καθοριστούν τα προβλήματα υγείας, οι πηγές, οι αντιλήψεις και η προτεραιότητες για δράση. Θα υπάρχουν επιλεγμένοι και μετρήσιμοι στόχοι για να διαχειριστούν τα αποτελέσματα υγείας, τους παράγοντες κινδύνου, τη δημόσια ενημέρωση τις υπηρεσίες και την προστασία. Θα γίνονται κατανοητές πολλών απόψεων πολιτισμικές παραμβάσεις και τέλος παρακολούθηση και αξιολόγηση για να καθοριστεί εάν αυτοί οι στόχοι έχουν επιτευχθεί (Stanhope M., Lancaster J., 2011).



### 3.8 Κοινωνική Νοσηλευτική και Κέντρα Υγείας

Η Νοσηλευτική στην Ελλάδα αποτελεί μία από τις τρεις βασικές λειτουργίες του Κέντρου Υγείας, μαζί με την Ιατρική και Διοικητική Υπηρεσία, όπως καθορίστηκαν από το νόμο 1397/83 που διέπει τη λειτουργία των Κέντρων Υγείας, αφού σύμφωνα με τον ίδιο νόμο τα ΚΥ αποτελούν αποκεντρωμένες λειτουργικές μονάδες των Νοσοκομείων. Αναφέρθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο η ανάγκη συνεργασίας μεταξύ των διαφόρων επιστημόνων που αποτελούν την Ομάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδος Υγείας. Απαραίτητη προϋπόθεση γι' αυτό αποτελεί η συστηματική οργάνωση και λειτουργία της κάθε μιας επιστημονικής ειδικότητας. Η Νοσηλευτική υπηρεσία του Κέντρου Υγείας πρέπει να οργανωθεί με τέτοιο τρόπο, ώστε να μπορεί να εργάζεται αποδοτικά και να συνεργάζεται με όλα τα άλλα μέλη της ομάδας για την επιτυχία του κοινού σκοπού, που είναι η εξασφάλιση καλύτερης υγείας στον πληθυσμό της κοινότητας. Ο Κοινωνικός Νοσηλευτής που εργάζεται στο Κέντρο Υγείας, θα πρέπει να είναι προετοιμασμένος με την ανάλογη εκπαίδευση, ώστε να μπορεί να δίδει προληπτική και θεραπευτική αγωγή σε όλα τα άτομα της κοινότητας. Η νοσηλευτική ιεραρχία του Κέντρου Υγείας ακολουθεί την ιεραρχία του νοσοκομείου: 1. Προϊστάμενος/νη Κ.Υ., 2. Νοσηλευτές υπεύθυνοι τομέων, 3. Πτυχιούχοι νοσηλευτές, 4. Βοηθοί νοσηλευτές.

(Λιόνης Χ., Μαρκάκη Α., 2006)

### 3.9 Η Νοσηλευτική Διεργασία στην Κοινότητα

Η νοσηλευτική διεργασία είναι η διαδικασία κλειδί που θα χρησιμοποιήσει ο νοσηλευτής, ο οποίος θα έρθει αντιμέτωπος με τις ανάγκες υγείας της κοινότητας. Με τη βοήθεια της Ν.Δ. θα δημιουργηθεί μια ευέλικτη, κυκλική διαδικασία. Στόχος είναι η συνεχής επαναξιολόγηση των παρεμβάσεων στην κοινότητα, με τελικό ζητούμενο να είναι η καλύτερη υγεία των πολιτών, που ζουν σε αυτή. Οι προτεραιότητες στα

προβλήματα της κοινότητας μπορούν να ιεραρχηθούν, σύμφωνα με την κλίμακα Maslow της ικανοποίησης των ατομικών αναγκών.

#### ΚΛΙΜΑΚΑ MASLOW

- § Προσωπική ικανοποίηση
- § Εκτίμηση προσωπικής αξίας
- § Στοργή και αγάπη
- § Ανάγκη ασφάλειας
- § Φυσιολογικές ανάγκες

#### ΑΝΑΓΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ

- § Κοινωνική ικανοποίηση
- § Κοινωνική υπερηφάνεια
- § Ενημέρωση και συμμετοχή
- § Προστασία και ασφάλεια
- § Δραστηριότητες διατήρησης ζωής

Η λογική κυκλική σειρά που θα ακολουθηθεί στην Ν.Δ. είναι, ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ, ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ, ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ, ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ. Η συνεχής επαναξιολόγηση των διαδικασιών σε όλα τα βήματα θα είναι η πυξίδα του νοσηλευτή που την εφαρμόζει, για να κατανοήσει τις αλλαγές που συμβαίνουν στο κοινωνικό πλαίσιο της κοινότητας

(Susan C. Dewit, 2009)

(Taylor, Lilli, Lemone, 2009).



### 3.9.1 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ

Για να αξιολογηθεί μια κοινότητα από το/ην νοσηλευτή-τρια θα πρέπει πρώτα να οριοθετηθεί, έτσι ώστε να είναι γνωστά τα πλαίσια που θα κινηθεί ο νοσηλευτής. Έπειτα να καταγραφεί η υποδομή της. Ως υποδομή εννοούνται τόσο τα μέσα συγκοινωνίας, η ρυμοτομία των δρόμων, αν διαθέτονται εντός της κοινότητας νοσοκομεία ή κέντρα υγείας, αλλά και κάθε τι υλικό το οποίο έχει δημιουργηθεί για την ομαλή ή μη ομαλή λειτουργία ενός πολίτη εντός της κοινότητας.

Η μελέτη αυτή θα χρησιμεύσει στο νοσηλευτή στο να συλλέξει πληροφορίες σχετικά με το κοινωνικό πλαίσιο των πολιτών και να εντοπίσει τα προβλήματα υγείας που ενυπάρχουν στην κοινότητα. Οι πληροφορίες αυτές μπορούν επίσης να αντληθούν από τη χρήση της συνέντευξης από το νοσηλευτή προς τους πολίτες της κοινότητας, κατανοώντας ακόμη περισσότερο δια μέσου της προσωπικής επαφής τα πραγματικά προβλήματα της κοινότητας. Οι συνεντεύξεις αυτές μπορούν να γίνονται κατευθυνόμενες και μη κατευθυνόμενες, σε διάφορα σημεία εντός της κοινότητας, με ανεπίσημα ή και επίσημα μέλη αυτής.

Οι συζητήσεις – συνεντεύξεις αυτές θα πρέπει να διασταυρώνονται μεταξύ τους για την εγκυρότητά τους. Ως στόχο τους έχουν την κατανόηση του κοινωνικού, πολιτισμικού, οικονομικού και μορφωτικού επιπέδου της κοινότητας. Επίσης είναι χρήσιμο να εντοπιστούν οι συνήθειες, τα ήθη και έθιμα, αλλά και τα ιστορικά στοιχεία που περιβάλλουν την κοινότητα.

Τέλος, τα επιδημιολογικά δεδομένα που αφορούν το κοινωνικό πλαίσιο δράσης είναι εξίσου σημαντικά.

Τα στοιχεία που θα συλλεχθούν πρέπει να κρίνονται πάντα αντικειμενικά. Αν και δεν είναι πάντα στην ευχαίρεια του νοσηλευτή, λόγω του χρόνου που απαιτείται να δαπανηθεί για τη συλλογή τους. για αυτό είναι καλό να υπάρχει μια βασική βάση δεδομένων της κοινότητας η οποία θα ανανεώνεται και θα εμπλουτίζεται διαρκώς.

Ο οδηγός αξιολόγησης κατά Clark θεωρείται ένας καλός οδηγός συγκέντρωσης πληροφοριών σχετικά με την κοινότητα. Ο οδηγός περιλαμβάνει τα εξής:

- Γενική περιγραφή της κοινότητας

- Χαρακτηριστικά του πληθυσμού
- Περιβαλλοντικοί παράγοντες
- Δείκτες υγείας
- Πεποιθήσεις – τοποθετήσεις για την υγεία
- Σχέσεις της κοινότητας με την κοινωνία γενικά

### **3.9.2 ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ**

Το δεύτερο βήμα της αξιολόγησης της κοινότητας είναι η ανάλυση των πληροφοριών που συλλέχθηκαν. Ο στόχος αυτής της διαδικασίας είναι διπλός. Αφενός το νοσηλευτικό προσωπικό προσπαθεί να εντοπίσει τα προβλήματα που ταλανίζουν τους κατοίκους της κοινότητας στην οποία διαμένουν. Αφετέρου να οργανωθούν και να ιεραρχηθούν, σύμφωνα με το σύστημα που έχει επιλεγεί, οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

Τα προβλήματα μπορεί να είναι ενδεικτικά. Ο αποκλεισμός των ηλικιακά μεγαλύτερων από το σύστημα υγείας. Η συχνότητα και σοβαρότητα των τροχαίων ατυχημάτων. Η υψηλή εγκληματικότητα στις ανα τόπου περιοχές. Ο αυξημένος αριθμός απόρων. Ο αυξημένος αριθμός ατόμων με ειδικές ανάγκες και η φροντίδα που τους παρέχεται, κ.α.

Αφού διατυπωθεί το πρόβλημα της κοινότητας. Θα μελετηθεί όσο πιο αντικειμενικά γίνεται έτσι ώστε να καθοριστούν, οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις, που θα λάβουν χώρα εντός της κοινότητας και να προγραμματιστούν.

### **3.9.3 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ**

Ο προγραμματισμός των νοσηλευτικών παρεμβάσεων μπορεί να γίνει κάνοντας χρήση μια κλίμακα ιεράρχησης όπως αναφέραμε πιο πάνω (κλίμακα MASLOW) έτσι θα έχουμε στη βάση τα προβλήματα που πρέπει πρώτα να αντιμετωπιστούν. Προχωρώντας στόχος είναι η κάλυψη όλων των αναγκών της κλίμακας. Έπειτα, θα πρέπει να μελετηθούν οι παρεχόμενοι πόροι από την κοινότητα, οι δυνατότητες των νοσηλευτών που θα συμμετέχουν, οι ειδικότητες των επιστημόνων που θα συμμετέχουν, καθώς και να υπολογιστεί όλο εκείνο το έμψυχο και άψυχο υλικό που θα χρησιμοποιηθεί για τους σκοπούς των παρεμβάσεων.

Ο προγραμματισμός των παρεμβάσεων είναι σημαντικό να οργανωθεί με βάση την έκταση και τη διάσταση του προβλήματος. Μπορεί να χρειασθεί Πρωτογενής, Δευτερογενής ή Τριτογενής προληπτική παρέμβαση. Αυτό μας οδηγεί στο ότι οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε αυτό τον τομέα θα περιέχουν: εκπαίδευση, νοσηλεία, παραπομπή σε άλλες υπηρεσίες, καθοδήγηση, ηθική υποστήριξη ή μπορεί και συνδυασμό των παραπάνω.

### **3.9.4 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΚΟΙΝΟΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ**

Οι αλλαγές που επιβάλλονται σε μια κοινότητα έρχονται μετά την διαπίστωση των προβλημάτων. Τότε κρίνεται αναγκαία η παρέμβαση. Οι αλλαγές αυτές για να συμβούν, χρειάζεται την υποστήριξη του μεγαλύτερου πληθυσμού της κοινότητας και κυρίως των εξέχοντων μελών της. Ακόμη είναι πολύ σημαντικοί οι οικονομικοί πόροι, μέσω των οποίων θα υποστηριχθεί η οποιαδήποτε ερευνητική πρωτοβουλία. Η συμμετοχή, κατά την εφαρμογή του προγράμματος, των ομάδων στις οποίες αναφέρεται είναι ζωτικής σημασίας, αλλά και τυχόν ομάδων (εθελοντικές ή μη εθελοντικές) οι οποίες δραστηριοποιούνται στον τομέα, που θέλουμε να παρέμβουμε.

Είναι πολύ σημαντικό κατά την υλοποίηση να επικοινωνούν όλες οι ομάδες που συμμετέχουν, μεταξύ τους. Αυτό θα έχει σαν αποτέλεσμα την μεταφορά των

πληροφοριών ανα τις ομάδες και την ανάπτυξη καινούριων ιδεών και πρωτοβουλιών. Τελικός στόχος της εφαρμογής των παρεμβάσεων, είναι η ανάπτυξη της υγείας και όχι η αυστηρή τήρηση του ίδιου του προγράμματος. Για το λόγο αυτό επιλέγεται και η Ν.Δ. σαν μέθοδος η οποία είναι ελαστική και εύκολα προσαρμόσιμη στις ανάγκες και τις αλλαγές που θα προκύπτουν κατά την πορεία.

### 3.9.5 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ

Η κριτική μελέτη των παρεμβάσεων γίνεται καθ'όλη τη διάρκεια της Ν.Δ. Η τελική μελέτη των αποτελεσμάτων όμως είναι αναγκαία. Σε αυτό το στάδιο θα διαπιστωθεί κατά πόσο έχει βελτιωθεί στο σύνολο η υγεία της κοινότητας ενώ οι στόχοι που τέθηκαν, εαν έχουν επιτευχθεί. Οι ερωτήσεις που θα θέσουμε θα είναι οι εξής:

- ü Έχουν επιτευχθεί οι στόχοι που θέσαμε, εάν όχι τι ήταν αυτό που τους εμπόδισε στην υλοποίησή τους;
- ü Τα χρονικά περιθώρια των στόχων που θέσαμε κατά πόσο έχουν εξαντληθεί; Μήπως είχαμε και άλλο χρόνο στη διαθεσή μας;
- ü Οι πληροφορίες μας ήταν επαρκείς και εξακριβωμένες;
- ü Τα προβλήματα ήταν τεκμηριωμένα;
- ü Υπήρξε ενεργός συμμετοχή από την κοινότητα και τους φορείς που εμπεριέχει;
- ü Οι παρεμβάσεις ήταν επαρκείς απέναντι στα προβλήματα που αντιμετωπίστηκαν;
- ü Τα κριτήρια αξιολόγησης είναι καθαρά και επαρκή;
- ü Το πρόγραμμα είχε οικονομικό κόστος τέτοιο που η κοινότητα μπορεί να επωμισθεί;
- ü Η νοσηρότητα των κατοίκων μειώθηκε αποτελεσματικά;
- ü Η μακροπρόθεσμη υγεία των κατοίκων επιτεύχθηκε;

Αυτό βέβαια θα γίνει αντιληπτό με την συνεχόμενη παρακολούθηση της κοινότητας, μέσω των επιδημιολογικών στοιχείων που θα συλλέξουμε. Η συλλογή των δεδομένων αυτών θα γίνει δια μέσου και ερευνητικών μελετών, συνεντεύξεων των κατοίκων και συνεργασίας με άλλες επιστημονικές ομάδες (Κυριακίδου Ε., 1997).

### **3.10 Το επείγον περιστατικό στην Κοινωνική Νοσηλευτική**

Ο πάσχων που χρίζει άμεσης περίθαλψης και φροντίδας, από ειδικούς στον τομέα υγείας, δεν είναι συχνό φαινόμενο στην άσκηση της κοινωνικής νοσηλευτικής. Είναι πιο πιθανό, ένα σοβαρό περιστατικό να συμβεί κατά τη διάρκεια ενός οικογενειακού γεύματος ή μιας συνηθισμένης μέρας στη δουλειά, παρά κατά την επίσκεψη του κοινωνικού νοσηλευτή στο χώρο εργασίας ή στο σπίτι. Σκοπός του νοσηλευτικού προσωπικού είναι να κάνει ικανό το άτομο το οποίο λειτουργεί μέσα στην κοινότητα, ικανό να ανταπεξέλθει σε μια κατάσταση που απειλεί άμεσα τη δική του ζωή ή τη ζωή κάποιου συνανθρώπου του.

Με αυτό τον τρόπο μπορούμε να εξασφαλίσουμε κάποια σημαντικά οφέλη. Θα μειώσουμε το χρόνο ανταπόκρισης του Ε.Κ.Α.Β. με το να διδάξουμε πολίτες να καλούν σωστά την εξειδικευμένη βοήθεια στον τόπο ενός συμβάντος. Να εξασφαλίσουμε καλύτερη φροντίδα εντός της πρώτης χρυσής ώρας για τον πάσχοντα.

Να μπορέσουμε να αποφύγουμε ατυχήματα τα οποία θα λειτουργούν αθροιστικά, προς τα θύματά τους με το να κατανοήσουν οι πολίτες βασικές αρχές αυτοπροστασίας. Να αποφύγουμε ή και να εξαλείψουμε την αναπηρία μετά από ένα σοβαρό συμβάν. Τέλος, να οργανώσουμε μια κοινότητα ικανή και αυτόνομη στην αντιμετώπιση και την πρόληψη των καταστάσεων που απειλούν την υγεία τους.

Σε αυτή την πρόκληση ο ρόλος της κοινωνικής νοσηλευτικής είναι διττός. Το ένα της πρόσωπο είναι το καλύτερο επίπεδο υγείας δια μέσου της αγωγής – προαγωγής της υγείας. Το άλλο της πρόσωπο είναι οι αλλαγές εκείνες στην καθημερινότητα μέσω απλών και σύνθετων παρεμβάσεων οι οποίες θα οδηγήσουν σε μια πιο

αποτελεσματική αντιμετώπιση ενός επείγοντος συμβάντος, με τον τρόπο που θα εξεταστεί παρακάτω.

### 3.11 Η παροχή Νοσηλευτικής Φροντίδας στο σπίτι

Η κατ'οίκον φροντίδα υγείας είναι ένας εξειδικευμένος τομέας της νοσηλευτικής πρακτικής, προερχόμενη από την άσκηση της νοσηλευτικής στην κοινότητα. (American Nurses Association, 199, σελ 3). Περιλαμβάνει την πρωτογενή πρόληψη που χρησιμοποιούν οι κοινοτικοί νοσηλευτές, καθώς και την δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη που επικεντρώνεται στη φροντίδα των ασθενών από την οικογένεια και τους άλλους φροντιστές. Η ερμηνεία και η παροχή της κατ'οίκον φροντίδας ποικίλει ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή, ενώ εξαρτάται και από τον πάροχο και αυτόν που καλύπτει οικονομικά τις υπηρεσίες αυτές.

Οι στόχοι για τον ασθενή σχετίζονται πάντα με τις αρχές της προαγωγής της αποκατάστασης και της διατήρησης της υγείας. Η βοήθεια περιλαμβάνει τα παρακάτω:

- Παροχή ενός συνδυασμού άμεσης φροντίδας και εκπαίδευσης για την υγεία
- Ενίσχυση της αυτοφροντίδας
- Επαφή του ασθενή με τις κοινοτικές υπηρεσίες που παρέχουν μικρού βαθμού βοήθεια, έτσι ώστε ο ασθενής να μπορεί να παραμείνει στο σπίτι του
- Συνεισφορά στην πρόληψη των επιπλοκών σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα
- Βοήθεια ώστε να ελαχιστοποιηθούν οι επιπτώσεις αναπηρίας ή νόσου.

(Friedman M., J. Adr. Nurse., 1989)

(St.John Ambulance.,1987).



### 3.12 Προστασία από ατυχήματα – Η Κοινωνική Νοσηλευτική στο σπίτι

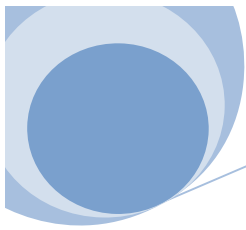
Παρεμβάσεις στο χώρο της οικίας για την πρόληψη ατυχημάτων

#### ΚΟΥΖΙΝΑ

- Χημικά καθαριστικά, πάντοτε κλεισμένα και αποθηκευμένα σωστά μακριά από παιδιά.
- Οινοπνευματώδη ποτά, πάντοτε κλεισμένα και αποθηκευμένα σωστά μακριά από παιδιά.
- Μαχαίρια, κατάλληλα αποθηκευμένα μακριά από παιδιά.
- Χαλιά, κατάλληλα στερεωμένα με ταινία ώστε να μην γλιστρούν.
- Φθαρμένα καλώδια, άμεση αντικατάστασή τους. Κάλυψη αυτών με μονωτικό υλικό μέχρι αυτά να διορθωθούν.
- Τακτικό καθάρισμα όλων των ηλεκτρικών συσκευών ειδικά, του καταψύκτη – ψυγείου, του φούρνου μικροκυμάτων, της ηλεκτρικής κουζίνας, της σόμπας, αλλά και σωστή συντήρηση αυτών, σύμφωνα με τις οδηγίες των κατασκευαστών τους.

#### ΜΠΑΝΙΟ

- Γυάλινα δοχεία, να απομακρύνονται ή να αντικαθίστανται με πλαστικά (προσοχή όταν τοποθετούνται σε ψηλά σημεία).
- Χημικά καθαριστικά, πάντοτε κλεισμένα και αποθηκευμένα σωστά μακριά από παιδιά.
- Οι ηλεκτρικές συσκευές να μην παραμεινουν στην πρίζα εαν δεν χρησιμοποιούνται, να φυλάσσονται πάντα σε σημείο προστατευμένο από την υγρασία όσο αυτό είναι δυνατό.
- Τα φάρμακα να φυλάσσονται πάντα με τις εσώκλειστες οδηγίες τους μακριά από παιδιά και μετά το πέρας της ημερομηνίας λήξεως να καταστρέφονται.



- Να γίνονται κατασκευές εσωτερικού χώρου όπως χερούλια περιμετρικά της μπανιέρας, αντιολισθητικό πάτωμα ή χρήση ειδικών χαλιών με σκοπό να αποφευχθούν πεσίματα.

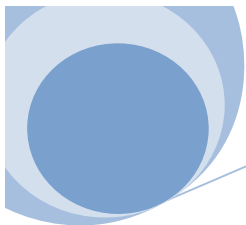
### **ΣΚΑΛΕΣ ΥΠΟΓΕΙΟΥ**

- Να μην φυλάσσονται κατά μήκος αντικείμενα που χρησιμοποιούνται στο σπίτι (σκούπα, φαράσι, μπουκάλια ή άλλα μικροαντικείμενα).
- Να φωτίζονται πάντοτε επαρκώς και να διαθέτουν λαμπτήρες ασφαλείας σε περίπτωση διακοπής ρεύματος.

### **ΓΚΑΡΑΖ Ή ΥΠΟΓΕΙΟ**

- Ποντικοφάρμακο, ζιζανιοκτόνα, χρώματα ή άλλα χημικά σκευάσματα να φυλάσσονται πάντοτε σε ειδικά ντουλάπια τα οποία να κλειδώνουν.
- Δοχείο βενζίνης καλά κλειδωμένο σε χώρο όπου δεν αναπτύσσονται μεγάλες θερμοκρασίες.
- Τυχόν ηλεκτρικά εργαλεία να φυλάσσονται πάντοτε εκτός πρίζας κλειδωμένα με κλειδαριές ασφαλείας.
- Ο χώρος να διατηρείται πάντοτε καθαρός, εφημερίδες, περιοδικά να απομακρύνονται, καθώς επίσης να καθαρίζονται λάδια ή βενζίνη που τυχόν χύθηκαν.
- Οι πόρτες και τα παράθυρα να είναι κατάλληλα φτιαγμένα και στερεωμένα, εάν είναι κλειστά να είναι ασφαλισμένα σωστά.
- Ο φωτισμός του χώρου να είναι πάντοτε επαρκής.
- Κουβάδες λεκάνες ή άλλα μεγάλα δοχεία να αδειάζονται, καθώς ο κίνδυνος να πνιγεί σε αυτούς κάποιο παιδί είναι αυξημένος.





### 3.13 Η Νοσηλευτική στο χώρο εργασίας

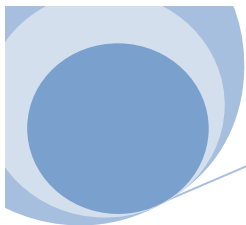
Το 1885 η Ada Mayo Stewart προσλήφθηκε στην επιχείρηση μαρμάρων στην πόλη Rutland και χαρακτηρίστηκε ως η πρώτη βιομηχανική νοσηλεύτρια. Έκτοτε έχουν επέλθει ριζικές αλλαγές στο χώρο της εργασίας, κυρίως στα εξής:

- Στη φύση της εργασίας
- Στους κινδύνους των εργασιακών χώρων
- Στο περιβάλλον της εργασίας
- Στη σύνθεση και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του εργατικού δυναμικού
- Στους μηχανισμούς παροχής υγειονομικής φροντίδας

Εν μέσω των ετών όμως δεν άλλαξαν μόνο οι εργασιακές συνθήκες αλλά παράλληλα με αυτές και το νοσηλευτικό επάγγελμα που πάντοτε ακολουθούσε τις ανάγκες του χώρου. Έτσι μετά την ίδρυση της αμερικάνικης ένωσης νοσηλευτικής της υγιεινής της εργασίας και τις νομοθετικές τροπολογίες του 1970 για την προστασία της υγιεινής και της ασφάλειας της εργασίας, η νοσηλευτική στο χώρο αυτό άνθισε και η χρήση της έγινε απαραίτητη προϋπόθεση για όλες τις αμερικανικές βιομηχανίες.

Η νοσηλευτική που αφορά την υγιεινή της εργασίας, κατά την αμερικανική ένωση των νοσηλευτών υγιεινής της εργασίας (American Association of Occupational Health Nurses, 1999), καθορίζεται ως εξής:

*Η ειδικότητα της νοσηλευτικής πρακτικής που εστιάζει στην προώθηση, την πρόληψη και την αποκατάσταση της υγείας μέσα στα πλαίσια ενός ασφαλούς και υγιούς περιβάλλοντος. Περιλαμβάνει την πρόληψη των δυσμενών επιπτώσεων στην υγεία από περιβαλλοντικούς και επαγγελματικούς κινδύνους. Προβλέπει και παρέχει υπηρεσίες επαγγελματικής και περιβαλλοντικής υγιεινής και ασφάλειας στους εργαζομένους, στους πληθυσμούς εργατικού δυναμικού και στις κοινοτικές ομάδες. Είναι μια αυτόνομη ειδικότητα και οι νοσηλευτές κάνουν ανεξάρτητες κρίσεις όσον αφορά την παροχή φροντίδας υγείας.*



Οι νοσηλευτές της υγιεινής της εργασίας εργάζονται σε παραδοσιακούς χώρους εργασίας, βιομηχανίες, υπηρεσίες φροντίδας υγείας, εργοτάξια και κυβερνητικές υπηρεσίες. Το έργο τους είναι ευρύ και περιλαμβάνει τα εξής:

- Ø Αξιολόγηση και επιτήρηση των εργασιακών χώρων
- Ø Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας
- Ø Διαχείριση περιπτώσεων
- Ø Παροχή συμβουλών
- Ø Προώθηση/ Προστασία υγείας
- Ø Διοίκηση και διαχείριση
- Ø Έρευνα
- Ø Νομικό-ηθικό έλεγχο
- Ø Προσανατολισμό προς την κοινότητα

Η γνώση γύρω από την υγιεινή και την ασφάλεια της εργασίας εφαρμόζεται στο σύνολο του εργατικού δυναμικού.

### **3.14 Εργαζόμενος και ασθένεια – Ατύχημα στο χώρο εργασίας**

Ο χώρος εργασίας στην σημερινή κοινωνία αποτελεί το χώρο που ο άνθρωπος θα περάσει το ¼ από το σύνολο της ζωής του. Είναι λοιπόν ένα σημαντικό κομμάτι του οποίου πρέπει να εξεταστεί η ποιότητα της υγείας που το διακρίνει.

Είναι σημαντικό όχι μόνο για την υγεία του εργαζόμενου, αλλά και του εργοδότη ο οποίος θα έρθει σε εξαιρετικά δυσμενή θέση εάν οι εργάτες νοσούν, κυρίως λόγω της έλλειψης παραγωγικότητας και του πεσμένου ηθικού των εργαζομένων – συναδέλφων.

Η νομοθεσία ποικίλει γύρω από αυτό το θέμα. Σε όλες τις περιπτώσεις όμως αναφέρεται η προστασία του εργαζομένου ως αναφαίρετο δικαίωμα του. Επίσης, η ανάγκη για ασφάλεια δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται από τον εργαζόμενο. Ακόμα, η ενημέρωση σχετικά με τους κινδύνους που εγκυμονούν οι εργαζόμενοι κατά την εργασία τους, οφείλει ο ίδιος ο εργοδότης να την εξασφαλίζει, με τους κανονισμούς και τον τρόπο που προβλέπεται.

Το οξύ περιστατικό στον χώρο εργασίας είναι εξαρτημένη μεταβλητή πολλών παραγόντων. Κύριες αιτίες ορίζονται το ίδιο το περιβάλλον (σκόνη, χημικά, εργασία σε ύψη, κ.α.).

Ο ίδιος ο εργαζόμενος – άνθρωπος (αμέλεια, κόπωση, κ.α.). Αλλά και ο παράγοντας μηχανήματα (κακοτεχνία κ.α.).

Άλλες αιτίες είναι :

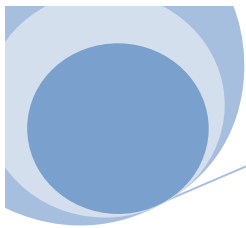
- Κακός φωτισμός, αερισμός και θέρμανση εσωτερικών χώρων
- Απρόβλεπτα γεγονότα
- Μη κατάλληλη αποθήκευση και διακίνηση υλικών
- Έλλειψη καθαριότητας χώρων εργασίας
- Χρήση εργαλείων και μηχανημάτων χωρίς τον κατάλληλο προστατευτικό εξοπλισμό τους
- Χρήση εργαλείων και μηχανημάτων χωρίς το κατάλληλο ατομικό εξοπλισμό
- Χρήση ελαττωματικών εργαλείων ή εργαλείων χωρίς την κατάλληλη συντήρηση

### **3.15 Διαχωρισμός των προβλημάτων των εργαζομένων**

Επιβάλλεται πριν προχωρήσουμε να κάνουμε ένα διαχωρισμό στα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο εργαζόμενος. Τα προβλήματά του μπορούν να διαχωριστούν σε γενικά και ειδικά προβλήματα. Με αυτόν τον τρόπο μπορούμε καλύτερα να οργανώσουμε τις παρεμβάσεις που θα πρέπει να γίνουν.

#### **3.15.1 ΓΕΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ**

- Προβλήματα κυκλοφορικού συστήματος, τα οποία αποτελούν τη σπουδαιότερη αιτία θανάτου στους ενήλικες.
- Καρκίνος που αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου.

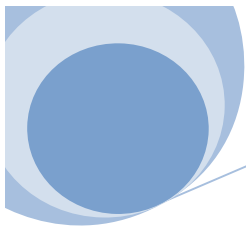


- Επίσης επόμενα στη σειρά τα ατυχήματα, ο αλκοολισμός και τα ψυχικά νοσήματα.

Οφείλουμε να αναφέρουμε ότι τα προβλήματα αυτά δεν θα κρατήσουν μακριά τον ασθενή όνο από το χώρο εργασίας του, αλλά θα επιφέρουν και αλλαγές στην καθημερινή του ζωή και την οικογένειά του. Για αυτό μπορεί να χρειασθεί συνεργασία με την ομάδα νοσηλευτών που θα παρέμβει για την καλύτερη πρόγνωση της νόσου στο σπίτι.

### **3.15.2 ΕΙΔΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ**

- Κτιριακή εγκατάσταση (θερμοκρασία, εξαιρισμός, θόρυβος, ηχητική δυνατότητα του κτιρίου κ.α.).
- Χημικά (αέρια και άλλα που χρησιμοποιούνται σε βαριές βιομηχανίες).
- Βιολογικοί παράγοντες (παράγοντες αυτούς 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).
- 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, η ανάγκη να σηκώνει ο εργαζόμενος βαριά αντικείμενα, η στενότητα του χώρου εργασίας, η πολύωρη ορθοστασία, η έντονη μονοτονία, τεταμένη προσοχή, που απαιτείται σε ορισμένες τεχνικές εργασίες κλπ.
- Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες: Περιλαμβάνουν όλες τις ψυχοκοινωνικές αντιδράσεις των εργαζομένων προς την εργασία και το περιβάλλον. Μερικοί εργάτες εμφανίζονται εκνευρισμένοι, αντιδραστικοί, μελαγχολικοί, απογοητευμένοι, κουρασμένοι. Άλλοι μπορεί να εμφανίζονται ενθουσιασμένοι και ενεργητικοί. Οι ίδιες 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. Μια άλλη πηγή Stress είναι ο συναγωνισμός και ανταγωνισμός στο χώρο εργασίας.



### 3.16 Ρόλος του Κοινοτικού Νοσηλευτή στο χώρο εργασίας

Οι αντικειμενικοί σκοποί των υπηρεσιών επαγγελματικής υγιεινής, όπως διατυπώνονται από τον Βρετανικό Ιατρικό Σύνδεσμο είναι:

1. Η προαγωγή και διατήρηση της υγείας και ασφάλειας των εργαζομένων.
2. Η παροχή άμεσης βοήθειας σε περίπτωση ξαφνικής αρρώστιας ή ατυχήματος.
3. 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.
4. Η συμβουλευτική ενημέρωση για εξασφάλιση ασφαλούς και υγιεινού εργασιακού περιβάλλοντος μετά από επιστημονική αξιολόγηση των συνθηκών εργασίας.
5. Η εκπαίδευση όλων όσοι ασχολούνται με την εξασφάλιση μέσων και μέτρων προστασίας της υγείας των εργαζομένων καθώς και των ιδίων των εργαζομένων.
6. Έρευνα που θα έχει σκοπό να μελετήσει τα επαγγελματικά νοσήματα και ατυχήματα καθώς και τους τρόπους με τους οποίους μπορούν να προληφθούν.

### 3.17 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στο χώρο εργασίας για το επείγον περιστατικό

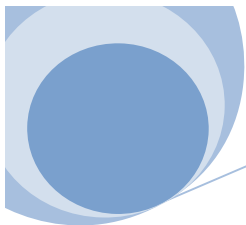
Οι παρεμβάσεις στο χώρο εργασίας από το νοσηλευτή ξεκινούν με:

α.την εκπαίδευση των υπεύθυνων για την παροχή Πρώτων Βοηθειών

β.την εκπαίδευση της ομάδας των πυροσβεστών της επιχείρησης

γ.των οδηγών του ασθενοφόρου, ώστε να μπορούν να παρέμβουν, αν αντιμετωπίσουν ειδικά προβλήματα κατά την άσκηση των καθηκόντων τους

δ. την εκπαίδευση όλου του προσωπικού για το τι πρέπει να κάνουν, αν αντιληφθούν ότι κάποιος έχει ανάγκη βοήθειας. Αυτή η εκπαίδευση όλου του προσωπικού εντάσσεται στα πλαίσια της εκπαίδευσης ασφαλείας, που πρέπει να γίνεται κατά την πρόσληψη των υπαλλήλων και επιπλέον περιλαμβάνει την ενημέρωσή τους για την πυρασφάλεια, τις εξόδους κινδύνου, τα σήματα ασφαλείας κ.λπ.



**ε.** την επιτήρηση των χώρων για το εάν τηρούν τις προδιαγραφές. Σε αυτό το σημείο ο νοσηλευτής καλείται να ελέγξει μέχρι εκεί που μπορεί. Στο επόμενο επίπεδο συμβουλευείται κάποιον επιστημονικό του συνεργάτη.

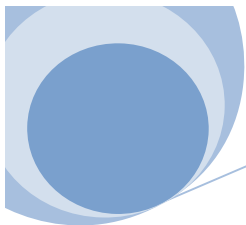
**στ.** τον έλεγχο του αναρρωτηρίου και τον έλεγχο του εξοπλισμού του. Ελέγχει την επάρκεια των υλικών αλλά κρίνει και την εργονομία των χώρων στην περίπτωση πολλών θυμάτων.

Η εκπαίδευση κάθε κατηγορίας πρέπει να είναι επαναλαμβανόμενη. Επίσης να ορίζεται ημερομηνία επαναξιολόγησης των γνώσεων που έλαβε.

### **3.18 Κοινωνική Νοσηλευτική στο χώρο του σχολείου (ιστορική αναδρομή).**

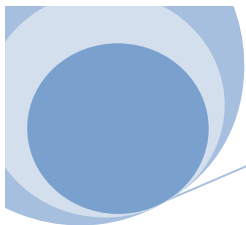
Η νοσηλευτική στο χώρο του σχολείου ξεκινά το 1902 όταν εντοπίστηκε μια δερματική νόσος. Η νόσος αυτή ανάγκασε τα παιδιά να μένουν για αρκετό διάστημα στο σπίτι. Η Lillian Wald τότε προσέφερε στα παιδιά αυτά νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι με εξαιρετικά αποτελέσματα. Από το σημείο εκείνο ξεκινά μια αλματώδης ανάπτυξη στον τομέα αυτό. Σύντομα οι νοσηλευτικές υπηρεσίες εξαπλώθηκαν στις Η.Π.Α. και στον Καναδά.

Σήμερα η αγωγή υγείας έχει προχωρήσει καθώς δίνονται νέες ευκαιρίες για ανάπτυξη στην σχολική νοσηλευτική. Το σχολείο γίνεται το μέσο για να δοθεί σωστή φροντίδα και εκπαίδευση σε όλο το νεανικό πληθυσμό της χώρας. Αυτό συμβαίνει γιατί στο σχολείο υπάρχει πληθυσμός και των τριών βαθμίδων εκπαίδευσης ( Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια, Τριτοβάθμια). Επεκτείνεται όμως και σε όλο το προσωπικό του σχολείου, διδακτικό – διοικητικό – βοηθητικό, καθώς και στις οικογένειες των μαθητών με τους οποίους ο νοσηλευτής έρχεται σε επαφή. Εάν προσανατολιστούμε σε αυτό το στοιχείο του σχολείου θα μπορούσαμε να δούμε να δημιουργείται ένα κοινοτικό κέντρο νοσηλευτικής αγωγής.



### 3.18.1 Ελληνική νομοθεσία

- 1910: Οργάνωση Κεντρικής Υπηρεσίας από το Υπουργείο Υγείας
- 1914: Δημιουργία του θεσμού του σχολιάτρου και της Υγειονομικής υπηρεσίας
- 1976: η Υγειονομική Υπηρεσία υπάγεται στο Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών
- Π.Δ. 544/1977: στο Υ.Κ.Υ. υπάγεται η Γενική Διεύθυνση Υγιεινής και οι υπηρεσίες νομαρχιακού επιπέδου
- Νόμος 1937/1983: Υπηρεσίες σχολικής Υγιεινής αναλαμβάνονται από τα κάντρα υγείας
- Νόμος 2071/1992: Υπηρεσίες σχολικής υγιεινής υπάγονται στις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
  
- Νόμος 1566/1985 (άρθρο 35, παρ.3): Για το διορισμό ως επιμελητές απαιτούνταν πτυχίο νοσοκόμων ή βρεφονηπιοκόμων ή επισκεπτών υγείας ιδρύματος τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, ενώ υπάγονταν στο γραφείο δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης
- 1985: Εμφάνιση νοσηλευτών στις Σχολικές Μονάδες Ειδικής Αγωγής
- Νόμος 1566/1985(άρθρο 35, παρ.2) Το προσωπικό των Σ.Μ.Ε.Α. είναι εκπαιδευτικό προσωπικό Α΄βάθμιας και Β΄βάθμιας εκπαίδευσης καθώς και ειδικό και διοικητικό προσωπικό
- Νόμος 2519/1997: Η διεύθυνση Σχολικής Υγείας συνίσταται στη Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας
- Νόμος 2009/1999: Οι επιμελητές εξισώνονται οικονομικά με τους εκπαιδευτικούς
- Νόμος 2817/2000: Ο κλάδος των επιμελητών μετονομάζεται σε κλάδο ΠΕ25 σχολικών νοσηλευτών
- Σήμερα οι θέσεις καλύπτονται από νοσηλεύτες τριτοβάθμιας εκπαίδευσης
- Νόμος 3172/2003: Η διεύθυνση σχολικής Υγείας υποβιβάζεται σε τμήμα, ενώ στην περιφέρεια το τμήμα επιδημιολογικής επιτήρησης επιβλέπει τις υπηρεσίες σχολικής υγιεινής
- Νόμος 3370/2005: Καμία αλλαγή δεν σημειώθηκε



### **3.18.2 Αντικειμενικοί σκοποί της κοινοτικής νοσηλευτικής στο σχολείο**

Οι κυριότεροι σκοποί είναι:

1. Αγωγή Υγείας
2. Προαγωγή Υγείας
3. Πρόληψη τραυματισμών και νόσων
4. Αντιμετώπιση σοβαρών επειγόντων περιστατικών
5. Βελτίωση του περιβάλλοντος μάθησης και κοινωνικοποίησης του παιδιού
6. Αξιολόγηση υγείας σχολικού πληθυσμού

### **3.18.3 Αξιολόγηση – συλλογή πληροφοριών στο χώρο του σχολείου**

Η αξιολόγηση του μαθητή πριν μπει στο χώρο του σχολείου είναι πολύ σημαντική. Ειδικά πληροφορίες που μπορούν να συλλεχθούν από τους γονείς ή άλλους οικείους του παιδιού θα βοηθήσουν σημαντικά στην ομαλή ένταξη του νέου μαθητή. Επίσης το ατομικό του ιστορικό, μαζί με τις πληροφορίες που μπορούν να αντληθούν από το βιβλιάριο υγείας του είναι εξαιρετικά σημαντικές.

Πληροφορίες επίσης μπορούμε να συλλέξουμε από την προσεκτική και επισταμένη παρακολούθηση του παιδιού. Το παιδί περνά ένα μεγάλο μέρος της ημέρας του στο σχολείο. Εκεί ο νοσηλευτής έχει το χρόνο να παρακολουθήσει και να καταγράψει τυχόν αποκλίνουσες συμπεριφορές ή οποιαδήποτε αναπηρία που είναι πιθανό να διαφύγει της προσοχής ενός μη ειδικού.

### **3.18.4 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στο χώρο του σχολείου για την πρόληψη και την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών**

Ο νοσηλευτής έχει μια σειρά από παρεμβάσεις που μπορεί να κάνει μέσα στο χώρο του σχολείου, οι οποίες μπορούν να συμβάλλουν άμεσα και θετικά στην



ανάπτυξη και προαγωγή της υγείας. Έχει στην ευθύνη του την δημιουργία και οργάνωση του αναρρωτηρίου εντός του σχολείου. Επίσης, πρέπει να εκπαιδεύσει τους δασκάλους αλλά και τα παιδιά γύρω από θέματα Α' Βοηθειών έτσι ώστε εάν βρεθούν αντιμέτωποι με πραγματικό περιστατικό να είναι όλοι σε θέση να αναλάβουν με επιτυχία κάποιο ρόλο. Η ανάγκη ανάπτυξης σχεδίου σε περιπτώσεις εκτάκτων αναγκών όπως έντονη σεισμική δραστηριότητα, πυρκαγιά εντός του σχολικού χώρου, επιδημία κ.α. κρίνεται απαραίτητο για την ομαλή λειτουργία σε αυτές τις περιπτώσεις.

Ακόμη ο νοσηλευτής ελέγχει την καθαριότητα των χώρων και την ασφάλεια που παρέχεται σε αυτούς. Ο επαρκής φωτισμός και η καλή ακουστική στις αίθουσες είναι πολύ σημαντική. Οι θέσεις των πυροσβεστήρων και άλλων μέσων έκτακτης ανάγκης επιβάλλεται να είναι γνωστή και να γίνονται εκπαιδεύσεις πάνω στον τρόπο χρήσης τους.

Ένας χώρος που χρειάζεται επιπλέον προσοχή είναι το κυλικείο στο χώρο του σχολείου. Ο χώρος αυτός είναι καλό να διατηρείται καθαρός και τα τρόφιμα που θα πουλάει να είναι καλής ποιότητας. Τόσο για να μην υπάρξουν παιδιά με γαστρεντερικές διαταραχές ή/και οδοντιατρικά προβλήματα. Όσο και για τη δημιουργία θετικών έξεων στα νέα παιδιά.

Σημασία έχει επίσης ο εμβολιασμός σε περιπτώσεις εμφάνισης επιδημιών. Πάντα πρέπει να γίνονται βέβαια σύμφωνα με τους κανόνες και κανονισμούς λειτουργίας του σχολείου. Παρατήρηση από κοντά των παιδιών με χρόνια νοσήματα και καταγραφή της εξέλιξης της νόσου σε ειδικά έντυπα, έτοιμα ή να τα έχει φτιάξει ο νοσηλευτής.

### **3.19 Πρόληψη του επείγοντος περιστατικού στην κοινότητα μέσω νοσηλευτικών παρεμβάσεων**

Τα προβλήματα υγείας που καλείται ο νοσηλευτής να αντιμετωπίσει στην κοινότητα ποικίλουν σε μέγεθος και σημαντικότητα ανάλογα με το μέγεθος του πληθυσμού που διαβιώνει σε αυτή. Συνήθως, συνυπάρχουν πολλά προβλήματα μαζί τα οποία συνδέονται μεταξύ τους, όπως το πρόβλημα του αλκοολισμού ενός



πληθυσμού μπορεί να συνυπάρχει με το πρόβλημα της αυξημένης ενδοοικογενειακής βίας του ίδιου πληθυσμού. Η μελέτη, οι σκοποί και οι παρεμβάσεις που πρέπει να γίνουν, γίνονται κατόπιν επισταμένης μελέτης πάνω στους επιδημιολογικούς δείκτες. Ωστε με αυτόν τον τρόπο να γίνει αντιληπτό το μέγεθος ενός προβλήματος, αλλά να εντοπιστούν όλες οι τυχόν παρεμβάσεις που μπορούν να πάρουν μέρος.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις δεν μπορούν πάντοτε να γίνονται, έχοντας γνώση όλων των παραγόντων, καθώς η διαδικασία είναι ανοιχτή και δέχεται συνεχώς νέες πληροφορίες. Μπορεί όμως, να προσαρμόζεται στις εκάστοτε ανάγκες του συστήματος της κοινότητας, μέσω της συνεχούς αξιολόγησης.

Παρακάτω θα δοθεί ένα σενάριο Ν.Δ. για την κοινότητα, με σκοπό να γίνει κατανοητός ο τρόπος παρέμβασης του νοσηλευτή στο επίπεδο της κοινότητας.

### 3.19.1 Σενάριο Νοσηλευτικής Διεργασίας

Σενάριο : Η κοινότητα έχει τα τελευταία 5 χρόνια αύξηση των τροχαίων ατυχημάτων κατά 15% σε σύγκριση με τα προηγούμενα έτη. Η αιτία στο μεγαλύτερο ποσοστό είναι η οδήγηση υπό την επήρεια μέθης. Ο αριθμός θανάτων νέων ατόμων αυξήθηκε επίσης, μαζί με τον αριθμό ανθρώπων με αναπηρία εντός της κοινότητας.

Πρόβλημα – Νοσηλευτική Διάγνωση : Έχει διαταραχθεί η ομαλή λειτουργία της κοινότητας. Θα πρέπει να μειωθεί το ποσοστό των τροχαίων ατυχημάτων, ενώ παράλληλα να γίνει μέριμνα για την πρόληψη της αναπηρίας.

Υποστηρικτικά Δεδομένα Διάγνωσης : Αντικειμενικά, επιδημιολογικά δεδομένα της κοινότητας. Υποκειμενικά, παρατήρηση της κοινότητας για τον αριθμό των ατόμων με αναπηρία και την αιτία της.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Δημιουργία χρονοδιαγράμματος σχετικά με τις παρεμβάσεις που θα χρειαστεί να κάνουμε	Να είναι επαρκής ο χρόνος των παρεμβάσεων	Να έχουν επιτευχθεί εντός δύο ετών	Δημιουργία χρονοδιαγράμματος σχετικά με τις παρεμβάσεις που θα χρειαστεί να κάνουμε	Χρονοδιάγραμμα δημιουργήθηκε
Επαφή με παράγοντες της κοινότητας που θα μας βοηθήσουν στο έργο μας	Εύρεση πόρων για την ομαλή εξέλιξη των παρεμβάσεων που θα προτείνουμε	Τακτές συναντήσεις με τα πρόσωπα που θα συνεργαστούν μαζί μας	Έγιναν οι συναντήσεις	Πόροι για την εφαρμογή των παρεμβάσεων βρέθηκαν
Ανάδειξη του προβλήματος του αλκοόλ στην κοινότητα με προτάσεις για την αντιμετώπισή του	Συζητήσεις με την κοινότητα οργάνωση ομάδας υποστήριξης και πρόληψης για το αλκοόλ	Να έχουν επιτευχθεί εντός δύο ετών	Δημιουργία ομάδας υποστήριξης και πρόληψης για το αλκοόλ	Η χρήση αλκοολούχων ποτών μειώθηκε

Ανάδειξη του προβλήματος των τροχαίων ατυχημάτων	Να αποκτήσουν οι πολίτες σωστή οδηγική συμπεριφορά και συνείδηση	Μείωση των τροχαίων ατυχημάτων εντός δύο ετών	Συνεργασία με φορείς και ειδικούς συνεργάτες για να υποδείξουν την σωστή χρήση των αυτοκινούμενων μέσων	Μείωση των τροχαίων ατυχημάτων
Εκπαίδευση πολιτών στην εκτίμηση και αντιμετώπιση του τροχαίου ατυχήματος	Να είναι ικανοί να ανταπεξέλθουν απέναντι σε ένα επείγον περιστατικό από τροχαίο	Προγραμματισμός ημερομηνιών εκπαίδευσεων και σεμιναρίων σχετικά με την αντιμετώπιση των τροχαίων	Συνεχής εκπαίδευση του κοινού, χωρισμένο σε ηλικιακές ομάδες	Εκπαίδευση επέτυχε  Επαναξιολόγηση και επαναπρογραμματισμός ημερομηνιών εκπαίδευσης

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΠΡΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ (ΕΚΑΒ)

#### 4.1 Εισαγωγή

Ο όρος Επείγουσα Ιατρική περιλαμβάνει την παροχή υπηρεσιών υγείας τόσο σε προνοσοκομειακό επίπεδο, όσο και εντός του νοσοκομείου, με στόχο την ελαχιστοποίηση του κινδύνου για τυχόν απώλεια ανθρώπινης ζωής και τη μεγιστοποίηση των πιθανοτήτων πλήρους αποκατάστασης της υγείας των ασθενών. Στο κέντρο λοιπόν της συνδυασμένης προσπάθειας ιατρών, διασωστών και

νοσηλευτών που εργάζονται στον τομέα αυτό βρίσκεται ο ίδιος ο πολίτης-ασθενής ώστε να επιτυγχάνεται για αυτόν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα.

Δεν θα πρέπει να ξεχνάμε, ότι οι υπηρεσίες παροχής άμεσης φροντίδας αποτελούν τη 'βιτρίνα' μέσω της οποίας διαμορφώνεται η πρώτη εντύπωση των πολιτών για την αξιοπιστία και την ετοιμότητα των υπηρεσιών υγείας εν γένει. Η αξιολόγηση επομένως του συστήματος επείγουσας ιατρικής σε κάθε οργανωμένη κοινωνία, είναι κατ'επέκταση και μέτρο αξιολόγησης ολόκληρου του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Στα υποκεφάλαια που ακολουθούν θα γίνει αναφορά στον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας των κύριων συνιστωσών-φορέων της επείγουσας ιατρικής στη χώρα μας, που είναι το ΕΚΑΒ και τα τμήματα επειγόντων περιστατικών.

#### **4.2 Συστήματα επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας- το ελληνικό πρότυπο.**

Η άσκηση της προνοσοκομειακής ιατρικής (ΕΠΙ), παρουσιάζει μεγάλες διαφοροποιήσεις μεταξύ των διαφόρων χωρών όσον αφορά τη λειτουργία, τη στελέχωση και τον τρόπο οργάνωσης. Το φάσμα των διαφορετικών αυτών μοντέλων ΕΠΙ κυμαίνεται από τα ιατροποιημένα συστήματα των κεντροευρωπαϊκών χωρών (Γαλλία- Γερμανία) – στα οποία ανήκει και το ελληνικό-, έως και το Αγγλοσαξονικό μοντέλο (με κύριο εκπρόσωπο τις ΗΠΑ) το οποίο βασίζεται αποκλειστικά σε διασώστες. Τα διαφορετικά αυτά μοντέλα αντικατοπτρίζουν σε μεγάλο βαθμό τις διαφορετικές φιλοσοφίες που υπάρχουν όσον αφορά την οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας και τη διάθεση των πόρων. Ειδικότερα στην περίπτωση του τραύματος, οι διαφορές αυτές στην στελέχωση, στην εκπαίδευση και στα καθήκοντα των μονάδων που παρέχουν τις υπηρεσίες τους προνοσοκομειακά, συνεπάγονται την ανάπτυξη διαφορετικών πρακτικών στην αντιμετώπιση του πολυτραυματία από τη στιγμή της άφιξης στο σημείο του ατυχήματος, μέχρι τη μεταφορά του στον πλησιέστερο καταλληλότερο οργανωμένο υγειονομικό σχηματισμό. Οι πρακτικές αυτές κατατάσσονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες: αυτές της ταχείας συλλογής και μεταφοράς των τραυματιών (scoop and run) και σε αυτές που της μεταφοράς προηγείται η σταθεροποίηση στον τόπο του ατυχήματος (stay and play).

Η δεύτερη αυτή λειτουργία μοντέλου ΕΠΙ θεωρείται ότι έχει αποτύχει (με χαρακτηριστικό παράδειγμα την περίπτωση της Lady Diana) καθώς είναι πλέον κοινώς αποδεκτό ότι ειδικά στη περίπτωση του τραύματος ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο παίζει “η χρυσή ώρα” ή ακόμα πιο ορθά “η χρυσή περίοδος”. Αυτό σημαίνει ότι η ώρα από τη στιγμή της εκδήλωσης του τραυματισμού μέχρι τη μεταφορά στο νοσοκομείο για την οριστική θεραπεία είναι κρίσιμη για τις δυνατότητες επιβίωσης του τραυματία. Όσο μικρότερο είναι το χρονικό διάστημα τόσο το καλύτερο και για το λόγο αυτό το μοντέλο ΕΠΙ που ακολουθείται στην Ελλάδα περιλαμβάνει την ταχεία συλλογή του τραυματία και την προσπάθεια σταθεροποίησής του κατά τη μεταφορά στα ΤΕΠ (scoop and play on the way).

#### **4.3 Σύντομη ιστορική αναδρομή για την παροχή πρώτων βοηθειών και τη μεταφορά ασθενών.**

Σε όλη τη διαδρομή της Ελλάδας ανά τους αιώνες, απαντώνται σταθερά οι έννοιες της συλλογής τραυματιών, της μεταφοράς τους σε ειδικά- ανάλογα με την εποχή- διαμορφωμένους σταθμούς και της παροχής ιατρικής βοήθειας.

- Ø Στα Ομηρικά έπη, η περίθαλψη τραυματιών γινόταν «εν ταις κλησίεσ», που ήταν ξύλινα παταπήγματα.
- Ø Κατά τη διάρκεια του Πελοποννησιακού πολέμου και μάλιστα στην κρισιμότερη στιγμή του, 10 στρατηγοί της Αθήνας, οι οποίοι πρωτοστάτησαν στη νίκη της πόλης στη ναυμαχία στις Αργινούσες, καταδικάστηκαν από την Εκκλησία του Δήμου σε θάνατο. Ο λόγος ήταν ότι δε συνέλλεξαν τους νεκρούς και τους τραυματίες.
- Ø Στο βυζάντιο υπήρχαν νοσοκομεία τα οποία διέθεταν κάποιο υποτυπώδες σύστημα μεταφοράς στο οποίο συμμετείχαν κατά κύριο λόγο οι «παραπέποντες», δηλαδή οι συνοδοί των ασθενών.
- Ø Το 1877 ιδρύθηκε στην Αθηνά ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός. Το 1897 ΕΕΣ υποστηρίζει με μονάδες του τα ελληνικά στρατεύματα στον ελληνικοτουρκικό πόλεμο. Το 1912-13 έχει ενεργό συμμετοχή σε βαλκανικούς πολέμους με δύο φορητά χειρουργεία. Το 1931 περιέλαβε το σταθμό Α' Βοηθειών που

λειτουργούσε στον περίβολο της βουλής μετά τη διάλυση του συλλόγου «ο Σωτήρ».

- Ø Το 1915 γίνεται η πρώτη προμήθεια ασθενοφόρων.
- Ø Το 1920-1922 κατά τη διάρκεια της Μικρασιατικής εκστρατείας, η μεταφορά των ασθενών γινόταν με τις υπάρχουσες συγκοινωνίες, ημιονούς και αραμπάδες.
- Ø Τα έτη 1950-1970 ιδρύονται σταθμοί Α' Βοηθειών στην οδό Πειραιώς (1956), στο Αιγάλεω (1967), και σε Ελευσίνια, Πειραιά και Πέραμα (δεκαετία του '70).
- Ø Το 1973 ιδρύεται το συντονιστικό κέντρο του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών.
- Ø Το 1977-78 άρχισε να λειτουργεί το κέντρο άμεσης βοήθειας ΕΚΑΒ- 166.
- Ø Το 1985 ιδρύεται το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας- ΕΚΑΒ.

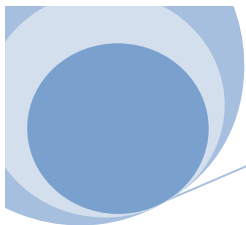
#### 4.4 Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ)

##### Σκοπός λειτουργίας- Μέσα- Οργάνωση

Στον τομέα της Επείγουσας Προνοσοκομειακής Ιατρικής στην Ελλάδα το ΕΚΑΒ αποτελεί το μοναδικό επίσημο φορέα. Σκοπός του είναι ο συντονισμός της παροχής, σε έκτακτες περιπτώσεις, άμεσης βοήθειας και επείγουσας ιατρικής φροντίδας στους πολίτες και η μεταφορά αυτών σε μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας ([www.ekab.gr](http://www.ekab.gr)). Στις υποχρεώσεις του ΕΚΑΒ συγκαταλέγεται και η προσφορά υπηρεσιών υποστήριξης ζωτικών λειτουργιών σε ειδικές καταστάσεις, όπως Μαζικές Απώλειες Υγείας από Τρομοκρατικές Ενέργειες με Όπλα Μαζικής Καταστροφής (Ε.Τ.Ι.Κ.- Ειδικό Τμήμα Ιατρικής Καταστροφών).



Διαδικασία κλήσης ΕΚΑΒ Πηγή: [www.firstaid.gr](http://www.firstaid.gr)



Το ΕΚΑΒ ιδρύθηκε το 1985 με το νόμο 1579 (ΦΕΚ 217. τεύχος Α'). Είναι αναπτυγμένο πανελλαδικά σε 12 παραρτήματα/περιφέρειες μαζί με την κεντρική υπηρεσία που αποτελεί την 1<sup>η</sup> περιφέρεια. (Αττικής, Θεσσαλονίκης, Πάτρα, Ηράκλειο, Λάρισα, Καβάλα, Ιωάννινα, Λαμία, Αλεξανδρούπολη, Τρίπολη, Κοζάνη, Μυτιλήνης). Τα μέσα διακομιδής που διαθέτει το ΕΚΑΒ πανελλαδικά προκειμένου να αποστείλει γρήγορα εξειδικευμένο προσωπικό στο τόπο του συμβάντος και με ασφαλή και γρήγορο τρόπο να διακομίσει τον πάσχοντα στον πλησιέστερο Υγειονομικό Σχηματισμό φαίνονται στον παρακάτω πίνακα:

#### **Μέσα διακομιδών του ΕΚΑΒ:**

Ασθενοφόρα	<b>735</b>
Ειδικές Κινητές Μονάδες Επείγουσας Προνοσοκομειακής Ιατρικής	<b>102</b>
Μοτοσυκλέτες	<b>25</b>
Μικρά οχήματα ταχείας πρόσβασης (smart, saxo)	<b>4</b>
Ελικόπτερα	<b>3</b>
Αυτοκινούμενα Συντονιστικά Κέντρα	<b>2</b>
Οχήματα Αντιμετώπισης Καταστροφών	<b>2</b>

Πηγή: [www.ekab.gr](http://www.ekab.gr)

Υπάρχουν ακόμη περίπου 350 ασθενοφόρα που έχουν παραχωρηθεί από το ΕΚΑΒ και χρησιμοποιούνται από Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας.

Σε οργανωτικό επίπεδο στις υπηρεσίες ασθενοφόρων των ΗΠΑ η ανώτατη διοίκηση περιλαμβάνει τα εξής:

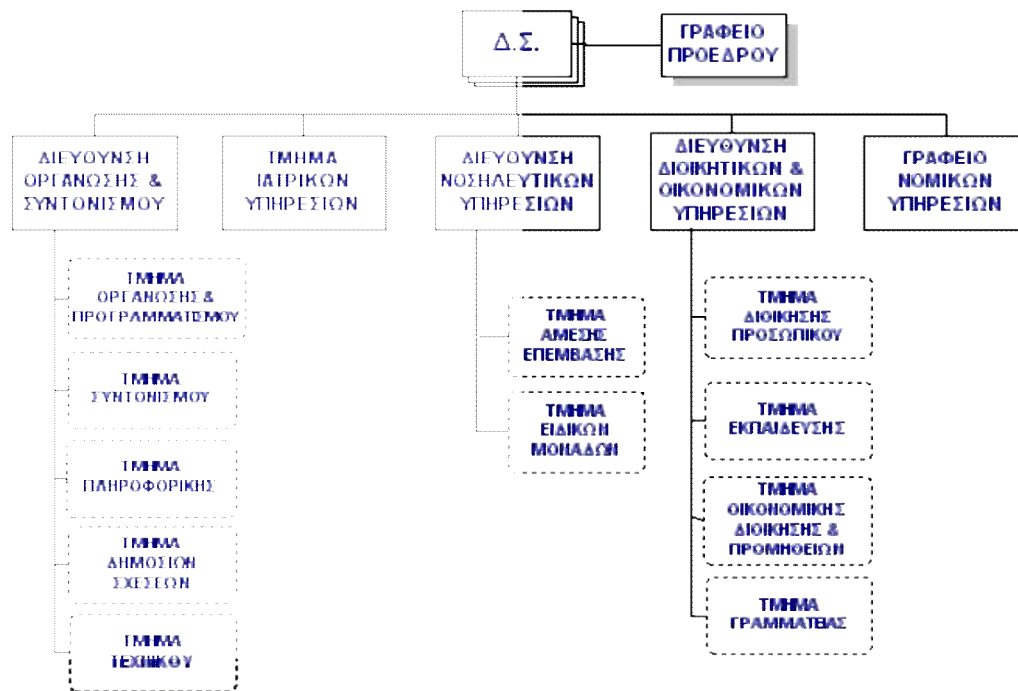
- 1) Διευθυντή Ιατρικών Υπηρεσιών (Medical Director).
- 2) Διευθυντή Διοικητικών- Οικονομικών Υπηρεσιών (Administrative Director).
- 3) Διευθυντή Εκπαίδευσης (Education Director).



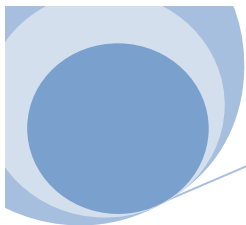
Στόχοι του ΕΚΑΒ που επιδιώκονται μέσω αυτού του τρόπου δομής και των θεσμοθετημένων οργάνων του είναι:

- Η παροχή επείγουσας ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας
- Ο έλεγχος και η αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών επείγουσας φροντίδας στο σύνολό τους.
- Η προσπάθεια για τη συνεχή βελτίωση αυτών των υπηρεσιών και η διατήρησή τους σε εναρμόνιση με τις τρέχουσες διεθνείς εξελίξεις.
- Ο συντονισμός και η εύρυθμη λειτουργία όλων των τμημάτων και παραρτημάτων.
- Η υλοποίηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων στην Επείγουσα Ιατρική και Νοσηλευτική με σκοπό το καλύτερο επίπεδο στην παρεχόμενη φροντίδα από ιατρούς και διασώστες (προγράμματα ΕΠΙ, ΡΗΤLS, ILS, ALS, BLS, ΙΕΚ, ΕΚΑΒ).
- Ο προσδιορισμός του παράγοντα επικινδυνότητας αναφορικά με τους τραυματισμούς και η εισήγηση για την εφαρμογή μέτρων πρόληψης.
- Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της στρατηγικής πρόληψης που εφαρμόζεται από τον κρατικό μηχανισμό.

Στην Ελλάδα το ΕΚΑΒ οργανώνεται σε διευθύνσεις και τμήματα με τη δομή που εμφανίζεται στο σχήμα παρακάτω.



Οργανόγραμμα κεντρικής υπηρεσίας ΕΚΑΒ Πηγή: [www.ekab.gr](http://www.ekab.gr)



#### 4.5 Τρόπος λειτουργίας ΕΚΑΒ

Το σύστημα προνοσοκομειακής φροντίδας είναι δύο επιπέδων. Περιλαμβάνει τα απλά ασθενοφόρα και τις κινητές ιατρικές μονάδες. Τα πληρώματα των απλών ασθενοφόρων αποτελούνται από 2 διασώστες, ενώ οι κινητές μονάδες είναι επανδρωμένες από δύο διασώστες και απαραίτητα από έναν ιατρό. Ο εξοπλισμός των απλών ασθενοφόρων καλύπτει τις ανάγκες για βασική υποστήριξη της ζωής (BLS-βασική ΚΑΡΠΑ), ενώ στις κινητές μονάδες είναι δυνατή η εξειδικευμένη υποστήριξη της ζωής (ALS). Σε όλα τα ασθενοφόρα υπάρχει το απαραίτητο υγειονομικό και φαρμακευτικό υλικό για την πραγματοποίηση ενεργειών αναζωογόνησης και για την ακινητοποίηση τραυματιών (μακριά σανίδα σπονδυλικής στήλης, αυχενικά κολάρα, “φαράσι”, ιμάντες κλπ.). Επίσης σε κάθε ασθενοφόρο θα πρέπει να είναι διαθέσιμος ένας αυτόματος εξωτερικός απινιδιστής (AED- Automatic External Defibrillation) με τα απαραίτητα εξαρτήματα λειτουργίας του τα οποία θα ανανεώνονται μετά από κάθε χρήση (UK Department of Health). Η ύπαρξη ενός τέτοιου μηχανήματος σε πολλές περιπτώσεις μπορεί να έχει καθοριστικό ρόλο στο να σωθούν ανθρώπινες ζωές ([www.skai.gr](http://www.skai.gr)).

Η αποτελεσματικότητα ενός οποιουδήποτε συστήματος προνοσοκομειακής ιατρικής, προϋποθέτει την εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου συστήματος επικοινωνίας. Το ΕΚΑΒ χρησιμοποιεί:

- σύγχρονο ψηφιακό δίκτυο ασύρματης επικοινωνίας για τη συνεχή επαφή με ασθενοφόρα και άλλα μέσα και με άλλους εμπλεκόμενους φορείς.
- ασύρματο ψηφιακό σύστημα εντοπισμού και πλοήγησης όλων των οχημάτων του ΕΚΑΒ Αθηνών
- δίκτυο ενσύρματης επικοινωνίας με τα τμήματα υποδοχής επειγόντων περιστατικών των Νοσοκομείων
- συστήματα πληροφορικής για καταγραφή και επεξεργασία πληροφοριών
- σύγχρονα μέσα μετάδοσης ιατρικών πληροφοριών(σύστημα τηλεϊατρικής στο τμήμα αεροδιακομιδών και σε κάποια ασθενοφόρα) ([www.ics.forth.gr](http://www.ics.forth.gr)).

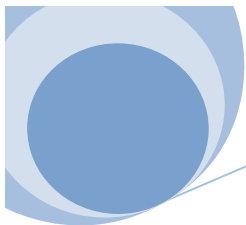
Για την ασύρματη επικοινωνία χρησιμοποιούνται συχνότερα τα ραδιοκύματα VHF σε ειδικές συχνότητες. Οι συχνότητες UHF προορίζονται κυρίως για την τηλεμετρία. Τα δίκτυα κινητής τηλεφωνίας GSM χρησιμοποιούνται πλέον όλο και συχνότερα για την ασύρματη επικοινωνία. Πολλές φορές, όταν παρίσταται ανάγκη

εφαρμόζεται κωδικοποίηση της πληροφορίας, ώστε να μην αποκαλύπτονται τα μηνύματα σε τρίτους και να διασφαλίζεται το ιατρικό απόρρητο. Οι κωδικοί επίσης συνήθως κατηγοριοποιούνται σε ομάδες π.χ. κώδικας ατυχήματος, κώδικας προβληματικής κλήσης.

#### 4.6 Εξοπλισμός οχημάτων παροχής ΕΠΙ

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω σε κάθε ασθενοφόρο πρέπει να διατίθεται ο απαραίτητος εξοπλισμός για βασική υποστήριξη της ζωής. Οι κινητές μονάδες ειδικότερα περιέχουν κάποιον επιπλέον εξοπλισμό ο οποίος περιλαμβάνει:

- Σταθερό πιεσόμετρο
- Αναπνευστήρας
- Ηλεκτροκαρδιογράφος- Απινιδωτής και με δυνατότητα εξωτερικής βηματοδότησης
- Παλμικό Οξύμετρο
- Φορείο- Φαράσι (Scoop- stretcher)
- Στρώμα πολυτραυματία
- Γιλέκο απεγκλωβισμού
- Αερονάρθηκες
- Κηδεμόνας κεφαλής
- Συσκευή αναρρόφησης (σταθερή και φορητή)
- Μάσκα ambu
- Φορητό στηθοσκόπιο
- Λαρυγγοσκόπιο με τρεις λάμες
- Glucotest- Σακχαρόμετρο
- Ισοθερμική κουβέρτα
- Φαρμακευτικός εξοπλισμός



Μερικές από τις εξειδικευμένες ενέργειες που μπορεί να γίνουν και στις οποίες πρέπει τα πληρώματα να είναι εκπαιδευμένα είναι οι εξής:

- Ø Υποστήριξη αεραγωγού με ακινητοποίηση της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης.
- Ø Διατήρηση και υποστήριξη αναπνοής με χορήγηση οξυγόνου, διασωλήνωση, κρικοθυροειδοτομή, χρήση αναπνευστικών συσκευών.
- Ø Βασική και Εξειδικευμένη ΚΑΡΠΑ- Απινίδωση-Βηματοδότηση.
- Ø Έλεγχος εξωτερικής αιμορραγίας, αξιολόγηση και δυνατότητα συρραφής τραυμάτων.
- Ø Διατήρηση κυκλοφορίας με ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και φαρμάκων.
- Ø Αξιολόγηση και ακινητοποίηση ανοικτών και κλειστών κακώσεων και καταγμάτων άκρων και σπονδυλικής στήλης με χρήση των συσκευών ακινητοποίησης.
- Ø Αντιμετώπιση θερμικών και χημικών εγκαυμάτων.
- Ø Αντιμετώπιση δηλητηριάσεων, χρήσης ναρκωτικών και άλλων ουσιών.
- Ø Διάγνωση και αντιμετώπιση επιληπτικών κρίσεων, υπογλυκαιμίας, οξέος πνευμονικού οιδήματος, οξέος εμφράγματος μυοκαρδίου και πολλών άλλων απειλητικών για την ζωή καταστάσεων.
- Ø Αντιμετώπιση επειγόντων μαιευτικών (τοκετός, κ.α.), νεογνολογικών και παιδιατρικών περιστατικών.
- Ø Εκτίμηση, αξιολόγηση, ακινητοποίηση και ασφαλή διακομιδή του πολυτραυματία.

#### 4.7 Εκάβ και μαζικές απώλειες υγείας

Με τον όρο μαζικές απώλειες υγείας, περιγράφουμε μια κατάσταση κατά την οποία μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα προκύπτει μεγάλος αριθμός θυμάτων σχετικά με τις δυνατότητες του συστήματος προνοσοκομειακής και νοσοκομειακής φροντίδας. Σε περίπτωση μαζικών απωλειών υγείας, δεν ξεπερνιούνται μόνο οι δυνατότητες ανταπόκρισης των συστημάτων επείγουσας ιατρικής φροντίδας, αλλά

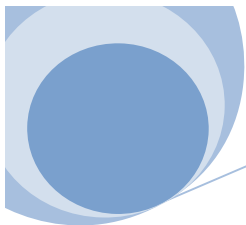
δοκιμάζονται σε μεγάλο βαθμό και οι αντοχές και δυνατότητες άλλων υπηρεσιών παροχής βοήθειας και διάσωσης όπως της Πυροσβεστικής, της Αστυνομίας, των Ένοπλων Δυνάμεων κλπ.

Οι μαζικές απώλειες υγείας μπορεί να προκληθούν από διάφορες αιτίες και να εκδηλωθούν με διάφορες παραλλαγές όσον αφορά την ανάγκη περίθαλψης των θυμάτων. Μια συχνή αιτία πρόκλησης τέτοιων απωλειών στη σύγχρονη ελληνική κοινωνία, είναι τα τροχαία ατυχήματα στους δρόμους ταχείας κυκλοφορίας. Άλλες αιτίες σε καιρό ειρήνης, μπορεί να είναι τα ατυχήματα σε μέσα μαζικής μεταφοράς, φυσικές καταστροφές (σεισμοί, φωτιές), βιομηχανικά και εργατικά ατυχήματα (εκρήξεις, τοξικές ουσίες) κ.α.

Η προετοιμασία για μία κατάσταση με πολλούς τραυματίες περιλαμβάνει το σχεδιασμό, την εκπαίδευση και τον απαραίτητο εξοπλισμό. Μια καταστροφή που προκαλεί πολλά θύματα αποτελεί μεγάλη πρόκληση για το σύνολο των υπηρεσιών που εμπλέκονται στην αντιμετώπισή της. Απαιτείται όξυνση της κριτικής ικανότητας και πολύ καλό επίπεδο εκπαίδευσης και οργάνωσης, ταχύτητα στην εξέταση και τους θεραπευτικούς χειρισμούς, ικανότητα εργασίας κάτω από αντίξοες συνθήκες και σε περιβάλλον όχι μόνο πανικού αλλά και αυξημένης επικινδυνότητας για τους εμπλεκόμενους στη διάσωση.

Αυτοί που εμπλέκονται σε μαζικές απώλειες υγείας θα πρέπει να μπορούν να κάνουν τα εξής:

- Συλλογή πληροφοριών σχετικά με την κατάσταση.
- Επιλογή τοποθεσίας για τα ασθενοφόρα (τοποθέτησή τους σε σχηματισμό που θυμίζει ψαροκόκαλο, σε ασφαλές μέρος κοντά στη σκηνή του ατυχήματος).
- Επιλογή τοποθεσίας για το σταθμό Διαλογής και για το σταθμό Πρώτων Βοηθειών.
- Επιλογή του απαιτούμενου εξοπλισμού και καθορισμού της ανάγκης για πρόσθετα μέσα (π.χ γερανοί για απεγκλωβισμό).
- Εκτίμηση αριθμού απαιτούμενων ασθενοφόρων.
- Αναγνώριση και περιγραφή θυμάτων και κακώσεων- Κατανομή προτεραιοτήτων.
- Καθορισμός ποια θύματα θα φύγουν και σε ποια νοσοκομεία θα πάνε.



- Καθορισμός τρόπων με τους οποίους οι παρευρισκόμενοι μπορούν να βοηθήσουν τις Υπηρεσίες Διάσωσης.
- Εκτίμηση των αναμενόμενων συναισθηματικών αντιδράσεων από τους παριστάμενους στο ατύχημα.

Η αντίδραση και ενεργοποίηση των Υπηρεσιών διάσωσης ξεκινά από τη στιγμή της γνωστοποίησης του συμβάντος στο τηλεφωνικό κέντρο του ΕΚΑΒ, της Πυροσβεστικής ή της Αστυνομίας. Οι πληροφορίες που πρέπει να εκμαιεύσει ο τηλεφωνητής είναι:

- Ø Τόπος συμβάντος
- Ø Είδος και φύση συμβάντος
- Ø Ο αριθμός των θυμάτων κατά προσέγγιση
- Ø Ασφαλής δρόμος πρόσβασης στην περιοχή του συμβάντος
- Ø Αν υπάρχει ασφάλεια ή όχι του χώρου του ατυχήματος.

Με βάση τις πληροφορίες που θα λάβει, ο υπεύθυνος συντονιστής του τηλεφωνικού κέντρου θα αποφασίσει για τον αριθμό των οχημάτων που θα σταλούν αρχικά, καθώς και για την ενημέρωση των υπόλοιπων υπηρεσιών που πιθανόν θα χρειαστεί να εμπλακούν (Αστυνομία, Πυροσβεστική, Νοσοκομεία, Πολιτικές Αρχές).

#### 4.8 Αρμοδιότητες του ΕΚΑΒ

Ο υπεύθυνος των ιατρικών υπηρεσιών στην περιοχή του συμβάντος, έχει στην ουσία επτά βασικές περιοχές υπευθυνότητας:

- § Ασφάλεια- προέχει πάντοτε η ασφάλεια των διασωστών γι' αυτό λαμβάνονται μέτρα προστασίας. Στη συνέχεια λαμβάνονται μέτρα προστασίας για την περιοχή του συμβάντος και τέλος για την ασφάλεια των θυμάτων.
- § Επικοινωνίες- Οι υπεύθυνοι των ιατρικών ομάδων πρέπει να βρίσκονται σε άμεση επικοινωνία με τα σωστικά συνεργεία και να μεταδίδει πληροφορίες προς τα Νοσοκομεία Υποδοχής.

- § Εκτίμηση- του αριθμού των θυμάτων και της βαρύτητας των κακώσεων.
- § Διαλογή των θυμάτων- ανάλογα με τη βαρύτητα των κακώσεων ή τις πιθανότητες επιβίωσης.
- § Αντιμετώπιση- πραγματοποιείται στη ζώνη ελέγχου κυρίως. Οι προτεραιότητες θέτονται με βάση το ABCDE.
- § Διακομιδές- Το ΕΚΑΒ είναι υπεύθυνο για τις διακομιδές των θυμάτων προς τα νοσοκομεία υποδοχής. Είναι πολύ σημαντικό, πριν φύγουν τα ασθενοφόρα να έχει αποφασιστεί ποιά θα είναι τα νοσοκομεία υποδοχής και να έχουν καθοριστεί αδρά οι ανάγκες των ασθενών κατά τη διάρκεια της διακομιδής.
- § Γενική Εποπτεία της κατάστασης- εξασφάλιση ανεφοδιασμού των ιατρικών μονάδων σε υλικά και εξοπλισμό, αναγνώριση σημείων κόπωσης στα σωστικά συνεργεία και συντονισμός όλων των ιατρικών ομάδων.

#### 4.9 Διαλογή (triage) περιστατικών στην επείγουσα προνοσοκομειακή φροντίδα.

Η διαλογή είναι ένα σύστημα ιεράρχησης στην αντιμετώπιση και μεταφορά ασθενών με βάση τη σοβαρότητα της κατάστασής τους και τη διαθεσιμότητα των πόρων. Ο όρος προέρχεται από τη γαλλική λέξη *trier*, που σημαίνει διαλέγω, ταξινομώ, κατηγοριοποιώ με βάση ένα ή περισσότερα κριτήρια. Χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από το γαλλικό στρατό κατά τη διάρκεια του πρώτου παγκοσμίου πολέμου, ενώ οι ρίζες της μπορούν να αναζητηθούν και στους Ναπολεόντειους πολέμους.

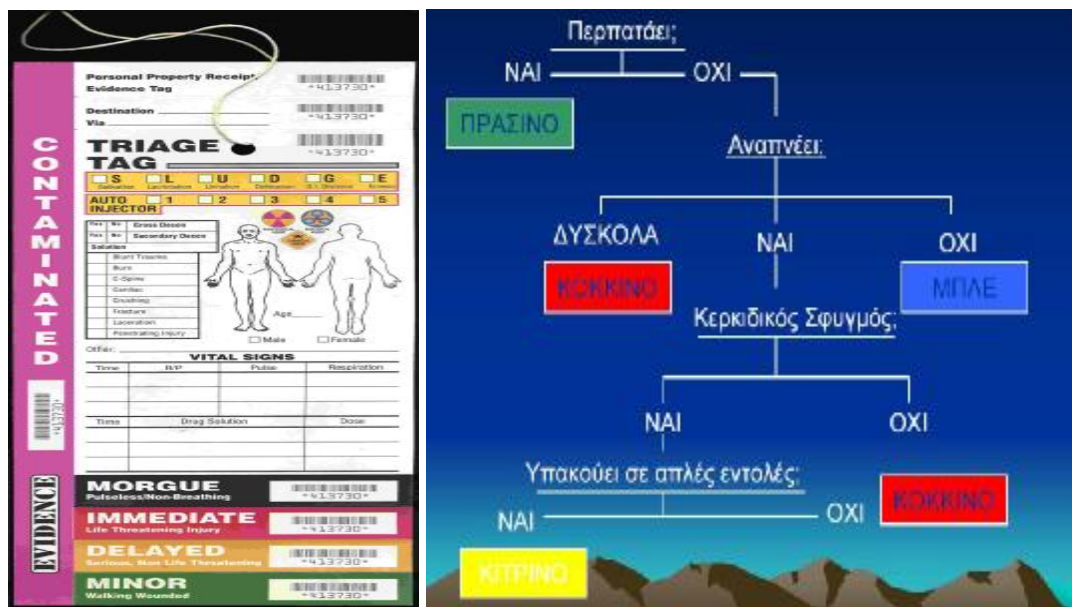


Α' Παγκόσμιος πόλεμος. Γάλλοι Στρατιώτες Πηγή: [blog.bugherd.com](http://blog.bugherd.com)



Το μοντέλο που χρησιμοποιείται από το ελληνικό σύστημα, είναι το S.T.A.R.T. (Simple Triage And Rapid Treatment). Δημιουργήθηκε στο νοσοκομείο Hoag στο Newport της Καλιφόρνια και έχει χρησιμοποιηθεί με επιτυχία σε καταστάσεις μαζικών απωλειών υγείας. Σύμφωνα με αυτό οι ασθενείς κατατάσσονται σε 4 κατηγορίες:

1. Νεκροί ή ασθενείς με κακώσεις ασύμβατες με τη ζωή. (ΜΑΥΡΟΙ)
2. Τραυματίες που χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης. (ΚΟΚΚΙΝΟΙ)
3. Τραυματίες που χρήζουν αντιμετώπισης σε δεύτερο χρόνο. (ΚΙΤΡΙΝΟΙ)
4. Ασθενείς που έχουν ελαφρείς τραυματισμούς. (ΠΡΑΣΙΝΟΙ)



Ετικέτα Triage Πηγή: en.wikipedia.org

Η κατηγοριοποίηση αυτή των θυμάτων βασίζεται:

- § Σε στοιχεία φυσιολογίας
- § Στην ανατομία του τραύματος
- § Στο μηχανισμό του τραυματισμού



§ Στην αναγνώριση τραυματιών με αυξημένο κίνδυνο επιδείνωσης του τραυματισμού τους.

Στο τέλος της πρωτογενούς εκτίμησης γίνεται μια γρήγορη νευρολογική εκτίμηση του τραυματία και του επιπέδου συνείδησής του, της παρουσίας ή όχι ανισοκορίας και της ανταπόκρισής του σε λεκτικά ή επώδυνα ερεθίσματα.

Συστηματική και αξιόπιστη εκτίμηση του επιπέδου συνείδησης γίνεται χρησιμοποιώντας την Κλίμακα Γλασκώβης, η γνώση της οποίας πρέπει να είναι κτήμα όλων των εμπλεκομένων στην αρχική αντιμετώπιση του πολυτραυματία.

Στο πλαίσιο της εξέτασης αυτής η νευρολογική εκτίμηση περιλαμβάνει:

- Ø Εκτίμηση του βαθμού εγρήγορσης του ασθενούς με βάση τη κλίμακα της Γλασκώβης.
- Ø Εξέταση της κόρης των οφθαλμών (μέγεθος, αντίδραση στο φως).
- Ø Αδρός έλεγχος της κινητικότητας των άκρων.

Η Κλίμακα Γλασκώβης διαχωρίζεται σε ενήλικες και παιδιά και εμφανίζεται αναλυτικά στους πίνακες παρακάτω:

Α) Κλίμακα Γλασκώβης σε ενήλικες:	
I) Άνοιγμα ματιών:	αυθόρμητα (4), σε προφορικά παραγγέλματα (3), στον πόνο (2), καμία αντίδραση (1).
II) Προφορική απάντηση:	προσανατολισμένη (5), συγκεχυμένη (4), απρόσφορη ομιλία – λέξεις, μονοσύλλαβη (3), ακατανόητοι ήχοι, ακατάληπτη ομιλία (2), καμία αντίδραση (1).
III) Κινητική αντίδραση:	Υπακούει σε εντολές (6), εντοπίζει επώδυνα ερεθίσματα (5), αποσύρει – αδύναμη κάμψη σε επώδυνα ερεθίσματα (4), ανώμαλη κάμψη σε επώδυνα ερεθίσματα (3), ανώμαλη έκταση σε επώδυνα ερεθίσματα, απεγκεφαλισμός (2), καμία αντίδραση (1).

Ελάχιστη βαθμολογία: 3, μέγιστη: 15, κώμα σε σκορ <8 και εγκεφαλικός θάνατος σε σκορ 3.  
Υποστήριξη (ΜΕΘ) χρειάζεται σε σκορ 7 – 9, Teasdale G., Jennett B., LANCET (ii) 81-83, 1974.

**B) Κλίμακα Γλασκώβης σε παιδιά:**

- I) Άνοιγμα ματιών: αυθόρμητα (4),  
στους ήχους (3),  
στον πόνο (2),  
αδύνατο (1).
- II) Προφορική απάντηση: κατάλληλες για την ηλικία (5),  
κραυγές (4),  
ευερεθιστότητα (3),  
ανησυχία λήθαργος (2),  
καμία (1).
- III) Κινητική αντίδραση: κατάλληλη για την ηλικία (6),  
εντοπίζει τον πόνο (5),  
κάμψη στον πόνο (4),  
σπαστική κάμψη (3),  
έκταση (2),  
καμία (1).

Ελάχιστη βαθμολογία: 3, μέγιστη: 15, κώμα σε σκορ <8 και εγκεφαλικός θάνατος σε σκορ 3. Υποστήριξη (ΜΕΘ) χρειάζεται σε σκορ 7 – 9.

Πηγή: nursegr.blogspot.com

Η φιλοσοφία της διαλογής σε περιπτώσεις μαζικών απωλειών υγείας είναι όμοια με αυτή της διαλογής στο πεδίο της μάχης, δηλαδή ο στόχος είναι η διάσωση όσων περισσότερων τραυματιών είναι δυνατόν. Όλες οι αποφάσεις στη διεργασία αυτή λαμβάνονται ταχύτατα και κάτω από συνθήκες μεγάλης πίεσης. Καθορίζεται επίσης και ο τρόπος κίνησης των ασθενοφόρων και διακομιδής των περιστατικών, ώστε να διασφαλίζεται η κατά το δυνατόν ισομερής κατανομή των τραυματιών στα υφιστάμενα τμήματα παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας της περιοχής. Έτσι, δε θα παρατηρείται συμφόρηση ορισμένων από τα Τμήματα αυτά.

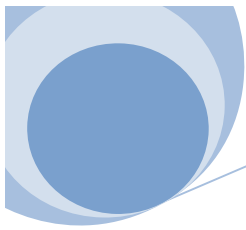
#### **4.10 Απεικονιστικές εξετάσεις- ρόλος νοσηλευτή (κατά την άφιξη του πολυτραυματία).**

- § Ακτινογραφία θώρακος
- § Ακτινογραφία λεκάνης
- § Υπερηχογράφημα κοιλίας

- § Υπερηχογράφημα καρδιάς (σε περίπτωση τραυματισμού του θώρακος που συμβαίνει σε σπάνιες περιπτώσεις).
- § Αξονική τομογραφία εγκεφάλου (σε περίπτωση σοβαρής κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης).
- § Ακτινογραφία θώρακος: πρέπει να γίνεται πάνω στο φορείο χωρίς την μετακίνηση του πολυτραυματία και έχει σκοπό να απαντήσει σε ένα μόνο ερώτημα: Υπάρχει πνευμοθώρακος ή αιμοθώρακος που να χρειάζεται επείγουσα παροχέτευση;  
Συγχρόνως γίνεται και ακτινογραφία λεκάνης η οποία επιτρέπει τη διάγνωση κάποιου κατάγματος.
- § Υπερηχογράφημα: Έχει γίνει εξέταση αναφοράς για τη διάγνωση ενδοκοιλιακής αιμορραγίας και προοδευτικά έχει αντικαταστήσει την παρακέντηση- πλύση της περιτοναϊκής κοιλότητας. Το υπερηχογράφημα κοιλίας επιτρέπει την αναζήτηση μιας ενδοπεριτοναϊκής συλλογής και την εκτίμηση, χονδρικά, της σοβαρότητας της.
- § Εργαστηριακός έλεγχος: Με την τοποθέτηση της πρώτης φλεβικής γραμμής παίρνουμε δείγμα αίματος το οποίο στέλνουμε στην αιμοδοσία για προσδιορισμό ομάδας αίματος και διασταύρωσης και στο μικροβιολογικό εργαστήριο για προσδιορισμό των έμμορφων και άμορφων συστατικών του αίματος και βιοχημικές εξετάσεις. Επίσης παίρνουμε δείγμα ούρων για γενική εξέταση. Εάν υπάρχει η δυνατότητα μέτρησης από το εργαστήριο ζητούμε επίπεδο αλκοόλης. Αφού αντιμετωπισθούν οι απειλητικές για τη ζωή του πολυτραυματία κακώσεις και εφόσον έχουμε άνεση χρόνου, ακολουθεί δεύτερη αξιολόγηση (λεπτομερής κλινική εξέταση, καταγραφή ευρημάτων και βαθμολόγηση της βαρύτητας της κάκωσης).

#### **4.11 Ο ρόλος του νοσηλευτή και οι παρεμβάσεις του στον πολυτραυματία.**

Ο νοσηλευτής παίζει σπουδαίο ρόλο σε όλα τα στάδια φροντίδας του πολυτραυματία με τη συνεχή παρακολούθηση, με την παρατηρητικότητα του, αλλά και τις νοσηλευτικές διαγνώσεις και τις εξατομικευμένες παρεμβάσεις του για να διατηρήσει τη ζωή του ασθενή. Μερικές από τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις για τη φροντίδα ενός πολυτραυματία είναι οι ακόλουθες:

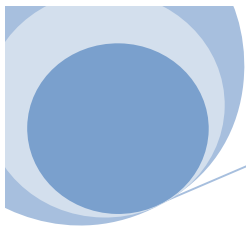


#### 4.11.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή σε κατάγματα και τραυματικές κακώσεις θώρακα είναι:

- § Η συνεχής εκτίμηση των: ζωτικών σημείων, αναπνευστικών ήχων, θωρακικής έκπτυξης και αερίων αίματος.
- § Η χορήγηση εφυγρασμένου οξυγόνου.
- § Η χορήγηση αναλγητικών και αντιβιοτικών.
- § Αποφυγή υπερέκτασης και απότομων κινήσεων.
- § Τιποθέτηση ημικαθιστική θέση (fowler) για διευκόλυνση παροχέτευσης και μείωσης του έργου παροχής.
- § Βοήθεια στην θωρακοτομία και στην εφαρμογή κλειστής παροχέτευσης θώρακα.
- § Χορήγηση διουρητικών για την αποφυγή του κινδύνου του πνευμονικού οιδήματος.

#### 4.11.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή σε τραύματα κοιλίας είναι:

- § Να εξασφαλίσει τη βατότητα αεραγωγού και τον επαρκή αερισμό με διασωλήνωση και χορήγηση οξυγόνου.
- § Φλεβοκέντηση για χορήγηση υγρών και φαρμάκων.
- § Χορήγηση διαλυμάτων Ringers Lactated, Nacl 0,9% για αναπλήρωση απωλειών, χορήγηση κολοειδών διαλυμάτων και αίματος ανάλογα με τις απώλειες υγρών και αίματος.
- § Λήψη αίματος και αποστολή στην αιμοδοσία για ομάδα και δισταύρωση.
- § Εφαρμογή καθετήρα folley για ωριαία μέτρηση ούρων.
- § Εφαρμογή ρινογαστρικού σωλήνα και σύνδεσή του με διαλύπουσα αναρρόφηση.
- § Παρακολούθηση των επιπέδων των ηλεκτρολυτών ουρίας, αιμοσφαιρίνης, αιματοκρίτη και αερίων αρτηριακού αίματος.
- § Μέτρηση κεντρικής φλεβικής πίεσης και πίεσης πνευμονικής αρτηρίας με καθετήρα Swan-Ganz.
- § Μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.
- § Παρακολούθηση περιφέρειας.



- § Χορήγηση αναλγητικών.
- § Χορήγηση αντιτετανικής προφυλακτικής αγωγής.
- § Παρακολούθηση ζωτικών σημείων.
- § Βοήθεια στη πλήυση της περιτοναϊκής κοιλότητας.

#### **4.11.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή σε κατάγματα- κακώσεις πυέλου είναι:**

Στα κατάγματα πυέλου ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την ακινητοποίηση του πολυτραυματία, τη συχνή παρακολούθηση ζωτικών σημείων, τη χορήγηση ναρκωτικών- αναλγητικών για τον πόνο και την ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή.

#### **4.11.4 Ο ρόλος του νοσηλευτή γενικά στα τραύματα των άκρων είναι:**

- § Να βοηθήσει τον γιατρό στην εφαρμογή του γύψου.
- § Επίβλεψη για τη διατήρηση και εφαρμογή του πάσχοντος μέλους σε έλξη.
- § Άσκηση δακτύλων μετά την εφαρμογή του γύψου.
- § Αντιμετώπιση του πόνου του ασθενή με ισχυρά παυσίπονα.
- § Έλεγχος των άκρων για σημεία κακής κυκλοφορίας όπως ψυχρότητα, αλλαγή χρώματος, εξέλκωση, φλεγμονή σε σημεία τριβής.
- § Χορήγηση αντιτετανικού ορού.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5°**

### **ΠΡΟΑΓΩΓΗ-ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ**

#### **5.1 Εισαγωγή**

Οι υπηρεσίες υγείας και η ιατρική φροντίδα υπάρχουν για να καλύπτουν τις ανάγκες υγείας κάθε κοινωνίας. Οι κοινωνίες όμως αλλάζουν και μαζί τους αλλάζουν οι ανάγκες υγείας και οι προσδοκίες του πληθυσμού για φροντίδα και περίθαλψη.



Είναι δε φυσικό, αυτές οι αλλαγές να παρασύρουν προς νέους προσανατολισμούς και τα συστήματα υγείας, που έτσι και αλλιώς δεν παραμένουν σε ακινησία αλλά συνεχώς εξελίσσονται, υποχρεωμένα από ευρύτερες διεργασίες όπως είναι η ανάπτυξη της οικονομίας και της τεχνολογίας ή από εσωτερικές δυνάμεις όπως είναι οι φωτεινές εμπνεύσεις και η άοκνη προσφορά ορισμένων λειτουργών τους.

Μία από τις σημαντικότερες πρόσφατες αλλαγές στο χώρο της υγείας διεθνώς, υπήρξε το αυξανόμενο ενδιαφέρον για παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας και πρόληψης. Οι κοινωνίες άρχισαν να συνειδητοποιούν τα όρια της σύγχρονης θεραπευτικής - νοσοκομειακής ιατρικής απέναντι στα μείζονα προβλήματα υγείας της εποχής μας, όπως είναι ο καρκίνος, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τα ατυχήματα, οι ψυχικές διαταραχές, τα χρόνια εκφυλιστικά νοσήματα και πρόσφατα το AIDS. Ταυτόχρονα, οι κρατικοί προϋπολογισμοί όλο και περισσότερο δυσκολεύονται ή αδυνατούν ακόμα να ανταποκριθούν στις διογκούμενες δαπάνες για την υγεία, που στη συντριπτική τους πλειοψηφία καταναλώνονται από το θεραπευτικό-νοσοκομειακό τομέα.

Αυτά τα δύο φαινόμενα, των υψηλών δαπανών και της περιορισμένης αποτελεσματικότητας, που συνιστούν την πολυσυζητημένη κρίση της σύγχρονης Ιατρικής, έχουν οδηγήσει στην αναζήτηση νέων πολιτικών υγείας και στην αναβάθμιση άλλων, σε μια προσπάθεια να απαντηθούν αποτελεσματικά αλλά και οικονομικά τα σύγχρονα προβλήματα υγείας. Κυρίως έχουν οδηγήσει στην ανάπτυξη της Πρόληψης, μια που όλα σχεδόν τα μείζονα προβλήματα υγείας της εποχής μας είναι αιτιολογικά συνυφασμένα με το σύγχρονο τρόπο ζωής και με το σύγχρονο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον.

## **5.2 Η προαγωγή Υγείας (ορισμός)**

Η 34η γενική συνέλευση της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (Π.Ο.Υ.) που πραγματοποιήθηκε το 1981, έθεσε σαν στρατηγική επιδίωξη το «Υγεία για όλους το έτος 2000» (Health For All by the year 2000- HFA 2000). Η ανάπτυξη της



Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας Π.Φ.Υ., θεωρήθηκε μοχλός αυτής της προσπάθειας, γι'αυτό και ένας από τους βασικούς στόχους που τέθηκε ήταν ο αναπροσανατολισμός των υπηρεσιών υγείας. Οι άλλοι βασικοί στόχοι ήταν η πρόληψη των προλήψιμων νοσημάτων και προβλημάτων υγείας, η αναβάθμιση του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος και η διαμόρφωση υγιεινών στάσεων και συμπεριφορών.

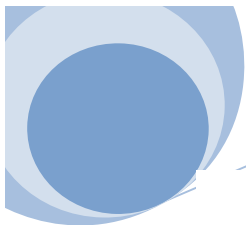
Για την επίτευξη αυτών των στόχων, η Π.Ο.Υ. θεσμοθέτησε το 1986 με την διακήρυξη της Οπάβας, την πολιτική της Προαγωγής Υγείας (Health Promotion) που αποσκοπεί στην αναβάθμιση του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος, στην ενίσχυση των ευρύτερων παραγόντων που επιδρούν θετικά στην ανθρώπινη υγεία και στη διαμόρφωση υγιεινών στάσεων και συμπεριφορών.

Προσανατολισμένη στην κοινότητα και στις ανάγκες του κάθε τοπικού πληθυσμού και διαποτισμένη από μια ουμανιστική αντίληψη για την υγεία και την αρρώστια, κοινωνικά προσανατολισμένη, η Προαγωγή Υγείας έρχεται να καλύψει ένα κενό που μεγάλωνε συνεχώς τα τελευταία χρόνια με την αύξηση του ειδικού βάρους της σύγχρονης νοσοκομειακής - θεραπευτικής ιατρικής.

Η Προαγωγή Υγείας σύμφωνα με τη διακήρυξη της Π.Ο.Υ. είναι η διαδικασία μέσα στην οποία τα άτομα γίνονται ικανά να αναπτύξουν τον έλεγχο πάνω στην υγεία τους και να τη βελτιώσουν. Η άποψη αυτή απορρέει από μια ευρύτερη αντίληψη που ταυτίζει την υγεία με τη δυνατότητα που έχει ένα άτομο ή μια ομάδα, να μπορεί από τη μια να πραγματοποιεί τις επιθυμίες του και να ικανοποιεί τις ανάγκες του και από την άλλη να μεταβάλλει το περιβάλλον ή να προσαρμόζεται σ' αυτό. Συνακόλουθα, η υγεία θα πρέπει να θεωρείται σαν συντελεστής της καθημερινής ζωής και όχι σαν αυτοσκοπός. Είναι δηλαδή μια θετική έννοια που δίνει έμφαση στις κοινωνικές και προσωπικές δυνατότητες και ικανότητες.

Σύμφωνα με την ίδια διακήρυξη, η Προαγωγή Υγείας χαρακτηρίζεται από τις ακόλουθες αρχές, δραστηριότητες, προτεραιότητες.





### 5.3 Βασικές αρχές Προαγωγής Υγείας

Η ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ επικεντρώνεται περισσότερο στο σύνολο του πληθυσμού μέσα στα πλαίσια της καθημερινής του ζωής, παρά στα μεμονωμένα άτομα που διατρέχουν κάποιο συγκεκριμένο κίνδυνο να αρρωστήσουν. Καθιστά τα άτομα ικανά να αναλαμβάνουν αυθόρμητα ή οργανωμένα υπεύθυνα δράση για την υγεία τους, που όπως ήδη αναφέρθηκε, αποτελεί σημαντικό συντελεστή της καθημερινής τους ζωής. Η επιδίωξη αυτή απαιτεί πλήρη και συνεχή πρόσβαση στην πληροφόρηση για θέματα υγείας και τη μέγιστη δυνατή κοινοποίηση όλων των σχετικών πληροφοριών στο σύνολο του πληθυσμού.

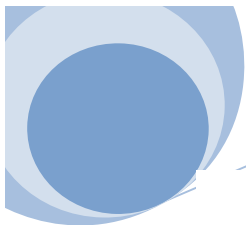
Η ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ κατευθύνει τη δράση της προς όλους τους παράγοντες που καθορίζουν την υγεία. Κατά συνέπεια η Προαγωγή Υγείας, εκτός από τη στενή συνεργασία των υπηρεσιών υγείας, προϋποθέτει και τη συμβολή όλων των φορέων που σχετίζονται με τους ευρύτερους αυτούς παράγοντες.

Η ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ συνδυάζει διάφορες αλλά συμπληρωματικές μεθόδους ή τρόπους προσέγγισης, όπως την επικοινωνία, την εκπαίδευση, τη νομοθεσία, τα οικονομικά μέτρα, τις οργανωτικές αλλαγές, την ανάπτυξη της κοινότητας καθώς και αυτογενείς τοπικές δραστηριότητες κατά των κινδύνων της υγείας.

Η ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ στοχεύει ιδιαίτερα στην αποτελεσματική και ουσιαστική συμμετοχή του κοινού. Ο στόχος αυτός απαιτεί την ανάπτυξη επιδεξιότητων σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο που διευκολύνουν την αποσαφήνιση των προβλημάτων και τη λήψη των σωστών αποφάσεων.

Η ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ είναι μια ευρύτερη δραστηριότητα στο χώρο της υγείας και της κοινωνίας και όχι μια ιατρική υπηρεσία. Γι' αυτό, όλοι οι επαγγελματίες της υγείας και ιδιαίτερα όσοι ασχολούνται με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, διαδραματίζουν ένα σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της Προαγωγής Υγείας.

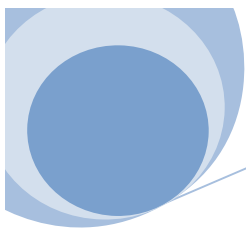




#### 5.4 Δραστηριότητες – Προτεραιότητες Προαγωγής Υγείας

Η Προαγωγή Υγείας επιδιώκει την αναβάθμιση των παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία, όπως είναι οι οικονομικοί, οι περιβαλλοντολογικοί, οι κοινωνικοί κ.ά. Με δεδομένο το εύρος αυτών των παραγόντων, θα μπορούσε να καταγραφεί ένας σχεδόν ατέλειωτος κατάλογος δραστηριοτήτων: διατροφική πολιτική, στέγαση, κάπνισμα, επιδεξιότητες προσαρμογής, κοινωνική υποστήριξη κ.ά. Για να διευκολυνθεί όμως το έργο της Προαγωγής Υγείας, η διακήρυξη της Οπτάβας αναφέρει ότι:

- ∅ Στο επίκεντρο της Προαγωγής Υγείας είναι η εξασφάλιση της πρόσβασης στην υγεία, δηλαδή η μείωση των ανισοτήτων στην υγεία και η αύξηση των ευκαιριών για τη βελτίωση της υγείας. Η επιδίωξη αυτή συνεπάγεται αλλαγές στις σχετικές πολιτικές του κράτους και των υπεύθυνων φορέων, καθώς και αναπροσανατολισμό των υπηρεσιών υγείας.
- ∅ Η βελτίωση της υγείας εξαρτάται από τη διαμόρφωση ενός υγιεινού περιβάλλοντος ιδιαίτερα σε ότι αφορά τις συνθήκες εργασίας και κατοικίας. Επειδή και στις δύο περιπτώσεις πρόκειται για ένα δυναμικό περιβάλλον, η Προαγωγή Υγείας περιλαμβάνει μεθόδους για την εκτίμηση της δυναμικής αυτής μέσα από την αξιολόγηση των τεχνολογικών, πολιτιστικών και οικονομικών τάσεων και προοπτικών.
- ∅ Η Προαγωγή Υγείας επιδιώκει την ενίσχυση των κοινωνικών δομών και της κοινωνικής υποστήριξης. Η επιδίωξη αυτή στηρίζεται στην αποδοχή του σημαντικού ρόλου που διαδραματίζουν οι κοινωνικές δυνάμεις και οι κοινωνικές σχέσεις στον καθορισμό των αξιών και των συμπεριφορών που σχετίζονται με την υγεία.
- ∅ Ο κυρίαρχος τρόπος ζωής σε μια κοινωνία είναι καθοριστικής σημασίας γιατί διαμορφώνει τις προσωπικές συμπεριφορές που μπορεί να είναι είτε ωφέλιμες, είτε βλαβερές. Η υιοθέτηση συμπεριφορών που συμβάλλουν στην υγεία προϋποθέτει τη διερεύνηση των σχετικών πεποιθήσεων και αξιών. Η διαμόρφωση μιας υγιεινούς συμπεριφοράς και η ανάπτυξη κατάλληλων



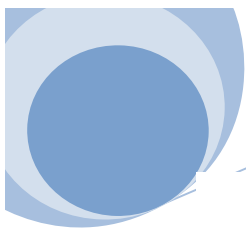
μηχανισμών προσαρμογής στο περιβάλλον και συναλλαγής με αυτό, αποτελούν θεμελιώδεις στόχους της Προαγωγής Υγείας.

- Ø Η Προαγωγή Υγείας στηρίζεται στη συλλογική προσπάθεια για την προάσπιση της υγείας. Οι αρχές, με την άσκηση κοινωνικής πολιτικής, έχουν μια ιδιαίτερη ευθύνη στο να καταστήσουν προσιτές τις ενδεικνυόμενες επιλογές και να εξασφαλίσουν τις βασικές προϋποθέσεις μιας υγιούς ζωής. Οι δε υποστηρικτές της Προαγωγής της Υγείας μέσα στα κέντρα αποφάσεων, πρέπει αφενός να έχουν συνείδηση της σημασίας της αυθόρμητης δραστηριότητας για την υγεία, όπως είναι τα κοινωνικά κινήματα ή τα φαινόμενα της αυτοβοήθειας και της αυτοφροντίδας και αφετέρου να αναγνωρίζουν την ανάγκη συνεχούς συνεργασίας με το κοινό πάνω σε όλα τα θέματα της Προαγωγής Υγείας.
- Ø Η έννοια της Προαγωγής Υγείας πρέπει να αποσαφηνίζεται σε κάθε στάδιο του σχεδιασμού δίνοντας έμφαση στις κοινωνικές, οικονομικές και οικολογικές διαστάσεις της υγείας. Η διαμόρφωση πολιτικών Προαγωγής Υγείας μπορεί έτσι να σχετιστεί και να ενοποιηθεί με άλλες πολιτικές, όπως της εργασίας, της στέγασης, των κοινωνικών υπηρεσιών, της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας κτλ.
- Ø Η πολιτική βούληση για την ανάπτυξη της Προαγωγής Υγείας πρέπει να οδηγεί στη δημιουργία κέντρων αναφοράς σε όλα τα επίπεδα -τοπικό, περιφερειακό και εθνικό. Τα κέντρα αυτά θα λειτουργούν σαν οργανωτικοί μηχανισμοί για το διατομεακό και συντονισμένο σχεδιασμό της Προαγωγής Υγείας. Θα παρέχουν επίσης ηγεσία και υπευθυνότητα έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η ανάπτυξη των σχετικών δραστηριοτήτων. Απαραίτητη προϋπόθεση για την ανάπτυξη μακροπρόθεσμων προγραμμάτων είναι και η ύπαρξη επαρκών κονδυλίων και ειδικευμένου προσωπικού.
- Ø Κατά την ανάπτυξη των δραστηριοτήτων της Προαγωγής Υγείας θα πρέπει να υπάρχει συνεχής διάλογος και ανταλλαγή απόψεων μεταξύ ατόμων ή ομάδων και ειδικών επαγγελματιών. Θα πρέπει επίσης να καθιερωθούν μηχανισμοί που θα εξασφαλίσουν ευκαιρίες για να εκφράζει το κοινό τις απόψεις του και για να καλλιεργείται το δημόσιο ενδιαφέρον για την υγεία.

- Ø Για την επιλογή των τομέων προτεραιότητας, θα πρέπει να έχει προηγηθεί μια αξιολόγηση των δεικτών υγείας, των γνώσεων, των ικανοτήτων και πρακτικών του πληθυσμού σε θέματα υγείας καθώς και της ισχύουσας εθνικής ή τοπικής νομοθεσίας και πολιτικής.
- Ø Επιπλέον, θα πρέπει να έχει εκτιμηθεί η προσδοκώμενη επίδραση στην υγεία των σχεδιαζόμενων μέτρων και προγραμμάτων, οι οικονομικοί περιορισμοί και τα οικονομικά οφέλη, η κοινωνική και η πολιτιστική αποδοχή τους και η δυνατότητα ολοκληρωμένης πραγμάτωσής τους.
- Ø Τέλος, η ερευνητική υποστήριξη είναι καθοριστική για την ανάπτυξη των δραστηριοτήτων και για την αξιολόγησή τους. Υπάρχει ανάγκη να αναπτυχθούν νέες μεθοδολογίες έρευνας και να επινοηθούν κατάλληλοι τρόποι αξιολόγησης. Τα αποτελέσματα της έρευνας θα πρέπει να κοινοποιούνται ευρέως και να πραγματοποιούνται συγκρίσεις ενδοκρατικές και διεθνείς.

### 5.5 Αγωγή Υγείας (ορισμός)

Η ανθρώπινη συμπεριφορά και το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, όπως ήδη τονίστηκε, αποτελούν αποφασιστικούς παράγοντες στην αιτιολογία και την επιδημιολογία πολλών νοσημάτων μεταξύ των οποίων συμπεριλαμβάνονται και οι βασικότερες αιτίες θνησιμότητας και νοσηρότητας της εποχής μας. Ο καρκίνος, τα καρδιαγγειακά, τα ατυχήματα, τα ψυχικά νοσήματα, τα χρόνια εκφυλιστικά και ορισμένα σύγχρονα λοιμώδη (π.χ. AIDS), θα μπορούσαν να καταπολεμηθούν σε μεγάλο βαθμό, αν ο άνθρωπος τροποποιούσε ορισμένες ανθυγιεινές καθημερινές του συνήθειες και βελτίωνε το περιβάλλον του. Γι' αυτό και η αποτελεσματικότητα κάθε πολιτικής υγείας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το επίπεδο συνειδητότητας του πληθυσμού στα θέματα που αφορούν την υγεία του και από την ετοιμότητα και την αποφασιστικότητα του καθένα ατομικά και όλων μαζί συλλογικά για εποικοδομητική δράση στην υπόθεση της υγείας.



Αυτή ακριβώς την ανάγκη έρχεται να καλύψει η Αγωγή Υγείας που θα μπορούσε να οριστεί σαν:

*«η διαδικασία εκείνη που βοηθάει τα άτομα να παίρνουν αποφάσεις, να υιοθετούν συμπεριφορές και να δρουν σύμφωνα με τις ανάγκες που επιβάλλει η προάσπιση και η προαγωγή της υγείας τους».*

Ο ορισμός της Αγωγής Υγείας επιδέχεται μια ευρύτερη και μια αυστηρότερη ερμηνεία. Σύμφωνα με την ευρύτερη ερμηνεία, η Αγωγή Υγείας αφορά όλες εκείνες τις εμπειρίες ενός ατόμου, μιας ομάδας ή μιας κοινότητας, που επιδρούν και επηρεάζουν τις αξίες, τις στάσεις, τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία. Αυτή η ευρύτερη ερμηνεία αναγνωρίζει ότι πολλές εμπειρίες, θετικές και αρνητικές, επιδρούν στη σκέψη, στα αισθήματα και στην πράξη των ανθρώπων. Γι' αυτό και δεν περιορίζει το εύρος της δράσης της Αγωγής Υγείας μόνο σε σχεδιασμένες και οργανωμένες δραστηριότητες.

Σύμφωνα με την αυστηρότερη ερμηνεία, ο όρος «Αγωγή Υγείας» κατά κανόνα σημαίνει τις προγραμματισμένες προσπάθειες που αποσκοπούν στην προώθηση των βασικών στόχων της Αγωγής Υγείας στα πλαίσια της Προαγωγής Υγείας. Η δεύτερη αυτή ερμηνεία είναι και αυτή που χρησιμοποιείται περισσότερο στον ακαδημαϊκό χώρο.

Με βάση το συγκεκριμένο αυτό περιεχόμενο, η Αγωγή Υγείας αποτελεί αναπόσπαστο και σημαντικό κομμάτι της Προαγωγής Υγείας, αλλά και ουσιαστική συνιστώσα της θεραπευτικής διαδικασίας και της σωστής χρήσης και αξιοποίησης των υπηρεσιών υγείας.

Σχετικά με το ρόλο της Αγωγής Υγείας στη θεραπευτική αγωγή των αρρώστων, είναι φανερό η συμβολή της σωστής ενημέρωσης και της ενεργού συμμετοχής του ασθενή στην επιτυχία κάθε θεραπευτικού σχήματος. Η γνώση της σημασίας κάθε θεραπευτικού μέτρου, η επίγνωση των πιθανών κινδύνων και η προσαρμογή στις απαιτήσεις ενός θεραπευτικού σχήματος, είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για την αποτελεσματική καταπολέμηση της αρρώστιας.

Η ίδια ανάγκη ενημέρωσης και συμμετοχής, ισχύει και στον τομέα της χρήσης των υπηρεσιών που προσφέρει ένα σύστημα υγείας. Χωρίς τη σωστή ενημέρωση



του κοινού για τις υπάρχουσες υπηρεσίες, τη λειτουργία τους, την κατανομή τους κτλ. και χωρίς την υιοθέτηση από το κοινό, στάσεων και συμπεριφορών που να διευκολύνουν την αξιοποίηση των υπηρεσιών, είναι αναπόφευκτο να δημιουργούνται σοβαρά προβλήματα που μπορεί άλλοτε να οδηγούν στη μη αξιοποίηση των υπηρεσιών, άλλοτε στην υπερβολική ζήτησή τους, άλλοτε στη λαθεμένη χρήση τους και όχι σπάνια ακόμα και στην επικίνδυνη κατανάλωσή τους (π.χ. φάρμακα, ακτινογραφίες κ.λ.π.).

Τέλος, θα πρέπει να τονιστεί ότι στα πλαίσια της αναζήτησης πλουραλιστικών και δημοκρατικών μορφών κοινωνικής οργάνωσης, οι αντιλήψεις για την υγεία δεν μπορεί να είναι ούτε ενιαίες ούτε μονολιθικές. Υπάρχουν σίγουρα περισσότερες από μια μορφές θεραπείας για κάθε πρόβλημα και πολλαπλοί τρόποι κατάκτησης της επιθυμητής σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας. Στα πλαίσια αυτού του προβληματισμού, η Αγωγή Υγείας επιδιώκει τη δυνατότητα ελεύθερων επιλογών, μέσα από τη γνώση και την υπευθυνότητα και όχι την επιβολή ή την προπαγάνδισή κάποιας αλήθειας όσο και αν αυτή τεκμηριώνεται επιστημονικά.

## 5.6 Διαφορές Αγωγής Υγείας

Στο παρελθόν, χρησιμοποιήθηκαν ορισμένοι άλλοι όροι αντί της Αγωγής Υγείας για να δηλώσουν παρεμφερείς δραστηριότητες. Οι όροι αυτοί ήταν:

1. Εκπαίδευση Υγείας
2. Υγειονομική Διαφώτιση

Κανένας όμως από τους όρους αυτούς δεν αποδίδει σωστά το περιεχόμενο της Αγωγής Υγείας.

**Η Εκπαίδευση Υγείας**, αφορά περισσότερο τη διδασκαλία στο ακαδημαϊκό περιβάλλον. Δεν περιλαμβάνει τη διάσταση της ενεργού συμμετοχής και κυρίως της μεταβολής της συμπεριφοράς και του περιβάλλοντος.



**Η Υγειονομική Διαφώτιση**, που ήταν ο πιο διαδεδομένος όρος, αντικαταστάθηκε από τον όρο Αγωγή Υγείας, γιατί ο όρος «διαφώτιση» προϋποθέτει, την ύπαρξη άγνοιας που πρέπει να καταπολεμηθεί, ενώ ούτε η άγνοια είναι πάντοτε δεδομένη, ούτε ο σκοπός της Αγωγής Υγείας είναι μόνο η καταπολέμηση της άγνοιας.

Ένα άλλο επίσης σημείο που διαφοροποιεί την Αγωγή Υγείας, είναι η πολλαπλότητα των μεθόδων που χρησιμοποιεί και τα διαφορετικά επιστημονικά πεδία απ' όπου αντλεί τα θεωρητικά και πρακτικά της εργαλεία. Η Αγωγή Υγείας βασίζεται στην **Κοινωνική Ιατρική** και στην **Επιδημιολογία**, στο βαθμό που στοχεύει κυρίως σε ομάδες πληθυσμού και όχι σε μεμονωμένα άτομα και στο βαθμό που τα φαινόμενα που μελετά και επεμβαίνει είναι κυρίως πληθυσμιακά φαινόμενα με σημαντικές κοινωνικές διαστάσεις. Η ερευνητική επίσης μεθοδολογία της Αγωγής Υγείας, ο σχεδιασμός, η υλοποίηση και η αξιολόγηση των προγραμμάτων της, βασίζονται στις αρχές και μεθόδους της επιδημιολογίας.

Η Αγωγή Υγείας αντλεί επίσης από την επιστήμη της **Εκπαίδευσης - Παιδαγωγικής**, πολλές εκπαιδευτικές θεωρίες και εκπαιδευτικές πρακτικές. Γι' αυτά άλλωστε, οι εκπαιδευτές υγείας πρέπει να είναι ταυτοχρόνως και επαγγελματίες υγείας και εκπαιδευτές.

Ένας τρίτος σημαντικός επιστημονικός χώρος είναι ο χώρος των **Κοινωνικών Επιστημών** και ιδιαίτερα η **Κοινωνιολογία** και η **Ψυχολογία**. Η μελέτη της αρρώστιας και της υγείας, έχει μια σημαντική κοινωνική διάσταση, στο βαθμό που τα φαινόμενα αυτά έχουν, όπως ήδη τονίστηκε, βαθιά τις ρίζες τους στο συγκεκριμένο κοινωνικά περιβάλλον και στο ιστορικό γίνεσθαι. Επίσης, η επιστήμη της ψυχολογίας είναι ένα πεδίο που παρέχει τη δυνατότητα κατανόησης της ανθρώπινης συμπεριφοράς καθώς και τη δυνατότητα τροποποίησής της.

Ένας τέταρτος βασικός τομέας, που παρουσιάζει ιδιαίτερη ανάπτυξη τα τελευταία χρόνια, είναι ο τομέας της **Επικοινωνίας** και της **Πληροφόρησης**. Προκειμένου η Αγωγή Υγείας να μπορεί να επιτελέσει το έργο της, δεν μπορεί παρά να στηρίζεται στη διαμόρφωση ισχυρών καναλιών επικοινωνίας με τον ενδιαφερόμενο πληθυσμό. Η διαμόρφωση μιας τέτοιας ουσιαστικής και αμφίδρομης σχέσης, προϋποθέτει ειδικά επεξεργασμένες μεθόδους, που ο κλάδος της επικοινωνίας έχει αναπτύξει σημαντικά, συνεπικουρούμενος και από τα άλματα της τεχνολογίας στον τομέα αυτό.



## 5.7 Στόχοι Αγωγής Υγείας

Οι επιδιώξεις της Αγωγής Υγείας συγκεκριμενοποιούνται στους εξής βασικούς στόχους:

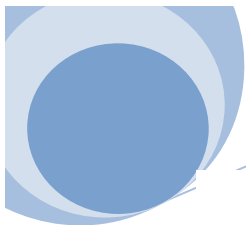
1. Ευαισθητοποίηση
2. Παροχή γνώσεων
3. Ιεράρχηση αξιών
4. Αλλαγή απόψεων
5. Λήψη αποφάσεων
6. Αλλαγή συμπεριφοράς
7. Αλλαγή περιβάλλοντος

### 5.7.1 Ευαισθητοποίηση

Ο πρώτος στόχος ενός προγράμματος Αγωγής Υγείας, αφορά τη συνειδητοποίηση του κοινού ή του εκπαιδευόμενου σχετικά με την ύπαρξη ενός προβλήματος. Πολλές φορές, προκειμένου να επιτευχθεί η ευαισθητοποίηση - συνειδητοποίηση, πρέπει να δοθούν ορισμένες βασικές πληροφορίες ώστε να γίνει αντιληπτό το μέγεθος και η σημασία του προβλήματος, π.χ. πληροφορώντας το κοινό ότι κάθε τσιγάρο αφαιρεί κατά μέσο όρο 5 λεπτά από τη ζωή του καπνιστή, δίνεται μια πρώτη διάσταση του μεγέθους του προβλήματος.

### 5.7.2 Παροχή γνώσεων

Ο στόχος αυτός, αφορά την παροχή των απαραίτητων γνώσεων, σε θέματα που έχει προηγηθεί μια πρώτη ευαισθητοποίηση. Το να γνωρίζει κανείς ότι κάποια καθημερινή συνήθεια είναι βλαβερή, δεν αρκεί για να πεισθεί για την ανάγκη



καταπολέμησή της. Όταν μάλιστα απαιτούνται ιδιαίτερες προσπάθειες, το κοινό ή το άτομο πρέπει να είναι εξοπλισμένο με τις γνώσεις εκείνες που θα του ενισχύσουν τη βούληση για δράση και που θα κατευθύνουν τη δράση αυτή προς τη σωστή κατεύθυνση.

### **5.7.3 Ιεράρχηση αξιών**

Οι αξίες του καθένα, οι βασικές πεποιθήσεις του και η γενικότερη ιδεολογία του, αποτελούν σημαντικά κομμάτι του πολύπλοκου ανθρώπινου ψυχολογικού κόσμου και συμβάλλουν καθοριστικά στις εκάστοτε απόψεις που διαμορφώνει, στις αποφάσεις που παίρνει και στις πράξεις που προβαίνει. Ο στόχος λοιπόν της ιεράρχησης αξιών, αποσκοπεί κυρίως στην αποσαφήνιση, στη διαμόρφωση ή τροποποίηση των αξιών που σχετίζονται με την υγεία. Πολλές φορές τα άτομα αγνοούν, παραγνωρίζουν ή υποτιμούν το τι είναι σημαντικό ή όχι για την υγεία τους, ή ακόμα την ίδια την μεγάλη αξία που έχει η υγεία τους για την ζωή τους.

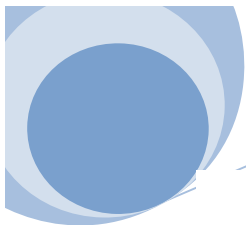
### **5.7.4 Αλλαγή απόψεων**

Ο στόχος αυτός, όπως και ο προηγούμενος, αφορά την τροποποίηση ορισμένων βασικών πεποιθήσεων. Η μόνη διαφορά είναι ότι οι απόψεις αφορούν πλέον συγκεκριμένα ζητήματα της καθημερινής ζωής, που εξαρτώνται βέβαια από τις γενικότερες αξίες που έχουν υιοθετηθεί. Επειδή όμως πρόκειται για πιο συγκεκριμένες τοποθετήσεις, οι απόψεις που υπάρχουν για ένα ζήτημα, καθορίζονται εκτός από τις αξίες και από τις πληροφορίες που παρέχονται και από την εκάστοτε συναισθηματική φόρτιση.

### **5.7.5 Λήψη αποφάσεων**

Από τη στιγμή που το κοινό ή ένα άτομο, ευαισθητοποιηθεί γύρω από ένα θέμα υγείας, εξοπλιστεί με τις απαραίτητες γνώσεις, ιεραρχήσει σωστά την αξία του και υιοθετήσει τις σωστές απόψεις, το επόμενο βήμα είναι να λάβει τις κατάλληλες





αποφάσεις που θα βοηθήσουν στην επίλυση ή βελτίωση του προβλήματος. Η σημαντική αυτή διαδικασία στηρίζεται τόσο στην παροχή των απαραίτητων γνώσεων όσο και στη διαμόρφωση των κατάλληλων αξιών και απόψεων. Κάποιος αποφασίζει να μειώσει το βάρος του επειδή ακριβώς γνωρίζει τους κινδύνους που διατρέχει και επειδή οι αξίες και οι απόψεις του τον οδηγούν στο να προτιμήσει τη διασφάλιση της υγείας του παρά να διακινδυνέψει να υποστεί τις βλαβερές συνέπειες της παχυσαρκίας.

#### **5.7.6 Αλλαγή συμπεριφοράς**

Η λήψη της κατάλληλης απόφασης, δεν οδηγεί πάντα και στην εκτέλεσή της. Ιδιαίτερα όταν πρόκειται για θέματα που η υλοποίηση μιας απόφασης συναντά εμπόδια και δυσκολίες, παρατηρείται συχνά εγκατάλειψη της προσπάθειας ή αποφυγή εκτέλεσής της. Γι ' αυτό και η Αγωγή Υγείας παρέχει τη βοήθεια που χρειάζεται το κοινό ή ένα άτομο, προκειμένου να επιτύχει την υλοποίηση μιας αλλαγής. Άλλωστε η αλλαγή συμπεριφοράς, δηλαδή η επιτυχής εφαρμογή μιας ενεργητικής προσπάθειας, αποτελεί αναμφισβήτητα και το πιο σημαντικό συστατικό κάθε προγράμματος Αγωγής Υγείας.

#### **5.7.7 Αλλαγή περιβάλλοντος**

Ο τελευταίος αυτός στόχος, αποσκοπεί στην αναβάθμιση του φυσικού ή /και κοινωνικού περιβάλλοντος προκειμένου να μειωθούν οι περιβαλλοντολογικοί κίνδυνοι και να διευκολυνθεί η υιοθέτηση των υγιεινών συμπεριφορών. Ο στόχος αυτός, περιλαμβάνει από αλλαγές μέσα στο σπίτι μέχρι και αλλαγές σ' όλη την κοινωνία. Οι γνώσεις, οι αξίες, οι απόψεις και οι πράξεις καθορίζονται σημαντικά από το κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον. Αν κάποιος περιβάλλεται συνέχεια από καπνιστές και βομβαρδίζεται με διαφημίσεις τσιγάρων, δύσκολα θα καταφέρει να μην υποκύψει στη συνήθεια του καπνίσματος.



Όλοι οι παραπάνω στόχοι μπορούν να χωρισθούν σε τρεις βασικές κατηγορίες:

α. Στο τι θα θέλαμε να γνωρίζει το κοινό (στόχος 1, 2)

β. Στο τι θα θέλαμε να αισθανθεί (στόχος 3, 4, 5)

γ. Στο τι θα θέλαμε να πράξει (στόχος 6, 7)

Στα προγράμματα Αγωγής Υγείας, συνήθως υπάρχει συνδυασμός στόχων και από τις τρεις αυτές κατηγορίες. Για παράδειγμα, σε ένα πρόγραμμα για τη διάδοση του θηλασμού, συνυπάρχουν οι στόχοι για την πληροφόρηση κάθε μητέρας για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού, οι στόχοι για την ανατροπή των λαθεμένων απόψεων σχετικά με το θηλασμό και την παχυσαρκία και τέλος οι στόχοι της πρακτικής εκμάθησης για την προετοιμασία της θηλής ή για την αντιμετώπιση του πετρώματος του γάλακτος. Έτσι ο εκπαιδευτής υγείας, επεμβαίνει και στις γνώσεις και στις απόψεις και στις πρακτικές που σχετίζονται με το θηλασμό.

Επίσης, η απαρίθμηση όλων των βασικών στόχων, δεν σημαίνει ότι κάθε πρόγραμμα Αγωγής Υγείας, πρέπει να περνάει διαδοχικά από τον ένα στόχο στον επόμενο. Είναι δυνατό κάποιος να δοκιμάσει μια νέα συμπεριφορά, όπως μια καθημερινή γυμναστική άσκηση και μετά επειδή αισθάνεται σωματική και ψυχική ευεξία, να ενδιαφερθεί να μάθει περισσότερα ή να αναθεωρήσει τις σχετικές του απόψεις.

Ακόμα, η επίτευξη κάθε στόχου δεν σημαίνει αυτόματα την επίτευξη του επόμενου. Το κοινό μπορεί να γνωρίζει ότι το πολύ αλκοόλ βλάπτει, αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι είναι έτοιμο και να αναθεωρήσει τις σχετικές του απόψεις και συμπεριφορές. Κάθε στόχος της Αγωγής Υγείας θέλει ιδιαίτερη προσπάθεια για να επιτευχθεί.

Τέλος, πρέπει να τονιστεί ότι για διαφορετικά άτομα πρέπει να διαφοροποιούνται ανάλογα και οι εκάστοτε στόχοι. Ένα άτομο που προσέρχεται από μόνο του σ' ένα Κέντρο Υγείας για να αντιμετωπίσει την παχυσαρκία του, είναι ήδη ευαισθητοποιημένο και αποφασισμένο. Ενώ αντίθετα, σ' ένα σχολείο πολλά παχύσαρκα παιδιά δεν έχουν επίγνωση του προβλήματος και άρα θα πρέπει να συμπεριληφθούν στο πρόγραμμα όλοι οι πρωταρχικοί στόχοι που αποσκοπούν



στην ευαισθητοποίηση, στην παροχή γνώσεων και στην υιοθέτηση των σχετικών αξιών, απόψεων και αποφάσεων.

## 5.8 Μεθοδολογία Αγωγής Υγείας

Η Αγωγή Υγείας χρησιμοποιεί ένα ευρύ φάσμα μεθόδων και τεχνικών για την επίτευξη των στόχων της. Η χρησιμοποίηση κάθε φορά των προσφορότερων μεθόδων στηρίζεται στην εκπαιδευτική αρχή ότι η χρησιμοποίηση περισσότερων μεθόδων είναι πιο αποτελεσματική εκπαιδευτική διαδικασία από την εμμονή σε μια μόνο μέθοδο. Ακόμα και όταν μια συγκεκριμένη μέθοδος έχει αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα και με την οποία οι εκπαιδευτές υγείας είναι ιδιαίτερα εξοικειωμένοι, ο εμπλουτισμός της με άλλες εκπαιδευτικές μεθόδους πρέπει να είναι ο κανόνας και όχι η εξαίρεση.

Οι διάφορες μέθοδοι Αγωγής Υγείας μπορεί να ταξινομηθούν σε δύο βασικές κατηγορίες. Μια πρώτη που περιλαμβάνει τις μεθόδους επικοινωνίας, όπως είναι οι διαλέξεις, η ατομική διδασκαλία, τα μέσα μαζικής επικοινωνίας, τα οπτικοακουστικά μέσα, η εκπαιδευτική τηλεόραση και ορισμένες τεχνικές προγραμματισμένης εκμάθησης. Οι μέθοδοι της πρώτης αυτής κατηγορίας χρησιμεύουν κυρίως στην επίτευξη των δύο πρώτων στόχων της Αγωγής Υγείας, στην ευαισθητοποίηση του κοινού και στην παροχή γνώσεων.

Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει διάφορες εκπαιδευτικές μεθόδους που χρησιμεύουν κυρίως στην αλλαγή στάσεων και συμπεριφορών του κοινού. Στις μεθόδους αυτές συγκαταλέγονται η ανάπτυξη ικανοτήτων, τα ειδικά παιχνίδια, η εκμάθηση με την παρατήρηση και την αναζήτηση, η δουλειά σε ομάδες, η χρήση προτύπων και διάφορες τεχνικές ελέγχου της συμπεριφοράς.



## 5.9 Η εκπαιδευτική διαδικασία στην Αγωγή Υγείας

Η Νοσηλευτική Διεργασία χρησιμοποιείται σαν οδηγός στην εκπαιδευτική διαδικασία. Αξιολογούνται οι εκπαιδευτικές ανάγκες ατόμων και ομάδων, προγραμματίζονται και διεκπεραιώνονται εκπαιδευτικές στρατηγικές και ακολουθεί συνεχής αξιολόγηση, η οποία αποτελεί και την βάση για ανανέωση, διατήρηση ή

αλλαγή στρατηγικής. Η εκπαιδευτική διαδικασία και η Νοσηλευτική Διεργασία συνδυαζόμενες μπορούν να αποτελέσουν ένα εξαιρετο σκελετό για την ανάπτυξη και εφαρμογή εκπαιδευτικού προγράμματος στην κοινότητα (Spradley B., 1990).

### 5.9.1 Η διδασκαλία/μάθηση και η νοσηλευτική διεργασία στην αγωγή υγείας

#### ü Αξιολόγηση Εκπαιδευτικής ανάγκης

α. Η ανάγκη

β. Ο εκπαιδευόμενος

- Ικανότητα για μάθηση
- Ετοιμότητα για μάθηση
- Διάθεση και κίνητρα

γ. Διατύπωση του προβλήματος

#### ü Προγραμματισμός Αγωγής Υγείας

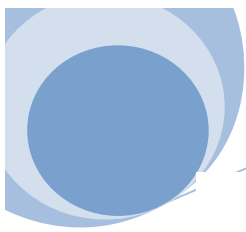
α. Καθορισμός εκπαιδευτικού προγράμματος

β. Διατύπωση αντικειμενικών σκοπών

γ. Επιλογή ανάλογων μεθόδων και εποπτικών μέσων

#### ü Εφαρμογή του εκπαιδευτικού προγράμματος

α. Πραγματοποίηση της διδασκαλίας



β. Αναγνώριση- διαπίστωση δυσκολιών

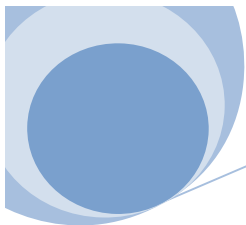
#### ΰ Εκτίμηση αποτελέσματος

- α. Αποτελεσματικότητα της διδασκαλίας
- β. Διδακτική ικανότητα

### 5.10 Η αγωγή υγείας στην πρόληψη των επειγόντων περιστατικών

Το πρόσωπο που θα φτάσει πρώτο στο τόπο ενός οξέως περιστατικού, παθολογικού ή χειρουργικού και θα παρέχει σε αυτό βοήθεια, είναι το πιο σημαντικό. Όπως έχουμε αναφέρει ξανά, οι πρώτες εκείνες στιγμές από τη στιγμή που θα γίνει το συμβάν, μέχρι την άφιξη της εξειδικευμένης βοήθειας είναι οι πιο σημαντικές τόσο για την επιβίωση του ασθενούς όσο και για τη μετέπειτα αποκατάσταση ή το βαθμό αναπηρίας του. Το πρόσωπο αυτό μπορεί να είναι κάποιος πολίτης εκπαιδευμένος σε βασικές αρχές πρώτων βοηθειών και ικανός να επεμβαίνει σε καταστάσεις όπου οι συμπολίτες του χρειάζονται άμεση βοήθεια: Έχοντας βασικές γνώσεις μπορεί:

- Να εξασφαλίζει τη σκηνή του συμβάντος, διατηρώντας ασφαλείς άλλους διερχόμενους πολίτες (π.χ. να βάλει κορύνες σε σωστή απόσταση από ένα τρακαρισμένο αυτοκίνητο).
- Να εξασφαλίζει την ασφάλεια του ασθενούς από περεταίρω τραυματισμούς ή επιδείνωση της κατάστασής του. (π.χ. να είναι σε θέση να διακρίνει ένα αλλεργικό από μια ασθματική κρίση).
- Να μεταβιβάζει σωστά τις πληροφορίες για την κατάσταση του συμβάντος στην εξειδικευμένη βοήθεια που έχει καλέσει.
- Να έχει εξασφαλίσει τις προϋποθέσεις εκείνες που απαιτούνται για να καταφθάσει η εξειδικευμένη βοήθεια (π.χ. σωστή κλήση του αρμόδιου φορέα και μη μπλοκάρισμα των δρόμων με το δικό του όχημα).



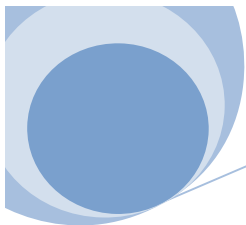
- Να βοηθά την εξειδικευμένη βοήθεια στον τόπο του συμβάντος.

Η εκπαίδευση των πολιτών δεν είναι εύκολη. Απαιτεί ειδικές γνώσεις μετάδοσης των πληροφοριών, καθώς και χρήση όλων εκείνων των γνώσεων που συνοδεύουν την επιστήμη της αγωγής της υγείας. Είναι μια μακροχρόνια διαδικασία μέσα από την οποία θα αναδειχθούν λύσεις για την κοινότητα, ενώ θα βρουν πρόσφορο έδαφος καινούριοι προβληματισμοί, σχετικά με την ασφάλεια και την ποιότητα ζωής στην κοινότητα. Τέλος, μέσω αυτής της διαδικασίας θα αναδειχθούν και μερικές ηγετικές προσωπικότητες, οι οποίες θα οδηγήσουν τη νοσηλευτική επιστήμη ένα βήμα πιο μπροστά.

Το κόστος της εκπαίδευσης δεν ξεπερνά το κόστος περίθαλψης ενός πάσχοντα. Αυτό ενισχύεται περισσότερο, όταν τα άτομα που εκπαιδεύονται μαθαίνουν να λειτουργούν σαν μέρος μιας ομάδας, η οποία αλληλοϋποστηρίζεται σε δύσκολες περιστάσεις. Με τον τρόπο αυτό απλοί πολίτες μπορούν να προστατεύουν ο ένας τον άλλο και να προφυλάσσονται από τα ατυχήματα.

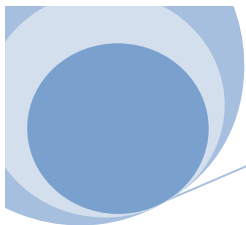
#### **5.10.1 Ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης πολιτών θα έπρεπε να περιέχει:**

- ∅ Προσέγγιση στον τόπο του συμβάντος. Έτσι ώστε σε κάθε περίπτωση να διασφαλίζουν πρώτα την προσωπική τους ασφάλεια.
- ∅ Προσέγγιση – αναγνώριση περιστατικού. Πότε και γιατί χρειάζεται κάποιος άμεση βοήθεια.
- ∅ Τεχνικές βασικής υποστήριξης ζωής Ενήλικα, Παιδιού και Βρέφους (όπως αναφέρεται στο παράρτημα 1 σελ. 140-142).
- ∅ Τεχνική Heimlich. Σε περίπτωση απόφραξης από ξένο σώμα αεραγωγού – πνιγμονής (όπως αναφέρεται στο παράρτημα 2 σελ. 143).
- ∅ Αντιμετώπιση πνιγμού. Λόγω της ιδιομορφίας της χώρας κρίνεται ως απαραίτητη γνώση.



- Ø Κακώσεις άνω και κάτω Άκρων. Επίσης επίδεση και σταθεροποίησή του.
- Ø Αιμορραγίες – Ρινορραγίες. Διαχωρισμός αιμορραγιών και αντιμετώπισή τους.
- Ø Τραύμα. Περιποίηση και καθαρισμός τραύματος. Έμφαση να δίνεται στην σωστή χρήση των υλικών που πρέπει να χρησιμοποιούνται.
- Ø Αντιμετώπιση πολυτραυματία – κακώσεις θώρακα – κοιλίας – κρανιοεγκεφαλικές. Με έμφαση στους χειρισμούς που δεν πρέπει να γίνονται σε αυτά τα άτομα.
- Ø Αντιμετώπιση επειγόντων προβλημάτων από έκθεση στο περιβάλλον. Εγκαύματα, Θερμοπληξία, Υποθερμία, κ.α.
- Ø Αντιμετώπιση Δηλητηριάσεων. Από δήγματα ζώων και άλλων χημικών παραγόντων. Ειδικότερη έμφαση πρέπει να δοθεί στα οικιακής χρήσης χημικά, όπως τα απορρυπαντικά.
- Ø Βασικές αρχές αντιμετώπισης επειγόντων προβλημάτων κύησης και τοκετού.
- Ø Αντιμετώπιση επειγόντων καρδιολογικών περιστατικών (οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, αρρυθμίες, κ.α.).
- Ø Αντιμετώπιση επειγόντων αναπνευστικών περιστατικών (δηλητηρίαση από μονοξείδιο του άνθρακα, αιμόπτυση, κ.α.).
- Ø Αντιμετώπιση επειγόντων νευρολογικών περιστατικών (επιληψία, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, κ.α.).
- Ø Αντιμετώπιση επειγόντων ψυχιατρικών περιστατικών (κατατονική διέγερση, αλκοολισμός, ναρκωτικά, κ.α.).
- Ø Εκπαίδευση στην πρόληψη ατυχημάτων και οξέων παθολογικών παθήσεων.

Όπως είναι φυσικό, η εκπαίδευση του κοινού δεν μπορεί να γίνει σε μικρό χρονικό διάστημα. Μάλιστα το διάστημα εκπαίδευσης του κοινού ποικίλει με το μέγεθος της κοινότητας και τον αριθμό ατόμων, που διαμένουν σε αυτή. Το ποσοστό πρόληψης μέσα στην κοινότητα θα είναι ανάλογο του αριθμού των πολιτών που



έχουν εκπαιδευτεί. Όσο περισσότεροι δηλαδή τόσο μεγαλύτερο θα είναι και το ποσοστό πρόληψης.

Δεν θα πρέπει ποτέ να λησμονούμε ότι το κοινό, ειδικά το κοινό που δεν ανήκει στα επαγγέλματα υγείας, δεν έχει καθημερινή επαφή με επείγοντα περιστατικά. Είναι λοιπόν πιο δύσκολο τα άτομα αυτά να διατηρήσουν σε ικανοποιητικό επίπεδο τις δεξιότητες που έμαθαν. Θα πρέπει λοιπόν να υπάρχει μέριμνα, από τους νοσηλευτές της αγωγής υγείας, οι δεξιότητες αυτές να επανελέγχονται και να επανεκπαιδεύονται στους πολίτες. Μόνο έτσι θα είναι σίγουρο ότι θα διατηρηθούν.

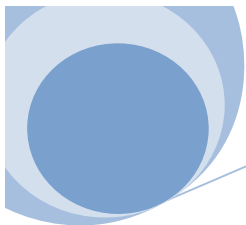
### 5.11 Η Αγωγή Υγείας από άλλους φορείς (Μ.Κ.Ο.)

Ο **Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός** ιδρύθηκε στις 10 Ιουνίου 1877, με πρωτοβουλία της βασίλισσας Όλγας. Από τη στιγμή της ίδρυσής του αναγνωρίστηκε από τη Διεθνή Επιτροπή Ερυθρού Σταυρού και σήμερα αποτελεί μέρος της οικογένειας του Διεθνούς Κινήματος Ερυθρού Σταυρού και Ερυθράς Ημισελήνου. Στη μακρά πορεία του παραμένει σταθερά αφοσιωμένος στις διεθνείς ανθρωπιστικές αρχές και στην αλληλέγγυα εθελοντική προσφορά βοήθειας προς τον συνάνθρωπο.

Ο **Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός** είναι ο μεγαλύτερος μη κυβερνητικός οργανισμός στην Ελλάδα με σύνθετο έργο που βασίζεται στην εθελοντική δράση και την άμεση ανταπόκριση των πολιτών.

Κινητοποιείται στοχεύοντας πάντα στην ανακούφιση του ανθρώπινου πόνου σε περιόδους πολέμου και ειρήνης, στηρίζοντας τραυματίες, ασθενείς, πρόσφυγες, ηλικιωμένους, ανθρώπους με οικονομικές δυσκολίες και άτομα από κάθε ευάλωτη ομάδα του πληθυσμού. Η δράση του έχει συνδεθεί με την επαγρύπνηση, την αλληλεγγύη και τη φιλαλληλία και είναι συνώνυμη της αφιλοκερδούς προσφοράς και της ανιδιοτέλειας.





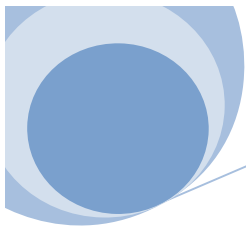
### 5.11.1 Οι βασικοί σκοποί και στόχοι του Ε.Ε.Σ. είναι:

- **Σε καιρό πολέμου:** η συνδρομή και επικουρία στο έργο της Στρατιωτικής Υγειονομικής Υπηρεσίας, η νοσηλευτική περίθαλψη τραυματιών και ασθενών, καθώς και η προστασία των αιχμαλώτων, του άμαχου πληθυσμού και των θυμάτων πολέμου.
- **Σε καιρό ειρήνης:** η αρωγή και συμπαράσταση στα θύματα θεομηνιών και επιδημιών, καθώς και η αυτόνομη ή σε συνεργασία με το Κράτος και κοινωνικούς φορείς, ανθρωπιστική δραστηριότητα.

Από το 1877 έως σήμερα, ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός συνεχίζει άκοπτα να επιτελεί το ανθρωπιστικό του έργο φροντίζοντας τις πιο αδύναμες πληθυσμιακές ομάδες της χώρας. Σε συνεργασία με άλλους θεσμικούς φορείς, κρατικούς και μη, ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός είναι στο πλευρό κάθε ανθρώπου, οικογένειας ή ομάδας που αντιμετωπίζει δυσκολίες χωρίς να θέτει φυλετικά, εθνικά ή οικονομικής κατάστασης όρια στη δράση του. Παράλληλα, όταν και όποτε υπάρχει ανάγκη στο εξωτερικό, ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός ενεργοποιείται σε συνεργασία με τους Εθνικούς Συλλόγους άλλων χωρών για την αποστολή διεθνούς βοήθειας ([http://www.samarites.gr/hellenic\\_redcross](http://www.samarites.gr/hellenic_redcross)).

Ο τομέας νοσηλευτικής του Ε.Ε.Σ επιτελεί σήμερα ένα μεγάλο έργο γύρω από τη βοήθεια ασθενών στο σπίτι, την περιποίηση των τραυμάτων και την περιποίηση χρόνια ασθενών. Ο τομέας Σαμαρειτών Διασωστών και Ναυαγοσωστών από την άλλη εξειδικεύεται περισσότερο στις πρώτες βοήθειες και τη διάσωση εκπαιδεύοντας ανθρώπινο δυναμικό όλων των κοινωνικών βαθμίδων ανεξάρτητα μόρφωσης, εθνικότητας, φυλής, θρησκευτικών και πολιτικών πεποιθήσεων. Το δυναμικό αυτό θα είναι η κινητήριος δύναμη του σώματος για να επιτελέσει τους σκοπούς του, όπως αναφέρθηκαν ανωτέρω.

Το έργο των ανθρώπων που απαρτίζουν το σώμα μπορεί να φανεί σε πολλές από τις δραστηριότητές τους, συγκεκριμένα σε μια μεγάλης έκτασης δράση που καλύπτουν ετησίως, το πατρινό καρναβάλι μπορεί να φανεί καλύτερα το έργο και η αποτελεσματικότητα της εκπαίδευσής τους. Άμεση και αποτελεσματική ήταν η



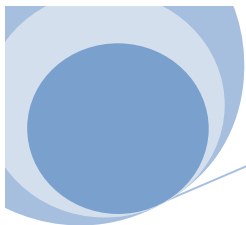
ανταπόκριση των εθελοντών του Σώματος Εθελοντών Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών Πάτρας του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, στην αντιμετώπιση των **εκατόν δέκα οχτώ (118) εκτάκτων περιστατικών**, κατά την διάρκεια των τριών τελευταίων ημερών του Πατρινού καρναβαλιού 2012.

Αναλυτικά :

<b>Περιστατικά Παθολογικά</b>	<b>14</b>
<b>Περιστατικά Οφθαλμολογικά</b>	<b>15</b>
<b>Περιστατικά Εκδορές</b>	<b>17</b>
<b>Περιστατικά Θλαστικών Τραυμάτων</b>	<b>22</b>
<b>Περιστατικά Ορθοπεδικά</b>	<b>23</b>
<b>Περιστατικά Τραυματισμού από Ξυλοδαρμό</b>	<b>6</b>
<b>Περιστατικά Καρδιολογικά</b>	<b>1</b>
<b>Περιστατικά Εγκαυμάτων</b>	<b>6</b>
<b>Περιστατικά Μέθης</b>	<b>14</b>

Από τα εκατόν δέκα οχτώ έκτακτα περιστατικά που αντιμετωπίστηκαν, τα εννέα χρειάστηκε να μεταφερθούν με τα ασθενοφόρα του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού στα νοσοκομεία (<http://www.thebest.gr/news/index/viewStory/114844>).

Το παράδειγμα αυτό θα μπορούσαν να μιμηθούν οι σημερινοί νοσηλευτές διδάσκοντας πολίτες σε θέματα Α' βοηθειών. Αποτέλεσμα αυτού, θα είναι η αναβάθμιση του επιπέδου αντιμετώπισης ενός προνοσοκομειακού περιστατικού.



## ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ

Η νοσηλευτική επιστήμη δεν είναι μια νεκρή επιστήμη. Είναι συνεχώς εξελισσόμενη, αλλάζει, προσαρμόζεται και αναδιαμορφώνεται στις εκάστοτε ανάγκες της κοινωνίας. Είναι μια επιστήμη αυστηρά συνδεδεμένη με τις καθημερινές ανάγκες του πολίτη και τα προβλήματα υγείας που τον απειλούν. Το πιο απειλητικό για τη ζωή περιστατικό είναι το επείγον περιστατικό. Παρόλη την εξέλιξη τις τελευταίες δεκαετίες, η νοσηλευτική φροντίδα στην χώρα μας, για το επείγον περιστατικό δεν έχει ακόμη φτάσει στο επιθυμητό επίπεδο, αφού συμβαδίζει με τον υπόλοιπο τομέα υγείας.

Σε αυτό δεν οφείλεται μόνο η κρατική μέριμνα προς το σύστημα υγείας, η οποία είναι ελλιπής, τόσο με το μειωμένο προσωπικό στα νοσοκομεία και τις υπόλοιπες υγειονομικές μονάδες, όσο και με τη μείωση υγειονομικών μονάδων σε μία χώρα όπου ήδη έχει ελλείψεις σε αυτό τον τομέα.

Όμως, οφείλεται και στον ορεινό και νησιωτικό χαρακτήρα της χώρας, που κάνει την Ελλάδα μια χώρα με δύσβατα σημεία μη προσπελάσιμα εύκολα από μηχανοκίνητα οχήματα. Στα σημεία αυτά επίσης παίζουν μεγάλο ρόλο και οι καιρικές συνθήκες οι οποίες δεν είναι πάντοτε ευνοϊκές. Πρέπει να υπάρξει μέριμνα σε αυτές τις απομακρυσμένες περιοχές για την φροντίδα υγείας τους.

Μια λύση θα μπορούσε να είναι η δημιουργία αυτοτελών μονάδων υγείας, ανώτερων των κέντρων υγείας, με καλύτερη στελέχωση έμπειρου προσωπικού, που θα μπορεί να ανταπεξέλθει σε ένα μεγάλο φάσμα περιστατικών που θα τύχουν της μέριμνάς τους. Η συνεχής επανεκπαίδευση μέσω σύγχρονων διαδραστικών μεθόδων μάθησης, θα παίξει καθοριστικό ρόλο στην διατήρηση και εξέλιξη του επιπέδου γνώσεων του προσωπικού αυτών των μονάδων.

Επίσης, θα χρειαστούν κτιριακές εγκαταστάσεις, εξειδικευμένες στην αντιμετώπιση παθήσεων, όπως μονάδες εγκαυμάτων, τραύματος, βαροτραύματος, κ.α. Οι εγκαταστάσεις αυτές θα βρίσκονται εντός αστικών κέντρων και θα είναι βοηθητικές των νοσοκομείων. Οι εγκαταστάσεις αυτές θα πρέπει να συνδέονται με τα απομακρυσμένα σημεία της χώρας καθώς και τα νοσοκομεία, με ένα έμπιστο, γρήγορο και αποτελεσματικό δίκτυο μεταφοράς ασθενών.

Το δίκτυο θα πρέπει να έχει τα κατάλληλα μηχανοκίνητα μέσα αλλά και το ανθρώπινο δυναμικό εκείνο το κατάλληλα εκπαιδευμένο που θα στελεχώσει τα οχήματα διάσωσης. Τα σημεία κλειδιά στην μεταφορά επειγόντων περιστατικών είναι η έγκαιρη άφιξη στον τόπο του συμβάντος, η ασφαλής μεταφορά του θύματος, η πρόληψη της αναπηρίας του θύματος, η γρήγορη μεταφορά στο κατάλληλο σημείο εξειδικευμένης φροντίδας και η υποστήριξή του κατά τη διαδρομή. Αυτές θα πρέπει να είναι και οι προϋποθέσεις για τη δημιουργία του δικτύου και την εκπαίδευση των ατόμων που θα το στελεχώσουν.

Στο αστικό περιβάλλον το επείγον περιστατικό έχει πάρει έναν δρόμο που συνεχώς εξελίσσεται προς το καλύτερο. Οι προσπάθειες ξεκίνησαν με τη δημιουργία κέντρου εκπαίδευσης διασωστών, με αποτέλεσμα να εκλείψει σιγά σιγά η έκφραση «οδηγός ασθενοφόρου» για το επάγγελμα του διασώστη. Συνέχισε, με τη δημιουργία του τμήματος διασωστών μοτοσυκλέτας. Με το τμήμα αυτό δόθηκε μία νέα διάσταση στην προνοσοκομειακή αντιμετώπιση του επείγοντος περιστατικού, καθώς με αυτό τον τρόπο η ανταπόκριση στον τόπο του συμβάντος μειώνεται σημαντικά. Παρόλα αυτά όμως, οι συνθήκες που επικρατούν στην χώρα μας, οι οικονομικές κυρίως, κρατάνε δέσμιο το προσωπικό των μοτοσυκλετών καθώς είναι οχήματα, που χρειάζονται συνεχή συντήρηση, η οποία δεν τους παρέχεται.

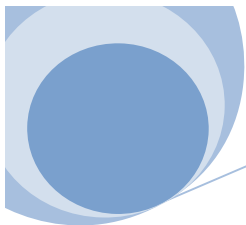
Όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό, οι όποιες ελλείψεις γνώσεων γύρω από το επείγον περιστατικό θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν. Πρώτα απ'όλα, χρειάζεται επανακαθορισμός του νοσηλευτή ως προσώπου. Η επικρατούσα άποψη τον θέλει ως αυστηρό επαγγελματία. Όμως σε ένα επάγγελμα υγείας, ο άνθρωπος που το εκτελεί δίνει πάντοτε παραπάνω από τον επαγγελματικό του εαυτό, έτσι μπορεί να έχει ένα ικανοποιητικό αποτέλεσμα. Εξάλλου, η ίδια η νοσηλευτική δεν ξεκίνησε από άτομα που είχαν ως σκοπό το κέρδος. Αντίθετα, άτομα τα οποία δεν είχαν λόγο να προσφέρουν, το έκαναν όσο πιο καλά μπορούσαν. Γι'αυτό φιγούρες της ιστορίας όπως η Florence Nightingale και ο Dunant Henry, δεν θα φθαρούν από τις σελίδες της ιστορίας.

Ίσως, η ίδια η ιστορία της νοσηλευτικής ως μάθημα θα έπρεπε να πάρει πιο κεντρική θέση στο πρόγραμμα σπουδών της σχολής της νοσηλευτικής. Έτσι ώστε, μέσω της μίμησης των μεγάλων ιστορικών προσωπικοτήτων να αναδειχθούν νέες ηγετικές προσωπικότητες και να καλυφθεί άλλη μια μεγάλη έλλειψη της νοσηλευτικής στην Ελλάδα.

Η διατήρηση και εξέλιξη του επιπέδου γνώσεων είναι αποκλειστική υπόθεση του εκάστοτε νοσηλευτή. Η συνεχής εκπαίδευση και επανεκπαίδευση είναι μείζων θέμα, στην αποτελεσματικότητα του ατόμου, που θα επιληφθεί ένα επείγον περιστατικό. Θα πρέπει να φροντίζει τόσο σαν άτομο όσο και σαν επαγγελματίας υγείας για τη διατήρηση των γνώσεών του.

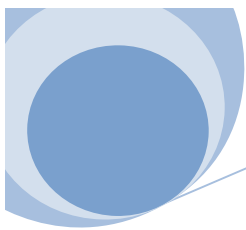
Οι ίδιοι οι νοσηλευτές θα μπορούσαν να δραστηριοποιηθούν περισσότερο στον τομέα της έρευνας γύρω από το θέμα του επείγοντος περιστατικού, δημιουργώντας ομάδες με εθελοντικό χαρακτήρα και προσανατολισμό προς την συνεχή εξέλιξη της επιστήμης. Οι ομάδες αυτές θα μπορούσαν να παράγουν πλούσιο έργο καθώς, ο εθελοντισμός είναι δημιουργική ενασχόληση όπου ο καθένας διαλέγει υπεύθυνα χωρίς πιέσεις να συμμετέχει. Μια ασχολία όπου ποτέ δεν θα υπάρχει η σύγχυση ότι εθελοντής σημαίνει ταυτόχρονα και ερασιτέχνης.

Τέλος, θα πρέπει να ξεκαθαρίσει το τοπίο του νομικού πλαισίου στην χώρα μας. Στο θέμα επείγον περιστατικό αλλά και ποιές ανάγκες καλείται να καλύψει ο νοσηλευτής, ποιές κινήσεις νομιμοποιείται να κάνει σε ένα επείγον περιστατικό και ποιούς περιορισμούς έχει. Αυτά είναι ερωτήματα που σύντομα θα πρέπει να απαντηθούν, έτσι ώστε να εκλείψει το φαινόμενο μη ανάληψης περιστατικού από παρών νοσηλευτή.

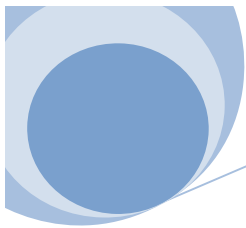


## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Αναπλιώτου – Βαζαίου Ε. Παγκόσμιες Αποδοχές στην Υγεία και Εθνικά Συστήματα, Αθήνα 1983.
- 2) Ανδρεάδη Π., Παπαιωάννου Γ., «Ασφάλεια Εργαζομένων». Εκδόσεις "ΙΩΝ" Μέτρα για την αποφυγή εργατικών ατυχημάτων, Αθήνα 1997: 30-32.
- 3) Αποστολάκη Π., «Οργάνωση εργαστηρίων και πρόληψης ατυχημάτων» Υγιεινή και ασφάλεια εργαστηρίου, Αθήνα 1994: 130-132.
- 4) Βασιλική Ιωαννίδη, Αθηνά Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Αγωγή Υγείας: Σημαντικός Παράγοντας για τη Σύγχρονη Εκπαίδευση και τη Δημόσια Υγεία, Νοσηλευτική 2010, 49 (2) : 113 – 121.
- 5) Εφημερίδα της κυβερνήσεως. Νόμος 2194/94, ΦΕΚ 34, Αθήνα 1994.
- 6) Η εκπαίδευση και η έρευνα στη διοίκηση και τα οικονομικά της υγείας στην Ελλάδα και στο εξωτερικό. Πρακτικά συμποσίου: Καλαμάτα 16-17 Μαΐου 2008, Συγγραφέας Συλλογικό.
- 7) Θέματα Επείγουσας Ιατρικής. Εταιρεία Αναισθησιολογίας και Εντατικής Ιατρικής Βορείου Ελλάδος. Τεύχος 23<sup>ο</sup>.
- 8) Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. Συστήματα Υγείας και Ελληνική πραγματικότητα, Αθήνα 1995.
- 9) Ιατρικό Βήμα : σελίδα 40 – 43 Σεπτέμβριος- Οκτώβριος 2006.
- 10) Ίδρυμα Ευγενιδίου, «Υγιεινή και ασφάλεια εργαζομένων» Βιβλιοθήκη Σχολών μαθητείας Ο.Α.Ε.Δ. 1954: 7, 8 ,11, 12.
- 11) Κουρκούτα Λαμπρινή Ι., Ιστορία της Νοσηλευτικής. Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2010.
- 12) Κυριακίδου Ε. Κοινωνική Νοσηλευτική. Έκδοση 2<sup>η</sup>, Εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ», Αθήνα 1997.



- 13) Κυριακίδου Ε. Κοινωνική Νοσηλευτική. Έκδοση 6<sup>η</sup>, Εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ», Αθήνα 2005: 182, 184-187, 271-176, 278, 289, 290.
- 14) Κωστογιόλας Π., Καϊτελίδου Δ.: Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Εκδόσεις Παπασωτηρίου, Αθήνα 2008.
- 15) Λανάρα Β., Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών, Αθήνα 1993.
- 16) Λιαρόπουλος Λ. (2007) Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα.
- 17) Λιόνης Χ., Μαρκάκη Α., Οι νοσηλευτές Στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα αναγκαιότητα ή ουτοπία; Π.Φ.Υ. 18(4) : 164 – 165, 2006.
- 18) Λιόνης Χ., Υγεία για όλους το 2000. Πρακτικά Εθνικό Συμπόσιο Υγείας, Αθήνα 1990.
- 19) Μαριάνθη Αλεξανδροπούλου, Αθηνά Καλοκαιρινού, Παναγιώτα Σουρτζή., Σχολικές υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα: Η θέση του σχολικού νοσηλευτή, Νοσηλευτική 2006, 45 (3): 308 – 314.
- 20) Μπέλλου-Μυλωνά Π., Σημειώσεις Νοσηλευτική Φροντίδα Οικογένειας, Αθήνα 1995.
- 21) Νόμος 1579/1985 περί σύστασης του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ).
- 22) Οικονομίδου, Ε. (2008), “Μεταρρύθμιση στην υγεία: Το παράδειγμα της αναμόρφωσης της ΠΦΥ στην Πορτογαλία”, *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 20(2):91-94.
- 23) Παπαμικρούλη Σ., Η Νοσηλευτική Στην Π.Φ.Υ. Πρακτικά 15<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Λευκωσία – Κύπρος, 1988.
- 24) Παπαμικρούλη Σ. (1984). Η Νοσηλευτική στην Ελλάδα- Προοπτικές. Πρακτικά ΙΑ’ Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Αλεξανδρούπολη.
- 25) ΠΟΥ- Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (2002), *Υγεία 21- Υγεία για όλους τον 21<sup>ο</sup> αιώνα*, ΠΟΥ- Γραφείο περιοχής Ευρώπης, μετάφραση- επιμέλεια: Γιάννης Δημολιάτης, εκδόσεις τυπωθήτω, Αθήνα.
- 26) Ραγιά Α., Η Νοσηλευτική στην Π.Φ.Υ. Πρακτικά 15<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Νοσηλευτικό



Συνέδριο, Λευκωσία - Κύπρος 1988.

27) Τούντα Γ. (1987): Μεθοδολογία αγωγής υγείας: Μέθοδοι αλλαγής στάσεων και συμπεριφοράς. *Materia Medica Greca*, 15(3), 197-201.

28) Τούντα Γ. (1988): Μεθοδολογία αγωγής υγείας: Μέθοδοι επικοινωνίας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 5(2), 166-170.

29) Τριχοπούλου Δ.- Καλαπαθάκη Β.- Πετρίδου Ε. «Προληπτική ιατρική και δημόσια υγεία». *Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ*, Αθήνα 2000: 205, 206.

30) Τσίκου Ν., Καραγεωργοπούλου- Γραβάνη Σ., Πρακτική Άσκηση Νοσηλευτικής II, Τόμος Β. Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, Αθήνα 1996.

31) ΥΠΥΚΑ- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2006), *Σχέδιο Προγράμματος Ανάπτυξης Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης 2007-2013*, Ατλαντίς Συμβουλευτική, Αθήνα.

32) ΥΠΥΚΑ- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2007), *Εθνικό Στρατηγικό Σχέδιο Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης 2007-2013*, Ειδική Υπηρεσία Διαχείρισης ΕΠ Υγείας- Πρόνοια, Αθήνα.

33) Φιλομήλα Ομπέση. Δίκαιο Νοσηλευτικής Ευθύνης. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2010.

34) Χριστίνα Δαρβίρη, Προαγωγή Υγείας. *Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης*, Αθήνα 2010.

35) American College of Emergency Physicians. *Equipment for ambulances 2000*.

36) Baly M (1980) *A new approach to district Nursing*. Silliam Heinemann Medical Books, London.

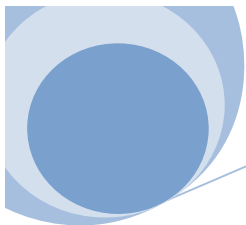
37) Benson M, Koening KL. *Disaster triage: START, then SAVE-A. New method of dynamic triage for victims of a catastrophic earthquake*.

38) British Medical Association Board of Education and Science (1974) *Report of the Panel of Primary Health Care Teams*, BMA, London.

39) Catford J. and Nutbeam D. (1984): *Towards a definition of health education and health promotion*. *Health Education Journal*, 43: 38-45.

40) Cecil. *Νοσολογία*, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2002

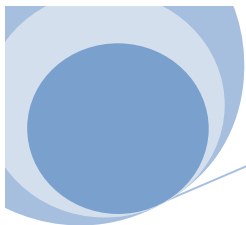




- 41) Clark M. (1984) *Community Nursing: Health care for today and tomorrow*, Reston Pub. Reston.
- 42) David Hogan, Jonathan Burstein. *DISASTER MEDICINE*. 2<sup>nd</sup> edition. Lippincott.
- 43) Dingwall R., *Community Nursing and Avil Liberty.*, journal of Adr Nurse New York 1982 p: 101 – 105.
- 44) Dowbert E *Strategic planning in home care Amj Nurse London 1970 p: 63 – 67.*
- 45) Ewles L. and Simnett I. (1992): *Promoting Health: A Practical Guide*. Scutari Press, Harrow.
- 46) Friedman M., *The Concept of Family Nursing*. J.Adr. Nurse., New York 1989 p: 211 – 216.
- 47) *International comparison on prehospital trauma care systems*. Injury 2007:38(9), 993-1000.
- 48) John Fry “Primary care”. London 1980.
- 49) Kelly P.J. and Lewis J.L. (1987): *Education and Health*. Pergamon Press, Oxford.
- 50) Markaki, A (2006), “Primary health care nursing staff in Crete: an emerging profil”, *Nursing Review*, 53:16-18.
- 51) Mc Donald L, Butterworth T, Yates DW. *Triage: a literature review 1985-1993*. *Accid Emerg Nurs* 3:201-7.
- 52) Mc Murray A. (1990) *Community Health Nursing*, Churchill Living- stone Melbourne.
- 53) Mengert – Eisenberg – Copass, *Εγχειρίδιο Επείγουσας Θεραπευτικής*. Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2000.
- 54) “Nursing in Primary care. New World, new opportunities. NHS exucite, March 1993.
- 55) OECD (2004), *Selecting Indicators for the Quality of Health Promotion, Prevention and Primary Care at the Health Systems Level in OECD Countries*.



- 56) Philips JA, Buchman TG. Optimizing prehospital triage criteria for trauma team alerts. *J Trauma* 1993, 34(1):127-132.
- 57) PHTLS: Pre- Hospital Trauma Life Support. Εκδοτική Γκιούρδας, Αθήνα 2009.
- 58) Sara Fry and Megan – Jane Johnstone. Ζητήματα Ηθικής Στη Νοσηλευτική Πρακτική. Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2005.
- 59) Smith B., J. Calltorp, M. Dixon, A. Dunning, R. Evans, W. Holland, B. Jarman and E. Mossialos (1994), *Report on the Greek Health Services*, Ministry of Health and Social Welfare of Greece, Pharmetrica S.A., Athens.
- 60) Souliotis, K. and C. Lionis (2005), “Creating an Integrated Health Care System in Greece: A Primary Care Perspective”, *Journal of Medical Systems*, 29(2):187-196.
- 61) Spradley B. (1990) *Community health nursing: Concepts and practice* 3<sup>rd</sup> ed. Scott and Brown, Illinois.
- 62) Spradley B. (1990) *Community health Nursing*. Little Brown Co, Boston.
- 63) Stanhope, Lancaster. *Κοινωνική Νοσηλευτική*. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2009.
- 64) Stanhope M., Lancaster J., *Κοινωνική Νοσηλευτική*. Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2011.
- 65) St. John Ambulance., «Πρώτες βοήθειες οδηγός αντιμετώπισης ατυχημάτων στο σπίτι, την εργασία και τις διακοπές» Βρετανικού Ερυθρού Σταυρού. Ιατρικές Εκδόσεις 1987: 156.
- 66) Susan C. Dewit. *Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική*. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2009.
- 67) Taylor, Lilli, Lemone. *Θεμελιώδεις αρχές της νοσηλευτικής*. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2009.
- 68) Tigar N. (19280) *Competencies for Practice of community health Nursing in Community health: education and Practice*. National League for Nursing Pub No 52, New York.
- 69) Tountas Y., Garanis T., Dalla-Vorgia P. (1993): *Health Promotion, Society and Health Care Ethics*. In *Principles of Health Care Ethics*, Gillon R. (ed), John Willey & Sons, Chichester.

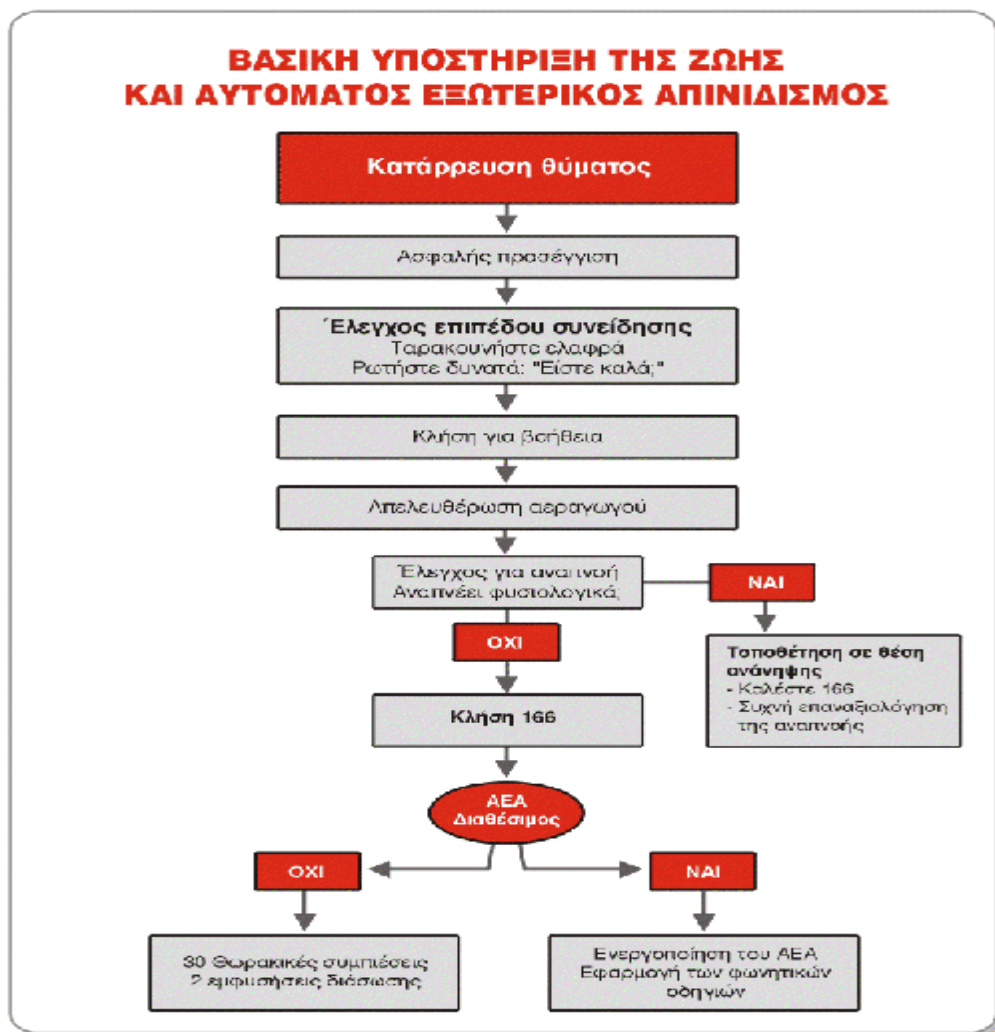


- 70) WHO (2008), *Primary health Care: Now More Than Ever*, The World Health Report 2008, Geneva.
- 71) WHO-EURO (1981) *Global Strategy for Health for all by the year 2000*. WHO, Geneva.
- 72) Williams C. (1986) *Community Health Nursing- What is it?* In Spradley B. *Reading in community health Nursing* 3<sup>rd</sup> ed. Little Brown, Boston.
- 73) World Health Organization Expert Committee (1974) *Community Health Nursing*. Technical report series. Geneva.
- 74) Zavras A., G. Tsakos, C. Ekonomou and J. Kyriopoulos (2002), "Using DEA to Evaluate Efficiency and Formulate Policy within a Greek National Primary Health Care Network", *Journal of Medical Systems*, Vol.26, No.4, pp.285-292.
- 75) [www.blog.bugherd.com](http://www.blog.bugherd.com)
- 76) <http://www.eekaa.com>
- 77) [www.ekab.gr](http://www.ekab.gr)
- 78) [www.en.wikipedia.org](http://www.en.wikipedia.org)
- 79) [www.esne.gr/index.php?option=com\\_remository&Itemid=73&func=startdown&id=5](http://www.esne.gr/index.php?option=com_remository&Itemid=73&func=startdown&id=5)  
Προσέγγιση της καθημερινότητας του σχολικού νοσηλευτή, Θεοδώρα Τόλη, Σχολική Νοσηλεύτρια.
- 80) [www.firstaid.gr](http://www.firstaid.gr)
- 81) <http://www.healthview.gr/tag/μοτοσυκλέτες-εκαβ>
- 82) [www.ics.forth.gr/bmi/In\\_the\\_News/2007](http://www.ics.forth.gr/bmi/In_the_News/2007)
- 83) <http://www.newsbeast.gr/health/arthro/463024/to-ekav-ekbebei-sos/>
- 84) [www.nursegr.blogspot.com](http://www.nursegr.blogspot.com)
- 85) [www.skai.gr/master\\_story.php?id=110789](http://www.skai.gr/master_story.php?id=110789)

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

### ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1<sup>ο</sup>

ΠΙΝΑΚΕΣ ΑΛΓΟΡΙΘΜΩΝ ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ  
ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗΣ ΕΝΗΛΙΚΑ, ΠΑΙΔΙΟΥ ΚΑΙ ΝΕΟΓΓΕΝΗΤΟΥ.





ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ  
ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΛΗΨΤΙΚΗΣ  
ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗΣ (ΕΕΚΑΑ)

## ΒΑΣΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Επαγγελματίες υγείας με καθήκον να ανταποκριθούν

**Δεν Απαντά;**

Κλήση για βοήθεια

Απελευθέρωση αεραγωγού

**Δεν αναπνέει φυσιολογικά;**

5 Εμφυσησεις διάσωσης

Εάν δεν υπάρχουν σημεία ζωής

15 Θωρακικές Συμπιέσεις

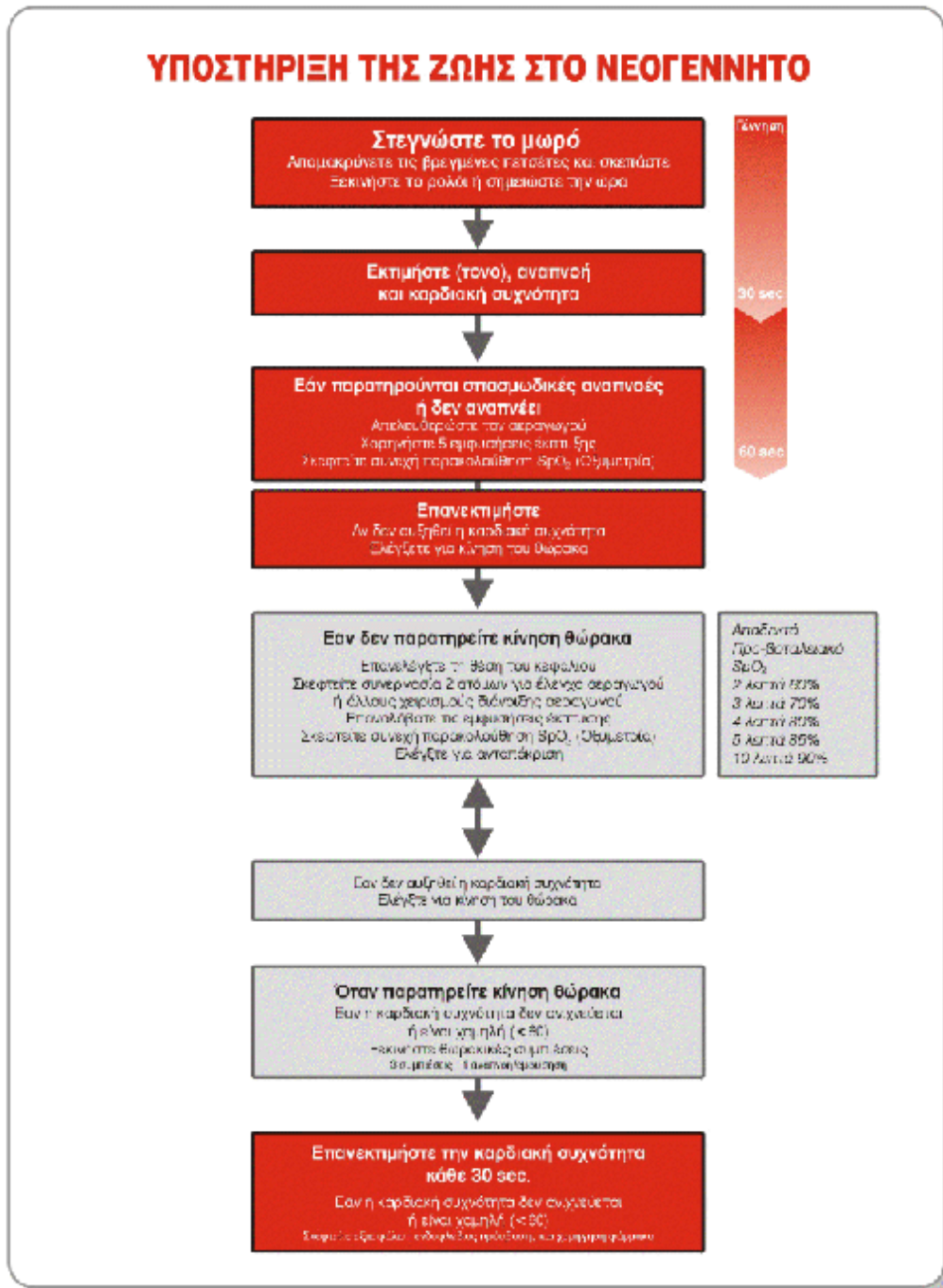
2 αναπνοές  
15 Θωρακικές Συμπιέσεις

Μετά από 1 min ΚΑΑ, καλέστε το 166 ή την ομάδα ΚΑΑ

[www.eekaa.com](http://www.eekaa.com)



## ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΣΤΟ ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΟ

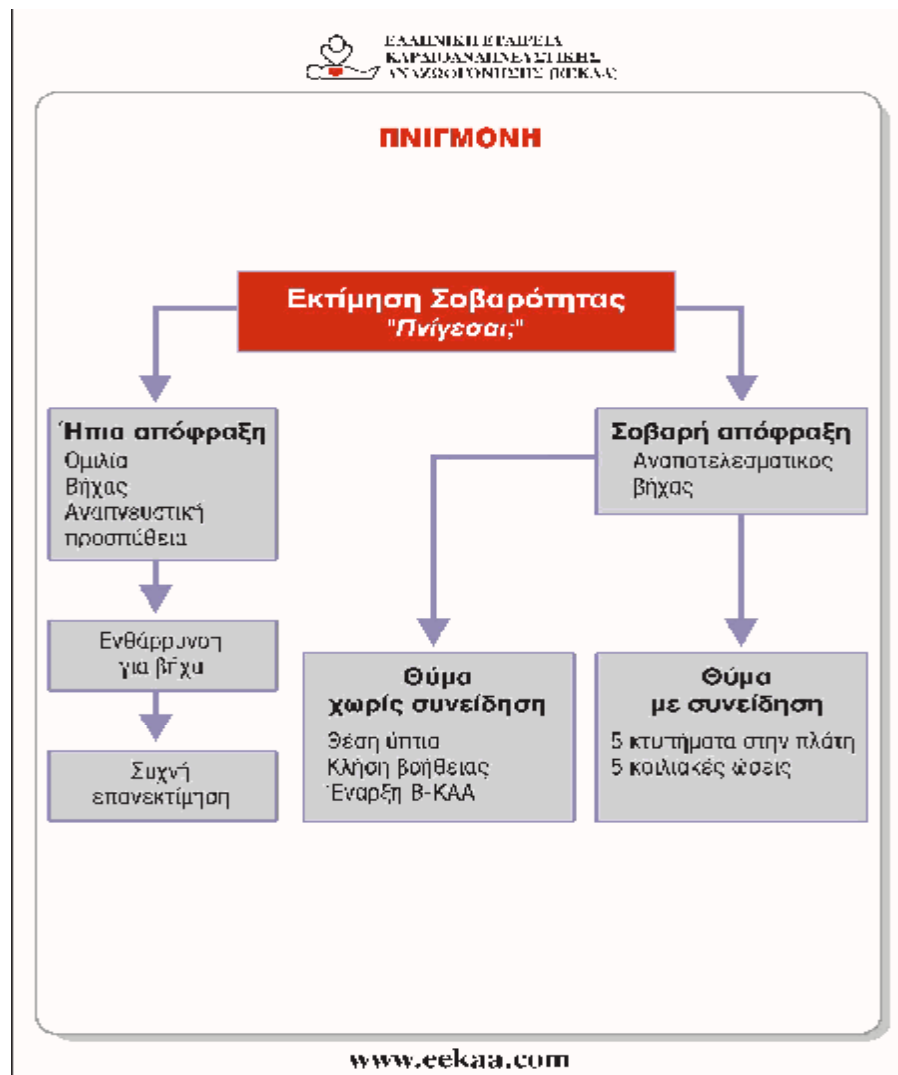


[www.eekaa.com](http://www.eekaa.com)

Πηγή: [www.eekaa.com](http://www.eekaa.com)

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2°

ΠΙΝΑΚΑΣ αντιμετώπισης απόφραξης αεραγωγού από ξένο σώμα –  
πνιγμονής.



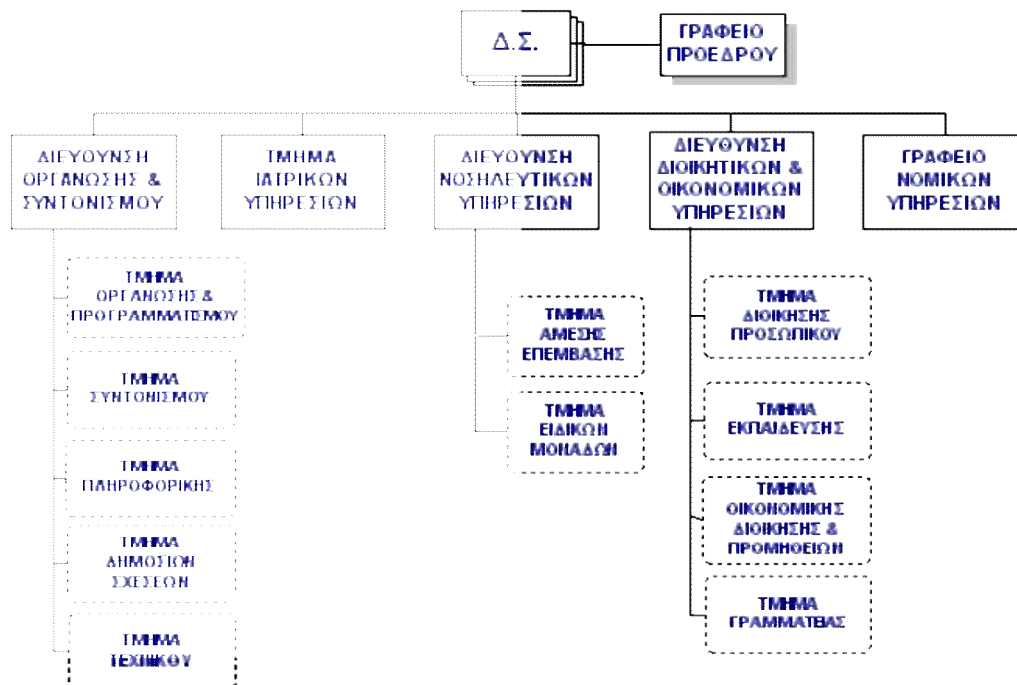
Πηγή: [www.eekaa.com](http://www.eekaa.com)

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΕΙΚΟΝΩΝ



Διαδικασία κλήσης EKAB

Πηγή: [www.firstaid.gr](http://www.firstaid.gr)



Οργανόγραμμα κεντρικής υπηρεσίας EKAB

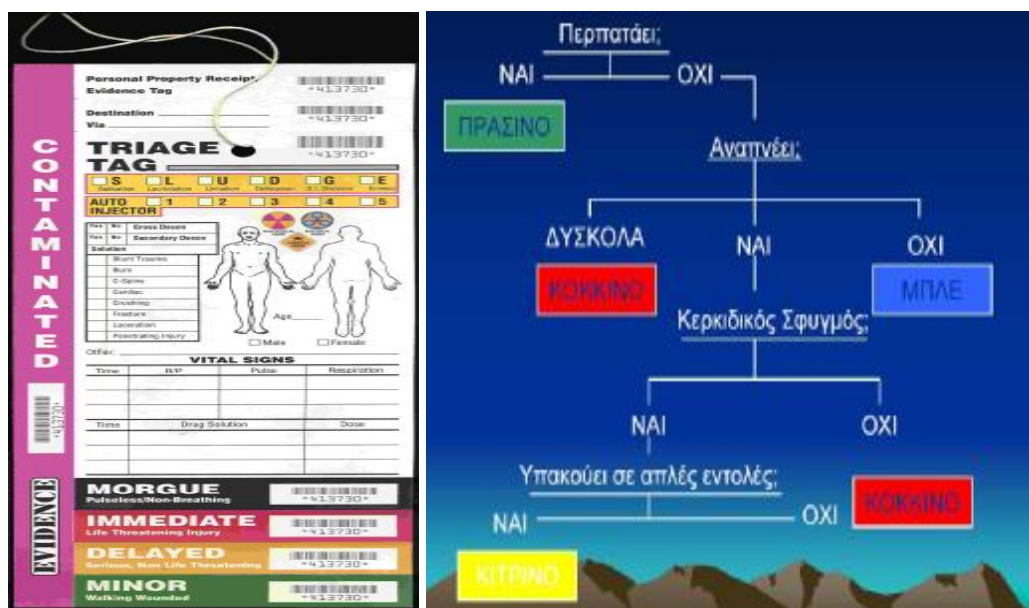
Πηγή: [www.ekab.gr](http://www.ekab.gr)





Α' Παγκόσμιος πόλεμος. Γάλλοι Στρατιώτες

Πηγή: [blog.bugherd.com](http://blog.bugherd.com)



Ετικέτα Triage

Πηγή: [en.wikipedia.org](http://en.wikipedia.org)

## ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΓΛΑΣΚΟΒΗΣ ΕΝΗΛΙΚΑ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΟΥ

### A) Κλίμακα Γλασκόβης σε ενήλικες:

- I) Άνοιγμα ματιών: αυθόρμητα (4),  
σε προφορικά παραγγέλματα (3),  
στον πόνο (2),  
καμία αντίδραση (1).
- II) Προφορική απάντηση: προσανατολισμένη (5),  
συγκεχυμένη (4),  
απρόσφορη ομιλία - λέξεις, μονοσύλλαβη (3),  
ακατανόητοι ήχοι, ακατάληπτη ομιλία (2),  
καμία αντίδραση (1).
- III) Κινητική αντίδραση: Υπακούει σε εντολές (6),  
εντοπίζει επώδυνα ερεθίσματα (5),  
αποσύρει - αδύναμη κάμψη σε επώδυνα ερεθίσματα (4),  
ανώμαλη κάμψη σε επώδυνα ερεθίσματα (3),  
ανώμαλη έκταση σε επώδυνα ερεθίσματα, απεγκεφαλισμός (2),  
καμία αντίδραση (1).

Ελάχιστη βαθμολογία: 3, μέγιστη: 15, κώμα σε σκορ <8 και εγκεφαλικός θάνατος σε σκορ 3.  
Υποστήριξη (ΜΕΘ) χρειάζεται σε σκορ 7 - 9. Teasdale G., Jennett B., LANCET (ii) 81-83, 1974.

### B) Κλίμακα Γλασκόβης σε παιδιά:

- I) Άνοιγμα ματιών: αυθόρμητα (4),  
στους ήχους (3),  
στον πόνο (2),  
αδύνατο (1).
- II) Προφορική απάντηση: κατάλληλες για την ηλικία (5),  
κραυγές (4),  
ευερεθιστότητα (3),  
ανησυχία λήθαργος (2),  
καμία (1).
- III) Κινητική αντίδραση: κατάλληλη για την ηλικία (6),  
εντοπίζει τον πόνο (5),  
κάμψη στον πόνο (4),  
σπαστική κάμψη (3),  
έκταση (2),  
καμία (1).

Ελάχιστη βαθμολογία: 3, μέγιστη: 15, κώμα σε σκορ <8 και εγκεφαλικός θάνατος σε σκορ 3. Υποστήριξη (ΜΕΘ) χρειάζεται σε σκορ 7 - 9.