

**ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**  
**«ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ»**

**ΕΛΕΝΗ ΣΑΜΨΟΥΝΗ**

**ΕΠΟΠΕΤΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΡΟΜΠΟΛΑΣ ΠΕΡΙΚΛΗΣ**

**ΠΑΤΡΑ, 2014**

*"Η Νοσηλευτική είναι ένα από τα δυσκολότερα επαγγέλματα. Η συμπόνια μπορεί να μας παρέχει το κίνητρο, αλλά η γνώση είναι το μόνο εφόδιο που έχουμε για να επιτελούμε την εργασία μας ."*

*Μαίρη Άντλαιντ Νάτινγκ 1925*

*Η πρώτη καθηγήτρια Νοσηλευτικής στον κόσμο*



## **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Το πρώτο κεφάλαιο της παρούσας πτυχιακής εργασίας πραγματεύεται τον προσδιορισμό νοσηλευτικής και την έμφαση της. Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται η ανάλυση των τύπων της οικογένειας ενώ το τρίτο κεφάλαιο αναπτύσσεται το ζήτημα της νοσηλείας στην οικογένεια και του οικογενειακού νοσηλευτή ενώ στο τέταρτο κεφάλαιο αναλύεται η παρέμβαση του οικογενειακού νοσηλευτή στην οικογένεια. Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η έννοια της νοσηλευτικής διεργασίας στη φροντίδα της οικογένειας ενώ στο έκτο κεφάλαιο αναλύεται η αντιμετώπιση και αξιολόγηση της κρίσης από το νοσηλευτή της οικογένειας. Στο έβδομο κεφάλαιο παρουσιάζεται ο ρόλος του κοινωνικού νοσηλευτή. Τέλος παρατίθενται περιπτώσεις νοσηλευτικής διεργασίας συμπεράσματα και εκτενής βιβλιογραφία.

## **ABSTRACT**

The first chapter of this thesis deals with the determination of nursing and its emphasis. The second chapter is an analysis of the types of the family while the third chapter develops the issue of hospitalization in the family and family nurse while the fourth chapter analyzes the intervention of family nurse in the family. The fifth chapter presents the concept of nursing process in the care of the family while the sixth chapter discusses the treatment and assessment of the crisis by the nurse of the family In the seventh chapter, the role of social nurse. Finally we present cases nursing process findings and an extensive bibliography.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
ABSTRACT .....	5
ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΙ.....	9
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ .....	9
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ.....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 .....	10
ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ.....	10
1.1 Η ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ.....	10
1.2 Η ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΤΗΣ ΙΔΡΥΣΗΣ ΤΟΥ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 .....	13
ΤΥΠΟΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ .....	13
2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	13
2.2 Η ΔΙΕΥΡΥΜΕΝΗ – ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ.....	13
2.3 ΠΥΡΗΝΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ .....	14
2.4 ΜΟΝΟΓΟΝΕΪΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ.....	14
2.5 ΧΩΛΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ .....	15
2.6 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΑΠΟ ΔΕΥΤΕΡΟ ΓΑΜΟ .....	15
2.7 ΑΝΑΔΟΧΗ Η ΘΕΤΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ .....	16
2.8 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΕΛΕΥΘΕΡΗΣ ΣΥΜΒΙΩΣΗΣ .....	16
2.9 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΟΜΟΦΥΛΟΦΙΛΩΝ .....	17
2.10 ΠΟΛΥΓΑΜΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ .....	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 .....	19
ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ .....	19
3.1 Η ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ.....	19
3.2 ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ.....	20
3.3 ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΡΟΛΟΙ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ..	21
3.4 9-ΑΣΤΕΡΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ .....	23
3.5 ΠΑΡΟΧΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ.....	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 .....	26
Η ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ .....	26

<b>4.1 ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ .....</b>	<b>26</b>
<b>4.2 ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ .....</b>	<b>28</b>
<b>4.2.1 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ.....</b>	<b>29</b>
<b>4.2.2 Ο ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ .....</b>	<b>30</b>
<b>4.3 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ .....</b>	<b>30</b>
<b>4.4 ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ.....</b>	<b>33</b>
<b>4.5 ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ.....</b>	<b>33</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 .....</b>	<b>36</b>
<b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ.....</b>	<b>36</b>
<b>5.1 ΣΤΑΔΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΠΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ.....</b>	<b>36</b>
<b>5.2 ΣΥΛΛΟΓΗ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ (ΛΗΨΗ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ).....</b>	<b>36</b>
<b>5.3 ΛΟΓΙΚΗ ΘΕΜΕΛΙΩΣΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΑΓΩΓΗ ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ .....</b>	<b>37</b>
<b>5.4 ΛΗΨΗ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ .....</b>	<b>38</b>
<b>5.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.....</b>	<b>42</b>
<b>5.6 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ.....</b>	<b>44</b>
<b>5.7ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....</b>	<b>46</b>
<b>5.8 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ (ΠΦΥ).....</b>	<b>47</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 .....</b>	<b>53</b>
<b>ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΡΙΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ .....</b>	<b>53</b>
<b>6.1 ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ .....</b>	<b>53</b>
<b>6.2 ΕΙΔΗ ΚΡΙΣΗΣ .....</b>	<b>56</b>
<b>6.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ .....</b>	<b>57</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 .....</b>	<b>60</b>
<b>Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....</b>	<b>60</b>
<b>7.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....</b>	<b>60</b>
<b>7.2 ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ.....</b>	<b>60</b>
<b>7.3 ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ .....</b>	<b>61</b>
<b>7.4 ΟΙ ΛΟΓΟΙ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΟΠΟΙΟΥΣ ΙΔΡΥΘΗΚΑΝ ΤΑ Κ.Α.Π.Η ΚΑΙ ΤΑ ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΑ .....</b>	<b>61</b>

<b>7.5 ΣΚΟΠΟΣ ΤΟΥ Κ.Α.Π.Η.....</b>	<b>62</b>
<b>7.6 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ Κ.Α.Π.Η.....</b>	<b>64</b>
<b>7.7 ΣΚΟΠΟΣ ΤΟΥ ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟΥ.....</b>	<b>65</b>
<b>7.8 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ .....</b>	<b>67</b>
<b>7.9 ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΗΚΑ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....</b>	<b>68</b>
<b>7.10 Ο ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ .....</b>	<b>69</b>
<b>7.11 Ο ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ....</b>	<b>70</b>
<b>ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1: ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ.....</b>	<b>72</b>
<b>ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2: ΧΡΟΝΙΟ ΑΛΓΟΣ.....</b>	<b>72</b>
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....</b>	<b>74</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b>	<b>79</b>



## **ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΙ**

### **ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ**

Η οικογένεια αντιπροσωπεύεται από δύο ή περισσότερα άτομα που ανήκουν στην ίδια ή διαφορετική συγγενική ομάδα, και που εμπλέκονται σ' ένα διαρκή υπαρξιακό διακανονισμό, συνήθως διαβιούν κάτω από την ίδια στέγη. Βιώνουν κοινούς συναισθηματικούς δεσμούς και μοιράζονται συγκεκριμένες υποχρεώσεις τόσο μεταξύ τους όσο και προς άλλους.

Το Διεθνές Σύστημα Ταξινόμησης της Νοσηλευτικής Πρακτικής (ICNP) ορίζει την οικογένεια ως «...Μια συγκέντρωση ατόμων που θεωρούνται ως κοινωνική μονάδα ή συλλογική ομάδα που απαρτίζεται από μέλη τα οποία συνδέονται μέσω δεσμών αίματος ή συγγένειας, συναισθημάτων ή νομικών δεσμών...»

### **ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ**

Η οικογενειακή νοσηλευτική ορίζεται ως κλάδος της Νοσηλευτικής, όπου εξειδικευμένοι νοσηλευτές και οικογένεια συνεργάζονται με σκοπό να επιτύχουν το βέλτιστο επίπεδο υγείας και την αρμονική λειτουργία των μελών της οικογένειας.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1**

### **ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

#### **1.1 Η ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

Η ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα ξεκίνησε το 19ο αιώνα. Διακρίνονται η πρώτη περίοδος 1910–1935, οπότε τοποθετούνται οι βάσεις ενός σύγχρονου υγειονομικού χάρτη, και ακολουθεί η περίοδος μετά το Β΄ παγκόσμιο πόλεμο, οπότε γίνεται προσπάθεια ανακούφισης του πληθυσμού, ελέγχου των λοιμωδών νοσημάτων και επέκτασης των νοσοκομειακών μονάδων. Η μετά το 1980 περίοδος χαρακτηρίζεται από την προσπάθεια ανάπτυξης ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας, ένταξης της χώρας στην Ευρωπαϊκή Ένωση και τη ραγδαία είσοδο νέων τεχνολογιών στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Τις μεγάλες υγειονομικές μεταρρυθμίσεις του 20ού αιώνα ακολουθούν μέτρα αναβάθμισης του νοσηλευτικού επαγγέλματος και του επιπέδου σπουδών. Σύμφωνα με τα ιστορικά δεδομένα, η Νοσηλευτική, από εθελοντική επικουρία των ιατρών, εξελίχθηκε σε επιστήμη με διακριτό περιεχόμενο και ρόλο. Η εξέλιξη των μορφών θεραπείας, διάγνωσης και η εξέλιξη των νοσοκομείων σε μεγάλους διοικητικούς οργανισμούς επιβάλλουν λειτουργούς υγείας υψηλού και εξειδικευμένου μορφωτικού επιπέδου. Με βάση αυτή την ανάπτυξη, η Νοσηλευτική καλείται να συμβάλει στην καλύτερη λειτουργία των νοσηλευτικών μονάδων, στην εφαρμογή πολιτικών δημόσιας υγείας και στην παρακολούθηση των νέων τεχνολογιών στο χώρο της υγείας.

Κυρίως όμως καλείται να διαφυλάξει τον ανθρωπιστικό της χαρακτήρα, διότι ρόλος του νοσηλευτή είναι η συμβολή στην περίθαλψη του ασθενούς και στην ανακούφιση του ανθρώπινου πόνου.

## **1.2 Η ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΤΗΣ ΙΔΡΥΣΗΣ ΤΟΥ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ**

Η σημαντικότερη περίοδος της υγειονομικής ανάπτυξης κατά τον 20ό αιώνα συμπίπτει με τη διακυβέρνηση της χώρας από τον Ελευθέριο Βενιζέλο (1909–1932). Τότε δημιουργήθηκαν τα «Εθνικά Νοσοκομεία» και τα αντιφυματικά ιατρεία, εκδίδονται νόμοι και θεσπίζονται μέτρα για τον έλεγχο και την πρόληψη των λοιμωδών νόσων. Το 1917 δημιουργείται το Υπουργείο Περιθάλψεως και Δημοσίας Αντιλήψεως και το 1925 (ΝΔ 27/5/1925) συστήθηκε το Υπουργείο Υγιεινής Πρόνοιας και Αντιλήψεως και ιδρύθηκε η Υγειονομική Σχολή.

Το 1914 ιδρύεται η Σχολή Αδελφών Διπλωματούχων Νοσοκόμων του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού. Το 1923 ιδρύθηκε η πρώτη επαγγελματική οργάνωση νοσηλευτριών, ο ΕΣΔΕΝ, που σήμερα ονομάζεται ΕΣΝΕ. Το 1929 δημιουργείται το Υγειονομικό Κέντρο Αθηνών και το 1930 η Σχολή Επισκεπτριών Υγιεινής.

Το ΝΔ 184/7911 προβλέπει την ίδρυση του πρώτου Τμήματος Νοσηλευτικής στο Πανεπιστήμιο Αθηνών. Διαπιστώνει δηλαδή κανείς ότι μετά το Β΄ παγκόσμιο πόλεμο και με την οικονομική ανάπτυξη της χώρας πολλαπλασιάζονται οι μονάδες περίθαλψης, καλύπτοντας πλέον όλη την Ελλάδα. Ωστόσο, η συγκέντρωση εξειδικευμένων υποδομών

περίθαλψης στο αστικό κέντρο της Αθήνας και δευτερευόντως στη Θεσσαλονίκη οδηγεί σε μια σημαντική ροή ασθενών από την επαρχία στα αστικά κέντρα. Παρουσιάζεται αλλαγή της φύσης της νοσοκομειακής περίθαλψης με ανάπτυξη εξειδικευμένων τμημάτων στα νοσοκομεία και καθιέρωση νέων διαγνωστικών και θεραπευτικών μεθόδων, που στηρίζονται σε νέες τεχνολογικές εφαρμογές. Το ιατρικό δυναμικό είναι αριθμητικά ικανό να καλύψει τις ανάγκες αυτές, αλλά είναι χωροταξικά ανισοκατανομημένο. Υπάρχει όμως δραματικό έλλειμμα νοσηλευτικού προσωπικού και μάλιστα εξειδικευμένου στη χρήση νέων τεχνολογιών και στις ανάγκες των νέων ιατρικών εξειδικεύσεων.

Η εκπαίδευση των νοσηλευτών βρισκόταν τότε κατά βάση στη δικαιοδοσία του Υπουργείου Υγείας, και αποτελείτε από τρεις υπηρεσίες: (α) ιατρική, (β) νοσηλευτική και (γ) διοικητική

- Προσδιορίζει την ανάπτυξη των κέντρων υγείας ως αποκεντρωμένων μονάδων των νοσοκομείων με σκοπό την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Τα κέντρα υγείας ευρίσκονται σε επιστημονική, νοσηλευτική, εκπαιδευτική, λειτουργική σύνδεση με το νοσοκομείο στο οποίο υπάγονται διοικητικά και οργανικά

- Προβαίνει σε μια σαφή διάκριση των βαθμίδων περίθαλψης σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια

- Καθιερώνει το θεσμό των ιατρών εργασίας ΕΣΥ πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης.

Ο νόμος αυτός αποτελεί τη νομική έκφραση της υιοθετημένης πολιτικής για την ανάπτυξη ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας κατά το πρότυπο άλλων ευρωπαϊκών χωρών.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

### **ΤΥΠΟΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ**

#### **2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η οικογένεια έχει διάφορες μορφές. Σε μια κοινωνία είναι βέβαιο πως θα συνυπάρχουν περισσότεροι από έναν τύπο οικογένειας. Ακόμη, είναι όμως εξίσου δυνατό, κάποιος τύπος οικογένειας να μην απαντάται καθόλου σε μια κοινωνία, όπως για παράδειγμα, η πολυγαμική οικογένεια και πιο συγκεκριμένα η πολυανδρία, που συναντάται σε δύο μόνο φυλές: στους Μαρκουεσανούς της Πολυνησίας και τους Τόντας της Ινδίας (Τσαούσης 1996). Πιο αναλυτικά, οι τύποι οικογένειας στις σύγχρονες δυτικές κοινωνίες, διατυπώνονται ως εξής:

#### **2.2 Η ΔΙΕΥΡΥΜΕΝΗ – ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ**

Η διευρυμένη – εκτεταμένη οικογένεια αποτελείται από τους γονείς, τα παιδιά, τους παππούδες – γιαγιάδες, θείους – θείες και άλλους συγγενείς. Ο συγκεκριμένος τύπος οικογένειας, αποτελούσε την πιο συνηθισμένη μορφή οικογένειας στο παρελθόν, ενώ σήμερα ο αριθμός των διευρυμένων οικογενειών, είναι περιορισμένος στον δυτικό τουλάχιστον κόσμο. Παρόλα αυτά, δημιουργούνται διευρυμένες οικογένειες για ορισμένο χρονικό διάστημα, προκειμένου να εξυπηρετηθούν συγκεκριμένοι σκοποί. Παραδείγματος χάριν, περιστασιακή διευρυμένη οικογένεια είναι, όταν μία μητέρα με τον ρόλο

της γιαγιάς, μένει για κάποιο χρονικό διάστημα στο σπίτι του παιδιού της, που ως τότε αποτελούσε πυρηνική οικογένεια, με σκοπό την παροχή βοήθειας ως προς την φροντίδα και φύλαξη του παιδιού. Η βοήθεια από συγγενικά πρόσωπα όπως στο παράδειγμα που δόθηκε, αποτελεί και το πλεονέκτημα της εκτεταμένης οικογένειας. Από την άλλη πλευρά, η επιρροή που μπορεί να ασκείται ως προς την ανατροφή του παιδιού, αλλά και γενικότερα στην οικογενειακή ζωή, είναι και το βασικό της μειονέκτημα. (Ζαφείρης, 1999)

## **2.3 ΠΥΡΗΝΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ**

Η πυρηνική οικογένεια αποτελείται από τους γονείς και τα ανύπαντρα παιδιά τους. Σε αυτόν τον τύπο οικογένειας, δίνεται μεγάλη σημασία στο συζυγικό δεσμό. Στο πλαίσιο της πυρηνικής οικογένειας, εντάσσεται και η οικογένεια διπλής σταδιοδρομίας, η οποία σχετίζεται άμεσα με τον καταμερισμό της εργασίας. Σε αυτή την περίπτωση, και οι δύο σύζυγοι εργάζονται και οι ρόλοι κατανέμονται ανάλογα με τις επαγγελματικές υποχρεώσεις του ζευγαριού. (Ζαφείρης, 1999)

## **2.4 ΜΟΝΟΓΟΝΕΪΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ**

Σε αντίθεση με την πυρηνική και την εκτεταμένη οικογένεια, η μονογονεϊκή συμπεριλαμβάνει έναν γονέα και τα ανήλικα παιδιά του. Μονογονεϊκές οικογένειες, μπορεί να προκύψουν λόγω θανάτου του ενός συζύγου, διάστασης και τεκνοποίησης εκτός γάμου. Οι μονογονεϊκές οικογένειες, διακρίνονται σε πατροκεντρικές και μητροκεντρικές, ανάλογα με το ποιος από τους δύο γονείς, έχει αναλάβει την επιμέλεια των παιδιών. Η πιο συχνή μορφή μονογονεϊκής οικογένειας είναι η

μητροκεντρική, καθώς τις περισσότερες φορές η επιμέλεια των παιδιών, σε περίπτωση διαζυγίου, δίνεται από το δικαστήριο στην μητέρα. (Τσαούσης 1996)

## **2.5 ΧΩΛΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ**

Η χωλή οικογένεια είναι η συζυγική οικογένεια κατά την οποία οι σύζυγοι αναγκάζονται λόγω των περιστάσεων να μένουν χωριστά. Οι λόγοι για τους οποίους οι σύζυγοι αποφασίζουν να μην ζουν μαζί, μπορούν να διακριθούν σε ακούσιους και εκούσιους. Ακούσιοι λόγοι είναι η στρατιωτική θητεία, η ασθένεια, η φυλάκιση και άλλοι, συνθήκες δηλαδή που ο / η σύζυγος, δεν επιλέγει να ακολουθήσει. Εκούσιους λόγους αποτελούν συνήθως οι επαγγελματικές υποχρεώσεις ενός ή και των δύο συζύγων, που τους υπαγορεύουν να απουσιάζουν για μεγάλο χρονικό διάστημα από την συζυγική εστία (π.χ. ναυτικοί, αθλητές, μετανάστες, καλλιτέχνες). Οι διαφοροποιήσεις στην δομή και την λειτουργία κάθε χωλής οικογένειας, εξαρτώνται από τρεις παράγοντες:

α) αν οι λόγοι είναι ακούσιοι ή εκούσιοι, σύμφωνα με τα παραπάνω

β) αν πρόκειται για έναν από τους δύο ή και τους δύο συζύγους

γ) κατά πόσο η χωλή οικογένεια είναι κοινωνικά αποδεκτή και αναγνωρισμένη σε μία κοινωνία. Παραδείγματος χάριν, στα νησιά της Ελλάδας, όπου ζουν πολλές ναυτικές οικογένειες, οι χωλές οικογένειες είναι συνηθισμένο φαινόμενο και υποστηρίζονται από το κοινωνικό σύνολο. Α

## **2.6 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΑΠΟ ΔΕΥΤΕΡΟ ΓΑΜΟ**

Οι οικογένειες από δεύτερο γάμο ή αλλιώς ανασυγκροτημένες ή διτυρηνικές οικογένειες, δημιουργούνται από τον δεύτερο γάμο του ενός ή και των δύο συζύγων, μετά από ένα διαζύγιο ή μια περίπτωση χηρείας. Γενικότερα, είναι η οικογένεια που προκύπτει αρχικά από την ένωση ενός ζευγαριού, στο πλαίσιο ενός ορισμένου τρόπου οικιακής ζωής, στον οποίο εντάσσονται και τα παιδιά από προηγούμενους γάμους. Ορισμένες φορές, ένα παιδί που μπορεί να δημιουργηθεί από αυτή την ένωση, έρχεται να συμπληρώσει όλη αυτή την νέα διάταξη. Αυτή η νέα οικογενειακή οργάνωση, δημιουργεί κάποιες φορές μια σειρά από πρακτικά, νομικά, οικονομικά και ψυχολογικά προβλήματα, τόσο στα παιδιά όσο και στους ενήλικες. ( Μουσούρου 2002)

## **2.7 ΑΝΑΔΟΧΗ Η ΘΕΤΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ**

Η ανάδοχη ή θετή οικογένεια αναφέρεται σε συζύγους που έχουν αναλάβει τη φροντίδα ενός παιδιού, χωρίς να είναι οι βιολογικοί του γονείς. Ωστόσο, υπάρχει μια βασική διαφορά ανάμεσα στην ανάδοχη και τη θετή οικογένεια. Στην περίπτωση της αναδοχής, το παιδί παραμένει προσωρινά στην εν λόγω οικογένεια, έως ότου να μείνει πάλι με τους γονείς του ή με κάποιον άλλο ενήλικα. Ένα ανάδοχο παιδί κρατάει την δική του ταυτότητα και εξακολουθεί να είναι νόμιμο παιδί των φυσικών του γονέων. Αντίθετα, στην περίπτωση της υιοθεσίας το υιοθετημένο παιδί, αλλάζει την νομική του ταυτότητα και έχει όλα τα προνόμια και τα δικαιώματα ενός φυσικού παιδιού. Παράλληλα, η οικογένεια έχει τις ίδιες υποχρεώσεις απέναντι σε αυτό, σαν να ήταν φυσικό της παιδί. (Μουσούρου 2002)

## **2.8 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΕΛΕΥΘΕΡΗΣ ΣΥΜΒΙΩΣΗΣ**

Η συμβίωση των ζευγαριών, που συγκατοικούν χωρίς να έχουν παντρευτεί, είναι ευρέως γνωστή στον δυτικό κόσμο. Συνήθως, η



συγκατοίκηση δεν αποτελεί μέρος οικογενειακού προγραμματισμού αλλά λύση του ζευγαριού ώστε να περνά περισσότερο χρόνο μαζί. Σε ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες, η συμβίωση είναι ευρωπαϊκά αναγνωρισμένη και τα άτομα έχουν την δυνατότητα, σε περίπτωση χωρισμού, να διεκδικήσουν περιουσιακά στοιχεία και διατροφή.

## **2.9 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΟΜΟΦΥΛΟΦΙΛΩΝ**

Οι ομοφυλόφιλοι άνδρες και οι ομοφυλόφιλες γυναίκες, ζουν τα τελευταία χρόνια ως ζευγάρια αποτελώντας έτσι, μια εναλλακτική μορφή οικογένειας. Σε πολλές χώρες της δύσης, ο γάμος μεταξύ των ομοφυλόφιλων, είναι νομικά θεσμοθετημένος ενώ παράλληλα, επιδιώκεται η πλήρης νομιμοποίησή του. Η δυνατότητα μάλιστα, να αποκτήσει μια γυναίκα παιδί χωρίς να έχει ετεροφυλοφιλικές σχέσεις, μέσω της τεχνητής γονιμοποίησης, καθιστά δυνατό δύο ομοφυλόφιλες γυναίκες να δημιουργήσουν οικογένεια με παιδιά.

## **2.10 ΠΟΛΥΓΑΜΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ**

Στην πολυγαμική ή αλλιώς ομαδική οικογένεια, ένας τουλάχιστον από τους δύο συζύγους, έχει πραγματοποιήσει πολλαπλούς γάμους, σχηματίζοντας έτσι παράλληλες οικογένειες. Υπάρχουν τρία είδη πολυγαμικής οικογένειας: η ομαδογαμία, η πολυανδρία και η πολυγυνία. Η ομαδογαμία και η πολυανδρία, δηλαδή η σύνδεση μιας γυναίκας με πολλούς άνδρες, είναι πολύ σπάνιες μορφές γάμων και απαντώνται μόνο σε ορισμένες φυλές. Αντιθέτως, η πολυγυνία, δηλαδή η σύνδεση ενός άνδρα με πολλές γυναίκες είναι η πιο συνηθισμένη μορφή πολυγαμικής οικογένειας. Τέλος, για να υφίσταται ο συγκεκριμένος τύπος οικογένειας, θα πρέπει να είναι κοινωνικά αποδεκτός από το σύνολο, τα μέλη της

οικογένειας να συγκατοικούν και να συνεργάζονται για τα οικονομικά θέματα. (Τσαούσης 1996)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

### **ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ**

#### **3.1 Η ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ**

Ο αριθμός των ατόμων που χρειάζονται νοσηλεία στο σπίτι έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια για πολλούς λόγους:

Η δυνατότητα εφαρμογής πολύπλοκων τεχνικών (όπως χημειοθεραπεία ή αιμοκάθαρση) στον χώρο του σπιτιού δίδει την ευκαιρία στα άτομα αυτά να παραμείνουν ή να επιστρέψουν στο σπίτι τους συνεχίζοντας την θεραπεία στο οικογενειακό τους.

Επειδή ο πληθυσμός που χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες υγείας σπίτι ποικίλλει σε ηλικία και σε ανάγκες και οι τομείς που περιλαμβάνει είναι πολλοί, την ομάδα νοσηλείας στο σπίτι αποτελούν επιστήμονες πολλών ειδικοτήτων: νοσηλευτές, γιατροί, κοινωνικοί λειτουργοί, φυσιοθεραπευτές, διαιτολόγοι, διάφοροι εργαστηριακοί, λογοθεραπευτές καθώς και βοηθητικές υπηρεσίες στο σπίτι. Ακόμη υπηρεσίες που προμηθεύουν βοηθητικά μέσα, ειδικά μέσα μεταφοράς κλπ. Γενικά οι υπηρεσίες διακρίνονται σε δύο μεγάλες ομάδες. Τις επιστημονικές και τις υποστηρικτικές. Η Νοσηλεία στο σπίτι αποτελεί ουσιαστικό και ζωτικό τομέα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, μαζί δε με την Αγωγή Υγείας αποτελούν την πεμπτουςία της Κοινοτικής Νοσηλευτικής. Οι δύο αυτές νοσηλευτικές δραστηριότητες αλληλοσυμπληρώνονται και συνεργάζονται άμεσα στην κοινότητα.

Η νοσηλεία στο σπίτι είναι η κατεξοχήν δραστηριότητα που διεκπεραιώνεται στον χώρο που ζει το άτομο, δηλαδή στο σπίτι του. Ο

Αμερικανικός Ιατρικός Σύλλογος και ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών δίδουν τον πιο κάτω ορισμό για τη νοσηλεία στο σπίτι.

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

Οι υπηρεσίες που είναι απαραίτητες προγραμματίζονται ανάλογα με τις ανάγκες του ατόμου και της οικογένειας. Επιβλέπονται και προσφέρονται από το ειδικό κατά περίπτωση προσωπικό ή με τη χρησιμοποίηση ανάλογων μέσων και υπηρεσιών.

### **3.2 ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

Οι νοσηλευτές που φροντίζουν οικογένειες χρησιμοποιούν βασικές αρχές στην καθοδήγηση και στις παρεμβάσεις τους για να βοηθήσουν στην κατανόηση της πολυπλοκότητας της δυναμικής σχέσης μεταξύ της υγείας της οικογένειας και της υγείας των μελών της ξεχωριστά. Αυτές περιλαμβάνουν:

Η οικογενειακή νοσηλευτική απευθύνεται σε υγιά και σε πάσχοντα μέλη της οικογένειας

Ο νοσηλευτής αναγνωρίζει τη σχέση μεταξύ ατομικής και οικογενειακής υγείας. Όταν φροντίζει τα μέλη σε περίοδο υγείας και ασθένειας επίσης φροντίζει και την οικογένεια

Η οικογενειακή φροντίδα σχετίζεται με τη συνολική εμπειρία της οικογένειας που περιλαμβάνει το παρελθόν, το παρόν και το μέλλον

Η οικογενειακή νοσηλευτική συνεκτιμά την ευρύτερη εικόνα της κοινότητας, στην οποία ανήκει η οικογένεια και το πολιτιστικό της περιεχόμενο

Η οικογενειακή νοσηλευτική εκτιμά τις σχέσεις ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας και αναγνωρίζει ότι τα άτομα και το οικογενειακό σύνολο δεν πετυχαίνουν πάντα το μέγιστο της υγείας ταυτόχρονα

Ο νοσηλευτής προσπαθεί να αυξήσει τις οικογενειακές αλληλεπιδράσεις μεταξύ του νοσηλευτή και της οικογένειας και μεταξύ των οικογενειακών μελών

Ο νοσηλευτής αναγνωρίζει ότι το άτομο της οικογένειας με τα περισσότερα συμπτώματα μπορεί να αλλάξει με την πάροδο του χρόνου, οπότε θα χρειασθεί αλλαγή των νοσηλευτικών ενεργειών

Οι οικογενειακοί νοσηλευτές πρέπει να συνεργασθούν με την οικογένεια για τον ορισμό πρωταρχικών ζητημάτων υγείας.

### **3.3 ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΡΟΛΟΙ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ**

Οι νοσηλευτές που εργάζονται με οικογένειες έχουν πολλούς ρόλους, που εξαρτώνται από τις ανάγκες της οικογένειας και τις συνθήκες φροντίδας, οι οποίες μπορούν να περιλάβουν το σπίτι, τις εγκαταστάσεις φροντίδας υγείας, προσωρινά καταφύγια προσφύγων ή και τους δρόμους. Σε μια προσπάθεια κατανόησης ολόκληρου του εύρους της εργασίας του νοσηλευτή με τις οικογένειες, γίνεται αναφορά σε ρόλους κλειδιά του νοσηλευτή:

Εκπαιδευτής υγείας: Διδάσκοντας οικογένειες επίσημα ή ανεπίσημα για την υγεία και τη νόσο, φέρεται ως κύριος φορέας παροχής πληροφοριών για την υγεία.

Φορέας παροχής φροντίδας και επιβλέπων: Παρέχοντας άμεσα φροντίδα και επιβλέποντας τη φροντίδα που παρέχεται από άλλους συμπεριλαμβανομένων των οικογενειακών μελών και τους βοηθούς νοσηλευτών

Αρωγός της οικογένειας: Εργαζόμενος για την υποστήριξη των οικογενειών και ενημερώνοντας για θέματα όπως η ασφάλεια και η πρόσβαση σε υπηρεσίες

Ερευνητής περιπτώσεων και επιδημιολόγος: Εντοπίζοντας τη νόσο και έχοντας ρόλο κλειδί στην επιτήρηση νόσων και τον έλεγχο τους

Ερευνητής: Αναγνωρίζοντας πρακτικά προβλήματα και αναζητώντας απαντήσεις και λύσεις μέσω επιστημονικής έρευνας μόνος ή σε συνεργασία

Οργανωτής και συντονιστής: Οργανώνοντας συνεργαζόμενος και συμμαχώντας με τα μέλη της οικογένειας υπηρεσίες υγείας, κοινωνικές υπηρεσίες και άλλους φορείς για τη βελτίωση της πρόσβασης στη φροντίδα

Αρωγός: Παίζοντας ένα θεραπευτικό ρόλο, βοηθώντας στην αντιμετώπιση των προβλημάτων και στην αναγνώριση των πόρων

Σύμβουλος: Εργαζόμενος ως σύμβουλος για οικογένειες γραφεία (πρακτορεία) για την αναγνώριση και τη διευκόλυνση πρόσβασης των πόρων.

Ο οικογενειακός νοσηλευτής χρησιμοποιεί ένα πλήθος από αυτούς τους ρόλους για να αναγνωρίσει κινδύνους για την υγεία, ένα πρόβλημα υγείας ή μια ανάγκη και να αντιμετωπίσει την κατάσταση εργαζόμενος μόνος του ή σε συνεργασία με τις οικογένειες, άλλους επαγγελματίες υγείας και ομάδες κοινότητας. Αναγνωρίζει και αντιμετωπίζει οικογενειακές θεραπευτικές ανάγκες υγείας. Οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν μια συστηματική αξιολόγηση για την περιγραφή του προφίλ της οικογενειακής δομής και των λειτουργιών της και για το καθορισμό των αναγκών υγείας της οικογένειας. Οι νοσηλευτές που εργάζονται με οικογένειες παίζουν πολλαπλούς ρόλους, βασισμένους στις ανάγκες της οικογένειας και της φροντίδας, που μπορεί να περιλαμβάνουν το σπίτι, τα υγειονομικά μέσα, τους προσωρινούς προσφυγικούς καταυλισμούς ή τους δρόμους.

### **3.4 9-ΑΣΤΕΡΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ**

Η έννοια του «9-αστέρων οικογενειακού νοσηλευτή» περιγράφει το εύρος της νοσηλευτικής εργασίας με οικογένειες. Οι ρόλοι του «9-αστέρων νοσηλευτή» είναι:

Εκπαιδευτής υγείας: Διδασκαλία οικογενειών επίσημα ή ανεπίσημα για την υγεία και την ασθένεια και η δράση ως ο κύριος προμηθευτής πληροφοριών υγείας

Παροχή φροντίδας και επίβλεψη: Παροχή άμεσης φροντίδας και επίβλεψη φροντίδας που παρέχεται από άλλους, ακόμα και από μέλη της οικογένειας και βοηθούς νοσηλευτή

Συνήγορος της οικογένειας: Εργασία υποστήριξης των οικογενειών και ξεκάθαρη θέση για θέματα όπως η ασφάλεια και η πρόσβαση στις υπηρεσίες

Αναζήτηση περιστατικών και επιδημιολογία: Εντόπιση ασθενειών και ρόλος κλειδί στην εποπτεία και τον έλεγχο ασθενειών

Ερευνητής: Αναγνώριση προβλημάτων εφαρμογής και αναζήτηση απαντήσεων και λύσεων μέσω επιστημονικής έρευνας μόνος ή με συνεργασία

Οργανωτής και συντονιστής: Οργάνωση, συνεργασία και χρέη συνδέσμου μεταξύ των μελών της οικογένειας και υγειονομικών, κοινωνικών και άλλων υπηρεσιών για να βελτιωθεί η πρόσβαση στη φροντίδα

Σύμβουλος: Θεραπευτικός ρόλος με παροχή βοήθειας για την αντιμετώπιση προβλημάτων και την αναγνώριση πόρων επίλυσης  
Εμπειρογνώμων: Υπηρεσία ως συμβούλου-εμπειρογνώμονα σε οικογένειες και φορείς, ώστε να αναγνωριστεί και να διευκολυνθεί η πρόσβαση στους πόρους



Τροποποιητής περιβάλλοντος: Εργασία για τροποποίηση, για παράδειγμα, του σπιτικού περιβάλλοντος, ώστε ο ανάπηρος να μπορεί να βελτιώσει την κινητικότητά του και να αναλάβει την αυτοφροντίδα του.

### **3.5 ΠΑΡΟΧΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ**

Η φροντίδα των οικογενειών είναι ένας ουσιώδης ρόλος για τη Νοσηλευτική. Το οικογενειακό περιβάλλον παρέχει την ευκαιρία για ανταπόκριση στις ανάγκες υγείας της οικογενειακής «μονάδας» και των ατομικών μελών της. Συνεχώς εκτείνεται η διαδικασία συνεργασίας κατά την οποία η οικογένεια συμμετέχει ενεργά στη φροντίδα υγείας της, αντικαθιστώντας την παραδοσιακή προσέγγιση στη φροντίδα υγείας, όπου οι γιατροί και οι νοσηλευτές αντιμετωπίζονται ως ειδικοί οι οποίοι αποφασίζουν τι είναι καλό για την οικογένεια και τα μέλη της. Οι οικογένειες θέλουν να συμμετέχουν και οι ενημερωμένοι χρήστες υπηρεσιών υγείας απαιτούν μεγαλύτερο έλεγχο της φροντίδας τους. Το εύρος της οικογενειακής συμμετοχής στη φροντίδα υγείας μπορεί να ποικίλλει εξαρτώμενο από την κατάσταση ή το πρόβλημα υγείας.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

### **Η ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ**

#### **4.1 ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ**

Η ανάπτυξη καλής επικοινωνίας στην εφαρμογή τόσο προγραμμάτων αγωγής υγείας όσο και συμβουλευτικής έχει από μόνη της θεραπευτικό χαρακτήρα και αποτελεί βασικό νοσηλευτικό ρόλο στην άσκηση της οικογενειακής νοσηλευτικής.

Ο νοσηλευτής στην επικοινωνία του με την οικογένεια πρέπει πάντα να λαμβάνει υπόψη του το κοινωνικό και πολιτιστικό υπόβαθρο της.

Κάθε επικοινωνία μεταξύ δύο ατόμων έχει μια «ιστορία» και επηρεάζεται από προηγούμενες εμπειρίες του ατόμου, ενώ η πρόσωπο με πρόσωπο επικοινωνία συλλαμβάνεται με μια ή και περισσότερες από τις πέντε αισθήσεις. Τα μηνύματα μεταφέρονται:

α. Με τον προφορικό λόγο, το ρυθμό, τις παύσεις, την έμφαση και τον τόνο της φωνής.

β. Τη γλώσσα του σώματος, το βλέμμα, χειρονομίες, εκφράσεις προσώπου, στάση σώματος, τήρηση σωματικών αποστάσεων, σωματική επαφή- ντύσιμο.

Τις τελευταίες δεκαετίες έχει δοθεί έμφαση στη μελέτη των προβλημάτων επικοινωνίας στην παροχή υπηρεσιών υγείας.

Κατά την Betts (1995) οι 4 κύριοι παράγοντες που συμβάλλουν στη μεγέθυνση των προβλημάτων επικοινωνίας στη νοσηλευτική είναι:

1. Έλλειψη αυτογνωσίας των πτυχών της προσωπικότητάς μας.
2. Έλλειψη συστηματικής εκπαίδευσης σε διαπροσωπικές δεξιότητες.
3. Έλλειψη ενός συγκεκριμένου θεωρητικού πλαισίου όσον αφορά στην επικοινωνία στη Νοσηλευτική. Υπάρχει μεγάλη ασάφεια στη συμβουλευτική, που είναι καθαρή παρέμβαση επικεντρωμένη στην επικοινωνία.
4. Έλλειψη σαφήνειας όσον αφορά, στους σκοπούς και τη χρήση της επικοινωνίας.

Ως γενικές αρχές της επικοινωνίας Θεωρούνται:

1. Η αρχή της σαφήνειας, ώστε ο αποδέκτης να καταλάβει το συντομότερο δυνατό το μήνυμα.
2. Η αρχή της συντομίας, σε συνδυασμό με εκείνη της σαφήνειας.
3. Η αρχή της ορθής επιλογής των λέξεων.
4. Η αρχή της ικανοποίησης της περιέργειας του αποδέκτη, για να μην επέρχεται η αδιαφορία, αλλά να διατηρείται ο ερεθισμός του.
5. Η αρχή της διακριτικότητας, της ευγένειας και του μέτρου των εκφράσεων.
6. Η αρχή της χρησιμότητας, δηλαδή το μήνυμα να περιέχει χρήσιμη πληροφορία για τον αποδέκτη.
7. Η αρχή της ευθύτητας, δεδομένου ότι η έλλειψή της οδηγεί στην καχυποψία.

8. Η αρχή του ελέγχου των αντιδράσεων του «συνομιλητή».

Η παρέμβαση στην οικογένεια χτίζεται πάνω στην αξιολόγησή της, τη διατύπωση νοσηλευτικών διαγνώσεων και το σχεδιασμό της φροντίδας, όπου διατυπώνονται οι στόχοι και οι στρατηγικές, καθώς και οι προτεραιότητες που θα ληφθούν υπόψη.

Σύμφωνα με τους Crat & Wiliadsen (1992), η νοσηλευτική παρέμβαση βοηθά τις οικογένειες και τα μέλη τους να προάγουν, να επιτύχουν, να συντηρήσουν την υγεία τους και τη λειτουργικότητα τους α' ένα υψηλό επίπεδο, αλλά και να βιώνουν ειρηνικά το θάνατο.

## **4.2 ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ**

Το να περιλαμβάνεται και η οικογένεια στη διαδικασία της μάθησης μαζί με τον ασθενή είναι ζωτικής σημασίας για την επίτευξη της αυτοφροντίδας αλλά και της αποκατάστασης του ατόμου.

Η διαδικασία της μάθησης θεωρείται από τις βασικότερες προσεγγίσεις στην παρέμβαση των νοσηλευτών στην οικογένεια, η οποία εμπεριέχει την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη ασθενειών, την επιρροή της ασθένειας ή ανικανότητας στη δυναμική της οικογένειας.

Σκοπός της είναι η υποστήριξη υγιών συμπεριφορών και η δυνατότητα αλλαγής μη υγιών, τα αποτελέσματα της οποίας όμως δεν είναι πάντα άμεσα και γρήγορα εμφανή. Τέσσερις είναι οι κύριοι στόχοι της διδασκαλίας στην οικογένεια:

Στόχοι της διδασκαλίας οικογενειακής υγείας

1. Παροχή πληροφοριών έτσι ώστε τα άτομα να είναι σε θέση να λάβουν ενημερωμένες αποφάσεις όσον αφορά στην υγεία και την ασθένεια.

2. Βοήθεια ατόμων για να συμμετέχουν αποτελεσματικά στη φροντίδα τους.

3. Βοήθεια ατόμων για να προσαρμοστούν στην πραγματικότητα της ασθένειας και τη θεραπεία, την πορεία και την πρόγνυσή της.

4. Βοήθεια ατόμων να εκφράσουν την ικανοποίηση βλέποντας τις δικές τους προσπάθειες να συνεισφέρουν στη βελτίωση της υγείας τους.

Οι νοσηλευτές ως φορείς ενημέρωσης πρέπει να διευκολύνουν τα άτομα, ώστε μέσα από την πληροφόρηση να παίρνουν τις καλύτερες γι' αυτά αποφάσεις για τη ζωή τους.

Η διαδικασία της μάθησης στην οικογένεια εμπεριέχει τα ίδια βασικά στάδια-βήματα με τη νοσηλευτική διαδικασία που αφορά στην αξιολόγηση, την εντόπιση των αναγκών μάθησης, τους στόχους, τους σχεδιασμούς και την αποτίμηση της διαδικασίας.

#### **4.2.1 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ**

Αφορά στην εκτίμηση της ετοιμότητας για μάθηση, τη συναισθηματική που εξετάζει το κίνητρο για μάθηση και την ικανότητα ανάλογα με τις γνώσεις, τις δεξιότητες και τις προϋπάρχουσες στάσεις που διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των μελών της οικογένειας.

Η αναγνώριση των αναγκών για μάθηση είναι πολύ εκτεταμένη ειδικά σε οικογένειες που αντιμετωπίζουν σοβαρά και ποικίλα προβλήματα υγείας. Οι ελλειπείς γνώσεις πάντως γύρω από την προαγωγή της υγείας στην οικογένεια πρέπει να θεωρείται κεντρική ανάγκη για μάθηση.

#### **4.2.2 Ο ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ**

Το πρώτο μέρος της φάσης του σχεδιασμού αφορά στον καθορισμό των στόχων οι οποίοι πρέπει να είναι βραχυπρόθεσμοι και μακροπρόθεσμοι.

Υπάρχουν 3 τύποι μάθησης σχετικά με τα αντικείμενα της μάθησης. Το γνωστικό, όπου μαθαίνει το άτομο καινούργιες ιδέες και πληροφορίες, το συναισθηματικό, όπου αλλάζει η στάση του και το ψυχοκινητικό, που επιδρά στη συμπεριφορά, τα οποία αλληλεπιδρούν αμοιβαία μεταξύ του ατόμου και του διδάσκοντος.

#### **4.3 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ**

Οι στρατηγικές που θα ακολουθηθούν θα πρέπει να οριστούν στη φάση αυτή του σχεδιασμού. Η υλοποίηση του προγράμματος διδασκαλίας.

Θεωρείται πολύπλοκη για το λόγο ότι, στην οικογένεια υπάρχουν μέλη από διαφορετικές γενιές τα οποία έχουν διαφορετικά επίπεδα ετοιμότητας για μάθηση. Έτσι χρειάζεται πολύ ευελιξία στη διδασκαλία. Για το λόγο αυτό, πολλές φορές χρησιμοποιείται το "role modeling", όπου έχει στόχο μέσω προτύπων να τροποποιήσει τις συμπεριφορές. "There is nothing

(ess motivating than a health care provider who encourages the client to stop smoking or lose weight yet is over weight and smells of tobacco" (Steiger & Lipson 1985). Η διδασκαλία στην οικογένεια βέβαια, δεν αφορά μόνο στην απλή μετάδοση πληροφοριών, αλλά απαιτεί και την εφαρμογή και άλλων στρατηγικών, όπως την επίδειξη για την εκμάθηση δεξιοτήτων.

#### Τεκμηρίωση και αποτίμηση της διαδικασίας

Πα να εκτιμηθεί ποια αντικείμενα μάθησης έγιναν κατανοητά. Οι γενικές αρχές της διδασκαλίας αναφέρονται στον παρακάτω πίνακα.

#### Αρχές διδασκαλίας-μάθησης

- Έναρξη από το επίπεδο όπου βρίσκεται ο αρχάριος

- Προχωρούμε από το απλό στο σύνθετο

» Προχωρούμε από το γνωστό στο άγνωστο «Χρησιμοποιούμε ορολογία κατάλληλη για τον αρχάριο « Θέτουμε τους βραχυπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους στόχους

- Παρέχουμε γνώση για να ενισχύσουμε τη μάθηση
- Παρέχουμε θετική ενίσχυση για να ενισχυθεί η μάθηση

« Ενσωματώνουμε στη διδασκαλία εμπιστοσύνη επίδειξης ικανότητα να ενεργεί μόνο του το άτομο, να επικοινωνεί σαφώς και να καταδεικνύει τη φροντίδα

β Χρησιμοποιούμε εκπαιδευτικά υλικά που είναι κατάλληλα για τις δεξιότητες βασικής εκπαίδευσης του αρχαρίου.

Συνοπτικά οι μεταβλητές που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα της διδασκαλίας είναι:

Μεταβλητές που επηρεάζουν την αποτελεσματική διδασκαλία »  
Παράγοντες ατόμου

- Κίνητρα των μελών της οικογένειας
- Ηλικίες των μελών
- Ψυχολογική κατάσταση μελών (π.χ. ανησυχία, επίπεδο κατάθλιψης)
- Αντίληψη των προβλημάτων υγείας από τα μέλη. « Παράγοντες επικοινωνίας
- Έλλειψη κατανόησης της κατάστασης
- Κοινωνικά και γλωσσικά εμπόδια
- Κοινωνικό-οικονομικά εμπόδια
- Ανικανότητα να επικοινωνήσει σαφώς με το δάσκαλο και τους άλλους. » Περιστασιακοί παράγοντες
- Το περιβάλλον στο οποίο λαμβάνει χώρα η διδασκαλία - μάθηση
- Ο συγχρονισμός της διδασκαλίας
- Φόρμες διδασκαλίας που χρησιμοποιούνται.



#### **4.4 ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ**

Η συμβουλευτική συμπεριλαμβάνεται γενικά ως παρέμβαση της οικογενειακής νοσηλευτικής, διότι οι νοσηλευτές που ασχολούνται με την οικογένεια, συχνά λειτουργούν ως σύμβουλοι σε άλλους νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες και μη, όταν άτομα και οικογένειες χρειάζονται τη βοήθεια και τις πληροφορίες τους. Το μεγαλύτερο μέρος της βιβλιογραφίας υποδεικνύει ότι η συμβουλευτική χρειάζεται ταυτόχρονα και ειδικές κλινικές ικανότητες αλλά και γνώσεις και προετοιμασία για την άσκηση της νοσηλευτικής πρακτικής. Η συμβουλευτική προσδιορίζεται από τον Caplan (1970) ως τη διαδικασία-μέθοδο αλληλεπίδρασης μεταξύ δύο ειδικών του συμβούλου που είναι και ο εξειδικευμένος και του δεχόμενου τη συμβουλή (συμβουλευόμενου), ο οποίος αποδέχεται τη βοήθεια του συμβούλου. Στη διαδικασία της συμβουλευτικής, ο συμβουλευόμενος είναι ελεύθερος ν' αποδεχθεί ή ν' απορρίψει τις συστάσεις του συμβούλου και παραμένει άμεσα υπεύθυνος για τις ενέργειές του και για τα αποτελέσματα της θεραπείας.

#### **4.5 ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ**

Κάθε νοσηλευτής δεν μπορεί να παίζει το ρόλο του συμβούλου. Όμως οι επαγγελματίες υγείας έχουν εφοδιαστεί με ειδική εκπαίδευση προκειμένου να ανταποκρίνονται στις σωματικές και ψυχολογικές ανάγκες των ανθρώπων και να χρησιμοποιούν κάποιες από τις τεχνικές της συμβουλευτικής, τις λεγόμενες «συμβουλευτικές δεξιότητες».

Από τους νοσηλευτές αναμένεται να αντλούν πληροφορίες για την κατάσταση του ατόμου μέσω της επικοινωνίας που αναπτύσσουν μαζί του και αναμένεται επίσης, να είναι σε θέση να χρησιμοποιούν το λόγο ως θεραπευτικό και ανακουφιστικό μέσο.

Στη συμβουλευτική μεγάλο βάρος δίνεται στη συνέντευξη. Η δομή, η μορφή και το περιεχόμενο της, υπαγορεύονται από πολλούς παράγοντες που επηρεάζουν και το σύμβουλο και το συμβουλευόμενο.

Αυτοαντίληψη του καθενός

Αξίες και αυτοαξιολογήσεις

Συνείδηση της ποικιλίας των στοιχείων

Διαδικασίες και εμφάνιση αυτοάμυνας

Σχέσεις αίτιου και αποτελέσματος

Προσδοκίες, αντίληψη, αισθήματα.

Η παρατήρηση επίσης αποτελεί συμβουλευτική τεχνική. Αφορά στα άτομα σε όλες τους τις εκφράσεις. Ντύσιμο, τρόπος που κάθονται, περπατούν, χειρονομούν, μιλούν, το λεξιλόγιο που χρησιμοποιούν, η έκφραση προσώπου, κινήσεις χεριών, ποδιών, νευρικότητα, απάθεια, αγωνία κ.ά. Με την παρατήρηση ο νοσηλευτής κατανοεί καλύτερα το άτομο.

Η ακρόαση και η σιωπή είναι επίσης μια σημαντική τεχνική στη συμβουλευτική. Η σιωπή είναι μια δύσκολη άσκηση. Είναι μια δεξιότητα που διδάσκεται και μαθαίνεται, πολύ δύσκολα όμως εφαρμόζεται. Το συμβουλευόμενο άτομο, μέσω της σιωπής, ικανοποιεί κάποια ανάγκη του, ερμηνεύει, σκέπτεται, κάνει αντιπαράθεση με το σύμβουλο. Πότε ο

σύμβουλος όμως διακόπτει τη σιωπή; Είναι ένα από τα προβλήματα που μαθαίνονται με τον καιρό.

Τέλος, οι ερωτήσεις που διατυπώνονται από το νοσηλευτή φιλτράρονται μέσα από μια ειδική τεχνική. Έτσι αποκτούν τη σημασία τους για τη συμβουλευτική σχέση: (α) ο τρόπος υποβολής ερώτησης, (β) το είδος και το περιεχόμενο των ερωτήσεων, (γ) ο χρόνος υποβολής ερωτήσεων και (δ) το ύφος με το οποίο γίνεται η ερώτηση. Τα ναι ή όχι δε βοηθούν πολύ. Βοηθούν οι ερωτήσεις που δίνουν ερέθισμα στο άτομο να μιλήσει. Οι ερωτήσεις κλειδιά που μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά τόσο το συμβουλευόμενο όσο και τον επαγγελματία υγείας που χρησιμοποιεί τις συμβουλευτικές δεξιότητες είναι:

Τι σας συμβαίνει;

Τι σημαίνει αυτό για εσάς;

Ποιος είναι ο στόχος σας;

Τι κάνετε γι' αυτό;

Ο σύμβουλος είναι απαραίτητο να εκφράζει αποδοχή με φραστικές εκφράσεις και με τη γλώσσα του σώματος. Τα σχόλια συγκατάβασης και επιδοκιμασίας ή η διαβεβαίωση ότι το πρόβλημα δεν είναι μοναδικό εξασφαλίζουν στο συμβουλευόμενο άτομο επιβεβαίωση και καθησυχασμό. Δεν πρέπει όμως ποτέ να παραγνωρίζουμε την ανάγκη της παραπομπής σε ειδικούς άλλων ειδικοτήτων για το συμφέρον του συμβουλευόμενου ατόμου.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5**

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ**

#### **5.1 ΣΤΑΔΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ**

Οι περισσότεροι οικογενειακοί νοσηλευτές εργάζονται ταυτόχρονα τόσο με την οικογένεια όσο και με κάθε μέλος χωριστά.

Η πιο σημαντική παράμετρος που προωθεί ή αναστέλλει την οικογενειακή νοσηλευτική είναι η οπτική μέσα από την οποία ο νοσηλευτής θεωρεί και ερμηνεύει τα προβλήματα (Wright & Leahey 1994).

Αποτελεί εφαρμογή της γνωστής μας νοσηλευτικής διεργασίας θεμελιωμένη στα θεωρητικά μοντέλα που αναφέραμε και στη γνώση της οικογενειακής νοσηλευτικής γενικότερα. Περιλαμβάνει τα ακόλουθα βήματα ειδικά προσαρμοσμένα και επικεντρωμένα στην οικογένεια ως:

#### **5.2 ΣΥΛΛΟΓΗ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ (ΛΗΨΗ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ)**

Η συλλογή των στοιχείων εστιάζεται τόσο στην ταυτοποίηση των προβλημάτων όσο και στην αναγνώριση των δυνάμεων της οικογένειας. Συνήθως, η συλλογή των στοιχείων και η λογική θεμελίωση των

διαγνώσεων που ενοποιούνται, ολοκληρώνονται ως σύνολο ώστε η ορθολογική ανάλυση των δεδομένων να μπορεί να γίνεται ταυτόχρονα.

Τα συλλεγόμενα στοιχεία μάλιστα είναι δυνατόν να κατευθύνουν τους νοσηλευτές προς την ανεύρεση νέων στοιχείων, τα οποία διαφορετικά δε θα λάμβαναν υπόψη τους.

### **5.3 ΛΟΓΙΚΗ ΘΕΜΕΛΙΩΣΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΑΓΩΓΗ ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ**

Το στάδιο της διαμόρφωσης των νοσηλευτικών διαγνώσεων είναι το κατεξοχήν αναλυτικό στάδιο, κατά το οποίο οι νοσηλευτές κάνουν νοσηλευτικές κρίσεις σχετικά με τρόπους παρέμβασης και επίλυσης των προβλημάτων. Τα προβλήματα τα οποία απαιτούν Νοσηλευτική Παρέμβαση δηλώνονται ειδικά ως Νοσηλευτικές Διαγνώσεις. Αυτές εξυπηρετούν στην κατάστρωση κοινού σχεδίου δράσης που προκύπτει μετά από συνεργασία νοσηλευτή και οικογένειας. Υπάρχουν ορισμένα ταξινομικά συστήματα τα οποία περιέχουν διαγνώσεις.

Τέτοια συστήματα είναι:

Το Σύστημα Omaha

Η Διεθνής Ταξινόμηση των Νόσων

NANDA: North American Nursing Diagnostic Association

Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών διαταραχών (DMS-4).

## 5.4 ΛΗΨΗ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ

Πραγματοποιείται η συστηματική συλλογή πληροφοριών με βάση ένα εργαλείο αξιολόγησης της οικογένειας, οι οποίες στη συνέχεια κατηγοριοποιούνται και αναλύονται με βάση τη σημαντικότητά τους. Επιπρόσθετα πρέπει να αξιολογούνται τα δυνατά σημεία της οικογένειας.

Πηγές αναζήτησης πληροφοριών:

1. Παρατήρηση του χώρου διαμονής.
2. Συνέντευξη

Διενεργείται απευθείας με το ενδιαφερόμενο πρόσωπο

Ο νοσηλευτής κάνει κατάλληλες ερωτήσεις ώστε να αποσπάσει πληροφορίες που αφορούν σε όλα τα μέλη, έστω αν και συνήθως γίνεται μόνο με ένα μέλος

Ρόλος του νοσηλευτή στη συνέντευξη: Ενεργητικός παρατηρητής-αξιολόγηση της οικογενείας πέραν των λεγομένων τους

Εργαλεία αξιολόγησης: Γενεαλογικό δέντρο, ερωτηματολόγια και εξειδικευμένα εργαλεία π.χ. Friedman tool on family research.

Η δημιουργία μιας σχέσης εμπιστοσύνης αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο για τη νοσηλευτική αξιολόγηση. Μέσω της εμπιστοσύνης ο νοσηλευτής δημιουργεί το κατάλληλο «άνοιγμα» στην οικογένεια προκειμένου να προβεί στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

Όταν ο νοσηλευτής αποδέχεται και αναγνωρίζει τις ικανότητες, τα δικαιώματα και τις αξίες της οικογένειας, ανεξάρτητα από τους δικούς του στόχους προσδοκίες και αξίες.

Ο νοσηλευτής πρέπει να ενθαρρύνει την οικογένεια να εκφράζει τις προσδοκίες της σχετικά με την παροχή φροντίδας υγείας, έτσι ώστε να αποφευχθεί μία ενδεχόμενη μεταγενέστερη απογοήτευση αυτής.

Η φάση προσανατολισμού είναι σημαντική διότι σε αυτό το στάδιο ο νοσηλευτής ενθαρρύνει την οικογένεια να εκφράσει τις βαθύτερες ανησυχίες της, οπότε και ο νοσηλευτής μπορεί να αντιληφθεί και να κατανοήσει πλήρως την οικογένεια και τις εμπειρίες της.

### ***Προετοιμασία για συνέντευξη και κατ' οίκον επισκέψεις***

Ο νοσηλευτής πρέπει: β Να κάνει σαφή το λόγο της κατοίκων επίσκεψης » Να έχει μελετήσει στοιχεία σχετικά με την οικογένεια, να έχει συζητήσει με άλλους επαγγελματίες υγείας σχετικά με αυτήν « Να έχει διαμορφώσει μία αδρή εικόνα της οικογένειας και των αναγκών της.

Είναι επίσης πολύ σημαντικός ο εντοπισμός, από το νοσηλευτή, των «δυνατών» σημείων της οικογένειας, διότι μπορούν να χρησιμοποιηθούν στη συγ- εποικοδομητικά για τη διενέργεια των νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

Η αξιολόγηση της οικογένειας έχει ως αποτέλεσμα την αναγνώριση και τον εντοπισμό των προβλημάτων της οικογένειας.

Πολλά από αυτά εμπίπτουν στο νοσηλευτικό πεδίο και αναφέρονται ως «οικογενειακές νοσηλευτικές διαγνώσεις». Ωστόσο, αρκετά προβλήματα αφορούν στα πεδία δράσης άλλων επαγγελματιών. Σε

αυτές τις περιπτώσεις, ο νοσηλευτής παραπέμπει την οικογένεια στον κατάλληλο ειδικό και λειτουργεί ως συνδετικός κρίκος, έτσι ώστε να αποφευχθεί η σύγχυση και ο αποπροσανατολισμός της οικογένειας.

Οι νοσηλευτικές διαγνώσεις στην οικογένεια προκύπτουν είτε από τη χρήση μιας νοσηλευτικής θεωρίας με εφαρμογή της στο περιβάλλον της οικογένειας είτε με τη χρήση των συστημάτων NANDA ή OMAHA.

Εξειδικεύοντας το επίπεδο του προβλήματος:

- Επίπεδο ατόμου-μέλους
- » Υποσυστήματος οικογένειας
- Στο σύνολο της.

Σημασία της συμμετοχής της οικογένειας: ® Είναι καθοριστικής σημασίας στη νοσηλευτική διεργασία <» Απαραίτητη για την ολοκληρωμένη συλλογή πληροφοριών, εντοπισμό δυνατών σημείων και διαμόρφωση αντιπροσωπευτικών νοσηλευτικών διαγνώσεων

- Καθορίζει το βαθμό στον οποίο οι νοσηλευτικές διαγνώσεις θα οδηγήσουν σε επιτυχείς νοσηλευτικές παρεμβάσεις και επίλυση των οικογενειακών προβλημάτων.

### ***Ιεράρχηση αναγκών προτεραιότητας***

Ανάγκες τελευταίας προτεραιότητας:

Ανάγκες που είναι αδύνατον να αντιμετωπιστούν είτε από τη μεριά του οικογενειακού νοσηλευτή είτε από τη μεριά της οικογένειας

Προβλήματα που δεν μπορούν να ελεγχθούν και να περιοριστούν πρέπει να αναγνωρίζονται από την αρχή.



Ανάγκες υψηλής προτεραιότητας:

Όσες μπορούν να καλυφθούν από τον οικογενειακό νοσηλευτή και μπορούν να δημιουργήσουν ευεργετική επίδραση σε επίπεδο υγείας ή συμπεριφοράς

Όσες είναι μεγάλης σημασίας τόσο από τη μεριά της οικογένειας όσο και από τη μεριά του νοσηλευτή

Μόνο εάν η οικογένεια συμφωνήσει και αναγνωρίσει τις ανάγκες υψηλής προτεραιότητας υπάρχει σημαντική πιθανότητα επιτυχίας για την επίλυση αυτών.

Πρωταρχικός σκοπός είναι η διαμόρφωση των στόχων από κοινού με την οικογένεια. Το στάδιο αυτό είναι καθοριστικό για τον αποτελεσματικό σχεδιασμό, δασική αρχή της οικογενειακής νοσηλευτικής είναι ότι τα μέλη της οικογένειας έχουν την πλήρη ευθύνη για τη διαχείριση της ζωής τους και σεβόμαστε τις πεποιθήσεις τους. Συνεπώς η οικογένεια διαμορφώνει κυρίως το είδος των στόχων που θα επιτευχθούν.

Ο σχεδιασμός των στόχων πρέπει να είναι σαφής ξεκάθαρος, συγκεκριμένος και αποδεκτός από την οικογένεια.

Οι στόχοι θα πρέπει να διαμορφωθούν με τέτοιο τρόπο ώστε να είναι αξιολογήσιμοι.

Κατά το σχεδιασμό των στόχων είναι χρήσιμο να διαφοροποιηθούν τα προβλήματα τα οποία:

1. Μπορούν να επιλυθούν με τη νοσηλευτική παρέμβαση.

2. Μπορεί να τα επιλύσει η οικογένεια στο πλαίσιο των ομοιοστατικών της μηχανισμών.

3. Μπορούν να επιλυθούν με την παρέμβαση άλλων επαγγελματιών υγείας.

## **5.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

Στο στάδιο αυτό συνεχίζεται η συλλογή των πληροφοριών σχετικά με την οικογένεια και γι' αυτό ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι ευέλικτος και ευπροσάρμοστος, ώστε να είναι σε θέση να διενεργήσει επαναξιολόγηση της οικογένειας και να τροποποιήσει τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις ανάλογα.

Πρωτόκολλο νοσηλευτικών παρεμβάσεων στην οικογένεια

1. Η αλλαγή στα πλαίσια της οικογένειας δεν μπορεί να επιβληθεί από το νοσηλευτή. Ο ρόλος του είναι να παράσχει όλα τα απαραίτητα εφόδια για την εξεύρεση λύσεων σε συνεργασία με την οικογένεια.

2. Είναι σημαντικό να μην κατηγορεί ο νοσηλευτής τον εαυτό του όταν μία οικογένεια επιλέγει να μην επιλύσει τα προβλήματά της.

3. Οι παρεμβάσεις θα πρέπει να είναι συμβατές με τις αξίες και τις εθνικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις.

4. Οι αποτελεσματικές παρεμβάσεις είναι εκείνες οι οποίες προάγουν τις σχέσεις νοσηλευτή και οικογένειας: «Αυτές οι παρεμβάσεις δεν είναι ο πυρήνας της παρεχόμενης φροντίδας, αλλά είναι η ίδια η φροντίδα» (Robinson 1996).

5. Οι Leahey & Wright ορίζουν τα βασικά χαρακτηριστικά των αλλαγών που επιφέρονται με τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις:

Η αλλαγή εξαρτάται από τον τρόπο αντίληψης του προβλήματος

Η αλλαγή εξαρτάται από το περιεχόμενο της

Η αλλαγή εξαρτάται από τους στόχους που έχουν τεθεί σχετικά με τη θεραπεία

Η κατανόηση από μόνη της δεν επιφέρει αλλαγή

Η αλλαγή δεν εμφανίζεται ισόποσα σε όλα τα μέλη

Είναι ευθύνη του νοσηλευτή να παρέχει τις συνθήκες που θα διευκολύνουν την επέλευση της αλλαγής. Η αλλαγή μπορεί να οφείλεται σε πάρα πολλούς λόγους.

Η Friedman κατηγοριοποιεί τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις ανάλογα με τον σκοπό τους:

1. Ενισχυτική: Ο νοσηλευτής παρέχει άμεσα νοσηλευτικές υπηρεσίες παρεμβαίνοντας σε αυτούς τους τομείς όπου η οικογένεια είναι ανίκανη να παρέμβει.

2. Υποστηρικτική: Ο νοσηλευτής εξουδετερώνει πιθανά εμπόδια στην παροχή των υπηρεσιών π.χ. ιατρικά προβλήματα, κοινωνική ευημερία, μετακίνηση και παροχή υπηρεσιών κατοίκων φροντίδας.

3. Εξελικτική/αναπτυξιακή: Οι νοσηλευτικοί στόχοι είναι προσανατολισμένοι στην παρότρυνση της οικογένειας για τη χρησιμοποίηση των ικανοτήτων της προς όφελος της.

## 5.6 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Το πέμπτο κατά σειρά στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας αφορά στην αξιολόγηση των νοσηλευτικών παρεμβάσεων. Η αποτελεσματικότητα κρίνεται με βάση την ανταπόκριση ή μη της οικογένειας στις παρεμβάσεις.

Η αξιολόγηση πρέπει να γίνεται πάντα από κοινού με την οικογένεια.

Ο νοσηλευτικός σχεδιασμός περιλαμβάνει το πλαίσιο για τη διεξαγωγή της αξιολόγησης. Αν έχουν τεθεί σαφείς, συγκεκριμένοι και ξεκάθαροι στόχοι, τότε μπορούν να χρησιμεύσουν ως κριτήρια για την αξιολόγηση.

Η αξιολόγηση είναι μια συνεχής διαδικασία, η οποία προκύπτει κάθε φορά που ο νοσηλευτής ανανεώνει το νοσηλευτικό σχέδιο φροντίδας.

Κατά τη διεξαγωγή της αξιολόγησης θα πρέπει να ληφθούν υπόψη τα ακόλουθα ερωτήματα:

1. Ποιες επιπρόσθετες πληροφορίες πρέπει να συγκεντρωθούν;
2. Υπήρχαν μη προβλέψιμες εκβάσεις που θα πρέπει να αξιολογηθούν;
3. Αν η συμπεριφορά και η αντίληψη της οικογένειας υποδηλώνει ότι το πρόβλημα δεν έχει λυθεί, ποιοι είναι οι πιθανοί λόγοι;
4. Ήταν η νοσηλευτική διάγνωση, οι στόχοι, και οι προσεγγίσεις ρεαλιστικές και ακριβείς;

Τερματισμός συνεργασίας νοσηλευτή/οικογένειας

Η εφαρμογή του σταδίου αυτού βασίζεται στην αξιολόγηση. Σύμφωνα με τους Wright και Leahey, η πιο σημαντική ένδειξη για τον τερματισμό σχέσης νοσηλευτή και οικογένειας δεν αποτελεί η επίλυση όλων των προβλημάτων της οικογένειας, αλλά η ικανότητά της να μάθει να ζει με αυτά και να τα χειρίζεται.

Η αναφορά για τη διαδικασία του τερματισμού θα πρέπει να έχει συζητηθεί από νωρίς, έτσι ώστε τόσο ο νοσηλευτής όσο και η οικογένεια να έχουν ξεκάθαρες προσδοκίες και να αποφευχθεί η εξαρτηματική συμπεριφορά της οικογένειας απέναντι στο νοσηλευτή.

Είναι ιδανικό, ακριβώς πριν τον τερματισμό, να λάβει χώρα μία τελευταία συζήτηση η οποία να αναφέρεται σε όλα όσα έχουν επιτευχθεί. Είναι πολύ σημαντικό στο σχεδιασμό να συμπεριλαμβάνεται πάντοτε ο τρόπος διακοπής της συνεργασίας νοσηλευτή-οικογένειας. Στη φάση αυτή του τερματισμού της συνεργασίας, ο νοσηλευτής εξέρχεται του οικογενειακού συστήματος. Όταν η φάση αυτή έχει οικοδομηθεί εκ των προτέρων μέσα στο νοσηλευτικό σχέδιο θα είναι μια φυσιολογική κατάληξη της πορείας της νοσηλευτικής διεργασίας. Διαφορετικά μπορεί να επιφέρει τα αντίθετα αποτελέσματα. Εάν κρίνει ο νοσηλευτής, για κάποιο λόγο, σκόπιμη την άμεση ή και ξαφνική διακοπή της σχέσης του με την οικογένεια, θα πρέπει να ξεκαθαρίζει τους λόγους για τους οποίους προβαίνει σε μια τέτοια ενέργεια.

Πιθανοί λόγοι: Η οικογένεια είναι νωρίτερα (σε σύγκριση με άλλες) έτοιμη να εισέλθει στη φάση αυτή. Υπάρχουν περιορισμοί στο διατιθέμενο χρόνο από πλευράς του νοσηλευτή ή του ασφαλιστικού φορέα που καλύπτει τα έξοδα κ.λπ. Τέλος, η φάση της διακοπής της σχέσης νοσηλευτή-οικογένειας θα ήταν χρήσιμο να περιλαμβάνει μια

τελική συνάντηση για αξιολόγηση, που θα σηματοδοτεί και το επίσημο κλείσιμο της συνεργασίας τους.

## **5.7 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

Η νοσηλευτική φροντίδα ασκείται στον ασθενή πριν ακόμη γεννηθεί, και κατά τη διάρκεια της ζωής του. Για την εκτέλεση του νοσηλευτικού έργου είναι απαραίτητη η ύπαρξη πρωτοκόλλων με τη μορφή εγχειριδίου διαδικασιών, που παρέχουν λεπτομερείς οδηγίες για εξειδικευμένες νοσηλευτικές πράξεις, με αποτέλεσμα να τεκμηριώνεται γραπτώς η νοσηλευτική πρακτική.

Με την παγκόσμια οικονομία σε κρίση, παρατηρείται μια συνολική αρνητική επίπτωση στην νοσηλευτική φροντίδα και απαιτείται η δέσμευση τουλάχιστον 1,1 τρις δολαρίων σε δανειοδοτήσεις για την εξυπηρέτηση τμήματος της κλινικής θεραπευτικής δραστηριότητας. Οι κυβερνήσεις, οι καταναλωτές και οι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί υγείας βρίσκονται υπό πίεση, καθώς η ανεργία αυξάνεται, το άγχος των εργαζομένων εντείνεται και η απώλεια θέσεων εργασίας οδηγεί σε μείωση της ασφαλιστικής κάλυψης, με κορυφαίο παράδειγμα τις Ηνωμένες Πολιτείες, στις οποίες υπάρχουν 47 εκατομμύρια άνεργοι.

Η χρηματοδοτική πίεση στον υγειονομικό τομέα αναδεικνύει δύο σημαντικές συνιστώσες:

α) την εξαιρετική σημασία της βιωσιμότητας των συστημάτων ασφαλιστικής κάλυψης και κοινωνικής προστασίας

β) την ανάδειξη της θεμελιώδους σημασίας των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας.

Τα δημόσια ελλείμματα και η ανεργία ασκούν ασφυκτικές πιέσεις στους προϋπολογισμούς της ασφάλισης, αλλά και των ιδρυμάτων

παροχής υγειονομικής φροντίδας, τα οποία ελέγχονται από την κεντρική διοίκηση, καθώς και στις επιχειρήσεις υγείας ιδιωτικού χαρακτήρα, που αντιμετωπίζουν προβλήματα ρευστότητας και εξυπηρέτησης των δανειακών αναγκών.

Οι αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία λόγω της οικονομικής κρίσης δημιουργούν, όπως είναι λογικό, μια επιπλέον ζήτηση στις υπηρεσίες υγείας. Η ζήτηση αυτή θα επιβαρύνει κυρίως τις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, καθώς έχειδειχθεί ότι σε περιόδους μείωσης του εισοδήματος οι καταναλωτές-ασθενείς στρέφονται σε υπηρεσίες οι οποίες έχουν ασφαλιστική κάλυψη.

Τα συστήματα υγείας των αναπτυσσόμενων χωρών θα αντιμετωπίσουν προβλήματα χρηματοδότησης για δύο κυρίως λόγους.

## **5.8 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ (ΠΦΥ)**

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι η βασική φροντίδα υγείας που βασίζεται σε πρακτικές, επιστημονικά τεκμηριωμένες και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογία, που μπορεί και πρέπει να είναι προσιτή σε όλα τα άτομα και τις οικογένειες στην κοινότητα, μέσα από την πλήρη συμμετοχή τους και με κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορούν να διασφαλίσουν, σε κάθε βήμα της ανάπτυξης τους, στο πνεύμα της αυτοδυναμίας και του αυτοπροσδιορισμού.

Αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι τόσο του συστήματος υγείας της χώρας του οποίου είναι κεντρική λειτουργία και κύριος στόχος, όσο και της συνολικής κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας.

Είναι το πρώτο επίπεδο επαφής των ατόμων, της οικογένειας και της κοινότητας με το εθνικό σύστημα υγείας, το οποίο φέρνει τη φροντίδα υγείας όσο το δυνατόν πλησιέστερα στον τόπο όπου ο πληθυσμός ζει και

εργάζεται, και αποτελεί το πρώτο στοιχείο μιας συνεχούς διαδικασίας για τη φροντίδα υγείας.

Η διακήρυξη της Alma-Ata το 1978 αποτέλεσε τη βάση για τον επαναπροσδιορισμό της ευθύνης του συστήματος υγείας προς την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Η ανάδειξη της σημασίας της Πρόληψης και της Αγωγής Υγείας σε συνδυασμό με την ενεργητική συμμετοχή της κοινότητας και του ίδιου του πολίτη για την αντιμετώπιση της ασθένειας και τη βελτίωση ή διατήρηση της υγείας του μέσα από συντονισμένη διατομεακή δράση, αναδείχθηκαν και αποτέλεσαν στη συνέχεια την πυξίδα για τον επαναπροσανατολισμό των συστημάτων υγείας πολλών χωρών. Το πρωτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης αναφέρεται στα κέντρα υποδοχής του ασθενούς, με τα οποία έχει την πρώτη του επαφή με το σύστημα υγείας, δηλαδή με κάποιο επαγγελματία υγείας όπως ιατρό, νοσηλεύτη, επισκέπτη υγείας, μαία, κοινωνικό λειτουργό. Ο τόπος και τρόπος οργάνωσης, παραγωγής και παροχής των εν λόγω υπηρεσιών μπορεί να είναι το ιατρείο, το κέντρο υγείας, η πολυκλινική ή το πολυϊατρείο, τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου. Το μέγεθος του πληθυσμού που καλύπτεται μπορεί να κυμαίνεται από 500 έως 5000 άτομα. Σήμερα, η διεθνής εμπειρία καταδεικνύει την αναγκαιότητα της ΠΦΥ ως επίκεντρο του όλου συστήματος υγείας. Οι μονάδες ΠΦΥ βρίσκονται αποκεντρωμένες μέσα στο χώρο της καθημερινής ζωής των ανθρώπων, κατέχουν στρατηγική θέση για την άμεση και συνεχή σχέση του πληθυσμού με τις υπηρεσίες υγείας. Λόγω της θέσης τους αποτελούν κομβικό σημείο για τη διάρθρωση ενός ολοκληρωμένου συστήματος φροντίδας υγείας, το οποίο για την αποτελεσματική λειτουργία του απαιτεί εκτός από την καλή οργάνωση, την καλή συνεργασία και την αμφίδρομη σχέση-επικοινωνία με τη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας (δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια). Ο ρόλος τους είναι να αποτελούν ένα



είδος «φίλτρου» (gatekeeper) των περιπτώσεων που προσέχονται πριν αυτές προωθηθούν στη νοσοκομειακή φροντίδα, με στόχο τον περιορισμό της άσκοπης ζήτησης ακριβών εξειδικευμένων υπηρεσιών και κατ' επέκταση τον περιορισμό των δαπανών.

Η ΠΦΥ ασχολείται με τα προβλήματα υγείας της κοινότητας και την παροχή υπηρεσιών προαγωγής, πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης της υγείας βασιζόμενη σε επιστημονικά τεκμηριωμένες, κοινωνικά αποδεκτές, πρακτικά εφαρμόσιμες και οικονομικά προσιτές μεθόδους και τεχνολογίες. Η έννοιά της υπερβαίνει το συμβατικό πλαίσιο των υπηρεσιών υγείας και περιλαμβάνει δραστηριότητες που σχετίζονται με τη δημόσια υγεία, το περιβάλλον, τη διατροφή και την προσφορά βασικής κλινικής και φαρμακευτικής αγωγής.

Συγκεκριμένα, στην ΠΦΥ λαμβάνουν χώρα ιατρικές, νοσηλευτικές και οδοντιατρικές πράξεις και φροντίδες που έχουν σκοπό την πρόληψη και αποκατάσταση των προβλημάτων χωρίς να απαιτούν νοσηλεία σε νοσοκομείο. Το τελευταίο λαμβάνει ένα τελείως διαφορετικό ρόλο, να αποτελεί συμπλήρωμα της ΠΦΥ για την αντιμετώπιση εξειδικευμένων περιπτώσεων και όταν η βαρύτητα της νόσου δεν επιτρέπει τη νοσηλεία στο σπίτι ή σε μονάδες ΠΦΥ.

Οι προληπτικές δραστηριότητες μέσα από την ΠΦΥ διακρίνονται σε αυτές που σχετίζονται με μέτρα για το περιβάλλον και σκοπό έχουν τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και κατ' επέκταση τη μείωση της νοσηρότητας, και σε ατομικά μέτρα που έχουν σκοπό την αλλαγή της συμπεριφοράς του ατόμου και την υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής.

Την αύξηση του επιπέδου συνειδητότητας του πληθυσμού, την ετοιμότητα και αποφασιστικότητα σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο για την υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών, έρχεται να καλύψει η έννοια της

Αγωγής Υγείας, που σχετίζεται στενά με την ΠΦΥ, με την προσδοκία της επίλυσης σημαντικών προβλημάτων υγείας.

Ο σημαντικός ρόλος της ΠΦΥ στην αποκατάσταση του ατόμου μετά την ύφεση της οξείας νόσου έγκειται σε παρεμβάσεις που έχουν σκοπό να καλύψουν όλες τις ιατρικές, νοσηλευτικές και άλλες ανάγκες του μέχρι την ένταξή του ως ενεργό μέλος στο κοινωνικό σύνολο.  
[http://www.hjn.gr/actions/get\\_pdf.php?id=69](http://www.hjn.gr/actions/get_pdf.php?id=69)

Ο ρόλος της ΠΦΥ στη αναγνώριση και φροντίδα των ατόμων με ψυχική νόσο είναι αδιαμφισβήτητη τόσο στην έγκαιρη αναγνώριση και παραπομπή τους σε ειδικούς όσο και στην παραμονή και φροντίδα αυτών των ατόμων στο σπίτι, στο οικείο οικογενειακό περιβάλλον.

Σύμφωνα με μελέτη<sup>10</sup> της ΠΟΥ, η ανάπτυξη της ΠΦΥ σχετίζεται με τη βελτίωση της έκβασης της υγείας, της περιγεννητικής θνησιμότητας, της θνησιμότητας από άλλες αιτίες (π.χ. ατυχήματα) ή την ειδική με τη νόσο θνητότητα (π.χ. καρδιαγγειακά νοσήματα, αναπνευστικά). Αυτή η σχέση είναι σημαντική για τον έλεγχο καθοριστικών παραγόντων για την υγεία σε μακροεπίπεδο (ποσοστό ηλικιωμένων, ΑΕΠ κατά κεφαλή, ποσοστό ιατρών ανά 1000 κατοίκους) καθώς και σε μικροεπίπεδο (ΜΟ εξωνοσοκομειακών επισκέψεων, κατά κεφαλήν εισόδημα, κατανάλωση αλκοόλ και καπνού). Αναφέρεται ακόμη ότι αυξημένη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών ΠΦΥ σχετίζεται θετικά με την υψηλή ικανοποίηση των ασθενών και μείωση των συνολικών δαπανών για την υγεία. Προσανατολισμένα στην ΠΦΥ συστήματα υγείας, ακόμη και σε χώρες με χαμηλό εισόδημα, αναφέρεται να είναι περισσότερο δίκαια, προσιτά και προσβάσιμα υπέρ των φτωχών. Η εφαρμογή του θεσμού των γενικών ιατρών σχετίζεται θετικά με τη μείωση του κόστους και την αυξημένη ικανοποίηση των χρηστών, χωρίς αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα

των υπηρεσιών. Επιπρόσθετα, χαρακτηριστικά της ΠΦΥ όπως η γεωγραφική κάλυψη, η μακροχρονιότητα, ο συντονισμός και ο προσανατολισμός προς την κοινότητα, σχετίζονται με τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού.

Η βιβλιογραφία που σχετίζεται με την άμεση σχέση της ΠΦΥ με την ποιότητα και την αποδοτικότητα, είναι περιορισμένη. Όμως, αναφέρεται ότι οι γενικοί-οικογενειακοί ιατροί προάγουν τη συνέχεια και περιεκτική-πολυσήμαντη φροντίδα, συμβάλουν στη μείωση των εισαγωγών νοσηλείας, μειώνουν τη χρήση εξειδικευμένων και επειγουσών υπηρεσιών και κατ' επέκταση βελτιώνουν τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας.

Βέβαια, για να γευτούν τα κράτη τα οφέλη της ΠΦΥ, οφείλουν να ικανοποιούν βασικές προϋποθέσεις, όπως υψηλή προσπελασιμότητα, ύπαρξη μηχανισμών ελέγχου και διαχείρισης, συνεργασία με τις άλλες μορφές περίθαλψης και διατομεακή συνεργασία εντός της ομάδας ΠΦΥ, πλήρη δράση του οικογενειακού ιατρού.

Οι σύγχρονες ολιστικές αντιλήψεις για την υγεία και την ασθένεια έχουν οδηγήσει σε αναθεώρηση της φιλοσοφίας και των οργανωτικο-λειτουργικών προτύπων των υπηρεσιών της ΠΦΥ. Ανεξάρτητα από τη γενικότερη φιλοσοφία του συστήματος υγείας, το οργανωτικό και λειτουργικό πλαίσιο και τις μεθόδους χρηματοδότησης, οι βασικές αρχές λειτουργίας ενός σύγχρονου αποκεντρωμένου συστήματος ΠΦΥ, που θα εξασφαλίζει την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού, είναι: η συνέχεια της φροντίδας, η άμεση προσπέλαση των πολιτών, η δυνατότητα συνεχούς παροχής φροντίδας όλο το 24ωρο ετησίως και η διάθεση όλων των απαραίτητων διαγνωστικών και θεραπευτικών μέσων ώστε ένα κοινό

πρόβλημα υγείας να επιλύεται σε τοπικό επίπεδο και να αποφεύγεται η μη αναγκαία προσφυγή στο νοσοκομείο.

Με βάση τις παραπάνω αρχές, έχουν διατυπωθεί 4 προτάσεις-μοντέλα της ΠΦΥ. Αυτά είναι το μοντέλο ανάπτυξης κατά τα πρότυπα της Στρατηγικής Υγεία για Όλους της ΠΟΥ, η πρόταση της Ειδικής Επιτροπής Ξένων Εμπειρογνομόνων που βασίζεται στην ανάπτυξη του θεσμού του οικογενειακού ιατρού κατά το βρετανικό πρότυπο, τα Δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και η πρόταση της Επιτροπής για το θεσμό του οικογενειακού ιατρού και την ΠΦΥ .

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΡΙΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

#### 6.1 ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ

*Ορισμός της κρίσης:* Μια κρίση προκύπτει όταν μια οικογένεια αντιμετωπίζει ένα πρόβλημα που φαίνεται ανεπίλυτο. Το αποτέλεσμα μιας κρίσης μπορεί να είναι είτε η επίλυση, που οδηγεί σε μια υγιέστερη κατάσταση ύπαρξης είτε η απώλεια της ευημερίας και υψηλότερο δυναμικό επερχόμενης κρίσης. Κατά τη διάρκεια περιόδων κρίσης, οι οικογένειες είναι πιο επιρρεπείς στην αλλαγή και περισσότερο ανοιχτές στη βοήθεια που τους προσφέρεται. Αυτή η δεκτικότητα παρέχει στο νοσηλευτή την ευκαιρία να παράγει αλλαγή με πολύ μικρή παρέμβαση.

*Τύποι κρίσεων:* Υπάρχουν δύο τύποι κρίσεων: *ωρίμανσης* και *περιστασιακή*. Η πρώτη θεωρείται ως μεταβατικό σημείο όπου κάθε οικογένεια βιώνει τέτοιου είδους κρίσεις όπως η εφηβεία, ο γάμος η πατρότητα.

Μια περιστασιακή κρίση ενδέχεται να συμβεί όταν μια οικογένεια βιώνει ένα γεγονός ξαφνικό, απρόσμενο και απρόβλεπτο. Τέτοια γεγονότα απειλούν τη βιολογική, ψυχολογική και κοινωνική ακεραιότητα και οδηγούν σε αποδιοργάνωση, ένταση και σοβαρό άγχος. Ανάλογα παραδείγματα είναι η ασθένεια, τα ατυχήματα και ο θάνατος

Κάποιες κρίσεις μπορεί να περιέχουν στοιχεία και περιστασιακά και ωρίμανσης.

*Οικογενειακό stress:* Η θεωρία του stress είναι μια επιστημονική εξήγηση των φυσιολογικών και ψυχολογικών συνεπειών των αλλαγών στα άτομα ή στις ομάδες των ατόμων. Στην πραγματικότητα, αυτή η θεωρία πρεσβεύει ότι κάθε αλλαγή, συγκίνηση ή δραστηριότητα που βιώνει ένα άτομο ή μια ομάδα προκαλεί stress. Η μη ειδική απάντηση σε κάθε απαίτηση -το stress- προέρχεται από στρεσογόνα ερεθίσματα του εσωτερικού ή εξωτερικού περιβάλλοντος. Όταν ένα άτομο ή μια οικογένεια βιώνει το stress, μπορεί να διαταραχθεί η ομοιόσταση ή η ισορροπία της. Όταν αυτό συμβεί αρχίζει η προσπάθεια προσαρμογής. Προσαρμογή είναι η διαδικασία ρύθμισης της αλλαγής. Το stress μπορεί να είναι θετικό ή αρνητικό. Το αρνητικό stress δημιουργεί δυσάρεστες συνέπειες και καλείται «αγωνία». Σε ακραίες συνθήκες το αποτέλεσμα μπορεί να είναι ασθένεια σε ένα άτομο ή δυσλειτουργία στην οικογένεια.

Η εμπειρία του stress και της επιτυχούς προσαρμογής στα στρεσογόνα γεγονότα μπορεί να γίνει παραγωγική για την οικογένεια. Οικογένειες που μαθαίνουν μαζί πώς να επιλύουν τα προβλήματα και προσαρμόζονται στα στρεσογόνα ερεθίσματα, αυξάνουν τις αντιστάσεις τους στις καταστροφικές συνέπειες του μελλοντικού stress.

Ένα κρίσιμο και τυχαίο γεγονός αποτελεί το έναυσμα μιας αλληλουχίας συνεπειών. Αυτό ενδέχεται να είναι αποτέλεσμα της ηλικίας, γενετικών παραγόντων, χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών, έλλειψης πατρικής φροντίδας.

Το άγχος που προκαλείται από το γεγονός αυτό, οδηγεί την οικογένεια στο να χρησιμοποιήσει αμυντικούς μηχανισμούς, όπως άρνηση, για να διευκολύνει τη θέση στην οποία βρέθηκε, πριν να ξεκινήσει να χρησιμοποιεί μηχανισμούς που θα τη βοηθήσουν να ανταποκριθεί εποικοδομητικά στις απόρροιες της δεδομένης κατάστασης. Ένα ξαφνικό

επουσιώδες περιστατικό ενδέχεται να μειώνει τις αντιστάσεις της οικογένειας η οποία βρίσκεται ήδη σε μια στρεσογόνο κατάσταση. Όταν οι μηχανισμοί αναχαίτισης της κρίσης αποτυγχάνουν, η οικογένεια καταφεύγει σε άλλες στρατηγικές που υποδηλώνουν την κάθοδο της σε κατάσταση πλήρους κρίσης - κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου είναι ανίκανη να συγκεντρωθεί και τα μέλη της χρειάζονται άμεση και ακριβή κατεύθυνση.

Κρίση επέρχεται όταν μια οικογένεια αντιμετωπίζει ένα πρόβλημα το οποίο είναι φαινομενικά αδύνατο να επιλυθεί. Καμιά από τις μεθόδους που χρησιμοποιεί η οικογένεια δεν είναι αποτελεσματική για την επίλυσή του. Τελικά το πρόβλημα καθίσταται ανυπέρβλητο και το stress, η ανησυχία και η ένταση κλιμακώνονται, καθιστώντας την οικογένεια αποδιοργανωμένη, ανίκανη να το αντιμετωπίσει κι έτσι τελικά οδηγείται σε αδιέξοδο. Αυτή η κατάσταση της κρίσης είναι απίθανο να διαρκέσει πάνω από έξι εβδομάδες διότι το οικογενειακό σύστημα είναι αδύνατο να την αντέξει. Η κρίση οδηγείται τελικά σε «εκτόνωση» είτε με επίλυση του προβλήματος είτε με κατάρρευση της οικογένειας. Η επίλυση με τη σειρά της οδηγεί σε μια θετικότερη και υγιέστερη κατάσταση ύπαρξης, ενώ το αντίθετο οδηγεί σε απώλεια της ευεξίας των ατόμων και της ευημερίας της οικογένειας και άμεση ή έμμεση επανεμφάνιση μιας κρίσης. Προσωρινή ανακούφιση μπορεί να επιτευχθεί με τη χρήση αμυντικών μηχανισμών (απόθηση, άρνηση, εκλογίκευση, προβολή, μετάθεση) ή με την υποστηρικτική δράση του περιβάλλοντος ή συνδυασμό αυτών.

Η αντιμετώπιση της κρίσης και μια μονιμότερη ανακούφιση προϋποθέτουν την ύπαρξη και χρησιμοποίηση μηχανισμών αντιμετώπισης προβλημάτων.

## 6.2 ΕΙΔΗ ΚΡΙΣΗΣ

Διακρίνουμε δύο κύρια είδη κρίσης:

Οι *Κρίσεις Ωρίμανσης*, όπως λέγονται, οι οποίες συμβαίνουν σε Μεταβατικές Περιόδους των μελών της οικογένειας, όπως η εφηβεία, ο γάμος, η απόκτηση του πρώτου παιδιού, η πρώτη επαγγελματική απασχόληση. Είναι κατά κάποιο τρόπο «φυσιολογικές» και αναμενόμενες σε κάθε οικογένεια. Γι αυτό, εφόσον μπορούν να προβλεφθούν είναι δυνατό η οικογένεια εγκαίρως να προετοιμαστεί και να αναπτύξει τους απαιτούμενους μηχανισμούς ή τις μεθόδους αντιμετώπισής τους.

Οι *Κρίσεις έναντι μιας ορισμένης κατάστασης*, οι οποίες είναι απροσδόκητες και πιο σοβαρές ή πιο επικίνδυνες για τη λειτουργία του οικογενειακού συστήματος. Το γεγονός που προκαλεί μια τέτοια κρίση είναι, κατά κανόνα, ξαφνικό και μπορεί να είναι: μια ασθένεια, ένα ατύχημα, ένας θάνατος/απώλεια αγαπημένου προσώπου, μια φυσική καταστροφή κ.λπ. Τέτοιου είδους γεγονότα απειλούν τη βιολογική, ψυχολογική ή κοινωνική ενότητα της οικογένειας, παρεμποδίζουν την ολοκλήρωσή της και την οδηγούν σε αποδιοργάνωση με αυξημένα επίπεδα άγχους και έντασης.



## **6.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ**

Διακρίνονται σε επιβαρυντικούς (παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση κρίσης) και ευεργετικούς (αποτρέπουν την εμφάνιση κρίσης),

Η ανθρώπινη βιολογία (γενετικοί παράγοντες, ασθένεια, γήρανση, αναπηρία).

Ψυχολογικοί παράγοντες-Περιβάλλον

Κοινωνικοί παράγοντες- Περιβάλλον. Υποστηρικτικό δίκτυο: συγγενείς, φίλοι, γείτονες, κοινωνικές υπηρεσίες, η εκκλησία, σύλλογοι υποστήριξης, οικογένειες που βρέθηκαν σε παρόμοια κατάσταση στο παρελθόν. Επιβαρυντικοί παράγοντες: ανεργία, φτώχεια, φυλετική διάκριση, κοινωνική απομόνωση.

Τρόπος ζωής: Χρήση αλκοόλ ή εξαρτησιογόνων ουσιών. Θεραπευτική προσέγγιση: συμβουλευτική.

Το σύστημα υγείας: Ασφαλιστική κάλυψη, Κοινωνική ασφάλιση, Οικογενειακή συμβουλευτική και προγραμματισμός. Ειδικές υπηρεσίες για ομάδες υψηλού κινδύνου: Εθισμένοι στο αλκοόλ ή σε εξαρτησιογόνες ουσίες, θύματα ατυχημάτων, αυτοκτονικοί και βέβαια οι οικογένειες όλων αυτών οι οποίες θα μπορούσαν να χαρακτηρισθούν ως «οικογένειες υψηλού κινδύνου».

***Παράγοντες που αυξάνουν την επιρρέπεια σε κρίσεις***

Τρεις παράγοντες φαίνεται να καθορίζουν τη δημιουργία κρίσης: η αντίληψη της οικογένειας για το γεγονός, οι μηχανισμοί προσαρμογής της οικογένειας και η παρουσία ή απουσία υποστήριξης.

Η αντίληψη της οικογένειας για το γεγονός, μπορεί να διαστρεβλωθεί από προηγούμενες εμπειρίες με κρίσεις που δεν ήταν παραγωγικές.

Οι οικογενειακοί μηχανισμοί προσαρμογής αντιπροσωπεύουν εσωτερικές οικογενειακές πηγές, σημαντικές στην επίλυση των κρίσεων, μεταξύ των οποίων και η εγγύτητα των μελών της οικογένειας, η ανοιχτή επικοινωνία, το χιούμορ, ο έλεγχος της ουσίας του προβλήματος, η ευελιξία των ρόλων.

Είναι σημαντικό να οριστεί το επίπεδο της επιτυχίας που έχει επιτευχθεί χρησιμοποιώντας αυτούς τους μηχανισμούς στο παρελθόν και το εάν η οικογένεια έχει επίγνωση των χρησιμοποιούμενων μηχανισμών.

Η υποστήριξη προέρχεται από εξωτερικές πηγές όπως εκκλησία, γείτονες, οικογενειακοί φίλοι. Ο βαθμός της ασφάλειας που αισθάνεται η οικογένεια από τη σχέση της με αυτά τα συστήματα μπορεί να είναι επαρκής για την αποφυγή κρίσεων.

Ανθρωπινή βιολογία: Παράγοντες όπως η ηλικία, γενετικοί παράγοντες και η ασθένεια συμβάλλουν στη γένεση της κρίσης.

Ψυχολογικό περιβάλλον: Το πρωταρχικό βήμα στην εκτίμηση μιας κατάστασης είναι η ανασκόπηση των γεγονότων που οδήγησαν στην κρίση. Αυτό παρέχει στα μέλη της οικογένειας μια ευκαιρία να συζητήσουν τον τρόπο αντίληψης των συμβάντων και στο νοσηλευτή μια ευκαιρία να εκτιμήσει τις αντιλήψεις αυτές, τους αμυντικούς μηχανισμούς και τις στρατηγικές αντιμετώπισης της κρίσης.

Κοινωνικό περιβάλλον: Παράγοντες του κοινωνικού περιβάλλοντος όπως ανεργία, φυλετικός διαχωρισμός και ανέχεια, ενδέχεται να συμβάλλουν σε μια κρίση.

Τρόπος ζωής: Παράγοντες όπως το αλκοόλ ή η χρήση ναρκωτικών ουσιών μπορεί να αποτελέσουν το τυχαίο γεγονός, να αποτελέσουν έναν επιβαρυντικό παράγοντα ή να δράσουν ως αμυντικός μηχανισμός για μια οικογένεια που βιώνει μια κρίση.

Σύστημα υγειονομικής φροντίδας: Απαραίτητη προϋπόθεση για την αντιμετώπιση της κρίσης είναι ο καθορισμός του εάν η οικογένεια έχει ασφαλιστική κάλυψη για συμβουλευτική, επείγουσα βοήθεια ή νοσοκομειακή περίθαλψη. Η ταυτοποίηση των τοπικών και κρατικών πηγών υποστήριξης για την οικογένεια, είναι σημαίνουσα ευθύνη για τον κοινοτικό νοσηλευτή.

### ***Παρέμβαση και αντιμετώπιση της οικογενειακής κρίσης***

#### **Εκτίμηση της κρίσιμης κατάστασης**

Κατά τη διάρκεια μιας κρίσης, η συνέντευξη που παίρνει ο νοσηλευτής από την οικογένεια, επιβάλλει τη συγκαταβατικότητα από μέρους του καθώς και μια ευαισθησία στην αντίληψη των τόνων που δεν είναι εμφανείς στους υπόλοιπους. Τόσο οι συνεντεύξεις όσο και οι οδηγίες πρέπει να είναι ακριβείς, συγκεκριμένες και απλές, καθώς μια οικογένεια σε κατάσταση κρίσης δεν είναι ικανή να συγκεντρωθεί, κι έτσι τα περιθώρια κινήσεων στενεύουν.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7**

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

#### **7.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η νοσηλευτική έχει ηγετικό ρόλο στα συστήματα φροντίδας υγείας και κυρίως στις υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, όπου ο νοσηλευτής συμμετέχει ως μέλος της ομάδας υγείας με υπεύθυνους ρόλους στην ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας(προαγωγή υγείας, αλλά και πρόληψη, θεραπεία, αποκατάσταση) του ατόμου, της οικογενείας, του πληθυσμού ευθύνης, της κοινότητας στην οποία εργάζεται.

Γενικότερα ο ρόλος και οι δραστηριότητες του κοινοτικού νοσηλευτή ως μέλος της γενικότερης ομάδας του τομέα της υγείας είναι ιδιαίτερα σημαντικός και επιβεβλημένος. Η αρρώστια δεν είναι αποκλειστικά βιολογικό φαινόμενο, αλλά έχει κοινωνική βάση και ο σημαντικότερος παράγοντας για την υγεία είναι η αρμονική συμβίωση του ανθρώπου με το κοινωνικό περιβάλλον.

Οι κοινοτικοί νοσηλευτές καλούνται να προάγουν την υγεία των πληθυσμών. Πρωταρχικό τους μέλημα είναι η βελτίωση της κοινότητας. Για να πετύχουν αυτό το στόχο οι κοινοτικοί νοσηλευτές βασίζονται στις αρχές και τις δεξιότητες της νοσηλευτικής και της δημόσιας υγείας. Αυτό συνεπάγεται τη χρήση δημογραφικών και επιδημιολογικών μεθόδων, με σκοπό την εκτίμηση της υγείας της κοινότητας και τη διάγνωση των αναγκών υγείας της.

#### **7.2 ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ**

Είναι ο κλάδος της νοσηλευτικής επιστήμης ο οποίος συνδυάζει επιστημονικές γνώσεις και δεξιότητες τις οποίες χρησιμοποιεί στην

αντιμετώπιση των αναγκών υγείας των ατόμων, οικογενειών, ομάδων, κοινοτήτων που βρίσκονται στο συνηθισμένο περιβάλλον του όπως το σπίτι, το σχολείο ή και χώρο εργασίας. Είναι νοσηλευτική εργασία που ασκείται έξω από το παραδοσιακό θεραπευτικό περιβάλλον του νοσοκομείου.

### **7.3 ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

Οι σκοποί της κοινοτικής νοσηλευτικής είναι οι εξής:

- 1) Πρόληψη της αρρώστιας και περιορισμό της εξέλιξης της
- 2) Περιορισμός των επιπτώσεων μιας αναπόφευκτης αρρώστιας
- 3) Εξασφάλιση επιδέξιας επιστημονικής φροντίδας στο άρρωστο ή ανάπηρο άτομο.
- 4) Ενημέρωση, διδασκαλία οικογενειών ή ομάδων στην απόκτηση υγιεινού τρόπου ζωής για την προαγωγή της κοινοτικής υγείας.

### **7.4 ΟΙ ΛΟΓΟΙ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΟΠΟΙΟΥΣ ΙΔΡΥΘΗΚΑΝ ΤΑ Κ.Α.Π.Η ΚΑΙ ΤΑ ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΑ**

Σύμφωνα με την Π.Ο.Υ. το θέμα των ηλικιωμένων αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις που έχει να αντιμετωπίσει ο κόσμος μπαίνοντας στον 21ο αιώνα, με δεδομένο ότι, στις αναπτυγμένες και στις περισσότερες αναπτυσσόμενες χώρες, αυξάνεται συνεχώς ο αριθμός των ηλικιωμένων ατόμων λόγω της επιμήκυνσης της διάρκειας ζωής και της μείωσης του αριθμού των γεννήσεων.

Στην Ελλάδα το πρόβλημα παρουσιάζεται πολύ πιο έντονο τα τελευταία χρόνια, αφού οι ηλικιωμένοι από 7.4 % που ήταν το 1951 σήμερα καλύπτει το 12-15% του συνολικού πληθυσμού αφού υπάρχει μεγάλος περιορισμός της γονιμότητας.

Στις περισσότερες παραδοσιακές κοινωνίες, οι ηλικιωμένοι θεωρούνται, ως οι πρεσβύτεροι της κοινότητας ή του χωριού, και παίζουν σημαντικό ρόλο στα διάφορα κοινωνικά θέματα που προκύπτουν.

Με την τάση της αστικοποίησης από τις αγροτικές περιοχές, ο ρόλος των πρεσβυτέρων έχει σταδιακά μειωθεί και όπως συμβαίνει στις αστικοποιημένες κοινωνίες, όπου ο πληθυσμός των ηλικιωμένων είναι "συνταξιούχοι" οι ηλικιωμένοι είναι σήμερα έξω από το κύριο ρεύμα της κοινότητας. Αυτή η αλλαγή των κοινωνικών δομών που έχει ξεκινήσει από το 20ο αιώνα θεωρεί τον ηλικιωμένο μη παραγωγικό, αδέξιο, συντηρητικό μη προσαρμοζόμενο σε συνήθειες και τεχνολογία.

Ό,τι πρόσφερε - πρόσφερε είναι η ουσία της κυριαρχικής θέσης για τους ηλικιωμένους. Ο υπερήλικας έτσι βρίσκεται σε μια φάση ζωής γεμάτη απώλειες. Απώλειες στο σωματικό επίπεδο, απώλεια της ανεξαρτησίας και της ικανότητας αυτοφροντίδας, απώλεια της εργασίας και ίσως απώλεια του εισοδήματός του.

Ωστόσο η κοινότητα μπορεί να τους αξιοποιήσει με πολλούς τρόπους με τους οποίους θα ωφεληθούν τόσο οι ίδιοι όσο και η κοινότητα.

Τέτοιες υπηρεσίες που υπάρχουν στην κοινότητα είναι το Κέντρο Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) όπου με την ενεργή τους συμμετοχή αποδεικνύουν ότι δεν ισχύει η αντίληψη που υπάρχει μέχρι τώρα για τους ηλικιωμένους καθώς και τα γηροκομεία όπου εκεί φροντίζουν για την αντιμετώπιση των αναγκών υγείας των ηλικιωμένων.

## **7.5 ΣΚΟΠΟΣ ΤΟΥ Κ.Α.Π.Η.**

Τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων τα γνωστά μας ΚΑΠΗ, στη χώρα μας είναι μοναδικές Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας για τους Ηλικιωμένους, και αποτελούν ιατροκοινωνικές υπηρεσίες σε τοπικό επίπεδο (κοινότητα) Ασχολείται σφαιρικά με τον "υγιή" ηλικιωμένο

άνθρωπο με βάση την διακήρυξη της ΠΟΥ ότι η ΥΓΕΙΑ δεν είναι η απουσία από την νόσο αλλά η σωματική, πνευματική και κοινωνική ευεξία του ατόμου. Λέγοντας σφαιρικά εννοούμε την βιο-ψυχο-κοινωνική οντότητα του ηλικιωμένου ανθρώπου.

Σκοπός του ΚΑΠΗ είναι να παρέχει υπηρεσίες για την πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση των βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών αναγκών τους με στόχο ο ηλικιωμένος "πελάτης" να παραμείνει αυτόνομο, ισότιμο και ενεργό μέλος του κοινωνικού συνόλου. Παράλληλα ως υπηρεσία ενημερώνει και συνεργάζεται, με ειδικούς φορείς σχετικά με τις ανάγκες και τα προβλήματα του ηλικιωμένου. Πραγματοποιεί ειδικές έρευνες σχετικά με οποιαδήποτε πρόβλημα υγείας ή κοινωνικής συμπεριφοράς της τρίτης ηλικίας και στηρίζει τον θεσμό της οικογένειας, δίνοντας την δυνατότητα παραμονής του ηλικιωμένου στο φυσικό (οικογενειακό) του περιβάλλον.

#### Η στελέχωση του ΚΑΠΗ

Οι ειδικότητες που στελεχώνουν το ΚΑΠΗ και ασχολούνται με την υγεία των ηλικιωμένων στην πρόληψη ή στην αποκατάστασή είναι οι εξής:

1. Νοσηλευτές-τριες
2. Επισκέπτες-πτριες Υγείας
3. Εργοθεραπευτές
4. Φυσιοθεραπευτές
5. Κοινωνικοί Λειτουργοί (στο επίπεδο κοινωνικής ή ψυχικής υγείας)

Από τις παραπάνω ειδικότητες, οι επαγγελματίες υγείας καθώς και οι οικογενειακοί βοηθοί αποτελούν την βασική ομάδα του ΚΑΠΗ.

## **7.6 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ Κ.Α.Π.Η.**

Οι επαγγελματίες υγείας που δουλεύουν στο Κέντρο Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων(υπηρεσία ΠΦΥ) τόσο οι Νοσηλεύτριες όσο και οι Επισκέπτες-τριες Υγείας έχουν σαν κύριες δραστηριότητες:

1. Πρόληψη
2. Αγωγή Υγείας
3. Νοσηλεία

Η κάθε μια από αυτές τις δραστηριότητες έχει συγκεκριμένους αντικειμενικούς σκοπούς οι οποίοι εξατομικεύονται για τον κάθε ηλικιωμένο (εξατομικευμένη φροντίδα) και για τον κάθε τομέα εργασίας. Έτσι λοιπόν οι επαγγελματίες υγείας (Νοσηλεύτριες – Επισκέπτες-τριες Υγείας) συμβάλλουν από κοινού στο σχεδιασμό, την εφαρμογή και αξιολόγηση της πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης. Η δράση τους περιλαμβάνει τους προληπτικούς εμβολιασμούς (αντιγριππικός εμβολιασμός, εμβόλιο κατά του πνευμονιόκοκκου κ.α), τον προσυμπτωματικό έλεγχο (screening test) π.χ. δερμοαντίδραση mantoux και βοηθάνε στην αποκατάσταση του ηλικιωμένου.

Συμβάλλουν στον σχεδιασμό και εφαρμογή προγραμμάτων Αγωγής Υγείας όπου οι ηλικιωμένοι αντλούν σημαντικές πληροφορίες και με βάση αυτές μπορούν να αλλάξουν έξεις και συνήθειες. Βέβαια η αλλαγή σε αυτή την ηλικία είναι ένα δύσκολο κομμάτι αλλά όχι ακατόρθωτο εάν τα στοιχεία που τους δίνεις είναι σωστά δομημένα, κατανοητά και με πολλά παραδείγματα από την καθημερινή ζωή τους.

Μερικά από τα θέματα που ασχολείται η Αγωγή Υγείας είναι η υπέρταση και ο τρόπος ζωής , διατροφή και υγεία και πραγματοποιείται κατά άτομο ή κατά ομάδες(ομάδα υπέρτασικών, ομάδα διαβητικών, ομάδα καρδιοπαθών κ.α.).



Πραγματοποιούν κατ' οίκον επίσκεψη και από κοινού προγραμματίζουν (νοσηλευτικές πράξεις-συμβουλευτική υγείας) την νοσηλεία όπου θα εφαρμοστεί για τον συγκεκριμένο ηλικιωμένο(εξατομικευμένη φροντίδα) έτσι ώστε να αντιμετωπιστεί η περίπτωση μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον με την συμμετοχή της οικογένειας του για να επέλθει η δυνατή ανεξαρτοποίηση του(αυτοεξυπηρέτηση/αυτοφροντίδα).

Αποτελούν συνδετικό κρίκο της υπηρεσίας με την οικογένεια του ηλικιωμένου και ασκούν συμβουλευτική υγεία.

Παρέχουν Α' Βοήθειες, οργανώνουν και λειτουργούν το ιατρείο του Κ.Α.Π.Η. Συνεργάζονται άμεσα με τον ιατρό, την υπόλοιπη επιστημονική ομάδα καθώς και με τις ανάλογες υπηρεσίες όπως Νοσοκομεία, Δημοτικά ιατρεία, ΙΚΑ, Κ.Ψ.Υ., Διεύθυνση Υγιεινής κ.α. για να φέρουν εις πέραν το έργο τους. Τέλος συμμετέχουν σε ερευνητικά προγράμματα που αφορούν την Τρίτη ηλικία.

## **7.7 ΣΚΟΠΟΣ ΤΟΥ ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟΥ**

Η ίδρυση των γηροκομείων ήταν γνωστή από το Βυζάντιο (324-1453 μ.Χ.). Αναφέρονται τουλάχιστον 30 ιδρύματα στην ιστορία της εκκλησίας με το παλαιότερο γνωστό γηροκομείο της Κωνσταντινουπόλεως. "Η Ψαμάθεια". Το 0,6% των ατόμων της τρίτης ηλικίας ζει σε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων. Αυτό το ποσοστό θεωρείται το μικρότερο στις χώρες της Ευρωπαϊκής Κοινότητας. Ο ρόλος των γηροκομείων είναι αρκετά σοβαρή υπόθεση. Μια μονάδα φροντίδας ηλικιωμένων είναι πρότυπη όταν το εξειδικευμένο προσωπικό εφαρμόζει με τις γνώσεις του και τις εμπειρίες του, τους κανόνες φροντίδας σε άτομα ηλικιωμένα άτομα. στον μελετημένο χώρο, την κατάλληλη χρονική στιγμή. Η φροντίδα των ηλικιωμένων στηρίζεται στους εξής βασικούς παράγοντες:

- Σεβασμό της προσωπικότητας και διατήρηση της ατομικότητας.
- Ενθάρρυνση για αυτοφροντίδα.
- Ευαισθητοποίηση της οικογένειας.
- Διδασκαλία υγείας του ηλικιωμένου.
- Ομαδική εργασία και συνεργασία του νοσηλευτικού προσωπικού με την ομάδα υγείας.

Οι προϋποθέσεις που πρέπει να πληρεί ένας ηλικιωμένος για να μείνει στο γηροκομείο είναι 3:

1. Να είναι πάνω από 60 χρονών
2. Να μην έχει κάποια μεταδοτική νόσο
3. Να θέλει πραγματικά ο ίδιος ο ηλικιωμένος να μείνει εκεί.

Στο γηροκομείο παρέχονται κάποιες υπηρεσίες, οι οποίες είναι:

- Υπηρεσίες ιατρικής περίθαλψης,
- Ψυχολογικής υποστήριξης των ηλικιωμένων που συχνά σ' αυτήν την ηλικία νιώθουν την μοναξιά και την απομόνωση,
- Υπηρεσίες σίτισης, και τέλος
- Πολιτιστικές, ψυχαγωγικές εκδηλώσεις.

Οι νοσηλεύτριες σε καθημερινή βάση παρακολουθούν τα ζωτικά σημεία, παρακολουθούν τους ηλικιωμένους και φροντίζουν να παίρνουν τα φάρμακά τους. (Υπάρχει φαρμακείο στο ίδρυμα που τους τα παρέχει).

Επίσης, μία φορά την εβδομάδα τους παρακολουθεί ο γιατρός, ο οποίος είναι πάντα εκεί σε περίπτωση που κάποιος αρρωστήσει και τον χρειαστεί.

Στις υπηρεσίες σίτισης εντάσσεται ο έλεγχος και η τήρηση σωστής διατροφής, ο έλεγχος του φαγητού και τα 3 πλήρες γεύματα της ημέρας που τρώνε οι ηλικιωμένοι.

Οι ηλικιωμένοι έχουν την δυνατότητα να περνούν δημιουργικά την ώρα τους συμμετέχοντας σε διάφορες κοινωνικές και πολιτιστικές δραστηριότητες.

## **7.8 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ**

Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή είναι πολυδιάστατος και στοχεύει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων. Στο χώρο της κοινότητας ο νοσηλευτής βοηθάει, υποστηρίζει, καθοδηγεί και διδάσκει με βάση τις επιστημονικές του γνώσεις, την επιδέξια επικοινωνία και την προσεκτική παρατήρηση, διαπιστώνει τις διάφορες οργανικές, ψυχολογικές, πνευματικές και κοινωνικές ανάγκες του ηλικιωμένου, αναλαμβάνει και προγραμματίζει να ικανοποιήσει θέματα της δικής του αρμοδιότητας και μεταφέρει όσες ανάγκες χρειάζεται να αντιμετωπιστούν στις ανάλογες επιστημονικές ειδικότητες. Έτσι λοιπόν αποτελεί συνδετικό κρίκο του ηλικιωμένου με άλλους επιστήμονες υγείας και συντονίζει τη φροντίδα του.

Η τρίτη ηλικία χαρακτηρίζεται ως η πιο δύσκολη περίοδος της ζωής του ανθρώπου διότι υπάρχει πληθώρα προβλημάτων λόγω εξασθένησης σωματικών λειτουργιών καθώς και εμφάνιση ψυχικών και νευρολογικών νοσημάτων. Ο κοινοτικός νοσηλευτής για να μπορέσει να κάνει ευκολότερη τη ζωή του ηλικιωμένου και πιο ευχάριστη θα πρέπει να είναι γνώστης τόσο της ψυχολογίας όσο και των ποικίλων προβλημάτων που μπορεί να αντιμετωπίζει ο ίδιος και η οικογένειά του, ώστε να τον βοηθήσει.

Παράγοντες που υποχρεώνουν τους ηλικιωμένους να μετακομίζουν σε οργανωμένα κέντρα φροντίδας ηλικιωμένων είναι:

- Προβλήματα υγείας.
- Αποκοπή από την ενεργό συμμετοχή στην απασχόληση ή το επάγγελμα.
- Ψυχοκοινωνικές δυσχέρειες.

- Θάνατος του-της συζύγου.
- Τα παιδιά απορροφούνται στα δικά τους ζητήματα και δεν βοηθούν τους ηλικιωμένους.
- Ανικανότητα αυτοεξυπηρέτησης και αυτοσυντήρησης.
- Περιβαλλοντικοί παράγοντες (θορυβώδεις περιοχές, ρύπανση).

## **7.9 ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΗΚΑ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

1. Νοσηλευτικές γνώσεις.
2. Ξεκάθαρη αντίληψη.
3. Ικανότητα επικοινωνίας.
4. Ικανότητα να αντιμετωπίζει τυχόν προβλήματα
5. Ικανότητα διδασκαλίας και καθοδήγησης.
6. Γνώση όλων των μέσων και των πηγών που υπάρχουν στην κοινότητα.

### **ΒΑΣΙΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΤΟΥ ΥΠΕΡΗΛΙΚΑ ΕΙΝΑΙ:**

Η διατήρηση της ανεξαρτησίας του στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό και η ενίσχυση της αυτοφροντίδας, με σκοπό όχι μόνο να διατηρηθεί στη ζωή αλλά και να ζει τη ζωή του, δηλαδή να είναι γερός σε κατάσταση ευεξίας και ικανοποιημένος από τη ζωή. Έτσι μόνο θα μπορέσει να αναπτύξει πάλι δραστηριότητες, συνεργασία, επικοινωνία και έλεγχο της πραγματικότητας.

[http://www.imlarisis.gr/index.php?dispatch=categories.view&category\\_id=49](http://www.imlarisis.gr/index.php?dispatch=categories.view&category_id=49)

## **7.10 Ο ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ**

Ο σχεδιασμός και η υλοποίηση ενός προγράμματος αγωγής υγείας είναι σπουδαίας σημασίας καθώς συμβάλει στην πρόληψη σε όλα τα επίπεδα, η οποία πρόληψη αποτελεί τον πρωταρχικό στόχο της κοινοτικής νοσηλευτικής. Η κοινοτική νοσηλευτική είναι ο κλάδος της νοσηλευτικής που σκοπό έχει να αντιμετωπίσει τις ανάγκες υγείας των ατόμων, οικογενειών, ομάδων και κοινοτήτων στο φυσικό τους περιβάλλον.

Επικεντρώνεται στην πρόληψη και τις αντίστοιχες παρεμβάσεις αγωγής υγείας σε πρωτογενές, δευτερογενές και τριτογενές επίπεδο.

Η πρωτογενής πρόληψη αφορά στην παρέμβαση που πραγματοποιείται πριν αρχίσουν οι παθολογικές διεργασίες σε έναν πληθυσμό υψηλού κινδύνου, μεγαλύτερης ή μικρότερης επιρρέπειας. Η δευτερογενής πρόληψη αναφέρεται στην έγκαιρη διαπίστωση της νόσου και στην πιο αποτελεσματική αντιμετώπισή της. Η ενημέρωση για τον προληπτικό έλεγχο που γίνεται συνήθως σε Κέντρα Υγείας περιλαμβάνεται στην δευτερογενή πρόληψη. Η εκπαίδευση του ασθενή στο νοσοκομείο, όπως επίσης και κατά την νοσηλεία κατ' οίκον έχει σαν στόχο την πρόληψη τυχόν επιδείνωσης της νόσου.

Η τριτογενής πρόληψη αφορά στο στάδιο της αποκατάστασης και αποτελεί το πεδίο απασχόλησης των νοσηλευτών αποκατάστασης (rehabilitation nurses), για τα συστήματα υγείας που διαθέτουν τον κλάδο αυτό της νοσηλευτικής που αναλαμβάνει την αποθεραπεία του αρρώστου σε επίπεδο παροχής γνώσεων και φροντίδας. [http://www.vima-asklipiou.gr/volumes/2012/VOLUME%2004\\_12/VA\\_REV\\_3\\_11\\_04\\_12.pdf](http://www.vima-asklipiou.gr/volumes/2012/VOLUME%2004_12/VA_REV_3_11_04_12.pdf)

## **7.11 Ο ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ**

Ο σκοπός της σχολικής νοσηλευτικής είναι να βοηθήσει τους μαθητές να βελτιώσουν την αυτοεικόνα τους, να αποκτήσουν δεξιότητες αντιμετώπισης του stress και διαχείρισης των διαπροσωπικών σχέσεων. Η διδασκαλία ή η αγωγή υγείας μπορεί να είναι προγραμματισμένη ή περιστασιακή. Η προγραμματισμένη διδασκαλία περιλαμβάνεται στο ωρολόγιο πρόγραμμα των μαθημάτων και γίνεται σε συγκεκριμένες ημέρες και ώρες που ρυθμίζονται από τον διευθυντή του σχολείου όπως και τα υπόλοιπα μαθήματα.

Η περιστασιακή διδασκαλία σκοπεύει να αντιμετωπίσει τις ανάγκες που παρουσιάζονται όπως ένα λοιμώδες νόσημα, ένα ατύχημα, μία επιδημία γαστρεντερίτιδας. Ο νοσηλευτής κατευθύνει και διδάσκει τους μαθητές και τους εκπαιδευτικούς σχετικά με τις αιτίες και τους τρόπους αντιμετώπισης των διαφόρων επειγόντων και εκτάκτων θεμάτων που αφορούν το σχολικό πληθυσμό.

Συναφής με τον εκπαιδευτικό ρόλο είναι και ο συμβουλευτικός ρόλος του νοσηλευτή. Περιλαμβάνει δραστηριότητες όπως η επικοινωνία και η συζήτηση με κάθε μαθητή, η ενημέρωση, η επεξήγηση πληροφοριών και οδηγιών (κυρίως αν το παιδί πάσχει από κάποιο οξύ ή χρόνιο πρόβλημα), η υποστήριξη και η ενθάρρυνση του μαθητή και της οικογένειάς του, αλλά και η νοσηλευτική φροντίδα που χρειάζεται.

Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν αρκετές δημοσιεύσεις που αφορούν στον προβληματισμό των κυβερνήσεων σχετικά με την εφαρμογή της αγωγής υγείας από τους σχολικούς νοσηλευτές ακόμη και από την δεκαετία του 1970. Τα προβλήματα εντοπίζονταν κυρίως στη μειωμένη αναγνώριση της αξίας της αγωγής υγείας και της πρόληψης γενικότερα, στην περιορισμένη έρευνα σε αυτόν τον τομέα, στην έλλειψη

υλικοτεχνικής υποδομής και ειδικών τάξεων διδασκαλίας, στην απουσία συντονιστικού και ρυθμιστικού οργάνου στο σχεδιασμό και έλεγχο της εκπαίδευσης σε θέματα υγείας. Η εφαρμογή της αγωγής υγείας από τους δασκάλους ήταν μία αρχική λύση, η εκπαίδευσή τους όμως θεωρήθηκε ελλιπής σε θέματα υγείας, ενώ σε μερικές περιπτώσεις δεν ήταν κάτι που εκτελούσαν με ευχαρίστηση, αφού ήταν πέρα από το γνωστικό τους αντικείμενο και την επιστήμη του ενδιαφέροντός τους. Αντίθετα, οι νοσηλευτές έδειχναν μεγαλύτερο ενθουσιασμό στην αγωγή υγείας, καθώς η φύση της εργασίας τους είναι πολύ πιο κοντά στο αντικείμενο της αγωγής υγείας από ότι οι εκπαιδευτικοί.

## **ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1: ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ**

Νοσηλευτική διάγνωση: Σχιζοφρένεια αντιμετώπιση των προβλημάτων .  
Η σχιζοφρένεια περιγράφει τον ψυχωτικό ασθενή ότι σε κάποιο χρόνο χαρακτηρίζεται από την απάθεια, την αντικοινωνικότητα, τη συναισθηματική άμβλυνση, και την παραλογία. Ο πελάτης έχει αλλαγές στις σκέψεις, στις αισθήσεις, τη διάθεση, και τη συμπεριφορά. Η υποκειμενική εμπειρία της διαταραγμένης σκέψης φανερώνεται στις διαταραχές του σχηματισμού έννοιας που οδηγούν μερικές φορές στις παρερμηνείες της πραγματικότητας, τις αυταπάτες (ιδιαίτερα αυταπάτες της επιρροής και ιδέες της αναφοράς), και τις παραισθήσεις.

Αντικειμενικός σκοπός: Προωθούμε την κατάλληλη αλληλεπίδραση μεταξύ του πελάτη και του περιβάλλοντος.

Νοσηλευτική παρέμβαση: Ο ασθενής δύναται να έχει διακοπή του ύπνου από τις παραισθήσεις και τις απατηλές σκέψεις, νωρίς να ξυπνήσει κατά τη φάση του ύπνου, αϋπνία και υπερδραστηριότητα. Ο νοσηλευτής καταγράφει τη συχνότητα και το ρυθμό εμφάνισης του φαινομένου και ενημερώνει το ιατρικό προσωπικό.

## **ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2: ΧΡΟΝΙΟ ΑΛΓΟΣ.**

Νοσηλευτική διάγνωση: Διαταραχή της ικανότητας να συνεχίσει τις προηγούμενες δραστηριότητες. Οργή ή ματαιοδοξία. Ανορεξία. αναταραχές των συνηθειών του ύπνου, αϋπνία. Διαταραχές του χρώματος της προσβληθείσας περιοχής.



Αντικειμενικός σκοπός: Ανακούφιση του ασθενούς από το πόνο.  
Προαγωγή της ευεξίας.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις: Ο ρόλος του νοσηλευτή τόσο στην προεγχειρητική όσο και στην μετεγχειρητική φάση καθίσταται εξαιρετικά σημαντικός. Βασίζεται τόσο στην ενημέρωση του αρρώστου όσο και στην ψυχολογική υποστήριξή του. Ο νοσηλευτής φροντίζει για την ανακούφιση του ασθενούς από τα προβλήματα που προκαλεί ο πόνος στη σωματική και ψυχική του ευεξία.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η οικογενειακή νοσηλευτική και οι εφαρμογές της αποτελούν έναν εξελισσόμενο τομέα της Νοσηλευτικής Επιστήμης και θα συνεχίσει να αποτελεί ένα σημαντικό τμήμα της φροντίδας υγείας στο μέλλον, ιδιαίτερα μετά τις πρόσφατες και τρέχουσες μεταρρυθμίσεις στα Συστήματα Υγείας, όπου το ενδιαφέρον στρέφεται προς την κοινότητα και επομένως την οικογένεια.

Η νοσηλευτική έρευνα μέχρι στιγμής έχει εστιαστεί στα άτομα και τη φροντίδα υγείας αυτών. Επίσης, έρευνα που αναφέρεται στην ψυχική υγεία των οικογενειών είναι πιο ανεπτυγμένη απ' ότι η έρευνα για την οικογένεια και τη σωματική υγεία. Πρόσφατα το ενδιαφέρον της νοσηλευτικής έχει στραφεί προς τη συσχέτιση και σύνδεση της Δυναμικής της Οικογένειας, της Υγείας και της Ασθένειας. Χρειάζεται, ωστόσο, να διεξαχθεί και να αναπτυχθεί από τους Κοινοτικούς Νοσηλευτές περαιτέρω έρευνα εστιασμένη στην οικογένεια.

Καθώς η κοινωνία μεταβάλλεται, η κοινωνική πολιτική οφείλει να μεταβάλλεται σε όλους τους τομείς που καλύπτει: την ασφάλεια, την κοινωνική προστασία, την πρόνοια, την υγεία, την κατοικία, την απασχόληση. Έτσι οι κοινωνικές μεταβολές και οι μεταβολές κοινωνικής πολιτικής εξηγούν τις αλλαγές της οικογενειακής πολιτικής.

Κάθε κοινωνική πολιτική εκφράζει και αναπαράγει αξίες, υπηρετεί συγκεκριμένους στόχους και με βάση κάποια επιλογή προτεραιοτήτων, χρησιμοποιεί συγκεκριμένα μέσα. Η επιλογή προτεραιοτήτων είναι μια λιγότερο ή περισσότερο συνειδητή διαδικασία. Προσδιορίζεται από ιδεολογικές επιταγές, τη συγκυρία, τις υπάρχουσες οικονομικές δυνατότητες αλλά και από το πολιτικό πρόγραμμα της εκάστοτε πολιτικής εξουσίας.

Η οικογενειακή πολιτική χαρακτηρίζεται από τους στόχους που προωθεί. Στη σύγχρονη Ευρώπη οι στόχοι αυτοί περιλαμβάνουν, πέραν της προστασίας της οικογένειας ως θεσμού, την προώθηση των αρχών της δημοκρατίας, αλλά και των ατομικών δικαιωμάτων, την ισότητα των φύλων, την κοινωνική δικαιοσύνη, την προστασία της οικογένειας από κοινωνικούς κινδύνους όπως είναι η ανεργία, την ενίσχυση της υπογεννητικότητας, τη συμφιλίωση της οικογένειας και εργασίας. Ο καθένας από τους στόχους αυτούς εδράζονται σε αξίες και διαφοροποιούνται στο χρόνο και από τη μια κοινωνία στην άλλη τόσο ανάλογα με την αξία όσο και ανάλογα με την ποικιλία συνδυασμών στόχων και προτεραιοτήτων.

Η επιρροή της δημόσιας πολιτικής σε θέματα υγείας είναι ευθύνη των νοσηλευτών και όλο και περισσότερο επιταγή των πολιτών. Οι νοσηλευτές επανειλημμένως στο παρελθόν έχουν πρωταγωνιστήσει στη διαμόρφωση φιλικών για το παιδί και τη μητέρα νοσοκομείων, ώστε οι υπηρεσίες και το περιβάλλον να ακολουθούν τις επιταγές του ασθενούς και όχι το αντίστροφο. Παρόμοια προσέγγιση και πρωτοβουλία είναι αναγκαία και για τη δημιουργία φιλικών για την οικογένεια υπηρεσιών υγείας.

Η πολιτική σε θέματα υγείας περιλαμβάνει τις αρχές που προάγουν την ευημερία των πολιτών μέσω συγκεκριμένων ενεργειών (σχήμα 7.1). Διαμορφώνεται από πολιτικές αρχές και αντικατοπτρίζει τις κοινωνικές αξίες, ιδεολογίες και στάσεις. Οι αποφάσεις που λαμβάνονται μπορεί να ποικίλουν απ' το να αφορούν σε θεσμικές πολιτικές, όπως η ασφάλεια στο χώρο εργασίας, έως να αφορούν σε πολιτική υγείας στα πλαίσια οργανισμών, όπως η απαγόρευση του καπνίσματος στους χώρους του Εθνικού Συνδέσμου (NNA).

Οι εγκαταστάσεις και υπηρεσίες παροχής φροντίδας υγείας δεν ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις και οι πολιτισμικές αξίες της κοινότητας τείνουν να μη χρησιμοποιούνται σωστά. Οι άνθρωποι τείνουν να παρακάμπτουν τις υπηρεσίες αυτές και αναζητούν τη φροντίδα υγείας αλλού. Η φιλική προς την οικογένεια δημόσια πολιτική, περιλαμβάνει ένα φάσμα αποφάσεων από τους δημιουργούς της πολιτικής που επηρεάζουν τις οικογένειες άμεσα ή έμμεσα. Πολιτικές που επηρεάζουν την πρόσβαση σε στέγαση, υπηρεσίες υγείας, εισόδημα, εκπαίδευση, κοινωνικές υπηρεσίες ή εργασία μπορούν γενικά να οριστούν ως πολιτική για την οικογένεια. Σκοπός της φιλικής για την οικογένεια πολιτικής θα έπρεπε να είναι η ενίσχυση της ευημερίας της οικογένειας και των μελών της. Μερικοί δείκτες της ευημερίας της οικογένειας είναι: ικανοποίηση από τη φροντίδα, ανταπόκριση στις ανάγκες της οικογένειας, μείωση των επιπέδων άγχους της οικογένειας, παροχή επιπλέον αγαθών και εναρμόνιση των προσφερόμενων αγαθών με τις ανάγκες της οικογένειας.

Ο ρόλος των νοσηλευτών που απαιτεί πολλές δεξιότητες και η εγγύτητα τους στον άνθρωπο, κάνουν τους νοσηλευτές βασικούς παράγοντες για τη φροντίδα της υγείας της οικογένειας. Είτε σε οργανωμένες εγκαταστάσεις, είτε σε κοινοτικές δομές, είτε ακόμα και στο σπίτι, οι νοσηλευτές προσεγγίζουν τους ανθρώπους με συνεχή φροντίδα που καλύπτει όλες τους τις ανάγκες. Είναι σημαντικό κάθε οικογένεια να έχει πρόσβαση σε ένα νοσηλευτή, στον οποίο μπορεί να στραφεί σε περιόδους ασθένειας ή και μη. Ο νοσηλευτής πρέπει να είναι ο κύριος φορέας παροχής υπηρεσιών υγείας και να λειτουργεί ως ο κατευθυντήριο κρίκος σε περαιτέρω υπηρεσίες υγείας. Όλο το νοσηλευτικό σώμα θα πρέπει να κινητοποιηθεί ώστε υγιείς οικογένειες να ζουν σε έναν υγιή κόσμο. Ως Επαγγελματίες Υγείας οι νοσηλευτές

είναι υπεύθυνοι για να συμμετέχουν στην ανάπτυξη προγραμμάτων, στη θέσπιση νόμων, κανόνων ή ρυθμίσεων για την υγεία των οικογενειών. Κυβερνητικές πράξεις οι οποίες έχουν άμεση ή έμμεση επίπτωση στις οικογένειες θεωρούνται ως πολιτική για τις οικογένειες ή οικογενειακή πολιτική. Όλες οι πράξεις της εξουσίας σε τοπικό, επαρχιακό, περιφερειακό ή Εθνικό επίπεδο επηρεάζουν τις οικογένειες άμεσα ή έμμεσα. Οι πολιτικές αποφάσεις αυτές καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα τομέων, όπως: υγειονομική κάλυψη, περίθαλψη και ευκολία πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, κόστος στέγασης εισόδημα, κοινωνική ασφάλιση, πρόνοια, σχέδια συντάξεων, επιδομάτων, αποζημιώσεων, σίτισης σε απόρους και τέλος εκπαίδευση. Παρόλο που όλες αυτές οι κυβερνητικές αποφάσεις και πράξεις επηρεάζουν τις οικογένειες, πρέπει να μορφοποιηθούν και να σχηματίσουν μια ξεκάθαρη και ολοκληρωμένη πολιτική για τις οικογένειες.



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ζαϊμάκης Γ., Κανδυλάκη Α. (2005). «Δίκτυα Κοινωνικής Προστασίας. Μορφές παρέμβασης σε ευπαθείς ομάδες και σε πολυπολιτισμικές κοινότητες». Εκδόσεις: Κριτική, Αθήνα

Ζαφείρης Α. Γ., Ζαφείρη Ε., Μουζακίτης Χ. Μ. Οικογενειακή θεραπεία. Θεωρίες και πρακτικές εφαρμογές, ε' έκδοση, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 1999

Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Αθηνά, Εγχειρίδιο Ανασκόπηση-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ 2006, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, 2006

Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Αθηνά, Νοσηλευτική της οικογένειας, ΒΗΤΑ Αθήνα, 2010

Κωσταρίδου-Ευκλείδη, Α. (1999). «Ψυχολογία κινήτρων». Εκδόσεις: Ελληνικά γράμματα, Αθήνα

Μουσούρου Α. Μ., Στρατηγάκη Μ, Ζητήματα οικογενειακής πολιτικής – Θεωρητικές αναφορές και εμπειρικές διερευνήσεις, Αθήνα: Gutenberg, 2004

Νόβα-Καλτσούνη Χ. Κείμενα κοινωνιολογίας του γάμου και της οικογένειας. Εκδόσεις ΤΥΠΩΘΗΤΩ, Αθήνα, 2004

Παπαϊωάννου Κ. , Παιδιά – Γονείς – Λειτουργοί, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα, 2000

Ρήγα Α. Β. , Η οικογένεια στην Ελλάδα σήμερα, Πεδίο, Αθήνα, 2000

Ραγιά Α., ΒΑΣΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, Θεωρητικές και Δεοντολογικές Αρχές, Έκδοση Αθήνα 2002

Σταθόπουλος Π. (2005). «Κοινωνική Πρόνοια». Εκδόσεις: Παπαζήσης, Αθήνα

Τσαούσης Δ. Γ. (1996), Η κοινωνία του ανθρώπου – εισαγωγή στην κοινωνιολογία, Gutenberg, Αθήνα 1996

Τσίκου Ν. , Καραγεωργοπούλου –Γραβάνη Σ. ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ Νοσηλευτικής II ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΈΛΛΗΝ

2epal-lamias.fth.sch.gr/ygias/istoria\_nosileytikis\_%202011-2012.ppt

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ, Κυπαρίσση Γεωργία,  
[http://www.imlarisis.gr/index.php?dispatch=categories.view&category\\_id=59](http://www.imlarisis.gr/index.php?dispatch=categories.view&category_id=59)



Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία- εταιρία νοσηλευτικών σπουδών ,  
μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-  
ογκολογίας ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 1998, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ '98-ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ '99  
ΤΟΜΟΣ Β΄ ΑΘΗΝΑ 1999

[pasyno.gr/wp-content/uploads/2010/.../TROIKA\\_ECONOMICS.pdf](http://pasyno.gr/wp-content/uploads/2010/.../TROIKA_ECONOMICS.pdf)

**Ειδική έκθεση αριθ. 2/2009**, [http://eca.europa.eu/products/SR09\\_02](http://eca.europa.eu/products/SR09_02)

[http://www.papageorgiouhospital.gr/cms/upload/nosileutiki/paremelisi\\_ilikiomenon.pdf](http://www.papageorgiouhospital.gr/cms/upload/nosileutiki/paremelisi_ilikiomenon.pdf)

<http://marketing-lexicon.pblogs.gr/2007/01/thewria-toy-maslow.html>

<http://www.gerontology.gr/index.php/component/content/article?id=40>

[http://www.hjn.gr/actions/get\\_pdf.php?id=69](http://www.hjn.gr/actions/get_pdf.php?id=69)

[http://www.imlarisis.gr/index.php?dispatch=categories.view&category\\_id=49](http://www.imlarisis.gr/index.php?dispatch=categories.view&category_id=49)

[http://www.vima-asklipiou.gr/volumes/2012/VOLUME%2004\\_12/VA\\_REV\\_3\\_11\\_04\\_12.pdf](http://www.vima-asklipiou.gr/volumes/2012/VOLUME%2004_12/VA_REV_3_11_04_12.pdf)