

2014

þÿ — ° ± Ä ' ¿ - ° ¿ ½ ½ ¿ Ã · » μ Å Ä ¹ ° ® Æ
þÿ μ Á - À Ä É Ã · Ä · Â š Í À Á ¿ Å

Tziovanidou, Gianoulla

þÿ Á ì³ Á ± ¼ ¼ ± " · ¼ ì Ã ¹ ± Â " ¹ ¿ - ° · Ã · Â , £ Ç ¿ » ® ÿ ¹ ° ¿ ½ ¿ ¼ ¹ ° î ½ · À ¹ Ã Ä · ¼ î ½ & " ¿ - ° · Ã ·
þÿ ± ½ μ À ¹ Ã Ä ® ¼ ¹ ¿ · μ ¬ À ¿ » ¹ Â ¬ Æ ¿ Å

<http://hdl.handle.net/11728/6998>

Downloaded from HEPHAESTUS Repository, Neapolis University institutional repository

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΝΕΑΠΟΛΙΣ

Η ΚΑΤ'ΟΙΚΟΝ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΦΡΟΝΤΙΔΑ. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ
ΤΗΣ ΚΥΠΡΟΥ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΖΙΟΒΑΝΙΔΟΥ ΓΙΑΝΝΟΥΛΑ

2014

ΚΥΠΡΟΣ - ΠΑΦΟΣ

*Μεταπτυχιακή Εργασία στα πλαίσια του Προγράμματος
Δημόσια Διοίκηση του Πανεπιστημίου Νεάπολις Πάφου*

*Θέμα: Η ΚΑΤ'ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΚΥΠΡΟΥ*

Στοιχεία Φοιτήτριας

Τζιοβανίδου Γιαννούλα

Επιβλέπων Καθηγήτρια: Λορένα Ανδρούτσου

Ακαδημαϊκό Έτος 2014

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | ΣΕΛΙΔΕΣ |
|---|---------|
| Πρόλογος | 5-7 |
| Κεφάλαιο 1 | |
| <i>1.1 Ιστορική αναδρομή</i> | 8-9 |
| <i>1.2 Ορισμός και σκοποί της νοσηλείας στο σπίτι</i> | 9-11 |
| <i>1.3 Αναγκαιότητα και πλεονεκτήματα της Νοσηλείας στο σπίτι</i> | 11 |
| <i>Νοσηλεία στο σπίτι (home nursing):</i> | |
| <i>Βοήθεια στο σπίτι (home help):</i> | |
| <i>Πλεονεκτήματα της νοσηλείας στο σπίτι</i> | 12 |
| <i>1.4 Αιτίες που οδήγησαν στη νοσηλεία στο σπίτι</i> | 12-14 |
| <i>Υπηρεσίες κοινότητας</i> | 14 |
| <i>1.5 Ορισμός Κοινότητας</i> | 14-15 |
| <i>1.6 Ρόλος νοσηλευτή (καθήκοντα- στόχοι) στην κατ'οίκον νοσηλεία με ιστορική αναδρομή</i> | 15-16 |
| <i>ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΚΑΘΗΚΟΝΤΩΝ</i> | |
| <i>1.7 Υπηρεσίες που παρέχονται στο εξωτερικό</i> | 16 |
| <i>1.8 Δημόσια και ιδιωτική κατ'οίκον νοσηλεία</i> | 16-17 |
| <i>1.9 Κατ'οίκον παρηγορητική φροντίδα</i> | 17-18 |
| 1.10 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ | 18-19 |
| 1.11 ΑΡΧΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ | 19-21 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 | |
| 2.ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ | |
| <i>2.1 Ιστορική Εξέλιξη Κοινοτικής Νοσηλευτικής</i> | 21-23 |

| | |
|---|-------|
| <i>2.2 Ορισμός - Σκοποί Κοινωνικής Νοσηλευτικής</i> | 23 |
| <i>2.3 Χαρακτηριστικά της Κοινωνικής Νοσηλευτικής</i> | 23-25 |
| <i>2.4 Ο ρόλος του Κοινωνικού Νοσηλευτή</i> | 25-27 |
| <i>2.5 Χαρακτηριστικά του Κοινωνικού Νοσηλευτή</i> | 27-28 |
| <i>2.6 Νοσηλευτική Διεργασία στην Κοινωνική Νοσηλευτική</i> | 28-34 |
| <i>2.7 Παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στην κοινότητα</i> | 34-35 |
| <i>2.8 Κώδικας Νοσηλευτικής δεοντολογίας στην Κοινωνική Νοσηλευτική</i> | 35-37 |
| 2.9 ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΕ ΑΤΟΜΑ/ΟΜΑΔΕΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ | |
| <i>2.10 Κοινωνική νοσηλευτική στους ηλικιωμένους</i> | 37-39 |
| <i>2.11 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ Κ.Α.Π.Η.</i> | 39 |
| <i>2.12 ΣΚΟΠΟΣ ΤΟΥ ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟΥ</i> | 40 |
| <i>2.13 Σχολική νοσηλευτική</i> | 49-56 |
| | |
| 3. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ | 56 |



Πρόλογος

Η εφαρμογή της στρατηγικής που αφορά την ανάπτυξη της κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας, υπηρεσία που απουσίαζε παντελώς από τις δημοσιές κρατικές υπηρεσίες Υγείας, εφαρμόζεται στην Κύπρο από το 2005, με αποτέλεσμα να διαγράφει μία μικρής χρονικής διάρκειας βάσης εμπειρικών δεδομένων. Αξίζει να σημειωθεί ότι, μέχρι σήμερα δεν έχει δημοσιευθεί ή πραγματοποιηθεί ερευνητικό έργο ως προς την αξιολόγηση της παρεχόμενης κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας σε σχέση με τα στοιχεία που επηρεάζουν την ικανοποίηση των χρηστών, που παρέχεται κυρίως σε

ηλικιωμένους, σε ένα σύνολο 477 ατόμων παγκύπρια από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας της Κύπρου. Κατ' επέκταση, η διερεύνηση των στοιχείων αυτών δημιουργούν μια «πολύτιμη» βάση εμπειρικών δεδομένων για ποιοτική και αποδοτική αξιολόγηση μιας υφιστάμενης κατάστασης, που υποστηρίζει καλύτερα τον προγραμματισμό για την επίτευξη στόχων που θέτει η στρατηγική ανάπτυξη της κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδας.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι αρχικά μέσα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση η εξέταση του όρου κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα, ο τόπος και ο χρόνος προέλευσης της κατ' οίκον φροντίδας από τους νοσηλευτές. Ο γενικός σκοπός όμως της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των απόψεων και η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών από την παροχή του προγράμματος κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας από τις Νοσηλευτικές Υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας της Κύπρου, στις πέντε πόλεις όπου παρέχεται σήμερα, Λευκωσία, Λάρνακα, Αμμόχωστο, Λεμεσό και Πάφο.

Αρχικά η ερευνά μας θα αρχίσει με μια ιστορική ανάδρομη στα βάθη προέλευσης και δημιουργίας της νοσηλευτικής φροντίδας, στα άτομα που χρειάζονταν φροντίδα στο σπίτι από τους νοσηλευτές.

Μεθοδολογία: Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 155 χρήστες του προγράμματος κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας που παρέχεται από τις Νοσηλευτικές Υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας της Κύπρου. Η συλλογή των δεδομένων έγινε από τις 21/10/2013 έως τις 10/1/2014 από τους συμμετέχοντες οι οποίοι πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής και εθελοντικής συναίνεσης. Στο ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκαν ερωτήσεις δίκης μου επιλογής.

Αποτελέσματα: Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος με ποσοστό (79,31%) δηλώσαν ικανοποιημένοι από την συνολική ικανοποίηση των χρηστών του προγράμματος κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας από τις Νοσηλευτικές Υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας της Κύπρου. Πιο συγκεκριμένα, η επιμέρους διάσταση της ικανοποίησης που αφορά τις θετικές διαπροσωπικές αντιλήψεις παρουσιάζει σημαντική στατιστική διαφοροποίηση από τον παράγοντα ηλικία με ($p=0,044$). Παρατηρήθηκε ότι, η ηλικιακή ομάδα άνω των 75 ετών με ποσοστό 57,5% και με

μέση τιμή (1,78) εκφράζει καλύτερη άποψη σχετικά με τις θετικές διαπροσωπικές αντιλήψεις. Ο παράγοντας που αφορά τον μέσο όρο επισκέψεων ανά μήνα με ($p=0.007$) παρατηρείται να διαφοροποιεί σημαντικά το στατιστικό αποτέλεσμα σε σχέση με την διάσταση των αρνητικών διαπροσωπικών αντιλήψεων, με τους συμμετέχοντες που τους επισκέπτονται τρεις φορές το μήνα να εκφράζουν καλύτερη άποψη ως προς την ικανοποίηση. Ο χρόνος που αφιερώνει ο νοσηλευτής ανά επίσκεψη σχετικά με την διάσταση της ικανότητας των νοσηλευτών/ τριών παρουσιάζει σημαντική στατιστική διαφοροποίηση ($p=0,001$), με τους συμμετέχοντες με μέση τιμή (2,99) να εκφράζουν καλύτερη άποψη σχετικά με την ικανοποίηση, όταν χρόνος που αφιερώνει ο νοσηλευτής/ τρία ανά επίσκεψη είναι δεκαπέντε λεπτά. Όσον αφορά στη διάσταση επιλογής υπηρεσιών, παρατηρείται μία τάση διαφοροποίησης, όπου τα άτομα που τους φροντίζουν τα παιδιά τους τείνουν να εκφράζουν καλύτερη άποψη ($p=0,07$). Τέλος, τα αποτελέσματα δεν παρουσιάζουν στατιστική σημαντική διαφορά, που να διαφοροποιεί σημαντικά τους παράγοντες σε σχέση με τη διάσταση της επάρκειας του συστήματος. Συμπεράσματα: Η διερεύνηση της ικανοποίησης του χρήστη υπηρεσιών υγείας συνιστά μια πολύπλοκη διαδικασία η οποία στηρίζεται σε αξιολογικούς παράγοντες του τρόπου που σκέφτεται, παρατηρεί και διαντιδράται με τα όλα εξωτερικά ερεθίσματα του περιβάλλοντος που συνθέτουν τη φροντίδα υγείας, αναπτύσσοντας στάσεις και συμπεριφορές που τάσσονται υπέρ ή κατά στις επιμέρους διαστάσεις της έννοιας ικανοποίησης. Είναι ενθαρρυντικό το γεγονός ότι, η πλειονότητα των ερευνητών που έχει ενδιαφέρει στις απόψεις των χρηστών που αφορούν την ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, αναγνωρίζουν την καθοριστική σημασία της που αφορά τα μέτρα βελτίωσης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, αλλά και τον προγραμματισμό και την οργάνωση ενός οργανισμού υπηρεσιών υγείας.

Κεφάλαιο 1

1.1 Ιστορική αναδρομή

Η νοσηλεία στο σπίτι έχει τις ρίζες της στα βάθη των αιώνων. Η νοσηλευτική φροντίδα ήταν παντού παρούσα, όπου υπάρχει ανθρώπινη ζωή, όχι όμως σαν επάγγελμα, δηλαδή συστηματική και οργανωμένη άσκηση αμειβόμενης δραστηριότητας. Το σπίτι ήταν σχεδόν ο αποκλειστικός χώρος φροντίδας των αρρώστων μέχρι την οργάνωση των μοναστηριών και την ίδρυση των νοσοκομείων με τη σύγχρονη μορφή την εποχή του Βυζαντίου.

Η πρώτη γνωστή οργανωμένη επίσκεψη στο σπίτι ξεκίνησε με την ίδρυση από τη Χριστιανική Εκκλησία, του τάγματος των διακονισσών, οι οποίες είχαν συγκεκριμένες ευθύνες για τη φροντίδα του φτωχού ατόμου με ανάγκες. Η φροντίδα τους, που διήρκεσε μέχρι τον πέμπτο και τον έκτο αιώνα, είχε ως κύριο σκοπό να ανακουφίσει τον πόνο προσφέροντας υποστήριξη χωρίς να θεραπεύει ή να προλαμβάνει την ασθένεια.

Στην *Ευρώπη* πριν την εποχή της Florence Nightngale ήταν γνωστό ότι λαϊκές και θρησκευτικές ομάδες παρείχαν νοσηλεία στο σπίτι. Συνήθως αυτές ανήκαν στις κατώτερες τάξεις χωρίς εκπαίδευση που εργάζονταν αφιλοκερδώς, εμπνευσμένες από την αγάπη προς τον συνάνθρωπο. Η Nightngale ανέβασε το επίπεδο της νοσηλευτικής και δημιούργησε σχολές που παρείχαν νοσηλευτές εκπαιδευμένους έτσι ώστε να μπορούν να αντιμετωπίσουν τις ανάγκες των οξέων περιστατικών αλλά και των χρόνιων πασχόντων στην κοινότητα. Ο William Rathbone το 1859 στο Λίβερπουλ της Αγγλίας ίδρυσε το πρώτο πρόγραμμα φροντίδας στο σπίτι.

Στις *Η.Π.Α.* το πρώτο πρόγραμμα φροντίδας στο σπίτι λειτούργησε το 1796 στη Βοστώνη, ενώ το πρώτο πρόγραμμα παροχής νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι εγκαινιάστηκε το 1877 από την ιεραποστολή της Νέας Υόρκης όταν προσέλαβε τις πρώτες νοσηλεύτριες γι' αυτή την εργασία.

Στην Κύπρο πρωτοπόρο στη νοσηλεία στο σπίτι είναι τα νοσοκομεία του Υπουργείου Υγείας του κράτους, τελευταία όμως βλέπουμε διάφορες ιδιωτικές

εταιρείες να αναλαμβάνουν την υπηρεσία αυτή, να προσφέρουν νοσηλεία στο σπίτι, όχι όμως δωρεάν αλλά επί πληρωμή.

1.2 Ορισμός και σκοποί της νοσηλείας στο σπίτι

“Νοσηλεία στο σπίτι” ορίζονται οι υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται στα άτομα και τις οικογένειές τους μέσα στο χώρο που ζουν κατευθυνόμενες προς την προαγωγή, τη διατήρηση και την αποκατάσταση της υγείας του ατόμου ή την ελαχιστοποίηση των επιδράσεων της ασθένειας ή της αναπηρίας.

Οι πέντε βασικοί στόχοι της είναι:

- Προώθηση υποστηρικτικών συστημάτων τα οποία είναι κατάλληλα και αποτελεσματικά και ενθάρρυνση της χρήσης των πόρων που σχετίζονται με την υγεία.
- Προώθηση επαρκούς, αποτελεσματικής φροντίδας ενός μέλους μιας οικογένειας που έχει ένα ειδικό πρόβλημα ασθένειας ή αναπηρίας.
- Ενθάρρυνση της φυσιολογικής ανάπτυξης των μελών της οικογένειας και εκπαίδευσής τους σχετικά με την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη της ασθένειας.
- Ενδυνάμωση της σύνδεσης και της λειτουργικότητας της οικογένειας.
- Προαγωγή ενός υγιεινού περιβάλλοντος.

Η νοσηλεία στο σπίτι είναι το βασικότερο στοιχείο της συνεχιζόμενης φροντίδας υγείας διεθνώς και θεωρείται υπηρεσία που κατεξοχήν οργανώνεται, παρέχεται και αξιολογείται από νοσηλευτές. Ο νοσηλευτής ως μέλος της υγειονομικής ομάδας αποτελεί τον σπουδαιότερο δομικό παράγοντα για την οργάνωση, παροχή και αξιολόγηση υπηρεσιών νοσηλείας στο σπίτι. Για την αποδοτική οργάνωση όμως απαραίτητο είναι να ληφθούν υπόψη και άλλες παράμετροι, όπως το είδος των ασθενών, ο χώρος ευθύνης, η οικονομική επιχορήγηση κ.λπ.



Νοσηλεία στο σπίτι (home nursing): Παρέχεται από την κοινοτική νοσηλεύτρια (district nurse) και περιλαμβάνει σύνθετες νοσηλευτικές παρεμβάσεις που σχετίζονται με την ασθένεια και τα προβλήματα υγείας. Η κοινοτική νοσηλεύτρια είναι κατάλληλα εκπαιδευμένη θεωρητικά και πρακτικά ώστε να παρέχει φροντίδα σε καθένα άτομο που ζει στην κοινότητα, καθώς και υπεύθυνη για την εκτίμηση των αναγκών και των οικογενειών τους και την εξασφάλιση ποιότητας στη φροντίδα.

Βοήθεια στο σπίτι (home help): Περιλαμβάνει την προσωπική φροντίδα (personal care), όπως η υγιεινή και η βοήθεια στο φαγητό, και την οικιακή φροντίδα (domestic care), όπως η καθαριότητα του σπιτιού, τα ψώνια κ.λπ. Οι δύο τελευταίες αποτελούν αντικείμενο των κοινωνικών υπηρεσιών και παρέχονται από βοηθούς νοσηλευτών (auxiliary nurse) και βοηθούς για τη φροντίδα υγείας).

Η νοσηλεία στο σπίτι και η Κοινοτική Νοσηλευτική οργανώνονται σε διαφορετικό πλαίσιο από την προσωπική και οικιακή φροντίδα. Στην περίπτωση που οι ανάγκες του ατόμου είναι πολύπλευρες, η κοινοτική νοσηλεύτρια ή ο κοινωνικός λειτουργός (social worker) αναλαμβάνουν το ρόλο του διαχειριστή (care manager) για το συντονισμό της παρεχόμενης φροντίδας. Η αξιολόγηση των αναγκών αφορά σε

κατηγορίες όπως η φυσική ασφάλεια, η ανικανότητα, η ψυχική υγεία, η απώλεια της ανεξαρτησίας και οι κοινωνικές ανάγκες.

Επίσης, γίνεται εκτίμηση και της οικονομικής κατάστασης του ατόμου. Μόνο οι φτωχοί και άτομα με σοβαρά προβλήματα, όπως αυτά αξιολογήθηκαν παραπάνω, μπορούν να λάβουν δωρεάν κοινωνικές υπηρεσίες. Δικαίωμα κοινωνικών υπηρεσιών έχουν όλοι, όμως με ποσοστό συνασφάλισης (co-payment), το οποίο εξαρτάται από τους πόρους και το εισόδημά του. Οι κρατικές επιχορηγήσεις έχουν σκοπό τη δυνατότητα κάλυψης των πρόσθετων εξόδων της ασθένειας.

1.3 Αναγκαιότητα και πλεονεκτήματα της Νοσηλείας στο σπίτι

Αναγκαιότητα της νοσηλείας στο σπίτι

Οι λόγοι που επιβάλλουν στις μέρες μας την εφαρμογή της νοσηλείας στο σπίτι είναι:

- Η έλλειψη νοσοκομειακών κρεβατιών. Όταν νοσηλεύονται ασθενείς με χρόνια προβλήματα για μεγάλο χρονικό διάστημα, στο νοσοκομείο δημιουργούνται προβλήματα διακίνησης των αρρώστων.
- Η εκρηκτική αύξηση του κόστους νοσηλείας, η οποία κλονίζει τα κοινωνικοασφαλιστικά συστήματα. Η νοσηλεία στο σπίτι εξασφαλίζει άριστη περίθαλψη με μικρό σχετικά κόστος.
- Η αστικοποίηση του πληθυσμού και οι αλλαγές στη δομή της οικογένειας.
- Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και συνεπώς η αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων ατόμων και χρόνιων πασχόντων, που παρουσιάζουν και τα περισσότερα προβλήματα υγείας.
- Η καλύτερη ψυχολογική κατάσταση των αρρώστων όταν αυτοί νοσηλεύονται στο χώρο τους παρά στον άγνωστο χώρο του νοσοκομείου.
- Ο περιορισμός αποχής των ατόμων από την εργασία τους και τις άλλες δραστηριότητες τους.
- Η δυνατότητα εφαρμογής πολύπλοκων τεχνικών (όπως χημειοθεραπεία) και στον χώρο του σπιτιού.

Η νοσηλεία στο σπίτι αποτελεί μια εναλλακτική μορφή φροντίδα υγείας, η οποία προσφέρει άριστη φροντίδα με το μικρότερο δυνατό κόστος.

Πλεονεκτήματα της νοσηλείας στο σπίτι

- Αποσυμφόρηση των νοσοκομείων. δίνεται έτσι η δυνατότητα σε περισσότερα άτομα να έχουν νοσοκομειακή περίθαλψη όταν την χρειάζονται.
- Οικονομικό όφελος στο κράτος και τις οικογένειες.
- Παρέχεται στον ασθενή η δυνατότητα να παραμείνει στη θαλπωρή του οικογενειακού του περιβάλλοντος.
- δίνει τη δυνατότητα στους εργαζόμενους ασθενείς να συνεχίσουν την εργασία τους.
- Προλαμβάνει επικείμενα προβλήματα, γιατί αξιολογεί όλη την οικογένεια και όχι μόνο τον ασθενή όπως γίνεται συνήθως στο νοσοκομείο.
- διατηρεί τη συνοχή της οικογένειας. .

1.4 Αιτίες που οδήγησαν στη νοσηλεία στο σπίτι

Η φροντίδα υγείας προς ένα άρρωστο μέλος της οικογένειας παρεχόταν σχεδόν στο σύνολό της στο σπίτι μέχρι το πρώτο τέταρτο του 20ού αιώνα. Οι εκρηκτικές εξελίξεις της ιατρικής και τεχνολογίας με την αλματώδη ανάπτυξη της χειρουργικής, της αναισθησίας, των αντιβιοτικών και η ανάπτυξη υποστηρικτικών συστημάτων ζωής συνέβαλαν να αναπτυχθεί ένα αίσθημα ασφάλειας προς το νοσοκομείο με συνέπεια να παρατηρείται αυξημένη προσέλευση αρρώστων μέσα σ' αυτό.

Η νοσηλεία για όλους τους πολίτες με μικρή οικονομική συμμετοχή λόγω της επέκτασης του θεσμού των κοινωνικών ασφαλίσεων και ο περιορισμός του νοσηλευτικού ρόλου της οικογένειας στη σύγχρονη κοινωνία ήταν επίσης ερέθισμα για αύξηση ζήτησης νοσοκομειακών υπηρεσιών.

Παρατηρήθηκε επίσης αύξηση του δείκτη θανάτων μέσα στο νοσοκομείο, η οποία μπορεί να ερμηνεύσει το φόβο του ανθρώπου προς το θάνατο και την άρνησή του να τον αποδεχθεί στην κοινωνική του ζωή. Άλλοι σημαντικοί λόγοι που συνέβαλλαν στην υπέρμετρη ανάπτυξη των νοσοκομειακών υπηρεσιών είναι:

-Η αμεσότητα της ανάγκης. Η παρουσία συμπτωμάτων και η ένταση με την οποία συχνά παρουσιάζονται ο κίνδυνος του θανάτου ή της ανικανότητας, είχαν περισσότερη συγκινησιακή φόρτιση και αμεσότητα.

-Η ιατροκεντρική ανάπτυξη του τομέα υγείας. Ο επιστημονικός προσανατολισμός των ιατρών αλλά ακόμη και λόγοι επαγγελματικής και κοινωνικής καταξίωσης είναι φυσικό να στρέφονται στο μεγαλύτερο "αντίκρισμα".

-Η δυνατότητα πολιτικής "αξιοποίησης". Φαίνεται ότι η παροχή υπηρεσιών περίθαλψης συχνά με τη μορφή εντυπωσιακής υγειονομικής υποδομής, ήταν φυσικό να επιδράσει στη φάση σχεδιασμού της πολιτικής υγείας.

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει μια τάση να εφαρμοστούν εναλλακτικές-εξωνοσοκομειακές μορφές περίθαλψης. Η νοσηλεία στο σπίτι είναι μια από αυτές και δημιουργήθηκε ως αποτέλεσμα της αυξημένης ζήτησης τέτοιου είδους υπηρεσιών. Οι σπουδαιότερες αιτίες που οδήγησαν στη νοσηλεία στο σπίτι ήταν:

-Η φροντίδα στο σπίτι είναι φτηνότερη από τη νοσοκομειακή φροντίδα. Έτσι επιβάλλεται συντόμευση του χρόνου παραμονής των αρρώστων στο νοσοκομείο πριν την πλήρη ανάρρωσή τους λόγω του μεγάλου ημερήσιου κόστους νοσηλείας.

-Η άνοδος του ποσοστού των ηλικιωμένων που έχει σαν συνέπεια την ανάγκη παροχής περισσότερης φροντίδας για πολλαπλά χρόνια νοσήματα και ανάγκες.

-Το άτομο μπορεί να μην έχει κάποιο άτομο της οικογένειάς του διαθέσιμο ή ικανό να παρέχει φροντίδα στο σπίτι.

-Πολλά άτομα προτιμούν να δέχονται φροντίδα στο σπίτι τους, ειδικότερα τα τελευταία χρόνια με την ευαισθητοποίηση του κοινού σχετικά με τις υπηρεσίες που μπορούν να προσφερθούν στο σπίτι, ιδιαίτερα στις χώρες όπου οι υπηρεσίες είναι σωστά οργανωμένες και αποτελεσματικές. Φαίνεται επίσης ότι αυτοί και οι οικογένειές τους δέχονται λιγότερη συναισθηματική πίεση στο σπίτι από ότι στο νοσοκομείο, αποφεύγοντας το χωρισμό από τα άλλα μέλη της οικογένειάς τους και το περιβάλλον που ζουν.

-Πολλοί άνθρωποι προτιμούν να πεθάνουν στο σπίτι και χρειάζεται η ανάλογη φροντίδα.

-Η ανακάλυψη υπερσύγχρονων ηλεκτρονικών συσκευών, αλλά και η δυνατότητα εφαρμογής πολύπλοκων τεχνικών στο σπίτι ώθησε πολλά άτομα να εκτελούν τη θεραπεία στο σπίτι με τη βοήθεια των νοσηλευτών ή των άλλων μελών της υγειονομικής ομάδας.

Υπηρεσίες κοινότητας

Επειδή ο πληθυσμός που δέχεται τις υπηρεσίες υγείας στο σπίτι ποικίλλει σε ηλικία και σε ανάγκες και οι τομείς που συμπεριλαμβάνουν είναι πολλοί στην ομάδα νοσηλείας στο σπίτι,

αποτελούν επιστήμονες πολλών ειδικοτήτων, καθώς και βοηθητικές υπηρεσίες. Γενικά οι υπηρεσίες διακρίνονται σε δύο μεγάλες ομάδες. Τις επιστημονικές και τις υποστηρικτικές.

Την επιστημονική ομάδα αποτελούν

- Νοσηλευτές
- Γιατροί
- Φυσιοθεραπευτές
- διαιτολόγοι
- Λογοθεραπευτές
- Κοινωνικοί λειτουργοί
- διοικητικοί υπάλληλοι
- διάφοροι εργαστηριακοί

Υποστηρικτική ομάδα είναι η οικογένεια. Εδώ ο όρος οικογένεια χρησιμοποιείται με την πολύ ευρεία έννοια και περιλαμβάνει κάθε άτομο που αναλαμβάνει να βοηθήσει στη φροντίδα του αρρώστου στο σπίτι.

Το άτομο αυτό μπορεί να είναι συγγενικό ή φιλικό ή μπορεί να αντληθεί από συλλόγους της γειτονιάς (πολιτιστικός ή εκκλησία) και η προσφορά του να είναι σε εθελοντική βάση. Τα άτομα παρέχουν μη επιστημονική, εξαρτημένη φροντίδα που αυτή περιλαμβάνει επίβλεψη και βοήθεια προς τον άρρωστο, την υποστήριξη του σε κάθε νοσηλεία, ατομική περιποίηση και καθαριότητα, διατροφή λήψη φαρμάκων, κινητοποίηση.

Τα άτομα αυτά στο χώρο της οικογένειας είναι πολύτιμα διότι εξασφαλίζουν τη συνέχεια της φροντίδας στα μεσοδιαστήματα μεταξύ των επισκέψεων των ειδικών επιστημόνων.

1.5 Ορισμός Κοινότητας

Ο Αμερικανός κοινωνιολόγος Hillery (1955) κατέγραψε 94 διαφορετικούς ορισμούς που περιλαμβάνουν 16 διαφορετικά στοιχεία ως κύρια συστατικά της έννοιας της κοινότητας. Από τους επιμέρους ορισμούς προκύπτουν δύο βασικές αντιλήψεις της

έννοιας της κοινότητας :η γεωγραφική και η συναισθηματική. Κοινό τους στοιχείο ο δεσμός των μελών που το αίσθημα του «κοινωνείν» μοιράζονται κάτι κοινό.

Γεωγραφική Κοινότητα ορίζεται ένα περιορισμένο σε μέγεθος σύνολο προσώπων, που κατοικούν σε μια περιορισμένη σε έκταση περιοχή, συνδέονται μεταξύ τους με ισχυρούς και διαρκείς δεσμούς, έχουν ως βάση των καθημερινών δραστηριοτήτων τους την περιοχή όπου κατοικούν και μπορούν να ζήσουν όλη τους τη ζωή και να αναπτύξουν εκεί όλες τις κοινωνικές τους σχέσεις.

Συναισθηματική Κοινότητα ορίζεται ως το σύνολο των ατόμων που αισθάνονται πως έχουν κοινά ιδιαίτερα ενδιαφέροντα και/ή συμφέροντα και κοινούς ιδιαίτερους κανόνες συμπεριφοράς που ρυθμίζουν τις σχέσεις μεταξύ τους καθώς και με τους άλλους.

Στη χώρα μας, ο όρος κοινότητα ως διοικητική μονάδα δηλώνει την πρώτη βαθμίδα τοπικής αυτοδιοίκησης. Η κοινότητα ως διοικητική μονάδα χαρακτηρίζεται από το αυθαίρετο προσδιορισμό της έκτασής της, την ανελαστικότητα των ορίων της, εφόσον δε μεταβάλλονται, το περιορισμένο αριθμό σκοπών που επιτελεί.

Τα μέλη της κοινότητας συνδέονται μεταξύ τους με κάποια αίσθηση ταυτότητας. Όταν γίνουν μέλη της κοινότητας, είναι λίγοι εκείνοι που την εγκαταλείπουν. Τα μέλη της κοινότητας έχουν κοινές αξίες. Όλα τα μέλη της κοινότητας αποδέχονται και ακολουθούν τους ίδιους τρόπους συμπεριφοράς απέναντι στα άλλα μέλη και απέναντι στα μη μέλη. Στο πλαίσιο της κοινοτικής δράσης χρησιμοποιείται μια κοινή γλώσσα, που οι άλλοι την καταλαβαίνουν μόνο εν μέρει. Η κοινότητα ασκεί εξουσία πάνω στα μέλη της και τα όρια της κοινότητας είναι αρκετά σαφή, ενώ παράγει κοινωνικά την επόμενη γενιά των μελών της (Goode 1957). Τα χαρακτηριστικά της κοινότητας αναφέρονται στο περιβάλλον και στον πληθυσμό.

1.6 Ρόλος νοσηλευτή (καθήκοντα- στόχοι) στην κατ'οίκον νοσηλεία με ιστορική αναδρομή

ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΚΑΘΗΚΟΝΤΩΝ

- Ο νοσηλευτής έχει χρέος να οργανώσει και εφαρμόσει υψηλής ποιότητας νοσηλευτική φροντίδα βασισμένη σε επιστημονικές θεωρητικές γνώσεις και δεξιότητες με σκοπό.

- Να προσφέρει επιδέξια νοσηλευτική φροντίδα στα άρρωστα άτομα
- Να αξιολογεί τις άμεσες και μακροπρόθεσμες ανάγκες υγείας των αρρώστων και των οικογενειών τους.
- Να προσφέρει υποστήριξη. Βοήθεια και κατεύθυνση στους συγγενείς των ατόμων που συμμετέχουν στην φροντίδα.
- Να γνωρίζει καλά και να χρησιμοποιεί αποτελεσματικά τις πηγές και τα μέσα που διαθέτει η κοινότητα για την εξασφάλιση ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας.
- Να συμμετέχει σε εκπαιδευτικά προγράμματα σε όλους τους τομείς και ομάδες κοινότητας.
- Να προσφέρει γνώμη και προτάσεις σχετικά με τα νοσηλευτικά θέματα και τις προτάσεις του νοσηλευτικού έργου στην κοινότητα. (Βάσω Θασίτη-Αντωνοπούλου, 2000)

1.7 Υπηρεσίες που παρέχονται στο εξωτερικό

Στο εξωτερικό, όπου οι υπηρεσίες ΠΦΥ είναι περισσότερο αναπτυγμένες, εκτός από τη νοσηλεία στο σπίτι, προσφέρονται και υπηρεσίες που αφορούν την καθημερινότητα των ηλικιωμένων. Μερικές από αυτές είναι:

- *Meals on wheels*. Η υπηρεσία αυτή μοιράζει γεύματα σε φτωχούς, αρρώστους και ανίκανους να αυτοεξυπηρετηθούν.
- *Telephone reassurance programs (HΠΑ)*. Το πρόγραμμα αυτό, περιλαμβάνει υπηρεσίες τηλεφωνημάτων ελέγχου. Τηλεφωνούν καθημερινά στα σπίτια των ηλικιωμένων ελέγχοντας την κατάστασή τους. Αν στο τηλεφώνημα δεν απαντήσει κανείς, στέλνεται αμέσως βοήθεια στο σπίτι και αν δεν ανοίξει κανείς την πόρτα, τότε ειδοποιείται η αστυνομία ή η πυροσβεστική υπηρεσία.
- *Home services (HΠΑ)*. Η υπηρεσία αυτή αφορά την επιδιόρθωση βλαβών μέσα στο σπίτι.
- *Friendly visiting*. Οι φίλοι και οι συγγενείς μπορούν να ανακουφίσουν την μοναξιά των ηλικιωμένων όπως και οι εθελοντές. (Παναγιώτα Μελιτζανά, Στεργιανή Χατζίδου, 2000)

1.8 Δημόσια και ιδιωτική κατ'οίκον νοσηλεία

Η θλίψη από την μεταβολή συνθηκών ζωής είναι ένα καθημερινό πρόβλημα για ένα μεγάλο ποσοστό των ηλικιωμένων. Με βασικές αιτίες την απώλεια απασχόλησης, της

κατοικίας, της υγείας και σωματικής κινητικότητας αλλά και το πένθος για αγαπημένα πρόσωπα, φίλους ή συγγενείς. Οι αλλαγές αυτές προκαλούν δικαιολογημένα συναισθήματα θλίψης, άγχους και ανασφάλειας.

Τα τελευταία χρόνια γίνονται μεγάλες προσπάθειες να αναπτυχθούν τα κέντρα ανοικτής προστασίας των ηλικιωμένων, τα οποία θα τους ενθαρρύνουν να συμμετέχουν ενεργά και δημιουργικά στην κοινωνική ζωή. Παρόλο όμως που τα ΚΑΠΗ κάλυψαν ένα σοβαρό κενό, φαίνεται πως δεν εκπληρώνουν απόλυτα το βασικότερο στόχο, που είναι η διατήρηση των ηλικιωμένων στην κοινότητα. (Παναγιώτα Μελιτζανά, Στεργιανή Χατζίδου, 2000)

1.9 Κατ'οίκον παρηγορητική φροντίδα

Στόχος της κατ' οίκον παρηγορητικής φροντίδας ασθενών με νόσο τελικού σταδίου είναι η άνετη διαβίωση του πελάτη στο περιβάλλον του σπιτιού του, για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο διάστημα και η παροχή υποστήριξης και καθοδήγησης προς τους φροντιστές. Όταν ο ασθενής βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ασθένειας του, στόχος δεν είναι πλέον η ίαση αλλά η ανακούφιση του. Ορισμένοι ασθενείς επιμένουν να παραμείνουν στο σπίτι μέχρι να πεθάνουν και άλλοι αφήνουν τα άτομα που τους φροντίζουν να αποφασίσουν. Κάθε οικογενειακή μονάδα έχει διαφορετικές ανάγκες και οι αποφάσεις κάθε μίας εξ αυτών πρέπει να υποστηρίζονται. Ο θάνατος στο σπίτι δεν θα πρέπει να είναι το κριτήριο που καθορίζει την υπεροχή σε κάθε περίπτωση ούτε πρέπει να είναι το απόλυτο μέτρο της «επιτυχούς» φροντίδας στο σπίτι. Έχει μεγάλη σημασία να γίνει κατανοητό το γεγονός ότι η διαδικασία παροχής φροντίδας σε έναν ασθενή τελικού σταδίου περιλαμβάνει και την παροχή φροντίδας στην οικογένεια του ή στα άτομα που τον περιθάλπουν.

Δεν επιθυμούν όλοι οι φροντιστές το θάνατο του αγαπημένου τους. προσώπου στο σπίτι και δεν μπορούν όλοι οι φροντιστές να αφήσουν να συμβεί αυτό. Ο θάνατος στο σπίτι πρέπει να αποτελεί στόχο του ασθενούς και της οικογένειας του, ανεξάρτητα από την προσωπική προτίμηση του νοσηλευτή.

Κατά τη διαδικασία παροχής κατ' οίκον φροντίδας σε ασθενή τελικού σταδίου, ο νοσηλευτής παρηγορητικής φροντίδας πρέπει να έχει εμπειρία στη σωματική και ψυχοκοινωνική φροντίδα τόσο του ασθενούς όσο και του φροντιστή του. Ο ασθενής

προσεγγίζεται ως ολότητα και όχι ως μεμονωμένο περιστατικό νόσου. Η κατ' οίκον φροντίδα ενός ασθενούς με νόσο τελικού σταδίου απαιτεί από το νοσηλευτή να προσεγγίσει το σύστημα της οικογένειας ως μονάδα.

(Mary A.Nies, Melanie McEwen, 2001).

Σύνοψη κεφαλαίου

Η τεράστια αύξηση δαπανών υγείας και η αστοχία της θεραπευτικής ιατρικής οδήγησε σε εναλλακτικές εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας όπως η <<Νοσηλεία στο σπίτι>>. Η νοσηλεία στο σπίτι αποτελεί εναλλακτική μορφή περίθαλψης, η οποία εξασφαλίζει παροχή υπηρεσιών και φροντίδων υγείας με το μικρότερο οικονομικό κόστος. Η συμμετοχή της οικογένειας και όχι μόνο των επαγγελματιών υγείας με σκοπό την αποκατάσταση της υγείας του αρρώστου έχει θετικά αποτελέσματα στον ίδιο τον άρρωστο και την οικογένεια του.

1.10 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Η κατ' οίκον νοσηλεία τείνει να κατακτά περισσότερο έδαφος διεθνώς, με στόχο τη δραστική αποσυμφόρηση των ιδρυμάτων που παρέχουν τριτοβάθμια περίθαλψη, τη μείωση του κόστους, την πρόληψη των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων και τα ψυχολογικά και κοινωνικά οφέλη που απορρέουν για τον ασθενή και τους οικείους του. Στην Ελλάδα μέχρι σήμερα εφαρμόζεται από νοσηλευτές και νοσηλεύτριες ογκολογικών κυρίως νοσοκομείων, με αντικείμενο την ανακούφιση καρκινοπαθών σε καταληκτικό στάδιο της νόσου τους. Δεδομένου ότι στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ η κατ' οίκον νοσηλεία περιορίζεται κυρίως στην μετανοσοκομειακή πρωτοβάθμια περίθαλψη, μελετήθηκε και σχεδιάστηκε υπηρεσία κατ' οίκον νοσηλείας που πρωτοτυπεί και στο διεθνή χώρο, εφαρμόζοντας δευτεροβάθμια περίθαλψη στο σπίτι. Για κάθε ασθενή ορίζεται από την υπηρεσία θεράπων ιατρός με ανάλογη ειδικότητα που φέρει την συνολική ευθύνη και έχει υπό την εποπτεία του ομάδα ιατρών που πραγματοποιούν πρωινή και απογευματινή επίσκεψη στο σπίτι του ασθενούς. Νοσηλευτές και νοσηλεύτριες επισκέπτονται τον ασθενή κάθε 6 ή 8 ώρες, ενώ η υπηρεσία βρίσκεται σε 24ωρη ετοιμότητα για έκτακτη άμεση επέμβαση για να αντιμετωπίσει οποιαδήποτε απρόβλεπτη διαταραχή. Οι διαγνωστικές και θεραπευτικές δυνατότητες του συστήματος καλύπτουν με ασφάλεια τις ανάγκες ενός

σημαντικού ποσοστού ασθενών που σήμερα νοσηλεύονται σε τριτοβάθμια ιδρύματα. Για την εκτίμηση της ποιότητας της φροντίδας στο σπίτι έχουν τεθεί από την Αμερικάνικη Ένωση Νοσηλευτών (American Nurses Association, ANA) το 1986 ορισμένες αρχές οργάνωσης και λειτουργίας της νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι.

1.11 ΑΡΧΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Αρχή 1. Όλα τα προγράμματα νοσηλείας στο σπίτι σχεδιάζονται, οργανώνονται και διευθύνονται από κατάλληλα εκπαιδευμένο, με μεταπτυχιακό τίτλο νοσηλευτή με εμπειρία στην κοινοτική νοσηλευτική και τη διοίκηση.

Αρχή 2. Ο νοσηλευτής εφαρμόζει τις θεωρητικές έννοιες σαν βάση για τις αποφάσεις του στην πρακτική άσκηση της κατ' οίκον νοσηλείας.

Αρχή 3. Ο νοσηλευτής συνεχώς συλλέγει και καταγράφει τις πληροφορίες οι οποίες είναι κατανοητές, ακριβείς και συστηματικές.

Αρχή 4. Ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί τις πληροφορίες από την εκτίμηση του επιπέδου υγείας του ασθενή για την εκτίμηση των νοσηλευτικών αναγκών/ νοσηλευτική διάγνωση.

Αρχή 5. Ο νοσηλευτής αναπτύσσει σχέδια φροντίδας τα οποία καθορίζουν στόχους. Το σχέδιο φροντίδας είναι βασισμένο στις νοσηλευτικές διαγνώσεις και ενσωματώνει νοσηλευτικές πράξεις που σχετίζονται με τη θεραπεία, πρόληψη και αποκατάσταση.

Αρχή 6. Η νοσηλευτική παρέμβαση καθοδηγείται από λεπτομερές σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας και στοχεύει στην ανακούφιση, επαναφορά, βελτίωση και προαγωγή της υγείας αλλά και στην πρόληψη επιπλοκών και στην αποκατάσταση της υγείας.

Αρχή 7. Ο νοσηλευτής συνεχώς αξιολογεί τις αντιδράσεις του ατόμου και της οικογένειάς του στις παρεμβάσεις του για να καθορίζει την πρόοδό του όσον αφορά στην επίτευξη των στόχων και να αναθεωρήσει τις βάσεις δεδομένων, τις νοσηλευτικές διαγνώσεις και το σχέδιο φροντίδας.

Αρχή 8. Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την κατάλληλη και αδιάκοπη φροντίδα μέσα στο πλαίσιο της συνεχούς φροντίδας υγείας και επομένως χρησιμοποιεί τον ανάλογο σχεδιασμό και συνεργασία με τις πηγές της κοινότητας.

Αρχή 9. Ο νοσηλευτής εγκαινιάζει και διατηρεί ένα σύνδεσμο με τα κατάλληλα άτομα που παρέχουν φροντίδα υγείας έτσι ώστε να εξασφαλίσει ότι όλες οι προσπάθειες αποτελεσματικά συμπληρώνουν η μια την άλλη.

Αρχή 10. Ο νοσηλευτής θεωρεί ως δεδομένο την υπευθυνότητα για την επαγγελματική εξέλιξη και συμβάλει στην επαγγελματική ανάπτυξη των άλλων.

Αρχή 11. Ο νοσηλευτής συμμετέχει στις ερευνητικές δραστηριότητες οι οποίες συμβάλλουν στη συνεχή ανάπτυξη του επαγγέλματος όσον αφορά στη γνώση για τη φροντίδα υγείας στο σπίτι.

Αρχή 12. Ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί τον κώδικα ηθικής και δεοντολογίας που καθιέρωσε η Αμερικανική Ένωση Νοσηλευτών ως οδηγό για θέματα ηθικής που αφορούν στη λήψη αποφάσεων στην πράξη. Για την εκτίμηση της αποδοτικότητας αυτών των υπηρεσιών πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τουλάχιστον τρία κριτήρια:

-Το οικονομικό όφελος που προκύπτει από τη νοσηλεία ασθενών στο σπίτι σε σχέση με το νοσοκομείο.

-Η ποιότητα ζωής των ασθενών στο σπίτι και ειδικότερα εάν οι υπηρεσίες νοσηλείας στο σπίτι μπορούν να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τα προβλήματα που προκύπτουν.

-Η διαφορά επιβίωσης μεταξύ σπιτιού και νοσοκομείου. Αναλύοντας τα στατιστικά δεδομένα από τις ΗΠΑ όπου σχετίζονται με τα προγράμματα νοσηλείας στο σπίτι φαίνεται ότι:

-Το 94% των περίπου 1.350.000 ατόμων που έλαβαν υπηρεσίες υγείας στο σπίτι δέχτηκαν νοσηλευτική φροντίδα.

-Ο μέσος αριθμός επισκέψεων ποικίλει από 20 έως 33 και η μέση χρέωση ανά επίσκεψη ποικίλει από 34 έως 53 δολάρια.

-Οι γυναίκες χρησιμοποιούσαν περισσότερες φορές τις υπηρεσίες υγείας από του άνδρες.

-Τα ανάπηρα άτομα που χρησιμοποιούσαν τις υπηρεσίες αυτές χρειάζονταν περισσότερο αριθμό επισκέψεων ανά άτομο από ότι οι ηλικιωμένοι, αλλά συνολικά οι ηλικιωμένοι τις χρησιμοποιούν περισσότερο.

-Το ποσοστό χρήσης αυτών των υπηρεσιών αυξάνει δραματικά με την ηλικία. Ο μέσος όρος χρήσης υπηρεσιών σε άτομα ηλικίας 85 ετών είναι 8 φορές περισσότερος από ότι ατόμων ηλικίας 65 ετών.

Το κόστος της εξωνοσοκομειακής φροντίδας αντιπροσωπεύει το 10-20% του κόστους νοσηλείας στο νοσοκομείο, ενώ σε καρκινοπαθείς έχει φανεί ότι το κόστος φροντίδας

του ασθενούς σε τελικό στάδιο είναι κατά 50% μικρότερο όταν χρησιμοποιούνται τα μετανοσοκομειακά προγράμματα και όχι το νοσοκομείο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Ιστορική Εξέλιξη Κοινοτικής Νοσηλευτικής

Η Κοινοτική Νοσηλευτική διεθνώς ξεκίνησε σχεδόν ταυτόχρονα με την άσκηση της Νοσηλευτικής στα νοσοκομεία, όπως για παράδειγμα στην Αγγλία. Ήδη από τον 19ο αιώνα νοσηλεύτριες εργαζόταν σε εργοστάσια, σχολεία ή νοσήλευαν ασθενείς στο σπίτι τους και από αυτές κατάγονται οι επισκέπτριες υγείας (Health Visitors), οι κοινοτικές νοσηλεύτριες (District Nurses), οι νοσηλεύτριες επαγγελματικής υγείας (Occupational Health Nurses), οι σχολικές νοσηλεύτριες (School Nurses), αλλά με εξαίρεση τις επισκέπτριες υγείας οι υπόλοιπες ασχολούνταν κυρίως με τη φροντίδα του ασθενούς ανθρώπου (Lancaster 1996).

Οι υπηρεσίες που παρείχαν οι επισκέπτριες υγείας οργανώνονταν από φιλανθρωπικούς φορείς και στηρίζονταν στις αρχές της δημόσιας υγείας που επικέντρωνε στην πρόληψη των λοιμωδών νοσημάτων και στη βοήθεια των ατόμων και οικογενειών που βρίσκονταν σε μεγαλύτερο κίνδυνο να αρρωστήσουν εξαιτίας κακών συνθηκών διαβίωσης και φτώχειας.

Παρόμοια, οι υπηρεσίες νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι καταρχήν οργανώνονταν από φιλανθρωπικές οργανώσεις. Οι υπηρεσίες που πρόσφεραν ήταν παρόμοιες μ' αυτές στα νοσοκομεία και αφορούσαν τους φτωχούς και περιθωριοποιημένους ασθενείς (Baly et al 1978, Twinn & Cowley 1992). Επίσης νοσηλεύτριες εργαζόταν στις γενικές ιατρικές υπηρεσίες (Martin 1978). Οι εργοδότες τους σε αντίθεση με τις υπόλοιπες νοσηλεύτριες που εργαζόταν στην κοινότητα, ήταν οι γενικοί γιατροί (General Practitioners). Η εργασία τους περιελάμβανε κυρίως βοηθητικά ιατρικά καθήκοντα και προληπτικές ιατρικές παρεμβάσεις και πολύ λιγότερο νοσηλευτική φροντίδα υγείας (Greenfield et al 1987, Bowling 1987, Kenkre 1992).

Η κατάσταση αυτή συνεχίστηκε μέχρι το 1948, οπότε ψηφίστηκε ο νόμος για τη δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS), ο οποίος συμπεριελάμβανε τις επισκέπτριες υγείας και τις νοσηλεύτριες κατ' οίκον νοσηλείας, επισημαίνοντας ότι οι

υπηρεσίες τους πρέπει να παρέχονται στο σύνολο του πληθυσμού που τις έχει ανάγκη (Owen 1983). Παρόμοιες υπηρεσίες για το σύνολο του πληθυσμού παρέχονται και σήμερα. Επιπλέον, νοσηλευτές απασχολούνται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας μέσω των γενικών ιατρικών υπηρεσιών.

Με παρόμοιο τρόπο αναπτύχθηκε η Κοινοτική Νοσηλευτική στη βόρεια Αμερική, αλλά και στην Ευρώπη (Lancaster 1996)

Η Κοινοτική νοσηλευτική στην χώρα μας ξεκίνησε επίσημα στο δεύτερο μισό του 19^{ου} αιώνα, αν και υπάρχουν γραπτές μαρτυρίες ότι ήδη από τα πρωτοχριστιανικά χρόνια και το Βυζάντιο αποτελούσε ξεχωριστή επαγγελματική οντότητα (Κουρκούτα 1993, Lancaster 1996). Η Λανάρα (1995) αναφέρει ότι, εκτός από συγκεκριμένες φιλανθρωπικές δραστηριότητες, η Νοσηλευτική περιορίστηκε στα πρώτα χρόνια της στη φροντίδα αρρώστων σε οργανωμένα νοσηλευτικά ιδρύματα.

Στη δεκαετία του 1920, με το κύμα των προσφύγων από τη Μ. Ασία και την επιδημία)άκειου πυρετού, εκπαιδεύτηκαν ταχύρρυθμα οι πρώτες επισκέπτριες υγείας από το ΠΙΚΠΑ και τον ΕΕΣ, που ως ρόλο είχαν την υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού καταρχήν για την αντιμετώπιση των προβλημάτων δημόσιας υγείας που προέκυψαν. Η εκπαίδευση αυτών των ατόμων ήταν μόλις εξάμηνη μεταγυμνασιακή, αλλά αποτέλεσε την βάση για την ανάπτυξη του πρώτου πλήρους προγράμματος επισκεπτριών αδελφών και νοσοκόμων και τη νομοθετική ίδρυση της ΑΣΕΑΝ με το ΑΝ613/37, τριετούς μεταγυμνασιακής εκπαίδευσης. Αργότερα στη δεκαετία του 1960, προστέθηκαν δύο ακόμη σχολές, του ΕΕΣ και του ΠΙΚΠΑ. (Σουρτζή 1987)

Μέχρι τη δεκαετία του 1980, το νοσηλευτικό επάγγελμα, που κυρίως ασχολείτο στην κοινότητα με θέματα δημόσιας υγείας αλλά και νοσηλείας στο σπίτι, ήταν αυτό του επισκέπτη υγείας. Με την ίδρυση των Κέντρων Υγείας (Ν. 1397/83), εκτός από τους επισκέπτες υγείας, διορίζονται και νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, αλλά και μαίες/μαιευτές με ρόλο στην ΠΦΥ.

(Α.Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Π.Σουρτζή 2005)

Ορισμός - Σκοποί Κοινοτικής Νοσηλευτικής

Η Κοινοτική Νοσηλευτική είναι ειδικότητα της Νοσηλευτικής στην οποία συνδυάζεται η γενική νοσηλευτική με τη δημόσια υγιεινή, με αντικειμενικό σκοπό την προαγωγή της υγείας στην κοινότητα.

Ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών (ANA) έχει δώσει τον εξής ορισμό:

«Η Κοινοτική Νοσηλευτική είναι κλάδος της Νοσηλευτικής Επιστήμης με ειδικές γνώσεις και δεξιότητες για τη αντιμετώπιση των αναγκών υγείας των ατόμων, οικογενειών, κοινοτήτων που βρίσκονται στο φυσικό τους περιβάλλον όπως το σπίτι, το σχολείο και ο χώρος εργασίας τους. Η νοσηλευτική αυτή εργασία ασκείται έξω από το παραδοσιακό θεραπευτικό περιβάλλον του νοσοκομείου».

Η Κοινοτική Νοσηλευτική έχει τους πιο κάτω σκοπούς:

- A) Τη πρόληψη ασθενειών, αναπηριών και πρόωγου θανάτου
- B) Τη φροντίδα και αποκατάσταση του αρρώστου.
- Γ) Την παρακολούθηση του ατόμου, της οικογένειας, της κοινότητας, του περιβάλλοντος.
-)) Την ενίσχυση και τη διδασκαλία όλων των ατόμων, οικογενειών ή ομάδων για υγιεινή διαβίωση.

(Μάργαρη Νικολέττα et.al 1999).

Χαρακτηριστικά της Κοινοτικής Νοσηλευτικής

Η Κοινοτική Νοσηλευτική διακρίνεται από έξι χαρακτηριστικά γνωρίσματα:

1) Είναι κλάδος της Νοσηλευτικής

Οι επιστημονικές γνώσεις και δεξιότητες που εφαρμόζει η Νοσηλευτική Επιστήμη εφαρμόζονται και στην άσκηση της Κοινοτικής Νοσηλευτικής. Για να δοθεί ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη φροντίδα στην κοινότητα, εφαρμόζεται η Νοσηλευτική)διεργασία όπως και στην Νοσηλευτική Επιστήμη. Με τη προσθήκη όμως ιδεών και δεξιοτήτων από άλλες επιστήμες η Κοινοτική Νοσηλευτική δημιουργεί την ιδιαίτερη δική της πρακτική.

2) Είναι συνδυασμός Νοσηλευτικής και)δημόσιας Υγιεινής

Για να εφαρμοσθεί η Κοινοτική Νοσηλευτική απαραίτητη είναι η γνώση των παρακάτω στοιχείων της)δημόσιας Υγιεινής:

A) της ιστορίας και φιλοσοφίας της δημόσιας υγιεινής

- B) της άποψης για παροχή υπηρεσιών σε σύνολο πληθυσμών
- Γ) της προτεραιότητας στις υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής της υγείας παρά στη θεραπευτική φροντίδα
- Δ) της επιδημιολογίας και βιοστατιστικής
- Της επίδρασης των περιβαλλοντικών παραγόντων στην υγεία
- ΣΤ) των αρχών διοίκησης και οργάνωσης της Π.Φ.Υ.
- Ζ) της κυβερνητικής πολιτικής για τη Π.Φ.Υ.
- 3) Είναι προσανατολισμένη στις συνολικές ανάγκες του πληθυσμού
- Στόχος της Κοινοτικής Νοσηλευτικής είναι η βελτίωση της υγείας του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας, η έμφαση όμως δίδεται στη διατήρηση και προαγωγή της υγείας και πρόληψη της νόσου στο σύνολο του πληθυσμού της κοινότητας. Όταν π.χ. εμφανισθεί ένα κρούσμα τυφοειδούς πυρετού, ο Κοινοτικός Νοσηλευτής δεν σταματάει στην νοσηλευτική φροντίδα αυτού του κρούσματος. Εντοπίζει τη πιθανή πηγή της μόλυνσης και προσπαθεί να σταματήσει την εξάπλωση της.
- 4) Δίνει έμφαση στην υγεία παρά στην αρρώστια
- Η νοσηλευτική όπως και η ιατρική στην δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας, κατά το πρώτον εστιάζονται στη φροντίδα και θεραπεία της αρρώστιας και κατά δεύτερο στην πρόληψη. Αντίθετα πρωταρχική ευθύνη της Κοινοτικής Νοσηλευτικής, είναι η πρόληψη των προβλημάτων υγείας και η προαγωγή της υγείας στο καλύτερο δυνατό επίπεδο.
- 5) Συνεργάζεται με άλλους επιστήμονες
- Ο Κοινοτικός Νοσηλευτής εργάζεται στην κοινότητα σαν μέλος της ομάδας υγείας όπου ο συντονισμός και η συνεργασία είναι απαραίτητη προϋπόθεση. Επειδή όμως η υγεία είναι συνάρτηση πολλών παραγόντων, τεχνολογικών, κοινωνικοοικονομικών, πολιτικών, πολιτισμικών, περιβαλλοντικών, βιοϊατρικών ο κοινοτικός νοσηλευτής θα συνεργαστεί και με άλλους επιστήμονες, όπως τεχνολόγους, που οι δραστηριότητές τους αγγίζουν την υγεία της κοινότητας, οικονομολόγους, αρχιτέκτονες μηχανικούς, εκπαιδευτικούς, περιβαλλοντολόγους, εκπρόσωπους σωματείων κ.α. Από κοινού πρέπει να αναζητήσουν λύσεις στα προβλήματα υγείας της κοινότητας της οικογένειας και να προτείνουν μέτρα για την προαγωγή της υγείας.
- 6) Προωθεί την ενεργό συμμετοχή του κοινού .Βασική αρχή της Π.Φ.Υ είναι η κινητοποίηση του πληθυσμού, η ευαισθητοποίησή του στις ανάγκες υγείας και η συμμετοχή του στα προγράμματα υγείας. Όπως η μάθηση στα σχολεία δεν είναι

δυνατή χωρίς την συμμετοχή των μαθητών έτσι και οι στόχοι της Κοινοτικής Νοσηλευτικής δεν είναι δυνατόν να πραγματοποιηθούν χωρίς την ενεργό συμμετοχή του κοινού. Η ανάληψη ευθύνης για τη φροντίδα υγείας ονομάζεται «αυτοφροντίδα» και αποτελεί μια ιδέα που κερδίζει όλο και περισσότερο έδαφος τα τελευταία χρόνια (Μάργαρη Νικολέττα et.al 1999).

Ο ρόλος του Κοινοτικού Νοσηλευτή

Η Clark (1985a, b) θεωρεί ότι οι κοινοτικοί νοσηλευτές πρέπει να είναι πολυδύναμοι, ικανοί να ανταποκρίνονται σε πολλαπλούς ρόλους και λειτουργίες, να δημιουργούν το περιβάλλον εργασίας τους και να το οργανώνουν, να αποφασίζουν και να ενεργούν κατάλληλα για την εκπλήρωση των στόχων τους, χωρίς άμεση αναφορά σε κάποιον άλλον. επισημαίνει επίσης ότι ένα σημαντικό χαρακτηριστικό της εργασίας τους είναι η προσφορά των υπηρεσιών τους στους πελάτες τους ακόμη και όταν αυτοί δεν τις επιδιώκουν – και ο ρόλος τους εστιάζει στη διδασκαλία, στην παρακίνηση και στην διευκόλυνση. Ο κύριος σκοπός τους θα πρέπει να είναι η ενδυνάμωση των ατόμων, οικογενειών και ομάδων ώστε να αναγνωρίζουν τις ανάγκες τους και να αναλαμβάνουν με περισσότερη υπευθυνότητα την επίλυση προβλημάτων που αφορούν στην υγεία τους. Για την κατάλληλη και αποτελεσματική κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού είναι ανάγκη η Νοσηλευτική να συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων για την υγεία σε όλα τα επίπεδα.

Γενικά η Κοινοτική Νοσηλευτική ασχολείται με την:

- Επίβλεψη του περιβάλλοντος της κοινότητας, καθώς και του οικογενειακού περιβάλλοντος, όπως επίβλεψη τροφίμων, ύδρευσης, αποχέτευσης, έλεγχος εντόμων τρωκτικών κ.α.
- Πρόληψη ασθένειας, αναπηρίας ή πρόωρου θανάτου. Πρόληψη μεταδοτικών νοσημάτων, ψυχικών νοσημάτων και διανοητικής καθυστέρησης, αλλεργιών, νεοπλασμάτων, κληρονομικών ή γενετικών καταστάσεων, διαταραχών συμπεριφοράς, αλκοολισμού, χρήσης ναρκωτικών, επαγγελματικών νοσημάτων και ατυχημάτων, κινδύνων μητρότητας, ανάπτυξης και διάπλασης, θεμάτων διατροφής και στοματικής υγείας κ.α.
- Παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας και νοσηλείας μέσω ισομερούς κατανομής προσωπικού και πόρων, χρήσης νοσοκομείων ημέρας, αναρρωτηρίων, κέντρων αποκατάστασης, ξενώνων, οίκων ευγηρίας, γηροκομείων, κέντρων υγείας, παροχής κατ' οίκον νοσηλείας και συνεχιζόμενης παρακολούθησης ασθενών.

- Υγειονομική διαπαιδαγώγηση του κοινού και κινητοποίηση της κοινότητας για συμμετοχή στα θέματα υγείας.
- Συλλογή και διατήρηση στοιχείων και επιδημιολογική έρευνα.
- Συμμετοχή στον προγραμματισμό υπηρεσιών υγείας και αξιολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών.
- Ανάπτυξη κοινοτικής νοσηλευτικής έρευνας και συμμετοχή σε διεπιστημονική έρευνα
- Συμμετοχή στην εκπαίδευση προσωπικού υγείας
- Διεπιστημονική συνεργασία στα πλαίσια της ομάδας Π.Φ.Υ., αλλά και των υπηρεσιών διασύνδεσης με άλλα επίπεδα και τομείς της φροντίδας υγείας και κοινωνικής πρόνοιας.

Η συμμετοχή του ατόμου/ασθενούς και της οικογένειάς του σ' όλες τις φάσεις της νοσηλευτικής φροντίδας αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την ποιοτική και αποτελεσματική φροντίδα υγείας.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO 1985) προσθέτει στις ευθύνες του κοινοτικού νοσηλευτή:

- Την ενθάρρυνση της συμμετοχής της κοινότητας
- Τη συνεργασία με άτομα, οικογένειες και την κοινότητα
- Την ενδυνάμωση ατόμων, οικογενειών και της κοινότητας
- Την καθοδήγηση και την υποστήριξη άλλων εργαζόμενων στην Π.Φ.Υ.
- Τον συντονισμό δραστηριοτήτων ανάπτυξης της κοινότητας που σχετίζεται με την υγεία, σε συνεργασία με τους υπεύθυνους για το κοινωνικό και οικονομικό σκέλος των προγραμμάτων.

Για την πραγματοποίηση των παραπάνω αρμοδιοτήτων και ευθυνών κρίνονται απαραίτητες οι εξής δραστηριότητες του κοινοτικού νοσηλευτή:

1. Παροχή σωματικής και ψυχολογικής φροντίδας σε περιπτώσεις ασθένειας ή και υγείας.
2. Αξιολόγηση της κατάστασης υγείας, παροχή φροντίδας όπου ενδείκνυται σε περιπτώσεις ασθένειας ή ατυχήματος και καθοδήγηση
3. Πρόληψη ασθένειας και προαγωγή της υγείας
4. Ψυχολογική υποστήριξη του ατόμου/αρρώστου και του ετοιμοθάνατου, καθώς και της οικογένειας

5. Συμβουλευτική εργασία και βοήθεια για τη δημιουργία και διατήρηση υγιεινού περιβάλλοντος
 6. Συμβουλευτική εργασία και συνεχιζόμενη βοήθεια αγωγής υγείας, απόκτηση υγιεινών συνηθειών ζωής, κατάλληλη διατροφής κ.τ.λ.
 7. Συμμετοχή και συνεργασία με τη θεραπευτική ομάδα για την εφαρμογή του θεραπευτικού προγράμματος.
 8. Συμβουλευτική εργασία και παροχή φροντίδας αποκατάστασης κατά το διάστημα και μετά από ατύχημα ή ψυχική νόσο.
 9. Συντονισμός παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και παρακίνηση των κατ' οίκον να τις χρησιμοποιούν όταν τις χρειάζονται.
 10. Επικοινωνία με τη νοσηλευτική και υγειονομική ομάδα, με το άτομο/ άρρωστο, την οικογένεια και την κοινότητα.
 11. Συμβολή στην ανάπτυξη της επιστήμης και τέχνης της Νοσηλευτικής.
 12. Εκπαίδευση και κατάρτιση του προσωπικού.
 13. Ανάπτυξη ηγεσίας στη νοσηλευτική ομάδα και στην ομάδα υγείας.
 14. Συμμετοχή σε δραστηριότητες της κοινότητας για κινητοποίηση του πληθυσμού να ενδιαφερθεί για θέματα υγείας.
- Η Κοινωνική Νοσηλευτική ασκείται συστηματικότερα στα Κέντρα Υγείας, διότι καλύπτει όλο το φάσμα των δραστηριοτήτων της. (Α.Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Π.Σουρτζή 2005)

Χαρακτηριστικά του Κοινωνικού Νοσηλευτή

Τα βασικά χαρακτηριστικά που πρέπει να διαθέτει ο Κοινωνικός Νοσηλευτής είναι:

- Νοσηλευτικές γνώσεις και δεξιότητες
- Ξεκάθαρη αντίληψη της Π.Φ.Υ. και της Κοινωνικής Νοσηλευτικής
- Ικανότητα επικοινωνίας και συνεργασίας με άλλους ανθρώπους
- Ικανότητα να προγραμματίζει, να ιεραρχεί και να αντιμετωπίζει τα προβλήματα
- Ικανότητα διδασκαλίας και καθοδήγησης
- Γνώση όλων των μέσων και πηγών που υπάρχουν στην κοινότητα (Μάργαροι Νικολέτα et.al 1999).

Νοσηλευτική Διεργασία στην Κοινωνική Νοσηλευτική

Η Νοσηλευτική)διεργασία είναι μία συστηματική γραπτή μέθοδος η οποία εφαρμόζεται για τη παροχή Νοσηλευτικής φροντίδας. Η μέθοδος αυτή περιλαμβάνει μια σειρά από σκέψεις και ενέργειες που οδηγούν στην επίλυση των αναγκών και προβλημάτων υγείας των ασθενών, της οικογένειας και της κοινότητας.

Τα προβλήματα υγείας δεν αφορούν μόνο την αρρώστια, αλλά τις ανάγκες των ατόμων για πλήρη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία. Η Νοσηλευτική διεργασία επομένως, δεν εφαρμόζεται μόνο για ασθενείς μέσα στο νοσοκομείο, αλλά για όλα τα άτομα της κοινωνίας και έχει τους εξής σκοπούς:

- Την προαγωγή της υγείας του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας.
- Την διατήρηση της υγείας.
- Την πρόληψη της ασθένειας.
- Την νοσηλεία των ασθενών.
- Την αποκατάσταση της υγείας.

Η Νοσηλευτική)διεργασία είναι ένα σύστημα ανοικτό και ελαστικό, το οποί βασίζεται σε συγκεκριμένους σκοπούς, οι οποίοι τίθενται και αναπροσαρμόζεται ανάλογα με το βαθμό επίτευξης των σκοπών και την πορεία της υγείας του αρρώστου. Αποτελείται σύμφωνα με τον Παγκόσμιο οργανισμό Υγείας από τέσσερα στάδια:

- 1) Αξιολόγηση της κατάστασης του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας.
- 2) Προγραμματισμός της φροντίδας.
- 3) Εφαρμογή του προγράμματος φροντίδας.
- 4) Εκτίμηση αποτελέσματος.

1) Νοσηλευτική αξιολόγηση

Νοσηλευτική αξιολόγηση είναι η συστηματική συλλογή πληροφοριών σε σχέση με την υγεία του ατόμου, οικογένειας ή κοινότητας. Με την αξιολόγηση ανιχνεύονται και καθορίζονται οι παρούσες και επικείμενες ανάγκες – προβλήματα του αρρώστου ή ατόμου γενικότερα. Είναι μια διαδικασία, η οποία γίνεται στην αρχή του σχεδίου της Νοσηλευτικής)διεργασίας και συνεχίζεται καθημερινά αφού η κατάσταση υγείας μεταβάλλεται συνεχώς, οπότε μεταβάλλονται και τα προβλήματα του ατόμου.

Η αξιολόγηση περιλαμβάνει τις εξής δραστηριότητες:

Συλλογή πληροφοριών για το άτομο – ασθενή για το οποίο θα εφαρμοσθεί το σχέδιο της Νοσηλευτικής)Διεργασίας.

Ανάλυση των πληροφοριών που συγκεντρώθηκαν και καθορισμός των αναγκών και προβλημάτων του συγκεκριμένου ατόμου.

Συλλογή πληροφοριών. Πηγές και μέσα.

Οι πληροφορίες που θα συλλέγουν για το άτομο για το οποίο θα καταστρώσουμε το σχέδιο της Νοσηλευτικής)διεργασίας, αφορούν τη σωματική, τη ψυχολογική διανοητική και κοινωνικοοικονομική του κατάσταση. Τέτοιες πληροφορίες, είναι, τα ατομικά του στοιχεία, ιστορικό, η σύνθεση της οικογένειας και οι σχέσεις των μελών της, οι δραστηριότητες του ατόμου, η διατροφή, συνήθειες – έξεις, αντιδράσεις στην αρρώστια κ.λπ.

Αφού συλλέξουν οι απαραίτητες πληροφορίες, καταγράφονται προσεκτικά και συστηματοποιημένα σε ειδικά έντυπα. Έτσι διαμορφώνεται το Νοσηλευτικό Ιστορικό του αρρώστου.

Πηγές από τις οποίες Θα γίνει η συλλογή των πληροφοριών είναι:

- Ο άρρωστος ή το άτομο γενικότερα.
- Η οικογένεια και οι φίλοι του.
- Ο ιατρικός φάκελος.
- Η κλινική εξέταση όλων των συστημάτων.
- Νοσηλευτές, ιατροί, κοινωνικοί λειτουργοί και άλλα μέλη της υγειονομικής ομάδας.
- Μηχανήματα ή ειδικά όργανα (π.χ. monitors).
- Παλαιό ιστορικό
- Τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εξετάσεων.
- Νοσηλευτική, ιατρική βιβλιογραφία κ.λπ.

Μέσα που χρησιμοποιούνται για τη συλλογή των πληροφοριών είναι η *συνέντευξη* και η *παρατήρηση*. Η συνέντευξη με την παρατήρηση είναι τα δύο στοιχεία της επικοινωνίας.

Α) *Παρατήρηση* ατόμου σημαίνει προσεκτική εξέταση ή παρακολούθηση κάποιου. Για να γίνεται σωστά η παρατήρηση πρέπει όλες οι αισθήσεις του ατόμου που παρατηρεί (ώραση, ακοή, όσφρηση, αφή) να χρησιμοποιούνται και να είναι σε εγρήγορση.

Η οπτική παρατήρηση ή επισκόπηση, εξετάζει την όψη, την έκφραση, το χρώμα, το σχήμα, την συμμετρία και την κινητικότητα του ατόμου, π.χ δέρμα ωχρο, γκριμάτσες πόνου.

Επίσης εξετάζει την ποιότητα και ποσότητα των λειτουργιών. Π.χ. παρατηρούμε την ποιότητα της αναπνοής κοιτάζοντας τον θώρακα.

Η ψηλάφηση είναι παρατήρηση που γίνεται με την αφή. Αγγίζουμε το δέρμα του αρρώστου και παίρνουμε διάφορες πληροφορίες όπως αν έχει πυρετό, αν το δέρμα είναι ξηρό, υγρό κ.λπ.

Η ακρόαση γίνεται είτε απ' ευθείας με επίκρουση ή με το στηθοσκόπιο. Μπορεί να ακουστούν παθολογικοί ήχοι όπως καρδιακά φυσήματα, εντερικοί ήχοι.

Η όσφρηση είναι και αυτή χρήσιμο μέσο παρατήρησης. Με αυτήν μπορούμε να διακρίνουμε παλιό από πρόσφατο αίμα, αν έχουν οξόνη τα ούρα κ.λπ.

Στην Κοινωνική Νοσηλευτική απαραίτητη είναι και η παρατήρηση του περιβάλλοντος του ατόμου, π.χ. παρατηρούμε το χώρο που ζει αν είναι καθαρός, αν αερίζεται κ.λπ.

Η παρατήρηση είναι νοσηλευτική αρμοδιότητα που πρέπει να γίνεται με ευθύνη, ενδιαφέρον και αντικειμενικότητα.

B) Η *συνέντευξη* γίνεται πρόσωπο με πρόσωπο και μπορεί να είναι προφορική ή γραπτή, με χρήση ερωτηματολογίου. Η συνέντευξη με τη παρατήρηση μπορεί να γίνονται ταυτόχρονα. Ενώ συνομιλεί με το άτομο ο νοσηλευτής, συγχρόνως παρατηρεί και καταγράφει τις παρατηρήσεις του, όπως την έκφραση του προσώπου, τον τόνο της φωνής, την στάση του σώματος κ.λπ.

Για να γίνει σωστά η συνέντευξη και να συλλέγουν αξιόπιστες και αντικειμενικές πληροφορίες πρέπει να τηρούνται ορισμένες προϋποθέσεις. Αυτές είναι:

1. Δημιουργία άνετου φυσικού περιβάλλοντος. Απαραίτητα στοιχεία σωστής συνέντευξης είναι ο αερισμός του χώρου, η ησυχία, η κανονική θερμοκρασία και η αναπαυτική θέση αρρώστου και νοσηλευτή.
2. Δημιουργία άνετου ψυχοκοινωνικού περιβάλλοντος. Το άτομο προσεγγίζεται με

αληθινό ενδιαφέρον, αγάπη και σεβασμό.

3. Δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης. Ενημερώνεται ο ασθενής ότι οι πληροφορίες που θα συλλεχθούν είναι εμπιστευτικές και απόρρητες.

4. Μεταβίβαση ψυχολογικής υποστήριξης

5. Ακρόαση. Η ακρόαση δεν πρέπει να είναι απλή, σιωπή παθητική και αδιάφορη, αλλά πρέπει να είναι ευσυνειδήτη χρήση σιωπής με έκδηλο ενδιαφέρον και συμπαράσταση προς το άτομο.

6. Σαφήνεια, ακρίβεια των ερωτήσεων. Οι ερωτήσεις θα πρέπει να είναι απλές, σαφές και το λεξιλόγιο κατανοητό.

Ανάλυση πληροφοριών

Οι πληροφορίες που συλλέχθηκαν μελετώνται προσεκτικά, αναλύονται και συσχετίζονται με τις αρχές υγείας και την φυσιολογική παραδεκτή λειτουργία του οργανισμού. Από την ανάλυση προκύπτουν τα προβλήματα και οι ανάγκες του ατόμου, Αυτά μπορεί να είναι παρόντα ή πρόκειται να συμβούν στο μέλλον.

Ανάγκη θεωρείται κάθε Οργανική, Ψυχολογική, Πνευματική Και κοινωνική έλλειψη ή αδυναμία. Πρόβλημα είναι η κατάσταση που προκύπτει από τη μη ικανοποίηση της ανάγκης. Η διατύπωση κάποιου προβλήματος ή ανάγκης με την αιτιολογία του και τα υποστηρικτικά δεδομένα για την ύπαρξή του ονομάζεται Νοσηλευτική)διάγνωση.

2) Προγραμματισμός φροντίδας

Μετά την νοσηλευτική αξιολόγηση, την ανάλυση των πληροφοριών και την διατύπωση των αναγκών και προβλημάτων, ακολουθεί το στάδιο του προγραμματισμού το οποίο περιλαμβάνει:

- Ιεράρχηση των προβλημάτων και αναγκών του αρρώστου.
-)Διατύπωση και καταγραφή αντικειμενικών σκοπών για πρόληψη, μείωση ή εξάλειψη των προβλημάτων που εξακριβώθηκαν.
- Καθορισμό κριτηρίων αξιολόγησης των αποτελεσμάτων.
- Καθορισμό νοσηλευτικών παρεμβάσεων σε συνεργασία με τον άρρωστο και την οικογένειά του, ανάλογα με την ετοιμότητα και την ικανότητα τους για συμμετοχή στον προγραμματισμό.

Ανάγκες – κλίμακα Maslow

Ιεράρχηση σημαίνει τοποθέτηση με βάση κάποια κλίμακα. Οι ανάγκες και τα προβλήματα που ανιχνεύθηκαν, τοποθετούνται κλιμακωτά, με κριτήριο την απειλή της ζωής. Κατανέμονται σε τρεις κατηγορίες:

- Υψηλής προτεραιότητας προβλήματα. Είναι τα προβλήματα που απειλούν τη ζωή και επομένως χρειάζονται άμεση νοσηλευτική αντιμετώπιση. Π.χ. απόφραξη αεροφόρου οδού, αιμορραγία, καρδιακή ανακοπή.
- Μέσης προτεραιότητας. Είναι τα προβλήματα που δεν απειλούν άμεσα τη ζωή όμως μπορούν να προκαλέσουν ανθυγιεινές ή και καταστρεπτικές σωματικές και ψυχολογικές αλλαγές. Π.χ. ακινησία μπορεί να προκαλέσει κατακλίσεις, θρομβοφλεβίτιδες κ.λπ.
- Χαμηλής προτεραιότητας. Είναι τα προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίσει το ίδιο το άτομο με ελάχιστη βοήθεια από τους νοσηλευτές. Π.χ. την ρύθμιση το σακχάρου.

Αντικειμενικοί σκοποί της φροντίδας – Χαρακτηριστικά τους

Μετά την ιεράρχηση των αναγκών – προβλημάτων καθορίζονται και καταγράφονται οι αντικειμενικοί σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας, δηλαδή προσδιορίζονται τα θετικά επιθυμητά αποτελέσματα.

Αντικειμενικός σκοπός είναι η περιγραφή της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής κατάστασης στην οποία περιμένουμε να φθάσει το άτομο μετά από συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Κάθε αντικειμενικός σκοπός πρέπει να σχετίζεται με μια συγκεκριμένη ανάγκη ή πρόβλημα. Οι αντικειμενικοί σκοποί αποτελούν τη βάση για να διαπιστώσουμε τη εξέλιξη της υγείας του ατόμου και κατευθύνουν την επιλογή των νοσηλευτικών παρεμβάσεων. Πάνω τους βασίζονται τα κριτήρια αξιολόγησης των αποτελεσμάτων, τα οποία τίθενται από τους νοσηλευτές.

Οι αντικειμενικοί σκοποί πρέπει να έχουν τα εξής χαρακτηριστικά

- 1) Να έχουν κέντρο τον άρρωστο και όχι τον νοσηλευτή.
- 2) Να είναι συγκεκριμένοι.
- 3) Να μπορούν να μετρηθούν.
- 4) Να είναι πραγματοποιήσιμοι.
- 5) Να καθορίζονται χρονικά.
- 6) Να είναι γραπτοί για καλύτερο συντονισμό της υγειονομικής ομάδας και συνέχιση της φροντίδας με μεγαλύτερη ασφάλεια.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Αφού καθοριστούν οι σκοποί με σχετική ιεράρχηση, ακολουθεί η επιλογή των

νοσηλευτικών παρεμβάσεων, δηλαδή καθορίζονται συγκεκριμένες πράξεις και ενέργειες για την πραγματοποίηση των τεθέντων σκοπών. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις για να είναι αποτελεσματικές πρέπει να έχουν τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- Να σχετίζονται άμεσα με το πρόβλημα – ανάγκη και τους αντικειμενικούς σκοπούς.
- Να στηρίζονται σε επιστημονικές γνώσεις καθώς και στις γνώσεις και δεξιότητα των νοσηλευτών.
- Να είναι ασφαλείς για τον άρρωστο αλλά και για τους νοσηλευτές και τους βοηθούς.
- Να είναι εξατομικευμένες ανάλογα με τη κατάσταση υγείας, την ηλικία, τις πεποιθήσεις και αξίες του ατόμου – αρρώστου και το περιβάλλον.
- Να δίδουν ευκαιρία για διδασκαλία, θεραπευτικό διάλογο και ψυχολογική υποστήριξη.
- Να ενθαρρύνουν την ενεργητική συμμετοχή του αρρώστου στην εκτέλεση των νοσηλευτικών πράξεων, όσο το επιτρέπει η υγεία του.
- Να μεταβιβάζουν σεβασμό προς τον άρρωστο και να ενισχύουν την αυτοεκτίμησή του.
- Να συμβαδίζουν με τις ενέργειες όλων των υπολοίπων μελών της υγειονομικής ομάδας.
- Για όλες τις νοσηλευτικές πράξεις, υπεύθυνοι και υπόλογοι είναι οι νοσηλευτές.

3) Εφαρμογή του προγράμματος φροντίδα

Ο νοσηλευτής εφαρμόζει το πρόγραμμα της φροντίδας ενώ ταυτόχρονα παρακολουθεί τη πορεία της κατάστασης, συλλέγει και εκτιμά νέα στοιχεία και τροποποιεί ανάλογα τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

Στις νοσηλευτικές δραστηριότητες συμπεριλαμβάνονται πράξεις και ενέργειες για τη βελτίωση της σωματικής και ψυχικής υγείας καθώς και διδασκαλία και ενημέρωση. Το σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας καταστρώνεται από ένα νοσηλευτή, οι νοσηλευτικές πράξεις όμως ανατίθενται και σε άλλους νοσηλευτές ή βοηθούς νοσηλευτών. Κάθε νοσηλευτική δραστηριότητα

που εφαρμόζεται, σημειώνεται λεπτομερώς για να εκτιμηθούν τα αποτελέσματα. Κατά την εφαρμογή του προγράμματος τηρούνται όλες οι αρχές και οι κανόνες που έχουν διδαχθεί οι νοσηλευτές και οι βοηθοί τους με ευσυνειδησία, ενδιαφέρον, σεβασμό προς τον άρρωστο και υπευθυνότητα.

4) Εκτίμηση του αποτελέσματος

Η εκτίμηση του αποτελέσματος είναι το τελευταίο στάδιο νοσηλευτικής διεργασίας κατά το ποίο γίνεται αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της φροντίδας σε σχέση βέβαια με τους αντικειμενικούς σκοπούς και τα κριτήρια αξιολόγησης που διατυπώθηκαν στην φάση του προγραμματισμού. Η εκτίμηση των αποτελεσμάτων είναι αντικειμενική, προγραμματίζεται και δέχεται επαλήθευση. Επιτυγχάνεται με την παρατήρηση, την επικοινωνία με το άτομο, την οικογένειά του και με την ομάδα υγείας, καθώς και με αντικειμενικές μετρήσεις(ζωτικά σημεία, αποτελέσματα εργαστηριακών εξετάσεων, μέτρηση αποβαλλόμενων και εισερχόμενων υγρών κ.λπ.).

Η εκτίμηση των αποτελεσμάτων είναι σημαντικό στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας και πρέπει να αποτελεί συνεχή νοσηλευτική δραστηριότητα, αφού βοηθά τους νοσηλευτές να διαπιστώσουν εάν επιτεύχθηκαν οι αντικειμενικοί σκοποί και να γίνει επαναπροσδιορισμός όπου χρειάζεται. (Μάργαρη Νικολέττα et.al 1999).

Παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στην κοινότητα

Η κατηγορία αυτή σχετίζεται με το Βαθμό γνώσης και χρήσης των διαθέσιμων κοινοτικών πηγών για την υγεία, τη μόρφωση και την κοινωνική περίθαλψη. Στο σημείο αυτό περιλαμβάνονται οι τρόποι με τους οποίους τα άτομα χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες των ιδιωτικών γιατρών, των κλινικών, των τμημάτων των επειγόντων περιστατικών, των νοσοκομείων, των σχολείων, των οργανισμών κοινωνικής πρόνοιας, της εκκλησίας κ.ά. Η ικανότητα τους να αντεπεξέρχονται δεν δείχνει το επίπεδο των αναγκών τους για τις υπηρεσίες, αλλά μάλλον το Βαθμό στον οποίο μπορούν να αντιμετωπίζουν τα διάφορα γεγονότα και τότε αυτοί πρέπει να ζητήσουν τέτοια Βοήθεια.

Ένα παράδειγμα λανθασμένης χρήσης των κοινοτικών πηγών είναι ο δανεισμός από την οικογένεια υπέρογκων χρηματικών ποσών για ιατρική περίθαλψη, αντί της χρησιμοποίησης των διαθέσιμων νοσοκομείων ή κλινικών δωρεάν περίθαλψης, ή η λανθασμένη χρησιμοποίηση της κοινωνικής πρόνοιας, π.χ. καλώντας ασθενοφόρο ή τις υπηρεσίες επειγόντων περιστατικών για ασήμαντα προβλήματα.

Η οικογένεια μπορεί να γνωρίζει ή να χρησιμοποιεί μερικές μόνο από τις διαθέσιμες κοινοτικές παροχές. Έτσι, ενδέχεται να χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες πρόνοιας και να ξέρει πώς να «χρησιμοποιήσει» τον κοινοτικό νοσηλευτή που είναι υπεύθυνος για τη φροντίδα τους, αλλά να μην αναγνωρίζει ότι ο σύμβουλος στο σχολείο θα μπορούσε να βοηθήσει με εκπαιδευτικό προγραμματισμό ή ότι η εκκλησία θα είχε τη δυνατότητα να εξασφαλίσει παιδαγωγικές δραστηριότητες για τα παιδιά καθώς και πνευματική καθοδήγηση. Η οικογένεια μπορεί να χρησιμοποιεί τις εγκαταστάσεις που χρειάζεται γρήγορα και με σωστό τρόπο. Ξέρει πότε να ζητήσει βοήθεια και ποιον να καλέσει και αισθάνεται ασφαλής στη σχέση της με τους υπαλλήλους της κοινότητας, όπως τους κοινωνικούς λειτουργούς, τους καθηγητές, τους γιατρούς κ.λπ. (Α.Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Π.Σουρτζή 2005)

Κώδικας Νοσηλευτικής δεοντολογίας στην Κοινοτική Νοσηλευτική

Κατά την άσκηση της Κοινοτικής Νοσηλευτικής στο σπίτι, στο σχολείο, στο χώρο εργασίας ή στις υπηρεσίες ΠΦΥ, ο νοσηλευτής αντιμετωπίζει μια πλειάδα ηθικών και δεοντολογικών διλημμάτων.

- Πώς αντιμετωπίζονται αυτά;
- Ποιά η διαδικασία αντιμετώπισης τους;
- Ποιά αμφισβήτηση επιδέχεται ο ίδιος;
- Ποιά πρέπει να είναι η στάση του;

Αρχικά, απαιτείται η ανίχνευση ηθικών προβληματισμών ή προβλημάτων για τη συγκεκριμένη περίπτωση. Η συλλογή όσο το δυνατόν περισσότερων πληροφοριών βοηθά στον προσδιορισμό όλων των προσφερόμενων επιλογών ή προτιμήσεων. Ο προσδιορισμός των ηθικών αξιών και αρχών που προϋποθέτει κάθε επιλογή συμβάλλει στην ορθή απόφαση για πρόταση ή ενέργεια και εφαρμογή. Τέλος, θα πρέπει να γίνει η αξιολόγηση της διαδικασίας που οδήγησε στη λήψη απόφασης και ενσωμάτωσης της αποκτηθείσας γνώσης, για αντιμετώπιση δυσκολότερων ηθικών προβλημάτων σε άλλες περιπτώσεις.

Οι θεωρίες ηθικής άσκησης Κοινοτικής Νοσηλευτικής κατατάσσονται σε δύο κατηγορίες:

- α) Στο χρέος και στο δικαίωμα κάθε ανθρώπου, που δεν μπορεί να συνδεθεί με το κόστος.
- β) Στο μεγαλύτερο καλό για τους περισσότερους.

Ερωτήματα-ηθικά θέματα στην κατ' οίκον φροντίδα υγείας

- Συμβιβάζεται η χρησιμοποίηση υψηλής τεχνολογίας με περικοπή δαπάνης;

- Ποιές οι επιπτώσεις στη ζωή της οικογένειας;

- Πώς τοποθετείται ο κοινοτικός νοσηλευτής;

- Πώς οφείλει να τοποθετηθεί;

- Πώς οφείλει να ενεργήσει;

Ο βοηθός του κοινοτικού νοσηλευτή στην αντιμετώπιση διλημάτων ηθικής και δεοντολογίας έρχεται ο «Κώδικας νοσηλευτικής δεοντολογίας» (Π) 216/2001), όπου στο άρθρο 23 αναφέρονται οι υποχρεώσεις του νοσηλευτή στο πλαίσιο της Κοινοτικής Νοσηλευτικής ως εξής: «Ο νοσηλευτής οφείλει, στο πλαίσιο της Κοινοτικής Νοσηλευτικής, έχει τις διαγνωστικές, θεραπευτικές και υποστηρικτικές νοσηλευτικές υπηρεσίες του σε στενή συνεργασία με την ομάδα υγείας, το φορέα στο πλαίσιο του οποίου γίνεται η παροχή, καθώς και τις δημόσιες αρχές για την προστασία της δημόσιας υγείας», καθώς και η νομοθεσία που αφορά στο χώρο της υγείας και την οποία ο νοσηλευτής οφείλει να γνωρίζει και να χρησιμοποιεί κατάλληλα. (Α.Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Π.Σουρτζή 2005)

4.9 Σύνοψη κεφαλαίου

Η φροντίδα υγείας αναπροσανατολίζεται από τη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, με αποτέλεσμα την Κοινοτική Νοσηλευτική. Εφόσον ο κοινοτικός νοσηλευτής αποκτήσει την απαραίτητη γνώση και πληροφόρηση των χαρακτηριστικών της κοινότητας, τότε μπορεί να διακρίνει τις ανάγκες υγείας της κοινότητας, να τις ταξινομήσει, να θέσει αντικειμενικούς σκοπούς και να αναπτύξει σχέδιο εργασίας.

ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΕ ΑΤΟΜΑ/ΟΜΑΔΕΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

5.1 Κοινωνική νοσηλευτική στους ηλικιωμένους

Βασικός στόχος της νοσηλευτικής βοήθειας του υπερήλικα είναι:

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.

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 άλλα 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 ανεξαρτητοποίηση 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 πέρας το έργο τους. Τέλος συμμετέχουν σε ερευνητικά προγράμματα που αφορούν την Τρίτη ηλικία.

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.

Ότι 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.

4στόσο 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.

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.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ Κ.Α.Π.Η.

Οι επαγγελματίες υγείας που δουλεύουν στο Κέντρο Ανοικτής Προστασία Ηλικιωμένων(υπηρεσία ΠΦΥ) τόσο οι Νοσηλεύτές-τριες 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 (Νοσηλεύτές-τριες - 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 προσυμτωματικό έλεγχο (screening test) π.χ. δερμοαντίδραση mantoux και βοηθάνε στην αποκατάσταση του ηλικιωμένου.

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.

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.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ο κοινοτικός νοσηλευτής είτε στα Κ.Α.Π.Η είτε στα γηροκομεία θα πρέπει να έχει αναπτυγμένη την ικανότητα της επικοινωνίας και της ενσυναίσθησης ώστε να μπορεί να μπαίνει στον εσωτερικό συναισθηματικό κόσμο του άλλου και να κατανοεί τα συναισθήματα και τις σκέψεις του. Για να το πετύχει όμως αυτό θα πρέπει να έχει εξετάσει τη δική του προσωπική στάση απέναντι στη γήρανση και να αποκτήσει γνώσεις ως προς το πώς η διαδικασία της γήρανσης μπορεί να επηρεάσει σωματικά, ψυχολογικά αλλά και κοινωνικά τον ηλικιωμένο. Τα άτομα μέσα στην κοινότητα βλέπουν τον «δικό τους χώρο» και στο πρόσωπο των ειδικών τους «δικούς τους ανθρώπους», έχουν αναπτύξει δεσμούς εμπιστοσύνης, φιλίας και καταθέτουν το συναίσθημα τους, τα προβλήματα τους, τις ανάγκες τους και τις εμπειρίες τους. Από την άλλη μεριά το βασικό προσωπικό που στελεχώνει μια κοινότητα προσφέρει τις υπηρεσίες τους με επιστημονικό τρόπο, αλλά το κυριότερο με αγάπη και εκτίμηση προς τα άτομα.

Για όλους τους παραπάνω λόγους η κοινότητα θεωρείται ένας υγιείς θεσμός.

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).

(www.imlarisis.gr)

5.2 Κοινωνική νοσηλευτική και οι άρρωστοι με καρκίνο

Η επίδραση του καρκίνου στην οικογένεια περιλαμβάνει (Lewis 1986):

- Συναισθηματική πίεση
- Σωματικές απαιτήσεις από την κατευθυνόμενη φροντίδα
- Αβεβαιότητα για την πορεία της υγείας του ασθενούς
- Φόβο θανάτου του ασθενούς

- Οικονομική πίεση
- Αλλαγή ρόλων των μελών της οικογένειας και τρόπου ζωής
- Ενδιαφέροντα για προαγωγή διευκολύνσεων για τον ασθενή
- Αντίληψη για την ανεπάρκεια των παρεχομένων υπηρεσιών
- Ενδιαφέροντα για το σκοπό και τη σημασία της ζωής και του θανάτου
- Σεξουαλικότητα
- διαφορές στην οικογένεια για τις αντιλήψεις και τις ανάγκες του ασθενούς.

Τα ακόλουθα γενικά κριτήρια θα μπορούσαν να φανούν χρήσιμα σε περιπτώσεις ατόμων με καρκίνο που νοσηλεύονται στο σπίτι:

- Ικανότητα ανεξάρτητης λειτουργίας ειδικών δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής(
- Σωματική εξάρτηση από αρωγό μέλος της οικογένειας
- Επίπεδο διατροφής
- Λειτουργικές δυνατότητες περιορισμένες
- Αισθήματα και διάθεση, προοπτική της ζωής, συμπεριφορά και επικοινωνία
- Διαπροσωπική ικανότητα να δημιουργεί ανάγκες
- Ικανότητα για εργασία αλλαγές ρόλων στην οικογένεια
- Διαπροσωπικές σχέσεις με τους άλλους
- Κατανόηση της ασθένειας και της θεραπείας και πρόγνωση
- Τρόποι και γνώσεις για καταπολέμηση της ασθένειας από τον ίδιο τον ασθενή.

Ο ρόλος του νοσηλευτή σε ασθενείς με στομίες (Hogan, Xistris 1983) αρχίζει με ενδονοσοκομειακή αγωγή και ολοκληρώνεται με ενημέρωση του ατόμου σχετικά με το συγκεκριμένο πρόβλημα του, ενώ παράλληλα σχεδιάζεται σε συνεργασία με τον άρρωστο και την οικογένεια η συνεχιζόμενη φροντίδα υγείας του.

Είδη στομίας που συναντά ο κοινοτικός νοσηλευτής στους αρρώστους του είναι η κολοστομία, η ειλεοστομία (ή νηστιδοστομία) και η ουρητηροστομία.

Για να υπάρξει εξασφάλιση ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας (Παπαδαντωνάκη1983), απαιτείται:

- (α) ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς και της οικογένειας,
- (β) ενημέρωση του ασθενούς και της οικογένειας για το τι ακριβώς θα γίνει και τι θα επακολουθήσει,
- (γ) φροντίδα του δέρματος γύρω από την περιοχή της στομίας,

- (δ) νοσηλευτική φροντίδα για την προβληματική στόμια (η πρόληψη των επιπλοκών αποτελεί το σημαντικότερο σημείο),
- (ε) επιλογή υλικού και διαφόρων βοηθημάτων για τη φροντίδα της παρά φύση έδρας,
- (στ) αυτοεξυπηρέτηση μετά από διδασκαλία.

Σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία, η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στηρίζεται στην ανάγκη σχεδιασμού της με βάση τη συστηματική και ολοκληρωμένη αξιολόγηση του ατόμου, της οικογένειας και του περιβάλλοντος. Απαιτείται η διενέργεια μιας σειράς μαθημάτων (αγωγή υγείας και εφαρμογή), η ενίσχυση της φροντίδας με Βιβλιογραφικά δεδομένα και η επανεκτίμηση των αποτελεσμάτων.

Τέλος η παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών και φροντίδων περιλαμβάνει την πλήρη, ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη φροντίδα του αρρώστου με καρκίνο και παρά φύση έδρα, ο οποίος νοσηλεύεται στο σπίτι ή υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία ευρισκόμενος στο τελικό στάδιο της νόσου, προσεγγίζοντας τον ως μοναδική βιοψυχοκοινωνική οντότητα και ενισχύοντας την οικογένεια του. (Α.Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Π.Σουρτζή 2005)

5.3 Κοινωνική νοσηλευτική και ψυχιατρική ομάδα

Ο ψυχιατρικός νοσηλευτής στην κοινότητα θα πρέπει να διαθέτει αυξημένη ικανότητα συνεργασίας ως μέλος της διεπιστημονικής ομάδας, για να στηρίζει τον άρρωστο με στον οποιοδήποτε θεραπευτικό χώρο. Η δραστηριότητα του αυτή αποτελεί μέρος της ειδικότητας της Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας. Για τη δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος, σημαντικό ρόλο παίζει και η συνεργασία της οικογένειας (Καλοκαιρινού 1997).

Η νοσηλευτική παρέμβαση αφορά στη λεπτομερή αντιμετώπιση των σωματικών, ψυχικών και κοινωνικών νοσηλευτικών αναγκών και των συνυπαρχόντων προβλημάτων του αρρώστου με ψυχικό νόσημα, καθώς και της οικογένειας του. Τέλος, η παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών και φροντίδων περιλαμβάνει την πλήρη, ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη φροντίδα του αρρώστου με ψυχικό νόσημα, προσεγγίζοντας τον ως μοναδική βιοψυχοκοινωνική οντότητα μέσα σε ένα σύστημα που αποτελείται από την ομάδα υγείας, τον ασθενή και την οικογένεια του

(Καλοκαιρινού 1997). (Α.Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Π.Σουρτζή 2005)

5.4 Αποασυλοποίηση – Διαμερίσματα αυτόνομης διαβίωσης

Μέχρι πρόσφατα, η φροντίδα για τους περισσότερους ψυχιατρικούς ασθενείς παρεχόταν στα ψυχιατρικά νοσοκομεία όταν η οικογένεια του καθενός από αυτούς δεν ήθελε ή δεν μπορούσε να τη προσφέρει.

Ωστόσο αναγνωρίστηκε ότι πολλοί από αυτούς θα μπορούσαν να ωφεληθούν αν ζούσαν σε μικρότερους χώρους διαμονής μη αποκλεισμένοι μη αποκλεισμένοι από την ευρύτερη κοινότητα.

Η έξοδος χρόνιων ψυχιατρικών ασθενών από το ψυχιατρείο και η εγκατάστασή τους σε εναλλακτικούς χώρους διαμονής στην κοινότητα είναι πρωταρχικής σημασίας για την ψυχιατρική αποκατάσταση, η οποία αποτελεί θεμέλιο μιας κοινωνικά δίκαιης πολιτείας και προσδιορίζει μια ποιότητα ζωής που δίνει ζωή στα χρόνια και όχι χρόνια στη ζωή.

Έχει υπολογιστεί πως χρειάζονται 15-24 θέσεις διαμονής εκτός ψυχιατρικού νοσοκομείου ανά 100.000 άτομα γενικού πληθυσμού.

Ωστόσο δεν προσφέρονται δυνατότητες εγκατάστασης στην κοινότητα σ' αυτούς που έχουν προσβληθεί περισσότερο βαριά από την ψυχική ασθένεια. Κάποιοι ασθενείς από αυτούς που ζουν στο ψυχιατρείο θα εξακολουθήσουν να ζουν εκεί. Παράγοντες που δυσκολεύουν την εγκατάσταση στην κοινότητα αποτελούν ή πτωχή κινητοποίηση, ή υποδραστηριότητα καθώς και διαταραχές συμπεριφοράς (συμπεριλαμβάνονται εκρήξεις επιθετικότητας, απειλές). Οι σύγχρονες μέθοδοι ψυχιατρικής φροντίδας δίνουν έμφαση στην ευκαμψία εξυπηρέτησης των αναγκών ενός συγκεκριμένου αρρώστου. Χρειάζεται λοιπόν ένα ευρύ δίκτυο υπηρεσιών υποστήριξης, φροντίδας και διαμονής, ώστε να επιτρέπεται σ' αυτόν τον άρρωστο να επιτύχει το ανώτερο επίπεδο ανεξαρτησίας τους.

Συχνά ανακύπτουν προβλήματα και επιβαρύνσεις της οικογένειας από την παρουσία στο σπίτι του ψυχικά μειονεκτούντος ατόμου. Η επανένταξη στο οικογενειακό περιβάλλον δεν αποτελεί πάντα ιδεώδη λύση.

Για ορισμένους αρρώστους θεωρείται ότι το περιβάλλον της οικογένειας δεν είναι ο τόπος εκείνος που ελαττώνει τη πιθανότητα υποτροπής.

Σε έρευνες που έγιναν διαπιστώθηκε πως για κάποιους σχιζοφρενικούς αρρώστους η ύπαρξη ενός συναισθηματικά ουδέτερου περιβάλλοντος (και όχι στενές οικογενειακές σχέσεις) είναι λιγότερο πιθανό να επιδεινώσει την κατάστασή τους.

Για κάποια από τα άτομα αυτά θα ήταν χρήσιμο να μείνουν χωριστά, αλλά να διατηρούν σαν οικογένεια, σχέσεις και ενδιαφέροντα.

Άρρωστοι με προβλήματα κοινωνικής λειτουργικότητας χρειάζονται κάτι περισσότερο από ένα χώρο διαβίωσης.

Χρειάζονται υποστήριξη που ποικίλει ανάλογα με τις ανάγκες και μπορεί να φτάσει μέχρι βοήθεια «να τα βγάλουν πέρα με βασικές δραστηριότητες της καθημερινότητας».

Κύριος στόχος της ψυχοκοινωνικής υπηρεσίας είναι η μεγαλύτερη δυνατή ανεξαρτησία του ατόμου, ώστε η ζωή στη κοινότητα να είναι ευχάριστη και καλή.

Για την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης λαμβάνονται υπόψη δείκτες που αφορούν στο αποτέλεσμα (outcome), δηλαδή την επίδραση της παρεχόμενης φροντίδας στην κατάσταση των ασθενών.. Τέτοιους δείκτες αποτελούν: ο ρυθμός επανεισαγωγών σε ψυχιατρικό νοσοκομείο, η συμπτωματολογία, η κοινωνική διαπροσωπική λειτουργικότητα, η ανεξαρτησία, η ενδυνάμωση, η απασχόληση, η ποιότητα ζωής, η ικανοποίηση με τις υπηρεσίες, η οικονομική κατάσταση καθώς και πιο σφαιρικές – συνδυαστικές βαθμολογήσεις.

Η καταγραφή της έκβασης και η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων είναι σημαντικής σπουδαιότητας στο πλαίσιο της μετάβασης σε νέα μοντέλα φροντίδας στο χώρο της ψυχικής υγείας.

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας σε ψυχιατρική υπηρεσία παροχής φροντίδας στα προστατευμένα διαμερίσματα

Η κοινοτική νοσηλεύτρια θεωρείται «νέας γενιάς» νοσηλεύτρια που ο σύγχρονος ρόλος της αλληλοκαλύπτεται μερικά με τον ρόλο της Επισκέπτριας Υγείας και της Κοινωνικού Λειτουργού.

Θεωρείται ότι η Κοινοτική Νοσηλεύτρια και η Επισκέπτρια παρέχουν τη κύρια υποστήριξη στο άτομο με το χρόνιο πρόβλημα ψυχικής υγείας που ζει στην κοινότητα. Γίνονται εξειδικευμένοι εργαζόμενοι σε απ' ευθείας πρόσωπο με πρόσωπο σχέση και έτσι γίνονται αποδεκτές σαν φίλες που μπορούν να παράσχουν συμβουλές, πρακτική βοήθεια και ζεστασιά. Η Νοσηλεύτρια στην κοινότητα συμβάλλει γενικότερα:

Στην πρωτογενή πρόληψη των ψυχικών διαταραχών (μείωση του δείκτη ψυχικής νοσηρότητας, δηλαδή μείωση του αριθμού νέων περιπτώσεων ψυχικά αρρώστων σ' ένα συγκεκριμένο πληθυσμό).

Στην δευτερογενή πρόληψη (ανίχνευση και αναγνώριση των αρχικών σημείων μιας ψυχικής διαταραχής, κατάλληλη αντιμετώπιση, καθοδήγηση και παραπομπή για θεραπεία/ψυχοθεραπευτική υποστήριξη του ατόμου).

Στην τριτογενή πρόληψη(συμμετοχή σε προγράμματα ψυχικής, κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης, ώστε να βοηθηθούν οι ψυχικά άρρωστοι να επανενταχθούν στην κοινωνία στο συντομότερο δυνατό χρόνο.

Ο κάθε χρόνιος άρρωστος αντιμετωπίζεται από την Νοσηλεύτρια σαν άτομο που είχε επηρεαστεί και καταστεί ανίκανο σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό, εξ' αιτίας της ψυχικής αρρώστιας, της παρατεταμένης νοσηλείας σε ψυχιατρείο ή λόγω κοινωνικών και οικονομικών στερήσεων.

Η Κοινοτική Νοσηλεύτρια/της έχει ρόλο:

Εκπαιδευτικό: Προσφέρει πρακτική βοήθεια στο άτομο (συμβουλές στο διαιτολόγιο, πώς να κάνει τα ψώνια του) καθώς επίσης οργανώνει προγράμματα μαγειρικής και καθαριότητας με στόχο την προαγωγή της ανεξαρτησίας και την αξιοπρεπή διαβίωση. Η βοήθεια αυτή συντελεί στο να βγάλει πέρα το άτομο με τις απαιτήσεις της ζωής στην Κοινότητα είτε παροδικά είτε για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Σταδιακά η

υποστήριξη αυτή μπορεί να μειώνεται όσο το άτομο «μαθαίνει» αυξάνει η εμπιστοσύνη στον εαυτό του και τα καταφέρνει πια αρκετά καλά.

Θεραπευτικό: Φροντίζει για την χορήγηση των συνιστώμενων φαρμάκων και ενημερώνει/συνεργάζεται με τον θεράποντα γιατρό για την αντιμετώπιση και τον χειρισμό τυχόν παρενεργειών.

Επίσης η Νοσηλεύτρια συμβάλλει στην πρόληψη των υποτροπών της ψυχικής αρρώστιας. Έτι καθίσταται δυνατή η μείωση του αριθμού των επανεισαγωγών στα ψυχιατρεία με επακόλουθη μείωση του ημερήσιου κόστους παροχής νοσοκομειακής φροντίδας.

Τέλος η Νοσηλεύτρια γνωρίζει το δίκτυο των διαπροσωπικών σχέσεων μέσα στην οικογένεια, όπως και τις τρέχουσες γονικές, συζυγικές και κοινωνικές σχέσεις. Έτσι είναι δυνατό να παρέχει θεραπευτική υποστήριξη και καθοδήγηση του ατόμου, αλλά και της οικογένειας του.

Αποκαταστασιακό: Συντονίζει και οργανώνει διάφορες κοινωνικές εκδηλώσεις και δραστηριότητες όπως π.χ. έξοδοι σε ταβέρνες, κινηματογράφους και άλλα. Με στόχο την ψυχαγωγική χρήση του ελεύθερου χρόνου των ατόμων που ζουν στην Κοινότητα. Επίσης συμβάλλει στην προσπάθεια εξεύρεσης εργασίας του ατόμου – εφ’ όσον δεν εργάζεται με στόχο την επαγγελματική αποκατάσταση και την αύξηση της αυτοεκτίμησης του. Έρχεται σε επαφή με τους διάφορους φορείς στην κοινότητα για την διεκπεραίωση προσωπικών τους υποθέσεων.

Έχει στόχο: Ευαισθητοποίησης της Κοινότητας: Συμμετέχει στην ενημέρωση της κοινότητας για την ψυχική αρρώστια με στόχο την καταπολέμηση της αρνητικής και απορριπτικής στάσης της προς το άτομο με ψυχοδιανοητικό πρόβλημα. Είναι απαραίτητο να εκπονηθούν προγράμματα ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης της κοινότητας για τον ψυχικά άρρωστο σε τοπικό και πανελλαδικό επίπεδο.

Ο φόβος του αγνώστου της ψυχικής αρρώστιας οδηγεί στην επιφυλακτική στάση και την απόρριψη, πιθανά εντονότερα απ’ ότι το απρόβλεπτο της συμπεριφοράς ενός τέτοιου ατόμου, ή κάποιας καταστρεπτικής του ενέργειας.

Από τα παραπάνω φαίνεται πως η κοινοτική νοσηλεύτρια συμβάλλει στην κατάκτηση της αυτονομίας του ατόμου και στην διατήρηση ενός υψηλού ποιοτικού επιπέδου διαβίωσης στην κοινότητα. (Χρυσή Γκαιτζατζή, Σμαρώ Γασγαλίδου, 2000)

5.5 Σχολική νοσηλευτική

Ορισμός. Η σχολική νοσηλευτική είναι μια εξειδίκευση της νοσηλευτικής επιστήμης που προάγει την ευεξία, την , την ακαδημαϊκή επιτυχία και τις επιδόσεις των σπουδαστών δια βίου.

Έτσι, οι σχολικοί νοσηλευτές προάγουν τη θετική ανταπόκριση των μαθητών στην φυσιολογική ανάπτυξη, την υγεία και την ασφάλεια, κάνουν παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση πραγματικών ή δυνητικών προβλημάτων υγείας, διαχειρίζονται περιπτώσεις και συνεργάζονται ενεργά με άλλους, με στόχο να ενισχύσουν την ικανότητα του μαθητή και της οικογένειας για προσαρμογή, αυτοδιαχείριση, αυτοϋπεράσπιση και μάθηση. (Mary A.Nies, Melanie McEwen, 2001)

Προαγωγή και αγωγή υγείας στο σχολείο. Τα προγράμματα προαγωγής υγείας στο σχολείο στηρίζονται σε σύγχρονες μεθόδους ενεργητικής μάθησης όπως είναι οι πρακτικές ασκήσεις, οι επισκέψεις στην κοινότητα, οι συζητήσεις, το θεατρικό παιχνίδι, ρόλοι κλπ. Οι μέθοδοι αυτές έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικότερες από τις παραδοσιακές μεθόδους μάθησης (π.χ. μάθημα από έδρας). Χαρακτηριστικό είναι ότι τα θέματα πρόληψης (διατροφή, κάπνισμα,, ναρκωτικά κ.λπ.) δεν απομονώνονται, αλλά γίνεται προσπάθεια να ενσωματωθούν και να παρουσιασθούν στους μαθητές μέσα από μαθήματα όπως φυσική αγωγή, οικιακή οικονομία και σπουδή περιβάλλοντος. Η διαδικασία μάθησης από μέρους του νοσηλευτή πρέπει να γίνει προσαρμοσμένη στην ηλικία του μαθητή. Μέσα από συζητήσεις μεταξύ νοσηλευτή και μαθητών, δίνεται έμφαση στην αυτοεκτίμηση του μαθητή, στις c249κοινωνικές δεξιότητες και τις διαπροσωπικές σχέσεις.

Ο νοσηλευτής στα προγράμματα προαγωγής και αγωγής υγείας, βοηθά τους μαθητές να γνωρίσουν το σώμα τους, τις ικανότητες τους. Γίνεται προσπάθεια να έρθουν αντιμέτωποι οι μαθητές με καταστάσεις που θα τους δώσουν την ευκαιρία να πάρουν αποφάσεις και να μάθουν να αντιλαμβάνονται τις συνέπειες των αποφάσεων. Δεδομένου ότι η κατάκτηση της υγείας στηρίζεται στην ατομική ευθύνη και στη

συνειδητή επιλογή του τρόπου ζωής του καθενός, η ενδυνάμωση του μαθητή τελευταία αποκτά ενδιαφέρον. Παράδειγμα : δίνονται κίνητρα και εμπιστοσύνη να αναγνωρίσει ο μαθητής μια ανάγκη του, π.χ. να φάει δεκατιανό υγιεινό και ευχάριστο. Λέμε στον μαθητή να καταγράψει τι του αρέσει περισσότερο από αυτά που διαθέτει η καντίνα και παράλληλα να γράψει το περιεχόμενο, την ημερομηνία λήξης και το βαθμό ασφάλειας της συσκευασίας. Μετά την προσωπική εργασία τον βοηθάμε να βάλει σε κύκλο τα στοιχεία που νομίζει ότι είναι σωστά.

Από την αυτοαξιολόγηση που κάνει γνωρίζει πλέον να διαβάζει το περιεχόμενο, την ημερομηνία λήξης, να αναγνωρίζει την ασφαλή συσκευασία και τη συντήρηση του προϊόντος. Μετά από αυτή την προσωπική άσκηση, ο μαθητής ενδυναμώνει τη θέλησή του ως καταναλωτής και μαθαίνει να θέτει κάποιους στόχους και να πραγματοποιεί. Μια τέτοια κοινωνική δεξιότητα τον βοηθά να ελέγχει τη ζωή του και να νιώθει ικανός. Άλλα παρόμοια παραδείγματα, θα μπορούσε να ήταν η ασφάλεια της σκάλας του σχολείου, το ορθό πλύσιμο των δοντιών, η καταγραφή της κατανομής του ελεύθερου χρόνου κ.λπ. έτσι ο μαθητής διευρύνει της αξίες του σχετικά με την παραδοχή του εαυτού του (αυτοεκτίμηση) σε θέματα που αφορούν την υγεία του.

Μια άλλη μεγάλης σημασίας παρέμβαση του κοινοτικού νοσηλευτή στο σχολείο, είναι η εφαρμογή προληπτικών μέτρων που αφορούν την αδρή γενική εκτίμηση της σωματικής και ψυχικής κατάστασης του μαθητή:

- Η ανάπτυξη (βάρος, ύψος, εκατοστιαίες θέσεις).
- Ο έλεγχος της όρασης.
- Ο έλεγχος της ακοής.
- Η εκτίμηση της προσωπικότητας με απλές δοκιμασίες(για άγχος, αϋπνία κ.α.).
- Η ενδοδερμική αντίδραση κατά Mantoux 1/5000.
- Το αναμνηστικό και οικογενειακό ιστορικό
- Υπηρεσίες φροντίδας υγείας στα παιδιά με χρόνια νόσημα, ξαφνική αρρώστια ή ατύχημα.

Αναγκαίο στην τελευταία περίπτωση κρίνεται η οργάνωση του σχολικού φαρμακείου. Η επιτυχής εφαρμογή μέτρων φροντίδας χρόνιων πασχόντων, π.χ. διαβητικού μαθητή, προκειμένου να διενεργεί μόνος του την ινσουλίνη και να τηρεί μέτρα φροντίδας.

(Μάργαρη Νικολέττα et al. 1999)

Επαγγελματικοί ρόλοι και λειτουργίες του σχολικού νοσηλευτή

1. Προάγει και προστατεύει την άριστη κατάσταση υγείας των παιδιών.
2. Αξιολογεί την υγεία του παιδιού.
3. Αναπτύσσει και εφαρμόζει ένα σχεδιασμό υγείας.
4. Διατηρεί, αξιολογεί και ερμηνεύει τα αθροιστικά υγειονομικά στοιχεία για την εξυπηρέτηση των ατομικών αναγκών των μαθητών.
5. Συμμετέχει ως ειδικός της υγειονομικής ομάδας στην ομάδα αξιολόγησης της εκπαίδευσης του παιδιού για τη διαμόρφωση ενός εξατομικευμένου προγράμματος εκπαίδευσης.
6. Σχεδιάζει και υλοποιεί πρωτόκολλα διαχείρισης της σχολικής υγιεινής για το παιδί με ειδικές υγειονομικές ανάγκες, περιλαμβανομένης και της χορήγησης φαρμάκων.
7. Συμμετέχει σε κατ' οίκον επισκέψεις για την αξιολόγηση των αναγκών της οικογένειας, καθώς σχετίζεται άμεσα με την υγεία του παιδιού.
8. Αντιμετωπίζει και παρέχει φροντίδα στα παιδιά σε περίπτωση ξαφνικής αρρώστιας, τραυματισμού και σε συναισθηματικές διαταραχές..
9. Προάγει και βοηθά στον έλεγχο των μεταδοτικών νόσων μέσω προγραμμάτων προληπτικών εμβολιασμών, έγκαιρης ανίχνευσης, επιτήρησης, αναφοράς και παρακολούθησης των μεταδοτικών νόσων.
10. Προτείνει διατάξεις για ένα σχολικό περιβάλλον που προάγει την μάθηση.
11. Παρέχει αγωγή υγείας.
12. Συντονίζει τις υγειονομικές δραστηριότητες του σχολείου και της κοινότητας και χρησιμεύει ως σύνδεσμος ανάμεσα στο σπίτι, το σχολείο και την κοινότητα.
13. Λειτουργεί ως πηγή πληροφοριών για την προαγωγή σταδιοδρομιών στο χώρο της υγείας.
14. Παρέχει υγειονομική συμβουλευτική στο προσωπικό.
15. Ηγείται και υποστηρίζει τα προγράμματα ευεξίας του προσωπικού.
16. Συμμετέχει στην έρευνα και αξιολόγηση των υπηρεσιών σχολικής υγιεινής και λειτουργεί ως παράγοντας αλλαγής για τα προγράμματα σχολικής υγιεινής και την ενάσκηση της σχολικής νοσηλευτικής.
17. Βοηθά στην διαμόρφωση των πολιτικών και στόχων υγείας στον σχολικό τομέα.

(Mary A.Nies, Melanie McEwen, 2001)

5.6 Κακοποίηση και Νοσηλευτική

Η βία αποτελεί μεγάλο πρόβλημα στη δημόσια Υγεία, τόσο που ξεπερνά τις μολυσματικές ασθένειες. Θεωρείται η κύρια αιτία νοσηρότητας και πρόωρου θανάτου ανά το παγκόσμιο. Η βία αποτελεί σοβαρή απειλή στα ανθρώπινα δικαιώματα στο δικαίωμα της ζωής και της αξιοπρέπειας στο σπίτι στο χώρο εργασίας και στην κοινωνία γενικά. Συνήθως η βία θεωρείται υπόθεση για την αστυνομία και την δικαιοσύνη, αποκλείοντας έτσι τους λειτουργούς υγείας. 4ς εκ τούτου πρέπει να αναγνωριστεί ότι η βία είναι υπόθεση που μπορεί να προληφθεί και αφορά σε μεγάλο βαθμό τους Νοσηλευτές και άλλους λειτουργούς υγείας. Η ομάδα φροντίδας υγείας μπορεί να προσφέρει πολλά στην εξουδετέρωση της βίας, σε όλες τις μορφές, από το σπίτι, τους δρόμους, στο χώρο εργασίας.

Η βία είναι απειλή της δημόσιας Υγείας και πρέπει να ξεριζωθεί.

Παράγοντες κινδύνων βίας

Υπάρχει αυξημένη μαρτυρία ότι παράγοντες όπως η αστυφιλία, η φτώχεια, οι διαλυμένες οικογένειες, η στέρηση και το κοινωνικό άγχος συνηγορούν στην πράξη της βίας. Η άδικη αντίληψη ότι οι φτωχοί άνθρωποι διακατέχονται από αισθήματα αδυναμίας, φόβου, ανασφάλειας είναι παράγοντες που συνηγορούν στην βία.

Άλλοι σημαντικοί παράγοντες της βίας

- Αυξημένη χρήση φαρμάκων και αλκοόλ.
- Εύκολη διαθεσιμότητα όπλων και αντικειμένων βίας.
- Ανισότητα των δύο φύλων
- Πολιτιστικές αξίες, ανεργία, φτώχεια, έλλειψη στέγης.
- Η προβολή προγραμμάτων και κινηματογραφικών ταινιών βίαιου περιεχομένου.
- Καταστάσεις συναγωνισμού και αντιζηλίας.

Επιπτώσεις της βίας στην υγεία

Η βία είναι μεγάλο κοινωνικο-οικονομικό φορτίο για το άτομο, την οικογένεια και την κοινότητα. Η καταπίεση της συναισθηματικής και ψυχικής υγείας μειώνει την αυτοπεποίθηση, αυξάνει την ανησυχία και το άγχος, διαταράσσει την οικογενειακή ζωή, επηρεάζει αρνητικά την ανάπτυξη των παιδιών οδηγώντας σε αδύναμους

ενήλικες διαιωνίζοντας έτσι την βία από γενεά σε γενεά. Η βία προκαλεί πόνο και ταλαιπωρία, επιδρά αρνητικά στην παραγωγικότητα του ατόμου, στις σχέσεις του, καθώς και την ποιότητα της ζωής του.

Οι Νοσηλευτές είναι συνήθως ο κύριος πόλος επικοινωνίας με τις άλλες υπηρεσίες στις οποίες παραπέμποντας άτομα που έχουν εμπειρία βίας. Η βία αυξάνει τον κίνδυνο για την υγεία προκαλώντας προβλήματα όπως:

- Τραύματα, κατάγματα και βλάβες εσωτερικών οργάνων καθώς και μετατραυματικό άγχος
- Ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες
- HIV / AIDS και άλλα αφροδισιακά σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα
- Χρόνιους πόνους
- Κατάθλιψη, φόβο, ανησυχία και ανορεξία
- Θανατηφόρα αποτελέσματα όπως αυτοκτονία, ανθρωποκτονία και μητρικό θάνατο.

Τα θύματα της βίας ζουν στην ντροπή και την αμηχανία για το τι συμβαίνει σε αυτούς, μη γνωρίζοντας από που να ζητήσουν βοήθεια. Επίσης φοβούνται να κάνουν οτιδήποτε μήπως και χειροτερεύσουν την κατάσταση.

Υπολογίζοντας το κόστος της βίας είναι αναγκαίο να προβληματιστούν οι αρμόδιοι για την σοβαρότητα του προβλήματος και πόσον σημαντική είναι η πρόληψη του.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις για θύματα βίας.

Η πρόληψη της βίας σε όλες της τις μορφές και σε όλους τους τύπους χρειάζεται δυναμική πρωτοβουλία από πολλούς τομείς και την κοινωνία.

Οι Νοσηλευτές και άλλοι εργατές υγείας καθώς και οι κοινοτικοί Νοσηλευτές είναι σε θέση λόγω πείρας και εκπαίδευσης να αναγνωρίσουν σημάδια βίας κατά τις επισκέψεις τους σε σπίτια, όπου θύματα βίας μπορούν να ζητήσουν βοήθεια.

Οι επισκέπτριες υγείας, καθώς και άλλοι χώροι όπως οι φυλακές, στέγες ευγηρίας μπορεί να είναι σε πρώτη ζήτηση για αναζήτηση βοήθειας για τα θύματα βίας. Πολύ συχνά οι ίδιοι οι εργατές υγείας είναι θύματα βίας. Η βία είναι πολύπλοκο πρόβλημα και χρειάζεται πολυτμηματική προσέγγιση.

Συστάσεις φτιαγμένες ειδικά για την βία στην οικογένεια σε ένα κλινικό χώρο.

- Μη φοβάστε να ερωτήσετε. Πολλά θύματα είναι πρόθυμα να μιλήσουν όταν ερωτηθούν ευθέως
- Δημιουργία ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος
- Να είστε άγρυπνοι. Πολλά τραύματα και καταστάσεις διεγείρουν την υποψία για καταπίεση π.χ.

Χρόνια αόριστα προβλήματα που δεν έχουν εμφανή σωματική αιτία

- Τραύματα που δεν συνηγορούν με την αιτία που δίδεται
- Ο σύντροφος παρουσιάζεται υπερπροστατευτικός και εξουσιαστής της συζύγου
- Σωματική βλάβη κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας, καθυστέρηση πρόνοιας μετά τον τραυματισμό
- Βεβαιωθείτε ότι η γυναίκα και τα παιδιά δεν βρίσκονται σε άμεσο κίνδυνο
- Εξηγήστε ότι είναι νομικό δικαίωμα και δικαίωμα υγείας του κάθε ατόμου η προστασία ενάντια στη βία
- Να είστε έτοιμοι να προσφέρεται βοήθεια όταν ζητηθεί
- δημιουργήστε κάποιο χώρο για να στεγάζονται ομάδες στήριξης
- Ενημέρωση για όλους τους κινδύνους βίας
- διατήρηση επαφής με γυναικείες οργανώσεις κυβερνητικές και μη, οι οποίες προσφέρουν υποστήριξη σε γυναίκες που έτυχαν θύματα βίας
- Όλες οι πληροφορίες πρόληψης και στήριξης των θυμάτων βίας να είναι αναρτημένες σε περίοπτα σημεία.

[\(http://www.cyna.org/\)](http://www.cyna.org/)

5.7 Παιδιά με Ειδικές Ανάγκες

Το 1976, τέθηκε σε ισχύ το δημόσιο δίκαιο 99-142 που θεσμοθέτησε το δικαίωμα πρόσβασης όλων των μαθητών, περιλαμβανομένων και εκείνων που παρουσιάζουν σοβαρή αναπηρία, στη δημόσια εκπαίδευση, σε ένα όσο το δυνατόν λιγότερο περιοριστικό περιβάλλον ανεξάρτητα από τη διανοητική ή σωματική αναπηρία. Ο Νόμος περί Εκπαίδευσης Αναπήρων Παιδιών του 1973 και ο Νόμος περί Εκπαίδευσης Ατόμων με Ανικανότητα που ακολούθησε, το 1990, επαύξησαν τις ευκαιρίες πρόσβασης στη δημόσια εκπαίδευση των παιδιών που στον παρελθόν εξυπηρετούνταν σε χώρους περίθαλψης σοβαρών και χρόνιων παθήσεων (Duncan & Igoe, 1998).

Τα παιδιά που ευεργετούνται από τους νόμους αυτούς, είναι αυτά που έχουν κώφωση και ελαττωμένη ακοή, διανοητική καθυστέρηση, πολλαπλές αναπηρίες, ορθοπεδικές παθήσεις ή άλλα προβλήματα υγείας (π.χ. χρόνια ή οξεία προβλήματα υγείας όπως καρδιακές παθήσεις ή επιληψία), σοβαρές συναισθηματικές διαταραχές, διαταραχές της ομιλίας. Η ταχεία ανάπτυξη της ιατρικής τεχνολογίας έδωσε τη δυνατότητα στους μαθητές να παρακολουθούν το δημόσιο σχολείο όταν στο παρελθόν η κατάσταση της υγείας τους εμπόδιζε να αποχωρήσουν από ένα ίδρυμα ή ελεγχόμενο περιβάλλον. Τα παιδιά αυτά χρειάζονται νοσηλευτικές υπηρεσίες διαφόρων τύπων για να συνεχιστεί η πρόοδος τους στο σχολικό περιβάλλον. Το Δημόσιο Δίκαιο 94-142 απαιτεί από τους νοσηλευτές σχολικής υγιεινής να ελέγχουν ή να εντοπίζουν τα παιδιά που χρήζουν ειδικής εκπαίδευσης και σχετικών υπηρεσιών και να διαμορφώνουν ένα Εξατομικευμένο Πρόγραμμα Εκπαίδευσης (IEP) σχεδιασμένο από διεπιστημονική ομάδα, το οποίο θα περιλαμβάνει εκπαιδευτικούς στόχους και ειδικές υπηρεσίες που πρέπει να παρέχονται. Απαιτεί επίσης την παροχή «διδασκαλίας και υπηρεσιών προοριζόμενων για αναπήρους», που περιγράφει τις υπηρεσίες, περιλαμβανομένης και της απαιτούμενης νοσηλευτικής φροντίδας, ώστε το παιδί να ευεργετηθεί από την εκπαίδευση. Ο νοσηλευτής επιφορτίζεται με την κατάρτιση ενός εξατομικευμένου σχεδίου υγείας (IHP) για όλους τους μαθητές που χρειάζονται συνεχή νοσηλευτική υποστήριξη στο σχολείο. Ο Πίνακας 25-3 παρουσιάζει μια σύνοψη της αύξησης του αριθμού των μαθητών με ανικανότητα. (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Π.Σουρτζή 2005)

5.8 Σύνοψη κεφαλαίου

Ο κοινοτικός νοσηλευτής με την παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών φροντίζει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με προβλήματα υγείας. Σκοπός των υπηρεσιών είναι η πλήρης, ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη φροντίδα του αρρώστου, προσεγγίζοντάς τον ως μοναδική βιοψυχοκοινωνική οντότητα μέσα σε ένα σύστημα που αποτελείται από την ομάδα υγείας, τον ασθενή και την οικογένειά του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Παπαζήσης Η., Τούντας Ι. "Σχεδιασμός και αρχική υλοποίηση προγράμματος νοσηλείας στο σπίτι" 22ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο. Αθήνα 1996
- Κωνσταντινίδης Θ., Τζαγκαράκη Ε. "Η νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι"
- Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ΕΛΕΓΓΕΙΑ 1998, 10(1):23-31.
- Κυριακίδου Θ.Ε "Κοινωνική Νοσηλευτική" Δεύτερη έκδοση. Αθήνα.
Εκδ. Ε.Θ. Κυριακίδου 1997:347-361.
- Α. Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Π.Σούρτζη (2005). Κοινωνική Νοσηλευτική.
Βήτα
Ιατρικές Εκδόσεις . Κεφάλαιο 1, σελίδα 18.
- Α. Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Π.Σούρτζη (2005). Κοινωνική Νοσηλευτική.
Βήτα
Ιατρικές Εκδόσεις .Κεφάλαιο 5, σελίδες80-81.
- Α. Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Π.Σούρτζη (2005). Κοινωνική Νοσηλευτική.
Βήτα
Ιατρικές Εκδόσεις . Κεφάλαιο 7, σελίδες 111-113.
- Α. Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Π.Σούρτζη (2005). Κοινωνική Νοσηλευτική.
Βήτα
Ιατρικές Εκδόσεις . Κεφάλαιο 2, σελίδα 33.
- Α. Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Π.Σούρτζη (2005). Κοινωνική Νοσηλευτική.
Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις . Κεφάλαιο 7, σελίδα 114.
- Βάσω Θασίτη-Αντωνοπούλου(2000). Ο ρόλος του Νοσηλευτή στη νοσηλεία στο σπίτι.
- Πρακτικά Ημερίδας «κατ'οίκον νοσηλεία παρόν και μέλλον» σελίδες 37-38.
Θεσσαλονίκη.
- Μάργαρη Νικολέττα, Μαργαρίδου-Τιμπλαλέξη Βάσω, Παπαθανασίου- Αλεξόγλου
Αγγελική (1999). Σελίδα 20.

Μάργαρη Νικολέττα, Μαργαρίδου-Τιμπλαλέξη Βάσω, Παπαθανασίου- Αλεξόγλου Αγγελική (1999). Σελίδες 96-97.

Παναγιώτα Μελιτζανά, Στεργιανή Χατζίδου (2000). Νοσηλεία στο σπίτι. Πρακτικά Ημερίδας «κατ'οίκον νοσηλεία παρόν και μέλλον» σελίδες 115-116.Θεσσαλονίκη.

Παναγιώτα Μελιτζανά, Στεργιανή Χατζίδου (2000). Νοσηλεία στο σπίτι. Πρακτικά Ημερίδας «κατ'οίκον νοσηλεία παρόν και μέλλον» σελίδες 116-117.Θεσσαλονίκη.

37. Χρυσή Γκαϊτατζή, Σμαρώ Γασγαλίδου(2000). Ο ρόλος τον Νοσηλευτή Ψυχικής Υγείας σε άτομα που διαβιούν στα προστατευμένα διαμερίσματα. Πρακτικά Ημερίδας «κατ'οίκον νοσηλεία παρόν και μέλλον» σελίδες 82-87.Θεσσαλονίκη