

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ  
ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ  
ΥΓΕΙΑΣ**

**ΣΠΑΤΙΩΤΗ ΣΟΦΙΑ – ΣΟΦΙΑΝΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: κ. ΡΟΜΠΟΛΑΣ ΠΕΡΙΚΛΗΣ**

**ΠΑΤΡΑ 2015**

## Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ.....	5
1.1. Ορισμός Πρωτοβάθμιας Φροντίδα Υγείας.....	5
1.2. Προαγωγή υγείας.....	5
1.3. Πρωτοβάθμια Νοσηλευτική.....	7
1.4. Εκπαίδευση των νοσηλευτών στην κοινοτική νοσηλευτική.....	8
1.5. Ιστορική Εξέλιξη Κοινοτικής Νοσηλευτικής.....	9
1.6. Ορισμός - Σκοποί Κοινοτικής Νοσηλευτικής.....	10
1.7. Χαρακτηριστικά της Κοινοτικής Νοσηλευτικής.....	11
1.8. Ο ρόλος του Κοινοτικού Νοσηλευτή.....	13
1.9. Χαρακτηριστικά του Κοινοτικού Νοσηλευτή.....	15
1.10. Νοσηλευτική διεργασία στην Κοινοτική Νοσηλευτική.....	16
1.11. Παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στην κοινότητα.....	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ.....	31
2.1. Ορισμός οικογένειας - μορφές.....	31
2.2. Οικογενειακή νοσηλευτική.....	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΜΑΔΑ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ ...	34
3.1. Ο Ρόλος του Κοινοτικού Νοσηλευτή στις Συνήθειες Υγείας των Εφήβων.....	34
3.2. Η ενημέρωση των γονέων σε τακτά χρονικά διαστήματα.....	37
3.3. Ο Ρόλος του σχολικού – κοινοτικού Νοσηλευτή στις συνήθειες υγείας των εφήβων.....	39
3.3.1. Χορήγηση φαρμάκων.....	40
3.3.2. Οργάνωση του σχολικού φαρμακείου.....	40
3.3.3. Παροχή πρώτων βοηθειών.....	41
3.3.4. Δημιουργία πρωτοκόλλων.....	41
3.3.5. Παρακολούθηση της ανάπτυξης των μαθητών.....	42

3.4. Αξιολόγηση του έργου του νοσηλευτή σχετικά με τους εφήβους και προώθηση της υγείας του πληθυσμού .....	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΣΕ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΧΩΡΟ (ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ) - ΙΔΡΥΜΑΤΑ .....	45
4.1. Η Επαγγελματική Νοσηλευτική .....	46
4.2. Ο Κοινοτικός Νοσηλευτής στις Φυλακές .....	49
4.3. Κοινοτικός Νοσηλευτής και εργατικά ατυχήματα .....	50
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΚΑΙ ΟΜΑΔΕΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	52
5.1 Κοινοτική νοσηλευτική στους ηλικιωμένους .....	52
5.2 Κοινοτική νοσηλευτική και οι άρρωστοι με καρκίνο.....	57
5.3 Κοινοτική νοσηλευτική και ψυχιατρική ομάδα.....	59
5.4 Αποασυλοποίηση – Διαμερίσματα αυτόνομης διαβίωσης.....	59
5.5 Σχολική νοσηλευτική.....	63
5.6 Κακοποίηση και Νοσηλευτική .....	65
5.7 Παιδιά με Ειδικές Ανάγκες.....	68
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΠΟΣΟ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΚΟΙΝΟΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΛΟΓΩ ΤΩΝ ΑΝΙΣΟΤΗΤΩΝ ΠΟΥ ΔΗΜΙΟΥΡΓΟΥΝΤΑΙ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ .....	70
6.1. Ανισότητες στον τομέα της υγείας.....	70
6.2. Σύστημα υγείας.....	70
6.3. Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας και την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.....	71
6.4. Επιπτώσεις στο Ελληνικό σύστημα υγείας .....	75
6.5. Πώς επηρεάζει το κόστος των φαρμάκων την υγεία των πολιτών και ιδιαίτερα των ανέργων και κατά συνέπεια την κοινωνία .....	78
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7:ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	81
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	83

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η φροντίδα των ασθενών μετά το πρώτο τέταρτο του 20ού αιώνα ήταν κυρίως νοσοκομειακή. Η τεράστια όμως αύξηση των δαπανών για την υγεία χωρίς την αντίστοιχη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και τη σημαντική μείωση της θνησιμότητας, οδήγησε τα κράτη σε εφαρμογή εναλλακτικών εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας όπως είναι η κοινοτική νοσηλευτική.

Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή της έχει τις ρίζες του στα παλαιότερα ακόμα χρόνια. 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. Στη συνέχεια όμως ο ρόλος του νοσηλευτή διευρύνθηκε έτσι ώστε και περιλαμβάνει ολόκληρη την κοινότητα.

Καθώς ο ρόλος του νοσηλευτή διευρύνθηκε αυξήθηκε και ο πληθυσμός ο οποίος δεχόταν την αντίστοιχη βοήθεια. Επειδή ο πληθυσμός που δέχεται αυτές τις υπηρεσίες υγείας ποικίλλει σε ηλικία και σε ανάγκες και οι τομείς που συμπεριλαμβάνουν είναι πολλοί στην ομάδα νοσηλείας, αποτελούν επιστήμονες πολλών ειδικοτήτων, καθώς και βοηθητικές υπηρεσίες.

Στην παρακάτω εργασία γίνεται μια προσπάθεια να παρουσιαστούν τα χαρακτηριστικά και τα καθήκοντα του κοινοτικού νοσηλευτή καθώς και το πόσο σπουδαίος είναι ο ρόλος του τόσο μέσα στην οικογένεια, όσο και σε άλλους χώρους όπως το σχολείο, τα ιδρύματα καθώς οι φυλακές, αφού όμως πρώτα γίνει μια παρουσίαση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, καθώς σε αυτήν ανήκει ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή. Η σημασία του ρόλου αυτού γίνεται ακόμα πιο μεγάλη στις μέρες μας όπου λόγω της μεγάλης χρηματοοικονομική κρίσης που αντιμετωπίζει η χώρα μας, οι ανισότητες που έχουν δημιουργηθεί στον τομέα της υγείας είναι πολύ μεγάλες και δεν είναι λίγοι πλέον οι συνάνθρωποί μας που δεν μπορούν να καλύψουν τις βασικές ανάγκες τους στον τομέα αυτό.

**Λέξεις κλειδιά :** Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, κοινοτικός νοσηλευτής, οικογένεια, έφηβοι, εργασιακός χώρος, ιδρύματα

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα συστήματα υγείας στις χώρες της Ευρώπης, και όχι μόνο, δέχονται τα τελευταία χρόνια σημαντικές πιέσεις για αλλαγή. Οι ιθύνοντες προβληματίζονται και αντιμετωπίζουν νέες προκλήσεις για το σχεδιασμό, την οργάνωση και υλοποίηση προγραμμάτων που σχετίζονται με τη γήρανση του πληθυσμού, την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και την αλλαγή του νοσολογικού προτύπου με τις χρόνιες πολυπαραγοντικές και εκφυλιστικές ασθένειες.

Βασικές διαπιστώσεις και επισημάνσεις από τη μελέτη των συστημάτων υγείας είναι:

- Τα νέα πρότυπα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ), τα οποία επιτρέπουν την παρακολούθηση της υγείας και την παροχή φροντίδας στο σπίτι και την κοινότητα
- Η αναντίρρητη οικονομική αποτελεσματικότητα της ΠΦΥ και της φροντίδας υγείας στο σπίτι
- Η βελτίωση της ποιότητας ζωής ως αποτέλεσμα της ΠΦΥ και της φροντίδας υγείας στο σπίτι και στους επαγγελματικούς χώρους
- Ο συνεχώς αυξανόμενος πληθυσμός των ηλικιωμένων που θέλουν και απαιτούν πρόσβαση σε υπηρεσίες φροντίδας στην κοινότητα και το σπίτι
- Η ανάγκη για παροχή φροντίδας και υποστήριξης στους άτυπους φροντιστές (informal caregivers)
- Η τάση της μείωσης του χρόνου νοσηλείας και συγχρόνως της ασφαλούς εξόδου από το νοσοκομείο
- Η γενικότερη επιτάχυνση του χρόνου θεραπείας
- Η πρόοδος στις θεραπείες, τα φάρμακα και την τεχνολογία, που αυξάνουν την πιθανότητα φροντίδας των ατόμων στο σπίτι τους παρά σε νοσοκομεία ή άλλα ιδρύματα
- Η ηθική παρότρυνση για την παροχή φροντίδας στο σπίτι σε ειδικές περιπτώσεις
- Η αναγκαιότητα των συστημάτων υγείας για εξοικονόμηση πόρων.

Η απάντηση των συστημάτων υγείας στις παραπάνω διαπιστώσεις ήταν ο σχεδιασμός και η υλοποίηση αλλαγών, οι οποίες μπορούν να ταξινομηθούν σε 4 κατηγορίες: διαμόρφωση νέων σχέσεων κράτους και αγοράς, ανάπτυξη αποκεντρωμένων μορφών διοίκησης, ενδυνάμωση της εξουσίας και των επιλογών

των ασθενών, αναβάθμιση της δημόσιας υγείας και των εξωνοσοκομειακών μορφών περίθαλψης. Διαφοροποιήσεις υπάρχουν μεταξύ των χωρών ως προς τις μεταρρυθμίσεις, τις συγκεκριμένες απαντήσεις στα προβλήματα και αιτήματα των καιρών, καθώς και το βαθμό και τον τρόπο προσανατολισμού στους τέσσερις άξονες των αλλαγών. Αυτό συμβαίνει διότι κάθε σύστημα υγείας διαμορφώνεται σε συγκεκριμένο ιστορικό, κοινωνικό, οικονομικό και πολιτισμικό πλαίσιο. Ο ρόλος και η σημαντικότητα των υπηρεσιών της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης στις απαιτήσεις των καιρών για μακροχρόνια φροντίδα υγείας, την οικονομική βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας, την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών και την ικανοποίηση των χρηστών έχουν αναγνωριστεί και κατευθύνουν τα συστήματα σε περισσότερο ολοκληρωμένες μορφές της.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

### ***1.1.Ορισμός Πρωτοβάθμιας Φροντίδα Υγείας***

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ) είναι η βασική φροντίδα υγείας, που στηρίζεται σε πρακτικές, επιστημονικές τεκμηριωμένες και κοινωνικά αποδεκτές, μεθόδους και τεχνολογία. Η φροντίδα αυτή είναι στη διάθεση όλων των ατόμων της κοινότητας και των οικογενειών τους και παρέχεται με την πλήρη συμμετοχή τους και σε κόστος που ανταποκρίνεται στις οικονομικές δυνατότητες της κοινότητας και της χώρας σε κάθε στάδιο ανάπτυξης, σύμφωνα με το πνεύμα αυτοδυναμίας και αυτοδιάθεσης. Η ΠΦΥ αποτελεί βασικό συστατικό στοιχείο, όχι μόνο του συστήματος υγείας μιας χώρας, του οποίου είναι κεντρικό σημείο αναφοράς, αλλά και του γενικότερου κοινωνικού οικονομικού ενδιαφέροντος. Η ΠΦΥ παρέχεται όσο το δυνατό πλησιέστερα στους χώρους όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται και αποτελεί το πρώτο στοιχείο σε μια συνεχή διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας. (<http://benl.primedu.uoa.gr>)

### ***1.2. Προαγωγή υγείας***

Η προαγωγή της υγείας έχει αποτελέσει και στη χώρα μας πεδίο προβληματισμού και συζήτησης από τα μέσα της δεκαετίας του 1980, αν και ο όρος που χρησιμοποιείτε για τον ορισμό της ήταν αυτός της αγωγής υγείας (Υπουργείο Υγείας & Νέας Γενιάς 1985, Συμπόσιο Αγωγής Υγείας 1988). Πιο πρόσφατα, άρχισε να χρησιμοποιείται ο περιφραστικός όρος προαγωγή και αγωγή της υγείας(Σώκου 1994), όπου γίνεται και η πρώτη αναφορά στην προαγωγή υγείας όπως αυτή ορίζεται από τον ΠΟΥ στον καταστατικό χάρτη της Ottawa. Ο νόμος 2071/92 αναφέρεται στην αγωγή υγείας και από τον τρόπο που αυτή ορίζεται είναι φανερό πως στη χώρα μας διατηρείται η αντίληψη ότι ο ρόλος της αγωγής υγείας εστιάζει στην πρόληψη της νόσου. Το 1994 συστάθηκε επιτροπή για τη μελέτη της ανάπτυξης της προαγωγής και αγωγής υγείας στη χώρα μας.. Οι προτάσεις της επιτροπής κατατέθηκαν στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και συμπεριλαμβάνουν μετονομασία της Διεύθυνσης Αγωγής Υγείας σε Προαγωγής και Αγωγής Υγείας, καθώς και τη δημιουργία ενός



Εθνικού Κέντρου Προαγωγής και Αγωγής Υγείας (Μαλλιώρα και συν 1995). Το Κέντρο αυτό προτείνεται να είναι αυτόνομο και να έχει ως σκοπό την υποστήριξη, τον συντονισμό και την ανάπτυξη της προαγωγής και αγωγής υγείας. Φαίνεται ότι με το Νόμο 2519/1997 καταβλήθηκε προσπάθεια υλοποίησης μέρους αυτών των προτάσεων, ωστόσο το ενδιαφέρον επαγγελματιών και κοινού έχει αρχίσει να γίνεται εντονότερο εδώ και αρκετό καιρό και προγράμματα προαγωγής υγείας οργανώνονται και λειτουργούν από κρατικούς και ιδιωτικούς μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς.

### **Ορισμοί αγωγής υγείας:**

- Η αγωγή υγείας εστιάζει τους ανθρώπους και σε δράση. Οι γενικοί της στόχοι είναι να πείσει τους ανθρώπους να υιοθετούν και να διατηρούν υγιείς τρόπους διαβίωσης, να χρησιμοποιούν με σύνεση τις υπηρεσίες φροντίδων υγείας που τους παρέχονται και να παίρνουν οι ίδιοι αποφάσεις, είτε ατομικές είτε συλλογικές, ώστε να βελτιώνουν το επίπεδο υγείας τους, αλλά και το περιβάλλον (WHO 1969).
- Αγωγή υγείας είναι η διαδικασία που βοηθάει τα άτομα να παίρνουν αποφάσεις που προασπίζουν και προάγουν τη σωματική, ψυχική και κοινωνική τους ευεξία (American Joint Committee on Health Education Terminology 1973). Αγωγή υγείας είναι δραστηριότητα που παρέχει γνώσεις υγείας, όπως π.χ κάποια σχετικά μόνιμα αλλαγές στις ικανότητες ενός ατόμου. Μπορεί να προκαλέσει αλλαγές στη κατανόηση ή τον τρόπο σκέψης, στις πεποιθήσεις ή στάσεις, στη συμπεριφορά και τον τρόπο ζωής, καθώς και να διευκολύνει την απόκτηση δεξιοτήτων (Tones & Tilford 1994). (Α.Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Π.Σουρτζή 2005)

### **1.3. Πρωτοβάθμια Νοσηλευτική**

Η Ελλάδα συμμετέχει ενεργά στις δραστηριότητες του Π.Ο.Υ. συνεργάζεται με όλα τα κράτη μέλη προκειμένου να χαραχθεί κοινή πολιτική υγείας που θα συμβάλλει στη βελτίωση της υγείας και την επίτευξη του στόχου Υγεία για όλους.

Σε εθνικό επίπεδο οι κυριότερες δραστηριότητες που αναπτύχθηκαν είναι:

- Αλλαγές στο Σύστημα Υγείας της χώρας
- Τροποποιήσεις και προσαρμογές στο εκπαιδευτικό σύστημα
- Ενεργοποίηση ειδικών προγραμμάτων
- Σύσταση ιακλαδικής Επιτροπής για την Π.Φ.Υ
- Σύσταση Νοσηλευτικής Επιτροπής για την Π.Φ.Υ.

Με το νόμο 1397/1983 αλλάζει το Σύστημα Υγείας της χώρας και εισάγεται το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) που προβλέπει την λειτουργία μονάδων Π.Φ.Υ. (Κέντρων Υγείας, ιατρεία κινητές μονάδες). Η Νοσηλευτική αποτελεί μια από τις τρεις βασικές υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας (Νοσηλευτική - Ιατρική – Διοικητική). Με συμπληρωματικούς και τροποποιητικούς νόμους τα έτη 1985, 1992, 1994, 1997 καθορίζονται θέματα της Π.Φ.Υ και της Νοσηλευτικής ( κατ' οίκον Νοσηλεία, Αγωγή Υγείας). Ο κλάδος της Νοσηλευτικής στην Κοινότητα διεθνώς επικράτησε με τον τίτλο: «Κοινοτική Νοσηλευτική». Στη χώρα μας όλα τα βασικά εκπαιδευτικά προγράμματα έχουν προσαρμοσθεί προς την φιλοσοφία (στη εφαρμογή) της Π.Φ.Υ. και ιδιαίτερα στο πανεπιστημιακό επίπεδο. Σήμερα αφενός ένας μεγάλος αριθμός ειδικών προγραμμάτων φαίνεται να βρίσκεται σε ικανοποιητική ανάπτυξη και αφετέρου, πολλά σεμινάρια έχουν οργανωθεί και οργανώνονται με σκοπό την ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας και του κοινού για τη σκοπιμότητα της Π.Φ.Υ. ( Μάργαρη Νικολέττα et.al 1999).

#### **1.4.Εκπαίδευση των νοσηλευτών στην κοινοτική νοσηλευτική**

Οι διαστάσεις και το περιεχόμενο της εκπαίδευσης αφορούν στην αντιμετώπιση των αναγκών και στη φροντίδα υγείων ή ασθενών ατόμων – οικογενειών – ομάδων του πληθυσμού στην κοινότητα, όπως αυτή εφαρμόζεται στις δομές Π.Φ.Υ., στην κατ' οίκον νοσηλεία, στην υγιεινή στο σχολείο, καθώς επίσης και στους χώρους εργασίας ( βιομηχανία, τηλεπικοινωνίες, συγκοινωνίες, υπηρεσίες). Τέλος περιλαμβάνει την Επείγουσα Προνοσοκομειακή Νοσηλευτική και αντιμετώπιση των μαζικών καταστροφών. Σκοπός της εκπαίδευσης στην κοινοτική νοσηλευτική είναι η παροχή των αναγκαίων γνώσεων και εμπειριών, συμπεριλαμβανομένης της αξιοποίησης και σύνθεσης των προηγούμενων γνώσεων, για να συμβάλλει:

- A) Στην ορθή μελέτη των αναγκών της κοινότητας και την εφαρμογή προγραμμάτων.
- B) Στην ανάπτυξη των ρόλων της Κοινοτικής Νοσηλευτικής σε όλες τις διαστάσεις της για την κάλυψη στη πράξη των αναγκών υγείας του πληθυσμού συγκεκριμένης κοινότητας.
- Γ) Στην ορθή μελέτη των αναγκών ατόμου / οικογένειας στο σπίτι.
- Δ) Στην ανάπτυξη όλων των Νοσηλευτικών δραστηριοτήτων για την κάλυψη των αναγκών υγείας του συγκεκριμένου ατόμου / οικογένειας στο σπίτι.
- E) Στην οργάνωση, λειτουργία και επιστημονική διασύνδεση του κέντρου υγείας με τις λοιπές υπηρεσίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας.
- ΣΤ) Στην αξιολόγηση των παρεχομένων υπηρεσιών του κέντρου υγείας και στη διατύπωση υποδείξεων για της επιβαλλόμενες μεταβολές. (Α.Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Π.Σουρτζή 2005)

### **1.5. Ιστορική Εξέλιξη Κοινωνικής Νοσηλευτικής**

Η Κοινωνική 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<sup>ου</sup> 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 Δάγκειου 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)

### ***1.6. 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 (ΑΝΑ) 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 Κοινωνική Νοσηλευτική έχει τους πιο κάτω σκοπούς:

- A) Τη πρόληψη ασθενειών, αναπηριών και προώρου θανάτου
  - B) Τη φροντίδα και αποκατάσταση του αρρώστου.
  - Γ) Την παρακολούθηση του ατόμου, της οικογένειας, της κοινότητας, του περιβάλλοντος.
  - Δ) Την ενίσχυση και τη διδασκαλία όλων των ατόμων, οικογενειών ή ομάδων για υγιεινή διαβίωση.
- ( Μάργαρη Νικολέττα et.al 1999).

### ***1.7. Χαρακτηριστικά της Κοινωνικής Νοσηλευτικής***

Η Κοινωνική Νοσηλευτική διακρίνεται από έξι χαρακτηριστικά γνωρίσματα:

✓ Είναι κλάδος της Νοσηλευτικής

Οι επιστημονικές γνώσεις και δεξιότητες που εφαρμόζει η Νοσηλευτική Επιστήμη εφαρμόζονται και στην άσκηση της Κοινωνικής 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 Κοινωνική Νοσηλευτική δημιουργεί την ιδιαίτερη δική της πρακτική.

✓ Είναι συνδυασμός Νοσηλευτικής και Δημόσιας Υγιεινής

Για να εφαρμοσθεί η Κοινωνική 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

Ε) 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.

▼ 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.

▼ 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.

▼ 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.

▼ 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).

### **1.8. 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 διατροφή 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 Κοινοτική Νοσηλευτική ασκείται συστηματικότερα στα Κέντρα Υγείας, διότι καλύπτει όλο το φάσμα των δραστηριοτήτων της. (Α.Καλοκαιρινού Αναγνωστοπούλου, Π.Σουρτζή 2005)

### ***1.9. Χαρακτηριστικά του Κοινοτικού Νοσηλευτή***

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

- Νοσηλευτικές γνώσεις και δεξιότητες
- Ξεκάθαρη αντίληψη της Π.Φ.Υ. και της Κοινοτικής 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 (Μάργαρη Νικολέττα et.al 1999).

### **1.10. 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 συλλεγούν 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.

A) Παρατήρηση ατόμου σημαίνει προσεκτική εξέταση ή παρακολούθηση κάποιου. Για να γίνεται σωστά η παρατήρηση πρέπει όλες οι αισθήσεις του ατόμου που παρατηρεί (όραση, 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 ωχρό, 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 ερωματολογίου. 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 ευσυνείδητη 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 την 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 οποίο 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).

### **1.11. 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 αντιμετωπίσουν 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 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 τότε 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)

#### **✓ Κοινοτική 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 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 υπερτασικών, 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 54 έργο τους.
- Τέλος συμμετέχουν σε ερευνητικά προγράμματα που αφορούν την Τρίτη ηλικία.

#### **✓ 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 (Παπαδαντωνάκη 1983), 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)

#### **✓ Σχολική νοσηλευτική**

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, αυτουπεράσπιση και μάθηση. (Mary A.Nies, Melanie McEwen, 2001)

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 κοινωνικές 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)

#### **✓ 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 (ΙΕΡ) σχεδιασμένο από διεπιστημονική ομάδα, το οποίο θα περικλείει 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 (ΙΗΡ) για όλους τους μαθητές που χρειάζονται συνεχή νοσηλευτική υποστήριξη στο σχολείο (Α.Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Π.Σουρτζή 2005)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

### 2.1.Ορισμός οικογένειας - μορφές

Η οικογένεια αποτελεί ένα σύνολο ανθρώπων που συνδέονται μεταξύ τους με τον ισχυρό δεσμό του αίματος και από εκεί πηγάζει η αμοιβαιότητα αισθημάτων των μελών της και η ανάγκη προστασίας των πιο ανίσχυρων από τα πιο δυνατά μέλη. Περιλαμβάνει τους συζύγους, με τα παιδιά της και συχνά και τρίτα πρόσωπα που συνδέονται με τους συζύγους με στενούς κοινωνικούς δεσμούς. Κυρία χαρακτηριστικά των μελών της είναι η κατοίκηση στο ίδιο χώρο και η οικονομική συνεργασία.

Βασική αποστολή της οικογενείας είναι να ικανοποιήσει τις φυσικές και ψυχολογικές ανάγκες των μελών της και να εξασφαλίζει την επιβίωση της. Η βιολογική λοιπόν, λειτουργία της συνίσταται στην αναπαραγωγή του είδους. Η οικογένεια είναι η βιολογική - κοινωνική - ψυχολογική ομάδα που αποτελείται από τους δύο γονείς με τα ανήλικα - ανύπαντρα παιδιά τους, άσχετα αν αυτά είναι βιολογικά δικά τους ή είναι υιοθετημένα. Είναι μία κοινωνικοψυχολογική ομάδα με όλα τα χαρακτηριστικά κάθε ομάδας, αποτελεί όμως πρωτογενή ομάδα η οποία δεν μπορεί να αντικατασταθεί από καμιά άλλη. Καμιά άλλη ομάδα δεν δένεται συναισθηματικά τόσο, όσο η ομάδα -οικογένεια. Δεσμοί αίματος, ψυχικοί δεσμοί αλλά και συμφέροντα συμβάλλουν στη σύνδεση αυτή. Τα μέλη της είναι συνήθως λίγα και διέπονται από το ειδικό πνεύμα της οικογένειας το οποίο λειτουργεί ως συνεκτικός δεσμός μεταξύ τους και διαμορφώνει το αίσθημα του 'εμείς'. (<http://benl.primedu.uoa.gr>)

#### **Μορφές οικογένειας:**

- Πυρηνική ( ο πατέρας, η μητέρα, τα παιδιά τους)
- Μονογονεϊκή (ένας σύζυγος, παιδιά)
- Εκτεταμένη ( πυρηνική και συγγενείς (γιαγιά, παππούς, θείοι))
- Συγχωνευμένη ( Ζευγάρι, τα παιδιά τους, τα παιδιά από προηγούμενους γάμους)

([www.msmfull.aueb.gr](http://www.msmfull.aueb.gr))

## 2.2.Οικογενειακή νοσηλευτική

Η δομή της οικογένειας έχει υποστεί μια σειρά αξιολογικών αλλαγών στα πλαίσια της εξέλιξης της ίδιας της κοινωνίας. Αυτές οι αλλαγές έχουν επηρεάσει τις σχέσεις – αλληλεπιδράσεις και τις λειτουργίες της οικογένειας τόσο εσωτερικά όσο και εξωτερικά σε σχέση με τη κοινότητα. Οι μεταβολές αναφέρονται σε κοινωνικοοικονομικές αλλαγές οι οποίες άρχισαν στα τέλη του 17<sup>ου</sup> και συνεχίστηκαν σ' ολόκληρο τον 20<sup>ο</sup> αιώνα. Στη σύγχρονη εποχή από την άλλη, παρατηρούνται νέες δημογραφικές τάσεις, όπως η προτεινόμενη ηλικία για γάμο, πρότυπα γονιμότητας και ποσοστά γεννήσεων και αύξηση του αριθμού των ανύπαντρων, διαζευγμένων ή ξαναπαντρεμένων ατόμων. Λοιποί σημαντικοί δημογραφικοί παράγοντες είναι ο μεγαλύτερος αριθμός παιδιών που βιώνουν το διαζύγιο των γονιών ή ζουν με έναν ανύπαντρο γονέα και η ολοένα επιδεινούμενη γήρανση του πληθυσμού. Αν δεν λαμβανόταν υπόψη όλες αυτές οι παράμετροι, θα ίσχυε ο παραδοσιακός ορισμός της οικογένειας, ο οποίος είναι σύμφωνος με τις νομικές θεσπίσεις για τις σχέσεις : δεσμοί αίματος, γάμος, υιοθεσία, κηδεμονία. Παράδειγμα τέτοιου ορισμού αποτελεί ο εξής : « Ένας νόμιμος, δια βίου και σεξουαλικά αποκλειστικός γάμος μεταξύ ενός άνδρα και μιας γυναίκας, με παιδιά, όπου ο άνδρας είναι τροφοδότης της οικογένειας και απόλυτη αρχή » (Macklin 1998).

Ένας όρος που χρειάζεται περαιτέρω διευκρίνιση είναι ο όρος : «Υγεία της οικογένειας». Σύμφωνα με τη Hanson (1985), πρόκειται για μια «δυναμικά μεταβαλλόμενη κατάσταση ευεξίας, η οποία περιλαμβάνει τους βιολογικούς, σωματικούς, ψυχολογικούς, κοινωνιολογικούς, πολιτισμικούς και πνευματικούς παράγοντες του οικογενειακού συστήματος». Αυτή είναι μια πολυπαραγοντική προσέγγιση και αναφέρεται τόσο στα μέλη όσο και στο σύνολο της οικογένειας ως μονάδας ή ενότητας. Υπάρχει μια αμφίδρομη σχέση, όπου η λειτουργία της οικογένειας ( υγεία, ευεξία, αλλά και αρρώστια) επηρεάζει τη λειτουργία του κάθε μέλους ξεχωριστά, αλλά και αντίστροφα, η υγεία (ή μη) του κάθε μέλους επηρεάζει τη λειτουργία της οικογένειας. Έτσι, όταν πρόκειται να αξιολογήσουμε την υγεία της οικογένειας, θα πρέπει ταυτόχρονα να εκτιμούμε την υγεία των μελών και τη λειτουργικότητα ολόκληρου του οικογενειακού συστήματος.

Η σημασία της υγείας της οικογένειας για την προαγωγή της υγείας ατόμων και κοινωνιών έχει επαρκώς τεκμηριωθεί στη διεθνή βιβλιογραφία (Nightingale et al

1978, Gilliss et al 1989, Bomar 1992, Feetham et al 1993). Μέσα στα πλαίσια των σύγχρονων κατευθύνσεων στη πολιτική υγείας για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ολιστική φροντίδα υγείας και προαγωγή της υγείας ολόκληρης της κοινότητας, με έμφαση στην πρόληψη των νόσων παρά στη θεραπεία ήδη εγκαταστημένων παθολογικών καταστάσεων, καταδεικνύεται η σπουδαιότητα της υγείας των οικογενειών και αναδεικνύεται ο ρόλος του κλάδου Οικογενειακής Νοσηλευτικής ως σύγχρονης και απαραίτητης επιστήμης.

Η Οικογενειακή Νοσηλευτική αποτελεί κλάδο της επιστήμης της Νοσηλευτικής με ισχυρό θεωρητικό υπόβαθρο, βασισμένο στις νοσηλευτικές θεωρίες και τις θεωρίες που έχουν διατυπωθεί για την «οικογένεια», εφαρμοσμένο μέρος με πρακτικά «εργαλεία» που έχουν αναπτυχθεί από τους οικογενειακούς νοσηλευτές για διευκόλυνση της εργασίας τους και πεδίο εφαρμογής ολόκληρη την κοινότητα. Μπορεί δηλαδή να εφαρμοστεί μέσα σε πολλές δομές του συστήματος παροχής φροντίδας υγείας. Δεν αποτελεί, λοιπόν, απλώς «κοινή λογική» ή θεώρηση της οικογένειας ως μέσο για την επίτευξη της υγείας των ατόμων. Η Οικογενειακή Νοσηλευτική είναι μια ειδικότητα, όπου νοσηλευτές και οικογένειες συνεργάζονται, προκειμένου να διασφαλίσουν ότι το κάθε μέλος της οικογένειας προσαρμόζεται με επιτυχία και αποτελεσματικά στην υγεία αλλά και στην αρρώστια και τελικά το οικογενειακό σύστημα επιτυγχάνει ένα νέο επίπεδο αρμονικής λειτουργίας. (Α.Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Π.Σουρτζή 2005)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΜΑΔΑ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ**

### ***3.1.0 Ρόλος του Κοινοτικού Νοσηλευτή στις Συνήθειες Υγείας των Εφήβων***

Ο κοινοτικοί νοσηλευτές προσπαθούν με όλα τα εφόδια που έχουν να προνοήσουν , ώστε ασθένειες των εφήβων που οφείλονται σε κακές συνήθειες υγείας , όπως το κάπνισμα , η χρήση αλκοόλ , ναρκωτικών και άλλων τοξικών ουσιών , να εμφανίζονται σε πολύ μικρό ποσοστό ή αν είναι εφικτό να μην εκδηλώνονται . Για να επιτύχουν κάτι τέτοιο χρησιμοποιούν ποικίλα μέσα με κυριότερο τον εμβολιασμό . Η ανοσοποίηση του εφηβικού πληθυσμού αποτελεί πλέον εφαρμογή ρουτίνας και τα μαζικά προγράμματα εμβολιασμού στην παιδική ηλικία προστατεύουν από τη δυνητική ανάπτυξη σοβαρών λοιμωδών νοσημάτων. Η επιλογή της κατάλληλης για εμβολιασμό ηλικίας εξαρτάται από την ικανότητα του οργανισμού για ανοσολογική απάντηση, δηλαδή ανταπόκρισή του στο εμβόλιο, καθώς και από την πιθανότητα μόλυνσης. Συχνά παρατηρούνται οι διαφορές στα εμβολιαστικά σχήματα που χρησιμοποιούν διάφορες χώρες ανάλογα με το ιδιαίτερο νοσολογικό φάσμα που επικρατεί ακόμη και στην ίδια χώρα με το πέρασμα του χρόνου. Έτσι ο κοινοτικός νοσηλευτής αναλαμβάνει ως πρωτοβουλία:

Τον εμβολιασμό ως πρακτική σε όλες τις σχολικές μονάδες

Την ανάρτηση ειδικών προγραμμάτων εμβολιασμών για ενημέρωση τόσο των εκπαιδευτικών όσο και των γονιών , όπως αυτό που εμφανίζεται παρακάτω:

<b>ΗΛΙΚΙΑ</b>	<b>Γέννηση</b>	<b>1 μν</b>	<b>2 μν</b>	<b>4 μν</b>	<b>6 μν</b>	<b>12 μν</b>	<b>18 μν</b>	<b>24 μν</b>	<b>4-6 ετών</b>	<b>11-18 ετών</b>
<b>ΕΜΒΟΛΙΟ</b>										
<b>Ηπατίτιδα B(Hep B)</b>	Hep B	Hep B (1-2 δόσεις)			Hep B					
			Hep B	Hep B	Hep B			Hep B ( όλες οι δόσεις )		
<b>Διφθερίτιδα, Τετάνου, Κοκκύτη (DTaP)</b>			DTaP	DTaP	DTaP		DTaP		DTaP	
<b>Πολιομυελίτιδας (IPV)</b>			IPV	IPV	IPV					
<b>Αιμόφιλου τύπου B (Hib)</b>			Hib	Hib	Hib		Hib			
<b>Μηνιγγιτιδό κοκκου C (MCC)</b>			MCC	MCC						

Σημαντικός παράγοντας για την εφαρμογή της σωστής πρόληψης είναι η:

- ▼ Φροντίδα για τη δημιουργία ενός αντιμικροβιακού φάσματος στους σχολικούς χώρους , εξασφαλίζοντας καθαρούς κοινόχρηστους χώρους , όπως τουαλέτες και χώρους ένδυσης και απομακρύνοντας πηγές μόλυνσης ή εστίες ασθενειών . Η περίπτωση αυτή αναφέρεται σε περιστατικά μολυσματικών ασθενειών και μεταδοτικών παθήσεων , οπότε ειδοποιείται ο κοινοτικός νοσηλευτής με σκοπό την έγκαιρη απομάκρυνση του πάσχοντος και τη βεβαιότητα για αποκατάσταση της υγείας του . Επίσης , σε αρκετές περιπτώσεις , ο κοινοτικός νοσηλευτής επιθεωρεί με ειδικό κρατικό κλιμάκιο τους σχολικούς χώρους για εφαρμογή κανόνων καθαριότητας και υγιεινής .
- ▼ Η λήψη ιστορικού για περιστατικά κακοηθών νεοπλασιών , σε συνεργασία πάντα με τους γονείς , με σκοπό την κατάταξη των εφήβων μαθητών , σε μικρές ηλικιακά ομάδες υψηλού κινδύνου για την πιθανή εμφάνιση

οποιαδήποτε μορφή καρκίνου . Με αυτό τον τρόπο , συντάσσονται επιδημιολογικοί πίνακες και δίνονται σωστές οδηγίες στους γονείς σχετικά με τη διατροφή των εφήβων και ορισμένες κακές συνήθειες , όπως το κάπνισμα και η χρήση αλκοόλ . Το πρόγραμμα αυτό πρέπει να σημειώσουμε ότι ώρα ξεκινά να εφαρμόζεται με μορφή πιλοτικών προγραμμάτων στη χώρα μας .

- ▼ Η κατάρτιση ειδικών ερωτηματολογίων , τα οποία διανέμονται στους έφηβους μαθητές με σκοπό την έρευνα σχετικά με τις συνήθειες του . Ενδεικτικά ένα τέτοιο ερωτηματολόγιο παραθέτουμε παρακάτω , το οποίο δόθηκε σε μαθητές γυμνασίου και λυκείου της χώρας μας και αφορά τον εθισμό στο κάπνισμα .

<p><b>1. <u>Πόσο γρήγορα, αφού ξυπνήσετε, καπνίζετε το πρώτο σας τσιγάρο</u></b></p> <p>Στα πρώτα 5 λεπτά...3 πόντοι 6-30 λεπτά μετά.....2 πόντοι 31-60 λεπτά μετά.....1 πόντος 60 λεπτά μετά.....0 πόντοι</p> <p><b>2. <u>Σας είναι δύσκολο να μην καπνίσετε σε μέρη όπου το κάπνισμα απαγορεύεται (π.χ. σχολεία, εκκλησία, βιβλιοθήκες, σινεμά):</u></b></p> <p>Ναι.....1 πόντος Όχι.....0 πόντοι</p> <p><b>3. <u>Ποιο τσιγάρο είναι πιο δύσκολο για σας να μην καπνίσετε:</u></b></p> <p>Το πρώτο της ημέρας...1 πόντος Οποιοδήποτε άλλο.....0 πόντοι</p> <p><b>4. <u>Πόσα τσιγάρα την ημέρα καπνίζετε:</u></b></p> <p>10 ή λιγότερα.....0 πόντοι 11-20.....1 πόντος 21-30.....2 πόντοι 31 ή περισσότερα...3 πόντοι</p> <p><b>5. <u>Καπνίζετε πιο πολύ το πρωί απ' ό,τι το απόγευμα:</u></b></p> <p>Ναι.....1 πόντος Όχι.....0 πόντοι</p> <p><b>6. <u>Καπνίζετε ακόμα και όταν μια αρρώστια σας αναγκάζει να μείνετε στο κρεβάτι:</u></b></p>
--

Ναι.....	1 πόντος
Όχι.....	0 πόντοι
<b>7. <u>Σύνολο πόντων</u></b>	
7-10.....	Καπνιστής πολύ εξαρτημένος
4-6.....	Καπνιστής μέτρια εξαρτημένος
0-3.....	Καπνιστής λίγο εξαρτημένος

Αντίστοιχα ερωτηματολόγια δίνονται και στους γονείς με σκοπό την ευαισθητοποίησή τους , τη μείωση της ανεκτικότητας τους στις συνήθειες και τις απαιτήσεις των νέων και την εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων τόσο για τους γονείς όσο και για τους εφήβους.

### ***3.2.Η ενημέρωση των γονέων σε τακτά χρονικά διαστήματα***

Σημαντική αρμοδιότητα – ρόλος των κοινοτικών νοσηλευτών είναι η διαρκής και εμπειριστατωμένη επιμόρφωση και συμβουλευτική των γονέων . Συγκεκριμένα , οι κοινοτικοί νοσηλευτές οργανώνουν ειδικές ημερίδες στις οποίες παρέχουν τις εξής συμβουλές :

**Û** Να διαπραγματεύονται μαζί με τους εφήβους

Οι γονείς πρέπει να βρουν μια μέση λύση που να είναι αποδεκτή και για τους δύο, όπως θα έκαναν και μ' έναν ενήλικα. Αυτό θα φέρει πολύ καλύτερα αποτελέσματα από το σαρκασμό, τις βρισιές, τις φωνές ή το βρόντημα της πόρτας.

**Û** Να σέβονται τις απόψεις τους

Οι γονείς δεν πρέπει να περιμένουν να αρέσει στο παιδί ό,τι αρέσει σε αυτούς ή να συμφωνεί με όλα όσα λένε. Η εφηβεία είναι μια περίοδος αμφισβήτησης απόψεων και ανθρώπων, συμπεριλαμβανομένων και των γονιών. Το έφηβο παιδί είναι πιθανότερο να σέβεται τις απόψεις των γονιών, αν σέβονται κι αυτοί τις δικές του.

**Û** Το έφηβο παιδί πρέπει να γνωρίζει ότι οι γονείς είναι δίπλα του

Το μεγαλύτερο παιδί πρέπει να μάθει πώς να ζει χωρίς τη συνεχή στήριξη των γονιών του. Ωστόσο εξακολουθεί να χρειάζεται τους γονείς του. Όσο ανεξάρτητο κι αν



φαίνεται το παιδί , πρέπει να γνωρίζει ότι θα οι γονείς θα είναι δίπλα του για να του προσφέρουν παρηγοριά και στήριξη.

#### Û Να θυμούνται πώς είναι η εφηβεία

Τα εφηβικά χρόνια είναι συχνά μια δύσκολη περίοδος, τόσο για τους γονείς όσο και για τα παιδιά. Ο έφηβος μπορεί να συμπεριφέρεται τη μια στιγμή ως ένας ενήλικας και την επομένη ως ένα παιδί.

#### Û Να σέβονται την ιδιωτική ζωή του παιδιού τους

Το μεγαλύτερο παιδί, ιδιαίτερα, χρειάζεται την ιδιωτική του ζωή. Χρειάζεται το δικό του χώρο, χρόνο για τον εαυτό του και έχει το δικαίωμα να μη μιλά για μερικές πτυχές της ζωής του, όπως είναι για παράδειγμα οι προσωπικές του σχέσεις. Αν οι γονείς δείξουν σεβασμό για την ιδιωτική του ζωή, είναι πιο πιθανό να τους εμπιστευτεί τα μυστικά του.

#### Û Να μην επιβάλλουν τις δικές τους ιδέες

Δεν είναι κακό να υπάρχουν διαφορετικές απόψεις, ενώ παράλληλα είναι γεγονός ότι οι έφηβοι εξακολουθούν να χρειάζονται από τους γονείς να είναι σαφείς σε ό,τι αφορά τα αποδεκτά όρια στη συμπεριφορά τους. Ωστόσο, με το να επιβάλλουν τις απόψεις τους ή να προσπαθούν να εξαναγκάσουν έναν έφηβο να συμφωνήσει μαζί τους, το μόνο που θα καταφέρουν είναι να επιδεινώσουν την κατάσταση. Η στάση των γονιών και γενικότερα όσων έρχονται σε επαφή με έφηβους θα πρέπει να είναι στάση κατανόησης, υποστήριξης και αποδοχής, έτσι ώστε οι όποιες δυσκολίες να ξεπερνιούνται ανώδυνα, αθόρυβα και σύντομα. Αν δεν υπάρξει κατανόηση, αλλά χρησιμοποιηθούν κατασταλτικά, διορθωτικά ή βίαια μέτρα, τότε είναι πιθανό να υπάρξουν εντάσεις και προβλήματα. Είναι δεδομένο ότι, όταν ο νέος νιώσει ότι τον σέβονται οι μεγάλοι, έχει πολύ περισσότερες πιθανότητες να αποφασίσει να σέβεται κι αυτός τους μεγάλους και να καθιερώσει μαζί τους μια σχέση συνεργασίας.

### **3.3. Ο Ρόλος του σχολικού – κοινοτικού Νοσηλευτή στις συνήθειες υγείας των εφήβων**

Τρεις είναι οι κεντρικοί ρόλοι τους οποίους επωμίζονται οι σχολικοί νοσηλευτές : α) ο θεραπευτικός, β) ο προληπτικός, και γ) ο εξελικτικός/ εκπαιδευτικός. Α. Υιοθετώντας τον θεραπευτικό ρόλο, ο σχολικός νοσηλευτής δουλεύει με άτομα ή ομάδες (συμπεριλαμβανομένων και ζευγαριών ή οικογενειών) με σκοπό να βοηθήσει τους θεράποντες ιατρούς στην ευκολότερη αποκατάσταση της υγείας των εφήβων , λόγω προβλημάτων που σχετίζονται με τη χρήση ναρκωτικών , το κάπνισμα , το αλκοόλ , τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα κ.α.. Τέτοιου είδους θεραπεία είναι και η παρέμβαση σε φάση κρίσης. Σε αυτό το ρόλο ξεκινάμε με την άποψη ότι κάτι είναι ανησυχητικό και χρειάζεται να «διορθωθεί» ή ότι ένα πρόβλημα χρειάζεται να λυθεί. Β. Υιοθετώντας τον προληπτικό ρόλο, ο σχολικός νοσηλευτής προσπαθεί να προβλέψει, να προλάβει, και αν είναι δυνατόν να ματαιώσει δυσκολίες που μπορεί να παρουσιαστούν στο μέλλον. Προληπτικού τύπου παρεμβάσεις είναι ψυχο-εκπαιδευτικά προγράμματα που στοχεύουν να παρεμποδίσουν την τυχόν δημιουργία προβλημάτων. Ο βασικός στόχος είναι να βοηθήσουμε τους ανθρώπους να κάνουν αλλαγές στον εαυτό τους και στο περιβάλλον τους για να ελαχιστοποιήσουν την πιθανότητα δημιουργίας προβλημάτων. Το προληπτικό τους έργο μπορεί να περιλαμβάνει σεμινάρια ή εργαστήρια (workshops) που έχουν όμως διαφορετική μορφή ανάλογα με το περιβάλλον στο οποίο απευθύνονται (π.χ., προγράμματα για την πρόληψη των ναρκωτικών, την πρόληψη των αυτοκτονιών, καθώς επίσης και συμβουλευτική σε προβλήματα σχέσεων). Γ. Υιοθετώντας τον εκπαιδευτικό ή/ και εξελικτικό ρόλο, ο σχολικός νοσηλευτής προσπαθεί να βοηθήσει τους ανθρώπους να κερδίσουν από τις εμπειρίες τους , έτσι ώστε μέσα από κάποιο προγραμματισμό, να βοηθηθούν να ανακαλύψουν και να ενδυναμώσουν τις δυνατότητές τους. Δηλαδή, ο στόχος σε αυτό το ρόλο , είναι η βελτίωση του ατόμου μέσω της απόκτησης ικανοτήτων ή την βελτίωση στάσεων που διευκολύνουν την αντιμετώπιση των καθημερινών προβλημάτων και μεγιστοποιούν την αποτελεσματικότητα ή την ικανοποίηση. Αυτό γίνεται σε διάφορα σεμινάρια που διδάσκονται παρεμβάσεις , με σκοπό την απόκτηση συγκεκριμένων ικανοτήτων, όπως ομάδες που στοχεύουν στην βελτίωση των ανθρωπίνων σχέσεων. Οι σχολικοί νοσηλευτές εργάζονται σε

εκπαιδευτικά ιδρύματα με στόχο τη συμβουλευτική των μαθητών και την αποκατάσταση των προβλημάτων υγείας τους . Ειδικότερα οι αρμοδιότητες του σχολικού νοσηλευτή περιγράφονται αναλυτικά παρακάτω:

### **3.3.1. Χορήγηση φαρμάκων**

Η χορήγηση των φαρμάκων στο σχολικό περιβάλλον γίνεται κατόπιν υποδείξεως του ιατρού και της συνεργασίας του νοσηλευτή . Ο σχολικός νοσηλευτής εξετάζει τη συμπτωματολογία των νεαρών μαθητών , καταγράφει το ιστορικό τους με τη βοήθεια των γονέων και στη συνέχεια ενημερώνει τον αρμόδιο ιατρό , προκειμένου να γίνει η συνταγογράφηση των φαρμάκων. Σε αρκετές περιπτώσεις και επί απουσίας του αρμόδιου ιατρού ή αν ακόμη είναι δύσκολη η μετάβαση σε κέντρο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας , ο σχολικός νοσηλευτής μπορεί να χορηγήσει φάρμακα , όπως παυσίπονα , αντιπυρετικά , φάρμακα για την επάλειψη τραυμάτων ,όπως Betadine . Δεν είναι λίγες φορές που μαθητές προσβάλλονται από κάποια αλλεργική αντίδραση ή κάποια εξανθήματα , οπότε επεμβαίνει άμεσα ο νοσηλευτής με τη χορήγηση ενέσιμης Solu Cortef . Τα τσιμπήματα εντόμων και οι μικροτραυματισμοί είναι αρκετά συχνοί στο σχολικό περιβάλλον , οπότε η χορήγηση του εκάστοτε φαρμάκου είναι αναγκαία από το σχολικό νοσηλευτή .

### **3.3.2. Οργάνωση του σχολικού φαρμακείου**

Οι αποθήκες φαρμάκων των σχολείων , όπως επίσης και η οργάνωση του φαρμακείου είναι μια από τις σημαντικότερες αρμοδιότητες του σχολικού νοσηλευτή . Συγκεκριμένα , ο νοσηλευτής παρακολουθεί κάθε μήνα τα φάρμακα , τον αριθμό αυτών που χρησιμοποιούνται και αυτών που παραμένουν αχρησιμοποίητα . Φροντίζει να υπάρχουν φάρμακα πρώτης ανάγκης για σοβαρούς τραυματισμούς και ελέγχει επιμελώς φάρμακα , τα οποία έχουν λήξει ή αλλοιωθεί και χρήζουν άμεσης αντικατάστασης . Ενημερώνεται διαρκώς από τους καταλόγους των φαρμάκων , αλλά και από τον ΕΟΦ για νέες κυκλοφορίες φαρμάκων ή ακόμη και για φάρμακα τα οποία πρέπει να αντικατασταθούν , σύμφωνα με τις επίσημες δηλώσεις του ΕΟΦ. Σημαντική πρέπει να είναι η φροντίδα του , ώστε να υπάρχουν οι κατάλληλες συνθήκες στο χώρο του φαρμακείου , χωρίς υψηλή θερμοκρασία και με κατάλληλη

υγρασία. Τέλος , ο χώρος του φαρμακείου πρέπει να είναι σωστά ασφαλισμένος και απομακρυσμένος από τους νεαρούς μαθητές , ώστε να αποφεύγεται η πρόσβαση σε αυτό .

### **3.3.3. Παροχή πρώτων βοηθειών**

Όλοι οι σχολικοί νοσηλευτές πρέπει να είναι κατάλληλα καταρτισμένοι πάνω σε θέματα πρώτων βοηθειών για την αποφυγή σοβαρών τραυματισμών στο σχολικό περιβάλλον . Ο κυριότερος ρόλος τους στην παροχή άμεσης φροντίδας είναι η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση. Η περίπτωση αυτή είναι ο συνδυασμός τεχνητών αναπνοών και μαλάξεων της καρδιάς και πρέπει να γίνει σε διάστημα τριών λεπτών. Για να επέμβει άμεσα ο νοσηλευτής πρέπει όμως, να μπορεί να διαπιστώσει την παύση της κυκλοφορίας γρήγορα.

### **3.3.4. Δημιουργία πρωτοκόλλων**

Λέγοντας πρωτόκολλα εννοούμε ένα είδος σχεδίου αντιμετώπισης ασθενειών και ατυχημάτων που μπορούν να συμβούν στο σχολικό περιβάλλον . Με βάση την εμπειρία και την κατάρτισή του ο σχολικός νοσηλευτής ομαδοποιεί τις ασθένειες σε κλασσικές παιδικές – εφηβικές ασθένειες , εύκολα αναγνωρίσιμες ( ιλαρά , ανεμοβλογιά κ.τ.λ.) , σε ασθένειες με γνωστή συμπτωματολογία (βήχας , εμπύρετο , διάρροιες) , όπως απλό κρυολόγημα , λοίμωξη αναπνευστικού , γαστρεντερίτιδα κ.ά. και ακολουθεί συγκεκριμένη φαρμακευτική και συντηρητική αγωγή , σε συνεργασία πάντα με τον αρμόδιο ιατρό . Με αυτό τον τρόπο , είναι ευκολότερη η αντιμετώπιση των ασθενειών και ελαχιστοποιείται το χρονικό διάστημα αναμονής των μαθητών στους χώρους των νοσοκομείων.

### **3.3.5. Παρακολούθηση της ανάπτυξης των μαθητών**

Το θέμα της επιτήρησης της υγείας κατά την εφηβική ηλικία έχει ιδιαίτερο κοινωνικό βάρος - όχι μόνο για τους σημερινούς εφήβους και τις οικογένειές τους- αλλά και για την υγεία των ενηλίκων του μέλλοντος. Η προτεινόμενη συχνότητα προληπτικών επισκέψεων κατά την εφηβική ηλικία είναι μία επίσκεψη ετησίως και αποτελεί ένα από τους βασικότερους ρόλους του σχολικού νοσηλευτή. Οι στόχοι της ετήσιας προληπτικής εξέτασης των εφήβων είναι η έγκαιρη ανίχνευση σωματικών ή ψυχικών διαταραχών, ώστε να υπάρχουν περισσότερες πιθανότητες επιτυχούς παρέμβασης, καθώς και η συμβουλευτική των εφήβων σε θέματα πρόληψης και αποφυγής συμπεριφορών υψηλού κινδύνου. Είναι ευνόητο ότι οι ετήσιες επισκέψεις αφορούν την πρόληψη και ότι σε περίπτωση εμφάνισης οποιουδήποτε προβλήματος ή ύπαρξης χρόνιου νοσήματος, πραγματοποιούνται οι απαραίτητες επισκέψεις διάγνωσης και θεραπείας.

Σημεία της εφηβικής συμπεριφοράς που θα πρέπει να θορυβήσουν τους γονείς και τον παιδίατρο είναι η απότομη πτώση της σχολικής επίδοσης, οι μεταβολές του βάρους (απότομη αύξηση, μεγάλη μείωση) και του ύπνου (αϋπνία ή υπερβολικός ύπνος), η κοινωνική απομόνωση (έλλειψη φίλων και φλερτ), η αδιαφορία για την προσωπική εμφάνιση και καθαριότητα. Η ετήσια φυσική εξέταση του εφήβου περιλαμβάνει μια λεπτομερή, κατά συστήματα, αντικειμενική εξέταση και αποτελεί το βασικότερο μέλημα του σχολικού νοσηλευτή .

### ***3.4. Αξιολόγηση του έργου του νοσηλευτή σχετικά με τους εφήβους και προώθηση της υγείας του πληθυσμού***

Από όλα τα παραπάνω γίνεται εμφανές ότι ο θεσμός του κοινοτικού - σχολικού νοσηλευτή αρχίζει να αποτελεί ένα αναγκαίο κομμάτι της σύγχρονης ελληνικής πραγματικότητας . Με την ουσιώδη συμβολή των νοσηλευτών στις πτυχές της σχολικής ζωής , οι νεαροί έφηβοι υιοθετούν έναν υγιή και ασφαλή τρόπο επικοινωνίας τόσο μεταξύ τους όσο και με τους γονείς τους και αρχίζουν να δέχονται όλα τα αρνητικά πρότυπα της εποχής με σκεπτικισμό , που ξεκινά από πολύ μικρή ηλικία . Το κυριότερο μήνυμα το οποίο προβάλλεται έντονα , μέσω τέτοιων θεσμών

είναι η αντίσταση στον κουνισμό και την πλεονεξία της εποχής μας . Η συνεχόμενη καθοδήγηση των εφήβων , τους βοηθά στην αποφυγή λαθών , που μπορούν αργότερα να τους οδηγήσουν σε τραγικά λάθη. Αναφερόμαστε στις περιπτώσεις των ναρκωτικών , στη χρήση της βίας και στα τροχαία ατυχήματα , που ταλανίζουν τους σημερινούς νέους . Δυστυχώς ένα πολύ μικρό ποσοστό των εφήβων , ανταποκρίνεται στη γονική συμβουλευτική , με αποτέλεσμα στο χώρο του σχολείου να κρίνεται αναγκαία η παρουσία του σχολικού νοσηλευτή , ο οποίος μπορεί να κερδίσει πιο εύκολα την εμπιστοσύνη των εφήβων μαθητών , γιατί αυτός δεν κρίνει τις εφηβικές συμπεριφορές , δεν επιβάλλει και κυρίως δεν βαθμολογεί σχολικές επιδόσεις .

Έτσι , χάρη στους νοσηλευτές επιτελείται σπουδαίο κοινωνικό έργο και προσφορά στο συνάνθρωπο . Σε πολλά ευρωπαϊκά κράτη που πρωτοεμφανίστηκε ο θεσμός του σχολικού νοσηλευτή κρίθηκε απολύτως αναγκαίος , γιατί μέσω αυτού έγινε εφικτή :

- Η μείωση των τροχαίων ατυχημάτων που σχετίζονται με τους εφήβους σε ποσοστό που φτάνει το 7% . Ο αριθμός αυτός φαίνεται μικρός , αλλά είναι ικανός να μας δείξει την αξία του θεσμού και της συμβουλευτικής που προάγει
- Η μείωση της χρήσης των ναρκωτικών σε ποσοστό που φτάνει το 6%
- Η μείωση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών σε χώρες , όπως είναι η Αγγλία όπου η χρήση του προφυλακτικού θεωρείται εκτός συρμού , σε ποσοστό που αγγίζει το 32% , μέγεθος αρκετά μεγάλο και πολύ ενθαρρυντικό
- Η ελεγχόμενη χρήση του διαδικτύου , κυρίως με τη μορφή σεμιναρίων , που οργανώθηκαν από κοινοτικούς ευρωπαϊκούς νοσηλευτές

Τα στοιχεία αυτά αφορούν έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στο διαδίκτυο για γνωστή ευρωπαϊκή στατιστική εταιρεία για χώρες , όπως είναι η Αγγλία , η Γαλλία , το Βέλγιο , η Αυστρία και η Γερμανία .

Στη χώρα μας ο θεσμός του κοινοτικού νοσηλευτή αναμένεται να αποδώσει τα μέγιστα , κυρίως σε ότι αφορά τη βελτίωση των συνθηκών υγείας των εφήβων και τη βελτίωση του επιπέδου διαβίωσης τόσο για αυτούς , όσο και για το γενικότερο πληθυσμό. Με τα εφόδια των νοσηλευτών που αναφέρθηκαν παραπάνω και με αρμοδιότητες όπως η συμβουλευτική , πολλές από τις συχνά μεταδιδόμενες ασθένειες που μεταδίδονται μεταξύ των εφήβων θα περιοριστούν σημαντικά . Η διαρκής ενημέρωση σε σχολεία αναμένεται να βελτιώσει σημαντικά και τις σχέσεις γονέων

και μαθητών , γιατί μέσω των συμβουλών , παρέχονται υγιή πρότυπα και τρόποι προσέγγισης των δύο πλευρών . Επίσης ένα σημαντικό πρόβλημα που ευελπιστούμε να περιοριστεί είναι η βελτίωση του τρόπου ζωής και επιπέδου υγείας ευπαθών ομάδων εφήβων ή γενικότερου πληθυσμού , όπως είναι οι ατίγανοι ή και οι οικονομικοί μετανάστες στη χώρα μας , ξεκινώντας πάντα την ενημέρωση από τα σχολεία , Τέλος , σημαντική πρέπει να είναι και η βοήθεια του κράτους , ώστε ο θεσμός του κοινοτικού – σχολικού νοσηλευτή να μπορέσει να καρποφορήσει και στη χώρα μας . Χρειάζεται οικονομική ενίσχυση , πρόσληψη νοσηλευτών και στελέχωση εκπαιδευτικών ιδρυμάτων με αυτούς , προκειμένου να γίνουμε αποδέκτες θετικών αποτελεσμάτων

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΣΕ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΧΩΡΟ (ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ) - ΙΔΡΥΜΑΤΑ**

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας βασισμένη σε επιστημονικά τεκμηριωμένες εφαρμογές και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογία, είναι προσβάσιμη σε άτομα και οικογένειες στην κοινότητα και προσεγγίζει τα άτομα όσο το δυνατό πλησιέστερα στους χώρους που ζουν και εργάζονται.

Η **Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας** στοχεύει στα βασικά προβλήματα υγείας της κοινότητας παρέχοντας υπηρεσίες που συντελούν στη:

- διατήρηση της υγείας
- την πρόληψη της αρρώστιας,
- τη θεραπεία και την αποκατάσταση της υγείας των ατόμων της κοινότητας.

Περιλαμβάνει τουλάχιστον:

- εκπαίδευση του κοινού σχετικά με τα προβλήματα υγείας και τους τρόπους πρόληψης και περιορισμού τους,
- εξασφάλιση επαρκούς και υγιεινής τροφής και νερού,
- φροντίδα υγείας μητέρας και βρέφους καθώς και οικογενειακό προγραμματισμό,
- εμβολιασμούς,
- πρόληψη και περιορισμό των τοπικών ενδημικών νόσων,
- κατάλληλη θεραπεία στα καθημερινά παρουσιαζόμενα νοσήματα και ατυχήματα,
- εξασφάλιση απαραίτητων φαρμάκων.

Η **Πρωτοβάθμια Νοσηλευτική** και **Κοινωνική Νοσηλευτική**, ασκούμενες στο πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, δεν περιορίζονται μόνο στο νοσοκομειακό χώρο (όπως, εξωτερικά ιατρεία, εξειδικευμένα τμήματα προαγωγής υγείας π.χ. για διακοπή του καπνίσματος κ.λ.π.) αλλά ασκούνται κυρίως στα Κέντρα Υγείας αλλά και στην ευρύτερη κοινότητα όπως χώροι εργασίας, κατ' οίκον νοσηλεία, σχολεία, ιδρύματα, σε διάφορους οργανισμούς, Δήμους, Νομαρχία, ΙΚΑ, υπουργεία, κ.λ.π.



Η **Προληπτική Φροντίδα Υγείας**, κατέχοντας τη σημαντικότερη θέση στο πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας εφαρμόζεται σε τρία επίπεδα: στην Πρωτογενή Φροντίδα Υγείας, στην Δευτερογενή Φροντίδα Υγείας και στην Τριτογενή Φροντίδα Υγείας.

- Στην **Πρωτογενή Φροντίδα Υγείας** οι Νοσηλευτές παρεμβαίνουν σε άτομα ή ομάδες ατόμων που δεν εμφανίζουν συμπτώματα αλλά κινδυνεύουν να αναπτύξουν συνήθειες που μπορεί να ευαισθητοποιήσουν- υπονομεύσουν την υγεία τους (Αγωγή Υγείας).
- Στην **Δευτερογενή Φροντίδα Υγείας** η **Προληπτική Νοσηλευτική** – ο ρόλος των Νοσηλευτών επικεντρώνεται στην επισήμανση των παραγόντων κινδύνου στον τρόπο ζωής ενός ατόμου ή μιας ομάδας ατόμων που ευαισθητοποιούν ήδη την σωματική ή ψυχική τους υγεία.
- Στην **Τριτογενή Φροντίδα Υγείας** η **Προληπτική Νοσηλευτική** επικεντρώνεται στη φροντίδα υγείας ατόμων που έχουν ήδη προσβληθεί από νοσογόνους παράγοντες στοχεύοντας στην καθοδήγηση και εκπαίδευση του ατόμου, ώστε να είναι σε θέση να χρησιμοποιεί προσαρμοστικούς μηχανισμούς και να αποτραπούν επιπλοκές και εγκατάσταση μονίμων βλαβών ή αναπηρίας.

#### **4.1. Η Επαγγελματική Νοσηλευτική**

Ο τομέας της Επαγγελματικής Νοσηλευτικής αναπτύσσεται ταχύτατα στις ανεπτυγμένες χώρες με την έμφαση που δίνεται τα τελευταία χρόνια στην πρόληψη στην διατήρηση και προαγωγή της υγείας. Στη χώρα μας δεν υπάρχει θεσμοθετημένη διαδικασία που να προβλέπει νοσηλευτές στους χώρους εργασίας, όπως εργοστάσια, βιομηχανίες κλπ. Με σχετική νομοθεσία των τελευταίων ετών προκύπτει θεσμική υποχρέωση στον εργασιακό χώρο για πρόσληψη γιατρών. Ωστόσο στο πλαίσιο της ιδιωτικής πρωτοβουλίας μεγάλα εργοστάσια ή επαγγελματικοί χώροι και οργανισμοί (π.χ. ΟΣΕ, ΔΕΗ) δύνανται να προσλάβουν Νοσηλευτές που αξιοποιούνται ιδίως στο πλαίσιο της πρόληψης και προαγωγής της υγείας των εργαζομένων, αλλά και της υποστήριξης και αποκατάστασης της υγείας μετά από βλάβη.

### **Τοπικές δραστηριότητες της θέσης εργασίας**

Η αξιολόγηση της υγείας των εργαζομένων και η διαπίστωση προβλημάτων και αναγκών που σχετίζονται με Γενικά ή με Ειδικά προβλήματα υγείας των εργαζομένων ανήκουν στις κύριες δραστηριότητες των Νοσηλευτών. Γενικά προβλήματα υγείας που παρουσιάζονται σε όλο τον ενήλικο πληθυσμό όπως:

- ✓ προβλήματα του κυκλοφοριακού,
- ✓ καρκίνος,
- ✓ εργατικά ατυχήματα,
- ✓ αλκοολισμός,
- ✓ ψυχικά νοσήματα κ.λ.π.

Ειδικά προβλήματα που σχετίζονται άμεσα και έμμεσα με την ίδια την εργασία, όπως:

- ✓ Προβλήματα που σχετίζονται με φυσικούς παράγοντες στο χώρο όπως, καταλληλότητα χώρου, εξαερισμός, υγρασία, θόρυβος, θερμοκρασία χώρου, φωτισμός κ.λ.π.
- ✓ Προβλήματα που σχετίζονται με χημικούς παράγοντες και την τοξικότητα αυτών σε χώρους όπως βιομηχανίες επεξεργασίας πρώτων υλών, βιομηχανίες τροφίμων, βιομηχανίες πλαστικών, βαφεία, φαρμακοβιομηχανίες κ.λ.π.
- ✓ Προβλήματα που σχετίζονται με βιολογικούς παράγοντες στους οποίους περιλαμβάνονται μικρόβια, ιοί, παράσιτα, τοξικά φυτά, έντομα, ζώα κ.λ.π. που βρίσκονται στο εργασιακό περιβάλλον και μπορεί να προκαλέσουν στους εργαζόμενους διάφορες μολύνσεις, φλεγμονές, παρασιτικές αρρώστιες, σταφυλοκοκκικές λοιμώξεις κ.λ.π. Προβλήματα που σχετίζονται με εργονομικούς ή μηχανικούς παράγοντες όπως π.χ. χειρισμοί βαρέων μηχανημάτων, πολύωρη εργασία, συγκεκριμένη κατά την εργασία στάση του σώματος, κ.λ.π.
- ✓ Προβλήματα που σχετίζονται με ψυχοκοινωνικούς παράγοντες όπως, μη επαγγελματική ικανοποίηση, stress, επαγγελματική εξουθένωση (σύνδρομο burnout), κ.λ.π.

Η συνεχής αξιολόγηση της υγείας των εργαζομένων, η εξασφάλιση ασφαλούς εργασιακού περιβάλλοντος, η συμβολή στην ανάπτυξη υγιούς ψυχοκοινωνικού περιβάλλοντος, αλλά και η θεραπευτική κατά περίπτωση παρέμβαση και αποκατάσταση (με παρακολούθηση για ασφαλή χορήγηση θεραπευτικής αγωγής, παροχή φροντίδας σε μια ξαφνική αρρώστια, παροχή Πρώτων Βοηθειών στον τόπο του ατυχήματος, αλλά και η συμβολή στην αποκατάσταση της υγείας των εργαζομένων κατά την επιστροφή στο χώρο μετά από χειρουργική επέμβαση – ατύχημα- έμφραγμα κ.λ.π.) κατέχουν σημαντική θέση στην Επαγγελματική Νοσηλευτική.

Ο Συμβουλευτικός επίσης ρόλος του Νοσηλευτή στον εργασιακό χώρο αλλά και η Αγωγή Υγείας με προγράμματα τόσο στην πρωτογενή όσο και στη δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη συνεπικουρεί στο να αποτελεί ο εργασιακός χώρος για την Νοσηλευτική ένα μεγάλο τομέα δράσης και προσφοράς. Στο πλαίσιο πρόληψης εκτός της περιοδικής εξέτασης των εργαζομένων και της εξασφάλισης υγιεινού περιβάλλοντος εργασίας, η εργονομική μελέτη του χώρου, η οργάνωση προγραμμάτων επείγουσας παρέμβασης σε περιπτώσεις εκρήξεων – πυρκαγιών – κατάρρευσης κτιρίου και κάθε άλλη ενδεχόμενη καταστροφής, η οργάνωση εκπαιδευτικών προγραμμάτων για πρόληψη εργατικών ατυχημάτων, προφύλαξη από έκθεση σε βλαπτικούς παράγοντες κ.λ.π. αποτελούν επίσης συνήθεις δραστηριότητες που εντάσσονται στην Επαγγελματική Νοσηλευτική.

### ***Συνθήκες εργασίας***

Οι συνθήκες εργασίας εξειδικεύονται ανάλογα με τον εργασιακό χώρο και τις τυπικές υποχρεώσεις που προκύπτουν από το θεσμικό πλαίσιο της διαδικασίας πρόσληψης ή της σύμβασης εργασίας στον κάθε εργασιακό χώρο.

### ***Τυπικές απαιτήσεις και απαιτούμενη επιμόρφωση για τη θέση εργασίας***

Εκτός του πτυχίου της Νοσηλευτικής οι απαιτήσεις για την θέση εργασίας εξειδικεύονται, (εφόσον δεν υπάρχει νομικό πλαίσιο βάσει του οποίου προκύπτουν ούτε θεσμοθετημένη υποχρέωση πρόσληψης), ανάλογα με τις απαιτήσεις που θέτει ο εκάστοτε εργοδότης και που σχετίζονται συνήθως με την φύση του εργασιακού χώρου. Για εργασία σε άλλες χώρες οι απαιτήσεις επίσης προκύπτουν και

διαφοροποιούνται ανάλογα με το θεσμικό και νομικό πλαίσιο της κάθε χώρας. Επίσης λόγω μη θεσμοθετημένων θέσεων εργασίας για τη χώρα μας δεν προκύπτει υποχρέωση απαιτούμενης επιμόρφωσης. Ωστόσο μεταπτυχιακές σπουδές στους τομείς της Επαγγελματικής Νοσηλευτικής, της Αγωγής Υγείας, της Προληπτικής Νοσηλευτικής, της Κοινωνικής Νοσηλευτικής, της Διαχείρισης Κρίσεων και Καταστροφών, θα ήταν ιδιαίτερα ελκυστικές για τους εργοδότες και χρήσιμες για τους εργαζόμενους Νοσηλευτές σε εργασιακούς χώρους.

( [www.adedy.gr](http://www.adedy.gr) )

#### **4.2.0 Κοινωνικός Νοσηλευτής στις Φυλακές**

Πέρα από την αντιμετώπιση έκτακτων περιστατικών και ασθενειών που μπορούν να εμφανιστούν μέσα στις φυλακές και για τα οποία οι νοσηλευτές καλούνται να δράσουν όπως περίπου στην περίπτωση της επαγγελματικής νοσηλευτικής, ο ρόλος του νοσηλευτή μέσα στις φυλακές συνδέεται κυρίως με την ψυχική υγεία, τον τομέα των τοξικοεξαρτήσεων και τα προγράμματα απεξάρτησης από τα τυχερά παιχνίδια, το αλκοόλ και τις παράνομες ουσίες

##### ***Νοσηλευτής στον τομέα των τοξικοεξαρτήσεων***

Οι νοσηλευτές εργάζονται σε όλους τους τομείς των τοξικοεξαρτήσεων και ανάλογα με την ιδιαιτερότητα των υπηρεσιών ασκούν διάφορους ρόλους και αναλαμβάνουν ειδικευμένα καθήκοντα τα οποία φυσικά απαιτούν και ειδικευμένες γνώσεις. Οι υπηρεσίες που προσφέρονται από τους νοσηλευτές σε αυτές τις περιπτώσεις είναι:

- Ø Ο νοσηλευτής αξιολογεί το άτομο στην πρώτη φάση του προγράμματος με τη χρήση διαφόρων εργαλείων αξιολόγησης όπως για παράδειγμα τα έντυπα νοσηλευτικής αξιολόγησης που αφορούν το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο.
- Ø Η αξιολόγηση είναι πολυδιάστατη και αφορά τη βιολογική κατάσταση του ατόμου, τη συναισθηματική και ψυχική κατάσταση, το βαθμό λειτουργικότητας αλλά και την αίτηση για θεραπεία.
- Ø Ο νοσηλευτής καθοδηγεί, κινητοποιεί και ενθαρρύνει το άτομο που ξεκινάει τη θεραπεία.

- Ø Παράλληλα βοηθάει στην ευαισθητοποίηση της κοινωνίας για τη μείωση των αντιδράσεων καθώς και την αποδοχή των ατόμων αυτών όταν εκτίσουν την ποινή τους και τελειώσουν το πρόγραμμα στο οποίο εντάχθηκαν.
- Ø Αναλαμβάνουν την ενημέρωση άλλων συναφών υπηρεσιών με στόχο τη δικτύωση και την καλύτερη συνεργασία.

Μετά την αξιολόγηση του ατόμου και την ένταξή του σε κάποιο πρόγραμμα ο νοσηλευτής αναλαμβάνει το σχεδιασμό του θεραπευτικού πλάνου ενώ στη συνέχεια συντονίζει τη θεραπευτική προσπάθεια οργανώνοντας τις παρεμβάσεις και τη συμμετοχή και άλλων νοσηλευτών, από άλλες ειδικότητες. Παράλληλα έχουν την ευθύνη της καταγραφής της κλινικής πορείας του ατόμου σε ατομικό φάκελο. Τέλος, μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος κινητοποιούν το άτομο στην εξεύρεση εργασίας και χώρου διαμονής και ταυτόχρονα εκπαιδεύουν το ίδιο αλλά και την οικογένειά του προκειμένου να αντιμετωπίσουν επιτυχώς την καινούρια κατάσταση.

( [www.poedin.gr](http://www.poedin.gr) )

### **4.3. Κοινοτικός Νοσηλευτής και εργατικά ατυχήματα**

Η διαμόρφωση εργασιακού περιβάλλοντος χαμηλών προδιαγραφών έχει ως αποτέλεσμα μια σειρά από συνέπειες στην υγιεινή και ασφάλεια των εργαζόμενων καθώς και στην οικονομική και κοινωνική ζωή ενός κράτους. Με σκοπό να αντιμετωπιστεί πρακτικά το πρόβλημα των εργατικών ατυχημάτων και τελικά να μειωθεί ο αριθμός τους μέσω νομοθετικής κατοχύρωσης και εφαρμογής μέτρων υγιεινής και ασφάλειας, απαιτείται λεπτομερής καταγραφή τους που να εμφανίζει τις αιτίες και τους τύπους του ατυχήματος, την συχνότητα εμφάνισης τους κατά κλάδο οικονομικής δραστηριότητας η επαγγελματικής απασχόλησης, την σοβαρότητα του τραυματισμού η την συχνότητα των επαγγελματικών ασθενειών.

Η συστηματική καταγραφή των εργατικών ατυχημάτων αποτελεί το πρώτο σημαντικό βήμα για την μείωσή τους. Η στατιστική εργατικών ατυχημάτων παρέχει ανεκτίμητες πληροφορίες για τις επιθεωρήσεις εργασίας κάθε κράτους, τις βιομηχανικές, βιοτεχνικές και εμπορικές οργανώσεις, τα εργατικά συνδικάτα και για κάθε ανεξάρτητο ίδρυμα ή οργανισμό που ασχολείται με θέματα υγιεινής και

ασφάλειας στην εργασία. Στην πραγματικότητα, η συλλογή στοιχείων για τα εργατικά ατυχήματα δεν μπορεί να οδηγήσει πολύ γρήγορα στα επιθυμητά αποτελέσματα, γι' αυτό και ο ρόλος του νοσηλευτή στα εργατικά ατυχήματα είναι πολύ σημαντικός.

Τα τελευταία χρόνια τα προβλήματα του πληθυσμού των βιομηχανοποιημένων χωρών έχουν αυξηθεί και μαζί με τις διάφορες αλλαγές στην κατάσταση υγείας, έχει δοθεί έμφαση κυρίως στην υγεία, την προαγωγή αυτής και την αυτοφροντίδα. Το επίκεντρο φροντίδας εξάλλου, έχει μετατοπιστεί από τη θεραπεία στην πρόληψη και τη διατήρηση της υγείας. Η υγεία βλέπεται ως αποτέλεσμα ενός τρόπου ζωής που κτίζει υγεία. Έτσι, σήμερα υπάρχει μια ευρεία ποικιλία τεχνικών και προγραμμάτων προαγωγής υγείας, που συμπεριλαμβάνουν πολύπλευρη προφύλαξη, προγράμματα παρακολούθησης υγείας εφόρου ζωής, προγράμματα περιβαλλοντικής ασφάλειας και ψυχικής υγείας, πρόληψης ατυχημάτων και διδασκαλίας. Εξάλλου, ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για δεξιότητες αυτοφροντίδας φαίνεται από τις δημοσιεύσεις, που αφορούν φροντίδα υγείας και ιατρική φροντίδα, και από συνδιασκέψεις και εργαστήρια που σχεδιάζονται για το κοινό. Οργανωμένα προγράμματα διδασκαλίας αυτοφροντίδας τονίζουν την προαγωγή υγείας, την πρόληψη νόσου, την αγωγή της αρρώστιας, την προαγωγή υγείας, την πρόληψη νόσου, την αγωγή της αρρώστιας, την αυτό-φαρμακοθεραπεία και τη χρήση του συστήματος φροντίδας υγείας.

Η νοσηλευτική προσαρμόζεται ώστε να είναι σε θέση να καλύπτει τις μεταβαλλόμενες ανάγκες και προσδοκίες υγείας. Έτσι, ως απόκριση στην ανάγκη για βελτίωση κατανομής των υπηρεσιών φροντίδας υγείας και μείωση του κόστους φροντίδας υγείας έχει διευρυνθεί ο ρόλος του Νοσηλευτή. Σε αυτό το πλαίσιο, καθοριστική είναι η συμβολή του νοσηλευτή εργασίας στο θέμα της πρόληψης και μείωσης των εργατικών ατυχημάτων. Από τη μια τόσο στη συμβολή του ως καθαρά παρεμβατικό όργανο για άμεση δράση σε τυχόν επείγουσα κατάσταση, ως φορέας πρωτογενούς πρόληψης, π.χ. συμβουλές προς τους εργαζόμενους για την υγεία και ασφάλειά τους, τακτικές εξετάσεις των υπάλληλων, όσο και ως εκπαιδευτής στο εργασιακό περιβάλλον.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΚΑΙ 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 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 πέραν το 54 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. Ωστόσο η κοινότητα μπορεί να τους αξιοποιήσει με πολλούς τρόπους με τους



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

### *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 Νοσηλευτές-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 (Νοσηλεύτριες - Επισκέπτες-τριες Υγείας) συμβάλλουν από κοινού στο σχεδιασμό, την εφαρμογή και αξιολόγηση της πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης. Η δράση τους περιλαμβάνει τους προληπτικούς εμβολιασμούς (αντιγριππικός εμβολιασμός, εμβόλιο κατά του πνευμονιόκοκκου κ.α), τον 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.

## 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 (Παπαδαντωνάκη 1983), 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 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 β ψυχοκοινωνική οντότητα μέσα σε ένα σύστημα που αποτελείται από την ομάδα υγείας, ι 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 παρέχόταν 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. Έτσι 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 οικογένειάς 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 αυτοεκτίμησής 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 ψυχοδιαφορικό 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

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, αυτουπεράσπιση και μάθηση. (Mary A.Nies, Melanie McEwen, 2001)

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 κοινωνικές 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 (βάρους, ύψους, 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. (Μάργαρα 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. 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 είναι:

- 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 διαιώνίζοντας 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 πού 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/>)

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



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΠΟΣΟ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΚΟΙΝΟΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΛΟΓΩ ΤΩΝ ΑΝΙΣΟΤΗΤΩΝ ΠΟΥ ΔΗΜΙΟΥΡΓΟΥΝΤΑΙ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ**

### ***6.1. Ανισότητες στον τομέα της υγείας***

Οι ανισότητες στον τομέα της υγείας αναφέροντες στις διαφορές που μπορεί να υπάρχουν μεταξύ κάποιων ανθρώπων ή ομάδων σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους. Η κατάσταση της υγείας ενός ανθρώπου επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από διάφορους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες, όπως για παράδειγμα το που γεννιέται και μεγαλώνει καθώς και ο τρόπος που μαθαίνει να ζει. Υπάρχουν φυσικά και κάποιες ανισότητες οι οποίες είναι αναπόφευκτες καθώς οφείλονται σε βιολογικές διαφορές ή σε προσωπικές επιλογές που κάνει ο καθένας. Ωστόσο είναι απαραίτητο να γίνονται επενδύσεις σχετικά με την αντιμετώπιση των ανισοτήτων που δημιουργούνται λόγω κοινωνικών παραγόντων, όπως η έντονη αδιαφορία που νιώθουν από την πλευρά του κράτους οι άνεργοι όσον αφορά την ιατροφαρμακευτική του περίθαλψη γεγονός που επηρεάζει αρνητικά τόσο την ψυχική όσο και τη σωματική τους υγεία. ( Yvonne Ebner, 2010 )

### ***6.2. Σύστημα υγείας***

Οι ανισότητες οι οποίες αφορούν τον τομέα της υγείας και παρατηρούνται όπως είπαμε και παραπάνω μεταξύ ατόμων ή ομάδων μιας κοινωνίας όπως η ομάδα των ανέργων σε σύγκριση με αυτή των εργαζομένων, πολλές φορές προκαλούνται και από το ίδιο το σύστημα της υγείας που εφαρμόζεται σε μία χώρα, ειδικότερα τα τελευταία χρόνια. Πιο αναλυτικά, η υποδομή, ο εξοπλισμός, οι επαγγελματίες δηλαδή γιατροί και νοσοκόμες, η πρόσβαση που μπορεί να υπάρχει σε κάποιο νοσοκομείο ή πολυιατρείο, επηρεάζουν την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης, αποτελούν βασικούς παράγοντες που καθορίζουν την υγεία των πολιτών και τις ανισότητες που αναπτύσσονται στον τομέα αυτόν μεταξύ τους και μπορούν να επηρεάσουν σε

μεγάλο βαθμό το επίπεδο νοσηρότητας ή ακόμα και θνησιμότητας σε μία χώρα. ( Commission of the European Communities, 2009 ).

Σε πολλές χώρες παρατηρείται το φαινόμενο αποκλεισμού πολλών ανθρώπων χωρίς ασφαλιστική κάλυψη υγείας όπως είναι και οι άνεργοι, από την ιατρική περίθαλψη, όπως για παράδειγμα μετανάστες ή άστεγοι χωρίς να τους παρέχει παράλληλα κάποια επαρκή πρόσβαση σε άλλες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Το κόστος επίσης το οποίο καλούνται να καλύψουν πολλές φορές οι ίδιοι οι ασθενείς είναι τόσο μεγάλο που δεν είναι λίγοι αυτοί που λόγω του χαμηλού εισοδήματός τους, το οποίο στην περίπτωση των ανέργων προέρχεται από το επίδομα ανεργίας το οποίο παρέχεται από το κράτος μόνο σε ορισμένους από αυτούς, δεν είναι σε θέση να διαχειριστούν τα έξοδα αυτά με αποτέλεσμα να δημιουργείται αυτόματα μια κοινωνική διαβάθμιση στον τομέα της υγείας. ( Couffinhal, Agnes et al, 2005 , Yvonne Ebner, 2010 )

### ***6.3.Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας και την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη***

Η σημερινή κρίση, όπως αναφέραμε και στην αρχή της εργασίας είναι η χειρότερη οικονομική ύφεση που έχει παρατηρηθεί μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο πόλεμο και οι συνέπειες που έχει στις ζωές των ανθρώπων μπορούμε να πούμε ότι είναι ακόμα και καταστροφικές. Τα εισοδήματα των κυβερνήσεων μειώνονται όλο και περισσότερο σταδιακά, λόγω κυρίως της μείωσης της παραγωγής, με αποτέλεσμα διάφορα σχέδια λιτότητας που καλύπτουν όλα τα είδη των πολιτικών να έχουν εφαρμοστεί σε όλη της Ευρώπη τα τελευταία δύο χρόνια. Χαρακτηριστικό της ύφεσης αυτής, όπως εξετάζουμε σε όλη την έκταση της εργασίας, είναι η δραματική αύξηση της ανεργίας κυρίως στις μεσογειακές χώρες, γεγονός που οδηγεί σιγά σιγά στην ανέχεια. ( WORLD HEALTH ORGANIZATION, REGIONAL OFFICE FOR EUROPE, 2009 )

Όπως ήταν φυσικό, η κατάσταση αυτή δεν θα μπορούσε να αφήσει ανεπηρέαστο το σύστημα της υγείας. Με την εμφάνιση της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης, οι επιπτώσεις που παρατηρήθηκαν στον τομέα της υγείας δεν αφορούσε μόνο τη χειροτέρευση της ψυχικής και σωματική υγείας των πολιτών , ως αποτέλεσμα του

άγχους λόγω της άσχημης οικονομικής κατάστασης που έχουν περιέλθει παρατηρείται μια συνολική αρνητική επίπτωση στον τομέα της υγείας και πιο συγκεκριμένα στον τομέα της κλινικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Το πρόβλημα αυτό βέβαια δεν συναντάται μόνο στη χώρα μας αλλά και σε όλες τις υπόλοιπες χώρες του κόσμου οι οποίες έχουν χτυπηθεί σε μεγάλο ή μικρότερο βαθμό από την οικονομική κρίση. Και καθώς η οικονομική κρίση προκαλεί όλα αυτά τα προβλήματα στην υγεία των πολιτών, τα συστήματα υγείας των περισσότερων χωρών δεν μπορούν να αντισταθμίσουν στην αύξηση αυτή των νοσημάτων.

Σε διάφορες χώρες οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία μειώνονται καθώς γίνονται γενικότερα περικοπές στο γενικό προϋπολογισμό ή μειώνεται το μερίδιο το οποίο αφορά τη δημόσια υγεία, όπως έγινε για παράδειγμα στις χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης. Επομένως οι επενδύσεις που θα έπρεπε να γίνουν προκειμένου να βελτιωθεί το σύστημα προς την καλύτερη εξυπηρέτηση των πολιτών, αναβάλλονται ή χρησιμοποιούνται σε άλλους τομείς οι οποίοι το έχουν εξίσου ανάγκη. Επιπλέον, παρατηρούνται περικοπές στο προσωπικό της υγειονομικής περίθαλψης με αποτέλεσμα να μειώνεται η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους ασθενείς, ενώ παράλληλα εμφανίζονται και άλλου είδους πιέσεις όπως για παράδειγμα στην Κροατία η οποία σχεδιάζει αύξηση των τελών στη χρήση των φαρμακευτικών προϊόντων. ( WORLD HEALTH ORGANIZATION, REGIONAL OFFICE FOR EUROPE, 2009 )

Πιο αναλυτικά, όλες οι κυβερνήσεις αλλά κυρίως οι καταναλωτές και οι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί υγείας όλων των χωρών βρίσκονται υπό πίεση, καθώς η ανεργία έχει ήδη αυξηθεί αρκετά και θα συνεχίσει να αυξάνεται με πολύ απειλητικούς ρυθμούς, γεγονός που αυξάνει ακόμα περισσότερο το ήδη υπάρχον άγχος των εργαζομένων σχετικά με την οικονομική τους κατάσταση και το μέλλον τους στη δουλειά, γεγονός που σημαίνει ότι η ασφαλιστική κάλυψη ενός αρκετά μεγάλου ποσοστού πολιτών δεν υπάρχει πια. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερική στις οποίες υπάρχουν 47 εκατομμύρια άνεργοι. ( Appleby, 2008 )

Η πίεση που ασκείται από χρηματοδοτική και οικονομική πλευρά στον υγειονομικό τομέα αναδεικνύει δύο σημαντικές συνιστώσες:

- ✓ Την εξαιρετική σημασία της βιωσιμότητας των συστημάτων ασφαλιστικής κάλυψης και κοινωνικής προστασίας σε όλους τους πολίτες και κατά συνέπεια και στους ανέργους
- ✓ Την ανάδειξη της θεμελιώδους σημασίας των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας.

Τα δημόσια ελλείμματα και η ανεργία ασκούν ασφυκτικές πιέσεις στους προϋπολογισμούς της ασφάλισης, αλλά και των ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής φροντίδας, τα οποία ελέγχονται από την κεντρική διοίκηση και δεν μπορούν να πραγματοποιήσουν καμία ενέργεια αν πρώτα δεν έχουν την ενυπόγραφη άδεια του Υπουργείου Υγείας , καθώς και στις επιχειρήσεις υγείας ιδιωτικού χαρακτήρα, δηλαδή στις ιδιωτικές κλινικές και τα νοσοκομεία τα οποία αντιμετωπίζουν μεγάλα προβλήματα ρευστότητας, καθώς ένα μεγάλος αριθμός των πελατών τους έπαψε να υφίσταται λόγω της μείωσης τους εισοδήματος και κατά συνέπεια της αδυναμίας πληρωμής των υπηρεσιών των ιδιωτικών νοσοκομείων, με αποτέλεσμα να μην μπορούν να εξυπηρετήσουν τις δανειακές τους ανάγκες, οι οποίες δεν είναι λίγες οι φορές που αφορούν υπέρογκα ποσά καθώς στα περισσότερα ιδιωτικά νοσοκομεία οι εγκαταστάσεις και ο τεχνολογικός εξοπλισμός είναι υψηλής αξίας, ή ακόμα και τους μισθούς των ανθρώπων που εργάζονται σε αυτά. ( Appleby, 2008 )

Οι αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία λόγω της οικονομικής κρίσης και της απώλειας της εργασίας σε μεγάλη μερίδα πολιτών δημιουργούν, όπως άλλωστε είναι λογικό, μια μεγαλύτερη ζήτηση στις υπηρεσίες υγείας, δηλαδή περίθαλψη , εξετάσεις και φάρμακα. Η ζήτηση αυτή θα επιβαρύνει κυρίως τις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, καθώς έχει δειχθεί ότι σε περιόδους μείωσης του εισοδήματος οι καταναλωτές-ασθενείς στρέφονται σε υπηρεσίες οι οποίες έχουν ασφαλιστική κάλυψη, καθώς αδυνατούν να πληρώσουν ο,τιδήποτε επιπλέον, όπως οι παροχές των ιδιωτικών κλινικών που αναφέραμε παραπάνω. Έτσι το σύστημα υγείας, όπως είναι αναμενόμενο, αντιμετωπίζει αρκετά προβλήματα. Για ποιο λόγο όμως προκύπτουν τα προβλήματα αυτά ;

Τα συστήματα υγείας των αναπτυσσόμενων χωρών αντιμετωπίζουν προβλήματα χρηματοδότησης για δύο βασικούς λόγους.

Ο πρώτος αφορά το γεγονός ότι εξαιτίας της οικονομικής στενότητας και των περιορισμών που θέτουν οι οικονομικά δυνατές χώρες του κόσμου καθώς και το

Διεθνές Νομισματικό ταμείο, οι κρατικές δαπάνες για την υγεία έχουν μειωθεί αισθητά με αποτέλεσμα οι υπεύθυνοι των νοσοκομείων να μην είναι σε θέση να εξυπηρετήσουν τις συνεχώς αυξανόμενες ανάγκες των κλινικών.

Ο δεύτερος σχετίζεται με τη διακοπή της εξωτερικής οικονομικής βοήθειας από τις πλουσιότερες χώρες, οι οποίες εδώ και αρκετά χρόνια κάλυπταν ένα μεγάλο τμήμα της χρηματοδότησης για την υγεία, και οι οποίες επιχειρούν να περικόψουν τις δαπάνες τους τόσο λόγω του κακού κλίματος που έχει δημιουργηθεί τη δεδομένη στιγμή προς την Ελλάδα αλλά και εξαιτίας της άσχημης οικονομικής κατάστασης στην οποία περιέρχονται οι περισσότερες από αυτές. ( Global Health Organization, 2009 )

( Από : Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2009 )

Βέβαια θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη το γεγονός ότι το να συνεχίσουν οι οικονομικά ισχυρότερες χώρες να βοηθούν οικονομικά στον τομέα της υγείας τις οικονομικά ασθενέστερες χώρες, όπως είναι η Ελλάδα και να συνεχίσουν τη ροή των οικονομικών πόρων προς αυτές είναι, τελικά, προς το συμφέρον τους καθώς με αυτόν τον τρόπο κρατούν τον πληθυσμό των χωρών αυτών υγιή και δυνατό και υγιής πληθυσμός σημαίνει ασφάλεια, πολιτική σταθερότητα και οικονομική ανάπτυξη. Παραδείγματα τέτοιων χωρών που χρειάζονται τη βοήθεια των οικονομικά ισχυρότερων χωρών είναι οι αναπτυσσόμενες χώρες οι οποίες αντιμετωπίζουν ακόμα λοιμώδη νοσήματα όπως η ελονοσία και η φυματίωση, ασθένειες των οποίων η πρόληψη και η θεραπεία είναι μείζονος σημασίας και στηρίζεται σχεδόν εξ ολοκλήρου στην εξωτερική βοήθεια και τη συνεργασία. ( Global Health Organization, 2009 )

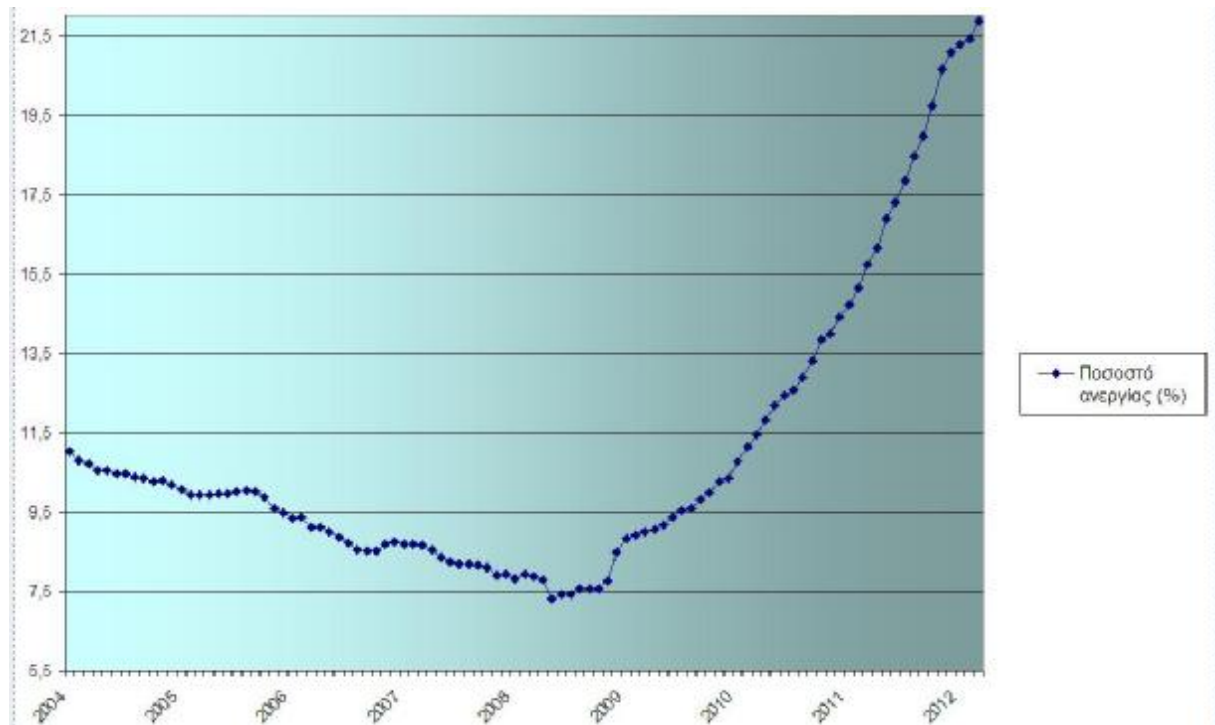
Στις χαμηλής και μέσης ανάπτυξης χώρες, η πίεση στους προϋπολογισμούς υγείας απειλεί βασικές παροχές όπως είναι οι εμβολιασμοί, η μείωση των οποίων μπορεί να αυξήσει τη θνησιμότητα και περισσότερο τη θνησιμότητα των βρεφών των οποίων η ανάγκη για τον εμβολιασμό είναι πολύ μεγάλη καθώς χωρίς αυτά τα βρέφη δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν τα μικρόβια γύρω τους. Σύμφωνα λοιπόν με την Παγκόσμια Τράπεζα, είναι πιθανό στα επόμενα χρόνια οι επιπλέον θάνατοι που θα παρατηρηθούν σε ετήσια βάση να είναι γύρω στις 400.000, λόγω της μείωσης της εμβολιαστικής κάλυψης, γεγονός που γίνεται περισσότερο αισθητό στην ομάδα των ανέργων και δη των μακροχρόνια ανέργων. ( Buvinik, 2009 )

( Από : Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2009 )



#### **6.4.Επιπτώσεις στο Ελληνικό σύστημα υγείας**

Στην Ελλάδα, η ανάπτυξη της οικονομίας συρρικνώθηκε το 2008 υπό το βάρος της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης. Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ ( OECD, 2009 ), περαιτέρω μείωση παρατηρήθηκε και το 2009 εξαιτίας της πτώσης των εξαγωγών, ενώ σταδιακή μείωση παρατηρήθηκε και από το 2010 και μετά. Η ανεργία στην Ελλάδα τον Ιούλιο του 2009 ήταν 9,6% σύμφωνα με στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας Ελλάδας (ΕΣΥΕ), ενώ μέχρι σήμερα έχει φτάσει κοντά στο 20% σε ορισμένες περιπτώσεις. Μέχρι και το 2012, όπως φαίνεται στο παρακάτω διάγραμμα, η αύξηση του ποσοστού της ανεργίας ήταν δραματική καθώς έφτασε και το 21,5 %, ένα νούμερο που αποδεικνύει τη δύσκολη κατάσταση στην οποία έχουν περιέλθει οι Έλληνες πολίτες. ( Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2009 )



Πηγή:<http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/PAGE-consumerworks?inputA=6>

Το υψηλό ποσοστό του ελλείμματος αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα της ελληνικής οικονομίας, καθώς δεν αφήνει πολλές επιλογές στην άσκηση της αποτελεσματικής δημοσιονομικής πολιτικής, η οποία μπορεί να αποτελέσει στήριγμα για την αγορά και θα ενισχύσει την οικονομία οδηγώντας την ελληνική οικονομία στην έξοδο από την κρίση. Τέλος, το ΑΕΠ παρουσιάζει σταδιακά μειώσεις από το 2008 και μετά και θα συνεχίσει να μειώνεται σύμφωνα με εκτιμήσεις της Eurostat. ( Eurostat, 2009 )

Στη χώρα μας εκτιμάται ότι η ζήτηση και η χρήση υπηρεσιών υγείας πρόκειται να αυξηθεί κυρίως προς το δημόσιο και τον ασφαλιστικό τομέα, καθώς η μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος και η αύξηση του αριθμού των ανέργων θα στρέψει την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας σε υπηρεσίες οι οποίες έχουν ασφαλιστική κάλυψη. Η κατάσταση αυτή θα δημιουργήσει ακόμη μεγαλύτερες πιέσεις από τις ήδη υπάρχουσες στην αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας. Η ανταποκρισιμότητα του ελληνικού συστήματος υγείας είναι μικρή, σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελετών. Η δυσαρέσκεια των ασθενών

εστιάζεται κυρίως στις υψηλές ιδιωτικές δαπάνες, στην παραοικονομία, στη μεγάλη αναμονή και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, ειδικά στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Επιπλέον, οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στη χρήση των υπηρεσιών υγείας και στα αποτελέσματά τους, δηλαδή στο επίπεδο υγείας, θα ενταθούν, καθώς οι οικονομικά ασθενέστεροι και πάλι θα τεθούν στο περιθώριο καθώς δεν θα έχουν τη δυνατότητα να πληρώσουν για τους παρασχεθούν οι απαραίτητες υπηρεσίες και τα φάρμακα. ( Εconomou, 2009 )

Σε έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα φαίνεται ότι υπάρχει έντονη σχέση ανάμεσα στη χρήση των υπηρεσιών υγείας και της αυτοαξιολόγησης του επιπέδου της υγείας και στο εισόδημα. Τα ευρήματα αυτά ήρθε να επιβεβαιώσει η ΕΣΥΕ, καθώς σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία, το 2006 το 20,3% του πληθυσμού της χώρας ανήκε σε νοικοκυριά με χαμηλό εισόδημα. Σε σχέση με την υγεία, τα μέλη των νοικοκυριών κίνδυνο φτώχειας δηλώνουν ότι έχουν χειρότερη υγεία. Ειδικότερα, ο πτωχός πληθυσμός έχει κάποιο χρόνιο πρόβλημα κατά 35% περισσότερο από το μη πτωχό πληθυσμό. ( ΕΣΥΕ, 2007 )

Τα ελλείμματα που παρουσιάζονται στα δημόσια νοσοκομεία, τόσο λόγω των μειωμένων χρημάτων όσο και της έλλειψης προσωπικού λόγω της απώλειας εργασίας και στον τομέα της υγείας, καθώς και στους ασφαλιστικούς οργανισμούς υγείας θα αυξηθούν και θα υπάρξουν δυσχέρειες στην εξυπηρέτησή τους, ενώ και ο ιδιωτικός τομέας θα αντιμετωπίσει, επίσης, ανάλογα προβλήματα ρευστότητας. Οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες θα αντιμετωπίσουν δυσχέρειες στη χρηματοδότησή τους, καθώς η ζήτηση για τη σύναψη ιδιωτικών ασφαλιστηρίων συμβολαίων υγείας θα μειωθεί εξαιτίας της μείωσης του διαθέσιμου εισοδήματος.

Τέλος, πολλά προβλήματα αναμένεται να δημιουργηθούν στην αποτελεσματική διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων, ειδικά των ατόμων που βρίσκονται στις ασθενέστερες κοινωνικές ομάδες όπως οι άνεργοι. Ωστόσο, η εκτεταμένη μορφή οριζόντιας αλληλεγγύης και η ύπαρξη των δομών κοινωνικής προστασίας και υγείας αποτελούν θετικό στοιχείο για τη χώρα μας, καθώς μπορούν να απορροφήσουν μεγάλο τμήμα αυτής της κοινωνικής και οικονομικής έντασης και να προφυλάξουν τον πληθυσμό από τις αρνητικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία. ( Κυριακόπουλος, 2003 )

( Από : Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2009 )



### **6.5. Πώς επηρεάζει το κόστος των φαρμάκων την υγεία των πολιτών και ιδιαίτερα των ανέργων και κατά συνέπεια την κοινωνία**

Διάφορες έρευνες, όπως αυτές που θα αναφερθούν παρακάτω, έχουν γίνει τα τελευταία χρόνια, όχι μόνο στην Ελλάδα η οποία έχει επηρεαστεί σε ένα πολύ μεγάλο βαθμό από την οικονομική κρίση αλλά και σε άλλες χώρες του κόσμου οι οποίες είναι σήμερα αντιμέτωπες με την ίδια δύσκολη κατάσταση, προκειμένου να διαπιστωθεί ο βαθμός στον οποίο έχουν επηρεαστεί οι ασθενείς και η λήψη των απαραίτητων φαρμάκων εξαιτίας των νέων δυσχερών οικονομικών συνθηκών. Ένα φαινόμενο το οποίο παρατηρείται πολύ έντονα στις μέρες μας είναι η απόφαση πολλών ανθρώπων – ασθενών, και ειδικότερα αυτών που δεν έχουν δουλειά και κατά συνέπεια κάποιον οικονομικό πόρο, να επιλέγουν λήψη φαρμάκων σε μικρότερη από τη συνιστώμενη δοσολογία αυθαίρετα, χωρίς την αντίστοιχη οδηγία των ιατρών τους, με σκοπό την αποφυγή της άμεσης ανανέωσης της ιατρικής συνταγής, ενώ ένα μεγάλο μέρος των ασθενών δεν εκτελεί καθόλου τις ιατρικές συνταγές λόγω του δυσβάσταχτου κόστους τους. Ακόμα και οι ασθενείς οι οποίοι ακολουθούν ακόμα κατά γράμμα τις οδηγίες των ιατρών τους, πολλές φορές προκειμένου να μπορέσουν να ανταποκριθούν στο συνεχώς αυξανόμενο κόστος της συνταγογράφησης των φαρμάκων τους, αναγκάζονται να κάνουν περικοπές από άλλες εξίσου βασικές τους ανάγκες.

Πιο αναλυτικά, έχει παρατηρηθεί ότι περίπου 9 ασθενείς από τους 10 δυσκολεύονται, βάση της πολύ δύσκολης οικονομικής τους κατάστασης, να αγοράσουν τα φάρμακά τους και ότι πολλές φορές κάνουν περικοπές από άλλες βασικές τους ανάγκες με σκοπό να αγοράσουν τα φάρμακά τους. Υψηλά ποσοστά δυσκολίας αγοράς των φαρμάκων λόγω κόστους αναφέρονται και στη διεθνή βιβλιογραφία. Σύμφωνα με τους Piette et al, πολλοί είναι οι ασθενείς, ηλικίας 65 ετών και άνω οι οποίοι δήλωσαν ότι δεν ήταν οι περιπτώσεις όπου παρά το ότι είχαν στα χέρια τους μια φαρμακευτική συνταγή, καθυστέρησαν να την εκτελέσουν καθώς δεν είχαν την οικονομική δυνατότητα να πάρουν τα φάρμακα από το φαρμακείο. ( John D Piette κ.α., 2011)

Η δυσκολία αυτή που αντιμετωπίζεται κατά την αγορά και κατά συνέπεια λήψη των φαρμάκων, είναι ακόμα πιο αισθητή στην περίπτωση των ασθενών οι οποίοι πάσχουν από κάποιο χρόνιο νόσημα και είναι υποχρεωμένοι να λαμβάνουν καθημερινά κάποιο φάρμακο ή στη χειρότερη περίπτωση κάποιο συνδυασμό φαρμάκων. ( Hwang W. κ.α., 2001 ) Σε αυτές τις περιπτώσεις είναι πολύ πιθανό ακόμα και οικονομικά εύρωστοι πολίτες να οδηγούνται σε οικονομική εξαθλίωση κάποια στιγμή και να οδηγούνται αναγκαστικά με τερματισμό λήψης της φαρμακευτικής τους αγωγής.

Είναι χαρακτηριστικό βέβαια ότι οι ασθενείς οι οποίοι αντιμετωπίζουν οικονομικά προβλήματα λόγω της ανεργίας ή της μείωσης του εισοδήματος, λόγω ίσως της υπερηφάνειας τους, δεν κάνουν γνωστό στον ιατρό ο οποίος τους παρακολουθεί, το πρόβλημα το οποίο αντιμετωπίζουν κατά την αγορά των φαρμάκων, με αποτέλεσμα να μην μπορούν να τους παρέχουν κάποιο είδος βοήθειας ακόμα και στην περίπτωση που θέλουν και μπορούν. Πανεθνική μελέτη από τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (ΗΠΑ) επισημαίνει, πως το ένα τρίτο των ασθενών με χρόνιες παθήσεις που λαμβάνει ανεπαρκώς τη φαρμακευτική του αγωγή λόγω οικονομικού κόστους, δεν το αναφέρει ποτέ στο γιατρό και δε συζητά μαζί του το πρόβλημα του κόστους των φαρμάκων. ( John D. Piette κ.α., 2004 )

Επιπλέον, στις μέρες μας, γίνεται πολύ έντονη συζήτηση σχετικά με τη περίπτωση των γενοσήμων, δηλαδή φάρμακα τα οποία σύμφωνα με τα λεγόμενα των ιατρών έχουν την ίδια αποτελεσματικότητα και δραστηριότητα με τα πρωτότυπα, όμως είναι πιο φτηνά με αποτέλεσμα να είναι πιο εύκολο να αποκτηθούν από μεγαλύτερο μέρος ασθενών. Πόσο πρόθυμοι είναι όμως οι ασθενείς να προβούν στη λήψη αυτών των φαρμάκων; Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών είναι αρνητικοί απέναντι στη χρήση αυτών των φαρμάκων, γεγονός που επιβεβαιώνεται και από τις εταιρείες οι οποίες διακινούν διάφορες κατηγορίες φαρμάκων , οι οποίες δηλώνουν πως στην Ελλάδα τα πρωτότυπα σκευάσματα είναι αυτά που επιλέγονται κατά κύριο λόγο από τους ασθενείς καθώς δεν έχει αναπτυχθεί ακόμα εμπιστοσύνη για την αποτελεσματικότητα των γενοσήμων, τα οποία κατά τη μέχρι τώρα χρήση τους δεν έχουν προκαλέσει κάποιο πρόβλημα στην υγεία των ασθενών. ( Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας )

Τέλος, σύμφωνα με τους Becky A. Et al η αδυναμία, λόγω της κακής οικονομικής κατάστασης, που εμφανίζει ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών να λάβει την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή, την οποία προτείνει ο προσωπικός ιατρός του

καθενός, μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την ψυχολογική τους κατάσταση και να τους προκαλέσει άγχος και σε ακόμα πιο επιβαρυσμένη περίπτωση κατάθλιψη. ( Becky A. κ.α., 2007 )

(Από τη μελέτη η οποία πραγματοποιήθηκε με τίτλο: Η φαρμακευτική συμπεριφορά των Ελλήνων ασθενών εν μέσω οικονομικής κρίσης )

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7:ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Κοινό σημείο στην πορεία ανάπτυξης και μεταρρύθμισης των συστημάτων υγείας των χωρών και ειδικότερα της Ελλάδας είναι η προαγωγή ενός ολοκληρωμένου δικτύου ΠΦΥ και μακροχρόνιας φροντίδας υγείας, το οποίο θα παρέχει μια ευρεία δέσμη υπηρεσιών στην κοινότητα στο χώρο διαμονής των χρηστών. Ενδεικτικά, αναφέρονται μερικά βήματα- προτάσεις στην πορεία της μεταρρύθμισης:

- Η συντονισμένη αξιολόγηση και η ύπαρξη ενός δικτύου αξιολόγησης και προσδιορισμού των αναγκών του χρήστη και σχεδιασμού του πλάνου φροντίδας για την κάλυψη των αναγκών του.
- Ο ενιαίος τρόπος πρόσβασης στις υπηρεσίες του κοινοτικού νοσηλευτή και βελτίωση της διαθεσιμότητας και προσβασιμότητάς τους στις επαρχίες.
- Η ανάπτυξη επίσημων δικτύων συνεργασίας μεταξύ ιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας, νοσοκομείων ή άλλων φορέων παροχής φροντίδας υγείας για τη διευκόλυνση παροχής μακροχρόνιας φροντίδας και τη διαχείριση των περιπτώσεων.
- Στον τομέα της κατ' οίκον φροντίδας, ανάπτυξη συ- \ ντονισμένων συστημάτων πληροφόρησης και υποστήριξη των παραπάνω δικτύων.
- Η διάθεση ενός συστήματος ταξινόμησης των χρηστών, το οποίο να επιτρέπει συγκρίσεις αυτών με τους τομείς παροχής υπηρεσιών και το είδος της φροντίδας.
- Η ανάπτυξη πολιτικών που καλλιεργούν οικονομικά αποδοτικές λύσεις παροχής υπηρεσιών, μέσα από τη συντονισμένη, συνεχή και σταθερή διαχείριση της φροντίδας, οι οποίες όμως παρέχουν σταθερότητα στους πελάτες, τις οικογένειες και τους φορείς παροχής των υπηρεσιών.
- Ο σχεδιασμός διαδικασιών οργάνωσης της κοινοτικής φροντίδας από εκπροσώπους του συστήματος υγείας και τα τοπικά δίκτυα παροχής φροντίδας.
- Η διερεύνηση των επιλογών για την παροχή υποστήριξης και βοήθειας στις οικογένειες και στους άτυπους κατ' οίκον φροντιστές
- Η αναζήτηση τρόπων και μεθόδων για την ευρύτερη υιοθέτηση της τεχνολογίας (telehealth) στο περιβάλλον του σπιτιού και τις υπηρεσίες της κοινότητας γενικότερα.
- Η ενθάρρυνση της υποστηρικτικής συνεργασίας μεταξύ των φροντιστών, των προμηθευτών νοσηλευτικής και οικιακής φροντίδας, με στόχο την επίτευξη καινοτόμων, προσιτών και αποτελεσματικών ρυθμίσεων της ζωής.

Είναι τρόποι με τους οποίους θα ευοδωθούν οι προκλήσεις, κυρίως οικονομικές, που αντιμετωπίζουν σήμερα τα συστήματα υγείας, θα εξασφαλιστεί η συνέχεια, ο συντονισμός, η ολοκληρωμένη παροχή φροντίδας, η επέκταση του θεσμού της κατ' οίκον φροντίδας και η εξασφάλιση επαρκούς ανθρώπινου δυναμικού για τη λειτουργία του. Ευελπιστούμε στην υλοποίηση μιας μεταρρύθμισης και στην Ελλάδα, η οποία θα συμβάλει, εκτός από την αναγνώριση του έργου του νοσηλευτή και τη διεύρυνση του πεδίου δραστηριοποίησής του, στην παροχή ποιοτικής φροντίδας και αυξημένης ικανοποίησης του χρήστη από αυτή.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

Mary A.Nies, Melanie McEwen (2001). Κοινωνική Νοσηλευτική-Παράγοντας της Υγείας των Πληθυσμών. Τρίτη έκδοση. Ιατρικές εκδόσεις: Λαγός Δημήτριος. Κεφάλαιο 28

[www.anro.gr](http://www.anro.gr)

[www.bestrong.org.gr](http://www.bestrong.org.gr)

[www.bestrong.org.gr](http://www.bestrong.org.gr)

[www.beul.primedu.uoa.gr](http://www.beul.primedu.uoa.gr)

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

[www.Imlarisis.gr](http://www.Imlarisis.gr)

[www.msmfull.aueb.gr](http://www.msmfull.aueb.gr)

[www.nosileftiki.blogspot.com](http://www.nosileftiki.blogspot.com)

[www.poedin.gr](http://www.poedin.gr)

[www.adedy.gr](http://www.adedy.gr)

Α. Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Π.Σούρτζη (2005). Κοινωνική Νοσηλευτική. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις

Βάσω Θασίτη-Αντωνοπούλου(2000). Ο ρόλος του Νοσηλευτή στη νοσηλεία στο σπίτι. Πρακτικά Ημερίδας «κατ'οίκον νοσηλεία παρόν και μέλλον» σελίδες 37-38. Θεσσαλονίκη.

Μάργαρα Νικολέττα, Μαργαρίδου-Τιμπλαλέξη Βάσω, Παπαθανασίου- Αλεξόγλου Αγγελική (1999).

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

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

Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεία Παιδιών Με Σωματικές Μειονεξίες Και Ψυχοδιανοητικές Διαταραχές : Σύγχρονες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις 2. Ρόλιν Σουρ, Σίλα Μίλερ Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 1998.

Εφηβεία: από το Α έως το Ω. Πρόλογος: Γ.Χρούσος, Συγγραφή &#8211; Επιμέλεια : Άρτεμις Τσίτσικα, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης

Secrets Εφηβικής Ιατρικής. CynthiaHolland-Hall, MD, MPH & RobertT. Brown, MD: Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Τσίτσικα, Α., Κ. & Χρούσος, Γ., Π. Ιατρικές ΕκδόσειςΠ.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 2005.

Μαθήματα Εφηβικής Ιατρικής & Ασκήσεις. Μαραγκός Γεώργιος, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 2003

Εφηβεία: Ένα μεταβατικό στάδιο σ' ένα μεταβαλλόμενο κόσμο. Επιμέλεια κειμένων: Τσιάντης, Ι., Αναστασόπουλος, Δ., Χαντζάρα, Β., Λιακοπούλου, Μ. & Χριστιανόπουλος, Κ. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 1998.

Γυναικολογία και Μαιευτική της Νεαρής Ηλικίας. Κρεατσάς Γεώργιος: Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 2001.

Η αντιμεταβίβαση στην ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία παιδιών και εφήβων. Επιμέλεια κειμένων : Τσιάντης Ι.Sandler A-M., Αναστασόπουλος Δ., Martindale B. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 1999.

Βασική Παιδοψυχιατρική : Ερευνητικά και Κλινικά Κείμενα: Τόμος Α'. Επιμέλεια κειμένων: Τσιάντης, Ι. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 1994.

[www.oralhealth.net/continuingeducation/pdf/Helping\\_the\\_dental\\_patient\\_quit\\_smoking\\_Polychronopoulou\\_&\\_Athanasouli\\_1999](http://www.oralhealth.net/continuingeducation/pdf/Helping_the_dental_patient_quit_smoking_Polychronopoulou_&_Athanasouli_1999).

[www.in2life.gr/dossier/articles](http://www.in2life.gr/dossier/articles)

[www.entercity.gr/content/view/3471/224](http://www.entercity.gr/content/view/3471/224)

[www.focusmag.gr/articles](http://www.focusmag.gr/articles)

[www.mohaw.gr/gr/theministry/nea/deltia](http://www.mohaw.gr/gr/theministry/nea/deltia)

[www.forumcongress.com/19deve/program](http://www.forumcongress.com/19deve/program)

ÅTON W. , 1974, Residence, social class and schizophrenia, *J Health Soc Behav American Economic Decline*. Cambridge: Cambridge University Press. Gros, D., and Micossi, S., (2009), A bond-issuing EU stability fund could rescue Europe, *Europe's World*, Spring

APPLEBY J., 2008, The credit crisis and health care. *Br Med J*

### ***Political Economy***

Basel Committee on Banking Supervision (2009) *Consultative Proposals to Strengthen the Resilience of the Banking Sector*, 17 December.

De Grauwe P., (2000), *Monetary Policies in the Presence of Asymmetries*, Centre for Economic Policy Research, London.

De Larosiere, Jacques (2009) *Report of the High-Level Group on Financial Supervision in the EU*, 25 February.

European Commission (2009) *An EU Framework for Cross-Border Crisis Management in the Banking Sector*, 20 October.

Gordon, D. (1994) “Chickens Home to Roost: From Prosperity to Stagnation in the Postwar U.S. Economy”, in Berstein, M. and Adler, D. (eds.)

Kondratiev, N. (1998) *The Works of Nikolai D. Kondratieff*. Edited by Makasheva N., Samuels W. and Barnett V. London: Pickering and Chatto.

Kleinnknecht A. *et al.*, (eds.) *New Findings in Long Wave Research*. London: Macmillan.

Poletayev, A. (1992) Long Waves in Profit Rates in Four Countries.

Shaikh, A. (1992) The Falling Rate of Profit and Long Waves in Accumulation: Theory and Evidence, στο A. Kleinnknecht *et al.*, eds. *New Findings in Long Wave Research*. Macmillan, London.

Schwarz, K., (2008), Mind the Gap: Disentangling Credit and Liquidity in Risk Spreads, Columbia University Graduate School of Business, November.

Tsoufidis, L. (2002) Classical, Neoclassical and Marxian Perspectives on the Falling Rate of Profit and the Tendency to Crisis. Παρουσιάστηκε στο Συνέδριο ESHET στο Ρέθυμνο, Μάρτιος 2002.

Becky A. Briesacher, Jerry H. Gurwitz and Stephen B., 2007, Soumerai Patients At-Risk for Cost-Related Medication Nonadherence: A Review of the Literature *Journal of General internal Medicine*, Volume 22, Number 6

Britt C., 1997, “Reconsidering the Unemployment and Crime Relationship: Variation by Age Group and Historical Period”, *Journal of Quantitative Criminology*

BROWN AS, SUSSER ES, JANDORF L, BROMET EJ., 2000, Social class of origin and cardinal symptoms of schizophrenic disorders over the early illness course. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*

BUVINIK M., 2009 The global financial crisis: Assessing vulnerability for women and children, identifying policy responses. World Bank

Clive Cookson, 2008, Bank crises ‘increase heart attacks’, *Financial Times*, προσπελάσιμο από : <http://www.ft.com/cms/s/0/a4779bfc-e3cf-11dc-87990000779fd2ac.html#axzz1ynLjKfym>

COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES, 2009, Background document for press pack – launch of a Commission communication. Solidarity in health: Reducing health inequalities in the EU, Brussels



Corcoran, P. and Arensman, E., 2009, Suicide and employment status during Ireland's Celtic Tiger Economy. *European Journal of Public Health*, <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/early/2010/01/27/eurpub.ckp236>

COUFFINHAL, Agnes (et al), 2005, Policies for reducing inequalities in health, what role can the health system play? A European perspective, in: HEALTH ECONOMICS LETTER, 92.

EATON W, HARRISON G, 2001, Life chances, life planning and schizophrenia: A review and interpretation of research on social deprivation. *Int J Ment Health*

ECONOMOU C, GIORNO C., 2009, Improving the performance of the public health care system in Greece. OECD Economics Department Working Paper, No 722. OECD Publishing, Paris, France

Elisabetta Povoledo & Doreen Carvajal, 2012, Suicide by Economic Crisis' Plagues Struggling Europe, The New York Times, Sunday, April 22,

EUROSTAT. Real GDP growth rate, 2009. Available at: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en&pcode=tsieb020>

Freeman R., 1999, "The Economics of Crime", O. C. Ashenfelter and D. Card, *Handbook of Labor Economics*, Vol. 3C, Elsevier,

Habib, B., Narayan, A., Olivieri, S., and C. Sanchez, 2010 "The impact of the Financial Crisis on Poverty and Income Distribution: Insights from Simulations in Selected Countries" World Bank, Economic Premise, Number 7

Hwang W, Weller W, Ireys H, Anderson G., 2011, Out-of-pocket medical spending for care of chronic conditions. *Health Aff (Millwood)*

JACK A., 2009, Commentary: Look after the pennies. *Br Med J*

John D Piette, Ann Marie Rosland, Maria J Silveira, Rodney Hayward, Colleen A McHorney, 2011, Medication cost problems among chronically ill adults in the US: did the financial crisis make a bad situation even worse? *Patient Preference and Adherence*

John D. Piette, Michele Heisler, Todd H. Wagner., 2004, Cost-Related Medication Underuse. Do Patients With Chronic Illnesses Tell Their Doctors? *Arch Intern Med/ Vol 164*

Kapuscinski C., J. Braithwaite and B. Chapman, 1998, "Unemployment and Crime: Towards Resolving the Paradox", *Journal of Quantitative Criminology*

Organization, Geneva, 2009, The Financial Crisis and Global Health Report of a High-Level Consultation World Health

Paul K., & Moser K, 2009, Unemployment impairs mental health: Meta-analyses.

Stuckler D., Basu S., Suhrcke M., Coutts A., McKee M., 2009, The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) Vol 374 July 25.

Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A. and McKee, M. , 2011, Effects of the 2008 recession on health: A first look at European data. *Lancet*, 378, [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)61079-9/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)61079-9/fulltext)

Vocational Behavior Chang S-S, Gunnell D, Sterne JAC, et al., 2009, Was the economic crisis 1997-1998 responsible for rising suicide rates in east/southeast Asia? A time-trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand. *Soc Sci Med*

WORLD HEALTH ORGANIZATION, REGIONAL OFFICE FOR EUROPE, 2009, Health in times of global economic crisis: Implications for the WHO European region. Regional Committee for Europe, Fifty-ninth session, Copenhagen

Yvonne Ebner, AER Social Policy & Public Health Committee, 2010, The Impact of the Economic Crisis on Health inequalities

Allen, R. (1996). "Socioeconomic Conditions and Property Crime: A Comprehensive Review and Test of the Professional Literature". *American Journal of Economics and Sociology*, Vol. 55, No. 3, pp. 293 – 308.

Arvanites, T. and Defina, R. (2006). "Business cycles and street crime". *Criminology*, Vol. 44, No. 1, pp. 139 – 164.

Becker, G. S. (1968). "Crime and punishment: An economic approach". *The Journal of Political Economy*, Vol. 76, No. 2, pp. 169 – 217.

Beki, C. Zeelenberg, K. and K van Montfort (1999). "An Analysis of the Crime Rate in the Netherlands". *British Journal of Criminology*, Vol. 39, No. 3, pp. 401 – 415.

Blau, J. R. and P. M Blau (1982). "The Cost of Inequality: Metropolitan Structure and Violent Crime". *American Sociological Review*, Vol. 47, pp. 114 – 129.

Bourguignon, F (2001). "Crime as a social cost of poverty and inequality: a review focusing on developing countries" in *Facets of globalization: international and local dimensions of development* (Eds. Yussuf, S., S. Evenett and W. Wu), World Bank, Washington.

Bourguignon, F., Nunez, J. and F. Sanchez (2002). "What part of the income distribution does matter for explaining crime? The case of Colombia" Mimeo, Cede, Universidad de Los Andes.

Britt, C. (1994). "Crime and Unemployment Among Youths in the United States, 1958- 1990". *American Journal of Economics and Sociology*, pp. 99 – 109.

Buonanno, P. (2006). "Crime and Labor Market Opportunities in Italy (1993-2002)". *Review of Labor Economics and Industrial Relations*, Vol. 20, No.4, pp. 601 – 624.

Buonanno, P. and L. Leonida (2006). "Education and crime: Evidence from Italian regions" *Applied Economics Letters*, Vol. 13, pp. 709 – 713.

Carmichael, F. and Ward, R. (2000). "Youth unemployment and crime in the English regions and Wales". *Applied Economics*, Vol. 32, pp. 559 – 571.

Cerro, A. M. and O. Meloni (2000). "Determinants of the crime rate in Argentina during the '90s" *Estudios de Economia*, Vol. 27 No.2, pp. 297 – 311.

Chamlin, M.B. and J.K. Cohran (2000). "Unemployment, Economic Theory, and Property Crime: A Note on Measurement". *Journal of Quantitative Criminology*, Vol. 16, No. 4, pp. 443 – 455.

Chapman, B., Weatherburn, D., Kapuscinski, C. A., Chilvers, M. and S. Roussel (2001). "Unemployment duration, schooling and property crime". Australian National University, Discussion Paper No. 447

Dahlberg, M. and M. Gustavsson (2005). "Inequality and crime: separating the effects of permanent and transitory income". Institute of Labor Market Policy Evaluation, Working Paper No. 19.

De Oliveira, A. (2003). "Violence in the Capital of Brazil: An Analysis Based on the Economic Model of Crime" Department of Economics University of Brasilia, Working Paper 295.

Denny, K. Harmon, C. and R. Lydon (2004). "An Econometric Analysis of Burglary in Ireland". Institute for the Study of Social Change Working Paper

Devine, J., Sheley, J. and M. Smith (1988). "Macroeconomic and Social-Control Policy Influences on Crime Rate Changes, 1948-1985." *American Sociological Review*, Vol. 53, pp. 407 – 420.

Edmark, K. (2005). "Unemployment and crime: Is there a connection?". *Scandinavian Journal of Economics*, Vol. 107, No. 2, pp. 353 – 373.

Ehrlich, I. (1996). "Crime, Punishment, and the Market for Offenses". *Journal of Economic Perspectives*, Vol. 10, No.1, pp. 43 – 67.

- Elliott, C. and D. Ellingworth (1996). "The relationship between unemployment and crime: A cross-sectional analysis employing the British Crime Survey 1992". *International Journal of Manpower*, Vol.17, No. (6/7), pp. 81 – 88.
- Elliott, C. and D. Ellingworth (1998). "Exploring the relationship between unemployment and property crime" *Applied Economics Letters*, Vol. 5, No. 8, pp. 527 - 530.
- Entorf, H. and Spengler, H. (2000). "Socioeconomic and demographic factors of crime in Germany: Evidence from panel data of the German states" *International Review of Law and Economics*, Vol. 20, No.1, pp. 75 – 106.
- Fajnzylber, P. Lederman, D. N. and Loayza (2002). "What causes violent crime?" *European Economic Review*, Vol. 46, pp. 1323 – 1357.
- Field, S. (1990). "Trends in crime and their interpretation: A study of recorded crime in post-war England and Wales". Home Office Research Study No. 119, Her Majesty's Stationery Office, London.
- Field, S. (1999). "Trends in crime revisited". Home Office Research Study Vol. 195.
- Fougere, D., Kramarz, F. and J. Pouget (2006). "Youth unemployment and crime in France". Institute for the Study of Labor (IZA) Discussion Paper No.2009.
- Freeman, R. (1996). "Why Do So Many Young American Men Commit Crimes and What Might We Do About It?". *Journal of Economic Perspectives*, Vol. 10, No.1, pp. 25 – 42.
- Narayan, P.K. and R. Smyth (2004). "Crime rates, male youth unemployment and real income in Australia: evidence from Granger causality tests". *Applied Economics*, Vol. 36, pp. 2079 – 2095.
- Neumayer, E. (2003). "Good Policy Can Lower Violent Crime: Evidence from a Cross- National Panel of Homicide Rates, 1980–97". *Journal of Peace Research*, Vol.40, No. 6, pp. 619 – 640.
- Neumayer, E. (2005). "Inequality and Violent Crime: Evidence from Data on Robbery and Violent Theft". *Journal of Peace Research*, Vol. 42, No. 1, pp. 101 – 112.
- Nilsson, A. (2004). "Income inequality and crime: The case of Sweden". Institute for Labour Market Policy Evaluation, Working paper No.6.
- Papps, K.L. and R. Winkelmann (2000). "Unemployment and Crime: New evidence for an old question". *New Zealand Economic Papers*, Vol. 34, No. 2, pp. 53 – 72.
- Pudney, S., Deadman, D. and D. Pyle (2000). "The Relationship Between Crime,

Punishment and Economic Conditions: Is Reliable Inference Possible When Crimes Are Under-Recorded?". *Journal of the Royal Statistic Society Series A (Statistics in Society)*, Vol. 163, No. 1, pp. 81 – 97.

Reilly, B. and R. Witt (1992). "Crime and unemployment in Scotland: an econometric analysis using regional data". *Scottish Journal of Political Economy*, Vol. 39, No.2, pp. 213 – 228.

Stack, S. (1984). "Income inequality and property crime". *Criminology*, Vol. 22, No. 2, pp. 229 – 258.

Witt, R, Clarke, A, and N. Fielding (1998). "Crime, earnings inequality and unemployment in England and Wales". *Applied Economics Letters*, Vol. 5, pp. 265 - 267.

Αγαπητός Γ. , 2011: Προτάσεις αντιμετώπισης της ύφεσης, προσπελάσιμο από : [http://neaoikonomia.gr/files/articles/Protaseis\\_antimetopisis.pdf](http://neaoikonomia.gr/files/articles/Protaseis_antimetopisis.pdf)

Γιωτάκος Ορέστης, 2011, Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία, προσπελάσιμο από : [http://www.iatronet.gr/article.asp?art\\_id=14840](http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=14840)

Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας Τομέας Οικονομικών της Υγείας Πανελλαδική Έρευνα Κοινής Γνώμης Διερεύνηση του επιπέδου υγείας και αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα

ΕΣΥΕ. Έρευνα εισοδήματος και συνθηκών διαβίωσης των νοικοκυριών 2007. Δελτίο τύπου 16.04.2009

Καμινιώτη Ο., 1995, "*Οι κοινωνικές επιπτώσεις της ανεργίας*", περιοδικό Εργασία έκδοση του ΟΑΕΔ/ΠΙΕΚΑ, τ. 5, Νοέμβριος-Δεκέμβριος

Κυριόπουλος Γ, Γκρέγκορου Σ, Οικονόμου Χ., 2003, Υγεία και υπηρεσίες υγείας στον ελληνικό πληθυσμό. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα

Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2009, Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη

Μαντζουράνης Γ., Α. Μπίτα, Α. Κατσανάκη, Β. Μπαμπαλής, Χ. Σαμπαζιώτη, Σ. Μπαρλίγκα, Α. Γιακουμής, Ι. Λέντζας, Η φαρμακευτική συμπεριφορά των Ελλήνων ασθενών εν μέσω οικονομικής κρίσης , Η μελέτη πραγματοποιήθηκε από το Γραφείο Συντονισμού Εκπαίδευσης Ειδικευομένων Γενικής – Οικογενειακής Ιατρικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών

Πασιαρδής Π. και Σ. Χ' Σπύρου, 2003 "Μέτρηση του Πληθωρισμού και Κόστος Ζωής των Νοικοκυριών" ΔΟΠ Αρ. 05-03, Κέντρο Οικονομικών Ερευνών, Πανεπιστήμιο Κύπρου

- Αδαμίδης, Α., (1988), Ανάλυση χρηματοοικονομικών καταστάσεων, Θεσσαλονίκη, University Studio Press.
- Θεοχαράκης Ν.& Λ. Τερκέζης, (2009), Σημειώσεις στη Θεωρία της Οικονομικής Μεγέθυνσης, Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών, (2009), Η Ελληνική Οικονομία, αρ. τεύχους 56, Ιούλιος 2009
- Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών, (2010), Η Ελληνική Οικονομία, αρ. τεύχους 60, Ιούλιος 2010
- Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών, (2011), Η Ελληνική Οικονομία, αρ. τεύχους 64, Ιούλιος 2011
- Κουσκουβέλης Ηλίας, (2004). Εισαγωγή στις Διεθνείς Σχέσεις Αθήνα: Εκδόσεις Ποιότητα.
- Μανιάτης Θ., Τσαλίκη Π. και Τσουλιφίδης Λ., (1999) *Ζητήματα Πολιτικής Οικονομίας. Η Περίπτωση της Ελλάδας*. Αθήνα: Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα.
- Μαρξ Κ. - Φρ. Ένγκελς: «Μανιφέστο του Κομμουνιστικού Κόμματος», εκδ. Σύγχρονη Εποχή
- Μασρογιαννάκης Σ., Δανεισμός και Χρηματοοικονομική Πίεση στα Νοικοκυριά, Μέλος Κεντρικής Διοίκησης Ο.Ε.Ε
- Nicholson, W. (1998), Μικροοικονομική Θεωρία – βασικές αρχές και προεκτάσεις, Τόμος Α΄, Αθήνα: Κριτική.
- Παρασκευαΐδη Π., 1991, Πληθωρισμός και κρίση αναπαραγωγής του κεφαλαίου: η ελληνική περίπτωση, Τεύχος 34.