

**Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

***«ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ ΕΝ ΟΨΕΙ  
ΤΟΥ 21<sup>ου</sup> ΑΙΩΝΑ»***

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ : ΚΟΝΤΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ  
ΣΑΡΤΖΕΤΑΚΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ  
ΤΣΟΥΡΟΥΠΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ**

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2003

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

Ιστορική αναδρομή της εξέλιξης της Νοσηλευτικής ως επιστήμης FLORENCE NICHINGALE .....	1
1.1. Η πρώτη επίσημη νοσηλεύτρια .....	1
1.2. Βιογραφική σκιαγράφηση της F.N. ....	2
1.3. Τιμητικές διακρίσεις.....	3
1.4. Η πρώτη σχολή Νοσοκόμων της F.N.....	4
1.5. Η συμβολή της F.N. στην επιστημονική Νοσηλευτική.....	5
1.6. Ιστορική Εξέλιξη της Νοσηλευτικής.....	7
1.7. Παράγοντες που διαμόρφωσαν τη σημερινή Νοσηλευτική....	11
1.8. Η ταχύτατη αύξηση γνώσεων και τεχνολογίας.....	11
1.9. Οι δημογραφικές μεταβολές και κοινωνιολογικές αλλαγές....	12
1.10. Η αύξηση των απαιτήσεων του κοινού σε θέματα Υγείας....	13
1.11. Οι αλλαγές στις έννοιες Υγεία – αρρώστια.....	13
1.12. Η έλλειψη νοσηλευτικού δυναμικού.....	14
1.13. Η έρευνα.....	16
1.14. Η ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	17

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΣΗΜΕΡΑ.....	18
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΣΤΗΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ.....	18
2.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	18
2.2. ΣΗΜΕΡΑ .....	19
2.3. ΣΚΟΠΟΣ.....	22
2.4. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΘΕΜΑΤΑ.....	24

<b>2.5. ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ .....</b>	<b>26</b>
<b>ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ</b>	
<b>  ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ.....</b>	<b>27</b>
<b>2.6. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....</b>	<b>27</b>
<b>2.7. ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ</b>	
<b>  ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....</b>	<b>27</b>
<b>2.8. ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΚΑΙ ΠΩΣ ΟΡΓΑΝΩΝΟΝΤΑΙ ΤΑ ΤΕΙ.....</b>	<b>29</b>
<b>2.9. ΠΩΣ ΣΥΓΚΡΟΤΟΥΝΤΑΙ ΤΑ ΤΕΙ .....</b>	<b>29</b>
<b>2.10. ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ ΤΟΥ</b>	
<b>  ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ.....</b>	<b>30</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ</b>	
<b>ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ .....</b>	<b>36</b>
<b>3.1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....</b>	<b>36</b>
<b>3.2.ΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ.....</b>	<b>38</b>
<b>3.3. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ.....</b>	<b>40</b>
<b>3.4. ΤΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ.....</b>	<b>42</b>
<b>3.5. ΕΥΘΥΝΕΣ ΚΑΙ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ</b>	
<b>  ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ.....</b>	<b>43</b>
<b>3.6. ΗΘΙΚΗ / ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ – ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ</b>	
<b>  ΑΝΘΡΩΠΙΣΜΟΣ.....</b>	<b>44</b>
<b>3.7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....</b>	<b>48</b>
<b>3.8. Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΑΤΕΝΙΖΟΝΤΑΣ ΤΟ 2000 .....</b>	<b>50</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ</b>	
<b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ.....</b>	<b>58</b>
<b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ D. OREM:</b>	
<b>  THE SELF – CARE DEFICIT THEORY</b>	
<b>  ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΟΣ</b>	

<b>ΑΥΤΟΦΡΟΝΤΙΔΑΣ (1971).....</b>	<b>59</b>
<b>ΔΥΝΑΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ.....</b>	<b>63</b>
<b>ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ.....</b>	<b>63</b>
<b>Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ Β. NEUMAN:</b>	
<b>ΘΕΩΡΙΑ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ.....</b>	<b>65</b>
<b>ΟΡΙΣΜΟΙ.....</b>	<b>66</b>
<b>ΔΥΝΑΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ.....</b>	<b>69</b>
<b>ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ.....</b>	<b>70</b>
<b>Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ Μ. ROGERS:</b>	
<b>Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΕΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗΣ</b>	
<b>ΟΛΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ</b>	
<b>(THE UNITARY MAN).....</b>	<b>70</b>
<b>1. ΑΡΧΗ ΤΗΣ ΕΛΙΚΟΒΕΙΔΟΥΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗΣ.....</b>	<b>73</b>
<b>2. ΑΡΧΗ ΤΗΣ ΑΠΗΧΗΣΗΣ.....</b>	<b>73</b>
<b>3. ΑΡΧΗ ΤΗΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ.....</b>	<b>74</b>
<b>ΔΥΝΑΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ.....</b>	<b>74</b>
<b>ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ.....</b>	<b>75</b>
<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ ΤΗΣ Μ. ROGERS</b>	
<b>ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ.....</b>	<b>75</b>
<b>Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ C. ROY (1976):</b>	
<b>ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ADAPTATION THEORY.....</b>	<b>81</b>
<b>ΔΥΝΑΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ.....</b>	<b>84</b>
<b>ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ.....</b>	<b>85</b>
<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ ΤΗΣ C. ROY</b>	
<b>ΣΤΗΝ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ – ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ.....</b>	<b>89</b>
<b>ΔΥΝΑΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....</b>	<b>89</b>

<b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ.....</b>	<b>89</b>
<b>Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ FLORENCE NIGHTINGALE (1859).....</b>	<b>95</b>
<b>Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ HILDEGARD PEPLAU (1952).....</b>	<b>97</b>
<b>Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ FAYE ABDELLAH (1960).....</b>	<b>98</b>
<b>ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ VIRGINIA HENDERSON (1964).....</b>	<b>100</b>
<b>ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ JOYCE TRAVELBEE (1966).....</b>	<b>101</b>
<b>Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ DOROTHY JOHNSON (1968).....</b>	<b>103</b>
<b>Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ IMOGENE KING (1971).....</b>	<b>104</b>
<b>Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ MYRA LEVINE (1973).....</b>	<b>106</b>
<b>Μοντέλο ανθρώπου – ζωής – υγείας της PARSE.....</b>	<b>107</b>

## **ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

## FLORENCE NICHINGALE

### 1.1. Η πρώτη επίσημη νοσηλεύτρια

Η Florence Nightingale (εικόνα 1<sup>η</sup> στο τέλος του εγχειριδίου) στο χώρο της νεότερης Νοσηλευτικής, αποτελεί τη φυσιογνωμία, που χάραξε το δρόμο προς την ορθή τοποθέτηση του επαγγέλματος της νοσηλεύτριας, την κοινωνική αναγνώριση, την αναγωγή του έργου σε κοινωνικό λειτούργημα και την συστηματοποίηση της νοσηλείας σε βάσεις επιστημονικές.

Η Florence Nightingale (στο εξής F.N.) (1820 – 1910) αγγλίδα φιλόανθρωπος, η πρώτη στην νεότερη εποχή, που είχε συναίσθηση του όρου Αδερφή Νοσοκόμος (Νοσηλεύτρια τώρα) ήταν προικισμένη με πολλές δυνάμεις, τις οποίες διέθεσε για την προαγωγή της νοσηλευτικής σε όλες τις διαστάσεις. Για το λόγο αυτό και οι νοσηλεύτριες όλων των μετέπειτα γενεών θα πρέπει να αποτίουν φόρο τιμής στο πρόσωπό της, αναγνωρίζοντας το βίο και την πολιτείας της και μιμούμενες το έργο της όσο είναι ανθρώπινα στην κάθε μία δυνατό.

Έτσι η παράθεση βασικών βιογραφικών στοιχείων της F.N. πρέπει να θεωρηθεί απαραίτητη.

## 1.2. Βιογραφική σκιαγράφηση της F.N.

Η F.N. έζησε στη διάρκεια του 19<sup>ου</sup> αιώνα, που είναι περίοδος τόσο επιστημονικών προόδων, όσο και κοινωνικών εξελίξεων μέσα στις οποίες εντάσσεται και η γυναικεία χειραφέτηση, απαραίτητη για την αναγέννηση της Νοσηλευτικής. Η αναγέννηση αυτή στην Αγγλία υπήρξε έργο επιβολής της F.N. οι αρχές δε αυτής της ανεξαρτητοποίησης διαδόθηκαν πολύ γρήγορα σε όλες τις πολιτισμένες χώρες.

Γεννήθηκε στη Φλωρεντία (γι' αυτό και το όνομά της) στις 12 Μαΐου 1820 από γονείς ανήκοντες στην αγγλική αριστοκρατία. Από την ηλικία των 17 χρόνων αισθάνεται σαν σκοπό της ζωής να αφοσιωθεί στην ανακούφιση του ανθρώπινου πόνου.

Έτυχε ευρύτατης μόρφωσης (ευρωπαϊκές γλώσσες – αρχαία ελληνικά – λατινικά) και γενικής ανθρωπιστικής καλλιέργειας.

Τα φιλανθρωπικά αισθήματά της την ωθούσαν στην περίθαλψη ακόμη και ζώων. Μ' αυτόν τον ψυχικό οπλισμό ζήτησε από τους γονείς της να εργασθεί σε νοσοκομείο, χωρίς να της επιτραπεί, γιατί τότε με το επάγγελμα της νοσηλεύτριας ασχολούνταν μόνο πρόσωπα κατώτερης τάξης. Τέλος δεν υπάκουσε και άρχισε να σπουδάζει τη νοσηλευτική στη σχολή διακονισσών στο Kaiserswerth και στη συνέχεια σε άλλα νοσοκομεία στην Αγγλία και Γαλλία. Πολύ σύντομα ανέλαβε προϊσταμένη στο ονομαστό νοσοκομείο του King College, αλλά έλαβε γνώση της έκκλησης των αγγλικών αρχών για την ανάγκη οργάνωσης της υγειονομικής Υπηρεσίας στον διεξαγόμενο πόλεμο της Κριμαίας (1845) της Αγγλίας, Γαλλίας και Τουρκίας κατά της Ρωσίας, πρόθυμα προσέτρεξε να προσφέρει τις υπηρεσίες της.

Στο Σκουτάρι ήταν το νοσοκομείο που ανέλαβε κοντά στην Κωνσταντινούπολη να οργανώσει με 1500 ασθενείς και τραυματίες. Η κατάστασή του ήταν αξιοθρήνητη, αρκεί να σημειωθεί ότι η θνησιμότητα

ανέρχονταν σε 42%, αλλά η δραστήρια F.N. κατόρθωσε σε συντομότερο χρόνο να την κατεβάσει στο 22%, γεγονός που προξένησε το γενικό θαυμασμό τόσο της στρατιωτικής ηγεσίας του μετώπου της Κριμαίας, όσο και της Κυβέρνησης στην Αγγλία.

Η F.N. στο στρατιωτικό νοσοκομείο στο Σκουτάρι έγινε πραγματικό αντικείμενο λατρείας. Ένας Άγγλος στρατιώτης γράφει: *«Με το λυχνάρι στα χέρια περιέρχεται τις νύχτες τους σκοτεινούς θαλάμους μας ... Εμείς ασπαζόμαστε τη σκιά της, που πέφτει στο προσκέφαλό μας».*

Με το λυχνάρι στο υψωμένο δεξί της χέρι την παρουσιάζει το στημένο προς τιμήν της άγαλμα στο Derby της Αγγλίας, από τότε δε είναι γνωστή με τη προσωνυμία «Η κυρία με τον λίκνον».

### **1.3. Τιμητικές διακρίσεις.**

Ο αγγλικός λαός ποικιλοτρόπως τίμησε τις ανεκτίμητες υπηρεσίες της. Από το 1860 άρχισε η λειτουργία στο νοσοκομείο του Αγίου Θωμά Σχολής Νοσοκόμων στο όνομά της. Η 12 Μαΐου, ημέρα της γέννησής της, γιορτάζεται και στις Ηνωμένες Πολιτείες σαν ημέρα των Νοσοκομείων. Από το 1912 έχει καθιερωθεί μετάλλιο στο όνομά της, που απονέμεται σε Νοσηλεύτριες διακεκριμένες από τον Διεθνή Ερυθρό Σταυρό.

Ο περιώνυμος Άγγλος ποιητής Λογκφέλω συνέθεσε ποίημα προς τιμήν της F.N. με τον τίτλο «Santo Philomeda».

Πέρα όμως από το τεράστιο πρακτικό έργο της για το οποίο τιμάται και σήμερα σε παγκόσμια έκταση, η F.N. έχει να παρουσιάσει και συγγραφικό έργο σεβαστό μέχρι της εποχής μας.

Κατ' αρχήν έγραψε δύο έργα με τους τίτλους «Σημειώματα επί των Νοσοκομείων» και «Σημειώματα επί της Νοσηλείας». Το 1859



δημοσίευσε άλλο βιβλίο με τον τίτλο «Σημειώσεις Νοσηλευτικής», που περιείχαν κανόνες και οδηγίες υγιεινής και νοσηλείας, εφαρμόσιμους τόσο για την κατ' οίκον, όσο και για την νοσοκομειακή θεραπεία. Το 1861 επίσης έφερε στην δημοσιότητα φυλλάδιο συνεπτυγμένο με τον τίτλο «Η φροντίδα του Βρέφους» για τη διαφώτιση και εξειδίκευση κατά ένα τρόπο των νοσηλευτριών, είχε δε ευρύτατη κυκλοφορία, αφού τυπώθηκε και στις Ηνωμένες Πολιτείες και στη συνέχεια μεταφράστηκε στη Γερμανική, Γαλλική και Ιταλική.

#### **1.4. Η πρώτη σχολή Νοσοκόμων της F.N.**

Η F.N. δεν είχε μόνο την επιθυμία να προσφέρει νοσηλευτικές υπηρεσίες στους τραυματίες του πολέμου και γενικά στους ασθενείς, αλλά και τον ακοίμητο πόθο να οργανώσει τις υγειονομικές υπηρεσίες και τα νοσοκομεία, ιδιαίτερα δε να ανεβάσει το μορφωτικό επίπεδο της Νοσηλεύτριας.

Έτσι, όταν επέστρεψε από τον πόλεμο της Κριμαίας, η Κυβέρνηση σε ένδειξη ευγνωμοσύνης του Έθνους για τις υπηρεσίες στον πόλεμο της Κριμαίας, της πρόσφερε το ποσό των 44.000 λιρών, το οποίο διέθεσε για την ίδρυση Σχολής Νοσοκόμων στο Νοσοκομείο του Αγίου Θωμά.

Σύμφωνα με τον οργανισμό αυτής, οι μαθήτριες υποψήφιες νοσηλεύτριες έπρεπε να διαβιούν ως εσωτερικές της Σχολής, όπου θα εκπαιδεύονται θεωρητικά και πρακτικά στη Νοσηλευτική. Από τότε έχουμε τον πρώτο αντιπροσωπευτικό τύπο της σχολής «Συστήματος *Nightingale*».

Η F.N. θεμελίωσε την πρώτη αυτή σχολή νοσοκόμων στο νοσοκομείο του Αγίου Θωμά σε δύο βασικές αρχές:

α) Οι υποψήφιοι νοσηλεύτριες πρέπει να εκπαιδεύονται σε νοσοκομείο τεχνητά οργανωμένο, ώστε να εξυπηρετεί το σκοπό της άρτια θεωρητικά και πρακτικά συγκρότησης στην τέχνη της νοσηλεύτριας, και

β) οι υποψήφιοι νοσηλεύτριες πρέπει να ενδιαιτώνται εντός της Σχολής όπου το ειδικό περιβάλλον επιδρά, ώστε να διαμορφώσουν ήθος, χαρακτήρα και γενικά προσωπικότητα ικανής νοσηλεύτριας.

Η F.N. είχε ακατάβλητες ψυχικές δυνάμεις, έτσι που και στην προχωρημένη ηλικία της, όταν αποσύρθηκε πλέον από την ενεργό υπηρεσία, διατηρούσε την επαφή της με όλες τις νοσηλεύτριες, που αποφοίτησαν από τη Σχολή της, δίνοντας συμβουλές και υποδείξεις σε κάθε περίπτωση από την απέραντη και ακένωτη πηγή της πείρας της.

Πλήθος τέτοιων επιστολών της σώζονται ακόμη, που δίνουν ανάγλυφα το μεγαλείο του ηθικού αναστήματος της F.N..

Άξιο ιδιαίτερης μνείας είναι το γεγονός ότι είχε τη χαρά και την ικανοποίηση να απολαύσει το αποτέλεσμα της ιδεολογίας της, βλέποντάς την υλοποιημένη μάλιστα και πέρα από τα όρια της αγγλικής Αυτοκρατορίας.

Η θέση, λοιπόν, της Νοσηλευτικής σε βάσεις επιστημονικές αποτελεί δημιουργία της F.N., η οποία άφησε την τελευταία της πνοή τον Αύγουστο του 1910.

### **1.5. Η συμβολή της F.N. στην επιστημονική Νοσηλευτική.**

Η F.N. άξια θεωρείται η μεγαλύτερη μορφή στην Ιστορία της Νοσηλευτικής, αφού, όπως είδαμε και στα παραπάνω, αυτή πρώτη θεμελίωσε σε επιστημονικές βάσεις. Από τότε έπαυσε να αποτελεί πρακτικό έργο και αντικείμενο, στηριζόμενο μόνο σε απλή εμπειρία. Έτσι σταμάτησε ο υπηρετικό χαρακτήρας και το πνεύμα της υποτέλειας

στους νοσοκομειακούς χώρους έναντι του ιατρικού κόσμου της εποχής εκείνης, ώστε να πάρει τη θέση που της ανήκε σε ισότιμο επίπεδο αναγκαίας συνεργασίας για την επίτευξη του κοινού σκοπού, δηλαδή την παροχή υπηρεσιών υγείας.

Από τότε, λοιπόν, τέθηκε το πρόβλημα της ανεξαρτησίας στους κύκλους επαγγελματικής δράσης της ιατρικής και της νοσηλευτικής, που δεν τέμνονται, αλλά απλώς συνδέονται με σχέση, όπως έχει τονισθεί, συνεργασίας, επιβεβλημένης από τη φύση του σκοπού.

Η F.N. πριν καταλήξει σε αυτές τις θεωρητικές διαπιστώσεις, είχε επισκεφθεί πολλά νοσοκομεία σε χώρες της Ευρώπης προκειμένου να πλουτίσει τις νοσηλευτικές γνώσεις, σαν συμπλήρωμα της μεγάλης πείρας, που είχε από την υπηρεσία της σε νοσοκομεία στην Αγγλία, στο στρατιωτικό νοσοκομείο του πολέμου της Κριμαίας και στη συνέχεια από την ομώνυμή της Σχολή Νοσοκόμων στο νοσοκομείο του Αγίου Θωμά στην Αγγλία, στην οποία ενσάρκωσε το δημιουργικό της σχέδιο γύρω από το θέμα της Νοσηλευτικής (οργάνωση υπηρεσιών, ίδρυση σχολών νοσοκόμων με εκπαιδευτικά προγράμματα σε επιστημονικές βάσεις, ανεξαρτητοποίηση του νοσηλευτικού κλάδου κλπ).

Το παράδειγμα της F.N. είχε επιρροή και σε άλλες χώρες από τις οποίες πρώτη οι Ηνωμένες Πολιτείες ίδρυσαν σχολή νοσοκόμων το 1872 στη Βοστώνη στο νοσοκομείο «New England Hospital».

Τρίτη χώρα που έσπευσε να μιμηθεί, ήταν η Ελλάδα με την ίδρυση της πρώτης σχολής στο νοσοκομείο του «Ευαγγελισμού» το 1875. Το γεγονός αυτό τιμά την πατρίδα μας, που ανανεώνει με τέτοια έργα τη παράδοση του Ιπποκράτη.

Η F.N. σαν επιστέγασμα της πολυχρόνιας και πολύπλευρης δραστηριότητας στο χώρο της συστηματοποίησης της Νοσηλευτικής, συνέταξε και τον όρκο της Νοσοκόμου στο Λονδίνο, που φέρει την

επίδραση του ιατρικού όρκου του Ιπποκράτη. Αυτός είναι ο γνωστός όρκος της Florence Nightingale.

## **1.6. Ιστορική Εξέλιξη της Νοσηλευτικής.**

Από τη μελέτη της Ιστορίας της Νοσηλευτικής, διαπιστώνεται ότι τρία συστήματα φροντίδας επέδρασαν και επηρέασαν τη Νοσηλευτική στη διαχρονική της πορεία.

Στο αρχαιότερο παραδοσιακό σύστημα, η φροντίδα στα άτομα και την οικογένεια καταρχήν περιοριζότο στα οικογενειακά πλαίσια και αργότερα εδίδετο από παραδοσιακούς θεραπευτές, οι οποίοι είχαν μια ιδιαίτερη, αναγνωρισμένη από όλους θέση στην κοινωνία. Ήταν οι ίδιοι υπεύθυνοι για τις πράξεις τους και για την ανάπτυξη της εμπειρίας τους. Οι πρώτοι πολιτισμένοι λαοί ανέπτυξαν την ιατρική με περισσότερη έμφαση στη θεραπεία.

Το δεύτερο σύστημα φροντίδας αναπτύχθηκε υπό την επίδραση του Χριστιανισμού και συνδέθηκε με τη φροντίδα συγκεκριμένων ομάδων ατόμων με ειδικές ανάγκες. Εδίδετο κυρίως φροντίδα στους αρρώστους, τους φτωχούς και τα ορφανά. Η φροντίδα αυτή προσφέρονταν στα σπίτια ή σε ειδικά ιδρύματα, τα οποία δημιουργήθηκαν για το σκοπό αυτό.

Η Νοσηλεύτρια της Χριστιανικής εποχής προσέφερε φροντίδα σωματική και πνευματική και ηθική υποστήριξη στα άρρωστα άτομα φροντίζοντας για την ικανοποίηση των αναγκών του ανθρώπου, βιολογικών, ψυχολογικών, πνευματικών και κοινωνικών. Βέβαια, δεν υπήρχε τότε οργανωμένη συστηματική προσπάθεια προετοιμασίας και

εκπαίδευσης των νοσηλευτών, την οποία αποκτούσαν μόνο με το παράδειγμα, την εξάσκηση και την πείρα.

Χαρακτηριστικό της εποχής αυτής είναι ότι τα ιδρύματα εξαρτώντο από την Εκκλησία και μοναδικός σκοπός τους ήταν η προσφορά υπηρεσιών σε όσους είχαν ανάγκη, χωρίς υλικό κέρδος.

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

Προς το τέλος του 19<sup>ου</sup> αιώνα και μετά τον κριμαϊκό πόλεμο, η Florence Nightingale, άρχισε την οργανωμένη νοσηλευτική εκπαίδευση σε σχολές της Αγγλίας. Από τότε και μετά, η κάθε χώρα έχει τη δική της νοσηλευτική ιστορία και νοσηλευτική εκπαίδευση.

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

Παράλληλα εμφανίζονται στο προσκήνιο νέα επαγγέλματα υγείας. Όλοι οι εκπρόσωποι των διαφόρων αυτών κλάδων, μπήκαν στις υπηρεσίες υγείας αναλαμβάνοντας την κατεύθυνση, τη διαφώτιση ή την

αποκατάσταση του αρρώστου και πολλές άλλες δραστηριότητες, οι οποίες περιλαμβάνονταν προηγουμένως στο νοσηλευτικό επάγγελμα.

Η Νοσηλευτική έτσι, άρχισε να περιορίζεται στην ίδια την εργασία και τις διάφορες ρουτίνες της, παρά στο άρρωστο άτομο. Για όλους αυτούς τους λόγους, καθυστέρησε η ανάπτυξη των ειδικών γνώσεων, βάσει των οποίων η Νοσηλευτική λειτουργεί σαν ξεχωριστή επιστήμη.

Στις διάφορες χώρες της Αμερικής και της Ευρώπης και σε διάφορες χρονικές στιγμές, κυρίως από το 1970 και μετά, τόσο μέσα στο νοσηλευτικό επάγγελμα όσο και σε άλλα συγγενή επαγγέλματα, άρχισε ο προβληματισμός σχετικά με το συγκεκριμένο ρόλο της Νοσηλευτικής.

Η Νοσηλευτική για πολλά χρόνια ακολούθησε το Ιατρικό μονοπάτι. Συνειδητά ή όχι, η Νοσηλευτική εκπαίδευση, η άσκηση και η έρευνα ακόμη, ακολούθησαν το ίδιο με την Ιατρική Θεωρητικό πλαίσιο. Ήταν λοιπόν αναγκαίο και απαραίτητο για τη Νοσηλευτική να υιοθετήσει το δικό της θεωρητικό πλαίσιο, μέσα στο οποίο εντάσσονται τα φαινόμενα που αφορούν τη Νοσηλευτική και εντοπίζονται οι ανάγκες υγείας τις οποίες αυτή καλείται να ικανοποιήσει. Πολλοί μελετητές προειδοποίησαν ότι η εξάρτηση της Νοσηλευτικής από το ιατρικό θεωρητικό πλαίσιο, προκαλεί στο νοσηλευτικό επάγγελμα έλλειψη αυτονομίας και αυτοεξάρτησης και υποδηλώνει αίσθημα ανασφάλειας και αβεβαιότητας σχετικά με την ιδιαιτερότητα της νοσηλευτικής επιστήμης.

Μετά τη συνειδητοποίηση αυτής της πραγματικότητας, πολλοί νοσηλευτές εργάστηκαν αποφασιστικά και προσπάθησαν να βασίσουν την διδασκαλία, την άσκηση ή την έρευνά τους σε θεωρητικό ερευνητικό πλαίσιο με αποτέλεσμα να αναπτυχθούν οι νοσηλευτικές θεωρίες.

Οι νοσηλευτικές θεωρίες παρουσιάστηκαν αρχικά στην Αμερική πριν από τρεις δεκαετίες περίπου αν και πολλοί πιστεύουν ότι οι βάσεις

για την ανάπτυξή τους τέθηκαν πολύ πιο πριν από την Florence Nightingale.

Οι νοσηλευτικές θεωρίες βέβαια, δεν μπορούν να εξηγήσουν όλα όσα αφορούν την Νοσηλευτική. Δίνουν όμως την δυνατότητα και αποτελούν το μέσο, το όργανο, με το οποίο αναλύεται το κάθε φαινόμενο και γίνεται προσπάθεια να εξηγηθεί επιστημονικά.

Κάθε μία από τις πολλές νοσηλευτικές θεωρίες που αναπτύχθηκαν, αποτελεί τον οδηγό για την κατεύθυνση των νοσηλευτικών παρεμβάσεων με σκοπό την εξασφάλιση αποτελεσματικής νοσηλευτικής φροντίδας και στοχεύει να ρυθμίσει και να κατευθύνει αυτή τη Νοσηλευτική φροντίδα στα επιθυμητά πλαίσια.

## **1.7. Παράγοντες που διαμόρφωσαν τη σημερινή Νοσηλευτική.**

Η Νοσηλευτική σαν μια βασική ανθρώπινη ενέργεια και σαν αναπόσπαστο τμήμα του συστήματος υγείας επηρεάζεται από τις διάφορες αλλαγές, εξελίξεις και τάσεις που παρουσιάζονται σε όλους τους τομείς, τόσο της τοπικής όσο και της διεθνούς ζωής. είναι απαραίτητο λοιπόν να διερωτηθούμε: Ποιες μεγάλες αλλαγές και τάσεις επηρέασαν και εξακολουθούν να επηρεάζουν την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας και την εκπαίδευση των επιστημόνων υγείας κατά τις τελευταίες δεκαετίες οι οποίες είχαν και έχουν σημαντική επίδραση στην Νοσηλευτική.

## **1.8. Η ταχύτατη αύξηση γνώσεων και τεχνολογίας.**

Η εξαιρετική ταχύτητα με την οποίαν αυξήθηκε και εξαπλώθηκε η γνώση και η τεχνολογία σε σχέση με τη θεραπεία τις τελευταίες δεκαετίες καθώς και η μεγάλη έμφαση που δόθηκε, τόσο από τους επιστήμονες υγείας όσο και από το κοινό στη θεραπεία της αρρώστιας, επικέντρωσε τις επιστημονικές προσπάθειες και όλες τις διαθέσιμες πηγές στην διάγνωση και τη θεραπεία. Όλες οι επιστήμες επιστρατεύτηκαν για να βοηθήσουν την ιατρική στην καταπολέμηση της αρρώστιας.

Η Νοσηλευτική, περισσότερο από οποιονδήποτε άλλο επιστημονικό κλάδο ήταν υποχρεωμένη να ακολουθήσει και να χρησιμοποιήσει τις γνώσεις και την τεχνολογία στην άσκηση του



νοσηλευτικού της έργου και να βαδίζει παράλληλα με το ιατρικό επάγγελμα στην εφαρμογή της πολύπλοκης θεραπευτικής αγωγής<sup>20</sup>. Στην σκέψη του κοινού, πολλών γιατρών αλλά και των ίδιων των νοσηλευτών, ήταν δύσκολο να διακριθεί η Νοσηλευτική σαν ξεχωριστός επιστημονικός κλάδος. Όλες οι επιστήμες υγείας αποτελούσαν τμήμα της ιατρικής και οι επιστήμονες υγείας, εκτός από τους γιατρούς, ανήκαν στα «Παραϊατρικά επαγγέλματα».

Η σκέψη όμως αυτή, άρχισε σταδιακά να αλλάζει. Η σημερινή τάση και πεποίθηση της Νοσηλευτικής είναι η ανάγκη αναγνώρισης του επαγγέλματος σε ανεξάρτητο επιστημονικό, επαγγελματικό κλάδο, χωρίς βέβαια τούτο να επηρεάσει τη συνεργασία και αλληλοκατανόηση που πρέπει να επικρατεί ανάμεσα στους επιστήμονες όλων των επαγγελμάτων υγείας. Ο σκοπός αυτός έχει ήδη επιτευχθεί στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου όπου ο νοσηλευτής εργάζεται σαν ξεχωριστός επιστήμονα τόσο στο χώρο του νοσοκομείου όσο και στην κοινότητα γενικά.

### **1.9. Οι δημογραφικές μεταβολές και κοινωνιολογικές αλλαγές.**

Η ηλικιακή σύνθεση του πληθυσμού της γης έχει μεταβληθεί τα τελευταία χρόνια. Ο ρυθμός γεννήσεων έχει πέσει και ο μέσος όρος ζωής του ανθρώπου αυξήθηκε σημαντικά. Η θέση της σημερινής γυναίκας στην κοινωνία έχει αλλάξει και τα χρόνια σπουδών αυξήθηκαν, με αποτέλεσμα, τα παραγωγικά χρόνια εργασίας των ατόμων να περιορίζονται. Η ηλικιακή σύνθεση του πληθυσμού έχει ιδιαίτερη σημασία για τη Νοσηλευτική και η αύξηση του πληθυσμού των ηλικιωμένων ιδιαίτερα, προσθέτει ακόμη περισσότερες ευθύνες και υποχρεώσεις στις υπηρεσίες υγείας με την ταχύτατη αύξησή του. Οι

νοσηλευτές αποτελούν την καλύτερη πηγή προσφοράς επιστημονικής εργασίας για την αξιολόγηση, τη διατήρηση και την προαγωγή της υγείας των ηλικιωμένων οι οποίοι ζουν στην Κοινότητα και ο συνεχώς αυξανόμενος αριθμός των αποτελεί πρόκληση για το νοσηλευτικό επάγγελμα.

### **1.10. Η αύξηση των απαιτήσεων του κοινού σε θέματα Υγείας.**

Ο πολίτης του 20ου αιώνα θεωρεί πια αναφαίρετο δικαίωμα το να έχει στη διάθεσή του καλά οργανωμένες υπηρεσίες για την κάλυψη των αναγκών του. Το ενδιαφέρον του κοινού για ατομική, οικογενειακή και κοινοτική υγεία έχει αυξηθεί. Ο άνθρωπος συνειδητοποίησε ότι μια σωστά οργανωμένη υγειονομική υπηρεσία πρέπει να προσφέρει κάτι πολύ περισσότερο από τη διάγνωση και θεραπεία μιας αρρώστιας<sup>23</sup>. Η αλλαγή αυτή επηρέασε και εξακολουθεί να επηρεάζει σημαντικά την σημερινή οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Τώρα πια οι ίδιοι οι πολίτες αναζητούν εναλλακτικές λύσεις για τα συστήματα που ήταν προσανατολισμένα στην αρρώστια και τη θεραπεία και είχαν μέχρι τώρα κέντρο το νοσοκομείο. Ζητούν υπηρεσίες που προσανατολίζονται στη διατήρηση και την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη της αρρώστιας.

### **1.11. Οι αλλαγές στις έννοιες Υγεία – αρρώστια.**

Οι διάφορες αλλαγές που παρουσιάστηκαν, όπως οι αυξημένες απαιτήσεις του κοινού από τις υπηρεσίες υγείας, η ανάπτυξη της τεχνολογίας και οι νέες γνώσεις και πληροφορίες για την υγεία,

δημιούργησαν την απαίτηση να τεθεί τέρμα στη φράση που συχνά και στην χώρα μας χρησιμοποιείται, ότι δηλαδή «παραμορφώνονται οι νοσηλευτές». Οι νοσηλευτές ίσως εμορφώνοντο περισσότερο σε σχέση με τη θεραπεία της αρρώστιας αλλά σίγουρα όχι και ως προς την πρόληψη. Η ανάγκη να οργανωθεί η Νοσηλευτική εκπαίδευση σε πανεπιστημιακό επίπεδο τονίστηκε σε σχετικά συμπόσια του ΠΟΥ, που έγιναν το 1972 και το 1977. Τα συμπεράσματα των συμποσίων ήταν:

«Ο νοσηλευτής πρέπει να εκπαιδεύεται σε πανεπιστήμια ή άλλα ανάλογα ιδρύματα ανώτατης εκπαίδευσης. Οι πλούσιες πηγές του Πανεπιστημίου είναι οι μόνες κατάλληλες να προετοιμάσουν το φοιτητή της Νοσηλευτικής για το επίπεδο και την έκταση της νοσηλευτικής γνώσης που απαιτείται στην ανεπτυγμένη σημερινή φροντίδα υγείας και για μία μελλοντική καριέρα η οποία απαιτεί ευελιξία και ικανότητα προσαρμογής σε κάθε πρόσθετη αλλαγή».

### **1.12. Η έλλειψη νοσηλευτικού δυναμικού.**

Βασικό εμπόδιο για την εφαρμογή των διαφόρων συστημάτων και την αλλαγή του τρόπου εργασίας στη Νοσηλευτική, αποτέλεσε η έλλειψη διαθέσιμων πηγών και συγκεκριμένα νοσηλευτικού δυναμικού, ο περιορισμένος δηλαδή αριθμός κατάλληλα εκπαιδευμένων διπλωματούχων νοσηλευτών που να καλύπτουν τις ανάγκες των υπηρεσιών υγείας. Η είσοδος στα συστήματα υγείας και ο διορισμός ατόμων με περιορισμένη, ελάχιστη ή καθόλου νοσηλευτική εκπαίδευση, το μόνο που πέτυχε είναι η επιδείνωση της κατάστασης τόσο στα νοσοκομεία όσο και σε όλες τις υπηρεσίες υγείας. Επιπλέον επέφερε σύγχυση τόσο μέσα στο νοσηλευτικό επάγγελμα όσο και στο κοινό σχετικά με την προετοιμασία και το ρόλο του νοσηλευτή. Τέτοια μέτρα

ασφαλώς δεν συμβάλλουν στη δημιουργία της πραγματικής εικόνας και την άνοδο του γοήτρου του νοσηλευτικού έργου, αφού τα νοσηλευτικά καθήκοντα διεκπεραιώνονται τόσο από λίγους σε αριθμό πτυχιούχους νοσηλευτές όσο και από τους διετούς φοίτησης, τους πρακτικούς ή και «τις αποκλειστικές», όπως δυστυχώς διαμορφώθηκε η κατάσταση συγκεκριμένα στην πατρίδα μας τα τελευταία χρόνια. Αντίθετα, οι λύσεις αυτές, συντελούν στο να απομακρύνουν τους νοσηλευτές από το νοσηλευτικό επάγγελμα και να τους οδηγούν σε αναζήτηση διεξόδου εκτός αυτού, υποβαθμίζουν τη Νοσηλευτική και περιορίζουν τη δυνατότητα προσφοράς ασφαλούς και αποτελεσματικής φροντίδας.

Η λύση βέβαια στο πρόβλημα αυτό δεν μπορεί να είναι η ίδια σε όλες τις χώρες. Κάθε χώρα ξεχωριστά χρειάζεται να λύσει το πρόβλημα αυτό ανάλογα με τις δυνατότητες και τις συνθήκες που επικρατούν σ' αυτήν. Η πρόταση του ΠΟΥ για την αντιμετώπιση του προβλήματος είναι η δημιουργία Συστήματος Νοσηλευτικής Ιεραρχίας. Κάθε χώρα χρειάζεται να αναλύσει την κατάσταση, να αξιολογήσει και να καθορίσει τα επίπεδα νοσηλευτική εκπαίδευσης και τα καθήκοντα που ανήκουν σε κάθε επίπεδο. Κανένα άτομο χωρίς ανεγνωρισμένη από το κράτος νοσηλευτική εκπαίδευση δεν πρέπει να έχει δικαίωμα άσκησης υπεύθυνου νοσηλευτικού έργου. Τα επίπεδα δε της νοσηλευτικής εκπαίδευσης πρέπει να ανταποκρίνονται στα διεθνώς παραδεκτά και να βασίζονται στις κατευθυντήριες γραμμές και τις προδιαγραφές του ΠΟΥ.

Το βασικό νοσηλευτικό πρόγραμμα πρέπει να δίνει στο νοσηλευτή τη δυνατότητα για μεταβατική και μεταπτυχιακή εκπαίδευση, η οποία να αναπτύσσει στο νοσηλευτή τις ικανότητες που απαιτούνται για έρευνα και επομένως διεύρυνση των νοσηλευτικών γνώσεων και τεχνικών. Είναι λοιπόν αυτονόητο ότι η Νοσηλευτική, σε όλα τα επίπεδα από το βασικό μέχρι το μεταπτυχιακό, πρέπει να διδάσκεται από νοσηλευτές, όπως

προβλέπει η κατευθυντήρια οδηγία της ΕΟΚ 89/595, οι δε νοσηλευτικές σχολές να διευθύνονται επίσης από κατάλληλα εκπαιδευμένους καθηγητές/τριες Νοσηλευτικής.

Πρέπει ακόμα να γίνει σαφές από τους υπεύθυνους των κρατών ότι άλλες κατηγορίες νοσηλευτικού προσωπικού δευτέρου και τρίτου επιπέδου δεν πρέπει με κανένα τρόπο να χρησιμοποιούνται για να αντικαταστήσουν τον πτυχιούχο νοσηλευτή. Όπου δεν υπάρχουν πτυχιούχοι και χρησιμοποιείται προσωπικό άλλου επιπέδου, η νοσηλευτική φροντίδα που δίδεται έχει άλλη ποιότητα. Αυτή η πραγματικότητα δεν συνειδητοποιήθηκε σε πολλά ιδρύματα και κράτη, με αποτέλεσμα την υποβάθμιση της νοσηλευτικής φροντίδας. Οι κατηγορίες αυτές του προσωπικού, όπου υπάρχουν, πρέπει να χρησιμοποιούνται σε ειδικά συγκεκριμένα και καθορισμένα καθήκοντα μέχρι να αντικατασταθούν σταδιακά από πτυχιούχους.

### **1.13. Η έρευνα.**

Η ανάπτυξη και ευρεία χρησιμοποίηση της έρευνας σε όλες τις επιστήμες δεν μπορούσε να αφήσει αδιάφορη τη Νοσηλευτική.

Η Νοσηλευτική έρευνα έχει τριπλό σκοπό:

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

Είναι απαραίτητο να προετοιμαστούν νοσηλευτές με γνώσεις στη μεθοδολογία της έρευνας, ικανοί να αναλάβουν ερευνητικό έργο για τον

εμπλουτισμό σε γνώσεις και την επιστημονική κατοχύρωση της Νοσηλευτικής.

#### **1.14. Η ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.**

Η νοσηλευτική αποτελεί σπουδαιότατο παράγοντα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Υπάρχουν ενδείξεις ότι στις υπηρεσίες αυτές η Νοσηλευτική πρόκειται να αναλάβει τον πρωταρχικό ρόλο για την πρώτη επαφή της υγειονομικής υπηρεσίας με το άτομο. Αναλαμβάνει λοιπόν την απευθείας βοήθεια και φροντίδα ενός αριθμού ατόμων της κοινότητας χωρίς να είναι αναγκασμένη να εξαρτηθεί από άλλα υγειονομικά επαγγέλματα.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας σε μια συνάντηση ομάδας εργασίας με θέμα «Τάσεις στην ανάπτυξη της ΠΦΥ» το 1973 τονίζει ότι: Είναι απαραίτητο να αναγνωριστεί ο μοναδικό, ξεχωριστός ρόλος του νοσηλευτή και να ελευθερωθεί το νοσηλευτικό επάγγελμα από την παραδοσιακή εξάρτησή του από το ιατρικό επάγγελμα.

Το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών (ICN) σε ανακοίνωσή του σχετικά με τον ρόλο της Νοσηλευτικής τονίζει: «Είναι ανάγκη η Νοσηλευτική να προσαρμόσει και να διευρύνει τον ρόλο της ανάλογα με τις ανάγκες που προκύπτουν. Ακόμη επισημαίνει την σπουδαιότητα της συνεργασίας μεταξύ της Νοσηλευτικής και της Ιατρικής επιστήμης με σκοπό την όσο το δυνατόν καλύτερη ανάπτυξη και πρόοδο και των δύο επιστημών.

## **Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο   Δ Ε Υ Τ Ε Ρ Ο**

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΣΗΜΕΡΑ.**

#### **ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΣΤΗΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ**

##### **2.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Το μέλλον αρχίζει με το παρόν αλλά και πολύ πιο πριν, με το παρελθόν, συνδέεται δε με μια σειρά γεγονότων και συνθηκών που θέτουν τα θεμέλια του σήμερα και του αύριο. Όμως οι συνθήκες αυτές δεν είναι άμορφα συμβάντα που απλώς εμφανίστηκαν. Δημιουργήθηκαν από τους ανθρώπους: από τις αποφάσεις που πήραν, τις ενέργειες που έκαναν, τα άτομα που ανέθρεψαν και εκπαίδευσαν για να πραγματοποιήσουν τα όνειρά τους.

Σήμερα βλέπουμε ότι οι ηγέτιδες της νοσηλευτικής που ήταν στην πρώτη γραμμή κατηύθυναν τις ενέργειές τους προς συγκεκριμένο σκοπό. Έβλεπαν πολύ πιο μακριά από το παρόν που ζούσαν και προετοίμαζαν το δρόμο αλλά και νεότερα στελέχη για να συνεχίζουν την ανάπτυξη του νοσηλευτικού έργου.

Έτσι, αρκετές γενεές Αδελφών στην Ελλάδα γαλουχήθηκαν με το όραμα της Πανεπιστημιακής νοσηλευτικής εκπαίδευσης στην ίδια μας τη Χώρα. Και το όραμα έγινε πραγματικότητα με την ίδρυση του Τμήματος Νοσηλευτικής στο Πανεπιστήμιο Αθηνών το έτος 1979 (ΠΔ 184/1979 και ΠΔ 562/1980).

## **2.2. ΣΗΜΕΡΑ**

Σταθμός μεγάλος στην εξέλιξη της Ελληνικής Νοσηλευτικής. Άρχισε να λειτουργεί το Τμήμα σιγά-σιγά, δειλά, με πολλές αμφιβολίες και ερωτηματικά, αν θα μπορούσε να συνεχίσει, - όπως φυσικά αρχίζει και κάθε κοινωνικό έργο, που όμως στηρίζεται στα άτομα που πιστεύουν σ' αυτό, είναι σωστά προγραμματισμένο, είναι θεμελιωμένο σε γερές βάσεις και σκοπός του είναι να υπηρετήσει το κοινωνικό σύνολο.

Το Τμήμα Νοσηλευτικής άρχισε και λειτούργησε ως Τμήμα της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, δέχτηκε δε τις πρώτες 10 φοιτήτριες το Ακαδημαϊκό έτος 1980-81, στο Β' έτος σπουδών ύστερα από κατατακτήριες εξετάσεις σύμφωνα με το ιδρυτικό του Τμήματος. Και οι δέκα αυτές φοιτήτριες τελείωσαν με επιτυχία όλα τα μαθήματα και έτσι χορηγήθηκαν τα δέκα πρώτα πτυχία Νοσηλευτικής από το Πανεπιστήμιο Αθηνών το έτος 1983. Σταθμός στη Νοσηλευτική του τόπου μας, καθώς ο Πρύτανης του Πανεπιστημίου Αθηνών καθηγητής



Μιχαήλ Σταθόπουλος τόνισε ότι «απονέμονται τα πρώτα πτυχία Νοσηλευτικής από το Πανεπιστήμιό μας».

Η διδασκαλία και η εκπαίδευση των φοιτητριών γινόταν από καθηγητές της Ιατρικής Σχολής και από δύο ειδικούς επιστήμονες Νοσηλευτικής (νοσηλεύτριες) που διορίστηκαν στην Ιατρική Σχολή. Κάθε χρόνο και νέες φοιτήτριες εγγράφονταν στο Β' έτος μετά κατατακτήριες εξετάσεις και άλλες αποφοιτούσαν.

Το έτος 1985εξελέγησαν οι πρώτες καθηγήτριες νοσηλεύτριες στη Β' βαθμίδα, ως μόνιμες Αναπληρώτριες Καθηγήτριες.

Σήμερα το Διδακτικό Ερευνητικό Προσωπικό (ΔΕΠ) του Τμήματος, το οποίο ήδη είναι ανεξάρτητο Τμήμα του Πανεπιστημίου Αθηνών της Σχολής Επιστημών Υγείας, αποτελείται από 10 μέλη – καθηγητές, αναπληρωτές καθηγητές, λέκτορες – έχουν δε εκλεγεί και 9 άλλοι διαφόρων ειδικοτήτων.

Το Τμήμα προς το παρόν στεγάζεται στα Εργαστήρια Ιατρικής στο Γουδί και έχει ξεχωριστή Γραμματεία επίσης στον ίδιο χώρο. Τα γραφεία των καθηγητών βρίσκονται στην οδό Φειδιππίδου 45-47. Πρόεδρος του Τμήματος είναι ο καθηγητής κοινωνικής ιατρικής κ. Λουκάς Σπάρος.

Από το ακαδημαϊκό έτος 1980-81 μέχρι και το 1986-87 έχουν εγγραφεί 257 φοιτήτριες / φοιτητές. Από αυτούς έλαβαν πτυχία 120 και οι υπόλοιποι 137 συνεχίζουν τις σπουδές τους. Επίσης υπάρχουν και 31 μεταπτυχιακοί φοιτητές, δηλαδή υποψήφιοι διδάκτορες, οι οποίοι βοηθούν τους καθηγητές στο εκπαιδευτικό και ερευνητικό τους έργο.

Σημειώνουμε ότι και αρκετές φοιτήτριες παίρνουν μέρος σε ερευνητικές εργασίες του Τμήματος σε εθελοντική βάση.

Τον Ιούνιο 1987 απενεμήθη το πρώτο Διδακτορικό Δίπλωμα Νοσηλευτικής από Ελληνικό Πανεπιστήμιο, το Πανεπιστήμιο Αθηνών, στην πτυχιούχο του Νοσηλευτικού Τμήματος Χρυσάνθη Πλατή. Θέμα της διατριβής της ήταν: «Κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες προσδιοριστικοί της στελέχωσης νοσοκομείων με νοσηλευτικό προσωπικό». Ο πρύτανης ανέφερε κατά την επίσημη τελετή της αναγορεύσεως της πρώτης διδάκτορος νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών ότι κατά την τελευταία ετήσια σύνοδο (1987) των Πρυτάνεων Πανεπιστημίων Ευρώπης καθορίστηκε ως το ισχυρότερο κριτήριο προσδιορισμού ενός Τμήματος ως Πανεπιστημιακού, η χορήγηση διδακτορικού διπλώματος. Έτσι λοιπόν και με αυτό το γεγονός αναγνωρίζεται το Νοσηλευτικό Τμήμα ως απόλυτα ίσο πανεπιστημιακά στο χώρο της Ευρώπης και στο διεθνή χώρο.

Από το τρέχον ακαδημαϊκό έτος (1987-88) το Τμήμα δέχεται τους πρώτους φοιτητές για το Α' έτος σπουδών από τις δέσμες, την Β' δέσμη των Πανελλαδικών εξετάσεων. Μ' αυτό τον τρόπο ολοκληρώνεται το πρόγραμμα και ευχόμαστε να πετύχει ώστε σταδιακά και με σωστό προγραμματισμό και στα άλλα Πανεπιστήμια της χώρα μας να λειτουργήσουν νοσηλευτικά τμήματα.

### 2.3. ΣΚΟΠΟΣ.

Ο σκοπός του Τμήματος γενικά προσδιορίζεται από το σκοπό της πανεπιστημιακής εκπαίδευσης που είναι: η παραγωγή και μετάδοση της γνώσης με την έρευνα και τη διδασκαλία (Αρ. 1 Ν. 1268/82).

Ειδικότερα το Τμήμα αποσκοπεί στο να εκπαιδεύσει επιστήμονες νοσηλευτές, ώστε σαν πτυχιούχοι να μπορούν να ασκήσουν τη νοσηλευτική στην πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη και γενικά σε όλους τους τομείς της νοσηλευτικής. Επίσης, στους πτυχιούχους η πανεπιστημιακή εκπαίδευση δίνει τη δυνατότητα για μεταπτυχιακές σπουδές και έρευνα καθώς και για συνεχιζόμενη εκπαίδευση και εξέλιξη ανάλογα με τον τομέα που επιλέγουν να ασχοληθούν.

Σύμφωνα με το ιδρυτικό διάταγμα του Τμήματος (184/79) σκοπός του είναι:

«η κατάρτιση ηγετικών στελεχών νοσηλευτικής δια την πλαισίωση των νοσηλευτικών υγειονομικών υπηρεσιών, ως και των σχολών εκπαίδευσεως νοσηλευτικού προσωπικού της χώρας».

Οι μέχρι σήμερα πτυχιούχες που ήταν ήδη διπλωματούχες Ανωτέρων Νοσηλευτικών Σχολών, εργάζονται σε διάφορες υπηρεσίες – Νοσοκομεία, ΤΕΙ, ΜΤΝΕΣ, ΙΚΑ κλπ – σε διάφορες πόλεις της Ελλάδας αλλά οι περισσότερες στην Αθήνα. Ορισμένες είναι υποψήφιες

διδάκτορες στο Τμήμα Νοσηλευτικής και μια άρχισε μεταπτυχιακές σπουδές με υποτροφία του ΙΚΥ στο Πανεπιστήμιο Toronto του Καναδά.

Πολλοί άνθρωποι συνέβαλαν στην ίδρυση του Νοσηλευτικό Πανεπιστημιακού Τμήματος. Άλλοι επώνυμοι και άλλοι ανώνυμοι. Πολλοί από αυτούς που το ποθούσαν πολύ δεν βρίσκονται στη ζωή αυτή. Ασφαλώς όμως θα χαίρονται από κει που βρίσκονται, όπως η Μεσολωρά, η Πατρινέλη κ.α.

Πάντως, η πανεπιστημιακή εκπαίδευση υποστηρίζεται από το σύνολο των νοσηλευτριών και φυσικά σ' αυτούς και στηρίζεται. Γιατί η εκπαίδευση των φοιτητών γίνεται στα νοσοκομεία, στα Κέντρα Υγείας και γενικά σε όλες τις υπηρεσίες που ασκείται η νοσηλευτική. Κι οι φοιτητές μαθαίνουν αυτό που γίνεται και βλέπουν από τις σημερινές νοσηλεύτριες ίσως περισσότερο από αυτά που τους λέμε εμείς στην τάξη και στο εργαστήριο. Γι' αυτό άλλωστε και η πρόοδος και η καλή κατάρτιση αλλά και η παραμονή στο επάγγελμα των νέων θα εξαρτηθεί από τον τρόπο που σήμερα, οι σημερινές νοσηλεύτριες και νοσηλευτές ασκούν το έργο τους. Αγαπούμε τον άρρωστο, εργαζόμαστε υπεύθυνα, είμαστε συνεπείς στις αρχές της νοσηλευτικής, υποδεχόμαστε τους φοιτητές σαν αυριανούς συνεργάτες, τους δείχνουμε στην πράξη ότι το έργο μας είναι το καλύτερο που υπάρχει γιατί μας δίνει τις ωραιότερες εμπειρίες και βαθιές ικανοποιήσεις; Αυτά θα ελκύσουν και τους νεότερους και θα συμβάλλουν και αυτοί με τη σειρά τους στην ανάπτυξη της νοσηλευτικής επιστήμης και τέχνης για προσφορά υπηρεσιών υγείας ποιότητας, για την καλύτερη φροντίδα υγείας τους λαού μας.

Η πανεπιστημιακή νοσηλευτική εκπαίδευση υποστηρίζεται και από τον ιατρικό κόσμο και από όλη την Ελληνική κοινωνία, γιατί αυτή δέχεται τις υπηρεσίες της νοσηλευτικής και οι άρρωστοί μας γνωρίζουν την προσφορά των Αδελφών στο χώρο της υγείας και εκτιμούν την επιστημονική κατάρτισή τους. Αλλά και ο νοσηλευτικό κόσμος της

Ευρώπης χαιρέται την εξέλιξη της νοσηλευτικής στην Ελλάδα, πολλές δε χώρες την χρησιμοποιούν και σαν παράδειγμα.

## **2.4. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΘΕΜΑΤΑ.**

Υπάρχουν πολλά θέματα και προβλήματα που ασφαλώς πρέπει να τα παίρνουμε σαν προκλήσεις για αντιμετώπιση και πρόοδο:

1. Κτιριακό θέμα: Το Τμήμα Νοσηλευτικής χρειάζεται δικό του χώρο που να περιλαμβάνει αίθουσες διδασκαλίας, εργαστήρια, αναγνωστήρια, βιβλιοθήκες κλπ.
2. Νοσηλευτικά Συγγράμματα στη γλώσσα μας. ελπίζουμε η Ελληνική νοσηλευτική βιβλιογραφία να πλουτίζεται με νέες εκδόσεις και δημοσιεύσεις από την έρευνα που γίνεται με τους μεταπτυχιακούς φοιτητές, αλλά και από άλλους συναδέλφους.
3. Νοσηλευτικό εκπαιδευτικό προσωπικό σε θέσεις ΔΕΠ. Χρειάζονται περισσότερες διδάκτορες νοσηλεύτριες με ανάλογα προσόντα και για όλες τις νοσηλευτικές ειδικότητες.
4. Κλινική άσκηση φοιτητών συμπεριλαμβανομένης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Είναι ανάγκη να ενισχυθεί και να δημιουργούνται οι κατάλληλες εκπαιδευτικές συνθήκες, γιατί εκεί ακριβώς στηρίζεται η νοσηλευτική εκπαίδευση, όπως άλλωστε και η ιατρική. Εδώ είναι μοναδικός ο ρόλος των σύγχρονων νοσηλευτριών. Μπορούμε να παρουσιάζουμε «πρότυπα» νοσηλευτικής στην πράξη;
5. Νοσηλευτική Έρευνα. Η ανάπτυξη έρευνας για νοσηλευτικά θέματα και προβλήματα τόσο στα νοσοκομεία όσο και σε άλλα κέντρα και ιδρύματα που θα αποσκοπεί στη βελτίωση της φροντίδας υγείας των ατόμων και των αρρώστων ασφαλώς θα βελτιώνει την εκπαίδευση

αλλά θα αποτελέσει και μεγάλη κοινωνική προσφορά της νοσηλευτικής.

6. Το είδος των φοιτητών. Πως εκλαμβάνουν τη νοσηλευτική; ποιες οι προσδοκίες τους; σε τι αποβλέπουν; ποια η φιλοσοφία τους;

## 2.5. ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ

Ζούμε στο τέλος του 20ου αιώνα και προσεγγίζουμε τον 21<sup>ο</sup>. Ποιες οι προοπτικές της πανεπιστημιακής νοσηλευτικής εκπαίδευσης; Οι προϋποθέσεις άριστες, οι δυνατότητες άπειρες.

Είναι όμως ανάγκη να αποδειχθεί ότι η πανεπιστημιακή νοσηλευτική εκπαίδευση είναι απαραίτητη για την παροχή υπηρεσιών υγείας ποιότητας στην κοινωνία και οικονομικά αποτελεσματική, με την προϋπόθεση βέβαια ότι οι πτυχιούχοι θα παραμένουν στο επάγγελμα. Αυτό φυσικά εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Εξαρτάται και από την απόδοση των πτυχιούχων στους τομείς εργασίας στο χώρο της υγείας και από την ικανοποίησή τους από τις προοπτικές που υπάρχουν και δημιουργούνται.

Η νοσηλευτική γενικά και η Ελληνική νοσηλευτική ειδικότερα έχει μεγάλη παράδοση. Γαλουχήθηκε, αναπτύχθηκε, προόδευσε με γνώμονα τις υψηλές αξίες της ζωής. Ανταποκρίθηκε στις ανάγκες της κοινωνίας για προσφορά υπηρεσιών υγείας τόσο σε εποχές πολέμων, καταστροφών, επιδημιών κλπ, όσο και σε ειρηνικές εποχές. Στο στίβο της καθημερινής πάλης του ανθρώπου εναντίον της αρρώστιας και της αναπηρίας, δηλαδή στη νοσηλεία των αρρώστων, στην αποκατάστασή τους, στην πρόληψη της ασθένειας και στην προαγωγή της υγείας.

Η πανεπιστημιακή νοσηλευτική εκπαίδευση είναι μια φυσική εξέλιξη της Ελληνικής νοσηλευτικής. Όπως είναι γνωστό, η Ελλάδα είναι η πρώτη, ίσως και η μοναδική χώρα της Ευρώπης, που από το 1948 ζητούσε τα ίδια προσόντα με όσους ακολουθούσαν πανεπιστημιακές σπουδές για τις υποψήφιες των Α. Σχολών Αδελφών.

Αν οι μελλοντικοί νοσηλευτές, όπως και οι σημερινοί, εξακολουθήσουν να θεωρούν τη νοσηλευτική φιλοσοφία σαν πηγή ανθρωπιστικών αξιών, όπως το σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια, την φροντίδα και την αγάπη προς τα υπηρετούμενα άτομα, την προσωπική ευθύνη για της πράξεις τους και την πίστη στο Θεό, θα είναι επιτυχημένοι και τώρα και στον 21<sup>ο</sup> αιώνα.

Αν οι νοσηλευτές/τριες πέρα από την επιστημονική τους γνώση πιστεύουν στις υψηλές αξίες της ζωής, ζουν με συνέπεια και τις εφαρμόζουν στην πράξη, δηλαδή, στις νοσηλευτικές συνθήκες, μπορούν ενσυνείδητα και υπεύθυνα να κατευθύνουν τις δραστηριότητες και λειτουργίες τους προς ανθρωπιστική νοσηλευτική και υγειονομική φροντίδα και να χρησιμοποιούν για το καλό της υγείας των αρρώστων κάθε επιστημονική και τεχνολογική πρόοδο και κάθε απίθανη μελλοντική ανακάλυψη.

## **ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ.**

### **2.6. ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Είναι γνωστό σε όλους μας ότι η Παιδεία σύμφωνα με το άρθρο 16 του Συντάγματος παρ. 2, αποτελεί βασική αποστολή του Κράτους, έχει δε ως σκοπό την ηθική, πνευματική, επαγγελματική και φυσική αγωγή των Ελλήνων, την ανάπτυξη της Εθνικής και θρησκευτικής συνείδησης και την διάπλαση αυτών ως ελεύθερων και υπευθύνων πολιτών. Στο ελληνικό εκπαιδευτικό σύστημα υπάρχουν τρεις βαθμίδες εκπαίδευσης.

### **2.7. ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Πριν, όμως, αναφερθώ στα ΤΕΙ θα μου επιτρέψετε να κάνω μία πολύ σύντομη ιστορική αναδρομή στην εξέλιξη της Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης στην Ελλάδα, αρχίζοντας από το 1875 που ιδρύθηκε η πρώτη Σχολή Νοσοκόμων στον Ευαγγελισμό με αυστηρά κριτήρια εισαγωγής των μαθητριών ως προς το ήθος, τους τρόπους και την νοημοσύνη. Το 1924 λειτούργησε η Σχολή Νοσοκόμων και επισκεπτριών του ΕΕΣ με αποφοίτους του τότε Σχολαρχείου. Το 1948 με το ΝΔ



685/1948 κατοχυρώνεται ο τίτλος και το έργο της ΔΑ, κυρώνεται η ίδρυση τμήματος Νοσοκόμων στο Υπουργείο Υγείας και το Απολυτήριο Εξατάξιου Γυμνασίου θεωρείται πλέον απαραίτητο προσόν για την εισαγωγή στις Σχολές Νοσοκόμων. Έως το 1970 λειτούργησαν 12 ανώτερες Σχολές Νοσοκόμων και την ευθύνη της εκπαίδευσης των Νοσοκόμων την είχε το Υπουργείο Υγείας.

Το 1970 με το Ν. 652/1970 ιδρύθηκαν τα Κέντρα Ανωτέρας Τεχνικής Εκπαίδευσης. Σε πέντε σχολές στελεχών υγείας ιδρύθηκαν τμήματα Νοσηλευτικής. Είχαμε πλέον δύο φορείς για την εκπαίδευση Νοσοκόμων, το Υπουργείο Υγείας και το Υπουργείο Παιδείας.

Το 1977 με το Ν. 576/1977 καθιερώθηκε η συναρμοδιότητα των δύο Υπουργείων για τη λειτουργία των Σχολών, με τα γνωστά σε όλους μας προβλήματα.

Με το Ν. 1404/1983 τα ΚΑΤΕΕ καταργούνται και στη θέση τους ιδρύονται τα Τεχνολογικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα. Ολόκληρη η Νοσηλευτική Εκπαίδευση μεταφέρεται στα ΤΕΙ και επομένως στο Υπουργείο Παιδείας, όπου είναι και ο φυσικός χώρος εκπαίδευσης. Με τον Ν. 1579 παρ. 5 καθιερώνονται επίσημα πλέον οι ειδικότητες στην νοσηλευτική εκπαίδευση: Η Παθολογική, η Χειρουργική, η Παιδιατρική και η Ψυχιατρική Νοσηλευτική.

Επίσης βρίσκομαι στην ευχάριστη θέση να σας ανακοινώσω ότι ύστερα από 40 χρόνια, πέρασαν από το Συμβούλιο Τεχνολογικής Εκπαίδευσης τα επαγγελματικά δικαιώματα των αποφοίτων της Νοσηλευτικής και ελπίζω πως πριν εκπνεύσει το 1987 θα είναι νόμος του Κράτους.

## **2.8. ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΚΑΙ ΠΩΣ ΟΡΓΑΝΩΝΟΝΤΑΙ ΤΑ ΤΕΙ**

Τα ΤΕΙ όπως είδαμε και στο σχήμα ανήκουν στην τριτοβάθμια (μεταλυκειακή) εκπαίδευση. Αποτελούν αυτοδιοικούμενα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου με διαφορετική κατεύθυνση και ρόλο ως προς τα Πανεπιστήμια. Έχουν ως αποστολή την παροχή θεωρητικής και πρακτικής Εκπαίδευσης, τέτοιας που να καθιστά τους απόφοιτούς τους, απόλυτα ικανούς στην εφαρμογή επιστημονικών, τεχνολογικών, καλλιτεχνικών ή άλλων γνώσεων και δεξιοτήτων στο επάγγελμα έτσι ώστε να μπορούν να μεταλλάσσουν σε παραγωγό δύναμη όλες τις σύγχρονες τεχνολογικές επιτεύξεις για μια αυτοδύναμη και ολοκληρωμένη ανάπτυξη του τόπου.

Τα ΤΕΙ οργανώνονται σε Ακαδημαϊκά πλαίσια με κύρια χαρακτηριστικά τις ακαδημαϊκές ελευθερίες και το άσυλο, την αυτοδιοίκηση, τη δημοκρατική δομή και λειτουργία με την συμμετοχή όλων των παραγόντων (εκπαιδευτικών, διοικητικών και σπουδαστών) στη λήψη των αποφάσεων των ιδρυμάτων αυτών.

## **2.9. ΠΩΣ ΣΥΓΚΡΟΤΟΥΝΤΑΙ ΤΑ ΤΕΙ**

Τα ΤΕΙ συγκροτούνται κατά σχολές, τμήματα και ομάδες μαθημάτων. Στην Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας ανήκει το τμήμα της Νοσηλευτικής. Το πρόγραμμα σπουδών του τμήματος Νοσηλευτική είναι χωρισμένο σε 6 εξάμηνα.

Η βασική εκπαίδευση στη Νοσηλευτική διαρκεί 7 εξάμηνα. Στο 7<sup>ο</sup> εξάμηνο μετά δηλαδή τη λήξη των σπουδών γίνεται η πρακτική άσκηση στο επάγγελμα και στοχεύει στην εμπέδωση των θεωρητικών γνώσεων που αποκτήθηκαν στην διάρκεια των σπουδών.

## **2.10. ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ.**

Σύμφωνα με την έκθεση της Νοσηλευτικής Επιτροπής για την κατάρτιση νοσηλευτριών ΕΟΚ (Απρίλιος 1981) το βασικό πρόγραμμα σπουδών της νοσηλευτικής πρέπει να δίνει στους σπουδαστές απαραίτητες γνώσεις και να τους βοηθά να αναπτύξουν δεξιότητες, τεχνικές που θα τους προετοιμάζει για να αναγνωρίζουν, να κατανοούν και να ανταποκρίνονται στις ανάγκες του ατόμου (αρρώστου ή υγιούς) με πλήρη ανθρωπιστική προσέγγιση.

Το πρόγραμμα δίνει στον σπουδαστή την:

1. Ικανότητα να προσδιορίζει, να διατυπώνει και να εφαρμόζει τις διάφορες μεθόδους κάλυψης των υγειονομικών αναγκών, να λαμβάνει υπόψη τους πόρους τους ασθενούς και επίσης να συντονίζει όλους τους πόρους συμπεριλαμβανομένων και των μέσων του προσωπικού και των κοινωνικών και υγειονομικών μέσων και να αξιολογεί τα αποτελέσματα.
2. Ικανότητα να προγραμματίζει, να οργανώνει, να εκτελεί και να εκτιμά τις νοσηλευτικές υπηρεσίες που παρέχονται (προληπτικές, θεραπευτικές, εκπαιδευτικές).

3. Ικανότητα να καθοδηγεί τους σπουδαστές, μαθητές της νοσηλευτικής και των άλλων που συμμετέχουν στην ομαδική εργασία, ασθενής, πελάτης, οικογένεια, για να πραγματοποιούν, να διατηρούν και να προωθούν την συνεργασία μεταξύ των ενδιαφερόμενων.
4. Ικανότητα να συμμετέχει στην έρευνα στον τομέα της Νοσηλευτικής φροντίδας.
5. Ικανότητα να συμμετέχει στην προώθηση αποτελεσματικής πολιτικής υγείας.
6. Ικανότητα να αναλαμβάνει επαγγελματική ευθύνη και επιθυμία να συνεχίσει την επιμόρφωσή του στον τομέα της νοσηλευτικής.

Ο δε Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) στον οδηγό για την αναθεώρηση προγραμμάτων για βασική νοσηλευτική εκπαίδευση συνιστά: τον προσανατολισμό προς την πρωτοβάθμια υγειονομική φροντίδα και την Κοινωνική Νοσηλευτική για την πραγματοποίηση της αναθεώρησης και χάραξης των αντικειμενικών σκοπών και πώς πρέπει να γίνει ο καθορισμός των σκοπών του προγράμματος.

Ο τελικός σκοπός για τον κοινοτικό προσανατολισμό του εκπαιδευτικού προγράμματος νοσηλευτών απαιτεί το διδακτικό προσωπικό και η Επιτροπή Αναθεώρησης να μετέχει στην εξεύρεση του είδους των γνώσεων και των ικανοτήτων που χρειάζεται εκ μέρους της Νοσηλεύτριας που θα εργαστεί στην Πρωτοβάθμια Υγειονομική Φροντίδα.

Ο νοσηλευτής/τρια που εργάζεται πρέπει να γνωρίζει:

1. Τα μεγαλύτερα προβλήματα υγείας στην περιοχή.

2. Τις βασικές μεθόδους πρόληψης, θεραπείας και ελέγχου των προβλημάτων που προέχουν μαζί με την αιτιολογία, επιδημιολογία και παθολογία.
3. Τις αρχές της Μητρικής – Βρεφικής και Παιδικής Υγειονομικής φροντίδας, παράγοντες που επηρεάζουν την ατομική και την οικογενειακή αύξηση και ανάπτυξη, μεθόδους οικογενειακού προγραμματισμού.
4. Εκτίμηση της θεραπευτικής πορείας και αποκατάστασης.
5. Αρχές πρόληψης, συνέχισης της φροντίδας και επίδρασης του τρόπου ζωής στην υγεία.

Επιπλέον ο Νοσηλευτής/τρια χρειάζεται να γνωρίζει:

- α) Πώς να εκτιμήσει το αποτέλεσμα της παρεχόμενης φροντίδας, στο άτομο, στην οικογένεια και σε ομάδες της Κοινότητας.
- β) Να εκπαιδεύσει πρακτικά τους άλλους στην προαγωγή της υγείας μέσω της ατομικής και υγιεινής φροντίδας.
- γ) Να προσαρμόσει τις φροντίδες υγείας στις απαιτήσεις των διαφόρων κοινωνικών, μορφωτικών και επαγγελματικών ομάδων της Κοινότητας.
- δ) Να ζητήσει την ενεργό συμμετοχή της Κοινότητας στην προαγωγή της υγείας των ατόμων και των οικογενειών μέσα από την δική τους φροντίδα υγείας
- ε) Να επεκτείνει τις υγειονομικές υπηρεσίες στις δύο ομάδες του πληθυσμού που δέχονται υποβαθμισμένη φροντίδα υγείας και να τροποποιήσει τους τρόπους χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας από τις διάφορες ομάδες πληθυσμού
- στ) Να συνεργαστεί με ομάδες διαφορετικών κατευθύνσεων για την βελτίωση της Κοινοτικής υγείας
- ζ) Να εκπαιδεύσει και να συνεργαστεί με τους τοπικούς γιατρούς και το υγειονομικό προσωπικό της Κοινότητας

η) Να συμμετέχει στο σχεδιασμό της πολιτικής υγείας και τη λήψη των αποφάσεων για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στο επίπεδο της Κοινότητας και

η) Να συνεργαστεί αποτελεσματικά με τις υγειονομικές ομάδες.

Κυρίες και Κύριοι, θέλω να πιστεύω πως σύντομα θα γίνει η αναθεώρηση του προγράμματος σπουδών της νοσηλευτικής μια και ο Ν. 1404/83 το προβλέπει, και πως η Επιτροπή Αναθεώρησης του προγράμματος θα εμπλουτίσει περισσότερο το πρόγραμμα και θα θέσει αντικειμενικούς σκοπούς σπουδών, λαμβάνοντας υπόψη τα όσα η ΠΟΥ συστήνει στον οδηγό αναθεώρησης προγραμμάτων για βασική Νοσηλευτική εκπαίδευση.

Πριν τελειώσω πρέπει να αναφερθώ στα προβλήματα της νοσηλευτικής εκπαίδευσης.

Αγαπητοί συνάδελφοι κατά την διάρκεια της επεξεργασίας του θέματος πάρα πολλές φορές διερωτήθηκα αν υπάρχει χώρος εργασία χωρίς προβλήματα, πάντως αν κάπου υπάρχει σας διαβεβαιώ πως αυτός δεν είναι ο χώρος των ΤΕΙ.

Προβλήματα υπάρχουν, εγώ απλώς θα θίξω ορισμένα εξ αυτών, έτσι ώστε να σας δώσω αφορμή για συζήτηση αφενός και αφετέρου να κεντρίσω το ενδιαφέρον σας να βοηθήσετε από την θέση που κατέχετε μέσα στον χώρο υγείας, στην καλυτέρευση της εκπαίδευσης των σπουδαστών, οι οποίοι είναι οι αυριανοί νοσηλευτές/τριες που θα πάρουν στα χέρια τους την υγεία του λαού μας και της Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης.

Τα προβλήματα αυτά είναι:

1°. Έλλειψη διδακτικού Νοσηλευτικού προσωπικού και αδυναμία κάλυψης των οργανικών θέσεων λόγω της έλλειψης στην χώρα μας Νοσηλευτών/τριών με τα προσόντα που προβλέπει ο Ν.1404/83 για τους καθηγητές, τους επίκουρους καθηγητές ακόμη και τους καθηγητές εφαρμογών. Ελπίζω ότι η ισοτιμία των πτυχίων των αποφοίτων των Σχολών νοσοκόμων του Υπ. Υγείας και των ΚΑΤΕΕ θα γίνει σύντομα μια και το Υπ. Παιδείας ζήτησε από τα τμήματα Νοσηλευτική των ΤΕΙ προτάσεις για την ισοτιμία και έτσι θα λυθεί τουλάχιστον το θέμα των καθηγητών εφαρμογών.

2°. Εισαγωγή των σπουδαστών στη Νοσηλευτική από όλες τις δέσμες έχει σαν αποτέλεσμα την εισαγωγή ατόμων που δεν γνωρίζουν καν το αντικείμενο σπουδών τους, γιατί ο επαγγελματικός προσανατολισμός των νέων είναι ελλιπής, πράγμα το οποίο έχει δυσμενείς επιπτώσεις στην εκπαίδευση (αδιαφορία ή εγκατάλειψη σπουδών) και μετέπειτα στην άσκηση του επαγγέλματος, μια και ακολουθούν το επάγγελμα αναγκαστικά και όχι από ελεύθερη επιλογή.

3° και σοβαρότερο πρόβλημα η εισαγωγή μεγάλου αριθμού σπουδαστών κατά έτος, λόγω της μεγάλης ζήτησης στην αγορά εργασία νοσηλευτών/τριών. Το πρόβλημα γίνεται πιο οξύ με την έλλειψη μόνιμου εκπαιδευτικού προσωπικού και νοσοκομειακών κλινών που πολλές φορές είναι μικρότερος από τον αριθμό των σπουδαστών, με αποτέλεσμα την υποαπασχόληση των σπουδαστών με τα επακόλουθα προβλήματα. Επίσης η έλλειψη νοσηλευτικού υλικού από τις Ν. μονάδες, δημιουργεί πρόβλημα στη σωστή εφαρμογή των όσων διδάχτηκαν από τη σχολή οι σπουδαστές, κατά την εργαστηριακή άσκησή τους στα Νοσηλευτικά ιδρύματα.

4°. Αδυναμία του μόνιμου εκπαιδευτικού προσωπικού λόγω του μικρού αριθμού και του φόρτου εργασίας να επικοινωνεί συχνά με τα

νοσηλευτικά ιδρύματα όπου κάνουν εργαστηριακή άσκηση οι σπουδαστές ώστε να λύνονται τα προβλήματα που προκύπτουν κατά την εργαστηριακή άσκηση και,

5°. Δυσκολία στην εξεύρεση κατάλληλου ωρομισθίου Νοσηλευτικού Εκπαιδευτικού Προσωπικού, γιατί δεν υπάρχουν περιθώρια επιλογής των ικανοτέρων, αφού οι αιτήσεις είναι λιγότερες από τις θέσεις που θέλουμε να καλύψουμε.



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ**

### **ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

#### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Τι θα μας φέρει ο 21<sup>ος</sup> αιώνας; Υγεία για όλους, καλύτερη ποιότητα ζωής, ειρήνη, οικονομική ευημερία, ανάπτυξη και χρήση υψηλότερης τεχνολογίας που θα κάνει τη ζωή μας πιο άνετη; Μήπως άγνωστες αρρώστιες και νέες μαστιγες όπως το AIDS, καταστροφικούς σεισμούς, άλλες φυσικές ή προκαλούμενες από τους ανθρώπους καταστροφές; Φυσικά η πρόβλεψη είναι επικίνδυνη υπόθεση.

Παρά την πρόοδο και τις απρόβλεπτες καταστροφές που πιθανόν να συμβούν στον 21<sup>ο</sup> αιώνα, εμείς ελπίζουμε και προσβλέπουμε σε έναν καλύτερο κόσμο για όλους τους ανθρώπους και για τη Νοσηλευτική.

Το μέλλον όμως αρχίζει με το παρόν και το παρελθόν. Αρχίζει πριν από πολλούς αιώνες με σειρές γεγονότων και συνθηκών που διαμορφώνουν το σήμερα και το μέλλον. Κι αυτά δεν είναι άμορφες ενότητες. Δημιουργήθηκαν από ανθρώπους, από τις αποφάσεις που πήραν, από τις επιλογές που έκαναν και από τις πράξεις που ενήργησαν (1).

Επομένως, εμείς, οι νοσηλευτές του σήμερα και όσοι ασχολούνται με τη νοσηλευτική, προετοιμάζουμε ή μάλλον διαμορφώνουμε σε έναν βαθμό τη νοσηλευτική και τους νοσηλευτές του 21<sup>ου</sup> αιώνα.

Ανήκουμε στην ευρεία κοινωνία των λειτουργών υγείας και έχουμε το μεγάλο προνόμιο να υπηρετούμε τον άνθρωπο και την υγεία του. Γνωρίζουμε την μεγάλη και ειδική συμβολή του έργου μας σε όλη την ανθρωπότητα γιατί η υγεία και αρρώστια δεν έχουν σύνορα. Το έργο μας από τη φύση του είναι απέραντο και θα διαρκέσει τόσο όσο και η ζωή στον πλανήτη μας.

Φαίνεται δε ότι η ανάγκη για νοσηλευτές θα συνεχίσει να είναι μεγάλη και στον 21<sup>ο</sup> αιώνα, ιδιαίτερα στην Ευρωπαϊκή μας περιοχή, ενώ αντίθετα θα ελαττώνεται για γιατρούς.

*Πως και γιατί δημιουργήθηκε η νοσηλευτική;*

Η Νοσηλευτική άρχισε σαν ανταπόκριση στις ανάγκες όλων των ανθρώπων για ασφάλεια, άνεση, φροντίδα και υποστήριξη στις διάφορες καταστάσεις υγείας.

Πυρήνας της Νοσηλευτικής είναι η **φροντίδα** (care) και προσφορά **υπηρεσίας**, τα οποία η Virginia Henderson θεωρεί σαν την παγκόσμια έννοια της νοσηλευτικής που είναι σύμφυτη, μόνιμη και ανακουφιστική και στην οποία οι σύγχρονοι συγγραφείς και ερευνητές αναφέρονται συχνά.

Φροντίδα και υπηρεσία, τα ιστορικά και ιδεολογικά θεμέλια της νοσηλευτικής εκφράζονται στο αίτημα των σύγχρονων νοσηλευτών που αναζητούν και απαιτούν να ασκούν τη νοσηλευτική σαν τρόπο «φροντίδας με αυτονομία» και «προσφοράς υπηρεσίας χωρίς υποτέλεια».

### **3.2. ΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ**

Η μεγαλύτερη τάση στον υγειονομικό χώρο είναι το «Υγεία για όλους» με συνειδητοποίηση: της σημασίας της πρόληψης και της προαγωγής της υγείας, της επίπτωσης της ρύπανσης του περιβάλλοντος και ανάπτυξης στρατηγικών αποτελεσματικής αντιμετώπισης με συνεργασία όλων των κοινωνικών παραγόντων και του πληθυσμού, προώθησης υγιεινών συνηθειών και τρόπων ζωής, καταπολέμησης των ναρκωτικών, συμμετοχής της κοινότητας στα θέματα υγείας, ανάπτυξης έρευνας για την προαγωγή υγείας του πληθυσμού και βελτίωση ποιότητας ζωής των αρρώστων σε οποιαδήποτε κατάσταση υγείας, ευρείας χρησιμοποίησης προηγμένης τεχνολογίας στο χώρο της υγείας, προηγμένης και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών υγείας, ανάπτυξης θεωριών και νοσηλευτικής έρευνας ιδιαίτερα στον κλινικό τομέα καθώς και εφαρμογής ερευνητικών ευρημάτων στην πράξη για βελτίωση προσφερόμενων υπηρεσιών.

*Άλλες τάσεις – προκλήσεις είναι:*

*- Το υψηλό οικονομικό κόστος που κυριαρχεί στην υγειονομική φροντίδα και ιδιαίτερα στην νοσοκομειακή περίθαλψη.*

Οι υπηρεσίες υγείας προσπαθούν να ελαττώνουν τις ημέρες νοσηλείας με αποτέλεσμα πολλοί άρρωστοι μεταξύ των οποίων υπερήλικες και εγκαταλειμμένοι να εξέρχονται του Νοσοκομείου ενώ ακόμα έχουν ανάγκη νοσηλευτικής φροντίδας. Ή άλλοι να είναι γραμμένοι σε μεγάλη λίστα αναμονής σε βαθμό που πολλές φορές να μη μπορούν πλέον να ζητήσουν βοήθεια. Αυτό δημιουργεί ισχυρή τάση για

αυξημένη ζήτηση κατ' οίκον φροντίδας και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης.

*- Μεταβολή νοσοκομειακής περίθαλψης*

Τα σημερινά ιδρύματα τριτοβάθμιας περίθαλψης αρχίζουν ήδη να εμφανίζονται σαν κέντρο κριτικής φροντίδας, δηλαδή μεγάλες Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας. Η νέα τεχνολογία απαιτεί ειδική επιλογή, πράγμα που παρουσιάζει ηθικά προβλήματα στη λήψη αποφάσεων για την κατανομή και διάθεση οικονομικών πόρων και την επιλογή ασθενών.

*- Δημογραφικό πρόβλημα*

Μαζί με τους οικονομικούς περιορισμούς και τις πιέσεις, ο πληθυσμός της Ευρώπης και ιδιαίτερα της χώρας μας δοκιμάζει δραματικές αλλαγές με την αναμενόμενη αύξηση διάρκειας της ζωής και την υψηλή αναλογία υπερηλίκων. Ήδη παρουσιάζουμε αντίστροφη πυραμίδα με το γεροντικό πληθυσμό στην κορυφή σαν μανιτάρι, με όλο και λιγότερο νεανικό πληθυσμό στη βάση.

Τελευταίες πληροφορίες από τη Διεθνή Τράπεζα παρουσιάζουν την Ευρώπη με την μικρότερη αναλογία 4% αύξησης στο παγκόσμιο πληθυσμό, ενώ σε άλλες περιοχές η αύξηση φτάνει 34% στην Αφρική, 26% στην Λατινική Αμερική, 20% στην Ασία και 17% στην Ωκεανία. Στην Βόρεια Αμερική η αύξηση είναι 10%. Έτσι η Ευρώπη επιβεβαιώνει την προσωινία της ως «η γηραιά ήπειρος». Και τι να πούμε για τη χώρα μας. Εδώ η κατάσταση είναι πλέον επικίνδυνη σύμφωνα με όσα καθημερινά ενημερωνόμαστε από υπεύθυνους παράγοντες και τραγικές διαπιστώσεις.

### **3.3. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ.**

Οι αναφερθείσες τάσεις αποτελούν πρόκληση για τη Νοσηλευτική σήμερα και στον 21<sup>ο</sup> αιώνα. Είναι σαφείς οι ενδείξεις ότι για τους νοσηλευτές δημιουργούνται νέες περιοχές προσέγγισης, νέοι ορίζοντες επέκτασης, νέοι ρόλοι να αναλάβουν και νέες προκλήσεις για να ανταποκριθούν.

Οι νοσηλευτές καλούνται να γίνουν κοινωνικοί κήρυκες για την υγεία, να εργάζονται περισσότερο σαν νοσηλευτές της οικογένειας που γνωρίζουν τους προσωπικούς τους αρρώστους και συνεργάζονται με άλλα μέλη της ομάδας υγείας για αποτελεσματική κάλυψη των αναγκών τους. συμμετέχουν σε όλες τις προσπάθειες της κοινωνίας για την καταπολέμηση των κοινωνικών κακών – ρύπανση περιβάλλοντος, ναρκωτικά, άγνοια κινδύνων υγείας – και κινητοποιούν τις κοινότητες να ενώνουν τις προσπάθειές τους για ελάττωση αυτών των κινδύνων. «Ανοίγουν και οδηγούν το δρόμο σε οικοδομητικές αλλαγές για την πραγμάτωση του στόχου Υγεία για όλους», σύμφωνα με τις προσδοκίες του ΠΟΥ.

Το θέμα του κόστους παρουσιάζει νέα πρόκληση. Οι νοσηλευτές πρέπει να αποδεικνύουν ότι οι υπηρεσίες τους είναι οικονομικά αποτελεσματικές καθώς και απόλυτα απαραίτητες στο ευρύ φάσμα της υγείας. Ίσως οι πιο ικανοί νοσηλευτές σε όλους τους τομείς της νοσηλευτικής – κλινική άσκηση, εκπαίδευση, διοίκηση, έρευνα – θα απολαμβάνουν το προνόμιο της πλήρους επαγγελματικής σταδιοδρομίας. Επιπλέον, λόγω του συναγωνισμού και του μεγάλου αριθμού γιατρών στην Ευρώπη και ιδιαίτερα στη χώρα μας, μόνο τα επαγγέλματα και οι επιστήμες του θα εκπληρούν αποτελεσματικά τις ευθύνες και υποχρεώσεις τους θα διατηρηθούν για την κάλυψη των υπηρεσιών υγείας.

Η πρόωρη έξοδος των αρρώστων από το Νοσοκομείο δείχνει την ανάγκη, ότι οι νοσηλευτές πρέπει να είναι ικανοί να παρέχουν σύνθετη φροντίδα στο σπίτι και σε εναλλακτικά κέντρα περίθαλψης. Η νοσηλεία στο σπίτι οξέως και χρονίως πασχόντων ασθενών καθώς και η ίδρυση ξενώνων και άλλων ιδρυμάτων αυξάνουν την ανάγκη παροχής νοσηλείας στην κοινότητα.

Όσο η διάρκεια ζωής αυξάνει και ο νεανικός πληθυσμός ελαττώνεται, οι νοσηλευτές τοποθετούνται σε στρατηγική θέση αντιμετώπισης αυξανόμενων σύνθετων αναγκών και παροχής φροντίδας των αρρώστων με μικρότερο αριθμό προσωπικού.

Η υψηλή τεχνολογία και η αυξανόμενη χρήση της στο χώρο της υγείας παρουσιάζει μεγάλη επίπτωση στη νοσηλευτική. Οι νοσηλευτές στον 21<sup>ο</sup> αιώνα δεδομένου ότι θα ασκούν το έργο τους σε περιβάλλον υψηλής τεχνολογίας σε οποιοδήποτε τομέα και αρμοδιότητα οφείλουν να είναι κύριοι της τεχνολογίας και να τη χρησιμοποιούν κατάλληλα χωρίς να υποδουλώνονται σ' αυτή.

Είναι αυτονόητο ότι οι νοσηλευτές θα έχουν μεγαλύτερη αρμοδιότητα στη διαμόρφωση πολιτικής υγείας, στη διοίκηση και θέσπιση κριτηρίων ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας. Αυτό ήδη εμφανίζεται με σύγχρονη νομοθεσία της νοσηλευτικής άσκησης (nursing acts) σε διάφορες χώρες της Ευρώπης στις οποίες συμπεριλαμβάνεται και η Ελλάδα με το Νόμο 1268/83 που τοποθετεί τη Νοσηλευτική Διεύθυνση μαζί με τις άλλες δύο διευθύνσεις Ιατρική και Διοικητική στην ίδια θέση, ευθύνη, κύρος και αυτονομία της νοσοκομειακής διοίκησης. Σε ορισμένες χώρες οι νοσηλευτές δε θεωρούνται μόνο διευθυντές νοσηλευτικής αλλά συμπεριλαμβάνονται και μεταξύ των κορυφαίων στελεχών της διοίκησης υπηρεσιών υγείας και νοσοκομείων. Κι αυτή η αναγνώριση είναι απλή απόδοση δικαιοσύνης εφόσον οι νοσηλεύτριες

έχουν μακρά ιστορία στη λύση διοικητικών προβλημάτων στα νοσοκομεία καθώς και στο χειρισμό και τη διοίκηση προσωπικού.

### **3.4. ΤΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ.**

Που είναι οι μεγαλύτερες πιθανότητες ότι θα ασκούν το έργο τους οι νοσηλευτές του 21<sup>ου</sup> αιώνα; Μια απλή και γρήγορη απάντηση είναι: Οπουδήποτε θα υπάρχουν ανάγκες υγείας και νοσηλευτικής ατόμων και κοινωνιών.

Οι νοσηλευτές στον 21<sup>ο</sup> αιώνα θα είναι γενικοί και ειδικευμένοι σε κάθε είδους ειδικότητα. Θα είναι δάσκαλοι και σύμβουλοι υγείας, πρωτοβάθμιοι, κινητοποιοί της κοινότητας για προαγωγή υγείας και ποιότητας ζωής και θα συμμετέχουν σε όλα τα διεπιστημονικά όργανα καθορισμού πολιτικής υγείας.

Ασφαλώς θα παρέχουν υπηρεσίες προαγωγής υγείας, προληπτικές και θεραπευτικές σε άτομα και οικογένειες στο σπίτι, στο σχολείο, στις βιομηχανίες και άλλα κοινοτικά ιδρύματα. Θα επικεντρώνουν τις ενέργειές τους στη βοήθεια αρρώστων και οικογενειών να διατηρούν την υγεία τους στα ανώτερα δυνατά επίπεδα. Αλλά κυρίως θα νοσηλεύουν και τους βαριά αρρώστους οξέως και χρονίως πάσχοντες σε νοσοκομεία, σε άλλα σύνθετα κέντρα και σε ιδρύματα παρατεινόμενης φροντίδας.

Ασφαλώς οι νοσηλευτές προσωπικά θα δοκιμάζουν τις επιπτώσεις της τεχνολογικής εποχής ιδιαίτερα της γενετικής μηχανής. Όλο και περισσότερο θα ασκούν το έργο τους με διεπιστημονική συνεργασία σε όλες τις διαστάσεις της φροντίδας υγείας και νοσηλείας.

Πάντως προβλέπεται ότι οι νοσηλευτικές υπηρεσίες θα συνεχίσουν να εστιάζονται στον ευάλωτο πληθυσμό και θα συμπληρώνουν τη

φροντίδα της οικογένειας για τους αρρώστους, τους ανάπηρους και υπερήλικες κυρίως στο σπίτι.

Οι νοσηλευτές του 21<sup>ου</sup> αιώνα θα εργάζονται στο διάστημα, σε διαστημικά κέντρα και σταθμούς, γιατί όχι και σε άλλους πλανήτες; Η πρόοδος και η ανάπτυξη των μελλοντικών δραστηριοτήτων νοσηλευτικής είναι άπειρες. Χρειάζεται να ενεργοποιήσουμε τη φαντασία μας.

### **3.5. ΕΥΘΥΝΕΣ ΚΑΙ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ.**

Η κοινωνία του 21<sup>ου</sup> αιώνα περιμένει ότι οι Νοσηλευτές θα αναλαμβάνουν ευθύνες και θα είναι ικανοί να:

- Συνθέτουν αρχές και γνώσεις διαφόρων επιστημόνων και να τις εφαρμόζουν στην πράξη.
- Καθορίζουν και αναλύουν θεωρίες σχετικές με την Ν.Φ. για την ευρύτερη επιστημονική κοινότητα.
- Εργάζονται σαν γενικοί και ειδικευμένοι λειτουργοί υγείας σε ποικίλες και διάφορες υπηρεσίες και ιδρύματα.
- Ασκούν συμβουλευτικό ρόλο υγείας και νοσηλευτικής στον πληθυσμό.
- Αξιολογούν, προγραμματίζουν, εφαρμόζουν και εκτιμούν προληπτική, θεραπευτική και αποκαταστατική Ν.Φ. σε άτομα, οικογένειες και κοινότητες σε όλο τον κύκλο της ζωής.
- Συνεργάζονται με άλλα μέλη της υγειονομικής ομάδας για παροχή συνεχιζόμενης φροντίδας.
- Διενεργούν έρευνα, αναλύουν, αξιολογούν και εφαρμόζουν ερευνητικά αποτελέσματα στην νοσηλευτική πράξη.
- Συμβάλλουν στην ανάπτυξη επιστημονικών κριτηρίων για την κλινική άσκηση.



- Διερμηνεύουν υπάρχοντα και αναφύομενα προβλήματα υγείας σε συσχετισμό με την τοπική, εθνική και διεθνή πολιτική υγείας και νοσηλευτικής.
- Εκτιμούν και αντιδρούν αποτελεσματικά σε κοινωνικά, πολιτικά και ηθικά θέματα σχετικά με προβλήματα υγείας διαφόρων πληθυσμών.
- Αναλαμβάνουν ευθύνη για συνεχιζόμενη μάθηση με σκοπό την ανάπτυξη και μεγιστοποίηση αποτελεσματικότητας του επιστήμονα νοσηλευτή στην πράξη.
- Αναπτύσσουν ηγετικές και διοικητικές ικανότητες.

Ελπίζουμε τελικά ότι οι μελλοντικοί νοσηλευτές θα έχουν την επιστημονική κατάρτιση και την ικανότητα να εργάζονται σε οποιοδήποτε τομέα επιλέξουν μα αφοσίωση, συναδελφικότητα και ευσυνειδησία.

Για όλες όμως αυτές τις δεξιότητες, ικανότητες, ευθύνες και αρμοδιότητες είναι απαραίτητη προϋπόθεση η προηγμένη και κατάλληλη εκπαίδευση των νοσηλευτών που οπωσδήποτε πρέπει να είναι Πανεπιστημιακού επιπέδου. Αλλά η πιο λεπτή και διακριτική ικανότητα που χρειάζεται να καλλιεργούν, είναι η φροντίδα με αγάπη και ενδιαφέρον προς τα υπηρετούμενα πρόσωπα εφόσον αυτού του είδους η φροντίδα αποτελεί τον πυρήνα της Νοσηλευτικής και την πρωταρχική ευθύνη των Νοσηλευτών.

### **3.6. ΗΘΙΚΗ / ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ – ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΙΣΜΟΣ.**

Τι ηθική και δεοντολογία χρειάζονται οι νοσηλευτές του 21<sup>ου</sup> αιώνα; Ήδη έχουμε αναφερθεί σε καταστάσεις που παρουσιάζονται ηθικά διλήμματα που όλο και περισσότερο θα αυξάνουν στη φροντίδα υγείας και τη νοσηλευτική.

Θέματα βιο-ηθικής με επιπτώσεις στη νοσηλευτική είναι αυτά που αφορούν τη ζωή και το θάνατο, ιδιαίτερα με τη χρήση προηγμένης τεχνολογίας στην καθημερινή πράξη. Παράταση της ζωής αρρώστων με μη ανατάξιμες βλάβες, ευθανασία, αμβλώσεις, βιομηχανική (bio-engineering) και χρήση ρομπότ-αυτοματισμού. Ήδη υπάρχουν σήμερα ρομπότ που καταλαβαίνουν την ομιλία, δέχονται και μεταδίδουν μηνύματα, τηλεφωνούν αριθμούς και αισθάνονται τη θερμοκρασία του σώματος. Πολύ γρήγορα τα ρομπότ θα καταγράφουν και θα κάνουν πολλές άλλες εργασίες.

Αλλά σε ένα πολύ αναπτυγμένο τεχνολογικό περιβάλλον η κοινωνία περιμένει από τους νοσηλευτές να έχουν υψηλή ανθρωπιστική προσέγγιση, να διαθέτουν το ανθρώπινο στοιχείο που είναι απαραίτητο να διατηρεί υψηλή ηθική και δεοντολογία και να παρουσιάζουν παραδειγματική αριστεία στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας και υπηρεσιών υγείας σε διάφορες καταστάσεις και ιδρύματα.

Άλλα ηθικά διλήμματα στην πράξη είναι όσα έχουν σχέση με: αξίες, συνήθειες και πεποιθήσεις αρρώστων ως προς τα θεραπευτικά μέσα και τρόπους διάσωσης της ζωής, εχεμύθεια προσωπικών πληροφοριών, πληροφόρηση ή μη του αρρώστου για διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας, μη ορθή θεραπεία, χειρουργικά ή άλλα νοσοκομειακά ατυχήματα, τήρηση ποιοτικών κριτηρίων στην πράξη, αποδοχή και ανάθεση ευθύνης σε αμφίβολες από ηθικής πλευράς καταστάσεις και συνθήκες, καθώς και με την ασφάλεια του αρρώστου.

Θέματα κατανομής πόρων – ανθρώπινων και υλικών, διάθεσης οργάνων σώματος για μεταμόσχευση, προσδιορισμοί προτεραιοτήτων υγείας, αποφάσεις που θα παίρνονται με τους ηλεκτρονικούς υπολογιστές, παρουσιάζουν ηθικά προβλήματα. Και ποιος μπορεί να γνωρίζει τα άλλα θέματα και διλήμματα θα προκύψουν για τους νοσηλευτές και τους άλλους επιστήμονες υγείας στον 21<sup>ο</sup> αιώνα;

Και κάτι άλλο. Ένα φαινόμενο που ίσως παρατηρείται μιας σύγχυσης και χαλάρωσης στη σφαίρα των αξιών και πιθανόν κάποιας ανευθυνότητας που χαρακτηρίζει σε ορισμένες περιπτώσεις τους νοσηλευτές και άλλους λειτουργούς υγείας στις υπηρεσίες που προσφέρουν, προκαλεί ανησυχία μεταξύ των καταναλωτών και των υγειονομικών. Μια ανησυχία ως προς τον τρόπο με τον οποίο οι επιστήμονες υγείας νοσηλευτές, γιατροί και άλλοι θα είναι σε θέση να αντιμετωπίζουν υπεύθυνα τόσο σοβαρές υποθέσεις όπως είναι αυτές που αφορούν τη ζωή και το θάνατο στην καθημερινή πράξη.

Τι ηθικές αξίες χρειάζονται οι νοσηλευτές να προσανατολίζουν την πράξη, να αντιμετωπίζουν υπεύθυνα συγκρουόμενες καταστάσεις και ηθικά διλήμματα του μέλλοντος;

Η νοσηλευτική έχει πλούσια ιστορία αφοσίωσης και προσήλωσης στην προαγωγή της υγείας ατόμων, οικογενειών και κοινοτήτων σε οποιαδήποτε κατάσταση υγείας και χώρο. Ερευνώντας διαχρονικά την ιστορία, διαπιστώνουμε ότι γεννήθηκε, γαλουχήθηκε και αναπτύχθηκε με τις ανθρωπιστικές αξίες, οι οποίες αποτελούν μόνιμο, επίμονο και συνεχιζόμενο στοιχείο αναφοράς στη βάση του επαγγέλματος.

Η ολιστική θεώρηση του ανθρώπου – αρρώστου, μια σύγχρονη και ασφαλώς μελλοντική επιδίωξη όλων των νοσηλευτών, προέρχεται από την Ιπποκρατική σκέψη, την οποία επεξεργάστηκε και παρουσίασε στα φιλοσοφικά συγγράμματά του ο Πλάτωνας. Αυτή η ολιστική άποψη του ανθρώπου απέκτησε βαθύτερη και υψηλότερη έννοια στη Χριστιανική ανθρωπολογική προοπτική σύμφωνα με την οποία ο άνθρωπος θεωρείται «μοναδική, ανεπανάληπτη, αναντικατάστατη και ασύγκριτη ύπαρξη με ίδιο χαρακτήρα».

Οι κυριαρχούσες αξίες στη σύγχρονη φιλολογία και φιλοσοφία της νοσηλευτικής, είναι επηρεασμένες από τις παραπάνω απόψεις και εκφράζονται ως: φροντίδα με αγάπη και ενδιαφέρον για τον όλο

νοσηλευόμενο άνθρωπο, δέος για το δώρο της ζωής, σεβασμό στην αξία, αξιοπρέπεια, αυτονομία και ατομικότητα κάθε ανθρώπινου όντος, υπεράσπιση και προστασία των δικαιωμάτων του αρρώστου, ευθύνη για παροχή προσωπικής, ολιστικής και ανθρωπιστικής φροντίδας, συμβολή των νοσηλευτών στη βελτίωση της κοινωνίας με τη βοήθεια των ανθρώπων να ζουν υγιεινότερη και ψυχικά ισορροπημένη ζωή.

Όλα τα κοινωνικά και υγειονομικά επαγγέλματα έχουν σχεδόν ίδιες αξίες, η Νοσηλευτική επιλέγει τις δικές της αξίες, τις αφομοιώνει και τις ενσωματώνει στη γενική φιλοσοφία της, την οποία προβάλλει στους σύγχρονους και μελλοντικούς νοσηλευτές, που μπορούν να την εμπλουτίζουν, αναπροσδιορίζουν και προσθέτουν νέες διαστάσεις. Καλούνται δε να την πραγματώνουν στην καθημερινή πράξη παρά τις διαφορετικές ή και δύσκολες συνθήκες.

Η φιλοσοφία της νοσηλευτικής σαν πηγή ανθρωπιστικών αξιών μπορεί να καθοδηγεί και βοηθάει τους νοσηλευτές να ασκούν με επιτυχία το έργο τους τώρα και στον 21<sup>ο</sup> αιώνα.

Οι νοσηλευτές που πιστεύουν στις υψηλές αξίες της ζωής, ζουν με συνέπεια και τις εφαρμόζουν στις πραγματικές συνθήκες είναι ικανοί να κατευθύνουν τις ενέργειές τους προς ανθρωπιστική νοσηλευτική και φροντίδα υγείας, να αντιμετωπίζουν υπεύθυνα ηθικά προβλήματα και διλήμματα και να χρησιμοποιούν προς όφελος της υγείας των ανθρώπων κάθε επιστημονική και τεχνολογική ανακάλυψη και κάθε απίθανη μελλοντική πρόοδο.

Μπορούμε οι σημερινοί νοσηλευτές να συλλάβουμε την πρόκληση της νοσηλευτικής του μέλλοντος; Ποια η ευθύνη μας στην προετοιμασία των νοσηλευτών του 21<sup>ου</sup> αιώνα;

### 3.7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο Νομπελίστας Οδυσσέας Ελύτης είπε στις αρχές του 1987:

*«Σ' ένα κόσμο που ο άνθρωπος αποποιήθηκε στην «παιδεία» – καλλιέργεια, πολιτισμό, ηθική κλπ – αισθάνομαι άστεγος και άχρηστος. Στο τέλος του 20ου αιώνα το παν έχει καταληφθεί, ακόμα και τα αστέρια. Ο άνθρωπος χωρίς παιδεία είναι όπως και στην εποχή του προϊστορικού ανθρώπου. Οι μαθητές λύνουν εξισώσεις με καταπληκτική ευκολία: συν, πλην, διά, επί, ίσον. Φαίνεται ότι ο άνθρωπος οδηγείται με συνέπεια σε κάποιο ίσον – συμπέρασμα γιατί, ιδιαίτερα με τους ηλεκτρονικούς υπολογιστές, έχει έτοιμη απάντηση για το κάθε τι. Δεν υπάρχουν πλέον μυστικά στη ζωή, δεν υπάρχει περιθώριο για στοχασμό και θαυμασμό».*

Ίσως όμως δεν πρέπει να είμαστε απαισιόδοξοι. Αν και το παραπάνω φαινόμενο είναι πραγματικότητα, υπάρχει και μια άλλη πραγματικότητα στην κοινωνία μας. σε μια τέτοια διάσταση, νομίζω, κατά τη διάρκεια του εορτασμού των 150 χρόνων ίδρυσης του Πανεπιστημίου Αθηνών το Μάιο 1987 πραγματοποιήθηκε Διεθνές Συμπόσιο με θέμα: «Πανεπιστήμιο: Μπορεί να καλλιεργείται η γνώση χωρίς ταυτόχρονη καλλιέργεια των αξιών;» στο οποίο έλαβαν μέρος Πρυτάνεις, Κοσμήτορες, Πανεπιστημιακοί δάσκαλοι, Νομπελίστες και διακεκριμένοι επιστήμονες από όλον τον κόσμο.

Ορισμένοι φιλόσοφοι και επιστήμονες διαβλέπουν ένα «νέο ρεύμα» μεταξύ των σύγχρονων νέων, ιδιαίτερα στις επιστήμες υγείας – ιατρική και νοσηλευτική. Αυτό το διαπιστώνουμε και εμείς στο δικό μας χώρο.

Το νέο αυτό «ρεύμα» στις επιστήμες υγείας είναι ήρεμο και ελπιδοφόρο. Δεν είναι αλαζονικό. Ένας αριθμός επιστημόνων συμπεριλαμβανομένων φοιτητών, μαθαίνουν να σκέφτονται και να

σέβονται την παράδοσή τους, να σέβονται και να υπολογίζουν την αξία του ανθρώπου.

Καλλιεργούν την επιστημονική γνώση ενώ συγχρόνως τη θεμελιώνουν στις υψηλές αξίες και απομακρύνονται από το χάος. Κατέχονται από δημιουργικό ενδιαφέρον και αγωνία ώστε να ζουν την πρόκληση της επιστήμης και της σύγχρονης τεχνολογίας, αναγνωρίζουν δε και συνειδητοποιούν ότι μερικές φορές το τίμημα είναι βαρύ.

Η νέα γενιά στο χώρο της υγείας, πρέπει να παλέψει σκληρά για να γεφυρώσει το χάσμα που διαχωρίζει την κοινωνική από τη βιολογική ανάπτυξη ώστε ούτε οι άρρωστοι να γίνονται αιχμάλωτοι της βιο – ιατρικής τεχνολογίας ούτε οι επιστήμονες – γιατροί, νοσηλευτές και άλλοι – να αποξενώνονται από τα αποτελέσματα των προσπαθειών και ερευνών τους όπως τονίζεται σε πρόσφατα επιστημονικά Συνέδρια .

Παρατηρείται τελευταία σε πολλούς διεθνείς ακαδημαϊκούς χώρους, σε Συνέδρια, Συμπόσια, Σεμινάρια κλπ συμπεριλαμβανομένου του παρόντος Νοσηλευτικού Συνεδρίου, μια αφύπνιση και συνειδητοποίηση στη σύγχρονη νοσηλευτική και ιατρική για μια ολιστική φροντίδα, για ένα ενδιαφέρον για τον άρρωστο ως ανθρώπου – προσώπου. Είναι μια σύνθεση αρμονικής συμβίωσης επιστήμης, τεχνολογίας και ανθρωπισμού.

Αυτό δείχνει ότι στη δύση του 20ου αιώνα, παρά τα αποθαρρυντικά κοινωνικά συμπτώματα, υπάρχει κάτι το ενθαρρυντικό: τα αιώνια θεμέλια της Ελληνικής σκέψης και της Χριστιανικής αλήθειας με την υψηλή ηθική και δεοντολογία παραμένουν αδιάσειστα.

### 3.8. Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΑΤΕΝΙΖΟΝΤΑΣ ΤΟ 2000

Το σωτήριο έτος 2000 ηχεί σαν κάτι μαγικό.

Η Ελλάδα του 2000, η Ευρώπη του 2000, η Επιστήμη του 2000, η Νοσηλευτική του 2000.

Μαγικό αλλά ταυτόχρονα «τρομακτικό» θα έλεγα. Ένας αριθμός που προκαλεί δέος. Έχει ή του έχουμε προσδώσει μια έννοια ορόσημου, μια έννοια διόδου, που όποιος την περάσει θα είναι ο τυχερός.

Είναι ένα ορόσημο που εμείς επιλέξαμε, ίσως γιατί ο αριθμός 2000 είναι επιβλητικός ή γιατί ένας καινούριος αιώνας ξεκινά.

Σε τι θα διαφέρει ο κόσμος το 1999 ή το 2001; Είναι ένα ορόσημο που ίσως περισσότερο οριοθετεί μια καινούρια προσπάθεια.

Το μέλλον δεν είναι τίποτα άλλο παρά η συνέχεια του παρελθόντος και του παρόντος. Μια συνέχεια γεγονότων και καταστάσεων όπου ο ίδιος ο άνθρωπος διαμόρφωσε και που θα επηρεάσουν την αυριανή συνέχεια και αντίστροφα θα επηρεάσουν τον ίδιο τον άνθρωπο και τις όποιες μελλοντικές αποφάσεις του και προσπάθειες. Προσπάθειες που σκοπό είχαν, έχουν και θα έχουν τη βελτίωση της κάθε έκφρασης της ζωής.

Μπροστά σ' αυτό το ορόσημο στεκόμαστε και εμείς οι νοσηλευτές, ατενίζοντας ένα νέο αιώνα που θα είναι η φυσική συνέχεια του παρόντος και που οι όποιες εξελίξει, τα όποια γεγονότα, δεν θα είναι τίποτε άλλο παρά η συνέχεια του σήμερα και του χθες.

Η Νοσηλευτική του 2000 δεν μπορεί και αυτή παρά να είναι η συνέχεια του χθες και του σήμερα. Μια συνέχεια όμως, που υποχρεωτικά περνάει μέσα από τις σύγχρονες γνώσεις και μεθόδους, μια συνέχεια που

θα διαμορφώνεται ανάλογα με την εξέλιξη της επιστήμης και της ζωής αλλά και ανάλογα με τη δική μας παρέμβαση.

Είναι δική μας υποχρέωση να διαμορφώσουμε, σε μεγάλο βαθμό την Νοσηλευτική του αύριο, τις συνθήκες μέσα στις οποίες θα κληθούν να εργαστούν οι νοσηλευτές του 21<sup>ου</sup> αιώνα, γιατί φυσικά όσο υπάρχουν άνθρωποι θα υπάρχουν και νοσηλευτές και γιατί όσον υπάρχουν άνθρωποι θα υπάρχει και η «νόσος».

Ο σύγχρονος δυναμικός νοσηλευτής είναι βασικό στοιχείο για ένα επιτυχημένο μέλλον στον τομέα υγείας.

Οι ειδικοί συμφωνούν ότι οι καινοτομίες είναι το κλειδί της επιτυχίας και προόδου κάθε προσπάθειας, συμπεριλαμβανομένου και του τομέα υγείας. Αυτό θα πρέπει να γίνει αντιληπτό και ενεργά να συμμετέχουμε σε κάθε δημιουργική προσπάθεια, με σκοπό να μπορούμε να εκμεταλλευτούμε τις ευκαιρίες που υπάρχουν ή αυτές που πρόκειται να εμφανιστούν, έτσι ώστε να αντιμετωπίσουμε την πρόκληση αν θέλετε του 2000.

Εμείς αποτελούμε και ας μη θεωρηθεί εγωιστικό, τα άτομα κλειδιά για το μέλλον της υγείας, πρώτον γιατί αποτελούμε ένα μεγάλο μέρος των χορηγών υγείας, δεύτερον γιατί βρισκόμαστε σε συνεχή και άμεση επαφή με τους «καταναλωτές υγείας» - αν μου επιτρέπεται η έκφραση – και τρίτον επειδή η φύση της φροντίδας που παρέχουμε επηρεάζει και επηρεάζεται από το περιβάλλον μέσα στο οποίο προσφέρεται η Νοσηλευτική.

Ο σύγχρονος νοσηλευτής θα πρέπει να προσφέρει τις υπηρεσίες του με νέες μεθόδους ή προσεγγίσεις και να έχει τη δυνατότητα να αλλάζει προηγούμενες μεθόδους, χωρίς όμως να αλλοιώνει τον σκοπό και το αποτέλεσμα. Να είναι ικανός να αναλαμβάνει υπευθυνότητες και πρωτοβουλίες για δημιουργικές καινοτομίες. Δεν θα πρέπει να είναι μόνον δημιουργός ιδεών, αλλά και υπεύθυνος για κάτι περισσότερο: να



είναι ο «οραματιστής» που σχεδιάζει και μετατρέπει τις ιδέες σε πραγματικότητα.

Θα πρέπει να αντιληφθούμε ότι ίσως βρισκόμαστε λίγο έξω από τις εξελίξεις του καιρού μας. εξελίξεις που έχουν σχέση με την πρόοδο της επιστήμης, της τεχνολογίας, αλλά και της νοοτροπίας του σύγχρονου ανθρώπου. Η εποχή μας απαιτεί νέες τεχνικές και διαφορετικό ύφος και επίπεδο υπηρεσιών. Οι σύγχρονες απαιτήσεις επιβάλλουν νέους νοσηλευτικούς ρόλους που έχουν να κάνουν με τις συνεχώς νέο-εμφανιζόμενες ειδικές μονάδες νοσηλείας (που και αυτές τις επιβάλλουν οι σύγχρονες συνθήκες), με την κάλυψη του χάσματος που δημιουργεί η εξειδίκευση, με το συντονισμό των διαφόρων υπηρεσιών υγείας, με το σύγχρονο άνθρωπο και τα προβλήματά του.

Ο νοσηλευτή θα πρέπει να αντιμετωπίσει τις επιπτώσεις, θετικές και αρνητικές της εξειδίκευσης και την πολυπλοκότητα των εφαρμοζομένων μεθόδων. Να υποστηρίζει καινοτομίες και νέα πρότυπα φροντίδας, χωρίς να αγνοεί την εξατομικευμένη φροντίδα αλλά και να μην αρνείται ή αγνοεί τον όποιο εκσυγχρονισμό επιβάλλεται.

Παρά όμως τις προόδους, βασικός στόχος θα παραμένει η ολιστική φροντίδα. Ο άρρωστος και μετά το 2000 θα εξακολουθεί να είναι άνθρωπος – άρρωστος, μια ενιαία οντότητα με σώμα αλλά και ψυχή. Και είναι γνωστό ότι η ψυχική κατάσταση του ατόμου πολύ συχνά επηρεάζει θετικά ή αρνητικά και τη σωματική υγεία. Δεν είναι τυχαίο ότι αυτό που το δεχόμαστε σήμερα σαν αδιαμφισβήτητο γεγονός, είχε αναγνωριστεί από τα αρχαία χρόνια. Πρώτος ο Φιλόσοφος και Βασιλιάς των Θρακών Ζαμόλξης, διατύπωσε την άποψη της ψυχοσωματικής οντότητας. Οι Θαλής, Πυθαγόρας, Δημόκριτος και Σόλων την ενίσχυσαν και οι Πλάτων και Αριστοτέλης την εμπέδωσαν. Αυτή η ολιστική άποψη του ανθρώπου απέκτησε βαθύτερη και υψηλότερη έννοια κατά τους χριστιανικούς χρόνους.

Οι κυριαρχούσες αξίες στη σύγχρονη φιλοσοφία της νοσηλευτικής είναι επηρεασμένες από τις παραπάνω απόψεις και εκφράζονται με φροντίδα, αγάπη και ενδιαφέρον για τον νοσηλευόμενο άνθρωπο, δέος για το δώρο της ζωής, σεβασμό στην αξία, αξιοπρέπεια, αυτονομία και ατομικότητα, κάθε ανθρώπινου όντος, υπεράσπιση και προστασία των δικαιωμάτων του αρρώστου, παροχή ολιστικής και ανθρωπιστικής φροντίδας, συμβολή των νοσηλευτών στη βελτίωση της κοινωνίας με τη βοήθεια των ανθρώπων να ζουν υγιεινότερη και ψυχικά ισορροπημένη ζωή.

Εάν πρόκειται να εμφανίσουμε μια διαφορετική εικόνα στην φροντίδα υγείας, πρέπει να γίνουμε περισσότερο ευέλικτοι, θετικοί και στοχαστικοί μέσα από την εκπαίδευση. Η μόρφωση είναι βασική προϋπόθεση για τους υπεύθυνους νοσηλευτές. Η Νοσηλευτική είναι μια θαυμάσια καριέρα για αυτούς που τους αρέσουν οι προκλήσεις.

Στην αρχή της σταδιοδρομίας μας δεν συνειδητοποιούμε το μέγεθος των γνώσεων που μπορούμε να αποκτήσουμε κατά τη διάρκεια της νοσηλευτικής μας απασχόλησης. Η καμπύλη μόρφωσης και ο χρόνος που απαιτείται για να γίνει κανείς ειδικός, παλαιότερα είχε υποεκτιμηθεί. Πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι χρειάζονται περίπου δέκα χρόνια για να γίνει κανείς γνώστης των ποικίλων και πολύπλοκων προβλημάτων που αντιμετωπίζει στο χώρο της Νοσηλευτικής. Ο Αριστοτέλης έλεγε: «Οι ρίζες της εκπαίδευσης πικρές αλλά οι καρποί γλυκείς». Έχουμε σημαντική ευθύνη οι παλαιότεροι έναντι των επερχόμενων, όπως την ίδια ευθύνη έχουν όλοι οι αρμόδιοι φορείς, τους οποίους όμως εμείς πρέπει να καταστήσουμε ενήμερους, να ευαισθητοποιήσουμε και από τους οποίους τελικά θα απαιτήσουμε σωστή εκπαίδευση.

Οι αυξημένες πολυπλοκότητες, ευθύνες και οι νέοι ρόλοι στη Νοσηλευτική απαιτούν διευρυμένες γνώσεις βασισμένες σε ελεύθερη αλλά και επαγγελματικού τύπου εκπαίδευση. Υψηλά επίπεδα εκπαίδευση

και πρακτικής είναι τα βασικά κλειδιά του πώς ένα επάγγελμα ή λειτούργημα προβάλλεται και εμφανίζεται στο κοινό. Η γνώση είναι όλο και περισσότερο πηγή άντλησης ποιοτικής ισχύος.

Η διάδοση της γνώσης για την προαγωγή της υγείας θα αποτελέσει το σπουδαιότερο επίτευγμα προς τον σκοπό «Υγεία για όλους». Οι νοσηλευτές έχουν φυσικό και ιστορικό ρόλο να διαδραματίσουν στη διάδοση της γνώσης αυτής σε κάθε γωνιά της κοινότητας.

Η Dr. Styles, κοσμήτωρ και καθηγήτρια της Νοσηλευτικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αγίου Φραγκίσκου της Καλιφόρνιας, ανέφερε στην ομιλία κατά την αγόρευσή της σε επίτιμη διδάκτορα του Πανεπιστημίου Αθηνών ότι: «Οι νοσηλευτές είναι απαραίτητο να έχουν ευρεία μόρφωση, ώστε να κατανοούν το κοινωνικό, πολιτισμικό και πολιτικό υπόβαθρο της πρακτικής τους. να εξοπλιστούν με τα εργαλεία της οικονομικής θεωρίας και επιστήμης, της πληροφορικής, καθώς και με το φρόνημα της ηγεσίας».

Η εκπαίδευση θα πρέπει να είναι ορθολογική και να κατανέμεται μεταξύ θεωρίας και πρακτικής. Δεν θα πρέπει να πάρουμε τους εκπαιδευόμενους από τους αρρώστους και να τους τοποθετήσουμε μόνο στις τάξεις, αλλά και ούτε από τις τάξεις και να τους θεωρήσουμε βοηθητικά χέρια. Δεν μπορούμε να απαιτήσουμε από τους νέους νοσηλευτές να επωμισθούν ευθύνες περισσότερες από εκείνες που η εκπαίδευση τους επιβάλλει, δικαιολογεί και εγγυάται. Απαιτείται σωστή κατανομή της θεωρητικής με την πρακτική εκπαίδευση, γνωρίζοντας τις εξελίξεις και προοπτικές του μέλλοντος που είναι και θα γίνουν περισσότερο ραγδαίες. Ο ΠΟΥ είχε προειδοποιήσει ότι οι αναπτυσσόμενες χώρες θέτουν σε άμεσο κίνδυνο την υγεία εκατομμυρίων ανθρώπων με το να ξοδεύουν το 80% του προϋπολογισμού τους για την υγεία στην εκπαίδευση ιατρών.

Πρέπει να αλλάξουμε τη δομή των δυνάμεων της υγείας σε συσχετισμό με τις κοινωνικο-οικονομικές προόδους και με τις ανάγκες του συνόλου για φροντίδα υγείας. Χρειαζόμαστε μια αλλαγή στον προγραμματισμό και την εκπαίδευση, έτσι ώστε να έχουμε επαγγελματίες υγείας στο σωστό αριθμό και σύνθεση και κυρίως με σωστή εκπαίδευση.

Μέσα στη σύγχρονη έννοια της εκπαίδευση υπεισέρχεται και η έννοια της νοσηλευτικής έρευνας. Ο Σωκράτης είπε ότι «ο άνθρωπος είναι ον ερευνητικό». Ο σύγχρονος νοσηλευτής υποχρεούται να ερευνά και να αναζητά αδιάκοπα την αλήθεια, την πραγματικότητα αλλά και το εφικτό. Η έρευνα θα πρέπει να έχει σαν στόχους τόσο την επιστημονική πλευρά του λειτουργήματός μας, όσο και την εκπαίδευση, την οικονομία, το περίφημο κόστος – όφελος, τις συνθήκες διαβίωσης, τη διατροφή, τις κοινωνικό-οικονομικές γενικότερα συνθήκες τις οποίες αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι – άρρωστοι. Σκοπός της έρευνας είναι η απόκτηση γνώσεων, η λύση προβλημάτων, η απάντηση ερωτημάτων, με τελικό στόχο τη βελτίωση της παρεχόμενης υγείας «της υγείας για όλους». Η σύγχρονη κοινωνία και οι συνθήκες απαιτούν όλη τη δυναμικότητά μας και εμείς πρέπει να είμαστε έτοιμοι να τη δώσουμε. Η σύγχρονη νοσηλευτική προσφέρει προκλήσεις, ποικιλία, πνευματική διέγερση και μια αίσθηση συμμετοχής στην κοινωνία με ένα παραγωγικό τρόπο γεμάτο σημασία.

Η εποχή μας χαρακτηρίζεται από την έκρηξη της τεχνολογίας. Οι σύγχρονοι νοσηλευτές είναι υποχρεωμένοι να εργάζονται σε περιβάλλον υψηλής τεχνολογίας που συνεχώς θα εξελίσσεται. Θα είναι και είναι υποχρεωμένοι, να γνωρίσουν, να εξοικειωθούν και να προσαρμοστούν στη χρήση προηγμένου τεχνολογικού εξοπλισμού. Αυτό δημιουργεί αναπόφευκτα stress. Οι απαιτήσεις αλλά και το γεγονός του ότι δυστυχώς αυτή τουλάχιστον τη στιγμή, υπάρχει περιορισμός στο προσωπικό, νέες

τεχνικές, αυξημένος αριθμός αρρώστων, ανάγκη για μείωση του χρόνου νοσηλείας, έχουν σαν συνέπεια, οι νοσηλευτές να υποχρεούνται να εργάζονται σε ειδικές μονάδες με εξειδικευμένες απαιτήσεις, να αντιμετωπίζουν σημαντικό όγκο δουλειάς, να λαμβάνουν σοβαρές αποφάσεις σε σύντομο χρόνο, να αντιμετωπίζουν συσσωρευμένες απαιτήσεις με πίεση εκ των πραγμάτων, να έχουν προβλήματα συνεργασίας με ανειδίκευτο προσωπικό που δεν μπορεί να επωμισθεί ευθύνες.

Πολλοί νοσηλευτές πιστεύουν ότι η χρήση σύγχρονης τεχνολογίας θα μπορούσε να προσφέρει σημαντική βοήθεια στην αντιμετώπιση των διαφόρων προβλημάτων και στην μείωση του stress. Είναι όμως αυτό αλήθεια; όταν η τεχνολογία είναι τόσο πολύπλοκη όταν πολλές φορές υπάρχουν προβλήματα τεχνικά που οδηγούν σε λάθος κινητοποίηση ή όταν ακόμα υπάρχει το ερωτηματικό του να χρησιμοποιηθεί ή όχι η τεχνολογία, που έχει άμεση σχέση με την διατήρηση της ζωής, σε καταδικασμένα περιστατικά;

Θα μπορούσε να είναι αλήθεια αν:

- Οι νοσηλευτές εκπαιδεύουν σωστά στη σύγχρονη τεχνολογία
- Αντιληφθούν ότι πρέπει να χρησιμοποιούν και όχι να καταδυναστεύονται από την τεχνολογική εξέλιξη
- Θελήσουν να συμμετάσχουν ενεργά στον σχεδιασμό αλλά και στην εξέλιξη του τεχνολογικού εξοπλισμού των τμημάτων.

Αν εκπαιδεύουν όχι μόνο στη χρήση της σύγχρονης τεχνολογίας αλλά κυρίως στο πότε και γιατί θα πρέπει να την χρησιμοποιούν. Και επιτρέψτε μου να επαναλάβω ότι θα πρέπει να την κυριεύσουμε και όχι να κυριευθούμε από αυτήν. Η σύγχρονη τεχνολογία αν δεν θεωρηθεί από τη σωστή πλευρά, μπορεί να μας οδηγήσει σε μια τυποποίηση της διάγνωσης και θεραπείας και τότε θα περικλείει τον κίνδυνο να μας

συνθλίψει και να μας υποβιβάσει από τη θέση που πρέπει να κατέχουμε, στον άχαρο ρόλο του απλού «εργάτη».

Προσπάθησα να θίξω μερικά από τα σημεία που νομίζω ότι θα αντιμετωπίσουμε στο άμεσο μέλλον και τις συνθήκες μέσα στις οποίες θα «κληθούμε να εργαστούμε». Ήταν μια απλή σύντομη υπενθύμιση και τοποθέτηση μερικών από τα πολλά ερωτηματικά και προβλήματα. Θα μπορούσαμε να περάσουμε το «όριο» και να αντιμετωπίσουμε την πρόκληση; Από εμάς εξαρτάται.

Η επιστήμη, η τεχνολογία, η γνώση, η εκπαίδευση, αλλάζουν και θα αλλάζουν συνεχώς, ανατρέποντας προηγμένα δεδομένα, συνήθειες, γνώσεις, τεχνικές. Ας μη ξεχάσουμε τα Ιπποκρατικά ιδεώδη, ας μη γίνουμε ψυχροί τεχνοκράτες. Ο άνθρωπος δεν θα πάψει ποτέ, κάτω από τον μανδύα της τεχνολογικής εξέλιξης, να διαθέτει ψυχή, συναισθήματα, ανθρώπινες ανάγκες. Σ' αυτή τη βιομηχανοποιημένη και ασφυκτιώσα από την τεχνολογία εποχή μας, ας παραμείνουμε άνθρωποι. Η καταξίωση της ζωής, της δική μας και των αρρώστων μας, περνάει υποχρεωτικά μέσα από τις σύγχρονες εξελίξεις αλλά πάντα σφικτά δεμένη με τη δική μας προσωπικότητα, τη δική μας φιλοσοφία, τα δικά μας ιδεώδη.

Η φιλοσοφία της Νοσηλευτικής σαν πηγή ανθρωπιστικών αξιών μπορεί να καθοδηγεί και να βοηθάει τους νοσηλευτές να ασκούν με επιτυχία το έργο τους τώρα και στον 21<sup>ο</sup> αιώνα.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ**

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ**

Η θεωρία εξασφαλίζει επαγγελματική αυτονομία κατευθύνοντας την εκπαίδευση, την άσκηση και την έρευνα στο επάγγελμα.

Τα φαινόμενα που μελετά η νοσηλευτική επιστήμη είναι η νοσηλευτική πράξη, ο άνθρωπος, το περιβάλλον και η υγεία. Σήμερα υπάρχουν νοσηλευτικές θεωρίες, που περιλαμβάνουν διάφορες διαστάσεις για τα παρακάτω θέματα:

- Ορισμός του ατόμου, της νοσηλευτικής, της υγείας, του περιβάλλοντος, καθώς και οι σχέσεις μεταξύ τους.
- Περιγραφή των νοσηλευτικών δραστηριοτήτων.
- Κατανόηση της μοναδικότητας του ατόμου και των αντιδράσεών του προς το στρες και την αρρώστια.
- Βασικές επιστημονικές αρχές ως αφετηρία για τη διατύπωση νοσηλευτικών αρχών.

Οι θεωρίες παρέχουν γνώσεις για τη βελτίωση της νοσηλευτικής με την περιγραφή, ερμηνεία, πρόβλεψη και κατεύθυνση των φαινομένων.

## **Αντιπροσωπευτικές νοσηλευτικές θεωρίες:**

Θεωρία του περιβάλλοντος	Fl. Nightingale (1859)
Ψυχοδυναμική θεωρία	H. Peplau (1952)
Τυπολογία νοσηλευτικών προβλημάτων	F. Abdellah (1960)
Θεωρία των ατομικών αναγκών	V. Henderson (1964)
Διαπροσωπική θεωρία	J. Travelbee (1966)
Συστήματα συμπεριφοράς	D. Johnson (1968)
Αμοιβαιότητα ανθρώπου-περιβάλλοντος	M. Rogers (1970)
Διαπροσωπικά συστήματα	I. King (1971)
Θεωρία ελλείμματος αυτοφροντίδας	D. Orem (1971)
Διατήρηση ενέργειας και ακεραιότητας	M. Levine (1973)
Θεωρία της προσαρμογής	C. Roy (1976)

## **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ D. OREM:**

### **THE SELF – CARE DEFICIT THEORY.**

### **ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΟΣ ΑΥΤΟΦΡΟΝΤΙΔΑΣ (1971)**

Η θεωρία της D. OREM επικεντρώνεται στην τέχνη και την άσκηση της νοσηλευτικής. Η Νοσηλευτική περιγράφεται σαν τέχνη που παρέχει βοήθεια με δραστηριότητες αυτοφροντίδας όταν το άτομο είναι αδύναμο να εκτελέσει αυτές τις δραστηριότητες.

Λέγοντας δραστηριότητες αυτοφροντίδας εννοεί η D. OREM όλες εκείνες τις ενέργειες που το άτομο εισαγάγει με προσωπική του πρωτοβουλία και εκτελεί προκειμένου να διατηρηθεί όχι μόνον στην ζωή αλλά να διατηρήσει την υγεία και την προσωπική του ευεξία.

Οι δραστηριότητες αυτοφροντίδας συντελούν στην διατήρηση και προαγωγή της ακεραιότητας, λειτουργικότητας και ανάπτυξης του ατόμου. Η D. OREM υπογραμμίζει ότι τρία είναι τα απαιτούμενα στοιχεία της αυτοφροντίδας:



1. Γενικά
2. Αναπτυξιακά
3. Παρέκκλιση από την κατάσταση της υγείας.

Αυτά τα τρία στοιχεία αντιπροσωπεύουν τον σκοπό του ατόμου για αυτοφροντίδα.

Γενικά στοιχεία: Είναι όλα εκείνα τα στοιχεία που θεωρούνται απαραίτητα προκειμένου να ικανοποιηθούν οι βασικές ανάγκες της καθημερινής ζωής. Τα στοιχεία αυτά είναι κοινά σε όλους τους ανθρώπους, καθ' όλη την διάρκεια της ζωής και είναι ανάλογα με την ηλικία, την αναπτυξιακή φάση της ζωής, το περιβάλλον και άλλους παράγοντες. Όλοι αυτοί οι παράγοντες έχουν σχέση με την διατήρηση των διεργασιών της ζωής, την δομική ακεραιότητα του οργανισμού και τη λειτουργικότητά του. Κατά την D. OREM, οκτώ είναι τα Γενικά προαπαιτούμενα στοιχεία της αυτοφροντίδας:

1. Η διατήρηση επαρκούς ποσότητας αέρα
2. Η διατήρηση επαρκούς ποσότητας νερού στον οργανισμό
3. Η διατήρηση επαρκούς ποσότητας τροφής στον οργανισμό
4. Η παροχή φροντίδας που έχει σχέση με τις διεργασίες της απέκκρισης και των περιττωμάτων
5. Η ισορροπία μεταξύ δραστηριότητας και ανάπαυσης
6. Η ισορροπία μεταξύ απομόνωσης και κοινωνικών σχέσεων του ατόμου
7. Η πρόληψη επικίνδυνων καταστάσεων και παραγόντων για την ανθρώπινη ζωή, την λειτουργικότητα και την ευεξία του ατόμου
8. Η προαγωγή της ανθρώπινης λειτουργικότητας και ανάπτυξης του ατόμου μέσα στις κοινωνικές ομάδες.

Αναπτυξιακά απαιτούμενα στοιχεία αυτοφροντίδας: Έχουν σχέση με τις διεργασίες της ανάπτυξης και των καταστάσεων που συμβαίνουν / προκύπτουν κατά τη διάρκεια του κύκλου της ζωής.

Κατά την D. OREM, τα στοιχεία αυτά εμπίπτουν σε δύο κατηγορίες:

A. Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν τα στοιχεία που έχουν σχέση με τη διατήρηση συνθηκών και καταστάσεων που υποστηρίζουν τις διεργασίες της ζωής και προάγουν την ανάπτυξη.

B. Στη δεύτερη κατηγορία ανήκουν τα στοιχεία που έχουν σχέση με την πρόληψη δυσμενών επιδράσεων στην ανθρώπινη ανάπτυξη και την παροχή φροντίδας στην υπερπήδηση / αντιμετώπιση αυτών των επιδράσεων.

Απαιτούμενα στοιχεία αυτοφροντίδας σε Παρεκκλίσεις της Υγείας: έχουν σχέση με άτομα που είναι άρρωστα, τραυματισμένα, ή έχουν ένα οποιοδήποτε παθολογικό πρόβλημα και δέχονται ιατρική φροντίδα.

Κατά την D. OREM για τα άτομα με παρεκκλίσεις στην υγεία τους υπάρχουν κάποια απαραίτητα στοιχεία, όπως:

1. Η αναζήτηση και η εξασφάλιση κατάλληλης ιατρικής βοήθειας.
2. Η αναγνώριση και η φροντίδα αυτών των καταστάσεων.
3. Η εφαρμογή και η εκτέλεση διαγνωστικών και θεραπευτικών μεθόδων και μέτρων αποκατάστασης.
4. Η αναγνώριση και η ρύθμιση των επιδράσεων της θεραπείας.
5. Η τροποποίηση της αυτό-αντίληψης του ατόμου και η αποδοχή της καταστάσεως.
6. Η εκμάθηση του να ζει το άτομο με μια κατάσταση, με ένα τρόπο ζωής που να προάγει την συνέχιση της ανάπτυξης.

Η D. OREM περιγράφει τρεις τύπους νοσηλευτικής φροντίδας που ενισχύουν και υποστηρίζουν τα τρία πρωταρχικά απαραίτητα στοιχεία της αυτοφροντίδας.

Ο πρώτος τύπος αφορά την υποστηρικτική – εκπαιδευτική προσέγγιση για το άτομο που είναι σε θέση και που πρέπει να μάθει

δραστηριότητες αυτοφροντίδας. Η προσέγγιση αυτή διευκολύνει την γενική αυτοφροντίδα μέσα από την υποστήριξη, την διδασκαλία, την καθοδήγηση και την περιβαλλοντική αλλαγή.

Η δεύτερη προσέγγιση που είναι εν μέρει συμπληρωματική – «ισοφαριστική», βοηθάει τα άτομα που δεν είναι σε θέση να εκτελέσουν κάποιες δραστηριότητες αυτοφροντίδας. Ο νοσηλευτής αυξάνει τις αναπτυξιακές απαιτήσεις αυτοφροντίδας βοηθώντας το άτομο με αυτές τις δραστηριότητες.

Τέλος, η τρίτη, η όλη συμπληρωματική – «εξισορροπιστική» προσέγγιση της νοσηλευτικής φροντίδας δίδεται σε άτομα που δεν είναι ικανά να φροντίσουν τον εαυτό τους. Ο νοσηλευτής τότε εκτελεί όλες τις δραστηριότητες αυτοφροντίδας για το άτομο. Έτσι συχνά οι τύποι της νοσηλευτικής φροντίδας επικαλύπτονται βοηθώντας ατομικά / ξεχωριστά τους ασθενείς.

Το μοντέλο της νοσηλευτικής φροντίδας της D. OREM ξεκινάει από τον τρόπο με τον οποίο εκείνη αντιλαμβάνεται την νοσηλευτική και ειδικά από το πιστεύω της ότι η νοσηλευτική αφορά ή καλύτερα ασχολείται με την αυτοφροντίδα.

Οι σπουδαιότεροι όροι που χρησιμοποιούνται στο μοντέλο αυτό, είναι: ΑΥΤΟΦΡΟΝΤΙΔΑ – ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΗΣ ΑΥΤΟΦΡΟΝΤΙΔΑΣ – ΑΝΑΓΚΗ / ΑΠΑΙΤΗΣΗ ΑΥΤΟΦΡΟΝΤΙΔΑΣ (ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ) και ΕΛΛΕΙΜΜΑ ΑΥΤΟΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.

Λέγοντας ΑΥΤΟΦΡΟΝΤΙΔΑ εννοούμε όλες εκείνες τις δραστηριότητες που ένα άτομο εκτελεί για τον ίδιο του τον εαυτό προκειμένου να διατηρηθεί στην ζωή και να διατηρήσει την υγεία του και την ευεξία. Ο όρος ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΗΣ ΑΥΤΟΦΡΟΝΤΙΔΑΣ αφορά το πρόσωπο που κάνει την αυτοφροντίδα. Κάθε άτομο έχει ανάγκη από ένα σύνολο ενεργειών αυτοφροντίδας που καλούνται ανάγκες / απαιτήσεις θεραπευτικής αυτοφροντίδας. Εάν η ανάγκη / απαίτηση της θεραπευτικής

αυτοφροντίδας είναι μεγαλύτερη από την δυνατότητα του συντελεστή της αυτοφροντίδας, τότε εμφανίζεται και υπάρχει το έλλειμμα της αυτοφροντίδας. Όταν αυτό το έλλειμμα υπάρχει και βιώνεται από το άτομο, τότε είναι ανάγκη για νοσηλευτική παρέμβαση.

Σκοπός της νοσηλευτικής, κατά την D. OREM, είναι να ικανοποιήσει τις ανάγκες / απαιτήσεις της αυτοφροντίδας του ατόμου μέχρις ότου η οικογένεια είναι σε θέση να κάνει αυτό για το άτομο.

## **ΔΥΝΑΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ**

Το μοντέλο της D. OREM βασίζεται στην αυτοφροντίδα, μια λειτουργία την ευθύνη της οποίας είχαν αναλάβει εξ' ολοκλήρου οι νοσηλευτές, ειδικά μέχρι την εποχή της HENDERSON (1950-60).

Η D. OREM δίνει έμφαση στον ρόλο του ατόμου όσον αφορά τον σχεδιασμό και την εφαρμογή της φροντίδας στην πράξη σύμφωνα με την ικανότητά του.

Υπάρχει ακόμα μια δομή στο μοντέλο αυτό που εστιάζεται αφενός μεν στο άτομο σαν μαθητευόμενο αφετέρου δε στον νοσηλευτή σαν δάσκαλο.

## **ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ**

Ένα στοιχείο που πιθανόν μπορεί να θεωρηθεί σαν περιορισμός ή αδυναμία του μοντέλου αυτού, είναι η δυσκολία κατανόησης της ορολογίας που χρησιμοποιείται.

(σχήμα 1)

**ΣΧΕΣΕΙΣ ΑΥΤΟΦΡΟΝΤΙΔΑΣ\*\***

\*\* D. OREM NURSING: CONCEPTS OF PRACTICE. MCGROW-HILL

BOOK COMPANY: TORONTO, 1980, p. 24

## **Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ B. NEUMAN: ΘΕΩΡΙΑ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Το μοντέλο της B. NEUMAN βασίζεται στην θεωρία των συστημάτων, στην θεωρία STRESS του SELEY, στην θεωρία της προσαρμογής και στην θεωρία της ολιστικής προσέγγισης των ατόμων και της φροντίδας υγείας.

Αυτό το μοντέλο των ανοικτών συστημάτων βλέπει το άτομο να αποτελείται από αλληλοεξαρτώμενες φυσιολογικές / βιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικοπολιτιστικές και αναπτυξιακές μεταβλητές. Καθώς το άτομο επικοινωνεί με το περιβάλλον, στρεσογόνοι παράγοντες – ενδοπροσωπικοί, διαπροσωπικοί και εξωπροσωπικοί στη προέλευσή τους – επιδρούν στο άτομο με αποτέλεσμα να αρχίσουν οι διάφορες αποκρίσεις / αντιδράσεις από μέρους του ατόμου.

Η νοσηλευτική έχει σκοπό όχι μόνο να επιτύχει αλλά και να διατηρήσει τον μέγιστο βαθμό της ευημερίας του ατόμου είτε μειώνοντας τους στρεσογόνους παράγοντες είτε ενδυναμώνοντας την άμυνά του.

Σκοπός του μοντέλου της B. NEUMAN είναι «να δώσει μια ενοποιημένη εστίαση για την προσέγγιση των ποικίλων νοσηλευτικών προβλημάτων και την κατανόηση του βασικού φαινομένου: Ο Άνθρωπος και το Περιβάλλον του». Το μοντέλο βασίζεται επάνω στην σχέση του ατόμου με το STRESS, την αντίδρασή του προς το STRESS και τους παράγοντες επαναπροσαρμογής του και που θεωρείται δυναμική στην φύση της.

Το μοντέλο επικεντρώνεται σε τρεις παράγοντες:

1. Στους στρεσογόνους παράγοντες

2. Στην αντίδραση του ατόμου σ' αυτούς τους στρεσογόνους παράγοντες, και
3. Στην βιολογική, ψυχολογική κοινωνικοπολιτιστική και αναπτυξιακή κατάσταση του ατόμου.

## **ΟΡΙΣΜΟΙ**

ΑΤΟΜΑ. Ο άνθρωπος είναι ένα ανοικτό σύστημα που επικοινωνεί με το περιβάλλον δια μέσου ενδοπροσωπικών και εξωπροσωπικών παραγόντων. Κάθε άτομο είναι μοναδικό με χαρακτηριστικές αντιδράσεις και μέσα σε φυσιολογικά πλαίσια που αποτελούν και την εσωτερική αντίσταση στους στρεσογόνους παράγοντες.

Τα άτομα είναι ανοικτά συστήματα με βιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικοπολιτιστικές και αναπτυξιακές μεταβλητές που δυναμικά επηρεάζουν την κατάσταση της ευεξίας ή της ασθένειας. Τα άτομα εκτίθενται συνεχώς σε διάφορους στρεσογόνους παράγοντες στο περιβάλλον και αντιδρούν προσαρμοζόμενα στο περιβάλλον ή προσαρμόζοντας το περιβάλλον σ' αυτά. Μέσα από την αλληλεπίδραση και την προσαρμογή, τα άτομα προσπαθούν να διατηρήσουν αρμονία και ισορροπία και εσωτερικά και εξωτερικά.

ΣΤΡΕΣΣΟΓΟΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ. Υπάρχει ποικιλία στρεσογόνων παραγόντων που μπορούν να χαρακτηριστούν ως:

1. Ενδοπροσωπικό: Είναι οι δυνάμεις που λειτουργούν μέσα στο ίδιο το άτομο.
2. Διαπροσωπικοί: Είναι οι δυνάμεις που λειτουργούν μεταξύ του ατόμου και των άλλων ανθρώπων.

3. Εξωπροσωπικοί: Είναι οι δυνάμεις που λειτουργούν έξω από το άτομο.

Με τον όρο στρεσογόνοι παράγοντες, μπορεί να εννοηθεί κάθε περίσταση, κατάσταση, δύναμη ή πιθανή πηγή που είναι ικανή να δημιουργήσει αστάθεια μέσα στο άτομο ή να μειώσει την αποτελεσματική γραμμή άμυνας ή αντίστασης του ατόμου.

ΓΡΑΜΜΕΣ ΑΜΥΝΑΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΣΤΑΣΗΣ. Αποτελούνται από κάθε τι που το άτομο κατέχει εσωτερικά και που το βοηθούν να αντιμετωπίσει τους διάφορους στρεσογόνους παράγοντες. Η γραμμή άμυνας ενός ατόμου είναι ευμετάβολη και δυναμική και ποικίλει ανάλογα με τους παράγοντες που επιδρούν, όπως: η βιολογική δομή του οργανισμού, η κατάσταση και λειτουργικότητά του, η ηλικία, το φύλο, το κοινωνικοπολιτιστικό υπόβαθρο η αναπτυξιακή φάση του ατόμου και αντίληψή του.

Οι γραμμές αντίστασης του ατόμου ποικίλουν ανάλογα με την αλληλοσυσχέτιση αυτών των παραγόντων και του αριθμού και του βαθμού των στρεσογόνων παραγόντων που βιώνει το άτομο σε κάθε χρονική περίοδο. Οι γραμμές άμυνας λειτουργούν σαν καταλύτες που μειώνουν τους στρεσογόνους παράγοντες και που προλαμβάνουν την διάσπαση του συστήματος.

### **Νοσηλευτικές παρεμβάσεις**

Η νοσηλευτική παρέμβαση απευθύνεται σε όλες τις μεταβλητές που χρησιμοποιούνται από το άτομο προκειμένου να αντιδράσει στους στρεσογόνους παράγοντες και να κατορθώσει να διατηρήσει τον μέγιστο βαθμό της υγείας του. Οι νοσηλευτές βοηθούν τα άτομα στον επαναπροσδιορισμό, στην «απελευθέρωσή τους από τον στρεσογόνο



παράγοντα από τον μέγιστο βαθμό της αντίδρασης πίσω στην φυσιολογική γραμμή της άμυνας» (GRIFFITH, 1982, σελ. 288).

Η νοσηλευτική παρέμβαση πρέπει να αρχίσει όταν ένας στρεσογόνο παράγοντας είναι ύποπτος ή αναγνωρίζεται και βασίζεται σε τέσσερις παράγοντες:

- α) Στον βαθμό της αντίδρασης
- β) Στις προσφερόμενες πηγές
- γ) Στους στόχους της νοσηλευτικής παρέμβασης και
- δ) Στο προβλεπόμενο αποτέλεσμα / έκβαση.

Οι στρατηγικές της Νοσηλευτικής Παρέμβασης εμπίπτουν σε τρεις κατηγορίες / επίπεδα πρόληψης:

1. Πρωτογενής
2. Δευτερογενής και
3. Τριτογενής πρόληψη

Πρωτογενής Πρόληψη: Αποτελείται από παρεμβάσεις που άρχισαν πριν ή μετά την αντιμετώπιση ενός στρεσογόνου παράγοντα. Αναφέρεται στη μείωση της πιθανότητας αντιμετώπισης του στρεσογόνου παράγοντα και την ενίσχυση της άμυνας του ατόμου.

Δευτερογενής Πρόληψη: Αποτελείται από παρεμβάσεις που άρχισαν μετά την εμφάνιση και αντιμετώπιση του στρεσογόνου παράγοντα από το άτομο. Αναφέρεται στην έγκαιρη εντόπιση στρεσογόνων καταστάσεων και την θεραπεία των συμπτωμάτων που ακολουθούν την αντίδραση στον παράγοντα αυτόν.

Τριτογενής Πρόληψη: Αποτελείται από παρεμβάσεις γενικά που άρχισαν μετά τη θεραπεία. Επικεντρώνεται στην επαναπροσαρμογή, επανεκπαίδευση προκειμένου να προληφθεί τυχαία μελλοντική επανεμφάνιση και να επιτευχθεί διατήρηση της σταθερότητας.

## Σχήμα 2

### **Η θεωρία της B. NEUMAN**

#### **ΔΥΝΑΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ**

Η θεωρία των Συστημάτων Φροντίδας Υγείας της B. NEUMAN βασίζεται στη λειτουργία της Πρωτογενούς, Δευτερογενούς και Τριτογενούς Πρόληψης, πρόληψης που υποστηρίζεται από τον τομέα της Υγείας της Κοινότητας και που συμβάλλει σημαντικά στις δραστηριότητες του νοσηλευτικού επαγγέλματος στον τομέα της Κοινοτικής Νοσηλευτικής.

Επιπλέον δίνει έμφαση στην έννοια της ολότητας του ατόμου και δεν βλέπει τον άνθρωπο από μία μόνο διάσταση.

## **ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ.**

Η θεωρία της B. NEUMAN αδυνατεί να προσδώσει έναν ξεχωριστό ρόλο ή λειτουργία στην νοσηλευτική, πράγμα που ούτε άλλα επαγγέλματα υγείας παρουσιάζουν στον χώρο της εργασίας.

Η νοσηλευτική πρέπει να προσφέρει κάποιες υπηρεσίες που να είναι μοναδικές για την νοσηλευτική και που να ανήκουν μόνον στη νοσηλευτική.

## **Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ M. ROGERS: Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΕΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗΣ ΟΛΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ (THE UNITARY MAN)**

Το περίγραμμα της θεωρίας της M. ROGERS βασίζεται στην σύνθεση των κοινωνικών επιστημών και των επιστημών της συμπεριφοράς.

Κατά την M. ROGERS η νοσηλευτική επικεντρώνεται «στην επιστήμη της μοναδικότητας του ανθρώπου». Η εκπαίδευση και η εξάσκηση της νοσηλευτικής «κατευθύνονται προς την διατήρηση και προαγωγή της υγείας, πρόληψη της νόσου και την φροντίδα και αποκατάσταση του αρρώστου και ανάπηρου ανθρώπου» (GRIFFITH, 1982, σελ. 288).

Τα βασικά αξιώματα της θεωρίας της M. ROGERS είναι τα παρακάτω:

1. Ο άνθρωπος είναι μια ενοποιημένη ολότητα που κατέχει την δική του ακεραιότητα και εκδηλώνει χαρακτηριστικά που είναι πολύ περισσότερα και διαφορετικά από το σύνολο των μερών του.
2. Ο άνθρωπος και το περιβάλλον ανταλλάσσουν συνεχώς ύλη και ενέργεια μεταξύ τους.
3. Η διεργασία της ζωής εκτυλίσσεται αμετάτρεπτα και προς μία κατεύθυνση κατά μήκος του χρονικού άξονα.
4. Ο άνθρωπος αναγνωρίζεται από την οργάνωση και τον τρόπο που αναπτύσσεται, παράγοντες που αντανακλούν την καινοτομική του ολότητα (INNOVATIVE WHOLENESS).
5. Ο άνθρωπος χαρακτηρίζεται από την αφαιρετική και νοητική ικανότητα, την γλώσσα και την σκέψη, την αίσθηση και την συγκίνηση

Η Μ. ROGERS πιστεύει ότι τα άτομα είναι μοναδικά, ενοποιημένες ολότητες που κατέχουν ατομική ακεραιότητα. Η ολότητα αυτή είναι αποτέλεσμα ότι ζουν σε μια δυναμική περιβαλλοντική αλληλεπίδραση που είναι συνεχής, δημιουργική, εξελισσόμενη και αβέβαιη.

Η Μ. ROGERS θεωρεί τα άτομα ως ανοικτά συστήματα που βρίσκονται σε συνεχή ανταλλαγή ενέργειας με το περιβάλλον. Η διεργασία της ζωής των ατόμων αναπτύσσεται προς μία κατεύθυνση κατά μήκος ενός αμετάτρεπτου χώρο-χρονικού άξονα. Το άτομο είναι η ολότητα, το σύνολο όλων των γεγονότων της ζωής που πέρασε σε κάποιο δεδομένο χρόνο. Έχοντας υπόψη τα παραπάνω αξιώματα η Μ. ROGERS ορίζει τέσσερις έννοιες ουσιαστικές για το θεωρητικό της περίγραμμα. Αυτές είναι οι παρακάτω:

Πεδία ενέργειας: Τα πεδία ενέργειας αντιπροσωπεύουν ή παριστούν την ενοποιητική έννοια της φύσεως που αλλάσσει και το άπειρο του σύμπαντος. Η Μ. ROGERS βλέπει τον άνθρωπο και το

περιβάλλον σαν πεδία ενέργειας που είναι περισσότερα από τα μέρη τους και που το καθένα έχει την δική του ακεραιότητα. Η θεμελιώδης μονάδα του ατόμου και του περιβάλλοντος είναι ένα πεδίο ενέργειας.

Ανοικτότης (OPENNESS): Η ανοικτότητα αναφέρεται στο άπειρο και στο απεριόριστο των πεδίων ενέργειας, που είναι συνεχώς ανοικτά.

Σχεδιασμός / τύπος και Οργάνωση: Ερμηνεύουν την ταυτότητα του ενεργειακού πεδίου. Αυτό είναι το σύμπαν των ανοικτών συστημάτων με δημιουργική και καινοτομική αλλαγή. Ο άνθρωπος και τα περιβαλλοντικά πεδία χαρακτηρίζονται συνέχεια από κυματοειδείς σχηματισμούς και οργάνωση, αλλά η φύση του σχεδιασμού και της οργάνωσης είναι πάντοτε νεοφανής, πάντοτε αναδυόμενη, πάντοτε περισσότερο διαφορετική.

Τετραδιάστατος: Σημαίνει σύνθεση της διάστασης του χρόνου με τις τρεις διαστάσεις του χώρου, ως εκ τούτου η πραγματικότητα εκλαμβάνεται ως η σύνθεση μη γραμμικών συνισταμένων από τις οποίες νεωτεριστικές αλλαγές συνέχεια και εξελικτικά αναδύονται.

Στο ανθρωπιστικό περίγραμμα της M. ROGERS, κάθε ανθρώπινο πεδίο και κάθε ατόμου το περιβαλλοντικό πεδίο είναι μοναδικά, αλλά συνυπάρχουν μέσα στο σύμπαν σαν ακέραια και αυτόνομα το ένα από το άλλο. Ο άνθρωπος έχει την ικανότητα να κρίνει λογικά και να αισθάνεται και να συμμετέχει στην διεργασία της αλλαγής.

Η M. ROGERS ορίζει τον άνθρωπο και το περιβάλλον με τους παρακάτω τρόπους:

Μοναδικός άνθρωπος: Είναι ένα τετραδιάστατο πεδίο ενέργειας που αναγνωρίζεται από σχεδιασμό και οργάνωση, από έκδηλα χαρακτηριστικά και συμπεριφορά που είναι όλα τους διαφορετικά από αυτά των επιμέρους τμημάτων και δεν μπορούν να υποδειχθούν από την γνώση των μερών.

Περιβάλλον: Είναι ένα τετραδιάστατο πεδίο ενέργειας που αναγνωρίζεται από σχεδιασμό και οργάνωση. Περικλείει όλα όσα είναι έξω από ένα δεδομένο ανθρώπινο πεδίο.

Από το παραπάνω περίγραμμα, η M. ROGERS ανέπτυξε τρεις αρχές που είναι γενικότητες, που παραδέχονται την φύση και την κατεύθυνση της ανάπτυξης της ανθρώπινης μοναδικότητας.

## **1. ΑΡΧΗ ΤΗΣ ΕΛΙΚΟΕΙΔΟΥΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗΣ**

Κατά την αρχή αυτή, η φύση και η κατεύθυνση των ανθρωπίνων και περιβαλλοντικών αλλαγών είναι συνεχώς νεωτεριστικές, καινοτομικές και πιθανές. Οι αλλαγές αυτές χαρακτηρίζονται αφενός μεν από ηυξημένη ποικιλία προτύπων του ανθρώπινου και περιβαλλοντικού πεδίου, αφετέρου δε από οργάνωση που φαίνεται μέσα από την συνεχή, αμοιβαία, ταυτόχρονη αλληλεπίδραση μεταξύ του ανθρώπου και του περιβάλλοντος και που φανερώνει μη επαναλαμβανόμενους ρυθμούς.

## **2. ΑΡΧΗ ΤΗΣ ΑΠΗΧΗΣΗΣ**

Κατά την αρχή αυτή, το ανθρώπινο και περιβαλλοντικό πεδίο διακρίνονται αφενός μεν από κυματοειδείς σχηματισμούς, αφετέρου δε από οργάνωση που φανερώνει συνεχή αλλαγή από χαμηλότερη συχνότητα, σχηματισμούς μεγαλύτερου κύματος μέχρι υψηλή συχνότητα και σχηματισμούς μικρότερου κύματος.

### **3. ΑΡΧΗ ΤΗΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ**

Κατά την αρχή αυτή, η αλληλεπίδραση μεταξύ του ανθρώπινου πεδίου και των πεδίων του περιβάλλοντος είναι συνεχής, αμοιβαία και ταυτόχρονη.

Είναι εμφανές ότι η αρχή της συμπληρωματικότητας είναι μέρος της αρχής της Ελικοειδούς Κατεύθυνσης.

Η Μ. ROGERS υποστηρίζει ότι η ενοποιημένη ολότητα άνθρωπος και το περιβάλλον του βρίσκονται σε συνεχή, αμοιβαία και ταυτόχρονη αλληλεπίδραση εξελισσόμενα προς μία ηυξημένη διαφοροποίηση και ποικιλία πεδίων και οργάνωσης. Η αλλαγή είναι πάντοτε καινοτομική / νεωτεριστική. Δεν υπάρχει στροφή προς τα πίσω, ούτε επανάληψη.

Η αρχή της ελικοειδούς κατεύθυνσης αναφέρεται στη ζωή σαν διεργασία που προχωρεί προς μία κατεύθυνση και ρυθμικά κατά μήκος ενός ελικοειδούς σχηματισμού.

Η αρχή της απήχησης αναφέρεται στους κυματοειδείς σχηματισμούς και την οργάνωση των πεδίων ενέργειας που δεν είναι άλλα από τον άνθρωπο και το περιβάλλον. Η αρχή της συμπληρωματικότητας, τέλος, αναφέρεται στην ταυτόχρονη, αμοιβαία και συνεχή αλληλεπίδραση του ανθρώπου και του περιβάλλοντός του.

### **ΔΥΝΑΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ**

Ως δυναμικά στοιχεία της θεωρίας της Μ. ROGERS θεωρούνται τα παρακάτω:

1. Δίδεται έμφαση στην ολότητα της πλοκής του σύμπαντος.
2. Δίδεται έμφαση στον στόχο / σκοπό του μεγίστου δυνατού επιπέδου υγείας.

3. Δίδεται έμφαση στην επίδραση του περιβάλλοντος (όχι μόνο σε παράγοντες όπως ρύπανση ατμόσφαιρας αλλά και του τρόπου ζωής) στην υγεία του ανθρώπου.

## **ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ**

Δύο στοιχεία που είναι δυνατόν να θεωρηθούν σαν περιορισμοί ή αδύνατα σημεία της θεωρίας, αναφέρονται ως εξής:

1. Είναι δύσκολα κατανοητή η ορολογία που χρησιμοποιείται στην θεωρία, και
2. Δεν είναι εύχρηστη στην εφαρμογή της στην πράξη.

## **ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ ΤΗΣ M. ROGERS ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ**

Στην συνέχεια θα δούμε πως μπορούμε να εφαρμόσουμε την θεωρία της M. ROGERS σε ένα ασθενή και την οικογένειά του.

Οι νοσηλεύτριες KRAMPITZ και PAVLOVICH (1981) υποστηρίζουν ότι η θεωρία της M. ROGERS εστιάζεται στην έννοια ότι «οι διεργασίες της ζωής έχουν μία και μοναδική κατεύθυνση κατά μήκος του άξονα του χρόνου της ζωής, όπου οι συνεχείς αλληλεπιδράσεις μεταξύ των ανθρώπου και του περιβάλλοντός του χαρακτηρίζονται από κυματοειδείς σχηματισμούς».

Η FAWCETT (1979) σε κριτική της θεωρίας της M. ROGERS σχολιάζει τις αρχές της θεωρίας ως εξής:

Συμπληρωματικότητα: Η αρχή της συμπληρωματικότητας περιγράφει το σύστημα οικογένεια σε συνεχή και αμοιβαία αλληλεξάρτηση με το περιβάλλον. Ένα παράδειγμα της αρχής αυτής



μπορούμε να δούμε στον τρόπο με τον οποίο μια οικογένεια – σε ένα δεδομένο επίπεδο ανάπτυξης – έρχεται σε επαφή και επικοινωνία με τους ανθρώπους που την περιβάλλουν. Σύμφωνα δε με αυτήν την αρχή, οι άνθρωποι επιδρούν στο περιβάλλον τους και με τη σειρά τους δέχονται την επίδρασή του.

Αρχή της ελικοειδούς κατεύθυνσης: Η αρχή της ελικοειδούς κατεύθυνσης περιγράφει το σύστημα οικογένεια ως ευρισκόμενο σε συνεχή εξέλιξη κατά μήκος του χρονικού άξονα της διεργασίας της ζωής. Τα μέλη της οικογένειας συνεχώς μεγαλώνουν σε ηλικία και καθώς μεγαλώνουν, το σύστημα οικογένεια αλλάζει. Υπάρχει ένας δεδομένος τρόπος ανάπτυξης που προχωρεί και πορεύεται προς μία κατεύθυνση μόνο. Οι οικογένειες εξελίσσονται με το πέρασμα του χρόνου προς μία μόνο κατεύθυνση και η εξέλιξή τους αυτή γίνεται αντιληπτή με τους ξεχωριστούς αναπτυξιακούς ρυθμούς της γέννησης, της ενηλικίωσης και του θανάτου. ΚΑΝΕΙΣ ΔΕΝ ΓΙΝΕΤΑΙ ΝΕΩΤΕΡΟΣ.

Απήχηση: Η αρχή της απήχησης ορίζεται ως η αλλαγή στον τρόπο, την δομή και την οργάνωση και η οποία χαρακτηρίζεται από κυματοειδείς σχηματισμούς. Σε ένα σύστημα οικογένεια νέες μονάδες δημιουργούνται, που σημαίνει γεννιούνται παιδιά, τα οποία με την σειρά τους γεννούν δικά τους παιδιά, ο παππούς και η γιαγιά πεθαίνουν. Αυτοί οι κυματοειδείς σχηματισμοί επαναλαμβάνονται στο πέρασμα του χρόνου πολλές φορές.

Η FAWCETT (1979) υπογραμμίζει ακόμη ότι η οικογένεια είναι ένα ανοικτό σύστημα που αποτελείται από υποσυστήματα δηλαδή τα άτομα / μέλη της. Όλα τα μέλη της οικογένειας επιδρούν στους άλλους και με την σειρά τους δέχονται την επίδραση των άλλων. Τα υποσυστήματα δεν χαρακτηρίζονται από αυστηρά αρραγή / στερεά όρια, αλλά βρίσκονται σε αμοιβαία, ταυτόχρονη αλληλεπίδραση μεταξύ τους και με το περιβάλλον. Έτσι βλέπουμε ότι οι παραπάνω αρχές της

ελικοειδούς κατεύθυνσης, της συμπληρωματικότητας και της απήχησης συνδέονται μεταξύ τους και μεταφράζονται σε τετραδιάστατη έννοια:

- α) των ατόμων ως υποσυστήματα
- β) της αλληλεξάρτησης των υποσυστημάτων
- γ) των μοναδικών χαρακτηριστικών της ολότητας και
- δ) του περιβάλλοντος.

Έχοντας υπόψη μας αυτές τις έννοιες θα προσπαθήσουμε στην συνέχεια να αξιολογήσουμε τον άρρωστο και την οικογένειά του σε μια δεδομένη περίπτωση:

#### 1. Άτομα υποσυστήματα

##### α) Ανάπτυξη / σύσταση οικογένειας:

Ασθενής	Φύλο: Άνδρας Ηλικία: 58 ετών Ρόλος Πατέρας της οικογένειας Εργασία: Έμπορος επί 28 συνεχή χρόνια
Μητέρα	Ηλικία: 55 ετών Εργασία: Πτυχιούχος Νοσηλεύτρια επί 12 συνεχή χρόνια
Γιος	Ηλικία: 31 ετών Ρόλος: Παντρεμένος, ζει με την σύζυγό του και τους γονείς του στο ίδιο σπίτι
Νύφη	Ηλικία 25 ετών Ρόλος: Εγκυμονούσα, περιμένει το πρώτο τους παιδί
Κόρη	Ηλικία: 29 ετών Σπουδές: Απόφοιτος της Γαλλικής Ακαδημίας Εργασία: Υπάλληλος βιομηχανίας στην Θεσ/νίκη
Γιος	Ηλικία: 25 ετών Εργασία: Επιχειρηματίας – κατάστημα ειδών SKI στην Θεσ/νίκη

β) Βιολογική κατάσταση οικογένειας:

- Κατάσταση υγείας μελών

1. Ο κ. Χ, πατέρας της οικογένειας υπεβλήθη σε χειρουργική επέμβαση μηνίσκου της αριστεράς κατά γόνυ άρθρωσης αντιμετωπίζοντας και τις επιπλοκές της φλεβίτιδας και αιμορραγίας από μεγάλη δόση αντιπηκτικών.

- Ο κ. Χ έχει πρόβλημα μεσοσπονδυλίου δίσκου στον 03-4 με πόνο κατά μήκος όλου του ποδιού.
- Κάνοντας ακτινογραφία οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης διεγνώσθη ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής.
- Ο κ. Χ εισήχθη επείγοντως στο νοσοκομείο για χειρουργική αντιμετώπιση του ανευρύσματος.

2. Άλλα μέλη της οικογένειας.

Δεν έγιναν γνωστά τυχόν προβλήματα υγείας των άλλων μελών της οικογένειας.

- Γενετικοί παράγοντες.

1. ο πατέρας του κ. Χ πέθανε σε ηλικία 78 ετών από ρήξη ανευρύσματος θωρακικής αορτής πριν φτάσει στο νοσοκομείο.
2. Η μητέρα του κ. Χ πέθανε σε ηλικία 68 ετών από καρκίνο του πεπτικού συστήματος.

γ) Ψυχολογική κατάσταση οικογένειας:

- Ο άρρωστος ήταν ενήμερος για την κατάστασή του και γνώριζε πολύ καλά τα της διάγνωσης και της χειρουργικής επέμβασης.
- Ο κ. Χ είχε άγχος και φοβόταν τον μετεγχειρητικό πόνο και την επέμβαση γενικά, καθότι ο πατέρας του πέθανε από ρήξη ανευρύσματος της θωρακικής αορτής πριν φτάσει στο χειρουργείο.

δ) Κοινωνική κατάσταση της οικογένειας:

- Οικογένεια μεσαίας κοινωνικής τάξης.
- Όλα τα μέλη της οικογένειας είναι ενήλικες και έχουν όλοι εργασία.

- Δεν φαίνεται να υπάρχουν οικονομικά προβλήματα.
- Ο κ. Χ μπορεί να συνταξιοδοτηθεί ανά πάσα στιγμή διότι εργάστηκε για 30 συνεχή χρόνια.
- Όλα τα παιδιά έχουν κολεγιακό ή πανεπιστημιακό επίπεδο εκπαίδευσης.

## 2. Αλληλεξάρτηση.

- Η κα. Χ απασχολημένη με το πρόβλημα υγείας του συζύγου της.
- Τον επισκέφτηκε τρεις φορές στην χειρουργική μονάδα εντατικής θεραπείας και τον διαβεβαίωσε ότι βρίσκεται συνέχεια στην αίθουσα αναμονής της μονάδος.
- Με τη μεταφορά του στο τμήμα είναι κοντά του κάθε απόγευμα και πέρασε μαζί του το Σαββατοκύριακο.
- Ο κ. Χ σκέφτεται την σύζυγό του που τις τελευταίες δέκα ημέρες πάει κι έρχεται στο νοσοκομείο δύο φορές την ημέρα και ότι ασφαλώς θα είναι κουρασμένη.
- Η νύφη, πάντα ευγενής και περιποιημένη, επισκέπτεται τον πεθερό της κάθε μέρα φέρνοντας πάντα μαζί της εφημερίδες, περιοδικά και λουλούδια.
- Την παραμονή της χειρουργικής επέμβασης ο ασθενής ήταν περιτριγυρισμένος από τη σύζυγό τους, τον γιο του, την νύφη του και την μικρότερη κόρη του και μοιράζονταν μαζί τους φόβους του και το άγχος του.
- Ο άρρωστο φαίνεται να είναι ευτυχισμένος επικοινωνώντας με τα παιδιά του.

## 3. Μοναδικά χαρακτηριστικά της οικογένειας σαν μια ολότητα.

- Η οικογένεια εμφανίστηκε σαν μια ολότητα με δύναμη.

- Ο πατέρας / ασθενής ήταν ο αρχηγός της οικογένειας και αντιμετωπιζόταν με σεβασμό από τη σύζυγό του και τα άλλα μέλη της οικογένειας.
- Τα μέλη της οικογένειας εμφανίστηκαν πολύ συνδεδεμένα μεταξύ τους. Προγραμματίζαν κατάλληλα τις εργασίες τους και συναντιόταν όλοι μαζί κατά τη διάρκεια της παραμονής του πατέρα τους στο νοσοκομείο.
- Εξέφρασαν την αγάπη τους, τον σεβασμό τους και το ενδιαφέρον τους με πολλούς και ποικίλους τρόπους με τις επισκέψεις τους, την φροντίδα τους, την επικοινωνία τους μαζί του.

#### 4. Περιβάλλον

- Στο δωμάτιο του αρρώστου υπήρχαν πάρα πολλές κάρτες και λουλούδια από φίλους και συναδέλφους του που του εύχονταν γρήγορα να τον δουν πάλι ανάμεσά τους.
- Ο κ. Χ ήταν ένας ευχάριστος τύπος και πολύ συνεργάσιμος σαν άρρωστος.
- Ο ασθενής και τα μέλη της οικογένειάς του ήταν πολύ ευγενείς προς όλα τα μέλη της ομάδας υγείας του νοσοκομείου.
- Οι νοσηλευτές έμειναν πολύ ευχαριστημένοι που τους δόθηκε η ευκαιρία να φροντίσουν αυτόν τον άρρωστο σαν άτομο και αυτόν και την οικογένειά του σαν ολότητα.

Ανακεφαλαιώνοντας την εφαρμογή της θεωρίας της M. ROGERS, μπορούμε να δούμε ότι τα χαρακτηριστικά του υποσυστήματος άτομο είναι στοιχεία της αναπτυξιακής, βιολογικής, ψυχολογικής και κοινωνικής σφαίρας του ανθρώπου.

Η αλληλεξάρτηση αναφέρεται στις σχέσεις μεταξύ των υποσυστημάτων / ατόμων που χαρακτηρίζονται από σχεδιασμό και οργάνωση.

Σαν ολότητα το σύστημα οικογένεια προχωρεί κατά μήκος του άξονα του χρόνου και έχει σχέση με τις ηλικίες των μελών, των ατόμων της οικογένειας.

Για τα περιβαλλοντικά πεδία η ολότητα του συστήματος οικογένεια επικοινωνεί με το περιβάλλον: προσωπικό του νοσοκομείου, κοινωνία (φίλους, συναδέλφους), σπίτι.

Η επικοινωνία της οικογένειας σαν περιβάλλον είναι αμοιβαία και ταυτόχρονη.

## **Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ C. ROY (1976):**

### **ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ADAPTATION THEORY**

Το θεωρητικό πλαίσιο της C. ROY βασίζεται στην άποψη ότι το άτομο επιδρά στο περιβάλλον του και δέχεται ταυτόχρονα την επίδρασή του.

Στην αλληλεπίδραση αυτή, το άτομο προσπαθεί να προσαρμοστεί στο περιβάλλον.

Σύμφωνα λοιπόν με τη θεωρία της C. ROY:

1. Το άτομο είναι μία βιο-ψυχοκοινωνική οντότητα. Η βασική έννοια της υπόθεσης αυτής είναι ότι το άτομο δεν έχει απλά και μόνο βιολογικές αλλά συγχρόνως και ψυχολογικές καταβολές που ρυθμίζουν την συμπεριφορά του μέσα στο κοινωνικό σύνολο. Επομένως το άτομο πρέπει να μελετάται και από τις τρεις διαστάσεις, που αναφέρονται παραπάνω, δεδομένου ότι οι εκδηλώσεις του προέρχονται ή έχουν σαν

βάση τους την αλληλεπίδραση αυτών των παραμέτρων μεταξύ τους και με το περιβάλλον.

2. Το άτομο βρίσκεται κάτω από την συνεχή επίδραση του μεταβαλλόμενου περιβάλλοντός του. Έτσι αντιμετωπίζει καθημερινά αλλαγές στον φυσικό, ψυχικό και κοινωνικό του κόσμο και του περιβάλλοντος στο οποίο ασκεί και δέχεται συγχρόνως την επίδρασή του.
3. Για να ανταποκριθεί το άτομο στο μεταβαλλόμενο αυτό περιβάλλον, χρησιμοποιεί εγγενείς και επίκτητους μηχανισμούς, που είναι από την φύση τους βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί. Όσον αφορά τους παράγοντες αυτούς που επηρεάζουν την προσαρμοστικότητα, αυτοί διακρίνονται σε ενδογενείς και εξωγενείς. Οι ενδογενείς αφορούν την κληρονομικότητα, το φύλο, την ηλικία και την ιδιοσυγκρασία του ατόμου, ενώ οι εξωγενείς παράγοντες αφορούν την εκπαίδευση του ανθρώπου, το πολιτιστικό του επίπεδο, την οικονομική του κατάσταση, τα κοινωνικά του πλαίσια, την διαπροσωπική του επικοινωνία, την φύση του παράγοντα που δημιουργεί το στρες, το επίπεδο ικανοποίησης των αναγκών του και την υποστήριξη και συμπαράσταση που δέχεται από το περιβάλλον του.
4. Για να αντιδράσει ο άνθρωπος θετικά στις αλλαγές του περιβάλλοντός του, πρέπει να προσαρμοστεί σ' αυτό, δηλαδή, να αποδεχθεί τη νέα πραγματικότητα που προκύπτει και να αναδιοργανώσει τη ζωή του με βάση την νέα αυτή πραγματικότητα. Π.χ. ο ερχομός ενός παιδιού στην οικογένεια, ο γάμος μιας κοπέλας, ο διορισμός μιας δασκάλας σε ένα απόμερο χωριό, η δημιουργία μιας μόνιμης λαρυγγετομής, κολοστομίας, μαστεκτομής, και άλλα.

Έτσι η ζωή του βρίσκει πάλι σκοπό και περιεχόμενο και αξίες που κεντρίζουν το ενδιαφέρον του γι' αυτή ώστε να ξεπεραστεί κάθε τι που προήλθε ή προέκυψε στο πέρασμά της. Η προσαρμογή επομένως,

ενός ατόμου, σύμφωνα με τα παραπάνω, επηρεάζεται από τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζει ένα στρεσογόνο παράγοντα ή μια κατάσταση που απειλεί την βιο-ψυχο-κοινωνική του οντότητα.

5. Η υγεία και η ασθένεια είναι μια αναπόφευκτη διάσταση της ζωής του ατόμου. Η υγεία και η ασθένεια είναι ένα κομμάτι της ζωής μας και όλοι υποκειμέθα στους νόμους που τις διέπουν, το κάθε άτομο δε μπορεί να προσδιορίσει με σαφήνεια και ακρίβεια την θέση του επάνω στον άξονα της έννοιας «υγεία – ασθένεια».

6. Η προσαρμοστικότητα του ατόμου ορίζεται από την σχέση που προκύπτει μεταξύ του ερεθίσματος που εκτίθεται το άτομο και του επιπέδου της προσαρμοστικότητας που διαθέτει.

Το επίπεδο της προσαρμοστικότητας του ατόμου καθορίζεται από την ταυτόχρονη επίδραση των ερεθισμάτων, που σύμφωνα με το θεωρητικό πλαίσιο της C. ROY, εμπίπτουν σε τρεις κατηγορίες:

1. Στα άμεσα ερεθίσματα ή στις βασικές ανάγκες που αντιμετωπίζει το άτομο
2. Στα ερεθίσματα που προέρχονται από το περιβάλλον
3. Στα ερεθίσματα που αφορούν «πιστεύω και απόψεις» του ατόμου, εμπειρίες του παρελθόντος, μηχανισμούς προσαρμογής του ατόμου και προσωπικά βιώματα.

7. Οι τρόποι με τους οποίους καθορίζεται η προσαρμοστικότητα ενός ατόμου εμπίπτουν σε τέσσερις ομάδες:

1. Ικανοποίηση των βιολογικών αναγκών του ατόμου
2. Αντίληψη του ίδιου του εαυτού του από βιολογική – ψυχοπνευματική και κοινωνική πλευρά
3. Εκπλήρωση του ρόλου του
4. Αλληλεξάρτηση.

Λέγοντας ανάγκη, εννοούμε όλα εκείνα τα βιολογικά, περιβαλλοντικά και ψυχοκοινωνικά στοιχεία που απαιτεί ο ανθρώπινος



οργανισμός προκειμένου να διατηρήσει την βιολογική και ψυχοκοινωνική του υγεία.

Πρόβλημα προκύπτει όταν μια ανάγκη μείνει τελείως ανικανοποίητη ή εμποδίζεται κατά κάποιον τρόπο η ικανοποίησή της.

Γενικά οι ανάγκες είναι βιολογικές ή φυσικές και είναι κοινές σε όλους τους ζώντες οργανισμούς και ψυχο-κοινωνικές που αποτελούν ξεχωριστό χαρακτηριστικό των ανθρώπων.

Λέγοντας ρόλο, εννοούμε τα κοινωνικά αποδιδόμενα ή προσωπικά υιοθετημένα πρότυπα συμπεριφοράς και ευθύνης, όπως π.χ. ο ρόλος του πατέρα, ο ρόλος της μητέρας, του/της συζύγου, του γιου και της κόρης, του επαγγελματία, ο ρόλος του προστάτη της οικογένειας είτε ως πηγή εισοδήματος, είτε ως ψυχοκοινωνική υποστήριξη.

Λέγοντας αλληλεξάρτηση, εννοούμε τη σχέση του ατόμου με τους άλλους ανθρώπους. Η σχέση αυτή εκφράζει τον βαθμό της ικανότητάς του να επιτύχει μια ισορροπία μεταξύ της εξάρτησης και ανεξαρτησίας.

## **ΔΥΝΑΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ**

- Οι όροι που χρησιμοποιούνται είναι κατανοητοί και περιγράφονται πλήρως.
- Η νοσηλευτική διεργασία είναι ίδια με τα στάδια σχεδίου αξιολόγησης, προγραμματισμού, παρέμβασης και εκτίμησης των αποτελεσμάτων.
- Η θεωρία επικεντρώνεται στην συμπεριφορά και ως εκ τούτου προσφέρει μεγαλύτερη εξατομίκευση της αξιολόγησης του ατόμου.
- Δίδεται έμφαση στην ικανοποίηση των ψυχο-κοινωνικών αναγκών του ατόμου.

- Η θεωρία της προσαρμογής της C. ROY μπορεί να χρησιμοποιηθεί όχι μόνο στο νοσοκομείο, αλλά και στο γηροκομείο, στο σχολείο, στον παιδικό σταθμό, στην βιομηχανία, στους Οργανισμούς Δημόσιας Υγείας.
- Είναι, ακόμη, ένα ευρύ θεωρητικό πλαίσιο και αποτελεί χρήσιμο μέσον για την συστηματική συλλογή στοιχείων που αφορούν τα προβλήματα της προσαρμογής των ατόμων, όπου αυτά εντοπίζονται.

## **ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ**

- Υπάρχει κάποια επικάλυψη στους τρόπους αξιολόγησης της προσαρμογής, ιδίως σε ότι αφορά στην αντίληψη της βιο-ψυχο-κοινωνικής οντότητας, στην ικανοποίηση του ρόλου και στις σχέσεις με τους άλλους ανθρώπους.
- Η αξιολόγηση της συμπεριφοράς, ως θετικά ή αρνητικά προσαρμόσιμης, επηρεάζεται από το σύστημα των αξιών του νοσηλευτή που παρατηρεί και αξιολογεί το άτομο.

Σχήμα 3

Το άτομο σαν προσαρμοστικό σύστημα (Roy)

## ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ ΤΗΣ C. ROY ΣΤΗΝ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ – ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Μια κυρία ηλικίας 75 ετών με την ιατρικής διάγνωση της υπέρτασης και του καταρράκτη εισάγεται στο νοσοκομείο

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ	ΤΟΜΕΙΣ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ	ΔΥΝΑΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ	ΣΧΕΣΕΙΣ/ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΟΥΝ	ΚΕΝΑ ΣΤΙΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ
<p>-Το πόδι μου είναι τόσο πρησμένο που δεν μπορώ να φορέσω παπούτσια</p> <p>Ύψος: 1.60μ, βάρος 71 κιλά</p> <p>Έλλειψη δοντιών</p> <p>Οίδημα και στα δύο κάτω άκρα(4+). Περίμετρος αστραγάλων:Δ:25εκ, ΑΡ.:26,5εκ. «Δεν έχω πάρει το φάρμακό μου για 2 εβδομάδες». Σφυξ:72/λεπτό, Αναπ:20/λεπό. Πνεύμονες καθαροί. Α.Π:200/100NM/HG. Άκρα ψυχρά στην αφή. Οίδημα κάτω άκρων(4+). Φοράει γυαλιά. Ιστορικό καταρράκτη. - «Δεν έχω πάρει το φάρμακό μου για 2</p>	<p>A. ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ</p> <p>1. Δυσκολία στην άσκηση και ανάπαυση. Έλλειψη/δυσκολία προσαρμογής.</p> <p>2.Διατροφή: Έλλειψη/δυσκολία προσαρμογής. Πιθανή <span style="float: right;">δυσκολία</span> προσαρμογής</p> <p>3. Αφόδευση</p> <p>4. Υγρά και ηλεκτρολύτες: Έλλειψη/δυσκολία προσαρμογής.</p> <p>Έλλειψη/δυσκολία προσαρμογής</p> <p>5. Οξυγόνο (O2) Θετική προσαρμογή (+)</p> <p>6. Θετική προσαρμογή (+)</p> <p>7. Ηυξημένη αρτηριακή πίεση: <span style="float: right;">δυσκολία</span> προσαρμογής.</p> <p>7. Αισθήσεις. Θετική προσαρμογή(+)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Δυσχέρεια στην κινητικότητα</li> <li>• Ασφάλεια</li> <li>• Ηυξημένο σωματικό βάρος</li> <li>• Πιθανός προβληματισμός μάσησης</li> <li>• Πιθανός προβληματισμός αργότερα.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• οίδημα ποδιών</li> <li>• Άγνωστη</li> <li>• Δεν έχει δόντια</li> <li>• Έλλειψη διουρητικού φαρμάκου</li> <li>• υπέρταση</li> <li>• Καταρράκτης</li> <li>• Λησμοσύνη</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μέτρα ασφάλειας της άρρωστης</li> <li>• Καταγραφή συνθηκών διατροφής στο 24ωρο</li> <li>• Αξιολόγηση προβλήματος</li> <li>• Αξιολόγηση λειτουργίας εντέρου.</li> <li>• Προσλαμβανόμενα υγρά, αλάτι στο φαγητό.</li> <li>• Παλαιό ιστορικό: Γνώση αναφορικά με τη νόσο</li> <li>• Ημερομηνία τελευταίας οφθαλμολογικής</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μειωμένη κινητικότητα που έχει σχέση με το οίδημα των ποδιών</li> <li>• Πιθανός προβληματισμός ασφάλειας της αρρώστου που έχει σχέση με την μειωμένη κινητικότητα.</li> <li>• Μεταβολές στη διατροφή, άγνωστη η αιτία</li> <li>• Πιθανές μεταβολές στην ακεραιότητα της στοματικής κοιλότητας που έχουν σχέση με την έλλειψη δοντιών</li> <li>• Ηυξημένος όγκος υγρών/ κατακράτηση που έχει σχέση με την λήψη διουρητικού φαρμάκου.</li> <li>• Μεταβολές στο κυκλοφοριακό σύστημα που έχουν σχέση με την υπέρταση</li> <li>• Πιθανή μείωση όρασης</li> </ul>

<p>εβδομάδες. Ξεχνώ να το πάρω».</p> <p>- Το όνομά μου είναι Σάρα. Είμαι στο νοσοκομείο για την υπέρταση που έχω. Συνταξιούχος υπάλληλος. Κάνει πλεκτά για τα εγγόνια της. Ο σύζυγος πέθανε πριν 3 μήνες. Ζει μόνη της με το σκύλο. Έχει κοινωνική και ιατρική ασφάλεια. Παίρνει σύνταξη. Είναι χριστιανή.</p>	<p>Αρνητική προσαρμογή (-)  <b>B. ANTIΛΗΨΗ ΤΟΥ ΙΔΙΟΥ ΕΑΥΤΟΥ ΤΗΣ.</b>          Θετική προσαρμογή (+)</p> <p><b>Γ. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΡΟΛΟΥ</b>          Θετική προσαρμογή (+)          Άγνωστη προσαρμογή (:)</p> <p><b>Δ. ΑΛΛΗΛΕΞΑΡΤΗΣΗ</b>          Θετική προσαρμογή (+) προς το παρόν.          Θετική προσαρμογή (+)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Έλλειψη συμμόρφωσης στην ιατρική οδηγία</li> <li>• Δυναμικό στοιχείο: θετική αντιμετώπιση της εισαγωγής στο νοσοκομείο</li> <li>• Δυναμικό στοιχείο: Ικανοποίηση του ρόλου της γιαγιάς</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Πιθανός προβληματισμός αργότερα.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Χηρεία</li> <li>• Ζει μόνη της. Μειωμένη κινητικότητα. Φροντίδα σκύλου</li> </ul>	<p>εξέτασης</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Γνώση των φαρμάκων που παίρνει σε καθημερινή βάση</li> <li>• Τρόποι αντιμετώπισης στο παρελθόν</li> <li>• Φίλοι; Οικογένεια, Απασχόληση; Πνευματικές/ θρησκευτικές ανάγκες</li> </ul>	<p>που έχει σχέση με τον καταρράκτη</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Έλλειψη συμμόρφωσης αναφορικά με τη λήψη φαρμάκων που έχει σχέση με λησμοσύνη.</li> <li>• Πιθανόν δυσλειτουργικό πένθος που έχει σχέση με τον θάνατο του συζύγου</li> <li>• Πιθανή κοινωνική απομόνωση που έχει σχέση με την μειωμένη κινητικότητά της και το γεγονός ότι ζει μόνη της</li> </ul>
--	---	---	--	--	--

# **ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ ΤΗΣ C. ROY ΣΤΗΝ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ – ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ.**

## **ΔΥΝΑΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

Τα δυναμικά στοιχεία της αρρώστου είναι:

- Η επάρκεια του O<sub>2</sub>
- Ο προσανατολισμός
- Η θετική αντιμετώπιση της εισαγωγής της στο νοσοκομείο
- Η ικανοποίηση του ρόλου της γιαγιάς
- Η ύπαρξη ικανοποιητικού εισοδήματος (συνταξιούχος)

## **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ**

Οι Νοσηλευτικές Διαγνώσεις στην περίπτωση αυτή, είναι:

1. Μειωμένη κινητικότητα που έχει σχέση με το οίδημα των κάτω άκρων.
2. Πιθανός προβληματισμός και πτώση της αρρώστου που έχει σχέση με την μειωμένη κινητικότητα.
3. Μεταβολές στην διατροφή, με άγνωστη αιτία.
4. Πιθανές μεταβολές στην ακεραιότητα της συνέχειας του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας που έχουν σχέση με την έλλειψη δοντιών.
5. Ηυξημένος όγκος υγρών / κατακράτηση που έχει σχέση με την μη λήψη διουρητικού φαρμάκου.
6. Μεταβολές στο κυκλοφοριακό σύστημα που έχουν σχέση με την υπέρταση.
7. Πιθανή μειωμένη όραση που έχει σχέση με τον καταρράκτη.

8. Έλλειψη συμμόρφωσης όσον αφορά την λήψη των φαρμάκων που έχει σχέση με τη λησμοσύνη.
9. Πιθανό δυσλειτουργικό πένθος που έχει σχέση με τον θάνατο του συζύγου της.
10. Πιθανή κοινωνική απομόνωση που έχει σχέση με την μειωμένη κινητικότητά της και το γεγονός ότι ζει μόνη της.
11. Έλλιπή στοιχεία που η αξιολόγησή τους εκκρεμεί, αφορούν:
  - Την αφοόδευση – ούρηση
  - Τις πνευματικές / θρησκευτικές ανάγκες
  - Τις γνώσεις της αρρώστου σχετικά με την υπέρταση και τα φάρμακα που παίρνει.
  - Τη συχνότητα της ιατρικής παρακολούθησης που έχει η άρρωστη.

## ΑΝΑΛΥΣΗ / ΣΥΝΘΕΣΗ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΤΗΣ C. ROY.

Σύμφωνα με το μοντέλο της προσαρμογής της C. ROY , οι τρόποι με τους οποίους προσπαθεί το άτομο να αντιμετωπίσει τις αλλαγές που συμβαίνουν στο περιβάλλον του και να προσαρμοστεί, εμπίπτουν σε τέσσερις τομείς. Οι πληροφορίες δε που συγκεντρώθηκαν για την άρρωστη αναλύονται σύμφωνα με αυτές τις τέσσερις κατηγορίες. Τις βιολογικές / φυσικές ανάγκες – την αντίληψη του βιο – ψυχο – κοινωνικού εαυτού της – την ικανοποίηση του ρόλου της και το επίπεδο της αλληλεξάρτησης της αρρώστου. Στις βιολογικές ανάγκες ανήκουν η άσκηση και η ανάπαυση, η διατροφή, η αφόδευση και ούρηση, το ισοζύγιο / ισορροπία των υγρών και ηλεκτρολυτών, το οξυγόνο, η θερμοκρασία του σώματος, η κυκλοφορία του αίματος.

Στην κατηγορία της άσκησης και ανάπαυσης η ασθενής παραπονείται ότι «τα πόδια της είναι τόσο πρησμένα» που δεν μπορεί να φορέσει παπούτσια. Αυτό δεν είναι θετικό, προσαρμόσιμο σημείο καθότι εμποδίζεται η κινητικότητά της (Ν.Δ.).

Υπάρχει επίσης ο πιθανός προβληματισμός της ασφάλειας της αρρώστου, που έχει σχέση με τη μειωμένη κινητικότητά της (Ν.Δ.). Τα κενά στις πληροφορίες αφορούν τους παράγοντες που κάνουν επικίνδυνη την ασφάλεια.



Στην κατηγορία της διατροφής η άρρωστη βλέπομε ότι έχει ύψος 1.60 μέτρα και βάρος 71.5 κιλά, πράγμα που δείχνει ότι η άρρωστη είναι 15 περίπου κιλά υπέρβαρη. Αυτό είναι ένα μη προσαρμόσιμο / αρνητικό σημείο που δείχνει ότι έγιναν κάποιες μεταβολές στην διατροφή της αρρώστου, με άγνωστη όμως την αιτία (Ν.Δ.).

Υπάρχει ακόμη ένα κενό στις πληροφορίες όσον αφορά την αφοδευση και ούρηση που πρέπει να αξιολογηθούν (Ν.Δ.). Το επίπεδο των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών δεν είναι θετικά προσαρμόσιμο καθότι το οίδημα και στα δύο πόδια είναι εμφανές με 4++++ θετικό: περίμετρος δεξιού σφυρού 25 εκατοστά και αριστερού 26 εκατοστά. Ο παράγοντας που επιδρά μπορεί να είναι το ότι δεν πήρε η άρρωστη τα αντιυπερτασικά φάρμακά της για δύο εβδομάδες. Το κενό στις πληροφορίες αφορά τα προσλαμβανόμενα υγρά και το αν χρησιμοποιεί αλάτι στην δίαιτά της.

Οι ανάγκες του οξυγόνου είναι θετικά προσαρμόσιμες, σύμφωνα με τις περιορισμένες πληροφορίες των 72 σφύξεων / λεπτό, 20 αναπνοών / λεπτό και τους καθαρούς πνεύμονες. Η αρτηριακή της πίεση που είναι 200/100MMHG είναι μη θετικό προσαρμόσιμο σημείο (Ν.Δ.). Το γεγονός ότι τα άκρα της είναι ψυχρά στην αφή και οιδηματώδη δείχνει ότι υπάρχουν μεταβολές της κυκλοφορίας του αίματος (Ν.Δ.). Οι παράγοντες που επέδρασαν είναι το ιστορικό της υπέρτασης που είχε και η μη συμμόρφωσή της αναφορικά με την λήψη των φαρμάκων. Ελλιπείς πληροφορίες αφορούν το ιατρικό ιστορικό της και την γνώση της για την ασθένειά της.

Το γεγονός ότι έχει καταρράκτη και φοράει γυαλιά είναι προς το παρόν θετικά προσαρμόσιμη κατάσταση, αλλά υπάρχει η πιθανότητα

της μειωμένης όρασης που θα έχει σχέση με τον καταρράκτη (Ν.Δ.). Οι ελλιπείς πληροφορίες αφορούν τον χρόνο που έγινε η τελευταία οφθαλμολογική εξέταση και το τεστ γλαυκώματος.

Οι πληροφορίες που έχουν σχέση με την αντίληψη του βιο-ψυχο-κοινωνικού εαυτού της φαίνονται θετικά προσαρμόσιμες καθότι είναι προσανατολισμένη ως προς τα πρόσωπα, τον χρόνο και τον χώρο και αποκρίνεται στις ερωτήσεις κατάλληλα. Φαίνεται να αντιμετωπίζει καλά την εισαγωγή της στο νοσοκομείο.

Ως προς την ικανοποίηση του ρόλου της, γίνεται γνωστό από τις πληροφορίες ότι είναι συνταξιούχος υπάλληλος και ότι κάνει πλεκτά για τα εγγόνια της, ενδείξεις θετικά προσαρμόσιμης συμπεριφοράς. Υπάρχει πιθανή προσαρμογή του ρόλου της που έχει σχέση με τον θάνατο του συζύγου της πριν 3 μήνες.

Μέχρι τώρα η προσαρμογή της είναι άγνωστη. Οι ελλιπείς πληροφορίες αναφέρονται αφ' ενός μεν σε τρόπους αντιμετώπισης που χρησιμοποιούσε στο παρελθόν, αφ' ετέρου δε στο πένθος.

Τα δεδομένα αλληλεξάρτησης, όπως η Κοινωνική Ασφάλεια, η σύνταξη και η ιατρική περίθαλψη, δείχνουν ότι είχε αρκετό εισόδημα, παράγοντες που της εξασφαλίζουν μια θετικά προσαρμόσιμη συμπεριφορά.

Ζει μόνη της με τον σκύλο. Υπάρχει ο πιθανός προβληματισμός της κοινωνικής απομόνωσης, που έχει σχέση με τη μειωμένη κινητικότητά της και το γεγονός ότι ζει μόνη της (Ν.Δ.). Τα κενά στις πληροφορίες αφορούν τους φίλους, την παρουσία της οικογένειας, το κοινωνικό της περιβάλλον. Είναι χριστιανή Ορθόδοξη, αλλά οι θρησκευτικές της ανάγκες είναι άγνωστες (Ν.Δ.).

## Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ FLORENCE NIGHTINGALE (1859)

Η NIGHTINGALE (1820 – 1910) έχει επιβληθεί παγκόσμια σαν η μεγαλύτερη μορφή της σύγχρονης ιστορίας της επιστημονικής νοσηλευτικής. Ως εθελοντής νοσηλεύτρια του Βρετανικού στρατού κατά τον Κριμαϊκό πόλεμο το 1854, οργάνωσε τη νοσηλευτική υπηρεσία του στρατιωτικού νοσοκομείου στο Σκουτάρι. Ιδιαίτερα επιδόθηκε στον περιορισμό των προβλημάτων που δημιουργούσαν οι ανθυγιεινές συνθήκες στους θαλάμους των νοσηλευόμενων στρατιωτών. Όταν επέστρεψε στην Αγγλία, ίδρυσε την πρώτη νοσηλευτική σχολή στο νοσοκομείο του Αγίου Θωμά. Έγραψε πολλά βιβλία και επιστολές όπου περιγράφονται οι παρατηρήσεις, πεποιθήσεις και ιδέες της για τη νοσηλευτική, το εκπαιδευόμενο νοσηλευτικό προσωπικό και το σύστημα υπηρεσιών υγείας. Ήταν η πρώτη ερευνήτρια που απέδειξε στατιστικά πως για κάθε στρατιώτη που σκοτώνονταν στη μάχη της Κριμαίας, επτά άλλοι πέθαιναν από αρρώστιες, λόγω δυσμενών υγιεινών συνθηκών. Ακόμα και στον καιρό ειρήνης η θνησιμότητα στο στρατό ήταν δύο φορές μεγαλύτερη από τη θνησιμότητα στον γενικό πληθυσμό.

Η θεωρία της NIGHTINGALE βασίζεται στο περιβάλλον το οποίο θεωρεί ότι είναι ικανό να προλάβει, να θεραπεύσει ή να συντελέσει στην αρρώστια, τα ατυχήματα ή τον θάνατο. Το περιβάλλον αντιπροσωπεύει όλες τις εξωτερικές συνθήκες και επιδράσεις, που επηρεάζουν τη ζωή και την ανάπτυξη του ανθρώπου.

Η NIGHTINGALE πίστευε ότι οι νοσηλευτές μπορούν να δημιουργήσουν ευνοϊκές περιβαλλοντικές συνθήκες χρησιμοποιώντας κοινό νου, παρατηρητικότητα, επιμονή και εφευρετικότητα.

Έτσι ο νοσηλευτής, η φύση και ο άρρωστος μπορούν να συνεργαστούν για να βοηθήσουν στην ανάρρωση. Η θεωρία αυτή είναι απλή και μπορεί να γενικεύεται σε όλες τις περιστάσεις.

Δίδασκει ότι τι υγιεινό περιβάλλον είναι απαραίτητο για την καλή νοσηλευτική φροντίδα. Ο καθαρός αέρας, το ηλιακό φως και η καθαριότητα αποτελούν τις πρωταρχικές ανάγκες του αρρώστου. Εξάλλου το περιβάλλον θεωρείται σαν μια από τις κυριότερες πηγές μόλυνσης.

Στη θεωρία της NIGHTINGALE, ο νοσηλευτικός ρόλος αφορά στη διευκόλυνση της διεργασίας της ανάρρωσης του αρρώστου με δημιουργία κατάλληλων περιβαλλοντικών συνθηκών όπως είναι ο καθαρός αέρας, το φως, το καθαρό νερό, η κατάλληλη θερμοκρασία, η καθαριότητα, η ησυχία και η διατροφή δηλαδή η θεωρία αυτή υποστηρίζει ότι η αρρώστια μπορεί να προληφθεί ή η θεραπεία της να επιταχυνθεί και η υγεία να διατηρηθεί με την δημιουργία κατάλληλου υγιεινού περιβάλλοντος.

Η μέριμνα της νοσηλευτικής για την υγεία παρέχει ισχυρό θεωρητικό θεμέλιο και υπηρετεί ένα κατευθυντήριο σκοπό για έρευνα και άσκηση. Κατά το 1860 η NIGHTINGALE τόνιζε τη σπουδαιότητα της μάθησης των νόμων της υγείας τόσο με τη μελέτη όσο και με την πείρα, την παρατήρηση και την προσεκτική διερεύνηση, ώστε οι νοσηλευτές να μπορούν να συμβάλλουν όχι μόνο στην φροντίδα των αρρώστων αλλά και στη διατήρηση, αποκατάσταση και προαγωγή της υγείας.

## **Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ HILDEGARD PEPLAU (1952)**

Η θεωρία της PEPLAU επικεντρώνεται στις διαπροσωπικές σχέσεις των ανθρώπων κατά τα διάφορα στάδια ανάπτυξής του. Γενικός σκοπός της νοσηλευτικής θεωρείται η εκπαίδευση του νοσηλευόμενου και της οικογένειάς του για ανάπτυξη της προσωπικότητάς του. Στο πλαίσιο αυτό, ο νοσηλευτής προσπαθεί να αναπτύξει υποστηρικτική και εποικοδομητική σχέση με τον νοσηλευόμενο.

Όταν ένα άτομο ζητάει βοήθεια, ο νοσηλευτής αρχικά συζητά τη φύση του προβλήματος μαζί του και εξηγεί τις διαθέσιμες υπηρεσίες. Καθώς αναπτύσσεται σχέση συνεργασίας μεταξύ τους, ο νοσηλευτής βοηθάει στην εντόπιση του προβλήματος και στις δυνατές εναλλακτικές λύσεις. Ο νοσηλευόμενος κερδίζει από αυτή την επικοινωνία χρησιμοποιώντας τις διαθέσιμες υπηρεσίες στην αντιμετώπιση των αναγκών του. Όταν οι βασικές ανάγκες ικανοποιηθούν, τότε μπορούν να εκδηλωθούν νέες ανάγκες υψηλότερης βαθμίδας: ψυχολογικές, κοινωνικές και αυτοπραγμάτωσης.

Η PEPLAU ορίζει τη νοσηλευτική εκπαιδευτική διεργασία και δύναμη, που προάγει την ωρίμανση και την κίνηση της προσωπικότητας του ανθρώπου προς δημιουργική, οικοδομητική, αποδοτική, προσωπική και κοινωνική ζωή.

## **Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ FAYE ABDELLAH (1960)**

Η νοσηλευτική θεωρία που ανέπτυξε η ABDELLAH με τους συνεργάτες της, δίνει έμφαση στην παροχή φροντίδας στον άνθρωπο ως πρόσωπο και ως ολότητα για την αντιμετώπιση των σωματικών, ψυχολογικών, διανοητικών, κοινωνικών και πνευματικών αναγκών του ίδιου και της οικογένειάς του. Ο νοσηλευτής χρειάζεται γνώσεις και δεξιότητες στους τομείς των διαπροσωπικών σχέσεων, της ψυχολογίας και ανάπτυξης του ανθρώπου, της επικοινωνίας και της κοινωνιολογίας, των βασικών επιστημών και της νοσηλευτικής. Ως εκπαιδευμένος και ικανός στη λύση προβλημάτων και τη λήψη αποφάσεων, ο νοσηλευτής διατυπώνει μια άποψη για τις ατομικές ανάγκες του αρρώστου, οι οποίες μπορεί να αφορούν τέσσερις περιοχές:

1. Άνεση, υγιεινή και ασφάλεια
2. Βιολογική ισορροπία
3. Ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες
4. Κοινωνιολογικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες

Σ' αυτές τις τέσσερις περιοχές, διακρίθηκαν οι ακόλουθες ειδικές ανάγκες που μπορεί να έχουν οι άρρωστοι και που αναφέρονται συνήθως ως: «Η τυπολογία των 21 νοσηλευτικών προβλημάτων της ABDELLAH»:

1. Διατήρηση καλής υγιεινής και σωματικής άνεσης
2. Επιτυχία επιθυμητής δραστηριότητας, άσκησης, ανάπαυσης και ύπνου
3. Πρόληψη ατυχήματος, βλάβης ή άλλου τραύματος και της εξάπλωσης μόλυνσης
4. Διατήρηση καλής «μηχανικής» του σώματος, πρόληψη και διόρθωση παραμορφώσεων

5. Διευκόλυνση της παροχής οξυγόνου στα κύτταρα ολόκληρου του σώματος
6. Διατήρηση επαρκούς θρέψεως του οργανισμού
7. Διευκόλυνση τακτικής λειτουργίας κύστεως και εντέρου
8. Διατήρηση ισοζυγίου ύδατος και ηλεκτρολυτών
9. Αναγνώριση των οργανικών αντιδράσεων προς την αρρώστια (παθολογικών, φυσιολογικών και αντισταθμικών)
10. Διευκόλυνση των ρυθμιστικών μηχανισμών και λειτουργιών
11. Διατήρηση της λειτουργίας των αισθητηρίων οργάνων
12. Διαπίστωση και αποδοχή θετικών και αρνητικών εκφράσεων, συναισθημάτων και αντιδράσεων
13. Εξακρίβωση και αποδοχή της συσχέτισης μεταξύ συναισθημάτων και οργανικής αρρώστιας.
14. Διευκόλυνση της αποτελεσματικής λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας
15. Ανάπτυξη θετικών διαπροσωπικών σχέσεων
16. Προώθηση της εκπλήρωσης προσωπικών πνευματικών σκοπών.
17. Δημιουργία και διατήρηση θεραπευτικού περιβάλλοντος
18. Διευκόλυνση της συνειδητοποίησης εαυτού ως ατόμου με διάφορες σωματικές, ψυχολογικές και αναπτυξιακές ανάγκες
19. Αποδοχή επιθυμητών ρεαλιστικών σκοπών στα πλαίσια των σωματικών και ψυχολογικών περιορισμών που θέτει η αρρώστια
20. Χρησιμοποίηση υπηρεσιών της κοινότητας ως βοήθεια στη λύση προβλημάτων που απορρέουν από την αρρώστια
21. Κατανόηση της επίδρασης των κοινωνικών προβλημάτων στην αιτιολογία της αρρώστιας.



## **ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ VIRGINIA HENDERSON (1964)**

Η νοσηλευτική θεωρία της HENDERSON αναφέρεται στις βασικές ανάγκες του όλου ανθρώπου. Ορίζει τη νοσηλευτική ως βοήθεια προς το άτομο – άρρωστο ή υγιές – για να εκτελέσει εκείνες τις δραστηριότητες που συμβάλλουν στην υγεία ή την ανάρρωση και τις οποίες θα εκτελούσε το άτομο χωρίς βοήθεια αν είχε την απαιτούμενη δύναμη, θέληση ή γνώση. Να προσφέρει δε τη βοήθεια αυτή κατά τρόπο ώστε το άτομο να αποκτήσει ανεξαρτησία αυτό-φροντίδας στο συντομότερο διάστημα.

Οι ανάγκες που αναφέρονται στη συνέχεια, γνωστές ως «Οι 14 βασικές ανάγκες της HENDERSON», αποτελούν ένα πλαίσιο νοσηλευτικής φροντίδας:

1. Φυσιολογικά αναπνοή
2. Επαρκής διατροφή και λήψη υγρών
3. Αποβολή άχρηστων ουσιών (από κύστη, έντερο, δέρμα κλπ)
4. Μετακίνηση και διατήρηση επιθυμητών θέσεων σώματος
5. Ύπνος και ανάπαυση
6. Επιβολή κατάλληλης ενδυμασίας – ντύσιμο και ξεντύσιμο
7. Διατήρηση της θερμοκρασίας του σώματος σε φυσιολογικά όρια
8. Διατήρηση του σώματος καθαρού και περιποιημένου
9. Αποφυγή κινδύνων στο περιβάλλον
10. Επικοινωνία με τους άλλους
11. Λατρεία του Θεού σύμφωνα με την προσωπική θρησκεία
12. Εργασία που προσφέρει αίσθημα ικανοποίησης
13. Ψυχαγωγία

14.Μάθηση, ανακάλυψη ή ικανοποίηση της περιέργειας που οδηγεί σε φυσιολογική ανάπτυξη και υγεία.

## **ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ JOYCE TRAVELBEE (1966)**

Οι κυριότεροι ορισμοί στη θεωρία της TRAVELBEE είναι:

Ο **άνθρωπος** είναι ένα μοναδικό, αναντικατάστατο και ανεπανάληπτο άτομο, που βρίσκεται σε συνεχή πορεία ωρίμανσης και ανάπτυξης. Όταν αρρωσταίνει, έχει ανάγκη από φροντίδα και υπηρεσίες υγείας.

Ο **νοσηλευτής** είναι άτομο με ειδικές γνώσεις και δεξιότητες που τις χρησιμοποιεί για να βοηθήσει άλλα άτομα να προλάβουν την αρρώστια, να επανακτήσουν την υγεία, να βρουν νόημα στην αρρώστια ή να διατηρήσουν το υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας. Έχει αναπτύξει μια νοσηλευτική συνείδηση και αισθάνεται ηθική και νομική ευθύνη για τις πράξεις του.

Η **αρρώστια** περιγράφεται με αντικειμενικά και υποκειμενικά κριτήρια. Τα αντικειμενικά προσδιορίζονται από τα εξωτερικά αποτελέσματα της αρρώστιας. Τα υποκειμενικά αφορούν στο πως το άτομο αντιλαμβάνεται την ασθένεια.

Ο **πόνος** είναι μοναδική υποκειμενική εμπειρία, δύσκολη να εξηγηθεί στους άλλους. Δεν είναι παρατηρήσιμος, μόνο τα αποτελέσματά του διαπιστώνονται.

101

Η **επικοινωνία** είναι διεργασία δημιουργίας διαπροσωπικής σχέσης με την οποία οι νοσηλευτές εκπληρώνουν τις νοσηλευτικές ανάγκες του αρρώστου. Η επικοινωνία αυτή γίνεται καθώς οι νοσηλευτές δίνουν φάρμακα, εκτελούν νοσηλείες, εφαρμόζουν θεραπείες, παρέχουν

106

άμεση νοσηλευτική φροντίδα, διδάσκουν την υγεία ή κατευθύνουν τις δραστηριότητες του αρρώστου για την αυτοφροντίδα.

**Η θεραπευτική επίδραση της προσωπικότητας των νοσηλευτών** είναι η ικανότητα να χρησιμοποιούν την προσωπικότητά τους συνειδητά στην προσπάθεια συνεργασίας με τον άρρωστο και σχεδιασμού των νοσηλευτικών παρεμβάσεων. Απαιτείται αυτοκατανόηση, κατανόηση της δυναμικής της ανθρώπινης συμπεριφοράς, ικανότητα ερμηνείας της προσωπικής συμπεριφοράς και της συμπεριφοράς των άλλων, καθώς και αποτελεσματική παρέμβαση στις νοσηλευτικές περιστάσεις.

Η TRAVELBEE, όπως και η PEPLAU, ορίζει τη νοσηλευτική ως διαπροσωπική διεργασία με την οποία βοηθείται το άτομο, η οικογένεια ή η κοινότητα να προλάβει ή να αντιμετωπίσει την αρρώστια και να βρει νόημα στην εμπειρία αυτή. Βέβαια η ικανότητα για το τελευταίο εξαρτάται από τις φιλοσοφικές τοποθετήσεις του νοσηλευτή για την αρρώστια, τον άνθρωπο και τη ζωή.

Οι θεωρητικές αρχές που τονίζονται είναι:

- Ο σκοπός της νοσηλευτικής επιτυγχάνεται με την ανάπτυξη της διαπροσωπικής σχέσης νοσηλευτή – αρρώστου
- Η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας επηρεάζεται σημαντικά από την κατανόηση του αρρώστου

102

- Η αρρώστια και ο πόνος είναι ψυχοσωματικές εμπειρίες με πνευματικές διαστάσεις
- Τα άτομα μπορούν να βοηθήσουν να βρουν νόημα στην εμπειρία της αρρώστιας για να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τα προβλήματα που προκύπτουν

107

- Οι ηθικές και πνευματικές αξίες καθώς και οι φιλοσοφικές πεποιθήσεις του νοσηλευτή για την αρρώστια και τον πόνο καθορίζουν τον βαθμό επίδρασης στα άτομα και τις οικογένειες.

## **Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ DOROTHY JOHNSON (1968)**

Η νοσηλευτική θεωρία της JOHNSON εστιάζεται στο πώς ο άρρωστος προσαρμόζεται στην ασθένειά του και πώς το υπαρκτό ή ενδεχόμενο στρες μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα προσαρμογής του. Για την JOHNSON, σκοπός της νοσηλευτικής είναι να μειώσει το στρες ώστε ο άρρωστος να προχωρήσει ευκολότερα στην ανάρρωση. Η θεωρία αυτή επικεντρώνεται στις βασικές ανάγκες ταξινομημένες σε επτά κατηγορίες συμπεριφοράς:

1. Ασφάλεια
2. Φροντίδα και ενδιαφέρον
3. Αυτοκυριαρχία και κυριαρχία στο περιβάλλον για την εκπλήρωση επιθυμητών σκοπών βάσει προσωπικών κριτηρίων
4. Διατροφή σύμφωνα με κοινωνικά και πολιτιστικά παραδεκτούς κανόνες
5. Αντιμετώπιση φυσικών αναγκών με κοινωνικά παραδεκτούς τρόπους
6. Εκπλήρωση προσωπικών ρόλων

103

7. Αυτό-προστασία.

Κατά την JOHNSON, ο νοσηλευτής εκτιμά τις ανάγκες του αρρώστου στις κατηγορίες ή υποσυστήματα συμπεριφοράς που ήδη αναφέρθηκαν. Κάτω από φυσιολογικές συνθήκες ο άρρωστος είναι ικανός να λειτουργήσει αρκετά αποτελεσματικά στο περιβάλλον. Όταν όμως το στρες διασπά τη φυσιολογική προσαρμογή, η συμπεριφορά του αρρώστου γίνεται ασταθής, ανεπαρκής,

108

ανώμαλη και μερικές φορές απειλητική για την ψυχοσωματική και κοινωνική του υγεία. Στην περίπτωση αυτή, ο νοσηλευτή εξακριβώνει το βαθμό της ανικανότητας του αρρώστου να προσαρμοστεί και σχεδιάζει ανάλογη νοσηλευτική φροντίδα με σκοπό την αποκατάσταση, διατήρηση ή ανάπτυξη κατάλληλων τρόπων συμπεριφοράς που συντελούν στη λύση των προβλημάτων, την κάλυψη των αναγκών και την επιτυχία του ανώτερου δυνατού επιπέδου λειτουργικότητας.

## **Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ IMOGENE KING (1971)**

Η θεωρία της KING επίσης εστιάζεται στη διαπροσωπική σχέση νοσηλευτή και αρρώστου ως μέσο για τη νοσηλευτική διεργασία. Η θεωρία της λέγεται και «θεωρία επίτευξης σκοπών» (theory of goal attainment) και περιγράφεται στα πλαίσια της θεωρίας των συστημάτων από τις επιστήμες της συμπεριφοράς. Ανέπτυξε τα δυναμικά διαπροσωπικά συστήματα όπου διακρίνει τρία επίπεδα λειτουργίας, συναλλαγής και αλληλεπίδρασης:

1. άτομα
2. ομάδες
3. κοινωνία

104

Ο νοσηλευτή με συνεχή επικοινωνία και συνεργασία με τον άρρωστο εκτιμά τα συμπτώματα, τα προβλήματα και τις ανάγκες του και διατυπώνει τη νοσηλευτική διάγνωση. Μαζί αποφασίζουν και καθορίζουν τους σκοπούς που πρέπει να επιδιωχθούν και τα μέσα (νοσηλείας και άλλα) που θα χρησιμοποιηθούν για την αποκατάσταση της υγείας. Ο νοσηλευτή γνωρίζει τον άρρωστο ως πρόσωπο με τις ιδιαίτερες αντιλήψεις του για την αρρώστια και τις ανάγκες του, τον

109

βοηθάει να επιλέγει μεταξύ εναλλακτικών λύσεων, ενθαρρύνει την υπεύθυνη συμμετοχή του ή της οικογένειάς του, όπου είναι δυνατόν, στη λήψη αποφάσεων για την νοσηλεία του και με συνεχή συνεργασία προχωρούν στην εκπλήρωση των νοσηλευτικών σκοπών και στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της φροντίδας.

Η νοσηλευτική κατά την KING, είναι μια διεργασία πράξεων, επικοινωνιών και σχέσεων, με την οποία ο νοσηλευτής βοηθάει τα άτομα όλων των ηλικιών και των κοινωνικών ομάδων να ικανοποιούν τις βασικές ανάγκες τους με τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και να αντιμετωπίζουν την αρρώστια και την υγεία στο συγκεκριμένο σημείο του κύκλου της ζωής. Αυτό προϋποθέτει ικανότητα του νοσηλευτή να δημιουργεί εποικοδομητική διαπροσωπική σχέση, να διευθύνει τη συζήτηση, να επικοινωνεί αποτελεσματικά, να παρατηρεί για να διαπιστώνει εκδηλώσεις, προβλήματα, ανάγκες και θετικά στοιχεία του αρρώστου και να κατανοεί την ψυχολογία της ανθρώπινης συμπεριφοράς στα διάφορα στάδια ανάπτυξης.

105

## **Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ MYRA LEVINE (1973)**

Η LEVINE θεωρεί το άτομο ως ολοκληρωμένη ύπαρξη που σχετίζεται αμφίδρομα με το περιβάλλον και προσαρμόζεται σ' αυτό δυναμικά, με τη διατήρηση ενέργειας. Περιγράφει τέσσερις «αρχές διατήρησης»:

- Την αρχή διατήρησης της ενέργειας του αρρώστου, δηλαδή των φυσιολογικών και ψυχολογικών πόρων του αρρώστου

110

- Την αρχή διατήρησης της δομικής και λειτουργικής ακεραιότητας
- Την αρχή διατήρησης της προσωπικής ακεραιότητας, δηλαδή της ταυτότητας και του αυτοσεβασμού του αρρώστου.
- Την αρχή διατήρησης της κοινωνικής ακεραιότητας.

Η LEVINE πιστεύει ότι οι αρχές της δίνουν νέες κατευθύνσεις για ολιστικές προσεγγίσεις στη φροντίδα του αρρώστου. Η Newport (1984), που ερεύνησε δύο εναλλασσόμενες μεθόδους διατήρησης θερμικής ενέργειας και κοινωνικής ακεραιότητας στα νεογέννητα, σύνδεσε τη μελέτη της με το μοντέλο της LEVINE.

106

**Μοντέλο ανθρώπου – ζωής – υγείας της PARSE.** Το μοντέλο της PARSE (1987) θεωρεί μια ανθρώπινη ύπαρξη ως ανοικτό σύστημα ικανό να διαλέξει ελεύθερα μέσα από μια σειρά επιλογών, για να δώσει έννοια σε μια κατάσταση. Οι άνθρωποι και το περιβάλλον παραμένουν ανεξάρτητες οντότητες κατά τη διάρκεια συναλλαγών και μαζί δημιουργούν έννοια και πρότυπα. Ο στόχος του μοντέλου στη νοσηλευτική πρακτική είναι να ενθαρρύνει ένα άτομο να μοιράζεται τις σκέψεις και τα αισθήματά του για την έννοια μιας κατάστασης. Η εξήγηση της έννοιας αλλάζει την κατάσταση και προκύπτει νέα έννοια.

Καθώς παρουσιάζονται οι νέες έννοιες, τα πρότυπα που δημιουργήθηκαν, από το άτομο και το περιβάλλον αλλάζουν. Τα άτομα τότε μπορεί να καθοδηγηθούν, ώστε να σχεδιάσουν για αλλαγές από τα γνωστά πρότυπα υγείας σε νέα πρότυπα υγείας. Το μοντέλο της PARSE είναι σχετικά καινούριο, ωστόσο έχει διάφορες εφαρμογές στην έρευνα, ειδικά σε εκείνη με φαινομενολογικό προσανατολισμό. Για παράδειγμα, η Banonis (1989) στηρίχτηκε στο μοντέλο της Parse, στη μελέτη της για εμπειρία ανάρρωσης από εθισμό. Επίσης η Smith (1990) χρησιμοποίησε το μοντέλο της Parse ως θεωρητικό πλαίσιο για διερεύνηση της εμπειρίας του δύσκολου αγώνα ανέργων ατόμων.



## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ 1<sup>ΗΣ</sup> ΕΡΩΤΗΣΗΣ.

Είναι σαφές με βάση τις απαντήσεις που πήραμε από τους νοσηλευτές / τριες ότι το 44,5% που είναι και το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν γι' αυτούς το σύστημα των εξετάσεων τέτοιο ώστε να τους οδηγήσει στην επιλογή της νοσηλευτικής σχολής και κατ' επέκταση του επαγγέλματος του νοσηλευτή ή της νοσηλεύτριας.

Είναι γεγονός αναμφισβήτητο όπως σε πολλά επαγγέλματα έτσι και το επάγγελμα του νοσηλευτή είναι άγνωστο σε σχέση με άλλα επαγγέλματα τα οποία δεν γνωρίζουν οι μαθητές ακόμη από τα θρανία. Το 44,5% το οποίο οδήγησε στην επιλογή του επαγγέλματος, είναι απόρροια σαφέστατα μίας άλλης επιλογής η οποία προήλθε σύμφωνα πάντα με τους ερωτηθέντες από την αποτυχία σε άλλες σχολές ή επαγγέλματα πιο δημοφιλέστερα, πιο οικονομικά προσοδοφόρα ή πιο κοινωνικά καταξιωμένα.

Θα θέλαμε βέβαια να ήταν διαφορετικά τα ποσοστά επιλογής του επαγγέλματος ως αναφορά βέβαια την αρέσκεια, όμως αυτό πιστεύουμε ότι μελλοντικά θα ανατραπεί δεδομένου ότι το επάγγελμα θα καταξιωθεί στο χώρο τόσο οικονομικά όσο και κοινωνικά και ακόμη περισσότερο όταν καλυτερεύσουν οι συνθήκες εργασίας και γενικά όταν μειωθεί η ψαλίδα των διαφορών που υπάρχουν με άλλα επαγγέλματα, πιο αρεστά στους νέους.

Εμείς οι απόφοιτοι της Νοσηλευτικής σχολής προτείνουμε ότι για να καταξιωθεί το επάγγελμα στο χώρο, πρέπει το Υπουργείο να δώσει κίνητρα τόσο οικονομικά και κοινωνικά, να καλυτερεύσει το εκπαιδευτικό σύστημα και να μπορεί ο μαθητής να επιλέξει με διαφορετικό τρόπο και δυνατότητα τη σχολή.

Επίσης πρέπει να γίνεται σωστή ενημέρωση όλων των μαθητών για τις σχολές αυτές που οι μαθητές δεν γνωρίζουν τι σημαίνει γι' αυτούς.

Ως αναφορά την οικονομική αποκατάσταση, λόγος για τον οποίο επέλεξαν οι εργαζόμενοι νοσηλευτές/τριες (ποσοστό 17,45%) στα νοσοκομεία, προέρχεται αφενός μεν από την άμεση πρόσληψή τους στο χώρο και αφετέρου από το γεγονός της οικογενειακής αποκατάστασης σε νεαρή ηλικία. Και αυτό κυρίως γιατί το επάγγελμα γυναικοκρατείται.

Ένα άλλο ποσοστό 12,40% η αγάπη τους οδήγησε κατά τα λεγόμενά τους στην επιλογή του επαγγέλματος, γεγονός που καταδεικνύει ότι το επάγγελμα φαίνεται να εξακολουθεί να είναι και λειτούργημα στις μέρες μας.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ 2<sup>ΗΣ</sup> ΕΡΩΤΗΣΗΣ.

Βρισκόμαστε στη δυσάρεστη θέση μετά από την έρευνά μας να ανακοινώσουμε στο νοσηλευτικό κόσμο, απαντώντας στο πόσο ικανοποιημένοι είστε από το επάγγελμά σας, ότι μόνο το 33,5% που εργάζονται στα Δημόσια Νοσοκομεία της Κρήτης είναι αρκετά ικανοποιημένοι.

Αναμφίβολα είναι ένα ποσοστό χαμηλό και αυτό καταδεικνύει τη δυσαρέσκεια των νοσηλευτών/τριών από την πολιτεία. Αυτό φαίνεται ξεκάθαρα από την ποιότητα συνθηκών εργασίας, από τις οικονομικές απολαβές (χαμηλόμισθοι στο χώρο της υγείας), χαμηλή κοινωνική καταξίωση, ανύπαρκτη συνεχόμενη εκπαίδευση, υπέρμετρη κόπωση των νοσηλευτών/τριών που εκφράζεται με προβλήματα υγείας που δεν συμβαδίζουν με την ηλικιακή τους κατάσταση τόσο σε αριθμό όσο και σε βαρύτητα. Επίσης το νοσηλευτικό προσωπικό στα νοσοκομεία της Κρήτης ιδιαίτερα στα μεγάλα νοσοκομεία που οι απαιτήσεις λόγω της βαρύτητας των περιστατικών είναι μεγάλες, λειτουργεί κάτω από τα επιτρεπτά όρια ασφαλείας.

Επίσης η ανεπαρκής στελέχωση των τμημάτων και το φόρτο εργασίας και η βαρύτητα των περιστατικών έχει οδηγήσει στην επαγγελματική εξουθένωση κυρίως στα κλειστά τμήματα όπως μονάδες αλλά και κλινικές όπου τα περιστατικά είναι μεγάλης βαρύτητας.

Εμείς σαν σπουδαστές προτείνουμε πως πρέπει πρώτον να αλλάξουν οι συνθήκες εργασίας στο χώρο του νοσοκομείου, έτσι ώστε να μπορούν οι νοσηλευτές/τριες να παρέχουν τις υπηρεσίες που από την επιστήμη τους έχουν ταχθεί να προσφέρουν, δεύτερον να ενισχυθεί οικονομικά ο κλάδος έτσι ώστε να ανέβει το βιοτικό επίπεδο των νοσηλευτών/τριών να καταξιωθεί κοινωνικά το επάγγελμα να αναβαθμιστεί ο ρόλος του νοσηλευτή στην κοινωνία.

Επίσης βλέπουμε ένα ποσοστό της τάξης του 25,5% να δηλώνουν λιγότερο ικανοποιημένοι έως καθόλου και πιστεύουμε ότι οι λόγοι για τους οποίους απάντησαν έτσι ταυτίζονται με όλα τα παραπάνω που λέχθησαν.

Επίσης ένα ποσοστό 4,5% είναι πολύ ικανοποιημένοι, ποσοστό τόσο μικρό που δεν αξίζει σχολιασμό.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ 3<sup>ΗΣ</sup> ΕΡΩΤΗΣΗΣ.

Αξιολογώντας τις απαντήσεις των ερωτηθέντων νοσηλευτών/τριών ως αναφορά την εκπαίδευσή τους (προπτυχιακά) έχουμε ένα 45,5% όπου φαίνεται να είναι αρκετά ικανοποιημένοι. Γεγονός που καταδεικνύει ότι 1 στους 2 σχεδόν με βάση τη θεωρητική και εργαστηριακή τους εκπαίδευση νοιώθουν ότι το ΤΕΙ όπου εκπαιδεύτηκαν τους πρόσφερε αρκετά εφόδια ώστε να ανταποκριθούν με σοβαρότητα, υπευθυνότητα και αποδοτικότητα απέναντι στο καθήκον της επιστήμης για την οποία έχουν ταχθεί.

Βέβαια θα θέλαμε τα ποσοστά να είναι πολύ μεγαλύτερα διότι θεωρούμε ότι η βασική εκπαίδευση του επαγγελματία νοσηλευτή/τριας είναι το βασικότερο στάδιο της ολοκλήρωσής του ως επιστήμονας. Βέβαια σ' αυτό θα συνεισφέρει και η πολιτεία με τη στάση της δίνοντας κίνητρα τόσο στις σχολές όσο και στους σπουδαστές ώστε να αναβαθμιστεί σημαντικά το επίπεδο της εκπαίδευσης, όπου κατά τη γνώμη μας και όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα της έρευνας ικανοποιεί ένα στους δύο επαγγελματίες νοσηλευτές.

Πρότασή μας είναι η αναβάθμιση με οποιοδήποτε τρόπο είτε οικονομικό είτε θεσμικό του επιπέδου εκπαίδευσης με υλικοτεχνική υποδομή και έμπυχο υλικό με άρτια εκπαιδευμένους καθηγητές τόσο σε εργαστηριακό όσο και σε θεωρητικό επίπεδο έτσι ώστε να φανεί η καλύτερευση της βασικής εκπαίδευσης σε όλα τα επίπεδα.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ 4<sup>ΗΣ</sup> ΕΡΩΤΗΣΗΣ.

Η σπουδαιότητα της αυξημένης συμμετοχής του νοσηλευτή/τριας στο σύστημα Υγείας σε όλα τα επίπεδα πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο, τριτοβάθμιο είναι επιτακτική. Η προσφορά ενός άρτια εκπαιδευμένου, ειδικευμένου νοσηλευτή, μπορεί να δώσει λύσεις που και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών εξασφαλίζει, αλλά και συμβάλλει στην αναβάθμιση τους αισθητά.

Γι' αυτό επιτακτική ανάγκη θεωρούμε την ποιοτική εκπαίδευση και εξειδίκευση στο βαθμό και στο μέτρο που αυτή μπορεί να γίνει ακόμη από τη σχολή για να μπορέσει ο νοσηλευτής να πετύχει την ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών και να συμβάλλει στην αναβάθμιση της νοσηλευτικής εκπαίδευσης η οποία κατά τη γνώμη μας δεν σταματάει ποτέ, αλλά είναι μια συνεχόμενη διαδικασία.

Κρίνοντας λοιπόν τα ποσοστά των συναδέλφων μας 48,5% στην ερώτησή μας, απάντησαν ότι είναι ήδη οι γνώσεις τους ικανές για τις ήδη υπάρχουσες παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας όχι μόνο στο χώρο της υγείας αλλά και στο χώρο της εκπαίδευσης όμως θα επιθυμούσαν μια σημαντική αναβάθμιση δικής τους εκπαίδευσης που σημαίνει αναβάθμιση των γνώσεών τους ή ακόμη και την εξειδίκευσή τους σε ένα προπτυχιακό στάδιο.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ 5<sup>ΗΣ</sup> ΕΡΩΤΗΣΗΣ.

Κατά τη γνώμη των περισσότερων 54,5% και κατά την κρίση τους με γνώμονα τις βασικές τους γνώσεις, θεωρούν ικανοποιητικές τις γνώσεις τους και τα εφόδια που έχουν αποκομίσει κατά τη διαδικασία της εκπαίδευσής τους έτσι ώστε να εργαστούν και να προσφέρουν επιστημονικό έργο σε χώρα της Ε.Ε. Είναι γεγονός ότι η 3τοβάθμια εκπαίδευση στο χώρο της υγείας δεν έχει να φοβηθεί ούτε να ζηλέψει γνώσεις και υλικά αγαθά που παρέχονται σε διάφορες χώρες της Ε.Ε. Όμως θεωρούμε επιτακτική την αναβάθμισή της ακόμη περισσότερο έτσι ώστε να μιλάμε για μεγαλύτερη αναβάθμιση εκπαίδευσης από οποιαδήποτε χώρα της Ε.Ε. Γι' αυτό λοιπόν η πολιτεία πρέπει να σκύψει το κεφάλι της στα προβλήματα της τριτοβάθμιας δεδομένου ότι η χώρα μας πρέπει σε όλα τα επίπεδα εκπαίδευσής της να είναι αντάξια των προσδοκιών της Ε.Ε.

Πρότασή μας είναι τίτλος μεταπτυχιακών σπουδών. Δύο βαθμίδες εκπαίδευσης, μία τριτοβάθμια και μία πανεπιστημιακή και μέσα από μία διαδικασία να μπορεί κάποιος ή κάποια να συνεχίζει την εκπαίδευσή του. Επίσης κατάργηση όλων των άλλων νοσηλευτικών σχολών.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ 6<sup>ΗΣ</sup> ΕΡΩΤΗΣΗΣ.

Ως συνέχεια από την προηγούμενη ερώτηση εάν οι βασικές σας γνώσεις δεν είναι ικανοποιητικές από το 45,5% που απάντησαν όχι, το 25% οφείλονταν στο γεγονός ότι δεν έχουν γνώση ξένης γλώσσας και ο λόγος δεν είναι η βασική τους εκπαίδευση όπως τέθηκε στην ερώτηση αλλά γλωσσικός.

Αυτό βέβαια είναι ένα πρόβλημα για το οποίο μπορεί να μεριμνήσει τόσο η πολιτεία όσο και ο κάθε επαγγελματίας ξεχωριστά σε προσωπικό επίπεδο διότι σαν χώρα της Ε.Ε. που είμαστε και σαν τουριστική χώρα θα πρέπει η γνώση ιδίως της αγγλικής για την οποία αναφερόμαστε, θα έπρεπε να ήταν άρτια.



## **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ 7<sup>ΗΣ</sup> ΕΡΩΤΗΣΗΣ.**

Στην ερώτησή μας ποιο μοντέλο πιστεύετε ότι μελλοντικά θα προσφέρει τις γνώσεις και την εκπαίδευση ώστε ο επιστήμονας νοσηλευτής να ανταποκρίνεται πλήρως στις απαιτήσεις του αύριο, με 67% κυριαρχεί η συνύπαρξη των δύο μοντέλων εκπαίδευσης, μιας τριτοβάθμιας και μιας πανεπιστημιακής.

Μιας πανεπιστημιακής σε θεωρητικό κυρίως επίπεδο όπου θα αναβαθμίσει σημαντικά την ποιότητα, τις γνώσεις τόσο σε προσωπικό όσο και σε ομαδικό επίπεδο και μιας τριτοβάθμιας όπου θα παρέχει σημαντικές γνώσεις περισσότερο σε εργαστηριακό από ότι σε θεωρητικό επίπεδο.

## **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ 8<sup>ΗΣ</sup> ΕΡΩΤΗΣΗΣ.**

Στην ερώτησή μας αυτή ένα ποσοστό 47,5% πολύ πιθανόν και ένα ποσοστό 37,5% αρκετά πιθανόν πιστεύουν ότι αν τους δινόταν η δυνατότητα θα κάνανε μεταπτυχιακές σπουδές στον τόπο τους.

Ευχή όλων μας είναι να δοθεί από την πολιτεία η δυνατότητα για μεταπτυχιακές σπουδές δεδομένου ότι η ανάγκη αναβάθμισης είναι επιτακτική διότι θεωρούμε ότι ο νοσηλευτής/τρια πρέπει συνεχώς να εκπαιδεύεται, με οποιοδήποτε τρόπο έτσι ώστε να δίνει τη δυνατότητα στον εαυτό του και στην υπηρεσία του, όπου εργάζεται με ζήλο και αυταπάρνηση τόσο στο χώρο της υγείας όσο και στο χώρο της εκπαίδευσης να παρέχει αφενός μεν υψηλών προδιαγραφών παροχές υπηρεσιών και αφετέρου εξειδικευμένες γνώσεις όπου σε συνδυασμό με την εμπειρία του θα παρέχει ουσιαστικό έργο.

## **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ 9<sup>ΗΣ</sup> ΕΡΩΤΗΣΗΣ.**

Ασφαλώς είμαστε υπέρ οποιασδήποτε μορφής εκπαίδευσης είτε ανοικτού ελεύθερου πανεπιστημίου, είτε είναι οποιασδήποτε άλλης μορφής γεγονός που μας βρίσκει σύμφωνους με το 73% των ερωτηθέντων αν κρίνετε αναγκαία τη δημιουργία ανοικτού πανεπιστημίου νοσηλευτικής.

Αυτό βέβαια πρέπει να γίνεται πάντοτε με σωστό τρόπο και να δοθούν τα κίνητρα εκείνα ώστε να μπορεί οποιοσδήποτε να παρακολουθήσει το ανοικτό πανεπιστήμιο τόσο χρονικά όσο και χωροταξικά και να μην αποτελέσει προνόμιο είτε για τους οικονομικά εύρωστους είτε γι' αυτούς που ζουν στα αστικά κέντρα.

## **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ 10<sup>ΗΣ</sup> ΕΡΩΤΗΣΗΣ.**

Ναι πιστεύουμε ότι πρέπει να θεσπιστούν μεταπτυχιακοί κλάδοι για την αναβάθμιση των τίτλων των σπουδών, για την αναβάθμιση των γνώσεων, για την εξύψωση του κλάδου, για να πάρει ο τίτλος του νοσηλευτή τη θέση που του ανήκει στην κοινωνία για να μπορέσει ο επιστήμονας νοσηλευτής να έχει τίτλο τέτοιο, μεταπτυχιακών σπουδών ώστε να μπορέσει όχι μόνο γνωσιακά αλλά και θεσμικά τη δυνατότητα να ανταποκριθεί στις δυνατότητες της Ε.Ε.

Μας βρίσκει σύμφωνους με το 95,5% των ερωτηθέντων νοσηλευτών ότι πρέπει να θεσπιστούν μεταπτυχιακοί κλάδοι.

Γι' αυτό εν' όψη της αναβάθμισης της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης από το Υπουργείο, κάνουμε έκκληση προς την Πολιτεία και τους φορείς του Υπουργείου για ουσιαστική αναβάθμιση προς πάσα κατεύθυνση για να μπορέσει ο νοσηλευτής επιστήμονας υγείας να σταθεί γερά στα πόδια του όπως οι περιστάσεις το απαιτούν.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Γεωργάκη Ανθούλας, Νάνου Κυριακής, *Νοσηλευτική Ι*, 1999, σελ 43-48.
2. Κυριακίδου Θ. Ελένης, *Κοινωνική Νοσηλευτική*, 1995, σελ 21-29, 163, 176.
3. Δρ. Σαββοπούλου Γ. Γεωργίας, *Βασική Νοσηλευτική*, 1996, σελ. 229-257.
4. Σαχίνη Α – Καρδάση, *Μεθοδολογία έρευνας εφαρμογές στο χώρο της Υγείας*, 1997, σελ. 72-74.
5. Πρακτικά ΙΔ' Ετήσιου Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, *Θεσσαλονίκη*, 1987, σελ. 95-98, 102-105.
6. Πρακτικά ΙΣΤ' Ετήσιου Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, *Αθήνα* 1989, *Τεχνολογία και Νοσηλευτική*. Σελ. 20-27.
7. Πρακτικά ΙΘ' Ετήσιου Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, *Ρόδος* 1992, *Η Νοσηλευτική του 2000 Επιστήμη, Τέχνη, Φιλοσοφία*, σελ. 17-21