

**Α.Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ
Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

**«Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ
ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΗ ΓΙΑ ΤΟΝ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟ ΚΑΙ ΤΗΝ
ΠΑΡΟΧΗ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ – ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ»**

**ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:
ΣΤΑΥΡΟΥΛΑΚΗΣ ΣΤΕΛΙΟΣ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ:
ΒΛΑΝΤΗ ΙΩΑΝΝΑ
ΚΡΥΣΤΑΛΛΑ ΑΝΝΑ
ΜΕΛΛΑΔΑΚΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ**

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2003

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΜΕΡΟΣ Α΄ - ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

- ΠΡΟΛΟΓΟΣ

- ΕΙΣΑΓΩΓΗ

- ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Ιστορική αναδρομή
Ορισμός και Σκοπός της Νοσηλευτικής Διάγνωσης.

- ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Χαρακτηριστικά Νοσηλευτικής Διάγνωσης.

- ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Δομή και Ταξινόμηση Νοσηλευτικής Διάγνωσης.

- ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Εννοιολογικά μοντέλα και θεωρίες της Νοσηλευτικής σε
Σχέση με τη νοσηλευτική Διάγνωση.

- ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Ορισμός Νοσηλευτικής Διεργασίας
Ανάλυση Σταδίων Νοσηλευτικής Διεργασίας:
 - α) Νοσηλευτική Αξιολόγηση – Εκτίμηση
 - β) Προγραμματισμός της Νοσηλευτικής Φροντίδας
 - γ) Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας
 - δ) Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων

- ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Πρόλογος
Βήματα προς την εξατομίκευση
Ιεράρχηση του τυποποιημένου σχεδίου φροντίδας.
Κλινικά παραδείγματα της Νοσηλευτικής Διάγνωσης σε:
 - Καρδιολογικό ασθενή
 - Προεγχειρητική παρέμβαση
 - Μετεγχειρητική παρέμβαση
 - Παθολογικός ασθενής

ΜΕΡΟΣ Β΄ - ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

- ΕΙΣΑΓΩΓΗ
- ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: Σκοπός έρευνας – Αντικείμενο έρευνας
Μεθοδολογία της έρευνας
Μέθοδος - Υλικό
- ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: Ανάλυση Ερευνητικών Αποτελεσμάτων
- ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Συμπεράσματα – Προτάσεις – Τελικές Παρατηρήσεις

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Μέσα στον 20ο αιώνα έλαβαν χώρα μεγάλες δημογραφικές, κοινωνιολογικές και τεχνολογικές αλλαγές. Έτσι στο κατώφλι του 21^{ου} αιώνα, οι επιστήμονες υγείας έρχονται αντιμέτωπα με γηρασμένο πληθυσμό του οποίου οι ανάγκες αυξάνουν σε οξύτητα και πολυπλοκότητα και με νέες αρρώστιες, η θεραπεία των οποίων παραμένει προβληματική. Η κατάσταση περιπλέκεται από το τεράστιο κόστος φροντίδας υγείας και τις ελλείψεις προσωπικού.

Οι συμβαίνουσες αλλαγές στο σύστημα υγείας καθιστούν αναπόφευκτη την αλλαγή στη Νοσηλευτική. Η Νοσηλευτική είναι μέγιστος συντελεστής στην παροχή φροντίδας υγείας και αποτελεί μια σημαντική δύναμη στη μελλοντική της διάπλαση. Οι σύγχρονοι νοσηλευτές παίζουν σημαντικό ρόλο στην παροχή της φροντίδας υγείας.

Πολλές τάσεις σήμερα δείχνουν ότι η Νοσηλευτική αναπτύσσεται ως μία ανεξάρτητη εξάσκηση. Όμως, για να γίνει πραγματικότητα η επαγγελματική και επιστημονική αυτονομία της Νοσηλευτικής θα πρέπει να αναπτυχθεί ένας συνεκτικός δεσμός ανάμεσα σε θεωρία, έρευνα και εξάσκηση, μοναδικός για την επιστήμη της Νοσηλευτικής. Πολλοί νοσηλευτές συγγραφείς έχουν τονίσει την κρίσιμη σημαντικότητα του δεσμού αυτού του οποίου την πραγματοποίηση θεωρούν ως το κεντρικό στόχο της Νοσηλευτικής επιστήμης.

Η καθημερινή νοσηλευτική πράξη έχει ανάγκη ενός βάρους γνώσεων, το οποίο πρέπει ν' αναπτύσσεται ταχέως, όσο το νοσηλευτικό επάγγελμα θα συνεχίσει να εξελίσσεται.

Σύγχρονες εξελίξεις, αρχές και απόψεις επί της υγείας και των νόσων, συνδέονται με τις διαφορές των γνώσεων των ατόμων, διαφορετικές καταστάσεις και περιβαλλοντικές επιδράσεις, απαιτούν όπως υπάρχει η δυνατότητα της ενημέρωσης. Αν και ο ρόλος του νοσηλευτή έχει επεκταθεί τελευταίως, το υγιεινό περιβάλλον είναι σε συνεχή αγώνα με το μεταβαλλόμενο κόσμο και με τους οικονομικούς πόρους.

Η γνώση των αλλαγών αυτών, συνεπάγεται την υπευθυνότητα κατά την εκτέλεση του νοσηλευτικού έργου. Προκειμένου δε να παρασχεθεί ποιοτική φροντίδα στον ασθενή, αυτή πρέπει να σχεδιάζεται και να συντονίζεται.

Οι σχεδιασμοί της φροντίδας, γραφόμενοι και χρησιμοποιούμενοι καταλλήλως, παρέχουν τη δυνατότητα της ορθής και συνεχούς εφαρμογής της φροντίδας δια της διευκόλυνσεως της επικοινωνίας μεταξύ εκείνων οι οποίοι παρέχουν τη φροντίδα.

Ο όρος «Νοσηλευτική Διάγνωση» αν και έχει αρχίσει να χρησιμοποιείται δε γίνεται εύκολα κατανοητός. Πρέπει να σημειώσουμε εδώ ότι ο όρος Νοσηλευτική Διάγνωση όταν για πρώτη φορά αναφέρθηκε στην Ελλάδα, δημιούργησε το ερώτημα αν και κατά πόσο είναι μύθος ή πραγματικότητα.

Στην πραγματικότητα, η απάντηση είναι απλή και αυτό το οποίο αποτελούσε μια σημαντική πρόοδος στις Η.Π.Α. πάνω από 20 χρόνια, στην Ευρώπη ήταν στα επίπεδα της Νοσηλευτικής φαντασίας¹.

Παραδοσιακά, οι νοσηλευτές διαθέτουν την ικανότητα της ανακούφισης των ασθενών και εκτέλεσης με ακρίβεια εργασιών, όπως η περιποίηση τραυμάτων, η χορήγηση φαρμάκων, το λουτρό καθαρότητας, η σίτιση και η κινητοποίηση των ασθενών. Πολλές από αυτές τις δραστηριότητες καθορίζονταν από τους γιατρούς και ελάχιστοι νοσηλευτές στο παρελθόν θα χαρακτήριζαν το «έργο» τους ως ανεξάρτητο και επιστημονικό.

Οι αλλαγές στα συστήματα παροχής φροντίδας υγείας, έχουν επηρεάσει και την άσκηση της νοσηλευτικής. Σήμερα, οι νοσηλευτές εργάζονται με υγιείς και ασθενείς στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα. Εκτός από το ρόλο τους στην παροχή άμεσης φροντίδας υγείας, οι νοσηλευτές αναλαμβάνουν εξειδικευμένους ρόλους όπως διαχειριστές – συντονιστές της φροντίδας, εκπαιδευτές, σύμβουλοι, συνήγοροι και ερευνητές. Οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι για τη «διάγνωση και τη θεραπεία των ανθρώπινων αντιδράσεων στα πραγματικά ή δυνητικά προβλήματα υγείας, (American Nurses Association, 1980) και ως ικανοί και ανεξάρτητοι επαγγελματίες συνεργάζονται και με άλλους επαγγελματίες υγείας για το σχεδιασμό και την παροχή ολιστικής φροντίδας υγείας.

Καθώς η άσκηση της νοσηλευτικής έγινε πολυπλοκότερη, οι νοσηλευτές άρχισαν να μελετούν τη διεργασία, της νοσηλευτικής, τόσο για να κατανοήσουν όσο και για να βελτιώσουν τα μέσα που χρησιμοποιούν για να εκπληρώσουν τους σκοπούς τους⁹.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Στην Ελλάδα, μέχρι σήμερα πολύ λίγο έχει διερευνηθεί η αναγκαιότητα για εφαρμογή της Νοσηλευτικής Διάγνωσης ως απαραίτητη προϋπόθεση για τον σχεδιασμό και την παροχή ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας. Ακόμα λιγότερο έχουν διερευνηθεί ζητήματα που σχετίζονται με τις διαδικασίες εφαρμογής της, και τις απαραίτητες γνώσεις που απαιτούνται για την υλοποίηση του σκοπού μας.

Η διερεύνηση για την εφαρμογή της Νοσηλευτικής Διάγνωσης στην Κρήτη, εντάσσεται σε ένα ευρύτερο πλαίσιο προβληματικής, πλαίσιο το οποίο απαρτίζεται από δύο κυρίως θεαματικούς άξονες. Ο πρώτος άξονας αφορά τις γνώσεις που έχουν οι Έλληνες νοσηλευτές γύρω από τη νοσηλευτική διάγνωση, ενώ ο δεύτερος άξονας επικεντρώνεται στο να καταγραφούν οι απόψεις σχετικά με την εφαρμογή της στα ελληνικά νοσοκομεία. Έπειτα, γίνεται αναλυτική αναφορά στους δύο αυτούς θεαματικούς άξονες, άξονες που αποτελούν και το ευρύτερο πλαίσιο προσέγγισης της αναγκαιότητας για εφαρμογή της Ν.Δ. Πιο συγκεκριμένα, οι άξονες αυτοί περιλαμβάνουν ατομικά στοιχεία των ατόμων και κοινό στοιχείο και των δύο αξόνων αποτελεί το «εκπαιδευτικό ιστορικό» καθώς και η επαγγελματική εξέλιξη, «συμπεριφορά», των νοσηλευτών.

Η εμπειρική, αυτή, λοιπόν διερεύνηση στηρίζεται σε έναν σχεδιασμό βασισμένο στο αντικείμενο, στους στόχους και στη μέθοδο της έρευνας και παράλληλα στα αποτελέσματα και στα συμπεράσματα που αφορούν την διερεύνηση της αναγκαιότητας για εφαρμογή της Ν.Δ. Η έρευνά μας περιλαμβάνει τη διερεύνηση των προοπτικών της επαγγελματικής εξέλιξης αλλά και την πιθανή ανοδική ή καθοδική πορεία των ατόμων μετά την «εκπαίδευσή τους» ύστερα από προσωπική επαφή με τους ίδιους τους νοσηλευτές.

Κεφάλαιο 1

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ:

Ο όρος νοσηλευτική διεργασία χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τη Hall το 1955. Από τότε πολλοί νοσηλευτές προσπάθησαν να ορίσουν ακριβώς τι συνιστά το «έργο της νοσηλευτικής» και ποιοι παράγοντες συμβάλλουν στην επιτυχία του. Το 1960, οι θεωρητικοί της νοσηλευτικής άρχισαν να περιγράφουν τη νοσηλευτική ως ξεχωριστή οντότητα, μεταξύ των επαγγελματιών φροντίδας υγείας και περιέγραψαν ειδικά στάδια σε μια διαδικασία προσέγγισης της νοσηλευτικής πρακτικής. Το 1967 Yura και Walsh εξέδωσαν το πρώτο ολοκληρωμένο βιβλίο για τη Νοσηλευτική Διεργασία, στο οποίο περιέγραψαν τέσσερα στάδια: Αξιολόγηση, Σχεδιασμός, Παρέμβαση και Εκτίμηση των αποτελεσμάτων και θεώρησαν το στοιχείο της νοσηλευτικής διάγνωσης ως λογική κατάληξη του σταδίου της αξιολόγησης. Αργότερα οι Gebbie και Lavin (1974), συμπεριέλαβαν τη νοσηλευτική διάγνωση ως ξεχωριστό στάδιο της διεργασίας. Έτσι σήμερα, με βάση αυτές και άλλες μελέτες αναπτύχθηκε και χρησιμοποιείται η νοσηλευτική διεργασία πέντε σταδίων (αξιολόγηση, διάγνωση, σχεδιασμός, εφαρμογή και εκτίμηση των αποτελεσμάτων).

Τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας νομιμοποιήθηκαν το 1973, όταν το Συνέδριο του Συνδέσμου των Αμερικανών Νοσηλευτών για τη Νοσηλευτική Πρακτική ανέπτυξε Πρότυπα Πρακτικής (Standards of Practice) για την καθοδήγηση της νοσηλευτικής. Τα πρότυπα αυτά αναθεωρήθηκαν το 1991 και σύντομα έγιναν νομοθετικές πράξεις σε πολλές πολιτείες.

Η Επιτροπή Πιστοποίησης των Οργανισμών φροντίδας Υγείας (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization) απαιτεί τη φροντίδα να τεκμηριώνεται σύμφωνα με τη νοσηλευτική διεργασία και ο Εθνικός Σύνδεσμος για τη Νοσηλευτική (National League of Nursing) υποχρεώνει τα εκπαιδευτικά προγράμματα να ενσωματώνουν τη νοσηλευτική διεργασία ως γνωστική διαδικασία. Το 1982, οι πολιτειακές εξετάσεις για την επαγγελματική νοσηλευτική άσκηση, υπέστησαν μεγάλες αναθεωρήσεις. Μια από τις οργανωτικές έννοιες που χρησιμοποιήθηκε στις αναθεωρήσεις ήταν η Νοσηλευτική Διεργασία. Οι αναθεωρημένες εξετάσεις είναι δομημένες έτσι ώστε να εξετάζουν την ικανότητα του επαγγελματία να αξιολογεί τους ασθενείς, να διαγιγνώσκει προβλήματα υγείας που υπόκεινται σε νοσηλευτική θεραπευτική παρέμβαση και να προγραμματίζει, να εφαρμόζει και να εκτιμά τα αποτελέσματα της νοσηλευτικής φροντίδας. Στο παρελθόν οι εξετάσεις ακολουθούσαν το ιατρικό πρότυπο και ήταν δομημένες

σύμφωνα με τις ιατρικές ειδικότητες: παθολογία, χειρουργική, μαιευτική, παιδιατρική και ψυχιατρική.

Εξέλιξη της Νοσηλευτικής Διάγνωσης

Ο όρος νοσηλευτική διάγνωση εμφανίστηκε για πρώτη φορά στη βιβλιογραφία το 1950. Το 1976, η Aspinall περιέγραψε τη νοσηλευτική διάγνωση ως «τον αδύνατο συνδετικό κρίκο» της νοσηλευτικής διεργασίας. Ήδη από το 1966, η Hammond, έγραψε ότι οι νοσηλευτές πρέπει να μπορούν να χρησιμοποιήσουν τις στρατηγικές αναζητήσεις πληροφοριών, αλλά και να έχουν καλό υπόβαθρο θεωρητικής γνώσης με το οποίο να διερευνούν και να αξιολογούν τις υπάρχουσες ενδείξεις με αποτέλεσμα την ακριβή διάγνωση. Τα στοιχεία κλειδιά στην εξέλιξη της νοσηλευτικής διάγνωσης, ως αναπόσπαστο στοιχείο της νοσηλευτικής διεργασίας, περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

- Το 1972, ο Νόμος για την Άσκηση της Νοσηλευτικής στην Πολιτεία της Νέας Υόρκης αναγνώρισε νομικά τη νοσηλευτική διάγνωση ως πεδίο της επαγγελματικής νοσηλευτικής. Οι νόμοι για τη νοσηλευτική πρακτική έχουν αναθεωρηθεί από τότε σε πολλές άλλες πολιτείες.
- Το 1973, Ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών περιέλαβε στα Πρότυπα της Νοσηλευτικής Πρακτικής, τη νοσηλευτική διάγνωση, ως λειτουργία της επαγγελματικής νοσηλευτικής.
- Το 1973, οι Gebbie και Lavin από το πανεπιστήμιο St. Louis συγκάλεσαν την Πρώτη Εθνική Σύσκεψη για την Ταξινόμηση των Νοσηλευτικών Διαγνώσεων, ξεκινώντας μια εθνική προσπάθεια για να αναγνωρίσουν, να τυποποιήσουν και να ταξινομήσουν τα προβλήματα υγείας που απαιτούν νοσηλευτική θεραπευτική παρέμβαση. Από τότε οι συνδιασκέψεις γίνονται κάθε δύο χρόνια, και έχει γίνει αρκετή πρόοδος για τον ορισμό, την ταξινόμηση και την περιγραφή των νοσηλευτικών διαγνώσεων.

Στην πρώτη συνάντηση το 1973, η Εθνική Ομάδα, μετονομάστηκε σε Σύνδεσμο Νοσηλευτικής Διάγνωσης Βορείου Αμερικής (North American Nursing Diagnosis Association – NANDA) και καθόρισε ένα σύνολο εργασιών προκειμένου να πραγματοποιηθούν οι παρακάτω στόχοι:

- Η συλλογή πληροφοριών και η διάδοσή τους μέσω του Ιδρύματος (Clearinghouse) για τη Διευθέτηση της Νοσηλευτικής Διάγνωσης.
- Η ενθάρρυνση των εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων σε τοπικό και πολιτειακό επίπεδο για να προάγουν την εφαρμογή των νοσηλευτικών διαγνώσεων. Οι δραστηριότητες αυτές περιλαμβάνουν συνέδρια, με σκοπό να οργανώσουν τους νοσηλευτές ώστε να αναγνωρίσουν πρόσθετους διαγνωστικούς χαρακτηρισμούς και ομάδες εργασίας για να διδάξουν στους νοσηλευτές τις νοσηλευτικές διαγνώσεις.

Η προαγωγή και οργάνωση δραστηριοτήτων για τη συνέχιση της ανάπτυξης, της ταξινόμησης και του επιστημονικού ελέγχου νοσηλευτικών διαγνώσεων. Οι δραστηριότητες αυτές περιλαμβάνουν το σχεδιασμό εθνικών συνεδρίων, τον προσδιορισμό κριτηρίων για την αποδοχή διαγνώσεων, την ανασκόπηση των τελευταίων ερευνητικών δραστηριοτήτων και την εύρεση διαφόρων μεθόδων ταξινόμησης⁹.

Ορισμός και σκοπός νοσηλευτικής διάγνωσης:

Νοσηλευτική διάγνωση είναι η διατύπωση υπαρκτού ή επικείμενου προβλήματος υγείας συγκεκριμένου αρρώστου, με την αιτιολογία και τα υποστηρικτά δεδομένα για την ύπαρξη του³.

ΟΡΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ

- Η Ν.Δ. είναι μια ανεξάρτητη νοσηλευτική λειτουργία. Είναι μία αξιολόγηση των προσωπικών αντιδράσεων του ατόμου στις εμπειρίες της ζωής του, οι οποίες αναπτύχθηκαν από μια κρίση, ασθένεια, ή άλλους στρεσογόνους παράγοντες.
- Η Ν.Δ. είναι η περιγραφή ενός υπαρκτού ή δυνητικά υπαρκτού προβλήματος υγείας, το οποίο οι νοσηλευτές είναι εκπαιδευμένοι να διακρίνουν, να αιτιολογούν κι έχουν τη νομική κατοχύρωση να θεραπεύσουν.
- Η Ν.Δ. είναι η κλινική κρίση για ένα άτομο/ οικογένεια/ κοινότητα η οποία προέρχεται από μια προσεχτική συστηματική διεργασία συλλογής

δεδομένων κι η ανάλυσή τους η οποία μας δίνει και την βάση για ορισμό μιας συγκεκριμένης θεραπείας για την οποία ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος.

- Η Ν.Δ. είναι μια πρόταση η οποία περιγράφει τις ανθρώπινες αντιδράσεις ενός ατόμου/ ομάδας τις οποίες ο νοσηλευτής μπορεί νόμιμα ν' αναγνωρίσει και να παραγγείλει συγκεκριμένες παρεμβάσεις για την διατήρηση του επιπέδου υγείας ή για τη μείωση ή απομάκρυνση ή πρόληψη των μεταβολών του².

Οι νοσηλευτικές διαγνώσεις διαφέρουν από τις ιατρικές. Μια νοσηλευτική διάγνωση μπορεί να σχετίζεται με ιατρική αλλά είναι ξεχωριστή και διαφορετική. Έχει σχέση με τις αυτόνομες και ανεξάρτητες λειτουργίες των νοσηλευτών στην εκτίμηση και αντιμετώπιση προβλημάτων του αρρώστου μέσα στα όρια των νομικά κατοχυρωμένων νοσηλευτικών αρμοδιοτήτων και ευθυνών τους. Και οι δύο, και οι γιατροί και οι νοσηλευτές χρειάζονται ακριβώς τους ίδιους τύπους δεξιοτήτων για να κάνουν την διάγνωση, δηλαδή δεξιότητες συνέντευξης, φυσικής αξιολόγησης και παρατήρησης.

- Ποια όμως η διαφορά μεταξύ της νοσηλευτικής και ιατρικής διάγνωσης;

Οι διαφορές αυτές παρουσιάζονται επιγραμματικά στον παρακάτω πίνακα:

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ

Νοσηλευτική διάγνωση

- Περιγράφει τις αντιδράσεις προς την αρρώστια και τα σχετιζόμενα προβλήματα.
- Είναι προσανατολισμένη στη λειτουργικότητα του ατόμου.
- Μεταβάλλεται ανάλογα με τις αντιδράσεις του αρρώστου.
- Κατευθύνει τις ανεξάρτητες νοσηλευτικές ενέργειες: προγραμματισμό, παρέμβαση, αξιολόγηση αποτελεσμάτων.
- Συμπληρώνει την ιατρική διάγνωση.
- Δεν διαθέτει διεθνές σύστημα ταξινόμησης. Παρόμοια συστήματα βρίσκονται σε ανάπτυξη.

Ιατρική διάγνωση

- Περιγράφει την αρρώστια.
- Επικεντρώνεται στην παθολογία.
- Παραμένει σταθερή κατά τη διάρκεια της αρρώστιας.
- Κατευθύνει την ιατρική θεραπεία, μέρος της οποίας διεκπεραιώνει ο νοσηλευτής.
- Συμπληρώνει τη νοσηλευτική διάγνωση.
- Έχει αναπτυγμένο σύστημα ταξινόμησης παραδεκτό από το ιατρικό επάγγελμα³

Μια καλά διατυπωμένη νοσηλευτική διάγνωση αποτελείται από δύο σκέλη:

- α) Από την διατύπωση του προβλήματος, και
- β) Από την διατύπωση της αιτίας που το προκαλεί.

- Διατύπωση του προβλήματος.

Είναι η περιγραφή των υπαρκτών ή πιθανών προβλημάτων του αρρώστου, όπως π.χ. αντιδράσεις του αρρώστου – φυσικές και συναισθηματικές – ως προς την νόσο και τις παθολογικές της εκδηλώσεις ή οργανικές δυσλειτουργίες που μπορούν να ικανοποιηθούν και να ανακουφισθούν με τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

- Διατύπωση της αιτίας.

Είναι η περιγραφή του αιτιολογικού παράγοντα ή των παραγόντων που συντελούν στην δημιουργία του προβλήματος. Η διατύπωση της αιτίας συνδέεται με

την διατύπωση του προβλήματος με τις λέξεις « που οφείλεται » ή « που έχει σχέση ». Η διατύπωση της αιτίας είναι πάρα πολύ σπουδαία διότι συνήθως περιέχει νύξεις για τον τύπο των νοσηλευτικών παρεμβάσεων που χρειάζονται να γίνουν⁴.

Ήδη έχουν διαπιστωθεί και δημοσιευθεί νοσηλευτικές κατηγορίες, βασισμένες στην εργασία του Αμερικανικού Συνδέσμου Νοσηλευτικής Διάγνωσης (North American Nursing Diagnosis Association – NANDA) και εγκεκριμένες από τον Αμερικανικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών (ANA) με επέκταση δομικής και εφαρμογής τους σε πολλές χώρες. Οι κατηγορίες αυτές αναφέρονται σε παρακάτω κεφάλαιο³.

ΤΥΠΟΙ, ΣΥΝΙΣΤΩΣΕΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ:

Μετά από 20 χρόνια σήμερα ορίζουμε 5 τύπους νοσηλευτικής διάγνωσης.

1. **ΕΝΕΡΓΗ Ν.Δ:** Αντιπροσωπεύει μια κατάσταση που έχει αξιολογηθεί κλινικά από την ύπαρξη κυρίων προσδιοριστικών χαρακτηριστικών. Αυτός ο τύπος της Ν.Δ. έχει 4 συνιστώσες (επιγραφή, προσδιορισμό - προσδιοριστικά χαρακτηριστικά - συσχετιζόμενους παράγοντες).
 - α. **Επιγραφή:** Έκφραση του προβλήματος υγείας μέσα σε λίγες λέξεις. Συνήθως αρχίζει με τις λέξεις « Μεταβαλλόμενο », « Αναποτελεσματικό » και « Μειωμένο ».
 - β. **Προσδιορισμός:** Εκφράζει το περιεχόμενο της επιγραφής και βοηθάει να διαφοροποιείται μια Ν.Δ. από κάποια παρόμοιά της.
 - γ. **Προσδιοριστικά Χαρακτηριστικά:** Στην ενεργό Ν.Δ. αναφέρονται σε σημεία και συμπτώματα υποκειμενικά και αντικειμενικά συμπλέγματα τα οποία υποδουλώνουν την ύπαρξη της Ν.Δ. Μετά το 1986, τα προσδιοριστικά χαρακτηριστικά χωρίστηκαν σε δύο ομάδες ύστερα από κλινικές μελέτες. Τα κύρια προσδιοριστικά χαρακτηριστικά που εμφανίζονται με συχνότητα 80 – 100% και τα δευτερεύοντα προσδιοριστικά χαρακτηριστικά με συχνότητα 50 – 79% στις αντίστοιχες Ν.Δ.

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ

Ν.Δ.: Περιστασιακή χαμηλή αυτοεκτίμηση.

ΚΥΡΙΑ → επεισόδια αρνητικής αυτοεκτίμησης σε απάντηση γεγονότων της ζωής ενός ατόμου που πριν είχε θετική αυτοεκτίμηση.

- έκφραση αρνητικών αισθημάτων για τον εαυτό του.

ΔΕΥΤΕΡΕΥΟΝΤΑ →

- αξιολόγηση του εαυτού του σαν ανίκανο να χειριστεί γεγονότα.
- δυσκολία στη λήψη των αποφάσεων.

δ. Συσχετιζόμενοι παράγοντες: Είναι αιτιολογικοί ή άλλοι συσχετιζόμενοι παράγοντες που έχουν επηρεάσει την μεταβολή του επιπέδου υγείας. Αυτοί οι παράγοντες μπορούν να ταξινομηθούν σε 4 κατηγορίες. Οι κατηγορίες αυτές είναι: Παθοφυσιολογικοί, σχετιζόμενοι με τη θεραπεία, περιστασιακοί (περιβάλλον, προσωπικού, ανάπτυξης).

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΣΥΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ

Παθοφυσιολογικοί: Απώλεια μέλους του σώματος/ Απώλεια λειτουργικότητας.

Περιστασιακοί: Νοσηλεία/ Απώλεια εργασίας ή ικανότητας για εργασία/ θάνατος σημαντικού προσώπου/ Ανεργία/ Οικονομικά προβλήματα.

2. ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ: Είναι μια κλινική κρίση για ένα άτομο/ οικογένεια/ κοινότητα ότι υπάρχει αυξημένη πιθανότητα της ανάπτυξης ενός προβλήματος από άλλους που βρίσκονται στην ίδια κατάσταση.
 - α. Επιγραφή: Μέχρι το 1992 ξεκινούσε με τον όρο « Δυνητικό » πρόσφατα τροποποιήθηκε σε « Υψηλού κινδύνου ».
 - β. Προσδιορισμός: Το ίδιο όπως και στην ενεργό Ν.Δ.
 - γ. Παράγοντες κινδύνου: Αντιπροσωπεύουν τους λόγους για τους οποίους ο ασθενής έχει μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάσει το πρόβλημα (Μετά το 1990).
 - δ. Συσχετιζόμενοι παράγοντες: Το ίδιο όπως και στην ενεργό Ν.Δ.
3. ΠΙΘΑΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Χρησιμοποιείται για να περιγράψει προβλήματα τα οποία μπορεί να υπάρχουν αλλά χρειάζονται συμπληρωματικά στοιχεία για να επιβεβαιωθεί ή να απορριφθεί.
4. ΥΓΙΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Είναι μια κλινική κρίση για ένα άτομο/ οικογένεια/ κοινότητα για την μετάβαση από ένα συγκεκριμένο επίπεδο υγείας σ' ένα ακόμα υψηλότερο.

5. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ: Αποτελείται από ένα σύμπλεγμα από ενεργείς ή υψηλού κινδύνου Ν.Δ. οι οποίες εμφανίζονται εξαιτίας ενός συγκεκριμένου γεγονότος² (π.χ. σύνδρομο βιασμού).

ΤΥΠΟΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΠΡΟΤΑΣΕΩΝ

ΕΝΟΣ ΣΚΕΛΟΥΣ → Ν.Δ. ΥΓΕΙΑΣ (Δυνητική βελτίωση της διατροφής)

Ν.Δ. ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ (Σύνδρομο βιασμού)

ΔΥΟ ΣΚΕΛΩΝ → ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ Ν.Δ. (Υψηλός κινδύνου για τραυματισμό σχετιζόμενος με μη γνώση κινδύνων).

ΠΙΘΑΝΗ Ν.Δ. (Πιθανή διαταραχή σωματικού ειδώλου σχετιζόμενη με αναφορά του συζύγου για συμπεριφορές απομόνωσης μετά το χειρουργείο).

ΤΡΙΩΝ ΣΚΕΛΩΝ → ΕΝΕΡΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ (Εξασθενημένη ακεραιότητα δέρματος σχετιζόμενη με παρατεταμένη ακινησία αποτέλεσμα κατάγματος πυέλου όπως αποδεικνύεται από κατάσπαση 2 cm στο κόκυγα).

ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ:

Η ανάγκη για χρησιμοποίηση κοινής γλώσσας μεταξύ των νοσηλευτών, καθώς και ο προσδιορισμός του σώματος γνώσης της Νοσηλευτικής σαν επιστήμης ήταν οι δύο κυριότεροι λόγοι – σκοποί που οδήγησαν στην δημιουργία του όρου. Αυτός ο προσδιορισμός έκανε τη νοσηλευτική ν' απαγκιστρωθεί από το ιατροκεντρικό σύστημα και να προβάλλει το δικό της προφίλ.

Ν.Δ. → ξεκάθαρος προσδιορισμός → μεγαλύτερη ευθύνη → μεγαλύτερη αυτονομία του σώματος γνώσης

Χρησιμοποιώντας ένα σύστημα ταξινόμησης του νοσηλευτικού πεδίου, οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν ένα κοινό σύστημα αναφοράς.

Έτσι: - μπορούν να επικοινωνούν μεταξύ τους.

- μπορούν κι οργανώνουν ερευνητικές μελέτες.
- μπορούν κι εκπαιδεύουν τους νέους.
- μπορούν κι εκτιμούν την ποιότητα της φροντίδας.

Η Ν.Δ. μπορεί να δώσει μια απάντηση στα ερωτήματα της Νοσηλευτικής, γιατί έχει σκοπό:

- να προσδιορίσει τη Νοσηλευτική στην σημερινή της κατάσταση.
- να ταξινομήσει τα πεδία της Νοσηλευτικής.
- να διαφοροποιήσει τη Νοσηλευτική από την Ιατρική.

Και επιπλέον σκοπός της διάγνωσης είναι ο ίδιος και για τους γιατρούς και για τους νοσηλευτές: Η ανάπτυξη ενός σχεδίου φροντίδας και αντιμετώπισης που βασίζεται σε επιστημονικές μεθόδους επιλύσεως ενός προβλήματος².

Κεφάλαιο 2

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ:

Ανεξάρτητα από ποιος ορισμός χρησιμοποιείται, η νοσηλευτική διάγνωση πρέπει να έχει τα πιο κάτω χαρακτηριστικά γνωρίσματα προκειμένου να λειτουργήσει σωστά και αποτελεσματικά:

1. Η Νοσηλευτική Διάγνωση διατυπώνεται με σαφείς, ακριβείς, ουδέτερους όρους, να είναι συγκεκριμένη, (πότε με αρνητικούς χαρακτηρισμούς) και να στηρίζονται σε επιστημονικές γνώσεις.

Η Νοσηλευτική Διάγνωση πρέπει να αντανακλά γνώσεις από την ανθρώπινη βιολογία, νοσολογία, παθοφυσιολογία καθώς και γνώσεις ψυχολογίας και κοινωνιολογίας. Στην ουσία αποτελεί απόρροια και συνδυασμό όλων αυτών των γνώσεων. Στην διατύπωση της Ν.Δ. να χρησιμοποιούνται καθαρές και συγκεκριμένες λέξεις με ξεκαθαρισμένη έννοια^{4,5}.

2. Η Νοσηλευτική Διάγνωση διατυπώνεται σαν πρόβλημα του αρρώστου και όχι σαν πρόβλημα του νοσηλευτή, έχουν κέντρο τον άρρωστο/ άτομο και τα προβλήματά του⁴.

3. Να είναι εξατομικευμένη.

Η νοσηλευτική διάγνωση να είναι εξατομικευμένη και να είναι ανάλογη με το βαθμό και την ένταση της ανάγκης στο συγκεκριμένο άτομο για το οποίο θα προγραμματισθεί η φροντίδα. Ο σκοπός των νοσηλευτικών διαγνώσεων είναι να ανακουφίσουν το συγκεκριμένο άτομο από την ανάγκη και να λύσουν το πρόβλημα, όπως παρουσιάζεται, στο κάθε άτομο ξεχωριστά⁵.

4. Η Νοσηλευτική διάγνωση προκύπτει από τα δεδομένα στοιχεία και τις πληροφορίες της αξιολόγησης του αρρώστου⁴.

5. Η Νοσηλευτική διάγνωση πρέπει να διατυπώνεται σαν κάτι σε σχέση με το οποίο ο νοσηλευτής μπορεί να παρέμβει, να ενεργήσει⁴.

6. Η Νοσηλευτική διάγνωση πρέπει να είναι ένας πλήρης κατάλογος/ λίστα υπαρκτών και πιθανών προβλημάτων, είναι απαραίτητη να είναι γραπτή η Ν.Δ. διότι: 1) Μπορεί να χρησιμοποιηθεί από όλους όσους ασχολούνται με τον άρρωστο, 2) Φαίνεται η επιστημονική νοσηλευτική εργασία, 3) Εξασφαλίζεται η συνέχιση της φροντίδας με περισσότερη ασφάλεια, αφού η μνήμη δεν έχει απόλυτη ακρίβεια^{4,5}.

7. Η Νοσηλευτική διάγνωση έχει πάντοτε τη φράση « που οφείλεται » ή « που έχει σχέση με » π.χ. πιθανή δυσκοιλιότητα που οφείλετε στην ακινησία⁴.

8. Αναφέρετε σε υπαρκτό ή ενδεχόμενο πρόβλημα υγείας.

9. Εκφράζει το νοσηλευτικό συμπέρασμα της εκτίμησης της κατάστασης του αρρώστου.

10. Βασίζεται σε υποκειμενικά και αντικειμενικά δεδομένα που μπορούν να επιβεβαιωθούν.

11. Αφορά καταστάσεις που οι νοσηλευτές είναι νομικά κατοχυρωμένοι με το πτυχίο τους και την άδεια άσκησης του επαγγέλματος, να αντιμετωπίσουν αυτόνομα και υπεύθυνα.

12. Αναφέρεται στη βιολογική, ψυχολογική, κοινωνική και πνευματική διάσταση του αρρώστου.

13. Μπορεί να επαληθευθεί με τον άρρωστο, όταν είναι δυνατόν.

14. Αποτελεί οδηγό για προγραμματισμό των νοσηλευτικών παρεμβάσεων και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων τους στα συγκεκριμένα προβλήματα του αρρώστου^{3,4,5}.

Σε συνάρτηση με τα χαρακτηριστικά ως δούμε κύρια μερικούς χρήσιμους κανόνες στην κλινική πράξη για την διατύπωση των Ν.Δ.

1. Γράφουμε τη Ν.Δ. σαν αντίδραση κι όχι σαν ανάγκη.
2. Δεν γράφουμε αποδίδοντας ευθύνες.
3. Δεν κάνουμε κρίση αξιών σε σχέση με το άτομο.
4. Δεν αντιστρέφουμε τον τρόπο γραφής.
5. Αποφεύγουμε να γράφουμε σημεία και συμπτώματα της αρρώστιας στο πρώτο σκέλος της πρότασης.
6. Το πρώτο σκέλος περιέχει μόνο προβλήματα.
7. Σιγουρευόμαστε ότι τα δύο σκέλη της Ν.Δ. δεν έχουν το ίδιο νόημα.
8. Το πρόβλημα και οι αιτιολογικοί παράγοντες πρέπει να εκφράζονται, έτσι ώστε να είναι δυνατή η αλλαγή τους.
9. Η Ιατρική διάγνωση δεν πρέπει να εμπεριέχεται στη Ν.Δ.

Σημαντικοί περιγραφικοί όροι κλειδιά περιλαμβάνουν λέξεις και φράσεις, όπως συστηματική, δυναμική, διαπροσωπική, προσανατολισμένη σε στόχους και καθολικά εφαρμόσιμη.

10. Συστηματική.

Η παρατήρηση των δραστηριοτήτων ενός νοσηλευτή κατά τη διάρκεια μιας ημέρας, θα μπορούσε να οδηγήσει στο συμπέρασμα ότι η νοσηλευτική είναι κάτι περισσότερο από την εκτέλεση αναρίθμητων τυχαίων καθηκόντων. Ωστόσο, προσεκτικότερη παρατήρηση θα αποκάλυπτε ότι κάθε νοσηλευτική ενέργεια αποτελεί

μέρος μιας καθορισμένης αλληλουχίας δραστηριοτήτων. Επιπλέον, κάθε δραστηριότητα εξαρτάται από την ορθότητα της προηγούμενης και επηρεάζει εκείνες που θα επακολουθήσουν. Χωρίς μια πλήρη και ακριβή βάση δεδομένων, ο νοσηλευτής δεν μπορεί να προσδιορίσει τις δυνατότητες και τα προβλήματα του ασθενούς και η άγνοια τους παρεμποδίζει το νοσηλευτή και τον ασθενή να αναπτύξουν σχέδιο φροντίδας που βασίζεται σε ρεαλιστικούς και σημαντικούς σκοπούς για τον ασθενή. Εάν οι σκοποί/ εκβάσεις δεν έχουν καταγραφεί καλά, οι νοσηλευτικές ενέργειες και η εκτίμηση των αποτελεσμάτων τους θα είναι άνευ σημασίας. Η νοσηλευτική διεργασία κατευθύνει κάθε βήμα της νοσηλευτικής φροντίδας με διαδοχικό και συνεπή τρόπο.

11. Δυναμική.

Αν και η νοσηλευτική διεργασία παρουσιάζεται ως τακτική προοδευτική εφαρμογή σταδίων, στην πραγματικότητα υπάρχει σημαντική αλληλεπίδραση και επικάλυψη μεταξύ των πέντε σταδίων. Κάθε στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας είναι ευμετάβλητο και συνδέεται με το επόμενο στάδιο. Σε μερικές νοσηλευτικές περιπτώσεις και τα πέντε στάδια συμβαίνουν σχεδόν ταυτόχρονα. Όταν ο νοσηλευτής ανακαλύψει ότι ο ασθενής έκανε εισρόφηση και δεν μπορεί να μιλήσει ή να αναπνεύσει, γρήγορα προσδιορίζει το πρόβλημα και κάνει τις απαραίτητες ενέργειες, εκτιμώντας συνεχώς την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης. Σε άλλες περιπτώσεις (παραδείγματος χάριν, κακοποίηση παιδιού), η νοσηλευτική ομάδα μπορεί να εργάζεται πάνω σε κάθε στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας καθώς οι νοσηλευτές ασχολούνται με την οικογένεια για την αντιμετώπιση πολύπλοκων προβλημάτων. Η νοσηλευτική διεργασία ως δυναμική μέθοδος, συνεχώς επιδέχεται τις αλλαγές. Οποιαδήποτε στιγμή, νέα δεδομένα του ασθενούς μπορεί να οδηγήσουν το σχέδιο φροντίδας προς μια εντελώς διαφορετική κατεύθυνση.

12. Διαπροσωπική.

Πάντοτε στο κέντρο της νοσηλευτικής είναι ο άνθρωπος. Η νοσηλευτική υπάρχει ως επάγγελμα επειδή κάποιοι άνθρωποι χρειάζονται βοήθεια για να ανταποκριθούν σε καταστάσεις υγείας και ασθένειας. Η νοσηλευτική διεργασία εξασφαλίζει την επικέντρωση του νοσηλευτή στον ασθενή παρά στις εργασίες/ καθήκοντα. Κατά τη λήψη των ζωτικών σημείων ενός ασθενούς, ο νοσηλευτής σκέφτεται: «Ποια είναι η κατάσταση του κυρίου Β σήμερα; Υπάρχουν νέα δεδομένα που υποδηλώνουν ανάγκη τροποποίησης του σχεδίου φροντίδας του; Οι νοσηλευτικές μας ενέργειες τον βοήθησαν να επιτύχει τους σκοπούς του; Πως μπορεί να βοηθηθεί καλύτερα;»

Η νοσηλευτική διεργασία ενθαρρύνει τους νοσηλευτές να συνεργάζονται με σκοπό να βοηθήσουν τους ασθενείς να χρησιμοποιήσουν τους δυνατούς τους, ώστε να ικανοποιήσουν τους τους ανθρώπινες ανάγκες τους. Αυτό διαφέρει από τη θεώρηση του ασθενούς ως «πρόβλημα που πρέπει να λυθεί» και τη μηχανική αλληλεπίδραση για την εξασφάλιση τους λύσης. Η άμεση ενασχόληση με τους ασθενείς, βοηθάει τους νοσηλευτές να ανακαλύψουν τους δικές τους δυνατούς και περιορισμούς και να αναπτυχθούν προσωπικά και επαγγελματικά.

13. Προσανατολισμένη σε Στόχους.

Αναρίθμητοι στόχοι μπορούν να πραγματοποιηθούν για τους περισσότερους ασθενείς, που εκτείνονται από τη βελτίωση στοματικής τους υγιεινής μέχρι την αντιμετώπιση των απαιτήσεων που έχει ο ρόλος του νέου γονέα, την ανάρρωση από μια οξεία ασθένεια, τη συμβίωση με το χρόνιο πόνο ή την προετοιμασία για το θάνατο. Επίσης, θα χρειάζονταν εκατοντάδες σελίδες για να καταγραφούν και να περιγραφούν όλες οι νοσηλευτικές πράξεις που μπορεί να εκτελέσει ένας νοσηλευτής για έναν ασθενή. Επιπλέον, οι νοσηλευτές και οι ασθενείς συχνά διαφέρουν ως προς τη σπουδαιότητα που προσδίδουν σε συγκεκριμένους σκοπούς. Η νοσηλευτική διεργασία προσφέρει ένα μέσο συνεργασίας νοσηλευτών και ασθενών, για τον προσδιορισμό σημαντικών σκοπών σχετικά με την προαγωγή της ευεξίας, την πρόληψη της ασθένειας, την αποκατάσταση της υγείας και την αντιμετώπιση των δυσλειτουργιών και τη σύνδεσή τους με τις κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Όταν όλα αυτά καταγράφονται στο σχέδιο φροντίδας, κάθε νοσηλευτής μπορεί γρήγορα να καθορίσει τις προτεραιότητες του ασθενούς και να προγραμματίσει τις απαιτούμενες παρεμβάσεις.

14. Καθολικά Εφαρμόσιμη.

Το μόνο σταθερό στη φροντίδα υγείας είναι η αλλαγή. Η γνώση εφαρμογής της νοσηλευτικής διεργασίας, επιτρέπει την άσκηση της νοσηλευτικής σε υγιείς ή ασθενείς, νέους ή ηλικιωμένους, σε οποιαδήποτε μορφή περιβάλλοντος άσκησης. Η καλή εκπαίδευση των φοιτητών της νοσηλευτικής στη νοσηλευτική διεργασία, έχει ως αποτέλεσμα την κατοχή ενός πολύτιμου εργαλείου το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί με ευκολία σε κάθε νοσηλευτική περίσταση.

Για παράδειγμα, ο νοσηλευτής που σιτίζει ένα άρρωστο παιδί μέσω ενός ειδικού καθετήρα, σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού, αξιολογεί συνεχώς πως ανταποκρίνεται στη σίτιση και αν το παιδί και η οικογένεια θα μπορούν να χειριστούν τη σίτιση ανεξάρτητα, όταν το παιδί φύγει από το νοσοκομείο. Ανάλογα με τα αποτελέσματα της νοσηλευτικής αξιολόγησης, μπορεί να χρειασθούν νέες νοσηλευτικές διαγνώσεις, καθώς και πιθανές προσθήσεις στο σχέδιο φροντίδας⁹.

Κεφάλαιο 3

ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ

Εισαγωγή

Σήμερα είναι γνωστή η σημασία την οποία έχει η καλή συγγραφή και η εξατομίκευση των σχεδιασμών της φροντίδας. Ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα παρατηρείται στις περιπτώσεις που η παροχή της φροντίδας βασίζεται σε επιστημονικά δεδομένα και αναπτύσσεται προσεκτικώς. Αυτό απαιτεί πολύτιμο χρόνο και επιδεξιότητα, προκειμένου να ολοκληρωθεί.

Η "ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ: ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΑ ΤΟ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΟΣ", έχει γραφεί με σκοπό να βοηθήσει το νοσηλευτή στο σχεδιασμό της φροντίδος του ασθενούς. Κάθε ένας σχεδιασμός της νοσηλευτικής φροντίδος έχει οικοδομηθεί περίξ της νοσηλευτικής διαγνώσεως συμπεριλαμβάνει όλα τα στοιχεία της παρεχόμενης φροντίδος (βλ.Πίνακας 1) Είναι καλά οργανωμένος για την εύκολη χρήση και είναι περιεκτικός και εκλεκτικός για την εξατομικευμένη φροντίδα.

ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ ΤΗΣ ΔΟΜΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΕΩΣ

Η North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), έχει κατά καιρούς αναπτύξει διάφορους τρόπους ταξινομήσεως. Υπάρχουν το αναθεωρηθέν σύστημα Ταξινομήσεως I, το αναθεωρηθέν ICD σύστημα Ταξινομήσεως και, (αυτό του 1990) η Ταξινόμηση II - Σχέδιο 1. Όλα αυτά τα συστήματα ταξινομήσεως έχουν μικρές διαφορές στη γλωσσική τους έκφραση. Ορισμένες από τις επιγραφές είναι διαφορετικές και ορισμένων η ταξινόμηση είναι διαφορετική. Κατά την ανάπτυξη των κεφαλαίων εκφράσθηκαν ορισμένες διαφορετικές απόψεις, όσον αφορά την λεπτομερέστερη ανάπτυξη των διαφόρων κεφαλαίων. Η σημασία την οποία είχε η οργάνωση της δομής τούτων εντός των δυνατοτήτων της νοσηλευτικής διαγνώσεως, δεν είναι δυνατό να υποτιμηθεί.

Πίνακας 1.

Νοσηλευτική Διάγνωση

Προσδιορισμός Χαρακτηριστικών
Συνεισφέροντες παράγοντες
Προσδοκώμενη Έκβαση
Παρέμβαση

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΩΝ ΟΔΗΓΙΩΝ ΤΟΥ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Νοσηλευτική Διάγνωση

Η NANDA έκανε αποδεκτή την εισήγηση για τον τρόπο καθορισμού του ορισμού της νοσηλευτικής διαγνώσεως, με βάση τις εργασίες της Ενάτης Εθνικής Συνδιασκέψεως. Αυτή στηρίζεται ως εξής: Η νοσηλευτική διάγνωση είναι η κλινική απόφαση όσον (αφορά στις ατομικές, οικογενειακές ή κοινοτικές απαιτήσεις στα πραγματικά και πιθανά προβλήματα υγείας και προόδου της ζωής. Η νοσηλευτική διάγνωση παρέχει τη βάση για την εκλογή των νοσηλευτικών παρεμβάσεων, προκειμένου να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα για το οποίο ο νοσηλευτής (νοσηλεύτρια) είναι υπεύθυνος (-η), (NANDA, 1990, p.5).

Κατά τη διάρκεια του Ενάτου Εθνικού Συνεδρίου τον Μάρτιο του 1990, καθορίστηκαν από τη NANDA εκατό περίπου κεφάλαια νοσημάτων. Επίσης, στην αναφορά αυτή συμπεριελήφθησαν και ορισμένες νέες διαγνώσεις, οι οποίες όμως δεν είναι επισήμως αποδεκτές ακόμη από τη NANDA. Οι διαγνώσεις αυτές φαίνεται να έχουν κάποια ιδιαίτερη σημασία στην καθημερινή πράξη. Στο σημαντικότερο τμήμα κάθε διαγνώσεως, εμείς δίδουμε όλες τις συστάσεις που προέκυψαν από το εθνικό συνέδριο της NANDA. (Πίνακας 2 αυτού του Κεφαλαίου)

Ορισμός

Ο κάθε οδηγός σχεδιασμού της φροντίδος έχει έναν ορισμό, ο οποίος εμπεριέχεται μετά τη νοσηλευτική διάγνωση. ο ορισμός αυτός παρέχει τη δυνατότητα μιας σαφούς, ακριβούς περιγραφής της νοσηλευτικής διαγνώσεως, μέσω του οποίου διαφοροδιαγνώσεται από άλλες σχετικές διαγνώσεις. Η νοσηλευτική διάγνωση χρησιμοποιούμενη μαζί με τα καθοριζόμενα χαρακτηριστικά, βοηθά το νοσηλευτή στην επιβεβαίωση της ιδιαίτερης διαγνώσεως. Ορισμένοι από τους χρησιμοποιούμενους ορισμούς έχουν αναπτυχθεί από τη NANDA, ενώ άλλοι έχουν διατυπωθεί από την ατομική συνεισφορά εκείνου ο οποίος ανέπτυξε το σχεδιασμό

οδηγιών φροντίδος. οι ορισμοί της NANDA, όταν και όπου χρησιμοποιήθηκαν, αναφέρονται δεόντως. Αν στο τέλος του ορισμού, δεν αναφέρεται η NANDA, μπορεί να υποτεθεί ότι ο ορισμός δίδεται από το συγγραφέα του κεφαλαίου.

Καθοριζόμενα Χαρακτηριστικά

Η συλλογή των υπαρχόντων δεδομένων είναι συνήθως η πηγή για την εξακρίβωση των καθοριζόμενων χαρακτηριστικών, τα οποία κάποιες φορές αποκαλούνται σημεία και συμπτώματα. Τα δεδομένα αυτά, άπαξ αθροισθούν, θα οργανωθούν σε μια σημαντική πηγή χαρακτηριστικών και χρησιμοποιούνται πλέον σαν πραγματική εικόνα της οριστικής διαγνώσεως. Αυτές οι συμπεριφορές, υποκειμενικές ή αντικειμενικές, επιδεικνύονται από το άτομο. Οι υποκειμενικές πληροφορίες γίνονται αντιληπτές από το άτομο και συμπεριλαμβάνουν φυσικά αισθήματα, όπως είναι τα άλγη και οι εκφράσεις συγκινήσεων ή σκέψεων, για παράδειγμα πανικού. Οι αντικειμενικές πληροφορίες παρατηρούνται από άλλους. Επί του προκειμένου, ορισμένα παραδείγματα αποτελούν τα φυσικά χαρακτηριστικά, οι πληροφορίες από τα ακτινολογικά και εργαστηριακά αποτελέσματα και οι προφορικές εκδηλώσεις του ατόμου ή της οικογενείας. Αμφότερα, τα υποκειμενικά και αντικειμενικά δεδομένα έχουν σημαντική αποδεικτική σημασία για τη διάγνωση.

Η διάγνωση είναι περισσότερο ακριβής και αντανakλά τα αποδεικτικά δεδομένα από το άτομο, την οικογένεια και άλλα άτομα ασχολούμενα με τα άλλα επαγγέλματα υγείας. Στις περισσότερες περιπτώσεις, είναι απαραίτητη η συγκέντρωση πολλαπλών, καθορισμένων περιστατικών για την επίτευξη της διαγνώσεως. Επειδή ορισμένα από τα ίδια των καθορισμένων χαρακτηριστικών μπορεί να έχουν εφαρμογή με τη σχετιζόμενων χαρακτηριστικών μπορεί να έχουν εφαρμογή με τη σχετιζόμενη νοσηλευτική διάγνωση, είναι σημαντικό να συγκεντρωθούν αρκετές πληροφορίες για την επίτευξη της ορθής νοσηλευτικής διαγνώσεως. Για παράδειγμα αναφέρουμε τη νοσηλευτική διάγνωση «Ακράτεια Προσπαθείας» και «Κατακράτηση των Ουρών», καταστάσεις και οι δύο οι οποίες έχουν σαν ξαθοριζόμενα χαρακτηριστικά το μικρό όγκο των ούρων (μικρότερος των 50cc). Η ανάγκη υπάρξεως επιπρόσθετων δεδομένων είναι επιβεβλημένη για την πλήρη διευκρίνιση αν τα προβλήματα, τα οποία αναφέρει το άτομο, είναι πράγματι προϊόν της εμπειρίας του.

Ορισμένοι συγγραφείς, προκειμένου να παρασχεθεί δυνατότητα επιτεύξεως νοσηλευτικής διαγνώσεως, χρησιμοποιούν διαφορετικά καθοριζόμενα χαρακτηριστικά, από τα οποία είναι κρίσιμα (κρίσιμα). Ο Gordon (1982),

εξετάζοντας τα κρίσιμα καθοριζόμενα χαρακτηριστικά, θεωρεί ότι αυτά είναι «τα κύρια κριτήρια για τη διαγνωστική κρίση. Αυτά ανευρίσκονται αρκετά συχνά όταν η διάγνωση είναι η παρούσα και είναι απόντα, όταν η διάγνωση απουσιάζει». Εμείς, αν εκτιμούσε την αξία την οποία έχουν αυτά στη συγκεκριμένη περιοχή της διαγνώσεως, δεν κάνουμε διάκριση μεταξύ κρίσιμων και υποστηρικτικών καθοριζόμενων χαρακτηριστικών, επειδή η έρευνα η οποία βασίζεται σ' αυτό είναι περιορισμένη.

Συμβάλλοντες Παράγοντες

Οι συμβάλλοντες παράγοντες υποδεικνύουν το δεσμό ή τη σχέση με τη νοσηλευτική διάγνωση. Αν δεν υπάρχει ουσιαστική μελέτη στην περιοχή των συμβαλλόντων παραγόντων, έχει πάρα πολύ μεγάλη σημασία να καθοριστεί μια απλή αιτία για τη νοσηλευτική διάγνωση. Προκειμένου δε να γίνει η διάγνωση, είναι συνήθως απαραίτητη η ύπαρξη περισσοτέρων του ενός των συμβαλλόντων παραγόντων. Για παράδειγμα αναφέρουμε την ακινησία, τους μυϊκούς σπασμούς και την ιστική βλάβη μπορούν όλοι αυτοί οι συμβάλλοντες παράγοντες του ατόμου να εναρμονισθούν με τη νοσηλευτική διάγνωση "Άλγος". Οι συμβάλλοντες παράγοντες παρέχουν τη δυνατότητα για την αναγνώριση των προσφορότερων νοσηλευτικών παρεμβάσεων. Αν υπάρχει σημαντικός αριθμός μη σχετιζόμενων συμβαλλόντων παραγόντων, όπως είναι η σύσταση, η έλλειψη γνώσεων και η σύγχυση, όπως για παράδειγμα για τη νοσηλευτική διάγνωση "Μπάνιο / Ελλειμματική Υγιεινή", είναι δύσκολο να συμπεριληφθούν στο όλο πρόγραμμα αντιμετώπισεως οι παρεμβάσεις εκείνες, οι οποίες αφορούν καθεμιά από τη διάγνωση.

Στις περιπτώσεις αυτές, ο νοσηλευτής είναι ανάγκη να υποβάλλει ερωτήσεις κατά πόσο ο συμβάλλον (-οντες) παράγοντας (ες), ο οποίος έχει εκλεγεί είναι ο ορθός ή υπάρχει πλέον ανάγκη για περαιτέρω σε βάθος μελέτη . Αν οι μη σχετιζόμενοι συμβάλλοντες πιστοποιηθεί ότι είναι ικανοποιητικοί, είναι πλέον δυνατόν να εργασθεί πρακτικώς με τον κατάλογο της νοσηλευτικής διαγνώσεως για τον καθορισμό του σχεδιασμού της φροντίδας και τις κατάλληλες παρεμβάσεις. Είναι δυνατόν όμως να υπάρχουν περιπτώσεις, κατά τις οποίες οι συμβάλλοντες παράγοντες είναι αμφισβητήσιμοι ή άγνωστοι. Στις περιπτώσεις αυτές, η ερώτηση - σκοπός ή "άγνωστο" θα πρέπει να υποδεικνύεται στο σχεδιασμό της φροντίδας και να αναθεωρείται όταν είναι διαθέσιμη η σχετική πληροφορία. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η νοσηλευτική φροντίδα πρέπει να παρέχεται και όταν ακόμη είναι άγνωστα τα παραπάνω.

Για παράδειγμα, αν οι συμβάλλοντες παράγοντες για νοσηλευτική διάγνωση "Φόβος" είναι άγνωστοι, εμείς θα δοκιμάσουμε να κατευνάσουμε το φόβο και να τον υποθέσουμε, μέχρις ότου περισσότερες πληροφορίες καταστούν διαθέσιμες. Ακόμη και σήμερα υπάρχει διαφωνία όσον αφορά στην παρούσα συμμετοχή της παθοφυσιολογικής / ιατρικής διαγνώσεως του καταλόγου των παραγόντων κινδύνου. Συνήθως, η ιατρική διάγνωση δεν παρέχει δυνατότητα της επαρκούς κατευθύνσεως για νοσηλευτική φροντίδα. Για παράδειγμα, η νοσηλευτική διάγνωση "Δυσκοιλιότητα", η οποία σχετίζεται με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο δεν υποδεικνύει όμως και την εφαρμογή ειδικών νοσηλευτικών παρεμβάσεων. Είναι όμως περισσότερο χρήσιμο για το νοσηλευτή να εξακριβώσει τις ειδικές αιτίες της δυσκοιλιότητας, όπως είναι η υποτονικότητα των κοιλιακών μυών, η διαταραχή της κινητικότητας, ή η διαίτα χαμηλής περιεκτικότητας σε θρεπτικές ουσίες. Αυτά υποδεικνύουν πλέον, την εφαρμογή ειδικών παρεμβάσεων. Οποσδήποτε όμως, δίνεται ο απαραίτητος χρόνος, όταν η ιατρική διάγνωση παρέχει κατά τον καλύτερο τρόπο τις υπάρχουσες πληροφορίες. Τούτο, έχει την τάση να παρατηρείται περισσότερο με τις προσανατολιζόμενες ιατρικές διαγνώσεις όπως "Διαταραχή της Καρδιακής Λειτουργίας" ή "Διαταραχή της Ανταλλαγής των Αερίων".

Παράγοντες Κινδύνου

Η Νοσηλευτική διάγνωση ορίζεται σαν πιθανή, η οποία τώρα εκφράζεται υψηλού κινδύνου, «είναι η κλινική απόφαση, έτσι ώστε το άτομο, η οικογένεια ή η κοινότητα να είναι περισσότερο ευαίσθητη στην ανάπτυξη του προβλήματος σε σχέση με άλλη ή παρόμοια κατάσταση» (North American Nursing Diagnosis Association, 1990, p.116). Η νοσηλευτική διάγνωση υποστηρίζεται από τους παράγοντες κινδύνου, έτσι ώστε οι άμεσες νοσηλευτικές επιδράσεις να ελαττώσουν ή να προλάβουν την ανάπτυξη του προβλήματος. Στις περιπτώσεις κατά τις οποίες δεν είναι δυνατόν να γίνει νοσηλευτική διάγνωση, τότε οι παράγοντες κινδύνου θα αντικαθιστούν στον κατάλογο με τα πραγματικώς καθοριζόμενα χαρακτηριστικά και τους συμβάλλοντες παράγοντες. Οι περισσότερες από τις νοσηλευτικές διαγνώσεις μπορεί να θεωρηθούν σαν πραγματικές ή υψηλού κινδύνου. Για παράδειγμα αναφέρουμε τη «Διαταραχή της Ακεραιότητας του Δέρματος» ή «Υψηλός Κίνδυνος για Διαταραχή της Ακεραιότητας του Δέρματος». Η πρόληψη των προβλημάτων είναι εντός των σκοπών της νοσηλευτικής πρακτικής και, οποσδήποτε, είναι αναγκαία η εξακρίβωση της υψηλού κινδύνου νοσηλευτικής διαγνώσεως. Ο

νοσηλευτής είναι ανάγκη να εξακριβώσει αν ο κίνδυνος είναι αρκετά υψηλός για να δικαιολογήσει την παρέμβαση.

Αναμενόμενα Αποτελέσματα

Τα αναμενόμενα αποτελέσματα – ενίοτε αυτά αποκαλούνται επιδιώξεις του ασθενούς – είναι οι παρατηρούμενες συμπεριφορές ή δεδομένα, μέσω των οποίων μετρούνται οι αλλαγές της καταστάσεως του ατόμου μετά την εφαρμογή της νοσηλευτικής θεραπείας. Αυτά είναι υποκειμενικές ενδείξεις της προόδου με βάση την προοπτική της προλήψεως, όσον αφορά στην ανάπτυξη υψηλού κινδύνου νοσηλευτικής διαγνώσεως ή εξαλείψεως τροποποίησεως της πραγματικής διαγνώσεως. Τα αναμενόμενα αποτελέσματα είναι διασκευασμένα εντός των ορίων των μακράς διάρκειας παρατηρήσεων με τις βραχείας διάρκειας παρατηρήσεις. Για παράδειγμα, στη νοσηλευτική διάγνωση «Διαταραχή Ακεραιότητας του Δέρματος», «Το άτομο θα έχει πλήρη επούλωση του δέρματος» μπορεί να είναι μακράς διάρκειας κατάληξη, ενώ «Η αντικατάσταση των επιθηλιακών κυττάρων της επιφάνειας του εγκύματος» και «Η επιδιόρθωση του δέρματος χαρακτηρίζεται από υγιή κοκκιωματώδη ιστό» θα είναι βραχείας διάρκειας. Όπως και με τα άλλα στοιχεία του σχεδιασμού της φροντίδας, η κατάσταση των αναμενόμενων είναι δυναμική. Ορισμένα από αυτά γρήγορα επιτυγχάνονται, ενώ άλλα έχουν ανάγκη μεγαλύτερου χρόνου προς τούτο. Ο νοσηλευτής πρέπει να αποσκοπεί περιοδικώς τα δεδομένα αυτά και να τα τροποποιεί με βάση την εξέλιξη του ατόμου.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι οι θεραπείες εκλογής / επιδράσεις της νοσηλευτικής εργασίας για την πρόληψη, τροποποίηση ή εξάλειψη της νοσηλευτικής διαγνώσεως. Αυτές καθοδηγούνται από τους συμβάλλοντες παράγοντες και επιλέγονται με βάση τα αναμενόμενα αποτελέσματα, προκειμένου να είναι επιτυχείς. Οι θεραπείες εκλογής, θα επιλέγονται μόνο στην περίπτωση που υπάρχει η δυνατότητα ρεαλιστικής εφαρμογής τούτων με βάση την ειδική κατάσταση του ασθενούς. Για παράδειγμα, η παρέμβαση δεν πρόκειται να είναι ρεαλιστική για το άτομο εκείνο με διάγνωση «Διαταραχή της Φυσικής Κινητικότητας», σχετιζόμενη με τη μυϊκή συνολική η οποία επιδρά δραστικά στο εύρος της κινήσεως όλων των αρθρώσεων.

Εμείς έχουμε συμπεριλάβει ανεξάρτητες, αλληλοεξαρτώμενες και εξαρτώμενες νοσηλευτικές παρεμβάσεις, οι οποίες αντανακλούν τη σύγχρονη

πρακτική. Εμείς δεν έχουμε δημιουργήσει κάποια διάκριση του είδους των παρεμβάσεων, επειδή υπάρχουν σχετικές διαφορές και αυξημένη ανεξαρτησία στη νοσηλευτική πρακτική. Οι παρεμβάσεις οι οποίες είναι αλληλοεξαρτώμενες ή ανεξάρτητες θα έχουν την ανάγκη της συνεργασίας με άλλους επαγγελματίες. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να καθορίσει πότε τούτο είναι αναγκαίο και να λάβει τα κατάλληλα μέτρα.

Τα σοβαρά προβλήματα δημιουργούνται από την κλιμάκωση του κόστους των φροντίδων υγείας. Το Diagnosis Related Group (DRG), σύστημα ταξινόμησης, αναπτύχθηκε προκειμένου να επιτύχει τον καθορισμό του κόστους για όλες τις ιατρικές διαγνώσεις. Η κυβέρνηση, χρησιμοποιώντας το βάρος αυτού του κόστους θα καθορίσει την πραγματική δαπάνη για τη νοσοκομειακή φροντίδα του ατόμου. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα «τη λογική των νοσοκομειακών και ιατρικών δαπανών, μέσω του μηχανισμού του προκαθορισμού των εξόδων» (Halloran, Kiley & England, 1998, p.22).

Αν και υπάρχουν διαφορές στη νοσηλευτική φροντίδα βασιζόμενες στην οριοθέτησή τους, επιχειρήσανε την ταξινόμηση των νοσηλευτικών παρεμβάσεων εντός τριών κυρίων τμημάτων: Το πρώτο κύριο τμήμα είναι οι ΓΕΝΙΚΕΣ παρεμβάσεις, τις οποίες ορίζουμε σαν κατάλληλες νοσηλευτικές ενέργειες για όλους τους ασθενείς σε όλες τις καταστάσεις. Η δεύτερη κύρια κατηγορία είναι οι ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ παρεμβάσεις, οι οποίες αναφέρονται στις κατάλληλες νοσηλευτικές ενέργειες όταν ο ασθενής είναι στο νοσοκομείο, οίκο ευγηρίας, κέντρο αποκατάστασης ή άλλες νοσοκομειακές καταστάσεις. Η τρίτη κύρια κατηγορία είναι οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις οι οποίες αφορούν την ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ και οι οποίες αναφέρονται στις κατάλληλες νοσηλευτικές ενέργειες στα άτομα εκείνα τα οποία έχουν την ανάγκη παρεμβάσεων στο σπίτι ή τα μέλη της οικογένειας.

Καθεμιά από τις μεγάλες αυτές κατηγορίες έχει διαχωρισθεί σε τρία λογικά τμήματα: αξιολόγηση, θεραπεία και διδασκαλία. Η ενέργεια της αξιολογήσεως έχει σχεδιασθεί προκειμένου να εκτιμηθεί η καθημερινή κατάσταση των ατόμων και η αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών και διδακτικών ενεργειών. Οι παρεμβάσεις αυτές αρχίζουν συνήθως με τις λέξεις, όπως αξιολόγηση, παρακολούθηση ή δοκιμασία – για παράδειγμα, «παρακολουθώντας τα καθημερινά διαιτητικά χαρακτηριστικά». Οι ενέργειες της αξιολογήσεως δεν πρέπει να συγχέονται με τα δεδομένα τα οποία συλλέγονται προ του καθορισμού της νοσηλευτικής διαγνώσεως. Οι ενέργειες της αξιολογήσεως είναι πρόσφορες μετά την εξακρίβωση της διαγνώσεως.

Οι θεραπευτικές και διδακτικές παρεμβάσεις είναι ειδικές δραστηριότητες, οι οποίες χρησιμοποιούνται προς βοήθεια του προβλήματος, παράδειγμα δε είναι «εφαρμόζονται προφυλάξεις έναντι των σπασμών» ή «διδάσκεται το άτομο πώς να εκπλένει ή να αλλάσει των καθετήρα χρησιμοποιώντας άσηπτη τεχνική». Υπάρχουν όμως και στις τρεις αυτές μεγάλες κατηγορίες των παρεμβάσεων ορισμένες οδηγίες σχεδιασμού της φροντίδος, οι οποίες δεν έχουν αξιολογική, θεραπευτική ή διδακτική ενέργεια. Από αυτές, περιλαμβάνονται μόνον όσες είναι κατάλληλες. Πρέπει να τονισθεί ότι κάθε παρέμβαση έχει ανάγκη της συχνής εφαρμογής και παρακολούθησής και τέλος, σε πολλές περιπτώσεις, εξατομικεύεται για τον κάθε ασθενή.

Λογική

Η λογική παρέχει την επιστημονική εξήγηση ή το σκοπό για την παρέμβαση. Κάθε πρακτικός νοσηλευτής είναι αναγκαίο να έχει πάρα πολύ καλή θεωρητική βάση. Ατυχώς όμως, αλλά γεγονός το οποίο είναι σύνηθες, οι νοσηλευτές επιχειρούν τις παρεμβάσεις χωρίς να έχουν κατανοήσει καλά τους λόγους για τις ενέργειες αυτές. Μόνον όταν κατανοηθεί ο σκοπός, τότε οι παρεμβάσεις μπορεί να επιλεγούν με μεγαλύτερη υπευθυνότητα και οι ενέργειες μπορεί να γίνουν ανεκτές από το κάθε άτομο όταν αυτές είναι αναγκαίες.

Η λογική αυτή προσέγγιση παρέχει τη δυνατότητα να χρησιμοποιηθεί σαν μία ταχεία και ευκολόχρηστη πηγή πληροφοριών για το μη εξοικειωμένο νοσηλευτή με τους λόγους εκείνους οι οποίοι απαιτούν παρέμβαση, και να αποτελέσουν τη δεξαμενή για την εκπαίδευση του ατόμου. Οι λογικές αυτές μπορεί να συμπεριλάβουν την εισαγωγή, θεωρία και / ή τα ερευνητικά αποτελέσματα από τη σύγχρονη βιβλιογραφία. Οι λογικές αυτές αποσκοπούν στην παροχή βιβλιογραφικών πληροφοριών για το νοσηλευτή και δεν θα αποτελέσουν πεδίο μεταγραφής επάνω στον σχεδιασμό της απαιτούμενης φροντίδος. Η λογική αυτή δεν έχει εφαρμογή όταν η παρέμβαση είναι αυτεξήγητος⁶.

Πίνακας 2

NANDA – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ ΤΑΞΙΝΟΜΗΜΕΝΕΣ ΣΕ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ ΥΓΕΙΑΣ
1. Αντίληψη και φροντίδα προσωπικής υγείας Διαταραχή της φροντίδας υγείας Μη αποτελεσματική εφαρμογή της θεραπευτικής αγωγής Μη συμμόρφωση στη νοσηλευτική ή/ και θεραπευτική αγωγή Διαταραχή αυτο-προστασίας (υπέρ- ή αδιαφορία)

Κίνδυνος για σωματική βλάβη :

Ατύχημα / ασθένεια

Τραυματισμό

Δηλητηρίαση

Πνιγμό

Συμπεριφορά για προαγωγή της υγείας (εξηγείστε)

2. Διατροφή και μεταβολισμός

Διαταραχή διατροφής: ενδεχόμενη λήψη περισσότερης τροφής από όση χρειάζεται ο οργανισμός

Διαταραχή διατροφής: μεγαλύτερη λήψη τροφής από όση χρειάζεται ο οργανισμός

Διαταραχή διατροφής: λήψη λιγότερης τροφής από την απαιτούμενη από τον οργανισμό

Διακοπή γαλουχίας (θηλασμού)

Μη αποτελεσματικός θηλασμός

Αποτελεσματικός θηλασμός

Μη αποτελεσματικός τρόπος - διατροφής νεογνού

Κίνδυνος για εισροφηση

Ελαττωματική κατάποση

Βλάβη του βλεννογόνου του στόματος

Κίνδυνος για ανεπαρκή όγκο υγρών στον οργανισμό

Ανεπαρκής όγκος υγρών (λόγω ανεπάρκειας ρυθμιστικών μηχανισμών)

Ανεπαρκής όγκος υγρών (λόγω απώλειας υγρών)

Περίσσεια όγκου υγρών

Κίνδυνος για βλάβη της ακεραιότητας του δέρματος

Βλάβη της ακεραιότητας του δέρματος

Βλάβη της ακεραιότητας ιστών

Κίνδυνος για διαταραχή της Θερμοκρασίας του σώματος

Μη αποτελεσματική Θερμορρύθμιση

Υπερθερμία

Υποθερμία

3. Λειτουργία αποβολής αχρήστων ουσιών

Δυσκοιλιότητα

Νομιζόμενη δυσκοιλιότητα

Δυσκοιλιότητα παχέος εντέρου

Διάρροια

Ακράτεια εντέρου

Διαταραχή διούρησης

Λειτουργική ακράτεια ούρων

Αντανεκλαστική ακράτεια ούρων

Ακράτεια ούρων λόγω στρες

Παρορμητική ακράτεια ούρων

Πλήρης ακράτεια ούρων

Επίσχεση ούρων

4. Δραστηριότητα - Άσκηση

Διαταραχή Ψυχοσωματικής ανάπτυξης

Κόπωση

Ανεπάρκεια αυτοφροντίδας στην καθαριότητα / υγιεινή

Ανεπάρκεια αυτοφροντίδας στο ντύσιμο / καλλωπισμό

Ανεπάρκεια αυτοφροντίδας στη λήψη τροφής

Ανεπάρκεια αυτοφροντίδας στη χρήση τουαλέτας
Ανεπάρκεια δραστηριοτήτων Ψυχαγωγίας
Ανεπαρκής εκπλήρωση οικιακών έργων
Κίνδυνος για μη ανοχή δραστηριότητας
Αδυναμία δραστηριότητας
Διαταραχή σωματικής κινητικότητας
Κίνδυνος για σύνδρομο αχρηστίας των μελών του σώματος
Διαταραχή αντανακλαστικών
Μη αποτελεσματικός καθαρισμός των αεροφόρων οδών
Μη αποτελεσματικός τύπος αναπνοής
Διαταραχή ανταλλαγής αερίων
Ανικανότητα για αυθόρμητη (φυσιολογική) αναπνοή.
Δυσλειτουργική αναπνευστική αντίδραση στη διακοπή του μηχανικού αερισμού
Μειωμένη καρδιακή παροχή αίματος
Κίνδυνος για περιφερική νευρο-αγγειακή δυσλειτουργία
Διαταραχή της κυκλοφορίας αίματος στους ιστούς (νεφρούς, εγκέφαλο, καρδιά, πνεύμονες, μυς, γαστρεντερικό σύστημα, λεμφικό σύστημα κ.λπ.)

5. Ύπνος-Ανάπαυση

Διαταραχή συνηθειών ύπνου

6. Νοητική - Αντιληπτική λειτουργία

Πόνος

Χρόνιος πόνος

Διαταραχή αισθητηρίων - αντίληψης. (Διευκρινίσεις: οπτική, ακουστική, κιναισθητική, γευστική, απτική, οσφρητική διαταραχή)

Μονόπλευρη αισθητική διαταραχή. (Το άτομο δεν αντιλαμβάνεται τη μια πλευρά του σώματος του)

Διαταραχή διεργασιών της σκέψης (ανεπαρκής προσανατολισμός, μειωμένη μνήμη, παραλήρημα, Ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις, αδυναμία αφηρημένης σκέψης, μειωμένη κρίση κ.ά.)

Αδυναμία επιλογής και λήψης αποφάσεων

Ανεπάρκεια γνώσεων και ανικανότητα χρησιμοποίησης πληροφοριών

7. Αντίληψη εαυτού και ιδέα περί εαυτού

Φόβος

Άγχος

Απελπισία

Αίσθημα αδυναμίας ελέγχου μιας περίπτωσης

Διαταραχή της αντίληψης της εικόνας και λειτουργίας του σώματος

Διαταραχή της διάκρισης της προσωπικής ταυτότητας ως μοναδικής οντότητας μέσα στο κοινωνικό περιβάλλον

Μη ρεαλιστική αυτοεκτίμηση

Χρόνια χαμηλή αυτοεκτίμηση

Περιστασιακή χαμηλή αυτοεκτίμηση

Κίνδυνος αυτο-κακοποίησης

8. Ρόλοι. - Διαπροσωπικές σχέσεις

Μειωμένη ικανότητα χρήσεως ή κατανόησης της λεκτικής κοινωνίας

Κοινωνική απομόνωση

Ανεπαρκής ή μη αποτελεσματική κοινωνική συναλλαγή

Ανεπάρκεια ή αποτυχία εκπλήρωσης προσωπικών ρόλων

Προκαταβολικό πένθος

Δυσλειτουργικό πένθος (υπερβολικό ή παρετατεμένο)
Κίνδυνος επιθετικότητας εναντίον εαυτού ή άλλων
Δυσλειτουργία της οικογένειας
Διαταραχή γονεϊκού ρόλου
Κίνδυνος για γονεϊκή ανεπάρκεια
Σύγκρουση ή σύγχυση στην ανάληψη του γονεϊκού ρόλου
Δυσκολία στην εκπλήρωση του ρόλου του φροντιστού άλλων
Κίνδυνος έντασης στον ρόλο της φροντίδας άλλων
Σύνδρομο στρες λόγω αλλαγής περιβάλλοντος (φυσικού και κοινωνικού)

9. Διαταραχή οικογενειακής συνοχής

10. Αντιμετώπιση προβλημάτων - Ανοχή του στρες

Μη αποτελεσματική αντιμετώπιση δυσκολιών από το άτομο
Αμυντική αντιμετώπιση
Άρνηση της πραγματικότητας ή της σημασίας ενός στρεσογόνου γεγονότος
Αδυναμία προσαρμογής σε μια κατάσταση
Έντονη συναισθηματική αντίδραση σε ψυχοτραυματική εμπειρία
Αποτελεσματική οικογενειακή αντιμετώπιση προβλημάτων, που προωθεί την ανάπτυξη των μελών της οικογένειας
Μη αποτελεσματική οικογενειακή αντιμετώπιση προβλημάτων που κάνει το άτομο ανίκανο να προσαρμοσθεί στο πρόβλημα υγείας του

11. Σύστημα αξιών και πεποιθήσεων

Διάσπαση των πνευματικών αξιών που διαποτίζουν τη βιοψυχοκοινωνική υπόσταση του ατόμου και το βοηθούν να βρει σκοπό, νόημα και ελπίδα στη ζωή με την αρρώστια.

Όπως ήδη ελέχθη, διατύπωση της νοσηλευτικής διάγνωσης περιλαμβάνει το πρόβλημα της υγείας, υπαρκτό ή ενδεχόμενο, μαζί με τους αιτιολογικούς ή σχετιζόμενους παράγοντες και τα υποστηρικτικά ή αποδεικτικά στοιχεία³.

Κεφάλαιο 4

ΘΕΩΡΙΕΣ ΚΑΙ ΜΟΝΤΕΛΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ

Οι νοσηλευτές ερευνητές χρησιμοποιούν για τις μελέτες τους τόσο μη νοσηλευτικά όσο και νοσηλευτικά εννοιολογικά και θεωρητικά πλαίσια.

Στις παρελθούσες δεκαετίες, οι νοσηλευτές διατύπωσαν έναν αριθμό εννοιολογικών μοντέλων Νοσηλευτικής και νοσηλευτικής πρακτικής. Αυτά αποτελούν τυπικές ερμηνείες του τι είναι η νοσηλευτική επιστήμη, σύμφωνα με την άποψη του θεωρητικού που ανέπτυξε το μοντέλο. Όπως η Fawcett (1989) σημειώνει, στα νοσηλευτικά μοντέλα είναι κεντρικές τέσσερις έννοιες: το άτομο, το περιβάλλον, η υγεία και η Νοσηλευτική.

Τα διάφορα μοντέλα ορίζουν αυτές τις έννοιες με διαφορετικό τρόπο, τις συνδέουν με ποικίλους τρόπους και δίνουν διαφορετική έμφαση στις μεταξύ τους σχέσεις. Παρακάτω γίνεται η ανασκόπηση σε μερικά από τα κύρια εννοιολογικά μοντέλα στη Νοσηλευτική.

Μοντέλο συμπεριφορικών συστημάτων της Johnson.

Το μοντέλο της Johnson (1980) επικεντρώνεται σε ένα συμπεριφορικό σύστημα (τον άρρωστο), στα υποσυστήματά του και στο περιβάλλον. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, κάθε συμπεριφορικό σύστημα είναι μια συλλογή επτά διασχετιζόμενων υποσυστημάτων, τα πρότυπα απόκρισης των οποίων σχηματίζουν ένα οργανωμένο και ολοκληρωμένο σύνολο. Κάθε υποσύστημα εκτελεί ειδικά έργα για το ολοκληρωμένο σύστημα και το καθένα δομείται από τέσσερα κινητήρια στοιχεία: το στόχο, το πλαίσιο, την επιλογή και την ενέργεια ή συμπεριφορά. Το μοντέλο αφορά κυρίως τη συμπεριφορική λειτουργία, που έχει ως αποτέλεσμα την ισορροπία στο ολοκληρωμένο σύστημα. Η λειτουργία της Νοσηλευτικής, στο μοντέλο της Johnson, είναι να βοηθήσει στην επαναφορά του ισοζυγίου σε κάθε υποσύστημα σε περίπτωση ανισοζυγίου και στην πρόληψη μελλοντικών διαταραχών του συστήματος. Διάφοροι ερευνητές έχουν ορίσει το μοντέλο συμπεριφορικών συστημάτων της Johnson ως εννοιολογική τους βάση. Για παράδειγμα, οι Derdarian and Forsythe (1983) περιέγραψαν την ανάπτυξη οργάνου (το Derdarian Behavioral System Model Instrument) για να μετρούν τις παρατηρούμενες συμπεριφορικές αλλαγές σε καρκινοπαθείς αρρώστους.

ΜΟΝΤΕΛΟ ΜΟΝΑΔΙΚΟΥ ΑΤΟΜΟΥ / ΘΕΩΡΙΑ ΑΜΟΙΒΑΙΑΣ

ΣΧΕΣΕΩΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ.

MARTHA ROGERS

Η Rogers δημοσίευσε το βιβλίο « Εισαγωγή στη θεωρητική βάση της Νοσηλευτικής» το 1970. Χρησιμοποίησε γνώσεις από την ανθρωπολογία, την κοινωνιολογία, τη θρησκεία, τη φιλοσοφία, τη μυθολογία και την γενική θεωρία των συστημάτων.

Η Rogers λέει:

1. Ο άνθρωπος είναι μια μοναδική ολότητα που έχει δικής της ακεραιότητα και εκδηλώνει χαρακτηριστικά που είναι μεγαλύτερα και διαφορετικά από το άθροισμα των μερών της.

Σκοπός της Νοσηλευτικής, για τη Rogers, είναι να προωθήσει την αρμονία μεταξύ του ανθρώπου και του περιβάλλοντος του, να ενισχύσει τη συνοχή και την ακεραιότητα του ανθρωπίνου πεδίου και των πεδίων του περιβάλλοντος με σκοπό να βοηθήσει τον άνθρωπο να φτάσει μια μέγιστη κατάσταση υγείας, σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που προτείνει η Rogers συνίστανται στη συλλογή δεδομένων που αφορούν τον άρρωστο και το περιβάλλον του και στη χρήση τεχνικών ή διαπροσωπικών δεξιοτήτων για τη βοήθεια της ολοκλήρωσής του ανθρώπου μέσα στο περιβάλλον.

2. Ο άνθρωπος και το περιβάλλον του αντανακλούν συνεχώς ύλη και ενέργεια. Είναι δηλαδή ανοιχτά συστήματα.
3. Η διεργασία της ζωής εξελίσσεται ανεπίτρεπτα και με μια κατεύθυνση (ανεπανάληπτα τα γεγονότα της ζωής) μέσα στον χώρο και στον χρόνο προς ολοένα και μεγαλύτερη σύνθεση και προς νέους τρόπους προσαρμογής (αυτορύθμιση του οργανισμού).
4. Η οργάνωση και το φαινόμενο της ενεργητικής προσαρμογής χαρακτηρίζουν τον άνθρωπο μεταξύ όλων των άλλων δημιουργημάτων, και αντανακλούν την ανανεωτική του ακεραιότητα (ο άνθρωπος μπορεί να αλλάξει το περιβάλλον του με τις γνώσεις του και να κάνει επιλογές).
5. Ο άνθρωπος χαρακτηρίζεται από την ικανότητά του να σκέπτεται αφηρημένα, να φαντάζεται, να μιλά, να σκέπτεται, να αισθάνεται, να συγκινείται. Η Νοσηλευτική έχει σκοπό την υπηρεσία του ανθρώπου. Η επιστήμη της νοσηλευτικής δεν είναι άθροισμα αρχών προερχόμενων από άλλες επιστήμες αλλά είναι μοναδική επιστήμη διότι ασχολείται με τον όλον άνθρωπο. Η Νοσηλευτική είναι εμπειρική επιστήμη. Είναι λοιπόν ανάγκη να περιγράψει και να εξηγήσει το φαινόμενο που είναι γι' αυτήν κεντρικό: δηλαδή τον

άνθρωπο, και να διατυπώνει επίκαιρες υποθέσεις. Η επιστήμη της Νοσηλευτικής διακρίνει υγεία και αρρώστια, φυσιολογική και παθολογική κατάσταση.

Η Νοσηλευτική είναι ανθρωπιστική επιστήμη. Η διεργασία της ζωής είναι ομοιοδυναμική με τις εξής αρχές:

- Αρχή της αμοιβαιότητας (άνθρωπος –περιβάλλον)
- Αρχή συγχρονισμού
- Αρχή ρυθμίσεως (δυναμική ρυθμική ανάπτυξη με αλλαγή ρυθμών)
- Αρχή της απηχίσεως (ό,τι συμβαίνει στο περιβάλλον απηχεί στον άνθρωπο και αντίθετα, ο άνθρωπος επηρεάζεται από το περιβάλλον και δεν μπορεί να αποσυνδεθεί από αυτό).

Εφαρμογές:

Η άσκηση της νοσηλευτικής τείνει να προωθήσει μια αρμονική αλληλεπίδραση μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντός του, να ενισχύσει τη συνοχή και ακεραιότητα του πεδίου ενέργειας του ατόμου, να διευθύνει ή να κατευθύνει την τάξη και τον συγχρονισμό των πεδίων του ατόμου και του περιβάλλοντός του με σκοπό την πραγμάτωση του μεγίστου δυναμικού της υγείας.

Η αξιολόγηση της καταστάσεως της υγείας κατευθύνεται προς τον καθορισμό των ατομικών διαφορών και προς την βοήθεια του ατόμου να βρει κάποιο αρμονικό συντονισμό με το περιβάλλον του.

Η διατήρηση και η προαγωγή της υγείας πρέπει να γίνουν πιο σπουδαίες για την νοσηλεύτρια .

Κατά τον Rogers, το μοναδικό κέντρο της Νοσηλευτικής είναι: μια ελαστική και δημιουργική, εξατομικευμένη και κοινωνικά προσανατολισμένη, συμπαθής και επιδέξια νοσηλευτική άσκηση.

Σχολιασμός:

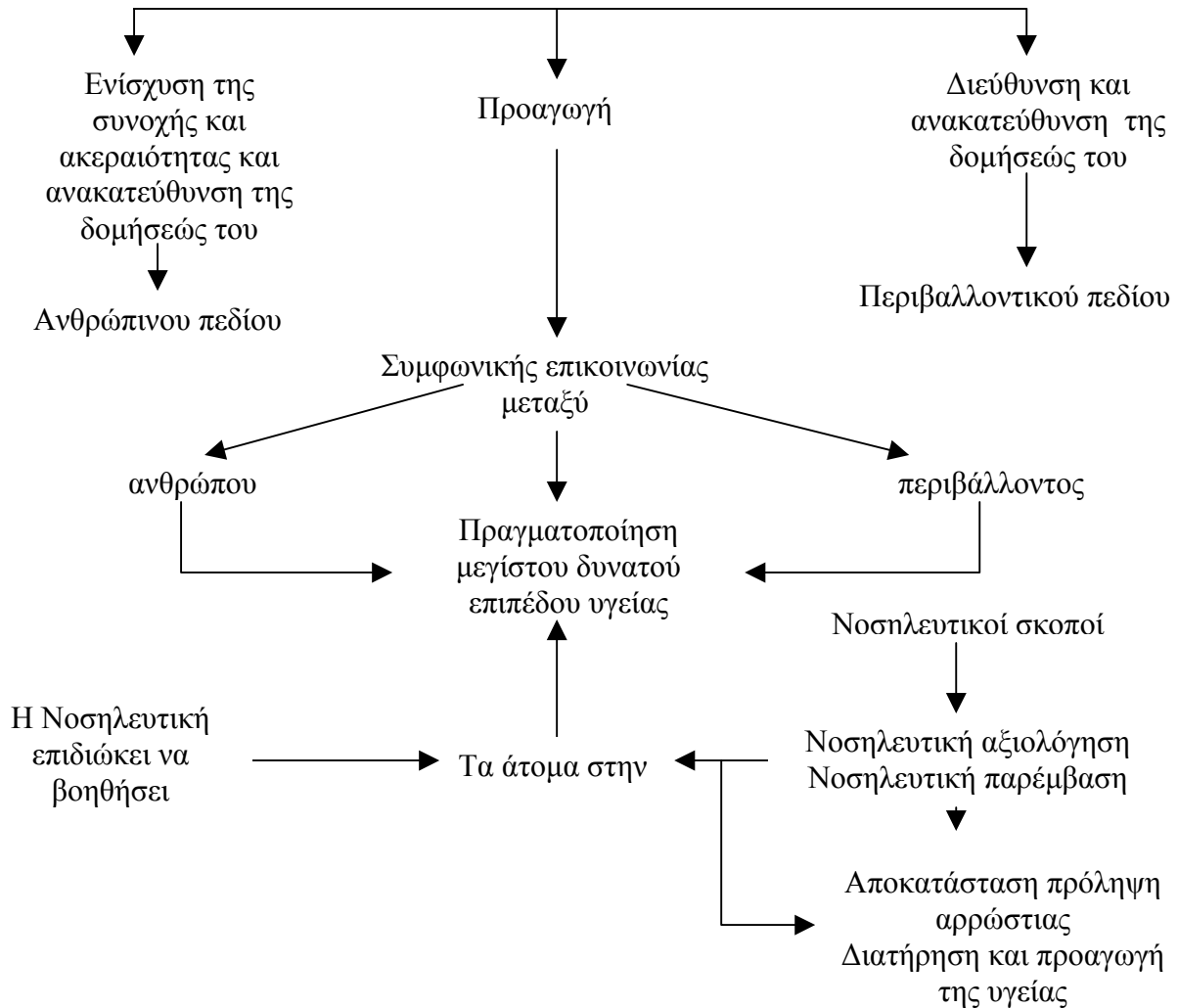
Οι θεωρητικές βάσεις της Rogers είναι περίπλοκες δυσκατανόητες και δεν έχουν εμπειρική ακρίβεια. Όμως γενικεύονται σε όλες τις μορφές της νοσηλευτικής. Βλέπουμε τις νοσηλευτικές πράξεις ή παρεμβάσεις να αποσκοπούν στην προαγωγή, διατήρηση, αποκατάσταση ή ρύθμιση της αμοιβαιότητας μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντός του στο βιολογικό επίπεδο (ανταλλαγή οξυγόνου και διοξειδίου του άνθρακα, σίτιση και αποβολή αχρήστων, ύπνος και εγρήγορση)

Η θεωρία της Rogers παρακινεί τη νοσηλεύτρια ή το νοσηλευτή να βρει νέους ρόλους, να χρησιμοποιήσει δημιουργικότητα, να ενδιαφερθεί για ότι αγγίζει τη ζωή μέσα στον άνθρωπο.

Η Rogers βλέπει τον Νοσηλευτή σαν αναπόσπαστο μέρος του περιβάλλοντος του αρρώστου.

ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ROGERS

Η επιστημονική άσκηση της Νοσηλευτικής επιδιώκει



ΜΟΝΤΕΛΟ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗΣ LEVINE / ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΤΗΡΗΣΕΩΣ ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΚΕΡΑΙΟΤΗΤΑΣ

Η Levine (1973) προτείνει τέσσερις αρχές διατήρησης, οι οποίες αποσκοπούν στο να μεταβάλλουν τις προσαρμοστικές διεργασίες των αρρώστων με θετικούς τρόπους. Ο Νοσηλευτής αναγνωρίζει πρώτα το συγκεκριμένο πρότυπο προσαρμογής του αρρώστου και κατόπιν χρησιμοποιεί τις παρακάτω αρχές στο σχεδιασμό της νοσηλευτικής παρέμβασης:

1. Αρχή διατήρησης της ενέργειας.

Ο Νοσηλευτής οδηγεί τον άρρωστο σε ευνοϊκή ισορροπία μεταξύ ανάπαυσης και δραστηριότητας, δηλαδή τον βοηθάει να χρησιμοποιήσει όλο το δυναμικό του, να ντύνεται μόνος του, να βαδίζει όταν ενδείκνυται, να κάνει ορισμένες κινήσεις χωρίς να κουράζεται πολύ, να επιτυγχάνει ένα μέγιστο βαθμό ασφάλειας.

Ο Νοσηλευτής φροντίζει ώστε ο άρρωστος να παίρνει αρκετή τροφή για να μπορεί να διαθέτει την απαιτούμενη ενέργεια να παίρνει σωστές θέσεις για να μην χάνει ενέργεια, να μπορεί να κοιμάται, ο θόρυβος να περιορίζεται στο ελάχιστο, να μην τον ενοχλεί το φως, τα φάρμακα που παίρνει να δρουν θεραπευτικά, να έχει επαρκές οξυγόνο, να μην ζεσταίνεται ούτε να κρυώνει πολύ, και η αποβολή των αχρήστων (διούρηση –αφόδευση) να είναι τακτική.

Δηλαδή επιδιώκεται μια ισορροπία μεταξύ:

- αναπαύσεως και δραστηριότητας
- υδάτωσης και (διούρησης) αποβολής υγρών
- εισπνοής και εκπνοής
- πρόληψης και απώλειας ηλεκτρολυτών
- σίτισης και αφομοίωσης – παραγωγή ενέργειας – αφόδευσης
- άγχους και απάθειας
- μελαγχολίας και ευφορίας

Γνωρίζουμε πόσο το άγχος μπορεί να ακινητοποιήσει την ενέργεια. Τότε ο Νοσηλευτής προσπαθεί να το ελαττώσει. Πως; Με την ακρόαση του αρρώστου, την αργή και σαφή ομιλία, την εξακρίβωση των αιτιών του άγχους την παροχή εξηγήσεων και πληροφοριών, τοποθετώντας το κουδούνι κοντά του και αφήνοντας ένα μικρό φως τη νύχτα.

2. Αρχή διατήρησης της σωματικής ακεραιότητας.

Στην αρχή αυτή συμπεριλαμβάνεται η πρόληψη ατυχημάτων, τραυματισμών, δηλητηριάσεων, κατακλίσεων, πτώσεων, φλεγμονών, αγκυλώσεων κ.λ.π. Η ελάττωση κινδύνων στο περιβάλλον. Ο άρρωστος να φορά τα γυαλιά του. Προσοχή να μην γλιστρήσει στο μπάνιο. Αποφυγή να γίνουν λάθη στα φάρμακα.

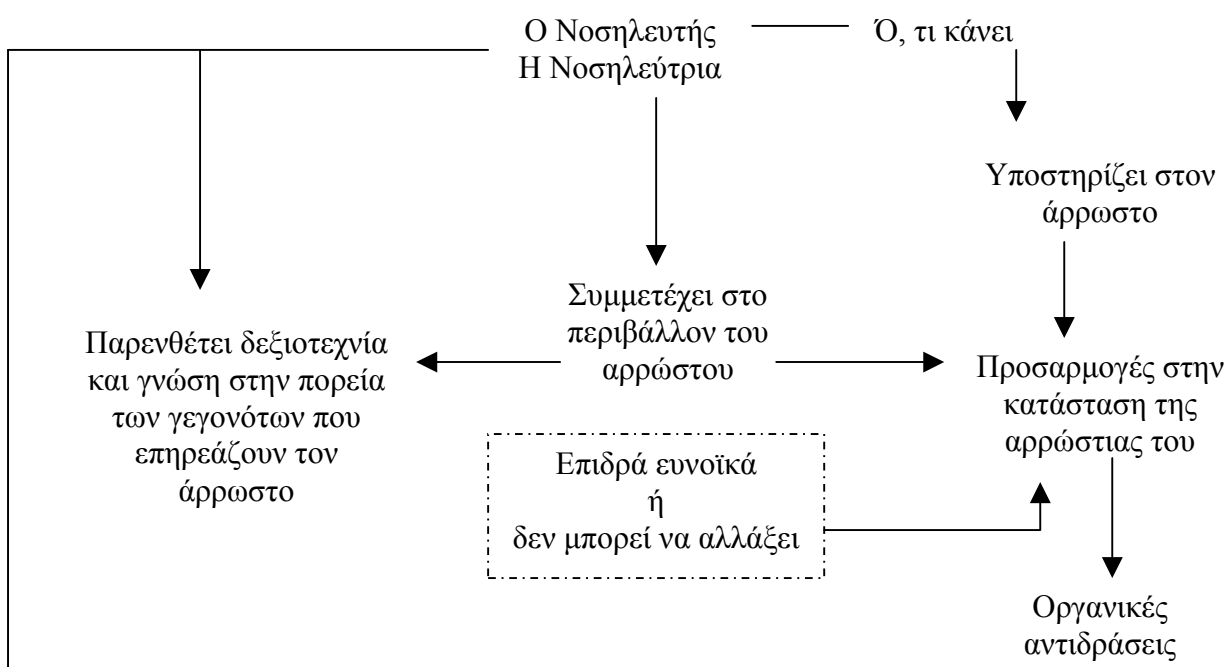
3. Αρχή διατήρησης της προσωπικής – ψυχολογικής ακεραιότητας

Διατήρηση της επιθυμίας και της ικανότητας του αρρώστου να θέτει προσωπικούς σκοπούς, να βρίσκει νόημα στη ζωή του, να πραγματώνεται σαν προσωπικότητα βλέποντας σημαντική συνέχεια μεταξύ παρελθόντος, παρόντος και μέλλοντος.

Ο Νοσηλευτής παρεμβαίνει με την αναγνώρισή του αρρώστου, τη φροντίδα, την παρουσία, τις ενθαρρύνσεις, το σεβασμό του ιδιωτικού χώρου, και των συναισθημάτων του γενικά, με τη δημιουργία επικοινωνίας και ψυχικής προσέγγισης, με τη διδασκαλία του αρρώστου και την παροχή ευκαιρίας στον ηλικιωμένο να διηγείται τις αναμνήσεις του, ώστε να αυξάνει η αυτοεκτίμησή του.

4. Αρχή διατήρησης της κοινωνικής ακεραιότητας. Κάθε άνθρωπος βρίσκει τον σκοπό της ζωής του μέσα από τις επαφές του με τους άλλους: οικογένεια, φίλους, γείτονες, συναδέλφους. Ο Νοσηλευτής βοηθάει τον άρρωστο να διατηρήσει ή να τροποποιήσει τις σχέσεις του, τις σχέσεις του με την οικογένεια, τους φίλους και την κοινότητά του. Ενημερώνει και τον άρρωστο και τους δικούς του και πως μπορεί να διατηρηθούν οι σχέσεις τους και μέσα στο νοσοκομείο. Η Levine πιστεύει ότι οι αρχές της δίνουν νέες κατευθύνσεις για αλιστικές 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. Η θεωρία της Levine είναι απλή, σαφής και μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε όλες τις νοσηλευτικές περιστάσεις.

ΓΡΑΦΙΚΗ ΠΑΡΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ ΤΗΣ LEVINE



ΜΟΝΤΕΛΟ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ – CALLISTA ROY

Το θεωρητικό σχήμα της προσαρμογής στη νοσηλευτική θεωρία της Roy περιλαμβάνει τις ακόλουθες υποθέσεις που σχετίζονται με το άτομο και τη διεργασία της προσαρμογής:

- Το άτομο είναι μια βιοψυχοκινητική ύπαρξη.
- Το άτομο βρίσκεται σε συνεχή αλληλεπίδραση με ένα μεταβαλλόμενο περιβάλλον.
- Για να αντιμετωπίσει τον μεταβαλλόμενο κόσμο, το άτομο χρησιμοποιεί εσωτερικούς και επίκτητους μηχανισμούς που διακρίνονται σε βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς.
- Η υγεία και η αρρώστια είναι μια αναπόφευκτη διάσταση της ζωής του ανθρώπου.
- Για να αντιδράσει θετικά στις περιβαλλοντολογικές αλλαγές, το άτομο πρέπει να προσαρμοστεί
- Η προσαρμογή του ατόμου είναι μια λειτουργία του ερεθίσματος στο οποίο εκτίθεται και της προσαρμογής του.
- Το επίπεδο της προσαρμογής του ατόμου είναι τέτοιο ώστε περιλαμβάνει μια ζώνη που δείχνει το εύρος του ερεθίσματος που θα οδηγήσει σε θετική ανταπόκριση

Η Νοσηλευτική θεωρία της Callista Roy

Λέγεται και θεωρία της «προσαρμογής» στηριζόμενη στη θεωρία των «συστημάτων», στη θεωρία επιπέδου προσαρμογής του Helson και σε ανθρωπιστικές αξίες.

Αρχές από τη θεωρία των «συστημάτων».

1. Σύστημα είναι σύνολο μονάδων σχετιζομένων ή συνδεδεμένων μεταξύ τους κατά τρόπο ώστε να σχηματίζουν μια ενότητα ή σύνολο.
2. Σύστημα είναι ένα σύνολο που λειτουργεί σαν ένα όλο με την αλληλεξάρτηση των μερών του.

3. Τα συστήματα έχουν εισαγόμενα και εξαγόμενα στοιχεία καθώς και διεργασίες ελέγχου και ανατροφοδοτήσεως.
4. Τα εισαγόμενα υπό μορφή ενός σταθερού κριτηρίου ή ανατροφοδοτήσεως συχνά αναφέρονται σαν πληροφορία.
5. Τα ζώντα συστήματα είναι πιο περίπλοκα από τα μηχανικά συστήματα.

Αρχές από τη θεωρία προσαρμογής του Helson

1. Η ανθρώπινη συμπεριφορά αντιπροσωπεύει προσαρμογή σε περιβαλλοντολογικές και οργανικές δυνάμεις.
2. Η προσαρμοστική συμπεριφορά είναι λειτουργία του επιπέδου «ερέθισμα και προσαρμογή» δηλαδή το αποτέλεσμα των εστιακών, περιστασιακών και υπολειμματικών ερεθισμάτων.
3. Οι ανταποκρίσεις αντιπροσωπεύουν την κατάσταση του οργανισμού.

Ανθρώπινες αρχές

1. Τα άτομα έχουν τη δική τους δημιουργική δύναμη.
2. Η συμπεριφορά ενός ατόμου είναι σκόπιμη και όχι απλώς μια αλυσίδα αιτίας και αποτελέσματος.
3. Οι γνώμες και οι απόψεις του ατόμου έχουν αξία.
4. Η διαπροσωπική σχέση είναι σημαντική.

Για τη Roy, σκοπός της Νοσηλευτικής είναι να βοηθάει τον άνθρωπο να προσαρμόζεται σε αλλαγές στις βιολογικές του ανάγκες, στην ιδέα για τον εαυτό του, στην άσκηση του ρόλου του και στις σχέσεις του αλληλεξαρτήσεως κατά την υγεία και την αρρώστια. Η Νοσηλευτική εκπληρώνει ένα μοναδικό ρόλο διευκόλυνσεως της προσαρμογής με την αξιολόγηση της συμπεριφοράς στον καθένα από τους τέσσερις προσαρμοστικούς τρόπους (βιολογικές ανάγκες, αυτοαξία, άσκηση του ρόλου, αλληλεξάρτηση) και παρεμβαίνοντας με τον χειρισμό των επιδρώντων ερεθισμάτων.

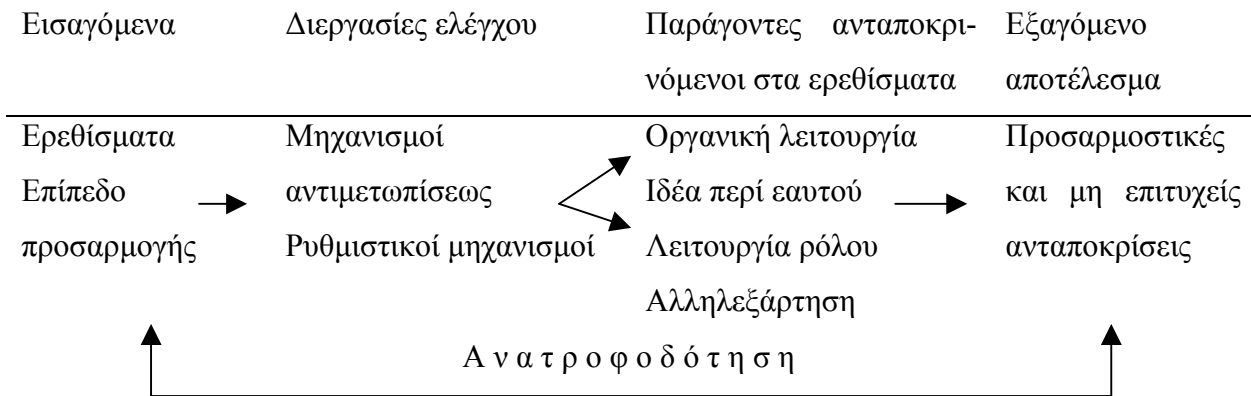
Η Roy χρησιμοποιεί τη νοσηλευτική διεργασία – αξιολόγηση, προγραμματισμό, παρέμβαση και εκτίμηση των αποτελεσμάτων για να διευκολύνει την προσαρμογή του ατόμου.

Για παράδειγμα, σε μία θερμοκρασιακή μεταβολή το άτομο ζεσταίνεται ή κρυώνει. Τα αισθήματα αυτά αποτελούν το ερέθισμα που προκαλεί μια προσαρμοστική συμπεριφορά. Το άτομο αισθάνεται την ανάγκη να ενεργήσει για ικανοποίησή της. Η Roy πιστεύει ότι κάτω από την προσαρμοστική συμπεριφορά βρίσκονται βασικές ανθρώπινες ανάγκες. Η Νοσηλευτική διεργασία χρησιμοποιείται

για να ενισχύσει την προσαρμοστική συμπεριφορά του αρρώστου. Η Hunter (1991) στήριξε τη μελέτη της, που αφορούσε τη μασχαλιαία μέτρηση θερμοκρασίας στα νεογνά, στο μοντέλο προσαρμογής της Roy.

Η Νοσηλευτική ενδιαφέρεται για τον άνθρωπο σαν βιοψυχοκοινωνική ύπαρξη, σε διαρκή επικοινωνία με ένα μεταβαλλόμενο περιβάλλον.

Η Roy, παρουσιάζει τον άνθρωπο σαν σύστημα προσαρμογής στο ακόλουθο σχήμα:



ΜΟΝΤΕΛΟ ΑΝΟΙΚΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ – King

Η King (1981) προτείνει ένα μοντέλο γενικών συστημάτων για το ανθρώπινο επίπεδο λειτουργίας. Οι άνθρωποι, το περιβάλλον, η Νοσηλευτική και η υγεία είναι οι τέσσερις έννοιες της. Παραδέχεται τρία δυναμικά αλληλεπιδρώντα συστήματα. Κάθε άτομο είναι ένα προσωπικό σύστημα. Τα άτομα αλληλεπιδρούν μεταξύ τους για να σχηματίσουν κατόπιν τα κοινωνικά συστήματα. Τα προσωπικό σύστημα ενός ατόμου εξαρτάται κύρια από την αντίληψη του εαυτού του. Οι αντιλήψεις αυτές επηρεάζουν άμεσα τη συμπεριφορά. Η Νοσηλευτική διεργασία νοσηλευτής – άρρωστος συμπεριλαμβάνεται στο διαπροσωπικό σύστημα. Τα κοινωνικά συστήματα (οικογένεια, εκπαιδευτικά συστήματα και συστήματα φροντίδας υγείας) παρέχουν την πλοκή μέσα στην οποία εργάζεται ο νοσηλευτής. Για να βοηθούν τους αρρώστους να πετυχαίνουν τους σκοπούς τους, πρέπει οι νοσηλευτές να αλληλεπιδρούν αποτελεσματικά με τα κοινωνικά συστήματα.

Η King πιστεύει ότι η θεωρία της «οργανώνει την πολυπλοκότητα και την ποικιλία της Νοσηλευτικής... και αναζητά σχέσεις σε αυτή την πολυπλοκότητα και ποικιλία». Οι Hanuexhagurn kui and Viuya-nguah (1991) χρησιμοποίησαν την έννοια επιτυχία σκοπού της King στη μελέτη τους, που αφορούσε τα αποτελέσματα στη μετεγχειρητική ανάρρωση και ικανοποίηση από τη φροντίδα της συμμετοχής των αρρώστων στην αυτοφροντίδα.

ΜΟΝΤΕΛΟ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ – B.Newman.

Η Newman (1982,1986) προτείνει ένα μοντέλο συστημάτων φροντίδας υγείας, που θεωρεί το άτομο πλήρες σύστημα με μέρη και υπομέρη, τα οποία διασχετίζονται. Βλέπει τους ανθρώπους να υπόκεινται σε στρεσογόνους παράγοντες και να έχουν εύκαμπτα όρια αντίστασης, που τους βοηθούν να αμύνονται ενάντια στους παράγοντες αυτούς.

Η νοσηλευτική εκτίμηση επικεντρώνεται στην εξασφάλιση πληροφοριών για τη σχέση ανάμεσα στις φυσιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικοπολιτιστικές και αναπτυξιακές μεταβλητές. Η νοσηλευτική παρέμβαση μπορεί να είναι πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, ή τριτοβάθμια. Η νοσηλευτική διεργασία στοχεύει στη διευκόλυνση χρησιμοποίησης του μοντέλου. Οι Ross and Bourbonnais (1985), που περιέγραψαν τους διαπροσωπικούς, ενδοπροσωπικούς και εξωπροσωπικούς στρεσογόνους παράγοντες που αναγνωρίστηκαν στη φροντίδα στο σπίτι ενός άνδρα μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου, συνέδεσαν τη μελέτη τους με αυτό το μοντέλο.

Το συνεχές ευεξία – νόσος της Newman, που στηρίζεται σε μοντέλο συστημάτων ΜΟΝΤΕΛΟ ΑΝΘΡΩΠΟΥ – ΖΩΗΣ – ΥΓΕΙΑΣ της Parse

Το μοντέλο της Parse (1987) θεωρεί μια ανθρώπινη ύπαρξη ως ανοιχτό σύστημα ικανό να διαλέξει ελεύθερα μέσα από μία 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 μια 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 μπορεί τότε να καθοδηγούν, 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. Για παράδειγμα η Banonis (1989) στηρίχθηκε στο μοντέλο της Parse στη μελέτη της για την εμπειρία ανάρρωσης από εθισμό.

ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Η Ελληνικής Νοσηλευτική μελετά και συγκρίνει τις επιστημονικές νοσηλευτικές θεωρίες που επικρατούν στον διεθνή νοσηλευτικό ορίζοντα, βγάζει συμπεράσματα και συνθέτει, αναπτύσσει και διαμορφώνει τη δική της θεωρία.

Συγκρίνοντας τις διάφορες θεωρίες που αναπτύχθηκαν στα προηγούμενα κεφάλαια διακρίνουμε διαφορές και ομοιότητες μεταξύ τους. Οι κοινές ιδέες που επισημαίνονται, αν και εκφράζονται διαφορετικά είναι:

- Η Νοσηλευτική είναι έργο που παράγει αποτελέσματα με διαπροσωπική σχέση βοήθειας νοσηλευτού και αρρώστου.
- Η Νοσηλευτική είναι πράξη, μοναδική υπηρεσία προς τον άνθρωπο, ξεχωριστό έργο επειδή έχει δικές της κατευθύνσεις και ενέργειες διαφορετικές από τις ενέργειες της Ιατρικής.
- Οι νοσηλευτικές ανάγκες του αρρώστου αποτελούν προσδιοριστικό παράγοντα για το ρόλο του νοσηλευτού.

Το μεγάλο εύρος των θεωρητικών περιγραφών των νοσηλευτικών παρεμβάσεων και αποτελεσμάτων βοηθάει ώστε κάθε επιστήμονας νοσηλευτής να χρησιμοποιεί μια ξεχωριστή προσέγγιση, να προσαρτά δικά του σύμβολα και να εξετάζει τις επιπτώσεις για ερευνητικές μεθοδολογίες.

Κεφάλαιο 5

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ (ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ)

Η νοσηλευτική Διεργασία είναι η συστηματική χρησιμοποίηση της μεθόδου ανάλυσης και λύσεις προβλημάτων, η οποία περιλαμβάνει επικοινωνία με το άτομο, λήψη αποφάσεων και διεκπεραίωση αποφάσεων αυτών που βασίζονται στην αξιολόγηση της κατάστασης του ατόμου, καθώς και η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων που έγιναν.

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

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

Οι σκοποί της Νοσηλευτικής Διεργασίας είναι:

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

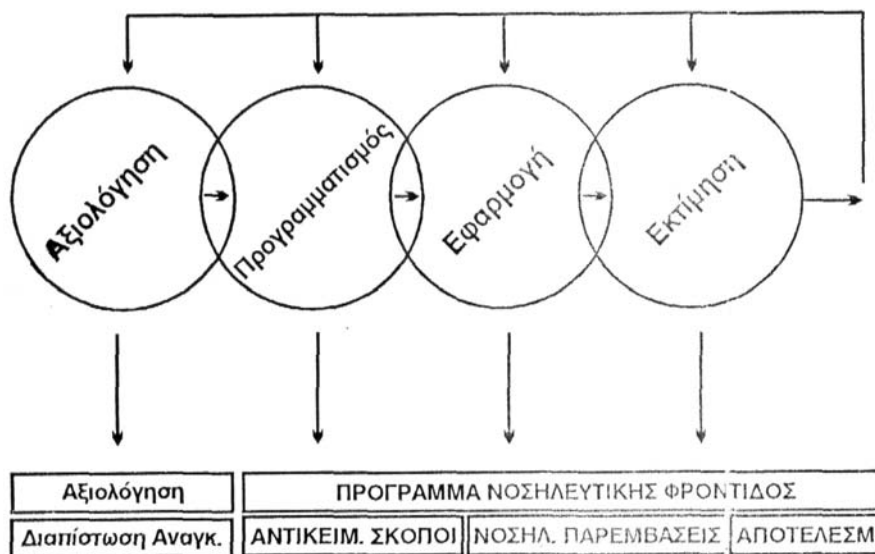
Το σύστημα είναι ανοιχτό και ελαστικό. Επιτρέπει συνεχή εισαγωγή και ενσωμάτωση νέων πληροφοριών καθώς και συχνή αναθεώρηση και αναπροσαρμογή της νοσηλείας του αρρώστου. Είναι μέθοδος εξατομικευμένης φροντίδας και όχι νέα στη νοσηλευτική. Νέα είναι η μέριμνα των νοσηλευτών να αναπτύξουν μεγαλύτερη κατανόηση των προβλημάτων του αρρώστου, της επιστημονικής τεκμηρίωσης των ενεργειών και των αποτελεσμάτων αυτών, ώστε η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας να είναι πάντα υψηλή και να προάγει την υγεία του ατόμου³.

Η Νοσηλευτική Διεργασία αποτελείται από έναν αριθμό σταδίων. Μερικοί νοσηλευτές διακρίνουν 5 στάδια, άλλοι 4 και άλλοι 3. Το περιεχόμενο τους όμως και η σειρά των σταδίων είναι ίδια σε όλους.

Ο ΠΟΥ και πολλές από τις νοσηλεύτριες που ασχολήθηκαν με τη Νοσηλευτική Διεργασία, την διακρίνουν σε 4 στάδια. Τα στάδια της Νοσηλευτικής διεργασίας είναι:

1. Η αξιολόγηση των αναγκών και προβλημάτων του ατόμου
2. Ο προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας
3. Η εφαρμογή του προγράμματος της νοσηλευτικής φροντίδας
4. Η αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας (εκτίμηση και αποτελέσματα)

Διαγραμματικά φαίνονται τα 4 στάδια στο σχήμα 1.



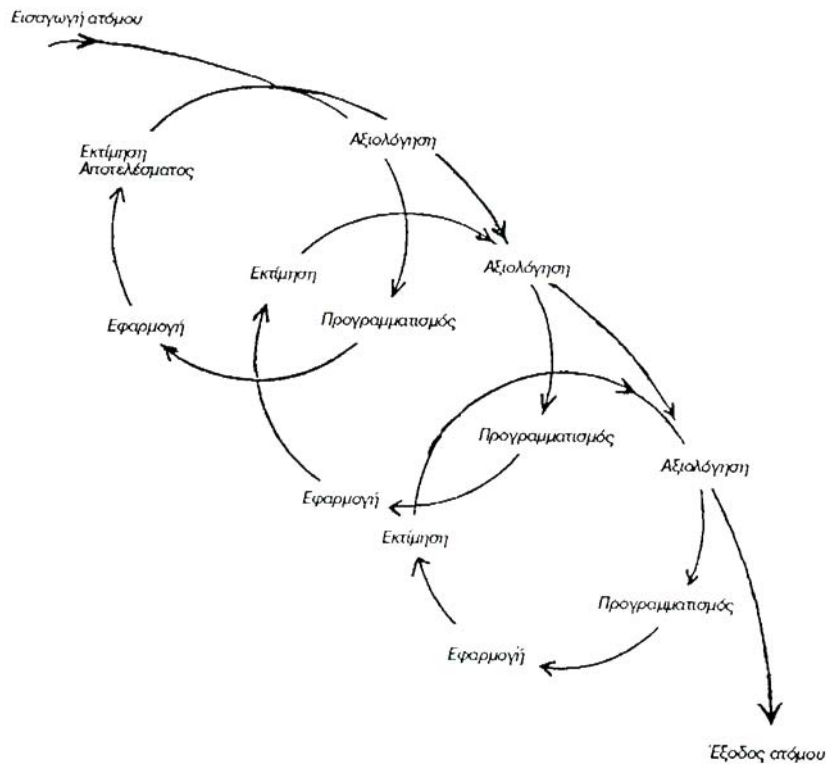
Σχήμα 1. Στάδια Νοσηλευτικής Διεργασίας (ΠΟΥ 1981)⁵.

Είναι απαραίτητο να σημειωθεί ότι για να εργαστεί ο νοσηλευτής σύμφωνα με τη Νοσηλευτική Διεργασία πρέπει να εξασφαλιστούν ορισμένες προϋποθέσεις.

1. Να στελεχωθούν οι νοσηλευτικές υπηρεσίες με νοσηλευτές πτυχιούχους πρώτου επιπέδου (απόφοιτους ΤΕΙ ή ΑΕΙ στα ελληνικά δεδομένα) που είναι σε θέση να την εφαρμόσουν.
2. Να υπάρχει στη Νοσηλευτική υπηρεσία σύστημα εξατομικευμένης φροντίδας. Ο κάθε νοσηλευτής ή μια ομάδα νοσηλευτών να είναι υπεύθυνοι για την φροντίδα ορισμένου αριθμού ατόμων. Το σύστημα που επικρατεί ακόμη σε μεγάλη κλίμακα στην Ελλάδα είναι ο καταμερισμός της εργασίας σε όλους τους νοσηλευτές για όλους τους αρρώστους με αποτέλεσμα τον κατατεμαχισμό της νοσηλευτικής φροντίδας. (π.χ. κάποιος αναλαμβάνει τις ενέσεις, άλλος τα φάρμακα κ.λ.π.). Σε ένα τέτοιο σύστημα είναι αδύνατον να εφαρμοστεί η Νοσηλευτική Διεργασία.

3. Να συστηματοποιηθεί το γραπτό σύστημα επικοινωνίας. Οι νοσηλευτές είναι απαραίτητο να καταγράφουν όλη την εργασία τους τόσο στο νοσηλευτικό ιστορικό όσο και στο πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας.

Η Νοσηλευτική Διεργασία είναι κυκλική ενέργεια, συνέχει επαναλαμβανόμενη μέχρι να επιτύχει τον τελικό σκοπό της που είναι η ολοκλήρωση της φροντίδας που χρειάζεται το άτομο (Σχήμα 7).



Σχήμα 2. Η νοσηλευτική Διεργασία σαν κυκλική δραστηριότητα.

4. Η αποδοχή του συστήματος από τους νοσηλευτές καμία αλλαγή δεν μπορεί να επέλθει εάν οι ίδιοι οι άμεσα ενδιαφερόμενοι, δεν το αποδέχονται, τόσο στο θεωρητικό πλαίσιο όσο και στην καθημερινή πράξη.

Οι νοσηλευτές χρειάζεται να δραστηριοποιηθούν αποτελεσματικά, να οργανώσουν καλύτερα και αποδοτικότερα την εργασία τους και να επιβληθούν στην υγειονομική κοινότητα με τη γνώση και την επιστημονική τους κατάρτιση.

Τότε θα επιτευχθεί και η κοινωνική καταξίωση του νοσηλευτικού έργου οπότε και η Νοσηλευτική επιστήμη θα πάρει τη θέση που της ανήκει ανάμεσα στις άλλες Επιστήμες Υγείας⁵.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ – ΕΚΤΙΜΗΣΗ:

Η νοσηλευτική πράξη αρχίζει με την αξιολόγηση του ατόμου αφενός και της σχέσεως του με το περιβάλλον αφετέρου. Η αξιολόγηση αυτή είναι συνεχής αφού ο άρρωστος υπόκειται συνεχώς σε μεταβολές και αλλαγές στη σχέση του με το περιβάλλον. Η αξιολόγηση είναι η συστηματική συλλογή πληροφοριών, δεδομένων που περιλαμβάνει:

- Εκτίμηση της κατάστασης υγείας και του επιθυμητού επιπέδου αυτής.
- Αναγνώριση των παραγόντων κινδύνου για την υγεία.
- Εξακρίβωση των διαταραχών και προβλημάτων της υγείας και της αντίδρασης του αρρώστου προς αυτά, καθώς και προς όλες τις νοσηλευτικές και ιατρικές παρεμβάσεις που ήδη εφαρμόστηκαν.
- Επισήμανση των δυνατοτήτων και των συνήθων τρόπων αντιμετώπισης δυσκολιών από τον άρρωστο.
- Αξιολόγηση της οικογένειας των διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας και άλλων σχετικών παραγόντων του περιβάλλοντος οι οποίες πληροφορίες και δεδομένα στην συνέχεια αναλύονται από τον νοσηλευτή με βάση τις γνώσεις και την κρίση του και έτσι διαπιστώνονται οι ιδιαίτερες συγκεκριμένες ανάγκες του ατόμου για νοσηλευτική φροντίδα. Επομένως στο στάδιο αυτό περιλαμβάνονται δύο δραστηριότητες: α) Η συλλογή των πληροφοριών και β) Η ανάλυση των πληροφοριών που συγκεντρώθηκαν. Και οι δύο αυτές δραστηριότητες, απαιτούν από το νοσηλευτή δεξιότητες, ικανότητα και φυσικά επιστημονική γνώση.

Η αξιολόγηση αποτελεί την βάση της Νοσηλευτικής Διεργασίας. Οι τρεις φάσεις ή στάδια που ακολουθούν εξαρτώνται αποκλειστικά από την ποιότητα και την πληρότητα τόσο της αρχικής αξιολόγησης της κατάστασης του ατόμου όσο και της συνεχούς καθημερινής επαναξιολόγησης του, η οποία είναι απαραίτητη, αφού η κατάσταση της υγείας μεταβάλλεται συνεχώς και επομένως οι ανάγκες διαφοροποιούνται. Χρειάζεται να τονιστεί δε ότι όχι μόνο η αξιολόγηση πρέπει να γίνεται προσεκτικά, αλλά και τα αποτελέσματα της πρέπει να παρουσιάζονται γραπτώς με τρόπο συστηματικό με διαύγεια και σαφήνεια⁵.

Κατά την νοσηλευτική αξιολόγηση ο άρρωστος προσεγγίζεται ως μοναδική ύπαρξη στην ολότητα της και τα δεδομένα συλλέγονται από όλες τις διαστάσεις του, δηλαδή από τη βιολογική, ψυχολογική, αναπτυξιακή (στάδιο ηλικίας), κοινωνική, πολιτιστική, πνευματική και περιβαλλοντική άποψη της λειτουργικότητάς του, το επίπεδο της υγείας, τις θετικές δυνάμεις, τις συνήθειες και συμπεριφορές φροντίδας της υγείας του, τις διαταραχές που παρουσιάζει και τους παράγοντες κινδύνου που τον απειλούν³.

Η αξιολόγηση επιτυγχάνεται με διάφορες στρατηγικές συλλογής πληροφοριών.

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

- Ο άρρωστος ή το άτομο γενικότερα.
- Οι γιατροί διαφόρων ειδικοτήτων.
- Οι νοσηλευτές.
- Τα μέλη της υγειονομικής ομάδος.
- Η οικογένεια και οι φίλοι.
- Διάφορες γραπτές πληροφορίες (διαγνωστικές εξετάσεις)
- Κλινική εξέταση όλων των συστημάτων
- Παλαιό ιστορικό, εκθέσεις ιατρικές κ.λ.π.

Η αξιολόγηση γίνεται πιο εμπειριστατωμένη όσο οι πηγές που χρησιμοποιούνται για τη συλλογή πληροφορικών είναι περισσότερες⁵.

Οι κυριότερες στρατηγικές συλλογής είναι: η νοσηλευτική συνέντευξη με τον άρρωστο, η παρατήρηση, η κλινική εξέταση, η μελέτη του φακέλου υγείας με το ιατρικό ιστορικό, τα προηγούμενα τυχόν φύλλα νοσηλείας, τα εργαστηριακά και άλλα διαγνωστικά ευρήματα, η επικοινωνία με μέλη της οικογενείας και άλλα σημαντικά πρόσωπα του αρρώστου, η συνεργασία με συναδέλφους νοσηλευτές, με γιατρούς και με άλλους επιστήμονες της θεραπευτικής και ιατρικής βιβλιογραφίας.

Η επικοινωνία παίζει καθοριστικό ρόλο στη συλλογή πληροφοριών καθόλη τη διάρκεια της νοσηλευτικής αξιολόγησης. Η επικοινωνία διακρίνεται σε δύο κυρίως είδη: την λεκτική ή με λόγια και την εκφραστική ή χωρίς λόγια (Σχήμα 2)



Σχήμα 2. Τρόποι και Μέσα Επικοινωνίας

Η προφορική επικοινωνία λέγεται και συνέντευξη. **Συνέντευξη** είναι η πρόσωπο με πρόσωπο συνάντηση με σκοπό τη συζήτηση για συγκέντρωση πληροφοριών. Η συνέντευξη που γίνεται με σκοπό την αξιολόγηση της υγείας του ατόμου είναι τόσο προφορική όσο και γραπτή με την χρησιμοποίηση του ερωτηματολογίου το οποίο περιέχει συγκεκριμένες ερωτήσεις. Για να είναι δε αποτελεσματική συνοδεύεται από την παρατήρηση και από χρησιμοποίηση όλων των αισθήσεων του νοσηλευτή, με σκοπό να συλλάβει και όλα τα μη λεκτικά μηνύματα που θα δώσει το άτομο. Ενώ συνομιλεί με το άτομο ο νοσηλευτής καταγράφει τις πληροφορίες που παίρνει και συγχρόνως παρατηρεί και σημειώνει: εκφράσεις και κινήσεις του προσώπου, θέση και στάση του σώματός του συνομιλητή, ταχύτητα και τόνο φωνής, καθώς και κάθε τι που συλλαμβάνει με τις αισθήσεις του.

Ο άρρωστος ενθαρρύνεται να μιλήσει πως αισθάνεται το πρόβλημα της υγείας του, κατά πόσο ήταν υγιής στο παρελθόν και ποια είναι τα πρόσφατα σημαντικά γεγονότα στη ζωή του (αλλαγή εργασίας, δημιουργία οικογένειας ή οικογενειακές συγκρούσεις ή πένθος για απώλεια αγαπημένου προσώπου). Τα ατομικά στοιχεία του αρρώστου: ηλικία, μόρφωση, επάγγελμα, διεύθυνση κατοικίας, φύλο και τα συναφή χαρακτηριστικά μπορούν να πληροφορήσουν τον νοσηλευτή για τις συνθήκες ζωής, διαπροσωπικά προβλήματα, τύπο διατροφής, υγιεινές συνθήκες

και κατά πόσο αυτά δημιούργησαν την ασθένεια ή λόγω της ασθένειας έπαθαν αλλαγές, που δημιουργούν στον άρρωστο δυσφορία.

Γενικές οδηγίες για Σωστή Συνέντευξη

1. Δημιουργείτε άνετο φυσικό περιβάλλον. Είναι απαραίτητο να εξασφαλιστεί κατάλληλος χώρος όπου :
 - Θα επικρατεί ησυχία, χωρίς συχνές διακοπές από πρόσωπα, τηλεφωνήματα, επισκέψεις κλπ. Κάθε διακοπή διακόπτει και τη συνέχεια της συνέντευξης.
 - Ο χώρος να αερίζεται και κλιματίζεται σωστά, ώστε το άτομο που δίνει τις πληροφορίες να μη πιέζεται από συνθήκες ψύχους, υπερβολικής ζέστης ή υγρασίας, που μειώνουν τη διάθεση του ατόμου για συζήτηση.
 - Τα δύο άτομα να κάθονται άνετα και ξεκούραστα και σε θέση που να εξασφαλίζεται προσωπική επαφή μεταξύ τους, χωρίς να καταβάλλουν ιδιαίτερη προσπάθεια.
2. Δημιουργείτε άνετο ψυχοκοινωνικό περιβάλλον. Ο νοσηλευτής για να επιτύχει το σκοπό αυτό:
 - Απευθύνεται στο άτομο με το όνομά του.
 - Δίδει το δικό του όνομα, την ιδιότητά του και εξηγεί τον σκοπό της συνάντησης και την χρήση των πληροφοριών που συγκεντρώνει.
 - Σέβεται την προσωπικότητα και τη γνώμη του ατόμου.
 - Τον ακούει προσεκτικά, χωρίς να τον κρίνει ή να προβάλλει την δική του γνώμη και τοποθέτηση σε οποιοδήποτε θέμα ατομικό, κοινωνικό ή οικογενειακό.
3. Δημιουργήστε κλίμα εμπιστοσύνης, διαβεβαιώνοντας το άτομο ότι:
 - Οι πληροφορίες που συγκεντρώνονται έχουν σκοπό να του εξασφαλίσουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα και
 - Είναι απόλυτα εμπιστευτικές.
4. Διατηρείστε τη συζήτηση στα απαιτούμενα πλαίσια, δίδοντας συγχρόνως στο άτομο την ευκαιρία να μιλήσει ελεύθερα. Σε περίπτωση όμως που ξεφεύγει σε μακρές διηγήσεις τον επαναφέρετε με ευγένεια και λεπτότητα χωρίς να τον προσβάλετε.
5. Αρχίζετε τη συνέντευξη με μερικές παρατηρήσεις ή ερωτήσεις που δεν στοιχίζουν. (Μια παρατήρηση για το όμορφο περιβάλλον, για τα ωραία λουλούδια του ανθοδοχείου ή για την όμορφη οικογενειακή φωτογραφία που βλέπετε, βοηθούν το άτομο να αισθανθεί πιο άνετα). Αρχίζετε με ανοικτές ερωτήσεις, ενισχύοντας το άτομο να περιγράψει.

Παράδειγμα: Για πέστε μου λοιπόν πώς βλέπετε τα πράγματα τώρα; ή περιγράφετε πώς αισθανθήκατε αυτόν τον πόνο.

Οι ερωτήσεις αυτές δίδουν την ευκαιρία στο άτομο να μιλήσει γι' αυτό που ενδιαφέρει περισσότερο τον ίδιο και αισθάνεται ότι είναι κυρίαρχος της συζήτησης. Αντίθετα, ερωτήσεις προσωπικές και μονολεκτικές από την αρχή δίδουν την εντύπωση ελέγχου και καταγραφής. Οι κλειστές ερωτήσεις, όπως λέγονται, τον περιορίζουν σε μονολεκτικές απαντήσεις. Τέτοιες ερωτήσεις

είναι: η ηλικία, το επάγγελμα, η θρησκεία κλπ. Και αυτές είναι απαραίτητο να γίνουν αλλά σταδιακά, με προσοχή και διάκριση.

6. Ενισχύετε το άτομο να περιγράψει. Με τον τρόπο αυτό συγκεντρώνετε πολλές και χρήσιμες πληροφορίες για τον ίδιο και την οικογένειά του, τον χαρακτήρα του, τις γνώσεις, το μορφωτικό και βιοτικό του επίπεδο. Σε περίπτωση υπερβολής είναι δικό σας καθήκον να επαναφέρετε την συζήτηση

στο σωστό δρόμο. Συγχρόνως παρακολουθείτε και τις εκφράσεις που συνοδεύουν τα όσα διηγείται.

7. Διατυπώνετε τις ερωτήσεις με απλά λόγια, με σαφήνεια και ακρίβεια. οι πολύπλοκες ερωτήσεις προκαλούν σύγχυση στο άτομο και δυσκολεύουν την απάντηση.

8. Απευθύνετε μια ερώτηση κάθε φορά και δώσετε χρόνο στο άτομο να απαντήσει πριν προχωρήσετε σε άλλη.

9. Αποφεύγετε τις διπλές ή δισκελείς ερωτήσεις διότι: Το άτομο δυσκολεύεται και αισθάνεται πίεση και είναι δυνατόν να πάρει μια μόνο απάντηση από τις δύο ή τρεις που περιμένετε. Αυτό γιατί δεν μπόρεσε να συλλάβει και τις δύο ή γιατί βρίσκει ευκαιρία να αποφύγει την απάντηση στο ένα σκέλος της ερώτησης που δεν του είναι πολύ ευχάριστο.

10. Χρησιμοποιείτε λεξιλόγιο κατανοητό και ανάλογο με το μορφωτικό επίπεδο του συνομιλητού σας.

11. Μην απευθύνετε στο άτομο ερωτήσεις στις οποίες έχει απαντήσει προηγουμένως, εκτός εάν αυτό είναι απαραίτητο για να διαπιστώσετε ή επιβεβαιώσετε κάτι⁵.

Η κλινική-σωματική εξέταση του αρρώστου αποβλέπει στην εκτίμηση της λειτουργίας και ακεραιότητας των μερών του σώματός του. Η μέθοδος αυτή γίνεται με συστηματικό τρόπο χωρίς να ταλαιπωρείται ο ασθενής με άσκοπες αλλαγές θέσεως. Τα στοιχεία που συλλέγονται συμπληρώνουν, επιβεβαιώνουν ή αναιρούν εκείνα που εξασφαλίστηκαν κατά τη συνέντευξη.

Η συνέντευξη βοηθεί τον νοσηλευτή να προσέξει ιδιαίτερα σημεία στην κλινική εξέταση. Τα δεδομένα από την κλινική εξέταση τον βοηθούν να θέσει τις νοσηλευτικές διαγνώσεις, να προγραμματίσει τη νοσηλευτική φροντίδα του συγκεκριμένου αρρώστου και να αξιολογήσει τα αποτελέσματά της.

Απαραίτητη προϋπόθεση για να κάνει κλινική εξέταση ο νοσηλευτής είναι η γνώση της φυσιολογικής δομής και λειτουργίας των μελών, οργάνων και συστημάτων του σώματος καθώς και η δεξιότητα στη χρήση διαγνωστικών οργάνων, π.χ. σφυγμομανομέτρου, στηθοσκοπίου, οφθαλμοσκοπίου, ωτοσκοπίου, ρινοσκοπίου, νευρολογικού σφυριού κ.ά. και στην εφαρμογή των τεχνικών εξέτασης που ακολουθούν.

Επισκόπηση. Είναι η συστηματική παρατήρηση της γενικής κατάστασης του αρρώστου και της σωματικής διάπλασής του, του χρώματος και τυχόν εξανθημάτων ή ουλών ή ανωμαλιών του δέρματος, της έκφρασης του προσώπου που μπορεί να αντανακλά τη συναισθηματική κατάσταση και γενικά όλων των περιοχών του σώματος.

Ακρόαση. Είναι η διαδικασία ακρόασης των ήχων που παράγονται στο εσωτερικό του σώματος (πνεύμονες, καρδιά, έντερο). Για την ακρόαση των εσωτερικών οργάνων και κοιλοτήτων χρησιμοποιείται το στηθοσκόπιο.

Επίκρουση. Μ' αυτή διαπιστώνονται συνήθως τα όρια και το σχήμα των εσωτερικών οργάνων, κατά πόσον υπάρχει υγρό, αέρας ή στερεή μάζα σε συγκεκριμένη περιοχή του σώματος.

Ψηλάφηση. Είναι εξέταση με την αφή. Μ' αυτή διαπιστώνονται: η θερμοκρασία του δέρματος, η δόνηση μιας άρθρωσης, η θέση, το μέγεθος και η κινητικότητα οργάνων ή μαζών, η διάταση της ουροδόχου κύστεως, ήπατος, σπληνός, η ύπαρξη και ο αριθμός περιφερικών σφύξεων σε 1', η ευαισθησία ή ο πόνος σε κάποια περιοχή. Ο νοσηλευτής παρακολουθεί τις εκφράσεις και τους μορφασμούς του αρρώστου που μπορεί να εκδηλώνουν δυσφορία ή πόνο.

Κατά την κλινική εξέταση, ο νοσηλευτής καταγράφει τη γενική εντύπωση για την εμφάνιση και την κατάσταση υγείας του αρρώστου.

Προετοιμασία του αρρώστου για την κλινική εξέταση

Οι περισσότεροι άρρωστοι χρειάζονται ενημέρωση για την κλινική εξέταση, η οποία διδάσκεται λεπτομερώς στους νοσηλευτές κατά την εκπαίδευσή τους και επιβάλλεται η άσκησή τους με επίβλεψη, ώστε να αποκτήσουν τις απαραίτητες γνώσεις και τη δεξιότητα.

Ένας οδηγός για τη νοσηλευτική εκτίμηση με σχετική ευρύτητα, ώστε να διερευνά όλες τις διαστάσεις του αρρώστου, μπορεί να περιλαμβάνει τις παρακάτω λειτουργικές περιοχές της υγείας:

1. Αντίληψη της ατομικής κατάστασης υγείας – Πρακτικές φροντίδας της υγείας.

Σκοπός είναι η εξακρίβωση προηγούμενων και σημερινών συμπεριφορών φροντίδας υγείας, της συμμόρφωσης με νοσηλευτικές και ιατρικές συστάσεις, διαθεσίμων υπηρεσιών διατήρησής της, πρακτικών που προλαμβάνουν ατυχήματα και βλάβες και κατά πόσο και πώς ο άρρωστος επιδιώκει ένα καλύτερο επίπεδο υγείας.

2. Διατροφή και μεταβολική λειτουργία.

Σκοπός είναι η διαπίστωση των λειτουργικών ή μή συνηθειών λήψεως τροφής και υγρών σε σχέση με βιοψυχοκοινωνικές ειδικές καταστάσεις, της κατάστασης του δέρματος ενδεικτικής της διατροφής και των μεταβολικών προβλημάτων στη θερμορύθμιση. Εξετάζονται το βάρος του σώματος, η θερμοκρασία, η δίαιτα, η πρόσληψη υγρών και η ακεραιότητα του δέρματος.

3. Αποβολή αχρήστων ουσιών

Σκοπός η εξακρίβωση της επαρκούς λειτουργίας της κύστεως και του εντέρου καθώς και των σχετικών συνηθειών και πρακτικών.

4. Δραστηριότητα - Άσκηση

Σκοπός είναι η εκτίμηση της διάθεσης της επιλογής και απασχόλησης με εργασία, αυτο-περιποίηση, άσκηση και ανάπαυση. Επίσης εξετάζονται τυχόν προβλήματα που μπορεί να επηρεάζουν τη δραστηριότητα του ατόμου, δηλαδή η καρδιακή και αναπνευστική λειτουργία.

5. Ύπνος - Ανάπαυση

Εκτιμάται η ποιότητα του ύπνου και της ανάπαυσης καθώς και οι συνήθειες και οι τρόποι του αρρώστου για να εξασφαλίζει όση ξεκούραση και όσο ύπνο χρειάζεται.

6. Σκέψη - Αντίληψη

Εξέταση της λειτουργίας των πέντε αισθήσεων και της τυχόν χρησιμοποίησης προσθετικών μέσων (π.χ ακουστικών), του βαθμού δυσφορίας ή πόνου, διαταραχών της αντίληψης και της ικανότητας του αρρώστου να κατανοεί τις πληροφορίες για την υγεία και τις πρακτικές φροντίδας της υγείας, να παίρνει αποφάσεις και να κρίνει λογικά.

7. Αυτοκατανόηση - Αυτοεκτίμηση

Διερευνώνται οι στάσεις και πεποιθήσεις του αρρώστου για τις προσωπικές του ικανότητες, την αξία του και την εικόνα του σώματός του καθώς και η συναισθηματική του κατάσταση, δηλαδή κατά πόσο δοκιμάζει λύπη, άγχος, απελπισία ή αδυναμία.

8. Διαπροσωπικές σχέσεις - Εκπλήρωση ρόλων

Εξακριβώνονται οι ρόλοι και οι ευθύνες του αρρώστου στην οικογένεια, την εργασία ή την κοινωνική ζωή, όπως και οι τρόποι και δεξιότητες επικοινωνίας του, εάν είναι επαρκείς ή δοκιμάζει δυσκολίες κι αν υπάρχουν παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονία ή επιθετικότητα.

9. Οικογενειακή ζωή

Εξετάζονται η ικανοποίηση ή μή του αρρώστου από την προσωπική και οικογενειακή του ζωή και σχετικά προβλήματα ή ανησυχίες.

10. Αντιμετώπιση προβλημάτων - Ανοχή του στρες

Διαπιστώνονται η φύση και ο βαθμός των εντασιογόνων (στρεσογόνων) παραγόντων όπως είναι τα δυσάρεστα γεγονότα της ζωής, η αντίληψη του στρες, οι μηχανισμοί αντιμετώπισής του και η διαθέσιμη υποστήριξη για τον άρρωστο και την οικογένεια.

11. Προσωπικές αξίες και πεποιθήσεις

Διερευνώνται οι αξίες και πεποιθήσεις - θρησκευτικές, φιλοσοφικές, κοινωνικές - του αρρώστου, που τον οδηγούν στις επιλογές και τον τρόπο της ζωής του, π.χ. διατροφή, πρακτικές διατήρησης της υγείας, συμμόρφωση ή όχι με τη θεραπευτική αγωγή κ.ά. (Πίνακας 3)³

ΟΔΗΓΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Γενικές πληροφορίες

Όνοματεπώνυμο

Ηλικία

Διεύθυνση

Τηλέφωνο

Αλλεργίες

Λειτουργική εκτίμηση

Εκτίμηση όχι μόνο των προβλημάτων αλλά και των πρακτικών ανακούφισης τους, θετικών συμπεριφορών υγείας και αντιμετώπισης δυσκολιών.

1. Αντίληψη και φροντίδα της υγείας

Αντιλήψεις για την υγεία. Κύριο πρόβλημα.

Προηγούμενες αρρώστιες ή εγχειρήσεις

Προηγούμενες και. πρόσφατες συμπεριφορές φροντίδας της προσωπικής υγείας

Πόροι (ανθρώπινοι και υλικοί) για διατήρηση της υγείας. Τρέχουσες θεραπείες.

Λαμβανόμενα φάρμακα

Συμμόρφωση σε συστάσεις θεραπείας

Υπαρκτοί παράγοντες κινδύνου για βλάβη της υγείας

Πρακτικές πρόληψης

ασθενειών

2. Διατροφή και μεταβολισμός

Απώλεια ή αύξηση βάρους σώματος

Κατάσταση θρέψεως. Δίαιτα

Λήψη υγρών

Χρήση φαρμάκων, αλκοόλ

Ικανότητα κατάποσης

Θηλασμός, (σε περίπτωση μητέρας βρέφους)

Ακεραιότητα δέρματος ή βλεννογόνων (ιδιαίτερα στοματικής κοιλότητας)

Τεχνητές οδοντοστοιχίες

Θερμοκρασία σώματος

3. Αποβολή αχρήστων ουσιών

Λειτουργία εντέρου

Ούρηση

4. Δραστηριότητα - Άσκηση

Σωματική κινητικότητα

Επίπεδο κόπωσης
Ικανότητα αυτοφροντίδας
Ανάπτυξη (ανάλογα με τα φυσιολογικά επίπεδα της ηλικίας)
Δραστηριότητες στον ελεύθερο χρόνο και Ψυχαγωγία
Οικιακές εργασίες
Αναπνοές και τύπος
Βήχας
Κυάνωση
Σφυγμός (ρυθμός, σφύξεις ανά λεπτό, περιφερικές σφύξεις)
Αρτηριακή πίεση
Οίδημα
Άκρα (ψυχρά, κυανωτικά)
Αλλαγές στην ψυχική κατάσταση

5. Ύπνος- Ανάπαυση

Συνήθειες ύπνου
Συνήθειες ανάπαυσης
Μέθοδοι επιτυχίας καλού ύπνου και χαλάρωσης

6. Σκέψη - Αντίληψη

Ικανότητα οπτική, αισθητική, γευστική, απτική και οσφρητική
Ειδικά προσθετικά μέσα (π.χ. ακουστικά)
Πόνος, δυσφορία. Πώς αντιμετωπίζονται
Παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις
Γνώσεις για τη φροντίδα της προσωπικής υγείας
Μνήμη
Κρίση
Ικανότητα συγκέντρωσης της προσοχής
Ικανότητα λήψεως αποφάσεων
Επίπεδο εκπαίδευσης

7. Αυτοκατανόηση - Αυτοεκτίμηση

Αίσθημα τυχόν απειλής ή κινδύνου
Φόβος. Ψυχική ένταση
Ανησυχία (υπερκινητικότητα)
Αλλαγές διάθεσης, κατάθλιψη, άγχος
Ικανότητα ενεργοποίησής του. Απάθεια
Έλεγχος των περιστάσεων
Αντίληψη εαυτού και συναισθήματα περί εαυτού. Αίσθημα προσωπικής αξίας
Ιδεατή εικόνα σώματος. Προσωπική ταυτότητα

8. Διαπροσωπικές σχέσεις. Εκπλήρωση ρόλων

Σημαντικές απώλειες (προσώπων, εργασίας, περιουσίας, υγείας). Πένθος
Ικανότητα εκπλήρωσης ρόλων. Επάγγελμα
Διαπροσωπικές σχέσεις
Σημαντικά πρόσωπα τυχόν διαπροσωπικές δυσκολίες
Στάση της οικογένειας και των σημαντικών προσώπων προς την αρρώστια
Πρακτική εκπλήρωση του γονεϊκού ρόλου. Προβλήματα
Ικανότητες επικοινωνίας
Κίνδυνος για αυτοκτονία
Κίνδυνος πρόκλησης βλάβης σε άλλους

9. Οικογενειακή ζωή

Αρμονική οικογενειακή ζωή. Συγκρούσεις. Προβλήματα

10. Αντιμετώπιση προβλημάτων. Ανοχή του στρες

Υπαρκτοί στρεσογόνοι παράγοντες. Προβλήματα ζωής

Πρόσφατες μεγάλες αλλαγές ζωής

Αντίδραση και προσαρμογή σε τραυματική εμπειρία

Μέθοδοι αντιμετώπισης εντασιογόνων ερεθισμάτων

Βαθμός και ποιότητα της διαθέσιμης οικογενειακής υποστήριξης

Δυνατότητα αναπτυξιακής προόδου της οικογένειας κατά τη περίοδο του

στρες

11. Προσωπικές αξίες και πεποιθήσεις

Αξίες και πεποιθήσεις κοινωνικές, φιλοσοφικές, θρησκευτικές, για τη ζωή

Η αρχική γενική νοσηλευτική εκτίμηση του αρρώστου μπορεί να εντοπίσει ορισμένα προβλήματα και διαταραχές σε μια ειδική λειτουργική περιοχή του αρρώστου οπότε ακολουθεί μια άλλη εκτίμηση πιο λεπτομερειακή, επικεντρωμένη στο συγκεκριμένο πρόβλημα.

Όλες οι πληροφορίες που εξασφαλίζονται κατά τη νοσηλευτική εκτίμηση ταξινομούνται, αναλύονται, συσχετίζονται και έτσι αποτελούν τη βάση για τη νοσηλευτική διάγνωση³.

Η Νοσηλευτική αξιολόγηση περιλαμβάνει:

- 1. Γενικές πληροφορίες για τον άρρωστο και την οικογένειά του:**
Όνομα – φύλο – ηλικία – βάρος – τόπος γέννησης – τόπος κατοικίας – οικογενειακή κατάσταση: παντρεμένος / ανύπαντρος / διαζευγμένος / χήρος – α – θρήσκευμα – επάγγελμα – ημερομηνία εισόδου.
- 2. Ιστορικό υγείας και παρούσα κατάσταση υγείας:**
- Αρρώστιες – επεμβάσεις στο παρελθόν
- Αλλεργίες – φάρμακα
- Παρούσα κατάσταση υγείας
- 3. Αρχική – κύρια αιτία αναζήτησης ιατρικής βοήθειας**
- 4. Κατανόηση των προβλημάτων υγείας από μέρος του ατόμου / αρρώστου:**
- Γνωρίζει τα φάρμακα που παίρνει – γιατί τα παίρνει;
- Καταλαβαίνει πότε χρειάζεται βοήθεια;
- Παραπονιέται – δέχεται τους περιορισμούς που προκύπτουν από την αρρώστια, θυμώνει / νευριάζει;
- 5. Κατανόηση της εξέλιξης της κατάστασης του στο άμεσο μέλλον και μακροπρόθεσμα σχέδια με τη φροντίδα του:**
- Βλέπει επιδείνωση – ελπίζει βελτίωση – κάνει σχέδια για την φροντίδα του στο μέλλον;
- 6. Κατανόηση από μέρους του αρρώστου για τον ρόλο της οικογένειας του στην παρούσα εισαγωγή του στο νοσοκομείο:**
- Τον επισκέπτονται – τους περιμένει – ενδείξεις όπως: κάρτες, λουλούδια, τηλεφωνήματα, καθαρός ματισμός.
- 7. Καθημερινές δραστηριότητες:**
- Πρωινό – ατομική υγιεινή;
- Περνάει την ημέρα: Στο κρεβάτι / πολυθρόνα; Διαβάζει εφημερίδα / περιοδικό, έχει εργόχειρο, ακούει ραδιόφωνο, τηλεόραση, τηλεφωνεί;
- 8. Επίπεδα λειτουργικότητας:**
- Δυνατότητα να αυτοεξυπηρετηθεί;
- Εργάζεται – είναι συνταξιούχος – έχει οικονομικά προβλήματα;

- Επικοινωνεί – είναι συγχητικός – έχει αμνησία;
- Αντιδρά: παραπονιέται κλαίει, θυμώνει;

9. Αξιολόγηση

Συστημάτων:

Αξιολόγηση καρδιαγγειακού, αναπνευστικού, απεκκριτικού, μυοσκελετικού συστήματος, δέρματος και εξαρτημάτων, ανάπαυσης και ύπνου, διατροφής και φαρμακευτικής αγωγής.

A. Καρδιαγγειακό - Αναπνευστικό σύστημα:

- Αρτηριακή πίεση (Φ.Τ) Σφύξεις (Φ.Τ)
- Αναπνοές (Φ.Τ) Θερμοκρασία (Φ.Τ)
- Πόσες φορές την ημέρα μετρούνται;
 - Παρεκκλίσεις που παρατηρήθηκαν: Αρρυθμία, ταχυκαρδία, ταχύπνοια, υπέρταση, υπόταση, βήχας, κυάνωση, περιφερικός σφυγμός, ψυχρά / θερμά άκρα;

B. Απεκκριτικό σύστημα:

- Ουροποιητικό σύστημα: Ούρηση/παρεκκλίσεις;
- Εκκένωση εντέρου: Κανονική/παρεκκλίσεις;

C. Μυοσκελετικό σύστημα:

- Βάδισμα: Σταθερότητα/ρυθμός/βοηθητικά μέσα;
- Κεφαλή - Αυχένος: Κινήσεις;
- Ανω άκρα: Αδυναμία, τρόμος, αρθρώσεις;
- Κάτω άκρα: Σταθερό βάδισμα, γόνατα, αστάθεια;
- Σπονδυλική στήλη - στάση: Ορθία στάση, επίκυψη;

D. Δέρμα και Εξαρτήματα:

- Μαλλιά: Χρώμα, υφή, ποσότητα, υγιεινή των μαλλιών.
- Δέρμα: Πρόσωπο: Χρώμα, υφή, ρυτίδες, υγιεινή προσώπου;
- Χέρια: Χρώμα, ευδιάκριτες φλέβες, υφή, ρυτίδες, υγιεινή χεριών;
 - Πλάτη: Υφή δέρματος, κοκκινίλες, ερεθισμός, λύσεις της συνεχείας του δέρματος, θερμοκρασία;
 - Γλουτοί: Κοκκινίλες, ερεθισμός, λύσεις της συνεχείας του δέρματος;
 - Πόδια: Δέρμα ξηρό, ψυχρά, κυανωτικά, κάλλοι, κισσοί;
 - Νύχια: Χρώμα, παρανυχίδες, λύσεις της συνεχείας των νυχιών , καθαριότητα, υγιεινή φροντίδα;
 - Οφθαλμοί: Γυαλιά, εκκρίσεις, εμφανή σημεία φλεγμονής;
 - Μύτη: Εκκρίσεις, σημεία φλεγμονής, ρινορραγίες;
 - Στόμα: Σημεία φλεγμονής, ουλορραγίες;
 - Χείλη: Χρώμα, υφή (ξηρά, σκασμένα), χρήση βαζελίνης;
 - Δόντια: Οδοντοστοιχίες, γέφυρες, σφραγίσματα, δυσσομία, υγιεινή στοματικής κοιλότητας: βούρτσισμα, γαργάρες με αντισηπτικά, χρήση νήματος SUPER FLOSS;
 - Αυτιά: Εκκρίσεις, βαρηκοΐα (δεξιά / αριστερά), ακουστικά;⁴

Η αξιολόγηση των παραπάνω συστημάτων-οργάνων και λειτουργιών γίνεται με συγκεκριμένες ερωτήσεις, παρατήρηση και φυσική εξέταση.

Ο νοσηλευτής μελετά της πληροφορίες που συγκέντρωσε από την επικοινωνία με το άτομο και την οικογένειά του, την κλινική εξέταση, την επιστημονική παρατήρηση και προχωρά στην ανάλυση όλων αυτών των στοιχείων και πληροφοριών⁵.

Ας, δούμε, λοιπόν, στην συνέχεια πως γίνεται αυτή. Ανάλυση των δεδομένων στοιχείων και πληροφοριών που προέκυψαν από την αξιολόγηση των αναγκών και των προβλημάτων του αρρώστου.

Η ανάλυση των δεδομένων στοιχείων και πληροφοριών γίνεται:

1. Χρησιμοποιώντας τις έννοιες της βιο-ψυχο-κοινωνικής οντότητας του ανθρώπου για να υπογραμμίσουμε τυχόν κενά στα δεδομένα στοιχεία και πληροφορίες που συγκεντρώσαμε.

2. Συγκρίνοντας τα δεδομένα στοιχεία και τις πληροφορίες με τα φυσιολογικά STANDARDS για την ηλικία του αρρώστου και με τα STADARDS που είναι «φυσιολογικά» για τον κάθε άρρωστο ξεχωριστά.
3. Ψάχνοντας για ιδιαιτερότητες / ομοιότητες στα δεδομένα στοιχεία και τις πληροφορίες
4. Εξασφαλίζοντας την εγκυρότητα των δεδομένων στοιχείων και πληροφοριών με την συμμετοχή του ίδιου του αρρώστου.
5. Υπογραμμίζοντας όχι μόνο τις δυνατότητες του αρρώστου αλλά και τα προβλήματα και τους περιορισμούς που αντιμετωπίζει.⁴

Αφού ολοκληρωθεί η ανάλυση των πληροφοριών ο νοσηλευτής καταρτίζει κατάλογο των προβλημάτων του αρρώστου και τα τοποθετεί αρχικά κατά σειρά προτεραιότητας, οδηγούμενος έτσι το Β' στάδιο της Νοσηλευτικής Διεργασίας, τον Προγραμματισμό της Φροντίδας.⁵

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΟΣ

Μετά τη νοσηλευτική αξιολόγηση, στην οποία έγινε αναγνώριση και εντόπιση των υπαρκτών και επικειμένων προβλημάτων του αρρώστου και τη διατύπωση της σχετικής νοσηλευτικής διάγνωσης, ακολουθεί ο προγραμματισμός που περιλαμβάνει:

- Ιεράρχηση των αναγκών / προβλημάτων του αρρώστου.

- Διατύπωση νοσηλευτικών σκοπών για πρόληψη, μείωση ή εξάλειψη των προβλημάτων που εξακριβώθηκαν και καταγραφή αντικειμενικών σκοπών.
- Προσδιορισμό των νοσηλευτικών παρεμβάσεων προς την εκπλήρωση των τεθέντων σκοπών.
- Καθορισμό κριτηρίων αξιολόγησης και αποτελεσμάτων.
- Συνεργασία με τον άρρωστο και την οικογένειά του ανάλογα με την ετοιμότητα και την ικανότητά τους για συμμετοχή στον προγραμματισμό.

Το πρόγραμμα νοσηλείας πρέπει να είναι εξατομικευμένο. Η Ιεράρχηση αναγκών και προβλημάτων μπορεί να γίνει με μία απλή μέθοδο, δηλαδή με την κατανομή των προβλημάτων σε τρεις κατηγορίες: **Υψηλής, μέσης και χαμηλής προτεραιότητας.**

Υψηλής προτεραιότητας θεωρούνται τα προβλήματα που απειλούν τη ζωή και επομένως χρειάζονται άμεση νοσηλευτική αντιμετώπιση. Π.χ. απόφραξη της αεροφάγου οδού, σοβαρή αιμορραγία, καταπληξία(shock), απόπειρα ή κίνδυνος αυτοκτονίας και καρδιακή ανακοπή. Αν ο ασθενής βρίσκεται σε κρίσιμη κατάσταση, αντιμετωπίζεται αμέσως με έκτακτα νοσηλευτικά μέσα. Και μόνο όταν αποκατασταθεί η αναπνοή και η κυκλοφορία, γίνεται ευρύτερη και πληρέστερη εκτίμηση όλων των αναγκών.

Μέσης προτεραιότητας προβλήματα χαρακτηρίζονται εκείνα που δεν απειλούν την ζωή του αρρώστου, αν και μπορούν να προκαλέσουν ανθυγιεινές ή και καταστρεπτικές σωματικές ή ψυχολογικές αλλαγές π.χ. η ακινησία μπορεί να δημιουργήσει σοβαρές επιπλοκές αλλά όχι άμεσα απειλητικές για την ζωή, είτε κατακλίσεις, παραμορφώσεις μελών, νεφρολιθίαση, μελαγχολία κ.α.

Χαμηλής προτεραιότητας προβλήματα κρίνονται όσα μπορεί να αντιμετωπίσει ο ίδιος ο άρρωστος με ελάχιστη βοήθεια και καθοδήγηση από τον νοσηλευτή.

Οι προτεραιότητες δεν είναι σταθερές. Μπορούν να αλλάζουν καθημερινά, καθώς η κατάσταση του αρρώστου μεταβάλλεται, χειροτερεύει ή βελτιώνεται.³

Ανάγκες - Κλίμακα Maslow

Επειδή ο προγραμματισμός της φροντίδος αρχίζει με τη διαπίστωση και καταγραφή των αναγκών και προβλημάτων του ατόμου, θεωρείται απαραίτητη η σύντομη αναφορά στην κλίμακα αναγκών του Maslow, η οποία πολύ συχνά, χρησιμοποιείται τόσο για τον προγραμματισμό του ερωτηματολογίου όσο και για τη διαδικασία της αξιολόγησης και ιδιαίτερα της Ιεράρχησης των αναγκών υγείας. Προκειμένου να προγραμματίσουμε την φροντίδα διερωτόμεθα: Πώς μπορούμε να

αποφασίσουμε ποιες ανάγκες είναι πιο επείγουσες; Με ποια κριτήρια και ποια σειρά θα ακολουθήσουμε για να ιεραρχήσουμε τις ανάγκες ή τα προ βλήματα του ατόμου; Σημαντική βοήθεια σ'αυτό μας δίνει ο Maslow.

Ο Maslow περιέγραφε τις ανθρώπινες ανάγκες κατά σειράν προτεραιότητας πολύ παραστατικά σε μια κλίμακα με βάση τις φυσιολογικές, οργανικές ή βασικές ανάγκες, και κορυφή της κλίμακας την ανάγκη του ατόμου για προσωπική ικανοποίηση και επιτυχία (Σχήμα 3)

ΙΚΑΝΟΠΟΪΗΣΗ – ΕΠΙΤΥΧΙΑ

ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΑΞΙΑ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΤΗΤΑ

ΑΣΦΑΛΕΙΑ

ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ – ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ Ή ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ

Σχήμα 3.

Στις Βιολογικές ή Βασικές Ανάγκες περιλαμβάνονται όλες οι ανάγκες, που σχετίζονται με την επιβίωση του ατόμου και τις λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού. Μερικές από τις ανάγκες αυτές είναι: Η αναπνοή, η κυκλοφορία, η οξεοβασική ισορροπία, η αποβολή αχρήστων, η φυσιολογική θερμοκρασία, το φαγητό, ο ύπνος, το νερό, η καθαριότητα και γενικά ό,τι είναι απαραίτητο για τη διατήρηση του ατόμου στη ζωή.

Εάν οι ανάγκες αυτές δεν ικανοποιηθούν, το άτομο ελάχιστα ενδιαφέρεται για άλλες ανάγκες που βρίσκονται πιο ψηλά στην κλίμακα. Χρειάζεται να τονιστεί όμως ότι και μεταξύ των βασικών ή φυσιολογικών αναγκών πάντοτε κάποια προέχει και ζητεί άμεση προτεραιότητα στην ικανοποίησή της από την άλλη.

Ο άρρωστος που αισθάνεται τον οξύ προκάρδιο πόνο του εμφράγματος δεν έχει διάθεση για φαγητό και όταν ακόμη το έχει στερηθεί για μέρες. Τούτο συμβαίνει παρά το γεγονός ότι και οι δύο ανάγκες, τόσο η ανάγκη απαλλαγής από τον πόνο όσο και η ανάγκη για φαγητό, είναι βασικές. Μόλις ικανοποιηθεί η ανάγκη που προέχει και αντιμετωπιστεί το πρόβλημα του πόνου τότε παρουσιάζεται η επόμενη ανάγκη

που μπορεί να είναι το φαγητό ή ο ύπνος ή και οποιαδήποτε άλλη ανάγκη ή πρόβλημα.

Ασφάλεια: Η ανάγκη για ασφάλεια παρουσιάζεται μετά από την ικανοποίηση των βασικών αναγκών. ο άνθρωπος θέλει να αισθάνεται ασφαλής από φυσικούς και Ψυχολογικούς κινδύνους. Το υγιές άτομο αισθάνεται την ανάγκη αυτή στο χώρο της καθημερινής του ζωής και δραστηριότητας. Όταν βρίσκεται σε ξένο και αφιλόξενο ή εχθρικό περιβάλλον, εργάζεται σε προσωρινή ή αβέβαιη εργασία, μένει μόνο του σε απομονωμένο σπίτι, ή διασχίζει ένα πολυσύχναστο και επικίνδυνο δρόμο, συχνά αισθάνεται ανασφάλεια.

Στο παράδειγμα που αναφέρθηκε προηγουμένως, ο άρρωστος θα αισθανθεί ασφαλής ή όχι στο νοσοκομειακό περιβάλλον, ανάλογα με τη βοήθεια που δέχθηκε στην ώρα της κρίσης. Σε κάθε περίπτωση, το αίσθημα ασφάλειας του αρρώστου διαταράσσεται από την ίδια την αρρώστια και την εισαγωγή του στο νοσοκομείο. Φόβοι από φυσικούς κινδύνους όπως ο πόνος, ο θάνατος αλλά και από ψυχολογικούς κινδύνους όπως η απομόνωση και η εξάρτηση, τον κάνουν να αισθάνεται αβεβαιότητα.

Η αξιολόγηση ακριβώς σ' αυτό έρχεται να βοηθήσει. Να διαπιστώσει ποιοι είναι οι συγκεκριμένοι φόβοι και ανησυχίες του ατόμου του οποίου αξιολογεί τις ανάγκες υγείας και ποιες ενδεχομένως είναι οι εμπειρίες που μπορούν να δημιουργήσουν ή να επιτείνουν το αίσθημα ανασφάλειας. Βασική προϋπόθεση βέβαια για να αισθανθεί ασφάλεια το άτομο είναι η δυνατότητα ικανοποίησης των βασικών του αναγκών, γι' αυτό και προηγούνται στην κλίμακα. Δεν μπορεί να αισθανθεί ασφάλεια ο άρρωστος που έχει δύσπνοια, πόνο, αίσθημα επικείμενου θανάτου ή όποιο άλλο πρόβλημα επιβουλεύεται τη ζωή και την ασφάλειά του.

Κοινωνικότητα: Ο άνθρωπος είναι από τη φύση του κοινωνικός. Επιθυμεί και επιδιώκει την επικοινωνία με άλλους ανθρώπους, εφόσον έχουν ικανοποιηθεί τουλάχιστον στοιχειωδώς, οι βασικές του ανάγκες και αισθάνεται ασφάλεια με τους ανθρώπους και το περιβάλλον. Αισθάνεται την ανάγκη να αγαπά και να τον αγαπούν και επιθυμεί να αποτελεί μέλος μιας ομάδος ξεκινώντας από την οικογένεια, τους φίλους, τις διάφορες ομάδες, τους συνεργάτες του κλπ. Ακόμη αισθάνεται την ανάγκη για στοργή και αναγνώρισή του από τους άλλους.

Δεν είναι βέβαια δυνατόν να είναι κοινωνικός ο άνθρωπος που αισθάνεται ανασφάλεια γι' αυτό και η ικανοποίηση της ανάγκης αυτής πρέπει να προηγηθεί.

Προσωπική Αξία - Αναγνώριση: Ο άνθρωπος αισθάνεται την ανάγκη να είναι χρήσιμος, ανεξάρτητος, επαρκής. Να τον αναγνωρίζουν οι άλλοι και να σέβονται την προσωπικότητα και την ατομικότητά του. Θέλει να έχει μια προσωπική αξία και αναγνώριση. Να γίνεται η γνώμη του σεβαστή από τους άλλους και να έχει κάποιο βαθμό επιβολής.

Η προσωπική αξία και αναγνώριση του ατόμου προϋποθέτει ενημέρωση στα θέματα που τον αφορούν και τον ενδιαφέρουν, αναγνώριση των ιδιαίτερων προσωπικών του χαρακτηριστικών και σεβασμό της ιδιαιτερότητός του, κάτι που έχει υποβαθμιστεί στο χώρο της υγείας, όπου με την εισαγωγή της ανεπτυγμένης τεχνολογίας ο άνθρωπος έχει παραμεριστεί σαν προσωπικότητα.

Επιτυχία - Ικανοποίηση: Εάν όλες οι προηγούμενες ανάγκες ικανοποιηθούν σε κάποιο βαθμό, τότε το άτομο αισθάνεται ικανοποίηση ότι έχει αναπτύξει τις δυνατότητές του και έχει επιτύχει τους σκοπούς του.

Οι ανάγκες που παρουσιάστηκαν από τον Maslow είναι βέβαια κοινές σε όλα τα άτομα, άρρωστα και υγιή. Από όλες αυτές τις γενικές και κοινές ανάγκες πηγάζουν ειδικές, ατομικές ανάγκες, διαφορετικές σε κάθε άτομο, τις οποίες πρέπει να διαπιστώσει ο νοσηλευτής με τις πληροφορίες που θα συγκεντρώσει, για να μπορέσει να προγραμματίσει την ικανοποίησή τους. Αυτό άλλωστε αποτελεί και το βασικό σκοπό του. Ιδιαίτερη σημασία έχει κατά πόσον και σε ποιο βαθμό το άτομο είναι σε θέση να ικανοποιήσει τις ανάγκες του, ή χρειάζεται γι' αυτό βοήθεια και υποστήριξη για την εξασφάλιση των οποίων πρέπει να φροντίσει ο νοσηλευτής.

Στην πρώτη φάση του προγραμματισμού επομένως ο νοσηλευτής καταγράφει με σειρά προτεραιότητας τις ανάγκες / προβλήματα του ατόμου, ιεραρχεί τις ανάγκες.

Προκειμένου να γράψει τις ανάγκες / προβλήματα πρέπει να έχει υπόψη του τα εξής:

1. Η ανάγκη / πρόβλημα πρέπει να γράφεται όπως αφορά το άτομο και να αναφέρεται άμεσα σ' αυτό.
2. Να είναι συγκεκριμένη και να εκφράζεται καθαρά, περιγράφοντας την κατάσταση του από μου.
3. Να αποφεύγονται οι γενικότητες.
4. Η διάγνωση δεν γράφεται σαν πρόβλημα / ανάγκη.
5. Η νοσηλευτική δραστηριότητα δεν γράφεται σαν πρόβλημα.
6. Όπου είναι δυνατόν, γράφεται το πρόβλημα και η αιτιολόγησή του.

Παραδείγματα προβλημάτων / αναγκών:

- Ανάγκη εφαρμογής από το άτομο προγράμματος συστηματικής σωματικής άσκησης. για τη βελτίωση της κυκλοφορίας.

- Οξύς προκάρδιος πόνος με αντανάκλαση στον αριστερό ώμο και στον αυχένα.

Ο άρρωστος αποφεύγει να βήξει επειδή φοβάται ότι θα πονέσει στο χειρουργικό τραύμα.

Το δέρμα είναι στεγνό και αφυδατωμένο μετά το διαρροϊκό σύνδρομο.

Ανάγκη αποδοχής και εφαρμογής από το άτομο ειδικού διαιτολογίου, προκειμένου να αντιμετωπιστεί η υπέρταση.

Αντικειμενικοί Σκοποί της Φροντίδας – Χαρακτηριστικά Αντικειμενικών Σκοπών

Αφού καταρτιστεί ο κατάλογος των αναγκών / προβλημάτων κατά σειρά προτεραιότητας, ακολουθεί το δεύτερο στάδιο του προγραμματισμού, που είναι ο καθορισμός αντικειμενικών σκοπών.

Αντικειμενικός σκοπός είναι η περιγραφή της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής κατάστασης, στην οποία περιμένουμε να φθάσει το άτομο μετά από συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Είναι το αποτέλεσμα που περιμένουμε σε σχέση με το κάθε πρόβλημα/ανάγκη.

Οι αντικειμενικοί σκοποί είναι γραπτοί και χρησιμεύουν σαν οδηγοί για να κατευθύνουν τον προγραμματισμό και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις για τη χορήγηση της φροντίδας.

Είναι κάτι ανάλογο με τους σηματοδότες στον δρόμο που μας οδηγούν σε μια συγκεκριμένη κατεύθυνση. Πώς θα ξέρουμε εάν φθάσαμε κάπου εάν δεν γνωρίζουμε προηγουμένως πού πηγαίνουμε;

Οι αντικειμενικοί σκοποί μας δίνουν τη βάση για να διαπιστώσουμε την πρόοδο του αρρώστου. Αποτελούν τα κριτήρια για να ελέγξουμε τα αποτελέσματα της φροντίδας που δώσαμε.

Χαρακτηριστικά Γνωρίσματα Αντικειμενικών Σκοπών

Προκειμένου να λειτουργήσουν σωστά και αποτελεσματικά οι αντικειμενικοί σκοποί (Α.Σ.) πρέπει να έχουν τα πιο κάτω χαρακτηριστικά γνωρίσματα:

1. Να έχουν κέντρο τον άρρωστο άτομο και τα προβλήματά του.
2. Να είναι συγκεκριμένοι.
3. Να μπορούν να μετρηθούν.
4. Να είναι ρεαλιστικοί, πραγματοποιήσιμοι, προσγειωμένοι.
5. Να καθορίζονται χρονικά.
6. Να είναι γραπτοί.

1. Ένας αντικειμενικός σκοπός **έχει κέντρο το άτομο / άρρωστο** όταν γράφεται όπως αφορά το άτομο και όχι τον νοσηλευτή. Υπάρχει μια τάση να διατυπώνονται οι Α.Σ. περιγράφοντας μια νοσηλευτική ενέργεια αντί για το αποτέλεσμα που

περιμένουμε για τον άρρωστο. Εάν πούμε "Να διδάξουμε τον άτομο να τρώει μόνος του" η έμφαση είναι στη νοσηλευτική ενέργεια "να διδάξουμε" αλλά το επιθυμητό αποτέλεσμα είναι διαφορετικό. Η σωστή διατύπωση του πιο πάνω Α.Σ. είναι "Το άτομο να μπορεί να τρώει μόνο του σε χρονικό διάστημα ενός μηνός". Ο Α.Σ. έχει κέντρο το άτομο και περιγράφει το αναμενόμενο αποτέλεσμα. Στη διατύπωση του Α.Σ. θα βοηθηθεί ο νοσηλευτής εάν αρχίζει με φράσεις όπως: ο άρρωστος θα... ή το άτομο να είναι ικανό να...

2. Να είναι συγκεκριμένος: Στην διατύπωση του Α.Σ. να χρησιμοποιούνται καθαρές και συγκεκριμένες λέξεις με ξεκαθαρισμένη έννοια. Παράδειγμα σκοπών που δεν είναι σαφείς:

- Να συνέλθει από το εγκεφαλικό επεισόδιο
- Να συνέλθει από το υπογλυκαιμικό κώμα.

Τέτοιοι σκοποί είναι πολύ ευρείς για να δώσουν συγκεκριμένη κατεύθυνση ή να μπορούν να μετρηθούν και ελεγχθούν τα αποτελέσματά τους. Αντίθετα, ο πιο κάτω Α.Σ. είναι συγκεκριμένος και σαφής:

- Να μπορεί να ανοιγοκλείνει τα δάκτυλα του ημιπληγικού άνω άκρου, ελεύθερα, σε 72 ώρες.

3. Να μπορεί να μετρηθεί: Να διατυπώνεται έτσι ώστε να μπορούμε να μετρήσουμε, να διαπιστώσουμε εάν έχει επιτευχθεί. Ο καλύτερος τρόπος για την επιτυχία του χαρακτηριστικού αυτού είναι η παρατήρηση και περιγραφή συγκεκριμένης συμπεριφοράς του ατόμου και η περιγραφή της αλλαγής που περιμένουμε σε σχέση με τη συμπεριφορά αυτή. Προς το σκοπό αυτό πρέπει να χρησιμοποιούνται ρήματα που δείχνουν πράξη και να περιγράφεται το αποτέλεσμα που περιμένουμε. Τι θα δούμε να κάνει ο άρρωστος.

Σε άρρωστη με μαστεκτομή στην οποία περιμένουμε τη σταδιακή άσκηση και χρησιμοποίηση του αντίστοιχου άνω άκρου περιγράφει ακριβώς τι περιμένουμε:

Η άρρωστη να μπορεί να κεντρίζεται μόνη της μετά από δύο 24ωρα. Είναι συγκεκριμένη συμπεριφορά την οποία μπορούμε να μετρήσουμε.

4. Να είναι πραγματοποιήσιμος, ρεαλιστικός: Για να είναι ο Α.Σ. πραγματοποιήσιμος, πρέπει να βασιστεί στις ικανότητες του ατόμου, οι οποίες προέκυψαν από τις πληροφορίες που συγκεντρώθηκαν στην αξιολόγηση, τόσο την αρχική όσο και τη συνεχή και καθημερινή και ιδιαίτερα σε σχέση με την συγκεκριμένη ημέρα που καταρτίζεται το πρόγραμμα της φροντίδας του.

Χρειάζεται να υπολογίσουμε τις δυνατότητες και αδυναμίες του ατόμου, τις γνώσεις, την αντίληψη, τη θέληση, το θάρρος, τη δεξιότητα, το χαρακτήρα καθώς και τη βοήθεια και συμπαράσταση που έχει από το περιβάλλον του. Όσο

περισσότερο συμμετέχει το άτομο και η οικογένεια, τόσο πιο ρεαλιστικοί θα είναι οι Α.Σ.

Προκειμένου να κρίνουμε κατά πόσον και πότε θα μπορέσει το άτομο να κάνει μόνο του την Ινσουλίνη, όλοι οι πιο πάνω παράγοντες πρέπει να υπολογιστούν.

Διαφορετική προετοιμασία θα χρειαστεί το άτομο που δεν βλέπει ή παρουσιάζει αστάθεια στις κινήσεις ή ακόμη έχει κάποιο υπερβολικό φόβο. Χρειάζεται περισσότερος χρόνος και ιδιαίτερη προετοιμασία. Άρα για να είναι ο Α.Σ. ρεαλιστικός και πραγματοποιήσιμος, πρέπει να αντιμετωπιστούν πρώτα οι καταστάσεις αυτές. Εάν λοιπόν τοποθετηθεί ο Α.Σ. στις πιο πάνω περιπτώσεις όπως σε κάθε άλλη, δεν θα είναι πραγματοποιήσιμος. Εάν γράφω: "Ο άρρωστος να είναι σε θέση να κάνει μόνος του την Ινσουλίνη σε δύο ημέρες" ο Α.Σ. θα βρίσκεται εκτός πραγματικότητας και δεν θα μπορεί να επιτευχθεί.

5. Να καθορίζεται χρονικά: Να γράφεται σε πόσο χρονικό διάστημα περιμένουμε να επιτευχθεί ο σκοπός που τέθηκε. αυτό μας βοηθάει να ελέγξουμε την πρόοδο του αρρώστου, πάντοτε με κάποια ευελιξία και όχι απόλυτα. Αυτό θα εξαρτηθεί και από τους παράγοντες που αναφέρθηκαν στα προηγούμενα, αλλά και από απρόβλεπτους παράγοντες που μπορεί να μεσολαβήσουν, όπως μια επιδείνωση της γενικής κατάστασης, μια επιπλοκή κλπ.

6. Να είναι γραπτός: Είναι απαραίτητο να είναι γραπτός ο Α.Σ. διότι: 1. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί από όλους όσους ασχολούνται με τον άρρωστο, 2. Φαίνεται η επιστημονική νοσηλευτική εργασία, 3. Εξασφαλίζεται η συνέχεια της φροντίδας με περισσότερη ασφάλεια, αφού η μνήμη δεν έχει απόλυτη ακρίβεια.

Οι αντικειμενικοί σκοποί δεν παρουσιάζουν πάντοτε βελτίωση στην κατάσταση του αρρώστου. Στους αρρώστους που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής έχουν διαφορετικό περιεχόμενο αφού δεν σκοπεύουν απαραίτητα στην βελτίωση της υγείας αλλά στην εξασφάλιση όσο το δυνατό πιο ανώδυνου τέλους.

Παραδείγματα:

- Ο άρρωστος να έχει την ευκαιρία να μιλήσει για τον θάνατο
- Να περιοριστεί ο πόνος του αρρώστου.

Λέξεις ή ρήματα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν πιο αποδοτικά στη διατύπωση των Α.Σ. είναι:

- Να επαναλάβει (τις ασκήσεις που διδάχθηκε)
- Να γράφει (τα φαγητά που πρέπει να αποφεύγει)
- Να απαριθμήσει
- Να διαπιστώσει

- Να ονομάσει
- Να συγκρίνει
- Να ξεχωρίσει

Ρήματα που πρέπει να αποφεύγονται διότι είναι ασαφή:

Να μάθει

Να καταλάβει

Να πιστέψει

Να αντιληφθεί

Όλα αυτά είναι αόριστα και δεν μπορούν να μετρηθούν ή να ελεγχθούν⁵.

Την ιεράρχηση των προβλημάτων ακολουθεί η αντίστοιχη διατύπωση συγκεκριμένων νοσηλευτικών σκοπών, δηλαδή προσδιορισμός των θετικών αποτελεσμάτων που πρέπει να επιδιώξει η νοσηλευτική φροντίδα για την υγεία του αρρώστου. Αναφέρονται αντιπροσωπευτικά μερικά παραδείγματα:

Ανακούφιση του πόνου

Πρόληψη κατακλίσεων

Βελτίωση της κυκλοφορίας των κάτω άκρων

Αύξηση της κυκλοφορίας των κάτω άκρων

Αύξηση των προσλαμβανόμενων υγρών από 1,5 σε 2,5 λίτρα το 24ωρο

Έγερση από το κρεβάτι χωρίς βοήθεια

Αποφυγή δραστηριοτήτων που προκαλούν ασθμαίνουσα αναπνοή και αύξηση των σφίξεων πάνω από 80 στο 1΄.

Από τα παραδείγματα αυτά διαφαίνεται ότι το πρόγραμμα νοσηλείας αναφέρεται όχι μόνο σε παρόντα προβλήματα π.χ. τον πόνο, αλλά και σε επικείμενα όπως είναι ο κίνδυνος δημιουργίας κατακλίσεων ή θρομβοφλεβίτιδας ακόμη και στην ετοιμασία για της έξοδο από το νοσοκομείο όπως η αυτοφροντίδα χωρίς βοήθεια. Οι σκοποί μπορεί να είναι βραχυπρόθεσμοι ή μακροπρόθεσμοι.

Επειδή για έναν άρρωστο μπορεί να διατυπωθούν περισσότερες από μία νοσηλευτικές διαγνώσεις, πρέπει κάθε νοσηλευτικός σκοπός να σχετίζεται με μια συγκεκριμένη νοσηλευτική διάγνωση και να είναι συμβατός και με τη θεραπευτική αγωγή.

Σημαντική θέση στον προγραμματισμό έχει ο καθορισμός κριτηρίων αξιολόγησης των αποτελεσμάτων των νοσηλευτικών παρεμβάσεων. Τα κριτήρια αυτά:

- Κατευθύνουν την επιλογή των νοσηλευτικών παρεμβάσεων.
- Ορίζουν ένα χρονοδιάγραμμα για τις προγραμματισμένες δραστηριότητες που πρέπει να επιτευχθούν.

- Αποτελούν βάση για αξιολόγηση της εκπλήρωσης των σκοπών.
- Δίνουν στον άρρωστο και τον νοσηλευτή ένα αίσθημα ικανοποίησης.

Διευκολύνονται στη διατύπωση των κριτηρίων αυτών οι νοσηλευτές όταν θέτουν τα εξής ερωτήματα:

- Πως θα φαίνεται ή θα συμπεριφέρεται ο άρρωστος αν ο επιθυμητός σκοπός εκπληρωθεί; Και

- Τι πρέπει να κάνει ο άρρωστος και πόσο καλά πρέπει να το κάνει για να θεωρηθεί ότι εκπληρώθηκε ο συγκεκριμένος σκοπός, δηλαδή λύθηκε το πρόβλημα με τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις που έγιναν;

Τα κριτήρια αξιολόγησης των αποτελεσμάτων πρέπει να σχετίζονται με τους τεθέντες σκοπούς, να εκφράζουν επιθυμητές και μετρήσιμες καταστάσεις ή συμπεριφορές υγείας στα πλαίσια των δυνατοτήτων και ορίων του αρρώστου, συμπεριλαμβάνοντας βιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και πνευματικές απόψεις καθώς και γνώσεις και δεξιότητες που σχετίζονται μ' αυτές τις καταστάσεις υγείας.

Παραδείγματα κριτηρίων αξιολόγησης αποτελεσμάτων:

- Ο άρρωστος περιγράφει τους παράγοντες που βελτιώνουν και εκείνους που χειροτερεύουν την περιφερειακή κυκλοφορία του αίματος.
- Δεν εμφανίζει ασθματική αναπνοή κατά τις δραστηριότητες.
- Οι σφύξεις και η αρτηριακή του πίεση παραμένουν σταθερές στο επίπεδο των 80 σφύξεων σε 1 λεπτό και 124/80mmHg αντίστοιχα.
- Η θερμοκρασία του δέρματος και στα δύο άκρα είναι ίδια και φυσιολογική, όμοια με τη θερμοκρασία του σώματος.

Αφού καθορισθούν οι νοσηλευτικές διαγνώσεις, οι σκοποί με σχετική ιεράρχηση και τα κριτήρια αξιολόγησης του βαθμού εκπλήρωσης των σκοπών, ακολουθεί η επιλογή των νοσηλευτικών παρεμβάσεων, δηλαδή των πράξεων και εκείνων που συστήνονται στον άρρωστο για την καλύτερη πραγματοποίηση των τεθέντων σκοπών.

Όλος ο προγραμματισμός πρέπει να γράφεται ως σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας του συγκεκριμένου αρρώστου από την στιγμή της εισαγωγής του στην υπηρεσία φροντίδας υγείας. Αναθεωρείται και αναπροσαρμόζεται κατά τη διάρκεια της παραμονής του ανάλογα με τις μεταβολές στην κατάσταση του και τις αξιολογήσεις της εκπλήρωσης των σκοπών. Οι σκοποί ενός γραπτού σχεδίου φροντίδας είναι:

- Η εξατομίκευση της νοσηλείας κάθε αρρώστου
- Η διατήρηση επικοινωνίας και συντονισμός των ενεργειών των νοσηλευτών για τη συνεχόμενη φροντίδα του.
- Η καθοδήγηση των νοσηλευτών σχετικά με ποια προβλήματα και ποιες παρεμβάσεις χρειάζονται καταγραφή και τεκμηρίωση.

- Η παροχή πλαισίου αναφοράς για την κατανομή και ανάθεση της φροντίδας μεταξύ των μελών της νοσηλευτικής μονάδας.

- Η ενσωμάτωση οδηγιών που πρέπει να δοθούν στον άρρωστο ή σε μέλη της οικογένειάς του, τόσο για την παραμονή του στο νοσοκομείο όσο και για την έξοδο του και επιστροφή στο σπίτι.³

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Το στάδιο της εφαρμογής είναι ακριβώς η υλοποίηση όσων προγραμματίστηκαν με σκοπό την αντιμετώπιση των προβλημάτων που διατυπώθηκαν.⁵ Η εφαρμογή των νοσηλευτικών οδηγιών όπως διατυπώνονται στο πρόγραμμα φροντίδας. Οι νοσηλευτές προχωρούν στην εκτέλεση του προγράμματος νοσηλευτικής φροντίδας για τον συγκεκριμένο άρρωστο, ενώ ταυτόχρονα συνεχίζουν να συλλέγουν και να εκτιμούν νέα στοιχεία, να σχεδιάζουν, εκτελούν και αξιολογούν νέες παρεμβάσεις.

Η εφαρμογή του προγράμματος αποσκοπεί στην ολική φροντίδα του αρρώστου, διότι λαμβάνει υπόψη τις σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές, πνευματικές, πολιτιστικές, οικονομικές και αποκαταστικές ανάγκες του και συμβάλλει στη μερική και πλήρη βελτίωση της υγείας του. Περιλαμβάνει συστηματική προληπτική φροντίδα για την εξουδετέρωση επικείμενων κινδύνων, όπως είναι επιπλοκές της ασθένειας, λάθη στη χορήγηση φαρμάκων ή άλλες θεραπευτικές εφαρμογές, νοσοκομειακές λοιμώξεις ή ατυχήματα. Επίσης ενσωματώνει όλες τις διαστάσεις της νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου που εκτείνονται και πιο πέρα από την αντιμετώπιση των άμεσων αναγκών και προβλημάτων του. Τέτοιες διαστάσεις είναι η διδασκαλία της υγείας ή της δημιουργικής ζωής μέσα στα όρια μιας αναπηρίας που τυχόν δημιουργήθηκε, η διατήρηση και προαγωγή της ψυχικής υγείας, η καλλιέργεια των διαπροσωπικών ικανοτήτων του και η προώθηση της ωρίμανσης της προσωπικότητάς του.³

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις μπορεί να αναφέρονται:

1. Σε παρατηρήσεις (π.χ. λήψη ζωτικών σημείων)
2. Σε πράξεις, ενέργειες (αλλαγή τραυμάτων, καθαριότητα, αλλαγή θέσης του αρρώστου)
3. Σε διδασκαλία- ενημέρωση.

Προκειμένου όμως οι παρεμβάσεις αυτές να είναι αποτελεσματικές πρέπει να έχουν ορισμένα χαρακτηριστικά και να πληρούν συγκεκριμένους κανόνες.

Οι νοσηλευτικές πράξεις ή παρεμβάσεις έχουν τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

1. Σχετίζονται με γνώσεις και δεξιότητες των νοσηλευτών, έχουν σκοπό και επιστημονική βάση- στηρίζονται σε επιστημονικές γνώσεις.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις πρέπει να αντανακλούν γνώσεις από την ανθρώπινη βιολογία, νοσολογία, παθοφυσιολογία καθώς και γνώσεις ψυχολογίας και κοινωνιολογίας. Στην ουσία αποτελούν απόρροια και συνδυασμό όλων αυτών των γνώσεων.

2. Να είναι εξατομικευμένες

Οι παρεμβάσεις να εξατομικεύονται και να είναι ανάλογες με το βαθμό και την ένταση της ανάγκης στο συγκεκριμένο άτομο για το οποίο προγραμματίζεται η φροντίδα. Ο σκοπός των παρεμβάσεων είναι να ανακουφίσουν το συγκεκριμένο άτομο από την ανάγκη και να λύσουν το πρόβλημα, όπως παρουσιάζεται σε κάθε άτομο ξεχωριστά. Για την αντιμετώπιση της ίδιας ανάγκης μπορεί να χρειαστούν διαφορετικές παρεμβάσεις σε διαφορετικά άτομα.

3. Να εξασφαλίζουν θεραπευτικό περιβάλλον.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις πρέπει να σκοπεύουν στην προστασία του αρρώστου από φυσικούς και ψυχολογικούς κινδύνους που μπορούν να τον βλάψουν. Η εξασφάλιση βοήθειας για ασφαλή μετακίνηση του αρρώστου, η φροντίδα για την προσαρμογή των συνθηκών του σπιτιού με σκοπό την αντιμετώπιση της αναπηρίας του κ.α, είναι ενέργειες που έχουν σκοπό να προστατεύσουν τον άρρωστο από φυσικούς κινδύνους. Πολλές όμως είναι και οι ενέργειες που αποσκοπούν στην ψυχολογική ασφάλεια του ατόμου. Η προεγχειρητική διδασκαλία αλλά και κάθε διδασκαλία και ενημέρωση, είναι ενέργεια που καλύπτει σωματικές και ψυχολογικές ανάγκες και δημιουργεί θεραπευτικό περιβάλλον. Και μόνο η παρουσία του καταρτισμένου και πρόθυμου να βοηθήσει νοσηλευτή κοντά στο άτομο είναι πολλές φορές θεραπευτική.

4. Να δίνουν ευκαιρίες για διδασκαλία και μάθηση.

Ο νοσηλευτής πρέπει πάντοτε να διερωτάται: «Τι χρειάζεται να μάθει αυτό το άτομο;». Είναι ελάχιστα, εάν υπάρχουν, τα άτομα που δεν έχουν καθόλου ανάγκη για διδασκαλία και ενημέρωση. Οι συγκεκριμένες ανάγκες για μάθηση που διαπιστώθηκαν για το κάθε άτομο, πρέπει να σημειώνονται το πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδος και να καθορίζονται οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την ικανοποίησή τους.

5. Να συμβαδίζουν με το θεραπευτικό πρόγραμμα και να συντονίζονται με τις προσπάθειες των υπολοίπων μελών της Υγειονομικής Ομάδος.

Ο συντονισμός είναι ένα από τα σπουδαιότερα καθήκοντα του νοσηλευτή. Μπορούμε να πούμε ότι η Νοσηλευτική είναι η μοναδική επιστήμη που μπορεί να αναλάβει αυτόν συντονιστικό ρόλο, αφού είναι και η μοναδική που φιλοδοξεί αν φροντίσει το άτομο σαν ενιαίο βιοψυχοκοινωνικό σύνολο.

Για να συντονιστεί όμως ο νοσηλευτής, είναι απαραίτητο να γνωρίζει ποιες υπηρεσίες προσφέρονται, καθώς και τα μέσα και τους τρόπους που πρέπει να χρησιμοποιεί προκειμένου να τις εξασφαλίσει. Η ανταλλαγή γνώσεων, απόψεων προγραμμάτων και παρατηρήσεων μεταξύ των νοσηλευτών, αλλά και των άλλων μελών της υγειονομικής ομάδας, είναι απαραίτητη. Οι σκοποί που δημιουργούνται με τη προσπάθεια και την συνεργασία όλων είναι πραγματικά εξατομικευμένοι και έχουν κέντρο τον άνθρωπο, οπότε και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που προγραμματίζονται είναι αποτελεσματικές, ολοκληρωμένες και ασφαλείς.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις μπορεί αν είναι: καθαρά νοσηλευτικές και να γίνονται με πρωτοβουλία του υπευθύνου για τη φροντίδα του ατόμου νοσηλευτή, μπορεί να έχουν σκοπό τη διεκπεραίωση ιατρικής θεραπευτικής αγωγής ή ακόμη να αναφέρονται σε σχέσεις συνεργασίας και συντονισμού με άλλες υπηρεσίες.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις όπως και όλη η νοσηλευτική διεργασία αναφέρονται γραπτά στο πρόγραμμα φροντίδας του ατόμου από τον υπεύθυνο νοσηλευτή και έχουν μορφή «νοσηλευτικών οδηγιών» τις οποίες οφείλουν να ακολουθήσουν και να διεκπεραιώσουν όλοι οι νοσηλευτές που θα ασχολούνται με το συγκεκριμένο άτομο κατά τη διάρκεια του 24ωρου.

Οι νοσηλευτικές οδηγίες, κατά του Canong πρέπει:

1. Να είναι κατανοητές, καθαρές, συγκεκριμένες
2. Να διεκπεραιώνονται συστηματικά, με ευσυνειδησία.
3. Να διεκπεραιώνονται ακριβώς όπως είναι γραμμένες, εκτός εάν η κατάσταση του αρρώστου αλλάξει.
4. Να είναι σεβαστές από όλους τους νοσηλευτές, όπως ακριβώς και οι ιατρικές οδηγίες.
5. Ο νοσηλευτής που γράφει τις οδηγίες να είναι υπεύθυνος και ικανός να προγραμματίσει τη φροντίδα του ατόμου και να καθορίσει τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Αυτό δεν μπορεί να αμφισβητείται από τους άλλους νοσηλευτές.⁵
6. Προσαρμόζονται στο νοσηλευόμενο άτομο, δηλαδή επηρεάζονται από τις πεποιθήσεις, τις αξίες, την ηλικία, την κατάσταση της υγείας του και το περιβάλλον.

7. Είναι ασφαλείς. Νοσηλευτές και άρρωστοι χρειάζεται να παίρνουν προφυλακτικά μέτρα για πρόληψη βλαβών στην υγεία. Π.χ. κατά την αλλαγή τραύματος ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί άσηπτη τεχνική για πρόληψη μόλυνσης/ λοίμωξης.
8. Περιλαμβάνουν όλο και περισσότερα στοιχεία διδασκαλίας, θεραπευτικού διαλόγου, ψυχολογικής υποστήριξης και ανακούφισης. Αυτές οι αυτόνομες νοσηλευτικές ενέργειες μπορούν να αυξήσουν την αποτελεσματικότητα μιας ειδικής νοσηλευτικής πράξης.
9. Εφαρμόζονται κατά τρόπο ολιστικό.
10. Μεταβιβάζουν σεβασμό προς την αξιοπρέπεια και ενισχύουν την αυτοεκτίμησή του με την εξασφάλιση μοναχικότητας κατά τις νοσηλείες και ενθάρρυνσή σου να παίρνει αποφάσεις για τη φροντίδα της υγείας του.
11. Ενθαρρύνουν την ενεργητική συμμετοχή του στην εκτέλεση των νοσηλευτικών πράξεων, όσο το επιτρέπει η υγείας του. Αυτό αυξάνει το αίσθημα της ανεξαρτησίας και του ελέγχου της κατάστασής του.
12. Όσες απορρέουν από ιατρική οδηγία- εξαρτημένες νοσηλευτικές πράξεις- πρέπει να διεκπεραιώνονται με ακρίβεια εκτός της περιπτώσεως που θεωρηθεί μη μόνιμη και ανασφαλής για τον άρρωστο. Τότε πρέπει να συζητούνται με τον προϊστάμενο νοσηλευτή και/ ή με τον γιατρό.
13. Για όλες τις νοσηλευτικές τους πράξεις, υπεύθυνοι και υπόλογοι είναι οι νοσηλευτές.

Η εφαρμογή του προγράμματος νοσηλείας απαιτεί από τους νοσηλευτές άρτια επιστημονική κατάρτιση, καθώς και διανοητικές, διαπροσωπικές, οργανωτικές και τεχνικές δεξιότητες. Ιδιαίτερα, η υπεύθυνη λήψη και εκτέλεση αποφάσεων, η παρατηρητικότητα και η επικοινωνία με κάθε τρόπο και μέσο, είναι σημαντικές δεξιότητες που συμβάλλουν στην αποτελεσματικότητα των πράξεων.

Συχνά ο νοσηλευτής που καταρτίζει το σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας δεν μπορεί και να εφαρμόσει όλες τις παρεμβάσεις. Χρειάζεται βοήθεια σε πολλές περιπτώσεις. Μερικές νοσηλευτικές πράξεις μπορούν να ανατεθούν σε άλλα μέλη του προσωπικού. Μη παρεμβατικές πράξεις, όπως είναι περιποίηση του δέρματος, βοήθεια του αρρώστου κατά την έγερση και τη βάδιση ή και κατά την εκτέλεση της καθημερινής υγιεινής φροντίδας, μπορούν να ανατεθούν σε βοηθητικό νοσηλευτικό προσωπικό. Ανάθεση νοσηλευτικών πράξεων δε σημαίνει ότι ο νοσηλευτής δεν ασχολείται ποτέ με την άμεση φροντίδα του αρρώστου. Αντίθετα, επιλέγει και εκτελεί τις πιο δύσκολες και σύνθετες νοσηλείες, που απαιτούν τις δικές του επιστημονικές γνώσεις και προηγμένες δεξιότητες. Το νοσηλευτικό προσωπικό, στο

οποίο αναθέτονται ορισμένες φροντίδες, χρειάζεται διδασκαλία, επίβλεψη και αξιολόγηση.³

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Η εκτίμηση αποτελέσματος αποτελεί το τέταρτο στάδιο της Νοσηλευτικής Διεργασίας και περιλαμβάνει την κριτική της ποιότητας της Νοσηλευτικής φροντίδος που δόθηκε και την αποτελεσματικότητά της σε σχέση με τους αντικειμενικούς σκοπούς. Η φάση αυτή της νοσηλευτικής διεργασίας περιλαμβάνει αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της φροντίδας και της προόδου του αρρώστου για ανάρρωση με βάση πάντα τους αντικειμενικούς σκοπούς και τα προδιατυπωμένα κριτήρια αξιολόγησης των αποτελεσμάτων. Ακόμη, επισημαίνει και τα σημεία εκείνα όπου η φροντίδα χρειάζεται αναθεώρηση και αναπροσαρμογή. Αν ήταν αποτελεσματική πώς θα μπορούσε να βελτιωθεί.³

Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της νοσηλείας επιτυγχάνεται με την παρατήρηση του αρρώστου, την επικοινωνία με τον ίδιο, με την οικογένειά του και τη νοσηλευτική ομάδα, καθώς και με αντικειμενικές μετρήσεις και εξετάσεις όπως η λήψη ζωτικών σημείων.

Η αξιολόγηση είναι ολόκληρη διαδικασία και πρέπει να ακολουθεί ορισμένους κανόνες. Ειδικότερα:

Προγραμματίζεται

Γίνεται βάση των αντικειμενικών σκοπών της φροντίδας

Είναι αντικειμενική

Υποβάλλεται σε επαλήθευση

Αποτελεί ομαδική νοσηλευτική προσπάθεια

Είναι συγκεκριμένη, δηλαδή εντοπίζει θετικά σημεία και αδυναμίες, επιτυχίες και παραλείψεις

Παρέχει ποσοτικές μετρήσεις

Προσφέρει χρήσιμες πληροφορίες.

Η διεργασία της αξιολόγησης περιλαμβάνει πέντε στάδια:

1. Καθορισμό κριτηρίων αξιολόγησης (στη φάση του προγραμματισμού).
2. Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου και σύγκριση των ευρημάτων με καθορισμένα κριτήρια.
3. Διατύπωση των συμπερασμάτων.
4. Αναγνώριση των αιτιών, γιατί δεν επέδρασε θετικά ωρισμένη παρέμβαση στον άρρωστο.
5. Επανεκτίμηση του αρρώστου και τροποποίηση του προγράμματος νοσηλείας

Το πρόγραμμα της νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου είναι δυναμικό, ελαστικό και δέχεται τροποποιήσεις όταν:

α) Αποδεικνύεται ανεπαρκές στη βοήθεια του αρρώστου για την εκπλήρωση των τεθέντων αντικειμενικών σκοπών.

β) Η κατάσταση του αρρώστου παρουσιάζει αλλαγές.

γ) Οι νοσηλευτές έχουν συμπληρωματικά στοιχεία ως προς τις δυνατότητες και τις αδυναμίες του αρρώστου για ανάρρωση ή απέκτησαν νέες επιστημονικές γνώσεις και θεωρούν απαραίτητη την ενσωμάτωση των νέων αυτών δεδομένων στο πρόγραμμα της νοσηλείας. Π.χ. το πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας αρρώστου σε κατάσταση διαβητικού κώματος χρειάζεται αναθεώρηση και αναπροσαρμογή. Όταν αναταχθεί και συνέλθει ο άρρωστος από κώμα, οπότε μπορεί να συνεργαστεί με το νοσηλευτή και να ωφεληθεί από διδασκαλία σχετική με το πρόγραμμα της υγείας του.

Αναφέρονται και ορισμένα γενικώς παραδεκτά κριτήρια αξιολόγησης (standards) της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας που διατυπώθηκαν από τον Αμερικανό Νοσηλευτικό Σύνδεσμο με αρκετή ευρύτητα ώστε να χρησιμοποιούνται για όλες τις κατηγορίες ασθενών και έχουν σχέση με τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας:

Κριτήρια

1. Η συλλογή πληροφοριών για την κατάσταση του αρρώστου είναι συστηματική και συνεχής.

Οι πληροφορίες είναι προσιτές και διαθέσιμες στους αρμόδιους και τηρούνται γραπτές.

2. Η νοσηλευτική διάγνωση του αρρώστου προκύπτει από τις πληροφορίες για την κατάστασή του.

3. Το πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας περιλαμβάνει σκοπούς που προέρχονται από τη νοσηλευτική διάγνωση.

4. Το πρόγραμμα της νοσηλείας καθορίζει προτεραιότητες και συγκεκριμένες παρεμβάσεις για την εκπλήρωση των σκοπών που διατυπώθηκαν βάσει της νοσηλευτικής διάγνωσης του αρρώστου.

Νοσηλευτική διεργασία

Εκτίμηση αρρώστου

Νοσηλευτική διάγνωση

Προγραμματισμός
νοσηλείας

5. Οι νοσηλείες προβλέπουν συμμετοχή του αρρώστου στην αποκατάσταση, διατήρηση και προαγωγή της υγείας του.

6. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις βοηθούν τον άρρωστο να μεγιστοποιήσει τις δυνατότητές του για την αντιμετώπιση των προβλημάτων της υγείας του.

7. Η επιτυχία ή η αποτυχία της ανάρρωσης κρίνεται βάσει των τεθέντων νοσηλευτικών σκοπών και εξετάζεται με τη συνεργασία νοσηλευτού-αρρώστου.

8. Η αποκατάσταση ή μη αποκατάσταση της υγείας κρίνεται βάσει των σκοπών που τέθηκαν και οδηγεί σε νέα εκτίμηση του αρρώστου, νέα ταξινόμηση προτεραιοτήτων, διατύπωση νέων αντικειμενικών σκοπών και αναθεώρηση του προγράμματος νοσηλείας.

Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των νοσηλευτικών παρεμβάσεων είναι σημαντικό στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας, διότι βοηθάει τους νοσηλευτές να διαπιστώσουν κατά πόσο η φροντίδα ήταν αποτελεσματική και αν πρέπει να αναθεωρηθεί.

Η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου εξαρτάται άμεσα από την προσωπικότητα των νοσηλευτών καθώς και από τη σωστή εφαρμογή της μεθόδου της νοσηλευτικής διεργασίας. Γι' αυτό συνίσταται, οι νοσηλευτές να συμμετέχουν ενεργητικά στην αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας, που γίνεται από τη νοσηλευτική διεύθυνση του ιδρύματος. Να επωφελούνται από τα συμπεράσματα, ώστε να τελειοποιούν το έργο τους και να μην παραλείπουν την καθημερινή αντικειμενική αυτό-αξιολόγησή τους.

Με την εκτίμηση του αποτελέσματος επιστρέφω και πάλι στα προηγούμενα στάδια είτε για να συνεχίσω τη φροντίδα, εάν είναι αποτελεσματική, είτε για να την τροποποιήσω. Αναζητώντας να βρω πού υπάρχει έλλειψη, οδηγούμαι και πάλι στην αξιολόγηση.³

Κεφάλαιο 6

ΓΕΝΙΚΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ – ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΣΗ – ΙΕΡΑΡΧΗΣΗ ΤΟΥ ΤΥΠΟΠΟΙΗΜΕΝΟΥ ΣΧΕΔΙΟΥ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η σχεδίαση της νοσηλευτικής φροντίδας είναι συναρπαστική πρόκληση και εμπειρία, που ανταμείβει το άτομο που την παρέχει, όταν βλέπει τα θετικά αποτελέσματα των προσπαθειών του. Η σχεδίαση, όμως, εξατομικευμένης και κατανοητής φροντίδας μπορεί να είναι χρονοβόρα, λόγω έλλειψης χρόνου και ικανών μέσων. Τα παρακάτω παραδείγματα έχουν σκοπό να διευκολύνουν τη διαδικασία αυτή με την παροχή σχεδίων νοσηλευτικής φροντίδας στη νοσηλεία ενήλικων ασθενών με συνηθισμένες παθολογικά καταστάσεις. Μέσα σε κάθε σχέδιο φροντίδας υπάρχει κατάλογος πιθανών διαγνώσεων σε σχετικούς αιτιολογικούς παράγοντες, επιθυμητά αποτελέσματα με συγκεκριμένα κριτήρια, καθώς και κατάλογος ευδεικνυομένων νοσηλευτικών πράξεων, επιλεγμένους σκοπούς και σκεπτικά.

Για να είναι περισσότερο αποτελεσματικό, το τυποποιημένο σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας πρέπει να προσαρμόζεται στις ιδιαίτερες ανάγκες του κάθε ασθενούς. Ακολουθεί η διαδικασία σχεδίασης εξατομικευσης νοσηλευτικής φροντίδας.

1. Διαβάστε το φύλλο εισαγωγής και το φύλλο φαρμακευτικής αγωγής του ασθενούς.
2. Ανακεφαλαιώστε το ιστορικό, τα αποτελέσματα των πρόσφατων εργαστηριακών εξετάσεων, τις νοσηλευτικές σημειώσεις του τελευταίου 48ώρου και τι ιατρικές σημειώσεις της πορείας της νόσου.
3. Συνομιλήστε με τον ασθενή και εκτιμήστε τον κλινικά, χρησιμοποιώντας τα μέσα που σας παρέχει οι κλινικές σας δεξιότητες ή η νοσηλευτική σας σχολή.
4. Υπογραμμίστε τα παθολογικά στοιχεία που βρήκατε
5. Διαβάστε σχετικά με τη διάγνωση του ασθενούς ένα παθολογικό ή χειρουργικό νοσηλευτικό πρόγραμμα.
6. Επιλέξτε το (α) κατάλληλο (α) τυποποιημένο (α) σχέδιο (α) φροντίδας από το κείμενο αυτό.

7. Επιλέξτε τις νοσηλευτικές και συνόδους διαγνώσεις στο (α) κατάλληλο (α) σχέδιο (α) για τον ασθενή σας διαλέξτε από τους αιτιολογικούς παράγοντες αυτού που είναι σχετικοί και τροποποιήστε τα κατάλληλα.
8. Ορίστε προτεραιότητες για τις νοσηλευτικής/ συνόδους διαγνώσεις. Χρησιμοποιώ ένα σύστημα, όπως η ιεράρχηση αναγκών κατά Maslow.
9. Τροποποιήστε τα επιθυμητά αποτελέσματα έτσι ώστε να είναι μετρήσιμα και ρεαλιστικά για τον ασθενή σας, καθιερώστε κατάλληλες ημερομηνίες-στόχους.
10. Επιλέξτε τον κατάλογο των νοσηλευτικών πράξεων. Αυτές που είναι σχετικές με τη φροντίδα του ασθενούς σας, προσθέστε ή τροποποιήστε τις έτσι ώστε, να ανταποκρίνονται στις ανάγκες του συγκεκριμένου ασθενούς, συμπεριλάβετε φάρμακα, θεραπευτικές μεθόδους, προτιμήσεις του ασθενούς και πράξεις που θα διευκολύνουν την επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων.

Παρακάτω συνοψίζονται τα εξής παραδείγματα από τρία βασικά συστήματα και καταστάσεις ασθενών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Αντικείμενο

της έρευνας

Στα πλαίσια της πτυχιακής μας εργασίας, διεξήχθη έρευνα στα νοσοκομεία Βενιζέλειο και Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου και αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό ΠΕ, ΤΕ ή ΔΕ κατηγορίας.

Στους νοσηλευτές και των τριών κατηγοριών το αντικείμενο της έρευνας περιλαμβάνει την εκπαιδευτική τους κατάρτιση, την επαγγελματική τους πορεία ως προς την εφαρμογή της νοσηλευτικής διάγνωσης και τέλος τις προσδοκίες, επιθυμίες που εκφράζουν για το μέλλον σε σχέση όχι μόνο με την περαιτέρω ενημέρωσή τους για το θέμα αλλά και διαλέγοντας τρόπους ενημέρωσης.

Στόχοι της έρευνας:

Οι στόχοι που συγκεκριμενοποιούν το αντικείμενο της έρευνας είναι οι εξής:

A) Ως προς τη διερεύνηση της υπάρχουσας κατάστασης σε σχέση με την παρούσα κατάσταση επιπέδου γνώσεων και την εφαρμογή της Ν. Δ.

B) Ως προς τη διερεύνηση των προοπτικών βελτίωσης της υπάρχουσας κατάστασης.

Γ) Ως προς τη διερεύνηση καταγραφής απόψεων σχετικά με την εφαρμογή της στα ελληνικά νοσοκομεία.

Δ) Ως προς τη διερεύνηση ειλικρινούς ενδιαφέροντος.

Μεθοδολογία της έρευνας.

Μέθοδος - Υλικό.

Η μεθοδολογία της έρευνας αναφέρεται στο δείγμα της έρευνας, την τεχνική συλλογή στοιχείων, τη διεξαγωγή/ διαδικασία της έρευνας, τα όρια του υλικού που συλλέχθηκε και τέλος την ανάλυση των δεδομένων.

Ο ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στην έρευνά μας ο πληθυσμός υπήρξε τυχαίος. Σε συνεργασία με την Διευθύνουσα της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας απ' όπου προήλθε έγκριση από την Διεύθυνση της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου είχαμε πρόσβαση στις κλινικές του νοσοκομείου, από όπου συλλέξαμε τις αναγκαίες πληροφορίες από τους νοσηλευτές. Η έρευνα διεξήχθη σε ΠΕ, ΤΕ και ΔΕ νοσηλευτές που είτε αποτελούν μόνιμο προσωπικό είτε με σύμβαση.

Σαφέστατα, ο πληθυσμός της έρευνας δεν αποτελεί δείγμα το οποίο είναι αντιπροσωπευτικό του ευρύτερου πληθυσμού των νοσηλευτών. Καθότι ναι μεν αναφέρεται σε 100 άτομα, στο κάθε νοσοκομείο, υπήρξαν όμως και ενδείξεις συμπλήρωσης απόψεων στο ερωτηματολόγιο οι οποίες δεν αποτελούσαν προσωπικές απόψεις αυτών που το συμπλήρωναν γεγονός το οποίο δεν επιτρέπει γενικεύσεις. Αυτό βέβαια δεν μειώνει τη σημασία και το ενδιαφέρον αυτής της έρευνας αν σκεφτεί κανείς πόσο δύσκολη είναι η συμπλήρωση ερωτηματολογίων σε ώρες φόρτου εργασίας. Υπήρξε βέβαια ένας σημαντικά μεγάλος αριθμός νοσηλευτών που συμπλήρωσαν το επικείμενο ερωτηματολόγιο με ιδιαίτερη προσοχή και αφοσίωση. Η συνάντηση με τους νοσηλευτές και προϊσταμένες των τμημάτων είναι μια αναπάντεχη συγκυρία η οποία μας έδωσε την ευκαιρία να γνωρίσουμε ένα σημαντικό αριθμό ανθρώπων που έχουν «ιστορικό» εφαρμογής Νοσηλευτικής Διάγνωσης προσπαθώντας να αναδείξει κάποιες ενδιαφέρουσες πτυχές και όψεις του θέματος.

Η ΤΕΧΝΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

Ο ανιχνευτικός χαρακτήρας της έρευνας, ο σχετικά ικανοποιητικός αριθμός ερωτώμενων και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους ως πληθυσμού υπό την διερεύνηση, επέβαλαν την υιοθέτηση μιας τεχνικής που να επιτρέπει την συλλογή των αναγκαίων πληροφοριών αλλά και να εξασφαλίζει κάποια ευελιξία. Η τεχνική που χρησιμοποιήθηκε ήταν ένα ερωτηματολόγιο με καθορισμένη δομή και σε 14 αριθμό κλειστών ερωτήσεων, ερωτηματολόγιο που μοιάζει με την κατευθυνόμενη συνέντευξη. Η αξιοπιστία, αντικειμενικότητα και εγκυρότητα της έρευνας θεωρήσαμε πως θα εξασφαλιζόταν με τη δυνατή προσωπική επαφή και συζήτηση (ανταλλαγή των απόψεων) με τους ίδιους τους νοσηλευτές. Ένας αριθμός ερωτηματολογίων δόθηκαν στις κλινικές για ένα προκαθορισμένο χρονικό διάστημα για τη συμπλήρωσή τους και από το υπόλοιπο νοσηλευτικό προσωπικό. Αναλυτικότερα:

α) Η καθορισμένη δομή του ερωτηματολογίου στηρίχθηκε στη λογική ότι η τεχνική συλλογή στοιχείων έπρεπε να διευκολύνει την συγκέντρωση όσο το δυνατόν συγκεκριμένων πληροφοριών που είχαν ως επίκεντρο το μελετώμενο αντικείμενο, δηλαδή, την αναγκαιότητα για εφαρμογή της Νοσηλευτικής Διάγνωσης, από τους ερωτώμενους. Για το λόγο αυτό η δομή εξειδικεύτηκε ανάλογα με την κατηγορία των νοσηλευτών ΠΕ, ΤΕ και ΔΕ στους οποίους απευθυνόταν το ερωτηματολόγιο.

β) Η ευελιξία της τεχνικής που επιλέχθηκε συνδυάστηκε με τον 14 σε αριθμό κλειστών ερωτήσεων, ερωτήσεων που έδιναν τη δυνατότητα να απαντήσουν συγκεκριμένα και ευθύς, ή σε ορισμένες ερωτήσεις δόθηκε η δυνατότητα αναφοράς εν συντομία, όπως αυτοί το επιθυμούσαν, στα θέματα των ερωτήσεων. Οι κλειστές ερωτήσεις καθόρισαν τις απόψεις των ερωτώμενων.

γ) Οι θεματικές κατηγορίες που αγγίζουν το ερωτηματολόγιο ήταν επικεντρωμένες στις επιμέρους διαστάσεις του μελετώμενου αντικειμένου δηλαδή την αναγκαιότητα για εφαρμογή της Ν.Δ. στην παροχή φροντίδας των ασθενών, και στο επίπεδο γνώσεων γύρω από την ανεξάρτητη σφαίρα του όρου.

δ) Η σύνθεση των ερωτήσεων αποτέλεσε επίσης μια σημαντική επιλογή πάνω στην οποία στηρίχθηκε ο σχεδιασμός του ερωτηματολογίου. Ζητούμενο ήταν να κατασκευαστεί ερωτηματολόγιο το οποίο να μπορεί να απαντηθεί σύντομα. Χωρίς να δημιουργούνται κενά στην πληροφόρηση που είναι αναγκαία για την μελέτη του συγκεκριμένου αντικειμένου, αλλά και χωρίς να απαιτείται μια μακρά και εξαντλητική διαδικασία συμπλήρωσή τους, πράγμα που θα ήταν ιδιαίτερα κοπιαστικό για τους ερωτώμενους.

Η ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΕΠΙΤΟΠΙΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η επιτόπια έρευνα διεξήχθη από τις αρχές Ιανουαρίου 2002 έως τα μέσα Μαΐου 2002. Ο πληθυσμός της έρευνας προερχόταν από 22 κλινικές του Βενιζελείου Νοσοκομείου και Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου, 11 κλινικές αντίστοιχα στο έκαστο νοσοκομείο. Η πρόσβαση στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο επικυρώθηκε με γραπτή έγκριση από τη Διεύθυνση της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, κατόπιν γραπτής αιτήσεώς μας. Κάτι ανάλογο δεν χρειάστηκε να πραγματοποιηθεί στο Βενιζέλειο Νοσοκομείο. Για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου μας χρειάστηκε να έρθουμε σε προσωπική επαφή με τους νοσηλευτές και τους προϊσταμένους των τμημάτων. Ενώ παράλληλα όπως ήδη αναφερθήκαμε σε ένα αριθμό νοσηλευτών δόθηκαν τα ερωτηματολόγια χωρίς να έρθουμε σε προσωπική επαφή μαζί τους. Δόθηκαν από συναδέλφους τους, αφού σε ορισμένες κλινικές αφήναμε ένα μικρό αριθμό ερωτηματολογίων για συμπλήρωση. Αναλυτικότερα:

A) Εξηγήθηκε ο λόγος επισκέψεως μας καθώς προηγήθηκαν οι απαραίτητες συστάσεις και διαβεβαιώθηκε, επικυρώθηκε σε αυτούς η «νόμιμη» διεξαγωγή της έρευνας μας προσκομώντας τους την επικείμενη έγκριση από την Διευθύνουσα (ΠΑΓΝΗ). Το θέμα του ερωτηματολογίου καθιστούσε επιτακτική την ανάγκη ιδιαίτερης προσέγγισης και ευαισθητοποίησης από μέρους μας. Σκοπός μας είναι η διερεύνηση των απόψεων των νοσηλευτών σχετικά με τον συγκεκριμένο όρο. Προσπαθήσαμε να αμβλύνουμε την αβεβαιότητα και την αμηχανία της πρώτης επαφής με τους ερωτώμενους. Ζητούμενα ήταν η παράθεση των προσωπικών απόψεων και η μεταβίβαση της τυχόν ολικής τους εμπειρίας από την εφαρμογή της Νοσηλευτικής Διάγνωσης, αλλά και η συνεργασία τους στην διεξαγωγή της έρευνας.

Η επαφή με ένα αριθμό νοσηλευτών πέρασε από διάφορα στάδια. Αρχικά, η προσωπική επαφή προκάλεσε αμηχανία, οι περισσότεροι ήταν ιδιαίτερα διστακτικοί και επιφυλακτικοί ως προς την εγκυρότητα της έρευνας και εμφανίστηκαν δυσκολίες ως προς τις γνώσεις στο να απαντήσουν ερωτήσεις σχετικές με τον όρο της Νοσηλευτικής Διάγνωσης. Ιδιαίτερα τονίστηκε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο

πράγμα το οποίο επέτρεπε ελευθερία επιλογής.

Υπήρξαν τεχνικές δυσκολίες ως προς την πραγματοποίηση της έρευνας, παραθέτουμε στη συνέχεια ορισμένες παρατηρήσεις:

- Υπήρξε δυσκολία άμεσης πρόσβασης σε ορισμένες κλινικές διότι βρίσκονταν σε ώρα φόρτου εργασίας.
- Στο ΠΑΓΝΗ η έναρξη συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων ήταν χρονοβόρα διότι έπρεπε να αποκομίσουμε ειδική έγκριση προκειμένου να προβούμε στις κλινικές.
- Όσοι από τους νοσηλευτές βρίσκονταν σε φόρτο εργασίας, αφήναμε το ερωτηματολόγιο και επανερχόμασταν έπειτα από ορισμένο χρονικό διάστημα. Υπήρξε χρονοβόρα η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.
- Μερικοί αρνήθηκαν α απαντήσουν.
- Κάποιοι άλλοι εξέφρασαν οργή και αρνητική στάση απέναντι στο άκουσμα του θέματος.

Παρά το γεγονός ότι η διαδικασία επαφής και της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων δεν ήταν απλή, η συμμετοχή των νοσηλευτών υπήρξε ικανοποιητική εφόσον απάντησαν 200 άτομα και από τα 2 νοσοκομεία του Ηρακλείου.

ΤΑ ΟΡΙΑ ΤΟΥ ΥΛΙΚΟΥ ΠΟΥ ΣΥΛΛΕΧΘΗΚΕ

Κατά τη διάρκεια της επιτόπιας έρευνας συλλέχθηκε ενδιαφέρον υλικό για το μελετώμενο αντικείμενο. Ωστόσο δεν διαφεύγει της προσοχής μας ότι το υλικό αυτό έχει συγκεκριμένα όρια, όρια που τίθενται από τον ίδιο τον πληθυσμό της έρευνας, αλλά και από την τεχνική που χρησιμοποιήθηκε. Πιο συγκεκριμένα:

α) Είναι φανερό ότι ο πληθυσμός της έρευνας έχει κινηθεί και ίσως κινείται ακόμα μέχρι σήμερα μεταξύ αληθινών και ψευδών απαντήσεων. Είναι πιθανό λοιπόν ένα μέρος των πληροφοριών που έδωσαν οι νοσηλευτές να μην είναι πλήρες ή και αληθές, ενώ παράλληλα απάντησαν σε περισσότερες από μία απάντηση.

β) Η τεχνική που χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή πληροφοριών δεν ήταν σε θέση να καταγράψει όλη τη μη λεκτική επικοινωνία που συνόδευε το λόγο ή τη σιωπή των νοσηλευτών κατά τη διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Πολλές φορές η έκφραση των ματιών ή ο τόνος της φωνής ήταν πολύ πιο εύγλωττα από τα λεγόμενα. Είναι βέβαιο λοιπόν, ότι ένα μεγάλο και σημαντικό μέρος πληροφοριών που συνοδεύουν τις απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο κάθε νοσηλευτή δεν ήταν δυνατόν να αξιοποιηθεί παρά μόνο αποσπασματικά. Επίσης, είναι αυτονόητο ότι πέρα των λεγομένων, σημασία είχε ο τρόπος που αυτά ελέγοντο και γράφονταν, τρόπος που δεν ήταν εύκολο να καταγραφεί συστηματικά και ολοκληρωμένα.

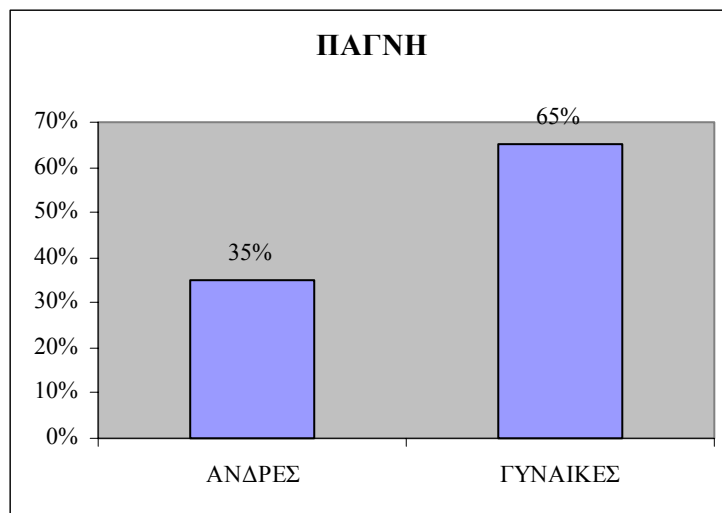
Τα όρια αυτά σαφώς δείχνουν ότι η έρευνα αυτή δεν μπορεί να εξαντλήσει τις πολύπλευρες διαστάσεις του θέματος. Άλλωστε όπως ήδη αναφέρθηκε η έμφαση της έρευνας δόθηκε σε συγκεκριμένες πλευρές της πορείας τους. Οι πλευρές αυτές θα μπορούσαν να αποτελέσουν τη βάση για την προετοιμασία συστηματικής εφαρμογής του όρου. Η επισήμανση των ορίων του υλικού δεν μειώνει την αξία του, απλώς οριοθετεί το πλαίσιο μέσα στο οποίο αναδεικνύεται η αξία αυτή.

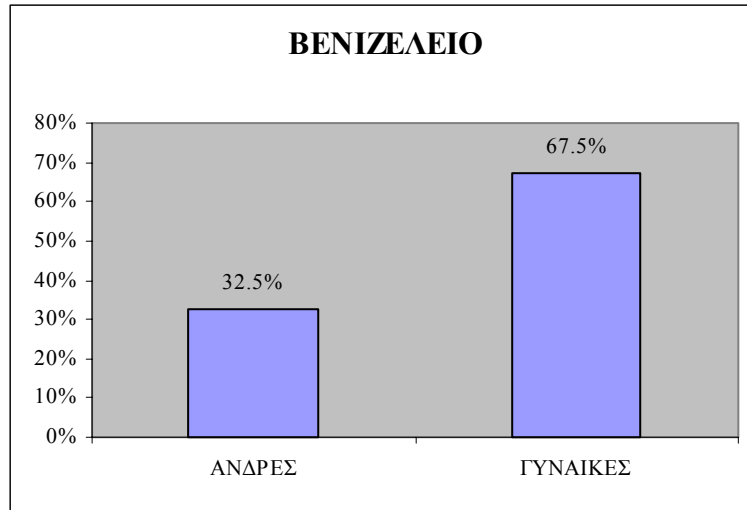
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΕΝΗΤΙΚΟΥ ΜΕΡΟΥΣ

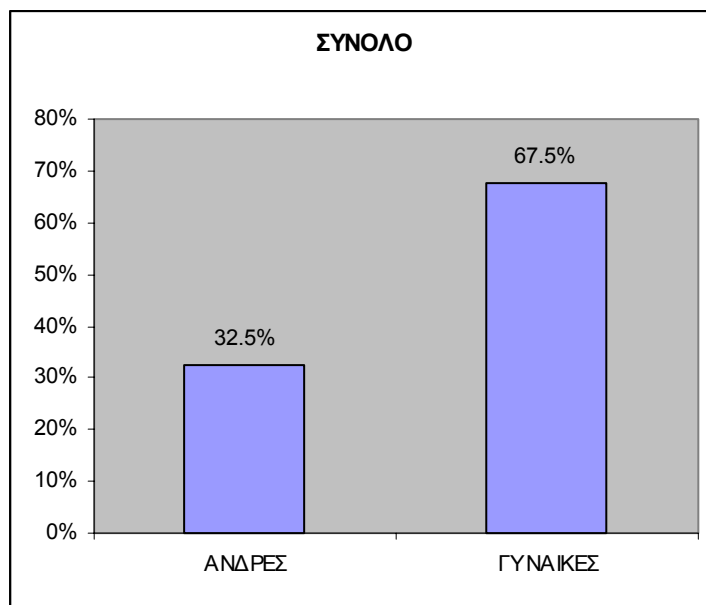
ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ:

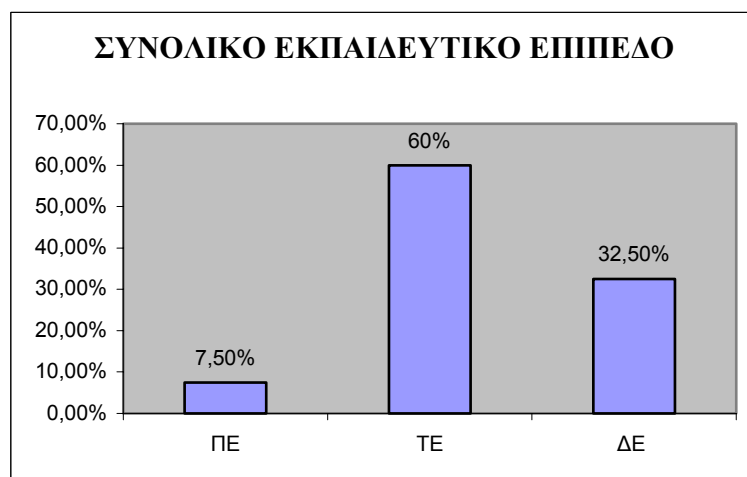
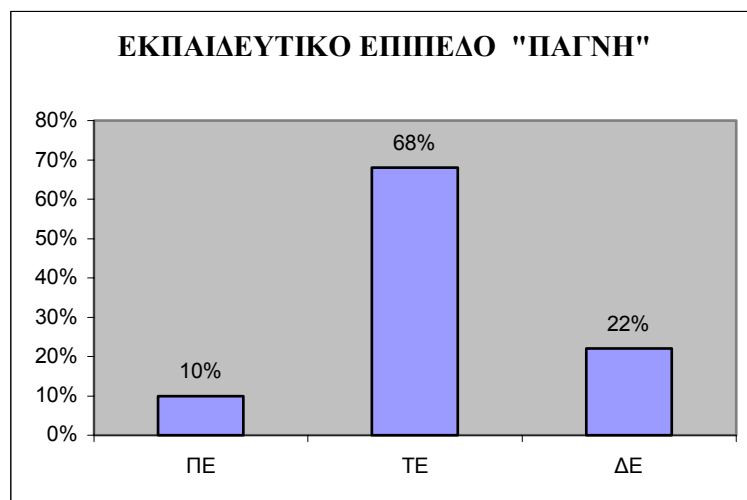
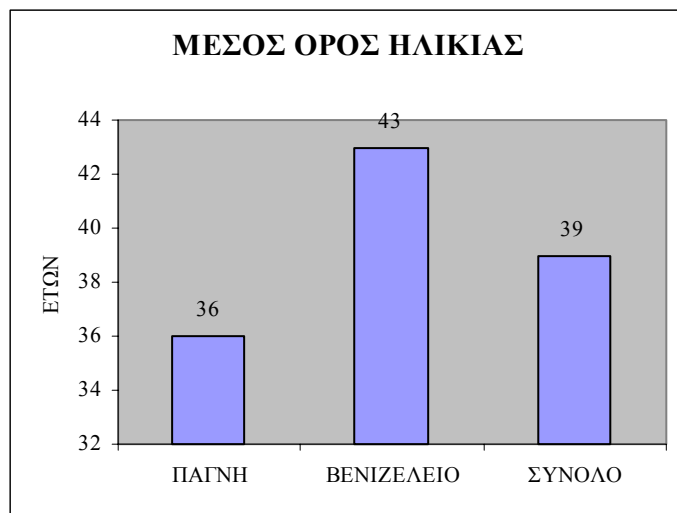
Το δείγμα μας αποτελείται από άνδρες και γυναίκες νοσηλευτές ηλικίας 23-58 ετών, οι οποίοι στοιχειωδοτούν τα 3 εκπαιδευτικά επίπεδα ΠΕ, ΤΕ και ΔΕ των 2 νοσοκομείων του Ηρακλείου της Κρήτης, το ΠΑΓΝΗ και ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ. Παρακάτω θα γίνει ανάλυση των δημογραφικών στοιχείων της έρευνας στο κάθε νοσοκομείο ξεχωριστά και στο σύνολό του. Καθώς επίσης θα παρουσιασθούν και τα αναλυτικά στοιχεία των απαντήσεων που εδόθησαν από τους ερωρούντες στις ερωτήσεις του διαμορφωμένου ερωτηματολογίου.

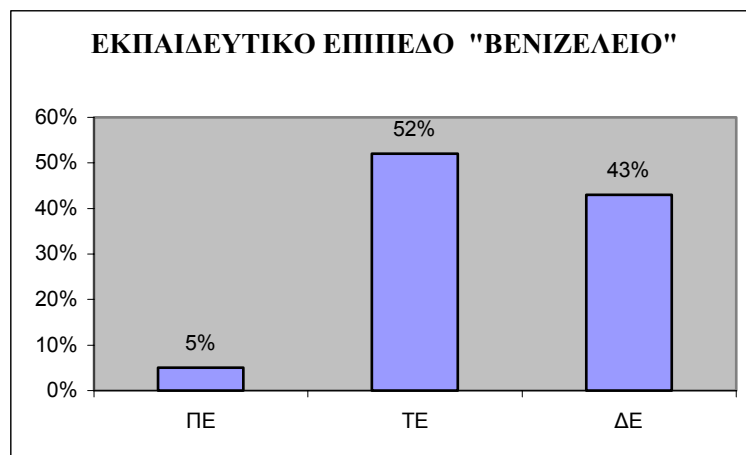




]



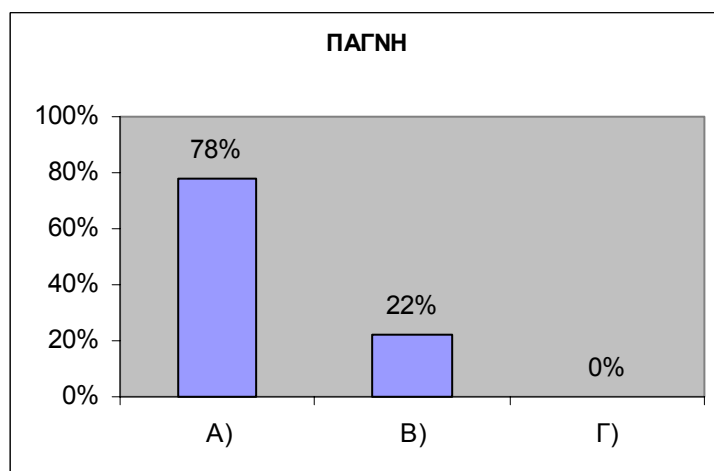


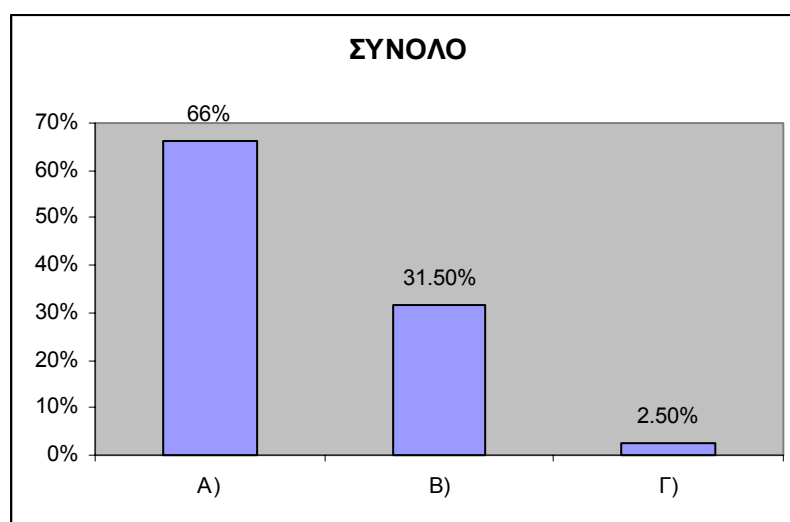
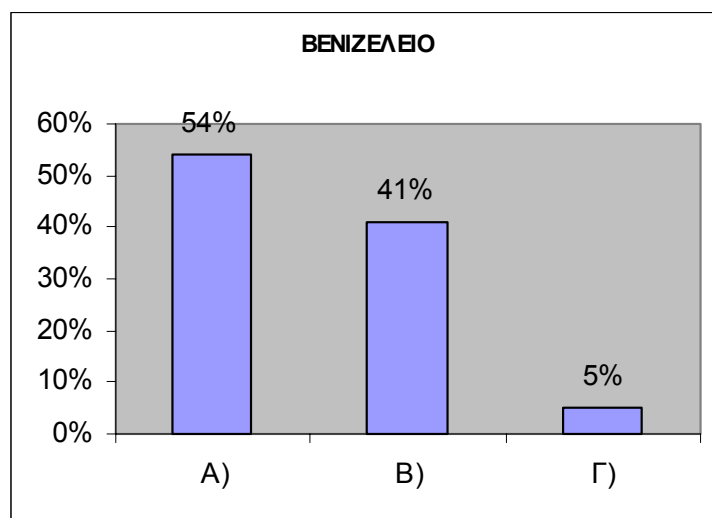


Ερώτηση 1^η: Γνωρίζετε – έχετε ακούσει τον όρο νοσηλευτική διάγνωση;

Απαντήσεις

- A) Ναι
- B) Όχι
- Γ) Δεν γνωρίζω – δεν απαντώ





Παρατηρούμε πως το πρώτο νοσοκομείο (ΠΑΓΝΗ) το 78% των νοσηλευτών απάντησαν πως γνωρίζουν τον όρο ενώ σε μικρότερο ποσοστό αγγίζοντας το 54% έδωσαν την ίδια απάντηση στο Βενιζέλειο. Μεγαλύτερο ποσοστό στην απάντηση (B) πως δεν γνωρίζουν την Νοσηλευτική Διάγνωση 41% παρατηρούμε στο Βενιζέλειο νοσοκομείο σε αντίθεση με το ΠΑΓΝΗ όπου βλέπουμε ότι σχεδόν οι μισοί (22%) απάντησαν το (B). Ένα 5% των νοσηλευτών του BENIZEΛΕΙΟΥ, δεν απάντησαν το ερωτηματολόγιο γιατί δεν γνώριζαν. Στο σύνολο τους λοιπόν, (ΠΑΓΝΗ + BENIZEΛΕΙΟ) το ποσοστό το οποίο έρχεται στο 66% λίαν ικανοποιητικό γνωρίζουν, ή έχουν ακούσει τον όρο και μόλις το 31.5% δεν το γνωρίζουν. Δεν μας προβληματίζει ιδιαίτερα το 2.5% που αρνήθηκε την ύπαρξη του όρου.

Ερώτηση 2^η: Αν ναι, από πού;

Απαντήσεις

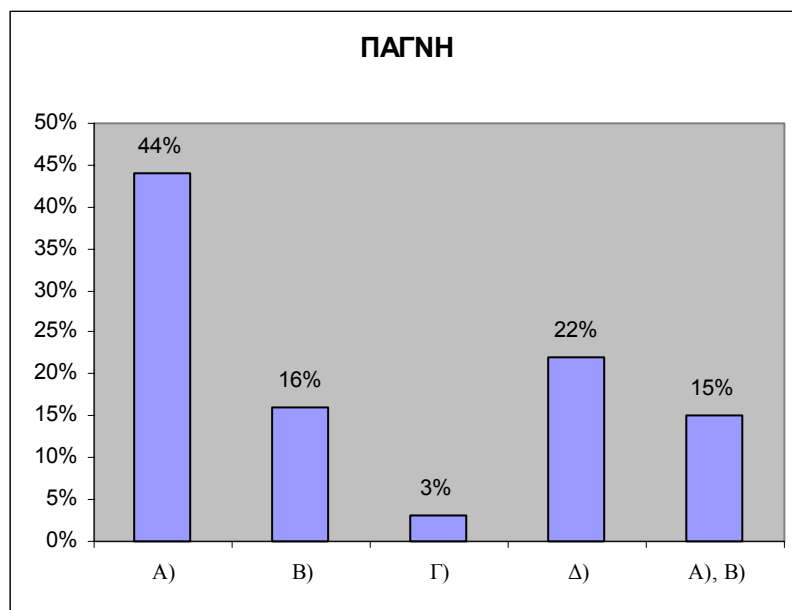
A) Βασική προεπαγγελματική εκπαίδευση (ΑΕΙ, ΤΕΙ, ΜΤΕΝΣ)

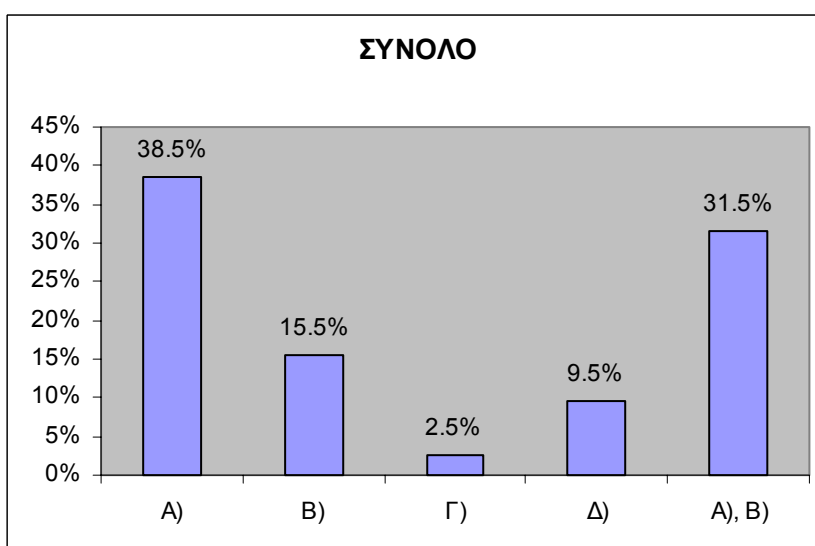
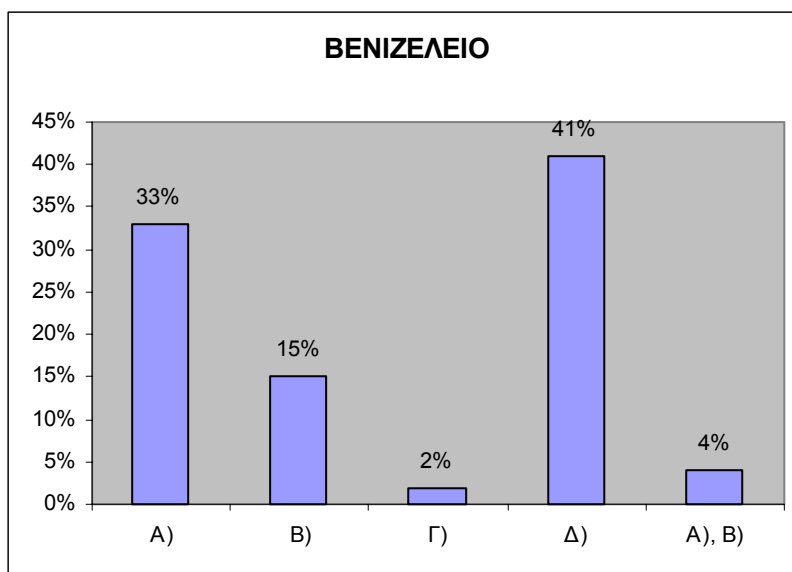
B) Συνεχιζόμενη επαγγελματική εκπαίδευση (σεμινάρια, ειδικότητα)

Γ) Από αλλού (αναφέρετε ποια)

Δ) Δεν ξέρω

Σημείωση: Ένα ποσοστό νοσηλευτών μας συμπλήρωσαν παραπάνω από μία απαντήσεις.



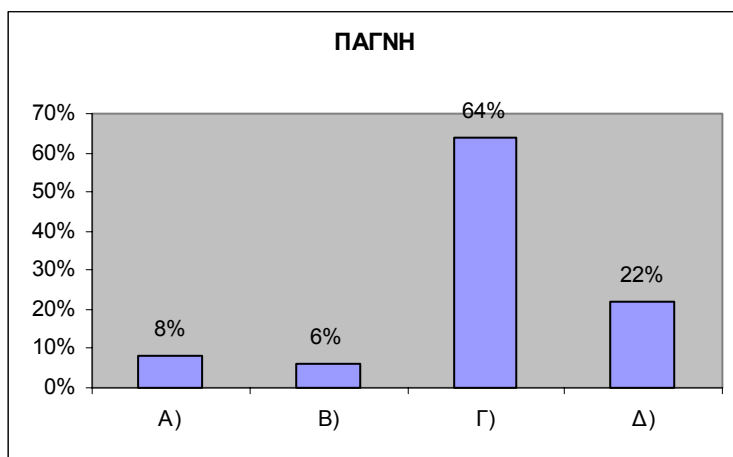


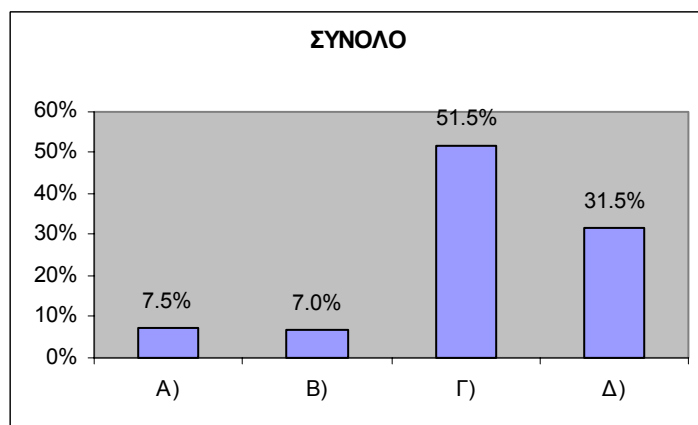
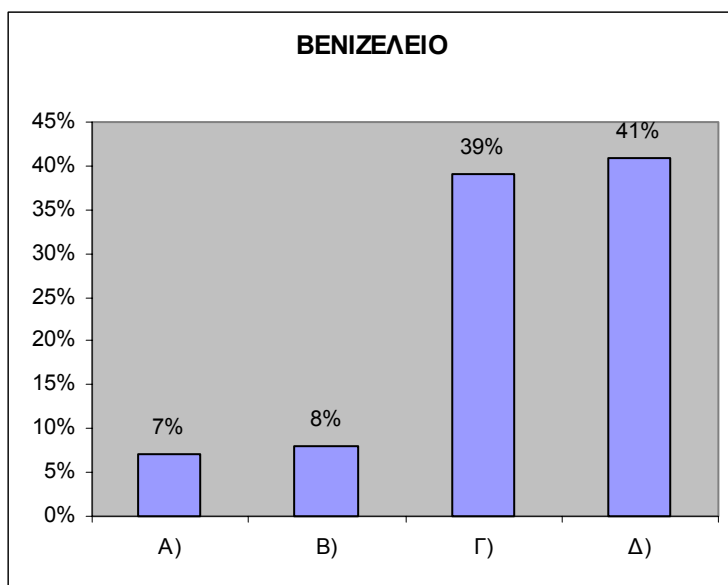
Σ' αυτήν την ερώτηση πως η βασική προεπαγγελματική εκπαίδευση αποτέλεσε τον μεγαλύτερο οδηγό γνωριμίας του όρου και στα δύο νοσοκομεία ΠΑΓΝΗ (44%) και BENIZEΛΕΙΟ (33%). Ενώ μικρό ποσοστό μόλις 3% στο ΠΑΓΝΗ και 2% στο BENIZEΛΕΙΟ είναι εφικτό διαδεδομένο από άλλους παράγοντες εκτός Βασικής και Συνεχιζόμενης επαγγελματικής εκπαίδευσης. Δεν μπορούμε να είμαστε απόλυτα ικανοποιημένοι από 38.5% στο σύνολο των νοσηλευτών.

Ερώτηση 3^η : Σκοπός της νοσηλευτικής διάγνωσης είναι:

Απαντήσεις

- A) Η διάγνωση των ασθενειών και των παθολογικών διεργασιών αυτής;
- B) Η χορήγηση της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής;
- Γ) Ο καθορισμός των προβλημάτων και αναγκών (πραγματικών και υποθετικών) του αρρώστου που προέκυψαν από τη νόσο του;
- Δ) Δεν ξέρω.



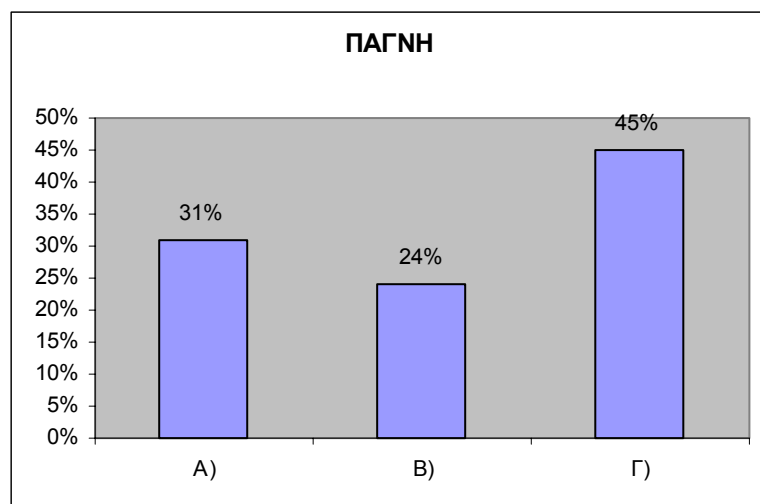


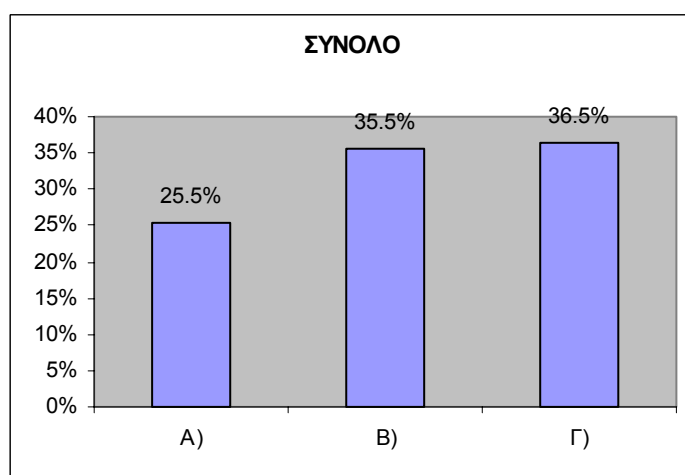
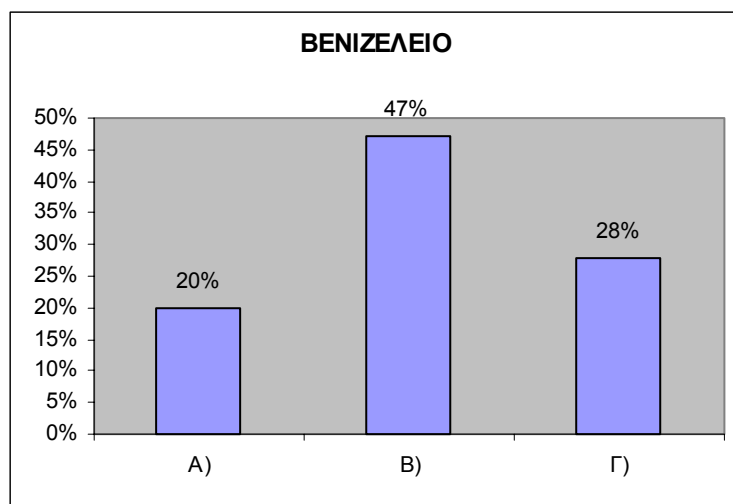
Το 64% των νοσηλευτών του ΠΑΓΝΗ και σε μικρότερο ποσοστό μόλις το 39% του BENIZEΛΕΙΟΥ μας έδωσαν την απάντηση (Γ) η οποία έχει ήδη διατυπωθεί. Σε σχέση με τα ποσοστά της 1^{ης} ερώτησης εάν γνωρίζουν τον όρο στα οποία 78% του ΠΑΓΝΗ και 54% του BENIZEΛΕΙΟΥ, βλέπουμε πως δεν γνωρίζουν όλοι το «σωστό» σκοπό της νοσηλευτικής διάγνωσης, αφού μόλις το 51.5% στο σύνολο τους απάντησαν σωστά σε σχέση με το 66% του συνόλου της ερώτησης 1. Τα μικρότερα ποσοστά αγγίζουν η απάντηση (B) στο ΠΑΓΝΗ (6%) και η απάντηση (A) στο BENIZEΛΕΙΟ (7%). Βέβαια είναι πολύ μικρά τα ποσοστά αγγίζοντας το 7.5% για την απάντηση (A) και το 7% για την απάντηση (B) στο σύνολό τους, σε σχέση με το 66% του συνόλου της ερώτησης 1.

Ερώτηση 4^η : Έχετε εφαρμόσει τη νοσηλευτική διάγνωση στην καθημερινή κλινική πράξη;

Απαντήσεις

- A) Ναι.
- B) Όχι
- Γ) Περιστασιακά.





Σε μεγαλύτερο ποσοστό οι νοσηλευτές του ΠΑΓΝΗ (45%) εφαρμόζουν περιστασιακά στην κλινική πράξη τη νοσηλευτική διάγνωση και μόλις ένα 24% δεν την εφαρμόζει καθόλου. Σε αντίθεση με το BENIZEΛΕΙΟ που το 47% δεν εφαρμόζει τον όρο ενώ 28% τον εφαρμόζει περιστασιακά. Αν κοιτάξουμε στο σύνολο υπάρχει μεγάλη διαφορά ανάμεσα στην απάντηση (B) και (Γ) – (35.5%) και (36.5%) αντίστοιχα ενώ σε μικρότερο ποσοστό στο 25.5% εφαρμόζεται ο όρος κλινικά. Αν τον συγκρίνουμε με το ποσοστό της αρχικής ερώτησης παρατηρείται πως μπορεί πολύ περισσότεροι να γνωρίζουν τον όρο αλλά πολλοί λιγότεροι τον εφαρμόζουν κλινικά.

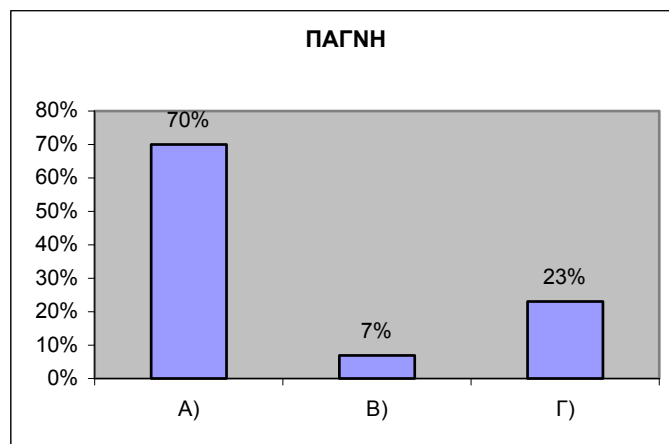
Ερώτηση 5^η : Πιστεύετε ότι η νοσηλευτική διάγνωση είναι απαραίτητη για τον σχεδιασμό και την εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας;

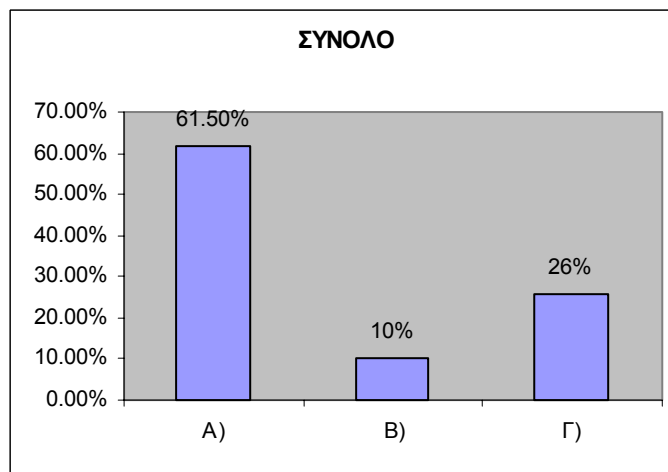
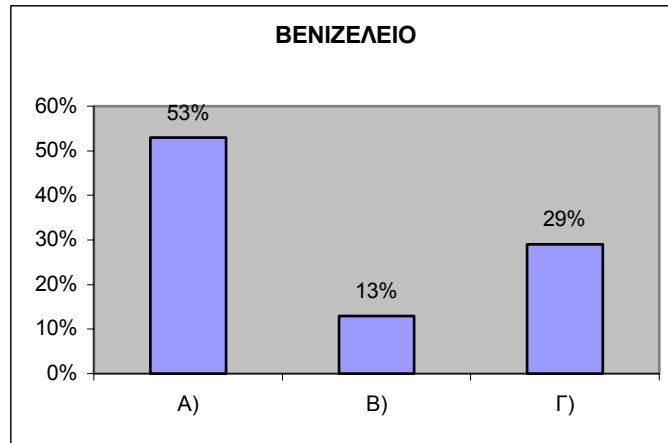
Απαντήσεις

A) Ναι.

B) Όχι.

Γ) Δεν ξέρω.



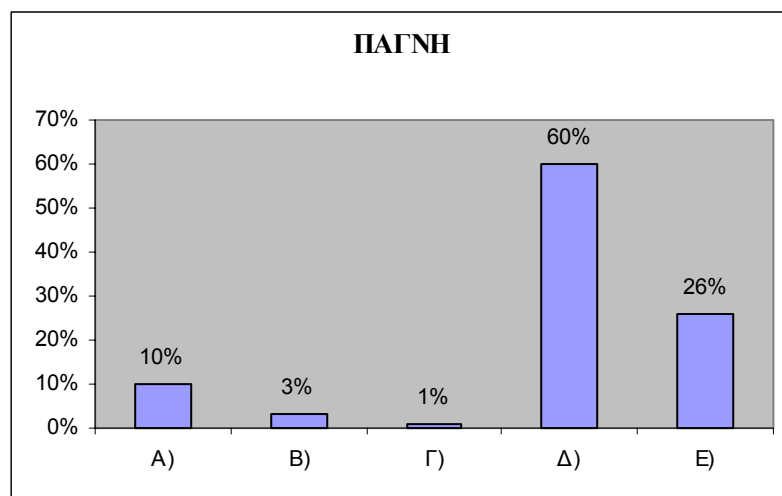


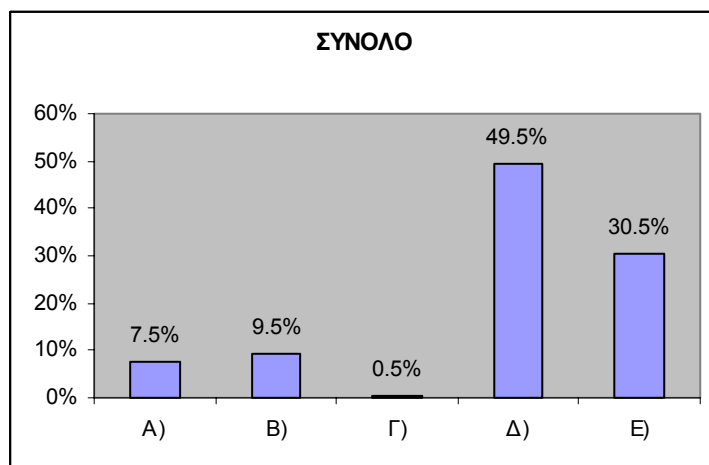
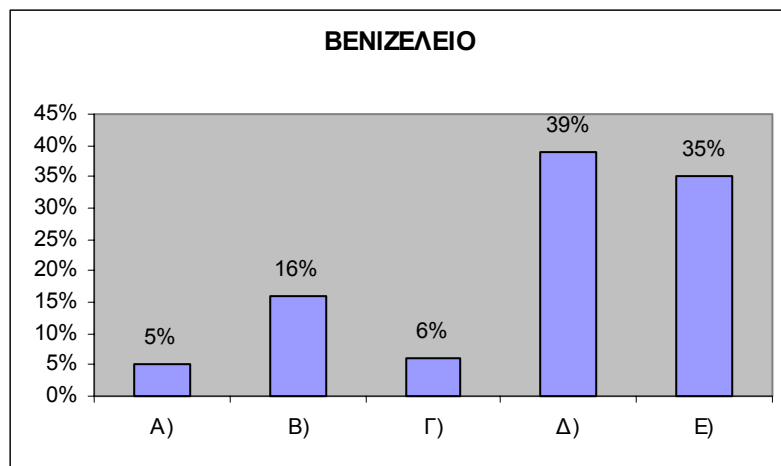
Το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών και στα δύο νοσοκομεία πιστεύουν πως η νοσηλευτική διάγνωση είναι απαραίτητη για τον σχεδιασμό και την εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας. Το ποσοστό όπου αριθμητικά είναι 70% και εκπροσωπεί το ΠΑΓΝΗ νοσοκομείο ξεπερνά το ποσοστό του BENIZEΛΕΙΟΥ που ανέρχεται 53%, ενώ η αρνητική απάντηση (B) του BENIZEΛΕΙΟΥ είναι μεγαλύτερη απ' ότι στο ΠΑΓΝΗ. Αφού το 13% αντιστοιχεί στο πρώτο και το 7% στο δεύτερο. Εύκολα κάποιος μπορεί να διαπιστώσει πως παρόλο που έχουμε ποσοστό θετικής απάντησης που στο σύνολο ανέρχεται στο 61.5% υποστηρίζοντας θετική την ερώτηση, μόνο το 25.5% του συνόλου εφαρμόζει τον όρο στην κλινική πράξη. (Προηγούμενη ερώτηση)

Ερώτηση 5^η : Από ποιους πρέπει να τίθεται η νοσηλευτική διάγνωση;

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ

- A) Από τους νοσηλευτές ΠΕ
- B) Από τους νοσηλευτές ΤΕ
- Γ) Από τους νοσηλευτές ΔΕ
- Δ) Το (α) και το (β)
- Ε) Από όλους (ΠΕ,ΤΕ και ΔΕ)



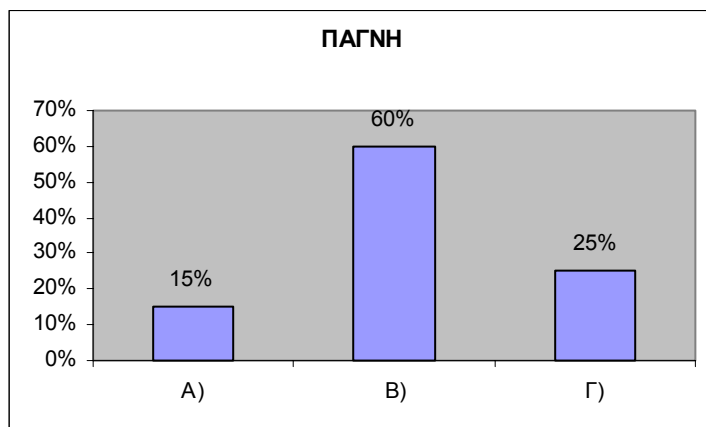


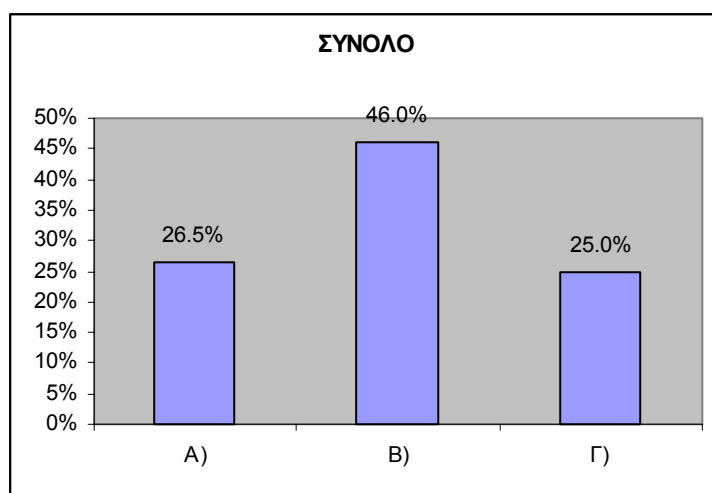
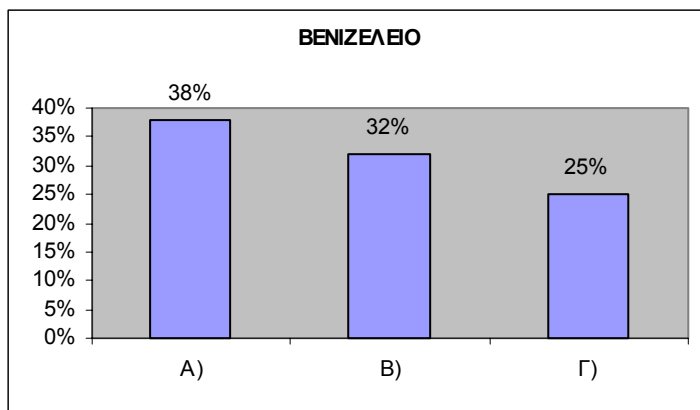
Σε μεγαλύτερο ποσοστό νοσηλευτών και στα δύο νοσοκομεία ισχυρίζονται πως η νοσηλευτική διάγνωση θα πρέπει να τίθεται από τους νοσηλευτές Πε και ΤΕ. Αξίζει να σημειωθεί πως στο BENIZEΛΕΙΟ νοσοκομείο το ποσοστό 35% έναντι 26% του ποσοστού του ΠΑΓΝΗ νοσοκομείο υποστηρίζουν πως θα πρέπει απ' όλους ΠΕ, ΤΕ, και ΔΕ να τίθεται ο όρος. Ενώ παράλληλα σχεδόν κανείς δεν πιστεύει πως οι ΔΕ είναι ικανά καταρτισμένοι στο να χρησιμοποιούν τον όρο.5

Ερώτηση 7^η : Ποια η διαφορά μεταξύ ιατρικής και νοσηλευτικής διάγνωσης;
άγνωσης;

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ

- A) Καμία – Δεν υπάρχουν διαφορές.
- B) Έχουν διαφορετικούς αντικειμενικούς σκοπούς.
- Γ) Ακολουθούν διαφορετικές μεθόδους προσέγγισης.





Στο σύνολο των 2 νοσοκομείων μόλις το 40% των νοσηλευτών έχουν δώσει τη σωστή απάντηση, από οποίες όμως σωστές απαντήσεις, μεγαλύτερο ποσοστό εμφανίζεται στο ΠΑΓΝΗ με ποσοστό 60% και σε πολύ μικρότερο ποσοστό 32% στο BENIZEΛΕΙΟ. Ενώ παράλληλα οι νοσηλευτές του BENIZEΛΕΙΟΥ ως επί το πλείστον πιστεύουν πως δεν υπάρχουν διαφορές (38%). Το ίδιο ποσοστό νοσηλευτών (25%) και στα δύο νοσοκομεία υποστηρίζουν την απάντηση της ερώτησης.

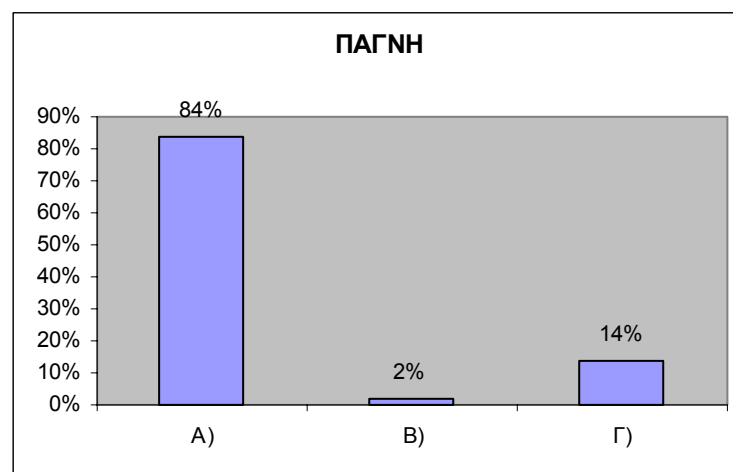
Ερώτηση 8^η : Πιστεύετε ότι η εφαρμογή της νοσηλευτικής διάγνωσης θα βοηθούσε τους ασθενείς και τις ανάγκες τους;

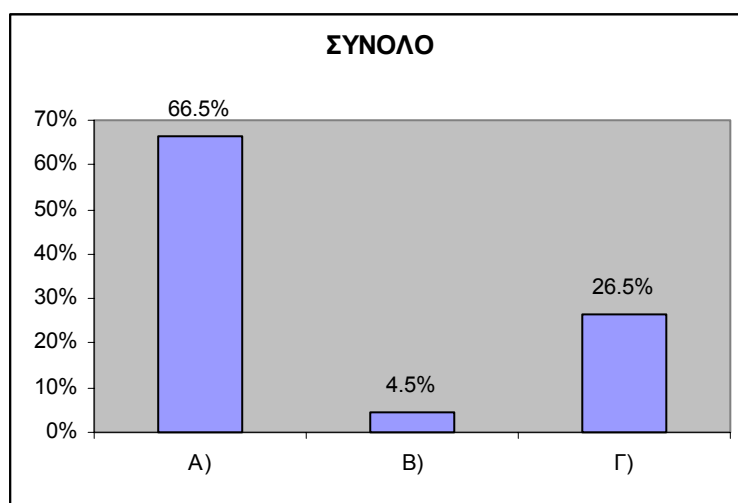
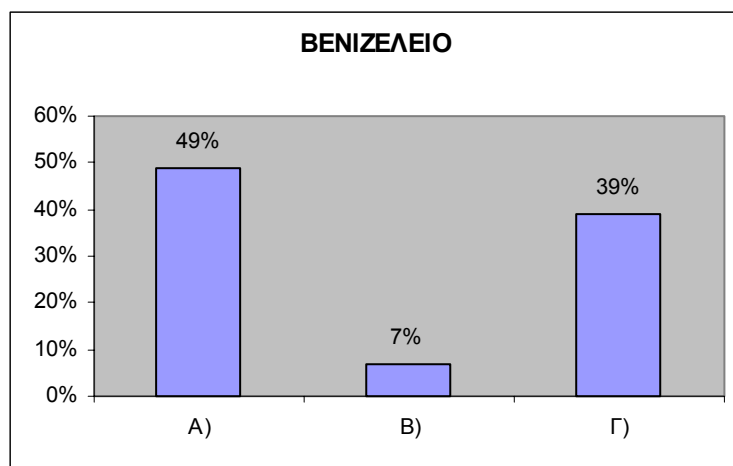
ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ

A) Ναι.

B) Όχι.

Γ) Δεν ξέρω.





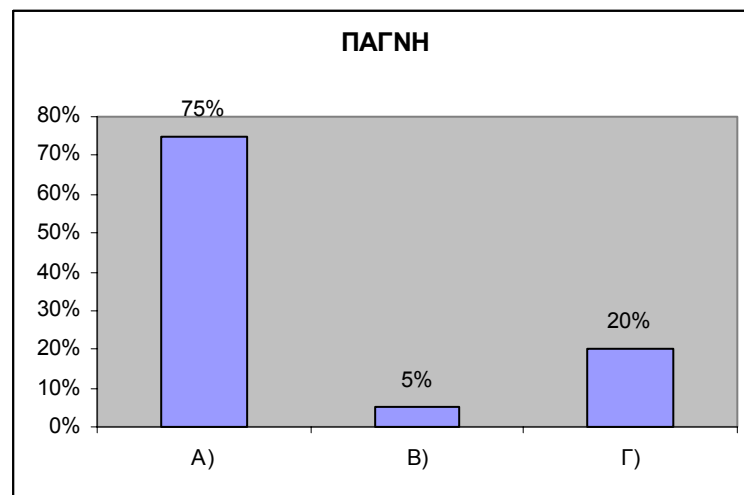
Το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών και στα δύο νοσοκομεία παρατηρούμε πως πιστεύουν ότι η εφαρμογή της νοσηλευτικής διάγνωσης αλθα βοηθούσε τους ασθενείς και τις ανάγκες τους. Για ακόμη μία φορά βλέπουμε στη θετική απάντηση να ανταποκρίνεται μεγαλύτερο ποσοστό νοσηλευτών του ΠΑΓΝΗ νοσοκομείου 84% απ' ότι 49% ποσοστό απαντήσεων των νοσηλευτών του BENIZEΛΕΙΟΥ νοσοκομείου. Μικρό ποσοστό απαντήσεων και απ'τα δύο νοσοκομεία εδόθηκαν στην άρνηση της ερώτησης. Εδώ λοιπόν είναι σημαντικό να

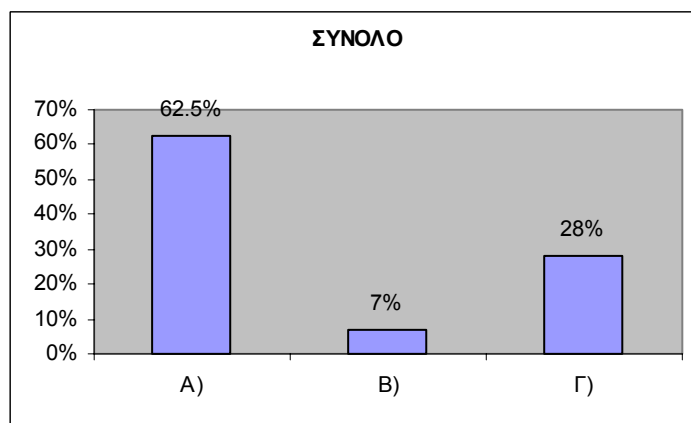
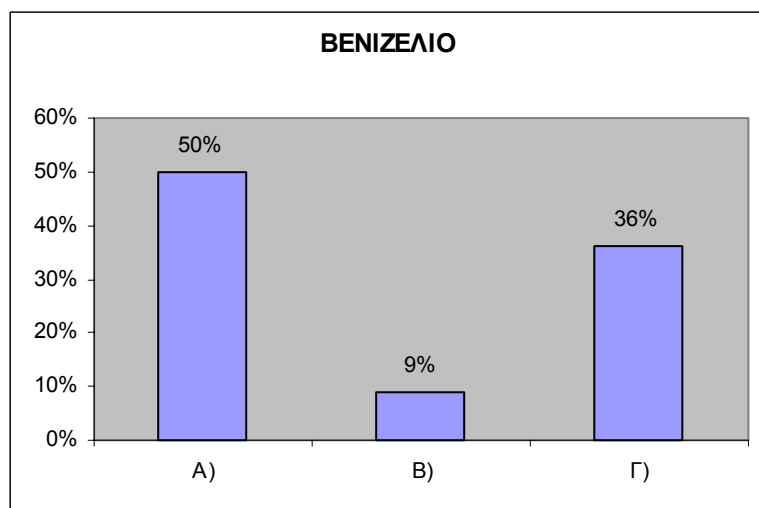
συγκρίνουμε μεταξύ του ποσοστού του συνόλου της ερώτησης 4 και αυτής της συγκεκριμένης ερώτησης. Παρ' ότι λοιπόν σε 66.5% πιστεύουν στην εφαρμογή του όρου για βοήθεια στους ασθενείς, βλέπουμε όμως πως μόνο 25.5% εφαρμόζουν τον όρο στην κλινική πράξη. (ΣΥΝΟΛΟ ΚΑΙ ΑΠ' ΤΑ ΔΥΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ)

Ερώτηση 9^η : Η χρήση της νοσηλευτικής διάγνωσης πιστεύετε ότι αποτελεί παράγοντα προώθησης της νοσηλευτικής επιστήμης;

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ

- A) Ναι.
- B) Όχι.
- Γ) Δεν ξέρω.





Το 62.5% του ποσοστού των νοσηλευτών στο σύνολο των 2 νοσηλευτών πιστεύουν και συμφωνούν με τη διατύπωση της ερώτησης. Στο ΠΑΓΝΗ 75% απάντησαν το (A) έναντι 50% του ποσοστού στο BENIZEΛΕΙΟ της ίδιας απάντησης. Παρ' όλα αυτά σε ποσοστό 28%, νοσηλευτές δεν ξέρουν αν η χρήση της νοσηλευτικής διάγνωσης αποτελεί προώθηση της νοσηλευτικής επιστήμης. Οι περισσότερες (Γ) απαντήσεις εδόθησαν από το BENIZEΛΕΙΟ σε ποσοστό 36%.

Εδώ θα πρέπει να συσχετίσουμε τα ποσοστά σε σχέση με τα ποσοστά κυρίως της ερώτησης 1^{ης} όπου έτσι βλέπουμε πως ενώ στα ποσοστά του συνόλου της απάντησης (B) 31.5% πως δεν γνωρίζουν τον όρο και κυρίως στο BENIZEΛΕΙΟ ένα 41% => απάντηση όχι, μας έδωσαν την απάντηση (Γ) ενώ θα περιμέναμε μία απάντηση (B) που μόλις το 9% δόθηκε από τους νοσηλευτές του BENIZEΛΕΙΟΥ.

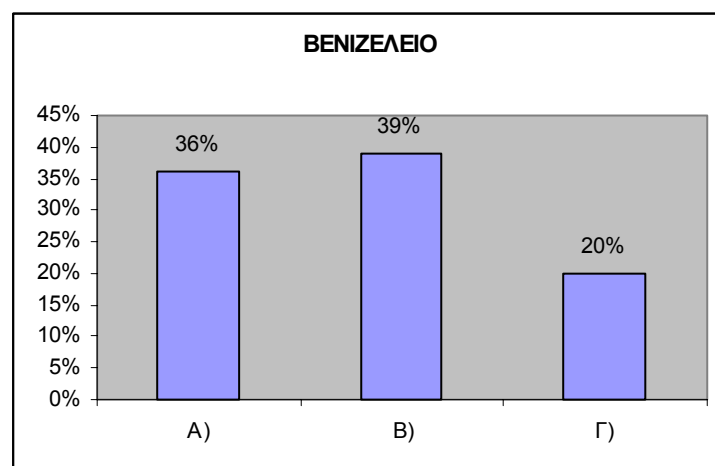
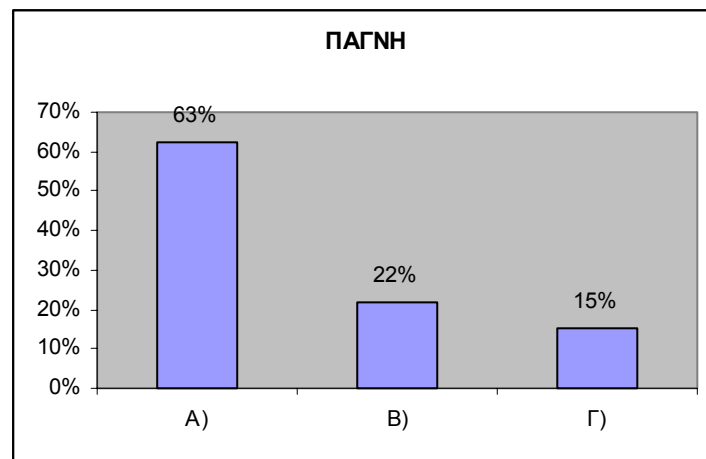
Ερώτηση 10^η: Η νοσηλευτική διάγνωση θα μπορούσε να εφαρμοστεί σήμερα από τους Έλληνες νοσηλευτές;

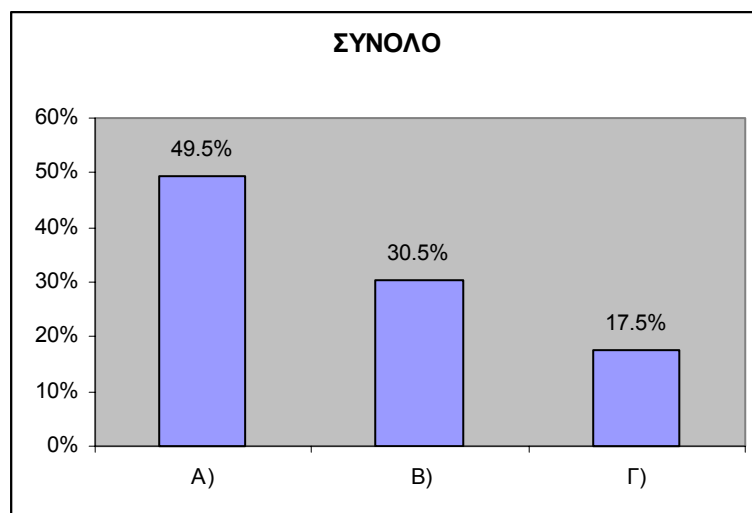
ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ

A) Ναι.

B) Όχι.

Γ) Δεν ξέρω.





Στο ΠΑΓΝΗ νοσοκομείο παρατηρούμε πως στο μεγαλύτερο ποσοστό νοσηλευτών 63% πιστεύουν πως θα μπορούσαν οι Έλληνες νοσηλευτές να εφαρμόσουν τη νοσηλευτική διάγνωση. Σε αντίθεση με τους νοσηλευτές του ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟΥ όπου σε μεγαλύτερο ποσοστό 39% δεν πιστεύουν πως αυτό είναι εφικτό. Και στα δύο νοσοκομεία το μικρότερο ποσοστό απαντήσεων εδόθησαν στην απάντηση (Γ) πως δεν γνωρίζουν, σε ποσοστά 15% και 20% αντίστοιχα της σειράς.

Έτσι λοιπόν σε ποσοστό 49.5% στο σύνολο των δύο νοσοκομείων απάντησαν πως είναι εφικτό, 30.5% πως δεν εφικτό και ένα ποσοστό 17.5% δεν ξέρει αν είναι ή δεν είναι εφικτό.

Ερώτηση: Αν όχι, γιατί;

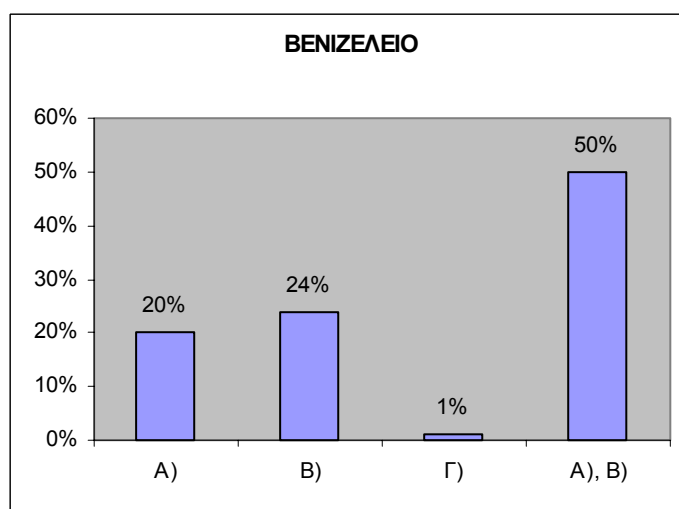
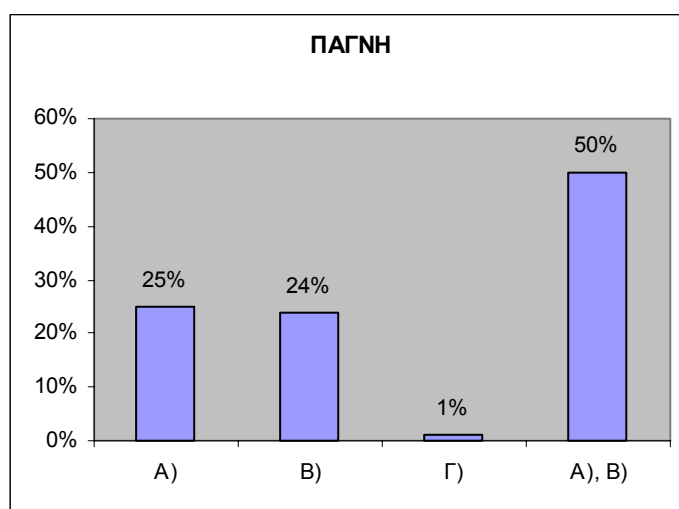
ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ

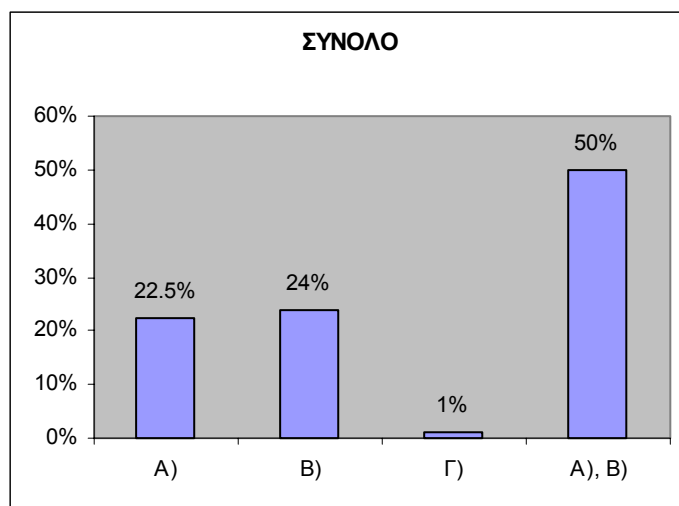
A) Έλλειψη χρόνου και προσωπικού.

B) Έλλειψη γνώσεων γύρω από το θέμα.

Γ) /δεν έχει ουσιαστικό αποτέλεσμα.

Σημείωση: Σ' αυτή την ερώτηση θα πρέπει να διευκρινηθούν πως όλο το δείγμα απάντησε την ερώτηση και όχι μόνο όσοι είχαν απαντήσει στην ερώτηση 10 την απάντηση (B).





Το ίδιο ποσοστό νοσηλευτών πιστεύουν και στα δύο νοσοκομεία ΠΑΓΝΗ και ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ πως τόσο η έλλειψη χρόνου και προσωπικού όσο και η έλλειψη γνώσεων γύρω από το θέμα, σε ποσοστό 50%, θεωρώ πως η Νοσηλευτική Διάγνωση δεν θα μπορούσε να εφαρμοσθεί από Έλληνες Νοσηλευτές.

Καθ' ότι το 22.5% (σύνολο 2 νοσοκομείων) πιστεύουν πως μόνο η έλλειψη χρόνου και προσωπικού αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα εφαρμογής Νοσηλευτικής Διάγνωσης και 24% του ποσοστού νοσηλευτών (σύνολο 2 νοσοκομείων) πιστεύουν πως μόνο η έλλειψη γνώσεων γύρω από το θέμα δεν είναι επαρκής για την εφαρμογή Νοσηλευτικής Διάγνωσης. Ενώ μάλιστα 1% (σύνολο 2 νοσοκομείων) υποστηρίζει πως δεν έχει ουσιαστικό αποτέλεσμα.

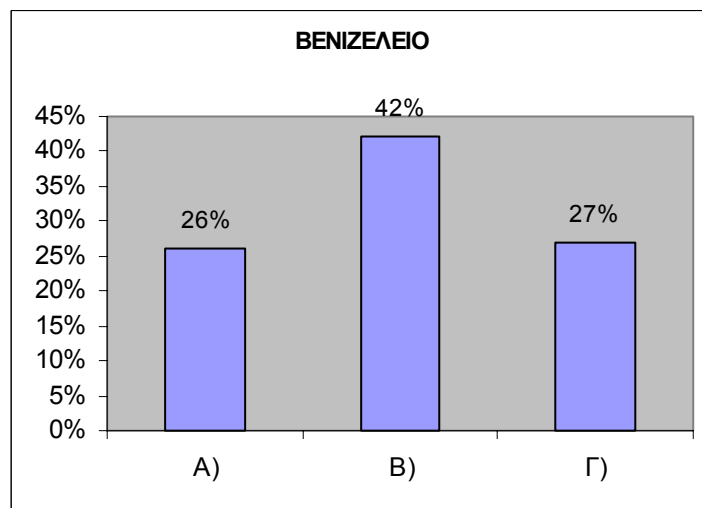
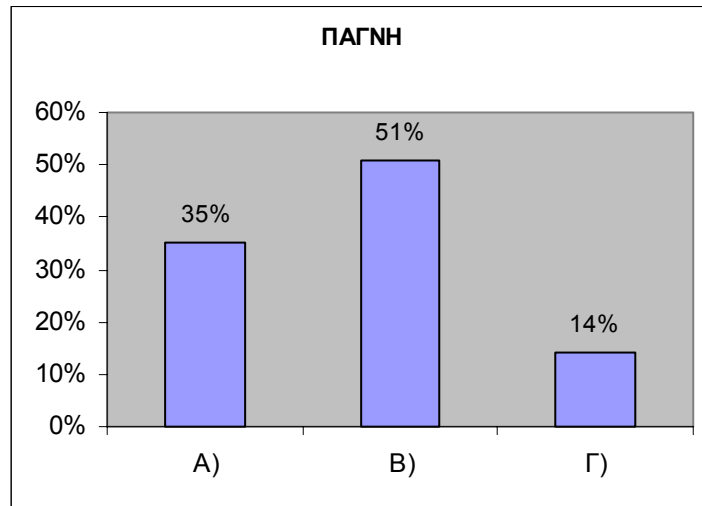
Ερώτηση 12^η : Θεωρείτε ότι οι γνώσεις γύρω από τη νοσηλευτική διάγνωση είναι ικανοποιητική;

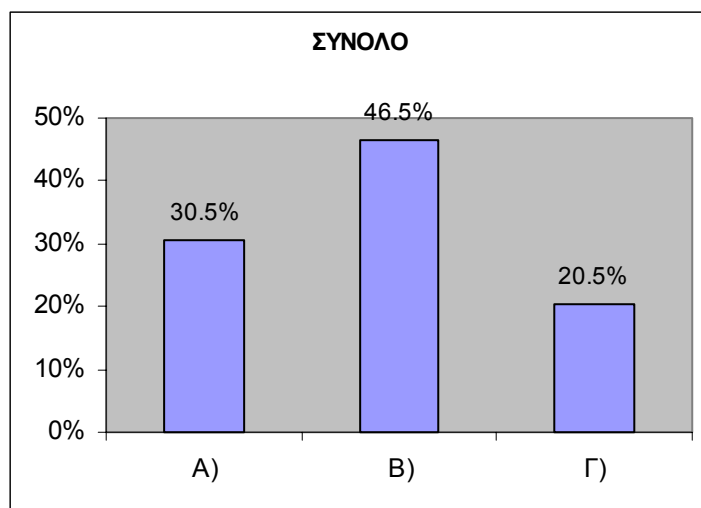
ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ

A) Ναι

B) Όχι

Γ) Δεν ξέρω – Δεν απαντώ.





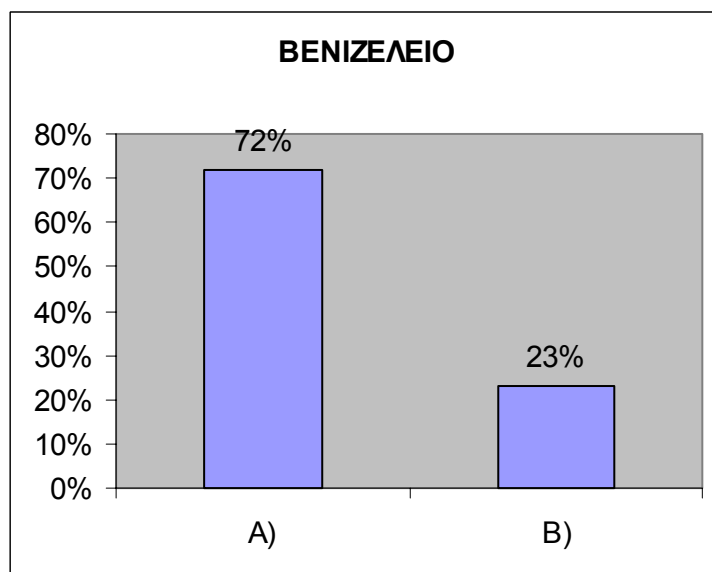
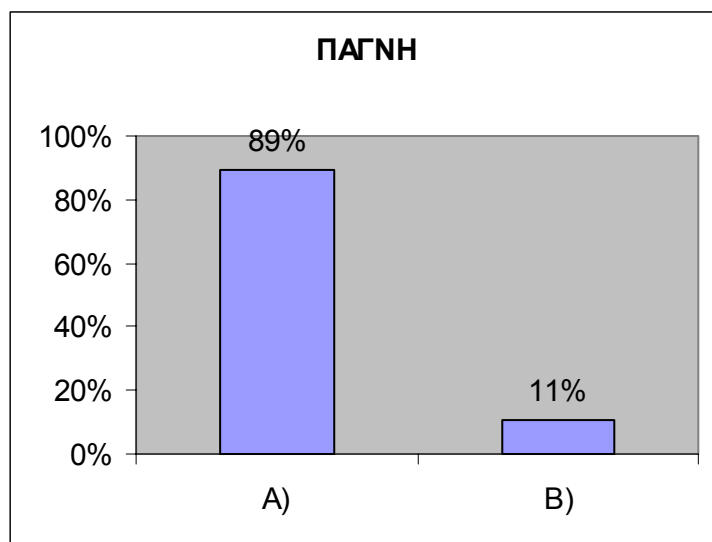
Δεν θεωρούν ικανοποιητικές τις γνώσεις τους γύρω από τη νοσηλευτική διάγνωση το μεγαλύτερο ποσοστό νοσηλευτών και στα 2 νοσοκομεία. Έτσι λοιπόν το 51% των νοσηλευτών στο ΠΑΓΝΗ και 42% των νοσηλευτών του ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟΥ δεν είναι ικανοποιημένοι. Σε μόλις ποσοστό 35% και 26% θεωρούν ικανοποιητικές τις γνώσεις τους και στα 2 νοσοκομεία αντίστοιχα. Ενώ σε ποσοστό 20.5% του συνόλου και των 2 νοσοκομείων δεν ξέρουν – δεν απαντούν. Αν τώρα συσχετίσουμε με τα ποσοστά απάντησης της ερώτησης 2 θα δούμε πως παρόλο που στο σύνολο των 2 νοσοκομείων τα αποτελέσματα τα οποία αγγίζουν το 38.5% για την (Α) απάντηση, 15.% για τη (Β) απάντηση 2.5% για την (Γ) απάντηση και 9.5% για την απάντηση (Α,Β) της ερώτησης 2, διαπιστώνουμε την «ελλειπή» εκπαίδευση και κατάρτιση των νοσηλευτών όσο αφορά την έννοια του όρου, αφού το 46.5% μας απαντούν πως δεν θεωρούν ικανοποιητικές τις γνώσεις γύρω από το θέμα.

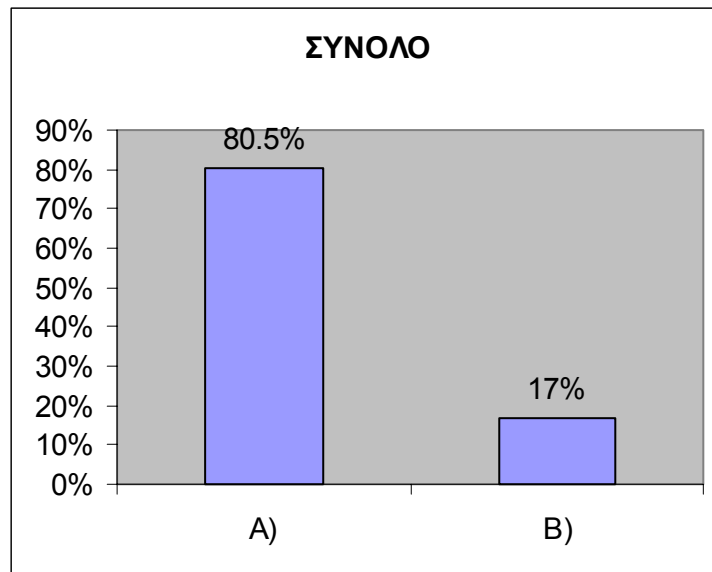
Ερώτηση 13^η : Θα θέλατε να ενημερωθείτε περισσότερο για τη νοσηλευτική διάγνωση;

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ

A) Ναι

B) Όχι





Μεγάλο ποσοστό νοσηλευτών και από τα δύο νοσοκομεία θα θέλουν να ενημερωθούν περισσότερο για τη νοσηλευτική διάγνωση. Το 89% από το ΠΑΓΝΗ νοσοκομείο και 72% από το ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ νοσοκομείο. Αρνητική απάντηση έδωσε το μεγαλύτερο ποσοστό νοσηλευτών του ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟΥ 23% έναντι το 11% του ποσοστού νοσηλευτών στο νοσοκομείο ΠΑΓΝΗ. Μπορούμε εύκολα να παρατηρήσουμε πως παρόλο που πολλοί είναι αυτοί που πιστεύουν πως δεν μπορεί να εφαρμοσθεί η Νοσηλευτική Διάγνωση από Έλληνες νοσηλευτές λόγω έλλειψης χρόνου, προσωπικού και γνώσεων γύρω από το θέμα σε ποσοστό 50%, βλέπουμε μια θετική ανταπόκριση στην αρχική ή περαιτέρω ενημέρωση γύρω από το θέμα.

Ερώτηση 14^η : Ποιο τρόπο ενημέρωσης θα επιλέγατε;

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ

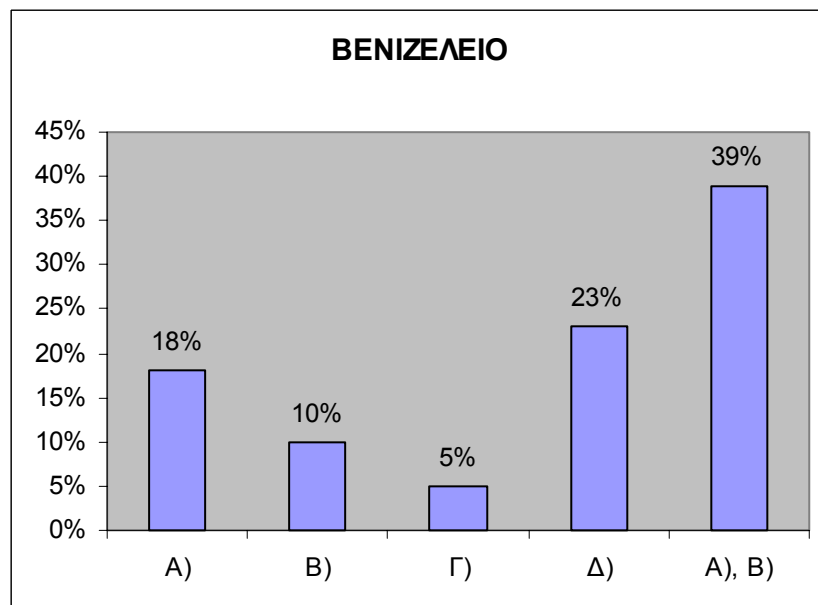
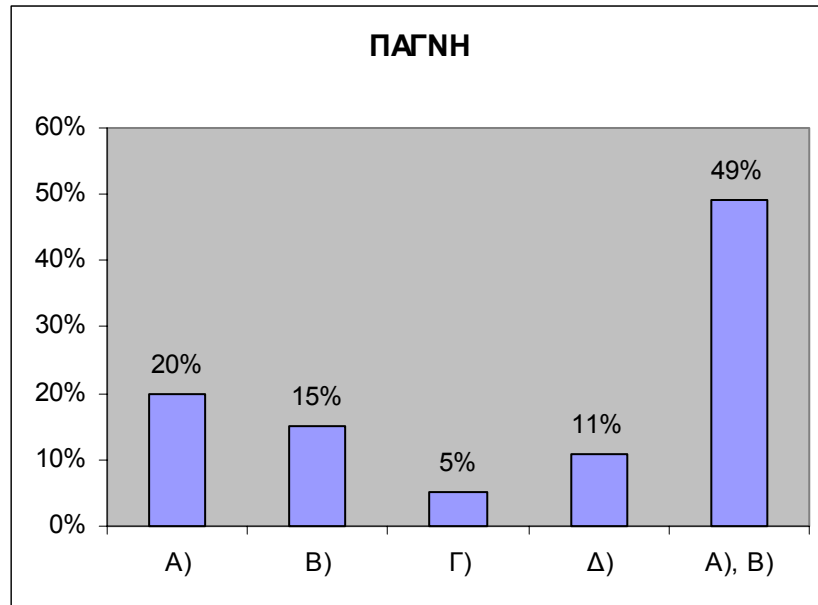
A) Σεμινάρια

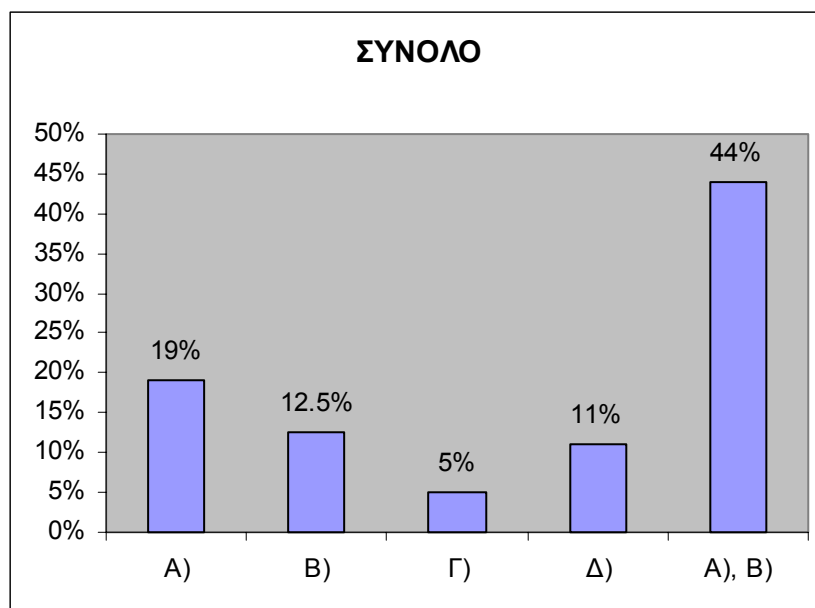
B) ΚΕΚ Συνεχιζόμενη επαγγελματική εκπαίδευση.

Γ) Άλλο (περιγράψτε)

Δ) Δεν με ενδιαφέρει

Σημείωση: Στην συγκεκριμένη ερώτηση ένα ποσοστό νοσηλευτών μας συμπλήρωσαν παραπάνω από μία απαντήσεις (Α,Β)





Πολλοί νοσηλευτές και των 2 νοσοκομείων ΠΑΓΝΗ και ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟΥ θα διάλεγαν τα Σεμινάρια και τη Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Εκπαίδευση σαν τρόπο ενημέρωσης της νοσηλευτικής διάγνωσης, αφού το επέλεξε ποσοστό 49% νοσηλευτών του ΠΑΓΝΗ νοσοκομείου και ποσοστό 39% του ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟΥ νοσοκομείου. Σε πολύ μικρό ποσοστό 5% και των 2 νοσοκομείων προτιμούν δημιουργία Ομάδας Ατόμων σε Εκπαιδευτικά Σεμινάρια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΤΕΛΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

α. Η σκιαγράφιση της κοινωνικής φυσιογνωμίας.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 200 ατόμων σε ενήλικες που έχουν εργασθεί τα τελευταία 20 – 25 χρόνια και διαμένουν στην περιοχή της Κρήτης, συγκεκριμένα το μεγαλύτερο ποσοστό στο Ηράκλειο και ένα μικρότερο στα γύρω χωριά, ανεξάρτητα από τον τόπο προέλευσής τους, τα περισσότερα άτομα έχουν γεννηθεί στην Κρήτη, στη συνέχεια στην συνέχεια στην Αθήνα και ένα μικρό ποσοστό στην υπόλοιπη Ελλάδα. Η σκιαγράφηση της κοινωνικής φυσιογνωμίας των νοσηλευτών έδειξε ότι πρόκειται κυρίως για άτομα που ανήκουν στις ηλικίες 23 – 35 και 45 – 58 ετών.

β. Η εκπαιδευτική πορεία των νοσηλευτών

Η εκπαιδευτική πορεία των νοσηλευτών εξετάστηκε σε δύο διαφορετικές χρονικές περιόδους προ της πρόσληψής τους στο νοσοκομείο με τη βασική προεπαγγελματική εκπαίδευση (ειδικότητα, μεταπτυχιακό, σεμινάρια). Η συγκεκριμένη έρευνα έδειξε ότι το 66% του συνολικού ποσοστού των 2 νοσοκομείων γνωρίζουν τι σημαίνει ο όρος νοσηλευτική διάγνωση ενώ το 31.5% του συνολικού ποσοστού των 2 νοσοκομείων δεν γνωρίζουν τη σημασία του όρου. Όσον αφορά τη πρώτη χρονική περίοδο της εκπαιδευτικής πορείας των νοσηλευτών δηλαδή τη βασική προεπαγγελματική εκπαίδευση (ΑΕΙ, ΤΕΙ, ΜΤΕΝΣ) μόλις το 38.5% του συνόλου των 2 νοσοκομείων γνωρίζουν τον όρο σ' αυτήν την περίοδο. Ένα άλλο ποσοστό 15.5% (σύνολο 2 νοσοκομείων) έχουν πάρει την ειδικότητά τους και γνωρίζουν πάρα πολύ καλά τον όρο και τις σφαιρικές πλευρές του όρου. Καθώς επίσης έχουν παρακολουθήσει σεμινάρια (ενδονοσοκομειακά και εξωνοσοκομειακά) τα οποία αποτελούν το πρώτο ουσιαστικό βήμα μιας προσπάθειας εκπαίδευσης ή επανεκπαίδευσης πέραν της κλασσικής ή επαγγελματικής εκπαίδευσης που έλαβαν προ της πρόσληψής τους. Σ' αυτό το σημείο να πούμε πως σε ποσοστό 9.5% (σύνολο 2 νοσοκομείων) γνωρίζουν τον όρο πριν αλλά και μετά από τη Βασική προεπαγγελματική εκπαίδευση. Ένα ποσοστό 5% δηλώνει πως γνώρισαν και άκουσαν τη νοσηλευτική διάγνωση από συναδέλφους.

γ. Η επαγγελματική πορεία των νοσηλευτών.

Η επαγγελματική πορεία των νοσηλευτών ως προς τον εξεταζόμενο όρο θα λέγαμε πως χαρακτηρίζεται από περιστασιακή πορεία έως στάσιμη αρνητική πορεία. Όπως καθαρά μας ανέφεραν και συμπλήρωσαν στο προσκείμενο ερωτηματολόγιο το

36.5% των νοσηλευτών (σύνολο 2 νοσοκομείων) εφαρμόζουν περιστασιακά τον όρο στην κλινική πράξη. Σε 32.5% δεν τον εφαρμόζουν καθόλου(σύνολο 2 νοσοκομείων) και μόλις το 25.5% (σύνολο 2 νοσοκομείων) εφαρμόζουν την νοσηλευτική διάγνωση στην κλινική πράξη, απ' αυτούς κατόπιν προφορικής ερώτησης αν εφαρμόζουν τη Νοσηλευτική Διάγνωση σύμφωνα με βάση το σχεδιασμού νοσηλευτικής φροντίδας ή εξατομικευμένα με βάση την θεωρητική και επαγγελματική κατάρτιση κάθε νοσηλευτή όλοι μας απάντησαν τη 2^η εκδοχή. Γενικότερα η νοσηλευτική διεργασία δεν αποτελεί ένα προγραμματισμένο «καθήκον», στην καθημερινή ρουτίνα της κλινικής, έχει αντιρροπεί με ανασταλτικούς παράγοντες. Η έλλειψη χρόνου και η ελλιπής απαραίτητες στοιχειώδεις συνεχιζόμενες και μη γνώσεις γύρω από το θέμα οδηγούν τους νοσηλευτές στο να μην εφαρμόζουν τη Νοσηλευτική Διάγνωση στην καθημερινή κλινική πράξη.

δ. Προσδοκίες των νοσηλευτών για το μέλλον

Μετά την εξέταση του εκπαιδευτικού και επαγγελματικού «ιστορικού» των νοσηλευτών που έδειξε ποια ήταν η μέχρι σήμερα εκπαιδευτική και επαγγελματική τους πορεία. Είναι ενδιαφέρον να αναφερθούμε στις προσδοκίες τους για το μέλλον, δηλαδή στα μελλοντικά τους σχέδια ως προς τη συνέχιση αυτής της πορείας σε εκπαιδευτικό και επαγγελματικό πλαίσιο. Αυτό που πρέπει να σημειώσουμε είναι ότι μεγάλο ποσοστό νοσηλευτών 80.5% (σύνολο 2 νοσοκομείων) θα' θελε να ενημερωθεί περισσότερο για τη Νοσηλευτική Διάγνωση. Άλλωστε πιστεύεται ότι υπάρχει αναγκαιότητα εκπαίδευσης και εφαρμογής της νοσηλευτικής διάγνωσης ύστερα από το ποσοστό 80.5% θέλησης ενημέρωσης. Καθώς επίσης στ' αποτελέσματα της έρευνας προέκυψαν πως σε ποσοστό 61.5% (σύνολο 2 νοσοκομείων) πιστεύουν ότι η Νοσηλευτική Διάγνωση είναι απαραίτητη για το σχεδιασμό της νοσηλευτικής φροντίδας, σε μεγαλύτερο ποσοστό 66.5% (σύνολο 2 νοσοκομείων) πιστεύουν πως η εφαρμογή της Νοσηλευτικής Διάγνωσης θα βοηθούσε τους ασθενείς και τις ανάγκες τους, και τέλος σε ποσοστό 62.5% (σύνολο 2 νοσοκομείων) πιστεύουν πως η χρήση της Νοσηλευτικής Διάγνωση αποτελεί παράγοντα προώθησης της Νοσηλευτικής Επιστήμης. Πολλοί νοσηλευτές στο ποσοστό 44% (σύνολο 2 νοσοκομείων) θα διάλεγαν συνδυαστικό τρόπο ενημέρωσης ο οποίος περιλαμβάνει Σεμινάρια και Συνεχιζόμενη επαγγελματική εκπαίδευση. Σε ποσοστό 19% διαλέγουν τα ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ και σε μικρότερο ποσοστό 12.5% διαλέγουν μόνο ΚΕΚ Συνεχιζόμενη επαγγελματική εκπαίδευση.

Ως γενικά συμπεράσματα θα θέλαμε να αναφέρουμε πως:

- Μερικοί αρνήθηκαν να απαντήσουν ακούγοντας της λέξη Νοσηλευτική Διάγνωση είτε λόγω φόρτου εργασίας είτε τηρώντας αρνητική στάση απέναντι στο θέμα.
- Μερικοί ήταν ευαισθητοποιημένοι σχετικά με το θέμα.
- Υπήρχε επιφυλακτικότητα ανάλογα με το είδος των ερωτήσεων και το είδος των απαντήσεων που έπρεπε να δώσουν.

Υπήρχε φόβος για επανάληψη του «λάθους».

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Παραθέτουμε προτάσεις που κατά τη γνώμη μας θα βοηθήσουν στην ομαλή κατάρτιση εκπαιδευτική και επαγγελματική των νοσηλευτών στον όρο και στην εφαρμογή του όρου (Νοσηλευτική Διάγνωση), συνοψίζοντας τα συμπεράσματα που διεξήχθησαν από την έρευνα.

Συγκεκριμένα:

1. Ο συνεχής σχεδιασμός προγραμμάτων και μαθημάτων κατά διάρκεια της βασικής εκπαιδευτικής κατάρτισης των «αυριανών» νοσηλευτών και νοσηλευτριών.

Η επανάληψη του όρου και των παραμέτρων αυτού μέσα από προγράμματα και μαθήματα που εξ' ολοκλήρου θα εμπεριέχουν και αφορούν τον όρο αποτελεί έναν οδηγό μάθησης και εξοικείωσης με αυτόν από τους σπουδαστές. Τα συνεχή παραδείγματα έπειτα από το θεωρητικό υπόβαθρο η ανάθεση και εκπόνηση εργασιών συμπεριλαμβανομένου και του συγκεκριμένου όρου αποτελούν εποικοδομητικά – σημαντικά βήματα για την ικανότητα κατανόησης της σημαντικότητας και εφαρμογής του όρου.

2. Η συνεχής εφαρμογή στην κλινική πράξη των εκπαιδευομένων για πλήρη κατανόηση για πλήρη κατανόηση και εξάσκηση του θέματος.

Ιδιαίτερης σημασίας θα αποτελέσει το γεγονός να εφαρμόζουν οι εκπαιδευόμενοι τη Ν.Δ. σε ένα πρόβλημα αρρώστου σε κάθε κλινική όπου παρευρίσκονται. Κατ' αυτόν τον τρόπο επιτυγχάνεται ένα σημαντικό βήμα για εξοικείωση με την κατανόηση αλλά και κλινική εφαρμογή του όρου.

3. Ο σχεδιασμός των προγραμμάτων κατάρτισης μέσα στο πλαίσιο του νοσοκομείου να απευθύνεται σε όλες τις κατηγορίες των Νοσηλευτών (ΠΕ,ΤΕ και ΔΕ).

Χρήσιμες πληροφορίες και επιπρόσθετες πολλές φορές γνώσεις θα εμπλουτίσουν γνώσεις των επαγγελματιών νοσηλευτών. Διάφορα προγράμματα, σεμινάρια σε τακτά χρονικά διαστήματα έμπειρους, επιστημονικούς συνεργάτες θα διεκπεραιώσουν με επιπλέον συστηματικό και καθοριστικό τρόπο τον όρο της Ν.Δ. ενώ οι νοσηλευτές θα κατανοήσουν βαθύτερα τη σημασία και σημαντικότητα για την κλινική εφαρμογή της Νοσηλευτικής Διάγνωσης.

4. Να εφαρμοσθεί και ορισθεί σαν καθήκον του νοσηλευτή ο όρος στην εφαρμογή της κλινικής πράξης στην εκάστοτε κλινική (όσο είναι εφικτό).

Η επίτευξη αυτής της πρότασης θα βοηθήσει στην εξελικτική πορεία του όρου, όσο αφορά την αναγνώριση, εφαρμογή, και αποδοχή του. Έτσι σιγά σιγά από νοσηλευτή σε νοσηλευτή θα κληρονομείται ο όρος και θα γίνει αναγνωρίσιμος

5. Να βρεθούν τρόποι εξαλείψεως των ανασταλτικών παραγόντων.

Συνεχιζόμενα προγράμματα και Σεμινάρια (ενδονοσοκομειακά και εξοπισκομεία) σε τακτά χρονικά διαστήματα.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ:

Φθάνοντας λοιπόν στο τέλος αυτής της εργασίας θα θέλαμε να αναφερθούμε τονίζοντας για άλλη μία φορά τη σπουδαιότητα του ρόλου και εφαρμογής της Νοσηλευτικής Διεργασίας. Η εφαρμογή και η εκτέλεση του σχεδίου της νοσηλευτικής φροντίδας περιλαμβάνει και σκοπό έχει την προαγωγή της ευεξίας, την πρόληψη των ασθενειών, την αποκατάσταση της υγείας, και τη διευκόλυνση της αντιμετώπισης των δυσλειτουργιών. Πρωταρχικός σκοπός είναι η βοήθεια των νοσηλευτών στη διαχείριση της νοσηλευτικής φροντίδας κάθε ατόμου με επιστημονικό, ολιστικό και δημιουργικό τρόπο. Δεν είναι ιδιαίτερη αισιόδοξη η σημερινή κατάσταση όσον αναφορά την εκπαιδευτική και επαγγελματική πορεία των νοσηλευτών σε συνάρτηση με τον όρο, Αρκετά σημαντικά ποσοστά νοσηλευτών δεν γνωρίζουν ή καθόλου ή με τις απαραίτητες λεπτομέρειες τα «βήματα» της νοσηλευτικής διάγνωσης. Εποικοδομητικό θα αποτελούσε το γεγονός να αρχίσουν από νωρίς εκπαιδευτικά προγράμματα και συνεχής εκπαίδευση της νοσηλευτικής διάγνωσης, τόσο σε θεωρητικό όσο και σε πρακτικό υπόβαθρο. Σεμινάρια, ειδικότητες, μετεκπαιδευτικά προγράμματα στον επαγγελματικό χώρο των νοσηλευτών θα αποτελούσε ακόμα ένα λιθαράκι στην τρισδιάστατη σημασία της Νοσηλευτικής Διάγνωσης. Το παρακάτω κείμενο αποτελεί μια αληθινή μαρτυρία ενός ασθενή, όπου θωρήσαμε να το προσκομίσουμε γιατί πιστεύουμε πως αποτελεί σημαντική εξέλιξη και μαρτυρία . Μέσα από τα μάτια ενός ασθενούς παρουσιάζεται η δύναμη που μπορούν να αναδείξουν οι Νοσηλευτές έχοντας μοναδικά εφόδια τις γνώσεις και την κλινική εμπειρία.

ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΑ ΜΑΤΙΑ ΕΝΟΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Πρόσφατα νοσηλεύθηκα δύο μήνες σ' ένα πανεπιστημιακό νοσοκομείο όπου οι γιατροί προσπαθούσαν να διορθώσουν την αρρυθμία μου. Πολλές μέρες ήταν γεμάτες με εξετάσεις, μερικές από τις οποίες ήταν τρομακτικές. Έπαιρνα πολλά φάρμακα, τα περισσότερα από τα οποία δεν με βοηθούσαν. Το νοσοκομείο απείχε δύο ώρες από το σπίτι μου, την οικογένειά μου και τους φίλους μου, που σήμαινε ότι δεν υπήρχε πάντα ένα οικείο πρόσωπο δίπλα στο κρεβάτι μου.

Γρήγορα έμαθα να κρίνω τι είδους μέρα επρόκειτο να είχα, καθώς έβλεπα τη νοσηλεύτριά μου κάθε πρωί. Υπήρχαν βασικά τρεις τύποι νοσηλευτών.

Όλους τους χορηγούσαν τα φάρμακα και συνέβαλαν στο θεραπευτικό σχέδιο. Ωστόσο, με ορισμένους νοσηλευτές, ένιωθα επιπλέον την άνεση και την ασφάλεια, γνωρίζοντας ότι οι ανάγκες μου θα ικανοποιούνταν άμεσα και με σεβασμό. Εάν χρειαζόμουν βοήθεια στο μπάνιο ή ζητούσα κάτι για τον πόνο, μπορούσα να βασισθώ στην άμεση ανταπόκρισή τους. Και τελικά υπήρχαν και εκείνοι οι λίγοι με τους οποίους γνώριζα ότι θα περάσω μία υπέροχη μέρα επειδή θα «την έκαναν έτσι» όσο αδιάθετη κι αν αισθανόμουν. Ήταν εκείνοι οι νοσηλευτές που πρόσφεραν την ανθρώπινη επαφή μαζί με τα φάρμακα, διέθεταν χρόνο για να καθίσουν και να σε ακούσουν και που με πείραζαν για «τις παρουσιάσεις μόδας» των νυχτικών μου. Ήταν εκείνοι που προετοίμαζαν για τις καινούριες εξετάσεις έτσι ώστε ένιωθα καλύτερα προετοιμασμένη να αντιμετωπίσω το άγνωστο. Συχνά, δεν ήταν αυτό που έκαναν, αλλά ο τρόπος που το έκαναν.

Εύχομαι όλοι οι νοσηλευτές να καταλάβαιναν τη δύναμη που έχουν να επηρεάζουν τη βασική αίσθηση ευεξίας του ασθενούς. Ένα νοσοκομείο μπορεί να είναι αρκετά φοβερό, μοναχικό/ απομονωμένο μέρος. Οι νοσηλευτές μπορούν όμως να το κάνουν διαφορετικό!

Mildred Taylor, Pine Grove, PA

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑ

ΦΙΑ

1. ANNA ΣΑΧΙΝΗ – ΚΑΡΔΑΣΗ – ΜΑΡΙΑ ΠΑΝΟΥ “ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ „ 1^{ος} ΤΟΜΟΣ, Β’ ΕΚΔΟΣΗ, 1997.
2. ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΔΗΜΗΤΡΕΛΛΗΣ “ ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ,,ΙΟΥΛΙΟΣ – ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ 1995.
3. ΑΦΡΟΔΙΤΗ ΧΡ. ΡΑΓΙΑ “ΒΑΣΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, ΘΩΡΗΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ. „ Β’ ΕΚΔΟΣΗ, 1998.
4. ΣΑΒΒΟΠΟΥΛΟΥ Γ. “ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ. ΒΑΣΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ. ΜΙΑ ΒΙΟΨΥΧΩΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ „ 1997.

5. ΕΛΕΝΗ Θ. ΚΥΡΙΑΚΙΔΟΥ “ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ,,
ΑΘΗΝΑ, 2000.
6. ΡΑΓΙΑ Α. “ ΒΑΣΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ,, ΑΘΗΝΑ, 1987.
7. ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΚΑΡΑΧΑΛΙΟΣ “ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ
ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ,,
8. ULRICH CANALE WENDELL “ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ – ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ,,
Γ’ ΕΚΔΟΣΗ,1997.
9. HILDEGARDE PERLAU “ΜΕΤΑΦΡΑΣΜΕΝΟ ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ
ΦΥΛΛΑΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ,,
10. ΛΑΝΑΡΑ Β. “ ΗΡΩΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, ΦΙΛΟΣΟΦΙΚΗ
ΜΕΛΕΤΗ,, ΑΘΗΝΑ 1977.
11. KING J. “ A THEORY OF NURSING: SYSTEMS, CONCEPTS,
PROCESS,, NEW YORK, 1981.
12. LEVINE, M.E. “ INTRODUCTION TO CLINICAL NURSING,,
PHILADELPHIA, 1973.
13. OREM D. “ NURSING: CONCEPTS OF PRACTICE,, NEW YORK, 1971.

14. RODERS, M.E. “AN INTRODUCTION TO THE THEORETICAL BASIS
OF NURSING,, PHILADELPHIA

15. ROY, C. “AN INTRODUCTION TO NURSING: AN ADAPTATION
MODEL,, ENGLEWOOD CLIFFS 1984.

**Παράδειγμα Νοσηλευτικής Διάγνωσης σε ασθενή καρδιολογικής
Κλινικής**

Έμφραγμα του Μυοκαρδίου:

Το έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι αποτέλεσμα παρατεταμένης ισχαιμίας του καρδιακού μυός, όταν η αιματική ροή σε περιοχή του μυοκαρδίου ανεπαρκεί να καλύψει τις ανάγκες του μυοκαρδίου σε οξυγόνο. Η παρατεταμένη ισχαιμία προκαλεί ιστική νέκρωση και μη αναστρέψιμη κυτταρική βλάβη, που επιφέρει διαταραχές στη μηχανική, βιοχημική και ηλεκτρική λειτουργία της εμφραγματικής περιοχής. Ο βαθμός δυσλειτουργίας εξαρτάται από την εντόπιση και την έκταση του εμφράγματος. Τα εμφράγματα ταξινομούνται συχνά ως διατοιχωματικά (σε όλο το πάχος του μυοκαρδίου) ή υπενδοκάρδια (σε τμήμα μόνο του πάχους του μυοκαρδίου) ή ακόμη ως εμφράγματα με κύμα Q ή χωρίς κύμα Q. Το έμφραγμα συνήθιστα προκαλείται από θρόμβωση μιας αθηρωσκληρωτικής στεφανιαίας αρτηρίας. Άλλες, λιγότερο συχνές, αιτίες είναι ο σπασμός της αρτηρίας, η βαριά ή παρατεταμένη υπόταση, ο ταχύς κοιλιακός ρυθμός και η χρήση κοκαΐνης.

Το κλασικό σύμπτωμα του εμφράγματος είναι ο έντονος θωρακικός πόνος που περιγράφεται ως αίσθημα σύσφιξης ή συμπίεσης που μπορεί να ακτινοβολεί στον αριστερό βραχίονα, τον τράχηλο ή τη γνάθο, διάρκειας έως και άνω των 30 λεπτών που δεν υφίσταται με ανάπαυση ή νιτρογλυκερίνη. Εντούτοις το 150/0 έως 25% των εμφραγμάτων δεν αναγνωρίζονται διότι οι ασθενείς έχουν ήπια ή δεν έχουν καθόλου προκάρδια ενοχλήματα. Άλλα πιθανά σημεία και συμπτώματα: δύσπνοια, εφίδρωση, ανησυχία, αδυναμία, ζάλη, ωχρότητα, ναυτία, έμετοι. Η πρόγνωση εξαρτάται κυρίως από την εντόπιση και την έκταση της βλάβης, την προϋπάρχουσα κατάσταση του καρδιαγγειακού και την ταχύτητα εφαρμογής και την αποτελεσματικότητα της αγωγής.

Το παρόν πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας επικεντρώνεται στην περίπτωση ενήλικου ασθενούς που νοσηλεύεται κατά τη διάρκεια επεισοδίου έντονου προκάρδιου πόνου με σκοπό την αποσαφήνιση της διάγνωσης εμφράγματος και την αντιμετώπισή του. Οι στόχοι της νοσηλευτικής φροντίδας είναι η ύφεση του πόνου, η βελτίωση της καρδιακής παροχής, η μείωση του άγχους, η πρόληψη επιπλοκών και η εκπαίδευση του ασθενούς για την εξωνοσοκομειακή αγωγή.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ:

Η.Κ.Γ.

Καρδιακά ένζυμα - ισοένζυμα

Ραδιοϊσοτοπική απεικόνιση

Στεφανιογραφία

Υπερηχοκαρδιογράφημα

Κορυφοκαρδιογράφημα

Αέρια αίματος και βιοχημικές εξετάσεις

Οξυμετρία

Λευκά αιμοσφαίρια

Λιποπρωτεϊνικό profile

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΞΟΔΟΥ:

Πριν την έξοδο, ο ασθενής πρέπει να:

- ανέχεται τον προβλεπόμενο βαθμό κόπωσης, χωρίς σημαντική μεταβολή των ζωτικών σημείων προκάρδιο άλγος, δύσπνοια, ζάλη ή έντονη κόπωση ή εξάντληση
- κατανοεί τις βασικές έννοιες του εμφράγματος
- μετρά ικανοποιητικά το σφυγμό του
- αναγνωρίζει τους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου και τρόπους μεταβολής τους τη λογική και τη σύσταση μιας διαίτας χαμηλής περιεκτικότητας
- κατανοεί σε χοληστερόλη, κεκορεσμένα λίπη και άλας
- κατανοεί τη λογική, τις παρενέργειες και τη σημασία της ορθής λήψης της φαρμακευτικής αγωγής
- κατανοεί τους αναγκαίους περιορισμούς των δραστηριοτήτων του
- γνωρίζει σημεία και συμπτώματα που πρέπει να αναφέρει στον ιατρό
- γνωρίζει κοινωνικές υπηρεσίες, οργανώσεις που θα τον βοηθήσουν κατά τη φάση της αποκατάστασής του
- εκφράζει και συζητά τις ανησυχίες του για τις μεταβολές στο σώμα του και στο συνήθη τρόπο ζωής του
- κατανοεί το πρόγραμμα επισκέψεων και εξετάσεων κατά την εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση.

1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Μειωμένη καρδιακή παροχή λόγω ελαττωμένης συσταλτικότητας και διαταραχής της αγωγιμότητας που οφείλονται στη μυοκαρδιακή βλάβη.

Επιθυμητό Αποτέλεσμα Νοσηλευτικές Ενέργειες και **Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία**

Ο ασθενής έχει βελτιωμένη παροχή:

0. αρτηριακή πίεση σε φυσιολογικά για τον ασθενή όρια

β. σφύξεις κορυφής μεταξύ 60-100 /λεπτό και ρυθμικές

γ. εξάλειψη του καλπαστικού ρυθμού

δ. αύξηση της μυϊκής δύναμης και της ανοχής στην κόπωση

ε. ευχερείς αναπνοές 14-201 λεπτό

στ. φυσιολογικοί αναπνευστικοί ήχοι

ζ. σύνηθες διανοητικό επίπεδο

η. απουσία ιλίγγων και συγκοπτικών κρίσεων

θ. ψηλαφητές περιφερικές σφύξεις

ι. βελτιωμένη θερμοκρασία και χροιά δέρματος

ια. χρόνος πληρώσεως τριχοειδών κάτω των 3sec.

ιβ. ισοζύγιο προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών

ιγ. απουσία περιφερικού οιδήματος και διατεταμέ-

1.α. Αξιολογήστε και αναφέρατε τα εξής:

1. ευρήματα ενδεικτικά εμφράγματος μυοκαρδίου (E.M)

α. άνοδος τιμής CK (CPK)-MB

β. αύξηση LDH με τιμή LDH, υψηλότερη της ι-OH2 (αξιόπιστος δείκτης E.M.)

γ. αύξηση αριθμού λευκών ή και SGOT δεν είναι ειδικές για E.M. αλλά ενισχύουν την διάγνωση επί ανόδου των τιμών CK-MB και LDH

δ. αύξηση θερμοκρασίας (λόγω καταστροφής ιστού και συνοδού φλεγμονής)

ε. Η.Κ.Γ που δείχνει ανάσπαση του ST, αναστροφή των T, ή /και παθολογικά κύματα Q (δυνατόν να ελλείπουν το ο και να υπάρχει πτώση του ST επί υπενδοκορδιοκού εμφράγματος)

στ. παρουσία τέταρτου καρδιακού τόνου ST

2. σημεία και συμπτώματα μειωμένης καρδιακής παροχής:

α. μεταβολές της αρτηριακής πίεσης (η αρτηριακή πίεση δυνατόν να αυξηθεί λόγω του άλγους ή της αντιρροπιστικής αγγειοσυσπάσης ή να ελαττωθεί λόγω των αντιρραπιστικών μηχανισμών ή της ανεπάρκειας της μυοκαρδιακής αντλίας)

β. ταχυκαρδία, άρρυθμος σφυγμός

γ. καλπαστικός ρυθμός

δ. αδυναμία και εξάντληση

ε. δύσπνοια, ταχύπνοια

στ. υποτρίζοντες (στην ακρόαση θώρακα)

παροχής:

1. προετοιμάστε τον ασθενή για παρεμβάσεις προς βελτίωση της στεφανιαίας ροής:

α. έγχυση θρομβολυτικών (π.χ. στρεπτοκινάση, ιστικός ενεργοποιητής πλασμινογόνου [t-PA] , ανιστρεπλάση [APSAC, Eminasel])

β. διαδερμική ενδοαυλική αγγειοπλαστική (PTCA)

γ τοποθέτηση ενδοαορτικής αντλίας (IABP)

2. μέτρα για τη μείωση του καρδιακού φορτίου:

α. διατηρήστε τον περιορισμό κινήσεων, ως συνηθισμένο

ποσοτήτων υγρών πλούσιων σε καφεΐνη (τσάι, καφές, ποτά τύπου ~O18) διότι η καφεΐνη διεγείρει το μυοκάρδιο και αυξάνει την κατανάλωση οξυγόνου

θ. εφαρμόστε μέτρα κατά της υπερφόρτωσης της κυκλοφορίας με υγρά:

1. περιορίστε την λήψη άλατος» ως συνεστήθη

2. χορηγήστε διουρητικά» επί εντολής 1. αυξήστε σταδιακά τις κινήσεις του ασθενούς» όσο αυτό επιτρέπεται και γίνεται ανεκτό

3. χορηγήστε τα κάτωθι φάρμακα» επί εντολής:

α. νιτρόδη, για την στεφανιαία και περιφερική αγγειοδιαστολή (κυρίως φλεβική) και συνεπώς την αύξηση της

κοιλιών και συνεπώς της αύξησης του όγκου παλμού

ε. αντιπηκτικά (π.χ. ενδοφλέβια ηπαρίνη) και αντιαιμοπεταλιακά (π.χ. μικρές δόσεις ασπιρίνης) για την πρόληψη θρομβώσεως των στεφανιαίων.

Συμβουλευθείτε τον ιατρό εάν τα σημεία χαμηλής παροχής επιμένουν ή επιδεινώνονται.

2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Πόνος θωρακικός, με πιθανή αντανάκλαση: βραχίονα, τράχηλο, γνάθο ή ράχη που οφείλεται σε μυοκαρδιακή ισχαιμία (σε μειωμένη παροχή οξυγόνου το μυοκάρδιο εκτρέπεται προς αναερόβιο μεταβολισμό, τα τελικά προϊόντα του οποίου διεγείρουν τους νευρικούς υποδοχείς του μυοκαρδίου).

2. Ο ασθενής εμφανίζει ελάττωση του πόνου, όπως φαίνεται από:

0. την αναφερόμενη ύφεση του πόνου

β. την ήρεμη έκφραση προσώπου και θέσης σώματος

γ. την αύξηση της συμμετοχής σε δραστηριότητες

δ. τα σταθερά ζωτικά σημεία.

2.0. Καθορίστε τη συνήθη αντίδραση του ασθενούς στον πόνο.

β. Αξιολογήστε την αντίληψη του πόνου από τον ασθενή ως προς την εντόπιση, τον τύπο και την έντασή του. Χρησιμοποιήστε αριθμητική κλίμακα για τον καθορισμό της έντασης.

γ Αξιολογήστε τα μη αναφερόμενα σημεία πόνου (π.χ. σύσταση οφρύων, σύσφιξη παλαμών, ανησυχία, περιορισμός κινήσεων, επιπόλαιες, διστακτικές αναπνοές, εφίδρωση, ωχρότητα προσώπου, άνοδος αρτηριακής πίεσης και επιτάχυνση σφυγμού).

δ. Αξιολογήστε παράγοντες που φαίνεται ότι επιτείνουν ή μειώνουν τον πόνο.

ε. Εφαρμόστε μέτρα για τη μείωση του πόνου:

1. διατηρήστε την παροχή οξυγόνου, ως συνεστήθη, για την αύξηση του παρεχόμενου στο μυοκάρδιο οξυγόνου

2. διατηρήστε τον ασθενή επί κλίνης σε θέση ήμι- ή υψηλή Fowler

3. χορηγήστε, επί εντολής τα κάτωθι φάρμακα:

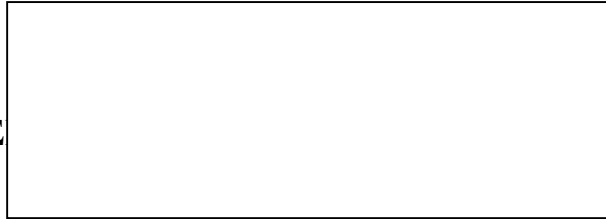
0. ναρκωτικά αναλγητικά (προτιμότερη η ενδοφλέβια οδός, διότι ενδομυϊκά δεν απορροφώνται καλώς επί χαμηλής αιματώσεως των ιστών, ενώ αυξάνονται και τα επίπεδα ενζύμων)

β. νιτρώδη

4. εφαρμόστε μη φαρμακολογικά μέτρα ύφεσης του πόνου (π.χ. αλλαγή θέσης, τεχνικές χαλάρωσης, ήρεμο περιβάλλον).

στ. Συμβουλευθείτε τον ιατρό εάν τα

3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣ



Δυσανεξία στη κόπωση λόγω:

- α. ιστικής υποξίας εξαιτίας χαμηλής καρδιακής παροχής
- β. δυσχέρειας στην ανάπαυση και τον ύπνο που οφείλεται στον πόνο, συχνές εξετάσεις, άγχος.

Επιθυμητό Αποτέλεσμα

Νοσηλευτικές Ενέργειες και Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία

3. ο ασθενής έχει αυξημένη ανοχή στην κόπωση 1 όπως φαίνεται από:

φαίνεται από:

α. τα λεγόμενά του ότι αισθάνεται λιγότερη αδυναμία και εξάντληση

β. τη δυνατότητα να εκτελεί τις καθημερινές δραστηριότητες χωρίς δύσπνοια, πόνο, εφίδρωση, ζάλη ή σημαντική μεταβολή των ζωτικών σημείων

3.0. Αξιολογήστε σημεία δυσανεξίας στην κόπωση:

1. ο ασθενής αναφέρει αδυναμία και εξάντληση

2. δύσπνοια στην κόπωση, προκάρδιο άλγος, εφίδρωση, ζάλη

3. παθολογική μεταβολή της καρδιακής συχνότητας (π.χ. αύξηση άνω

των 20λεπτό από τις τιμές ηρεμίας, μείωσή της, μη επάνοδος στις τιμές ηρεμίας μετά από 3 λεπτά από τη διακοπή της κόπωσης, άρρυθμος σφυγμός)

4. μείωση της συστολικής αρτηριακής πίεσης ή σημαντική άνοδος (10- 15mm Hg) της συστολικής ή διαστολικής αρτηριακής πίεσης κατά την κόπωση.

β. Εφαρμόστε μέτρα βελτίωσης της ανοχής στην κόπωση:

1. μέτρα για τη διευκόλυνση της ανάπαυσης και εξοικονόμηση των δυνάμεων του ασθενούς:

α. διατηρήστε τους περιορισμούς των

αυτοεξυπηρέτηση του

στ διατηρήστε τα χρήσιμα είδη του ασθενούς πλησίον του

ζ. καθοδηγήστε τον σε τεχνικές εξοικονόμησης δυνάμεων (να παίρνει το λουτρό του ή να χτενίζεται καθιστός κλπ.)

η. εφαρμόστε μέτρα μείωσης του φόβου και του άγχους

θ. λάβετε μέτρα για τη διευκόλυνση του ύπνου

ι. λάβετε μέτρα για την ύφεση του πόνου

2. εφαρμόστε μέτρα για την αύξηση της καρδιακής παροχής

3. διατηρήστε την παροχή οξυγόνου ως συνεστήθη

4. αυξήστε σταδιακά τις κινήσεις του ασθενούς, όσο το ανέχεται και επιτρέπεται.

γ Συμβουλευτέ τον να:

1. αναφέρει τη μείωση ανοχής στην κόπωση

2. διακόπτει κάθε δραστηριότητα που προκαλεί προκάρδιο άλγος, δύσπνοια, ζάλη ή έντονη αδυναμία.

δ. Συμβουλευθείτε τον ιατρό επί επιμονής

4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Διαταραχές ύπνου που οφείλονται σε πόνο, συχνές εξετάσεις, φόβο και άγχος.

Επιθυμητό Αποτέλεσμα Νοσηλευτικές Ενέργειες και **Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία**

4. ο ασθενής έχει επαρκή ύπνο (στα όρια της αγωγής), όπως φαίνεται από :

- α. το ότι αναφέρει ότι αισθάνεται ξεκούραστος
- β. το σύνηθες διανοητικό επίπεδο
- γ. την απουσία μαύρων κύκλων κάτω από τα μάτια,

4.0. Αξιολογήστε σημεία διαταραχών ύπνου (π.χ. παράπονα για δυσχέρεια ύπνου, ευερεθιστότητα, λήθαργος, αποπροσανατολισμός κ.λπ.)

β. Καθορίστε τις συνήθειες ύπνου του ασθενούς.

γ Μέτρα για τη διευκόλυνση του ύπνου:

1. μην επιτρέπετε στον ασθενή να έχει μεγάλα διαστήματα ύπνου κατά την ημέρα εκτός εάν ο ασθενής το συνηθίζει ή έχει σημεία στέρησης ύπνου
2. λάβετε μέτρα ύφεσης του πόνου
3. λάβετε μέτρα μείωσης του φόβου και του άγχους
4. ενθαρρύνετε τον να ασχολείται με ότι τον χαλαρώνει κατά τα απογεύματα
5. αποθαρρύνετε τον από του να παίρνει καφεϊνούχα ποτά ιδίως το απόγευμα
6. προσφέρετέ του το απόγευμα ένα μικρό έδεσμα (snack) πλούσιο σε πρωτεΐνες, εκτός εάν αντενδείκνυται
7. επιτρέψτε του να διατηρεί, εφόσον είναι δυνατόν τις δικές του συνήθειες ύπνου (θέση, χρόνος κ.λπ.)
8. εξασφαλίστε τα αναγκαία (π.χ. ζέστη, άνεση) προ του ύπνου

μασάζ στη ράχη, ελαφρά μουσική, ηρεμία)
πριν τον ύπνο

12. διατηρείτε καλό αερισμό του δωματίου

13. χορηγήστε, επί εντολής, ηρεμιστικά

14. φροντίστε να υπάρχουν μη διακοπτόμενα διαστήματα ύπνου (80-1001 λεπτά συνεχούς ύπνου είναι αναγκαία συνήθως για έναν πλήρη κύκλο ύπνου) :

α. περιορίστε τις επισκέψεις

β. κάνετε ταυτόχρονα τις νοσηλευτικές πράξεις (χορήγηση φαρμάκων, φυσιοθεραπεία, εξετάσεις, αιμοληψίες) 1 εάν αυτό είναι δυνατόν

δ. Συμβουλευθείτε τον ιατρό εάν τα σημεία στέρησης ύπνου επιμένουν.

5. ΣΥΝΟΔΟΙ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ:

Πιθανές επιπλοκές:

α. καρδιακές αρρυθμίες, λόγω βλάβης του φλεβόκομβου ή /και του συστήματος αγωγής που οφείλεται σε μυοκαρδιακή βλάβη, υποξία και σε διαταραχή των ηλεκτρολυτών

β. καρδιακή ανεπάρκεια λόγω μειωμένης συσταλτικότητας και αδυναμίας της καρδιάς να αντλήσει επαρκή όγκο αίματος

γ. θρομβοεμβολές, που οφείλονται σε:

1. στάση του αίματος στις καρδιακές κοιλότητες λόγω ατελούς κενώσεως τους

2. σχηματισμό τοιχωματικών θρόμβων στο εμφραγματικό μυοκάρδιο

3. φλεβική στάση λόγω περιφερικής λίμνασης του αίματος όταν ο περιορισμός των κινήσεων παρατείνεται.

δ. ρήξη τοιχώματος ή τμήματος του μυοκαρδίου (π.χ. ελεύθερο κοιλιακό τοίχωμα, μεσοκοιλιακό διάφραγμα, θηλοειδής μυς), λόγω λεπτύνσεως του νεκρωτικού μυοκαρδίου.

ε. περικαρδίτιδα λόγω φλεγμονώδους αντιδράσεως στην μυοκαρδιακή νέκρωση.

Στ. επέκταση ή υποτροπή του εμφράγματος λόγω ανεπαρκούς παροχής αίματος στο μυοκάρδιο για την κάλυψη των αναγκών του, που οφείλεται στην μειωμένη παροχή ή σε επαναπόφραξη των στεφανιαίων

ζ. καρδιογενές shock, λόγω της μυοκαρδιακής βλάβης, των ενδογενών αντιρροπιστικών μηχανισμών και των μέτρων για την διατήρηση επαρκούς ιστικής παροχής ζωτικών οργάνων, λόγω εκτεταμένης μυοκαρδιακής βλάβης, βαριάς καρδιακής ανεπάρκειας, σοβαρών αρρυθμιών ή ρήξης του καρδιακού τοιχώματος.

Επιθυμητό Αποτέλεσμα Νοσηλευτικές Ενέργειες και Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία

5.α. ο ασθενής δεν έχει αρρυθμίες, όπως φαίνεται από:

1. τον κανονικό ρυθμό (60-100/λεπτό)

2. τον ίσο αριθμό σφύξεων στην περιφέρεια και στην κορυφή της καρδιάς

3. την απουσία προκάρδιων παλμών και συγκοπτικών κρίσεων

4. το φυσιολογικό φλεβοκομβικό ρυθμό στο Η.Κ.Γ.

5.β. ο ασθενής δεν εμφανίζει καρδιακή ανεπάρκεια, όπως φαίνεται από:

1. το σφυγμό 60-100/λεπτό

2. την απουσία 3ου τόνου ή καλπαστικού ρυθμού

3. το σύνηθες διανοητικό επίπεδο

4. τους φυσιολογικούς αναπνευστικούς ήχους

5. την απουσία ή μη

5.0.1. Αξιολογήστε και αναφέρατε σημεία και συμπτώματα αρρυθμιών (όπως παραπλεύρως).

2. Εφαρμόστε μέτρα βελτίωσης της καρδιακής παροχής, για την αύξηση της ιστικής αιμάτωσης και την μείωση του κινδύνου αρρυθμιών.

3. Επί εμφανίσεως αρρυθμιών.

α. εφαρμόστε συνεχή παρακολούθηση με monitor

β. χορηγήστε τα κάτωθι φάρμακα, επί εντολής:

1. αντιαρρυθμικά ομάδας 1 (π.χ. λιδοκακινιδίνη κ.λπ.) για την επιβράδυνση της εκπόλωσης

2. αντιαρρυθμικά ομάδας 11 (εσμολόλη, πρανολόλη) για τον αποκλεισμό της β-συμπαθητικής διέγερσης της καρδιάς

3. αντιαρρυθμικά ομάδας 111 (π.χ. βρετύλιο, αμιοδαρόνη) για τον αποκλεισμό των βραδέων διαύλων ασβεστίου, την παράταση του χρόνου αγωγής και της ανερέθιατου περιόδου στον κολποκοιλιακό κόμβο και την καταστολή

δύσπνοιας ή ορθόπνοιας 6. την απουσία βήχα

7. τις ψηλαφητές περιφερικές σφύξεις

8. την αύξηση της μυϊκής ισχύος και της ανοχής στην κόπωση

τον κόμβο

4. αντιαρρυθμικά ομάδας IV (π.χ. βεραπαμίλη) , για τον αποκλεισμό των βραδέων διαύλων Ca^{++} , την παράταση της αγωγής και της αυερεθιάτου περιόδου στον κόμβο και τη μείωση του αυτοματισμού στον φλεμβοκόμβο και τον κόμβο

5. αντιχολινεργικά (π.χ. ατροπίνη) για την αύξηση της συχνότητας επί βραδυκαρδίας
γ. περιορίστε τις κινήσεις του ασθενούς, ανάλογα με την ανοχή του και τη βαρύτητα της αρρυθμίας

δ. συνεχίσατε τη χορήγηση οξυγόνου σύμφωνα με τις οδηγίες

ε. προετοιμάστε τον ασθενή για ηλεκτροφυσιολογικό έλεγχο, εάν προγραμματίστηκε

στ. αξιολογείτε συχνά το καρδιαγγειακό και αναφέρατε σημεία ανεπαρκούς ιστικής αιμάτωσης (π.χ. μείωση της αρτηριακής πίεσης, ψυχρό, υγρό και κολλώδες δέρμα. κυάνωση, ελάττωση των περιφερικών σφύξεων, μείωση της παραγωγής ούρων, ανησυχία και διέγερση, επιπόλαιη αναπνοή)

ζ. προετοιμάστε τον ασθενή για τα κάτωθι, εάν προγραμματίστηκαν.

1. καρδιομετατροπή

2. εμφύτευση βηματοδότη ή αυτόματου εμφυτεύσιμου απινιδωτή (AICD)

3. εξουδετέρωση με καθετήρα-ηλεκτρόδιο ή χειρουργική εκτομή της αρρυθμογόνου εστίας

η. έχετε τον αναγκαίο εξοπλισμό άμεσα διαθέσιμο για απινίδωση ή

καρδιοπνευμονική ανάνηψη.

5.β.1. Αξιολογήστε και αναφέρατε σημεία καρδιακής ανεπάρκειας:

- 0. ταχυκαρδία
- β. τρίτος τόνος ή καλπασμός
- γ ανησυχία, σύγχυση
- δ. υποτρίζοντες
- ε. δύσπνοια
- στ. βήχας
- ζ. εξασθένηση περιφερικών σφύξεων
- η. έντονη αδυναμία και εύκολη κόπωση
- θ. Ψυχρό, υγρό δέρμα
- ι. ολιγουρία
- ια. αύξηση βάρους
- ιβ. περιφερικά οιδήματα
- ιγ διάταση τραχηλικών φλεβών
- ιδ. διογκωμένο, ευαίσθητο ήπαρ.

2. Παρακολουθείτε τις ακτινογραφίες θώρακος. Αναφέρατε ευρήματα καρδιομεγαλίας, συλλογής ή πνευμονικού οιδήματος.

3. Εφαρμόστε μέτρα πρόληψης της καρδιακής ανεπάρκειας:

- α. μέτρα βελτίωσης της καρδιακής παροχής

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ:

ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ

Πνευμονία είναι η οξεία φλεγμονή του πνευμονικού ιστού, μετά από έκθεση σε περιβαλλοντικούς ερεθιστικούς παράγοντες, όπως τοξικές χημικές ουσίες, αέρια, σκόνη ή παθογόνοι μικροοργανισμοί (π.χ. βακτήρια, ιοί, μύκητες). Πνευμονία μπορεί επίσης να προκληθεί από την εισρόφιση εκκρινμάτων του σώματος, τροφών, υγρών και ξένων σωμάτων.

Η πνευμονία συνήθως ταξινομείται ανάλογα με τον μικροοργανισμό ή τον αιτιολογικό παράγοντα που την προκάλεσε. Μπορεί επίσης να ταξινομηθεί ως εξωνοσοκομειακή, ενδονοσοκομειακή ή άτυπη. Οι τύποι πνευμονίας διαφέρουν όσον αφορά το μηχανισμό προσβολής του πνεύμονα (π.χ. εισπνοή, εισρόφιση, αγγειακό σύστημα, απ' ευθείας επέκταση), το χρόνο επώασης, τα σημεία και συμπτώματα που εμφανίζει ο ασθενής, τις πιθανές επιπλοκές και το ποσοστό θνησιμότητας. Ο συνηθέστερος τύπος βακτηριακής πνευμονίας είναι η εξωνοσοκομειακή πνευμονιοκοκκική πνευμονία. Εμφανίζεται συχνότερα το χειμώνα και στην αρχή της άνοιξης. Έχει αιφνίδια έναρξη και συνήθως ακολουθεί λοίμωξη των ανωτέρων

αναπνευστικών οδών. Τα άτομα που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για ανάπτυξη πνευμονιοκοκκικής πνευμονίας είναι εκείνα που παρουσιάζουν διαταραχή του αμυντικού μηχανισμού του πνεύμονα (π.χ. ανοσοκατασταλμένα άτομα, πολύ νέα ή ηλικιωμένα άτομα, άτομα με χρόνια πνευμονική νόσο, αλκοολικοί, ασθενείς με νευρολογικές βλάβες που προκαλούν έκπτωση του επιπέδου συνείδησης ή διαταραχής της κατάποσης και οι καπνιστές). Η πλειονότητα των περιπτώσεων οφείλεται σε εισρόφιση των "φυσιολογικών" ρινοφαρυγγικών εκκρινμάτων που περιέχουν πνευμονιοκοκκική εισρόφιση των "φυσιολογικών" ρινοφαρυγγικών εκκρινμάτων που περιέχουν πνευμονιοκοκκούς, μέσα στα τελικά βρογχιόλια και κυψελίδες και την συνοδό αδυναμία ικανοποιητικής καθάρσεως των εκκρινμάτων αυτών από την αναπνευστική οδό. Η πνευμονιοκοκκική πνευμονία μπορεί να προσβάλει τμήματα ενός ή περισσότερων λοβών του πνεύμονα.

Το πρόγραμμα αυτό νοσηλευτικής φροντίδας εστιάζεται στην περίπτωση ενήλικου ασθενούς που νοσηλεύεται για την αντιμετώπιση πνευμονιοκοκκικής πνευμονίας. Οι

στόχοι της αγωγής είναι η βελτίωση της αναπνευστικής λειτουργίας, η ύφεση της δυσφορίας, η πρόληψη

των επιπλοκών και η εκπαίδευση του ασθενούς σχετικά με την εξωνοσοκομειακή αγωγή.

ΔΙΑΓ

Ακτινογραφία θώρακος
Αριθμός και τύπος λευκών αιμοσφαιρίων
Ορολογικές μελέτες (π.χ. έλεγχος για ιούς ή Legionella, ψυχροσυγκολλητίνες)
Έλεγχος πτυέλων (χρώση Gram καλλιέργειες και ευαισθησία)
Οξύμετρία
Αέρια αίματος

Κ

ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

ΚΡ

ΕΞ

Πριν από την έξοδο, ο ασθενής πρέπει:

- να μην παρουσιάζει σημεία και συμπτώματα επιπλοκών
- να γνωρίζει τρόπους για τη διατήρηση της υγείας του αναπνευστικού συστήματος
- να γνωρίζει σημεία και συμπτώματα που πρέπει να αναφέρει στον ιατρό
- να κατανοεί την ανάγκη συμμόρφωσης, το συσταθέν πρόγραμμα εξωνοσοκομειακής φροντίδας, συμπεριλαμβανομένων των μελλοντικών ιατρικών επισκέψεων του προγράμματος φαρμακευτικής αγωγής και των περιορισμών της σωματικής δραστηριότητας.

1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Διαταραχή της αναπνευστικής λειτουργίας:

α. **αναποτελεσματικός τύπος αναπνοής** που οφείλεται σε:

1. διαταραχή της έκπτυξης του πνεύμονα και του θωρακικού τοιχώματος, λόγω αδυναμίας, εξάντλησης, πόνου και πλευριτικής συλλογής.

β. **αναποτελεσματική κάθαρση των αεραγωγών** που οφείλεται σε:

1. αύξηση παραγωγής εκκριμάτων λόγω της φλεγμονής.

2. στάση των εκκριμάτων λόγω μειωμένης σωματικής δραστηριότητας, διαταραχής της λειτουργίας των κροσσών (οφείλεται σε αύξηση της πυκνότητας και

Επιθυμητό Αποτέλεσμα

1. Ο ασθενής εμφανίζει επαρκή αναπνευστική λειτουργία όπως φαίνεται από:
 - α. το φυσιολογικό ρυθμό, συχνότητα και βάθος αναπνοών
 - β. την ελάττωση της δύσπνοιας
 - γ. τη βελτίωση ιών αναπνευστικών ήχων
 - δ. το σύνηθες επίπεδο συνείδησης
 - ε. το σύνηθες χρώμα δέρματος
 - στ. τα αέρια αίματος εντός φυσιολογικών ορίων.

Νοσηλευτικές Πράξεις και Επιλεγμένοι Στόχοι Αιτιολογία

- Αξιολογήστε και αναφέρατε σημεία και συμπτώματα της αναπνευστικής λειτουργίας:
1. ταχείες, άρρυθμες και επιπόλαιες αναπνοές
 2. δύσπνοια, ορθόπνοια
 3. χρήση ιών επικουρικών μυών κατά την αναπνοή
 4. παθολογικοί αναπνευστικοί ήχοι (π.χ. ελάττωση ήχων, βρογχική αναπνοή, τρίζοντες, συρίττοντες)
 5. ανησυχία, ευερεθιστότητα
 6. σύγχυση, υπνηλία
 7. κεντρική κυάνωση (όυ}μο σημείο).
- β. Παρακολουθήστε και αναφέρατε τα εξής:
1. παθολογικές ιμές αερίων αίματος
 2. σημαντικές μεταβολές στα αποτελέσματα της οξυμετρίας
 3. παθολογικά ευρήματα στην ακτινογραφία θώρακος.

γ. Εφαρμόστε μέτρα για τη βελτίωση της αναπνευστικής λειτουργίας:

1. διατηρήστε τον ασθενή επί κλίνης σύμφωνα με τις εντολές, κατά τη διάρκεια της οξείας φάσεως με σκοπό τη μείωση των αναγκών σε οξυγόνο

2. τοποθετήστε τον ασθενή σε θέση ημι- ή ψηλή Fowler εκτός εάν υπάρχει αντένδειξη, σταθεροποιήστε τον ασθενή με μαξιλάρια ώστε να μην ολισθαίνει

3. συμβουλέψτε τον ασθενή να αναπνέει αργά εάν υπεραερίζεται

4. βοηθήστε τον ασθενή να στρέφεται από τη μία πλευρά στην άλλη τουλάχιστον κάθε 2 ώρες όσο είναι ξαπλωμένος.

5. συμβουλέψτε τον ασθενή να αναπνέει βαθιά ή να χρησιμοποιεί το σπιρόμετρο με ορισμένο στόχο τουλάχιστον κάθε 2 ώρες

6. βοηθήστε στην εφαρμογή αναπνευστήρα σύμφωνα με τις εντολές

7. εφαρμόστε μέτρα για τη διευκόλυνση της αποβολής ιων πνευμονικών εκκρίσεων:

α. συμβουλέψτε και βοηθήστε τον ασθενή να βήχει κάθε 1 έως 2 ώρες.

β. εφαρμόστε μέτρα για τη ρευστοποίηση των παχύρρευστων εκκρίσεων:

1. διατηρήστε πρόσληψη υγρών τουλάχιστον 2.500 ml ανά ημέρα, εκτός αν υπάρχει αντένδειξη

2. υγραίνετε τον εισπνεόμενο αέρα σύμφωνα με τις εντολές.

γ. βοηθήστε στη χορήγηση βλεννολυτικών και ρευστοποιητικών παραγόντων μέσω νεφελοποιητού ή αναπνευστήρα σύμφωνα με τις εντολές

δ. βοηθήστε στην εφαρμογή παροχέτευσης των εκκρίσεων με αλλαγή θέσης, επίκρουση και δονήσεις θώρακος επί εντολής.

ε. εφαρμόστε αναρρόφηση μέσω της τραχείας επί εντολής.

στ. χορηγήστε αποχρεμπτικά επί εντολής.

8. εφαρμόστε μέτρα για τη μείωση του θωρακικού πόνου.

9. διατηρήστε την παροχή οξυγόνου σύμφωνα με τις εντολές

10. συμβουλέψτε τον ασθενή να αποφεύγει τη λήψη τροφών που παράγουν αέρια (π.χ. όσπρια, λάχανα, κρεμμύδια), ανθρακούχα ποτά και μεγάλα γεύματα με σκοπό τη μείωση της γαστρικής διάτασης και της πίεσης στο διάφραγμα.

11. αποθαρρύνετε το κάπνισμα (το κάπνισμα προκαλεί βρογχόσπασμο, αυξάνει την παραγωγή βλέννας, διαταράσσει τη λειτουργία των κροσσών και μειώνει το διαθέσιμο οξυγόνο).

12. προστατέψτε τον ασθενή από την έκθεση σε ερεθιστικούς παράγοντες, όπως είναι ο καπνός, τα άνθη και τα αρώματα (μπορούν να προκαλέσουν βρογχόσπασμο και αυξημένη παραγωγή βλέννας)

13. όταν επιτρέπεται η σωματική κίνηση, εφαρμόστε μέτρα για την αύξηση της μυϊκής ισχύος και της ανοχής στην κόπωση.

14. χορηγήστε με προσοχή κατασταλτικά του κεντρικού νευρικού συστήματος, μη χορηγείτε φάρμακα και συμβουλευθείτε τον ιατρό εάν η συχνότητα αναπνοών είναι κάτω των 12 ανά λεπτό.

15. χορηγήστε τα κάτωθι φάρμακα επί εντολής:

α. βρογχοδιασταλτικά (π.χ. θεοφυλλίνη)

β. αντιμικροβιακά.

δ. Συμβουλευθείτε τον ιατρό εάν τα σημεία και συμπτώματα της διαταραχής της αναπνευστικής λειτουργίας

επιμένουν ή επιδεινώνονται

2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Επιθυμητό Αποτέλεσμα

2. Ο ασθενής δεν εμφανίζει έλλειμμα όγκου υγρών όπως φαίνεται από:
- α. τη φυσιολογική σπαργή δέρματος
 - β. τους υγρούς βλεννογόνους
 - γ. το σταθερό σωματικό βάρος
 - δ. την αρτηριακή πίεση και τον σφυγμό εντός των φυσιο-λογικών ορίων για τον ασθενή και τη σταθερή αρτηριακή πίεση στις αλλαγές της θέσης του σώματος
 - ε. τον χρόνο πληρώσεως μικρών φλεβών κάτω των 3-5 δευτερολέπτων
 - στ. την ουρία και τον αιματοκρίτη εντός των φυσιολογικών ορίων
 - ζ. το ισοζύγιο

Αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης ελλείμματος όγκου υγρών που οφείλεται σε μειωμένη από του στόματος πρόσληψη και μεγάλη απώλεια υγρών (εμφανίζεται σε έντονη εφίδρωση και σε υπεραερισμό εφόσον υπάρχει).

Νοσηλευτικές Πράξεις και Επιλεγμένοι Στόχοι Αιτιολογία

- 2.α. Αξιολογήστε και αναφέρατε σημεία και συμπτώματα ελλείμματος όγκου υγρών:
- 1. ελάττωση σπαργής δέρματος
 - 2. ξηροί βλεννογόνοι, αίσθημα δίψας.
 - 3. αιφνίδια απώλεια βάρους κατά 2% ή περισσότερο.
 - 4. χαμηλή αρτηριακή πίεση ή/και ορθοστατική υπόταση.
 - 5. αδύναμος, ταχύς σφυγμός
 - 6. βραδύς χρόνος πληρώσεως μικρών φλεβών (άνω των 3-5 δευτερολέπτων)
 - 7. αύξηση ουρίας και αιματοκρίτη
 - 8. μειωμένη παροχή ούρων (αντικατοπτρίζει πραγματικό μάλλον, παρά δυνητικό έλλειμμα όγκου υγρών).
- β. Εφαρμόστε μέτρα για την πρόληψη ελλείμματος όγκου υγρών:
- 1. μέτρα για την αύξηση της από του στόματος πρόσληψης υγρών
 - 2. μέτρα για την ελάττωση του πυρετού
- β) με σκοπό να μειωθεί η απώλεια υγρών λόγω της εφίδρωσης και του υπεραερισμού που μπορεί να συνοδεύουν την αύξηση της θερμοκρασίας

2.500 ml την ημέρα εκτός εάν υπάρχει αντένδειξη, εάν η πρόσληψη από το στόμα είναι ανεπαρκής ή αντενδείκνυται, διατηρήστε την ενδοφλέβια έγχυση υγρών σύμφωνα με τις εντολές.

3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Διαταραχές της θρέψης: ανεπαρκής κάλυψη των αναγκών του σώματος που οφείλεται σε:

α. μείωση της από του στόματος πρόσληψης τροφών, λόγω της εξάντλησης, του έντονου βήχα, της δυσσομίας και της κακής γεύσης των πτυέλων και ορισμένων φαρμάκων σε spray, της ναυτίας, του θωρακικού πόνου και της δύσπνοιας.

β. αύξηση των θερμιδικών αναγκών λόγω αυξήσεως του μεταβολικού ρυθμού που επέρχεται λόγω της λοίμωξης.

Επιθυμητό Αποτέλεσμα

Νοσηλευτικές Πράξεις και
Επιλεγμένοι Στόχοι Αιτιολογία

3. Ο ασθενής διατηρεί επαρκές επίπεδο θρέψης όπως φαίνεται από:

α. το σωματικό βάρος εντός των φυσιολογικών ορίων για την ηλικία, το ύψος και τη διάπλαση του ασθενούς

β. τις φυσιολογικές τιμές ουρίας, λευκωματίνης, αιματοκρίτη, αιμοσφαιρίνης και τρανσφερίνης

γ. το πάχος δερματικής πτυχής τρικεφάλου εντός των φυσιολογικών ορίων

3.α. Αξιολογήστε και αναφέρατε σημεία και συμπτώματα κακής θρέψης:

1. σωματικό βάρος κάτω του φυσιολογικού για την ηλικία το ανάστημα

και το ιδιοσυστασικό τύπο του ασθενούς

2. παθολογικές τιμές ουρίας, λευκωματίνης, αιματοκρίτη, αιμοσφαιρίνης και τρανσφερίνης ορού.

3. πάχος δερματικής πτυχής τρικεφάλου κάτω του φυσιολογικού

4. έντονη αδυναμία και εξάντληση.

5. στοματίτιδα.

β. Μετράτε το ποσό των γευμάτων που καταναλώνει ο ασθενής. Αναφέρατε εμπειρικά

ι. τοποθετήστε τον ασθενή σε θέση υψηλή Fowler κατά τα γεύματα και χορηγήστε συμπληρωματική ποσότητα οξυγόνου κατά τα γεύματα αν χρειάζεται, για την ύφεση της δύσπνοιας τα διαθέσιμα σπασμικό μόλις στον

4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Πόνος: θώρακας που οφείλεται σε:

- α. ερεθισμό του τοιχωματικού υπεζωκότος και του πνευμονικού παρεγχύματος λόγω της φλεγμονής.
- β. μυϊκή τάση λόγω του έντονου βήχα.

Επιθυμητό Αποτέλεσμα
Επιλεγμένοι Στόχοι Αιτιολογία

Νοσηλευτικές Πράξεις και

4. ο ασθενής εμφανίζει μείωση του θωρακικού πόνου όπως φαίνεται από :

- α. την προφορική έκφραση για ύφεση του πόνου.

4.α. Καθορίστε τις συνήθειες αντιδράσεις του ασθενούς στον πόνο.

- β. Αξιολογήστε τον τρόπο που αντιλαμβάνεται ο ασθενής τον πόνο. Όσον αφορά την εντόπιση, την ένταση και τον τύπο του πόνου.

- β. την ήρεμη έκφραση προσώπου και θέση σώματος
- γ την αυξημένη συμμετοχή στις δραστηριότητες.
- δ. τα σταθερά ζωτικά σημεία.

- γ. Αξιολογήστε μη προφορικό πόνο (π.χ. ρυτίδωση μετωπιαίων, διστακτικότητα, ανησυχία, προφύλαξη της πλευράς του θώρακος, επίμονη προσώπου, αύξηση αρτηριακής πίεσης του σπληνικού)

6. εφαρμόστε μέτρα για τη μείωση του έντονου βήχα

7. χορηγήστε αναλγητικά επί εντολής.

στ. Συμβουλευθείτε τον ιατρό εάν τα ανωτέρω μέτρα αποτύχουν να προκαλέσουν επαρκή ύφεση του θωρακικού πόνου.

**5.A. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Δυσφορία : ρίγη και έντονη εφίδρωση
που οφείλονται σε επίμονο πυρετό λόγω της
λοιμώξεως.

Επιθυμητό Αποτέλεσμα
Επιλεγμένοι Στόχοι Αιτιολογία

Νοσηλευτικές Πράξεις και

5.A. ο ασθενής δεν εμφανίζει
δυσφορία λόγω ρίγους και
έντονης εφίδρωσης όπως
φαίνεται από:

1. την προφορική έκφραση
ότι αισθάνεται άνετα
2. την ικανότητα προς
ανάπαυση.

5.A.1. Αξιολογήστε την ύπαρξη ρίγους και
έντονης εφίδρωσης.

2. Εφαρμόστε μέτρα για την ελάττωση του
πυρετού.

3. Εφαρμόστε μέτρα για τη μείωση του
αισθήματος δυσφορίας εάν ο ασθενής έχει ρίγη:

α. διατηρείτε θερμοκρασία δωματίου άνετη για
τον ασθενή.

β. προστατέψτε τον ασθενή από ρεύματα αέρα.

γ. προμηθεύστε στον ασθενή όσες κουβέρτες
και ρουχισμό χρειάζεται.

δ. προσφέρετε θερμά ροφήματα στον ασθενή.

4. Εφαρμόστε μέτρα για τη μείωση της
δυσφορίας εάν υπάρχει έντονη εφίδρωση :

α. αλλάζετε τα κλινοσκεπάσματα και το
ρουχισμό όταν υγραίνονται

β. βοηθήστε τον ασθενή στη λήψη λουτρού και
σφουγγίζετε το πρόσωπό του όταν χρειάζεται.

5. Συμβουλευτείτε τον ιατρό εάν ο ασθενής

**5.A. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Δυσφορία: ναυτία

που οφείλεται στην διέγερση του κέντρου του
εμετού, λόγω της δυσοσμίας και της γεύσης των
πτυέλων και ορισμένων φαρμάκων (σε μορφή
σπρέι).

Επιθυμητό Αποτέλεσμα

Νοσηλευτικές Πράξεις και
Επιλεγμένοι Στόχοι Αιτιολογία

5.B. Ο ασθενής αναφέρει ύφεση της δύσπνοιας.

5.B.1 Ελέγξτε τον ασθενή για ύπαρξη ναυτίας,
2. Εφαρμόστε μέτρα για την πρόληψη ή την αντιμετώπιση της ναυτίας:
α. ενθαρρύνετε τον ασθενή να παίρνει βαθιές, αργές αναπνοές όταν αισθάνεται ναυτία.
β. αφαιρέστε τις δυσάρεστες οσμές και αντικείμενα από το περιβάλλον δώστε στον ασθενή ένα αδιαφανές καλυμμένο δοχείο για τη συλλογή των πτυέλων, αλλάζετε το δοχείο συχνά και αφαιρείτε το από το τραπέζι κατά τη διάρκεια του γεύματος.
γ να εκτελεί ο ασθενής στοματική υγιεινή μετά την αναπνευστική φυσιοθεραπεία και την αγωγή με φάρμακα σε σπρέι και πριν από τα γεύματα
δ. προγραμματίστε τη νοσηλεία που βοηθά στην κινητοποίηση της βλέννας (π.χ. αγωγή με σπρέι, παροχέτευση εκκρίσεων με αλλαγή θέσης, επίκρουση, δονήσεις) τουλάχιστον 1 ώρα πριν ή μετά τα γεύματα
ε. προσφέρετε μικρά, συχνά γεύματα, συμβουλέψτε τον ασθενή να μασά τις τροφές και να καταπίνει τα υγρά αργά.
στ αποφύγετε να προσφέρετε τροφές με πολύ έντονες μυρωδιές

ζ. ενθαρρύνετε τον ασθενή να τρώει ξηρές τροφές (π.χ. τόστ, κράκερς) και να αποφεύγει να πίνει υγρά μαζί με τα γεύματα, εφόσον αισθάνεται ναυτία
η. χορηγήστε αντιεμετικά επί εντολής.
3. Συμβουλευθείτε τον ιατρό εάν τα ανωτέρω μέτρα αποτύχουν να ελέγξουν την ναυτία.

6. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Υπερθερμία

που οφείλεται στη διέγερση του θερμορρυθμιστικού κέντρου στον υποθάλαμο από

Επιθυμητό Αποτέλεσμα

Νοσηλευτικές Πράξεις και Επιλεγμένοι Στόχοι Αιτιολογία

6. Ο ασθενής εμφανίζει ύφεση της υπερθερμίας όπως φαίνεται από:

- α. τη συνήθη θερμοκρασία και χρώμα δέρματος.
- β. τη συχνότητα σφυγμού μεταξύ 60-100 παλμών ανά λεπτό.
- γ. τις αναπνοές 14-20 ανά λεπτό.
- δ. τη φυσιολογική θερμοκρασία σώματος.

6.α. Αξιολογήστε σημεία και συμπτώματα υπερθερμίας (π.χ. θερμίο ερυθρό δέρμα, ταχυκαρδία, ταχύπνοια, αύξηση θερμοκρασίας).

β. Εφαρμόστε μέτρα για τη μείωση του πυρετού:

1. εφαρμόστε μέτρα για την ύφεση της φλεγμονώδους διεργασίας:

α. λάβετε μέτρα για τη διευκόλυνση της αποβολής των πνευμονικών εκκριμάτων.

β. λάβετε μέτρα για τη διευκόλυνση της ανάπαυσης και για την εξοικονόμηση ενέργειας

γ. λάβετε μέτρα για τη διατήρηση επαρκούς επιπέδου θρέψης.

2. τοποθετήστε ψυχρά επιθέματα στις βουβωνικές περιοχές και στις μασχάλες.

3. τοποθετήστε ειδική κουβέρτα κατά της υπερθερμίας σύμφωνα με τις εντολές.

4. χρησιμοποιήστε ανεμιστήρα στο δωμάτιο ώστε να εξασφαλιστεί η κυκλοφορία ψυχρού αέρα και η απώλεια θερμότητας μέσω αγωγής.

5. χορηγήστε αντιπυρετικά επί εντολής.

γ Συμβουλευτείτε τον ιατρό εάν η θερμοκρασία παραμένει υψηλή

7. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Δυσανεξία στην κόπωση

που οφείλεται σε:

α. ιστική υποξία λόγω διαταραχής της ανταλλαγής των αερίων.

β. δυσπρόσιτο ιστικό επιπέδω...

Επιθυμητό Αποτέλεσμα

7. ο ασθενής εμφανίζει αυξημένη ανοχή στην κόπωση, όπως φαίνεται από:

α. τις προφορικές εκδηλώσεις ότι αισθάνεται λιγότερο εξαντλημένος και αδύναμος.

β. το ότι είναι σε θέση να εκτελεί τις καθημερινές

δραστηριότητες χωρίς ζάλη, δύσπνοια, θωρακικό πόνο και εφίδρωση και σημαντική μεταβολή στα ζωτικά σημεία.

Νοσηλευτικές Πράξεις και Επιλεγμένοι Στόχοι Αιτιολογία

7.α. Αξιολογήστε σημεία και συμπτώματα δυσανεξίας στην κόπωση:

1. παράπονα του ασθενούς ότι αισθάνεται εξάντληση και αδυναμία
2. δύσπνοια στην κόπωση, θωρακικός πόνος, εφίδρωση ή ζάλη
3. παθολογική μεταβολή της καρδιακής συχνότητας στην κόπωση (π.χ. κατά 20

παλμούς ανά λεπτό πάνω από τις τιμές ηρεμίας, μείωση συχνότητας, συχνότητα που δεν επανέρχεται στις τιμές ηρεμίας εντός 3 λεπτών από τη διακοπή της κόπωσης, μεταβολή από ρυθμικό σε άρρυθμο σφυγμό).

4. μειωμένη συστολική αρτηριακή πίεση ή σημαντική αύξηση (10-15 mm Hg) της συστολικής ή της διαστολικής πίεσης κατά την κόπωση.

β. Εφαρμόστε μέτρα για τη βελτίωση της ανοχής στην κόπωση.

1. μέτρα για τη διευκόλυνση της ανάπαυσης και για την εξοικονόμηση ενέργειας.

α. διατηρήστε τους περιορισμούς της κινητικότητας σύμφωνα με τις εντολές

β. ελαχιστοποιείτε τις δραστηριότητες και τους θορύβους του περιβάλλοντος

- 1 . προστατέψτε τον ασθενή από την έκθεσή του σε ερεθιστικούς παράγοντες, όπως καπνός, άνθη και σκόνη.
2. συμβουλέψτε τον ασθενή να αποφεύγει τη λήψη ιδιαίτερα θερμών ή ψυχρών τροφών και υγρών (μπορούν να προκαλέσουν βήχα).
3. χορηγήστε αντιβηχικά επί εντολής (μπορεί να χορηγηθούν κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης, όταν ο βήχας είναι συνήθως μη παραγωγικός).
2. εφαρμόστε μέτρα για την ελάττωση του πυρετού.
3. αποθαρρύνετε το κάπνισμα και την υπερβολική λήψη ποτών πλούσιων σε καφεΐνη, όπως καφές, τσάι και ποτά τύπου cola (η νικοτίνη και η καφεΐνη αυξάνουν το καρδιακό φορτίο και την κατανάλωση οξυγόνου στο μυοκάρδιο, μειώνοντας το διαθέσιμο οξυγόνο).
4. εφαρμόστε μέτρα για τη βελτίωση της αναπνευστικής λειτουργίας με σκοπό την ύφεση

ιδιαίτερη εξάντληση ή αδυναμία.

Συμβουλευθείτε τον ιατρό εάν τα σημεία και συμπτώματα δυσανεξίας στην κόπωση επιμένουν ή επιδεινώνονται.

8. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

.Διαταραχές του ύπνου

που οφείλονται στο ξένο περιβάλλον τη δυσφορία, τον έντονο βήχα, την αδυναμία να λάβει τη συνήθη θέση ύπνου λόγω δύσπνοιας και λόγω των συχνών ελέγχων και εξετάσεων.

Επιθυμητό Αποτέλεσμα

Νοσηλευτικές Πράξεις και
Επιλεγμένοι Στόχοι Αιτιολογία

8. Ο ασθενής έχει επαρκή ύπνο, μέσα στα όρια της αγωγής όπως φαίνεται από:

α. το ότι δηλώνει ότι αισθάνεται ξεκούραστος.

β. το σύνηθες επίπεδο συνείδησης
γ. την απουσία μαύρων κύκλων κάτω από τα μάτια, τρόμου χειρών και συχνών χασμημάτων.

8.α. Ελέγξτε τον ασθενή για σημεία και συμπτώματα διαταραχών του ύπνου (π.χ, παράπονα για δυσκολία στον ύπνο, διακοπές του ύπνου, ευερεθιστότητα, υπνηλία, απόπροσανατολισμός, μαύροι κύκλοι κάτω από τα μάτια, συχνά χασμήματα, ελαφρός τρόμος χειρών).

β. Προσδιορίστε τις συνήθειες του ασθενούς κατά τον ύπνο.

5. αποθαρρύνετε την πρόσληψη υγρών πλούσιων σε καφεΐνη (π.χ. καφές, τσάι, ποτά τύπου cola) ιδιαίτερα το απόγευμα.
6. προσφέρετε στον ασθενή ένα μικρό έδεσμα πλούσιο σε πρωτεΐνες (π.χ. τυρί), εκτός αν υπάρχει αντένδειξη, κατά το απόγευμα.
7. επιτρέψτε στον ασθενή να συνεχίσει τις συνήθειές του κατά τον ύπνο (π.χ. ώρα, ανάγνωση πριν τον ύπνο κ.λ.π.).
8. καλύψτε τις βασικές του ανάγκες ως προς την άνεση και θερμότητα πριν τον ύπνο.
9. παροτρύνετε τον ασθενή να κενώνει την ουροδόχο κύστη του πριν την κατάκλιση.
10. διατηρήστε ήρεμη και ήσυχη ατμόσφαιρα.
11. χρησιμοποιήστε τεχνικές χαλάρωσης (π.χ. μασάζ στη ράχη, απαλή μουσική) πριν τον ύπνο.
12. εξασφαλίστε τον καλό αερισμό του δωματίου.
13. εάν ο ασθενής έχει ορθόπνοια, βοηθήστε τον να λάβει θέση που διευκολύνει την αναπνοή (π.χ. ανύψωση της κεφαλής της κλίνης με υποστήριξη των χεριών σε μαξιλάρια, κλίση προς τα εμπρός στο τραπέζι της κλίνης με καλή υποστήριξη με μαξιλάρια καθιστός σε

β. ομαδοποιήστε τη νοσηλεία (π.χ. φάρμακα, φυσιοθεραπεία, εξετάσεις) όταν είναι δυνατόν.

δ. Συμβουλευτείτε τον ιατρό εάν τα σημεία και συμπτώματα στέρησης ύπνου επιμένουν ή επιδεινώνονται.

9. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Αυξημένος κίνδυνος λοίμωξης: εξωπνευμονική (π.χ. μικροβαιμία, περικαρδίτιδα, ενδοκαρδίτιδα, μηνιγγίτιδα, σηπτική αρθρίτιδα) ή/ και επιλοίμωξη (π.χ. καντιντίαση) που οφείλεται σε:

α. διασπορά των πνευμονιοκόκκων μέσω της κυκλοφορίας, λόγω μειωμένης άμυνας του οργανισμού.

β. αντοχή των πνευμονιοκόκκων στα αντιμικροβιακά φάρμακα.

γ. διαταραχή της ισορροπίας της φυσιολογικής μικροβιακής χλωρίδας λόγω της χορηγήσεως αντιμικροβιακών φαρμάκων.

Επιθυμητό Αποτέλεσμα

Νοσηλευτικές Πράξεις και Επιλεγμένοι Στόχοι Αιτιολογία

9. Ο ασθενής δεν εμφανίζει εξωπνευμονική λοίμωξη ή επιλοίμωξη όπως φαίνεται από:

α. τη σταδιακή επάνοδο των

9.α. Αξιολογήστε και αναφέρατε στοιχεία και συμπτώματα εξωπνευμονικής λοίμωξης ή επιλοίμωξης.

1. αύξηση της θερμοκρασίας πάνω από τα προηγούμενα επίπεδα

δ. την απουσία πόνου και οιδήματος στις αρθρώσεις
ε. την απουσία ασυνήθους εκροής υγρού από κάποια σωματική κοιλότητα.
στ. απουσία ασυνήθων δερματικών βλαβών
ζ. απουσία δυσκαμμίας αυχένα και κεφαλαλγίας
η. λευκά και λευκοκυτταρικός τύπος που επανέρχονται στα φυσιολογικά για τον ασθενή επίπεδα
θ. αρνητικά αποτελέσματα των καλλιιεργειών.

7. ασύνηθες χρώμα, ποσότητα και οσμή των κοιλικών υγρών. Κνησμός στο περίνεο, λευκές ή ελκώδεις περιοχές στο στόμα (οι μυκητιασικές λοιμώξεις είναι συνήθεις επιλοιμώξεις κατά την αντιμικροβιακή θεραπεία).

8. δυσκαμμία αυχένα, κεφαλαλγία

9. αύξηση του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων πάνω από τις προηγούμενες τιμές ή και σημαντική μεταβολή του λευκοκυτταρικού τύπου.

β. Στείλτε δείγματα για καλλιέργειες (π.χ. αίμα, ούρα, επίχρισμα στόματος, πτύελα) σύμφωνα με τις εντολές. Αναφέρατε θετικά αποτελέσματα.

γ. Εφαρμόστε μέτρα για την πρόληψη εξωπνευμονικής λοιμώξεως ή επιλοιμώξεως:

1. εφαρμόστε μέτρα για την αποδρομή της λοιμώξεως.

2. εκτελείτε καλό πλύσιμο χεριών και ενθαρρύνετε τον ασθενή να κάνει το ίδιο

3. εφαρμόζετε αυστηρώς άσηπτες τεχνικές κατά τη διάρκεια όλων των επεμβατικών πράξεων (π.χ. καθετηριασμοί, παρακεντήσεις φλεβών και αρτηριών ενέσεις).

4. εναλλάσσετε τα σημεία εγχύσεως υγρών και τοποθετήσεως καθετήρων σύμφωνα με την τακτική του νοσοκομείου.

5. προστατέψτε τον ασθενή από άλλα άτομα με

την ούρηση και την κένωση)

7. τονίστε τη σημασία της καλής υγιεινής του στόματος.

δ. Εάν εμφανιστούν σημεία και συμπτώματα εξωπνευμονικής λοίμωξης ή επιλοίμωξης:

1. συνεχίστε τα ανωτέρω μέτρα

2. προετοιμάστε τον ασθενή ή και βοηθήστε κατά την εκτέλεση διαγνωστικών εξετάσεων (π.χ. λήψη εγκεφαλονωτιαίου υγρού, ηχοκαρδιογραφία) εάν έχουν προγραμματιστεί

3. εφαρμόστε τα κατάλληλα μέτρα για την ανακούφιση του ασθενούς από τα συμπτώματά του

4. λάβετε μέτρα για την ασφάλεια του ασθενούς (ανασηκώστε τα πλάγια προστατευτικά κιγκλιδώματα του κρεβατιού βοηθήστε τον ασθενή κατά τη βάρδιση) εάν υπάρχουν μεταβολές στο επίπεδο συνείδησης

5. χορηγήστε αντιμικροβιακά σύμφωνα με τις εντολές.

10. ΣΥΝΟΔΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ

Πιθανές επιπλοκές:

α. **πλευριτική συλλογή** που οφείλεται σε αύξηση της διαβατότητας των πνευμονικών τριχοειδών λόγω της φλεγμονής.

β. **ατελεκτασία** λόγω επιπόλαιης αναπνοής, στάσης των εκκριμάτων στις κυμελίδες και τα βρογχιόλια και μειωμένης

Επιθυμητό Αποτέλεσμα

Νοσηλευτικές Πράξεις και

Επιλεγμένοι Στόχοι Αιτιολογία

10.α. Ο ασθενής δεν εμφανίζει πλευριτική συλλογή όπως φαίνεται από:

1. τη μη επίταση του θωρακικού πόνου
2. τις ευχερείς αναπνοές, με συχνότητα 14-20 ανά λεπτό
3. τη συνήθη έκπτυξη του θώρακος
4. τη βελτίωση των αναπνευστικών ήχων και των ήχων επίκρουσης σε όλα τα πνευμονικά πεδία.

10.β. ο ασθενής δεν εμφανίζει ατελεκτασία όπως φαίνεται από:

10.0.1. Αξιολογήστε και αναφέρατε σημεία και συμπτώματα πλευριτικής συλλογής:

- α. αύξηση της εντάσεως του θωρακικού πόνου
- β. επίταση της δύσπνοιας
- γ. ελάττωση της έκπτυξης του θώρακος στην πάσχουσα πλευρά
- δ. αμβλύς ήχος στην επίκρουση και ελάττωση ή εξάλειψη των αναπνευστικών ήχων πάνω από την πάσχουσα περιοχή.

2. Παρακολουθείτε τα αποτελέσματα των ακτινογραφιών θώρακος, του υπερηχογραφικού ελέγχου και των αξονικών τομογραφιών.

Αναφέρατε ευρήματα πλευριτικής συλλογής.

3. Εφαρμόστε μέτρα για την ύφεση της φλεγμονώδους διεργασίας με σκοπό την ελάττωση του κινδύνου ανάπτυξης πλευριτικής συλλογής.

4. Εάν εμφανιστούν σημεία και συμπτώματα πλευριτικής συλλογής:

α. συνεχίστε τα μέτρα βελτίωσης της αναπνευστικής λειτουργίας

β. προετοιμάστε τον ασθενή για παρακέντηση θώρακα ή τοποθέτηση σωλήνα θωρακικής παροχέτευσης, εφόσον έχει προγραμματιστεί.

10.β.1. Αξιολογήστε και αναφέρατε σημεία και συμπτώματα ατελεκτασίας (π.χ. εξασθένηση ή εξάλειψη των αναπνευστικών ήχων,

επίκρουσης πάνω από τα πνευμονικά πεδία

2. τις ευχερείς αναπνοές, με συχνότητα 14-20 ανά λεπτό

3. τη μη επίταση της δύσπνοιας, την απουσία ταχυκαρδίας ή ανόδου της θερμοκρασίας.

επίταση της δύσπνοιας και αύξηση της θερμοκρασίας).

2, Παρακολουθείτε τα αποτελέσματα των ακτινογραφιών θώρακος.

Αναφέρατε ευρήματα ατελεκτασίας.

3. Εφαρμόστε μέτρα για τη βελτίωση της αναπνευστικής λειτουργίας με σκοπό τη μείωση του κινδύνου ατελεκτασίας.

4. Εάν εμφανιστούν σημεία και συμπτώματα ατελεκτασίας:

α. βοηθήστε τον ασθενή να αλλάζει θέση συχνότερα ή να βήχει, να αναπνέει βαθιά και να χρησιμοποιεί το σπιρόμετρο με ορισμένο στόχο.

β. αυξήστε το βαθμό κινητικότητάς του όσο επιτρέπεται και γίνεται ανεκτό.

γ. συμβουλευτείτε τον ιατρό εάν τα σημεία και συμπτώματα ατελεκτασίας επιμένουν ή επιδεινώνονται.

11. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Επιθυμητό Αποτέλεσμα

11.α. ο ασθενής γνωρίζει τρόπους για τη διατήρηση της υγείας του αναπνευστικού συστήματος.

Έλλειμμα γνώσεων

σχετικά με την εξωνοσοκομειακή αγωγή.

Νοσηλευτικές Πράξεις και
Επιλεγμένοι Στόχοι Αιτιολογία

11.α. Συμβουλευτείτε τον ασθενή σχετικά με τρόπους διατήρησης της υγείας του αναπνευστικού συστήματος:

1. να τηρεί μία καλώς ισορροπημένη διαίτα.

2. να πίνει τουλάχιστον 10 ποτήρια υγρών την ημέρα.

3. να διατηρεί ένα ισορροπημένο πρόγραμμα ανάπαυσης και ασκήσεων.

4. να αποφεύγει το συνωστισμό κατά τη διάρκεια επιδημιών γρίπης και κατά τη διάρκεια του χειμώνα

5. να αποφεύγει την επαφή με άτομα με αναπνευστικές λοιμώξεις

6. να συμβουλευεται τον ιατρό σχετικά με τους κατάλληλους εμβολιασμούς εάν διατρέχει αυξημένο κίνδυνο υποτροπής της πνευμονίας

7. να συνεχίζει τις ασκήσεις βήχα και βαθιάς αναπνοής για τουλάχιστον

6-8 εβδομάδες μετά την έξοδο και κατά τη διάρκεια κάθε περιόδου μειωμένης σωματικής δραστηριότητας ή σε αναπνευστική λοίμωξη

8. να διατηρεί καλή στοματική υγιεινή με σκοπό να μειώσει τον αριθμό

των μικροβίων στο στοματοφάρυγγα

9. να αποφεύγει την υπερβολική λήψη οινοπνεύματος και να διακόψει το κάπνισμα με σκοπό την πρόληψη της καταστολής των αμυντικών μηχανισμών του πνεύμονα.

11.β. Συμβουλευέστε τον ασθενή να αναφέρει τα κάτωθι σημεία και συμπτώματα:

1. επίμονη ή υποτροπιάζουσα αύξηση της θερμοκρασίας

2. ρίγη

3. δυσχέρεια στην αναπνοή

4. ανησυχία, ευερεθιστότητα, ζάλη ή σύγχυση

5. επίμονο ή επιδεινούμενο θωρακικό πόνο ή άρρυθμο σφυγμό

6. επίμονη απώλεια βάρους

7. επίμονη εξάντληση

8. επίμονο βήχα με παραγωγή πυωδών ή σκωριόχρωμων πτυέλων

11.β.Ο ασθενής γνωρίζει σημεία και συμπτώματα που πρέπει να αναφέρει στον ιατρό.

11.β.Ο ασθενής κατανοεί το πρόγραμμα της συσταθείσας εξωνοσοκομειακής αγωγής, συμπεριλαμβανομένων των ιατρικών επισκέψεων, των φαρμάκων που συστήθηκαν και των περιορισμών της σωματικής δραστηριότητας.

9. ασύνηθες χρώμα, ποσότητα και οσμή των κοιλικών εκκρίσεων

10. λευκές κηλίδες ή εξελκώσεις στο στόμα ή στον κόλπο

11. δυσκαμψία αυχένα ή κεφαλαλγία

12. οιδηματώδεις, ερυθρές και επώδυνες αρθρώσεις

11.γ.1.Τονίστε τη σημασία της τήρησης του προγράμματος ιατρικών επισκέψεων στον ιατρό.

2.εξηγήστε τη λογική, τις παρενέργειες και τη σημασία της ορθής λήψης των φαρμάκων που συνεστήθησαν (π.χ. αντιμικροβιακά, βλεννολυτικά).

3.Εφαρμόστε μέτρα για την εξασφάλιση της συμμόρφωσης του ασθενούς:

α. συμπεριλάβετε και τους οικείους του ασθενούς σε όλες τις οδηγίες που δίνετε κατά την έξοδο

β. ενθαρρύνετε τη διατύπωση ερωτήσεων και διαθέστε χρόνο για την αποσαφήνιση των αποριών

γ. δώστε γραπτές οδηγίες σχετικά με το πρόγραμμα επισκέψεων στον ιατρό, τα φάρμακα που συστήθηκαν τις ανάγκες σε υγρά, τη φυσιοθεραπεία και τα σημεία και συμπτώματα που πρέπει να αναφέρονται στον ιατρό.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΦΥΛΟ
ΗΛΙΚΙΑ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΤΜΗΜΑ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ
ΘΕΣΗ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

Ερώτηση 1^η: Γνωρίζετε – έχετε ακούσει τον όρο νοσηλευτική διάγνωση;

Απαντήσεις

- A) Ναι
- B) Όχι
- Γ) Δεν γνωρίζω – δεν απαντώ

Ερώτηση 2^η: Αν ναι, από πού;

Απαντήσεις

- A) Βασική προεπαγγελματική εκπαίδευση (ΑΕΙ, ΤΕΙ, ΜΤΕΝΣ)
- B) Συνεχιζόμενη επαγγελματική εκπαίδευση (σεμινάρια, ειδικότητα, κλπ)
- Γ) Από αλλού (αναφέρετε ποια...)
- Δ) Δεν ξέρω

Ερώτηση 3^η: Σκοπός της νοσηλευτικής διάγνωσης είναι:

Απαντήσεις

- A) Η διάγνωση των ασθενειών και των παθολογικών διεργασιών αυτής;
- B) Η χορήγηση της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής;
- Γ) Ο καθορισμός των προβλημάτων και αναγκών (πραγματικών και υποθετικών) του αρρώστου που προέκυψαν από τη νόσο του;

Δ) Δεν ξέρω.

Ερώτηση 4^η : Έχετε εφαρμόσει τη νοσηλευτική διάγνωση στην καθημερινή κλινική πράξη;

Απαντήσεις

- A) Ναι.
- B) Όχι
- Γ) Περιστασιακά.

Ερώτηση 5^η : Πιστεύετε ότι η νοσηλευτική διάγνωση είναι απαραίτητη για τον σχεδιασμό και την εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας;

Απαντήσεις

- A) Ναι.
- B) Όχι.
- Γ) Δεν ξέρω.

Ερώτηση 5^η : Από ποιους πρέπει να τίθεται η νοσηλευτική διάγνωση;

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ

- A) Από τους νοσηλευτές ΠΕ
- B) Από τους νοσηλευτές ΤΕ
- Γ) Από τους νοσηλευτές ΔΕ
- Δ) Το (α) και το (β)
- Ε) Από όλους (ΠΕ, ΤΕ και ΔΕ)

Ερώτηση 7^η : Ποια η διαφορά μεταξύ ιατρικής και νοσηλευτικής διάγνωσης;

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ

- A) Καμία – Δεν υπάρχουν διαφορές.
- B) Έχουν διαφορετικούς αντικειμενικούς σκοπούς.
- Γ) Ακολουθούν διαφορετικές μεθόδους προσέγγισης.

Ερώτηση 8^η : Πιστεύετε ότι η εφαρμογή της νοσηλευτικής διάγνωσης θα βοηθούσε τους ασθενείς και τις ανάγκες τους;

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ

- A) Ναι.
- B) Όχι.
- Γ) Δεν ξέρω.

Ερώτηση 9^η : Η χρήση της νοσηλευτικής διάγνωσης πιστεύετε ότι αποτελεί παράγοντα προώθησης της νοσηλευτικής επιστήμης;

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ

- A) Ναι.
- B) Όχι.
- Γ) Δεν ξέρω.

Ερώτηση 10^η : Η νοσηλευτική διάγνωση θα μπορούσε να εφαρμοστεί σήμερα από τους Έλληνες νοσηλευτές;

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ

- A) Ναι.
- B) Όχι.
- Γ) Δεν ξέρω.

Ερώτηση 11^η : Αν όχι, γιατί;

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ

- A) Έλλειψη χρόνου και προσωπικού.
- B) Έλλειψη γνώσεων γύρω από το θέμα.
- Γ) /δεν έχει ουσιαστικό αποτέλεσμα.

Ερώτηση 12^η : Θεωρείτε ότι οι γνώσεις γύρω από τη νοσηλευτική διάγνωση είναι ικανοποιητική;

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ

- A) Ναι
- B)
- Γ) Δεν ξέρω – Δεν απαντώ.

Όχι

Ερώτηση 13^η : Θα θέλατε να ενημερωθείτε περισσότερο για τη νοσηλευτική διάγνωση;

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ

- A) Ναι
- B) Όχι

Ερώτηση 14^η : Ποιο τρόπο ενημέρωσης θα επιλέγατε;

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ

- A) Σεμινάρια
- B) ΚΕΚ Συνεχιζόμενη επαγγελματική εκπαίδευση.
- Γ) Άλλο (περιγράψτε)
- Δ) Δεν με ενδιαφέρει