

ΤΕΧΝΙΚΗ Heimlich – ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΜΑΛΑΞΗ

Η κοιλιακή μάλαξη είναι η κατ' επιλογήν μέθοδος που χρησιμοποιείται όταν κάποιος πνίγεται. Κτυπήματα στην πλάτη χρησιμοποιούνται σε ενήλικες και παιδιά μόνο αν η τεχνική Heimlich δεν έχει αποτέλεσμα στο να εκτοπίσει ένα ξένο αντικείμενο από την τραχεία.

Τεχνική Heimlich

Α. Σωστή τοποθέτηση της γροθιάς με την πλευρά του αντίχειρα κόντρα στο στομάχι του πάσχοντα, λίγο πιο πάνω από τον αφαλό και υπό των πλευρών και του στέρνου.

Β. Αν ο ασθενής στέκεται ή κάθεται, σταθείτε πίσω του με τα χέρια σας γύρω από τη μέση του. Τοποθετήστε το χέρι σας ως άνω, συγκρατείστε το με το άλλο χέρι και δώστε 4 γρήγορες δυνατές ωθήσεις προς τα πάνω.

Σε παιδιά γίνεται με τον ίδιο τρόπο. Μπορεί να χρειαστεί η επανάληψη της τεχνικής 6 – 10 φορές.

Γ. Αν ο ασθενής είναι ξαπλωμένος, γυρίστε τον ανάσκελα. Γονατίστε δρασκελίζοντάς τον και βάλτε το τμήμα της παλάμης δίπλα στον καρπό του χεριού σας, πάνω στο στομάχι του, πάνω από τον αφαλό του και κάτω από τα πλευρά. Βάλτε το ελεύθερο χέρι σας πάνω από το άλλο για επιπλέον δύναμη. Δώστε 4 γρήγορες, δυνατές και κάθετες ωθήσεις προς τα πάνω. Επανάληψη διαδικασίας 6 με 10 φορές.

Τεχνική σε βρέφος

Γίνονται 4 δυνατά χτυπήματα στην πλάτη ανάμεσα στις ωμοπλάτες του παιδιού, με την παλάμη του χεριού, ή 4 γρήγορες ωθήσεις στο στήθος κατακόρυφα.

Σε έγκυο γυναίκα ή πολύ παχύ ασθενή, τίθεται γροθιά στη μέση του στέρνου, όχι πάνω από τα πλευρά και πραγματοποιείται η ως άνω τεχνική, ή δίδονται 4 γρήγορες ωθήσεις προς τα πάνω ή 4 γρήγορα κτυπήματα ανάμεσα στις ωμοπλάτες.

Σε έλλειψη βοήθειας, ο ασθενής τοποθετεί τη γροθιά του πάνω στο στομάχι και δίνει στον εαυτό του 4 γρήγορες κοιλιακές ωθήσεις προς τα πάνω ή πιέζει την κοιλιακή χώρα στο ύψος του στομάχου πάνω σε καρέκλα, τραπέζι, νεροχύτη ή κιγκλίδωμα.

B. ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΤΗΣ ALMA - ATA

Η Παγκόσμια Συνδιάσκεψη για την ΠΦΥ που πραγματοποιήθηκε στην ALMA - ATA την 12^η Σεπτεμβρίου 1978, εξέφρασε την ανάγκη για επείγουσα κινητοποίηση όλων των κυβερνήσεων, των επιστημόνων υγείας και της Παγκόσμιας Κοινότητας, με σκοπό να προστατεύσει και να προαγάγει την υγεία όλου του πληθυσμού της γης, προβαίνοντας στην ακόλουθη διακήρυξη.

1. Η συνάντηση επαναβεβαιώνει σταθερά ότι η Υγεία, η οποία αποτελεί κατάσταση πλήρους φυσικής, διανοητικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλά έλλειψη νόσου ή αναπηρίας, αποτελεί βασικό ανθρώπινο δικαίωμα. Η επίτευξη του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας είναι ο πιο σημαντικός παγκόσμιος κοινωνικός στόχος, του οποίου η πραγματοποίηση απαιτεί τη δραστηριοποίηση όχι μόνο του τομέα υγείας αλλά και πολλών άλλων οικονομικών τομέων.
2. Η κατάσταση ανισότητας ως προς την υγεία που επικρατεί ιδιαίτερα μεταξύ των αναπτυσσόμενων και ανεπτυγμένων χωρών, αλλά και μεταξύ των κατοίκων της ίδιας χώρας είναι πολιτικά, κοινωνικά, οικονομικά απαράδεκτη και επομένως αποτελεί κοινό θέμα προβληματισμού όλων των χωρών.
3. Η οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη, η οποία βασίζεται σε μια νέα Παγκόσμια οικονομική πορεία, είναι απαραίτητη για την επιτυχία του στόχου "Υγεία για όλους" και τον περιορισμό του χάσματος μεταξύ του επιπέδου υγείας των ανεπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών. Η προαγωγή και προστασία της υγείας των ανθρώπων είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την εξασφάλιση της οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης, συμβάλλει σε καλύτερη ποιότητα ζωής και παγκόσμια ειρήνη.
4. Οι πολίτες έχουν το δικαίωμα και την υποχρέωση να συμμετέχουν ατομικά και συλλογικά στον προγραμματισμό και τη διεκπεραίωση της φροντίδας υγείας.
5. Οι κυβερνήσεις είναι υπεύθυνες για την υγεία των πολιτών τους η οποία μπορεί να επιτευχθεί με την εξασφάλιση των αναγκών για την υγεία υπηρεσιών και μέσων. Βασικός κοινωνικός σκοπός των κυβερνήσεων, διεθνών οργανισμών και ολόκληρης της Παγκόσμιας Κοινότητας τις επόμενες δεκαετίες και μέχρι το έτος 2000, πρέπει να είναι η εξασφάλιση σε όλο τον πληθυσμό της γης, επιπέδου υγείας το οποίο να τους επιτρέπει να ζουν παραγωγική κοινωνική και οικονομική ζωή. Η ΠΦΥ αποτελεί το κλειδί για την επιτυχία του σκοπού αυτού.
6. ΠΦΥ είναι η φροντίδα Υγείας που βασίζεται σε επιστημονικά κατοχυρωμένες πρακτικές και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και

τεχνολογίες, οι οποίες είναι προσιτές σε όλα τα άτομα και τις οικογένειες της κάθε κοινότητας, με τη δική τους ενεργό συμμετοχή και σε κόστος που μπορούν να το αντέξουν, η δε χώρα μπορεί να ανταποκριθεί σε όλη την πορεία της ανάπτυξής τους. Η ΠΦΥ, είναι ενσωματωμένο τμήμα τόσο του συστήματος Υγείας της χώρας του οποίου αποτελεί τον κεντρικό πυρήνα και τη βασική δραστηριότητα, όσο και της γενικότερης κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας. Αποτελεί το πρώτο επίπεδο επικοινωνίας των ατόμων και οικογενειών της κοινότητας με το σύστημα υγείας και μεταφέρει τη φροντίδα υγείας όσο το δυνατόν πιο κοντά στον τόπο κατοικίας και εργασίας των ανθρώπων, με σκοπό της εξασφάλιση συνέχειας στη φροντίδα αυτή.

7. Η ΠΦΥ:

- a. Πηγάζει και αντικατοπτρίζει τις οικονομικές συνθήκες καθώς και τα κοινωνικά, πολιτιστικά και πολιτικά χαρακτηριστικά της κάθε χώρας που βασίζεται τόσο στην εφαρμογή των γνώσεων που προκύπτουν από τα αποτελέσματα έρευνας στους τομείς υγείας, όσο και στην εμπειρία της Δημόσιας Υγείας.
- b. Στοχεύει στα βασικά προβλήματα υγείας της κοινότητας παρέχοντας υπηρεσίες που συντελούν στη διατήρηση της υγείας, την πρόληψη της ασθένειας, τη θεραπεία και την αποκατάσταση της υγείας των ατόμων της κοινότητας.
- c. Περιλαμβάνει τουλάχιστον: Εκπαίδευση του κοινού σχετικά με τα σπουδαιότερα προβλήματα υγείας και τους τρόπους πρόληψης και περιορισμού τους, εξασφάλιση επαρκούς και υγιεινής τροφής και νερού, φροντίδα υγείας της μητέρας και του βρέφους καθώς και οικογενειακό προγραμματισμό, εμβολιασμούς, πρόληψη και περιορισμό των τοπικών ενδημικών νόσων, κατάλληλη θεραπεία στα καθημερινά παρουσιαζόμενα νοσήματα και ατυχήματα, εξασφάλιση απαραίτητων φαρμάκων
- d. Συνεργάζεται τόσο με άλλες υπηρεσίες υγείας, όσο και με πολλούς άλλους τομείς της κοινωνικής και εθνικής ζωής, όπως γεωργία, κτηνοτροφία, βιομηχανία, εκπαίδευση, κατοικία, εργασία, επικοινωνία καθώς και όλους τους άλλους τομείς της κοινότητας, των οποίων επιδιώκει την υποστήριξη.
- e. Προωθεί και επιδιώκει τη μέγιστη δυνατή συμμετοχή των ατόμων στον προγραμματισμό, την οργάνωση, τη λειτουργία και τον έλεγχο των υπηρεσιών ΠΦΥ, χρησιμοποιώντας στο μεγαλύτερο βαθμό τοπικές, εθνικές και άλλες πηγές και μέσα. Για την επιτυχία του σκοπού αυτού με την κατάλληλη εκπαίδευση, αναπτύσσει στα άτομα της κοινότητας αυτή τη δυνατότητα συμμετοχής.
- f. Συντηρείται και ενισχύεται από συντονισμένο λειτουργικό και υποστηρικτικό σύστημα αναφοράς, το οποίο οδηγεί στην προοδευτική βελτίωση των Υπηρεσιών Υγείας προς όλους, δίδοντας προτεραιότητα σε όσους βρίσκονται σε μεγαλύτερη ανάγκη.

- g. Στηρίζεται στους επιστήμονες υγείας τόσο στο τοπικό επίπεδο όσο και στο επίπεδο αναφοράς που περιλαμβάνει γιατρούς, νοσηλευτές, μαίες, βοηθητικό προσωπικό και άλλους κοινωνικούς εργάτες, ανάλογα με τις ανάγκες, καθώς και οποιαδήποτε άλλα άτομα και ομάδες κατάλληλα εκπαιδευμένα και τεχνικά καταρτισμένα με τα οποία συγκροτείται μια ομάδα με σκοπό να ανταποκριθεί στις ανάγκες της κάθε κοινότητας.
8. Όλες οι κυβερνήσεις πρέπει να αναπτύξουν πολιτικές στρατηγικές και προγράμματα δράσης με σκοπό να εδραιώσουν την ΠΦΥ σαν τμήμα ενός αποτελεσματικού Εθνικού Συστήματος Υγείας σε συνεργασία με άλλους τομείς. Για την επιτυχία του σκοπού αυτού, χρειάζεται πολιτική θέληση για να χρησιμοποιηθούν οι πηγές που διαθέτει η κάθε χώρα και κάθε άλλη εξωτερική πηγή με αποτελεσματικό τρόπο.
9. Όλες οι χώρες πρέπει να συνεργαστούν με πνεύμα συναδελφικό για να εξασφαλίσουν υπηρεσίες υγείας σε ολόκληρο τον πληθυσμό της γης. Διότι η εξασφάλιση υγιούς πληθυσμού σε μια χώρα αφορά άμεσα και έχει θετική επίδραση και στην άλλη. Η διακήρυξη αποτελεί τη στερεά βάση για την επέκταση και ανάπτυξη της ΠΦΥ σε όλο τον κόσμο.
10. Αποδεκτό επίπεδο υγείας στον κόσμο του 2002, μπορεί να επιτευχθεί με την καλύτερη και ολοκληρωτική χρησιμοποίηση των πηγών που διατίθενται παγκόσμια, μεγάλο μέρος των οποίων χρησιμοποιούνται σήμερα για πολεμικές επιχειρήσεις και εξοπλισμούς. Μια γενική πολιτική ειρήνης, ανεξαρτησίας των κρατών και αποστρατικοποίησης, μπορεί και πρέπει να ελευθερώσει πρόσθετες πηγές, οι οποίες μπορούν να διατεθούν σε ειρηνικά μέσα και συγκεκριμένα στην κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη, της οποίας τμήμα πρέπει να διατεθεί και στην ΠΦΥ.

Κατά τη διάσκεψη της Alma - Ata, καθορίστηκαν η φιλοσοφία, οι αρχές, οι μέθοδοι και σε αδρές γραμμές τα μέσα για την ανάπτυξη της ΠΦΥ. Στα αμέσως επόμενα χρόνια διαμορφώθηκε η στρατηγική που πρέπει να ακολουθηθεί για την επίτευξη του στόχου "Υγεία για όλους" και καθορίστηκαν μακροπρόθεσμοι και βραχυπρόθεσμοι στόχοι.

Σύμφωνα με τη διακήρυξη της Alma - Ata, οι υπηρεσίες ΠΦΥ έχουν τα πιο κάτω πέντε κύρια χαρακτηριστικά:

1. Είναι προσιτές για όλους, όλα τα άτομα της κοινότητας έχουν πρόσβαση σε αυτές.
2. Είναι απαραίτητο να υπάρχει η μεγαλύτερη δυνατή συμμετοχή των μελών της κοινότητας στο σχεδιασμό και τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας.
3. Η έμφαση τοποθετείται περισσότερο στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας παρά στη θεραπεία.

4. Χρησιμοποιείται η ανάλογη σύγχρονη τεχνολογία. Μέθοδοι, νοσηλείες, τεχνικές και μέσα πρέπει να έχουν επιστημονική βάση και να προσαρμόζονται στις τοπικές ανάγκες των ατόμων της κάθε κοινότητας. Όλα αυτά πρέπει να είναι αποδεκτά τόσο από τους επιστήμονες που θα τα χρησιμοποιήσουν στην άσκηση του έργου τους, όσο και από τα άτομα που θα είναι αποδέκτες της φροντίδας.
5. οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν τμήμα της όλης προσπάθειας για προαγωγή της υγείας. Η συνεργασία με άλλους τομείς όπως η εκπαίδευση, η δημόσια διοίκηση, κ.α., είναι επίσης απαραίτητα για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του κοινού.

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, τοποθετούνται οι πιο κάτω οκτώ βασικοί σκοποί των υπηρεσιών ΠΦΥ, που διατυπώθηκαν στο ίδιο συνέδριο.

1. Διαπαιδαγώγηση του κοινού σχετικά με τα προβλήματα υγείας και τις μεθόδους για πρόληψη και περιορισμό τους.
2. Εξασφάλιση επαρκούς και υγιεινής διατροφής σε όλους.
3. Εξασφάλιση επαρκούς και υγιεινού νερού.
4. Φροντίδα υγείας μητέρας - βρέφους και οικογενειακός προγραμματισμός.
5. Εμβολιασμοί.
6. Πρόληψη και περιορισμός των νόσων που ενδημούν στην κάθε χώρα.
7. Αποτελεσματική αντιμετώπιση νόσων και ατυχημάτων.
8. Εξασφάλιση αναγκαίων φαρμάκων.

Οι βασικοί αυτοί σκοποί της ΠΦΥ, δημιουργούν το πλαίσιο μέσα στο οποίο αναπόφευκτα κινείται η οργάνωση, ο προγραμματισμός και η λειτουργία των υπηρεσιών υγείας, αλλά και η εκπαίδευση των επιστημόνων και τεχνολόγων, που εργάζονται στις υπηρεσίες υγείας.

Η Π.Ο.Υ. διετύπωσε προτάσεις προς τις κυβερνήσεις όλου του κόσμου για να υποβοηθήσει την προώθηση του προγράμματος "Υγεία για όλους το 2000" και κυκλοφόρησε σειρά ολόκληρη από βιβλία και έντυπα με τα οποία διαμορφώνεται η στρατηγική που πρέπει να ακολουθηθεί από τις κυβερνήσεις μέλη και τα μέσα που πρέπει να χρησιμοποιηθούν για την επίτευξη των στόχων.

Το Περιφερειακό Γραφείο Ευρώπης στο οποίο ανήκει και η Ελλάδα, μετά τη διακήρυξη της Alma - Ata που αφορούσε όλες τις χώρες μέλη της ΠΟΥ, ανάλαβε έντονη πρωτοβουλία για την επιτυχία του σκοπού "Υγεία για όλους το 2000", στις χώρες της Ευρώπης. Το 1980 καθιέρωσε μια κοινή πολιτική υγείας σε όλες τις χώρες μέλη του, η οποία έγινε αποδεκτή από την

περιφερική Επιτροπή το 1984, με την ομόφωνη παραδοχή των 38 στόχων. Το πρόγραμμα του ΠΓΕ διέφερε από τα προγράμματα των άλλων περιφερειακών τμημάτων, παρόλο που βασίζεται στις ίδιες γενικές αρχές, διότι είναι προσανατολισμένο στις ιδιαίτερες ανάγκες υγείας του πληθυσμού των χωρών που καλύπτει.

Οι περισσότερες από τις 50 χώρες της Ευρώπης είναι βιομηχανικές με ανεπτυγμένες τεχνολογικά υπηρεσίες υγείας. Στον προγραμματισμό του ΠΓΕ, περιλαμβάνονται τρεις βασικές δραστηριότητες:

- Η προώθηση τρόπου ζωής που συντελεί στην προαγωγή της υγείας
- Ο περιορισμός των νόσων που μπορούν να προληφθούν
- Η εξασφάλιση υπηρεσιών υγείας που είναι προσιτές, επαρκείς και αποδεκτές από όλους.

Το ΠΓΕ απηύθυνε έκκληση στις χώρες μέλη του για μια ριζική αλλαγή στην πολιτική της υγείας που ακολουθούν και ζήτησε να δοθεί πολύ μεγαλύτερη έμφαση στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας των ατόμων της κάθε χώρας. Η κάθε χώρα μέλος, έχει χρέος να προσαρμόσει τις υπηρεσίες υγείας με τις κατευθυντήριες οδηγίες του ΠΓΕ για την επιτυχία του σκοπού "Υγεία για όλους το 2000" και να δίνει έκθεση προόδου προς την κατεύθυνση αυτή, κάθε δυο χρόνια.

Ο καθορισμός των 38 στόχων κάνει τον προγραμματισμό για την Ευρώπη πιο συγκεκριμένο και προσανατολισμένο στα προβλήματα των χωρών που αντιπροσωπεύουν. Παρά τα κοινά προβλήματα, ενδιαφέροντα και προβληματισμούς των χωρών της Ευρώπης, και κάθε χώρας - μέλος του ΠΓΕ έχει τα ιδιαίτερα συγκεκριμένα προβλήματα, τις ιδιαίτερες συνθήκες ζωής, το ξεχωριστό σύστημα υγείας της. Η κάθε χώρα επομένως θα χρησιμοποιήσει άλλα μέσα, τρόπους και μεθόδους για την εξασφάλιση καλύτερης υγείας στους πολίτες της, μέσα στα πλαίσια και τις κατευθύνσεις του ΠΟΥ και του ΠΓΕ.

Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Με το ρόλο της Νοσηλευτικής στην ΠΦΥ, ασχολήθηκαν τα τελευταία χρόνια πέντε Παγκόσμιες Συνδιασκέψεις Υγείας, η 30^η το 1977, η 36^η το 1983, η 39^η το 1986, η 42^η το 1989 και η 45^η το 1992.

Η 36^η συνδιάσκεψη διετύπωσε και ψήφισε απόφαση η οποία αναφέρεται στο ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού στη στρατηγική "Υγεία για όλους". Με την απόφαση αυτή αναγνωρίζεται ότι το προσωπικό παίζει σημαντικό ρόλο στην προσφορά υπηρεσιών υγείας καθώς και στην εκπαίδευση και εποπτεία του υγειονομικού προσωπικού που εργάζεται στην ΠΦΥ. Καλούνται οι νοσηλευτικές οργανώσεις σε όλο τον κόσμο να υποστηρίξουν την πολιτική του ΠΟΥ και να αναπτύξουν ενημερωτικά και εκπαιδευτικά προγράμματα με τα οποία θα ετοιμάζονται τα μέλη τους για το σκοπό αυτό.

Το 1986, ο Γενικός Διευθυντής του ΠΟΥ, υπέβαλε μια εμπειριστατωμένη έκθεση για τις αλλαγές στο ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού, τον επαναπροσανατολισμό της βασικής και συνεχιζόμενης νοσηλευτικής εκπαίδευσης καθώς και για την νομική κατοχύρωση ορισμένων νοσηλευτικών πράξεων. Η έκθεση αναφέρεται επίσης στην προετοιμασία του εκπαιδευτικού και διοικητικού νοσηλευτικού προσωπικού, τη νοσηλευτική ηγεσία και την υποστηρικτική έρευνα.

Το 1989, η 42^η Παγκόσμια Συνδιάσκεψη Υγείας ψήφισε απόφαση για την Ενίσχυση της Νοσηλευτικής - Μαιευτικής προς υποστήριξη της Στρατηγικής Υγείας για όλους. Στην απόφαση αυτή τονίζεται η επείγουσα ανάγκη ανάπτυξης της Νοσηλευτικής στα πλαίσια της Εθνικής Πολιτικής για την επίτευξη του γνωστού στόχου, ενώ παροτρύνονται τα κράτη - μέλη μεταξύ άλλων, να διορίσουν νοσηλευτές σε ηγετικές θέσεις ευθύνης ώστε να εξασφαλιστεί η συμμετοχή του Νοσηλευτικού Προσωπικού στο σχεδιασμό και την εφαρμογή της υγειονομικής πολιτικής της χώρας. Ο Γενικός Διευθυντής του ΠΟΥ, υπέβαλε τη σχετική έκθεση προόδου μετά από τρία χρόνια για την εφαρμογή της απόφασης. Το θέμα συζητήθηκε στην ολομέλεια της 45^{ης} Παγκόσμιας Συνδιάσκεψης Υγείας, το Μάιο του 1992. Η πρόοδος δεν θεωρήθηκε ικανοποιητική και ζητήθηκε από τον Γενικό Διευθυντή να εντείνει τις προσπάθειές του προς τις αρμόδιες υπηρεσίες των κρατών - μελών για την εφαρμογή της απόφασης και να αναφέρει την πρόοδο που θα σημειωθεί στο θέμα αυτό, με νέα έκθεση μετά τριετία στην ολομέλεια της 48^{ης} Συνδιάσκεψη το 1995.

Το Περιφερικό Γραφείο Ευρώπης παράλληλα ασχολήθηκε με τον ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού στην ΠΦΥ. Το 5ετές πρόγραμμα 1984 - 1989 επικεντρώθηκε στην οργάνωση μιας μεγάλης Ευρωπαϊκής Νοσηλευτικής Διάσκεψης, η οποία πραγματοποιήθηκε στη Βιέννη το 1988. Σκοπός της Διάσκεψης ήταν η ανταλλαγή απόψεων για τη συμβολή της νοσηλευτικής στην ΠΦΥ με σκοπό να προωθηθούν ταχύτερα οι 38 στόχοι για την επίτευξη του στόχου "Υγεία για όλους" στον ευρωπαϊκό χώρο. Η διάσκεψη προετοιμάστηκε από την Υπηρεσία Νοσηλευτικής του ΠΓΕ σε συνεργασία με τα Υπουργεία Υγείας των 32 τότε χωρών μελών της, τους Εθνικούς Συνδέσμους Νοσηλευτών των χωρών αυτών και πολλών νοσηλευτικών στελεχών της Ευρώπης, και αποτέλεσε μια συνήθεια της πολυεθνικής ερευνητικής εργασίας που πραγματοποιήθηκε σε 11 χώρες της Ευρώπης από το 1976 - 1983 και στο οποίο συμμετείχε και η Ελλάδα. Στη συνδιάσκεψη συμμετείχαν 110 εκπρόσωποι από τις 32 χώρες, 10 εκπρόσωποι διακυβερνητικών και μη κυβερνητικών οργανώσεων, 50 παρατηρητές και 10 έκτακτοι σύμβουλοι εμπειρογνώμονες Νοσηλευτές, Γιατροί και Διοικητικοί.

Στόχος της Διάσκεψης ήταν να δώσει στους νοσηλευτές την ευκαιρία να εξετάσουν τις πρόσφατες εξελίξεις της νοσηλευτικής τοποθέτησης και πρακτικής καθώς και τη σχέση των νοσηλευτών προς τη στρατηγική του "Υγεία για όλους το 2000".

Η Ευρωπαϊκή Ένωση επίσης ασχολήθηκε με το ρόλο και την προετοιμασία των Νοσηλευτών στην ΠΦΥ. Το 1990, μετά από πρόταση της Συμβουλευτικής Επιτροπής για τη Νοσηλευτική Εκπαίδευση, ετοίμασε και κυκλοφόρησε

έντυπο αναφερόμενο στη διδασκαλία της ΠΦΥ στο πρόγραμμα εκπαίδευσης των Νοσηλευτών Γενικών Φροντίδων, το οποίο απέστειλε στα κράτη μέλη τα οποία ανελάμβαναν την υποχρέωση να το εφαρμόσουν σε εύλογο χρονικό διάστημα.

Μετά από μια 5ετία, το 1995 με σχετικό έγγραφο, ζήτησε από τις χώρες - μέλη να λογοδοτήσουν σχετικά με την εφαρμογή των κατευθυντηρίων αυτών γραμμών για τη διδασκαλία της ΠΦΥ και την εφαρμογή της στους χώρους εργασίας.

Το 1998 σε σχετικό έντυπο καταγράφεται συνοπτικά η κατάσταση όπως αναλύθηκε μετά τις απαντήσεις των 15 χώρων - μελών. Στην έκθεση αυτή αποδεικνύεται ότι όλες οι χώρες κατέβαλαν αξιόλογη προσπάθεια να εφαρμόσουν τις κατευθυντήριες αυτές γραμμές, τα δε αποτελέσματα ποικίλουν ανάλογα με τον προγραμματισμό και τη σοβαρότητα της προσπάθειας στην κάθε χώρα. Εκείνο που σημειώνεται για την Ελλάδα, είναι η προσπάθεια στο θεωρητικό επίπεδο. Στο επίπεδο αυτό δηλαδή της εκπαίδευσης είναι καλή. Η μεγάλη δυσκολία παρουσιάζεται στην εφαρμογή της ΠΦΥ στους χώρους εργασίας που είναι κυρίως τα Κέντρα Υγείας.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΦΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στην Ελλάδα, αρχίζει η προσπάθεια εφαρμογής των κατευθύνσεων αυτών και οργάνωσης της ΠΦΥ το 1983, με τη δημοσίευση του νόμου 1397/1983, που προβλέπει την ίδρυση Κέντρων Υγείας συνδεδεμένων με τα νοσοκομεία από τα οποία εξαρτώνται. Η νοσηλευτική αποτελεί μια από τις τρεις βασικές υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας, μαζί με την Ιατρική και τη Διοικητική Υπηρεσία, αφού τα Κ.Υ. αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες των Νοσοκομείων. Ο κλάδος της Νοσηλευτικής στην Κοινότητα έχει διεθνώς τον τίτλο "Κοινοτική Νοσηλευτική".

Στην Ελλάδα με τα τη δημοσίευση του ως άνω νόμου, οι δύο νόμοι που ακολούθησαν 1597/1985 και 1759/1988, δεν αναφέρονται καθόλου και δεν διευκρινίζουν θέματα που αφορούν το νοσηλευτικό προσωπικό των Κέντρων Υγείας. Τα αποτελέσματα του κενού αυτού είναι να δημιουργείται σύγχυση στη διεκπεραίωση της εργασίας των νοσηλευτών στα Κέντρα Υγείας με δυσμενείς επιπτώσεις στην ποιοτική απόδοση της εργασίας στα Κέντρα αυτά.

Ο νόμος 1579/1985 - άρθρο 5, κατοχυρώνει τον τίτλο του νοσηλευτή ο οποίος απονέμεται στους αποφοίτους ΑΕΙ και ΤΕΙ. Ο ίδιος νόμος καθορίζει 4 νοσηλευτικές ειδικότητες (Παθολογική, Χειρουργική, Παιδιατρική, Ψυχιατρική). Ο πιο πάνω νόμος με τα άρθρα 12 και 13 αναφέρεται στην ΠΦΥ και διευκρινίζει θέματα σχετικά με τα Κέντρα Υγείας, καθώς και ιατρικά θέματα. Συγκεκριμένη αναφορά στις νοσηλευτικές δραστηριότητες και καθήκοντα νοσηλευτών στα Κέντρα Υγείας δεν περιλαμβάνεται.

Στη συνέχεια ο νόμος 2071/1992, χωρίζει τη χώρα σε υγειονομικές περιφέρειες και τοποθετεί τα Κέντρα Υγείας κάτω από τον έλεγχο και την κατεύθυνση των Νομαρχιών. Σύμφωνα με το νόμο αυτό, τα Κέντρα Υγείας

μετατρέπονται σε αποκεντρωμένες μονάδες ΠΦΥ, οι οποίες δεν υπάγονται στα Νοσοκομεία όπως ο προηγούμενος νόμος προέβλεπε (1397/1983). Ο πιο πάνω νόμος επίσης καθορίζει τον τρόπο λειτουργίας και διοίκησης των κέντρων υγείας, και με τα άρθρα 28, 29, 30 καθορίζει τη λειτουργία προγράμματος κατ' οίκον νοσηλείας στα Κέντρα Υγείας. Με τα άρθρα 31 - 38 καθορίζει τα καθήκοντα και αρμοδιότητες της Επιτροπής Σχεδιασμού Αγωγής και μετεκπαίδευση γιατρών. Σημαντικό για τη νοσηλευτική είναι το γεγονός ότι ο νόμος αυτός θεσμοθετεί την ίδρυση ειδικού κλάδου νοσηλευτών, χωρίς όμως να προχωρεί σε λεπτομερή ρύθμιση των θεμάτων που αφορούν το νοσηλευτικό προσωπικό. Καθιερώνει επίσης το Εθνικό Συμβούλιο Ανάπτυξης Νοσηλευτικής, το οποίο αποτελεί συμβουλευτικό σώμα σε θέματα Νοσηλευτικής υπό τον Υπουργό Υγείας σε θέματα χάραξης πολιτικής που αφορούν τον κλάδο της Νοσηλευτικής όλων των κατηγοριών.

Με το τελευταίο "μίνι Νομοσχέδιο 2194/94 για την Υγεία", όπως ονομάζεται, τα Κέντρα Υγείας επανέρχονται στα νοσοκομεία από όπου και εξαρτώνται διοικητικά, όπως προέβλεπε αρχικά ο ιδρυτικός νόμος για την ΠΦΥ.

Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

- Χαρακτηριστικά και Ιδιαιτερότητες

Η Νοσηλευτική Διεργασία πρέπει να αποτελεί τον σκελετό για την οργάνωση των νοσηλευτικών δραστηριοτήτων προκειμένου να βοηθηθεί η κοινότητα στην αντιμετώπιση των αναγκών υγείας των ατόμων της και στην επίτευξη του επιθυμητού επιπέδου υγείας. Οι ανάγκες της κοινότητας μπορούν να καταχωρηθούν σε ιεραρχική κλίμακα ανάλογη με αυτή των ατομικών αναγκών του Maslow, έχοντας και οι δύο στη βάση της κλίμακας τις βασικές ανάγκες οι οποίες χρειάζεται να ικανοποιηθούν πρώτα πριν από τις δευτερεύουσες ή ψυχοκοινωνικές.

Απαραίτητο και δυναμικό στοιχείο της Ν.Δ. αποτελεί η αναλυτική λύση του προβλήματος στην οποία στηρίζεται η αξιολόγηση, ο προγραμματισμός, η εφαρμογή και η εκτίμηση του αποτελέσματος της φροντίδας. Η διεργασία είναι συστηματική αλλά και ευέλικτη, ώστε να προσαρμόζεται στην ποικιλία του πληθυσμού και των καταστάσεων που συναντώνται στην κοινότητα. Είναι μια λογική, κυκλική σειρά, κατά τη διάρκεια της οποίας η αξιολόγηση σε κάθε βήμα οδηγεί σε συνεχή έλεγχο και προσαρμογή της εργασίας.

Ανάγκες ατόμου κατά Maslow

- Προσωπική Ικανοποίηση
- Εκτίμηση Προσωπικής Αξίας
- Στοργή και Αγάπη
- Ανάγκη Ασφάλειας
- Φυσιολογικές Ανάγκες

Ανάγκες Κοινότητας

- Κοινοτική Ικανοποίηση
- Κοινοτική Υπερηφάνεια
- Ενημέρωση & Συμμετοχή
- Ασφάλεια & Προστασία
- Δραστηριότητες Διατήρησης Ζωής

1. Αξιολόγηση

- Συγκέντρωση πληροφοριών

Το πρώτο στάδιο της Νοσηλευτικής Διεργασίας αποτελείται βέβαια από τη συστηματική και λεπτομερή συλλογή πληροφοριών. Παρά το γεγονός ότι το περιεχόμενο των πληροφοριών ποικίλει, οι δεξιότητες και οι στρατηγικές που απαιτούνται είναι παρόμοιες με αυτές που χρησιμοποιούνται στην αξιολόγηση του ατόμου ή της οικογένειας.

Το πρώτο βήμα στη συλλογή πληροφοριών αποτελεί η προσεκτική παρακολούθηση και συστηματική παρατήρηση των φυσικών χαρακτηριστικών της κοινότητας.

Η αξιολόγηση απαιτεί να συνδυάζουμε και να παραλληλίζουμε τα χαρακτηριστικά που παρατηρούμε με τις πληροφορίες που συγκεντρώνουμε από τις διάφορες συζητήσεις, από την επικοινωνία με τα άτομα της κοινότητας και από τη μελέτη των διαφόρων επιδημιολογικών χαρακτηριστικών της.

Επειδή όμως οι πληροφορίες που συγκεντρώνονται αρχικά θα εξαρτηθούν από τις πηγές που διατίθενται, το χρόνο που έχει στη διάθεσή του ο νοσηλευτής και την προθυμία της κοινότητας να συμμετέχει, δεν είναι δυνατόν να καθοριστεί εκ των προτέρων το ποσόν και το βάθος των πληροφοριών. Οι πληροφορίες μπορούν να συγκεντρώνονται σταδιακά και συστηματικά και να εμπλουτίζονται συνέχεια.

Ανοικτές και ελεύθερες συζητήσεις με άτομα της κοινότητας δίνουν πολύτιμες πληροφορίες ιδιαίτερα όταν στις συζητήσεις αυτές περιλαμβάνονται και επίσημα ή ανεπίσημα ηγετικά στελέχη της κοινότητας. Πληροφορίες που διασταυρώνονται μεταξύ διαφόρων ατόμων σχετικά με την λειτουργία της κοινότητας, το πολιτιστικό και κοινωνικό επίπεδο, καθώς και τις συνήθειες, τα ήθη και έθιμα, αλλά και ιστορικά στοιχεία που αφορούν την κοινότητα, είναι χρήσιμες και απαραίτητες.

Οι συζητήσεις πρέπει να είναι ανοικτές και ελεύθερες, αλλά και κατευθυνόμενες, προγραμματισμένες και οργανωμένες, με σκοπό να δώσουν αντικειμενικές πληροφορίες σχετικά με τις ανάγκες, τα κίνητρα και τις αντιδράσεις ή αντιθέσεις που υπάρχουν.

Η επιδημιολογική μελέτη της κοινότητας αποτελεί πολύτιμη πηγή συλλογής πληροφοριών. Οι υπηρεσίες υγείας, οι τηλεφωνικοί κατάλογοι, οι χάρτες, οι εφημερίδες, τα περιοδικά και όλες οι κοινωνικές υπηρεσίες επίσης, αποτελούν

πηγές πληροφοριών. Κοινωνικοοικονομικοί και περιβαλλοντολογικοί δείκτες του επιπέδου υγείας και ανάπτυξης είναι ενδεικτικοί της κατάστασης της κοινότητας.

Η αξιολόγηση της κοινότητας πρέπει να βασίζεται σε ένα σκελετό, ο οποίος περιλαμβάνει τις φυσικές και τις κοινωνικές παραμέτρους. Το εργαλείο ή οδηγός αξιολόγησης της κοινότητας που προτάθηκε από τον Clark, θεωρείται ένας καλά οργανωμένος οδηγός.

Ο οδηγός περιλαμβάνει τις εξής κατηγορίες συνοπτικά.

1. Γενική περιγραφή της κοινότητας: Στην ομάδα αυτή των πληροφοριών περιλαμβάνεται η θέση και η φυσική περιγραφή της κοινότητας, καθώς και το κλίμα. Το μέγεθος, η πυκνότητα και ο τύπος της κοινότητας, η ιστορία, η πολιτική δομή και η κατανομή της εξουσίας, καθώς και ο ρυθμός ανάπτυξης του πληθυσμού.
2. Χαρακτηριστικά του πληθυσμού: Τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού περιλαμβάνουν ηλικιακή σύνθεση, φύλο, φυλές, γλώσσα, επίπεδο οικονομικό, μορφωτικό, θρήσκευμα, ποσοστό εργαζομένων και ανέργων, οικογενειακή κατάσταση και οικογενειακή σύνθεση.
3. Περιβαλλοντικοί παράγοντες: Κατοικία, ύδρευση, αποχέτευση, συγκοινωνία, εκπαιδευτικά ιδρύματα, συστήματα επικοινωνίας, αναψυχή, άλλες υπηρεσίες. Ποιες προστατευτικές ή προληπτικές υπηρεσίες υπάρχουν. Συχνότητα και είδος ατυχημάτων.
4. Δείκτες υγείας: Οι δείκτες υγείας είναι - Στατιστικοί δείκτες (γεννητικότητα, νοσηρότητα και θνησιμότητα) και Δείκτες πρόληψης νόσου και προαγωγής υγείας (εμβολιασμοί, διατροφικό επίπεδο κατοίκων, υγειονομική εκπαίδευση και λειτουργία προγραμμάτων προαγωγής υγείας, ύπαρξη και χρησιμοποίηση υπηρεσιών προληπτικής υγιεινής, κλπ)
5. Πεπαιθήσεις - τοποθετήσεις προς την υγεία: Οι πεπαιθήσεις σχετικά με την υγεία αντικατοπτρίζονται στον ορισμό της υγείας και της νόσου και στην έμφαση που δίνουν οι κάτοικοι στην υγεία, όπως φαίνεται από τις προσπάθειες που γίνονται για τη διατήρηση και προαγωγή της.
6. Σχέσεις της κοινότητας με την κοινωνία, γενικά: Βαθμός αυτονομίας και δυνατότητα της κοινότητας να εξασφαλίσει αγαθά και υπηρεσίες στους κατοίκους. Η ελεύθερη διακίνηση πεπαιθήσεων και ιδεών και η διαπίστωση παραγόντων που διευκολύνουν ή εμποδίζουν την επικοινωνία αυτή.

- Ανάλυση πληροφοριών

Το δεύτερο στάδιο της αξιολόγησης της κοινότητας περιλαμβάνει την ανάλυση των πληροφοριών που συγκεντρώθηκαν με σκοπό να οδηγηθούμε σε συγκεκριμένα συμπεράσματα - ανάγκες - προβλήματα.

Έχοντας την εικόνα της κοινότητας, ο νοσηλευτής προσπαθεί να διαπιστώσει τα μεγάλα κοινοτικά προβλήματα, που τυχόν υπάρχουν, ή θέματα που σχετίζονται με την υγεία, καθώς και κοινοτικές ή άλλες δραστηριότητες που λειτουργούν με σκοπό την επίλυση προβλημάτων.

- Νοσηλευτική Διάγνωση - Διατύπωση προβλημάτων και αναγκών της κοινότητας

Η Νοσηλευτική Διάγνωση πρέπει να περιγράφει μια κατάσταση και να την αιτιολογεί. Γράφεται σαν πρόβλημα και εντοπίζεται συγχρόνως η αιτία που το προκαλεί. Για παράδειγμα:

- Δυσκολία στην εξασφάλιση ασφαλούς περιβάλλοντος στους κατοίκους που οφείλεται στον μεγάλο αριθμό περιθωριακών νεαρών και την ανεπαρκή αστυνομική κάλυψη.
- Κοινωνική απομόνωση των ηλικιωμένων της κοινότητας λόγω έλλειψης κοινοτικών ιδρυμάτων και οργανωμένης υπηρεσίας νοσηλείας στο σπίτι.
- Ανεπάρκεια στην κάλυψη των διατροφικών αναγκών των κατοίκων που οφείλεται στο ακατάλληλο για καλλιέργεια έδαφος της κοινότητας και την απομόνωσή της από άλλες παραγωγικές κοινότητες.

Κάθε νοσηλευτικό πρόβλημα πρέπει να επιβεβαιωθεί τόσο από υποκειμενική όσο και από αντικειμενική πληροφόρηση. Μετά τη διαπίστωση, διατυπώνεται το πρόβλημα και καθορίζεται το πρόγραμμα για την αντιμετώπιση.

2. Προγραμματισμός

Ο προγραμματισμός σκοπεύει να θέσει προτεραιότητες, να διατυπώσει αντικειμενικούς σκοπούς και να ανακαλύψει διαθέσιμες πηγές και μέσα, με σκοπό να δοθεί η καλύτερη δυνατή λύση στο κάθε πρόβλημα που διαπιστώνεται.

Μια πρόταση για την ιεράρχηση των προβλημάτων είναι η χρησιμοποίηση της κλίμακας αναγκών της κοινότητας που αναφέρθηκε. Οι ανάγκες - προβλήματα που βρίσκονται στη βάση της κλίμακας έχουν προτεραιότητα στην ικανοποίησή τους. Εάν τα τρία προβλήματα που αναφέρθηκαν συνυπάρχουν στην ίδια κοινότητα, τότε θα ιεραρχηθούν ως εξής:

- Η ανάγκη για εξασφάλιση διατροφής στην κοινότητα προηγείται
- Ακολουθεί η ανάγκη για ασφάλεια των κατοίκων